



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

# Bedarfsplanung und Versorgung in den Regionen

Zi-Congress Versorgungsforschung am 05.06.2019

*Leonie Sundmacher für das Konsortium  
Fachbereich Health Services Management  
Ludwig-Maximilians Universität München*



Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V (Juli 2018)

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

Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management  
WIG2-Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, GeoHealth Centre/Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit  
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine  
Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München  
37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln

Version: 2.0, 12. Juli 2018, TB 37G



Ludwig-Maximilians-Universität München  
Fachbereich Health Services Management  
Teile A und B

WIG2-Wissenschaftliches Institut  
für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig  
Teile A und C

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
GeoHealth Centre/Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit  
Teile C und E

Universitätsmedizin Greifswald  
Institut für Community Medicine  
Teile D und E

Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München  
Teil F

37 Grad  
Analyse und Beratung GmbH Köln  
Projektmanagement/  
Gutachtenredaktion

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

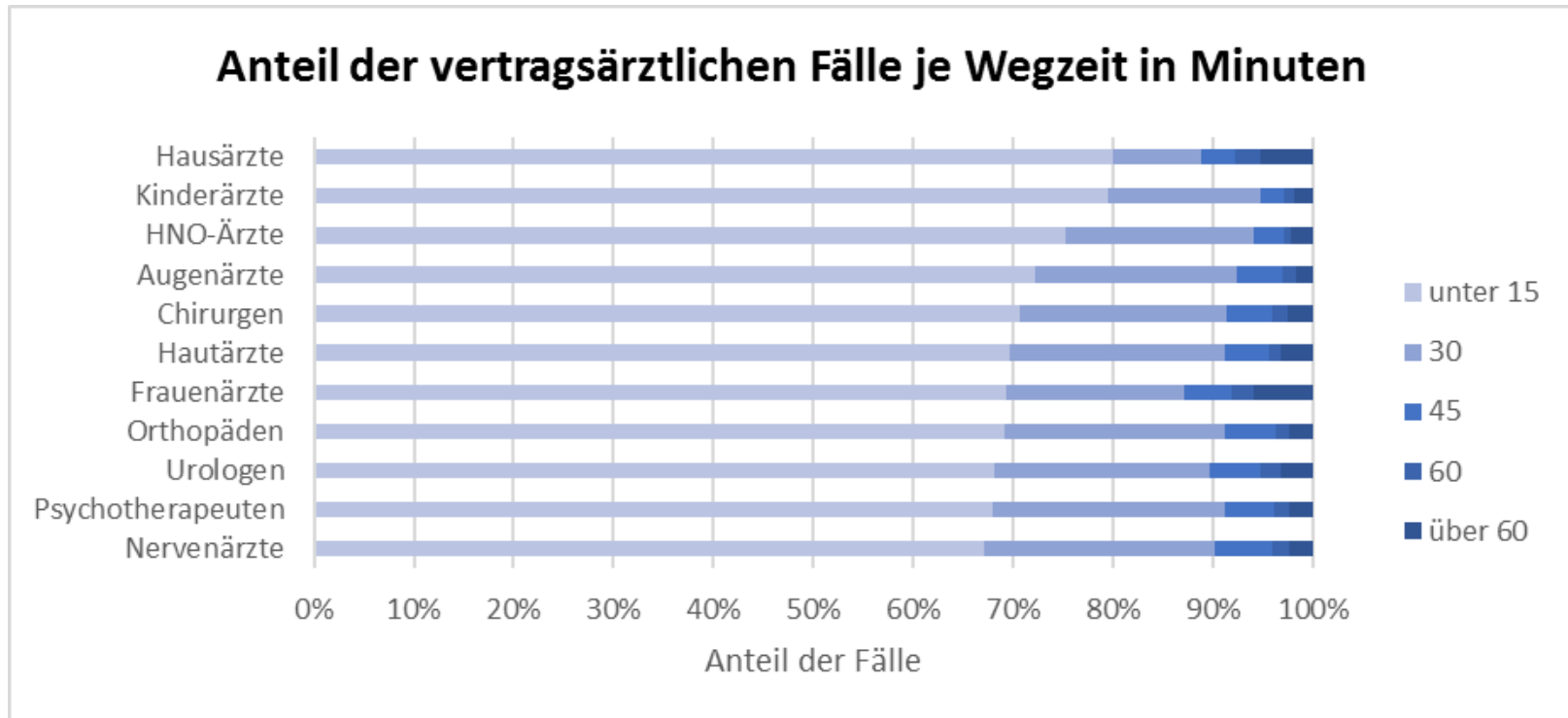
## A.1.1 bis 3: Zugangsbegriff

- Unterscheidung zwischen potenziellem und tatsächlichem Zugang – Begriff als Überwindung verschiedener Barrieren
- Rahmenbedingungen des Versorgungssystems ermöglichen Eintritt

→ Erreichbarkeit und Wartezeiten.

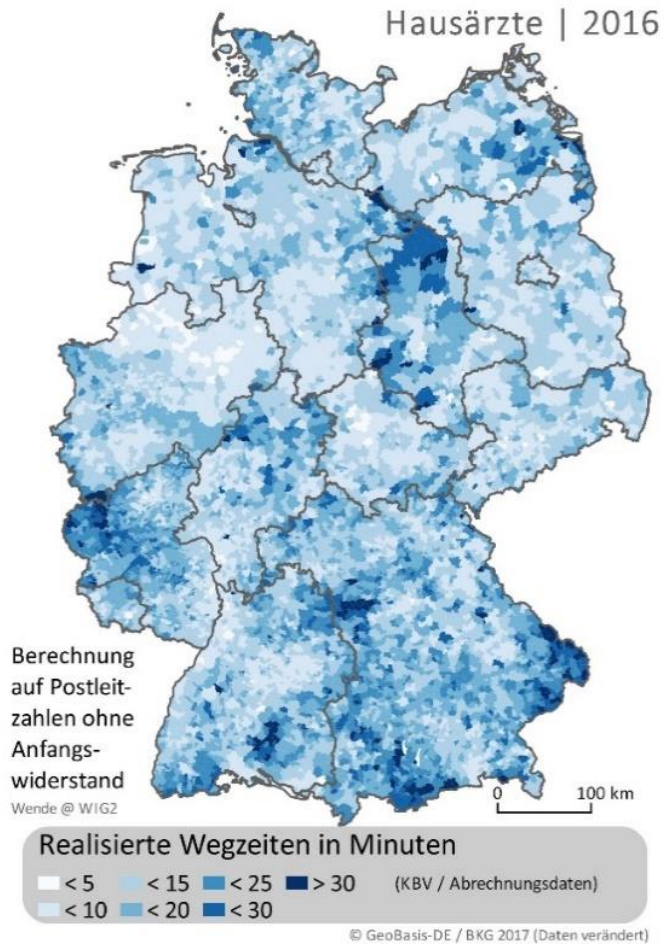
Konzepte der Erreichbarkeit und Wartezeiten werden systematisch verglichen

# A.1: Realisierte Wegzeiten auf Bundesebene



**Abbildung A.1.2: Anteil der vertragsärztlichen Fälle je Wegzeit für hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung in 2015 (Angabe in PKW-Fahrzeitminuten), siehe S. 43**

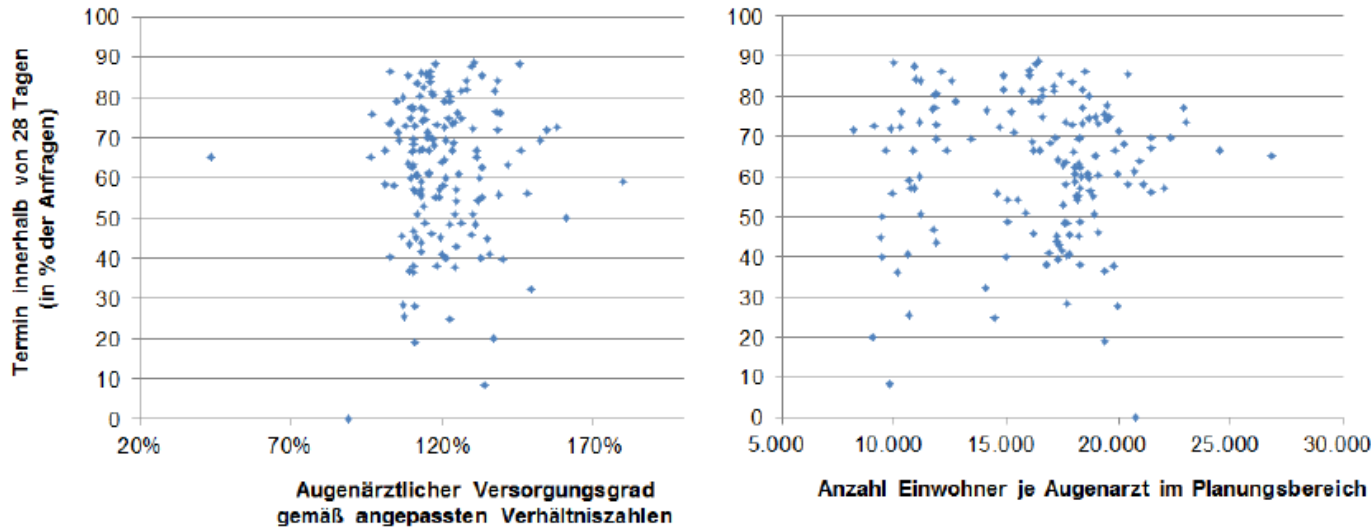
# A.1: Realisierte und potenzielle Wegzeiten



siehe S. 46 und 49

Bewertung von Wartezeiten auf ambulant ärztliche Termine ab S. 67

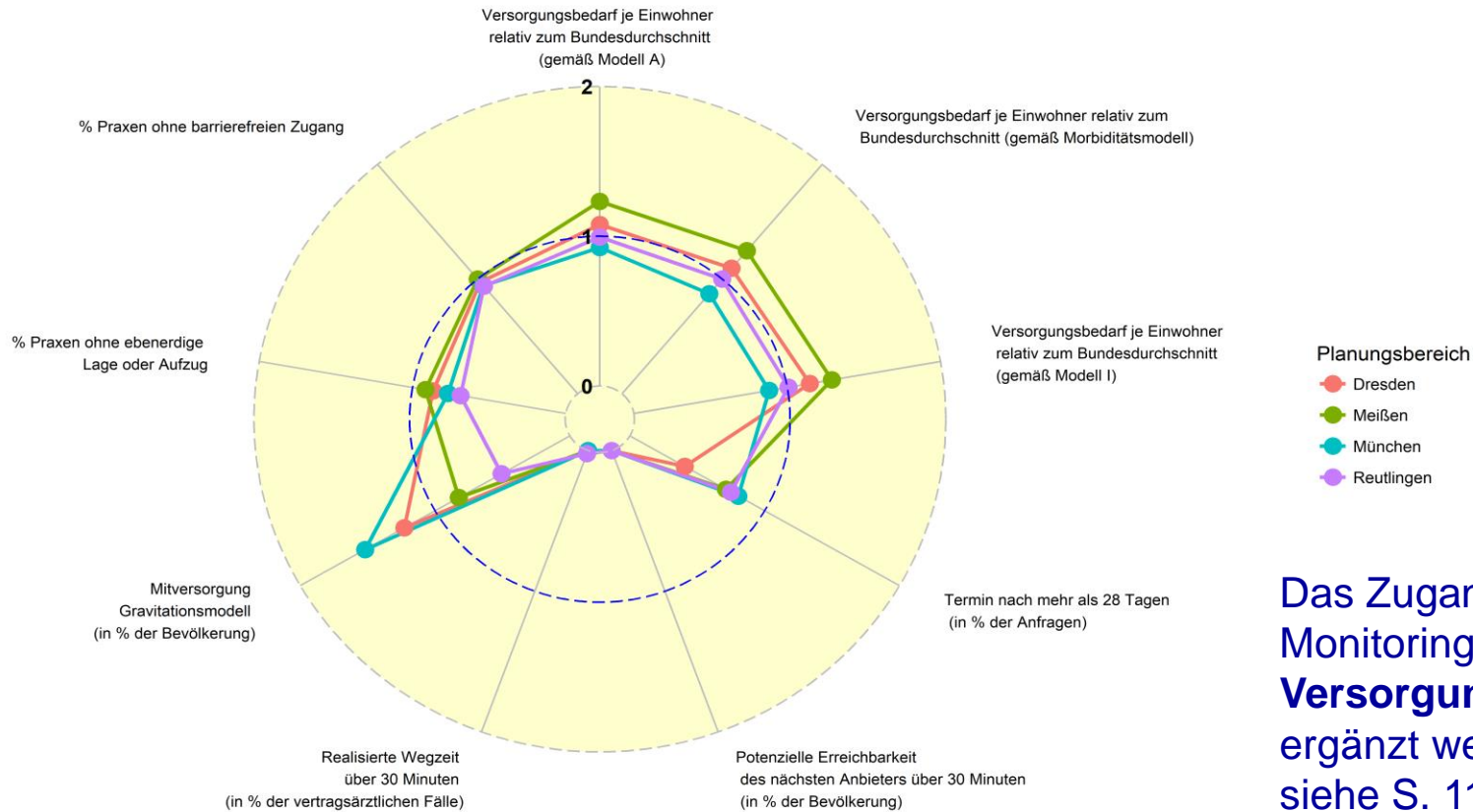
# A.1: Wartezeiten und Versorgungsgrad



**GBA-Gutachten,  
siehe S. 91**

**Abbildung A.1.23: Beziehung zwischen augenärztlichem Versorgungsgrad beziehungsweise Arzt-Einwohner-Relation sowie Wartezeiten auf Augenarzttermine über 28 Tage**

# A.1: Empfehlung – Zugangs-Monitoring



Das Zugangs-Monitoring kann um **Versorgungsziele** ergänzt werden, siehe S. 113

**Abbildung A.1.31: Zugangs-Monitoring für Augenärzte mit Zugangs-Standards und regionalem Versorgungsbedarf, siehe S. 111**

# A.2: Bewertung der Instrumente der Bedarfsplanung

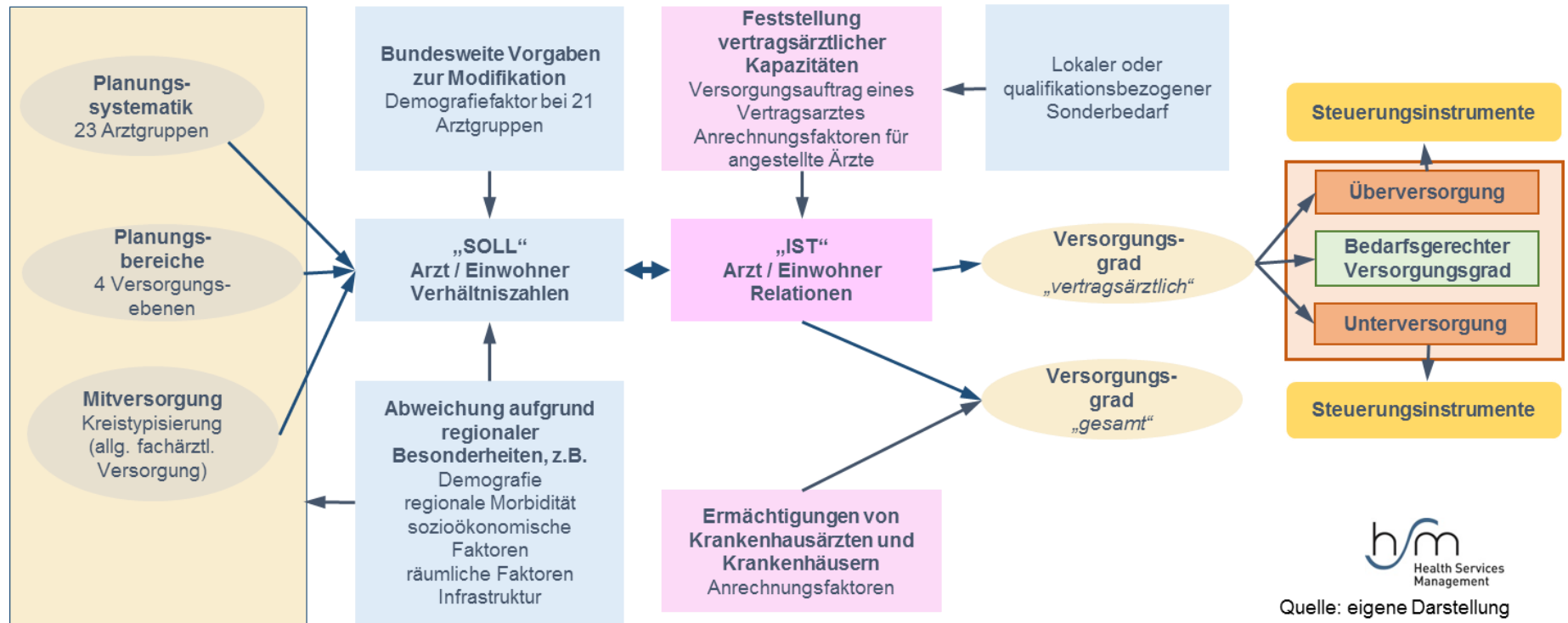


Abbildung A.2.1: Bestehendes System der Bedarfsplanung, siehe S. 130



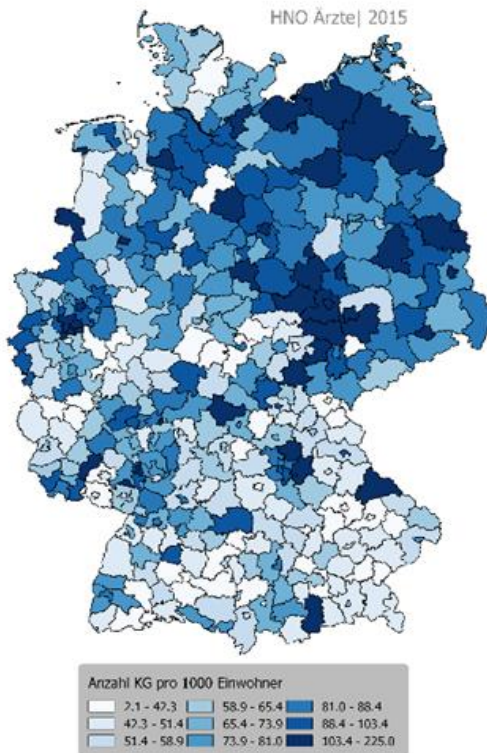
## A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- 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)

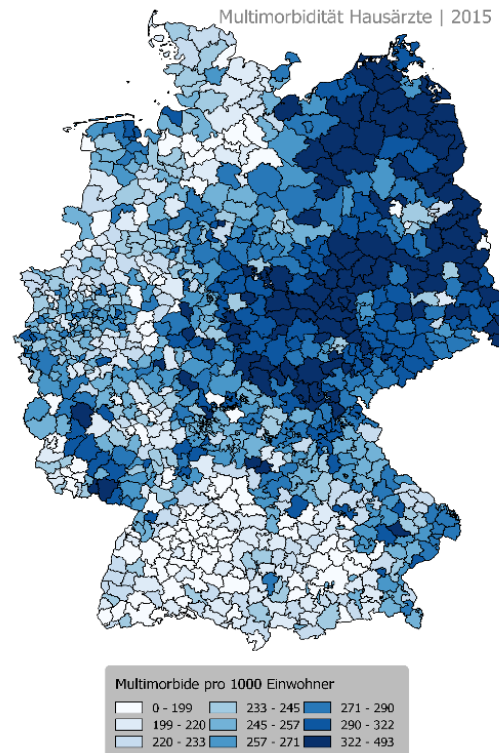
## A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- **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

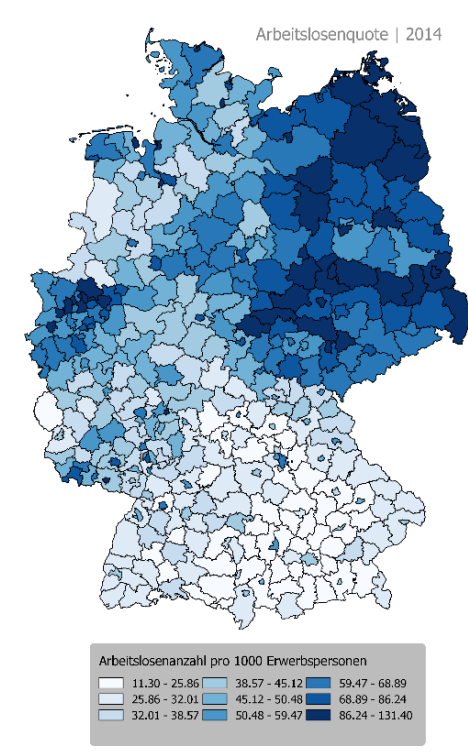
# B: Beispiele für Determinanten des Versorgungsbedarfs



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



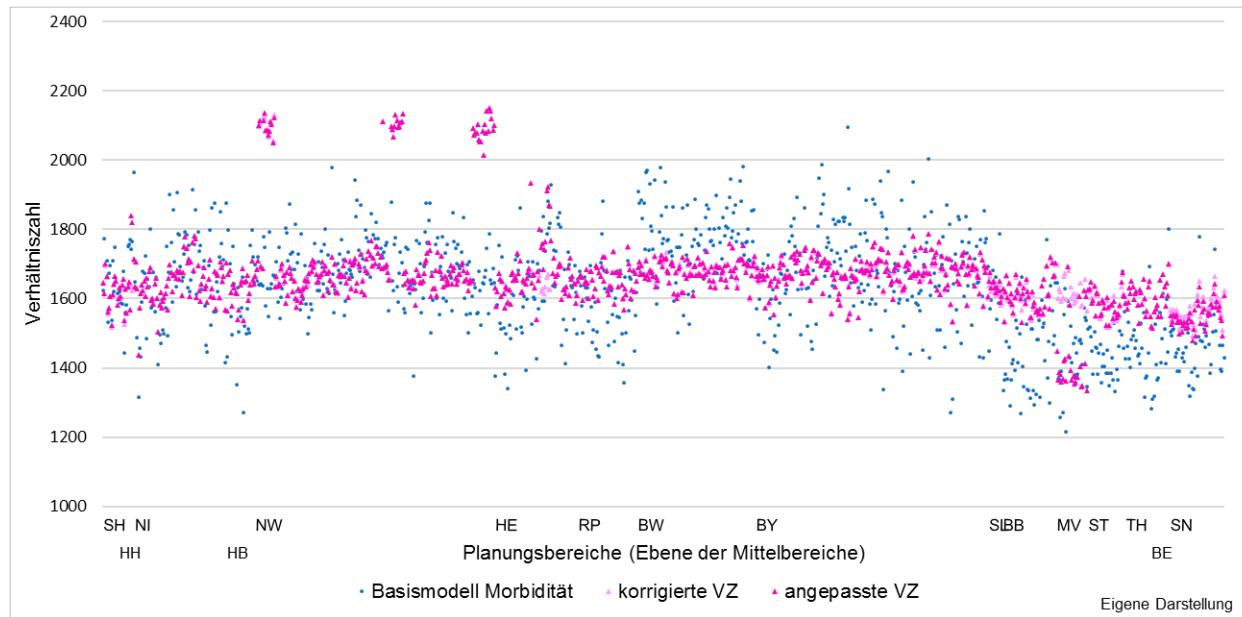
**Abbildung B.11:** Anzahl der multimorbiden Patienten je 1.000 Einwohner bei Hausärzten im Jahr 2015, siehe S. 267



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

Eigene Darstellung

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

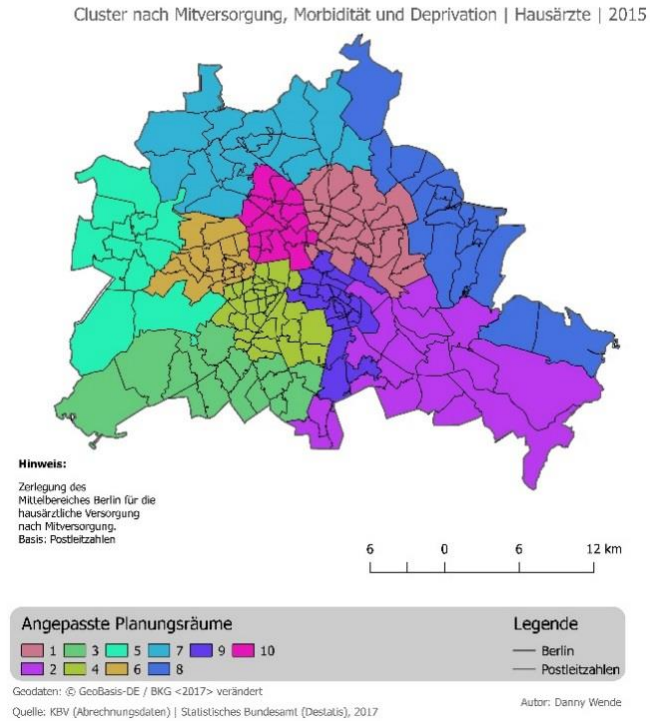
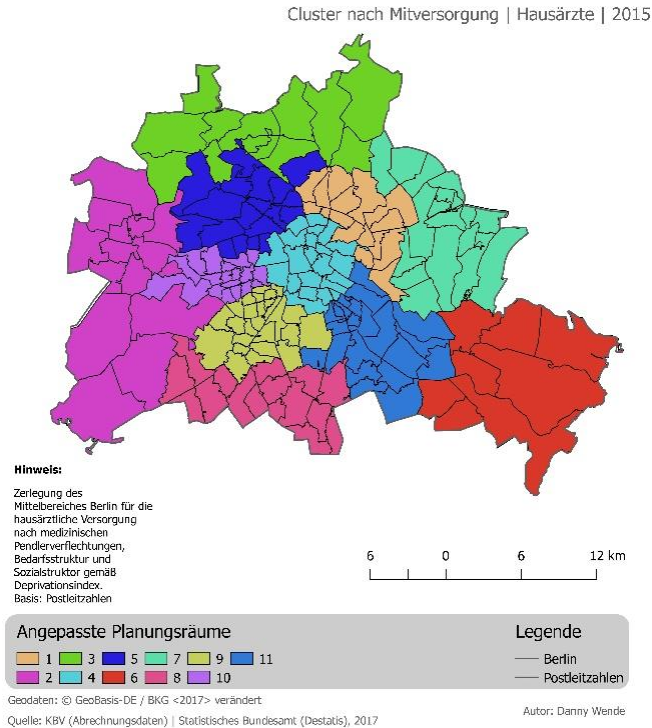


**Abbildung B.23: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen, siehe S. 297**

## A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung

- Arztgruppen sind vier Versorgungsebenen zugeteilt. Ausdehnung der Planungsbereiche steigt mit der Spezialisierungstiefe der Arztgruppen:
  - hausärztliche Versorgung (Mittelbereiche)
  - allgemeine fachärztliche Versorgung (sechs Typen der Kreisregionen)
  - spezialisierte fachärztliche Versorgung (Raumordnungsregionen)
  - gesonderte fachärztliche Versorgung (KV-Region)
- Im Rahmen regionaler Besonderheiten können Planungsbereiche zugeschnitten werden
- Bisheriges Konzept der Mitversorgung (Differenzierung nach sechs Typen der Kreisregionen) basiert auf Annahme, dass Pendlerverflechtungen der sozialversicherungspflichtigen Bevölkerung die Mobilität und die Inanspruchnahme von Patienten abbilden

# C: Verschneidung der Planungsräume (Konzept 2)



**Abbildung C.5.6: Verschneidung homogener Planungsräume am Beispiel des Mittelbereichs Berlin, siehe S. 417**

# A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung

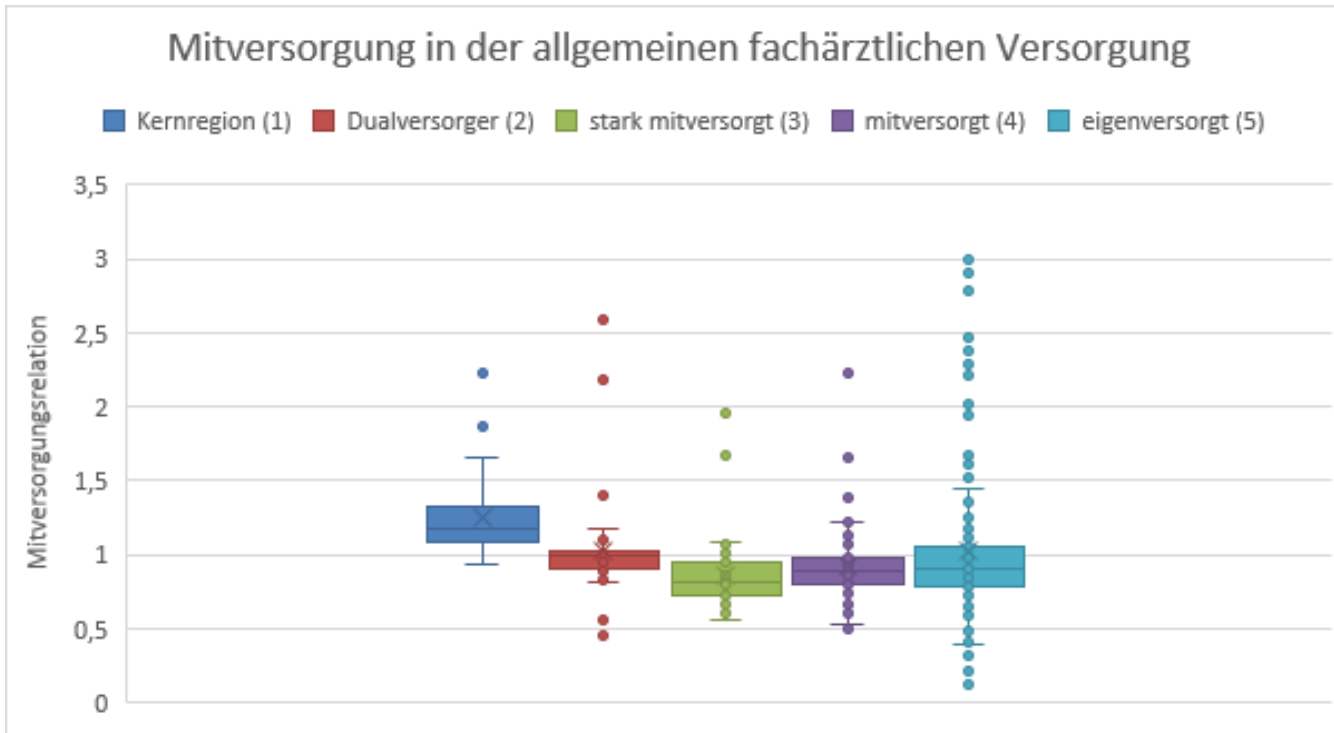


Abbildung aus Gutachtenteil C (C.5.1): Mitversorgungsrelationen differenziert nach Kreistypisierung (hier noch fünf Kreistypen), siehe S. 407

## A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung

- Berücksichtigung von **Mitversorgungsbeziehungen** ist sinnvoll, sofern die Mitversorgungsbeziehungen die Mobilität der Patienten und ihre Inanspruchnahme langfristig abbilden
- **Empfehlung:** Mitversorgungsbeziehungen sollten im Einklang mit zumutbaren **Erreichbarkeitsstandards** definiert werden, die auch Patientenpräferenzen berücksichtigen, siehe **Konzept 3** auf S. 424 im Teil C
- **Empfehlung: Mitversorgung zwischen benachbarten Planungsbereichen** (über administrative Grenzen hinweg) sollte bei der Feststellung des Versorgungsgrads berücksichtigt werden, siehe **Konzept 4 und 5** auf S. 434 ff. im Teil C



## A.2, B, C, D und F: Sektorenübergreifende Versorgung

- **Empfehlung:** Weiterentwicklung hin zu einer **sektorenübergreifenden Bedarfsplanung** (S. 203 ff. [Überblick], S. 334 [Versorgungsbedarf], S. 449 [räumliche Planung], S. 553 ff. [Planungssystematik])
- Eine sektorenübergreifende Perspektive auf die **Planung der ambulanten Versorgung** kann es ermöglichen, parallel bestehende Kapazitäten in den Sektoren gezielt zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs einzusetzen
- **Empfehlung:** Prioritäre sektorenübergreifende Planung von Teilen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung, siehe S. 553 ff.
- **Empfehlung:** Einbindung der Gremien nach § 90a SGB V wenn sektorenübergreifende Planung beabsichtigt ist, siehe S. 570 ff., S. 669 f., S. 689

# 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/)**

