

Nachvollziehbare Bedarfskennzahlen? Konzepte und Indikatoren zur Abbildung des Versorgungsbedarfs

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
Berlin, 8. Oktober 2015

1. Bedarfsfeststellung gemäß aktueller Bedarfsplanung
2. Einbeziehung weiterer Bedarfsindikatoren (Bedarfsindex)
3. Anwendung des Bedarfsindex zur Messung der Bedarfsorientierung
4. Ausblick

1. Bedarfsfeststellung gemäß aktueller Bedarfsplanung

Abbildung des Versorgungsbedarfs – was ist gemeint?

Absoluter Bedarf

- Gesamtzahl Ärzte



Relativer Bedarf

- Regionale Verteilung einer gegebenen Gesamtzahl Ärzte
- Regionaler Mehr-/Minderbedarf ggü. Durchschnitt



Historische Einwohner-Arzt-Verhältnisse

- Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe
- allgemeine fachärztliche Versorgung: 31.12.1990 (West)
- Hausärzte: 31.12.1995
- Psychotherapeuten: 1.1./31.8.1999
- **allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad**

Bedarfsplanung seit 2013

Versorgungsebenen und Planungsräume

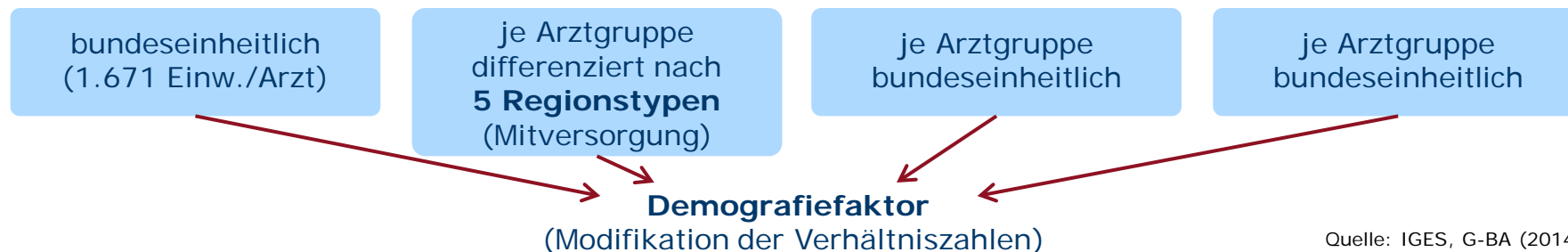
Arztgruppen



Planungsräume



Verhältniszahlen



Quelle: IGES, G-BA (2014)

Regionale Mitversorgung

- Für große Städte mit überproportionalem Anteil Ärzte (2012) ggü. Anteil Einwohner (2010) werden entsprechend relativ mehr Ärzte geplant. Annahme: Mitversorgungsleistung (Konzept Großstadtregionen)

Demografiefaktor

- Höherer Einwohneranteil 65+ bedeutet Ärzte-Mehrbedarf (außer Frauenärzte und Psychotherapeuten)
- Ausmaß je nach Fachgruppe gem. Leistungsbedarfsfaktor (gem. KV-Abrechnungsstatistik)

Regionale Besonderheiten

- Möglichkeit zur Abweichung von GBA-Richtlinie (Landesebene)
- z.B. auffällige Prävalenzraten, Erreichbarkeit, Infrastruktur, sozioökonomische Faktoren

2. Einbeziehung weiterer Bedarfsindikatoren (Bedarfsindex)

Auswahl von Indikatoren des Versorgungsbedarfs

Vorauswahl

- wissenschaftliche Literatur / Studien



Faktorenanalyse

- Verdichtung auf zwei Faktoren



Faktor 1: Alter und Geschlecht

Faktor 2: sozioökonomische Faktoren und Morbidität

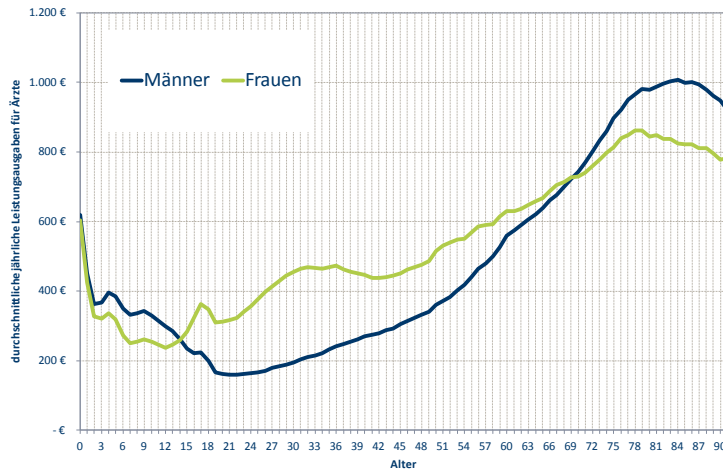
- Arbeitslosigkeit
- Einkommensarmut
- Pflegebedürftigkeit

→ regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt

Quantitativer Zusammenhang: Faktor- und Bedarfsunterschiede

Faktor 1: Alter und Geschlecht

- Alters- und geschlechtsbezogene Aufwandsrelationen gem. **RSA-Ausgabenprofil** (Ärzte)



- alternativ: **Demografiefaktor** (gem. Bedarfsplanungs-Richtlinie)

Faktor 2: sozioökonomische Faktoren und Morbidität

- Arbeitslosigkeit
- Einkommensarmut
- Pflegebedürftigkeit

- Mortalität** als Proxy für Versorgungsbedarf
- Regressionsrechnung** (Daten auf Kreisebene)

$$\text{Regression } y_i = \alpha_i + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \varepsilon_i$$

y_i = Kehrwert der durchschnittlichen Lebenserwartung

x_1 = Faktor 2 (Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Pflegebedarf)

x_2 = Faktor 1 (Durchschnittsalter nach Geschlecht)

- Ergebnis: signifikant positiver Zusammenhang
- Schätzung der %-Abweichung des regionalen Bedarfs aufgrund von Faktor 2-Ausprägungen

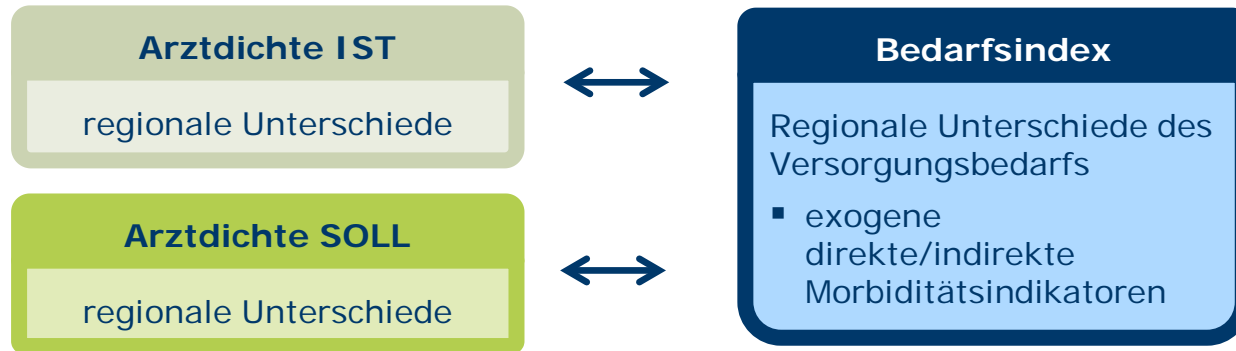
Ergebnis: Spektrum der Bedarfsunterschiede

Arztgruppe	Bedarfsindex (Modifikation Altersfaktor)	regionale Planungsebene	Min	Max
Hausärzte	Erwachsene 15+	Mittelbereiche	91%	107%
Nervenärzte / Orthopäden		Kreise	94%	107%
Frauenärzte			97%	103%
Kinderärzte			96%	103%
Augenärzte	89%		117%	
HNO-Ärzte	96%		104%	
Psychotherapeuten	96%		105%	
Urologen	91%		110%	
	Demografiefaktor (unter 65/65+)			

Quelle: IGES

3. Anwendung des Bedarfsindex zur Messung der Bedarfsorientierung

Messung der Bedarfsorientierung der regionalen Ärzteverteilung

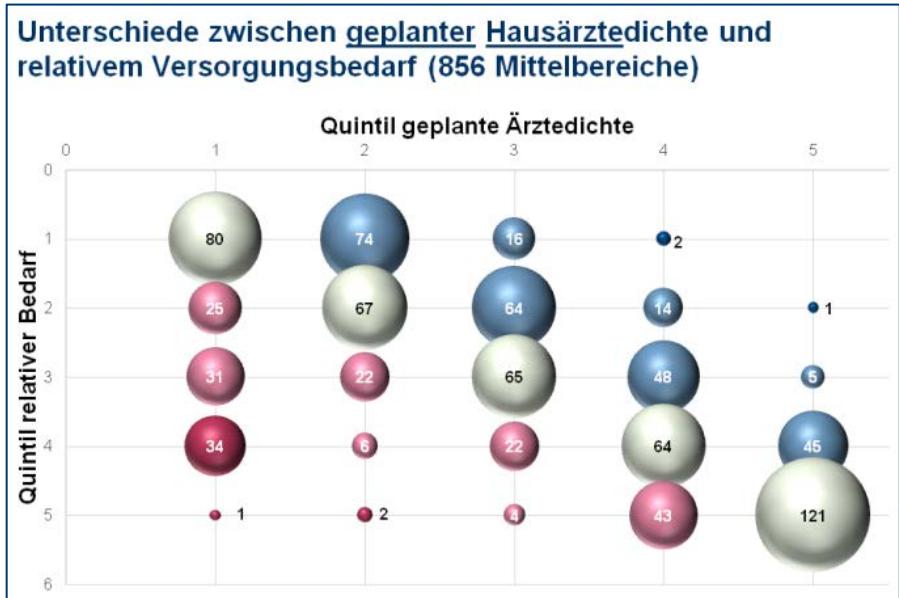
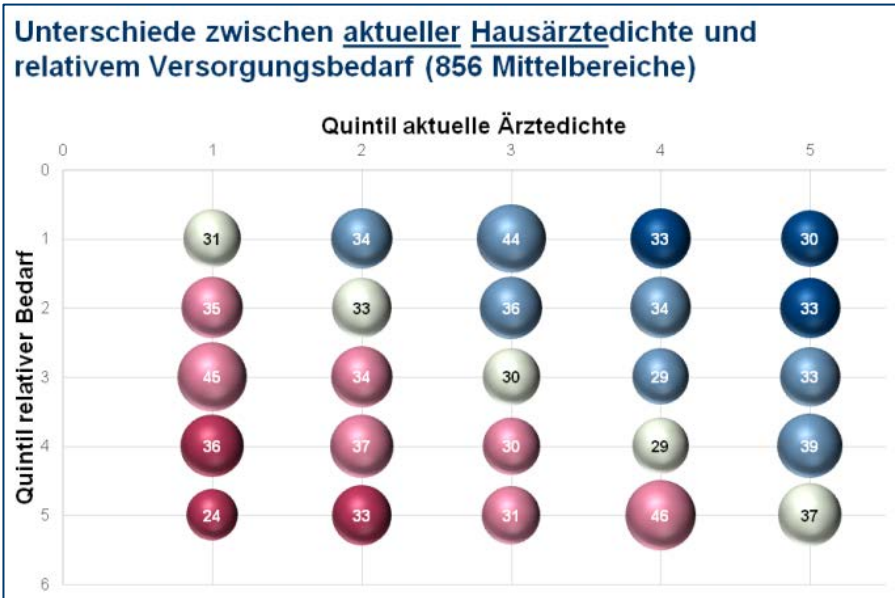


Planungs-
region XY

Quintil	Arztdichte (IST)	Arztdichte (SOLL)	Mehr-/Minderbedarf zum Bundesdurchschnitt
1.	niedrigste	niedrigste	deutlicher Minderbedarf
2.	niedrige	niedrige	Minderbedarf
3.	mittlere	mittlere	durchschnittlicher Bedarf
4.	hohe	hohe	Mehrbedarf
5.	höchste	höchste	deutlicher Mehrbedarf

Quelle: IGES

Hausärzte: Regionale Verteilung stärker bedarfsorientiert (2014)



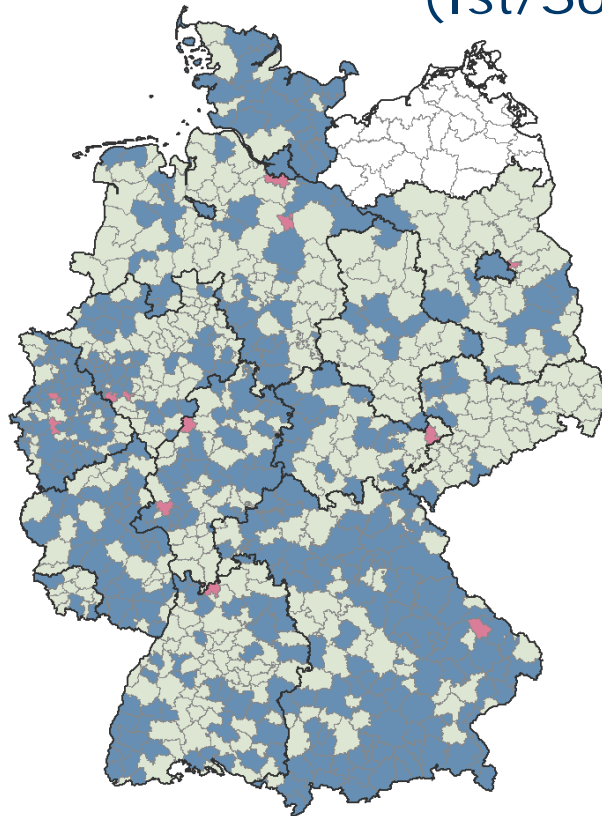
regionale Unterschiede: Ärztedichte und Bedarf	Übereinstimmungen	Abweichungen
	Anteil der Planungsbereiche	
IST	18,7%	81,3%
SOLL	46,4%	53,6%

Einbeziehung weiterer bedarfsbeeinflussender Faktoren

aktueller Versorgungsgrad
(Ist/Soll)

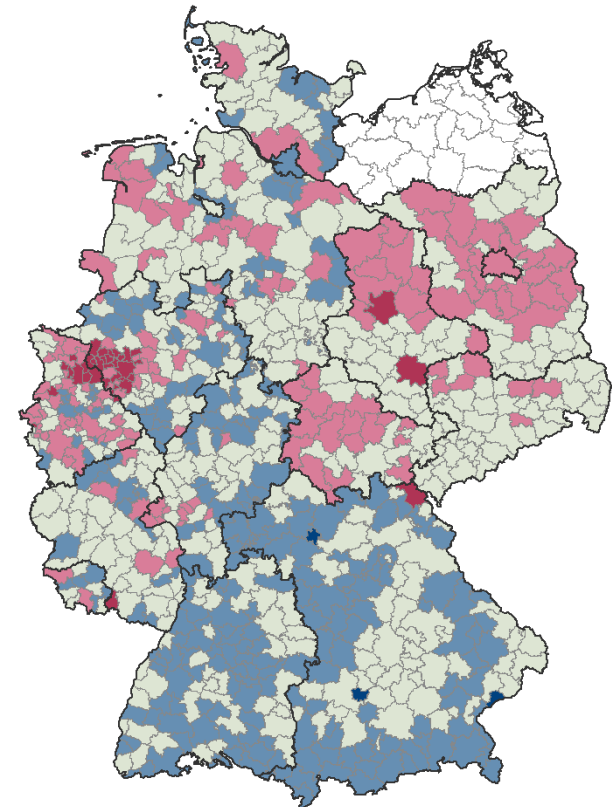
Soll ggü. Bedarfsindex

Bsp.
Hausärzte



Versorgungsgrad (Ist/Soll) Hausärzte
Mittelbereiche, Klasseneinteilung nach Versorgungsgrad

■ unter 50 % (0)	■ 75 % - 110 % (448)	■ über 200 % (0)
■ 50 % - 75 % (13)	■ 110 % - 200 % (395)	

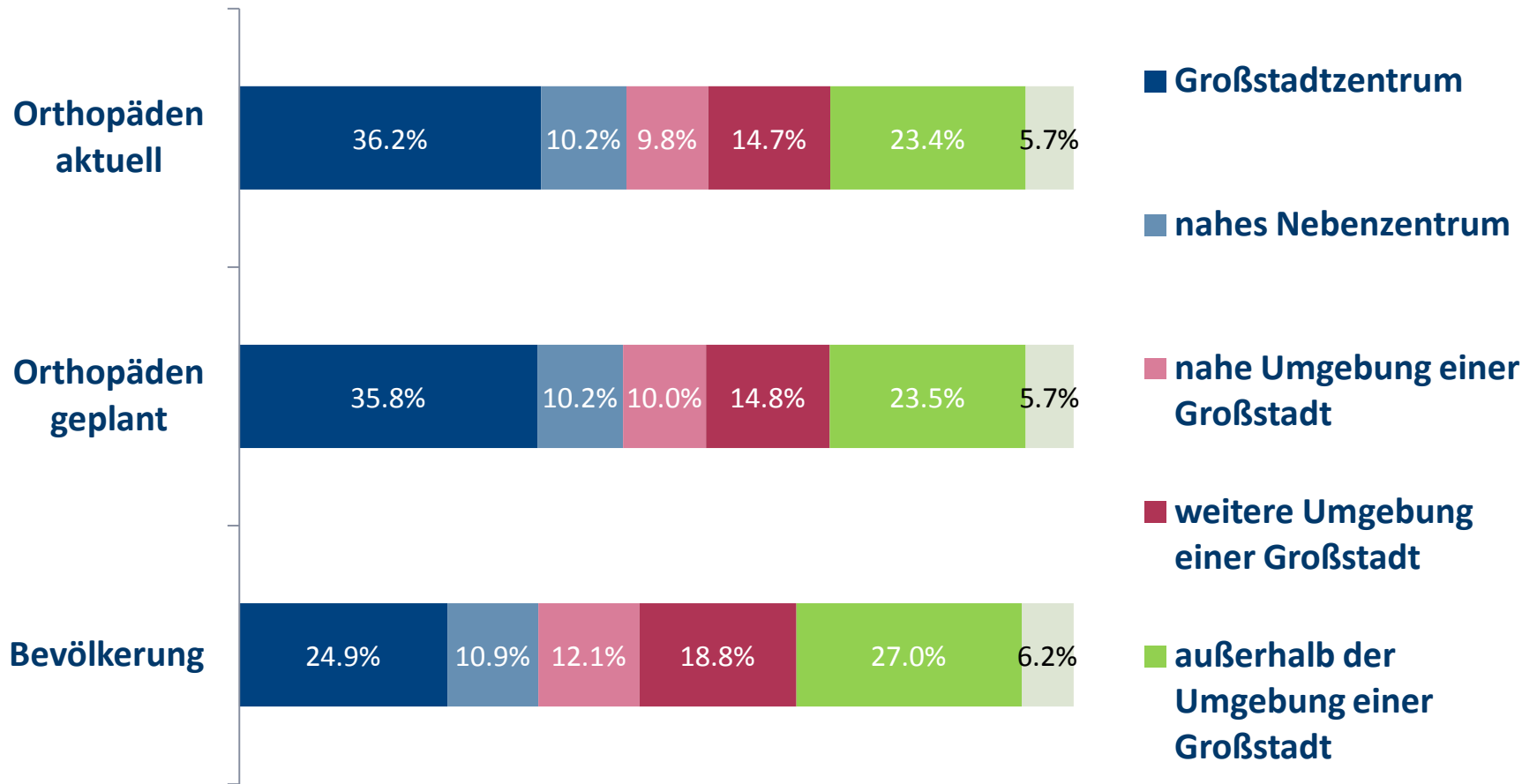


Gep plante Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Mittelbereiche, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

■ Deutlich niedriger (37)	■ Ausgewogen (397)	■ Deutlich höher (3)
■ Niedriger (153)	■ Höher (266)	

Quelle: IGES, Faktencheck Ärztedichte (Bertelsmann Stiftung)

Allgemeine Fachärzte: Verteilung Stadt-Land fast unverändert (Bsp. Orthopäden)



Quelle: IGES, Bertelsmann Stiftung (2015)

4. Ausblick

Stärkere Differenzierung der Bedarfsermittlung

- nach Arzt-/Fach- oder Patientengruppen, Indikationsbereichen
- Entwicklung empirischer Grundlagen
(z.B. altersbezogene oder regionale Prävalenzdaten)

Anpassung Verhältniszahlen an „tatsächlichen“ Versorgungsbedarf

- VSG: kleinräumige Planung, Einbeziehung der Sozial- und Morbiditätsstruktur
- historische Einwohner-Arzt-Verhältnisse?

IGES Institut
Dr. Martin Albrecht

www.iges.com