



Modelle für die ländliche Versorgung

*Symposium Bedarfsplanung und Versorgung in den Regionen
München, 23. Mai 2019*

PD Dr. Neeltje van den Berg
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald

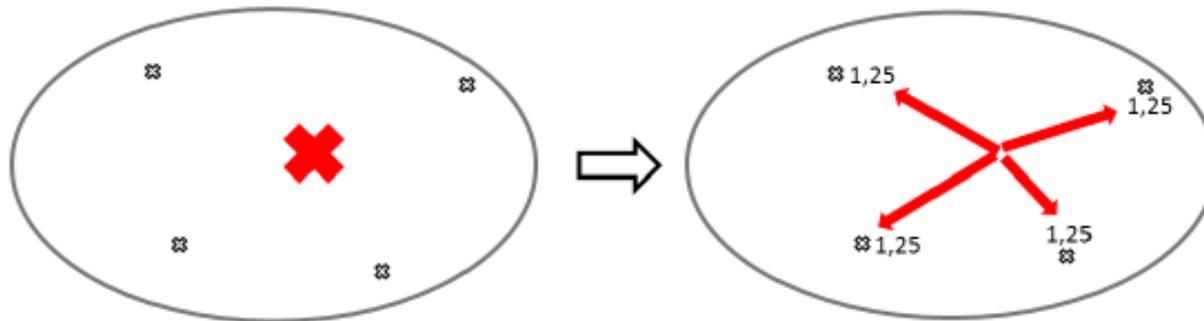
Wenn die allgemeine Planungssystematik nicht geeignet ist (z.B. in ländlichen Regionen) – innovative, regional koordinierte Lösungen:

- Mehr als 1,0 KV-Sitz pro Arzt bei Unterstützung durch nicht-ärztliche Praxisassistentinnen
- Ausschreibung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen bei festgestellter Unterversorgung
- Gegenseitige Kompensation von Arztgruppen

- Einbindung von nichtärztlichen Praxisassistenten zur Unterstützung und Entlastung des Hausarztes ist seit dem 1. April 2009 bundesweit möglich (Grundlage AGnES-Konzept)
- 2016: 12 Planungsbereiche hausärztliche unterversorgt, 95 Planungsbereiche drohende Unterversorgung.
- Voraussetzungen für die Einbindung einer nichtärztlichen Praxisassistentin (u.a.):
 - durchschnittlich mindestens 860 Behandlungsfälle pro Hausarzt (voller Versorgungsauftrag) pro Quartal in den letzten vier Quartalen
 - durchschnittlich mindestens 160 Behandlungsfälle pro Hausarzt (voller Versorgungsauftrag) bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind



- 1.200 Hausbesuchen/Jahr, 0,5 AGnES: Einsparung 360 Stunden ärztliche Behandlungszeit pro Praxis.
→ etwa 170 zusätzliche Patienten/Quartal
- 4 Hausärzte können mit 1,0 VK nÄPA einen fünften Hausarztsitz kompensieren



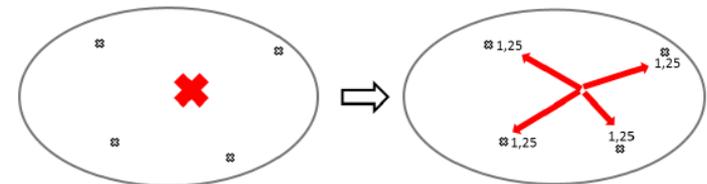
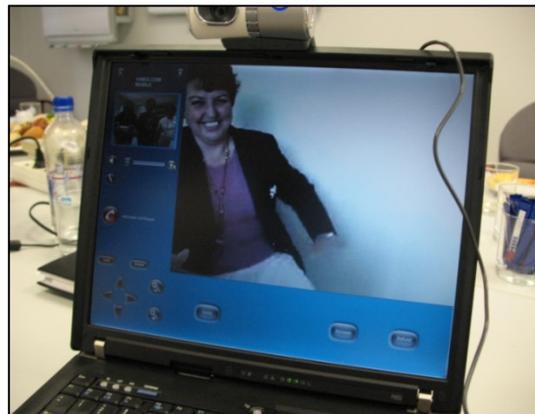
Ausgangssituation:

- Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch 5 Ärzte in einer Region
- nicht besetzter Hausarztsitz

Kompensation:

- Übernahme der Patienten durch umliegende Praxen
- Anteilige Aufteilung von 0,25 Sitzen je Hausarzt

- Empfehlung: Hausärzte können sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen auf 1,25 Sitze bewerben, wenn sie durch mindestens 0,5 VK nichtärztliche Praxisassistenten unterstützt werden
- Alternativ können sich vier Hausärzte, die jeweils mindestens 0,5 nichtärztliche Praxisassistentinnen beschäftigen, gemeinsam auf einen weiteren Arztsitz bewerben



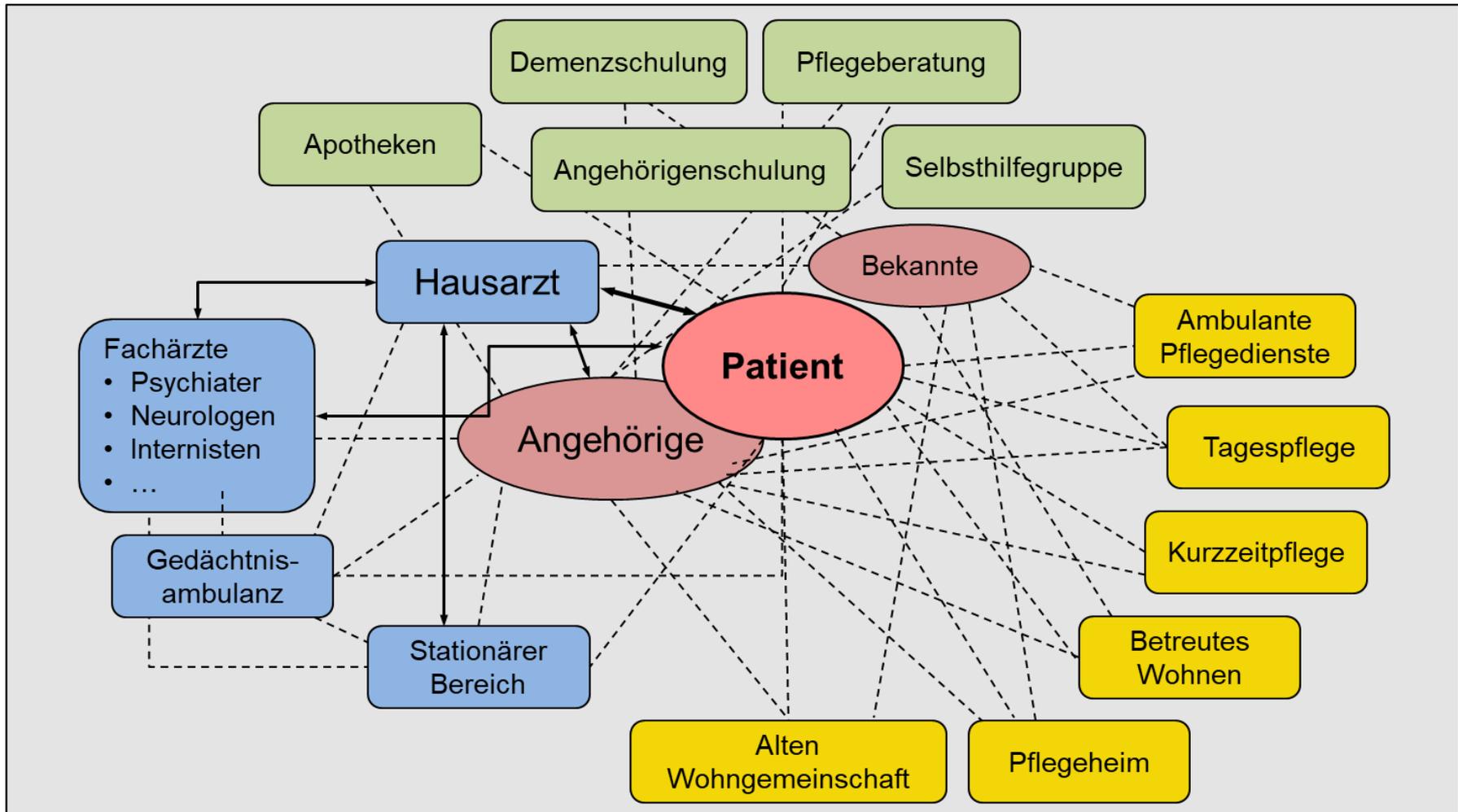
Ausgangssituation:
 – Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch 5 Ärzte in einer Region
 – **X** nicht besetzter Hausarztsitz

Kompensation:
 – **→** Übernahme der Patienten durch umliegende Praxen
 – Anteilige Aufteilung von 0,25 Sitzen je Hausarzt

Ausschreibung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen („Leistungskörbe“) bei festgestellter Unterversorgung

- Aktuelle Bedarfsplanung: Ausrichtung auf definierte Arztgruppen
- Berücksichtigung spezifischer Patienten(gruppen) weitgehend unbeachtet
- Strukturierte sektoren- und professionsübergreifende Versorgungspfade nur bedingt möglich
- Arztgruppenzentrierte Ausrichtung des Gesundheitssystems: Einschränkung einer bedarfsgerechte Versorgung für bestimmte Patientengruppen und Erkrankungen
z.B. Palliativpatienten, geriatrische Patienten

Beispiel Demenzpatienten



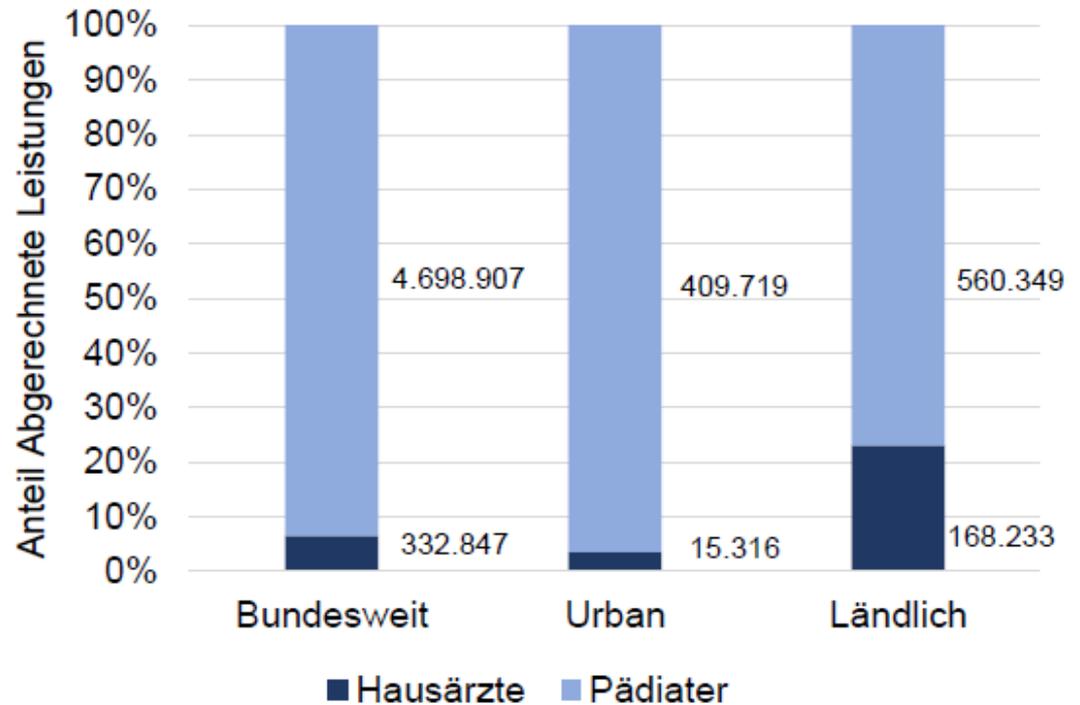
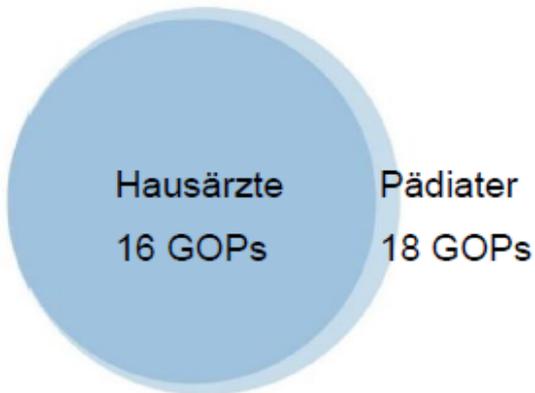
Empfehlungen:

- Erstellung von systematischen Leistungsbeschreibungen mit einer Darstellung von charakteristischen Merkmalen und Bedürfnissen einer bestimmten Patientengruppe oder einer speziellen Erkrankung
- Kernpunkt eines leistungsbezogenen Versorgungsauftrags ist, dass sich Konsortien von Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren und Professionen auf definierte Versorgungsaufträge bewerben können

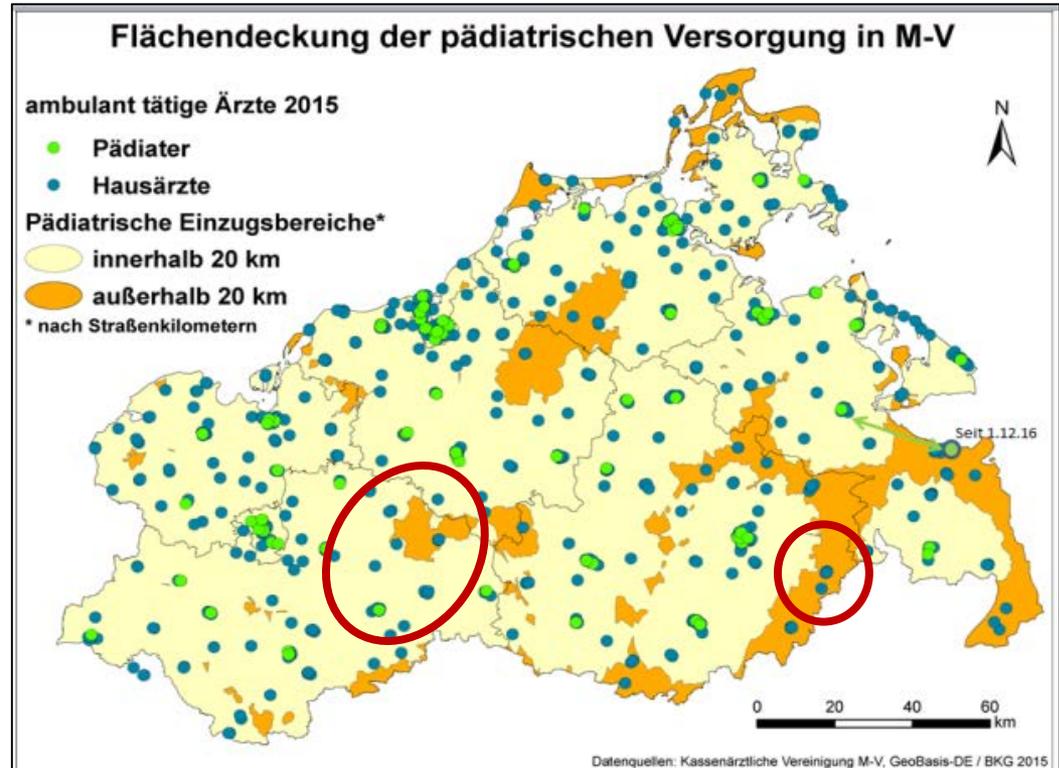
Gegenseitige Kompensation von Arztgruppen

- Arztgruppen ist explizit vorgegeben, welche GOPs sie gemäß EBM-Katalog abrechnen dürfen
- Es gibt aber einige Überlappungen zwischen Arztgruppen
- In ländlichen Gebieten werden bereits Leistungen zwischen unterschiedlichen Arztgruppen kompensiert

EBM-Abschnitt 1.7 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern



Quelle: KBV-Daten 2015



Beispiel für Anwendung:

Projekt „Tandempraxen“ in Mecklenburg-Vorpommern

→ Regelmäßige Sprechstunden durch einen Pädiater in der Hausarztpraxis

Gewährleistung patientennaher Versorgung in unterversorgten oder von
Unterversorgung bedrohten Regionen: Kompensation zwischen Arztgruppen

Beispiel für Anwendung in der Planung:

Wenn für einen ausgeschriebenen Arztsitz in der Gruppe der Pädiater nach
einem Jahr keine Bewerbung eingegangen ist, können sich auch Hausärzte
auf diesen Sitz bewerben. Bedingungen:

- Behandlung aller Kinder und Jugendlichen
- Kooperation mit einer pädiatrischen Praxis oder pädiatrischen
Krankenhausabteilung

Fachärztliche Unterstützung:

- Tandempraxenmodell
- Telemedizin und eHealth (z.B. Konsultationsleistungen gemeinsame,
digitale Patientenakten)



Gutachten abrufbar unter folgendem Link:
<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3493/>

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Gutachtenteam: Leonie Sundmacher, Laura Schang, Ronja Flemming, Wiebke Schüttig, Isabel Geiger, Julia Frank-Tewaag, Danny Wende, Ines Weinhold, Christoph Höser, Thomas Kistemann, Juliane Kemen, Neeltje van den Berg, Fabian Kleinke, Wolfgang Hoffmann, Ulrich Becker und Thomas Brechtel