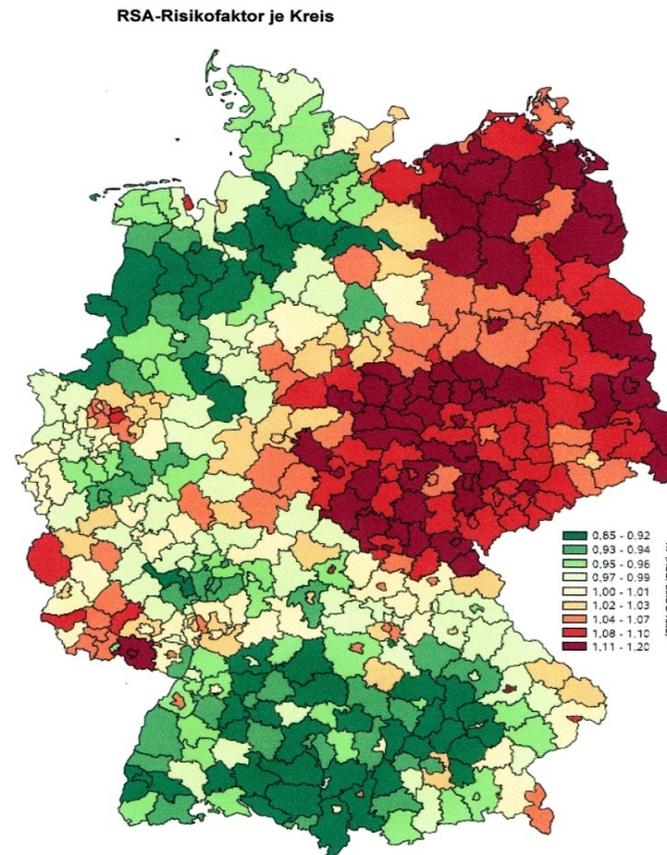


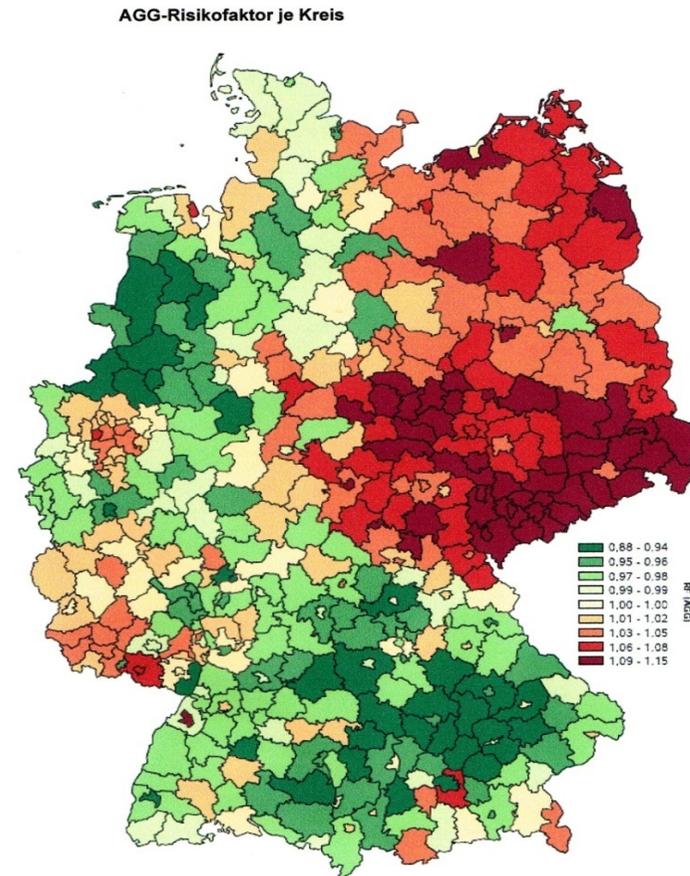
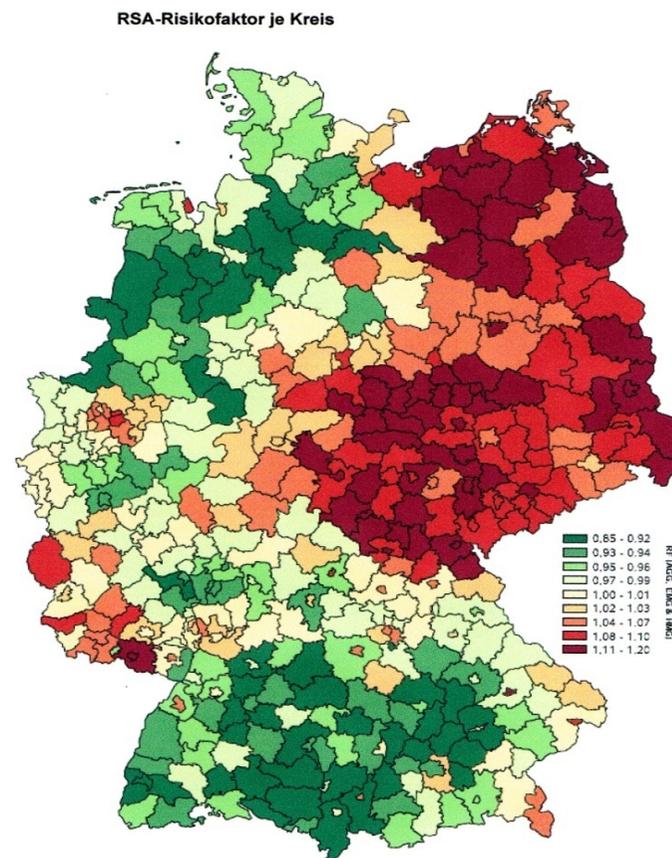
Maßnahmen zur Sicherstellung einer wohnortnahen,
flächendeckenden medizinischen Versorgung im
ambulanten ärztlichen Bereich- aus Länderperspektive

Dr. Matthias Gruhl
Amtsleiter Gesundheit
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Freie und Hansestadt Hamburg

Wir wissen ob regionaler Unterschiede



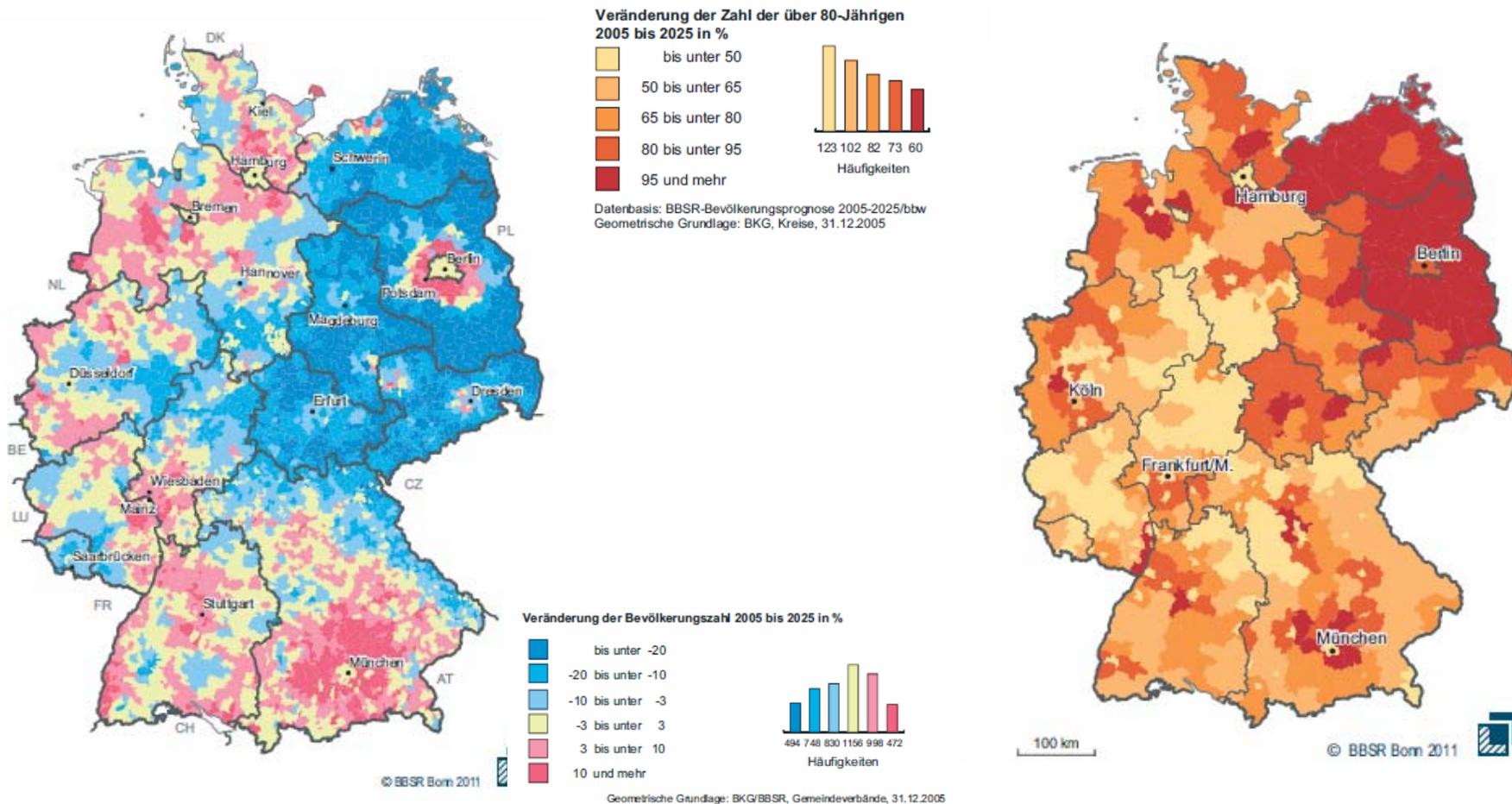
und haben auch Erklärungen...



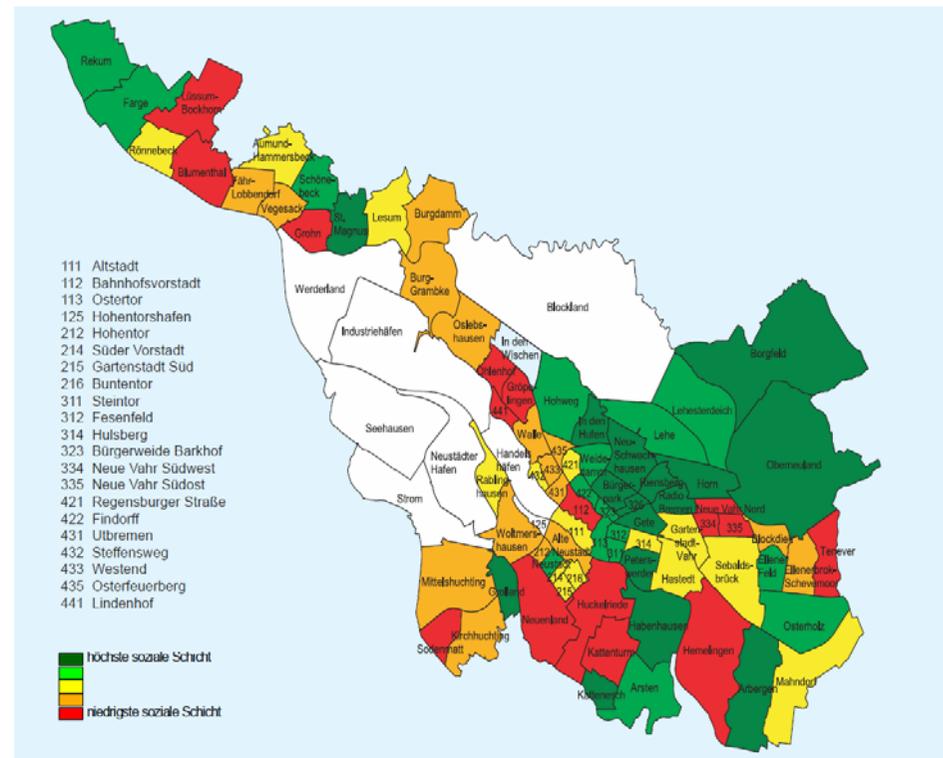
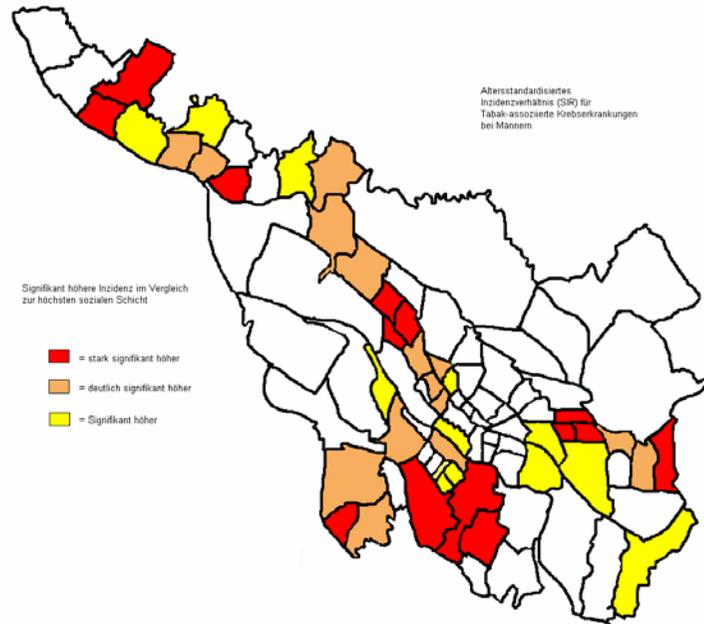
die auch in der Zukunft noch gelten...

Bevölkerungsentwicklung

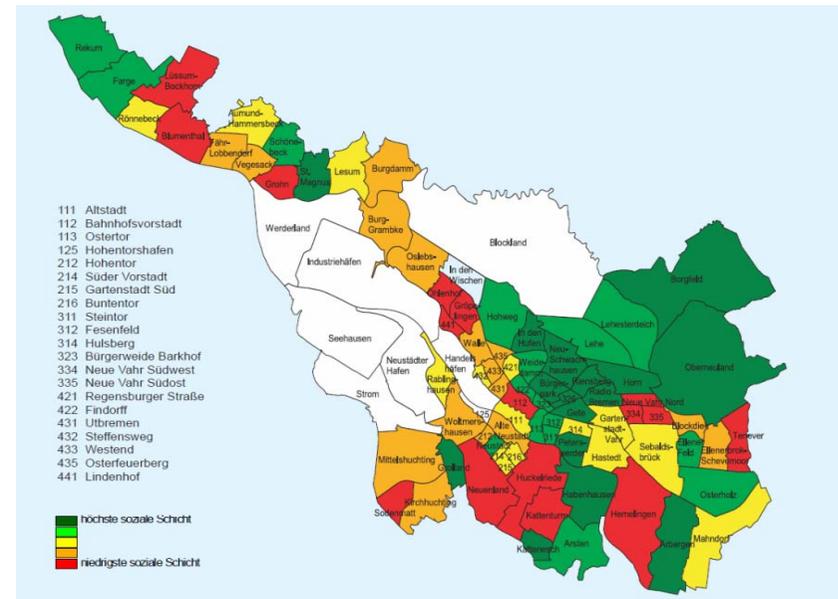
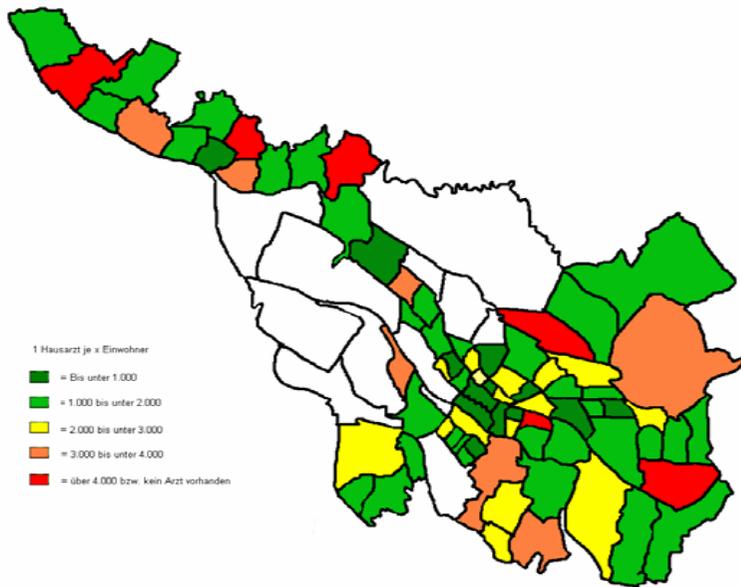
Hochbetagte



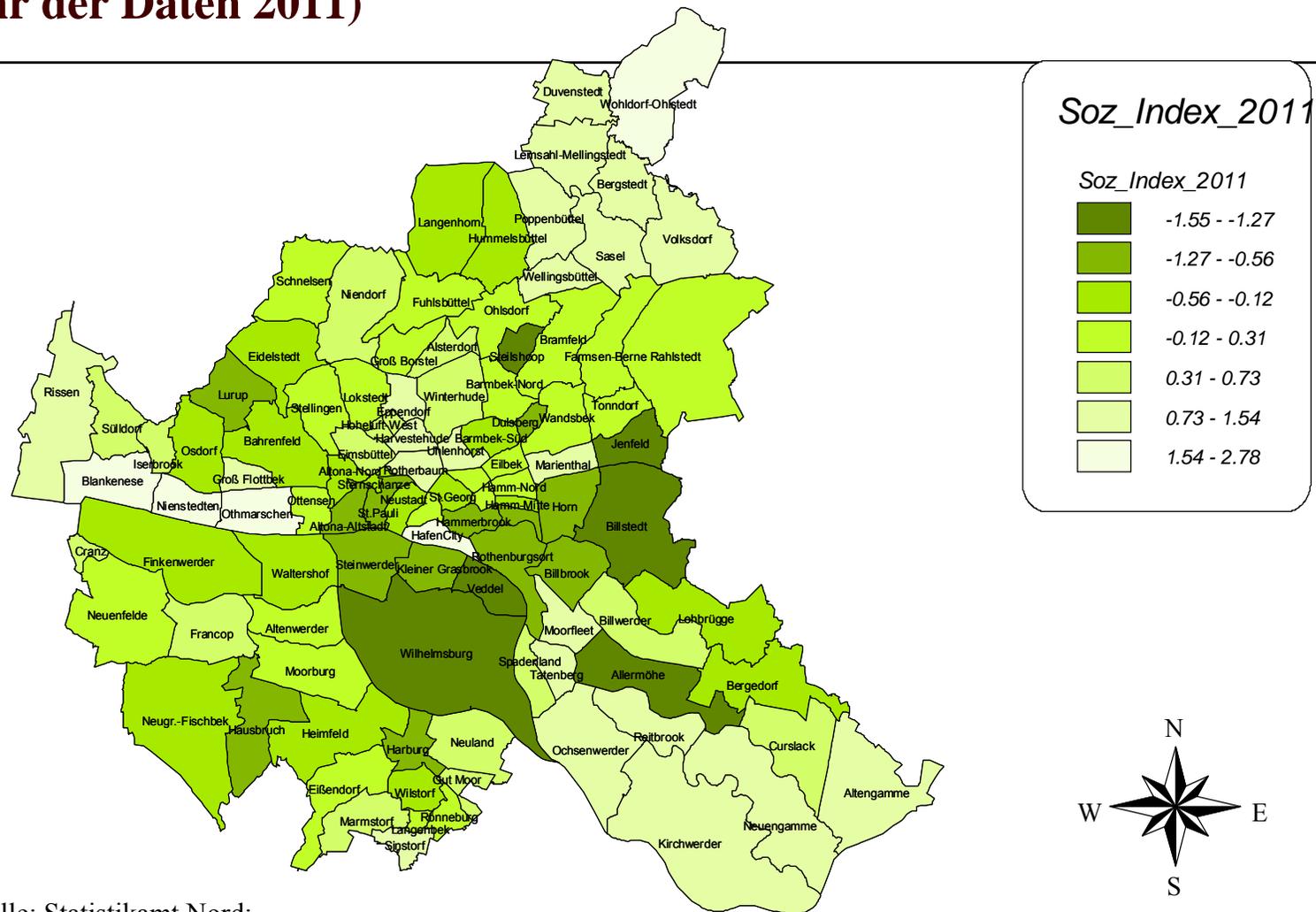
auch kleinräumig



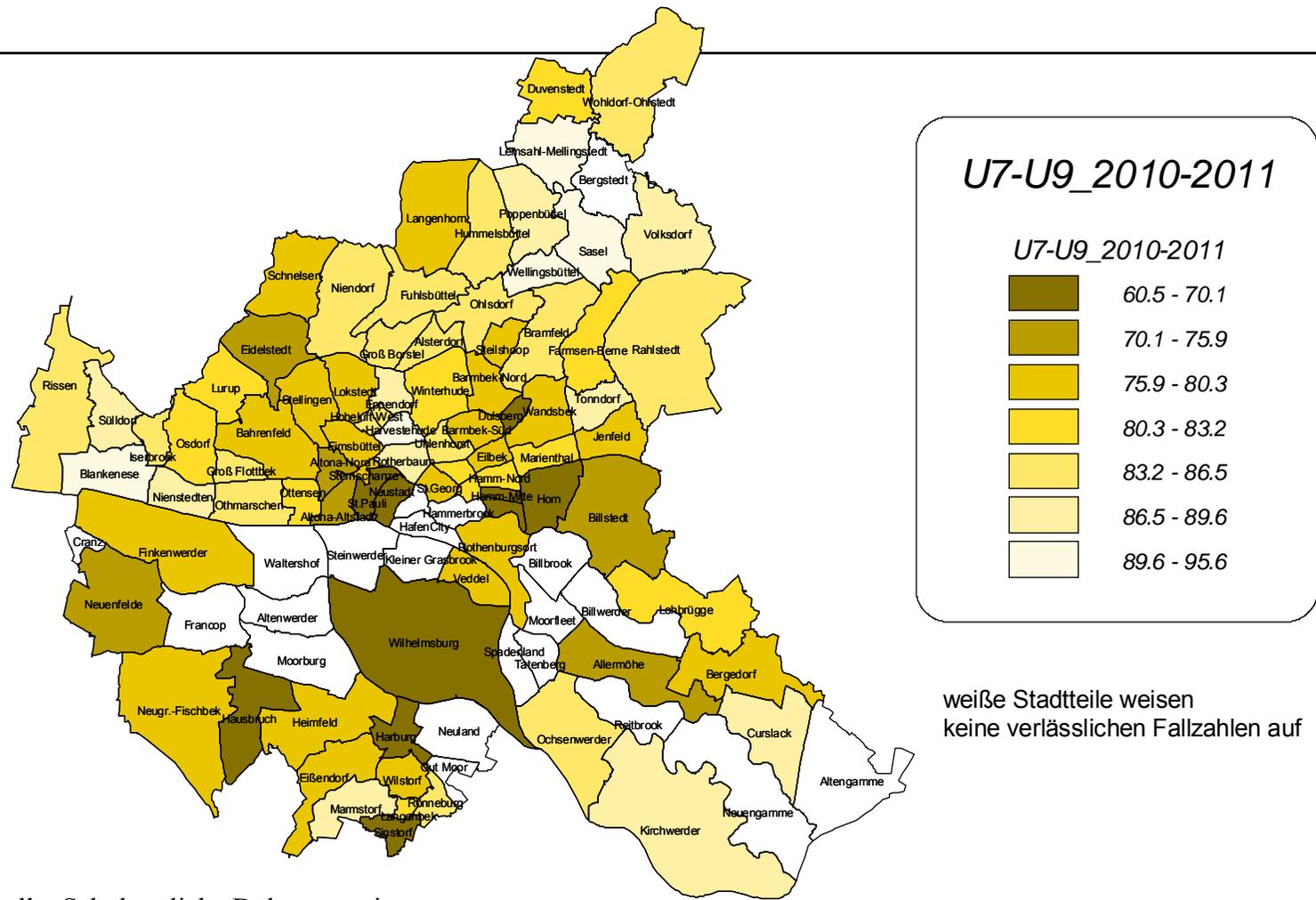
und auch zur Versorgung...



Soziale Lage der Hamburger Stadtteile gemäß gebildetem Sozialindex (Bezugsjahr der Daten 2011)



Inanspruchnahme U7bis U9 (zusammengefasst) in Hamburger Stadtteilen; Untersuchungsjahre 2010-2011





11 bis 15-jährige Kinder und Jugendliche (HBSC-Befragung)

Kernaussagen Soziale Lage und Gesundheit

- ▶ **Kinder und Jugendliche mit geringerem Familienwohlstand haben einen schlechteren Gesundheitszustand und schildern häufiger im letzten halben Jahr vor der Befragung von Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen betroffen gewesen zu sein als diejenigen mit höherem Familienwohlstand.**
- ▶ **Kinder und Jugendliche mit einem niedrigerem Familienwohlstand haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, psychische Auffälligkeiten zu zeigen als Kinder und Jugendliche mit höherem Familienwohlstand.**
- ▶ **Kinder und Jugendliche mit einem niedrigerem Familienwohlstand sind weniger körperlich aktiv, ernähren sich schlechter, gucken häufiger länger Fernsehen und spielen – insbesondere die Jungen – häufiger sowie länger am Computer.**



Wir wissen:

- Gesundheit wird zu 95 % regional und kleinräumig abgefragt und ist insofern dort sicher vorzuhalten
- Gesundheit ist ungleich verteilt
- Gesundheitsversorgung organisiert sich nicht (nur) an den gesundheitlichen Notwendigkeiten



Wir vermuten...

- soziale Gründe
- demographische Gründe
- ungleiche Versorgung
- fachfremde Gründe....

...aber eigentlich wissen wir sehr wenig über die
Gesundheit- und Krankheitslage unserer
Bevölkerung...



Andreas Köhler /KBV:

„Im Hinblick auf die Frage, wie gut die Bevölkerung einer Region insgesamt versorgt ist, tappen wir nach wie vor im Dunklen.“



Typology of forecasting models

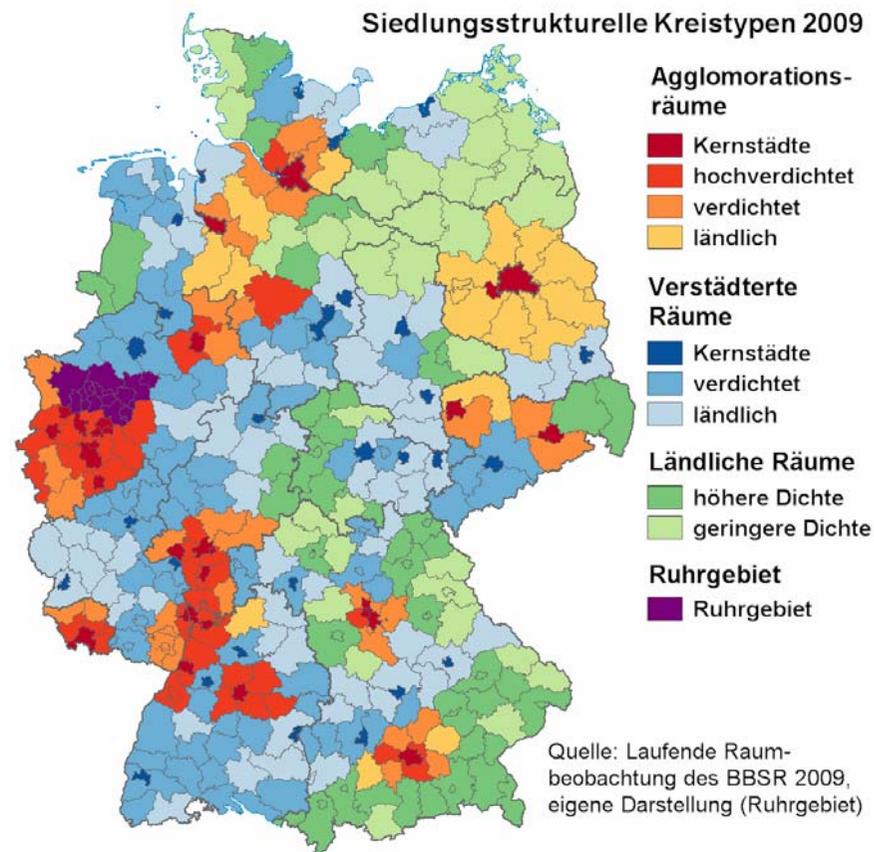
- ❑ The supply projection approach
- ❑ the demand –based approach
- ❑ the needs –based approach
- ❑ benchmarking



Zur Zeit: Ist = Soll

- Ambulant: 10 zu grobe raumordnungsspezifische Planungskategorien, historisch abgeleitet Ist Zahlen 1990 als Basis für Soll („supply“) (kleine Bereinigung durch Demografiefaktor)
- Stationär: bestenfalls „demand“-orientiert
- Sektorübergreifend : Fehlanzeige Planung für Pflege, andere Berufe: gibt ´s nicht!

Geltende Planungsbezirke





Was wir nicht wissen..

- Wie hoch ist die regionale Krankheitslast?
- Sind die vorhandenen Abrechnungsdaten für die Abbildung der Morbidität nutzbar?
- Wie kann ich regional unterschiedliche Datenklassifikationen zusammenführen?
- Wie entwickelt sich die Krankheitslast einer regionalen Bevölkerung im Planungszeitraum?
- Was kann und was muss Medizin und was Pflege machen?
- Wie viele ÄrztInnen /Pflege braucht das Land?
- Wie berücksichtige ich Qualität?



Bedarfsplanung- idealtypisch

1. Morbiditätslast feststellen
2. Projektion auf 15-20 Jahre (demographisch, sozial, Wanderungsbewegung)
3. Regionale Bezugsgrößen definieren
4. Notwendigen oder zumindest gegebenen Bedarf für die Behandlung der Morbiditäten definieren
5. Auf unterschiedliche therapeutische Berufe verteilen
6. Regionale berufsspezifische Bedarfe festlegen
7. Auf ambulant/stat/gemeinsam verteilen



Zentralisation versus Regionalität

- Verlagerung der Entscheidungsebenen aus der Region (Kassenfusionen, Kassenaufsicht tendiert zum BVA, SpiBu, Gesundheitsfond, GBA)
- Stärkere Versorgungsdisparitäten, Versorgungslücken, politische Verantwortung fällt auf Länder zurück
 - **Versorgungsstrukturgesetz als gemeinsame Initiative der Länder**



Versorgungsstrukturgesetz:

- Landesausschuss unterliegt Rechtsaufsicht plus mit Ersatzvornahme (wie GBA), Länder nehmen teil wie Patientenvertreter im GBA
- GBA: Mitberatungs- und Initiativrecht für Länder, 2 Sitze
- Sektorübergreifend: Option für landesgesetzliche Regelung eines neuen Gremiums mit empfehlenden Charakter
- Beanstandungs- und Initiativrecht für länderbezogene Selektivverträge
- Landesbevollmächtigte der Kassenarten
- Regionale Abweichungsmöglichkeiten von einer neuen Bedarfsplanungsrichtlinie mit Orientierung an Morbidität



Was wir brauchen....

...grundlegende Daten, Entwicklungen und Zusammenhänge
von

- Morbidität,
- Regionalität,
- Versorgungsbedarf und
- Versorgungsqualität

...wenn wir Gesundheitswesen ein Stück rationaler
gestalten wollen



Neue Aufgabe des GBA (§101 SGB V)

„Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.“



Fragestellungen

- Fachgruppenkonzepte
- Was zentral regeln, was regional ?
- Wie kann regional rechtssicher abgewichen werden?
- Was soll in die Planungsgrößen (Verhältniszahlen) berücksichtigt werden



Vorschlag zur Zuordnung der Planungsgruppen zu den Planungsbereichskategorien



* gemäß §101 SGB V

** Umfasst Biochemiker, Humangenetiker, Immunologen, Laborärzte, Mikrobiologen, Pathologen, Transfusionsmediziner

Planungsgruppen-Konzept (KBV-Modell) (im Grundsatz geeint)

Hausärztliche Versorgung

- Ein Raumtyp - Gemeindeverbände
- Eine Verhältniszahl
- Lokale Korrekturfaktoren (insb. Demographie und ggf. weitere Faktoren)
- Strukturelle Mindestbedingung - Gemeindeverband muss mind. 3.000 Einwohner aufweisen
- Untergliederung von Städten - Bezirke

Fachärztliche/Psychotherapeutische Versorgung A) Wohnortnahe Versorgung (z.B. Augenärzte)

- 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. Nuklearmediziner)

- Ein Raumtyp - KV Regionen
- Eine Verhältniszahl (Korrekturfaktoren Mitversorgung und ggf. weitere Faktoren)



zentral-regional

§ 99 Abs. 1 Satz 2 (neu) SGB V

„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere **der regionalen Demographie und Morbidität**, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den zuständigen Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“



zentral -regional

- Abweichungen sind möglich, müssen aber „erforderlich“ sein
- Sie müssen insofern abgesichert ausgestaltet werden
- Sie müssen insofern einer gerichtlichen Überprüfung standhalten
- Der GBA will deshalb optionale Modelle ausformulieren und den Ländern zur Verfügung stellen



Verhältniszahl: X / Einwohner

- Ist Arztzahl 1990 oder 2010
- Ist Arztzahl 1990 plus Demografiefaktor
- Ist Arztzahl Plus Demografiefaktor plus Morbidität
- Ist Arztzahl plus Demografiefaktor plus Morbidität plus soziale Lage
- Ist Arztzahl plus Arzt-Patienten-Kontakte (Inanspruchnahmefaktoren)

Verhältniszahl-Konzept der KBV

- Vergleich der überzähligen Ärzte/Psychotherapeuten und der Zulassungsmöglichkeiten auf Basis der Verhältniszahlen 1990 + Demografie vs. 2010 (Planung der Gruppen auf entsprechender regionaler Ebene, VSG 110%; Aufrunden)

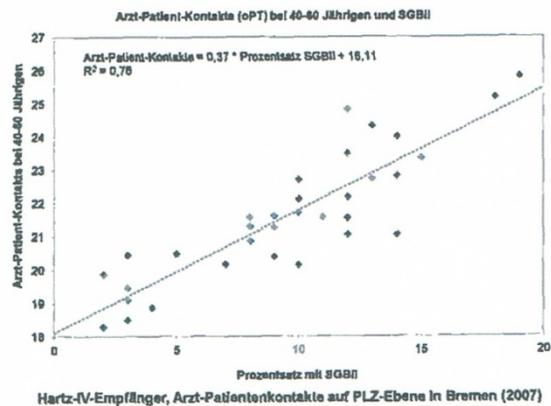
	Planungsgruppe	Hausärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fachinternisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherap.	Radiologen	Urologen
1990+D	Überzähl.	2.211	858	321	1.104	1.216	453	468	3.300	844	806	731	7.212	589	205
	Zulas.mgl.	8.785	83	875	192	470	324	355	0	329	447	484	1.149	64	378
2010	Überzähl.	1.898	248	249	283	326	148	186	306	225	266	298	2.579	157	85
	Zulas.mgl.	9.624	589	1.067	968	1.606	847	816	1.188	1.091	1.022	1.127	4.978	469	662
ALT	Überzähl.	725	669	323	1.144	769	383	397	3.377	709	514	608	6.460	506	253
	Zulas.mgl.	2.026	12	93	4	19	41	35	0	28	29	7	486	2	1

Arzt-Patientenkontakte als guter Indikator für Bedarfsermittlung

Korrelation zwischen Merkmalen der Sozialstruktur und Inanspruchnahme ambulanter Versorgung

Beispiele für weitere Bedarfsindikatoren aus einer ZI-Studie für Bremen

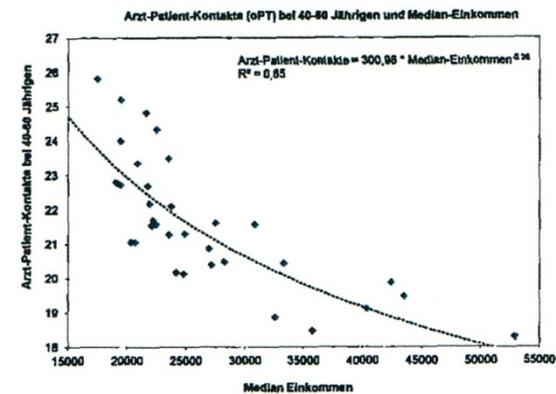
Je höher der Anteil an Hartz-IV-Empfängern desto höher die durchschnittliche Anzahl an Arzt-Patientenkontakten



Korrelation zwischen Merkmalen der Sozialstruktur und Inanspruchnahme ambulanter Versorgung

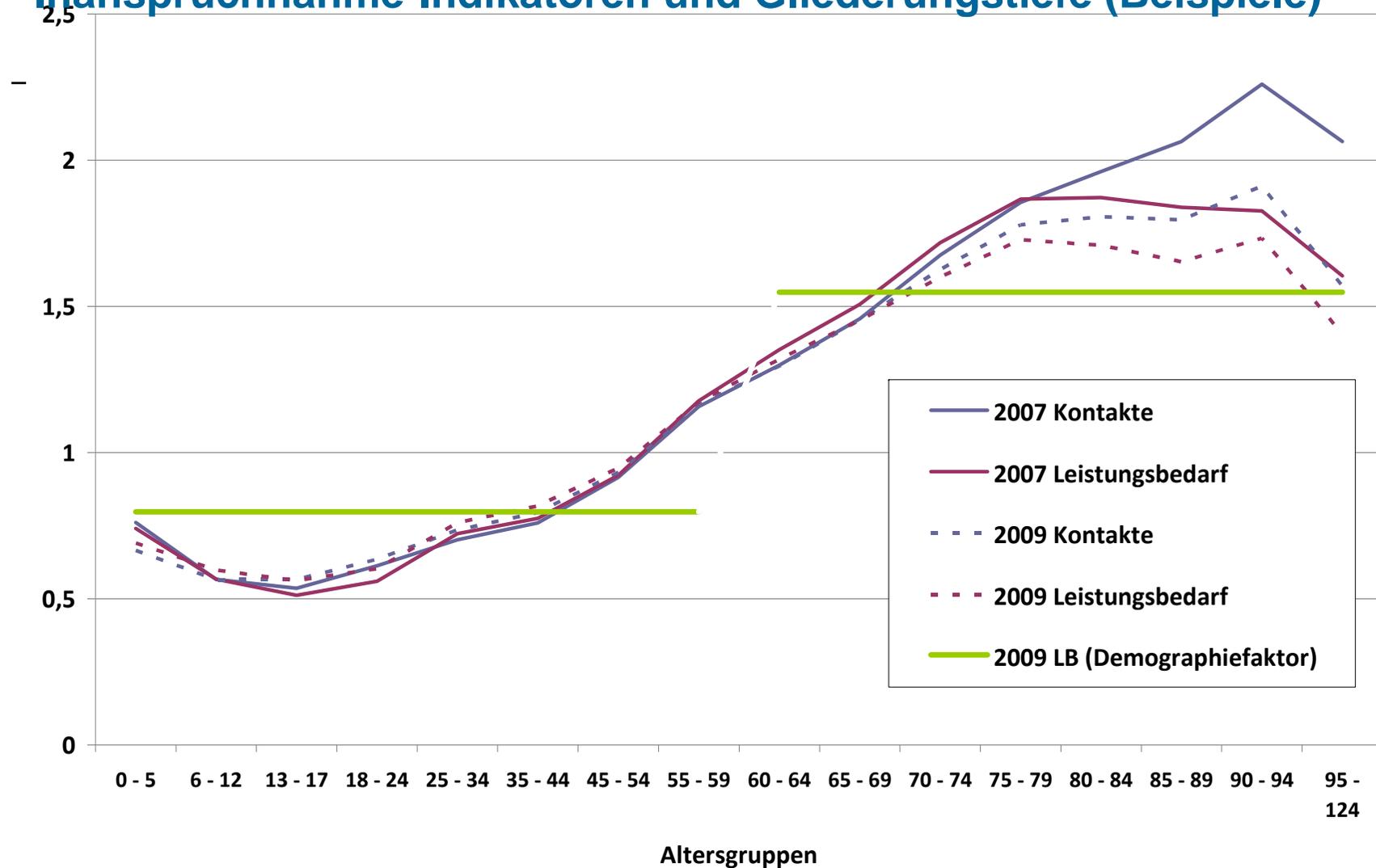
Beispiele für weitere Bedarfsindikatoren aus einer ZI-Studie für Bremen

Je niedriger das durchschnittliche Haushaltseinkommen, desto höher die durchschnittliche Anzahl der Arzt-Patientenkontakte je PLZ-Bereich



Wie kann die demografische Entwicklung berücksichtigt werden?

Inanspruchnahme-Indikatoren und Gliederungstiefe (Beispiele)

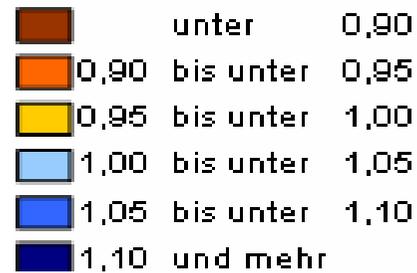
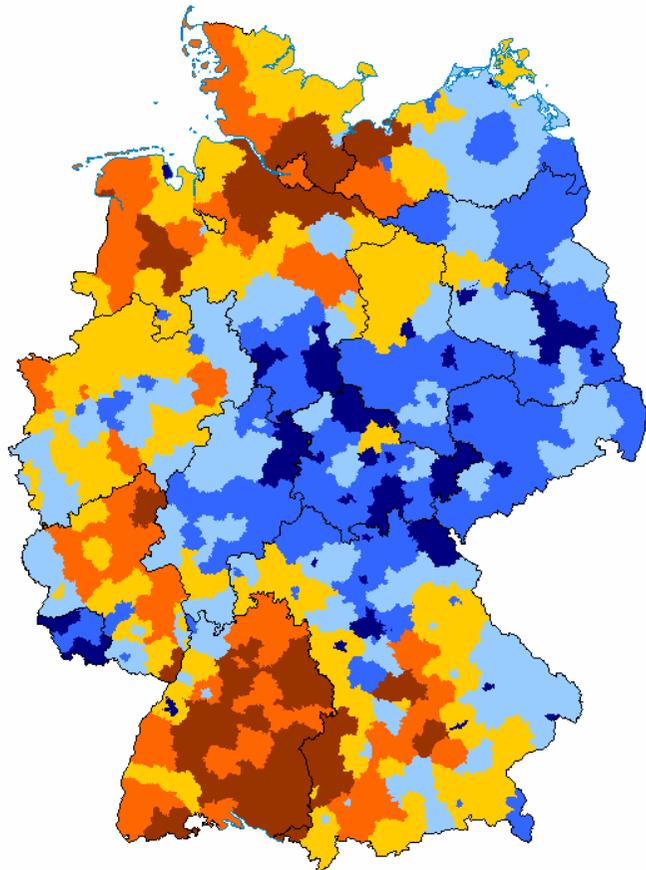


Effekte der Gewichtung der Bevölkerung nach standardisierten Arzt-Patienten-Kontakten

Kreistyp	Zulassungsmöglichkeiten bis 110%		Aufkaufmöglichkeiten bis 110%	
	VHZ nach APK Gewichtung - Bedarfsplanung Status Quo		VHZ nach APK Gewichtung - Bedarfsplanung Status Quo	
	Hausärzte	Fachärzte	Hausärzte	Fachärzte
1	-145	-163	670	8715
2	628	509	-73	-842
3	229	675	-19	-793
4	112	477	0	-378
5	-34	-170	150	2538
6	-8	1043	131	-1692
7	15	1495	60	-1301
8	-231	442	260	-526
9	-181	665	81	-671
10	661	128	-148	-420
Bund	1046	5101	1113	4629

Bedarfsindikator Morbidität je Fachgruppe und Region

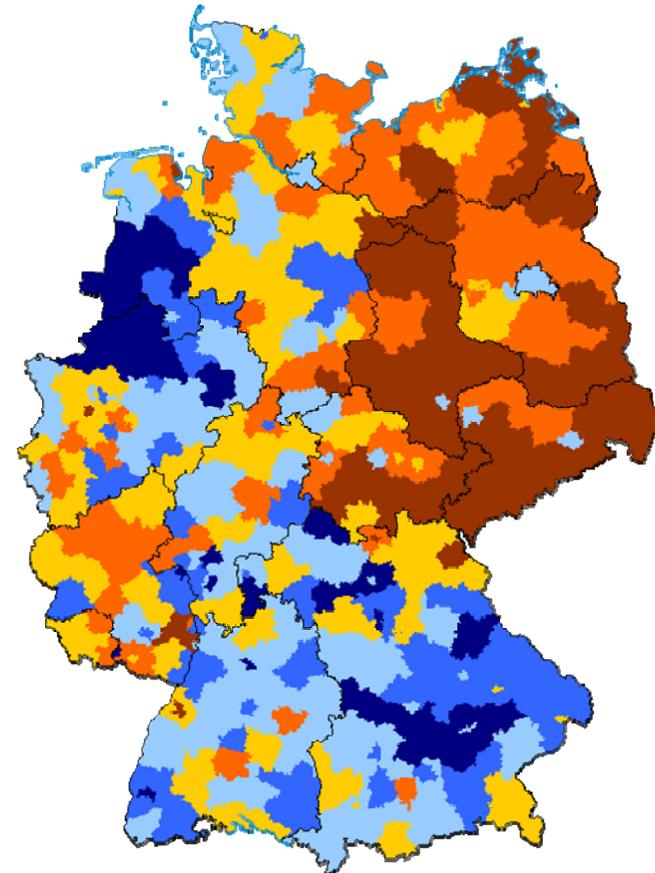
Hausärzte



Interpretation:

Wert 1,10: Bevölkerung wird aufgrund ihrer Bedarfsstruktur mit dem Faktor 1,1 gewichtet

Kinderärzte





Zwischenfazit:

- Die Länder sind beteiligt
- Ziel: GBA-Bedarfsplanungsrichtlinie möglichst nah an der Realität
- Arztbezogene Verhältniszahl reicht nicht
- Fachgruppenkonzept geklärt
- Rechtssichere regionale Abweichungsmöglichkeiten
- Ausgestaltung regional

Das schönste an Hamburg ist die Autobahn nach Bremen???



Rautenau Gr. Sittman: Autobahn Bremen-Hamburg

