

Gesprächspartner Presseworkshop:

Wohin steuert die ambulante Versorgung?

am 2. September 2014

in der vdek-Zentrale,
10963 Berlin, Askanischer Platz 1

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e. V.

Henning Horst

Abteilungsleiter
Ambulante Versorgung
Verband der Ersatzkassen e. V.

Michaela Gottfried

Pressesprecherin und
Abteilungsleiterin Kommunikation
Verband der Ersatzkassen e. V.

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

presse@vdek.com

www.vdek.com

2. September 2014

vdek: Versorgungsprobleme zielgerichteter angehen; 8-Punkte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung Versorgungsstrukturgesetz I hat Versorgungsprobleme nicht gelöst

Das vor drei Jahren in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz I hat die Probleme in der vertragsärztlichen Versorgung nicht hinreichend gelöst. Dieses Fazit zog Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), auf einem Presseworkshop in Berlin. „Die ärztliche Versorgung ist deutlich teurer geworden, aber nach wie vor bestehen große Verteilungsprobleme: Zu viele Ärzte in Ballungsräumen, zu wenig Hausärzte in ländlichen Regionen.“ Das von der Großen Koalition geplante Versorgungsstrukturgesetz II müsse daher verbindlichere Regelungen und Instrumente zum Abbau von Überversorgung vorgeben und gleichzeitig konsequent die Versorgungsengpässe im hausärztlichen Bereich in ländlichen Regionen in den Fokus stellen. „Wir brauchen keine Förderung mit der Gießkanne, sondern passgenaue regionale Lösungen“, so Elsner. Mit Blick auf das anstehende Versorgungsstrukturgesetz II sollten aus Sicht des vdek die folgenden 8-Punkte besonders beachtet werden:

1. Nach wie vor besteht die Hauptaufgabe im Abbau der Überversorgung. Nach der neuen Bedarfsplanung fehlen – gemessen an einem Versorgungsgrad von 100 Prozent – in Deutschland 1.303 Ärzte, davon 749 Hausärzte; dem steht die Zahl von 32.375 überzähligen Ärzten (davon 5.515 Hausärzte) vor allem in den Ballungsräumen gegenüber. Versorgungsengpässe gibt es derzeit nur punktuell vor allem bei den Hausärzten in ländlichen Regionen. Perspektivisch wird sich die Versorgungssituation hier verschärfen. Erhebliche Verteilungsprobleme gibt es auch bei den Psychotherapeuten. Allein in der Universitätsstadt Tübingen liegt der Versorgungsgrad bei 588,7 Prozent.

2. Der Praxisaufkauf hat sich in der jetzigen Ausgestaltung als stumpfes Schwert erwiesen. Bislang hat nur die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein einen überflüssigen Praxissitz aufgekauft. Der Gesetzgeber muss deshalb im Rahmen der Bedarfsplanung verbindliche Regelungen zum Aufkauf von Arztpraxen und damit zum Abbau von Überversorgung vorgeben. Deshalb muss das Letztentscheidungsrecht der KVen abgeschafft werden.
3. Die im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes I erfolgte Regionalisierung des Vergütungssystems hat nicht zu einer gezielten Förderung von (Haus-)Ärzten in ländlichen Regionen geführt. Vielmehr profitierten die Ärzte flächendeckend und fachgebietsübergreifend von der Honorarreform. Allein 2013 ist die Gesamtvergütung der Ärzte um rund 1,5 Milliarden Euro gestiegen, davon wurden lediglich 300.000 Euro für Zuschläge für besondere Leistungserbringer ausgegeben. Finanzielle Anreize für Ärzte müssen jedoch zielgerichteter erfolgen, etwa in Form eines vom Gesetzgeber festgelegten regionalen Preiszuschlags für Leistungserbringer in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Regionen.
4. Geld allein wird die Probleme dennoch nicht lösen. Obwohl die Ärzte in den östlichen Bundesländern pro Kopf am meisten verdienen (Gesamtvergütung je Arzt in 2013 in den östlichen Bundesländern > 250.000 Euro, in den westlichen Bundesländern < 250.000 EUR), führte dies nicht zu einer größeren Niederlassungsbereitschaft. Ein Honorarzuschlag wirkt deshalb nur in Kombination mit anderen gesetzgeberischen Maßnahmen, wie beispielsweise durch Flexibilisierung der Zulassung, Reduzierung von Bereitschaftsdiensten durch gemeinsame Notfallversorgung, Gewährung von günstigeren Krediten, Förderung von mobilen Praxen und Telemedizin, Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bis hin zur Öffnung von Krankenhäusern.
5. Um den ärztlichen Nachwuchs zu fördern, müssen die Allgemeinmedizin aufgewertet und zum Beispiel durch Stipendien Anreize für eine ärztliche Tätigkeit in strukturschwachen Regionen gesetzt werden. Zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses bedarf es daher einer Bund-Länder-Initiative, denn die ärztliche Ausbildung ist Sache der Länder. Die finanzielle Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durch die Krankenkassen reicht allein nicht aus, um mehr Mediziner für die Allgemeinmedizin zu begeistern. Im Rahmen von dreiseitigen Verträgen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben die Krankenkassen allein in 2012 56,7 Millionen Euro dafür ausgegeben, ohne dass ein Trend hin zu mehr Weiterbildungen im Fach Allgemeinmedizin festgestellt werden konnte.
6. Selektivverträge oder Integrierte Versorgungsverträge der Krankenkassen haben sich bewährt. Insgesamt gibt es seit 2012 rund

- 6.300 IV-Verträge. Sie stellen eine sinnvolle Ergänzung zu den Kollektivverträgen von Krankenkassen und KVen dar und bieten auch die Chance einer gezielten Förderung von Leistungen/Ärzten in strukturschwachen Regionen. Allerdings brauchen die Krankenkassen mehr vertragliche Freiräume. Insbesondere müssen die hohen bürokratischen Aufwände (Vorlagepflichten) beim Bundesversicherungsamt (BVA) entfallen und die widersprüchliche Aufsichtspraxis von BVA (bundesunmittelbare Krankenkassen) und Länderaufsichten (Regionalkassen) beendet werden.
7. Der vdek unterstützt die Schaffung eines Innovationsfonds zur Förderung neuer sektorübergreifender Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen. Damit die Beitragsgelder zielgerichtet eingesetzt werden und kein Wildwuchs entsteht, sollten die Förderkriterien, Zeitraum und Evaluation der Verträge genau festgelegt werden. Im Mittelpunkt sollte u. a. die Verbesserung der Qualität, die Optimierung der Zusammenarbeit und Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf andere Regionen stehen. Generell muss gelten: Kein Antrag ohne Beteiligung der Kassen! Sie müssen dafür sorgen, dass die Innovationen auch beim Versicherten ankommen!
 8. Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist ein wertvolles Gut. Mittlerweile lassen sich jährlich eine Million Patienten psychotherapeutisch behandeln, die Kosten sind deutlich angestiegen. Dennoch ist die Versorgung suboptimal und muss reformiert werden. Im Mittelpunkt muss eine zielgenauere Versorgung der Patienten ohne längere Wartezeiten stehen. Hierzu müssen Kurzzeit- und Gruppentherapien gefördert und auch das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht werden. Der vdek schlägt zudem die Vorschaltung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und die modellhafte Erprobung einer intelligenten Koordinierungsstelle vor, um Patienten bei der Auswahl einer geeigneten Therapie zu unterstützen.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 26 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

*** (sortiert nach Mitgliederstärke)**

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist die Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), der am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet wurde. In der vdek-Zentrale in Berlin sind rund 240 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 300 sowie weiteren 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz Ziele, Instrumente und Ergebnisse

Henning Horst

Abteilungsleiter „Ambulante Versorgung“

Verband der Ersatzkassen e. V.

Presseworkshop

2. September 2014, Berlin

Ziel 1:

Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung und Abbau von Überversorgung

Bewertung aus Sicht der Ersatzkassen

- Bedarfsgerechte Ausgestaltung der Planung durch die Selbstverwaltung
- Erhebliche Überversorgungssituation in den meisten Arztgruppen bestätigt sich (Problem: Hausärzte)
- bisherige Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung nicht genutzt bzw. wirkungslos

Instrumente des VStG (Auswahl)

- Neufestlegung der Planungsbereiche
- Berücksichtigung regionaler Besonderheiten
- Möglichkeit zum Praxisaufkauf in überversorgten Regionen

Neugestaltung der Bedarfsplanung durch den G-BA

Hausärzte

883 Mittelbereiche

Allg. fachärztliche
Versorgung

385 Kreise/
kreisfreie Städte

u.a.

- Augenärzte
- Orthopäden
- HNO
- Psychotherapeuten

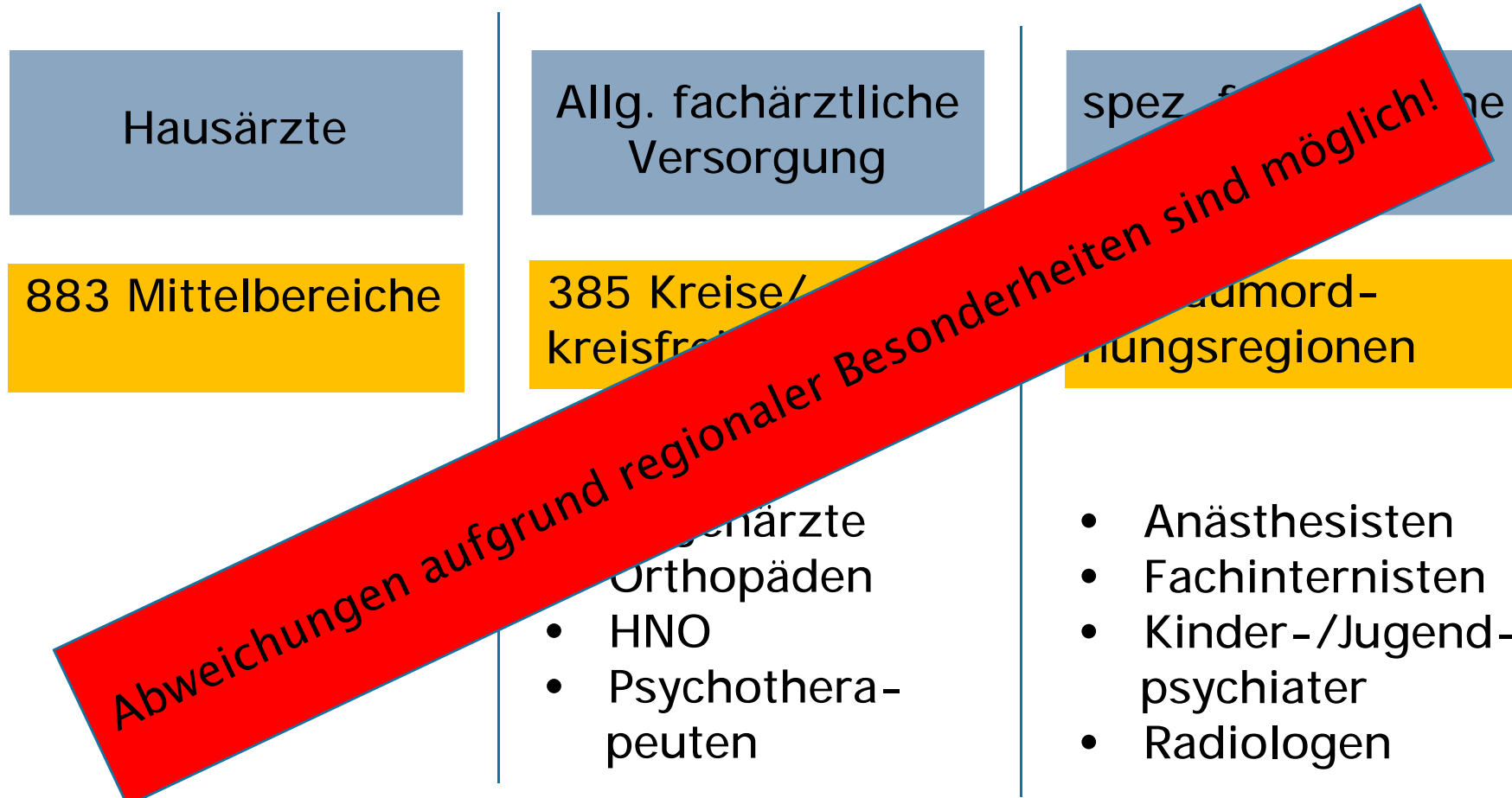
spez. fachärztliche
Versorgung

96 Raumord-
nungsregionen

- Anästhesisten
- Fachinternisten
- Kinder- /Jugend-
psychiater
- Radiologen

+ gesonderte fachärztliche Versorgung

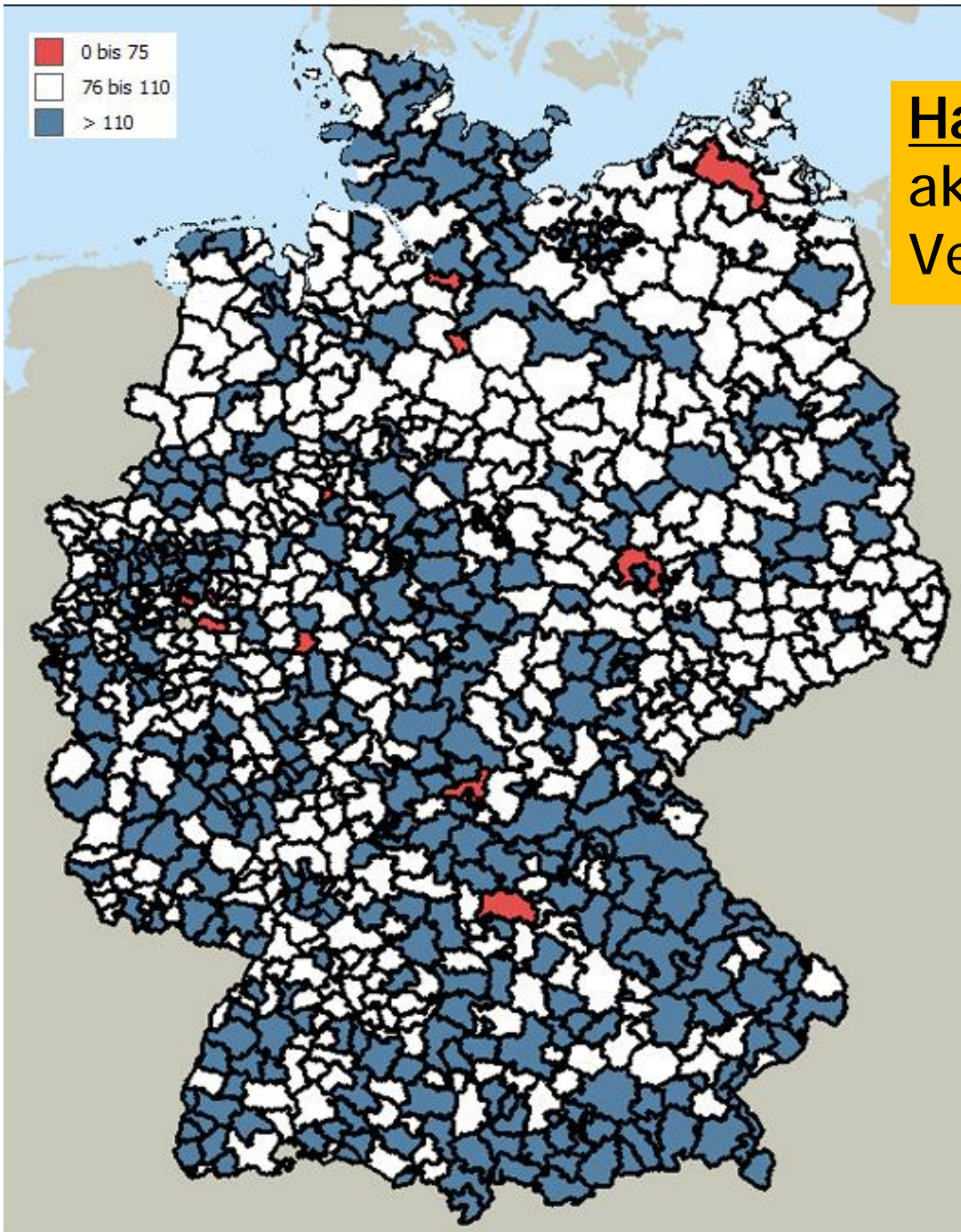
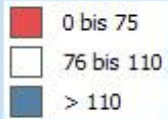
Neugestaltung der Bedarfsplanung durch den G-BA



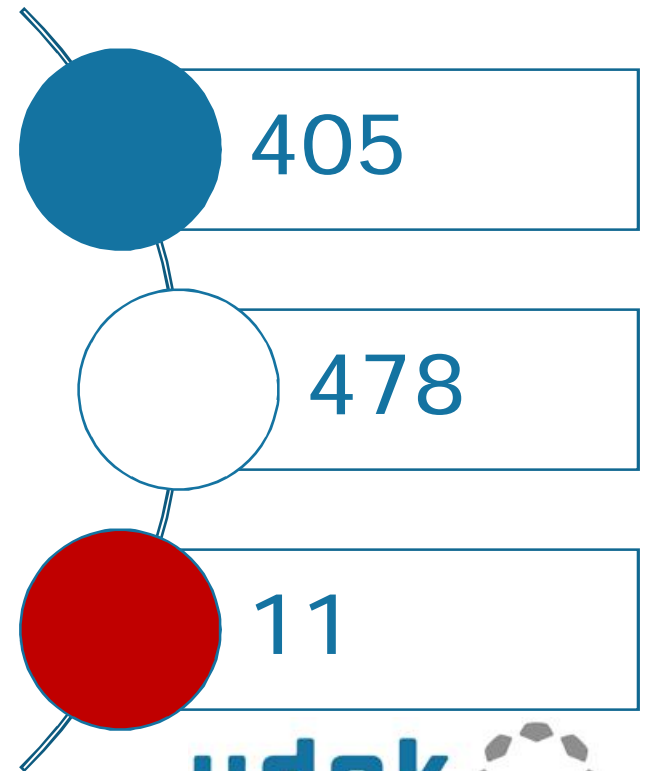
+ gesonderte fachärztliche Versorgung

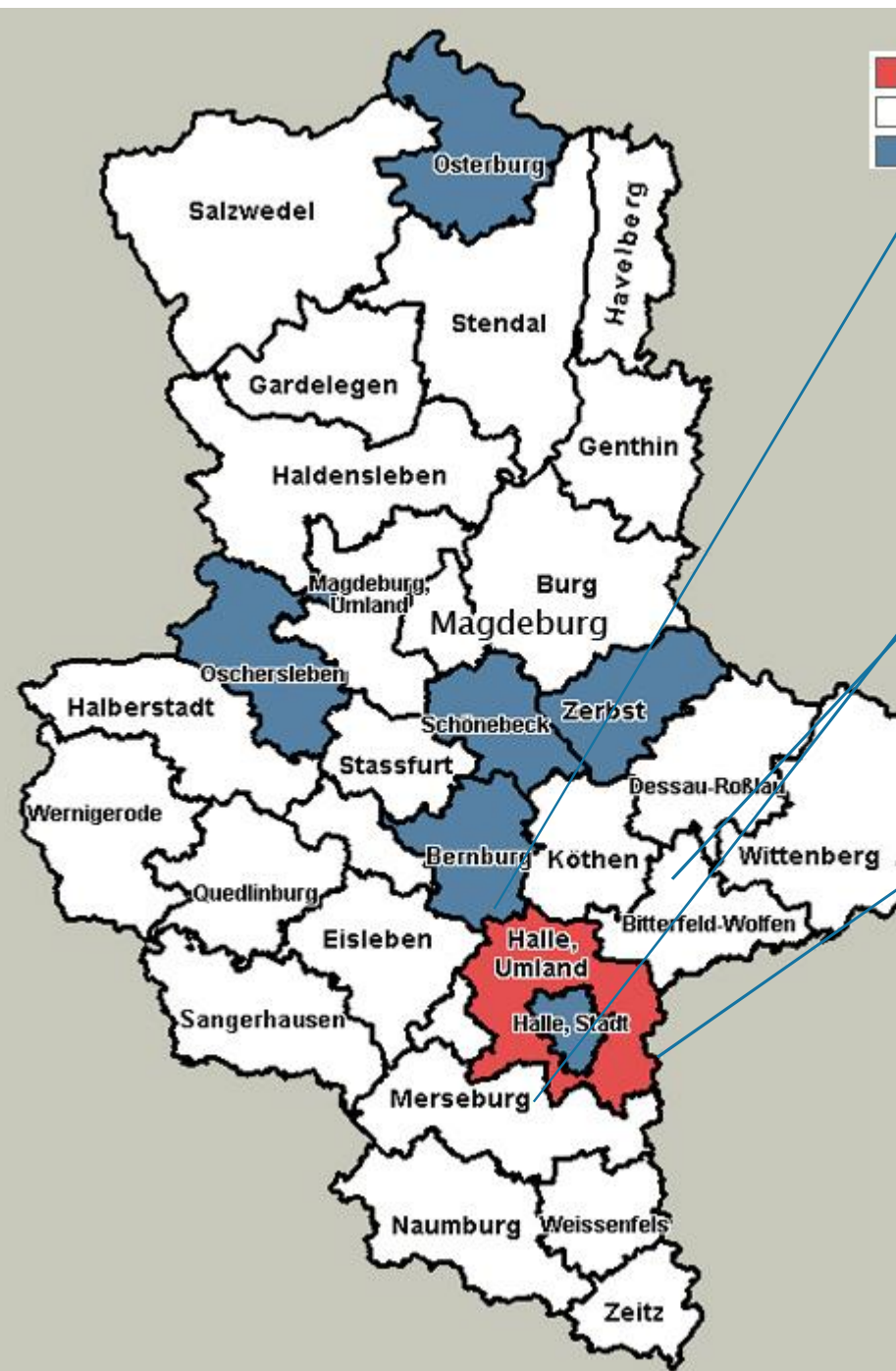
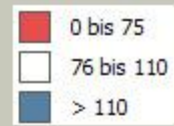
Darstellung der Versorgungsgrade





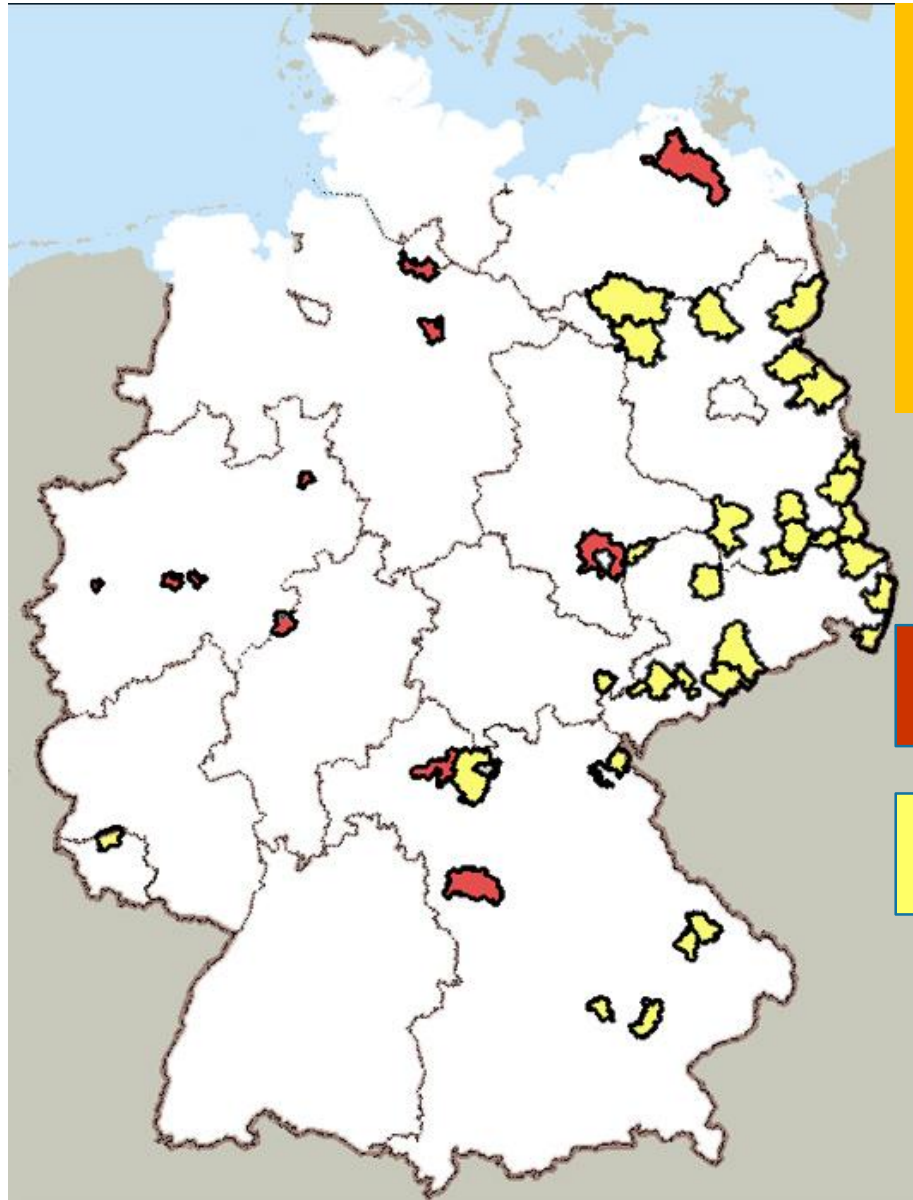
Hausärzte:
aktuell nur punktuelle
Versorgungsengpässe





Planungsbereich	Fehlende (-)/ Überzählige (+) Ärzte
Halle Umland	-13
Halle Stadt	+23

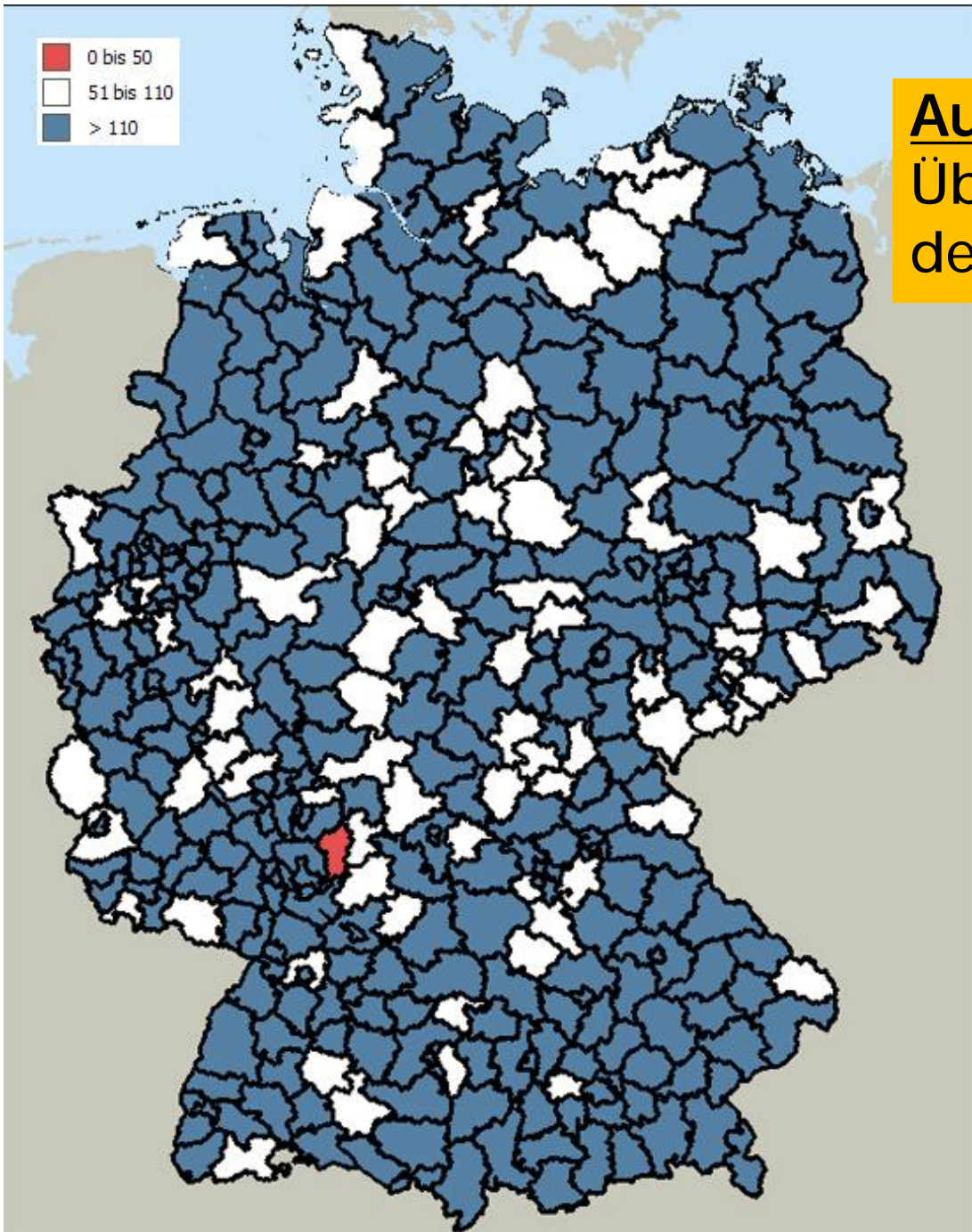
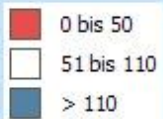
In einigen ländlichen
Regionen wird es
perspektivisch zu
wenig Hausärzte
geben.



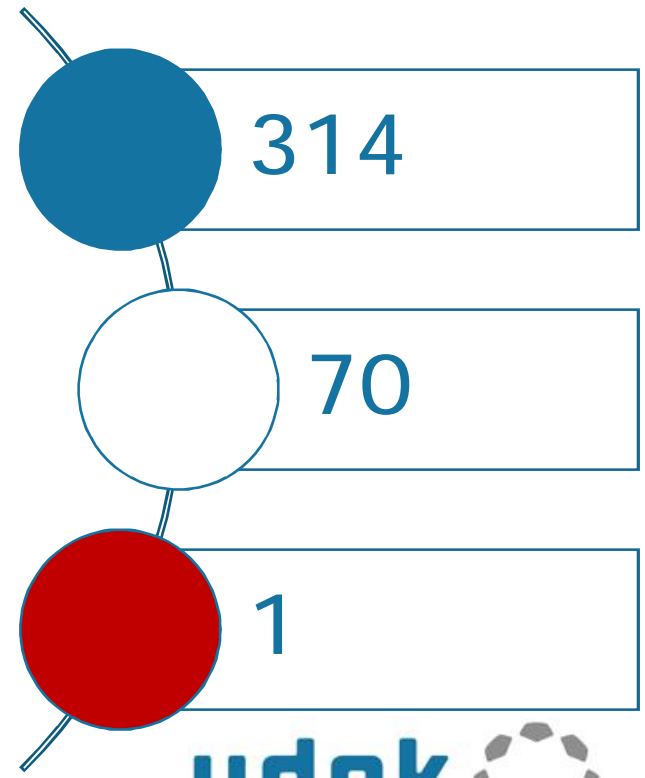
Unterversorgung

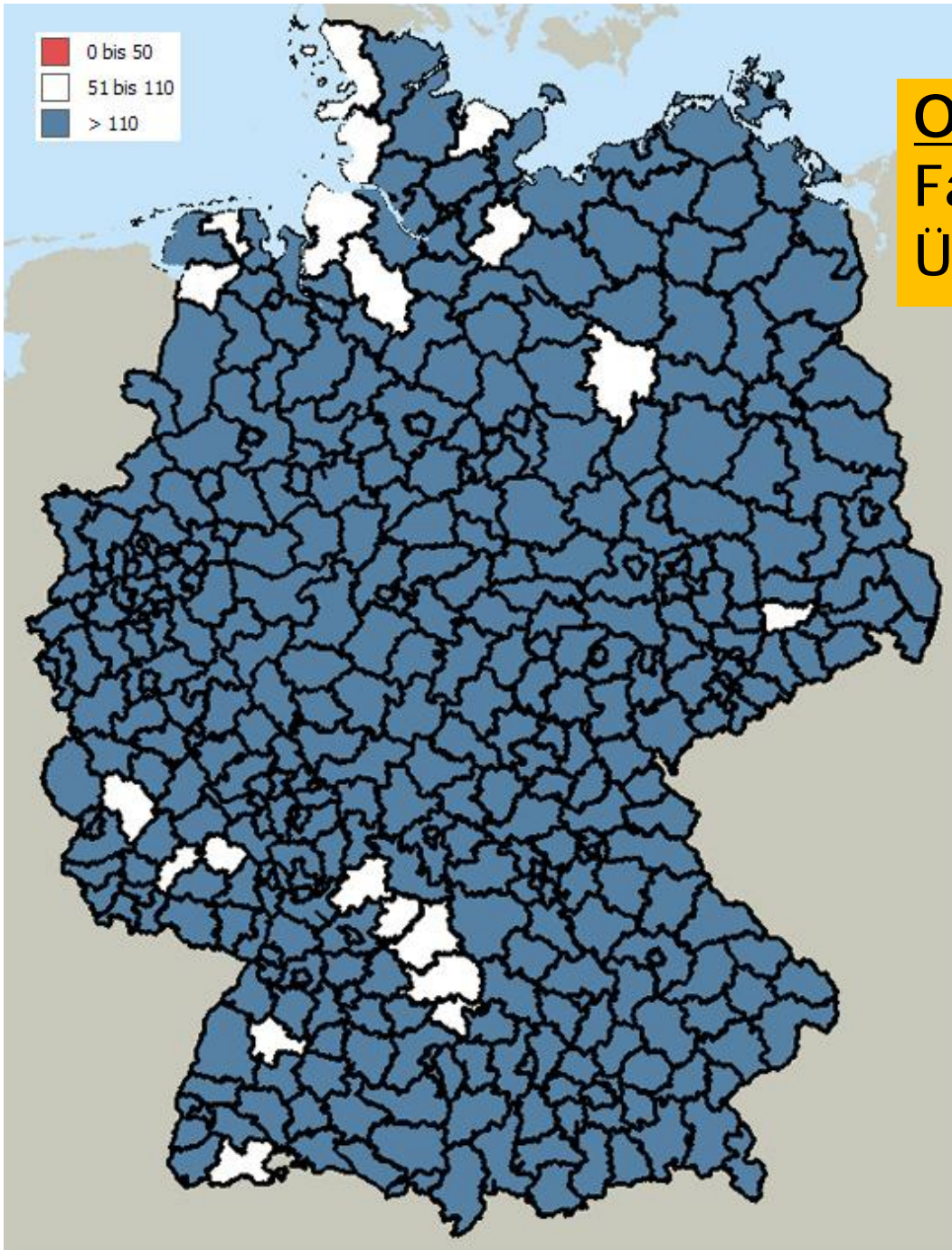
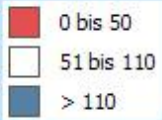


drohende Unterversorgung

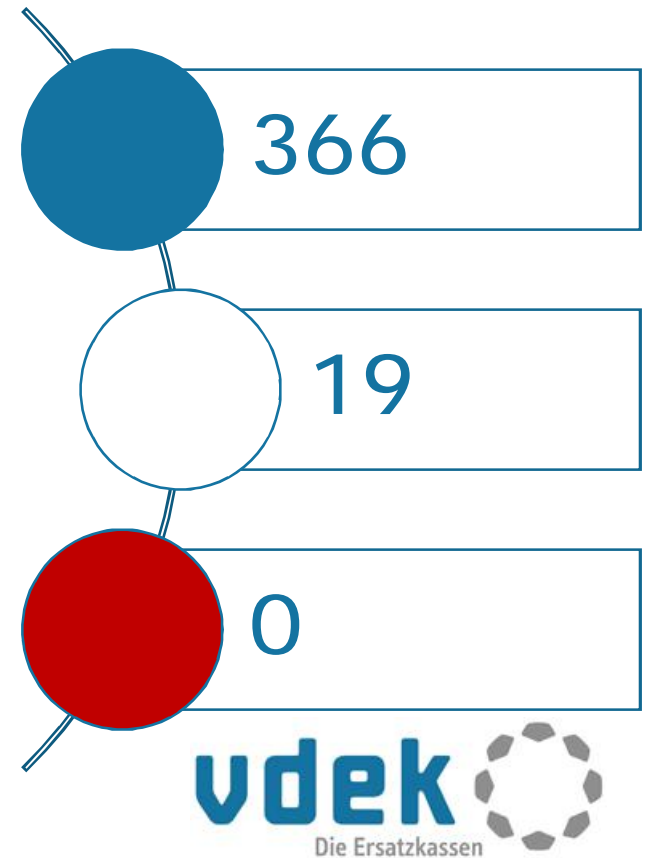


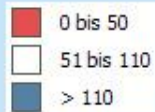
Augenärzte:
 Überversorgung in 81%
 der Planungsbereiche





Orthopäden:
Fast flächendeckende
Überversorgung





Psychotherapeuten: Erhebliche Disparitäten in der Versorgung

Planungsbereich	Versorgungsgrad in %
Tübingen	588,7
LK Dachau	481,9
Leverkusen Stadt	437,0
...	
LK Tirschenreuth	62,6
LK Freyung-Grafenau	55,9
Hildburghausen	37,0

Versorgungssituation insgesamt

Planungsbereiche mit	Gesamt	
	absolut	in %
Überversorgung	4.149	80,64
Regelversorgung	962	18,70
Unterversorgung	34	0,66
	insgesamt	nur Hausärzte
Ärzte <u>bis</u> Versorgungsgrad 100%	-1.303	-749
Ärzte <u>über</u> Versorgungsgrad 100%	+32.375	+5.514
Differenz	+31.072	+4.765

Aktuelle Versorgungsprobleme könnten durch bessere Verteilung gelöst werden.

Instrumente des VStG (Auswahl)

- Neufestlegung der Planungsbereiche
- Berücksichtigung regionaler Besonderheiten
- Möglichkeit zum Praxisaufkauf in überversorgten Regionen

1

Aufkauf eines Praxissitzes*

* gemäß GKV-VStG; Quelle: SVR-Gutachten

Ziel 2:

Regionalisierung des Vergütungssystems mit Anreizen zur Niederlassung in ländlichen Regionen

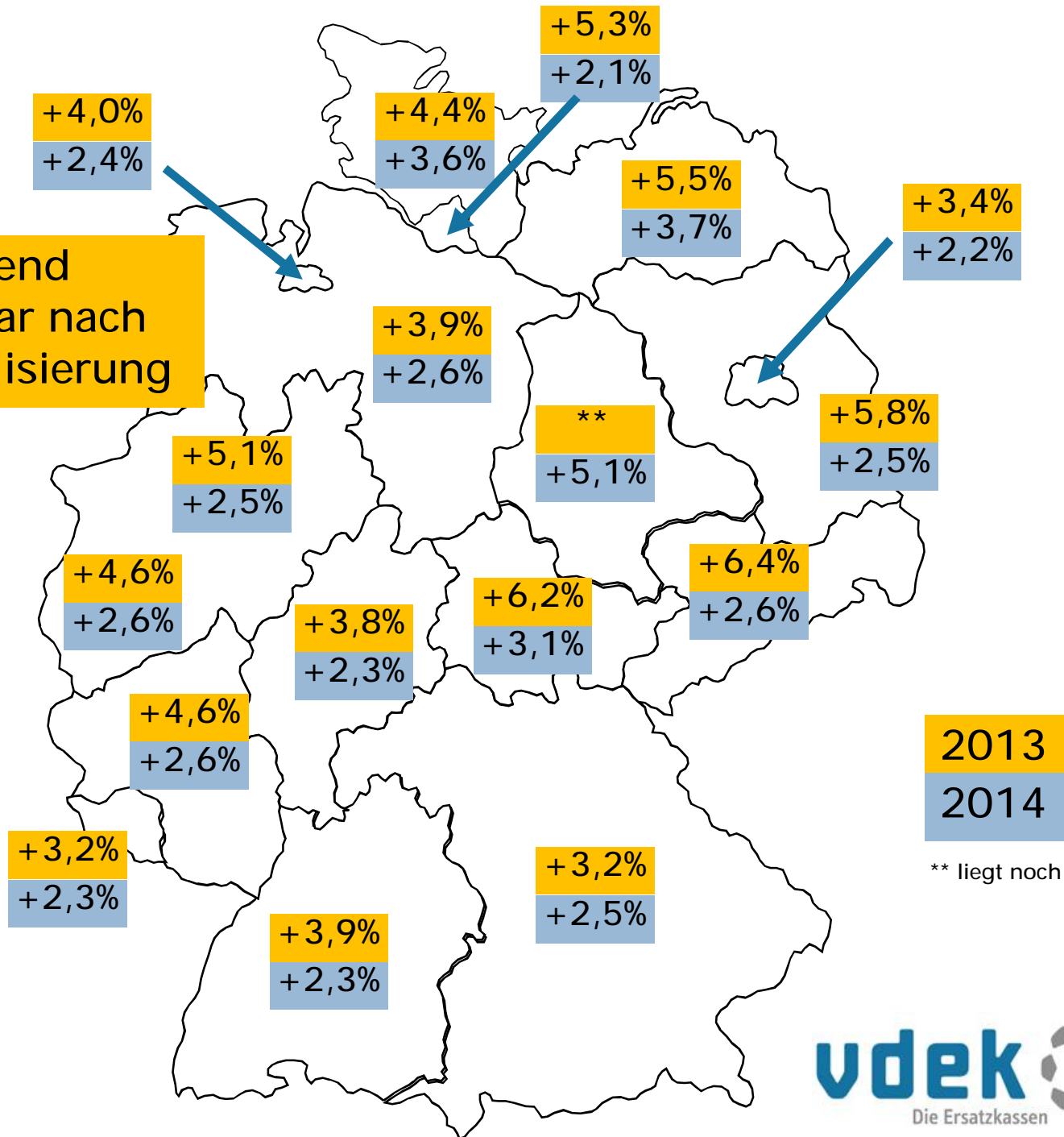
Bewertung aus Sicht der Ersatzkassen

- massive Ausgabensteigerungen
- Verteilung der Finanzmittel „mit der Gießkanne“
- keine zielgerichtete Förderung ländlicher Regionen

Instrumente des VStG (Auswahl)

- (weitgehende) Aufgabenverlagerung vom Bewertungsausschuss auf die Landesebene
- Regionale Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer

flächendeckend
mehr Honorar nach
der Regionalisierung

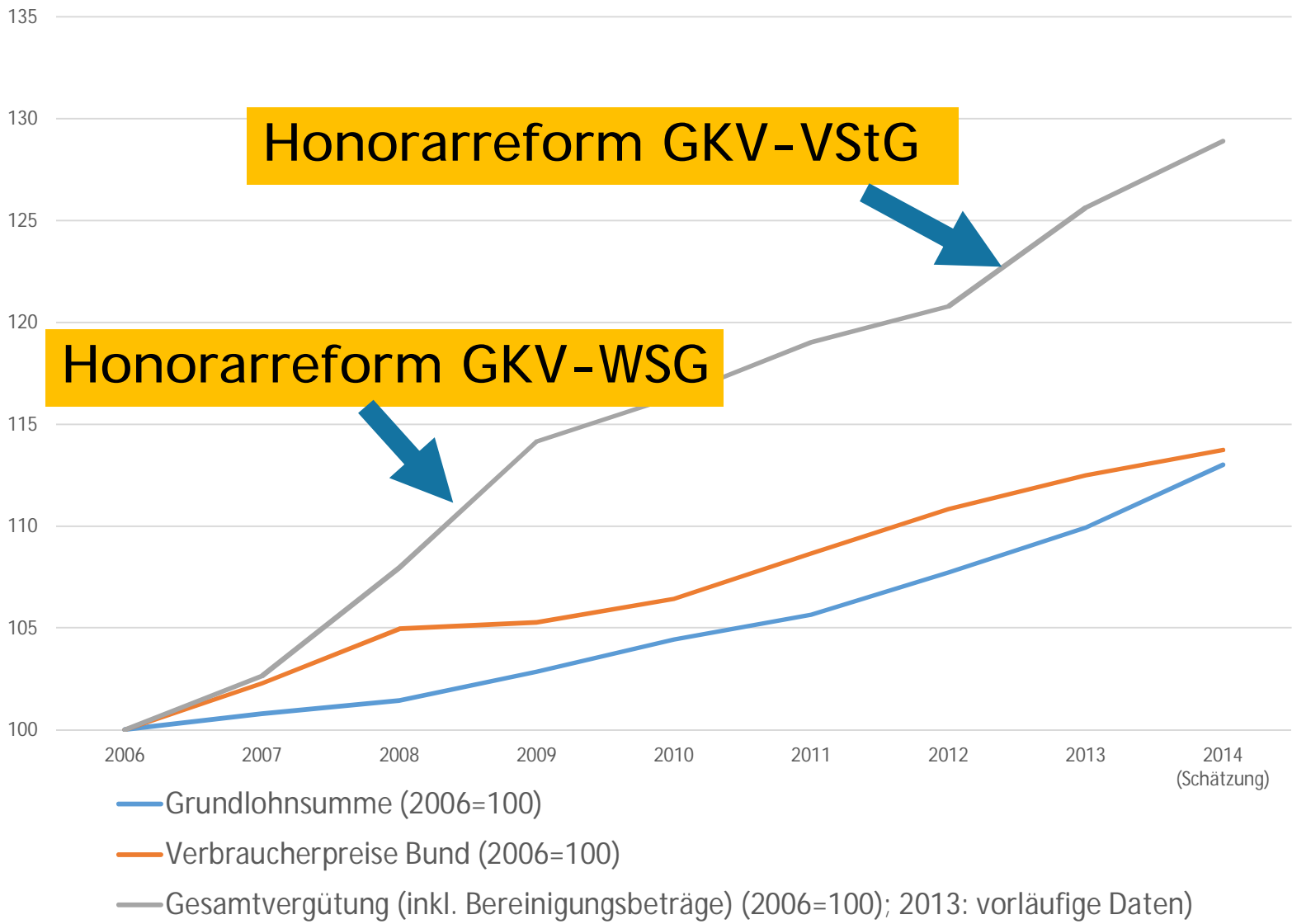


2013
2014

** liegt noch nicht vor



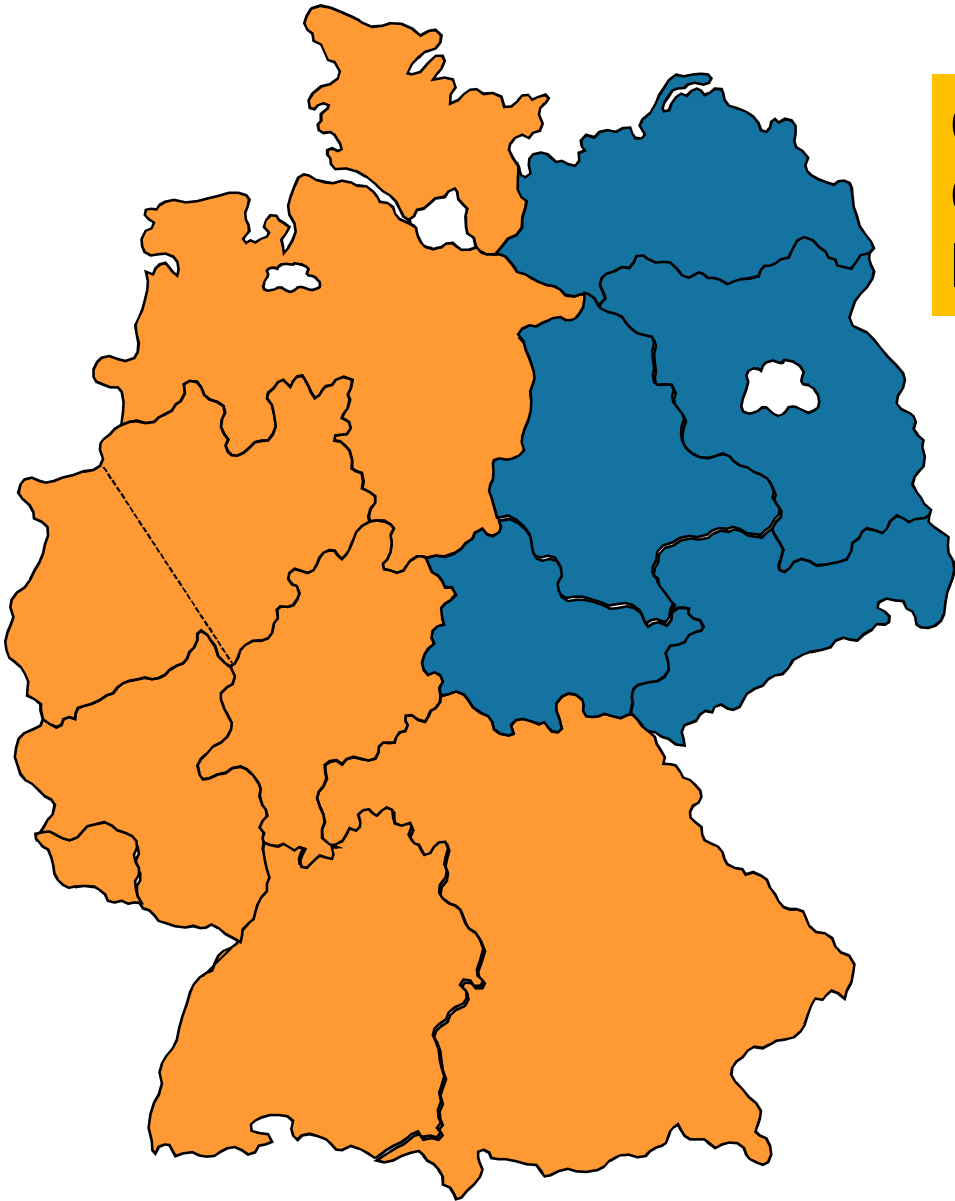
Entwicklung der Gesamtvergütung im Vergleich 2006-2014



Quelle: eigene Berechnungen; DeStatis



**Gerade im Osten ist die
Gesamtvergütung je Arzt am
höchsten**



> 250.000 Euro



200.000 – 250.000 Euro



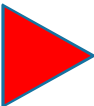
< 200.000 Euro

Quelle: Abrechnungsdaten 2013

Instrumente des VStG (Auswahl)

- (weitgehende) Aufgabenverlagerung vom Bewertungsausschuss auf die Landesebene
- Regionale Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer

Verhandlungsparameter in den Verhandlungen zum vertragsärztlichen Honorar

Parameter	Ziel
Anpassung des Orientierungswertes (OW)	Ausgleich der Entwicklung der Praxiskosten
Regionale Preiszuschläge zum OW	Berücksichtigung regional abweichender Kosten- bzw. Versorgungsstrukturen
Regionale Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen, extrabudgetäre Vergütung	Förderung der Erbringung von bestimmten Leistungen
 Regionale Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer	Steuerung des Niederlassungsverhaltens
Regionale MGV-Veränderungsrate	Berücksichtigung der Entwicklung des Behandlungsbedarfs

Steigerung Gesamtvergütung 2013

ca. 1,5 Mrd. EUR



davon regionale Zuschläge für förderungswürdige Leistungen/Leistungserbringer

ca. 160 Mio. EUR*



davon regionale Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer

ca. 300.000 EUR* (!)

* Quelle: IGES-Institut (2014)

→ Anreizmechanismen des VStG bleiben ungenutzt,
weil KVen flächendeckende Steigerungen fordern

Honorarverhandlungen Ärzte 2015

Henning Horst

Abteilungsleiter „Ambulante Versorgung“



Verband der Ersatzkassen e. V.

Presseworkshop

2. September 2014, Berlin

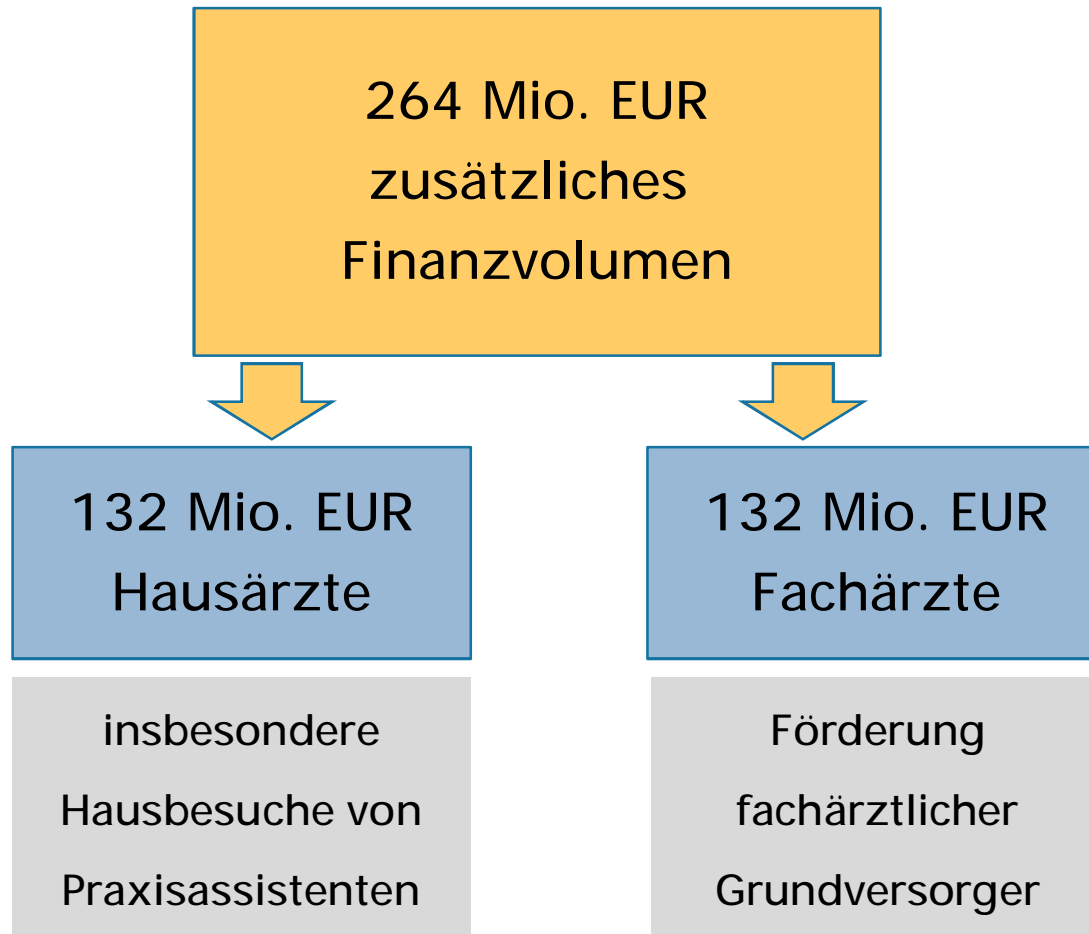
Honorar 2015

Eckpunkte zwischen GKV und KBV

Parameter	Ziel	Ausgabensteigerung
Orientierungswert +1,4%	Ausgleich der Entwicklung der Praxiskosten	 419 Mio. EUR
Zusätzliches Finanzvolumen	Förderung Haus-/ Fachärzte	 264 Mio. EUR

Honorar 2015

Eckpunkte zwischen GKV und KBV



Verhandlungsparameter auf Landesebene

Parameter	Ziel	Ausgabensteigerung
Regionale MGV-Veränderungsrate	Berücksichtigung der Entwicklung des Behandlungsbedarfs	 117 Mio. EUR
Regionale Preiszuschläge zum Orientierungswert (=regionaler Punktwert)	Berücksichtigung regional abweichender Kosten- bzw. Versorgungsstrukturen	
Regionale Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer	Förderung der Erbringung von bestimmten Leistungen, Steuerung des Niederlassungsverhaltens	

+ Mengenentwicklung bei den extrabudgetären Leistungen

Wohin steuert die ambulante Versorgung?

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des

Verbandes der Ersatzkassen e. V.

Presseworkshop

2. September 2014, Berlin

Wohin steuert die ambulante Versorgung?

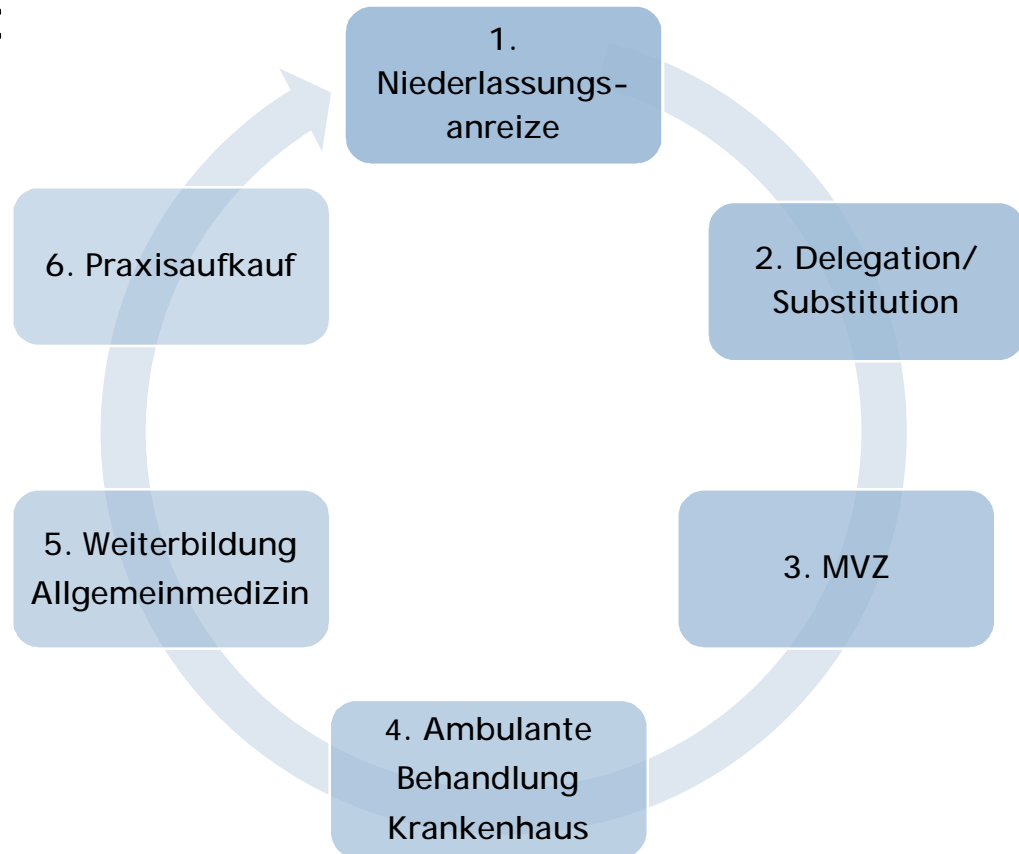
- I. Wie wird die medizinische Versorgung flächendeckend sichergestellt?
- II. Wie werden die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt?

Ausgangsbasis:

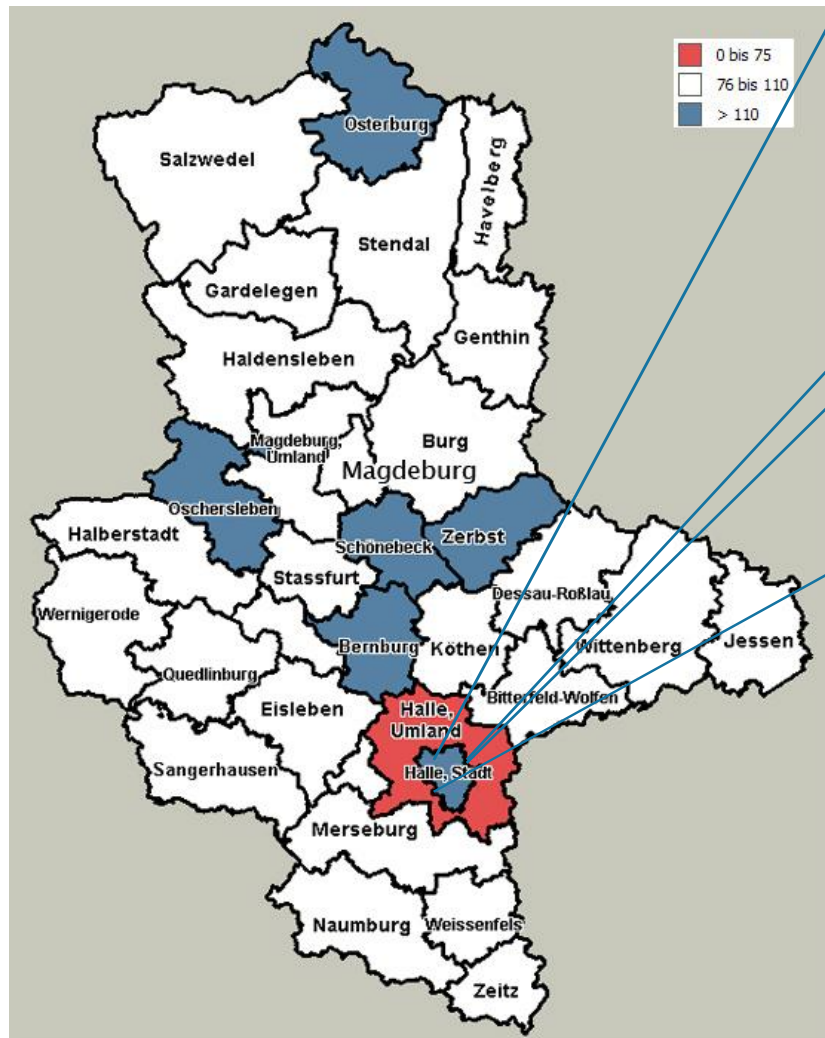
Koalitionsvertrag und erwartbare Inhalte eines Gesetzes zur Verbesserung von Qualität und Versorgung im Gesundheitswesen (VST II)

I. Wie wird die medizinische Versorgung flächendeckend sichergestellt?

Koalitionsvertrag:



Niederlassungsanreize – Was kann man tun?



Halle: + 23 Ärzte
Umland: - 13 Ärzte

- Flexibilisierung Zulassung
- Fahrdienste
- Mobile Praxen
- Telemedizin
- Ärztenetze
- Moderne Arbeitsverhältnisse

Unsere weitergehenden Vorschläge sind ...

- regionaler Preiszuschlag bei Unterversorgung bzw. drohender Unterversorgung – gegenfinanziert aus überversorgten Gebieten
- Bereitschaftszeiten durch gemeinsame Notfallversorgung von Ärzten und Krankenhäusern reduzieren
- ärztlichen Nachwuchs fördern durch
 - Zugang zum Medizinstudium ändern
 - mehr Allgemeinmediziner ausbilden
 - NC und Stipendien nutzen für ärztliche Tätigkeit in strukturschwachen Gebieten

Stärkung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung anreichern!

Abbau von Überversorgung

SVR: Aufkauf freiwerdender Arztsitze in Planungsbereich mit Versorgungsgrad > 200 Prozent

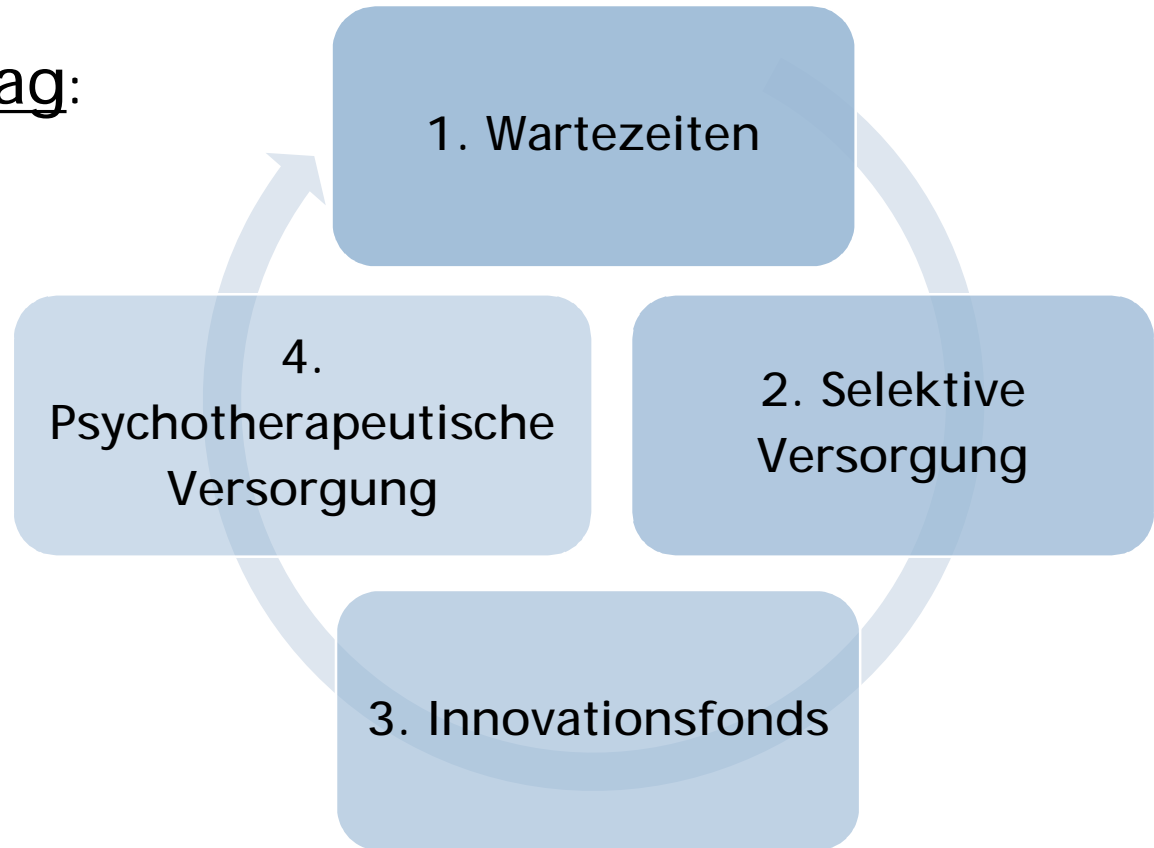
= 1.591 Arztsitze

- Letztentscheidungsrecht KVen abschaffen.

Instrument „Praxisaufkauf“ stärker nutzen!

II. Wie werden die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt?

Koalitionsvertrag:



1. Reduzierung der Wartezeiten

- Aufbau zentraler Terminservicestellen bei KVen
- geregelt wird der Überweisungsfall
- Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb vier Wochen
- bei Nicht-Gelingen Vermittlung eines Behandlungstermins in einem Krankenhaus
- ambulante Behandlung im Krankenhaus zulasten KV-Budgets

vdek: **Die Richtung stimmt!**

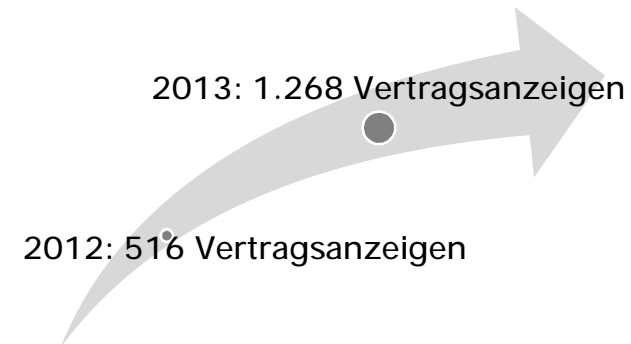
2. Selektivverträge/Integrierte Versorgung

Koalitionsvertrag:

- vertragliche Freiräume für Krankenkassen ✓
- Angleichung rechtlicher Rahmenbedingungen ✓
 - Evaluation
 - Nachweis Wirtschaftlichkeit
- Beseitigung bestehender Umsetzungshemmnisse ✓
 - Substitution Regelversorgung
 - Vereinfachung Bereinigungsverfahren
- neue DMPs für Rückenleiden und Depressionen problematisch

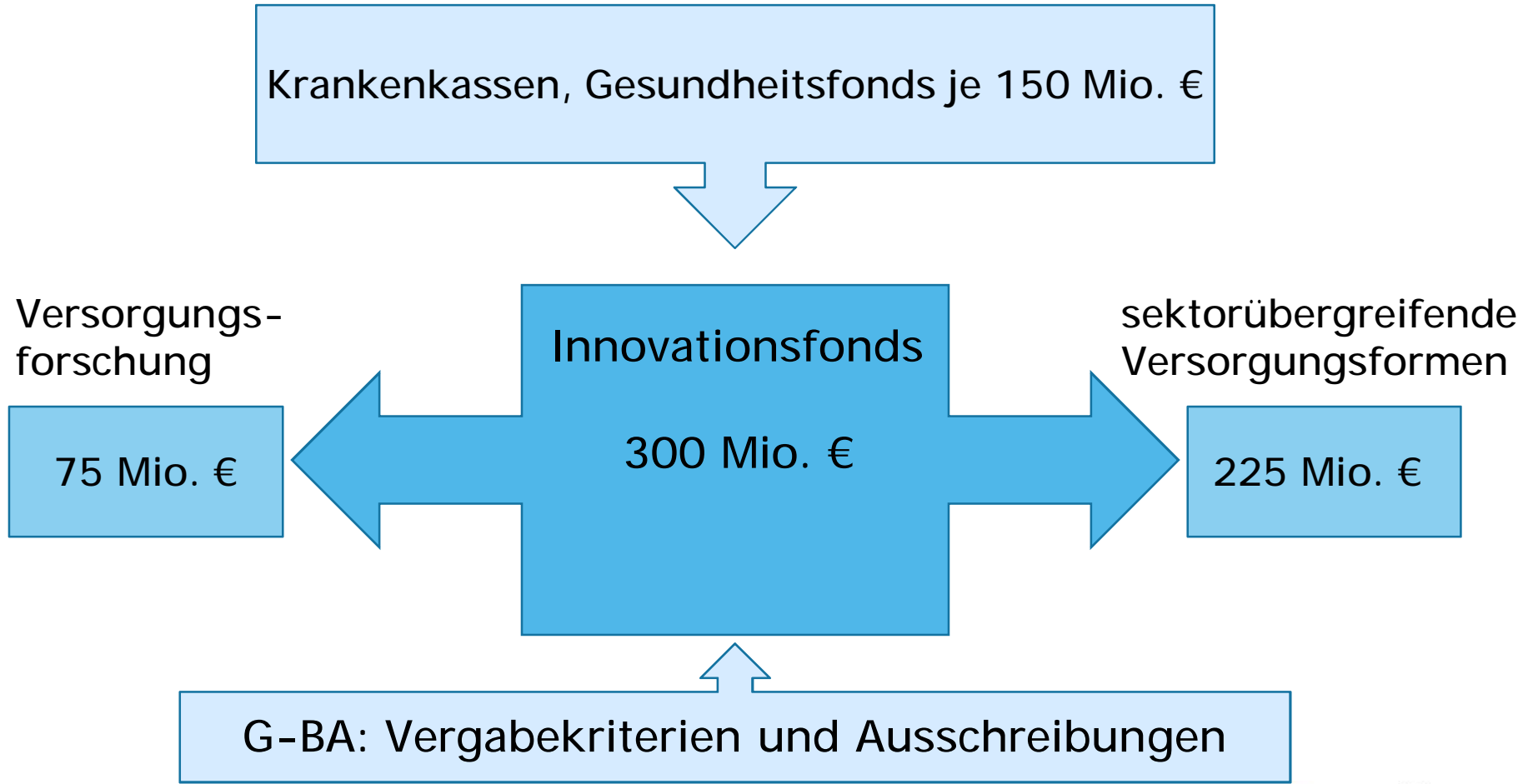
Probleme unterschiedlicher Aufsichtspraxis lösen!

- hohe bürokratische Aufwände
- widersprüchliche Prüfpraxis:
 - Versorgungsunsicherheit für Patienten
 - Investitionsrisiken für Vertragspartner
 - Wettbewerbsnachteile für Ersatzkassen



Wegfall der Vorlagepflicht reduziert die Nachteile aus unterschiedlicher Aufsichtspraxis!

3. Innovationsfonds – Was soll gefördert werden?



Unsere Vorschläge zum Innovationsfonds

- Prozess- und Strukturinnovationen fördern.
- Die Basis der Förderung ist der Selektivvertrag.
- Krankenkasse ist Antragsteller.
- Kofinanzierung der Projekte durch Eigenanteil der Antragsteller.
- Eine einheitliche Aufsichtspraxis muss sicherstellen, dass alle Vertragspartner gleiche Voraussetzungen haben.

4. Psychotherapeutische Versorgung

gut ist ...

- dichte, differenzierte, hochwertige Versorgung
- weitgehende Finanzierung durch GKV
- Psychotherapie gut in Krankenversorgung integriert
- niedrighschwelliger Zugang
- 1 Mio. Patienten/Jahr

schlecht ist ...

- große regionale Disparitäten
- lange Wartezeiten bei schweren Störungen
- mangelnde Indikationsbezogenheit der Zuweisung
- Therapieangebot folgt dem Zufallsprinzip

4. Psychotherapeutische Versorgung

Koalitionsvertrag:

- Reduzierung Wartezeiten ✓
- mehr zeitnahe Angebote für Kurzzeittherapie ✓
- Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens ✓
- Förderung der Gruppentherapie ✓
- Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien ✓
- Überprüfung von Befugnisbeschränkungen für psychologische Psychotherapeuten ist problematisch

Vorschläge der Ersatzkassen

- Vorschaltung einer psychotherapeutischen Sprechstunde
- Erprobung einer Koordinierungsstelle
- Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens
- Vernetzung mit anderen Versorgungsstrukturen (zum Beispiel PIA)

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

vdek-Bewertung des Koalitionsvertrages „Deutschlands Zukunft gestalten“ von CDU, CSU und SPD für die ambulante Versorgung

<p>Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung</p>	<p>Der vdek bewertet positiv, dass die Koalition mehr Anreize zur Ansiedlung von Ärzten in strukturschwachen Gebieten schaffen und flexiblere Rahmenbedingungen bei der Zulassung setzen will. Bei Wahl geeigneter Instrumente kann es gelingen, eine flächendeckende Versorgung der Versicherten auch in diesen Gebieten dauerhaft sicherzustellen. Das konnte mit den Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes I noch nicht erreicht werden.</p> <p>Insbesondere begrüßt der Verband, dass die Bundesregierung verstärkt den Blick auf das verbreitete Problem der Überversorgung richtet und den Aufkauf von Arztsitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) fördern möchte. Bislang entscheidet die KV, ob eine Praxis für die Versorgung notwendig ist oder nicht. Die bisherige „Kann“-Regelung im SGB V hat nicht dazu geführt, dass KVen von dieser Möglichkeit auch tatsächlich Gebrauch gemacht hätten. Die angekündigte „Soll“-Regelung ist also ein Schritt in die richtige Richtung. Daneben müssen Fragen zur Übernahme der Kosten geklärt werden.</p> <p>Der vdek setzt sich dafür ein, dass sich in unterversorgten Gebieten die Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung beteiligen. Daher begrüßt er das Vorhaben, wonach der Zulassungsausschuss bei Unterversorgung künftig Kliniken zur ambulanten Versorgung ermächtigen muss, wenn sie einen Antrag darauf stellen.</p> <p>Mit der geplanten Förderung der Telemedizin sind Verbesserungen insbesondere in strukturschwachen Gebieten herbeizuführen. Daher unterstützt der vdek die Koalitionsvereinbarungen in diesem Punkt prinzipiell. Zusätzliche Vergütungen für telemedizinische Leistungen sollen aus Sicht des vdek dort erfolgen, wo ihr Einsatz auch tatsächlich sinnvoll ist. Doppelstrukturen und -finanzierungen mit Blick auf die elektronische Gesundheitskarte müssen vermieden werden.</p>
--	---

vdek-Bewertung des Koalitionsvertrages „Deutschlands Zukunft gestalten“ von CDU, CSU und SPD für die ambulante Versorgung

<p>Psychotherapeutische Versorgung</p>	<p>Das im Koalitionsvertrag festgehaltene Ziel, die Wartezeiten auf Termine beim Psychotherapeuten zu verkürzen, befürwortet der vdek ausdrücklich. Hiervon sind insbesondere schwer erkrankte Patienten betroffen. Das Gleiche gilt für das Vorhaben, mehr Patienten zeitnahe Angebote für Kurzzeittherapien zu eröffnen. Allerdings dürfen diese Angebote nicht dazu führen, dass Langzeittherapien vernachlässigt werden. Jeder Patient soll das für ihn geeignete Therapieangebot finden.</p> <p>Grundsätzlich unterstützt der vdek eine Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Hierfür haben die gesetzlichen Krankenkassen konkrete Vorschläge unterbreitet.</p> <p>Gruppentherapien werden nach wie vor selten durchgeführt; der vdek begrüßt daher, dass ihr Anteil erhöht werden soll. Geplant ist, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen, binnen einer gesetzlichen Frist die Psychotherapierichtlinien zu überarbeiten. Diese Forderungen unterstützt der vdek.</p> <p>Laut Koalitionsvertrag sollen die Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten überprüft werden. Dabei scheint es vor allem darum zu gehen, ob und in welchem Umfang Therapeuten künftig Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, Medikamente, Ergotherapien u. Ä. verordnen dürfen. Nach Auffassung des vdek wären solche Änderungen problematisch, da nicht alle Psychotherapeuten über das nötige Fachwissen verfügen. Denkbar ist allenfalls, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Therapeuten ausgestellt werden dürfen; allerdings möglichst nur nach Rücksprache mit dem Hausarzt.</p>
<p>Wartezeiten beim Arzt</p>	<p>Der vdek begrüßt Maßnahmen, die zur Verkürzung von Wartezeiten auf Termine beim Haus- und Facharzt führen. Ob das Wartezeitenproblem durch die geplanten zentralen KV-Terminservicestellen gelöst wird, bleibt jedoch</p>

vdek-Bewertung des Koalitionsvertrages „Deutschlands Zukunft gestalten“ von CDU, CSU und SPD für die ambulante Versorgung

	<p>abzuwarten. Zur Erläuterung: Nach der angekündigten Neuregelung sollen die Terminservicestellen für Patienten, die eine Überweisung erhalten haben, binnen einer Woche tätig werden und einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen vereinbaren. Gelingt dies nicht, haben Patienten künftig einen Anspruch auf ambulante Behandlung in einem Krankenhaus.</p> <p>Der vdek fordert, dass der Gesetzgeber zudem die ungleiche Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten bei der Terminvergabe angeht.</p>
<p>Hausärztliche Versorgung / Aus- und Weiterbildung</p>	<p>Aus Sicht des vdek ist das Ziel der Koalition, die Hausärzte zu fördern, um die hausärztliche Versorgung – insbesondere in ländlichen Gebieten – dauerhaft sicherzustellen, ein wichtiger Schritt.</p> <p>Nach den Plänen von Union und SPD sollen dazu die Krankenkassen mehr Geld in die Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin fließen lassen (+ 50 Prozent). Dieses Verfahren ist bislang nicht evaluiert worden. Geprüft werden sollte dabei, ob das Ziel, mehr Mediziner für den Beruf des Hausarztes zu gewinnen, auch wirklich erreicht wird. Die Zielgenauigkeit der Förderung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) scheint bislang zumindest fragwürdig: Denn trotz der Förderung hat die Zahl der Absolventen der Allgemeinmedizin weiter abgenommen. Deshalb müssen ergänzende Maßnahmen ergriffen werden.</p> <p>Der vdek unterstützt die Entwicklung eines "Masterplans Medizinstudium 2020". Er bewertet es positiv, dass Bund und Länder gemeinsam mehr Anstrengungen unternehmen sollen, Studenten für die Allgemeinmedizin zu gewinnen.</p>
<p>Medizinische Versorgungszentren (MVZ)</p>	<p>Die geplante Zulassung arztgruppengleicher MVZ (etwa für Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten) ist nach Auffassung des vdek eine sinnvolle Maßnahme.</p> <p>Ausdrücklich begrüßt der vdek die finanzielle</p>

vdek-Bewertung des Koalitionsvertrages „Deutschlands Zukunft gestalten“ von CDU, CSU und SPD für die ambulante Versorgung

	Gleichstellung der MVZ mit Einzelpraxen.
<p>Nichtärztliche Gesundheitsberufe (Delegation / Substitution)</p>	<p>Laut Koalitionsvertrag sollen Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen (Pflegerkräfte, Rettungssanitäter, Physiotherapeuten u.a.m.) häufiger und leichter ärztliche Aufgaben übernehmen und dafür angemessen bezahlt werden. Der vdek unterstützt dieses Vorhaben. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass es regelmäßig Probleme gibt, sich bei der Vergütung zu verständigen. Die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Nicht-Ärzte (Delegation und Substitution*) darf nicht ausschließlich „on top“ finanziert werden, wenn die KVen ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen.</p> <p>Ferner geplant sind weitere Modellvorhaben, in denen geprüft werden soll, welche ärztlichen Aufgaben künftig an Angehörige nichtärztlicher Berufsgruppen delegiert bzw. substituiert werden können. Je nach Ergebnis der Evaluation will der Gesetzgeber dann einzelne Leistungen in die Regelversorgung aufnehmen. Der vdek fordert hier eine Anpassung der Regelungen des SGB V: Das geltende Recht schreibt vor, dass Modellvorhaben mindestens acht Jahre laufen müssen, ehe sie in die Regelversorgung einfließen können. Das ist eindeutig zu lang. Zudem müssen noch Unklarheiten bei den Ausbildungsvoraussetzungen ausgeräumt werden.</p> <p>* Als Delegation bezeichnet man die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal, wobei der Arzt in der medizinischen und juristischen Verantwortung bleibt. Bei der Substitution geht auch die Verantwortung an das Personal über.</p>

vdek-Bewertung des Koalitionsvertrages „Deutschlands Zukunft gestalten“ von CDU, CSU und SPD für die ambulante Versorgung

<p>Selektivverträge / Integrierte Versorgung</p>	<p>Die Krankenkassen sollen nach den Plänen von Union und SPD bei integrierten und selektiven Versorgungsformen mehr vertragliche Freiheit erhalten, bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung will der Gesetzgeber beseitigen. Der vdek begrüßt diese Pläne. Dabei müssen aus seiner Sicht die Vorlagepflichten beim Bundesversicherungsamt entfallen, damit die Krankenkassen im Vertragswettbewerb gleiche Chancen haben und Versorgungsinnovationen auch bei den Versicherten ankommen können.</p>
<p>Disease-Management-Programme (DMPs)</p>	<p>In ihrem Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien angekündigt, bestehende Programme zur Behandlung chronisch Kranker (DMPs) weiterzuentwickeln und neue Programme für Rückenleiden und Depressionen aufzulegen. Der vdek hält DMPs für sinnvolle Behandlungskonzepte, lehnt die gesetzgeberische Auswahl von Indikationen jedoch ab. Die DMPs werden bereits vom G-BA fortentwickelt, es besteht folglich keine Notwendigkeit, dass der Gesetzgeber hier tätig wird. Nach Ansicht des vdek muss die Auswahl der Krankheiten auch weiterhin dem Fachgremium überlassen bleiben und sollte nicht von der Politik entschieden werden. Insbesondere das Krankheitsbild „Depression“ ist nach Ansicht des vdek nicht für die Auflage eines DMPs geeignet.</p>
<p>Innovationsfonds</p>	<p>Mit einem neuen Fonds will der Gesetzgeber Innovationen bei der Patientenversorgung sowie die Versorgungsforschung fördern. Das Geld für diesen "Innovationsfonds" – geplant sind 300 Mio. Euro – soll von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Weitere Eckpunkte: Der G-BA soll die Vergabekriterien der Mittel festlegen und das Geld im Rahmen eines jährlichen Ausschreibungsverfahrens verteilen.</p> <p>Der vdek unterstützt die Schaffung eines Innovationsfonds. Da die Krankenkassen die Mittel aufbringen müssen,</p>

vdek-Bewertung des Koalitionsvertrages „Deutschlands Zukunft gestalten“ von CDU, CSU und SPD für die ambulante Versorgung

	<p>fordert er jedoch im Gegenzug ein explizites Mitspracherecht der Krankenkassen bei der Verteilung. Mit den Mitteln sollten Selektivverträge gefördert werden. Die Fördermittel sollen befristet vergeben werden, die Verwaltung der Mittel bürokratiearm durch den GKV-Spitzenverband erfolgen. Erforderlich ist aus Sicht des vdek ferner die Evaluation der geförderten Innovationen mithilfe der Mittel für die Versorgungsforschung. Eine einheitliche Aufsichtspraxis muss schließlich sicherstellen, dass alle Vertragspartner die gleichen Voraussetzungen haben, um Innovationen über den Fonds anzustoßen. Das Antragsrecht sollte bei den Krankenkassen liegen. Um Mitnahmeeffekten vorzubeugen, sollten die Antragsteller einen eigenen Finanzierungsanteil einbringen.</p>
--	--

Versorgungslage (mit Demografiefaktor)

1 Haus- und Fachärzte gesamt

Stand: Januar 2014



Planungsbereiche mit	Hausärzte	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Nervenärzte	Orthopäden
Übersversorgung	405	314	378	341	330	328	353	366
Regelversorgung	478	70	7	44	51	56	32	19
Unterversorgung	11	1	0	0	4	1	0	0
	894	385	385	385	385	385	385	385
Drohende Unterversorgung	36	3	0	0	2	1	1	0
Fehlende Ärzte bis VG 100%	749	31	0	9	20	23	8	4
Überzählige Ärzte über VG 100%	5.514	1.071	1.599	1.945	864	885	1.209	1.415
Differenz	4.765	1.040	1.599	1.936	844	862	1.201	1.411

Planungsbereiche mit	Psychotherapeuten	Urologen	Kinderärzte	Anästhesisten	fachärztliche Internisten	Kinder-/Jugendpsychologen	Radiologen	Gesamt	
								absolut	in %
Übersversorgung	266	366	353	91	105	49	104	4.149	80,64
Regelversorgung	118	19	32	2	0	32	2	962	18,70
Unterversorgung	1	0	0	0	0	16	0	34	0,66
	385	385	385	93	105	97	106	5.145	100,00
Drohende Unterversorgung	1	0	0	0	0	10	0	54	1,05
Fehlende Ärzte bis VG 100%	338	3	7	0	0	111	0	1.303	
Überzählige Ärzte über VG 100%	8.800	706	1.776	1.181	4.154	285	971	32.375	
Differenz	8.462	703	1.769	1.181	4.154	174	971	31.072	

*: Hier wurde örtlich auf der Grundlage von § 2 BP-RL der Demografiefaktor nicht berücksichtigt.

Ärzte (absolut)	Hausärzte	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Nervenärzte	Orthopäden
	134.849	52.793	5.385	3.860	9.856	3.313	3.980	4.629
Stand: 2013/2014	Psychotherapeuten	Urologen	Kinderärzte	Anästhesisten	fachärztliche Internisten	Kinder-/Jugendpsychologen	Radiologen	
	23.484	2.700	5.477	2.835	7.668	955	2.572	