

„Zukünftiger Bedarf an Ärztinnen und Ärzten“

... aus der Sicht einer KV

Dr. med. Ulrich Thamer

1. Vorsitzender der KVWL

Berlin, 27. August 2009



Im Dienst der Medizin.

1. Vorbemerkungen

2. Demografische Veränderung in NRW/WL

3. Morbiditätsentwicklung

4. Bedarf an Ärzten

5. Fazit

- ➔ Grundsätzliche Problematik der Objektivierbarkeit medizinischen Versorgungsbedarfs bzw. des Bedarfs an Ärzten
- ➔ Partikularinteressen-Verdacht gegenüber quantifizierten Bedarfsprognosen (und deren Ressourcenimplikationen)
- ➔ Derzeitige „Bedarfsplanung“ als von Versorgungsbedarfen abstrahierendes Kapazitätsverteilungsinstrument
- ➔ Künftiger Zugangsbedarf als Summe aus - im Wesentlichen demografisch induziertem - Mehrbedarf und abgangsbedingtem Ersatzbedarf

1. Vorbemerkungen

2. Demografische Veränderung in NRW/WL

3. Morbiditätsentwicklung

4. Bedarf an Ärzten

5. Fazit

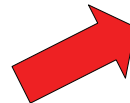
Steigende Lebenserwartung



Geringe Fertilität



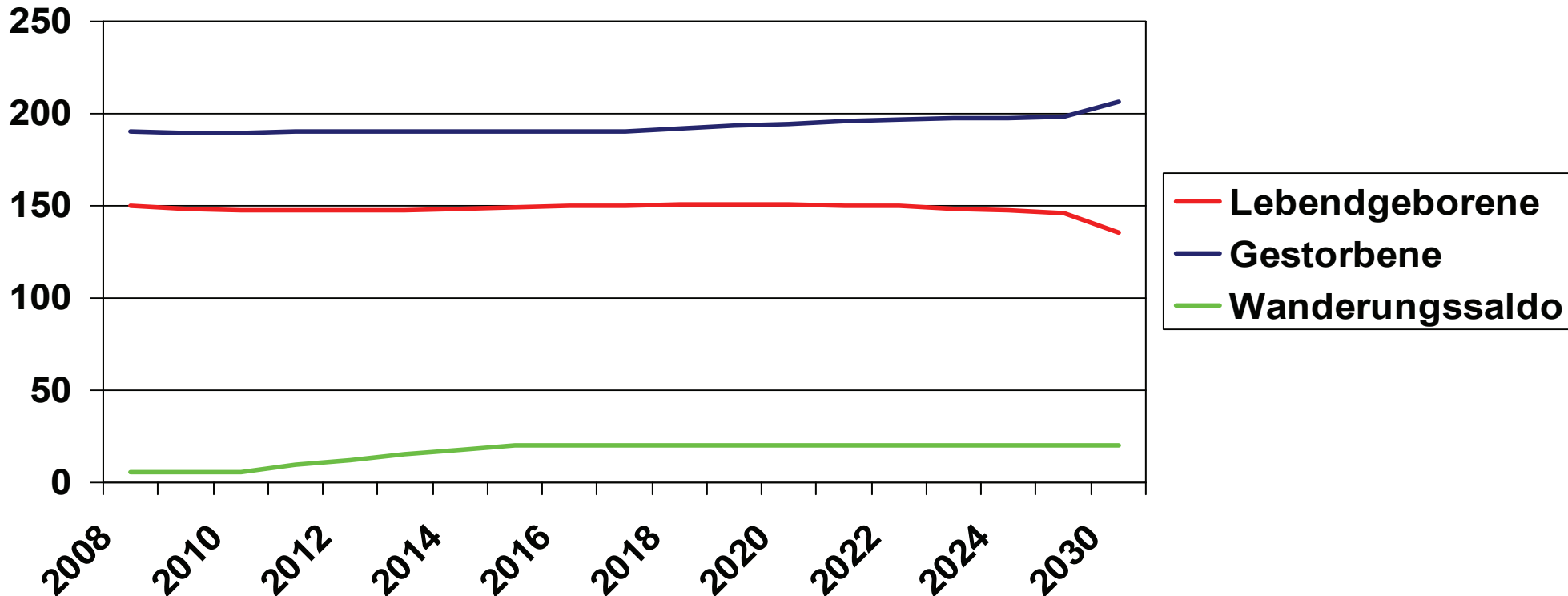
Außen-/Binnenwanderung



Demografischer Wandel

- Schrumpfung
- Alterung
- Internationalisierung

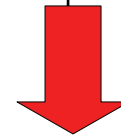
Natürliche Bevölkerungsbewegung und Wanderungssaldo in NRW 2008-2030 (Anzahl in 1000)



Wanderung mildert natürlichen Bevölkerungsrückgang.

Bevölkerungsstruktur in NRW 2008 und 2030 (in v. H.)

Altersgruppen	2008	2030
0-19 Jahre	20,4	17,1
20-64 Jahre	59,7	55,6
65 Jahre und älter	19,9	27,3
gesamt	100	100



Die Zahl der älteren Menschen (65+) nimmt - bei rückläufiger Gesamtbevölkerung - um 1.136.600 bzw. um 32 v. H. zu.

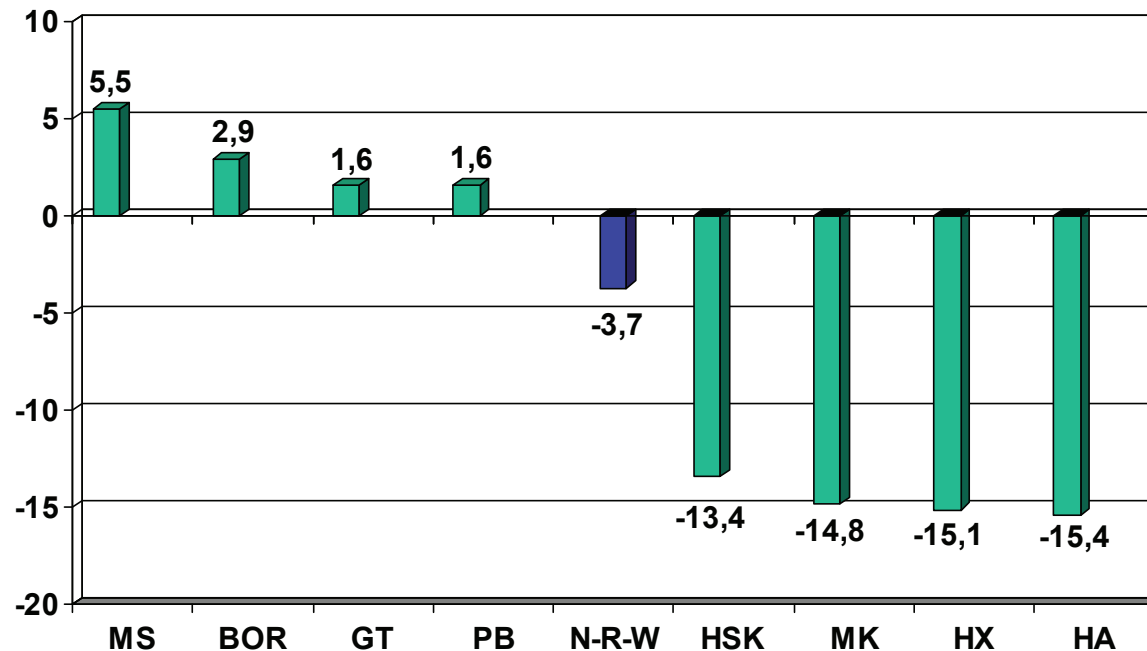
Demografische Veränderung in NRW

	2008	2030
Einwohnerzahl NRW in 1000 (<i>Einwohnerzahl WL in 1000</i>)	17.996,6 8.397,7	17.332,0 (-3,7 v.H.) 7803,5 (-7,1 v.H.)
Bevölkerungsdichte	528 E/km ²	508 E/km ²
Anteil Hochbetagte (≥ 80 Jahre)	4,8 v. H.	8,1 v. H.
Altenquotient (≥ 65 Jahre bezogen auf Gruppe 20-64 Jährige)	33,4 v. H.	48,9 v. H.
Lebenserwartung bei Geburt (männlich)	76,5 Jahre	81,0 Jahre
Lebenserwartung bei Geburt (weiblich)	81,7 Jahre	85,4 Jahre



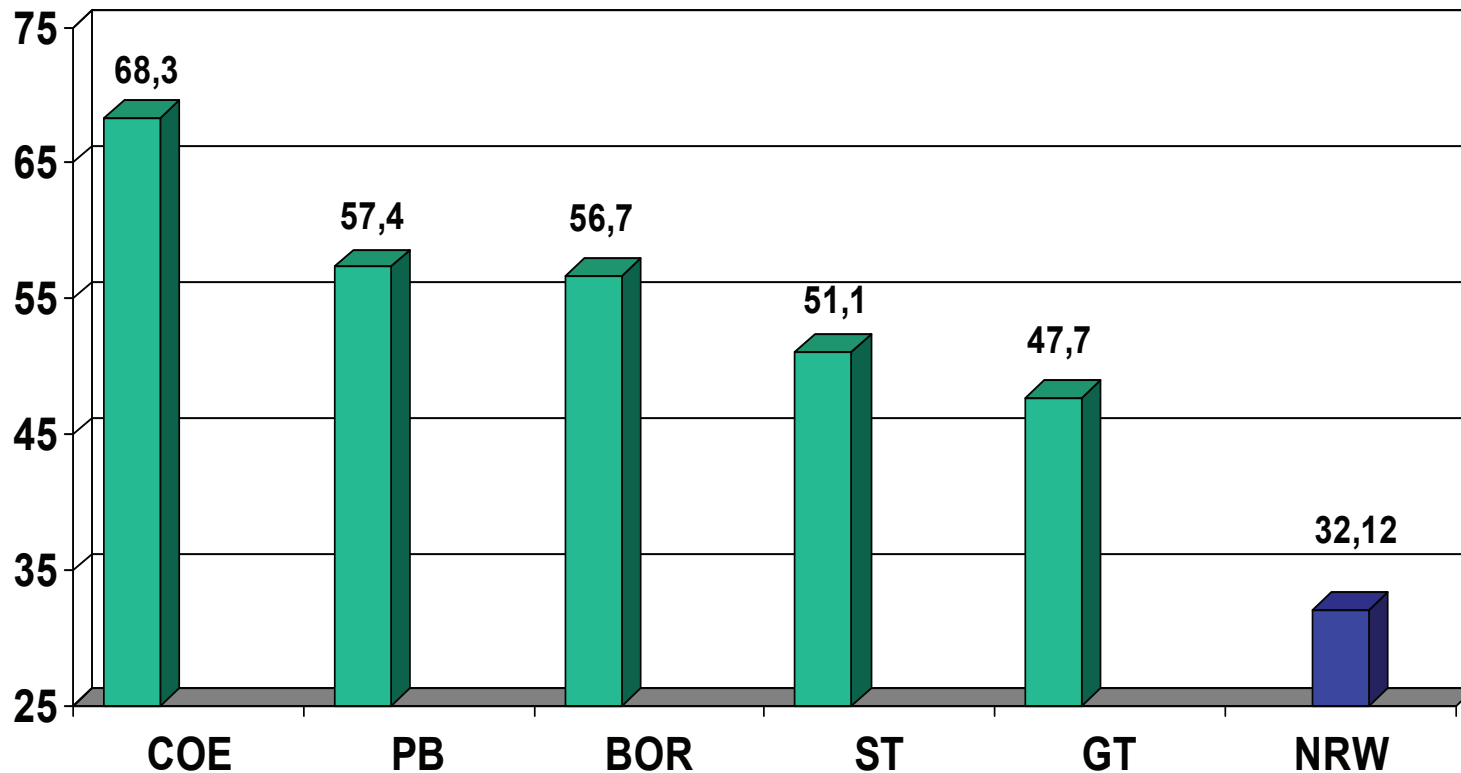
aber: hohe Varianz regionaler Entwicklungen

Bevölkerungsänderung 2030 gegenüber 2008 in ausgewählten WL-Kreisen (Angaben in v.H.)

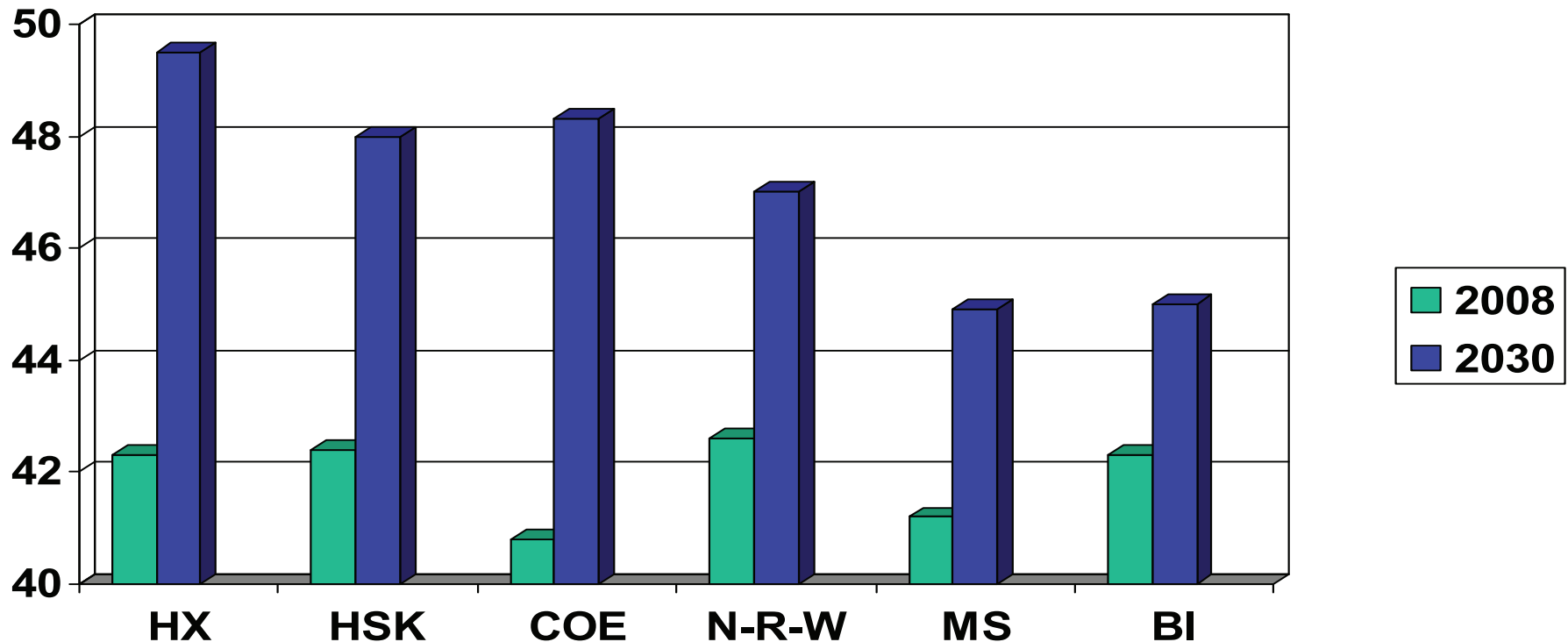


Schrumpfende Bevölkerung vor allem in ländlichen Regionen, z. B. Sauerland

Zuwachs der Zahl von Personen im Alter 65 Jahre und älter 2030 ggn. 2008
in ausgewählten WL-Kreisen (Angaben in v.H.)



Durchschnittsalter der Bevölkerung 2008 und 2030 in ausgewählten WL-Kreisen/kreisfreien Städten



Alterungsdynamik in Kreisen stärker als in kreisfreien Städten

1. Vorbemerkungen

2. Demografische Veränderung in NRW/ WL

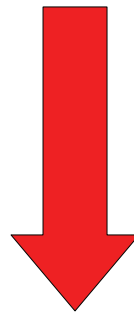
3. Morbiditätsentwicklung

4. Bedarf an Ärzten

5. Fazit

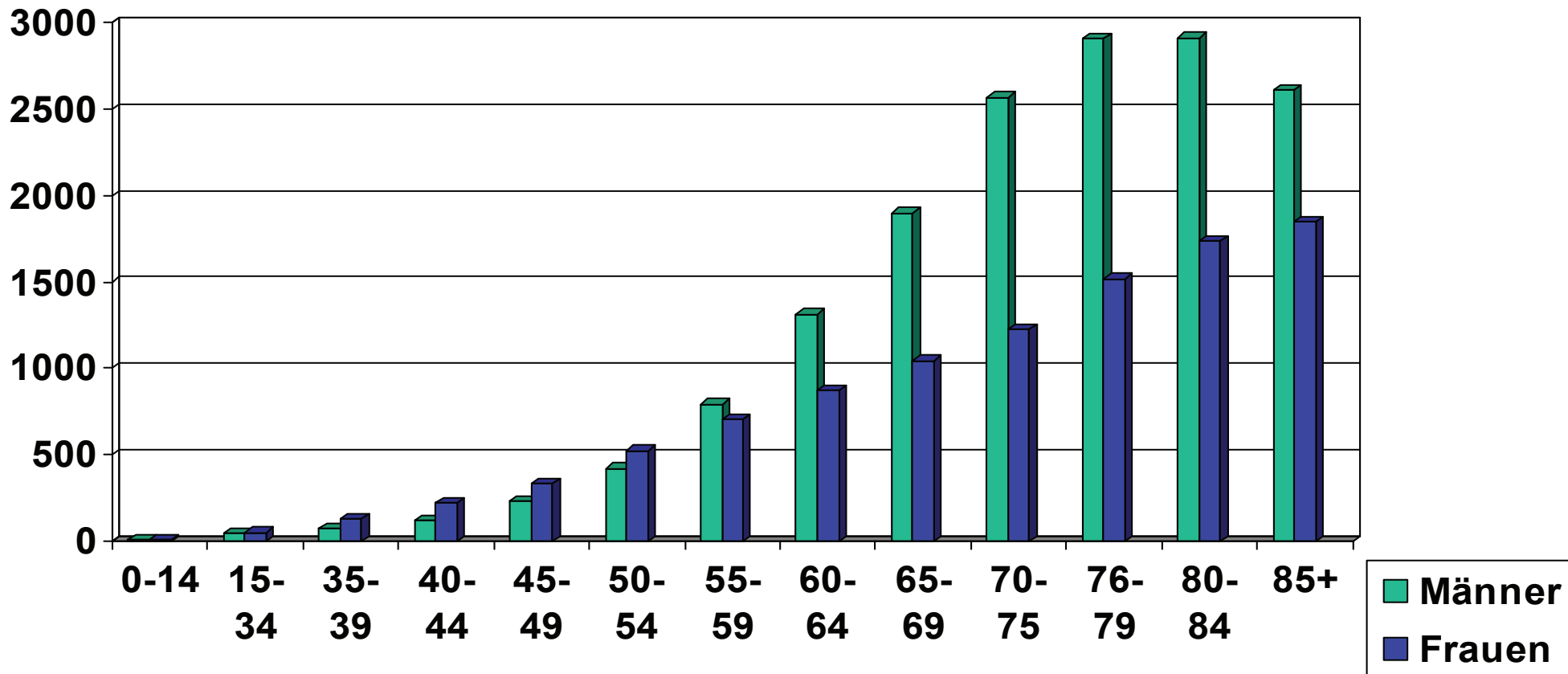
**„Alter ist eine der wichtigsten Determinanten für die
Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.“**

(SVR, 2009)

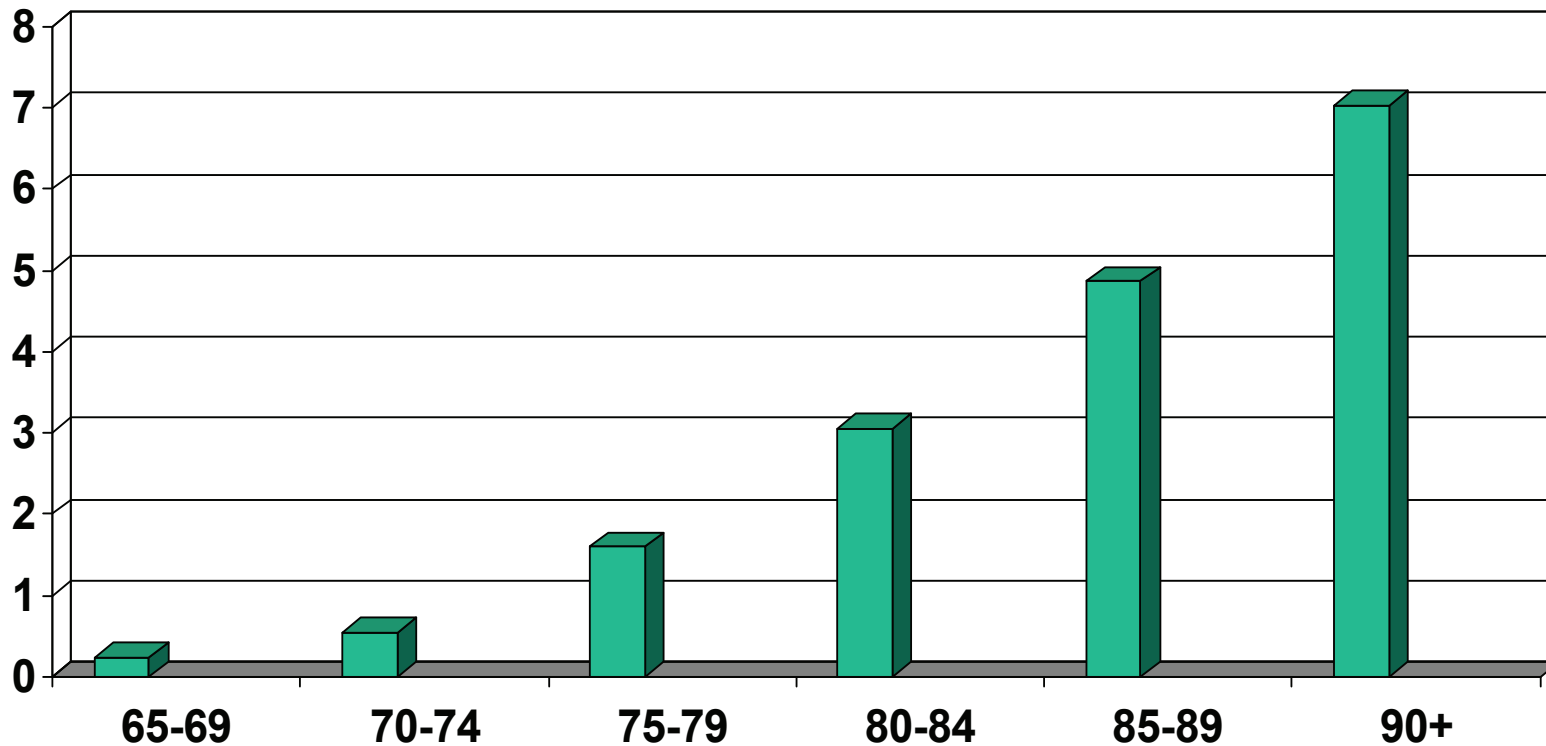


**beispielhafte Betrachtung altersspezifischer Inzidenz von
Krebserkrankungen, Demenz und Herzinfarkt**

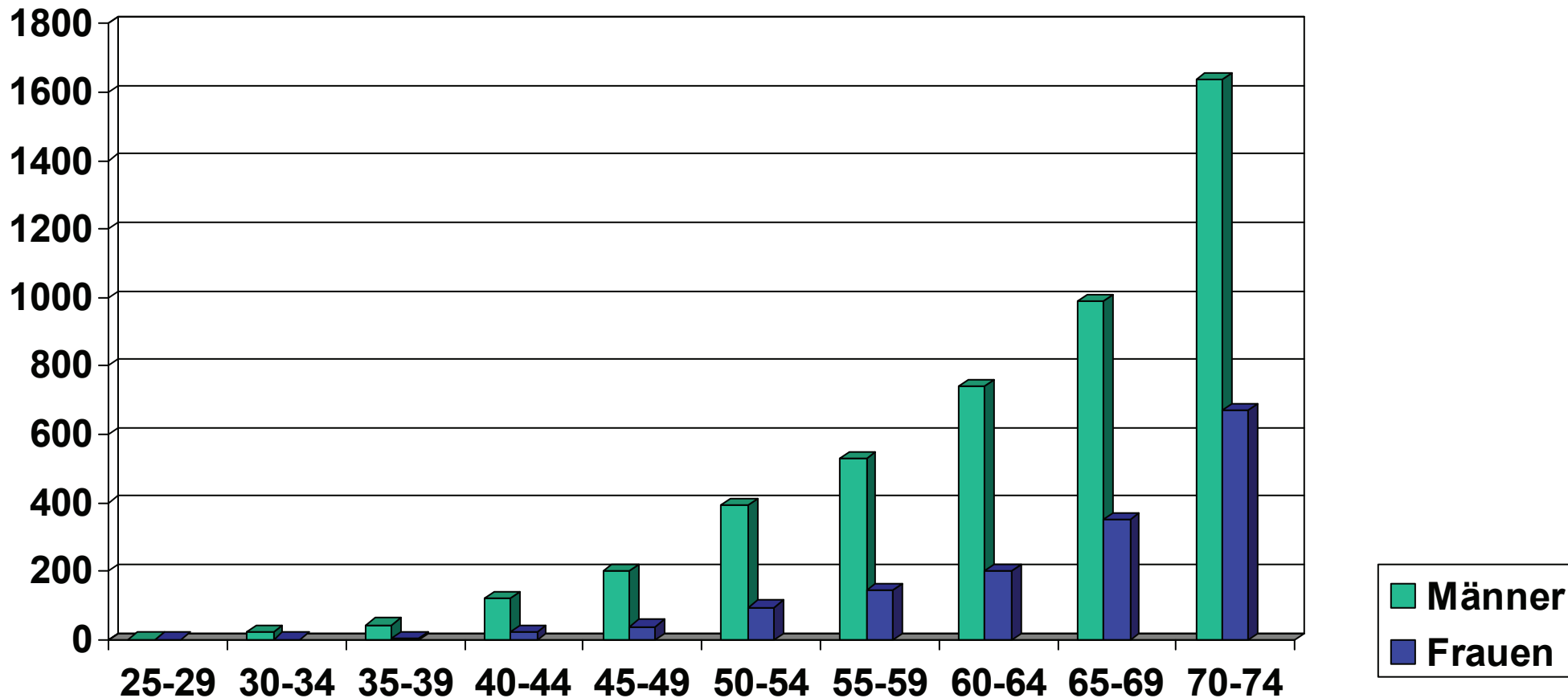
Krebsneuerkrankungen pro 100.000 nach Altersgruppen in Deutschland 2004 (RKI)



Inzidenz von Demenzerkrankungen nach Altersgruppen (Angaben in v. H. pro Jahr, RKI)



Herzinfarktrate je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht
(verfügbare Daten aus MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg 2001-2003)



Morbiditätsentwicklung in NRW bis 2025
(erwartete Steigerungsrate gegenüber 2004, MAGS/LIGA)

Krebsneuerkrankungen

- Prostatakrebs +35 v. H.
- Bauchspeicheldrüsenkrebs +35 v. H.
- Dickdarmkrebs +39 v. H.
- Magenkrebs +44 v. H.

(...)



Morbiditätsentwicklung in NRW bis 2025
(erwartete Steigerungsrate gegenüber 2004, MAGS/LIGA)

➔ **Demenzneuerkrankungen**

+58 v. H.

(darunter: Männer +88 v. H., Frauen +44 v. H.)

➔ **Herzinfarkte**

+50 v. H.



1. Vorbemerkungen

2. Demografische Veränderung in NRW/ WL

3. Morbiditätsentwicklung

4. Bedarf an Ärzten

5. Fazit

- ➔ Durch demografische Alterung deutliches Mehr an Erkrankungen und strukturelle Verschiebungen im Morbiditätsgeschehen (chronische Erkrankungen, Multimorbidität) – allerdings regional stark differenziert.
- ➔ Sich qualitativ verändernde Versorgungsbedarfe (komplexe Therapiebedarfe geriatrischer Patienten!), die insbes. hausärztliche Steuerung/Koordination erfordern.
- ➔ Quantifizierungen u. a. durch unklare Potenziale zur Milderung der wachsenden Krankheitslast (präventives Engagement, innovative Diagnostik und Therapie etc.) erschwert.

- ➔ Künftiger Zugangsbedarf als Summe aus abgangsbedingtem Ersatzbedarf und Demografie induziertem Mehrbedarf (und als Funktion künftiger Standards, Warte-/Wegezeiten, interprofessioneller Arbeitsteilung, genderbedingter Arbeitszeitimplikationen, Rationierungen/Priorisierungen etc.).
- ➔ Aktuell in WL bereits regional auftretende Probleme, hausärztlichen Ersatzbedarf zu decken – dies gerade in Regionen, die durch Alterungsprognosen besonders indiziert sind.



Arztmangelsituationen

Arztmangelrisiken durch

- ➔ Altersstruktur des Arztbestandes (hohes Durchschnittsalter)
- ➔ rückläufige Studierenden-/Absolventenzahlen
- ➔ Absolventenpräferenzen für patientenferne Arbeitsfelder
- ➔ geschlechtsspezifische Veränderungen (u. a. Arbeitszeitimplikationen)
- ➔ regionale Disparitäten (u. a. durch unterschiedliche regionale Attraktivität)
- ➔ demografisch induzierte Veränderungen des Versorgungsbedarfs

Kreise mit hä Versorgungsggrad < 100 v. H.

	Aktueller Versorgungsgrad	Versorgungsgrad Ärzte bis 60 Jahre
Borken	90,8 v. H.	68,5 v. H.
Herford	99,8 v. H.	70,5 v. H.
Gütersloh	98,0 v. H.	72,9 v. H.
Hochsauerlandkreis	96,0 v. H.	73,4 v. H.

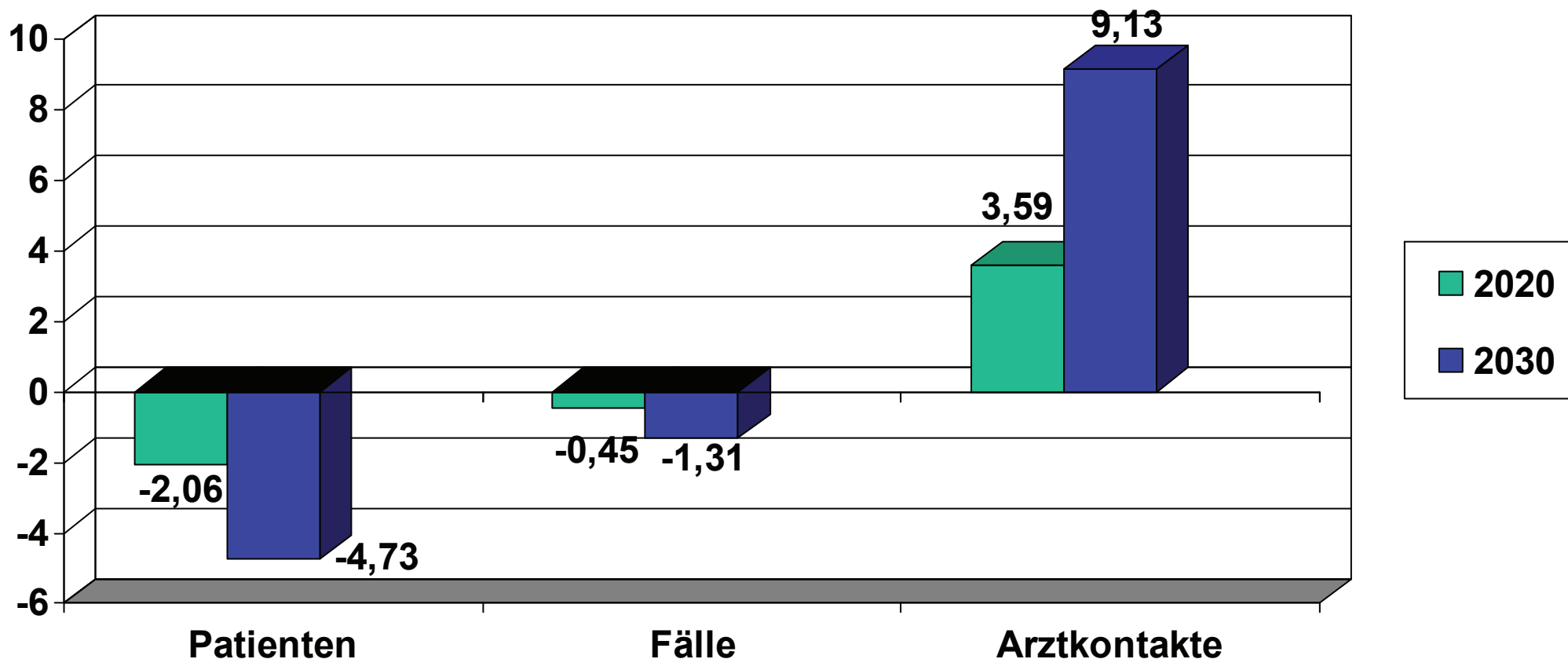
Definition Unterversorgung lt. Bedarfsplanung: < 75 % (hausärztlich), < 50 % (fachärztlich)

Stand: 07/2009

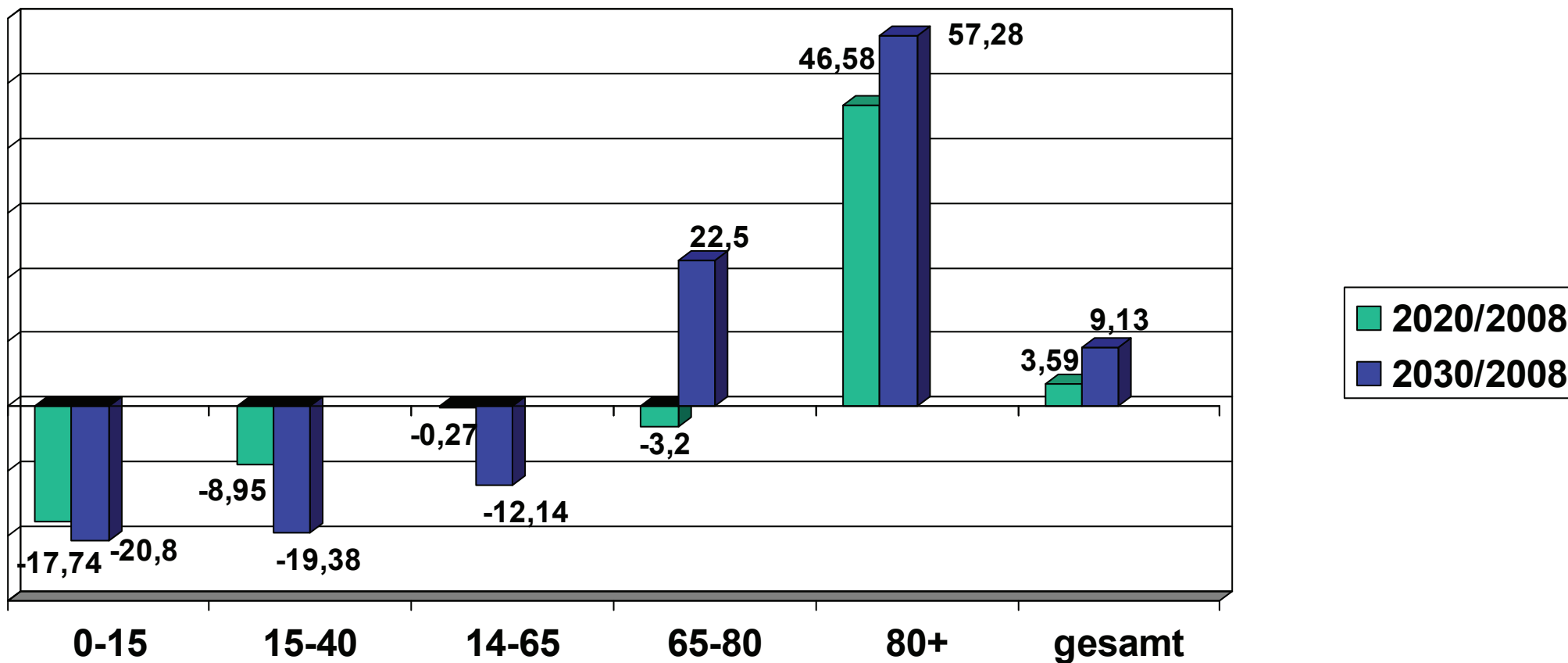
Abschätzung künftigen Mehrbedarfs an (Haus-) Ärzten in Westfalen-Lippe durch

- ➔ Ermittlung aktueller altersspezifischer Inanspruchnahme ambulanter Versorgung (Patienten, Fälle, Arztkontakte);
- ➔ Übertragung aktueller Inanspruchnahmerelationen auf prognostizierte Bevölkerung bzw. Bevölkerungsstruktur für 2020 und 2030;
- ➔ Datenbasis: KVWL-Abrechnungsdaten 2007/2008; NRW-Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik

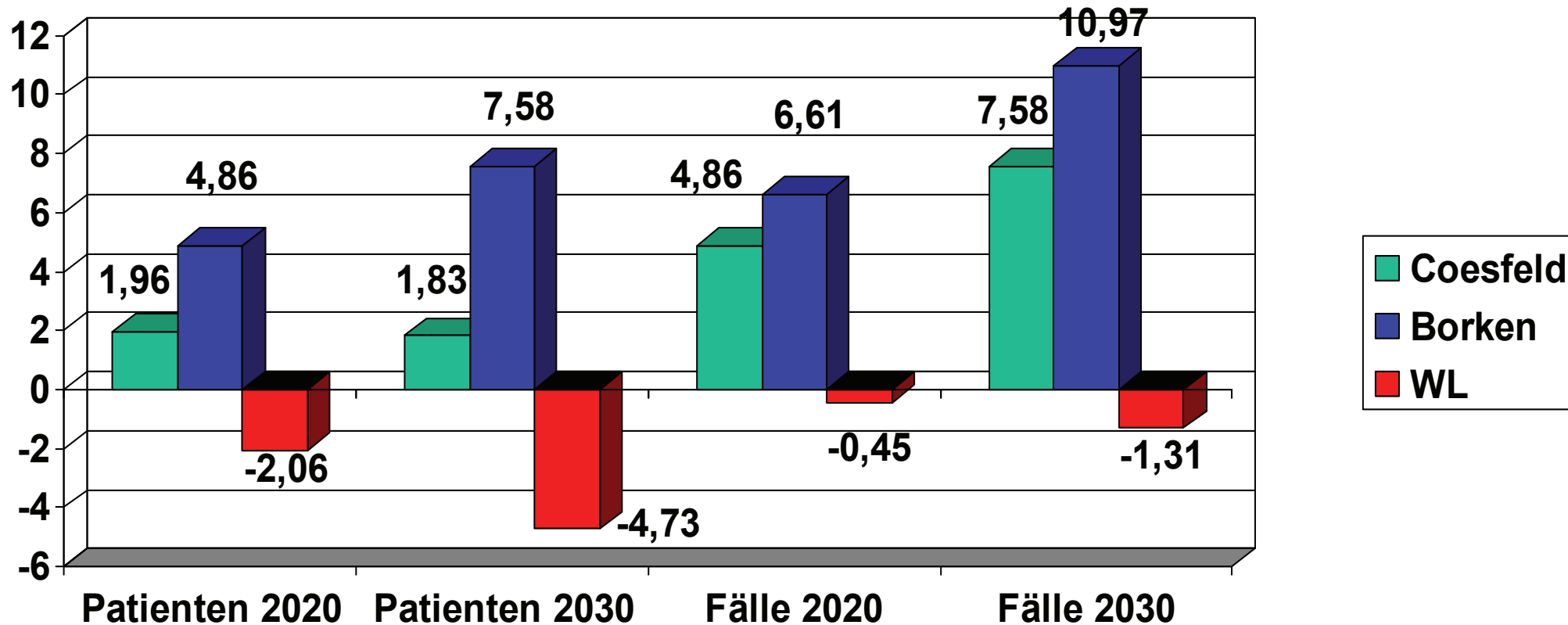
Hausärztliche Versorgung in WL (Patienten/Fälle/Kontakte)
Veränderung 2020 und 2030 gegenüber Basisjahr 2008 (in v.H.)



Veränderung der ges. Hausarztkontakte je Altersgruppe 2020 und 2030 gegenüber Basisjahr 2008 in WL (in v.H.)



Veränderung der Anzahl der Hausarzt-Patienten/-Fälle in den WL-Kreisen
Coesfeld und Borken sowie in WL 2020 und 2030 ggn. Basisjahr 2008 (in v.H.)



1. Vorbemerkungen

2. Demografische Veränderung in NRW/ WL

3. Morbiditätsentwicklung

4. Bedarf an Ärzten

5. Fazit

- ➔ Starkes Schrumpfen der WL-Population (gut 7 v.H. bis 2030) bewirkt im hausärztlichen Bereich zwar rückläufige Patientenzahlen.
- ➔ Die sich deutlich ändernde Besetzung der Altersgruppen führt – bei unveränderten altersspezifischen Inanspruchnahme-Relationen – gleichwohl zu einer deutlich wachsenden Nachfrage nach hausärztlicher Versorgung (9 v.H.-Anstieg der Arzt-Patienten-Kontakte bis 2030).

- ➔ Anlass zu Sorge gibt die Konzentration hoher Mehrbedarfe gerade in solchen (stark alternden, ländlichen) Regionen, in denen sich aktuell bereits besondere Probleme bei der Bewältigung des Ersatzbedarfs abzeichnen.
- ➔ Die vorgestellte Bedarfsabschätzung ist sehr ‚grobkörnig‘. Dringend erforderlich ist ein deutliches Intensivieren von Versorgungsforschung, um ausreichend ‚feinkörnige‘ empirische Grundlagen für rechtzeitige versorgungspolitische Steuerungen zu gewinnen.

- ➔ Ein mit Ärzteschaft und Krankenkassen erarbeitetes Hausarzt-Aktionsprogramm der NRW-Landesregierung will konkrete Versorgungsgefährdungen abwenden.
- ➔ Zu den Maßnahmen gehören:
 - ➔ Bundesratsinitiative für ein Pflichtfach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr der ärztlichen Ausbildung;
 - ➔ Errichtung von Stiftungsprofessuren für Allgemeinmedizin;
 - ➔ jeweils 1,5 Mio. Euro an Landesmitteln in 2009 und 2010, um die Weiterbildung in Hausarztpraxen (Stipendien) und die Niederlassung in schlecht versorgten Regionen (Zuschüsse bis zu 50.000 Euro) zu fördern.



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**