

Frühjahrssymposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e. V. am 11.04.2024
Neuere Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich

Zukunft der ambulanten Versorgung – Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen

Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
Vorsitzender des Vorstands der KVBW

1 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

1

Agenda

- 1. Aktuelle Gesetzgebung aus Sicht der ambulanten Versorgung**
 - GVSG (Stand 21.03.2024): drei neue Strukturen aus vertragsärztlicher Sicht
 - KHVVG: Level II-Krankenhäuser – Schnittstelle zur ambulanten Versorgung
 - DigiG: Telemedizin – neue ambulante Versorgungsformen
- 2. Zahlen, Daten, Fakten**
 - Zahlen zur Leistungsfähigkeit des ambulanten Systems
 - Zahlen zur Entwicklung der aktuellen und künftigen Versorgungssituation
 - Datenlage zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der KVen
 - Honorar und Finanzierung
- 3. Konsequenzen und Forderungen aus Sicht der KVen**

2 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

2

Aktuelle Gesetzgebung aus Sicht der ambulanten Versorgung

3 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

3

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) - bisheriger zeitlicher Vorgang

- **05.01.2023:** BMG-Regelungsübersicht / Eckpunkte zu VG 1 und VG 2
- **15.06.2023:** nicht-ressortabgestimmter 1. Referentenentwurf
- **16.01.2024:** nicht-ressortabgestimmter 2. Referentenentwurf (Stand 19.12.23)
- **Ende März 2024:** neue (inoffizielle) Fassung eines Referentenentwurfs vom 21.03.2024; dem Vernehmen nach am 25.03.2024 vom BMG in die Ressortabstimmung gegeben.

4 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

4

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024)

Die drei **neuen** Strukturen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes:

- Gesundheitskioske - § 65g SGB V
- Primärversorgungszentren - § 73a SGB V
- Gesundheitsregionen - § 140b SGB V

5

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) – Gesundheitskioske

Rechtliche Grundlage und Definition ► § 65g Absatz 1-neu SGB V

- **NEU: Aufbau der GesKioske erst ab 2025**
- **Initiativrecht:** bei den Kommunen
- **Vertragspartner:** Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen im Einvernehmen mit der PKV einen Vertrag über eine Einrichtung in sozial benachteiligten Regionen
- **Definition:** „Der Gesundheitskiosk ist eine Einrichtung, die insbesondere zu *medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Prävention), Angeboten der Gesundheitsförderung sowie sozialen Versorgungsangeboten berät.*“

6

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) – Gesundheitskioske

Aufgaben eines Gesundheitskiosk können insbesondere sein ► Absatz 2

1. allgemeine Beratung und Unterstützung bei der **medizinischen und präventiven Bedarfsermittlung**
2. Beratung zu sowie die Empfehlung und Vermittlung von Leistungen zur **Prävention**, zur **Gesundheitsförderung** sowie die Anleitung zu ihrer **Inanspruchnahme**
3. Beratung zu und **Vermittlung** von Leistungen zur medizinischen Behandlung einschließlich ambulanter telemedizinischer Leistungen, die **Anleitung** zu ihrer Inanspruchnahme und die **Koordinierung** der erforderlichen Gesundheitsleistungen,
4. Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und damit verbundener **sozialer** Angelegenheiten
5. Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die **Gesundheitskompetenz** dauerhaft zu verbessern
6. Bildung eines **sektorenübergreifenden Netzwerkes**
7. Durchführung **einfacher medizinischer Routineaufgaben** im Rahmen ärztlicher **Delegation**

7 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

7

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) – Gesundheitskioske

Errichtung und Organisation ► § 65g Absätze 3 und 4-neu SGB V

- **Errichtung:** Können neu errichtet, aber auch in bestehenden Räumlichkeiten oder als mobile Leistungsangebote (z.B. Bussen) betrieben werden
- **Leitung:** übernimmt eine **Pflegefachkraft** („perspektivisch“ Community Health Nurses mit Heilkundekompetenz)
- **KVen** erhalten Möglichkeit zur **Stellungnahme vor Vertragsabschluss**
- **Evaluation** durch unabhängigen Dritten mit gesetzlichen Vorgaben (Absatz 4)
- **Finanzierung:** **Kommune 20%, GKV 74,5%, PKV 5,5%** (Kosten etwa 400.000€ pro Jahr)
- Das **BMG** rechnet mit **Kosten** in Höhe von **rund 400.000 Euro je Kiosk/Jahr.**
- **Bis zum Jahr 2028 geht das BMG von etwa 220 Kiosken im Bundesgebiet**
- **aus.** Perspektivisch soll ein Kiosk die Beratung für circa **80.000 Einwohnerinnen und Einwohner** sicherstellen. In dünn besiedelten Gegenden könne die Relation auch niedriger liegen.

8 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

8

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) - Primärversorgungszentren (PVZ)

Definition ► § 73a Absatz 1-neu SGB V:

- ▶ In PVZ wird Versicherten **eine hausärztliche Versorgung** angeboten, die durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist.

Initiativrecht ► Absatz 2:

- ▶ Ein PVZ kann von **zugelassenen Ärzten**, einer **BAG** oder einem **medizinischen MVZ** mit jeweils **mindestens drei vollen hausärztlichen Versorgungsaufträgen** „errichtet“ werden.
- ▶ PVZ können in Gebieten errichtet werden, für die der **Landesausschuss** im hausärztlichen Bereich eine eingetretene oder drohende **Unterversorgung** (§ 100 Abs. 1 SGB V) festgestellt hat.

Vergütung / EBM ► Absatz 6:

- ▶ Der **Bewertungsausschuss** hat den **EBM** insbesondere im Hinblick auf die **Vergütung nichtärztlicher Leistungen** zu überprüfen und anzupassen.

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) - Primärversorgungszentren (PVZ)

PVZ müssen folgende Anforderungen erfüllen ► Absatz 3:

1. Abschluss einer **Kooperationsvereinbarung mit einem Gesundheitskiosk**, sofern es im jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt einen solchen gibt, oder **dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt, sofern ein Gesundheitskiosk nicht besteht**
 2. **Kooperationen** mit an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder Einrichtungen und mit nichtärztlichen Leistungserbringern und
 3. Einhaltung der **personellen** und **sonstigen** in der Vereinbarung nach Absatz 5 geregelten **Anforderungen**.
- ⇒ Die **zuständige KV** hat auf Antrag die Erfüllung der Anforderungen und damit die Anerkennung als PVZ **anzuerkennen** ► Absatz 4.

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) - Primärversorgungszentren (PVZ)

Einzelheiten und Voraussetzungen im BMV ► Absatz 5

Die **KBV** und der **GKV-Spitzenverband** vereinbaren im Bundesmantelvertrag (**BMV**) die **Einzelheiten und Voraussetzungen** für die besondere hausärztliche Versorgung in PVZ, insbesondere zu

1. **Inhalten und Zielen** der in den PVZ angebotenen hausärztlichen Versorgung
2. Anforderungen an die **personelle und sächliche Ausstattung** eines PVZ
3. Anforderung an die **Qualifikation der im PVZ tätigen Personen**
4. Anforderungen an die **Kooperationen** nach Absatz 3 Nummer 2 einschließlich der Kooperation im Rahmen **ambulanter telemedizinischer Leistungen** und
5. Maßnahmen zur **Sicherung der Versorgungsqualität**

11

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) - Gesundheitsregionen

Gesundheitsregionen - Vertrag ► § 140b-neu Absatz 1 SGB V

Die **Landesverbände** der Krankenkassen und Ersatzkassen **können gemeinsam und einheitlich** mit einem oder mehreren **Kreisen** oder einer oder mehreren **kreisfreien Städten in einer Region (Gesundheitsregion)** auf deren Antrag einen **Vertrag** mit dem **Ziel**

- ▶ der **Behebung regionaler Defizite** der **Gesundheitsförderung** und **Prävention sowie der Versorgung**,
- ▶ der **Verbesserung** der **Zusammenarbeit an Schnittstellen** oder
- ▶ der **Verbesserung** des **Zugangs zur regionalen Versorgung**

schließen. Dabei sind die **Belange von Menschen mit Behinderung** zu berücksichtigen.

- ⇒ Ein **Gesundheitsregionen-Vertrag** stellt eine **alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten** und mit **Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl** dar.

12

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) - Gesundheitsregionen

Aufgaben können insbesondere sein ► Absatz 2:

1. Bildung von **Netzwerken und Kooperationen** der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes
2. Sicherstellung einer vernetzten und koordinierten **Gesundheitsförderung** und Versorgung über **Sektorengrenzen hinweg** entsprechend der regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen
3. Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von **Mobilitätsangeboten**, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern
4. Weiterentwicklung der in Absatz 1 genannten Ziele und Maßnahmen

13

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024) - Gesundheitsregionen

Voraussetzungen und Organisation ► Absätze 3 und 4

- **Organisation:** kann von den in Absatz 1 genannten Vertragspartnern einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden; sie kann auch **an beteiligte Leistungserbringer** oder **Dritte übertragen** werden.
- **Investitions- und Betriebskosten:** je zur Hälfte von Kassen – Kreisen/Städten
- **geschätzte Kosten:** ca. 150.000 Euro jährlich pro Region
 - ⇒ **Sofern die Kreise/kreisfreie Städte** unter
 - **Nennung** der teilnehmenden Leistungserbringer,
 - **qualifizierte Angaben** zu den **Zielen** und **Aufgaben** im Rahmen der Organisation der Gesundheitsregion machen
 - und bereit sind, die **Aufwendungen** nach Absatz 3 zu tragen,
 (= **qualifizierter Antrag**), sind die **Krankenkassen** zur **Aufnahme von Verhandlungen** über einen Gesundheitsregionenvertrag **verpflichtet**.

14

Der Entwurf zum GVSG (Stand 21.03.2024)

Die drei **neuen** Strukturen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes:

- Gesundheitskioske - § 65g SGB V
- Primärversorgungszentren - § 73a SGB V
- Gesundheitsregionen - § 140b SGB V

15

KHVVG (inoff. RefEntwurf vom 13.03.2024) - Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

Inoffizieller Referentenentwurf (RefE) zum KHVVG vom 13.03.2024

- Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat am Freitag, 15. März 2024, den RefE zum **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz** in die **Ressortabstimmung** gegeben.
- Der RefE soll für die Länder / BR **nicht zustimmungspflichtig** sein (Mitwirkung Länder über spätere Rechtsverordnung).
- Maßgebliche Regelungen für die **Schnittstelle stationär- ambulante Versorgung**:
 - **§ 115g-neu SGB V** - Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung [= ehemals Level II]
 - **§ 115h-neu SGB V** - Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen
 - **§ 116a SGB V** - Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

16

KHVVG (inoff. RefEntwurf vom 13.03.2024) - Schnittstelle zur ambulanten Versorgung



17

KHVVG (inoff. RefEntwurf vom 13.03.2024) - Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

§ 115g-neu SGB V - Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung [= > ehemals Level II]

- (1) Krankenhäuser, die von einem Land (...) als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen erbringen.
- (2) Sektorenübergreifende Leistungen sind:
 1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
 2. ambulantes Operieren nach § 115b
 3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h
 4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst
 5. Übergangspflege nach § 39e
 6. Kurzzeitpflege nach § 39c
 7. Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches
 8. Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches

18 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

18

KHVVG (inoff. RefEntwurf vom 13.03.2024) - Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

§ 115g-neu SGB V - Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung [= ehemals Level II]

(3) DKG und GKV-SV vereinbaren im Einvernehmen mit der PKV [bis zum...]:

1. welche stationären Leistungen der **Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie (...)** sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen der **Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie** und welche stationären Leistungen der **Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen (...)** ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung **außerhalb des Leistungsrahmens der Nummern 1 und 2** erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird,
4. welche **Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation** der Leistungserbringung nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

19

KHVVG (inoff. RefEntwurf vom 13.03.2024) - Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

§ 115h-neu SGB V - Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen Krankenbehandlung als **medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn (...)** neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein **besonderer pflegerischer Bedarf** besteht (Absatz 1).
- **Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden (Absatz 2).** Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird **durch Vertragsärzte verordnet oder andere Krankenhäuser veranlasst** (Absatz 2).
- **GKV-SV, DKG und KBV** vereinbaren alle Einzelheiten, insbesondere (Absatz 3):
 1. die Gruppe der Patienten für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist
 2. sächliche und personelle Mindestvoraussetzungen
 3. **Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten**

20

KHVVG (inoff. RefEntwurf vom 13.03.2024) - Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

§ 116a - Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser ~~bei Unterversorgung~~ (insbesondere Absatz 2-neu und 3-neu)

- (1) Der Zulassungsausschuss (**ZA**) muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen **eingetretene Unterversorgung** oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, auf deren **Antrag** zur vertragsärztlichen Versorgung (**Institutsambulanz**) ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. ~~Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.~~
- (2) Der **ZA muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1** für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen **eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung** festgestellt hat, auf deren **Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung (Institutsambulanz) ermächtigen, soweit und solange** dies zur Beseitigung der drohenden Unterversorgung **erforderlich** ist.

21 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

21

KHVVG (inoff. RefEntwurf vom 13.03.2024) - Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

§ 116a - Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser ~~bei Unterversorgung~~ (Absatz 3-neu)

- (3) Der **ZA muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** nach **§115g Absatz 1** in Planungsbereichen, in denen für die **hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen** angeordnet sind, auf deren **Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen**.

⇒ **Mit Stand 4. Quartal 2022 sind im hausärztlichen Bereich 780 von 984 Planungsbereichen frei von Zulassungsbeschränkungen.**

22 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

22

Telemedizin – neue ambulante Versorgungsformen

Aufwertung und Stärkung der Telemedizin durch das DigiG 2024:

1. Flexibilisierung der Videosprechstunde - § 87 Absatz 2n-neu SGB V:

- a) **Bessere Vergütung (behandlungsorientiert)** durch § 87 Absatz 2n Satz 1-neu KBV und GKV-Spitzenverband werden beauftragt, im Bewertungsausschuss Regelungen zu treffen, die **Videosprechstunden in einem „weiten Umfang“** zu ermöglichen:

„Der **Bewertungsausschuss** hat im **einheitlichen Bewertungsmaßstab** für ärztliche Leistungen festzulegen, unter welchen **Voraussetzungen** und in welchem **Umfang Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde** erbracht werden können. **Die Festlegungen nach Satz 1 haben die Erbringung von Videosprechstunden in einem weiten Umfang zu ermöglichen.** Bei der Beschlussfassung über die Festlegungen nach Satz 1 sind die **Versorgungsaufträge des Vertragsarztes nach § 95 Absatz 3** sowie die Vereinbarungen nach Absatz 2o und § 365 Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen. In den Beschlüssen über Festlegungen nach Satz 1 **sind Qualitätszuschläge vorzusehen.**“

23

Telemedizin – neue ambulante Versorgungsformen

Aufwertung und Stärkung der Telemedizin durch das DigiG 2024:

1. Flexibilisierung der Videosprechstunde - § 87 Absatz 2o-neu SGB V:

- b) **Sicherung der Versorgungsqualität** durch § 87 Absatz 2o-neu

„(2o) Die **Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren** bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] **Vorgaben für die Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen, die durch Videosprechstunden oder Konsilien erbracht werden.** In der Vereinbarung sind insbesondere zu regeln:

1. die Berücksichtigung der **elektronischen Patientenakte** in der Versorgung,
2. die Berücksichtigung des **elektronischen Medikationsplans** in der Versorgung,
3. die Berücksichtigung **elektronischer Arztbriefe** und sicherer Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 in der Versorgung,
4. die Berücksichtigung elektronischer Programme für eine **standardisierte Ersteinschätzung**,
5. die Gewährleistung des **gleichberechtigten Zugangs zur Videosprechstunde** und
6. die **strukturierte Anschlussversorgung** bei Videosprechstunden.“

24

Telemedizin – neue ambulante Versorgungsformen

Aufwertung und Stärkung der Telemedizin durch das DigiG

1. Flexibilisierung der Videosprechstunde – § 87 Absatz 2a SGB V

- d) Wegfall der Mengenbegrenzung durch Streichung des § 87 Abs. 2a Sätze 30 und 31-alt:

~~„³⁰Der **Bewertungsausschuss** hat im **einheitlichen Bewertungsmaßstab** für ärztliche Leistungen die **Leistungen, die durch Videosprechstunde erbracht werden, auf 30 Prozent der jeweiligen Leistungen im Quartal** des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers **zu begrenzen**.³¹Zudem hat der **Bewertungsausschuss** im **einheitlichen Bewertungsmaßstab** für ärztliche Leistungen die **Anzahl der Behandlungsfälle im Quartal, in denen ausschließlich Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden, auf 30 Prozent aller Behandlungsfälle** des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers **zu begrenzen**.“~~

25

Telemedizin – neue ambulante Versorgungsformen

Aufwertung und Stärkung der Telemedizin durch das DigiG

2. Homeoffice - § 24 Absatz 8-neu Ärzte-ZV

~~„Die vertragsärztliche Tätigkeit darf in Form von **Videosprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes** erbracht werden, sofern der Vertragsarzt seiner Verpflichtung nach § 19a Abs. 1 Satz 2 und 3 am Ort des Vertragsarztsitzes nachkommt.“~~

26

Zahlen – Daten - Fakten

zur Leistungsfähigkeit des ambulanten Systems

27 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

27

Sicherstellung in der ambulanten Versorgung an einem einzigen Tag in Deutschland

Am 1. April 2021 beispielsweise leisteten unsere Praxen

- › 61.991 Impfungen „aller Art“
- › 3.369.647 Menschen wurden ambulant versorgt – davon 12.135 per Videosprechstunde; zusätzlich 39.367 per Telefon; 37.677 als Notfall
- › 82.108 Haus- und Heimbefuche
- › 16.947 Hautkrebs-Screenings
- › 14.891 Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern
- › 47.286 Schwangerenvorsorge
- › 138.146 Ultraschall-Untersuchungen
- › 133.506 Röntgen, CT oder MRT-Untersuchungen
- › 10.942 ambulante OPs
- › 44.733 Behandlungen von Krebspatientinnen und -patienten
- › 4.577 Dialysen
- › 54.530 Psychotherapiesitzungen – einzeln oder in Gruppen
- › plus Coronatestungen und Coronaimpfungen



<https://www.kbv.de/html/60775.php>

28 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

28

Wussten Sie schon, dass ...

The infographic displays four stacked bar charts representing different types of medical services and patient contacts. A central dark teal circle contains a call to action. An arrow points from the circle towards the charts.

Service Type	Value
Behandlungsfälle	578 Mio.
Krankenhausversorgung Patient:innen stationär	17 Mio.
Arzt-Patientenkontakte	1 Mrd.
Krankenhausversorgung Patient:innen ambulant	21 Mio.

... die 152.000 Vertragsärzt:innen das Rückgrat der Gesundheitsversorgung bilden?

Quelle: ZI Keyfacts 2023

29 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

29

Wussten Sie schon, dass ...

The infographic features a central dark teal circle with a call to action. To its right, two bar charts compare job changes in different sectors. An arrow points from the circle towards the charts.

Sector	Change	Total Employees
Beschäftigte Arztpraxen	+ 46.000	731.000
Beschäftigte Automobilindustrie	- 60.000	774.000

... die 100.000 Praxen in Deutschland ein dynamischer Jobmotor sind?

Quelle: ZI Keyfacts 2023

30 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

30

Wussten Sie schon, dass ...



Quelle: ZI Keyfacts 2023

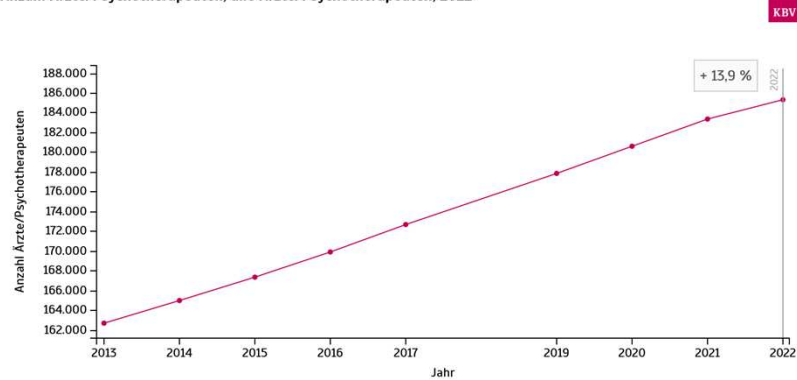
31



32

Anzahl Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, alle Ärzte/Psychotherapeuten, 2022

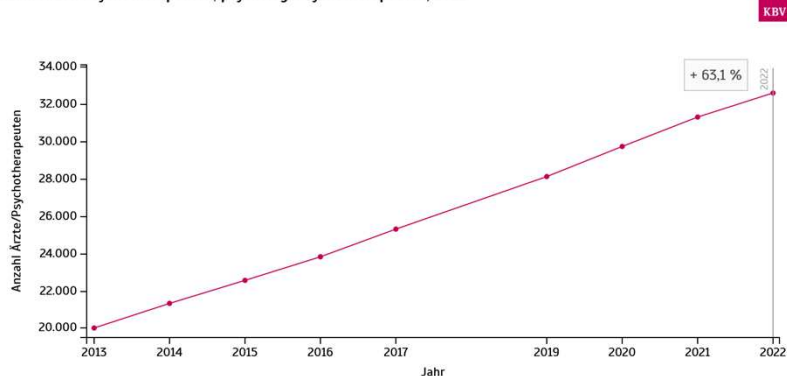


Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

33

Anzahl Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, psycholog. Psychotherapeuten, 2022

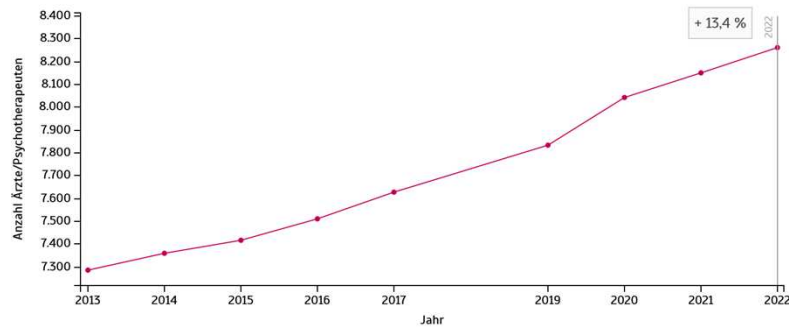


Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

34

Anzahl Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, Kinderärzte, 2022

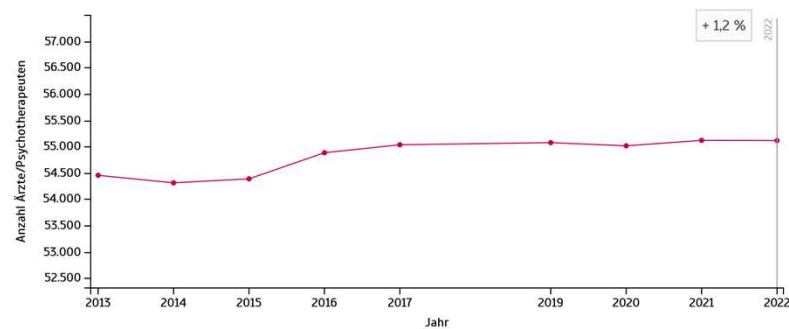


Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

35

Anzahl Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, Hausärzte, 2022

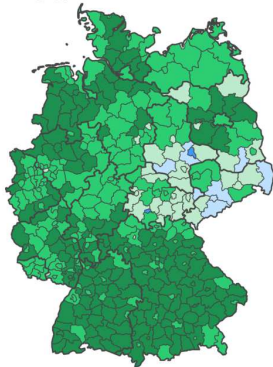


Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

36

Herausforderung Bevölkerungsentwicklung

Projektionsjahr: 2030
Altersgruppe: 60 und älter



min = 0,94 max = 1,34

Altersgruppe 60+ Jahre im Jahr 2030

Bevölkerungsentwicklung

unter 0,85	0,85 bis unter 0,95	0,95 bis unter 1,00
1,00 bis unter 1,05	1,05 bis unter 1,15	1,15 und mehr

1,0 = kein Zuwachs/Rückgang in der Altersgruppe erwartet

1,07 = 7% Zuwachs in der Altersgruppe erwartet

0,85 = 15% Rückgang in der Altersgruppe erwartet

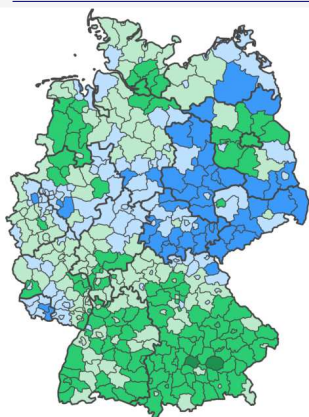
Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

37 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

37

Inanspruchnahme von Hausärzten



min = 0,85 max = 1,17

Inanspruchnahme Hausärzte im Jahr 2035

rBIX

unter 0,85	0,85 bis unter 0,95	0,95 bis unter 1,00
1,00 bis unter 1,05	1,05 bis unter 1,15	1,15 und mehr

1,0 = kein Zuwachs/Rückgang in der Inanspruchnahme erwartet

1,07 = 7% Zuwachs in der Inanspruchnahme erwartet

0,85 = 15% Rückgang in der Inanspruchnahme erwartet

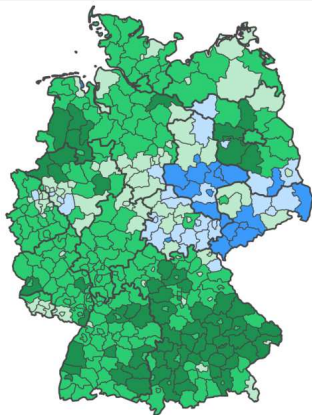
Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

38 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

38

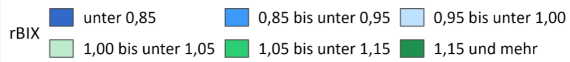
Inanspruchnahme von Augenärzten



min = 0,87 max = 1,29

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Inanspruchnahme Augenärzte im Jahr 2035



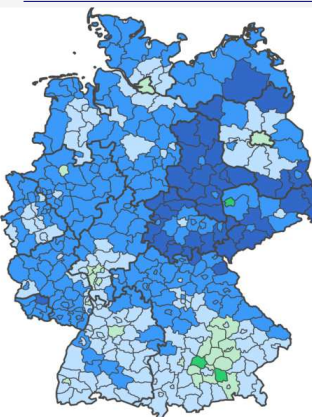
1,0 = kein Zuwachs/Rückgang in der Inanspruchnahme erwartet

1,07 = 7% Zuwachs in der Inanspruchnahme erwartet

0,85 = 15% Rückgang in der Inanspruchnahme erwartet

39

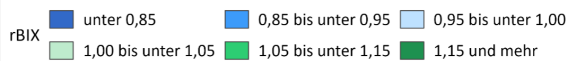
Inanspruchnahme von Frauenärzten



min = 0,76 max = 1,06

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Inanspruchnahme Frauenärzten im Jahr 2035

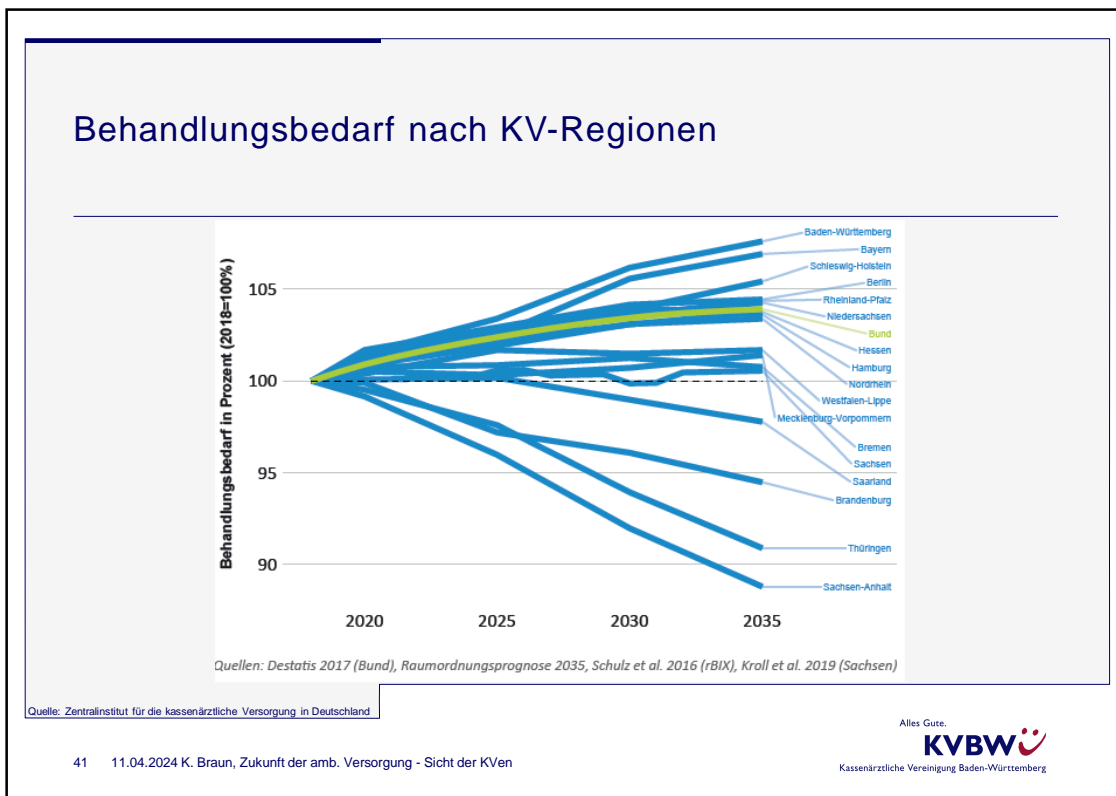


1,0 = kein Zuwachs/Rückgang in der Inanspruchnahme erwartet

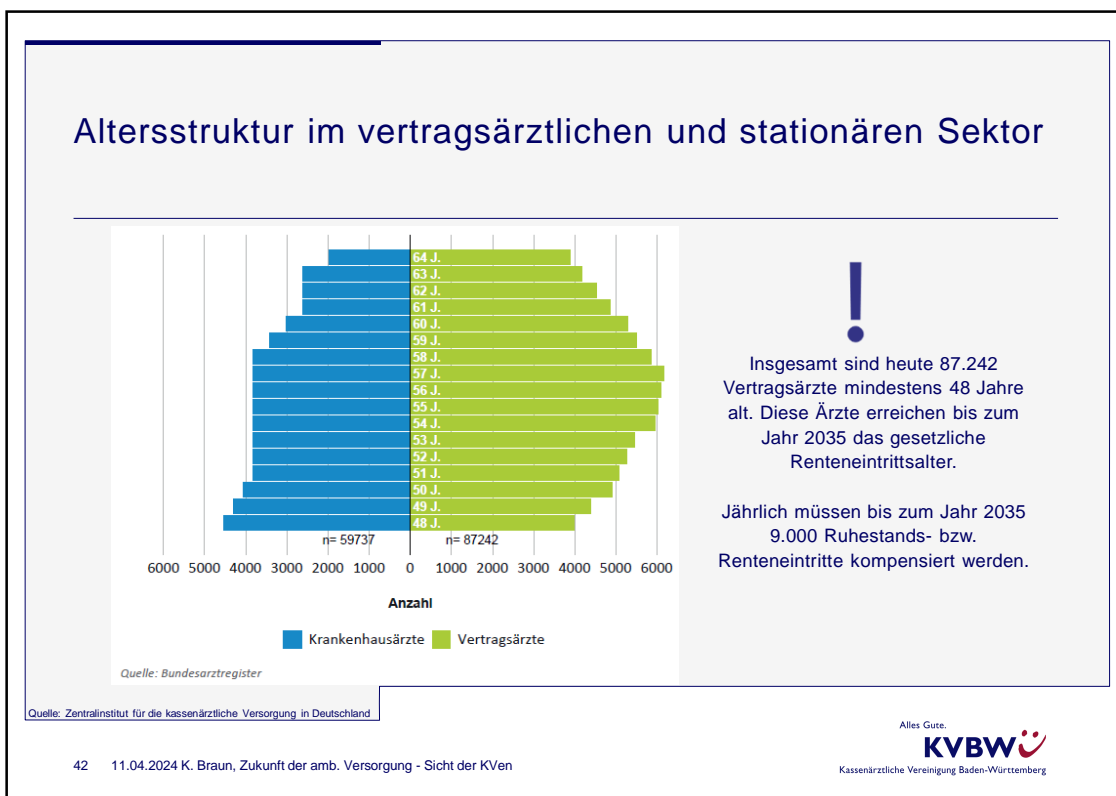
1,07 = 7% Zuwachs in der Inanspruchnahme erwartet

0,85 = 15% Rückgang in der Inanspruchnahme erwartet

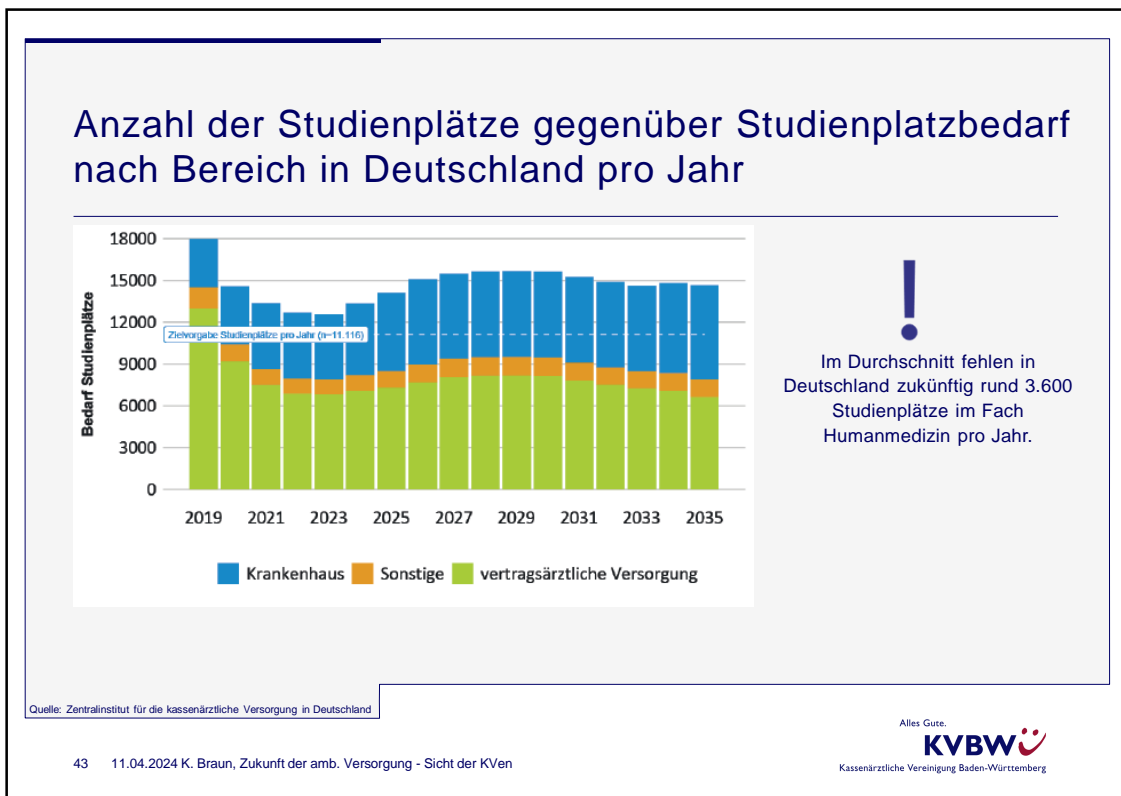
40



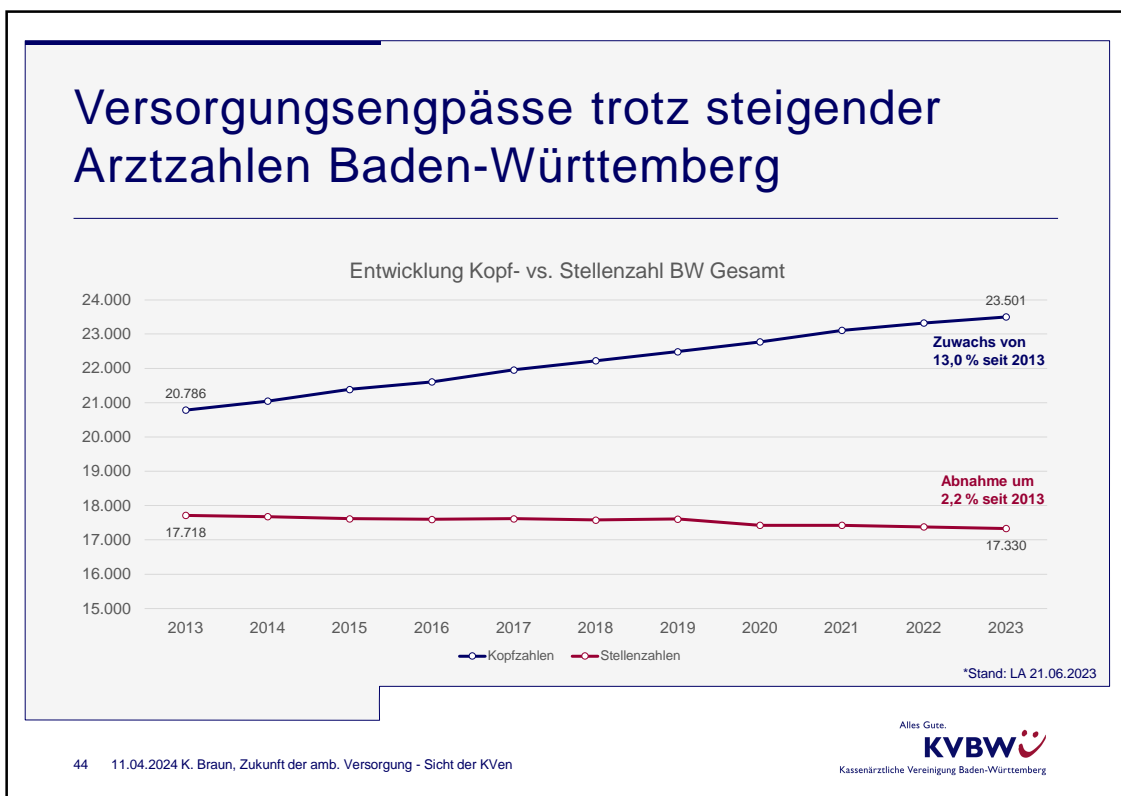
41



42



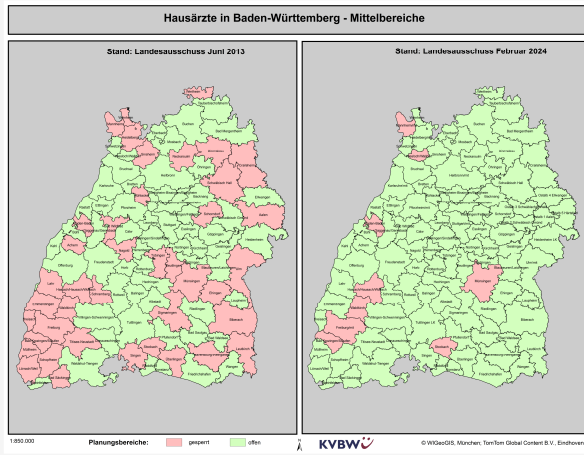
43



44

Engpässe in der Versorgung in BW nehmen zu

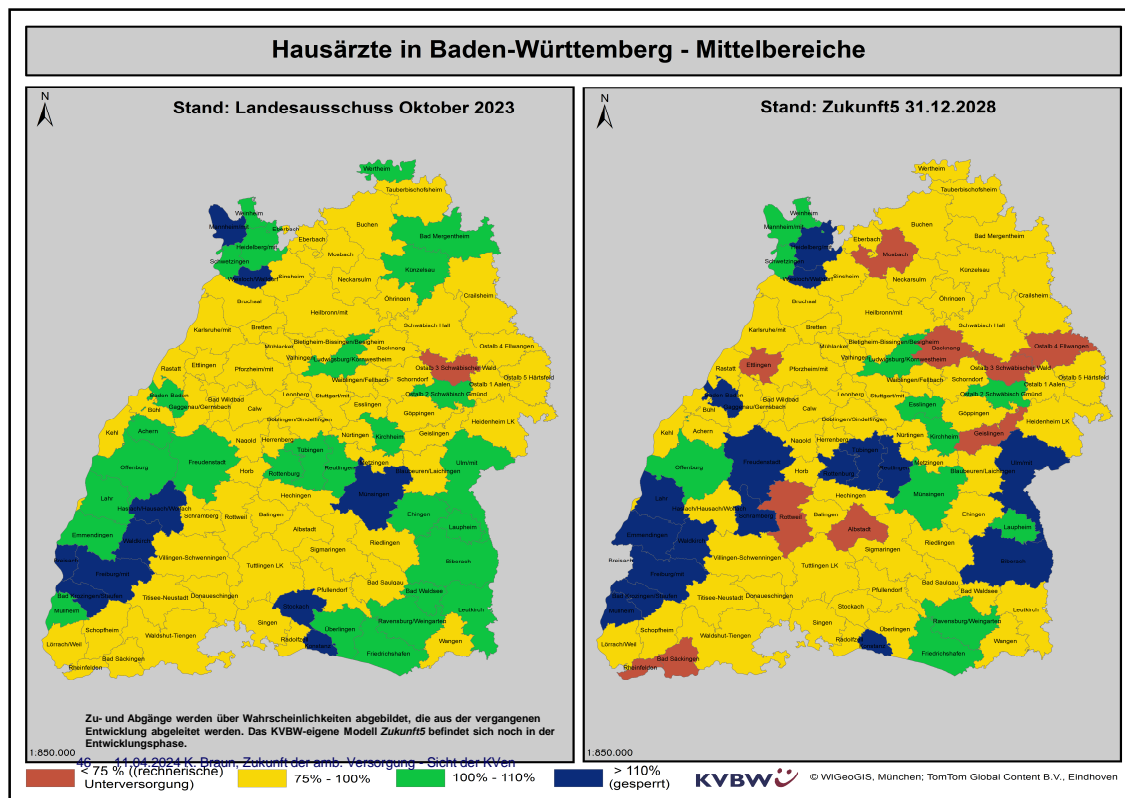
- Aktuell sind lediglich neun von 103 Mittelbereichen für (Neu-)Niederlassungen von Hausärzten gesperrt
- 94 Planungsbereiche konkurrieren um den hausärztlichen Nachwuchs



45 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute. **KVBW**
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

45



46

Datenlage zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der KVen

Für die die **Versorgungsplanung**, der Einsatz von **Sicherstellungsinstrumenten**, innovative **Versorgungsprojekte benötigen die KVen eine umfassende Datenlage**.

- **Problem:** Die KVen haben die entsprechenden Daten zu relevanten Teilen nicht, denn der Gesetzgeber entzieht den KVen mit seinen vergangenen und aktuellen **Gesundheitsreformen** kontinuierlich die **Grundlage für die Datenerhebung und -verarbeitung** in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.
- **In folgenden Leistungsbereichen fehlen bereits heute Abrechnungsdaten für eine umfassende Datenanalyse:**
 - ▶ Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) und Selektivverträge
 - ▶ Knappschaftsvertrag
 - ▶ Ambulantes Operieren im Krankenhaus
 - ▶ Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
 - ▶ ärztliche und psychotherapeutische Hochschulambulanzen und Ausbildungsinstitute
 - ▶ psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen sowie sozialpädiatrische Zentren

47

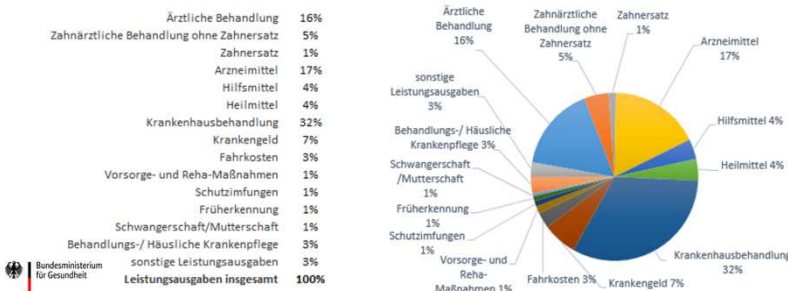
Datenlage zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der KVen

- Durch den neuen **§ 115f SG V** gibt es einen neuen Leistungsbereich, der gesetzlich gewollt nur in Teilen von den KVen abgerechnet wird.
- Überdies wird den KVen der **gesetzlich in § 95 Absatz 3 SGB V übertragene Auftrag zur Prüfung der Versorgungsaufträge** ihrer Mitglieder zusätzlich **erschwert**.
- ⇒ **Aufweichen der vertragsärztlichen Versorgung + Datenlage durch Parallelstrukturen!**
- **Rechtsgrundlagen für Datenübermittlung von Leistungserbringern:**
 - § 295 SGB V: Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen
 - § 295a SGB V: Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b, 132e, 132f und 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen
- ⇒ **Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die für die KVen erforderlichen Daten zugänglich zu machen**, behaupten aber ihrerseits, über diese nicht zu verfügen.

48

Honorar und Finanzierung GKV-Ausgaben 2023: 306.240 Mio €

Anteile an den Ausgaben insgesamt im 1.-4. Quartal 2023

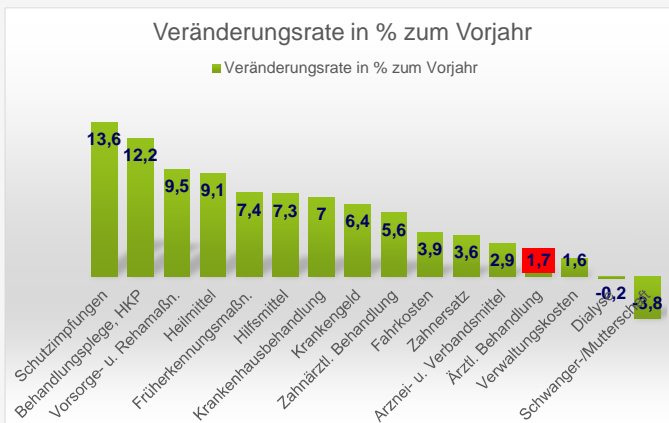


Ärztl. Behandlung 47.153 Mio €

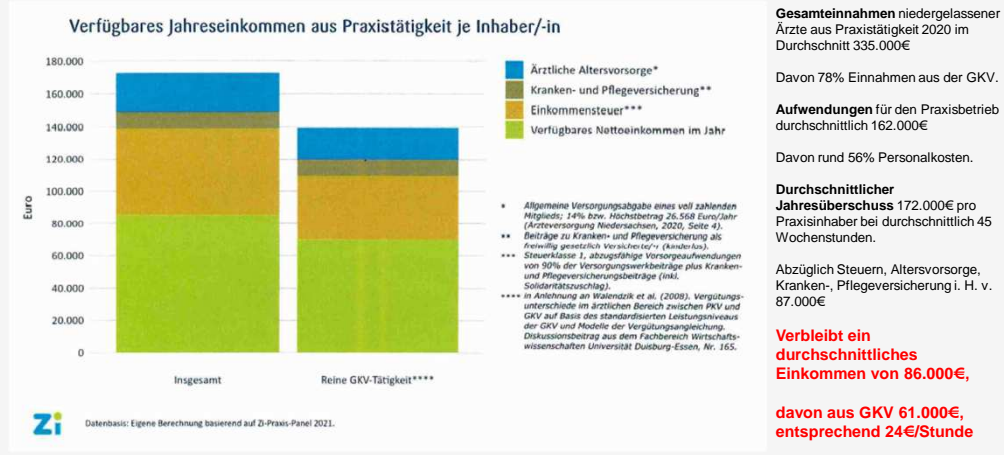
Honorar und Finanzierung GKV-Ausgaben 2023: 306.240 Mio € (+5,2%)

Leistungsbereich	GKV absolut
Ärztliche Behandlung ²	1,7
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	5,6
Zahnersatz	3,6
Arznei- und Verbandmittel	2,9
Summe Hilfsmittel	7,3
Summe Heilmittel	9,1
Krankenhausbehandlung insgesamt mit stationärer Entbindung	7,0
Krankengeld	6,4
Fahrtkosten	3,9
Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen	9,5
Schutzimpfungen	13,6
Früherkennungsmaßnahmen	7,4
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung	-3,8
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	12,2
Dialyse	-0,2
Ausgaben für Leistungen insgesamt	5,2
Netto-Verwaltungskosten (Netto-Vwk)	1,6
Ausgaben insg. für Leistungen und Netto-Vwk	5,0

Ärztl. Behandlung +1,7%



Honorar und Finanzierung Einkommen je Arzt



51 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

51

§ 87 Abs. 2 SGB V

Bei der **Anpassung des Orientierungswertes** nach Abs. 2e sind insbesondere

1. die **Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten**, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Abs. 2 S. 2 erfasst worden sind,
 2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Abs. 2 S. 2 erfasst worden sind,
 3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstufungsregelung nach Abs. 2 S. 3 berücksichtigt worden ist,
- zu berücksichtigen.

52 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

52

Fortschreibung der AL-Komponente

- Die **Position der KBV** zur AL-Komponente ist die Fortschreibung des Arztlohns anhand der **Entwicklung der Oberarztgehälter**.
- Hintergrund hierfür ist das **Opportunitätskostenprinzip**: Es beruht auf dem Ansatz, welches Einkommen ein Vertragsarzt erzielen würde, wenn er seine Zeit und Arbeitskraft anderweitig zum Einsatz bringt.
- Gemäß diesem Prinzip stellt das Oberarztgehalt ein mögliches **Vergleichseinkommen** für einen niedergelassenen Arzt dar.
- **Der GKV-Spitzenverband sieht den Arztlohn nicht als Teil der Kosten und keine Notwendigkeit, die AL-Komponente anzupassen.**
-> D. h. die Veränderung der AL-Komponente wird auf Null gesetzt.
- **Diese Diskussion konnte bisher nicht geeint werden.**

53

Honorarbudgetierung Fachärzte KVBW Q1/2023

Fachgruppen	Leistungsbedarf €	Honorar €	Honorarbudgetierung in %	nicht bezahlte Leistungen absolut
Hausärzte	358.705.214 €	358.705.061 €	100,0%	153 €
Kinderärzte	66.573.442 €	66.573.144 €	100,0%	299 €
Fä für Anästhesiologie	23.041.027 €	21.883.496 €	95,0%	1.157.532 €
Fä für Augenheilkunde	73.298.201 €	69.373.649 €	94,6%	3.924.551 €
Fä für Chirurgie, Fä für Neurochirurgie	44.342.002 €	42.948.812 €	96,9%	1.393.190 €
Fä für Frauenheilkunde	92.640.620 €	87.387.776 €	94,3%	5.252.844 €
Fä für HNO-Heilkunde, Phoniater	39.315.199 €	35.468.064 €	90,2%	3.847.135 €
Fä für Haut- und Geschlechtskrankheiten	36.554.540 €	35.506.656 €	97,1%	1.047.884 €
Fä für Innere Medizin, o. SP	7.223.540 €	7.051.230 €	97,6%	172.310 €
Fä für Innere Medizin, sonst. SP	14.650.584 €	13.271.659 €	90,6%	1.378.925 €
Fä für Innere Medizin, Gastroenterologie	20.570.349 €	20.013.998 €	97,3%	556.351 €
Fä für Innere Medizin, Kardiologie	21.019.830 €	18.916.362 €	90,0%	2.103.468 €
Fä für Innere Medizin, Kardiologie invasiv	9.423.504 €	8.700.009 €	92,3%	723.495 €
Fä für Innere Medizin, Hämato-/Onkologie	14.353.548 €	12.927.814 €	90,1%	1.425.734 €
Fä für Innere Medizin, Pneumologie	15.296.346 €	14.314.618 €	93,6%	981.728 €
Fä für Neurologie	21.940.874 €	20.840.081 €	95,0%	1.100.794 €
Fä für Nervenheilkunde	14.632.128 €	13.848.941 €	94,6%	783.187 €
Fä für Psychiatrie u. Psychotherapie	18.400.851 €	17.047.005 €	92,6%	1.353.846 €
Fä für KJPP*	10.331.008 €	9.513.607 €	92,1%	817.401 €
Fä für Orthopädie	61.347.194 €	58.546.118 €	95,4%	2.801.076 €
Fä für Phys. und Rehab. Medizin	3.226.806 €	2.807.139 €	87,0%	419.666 €
Psychotherapeuten	107.068.351 €	103.363.239 €	96,5%	3.705.112 €
Fä für Nuklearmedizin	17.342.261 €	15.380.528 €	88,7%	1.961.733 €
Fä für Radiologie	54.949.495 €	46.728.508 €	85,0%	8.220.987 €
Fä für Urologie	24.450.489 €	23.765.221 €	97,2%	685.268 €
Fä für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	3.023.802 €	2.959.553 €	97,9%	64.249 €

*Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Ohne Umsätze/Fälle aus Selektivverträgen, welche nicht über die KVBW abgerechnet werden.
nur GKV

Erbrachte aber nicht bezahlte Leistungen im Wert von 45 Mio € / Quartal!

54

Konsequenzen und Forderungen aus Sicht der KVen

55

Schlussfolgerungen und Forderungen: 1. Freiberuflichkeit vs. Staatsmedizin

Explizit genannte „Freie Berufe“ nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 EstG
(sog. „Katalogberufe“):

- ▶ **Heilberufe:** Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten
- ▶ **rechts-, steuer-, wirtschaftsberatende Berufe (RWS):** Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigte
- ▶ **technisch-naturwissenschaftliche Berufe:** Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Lotsen
- ▶ **Kulturberufe:** Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer

...Ergänzung der Heilberufe nach § 1 PartG um:

- ▶ Hebammen, Heilmasseure, Diplom-Psychologen

56

Schlussfolgerungen und Forderungen: 1. Freiberuflichkeit vs. Staatsmedizin

Bedeutung der Freiberuflichkeit für Gesellschaft, Ärzteschaft und Gesundheitssystem:

- ▶ Integraler Bestandteil des deutschen Mittelstandes (*Arbeitgeber, Ausbildende, unternehmerisches Schaffen*)
- ▶ hohe fachliche Expertise (*z.B. Beratung der Bundesregierung + Information, Aufklärung und Versorgung der Bevölkerung während Pandemie*)
- ▶ hohe Bedeutung + Identifizierung mit Freiberuflichkeit für Ärzte (*„Berufung“, nicht nur Beruf*)
- ▶ hohe Flexibilität für Versorgung und Gesundheitssystem (*Sicherstellen des Funktionierens des Gesundheitssystems z.B. während Pandemie mit hohem persönlichem Einsatz und Arbeitsbereitschaft / Negativ- Bsp. „Staatsmedizin“: GB National Health Service*)

Problem: Tendenzen zur Staatsmedizin in aktuellen Gesetzesentwürfen haben massive Auswirkungen auf Versorgung:

- ▶ Bsp. Aushöhlen oder Umgehen der Kompetenzen der (Gemeinsamen) Selbstverwaltung
- ▶ zunehmende Regelung durch Rechtsverordnungsvorbehalte BMG)

57

Schlussfolgerungen und Forderungen: 2. Delegation statt Substitution

- **Interprofessionelles Arbeiten** ist wichtig in der Medizin und wird schon immer gelebt
- **Substitution:** Originäre Zuweisung ursprünglich ärztlicher Leistungen der Heilkunde an Nicht-Ärzten anstelle des Arztes (Verantwortung „wie und ob“). Keine Anordnungsbefugnis mehr beim Arzt. Übernahme der Haftung.
- **Delegation:** Übertragung der Durchführung originär ärztlicher Tätigkeiten an ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter auf gesonderte ärztliche Anordnung und unter Überwachung und Verantwortung des Arztes (Verantwortung „wie“). Arzt bleibt Leistungserbringer i. S. des Behandlungsvertrages und haftet gemäß §§ 278, 831, 823 BGB. Regelungen in Berufsordnung und Heilberufegesetzen.
- **Teammodelle**

58

Schlussfolgerungen und Forderungen: 3. Nachwuchsförderung

- **Problem: wie bekommen wir junge Ärzte in die ambulante Versorgung?**
 - ▶ Förderung ambulanter Weiterbildung nach § 75 a SGB V.
 - ▶ Verbesserung der Förderung fachärztlicher (und Neuaufnahme psychotherapeutischer Weiterbildung).
 - ▶ Aufstockung des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V von „bis zu 0,2% der nach § 85 vereinbarten Gesamtvergütung“ auf „bis zu 0,4%...“.
 - ▶ Extrabudgetäre Vergütung der Leistungen von Ärzten in Weiterbildung.
- **Wie gehen wir mit dem Fachkräftemangel bei MFAs u.a. um?**
 - ▶ Ideelle und finanzielle Wertschätzung, die gegenfinanziert werden muss.
 - ▶ Weiterführende Qualifikationen.
 - ▶ Sinnvolle und funktionierende Digitalisierung.

59

Schlussfolgerungen und Forderungen: 4. Finanzierung

- Arzt sollte als Experte, nicht als Lobbyist gesehen werden!



- Der ambulante Sektor sollte aufgewertet und attraktiv gestaltet werden!
- Es sollten die bereits vorhandenen – und grundsätzlich erfolgreichen – Strukturen gestärkt anstatt Parallelstrukturen durch Gesundheitskioske etc. aufgebaut werden! [Beispiel: kontinuierliches Arzt-Patienten-Verhältnis: welcher Patient möchte darauf verzichten, wenn es auf seine Gesundheit ankommt...]
- Umsetzung der KBV-Forderungen aus der Kampagne #PraxenKollaps

60

Forderungskatalog

**WIR FORDERN VON DER POLITIK:
VERHINDERN SIE DEN PRAXENKOLLAPSS!**

1	TRAGFÄHIGE FINANZIERUNG	Retten Sie die Praxen aus den faktischen Minusrunden und sorgen Sie für eine tragfähige Finanzierung, die auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung insbesondere Inflation und Kostensteigerungen unmittelbar berücksichtigt!
2	ABSCHEFFUNG DER BUDGETS	Beenden Sie die Budgetierung, damit auch Praxen endlich für alle Leistungen bezahlt werden, die sie tagtäglich erbringen!
3	AMBULANTISIERUNG	Setzen Sie die angekündigte Ambulantisierung jetzt um – mit gleichen Spielregeln für Krankenhäuser und Praxen!
4	SINNVOLLE DIGITALISIERUNG	Lösen Sie mit der Digitalisierung bestehende Versorgungsprobleme. Sorgen Sie für nutzerfreundliche und funktionstüchtige Technik sowie die entsprechende Finanzierung, und belassen Sie die datengestützte Patientensteuerung in ärztlichen und psychotherapeutischen Händen!
5	MEHR WEITERBILDUNG IN PRAXEN	Stärken Sie die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung! Diese muss – um medizinisch und technisch auf dem aktuellen Stand zu sein – schwerpunktmäßig ambulant stattfinden. Beziehen Sie auch hier die niedergelassene Vertragsärzte- und Psychotherapeutenchaft ein!
6	WENIGER BÜROKRATIE	Schnüren Sie das angekündigte Bürokratieabbaupaket, damit wieder die Medizin im Vordergrund steht und nicht der „Papierkram“!
7	KEINE REGRESSE	Schaffen Sie die medizinisch unsinnigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab! Die Arzneimittelregresse müssen weg!

61 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

61

Schlussfolgerungen und Forderungen

5. Steuerung bei limitierten Ressourcen

- Grds. Steuerung durch **Hausärzte in der Regelversorgung**
 - ▶ Entbudgetierung HÄ
 - ▶ Neuordnung des hausärztlichen EBM
 - ▶ Abkehr vom Quartalsbezug bei Versorgung Chroniker
 - ▶ Einschreibemodelle
- Steuerung in der **Notfallversorgung** an der Schnittstelle zum Rettungsdienst / Krankenhaus mit **verbindlicher standardisierter Ersteinschätzung** (z. B. SmED) und **Möglichkeit zur Weiterleitung in die ambulante Regelversorgung**.
- **Patientenverantwortlichkeit** bei Nichtwahrnehmung der Ersteinschätzung oder Nichteinhaltung der zugewiesenen Versorgungsebene.
- **Abkehr vom uneingeschränkten Leistungsversprechen** an den Versicherten

62 11.04.2024 K. Braun, Zukunft der amb. Versorgung - Sicht der KVen

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

62

Vielen Dank.

Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
Vorsitzender des Vorstands
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. (0711) 7875 3213
Fax (0711) 7875 3330
karsten.dr.braun@kvbawue.de