

Neue Bedarfsplanung

BARMER GEK Hauptverwaltung
Datum: 24. Oktober 2013

Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender



Politische Bewertung



- GBA-Beschluss vom 20.12.2012 setzt die Vorgaben des Versorgungsstrukturgesetzes in vertretbarer Weise um
- Der Konsens GKV / KBV zeigt Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung
- Die Neuordnung von Arztgruppen, Raumgrößen und Verhältniszahlen ist akzeptabel
- Es fehlen eine kommunale Verteilungsplanung und strikte Vorgaben zum Abbau der Überversorgung (nicht ausreichende gesetzliche Grundlagen)
- Primäres Ziel muss die Besetzung bestehender freier Arztsitze und die Beseitigung von (drohender) Unterversorgung in Problemlagen bleiben

Instrumente zur Beseitigung von Über- und Unterversorgung (I)



- Ziel der Politik: Unterversorgung vermeiden/beseitigen, nur wenige Handlungsoptionen bei Überversorgung
- Bei Zunahme von Arztsitzen kann Zuwachs über einen Zeitraum von 3 Jahren über schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen angeglichen werden
- Möglichkeit der Sperrung von Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 bis 110 % bei vorliegenden schlechteren Versorgungsgraden von anderen Planungsbereichen
- Steuerungskraft durch KV/Kassenverbände, Landes- und Zulassungsausschüsse gefragt

Instrumente zur Beseitigung von Über- und Unterversorgung (II)



- Einsatz neuer Instrumente zur Beseitigung von Mangelversorgung in Problemlagen muss geprüft werden, z. B.
 - Patientenbus
 - Mobile Praxen
 - Zweigpraxen
 - AGNES-Modelle
 - Ermächtigungen für Krankenhaus- und Reha-Ärzte

Regionale Abweichungsmöglichkeit

- Landesebene (KV/Kassenverbände) kann bei Aufstellung der Bedarfspläne wegen regionalspezifischer Besonderheiten, z.B. regionale Demographie oder Morbidität, sozioökonomische oder räumliche Faktoren, Infrastruktur, von der Richtlinie abweichen
- KV/Kassenverbände, Landes- und Zulassungsausschüsse müssen regional steuern
- „Sonderbedarfszulassungen“ bei einem zusätzlichen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf
- Empfehlungen des Gemeinsamen Landesgremiums (§ 90 a SGB V) zu berücksichtigen

Beispielhaft genannte Tatbestände, die eine regionale Abweichung begründen können:

- die regionale **Demografie** (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
- die regionale **Morbidität** (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
- **sozioökonomische Faktoren** (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
- **räumliche Faktoren** (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten) sowie
- **infrastrukturelle Besonderheiten** (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).



- Es liegt kein genereller Arztmangel sondern ausschließlich ein Verteilungsproblem vor, so dass der Umverteilung mehr Gewicht zukommen muss
- Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat von seinen Möglichkeiten zur Abweichung von den Bundesvorgaben Gebrauch gemacht.
- Ziel ist es, dass Umland zu stärken und die (hausärztliche) Versorgung flächendeckend sicherzustellen

Regionale Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt



- Unter anderem mit diesen regionalspezifischen Maßnahmen wurde erreicht, dass die offenen Hausarztsitze um ca. 44% gesunken sind
- Primäres Ziel in (drohend) unterversorgten muss neben der Umverteilung die Nachbesetzung von wegfallenden Hausarztsitzen sein
- 159 neue Psychotherapeuten können sich in Sachsen-Anhalt niederlassen

Fazit (I)

- Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie enthält sinnvolle bundesweite Faktoren für eine angemessene und gleichmäßige ärztliche Versorgung
- Anspruchsvoll wird die Umsetzung auf regionaler Ebene (KV/Kassenverbände, Landesausschuss, Zulassungsausschüsse)
- Die Berücksichtigung der interregionalen Mitversorgung sowie der „Ermächtigungen“ bei den Fachärzten ist realitätsgerecht

Fazit (II)



- Fragwürdig bleibt die Planungsebene „Mittelbereiche“ bei den Hausärzten (neue Arztsitze auch in bisher überversorgten Regionen)
- Wichtiger ist die Besetzung schon bestehender freier Arztsitze (Sicherstellungsauftrag der KV!)
- Eine Verteilungsplanung innerhalb der Planungsbereiche bei Neubesetzung von Arztsitzen ist notwendig
- Neue Instrumente müssen in schwer zu versorgenden Regionen erprobt werden

Fazit (III)

- Psychotherapeuten sind die Gewinner der Reform
- Eine strikte regionale Verteilungsplanung für Psychotherapeuten ist unverzichtbar
- Wegen Ausbudgetierung ist eine Mengensteuerung notwendig