

Herausforderung bei der Planung des Angebots ärztlicher Leistungen

4. Bayerischer Tag der Telemedizin

Referent: Jochen Maurer, KVB

Leiter Referat Strategische Versorgungsstrukturen und Sicherstellung



Agenda

- Rahmenbedingungen
- Planung
- Fazit

Einführung – Sicherstellungs (-Auftrag)

Aktuelle Lage

■ Demographische Entwicklung

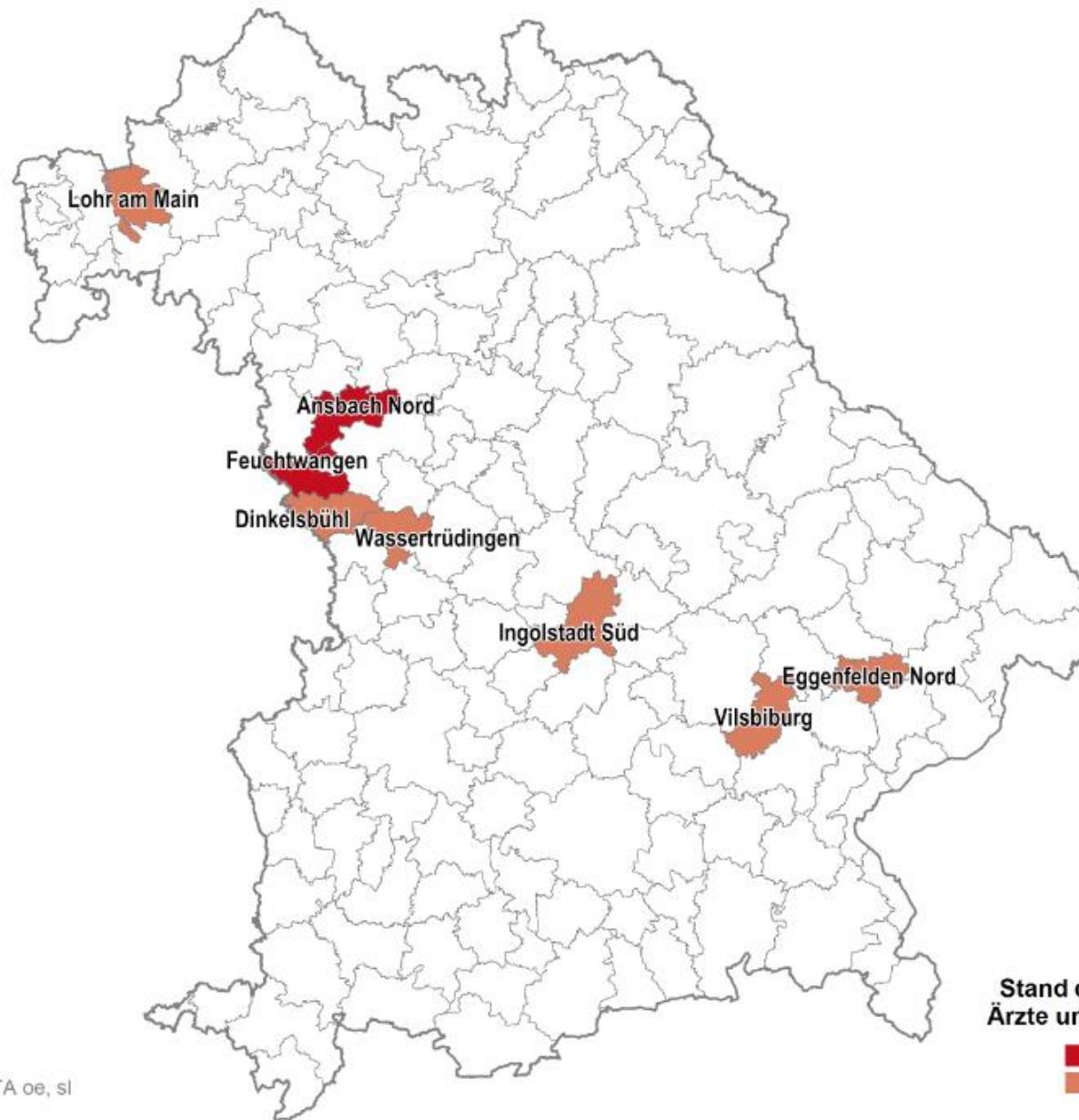
- Ziele der Bedarfsplanung bei ihrer Einführung Mitte der 90er
- Aktuelle Problemlage bei der Sicherstellung der Versorgung

■ Unterversorgung auch in Bayern

- Erste Feststellungen in Bayern seit 2013
- Für Hausärzte und Fachärzte

Übersicht Versorgungssituation Hausärzte

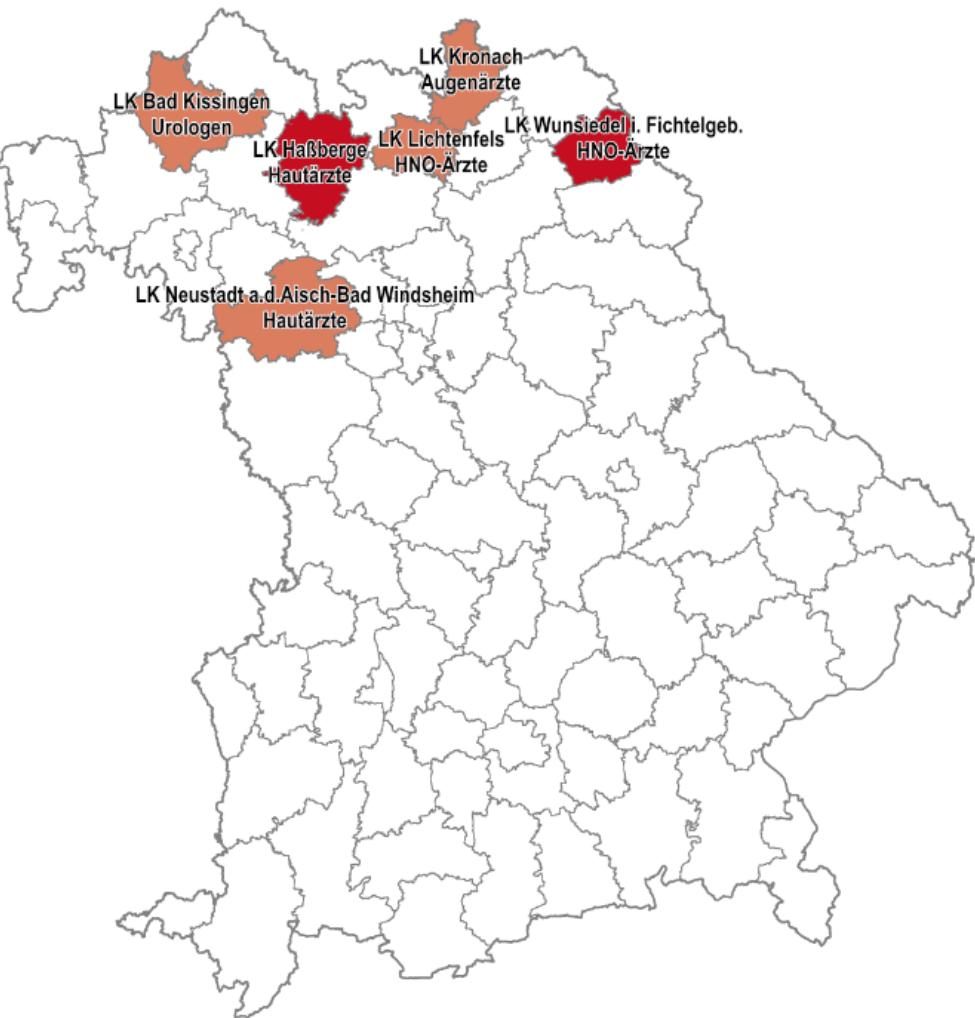
Stand: Januar 2016



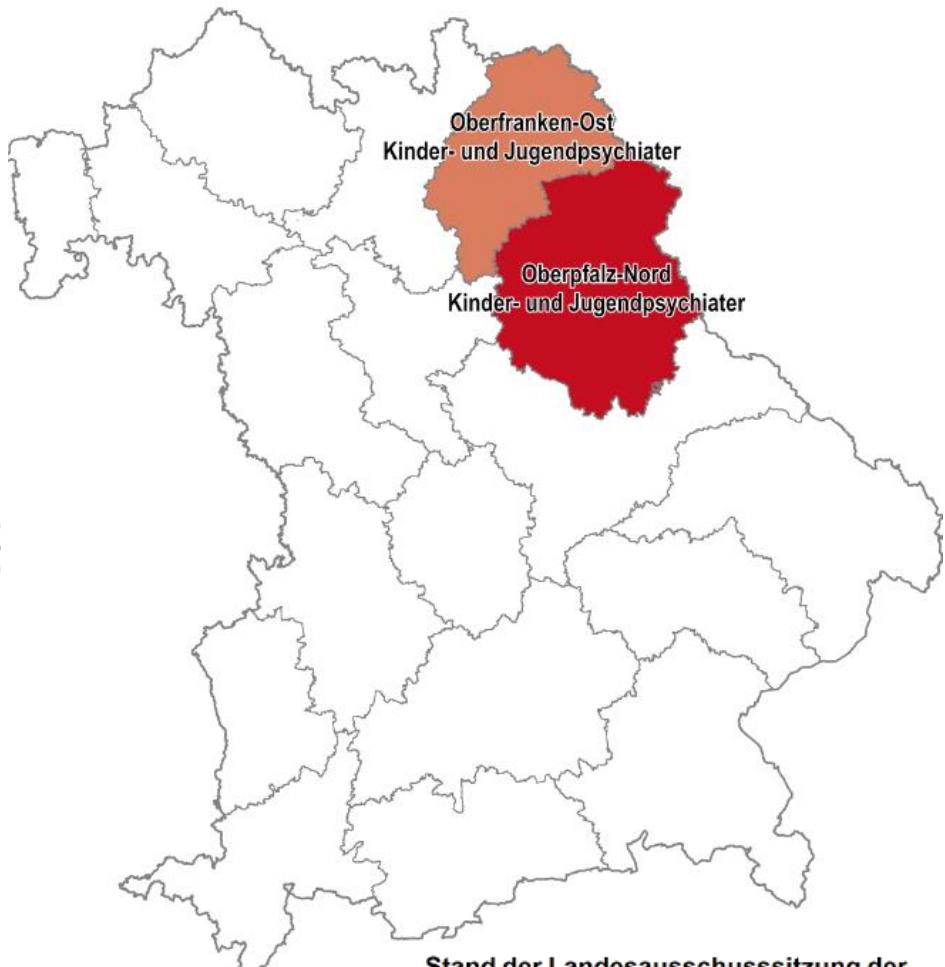
Übersicht Versorgungssituation Fachärzte

Stand: Januar 2016

allgemeine fachärztliche Versorgung



spezialisierte fachärztliche Versorgung



Stand der Landesausschusssitzung der
Ärzte und Krankenkassen vom 26.11.2015

 Unterversorgung
 drohende Unterversorgung

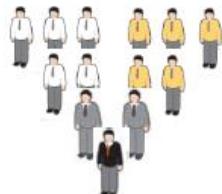
Player in der Bedarfsplanung*

Gesetzliche Grundlagen



SGB V, Ärzte-ZV

Gemeinsamer Bundes- ausschuss



Richtlinie
Zum 01.01.2013
in Kraft
getreten



Landes- ausschuss Feststellung Versorgungsgrade



Zulassungs-
beschränkun-
gen

Zulassung



Arzt



Antrag

Zulassungs- ausschuss



*vereinfachte Darstellung

Hintergründe zur Bedarfsplanung

- Was bedeutet Bedarfsplanung?
 - Einschränkung des Grundrechts auf Freiheit der Berufsausübung
 - zugunsten des öffentlichen Interesses an einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung → gleichwertige Lebensverhältnisse in ganz Deutschland
 - Beitrag zur Sicherung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung
- Anfang der 1990er Jahre: Focus auf Begrenzung von Niederlassungen
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012: Auftrag an den G-BA
 - Neugestaltung der Bedarfsplanung
 - Ziel: mehr Flexibilität und stärkere Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten
- neue Bedarfsplanungsrichtlinie am 01.01.2013 in Kraft getreten
- Umsetzung der neuen Bedarfsplanung in Bayern
 - durch KVB im Einvernehmen mit den Krankenkassen
 - neuer Bedarfsplan zum 01.07.2013 in Kraft getreten

Was regelt die Bedarfsplanung?

- welche Ärzte benötigt werden → Einteilung der Ärzte in 23 Arztgruppen
- wo die Ärzte benötigt werden → Definition von Planungsbereichen
- wie viele Ärzte im Planungsbereich benötigt werden → Verhältniszahl
 - regelt wie viele Einwohner pro Arzt als *bedarfsgerechte* Versorgung gelten
 - wird von einem Demographiefaktor modifiziert, d. h. bei einer älteren Bevölkerung wird i. d. R. von einem erhöhten Leistungsbedarf ausgegangen und damit von einem höheren Bedarf an Ärzten
- Beispiel: Bedarfsplanungsarztgruppe Hausärzte
 - Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten, Praktische Ärzte
 - Planungsbereiche: Mittelbereiche
 - allgemeine Verhältniszahl: 1.671
 - durch Demographiefaktor angepasste Verhältniszahl im Planungsbereich
 - München: 1.712
 - Garmisch-Partenkirchen: 1.576

Bedarfsplanung: Regionale Gestaltungsmöglichkeiten

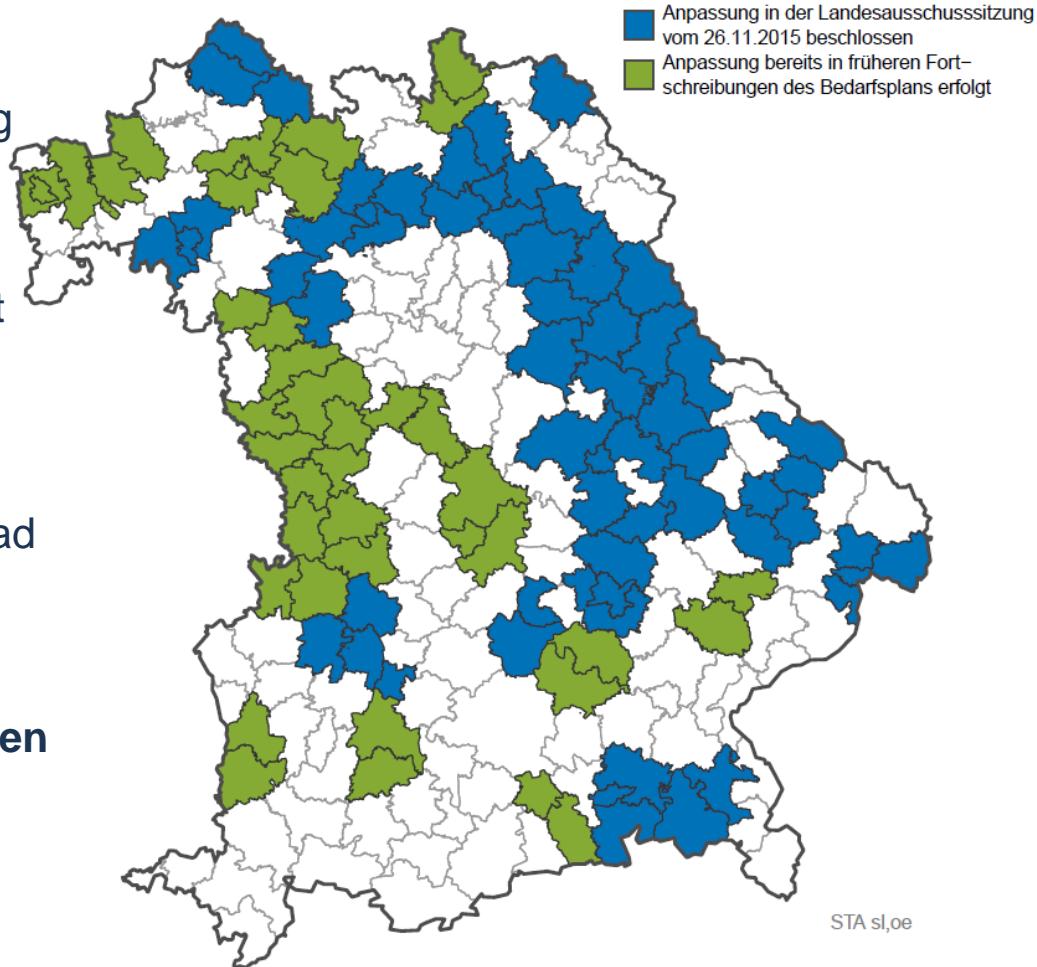
- Bedarfsplanungsrichtlinie ist mit bundesweit gültigen Vorgaben weiterhin maßgeblich
- Abweichungen von der Richtlinie sind möglich (§ 99 Abs. 1 S. 3 SGB V)
 - Regionale Besonderheiten (z. B. Morbidität, Bevölkerungsstruktur)
 - aus Gründen der Versorgung notwendig
 - Einvernehmen mit den Krankenkassen ist herzustellen
 - Widerspruchsfreie, rechtssichere Darlegung und Begründung im Bedarfsplan ist erforderlich
- in Bayern bestehen regionale Besonderheiten, die eine Anpassung der Bedarfsplanung notwendig machen
 - Schwerpunkt zunächst auf hausärztlichem Versorgungsbereich

Teilung von Mittelbereichen

- Abweichung vom Bundesdurchschnitt
 - bayerische Mittelbereiche sind häufig größer als der durchschnittliche deutsche Mittelbereich
 - Mittelbereiche Bayerns in Größe und Ausdehnung zum Teil sehr unterschiedlich
 - Teilung einzelner Mittelbereiche in kleinere Planungsbereiche notwendig
- Ziele bei der Teilung von Mittelbereichen
 - Hausärztliche Versorgungsebene wohnortnäher beplanen
 - Verhinderung einer Abwanderung von ländlichen Praxen in städtische Gebiete
- Vorgehen
 - Erarbeitung von Teilungsvorschlägen auf Basis eines einheitlichen statistischen Modells
 - Abstimmung der Teilungsvorschläge mit dem zuständigen Planungsverband
 - Herstellung des Einvernehmens mit den Krankenkassen
 - bei mangelndem Einvernehmen ist eine Beschlussfassung durch den Landesausschuss möglich

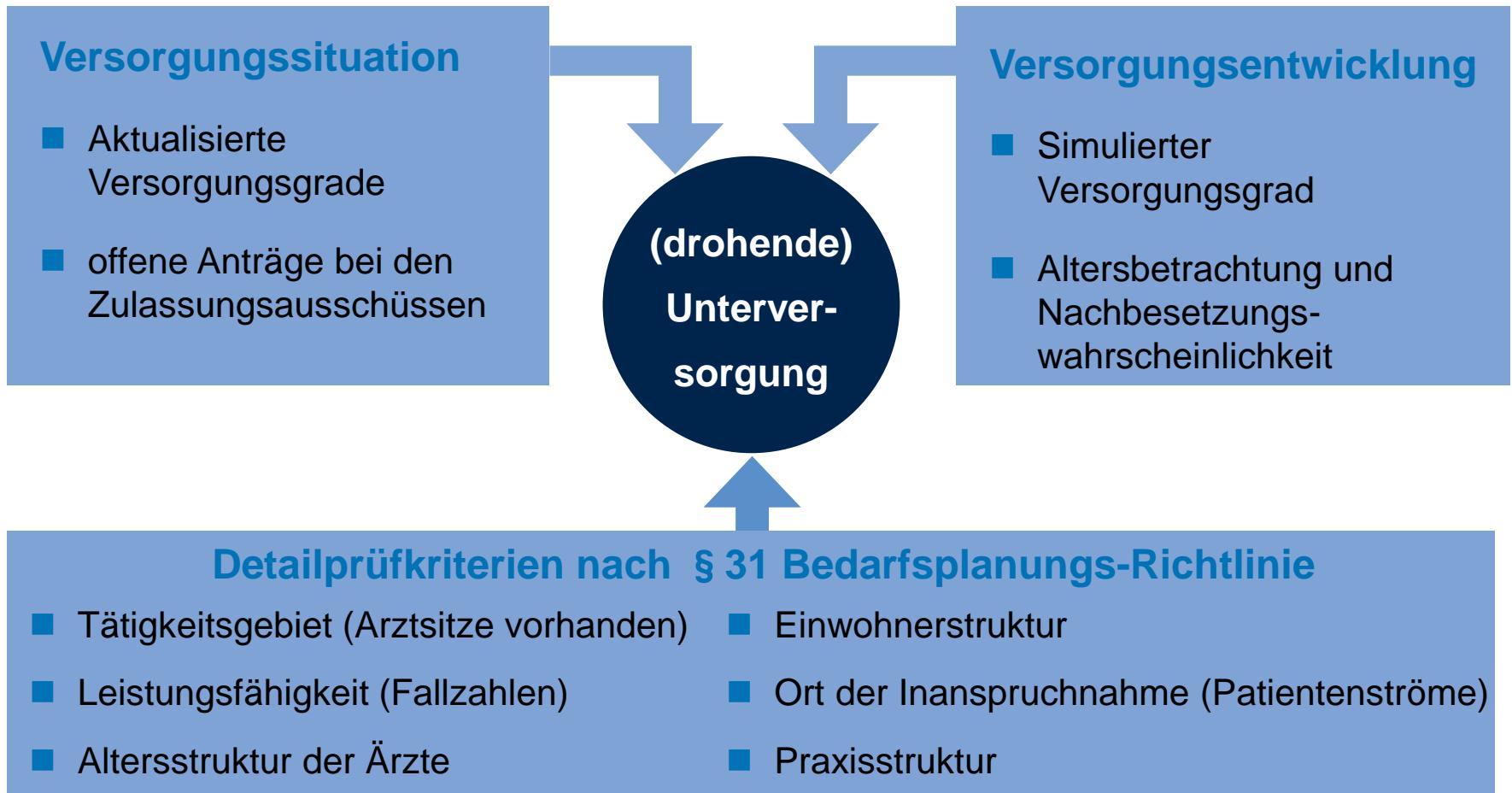
Übersichtskarte Mittelbereichsteilungen

- **44 Mittelbereiche** mit einer Ausdehnung von > 30 km identifiziert
- **Bis Ende 2014** wurden **15 Mittelbereiche** mit Zulassungsmöglichkeiten geteilt
- Ab 2015: Teilung von Mittelbereichen ohne Zulassungsmöglichkeiten
- **Mai 2015:** Teilung von Lohr am Main, Bad Windsheim, Miesbach/Hausham und Nördlingen
- **November 2015:** Teilung von **21 weiteren Mittelbereichen**



Elemente der gemeinsamen Prüfung

In die Prüfung auf Unterversorgung / drohende Unterversorgung fließen ein



Agenda

- Rahmenbedingungen
- Planung
- Fazit

Fazit

- Demographische Entwicklung wird sich auf die Struktur des Angebots auswirken
- Bedarfsplanung ist ein kompliziertes Zusammenspiel mehrerer Akteure
- Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse mit regionalem Handlungsspielraum vereinbar?
- Bedarfsplanung aktuell wieder auf dem Prüfstand → erneuter Auftrag der Bundesregierung an GBA, aber
- Gibt es eine Alternative, die **Kompromissfähig** ist?
- Diskussionen zur Bedarfsplanung sind in Abhängig von der Honorarthematik →
- Ist eine offene Diskussion über Bedarfs „gewünscht“
- Telemedizin als Ergänzung – oder welcher Grad an Versorgung ist notwendig, damit Telemedizin noch funktionieren kann?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

