



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ambulante Versorgung: Herausforderungen und Ziele

Presseseminar der KBV am 11. Juni 2015

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV
Dipl.-med. Regina Feldmann, Vorstand der KBV

Honorarverhandlungen 2016

Schwerpunkte

1.

Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016

2.

Veränderungsraten der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

3.

Empfehlungen zur extrabudgetären Vergütung (Versorgungsziele)

Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016



§ 87 Abs. 2g SGB V

Bei der Anpassung des Orientierungswertes sind insbesondere

- die Entwicklung der für **Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten**, [...]
- Möglichkeiten zur **Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven**, [...] sowie
- die allgemeine **Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen**, [...] zu berücksichtigen.



Die Beratungen zur Anpassung des Orientierungswertes werden wie im vergangenen Jahr geführt.

Veränderungsraten der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

- Der Gesetzgeber hat in **§ 87a SGB V** bestimmt, welche Faktoren bei der Veränderung der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte zu berücksichtigen sind.
- Dazu zählt auch die Veränderung der Krankheitslast der Versicherten, d.h. die Veränderung der Häufigkeit und Schwere der ambulant behandelten Erkrankungen.
- Mit dem **Klassifikationsmodell** des Bewertungsausschusses wird die Morbiditätsstruktur der Versicherten im vertragsärztlichen Versorgungsbereich ermittelt und deren Veränderung berechnet.
- Mit Hilfe des Klassifikationsmodells wird ein Morbiditätsindex ermittelt. Dessen Veränderung von Jahr 1 zu Jahr 2 ist die **diagnosebezogene Veränderungsrate**. Diese wird für jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) getrennt ermittelt.
- Daneben wird – ebenfalls für jede KV – lediglich mit Bezug auf Alter und Geschlecht ein **Demografie-Index** berechnet. Dessen Veränderung drückt den mit der Alterung der Bevölkerung veränderten Behandlungsbedarf aus.



Aktuell werden Diskussionen über eine Anpassung des Klassifikationsverfahrens geführt.

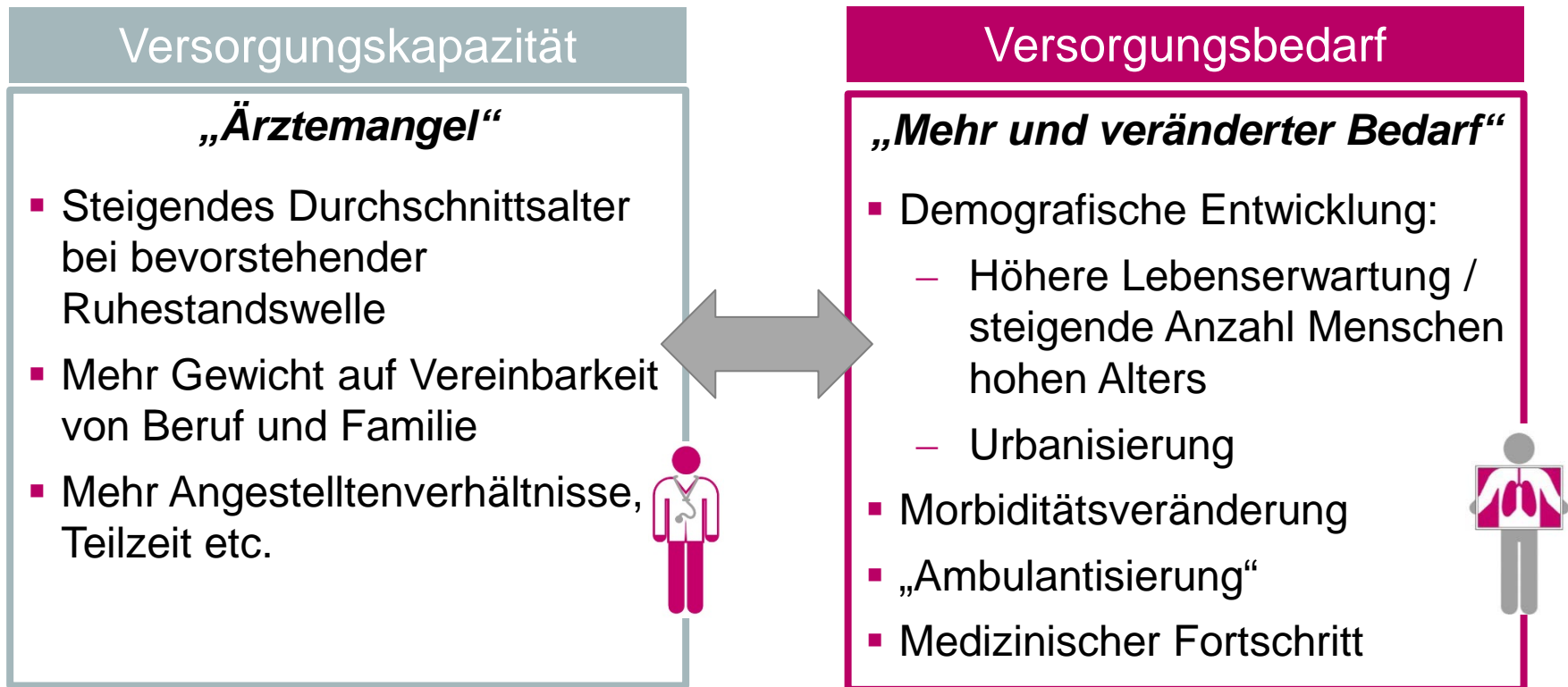
Versorgungsziele

Beschlusslage

Die Krankenkassen und die KBV haben im Bewertungsausschuss im Rahmen der Honorarverhandlungen 2015 folgendes beschlossen:

Der Bewertungsausschuss wird prüfen, ob die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. Januar 2016 angepasst werden soll, um gemeinsame Versorgungsziele im haus- und fachärztlichen Bereich besser erreichen zu können.“

Welchen Herausforderungen der ambulanten Versorgung muss sich die Selbstverwaltung stellen?



Die Schere zwischen **Versorgungskapazitäten** und **Versorgungsbedarf** geht immer weiter auseinander. Sicherstellung wird immer anspruchsvoller.

Entwicklung der Vertragsärzte in 2014: Fortsetzung der Trends der vergangenen Jahre

- **Mehr Vertragsärzte, aber Rückgang bei Hausärzten und einzelnen Facharztgruppen**
 - 164.947 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten (+ 1,4 %), davon 22.957 psychologische Psychotherapeuten (+ 3,4 %)
 - Hausärzte (- 0,5 %), Kinder- und Jugendärzte (- 0,3 %), Chirurgie (- 1,1 %) und Nervenheilkunde (- 0,2 %)
- **Durchschnittsalter der Ärzte steigt**
 - 2009: 51,9 Jahre 2014: 53,9 Jahre
- **Teilzeittätigkeit der niedergelassenen Ärzte nimmt zu**
 - 22.336 in Teilzeit tätige Ärzte/psychologische Psychotherapeuten (+ 13,5 %)
- **Zahl der Angestellten steigt**
 - 24.560 angestellte Ärzte/psychologischen Psychotherapeuten in Praxen/Einrichtungen (+ 9,2 %)
 - das entspricht 15 % der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten im ambulanten Bereich

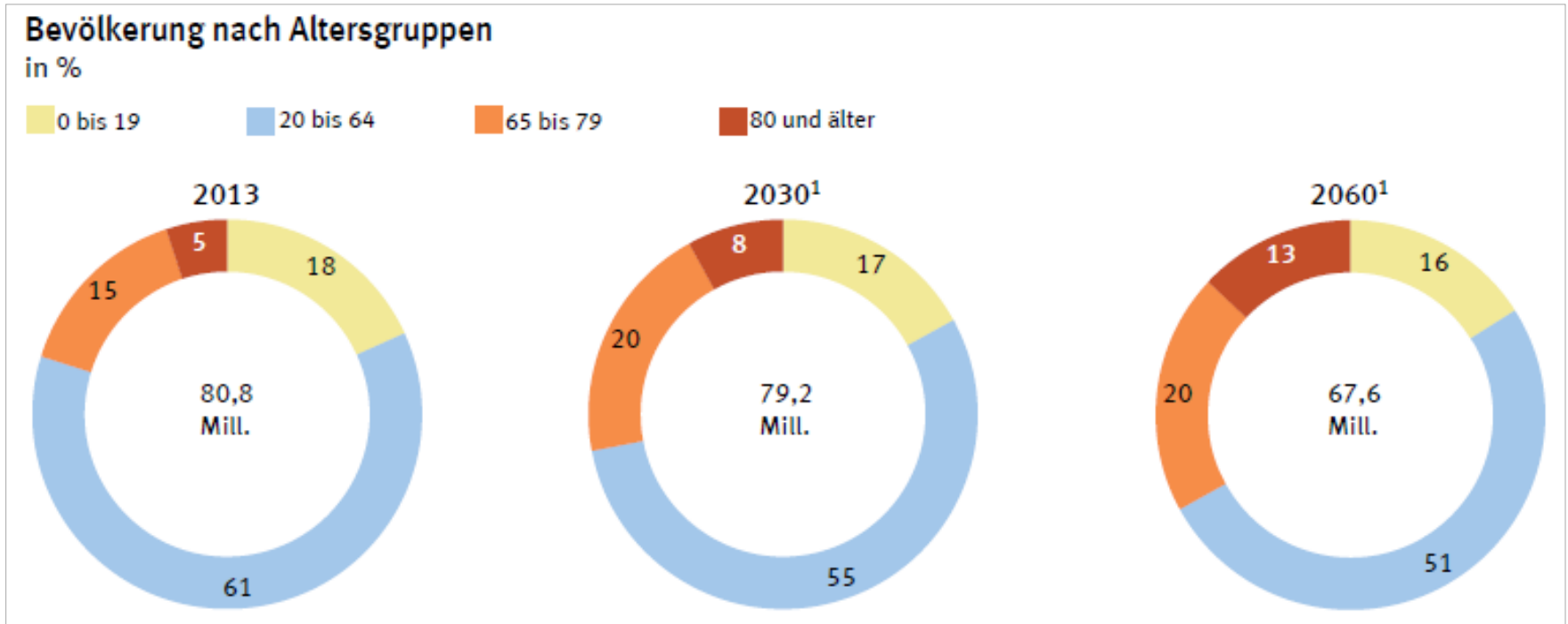
Quelle: Aktuelle Ärztestatistik der KBV für das Jahr 2014
Prozentangaben stellen die Veränderung zum Vorjahr (2013) dar.

Steigende Lebenserwartung

Anteile der Altersgruppen in Deutschland 2013 bis 2060

Versorgungsbedarf

Demografische Entwicklung



Variante 1: Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

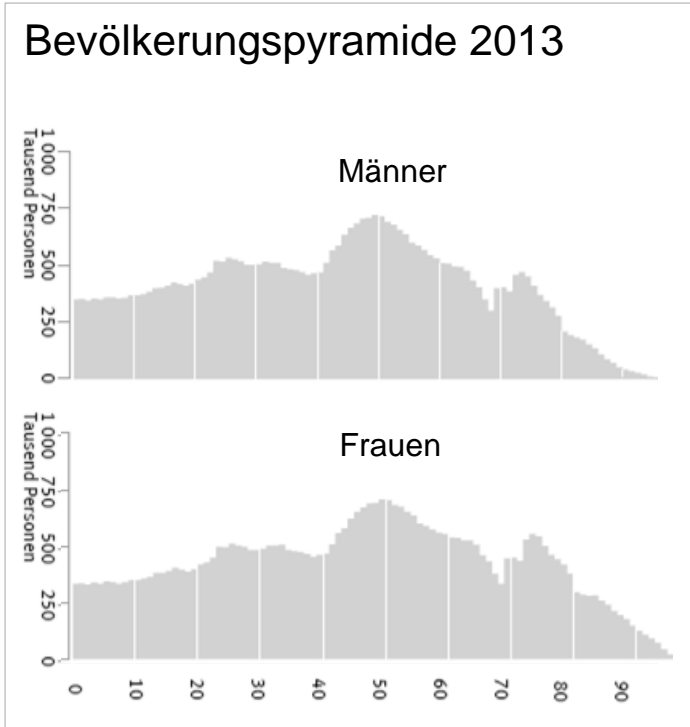


In 2013 war jeder fünfte Deutsche älter als 65 Jahre. In 2060 wird es jeder dritte sein.

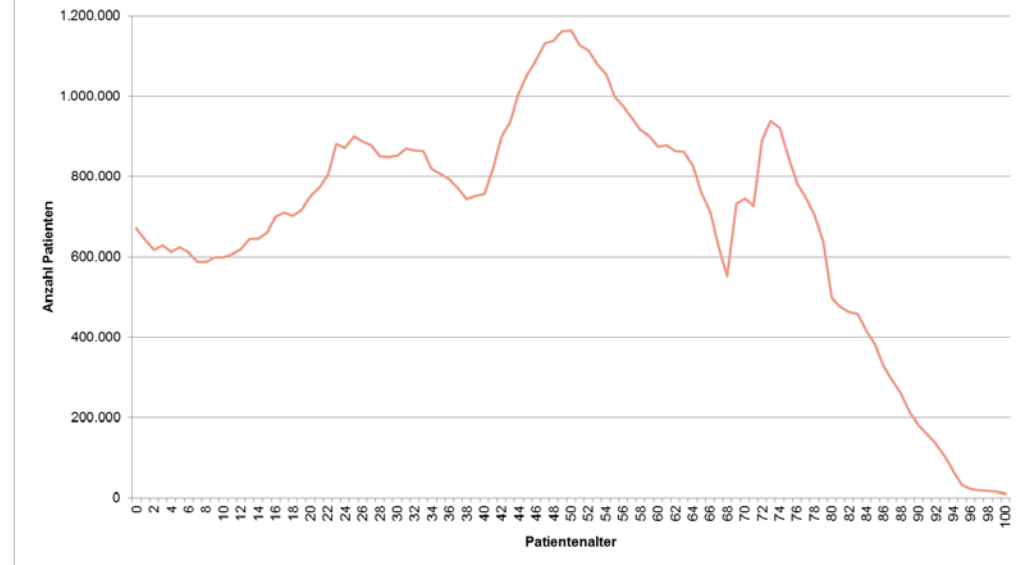
Die Bevölkerungsstruktur bestimmt den Versorgungsbedarf der ambulanten Versorgung

Versorgungsbedarf

Demografische Entwicklung



GKV-Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung nach Patientenalter in 2013



Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung



Die demografische Entwicklung spiegelt sich in der Patientenstruktur der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wider.

Entwicklung der Morbidität

Versorgungsbedarf

Morbiditätsveränderung

- Zunahme von Zivilisationskrankheiten
- häufigeres Auftreten altersbedingter chronischer Krankheiten, bedingt durch:
 - Demografische Alterung
 - Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos mit zunehmendem Lebensalter
- Neue Krankheitsbilder (z.B. Burn-out) und Multimorbidität



Auch bei rückläufiger Bevölkerung bleibt der Bedarf an Ärzten hoch

Trend: Ambulant statt stationär

Versorgungsbedarf

Ambulantisierung

Es findet eine allgemeine Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant statt („Ambulantisierung der Medizin“):

- Medizinischer und technischer Fortschritt ermöglicht die ambulante Durchführung von Leistungen.
- Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus sinkt und führt zu steigendem ambulanten Behandlungsbedarf.
- Viele Leistungen, die für die Grundversorgung der Patienten entscheidend sind, werden an Krankenhäusern nicht erbracht bzw. es gibt keine entsprechenden Abteilungen mehr.

Die Herausforderungen der Versorgung bedeuten konkreten Handlungsbedarf für die Selbstverwaltung

Unter Berücksichtigung der Trends in Bezug auf die

Versorgungskapazität

und der Herausforderungen aufgrund des aktuellen und künftigen

Versorgungsbedarfs

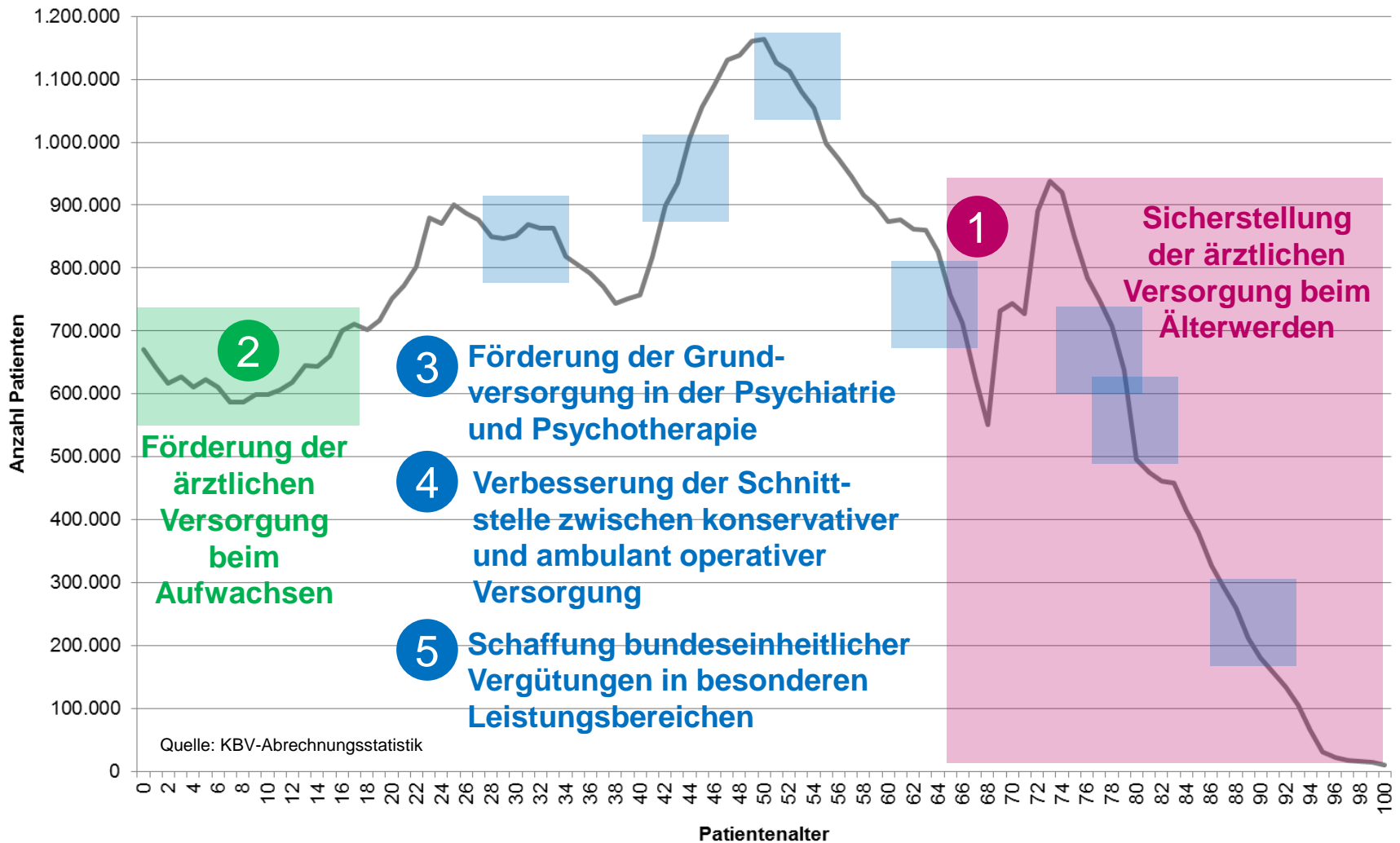
ist die Definition und Umsetzung konkreter **Versorgungsziele** in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wichtig.

Die Herausforderungen der Versorgung bedeuten konkreten Handlungsbedarf für die Selbstverwaltung

Hinsichtlich des Beschlusses zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hat die KBV für die diesjährigen Honorarverhandlungen einen Katalog von Versorgungszielen erarbeitet, um **gemeinsame Ziele**

- zu diskutieren und auszuloten,
- zu priorisieren
- und geeignete Umsetzungsmaßnahmen im Bewertungsausschuss zu beschließen.

Versorgungsziele aus Sicht der KBV



1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

Beim Älterwerden besteht besonderer Förderungsbedarf u.a. in folgenden Versorgungsbereichen:



1. Ambulante palliativmedizinische Versorgung

2. Behandlung von Patienten mit lang andauernden, lebensverändernden Krankheiten (chronisch kranke Patienten)

3. Versorgung von (pflegebedürftigen) Patienten zu Hause oder in Pflege- /Altenheimen/beschützenden Wohnheimen

4. Geriatrische Versorgung

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

Wie hat die Selbstverwaltung die Versorgung von älter werdenden Patienten bisher gefördert?

1. Schritt

- ca. 112,1 Mio. € jährlich zur Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung
(288. BA-Sitzung am 22.10.2012)
- Einführung der Leistungen zum 1. Oktober 2013 (309. BA-Sitzung am 27.06.2013)

2. Schritt

- ca. 118 Mio. € zur Förderung von Leistungen von nichtärztlichen Praxisassistenten, insbesondere von Hausbesuchen (335. BA-Sitzung am 24.09.2014)
- Einführung der Leistungen zum 1. Januar 2015 (339. BA-Sitzung)

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

Folgende Maßnahmen zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1 Förderung der palliativen Versorgung

2 Ausbau der Förderung der Delegation von Leistungen

3 Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

1 Förderung der palliativen Versorgung

Warum ist die ambulante palliativmedizinische Versorgung förderungswürdig?

- Beratung/Behandlung eines schwerstkranken und sterbenden Patienten erfordert eine „besondere“ Form der Versorgung und des Umgangs - sowohl in Bezug auf den Patienten als auch die Betreuungs- und Bezugspersonen
- Beratung/Abstimmung über geeignete Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung ist wichtiger Bestandteil
- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen Spezialisten (z. B. andere Vertragsärzte, Pflegedienste, Hospize) nimmt viel Zeit in Anspruch.

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

1 Förderung der palliativen Versorgung

2 Ausbau der Förderung der Delegation von Leistungen



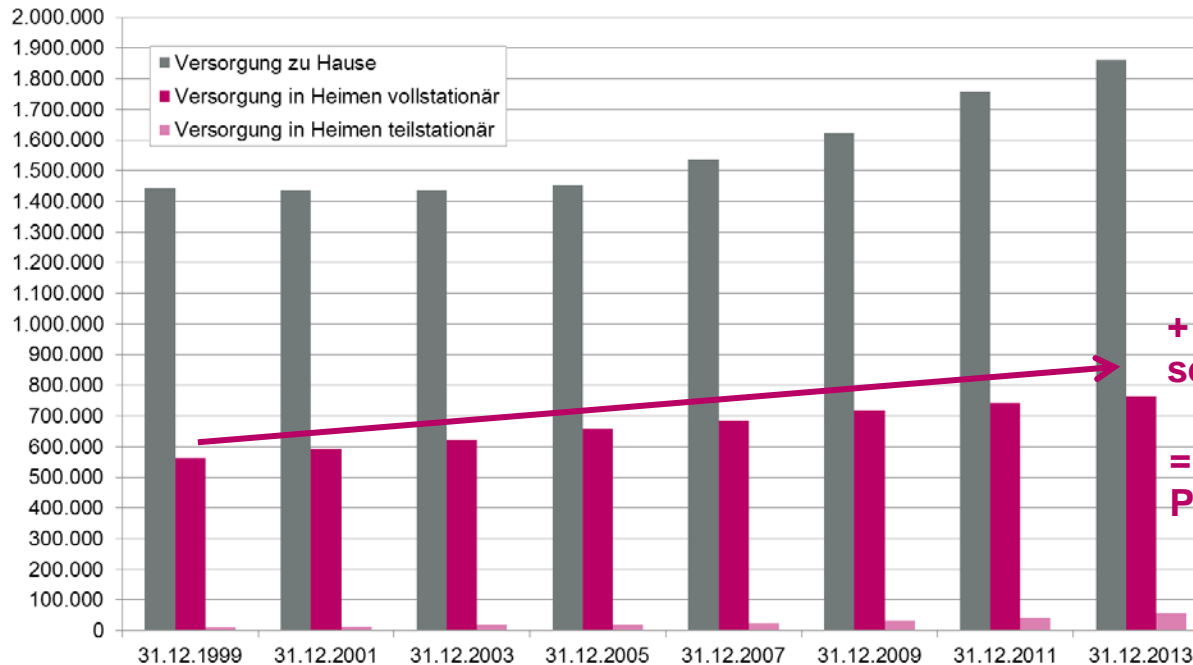
Umsetzungsideen:

- (1) Einführung eines Zuschlags zu den Hausbesuchen von nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPA) für Patienten in palliativmedizinischer Behandlung
 - Begründung: höherer Zeitbedarf und größere Behandlungsintensität durch die NäPA
 - Praxen, die die Kriterien für die Anstellung einer NäPA-erfüllen, haben ca. 54.000 palliativmedizinische Behandlungsfälle
- (2) Einführung eines Zuschlags zu den bestehenden hausärztlichen palliativmedizinischen Leistungen für Hausärzte mit einer 40 Stunden Kurs-Weiterbildung in Palliativmedizin

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

3 Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen

Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart:



Gesamtzahl Pflegebedürftige
2013: ca. 2,6 Mio.
1999: ca. 2,0 Mio.

+ 35,8%
seit 1999

= 29% aller
Pflegebedürftigen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistiken (erscheinen alle 2 Jahre)

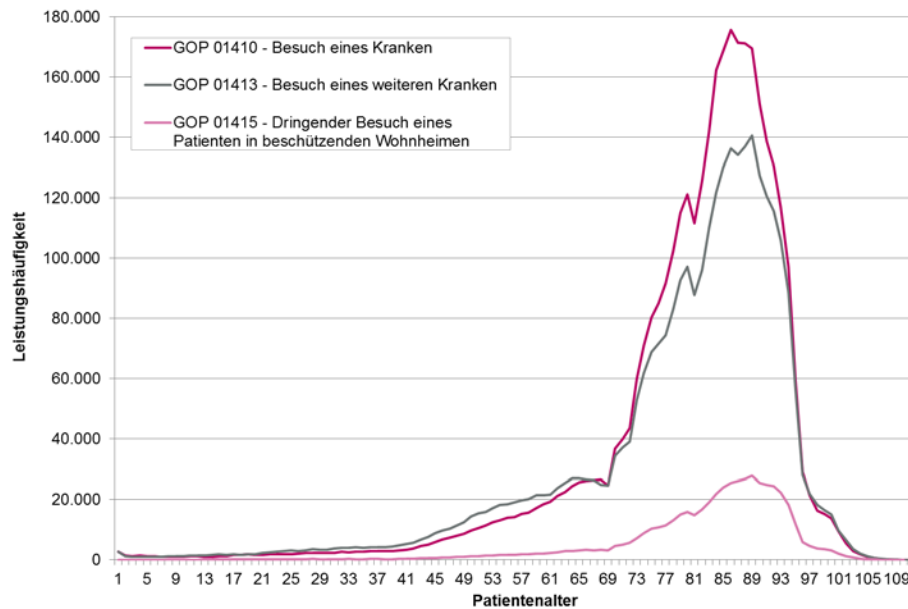
Ca. 764.000 Pflegebedürftige (29%) leben in Heimen (vollstationär) und sind ärztlich zu versorgen – Tendenz steigend.

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

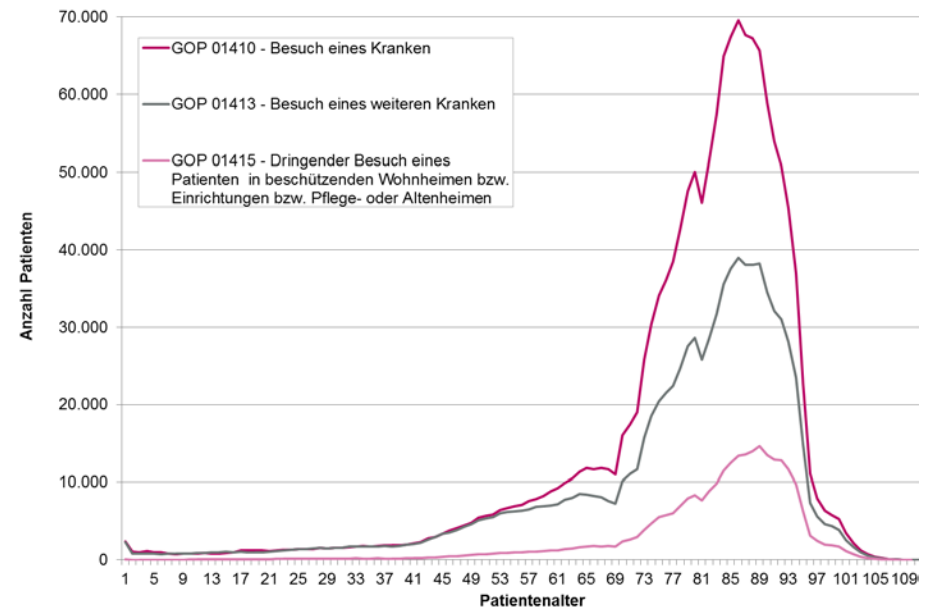
3 Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen

Altersverteilung der Besuche eines (weiteren) Kranken Q4/2013:

Leistungshäufigkeit



Anzahl Patienten



➔ Vertragsärzte besuchen Patienten im Alter von über 65 Jahren durchschnittlich 2,5mal im Quartal und nehmen häufig Mitbesuche von Kranken vor.

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

3 Förderung der Versorgung in Heimen/beschützenden Wohnheimen



Umsetzungsideen:

- (1) Höherbewertung des Besuchs eines Kranken bei paralleler Angleichung der Bewertung des Mitbesuchs eines weiteren Kranken, da der Behandlungsaufwand vergleichbar ist
- (2) Vergütung beider Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, d.h. extrabudgetär, zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung (kurz: EGV-Vergütung)

1 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

4 Ausblick: Geriatrische Versorgung

Ziel

- Aufbau einer Spezifischen Geriatrischen Versorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. durch geriatrische Schwerpunktpraxen
- Abschluss einer Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen)
- Bedarfsorientierte Erweiterung der vertragsärztlichen Versorgungsangebote für geriatrische Patienten in der ambulanten Versorgung
 - Ambulantes Angebot für Patienten ist wünschenswert, da im Alter das Leben in der eigenen Häuslichkeit bewahrt werden sollte und stationäre Angebote flächendeckend nicht erreichbar sind.

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

Beim Aufwachsen besteht besonderer Förderungsbedarf u.a. in folgenden Versorgungsbereichen:



1. Sozialpädiatrische Versorgung von Patienten

2. Behandlung von Patienten mit lang andauernden, lebensverändernden Krankheiten (chronisch kranke Patienten)

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

Wie hat die Selbstverwaltung die pädiatrische Versorgung bisher gefördert?

1. Schritt

- ca. 12,5 Mio. € jährlich v.a. zur Förderung der sozialpädiatrischen Versorgung (288. BA-Sitzung am 22.10.2012)
- Einführung einer neuen Leistung für die sozialpädiatrisch orientierte eingehenden Beratung, Erörterung und Abklärung zum 1. Oktober 2013 (309. BA-Sitzung am 27.06.2013)

2. Schritt

- ca. 14 Mio. € zur Förderung der pädiatrischen Versorgung (335. BA-Sitzung am 24.09.2014)
- Aufnahme einer neuen Leistung für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung zum 1. Januar 2015 (340. BA-Sitzung)

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1 Förderung des Transitionsprozesses

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

1 Förderung des Transitionsprozesses

Warum ist die Überleitung eines chronisch kranken Jugendlichen von der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin (Transition) förderungswürdig?

- Zielgerichtete und strukturierte Überleitung des Patienten an den weiterbehandelnden Haus-/Facharzt ist für die weitere Behandlung sehr wichtig
- Überleitung ist für den Arzt jedoch sehr zeitaufwändig
 - Ausführliches Überleitungsgespräch mit dem Patienten und der Bezugs- oder Kontaktperson
 - Erstellung eines Abschlussberichts an den weiterbehandelnden Arzt (Diagnosen, Befunde, Medikationsplan, besondere Hinweise...)
 - Konsultation bzw. konsiliarische Beratung mit dem weiterbehandelnden Arzt

2 Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

1 Förderung des Transitionsprozesses



Umsetzungsidee:

- Einführung einer eigenen Gebührenordnungsposition für die Überleitung eines chronisch kranken Jugendlichen von der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin zur Abbildung des ärztlichen Aufwands
 - ca. 140.000 chronische Patienten im Alter von 15 bis 18 Jahren in pädiatrischer Behandlung
 - davon ca. 20.000 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Essstörungen, Epilepsie, Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa
 - davon ca. 90.000 Asthma-Patienten
 - Transition erfolgt einmalig



BARMER-GEK: „spezielle Leistungen sind weder im EBM noch im DRG-System abgebildet“ (BARMER-GEK hat einen Selektivvertrag „Transition“)

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

In der Psychiatrie und Psychotherapie besteht besonderer Förderungsbedarf in folgenden Versorgungsbereichen:



1. Grundversorgung von Patienten

2. Vergütung der Vertragsärzte/Psychotherapeuten

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1

Förderung der Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

1

Förderung der Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie



Warum ist die Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (RL-PT) förderungswürdig?

- Reduzierung der Termin-Wartezeiten:
 - Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2011): Wartezeit für Erstgespräch bei Therapeuten (Richtlinien-Psychotherapie) = 12,5 Wochen
 - Förderung der Gespräche außerhalb der RL-PT könnte die Wartezeiten reduzieren
- Nicht immer ist eine RL-PT notwendig:
 - Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) und KBV-Daten: 30 bis 40 % der Patienten beginnen nach der Probatorik keine RL-PT
 - diesen Patienten wäre mit einem niederschweligen Behandlungsangebot ohne Antragsverfahren geholfen
- Steigender Bedarf an Gesprächstherapie:
 - Daten der Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen: von 2006 bis 2012 ist ein kontinuierlicher Anstieg bei den Fehlzeiten (am Arbeitsplatz) aufgrund einer psychischen Störung

3 Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

1

Förderung der Gesprächsführung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie



Umsetzungsidee:

- Empfehlung zur Vergütung der Gesprächsleistungen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzungen, um bedarfsgerechte Versorgungsalternativen neben der Richtlinien-Psychotherapie anbieten zu können

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

An der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung besteht besonderer Förderungsbedarf u.a. in folgenden Versorgungsbereichen:



1. Ambulante Operationen



2. Behandlung von Patienten mit nosokomialen Infektionen

3. Prä- / Poststationäres Management

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels hat die KBV den Krankenkassen vorgeschlagen:

1

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V (Begleitleistungen)

2

Vergütung prästationäres MRSA-Screening / MRE-Screening

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

1

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V (Begleitleistungen)

Warum ist das ambulante Operieren nach § 115b SGB V förderungswürdig? Besteht zusätzlicher Förderungsbedarf?

- Trotz der Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant zeigt sich:
 - im internationalen Vergleich eine verhältnismäßig niedrige Quote durchgeführter ambulanter Operationen,
 - von 2009 bis 2013 ein leichter Rückgang der Anzahl der ambulant operierenden Vertragsärzte (z. B. Orthopäden - 5% und Chirurgen - 2%),
 - eine Stagnation der Fallzahlen im Abschnitt 31.2 (2011 bis 2013: - 0,6%).

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

1

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V (Begleitleistungen)

Umsetzungsideen:

- Schaffung einer **bundeseinheitlichen Definition** der ergänzenden Leistungen (**Begleitleistungen**), die in unmittelbarem zeitlichem und medizinischem Zusammenhang mit einem ambulanten Eingriff nach dem Vertrag gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden.
- EGV-Vergütung der definierten Begleitleistungen entsprechend der aktuellen Empfehlung des Bewertungsausschusses



Das ambulante Operieren würde - auch im Interesse der Patienten - für alle an ambulanten Operationen Beteiligten deutlich attraktiver werden.

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und (ambulant) operativer Versorgung

2

Vergütung prästationäres MRSA-Screening / MRE-Screening

Warum ist das prästationäre MRSA-/MRE-Screening förderungswürdig?

- Krankenhäuser fordern immer häufiger von niedergelassenen Ärzten die Durchführung eines prästationären MRSA-/MRE-Screenings bei geplanten Eingriffen
 - für Patienten bedeutet ein positiver MRSA-Abstrich bei der stationären Aufnahmeuntersuchung jedoch häufig eine unmittelbare Entlassung und eine Verschiebung des Eingriffs bis zum Abschluss einer MRSA-Eradikationstherapie
- prästationäres MRSA-Screening im ambulanten Bereich ist ein wirksames Instrument, um das Zirkulieren von MRSA zwischen Alten- und Pflegeheimen, Arztpraxen und Krankenhäusern zu begrenzen
- **Aber:** ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einem ausschließlich prästationären MRSA-Screening sind nicht Gegenstand der MRSA-Leistungen im EBM und können auch nicht anderweitig gesondert nach dem EBM zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden

4 Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und (ambulant) operativer Versorgung

2 Vergütung prästationäres MRSA-Screening / MRE-Screening



Umsetzungsideen:

- Vergütung des prästationären MRSA-Screenings und MRE-Screenings und der ggf. erforderlichen MRSA-Eradikationstherapie für Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren
 - ein generelles Screening aller Patienten im Vorfeld von elektiven Eingriffen wäre aus Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten nicht adäquat

5 Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

Folgende Maßnahme zur Realisierung des Versorgungsziels sieht die KBV:

1

Anpassung der Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

2

Vergütung von Kassenanfragen

5 Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

1 Anpassung der Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

Welche speziellen Versorgungsfragen werden über diese Vereinbarung vergütet?

Sozialpsychiatrievereinbarung (Anlage 11 zum BMV-Ä)

- Qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- eine Kostenpauschale in Abhängigkeit von der Anzahl der nach der Vereinbarung im Quartal erbrachten Behandlungsfälle (EGV)

5 Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

1 Anpassung der Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

Umsetzungsidee:

- Aktualisierung der Bewertungen auf Basis der jährlichen Anpassungen des Orientierungswertes

2 Vergütung von Kassenanfragen

Umsetzungsideen:

- Verringerung der Bürokratiekosten durch die Vielzahl der formlosen Anfragen durch die Krankenkassen, mehr Zeit für Versorgung
- Förderung durch bundeseinheitliche Abrechnungsstrukturen
- Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

KBV-Vorschlag für einen Katalog von Versorgungszielen

Aktueller Beratungsstand

- Beratungen im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses
- Positionierung der Krankenkassen bis Juli/ August angekündigt

➤ Nicht alle Versorgungsziele werden auf der Bundesebene zeitnah verhandelt werden können, so dass die geeigneten Strukturen in einem längerfristigen Prozess gefunden werden sollten, um den aufgezeigten Herausforderungen gerecht zu werden. Diesen Prozess anzustoßen ist aus Sicht der KBV wesentlich, um die anerkanntermaßen hochwertige ambulante Versorgung in Deutschland auch in Zeiten des demografischen Wandels zukunftsfest zu machen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!