



Dokumentation

2. Mannheimer Gesundheitskonferenz

**„MANGELWARE ARZT - WELCHE
HANDLUNGSSPIELRÄUME GIBT ES AUF
KOMMUNALER EBENE?“**



Quelle: Tim Reckmann/pixelio.de

**02.12.2014, 12.30 – 17.00 Uhr
Bruno-Schmitz-Saal, Rosengarten Mannheim**



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der vorliegenden Dokumentation der 2. Mannheimer Gesundheitskonferenz, die am 02.12.2014 zur Sicherung der ambulant-ärztlichen Versorgung im Stadtkreis Mannheim stattfand, öffnet der Fachbereich Gesundheit in seiner Rolle als Öffentlicher Gesundheitsdienst ein neues Kapitel seiner inhaltlichen Ausrichtung: gemeinsam mit den örtlichen Partnern aus dem gesundheitlichen Versorgungssystem möchte der Fachbereich Gesundheit künftig die Mannheimer Versorgungslandschaft aktiv mitgestalten. Die verstärkte Übernahme von Koordinationsaufgaben zur Sicherung und bedarfsorientierten Weiterentwicklung der kommunalen Versorgungslandschaft durch den ÖGD wird auch in den Eckpfeilern der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gefordert.

Mit der Zukunft der ambulant-ärztlichen Versorgung in Mannheim wurde bewusst für die 2. Mannheimer Gesundheitskonferenz ein Thema gewählt, welches konkret das medizinische Leistungsspektrum in den Fokus nimmt. Für die Kommunen handelt es sich dabei um eine besondere Herausforderung, da ihre Handlungsspielräume im Bereich der ärztlichen Bedarfsplanung sehr eng formuliert sind. Gesundheitliche Versorgung ist jedoch neben der individuellen Versorgungssituation der einzelnen Bürgerinnen und Bürger auch ein wichtiger wirtschaftspolitischer Standortfaktor die Ansiedlung kompetenter Fachkräfte betreffend. Kommunen wie die Stadt Mannheim sind daher aufgefordert, mit kreativen Überlegungen im Rahmen ihrer begrenzten Möglichkeiten gestaltend auf die Versorgungslandschaft einzuwirken und die Zusammenarbeit mit den örtlichen Akteuren zu suchen und zu intensivieren.



Dies bedeutet, dass der Fachbereich Gesundheit künftig eine aktivere Rolle in Planungsfragen einnehmen und im System wahrnehmbarer wird. Auf dieser Weise wird auch dem bevölkerungsmedizinischen Auftrags des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verstärkt Rechnung getragen werden.

Die Gesundheitskonferenz hat wichtige Impulse erzeugt, welche wir umgehend aufgreifen werden. Dazu gehören die Weiterentwicklung unserer örtlichen Bedarfsermittlung – sowohl im versorgungsstrukturellen Bereich als auch im Bereich des Krankheitsgeschehens. Der Ausbau und die Verstärkung des sektorenübergreifenden Austauschs ist eine weitere Aufgabe, die uns sehr am Herzen liegt.

Mit der Lektüre der vorliegenden Dokumentation wünsche ich Ihnen viel Freude und hoffe, dass sie Ihnen eine Quelle zahlreicher Anregungen sein wird.

Dr. Peter Schäfer
Leiter des Fachbereichs Gesundheit



Eröffnung durch Bürgermeisterin Dr. Ulrike Freundlieb

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur 2. Mannheimer Gesundheitskonferenz in den Räumlichkeiten des Rosengartens.

Der Titel der heutigen Veranstaltung lautet: „Mangelware Arzt - Welche Handlungsspielräume gibt es auf kommunaler Ebene?“. Auf den ersten Blick mag dieser Titel reißerisch wirken und so mancher unter Ihnen wird sich fragen: ist denn die Lage in Mannheim schon so schlimm?

Diesbezüglich kann ich sie zunächst beruhigen: nein – aktuell ist die Versorgungslage in Mannheim noch sehr gut, sieht man von einigen regionalen Ungleichmäßigkeiten ab. Tatsächlich zählt Mannheim im Landesvergleich zu den übertersorgten Kreisen in Baden-Württemberg, rein statistisch betrachtet. Und sie alle kennen die Diskussion, die seit längerer Zeit auf den unterschiedlichsten politischen Ebenen zur ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum geführt wird. Einen solchen Handlungsbedarf haben wir hier in der Tat nicht.

Dennoch halte ich es für erforderlich, dass auch wir uns mit dem Thema **frühzeitig** beschäftigen und nicht erst dann, wenn sich ernsthafte Versorgungsdefizite abzeichnen. Der Einfluss des demografischen Wandels lässt sich auch im ambulant-ärztlichen Bereich nicht mehr übersehen. Die niedergelassenen Ärzte werden immer älter. In Mannheim liegt



der Anteil der über 60-Jährigen bei den Hausärzten bei über 30 % - und damit bilden wir keine Ausnahme. Immer weniger junge Ärzte sind bereit, das finanzielle Risiko, die lebenslange Bindung und die arbeitszeitlichen Rahmenbedingungen einer eigenen Praxis auf sich zu nehmen. Eine gute Work-Life-Balance sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind auch bei dieser Berufsgruppe wichtige Faktoren für die Weichenstellung der eigenen Zukunft. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass viele junge Mediziner und Medizinerinnen ein Angestelltenverhältnis anstreben oder Arbeitgeber vorziehen, die auch Teilzeitmodelle ermöglichen.

Auch das Ungleichgewicht zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten ist ein Thema, welches breit diskutiert wird. Die Quote an jährlichen Facharztabschlüssen im Bereich Allgemeinmedizin liegt weit unter der Quote anderer Facharzttrichtungen. Gerade die Berufsgruppe der Allgemeinmediziner nimmt jedoch angesichts der seit Jahren zunehmenden Bedeutung von Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge in der Gesundheitspolitik für die Patienten eine zentrale Übermittler- und Lotsenfunktion ein. Sowohl das Land Baden-Württemberg als auch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg haben mit dem Landärzteprogramm und der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin bereits Instrumente implementiert, um junge Mediziner für den Beruf des Hausarztes zu gewinnen und die Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg zu fördern.

Eines der sieben strategischen Ziele der Stadt Mannheim lautet:

„Mannheim ist Vorbild für Bildungsgerechtigkeit in Deutschland“, es ist das Leitziel meines Dezernatsbereiches.

Bildung und Gesundheit gehören eng zusammen, denn für die Zielerreichung einer erfolgreichen Schulausbildung ist - ganz im Sinne der alten Weisheit „Mens sana in corpore sano“ – ein guter Gesundheitszustand von wesentlicher Bedeutung. Gesunde Kinder haben erwiesenermaßen höhere Bildungschancen als Kinder, die gesundheitlich benachteiligt sind. Eine wichtige Schlüsselfunktion für die kindliche Gesundheit sind Kinderärztinnen und Kinderärzte. Mit den U-Untersuchungen aus dem Programm zur



Früherkennung begleiten sie engmaschig die gesundheitliche Entwicklung von Kindern. Mögliche Erkrankungen und Störungsbilder können so zu einem frühen Zeitpunkt erkannt und behandelt werden. Eine gute Versorgungsquote im kinderärztlichen Bereich ist daher - insbesondere in Sozialräumen mit gehäuft auftretenden sozialen Problemen – für eine Stadt wie Mannheim sehr wichtig. Statistisch gesehen herrscht im Segment der kinderärztlichen Versorgung derzeit keine Unterversorgung in Mannheim. Dennoch gibt es Stadtteile, in denen es kein kinderärztliches Angebot gibt – obwohl ein dringender Bedarf gegeben wäre. Doch auf die räumliche Ansiedlung von Arztsitzen innerhalb des Stadtgebietes haben wir als Kommune bedauerlicherweise keinen Einfluss.

Wie die Kinderbetreuung ist die gesundheitliche Versorgung eine unverzichtbare Aufgabe der Daseinsvorsorge, die gewährleistet werden muss. Da ist es naheliegend, dass sich Bürgerinnen und Bürger an ihre Stadtverwaltung wenden, wenn sie Defizite oder Probleme in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft vor Ort sehen. Doch die tatsächlichen Handlungsspielräume der Kommunen in der Bedarfsplanung sind sehr begrenzt und die Erwartungshaltung der Öffentlichkeit wird zwangsläufig enttäuscht. Als wesentlicher Träger der Daseinsvorsorge sollten Kommunen aus meiner Sicht jedoch unbedingt in einer angemessenen Form an der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung beteiligt sein.

Auch aus einem anderen Blickwinkel liegt den Kommunen eine gute gesundheitliche Versorgung ihrer Bewohner am Herzen: sie ist ein wichtiger wirtschaftspolitischer Standortfaktor. Die Zahl der Unternehmen und der qualifizierten Arbeitsplätze in Mannheim zu halten und zu steigern: das ist die Zielsetzung der wirtschaftspolitischen Strategie und eines der sieben strategischen Ziele der Stadt Mannheim. Auch die niedergelassenen Ärzte sind Unternehmer und Arbeitgeber!

Diese beiden Aspekte zeigen: Kommunen müssen frühzeitig aktiv in die Versorgungsplanung einbezogen werden – und dies geht aus meiner Sicht über das Angebot der Stellungnahme zu Planungsvorhaben hinaus. Welche Möglichkeiten haben



die Kommunen bisher in der direkten Versorgungsplanung? De facto kommen sie dort praktisch nicht vor, mit Ausnahme in der Krankenhausversorgung. Wollen wir jedoch auch weiterhin eine optimale ambulant-ärztliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürgern gewährleisten, ist es unabdingbar, dass die örtlichen Besonderheiten - sozioökonomisch, demografisch - auch entsprechend in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Das heißt nicht, dass ich mir einen Übergang der Sicherstellungspflicht von der KV auf die Kommune wünsche, im Gegenteil: die Selbstverwaltung ist eines der tragenden Prinzipien unseres Sozialsystems und ein sehr erfolgreiches. Eine angemessene Beteiligung an der Bedarfsplanung kann jedoch dazu beitragen, den kommunalen Auftrag in der Daseinsvorsorge noch besser zu erfüllen und wettbewerbsfähig im wirtschaftlichen Sektor zu bleiben.

Neben diesen wünschenswerten Einflussmöglichkeiten müssen wir als Stadt Mannheim natürlich prüfen: welche Handlungsspielräume haben wir bereits jetzt und können wir unser Engagement dort ausbauen? Kommunen müssen aus meiner Sicht in der örtlichen Gesundheitsversorgung künftig ein ähnlich intensives Standortmarketing betreiben wie bei der Ansiedlung von Betrieben und Unternehmen. Und gerade in diesem Bereich haben wir eine fundierte wirtschaftspolitische Strategie und ein großes Know How, das es auf die Versorgungslandschaft umzulegen gilt.

Wir werden hier heute mit Sicherheit keine umfassenden Lösungen finden können, das kann eine solche Veranstaltung überhaupt nicht leisten. Ziel dieser der heutigen Gesundheitskonferenz ist es, für die Problematik zu sensibilisieren und Denkanstöße zu liefern. Und ich bin sicher, dass wir in eine fruchtbare Diskussion kommen und herausarbeiten können, welche Handlungsbedarfe hier konkret in Mannheim vorliegen und welche Wege zu beschreiten sind, um eine gute Versorgung zu gewährleisten.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen erkenntnisreichen Nachmittag.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Die Vorträge

In den vier Vorträgen wurde die aktuelle ärztliche Versorgungslage in Mannheim, die Systematik der Bedarfsplanung einschließlich ihrer Chancen und Risiken sowie die Frage nach der tatsächlichen Bedarfslage erörtert.

In der Diskussion zu den einzelnen Fachbeiträgen wurde deutlich, dass die Sicherung der ambulant-ärztlichen Versorgung schon heute ein aktuelles Thema in Mannheim ist. Tatsächlich kommen Faktoren wie die demografische Entwicklung, eine veränderte Lebensplanung des ärztlichen Nachwuchses sowie bevölkerungsbedingte Herausforderungen bereits heute schon zum Tragen.

Insbesondere die Feststellung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs, der Zugang der Patienten zu Versorgung sowie eine optimierten Patientensteuerung waren Themen, die von den BesucherInnen als vorrangige Aufgaben der nächsten Jahre gesehen wurden.

Alternative Handlungsoptionen wie Lösungen außerhalb des Systems der Kassenärztlichen Vereinigung, z.B. der stärkere Einbezug nichtärztlicher Berufsgruppen in die Versorgung sowie die Stärkung des Patientenwissens für medizinische Belange, wurden lebhaft diskutiert und eine aktivere Rolle der Kommune in der Versorgungssicherung gefordert.



Die aktuelle Versorgungslage in Mannheim

Armin Rössner, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Aktuelle Versorgungslage in Mannheim



- ambulante vertragsärztliche Versorgung -

Vortrag anlässlich der 2. Mannheimer
Gesundheitskonferenz am 02.12.2014

Referent: Armin Rössner
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg stellt sich vor:

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

- ✓ ist bundesweit eine von insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen
- ✓ ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und unterliegt der Rechtsaufsicht durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
- ✓ ist aktuell an fünf Standorte in Baden-Württemberg vertreten:
 - 4 Bezirksdirektionen (Freiburg, Karlsruhe, Reutlingen, Stuttgart)
 - 1 Regionalbüro (Mannheim)
- ✓ hat ca. 1.500 Mitarbeiter
- ✓ vertritt ca. 20.500 Ärzte und Psychotherapeuten (Mitglieder)



Vertragsärztliche Bedarfsplanung Zusammenfassung der wesentlichen Neuerungen ab 2013

Bisherige Bedarfsplanung	Neue Bedarfsplanung ab 2013
Bedarfsplanung für 14 Arztgruppen Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Fachärztliche Internisten, Frauenärzte, HNO- Ärzte, Hautärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen, Hausärzte	Bedarfsplanung für 9 weitere Arztgruppen Kinder- und Jugendpsychiater, Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Strahlenthera- peuten, Transfusionsmediziner
Für alle der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen (siehe oben) Planung auf Ebene der Stadt- und Landkreise	Je nach Arztgruppe unterschiedlich große Planungsbereiche: Hausärztliche Versorgung → Mittelbereich Allgemeine fachärztliche Versorgung → Stadt- bzw. Landkreise Spezialisierte fachärztliche Versorgung → Raumordnungsregion Gesonderte fachärztliche Versorgung → Bezirk der KVBW (= BW)
In der Hausärztlichen Versorgung je nach Raumtyp unterschiedliche Vorgaben hinsichtlich der Arzt/Einwohner-Relation	In der Hausärztlichen Versorgung einheitlich vorgegebene Arzt/Einwohner-Relation in allen Regionen Baden-Württembergs (1.871 Einwohner/Arzt) modifiziert um den Demografiefaktor



Hausärztliche Versorgung

Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Praktische Ärzte
- Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet

Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich

Grundlage:
Mittelbereiche nach BBSR entsprechen den Mittelbereichen nach Landesentwicklungsplan 2002



0 10 20 30 40
Kilometer
Erstellt: GB ZS Fr. Danilovic
Datum: 23.01.2013

© WGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven



Hausärztliche Versorgung

Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören:

Fachärzte für Allgemeinmedizin
Praktische Ärzte
Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
Internisten ohne
Schwerpunktbezeichnung und
ohne weiteres Fachgebiet

Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich

Grundlage:
Mittelbereiche nach BBSR entsprechen den Mittelbereichen nach Landesentwicklungsplan 2002



0 5 10 20 30 40
Kilometer

Erstellt: GB ZS Fr. Danilovic
Datum: 23.01.2013

© WGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven

Aktuelle Versorgungsgrade Hausärzte in der Raumordnungsregion Rhein-Neckar (1)

(letzte Sitzung Landesausschuss 30.10.2014)

Land- bzw. Stadtkreis	Mittelbereich	Versorgungsgrad HÄ	Status
Mannheim	Mannheim	119,7 %	gesperrt (keine zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten)
Rhein-Neckar-Kreis	Schwetzingen	112,5 %	gesperrt (keine zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten)
	Sinsheim	124,9 %	gesperrt (keine zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten)
	Weinheim	113,2 %	gesperrt (keine zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten)
	Wiesloch/Walldorf	112,5 %	gesperrt (keine zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten)



Aktuelle Versorgungsgrade Hausärzte in der Raumordnungsregion Rhein-Neckar (2)

(letzte Sitzung Landesausschuss 30.10.2014)

Land- bzw. Stadtkreis	Mittelbereich	Versorgungsgrad HÄ	Status
Heidelberg	Heidelberg	116,8 %	gesperrt (keine zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten)
Rhein-Neckar-Kreis	Eberbach	74,2 %	partiell geöffnet (6 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten *)
Neckar-Odenwald-Kreis	Buchen	100,8 %	partiell geöffnet (3,5 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten *)
	Mosbach	105,3 %	partiell geöffnet (2 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten *)

* Stand: Landesausschuss-Sitzung 30.10.2014

Alles Gute



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Aktueller Versorgungsstand Hausärzte

Baden-Württemberg (Quelle: www.kvbawue.de; November 2014)

Bitte wählen Sie eine Arztgruppe aus:

- Hausärzte
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Humangenetiker
- Fachärztliche Internisten
- Kinderärzte
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Laborärzte
- Neurologen
- Neurochirurgen
- Nuklearmediziner
- Orthopäden
- Pathologen
- Physikalische- und Rehabilitationsmediziner
- Psychotherapeuten
- Radiologen
- Spinaltherapeuten
- Transfusionsmediziner
- Urologen



Alles Gute



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Zum Vergleich: Versorgungsstand Hausärzte Februar 2013 (Quelle: www.kvbawue.de)

nach Arztgruppen

Klicken Sie auf die Arztgruppe, für die Sie ein offenes Gebiet suchen.

Hausärzte ←

Anästhesisten
Augenärzte
Chirurgen
Frauenärzte
HNO-Ärzte
Hautärzte
Internisten (Fachärztl.)
Kinderärzte
Nervenärzte
Orthopäden
Psychotherapeuten
Radiologen
Urologen

offen
 partiell geöffnet
 gesperrt

Aktuelle Versorgungsgrade Fachärzte in der Raumordnungsregion Rhein-Neckar (1)

(letzte Sitzung Landesausschuss 30.10.2014)

Allgemeine fachärztliche Versorgung (Planungsbereiche: siehe Stadt- und Landkreise links)

	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Urologen
Stadt Mannheim	127,3%	160,2%	124,8%	125,8%	133,2%	170,5%	134,8%	139,7%	176,0%	139,7%
Stadt Heidelberg	139,5%	246,0%	153,0%	117,9%	221,1%	209,9%	219,1%	211,9%	380,7%	146,4%
Rhein-Neckar-Kreis	113,9%	146,0%	112,6%	116,9%	114,7%	181,5%	120,7%	126,5%	165,3%	112,0%
Neckar-Odenwald-Kreis	89,5%	112,6%	109,7%	67,5%	113,8%	107,6%	132,8%	118,5%	103,6%	135,9%

Prozentangaben rot gesperrt
grün partiell geöffnet



Aktuelle Versorgungsgrade Fachärzte in der Raumordnungsregion Rhein-Neckar (2)

(letzte Sitzung Landesausschuss 30.10.2014)

Spezialisierte fachärztliche Versorgung (Planungsbereich: Raumordnungsregion Rhein-Neckar)

Anästhesisten	Internisten (fa)	KJJu-Psychiater	Radiologen
179,5%	280,7%	143,5%	159,0%

Gesonderte fachärztliche Versorgung (Planungsbereich: Bezirk der KV Baden-Württemberg)

Human-genetiker	Laborärzte	Neuro-chirurgen	Nuklear-mediziner	Pathologen	Physikal. Reha-Med.	Strahlen-therapeuten	Transfusions-Med.
192,5%	137,2%	117,5%	111,4%	112,0%	109,5%	142,5%	155,5%

Prozentangaben rot gesperrt
grün partiell geöffnet

Altersstruktur – Hausärzte/Fachärzte (1) Region Mannheim/Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis

(Stand November 2014)

Vergleich Anteil Ärzte ≥ 60 Jahre

	Hausärzte	Fachärzte	Psychoth.
Baden-Württemberg	33 %	23 %	35 %
Region Mannheim/Heidelberg Rhein-Neckar-Kreis	31 %	22 %	40 %

Durchschnittsalter Ärzte in Baden-Württemberg

Hausärzte	55,0 Jahre
Fachärzte	53,1 Jahre
Psychotherapeuten	55,9 Jahre



Altersstruktur – Hausärzte/Fachärzte (2) **Region Mannheim/Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis**

(Stand November 2014)

Region Mannheim/Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis	Gesamt	Alter bis 39	Alter 40 – 49	Alter 50 -59	Alter 60 +
Hausärzte gesamte Region	715	6 %	25 %	38 %	31 %
→ nur Stadt Mannheim	228	29%		36 %	35 %
→ nur Stadt Heidelberg	110	23 %		41 %	36 %
→ nur Rhein-Neckar-Kreis	377	34 %		38 %	28 %
Fachärzte	1.087	6 %	30 %	42 %	22 %
Psychotherapeuten	592	8 %	18 %	34 %	40 %

Prozentangaben gerundet

Altersstruktur – Hausärzte/Fachärzte (3) **Region Mannheim/Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis**

(Stand November 2014)

Arztgruppe	bis 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 +	Summe	nur Mannheim
Allgemeinärzte, hausä. Internisten, ...	40	178	137	135	125	100	715	228
alle Psychotherapeuten	47	107	94	105	142	97	592	194
Anästhesisten		8	14	9	8	5	44	15
Augenärzte	3	17	14	16	12	11	73	28
Chirurgen	2	16	15	16	6	5	60	21
Frauenärzte	6	63	29	23	21	12	154	55
Hals-Nasen-Ohrenärzte	6	21	17	6	6	3	59	21
Hautärzte	3	20	10	11	8	2	54	18
Internisten (fachärztlich)	13	50	47	29	20	10	169	61
Kinder- und Jugendärzte	10	29	19	24	14	9	105	36
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	5	28	19	21	19	13	105	40
Orthopäden	4	24	33	14	9	8	92	29
Radiologen	3	20	17	8	11	1	60	21
Urologen	4	8	11	5	7	4	39	16
Weit. Ärzte (Labor, MKG, Pathologen, u.a.)	1	25	22	12	6	7	73	19
Gesamtergebnis	147	614	498	434	414	287	2.394	802

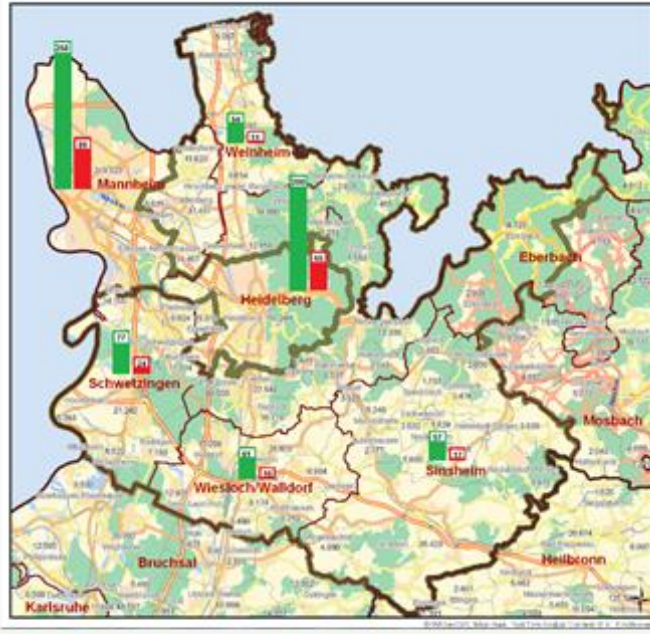


**Hausärzte
Region Mannheim/
Heidelberg/
Rhein-Neckar-Kreis**

(Stand Nov. 2014)

- Mittelbereich Mannheim
- Mittelbereich Heidelberg
- Mittelbereich Schwetzingen
- Mittelbereich Sinsheim
- Mittelbereich Weinheim
- Mittelbereich Walldorf/Wiesloch

Anteil der
Hausärzte 60 Jahre alt oder älter
an der
Gesamtzahl der Hausärzte
im Mittelbereich



Hausärzte in der Region Mannheim/Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis – Anteil der Hausärzte ≥ 60 Jahre

(Stand Nov. 2014)

Land- bzw. Stadtkreis	Mittelbereich	Anzahl HÄ	davon HÄ 60+	Prozentualer Anteil HÄ 60+
Mannheim	Mannheim	258	89	34 %
Rhein-Neckar-Kreis	Schwetzingen	77	24	31 %
	Sinsheim	57	17	30 %
	Weinheim	54	11	20 %
	Wiesloch/Walldorf	61	16	26 %
Heidelberg	Heidelberg	200	65	33 %

Prozentangaben gerundet



Versorgungsrelation Hausärzte – Einwohner im Mittelbereich Mannheim (Stand Nov. 2014)

Stadt/Gemeinde	Einwohner	Hausärzte	EW/HA
Mannheim	296.690	228	1.301
Edingen-Neckarhausen	13.811	10	1.381
Heddesheim	11.144	6	1.857
Ilvesheim	8.874	6	1.479
Ladenburg	11.506	8	1.438

Mittelbereich	Einwohner	Anzahl Hausärzte	Anz. HÄ 60+
Mannheim	342.025	258	89

34,5%

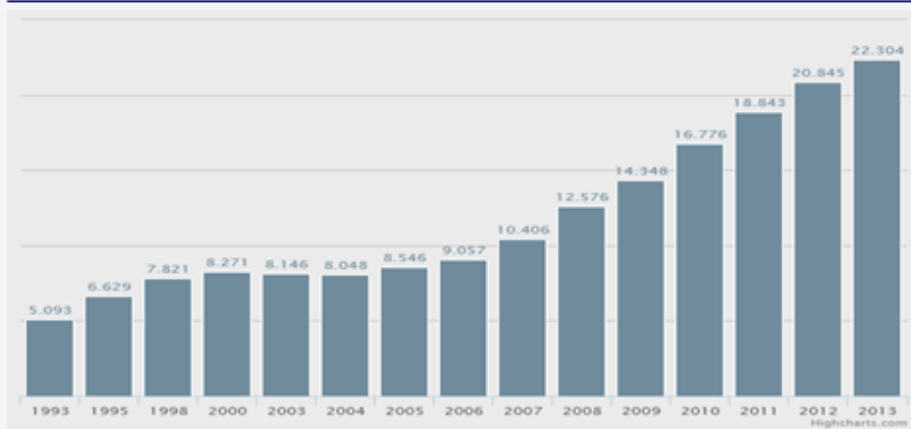
Derzeitige Situation in der Stadt Mannheim

- ✓ rein rechnerisch gute hausärztliche Versorgung; für die Arztgruppe der Hausärzte sind im gesamten Mittelbereich Mannheim Zulassungen derzeit grundsätzlich nur durch Übernahme eines bestehenden Versorgungsauftrages möglich.
- ✓ rein rechnerisch gute fachärztliche Versorgung; Zulassungen sind bei den allermeisten Arztgruppen grundsätzlich nur durch Übernahme eines bestehenden Versorgungsauftrags möglich.
- ✓ jeder dritte Hausarzt in der Stadt Mannheim ist 60 Jahre alt oder älter.



Exkurs:

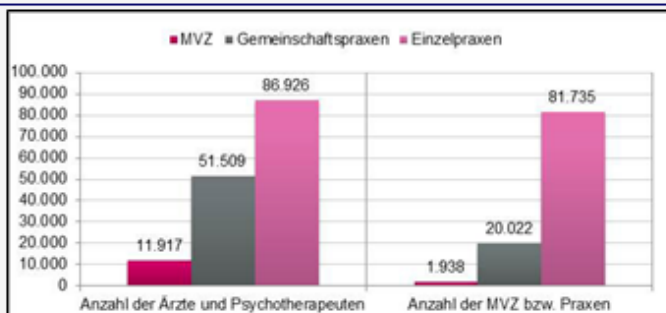
Anzahl der angestellten Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland



Quelle: KBV; <http://www.less-dich-nieder.de/antworten/zahlen-fakten.html>

Exkurs:

Anzahl der vertragsärztlichen Einrichtungen und Ärzte-Kooperationen in Deutschland



Quelle: Homepage der KBV – Statistik der KBV/Bundesarztregister, Stand: 31.12.2012

Zahlen aus Baden-Württemberg (Stand Mai 2014):
aktuelle Anzahl Einzelpraxen: 12.471
aktuelle Anzahl BAG (ohne ÜBAG): 2.446



Ansprechpartner der KVBW

Ihre Ansprechpartner für Fragen zum Zulassungs- und Kooperationsmanagement in der Region Nordbaden

Heike Lange
Tel.: 0721 / 5961 - 1301
Heike.Lange@kvbawue.de

Jan-Ulrich Schuster
Tel.: 0721 / 5961 - 1193
JanUlrich.Schuster@kvbawue.de

Inga Fink
Tel.: 0721 / 5961 - 1238
Inga.Fink@kvbawue.de

Armin Rössner (RegioPraxisBW)
Tel.: 0761 / 884 - 4245
Armin.Roessner@kvbawue.de

Versorgungsbericht + Anlage können über die Homepage der KVBW heruntergeladen werden:

<http://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht/>



Die Zukunft der ärztlichen Versorgung aus der Perspektive der niedergelassenen Ärzte

Dr. Stefan Bilger, Vorstandsmitglied Bezirksärztekammer Nordbaden



Ärztemangel – Schlagwort oder Realität?

Pforzheimer Zeitung, 13. Januar 2012
Hausarzt verzweifelt gesucht
Praxis in Fritschheim hat nach fast 40 Jahren keinen Nachfolger gefunden.

Schwäbische Zeitung Pfullendorf, 13. Januar 2012
Hausarzt droht mit Auflösung seiner Praxis
Wenn Viel fröhlich zur der Praxis (sonst) bedürftig werden

Reutlinger Nachrichten, 27. Dezember 2011
Hausbesuch vom Pathologen
Ärztlicher Notdienst im Kreis neu organisiert
Das Gesundheitssystem krankt. Diagnose eines Streptokokkeninfektes mit dem 2. Madam schmeckt nicht allen.

Stuttgarter, 17. Dezember 2011
Internist geht in die Schweiz
Johannes Seiler verlässt Württemberg
Mediziner legt weiteren Ärztemangel voraus
Wetter: Die Ärztemangel, über dem unsere Kranken leiden
Die, nicht aus in West-Deutschland übertragen überbrückt werden

Leonberger Kreiszeitung, 7. Januar 2012
Er hat seine letzte Sprechstunde gegeben
Fritschheim - Helmut Fritschheim hat zu Weihnachten seine Praxis geschlossen
Nachfolger könnte er allerdings nicht finden. Man droht ein Engpass in der ärztlichen Versorgung. Die Patienten müssen sich einen anderen Hausarzt suchen

2

Übersicht

- Ausgangssituation Ärztemangel
- Was will die Politik?
- Umriss einer künftigen Versorgung
- Kommunale Aufgabenfelder

3

- Ausgangssituation Ärztemangel
- Was will die Politik?
- Umriss einer künftigen Versorgung
- Kommunale Aufgabenfelder

4



Ausgangssituation Ärztemangel

Was will die Politik?

Umriss einer künftigen Versorgung

Kommunale Aufgabenfelder

5

Ausgangssituation Ärztemangel

Was will die Politik?

Umriss einer künftigen Versorgung

Kommunale Aufgabenfelder

6

Ausgangssituation Ärztemangel

Was will die Politik?

Umriss einer künftigen Versorgung

Kommunale Aufgabenfelder

7

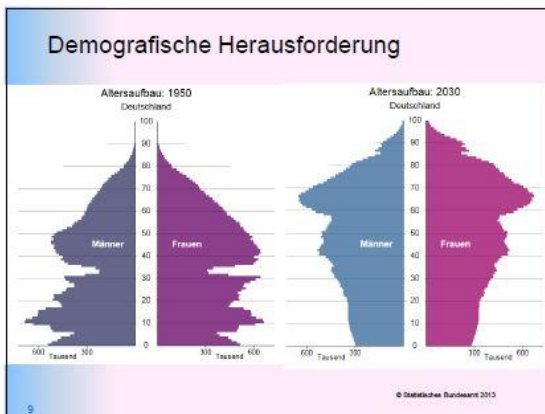
Ausgangssituation Ärztemangel

Was will die Politik?

Umriss einer künftigen Versorgung

Kommunale Aufgabenfelder

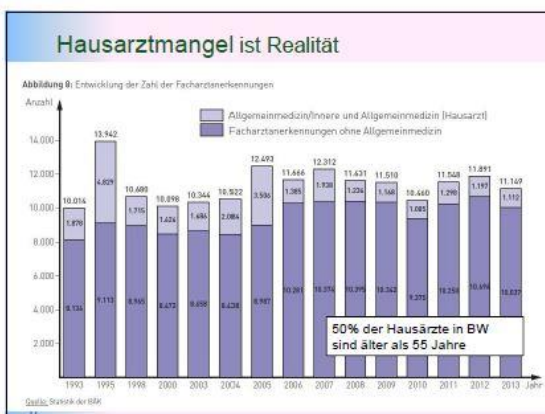
8



SVR GESUNDHEIT „Megatrends“

- Wandel des Morbiditätsspektrums
→ chronische Erkrankungen / Multimorbidität
- Veränderte Erwartungen des Nachwuchses
→ u.a. Frauenanteil, Teilzeit- / angestellte Tätigkeit, familienfreundliche Bedingungen
- Erhöhte Mobilität, berufliche Flexibilität
→ geringere örtliche Bindung, (Binnen-)Wanderungen
- Ländliche Regionen:
→ Entleerung, Alterung, infrastrukturelle Schrumpfung, von gesundheitlicher Unterversorgung bedroht
- Ballungsgebiete:
→ fortschreitende Urbanisierung, fachärztlich und akutstationär häufig überversorgt


Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



SVR GESUNDHEIT

- Vertragsärzte:** in Kürze 60 % Fachärzte, 40 % Hausärzte
- Anerkennungen:** 90 % Spezialisten, 10 % Generalisten
- Hausärzte:** Nur jeder zweite findet derzeit einen Nachfolger
- Weiterbildung:** geschätzt mindestens doppelt so viele weitergebildete Fachärzte für Allgemeinmedizin notwendig
- Urbanisierung:** zunehmende Überversorgung in Ballungsgebieten und (drohende) Unterversorgung in ländlichen Regionen
- Entwicklung:** in Ost- und Westdeutschland, zumeist erst in den nächsten Jahren konkret spürbar

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Koalitionsvertrag 2013

- Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung
- Allgemeinmedizin-Lehrstühle an allen Universitäten
- Ausbildungsmöglichkeiten für akademische, nichtärztliche Gesundheitsberufe
- Verbesserte Rahmenbedingungen für Selektivverträge und Integrierte Versorgung
- Verpflichtung der Krankenkassen, hausarztzentrierte Versorgung anzubieten

21

Badische Zeitung

GKV-VSG – Referentenentwurf vom 13.10.2014

- Zulassung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung
- Termin-Servicestellen
- Sicherung der hausärztliche Vergütung
- Getrennte Zuständigkeiten innerhalb der KV
- Arztgruppengleiche MVZ, auch kommunale MVZ
- Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Entlassmanagement der Krankenhäuser
- Stärkung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe

22

Lösungsansatz Umverteilung?

- Bei einer Schließung von Arztpraxen ab 110% Versorgungsgrad würden in **Mannheim** wegfallen:
 - 20 Hausärzte, 12 Kinderärzte
 - 4 Augenärzte, 6 Frauenärzte, 3 Hautärzte, 5 Nervenärzte, 6 Orthopäden
 - entspricht 56.000 Behandlungsfällen bei Hausärzten im Jahr

23

Lösungsansatz Umverteilung?

- Internisten (fachärztlich) in der Planungsregion **Rhein-Neckar**:
 - 87
 - entspricht 330.600 Behandlungsfällen bei fachärztlichen Internisten im Jahr

Bei Einbeziehung der Ermächtigten in die Bedarfsplanung werden diese Zahlen deutlich nach oben gehen.

24

Verbundweiterbildung: Landtage

Idee der Landtage:

- ...ins Gespräch kommen
- ...Standpunkte und Erwartungen austauschen
- ...Informationsdefizite und "Mythen" beseitigen
- ...Faktoren identifizieren, die die Niederlassungsbereitschaft auf dem Land erhöhen könnten



→ Verknüpfung der kommunalen Ebene mit der hausärztlichen Ebene !

17



Perspektive?



HIER ENTSTEHEN EIN
SÄUGLINGSGE-
ARZT-
PFLEGE-
UND BEERDIGUNGSGE-
CENTER

19

- Ausgangssituation Ärztemangel
- Was will die Politik?
- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz VSG
- Kommunale Aufgabenfelder

20



Lösungsansatz Umverteilung?

- Bei einer Schließung von Arztpraxen ab 110% Versorgungsgrad würden in **gesamt Baden-Württemberg** wegfallen:
 - 227 Hausärzte, 198 Kinderärzte
 - dies entspricht pro Jahr 635.600 bzw. 895.000 Behandlungsfällen

ohne ermächtigte Ärzte, ohne HzV

Lösungsansatz Umverteilung?

- Internisten (fachärztlich) in **Baden-Württemberg**:
 - 440
 - entspricht 1.672.000 Behandlungsfällen im Jahr

Hier keine freien Arztsitze (bis 110% Versorgungsgrad)

Ausgangssituation Ärztemangel

Was will die Politik?

Umriss einer künftigen Versorgung

Kommunale Aufgabenfelder

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Primärversorgungspraxen (PVP)

Merkmale: Ansatzpunkte für Veränderungen

- „Entwickelte Organisationen“
- Größere Einheiten: **4-6 Ärzte, spezialisierte MFAs und Krankenschwestern**
- Einschreibemodell: **Feststehende Population**
- Teamansatz**: Einbeziehung nichtärztlicher Berufe
- Liaison**: mit Fachspezialisten aus Klinik/Praxis
- Hausärzte** als Koordinatoren/Moderatoren mit **Letztverantwortung**
- Erweiterte **Öffnungszeiten**, flexible **Arbeitszeiten**

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Perspektive des KV-Systems

- KV will Sicherstellungsauftrag behalten
- Reform des Bereitschaftsdienstes
- bisher nur zwei RegioPraxen in BW
- Weiterentwicklung „RegioPraxisFIPs“ (Filialpraxis)
 - Zielgruppe „Jungdynamiker“
 - Einbindung von angestellten Ärzten
 - Minimierung des Leerstandsrisikos

RegioPraxis – Ärztehaus

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Perspektive außerhalb des KV-Systems

Innovative Strukturen nach SGB V:

- Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b = Primärarztssystem auf freiwilliger Basis
- Ergänzung durch Facharztverträge / Versorgungslandschaften (§ 73 c fällt weg)
- Integrierte Versorgung nach § 140
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b

33

Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg

Zweite Evaluation in Berlin am 9. September 2014 durch Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats

34

Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg

Vertrag	Ärzte (12.03.2014)	Versicherte (Q1/2014)	Honorar* (ohne DMP)
AOK	3.576	1.146.625	66,73 Mio. €
BKK-VAG	2.726	61.741	3,24 Mio. €
Bosch-BKK	2.492	38.076	2,07 Mio. €
BKK-Verbund	1.737	Medi-Verbund	Medi-Verbund
IKK classic	2.597	71.187	4,34 Mio. €
Ersatzkassen	2.633	260.979	13,59 Mio. €
LKK	1.051	6.156	0,32 Mio. €
KBS	950	1.457	0,01 Mio. €

Die Finanzierung des AOK-Hausarztvertrags (HZV) in Baden-Württemberg

HZV-Investitionen 2012 insgesamt 280 Mio. Euro

190 Mio. Euro für die HZV werden von KV-Pauschalüberweisungen abgezogen

- ...entfallende KV-Einzelleistungen
- ...verminderte Krankenhausaufgaben
- ...rationale Arzneimitteltherapie

Rest: 90 Mio. Euro

Quelle: Stand: 13.08.2013

13.08.2013 AOK Baden-Württemberg Hausarztverbände, Berlin, Bundesgesundheitsministerium

Blaupause des Clusters

1. Eingangsdagnostik sowie Erhebung RSA-Diagnose

2. Prüfung der Individualität vereinbarten Zielwerts

3. Einstufung mittels Addition (1 Punkt je betroffener Gruppe)

4. Zieleerreichung

5. Gründe für die fehlende Zieleerreichung (Hinderungsfaktoren)

Summe der ermittelten Hinderungsfaktoren

Zieleerreichung	0	1-2	3-4	
1 RSA-Diagnose	Ja → Weiterbehandlung beim HA Nein → Überprüfung Hinderungsfaktoren	Keine Über- bzw. Einweisung bzw. zusätzl. Therapie-schritte erforderlich	Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie erzwungen	Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie dringend geboten
2 RSA-Diagnosen bzw. tiefere Codierung (Vierstellig)	Ja → Weiterbehandlung beim HA Nein → Überprüfung Hinderungsfaktoren	Keine Über- bzw. Einweisung bzw. zusätzl. Therapie-schritte erforderlich	Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie erzwungen	Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie dringend geboten
Mehr als 2 RSA-Diagnosen bzw. tiefere Codierung (Vierstellig)	Ja → Weiterbehandlung beim HA Nein → Überprüfung Hinderungsfaktoren	Keine Über- bzw. Einweisung bzw. zusätzl. Therapie-schritte erforderlich	Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie erzwungen	Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie dringend geboten

41 PRO-VERSÖRGERUNG

Patientencluster

Indikatoren zur Beurteilung von Hinderungs-faktoren analog der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO:

A. Persönliches und familiäres Umfeld:

- Altersgerechte Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übertragen, die kognitive, motorische, sensorische, soziale, kommunikative Fähigkeiten erfordern)
- Kommunikation (z.B. Kommunikation mit Angehörigen, Kommunikation mit Familie, Kommunikation und Besuch von Verwandten, Freunden und Bekannten, Sprachliche Behinderung)
- Wohlbefinden (z.B. die Überprüfbarkeit und die Selbstwertgefühl, Depressionen, Sorgen und Ängste, gehen und die Fortbewegung, gehen und die Fortbewegung, gehen und die Fortbewegung)
- Selbstmanagement (z.B. sich waschen, pflegen, an- und ausziehen, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf eine Toilette gehen)
- Wohnsituation (z.B. Beschaffung von Lebensmittel, Haushaltsgütern, Haushaltsgeschäften, pflegen und erhalten, Umkleenutzung durch Partner/Angehörige)
- Coping (Stressbewältigung)

B. Berufliches und schulisches Umfeld

- Lehren und Wissenserwerb (z.B. Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung)
- Berufliche Einweisung (z.B. Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung)

C. Soziales Umfeld

- Interpersonelle Beziehungen (z.B. Angehörige, Interpersonelle Beziehungen, Interpersonelle Beziehungen, Interpersonelle Beziehungen, Interpersonelle Beziehungen)
- Berufliche, soziale und gesellschaftliche Leben (z.B. Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung, Berufliche Einweisung)

D. Weitere Faktoren

- Alkohol
- Drogenmissbrauch / Suchtmittelmissbrauch
- Alkoholmissbrauch
- Angewandte Diagnostik (z.B. BSK-10)
- Angewandte Diagnostik

42 PRO-VERSÖRGERUNG

Versorgungslandschaft Rheuma mit der TK

Eckpunkte

Vertragsregion: Bayern und Nordrhein

Vertragsumsetzung:

- Q 4/2014: 1. Abrechnungsquartal

Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer:

- HzV-Hausärzte – keine weiteren Teilnahmevoraussetzungen
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie
- Krankenhäuser mit mindestens 1 Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin
- Hochschul- und Institutsambulanz
- Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie

Versicherte mit entzündlichen Rheumaformen + Verdacht (ICD-10-Katalog)

Versicherteneinschreibung: beim HzV-Hausarzt + Soforteinschreibung

43 PRO-VERSÖRGERUNG

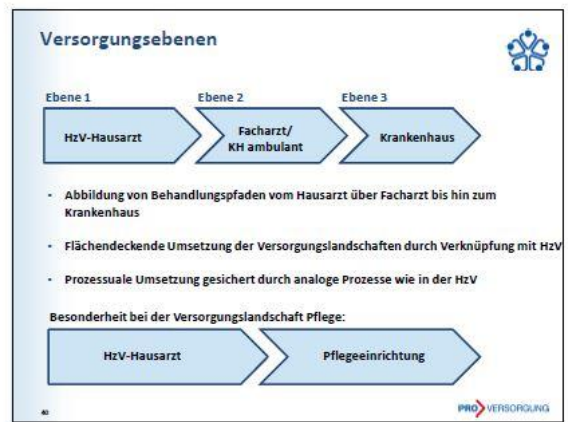
Aufgaben des HzV-Hausarztes

- Durchführung der (Eingangs-)Diagnostik: Körperliche Untersuchung (insbesondere Gelenkstatus), Schmerzbefragung, Labor CRP und BSR, Leber- und Nierenwerte, Blutbild
- bei positiver Verdachtsdiagnose Überweisung innerhalb von 14 Tagen an einen teilnehmenden Facharzt für eine gesicherten Diagnose und Einleitung der Therapie
- Überwachung und Fortführung der vom Facharzt eingeleiteten Therapie
- Überweisung des Versicherten mind. 1 x jährlich zum Facharzt zur Therapie-Kontrolle
- Festlegung/ Überprüfung individuelle Zielwerte/ Hinderungs-faktoren
- Konsiliarische Erörterung zwischen dem HzV-Hausarzt und dem Facharzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung
- Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes an den Versicherten
- Begleitung des Transitionsprozesses zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen mit dem Facharzt; Veranlassung, Berücksichtigung der Ergebnisse der Transition

44 PRO-VERSÖRGERUNG



- ### Ziele der Versorgungslandschaften
- Förderung der stärkeren Vernetzung von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern bzw. Pflegeeinrichtungen
 - koordiniertes Leistungsangebot für diesen über die Sektorengrenzen hinweg
 - Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren beim Versicherten („Hinderungsfaktoren“) und dadurch bessere Kenntnis über den Versicherten durch die betreuenden Ärzte
 - Optimierung des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelmanagements
 - Einführung und Beachtung abgestimmter einheitlicher Handlungsleitlinien



- ### Aufgaben des Facharztes für Rheumatologie
- Terminvergabe innerhalb von 14 Tagen nach Verdachtsdiagnose durch den HzV-Hausarzt
 - Sicherung Diagnose; Durchführung bzw. Veranlassung des Speziallabors und Erhebung/Dokumentation aller vertragsgemäßen Zielgrößen
 - Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie
 - Bildung und Koordination eines spezialisierten RA-Teams (Facharzt und rheumatologische Fachassistenz): Termine, Zusammenführung der Therapie- und Behandlungsergebnisse sowie Befunde, Patientenschulung
 - Erstverordnung erforderlicher ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungen, z.B. Heil- und Hilfsmittelverordnung, Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Verordnung von Biologicals
 - Einleitung geeigneter Maßnahmen (ggf. Abstimmung mit dem kooperierendem HzV-Hausarzt)
 - Bei Heranwachsenden ggf. Durchführung gemeinsamer Transitionsgespräche mit dem Kinder- und Jugendarzt; Aushändigung des Evaluationsbogens
 - Erstellung Arztbrief und Übersendung an den HzV-Hausarzt innerhalb von 14 Tagen

- ### Aufgaben des Kinder- und Jugendrheumatologen
- Koordination des Transitionsprozesses
 - Transitionsgespräche mit dem Heranwachsenden unter Hinzuziehung des Facharztes
 - Übermittlung einer strukturierten Epikrise mittels eines vorgegebenen Formblattes an den Facharzt und den HzV-Hausarzt
 - Dokumentation und Übergabe einer vorgegebenen Transitions-Checkliste an den Facharzt und den HzV-Hausarzt
 - Dokumentation und Übergabe eines vom Versicherten ausgefüllten Fragebogens an den Facharzt und den HzV-Hausarzt
 - Dokumentation und Übergabe des ÜbergabebERICHTES an den Facharzt und den HzV-Hausarzt
 - Nach Abschluss Transitionsprozess Weiterbehandlung durch den Facharzt und HzV-Hausarzt

- ### Aufgaben des Krankenhauses
- basistherapeutische Einstellung
 - multimodale Schmerztherapie mit folgenden Inhalten: Gabe von verschiedenen Analgetika, die sequenziell abgestimmte Physio- und Ergotherapie bei sonst im ambulanten Bereich bislang therapierefraktären Versicherten
 - unterstützend durch eine akute psychologische Mitbehandlung
 - bei akuten Verschlechterungen des rheumatologischen Krankheitsbildes komplexe multiprofessionelle Diagnostik und Therapie bei Dringlichkeit und fehlender Verfügbarkeit diagnostischer und therapeutischer Verfahren bei Fachärzten
 - Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes an den HAUSARZT und Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen bei Entlassung

- ### Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus
- | | |
|------------------|--|
| Soll: HA-FFA | <ul style="list-style-type: none"> • Auffälligkeiten in folgenden Bereichen: Laborwerte CRP und BSR, Leberwerte, Nierenwerte, Blutbild, wenn diese nicht auf andere Erkrankungen zurückzuführen sind • erhebliche Medikamentenunverträglichkeiten • Komplikationen im Zusammenhang mit chronisch-entzündlichen Rheumaformen und/oder anderen Erkrankungen/Symptomen • geplante rheumachirurgische Eingriffe |
| Soll: HA/FA → KH | <ul style="list-style-type: none"> • täglich mehrmalige Rheuma-Therapie, wenn ambulante Rehabilitation nicht möglich ist • akuter Schub (ambulant nicht kontrollierbar) • Organmanifestation/ Komplikation zur stationären Überwachung • Therapiekomplicationen, insbes. bei der immunsuppressiven Therapie mit schweren Infektionen, die u.a. eine parenterale Antibiose erforderlich machen • komplexe und/oder risikobelastete Therapie • Diagnostik aus sonstigen gesundheitlichen Gründen ambulant nicht möglich • psychosoziale und räumliche Gegebenheiten, die eine ambulante Behandlung nicht ermöglichen • schwere systemische Gelenkinfektionen • multimorbide Patienten bei gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, nicht kompensierter Herzinsuffizienz oder unzureichend eingestelltem Hypertonus • Arzneimittelunverträglichkeiten, die nicht ambulant durch den Facharzt behandelbar |



Fazit: win-win für Alle!



Berufsverbände	Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> Erweiterung der HzV um neue Versorgungskonzepte Stärkung der HzV bei Stakeholdern Zusammenarbeit mit Fachverbänden schafft breiteres politisches Handlungsfeld Wettbewerbsvorsprung 	<ul style="list-style-type: none"> Definition von Patientengruppen, inkl. Behandlungspfade und klare Schnittstellen Honoraranreize für Qualität der Behandlung Bindung der Patienten Verbesserung der Versorgungsqualität
Kostenträger	Patient
<ul style="list-style-type: none"> Realisierung der Einsparpotenziale Verbesserung der Versorgungsqualität Marketing für Versorgungsvertrag Wettbewerbsvorsprung 	<ul style="list-style-type: none"> Wirtschaftliche und qualitätsorientierte Versorgung Strukturierte Arzneimitteltherapie unter wirtschaftlicher Einbindung von Innovationen Ggf. Kostenreduktion bei Zahlungsermäßigung bzw. -befreiung

49

PRO VERSORGUNG

Zwischenfazit

- Der sich ändernde Versorgungsbedarf erfordert grundlegende Systemveränderungen.
- Reformen können nicht gegen die Ärzte und die anderen Leistungserbringer erfolgen.
- Zuständigkeit der verschiedenen Versorgungsebenen muss neu und verbindlich geregelt werden.
- Vermehrte Delegation ärztlicher Aufgaben und Aufwertung der Pflegeberufe im ambulanten wie im stationären Bereich ist unverzichtbar.

50

Ausgangssituation Ärztemangel

Was will die Politik?

Umriss einer künftigen Versorgung

Kommunale Aufgabenfelder

51

Kommunale Aufgabenfelder (1)

- Definition von Versorgungsbereichen und Erfassen des besonderen Bedarfs
- Förderung von Niederlassung und innovativen Kooperationsmodellen
- Einbeziehung aller, auch nichtärztlicher Gesundheitsberufe
- Kommunen als „ehrliche Makler“

52

Kommunale Aufgabenfelder (2)

- Gesundheitsprävention außerhalb etablierter Strukturen
- Koordinierung sektorenübergreifender Versorgungsansätze
- Förderung der Integrierten Versorgung
- Kommunale MVZ

53

Ausblick

- Lösungen für ein komplexes Problem lassen sich nur in Kooperation der verschiedenen Beteiligten finden.
- Bestehende Strukturen sollten dabei nicht als unveränderlich angesehen werden.
- Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die Bereitschaft, neue und unkonventionelle Wege zu beschreiten.

54

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Stefan Bilger
 Facharzt für Allgemeinmedizin, Ärztliches
 Qualitätsmanagement, Umweltmedizin
 69221 Dossenheim
 praxis@bilger.de

55



Ärztliche Bedarfsplanung - Systematik, Bedarfsorientierung und Regionalität

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut Berlin

| Gesundheit | Mobilität | Bildung | **IGES**

Ärztliche Bedarfsplanung – Systematik, Bedarfsorientierung und Regionalität

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut
2. Mannheimer Gesundheitskonferenz
Mannheim, 2. Dezember 2014

IGES Institut für Interventionen der GGK e.V.

Inhalt **IGES**

1. Systematik
2. Bedarfsorientierung
3. Regionalität
4. Fazit und Ausblick

2. Mannheimer Gesundheitskonferenz 02.12.2014 Seite 2

| Gesundheit | Mobilität | Bildung | **IGES**

1. Systematik

2. Mannheimer Gesundheitskonferenz 02.12.2014 Seite 3

Was tut die Bedarfsplanung? **IGES**

Festlegung, wie viele Ärzte/Psychotherapeuten in einem bestimmten räumlichen Bereich tätig sein sollen/dürfen.

- Planungsbereiche
Zuordnung und Zuschnitt auf Basis von Raumplanungskategorien (BBSR)
- Arztgruppen
Fachgebiete gem. Weiterbildungsordnung / mit vergleichbarem Versorgungsspektrum
- Verhältniszahlen
Einwohner je Arzt als Ziel-Versorgungsniveau

→ **Versorgungsgrad: IST-SOLL-Verhältnis**
Feststellung von Unter-/Übersorgung bzw. Niederlassungsmöglichkeiten, Sperrung von Planungsbereichen

2. Mannheimer Gesundheitskonferenz 02.12.2014 Seite 4



Ziele der Bedarfsplanung

IGES

Sicherstellungsauftrag

- möglichst gleichmäßige räumliche Verteilung von Arztsitzen
- patientennahe Versorgung unabhängig vom Wohnort oder Einkommen
- gleicher Zugang zur ärztlichen Versorgung insbesondere in sozial deprivierten und ländlichen Regionen

Kalkulierbarkeit der wirtschaftlichen Risiken einer Niederlassung

- Sicherung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit bestehender Praxen und von Neugründungen
- Begrenzung der Angebotskapazitäten in Regionen mit überdurchschnittlich hoher Arztdichte

Quelle: IIG (2012)

Bedarfsplanung bis 2012

Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt)

IGES

Planungsräume	1	2	...	13	14
1 Kernstädte	25.958	13.177	...	26.641	1.585
2 Hochverdichtete Kreise	60.689	20.840	...	49.814	1.872
...
9 Ländliche Kreise	137.442	25.196	...	56.159	1.474
10 Ruhrgebiet	58.218	20.440	...	37.215	2.134

Mannheim:
 Einwohner (2012) 294.627
 Hausärzte (Soll) 294.627 / 1.585 = 186
 Versorgungsgrad 218 / 186 = 117 %

Quelle: IIG (2012)

Defizite der alten Bedarfsplanung

IGES

- Stadt-Land-Gefälle
- Erreichbarkeit nicht berücksichtigt
- Regionale Ungleichheiten im Zugang v.a. zu Fachärzten
 - Ost - West
 - ländliche Regionen
 - Stadtteile mit ungünstiger Sozialstruktur
- Alterung der Bevölkerung und der Ärzteschaft nicht berücksichtigt

→ **Einwohner-Arzt-Relationen entsprechen Stand 1990er Jahre**

Quelle: IIG (2012)

Defizite der alten Bedarfsplanung: Stadt-Land-Gefälle

IGES



Kinderärzte in Baden-Württemberg

höchste Ärztedichte in städtischen Regionen

- Mannheim
- Heidelberg
- Karlsruhe
- Stuttgart
- Ulm
- Freiburg i.Br.

Quelle: IIG (2012)



Offizieller Versorgungsgrad verschleiert Versorgungssituation

IGES

Beispiel Psychotherapeuten, Thüringen (2008)

	Ländlicher Kreis (Hildburghausen)	Kernstadt (Jena)	Ländlicher Kreis auf Kernstadt-Niveau (Hildburghausen)
Einwohner	68.596	103.392	68.596
Einwohner je Psych. (Soll)	23.106	3.203	3.203
Anzahl Psych. (Soll)	3	32	21
Anzahl Psych. (Ist)	4	37	4
Einwohner je Psych. (Ist)	17.149	2.794	17.149
Versorgungsgrad	134,7 %	114,6 %	18,7 %

2. Maßstab: Gesundheitsökonomie | 02.12.2014 | Seite 9

- ### Reform der Bedarfsplanung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz
- IGES**
- Auslöser waren Mängel und Kritik an der bisherigen Bedarfsplanung („Landärztegesetz“)
 - Gesetzlicher Auftrag: **neue Bedarfsplanungsrichtlinie** des G-BA (seit 1.1.2013 in Kraft)
 - **Neue Bedarfspläne** der Kassenärztlichen Vereinigungen seit Jahresmitte 2013.
 - **Differenzierung der Planungsräume** nach Versorgungsebenen (je spezialisierter Arztgruppe, desto größer)
 - **neue Verhältniszahlen** (teilweise einheitlich / Mitversorgung)
 - **Demografiefaktor:** Mehr-/Minderbedarf Bevölkerung 65+
 - Abweichungsrecht aufgrund **regionaler Besonderheiten**.
2. Maßstab: Gesundheitsökonomie | 02.12.2014 | Seite 10



| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

2. Bedarfsorientierung

2. Maßstab: Gesundheitsökonomie | 02.12.2014 | Seite 12



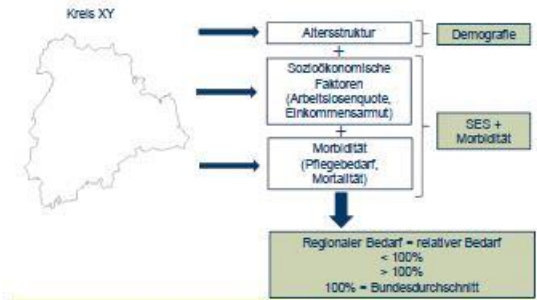
Fokus auf regionaler Verteilung, nicht Niveau oder Ärztezah insgesamt IGES

Wie viele Ärzte sind zu wenig / zu viel?

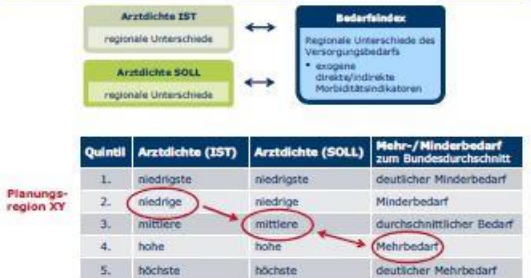
	alle Ärzte		Hausärzte		
	vdek	SVR-G	vdek	GKV-SV	KBV
zu wenig	+1.303 (bis 100%)	+3.212 (bis 110%)	+749 (bis 100%)	+974 (bis 100%)	+2.600 (bis 110%)
zu viel	-32.375 (über 100%)	-17.400 (über 110%)	-5.514 (über 100%)	-2.162 (über 110%)	-2.162 (über 110%)
Saldo	-31.072	-14.189	-4.765	-1.188	+438

Quelle: IGH auf Basis vdek, SVR-G

Ermittlung des Mehr- oder Minderbedarfs einer Region: regionaler Bedarfsindex IGES



Methodik: Bedarfsorientierung der regionalen Ärzteverteilung IGES

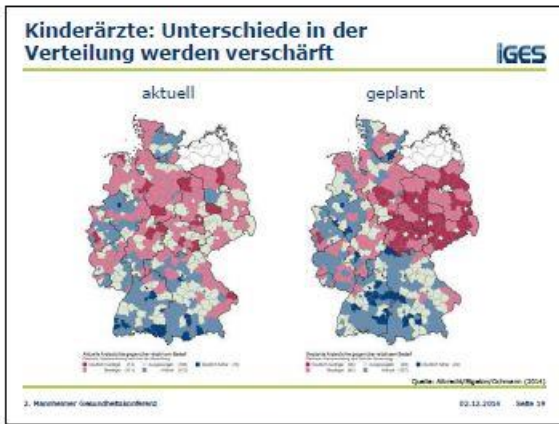
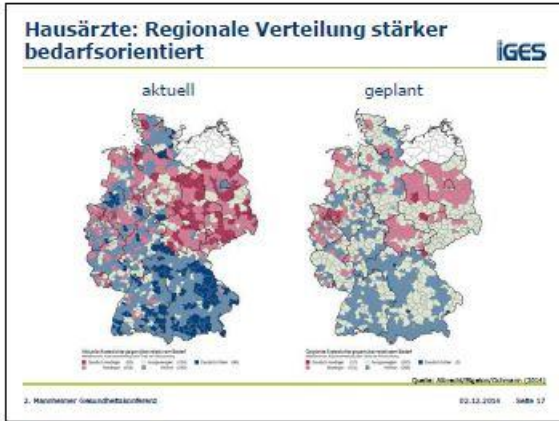


Quelle: IGH

Hausärzte: Regionale Verteilung stärker bedarfsorientiert IGES



Quelle: IGH/IGES/IGES (2014)



| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

3. Regionalität

2. Munchener Gesundheitswoche 02.12.2014 Seite 21



Abweichungen von der Richtlinie aufgrund regionaler Besonderheiten (§2 BPL) IGES

- Von der Bedarfsplanungs-Richtlinie darf abgewichen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern. (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V)
- Regionale Besonderheiten können insbesondere sein:
 - die regionale **Demografie**
 - die regionale **Morbidität**
 - sozioökonomische** Faktoren
 - räumliche** Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Inseln)
 - infrastrukturelle** Besonderheiten (u. a. Verkehrs-anbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten)

Häufigkeit der Abweichungen - Hausärzte IGES

Veränderte Planungsbereiche: 25/878 Mittelbereiche (2,9 %)

Bundesland	Veränderung Planungsbereiche
Bayern	1 → Teilung (2)
Mecklenburg-Vorpommern	5 → Teilungen (Stadt-Umland: 10) 1 → Verschiebung
Sachsen	3 → Verschiebungen (Stadt-Umland) 2 → Teilungen (4) 2 → Zusammenlegung (1)
Schleswig-Holstein	8 → Zusammenlegungen (2) 3 → Verschiebungen

Veränderte Verhältniszahl: 35/878 Mittelbereiche (4,0 %)

Veränderung Verhältniszahl	Bundesland	Anzahl Planungsbereiche
Anhebung (weniger Ärzte)	Hessen Schleswig-Holstein	10 Mittelbereiche 8 Mittelbereiche
Abenkung (mehr Ärzte)	Mecklenburg-Vorpommern	17 Mittelbereiche

Weitere Instrumente zur Steuerung der Versorgung vor Ort IGES

Instrument	wer?	wann? wie?
Sonderbedarfszulassung	örtlicher Zulassungsausschuss	auf Antrag eines Arztes; lokal, qualifikationsgebunden
Ermächtigung	örtlicher Zulassungsausschuss	auf Antrag eines Arztes; zeitlich/räumlich/dem Umfang nach beschränkt
Ablehnung Praxisübertragung / Zweigpraxis / Nachbesetzung	örtlicher Zulassungsausschuss	wenn den Anträgen Versorgungsgründe entgegenstehen
Fördermittel:		
• Strukturfonds		
• Sicherstellungszuschläge		
• Preiszuschläge		
• Verzicht auf Fallzahlbegrenzung		
• nicht-ärztl. Praxisassistenten		
• Förderung Weiterbildung Allgemeinmedizin		
	Kassenärztliche Vereinigungen Landesausschuss Krankenkassen	bei • Unterversorgung • drohender Unterversorgung • zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf

Akteure der Bedarfsplanung IGES





Gemeinsames Landesgremium gemäß §90a SGB V

IGES

- Ausgangspunkt: Unzufriedenheit über getrennte Planungsgremien für ambulante und stationäre Versorgung
 - keine **sektorenübergreifende** Versorgungsplanung
- Seit VStG (2012) Möglichkeit, neues Gremium zu bilden; in den meisten Bundesländern eingerichtet.
- Zusammensetzung: Land, KV, Kassen, LKG; darüber hinaus in jedem Bundesland anders bezüglich
 - weiterer Mitglieder (z.B. auch **kommunale Landesverbände** in Schleswig-Holstein)
 - Entscheidungsregelungen
- Kritik: **nur Empfehlungen** ohne rechtliche Bindung

Gemeinsames Landesgremium

Beispiel: Berlin

IGES

Absichtserklärung (Okt. 2013)

Versorgungssteuerung auf Ebene der Bezirke mit Sozialindikatoren

- innerstädtische Versorgungsunterschiede abbilden: Verhältniszahlen durch Sozialindex ergänzen (zunächst für Haus-/Kinderärzte)
- Ziel: Praxisverlegungen in schlechter versorgte Bezirke (mit ungünstiger Sozialstruktur) erleichtern, in besser versorgte Bezirke (mit günstiger Sozialstruktur) verhindern
- Zulassungsausschuss kann hierzu nicht verpflichtet werden, muss jedoch regulär Versorgungserfordernisse bei Praxisverlegungen prüfen.

IGES

5. Fazit und Ausblick

Fazit

IGES

- Neue Bedarfsplanung bringt **Fortschritte** hinsichtlich einer größeren Bedarfsorientierung (Demografie) und Erreichbarkeit (**Hausärzte**: einheitliche Verhältniszahl + Kleinräumigkeit).
- Kritisierte Ungleichverteilung / **räumliche Konzentration** bei **hausarzneilichen Fachärzten** wird durch neue Bedarfsplanung nicht grundlegend adressiert.
- Zahlreiche **bedarfsbestimmende Faktoren** in neuer Bedarfsplanung nicht berücksichtigt.
- **Regionale Abweichungsmöglichkeiten** bislang **nur begrenzt** genutzt, keine Anzeichen für weitreichende Divergenz der Planungen.
- Möglichkeiten zur Steuerung auf **kommunaler Ebene** vorhanden, Kommunen selbst haben aber kaum direkte Mitwirkungsmöglichkeiten.



Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

IGES

- Prüfung einheitlicher Verhältniszahlen und/oder kleinräumiger Planungseinheiten (Mittelbereiche) für **hausarztnahe Fachärzte**
- Berücksichtigung **weiterer bedarfsbeeinflussender Faktoren**
 - Morbidität
 - sozioökonomische Situationzumindest im Rahmen regionaler Abweichungen
- Bedarfsplanung um **prospektive** Elemente ergänzen
- **Regionale Abweichungen**: stärker nutzen und Standards entwickeln
- **Sektorenübergreifende** Ausrichtung

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

IGES Institut
Dr. Martin Albrecht

www.iges.de

Gesunde Kinder durch Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung?

Prof. Dr. Konrad Obermann, Mannheimer Institut für Public Health (MIPH)



“Gesunde Kinder durch Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung?”

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann

Mannheimer Institut für Public Health (MIPH)
Medizinische Fakultät Mannheim
Universität Heidelberg

Mannheim, 2. Dezember 2014

“Justice is the first virtue of social institutions, as truth is of systems of thought.”
John Rawls, 1971

MIPH

Professor Konrad Obermann „Gesunde Kinder durch Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung“

2

Ökonomie: “All hands on deck!”

Ein Drittel der unter-15-jährigen in Deutschland hat einen Migrationshintergrund

5,3% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind Schulabbrecher – doppelt so viel wie die einheimische Bevölkerung

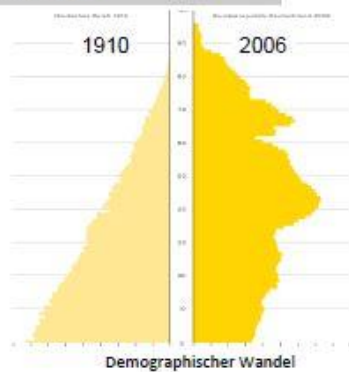
10% ohne Ausbildung oder Arbeit

80.000 unbesetzte Ausbildungsplätze

(Creutzberg, F.A.Z. vom 20.11.2014)

9,4 % der Bevölkerung offiziell schwerbehindert, davon 46% unter 65 Jahren

(Statistisches Bundesamt, 2014)



Kindergesundheit: je mehr, je besser?

- Gesundheitsverhalten von Eltern und Kindern
- Abweichung von „richtiger“ Norm?
 - Wandel von Fähigkeiten als „Normalität“?
 - Phänomen der Gesellschaft?
 - positiv?
 - negativ?
 - gesellschaftliche Realität und rationale Anpassung
- Wer ist „man“ in „man sollte“

MIPH

Professor Konrad Obermann „Gesunde Kinder durch Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung“

3

MIPH

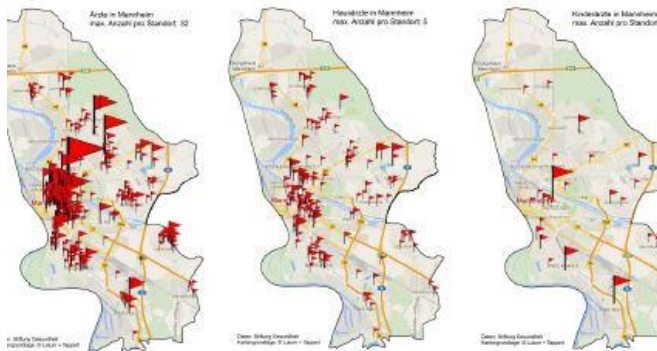
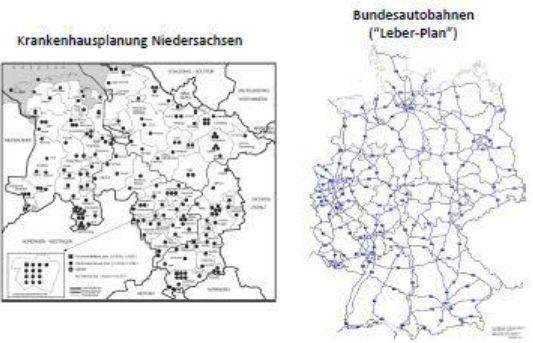
Professor Konrad Obermann „Gesunde Kinder durch Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung“

4



Kindergesundheit als Paradigmenwechsel: Von der linearen Planung mit Monokausalität ...

Input Dichte_{päd} ↑ => Inanspruchn._{bev} ↑ => Gesundheit_{kinder} ↑ Output



Dichte_{päd} ↑ => Inanspruchn._{bev} ↑ => Gesundheit_{kinder} ↑ ???

... über intergenerationale Wechselwirkung von Bildung und Gesundheit ...



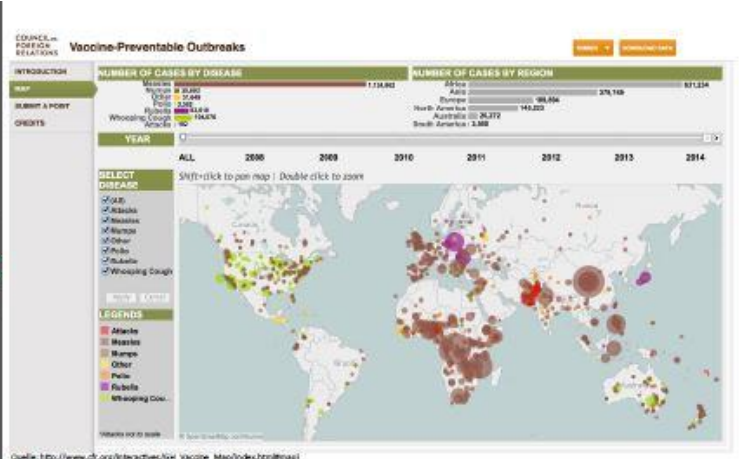
Quelle: H. Jürges, PWP 2014



... zur Komplexität von Wirkzusammenhängen



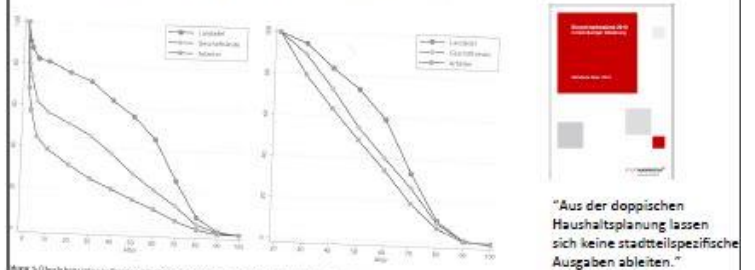
Nichttriviale Maschine (Heinz v. Foerster)



Kindergesundheit als typisches Beispiel einer (oftmals) nicht-paradigmatischen Diskussion

- Fehlende Metaebene bei
- Kulturwerten und korrespondierender Budgets
 - Risikowahrnehmung
 - Institutionellen Interessen
 - „Theoriefreiheit“ (vgl. demographischer Wandel) auf Basis historischer Verankerung im „genetischen Code“ der sozialen Gemeinschaft

Haben wir ausreichend Informationen?



Quelle: H. Jürges, PWP 2014



EINLADUNG

Daselinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum

Tagung in Zusammenarbeit der Friedrich-Ebert-Stiftung, Landesbüro Mecklenburg-Vorpommern und des Forschungsbereichs „Think rural“ der Universität Greifswald

06. - 07. November 2014
Greifswald

FRIEDRICH EBERT STIFTUNG
Landesbüro MV

1. Hamburger Symposium zur regionalen Gesundheitsversorgung

Geographische und soziale Determinanten von Gesundheit

27. November 2014
10.00 - 17.15 Uhr
Elbarkaden Hamburg



Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland

MIPH

Mögliche Strategie: Von anderen lernen

- Be aware of the so-called window of opportunity
- Build the venture on a clear political mandate from regional/national/ local government
- Gather relevant stakeholders and find a common language
- Set a timeline that allows for consultation, negotiation, anchoring and decision-making

(Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland. WHO 2014)

FAZIT: Einzelmaßnahmen ändern sich kaum, aber das paradigmatische Verständnis ist ein anderes

- ① Komplexität akzeptieren
- ② Normen, Verhalten, Ziele reflektieren
- ③ Kybernetische Rückkopplung statt Evaluation
- ④ Equity mit Fokus auf Funktionalität
- ⑤ Lösungsorientierung





Gesundheitsstadt Mannheim“?

STRATEGIE

Mannheim als Deutschlands **kompakteste Metropolregion** wächst und entwickelt sich weiter als **vielgestaltige, tolerante und bunte Stadt**. Dabei versteht sich Mannheim in besonderer Weise als **Stadt aktiver Einwohnerinnen und Einwohner** und damit als **Bürgerstadt**.

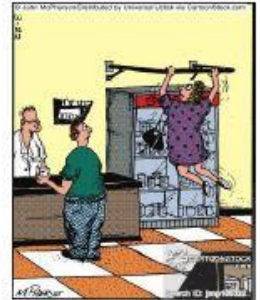


Professor Konrad Obermann

DIE SIEBEN STRATEGISCHEN ZIELE

- ZIEL 1** **Stärkung der Lebensqualität**
Mannheim steht mit seiner biologisch und sozial engverknüpften Lebensqualität der Herausforderung einer Metropole auf engem Raum ohne die damit sonst verbundenen negativen Eigenschaften von Großstädten.
- ZIEL 2** **Talente überdurchschnittlich gewinnen, entwickeln und halten**
Mannheim etabliert sich als Stadt der Talente und der Bildung und gewinnt mehr Menschen für sich.
- ZIEL 3** **Zahl der Unternehmen und (qualifizierten) Arbeitsplätze in Mannheim steigern**
Mannheim gewinnt überdurchschnittlich Unternehmen und Gründerten.
- ZIEL 4** **Toleranz bewahren, zusammen leben**
Mannheim ist Vorbild für das Zusammenleben in Metropolen.
- ZIEL 5** **Bildungserfolg der in Mannheim lebenden Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen erhöhen**
Mannheim ist Vorbild für Bildungsrechtigkeit in Deutschland.
- ZIEL 6** **Die zentralen Projekte „Kulturhauptstadt 2026“ und „Metropolregion Rhein-Neckar“ erfolgreich umsetzen**
Mannheim ist in der Spitzengruppe der besten Städte (Kultur) und kreativwirtschaftlich geprägten und wohngeordneten Städte.
- ZIEL 7** **Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und der Mitwirkung**
Mannheim (Einwohnerinnen und Einwohner sind) überdurchschnittlich bürgerschaftlich engagiert und werden von der Stadt in besonderem Maße unterstützt.

„Gesundheitsstadt Mannheim“?



"Instead of passing the fat tax on soda, the government requires that people do 10 chin-ups before the cooler will open."



Professor Konrad Obermann, „Gesunde Kinder durch Bedarfplanung und Versorgungssteuerung“

Vielen Dank!

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann
 Universitätsmedizin Mannheim
 Universität Heidelberg
 Mannheimer Institute für Public Health,
 Ludolf-Krehl-Straße 7-11
 D-68167 Mannheim
 Tel. 0175 6393110
 E-Mail: konrad.obermann@medma.uni-heidelberg.de

Universitätsmedizin Mannheim
 universitär - modern - mittendrin



Diskussionrunde

TeilnehmerInnen:

Dr. Holle Engler-Thümmel (Fachbereich Gesundheit, Stadt Mannheim)

Dr. Jürgen Wuthe (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

Dr. Martin Albrecht (IGES-Institut Berlin)

Prof. Dr. Konrad Obermann (Mannheimer Institut für Public Health)

Bärbel Handlos (Gesundheitstreffpunkt Mannheim)

Armin Rössner (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)

Moderation: Joachim Fahrwald, memo consult

In der Diskussionsrunde nahm die Frage nach den Handlungsbedarfen einen großen Raum ein. Als Handlungsbedarf auf übergeordneter Ebene wurden aus Sicht des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren die Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie die Errichtung eines entsprechenden Beirates auf Landesebene und eine bessere Einbindung der Bürger in Planungsprozesse identifiziert. Auch eine stärkere Einbindung der Kommunen in Fragen der medizinischen Versorgungsplanung, z.B. über die Beteiligung der Kommunalen Landesverbände im Landesausschuss wurde als notwendig erachtet – wobei der Sicherstellungsauftrag weiterhin bei der Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben sollte.

Von Seiten des IGES-Instituts wurde darauf hingewiesen, dass die Politik bereits auf viele Verbesserungen hingewirkt habe, wie z.B. die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Es sei nun Aufgabe der nachgeordneten Stellen, die geschaffenen Handlungsmöglichkeiten mit Leben zu füllen. An dieser Stelle wandte die Kassenärztliche Vereinigung ein, dass das größte Problem im zahlenmäßigen Mangel an Ärzten läge, welches auch über eine verbesserte Bedarfsplanung nicht zu lösen sei.

Die örtliche Bedarfslage betreffend berichtete die Patientenberatung, dass die Versorgung im fachärztlichen Bereich leicht problematisch sei, u.a. was die Vergabe von Terminen anbelange. Großer Handlungsbedarf wurde an der Schnittstelle Krankenhaus – Hausärztliche Versorgung beobachtet, hier sollten Abstimmungsprozesse optimiert werden bzw. ein funktionierendes Casemanagement eingeführt werden. Auch bürokratische Fragen wie z.B. zu Abrechnungen oder



mangelnde Barrierefreiheit in den Praxen wurden als Themen benannt, welche die Patienten beschäftigen.

Von Seiten des IGES-Institutes wurde auf die Bedeutung der Sozialindikatoren bei der Bedarfsermittlung hingewiesen und empfohlen, auf kommunaler Ebene verstärkt stadtteilorientiert zu arbeiten. Der Fachbereich Gesundheit griff die Empfehlung auf und berichtete vom Modellprojekt „Bürgerforum Gesundheit“, welches 2013 im Stadtteil Wohlgelegen durchgeführt wurde. Dank der regen Beteiligung engagierter Bürgerinnen und Bürger konnten wesentliche Handlungsbedarfe festgestellt und entsprechende Maßnahmen auf den Weg gebracht werden. Um jedoch die Bedarfslage in Mannheim noch genauer beschreiben zu können, sei eine stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung unerlässlich. Dies wurde aus dem Publikum mit deutlicher Zustimmung aufgenommen.

Die Ärzteschaft konstatierte einen stadtteilbezogenen Ärztemangel in Mannheim und wies auf den Nutzen nichtärztlicher Berufsgruppen im Versorgungssystem hin. In diesem Zusammenhang wurde aus dem Publikum darum gebeten, nicht pauschal ärztliche Aufgaben auf andere Akteure zu verlagern, sondern auch den zunehmenden Verwaltungsaufwand in den Arztpraxen in den Blick zu nehmen, welcher sich negativ auf die vorhandenen ärztlichen Kapazitäten auswirke.

Aus dem Auditorium wurde auf die stadtteilbezogene Ungleichverteilung von Fachärzten im psychiatrischen Bereich aufmerksam gemacht und der Sozialpsychiatrische Dienst mit seiner Kompensationsfunktion als positives Beispiel für andere medizinische Fachrichtungen vorgeschlagen. Insgesamt solle die Kooperation von Ärzten und beratenden Institutionen stärker gefördert werden, allerdings mit einem themenbezogenen Focus.

Ein anderer Beitrag bezog sich auf die Schwierigkeit, Fachärzte für Pflegeeinrichtungen zu gewinnen.

Aus der Diskussion um die örtlichen Bedarfe konnte ein Handlungskatalog für die Kommune abgeleitet werden. So solle die Stadt Mannheim unter Koordination des ÖGD auch im Gesundheitsbereich stärker auf Stadtteilorientierung setzen und den Austausch mit den Umlandgemeinden vertiefen. Eine Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung um sozioökonomische Daten wurde dabei als unerlässlich betrachtet. Von Seiten der anwesenden



Kommunalpolitik wurde angeboten, Gesundheitsthemen in den Bezirksbeiräten zu thematisieren und so eine stärkere Wahrnehmung in den Stadtteilen zu fördern. In der Rolle eines „ehrlichen Maklers“ solle die Kommune gegenüber dem Bürger auftreten.

Weiterer Handlungsbedarf besteht beim Schnittstellenmanagement. Hier könnte die Gesundheitskonferenz ein geeignetes Gremium für die Optimierung von sektorenübergreifenden Abstimmungsprozessen sein. Grundsätzlich wurde gewünscht, dass die Gesundheitskonferenz öfter stattfindet und unterjährig themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet werden, wie es z.B. im Rhein-Neckar-Kreis der Fall ist.

Hinsichtlich der Ansiedlung junger Ärzte bzw. der Übernahme von Praxen im Stadtgebiet appellierten die Anwesenden an die Stadt Mannheim, die ihr zu Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen, um das Potential junger Talente auch im Hinblick auf die wirtschaftspolitische Strategie der Kommune nicht zu verlieren. Dies bedeute, anhand einer handfesten Bedarfsermittlung zu definieren, welche Arztgruppen in welchen Stadtgebieten erforderlich sind und zu entscheiden, ob und welche Unterstützungsleistungen etabliert werden. Konkret wurden Sozialkonzepte und die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Mediziner gefordert, welche beabsichtigen, eine Praxis in Mannheim zu übernehmen, beispielhaft wurde das Thema „Kinderbetreuung“ angesprochen.

Es wurde jedoch auch festgestellt, dass einer umfassenden Erneuerung und Weiterentwicklung der Lage in Mannheim naturbedingt Grenzen auferlegt sind – seien es fehlende gesetzliche Ermächtigungen, die begrenzte Steuerungsmöglichkeit der Kommune bei der Besetzung freiwerdender Arztpraxen oder finanzielle und personelle Kapazitätsengpässe.

Auch die Verlagerung entsprechender Koordinationstätigkeiten auf Institutionen wie z.B. den Gesundheitstreffpunkt setzt eine dauerhaft solide Finanzierung voraus, was derzeit so nicht der Fall ist und z.B. von Seiten des Landes nicht vorgesehen und von der Kommune nicht gewährleistet werden kann.

Es gelte daher zunächst die Grundlagen zu schaffen und den Bereich der Gesundheitsberichterstattung zur Bedarfsermittlung auf breitere Füße zu stellen und die Möglichkeiten der Gesundheitskonferenz für die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in Mannheim zu nutzen.



Ausblick

Die 2. Mannheimer Gesundheitskonferenz hat wichtige Handlungsbedarfe aufgezeigt – sowohl strukturell, in der Bedarfsermittlung als auch im Bereich der Netzwerkarbeit.

Der Fachbereich Gesundheit wird bereits Anfang 2015 die Ergebnisse der Konferenz aufgreifen und gemeinsam mit den örtlichen Akteuren des Gesundheitssystems die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Instrument einer verlässlichen Bedarfsermittlung weiterentwickeln. Des Weiteren wird die Arbeit der Gesundheitskonferenz in ihrer Funktion als örtliches sektorenübergreifendes Planungsgremium verstetigt und ausgebaut werden, um die Qualität der Mannheimer Versorgungslandschaft zu erhalten bzw. in den Bereichen mit Optimierungsmöglichkeiten noch weiter zu steigern.

Mannheim im Februar 2015



Impressum

Herausgeber

Stadt Mannheim

Fachbereich Gesundheit

R1, 12

68161 Mannheim

Ansprechpartner:

Kathrin Heinrich

Mail: kathrin.heinrich@mannheim.de

Februar 2015