

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Zukunft der ambulanten pädiatrischen Versorgung aus Sicht der KBV

110. DGKJ - Jahrestagung

Leipzig, 12. September 2014



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Dr. med. Thomas Fischbach

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Anaesthesiologie

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.
Landesverbandsvorsitzender Nordrhein
Bundesvorstand
Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundes-
vereinigung KBV
Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für die hausärzt-
liche Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

bvkgj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 3

Agenda

1. Trends und Entwicklung der Arztzahlen Pädiatrie

2. Versorgungsebenenmodell

3. Sonder- und Problemfall SPZ

4. Kooperationsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung

5. Zusammenfassung und Ausblick

bvkgj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 4

Agenda

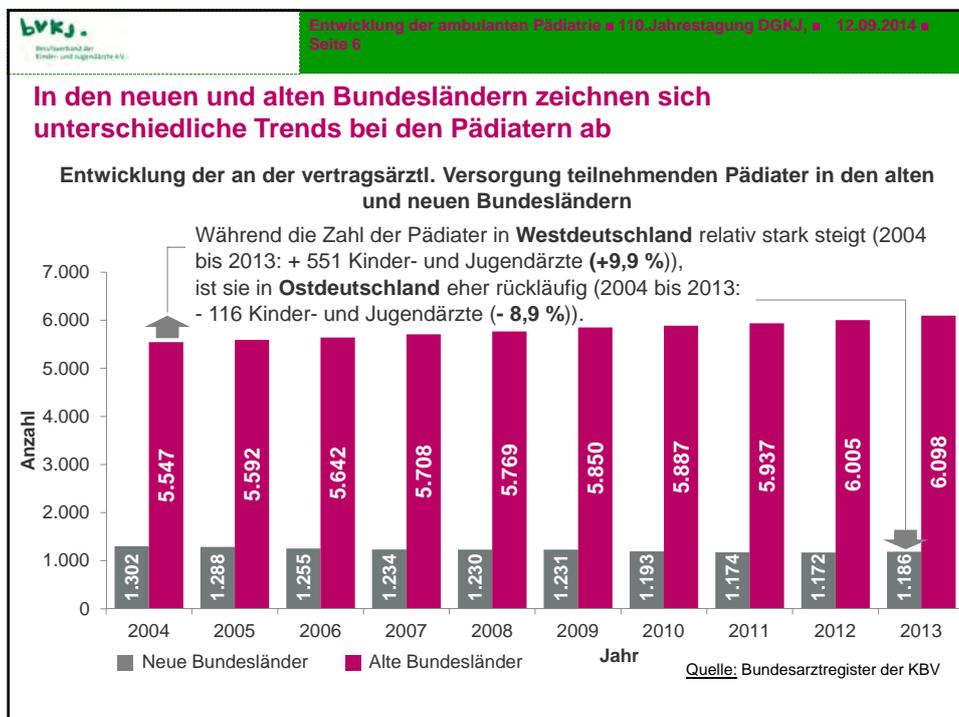
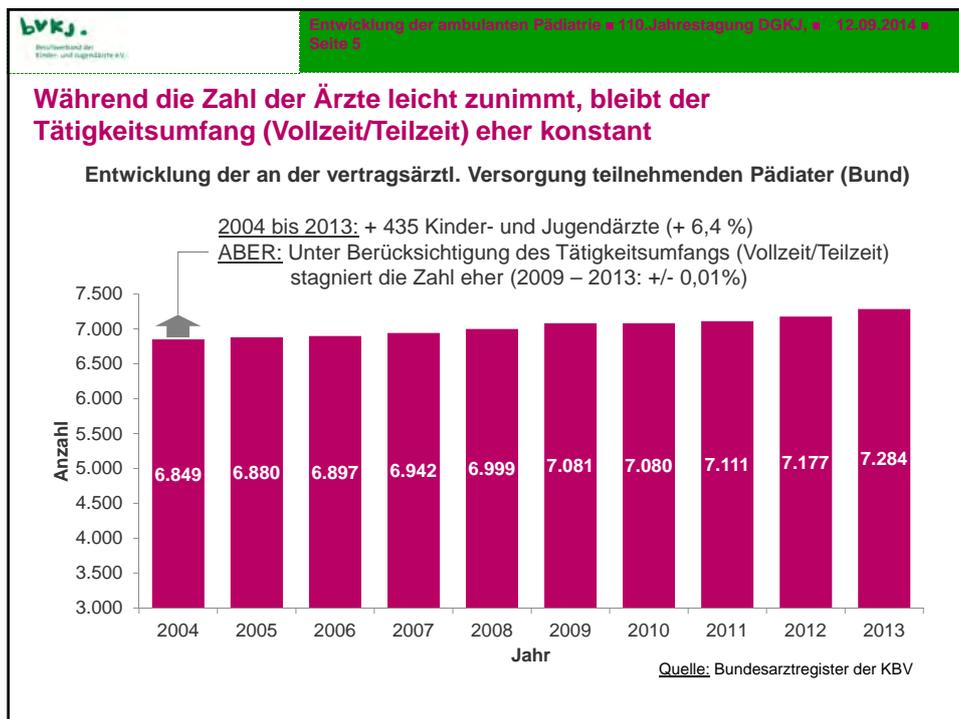
1. Trends und Entwicklung der Arztzahlen Pädiatrie

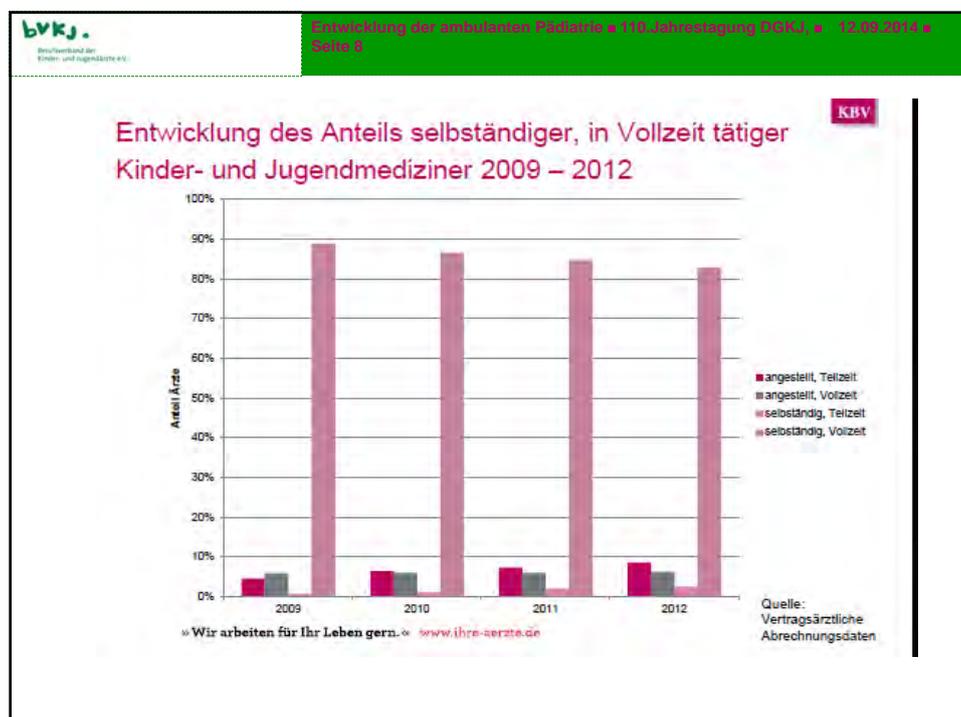
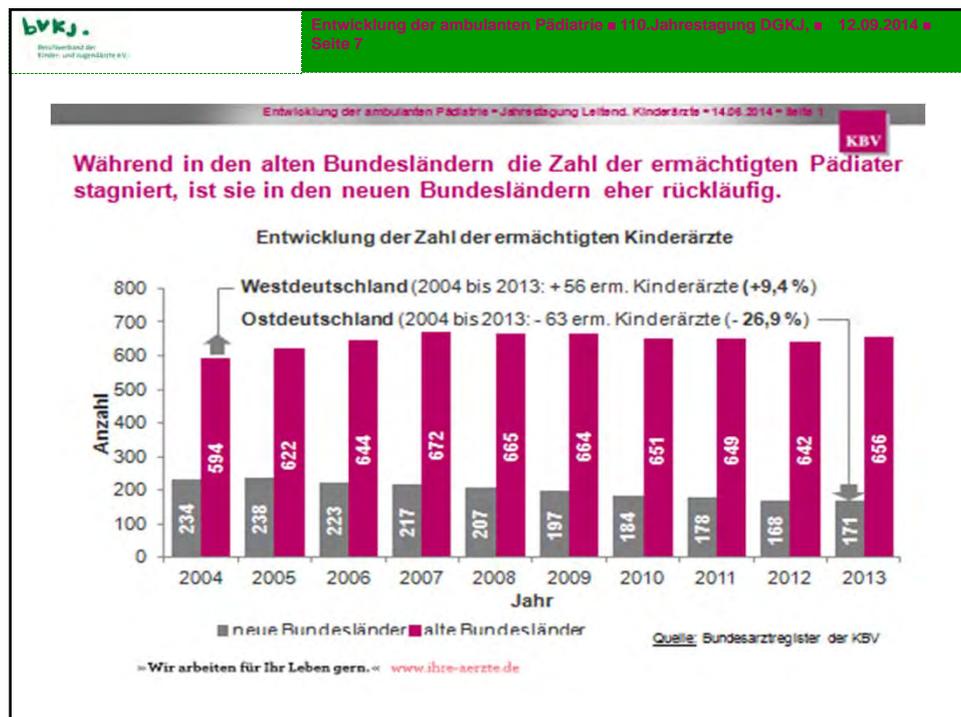
2. Versorgungsebenenmodell

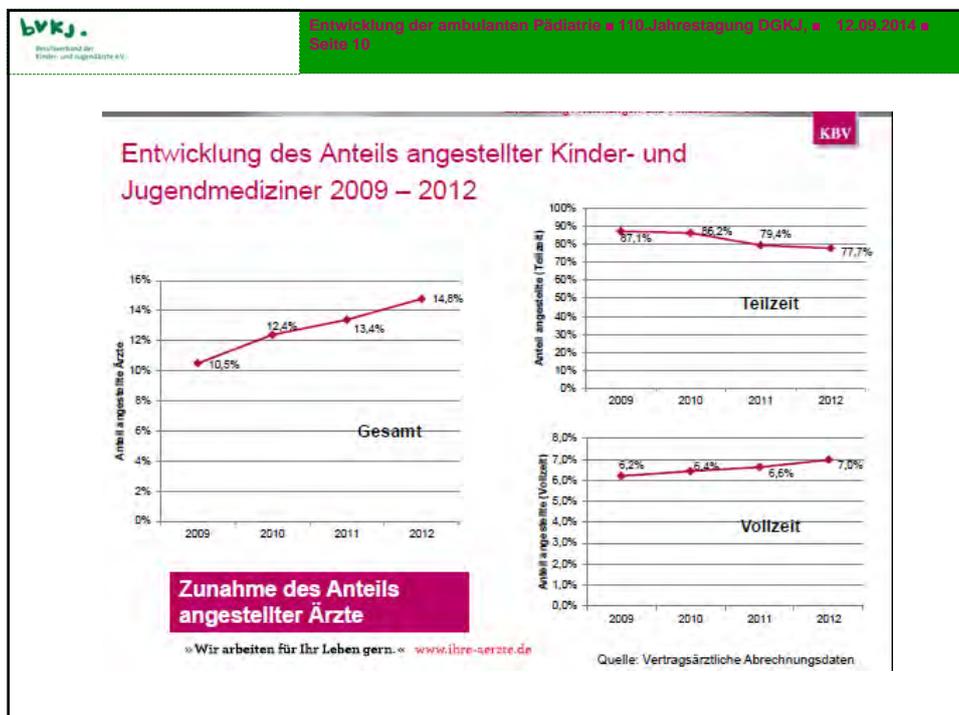
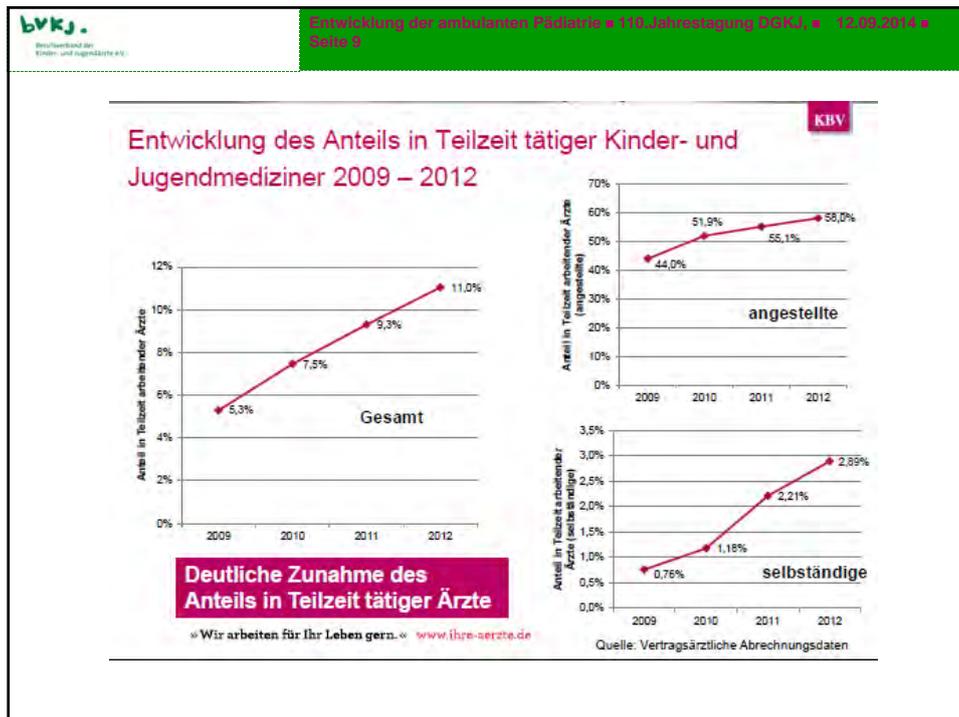
3. Sonder- und Problemfall SPZ

4. Kooperationsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung

5. Zusammenfassung und Ausblick









bvkg. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ, • 12.09.2014 • Seite 13

Agenda

1. Trends und Entwicklung der Arztzahlen Pädiatrie

2. Versorgungsebenenmodell

3. Sonder- und Problemfall SPZ

4. Kooperationsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung

5. Zusammenfassung und Ausblick

bvkg. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ, • 12.09.2014 • Seite 14

In der Bedarfsplanungsrichtlinie werden vier Versorgungsebenen unterschieden, die unterschiedlich große Planungsbereiche abbilden

Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorg.
Mittelbereiche <i>[klein]</i>	Kreise <i>[mittel]</i>	Raumordnungsregionen <i>[größer]</i>	KVen <i>[sehr groß]</i>
Anzahl 883	Anzahl 372	Anzahl 97	Anzahl 17

Größe der Planungsbereiche am Beispiel der KV Sachsen-Anhalt






bvkJ. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ, • 12.09.2014 • Seite 15

Agenda

1. Trends und Entwicklung der Arztzahlen Pädiatrie
2. Versorgungsebenenmodell
3. **Sonder- und Problemfall SPZ**
4. Kooperationsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung
5. Zusammenfassung und Ausblick

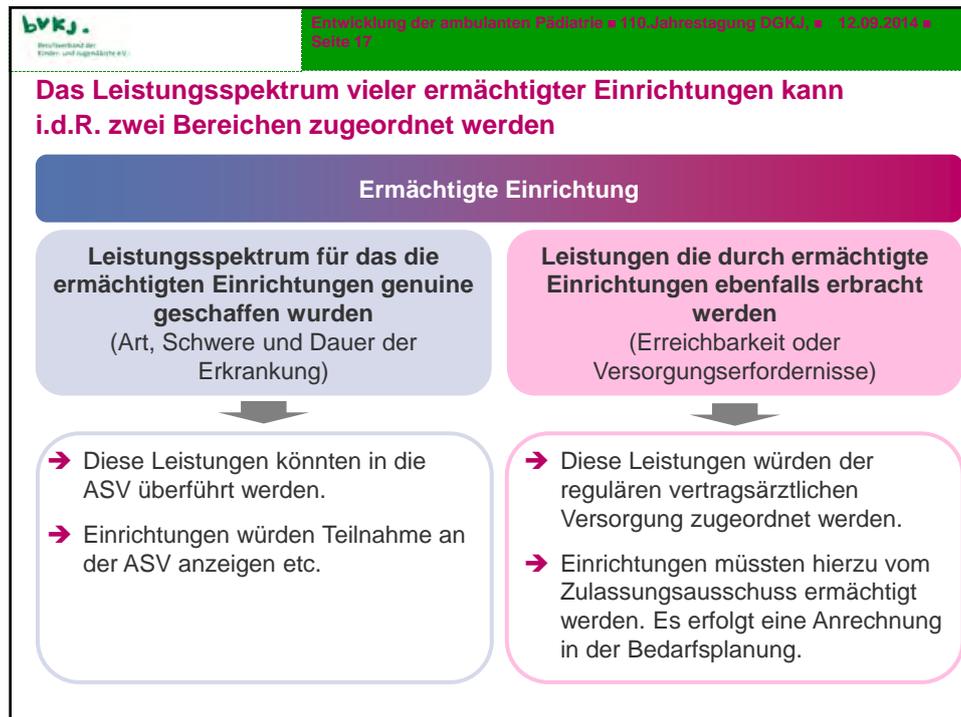
bvkJ. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ, • 12.09.2014 • Seite 16

In einem Versorgungsebenenmodell stellen die ermächtigten Einrichtungen (z.B. SPZ) einen Querschnittsbereich dar

Das Diagramm zeigt ein Versorgungsebenenmodell mit folgenden Elementen:

- Vertikale Ebenen (von unten nach oben):**
 - Stationäre Versorgung** (blauer Balken)
 - Gesonderte fachärztliche Versorgung** (dunkelvioletter Balken)
 - Spezialisierte fachärztliche Versorgung** (rosa Balken)
 - Allgemeine fachärztliche Versorgung** (hellrosa Balken)
 - Hausärztliche Versorgung** (dunkelrosa Balken)
- Horizontale Ebenen (unterhalb der vertikalen Balken):**
 - ASV (§116b SGB V)** (grauer Balken, unterhalb der ersten vier Ebenen)
 - Ermächtigte Einrichtungen** (grauer Balken, unterhalb der ersten drei Ebenen)

- Ähnlich wie die ASV bilden die ermächtigten Einrichtungen (z.B. die Sozialpädiatrischen Zentren) eine Versorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär ab.
- **Vorschlag der KBV:** Im Rahmen einer klaren Systematisierung und Abgrenzung können beide Bereiche zusammengefasst werden.



bvkg. Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 18

Agenda

1. Trends und Entwicklung der Arztzahlen Pädiatrie

2. Versorgungsebenenmodell

3. Sonder- und Problemfall SPZ

4. Kooperationsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung

5. Zusammenfassung und Ausblick

bvkg. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 • Seite 19

Ärztliche Kooperation in der vertragsärztlichen Versorgung

Angestellter Arzt, Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft,
Ärztelhäuser, Praxis im Krankenhaus, Praxisnetze,
Berufsausübungsgemeinschaften....

kein Königsweg !

bvkg. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 • Seite 20

Bedeutung der Einzelpraxis

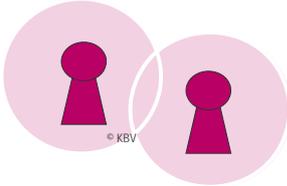
© KBV

- Versorgungsform richtet sich nach dem örtlichen Bedarf und Kooperationsbedarf der Ärzte.
- Es gibt keine per se richtige oder falsche Versorgungsform.
- Gerade in ländlichen Gebieten stellen Ärzte in Einzelpraxen die Versorgung sicher.
- Auch darüber hinaus werden Einzelpraxen immer zentraler Bestandteil der ambulanten Versorgung sein.
- Einzelpraxen sind Partner in Kooperationsformen.
- Allerdings – Zahl rückläufig, Trend geht zu Teampraxen.

bvkg.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 21

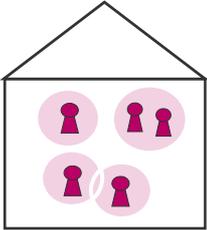
Praxismgemeinschaft



- Zusammenschluss von wirtschaftlich selbstständigen Praxen oftmals mit anderen Berufsgruppen unter einem Dach

Ärztelhäuser

- gemeinsame Nutzung von Räumen, Einrichtungen und Geräten, wirtschaftlich getrennte Partner



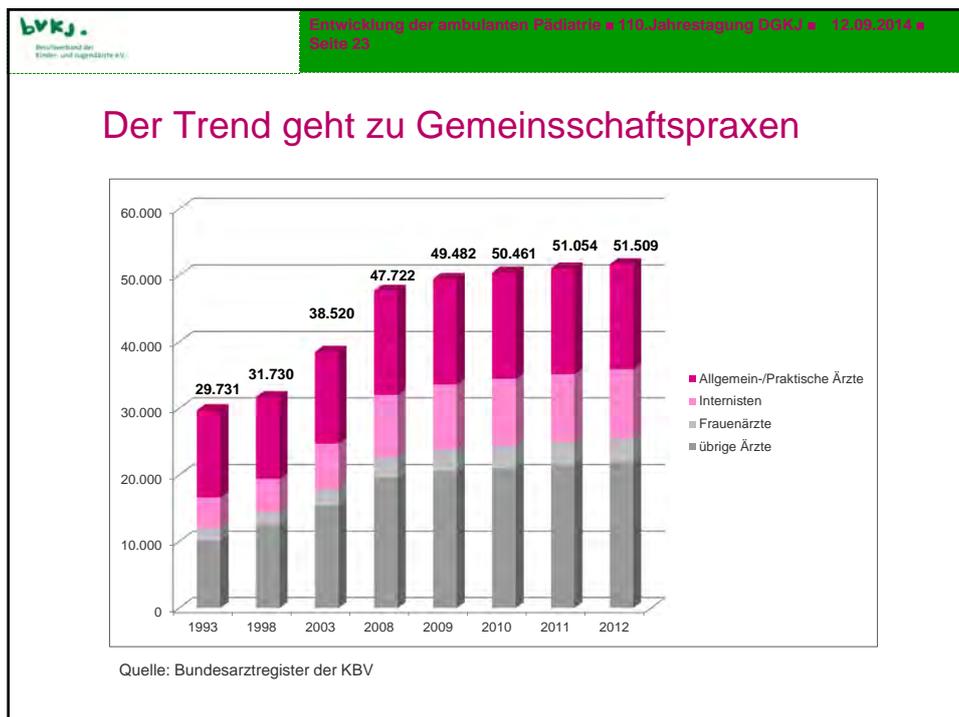
bvkg.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 22

Berufsausübungsgemeinschaft



- verbindliche Zusammenschlüsse für
 - Vertragsärzte
 - Vertragspsychotherapeuten
 - MVZzur gemeinsamen Berufsausübung
- Gemeinschaftspraxen und MVZ sind Berufsausübungsgemeinschaften



Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 • Seite 24

Medizinische Versorgungszentren erlauben die Beteiligung nicht-ärztlicher Kapitalgeber – und werden deshalb vielfach kritisch bewertet

- Fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung
- MVZ sind fachübergreifend, wenn Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen dort tätig sind
- Koalitionspapier: fachgruppengleiche MVZ sollen ermöglicht werden

bvkg.
Bundesverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 25

MVZ-Gesamtkennzahlen (31.12.2012)

Anzahl der Zulassungen	1.938
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	11.917
Vertragsärzte	1.441
Ärzte im Anstellungsverhältnis	10.476
MVZ-Größe	Ø 6,1 Ärzte
vorwiegende Gründer	Vertragsärzte und Krankenhäuser
Beteiligung von Vertragsärzten an der Trägerschaft	40,7%*
Beteiligung eines Krankenhauses an der Trägerschaft	37,5%*
vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR
am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte, fachärztliche Internisten, Chirurgen

* Daten Stand 31.12.2012, Daten der KV Hamburg Stand 1. Quartal 2011

bvkg.
Bundesverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

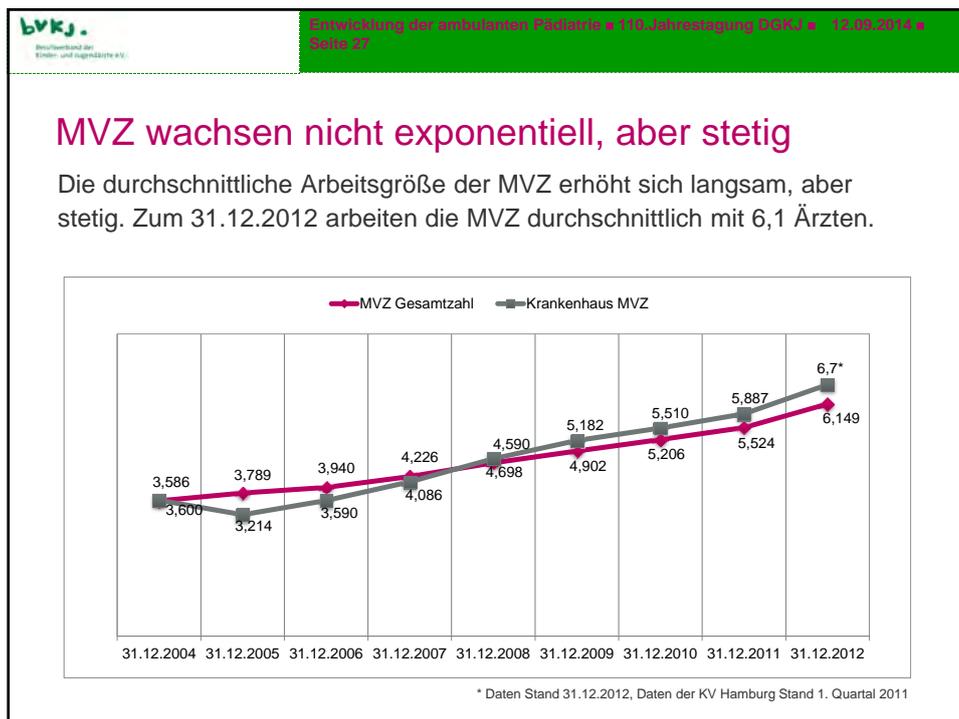
Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 26

Ca. 8 Prozent der Vertragsärzte arbeiten in MVZ

Der Anteil der MVZ an der Versorgungslandschaft ist im Vergleich zu den
Gemeinschafts- bzw. Einzelpraxen deutlich geringer, wächst aber.

Kategorie	MVZ	Gemeinschaftspraxen	Einzelpraxen
Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten	11.917	51.509	86.926
Anzahl der MVZ bzw. Praxen	1.938	20.022	81.735

zusätzliche Quelle: Bundesarztregister – Stand 31.12.2012



bvkg.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

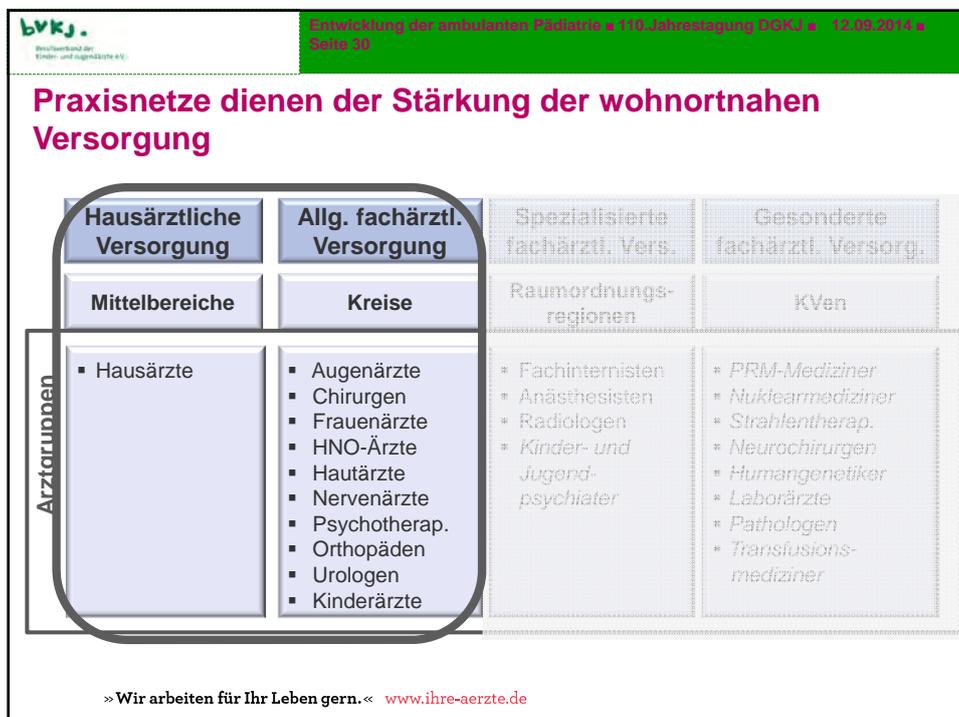
Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 28

„Neuer“ Ansatz: Förderung von Praxisnetzen

- Interdisziplinärer Zusammenschluss von Praxen unter Wahrung ihrer Selbstständigkeit
- Rahmenvorgabe Praxisnetze § 87b SGB V nach dem VStG
- Richtlinien zur Anerkennung bzw. Förderung werden von den KVen erlassen
- Erste Netze z.B. in Schleswig-Holstein anerkannt
- Finanzielle Förderung vorgesehen

Vielfältige Netzlandschaft

» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de



Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 • Seite 31

MVZ und Praxisnetz im Vergleich




MVZ § 95 SGB V	Praxisnetz § 87b SGB V
zentral	dezentral
Fachübergreifend	Wohnortsnah fachübergreifend
Leistungserbringerstatus: ja	Leistungserbringerstatus: nein
überwiegend angestellte Ärzte	überwiegend selbständige Freiberufler
keine speziellen Anforderungen an die Versorgungsausrichtung	spezielle Anforderungen, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsregelungen, auch mit Krankenhäusern • Gemeinsame Versorgungsstandards • Verlust der Anerkennung bei Unterschreitung der Zulassungsstandards

Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 • Seite 32

Zusammenfassung

- Arztzahlen in der Pädiatrie vorerst stabil, cave: Entwicklung in den neuen Bundesländern, dort allerdings auch deutlicher Bevölkerungsrückgang
- Ambulante Öffnung der Krankenhäuser deutlich vorangeschritten, insbesondere über MVZ und über ermächtigte Einrichtungen
- Mit der Anrechnung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung neuer Ordnungsrahmen erforderlich, Vorschlag: Integration der SPZ in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung
- Integrationsversorgung nach §140ff. SGB V kommt über Inselmodelle bislang nicht hinaus – Beteiligung KVen ermöglichen?

bvkg.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

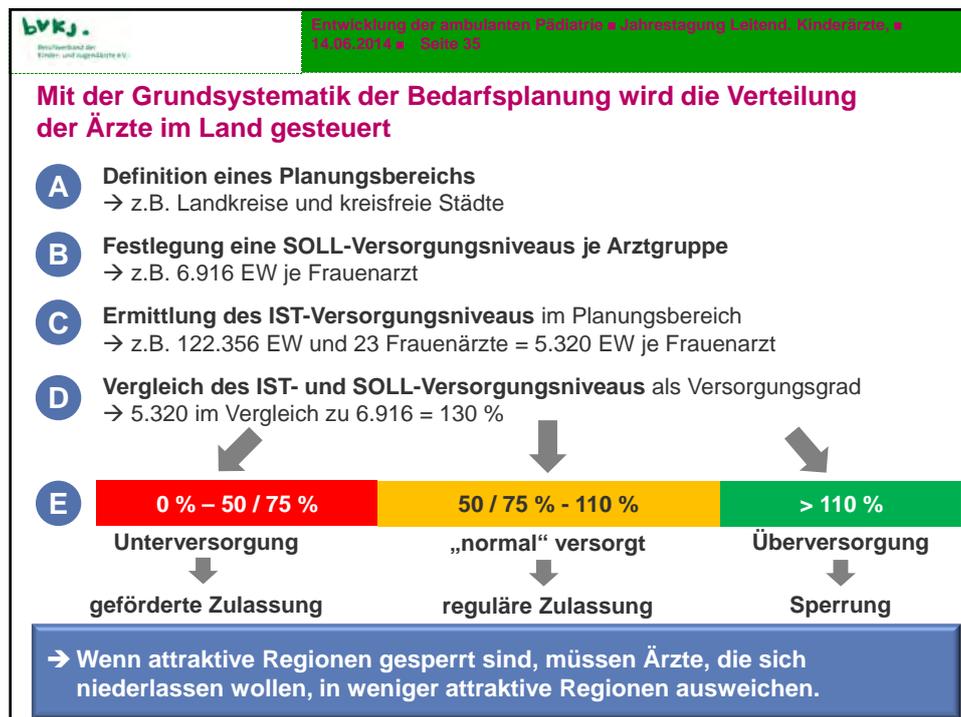
Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • 110. Jahrestagung DGKJ • 12.09.2014 •
Seite 33

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

bvkg.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • Jahrestagung Leitend. Kinderärzte, •
14.06.2014 • Seite 34

BACKUP

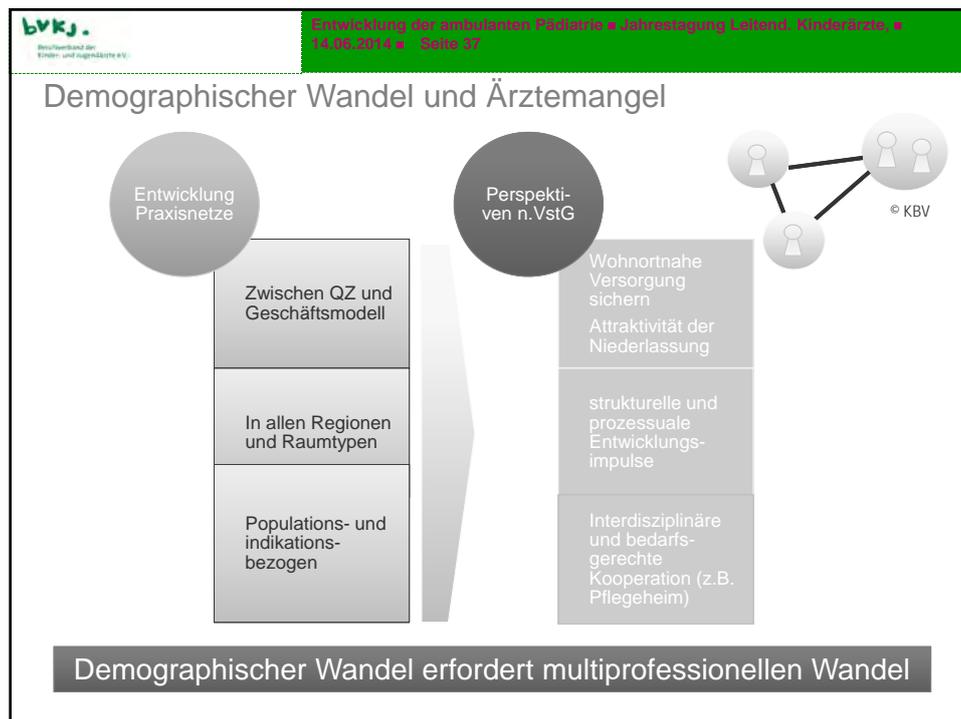


bvkg. Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • Jahrestagung Leitend. Kinderärzte, •
14.06.2014 • Seite 35

Chancen nutzen durch Kooperationen?

- Kooperation zahlt sich aus.
- Kooperation stärkt Qualität.
- Kooperation nützt Patienten.
- Kooperationsaufbau ist eine professionelle und persönliche Herausforderung.
- Kooperation bedeutet Vielfalt und Individualität.





bvkg. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • Jahrestagung Leitend. Kinderärzte, • 14.06.2014 • Seite 38

Mit dem neuen G-BA Beschluss werden die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) stattdessen vorerst pauschal in der Bedarfsplanung angerechnet

§ 22 „Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

- SPZ werden mit einem Anrechnungsfaktor von **pauschal 0,5 je Einrichtung** berücksichtigt.
 - *Es sei denn, es liegen belastbare Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen vor. Dann erfolgt eine Anrechnung im Vergleich zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.* Diese Daten werden nur in sehr wenigen Fällen vorliegen.
 - *Grundlage für die Daten kann eine freiwillige Auskunft der betroffenen Einrichtungen sein.* Die SPZ haben keinen Grund Informationen zu liefern.
- Die Anrechnung erfolgt **in der Arztgruppe der Kinderärzte.**
 - *Es sei denn, es liegen Informationen darüber vor, welche Arztgruppe den Schwerpunkt der Leistungen des SPZ erbringt.* Diese Informationen werden nur in wenigen Fällen vorliegen.
- Die Regelung **tritt nach 4 Jahren automatisch außer Kraft** und wird **innerhalb von 3 Jahren** in ihrer Wirkung auf die Versorgung **evaluiert.**

bvkJ. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • Jahrestagung Leitend. Kinderärzte, • 14.06.2014 • Seite 39

Die Neuregelung der Anrechnung von SPZ wird von der KBV unter vielen Gesichtspunkten kritisch gesehen.

1. SPZs richten sich an ein gänzlich anderes Patientenklientel als reguläre Kinderärzte in der ambulanten Versorgung.
2. Die SPZ werden nun auf den Versorgungsgrad angerechnet, ohne dass sie bei der Ermittlung der Verhältniszahl berücksichtigt wurden.
3. Es besteht weiterhin keine Transparenz über das Leistungsgeschehen in SPZ. Und mit der nun getroffenen Regelung kann dies auch kaum erreicht werden.
4. SPZ sind ohne Bedarfsprüfung zu ermächtigen sind, während sich die Vertragsärzte nach den rigiden Vorgaben der Bedarfsplanung zu richten haben. Dies wird dem Leitgedanken „ambulant von stationär“ kaum gerecht.

→ Insofern ist zu begrüßen, dass die Regelung vorerst nur für 4 Jahre gelten soll.

bvkJ. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Entwicklung der ambulanten Pädiatrie • Jahrestagung Leitend. Kinderärzte, • 14.06.2014 • Seite 40

Die Bedarfsplanung sieht drei Steuerungsebenen vor, um der besonderen Situation vor Ort gerecht zu werden





Ebenen

Bundesebene

Grundsätzliche allgemeine Vorgaben
(z.B. Arztgruppen, Planungsbereiche etc.)

+

Landesebene

Abweichungen um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen
(z.B. Planungsbereichsgrenzen, Morbidität, Soziodemografische Faktoren etc.)

+

Lokale Ebene

Zulassungen auf lokaler Ebene in gesperrten Planungsbereichen
(z.B. besondere Behandlungsmethoden etc.)

Instrumente

Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

Bedarfsplan der Kassen und KVen

Sonderbedarf