



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Sicherstellung einer wohnortnahen flächendeckenden ambulanten ärztlichen Behandlung im Lichte der demografischen Entwicklung - Perspektive der KVen

Dr. Dominik von Stillfried

Gesundheitspolitisches Kolloquium, Bremen, 18.01.2012



Thesen zur Einführung

Wo stehen wir?

- **Demografische Entwicklung ist eine „tektonische“ Veränderung:**
Binnenwanderung beschleunigt/verlangsamt demografische Alterung;
Entwicklungsvoraussetzungen in Abwanderungs- und Zuwanderungsräumen unterscheiden sich grundlegend
- **Herausforderungen:**
 - **Medizinischer Versorgungsbedarf** steigt mit demografischer Alterung für einige Fachgruppen überproportional
 - Demografische **Alterung der Ärzteschaft** erfordert erheblichen Ersatzbedarf in Zu- und in Abwanderungsregionen; **künftige Kapazität** in erforderlichem Umfang fraglich (Aus- & Weiterbildung, „Feminisierung“, Work-Life-Balance)
 - **Rahmenbedingungen** in Abwanderungsregionen erschweren / gefährden die Sicherstellung der Versorgung auf vergleichbarem Niveau
 - besonderer **Förderungsbedarf** erhöht Opportunitätskosten der Versorgung für die Abwanderungsregionen
 - **Solidarität** in der GKV erhält neben interpersoneller zunehmend auch eine regionale Bedeutung



Thesen zur Einführung

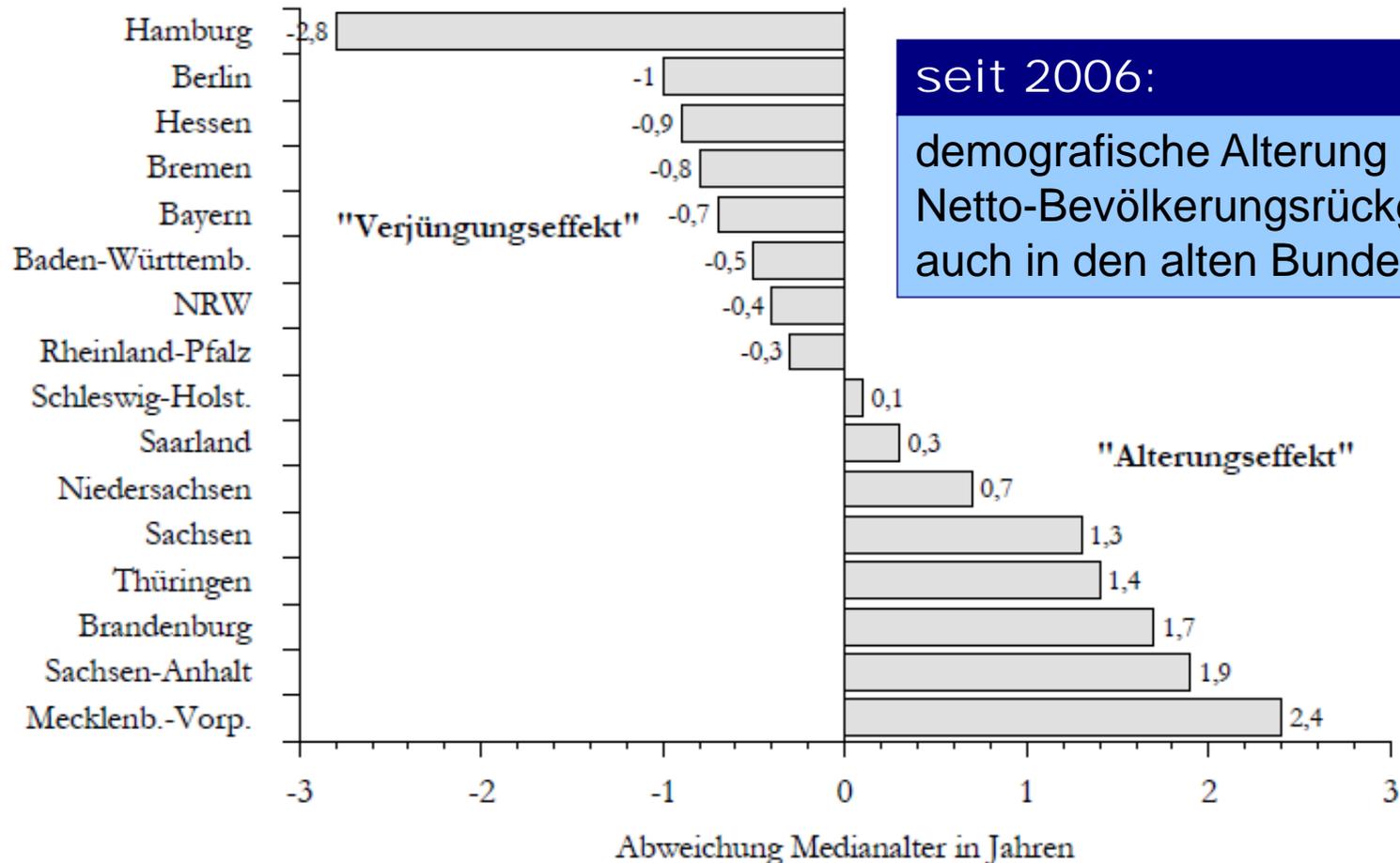
Wo stehen wir?

→ Gestaltungsmöglichkeiten durch das GKV-VStG:

- Neuordnung der Planungsbereiche
- Ausrichtung der Bedarfsplanung auf den Versorgungsbedarf
- Regionale Verantwortung: Abweichungsmöglichkeit von RiLi des GBA und Genehmigungspflicht des Bedarfsplans durch die Länder
- Fördermaßnahmen im Rahmen des Gesamtvertrags (Innovationsfonds, Punktwertzuschläge für förderungswürdige Leistungen und Versorgungsstrukturen, Abstaffelungsverzicht in der Honorarverteilung)

Binnenwanderung modifiziert demografische Alterung

Abb. 26: Rangfolge der Länder bei der Abweichung des realen vom modellierten Durchschnittsalter am 31. 12. 2004 (Männer und Frauen, in Jahren)



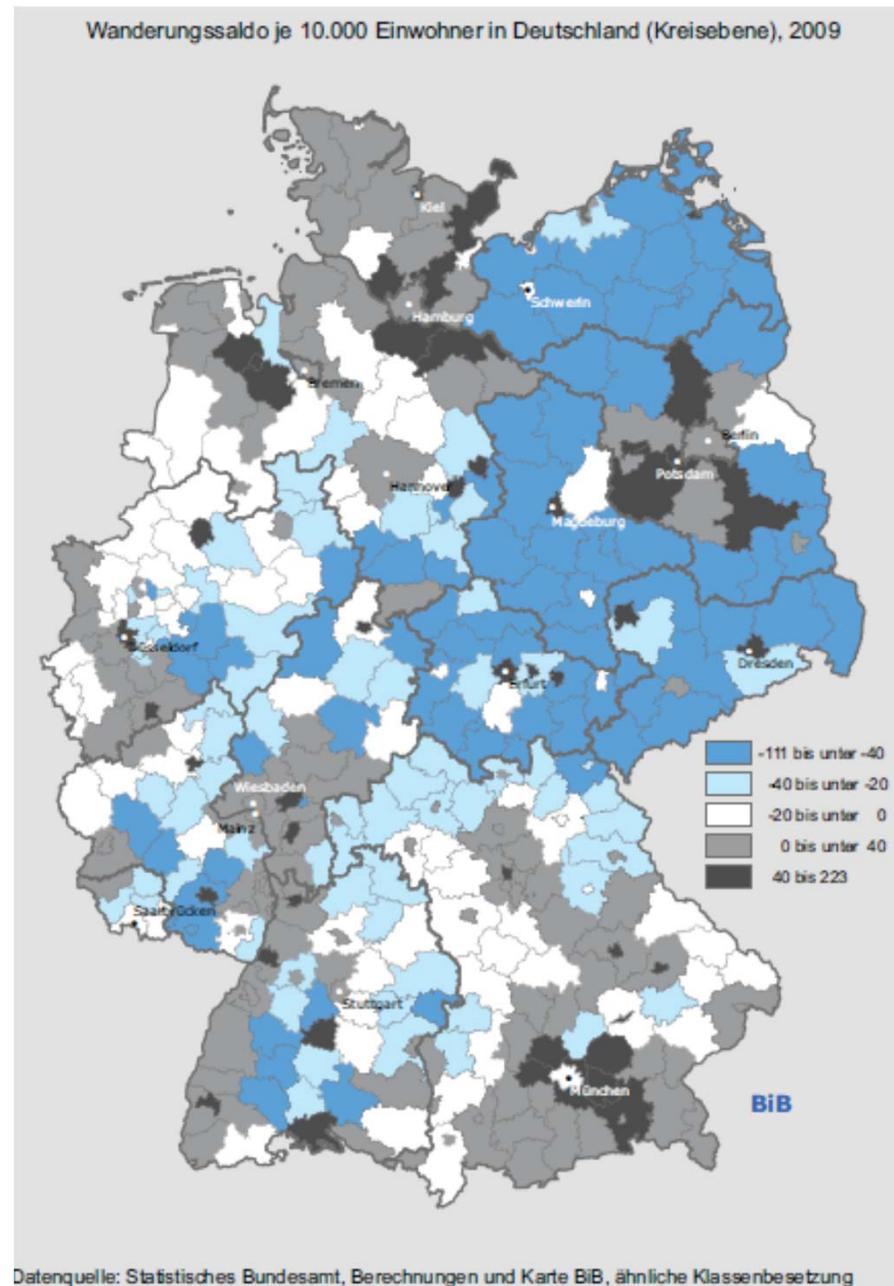
seit 2006:
demografische Alterung und Netto-Bevölkerungsrückgang auch in den alten Bundesländern

Datenquelle: Statistisches Bundesamt und Landesämter; eigene Berechnungen (Mai/Scharein)

Quelle: Mai R et al. Regionale Alterung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Binnenwanderung; Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 120; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 2007



Wanderungstrend aus ländlichen Regionen in die Ballungsräume hält bisher an



Quelle:; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung,
K-02-14, 31.05.2011

Bevölkerungsentwicklung im regionalen Überblick

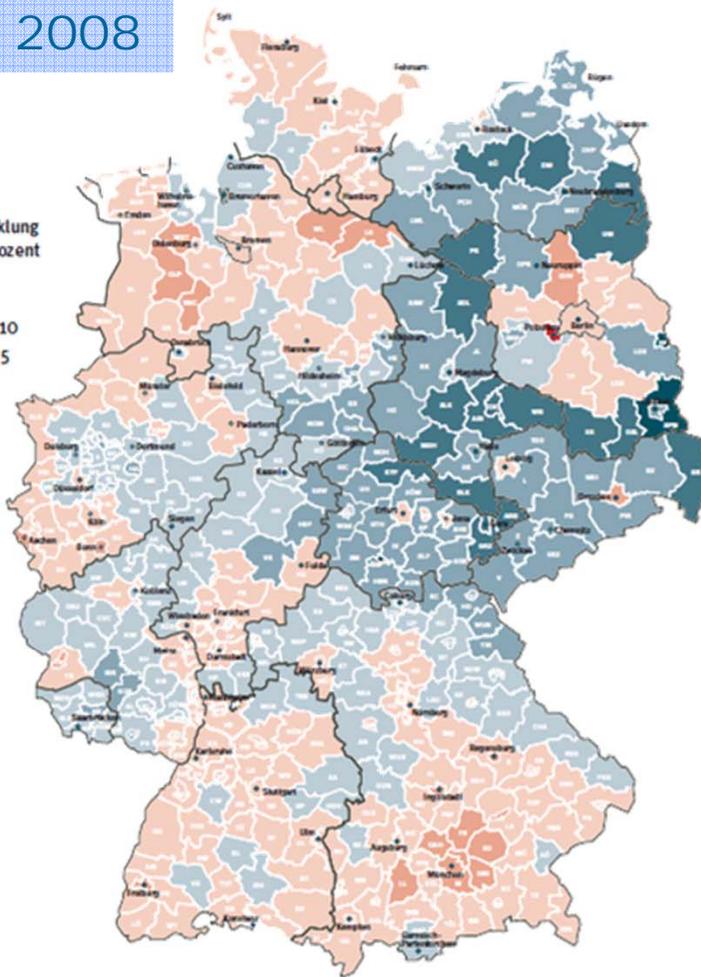
Deutschland wird heterogener

2000 - 2008

Bevölkerungsentwicklung
2000 bis 2008 in Prozent

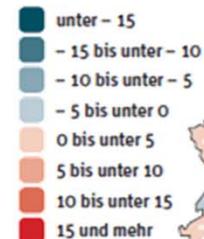


(Datengrundlage:
Statistisches Bundesamt, Bundesamt
für Bauwesen und
Raumordnung)

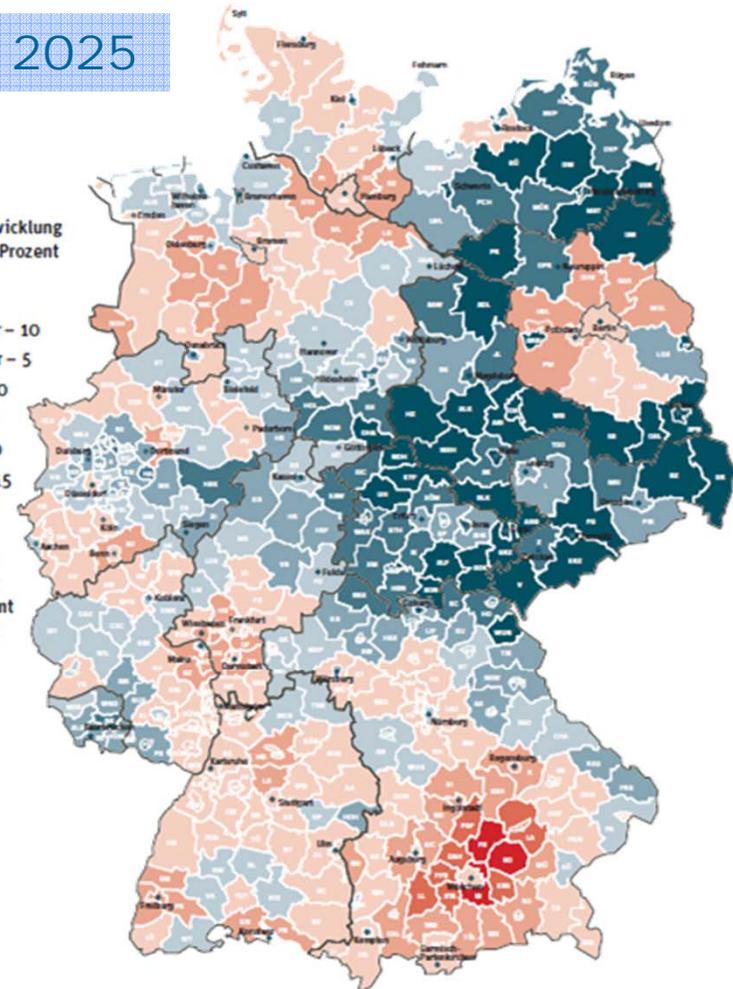


2008 - 2025

Prognostizierte
Bevölkerungsentwicklung
2008 bis 2025 in Prozent



(Datengrundlage:
Statistisches Bundesamt, Bundesamt
für Bauwesen und
Raumordnung)



Quelle: Kröhnert S et al. Die demografische Lage der Nation. Berlin-Institut; Berlin, März 2011

Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2025

Bevölkerung in Deutschland nimmt von 2007 bis 2025 um **2%** ab
 - innerdeutsche Migration bewirkt regional erhebliche Unterschiede

Bundesland	Veränderung
Saarland	-7 %
Schleswig-Holstein	1 %
Hamburg	1 %
Niedersachsen	-1 %
Bremen	1 %
Nordrhein-Westfalen	-2 %
Hessen	1 %
Rheinland-Pfalz	1 %
Baden-Württemberg	3 %
Bayern	3 %

Bundesland	Veränderung
Berlin	1 %
Brandenburg	-5 %
Mecklenburg-Vorpommern	-15 %
Sachsen	-13 %
Sachsen-Anhalt	-17 %
Thüringen	-15 %

Quelle: Grundlage Bevölkerungsvorausberechnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2009 auf Kreisebene; Basisjahr 2005; eigene Berechnungen

Grundlage weiterer Berechnungen des ZI



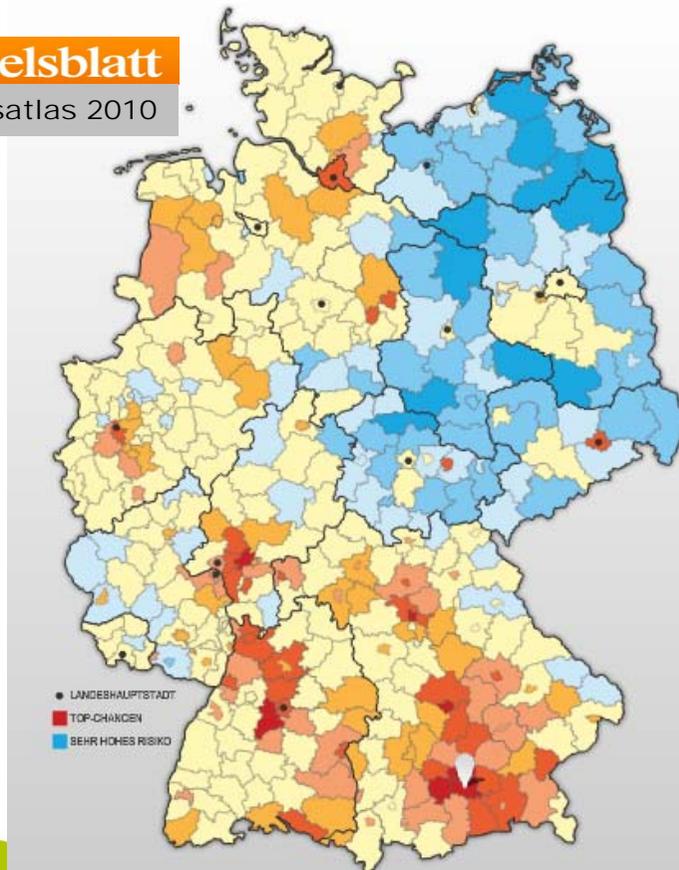
Langfristige Wirkungen der Wanderungseffekte

Einschätzung der Perspektiven

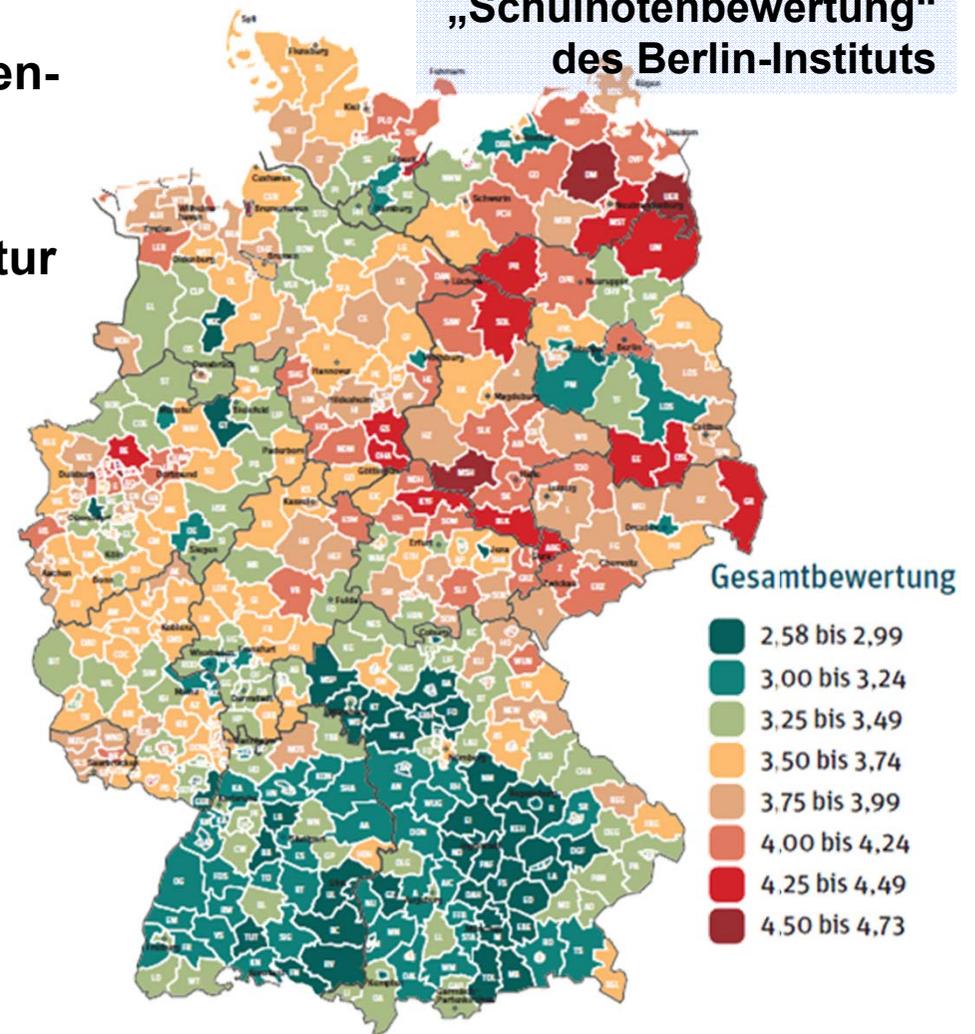
- Nachhaltige Wirkung auf Geburten-Entwicklung (Demografie-Trend)
- Einflüsse auf Wirtschaftskraft
- Anpassungsdruck auf Infrastruktur

Handelsblatt

Zukunftsatlas 2010



„Schulnotenbewertung“
des Berlin-Instituts



Quelle: Kröhnert S et al. Die demografische Lage der Nation.
Berlin-Institut; Berlin, März 2011

Zi

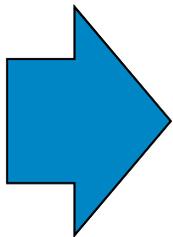
These:

Bedarfsplanung wird vom Verhinderungs- zum Förderungsprogramm

vor 1992: Gleichverteilung des Zustroms

ab 1993: absolute Begrenzung der Niederlassungsmöglichkeiten

ab 2012: Förderung der Niederlassung in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf bei gleichzeitigem Abbau bestehender Überversorgung

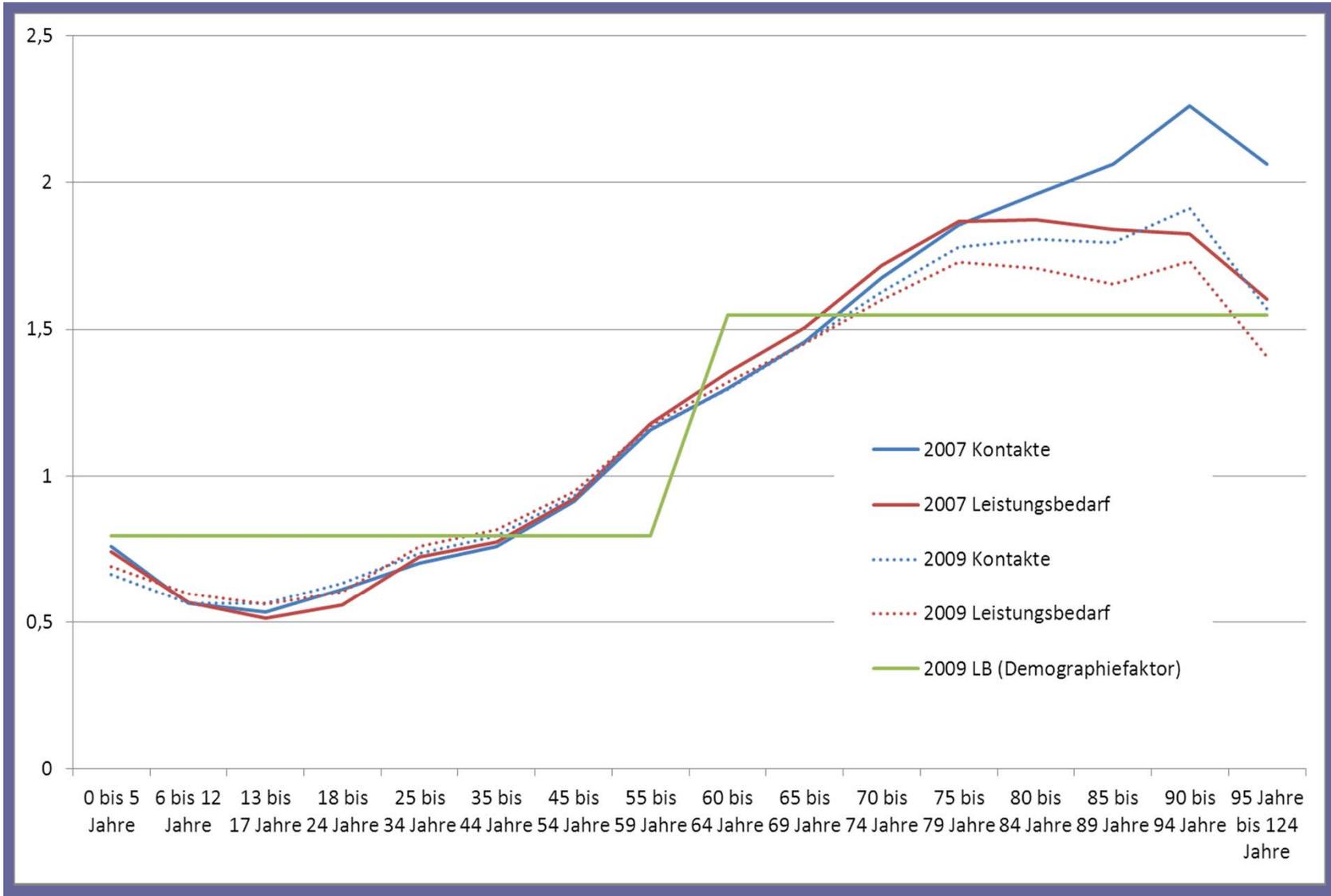


demografische Entwicklung erfordert **Gewichtung** der Bevölkerung

- nach deren Alters- und Geschlechtsstruktur
- ggf. nach deren Morbidität
- und ergänzenden soziodemografischen Merkmalen

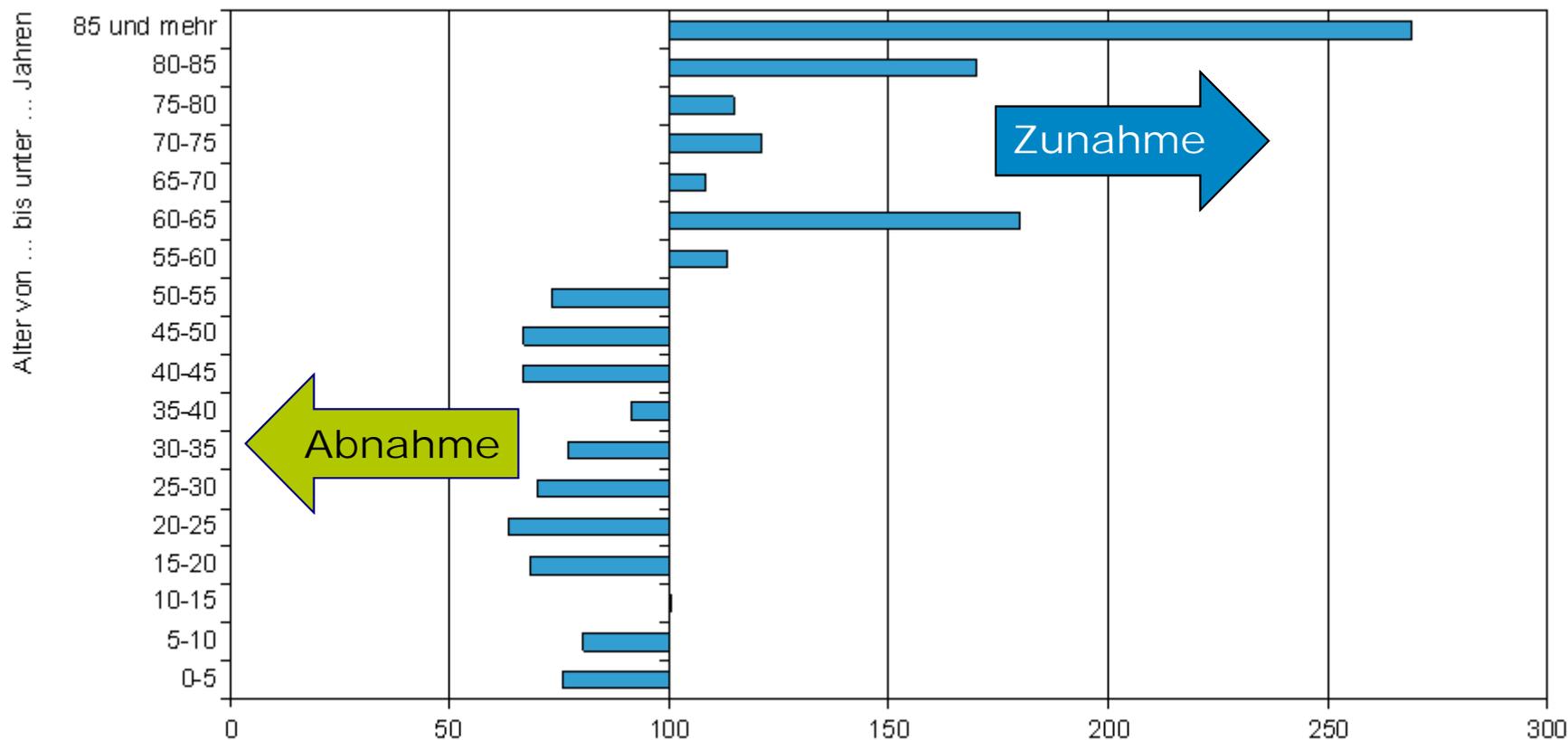
Gewichtung der Bevölkerung

- mögliche „Demografiefaktoren“



Wirkung der Demografie auf die Patientenzahl

Veränderung der Anzahl der Patienten nach Altersgruppen bis 2025
am Beispiel Brandenburg / hausärztliche Versorgung



Veränderung der Anzahl der Patienten auf ... Prozent 2025 zu 2007 (Basisjahr = 100)

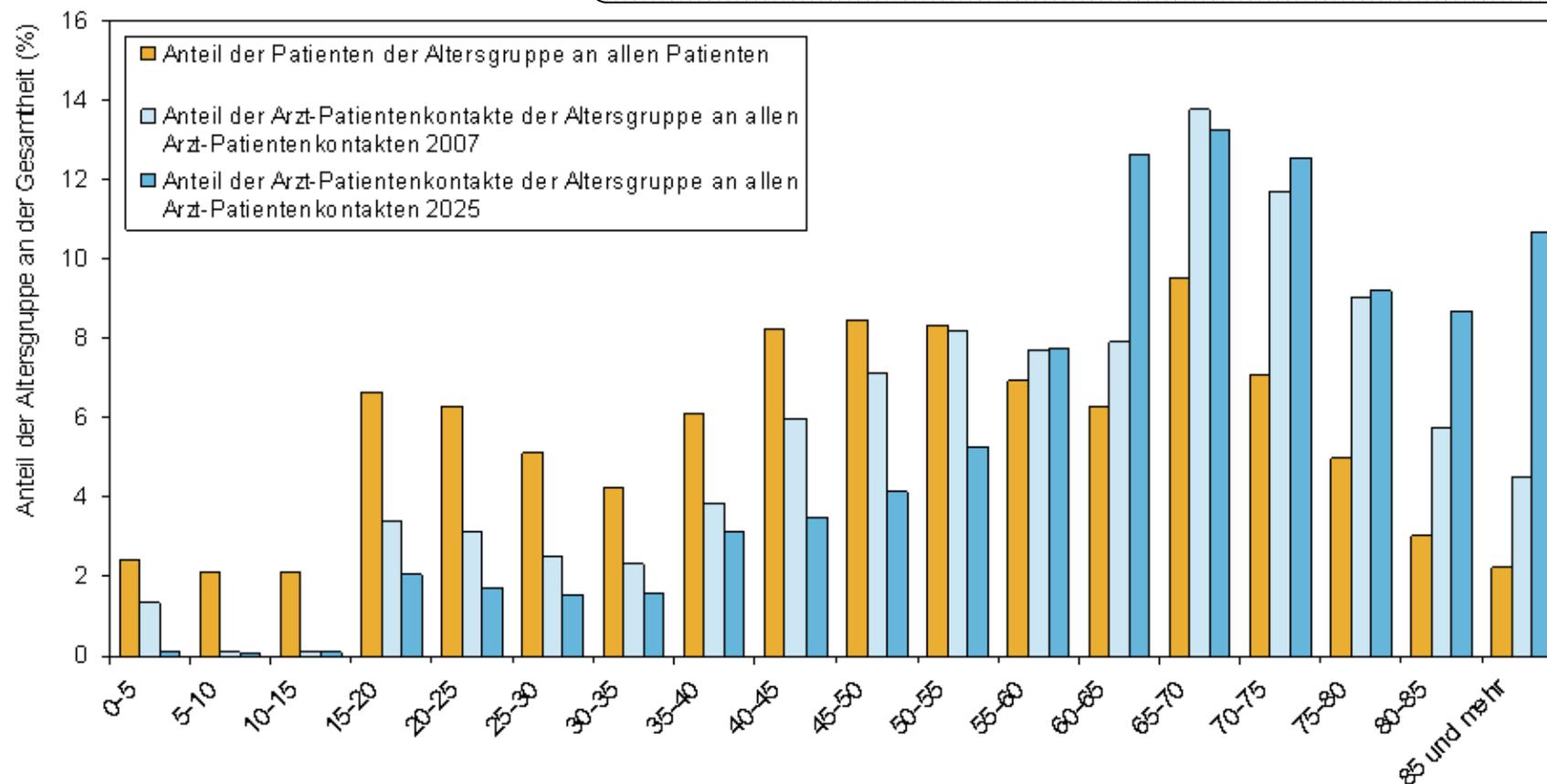
Quelle: Abrechnungsdaten zu Hausärzten - Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 2007, BBSR 2009; eigene Berechnungen



Wirkung der Demografie auf die Patientenkontakte

Veränderung der Patientenkontakte nach Altersgruppen bis 2025
am Beispiel Brandenburg / hausärztliche Versorgung

+ 13 % mehr Arzt-Patientenkontakte bis 2025



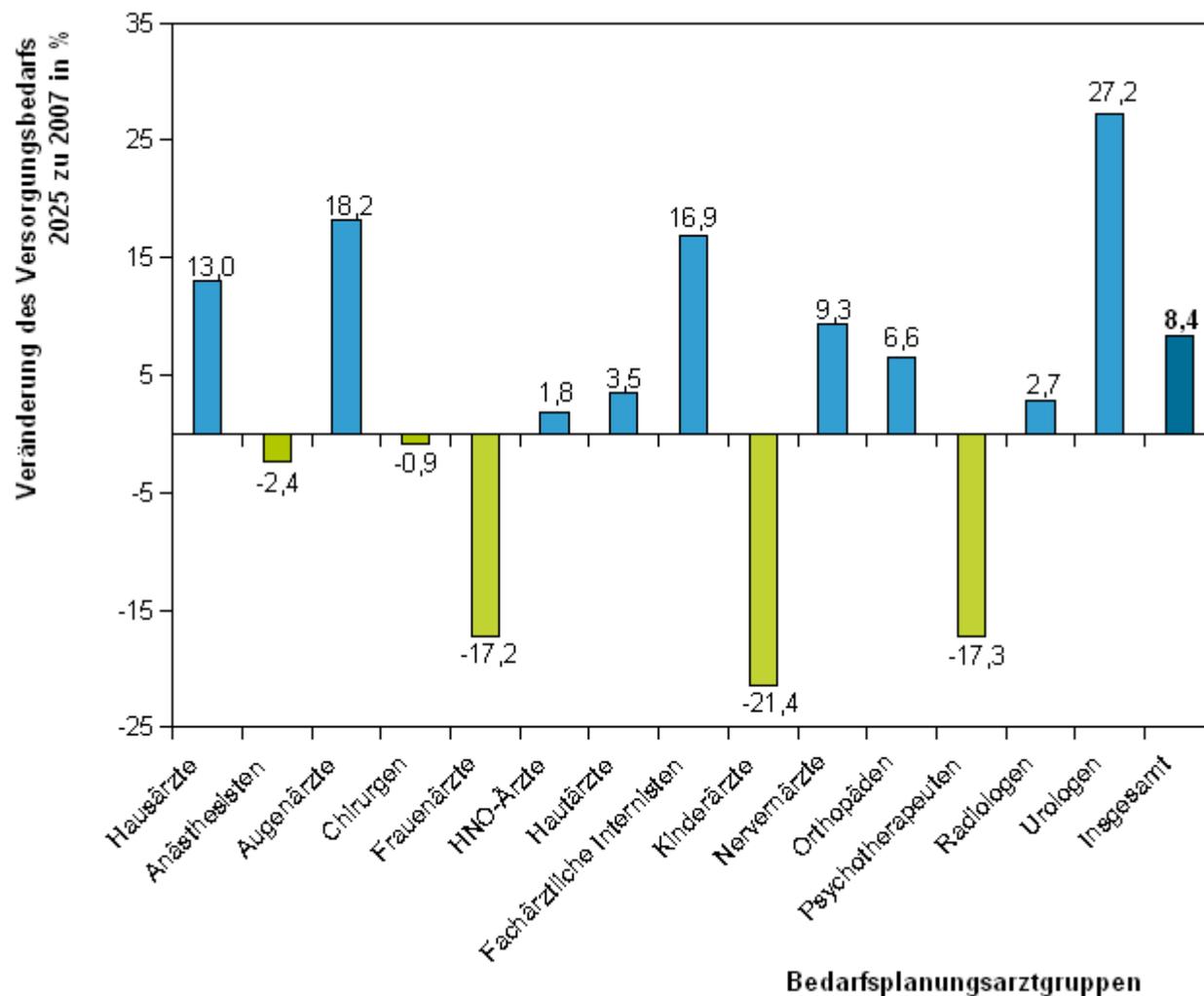
Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren



Quelle: Abrechnungsdaten zu Hausärzten - Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 2007, BBSR 2009; eigene Berechnungen

Wirkung der Demografie auf den Versorgungsbedarf

Veränderung des Versorgungsbedarfs nach Arztgruppen bis 2025 am Beispiel Brandenburg



→ voraussichtlicher **Bevölkerungsrückgang von 5 %**

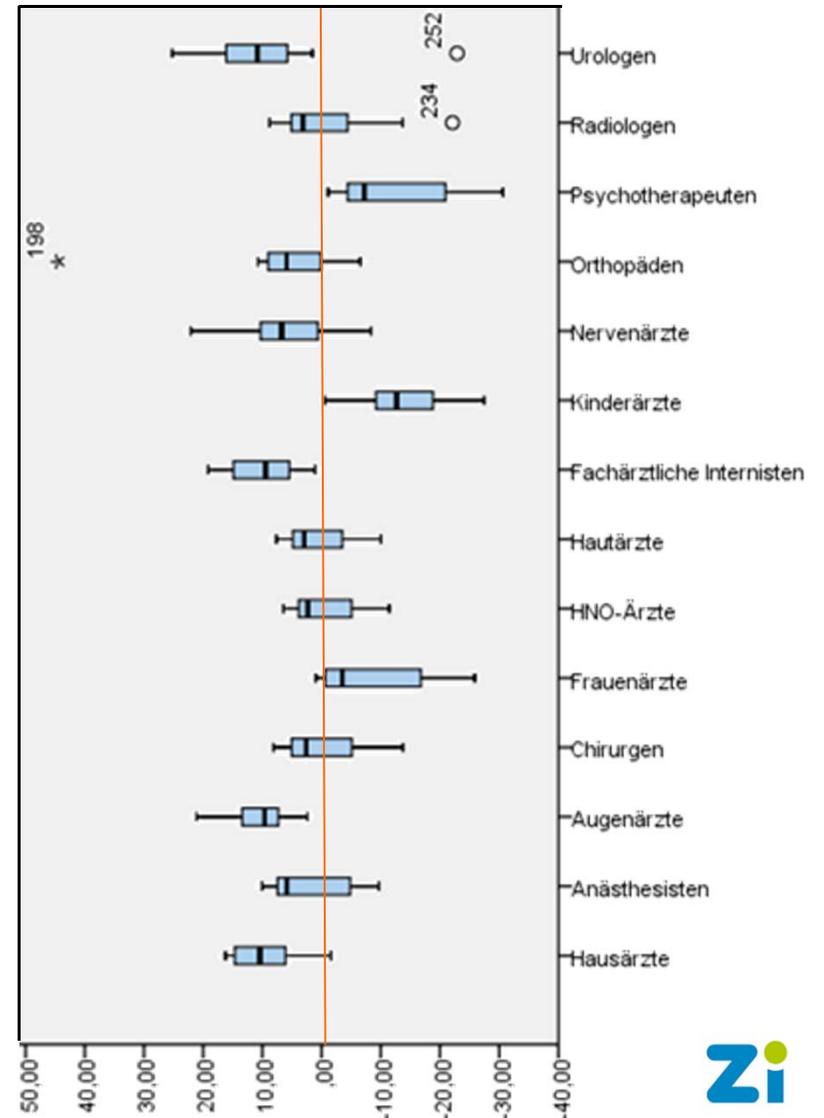
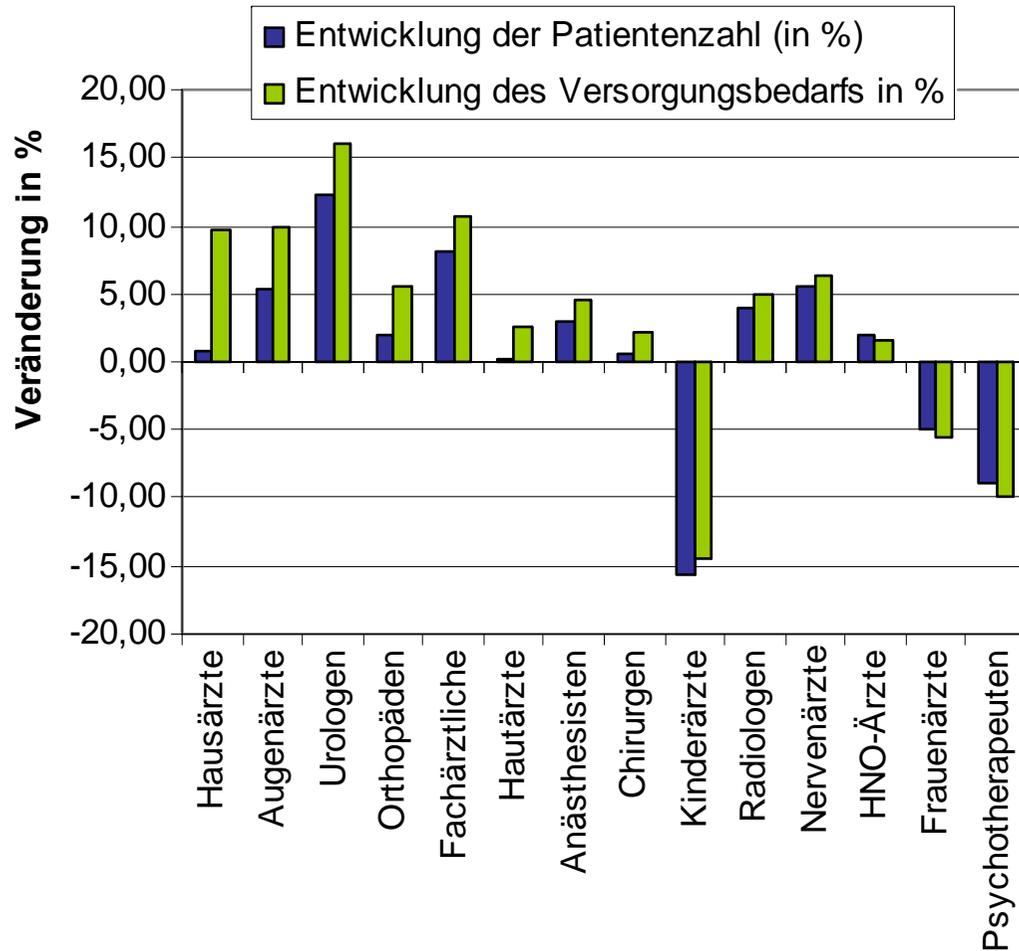
→ **Anstieg des Versorgungsbedarf um über 8 %**

im Projektionszeitraum in Brandenburg aufgrund des veränderten Versorgungsbedarfs pro Patient

Quelle: Abrechnungsdaten der KV Brandenburg 2007 mit geokodiertem Ort der Leistungserbringung, BBSR 2009; eigene Berechnungen



Effekt der Demografie (2007-2025) auf den Versorgungsbedarf je Arztgruppe (alle KVen)



Regionale Unterschiede (Westfalen-Lippe)

Prozentuale Veränderung des Arztbedarfs 2025 zu 2007 je Kreis

	Kreis	Hausärzte		Kreis	fachärztlich tätige Internisten
1	Coesfeld	23,0%	1	Coesfeld	28,7%
2	Unna	20,1%	2	Borken	24,6%
3	Borken	19,9%	3	Unna	22,7%
4	Paderborn	17,4%	4	Paderborn	22,6%
5	Gütersloh	16,8%	5	Steinfurt	18,9%
...
24	Dortmund	1,3%	24	Herne	-0,3%
25	Herne	-0,5%	25	Dortmund	-0,6%
26	Hagen	-5,7%	26	Gelsenkirchen	-3,6%
27	Gelsenkirchen	-5,9%	27	Hagen	-7,6%
	Gesamt WL	7,5%		Gesamt WL	8,5%

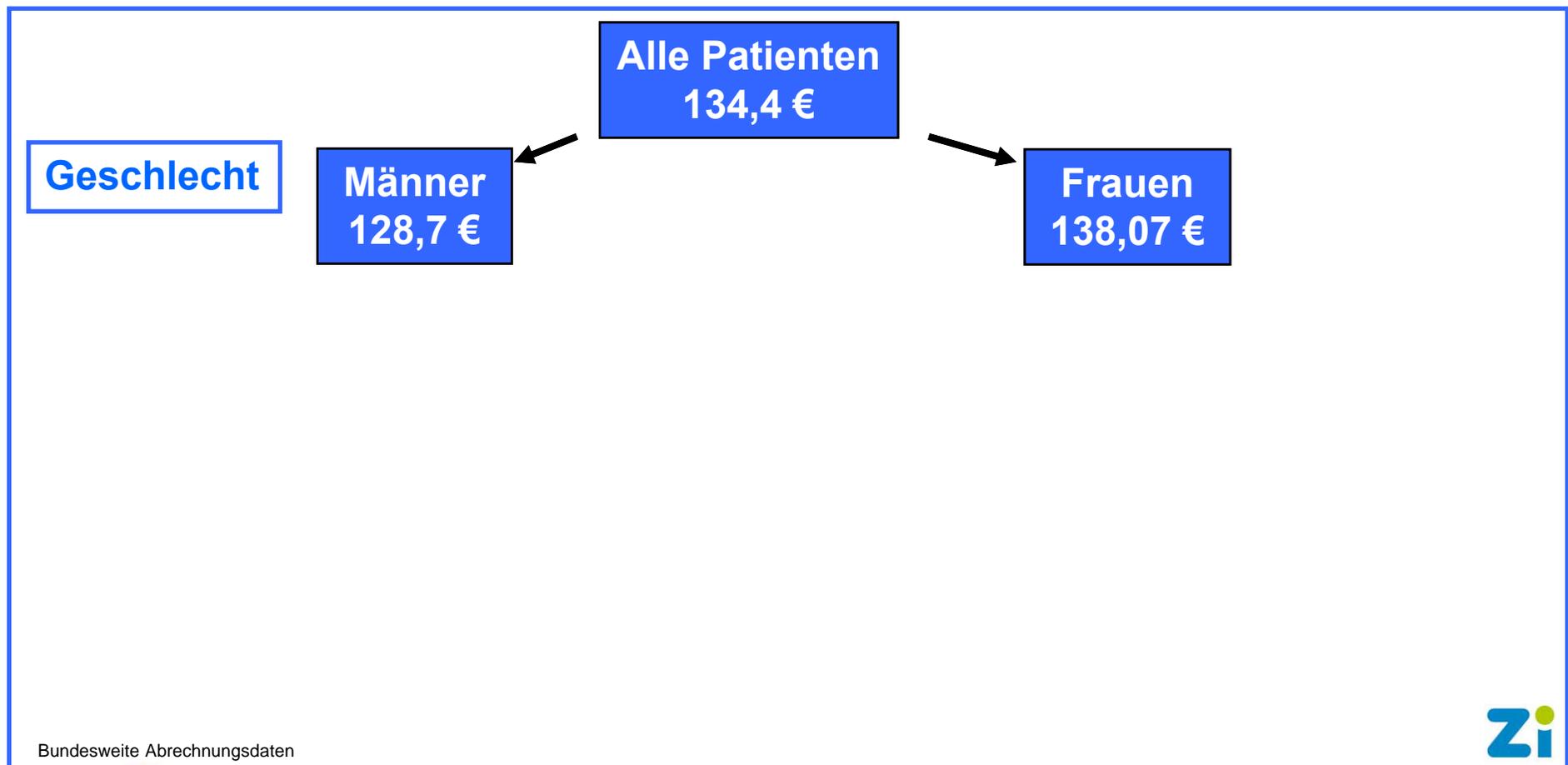
Warum ist eine morbiditätsorientierte Bedarfsermittlung notwendig?

- Beispiel: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Patient und Jahr im hausärztlichen Versorgungsbereich 2008

Alle Patienten
134,4 €

Warum ist eine morbiditätsorientierte Bedarfsermittlung notwendig?

→ Beispiel: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Patient und Jahr im hausärztlichen Versorgungsbereich 2008

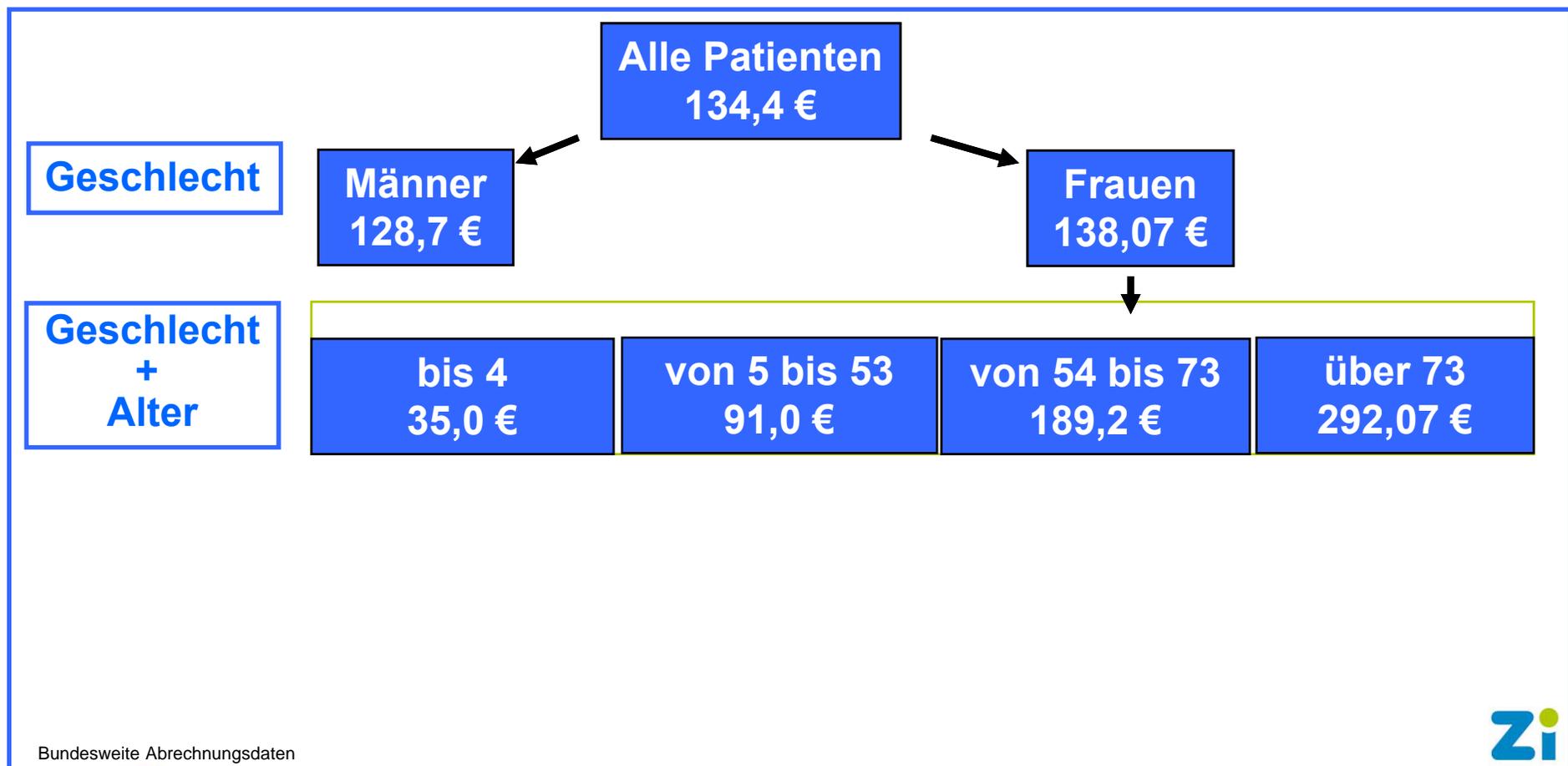


Bundesweite Abrechnungsdaten



Warum ist eine morbiditätsorientierte Bedarfsermittlung notwendig?

→ Beispiel: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Patient und Jahr im hausärztlichen Versorgungsbereich 2008

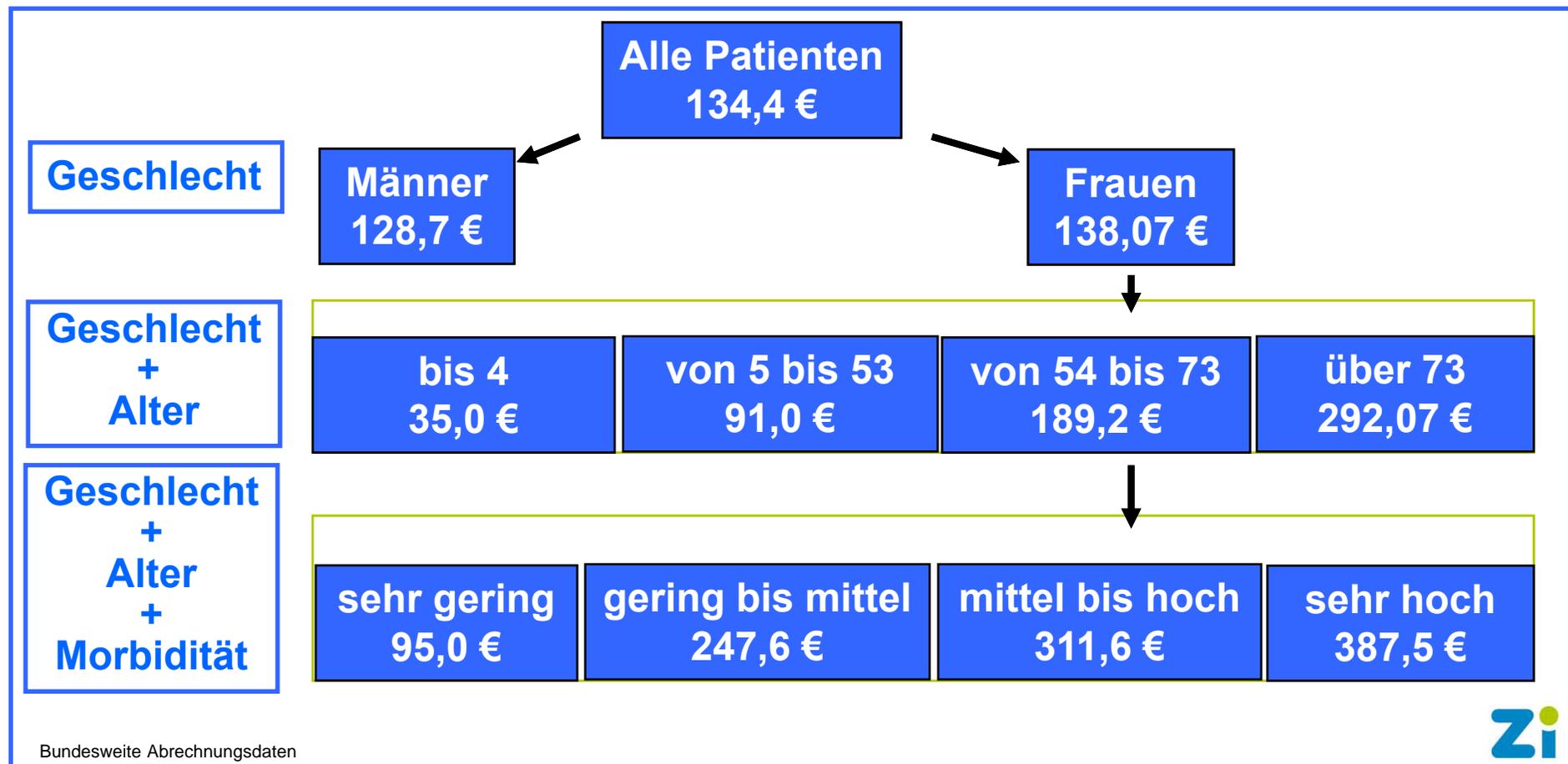


Bundesweite Abrechnungsdaten



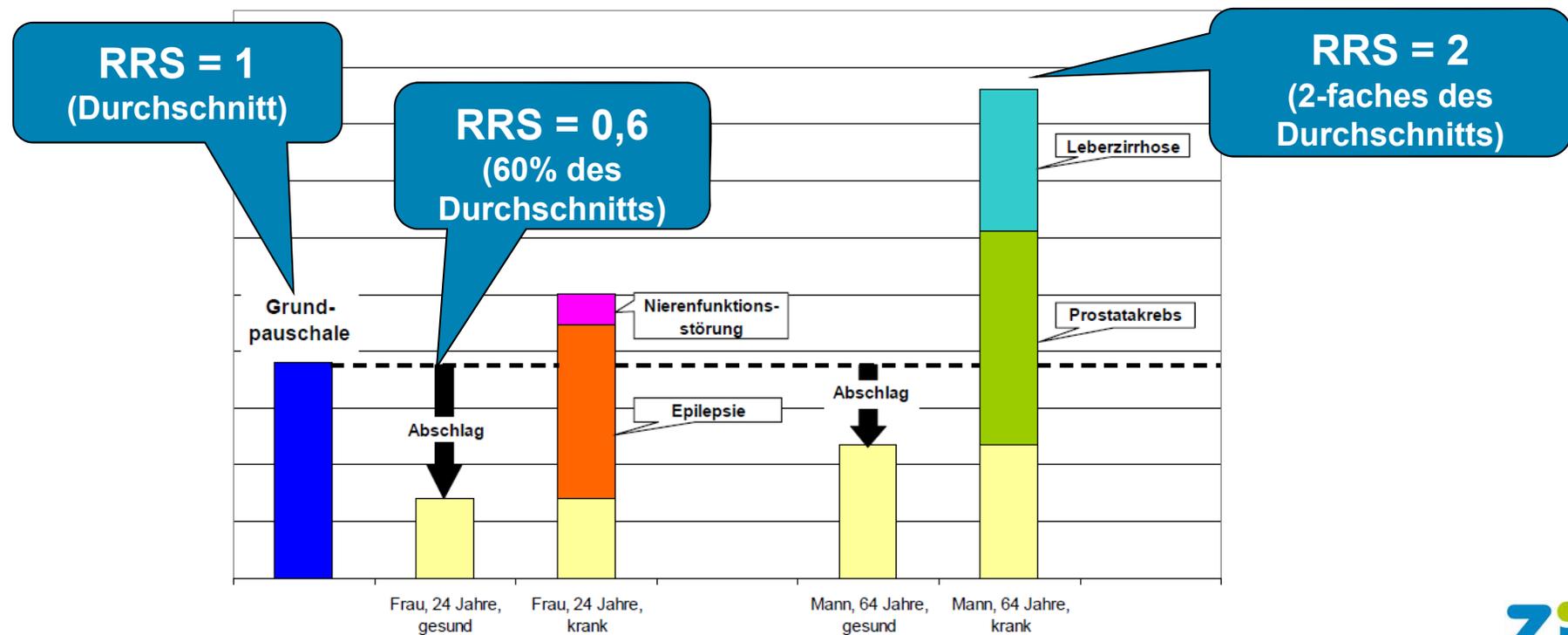
Warum ist eine morbiditätsorientierte Bedarfsermittlung notwendig?

→ Beispiel: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Patient und Jahr im hausärztlichen Versorgungsbereich 2008



Krankheitslast als Zahlenwert: der relative Risikoscore (RRS) & wie er berechnet wird

- Der RRS ist ein Maß für das morbiditätsbedingte Inanspruchnahmerrisiko einer Person im Verhältnis zur (bundes-)durchschnittlichen Inanspruchnahme je Person
- Der RRS basiert auf dem nach Alter, Geschlecht und den dokumentierten Diagnosen standardisierten Leistungsbedarf. Sind Alter, Geschlecht und Diagnosen einer Person bekannt, kann der erwartete Leistungsbedarf ermittelt werden. Beispiel: Berechnung der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds gemäß Morbi-RSA

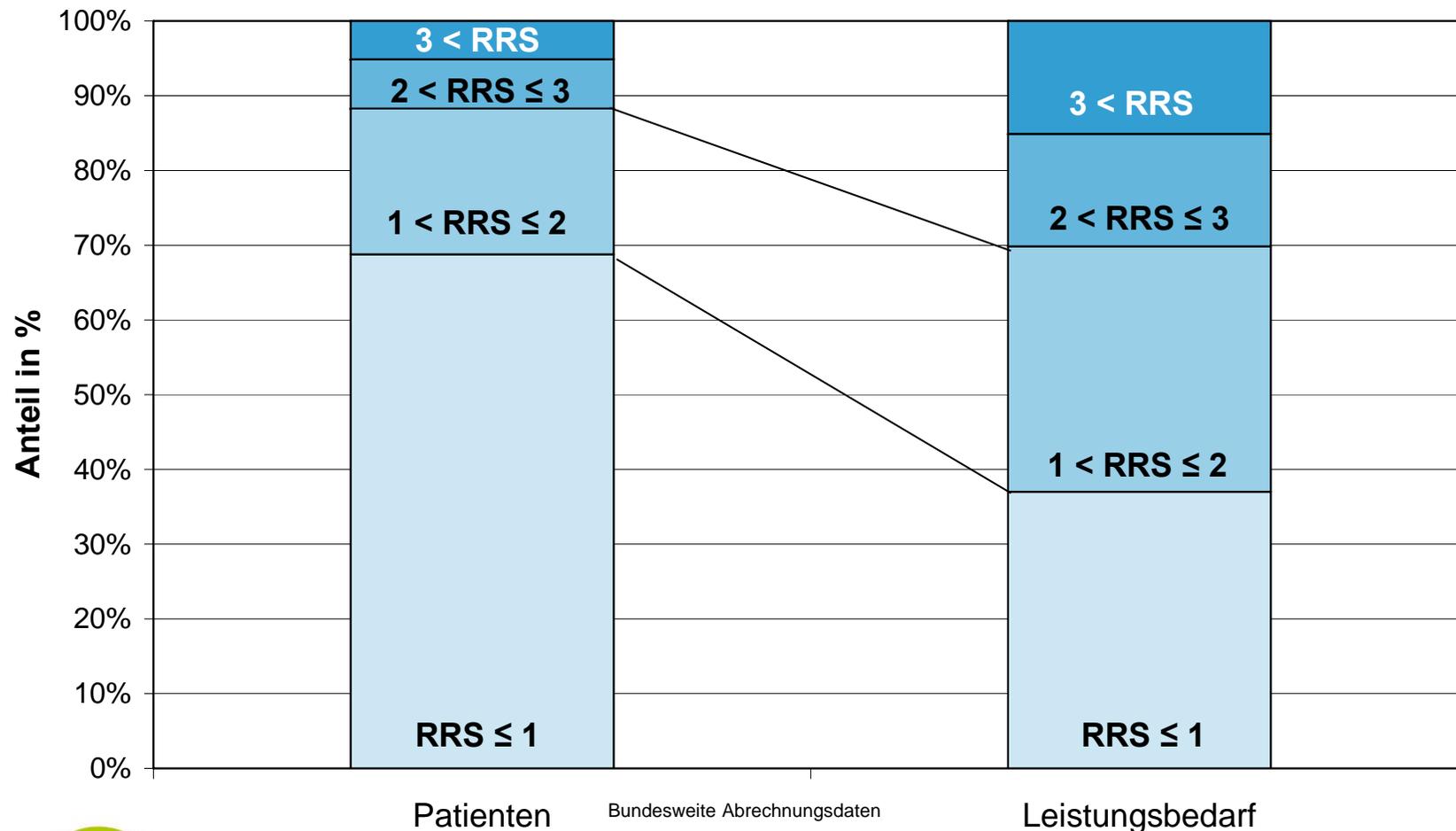


Quelle: Eigene Modifikation der Darstellung des BVA

Je Fachgruppe wirkt die Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur unterschiedlich

Hausärztlicher Versorgungsbereich

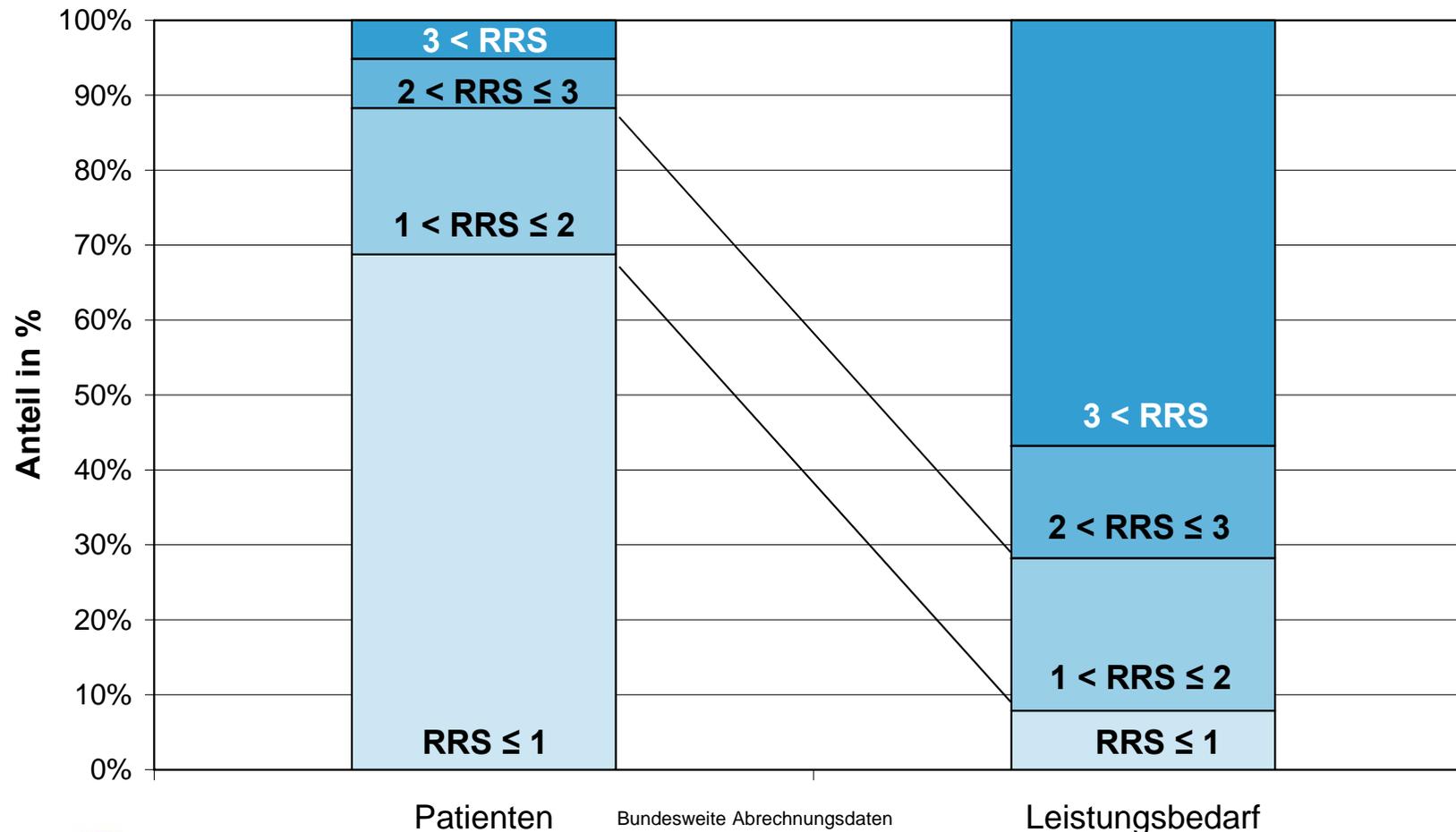
11 % der Patienten verursachen 30% des hausärztlichen Leistungsbedarfs



Je Fachgruppe wirkt die Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur unterschiedlich

Fachärztliche Internisten

11 % der Patienten verursachen 71% des internistischen Leistungsbedarfs



Berücksichtigung des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs je Fachgruppe

- Je Fachgruppe werden vereinfachte Inanspruchnahmeprofile gebildet: durchschnittlicher Bedarf für 32 einheitliche Versichertengruppen (Zellen)
- Die 32 Zellen ergeben sich aus 2 Geschlechts- und 4 Altersklassen sowie 4 gesamthaften Morbiditätsgruppen (RRS)
- Beispiel (4 Zellen) auf Basis des Leistungsbedarfs in €:

Alter	Geschlecht	Morbiditätskategorien gemäß RRS	Augenärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte
bis unter 5 Jahre	M	unter 1	5 €	7 €	122 €
bis unter 5 Jahre	M	1 bis unter 2	15 €	26 €	219 €
bis unter 5 Jahre	M	2 bis unter 3	24 €	52 €	338 €
bis unter 5 Jahre	M	über 3	30 €	79 €	1.498 €

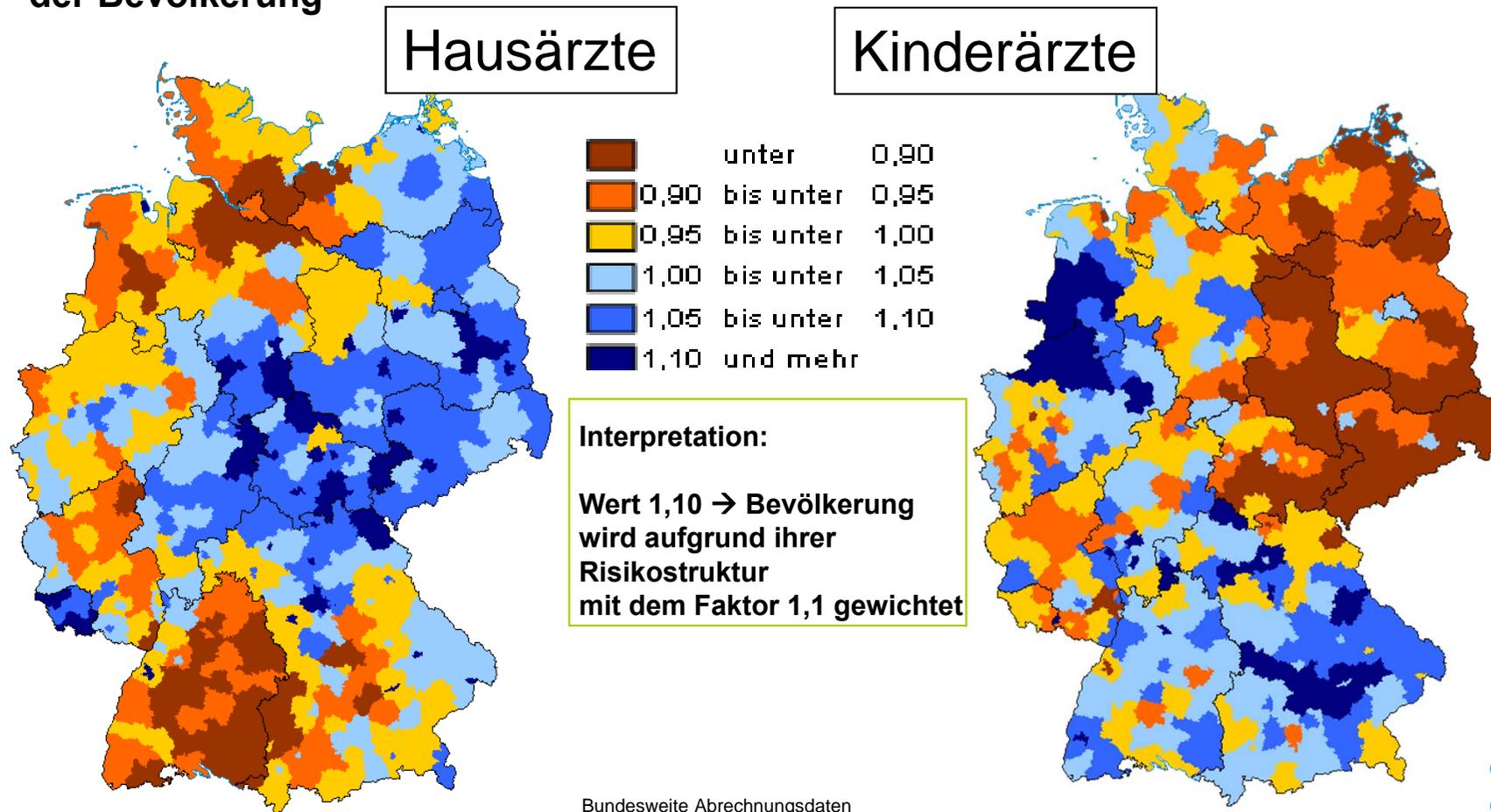
Bundesweite Abrechnungsdaten

- Die Inanspruchnahmeprofile (z.B. LB je Zelle) werden auf die jeweilige Struktur der Versicherten in einem Landkreis bezogen
- Im Ergebnis resultiert ein erwarteter morbiditätsgewichteter und fachgruppenspezifischer Versorgungsbedarf je Landkreis



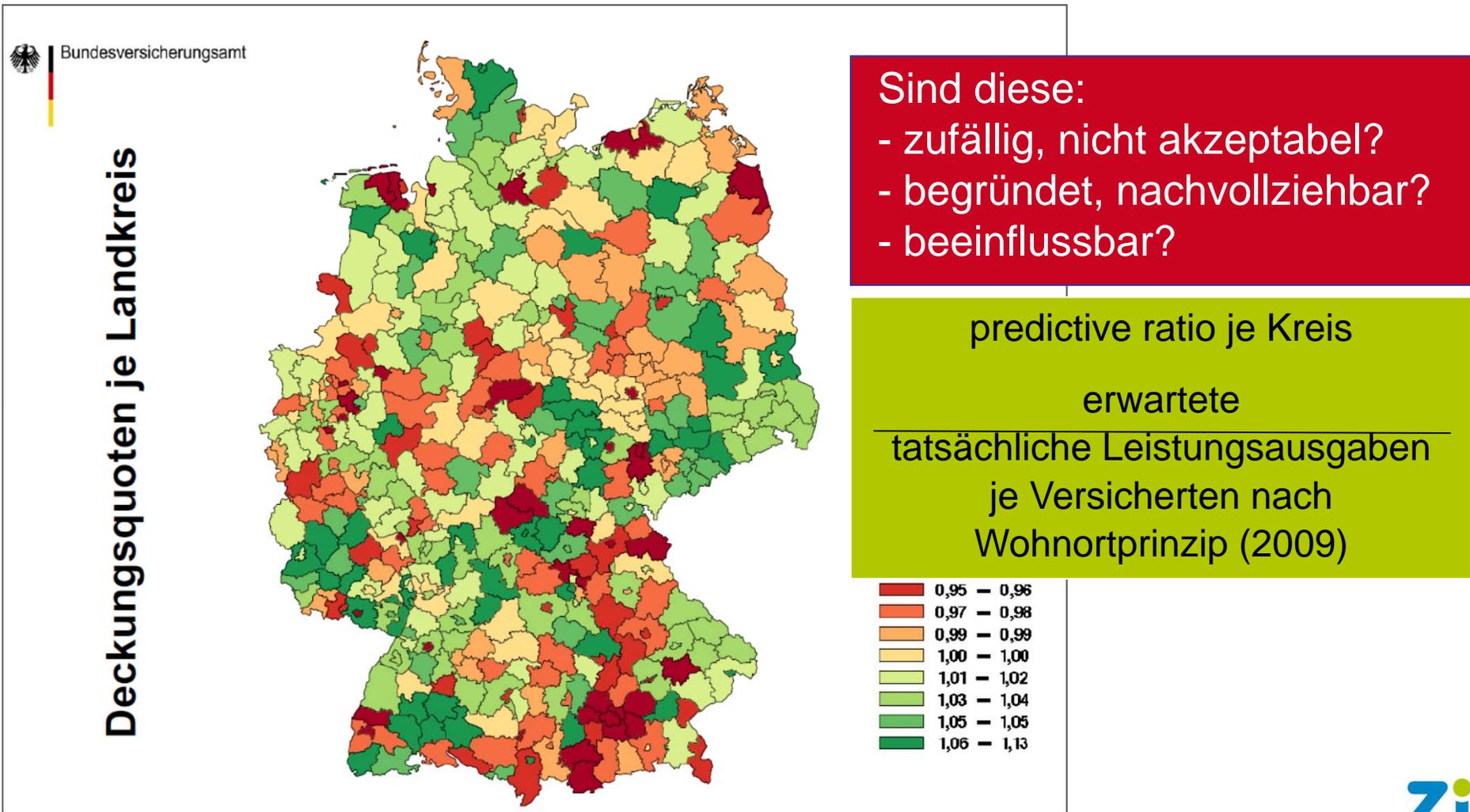
Morbiditätsgewichteter Versorgungsbedarf je Fachgruppe

standardisierte Inanspruchnahmeprofile auf die Risikostruktur der Wohnbevölkerung des jeweiligen Kreises angewendet = fachgruppenspezifischer Gewichtungsfaktor der Bevölkerung



Problem: regionale Unterschiede nach Gewichtung

Nicht erklärte Unterschiede in Gesamtleistungsausgaben in der GKV nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und Morbidität (RSA)



Quelle: Dr. Dirk Göppfarth, Bundesversicherungsamt

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Empirische Ergebnisse (Auswahl)

- **Einkommen, soziale Schicht und Berufsstand** sind Determinanten für Gesundheitsausgaben (Hoffmeister et al. 1992)
- Der **Familienstand** hat unabhängig von Alter, Geschlecht und Morbidität Einfluss auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. (Joung et al. 1995)
- Lebensform hat einen eigenen Einfluss auf die Inanspruchnahme: **Alleinlebende** weisen eine signifikant höhere Inanspruchnahme auf als Vergleichsgruppen (Cafferata 1987)
- Inanspruchnahme ist abhängig vom **Wohnort**: Stadt – Land und Ost - West Unterschiede in Deutschland (Thode et al. 2004)
- [Bei Personen mit einer sehr schwachen **sozialen Integration** ist das Mortalitäts-Risiko fast doppelt so hoch (Holt-Lunstadt et al. 2010)]
- **Angebotsstrukturen** beeinflussen die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (Breyer et al. 2004)

Wohnort als Risikomerkm

Methoden zur Erfassung regional verteilter Variablen

→ Vorgehen:

1. Wie bei anderen Risikomerkm (Alter, Morbidität) werden alle Wohnorte in Risikogruppen eingeteilt (z.B. 10 Risikogruppen)
2. Zur Bildung der Risikogruppen sind u. a. **drei Methoden** getestet worden:

Variante A: Clusterverfahren
gleichartige Regionen werden
zusammengefasst

Variante A1:
vergleichbare **Versichertenstruktur**

Variante A2:
vergleichbare **Angebotsstruktur**

Variante B: Residuenanalyse

Schritt 1: Bedeutung signifikanter Einflussfaktoren wird ermittelt

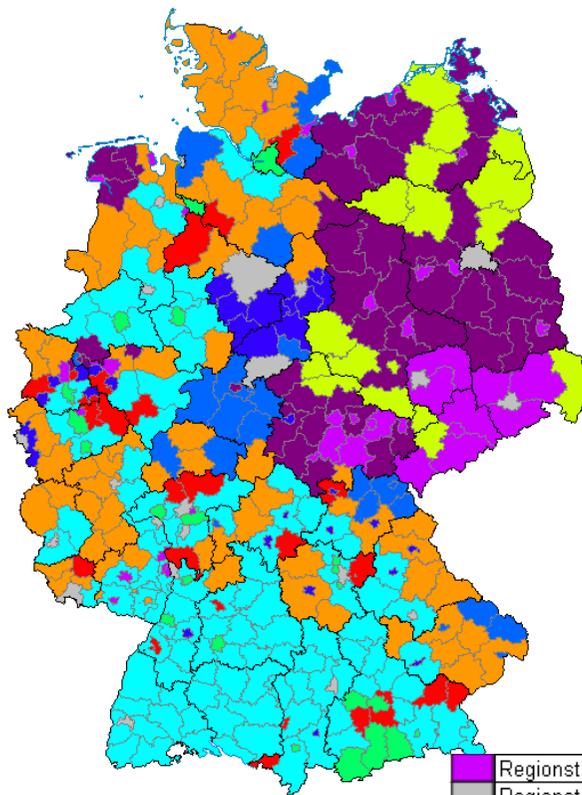
Schritt 2: Regionen werden zusammengefasst, deren Strukturen bestimmte systematische Abweichungen zwischen Istwerten und morbiditätsadjustierten Werten erwarten lassen.

Ergebnis: Unterschiedliche Regionsabgrenzungen

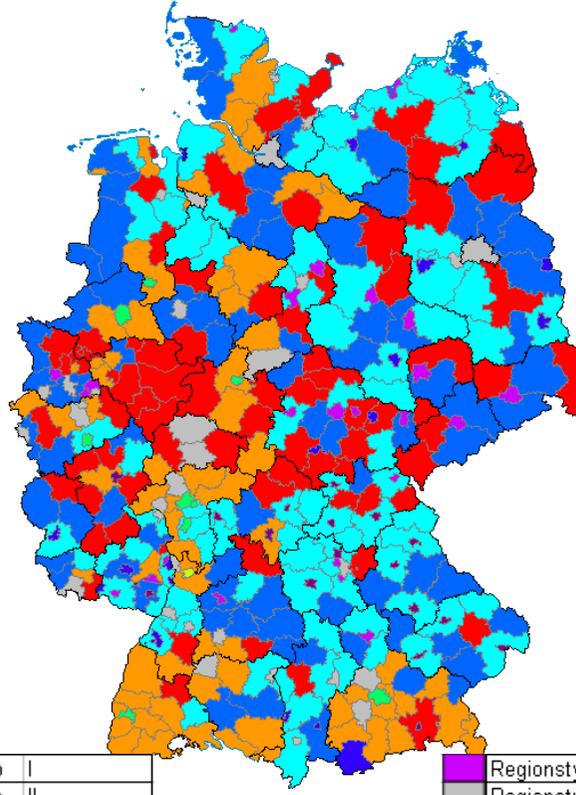
Variante A1:
soziodemograf. Strukturen

Variante A2:
Angebots-Strukturen

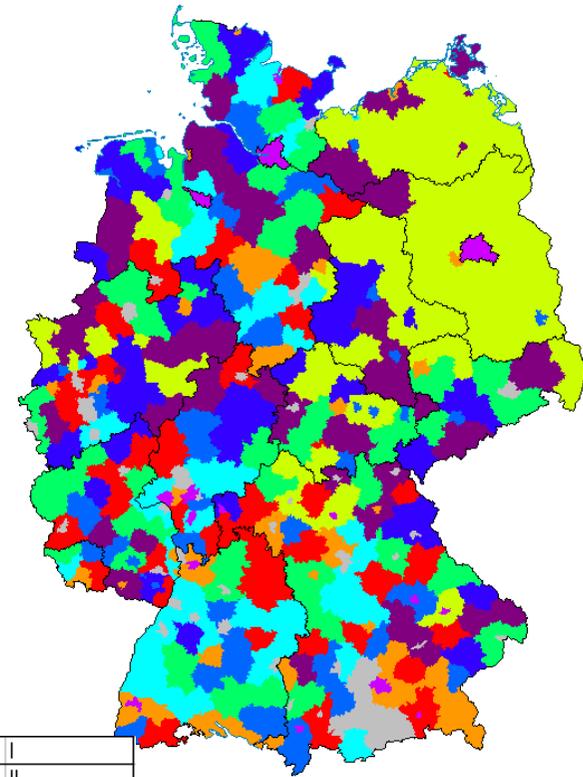
Variante B:
Residuenanalyse



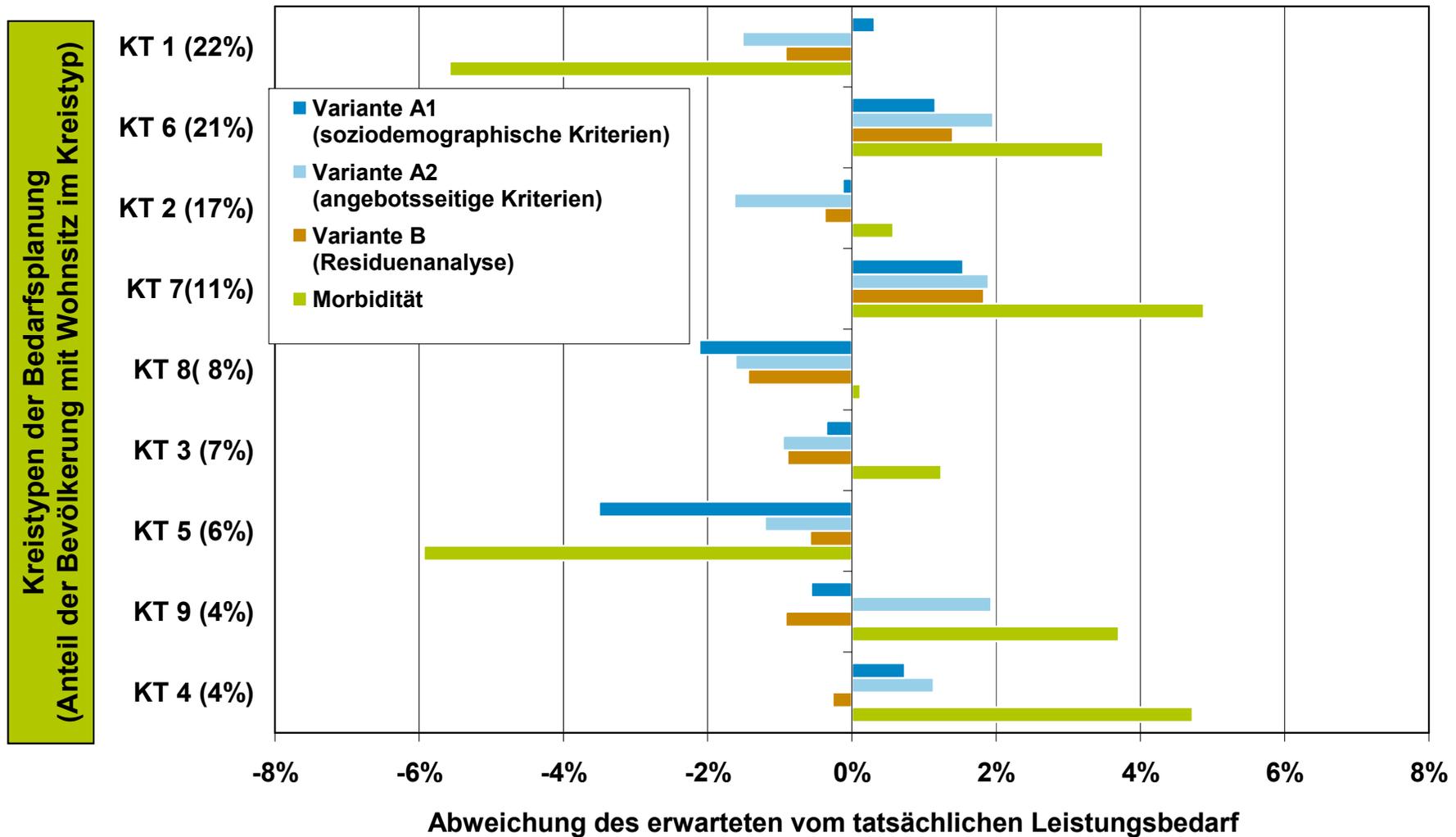
Regionstyp I
Regionstyp II
Regionstyp III
Regionstyp IV
Regionstyp V
Regionstyp VI
Regionstyp VII
Regionstyp VIII
Regionstyp IX
Regionstyp X



Regionstyp I
Regionstyp II
Regionstyp III
Regionstyp IV
Regionstyp V
Regionstyp VI
Regionstyp VII
Regionstyp VIII
Regionstyp IX
Regionstyp X



Ergebnis: Verbesserte Schätzgenauigkeit auf Ebene der Kreistypen



Variante A1 (sozio-demografische Kriterien) führt bislang zur höchsten Schätzgenauigkeit auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.



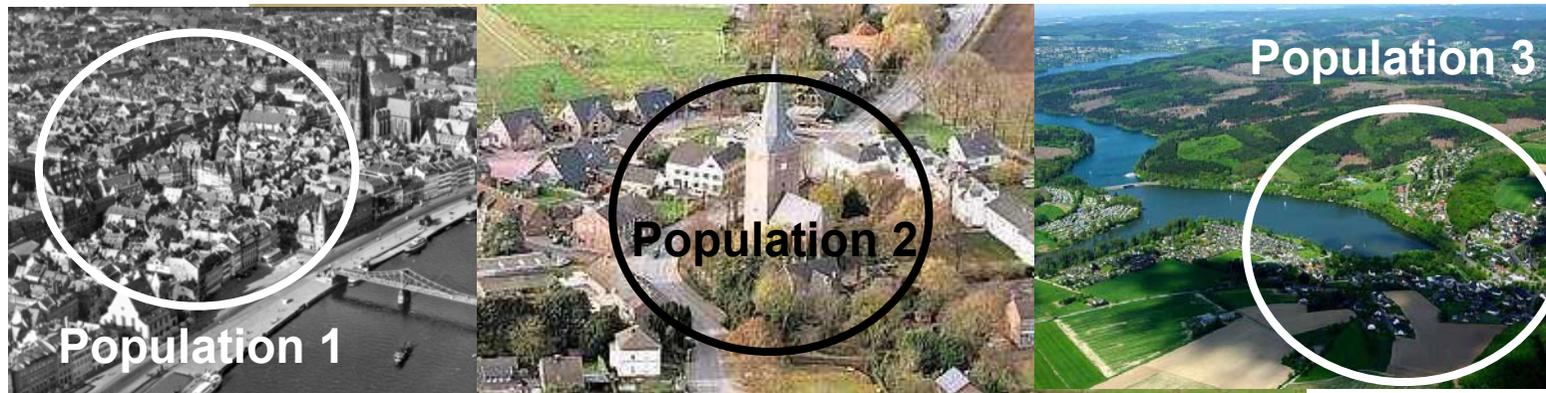
Zwischenfazit

- **Versorgungsplanung :**
Bedarfsgerechte Anpassung der Versorgungsstrukturen ...



Aus: Die Freie Welt, 30.09.2011

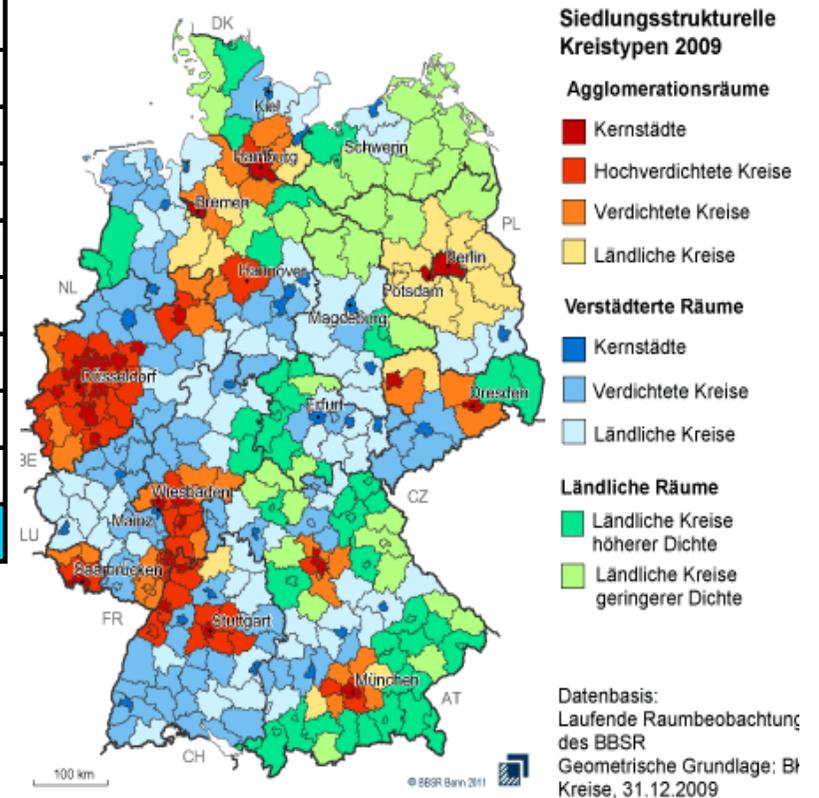
... erfordert populationsbezogene Abschätzung des Versorgungsbedarfs und regionale Maßnahmen unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen und der stationären Versorgungsstrukturen vor Ort



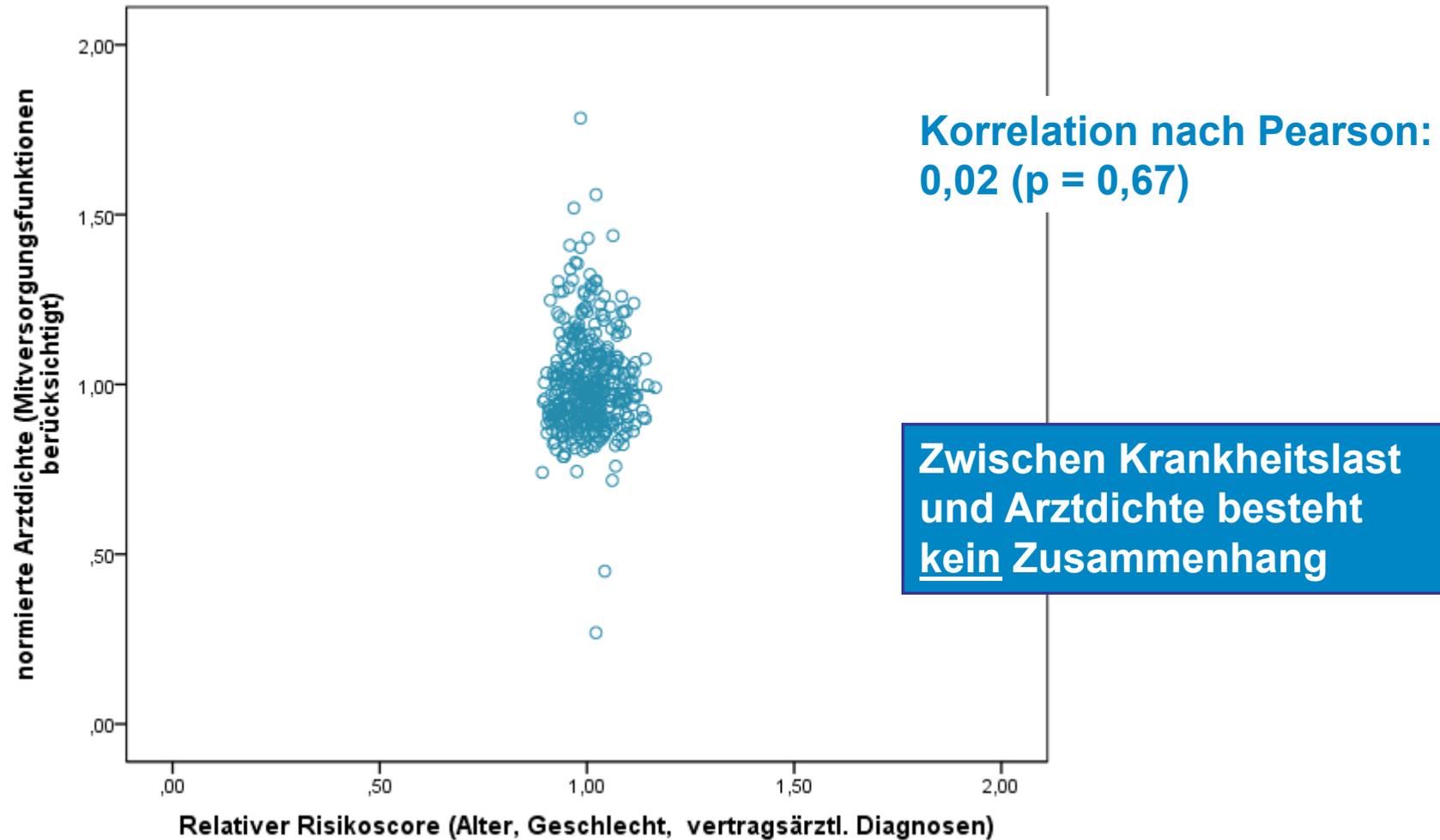
Effekt der Gewichtung der Verhältniszahlen gemäß demografischer Struktur je Kreistyp der bisherigen Bedarfsplanung

Kreistyp	Zulassungsmöglichkeiten bis 110%		Aufkaufmöglichkeiten bis 110%	
	gewichtet - ungewichtet		gewichtet - ungewichtet	
	Hausärzte	FA-gruppen	Hausärzte	FA-gruppen
1	84	0	-133	-686
2	-98	-117	35	14
3	30	-63	73	29
4	28	-44	26	2
5	49	3	-31	-106
6	78	-301	306	28
7	50	-213	99	11
8	33	36	-34	12
9	26	-63	-9	-15
10	53	37	0	-13
Bund	333	-725	333	-725

Datengrundlage:
 Arztzahl 2008 gewichtet nach Arzt-Patientenkontakten,
 Verhältniszahlen der Bedarfsplanung 2008 (ungewichtet)



Morbiditätsrisiko (Bedarfsindikator) und Arztdichte



413 Landkreise und kreisfreie Städte; Eigene Berechnungen; Datengrundlage: StBA, vdx 2007/2008)



Regionale Attraktivitätsmerkmale & Arztdichte

In eine lineare Regressionsrechnung gehen folgende Prädiktoren mit einem statistisch signifikanten und praktisch bedeutsamen Erklärungsbeitrag zur Arztdichte ein:

Partner- berufliche Möglichkeiten / Kinder- Schul- und Betreuungsangebote / Vereinbarkeit Familie & Beruf:

- ← Quote hochqualifizierte Beschäftigte
- ← Anteil Gymnasiasten an Schulabgängern
- ← Anteil weibliche Beschäftigte
- ← Quote männliche Teilzeitbeschäftigte

Austausch / Kooperation mit Kollegen:

- ← Krankenhausbetten
- ← Erreichbarkeit Mittelzentren

Finanzielle Möglichkeiten:

- ← BIP pro Einwohner \emptyset

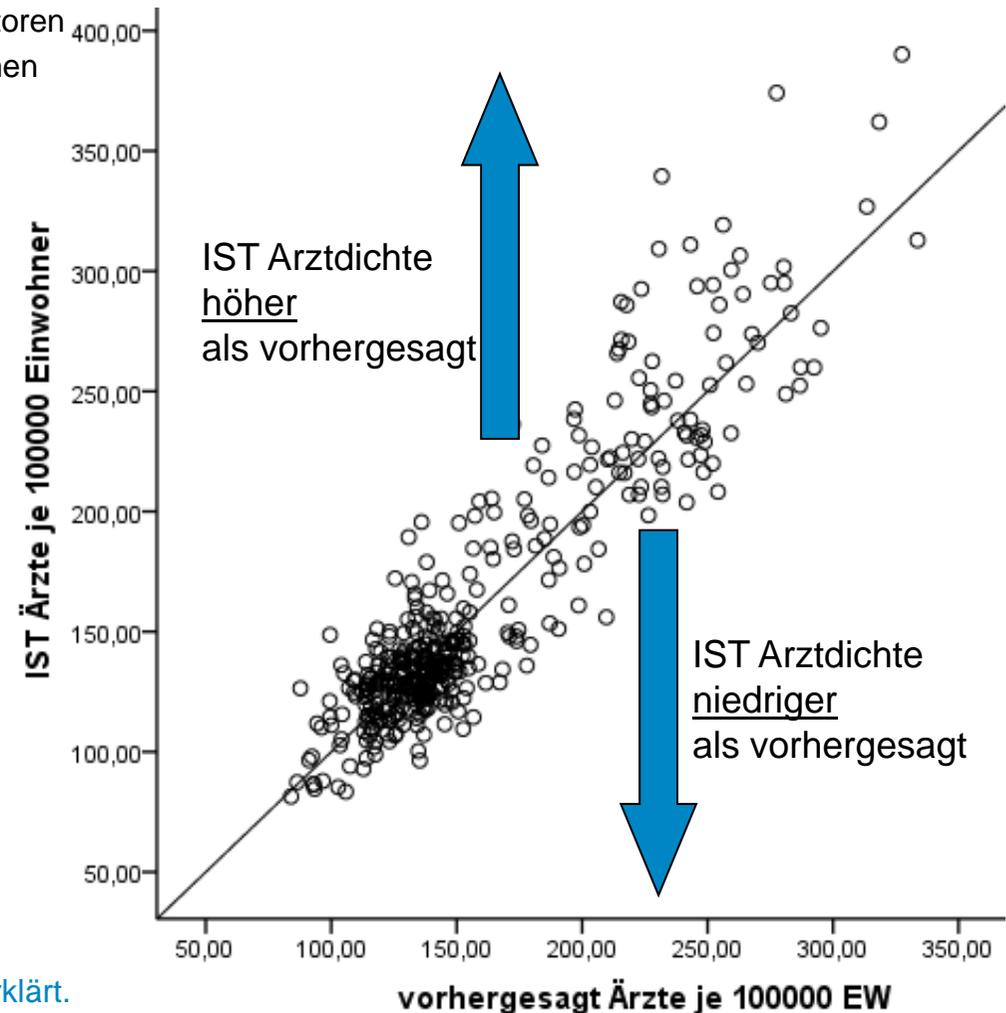
Arbeitsbedingungen z.B. Soz. dem. d. Patienten:

- ← Anteil der 25-30 Jährigen \emptyset

Lebensqualität:

- ← Anteil Erholungsfläche
- ← Städtische Lage

- **85% der Unterschiede in der Arztdichte (R^2)** werden erklärt.
- Im \emptyset weichen die Vorhersagen um +/- 21 Ärzte je 100.000 EW von den tats. Werten ab (Range: -54 bis +108).
- Vorhergesagte Attraktivitätswerte reichen von 84-333 Ärzte je 100.000 EW (Med=143; \emptyset =165)



Klassifikation der Kreise nach ihrem Attraktivitätsfaktor

Vergleich zwischen tatsächlicher und erwarteter Attraktivität

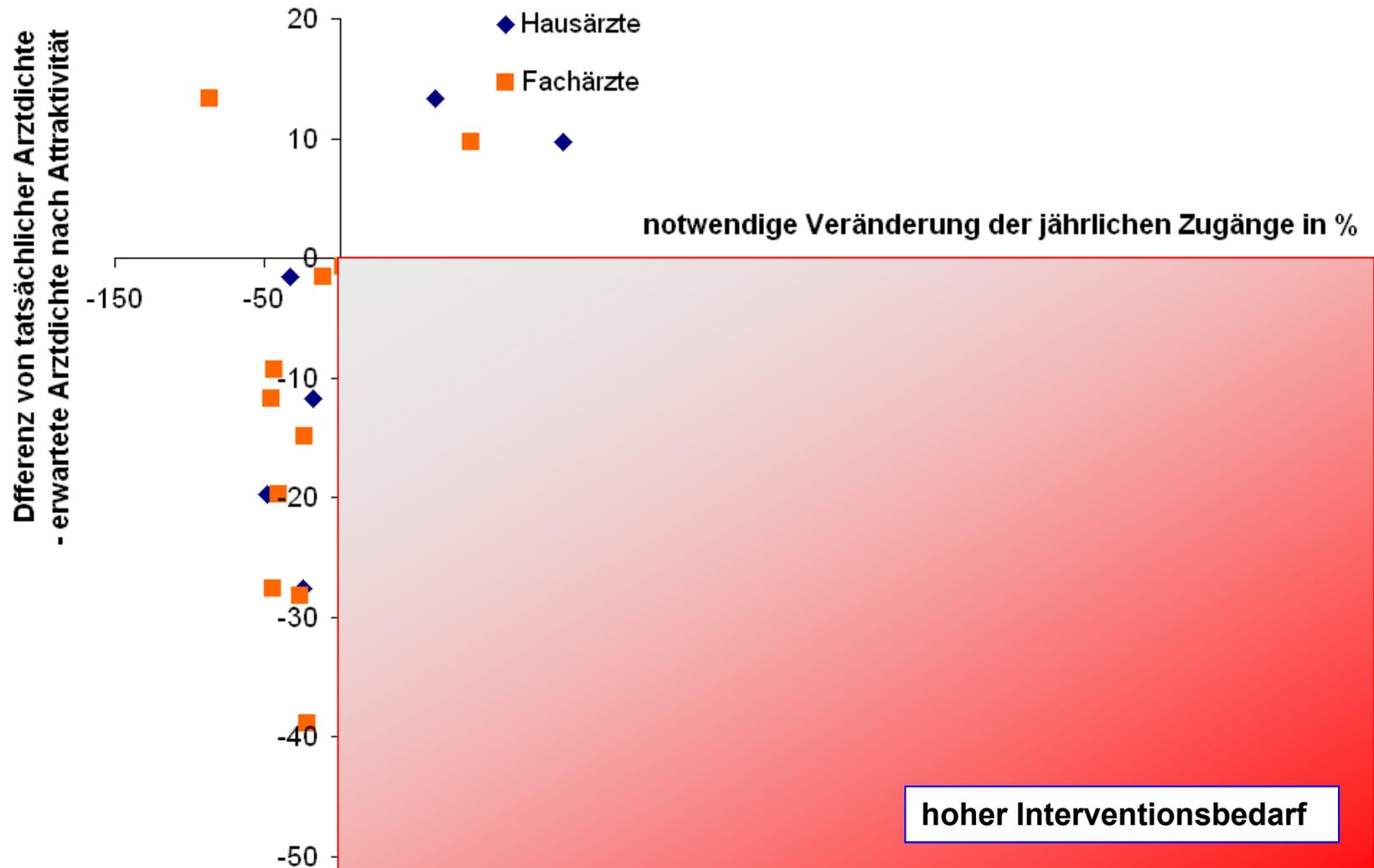
Attraktivität	erwartet		
	niedrig	mittel	hoch
beobachtet			
tatsächlich > erwartet			
tatsächlich = erwartet	<i>Handlungsbedarf prüfen</i>		
tatsächlich < erwartet			

Mögliche Kriterien

- Entwicklung des Versorgungsbedarfs und der daraus abzuleitenden Arztzahl
- Altersstruktur der Ärzte und bisheriger Nettozugang, Mitversorgungsfunktion durch andere Regionen

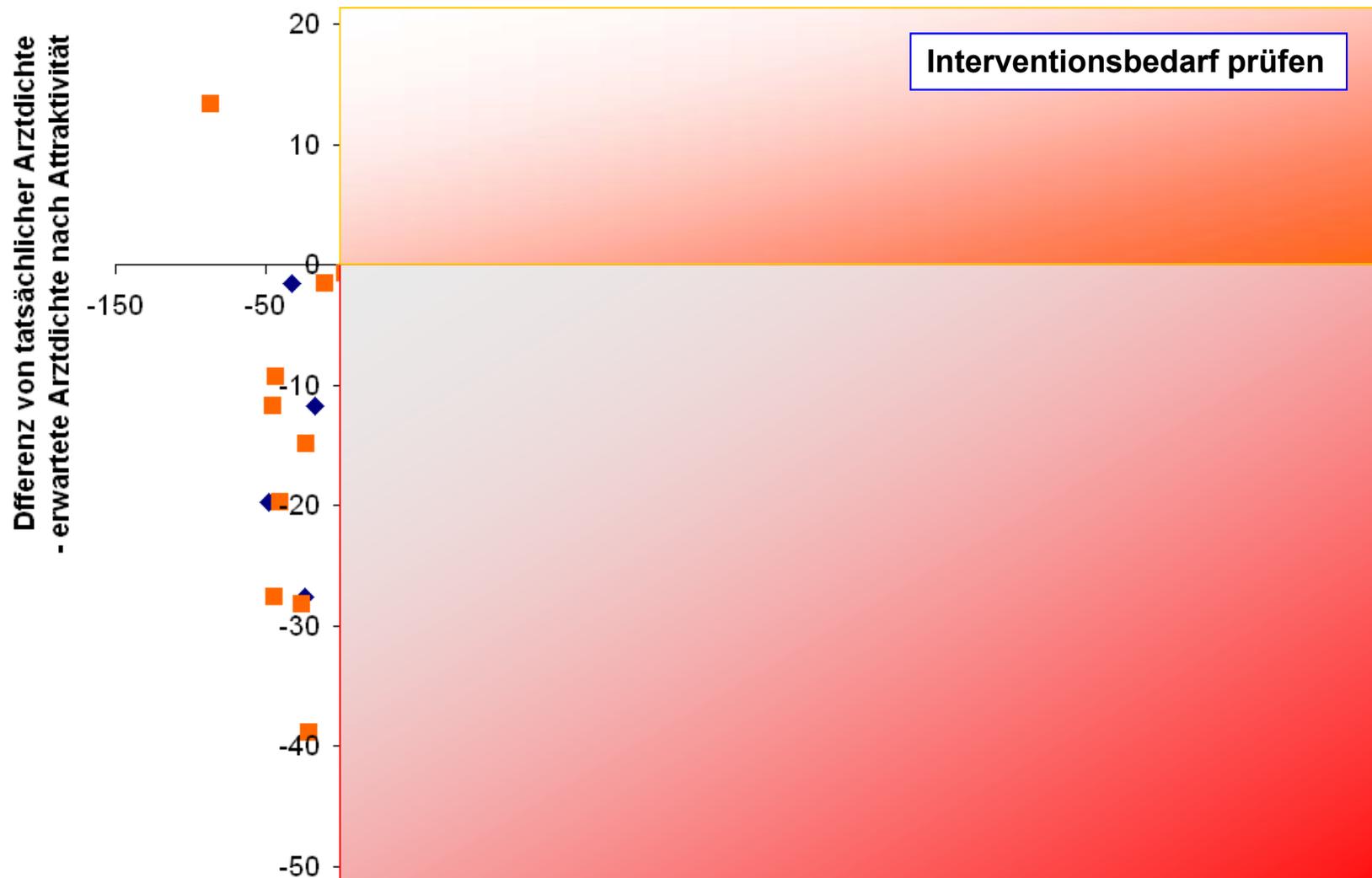
Indikatoren des Förderungsbedarfs von Standorten

Kreise nach **Attraktivität** und nach dem **notwendigen Zugang von Ärzten** zur Deckung des demografisch bedingten Versorgungsbedarfs bis 2025



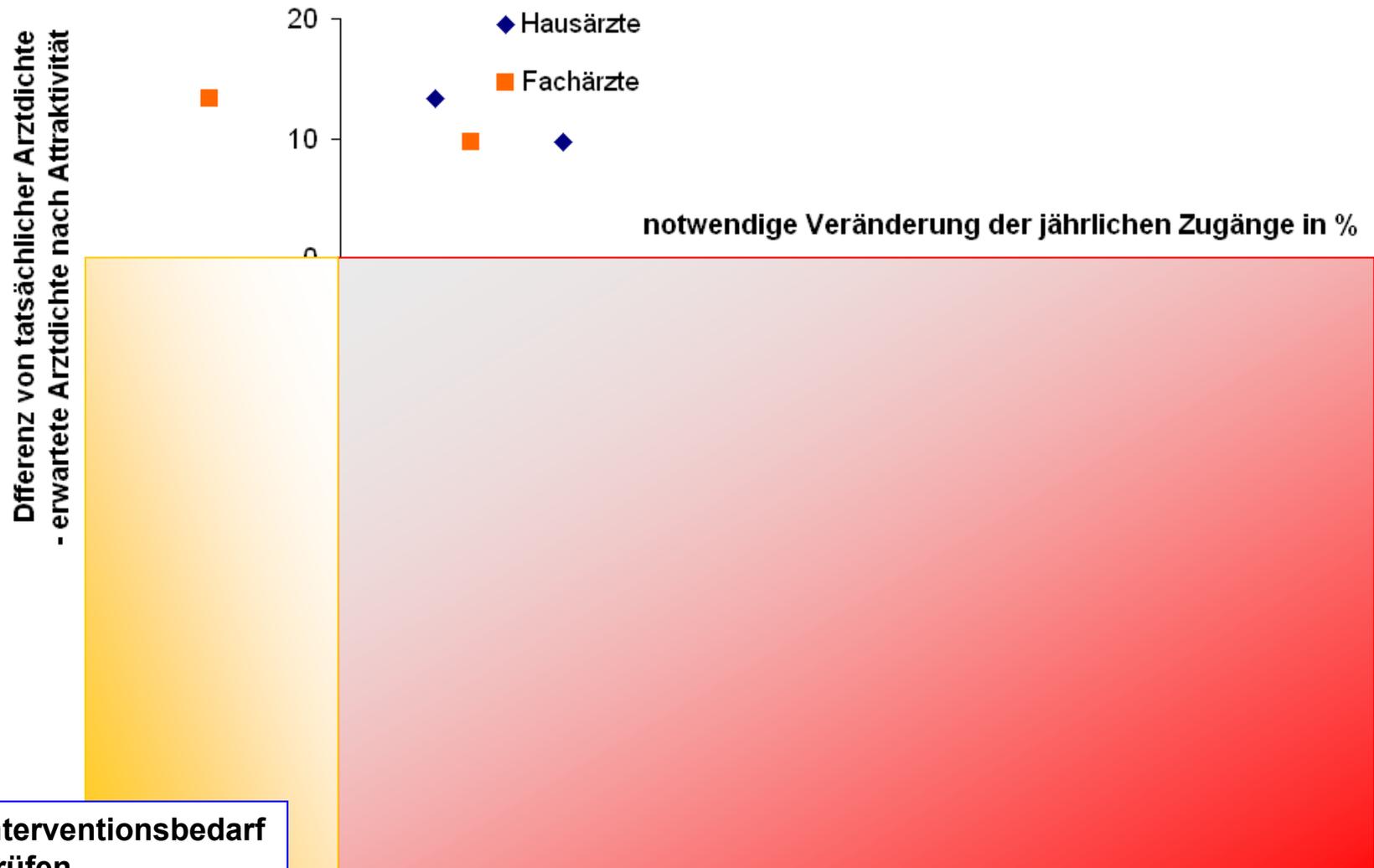
Indikatoren des Förderungsbedarfs von Standorten

Kreise nach **Attraktivität** und nach dem **notwendigen Zugang von Ärzten** zur Deckung des demografisch bedingten Versorgungsbedarfs bis 2025



Indikatoren des Förderungsbedarfs von Standorten

Kreise nach **Attraktivität** und nach dem **notwendigen Zugang von Ärzten** zur Deckung des demografisch bedingten Versorgungsbedarfs bis 2025



Interventionsbedarf prüfen

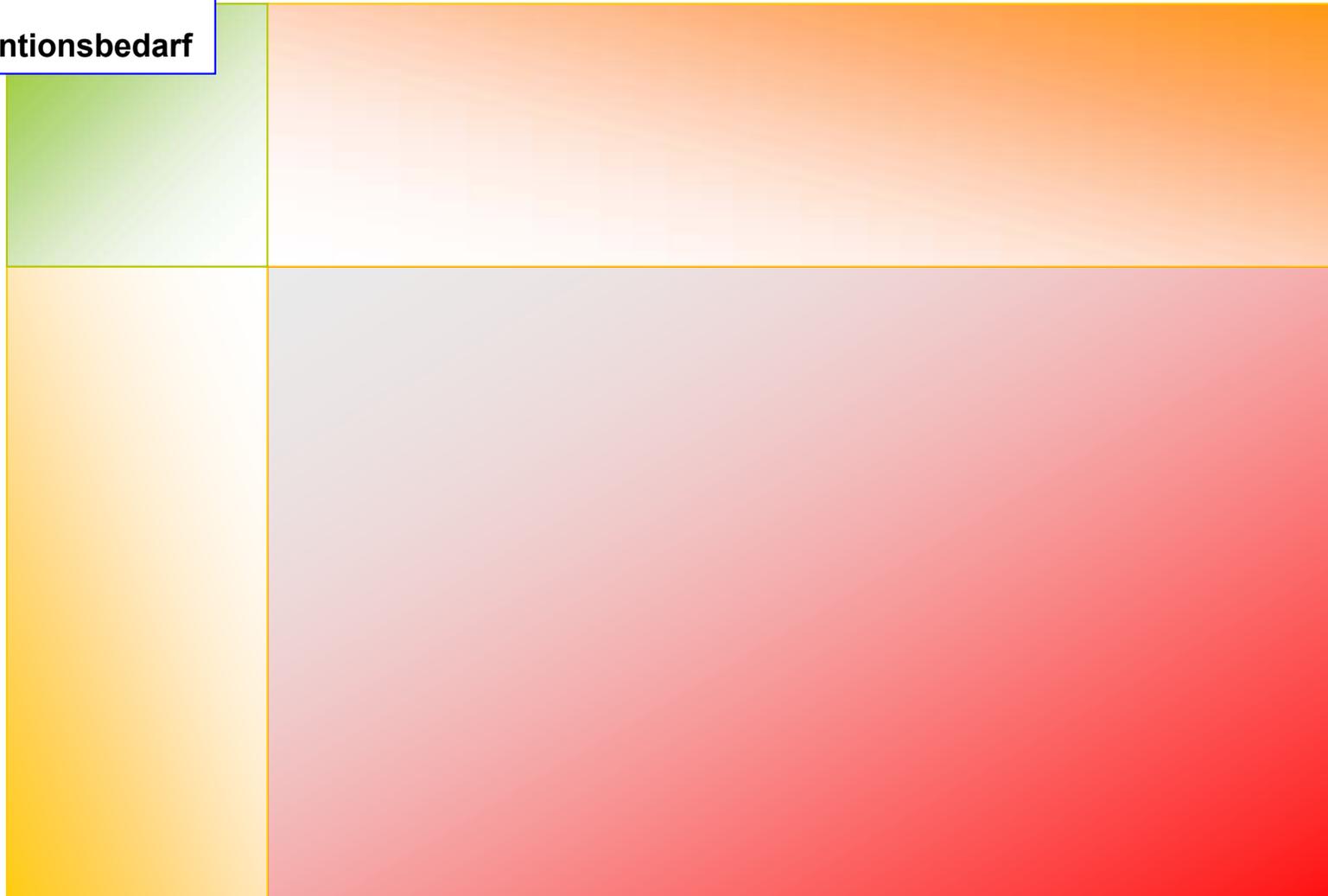


Indikatoren des Förderungsbedarfs von Standorten

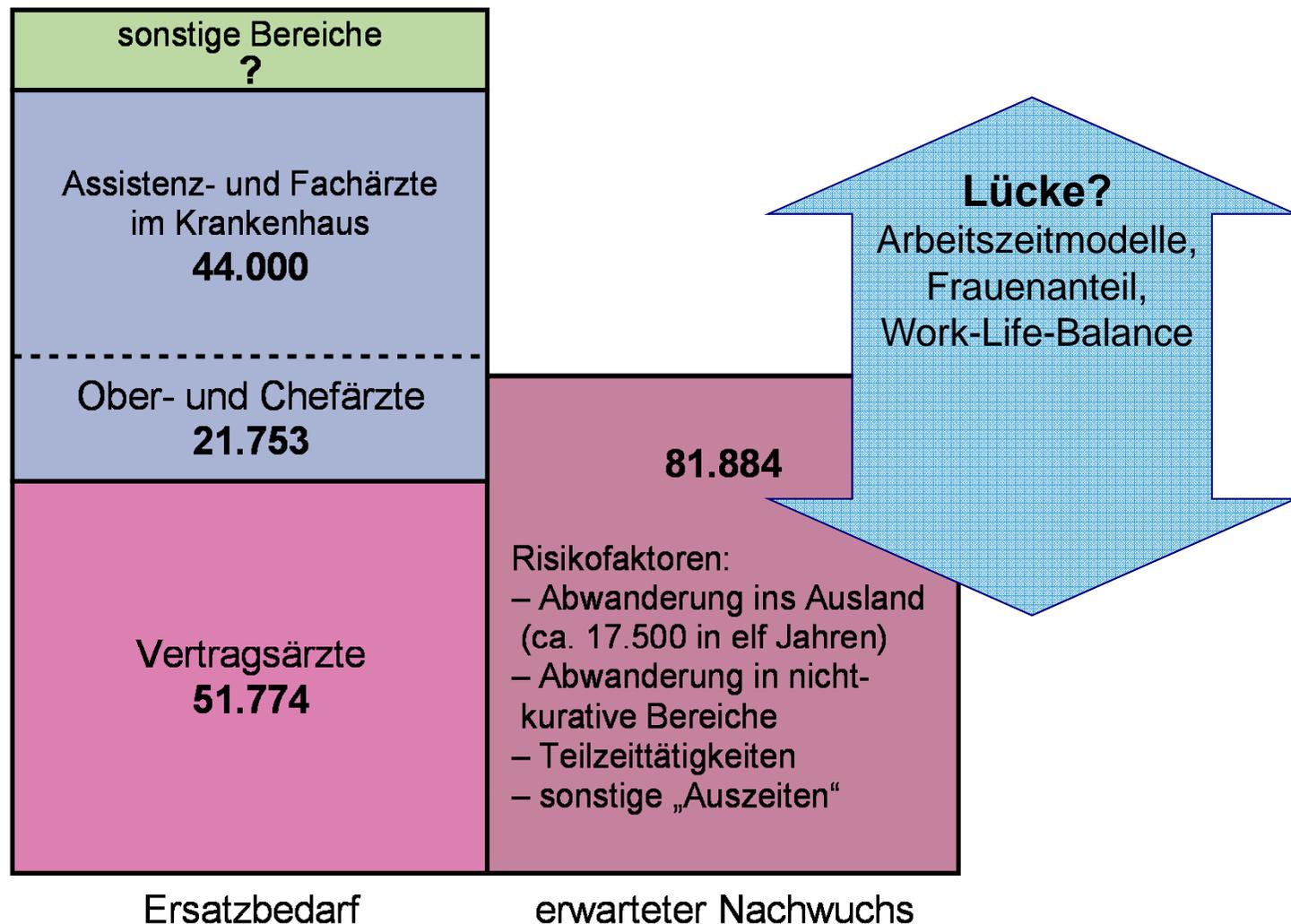
Kreise nach **Attraktivität** und nach dem **notwendigen Zugang von Ärzten** zur Deckung des demografisch bedingten Versorgungsbedarfs bis 2025

kein
Interventionsbedarf

Differenz von tatsächlicher Arztdichte
- erwartete Arztdichte nach Attraktivität

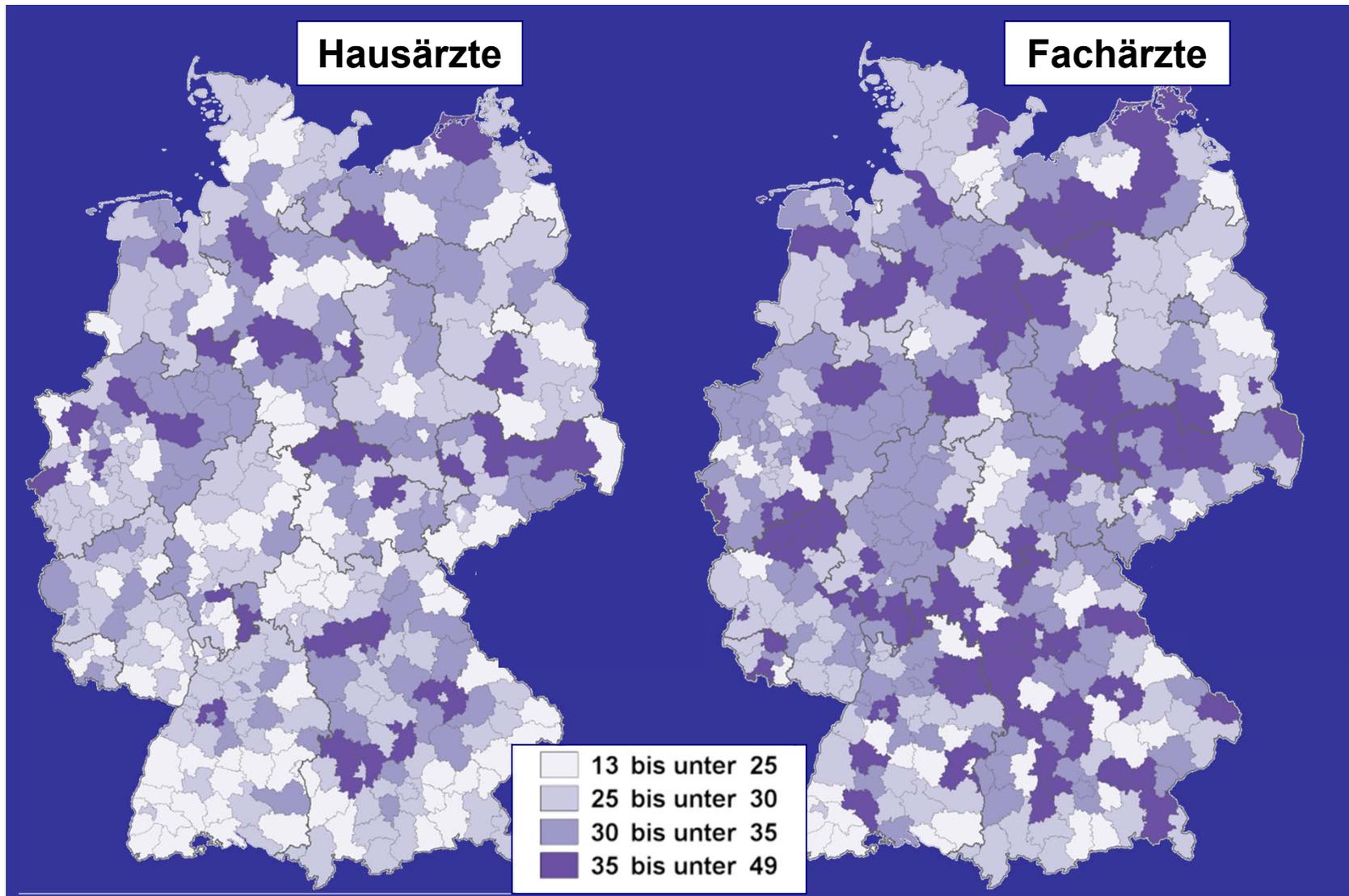


Ersatzbedarf und erwarteter Nachwuchs an (potenziell) kurativ tätigen Ärzten 2010 bis 2020



Regionale Altersstruktureffekte in der Ärzteschaft

Arztzahl 2025 in % von 2007, Austrittsalter 65, keine Wiederbesetzung



Dimension des „Ersatzbedarfs“ ermöglicht räumlichen Umbau der Versorgungsstrukturen ...

05.05.2010

Arztgruppen der Bedarfsplanung	bis 2025 auf prioritäre Standorte zu verteilende Ärzte in Prozent der Ärzte 2007	
	Thüringen	Westfalen-Lippe
Hausärzte	75	80
Anästhesisten	56	74
Augenärzte	69	72
Chirurgen	68	76
Frauenärzte	53	64
HNO-Ärzte	58	65
Hautärzte	58	66
Fachinternisten	75	78
Kinderärzte	56	56
Nervenärzte	64	78
Orthopäden	47	71
Psychotherapeuten	35	64
Radiologen	54	68
Urologen	88	81
Gesamt	65	73



05.05.2010

... und erfordert Priorisierung wichtiger Versorgungsstandorte

Dimension des Arztbedarfs

Beispiel Hausärzte

- in Thüringen und in Westfalen-Lippe werden in 2025 **mehr** Hausärzte benötigt als in 2007 verfügbar waren
- um den Mehr- und Ersatzbedarf bis 2025 zu decken, müsste die Anzahl jährlicher Neuzulassungen gegenüber 2008 deutlich **steigen**
 - in Westfalen-Lippe um **22 Prozent**
 - in Thüringen um **53 Prozent**
- de facto ist mit einer abnehmenden Anzahl an Neuzulassungen zu rechnen
- davon negativ betroffen sind insbesondere Abwanderungsregionen (ländliche oder wirtschaftlich schwache Regionen)

Wie groß ist die Lücke?

(bezogen auf die Arztzahl des Basisjahrs 2007)

Hausärztliche Versorgung

KV	demografiebedingte Veränderung des Versorgungsbedarfs (2025 zu 2007) in %	voraussichtlich verfügbarer Anteil der Hausärzte im Jahr 2025 bei einem Verzichtsalter von 65 Jahren in % (von 2007)	notwendige Veränderung der jährlichen Zugangszahl in % des bisherigen Zugangs (Referenz: Mittel 2006-2010)	Rang (Spalte 4)
1	2	3	4	5
BB	16,2	27,1	17,9	14
BaWü	15,4	25,3	76,4	1
SH	14,8	25,9	20,7	13
BY	14,7	28,6	43,7	9
B	14,3	24,0	0,9	17
RLP	12,1	26,1	75,3	2
H	11,4	26,7	60,9	3
N	11,1	29,3	59,3	4
No	9,6	29,6	43,8	7
HB	8,4	26,4	21,8	11
HH	7,8	29,0	11,7	15
WL	7,3	27,6	50,0	5
MV	6,3	29,2	21,5	12
SL	3,4	28,0	49,4	6
Th	3,4	29,2	43,8	8
SN	2,0	29,0	1,7	16
ST	-1,4	26,7	27,8	10
Gesamt	10,9	27,6	42,0	

Künftige Kapazitäten werden wesentlich durch Weiterbildung vor Ort bestimmt

Hausärztlicher Versorgungsbereich in Thüringen	
Arztzahl 2007	1507
Benötigte Arztzahl 2025	1561,3
Demografiebedingter Mehrbedarf bis 2025 in %	3,6%
Verfügbare Ärzte 2025 unter Berücksichtigung des Verzichtsalters	439 (ca. 29%)
Benötigte mittlere jährliche Zugangszahl bis 2025	62,1 Ärzte
Bisherige jährliche Zugangszahl (Mittelwert der Jahre 2006 bis 2010)	43,2 Ärzte (tendenziell zu positiv)
Mindestens notwendige Veränderung der durchschnittlichen Zugangszahl	43,8%
Ärzte in der ambulanten Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin 2010	58 Ärzte (ca. 20 – 25 p.a.)

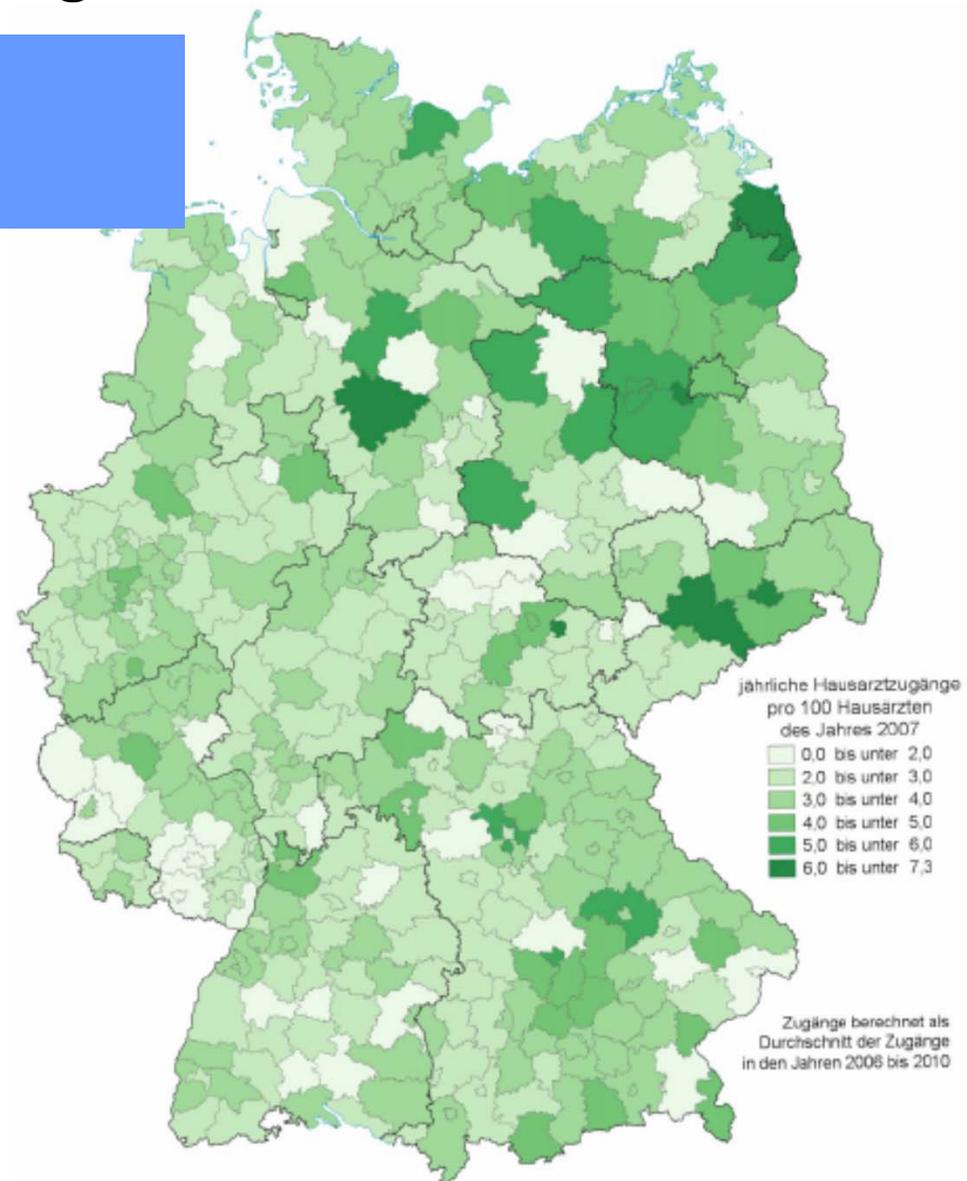
Fortbildungsprogramm müsste etwa **verdreifacht** werden

Quelle: eigene Berechnungen, Abrechnungsdaten der KV Thüringen 2007, BBSR 2009, BAR 31.12.2007
 Hinweis: KV-spezifische Inanspruchnahmeprofile, gemessen an den Arzt-Patientenkontakten über Alter, Geschlecht und Arztgruppe (2007) werden entsprechend Bevölkerungsvorausberechnung fortgeschrieben.



Hausärztliche Versorgung

Regionale Verteilung
der bisherigen Zugänge
(Mittelwert 2006 -2010)



Quellen: Eigene Berechnungen, Abrechnungsdaten der KVen 2007, BBSR 2009, BAR 2006 bis 2010



Wäre die Lücke perspektivisch zu schließen?

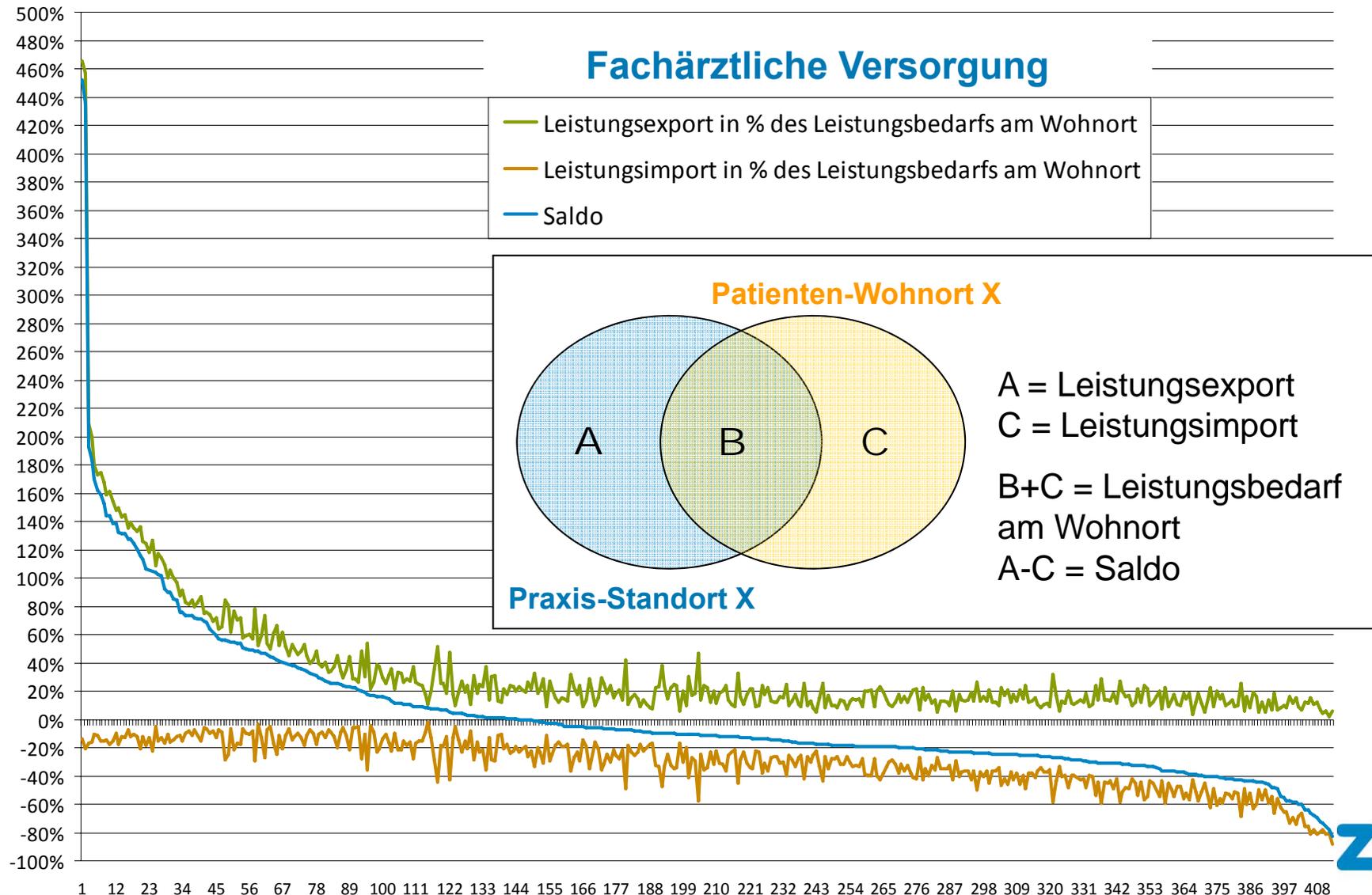
(Angaben bezogen auf die Arztzahl des Basisjahrs 2007)

Fachärztliche Versorgung

KV	demografiebedingte Veränderung des Versorgungsbedarfs (2025 zu 2007) in %	voraussichtlich verfügbarer Anteil der Fachärzte im Jahr 2025 bei einem Verzichtsalter von 65 Jahren in % (von 2007)	notwendige Veränderung der jährlichen Zugangszahl in % des bisherigen Zugangs (Referenz: Mittel 2006-2010)	Rang (Spalte 4)
B	7,7	32,2	-25,9	13
Bawue	7,3	25,3	4,2	2
BY	6,8	27,9	-20,5	10
H	5,1	32,0	-23,9	12
BB	4,9	27,9	-28,5	14
RLP	4,8	31,9	-18,5	8
SH	4,6	28,4	-13,2	7
HH	4,0	26,5	-20,4	9
HB	3,7	24,7	-8,9	5
N	3,2	32,2	23,3	1
No	1,8	31,1	-7,7	4
WL	-0,4	30,5	-10,0	6
SL	-3,9	31,7	-23,7	11
MV	-4,3	32,8	-3,0	3
SN	-6,2	34,4	-42,4	16
Th	-6,9	30,9	-33,2	15
ST	-9,4	33,9	-43,3	17
Gesamt	3,0	30,0	-15,7	

Regionale Unterschiede der Arztdichte

– Bedeutung der Mitversorgungsfunktion auf Kreisebene



Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

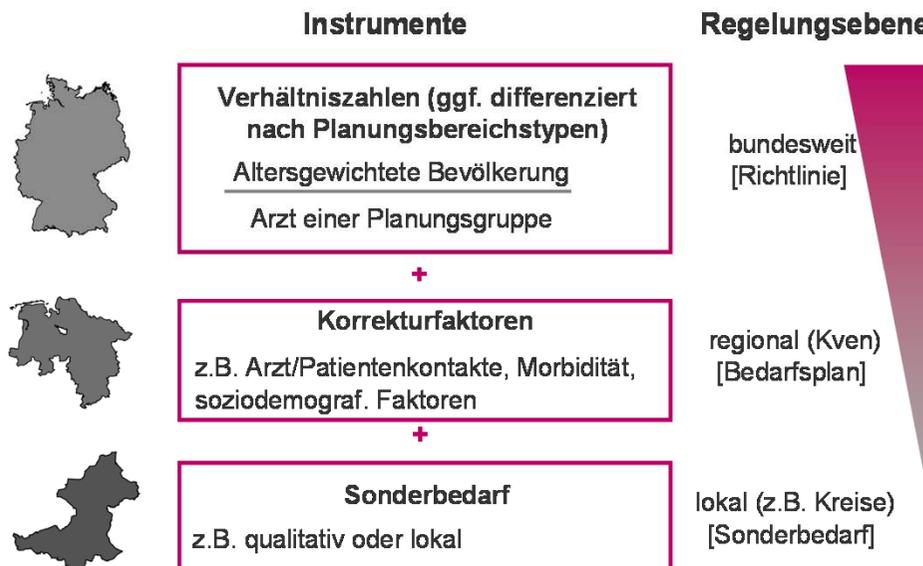
Mögliche Maßnahmen (Bedarfsplanung)

- Neuordnung der Planungsbereiche und Berechnung der Verhältniszahlen

Reform Bedarfsplanung • Modellrechnungen und Hausärztliche Versorgung • 13.01.2012 S. 15

KBV

In der zukünftigen Systematik der Bedarfsplanung werden prinzipiell drei Steuerungsebenen unterschieden



Eckpunkte der neuen Versorgungsplanung

Hausärztliche Versorgung

- Hausärzte
- Ein Raumtyp → Gemeindeverbände
- Eine Verhältniszahl
- Lokale Korrekturfaktoren (insb. Demographie und ggf. weitere Faktoren)
- Strukturelle Mindestbedingung → Gemeindeverband muss mind. 3.000 Einwohner (alternativ: 5.000 Einwohner) aufweisen
- Untergliederung von Städten → Bezirke (ggf. Korrekturfaktoren bei lokal abgefragten Einwohnerzahlen einsetzen, um aml. Bevölkerungsstand zu erreichen).



Fachärztliche/Psychotherapeutische Versorgung

A) Wohnortnahe Versorgung

- z. B. Augenärzte und Psychotherapeuten
- Vier Raumtypen → Kreise bzw. deren Teilräume
- Vier Verhältniszahlen
- Lokale Korrekturfaktoren (insb. Demographie und ggf. weitere Faktoren)
- Untergliederung von Kreisen, die von Mitversorgereffekten profitieren → Pendlerkonzept
- Untergliederung von Städten → Bezirke



B) Sonderbereich I fachärztliche Versorgung

- z. B. Radiologen
- Ein Raumtyp → Raumordnungsregionen
- Eine Verhältniszahl
- Lokale Korrekturfaktoren (insb. Demographie und ggf. weitere Faktoren)



C) Sonderbereich II fachärztliche Versorgung

- z. B. Auftrag nehmende Ärzte
- Ein Raumtyp → KV Regionen
- Eine Verhältniszahl (Korrekturfaktoren Mitversorgung und ggf. weitere Faktoren)



Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Mögliche Maßnahmen (Ergänzung der Bedarfsplanung)

- **Vorausschauende Demografiekomponente**
künftige Bevölkerungsentwicklung (Planungshorizont 10 – 15 Jahre) zur Vermeidung von Fehlentwicklungen; Ausscheiden von Praxisinhabern modifiziert Unter- und Überversorgungslage
- **Mitversorgungsfunktionen bewerten**
insbesondere für fachärztliche Versorgung bestehen z.T. hohe Mitversorgungsfunktionen, die unter Effizienzgründen, Sicherstellungs- und Erreichbarkeitsaspekten zu bewerten sind.
- **Priorisierung von Standorten**
Sofern nicht alle Sitze besetzt werden können, müssen prioritäre Regionen definiert werden, wo je zusätzlichem Arzt die höchsten Beiträge zur Bedarfsdeckung geleistet werden
- **Fördermaßnahmen und unterstützende Strukturen planen**

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Weitere Maßnahmen (Gestaltung/Förderung)

- **Entlastende Strukturen**
Förderung von Zweigpraxen, Leistungsdelegation & mobile Praxisassistenten, Eigeneinrichtungen, Notdienst-Reorganisation, Bildung von Versorgungszentren (HA, FA, Krankenhaus), Patienten-Fahrdienste, Aufhebung der Residenzpflicht
- **Finanzielle Förderung**
Kredite und Immobilien durch KVen/Gemeinden, Innovationsfonds (KVen und Krankenkassen), Punktwertaufschläge und Mengenkontingente (§ 87a Abs. 2 und 3 SGB V), Honorarverteilung (§ 87b SGB V).
- **Koordination/Förderung von Weiterbildungsmöglichkeiten**
Förderung von Lehrstühlen und Weiterbildungsprogrammen; Förderung der Fortbildung Allgemeinmedizin, Stipendien, Weiterbildungsassistenten.

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

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

