

**Konferenz „Kommunales Infrastruktur-Management“**

# **Methodenansätze und Konzepte zur Reform der ärztlichen Bedarfsplanung**

**Anke Schliwen**

**IGES Institut**

**Berlin, 1. Juni 2012**

- **Bedarfsplanung im Status Quo**
- **Ansätze zur Reform der Bedarfsplanung**
  - Berücksichtigung von regionaler Demographie und Morbidität
  - Veränderter Zuschnitt der Planungsbereiche
  - Definition und Umsetzung von Wohnortnähe und Erreichbarkeit
  - Berücksichtigung von Mitversorgereffekten
  - Regionalisierung der Planung und Steuerung

- **Entstehungskontext: „Ärztenschwemme“**
- **Festschreibung von historischen Arztzahlen**
  - Verhältniszahl Einwohner je Arzt
  - differenziert nach 14 Arztgruppen
  - differenziert nach 10 Raumtypen
- **Wer plant?**
  - Gemeinsame Bundesausschuss erlässt Bedarfsplanungsrichtlinie
  - Kassenärztliche Vereinigungen erstellen im Einvernehmen mit den Krankenkassen einen Bedarfsplan für ihre KV-Region
  - Zulassungsausschüsse der Ärzte und Krankenkassen setzen diese um

# Einwohner/Arzt-Relation

(Verhältniszahlen für allg. bedarfsgerechten Versorgungsgrad)



Raumgliederung	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Fachärztlich tätige Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Radiologen	Urologen	Hausärzte
	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt	Einwohner je Arzt
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Große Verdichtungsräume</b>														
1 Kernstädte	25 958	13 177	24 469	12 276	6 916	16 884	20 812	14 188	12 864	13 242	2 577	25 533	26 641	1 585
2 Hochverdichtete Kreise	60 689	20 840	37 406	30 563	11 222	28 605	40 046	17 221	30 212	22 693	8 129	61 890	49 814	1 872
3 Normalverdichtete Kreise	71 726	23 298	44 367	33 541	12 236	33 790	42 167	23 192	34 947	26 854	10 139	83 643	49 536	1 767
4 Ländliche Kreise	114 062	23 195	48 046	34 388	13 589	35 403	51 742	24 460	40 767	30 575	15 692	67 265	53 812	1 752
<b>Verdichtungsansätze</b>														
5 Kernstädte	18 383	11 017	21 008	9 574	6 711	16 419	16 996	12 860	11 909	13 009	3 203	24 333	26 017	1 565
6 Normalverdichtete Kreise	63 546	22 154	46 649	31 071	12 525	34 822	41 069	20 399	28 883	26 358	8 389	82 413	52 604	1 659
7 Ländliche Kreise	117 612	25 778	62 036	44 868	14 701	42 129	55 894	27 809	47 439	34 214	16 615	156 813	69 695	1 629
<b>Ländliche Regionen</b>														
8 Verdichtete Kreise	53 399	19 639	44 650	23 148	10 930	28 859	35 586	20 489	30 339	20 313	10 338	60 678	43 026	1 490
9 Ländliche Kreise	137 442	25 196	48 592	31 876	13 697	37 794	60 026	26 505	46 384	31 398	23 106	136 058	55 159	1 474
<b>Sonderregion</b>														
10 Ruhrgebiet	58 218	20 440	34 591	24 396	10 686	25 334	35 736	19 986	31 373	22 578	8 743	51 392	37 215	2 134

Quelle: Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) Berechnungsgrundlage: BBR-Typisierung 1997, Bevölkerungsstand und Arztzahlen: Bundesländer West zum 31. Dezember 1990, Anästhesisten (31. Dezember 1997), Psychotherapeuten (Einw.: 31. Dezember 1997, Psy.: 1. Januar 1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (gültig ab 1. Januar 2001, Einwohner- und Arztzahlen zum 31. Dezember 1995 in der Regionalstruktur vom 31. Dezember 1998): Bundesgebiet insgesamt

Quelle: G-BA Bedarfsplanungsrichtlinie § 8

# Vergleich Kernstadt – Ländlicher Kreis

## Beispiel Psychotherapeuten, Thüringen (2010)



	Ländlicher Kreis (Hildburghausen)	Kernstadt (Jena)	Ländlicher Kreis auf Kernstadt-Niveau (Hildburghausen)
Einwohner	67.007	103.392	67.007
Einwohner je Psych. (Soll)	23.106	3.203	3.203
Anzahl Psych. (Soll)	3	32	21
Anzahl Psych. (Ist)	4	37	4
Einwohner je Psych. (Ist)	16.752	2.794	16.752
Versorgungsgrad	137,9%	114,6%	19,1%

Quelle: Einwohnerzahlen nach Destatis 2010, Anzahl Ärzte nach Versorgungsstrukturatlas ZI 2010, Berechnungen IGES

- **Gefälle der Versorgungssituation**
  - zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen
  - zwischen Regionen mit günstiger und mit ungünstiger Sozialstruktur
- **Keine Orientierung am Bedarf, z.B. durch Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden**
- **starre und undifferenzierte Gliederung der Planungsbereiche**
- **fehlende Berücksichtigung relevanter Faktoren**
  - Erreichbarkeit
  - Mitversorgereffekte und Angebote anderer Versorgungssektoren
  - zukünftige Entwicklung

- **Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) → seit 1.1.2012 in Kraft**
- **Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält den Auftrag, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu überarbeiten.**
  - **Das Gesetz lässt dem G-BA viel Gestaltungsspielraum.**

# **Ansätze zur Reform der Bedarfsplanung**



# Berücksichtigung von regionaler Demographie und Morbidität



Bei der Ermittlung einer neuen Verhältniszahl von Einwohnern je Arzt nach Fachgruppe ist „insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen“. (§101 Abs. 2 SGB V)

Bedarfsplan: „...Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität,...“ auf regionaler Ebene (§99 Abs. 1 SGB V)

- **Ziel: Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung**
- **Problem: Operationalisierung von Bedarfsgerechtigkeit**
  - Definition und Messbarkeit von Versorgungsbedarf?
  - Kleinräumige Datengrundlagen zur Morbidität, die sich nicht auf Versorgungsparameter stützen, fehlen oder sind unzureichend
- Es gibt keine Ansätze zur Bestimmung des absoluten Versorgungsbedarfs – aber Ansätze die **Bedarfsrelationen** zwischen Regionen zu berücksichtigen

# Berücksichtigung von regionaler Demographie und Morbidität (Forts.)



- In der wiss. Literatur wird Versorgungsbedarf mit Indikatoren abgebildet, die typischerweise auf Inanspruchnahme, Mortalität/Morbidität und Soziodemografie beruhen.
  - **potentielle Datengrundlagen:**
    - amtliche Statistik (Statistisches Bundesamt und BBSR (INKAR))
    - Befragungsdaten (Gesundheitssurveys RKI, Mikrozensus, SOEP)
    - dokumentierte Diagnosen (Routinedaten, DRG-Statistik)
- **small area estimations als Methode für die Ermittlung der regionalen Morbiditätslast**
- **Bildung von Bedarfsindizes zur Berechnung von unter- und überdurchschnittlicher regionaler Belastung**
- **Möglichkeiten zur kleinräumigen Bedarfsprognose bei Datenauswahl berücksichtigen**

„Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.“ (§101 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

- **Maßgeblich ist die Sicherstellung einer wohnnahen Versorgung → es wird diskutiert kleinräumiger zu planen**
- **Die Größe der Planungsbereiche kann nach Arztgruppe differenziert werden → je spezialisierter, desto großräumiger**
- **Orientierung an bestehenden administrativen oder raumplanerischen Einheiten sinnvoll**
  - diskutiert werden Gemeindeverbände, Mittelbereiche, Kreise, Raumordnungsregionen und KV-Regionen
- **Auswirkung der Größe der Planungsbereiche auf absolute Arztzahlen müssen berücksichtigt werden (Rundungseffekte)**

# Definition und Umsetzung von Wohnortnähe und Erreichbarkeit

„...Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote...“  
können bei der Anpassung der Verhältniszahlen berücksichtigt  
werden. (Gesetzesbegründung GKV-VStG §101, Abs. 2 SGB V)

- **Messung und Differenzierung der Erreichbarkeit zu bestehenden Angeboten**
    - Entfernung in km oder Fahrtzeit/Reisezeit
    - Berücksichtigung von Verkehrsangeboten und Mobilitätsbeschränkungen (z.B. bei überdurchschnittlich alter Bevölkerung)
    - Art des Versorgungsangebots
  - **Schwellenwerte**
- **Einbindung in das bestehende System der Planung nach Arzt-Einwohner-Verhältnissen?**

- **Berücksichtigung von Umlandversorgung bislang über unterschiedliche Verhältniszahlen nach Kreistypen**

## Berücksichtigung räumlicher Mitversorgereffekte:

- **Pendlereinzugsbereiche (BBSR)**
- **Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung (Patientenströme im Status Quo)**
- **Gravitationsmodell vs. Isozonenmodell**

## Berücksichtigung Mitversorgung durch angrenzende Sektoren:

- **Flexibilisierung der Versorgungslandschaft (Gesundheitsmobilität, Einbeziehung stationärer, nicht-ärztlicher und pflegerischer Kapazitäten, Filialpraxen)**

- **Vorgabe von Planungsbereichen und Verhältniszahlen durch den G-BA aber**

„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden.“ (§99 Abs. 1 SGB V)

- **Länder erhalten Beratungs- und Anwesenheitsrecht im G-BA**
- **Die zuständigen obersten Landesbehörden erhalten ein Mitberatungs- und Beanstandungsrecht hinsichtlich des durch KV und Krankenkassen aufgestellten (Landes-)Bedarfsplans.**
- **Gemeinsames Landesgremium nach §90a für die sektorübergreifende Versorgung**

- **Die Bedarfsplanung soll künftig**
  - regionalen Versorgungsbedarf berücksichtigen,
  - kleinräumiger werden,
  - prospektive Elemente enthalten,
  - Wohnortnähe und Erreichbarkeit berücksichtigen, und
  - sektorübergreifend erfolgen.
  
- **Herausforderungen**
  - fehlende Verfügbarkeit kleinräumiger Datengrundlagen
  - Einbindung neuer Elemente wie Bedarfsorientierung, Erreichbarkeit und Mitversorgereffekte in die Planung nach Einwohner-Arzt-Verhältniszahlen
  - Versorgungsstrukturgesetz lässt viel Gestaltungsspielraum und erzeugt weiteren Regelungsbedarf



[www.iges.de](http://www.iges.de)