KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

VORSTELLUNG DER BEDARFSPLANUNGSREFORM DES G-BA

BREMEN AM 29. MAI 2019

DR. BERNHARD GIBIS
DEZERNENT KBV

- HINTERGRUND
- WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG
  - MORBIDITÄTSFAKTOR
  - VERHÄLTNISZAHLEN
  - QUOTEN
  - ERREICHBARKEIT
  - WEITERE THEMEN
  - AUSWIRKUNGEN
- FAZIT UND AUSBLICK

- HINTERGRUND
- WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG
  - MORBIDITÄTSFAKTOR
  - VERHÄLTNISZAHLEN
  - QUOTEN
  - ERREICHBARKEIT
  - WEITERE THEMEN
  - AUSWIRKUNGEN
- FAZIT UND AUSBLICK

Die Bedarfsplanung ist immer im Kontext der grundlegenden Struktur-entscheidungen des deutschen Gesundheitssystems zu betrachten

Solidarisch finanziertes Gesundheitssystem	vergleichbarer Zugang zur Versorgung für alle Versicherten
Ambulante Versorgung überwiegend durch freiberuflich und selbstständig tätige Ärzte	Freiheitsgrade in der Verteilung gewährleisten (aber auch hohe Leistungsmotivation etc.)
Teilnahme von Kliniken an der vertragsärztlichen Versorgung u.a. durch MVZ	Kliniken nehmen durch Übernahme von Zulassungen oder in offenen Bezirken teil
Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (mit befreiender Wirkung)	Festschreibung der finanziellen und damit implizit auch der personellen Ressourcen
Gesetzlicher Rahmen der Bedarfsplanung im SGB V, Zulassungs- und Berufsrecht	Gibt bestimmte Instrumente vor (Planungsbereiche, Verhältniszahlen etc.) aber schließt andere aus

Die Bedarfsplanung fußt auf zwei wesentlichen Säulen und Zielrichtungen

Bedarfsplanung

1990

Wachstums-/ Ausgabenbremse

- Die Bedarfsplanung begrenzt die bundesweite Zahl der Ärzte je Arztgruppe insgesamt.
- Ziel war (und ist) dabei die Begrenzung der Ausgaben in der vertragsärztlichen Versorgung.
- **Die MGV kann nur eine begrenzte Zahl an Ärzten finanzieren.**
- **Sicherung der (System-) Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung**

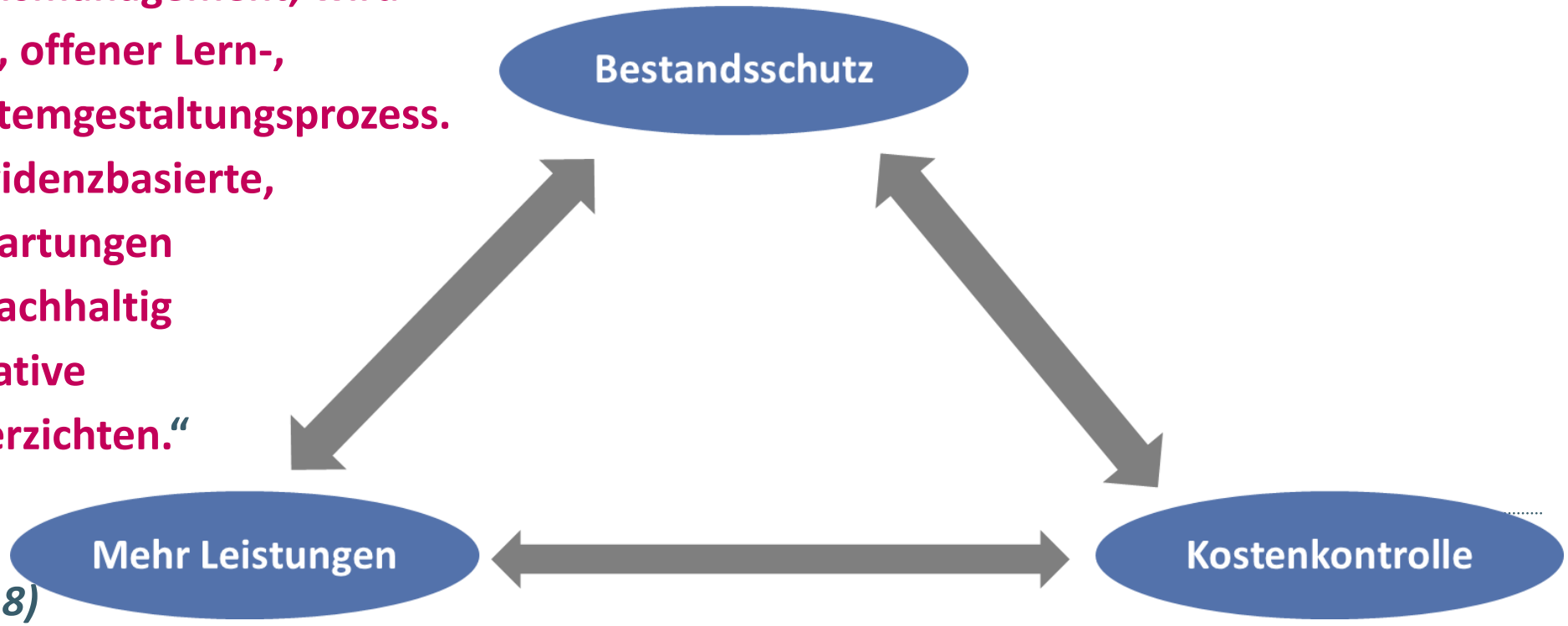
ab 2000

Verteilungsfunktion

- Die Bedarfsplanung sichert den vergleichbaren Zugang aller Versicherten zur Versorgung
- **Bedarfsplanung ist (neben Zulassung und Vergütung) ein zentrales Instrument zur Steuerung des Versorgungsangebots**

ABER: Planen hat intrinsische Limitationen

„Wenn ein medizinisch zu versorgender Bedarf nicht ‚exogen' vorgegeben ist, sondern im Gesundheitswesen selbst gestaltet wird, … erscheint es vergeblich, ‚Versorgungsbedarf' punktgenau messen zu wollen, um daraus den benötigten Leistungsmix und … die für eine wirtschaftliche Leistungserbringung nötigen Kapazitäten herzuleiten. **‚Bedarfsplanung', treffender wohl Bedarfsmanagement, wird vielmehr ein iterativer, offener Lern-, Entwicklungs- und Systemgestaltungsprozess. Das heißt nicht, auf evidenzbasierte, gesellschaftlichen Erwartungen standhaltenden und nachhaltig finanzierte, d.h. normative Versorgungsziele zu verzichten.**"



(*Robra und Spura - Krankenhausreport 2018*)

Die Grundsystematik der Bedarfsplanung folgt den gesetzlichen Vorgaben im SGB V (die wenig Handlungsspielraum vorsehen)

A **Definition eines Planungsbereichs**

B **Festlegung eine SOLL-Versorgungsniveaus je Arztgruppe (Verhältniszahlen)**

C **Ermittlung des IST-Versorgungsniveaus** im Planungsbereich

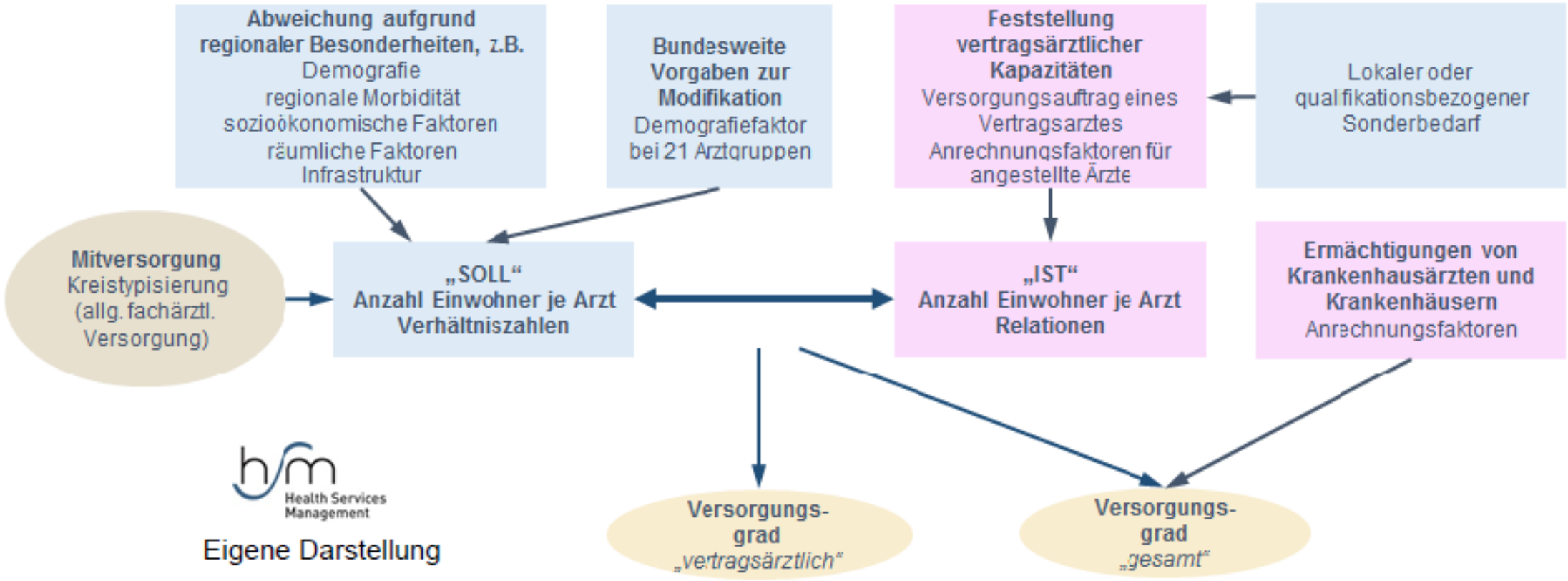
D **Vergleich des IST- und SOLL-Versorgungsniveaus** als Versorgungsgrad

E

0 % – 50 / 75 %	50 / 75 % - 110 %	> 110 %	> 140%
Unterversorgung	„normal“ versorgt	Überversorgung	
geförderte Zulassung	reguläre Zulassung	Sperrung	SOLL-Regelung Aufkauf

› **GRUNDIDEE: Wenn attraktive Regionen gesperrt sind, müssen Ärzte, die sich niederlassen wollen, in weniger attraktive Regionen ausweichen.**

Bedarfsplanung bis 2019, Darstellung der GBA-Gutachter



Aufgrund regionaler Besonderheiten kann von der Richtlinie abgewichen werden.

In Bremen wurden die Verhältniszahlen (VHZ) in einigen Arztgruppen angepasst:

Chirurgen und Orthopäden:

Verschiebung zwischen den Arztgruppen der Chirurgen und der Orthopäden aufgrund Weiterbildungsordnung (Zusammenlegung der Arztgruppen und neuer Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) → VSG für Orthopäden steigt, für Chirurgen sinkt → Zulassungskarussell

- **VHZ für Chirurgie wurden angehoben, VHZ für Orthopädie gesenkt.**
- **Mit Beschluss vom 20.09.18 hat der G-BA die Zusammenlegung der beiden Arztgruppen in der M-WBO auch in der BPL nachvollzogen → die regionale Abweichung wird obsolet.**

Gesonderte fachärztliche Versorgung:

Bremen/Bremerhaven übernimmt Mitversorgung für niedersächsische Bevölkerung.

- **VHZ wurden abgesenkt.**
- **Mit Beschluss vom 15.02.2018 gab es auch eine Anpassung der VHZ der ges. fach. Versorgung.**
- **Ob hier an der regionalen Abweichung festgehalten wird, insb. auch nach der Reform, bleibt abzuwarten.**

Der gesetzliche Auftrag zur Reform war klar umrissen und wurde im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung adressiert.

§ 101 Abs. 1 Satz 7 (neu) SGB V

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft **mit Wirkung zum 1. Juli 2019** 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

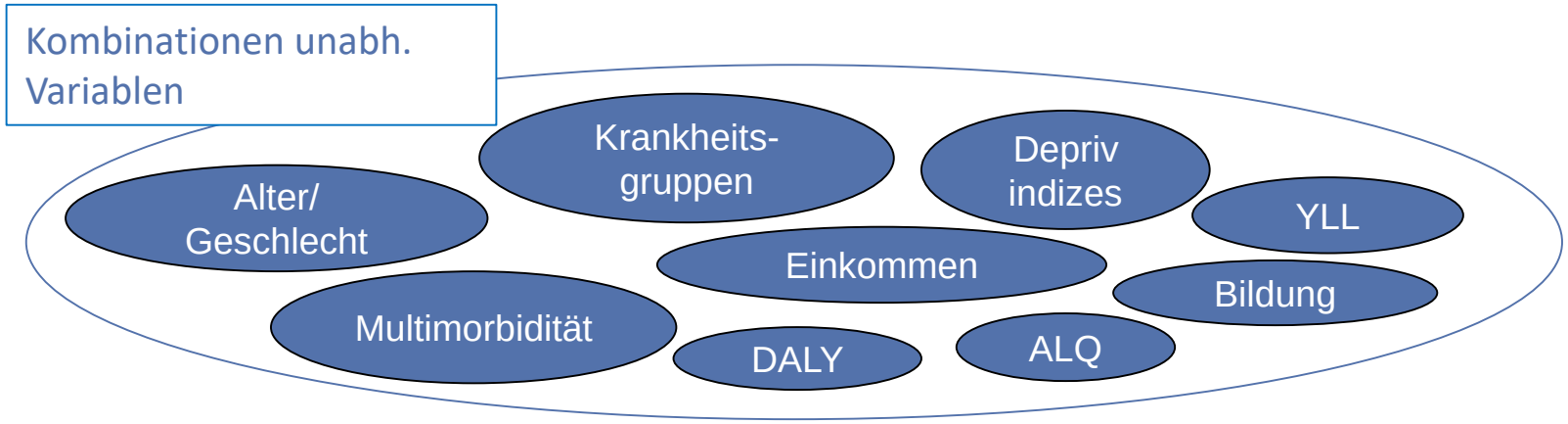
„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die … n Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen fest…

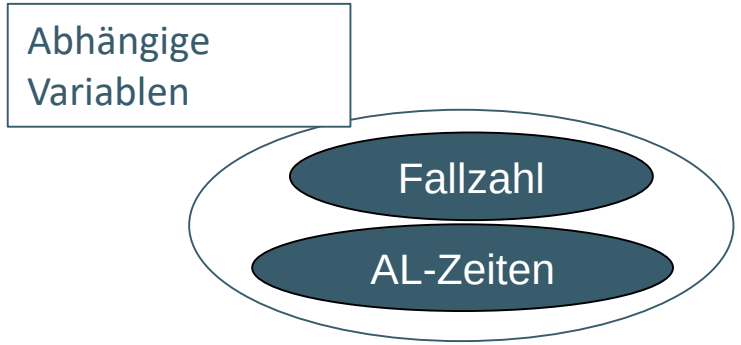
1. *wegen der Änderung der fachlichen Ord…*
2. *weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe…*
3. *zur Sicherstellung der bedarfsgerechten… **Sozial- und Morbiditätsstruktur** zu berü…*

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

WIE VIELE UND WELCHE FAKTOREN?
Gutachten: Regressionsbasierte Schätzung lokalen Versorgungsbedarfs

Gutachter kritisieren „angebotsorientierte Bedarfsplanung“ und schlagen statt dessen Schätzung des regionalen Versorgungsbedarfs mithilfe einer Vielzahl von Regressionsmodellen auf Grundlage von VDX-Abrechnungsdaten (2015) vor

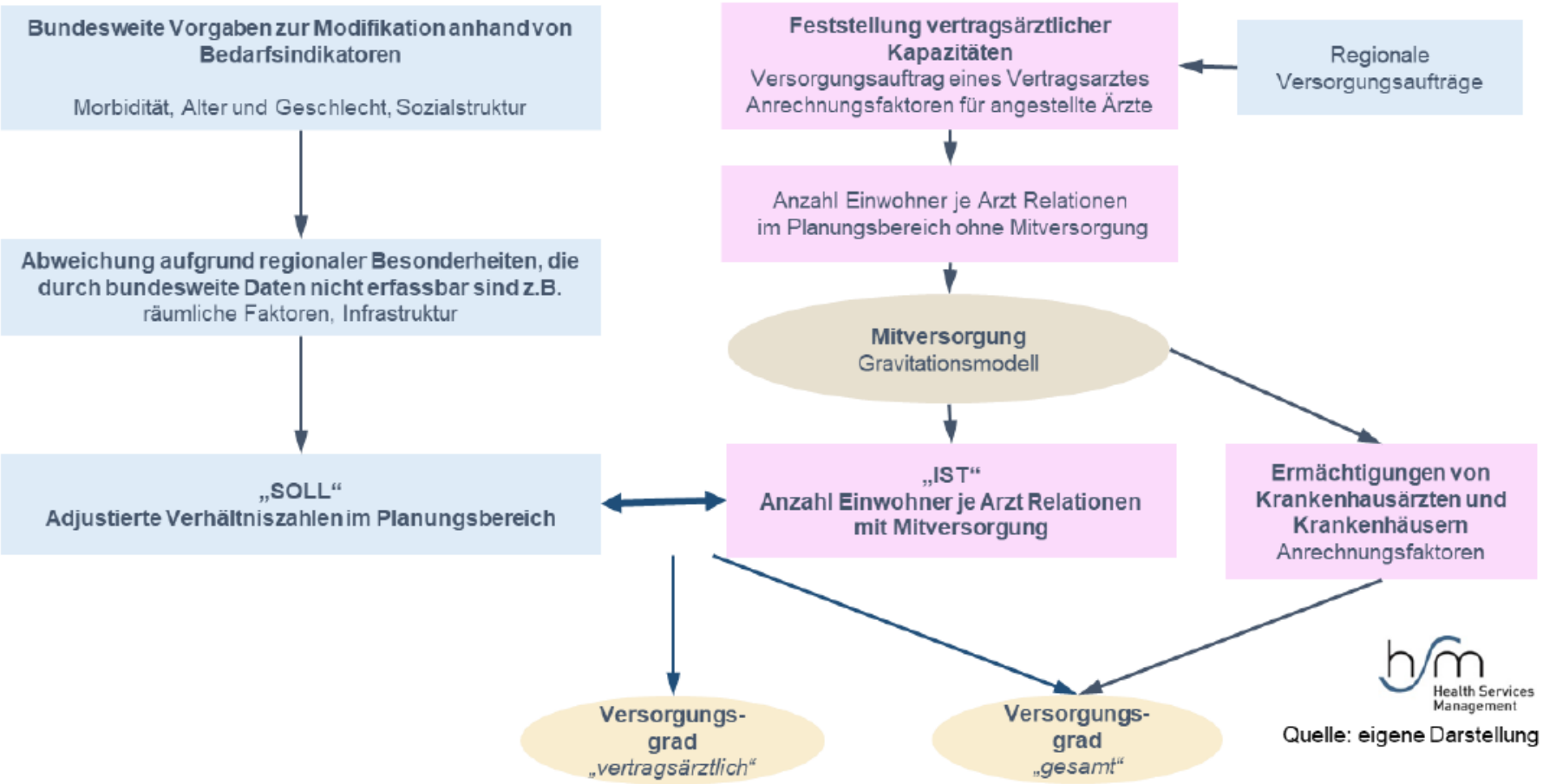




- **Adjustierung der regionalen Ergebnisse um bundesweite Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht und Anteil der Nicht-GKV Versicherten an der Bevölkerung**

→ Ergebnis der Modellrechnungen ist ein geschätzter Bedarf (ausgedrückt bspw. in Fällen) pro Planungsbereich

Regressionsbasiertes Gravitationsmodell der Gutachter



Health Services Management

Quelle: eigene Darstellung

WIE?
GUTACHTER-Vorschlag zur Abgrenzung von Facharztgruppen ist eher dogmatisch und problematisch in der Umsetzung

Planungsebene hausärztliche Versorgung	Planungsebene (perspektivisch sektorübergreifend) allgemeine fachärztliche Versorgung	Planungsebene (prioritär sektorübergreifend) spezialisierte fachärztliche Versorgung
Hausärzte hausärztlich tätige Kinder- und Jugendmediziner	konservativ tätige Augenärzte konservativ tätige Chirurgen/Orthopäden Gynäkologen Hautärzte HNO-Ärzte Neurologen Psychiater Psychotherapeuten Urologen Schmerztherapeuten Fachinternisten: Kardiologen Gastroenterologen Nephrologen Pneumologen Hämato-/Onkologen	nichtkonservativ tätige Augenärzte nichtkonservativ tätige Chirurgen/Orthopäden Anästhesisten (ohne Schmerztherapie) Kinder- und Jugendpsychiater Radiologen Humangenetiker Pathologen PRM-Mediziner Neuchirurgen Nuklearmediziner Transfusionsmediziner Strahlentherapeuten Laborärzte Fachärztlich tätiger Kinder- und Jugendmediziner Fachinternisten: Rheumatologen Angiologen Endokrinologen und Diabetologen

› **Vorgeschlagen wird eine „sektorenübergreifende Planung“ weiter Teile der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.**

- HINTERGRUND
- **WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG**
  - MORBIDITÄTSFAKTOR
  - VERHÄLTNISZAHLEN
  - QUOTEN
  - ERREICHBARKEIT
  - WEITERE THEMEN
  - AUSWIRKUNGEN
- FAZIT UND AUSBLICK

Das Vorgehen greift wesentliche Impulse des Gutachtens auf.

1) Untersuchung Einfluss Variablen auf abh. Variable

2) Planungsbereichsebene: VHZ-Anpassung

Vorgehen Gutachten:

Regression (Individ.daten)

Kombination von Variablen

- Alter/ Geschlecht
- Krankheits -gruppen
- Multi- morbidität

→ Fallzahl, AL-Zeiten

Verteilung Variablen PB 1 → VHZ-Anpassung PB 1
Verteilung Variablen PB 2 → VHZ-Anpassung PB 2
Verteilung Variablen PB 3 → VHZ-Anpassung PB 3
⋮

Vorgehen G-BA:

Unterschiede Gesamtdeutschl.

Gruppenbildung

- Alter/ Geschlecht
- Morbidität

→ LBEuroGO

Verteilung Gruppen PB 1 → VHZ-Anpassung PB 1
Verteilung Gruppen PB 2 → VHZ-Anpassung PB 2
Verteilung Gruppen PB 3 → VHZ-Anpassung PB 3
⋮

Der Demografiefaktor wird zu einem Morbiditätsfaktor weiterentwickelt.

Morbi-Faktor NEU – **1. Stufe** (8 Zellen → Alter + Geschlecht)

Anpassung der VHZ

2010

< 65	> =65
70%	30%

2017

< 65	>= 65
65%	35%

Demografiefaktor Status Quo

Morbi-Faktor **NEU** – **2. Stufe** (16 Zellen → Alter + Geschlecht + Morbidität) **Verteilung** der Kapazitäten

Region ALT

< 65	>= 65
60%	40%

Region JUNG

< 65	>= 65
70%	30%

Region DURCHSCHNITT

< 65	>= 65
65%	35%

- **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.**

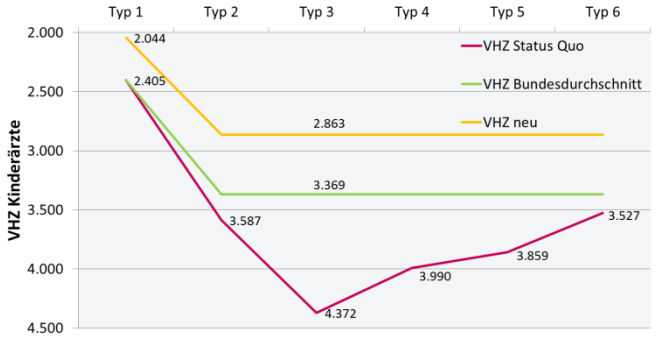
Die Gutachter raten von der Aufnahme sozioökonomischer Faktoren in die Bedarfsplanung aufgrund möglicher ökologischer Fehlschlüsse ab.

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)

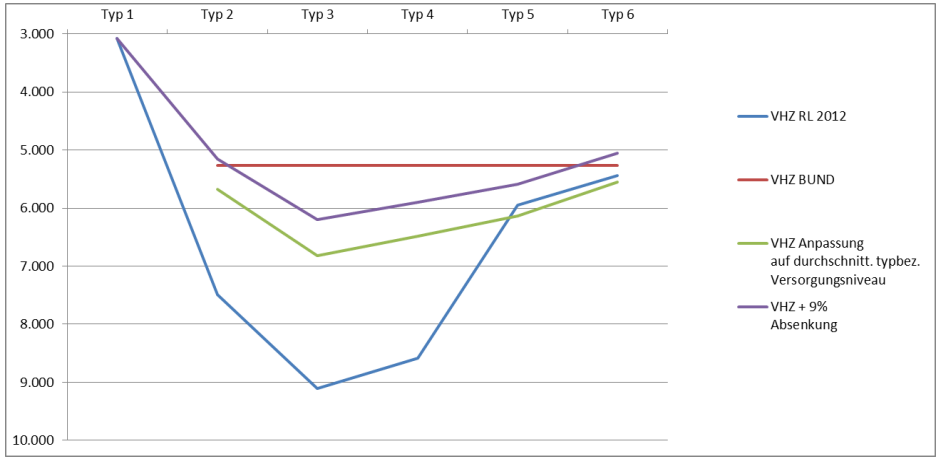
› Der G-BA ist den Hinweisen der Gutachter gefolgt.

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



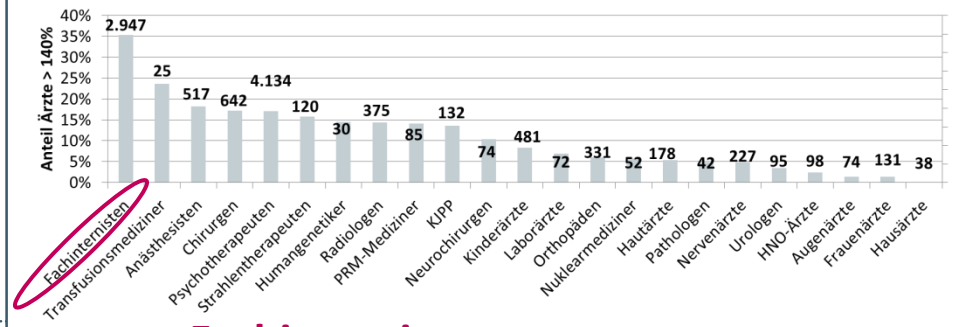
Kinder- und Jugendärzte:

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



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)



Fachinternisten:

- Reduktion der VHZ um 30%

Zur Vermeidung von Verwerfungen in Großgruppen wurden Quoten eingeführt

Maximalquoten

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

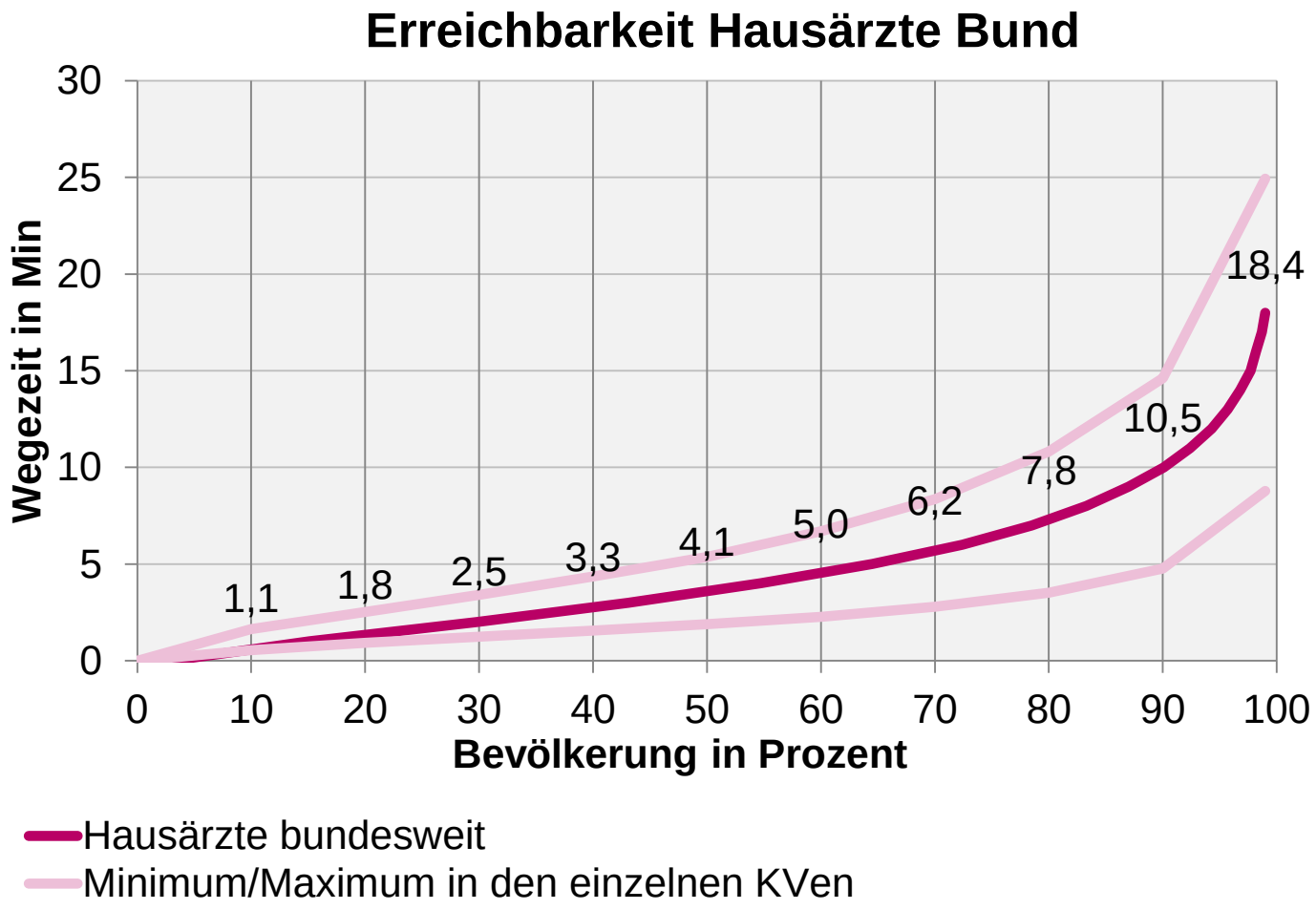
Kardiologen 33%	Gastroenterologen 19%
Pneumologen 18%	Nephrologen 25%

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)

Hervorragende Erreichbarkeitseinschätzung der Gutachter werden durch KBV-Analysen bestätigt.



- Die Gutachter schlagen Zielwerte zur Erreichbarkeit der Versorgung für die Bevölkerung vor.
- Diese werden in vielen Regionen bereits unterschritten.
- ABER: **„Betroffenheitsmaß“** erforderlich, um die Effekte der Überschreitung der Mindesterreichbarkeit bewerten zu können. (z.B. analog G-BA Beschlüsse zu Sicherstellungszuschlägen)
- Mit Erreichbarkeit rücken Aspekte der Gewährleistung in den Vordergrund.
- Vorschlag KBV: Anwendung zunächst auf **4 Arztgruppen**.
- Arztgruppen werden herausgegriffen, um für diese zu prüfen, ob aufgrund der Erreichbarkeit Tatbestände eines **zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs** vorliegen.

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

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.

Informationen zur Barrierefreiheit werden in die Bedarfspläne aufgenommen werden

Vorschlag § 4 Bedarfsplan Bedarfsplanungsrichtlinie Absatz 1 Satz 2:

Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion und Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung.

- Die Datenlage zur Barrierefreiheit ist i.d.R. nur sehr gering.
- Sofern Informationen oder Hinweise zum barrierefreien Zugang zur ambulanten Versorgung vorliegen, sollen diese im Bedarfsplan abgebildet werden.
- Daten zum Stand der Barrierefreiheit der Praxen aus TSS nutzen.

Weitere Themen der Reform

Thema
Übergangsregelungen
Verweis auf neue Regelungskompetenz der Länder
Berücksichtigung Praxisstruktur (auch Mitarbeiter) bei der Feststellung (drohender) Unterversorgung
Berücksichtigung ¾ Zulassungen
Mobile und telemedizinische Versorgungsangebote
Redaktionelle Änderungen (z.B. Anlage 1, Kreistypisierung BBSR etc.)

Durch die Reform entstehen ca. 3.500 zusätzliche Niederlassungs-möglichkeiten (insb. für Hausärzte - Morbiditätsfaktor)

	STATUS QUO*			SIMULATION MORBIFAKTOR		
Arztgruppe	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	53,0	575,7	74,6	184,5	418,1	53,7
Chirurgen und Orthopäden	5,5	2.336,6	777,0	7,5	2.284,6	737,5
Fachinternisten	0,0	4.096,8	2.945,1	32,0	2.105,6	815,7
Frauenärzte	22,0	1.151,1	131,0	42,0	1.320,2	187,1
Hausärzte	2.736,5	1.327,9	35,7	4.182,5	1.133,7	42,0
Hautärzte	56,0	573,3	177,7	76,0	539,9	164,2
HNO-Ärzte	53,0	534,1	98,3	73,0	504,5	84,7
Humangenetiker	2,5	42,6	25,1	2,0	46,0	27,2
Kinder- und Jugendpsychiater	126,5	215,4	132,3	123,5	215,8	133,7
Kinder- und Jugendärzte	10,5	1.337,2	465,5	411,5	484,1	93,8
Laborärzte	46,0	113,3	52,4	53,5	114,4	51,3
Nervenärzte	12,0	841,8	227,1	488,0	426,1	76,4
Neurochirurgen	24,5	119,3	49,9	34,5	119,3	52,8
Nuklearmediziner	52,5	105,8	25,1	65,5	105,2	27,0
Pathologen	29,5	67,1	33,9	35,5	63,4	35,2
PRM-Mediziner	90,0	106,9	70,4	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**

Quelle: KBV-Berechnungen auf Grundlage BPL-Umfrage 4. Quartal 2017.
* Die Simulation wurde mit den aktuell geltenden VHZ der gesonderten fachärztlichen VSG sowie der Ruhrgebiets-VHZ berechnet.

In Bremen gehen die offenen Sitze - aufgrund einer günstigeren Alters- und Morbiditätsstruktur - zurück.

	STATUS QUO*			SIMULATION MORBIFAKTOR		
KV-Region	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**

Quelle: KBV-Berechnungen auf Grundlage BPL-Umfrage 4. Quartal 2017.
* Die Simulation wurde mit den aktuell geltenden VHZ der gesonderten fachärztlichen VSG sowie der Ruhrgebiets-VHZ berechnet.

Dies ist insbesondere für die Hausärzte, KJPP und PRM-Mediziner der Fall. Für viele Arztgruppen ist und bleibt Bremen gesperrt.

KV Bremen	STATUS QUO*			SIMULATION MORBIFAKTOR		
Arztgruppe	NL-Mögl.	Ärzte > 110%	Ärzte > 140%	NL-Mögl.	Ärzte > 110%	Ärzte > 140%
Anästhesisten	0,0	6,8	0,0	0,0	20,8	16,5
Augenärzte	0,0	8,1	0,0	0,0	8,2	0,1
Chirurgen und Orthopäden	0,0	22,1	2,8	0,0	14,4	0,0
Fachinternisten	0,0	49,6	36,4	0,0	49,1	35,8
Frauenärzte	0,0	10,1	0,0	0,0	10,5	0,0
Hausärzte	17,0	0,0	0,0	14,5	0,0	0,0
Hautärzte	0,5	2,6	0,0	0,5	2,8	0,0
HNO-Ärzte	0,0	3,7	0,0	0,0	4,0	0,0
Humangenetiker	0,0	2,1	1,8	0,0	2,2	1,8
Kinder- und Jugendpsychiater	1,5	5,3	3,2	0,0	7,8	6,1
Kinder- und Jugendärzte	0,0	18,5	5,8	0,0	10,4	0,0
Laborärzte	0,0	7,6	5,4	0,0	7,7	5,6
Nervenärzte	0,0	3,4	0,0	0,0	4,6	0,0
Neurochirurgen	0,0	5,2	3,8	0,0	5,3	4,0
Nuklearmediziner	0,0	5,1	3,2	0,0	5,3	3,4
Pathologen	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
PRM-Mediziner	2,5	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
Psychotherapeuten	0,0	123,6	62,8	0,0	129,8	69,5
Radiologen	0,0	8,5	2,3	0,0	16,3	12,3
Strahlentherapeuten	0,0	5,5	4,2	0,0	5,6	4,4
Transfusionsmediziner	0,0	0,3	0,1	0,0	0,3	0,1
Urologen	0,0	5,3	0,0	0,0	5,2	0,0
Alle Arztgruppen	**22,5**	**293,4**	**131,8**	**18,0**	**310,3**	**159,6**

Quelle: KBV-Berechnungen auf Grundlage BPL-Umfrage 4. Quartal 2017.
* Die Simulation wurde mit den aktuell geltenden VHZ der gesonderten fachärztlichen VSG berechnet.

- HINTERGRUND
- WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG
  - MORBIDITÄTSFAKTOR
  - VERHÄLTNISZAHLEN
  - QUOTEN
  - ERREICHBARKEIT
  - WEITERE THEMEN
  - AUSWIRKUNGEN
- **FAZIT UND AUSBLICK**

Fazit Weiterentwicklung Bedarfsplanung

- Das Gutachten hat wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung geliefert.
- ABER: Es liefert kein fertiges Konzept, dass 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)
- Aber: Länder können Zulassungssperren in Planungsbereichen aufheben (more to come)

- Planung schafft keine neuen Ärzte – weitere Steuerungsinstrumente müssen genutzt werden
- Die Bedarfsplanung wird weiterhin geprüft und an aktuelle Gegebenheiten auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene angepasst werden.

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

116117

DIE NUMMER, DIE HILFT! BUNDESWEIT.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Bedarfsplanung als Steuerungsinstrument begleitet die Vertragsärzte in Deutschland bereit ein gutes Jahrhundert

1914 – Berliner Abkommen:	1.350 Versicherte je Arzt als Mindeststandard für die GKV (Untergrenze). Gleichzeitig setzen einzelne Kassen Beschränkungen bei der Zahl der zugelassenen Ärzte
1932 – Zulassungsordnung:	Beschränkung der Zulassung auf Basis der Verhältniszahl 600 Kassenmitglieder je Arzt je Zulassungsbezirk
1960 – BVerfGericht:	Kassenarzturteil – Zulassungsbeschränkungen widersprechen Berufsfreiheit (Art. 12 GG)
1977 – KVWG (Gesetz):	KVen erstellen Bedarfspläne und können bei Unterversorgung eines Bezirks angrenzende Bezirk sperren
1986 – KÄBedarfsplGesetz:	Arztgruppenspezifische Verhältniszahlen auf Ebene der Kreise und Festlegung von Überversorgung bei 150% Versorgungsgrad Bei Überversorgung Kann-Regelung zur Sperrung des Gebiets
1993 – GSG:	**Einführung der grundsätzlich bis heute gültigen Bedarfsplanung**

Mit den Neuregelungen im § 103 Abs. 3a SGB V kam ein NEUER Automatismus in die Bedarfsplanung hinzu

Versorgungsgrade

50 / 75 % | 100 % | 110 % | 140 %

Unterver-sorgung

nach Prüfung Förderung

Drohende Unterversorg.

nach Prüfung Förderung

Feststellung 140 %

AUTOMATISCH SOLL-Regelung Aufkauf

Versorgungsgrad > 110 %

- **AUTOMATISCH Sperrung**

Reguläre Zulassung

keine Steuerung

ggf. Sonderbedarf

nach Prüfung detaillierte Steuerung

Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf

nach Prüfung Förderung

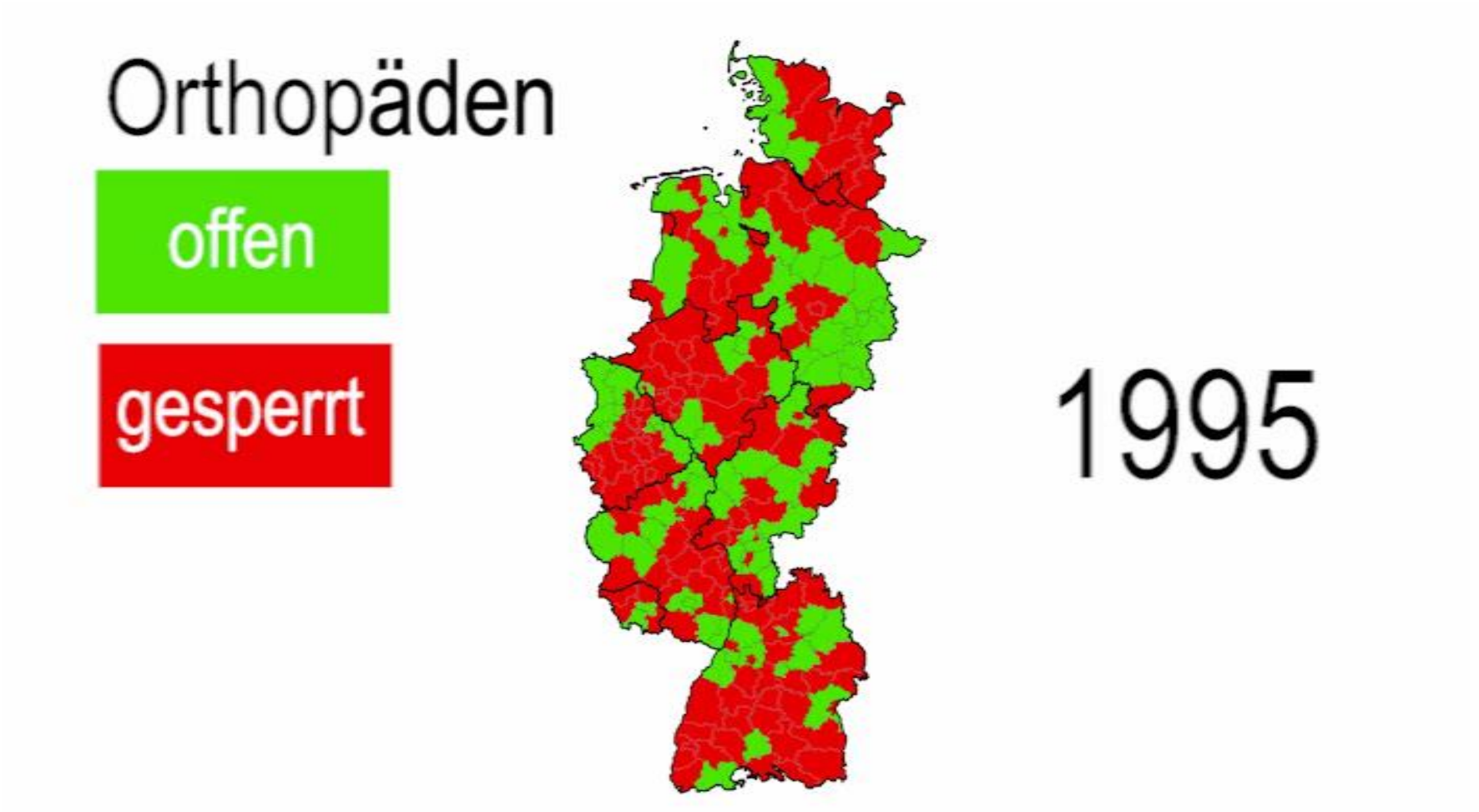
› **Diese neue Dimension muss bei der Erarbeitung der Verhältniszahlen bedacht werden.**

WO?
Gutachter schlagen Gravitationsmodell vor - für eine bundesweite Planungsvorgabe ist das Modell aber zu annahmelastig.

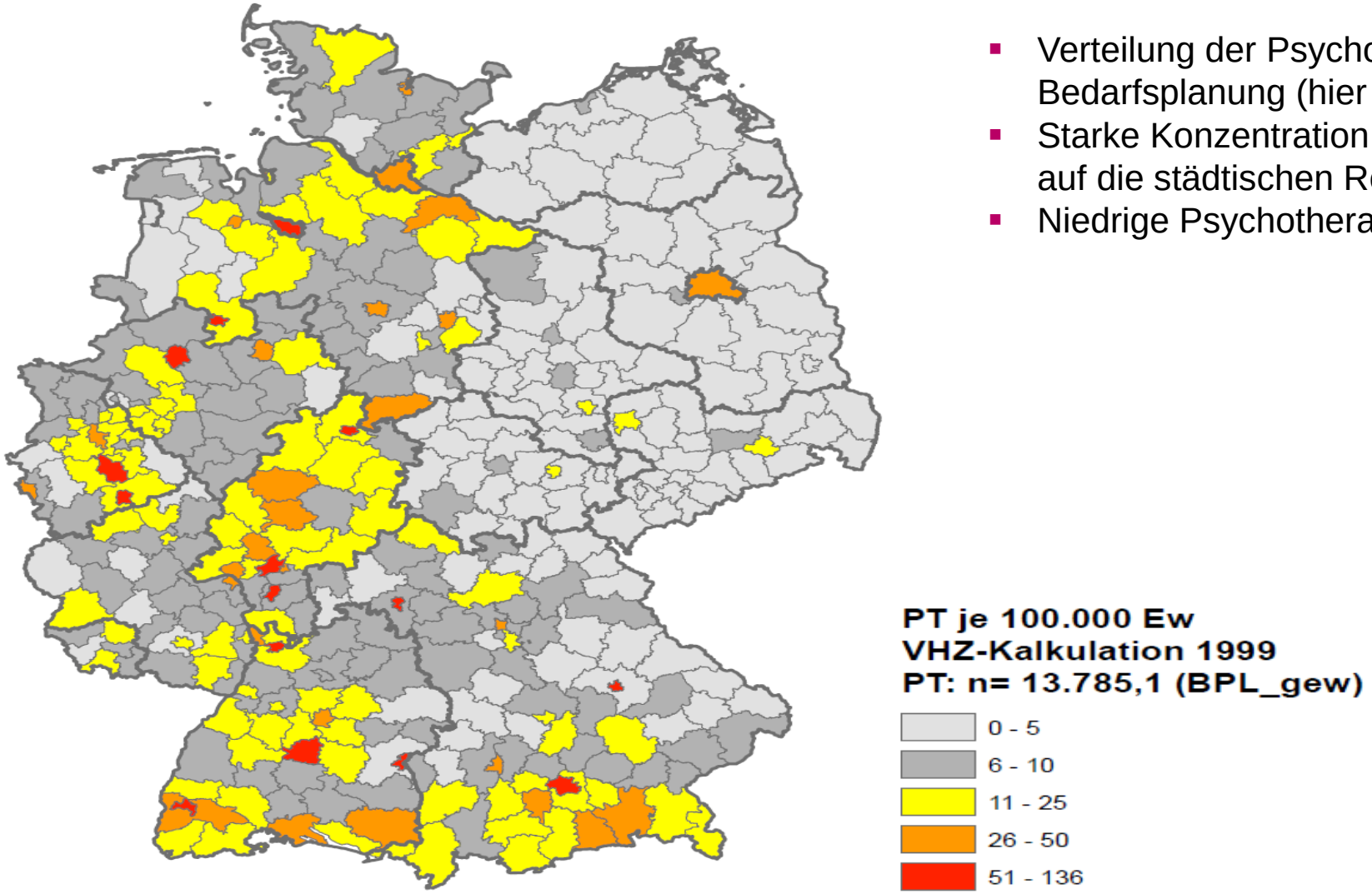
		GRAVITATIONSKRAFT					
GEMEINDE-TYP	EINWOHNER	ZENTRALITÄT		ARZTDICHTE		BV-DICHTE	
keine zentralörtliche Funktion	11.161.326	5.638.879	51%	3.853.075	35%	2.128.591	19%
Kleinzentrum	2.345.345	1.296.323	55%	1.094.782	47%	682.365	29%
Unterzentrum	15.900.850	10.093.576	63%	9.005.044	57%	4.428.112	28%
Mittelzentrum	23.189.276	28.113.629	121%	26.403.758	114%	17.088.421	74%
Oberzentrum	28.600.740	36.055.130	126%	40.840.879	143%	56.870.048	199%

- Die Gravitationskraft unterscheidet sich je nach zentralörtlicher Funktion.
- ABER: Fast entscheidender für den ermittelten Wert der Mitversorgung sind z.B. die Parameter mit dem Zentralität gemessen werden.
- Die Ergebnisse unterscheiden sich z.T. um mehr als 100%

		GRAVITATIONSKRAFT		
		ZENTRALITÄT	ARZTDICHTE	BV-DICHTE
STADT	EINWOHNER	EINWOHNER + MITVERSORGUNG		
Oberzentren	36.055.130	126%	143%	199%
Münster	302.178	112%	146%	211%
Berlin	3.469.849	116%	119%	142%
Köln	1.046.680	122%	150%	236%
Leipzig	544.479	128%	130%	201%
Augsburg	281.111	131%	143%	213%
Rostock	204.167	132%	142%	215%


Orthopäden
offen
gesperrt
1995

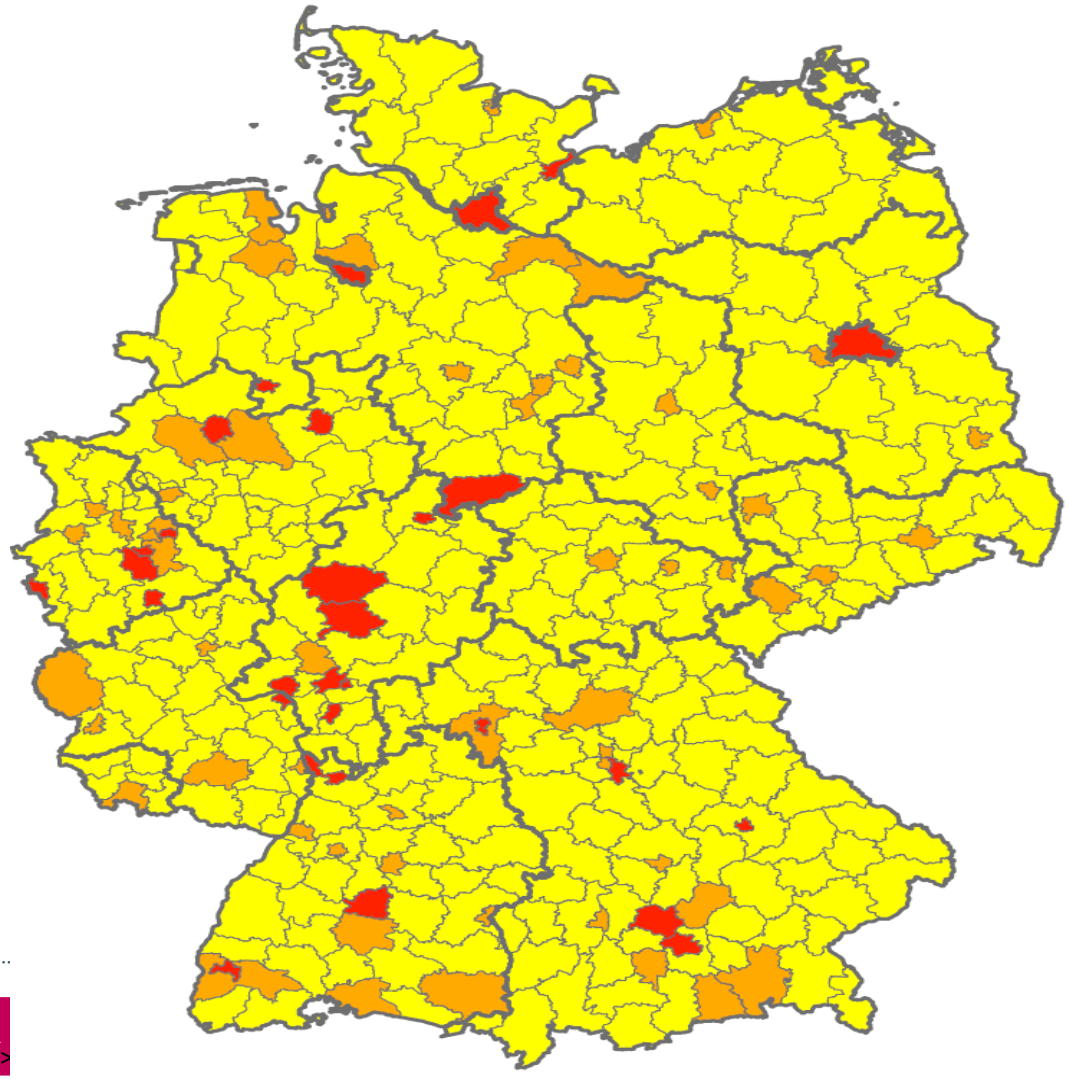
Die fachgruppenspezifische Betrachtung zeigt Unterschiede, Beispiel Psychotherapeuten



- Verteilung der Psychotherapeuten zur Einführung der Bedarfsplanung (hier im Jahr 1999)
- Starke Konzentration der Psychotherapeuten insbesondere auf die städtischen Regionen.
- Niedrige Psychotherapeutendichte in ländlichen Regionen.

KBV

Die Bedarfsplanung hat in 17 Jahren für den Abbau regionaler Versorgungsdisparitäten gesorgt, Unterschiede bleiben



- Wachstum um 10.000 PT (BPL-Gewicht)
  -> rd. 75 %

<u>2013: Anpassung BPL</u>
+ ca. 1.300 v.a. in ländlichen Regionen

<u>2014: 3. AMG-Novelle</u>
+ ca. 500 durch Anpassung d. Quotenregelung

PT je 100.000 Ew
BPL-Umfrage 4. Quart. 16
PT: n=24.090,0 (BPL_gew)

- 11 - 25
- 26 - 50
- 51 - 125

KBV