

# Versorgung chronisch Kranker in Nordrhein-Westfalen

## Hintergründe, Ergebnisse und zukünftige Herausforderungen

Bernd Hagen, DMP-Projektbüro, Köln / Vorlesungsreihe „Studium für Ältere“  
Universität-Gesamthochschule Paderborn  
29. Oktober 2019

# Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen

I. Ich habe Forschungsförderung erhalten (persönlich oder zu meiner persönlichen Verfügung) unmittelbar finanziell oder in Form geldwerter Leistungen (Personal, Geräte usw.)

- Nein**  
 **Ja** von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung  von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

II. Ich habe als Referent ein Honorar oder als passiver Teilnehmer eine Kostenerstattung (Reise- / Übernachtungskosten, bezahlte Teilnehmergebühren) erhalten (hierzu zählt auch die Teilnahme an nicht für das Fortbildungszertifikat anerkannten Fortbildungen)

- Nein**  
 **Ja** von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung  von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

III. Ich bin bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger o.ä. gewesen:

- Nein**  
 **Ja** von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung  von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

IV. Ich bzw. mein Ehepartner/Partner/Kinder halte(n) ein Patent/Geschäftsanteile/Aktien o.ä. (hierzu zählt auch, wenn ein Ehepartner/Partner/Kind Angestellte(r) einer solchen Firma ist, ausgenommen sind fondgebundene Beteiligungen)

1. an einer im Bereich der Medizin aktiven Firma, die aber nicht zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen nicht vom Thema dieser Fortbildung berührt werden.

- Nein**  **Ja**

2. an einer Firma, die zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen vom Thema dieser Fortbildung berührt wird

- Nein**  **Ja**

- Organisation, für die Sie tätig sind:
- Position in dieser Organisation:
- Mitgliedschaft und Position in wissenschaftlichen Gesellschaften/Berufsverbänden und ggf. anderen, für diese Fortbildungsmaßnahme relevanten Vereinigungen:

- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

- Leiter des Fachbereichs 7, DMP-Projektbüro, Köln

- Mitglied (einfach) im Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin

- Mitglied (einfach) in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

- Mitglied (einfach) des wissenschaftlichen Beirats "Diabetes-Surveillance Deutschland" (RKL)

- Mitglied (einfach) des wissenschaftlichen Beirats "Diabetes-Prävention" (BZgA)

(ggfs. Fortsetzung auf einem weiteren Blatt)

Vorlage: Ärztekammer Nordrhein, 24.05.2018

## Gliederung des Vortrags

- Demografischer Hintergrund
- Hintergrund chronischer Erkrankungen
- Grundlagen der strukturierten Versorgung chronischer Erkrankungen
- Ausgewählte Ergebnisse der bislang eingeführten Versorgungsprogramme
- Strukturelle Aspekte
- Herausforderungen der kommenden Jahre

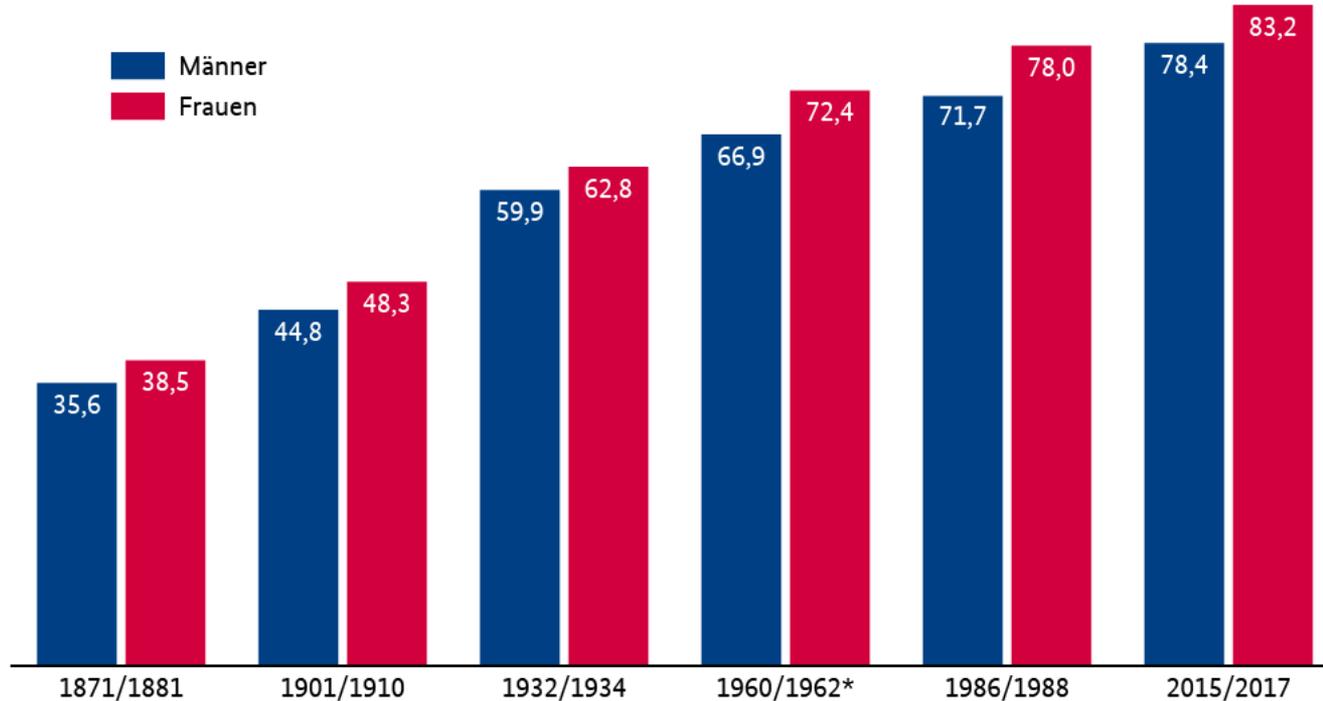
## Demografischer Hintergrund

- Altern der Bevölkerung in Deutschland
- Regionale Unterschiede bei der Alterung

# Altern der Bevölkerung: Lebenserwartung insgesamt

## Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt

in Jahren



\* früheres Bundesgebiet

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

© BiB 2018 / demografie-portal.de

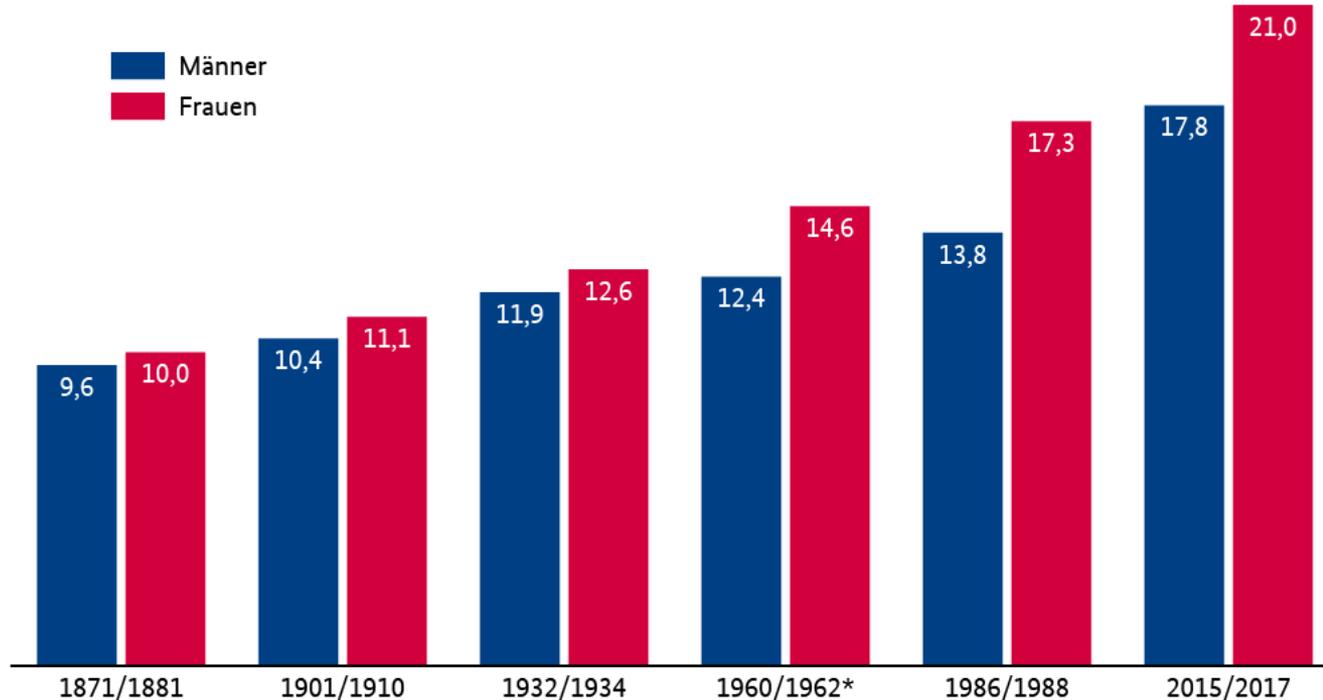
BiB: Bundesinstitut  
für Bevölkerungs-  
forschung



# Altern der Bevölkerung: fernere Lebenserwartung

## Durchschnittliche fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

in Jahren



\* früheres Bundesgebiet

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

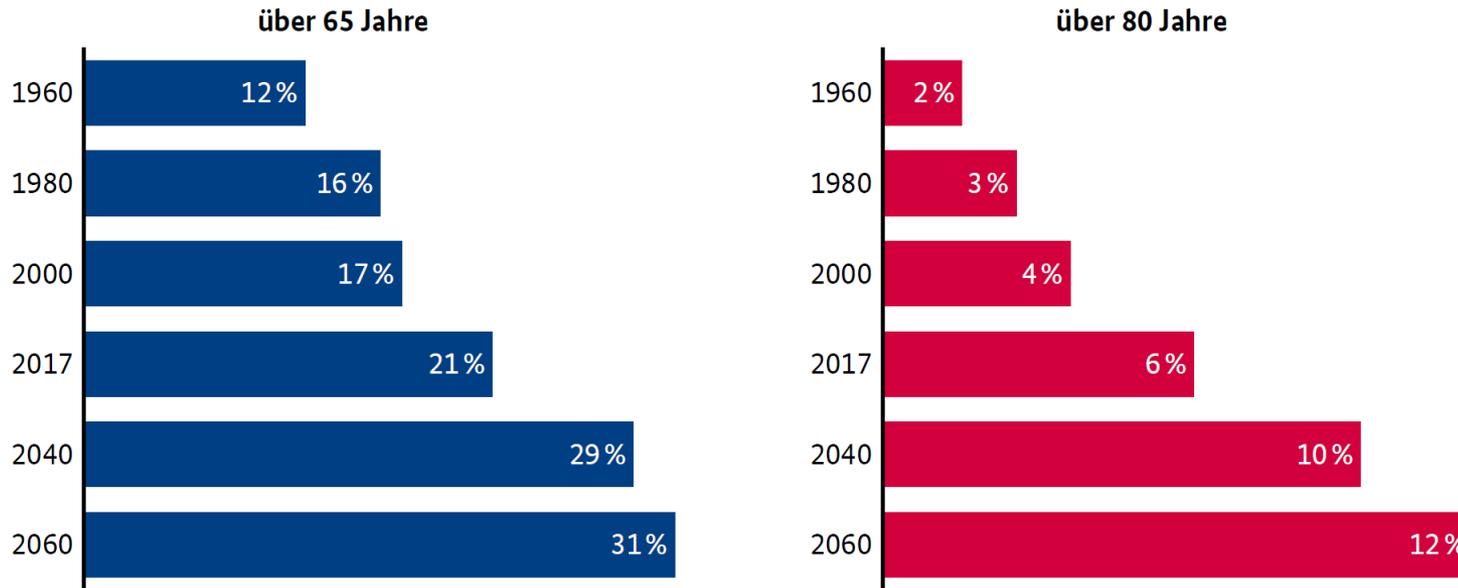
© BiB 2018 / demografie-portal.de

BiB: Bundesinstitut  
für Bevölkerungs-  
forschung



# Altern der Bevölkerung: Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung

## Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, 1960–2060\*



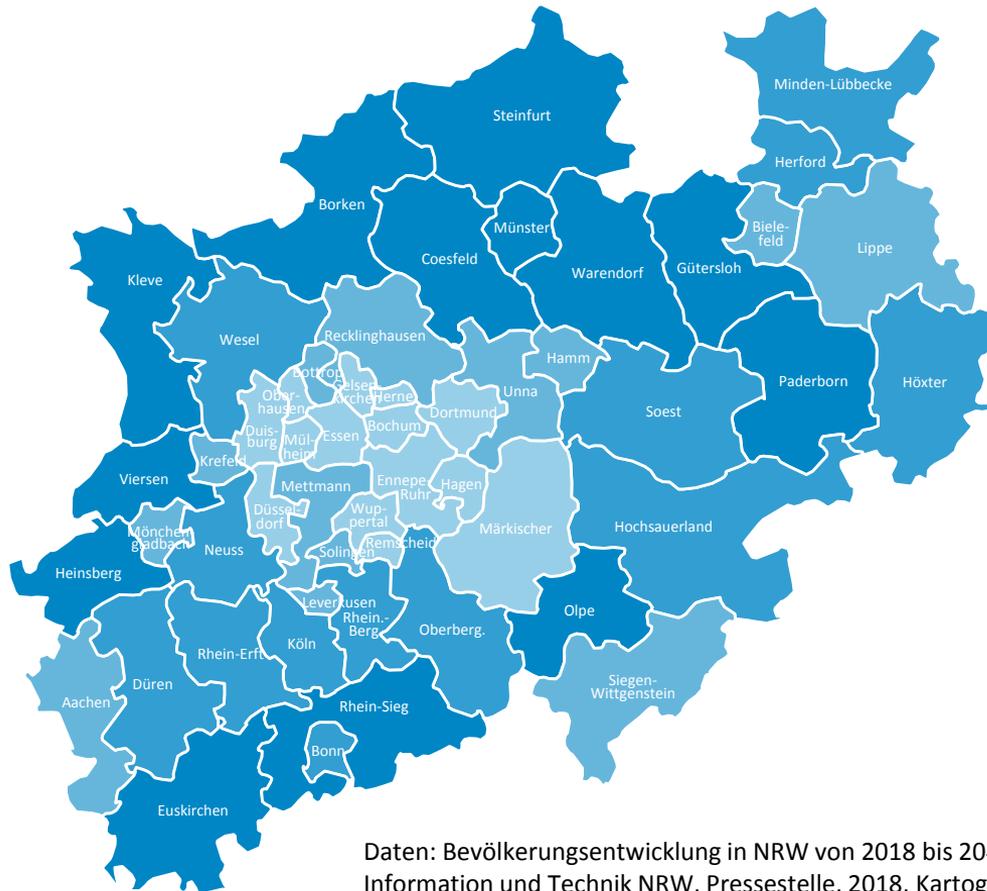
\* ab 2020: Aktualisierte 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2-A)  
Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB

© BiB 2018 / demografie-portal.de

BiB: Bundesinstitut  
für Bevölkerungs-  
forschung



# Altern der Bevölkerung: Regionale Unterschiede in NRW



Veränderung 2040 vs. 2018  
in % der Altersgruppe  
ab 65 Jahren 2018:

- 14,0 bis 24,3 %
- > 24,3 bis 32,3 %
- > 32,3 bis 42,5 %
- > 42,5 bis 59,4 %

Coesfeld	59,4
Borken	58,0
Paderborn	56,3
Steinfurt	56,0
Gütersloh	52,3
Heinsberg	49,8
Münster	48,3
Kleve	47,5
Euskirchen	47,2
Olpe	46,4

Daten: Bevölkerungsentwicklung in NRW von 2018 bis 2040,  
Information und Technik NRW, Pressestelle, 2018, Kartografie: Zi

## Hintergrund chronischer Erkrankungen

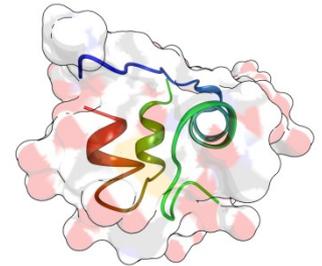
- Chronische Krankheiten haben in der Regel viele Ursachen, z. B.:
  - erbliche oder familiäre Vorbelastung
  - schädliche Einflüsse der Umwelt am Lebensort und Arbeitsplatz
  - Lebensstilfaktoren wie Fehlernährung, Bewegungsmangel, Rauchen etc.
  - organische Veränderungen ungeklärter Ursache
- Gemeinsame Merkmale dieser Krankheiten sind:
  - sie treten flächendeckend und häufig auf
  - sie sind meist altersabhängig, also treten häufiger im Alter auf, jedoch gibt es hierbei auch Ausnahmen, wie z. B. Asthma bronchiale oder Typ-1-Diabetes
  - sie haben wesentlichen Anteil an den medizinischen Versorgungskosten
- Maßnahmen, die den Krankheitsverlauf beeinflussen:
  - Verhalten ändern, Selbstmanagement erlernen, Medikamente einnehmen, regelmäßige Kontrollen, eventuell operative Prozeduren

## Beispiele für altersabhängige chronische Erkrankungen

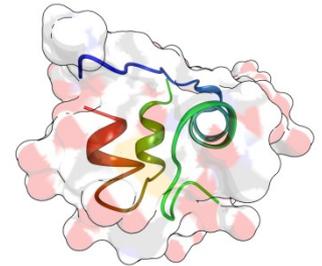
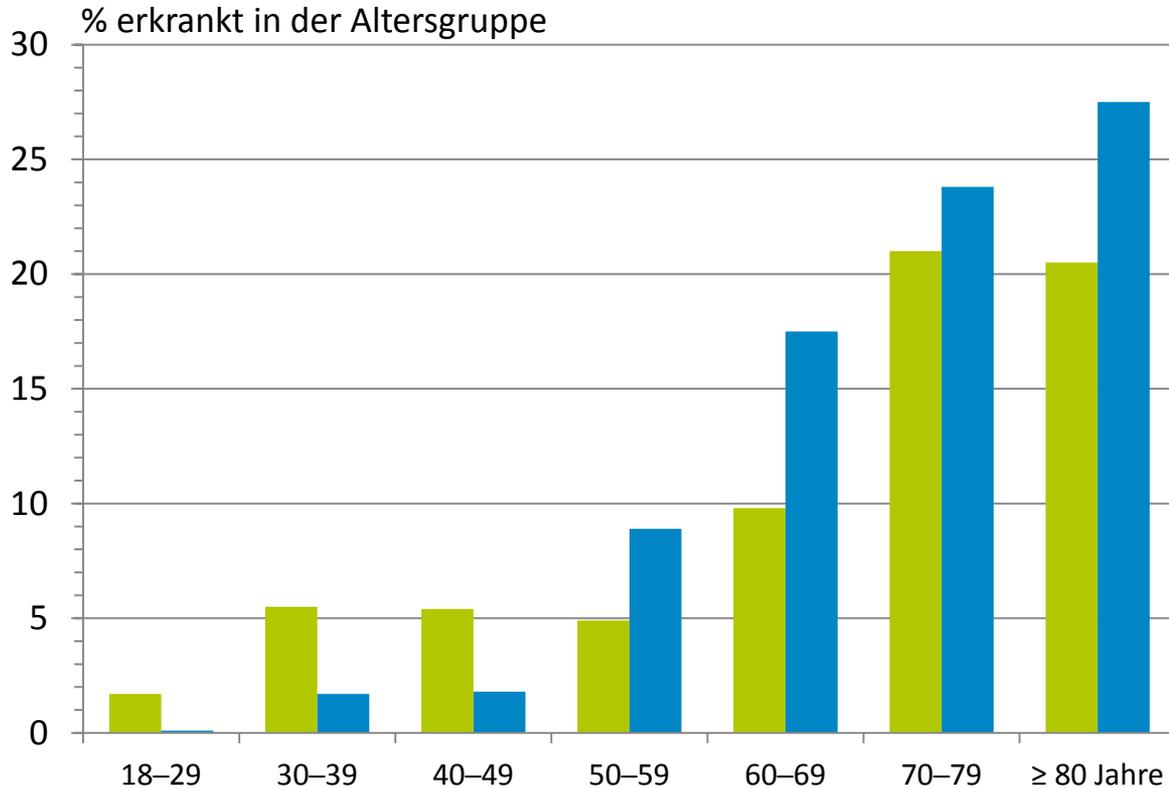
- Diabetes mellitus Typ 2
- Chronische koronare Herzkrankheit
- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)

## Beispiel Diabetes mellitus Typ 2

- Häufigste endokrine Störung
- Kennzeichen: relativer bis absoluter Mangel an Insulin
- Risikofaktoren: Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck
- Anstieg der Prävalenz des bekannten Diabetes in Deutschland zwischen 1998 und 2013 in der erwachsenen Gesamtbevölkerung von ca. 5 % auf ca. 8–9 %
- Starke Altersabhängigkeit, hohes Ausmaß an Begleit- und Folgeerkrankungen, besonders gravierende Diabetesfolgen: Amputation, Dialyse, Erblindung, Herzinfarkt
- Therapie: Bewegung, Gewichtsabnahme, Schulung zur Kontrolle der Stoffwechseleinstellung, Medikamente (orale Antidiabetika, Insulin)



# Altersabhängige chronische Erkrankung: Diabetes mellitus Typ 2



■ weiblich  
■ männlich

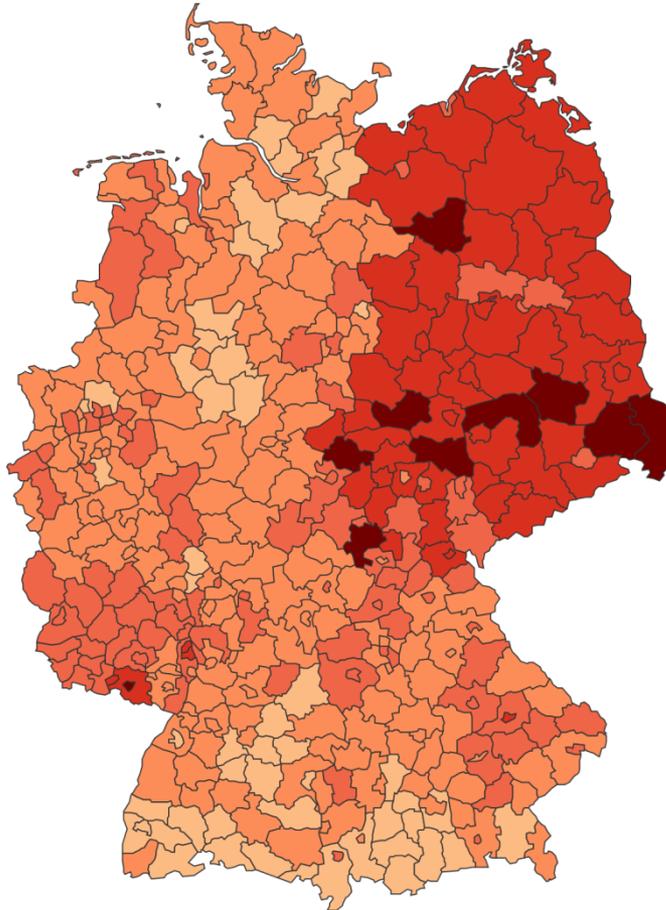
in NRW erkrankt:

weiblich ca. 665.000

männlich ca. 631.000

Daten: DEGS1, Public-Use-Datei,  
Robert Koch-Institut (2015)

# Regionale Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit: Diabetes mellitus



Standardisierte Diabetes-  
Prävalenz 2015 in %:

- 6,75 - 8,29
- 8,30 - 9,84
- 9,85 - 11,39
- 11,40 - 12,94
- 12,95 - 14,49

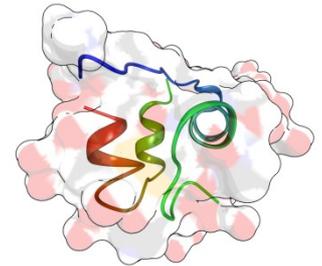
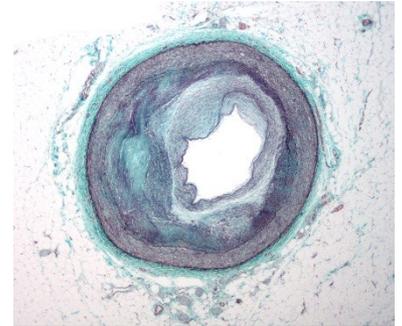


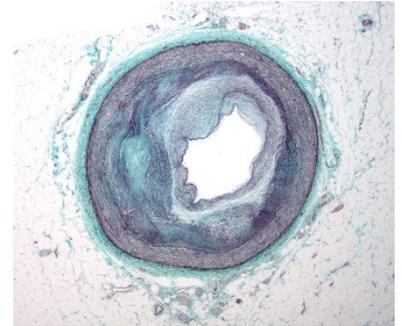
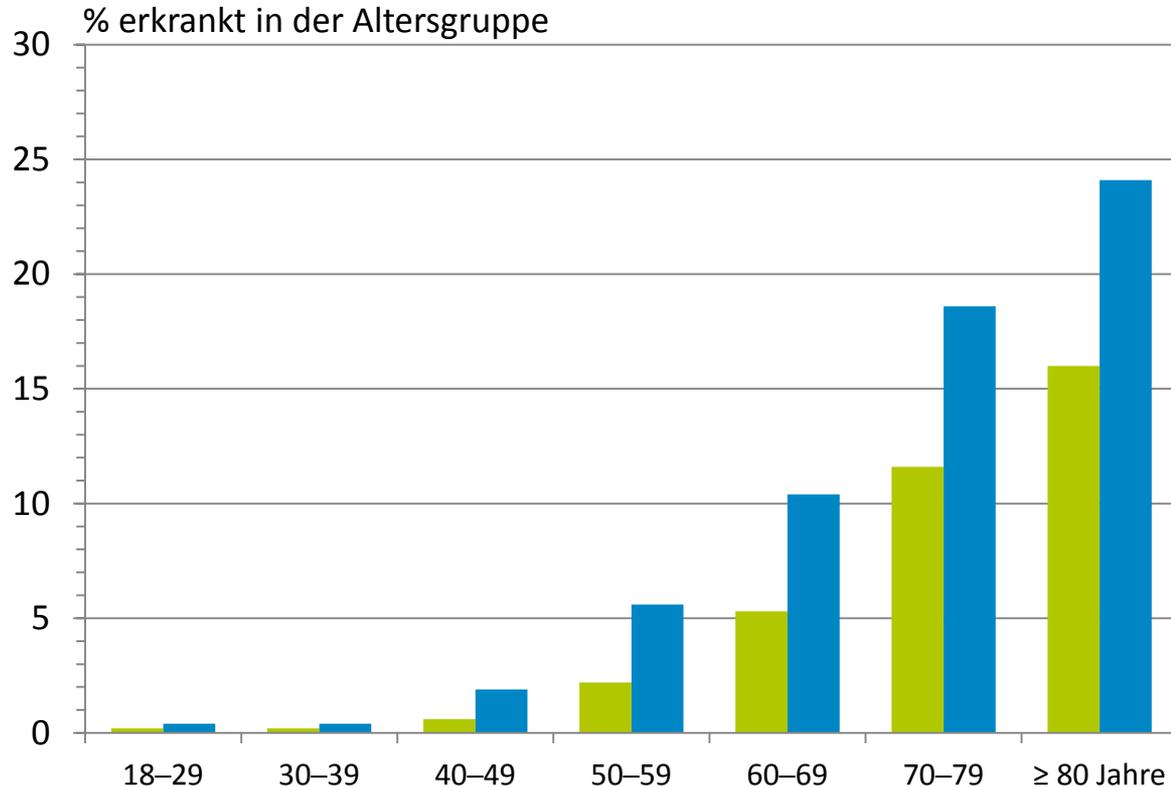
Abbildung und Daten:  
Versorgungsatlas.de, Zi (2019)

## Beispiel chronische (stabile) koronare Herzkrankheit

- Verkalkung der Herzkranzarterien, beeinträchtigte Durchblutung, verminderte Sauerstoffaufnahme der Herzmuskulatur
- Kennzeichen Angina pectoris-Symptomatik, Erkrankungsfolgen Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit
- Führende Todesursache in Deutschland, akuter Herzinfarkt an zweiter Stelle
- Zwischen 1990 und 2016 Rückgang Verstorbener von 300 auf 134 pro 100.000 Einw.
- Starker Anstieg der Krankheitshäufigkeit mit dem Alter
- Patienten sind sehr häufig von Begleiterkrankungen betroffen
- Therapie: Rauchverzicht, Medikamente, Koronarinterventionen



# Altersabhängige chronische Erkrankung: Koronare Herzkrankheit



■ weiblich

■ männlich

in NRW erkrankt:

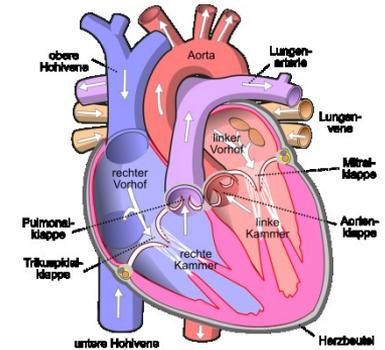
weiblich ca. 321.000

männlich ca. 457.000

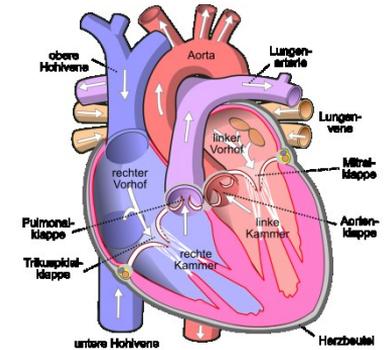
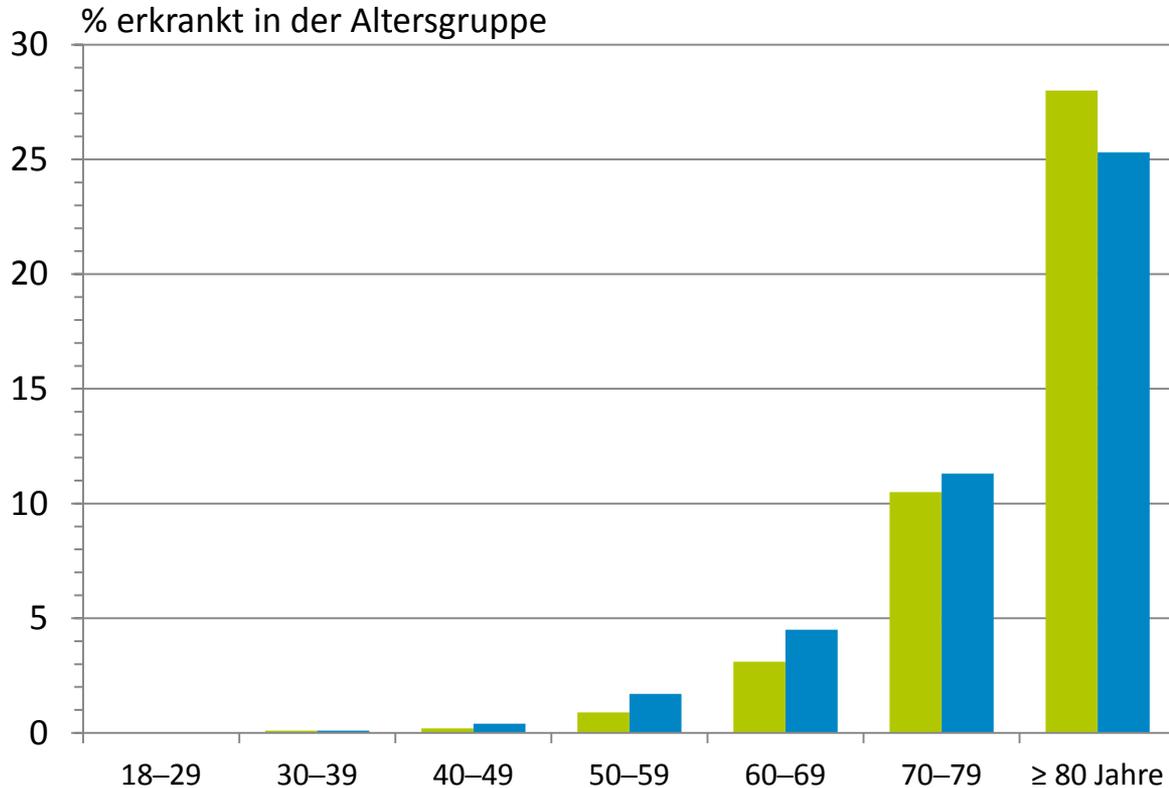
Daten: GEDA 2014/15-EHIS,  
Robert Koch-Institut (2017)

## Beispiel chronische Herzinsuffizienz

- Krankhaft verminderte Pumpfunktion bzw. gestörte Herzfüllung, dadurch verminderte periphere Durchblutung
- In der Anfangsphase Kompensationsprozesse (erhöhter Herzschlag, Herzmuskelverdickung, Gefäßverengung), später Ödeme, Luftnot bereits bei geringer körperlicher Belastung (NYHA-Stadien)
- Vierthäufigste Todesursache in Deutschland
- Zwischen 1990 und 2016 Rückgang Verstorbener von 123 auf 43 pro 100.000 Einw.
- Starker Anstieg der Krankheitshäufigkeit mit dem Alter
- Patienten sind sehr häufig von Begleiterkrankungen betroffen
- Therapie: Blutdrucksenkung, Rauchverzicht, Training, Medikamente, Koronarinterven.



# Altersabhängige chronische Erkrankung: Herzinsuffizienz



■ weiblich  
■ männlich

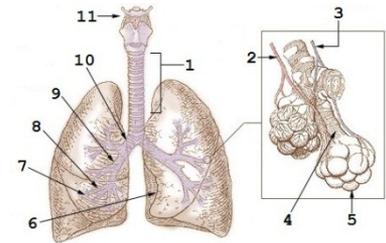
in NRW erkrankt:

weiblich ca. 366.000  
männlich ca. 269.000

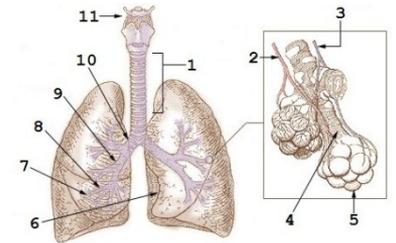
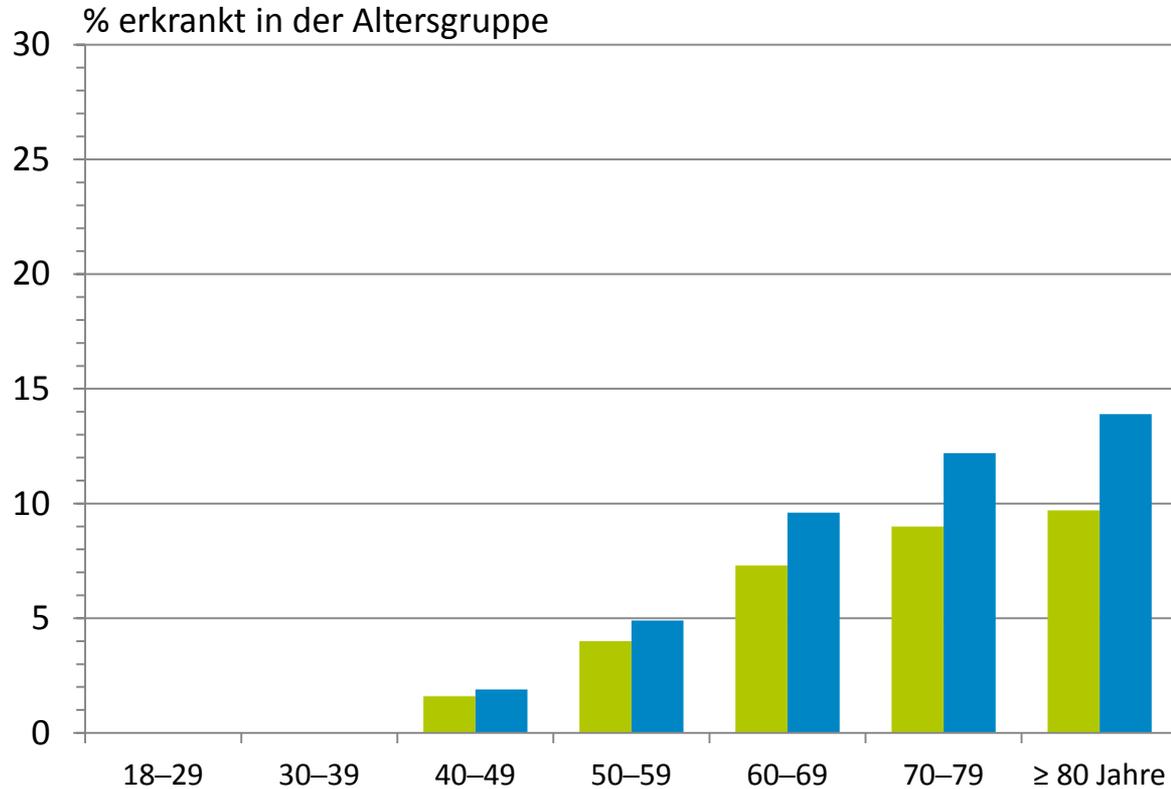
Daten: Ohlmeier u.a. (2015), Incidence, prevalence...of heart failure in Germany, Clinical Res. Cardiol., 104 (8), 688-696

# Beispiel chronische obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)

- Progrediente, nicht vollständig reversible Obstruktion der Atemwege, einhergehend mit Atemnot, Husten, Auswurf, mit Krankheitsschüben (Exazerbationen) bis hin zu einem expiratorischen Kollaps der Bronchien (Schweregradeinteilung)
- primäre Ursache: Rauchen, aber auch Umweltverschmutzung durch Staub, Infektionen, Vererbung
- Sechsthäufigste Todesursache in Deutschland, mit 43 bzw. 33 (männlich vs. weiblich) Verstorbenen pro 100.000 Einw. im Jahr 2015, bei Frauen tendenzielle Zunahme
- Starker Anstieg der Krankheitshäufigkeit mit dem Alter
- Therapie: Rauchverzicht, Beenden einer Schadstoffexposition, Medikamente, Sauerstoff-Langzeittherapie



# Altersabhängige chronische Erkrankung: COPD



- weiblich
- männlich

in NRW erkrankt:  
weiblich ca. 302.000  
männlich ca. 333.000

Daten: Versorgungsatlas.de, Zi (2019)



## Grundlagen der strukturierten Versorgung

- Was sind Disease-Management-Programme (DMP, Chronikerprogramme)?
- Wer entwickelt sie, wer führt sie durch und wie werden sie finanziert?
- An welche Patienten und welche Ärzte richten sie sich?
- Für welche Indikationen gibt es aktuell DMP und für welche zukünftig?
- Was sind die Qualitätsziele in den DMP?
- Wie erfahren Praxen, was mit ihren DMP-Patienten passiert?

## Disease-Management-Programme (DMP, Chronikerprogramme)

- Systematische Behandlungsprogramme für Chroniker, die auf Basis evidenzbasierter Leitlinien erfolgt, sie werden auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder Chronikerprogramme bezeichnet
- Konzept der zentral organisierten Steuerung kommt ursprünglich aus den USA (dort als Angebote kommerzieller Anbieter seit den 1990er Jahren), in Deutschland 2002 eingeführt, zur Behebung von Unter-, Über- und Fehlversorgung
- DMP sind organisatorische Maßnahmen, um die Behandlung und Betreuung chronisch kranker Patienten über verschiedene Behandlungspfade und Leistungssektoren der ambulanten und stationären Versorgung zu optimieren
- Grundlage ist die evidenzbasierte Medizin, d. h. Entscheidungen erfolgen auf der Grundlage einer empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit (festgelegt im SGB V, § 137f)

# Entwicklung, Durchführung und Finanzierung der DMP

- Auswahl von Indikationen, Entwicklung der Dokumentationen und Qualitätsindikatoren: Gemeinsamer Bundesausschuss
- Entscheidungsgrundlage: Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Anbieter: die gesetzlichen Krankenkassen
- Zulassung: Bundesversicherungsamt
- Verträge: Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, regional adaptiert durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassen, Finanzierung über die Programmkostenpauschale (Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen pro eingeschriebenen Versicherten, 2019 € 145,32)



## Zielgruppen der DMP

- Niedergelassene, ambulant behandelnde Haus- und Fachärzte, Unterscheidung zwischen koordinierenden, den Patienten dauerhaft betreuenden und vorübergehend behandelnden Ärzten, die z. B. Schulungen durchführen
- Stationäre Einrichtungen, also Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- Gesetzlich krankenversicherte Patienten, Voraussetzung: Schulungsbereitschaft und -fähigkeit, kontinuierliche Teilnahme

## Indikationen, für die DMP eingeführt wurden und werden

- Diabetes mellitus Typ 2 (2003) und Typ 1 (2004)
- Koronare Herzkrankheit (2004) und chronische Herzinsuffizienz (ca. ab 2020)
- Asthma bronchiale und COPD (beide 2006)
- Brustkrebs (2003)
- Depression (ca. ab 2020/21)
- Chronischer Rückenschmerz (ca. ab 2021)
- Osteoporose (ca. ab 2022/23)
- Rheumatoide Arthritis (ca. ab 2022/23) – in Klammern jeweils Beginn der Verträge

## Allgemeine Ziele und Qualitätsziele der DMP

- Sicherung und Verbesserung der Qualität der Langzeitversorgung durch einen strukturierten Behandlungsverlauf gemäß evidenzbasierter Leitlinien
- Vermeidung von Erkrankungssymptomen, Spätfolgen sowie Verbesserung der Lebensqualität
- Strukturierte Information und aktive Teilnahme der Patienten
- Qualitätssicherung anhand definierter Qualitätsziele
- Einhaltung Strukturqualität, Vollständigkeit, Verfügbarkeit und Qualität der Dokumentationen, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie
- Einhaltung Kooperationsregeln zwischen den Versorgungsebenen

## Beispiele für Qualitätsziele in den DMP, zum Teil mit Quotenvorgabe

- Vermeiden einer schlechten Stoffwechseleinstellung und von schweren Stoffwechselentgleisungen (Typ-2-, Typ-1-Diabetes)
- Absenken des Blutdrucks (Typ-2-, Typ-1-Diabetes, Koronare Herzkrankheit)
- Vermeiden stationärer Notfallbehandlungen (Typ-2-, Typ-1-Diabetes, Asthma, COPD)
- Rauchen aufgeben und körperliches Training (COPD, Koronare Herzkrankheit, Brustkrebs)
- Schulung wahrnehmen (Typ-2-, Typ-1-Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Asthma)
- Prognoserelevante Therapie durchführen (Brustkrebs) oder Medikation verordnen (Typ-2-, Typ-1-Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Asthma, COPD)
- Regelmäßige Kontrollen durchführen (Augen, Füße, Nieren: Typ-2-, Typ-1-Diabetes, Inhalationstechnik: Asthma, COPD)

# Rückmeldung der Qualitätszielerreichung an die Praxen

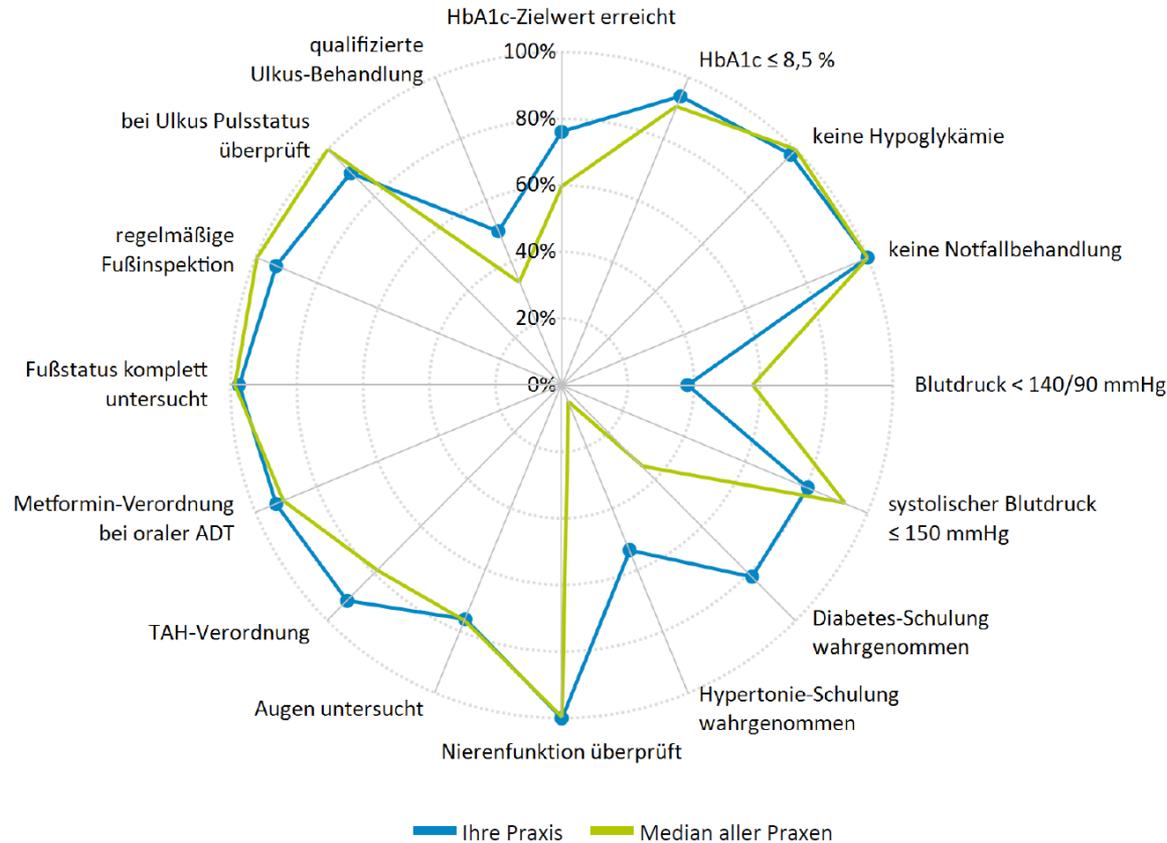


Abbildung: Feedback-Bericht 2019/1, Hausarztpraxis DMP Typ-2-Diabetes, Region Nordrhein, Zi (2019)



# Rückmeldung auffälliger Patienten an die Praxen

## 2 Verlauf der Blutdruckeinstellung bei Patienten mit arterieller Hypertonie und einem systolischen Blutdruck > 150 mmHg vor drei Jahren

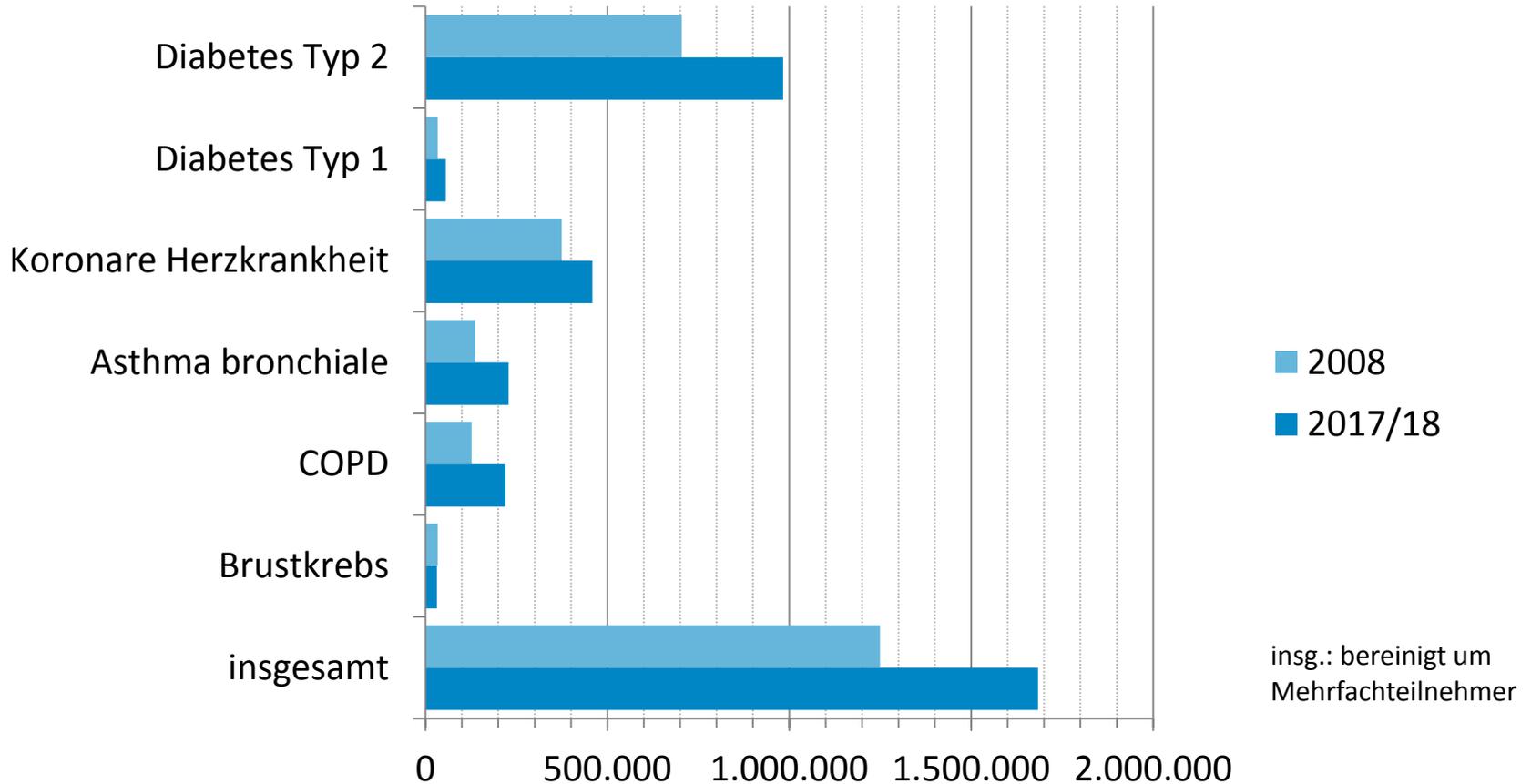
DMP-Fallnr.	Geschl.	Alter	2016/1 - 2019/1	aktuell	Cave	DMP-Fallnr.	Geschl.	Alter	2016/1 - 2019/1	aktuell	Cave
127533	w	52		135/85		119965	m	53		150/80	
143879	m	55		140/85		161393	m	55		160/100	!
92166	w	56		160/100		38251	m	59		125/85	
24075	m	60		160/80		47773	w	61		137/87	
7189	m	61		140/80		130243	m	63		135/80	
140430	m	65		137/85		41100	m	65		145/77	
202366	m	66		145/85		181663	w	68		137/80	
43535	m	69		136/76		6856	m	69		160/90	
15380	m	70		185/85		29670	w	70		145/90	
29782	w	70		145/85		33123	m	72		131/71	
68842	w	72		140/85		19756	m	74		150/85	
40333	w	74		145/85		142016	w	78		145/80	
33305	m	78		136/81		14468	m	79		132/85	
19825	m	79		160/77		2378	w	79		151/76	
81793	m	79		130/80		23323	m	80		139/80	

Abbildung: Feedback-Bericht 2019/1, Hausarztpraxis DMP Typ-2-Diabetes, Region Nordrhein, Zi (2019)

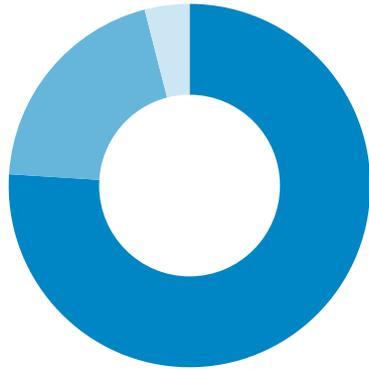
## Ausgewählte Ergebnisse der bislang eingeführten DMP

- Teilnahmezahlen und Erreichungsgrade
- Erreichen der Qualitätsziele, zeitliche Trends und regionale Unterschiede
- Wahrnehmen von Patientenschulungen
- Zeitliche Trends bei der Häufigkeit und dem Neuauftreten von Spätfolgen
- Regionale Unterschiede bei der Amputationshäufigkeit
- Blutdrucksenkung und Verringerung der Schlaganfallhäufigkeit
- Rückgang von Notfallbehandlungen und Krankheitsschüben
- Ausmaß der Multimorbidität

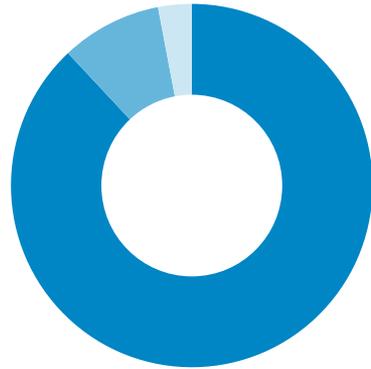
# Zahl der in NRW in den DMP betreuten Patienten



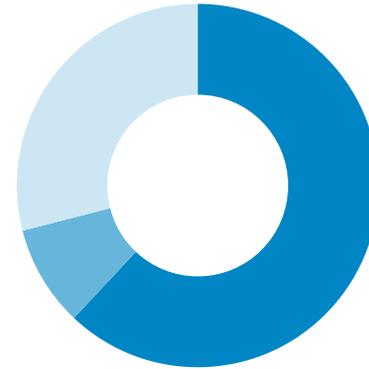
# Anteil der mutmaßlich erreichten erkrankten GK-Versicherten in NRW



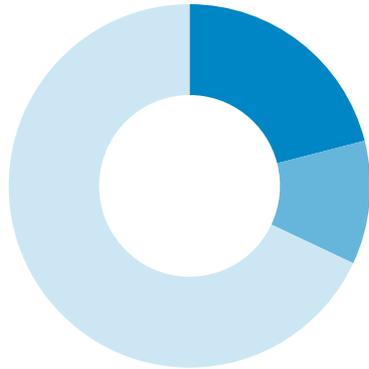
Diabetes Typ 2 (76–96%)



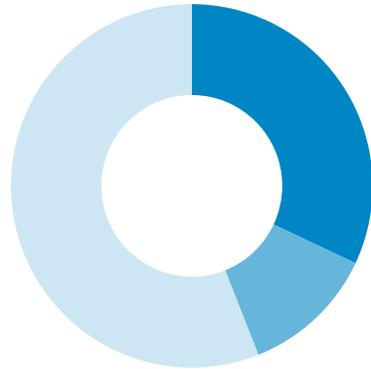
Diabetes Typ 1 (88–97%)



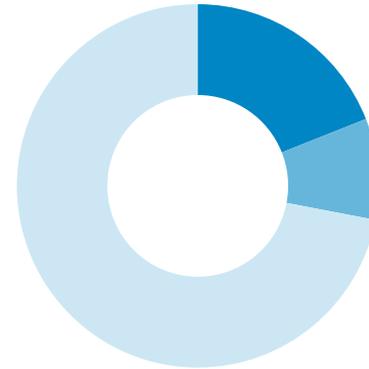
Koronare Herzkrankheit (62–71%)



Asthma bronchiale (21–32%)

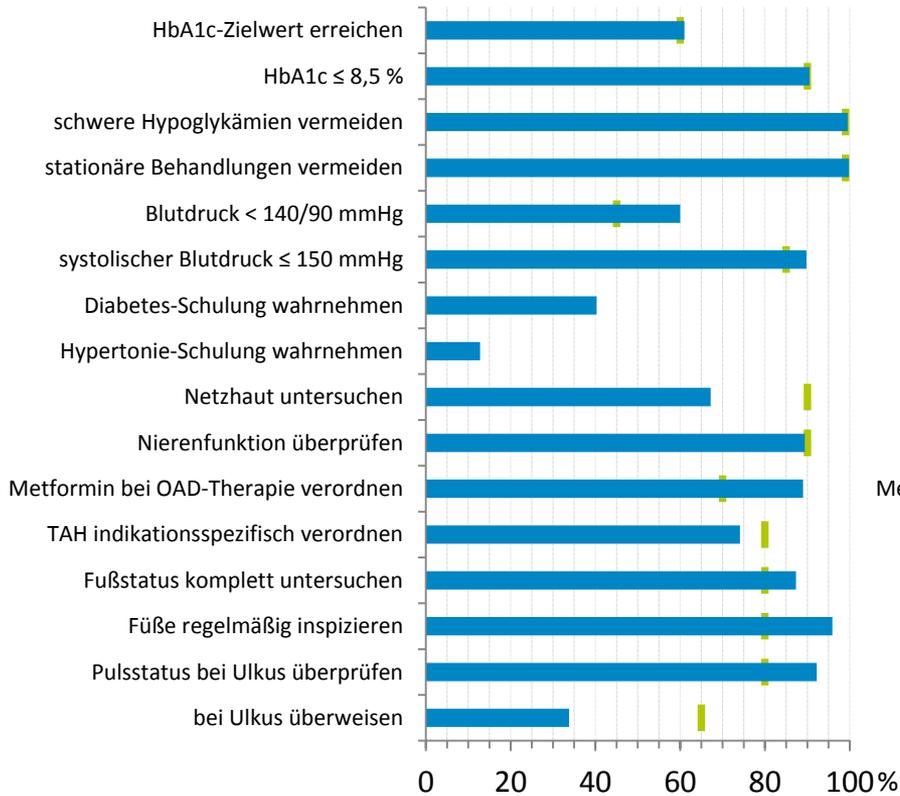


COPD (32–44%)

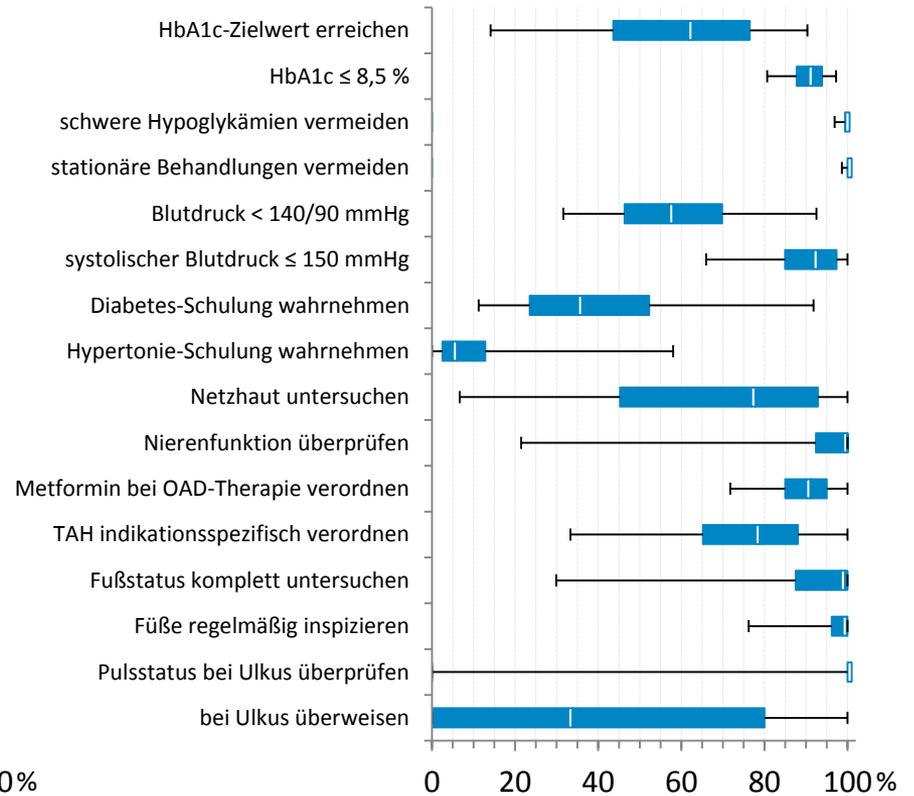


Brustkrebs (19–28%)

# Erreichen der vorgegebenen Qualitätsziele, Beispiel Typ-2-Diabetes



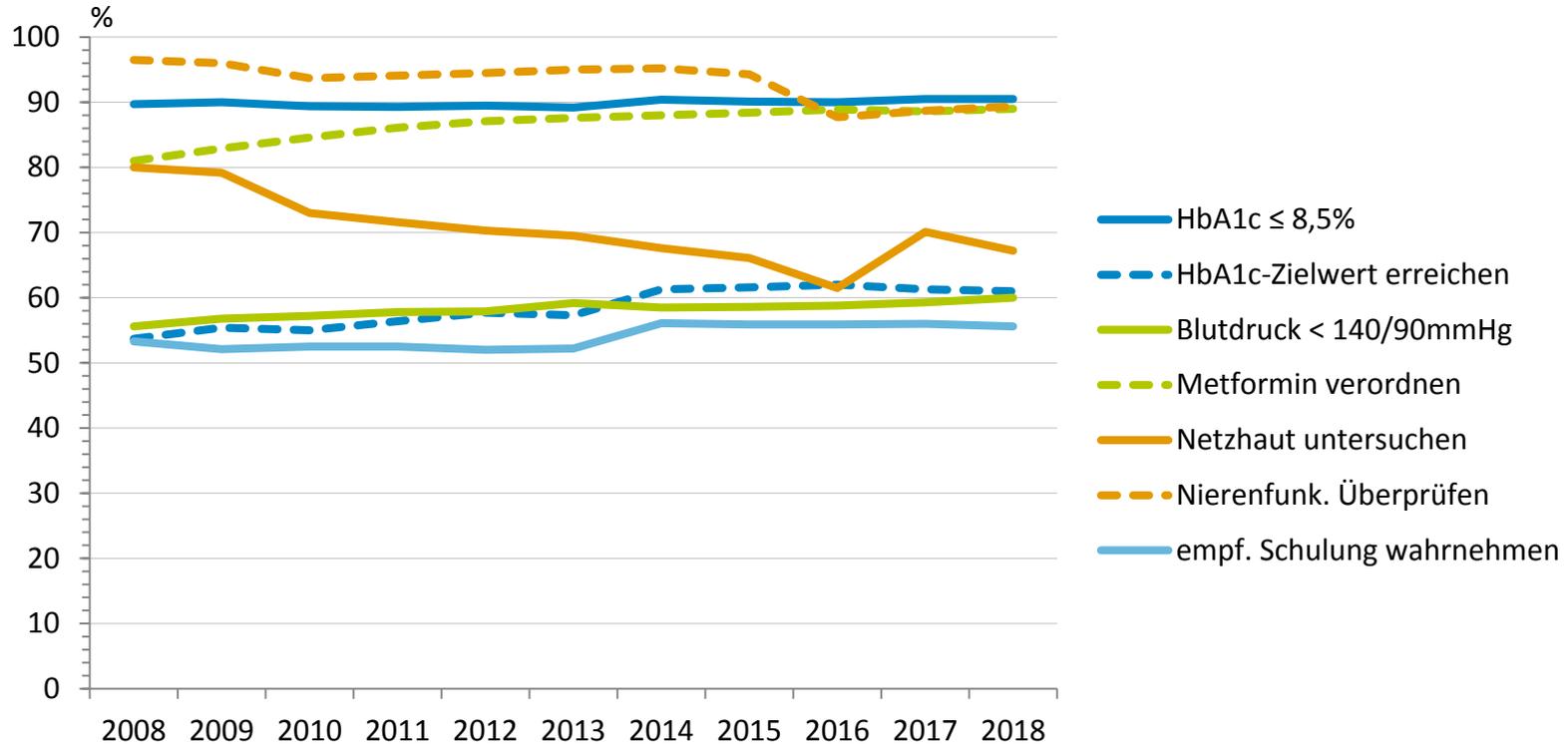
Erreichte und vorgegebene Quote [grüner Balken], Nordrhein 2018



Perzentile der erreichten Quoten

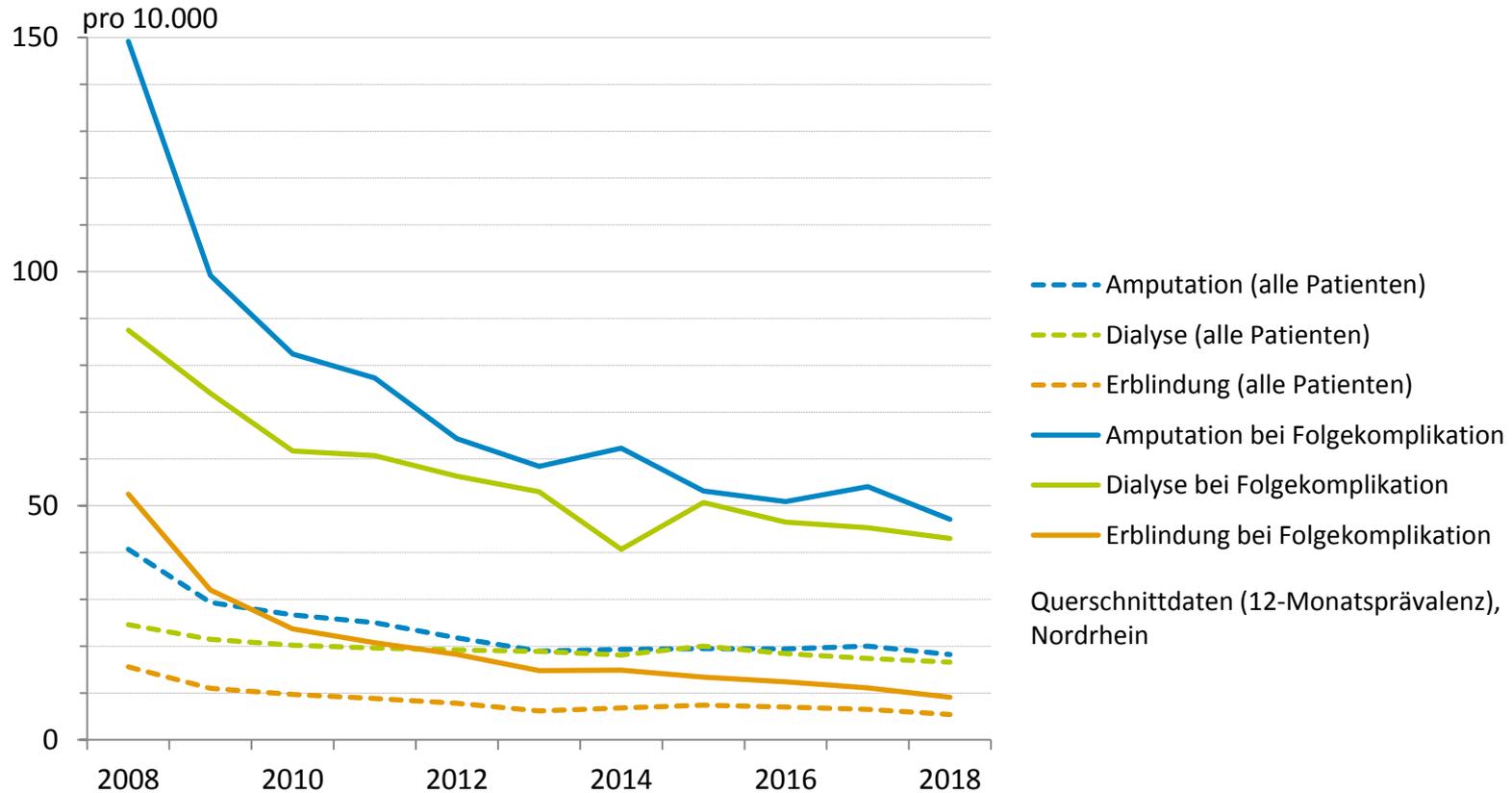


# Zeitliche Trends der Qualitätszielerreichung, Beispiel Typ-2-Diabetes

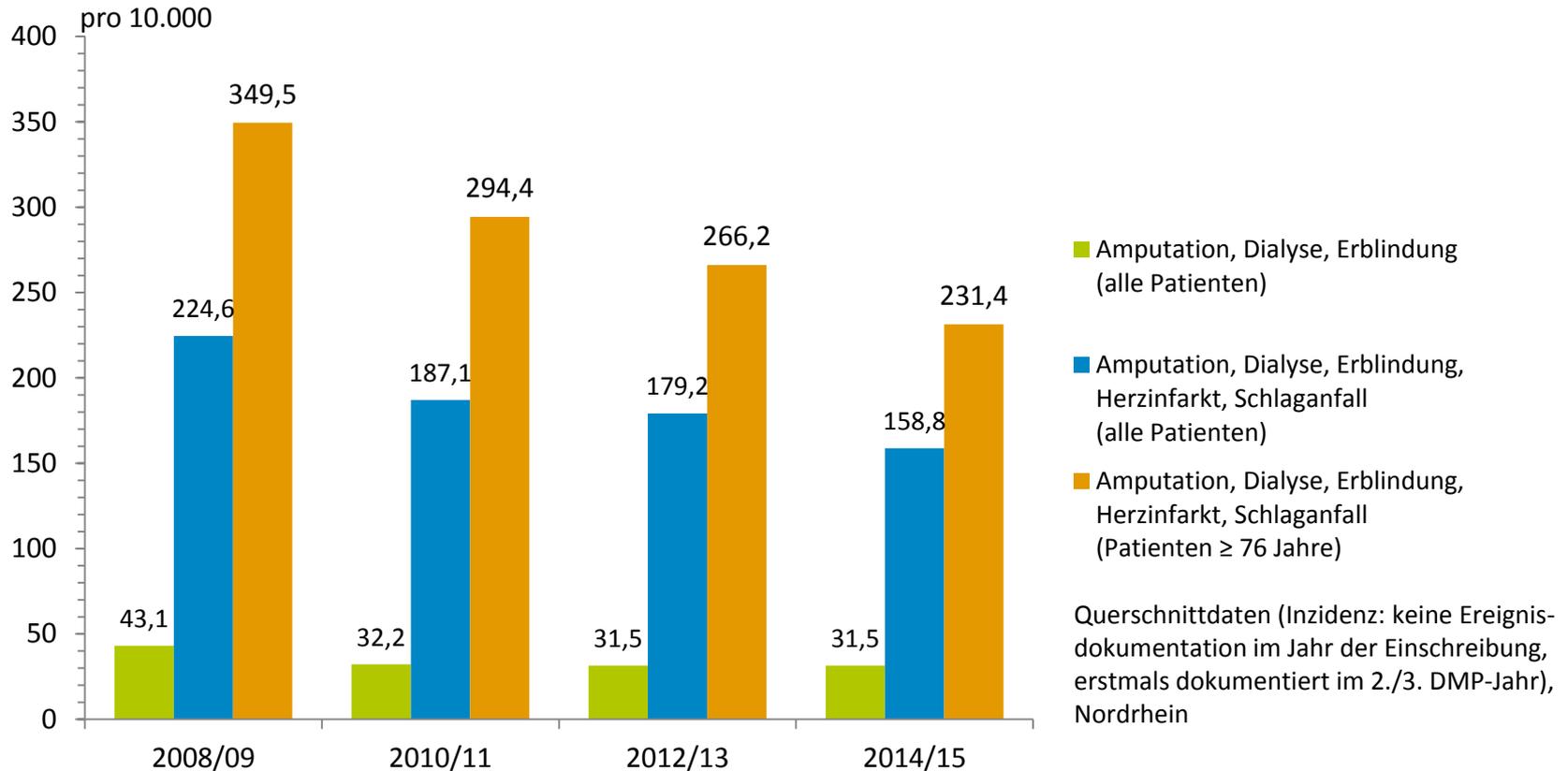




# Häufigkeit von Spätfolgen, Beispiel Typ-2-Diabetes

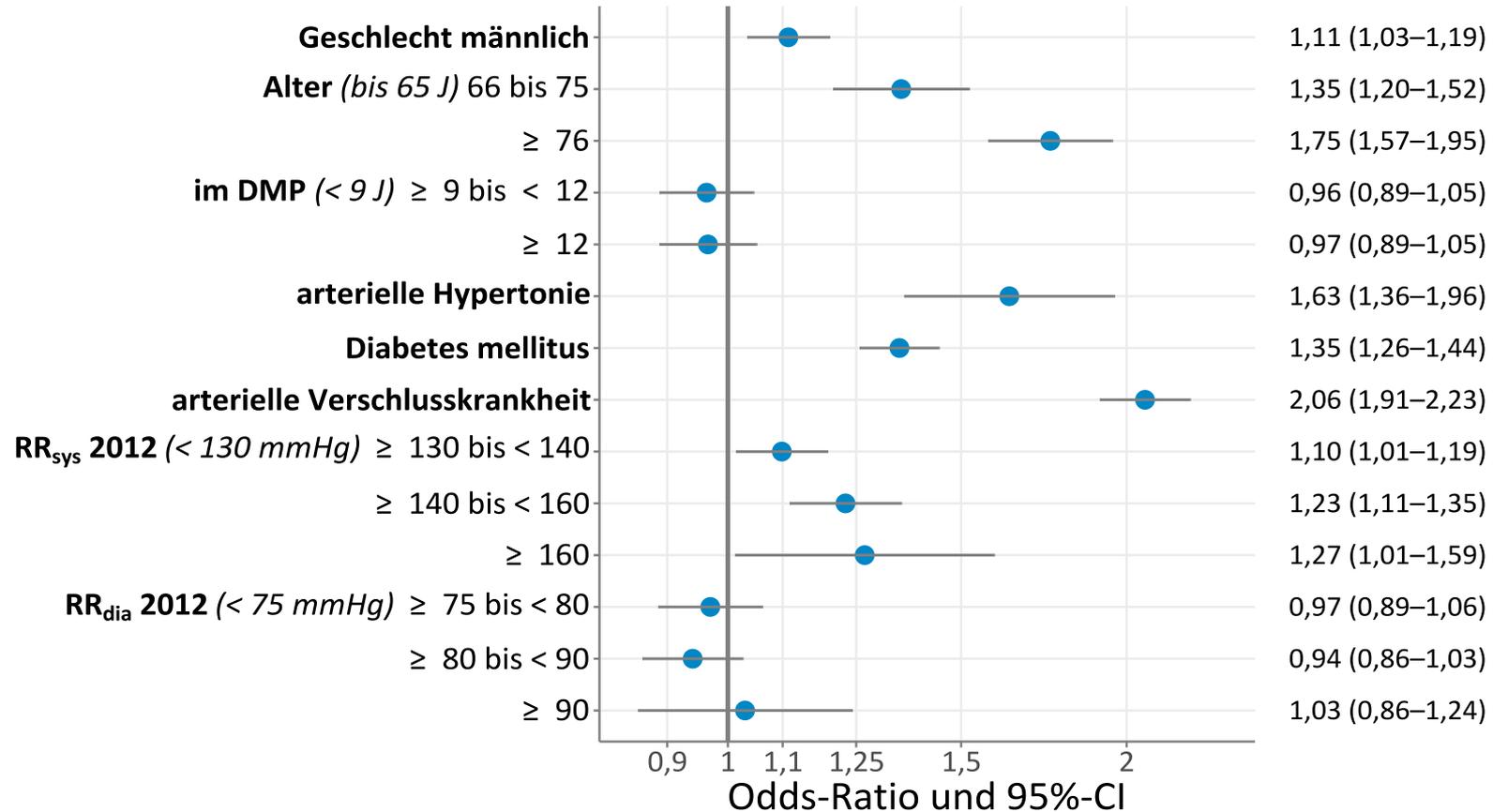


# Neuaufreten von Spätfolgen, Beispiel Typ-2-Diabetes

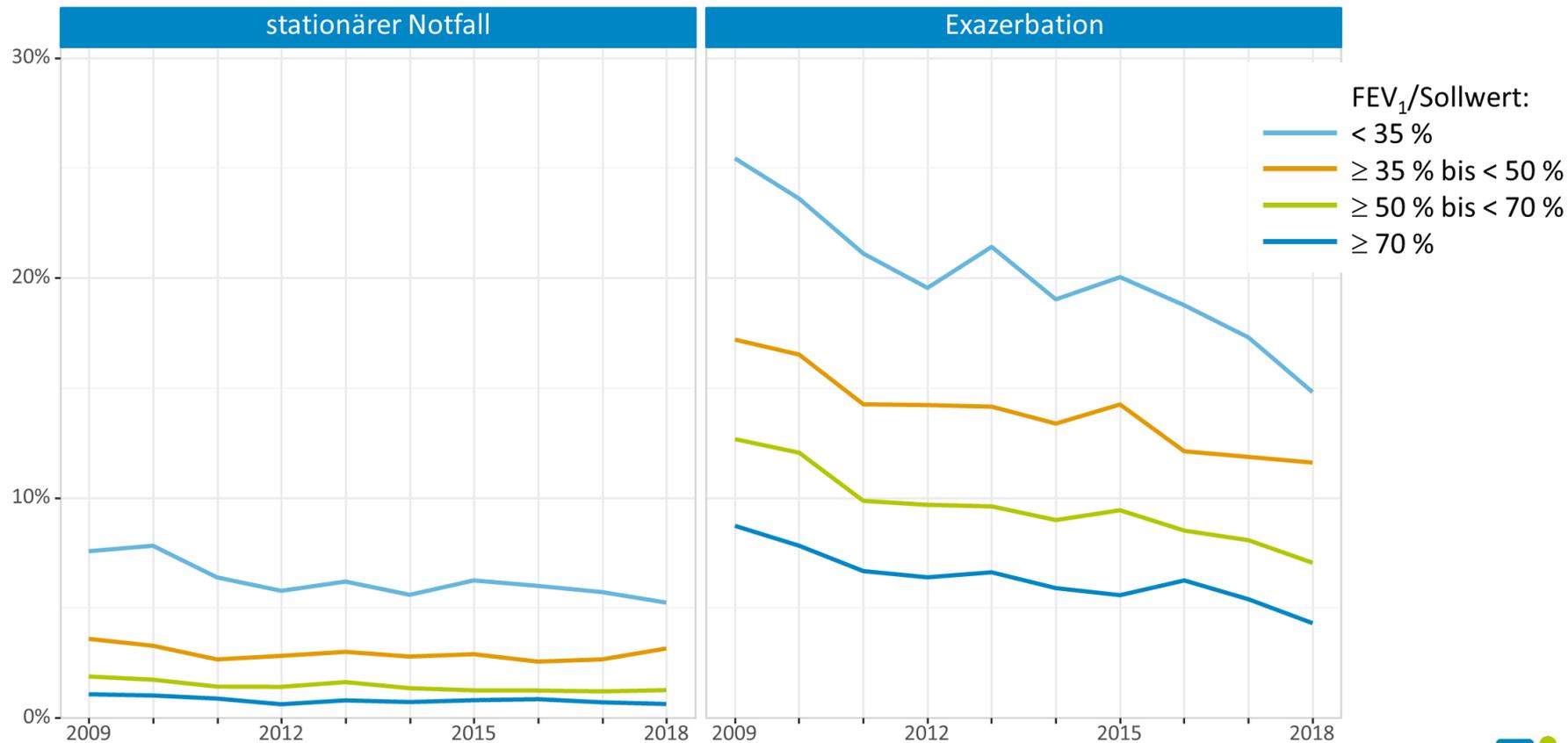




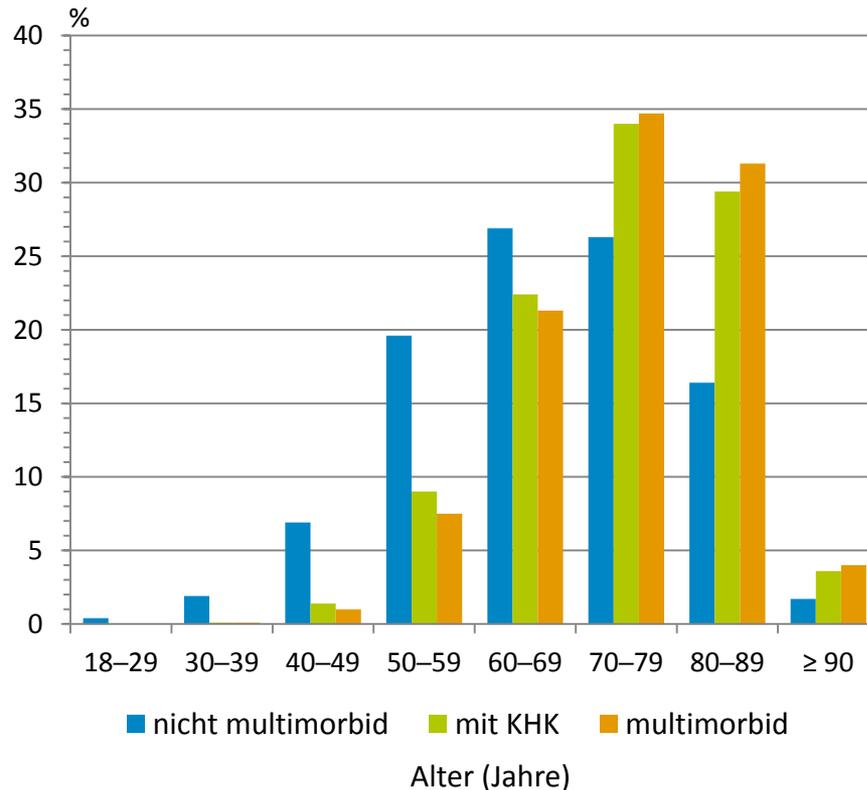
# Risikofaktoren eines neuen Schlaganfalls, Beispiel Koronare Herzkrankheit



# Rückgang bei stationären Behandlungen und Exazerbationen, Beispiel COPD



# Multimorbide Patienten im DMP Typ-2-Diabetes in Nordrhein 2018



- insgesamt im DMP T2D: 558.993
- davon multimorbid, d. h. Neuro-, Nephro-, Retinopathie, Amputation, Erblindung, Dialyse, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall o. AVK **UND** KHK o. COPD: 115.070 (20,6 %)
- davon mit KHK: 149.968 (26,8 %)
- mittleres Alter in Jahren:
  - nicht multimorbid:  $66,9 \pm 12,8$
  - mit KHK:  $73,7 \pm 10,4$
  - multimorbid:  $74,5 \pm 10,4$
- mittlere Zahl von Jahren im DMP betreut:
  - nicht multimorbid:  $7,4 \pm 4,7$
  - mit KHK:  $9,1 \pm 4,6$
  - multimorbid:  $9,9 \pm 4,4$

# DMP-Atlas NRW

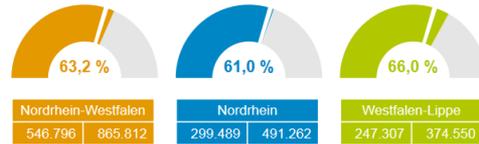
HbA1c-Zielwert erreichen DMP Atlas NRW DMP Diabetes mellitus Typ 2 Regional vertiefende Tabellen

Zielbeschreibung

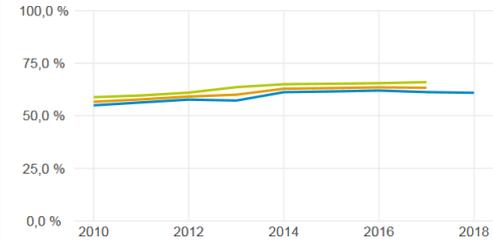
HbA1c-Zielwert erreichen

Mindestens 60 % der Patienten sollen ihren individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreichen.

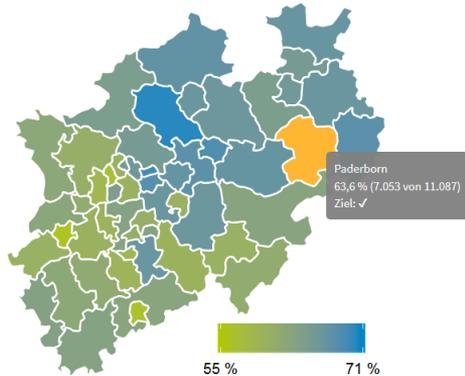
Zielerreichung



Zeitverlauf



Regionaler Plot



Regionale Tabelle

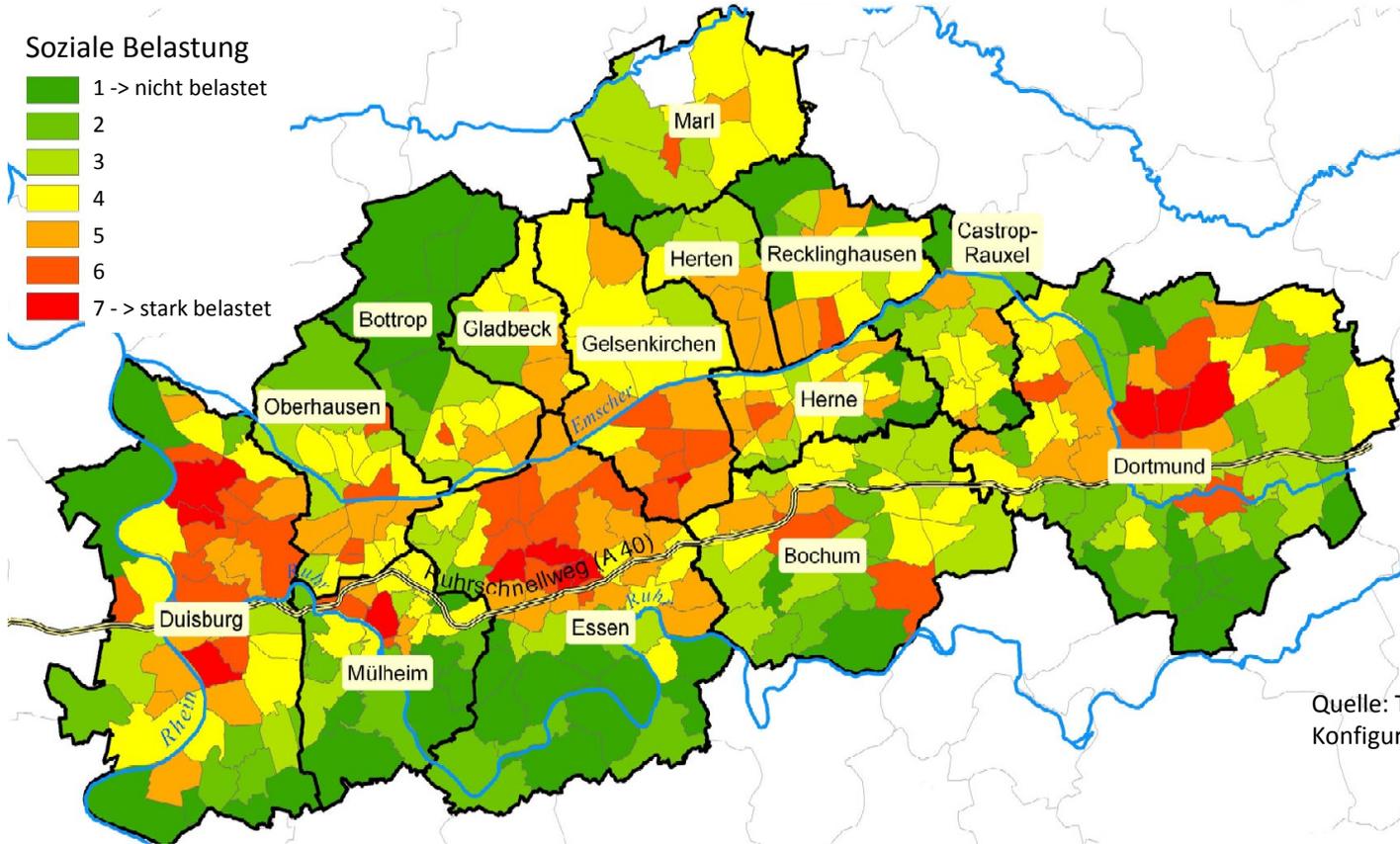
KV-Region	Stadt/Landkreis	Zähler	Nenner	Prozent
Westfalen-Lippe	Coesfeld	6.132	8.705	70,4
Westfalen-Lippe	Herne	6.519	9.371	69,6
Westfalen-Lippe	Hamm	7.484	10.909	68,6
Westfalen-Lippe	Bochum	12.252	17.969	68,2
Westfalen-Lippe	Höxter	4.348	6.404	67,9
Westfalen-Lippe	Unna	14.964	22.087	67,8
Westfalen-Lippe	Steinfurt	13.057	19.361	67,4
Westfalen-Lippe	Dortmund	19.182	28.590	67,1
Westfalen-Lippe	Soest	7.202	10.746	67,0
Westfalen-Lippe	Minden-Lübbecke	9.134	13.677	66,8

Showing 1 to 53 of 53 entries [Download](#)

## Strukturelle Fragen

- Soziale Belastung (Deprivation) auf Stadtteilebene und DMP-Ergebnisse
- Entwicklung der Arztzahlen und hausärztlichen Versorgung
- Maßnahmen zur Förderung der hausärztlichen Versorgung
- Fachärztliche diabetologische Versorgung

# Einfluss kleinräumiger sozialer Belastung (1)

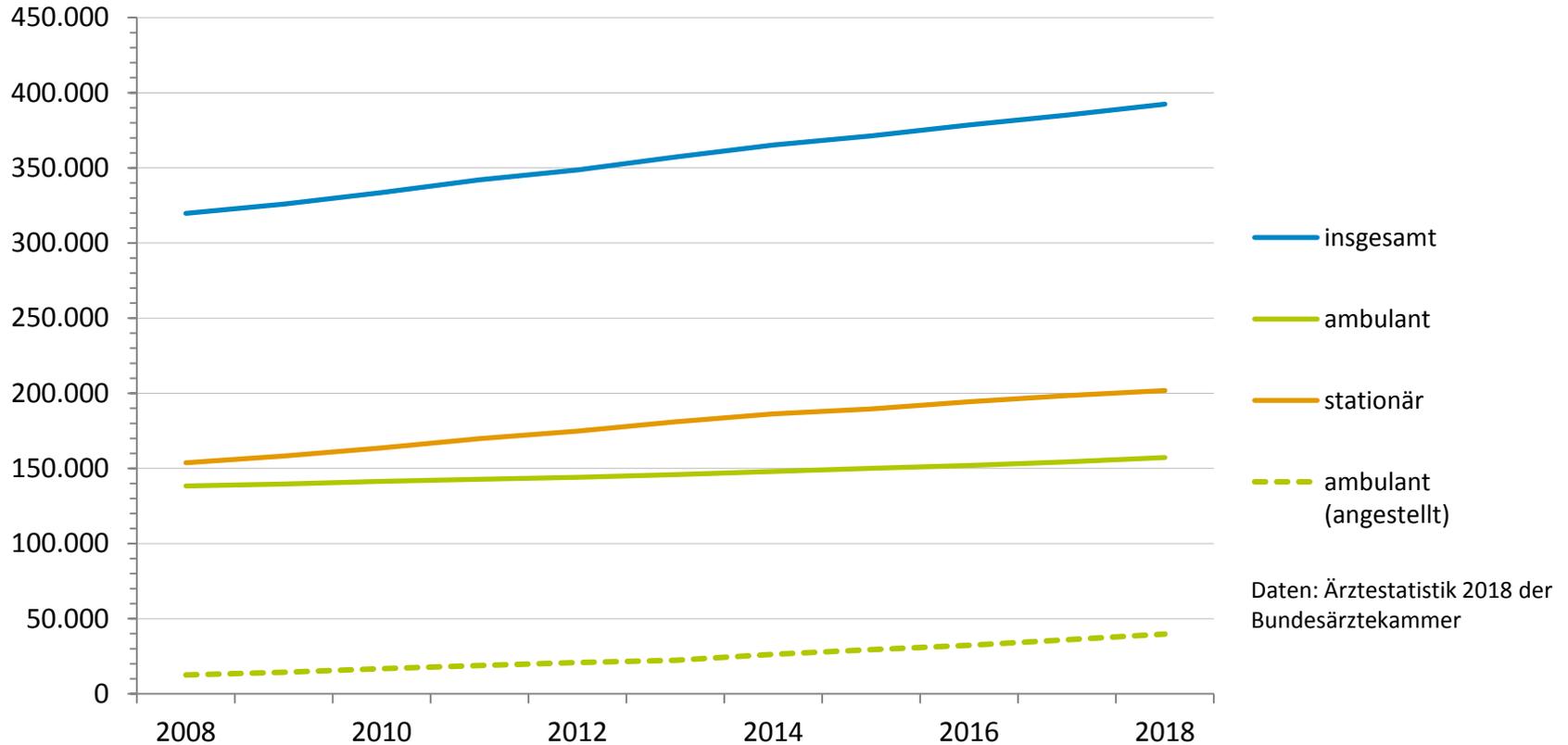


Quelle: Terpoorten, 2014, Räumliche Konfiguration von Bildungschancen, S. 150

## Einfluss kleinräumiger sozialer Belastung (2)

- Ergebnisse zu regionalen Deprivation im DMP Typ-2-Diabetes = Patienten, die in DMP-Praxen betreut werden, die in stark belasteten Stadtteilen (7) vs. gering (1) belasteten liegen
- Wahrnehmen einer Schulung:  
Odds Ratio 0,67 (0,61–0,73)
- Sehr diskontinuierliche DMP-Teilnahme, d. h. weniger als 50 % der erwarteten Untersuchungen wurden dokumentiert:  
Odds Ratio 1,96 (1,62–2,38)
- Kontrolle des Alters, Geschlechts, der Komorbidität, Betreuung, des HbA<sub>1c</sub>, Blutdrucks, Übergewichts und der Medikation

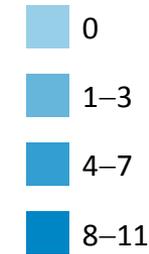
# Entwicklung der Zahl berufstätiger Ärzte



# Regionale Unterschiede bei der hausärztlichen Versorgung



Anzahl Gemeinden, in denen die hausärztliche Versorgung gefährdet ist / erscheint:



Steinfurt	11
Kleve	10
Soest	10
Märkischer	9
Borken	8
Hochsauerland	8
Lippe	8

Daten: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Jan. 2019), Kartografie: Zi [www.mags.nrw/foerderung-der-niederlassung](http://www.mags.nrw/foerderung-der-niederlassung)

## Gemeinden mit kritischer hausärztlicher Versorgung, Kr. Paderborn, Soest

- Kreis Paderborn:

Altenbeken

Bad Lippspringe

Bad Wünnenberg

Borchen

Büren

Lichtenau

- Kreis Soest:

Anröchte

Bad Sassendorf

Ense

Erwitte

Geseke

Lippetal

Möhnesee

Rüthen

Welper

Wickede

# Maßnahmen des Landes NRW zur landärztlichen Versorgung



## PRAXIS VOR ORT.

AKTIONSPROGRAMM FÜR DIE  
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Grafik: MAGS NRW

### Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Aktionsprogramm der Landesregierung bündelt Maßnahmen gegen Hausärztemangel

In ländlichen Regionen Nordrhein-Westfalens ist bereits heute spürbar, dass es an Hausärztinnen und Hausärzten mangelt. Die Sicherstellung der wohnortnahen allgemeinmedizinischen Versorgung ist – derzeit insbesondere abseits der Städte – eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem. Um hier Abhilfe zu schaffen, bündelt ein Aktionsprogramm der Landesregierung zahlreiche Maßnahmen gegen den Hausärztemangel.

Landarztgesetz NRW: Bewerbungen für das Sommersemester 2020 ab sofort möglich

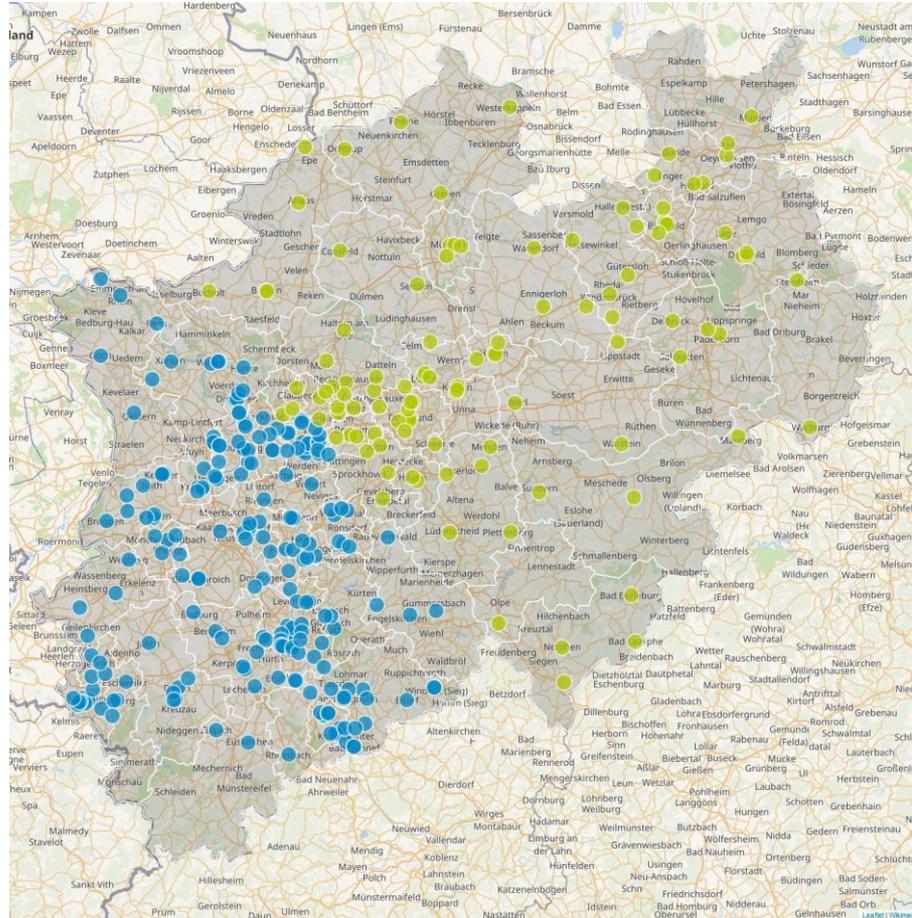
Auch für das kommende Sommersemester vergibt Nordrhein-Westfalen Medizinstudienplätze im Rahmen einer Vorabquote an Bewerberinnen und Bewerber, die sich zu einer hausärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen des Landes verpflichten. Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen ist zuständig für die Auswahl und stellt hierfür das Bewerberportal zur Verfügung, mit dem der elektronische Teil des Antrags auf Zulassung zum Medizinstudium erstellt werden muss. Der Online-Antrag muss im Anschluss ausgedruckt und mit allen erforderlichen Nachweisen postalisch an das LZG.NRW gesandt werden. Das Bewerberportal ist seit Sonntag, dem 1. September 2019 geöffnet. Bewerbungsfrist für das

Quelle: [www.mags.nrw/hausarztliche-versorgung](http://www.mags.nrw/hausarztliche-versorgung)

- Hausarztaktionsprogramm: finanzielle Förderung einer Niederlassung
- Landarztquote: 145 zusätzliche Studienplätze für Medizin, gebunden an die Verpflichtung nach der Facharztausbildung 10 Jahre in einer unterversorgten Region hausärztlich tätig zu sein
- Neugründung Medizinfakultät Uni Bielefeld
- Mehr Studienplätze für Humanmedizin an der Uni Witten/Herdecke
- Modellversuch „Medizin neu denken“ zur Förderung der digitalen Medizin
- Quereinstieg von Krankenhausärzten in hausärztliche Tätigkeit finanziell unterstützen
- Mehr Professuren in der Allgemeinmedizin einrichten



# Fachärztliches diabetologisches Versorgungsangebot in NRW



Daten: Arztsuche der KVen,  
Kartografie: OpenStreetMap, Zi



## Weitere strukturelle Fragen

- Entwicklung des stationären Bereichs
- Entwicklung der Angebote häuslicher Pflege
- Wanderungsbewegungen
- Ausbau der Verkehrsinfrastrukturen
- Technische Entwicklungen, Telemedizin

## Herausforderungen der kommenden Jahre

- Alterung der Bevölkerung und Zunahme der Multimorbidität
- Entwicklung der Anzahl niedergelassener Ärzte, vor allem auf dem Land
- Case Management und Delegation ärztlicher Kompetenz  
(entlastende Versorgungsassistentin EVA)
- Steuerung des Arztzugangs und der Nutzung ambulanter/stationärer Angebote  
(flächendeckende Einführung von Portalpraxen in NRW bis 2022)
- Einrichtung neuer Versorgungsangebote und bessere Vernetzung bestehender
- Einsetzen neuer Technologien
- Optimieren der strukturierten Versorgung



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

[www.zi-dmp.de](http://www.zi-dmp.de)

**Zentralinstitut für die kassenärztliche  
Versorgung in Deutschland**

**DMP-Projektbüro**

Sedanstr. 10–16

50668 Köln

Tel. +49 221 7763 6760

Fax +49 221 7763 6767

bhagen@zi.de

