

## **7. Bremer Qualitätsforum**

Expertengespräch - Steuern durch Qualität?

Qualität als Voraussetzung für Leistungsgewährung in der GKV

**Berücksichtigung von Qualitätskriterien bei der Bedarfsplanung**

Dr. B. Gibis, KBV

Bremen, 25. Februar 2011

# Planung des Versorgungsbedarfs nach qualitativen wie quantitativen Kriterien ist aktuelles gesundheitspolitisches Thema

## Bundesgesundheitsminister Dr. med. Philipp Rösler im Handelsblatt (23.02.2011)

"Zentral ist, die Bedarfsplanung neu auszurichten. [...] Heute finden Landärzte in einigen Regionen keine Nachfolger. Also müssen wir die **Bedarfsplanung flexibilisieren und an demografische Veränderungen anpassen**. [...] Als liberaler Minister weiß ich, dass sich **Mangel nicht einfach wegplanen lässt**."

"[...] müssen wir sehen, dass dem **schleichend daherkommenden Ärztemangel** entgegengewirkt wird. Gerade wegen der Alterung der Gesellschaft braucht es mehr Ärzte im Heilberuf. **Und es braucht mehr Ärzte, die dorthin gehen, wo sie gebraucht werden**."

"Ich gebe Ihnen ein Beispiel: In meinem Heimatland Niedersachsen gibt es Kreise, die auf dem Papier ordentlich versorgt sind, in Wahrheit gibt es aber in einer Teilregion **Überversorgung**, in anderen Gebieten **fehlen Mediziner**. Hier sollte eine **Unterversorgung** leichter beseitigt werden können."

"Voraussetzung dafür ist, dass die Versorgungssituation **künftig transparenter und differenzierter** als heute **erfasst** wird."

"Wir müssen [...] in der Tat für eine **bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung** sorgen. [...] Dabei folge ich dem Grundsatz **ambulant vor stationär**. [...] Es muss für **faire Bedingungen** zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen gesorgt werden."



Dr. Philipp Rösler

# Agenda

- |           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Ziele von Gesundheitssystemen</b>   | <b>8</b>  |
| <b>2.</b> | <b>Gegenwärtige Versorgungslage und Versorgungstrends</b>  | <b>11</b> |
| <b>3.</b> | <b>Vorschläge zur qualitativen Verbesserung der Bedarfsplanung<br/>– von der Bedarfs- zur Versorgungsplanung</b> | <b>18</b> |

# 1. Ziele von Gesundheitssystemen

# Die Perspektiven der Stakeholder auf das gleiche System variieren je nach Sichtweise und Blickwinkel

Das Gesundheitssystem ist ein ...

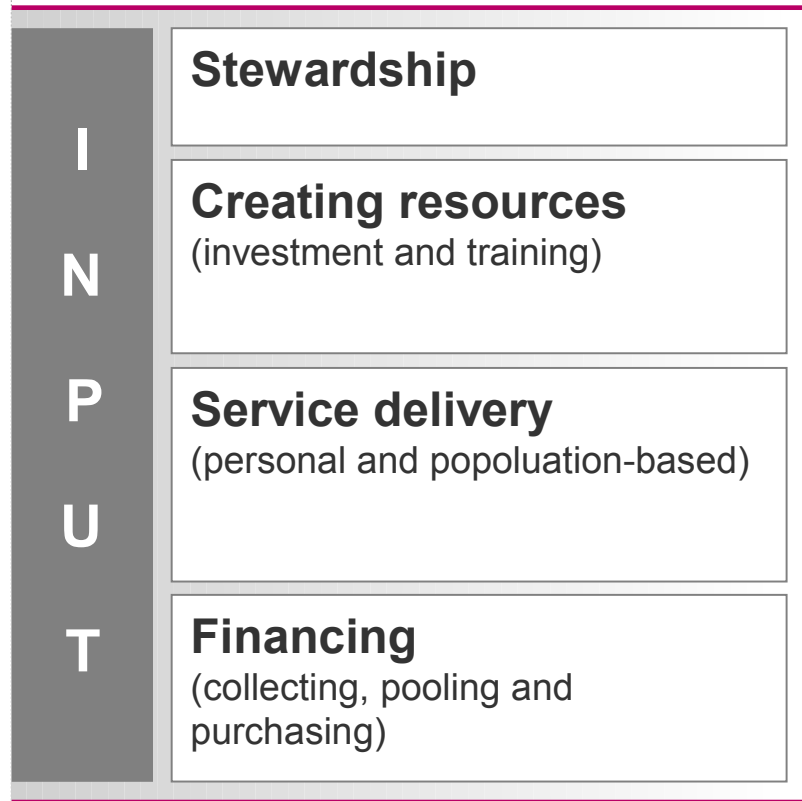


- ... Distributionssystem
- ... Beschäftigungssystem
- ... Set von vielen Sub-Segmenten
- ... Marktsystem
- ... System zur Verteilung von Ressourcen
- ... Soziales Unterstützungssystem
- ... Komplexes System
- ... Bestandteil einer übergeordneten Politik
- ... Profitgenerierendes System

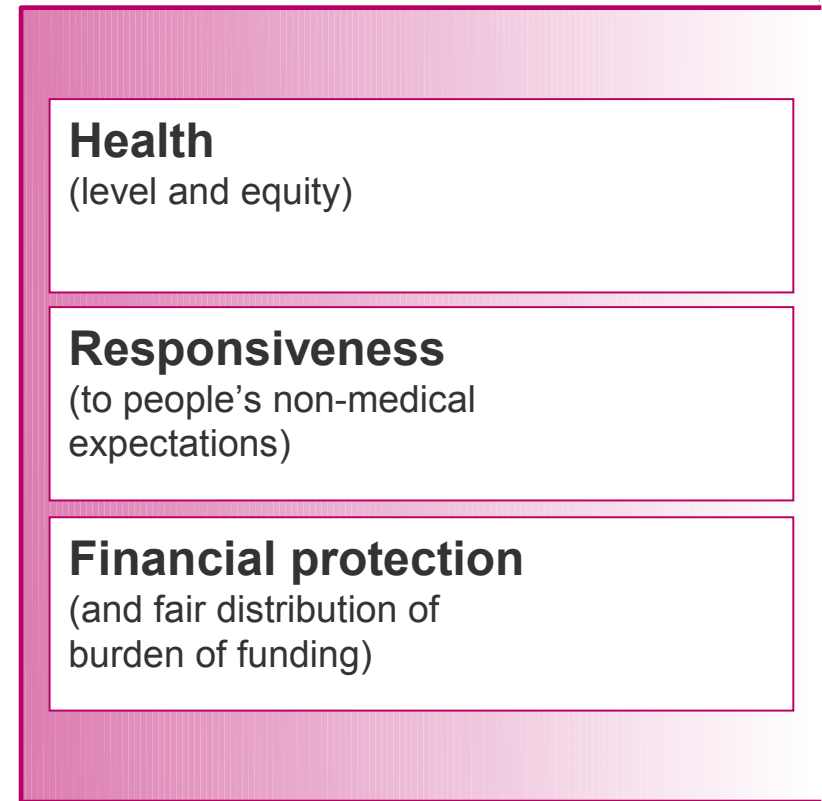
# Generell sollte ein Gesundheitssystem vier wesentliche Funktionen und drei Kernziele erfüllen

## WHO-Modell zum Gesundheitssystem

### Functions the system performs



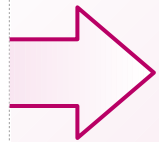
### Goals/outcomes of the system



# Weltweit lässt sich das paradoxe Phänomen des *Inverse Care Law* beobachten



*"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"*



Ein **Beurteilungskriterium für die Qualität der Versorgung** ist der chancengleiche Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Versicherten



# Notwendigkeit der Bedarfsplanung ergibt sich grundlegend aus dem Solidaritätsprinzip in § 1 Satz 1 SGB V

## § 1 SGB V

### Solidarität und Eigenverantwortung

- Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die **Gesundheit der Versicherten** zu **erhalten, wiederherzustellen** oder ihren Gesundheitszustand zu **bessern**.
- [...]



# Gesetzliche Grundlage für die bisherige Versorgungsplanung ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V

## § 75 SGB V

Der **Sicherstellungsauftrag des § 75 SGB V** bildet die gesetzliche Grundlage der Bedarfsplanung:

- Der Sicherungs- und Bereitstellungsauftrag ist Voraussetzung für eine **bedarfsorientierte**, nicht kaufkraftorientierte Verteilung von Ärzten und Psychotherapeuten
- Zentrales Ziel der Bedarfsplanung ist die Erfüllung des Anspruchs aller GKV-Versicherten auf einen **chancengleichen Versorgungszugang**

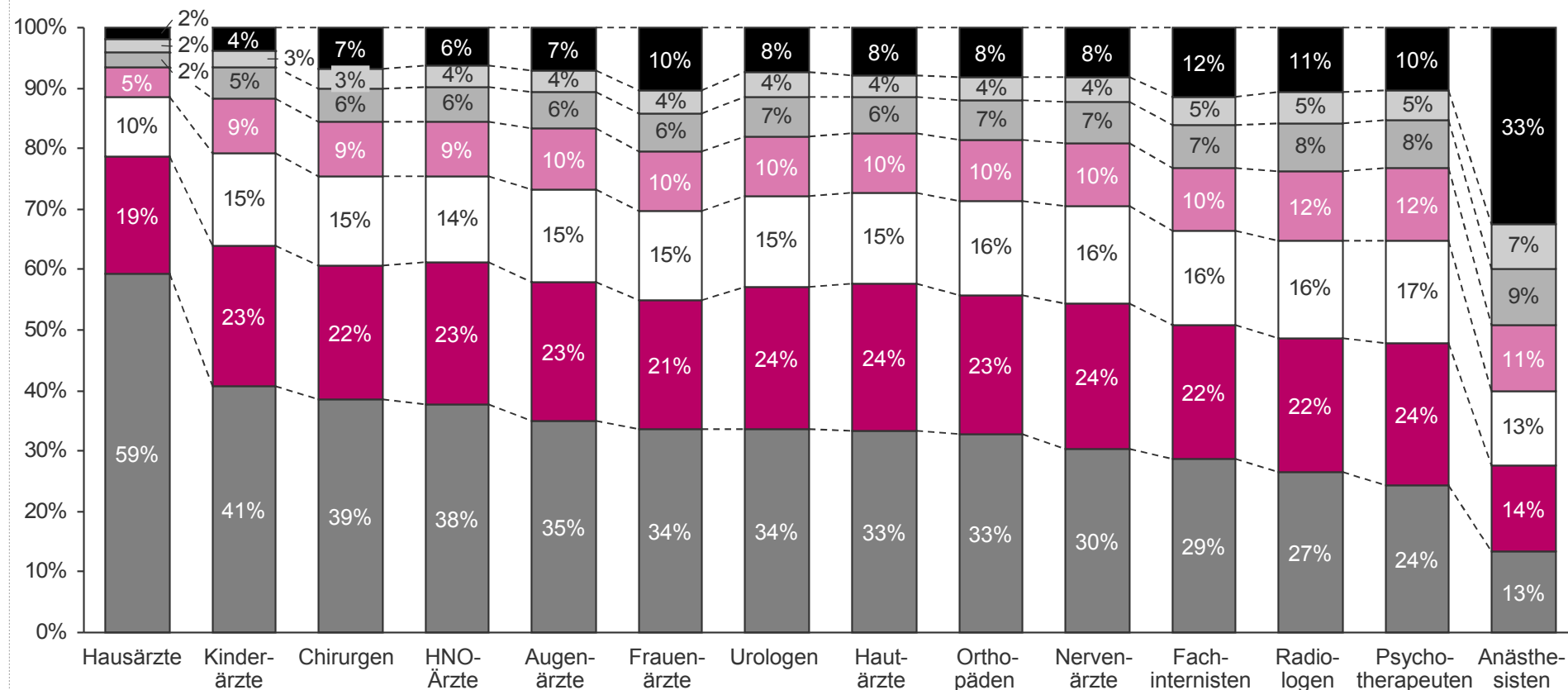
# Bedarfsplanung setzt eine Differenzierung gemäß dem Versorgungsebenenmodell der KBV voraus



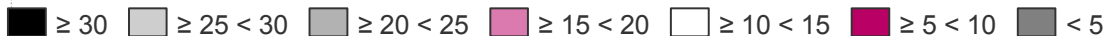
## 2. Gegenwärtige Versorgungslage und Versorgungstrends

# Die breite Mehrheit aller Patienten erreicht ihre Fachärzte in weniger als 30 Minuten, bei ihren Hausärzten insgesamt 98%

Anteil der Patienten



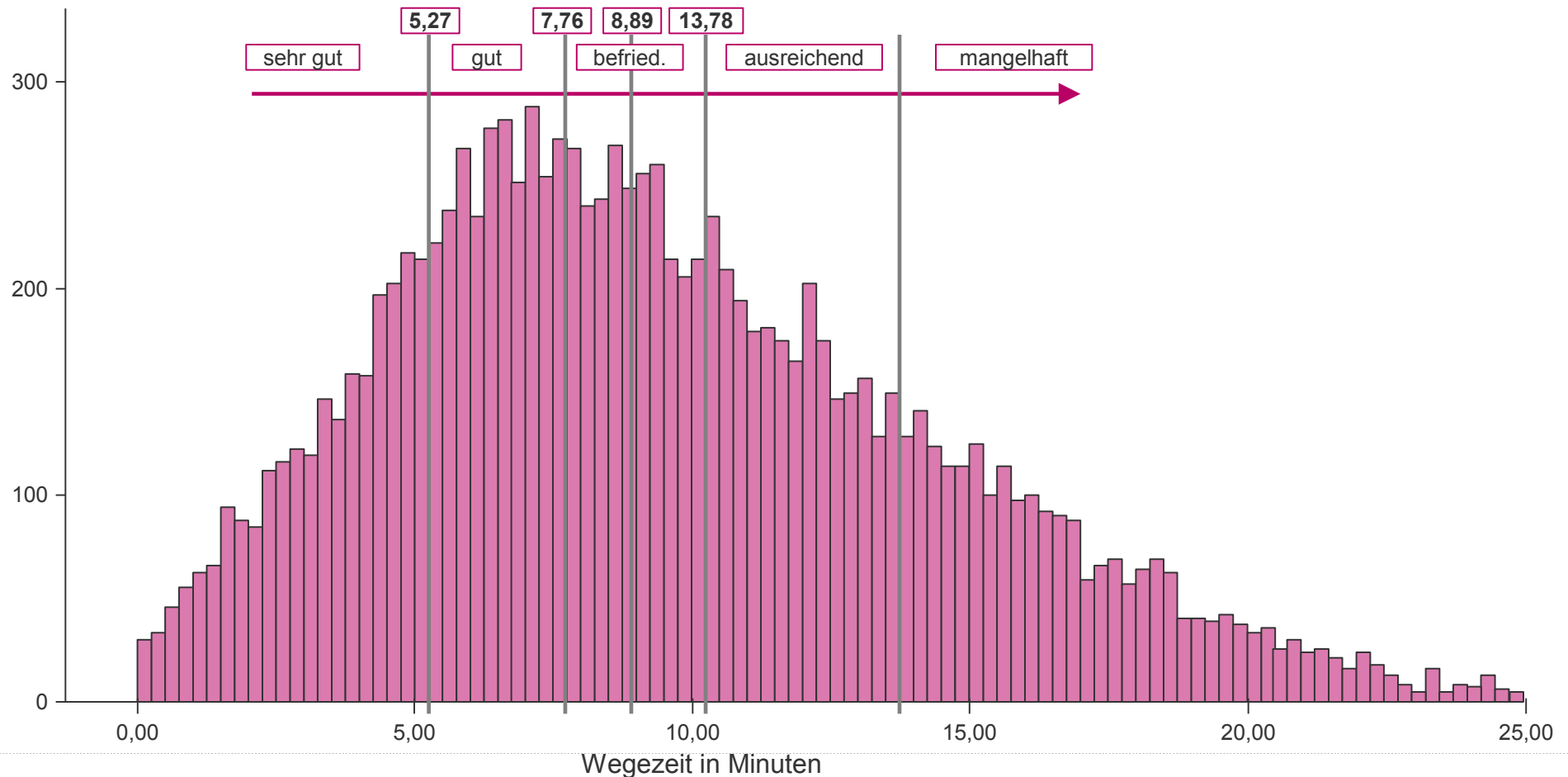
Zeitaufwand bis zum nächsten Arzt in Minuten



# Neun von zehn Patienten in Deutschland erreichen ihren Hausarzt innerhalb von einer Viertelstunde

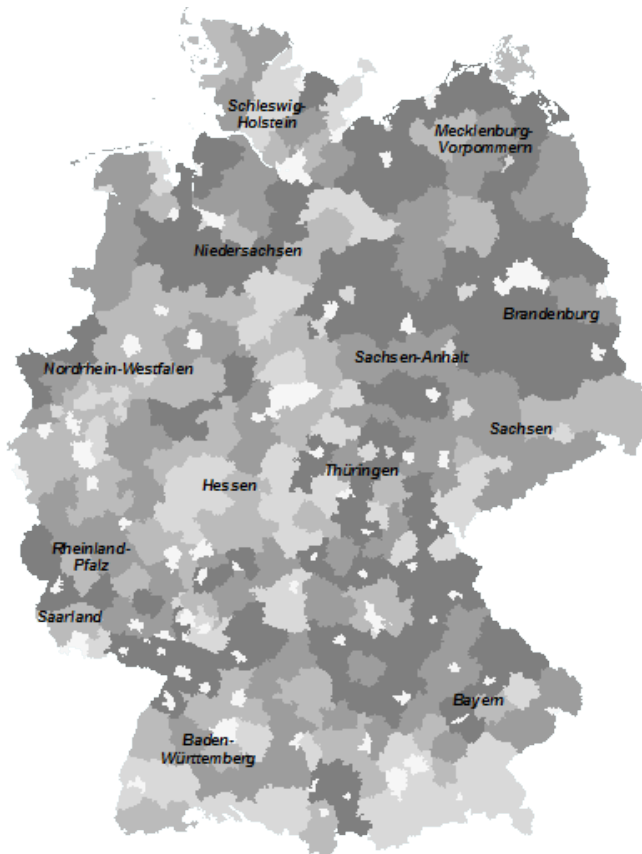
Durchschnittliche Wegezeit der Patienten zum Hausarzt (KVA-Analyse über alle KVen, Quintile und Median)

Häufigkeit



# Völlige Gleichverteilung von Ärzten und Psychotherapeuten ist weder realisierbar noch kann es Ziel der Versorgung sein

## Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten



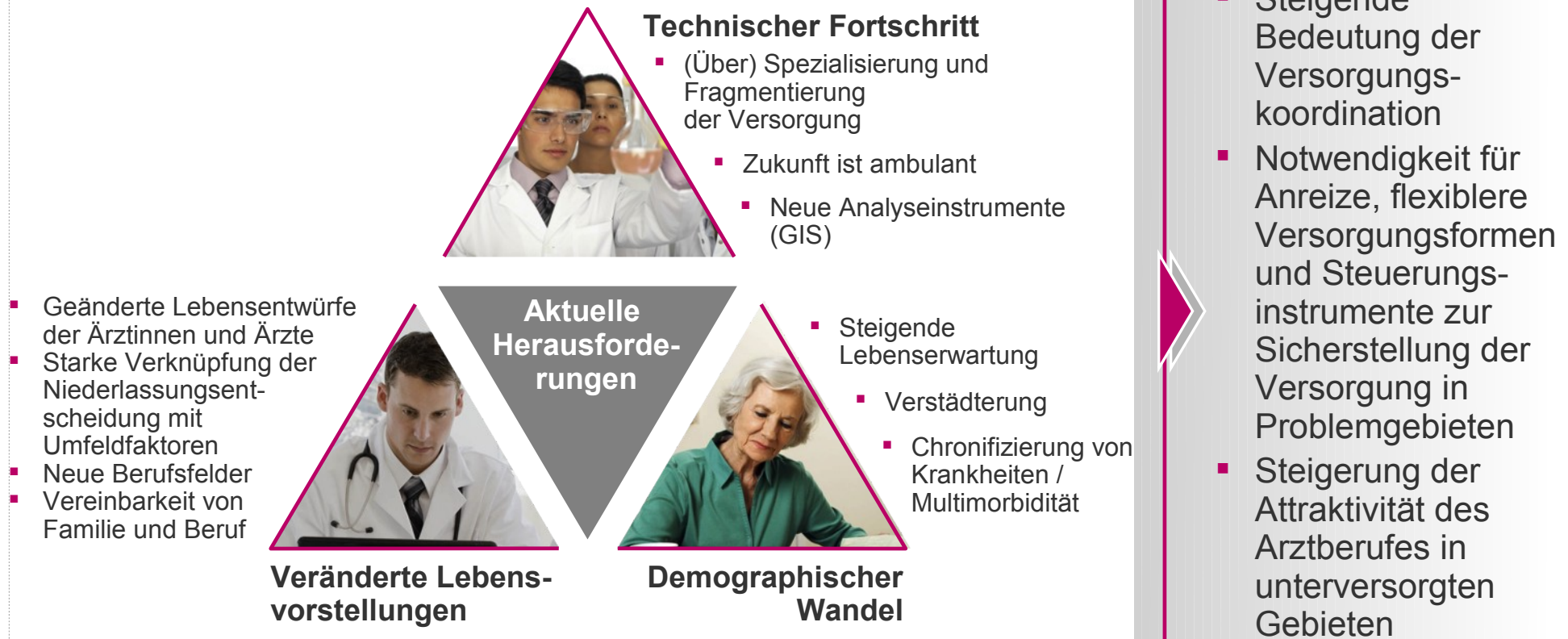
## Schwankungsbreite der niedergelassenen Ärzte

- **Hausärzte** 47,0 - 106,7 Ärzte pro 100.000 Einwohner
- **Fachärzte** 12,6 - 218,9 Ärzte pro 100.000 Einwohner

## Arztdichte nach Kreisen und kreisfreien Städten

Planungsbereich	EW je Arzt
1. Fürstfeldbruck (Bayern)	392,60
2. Starnberg (Bayern)	392,62
3. Dachau	396,16
4. Bayreuth (Bayern)	398,78
5. Freising (Bayern)	401,41
6. Ebersberg (Bayern)	404,41
7. München, Lkr. (Bayern)	409,55
8. München, Stadt (Bayern)	409,99
....	....
408. Cham (Bayern)	764,98
409. Torgau-Oschatz (Sachsen)	770,86
410. Birkenfeld (Saarland)	777,09
411. Donau-Ries (Bayern)	799,17
412. Uecker-Randow (Meck.)	801,03
413. Vorpommern (Meck.)	801,03
414. Nordfriesland (Schlesw. Hol.)	809,45

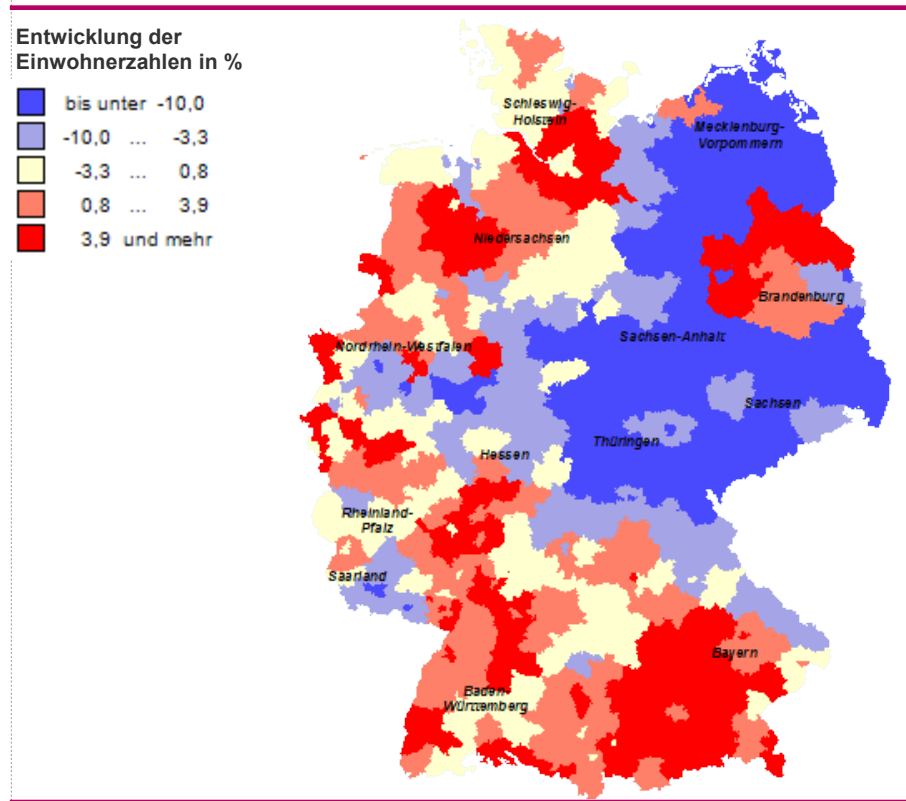
# Bisherige gute Versorgungslage wird durch zahlreiche exogene Trends und Faktoren beeinflusst



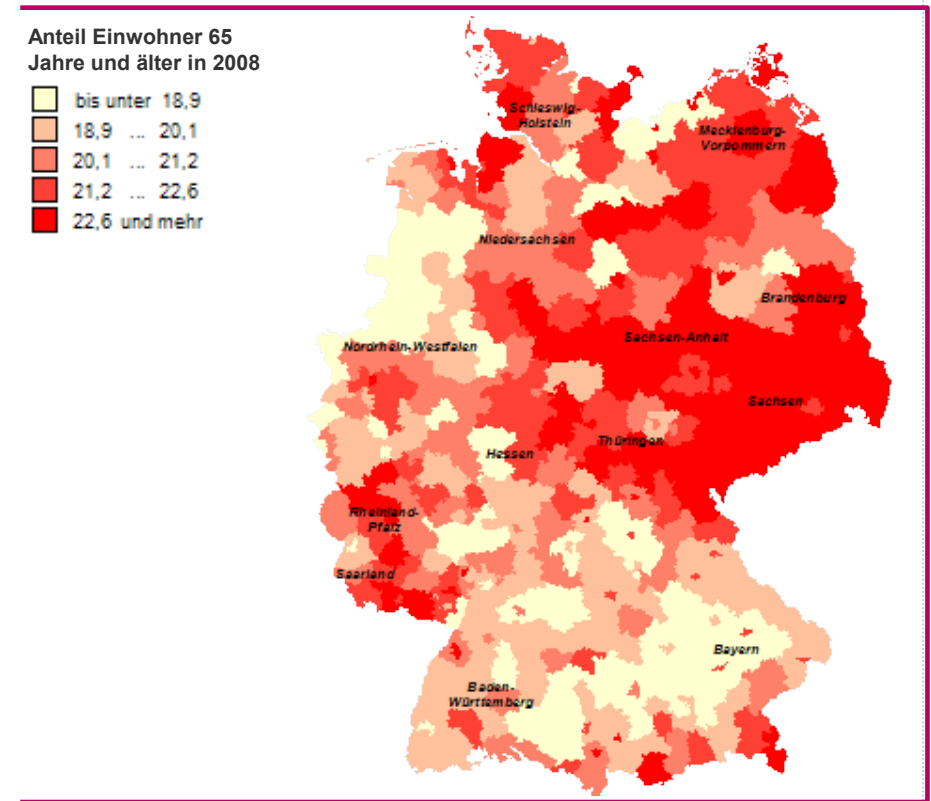
# Alters- und Bevölkerungsentwicklung sind wesentliche Einflussfaktoren für die zukünftigen Versorgungslage

## Bevölkerungsentwicklung und Anteil älterer Bürger

### Bevölkerungsprognose 2008-2025



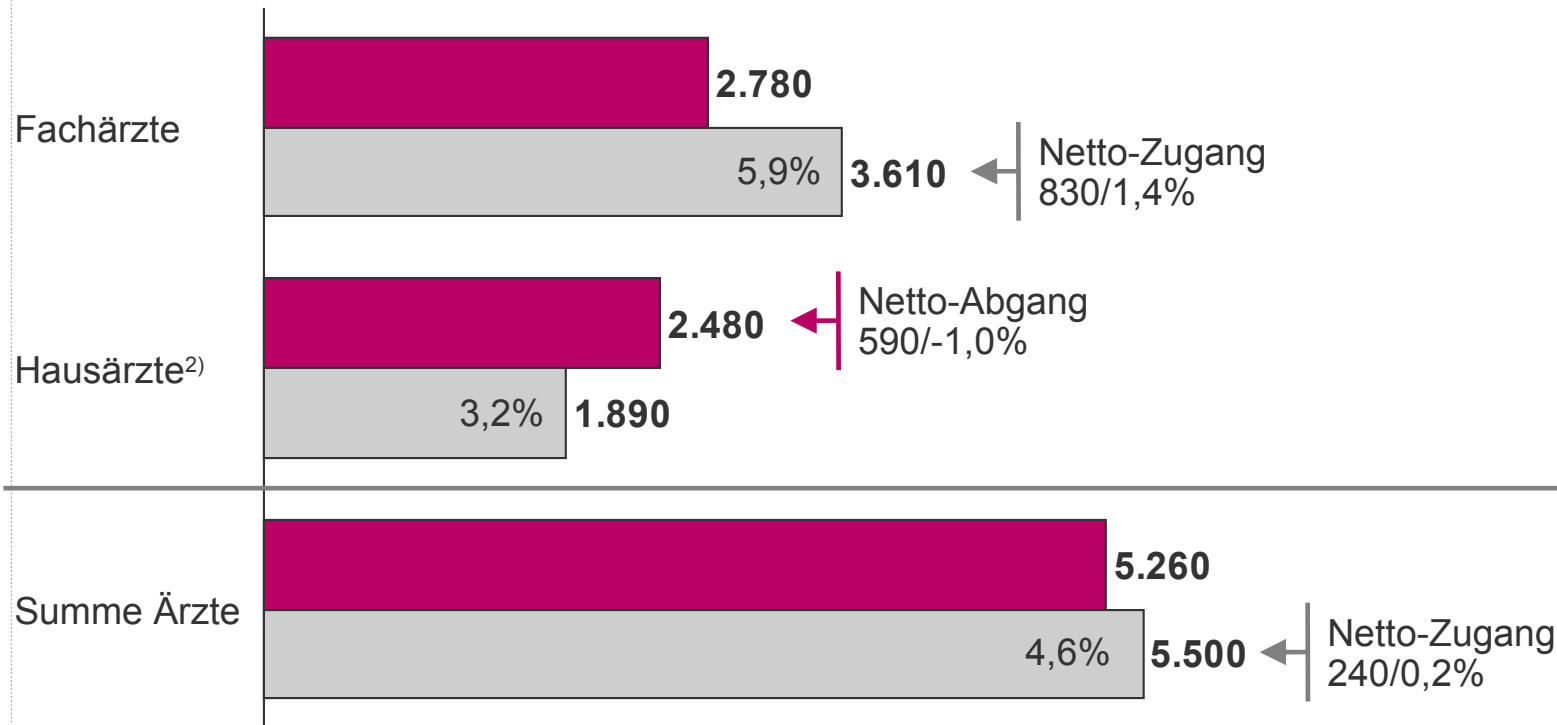
### Anteil "Hochbetagte"





# Trotz Nettozuwächsen bei der Zahl aller Vertragsärzte ist der Saldo bei den Hausärzten bereits heute negativ

Ab- und Zugang an Vertragsärzten<sup>1)</sup> im Jahr 2008



■ Abgang ■ Brutto-Zugang 1) Einschließlich Partner-Ärzten 2) Einschließlich Kinderärzten

### 3. Vorschläge zur qualitativen Verbesserung der Bedarfsplanung – von der Bedarfs- zur Versorgungsplanung

# Ungleichheiten in der Versorgung zeigen die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Verteilungsinstrumente

## Charakteristika des jetzigen Verteilungsinstruments

### Differenzierung der Arztgruppen

- Beplanung von 14 Facharztgruppen

### Aufsatzjahr

- Historische Datenbasis – setzt auf Verhältniszahlen des Jahres 1990 auf

### Planungsbereichsgrößen

- Großräumige Planungsbereiche verhindern eine Sicherstellung gleicher Versorgungszugänge
- Die Versorgungslage benachbarter Planungsbereiche wird nicht berücksichtigt (Mitversorgungseffekte bleiben unberücksichtigt)
- Keine sektorenübergreifende Betrachtung

### Zweckmäßigkeit

- Dient zuallererst der Begrenzung des Zustroms von Ärzten und Psychotherapeuten

### Analyseinstrumente

- Unzureichende Nutzung datengestützter Instrumente zur Analyse der Versorgungssituation

# Neue Herausforderungen erfordern neue Instrumente, die kurz- und mittelfristig chancengleiche Versorgungszugänge fördern

## KURZFRISTIGE Neuerungen

- Einrichtung **regionaler Strukturfonds**, aus denen in Unterversorgung oder in von Unterversorgung bedrohten Gebieten Sicherstellungsmaßnahmen finanziert werden
- Nutzung eines **Demographie-Faktors**, der den Versorgungsgrad modifiziert indem er die demographische Entwicklung der vergangenen 20 Jahre berücksichtigt  
(bereits eingeführt auf Basis des GBA-Beschlusses vom 15.07.2010)

## Chancengleicher Versorgungszugang



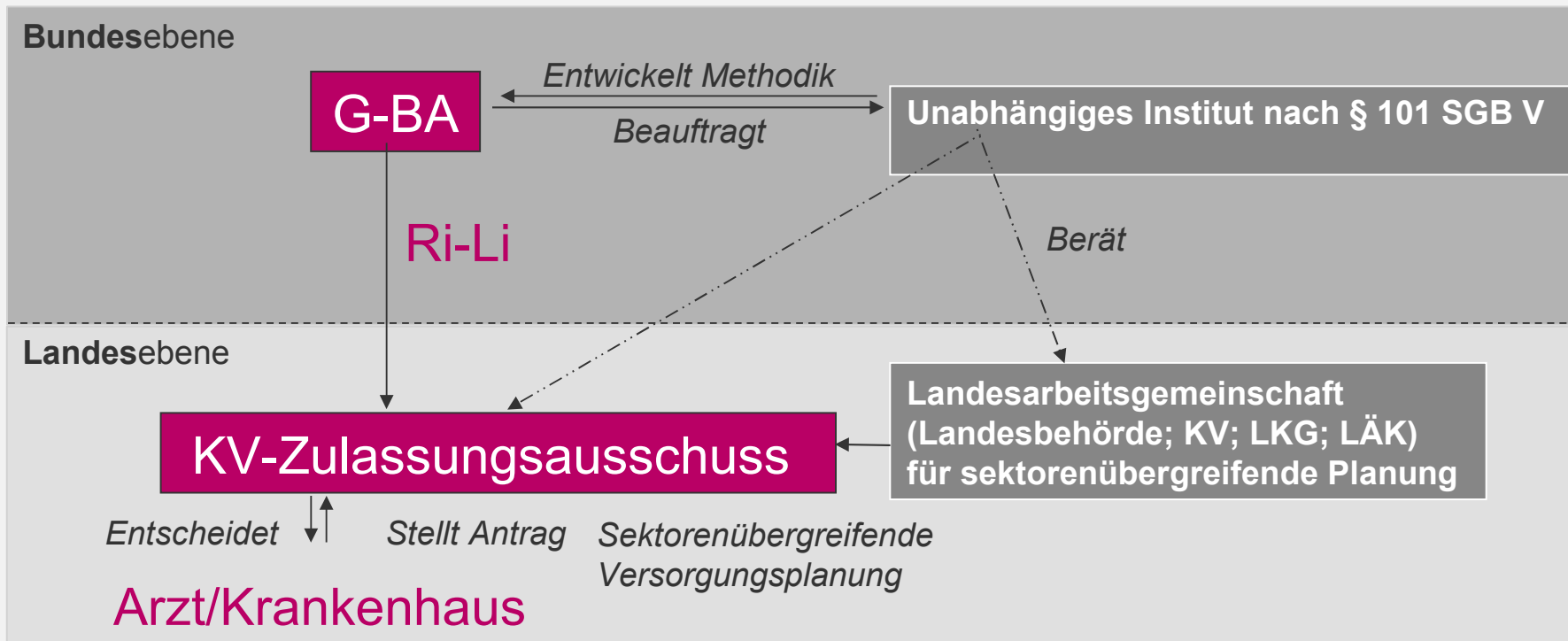
## MITTELFRISTIGE Neuerungen

- Einrichtung eines **Instituts zur Versorgungssicherung**, angebunden an den G-BA
- Einrichtung einer **Arbeitsgruppe für sektorübergreifende Versorgungsplanung** zur Koordinierung von Sicherstellungsmaßnahmen und Maßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung
- Flexibilisierung von Versorgungsstrukturen zur Versorgung insb. von ländlichen Gebieten
- Zulassung von Krankenhäusern zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung auf der Grundlage eines Leistungskatalogs nach § 119 a
- **Einführung moderner geographischer Informationssysteme** in die Versorgungsplanung (per Richtlinie des G-BA)

# In der Diskussion befindlicher Vorschlag: Erweiterung der Planungskompetenz auf weitere Gremien und Institutionen

Einbindung und prospektive Rolle des Instituts

Zu ändernde Rahmenbedingungen im SGB V: §§ 99,100,101,104,105,115 und 115a



Bestehende Einheiten Geplante Einheiten

# Mittelfristiger Neuerungsvorschlag: Maßnahmen zur Behebung bzw. Überbrückung von Versorgungsdefiziten



## § 104

### Ergänzende Aufgaben und Maßnahmen in der Kassenärztlichen Vereinigung zur Herstellung ausgewogener Versorgung

In Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum ein Versorgungssitz nicht besetzt werden kann, oder nach Beendigung der Zulassung des bisherigen Praxisinhabers der Versorgungssitz erkennbar nicht wieder besetzt wird oder werden kann, können die Kassenärztlichen Vereinigungen zur **Überbrückung von Versorgungsdefiziten** in Versorgungsregionen mit notwendigem Versorgungsbedarf Maßnahmen ergreifen.

# Hierfür wurde ein Maßnahmenkatalog zur Flexibilisierung von Versorgung in unterversorgten Gebieten entwickelt

Förderung der Bildung von Zweigpraxen

Bildung gemeinsamer MVZ der KV mit geeigneten Krankenhäusern

Anstellung von Ärzten durch die KVen für mobile Arztstationen, Bereitschaftsdienste etc.

**Möglichkeiten der Behebung von Versorgungsdefiziten**

Re-organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

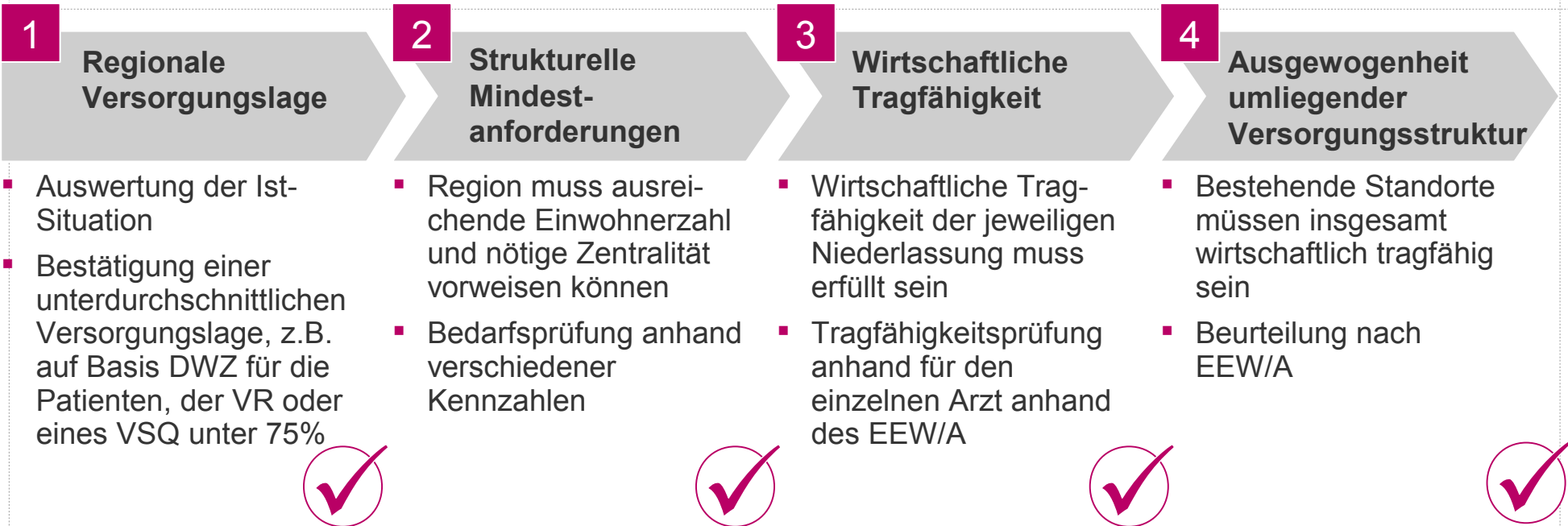
Versorgung durch Arztstationen in Strukturschwachen Gebieten

Indienstnahme von Honorarärzten in Arztpraxen oder Zweigpraxen

Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) der KV mit mobiler Versorgungsfunktion in regionalen Arztstationen

# Mittelfristiger Neuerungsvorschlag: Einführung der kleinräumigen Versorgungsanalyse (KVA)

Auswahlprozess auszuschreibender Versorgungssitze bzw. -räume



— **DWZ** (durchschnittliche Wegezeit): Ø Reisezeit/Einwohner zu den jeweiligen Arztstandorten in Minuten)

— **VR** (Versorgungsrelation): Einwohner einer Gemeinde (+ Mitversorgte) / Anzahl Ärzte am Ort bzw. Einzugsgebiet

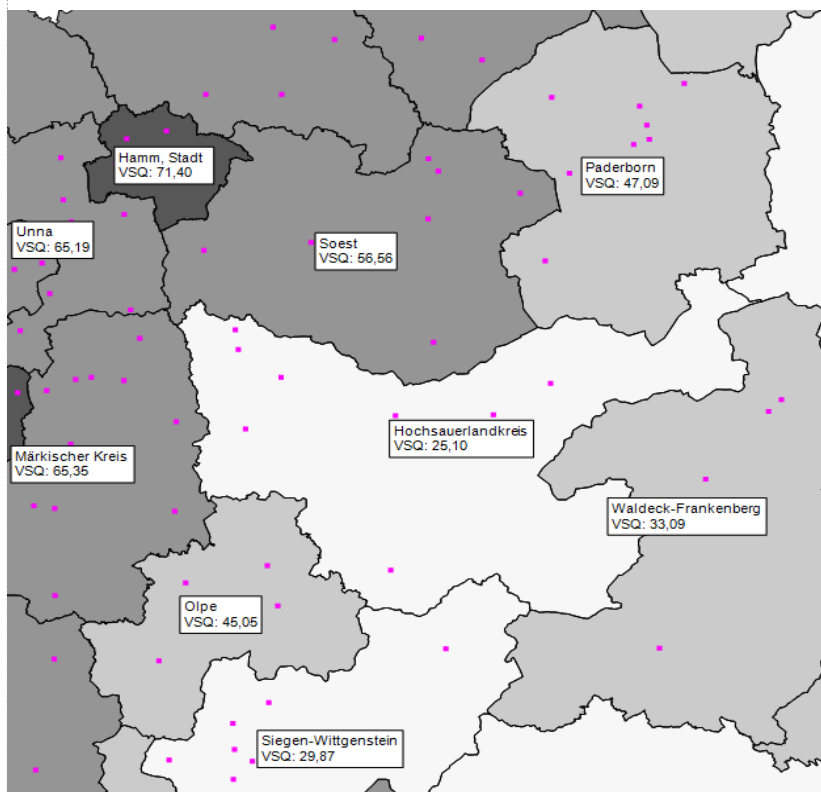
— **VSQ** (Versorgungsstrukturqualität): Gesamtindikator (1 bis 100), der Ergebnisse aus DWZ und VR bündelt

— **EEW/A** (Einwohnererwartungswert je Arzt(standort)): Einwohnerpotenzial der Arztpraxis in ihrem Einzugsgebiet



# Beispiel einer Bedarfsanalyse für die Region "Hochsauerlandkreis" mittels KVA Kennzahlen

Ziel: Indikatoren-gestützte Identifikation von Versorgungsbedarf als Grundlage der Entscheidung des Zulassungsausschusses



## [5958] Hochsauerlandkreis

		Regionswert	Bundes- durchschnitt
Basisdaten	Äzte	11	5.146
	EN	277.715	82.500.873
	KHB	12	6.131
Patienten- perspektive	DWZ	13,75	11,90
Arzt- perspektive	EEW/A	22.631,71	16.032,04
Gesamt- perspektive	VR	94.376,63	61.166,13
	VSQ	25,10	



Nächster Schritt ist die Identifikation des "optimalen Standortes"

# Verschiedene Komponenten der KVA leisten einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsplanung

## Ausgewählte Komponenten der KVA

- Kleinräumige Visualisierung der Versorgungssituation
- Aufhebung starrer Betrachtungsgrenzen und Berücksichtigung von Wanderungsbewegungen der Patienten über regionale Grenzen hinweg
- Mehrdimensionale Betrachtung der Versorgungssituation

## Erweiterungsmöglichkeiten durch eine Hinzunahme versichertenzentrierter Faktoren

- Einbezug der Krankheitslast mit Einführung eines Morbiditätsfaktors
- Aufnahme weiterer Variablen, z.B. soziodemographische Faktoren

# Maxime für zukünftige, qualitativ hochwertige Versorgungsplanung: So viel Planung wie nötig, so wenig wie möglich

- 1** **Chancengleichheit** auf eine gute Versorgung ist ein Grundbaustein einer solidarischen Krankenversicherung
- 2** Ohne **Steuerungsinstrumente** folgt die Arztverteilung nicht der Krankheitslast der Bevölkerung
- 3** Veränderte Rahmenbedingungen erfordern eine **Neuausrichtung** der Bedarfs- und Versorgungsplanung
- 4** Eine gute medizinische Versorgung ist nur dann möglich, wenn alle Beteiligten – Bund und Länder – **Verantwortung** übernehmen

**KBV-Vorschlag:** Flexibilisierung von Versorgungsformen, Integration der Krankenhäuser, Übernahme von Verantwortung durch alle Beteiligten, Nutzung moderner Analyse- und Planungsinstrumente