

Monitoring und Bewertung des Status Quo:

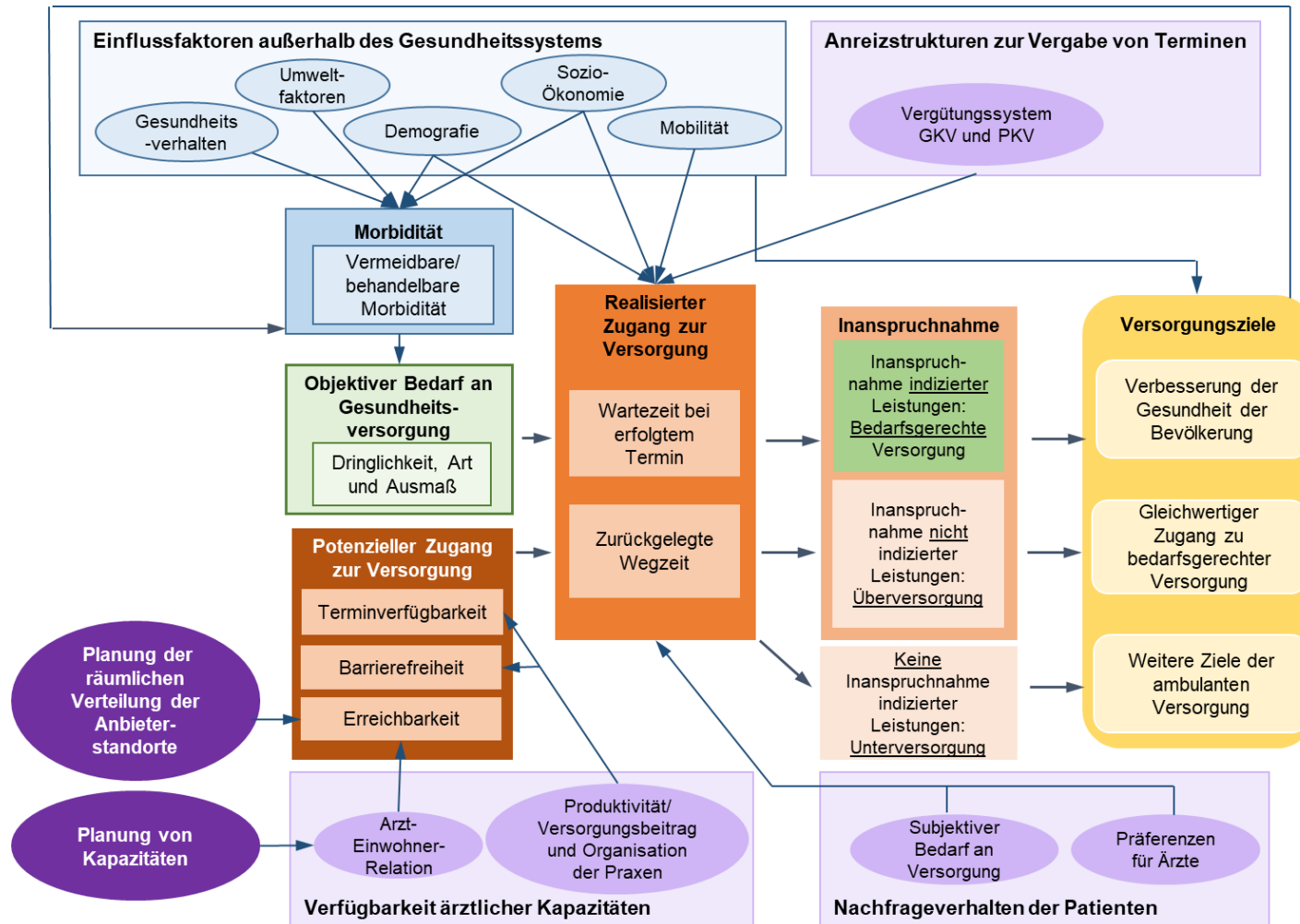
Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung (Teil A.1)

Instrumente der Bedarfsplanung (Teil A.2)

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

*Dr. Laura Schang für das Konsortium
Fachbereich Health Services Management
Fakultät für Betriebswirtschaft
Ludwig-Maximilians-Universität München*

A.1: Bewertung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland



Siehe GBA-Gutachten S. 119ff.

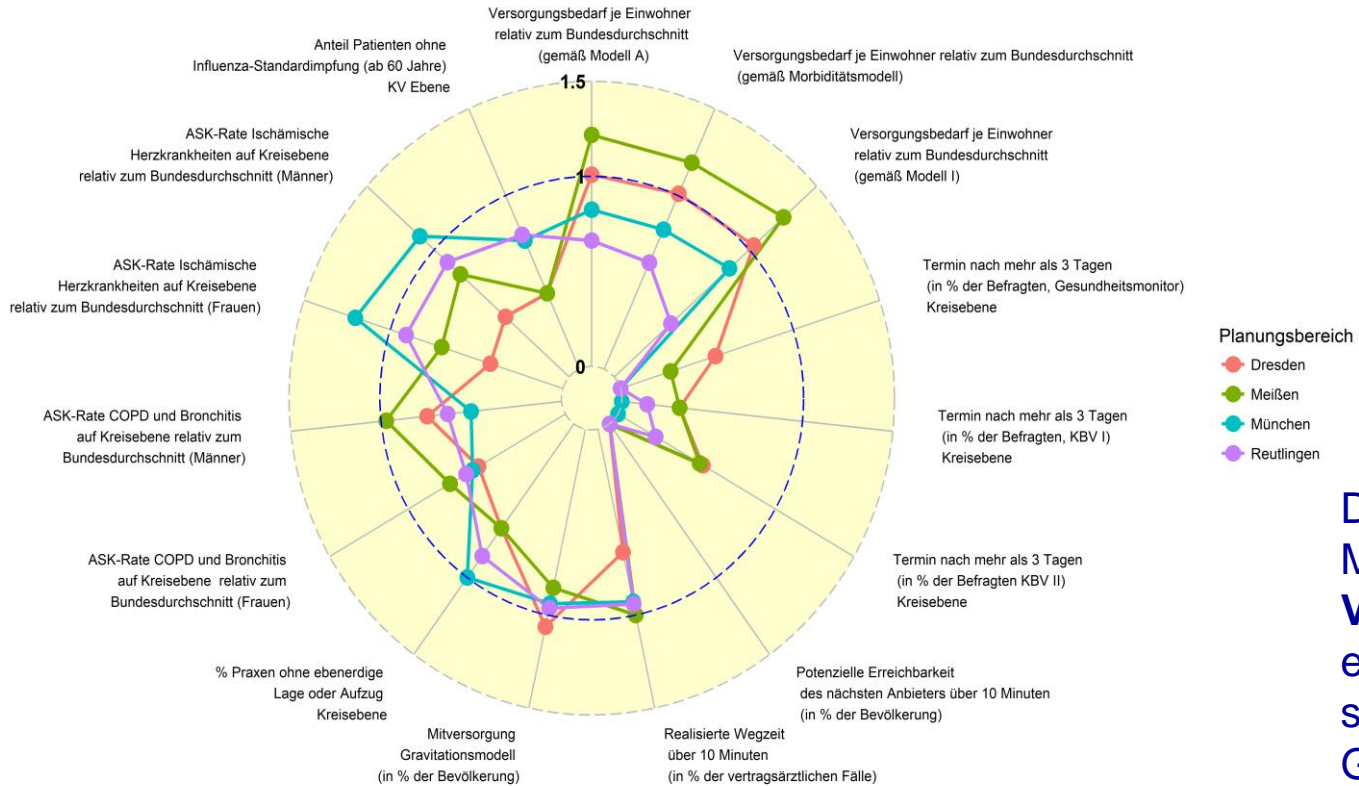
A.1: Entwicklung von Standards für Erreichbarkeiten und Wartezeiten und Bedeutung von Versorgungszielen (I)

- Ableitung von Bewertungskriterien für Standards aus Zielen der ambulanten ärztlichen Versorgung (S.27ff. und 67ff.)
- Systematische Literaturreviews zum Einfluss von Erreichbarkeit (S.30ff.) bzw. Wartezeit (S.70ff.) auf Gesundheits-Outcomes
- Ermittlung von Erreichbarkeitsrichtwerten aus der öffentlichen Raumplanung sowie Experteninterviews (S. 371ff.). Berücksichtigung von akzeptablen Distanzen aus Patientenbefragungen (S.381ff.), realisierten und potenziellen Wegzeiten im Status Quo (S.35ff.)
- Empfohlene Erreichbarkeitsrichtwerte (jeweils für 99% der Bevölkerung) nach Spezialisierungsgrad der Arztgruppe und der zu versorgenden Bevölkerung:
 - 15 PKW-Minuten für die hausärztliche Versorgung
 - 20 PKW-Minuten für die kinderärztliche und frauenärztliche Versorgung
 - 30 PKW-Minuten für die allgemeine fachärztliche Versorgung durch Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte sowie Psychotherapeuten
 - 30-45 PKW-Minuten für die spezialisierte fachärztliche Versorgung durch Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Fachinternisten

A.1: Entwicklung von Standards für Erreichbarkeiten und Wartezeiten und Bedeutung von Versorgungszielen (II)

- Evidenz aus den USA deutet darauf hin, dass Wartezeiten von über drei bis vier Wochen auf Haus- und Facharzttermine für ein neues medizinisches Problem bei Personen über 65 Jahren mit chronischen Erkrankungen das Risiko von gesundheitlichen Nachteilen erhöhen können (S.70ff.).
- Standards für zumutbare Wartezeiten sollten in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des medizinischen Problems aus evidenzbasierten Versorgungsleitlinien abgeleitet und unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Deutschland konkretisiert werden (S.98-102):
 - für den Erstkontakt mit dem Versorgungssystem (Zugangstandard)
 - Für angemessene Zeitintervalle der Anschlussversorgung (Standards für die „richtige Versorgung zum richtigen Zeitpunkt“)
- Versorgungsziele sollten entwickelt und systematisch in ein kleinräumiges Monitoring eingebunden werden (S.111ff.).
 - für effektive Versorgung mit Verbesserungspotenzial. Beispiel: Influenza-Impfquoten bei Personen ab 60 Jahre
 - für komplexe Outcomes, die eine Richtung aufzeigen sollen. Beispiel: ambulant-sensitive Krankenhausfälle

A.1: Empfehlung - Zugangs-Monitoring mit Versorgungszielen

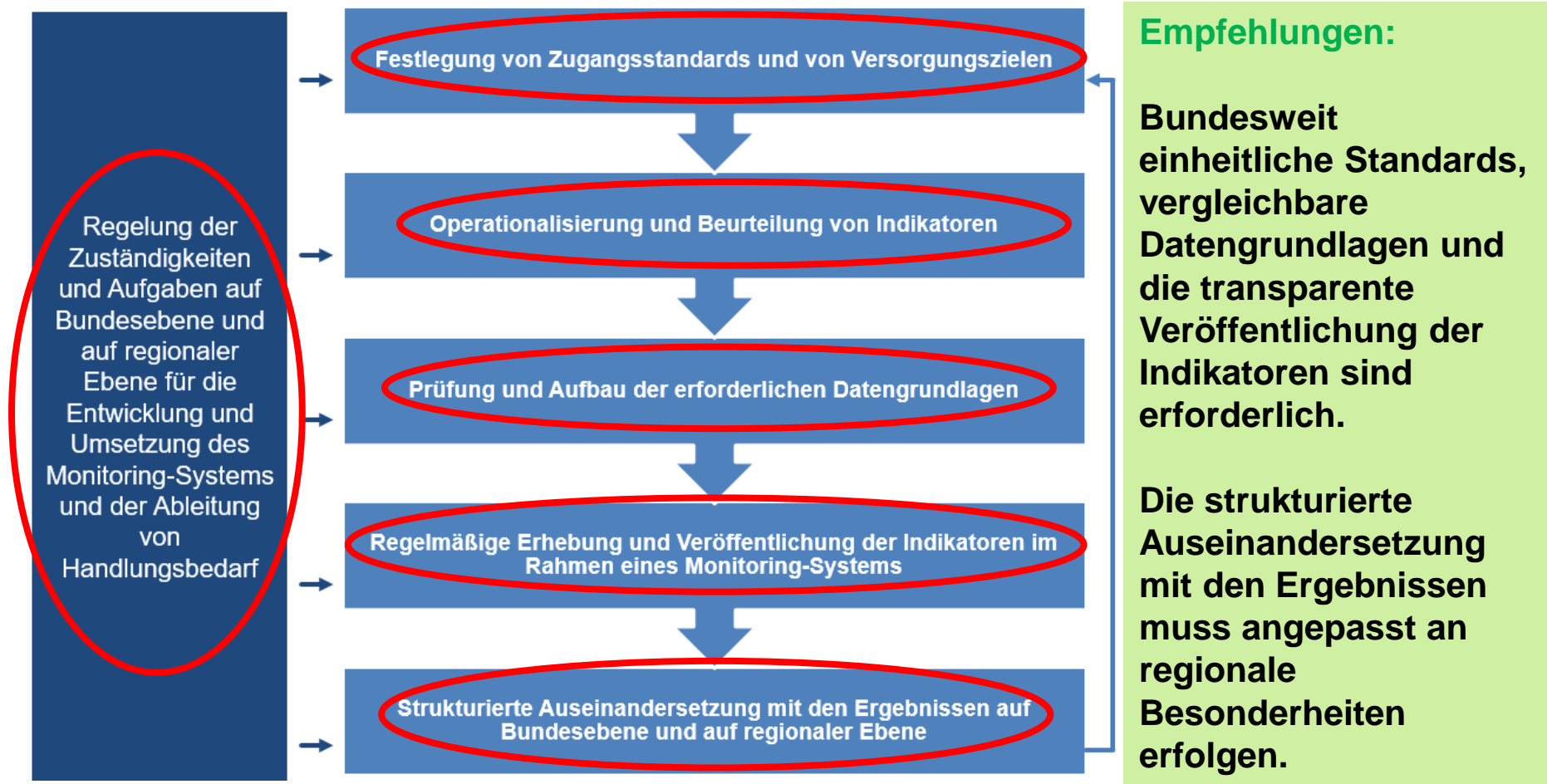


Das Zugangs-Monitoring sollte um **Versorgungsziele** ergänzt werden, siehe S. 113, GBA-Gutachten

Abbildung A.1.32: Monitoring von Zugangs-Standards und regionalem Versorgungsbedarf mit exemplarischen Versorgungszielen für Hausärzte

Quelle: eigene Darstellung

A.1: Umsetzung eines bundesweit vergleichbaren, in regionale Planungsprozesse integrierten Monitorings

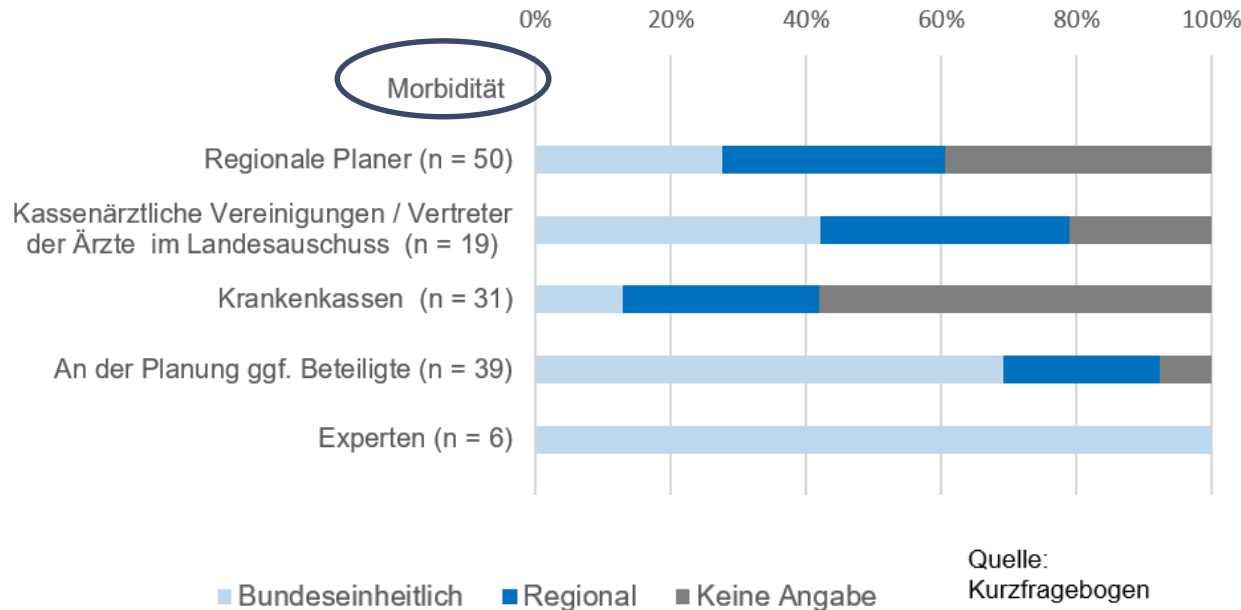


A.2: Reform der Bedarfsplanung aus Sicht der Befragten – Beispiel: Anpassung der Verhältniszahlen

„Eine bundeseinheitliche Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen zum Zweck einer Erfassung von regionalen Unterschieden im Versorgungsbedarf erfolgt derzeit nur mithilfe des Demografiefaktors.“

Welche weiteren Faktoren sollten zu diesem Zweck Teil der Bedarfsplanungsrichtlinie werden, damit regionale Unterschiede in der Ausprägung bundeseinheitlich für alle Regionen berücksichtigt werden?

Bei welchen Faktoren sollte die **Entscheidung über die Auswahl des Faktors ausschließlich regional** getroffen werden?“



Siehe GBA-Gutachten
S.151, Abbildung A.2.8

Fazit

- Die Definition von **bundeseinheitlichen Standards eines zumutbaren Zugangs** ist für die Bewertung und Planung des Zugangs zur Versorgung zwingend notwendig.
- Im Gutachten werden **unterschiedliche Herangehensweisen** für die Entwicklung von Standards für **Erreichbarkeiten und Wartezeiten** systematisch erörtert.
- Ein kleinräumiges Monitoring sollte neben räumlichen, zeitbezogenen und patientenspezifischen Indikatoren des Zugangs auch **Versorgungsziele** integrieren.
- Die Bewertung der bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung basiert auf einer umfassenden **kriteriengestützten Analyse nach Steuerungsfunktionen**.
- In die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sind **Stellungnahmen der befragten Institutionen, Akteure und Experten** eingeflossen.



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

Dr. Laura Schang
Fachbereich Health Services Management
Fakultät für Betriebswirtschaft
Ludwig-Maximilians Universität München