

# **KVB Konzepte**

## **Zukunftsperspektiven mit der KVB**

### **Chancen und Risiken für den Facharzt**

#### **07. Februar 2013 LRA Bamberg**

## Analyse Ist-Zustand – wo liegen die Probleme?

- Situation BRD : WELT: Gesundheit - Kosten – Effizienz
- Ärzteverteilung und Honorar, Problematik für FÄ-BY
- Bayern = Geberland, Nachteile zu anderen BL
- Wettbewerb mit Kliniken und MVZs
- Verhandlungssituation KVB – Kassen; Schiedsamt
- Bedarfsplanung 2013 – ärztlicher Nachwuchs

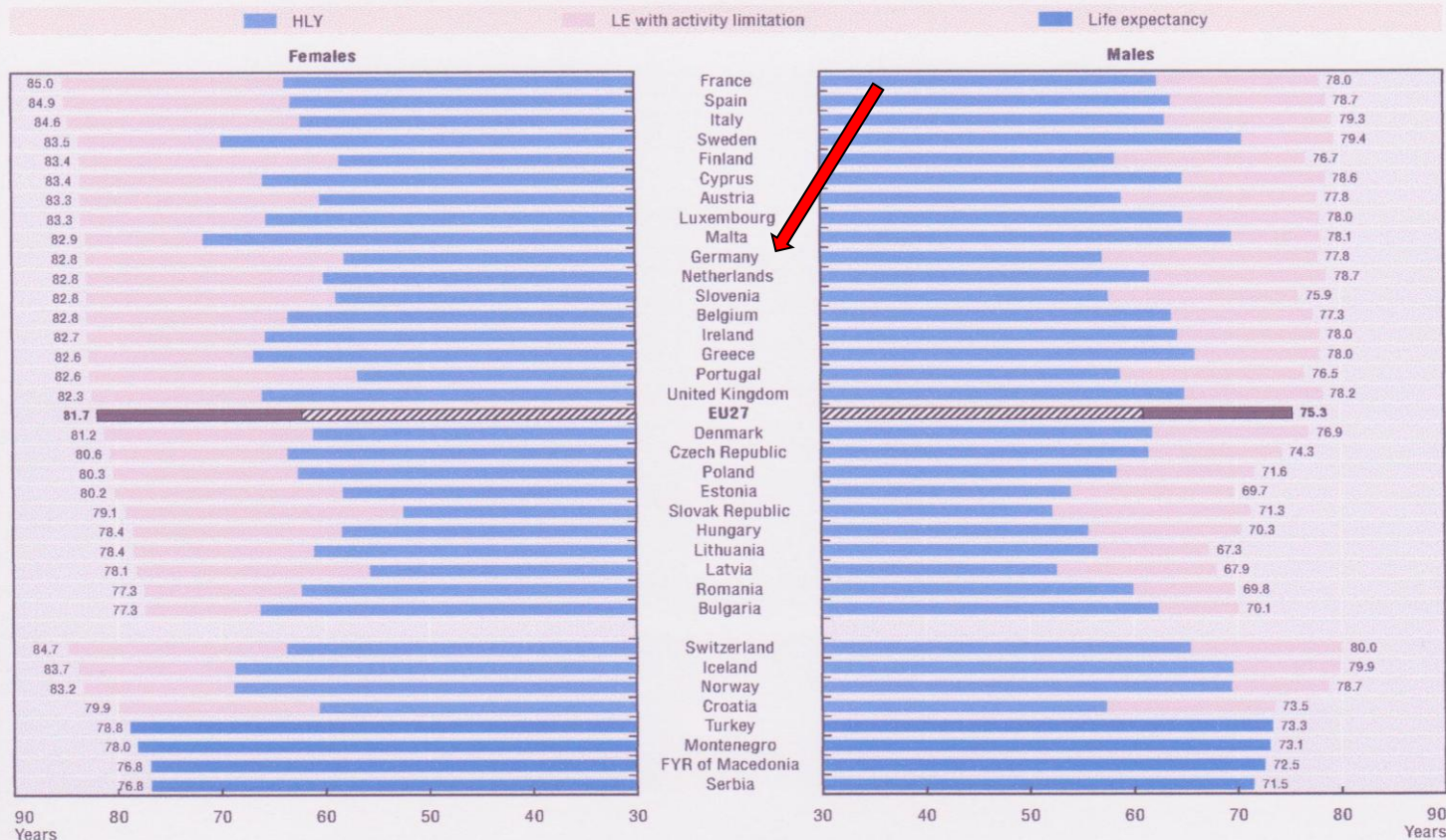
## Perspektiven Fachärzte – was ist zu ändern?)

- Fördermöglichkeiten – siehe BayStMUG


# KVB-Konzepte – Vergleich BRD - WELT

## 1.1. LIFE EXPECTANCY AND HEALTHY LIFE EXPECTANCY AT BIRTH

### 1.1.1. Life expectancy (LE) and healthy life years (HLY) at birth, by gender, 2008-10 average



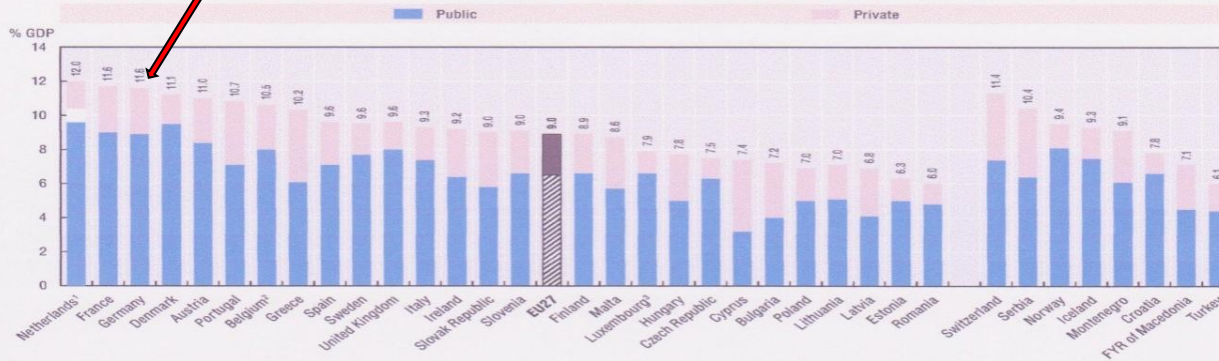
Source: Eurostat Statistics Database; Joint Action: EHLEIS (2012).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932702879>

# KVB-Konzepte - Vergleich BRD - WELT


## 5.3. HEALTH EXPENDITURE IN RELATION TO GDP

### 5.3.1. Total health expenditure as a share of GDP, 2010 (or nearest year)

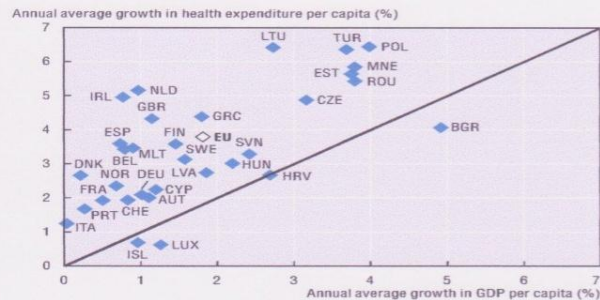


1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).
3. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.


Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932705463>

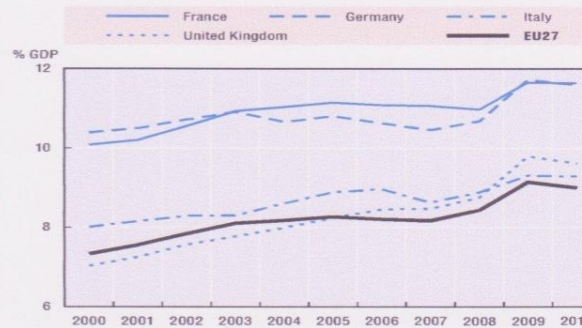
### 5.3.2. Annual average growth in health expenditure and GDP per capita, in real terms, 2000-10 (or nearest year)




Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932705482>

### 5.3.3. Total health expenditure as a share of GDP, 2000-10, selected EU member states



Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932705501>

**Über-/Unter- /Fehlversorgung - Schlagwort des Sachverständigenrats und zahlreicher Gutachter & Institute – Rechtfertigung für gravierende Eingriffe in komplexe Räderwerke/Arbeitsstrukturen im Gesundheitswesen (IGES Delphi Nov. 2008)**

**Auswirkungen auf Infrastruktur mit Dominoeffekten nicht untersucht:**

- Betriebe - Mittelstand 90%
- Ämter
- Schulen,...
- Bevölkerung
  - Altersstruktur
  - Versorgung Älterer
  - Kostenverlagerung Transport
  - TZ-Jobs wohnortnah - Arbeitswege
  - Nettoverdienst ???
  - Geburtenrate



Neben die klassische Einzelfacharztpraxis treten zunehmend andere Versorger - MVZs freiberuflich, sowie von Klinikkonzernen bzw. regionalen Klinikverbänden;

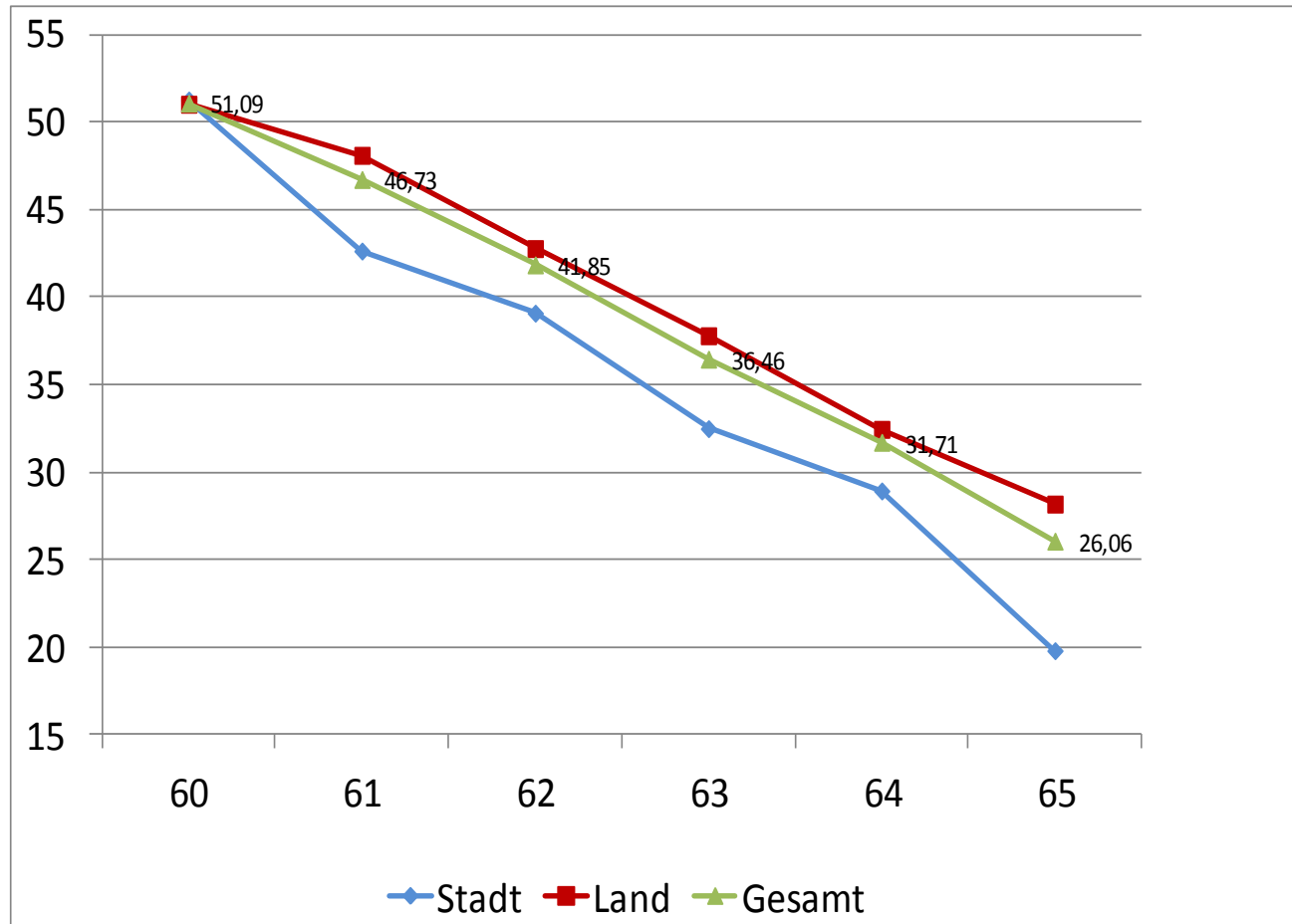
- Job als Angestellte gegenüber freiberuflicher Tätigkeit;
- ärztliche Entscheidungen werden vermehrt unter kommerziellen Überlegungen der GF getroffen;
- Patientenrechtgesetz soll Patienten vor Arztfehlern schützen. **(Systemfehler!)**



**Inhaltliches Zitat Bundesregierung Rot-Grün zur Gesetzgebung:**  
Man wird das Gesundheitswesen nicht mehr wiedererkennen!

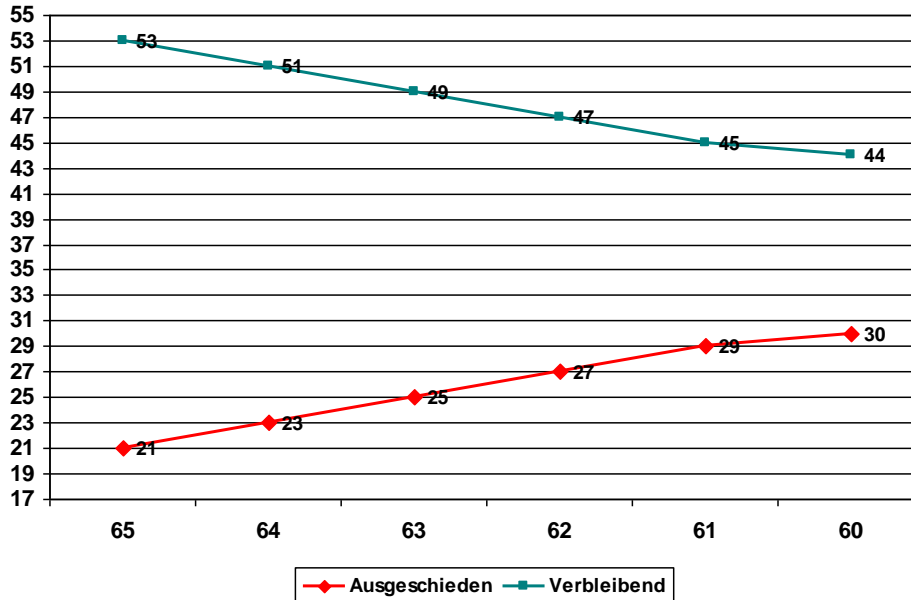
# Fokus Hausärzte - Oberfranken

Nachfolgebedarf Hausärzte (ohne Kinderärzte) bis 2016 relativ (%) und absolut in Abhängigkeit vom Ruhestandseintrittsalter (Stand:30.9.2011)

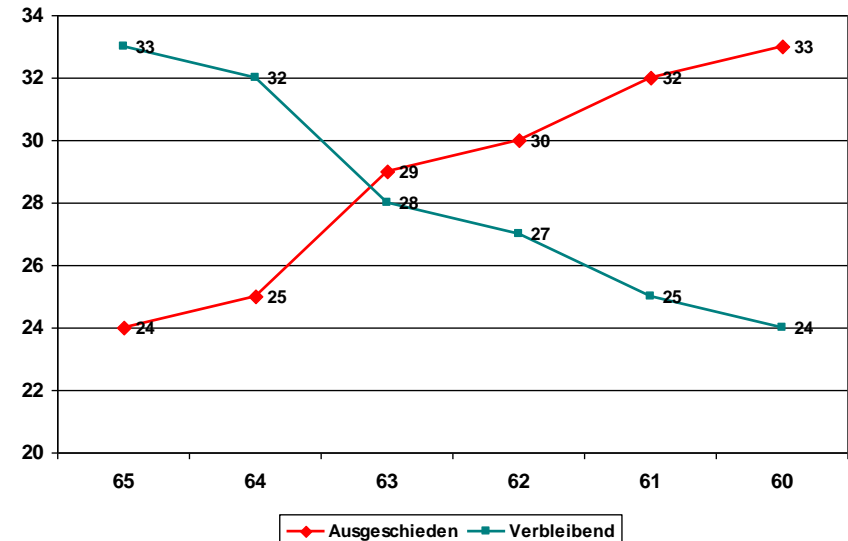


# Entwicklung Hausärzte bis zum Jahre 2016 in Abhängigkeit vom Ruhestandsalter - Beispiele

## Bayreuth Landkreis



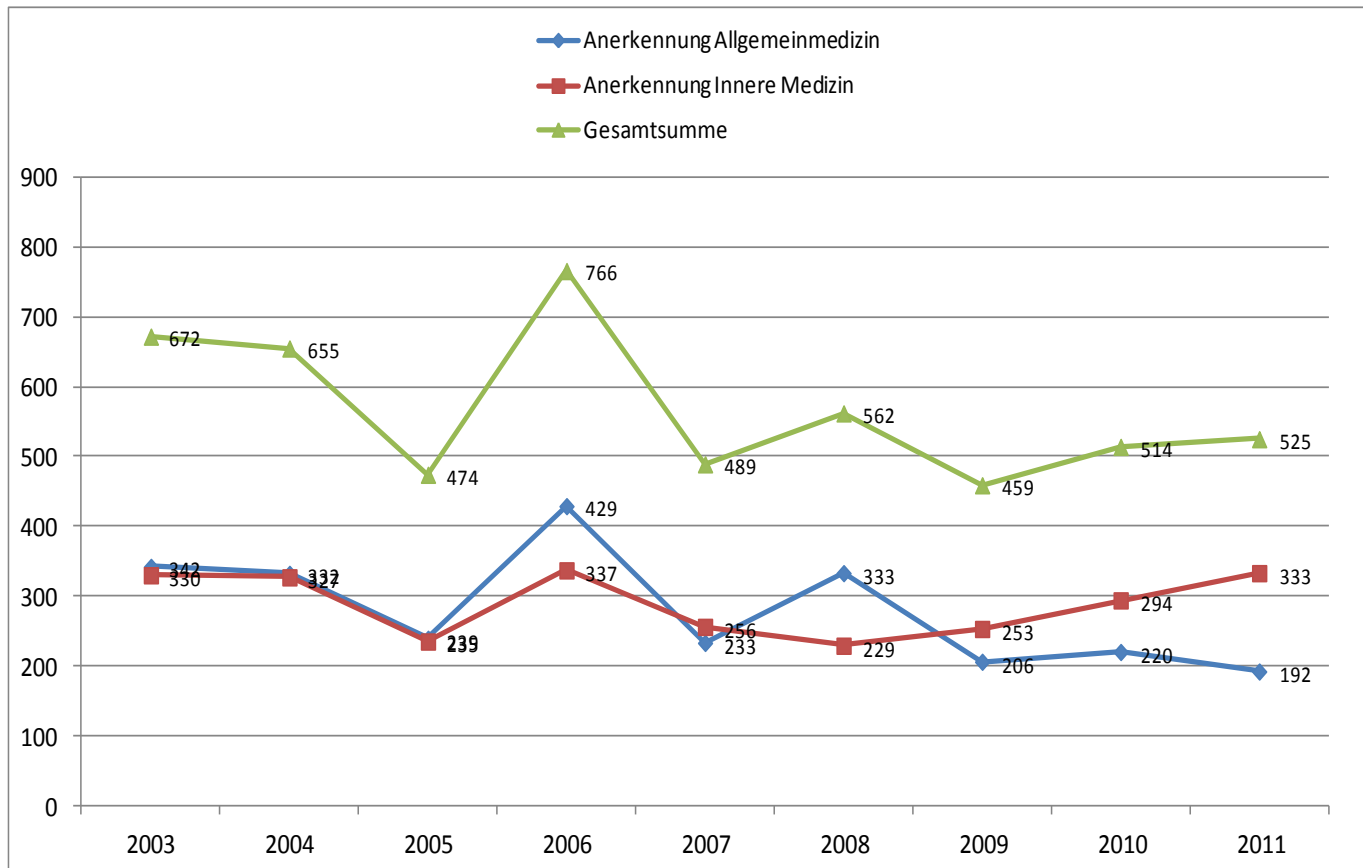
## Wunsiedel Stadt und Landkreis



**Analoge Entwicklung im fachärztlichen Bereich – nur dramatischer!**



# Der (haus-/fachärztliche) Nachwuchs kommt?



**Facharztanerkennungen Bayern (Quelle: Tätigkeitsberichte der BLÄK)**

# Arztzahlen in Bayern

## - Zugelassene und angestellte Ärzte und Ärztinnen -

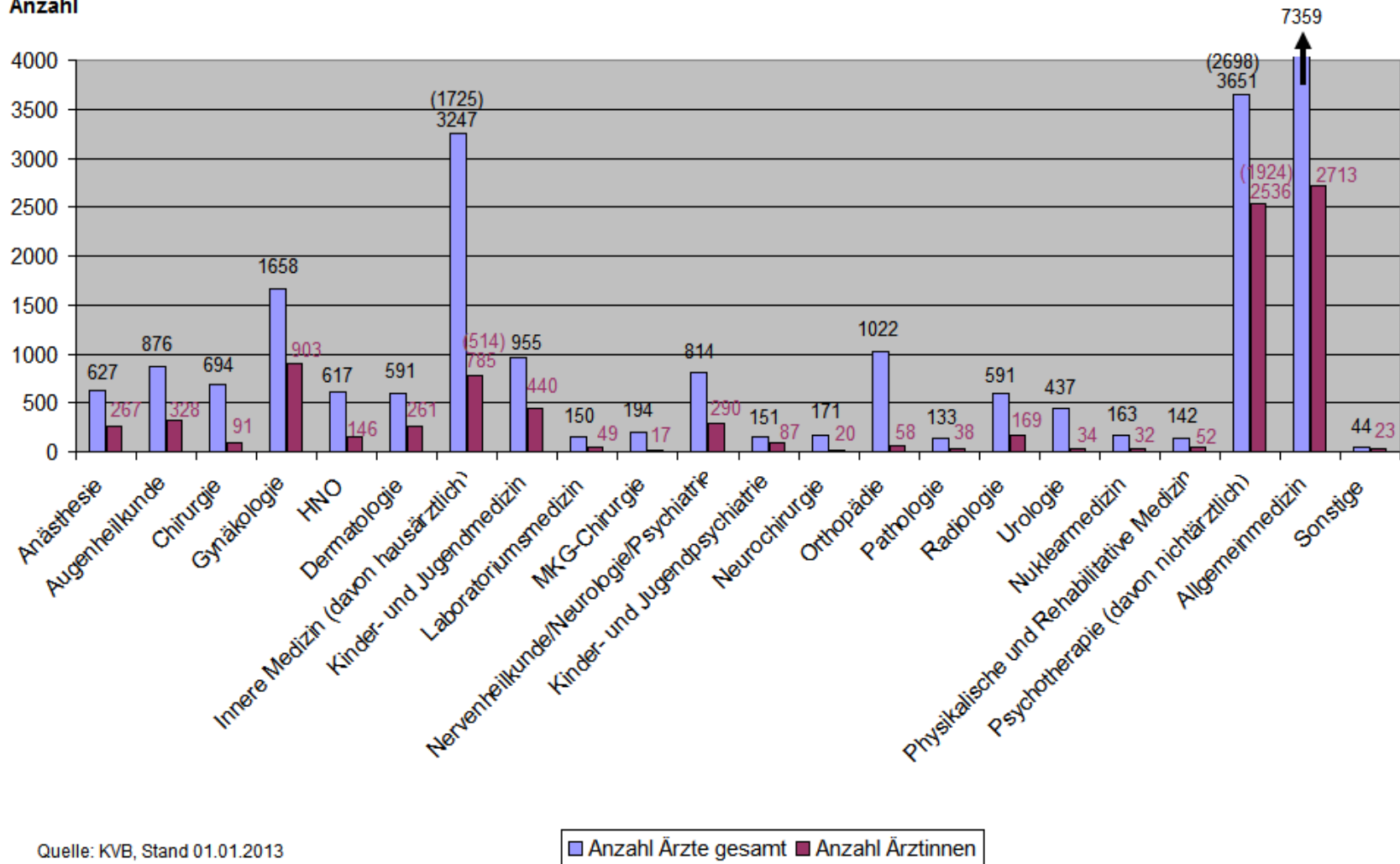
	Anzahl gesamt	Anzahl Ärztinnen
<b>Ärzte</b>	24.287 (+ 176 bzw. + 0,73 %)*)	9.339 (± 38,5 %) (+ 319 bzw. + 3,5 %)*)
<b>Teilzulassungen</b> (incl. ggf. zwei parallele Teilzulassungen und parallel Teilzulassung + Teilzeit-Anstellung)	1.334 (+ 405 bzw. + 43,6 %)*)	752 (± 56,4 %) (+ 237 bzw. + 46,0 %)*)
<b>Anstellungen (Voll- u. Teilzeit)</b> (incl. Anstellungen parallel zu einer Zulassung/ Teilzulassung bzw. mehrere Anstellungen parallel)	3.067 (+ 444 bzw. + 16,9 %)*)	1.543 (± 50,3 %) (+ 233 bzw. + 17,8 %)*)
<b>reine Teilzeit-Anstellungen</b> (incl. ggf. mehrere Teilzeit-Anstellungen parallel; aber ohne Teilzeit-Anstellung neben einer Zulassung, Teilzulassung oder Vollzeitanstellung)	1.637 (+ 200 bzw. + 13,9 %)*)	869 (± 53,1 %) (+ 121 bzw. + 16,2 %)*)

Quelle: KVB, Stand 01.01.2013

\*) Entwicklung gegenüber den Daten vom 01.11.2011

# Anzahl Ärztinnen in der Fachgebieten-/Arztgruppe (zugelassen + angestellt)

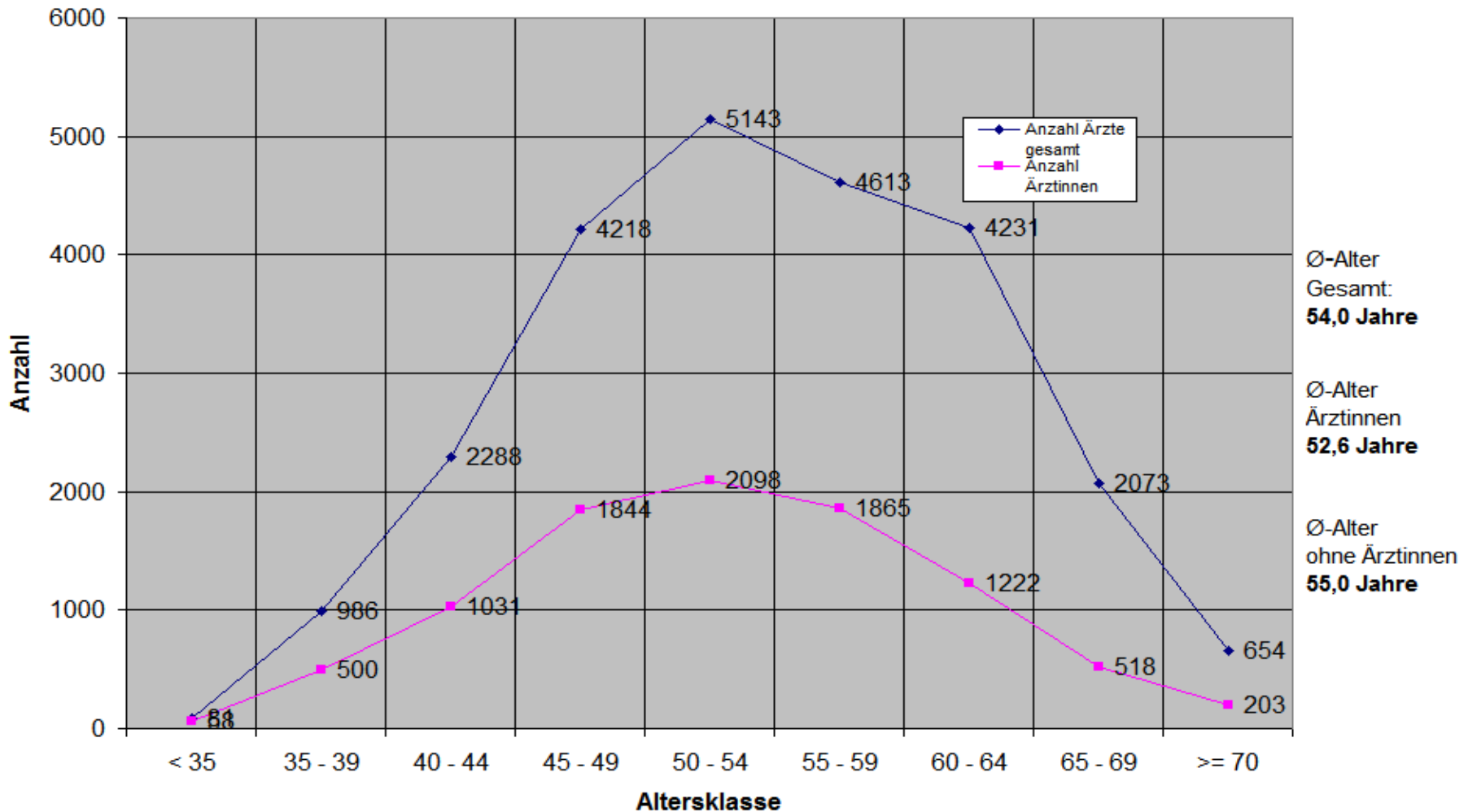
Anzahl



Quelle: KVB, Stand 01.01.2013

# Altersverteilung: Ärzte gesamt / Ärztinnen

(zugelassen + angestellt)



Quelle: KVB, Stand 01.01.2013

# Bilanz – Oberfranken Hausärzte - Fachärzte

## Hausärzte:

**Bis 2016 zu erwarten, dass : ca. 300 Hausärzte Ihre Tätigkeiten auch in wirtschaftlich leistungsfähigen Regionen beenden:**

**Bis 2016 werden bei gleichbleibendem Trend ca. 60 nachrücken; die Niederlassungspriorität richtet sich nach der vorhandenen Infrastruktur!**

## Fazit:

**Wir erwarten einen Rückgang um 240 Hausärzte in den Jahren bis 2016. Ein Kampf um die wenigen Köpfe ist damit unvermeidlich.**

# Bilanz – Oberfranken Hausärzte - Fachärzte

## Fachärzte:

**Altersbezogen trifft das für die Fachärzte zu mit Verzögerung von 3-5 Jahren!**

- ❖ **Aufgrund vieler Fachrichtungen bricht v.a. im ländlichen Bereich die gebietsbezogene Versorgung schneller weg - meist um 50% wenn 1-2 Fachkollegen die VA-Tätigkeit beenden, da Krankheitsfaktor bislang unberücksichtigt bleibt!**
- ❖ **Unterversorgungskriterien Bedarfsplanung schlecht für FÄ!**
- ❖ **Die Mitversorgung durch andere Fachkollegen ist kaum möglich!**
- ❖ **Facharzt-Nachwuchs in der Klinik zeigt zahlreiche Probleme - Deutschkenntnisse!**
- ❖ **Reg. Infrastruktur, sowie Frauenanteil haben höhere Bedeutung!**

**Ärztlicher Nachwuchs unterscheidet sich in Geschlechterverteilung, work-life-balance,... von Vorstellungen der bisherigen Generationen!**

## Streit um Gesundheitsfonds - Huber attackiert Bahr 10.01.2013 20:27 / dpa/änd

- Bayerns Gesundheitsminister Marcel Huber (CSU) hat den Gesundheitsfonds zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung scharf kritisiert und dringend Korrekturen gefordert. „Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich wirken für Bayern wie ein zweiter Länderfinanzausgleich. Jedes Jahr fließen Milliarden an Beitragsgeldern aus Bayern ab“, sagte Huber dem „Münchner Merkur“ (Freitag).
  - Verlust für Bayern für 2011 auf rund 2,1 Milliarden Euro
  - mehr Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Bundesländern
  - hohe Qualität der Gesundheitsversorgung in Bayern auch in Zukunft sichern
- Gutachten des Freistaats BY gemeinsam mit Baden-Württemberg
- Zitat: „Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) ist bisher allerdings nicht bereit, entsprechende Daten herauszurücken“
- Bundesrats-Initiative BY und BW, um die nötigen gesetzlichen Änderungen für mehr Transparenz zu schaffen!

## Fonds vernachlässigt fachärztliche Strukturunterschiede KVB i.V. zu anderen KV-Bereichen:

- Hohe ambulante Versorgungsdichte spezialisierter und hoch spezialisierter Fachärzte
- Qualitätsmanagement amb. Operieren, Endoskopie, Interventionelle radiol./angiol./kardiol. Leistungen
- Zunehmend hochspezialisierte stationäre Eingriffe mit hohen Folgekosten für die ambulante Versorgung (ICD, postop./interventioneller Betreuungsaufwand, teurere Anschlussmedikation,...)
- **Morbidität aus Selektivverträgen in BY bleibt unberücksichtigt!**

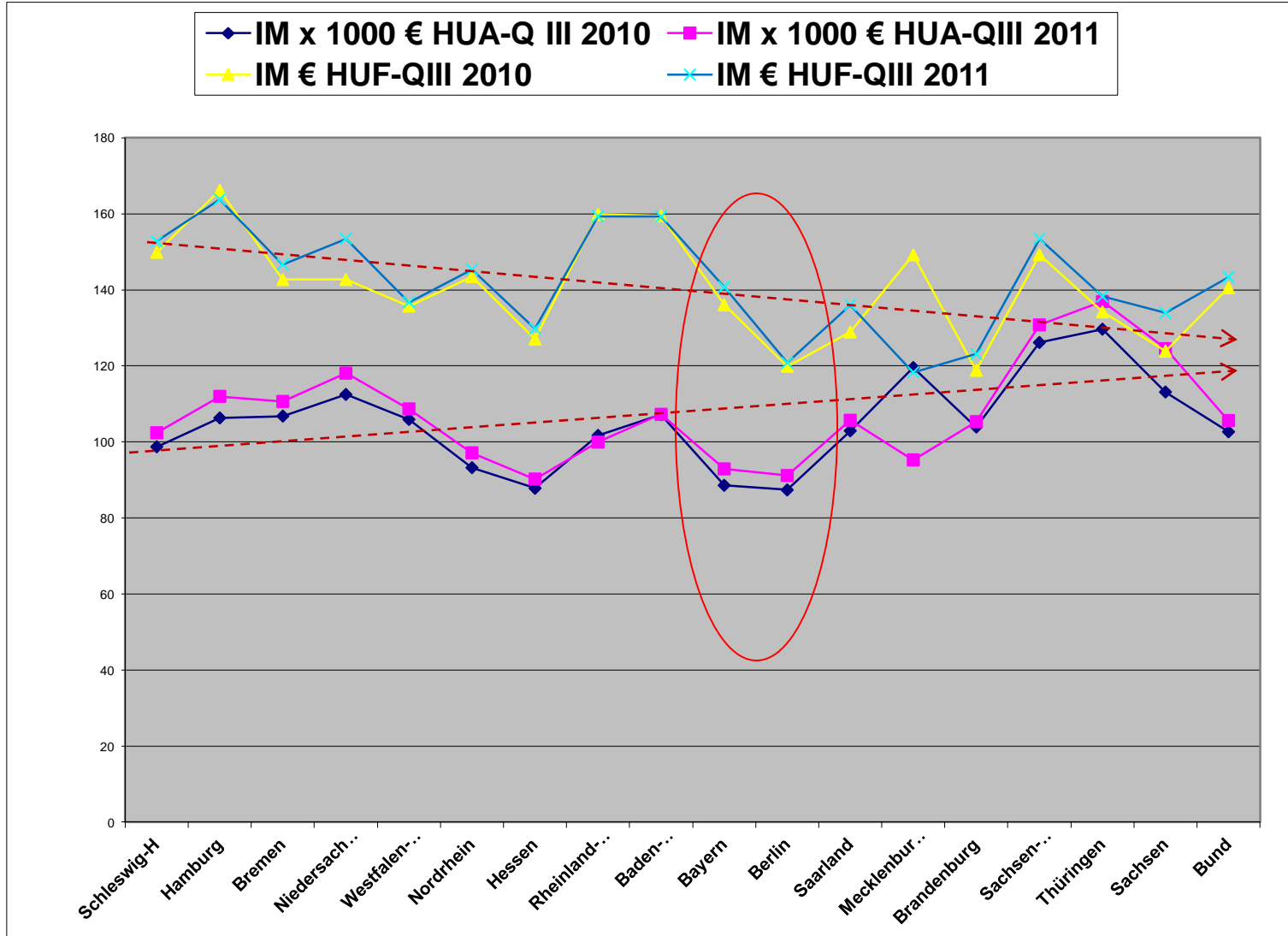


## Honorarverteilungsproblematik BRD : BY

- Absenkung der Leistungsbewertung bundesweit vom Punktwert 5,11 cent auf 3,5001 cent;
- GBA-Entscheidungen = Nivellierung trotz differenter Fallzahlen und unterschiedlicher Versorgung in den Bundesländern (MVZ-Anteile Klinik);
- Nivellierung von Leistungen mit hohen und niedrigen Fixkosten/Zeitaufwand;

- **Versorgungstiefe in BY und BW höher**
- **Qualitätssicherung KVB – KBV amb. OP, Endo, Rad**
  - **Kostenstrukturen KVB – KBV alte neue BL (Stat.BA)**
  - **Nivellierung von Einnahmen und Kosten bei Fachärzten regionaler Kven in BRD**
- **Fehlentscheidung GBA bei der akt. Vergabe 250 Mill € wegen falsch niedriger Morbidität aus nicht berücksichtigten Selektivverträgen**
  - **BRD 250 Mill. €, BY erhält nur 30,5 Mill €**

# KVB-Konzepte – FA Honorarsituation KBV FAI



## **Bereitschaft der GKV-Kassen zu struktur- und kostengerechten Selektivverträgen nicht erkennbar! Kassenmonopol hat Auswirkungen auf Ausübung des Sicherstellungsauftrags durch KVB:**

- Regionale Arzt-Netzverträge – Partikularismus (divide et impera)
- Schiedsamt zu Morbi-GV & Selektivverträgen
  - Selektivverträge – Innovationen verursachen steigende Kosten und Versorgungsprobleme
- Schiedsamt zu Notarztproblematik

## **Ziele von Kassen & SpiVK? Betrachtung aus Patientensicht!**

- **Sparpolitik, Machtinteressen,...?**

## ■ MVZs von Kliniken und Konzernen – ungleicher Wettbewerb mit fachärztlichen VÄ:

- ungleiche finanzielle Rahmenbedingungen
- Ungleiche Verwaltungsstrukturen zur Abwicklung administrativer Aufgaben

**Gesetzgeber hat Schwachstellen im Gesetz nicht beseitigt!**

## Zukunftsperspektiven Landregion – Ballungszentren

- Ohne weisungsunabhängige „komplementäre ambulante Facharztebene“ wird stationäre Versorgung noch teurer!

## Was wäre an unserem System zu ändern?

- **Selektivverträge:** Hausarzt – Facharzt-Team ist gemeinsam zu stärken durch selektive GKV-Verträge regional!
- Infolge Anpassung an DRG-Systematik und stationäres Outsourcing sind sektoral übergreifende Verträge neu zu regeln! Die ASV (spezialärztliche Versorgung) ist in diesem Sinne zu gestalten!
- **Wettbewerb im Gesundheitswesen unter den Bundesländern und ambulant – stationär ohne Benachteiligung oder Wettbewerbsverzerrung!**
- **Beurteilung der Effektivität der Gesetzgebung ist mehr als überfällig! Regierungsnahe Gutachter sind nicht unabhängig!**

## Förderungsmöglichkeiten:

- reale Versorgungspolitik kann nur partnerschaftliche Konzepte gemeinsam mit den Kassen erfolgen:
- Unterstützung mittels
  - Förderprojekte z.B. Bay.Staats – unter Einschluß der Kernleistungen
  - zinsgünstiger Kredite für Gesamtprojekte haus-/fachärztlich - amb./stat.
  - Einwirkung der Bay.StRegierung auf zukunftsfähige Vertragslösungen (Gesetzgeber gefragt!)
  - Förderung der mittelständischen Infrastruktur Land-Regionen

# Der Kompromissvorschlag ist mit zwei wesentlichen Anpassungen des bisherigen KBV Konzepts verbunden

<b>Kompromiss</b>	Primärärztliche Versorgung	Allgemein fachärztliche Versorgung		spezialisierte fachärztl. Versorg.
	Mittelbereiche	Grundversorg. Versorgungstypen	Spezialversorg. Raumordnungsregionen	KVen
<b>Arztgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hausärzte</li> <li>Kinderärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urologen</li> <li>Augenärzte</li> <li>HNO-Ärzte</li> <li>Chirurgen</li> <li>Hautärzte</li> <li>Nervenärzte</li> <li>Frauenärzte</li> <li>Orthopäden</li> <li>Psychother.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fachinternisten</li> <li>Anästhesist.</li> <li>Radiologen</li> <li>Kinder- und Jugendpsychiater</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MKG- Chirurgen</li> <li>PRM-Mediziner</li> <li>Nuklearmediziner</li> <li>Strahlentherap.</li> <li>Neurochirurgen</li> <li>Humangenetiker</li> <li>Laborärzte</li> <li>Pathologen</li> <li>Transfusionsmediziner</li> </ul>

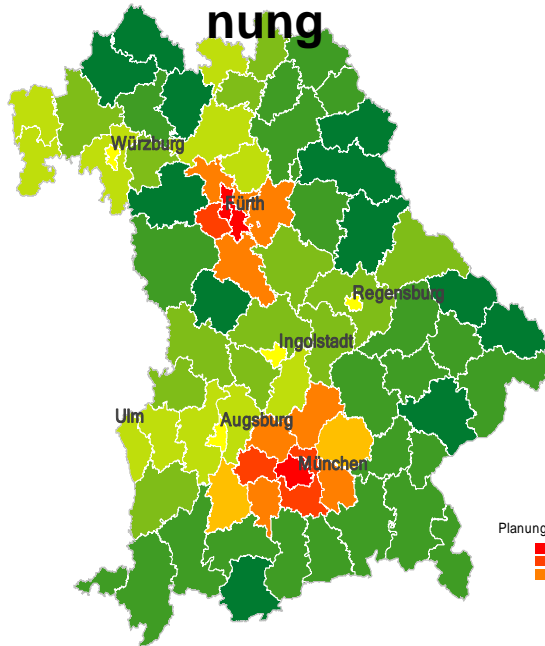
**1.** Die Kinderärzte würden auf Wunsch der Kassen der primärärztlichen Versorgung zugeordnet.

**2.** Bei der allgemeinen fachärztlichen Grundversorgung wären neue Konzepte der Raumgliederungen erforderlich



# Planungsräume im Vergleich – allgemeine FÄ-VS

## bisherige Bedarfspla- nung

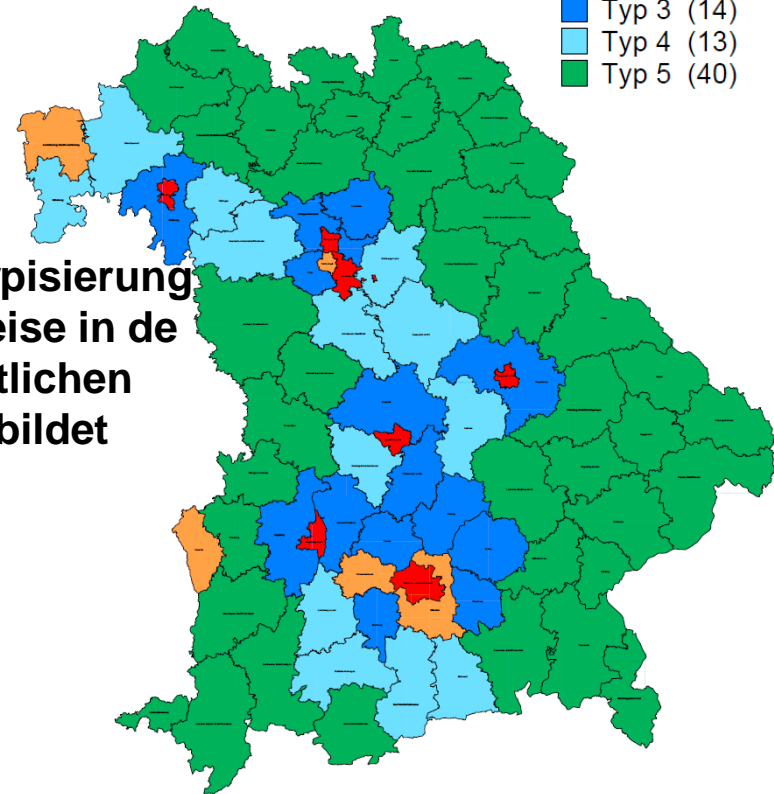


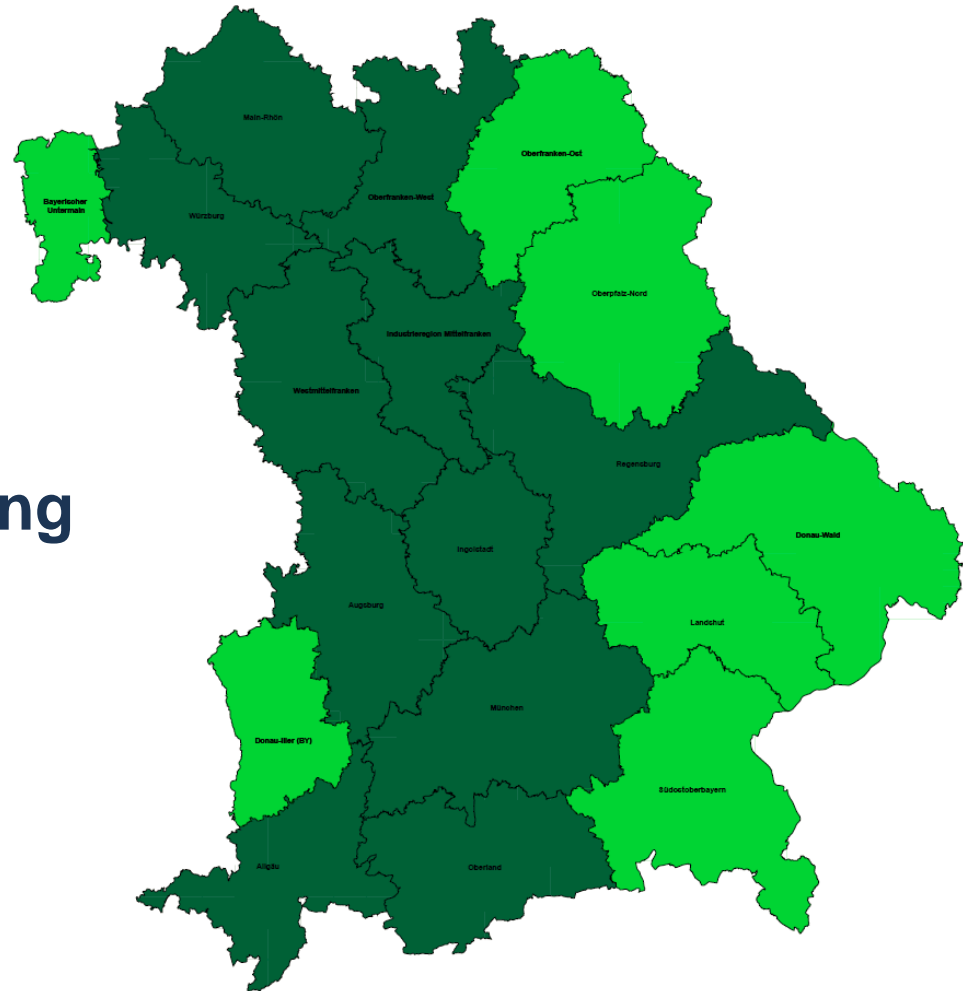
79 Planungsbereiche

- Eigenversorgte (zumeist ländliche) Regionen
- Regionen mit starker Mitversorgungsleistung
- Die Regionen, die von der städtischen Mitversorgung mehr oder weniger stark profitieren.

**Mit der neuen Kreistypisierung  
wird die Rolle der Kreise in der  
Allgemeinen Fachärztlichen  
Versorgung gut abgebildet  
Anzahl Kreise und  
Kreisregionen: 79**

- Typ 1 (7)
- Typ 2 (5)
- Typ 3 (14)
- Typ 4 (13)
- Typ 5 (40)



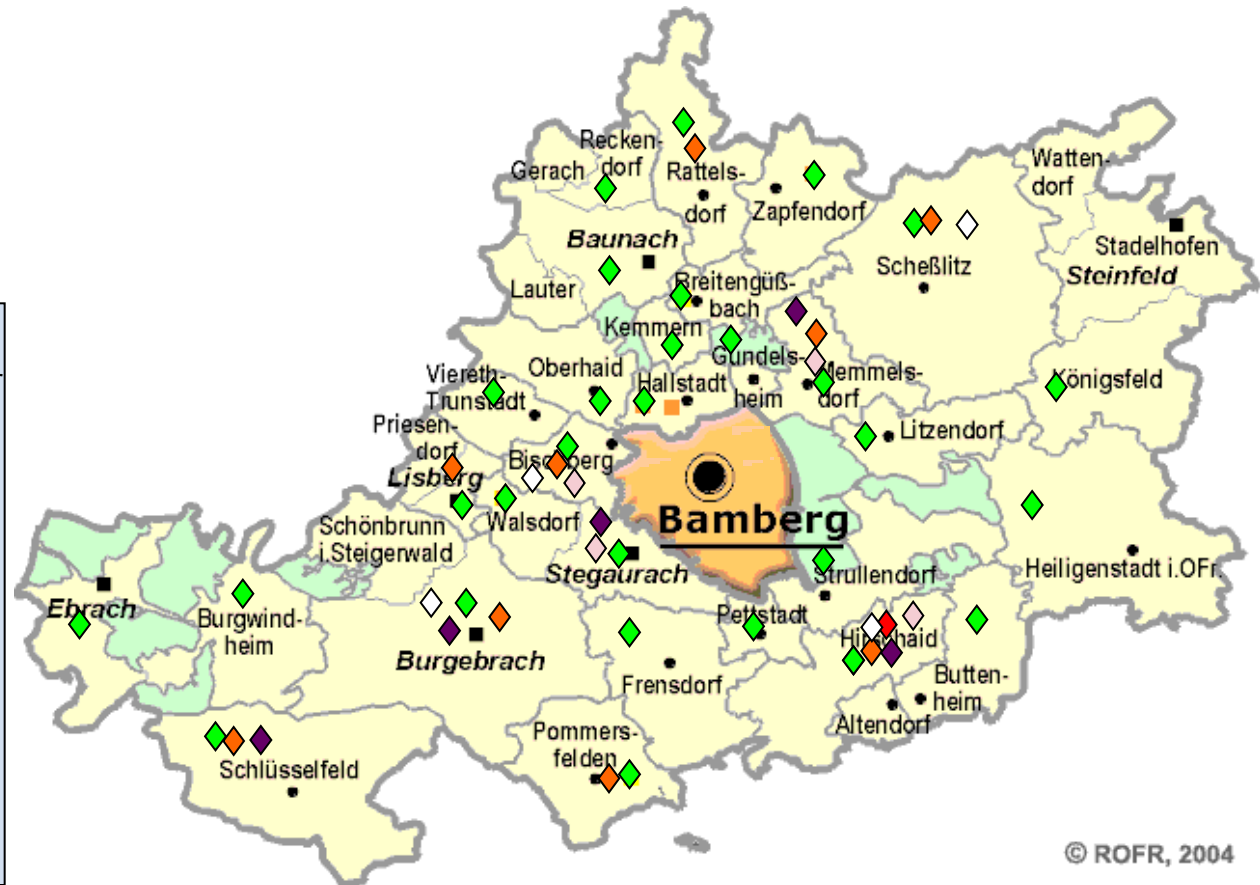


## Internistensubgruppen

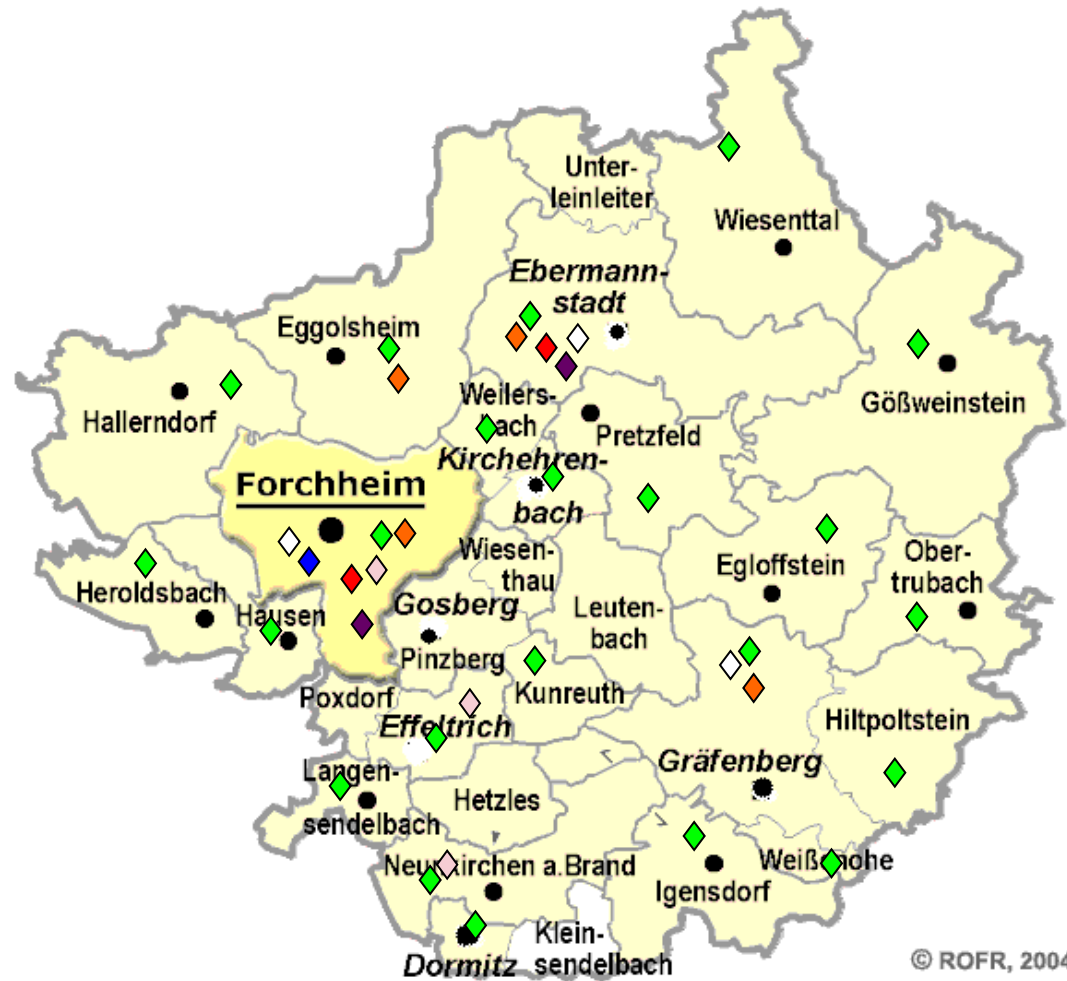
- Großräumige Beplanung
- Lösungsansätze unbefriedigend
- Herausnahme der Zentren

# Arztverteilung Planungsbereich Bamberg Land (incl. angestellte MVZ-Ärzte, ermächtigte Ärzte und Zweigpraxen) ohne Versorgungsgrad, da der PLB Bamberg – Stadt und Land einbezieht

	Durchschnittsalter
◆ Hausärzte	53
◆ fach. Internisten	55
◇ Kinderärzte	48
◆ Urologen	
◆ Orthopäden	48
◇ Chirurgen	58
◆ Frauenärzte	51



# Arztverteilung Planungsbereich Forchheim (incl. angestellte MVZ-Ärzte, ermächtigte Ärzte und Zweigpraxen)



		Durchschnittsalter
	Hausärzte	53
	fach. Internisten	55
	Kinderärzte	55
	Urologen	54
	Orthopäden	48
	Chirurgen	53
	Frauenärzte	56

© ROFR, 2004

- Für die Vergütung der Leistungen von Bayerns Ärzten und Psychotherapeuten stehen im Jahr 2013 rund 175 Millionen Euro mehr zur Verfügung als im Vorjahr.
- Honorarsteigerung von insgesamt rund **3,5 %**, festgesetzt durch das Landesschiedsamt, nachdem eine Einigung auf dem Verhandlungswege zwischen Krankenkassen und KVB nicht zu erzielen war.
- Der Bewertungsausschuss auf Bundesebene hatte im Vorfeld der Verhandlungen die Morbiditätsrate – also die Veränderung der Krankheitslast – für Bayern deutlich zu gering bemessen. Diese lag mit 0,1 Prozent weit unter dem Bundesdurchschnitt von 1,2 Prozent und sorgte dafür, dass Bayerns Krankenkassen mit Bezug auf diese Kenngröße nicht zu echten Verhandlungen über eine Verbesserung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten bereit waren. Durch das Schiedsamt wurde nun eine Steigerungsrate von 0,43 Prozent festgelegt.

## Dieter Herrchen

(Bürgermeister der Stadt Elsterwerda)

*„Die medizinische Versorgung wird am besten gesichert, wenn es genügend Ärzte gibt, die von sich aus bereit sind, dorthin zu gehen, wo die Menschen sie brauchen – vorausgesetzt, dass politische Entscheidungen annehmbare und angemessene Rahmenbedingungen ermöglichen. Nur dann werden bestehende Planungskonflikte bedarfsorientiert lösbar sein.“*

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

