

Perspektiven für die gesundheitliche Versorgung im Jahr 2035

Hans-Dieter Nolting, IGES Institut

Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg
Stuttgart, 26. Januar 2024

Inhalt

1. Herausforderungen
2. Bisherige Maßnahmen
3. Wie könnte die Primärversorgung 2035 aussehen?
4. Wie könnte man dorthin kommen?

1. Herausforderungen

Die zentralen Herausforderungen sind hinlänglich beschrieben

Demographie

- Von 2020 bis 2035 wird die Bevölkerung der Bundesrepublik ab 67 Jahren um 22 Prozent wachsen – von 16,2 Mio. in 2020 auf 19,9 Mio. in 2035.

Als Konsequenz der demographischen Entwicklung wird die Versorgungslast zunehmen – und zwar selbst bei sehr optimistischen Fortschritts-Annahmen

- Studie von Milan et al. (2021) zur Entwicklung der Prävalenz der 10 häufigsten nicht-übertragbaren Krankheiten in Deutschland 2018 bis 2040/2060 unter mehreren Szenarien.

	2018	2040/Basis	2040/Prävention	2040/Remission
Arthrose	11,1 Mio.	15,7 Mio. (+41%)	13,5 Mio. (+22%)	15,3 Mio. (+38%)
KHK	4,9 Mio.	6,4 Mio. (+31%)	5,2 Mio. (+6%)	6,2 Mio. (+27%)
COPD	3,4 Mio.	4,9 Mio. (+44%)	4,0 Mio. (+18%)	4,7 Mio. (+38%)

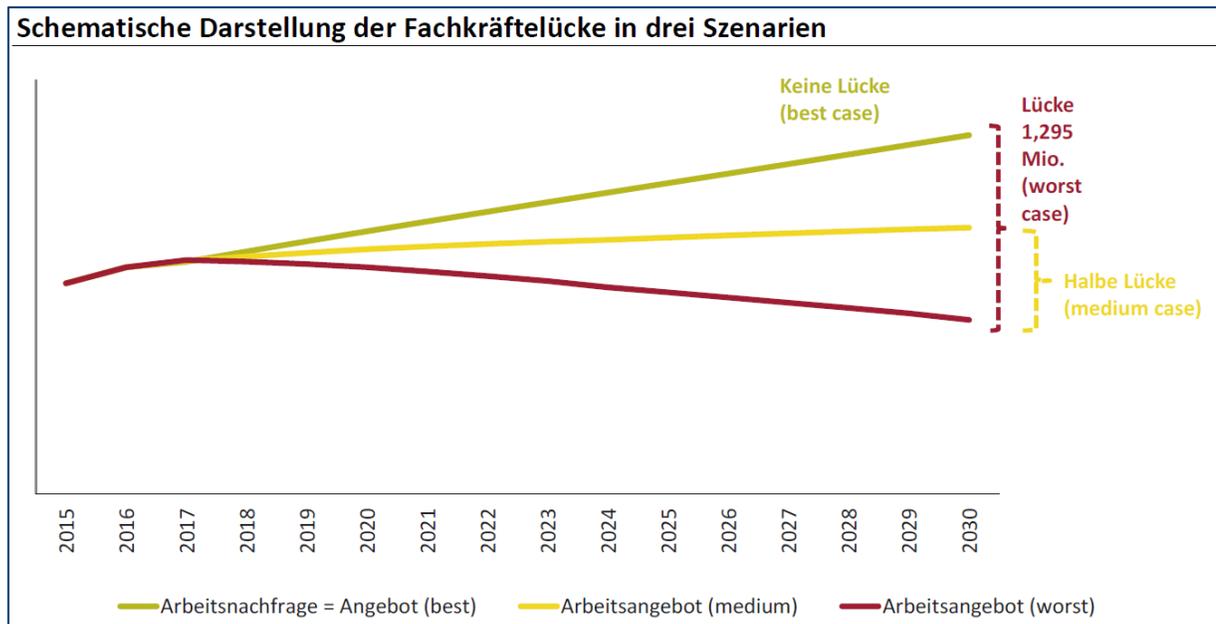
- „Basis“: Demographie plus moderate Zunahme der Lebenserwartung; „Prävention“: Basis plus linearer Rückgang der Inzidenzraten um 30% bis 2035; „Remission“: Basis plus linearer Anstieg der Heilungsraten um 50% bis 2060.

Milan et al. 2021, Table 5, doi: 10.1186/s12889-020-09941-6)

Die zentralen Herausforderungen sind hinlänglich beschrieben

Allgemeiner Rückgang der Versorgungskapazitäten im Gesundheitswesen

- Wachsende Fachkräftelücke aufgrund der demographischen Entwicklung
- Geringere Kapazitäten aufgrund von gewandelten Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen (höhere Teilzeitquoten, Tätigkeit in Anstellung statt Niederlassung).



Schreibt man die Beschäftigungsparameter des Jahres 2017 fort, dann fehlen 2030 über 1 Mio. Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen.

(entspricht etwa der Zahl der Beschäftigten in der Autoindustrie)

Gutachten des RWI (2018) im Auftrag des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Wir haben ein - zukünftig noch stark zunehmendes – Kapazitätsproblem.

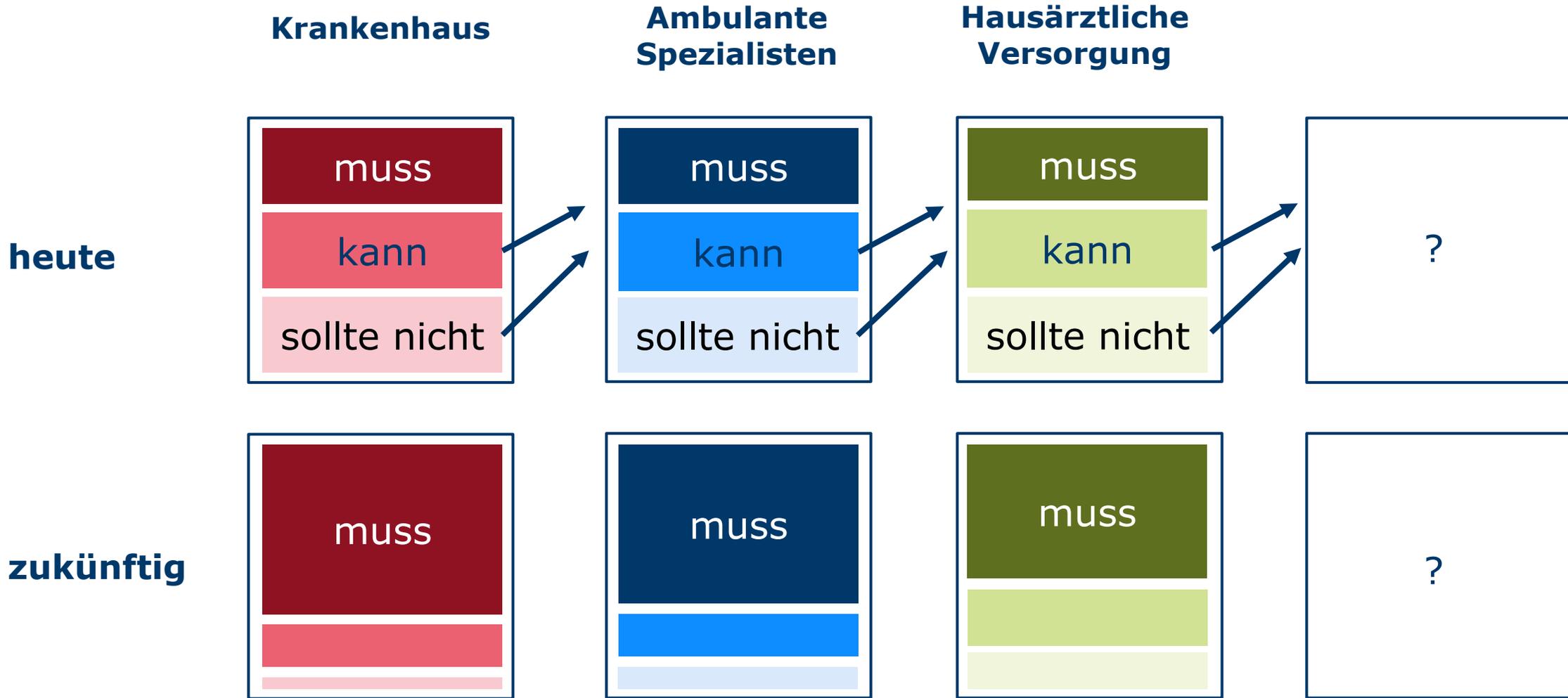
Strukturschwächen erschweren die Anpassung

Unser Gesundheitssystem ist zu ...

- ... **krankenhauslastig**: Aktuelle Studie des Zi: 20% der stationären Behandlungsfälle sind potenziell ambulant erbringbar.
- ... **spezialistenlastig**: In der spezialfachärztlichen Versorgung werden zu einem erheblichen Teil Gesundheitsprobleme behandelt, die eigentlich keine spezialistische Versorgung benötigen (und in anderen Ländern problemlos durch Hausärzte behandelt werden).
- ... **arztlastig**: Haus- und Fachärzte sind in zu starkem Umfang mit Aufgaben befasst, die von anderen Berufsgruppen ebenso gut erledigt werden können.
- ... **„vor-industriell“**: zu wenig strukturierte, standardisierte, arbeitsteilige und qualitätsgesicherte Prozesse innerhalb und zwischen den Versorgungsinstanzen; unterentwickeltes Informationsmanagement.

Anpassungen der Strukturen und Prozesse sind notwendig, weil es nicht gelingen wird, die Kapazitätsprobleme durch „zusätzliches Personal“ zu lösen.

Anpassungsoption: Verlagerung von Versorgungsaufgaben „von oben nach unten“ mit dem Ziel einer qualitativen Verdichtung



Krankenhaus und fachärztliche Versorgungsebene

- Bei der aktuell laufenden (bzw. hängenden) Krankenhausreform muss es nicht zuletzt auch darum gehen, dem Problem fehlender Kapazitäten durch eine stärkere Konzentration dieser Versorgungseinrichtungen auf ihre MUSS-Aufgaben zu begegnen.
- Auf die fachärztliche Versorgungsebene kommen durch die „Ambulantisierung“ ggf. mehr genuin spezialistische Aufgaben zu.
- Grundsätzlich ist ein erhebliches Potenzial zur Anpassung der Kapazitäten durch „qualitative Verdichtung“, d.h. Verlagerung von Versorgungsaufgaben auf die hausärztliche Ebene zu vermuten.

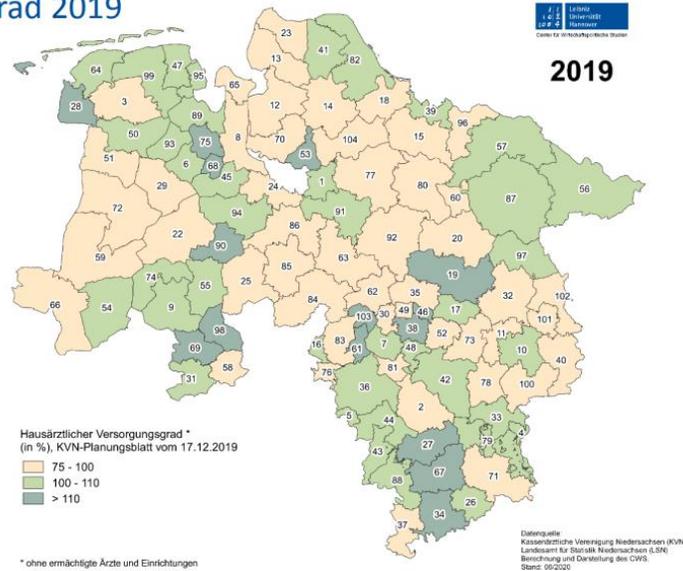
Die hausärztliche Versorgungsebene kommt in einem solchen Szenario von zwei Seiten immer stärker unter Druck:

- Zum einen müsste sie mehr Versorgungsaufgaben übernehmen, die bisher in der fachärztlichen Ebene versorgt wurden.
- Zum anderen ist sie in besonderem Maße mit dem demographie-bedingten Morbiditätswachstum konfrontiert.

Absehbar wachsende Probleme der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (Beispiel Niedersachsen)

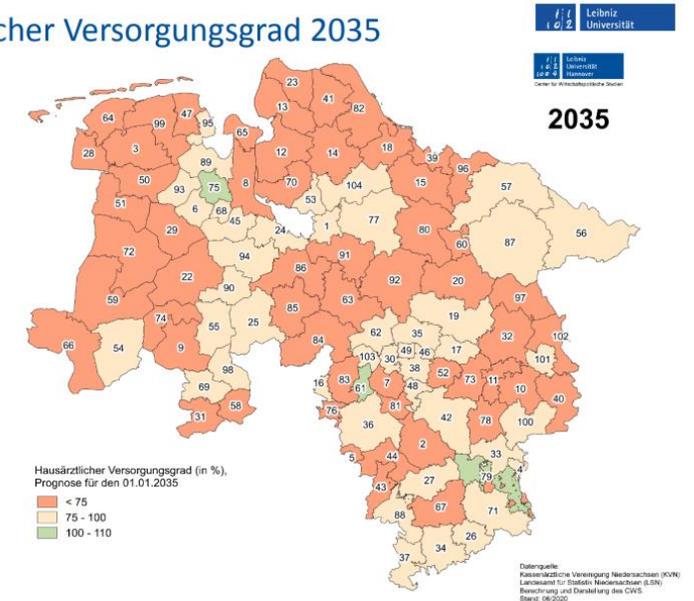
Hausärztlicher Versorgungsgrad 2019

- Deutliche regionale Muster im hausärztlichen Versorgungsgrad
- Leichte Überversorgung in den Oberzentren
- Schlechtere Versorgung ländlicher Mittelbereiche mit großer Distanz zu einem Oberzentrum



Zentrale Ergebnisse: Hausärztlicher Versorgungsgrad 2035

- Frauenanteil 41% → 52%
- Ungleichmäßige regionale Verteilung
 - häufig gute Versorgung in Städten
 - drohende Unterversorgung im ländlichen Raum
- Hauptursache: Rückgang prakt. Ärzte
 - bis zum Jahr 2035: -20%
 - Arbeitszeitverkürzung kaum relevant



Thomsen S, Ingwersen K, Weilage I (2020). Ärztebedarf in Niedersachsen 2035. https://www.kvn.de/internet_media/%C3%9Cber+uns/Termine/KVN_Symposium_+%C3%84rztebedarf+in+Niedersachsen+2035/KVN_Symposium_+%C3%84rztebedarf+in+Niedersachsen+2035_+Vortrag+Thomsen-p-25432.pptx

Nach einer Schätzung des IGES Instituts für die Robert-Bosch-Stiftung werden bundesweit im Jahr 2035 etwa 11.000 Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung fehlen. 75 von 401 Kreisen werden unterversorgt sein, ein weiteres Fünftel wird nahe an der Unterversorgung sein (Versorgungsgrad 75-80%).

2. Bisherige Maßnahmen

Was bisher geschah bzw. geplant ist

Finanzielle Fördermaßnahmen der KVn zur Niederlassung in von Unterversorgung bedrohten Planungsbezirken

Gründung von MVZ durch Kommunen

- Beide Maßnahmen beeinflussen ggf. die regionale Verteilung, aber kaum die Menge der Kapazitäten

Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin (seit 1999)

- Grundsätzlich erfolgreich, aber angesichts des Bedarfs nicht ausreichend.

Zusätzliche Medizinstudienplätze, „Landarztquoten“

- Keine kurzfristige Entlastung: 6 Jahre Medizinstudium plus 5-6 Jahre Weiterbildung (idealerweise, laut Register der LÄK Hessen dauert die Weiterbildung faktisch im Durchschnitt 10 Jahre)

„Entbudgetierung“ der Hausärzte

- Führt zu besserer Vergütung von bisher nur abgestaffelt vergüteten Leistungen (vor allem in Berlin und Hamburg). Relevante Effekte auf die Versorgungskapazitäten sind nicht zu erwarten – insbesondere nicht in schlecht versorgten Regionen.

Was bisher geschah bzw. geplant ist

Gesundheitskioske (Entwurf GVSG, § 65g SGB V)

- Der Grundgedanke ist richtig, die hausärztliche Versorgung von der nicht zwingend „arztpflichtigen“ Inanspruchnahme zu entlasten.
- Die Frage ist primär, ob das geplante Modell der Gesundheitskioske diesen Zweck erfüllen wird.

Primärversorgungszentren (Entwurf GVSG, § 73a SGB V)

- Der Grundgedanke ist richtig, die hausärztliche Versorgungsebene um „zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente“ zu erweitern und diese Aufgaben auch zu vergüten.

Positiv ist zu vermerken, dass die Notwendigkeit einer strukturellen Weiterentwicklung im Bereich der Primärversorgung langsam in der Gesundheitspolitik angekommen zu sein scheint.

Erforderlich wäre eine umfassendere Strategie zur Entwicklung einer leistungsfähigen Primärversorgungsebene.

3. Wie könnte die Primärversorgung 2035 aussehen?

Wesentliche Merkmale der Primärversorgung im Jahr 2035 / 1

(in Anlehnung an Porter et al. 2013)

1. Wichtigstes Organisationsprinzip von Primärversorgungseinrichtungen ist die Einteilung der Patienten in (wenige) Subgruppen

- Für die organisatorische Weiterentwicklung der Primärversorgung sind die üblichen Beschreibungen („ganzheitlich, umfassend, kontinuierlich, usw.“) nicht sehr hilfreich.
- Die primäre/hausärztliche Versorgung hat es mit heterogenen Subgruppen von Patienten zu tun, die stark unterschiedliche Bedarfe haben, die die Organisation berücksichtigen sollte.
- Kriterien für die Einteilung sind nicht Diagnosen, sondern Art und Umfang der Hilfebedarfe.

Beispiel (in Anlehnung an Low et al. 2018):

Jung, gesund	Mittelalt, gesund	Chronisch krank, stabil	Chronisch krank, kompliziert	Instabil
25% Ø 29 J.	25% Ø 44 J.	25% Ø 59 J.	15% Ø 76 J.	10% Ø 62 J.

Porter ME et al. (2013). Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. Health Affairs 32(3): 516-523
Low LL et al. (2018). Assessing the validity of a data driven segmentation approach. PLoS ONE 13(4): e0195243

Wesentliche Merkmale der Primärversorgung im Jahr 2035 /2

(in Anlehnung an Porter et al. 2013)



2. Jede Subgruppe wird durch ein Team betreut, das hinsichtlich Zusammensetzung bzw. Rollen der Team-Mitglieder an die Bedarfe der Subgruppe angepasst ist.

- Jedes Team kümmert sich um die Optimierung der Versorgung der betreffenden Subgruppe.
- Dazu gehören auch organisatorisch-logistische Aspekte (Kontaktarten, Terminkoordination usw.) sowie die Zusammenarbeit mit externen Versorgungspartnern.
- Die Rolle der verschiedenen Berufsgruppen variiert, je nach Team bzw. Bedarfssituation der Subgruppe. Nicht jedes Team muss durch Arzt/Ärztin geleitet werden.

3. Für jede Subgruppe gibt es spezifische Qualitätsindikatoren, an denen die jeweiligen Teams sich orientieren.

Wesentliche Merkmale der Primärversorgung im Jahr 2035 /3

(in Anlehnung an Porter et al. 2013)

4. Die Vergütungssystematik ist an die Subgruppen- und Team-basierte Arbeitsweise angepasst

- Die Systematik fokussiert nicht auf ärztliche Leistungen, sondern auf die bedarfsadäquate Versorgung der Subgruppen.

Sehr spezifische (nicht ausschließlich ärztliche) Einzelleistungen

Nach Subgruppen differenzierte Kopfpauschalen				
Jung, gesund	Mittelalt, gesund	Chronisch krank, stabil	Chronisch krank, kompliziert	Instabil
Modell 1 <ul style="list-style-type: none">Teamstrukturspezifische Prozessetechnische Infrastruktur	Modell 2 <ul style="list-style-type: none">(...)	Modell 3 <ul style="list-style-type: none">(...)	Modell 4 <ul style="list-style-type: none">(...)	Modell 5 <ul style="list-style-type: none">Teamstrukturspezifische Prozessetechnische Infrastruktur

Einrichtungsbezogener Sockel (Übergreifende sächliche Infrastruktur, z.B. IT)

5. Die Primärversorgungsteams arbeiten auf der Grundlage abgestimmter Prozesse mit den jeweils relevanten Kooperationspartnern zusammen (Spezialisten, Pflege, Heilmittel, Gesundheitsamt usw.)

- Basis der Zusammenarbeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wird ein Primärarztsystem sein.
- Teilweise wird es auch integrierte Vergütungen für bestimmte Patientengruppen geben, die von medizinischen Primär- und Sekundärversorgern sowie ggf. weiteren Beteiligten gemeinsam versorgt werden.

6. Die Primärversorgungseinrichtungen werden definierte Aufträge aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit und Daseinsvorsorge übernehmen

- Z.B. bevölkerungsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
- Niedrigschwellige Beratungsangebote (Gesundheitskiosk!).

4. Wie könnte man dorthin kommen?

Eine mittelfristige Strategie plus kurzfristige Maßnahmen, die den Transformationsprozess anstoßen und unterstützen

IGES 2023:

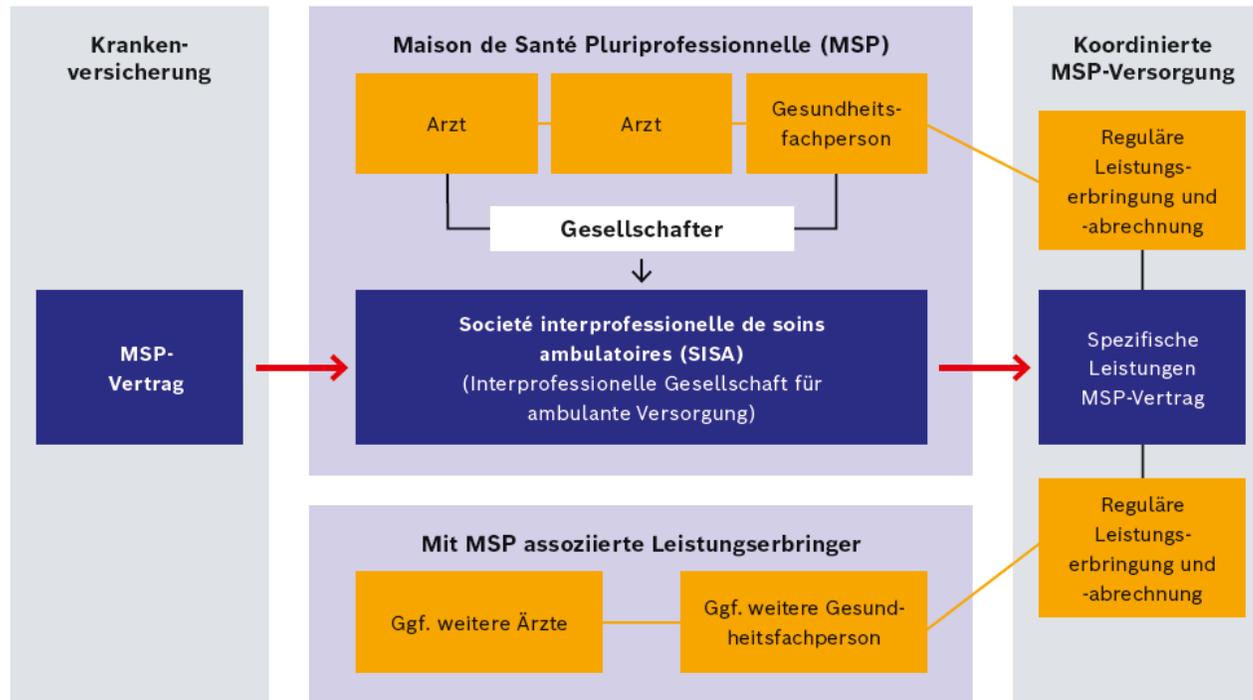
- „Deutschland benötigt dringend eine explizite Primärversorgungsstrategie, in deren Rahmen u. a. zu konkretisieren ist,
 - (a) in welche Systemfunktionen die hausärztliche Versorgungsebene in den nächsten Jahren entwickelt werden soll,
 - (b) welche konkreten beruflichen Aufgaben Hausärztinnen/Hausärzte damit haben werden (und welche Aufgaben andere Berufsgruppen oder Systemakteurinnen/-akteure erledigen) und
 - (c) welche Rahmenbedingungen (z. B. im Bereich der Vergütungssystematik) dafür geschaffen werden sollen.“

Primärversorgungsstrukturen entstehen nicht von allein, sondern müssen durch Konzepte, Anreize und Förderung gezielt aufgebaut werden

- Entsprechende Regelungen auf gesetzlicher bzw. Selbstverwaltungsebene müssen kurzfristig auf den Weg gebracht werden.

Zich K, van den Bussche R, Nolting H-D (2023). Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich. Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband. Abrufbar unter www.iges.com

Abbildung 11: Frankreich: Maisons de Santé Pluriprofessionnelles – SISA als rechtliche Basis



Zusatzvergütungen, sofern bestimmte primärversorgungs-typische Strukturen und Prozesse etabliert werden

Zum Beispiel:

- Durchführung von pluriprofessionellen Team-/Fallkonferenzen
- Kooperationsvereinbarungen mit Spezialisten
- Arbeit auf Basis professionübergreifend definierter Versorgungspfade für bestimmte Krankheitsbilder

Nolting H-D, Ochmann R, Zich K (2021). Gesundheitszentren für Deutschland. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.).
Abrufbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

Primärversorgungszentren

Entwurf GVSG, § 73a SGB V (Bearbeitungsstand 19.12.2023)

- „In Primärversorgungszentren wird Versicherten eine hausärztliche Versorgung angeboten, die durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist.“
- Kann von Ärzten, BAG, MVZ mit jeweils mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen der hausärztlichen Versorgung in Gebieten mit (drohender) Unterversorgung errichtet werden.
- Muss Kooperationsvereinbarungen haben mit Gesundheitskiosken, Fachärzten, nicht-ärztlichen Leistungserbringern.
- Einzelheiten vereinbaren KBV und GKV-SV im Bundesmantelvertrag.
- Bewertungsausschuss hat den EBM „insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen zu überprüfen“.

Ein eher zaghafter Impuls, der viele Fragen offen lässt ...

IGES Institut
Hans-Dieter.Nolting@iges.com

www.iges.com