

Gemeinsamer Bundesausschuss

- Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung –
Statement des GKV–Spitzenverbandes

Berlin

15.10.2018

Thomas Uhlemann, GKV–SV



Weiterentwicklung der Bedarfsplanung mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015)

▶ § 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V

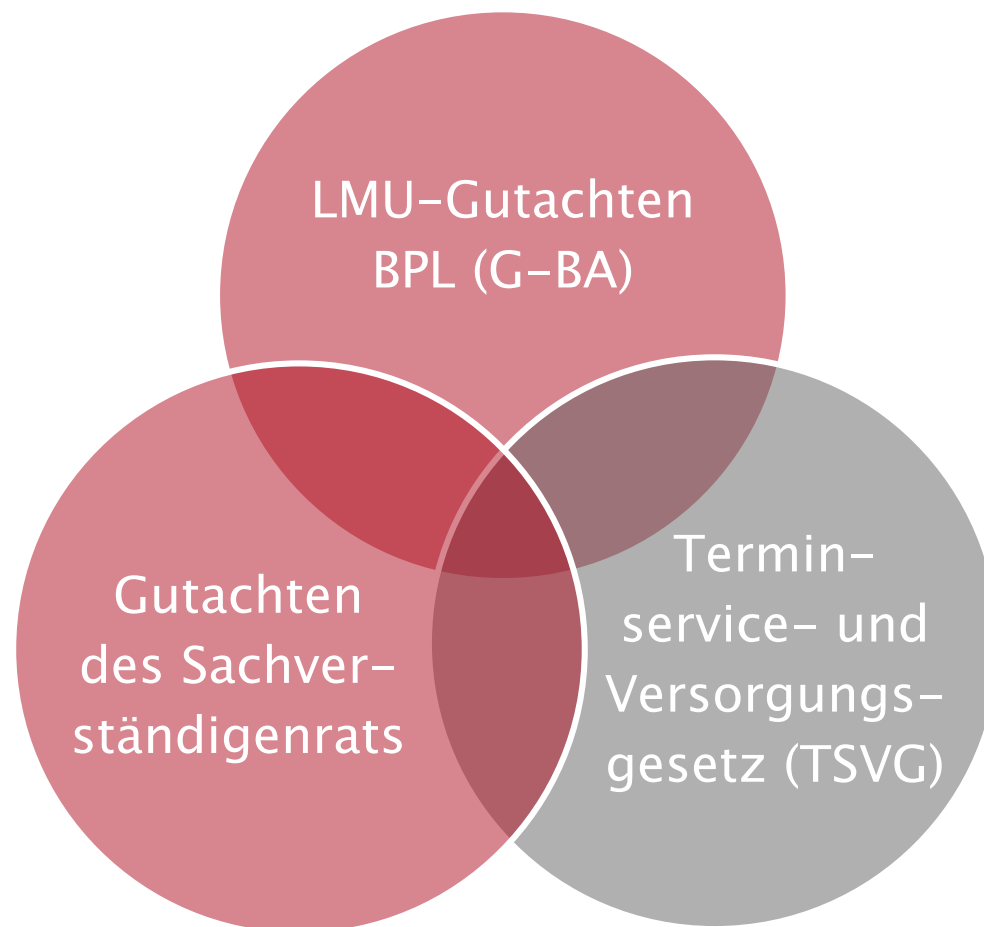
Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 01. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4 [Psychotherapeuten].

▶ § 101 Abs. 2 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist

1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt oder
3. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung; dabei sind insbesondere die demografische Entwicklung sowie die **Sozial- und Morbiditätsstruktur** zu berücksichtigen.

Aktuelle Bezugspunkte



Struktur des LMU-Gutachtens

<p>Teil A:</p> <p>Bewertung des Status Quo</p>	<p>Teil B:</p> <p>Ermittlung des Versorgungsbedarfs und Berechnung von Verhältniszahlen</p>	<p>Teil C:</p> <p>Strukturierung der räumlichen Verteilung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots</p>	<p>Teil D:</p> <p>Grundlagen zur Planungssystematik unterschiedlicher Versorgungsangebote und Spezialisierungen</p>	<p>Teil E:</p> <p>Ländervergleich und Best-Practice</p>	<p>Teil F:</p> <p>Juristischer Teil</p>
<p>Keine inhaltlichen Vorschläge</p> <p>Bewertung der aktuellen Situation insbesondere hinsichtlich der Erreichbarkeit der Ärzte (u.a. internationaler Vergleich)</p>	<p>2 Modelle:</p> <p>Modell A mit 14 Variationen</p> <p>Modell B mit 20 Variationen</p>	<p>6 Konzepte:</p> <p>Entwicklung eines Gravitationsmodells mit verschiedenen Ausprägungen</p>	<p>1 Grundstruktur und 6 modulare Planungsoptionen:</p> <p>Grundlagen zur Planungssystematik unterschiedlicher Versorgungsangebote und Spezialisierungen</p>	<p>4 Ländervergleiche mit 14 Empfehlungen:</p> <p>Fokus Hausärztliche Versorgung, Delegation und differenziertere Planung</p>	<p>Keine inhaltlichen Vorschläge</p> <p>Bewertung der aktuellen Situation und einiger Handlungsempfehlungen</p>



Vergleich der von der LMU ermittelten Mittelwerte der Verhältniszahlen mit den aktuellen Mittelwerten auf Grundlage der regional angepassten Verhältniszahlen

Verhältniszahlen (Arzt je Einwohner)	Mittelwert	getrimmter Mittelwert -10%	winsorierter Mittelwert	Median	Aktueller Mittelwert	Differenz (Mittelwerte)
Hausärzte	1.633,56	1.634,46	1.632,73	1.643,52	1.691,74	-3%
Augenärzte	18.433,66	18.427,29	18.405,10	18.427,86	19.221,94	-4%
Chirurgen	36.069,31	35.922,18	35.975,98	35.741,98	37.161,31	-3%
Frauenärzte	5.423,40	5.416,42	5.418,40	5.382,15	5.515,79	-2%
Hautärzte	34.169,57	34.054,75	34.115,58	33.952,41	35.035,49	-2%
HNO-Ärzte	27.382,06	27.328,66	35.975,98	27.252,22	27.669,16	-1%
Nervenärzte	24.971,44	24.853,68	24.893,61	24.978,38	26.635,76	-6%
Orthopäden	21.731,56	21.599,44	21.685,11	21.283,88	21.726,14	0%
Psychotherapeuten	6.170,41	6.127,57	6.151,02	6.038,61	6.481,11	-5%
Urologen	40.609,89	40.687,52	40.532,74	41.821,42	42.063,83	-3%
Kinderärzte	3.398,00	3.390,01	3.394,33	3.398,00	3.490,23	-3%
Fachinternisten	21.075,47	21.126,87	20.977,89	21.550,84	21.469,17	-2%

Quelle: LMU 2018, eigene Berechnungen

Umsetzung / mögliche Maßnahmen 1

▶ Erreichbarkeit:

- Mit einer Festlegung von Erreichbarkeitskorridoren bei den grundversorgenden Arztgruppen wird die Versorgung in strukturschwachen Gebieten verbessert werden.

▶ Demographie und Morbidität:

- Der Leistungsbedarfsfaktor soll altersgruppenspezifisch und geschlechtsbezogen ermittelt werden um der Morbidität in der Bevölkerung genauer gerecht zu werden (differenzierte Abbildung der Morbidität).

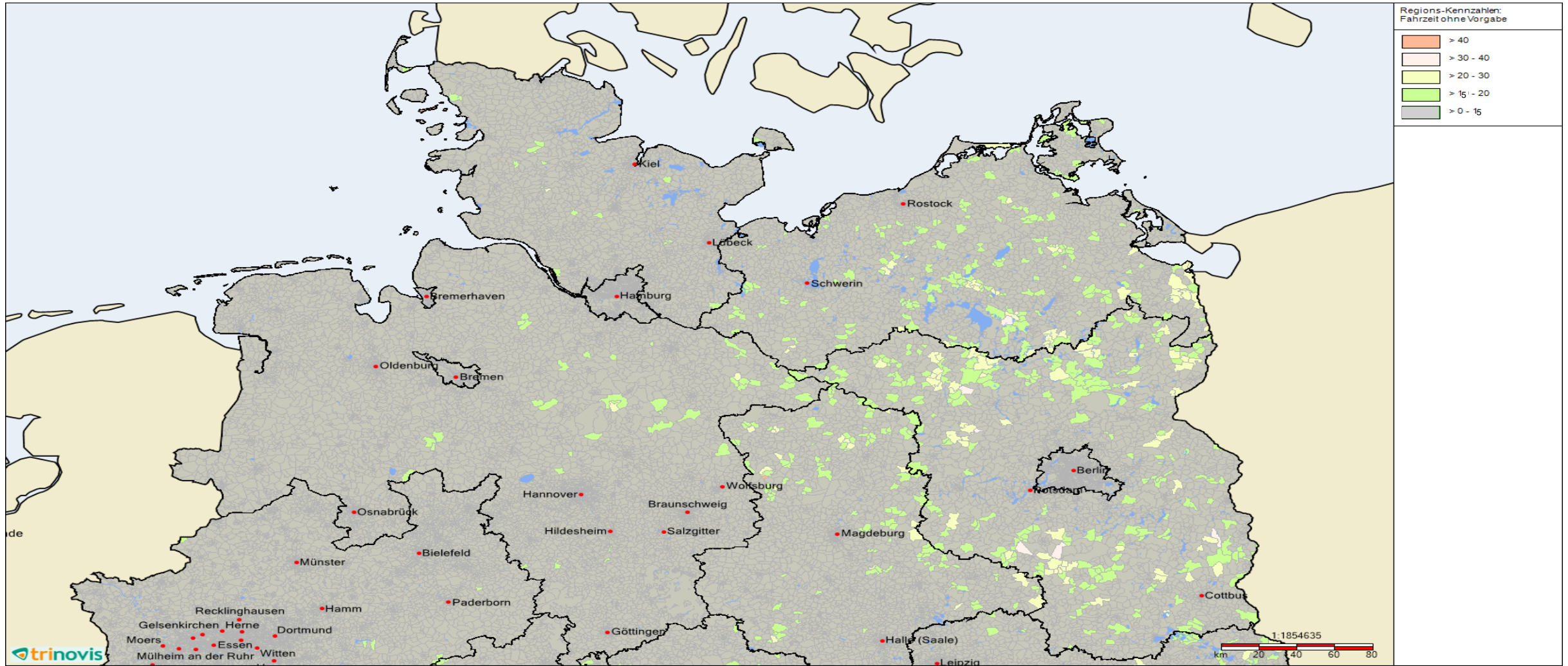
▶ Quotenbildung:

- Mit einer Quotenbildung bei den z.T. sehr großen Fachgruppen könnte der zunehmenden fachlichen Ausdifferenzierung der Arztgruppen Rechnung getragen werden.

Zielparameter Erreichbarkeit: Planungsbereiche mit einer hausärztlichen Erreichbarkeit von mehr als 15 Minuten



Spitzenverband



Umsetzung / mögliche Maßnahmen 1

▶ Erreichbarkeit:

- Mit einer Festlegung von Erreichbarkeitskorridoren bei den grundversorgenden Arztgruppen wird die Versorgung in strukturschwachen Gebieten verbessert werden.

▶ Demographie und Morbidität:

- Der Leistungsbedarfsfaktor soll altersgruppenspezifisch und geschlechtsbezogen ermittelt werden um der Morbidität in der Bevölkerung genauer gerecht zu werden (differenziert Abbildung der Morbidität).

▶ Quotenbildung:

- Mit einer Quotenbildung bei den z.T. sehr großen Fachgruppen könnte der zunehmenden fachlichen Ausdifferenzierung Rechnung getragen werden.

Umsetzung / mögliche Maßnahmen 2

- ▶ Kapazitätsplanung:
 - Leistungserbringerfaktor muss die erbrachte Leistungsmenge abbilden
 - Anpassung der Anrechnungsfaktoren bei Anstellung
 - Bei Unterversorgung Einbeziehung von Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPA)
- ▶ Sonderbedarfszulassung:
 - mit einer Verbesserung von Sonderbedarfszulassungen (Ausschreibung) könnte die Versorgung mit spezialisierten Leistungen gezielt intensiviert werden

Umsetzung / (un)mögliche Maßnahmen

▶ Sozioökonomische Faktoren:

- Das BPL-Gutachten rät davon ab, sozioökonomische Faktoren auf dem vorliegenden Aggregationsniveau (Datenlage) einzuführen.

▶ Gravitationsmodelle:

- Gravitationsmodelle sind als Basis für eine Verteilungsplanung wegen der immanenten Komplexität und der großen Abhängigkeit von Annahmen und den damit verbundenen Risiken eher nicht geeignet (Gutachter schlagen deshalb auch nur eine stufenweise Einführung vor).
- Gravitationsmodelle haben rechtliche Implikationen (Replizierbarkeit von Ergebnisse, zu hohes Maß an Einschränkung der Berufsfreiheit).
- Gravitationsmodelle könnten möglicherweise als Analysemodell (beispielsweise bei der Bewertung von Sonderbedarf) integriert werden.

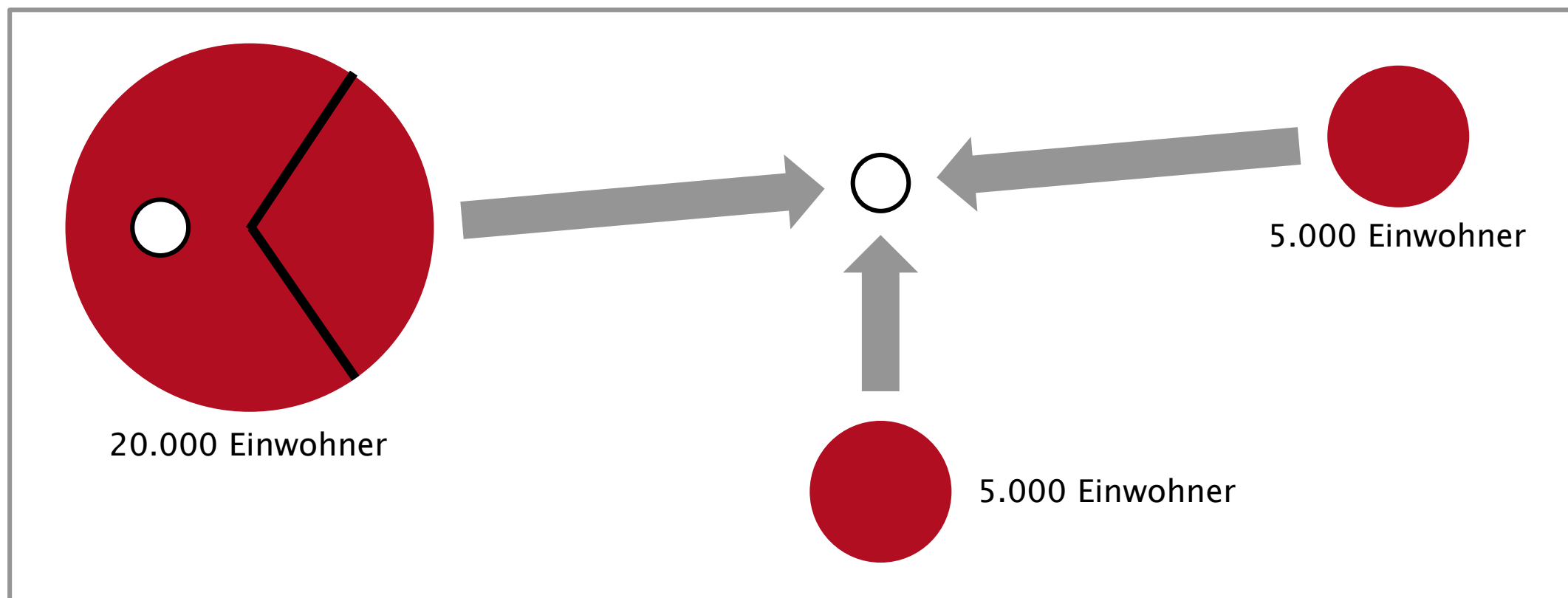
▶ LMU-Vorschlag zur Anpassung der Arztgruppenzuordnung:

- Vorgeschlagene Planung von Versorgungsaufträgen in aktueller Rechtslage nicht zulässig (z.B. Trennung operativ/konservativ tätiger Ärzte).

Fazit und weiteres Vorgehen

- ▶ Das Gutachten lässt dem G-BA Spielraum bei seinen Entscheidungen und bildet eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung.
- ▶ Gleichzeitig werden aber auch die Grenzen des bestehenden Rechtsrahmens deutlich.
- ▶ Für eine grundlegende Neuorientierung wäre es erforderlich, vor allem die Wiederbesetzungsregelungen abzuschaffen.

Schematische Darstellung eines Gravitationsmodells



Verhältniszahl: 15.000 Einwohner = 1 Arzt