

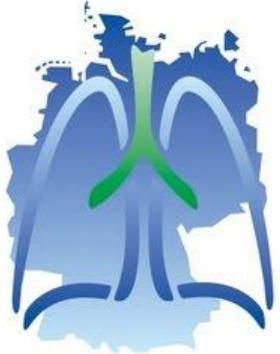
REGIONALE VERSORGUNGSUNTERSCHIEDE -
WERDEN MEDIZINISCHE FACHGESELLSCHAFTEN
UND BERUFSVERBÄNDE AKTIV?

13.9.2017

A. Hellmann, Augsburg

Wo versteckt sich der Pneumologe?

Berufsverbände - Gesellschaften



AEDA Ärzteverband
Deutscher
Allergologen e.V.



BDI 
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.



Pneum  ed



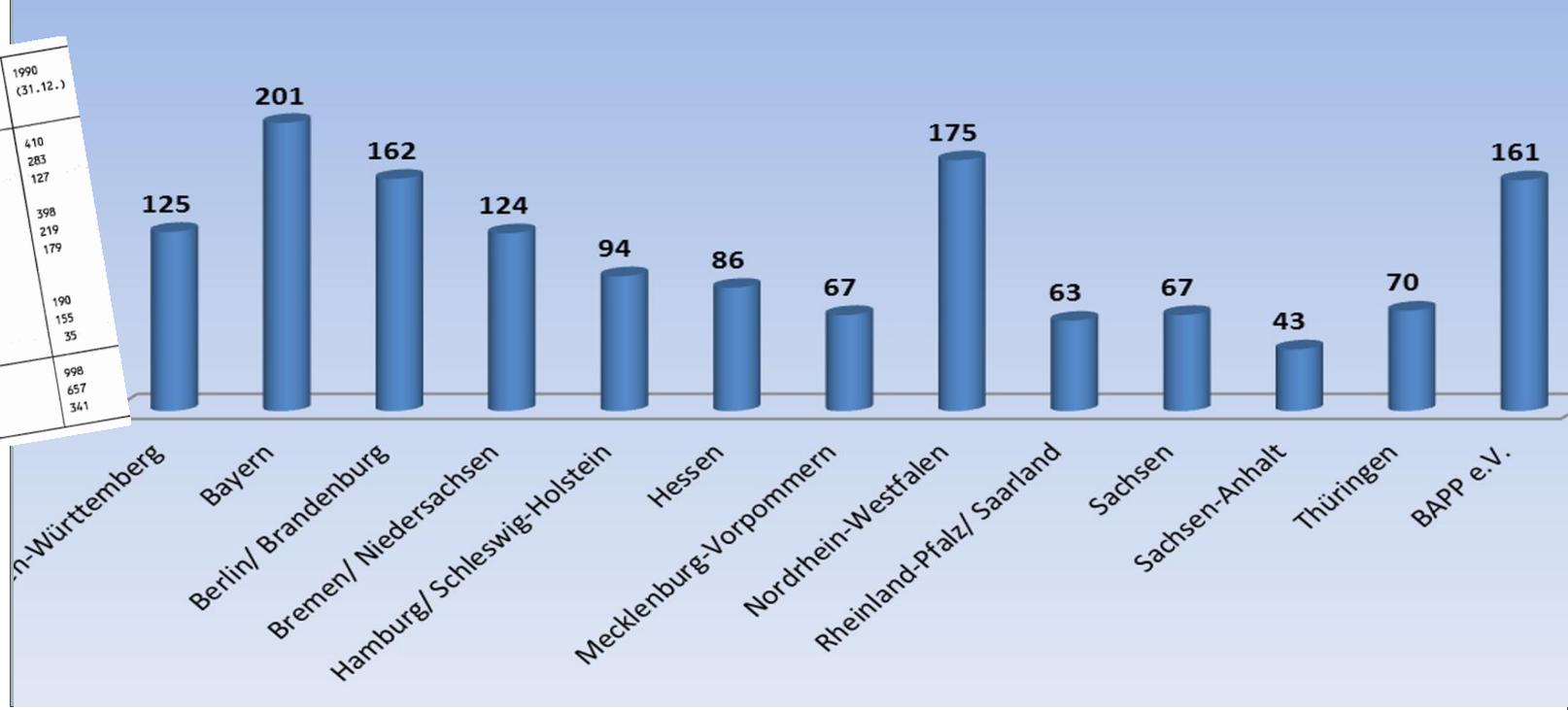
Freie Verbände

Freie Ärzteschaft



Und viele mehr.....

Berufstätige Pneumologen	1990 (31.12.)
Niedergelassen	410
davon: Gebiet	283
Teilgebiet	127
Im Krankenhaus	398
davon: Gebiet	219
Teilgebiet	179
Bei Behörden, Körperschaften und in sonstigen Bereichen	190
davon: Gebiet	155
Teilgebiet	35
Zusammen	998
davon: Gebiet	657
Teilgebiet	341

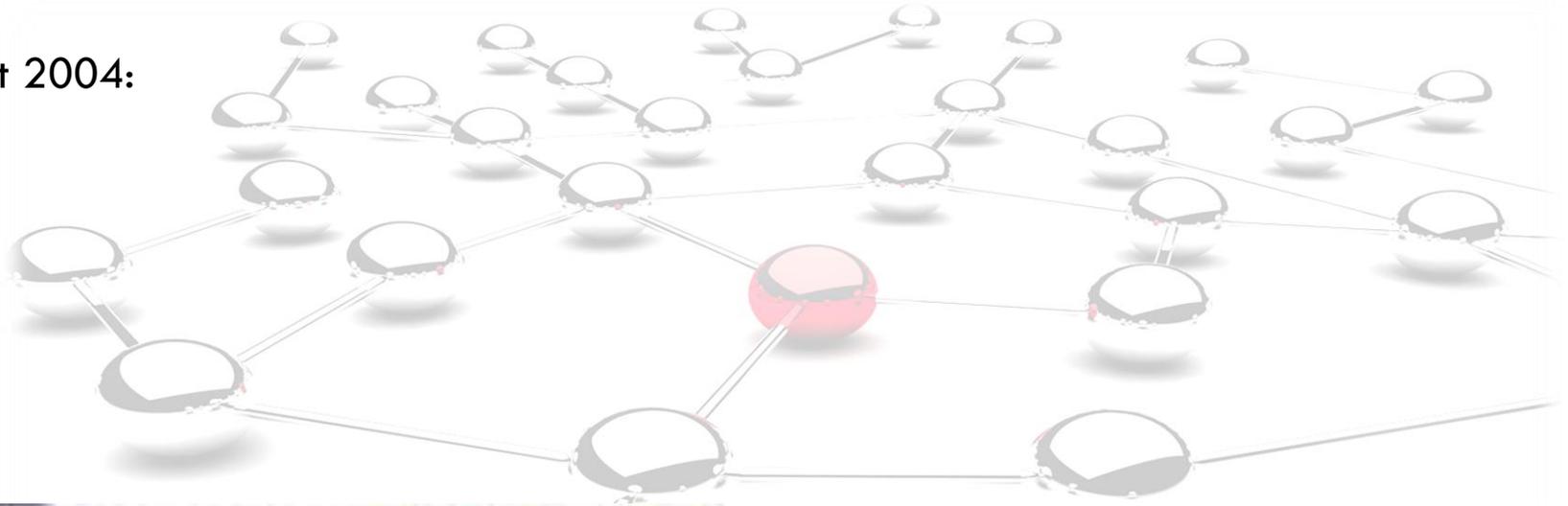


Der Verband der Verbände - 882 Niedergelassene



1 400 Mitglieder – 690 Praxen – 180 Kinderpneumologen – 250 Kliniker

Seit 2004:



Wissenschaftliches Institut des Bundesverbandes der Pneumologen für Versorgungsforschung in der Pneumologie

Was soll WINPNEU?



Was möchte WINPNEU?

- ❑ Versorgungsrealität erfassen
- ❑ Benchmark ermöglichen
- ❑ Therapeutische Entscheidungen vereinfachen
- ❑ Argumente für die Politik liefern
- ❑ Öffentlichkeitsarbeit befördern
- ❑ Finanzierung des BDP unterstützen

Was will WINPNEU nicht?

- ❑ Ein neues Register sein, aber Register unterstützen
- ❑ Zusätzlich Arbeit machen, sondern Arbeit erleichtern
- ❑ Eine neue cash cow sein, aber auch nicht gratis sein
- ❑ Ein neues Kontrollorgan sein, sondern Transparenz bringen

Wissenschaftlicher Beirat



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen, Weststadt-Carree
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Thea-Leymann-Straße 9
D-45127 Essen
Juergen.Wasem@uni-due.de



Prof. Dr. med. Antonius Schneider

Prof. Dr. med. Antonius Schneider
Direktor / Head of Institute
Institut für Allgemeinmedizin /
Practice
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Orleansstraße 47
81667 München
Vorsitzender der Deutschen For-
Pneumologie in der Primärversor-
antoniusschneider@tum.de



Prof. Dr. med. Dennis Nowak

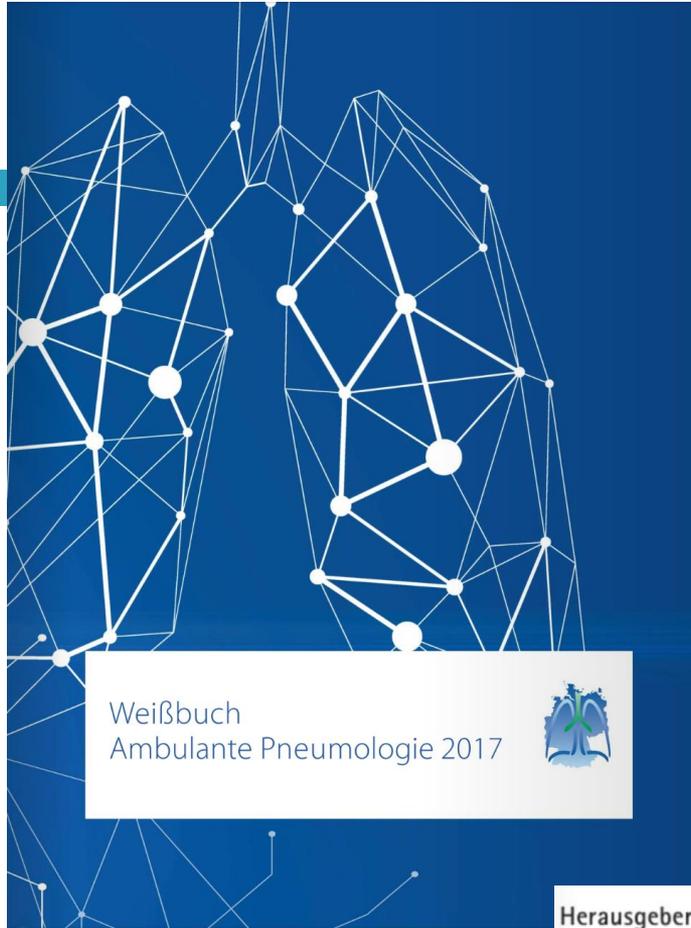
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin
Prof. Dr. Dennis Nowak
Ziemssenstr. 1
80336 München
dennis.nowak@med.uni-muenchen.de

WINPNEU – das wiss. Netzwerk für Versorgungsforschung des BDP

AG des Bundesverbandes der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner

Unter maßgeblicher Mitwirkung von Dr. Michael Erhart, ZI

Weißbuch 2017

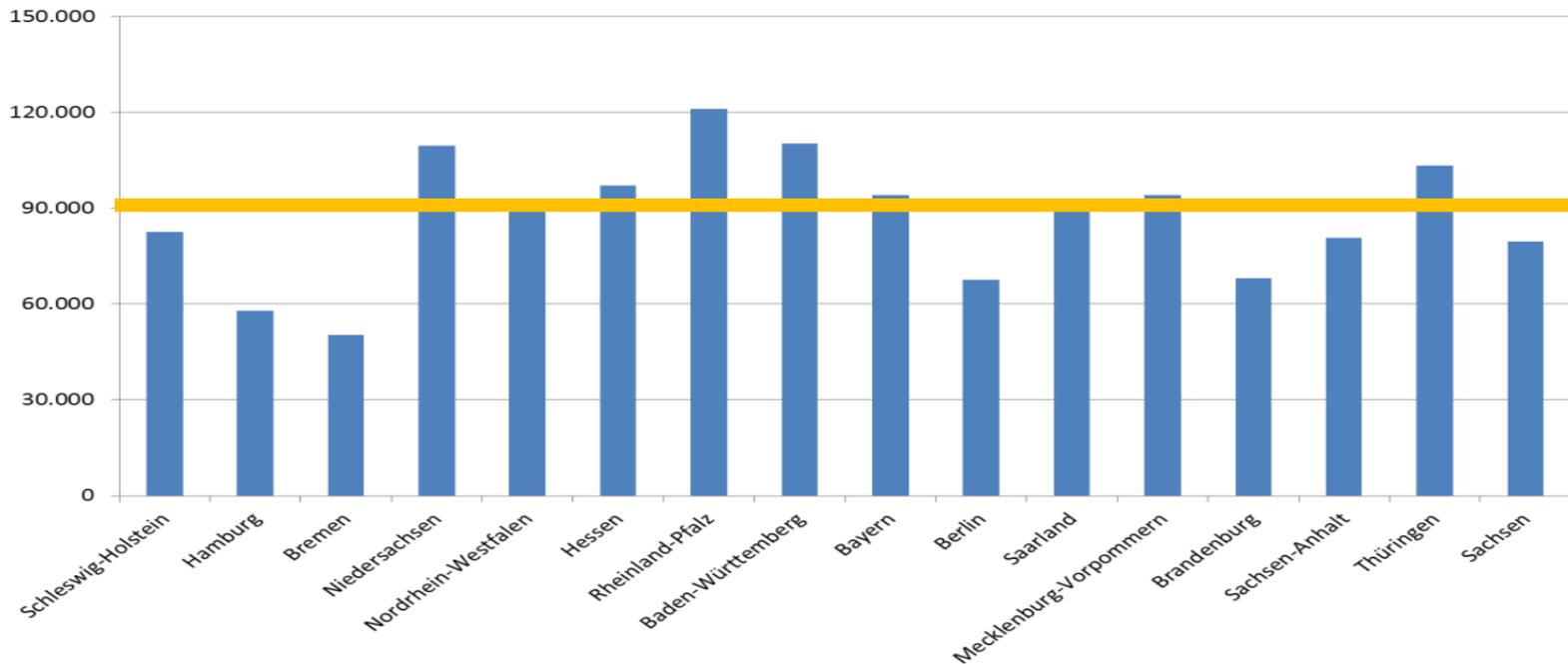


[www.pneumologenverband.de
/wb2017/index.php](http://www.pneumologenverband.de/wb2017/index.php)

Herausgeber: Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner
c/o med info GmbH | Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim | Tel.: 07321 946910 | Fax: 07321 9469130

Die Dichte der ambulanten pneumologischen Praxen folgt nicht unbedingt der Morbidität. Aufgrund der strikten Regelungen zur Zulassung und der Nichtberücksichtigung des Schwerpunktes Pneumologie in der Bedarfsplanung ist eine Änderung auch in Zukunft nicht zu erwarten.

Einwohner je zugelassenem Pneumologen

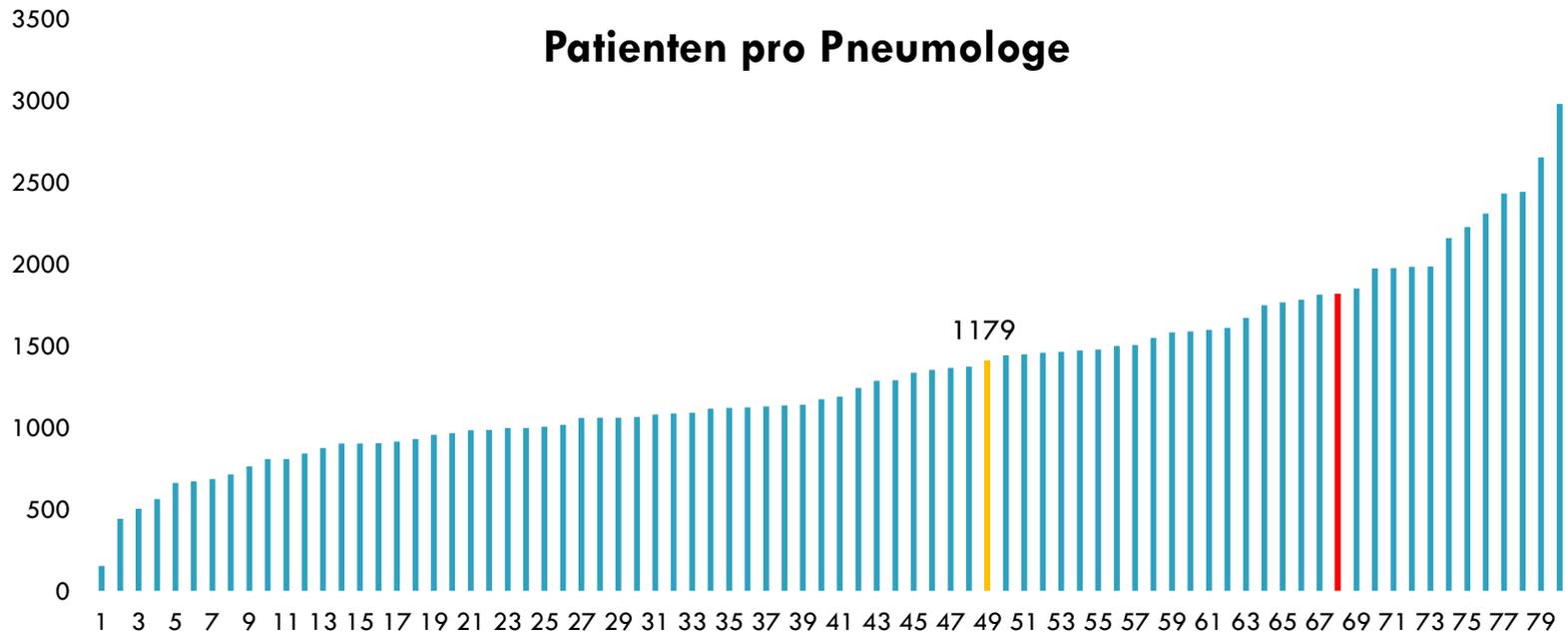


Pneumologendichte

Berechnungen des ZI auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten der KBV und den Einwohnerzahlen des StBA, 2013

(3) Bezogen auf die Wohnbevölkerung zeigt sich, daß 1990⁹ ein niedergelassener Pneumologe auf 154.000 Bewohner kam. 1981 betrug dieses Verhältnis noch 1 : 139.000 und 1970 1 : 105.000.

Patienten pro Pneumologe



Nicht jeder mag gleich viel arbeiten!

Schnitt 1179 Fälle/Quartal

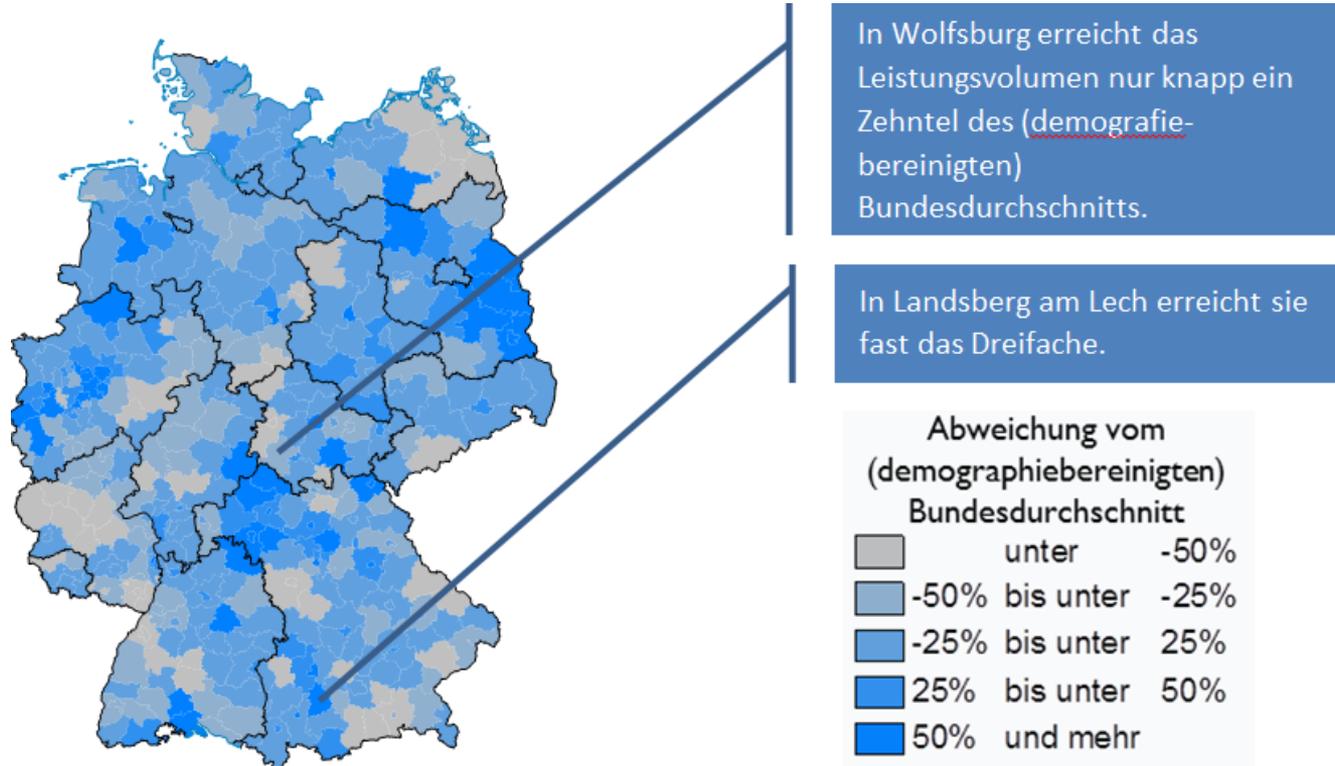
Fallzahl bei Pneumologen Bundesländer 2015

	Einwohner je Pneu	Fallzahl je Pneu
Schleswig-Holstein	82.544	1.061
Hamburg	57.810	982
Bremen	50.369	1.112
Niedersachsen	109.563	1.310
Nordrhein-Westfalen	90.955	1.238
Hessen	97.040	1.145
Rheinland-Pfalz	120.918	1.030
Baden-Württemberg	110.095	1.122
Bayern	94.132	1.074
Berlin	67.504	1.297
Saarland	90.391	1.176
Mecklenburg-Vorpom	94.135	1.244
Brandenburg	68.042	1.300
Sachsen-Anhalt	80.693	1.361
Thüringen	103.357	1564
Sachsen	79.416	1.359
Bund	91.608	1.218

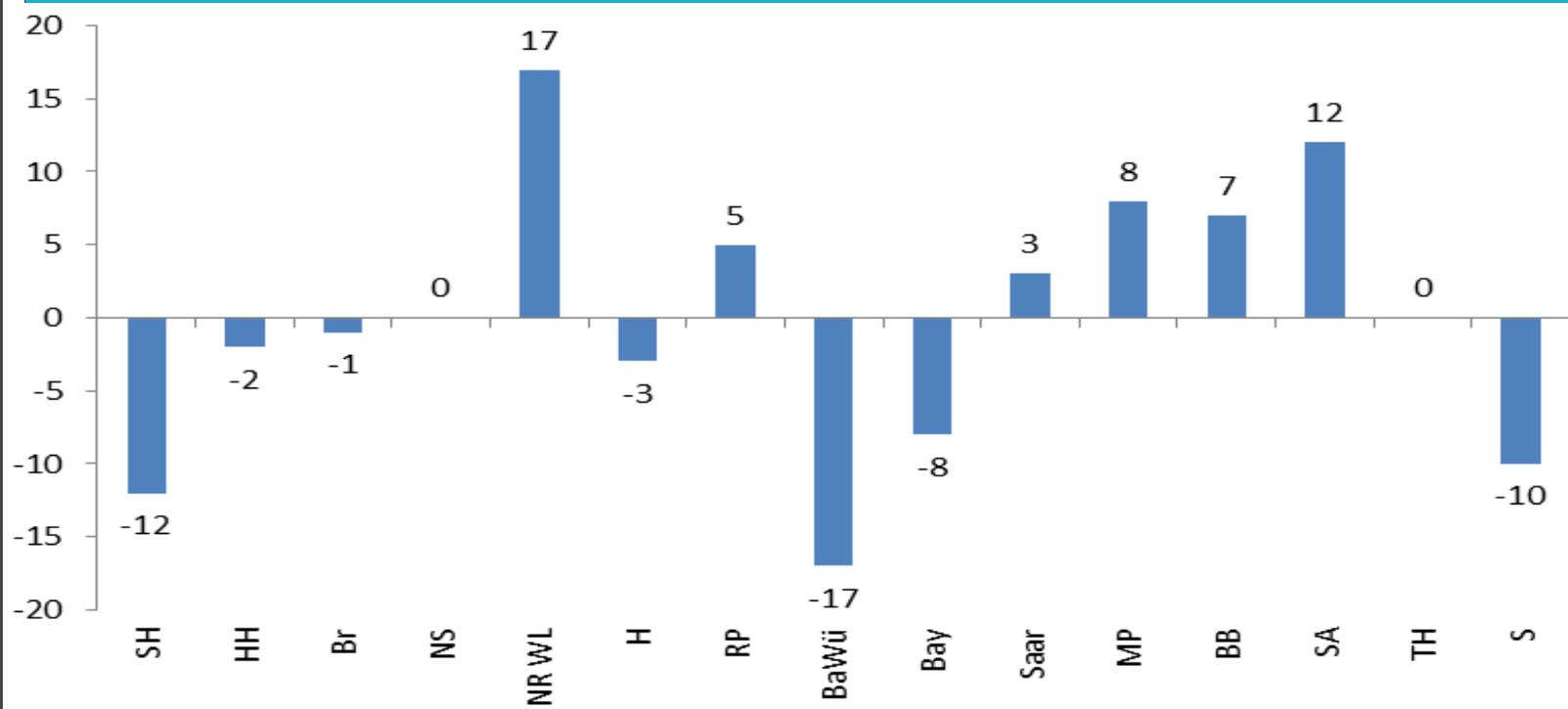
Die Versorgungsleistung der einzelnen Praxen und Strukturen folgt nicht einem einheitlichen Muster. Offenbar spielt die Angebotsstruktur eine untergeordnete Rolle. Die Einbindung in das Umfeld, die Versorgungserwartung der Bevölkerung, die Zugänglichkeit (Termine) und historische Entwicklungen haben wahrscheinlich größeren Einfluss

-  Unterdurchschnittliche Fallzahl
-  Überdurchschnittliche Einwohnerzahl

Die Versorgung ist inhomogen!



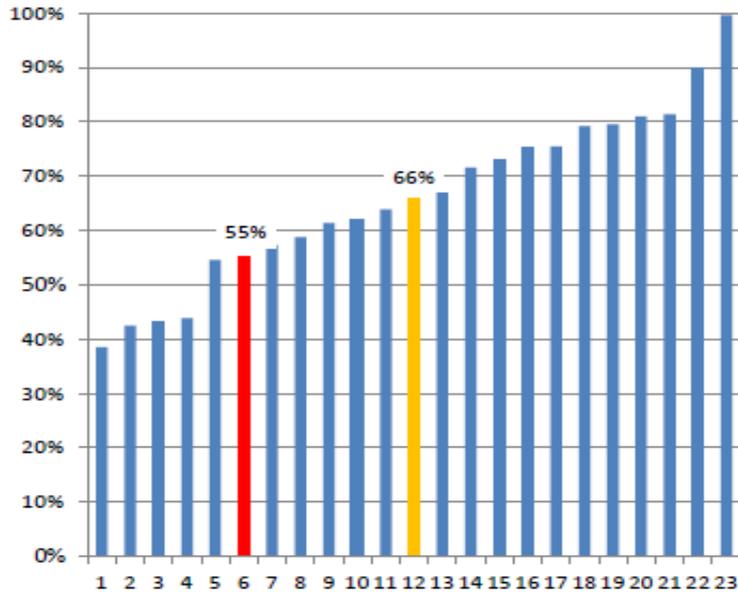
Leistungsvolumen (absolute Anzahl an pneumologischen Behandlungsfällen (ohne Ermächtigte und ohne Kinder) bezogen auf den Standort der Leistungserbringung in den KV Bezirken



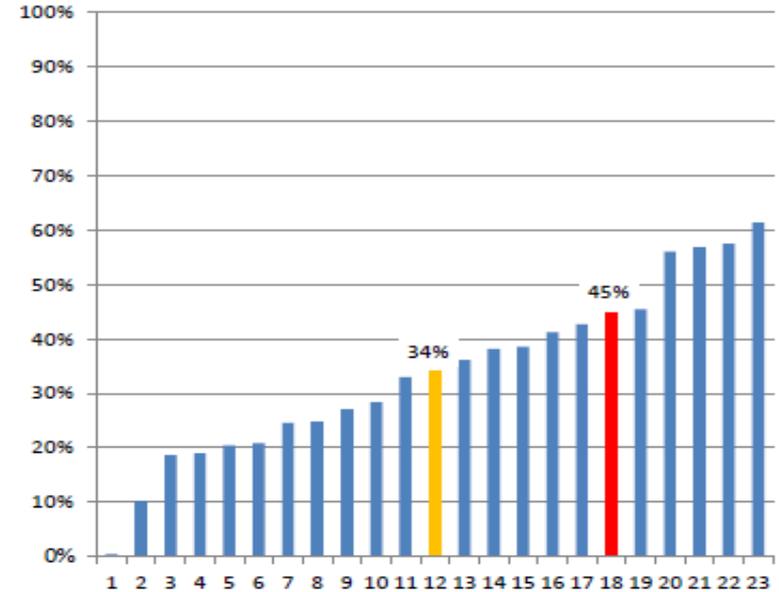
Unterschiede stationärer Inanspruchnahme

Abweichung der DRG Belegungstage mit Hauptdiagnose J00 – J99 (Krankheiten des Atmungssystems) vom demographiebereinigten Bundesdurchschnitt (ZI)

Anteil % der Altpatienten



Anteil % der Neupatienten



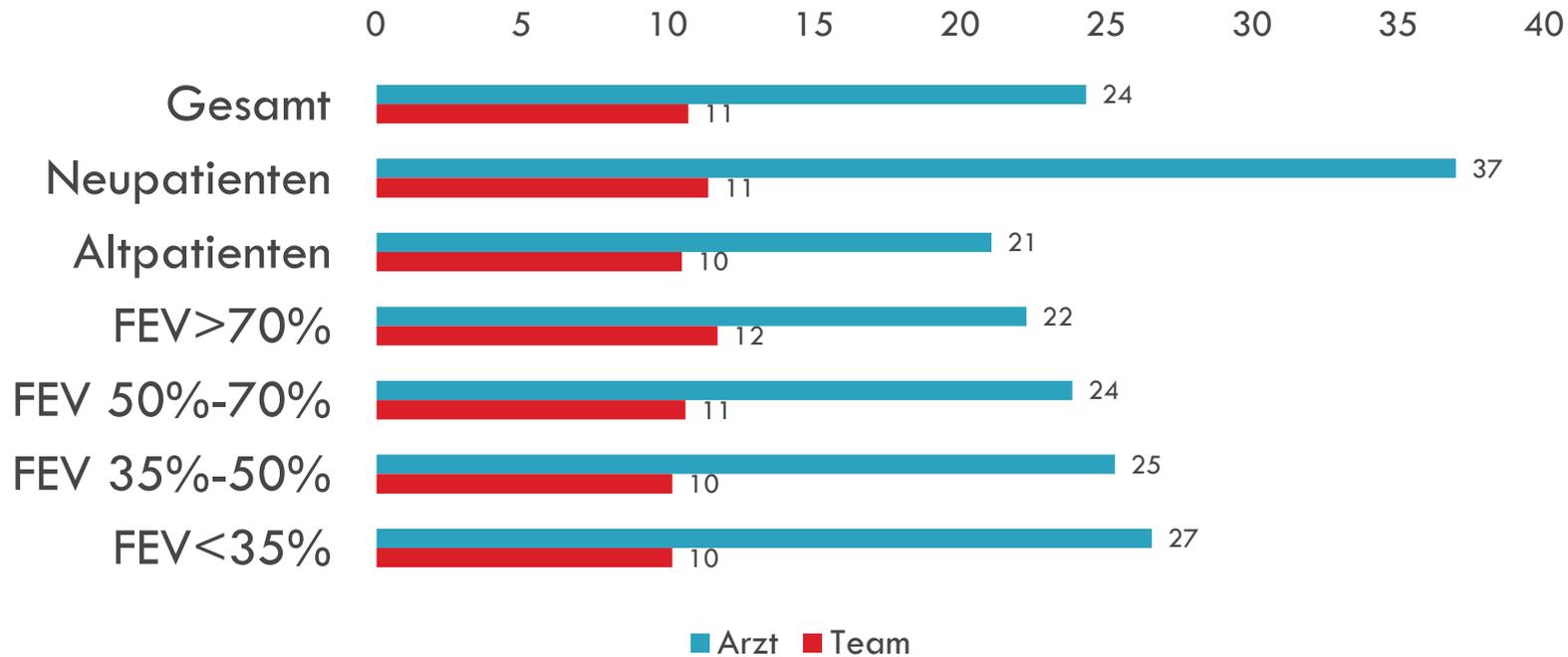
 = Mittelwert

 = Praxiswert



Die Patienten sind nicht gleich: ALT/NEU

Unterschiede sind massiv!



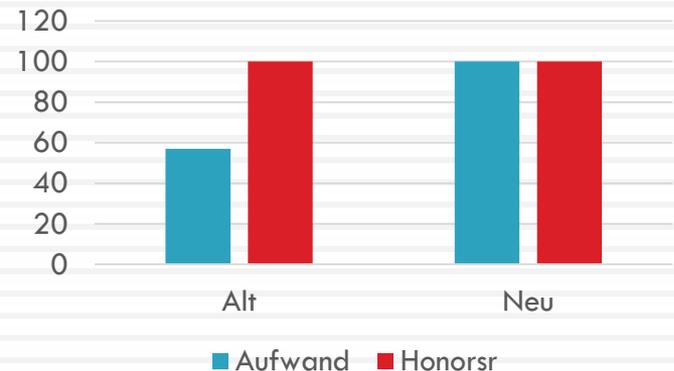
Zeitaufwand unterschiedlicher Patienten (min)

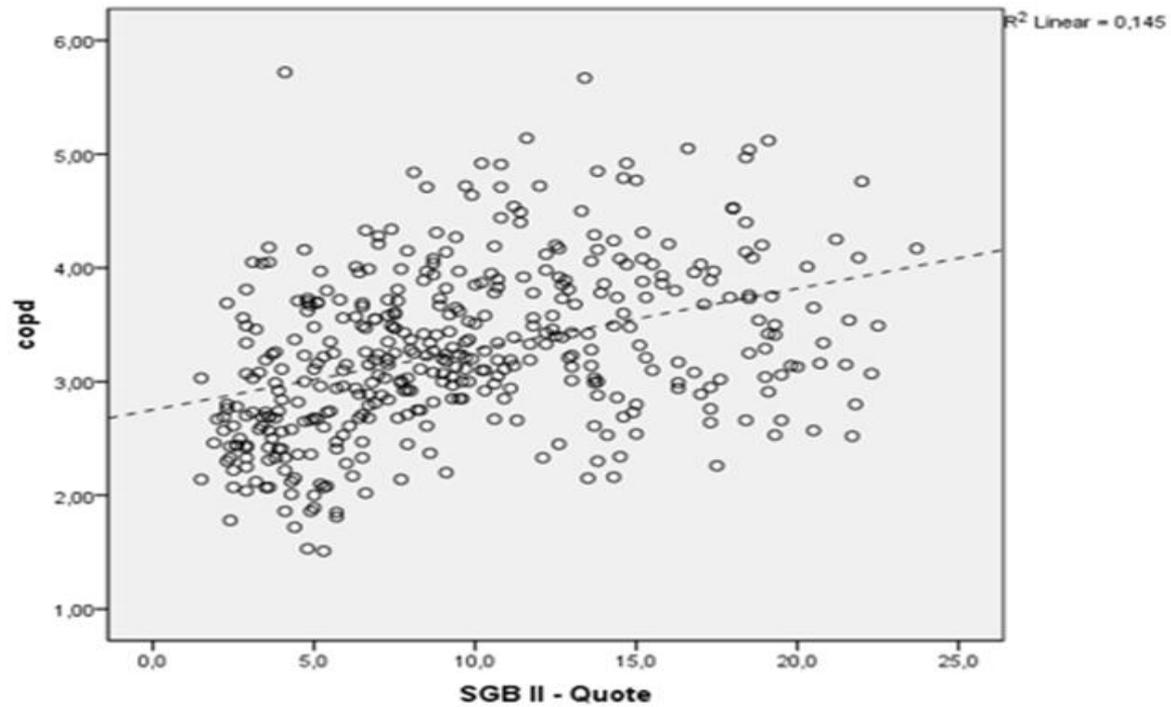
Zeitaufwand (Minuten) bei Neu-/Altpatienten und bei den vier Schweregraden der COPD von Arzt und Team. Aufwand bei der Betreuung von COPD-Patienten nach 1. Alt- / Neupatienten, 2. Schweregrad, Versorgungsforschung des BdP – WINPNEU, 2016, Im Druck

Patienten sind anders!

Es lassen sich mit dem Aufwand von ca. 50
„NEU“ Patienten 100 „Alt“-Patienten
versorgen

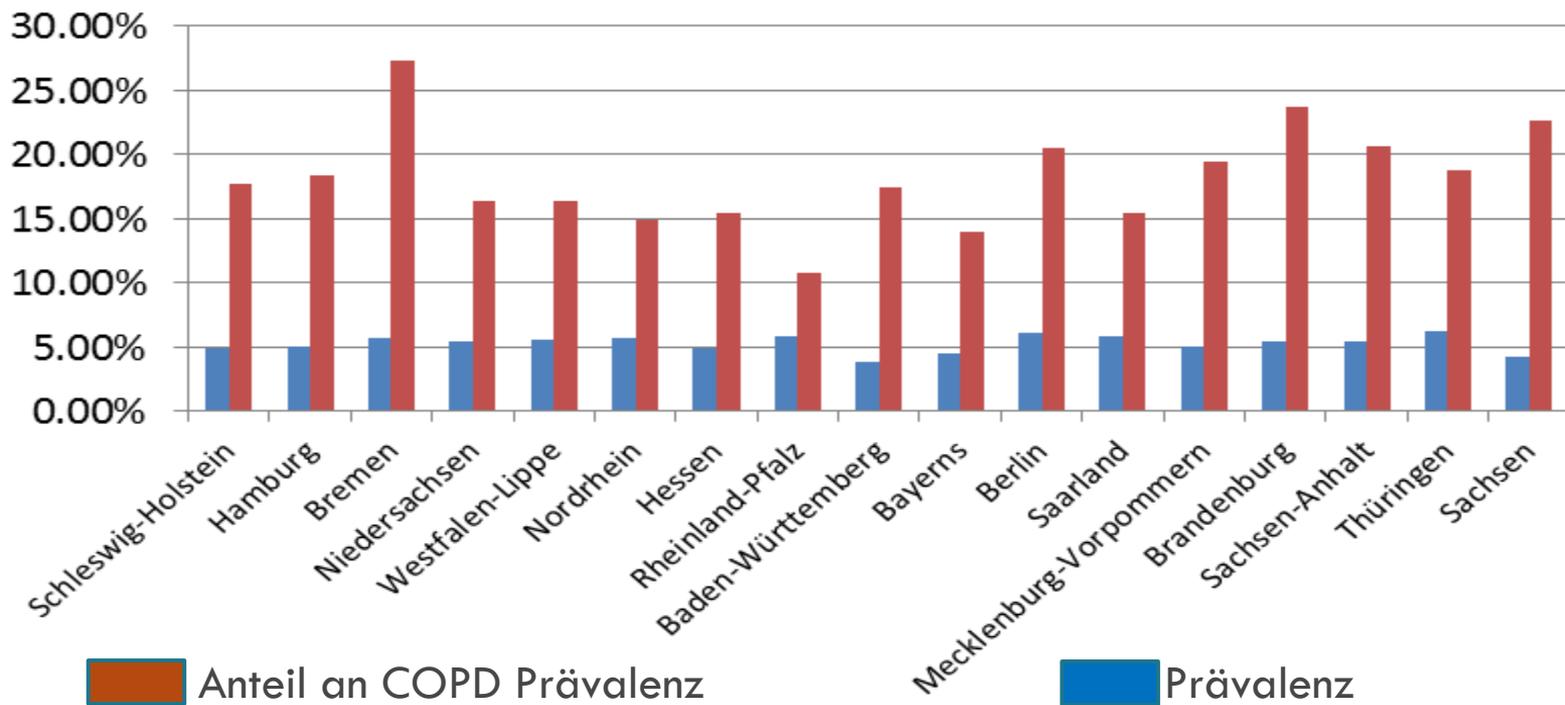
Was würden Sie tun?





COPD und SGB II Quote

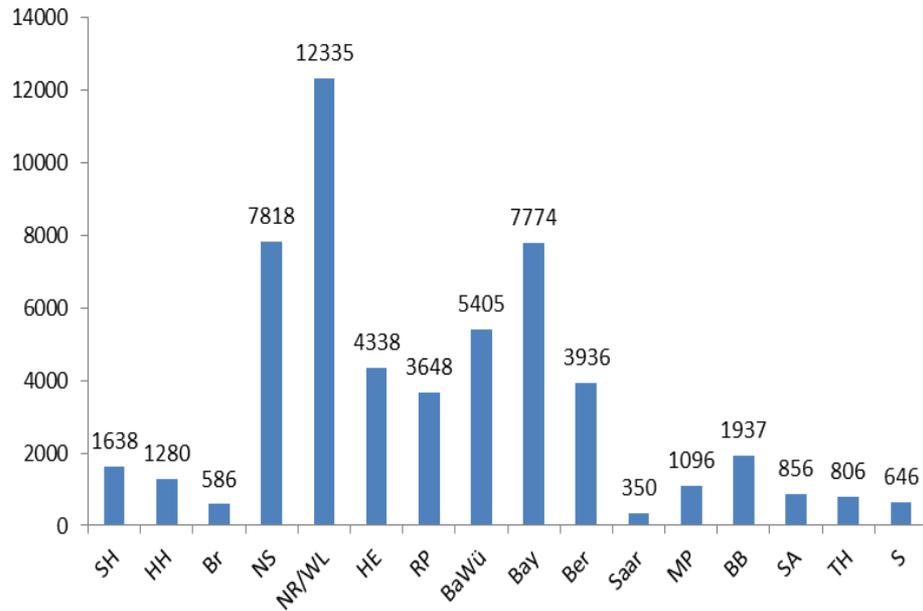
Es findet sich ein klarer Zusammenhang zwischen Sozialstatus (SGB II Quote) und COPD. Der Zusammenhang besteht im Wesentlichen aufgrund des gesteigerten Tabakkonsums in Bevölkerungsschichten mit niedrigem Sozialstatus



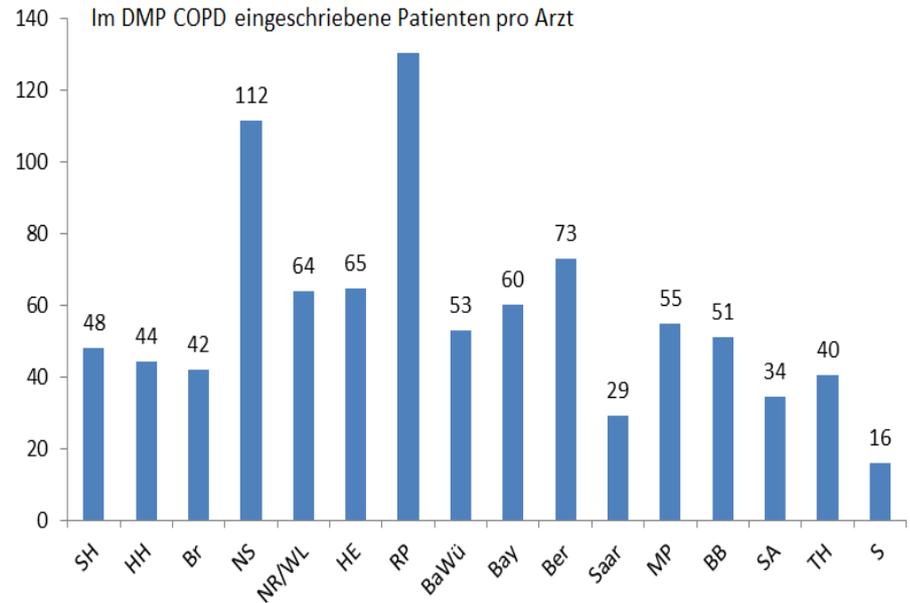
Wieviel COPD kommt in den Praxen an?

Keine Korrelation der Behandlungsdichte mit Pneumologen in Deutschland zur Prävalenz der COPD

Wo sind die DMP Patienten?

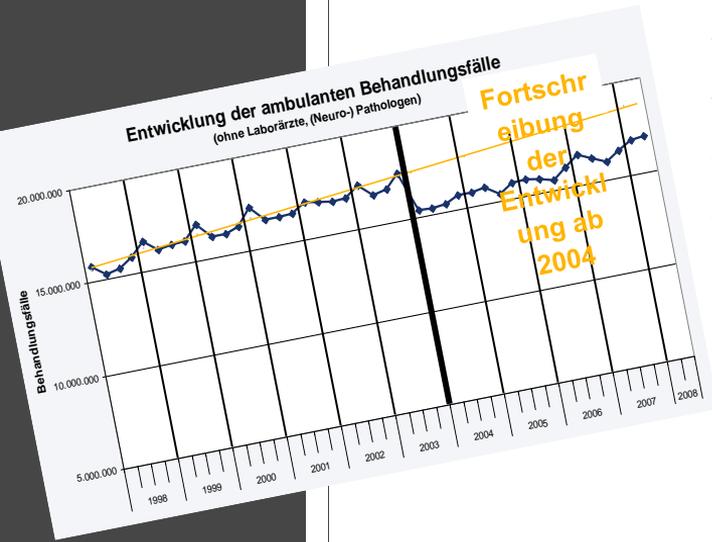
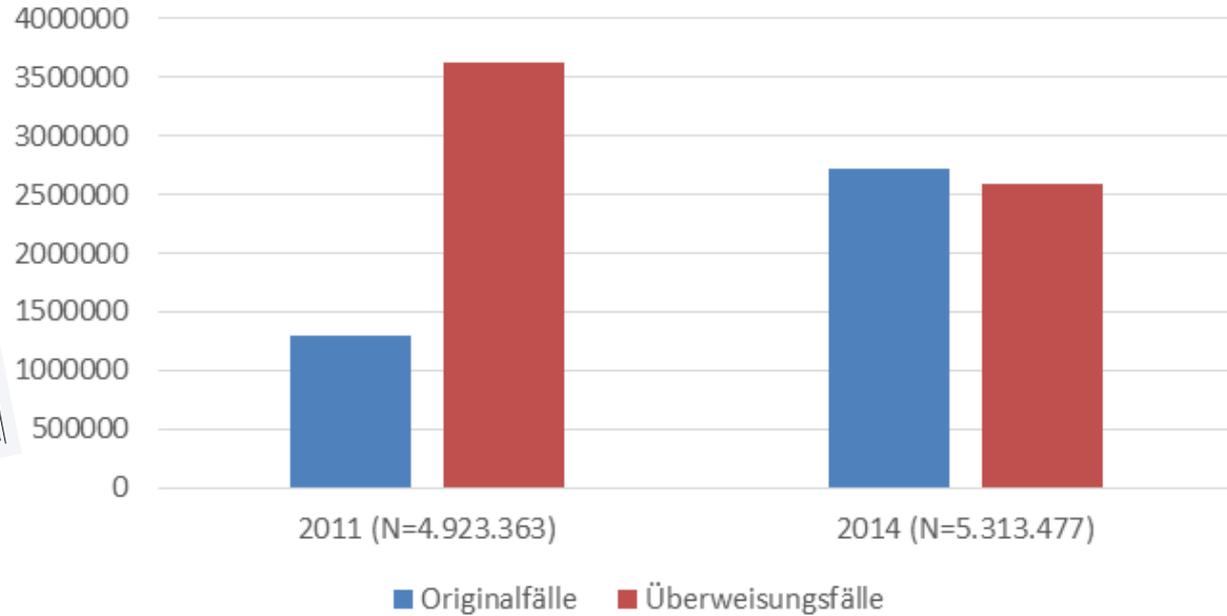


Einschreibungen DMP COPD 2013 Ergebnisbericht zum Disease-Management-Programm COPD, März 2014



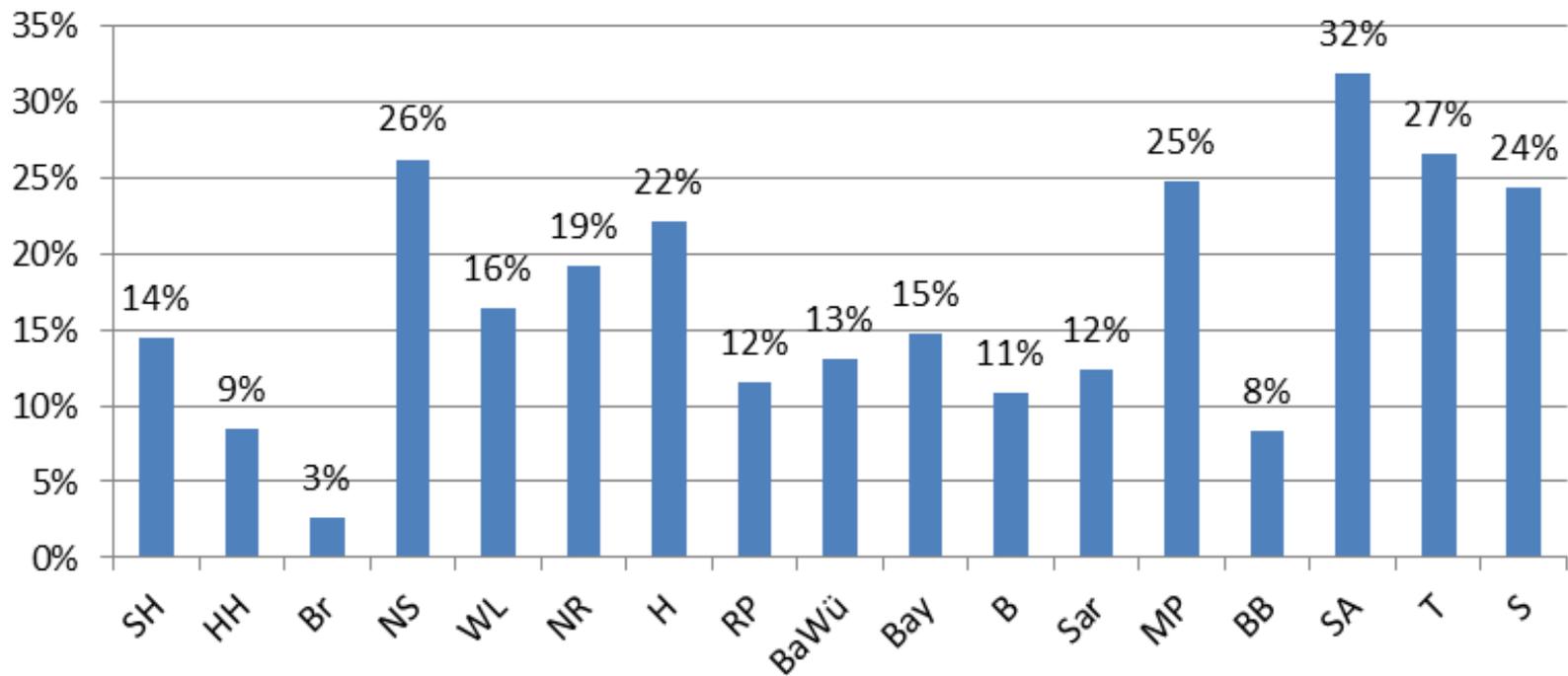
Eingeschriebene Patienten im DMP COPD/Pneumologe 2013 nach Bundesländern

Niedergelassene Pneumologen



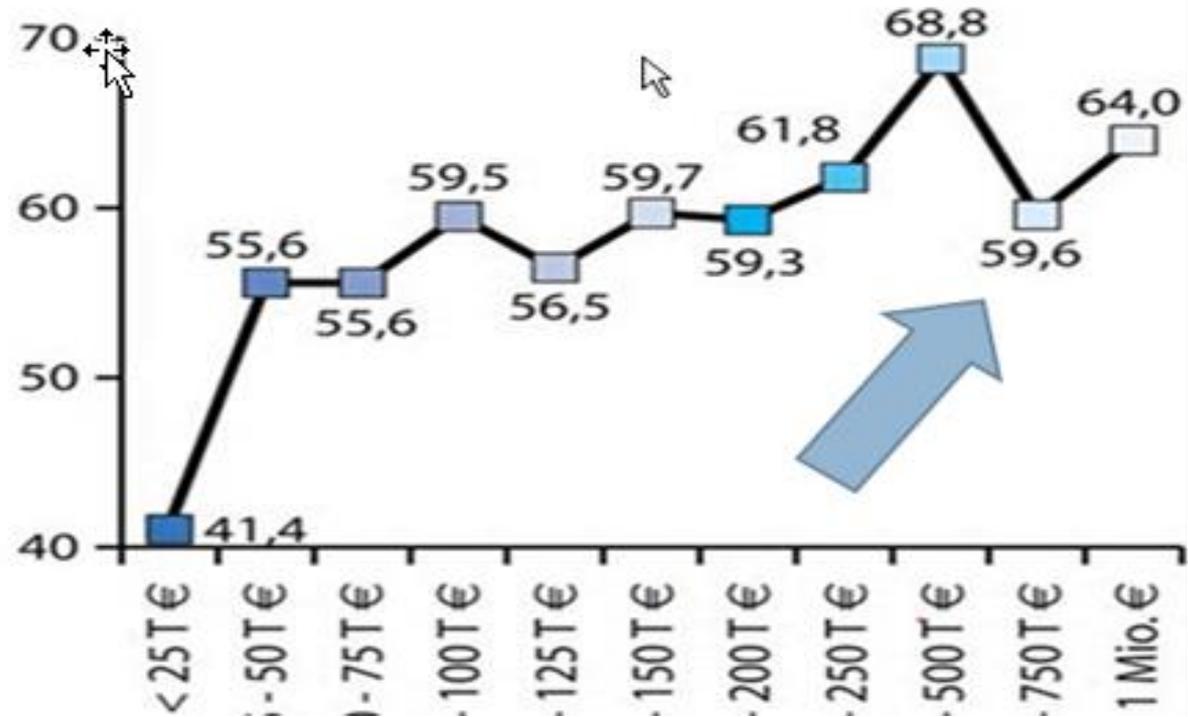
Abschaffung der Praxisgebühr hatte Folgen!

Kontraproduktiver Knieschuß!



17 % der Leistungen werden nicht honoriert! (2014)

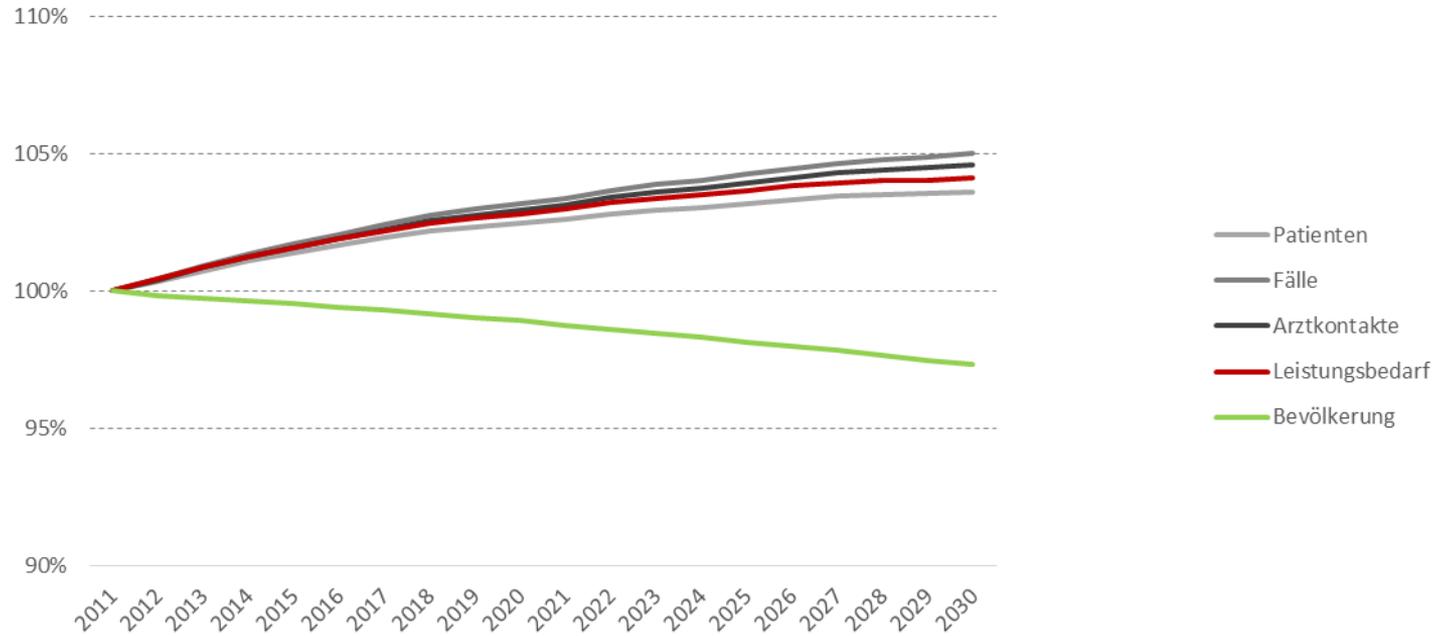
prozentualer Anteil an nichtvergütenden Leistungen in der Pneumologie nach KV Bezirken 2014



Was passiert bei 250 - 500000 € Umsatz?

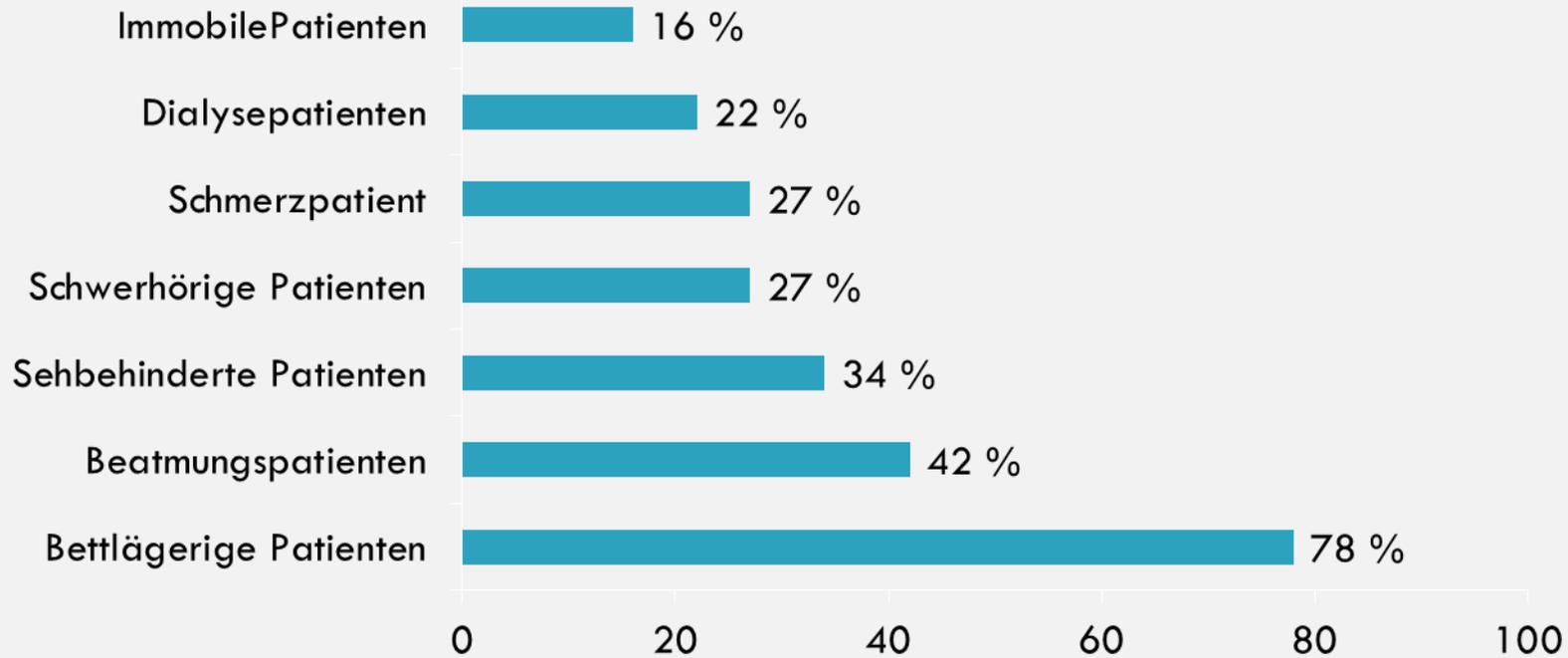
Welche Rolle spielen Kooperationen?

Projektion des Pneumol. Versorgungsbedarfs



Projektion des pneumologischen Versorgungsbedarfs

Status Quo-Hochrechnung auf Basis der Bevölkerungsprognosen des Raumordnungsprognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Vorhergesagte relative Entwicklung, Berechnungen des Zentralinstituts für ärztliche Versorgung (ZI)



Wo

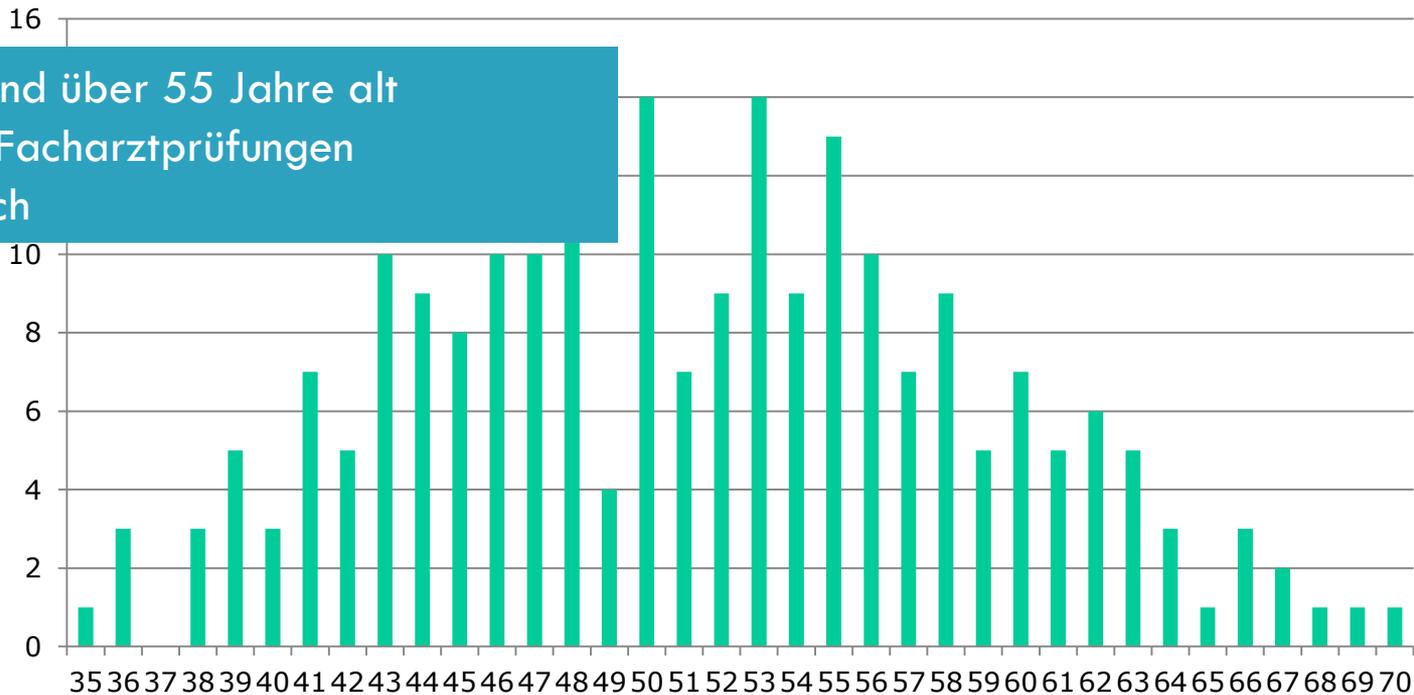
Prognostizierter Zuwachs der Patienten ausgewählter Krankheiten in Deutschland nach Art der Einschränkung bis 2050 in Prozent

Jahr	Pneumologen	Patienten mit Pneumologen kontakt	Durchschnittliche Patientenzahl je Pneumologe	Durchschnittliche Fallzahl je Pneumologe	Durchschnittliche Fallzahl je Patient in Pneumologischer Praxis
2010	916	2664790	2909.160	5068.160	1.742
2011	916	2732113	2982.656	5210.287	1.747
2012	903	2751077	3046.597	5328.703	1.749
2013	913	2809231	3076.923	5389.210	1.751
2014	910	2846053	3127.531	5485.010	1.754

Pneumologen schwinden – Patienten kommen!

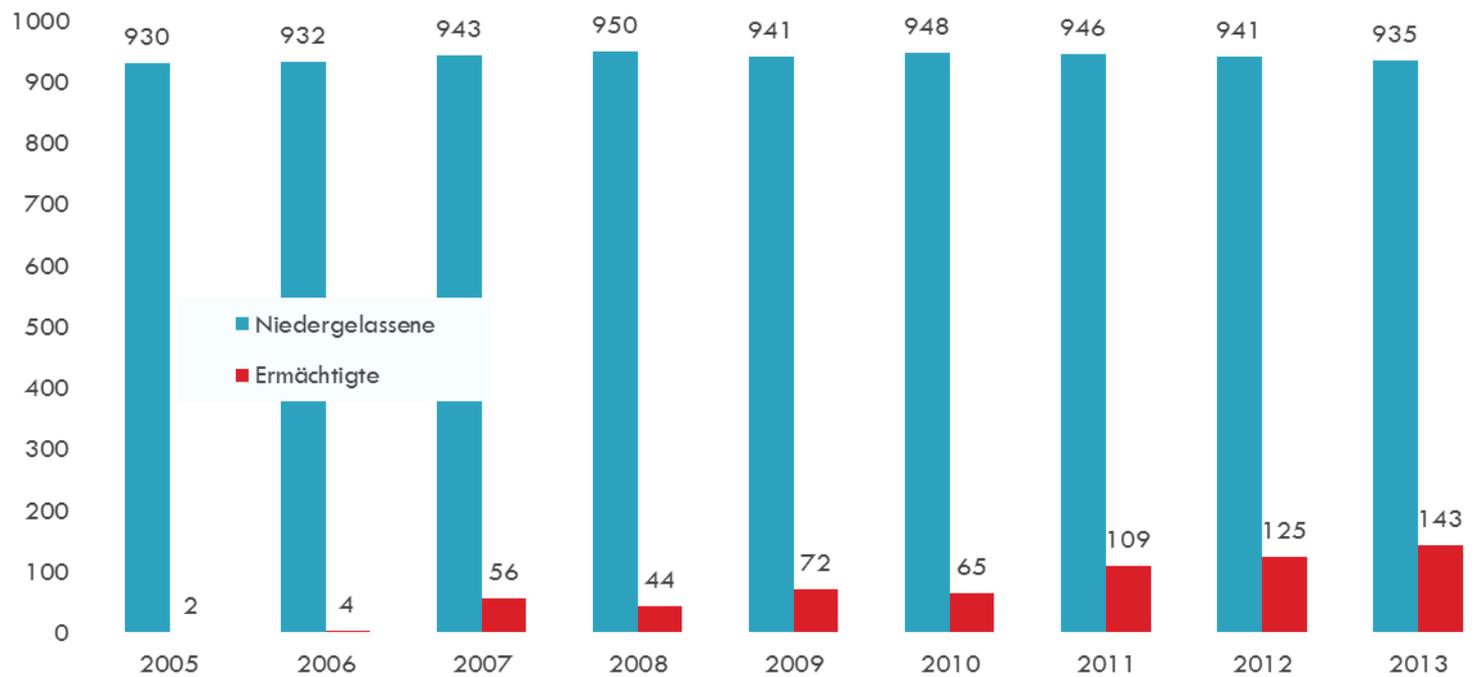
Fallzahl steigt ca. 1.5 %/Jahr

471 Pneumologen sind über 55 Jahre alt
Jedes Jahr ca. 100 Facharztprüfungen
Davon ca. $\frac{3}{4}$ weiblich



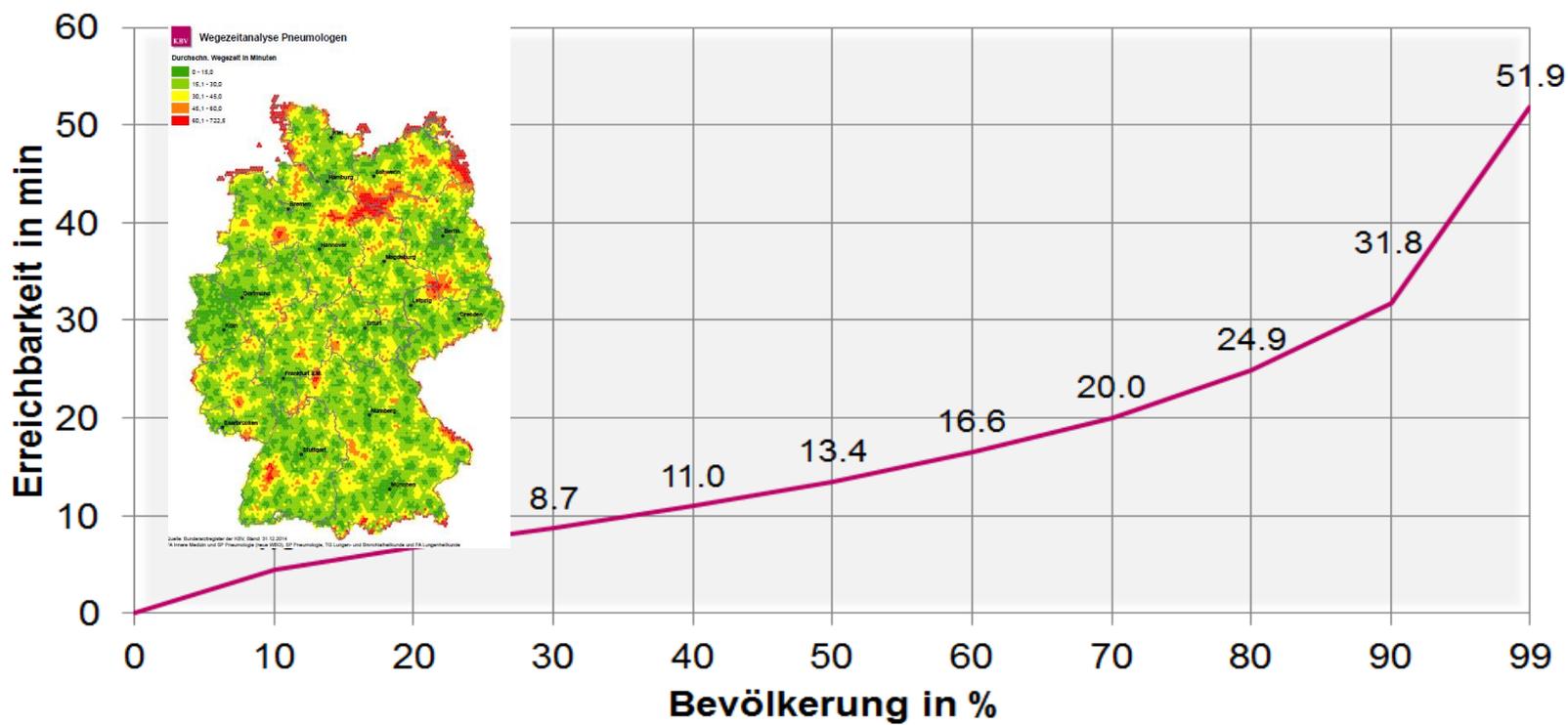
Altersstruktur der Pneumologen (n= 232)

57 Ärztinnen, 175 Ärzte, Schnitt 52,7 Jahre



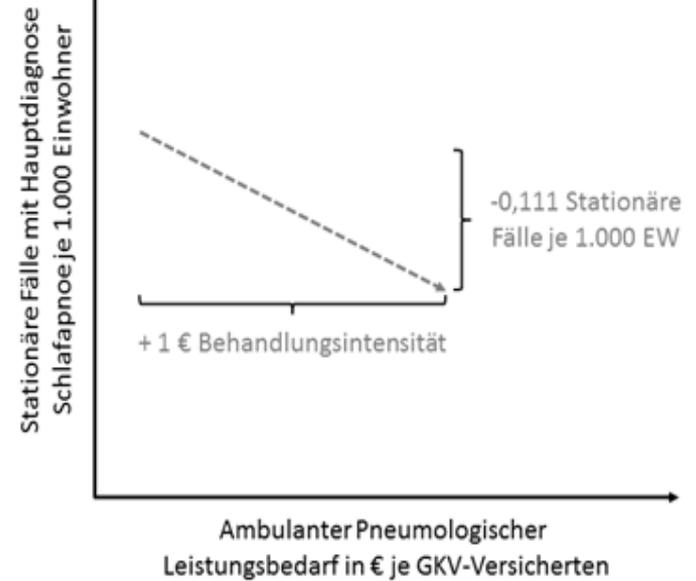
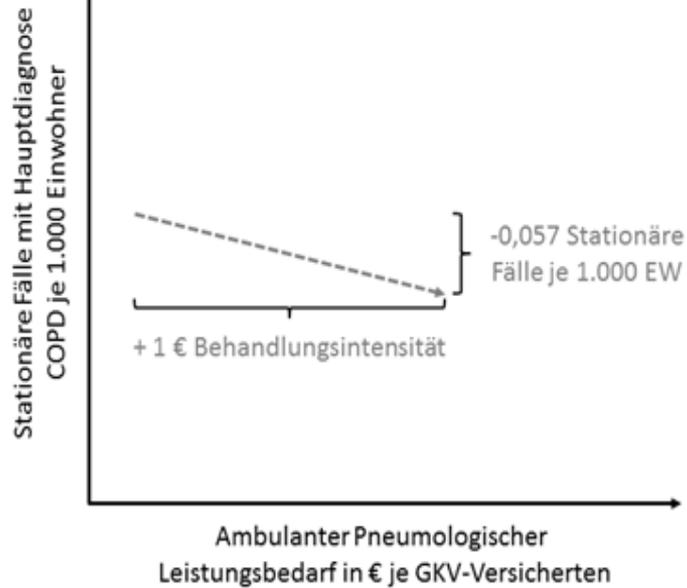
Ermächtigte vermehren sich!

Komplexe Leistungen werden ans Krankenhaus verlagert



Erreichbarkeit der Pneumologen in Deutschland (2014)

Fast 90 % der Bevölkerung erreichen den nächstgelegenen Pneumologen in 30 Minuten (reiner!) Fahrzeit.



Mehr Pneumologen – weniger Krankenhausbehandlung

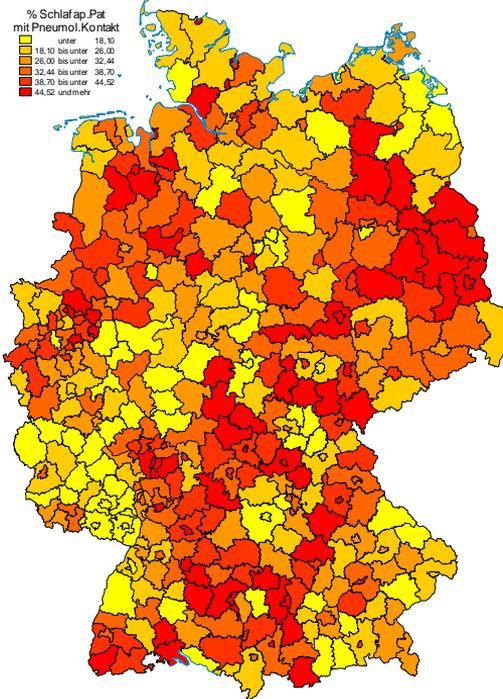
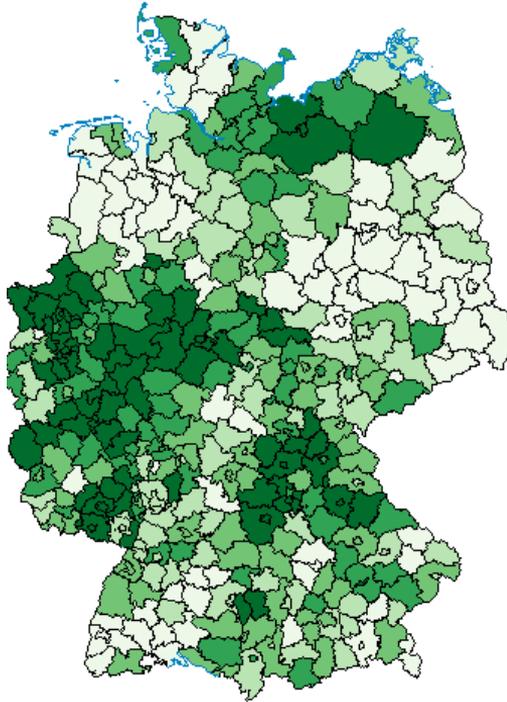
- Je höher die Prävalenz von COPD bzw. Schlafapnoe in der Bevölkerung ist, desto mehr stationäre Fälle je 1.000 Einwohner sind zu verzeichnen.
- Eine intensive ambulante pneumologische Versorgung ist dabei mit (relativ) weniger stationären Fällen je 1.000 Einwohner assoziiert.

PSG noch oft stationär!

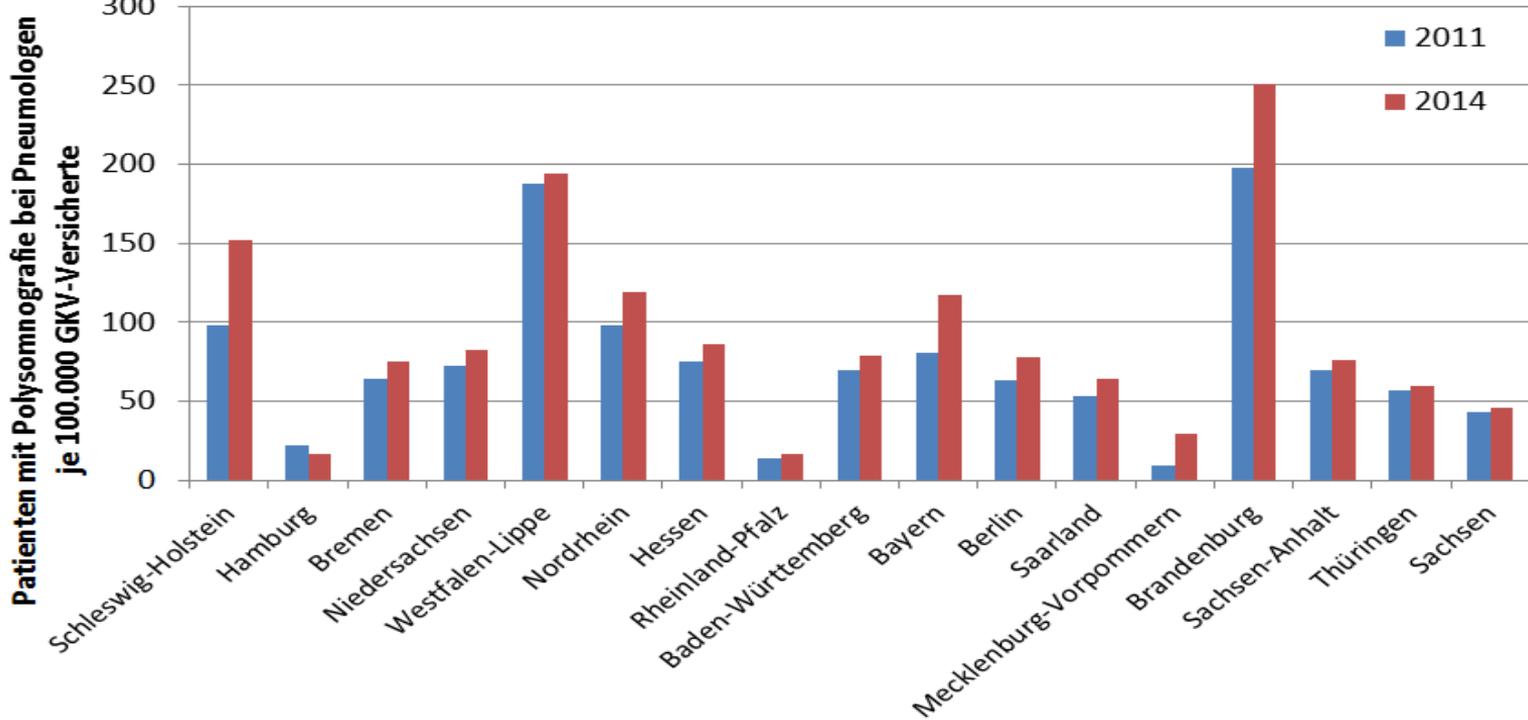
standardisierte Rate

☐	unter	0,34
☐	0,34 bis unter	0,68
☐	0,68 bis unter	1,00
☐	1,00 bis unter	1,59
☐	1,59 undmehr	

Krankenhausfälle 2011 mit Schlafapnoe-patienten mit Hauptdiagnose Schlafapnoe nach Kreisen



Schlafapnoe-patienten mit Pneumologenkontakt



Wieviel Schlafmedizin braucht das Land?

*Entwicklung Schlafmedizinischer Inanspruchnahme (Polysomnografie) (2011 - 2014)“
Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2014, 2011)*

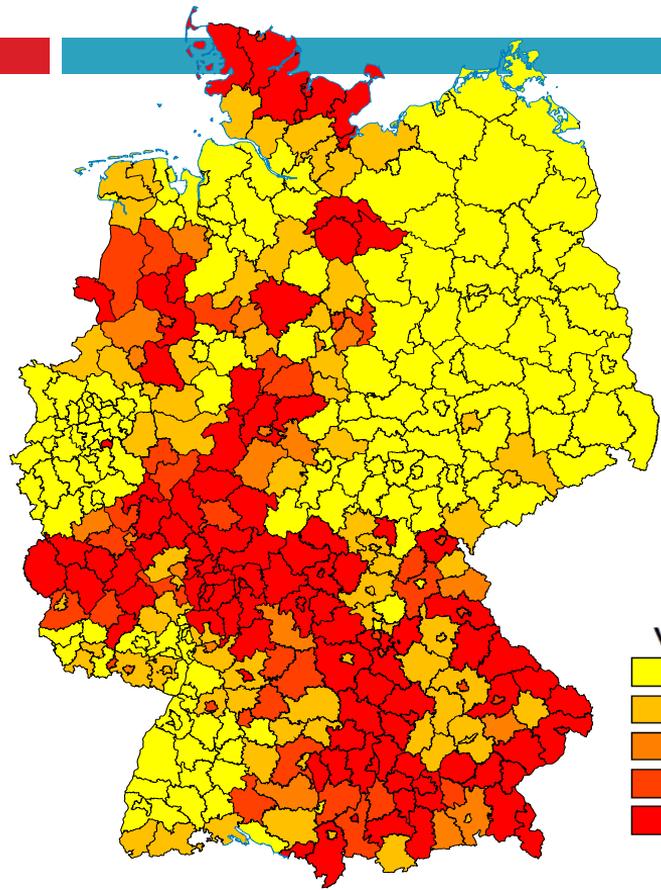
Regionale Unterschiede in der Angebotsstruktur belegärztlicher Versorgung

KV-Region	Anzahl Ärzte	Anzahl Belegärzte	Belegärzte je 1.000 Vertragsärzte
BY	23.155	1.856	80,2
SH	4.965	348	70,1
HE	10.395	609	58,6
N	13.337	477	35,8
RLP	6.886	229	33,3
BW	18.768	538	28,7
SL	1.894	52	27,5
BE	7.557	207	27,4
WL	13.120	336	25,6
NO	17.476	270	15,4
HH	4.071	62	15,2
ST	3.787	56	14,8
SN	7.226	102	14,1
T	3.743	30	8,0
MV	2.902	21	7,2
BB	3.939	8	2,0
HB	1.548	2	1,3
Bund	144.769	5.203	35,9

Eine Förderung des Belegarztwesens hat das Potenzial, die Versorgungsstrukturen erheblich zu verändern.

Hätten wir deutschlandweit die „Belegarztquote“, wie sie schon in Bayern erreicht wird, gäbe es 5.800 zusätzliche Belegärzte (und entsprechend Belegabteilungen).

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme belegärztlicher Versorgung



Versorgungsrelation

unter	0,60
0,60 bis unter	1,00
1,00 bis unter	1,10
1,10 bis unter	1,50
1,50 und mehr	

Versorgungsrelation Kapitel 36 EBM

(1,0 = Bundesdurchschnitt unter Berücksichtigung von Demografie)

Im Jahr 2015 existierte bundesweit ein Honorarvolumen des Belegarztekapitels des EBM in Höhe von 99 Mio. €

Wenn das Belegarztwesen überall so wäre, wie es in den 20 Kreisen mit der höchsten Inanspruchnahme war, hätten wir 430 Mio.

Wäre es so, wie in dem Landkreis mit der bundesweit höchsten Inanspruchnahme, hätten wir 670 Mio. €.

- **Pneumologische Strukturen sind sozial-ahistorisch und nicht morbiditätsadaptiert**
- **Nachfrage wächst Demographie bedingt, trotz Bevölkerungsrückgang**
- **Flächendeckung ist gegeben**

Fazit

- **Aber alle machen was anderes**
- **Morbidität steuert nicht die Inanspruchnahme**
- **Aber das pneumologische Angebot auch nicht**
- **Patienten erfordern unterschiedlichen Aufwand**
- **Stationäre Versorgung ist entkoppelt von pneumologischer Versorgungsdichte**
- **Mehr ambulante Pneumologie vermeidet Krankenhausbehandlung (COPD, SAS)**
- **Für die zunehmende Ambulantisierung fehlt das Personal**
- **Patientensteuerung funktioniert, aber keiner macht´s!**