Kassenärztliche Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bedarfsplanung der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten

Workshop "Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting"

14. Juni 2016

Agenda

1. Hintergrund
2. Grundlagen der Bedarfsplanung
3. Aktueller Stand der Versorgung bei Kinder- und Jugendpsychiatern
4. Ausblick und Zusammenfassung

Agenda

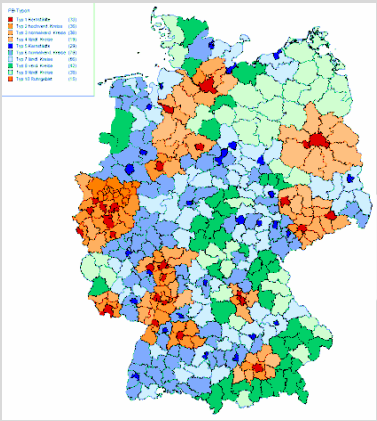
1. Hintergrund
2. Grundlagen der Bedarfsplanung
3. Aktueller Stand der Versorgung bei Kinder- und Jugendpsychiatern
4. Ausblick und Zusammenfassung

Die Bedarfsplanung sichert das Solidarprinzip
Sie muss stetig den Herausforderungen der Zukunft angepasst werden

§ *"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"*

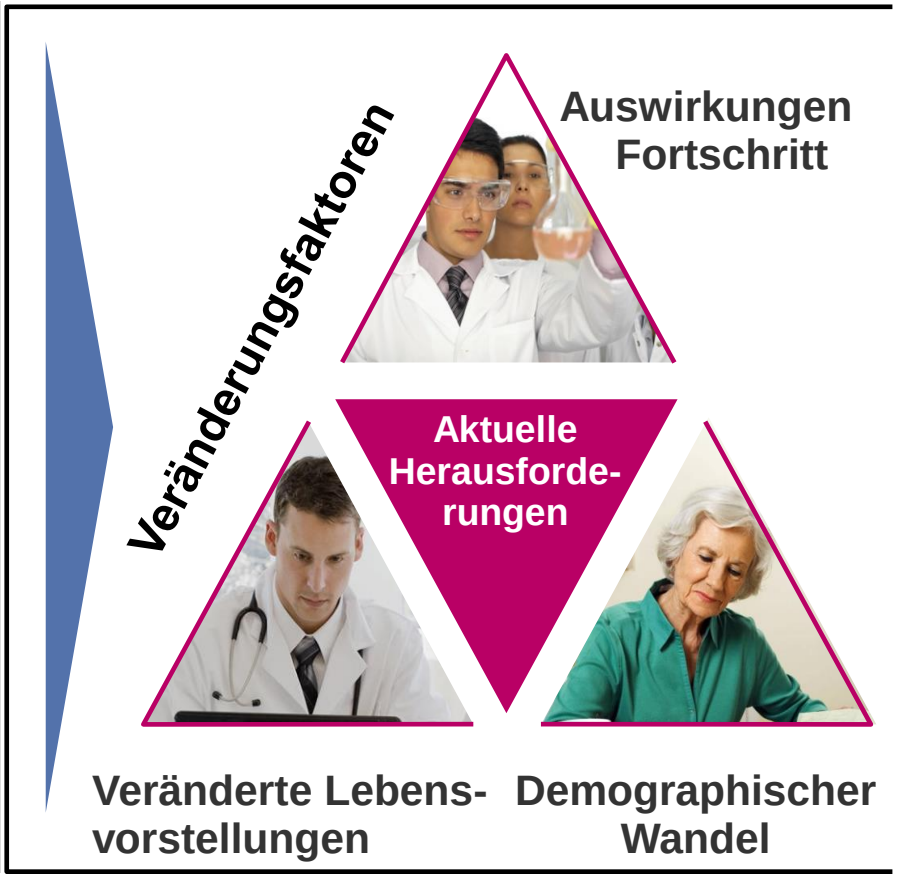
Alte Bedarfsplanung

- *Beplanung von 14 Planungsgruppen*
- *Planungsraum Landkreis und kreisfr. Städte*
- *Differenzierung nach 10 Regionstypen*
- *Heterogene Verhältniszahlen*



Ergebnisse der Bedarfsplanung

- *Erreichbarkeit von Ärzten ist sehr gut.*
- *Der Zuwachs von Ärzten konnte z.T. begrenzt werden.*
- *Planungssicherheit*
- *Flexibilität über Sonderbedarf*



Die Bedarfsplanung fußt auf zwei wesentlichen Säulen und Zielrichtungen

Bedarfsplanung

1990

Wachstums-/ Ausgabenbremse

- Die Bedarfsplanung begrenzt die bundesweite Zahl der Ärzte je Arztgruppe insgesamt.
- Ziel war dabei die Begrenzung der Ausgaben in der vertragsärztlichen Versorgung.

➔ **Die MGV kann nur eine begrenzte Zahl an Ärzten finanzieren.**

➔ **Sicherung der (System-) Wirtschaftlichkeit**

ab 2000

Verteilungsfunktion

- Die Bedarfsplanung sichert den vergleichbaren Zugang aller Versicherten zur Versorgung

➔ **Bedarfsplanung ist (neben Zulassung und Vergütung) ein zentrales Instrument zur Steuerung des Versorgungsangebots**

Die Bedarfsplanung regelt das Angebot auf Ebene der Fachgebiete der (M-) WBO, weitere Steuerungselemente sind GOP und/oder Versorgungsaufträge

Zulassung

- Einzelner Arzt
- Fachgebiets-bezogen
- M(WBO)
- Kontrahierungs-zwang („wer kann der darf“)

Ärzte ZV →

Bedarfsplanung

- Fachgebiets-bezogen
- M(WBO)
- Keine Beplanung Schwerpunkte/Zusatz-bezeichnung
- Aufhebung Kontrahierungszwang KV in gesperrten Gebieten
- Sicherstellung bei fehlendem Angebot

SGB V/GBA/ Landesgremien →

Genehmigungs-pflicht. Leistungen

- Freischaltung von Fachgebietskapiteln nach (M)-WBO
- Besondere Ver-sorgungsaufträge/ qualifikationsbe-zogen (z.B. Dialyse, Mammographie, Schmerztherapie, §115 b SGB V)
- p4p?

KV/GKV →

Andere Leistungen, ohne KV

- ASV (Rheuma!)
- §§ 73b, 140a SGB V
- Andere (prä-post etc.)

u.a. Einzelkasse, Krankenhaus

Agenda

1. Hintergrund
2. Grundlagen der Bedarfsplanung
3. Aktueller Stand der Versorgung bei Kinder- und Jugendpsychiatern
4. Ausblick und Zusammenfassung

Durch die fortschreitende Fragmentierung wurde die Etablierung von Versorgungsebenen erforderlich. Abgrenzung grundsätzlich über Erreichbarkeiten.

Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorg.
Mittelbereiche *[klein]*	**Kreise** *[mittel]*	**Raumordnungs-regionen** *[größer]*	**KVen** *[sehr groß]*
Anzahl 915	**Anzahl knapp 400**	**Anzahl 97**	**Anzahl 17**

Größe der Planungsbereiche am Beispiel der KV Sachsen-Anhalt

KBV

Die Zuordnung der Kinder- und Jugendpsychiater auf ROR-Ebene erfolgte ausschließlich aus Gründen der Gruppengröße

	Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorg.
Arztgruppen	▪ Hausärzte	▪ Augenärzte ▪ Chirurgen ▪ Frauenärzte ▪ HNO-Ärzte ▪ Hautärzte ▪ Nervenärzte ▪ Psychotherap. ▪ Orthopäden ▪ Urologen ▪ Kinderärzte	▪ Fachinternisten ▪ Anästhesisten ▪ Radiologen ▪ **Kinder- und Jugend-psychiater**	▪ PRM-Mediziner ▪ Nuklearmediziner ▪ Strahlentherap. ▪ Neurochirurgen ▪ Humangenetiker ▪ Laborärzte ▪ Pathologen ▪ Transfusions-mediziner

➔Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern und den PRM-Medizinern wurden aufgrund heterogener Verteilungen erstmals Versorgungsunterschiede sichtbar und zum Thema gemacht

Mit der Grundsystematik der Bedarfsplanung wird die Verteilung der Ärzte im Land gesteuert

A **Definition eines Planungsbereichs**
→ z.B. Landkreise und kreisfreie Städte

B **Festlegung eine SOLL-Versorgungsniveaus je Arztgruppe (Verhältniszahlen)**
→ z.B. 6.916 EW je Frauenarzt (Korrektur um Demographiefaktor)

C **Ermittlung des IST-Versorgungsniveaus** im Planungsbereich
→ z.B. 122.356 EW und 23 Frauenärzte = 5.320 EW je Frauenarzt

D **Vergleich des IST- und SOLL-Versorgungsniveaus** als Versorgungsgrad
→ 5.320 im Vergleich zu 6.916 = 130 %

E

0 % – 50 / 75 %	50 / 75 % - 110 %	> 110 %
Unterversorgung	**„normal“ versorgt**	**Überversorgung**
geförderte Zulassung	**reguläre Zulassung**	**Sperrung**

→ Wenn attraktive Regionen gesperrt sind, müssen Ärzte, die sich niederlassen wollen, in weniger attraktive Regionen ausweichen.

Die Verhältniszahlen (SOLL-Niveau) für die Kinder-Jugendpsychiater resultieren aus der Anzahl vertragsärztlich tätiger Kolleginnen und Kollegen im Jahre 2010

Die Verhältniszahlen

- **Bilden die durchschnittliche Verhältniszahl zum Zeitpunkt der Einführung ab**
- **Bilden im internationalen Vergleich damals wie heute ein (sehr) hohes Versorgungsniveau ab**
- **Wurden in ihrer „Bedarfsgerechtigkeit“ nie geprüft (Streichung § 102 SGB V), aber auch nie in Frage gestellt (BSG)**
- **Wurden bisher losgelöst vom möglichen Aufkauf von Arztpraxen diskutiert und waren Grundlage vor allem für Zulassungsbegrenzungen**

➔ Grundsätzlich: Auch die Frage der Verhältniszahlen wurde regionalisiert

Die Bedarfsplanung sieht drei Steuerungsebenen vor, um der besonderen Situation vor Ort gerecht zu werden

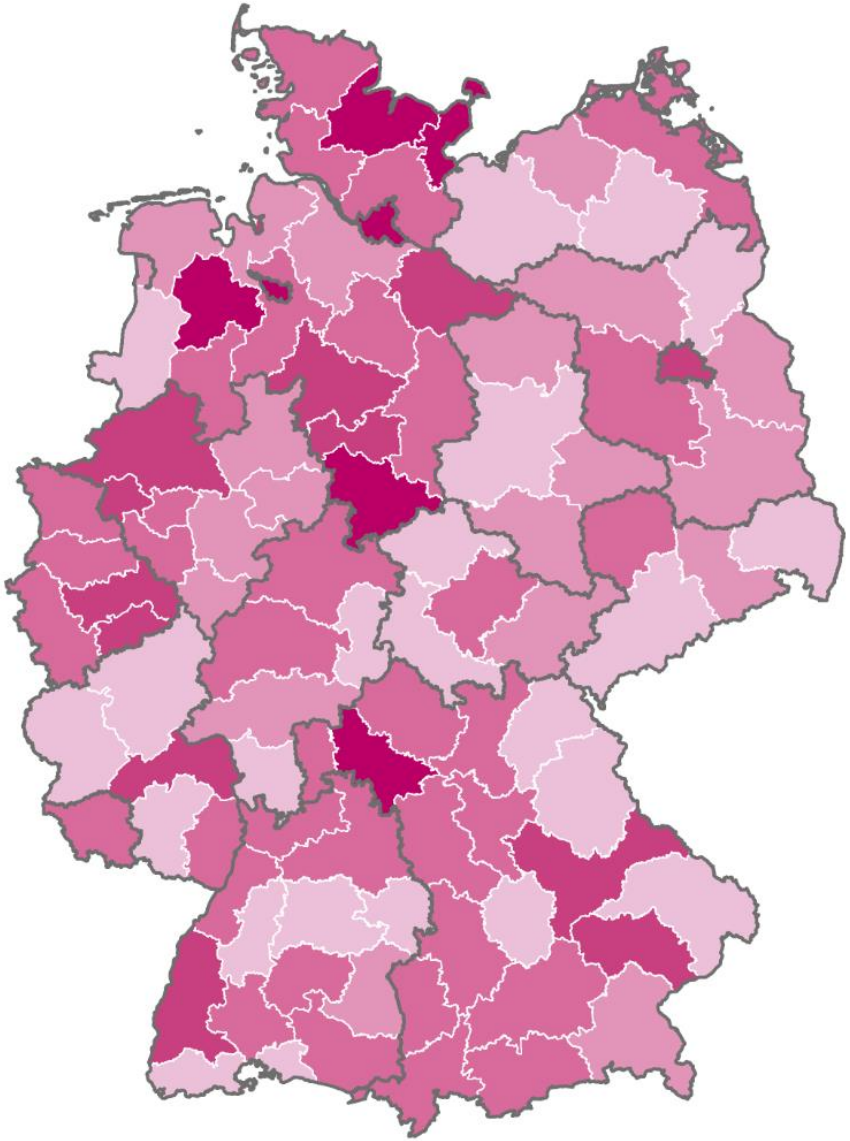
	Ebenen	Instrumente
	Bundesebene Grundsätzliche allgemeine Vorgaben *(z.B. Arztgruppen, Planungsbereiche etc.)*	Bedarfsplanungs-richtlinie des G-BA
	+	
	Landesebene Abweichungen um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen *(z.B. Planungsbereichsgrenzen, Morbidität, Soziodemografische Faktoren etc.)*	Bedarfsplan der Kassen und KVen
	+	
	Lokale Ebene Zulassungen auf lokaler Ebene in gesperrten Planungsbereichen *(z.B. besondere Behandlungsmethoden etc.)*	Sonderbedarf

➔ **Die regionalen Abweichungsmöglichkeiten stellen sicher, dass die besonderen Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden.**

Agenda

1. Hintergrund
2. Grundlagen der Bedarfsplanung
3. Aktueller Stand der Versorgung bei Kinder- und Jugendpsychiatern
4. Ausblick und Zusammenfassung

Mit der Aufnahme der Kinder- und Jugendpsychiater in die Bedarfsplanung wurden erstmals regionale Versorgungsunterschiede deutlich



KJPP je 100.000 EW

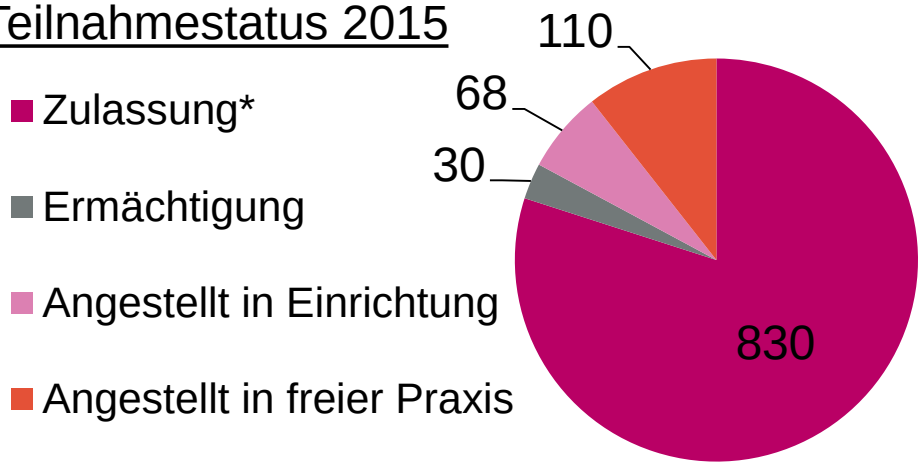
- 0,0 - 0,6
- 0,7 - 0,9
- 1,0 - 1,4
- 1,5 - 2,3
- 2,4 - 3,6

- Bei der regionalen Betrachtung zeigen sich erhebliche Schwankungen.
- Tendenziell ist die Dichte an KJPP in den alten Bundesländern geringer als in den neuen Bundesländern.
- In der Bedarfsplanung wurde **in 9 Planungsbereichen** für die KJPP **Unterversorgung** festgestellt.

Quelle: Bundesarztregister; An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychiater; Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht; Stand 31.12.2015; Einwohnerzahlen Stand 31.12.2013

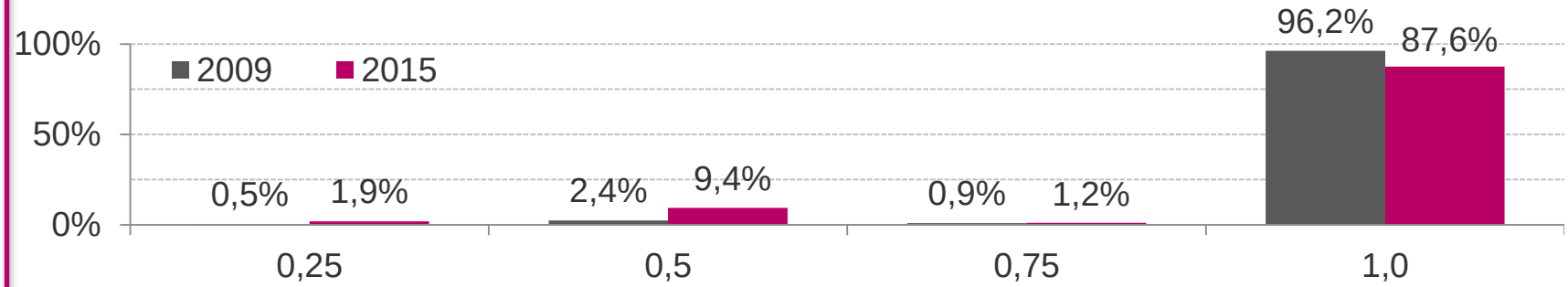
Vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendpsychiater sind überwiegend selbstständig, aber zunehmend auch angestellt tätig

Teilnahmestatus 2015



- Die Zahl der KJPP in Anstellung ist in den letzten Jahren gestiegen
- Dennoch ist der größte Teil weiterhin in eigener Praxis tätig

Teilnahmeumfang 2009/2015**



- Die Zahl der in **Teilzeit** Tätigen hat in den letzten Jahren **deutlich zugenommen**

Quelle: Bundesarztregister; An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychiater; Zählung nach Personen; Stand 31.12.2015
*Einschl. Partnerärzte; **Ohne Ärzte mit Gewicht von 0,0 (z.B. ermächtigte Ärzte und Jobsharing-Juniorpartner)

Agenda

1. Hintergrund
2. Grundlagen der Bedarfsplanung
3. Aktueller Stand der Versorgung bei Kinder- und Jugendpsychiatern
4. Ausblick und Zusammenfassung

Die Bedarfsplanung muss stetig weiterentwickelt und an neue Gegebenheiten angepasst werden.

Beschreibung von **Versorgungsaufträgen** für bestimmte Themen (Schmerztherapie, Palliativmedizin, Rheuma etc.) → Eigner Ordnungsrahmen / Versorgung durch multiprofessionelle Teams, Vergütungskomplexe etc.

Aus- und Weiterbildung stärker anbinden

Trägerstrukturen weiterentwickeln (Zulassungsrecht) → Einzelpraxis → Gemeinschaftspraxis → MVZ → Netz → MVZplus (?)

Verhältniszahlen neu ermitteln → Zuwachs von Ärzten steuern + 140%-Grenze

Planung vs. Markt → Eigentumsrechte vs. Planungsprärogative

Struktur der Bedarfsplanung weiterentwickeln → Arztgruppen nach (M-)WBO?

Steuerung über Nachbesetzung stärken

Zusammenfassung

- Die Bedarfsplanung hat in Deutschland eine lange Historie. Dabei haben sich auch die Ziele der Planung weiterentwickelt.
- Die Bedarfsplanungsreform 2012 hat primär den Umfang der Planung (gesonderte fachärztliche Versorgung) und deren räumliche Struktur (Versorgungsebenen) adressiert.
- Bedarfsplanung schafft und erfordert Transparenz der Versorgung und hat für die KJPP erstmals Versorgungslücken deutlich gemacht.

➔ **Die Bedarfsplanung wird stetig weiterzuentwickeln sein. CAVE: Wieviel Planung verträgt ein System? UND: Wie häufig sollte Planung geändert werden?**

»Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

Mit den Neuregelungen im § 103 Abs. 3a SGB V kommt ein NEUER Automatismus in die Bedarfsplanung hinzu

Versorgungsgrade

50 / 75 % | 100 % | 110 % | 140 %

Unterver-sorgung
nach Prüfung Förderung

Drohende Unterversorg.
nach Prüfung Förderung

Feststellung 140 %
AUTOMATISCH SOLL-Regelung Aufkauf

„Überversorgung“
- **AUTOMATISCH Sperrung**

Reguläre Zulassung
keine Steuerung

ggf. Sonderbedarf
nach Prüfung detaillierte Steuerung

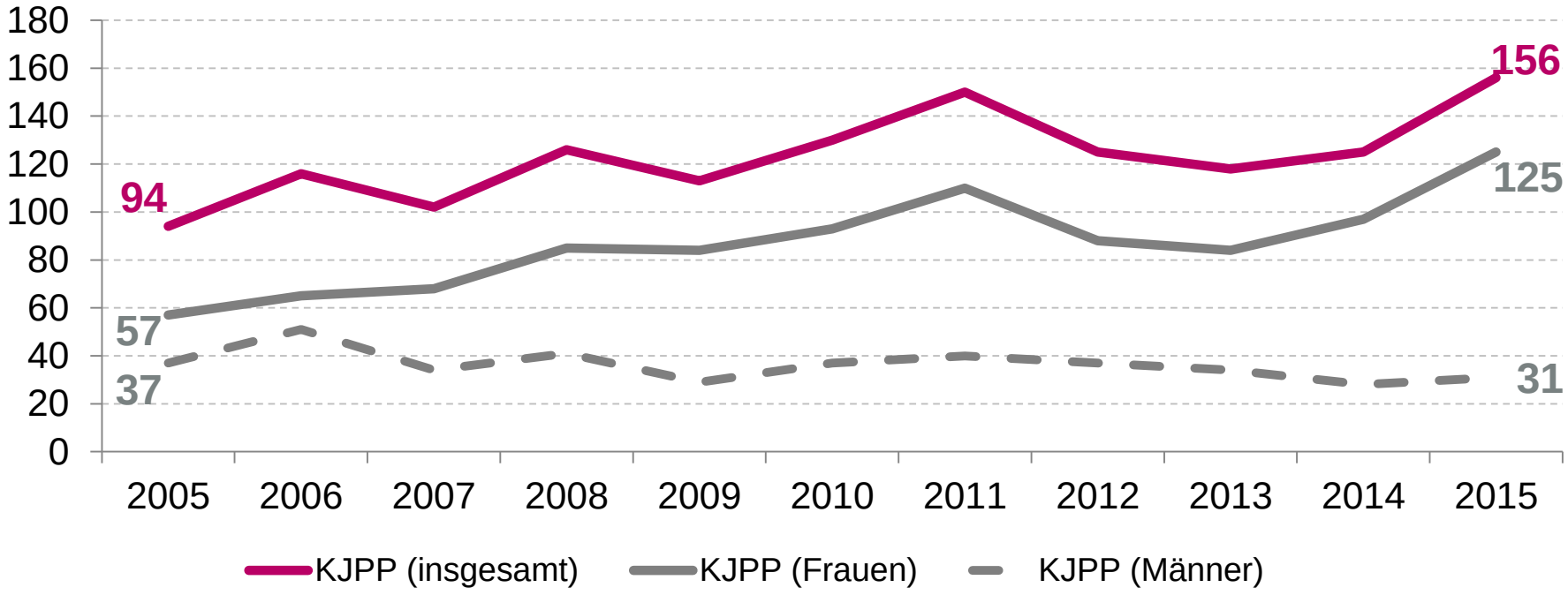
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
nach Prüfung Förderung

➔ **Diese neue Dimension muss bei der Erarbeitung der Verhältniszahlen bedacht werden.**

Die Bedarfsplanung als Steuerungsinstrument begleitet die Vertragsärzte in Deutschland bereits ein gutes Jahrhundert

1914 – Berliner Abkommen:	1.350 Versicherte je Arzt als Mindeststandard für die GKV (Untergrenze). Gleichzeitig setzen einzelne Kassen Beschränkungen bei der Zahl der zugelassenen Ärzte
1932 – Zulassungsordnung:	Beschränkung der Zulassung auf Basis der Verhältniszahl 600 Kassenmitglieder je Arzt je Zulassungsbezirk
1960 – BVerfGericht:	Kassenarzturteil – Zulassungsbeschränkungen widersprechen Berufsfreiheit (Art. 12 GG)
1977 – KVWG (Gesetz):	KVen erstellen Bedarfspläne und können bei Unterversorgung eines Bezirks angrenzende Bezirk sperren
1986 – KÄBedarfsplGesetz:	Arztgruppenspezifische Verhältniszahlen auf Ebene der Kreise und Festlegung von Überversorgung bei 150% Versorgungsgrad → Bei Überversorgung Kann-Regelung zur Sperrung des Gebiets
1993 – GSG:	**Einführung der bis 2012 gültigen Bedarfsplanung**

Anerkennung von Facharztbezeichnungen: Insgesamt zunehmende Zahl an Fachärzten; steigender Anteil von Frauen

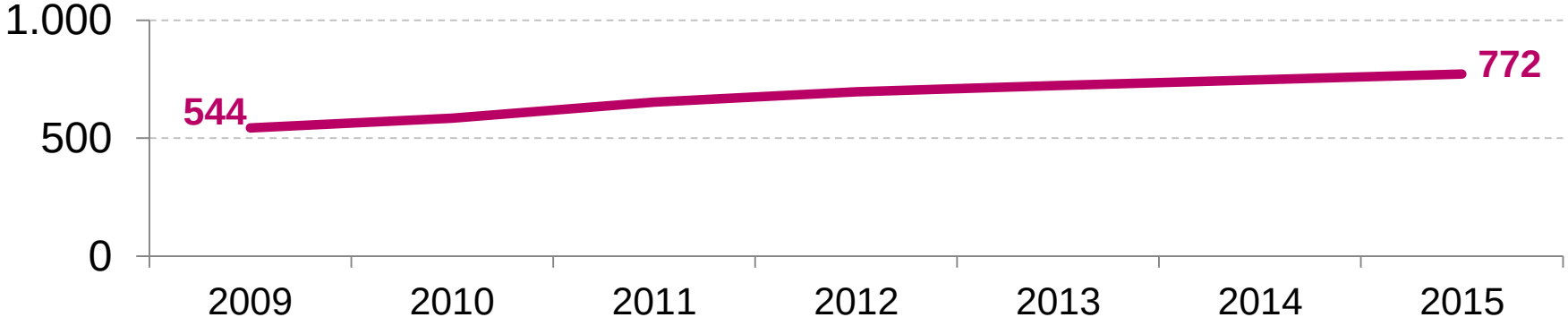


- Nach einem leichten Rückgang in den letzten Jahren ist die **Zahl der Facharztanerkennungen** in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2015 wieder **deutlich gestiegen**

Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer
Umfasst Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Zahl der Ärzte mit SPV-Genehmigung steigt; Bei den Fachgebieten stellen die KJPP die deutliche Mehrheit

Ärzte mit KV-Genehmigung Sozialpsychiatrie



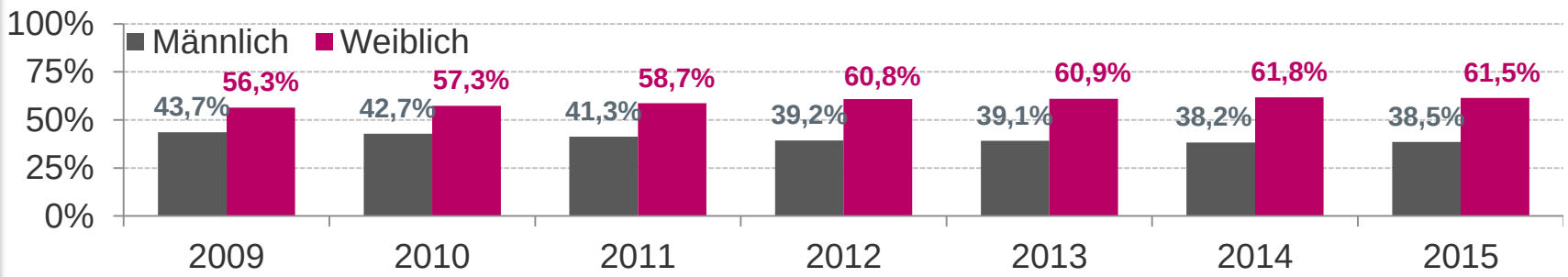
Fachgebiet der Ärzte mit SPV-Genehmigung 2015

- Die überwiegende Mehrheit der Ärzte mit einer KV-Genehmigung zur SPV-Vereinbarung sind Kinder- und Jugendpsychiater
- Ca 2/3 aller KJPP verfügten 2015 über eine SPV-Genehmigung

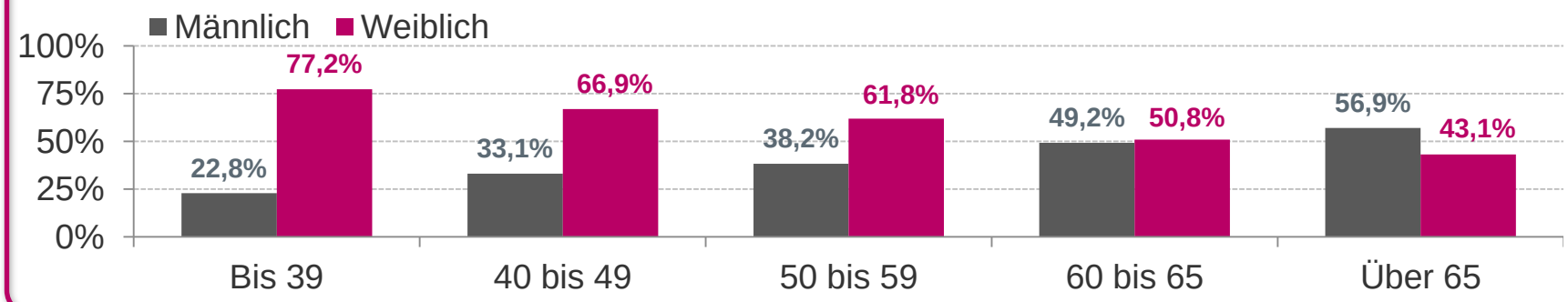
Quelle: Bundesarztregister; Zählung nach Personen; Stichtag je 31.12.
Werte für HH und HB aus KBV-Qualitätsbericht ergänzt

Geschlechterverhältnis: Kinder- und Jugendpsychiater sind mehrheitlich und weiter zunehmend weiblich

Geschlechterverhältnis Zeitreihe



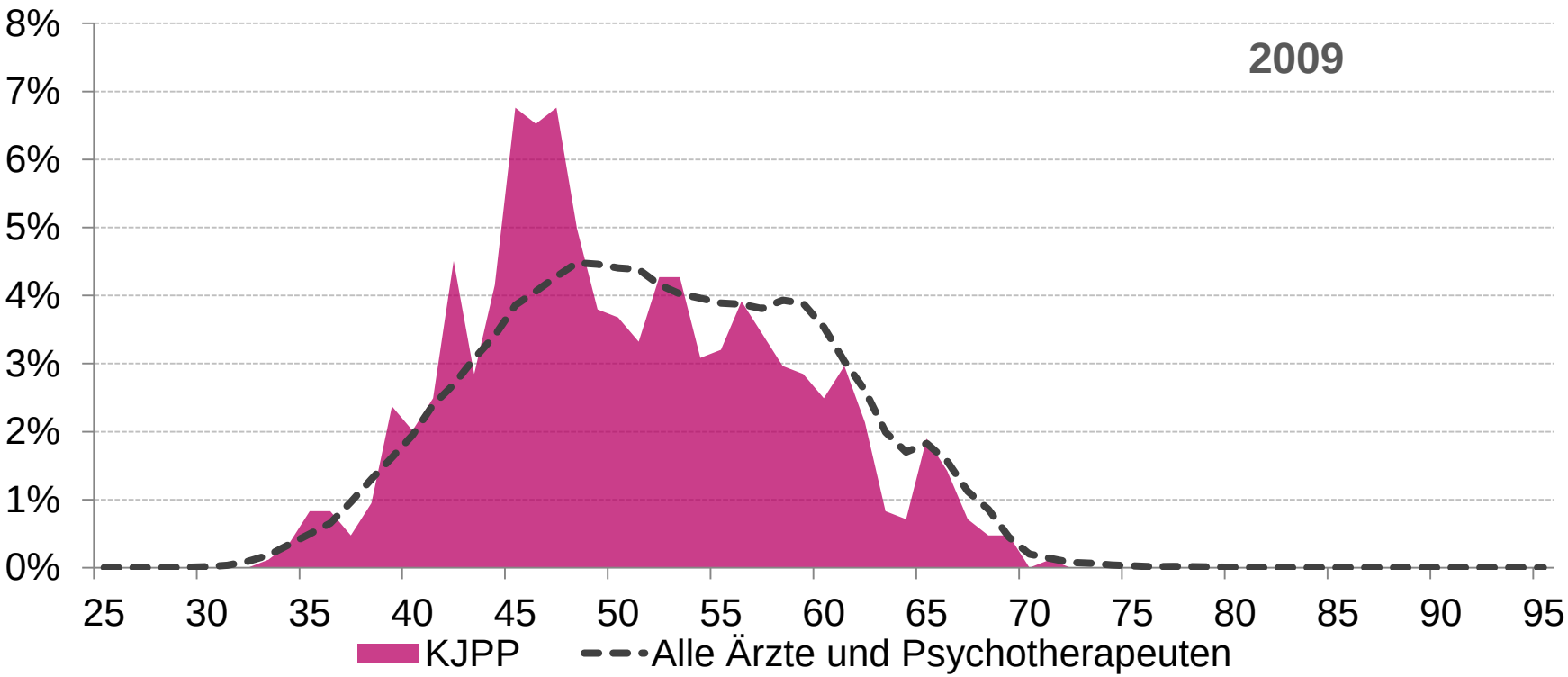
Geschlechterverhältnis nach Altersgruppe 2015



- Der **Frauenanteil** unter den KJPP **steigt deutlich** und lag zuletzt bei 61,5 %, deutlich über dem Anteil an Ärzten und Psychotherapeuten aller Fachgruppen von 44,1 %
- **In jüngeren Altersgruppen** liegt der Frauenanteil nochmals **deutlich höher**

Quelle: Bundesarztregister; An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychiater; Zählung nach Personen; Stichtag je 31.12.

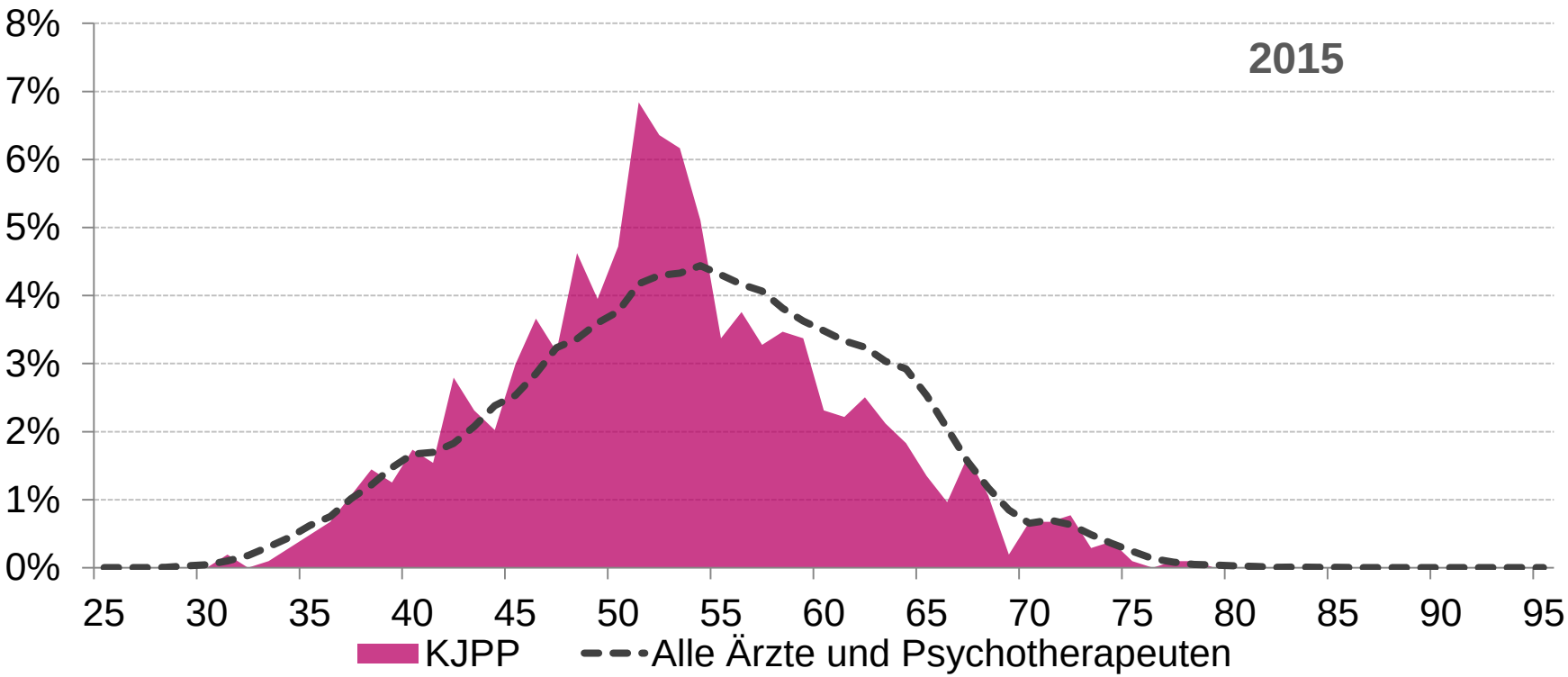
Altersstruktur Kinder- und Jugendpsychiater



- Die Altersverteilung zeigt eine überdurchschnittliche große Gruppe von KJPP mittleren Alters und eine **insgesamt jüngere Altersverteilung** als in der Gesamtärzteschaft
- Das **Durchschnittsalter** der untersuchten Ärzte stieg im beobachteten Zeitraum (2009-2015) **von 50,4 auf 52,6** Jahre

Quelle: Bundesarztregister; An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychiater; Zählung nach Personen; Stand 31.12.2009

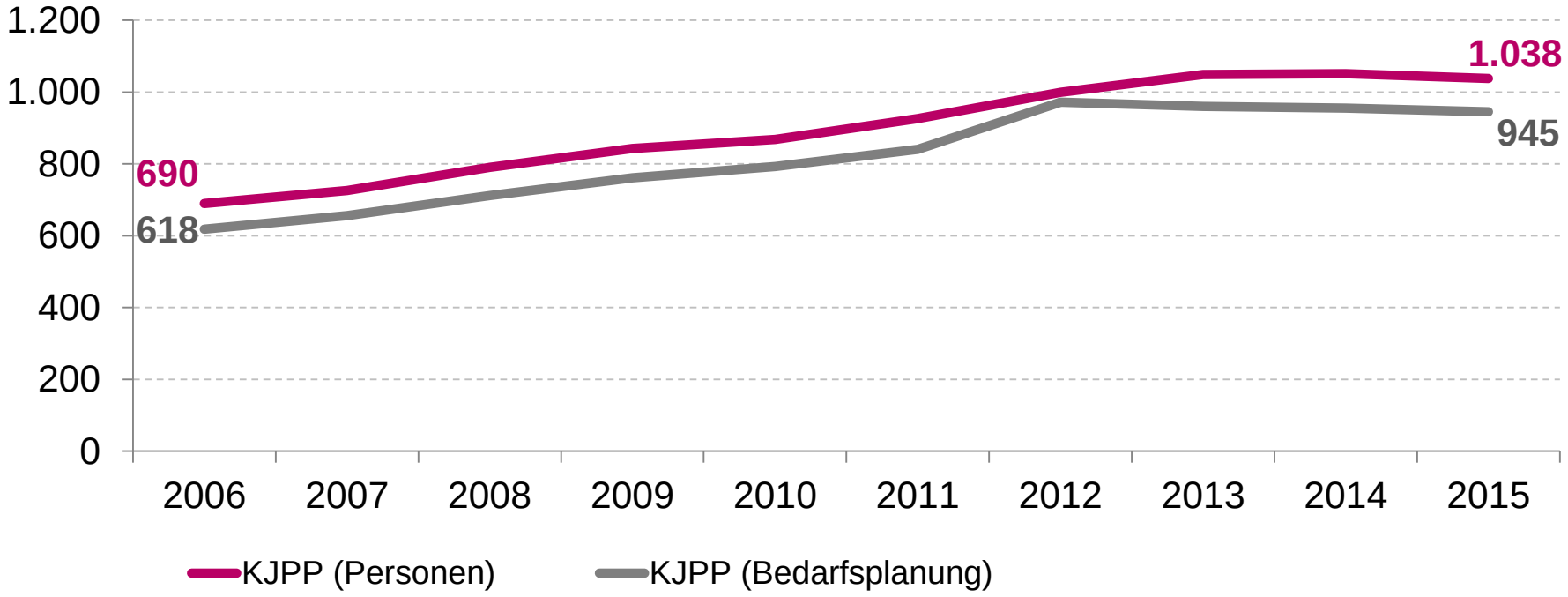
Altersstruktur Kinder- und Jugendpsychiater



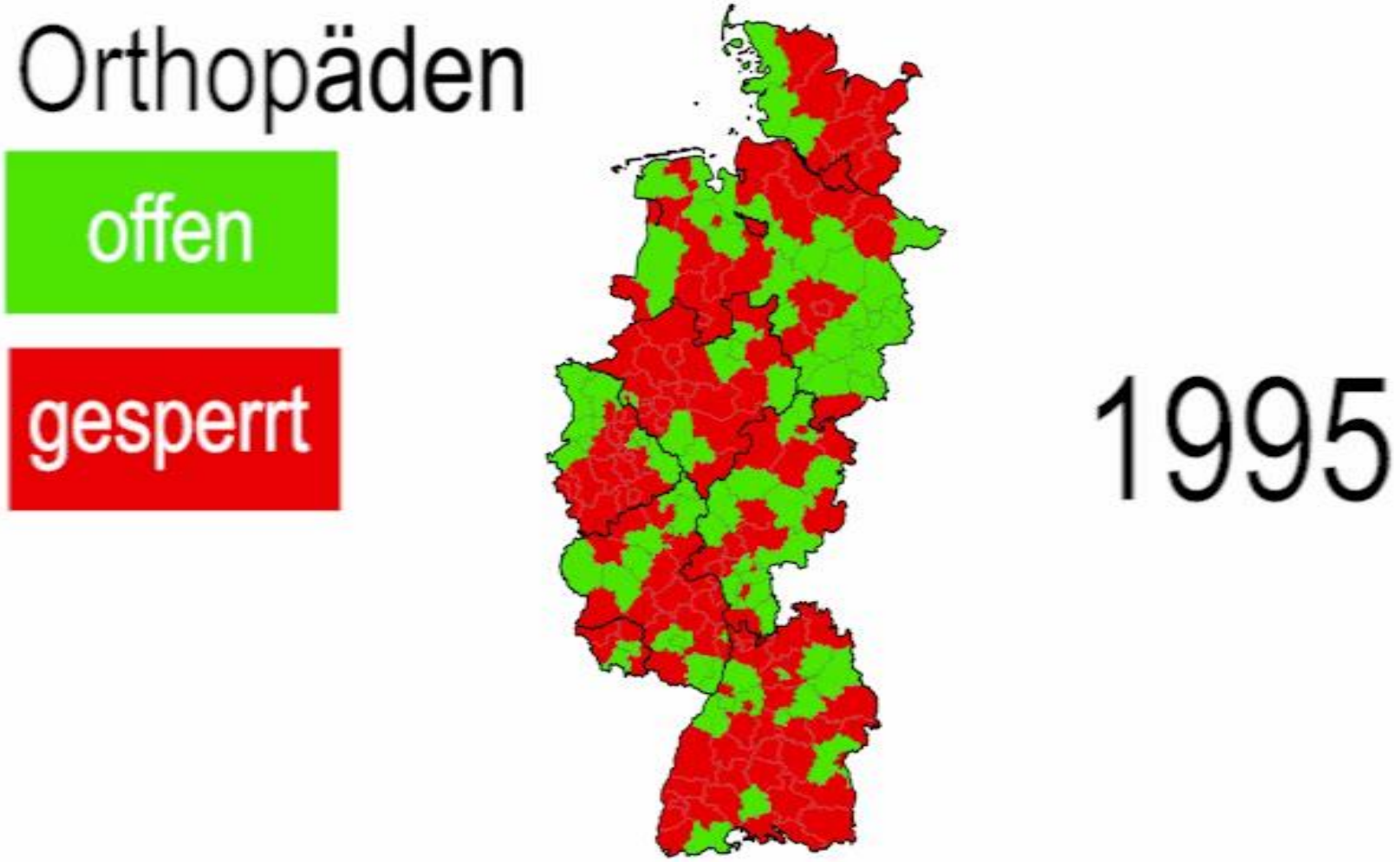
- Die Altersverteilung zeigt eine überdurchschnittliche große Gruppe von KJPP mittleren Alters und eine **insgesamt jüngere Altersverteilung** als in der Gesamtärzteschaft
- Das **Durchschnittsalter** der untersuchten Ärzte stieg im beobachteten Zeitraum (2009-2015) **von 50,4 auf 52,6** Jahre

Quelle: Bundesarztregister; An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychiater; Zählung nach Personen; Stand 31.12.2015

Die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater hat sich seit 2012 stabilisiert



- Nach Einbezug der Kinder- und Jugendpsychiater in die **Bedarfsplanung** stagnierte die bis dahin stetig steigende Zahl der Ärzte in dieser Gruppe.

Quelle: Bundesarztregister; An der vertragsärztlichen Versorgung als Kinder- und Jugendlichenpsychiater teilnehmende Ärzte; Stichtag je 31.12.

Erfahrungswert: Im Zeitverlauf sinkt die Zahl der offenen Planungsbereiche (Auffülleffekt), ABER: hohe Versorgungsdichten zum Beginn bleiben bestehen