

Patientenorientierte Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung

Pressegespräch am 15. Februar 2013

Befragung von Bürgerinnen und Bürgern in zwei Berliner Bezirken zur Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung

Auftraggeber:

Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach §140f SGB V
in Kooperation mit der **Patientenbeauftragten für Berlin**
mit Unterstützung durch die **Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin**

Durchgeführt von: **IGES** Institut GmbH in **2012**

Methode und Designe

Bürgerbefragung anhand von Fragebogen zu max. drei Praxen:

Erreichbarkeit (Verkehrsmittel, Wegstrecke/-zeit)

Wartezeiten (auf Termin/im Wartezimmer, subjektives Empfinden als „zu lang“)

Überfüllung (subjektives Empfinden, Zeit des Arztes für einzelne Patienten)

Erreichbarkeit von Alternativen

Zwei Grundgesamtheiten (Bezirke):

Köpenick (KP)

Charlottenburg-Wilmersdorf (CW)

→ Fragebogen an 2000 zufällig gezogene Personen pro Bezirk versandt
(N=4000) (Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten)

1061 Fragebögen zurück erhalten (Rücklaufquote: 26,5 %)

Mehr Antworten aus KP als CW (30,3 %, N=606 vs. 22,8 %, N=455)

Hausärztliche Versorgung*

Keine signifikanten Unterschiede bei der Erreichbarkeit:

Mehrheit von 59 % erreicht Arzt zu Fuß.

Signifikante Unterschiede bei den Wartezeiten:

auf Termin (KP > CW)

44 % in CW	vs. 18 % in KP	warten nur 1 bis 3 Tage auf Termin
10 % in CW	vs. 27 % in KP	warten mind. 2 Wochen bis zu 3 Monate

im Wartezimmer (KP > CW)

46 % in CW	vs. 22 % in KP	warten nur <30 min
8 % in CW	vs. 31 % in KP	warten mindestens 1 h

Praxis wird in KP von doppelt so vielen Patienten wie in CW als „überfüllt“ empfunden (51 % vs. 25 %). Mehr als doppelt so viele Patienten in KP wie in CW würden gerne den Arzt wechseln, tun dies aber wegen schlecht erreichbarer Alternativen nicht (20 % vs. 8 %)

→ **Patienten besuchen Hausarzt in ihrer Nähe, dies führt bei geringerer Praxisdichte in KP zu stärkerer Auslastung der ortsansässigen Praxen.**

* es wurden nur Personen (N=648) berücksichtigt, die mindestens zwei mal **innerhalb des letzten Jahres Hausarzt besuchten** (definiert als Allgemeinarzt, Praktischer Arzt oder hausärztlicher Internist)

Fachärztliche Versorgung*

Signifikante Unterschiede bei Erreichbarkeit (KP < CW)

35 % in vs.	vs. 14 % in KP	erreichen Praxis zu Fuß
47 % in CW	vs. 67 % in KP	fahren mit Auto/ÖPNV
entsprechend		
50 % in CW	vs. 26 % in KP	benötigen <15 min zur Praxis
50 % in CW	vs. 73 % in KP	benötigen mind. 15 min bis 2 h

Signifikante Unterschiede bei Wartezeiten (KP > CW) auf Termin

45 % in CW	vs. 18 % in KP	warten nur 1 bis 7 Tage auf Termin
30 % in CW	vs. 56 % in KP	warten mind. 2 Wochen bis zu 3 Monaten (>3 Monate: 11 % vs. 3 %)

* es wurden nur **Personen (N=668) berücksichtigt**, die Angaben zu mind. einer fachärztlichen Praxis machten (Orth., Auge, Intern., Urol., Derm., Kardio., HNO, Pulm., Neurol., Diabet., Kinder, Rheumat., Psychoth., Nerven., Chir., Onk./Hämat., Psychiat., Gastroent., Nephro., Endokr., Schmerzth., Infekt./HIV)

Fachärztliche Versorgung*

Signifikante Unterschiede bei Wartezeiten (KP > CW) im Wartezimmer

41 % in CW	vs. 25 % in KP	warten nur <30 min
14 % in CW	vs. 29 % in KP	warten mindestens 1 h

41 % in CW vs. 60 % in KP beschreiben Praxis als „überfüllt“.

Mehr als dreimal so viele Patienten in KP wie in CW, die ihren Facharzt gern wechseln würden, dies aber wegen schlecht erreichbarer Alternativen nicht tun (28 % vs. 9 %).

→ Patienten reisen in KP weitere Strecken zum Facharzt. Dennoch empfinden Befragte aus KP die Facharztpraxen häufiger als „überfüllt“ als die Befragten aus CW.

* es wurden nur **Personen (N=668) berücksichtigt**, die Angaben zu mind. einer fachärztlichen Praxis machten (Orth., Auge, Intern., Urol., Derm., Kardio., HNO, Pulm., Neurol., Diabet., Kinder, Rheumat., Psychoth., Nerven., Chir., Onk./Hämat., Psychiat., Gastroent., Nephro., Endokr., Schmerzth., Infekt./HIV)

Zusammenfassung

Erreichbarkeit

Hausärzte in beiden Bezirken gleich gut erreichbar. In KP werden längere Wege zu Fachärzten in Kauf genommen.

Insgesamt sind zum Facharzt weitere Wege zurück zu legen.

Wartezeiten

Wartezeiten auf Termine und in Wartezimmern sind sowohl für Haus-, als auch für Fachärzte in KP länger als in CW.

Insgesamt sind Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten länger.

Überfüllung

Sowohl Hausarzt- als auch Facharztpraxen werden in KP häufiger als überfüllt empfunden. Unterschied besonders ausgeprägt für Hausarztpraxen, da Facharztpraxen auch in CW eher als „überfüllt“ erlebt werden.

Alternativen

In KP würden mehr Patienten ihren Arzt gern wechseln, tun dies aber nicht aufgrund mangelnder Alternativen in erreichbarer Nähe.

Dies ist besonders hinsichtl. Fachärzten ausgeprägt, für die ohnehin in KP bereits eine längere Anreise in Kauf genommen wird.

Sozialindikative Modellierung der regionalen ärztlichen Versorgung in Berlin

Ambulante ärztliche Versorgung

- **Sicherstellungsauftrag** für die ambulante ärztliche Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen
- Steuerungsinstrument: **Bedarfsplanungsrichtlinie**
 - Zulassung von Vertragsärzten auf der Basis Allgemeiner Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt)
- **Versorgungsstrukturgesetz 2012**
 - Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie (Dez. 2012)
 - Berlin als ein Planungsbereich
 - Untergliederung in Stadtteile für hausärztliche (§ 11 Abs. 3) und allgemeine fachärztliche Versorgung (§ 12 Abs. 3) zugelassen
 - Berücksichtigung regionaler Besonderheiten möglich (§ 2), insbes.
 - Demografie
 - Morbidität
 - sozioökonomische Faktoren

Regionalisierung der Planung: Berliner Bezirke



- derzeitige
Bedarfsplanung:
Berlin als einheitliche
Planungsregion
- 12 Verwaltungs-Bezirke
mit 225.000 bis 370.000
Einwohner/innen

Bestehende Versorgungssituation: Hausärzte

Bezirk	Versorgungsgrad
Charlottenburg-Wilmersdorf	148 %
Tempelhof-Schöneberg	129 %
Mitte	120 %
Friedrichshain-Kreuzberg	116 %
Steglitz-Zehlendorf	109 %
Spandau	109 %
Reinickendorf	108 %
Pankow	105 %
Marzahn-Hellersdorf	102 %
Neukölln	95 %
Treptow-Köpenick	93 %
Lichtenberg	92 %

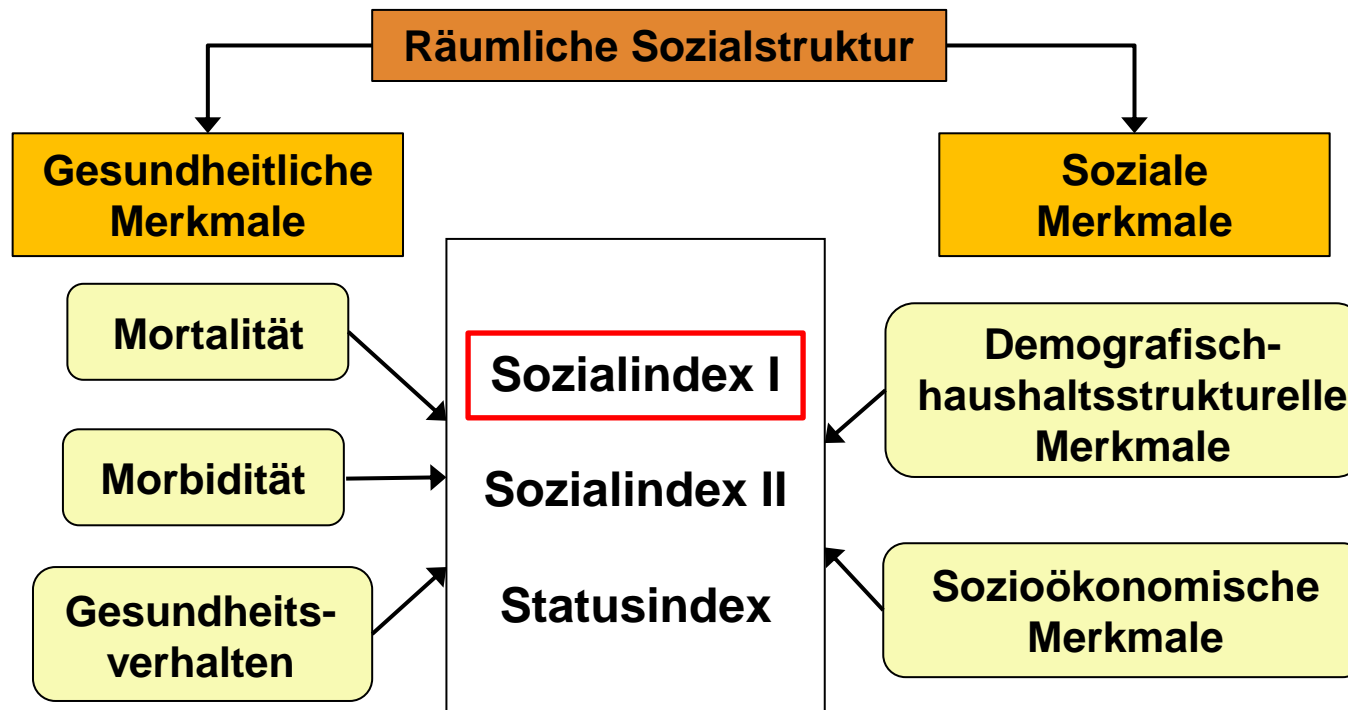
}

Überversorgung
(> 110 %)

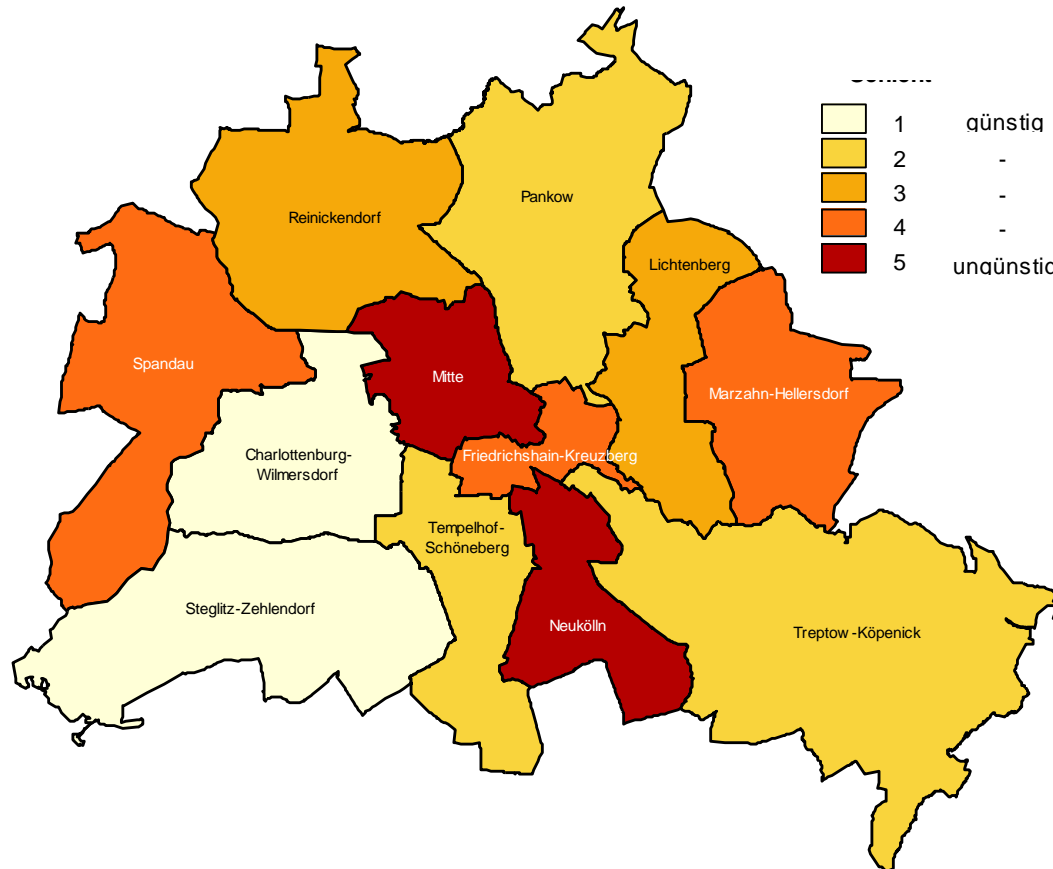
}

Normalversorgung
(75 - 110 %)

Parameter für die Bedarfsplanung: Sozialstruktur



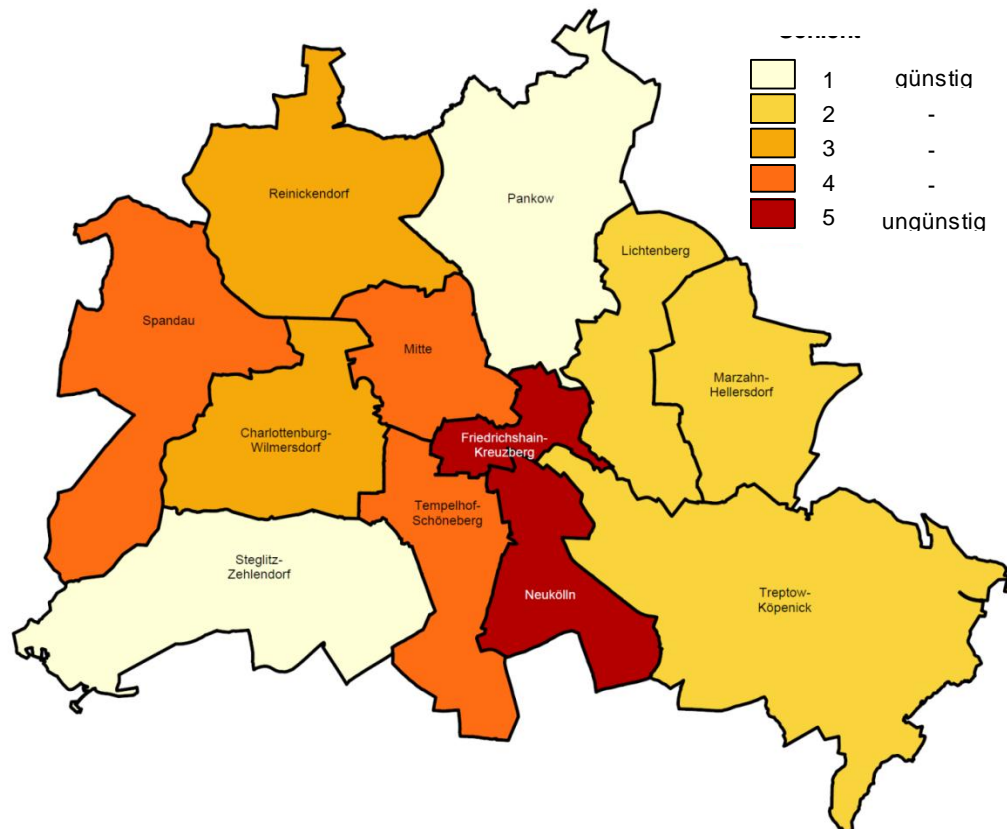
Sozialstruktur (Sozialindex I) nach Bezirken



**negativer Zusammenhang
mit der bezirklichen
Einwohner-/Arzt-Relation**

- schlechteres ärztliches Versorgungsangebot in sozial benachteiligten Regionen

Morbiditätsstruktur (Daten KV 2007) nach Bezirken



hoher Zusammenhang mit Sozialindex I

- Soziale Benachteiligung und Morbiditätsbelastung sind eng miteinander verknüpft.

kein Zusammenhang zum Versorgungsgrad

- Die ärztliche Versorgung ist nicht auf den Bedarf abgestimmt.

Modellrechnung: Übersicht

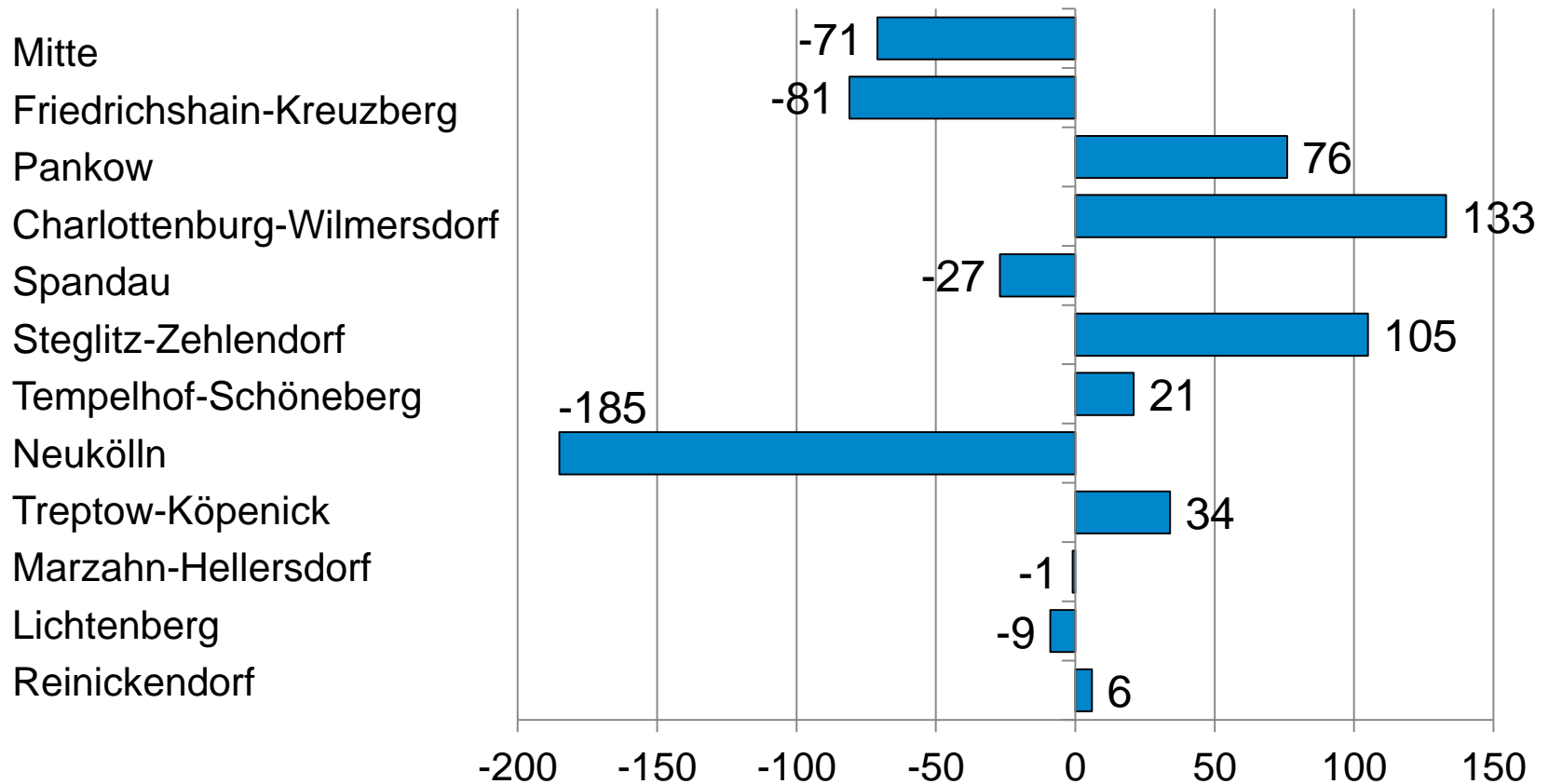
- Berechnung von **Soll-Ärztzahlen** für die 12 Berliner Bezirke
- **Ausgangspunkt:** Ist-Ärztzahl (Hausärzte) von 2.371 für ganz Berlin
- **Umverteilung** gemäß:
 - Bevölkerung der Bezirke
 - Sozialindex I der Bezirke
 - Morbiditätsindex der Bezirke
 - bei gleicher Gewichtung von Sozial- und Morbiditätsstruktur
- **Abweichung** zwischen Soll-Ärztzahl gemäß Modell und Ist-Ärztzahl: „**Fehlallokation**“

Modellrechnung Hausärzte

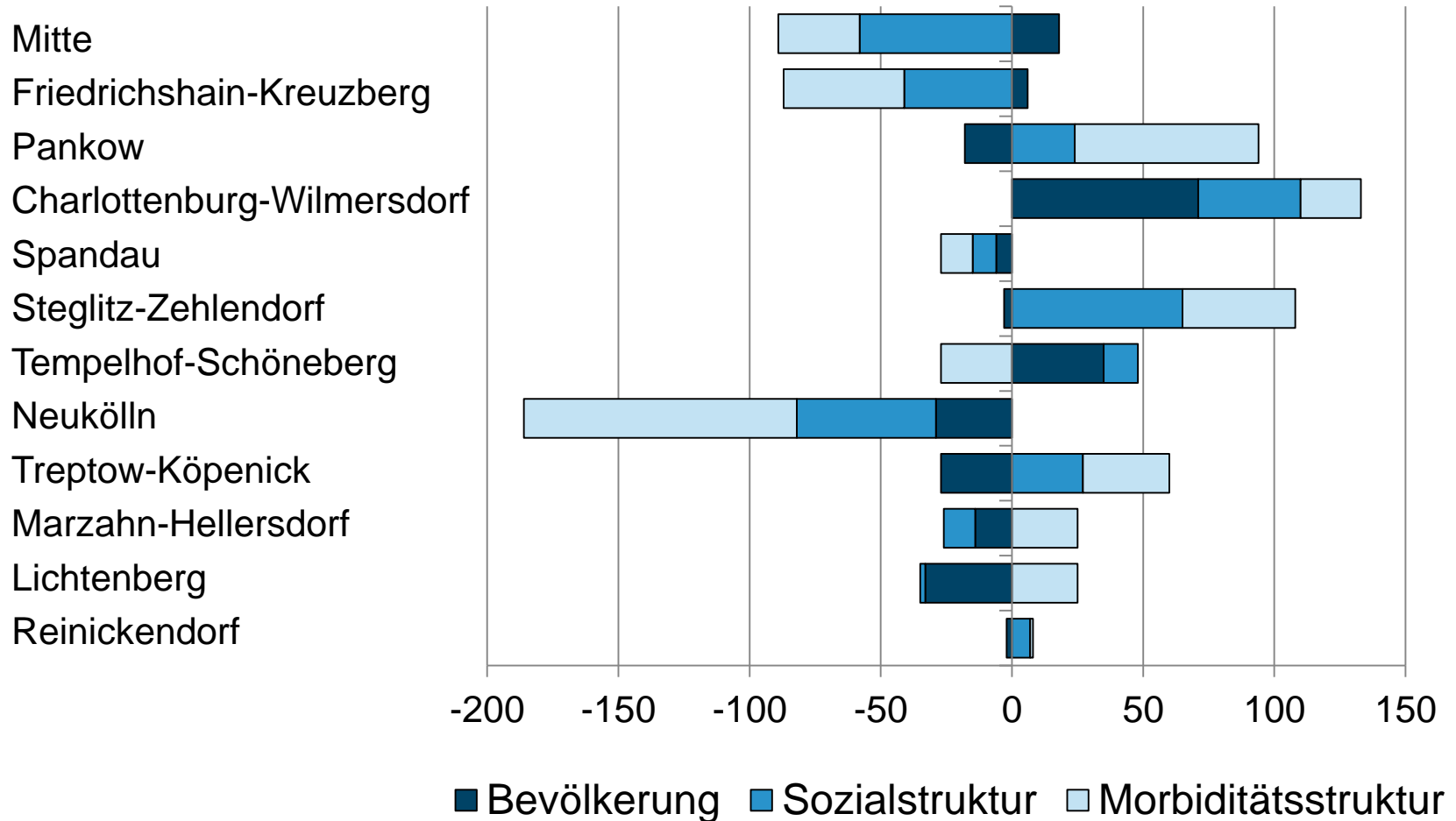
Bezirk	Ist Ärzte 2010	Soll Ärzte nach Bevölkerung	Soll Ärzte nach Sozial- und Morbiditäts- struktur	Differenz Ist – Soll („Fehlallo- kation“)
Mitte	247	229	318	-71
Friedrichshain-Kreuzberg	190	185	271	-81
Pankow	235	253	159	76
Charlottenburg-Wilmersdorf	292	220	159	133
Spandau	149	154	176	-27
Steglitz-Zehlendorf	199	203	95	104
Tempelhof-Schöneberg	266	231	245	21
Neukölln	185	214	370	-185
Treptow-Köpenick	140	166	106	34
Marzahn-Hellersdorf	157	171	159	-2
Lichtenberg	147	179	155	-8
Reinickendorf	164	166	158	6
Berlin gesamt	2.371	2.371	2.371	0

„Fehlallokation“ von Hausärzten in Berliner Bezirken

Differenz Ist - Soll



Aufschlüsselung der „Fehlallokation“



Zusammenfassung

- **Modell:** Umverteilung vorhandener Arztsitze im Raum auf Basis der bestehenden Überversorgung
 - jeder 3. Hausarzt müsste seine Praxis in einen anderen Bezirk verlegen
- **bisherige Bedarfsplanung** berücksichtigt Sozial- und Morbiditätsstruktur nicht
- **Betrachtung auf Ebene der Berliner Bezirke:**
Fehlpassung von ärztlichem Versorgungsangebot und zu erwartendem Versorgungsbedarf
- **beobachtbare Zusammenhänge:**
 - starker Zusammenhang von Sozial- und Morbiditätsstruktur
 - höhere Arztauslastung in Bezirken mit geringerem Versorgungsgrad

Ausblick

- **Modellrechnung als Diskussionsgrundlage:**
 - Übertragbarkeit auf andere Arztgruppen
 - Weitere Einflussgrößen zu berücksichtigen, z.B.
 - überbezirkliche Versorgung / Wanderungsbewegungen von Patient/innen
 - sektorübergreifende Versorgung
 - regionale Bevölkerungsstruktur
- **Weiterentwicklung** mit aktuellen Zahlen im gemeinsamen Diskussionsprozess mit den Akteuren der Selbstverwaltung erwünscht

Das gemeinsame Landesgremium nach §90a SGB V

Chronologie des gemeinsamen Landesgremiums

01.01.2012

Inkrafttreten des **GKV-Versorgungsstrukturgesetzes**
vom 22.12.2011

12.12.2012

Inkrafttreten des **Landesgesetzes** vom 29.11.2012

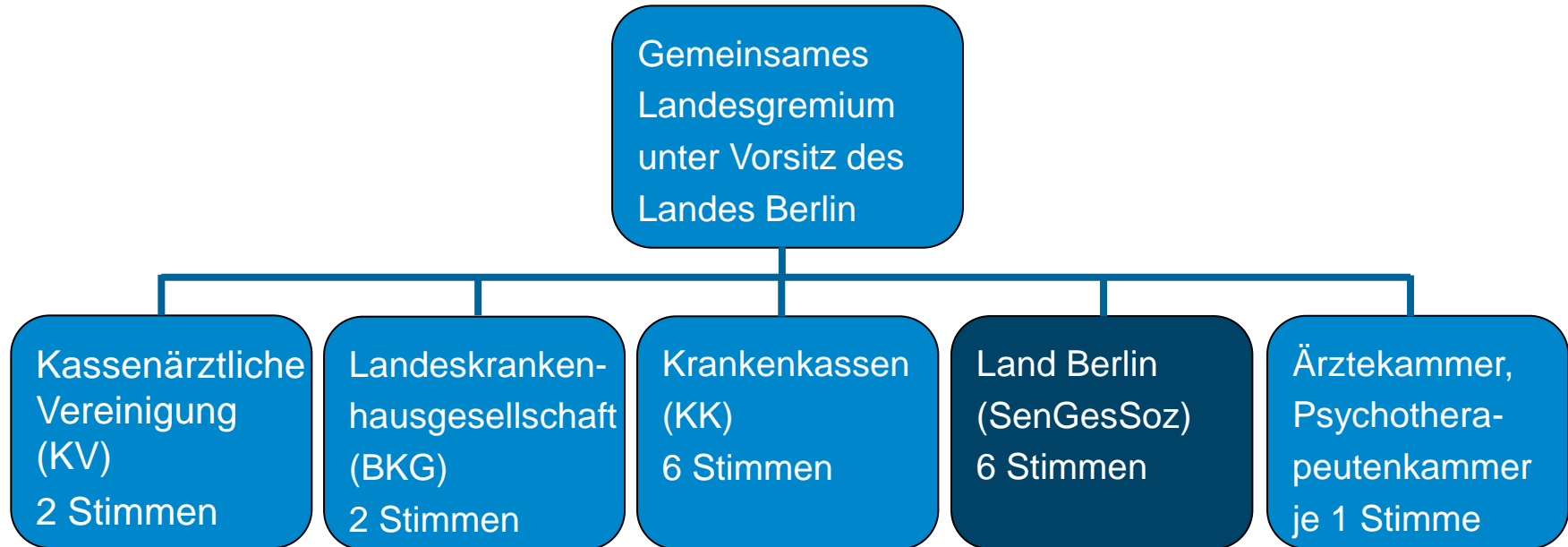
01.01.2013

Inkrafttreten der **Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA**
vom 20.12.2012

08.03.2013

Konstituierende Sitzung des Landesgremiums mit
Einladung vom 15.02.2013

Zusammensetzung des gemeinsamen Landesgremiums



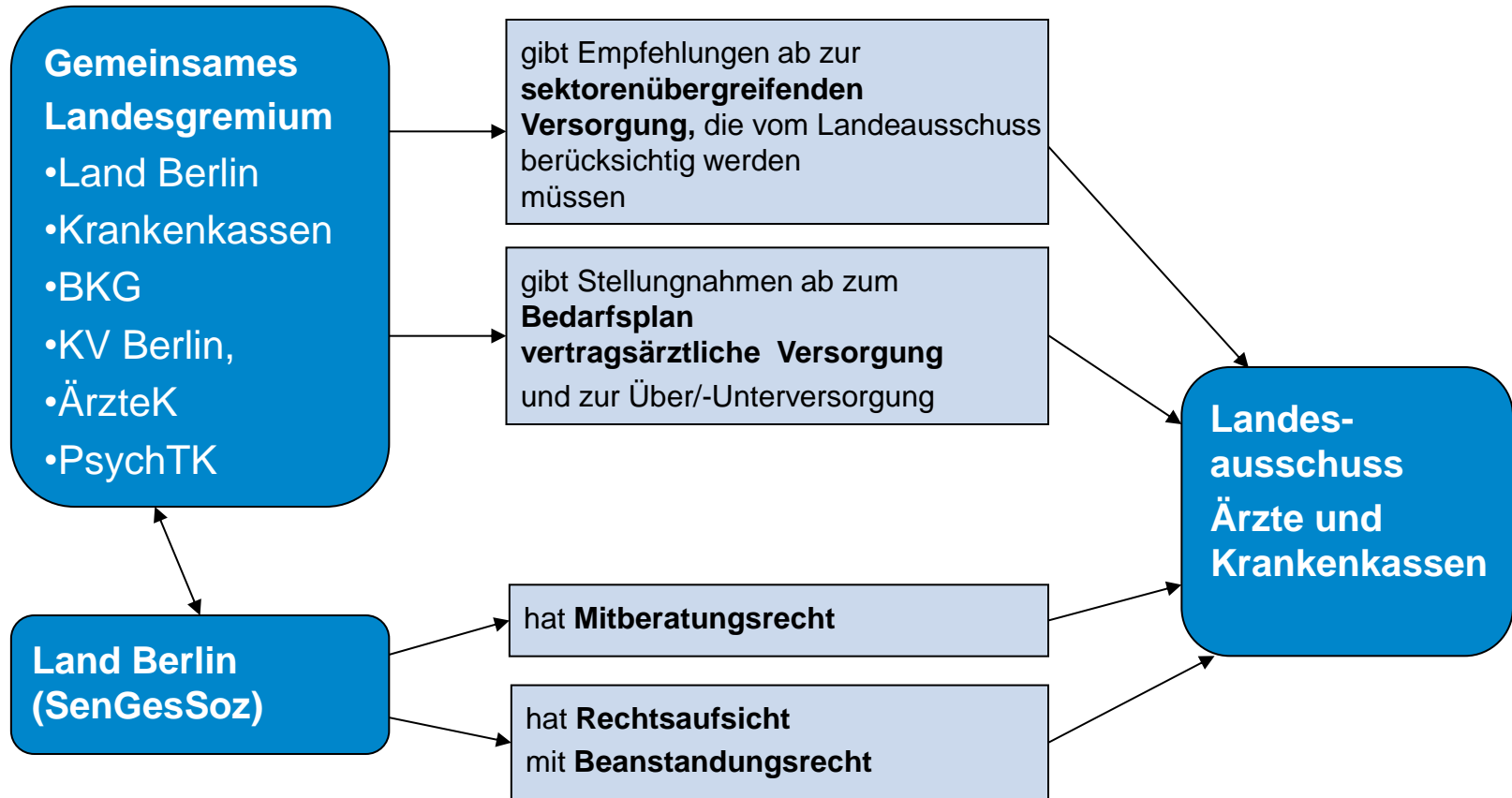
Ständige mitberatende Mitglieder ohne Stimmrecht:

Patientenvertreter/innen, Landesbeauftragte/r für Menschen mit Behinderung, Landespsychiatriebeauftragte/r

Themenbezogene Mitglieder ohne Stimmrecht:

Vertreter der Kommunen/Bezirke, Sachverständige, Sozialleistungsträger, Berufsverbände

Aufgaben des gemeinsamen Landesgremiums



Bedarfsplanungsrichtlinie: Differenzierung nach vier Arztkategorien mit unterschiedlichen Planungsräumen

