



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sachstand und Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Isar Forum

10.05.2016

Agenda



Agenda


1. Hintergrund

2. Grundlagen der Bedarfsplanung

3. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

4. Ausblick und Zusammenfassung

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 – KÄBedarfspGgesetz:** 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 bis 2012 gültigen Bedarfsplanung

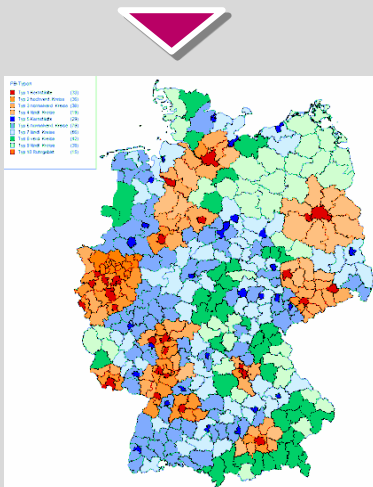
Die Bedarfsplanung sichert das Solidarprinzip Sie muss stetig den Herausforderungen der Zukunft angepasst werden

§ "The Inverse Care Law is the principle that the availability of good **medical** or **social care** tends to vary **inversely** with the **need** of the population served"



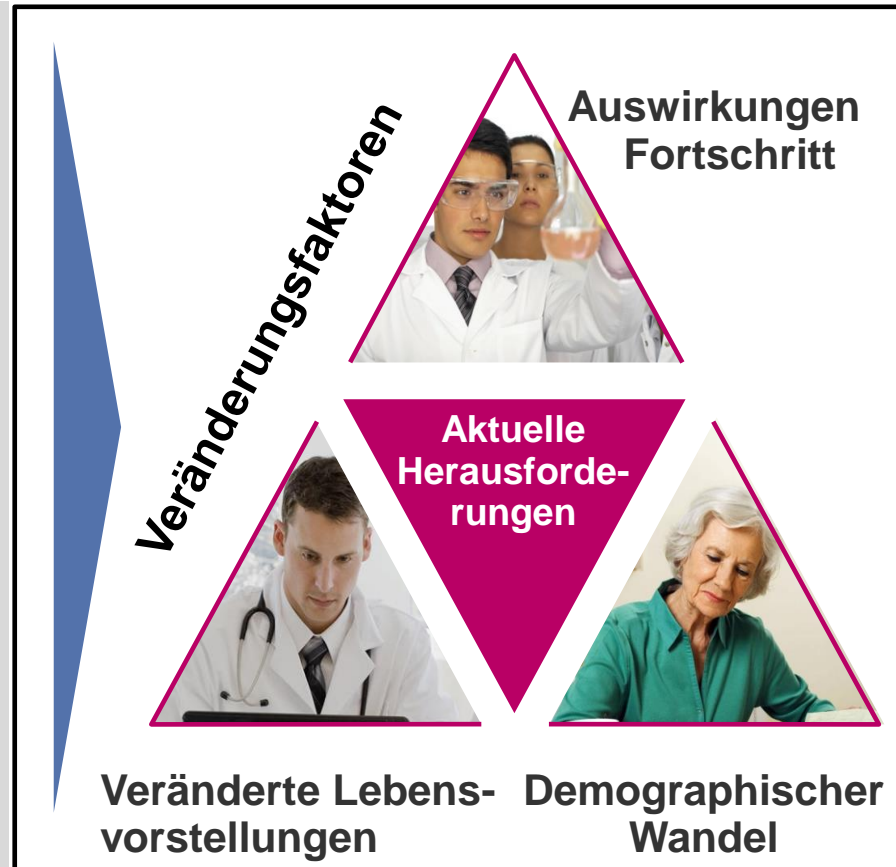
Alte Bedarfsplanung

- *Bepanung von 14 Planungsgruppen*
- *Planungsraum Landkreis und kreisfr. Städte*
- *Differenzierung nach 10 Regionstypen*
- *Heterogene Verhältniszahlen*



Ergebnisse der Bedarfsplanung

- *Erreichbarkeit von Ärzten ist sehr gut.*
- *Der Zuwachs von Ärzten konnte z.T. begrenzt werden.*
- *Planungssicherheit*
- *Flexibilität über Sonderbedarf*



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 dabei die Begrenzung der Ausgaben in der vertragsärztlichen Versorgung.
- **Die MGV kann nur eine begrenzte Zahl an Ärzten finanzieren.**
- **Sicherung der (System-) Wirtschaftlichkeit**

ab 2000

Verteilungsfunktion

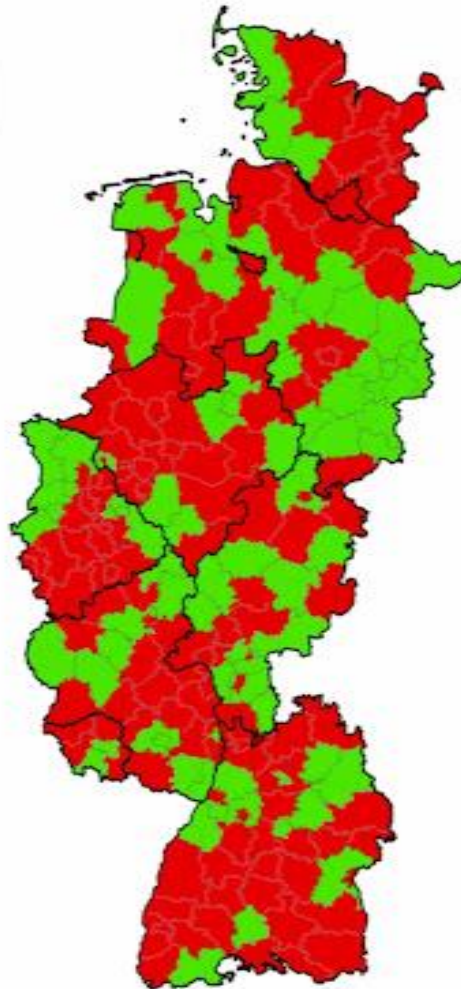
- Die Bedarfsplanung sichert den vergleichbaren Zugang aller Versicherten zur Versorgung
- **Bedarfsplanung ist (neben Zulassung und Vergütung) ein zentrales Instrument zur Steuerung des Versorgungsangebots**

Im Zeitverlauf sinkt die Zahl der offenen Planungsbereiche (Auffülleffekt),
ABER: hohe Versorgungsdichten zum Beginn bleiben bestehen

Orthopäden

offen

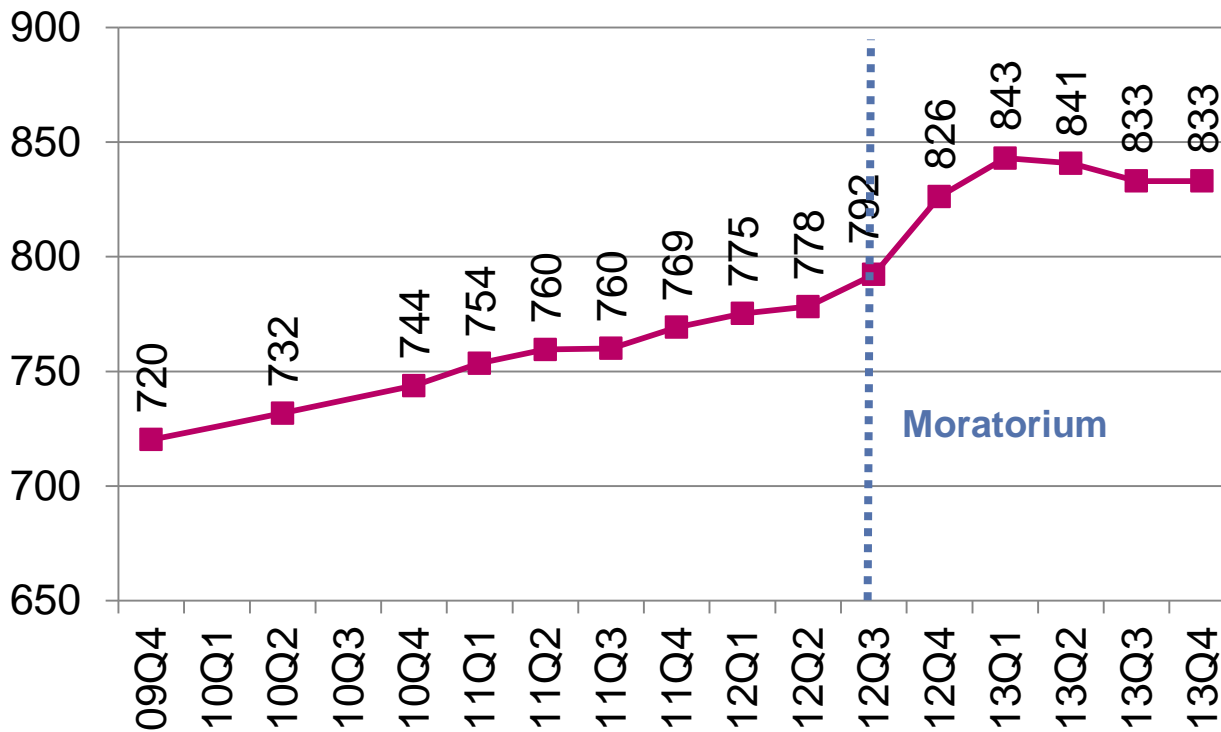
gesperrt



1995

Die Einführung der Bedarfsplanung für die bislang nicht beplanten Arztgruppen bremst deren Wachstum

Beispiel: Entwicklung der Pathologen nach Bedarfsplanungsgewichten (2009 – 2013)

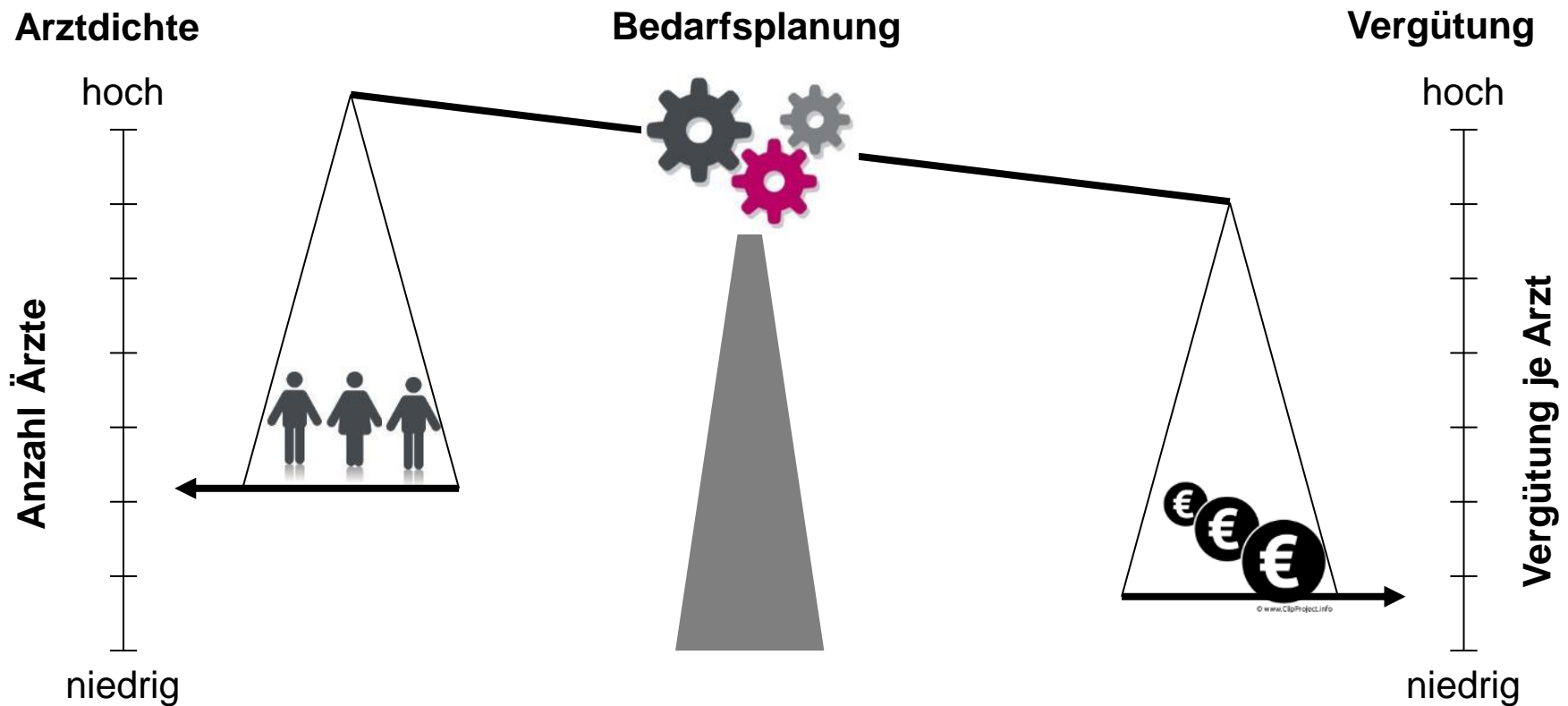


Es wurde ein **kontinuierliches Wachstum** der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung in den letzten 10 Jahren festgestellt. Nach Einführung der Bedarfsplanung bestehen derzeit **kaum Niederlassungsmöglichkeiten** für diese Arztgruppen (insgesamt = 265, davon 152,5 für KJPP) .

Quellen: Bedarfsplanungsumfragen der KBV (2009 bis 2014)

» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

Der Anstieg von Zulassungsmöglichkeiten hat immer auch Konsequenzen auf die Vergütung der einzelnen Ärzte oder die Gesamtkosten des Systems



Beeinflussende Faktoren der Niederlassung: SGB V



- Nicht alle Themen liegen im Zugriff des KV-Systems
- Nicht alle Themen „drehen“ in dieselbe Richtung
- Nicht alle Themen „drehen“ sich gleich schnell

Agenda

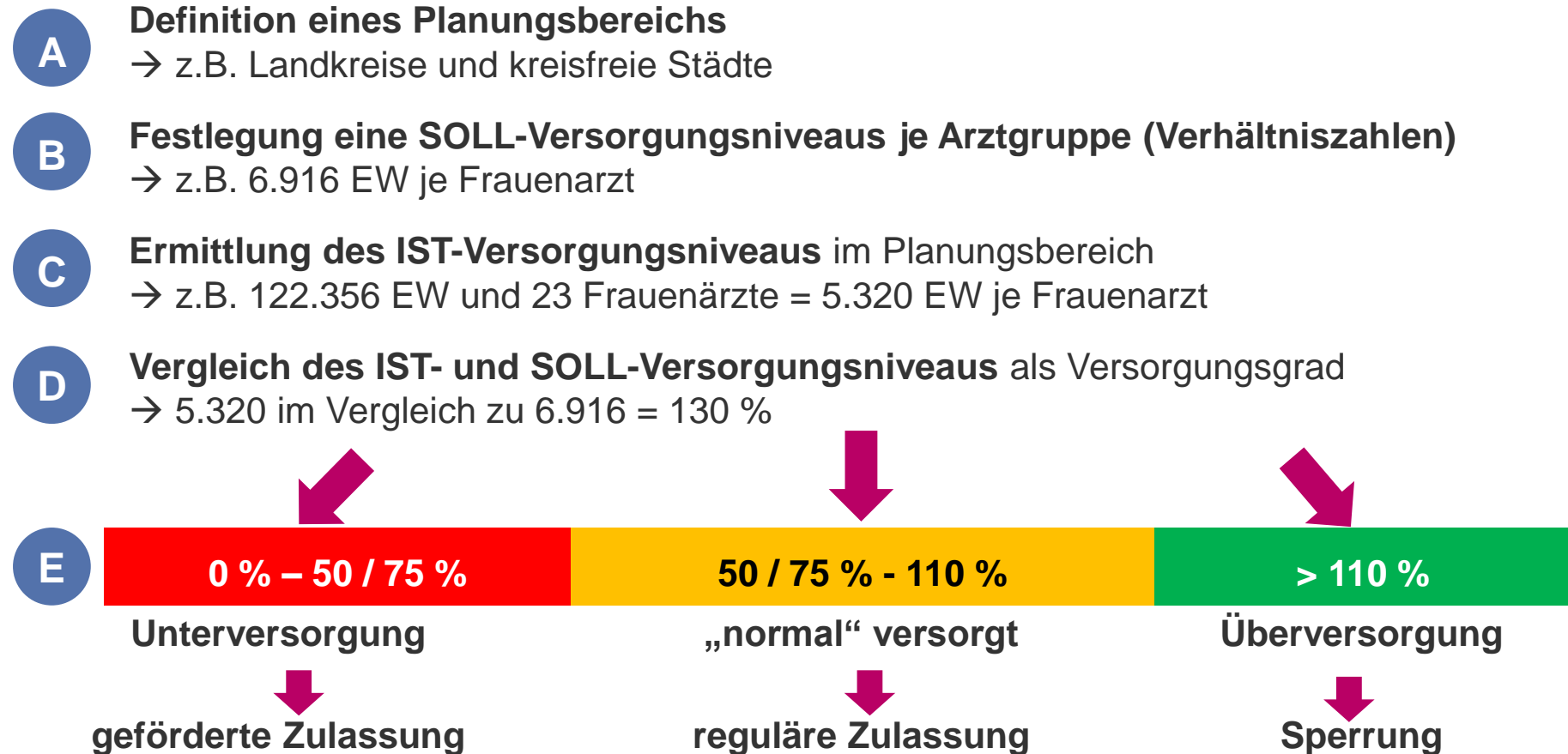
1. Hintergrund

2. Grundlagen der Bedarfsplanung

3. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

4. Ausblick und Zusammenfassung

Mit der Grundsystematik der Bedarfsplanung wird die Verteilung der Ärzte im Land gesteuert

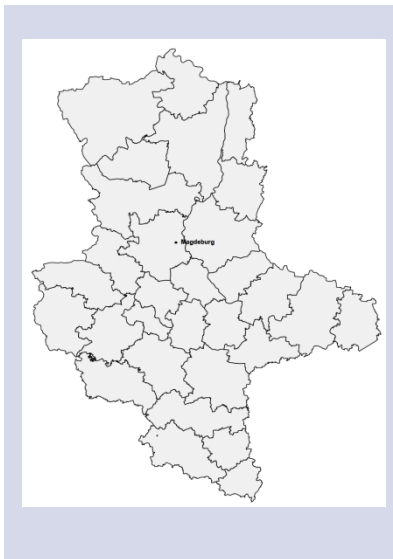


→ Wenn attraktive Regionen gesperrt sind, müssen Ärzte, die sich niederlassen wollen, in weniger attraktive Regionen ausweichen.

Durch die fortschreitende Fragmentierung wurde die Etablierung von Versorgungsebenen erforderlich. Abgrenzung grundsätzlich über Erreichbarkeiten.

Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorgung.
Mittelbereiche <i>[klein]</i>	Kreise <i>[mittel]</i>	Raumordnungsregionen <i>[größer]</i>	KVen <i>[sehr groß]</i>
Anzahl 915	Anzahl knapp 400	Anzahl 97	Anzahl 17

Größe der Planungsbereiche am Beispiel der KV Sachsen-Anhalt



Aufgrund der Dynamik der (hoch-) spezialisierten Versorgung wurden die hochspezialisierten Ärzte erstmals beplant und das Wachstum gebremst

	Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorg.
Arztgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augenärzte ▪ Chirurgen ▪ Frauenärzte ▪ HNO-Ärzte ▪ Hautärzte ▪ Nervenärzte ▪ Psychotherap. ▪ Orthopäden ▪ Urologen ▪ Kinderärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachinternisten ▪ Anästhesisten ▪ Radiologen ▪ Kinder- und Jugendpsychiater 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRM-Mediziner ▪ Nuklearmediziner ▪ Strahlentherap. ▪ Neurochirurgen ▪ Humangenetiker ▪ Laborärzte ▪ Pathologen ▪ Transfusionsmediziner

→ Das dynamische Wachstum dieser Arztgruppen konnte gebremst werden.

→ Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern und den PRM-Medizinern wurden erstmals Versorgungsengpässe deutlich.

Die Verhältniszahlen (SOLL-Niveau) hingegen wurden im Rahmen der Bedarfsplanungsreform 2012 nicht substantiell verändert.

Die Verhältniszahlen

- ↳ **Basieren weitestgehend auf dem Versorgungsniveau von 1990**
- ↳ **Bilden im internationalen Vergleich damals wie heute ein (sehr) hohes Versorgungsniveau ab**
- ↳ **Wurden in ihrer „Bedarfsgerechtigkeit“ nie geprüft (Streichung § 102 SGB V), aber auch nie in Frage gestellt (BSG)**
- ↳ **Wurden bisher losgelöst vom möglichen Aufkauf von Arztpraxen diskutiert und waren Grundlage vor allem für Zulassungsbegrenzungen**

→ Grundsätzlich: Auch die Frage der Verhältniszahlen wurde regionalisiert

Bei der Ermittlung des IST-Versorgungsniveaus wird die Altersstruktur der lokalen Bevölkerung berücksichtigt (Demografiefaktor)

Der unterschiedlichen Altersstruktur in den Planungsregionen soll über einen sogenannten Demografiefaktor Rechnung getragen werden. Dazu wurde der bisher gültige Demografiefaktor weiterentwickelt.



Überdurchschnittlicher Anteil der über 65 Jährigen



i.d.R. mehr Bedarf an Ärzten



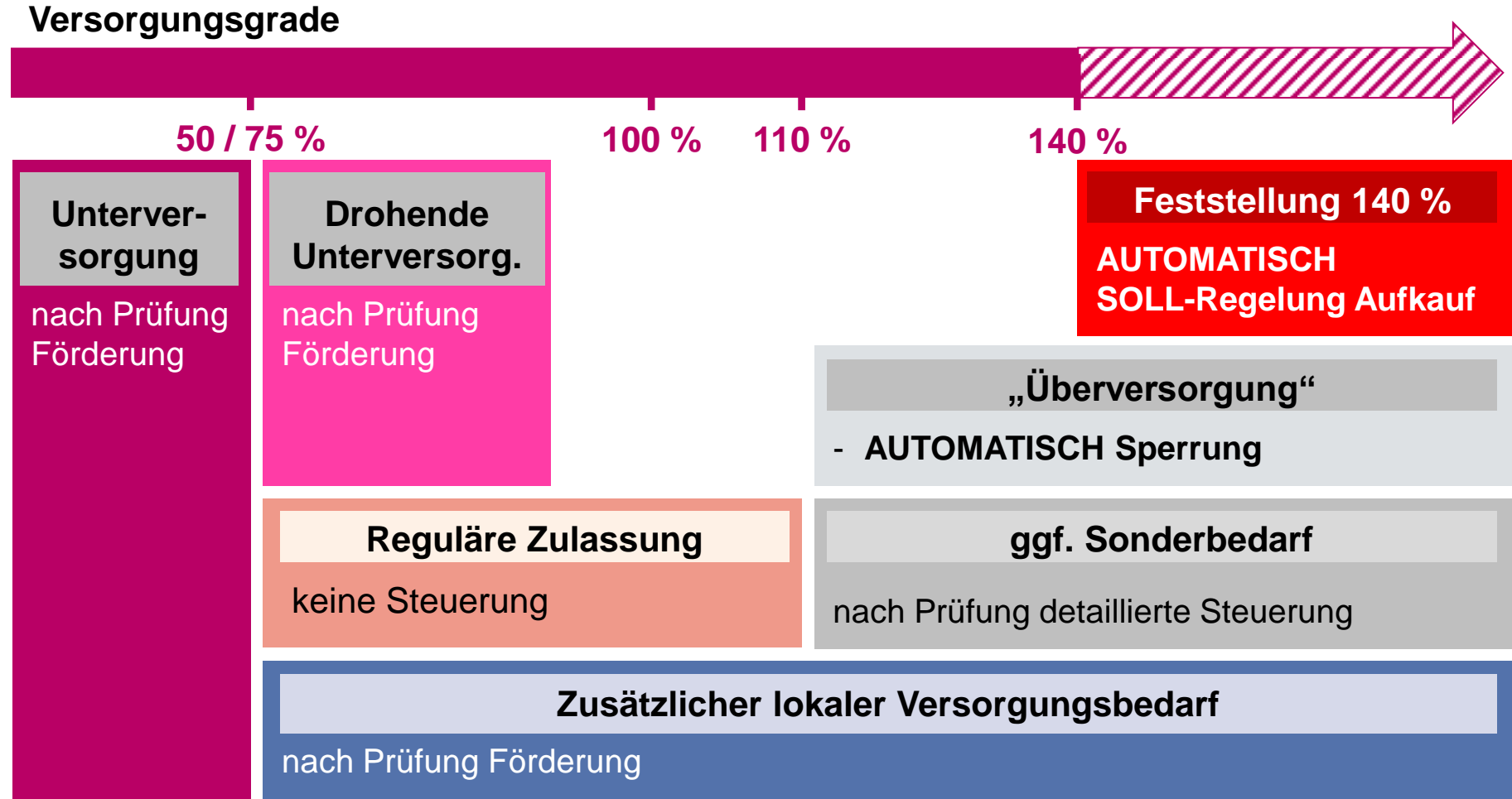
unterdurchschnittlicher Anteil der über 65 Jährigen



i.d.R. weniger Bedarf an Ärzten

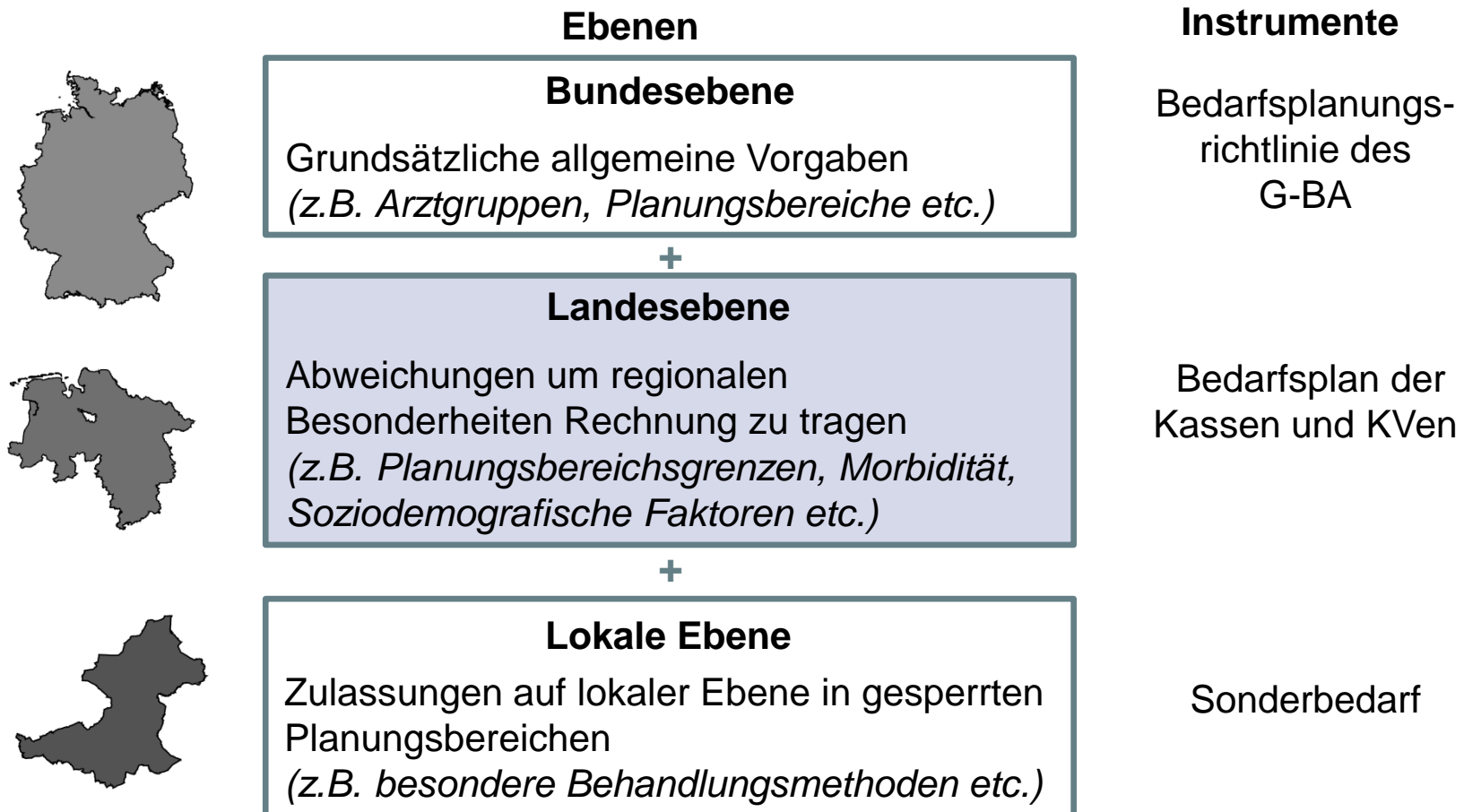
→ Über eine Anpassung der Verhältniszahl wird der höhere bzw. niedrigere Versorgungsbedarf in Regionen mit vielen Älteren/Jüngeren berücksichtigt.

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



➔ Diese neue Dimension muss bei der Erarbeitung der Verhältniszahlen bedacht werden.

Die Bedarfsplanung sieht drei Steuerungsebenen vor, um der besonderen Situation vor Ort gerecht zu werden



→ Die regionalen Abweichungsmöglichkeiten stellen sicher, dass die besonderen Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden.

Agenda

1. Hintergrund

2. Grundlagen der Bedarfsplanung

3. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

4. Ausblick und Zusammenfassung

Der Gesetzgeber fordert die Planung „bedarfsgerechter“ zu gestalten und den Bedarf besser abzubilden

§ 101 Abs. 1 Satz 7 (neu) SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. Januar 2017 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].**

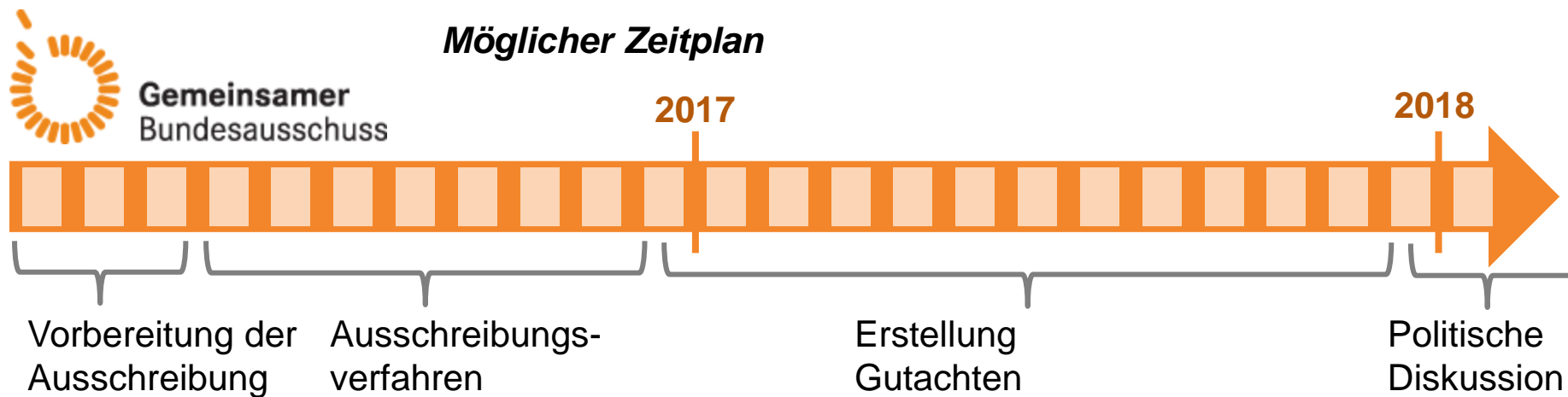
§ 101 Abs. 2 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die 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.

- Die neue Bedarfsplanung soll kleinräumiger sein.
- Die Verhältniszahlen sollen unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur angepasst werden.
- Insbesondere bei Psychotherapeuten wird Anpassungsbedarf gesehen.

Der Reformauftrag des Gesetzgebers hinterfragt die Grundsystematik der Bedarfsplanung und bedarf der fundierten Abarbeitung



Reform der Bedarfsplanung:

- eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen
- unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur kleinräumigen Planung, insbesondere für Psychotherapeuten
- Berücksichtigung von Sozial- und Morbiditätsstruktur.

BMG

2017

➔ Der G-BA wird im Laufe des Jahres 2017 Anpassungen in der BPL-RL vornehmen müssen.

Für das Gutachten zeichnen sich die folgenden Eckpunkte ab.

Bewertung der Ergebnisse der bisherigen Bedarfsplanung

- Inhaltlich (Was wurde erreicht, nicht erreicht)
- Methodisch (Ist die Herangehensweise angemessen?)
- Rechtlich (Welche rechtlichen Rahmenbedingungen und Restriktionen bestehen?)

Ermittlung des „angemessenen“ Versorgungsbedarfs

- Wie lässt sich der Versorgungsbedarf einer Bevölkerung ermitteln?
- Wie kann dieses Ergebnis in einem Planungssystem operationalisiert werden?
- Berücksichtigung der Fragen „Soziodemografie und Morbidität“.

Räumliche Verteilung

- Wie können Ärzte „bedarfsgerecht“ verteilt werden und wie lässt sich dies operationalisieren?
- Berücksichtigung der Frage der „Kleinräumigkeit“.

Arztgruppen

- Wie lässt sich ambulante Versorgung planen?

Internationaler Vergleich von Planungssystemen im Bereich ärztliche Versorgung

- Wie nähern sich andere Länder der Planung der medizinischen Versorgung und der Daseinsfürsorge

Eine „bedarfsgerechte“ Versorgung ist immer auch eine Frage der Perspektive

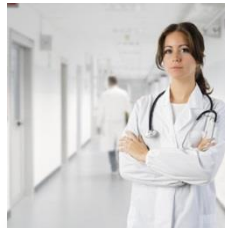
➔ Eine objektive „bedarfsgerechte Versorgung“ ist kaum sachgerecht zu definieren.



Patienten...

*...wollen den Wunscharzt in der Nachbarschaft und ohne Wartezeiten.
...will keine höheren GKV-Beiträge zahlen.*

VERSORGUNGSBEDARF ?



Ärzte...

*... wollen eine stabile und angemessene Vergütung.
... wollen eine handhabbare Zahl an Fällen in der Praxis.*



Krankenkassen...

*...wollen keine zusätzliche Vergütung in die ambulante Versorgung stecken.
... würden kostenneutral auch mehr Ärzte ins System lassen.*

Die Regelungen zur Leistungsbegrenzung beim Job-Sharing/Anstellung werden (insbesondere bei den Psychotherapeuten) entschärft.

§ 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über [...]

6. **Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 [Job-Sharing] und 5 [Anstellung mit Leistungsbegrenzung] im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs; für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden.**

- ➔ Die Regelungen im §§ 40ff bedürfen einer Anpassung. Die Änderungen im SGB V sind bereit in Kraft, entfalten aber erst Wirkung, wenn der G-BA die Regelungen konkretisiert. Die BPL-RL soll hier zeitnah überarbeitet werden.
- ➔ Die Psychotherapeuten haben künftig eine gesetzlich vorgeschriebene Sonderrolle hinsichtlich der Festlegung der Leistungsbeschränkung.

Für das Jahr 2016 sind voraussichtlich Anpassungen bei drei Arztgruppen vorgesehen.

- Einige Arztgruppen sollen kurzfristig andere mittelfristig weiterentwickelt werden.

2016	2017 und später
Orthopäden / Chirurgen	Fachinternisten
Nervenärzte	...
FÄ für Psychosomatik (Quote in der Quote)	...

Die Entscheidung des BSG zur gesonderten fachärztlichen Versorgung bringt neue Arbeitsaufträge an den G-BA mit sich

Aufnahme weiterer Arztgruppen mit Entscheidungsmoratorium

- Zulassungssperre für neue Arztgruppen



Bestimmung bedarfsgerechten Versorgungsgrad stichtagsbezogen



Tatsächlichen Versorgungsgrad als 110% definiert

- tatsächlich zum Stichtag bestehenden Versorgungsgrad nicht als bedarfsgerechten Versorgungsgrad (100 %)



KV-Region als Planungsbereich und Verzicht auf Demografiefaktor



Mit dem Krankenhausstrukturgesetz sind neue Aufgaben verbunden



Neu

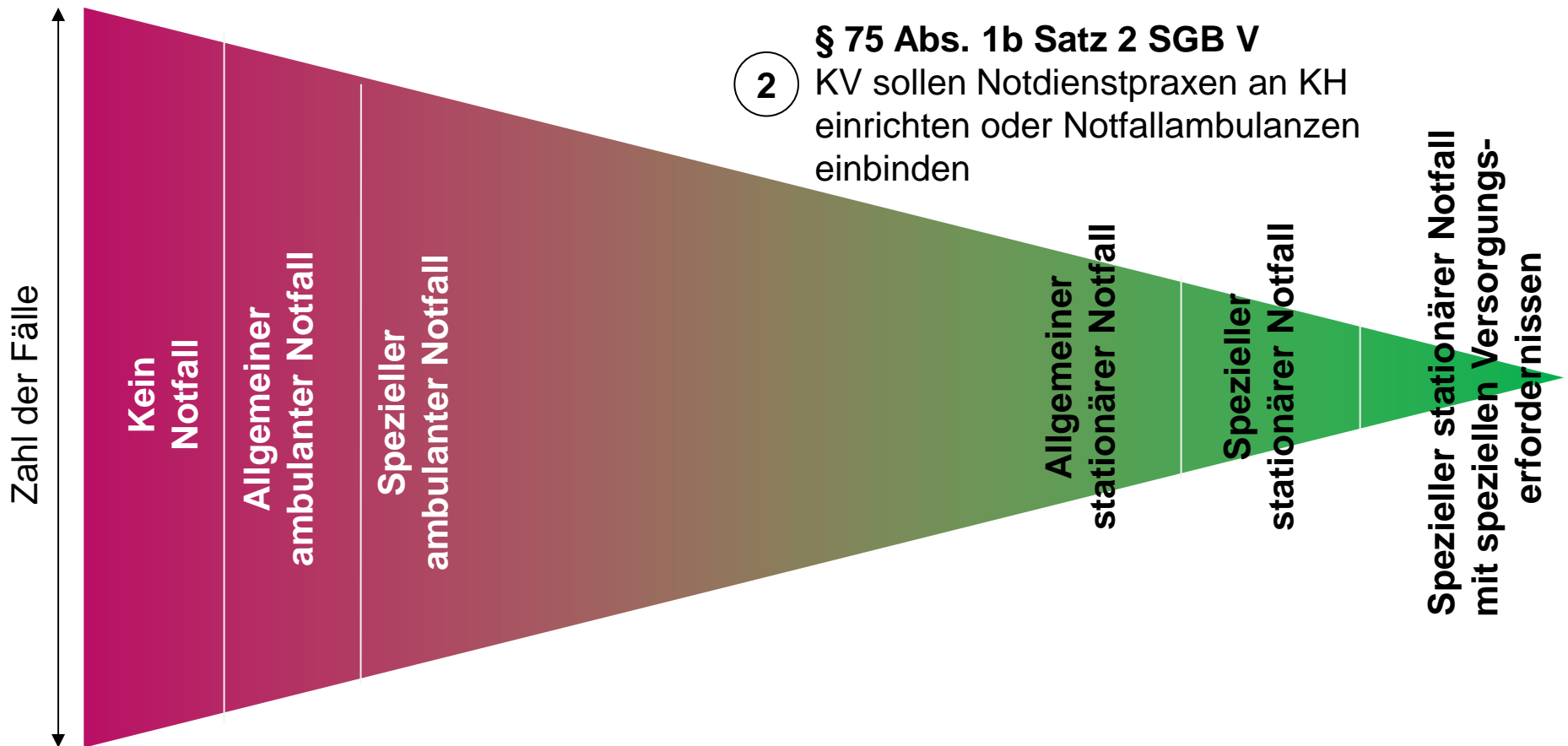
§ 136c Abs. 3 und 4 (neu) SGB V

[...] (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen [...]

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festzulegen. [...]

- Damit wird erstmals auf Bundesebene eine Diskussion um die regionale Verteilung und Erreichbarkeit von stationären Einrichtungen sowie deren Finanzierung geführt (bisher ausschließlich Landeskrankenhausplan).
- Eine gestufte stationäre Notfallversorgung sowie die Gewährung von Sicherstellungszuschläge ist untrennbar verbunden mit der lokalen ambulanten Versorgungssituation.
- ABER: Das BMG sieht keine ausreichende Betroffenheit der KBV → Kein Stimmrecht

Ein Notfall macht nicht an Sektorengrenzen halt! Ein gestuftes Konzept der Notfallversorgung umfasst die ambulante und die stationäre Perspektive.

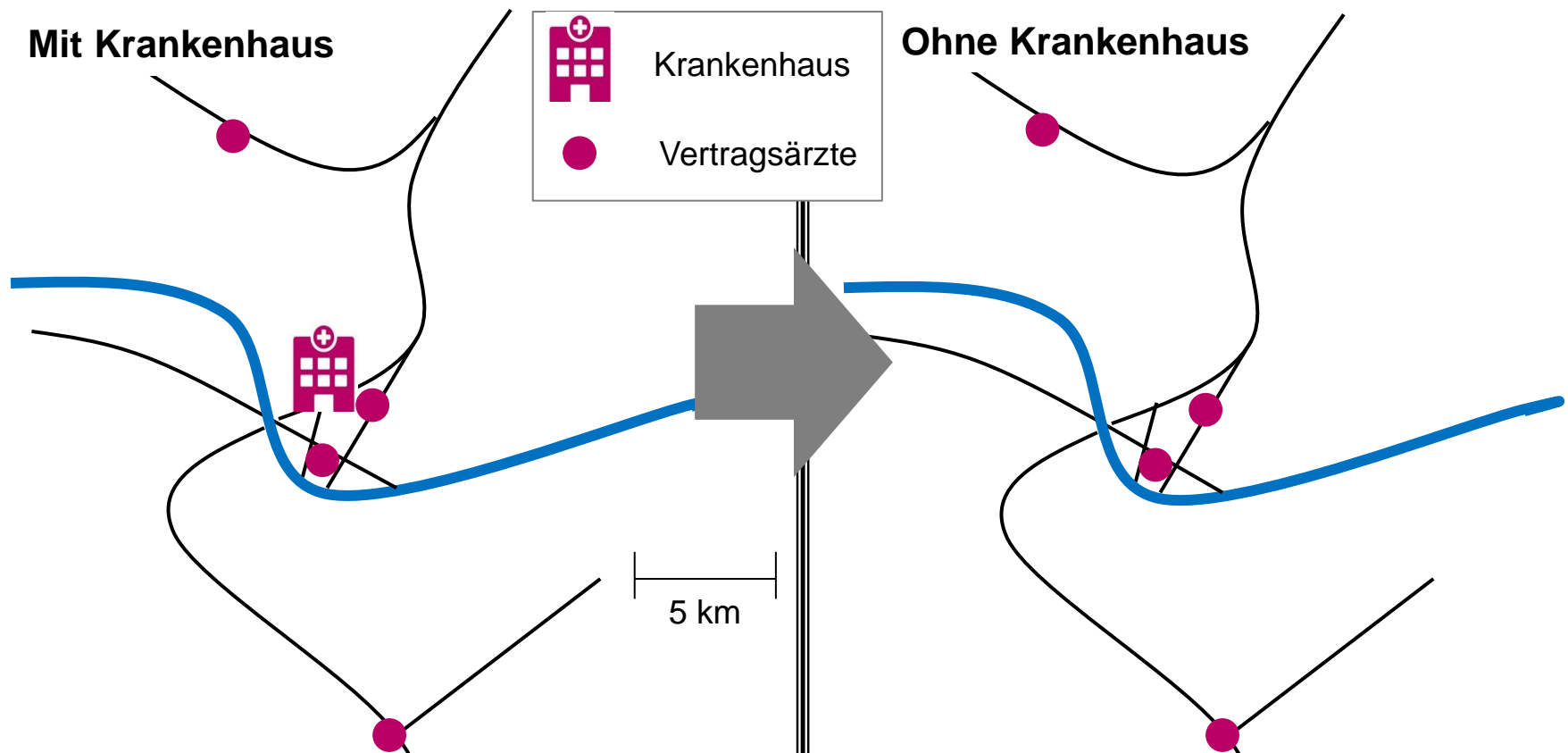


② § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V
KV sollen Notdienstpraxen an KH einrichten oder Notfallambulanzen einbinden

① § 87 Abs. 2a Satz 23 SGB V
Der erweiterte Bewertungsausschuss (mit DKG) beschließt ambulante Notfallversorgung (EBM) nach Schweregrad

③ ABER: § 136c Abs. 4 SGB V
Der G-BA (ohne Stimmrecht KBV) beschließt gestuftes System der stationären Notfallversorgung

Der Wegfall von KH in ländlichen Regionen (die ggf. mit Sicherstellungszuschlägen stabilisiert werden) wirkt auch auf die ambulante Versorgung.



- Mit Sicherstellungszuschlägen sollen KH in Regionen stabilisiert werden, wo bestimmte stationäre Versorgungsstrukturen wirtschaftlich (DRG-System) nicht tragfähig wären.
- Gerade in diesen Regionen wirkt sich der Wegfall von Krankenhäusern auch auf die ambulante Versorgung aus.

Agenda

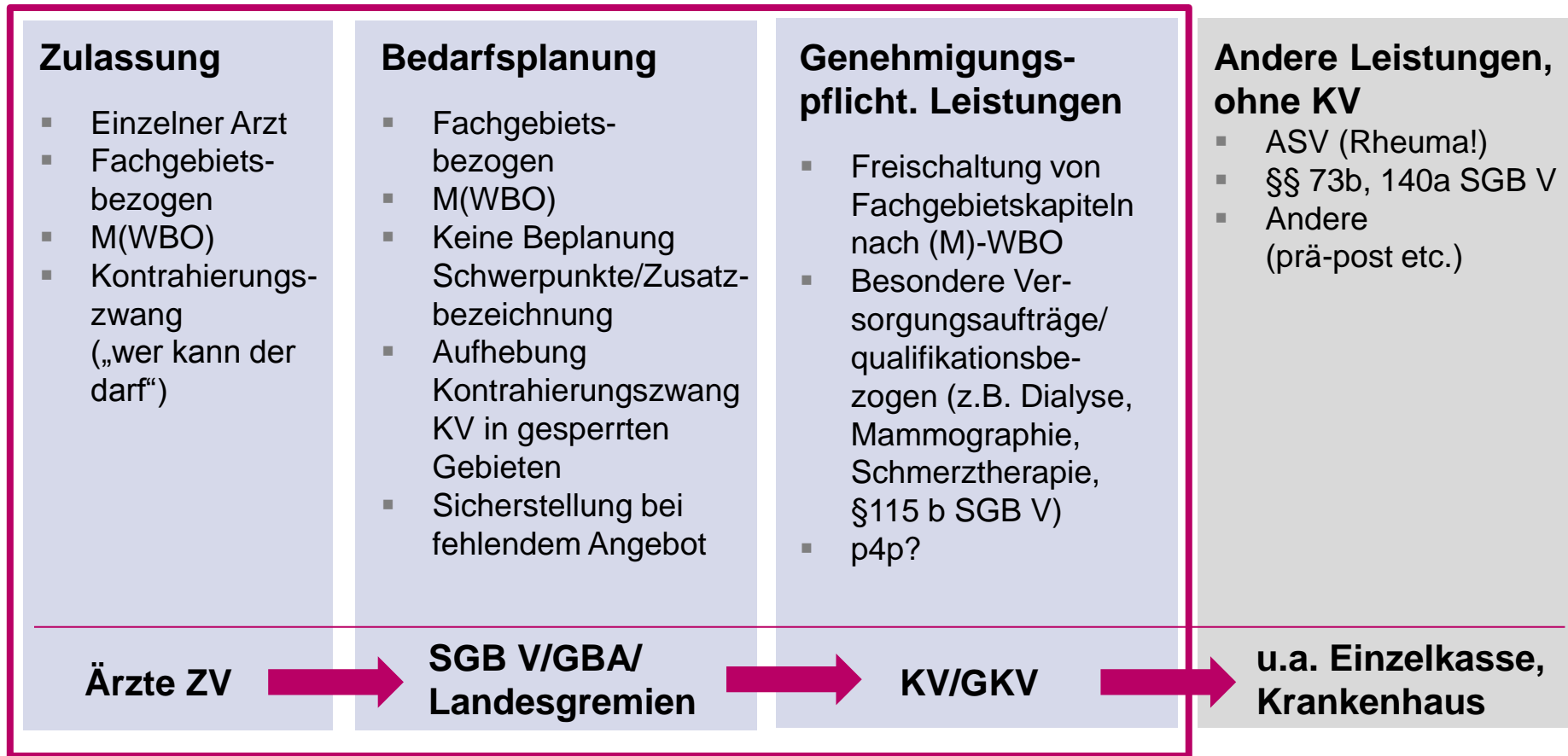
1. Hintergrund

2. Grundlagen der Bedarfsplanung

3. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

4. Ausblick und Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung muss gesamthaft gedacht werden, um eine gewünschte, steuernde Wirkung entfalten zu können.



Die Bedarfsplanung muss stetig weiterentwickelt und an neue Gegebenheiten angepasst werden.

Beschreibung von **Versorgungsaufträgen** für bestimmte Themen (Schmerztherapie, Palliativmedizin, Rheuma etc.)
→ Eigner Ordnungsrahmen / Versorgung durch multiprofessionelle Teams, Vergütungskomplexe etc.

Aus- und Weiterbildung
stärker planen

Trägerstrukturen
weiterentwickeln
(Zulassungsrecht)
→ Einzelpraxis → Gemeinschaftspraxis → MVZ → Netz → MVZplus (?)

Verhältniszahlen
neu ermitteln → Zuwachs von Ärzten
steuern + 140%-Grenze

Planung vs. Markt → Eigentumsrechte vs. Planungsprärogative

Struktur der Bedarfsplanung
weiterentwickeln → Arztgruppen nach (M-)WBO?

Steuerung über Nachbesetzung
stärken

Zusammenfassung

- Die Bedarfsplanung hat in Deutschland eine lange Historie. Dabei haben sich auch die Ziele der Planung weiterentwickelt.
- Die Bedarfsplanungsreform 2012 hat primär den Umfang der Planung (gesonderte fachärztliche Versorgung) und deren räumliche Struktur (Versorgungsebenen) adressiert.
- Bedarfsplanung schafft und erfordert Transparenz der Versorgung
- Der G-BA wird nun ein Gutachten in Auftrag geben, das sich ausführlich und wissenschaftlich mit der Frage der Ermittlung des angemessenen Versorgungsbedarfs auseinandersetzen wird. (Abschluss voraussichtlich Ende 2017)
- Der G-BA wird in diesem Jahre die Zusammensetzung ausgewählter Arztgruppen weiterentwickeln und ggf. weitere Anpassungen vornehmen (Patches).
- Mit dem § 136c Abs. 3 und 4 SGB V werden erstmal Strukturfragen der stationären Versorgung im G-BA diskutiert. Dies stellt den Nukleus einer Diskussion um sektorenübergreifende Planung dar.

→ Die Bedarfsplanung wird stetig weiterzuentwickeln sein. CAVE: Wieviel Planung verträgt ein System? UND: Wie häufig sollte Planung geändert werden?

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

»Ich bin eine
von 150.000
Haus- und
Fachärzten und
Psychotherapeuten
Deutschlands.
**Ich arbeite für
Ihr Leben
gern.«**

Gunthild Kayser
Dr. Gunthild Kayser,
KINDER- UND JUGENDÄRZTIN

www.ihre-aerzte.de

Die Haus- und
Fachärzte

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.