

Versorgung vom Patienten her denken!

Statement Patientenvertretung UA Bedarfsplanung

**Ursula Faubel
Sprecherin PatV UA Bedarfsplanung
Geschäftsführerin
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband**



Inhalt

- **Problembereiche aus Patientenperspektive in der bisherigen Bedarfsplanung**
- **Gesetzliche Aufträge an den G-BA**
- **Positionen der Patientenvertretung zur Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie unter Einbeziehung der Ergebnisse des Gutachtens**
- **Perspektiven außerhalb der G-BA Richtlinie**



Probleme der bisherigen Bedarfsplanung - die Patientenperspektive

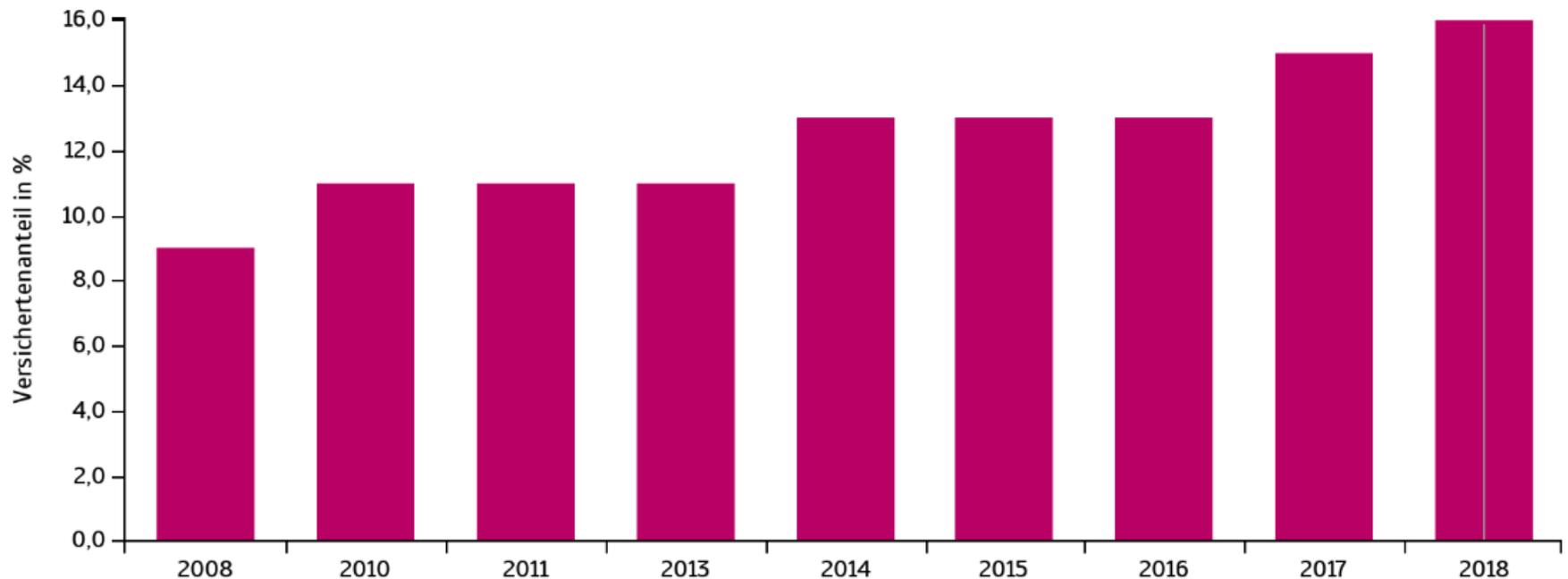
- Im Internationalen Vergleich werden in Deutschland geringe Wartezeiten und selten Verzicht auf Versorgung aufgrund langer Wartezeiten berichtet
- Trotzdem gibt es aus vielen Bereichen Beschwerden über zu lange Wartezeiten auf Termine oder sehr lange Fahrwege zum (Fach-)arzt



Probleme der bisherigen Bedarfsplanung - die Patientenperspektive

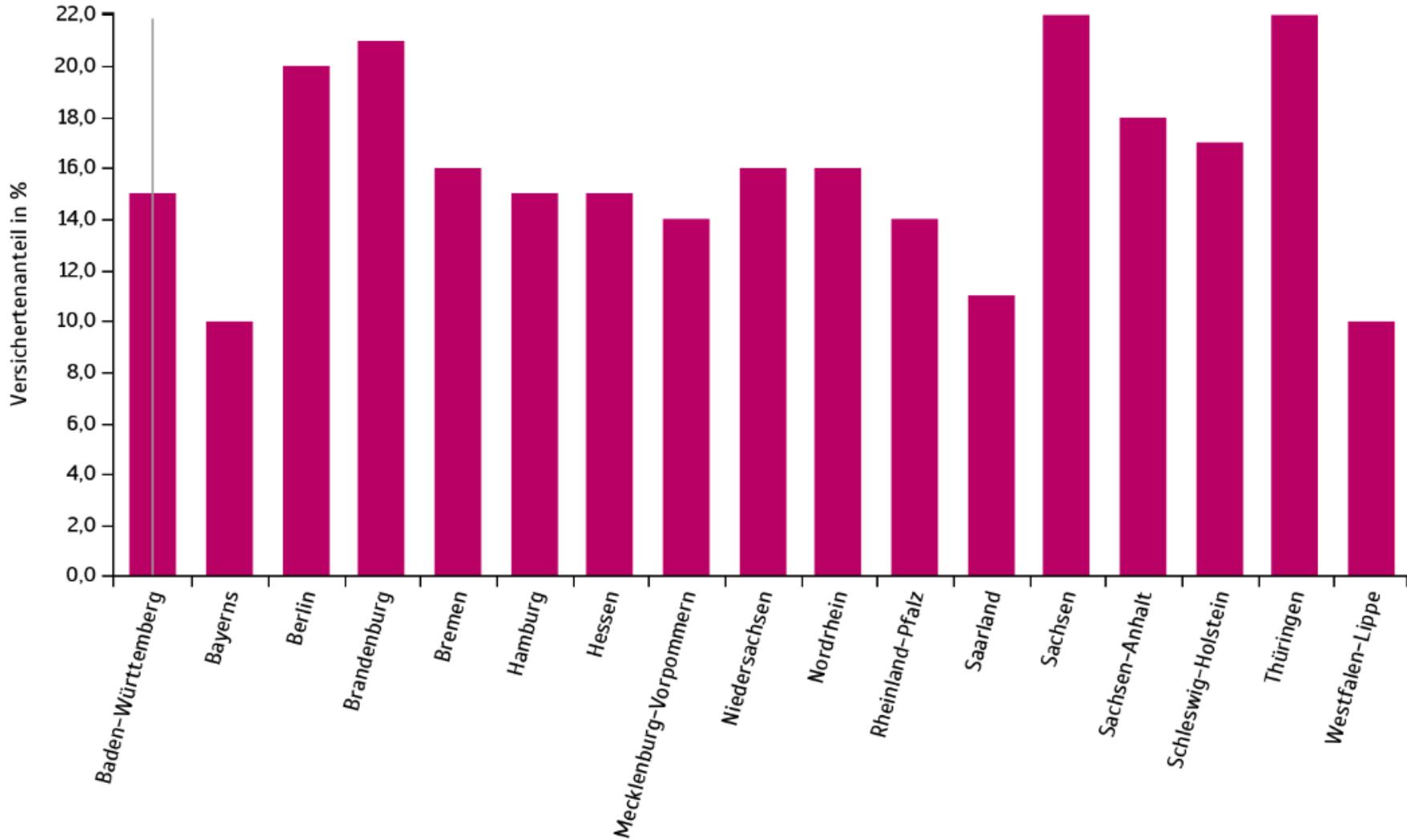
Versichertenanteil in %, Terminwartezeit: über 3 Wochen, Gesetzlich, 2018

KBV



Quelle: Versichertenbefragung der KBV

Versichertenanteil in %, Terminwartezeit: über 3 Wochen, 2017, Baden-Württemberg



Probleme der bisherigen Bedarfsplanung - die Patientenperspektive

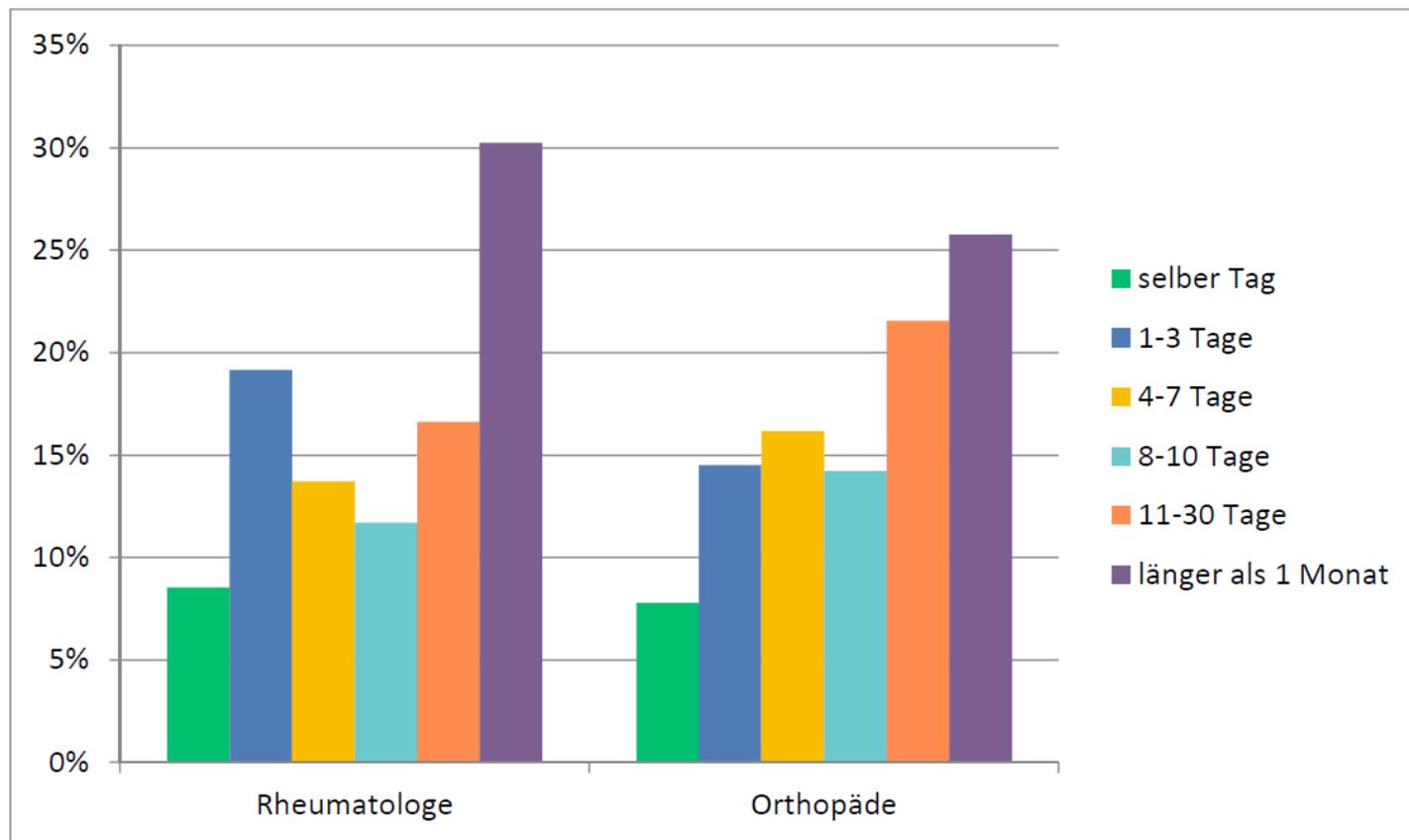
- In Studie zur Versorgung chronisch Kranker geben 14 % an, auf eine Behandlung verzichtet zu haben, obwohl sie sie eigentlich für notwendig hielten, 8,2 % gaben dabei Verzicht auf Facharzttermin an
- Angegebene Gründe:
 - Stand kein geeigneter FA zur Verfügung 30,2 %
 - Wartezeit 66,6 %

Röttger J, Busse R: Wie bewerten chronisch Kranke... in Gesundheitswesen 2016; 78 (suppl.1):e89-e96



Probleme der bisherigen Bedarfsplanung - die Patientenperspektive

Frage: Wie lange mussten Sie in der Regel auf einen Termin warten, wenn Sie einen akuten Schub haben?



Online Umfrage Deutsche Rheuma-Liga April 2017, 924 Teilnehmer



Probleme der bisherigen Bedarfsplanung

- **Bedarfsplanung dient nicht einer patientenzentrierten Versorgungsplanung**
- **Orientierung am Ist-Stand aus den 1990er Jahren bei der Festlegung von Soll-Verhältniszahlen für die Planung von Arztsitzen**
- **Modifikation der Verhältniszahlen nur durch einen zweiwertigen Demografiefaktor**
- **Keine weitergehende Modifikation der Verhältniszahlen aufgrund von**
 - **Morbidität**
 - **Geschlecht**
 - **Soziodemografischen Faktoren**
 - **Medizinischem Fortschritt**



Probleme der bisherigen Bedarfsplanung

- **Arztgruppen sind nicht an Versorgungsinhalten orientiert (Internisten, Nervenärzte, Chirurgen)**
- **Bloße Zählung von halben und ganzen Arztsitzen ermöglicht keine Transparenz oder gar Steuerung von Kapazitäten**
- **Planungsräume enden an Raumplanungs- und Sektoren-Grenzen, beziehen nicht die Wege von Patienten mit ein**
- **Steuerung innerhalb der Planungsräume ist nur extrem begrenzt möglich**



Probleme der bisherigen Bedarfsplanung

- **Mitversorgungseffekte (allgemeine fachärztliche Versorgung) werden überschätzt**
- **Keine Einbeziehung prospektiver Elemente**
- **Barrierefreiheit von Arztpraxen ist kein relevantes Kriterium für die Planung**
- **Patientenbeteiligung wird auf Landesebene oft marginalisiert**
- **Bei Entscheidungen über Sonderbedarf und Ermächtigungen stehen meist pekuniäre Interessen von Leistungserbringern und Krankenkassen im Vordergrund**



Gesetzlicher Auftrag an den G-BA (GKV-VSG)

- **Bis 1.1.2017 erforderliche Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung (nach TSVG-Entwurf bis 30.6.2019)**
- **Prüfung der Verhältniszahlen unter**
 - **Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur**
 - **Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten**



Gesetzlicher Auftrag an den G-BA (TSVG)

- **Aussetzung der Niederlassungssperren für Rheumatologen, Kinderärzte und Psychiater, die sich gegenüber Zulassungsausschuss verpflichten 80 % der Leistungen in Psychiatrie zu erbringen**
- **Möglichkeit zur Definition von Mindest- und Höchstversorgungsanteilen für Fachgebiete, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktcompetenzen bei heterogenen Arztgruppen**

Ergänzungsvorschlag: Zusätzlich Einbeziehung von Versorgungsschwerpunkten



Positionen PatV zur Weiterentwicklung

- **Bedarfsplanung muss Morbidität stärker einbeziehen**
- **Bundesweit einheitliche Berücksichtigung**
Mindestens:
 - **Differenzierte Einbeziehung von Alter und Geschlecht**
 - **Multimorbidität als ergänzender Faktor**
 - **Arbeitslosigkeit einbeziehen**
 - **Behandlungsfälle**
- **Zusätzlich Abweichungsmöglichkeit aufgrund regionaler Besonderheiten**
- **Verbesserung der Datengrundlage erforderlich, um Leistungsdaten einbeziehen zu können**



Positionen PatV zur Weiterentwicklung

- **Medizinischen Fortschritt und Veränderungen der Prävalenz/Inzidenz von Erkrankungen berücksichtigen**
 - Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Sektor
 - neue Leistungen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, neue Methoden)
 - Veränderungen in der Epidemiologie von Erkrankungen
- **Homogenere Arztgruppen definieren und Spezialisierungen über neue Quotenregelung abbilden**
- **Ausschreibung von Sonderbedarf durch die Landesausschüsse erweitern**



Positionen PatV zur Weiterentwicklung

- **Veränderung der bisherigen Einbeziehung von Mitversorgungseffekten in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bei der Definition der Verhältniszahlen**
- **Überprüfung und Verbesserung des Zuschnitts der Planungsräume**
- **Einbeziehung der Erreichbarkeit der Arztpraxen**
- **Verbesserung der Versorgung mit barrierefreien Arztpraxen:**
 - **In Bedarfspläne müssen Angaben zu Barrierefreiheit aufgenommen werden**
 - **Ziele für Verbesserung der Versorgung vor Ort definieren**



Perspektiven außerhalb der GBA-Richtlinie

- **Planung von Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg**
- **Grundversorgungsinhalte für die Arztgruppen definieren und zur Zulassungsbedingung machen**
- **Systemwechsel weg vom Verkauf des Praxissitzes**
- **Erstellung des Bedarfsplans muss dem Landesausschuss übertragen werden, bei dem es eine Patientenbeteiligung gibt**

