



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

REFORM DER BEDARFSPLANUNG KBV-SICHERSTELLUNGSKONGRESS AM 21. MAI 2019

WALTER PLASSMANN
VORSTANDSVORSITZENDER KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG



- **HINTERGRUND**
- **WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG**
 - **MORBIDITÄTSAKTOR**
 - **VERHÄLTNISSZAHLEN**
 - **QUOTEN**
 - **ERREICHBARKEIT**
 - **WEITERE THEMEN**
- **FAZIT UND AUSBLICK**



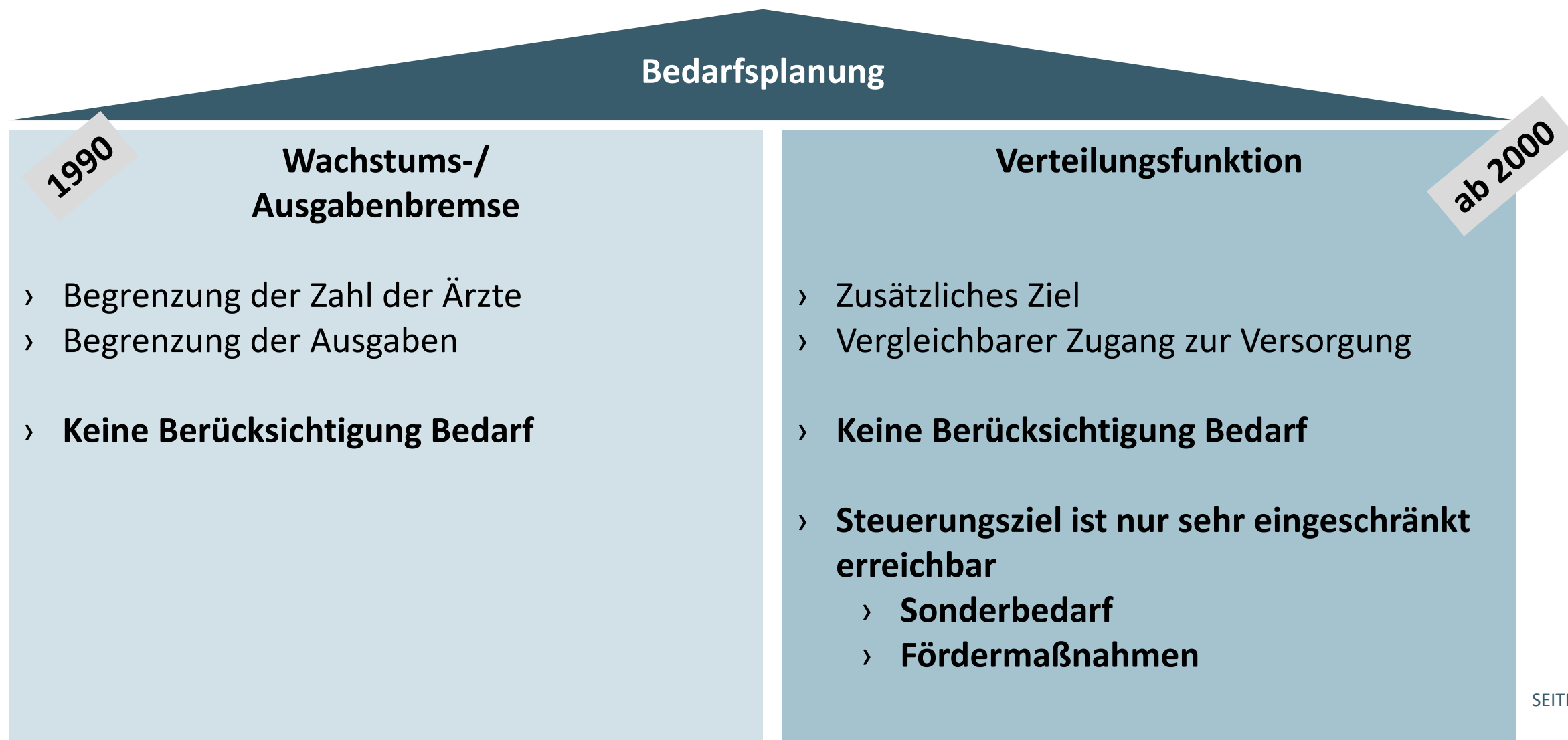
➤ HINTERGRUND

➤ WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG

- MORBIDITÄTSAKTOR
- VERHÄLTNISSAHLEN
- QUOTEN
- ERREICHBARKEIT
- WEITERE THEMEN
- FAZIT UND AUSBLICK



Die Bedarfsplanung fußt auf zwei Säulen und Zielrichtungen



Gesetzlicher Auftrag zur Reform führt zu Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung.


§ 101 Abs. 1 Satz 7 (neu) SGB V

„Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft **mit Wirkung zum 1. Januar 2017** die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur **kleinräumigen Planung**, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4 [**Psychotherapeuten**].“

§ 101 Abs. 2 SGB V

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die
anzupassen oder neue Verhältniszahlen fest

1. wegen der Änderung der fachlichen Ord
 2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe
 3. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten
- Sozial- und Morbiditätsstruktur** zu berü



Gutachten zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V
zur Sicherung der
vertragsärztlichen Vers

Gemeinsamer Bundesausschuss am 15

Leonie Sundmacher
Fachbereich Health Services Management
Ludwig-Maximilians Universität München

n Verhältniszahlen

In sich nicht konsistent
Negierung juristische Grenzen
Negierung Umsetzungsprobleme

A	Bewertung des Status Quo
B	Regressionsbasierte Schätzung des lokalen Versorgungsbedarfs
C	Strukturierung der räumlichen Verteilung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots
D	Vertragsärztliches Angebot und Strukturierung der vertragsärztlichen Versorgung
E	Internationaler Vergleich
F	Juristischer Teil

➤ **HINTERGRUND**

➤ **WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG**

➤ **MORBIDITÄTSFAKTOR**

➤ **VERHÄLTNISZAHLEN**

➤ **QUOTEN**

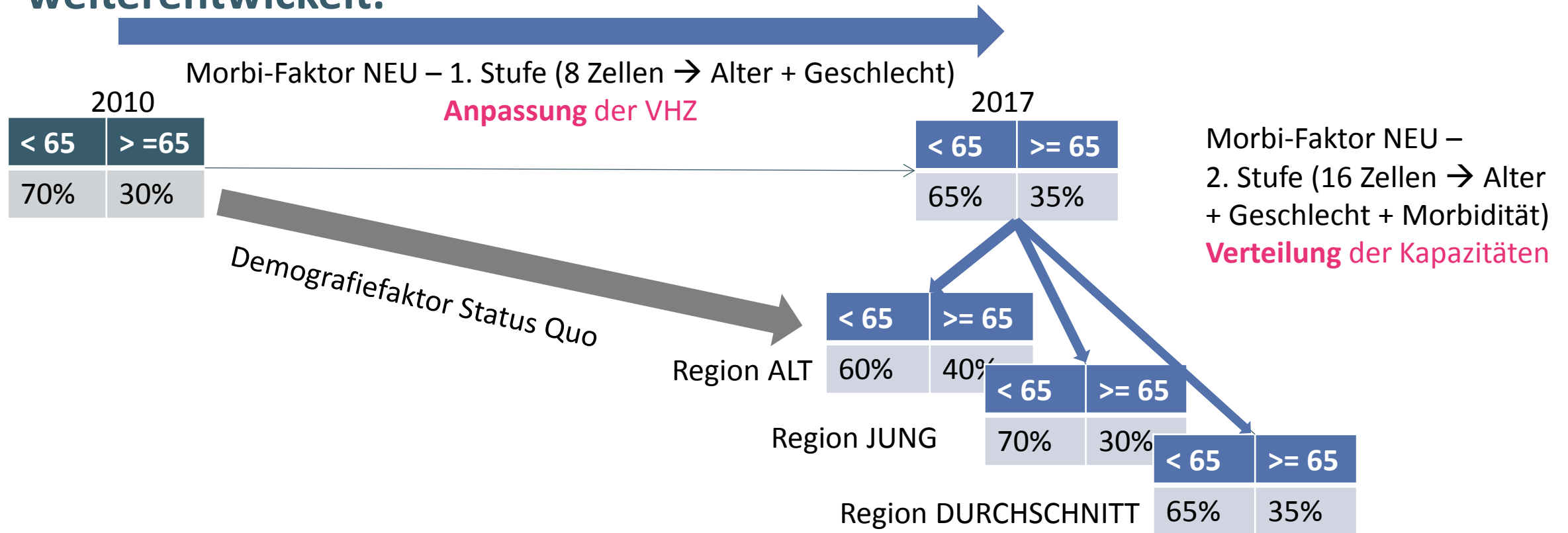
➤ **ERREICHBARKEIT**

➤ **WEITERE THEMEN**

➤ **FAZIT UND AUSBLICK**



Der Demografiefaktor wird zu einem Morbiditätsfaktor weiterentwickelt.



- › Die bundeseinheitlichen Verhältniszahlen werden zukünftig alle zwei Jahre aufgrund der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur angepasst und in der Bedarfsplanungs-Richtlinie veröffentlicht werden.
- › Zusätzlich erfolgen Anpassungen pro Planungsbereich aufgrund der regionalen Morbiditätsstruktur.

Von der Aufnahme von sozioökonomischen Faktoren in die Bedarfsplanung wird aufgrund möglicher ökologischer Fehlschlüsse abgeraten.

G-BA Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

„Die bei der KBV vorliegenden ambulanten Abrechnungsdaten enthalten keine Information zu der sozioökonomischen Position der GKV-Mitglieder, sodass nur der Bezug von aggregierten sozioökonomischen Indikatoren zum Versorgungsbedarf innerhalb der Planungsbereiche hergestellt werden konnte. Dies eröffnet allerdings die Möglichkeit ökologischer Fehlschlüsse, die auch in den durchgeführten Schätzungen nicht ausgeschlossen werden konnten. *Der psychotherapeutische Versorgungsaufwand steht zum Beispiel in den geschätzten Modellen in keinem positiven Zusammenhang mit aggregierten sozioökonomischen Indikatoren.* Auch in Anbetracht der existierenden Literatur kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Versicherte mit niedrigerem sozioökonomischen Status einen höheren Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung verbunden mit höherem Versorgungsaufwand aufweisen (Mewes et al. 2013; Albrecht et al. 2016; Rodero-Cosano et al. 2016). *Vor diesem Hintergrund kann die Aufnahme von aggregierten sozioökonomischen Variablen in die vorgeschlagene Modellierung nicht empfohlen werden, da die Ungleichbehandlung von Arztgruppen in der Modellierung infolge von ökologischen Fehlschlüssen nicht vertretbar wäre.*“ (S. 312)

› Der G-BA ist den Hinweisen der Gutachter gefolgt.

➤ HINTERGRUND

➤ **WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG**

➤ MORBIDITÄTSAKTOR

➤ VERHÄLTNISSZAHLEN

➤ QUOTEN

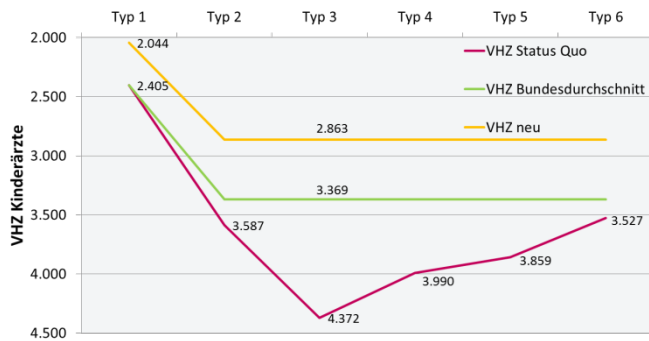
➤ ERREICHBARKEIT

➤ WEITERE THEMEN

➤ FAZIT UND AUSBLICK

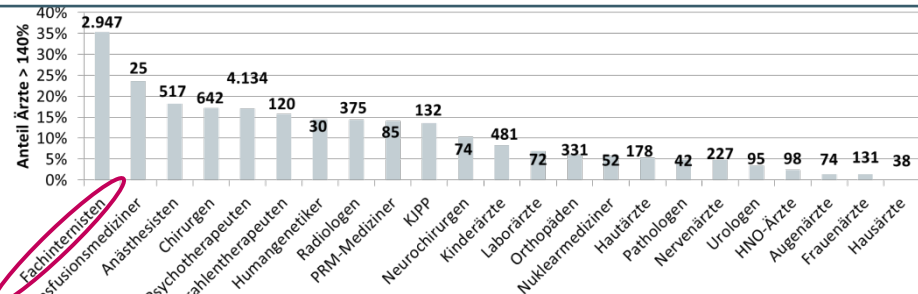


Unabhängig von einem Morbiditätsfaktor hat der G-BA das SOLL-Niveau in einigen Arztgruppen an die Versorgungsrealität angepasst.



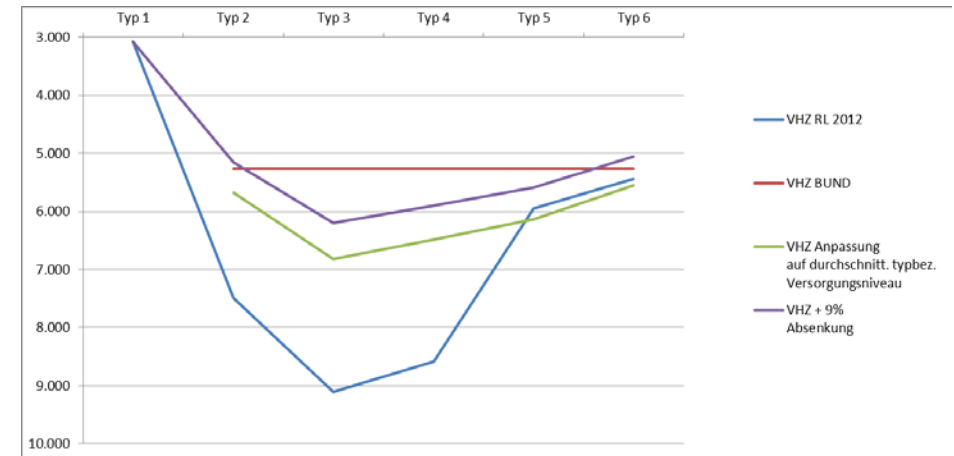
Kinder- und Jugendärzte:

- › Bundeseinheitl. VHZ Typen 2-6
- › Reduktion der VHZ um 15%



Fachinternisten:

- › Reduktion der VHZ um 30%



Nervenärzte und Psychotherapeuten:

- › Durchschn. Versorgungsniveau der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in den Typen auf bundeseinheitl. VHZ der Arztgruppe angewendet.
- › Reduktion VHZ um 9% (Psychotherapeuten)/15% (Nervenärzte)

Insgesamt entstehen durch Anwendung des Morbifaktors und Änderungen der VHZ ca. 3.500 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten



Arztgruppe	STATUS QUO*			SIMULATION MORBIFAKTOR		
	NL-Mögl.	Ärzte > 110%	Ärzte > 140%	NL-Mögl.	Ärzte > 110%	Ärzte > 140%
Anästhesisten	2,0	926,5	516,8	23,0	895,3	505,2
Augenärzte	52,0	575,7	74,6	184,5	418,1	53,7
Chirurgen und Orthopäden				7,5	2.284,6	737,5
Fachinternisten				32,0	2.105,6	815,7
Frauenärzte				42,0	1.320,2	187,1
Hausärzte				4.182,5	1.133,7	42,0
Hautärzte				76,0	539,9	164,2
HNO-Ärzte				73,0	504,5	84,7
Humangenetiker				2,0	46,0	27,2
Kinder- und Jugendpsychiater				123,5	215,8	133,7
Kinder- und Jugendärzte				411,5	484,1	93,8
Laborärzte				53,5	114,4	51,3
Nervenärzte				488,0	426,1	76,4
Neurochirurgen				34,5	119,3	52,8
Nuklearmediziner				65,5	105,2	27,0
Pathologen				35,5	63,4	35,2
PRM-Mediziner				99,0	107,5	72,8
Psychotherapeuten	103,0	7.141,5	3.901,3	879,5	5.938,2	3.288,7
Radiologen	2,0	760,4	372,4	8,0	757,1	374,5
Strahlentherapeuten	4,5	191,4	82,9	21,5	185,8	80,9
Transfusionsmediziner	3,0	31,2	21,2	4,0	31,6	20,7
Urologen	5,0	489,0	94,3	59,5	373,5	62,5
Alle Arztgruppen	3.439,5	23.084,9	10.310,0	6.906,0	18.169,9	6.987,6

1.450 Hausärzte
400 Kinderärzte
780 Psychotherapeuten
130 Augenärzte
100 Rheumatologen
...etc.

Die meisten neuen Niederlassungsmöglichkeiten entstehen in BY, gefolgt von BB. Kaum Auswirkungen der Reform auf die Stadt-KVen.



KV-Region	STATUS QUO*			SIMULATION MORBIFAKTOR		
	NL-Mögl.	Ärzte > 110%	Ärzte > 140%	NL-Mögl.	Ärzte > 110%	Ärzte > 140%
Schleswig-Holstein	24,0	812,4	351,5	116,5	658,8	230,5
Hamburg	0,0	774,3	401,3	28,0	844,2	417,7
Niedersachsen	430,5	1.975,5	864,8	758,0	1.392,9	444,8
Bremen	22,5	293,4	131,8	18,0	310,3	159,6
Nordrhein	329,0	2.758,3	1.159,4	648,5	2.138,8	797,4
Westfalen-Lippe	490,5	1.607,8	554,0	780,0	1.037,0	239,4
Hessen	219,5	2.110,3	1.090,0	435,5	1.680,9	783,7
Rheinland-Pfalz	155,5	855,9	328,3	436,5	535,4	104,6
Baden-Württemberg	625,0	2.461,4	1.103,0	684,0	2.204,0	839,4
Bayerns	254,0	4.384,2	2.073,4	693,0	3.637,2	1.522,1
Saarland	42,0	292,0	124,2	112,5	206,8	65,1
Berlin	0,0	2.046,3	1.031,0	0,0	1.839,1	949,3
Mecklenburg-Vorpommern	143,0	426,4	210,2	205,0	269,8	87,2
Sachsen-Anhalt	186,0	466,3	203,7	511,5	260,8	50,4
Thüringen	75,0	521,7	206,8	316,0	286,9	64,7
Brandenburg	152,0	430,6	167,9	524,5	223,3	42,4
Sachsen	291,0	868,1	308,7	638,5	643,7	189,3
Deutschland	3.439,5	23.084,9	10.310,0	6.906,0	18.169,9	6.987,6

➤ HINTERGRUND

➤ **WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG**

➤ MORBIDITÄTSAKTOR

➤ VERHÄLTNISSAHLEN

➤ QUOTEN

➤ ERREICHBARKEIT

➤ WEITERE THEMEN

➤ FAZIT UND AUSBLICK



Zur Steuerung der Verteilung innerhalb einzelner Arztgruppen werden erstmals Quoten festgelegt.

Maximalquoten

- › Bewirken: Einschränkungen bei Nachbesetzung/Zulassung sofern die Quote überschritten ist.
- › ABER: Möglichkeit der Nachbesetzung innerhalb des jeweiligen Schwerpunkts bleibt erhalten.
- › Quoten für:

Kardiologen 33%

Gastroenterologen 19%

Pneumologen 18%

Nephrologen 25%

Minimalquoten

- › Bewirken: Zulassungsmöglichkeiten trotz Sperrung sofern die Quote unterschritten ist.
- › Quoten für:

- › Neurologen und Psychiater (50:50) sofern keine Nervenärzte bzw. doppelt weitergebildeten Neurologen und Psychiater vorhanden sind.
- › Nervenärzte und doppelt Weitergebildete (25%-Quote)
- › Psychosomatiker (50% der Quote für ärztliche Psychotherapeuten)
- › Rheumatologen (8% mit mögliche Steigerung auf 10% in 5 Jahren)

↗ HINTERGRUND

↗ **WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG**

↗ MORBIDITÄTSAKTOR

↗ VERHÄLTNISSAHLEN

↗ QUOTEN

↗ **ERREICHBARKEIT**

↗ WEITERE THEMEN

↗ FAZIT UND AUSBLICK



Aufnahme von Erreichbarkeitswerten bei Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs

Arztgruppe	Fahrzeit
hausärztliche Versorgung	> 20 min
Augenärzte	> 40 min
Frauenärzte	> 40 min
Kinder- und Jugendärzte	> 30 min

- › Erreichbarkeitswerte orientieren sich an Raumplanungskonzepten (Vorgaben der Richtlinien für integrierte Netzgestaltung und kritische Akzeptanzschwellen aus dem Gutachten).
- › Einheitliche Werte, da einheitliches Raumkonzept.
- › Doppeltes Betroffenheitsmaß:
 - › Mind. 5% der Einwohner der Region
 - › Einwohnerzahl entsprechend der Verhältniszahl in der Region

➤ HINTERGRUND

➤ **WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG**

➤ MORBIDITÄTSAKTOR

➤ VERHÄLTNISSAHLEN

➤ QUOTEN

➤ ERREICHBARKEIT

➤ **WEITERE THEMEN**

➤ FAZIT UND AUSBLICK



Beim Sonderbedarf Gravitationsmodell punktuell einsetzen


Zur Feststellung eines Sonderbedarfs können bereits heute geografische Informationen herangezogen werden:

§ 36 Absatz 4 Satz 2 BPL-RL: „Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von **geografischen Informationen**, die die **räumlichen Interaktionen** zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen.“

- › Es ist eine Vielzahl an geoanalytischer Verfahren unter Einbezug unterschiedlicher Indikatoren zur Bewertung von Sonderbedarfen denkbar.
- › Das Gutachten stellt das Gravitationsmodell als eine Möglichkeit geoanalytischer Verfahren vor - damit sind Vor- wie auch Nachteile verbunden.
- › Die Zulassungsausschüsse sollten in Abwägung der Vor- und Nachteile und unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten entscheiden, welche Methodik zur Anwendung kommt und das Vorgehen transparent darlegen.
- › Neue Anlage 7 BPL-RL: Leitfaden zur Anwendung geografischer Analysen für die Zulassungsausschüsse.

Weitere Themen der Reform

Thema
Übergangsregelungen
Verweis auf neue Regelungskompetenz der Länder
Informationen zur Barrierefreiheit in den Bedarfsplänen
Berücksichtigung NÄPra bei der Gesamtbewertung der Versorgung der Region
Berücksichtigung ¾ Zulassungen
Mobile und telemedizinische Versorgungsangebote
Redaktionelle Änderungen (z.B. Anlage 1, Kreistypisierung BBSR etc.)

- 
- HINTERGRUND
 - WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG
 - MORBIDITÄTSAKTOR
 - VERHÄLTNISSAHLEN
 - QUOTEN
 - ERREICHBARKEIT
 - WEITERE THEMEN
 - **FAZIT UND AUSBLICK**

Fazit Weiterentwicklung Bedarfsplanung

- › Das Gutachten hat wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung geliefert.
 - › **ABER:** Es lieferte kein fertiges Konzept, das unmittelbar in eine konkrete neue/angepasste Richtlinie überführt werden konnte.
-
- › Die Änderungen nehmen Hinweise auf und setzen den gesetzlichen Auftrag um.
 - › Keine Aufhebung der Bedarfsplanung für einzelne Arztgruppen (TSVG Entwurf).
-
- › Die Änderungen enthalten an vielen Stellen Evaluationsaufträge.
 - › Die Bedarfsplanung wird weiterhin geprüft und an aktuelle Gegebenheiten angepasst werden.



VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

116117

**DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.**

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen