

79. Ordentlicher
Medizinischer Fakultätentag
Mainz 2018



Verteilungsgerechtigkeit
in der ambulanten Versorgung in
unterschiedlich strukturierten Regionen

Mainz
31. Mai 2018
Thomas Uhlemann, GKV-Spitzenverband



Agenda



- Kennzahlen ambulanter Versorgung**
- Versorgungs- und Steuerungsprobleme im ambulanten Bereich**
- Ziele und Herausforderungen**
- Von der Bedarfsplanung zur Versorgungssteuerung**



Kennzahlen ambulanter Versorgung 1

Ärzte und Psychotherapeuten in der Versorgung gesamt: 172.647

Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig

147.350

Psychotherapeuten in der amb. Versorg. tätig
25.297

Ärzte über Soll absolut (> 110 % Versorgungsgrad)

16.255

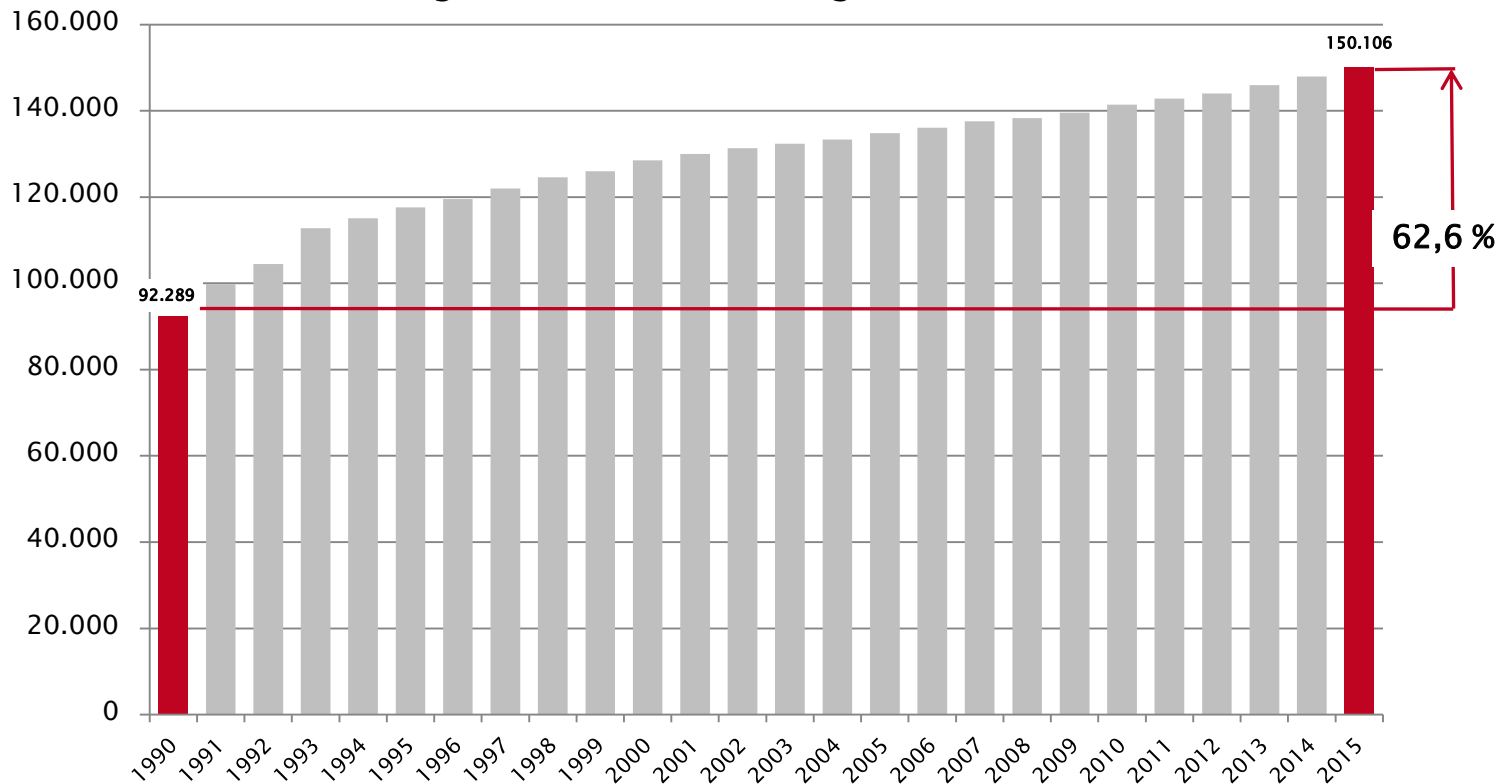
Psychotherapeuten über Soll absolut (> 110 % Versorgungsgrad)

7.492

Quelle: Bundesarztregister
Dez. 2017; BPL-Daten 2017

Kennzahlen ambulanter Versorgung 2

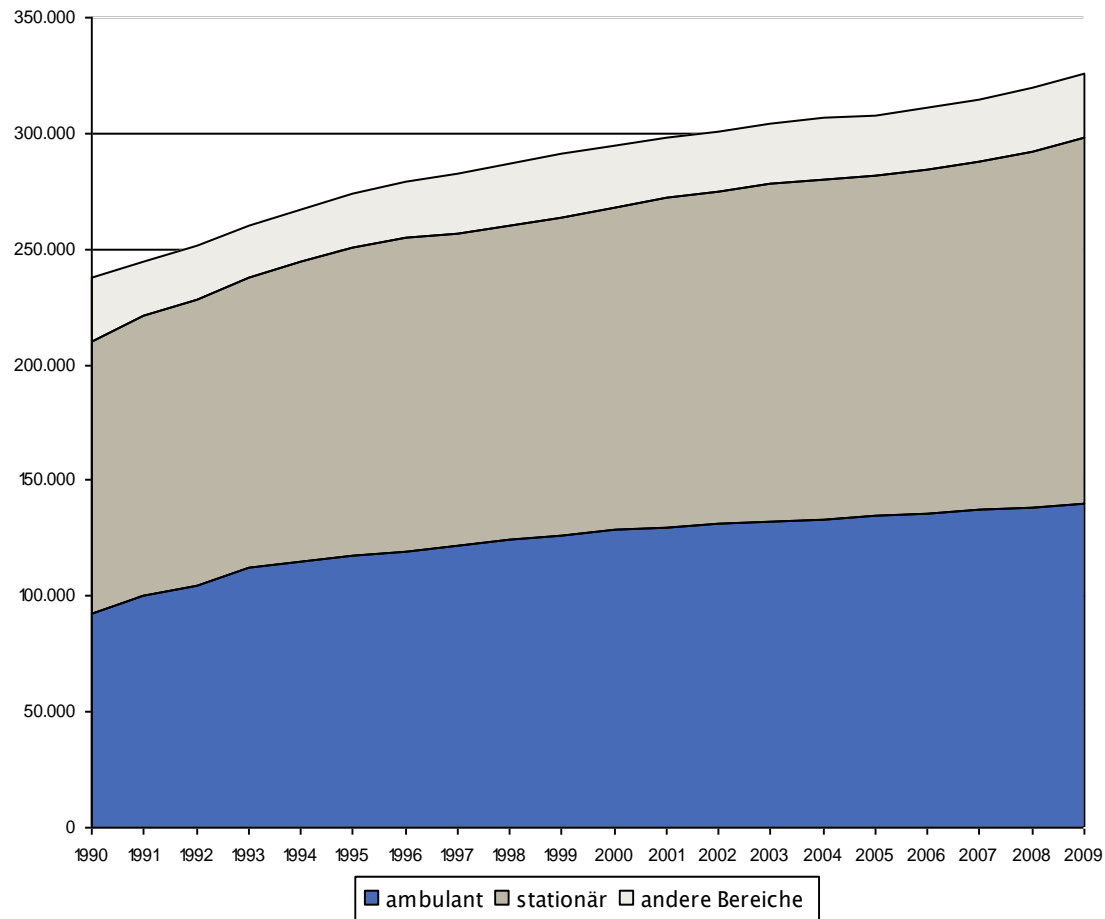
Entwicklung der Zahl ambulant tätiger Ärzte 1990-2015



Quelle: Bundesarztregister 2015, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Ärztemangel oder Ärzteschwemme?

„Ärzte-
schwemme“

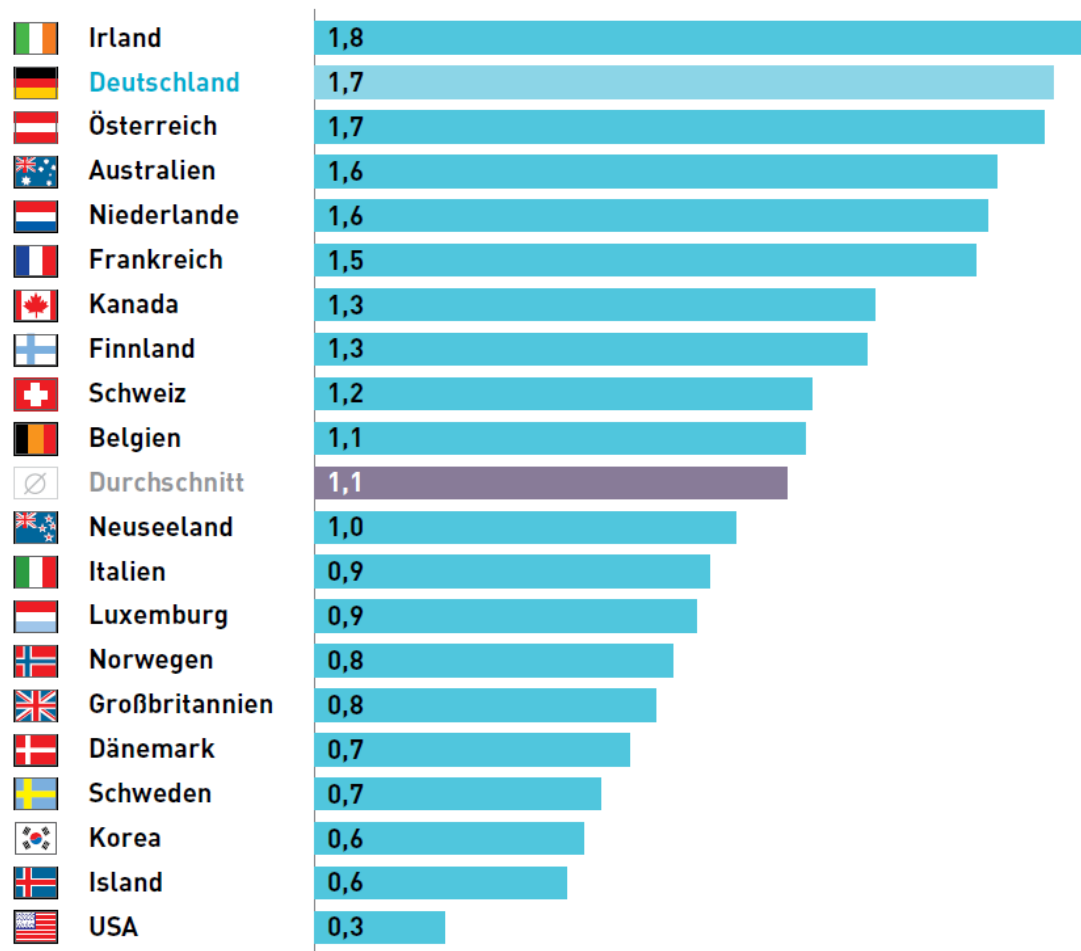


„Ärzte-
mangel“

Quelle: Statistik der Bundesärztekammer, Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereiche



Allgemeinarztdichte* in ausgewählten OECD-Ländern



Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) auf Basis von OECD-Daten (vgl. OECD (2017a)).
Jeweils aktuellstes verfügbares Jahr. Keine Daten für Japan erhältlich.

*Anzahl Allgemeinärzte auf 1.000 Einwohner

Versorgungspolitische Ausgangslage

- ▶ Demographischer Wandel
- ▶ Innovationen in der Medizin
- ▶ Zunehmende Spezialisierung

- ▶ **Probleme der ambulanten Versorgung:**
 - Räumliche Fehlverteilungen der Ärzte und Psychotherapeuten (Allokationsprobleme)
 - Regional ungleiche Zugangschancen der Versicherten zur ambulanten Versorgung

Grundproblem der Bedarfsplanung:

Gleichzeitigkeit von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Zur Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit erforderlich:

- Aufhebung der sektoralen Trennung der Versorgungsbereiche (bisher keine substantielle Einbeziehung stationärer Versorgungskapazität)
- Bereitstellung von Instrumenten zur pretialen Steuerung
- Abbau limitierender rechtlicher Rahmenbedingungen (Eigentumsproblematik, Abbau von Überversorgung)

Was will der Gesetzgeber? Versorgungsstärkungsgesetz 2015

- ▶ „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 zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4.“
(§ 101 Abs. 1 S. 7 SGB V)

- ▶ Auftrag des Gesetzgebers konkret:
 - Prüfung der Verhältniszahlen
 - Prüfung einer kleinräumigeren Planung
 - Berücksichtigung von demografischer Entwicklung und der Sozial- und Morbiditätsstruktur (§ 101 Abs. Nr. 3 SGB V)

Was will der Gesetzgeber? Versorgungsstärkungsgesetz 2015

► Gesetzesbegründung zu § 101 Abs. 1 SGB V:

„dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird aufgegeben, die neue Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und anzupassen, um dem **tatsächlichen Versorgungsbedarf** in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.“

(§ 101 Abs. 1 S. 7 SGB V)

Was ist „Bedarf“?

Wie wird geplant?



Planungsstruktur: räumlicher Bezug



Spitzenverband

Fachärzte III

Gesonderte fachärztliche Versorgung
17 KV-Gebiete

Fachärzte II

Spezialisierte fachärztliche Versorgung
96 Raumordnungsregionen

Fachärzte I

Allgemeine fachärztliche Versorgung
385 Landkreise und kreisfreie Städte
(wie in der bisherigen Bedarfsplanung)

Primärversorgung

Hausärztliche Versorgung
914 Mittelbereiche, vergleichsweise enges Netz an Praxen und Einrichtungen: wohnortnahe, kleinräumige Struktur auf der Grundlage von Entfernungsparametern
(Erreichbarkeit innerhalb einer bestimmten Zeit)

Planungsstruktur: Arztgruppen



Spitzenverband

Fachärzte III

Gesonderte fachärztliche Versorgung
Humangenetiker, Laborärzte etc.

Fachärzte II

Spezialisierte fachärztliche Versorgung
Internisten, Kinder- u. Jugendpsychiater etc.

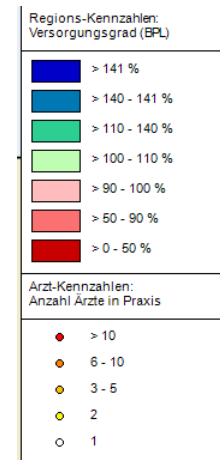
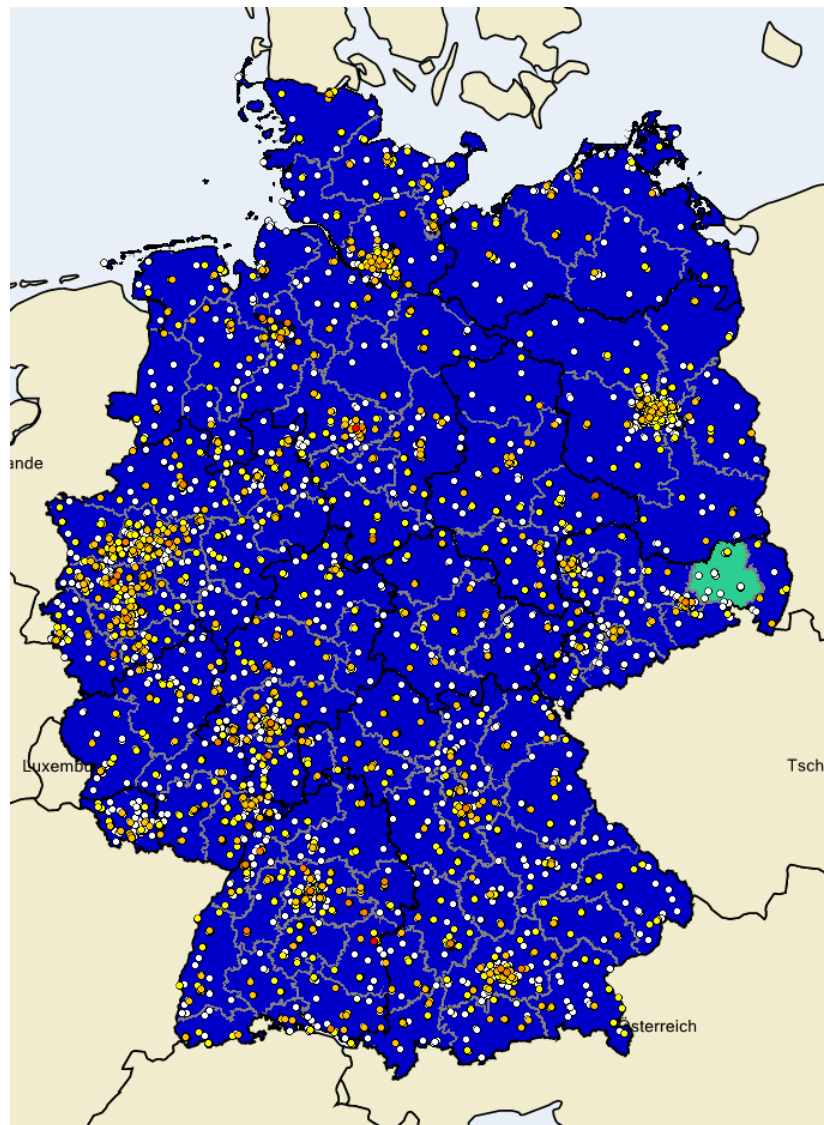
Fachärzte I

Allgemeine fachärztliche Versorgung
Augenärzte, Frauenärzte, HNO, Kinderärzte,
Dermatologen, Psychotherapeuten etc.

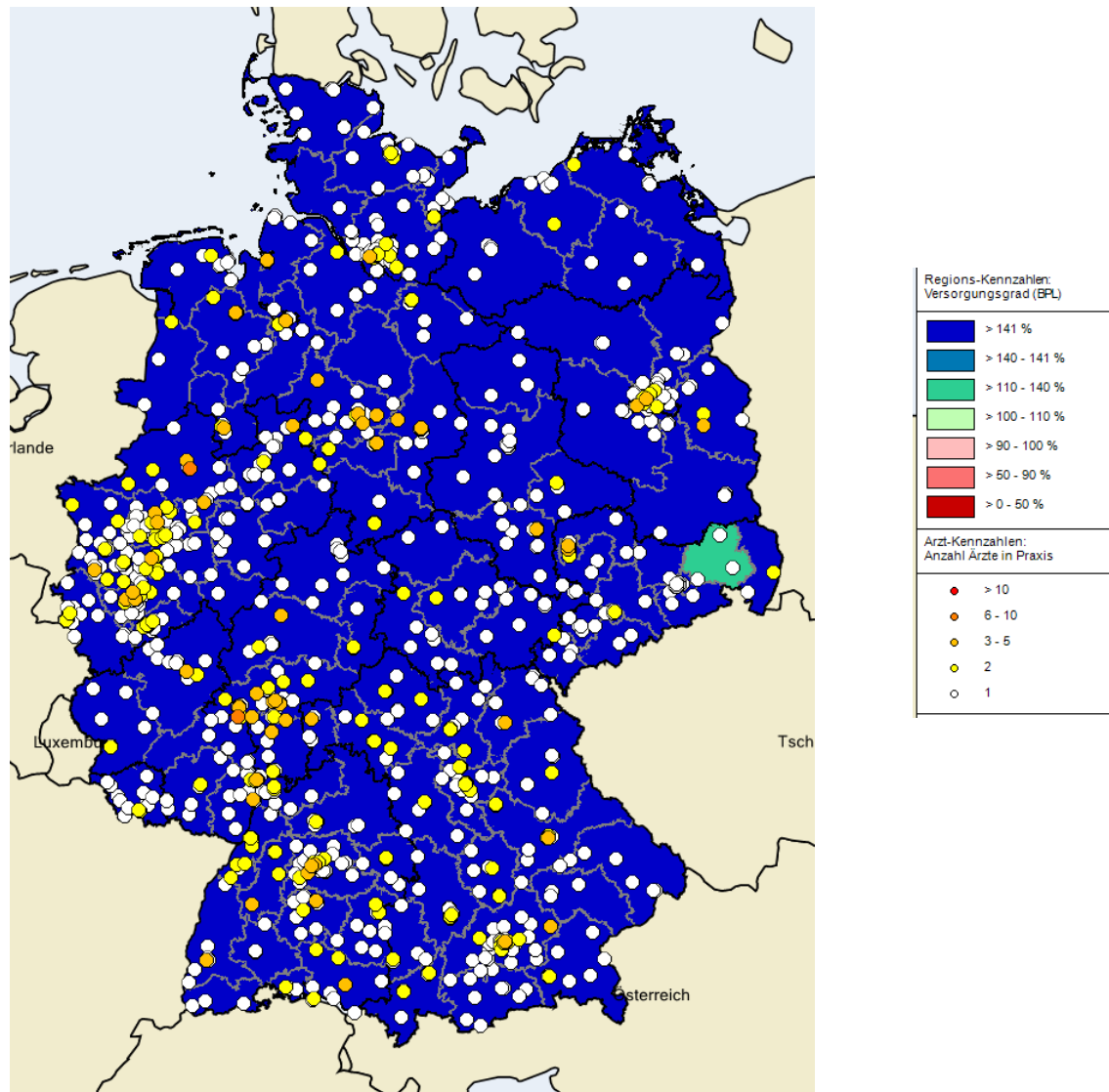
Primärversorgung

Hausärztliche Versorgung
Ärzte für Allgemeinmedizin, Hausärzte

Internisten gesamt



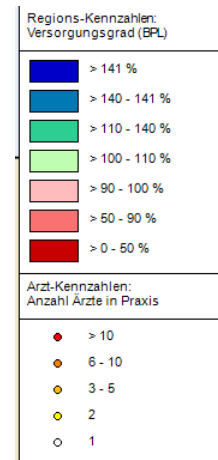
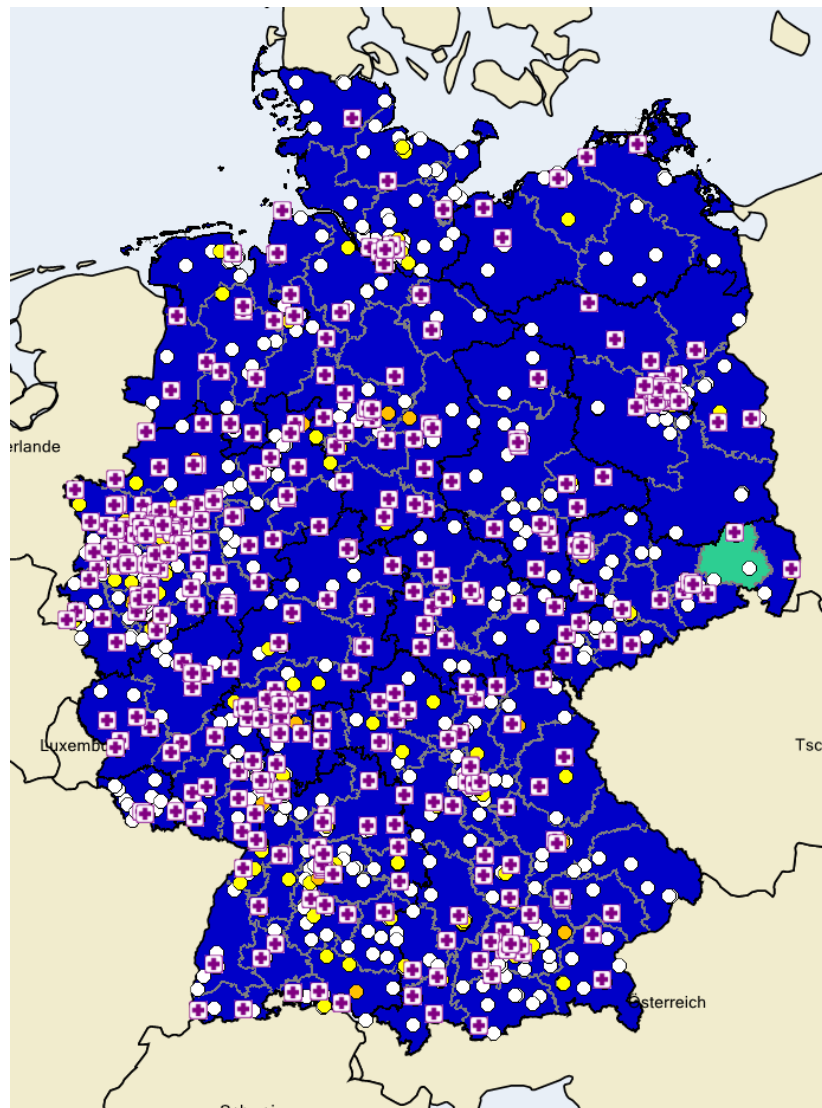
Gastroenterologen (nur Vertragsärzte)



Gastroenterologen (KV-Ärzte/Ambulanz.)



Spitzenverband



Planungsziele der Krankenkassen



Spitzenverband

Selbstverwaltung

Bedarfsadäquate Versorgung:

- kleinräumig in der Primärversorgung, großräumiger im fachärztlichen Bereich

Verteilungsgerechte Versorgung:

- Verringerung von Allokationsproblemen durch Flexibilisierung d. Planung, verbesserter Zugang

Ressourcenschonende Versorgung:

- Sektorübergreifende Planung bei spezialisierten Leistungen
- Reduzierung fachärztlicher Überversorgung

Gesetzgeber

Aufhebung limitierender rechtlicher Vorgaben

- Eigentumsproblematik (§ 103 SGB V)
- Abbau von Überversorgung (§ 105 Abs. 3 SGB V)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Inkonsistenter Ordnungsrahmen

- ▶ Krankenhäuser sind umfangreich ambulant tätig, aber
 - die Krankenhauszulassung / Institutsermächtigung erfolgt bedarfsunabhängig und
 - die KV-Zulassung berücksichtigt die ambulante Krankenhausleistung nicht.

- ▶ ungesteuerte Mengenentwicklung

- ▶ fehlende Verhandlungsstrukturen