



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Stadt. Land. Gesund:
Qualität – Struktur – Vernetzung

Schon heute fit für die Zukunft?

Wie die flächendeckende Gesundheitsversorgung in
Baden-Württemberg noch besser gelingen kann

AOK Baden-Württemberg im Dialog, Stuttgart am 08.07.2019

*Leonie Sundmacher für das Konsortium
Fachbereich Health Services Management
Ludwig-Maximilians Universität München*



Bedarfsplanung und Versorgung in den Regionen



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

Übersicht

A

B

C

D

E

F

A.1: Realisierte Wegzeiten auf Bundesebene

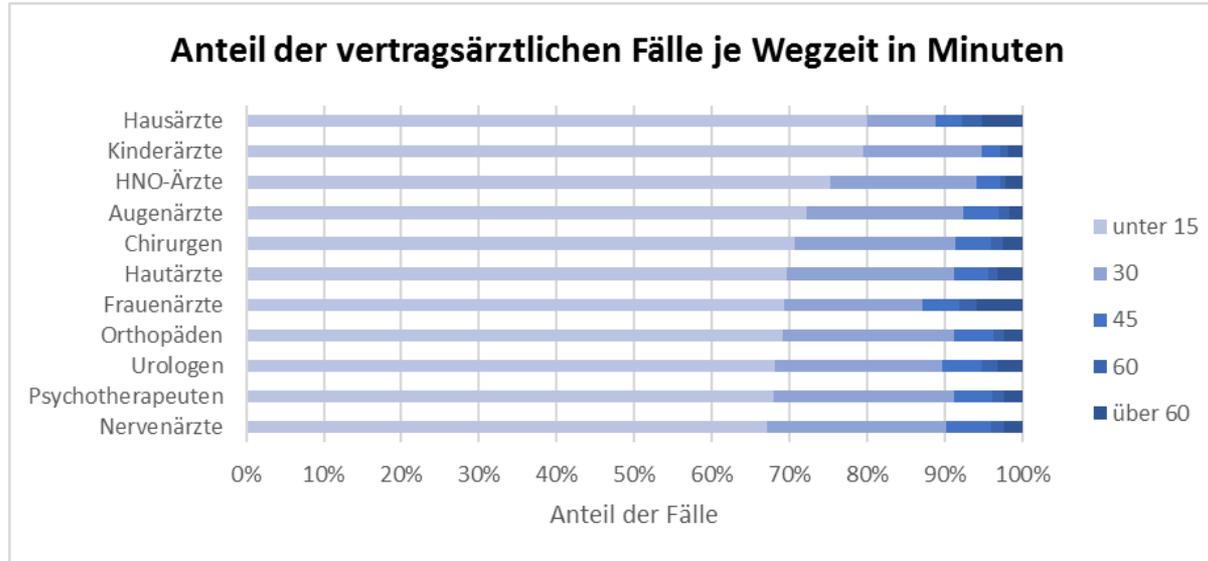
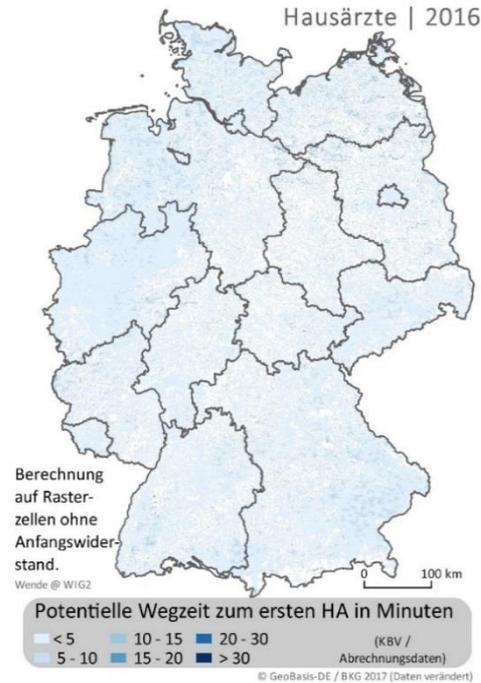
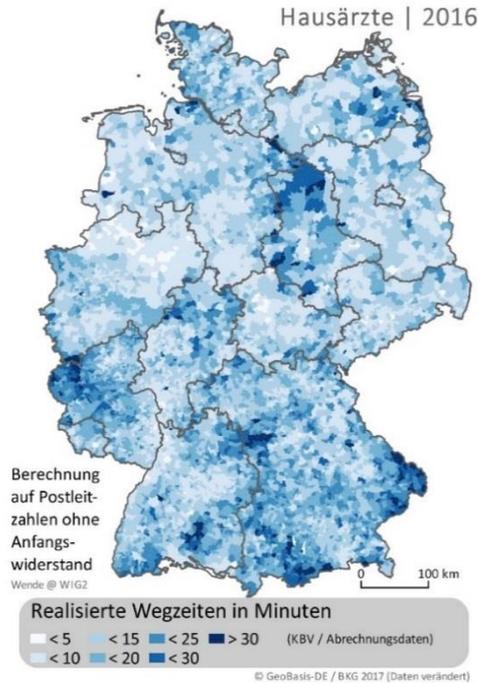


Abbildung A.1.2: Anteil der vertragsärztlichen Fälle je Wegzeit für hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung in 2015 (Angabe in PKW-Fahrzeitminuten), siehe S. 43

A.1: Realisierte und potenzielle Wegzeiten

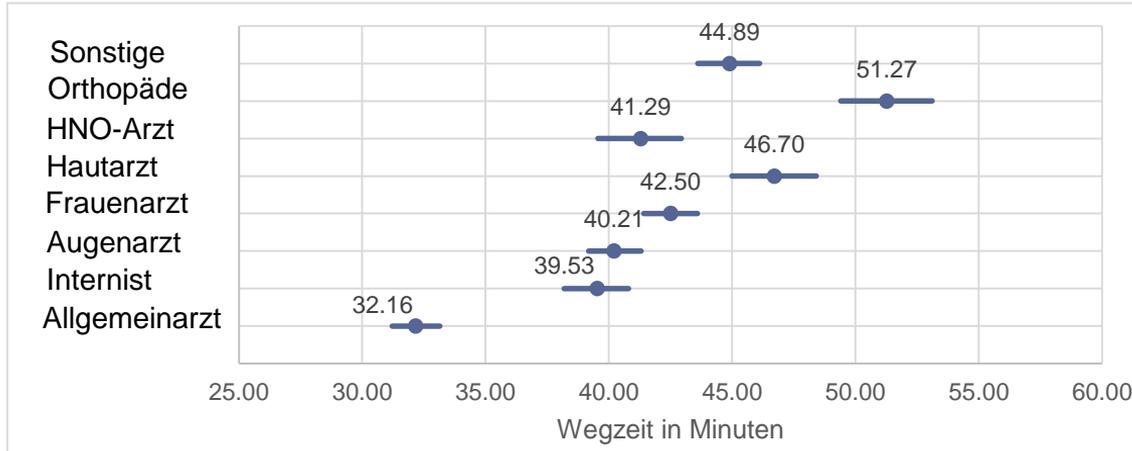


siehe S. 46 und 49

Bewertung von Wartezeiten auf ambulant ärztliche Termine ab S. 67

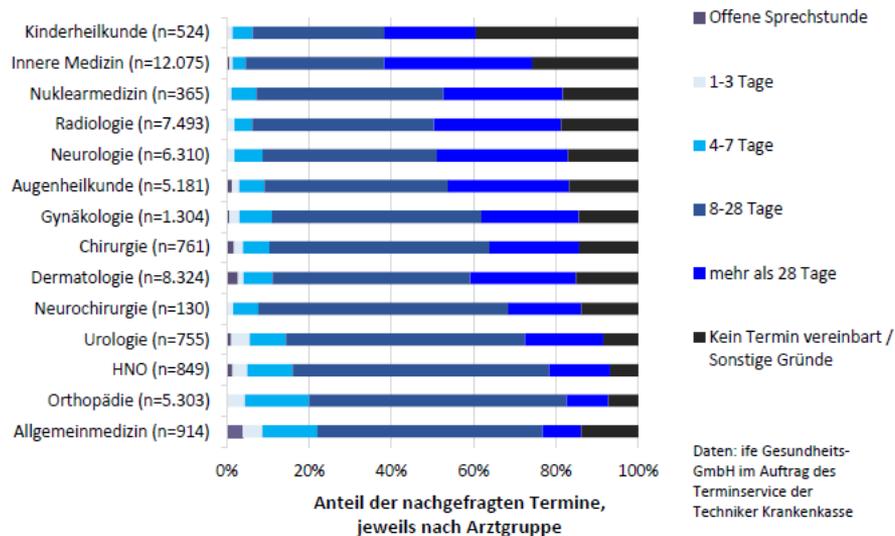
C: Kritische Akzeptanzschwellen

selbst bewertete Akzeptanzschwelle für 95 Prozent der Bevölkerung



Durchschnittliche empfohlene Erreichbarkeitsstandards: 15 Min. zum Hausarzt, 20 Min. zum Kinder- und Frauenarzt (hohe Frequentierung und / oder geringe Mobilität der Patienten), 30 Min. zu den weiteren allgemeinen Fachärzten (Augenärzte, HNO, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte, Psychotherapeuten) für 99 Prozent der Bevölkerung bereits heute erfüllt, siehe S. 427

A.1: Wartezeiten auf Termine



GBA-Gutachten, siehe S. 86

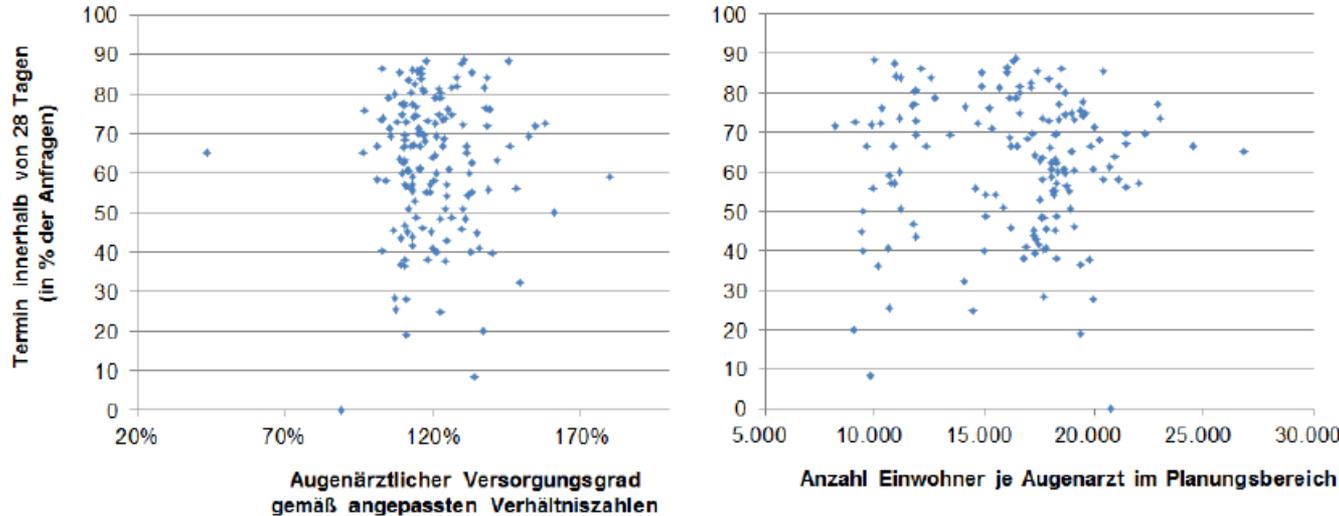
Die Daten des TK-TS werden erhoben, indem die ife im Auftrag der TK bundesweit auf Nachfrage der Versicherten Arztpraxen direkt kontaktiert und Termine für die Versicherten vereinbart.

Es besteht keine Vergleichbarkeit dieser Daten mit Daten der KV Terminservicestellen, da die Terminvermittlung nach unterschiedlichen Kriterien erfolgt.

Abbildung A.1.20: Wartezeiten auf Termine nach Arztgruppen auf Basis des TK-Terminservice

Quelle: ife Gesundheits-GmbH im Auftrag des Terminservice der Techniker Krankenkasse 2016, eigene Darstellung

A.1: Wartezeiten und Versorgungsgrad



**GBA-Gutachten,
siehe S. 91**

Abbildung A.1.23: Beziehung zwischen augenärztlichem Versorgungsgrad beziehungsweise Arzt-Einwohner-Relation sowie Wartezeiten auf Augenarzttermine über 28 Tage

A.2: Bewertung der Instrumente der Bedarfsplanung

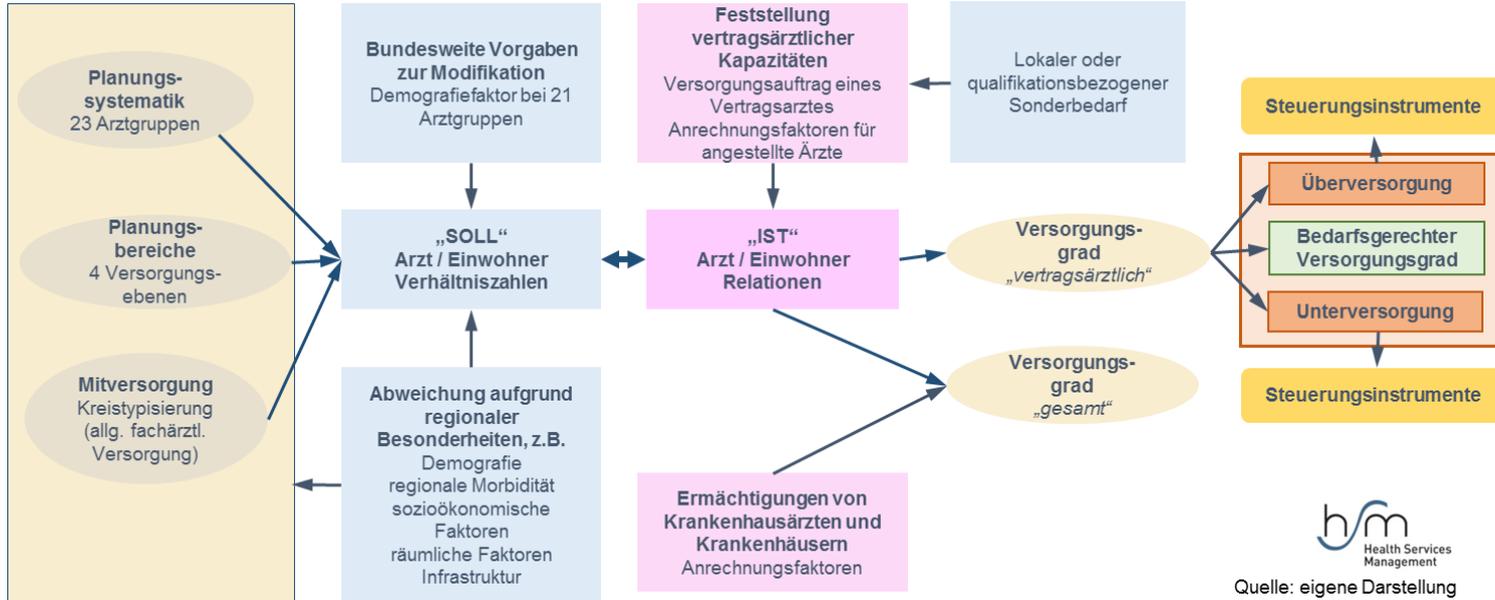
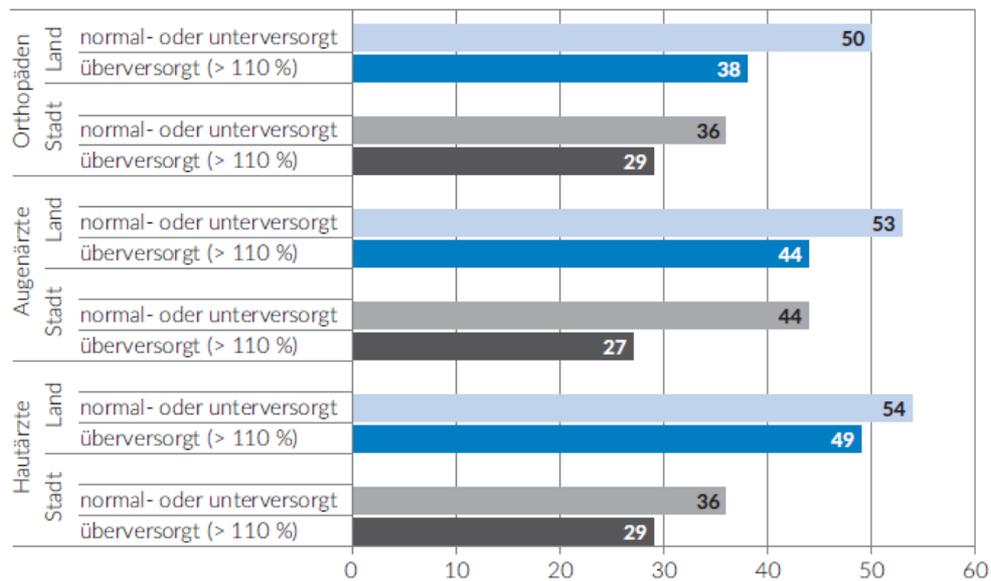


Abbildung A.2.1: Bestehendes System der Bedarfsplanung, siehe S. 130

Versichertenpräferenzen: Unterversorgung der BPL-RL aus Sicht der Versicherten

Schang, Schüttig, Sundmacher (2016):
Unterversorgung im ländlichen Raum.
Gesundheitsmonitor Newsletter

Abbildung 3: Unterversorgung aus Sicht der Bedarfsplanung im Vergleich zur Wahrnehmung der Versicherten



y-Achse: Prozent der Befragten, die antworteten: »In dieser Fachrichtung gibt es zu wenig Ärzte«; x-Achse: Kreise, in denen eine Übersorgung bzw. Normal- oder Unterversorgung aus bedarfsplanerischer Sicht besteht. Die Kategorien Stadt und Land beziehen sich auf den Wohnort der Versicherten.

A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen legen eine arztgruppenspezifische Kapazität fest, die dem Versorgungsbedarf einer bestimmten Bevölkerung entsprechen soll
- Demografiefaktor erfasst nur altersbedingte Veränderungen der Inanspruchnahme in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen im Verhältnis zu den 65-Jährigen und älteren Patienten
- **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG): Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur auf bundesweiter Ebene einbeziehen.** Vorschlag im vorliegenden Gutachten (differenzierte Auseinandersetzung im Teil B ab S. 216)
- **Empfehlung für Umsetzung:** Berücksichtigung von **Alters- und Geschlechtsgruppen** und **Morbidität** operationalisiert als Krankheitsgruppen und Multimorbidität in der Schätzung des Versorgungsbedarfs

B: Beispiele für Determinanten des Versorgungsbedarfs

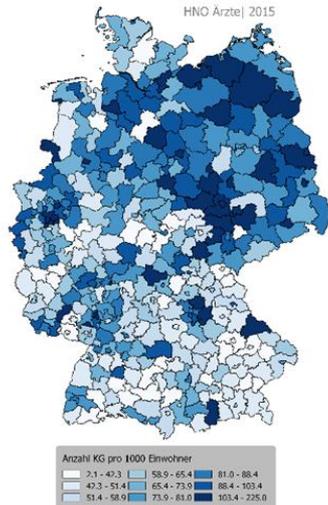


Abbildung B.9: Verteilung der Krankheitsgruppen je 1.000 Einwohner bei HNO-Ärzten, siehe S. 263

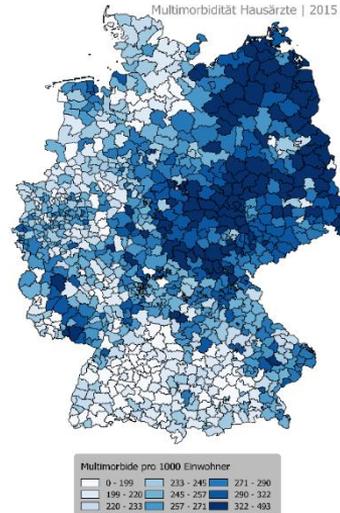


Abbildung B.11: Anzahl der multimorbiden Patienten je 1.000 Einwohner bei Hausärzten im Jahr 2015, siehe S. 267

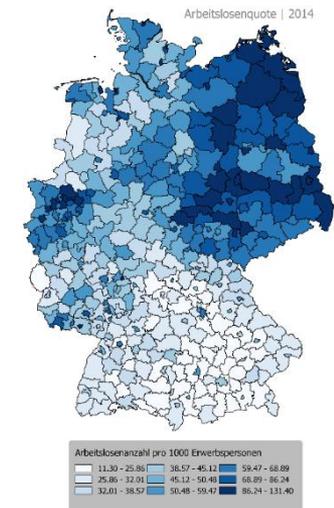
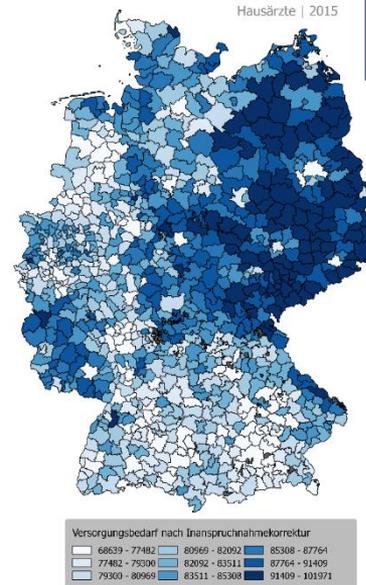
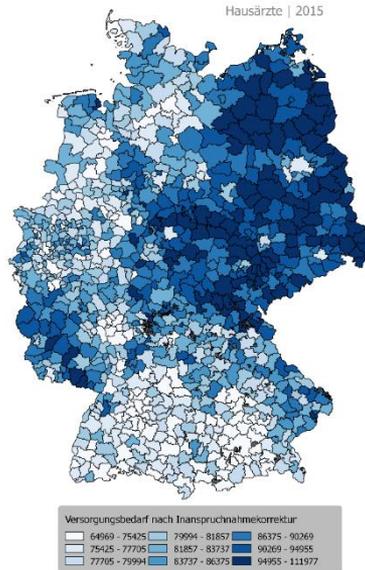


Abbildung B.13: Verteilung der sozioökonomischen Variable Arbeitslosenquote je 1.000 Einwohner, siehe S. 273

eigene Darstellung

B. Geschätzter Versorgungsbedarf

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

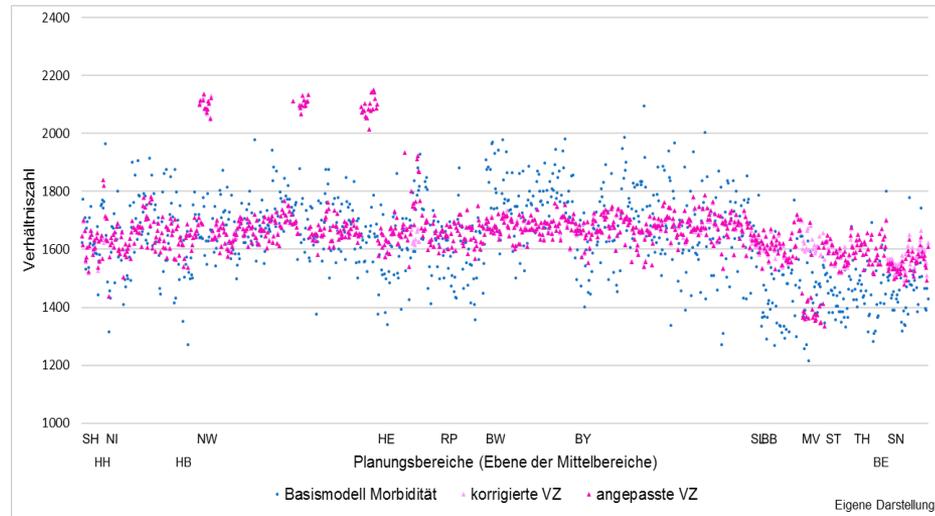
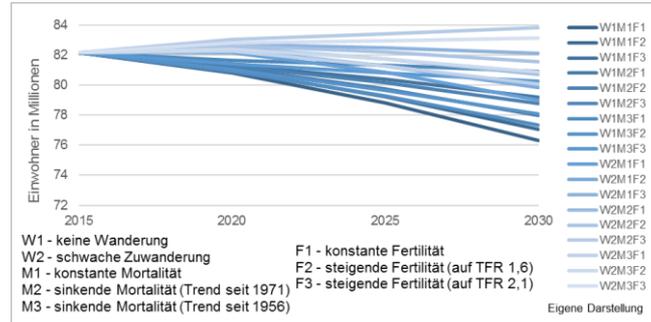
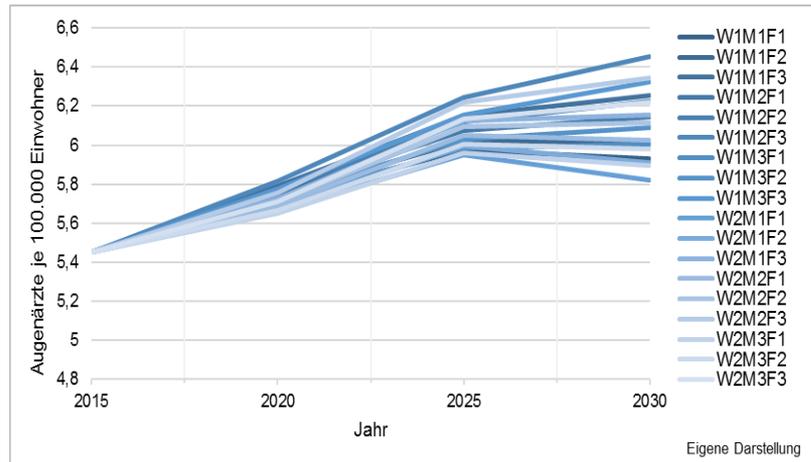


Abbildung B.23: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen, siehe S. 297

B: Verhältniszahlen und Prognosen

Abbildung B.42:
18 Szenarien der Bevölkerungsentwicklung
in Deutschland, siehe S. 318



W1 - keine Wanderung
W2 - schwache Zuwanderung
M1 - konstante Mortalität
M2 - sinkende Mortalität (Trend seit 1971)
M3 - sinkende Mortalität (Trend seit 1956)

F1 - konstante Fertilität
F2 - steigende Fertilität (auf TFR 1,6)
F3 - steigende Fertilität (auf TFR 2,1)

Ausschnitt aus
Abbildung B46:
Regionale
Entwicklung des
geschätzten
Bedarfs,
siehe S. 323

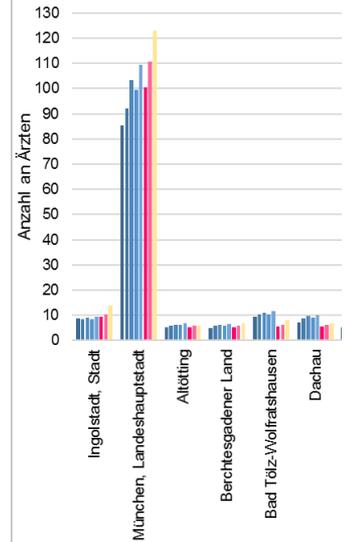
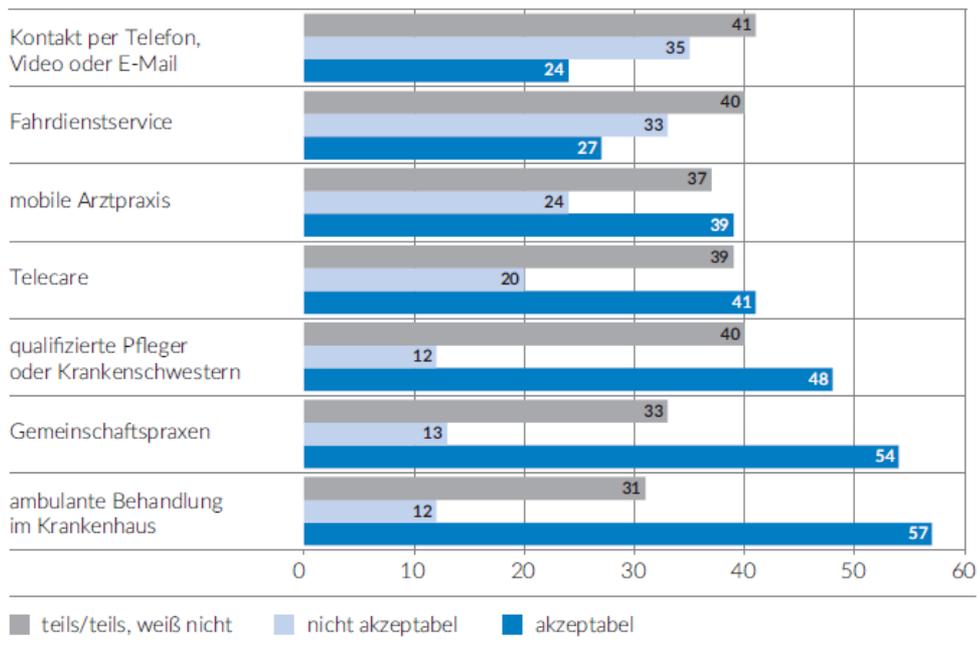


Abbildung B.44: Entwicklung des geschätzten Bedarfs an
Augenärzten bis 2030 (bevölkerungsstandardisiert), siehe S. 321

Versichertenpräferenzen: Akzeptanz innovativer Versorgungsmodelle

Abbildung 10: Akzeptanz der Modelle: Maßnahmen zur
Verbesserung der medizinischen Versorgung
in Gebieten mit zu wenig Arztpraxen



Angaben in Prozent der Befragten

A.2 und D: Systematisierung des vertragsärztlichen Versorgungsangebotes

- **Empfehlung:** Deutlicher steuern, welche **Basisleistungen** ein Arzt einer Arztgruppe in der Grundversorgung abdecken sollte; Grundversorgung muss kleinräumig geplant werden, (hoch-)spezialisierte Versorgung nicht (S. 174 ff.)
- **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.

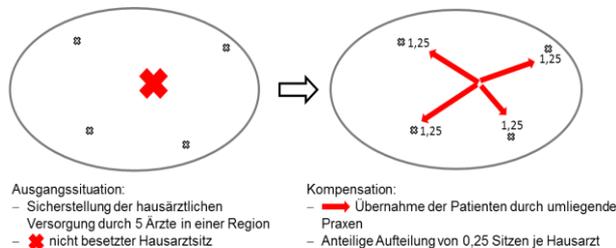


Abbildung D.2.9:
Kompensation eines
nicht besetzten
Hausarztsitzes durch
Delegation,
siehe S. 565

A.2, B, C, D und F: Sektorenübergreifende Versorgung

- **Empfehlung:** Weiterentwicklung hin zu einer **sektorenübergreifenden Bedarfsplanung** (S. 203 ff. [Überblick], S. 334 [Versorgungsbedarf], S. 449 [räumliche Planung], S. 553 ff. [Planungssystematik])
- 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 die Aufmerksamkeit

*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*

*Fachbereich Health Services Management
Ludwig-Maximilians Universität München*

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

