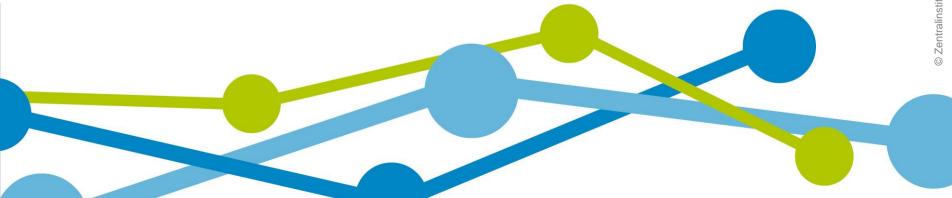
Barmer Versorgungs- und Forschungskongress, Berlin, 12.09.2017

Bedarfsplanung –Impulsreferat aus Sicht der ambulanten Versorgung

Dr. Dominik von Stillfried



6 Thesen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

- 1. Versorgungslage ist gut
- 2. Verhältniszahlen und Konstrukt der Bedarfsplanung sind aber überholt
- 3. Zulassungsentscheidungen müssen Erkenntnisse der Versorgungsforschung berücksichtigen
- 4. Künftige Versorgungsplanung muss notwendigen Strukturwandel fördern
- 5. Versorgungsplanung muss einfach bleiben
- 6. Zielgenauigkeit muss erhöht werden
- 7. Keine Planung ohne Finanzierung



1 Versorgungslage ist gut



Heutige Versorgungslage prägt hohe Erwartungen

Übersicht der wesentlichen Verteilungskennzahlen

	Extremalquotient	Dezilverhältnis	Gini-Koeffizient
Ärzte je 100.000 Einwohner	5,1	2,16	0,185
Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner	nicht bestimmbar	4,62	0,316
Bruttoinlandsprodukt je Einwohner	7,0	2,22	0,191
kommunale Investitionen je Einwohner	20,7	3,19	0,240

Quelle: Berechnungen des Zi

Indikatoren zur Nahversorgung (Quelle: BBSR 10/2015)

Stadtgemeinden	Landgemeinden
ÖV Haltestelle 360 m	Hausarzt 2400 m
Hausarzt 440 m	Supermarkt/Discounter 2400 - 3300 m,
Supermarkt/Discounter 490 m,	Apotheke 3300 m,
Apotheke 530 m,	ÖV Haltestelle < 1000 bis 5000 m
Grundschule 590 m,	



2 Verhältniszahlen und Konstrukt der Bedarfsplanung sind überholt



Anzahl Praxissitze > 140% Versorgungsgrad

KV-Bezirk	Haus- ärzte	Anästhe- sisten	Augen- ärzte	Chirurgen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Haut- ärzte	Fach- internisten	Kinder- ärzte	Nerven- ärzte	Ortho- päden	Psycho- therapeuten
Schleswig- Holstein	10	26	3	34	8	1	13	84	18	12	20	65
Hamburg	0	26	0	0	0	0	0	131	0	0	0	154
Bremen	0	17	2	1	0	0	1	54	9	0	0	113
Niedersachsen	0	51	8	69	22	13	19	409	25	21	6	360
Westfalen-Lippe	4	17	3	30	0	0	10	188	25	11	14	387
Nordrhein	1	111	9	91	31	16	23	284	43	44	29	584
Hessen	0	67	3	77	6	5	10	211	23	15	20	687
Rheinland-Pfalz	0	8	10	38	6	4	12	133	38	12	8	52
Baden- Württemberg	16	32	10	83	10	1	32	295	73	61	39	571
Bayern	36	178	31	125	34	31	45	552	63	34	140	802
Berlin	0	48	0	29	0	0	0	186	12	0	0	611
Saarland	0	2	1	11	0	0	3	67	6	4	9	9
Mecklenburg- Vorpommern	0	7	8	44	7	12	5	76	41	11	3	1
Brandenburg	0	0	1	37	5	6	2	78	39	4	0	2
Sachsen-Anhalt	0	2	7	25	3	7	13	96	36	2	3	0
Thüringen	0	4	3	32	13	6	8	76	45	4	9	4
Sachsen	0	9	1	59	8	13	8	162	97	15	13	18
Bundesgebiet gesamt	68	605	101	785	154	117	204	3.082	590	248	313	4.420

Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/10, veröffentlicht am 10.06.2015



Keine unbekannte Herausforderung –

Verhältniszahl nach Umsetzung der Aufkaufregelung ≈ 1931

- (1) Die Bulaffung gur taffenargtlichen Tätigfeit erfolgt für ortliche Bezirte (Bulaffungsbezirte).
- (2) Für die faffenarztliche Berforgung der Berficher. ten und ihrer Ungehörigen werden fo viel Arate juge. affen, baß auf je 600 Berficherte im Bulaffungs. bezirk ein Urzt trifft. Diese Berhaltniszahl barf zuzunsten der Arzte, die am 1. Oftober 1931 im Argt. register eingetragen und drei Jahre als approbierte Urzte bauernd tätig waren, und nach naherer Betimmung bes Reichsausschuffes für Arzte und Rrantenfaffen auch zugunften anderer Gruppen von Arzten vorübergehend geandert werden. Sind in einem Bulaffungsbezirfe mehr Arzte zugelaffen, als ber Berhaltniszahl im Sat 1 entspricht, so darf bis ur Erreichung dieser Bahl nur jede dritte freiverbende Stelle befett merden.

Quelle: 4. Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens vom 8. Dezember 1931 Einwohner-Arzt-Verhältniszahl (teilnehmende Ärzte ohne PPT incl. ca. 9.500 Ermächtigte) 2015·

565

Einwohner-Arzt-Verhältniszahl nach Aufkauf aller Praxissitze > 140%:

601

ambulante Versorgung seit 1931 stark verändert, ambulantes Potenzial nicht ausgeschöpft, medizinischer Fortschritt? Versorgungsziel?



Anpassung dringend notwendig





STRUKTURWANDEL GEMEINSAM BEWÄLTIGEN

VORSCHLÄGE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG FÜR ACHT-PUNKTE-PROGRAMM AUF BASIS DES KONZEPTS "KBV 2020 – VERSORGUNG GEMEINSAM GESTALTEN"

"Es besteht dringend Handlungsbedarf. Die Verhältniszahlen, die für die Bedarfsplanung maßgeblich sind – nämlich wie viele Ärzte welcher Fachrichtung werden bei einer Einwohnerzahl X benötigt –, müssen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischem Wandels und der Ambulantisierung der Medizin angepasst werden." [...]

"Aus diesem Grund sollte ein Soll-/Ist-Abgleich der bisherigen Verhältniszahlen durchgeführt werden: Die heutige Versorgungsdichte ist dabei als Ausgangspunkt der Weiterentwicklung zu definieren."



SEITE

Ein mögliche versorgungsepidemiologische **Berechnungsweise?**

Ca. 11 Mio. unter 19jährige GKV-Versicherte mit ca. 22 Mio. Behandlungsfällen in Kapitel 4 des EBM.

Bevölkerungsseitige Nachfrage

Behandlungsfälle pro Jahr & Einwohner* (empirisch festgestellt für 2015)

Arztseitiges Angebot

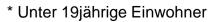
4000

Behandlungsfälle pro Jahr und Arzt (empirisch festgestellt für 2015)

Einwohner/ Arzt Verhältniszahl

2000

Ergebnis aus der bevölkerungsseitigen Nachfrage und dem arztseitigem Angebot





Ein mögliche versorgungsepidemiologische Berechnungsweise?

Ca. 11 Mio. unter 19jährige GKV-Versicherte mit ca. 22 Mio. Behandlungsfällen in Kapitel 4 des EBM.

Bevölkerungsseitige Nachfrage Arztseitiges Angebot Be rzt Verhältniszahlen reichen derzeit aber von 2405 bis 4372 Einwohner/ Arzt Verhältniszahl 2000 Ergebnis aus der bevölkerungsseitigen Nachfrage und dem arztseitigem Angebot

Zulassungsentscheidungen müssen Erkenntnisse der Versorgungsforschung berücksichtigen



Wie viele Praxen braucht das Land?

Künftige Bestimmung der Versorgungsnotwendigkeit einzelner Praxen

= angewandte Versorgungsforschung

Leistungsstruktur der Praxen

Alters-, Geschlechts-, Morbiditätsund Sozialstruktur

Lebenserwartung, Mortalität. Pflegebedürftigkeit

Inanspruchnahme (erwartete/tatsächliche Leistungsmenge EBM)

Krankenhausfälle, vermeidbare KH-Fälle, Nutzung der Notfallambulanz

Nachfrage-

struktur

Angebotsstruktur

räumliche Verteilung, Erreichbarkeit

schwerpunkte

Praxisstrukturen.

besondere Leistungs-

Mitversorgung durch andere Standorte, Arbeitsteilung ambulant/stationär Verlagerungseffekte

Zulassung

Entwicklung (Demografie)

Entwicklung (Arbeitsangebot der Ärzte)

4 Künftige Versorgungsplanung muss notwendigen Strukturwandel fördern



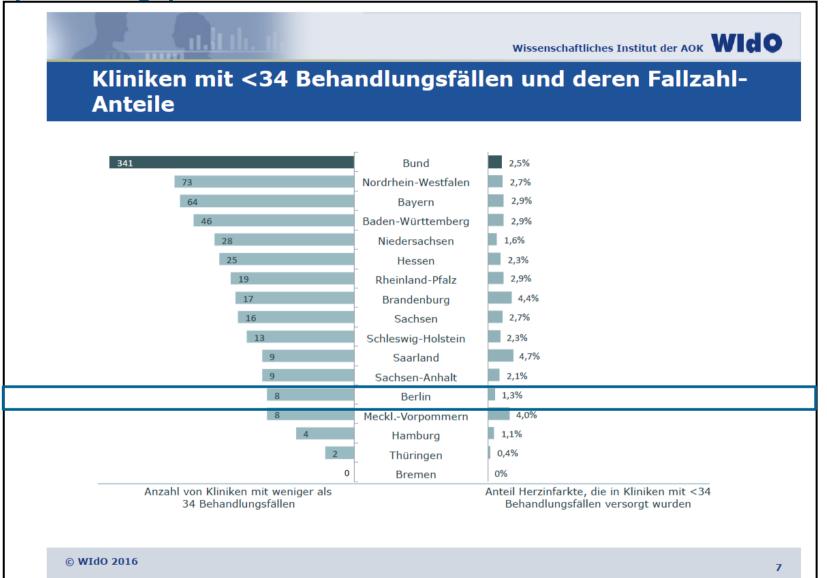
Argumente für einen Strukturwandel in der Versorgung

- 1. Medizin: Spezialisierung, Teamwork, Ambulantisierung
- 2. Patienten: mehr chronisch Kranke; mehr alltagsunter-stützender Behandlungsbedarf und Selbstmanagement
- 3. Krankenhaus: stetige Zunahme von Kurzliegern, Direktinanspruchnahme, vermeidbare Aufnahmen; Strukturdefizite (Personal, Ausstattung, zu geringe Patientenzahlen, geringer Schweregrad, zu hohe Dichte)
- 4. Ärzte/Ärztinnen: andere Arbeitszeiten, mehr Angestellte, andere Lebenspartnerschaften, abnehmende Neigung zur Niederlassung/Tätigkeit außerhalb von Ballungsräumen

Mehr Köpfe in der ambulanten Versorgung notwendig, Abbau von Krankenhausstrukturen in Ballungsräumen möglich und notwendig, neue Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen erforderlich



Optimierungspotenzial in den Notaufnahmen

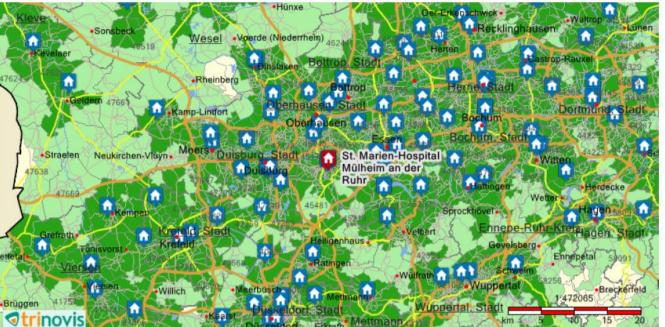


Berlin: Acht Kliniken versorgen weniger als 34 Herzinfarkte pro Jahr...



Krankenhaus Versorgungsdichte

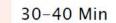


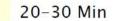


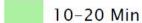


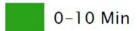
PKW-Fahrzeit

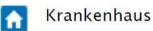


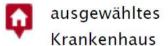












Kennzahlen und Schließungseffekte im 30 PKW-Minuten Fahrzeitradius

Remizamen und Schliebungsenerte im 30 FRW-Mindten Famizentadus				
Einwohner	3.851.004			
Durchschnittliche Einwohnerdichte (E/km²)	1880,9			
Durchschnittliche PKW-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger				
Status quo	5,5			
Bei Schließung	5,5			
Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 30 PKW-Fahrzeitminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen	0			
Grundversorger im Umkreis	65			



Praxisklinik & Belegarztprinzip, neu erfunden'

- regionale Lösungen, in 5-10 Jahren ...?
- räumliche Konzentration haus- und fachärztlicher Versorgung
- Anlaufstelle / ,ambulantes Erdgeschoss'
- bettenführende Praxen
- als Praxisklinik oder im Verbund mit Krankenhaus (residenter Bereich)
- gemeinsame Personalund Gerätenutzung
- Konzentration der Dienste
- Grundlage einheitlicher Bedarfsplanung



krankenhausfern / krankenhausersetzend / am Krankenhausstandort



Vor der Bundestagswahl 2017

Kernfrage für die nächste Legislaturperiode

Werden strukturelle Reformen in der Versorgung

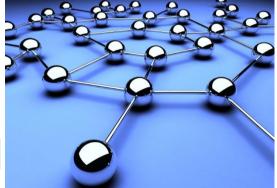


eher zentral

vom Krankenhaus

oder eher dezentral

von der ambulanten Versorgung her gedacht?





5 Versorgungsplanung muss einfach bleiben



Planung vereinfachen

- 1. Kriterium: Erreichbarkeit (maximale Wegstrecke in PKW Fahrminuten für jedermann überprüfbar)
- 2. Kriterium: Auslastung (Fallzahl je Patient und je Arzt)
- 3. Kriterium Versorgungsnotwendigkeit (patientenseitiger Versorgungsbedarf, ärztliches Arbeitsangebot vor Ort, Wartezeiten, Versorgungsziele (z.B. Sonderbedarf, zusätzliche Spezialisierung, Verlagerung stationärer Strukturen)



Zielgenauigkeit erhöhen:

- Rahmenvorgabe der Bundesebene
- Konkretisierung in regionaler Verantwortung



Zielgenauigkeit erhöhen

Regionale Besonderheiten der Versorgung, veränderte Arbeitsteilung und Versorgungsziele können nicht wirksam zentral festgelegt werden.

- 1. Bundesvorgaben als Korridore je Fachgruppe
 - a. Erreichbarkeit
 - z.B. maximale PKW-Fahrzeit: 20 min in der hausärztlichen Versorgung, 45 min/90 min in der allgemeinen/besonderen fachärztlichen Versorgung
 - b. Fallzahl je Patient / je Arzt
 - z.B. 2-4 Fälle/Patient; 2.800 4.800 Fälle je Hausarzt mit vollem Zulassungsumfang. ~ Korridor für die Verhältniszahl von 2.800 700 Einwohner je Hausarzt (Vorgabe derzeit rd 1.600 Einwohner je Arzt)
 - c. Zulässige weitere Kriterien für Zulassungsentscheidungen
- 2. Regionale Entscheidungskompetenz der Gesamtvertragspartner (Erreichbarkeit / Fallzahlkriterien je Fachgruppe im Landesausschuss, Zulassungsentscheidung jeweils im Zulassungsausschuss; Schnittstelle zur Krankenhausplanung des Landes: Landesausschuss)



Zielgenauigkeit erhöhen

Korrespondierende Veränderung im Bereich der <u>Krankenhausplanung</u> <u>notwendig.</u>

- 1. Planung von Personalkapazitäten nach Fachgebieten anstelle von Betten
- 2. Konzentration von Standorten
 - a. Erreichbarkeit
 - z.B. maximale PKW-Fahrzeit: 45 min (~ allgemeine fachärztliche Versorgung)
 - b. Erfüllung von Mindestfallzahlen; Notfallversorgung: Auslastung der Portalpraxis und der Notaufnahme
 - c. Dichte in Ballungsräumen: 1 Standort je 250.000 Einwohner z.B. Berlin 16 statt 44 Standorte
 - d. weitere Kriterien: überregionale Versorgungsaufgaben, Standorte mit ambulantem Verbund (Belegärzten/Praxisklinik)
- 3. Landesauschuss ist bei Planung durch die Länder zu hören



3. Keine Planung ohne Finanzierung



Keine Planung ohne Finanzierung

- 1. Abschreckendes Beispiel: Krankenhausplanung
 - jahrzehntelange Verlagerung von Finanzierungsaufgaben der Länder für Investitionen in die Betriebskostenfinanzierung
- 2. Abschreckendes Beispiel: vertragsärztliche Bedarfsplanung
 - jahrzehntelange Schreckstarre durch Budgetierung / Verantwortungsvakuum aufgrund fehlenden Zusammenhangs zwischen Planung und Finanzierung

Notwendig:

- Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen für die vertragsärztliche Vergütung (gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung von Versorgungszielen mit ,ex ante' Finanzierungsanteil in der Gesamtvergütung
- Finanzierung von Krankenhäusern an Auslastungskriterien der Bedarfsplanung binden; Rechtsinstitut der prospektiven Mengenvereinbarung stärken (Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs und der ambulanten sowie stationären Kapazitäten im Umfeld)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

www.zi.de

10623 Berlin

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Herbert-Lewin-Platz 3

Tel. +49 30 4005 2450 Fax +49 30 4005 2490 zi@zi.de

