



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

# Versorgungsbedarf

Symposium am 23.05.2019 in München

*Leonie Sundmacher für das Konsortium*

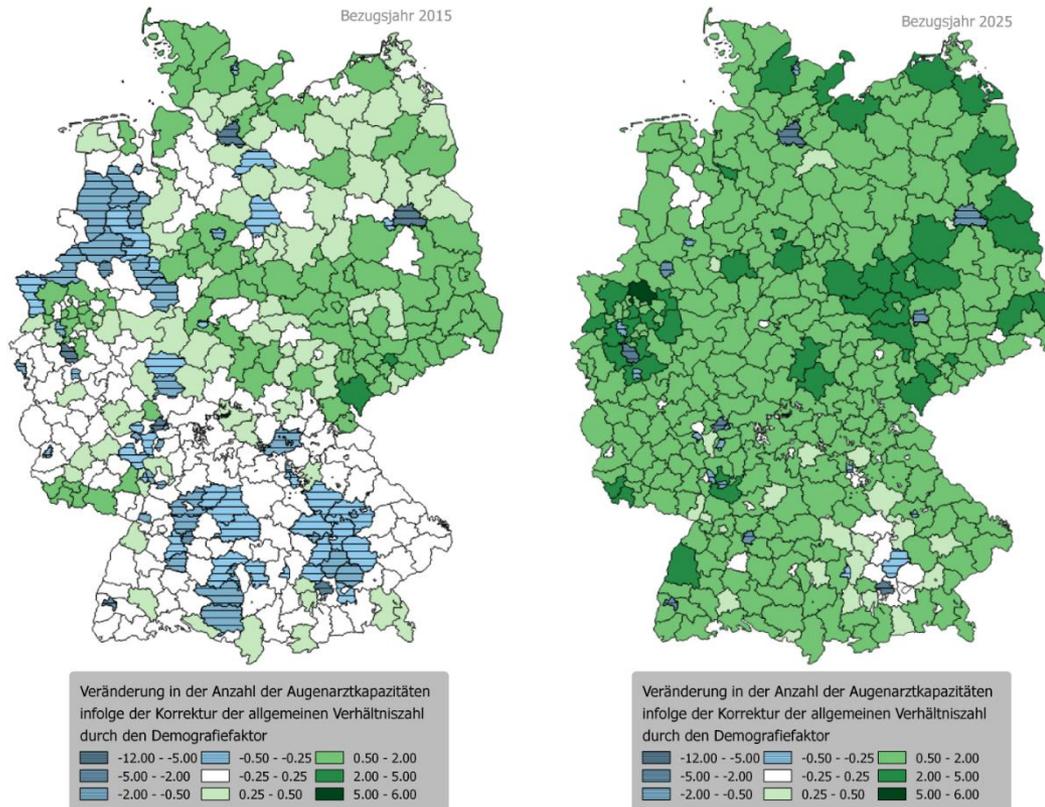
*Fachbereich Health Services Management  
Ludwig-Maximilians Universität München*



## A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen legen eine arztgruppenspezifische Kapazität fest, die dem Versorgungsbedarf einer bestimmten Bevölkerung entsprechen soll
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG): Einführung des deskriptiven Demografiefaktors mit Verteilungseffekt und leichtem Kapazitäteneffekt ist positiv
- Demografiefaktor erfasst nur altersbedingte Veränderungen der Inanspruchnahme in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen im Verhältnis zu den 65-Jährigen und älteren Patienten
- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG): Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur auf bundesweiter Ebene einbeziehen. Vorschlag im vorliegenden Gutachten (differenzierte Auseinandersetzung im Teil B ab S. 216)

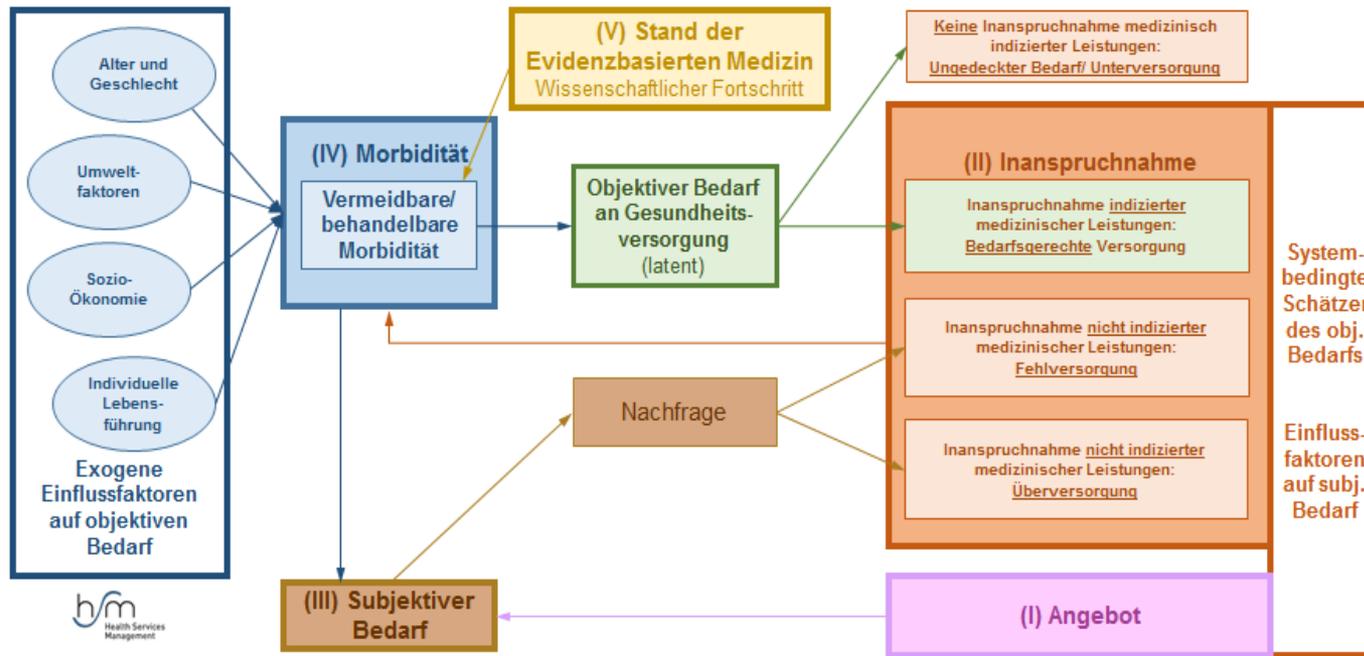
# A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs



Auf Seite 225

Abbildung A.2.6: Regionale Verteilungs- und Kapazitätswirkung des Demografiefaktors bei Augenärzten im Jahr 2015 (a) und im Jahr 2025 (b)

# B: Konzeptionelle Grundlagen zur Schätzung des Versorgungsbedarfs



Dem realistischen Ansatz folgend wird der **Begriff des Bedarfs** an einer spezifischen Leistung als die minimale Menge an Ressourcen definiert, um den erwarteten Nutzen beziehungsweise das gesundheitsorientierte Nutzenpotenzial einer Person (Capacity to Benefit) von Versorgung vollständig zu decken (Culyer 1995), siehe S. 222 ff.

Abbildung B.5: Einflussfaktoren auf den objektiven Versorgungsbedarf, siehe S. 225

# B: Schätzung des Versorgungsbedarfs

	Morbidity based on contact or diagnoses in ambulatory care at patient level					Morbidity measures at regional level		Socioeconomic factors at regional level				
	AGG	KG-Gruppen	Multimorbidity	Concurrent diagnosis	Short, medium, long	YLL	Aggregated DALY weights	ALQ	Household income	Without education	Depriv. I	Depriv. II
A	x											
B	x	x										
C	x	x	x									
D	x	x	x	x								
E	x	x	x	x		x						
F	x	x	x	x			x					
G	x	x	x	x		x	x					
H	x		x		x							
I	x	x	x	x				x				
J	x	x	x	x				x	x			
K	x	x	x	x				x		x		
L	x	x	x	x				x	x	x		
M	x	x	x	x							x	
N	x	x	x	x								x

**Tabelle B.4: Modelle mit der abhängigen Variable ärztlicher Leistungsaufwand, siehe S. 247**

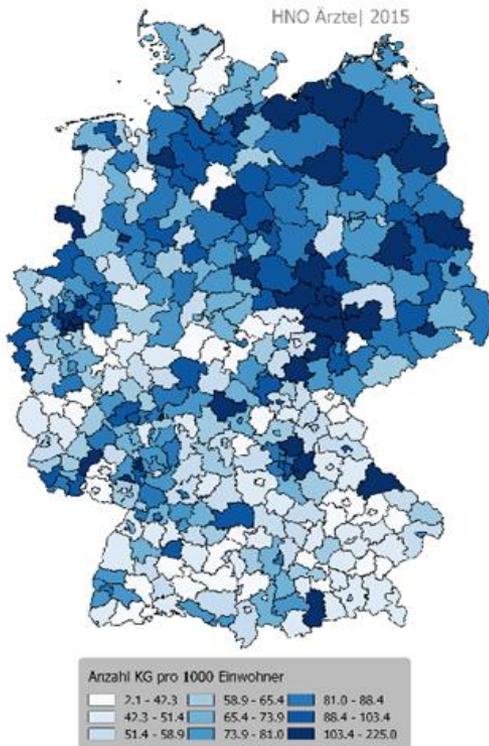
Insgesamt wurden 1.147 Modelle zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs berechnet. Die Ergebnisse sind im Gutachten ab S. 286 zu finden.

## B: Konzeptionelle Grundlagen zur Schätzung des Versorgungsbedarfs

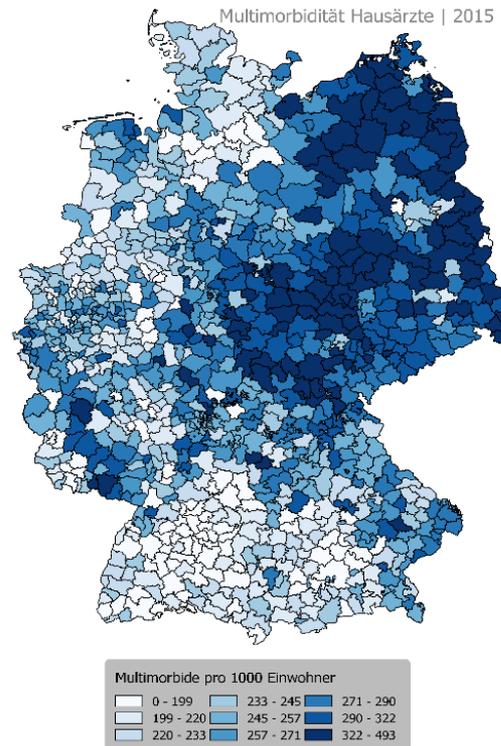
Kriterien zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs	
1 konzeptionelle Grundlagen	Kriterien
B1.1 Auswahl der Bedarfsindikatoren	begründete Auswahl und Operationalisierung der Bedarfsindikatoren
B1.2 Abhängigkeit der Bedarfsindikatoren	Prüfung der (konzeptionellen) Abhängigkeit des Bedarfsindikators vom Angebot unabhängig vom Versorgungsbedarf
B1.3 Quantifizierung des Versorgungsbedarfs	Bezug zu dem für die Erfüllung des Versorgungsbedarfs durchschnittlich erforderlichen Zeitaufwand eines Vertragsarztes
2 Datengrundlage	Kriterien
B2.1 Verfügbarkeit	Verfügbarkeit der Datengrundlage für Zwecke der Bedarfsplanung
B2.2 Aktualität	regelmäßige Erhebung der Datengrundlagen, auch in absehbarer Zukunft
B2.3 externe Validität	möglichst umfassende und exakte Abbildung der Population in den zu planenden Räumen gemäß Planungszielen
B2.4 interne Validität	zweckmäßige und konsistente Quantifizierung der vorgesehenen Merkmale
B2.5 Reliabilität	inhaltliche Stabilität der quantifizierten Merkmale im Zeitverlauf
3 Machbarkeit	Kriterium
B3.1 Arztkapazitäten	Übersetzung des geschätzten Versorgungsbedarfs in Arztkapazitäten möglich
4 Modellierung	Kriterien
B4.1 statistisches Modell	angemessene Auswahl des statistischen Modells
B4.2 Ebene der Analyse	ökologische Fehlschlüsse möglichst vermeiden
5 Zukunftsfähigkeit	Kriterium
B5.1 zukünftige Veränderungen	Prognosen zum Versorgungsbedarfs können in der Planung berücksichtigt werden

**Tabelle B.1: Kriterien zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs, siehe S. 234**

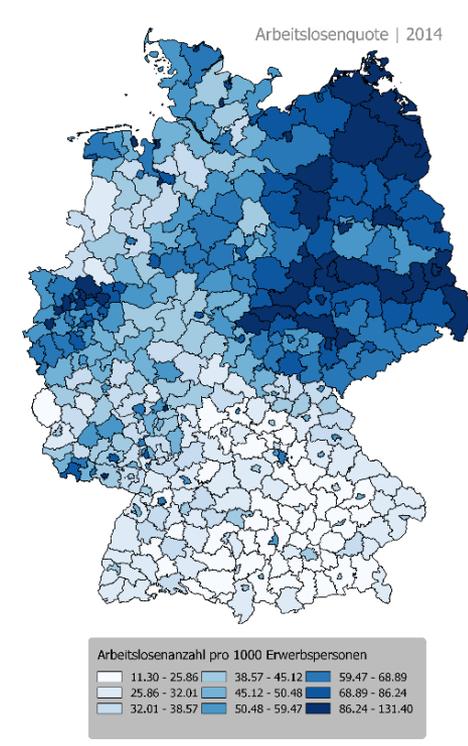
# B: Beispiele für Determinanten des Versorgungsbedarfs



**Abbildung B.9: Verteilung der Krankheitsgruppen je 1.000 Einwohner bei HNO-Ärzten, siehe S. 263**



**Abbildung B.11: Anzahl der multimorbiden Patienten je 1.000 Einwohner bei Hausärzten im Jahr 2015, siehe S. 267**

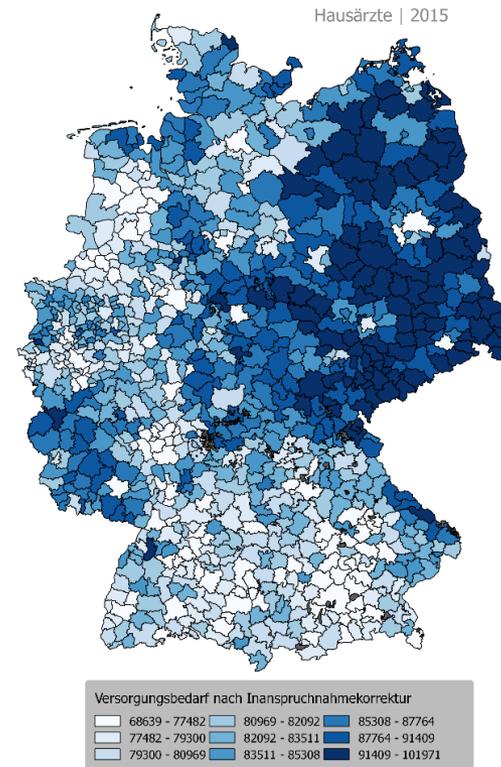
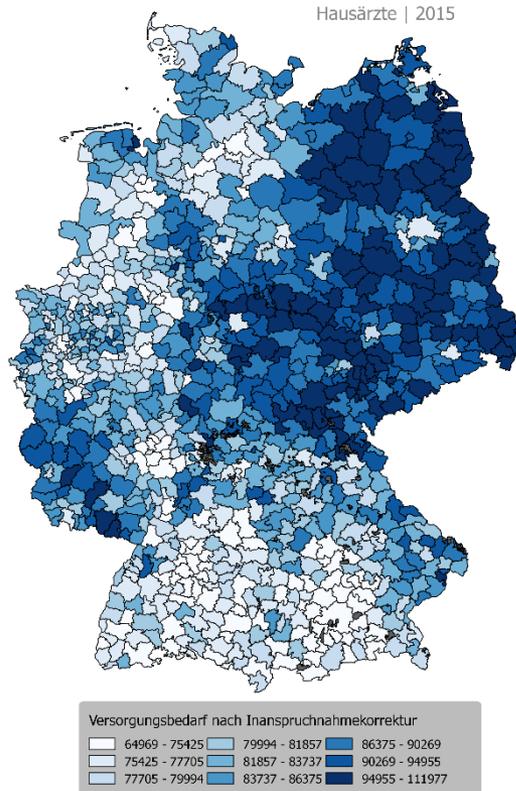


**Abbildung B.13: Verteilung der sozioökonomischen Variable Arbeitslosenzahl je 1.000 Einwohner, siehe S. 273**

Eigene Darstellung

# B. Geschätzter Versorgungsbedarfs

Gutachten zur Weiterentwicklung der  
Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur  
Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung,  
S. 287 ff



Geschätzter Versorgungsbedarf für Hausärzte gemäß Vollmodell (links) und gemäß AGG-Modell (rechts)

# B. Geschätzter Versorgungsbedarfs

Gutachten zur Weiterentwicklung der  
Bedarfsplanung i.S.d. § § 99 ff. SGB V zur  
Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung,  
S. 287 ff

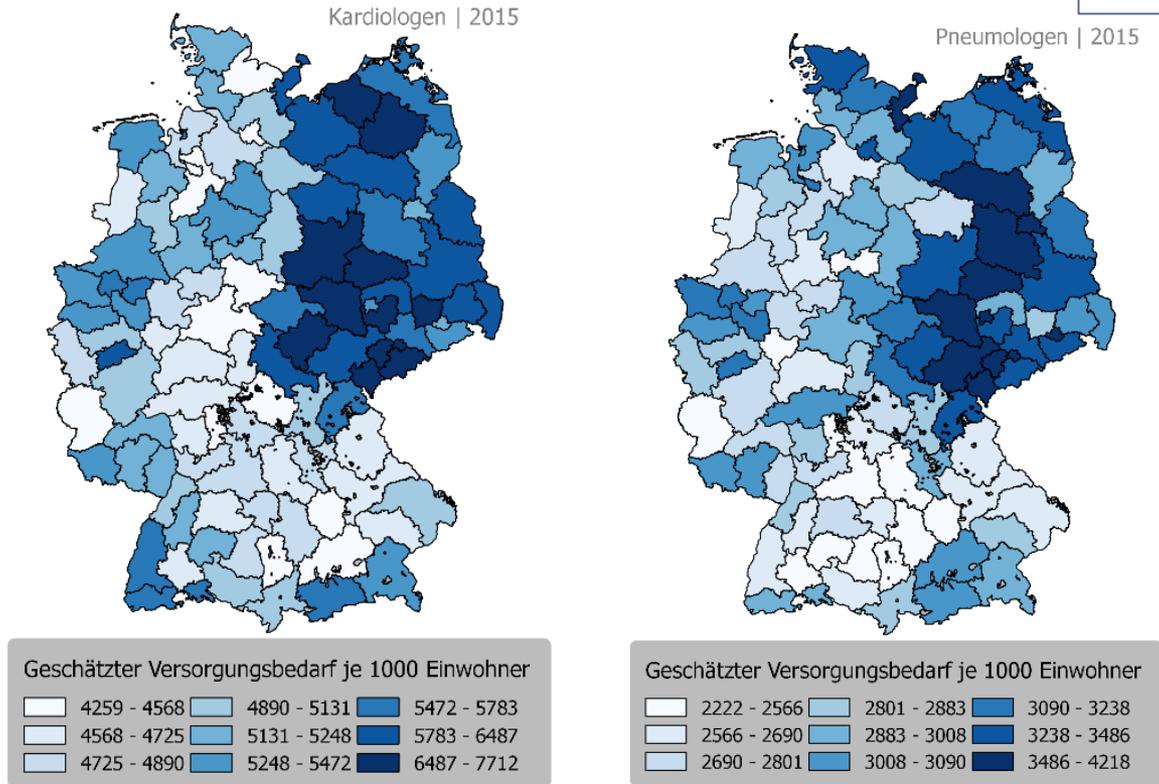
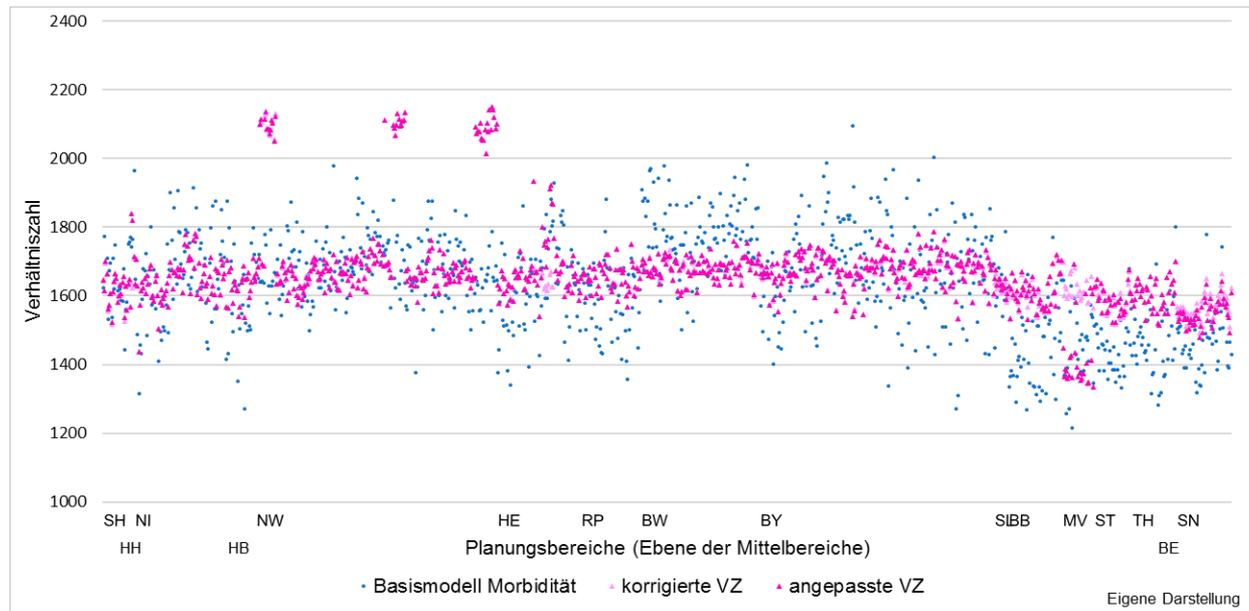


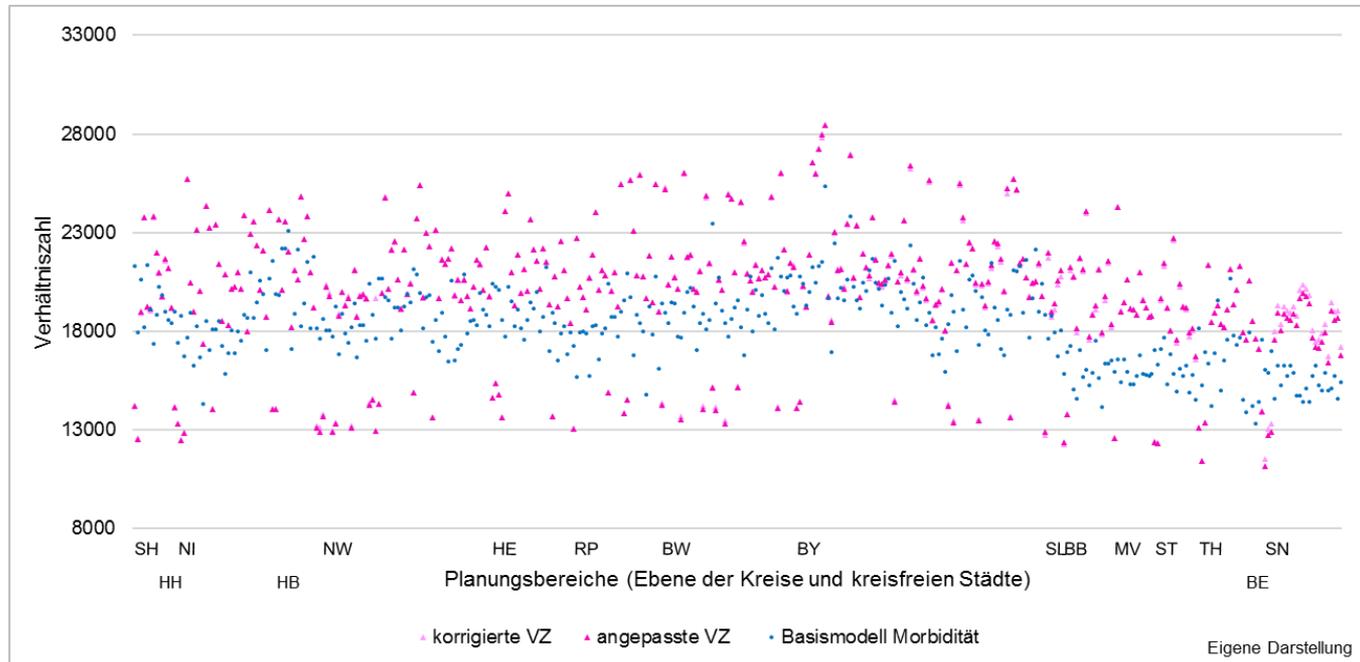
Abbildung B.35: Geschätzter Versorgungsbedarf der fachinternistischen Subspezialisierungen Kardiologie (a) und Pneumologie (b), S. 305

## B: Neuberechnete Verhältniszahlen der hausärztlichen Versorgung des favorisierten Modells ohne Berücksichtigung von Mitversorgung



**Abbildung B.23: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen, siehe S. 297**

## B: Neuberechnete Verhältniszahlen der augenärztlichen Versorgung des favorisierten Modells ohne Berücksichtigung von Mitversorgung



**Abbildung B.24: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der Augenärzte im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen, siehe S. 298**

## A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- **Empfehlung:** Signifikante **Veränderungen des Versorgungsbedarfs je Einwohner** etwa im Zuge der Alterung der Gesellschaft und im Zusammenhang mit der langfristigen Zu- oder auch Abnahme bestimmter Krankheitsbilder sollten in den Verhältniszahlen berücksichtigt werden (siehe S. 138 ff. sowie für die Operationalisierung ab S. 216 und ab S. 674 für die rechtliche Beurteilung)
- **Empfehlung für Umsetzung:** Berücksichtigung von **Alters- und Geschlechtsgruppen** und **Morbidität** operationalisiert als Krankheitsgruppen und Multimorbidität in der Schätzung des Versorgungsbedarfs
- **Empfehlung:** Determinanten des Versorgungsbedarfs sollten gemäß bundesweit **einheitlicher Methodik** berücksichtigt werden, sodass Patienten mit vergleichbarer Morbidität unabhängig vom Wohnort ein vergleichbarer Versorgungsbedarf zugewiesen wird

# Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

*Leonie Sundmacher,  
Laura Schang, Ronja Flemming, Wiebke Schüttig,  
Isabel Geiger, Julia Frank-Tewaag,  
Danny Wende, Ines Weinhold, Christoph Höser,  
Thomas Kistemann, Juliane Kemen,  
Neeltje van den Berg, Fabian Kleinke,  
Wolfgang Hoffmann,  
Ulrich Becker und  
Thomas Brechtel*

*Fachbereich Health Services Management  
Ludwig-Maximilians Universität München*

**Gutachten abrufbar unter folgendem Link:  
[www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3493/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3493/)**

