

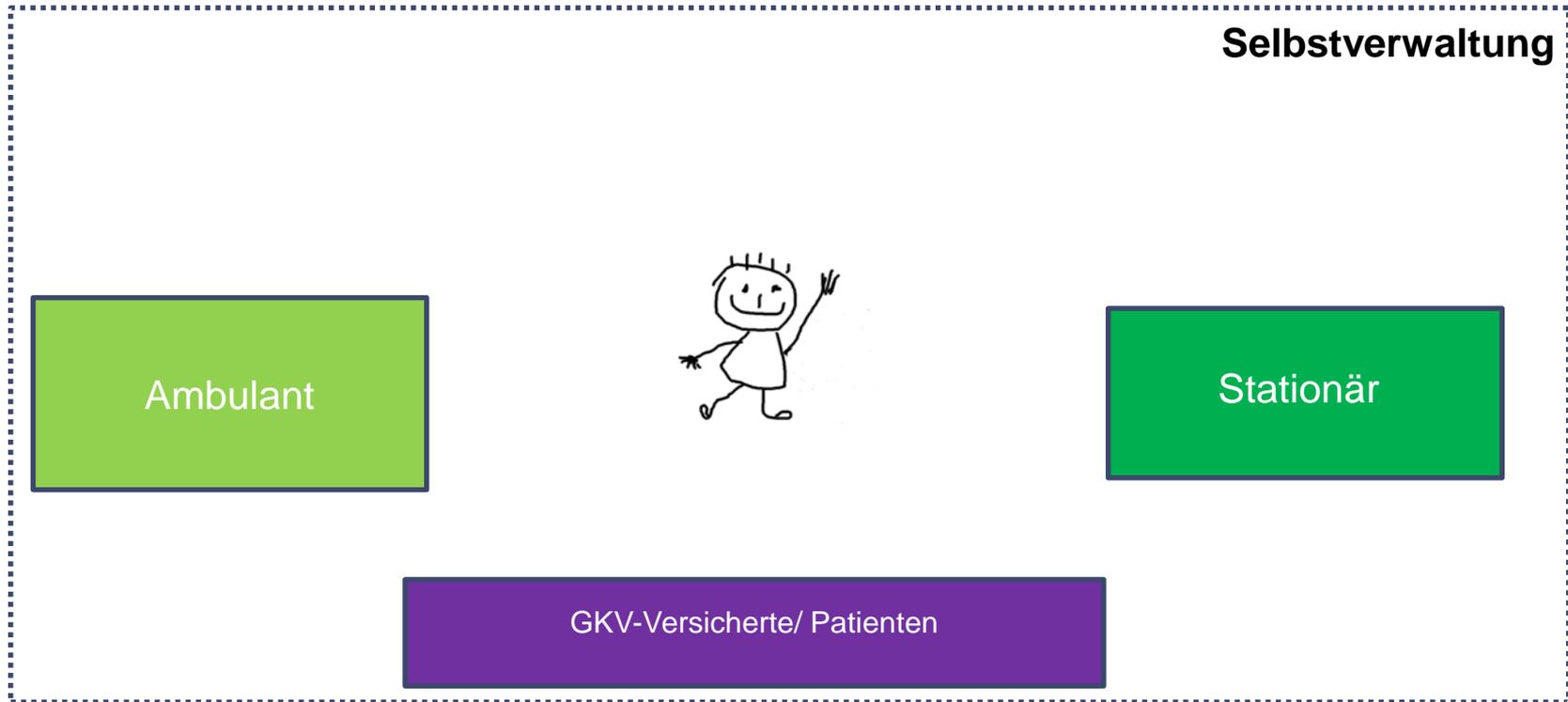
Können. Wollen. Machen Perspektive der Wissenschaft

Gesundheit weiter gedacht.
Symposium der Barmer am 25.04.2019 in Berlin

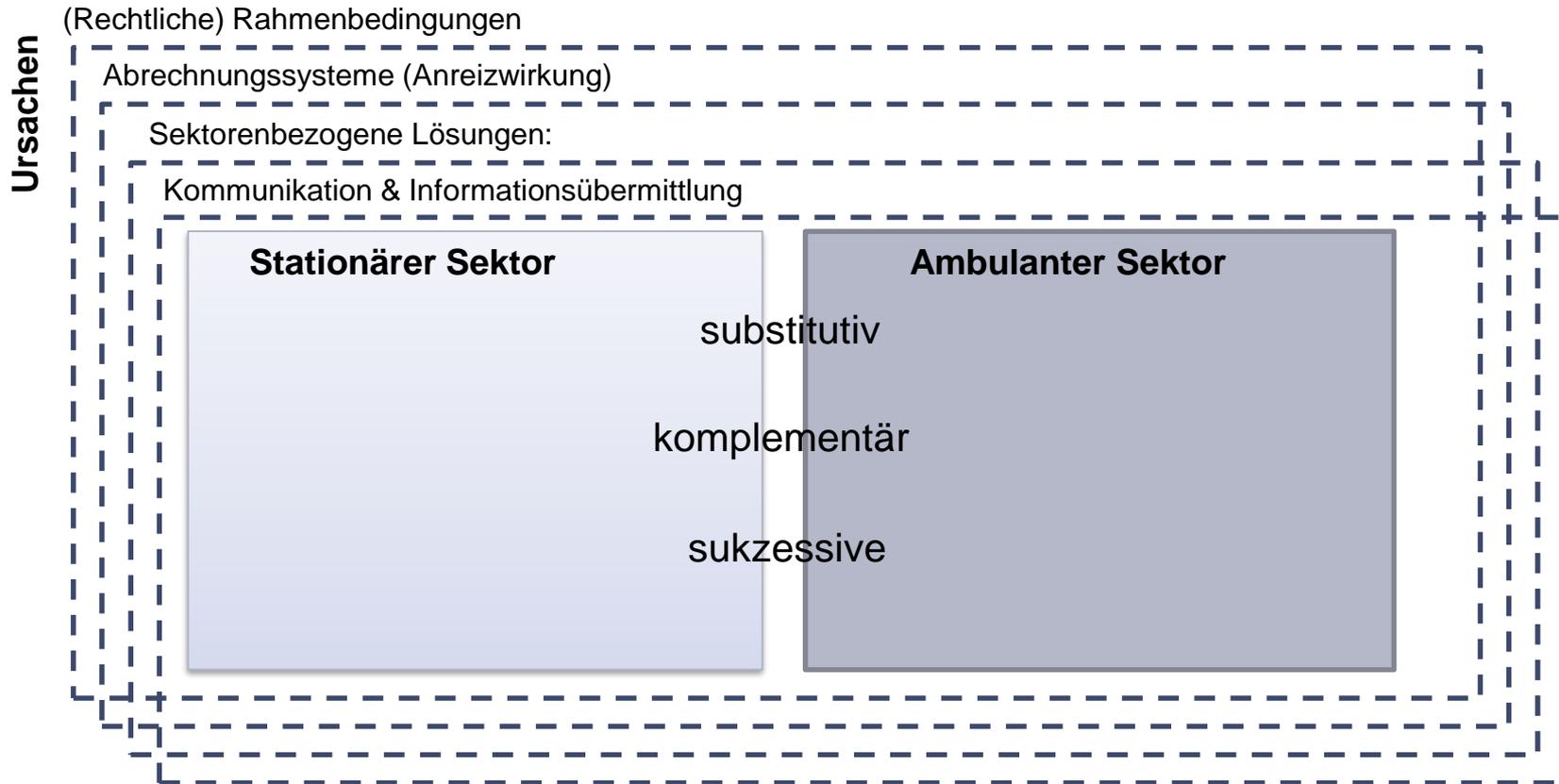
Leonie Sundmacher
Fachbereich Health Services Management
Ludwig-Maximilians Universität München



„eigene sektorale Logik und [...] sektoraler
Regulierungsrahmen“ (10-Punkte-Papier,
Barmer, S.5)



Schnittstellen finden - Schnittstellen verbinden



„So muss bei der Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs eine sektorenübergreifende Perspektive eingenommen werden“ (10-Punkte-Papier, Barmer, S.5)

Instrumente der vertragsärztlichen Bedarfsplanung

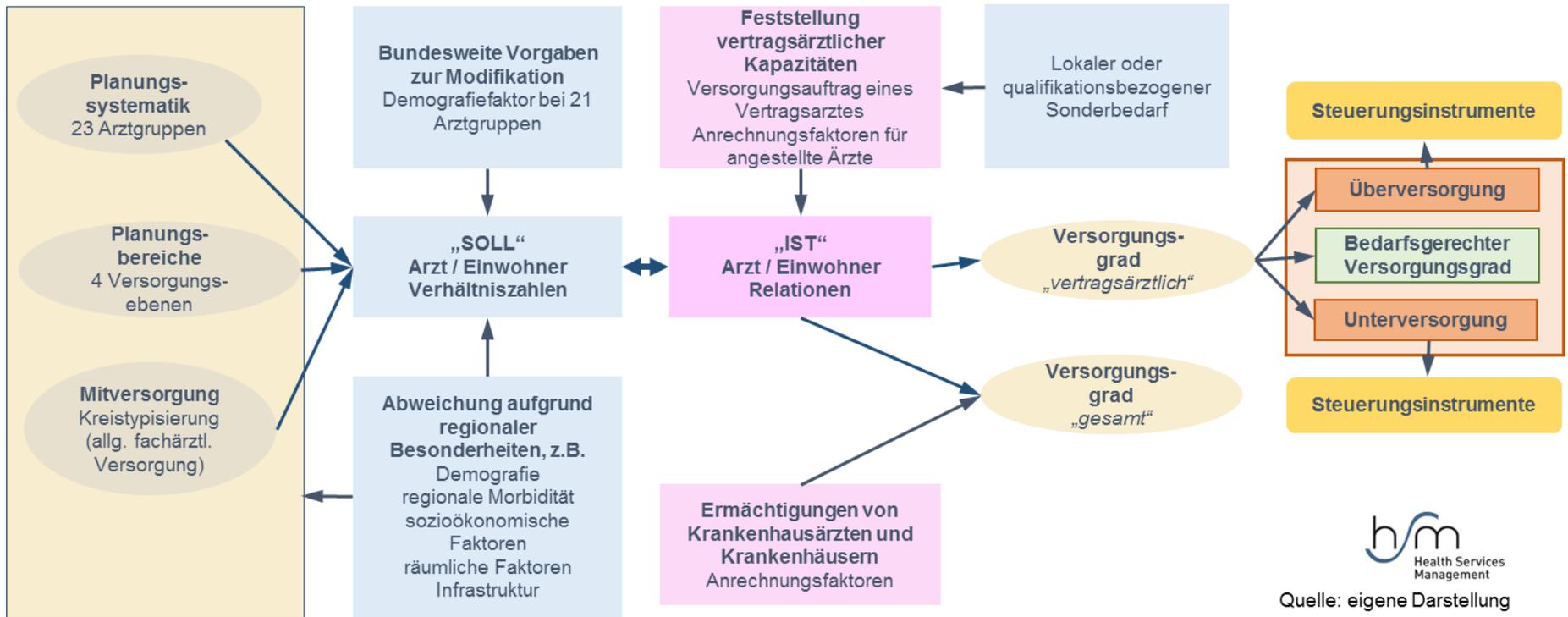
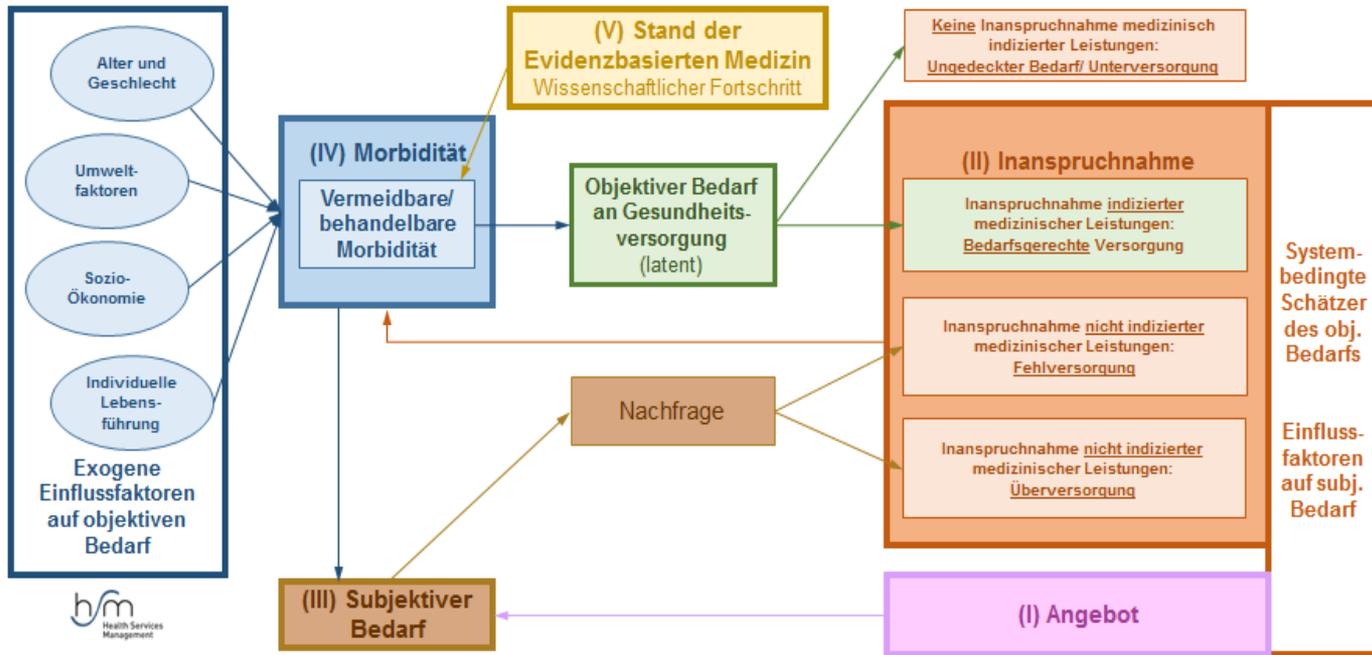


Abbildung A.2.1: Bestehendes System der Bedarfsplanung, siehe S. 130, GBA-Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, <https://www.g-ba.de/service/veranstaltungen/bedarfsplanung/vorstellungsgutachten/>

B: Konzeptionelle Grundlagen zur Schätzung des Versorgungsbedarfs

„Vor der Bestimmung von Behandlungskapazitäten wird der tatsächliche Bedarf an medizinischen Leistungen ermittelt“ (10-Punkte-Papier, Barmer, S.5)



Dem realistischen Ansatz folgend wird der **Begriff des Bedarfs** an einer spezifischen Leistung als die minimale Menge an Ressourcen definiert, um den erwarteten Nutzen beziehungsweise das gesundheitsorientierte Nutzenpotenzial einer Person (Capacity to Benefit) von Versorgung vollständig zu decken (Culyer 1995), siehe S. 222 ff., GBA-Gutachten

Abbildung B.5: Einflussfaktoren auf den objektiven Versorgungsbedarf, siehe S. 225, GBA-Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

B: Beispiele für Determinanten des Versorgungsbedarfs

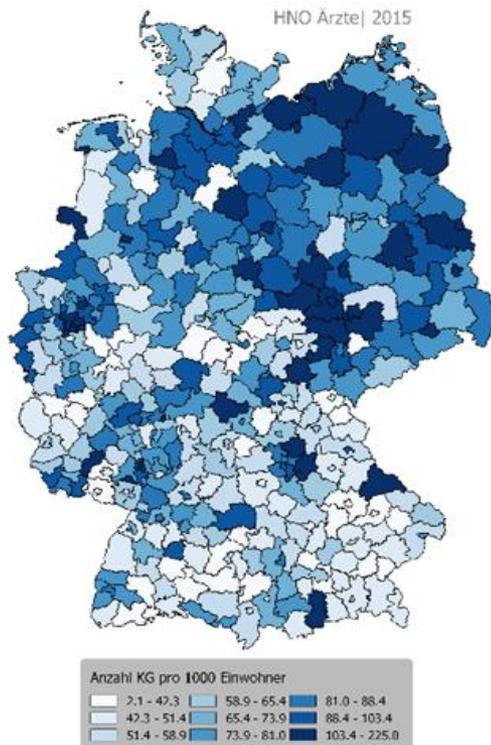


Abbildung B.9: Verteilung der Krankheitsgruppen je 1.000 Einwohner bei HNO-Ärzten, siehe S. 263

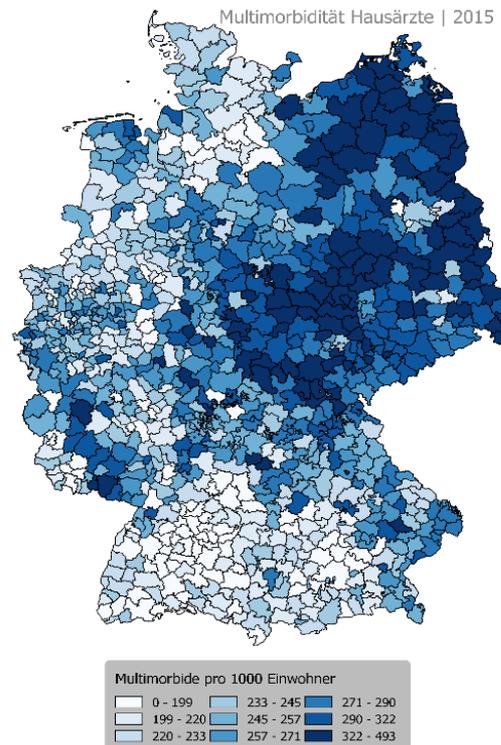


Abbildung B.11: Anzahl der multimorbiden Patienten je 1.000 Einwohner bei Hausärzten im Jahr 2015, siehe S. 267

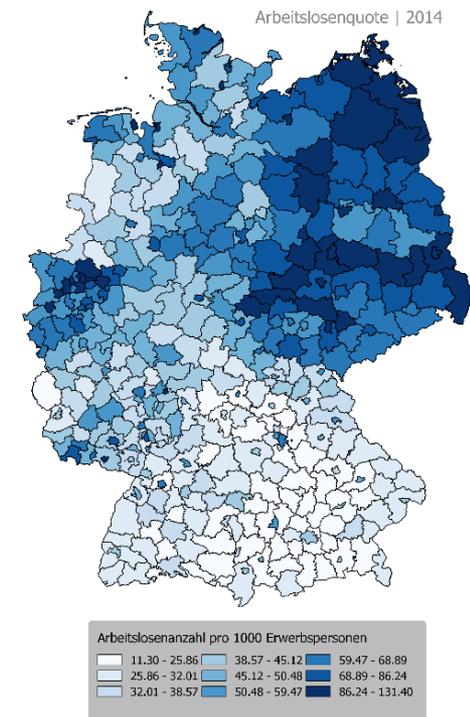


Abbildung B.13: Verteilung der sozioökonomischen Variable Arbeitslosenzahl je 1.000 Einwohner, siehe S. 273

Eigene Darstellung

B: Schätzung des Versorgungsbedarfs

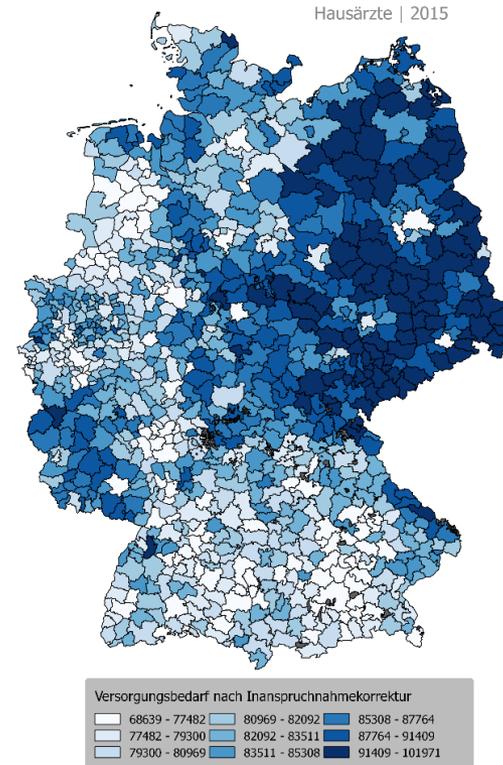
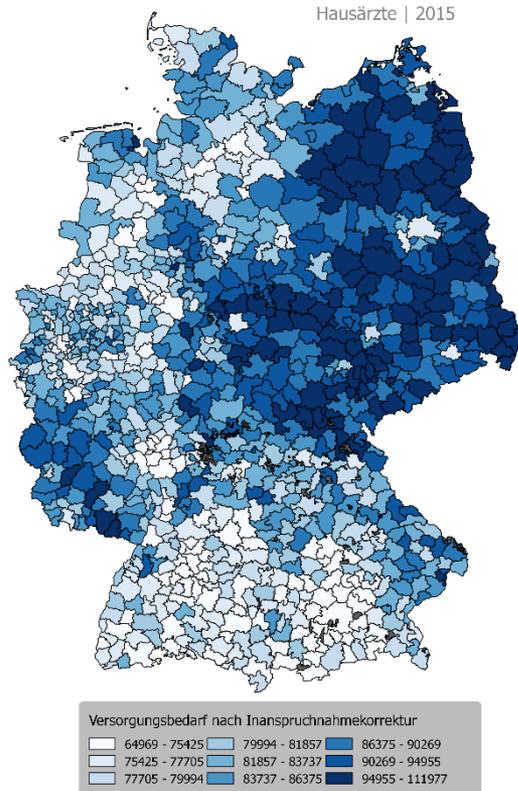
	Morbidity basierend auf Kontakt oder Diagnosen bei ambulanter Inanspruchnahme auf Patientenebene					Morbiditymaße auf regionaler Ebene		Sozioökonomische Faktoren auf regionaler Ebene				
	AGG	KG-Gruppen	Multimorbidität	Mitlaufende Diagnose	Kurz, mittel, lang	YLL	Aggregierte DALY-Gewichte	ALQ	Haushaltseinkommen	Ohne Bildungsabschluss	Depriv.I	Depriv.II
A	x											
B	x	x										
C	x	x	x									
D	x	x	x	x								
E	x	x	x	x		x						
F	x	x	x	x			x					
G	x	x	x	x		x	x					
H	x		x		x							
I	x	x	x	x				x				
J	x	x	x	x				x	x			
K	x	x	x	x				x		x		
L	x	x	x	x				x	x	x		
M	x	x	x	x							x	
N	x	x	x	x								x

Tabelle B.4: Modelle mit der abhängigen Variable ärztlicher Leistungsaufwand, siehe S. 247 GBA-Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Insgesamt wurden 1.147 Modelle zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs berechnet. Die Ergebnisse sind im Gutachten ab S. 286 zu finden.

B. Geschätzter Versorgungsbedarfs

Gutachten zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanung i.S.d. § § 99 ff. SGB V zur
Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung,
S. 287 ff



Geschätzter Versorgungsbedarf für Hausärzte gemäß Vollmodell (links) und gemäß AGG-Modell (rechts)

B. Geschätzter Versorgungsbedarfs

Gutachten zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanung i.S.d. § § 99 ff. SGB V zur
Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung,
S. 287 ff

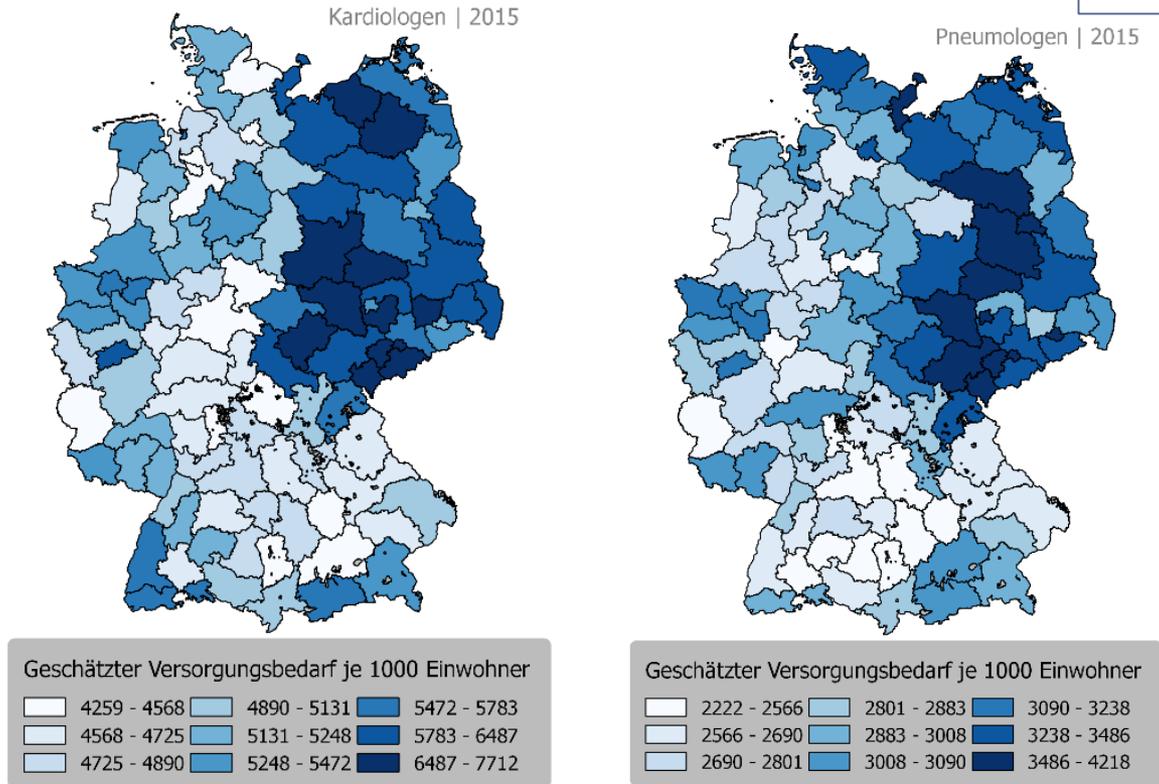


Abbildung B.35: Geschätzter Versorgungsbedarf der fachinternistischen Subspezialisierungen Kardiologie (a) und Pneumologie (b)

B: Neuberechnete Verhältniszahlen der hausärztlichen Versorgung des favorisierten Modells ohne Berücksichtigung von Mitversorgung

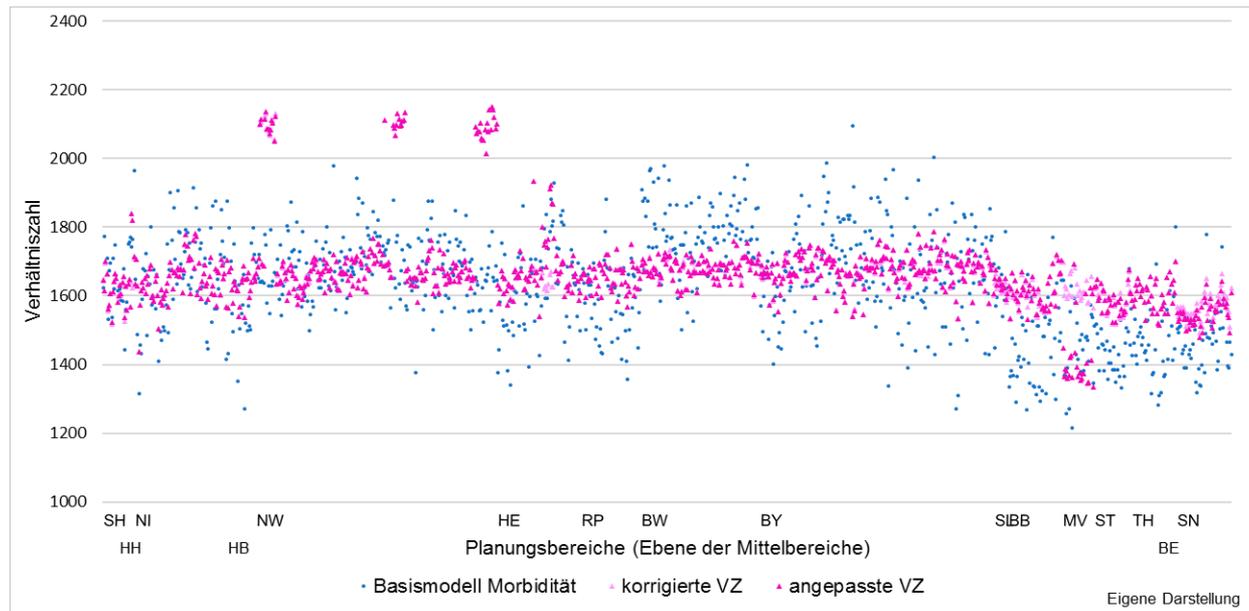


Abbildung B.23: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen, siehe S. 297

GBA-Gutachten zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanung, S. 287 ff

B. Prognosen

Gutachten zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanung i.S.d. § § 99 ff. SGB V zur
Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung,
S. 315 ff

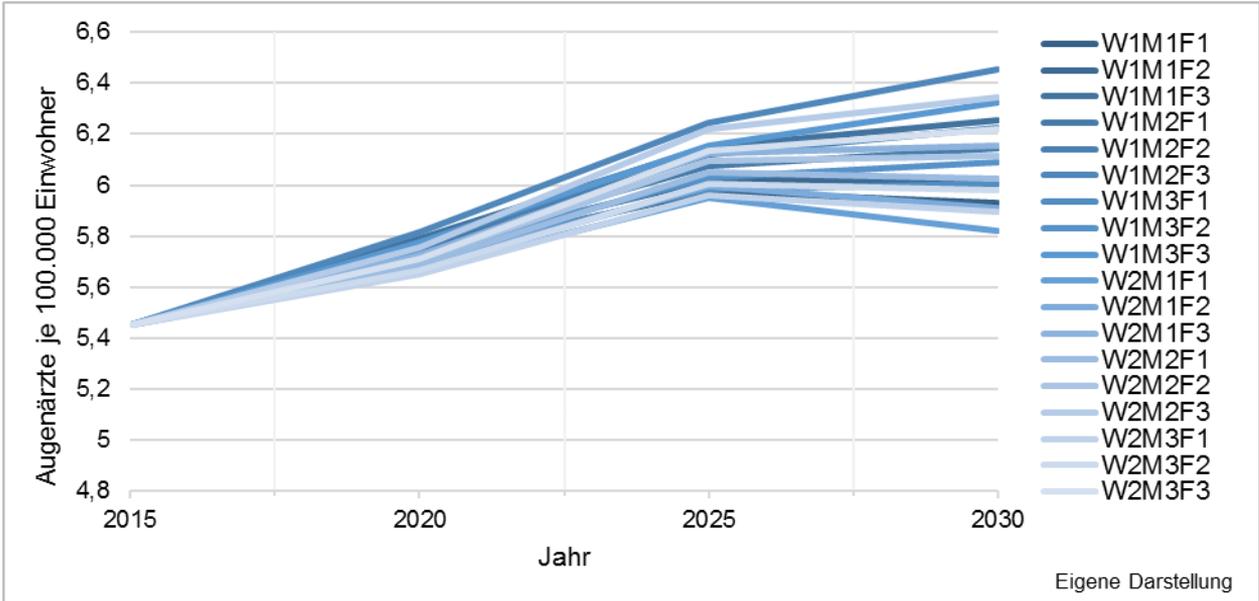
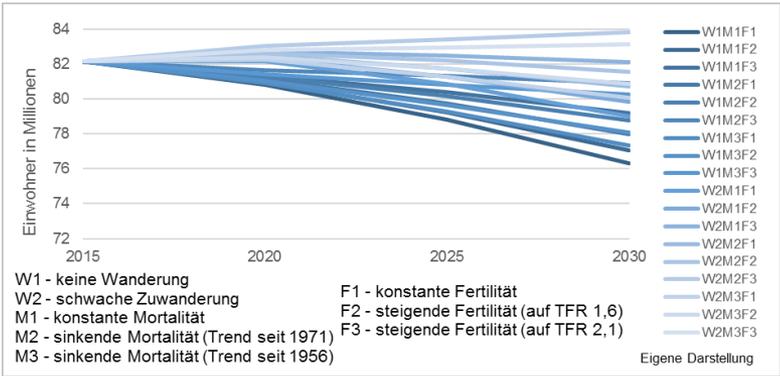
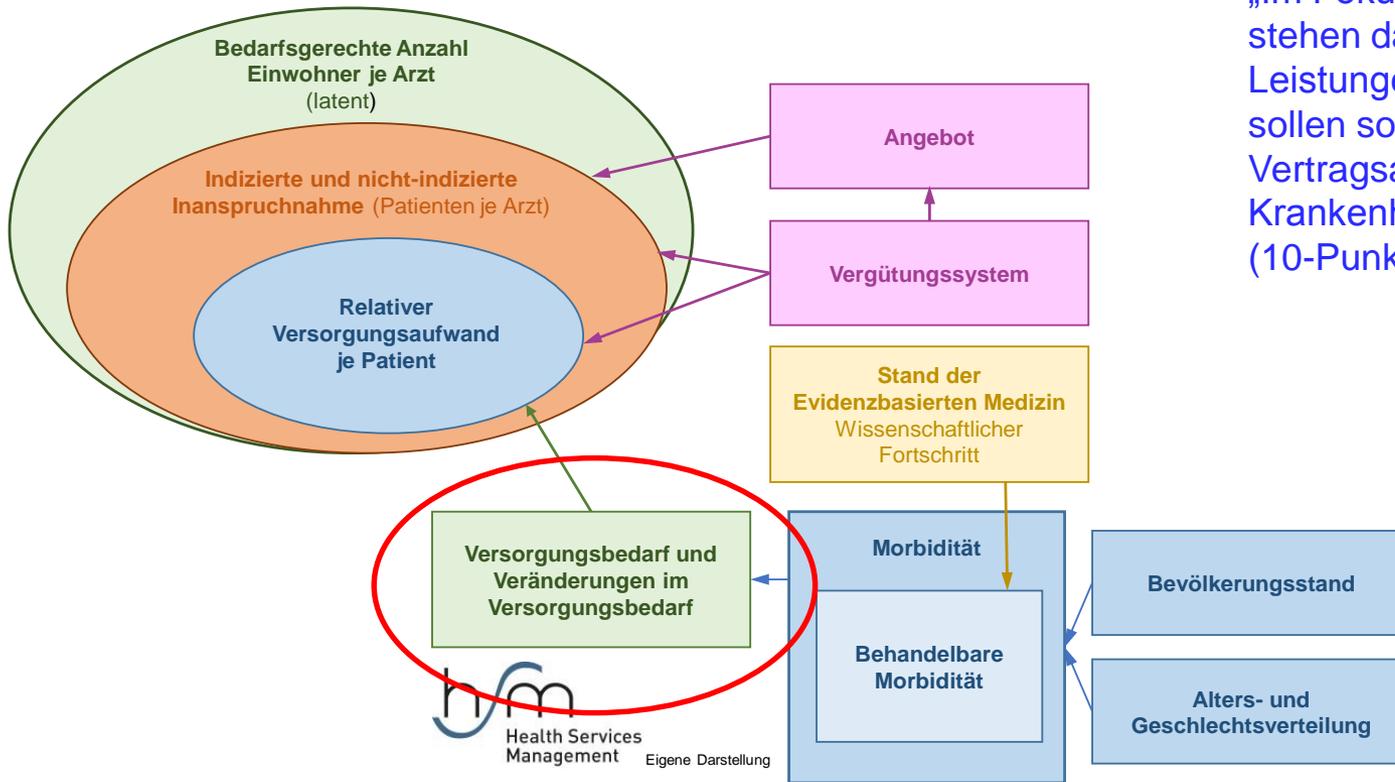


Abbildung B.44: Entwicklung des geschätzten Bedarfs an Augenärzten bis 2030 (bevölkerungsstandardisiert)

Kapazitätenplanung und Leistungsplanung



„Im Fokus der neuen Planung stehen dabei fachärztliche Leistungen [...]. Diese Leistungen sollen sowohl in der Vertragsarztpraxis als auch im Krankenhaus erbracht werden.“
(10-Punkte-Papier, Barmer, S.6)

Abbildung B.41: Einflüsse auf die bedarfsgerechte Anzahl von Einwohnern je Arzt
Quelle: eigene Darstellung

GBA-Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 312

Gesucht wird also der Versorgungsaufwand je Indikation oder ggf. die Versorgungskosten je Indikation



Annäherung an die Leistungsplanung?

„...einen Katalog der Leistungen zu konkretisieren und fortzuschreiben, für die künftig die sektorenübergreifende Planung gelten soll.“ (10-Punkte-Papier, Barmer, S.7)

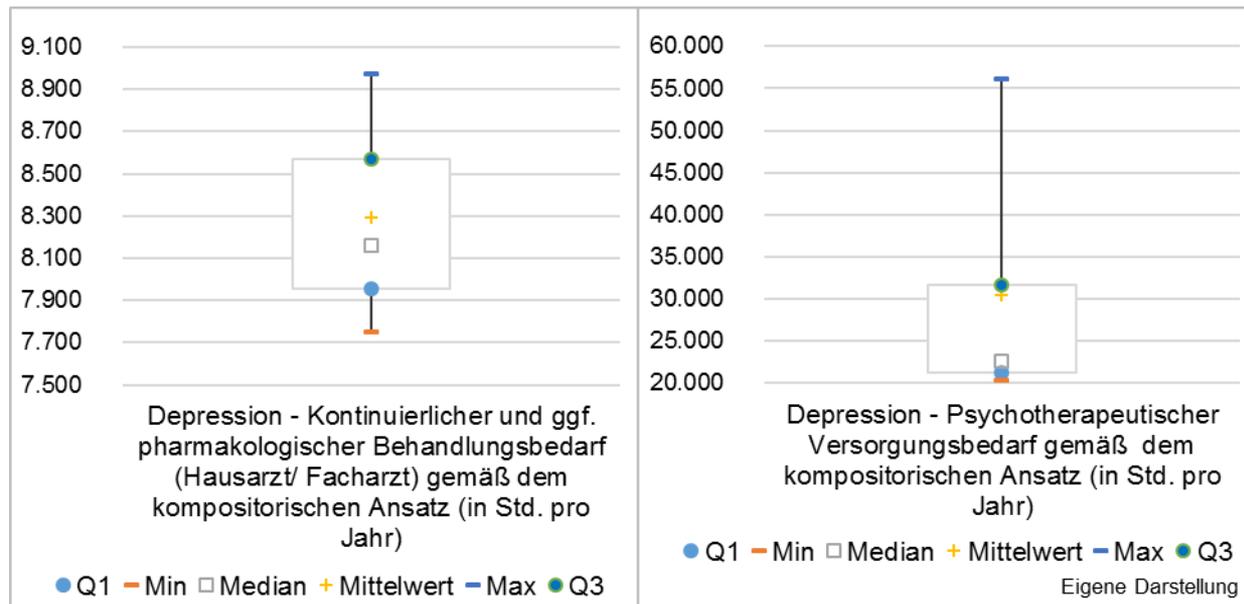


Abbildung B.49: Kontinuierlicher und gegebenenfalls pharmakologischer sowie psychotherapeutischer Versorgungsbedarf für die Behandlung von Depression in der Beispielregion

Quelle: eigene Darstellung

GBA-Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 332

A.1: Empfehlung - Zugangs-Monitoring

„Die gemeinsame Selbstverwaltung legt die geeigneten Indikationen, Leistungen und Leistungskomplexe fest und definiert darüber hinaus aussagekräftige Parameter zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Mindestanforderung.“
(10-Punkte-Papier, Barmer, S.7)

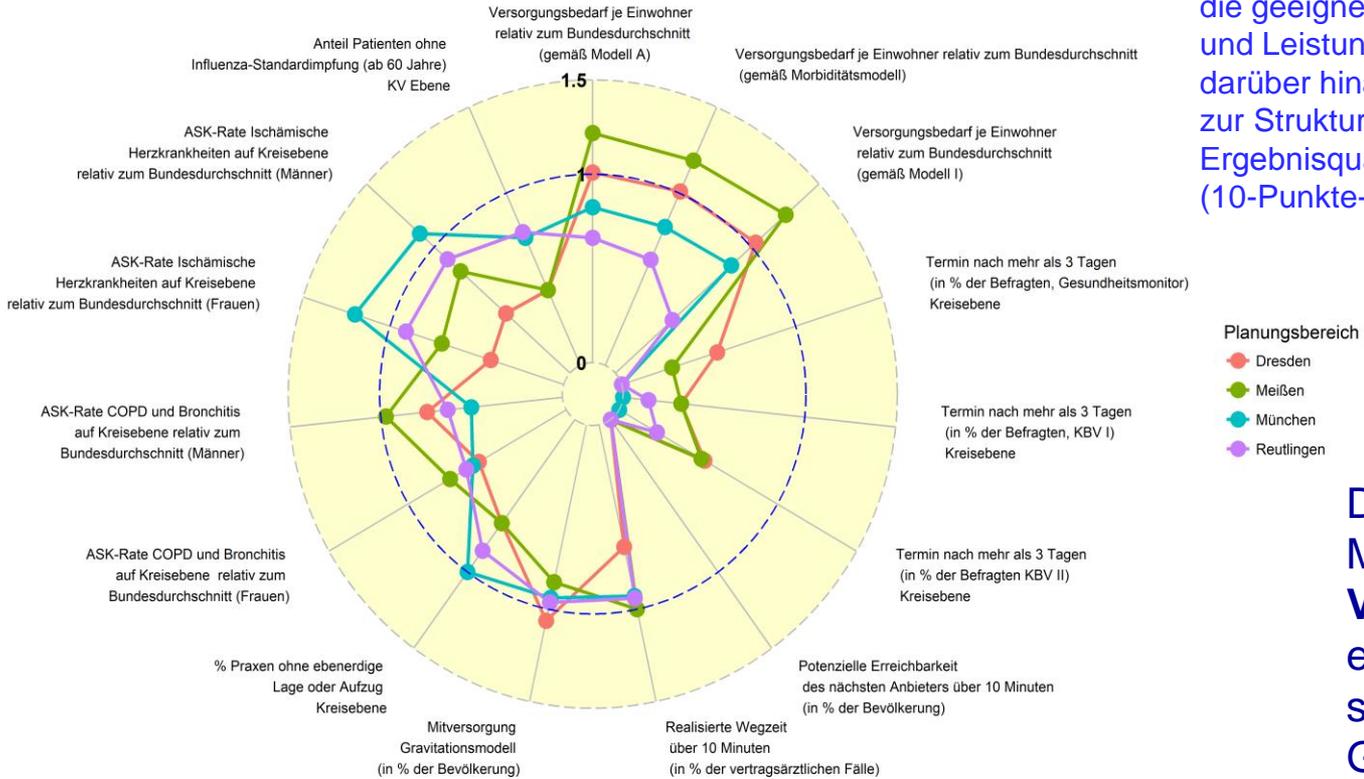


Abbildung A.1.32: Monitoring von Zugangs-Standards und regionalem Versorgungsbedarf mit exemplarischen Versorgungszielen für Hausärzte

Quelle: eigene Darstellung

Ambulante Behandlungen		Stationäre Behandlungen <i>Schwerpunkt der Planungsgröße</i>		
Medizinische Versorgungszentren §95				
Niedergelassene Haus- und Fachärzte §95 SGB V				
Notfallversorgung				
Amb. Notfallversorgung im Krankenhaus				
Notdienstpraxen (Portalpraxen)				
Bereitschaftsdienst				
Ambulante Leistungen erbracht im Krankenhaus				
ausschließlich privatärztlich tätige Ärzte, auch in Kliniken	Ambulantes Operieren im Krankenhaus §115b SGB V	nicht in KBV-/KV-Daten	Leistungen	
	Vor- und nachstationär* §115a SGB V	nicht in KBV-/KV-Daten		
	Teilstationär* §39 SGB V	nicht in KBV-/KV-Daten		
Ermächtigungen (für Einrichtungen) von Krankenhäusern				
Hochschulambulanzen §117 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen §118 SGB V Geriatrische Institutsambulanzen §118a SGB V Sozialpädiatrische Zentren §119 Einrichtungen der Behindertenhilfe § 119a SGB V Medizinische Behandlungszentren §119c SGB V Spezialambulanzen Kinderkliniken §120 SGB V		nicht in KBV-/KV-Daten	Einrichtungen	
Praxiskliniken				
Praxiskliniken §122 SGB V		nicht in KBV-/KV-Daten		
Ermächtigungen für Einrichtungen mit Bedarfsnachweis				
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung §116a SGB V				
Planungsgröße Arzt				
	Stationäre Pflegeeinrichtungen** §119b		Ärzte zum Teil nicht in KBV-/KV-Daten nicht in KBV-/KV-Daten	
	Ermächtigte Ärzte §116 Abs. 1 SGB V			
	Belegärztl. Leistungen** §121 Abs. 2 SGB V			
Sektorenübergreifende Versorgung (Besondere Versorgung §140a SGB V; Strukturierte Behandlungsprogramme 137f. SGB V; SAPV 132d Abs.2 SGB V; ASV 116b SGB V)		nicht in KBV-/KV-Daten		

A.2 und D: Systematisierung des vertragsärztlichen Versorgungsangebotes

„Potentiale von Digitalisierung und Delegation nutzen
(10-Punkte-Papier, Barmer, S.11)

- **Empfehlung:** Berücksichtigung von **Delegation** in unterversorgten Planungsbereichen: Hausärzte können sich statt auf 1 Sitz auf 1,25 Sitze bewerben, wenn sie von 0,5 Vollzeitkraft nichtärztliche Praxisassistenten unterstützt werden.

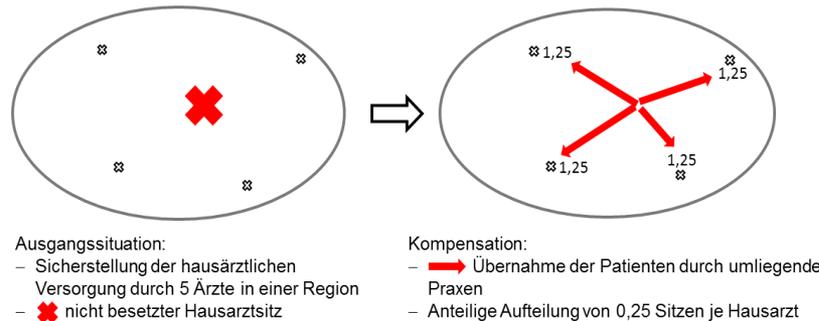


Abbildung D.2.9:
Kompensation
eines nicht
besetzten
Hausarztsitzes
durch Delegation,
siehe S. 565

- **Empfehlung:** Möglichkeit der Ausschreibung **zeitlich befristeter und leistungsbezogener regionaler Versorgungsaufträge** in Planungsbereichen mit festgestellter Unterversorgung (S. 566 f. und für einen möglichen Ansatz S. 327 ff.)
- **Schätzung des Versorgungsbedarf am Patientenwohnort ist zentral** – der Versorgungsbedarf kann auch durch den Einsatz **von telemedizinischen Anwendungen bedient werden**

Sektorenübergreifende Versorgung

- Eine sektorenübergreifende Perspektive auf die **Planung der ambulanten Versorgung** kann es ermöglichen, parallel bestehende Kapazitäten in den Sektoren gezielt zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs einzusetzen
- **Empfehlung:** Prioritäre sektorenübergreifende Planung von Teilen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung, siehe S. 553 ff.
- **Empfehlung:** Einbindung der Gremien nach § 90a SGB V wenn sektorenübergreifende Planung beabsichtigt ist, siehe S. 570 ff., S. 669 f., S. 689

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Fachbereich Health Services Management
Fakultät Betriebswirtschaft
Email: sundmacher@bwl.lmu.de
Website: <http://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de>
Follows us on Twitter <https://twitter.com/HSMLmu>

