

Faktencheck Gesundheit

Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)

HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen



Faktencheck Gesundheit

Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)

HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen

Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung

Autoren

Dr. Martin Albrecht

Dr. Stefan Etgeton

Dr. Richard R. Ochmann

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Patienten, Ärzte,...) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.

Inhalt

1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	6
2 Einleitung	8
3 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen	10
3.1 Daten zu Arztzahlen	10
3.2 Beurteilung der Bedarfsorientierung von aktueller und geplanter Ärztedichte	10
3.3 Modifizierte Bedarfsplanung anhand einer einheitlichen Verhältniszahl	13
4 Ergebnisse	14
4.1 HNO-Ärzte: keine stärkere Bedarfsorientierung	14
4.2 Nervenärzte: etwas stärkere, aber weiterhin geringe Bedarfsorientierung	18
4.3 Orthopäden: geringfügig stärkere Bedarfsorientierung	21
4.4 Psychotherapeuten: etwas stärkere Bedarfsorientierung	24
4.5 Urologen: kaum veränderte Bedarfsorientierung	27
4.6 Effekte einer Bedarfsplanung mit einheitlicher Verhältniszahl am Beispiel der Psychotherapeuten	30
5 Zitierte und weiterführende Literatur	36
6 Datengrundlagen	37
7 Die Autoren	38
8 Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“	39
Impressum	40



1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In dieser Studie untersucht der Faktencheck Gesundheit die Verteilung der Sitze von Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen, HNO- und Nervenärzten. Die Untersuchung setzt eine im Jahr 2014 veröffentlichte Analyse der Ärztedichte von Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzten fort, in der die Folgen der 2013 revidierten neuen Bedarfsplanung aufgezeigt wurden. Grundlage war das 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG). Dieses sogenannte Landärztegesetz sollte dabei helfen, den Ärztemangel in dünn besiedelten Regionen zu bekämpfen. In der Folge haben Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene die Verteilung von Arztsitzen neu geplant. Im Ergebnis ist festzustellen, dass das Ziel des Gesetzgebers, für eine gerechtere Verteilung von Ärzten zwischen Stadt und Land zu sorgen, weitgehend verfehlt wurde.

Der Faktencheck Ärztedichte vergleicht die Ergebnisse der offiziellen Planung mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Dabei werden im Unterschied zum Vorgehen der Selbstverwaltung bedarfsrelevante Faktoren wie die Alters- und Einkommensstruktur der Bevölkerung, der Anteil von Arbeitslosen und Pflegebedürftigen sowie die Sterblichkeit berücksichtigt. 2014 wurde das Verhältnis zwischen Bedarf und Versorgungsdichte bei Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzten untersucht. Das Ergebnis war ernüchternd: Bei den drei genannten Facharztgruppen ändert sich in der Stadt-Land-Verteilung durch die neue Planung nichts. Weiterhin praktiziert etwa ein Drittel der Kinder-, Frauen- und Augenärzte in Großstädten, obwohl hier nur ein Viertel der Bevölkerung lebt. Einzig die Planung der Hausarztsitze führte 2013 zu einer bedarfsgerechteren Verteilung der geplanten Arztsitze, weil hier eine bundeseinheitliche Verhältniszahl zwischen Arzt und Einwohnern zugrunde gelegt wurde. Bei Fachärzten – auch denen, die wohnortnah verfügbar sein sollten – wird hingegen erwartet, dass sie in Ballungsräumen das Umland mitversorgen, Patienten hier also weitere Wege in Kauf nehmen müssen.

Mit der vorliegenden Untersuchung wird die Analyse auf weitere Arztgruppen ausgedehnt, nämlich Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen, HNO- und Nervenärzte. Auch hier führt das Festhalten der Planung an den je nach Regionstyp (Stadt - Land) unterschiedlichen Verhältniszahlen (Arzt : Einwohner) dazu, dass sich in der regionalen Verteilung der Arztsitze zulasten ländlicher Regionen nichts oder nur wenig ändert. Legt man der Analyse zusätzlich die oben genannten bedarfsrelevanten Kriterien zugrunde, zeigt sich bei allen fünf Arztgruppen ein deutliches Versorgungsgefälle zwischen dem Norden und Osten (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, neue Bundesländer) und dem Südwesten (Baden-Württemberg, Bayern) Deutschlands.

Wie stark beide Aspekte - Verteilung nach Regionstyp und Bedarfsgerechtigkeit - zusammenhängen, zeigt die Untersuchung am Beispiel der Psychotherapeuten: So würde bei einer bundesweit konstanten Anzahl der Psychotherapeutenplätze die Umsetzung einer einheitlichen Verhältniszahl nicht nur die regionalen Ungleichgewichte auflösen; vielmehr würden allein durch diese Maßnahme auch die Abweichungen von einer bedarfsgerechten Versorgung deutlich reduziert.

Aus der Analyse kann daher die Schlussfolgerung gezogen werden, dass das Instrument der Verhältniszahl (Arzt : Einwohner) der entscheidende Hebel für eine bedarfsgerechtere Versorgung ist. Die in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Unterschiede der Verhältniszahlen je nach Regionstyp (Tabelle 1) müssten also aufgehoben bzw. abgemildert werden. Um die Effekte einer solchen Veränderung kontrollieren zu können, bedarf es darüber hinaus einer Methodik der Bedarfsermittlung, die die dafür relevanten Faktoren berücksichtigt. Der in der vorliegenden wie in der vorhergehenden Untersuchung eingesetzte „Bedarfsindex“ stellt ein sinnvolles und pragmatisches Modell für eine solche Methodik dar. Der Ball liegt nun im Spielfeld der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene. Ärzte- und Krankenkassenverbände haben es in der Hand, den gesetzlich vorgegebenen Rahmen für eine Planung der ärztlichen Versorgung zu nutzen, die sich stärker als bisher am Bedarf der Bevölkerung orientiert.

2 Einleitung

Der Faktencheck Ärztedichte, den die Bertelsmann Stiftung in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut 2014 vorgelegt hat,¹ kam zu dem Ergebnis, dass die neue Bedarfsplanung bei der regionalen Verteilung der hausarztnahen Fachärzte – im Unterschied zu den Hausärzten – keine stärkere Bedarfsorientierung zeigt. Insbesondere am ausgeprägten Stadt-Land-Gefälle der Ärztedichte ändert sich mit der neuen Planung für diese Arztgruppen kaum etwas. Die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden weiterhin auf der Ebene der kreisfreien Städte bzw. Landkreise geplant, die Hausärzte hingegen auf der kleinräumigeren Ebene der Mittelbereiche. Zudem wird die allgemeine Verhältniszahl, also die Anzahl der Einwohner je Arzt, auf deren Basis der bedarfsgerechte Versorgungsgrad ermittelt wird, für die allgemeine fachärztliche Versorgung nach Regionstypen differenziert. Durch diese Unterscheidung soll eine Mitversorgung der Patienten im Umland durch die in größeren Städten praktizierenden Ärzte abgebildet werden. In der Konsequenz wird Großstädten eine höhere Ärztedichte zugebilligt als umliegenden Gebieten. Wie sich diese Differenzierung auf fünf der weniger hausarztnah tätigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auswirkt, zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Verhältniszahlen nach Arztgruppen und Kreistypen

Verhältnis Arzt : Einwohner

Kreistyp ¹⁾	Großstadtzentrum	nahes Nebenzentrum	nahe Umgebung einer Großstadt	weitere Umgebung einer Großstadt	außerhalb der Umgebung einer Großstadt	Ruhrgebiet
Arztgruppe	Verhältniszahl (Arzt : Einwohner)					
HNO-Ärzte	1 : 17.675	1 : 26.943	1 : 34.470	1 : 33.071	1 : 31.768	1 : 25.334
Nervenärzte²⁾	1 : 13.745	1 : 28.921	1 : 33.102	1 : 31.938	1 : 31.183	1 : 31.373
Orthopäden	1 : 14.101	1 : 22.298	1 : 26.712	1 : 26.281	1 : 23.813	1 : 22.578
Psychother.	1 : 3.079	1 : 7.496	1 : 9.103	1 : 8.587	1 : 5.953	1 : 8.743
Urologen	1 : 28.476	1 : 45.200	1 : 52.845	1 : 49.573	1 : 47.189	1 : 37.215

¹⁾ Die Gruppierung der Planungsregionen in Regionstypen folgt dem Konzept der Großstadregionen des BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung). Dort werden folgende fünf Typen unterschieden: Kern/Zentrum, Ergänzungsgebiete, enger Verflechtungsraum, weiter Verflechtungsraum und Gemeindeverbände außerhalb von Großstadregionen. Für diese fünf Regionstypen wurden hier in Abstimmung mit dem BBSR allgemein verständlichere Bezeichnungen gewählt.

²⁾ Zur Arztgruppe der Nervenärzte zählen die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Quelle: Eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

¹ Siehe Albrecht, Etgeton und Ochmann (2014).

Insbesondere das Beispiel der Nervenärzte macht deutlich, wie stark sich die Verhältniszahlen und damit die Ärztedichten je nach Regionstyp unterscheiden können. Zwar hat sich gegenüber der bis Jahresende 2012 gültigen Bedarfsplanungsgrundsätze das Ausmaß der regionstypenbezogenen Differenzierung der Verhältniszahlen deutlich reduziert – am deutlichsten sichtbar am Beispiel der Psychotherapeuten, für die zuvor eine wesentlich größere Spreizung zwischen den Regionstypen galt. Insgesamt setzt aber die aktuelle Regelung weiterhin auf eine Beibehaltung bestehender regionaler Unterschiede in der Verteilung der Facharztsitze.

Die vorliegende Analyse erweitert in Fortsetzung des Faktenchecks Ärztedichte, der Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte untersucht hat, die Betrachtung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung um fünf weitere Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung: HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen. Darüber hinaus wird am Beispiel der zahlenmäßig größten Gruppe, der Psychotherapeuten, untersucht, welche Auswirkungen eine alternative Bedarfsplanung auf Basis einer bundesweit einheitlichen Verhältniszahl hätte.

3 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

3.1 Daten zu Arztzahlen

Die verwendeten Daten zu den aktuellen und geplanten Arztzahlen stammen im Wesentlichen aus den Planungsblättern der Bedarfspläne der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen.² Im Fall von Mecklenburg-Vorpommern waren keine Planungsblätter verfügbar. Daher wurde eine Recherche der tatsächlichen Arztsitze auf Grundlage des Arzt-Suchportals der KV Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) durchgeführt, ergänzt um Zahlenangaben der KVMV zu Ermächtigungen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Sonderbedarfszulassungen und aktuellen Zulassungsmöglichkeiten. Damit konnten sowohl die aktuellen als auch die geplanten Arztzahlen nach Planungsregionen geschätzt werden.

Die so ermittelten Arztzahlen für Mecklenburg-Vorpommern wurden den einzelnen Planungsbereichen zugeordnet (d. h. auf Ebene der ehemaligen Landkreise und kreisfreien Städte vor der Kreisgebietsreform, weil sich die Bedarfsplanung auf die alte regionale Gliederung bezieht). Für eine Schätzung der Bedarfsplanungsgewichte der ermittelten Arztzahlen wurden fachgruppenspezifisch die bundesdurchschnittlichen Verhältniswerte zwischen der Anzahl der Personen und der Anzahl der Bedarfsplanungsgewichte gemäß Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) herangezogen und es wurde ein entsprechender „Abgewichtungsfaktor“ ermittelt. Dieser wurde dann asymmetrisch nach Regionstyp (in Städten höher als in ländlichen Regionen) auf die zuvor ermittelten Arztzahlen angewendet. Die auf diese Weise modifizierten Arztzahlen wurden schließlich entsprechend der jeweiligen Gesamtzahl der Ärzte der fünf Fachgruppen in Mecklenburg-Vorpommern gemäß Bundesarztregister adjustiert.

3.2 Beurteilung der Bedarfsorientierung von aktueller und geplanter Ärztedichte

Um ihrem Namen gerecht zu werden, müsste die Bedarfsplanung stärker als bisher Aspekte berücksichtigen, die erwiesenermaßen den medizinischen Versorgungsbedarf beeinflussen. Dazu gehören neben unmittelbar morbiditätsbezogenen auch sozioökonomische Faktoren sowie die Struktur und Entwicklung der regionalen Bevölkerung.

² Sofern in den Bedarfsplänen der KVen ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten sowie Sozialpädiatrische Zentren und Psychiatrische Institutsambulanzen angerechnet wurden, sind diese in den hier zugrunde liegenden Arztzahlen berücksichtigt worden.

Vor diesem Hintergrund hat das IGES Institut für ein wissenschaftliches Gutachten zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung im Auftrag der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss einen „Bedarfsindex“ entwickelt, mit dem regionale Unterschiede im medizinischen Versorgungsbedarf dargestellt werden können. Für den Faktencheck Ärztedichte wurde dieser Ansatz modifiziert und aktualisiert.³

Für die drei untersuchten Fachgruppen der HNO-Ärzte, der Psychotherapeuten und der Urologen wurde der Bedarfsindex teilweise modifiziert, weil für diese Arztgruppen davon auszugehen ist, dass der Einfluss der Altersstruktur auf den Versorgungsbedarf deutlich vom durchschnittlichen Altersprofil abweicht. Darauf deuten die fachgruppenspezifischen Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefaktors in der neuen Bedarfsplanung hin, die auf Abrechnungsdaten und damit auf der tatsächlichen Inanspruchnahme beruhen. Sie zeigen, dass für diese Fachgruppen die Inanspruchnahmerelationen zwischen Älteren und Jüngeren relativ stark von den Relationen abweichen, die sich aus den für den Bedarfsindex verwendeten altersabhängigen Ausgabenprofilen auf Basis der RSA-Daten ergeben. Für die Modifizierung des Bedarfsindex im Fall der o. g. Fachgruppen wurde daher der Leistungsbedarfsfaktor gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zugrunde gelegt. Das heißt konkret für die Psychotherapeuten, dass der Anteil der über 65-Jährigen mit einem leistungsorientierten Faktor von 0,135 geringer gewichtet wird (bei den HNO-Ärzten hingegen mit 1,353 höher und bei den Urologen mit 5,681 höher). Ergänzend wurden epidemiologische Informationen über die altersgruppenbezogene Häufigkeit von fachgruppenspezifischen Indikationen und über regionale Prävalenzunterschiede recherchiert (DEGS-Studie des Robert Koch-Instituts). Hieraus ergaben sich jedoch keine eindeutigen verwertbaren Hinweise auf alters- oder regionsspezifische Prävalenzunterschiede in Bezug auf die für die betroffenen Fachgruppen relevanten Krankheiten.

Auf dieser Grundlage wurden für den Faktencheck Ärztedichte die regionalen Unterschiede im Versorgungsbedarf separat für fünf Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen) ermittelt. Dabei wird stets der relative Bedarf betrachtet, um die Angemessenheit der regionalen Verteilung der Ärztedichte zu beurteilen.⁴ Maßgeblich ist hierbei, wie stark eine Region bei den bedarfsbeeinflussenden Faktoren jeweils vom Bundesdurchschnitt abweicht. Die so ermittelten Unterschiede des relativen Bedarfs zwischen den Regionen dienen dazu, die Bedarfsorientierung der regionalen Verteilung einer gegebenen Gesamtzahl an Arztsitzen zu beurteilen. Hierbei entspricht die Gesamtzahl der Summe aller Arztsitze, die sich gemäß der aktuellen Bedarfsplanungsgrundsätze bei einem Versorgungsgrad von 100 Prozent ergäben. Für die Beantwortung der Frage, ob diese Gesamtzahl bedarfsgerecht ist, fehlt eine allgemein anerkannte wissenschaftliche Methode.⁵

³ Für detaillierte Ausführungen zur Konstruktion des Bedarfsindex vgl. Albrecht et al. (2012) sowie Albrecht, Etgeton und Ochmann (2014).

⁴ Im Weiteren wird grundsätzlich von Ärzten die Rede sein. Darunter sind im Fall der Psychotherapeuten sowohl die ärztlichen als auch die psychologischen Psychotherapeuten zu verstehen.

⁵ Gemäß den aktuellen Bedarfsplanungsgrundsätzen wird unterstellt, dass sich die bedarfsgerechte Versorgung aus den Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe (zwischen 1990 und 1999) sowie - für die allgemeine fachärztliche Versorgung zusätzlich - aus der aktuellen regionalen Verteilung der Ärzte und Einwohner (zum Jahresende 2010 bzw. Jahresmitte 2012) ergibt.

Je Arztgruppe wurden drei regionale Verteilungen betrachtet:

- die heutige tatsächliche Versorgungssituation gemessen an der Ärztedichte (aktuelle Ärztedichte),
- die nach der Planung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehene Ärztedichte (geplante Ärztedichte),
- der relative Bedarf gemessen am Bedarfsindex: wo also der Bedarf im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt höher und wo er niedriger ist (relativer Versorgungsbedarf).

Für jede dieser drei Verteilungen (und jede Arztgruppe) werden die Regionen dann nach dem Grad der Versorgung angeordnet und in fünf gleich große Gruppen (Quintile) eingeteilt. Bezüglich der aktuellen Ärztedichte befindet sich also zum Beispiel das Fünftel aller Regionen mit der geringsten Ärztedichte im ersten Quintil, während das Fünftel mit der höchsten Ärztedichte das fünfte Quintil bildet - analog für die geplante Ärztedichte sowie den relativen Versorgungsbedarf einer Region.

Schließlich soll beurteilt werden, inwiefern sich die regionale Verteilung bei der *geplanten Ärztedichte* näher an einer bedarfsorientierten Verteilung befindet als bei der *aktuellen Ärztedichte*. Dazu werden auf Grundlage der gebildeten Quintile zwei vergleichende Darstellungen betrachtet, die jeweils die *aktuelle* bzw. die *geplante Ärztedichte* ins Verhältnis zum relativen Versorgungsbedarf setzen:

1. *aktuelle Ärztedichte* versus relativer Versorgungsbedarf
2. *geplante Ärztedichte* versus relativer Versorgungsbedarf

Für jede Region wird bestimmt, welchem Quintil der *aktuellen* bzw. *geplanten Ärztedichte* einerseits und welchem Quintil des relativen Versorgungsbedarfs andererseits sie zuzuordnen ist. Anschließend wird ermittelt, ob die Regionen bei *aktueller* bzw. *geplanter Ärztedichte* demselben oder einem anderen Quintil zuzuordnen sind als beim relativen Versorgungsbedarf.

Handelt es sich um dasselbe Quintil, weichen für diese Region die *aktuelle Ärztedichte* und der relative Versorgungsbedarf übereinstimmend vom jeweiligen Durchschnitt ab. Liegt die Region bei der *aktuellen Ärztedichte* in einem höheren Quintil als beim relativen Versorgungsbedarf, hat diese Region aktuell eine überproportional hohe Ärztedichte. Im umgekehrten Fall ist die *aktuelle Ärztedichte* niedriger, als es dem relativen Bedarf dieser Region entspräche. Entsprechend wird bei der Analyse der *geplanten Ärztedichte* vorgegangen.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich stets auf insgesamt 371 Plankreise (gebildet auf Grundlage der Kreise und kreisfreien Städte gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zum Stichtag 31.12.2009).

3.3 Modifizierte Bedarfsplanung anhand einer einheitlichen Verhältniszahl

Die der Simulation einer modifizierten Bedarfsplanung der Psychotherapeuten zugrunde zu legende einheitliche Verhältniszahl bei insgesamt gleich bleibendem Versorgungsniveau (unveränderte Gesamtzahl geplanter Psychotherapeutensitze) ergibt sich aus dem Verhältnis der Gesamtzahl der Einwohner zur Gesamtzahl der aktuell geplanten Psychotherapeuten. Sie beläuft sich auf 4.936 Einwohner je Psychotherapeuten. Unter Verwendung der Bevölkerungszahlen für jeden einzelnen Plankreis wurde die modifizierte Planzahl der Psychotherapeuten auf Ebene der Kreise bestimmt und mit der tatsächlichen Planzahl sowie einer bedarfsorientierten Psychotherapeutenzahl (siehe Kapitel 4.6) verglichen. Die modifizierten Planzahlen wurden in mehreren Varianten berechnet, und zwar sowohl „spitz“ als auch gerundet auf $\frac{1}{4}$ -Sitze, $\frac{1}{2}$ -Sitze und volle Sitze, um die Relevanz von „Rundungseffekten“ im Zusammenhang mit einer Planung auf Basis einer einheitlichen Verhältniszahl abzuschätzen.

4 Ergebnisse

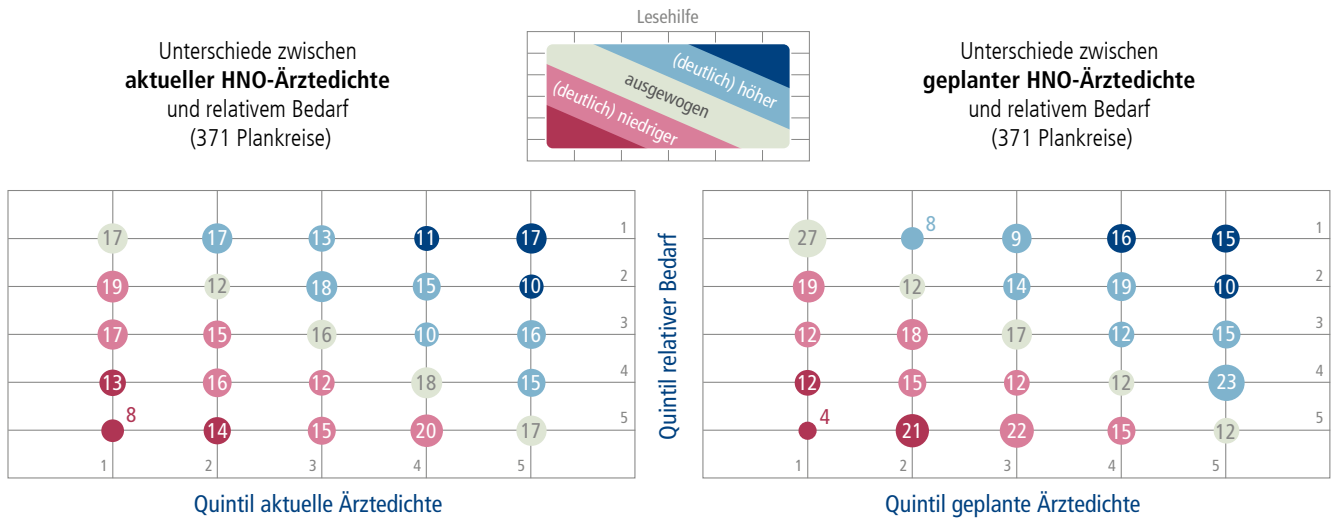
4.1 HNO-Ärzte: keine stärkere Bedarfsorientierung

Vergleicht man die *aktuelle Ärztedichte* sowie die *geplante Ärztedichte* in den Regionen jeweils mit deren relativem Versorgungsbedarf, zeigt sich insgesamt keine stärkere Bedarfsorientierung der Verteilung der HNO-Ärzte nach der neuen Bedarfsplanung. Der Anteil der Kreise, in denen die geplante HNO-Ärztedichte vom relativen Bedarf abweicht, bleibt mit 78,4 Prozent gegenüber der aktuellen Bedarfsplanung unverändert.

Die übereinstimmenden Bereiche befinden sich in der grafischen Matrix-Darstellung (Abb. 1) jeweils auf der Diagonale (hellgrüne Kugeln). Abweichler oberhalb der Diagonale weisen eine im Vergleich zum relativen Versorgungsbedarf überproportional hohe HNO-Ärztedichte auf (blaue Kugeln), während Regionen unterhalb der Diagonale eine gemessen am relativen Versorgungsbedarf zu niedrige HNO-Ärztedichte haben (rote Kugeln). Bei den blauen und roten Kugeln illustriert zudem die Farbintensität das Ausmaß der Abweichung: Hellrot bzw. hellblau entspricht einer Abweichung um maximal zwei Quintile, dunkelrot bzw. dunkelblau um mindestens drei Quintile. Die Größe der Kugeln veranschaulicht schließlich die unterschiedlichen Besetzungszahlen der einzelnen Zellen: Je größer die Kugel, desto mehr Regionen haben das entsprechende Verhältnis von Ärztedichte und relativem Versorgungsbedarf.

Die linke Abbildung zeigt den Vergleich der *aktuellen Ärztedichte* mit dem relativen Versorgungsbedarf, die rechte Abbildung den Vergleich der *geplanten Ärztedichte* mit dem relativen Versorgungsbedarf. Eine unveränderte Bedarfsorientierung der geplanten regionalen Verteilung der HNO-Ärzte äußert sich in der rechten Grafik dadurch, dass die Gesamtzahl der Planungsbereiche auf der Diagonale von links oben nach rechts unten für beide Abbildungen gleich ist (jeweils 80 Kreise). Das heißt: Die Zahl der Regionen mit einem ausgewogenen Verhältnis von HNO-Ärztedichte und relativem Versorgungsbedarf wird durch die neue Planung insgesamt nicht erhöht.

Abbildung 1: HNO-Ärztelichte – Unterschiede zwischen Ärztelichte und relativem Bedarf

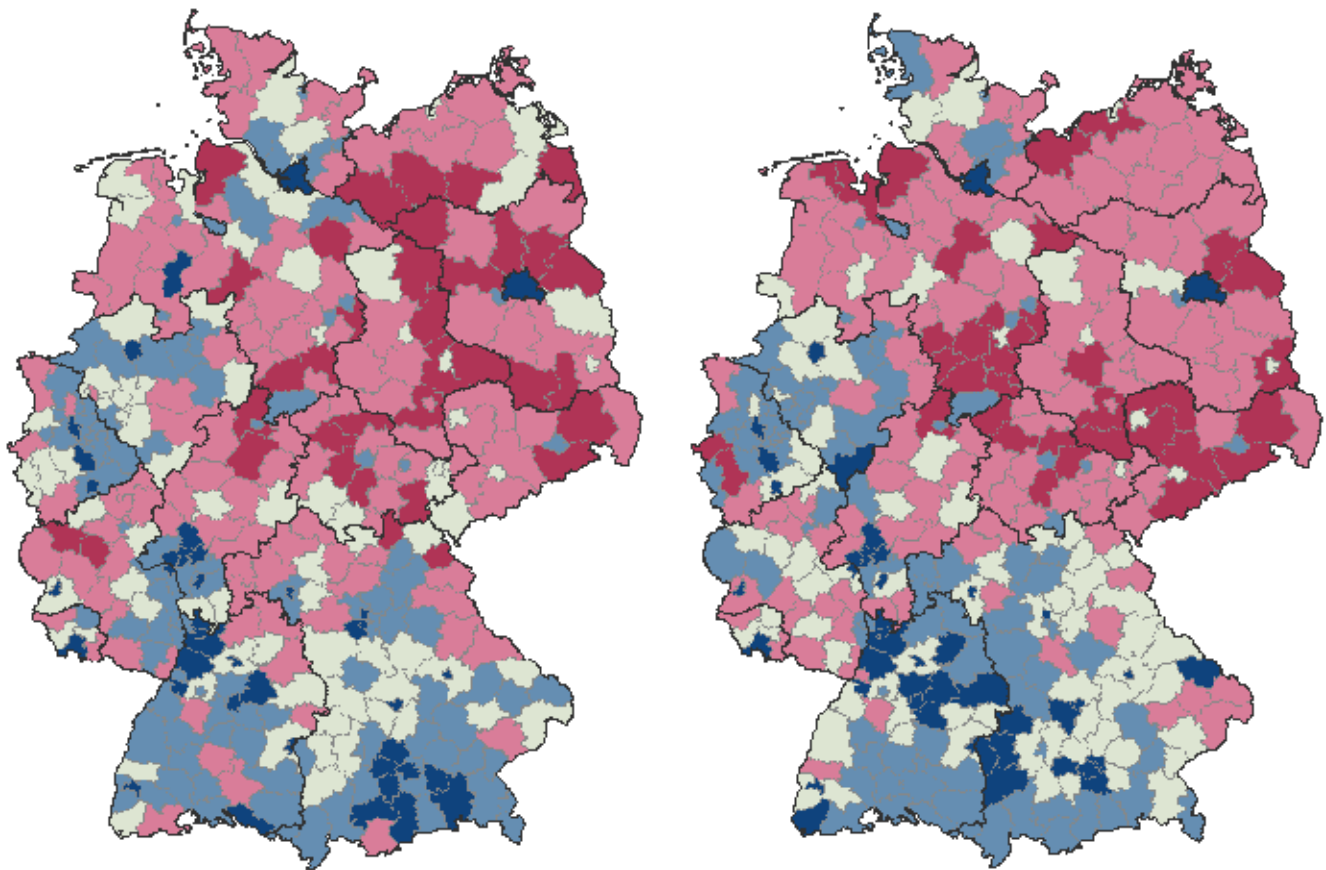


Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

BertelsmannStiftung

Auch die Landkarten-Darstellung verdeutlicht, dass sich die nach der neuen Planung vorgesehene HNO-Ärztelichte insgesamt nicht stärker am regionalen Versorgungsbedarf orientiert als die *aktuelle Ärztelichte* (Abb. 2). Am Gesamtbild wird das daran deutlich, dass auf der rechten Karte exakt genauso viele Regionen in den neutralen hellgrünen Bereich fallen (Abweichungen bei *geplanter Ärztelichte* entsprechen Abweichungen beim relativen Versorgungsbedarf) wie auf der linken Karte für die *aktuelle Ärztelichte*. Darüber hinaus gibt es nach der *geplanten Ärztelichte* (rechte Karte) auch in etwa so viele Regionen, deren Ärztelichte im Verhältnis zum relativen Versorgungsbedarf überhöht ist (hell- oder dunkelblau) bzw. zu gering ausfällt (hell- oder dunkelrot).

Abbildung 2: HNO-Ärztendichte



Aktuelle Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (35) ■ ausgewogen (80) ■ höher (104)
- niedriger (114) ■ deutlich höher (38)

Geplante Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (37) ■ ausgewogen (80) ■ höher (100)
- niedriger (113) ■ deutlich höher (41)

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

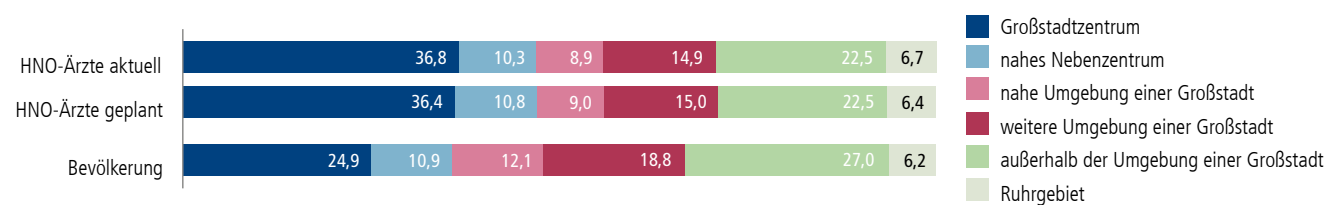
Verteilung zwischen Stadt und Land bleibt unverändert

Bei den hier betrachteten Fachgruppen ist für Großstädte eine teils deutlich höhere Ärztedichte vorgesehen als für ländliche Gegenden. Begründet wird dies damit, dass die Ärzte in großen Städten die Bevölkerung aus dem Umland mitversorgen. Für die HNO-Ärzte heißt das konkret, dass in einer Großstadt ein HNO-Arzt offiziell nur 17.675 Einwohner zu versorgen hat, in ländlichen Regionen dagegen 31.768 Einwohner, also rund 80 Prozent mehr. Der tatsächliche regionale Versorgungsbedarf wird hierbei nur ansatzweise durch die Altersstruktur berücksichtigt.

Da die Bedarfsplanungsrichtlinie also explizit einen hohen Mitversorgungsgrad der Städte gegenüber ihrem Umland unterstellt, wie er sich auf der Basis der Verteilungen von Ärzten und Einwohnern im Jahr 2010 bzw. 2012 auf die Regionstypen ergibt, ändert sich im Ergebnis an der räumlichen Konzentration von HNO-Ärzten durch die neue Bedarfsplanung fast nichts: Sowohl nach der aktuellen als auch nach der geplanten regionalen Verteilung befindet sich mehr als ein Drittel der HNO-Arztpraxen in Großstädten, während dort nur knapp ein Viertel der Einwohner lebt (Abb. 3). Im Vergleich zu Haus-, Kinder- und Augenärzten (siehe dazu die Vorgängerstudie des Faktenchecks)⁶ dürfte jedoch aus Sicht von „Umland-Patienten“ die Notwendigkeit, für Termine beim HNO-Arzt in die Stadt zu fahren, eher akzeptiert werden.

Abbildung 3: HNO-Ärzteverteilung nach Regionstypen

Angaben in Prozent



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015.

BertelsmannStiftung

⁶ Vgl. Albrecht, Etgeton und Ochmann (2014).

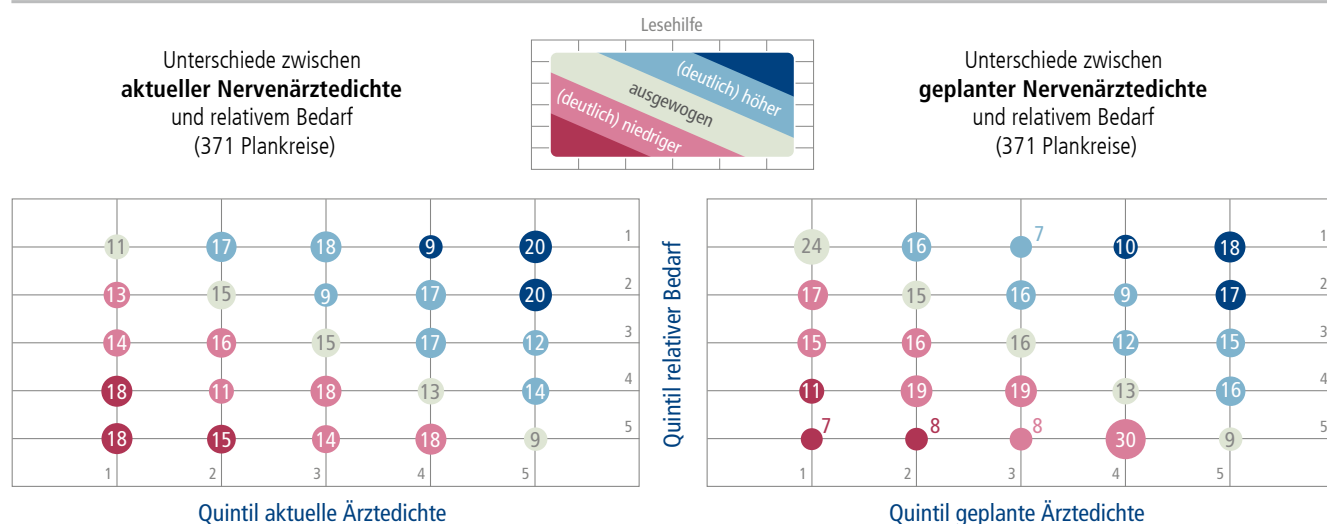
4.2 Nervenärzte: etwas stärkere, aber weiterhin geringe Bedarfsorientierung

Vergleicht man die *aktuelle* sowie die *geplante Nervenärztedichte* in den Regionen jeweils mit deren relativem Versorgungsbedarf, zeigt sich insgesamt eine etwas stärkere Bedarfsorientierung nach der neuen Bedarfsplanung. So weicht in rund vier Fünfteln (79,2 %) aller Planungsregionen die *geplante Nervenärztedichte* vom relativen Bedarf ab, während nach der heutigen Verteilung der Nervenärzte 83,0 Prozent der Kreise eine Abweichung aufweisen.

Die Matrix-Darstellung veranschaulicht diese Unterschiede grafisch (Abb. 4). Eine leicht verbesserte Bedarfsorientierung der geplanten regionalen Verteilung der Nervenärzte äußert sich in der rechten Grafik dadurch, dass die Gesamtzahl der Planungsbereiche auf der Diagonale von links oben nach rechts unten (77 Kreise) etwas größer ist als die entsprechende Zahl in der linken Abbildung (63 Kreise). Das heißt: Gemäß der neuen Planung ergibt sich eine größere Zahl von Regionen mit einem ausgewogenen Verhältnis von Nervenärztedichte und relativem Versorgungsbedarf.

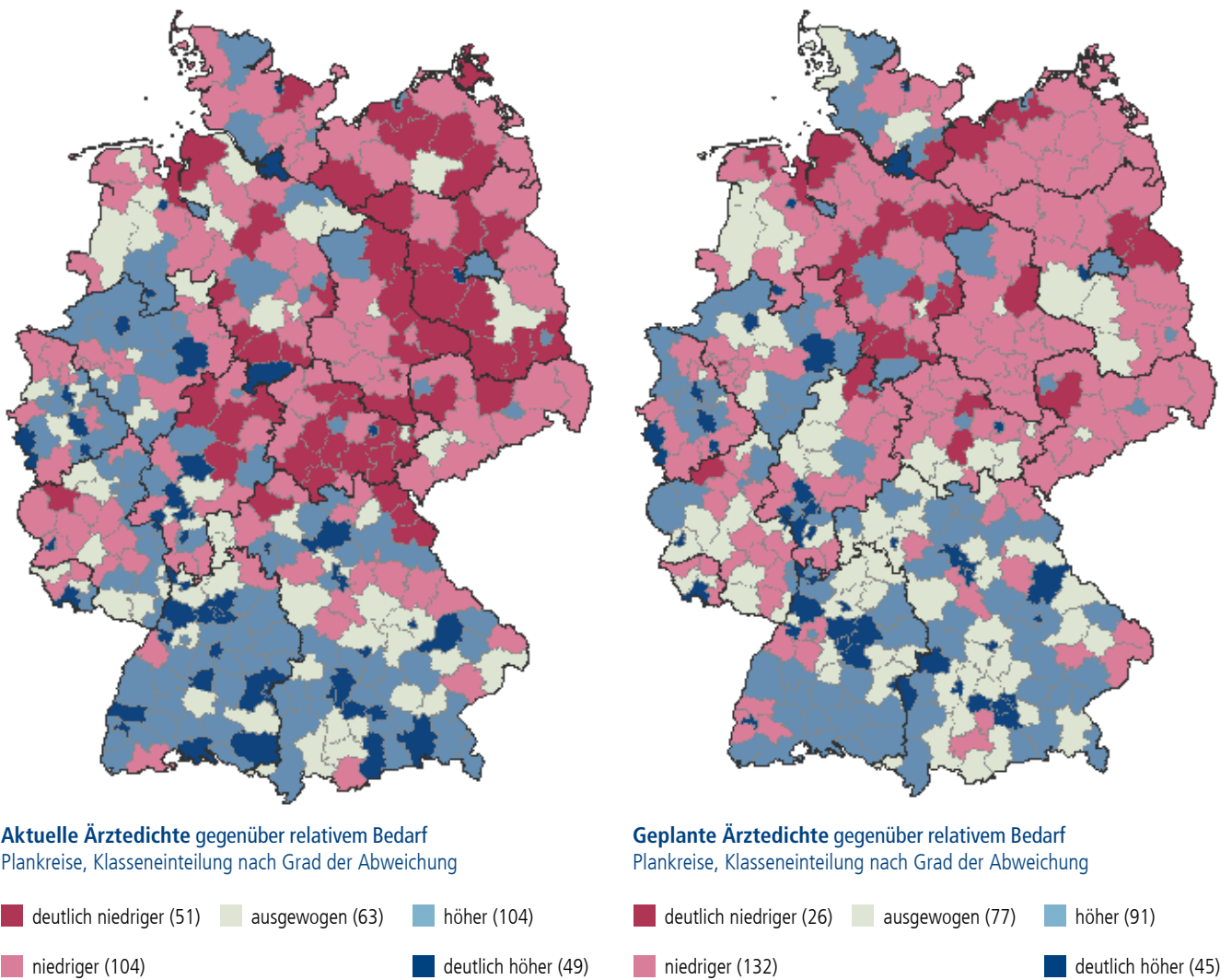
Die Matrix-Darstellung veranschaulicht des Weiteren, dass es bei einer Verteilung nach der neuen Bedarfsplanung weniger Regionen mit sehr hohen Abweichungen gäbe: Die Kugeln mit dunkelblauer und dunkelroter Einfärbung werden tendenziell kleiner.

Abbildung 4: Nervenärztedichte – Unterschiede zwischen Ärztedichte und relativem Bedarf



Die Landkarten-Darstellung (Abb. 5) verdeutlicht, dass sich die stärkere Bedarfsorientierung der Verteilung der Nervenärzte vor allem in geringeren Abweichungen in Ostdeutschland, aber auch in Teilen Hessens äußert. Dort fällt die *geplante Nervenärztedichte* oft in die Kategorie „niedriger“ als der relative Bedarf oder „ausgewogen“, während die *aktuelle Nervenärztedichte* dort „deutlich niedriger“ liegt. Auch in einigen Regionen Bayerns ist die geplante Verteilung ausgewogen, wohingegen die aktuelle Verteilung vom relativen Bedarf abweicht. Gleichzeitig finden sich in Bayern allerdings auch Regionen, für die das Umgekehrte gilt.

Abbildung 5: Nervenärztedichte

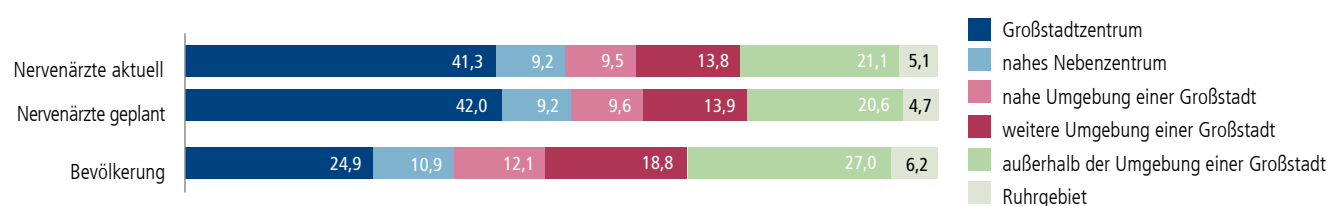


Verteilung zwischen Stadt und Land nahezu unverändert

In Bezug auf die Verteilung zwischen den städtischen und den ländlichen Regionen ergeben sich für die Nervenärzte in der neuen Bedarfsplanung keine merklichen Veränderungen (Abb. 6). Die Bedarfsplanung sieht für die Großstädte einen Anteil von 42,0 Prozent der Arztsitze vor, im Vergleich zu 41,3 Prozent gemäß aktueller Verteilung. Im Gegenzug reduziert sich der Arztanteil der Regionen außerhalb der Umgebung einer Großstadt leicht von 21,1 auf 20,6 Prozent. Da in den Großstädten allerdings lediglich ein Viertel der Bevölkerung lebt und in den Regionen außerhalb der Umgebung einer Großstadt mehr als ein Viertel, bleibt damit auch das Stadt-Land-Gefälle nach der neuen Bedarfsplanung erhalten.

Abbildung 6: Nervenärzterverteilung nach Regionstypen

Angaben in Prozent



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015.

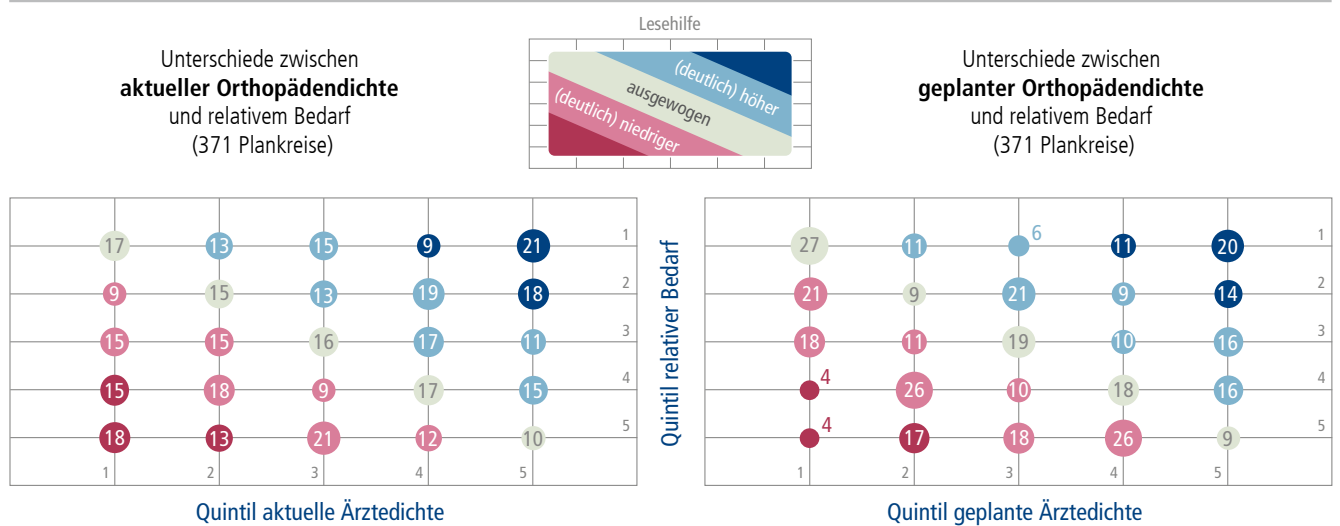
| BertelsmannStiftung

4.3 Orthopäden: geringfügig stärkere Bedarfsorientierung

Auch bei den Orthopäden ist der Anteil der Kreise mit einem ausgewogenen Verhältnis von *aktueller Ärztedichte* und relativem Versorgungsbedarf relativ niedrig. In 79,8 Prozent aller Planungsregionen weicht die *aktuelle Orthopädedichte* vom relativen Bedarf ab. Dieser Anteil verringert sich durch die neue Bedarfsplanung nur geringfügig auf 77,9 Prozent.

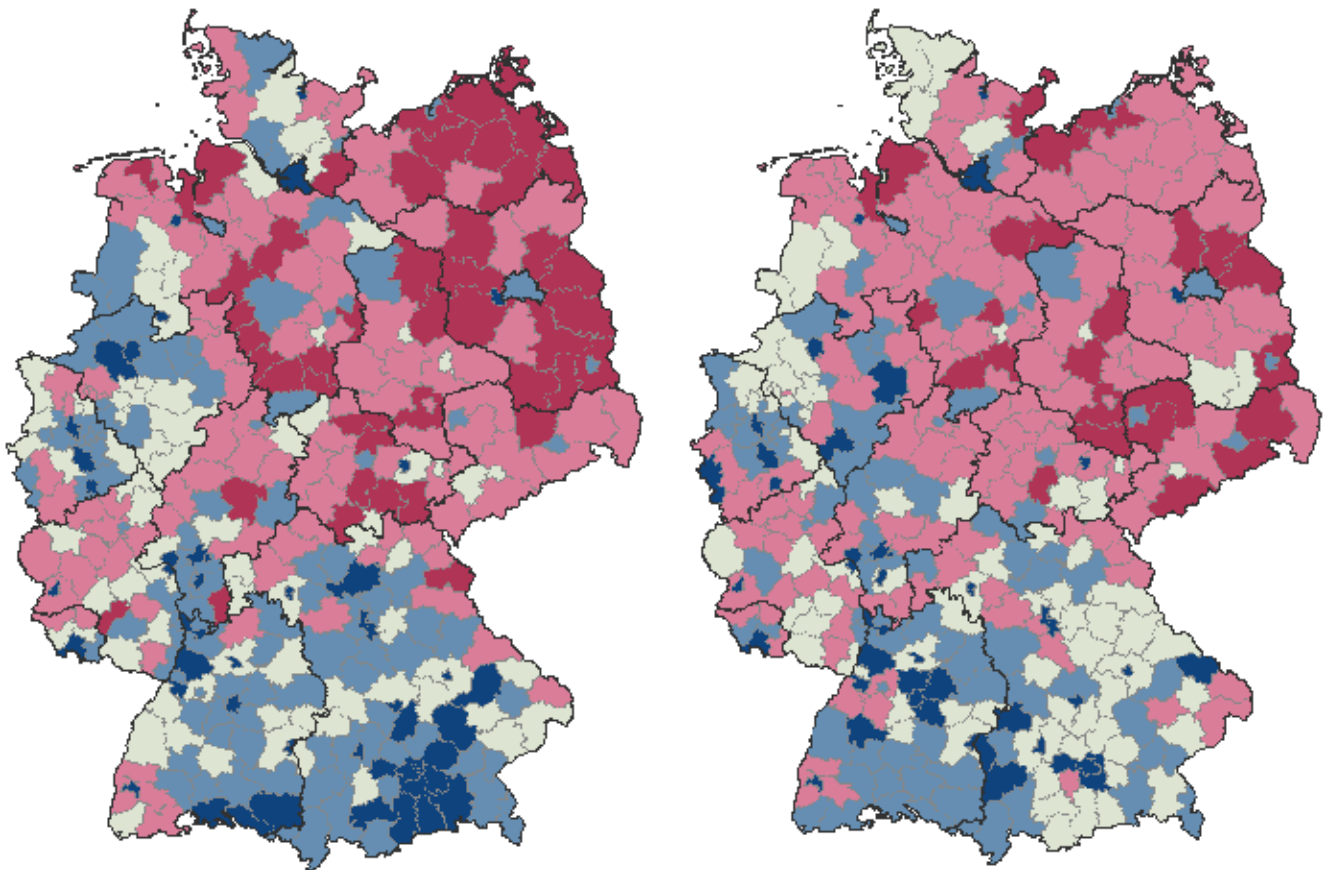
Bei der *geplanten Ärztedichte* sinkt die Anzahl der Plankreise mit deutlich niedrigerer Ärztedichte im Vergleich zum relativen Bedarf (dunkelrote Kugeln in Abb. 7). Gleichzeitig erhöhen sich die Besetzungszahlen der Kugeln auf der Diagonale und in ihrer direkten Umgebung leicht, was ebenfalls eine höhere Bedarfsorientierung der Orthopädenverteilung anzeigt.

Abbildung 7: Orthopädedichte – Unterschiede zwischen Ärztedichte und relativem Bedarf



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

Abbildung 8: Orthopädedichte



Aktuelle Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (46) ■ ausgewogen (75) ■ höher (103)
- niedriger (99) ■ deutlich höher (48)

Geplante Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (25) ■ ausgewogen (82) ■ höher (89)
- niedriger (130) ■ deutlich höher (45)

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

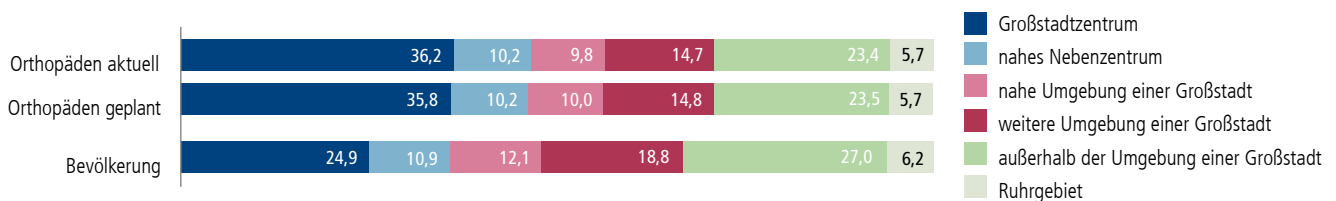
Die Landkarten-Darstellung (Abb. 8) verdeutlicht sowohl in der aktuellen Verteilung (linke Karte) als auch in der geplanten Verteilung (rechte Karte) tendenziell die überproportional versorgten Städte (die zahlreichen kleineren Kreise mit dunkelblauer Einfärbung). Hier sieht die neue Bedarfsplanung keine gravierenden Veränderungen vor: Die meisten Städte weisen im Vergleich zu ihrem relativen Versorgungsbedarf weiterhin eine überproportional hohe Orthopädiendichte auf. Zum anderen zeigt sich erneut eine etwas stärkere Bedarfsorientierung in einigen Teilen Ostdeutschlands (insbesondere in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) sowie Niedersachsen und Hessens, in denen die geplante Orthopädiendichte ein wenig in Richtung der relativen Bedarfsposition angehoben wird, sodass die dunkelrote Einfärbung zu einer hellroten wird. Auch in einigen Regionen Bayerns orientiert sich die geplante Verteilung stärker am relativen Bedarf. Gleichzeitig zeigen sich allerdings auch einige Regionen, zum Beispiel in Baden-Württemberg oder in der KV-Region Nordrhein, in denen nach der neuen Bedarfsplanung eine weniger ausgewogene Orthopädiendichte vorgesehen ist.

Verteilung zwischen Stadt und Land kaum näher an der Bevölkerungsverteilung

Durch die neue Bedarfsplanung bleibt es bei der überproportionalen Versorgung der Städte mit Orthopäden. Folglich zeigt sich auch bei der Betrachtung der Arztsitzverteilung nach Regionstypen im Vergleich zur Bevölkerung keine wesentliche Veränderung (Abb. 9). Sowohl nach der aktuellen Verteilung (36,2 %) als auch nach der geplanten Verteilung (35,8 %) ist der Anteil der Orthopäden in den Großstädten deutlich höher als der entsprechende Einwohneranteil (24,9 %).

Abbildung 9: Orthopädenverteilung nach Regionstypen

Angaben in Prozent



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015.

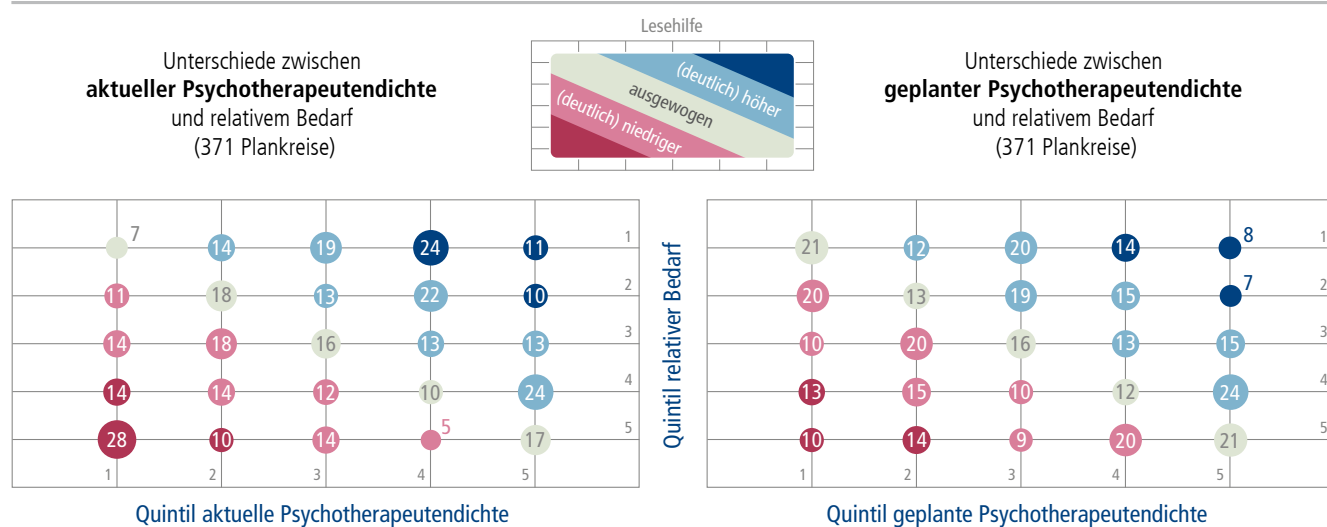
| BertelsmannStiftung

4.4 Psychotherapeuten: etwas stärkere Bedarfsorientierung

Bei den Psychotherapeuten liegt bezogen auf die aktuelle Sitzverteilung der Anteil der Plankreise mit Übereinstimmung von relativer Psychotherapeutendichte und relativem Bedarf sogar knapp unter einem Fünftel. In 81,7 Prozent aller Planungsregionen weicht die *aktuelle Psychotherapeutendichte* vom relativen Bedarf ab. Dieser Anteil verringert sich durch die neue Bedarfsplanung auf 77,6 Prozent.

Während bei der aktuellen Verteilung (linke Matrix in Abb. 10) nur verhältnismäßig wenige Kreise auf der Diagonale liegen (insgesamt 68) und entsprechend viele in den Ecken mit den größten Abweichungen, steigt bei der geplanten Verteilung der neuen Bedarfsplanung (rechte Matrix in Abb. 10) die Zahl der Kreise mit ausgewogenem Verhältnis von Psychotherapeuten und relativem Bedarf merklich an (83 Kreise auf der Diagonale), und es zeigen sich weniger Kreise in Kugeln mit dunkelroter oder dunkelblauer Einfärbung.

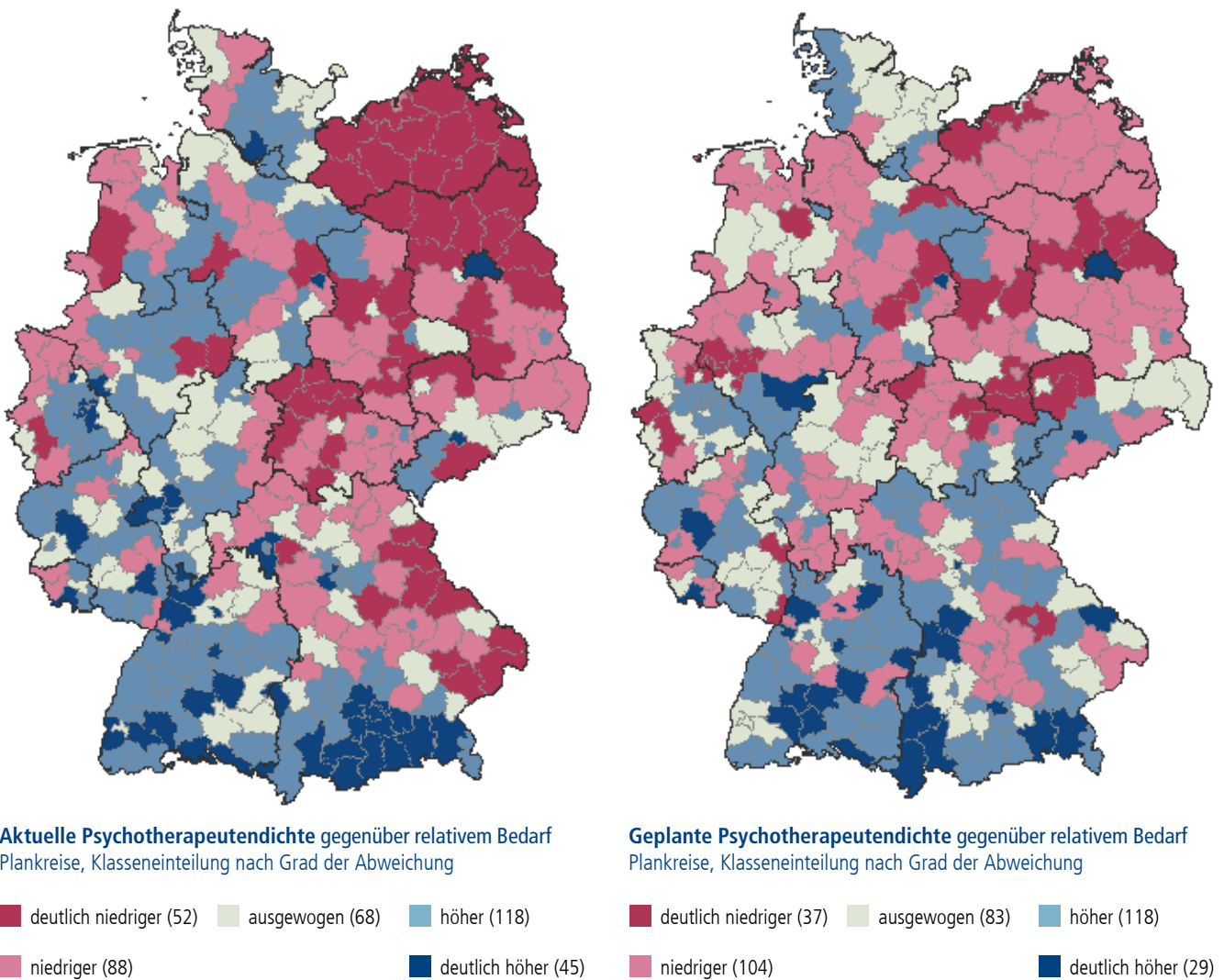
Abbildung 10: Psychotherapeutendichte – Unterschiede zwischen Psychotherapeutendichte und relativem Bedarf



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

In der Landkarten-Darstellung (Abb. 11) zeigt sich die stärkere Bedarfsorientierung der Psychotherapeutenverteilung insbesondere durch die sichtbare Abnahme der Regionen mit „deutlich niedrigerer“ Psychotherapeutendichte (dunkelrote Einfärbung). Diese Regionen finden sich vor allem in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen, aber auch im Osten Bayerns. In diesen Regionen verringert sich der Grad der Abweichung teilweise (auf „niedriger“), zum Teil wird ein ausgewogenes Verhältnis erreicht (Bayern). In Bayern, vor allem in der südlichen Landeshälfte, zeigen sich einige Plankreise, in denen die Psychotherapeutendichte, die dort aktuell „deutlich höher“ als der relative Bedarf liegt, sich gemäß der neuen Bedarfsplanung diesem stärker annähert. In anderen Plankreisen dieser Region bleibt sie allerdings auf einem hohen Niveau.

Abbildung 11: Psychotherapeutendichte



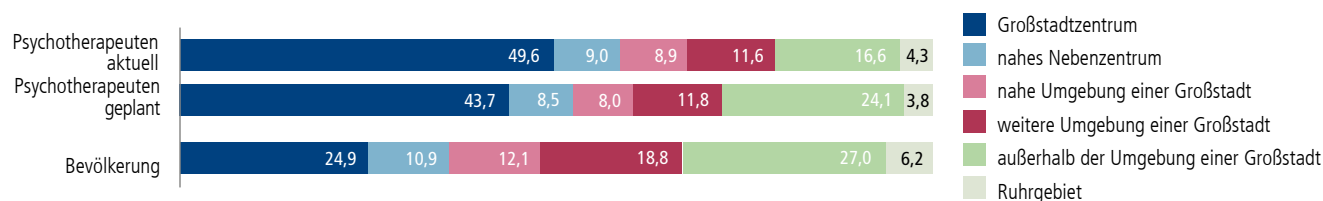
Verteilung zwischen Stadt und Land wird etwas ausgewogener

Insgesamt befindet sich knapp die Hälfte aller Psychotherapeuten in Großstädten (Abb. 12). Auch die Landkarten-Darstellung hat bereits gezeigt, dass die Großstädte oft eine Psychotherapeutendichte haben, die „deutlich höher“ ist als der relative Bedarf.

Die neue Bedarfsplanung sieht zwar für viele Städte eine im Vergleich zum relativen Bedarf nach wie vor hohe Psychotherapeutendichte vor, dennoch wird ein nun geringerer Anteil der Psychotherapeuten für die Großstädte geplant (Anteil von 43,7 %). Gleichzeitig ist der Anteil der Psychotherapeuten, der in Regionen außerhalb der Umgebung einer Großstadt vorgesehen ist, deutlich höher (24,1 %) als in der aktuellen Verteilung (16,6 %). Damit nähert sich die geplante Verteilung der Psychotherapeuten der Verteilung der Bevölkerung etwas an.

Abbildung 12: Psychotherapeutenverteilung nach Regionstypen

Angaben in Prozent



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015.

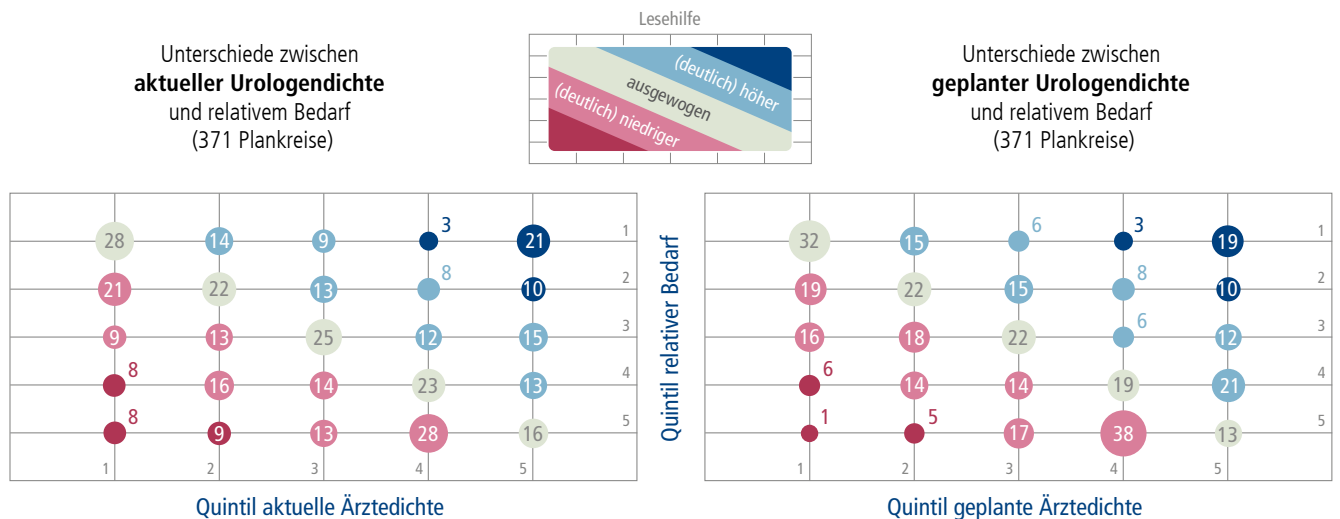
| BertelsmannStiftung

4.5 Urologen: kaum veränderte Bedarfsorientierung

Die Urologen stellen zahlenmäßig die kleinste der hier betrachteten Arztgruppen dar (insgesamt knapp 2.700 Ärzte gezählt in Planungsgewichten). Im Vergleich zu den anderen ärztlichen Fachgruppen stimmt die *aktuelle Urologendichte* stärker mit dem relativen Bedarf überein: Rund 30 Prozent aller Plankreise haben eine Urologendichte, die ihrem relativen Versorgungsbedarf entspricht. Entsprechend liegt der Anteil der Planungsregionen, in denen die *aktuelle Urologendichte* vom relativen Bedarf abweicht, bei knapp 70 Prozent. Dieser Anteil erhöht sich durch die neue Bedarfsplanung geringfügig auf 71,9 Prozent.

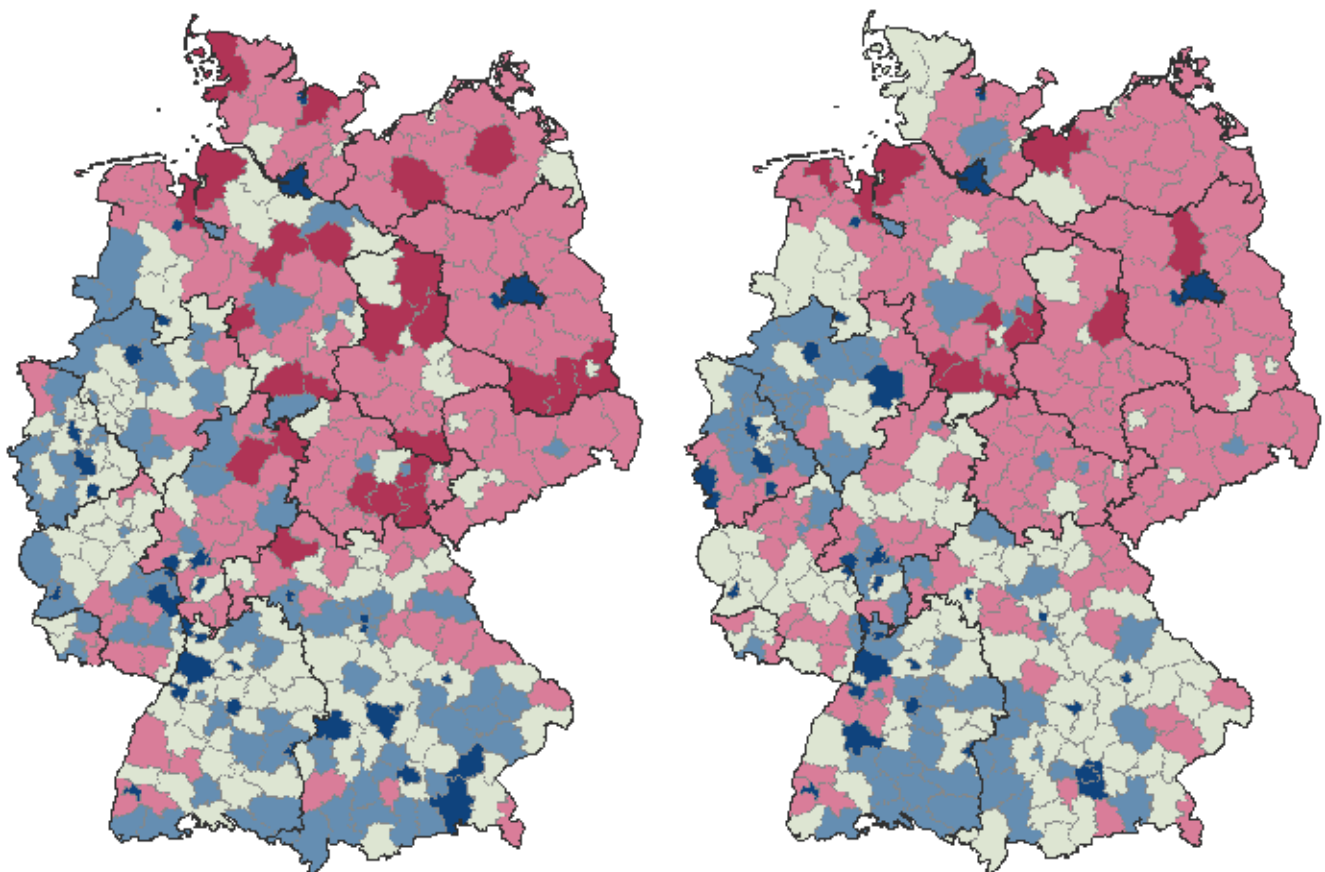
Die Matrix-Darstellung (Abb. 13) zeigt für beide Darstellungen verhältnismäßig große Kugeln auf der Diagonale und entsprechend tendenziell kleinere eingefärbte Kugeln. Nach der neuen Bedarfsplanung ergeben sich gegenüber der aktuellen Verteilung außerdem weniger Planungsregionen, deren Urologendichte im Verhältnis zum relativen Bedarf „deutlich niedriger“ ist. Insgesamt gesehen zeigen sich jedoch kaum Veränderungen.

Abbildung 13: Urologendichte – Unterschiede zwischen Ärztedichte und relativem Bedarf



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

Abbildung 14: Urologendichte



Aktuelle Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (25) ■ ausgewogen (114) ■ höher (84)
- niedriger (114) ■ deutlich höher (34)

Geplante Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (12) ■ ausgewogen (108) ■ höher (83)
- niedriger (136) ■ deutlich höher (32)

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

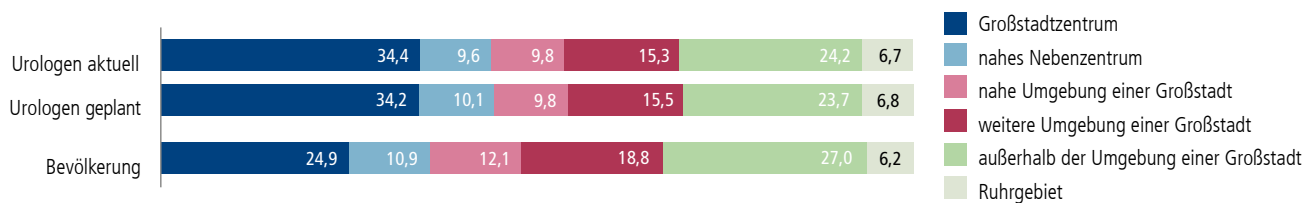
Die Landkarten-Darstellung (Abb. 14) verdeutlicht zum einen die aktuell relativ hohe Urologendichte in vielen Städten (dunkelblaue Flächen auf der linken Karte) und zum anderen, dass sich an dieser ungleichmäßigen Verteilung der Ärztedichte gemäß der neuen Bedarfsplanung wenig ändern soll (ähnliche Muster beider Karten). Im Gegensatz zu den Städten weisen viele ländliche Regionen, vor allem in Ostdeutschland, aber auch in weiten Teilen Schleswig-Holsteins, Niedersachsens und Hessens, aktuell eine Urologendichte auf, die im Vergleich zum relativen Versorgungsbedarf der Region zu niedrig ist (hellrote Einfärbung in der linken Karte). Auch an dieser Ungleichverteilung ändert die neue Bedarfsplanung nichts Wesentliches.

An der Verteilung zwischen Stadt und Land ändert sich im Wesentlichen nichts

Wie auch bei den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bleibt es gemäß der neuen Bedarfsplanung bei einem überproportional hohen Anteil an Urologensitzen in den Großstadtzentren (Abb. 15). Sowohl in der aktuellen als auch in der geplanten Verteilung befindet sich gut ein Drittel aller Urologensitze in den Großstädten und lediglich knapp ein Viertel in den Regionen außerhalb der Umgebung einer Großstadt. In beiden Regionstypen weicht der Anteil der Urologen damit von den entsprechenden Bevölkerungsanteilen ab.

Abbildung 15: Urologenverteilung nach Regionstypen

Angaben in Prozent



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015.

BertelsmannStiftung

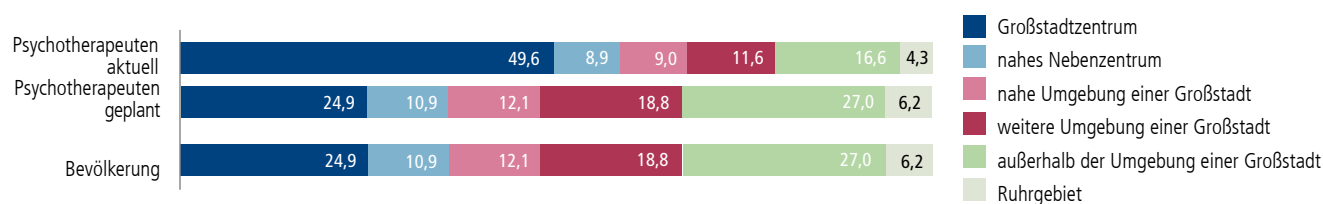
4.6 Effekte einer Bedarfsplanung mit einheitlicher Verhältniszahl am Beispiel der Psychotherapeuten

Im Folgenden werden die Auswirkungen einer alternativen Bedarfsplanung der Psychotherapeuten dargestellt, die sich bei einer bundesweit einheitlichen Verhältniszahl ergäben. Dabei wird von einem insgesamt konstanten Versorgungsniveau, also einer unveränderten Gesamtzahl geplanter Psychotherapeuten (gemäß der aktuellen Bedarfsplanung), ausgegangen.

Eine Umstellung der Bedarfsplanung auf eine einheitliche Verhältniszahl – gemessen an der regionalen Verteilung der Bevölkerung – würde zu einer erheblich gleichmäßigeren Verteilung der Psychotherapeutensitze zwischen städtischen und ländlichen Regionen beitragen (Abb. 16).

Abbildung 16: Psychotherapeutenverteilung nach Regionstypen bei einheitlicher Verhältniszahl

Angaben in Prozent



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015.

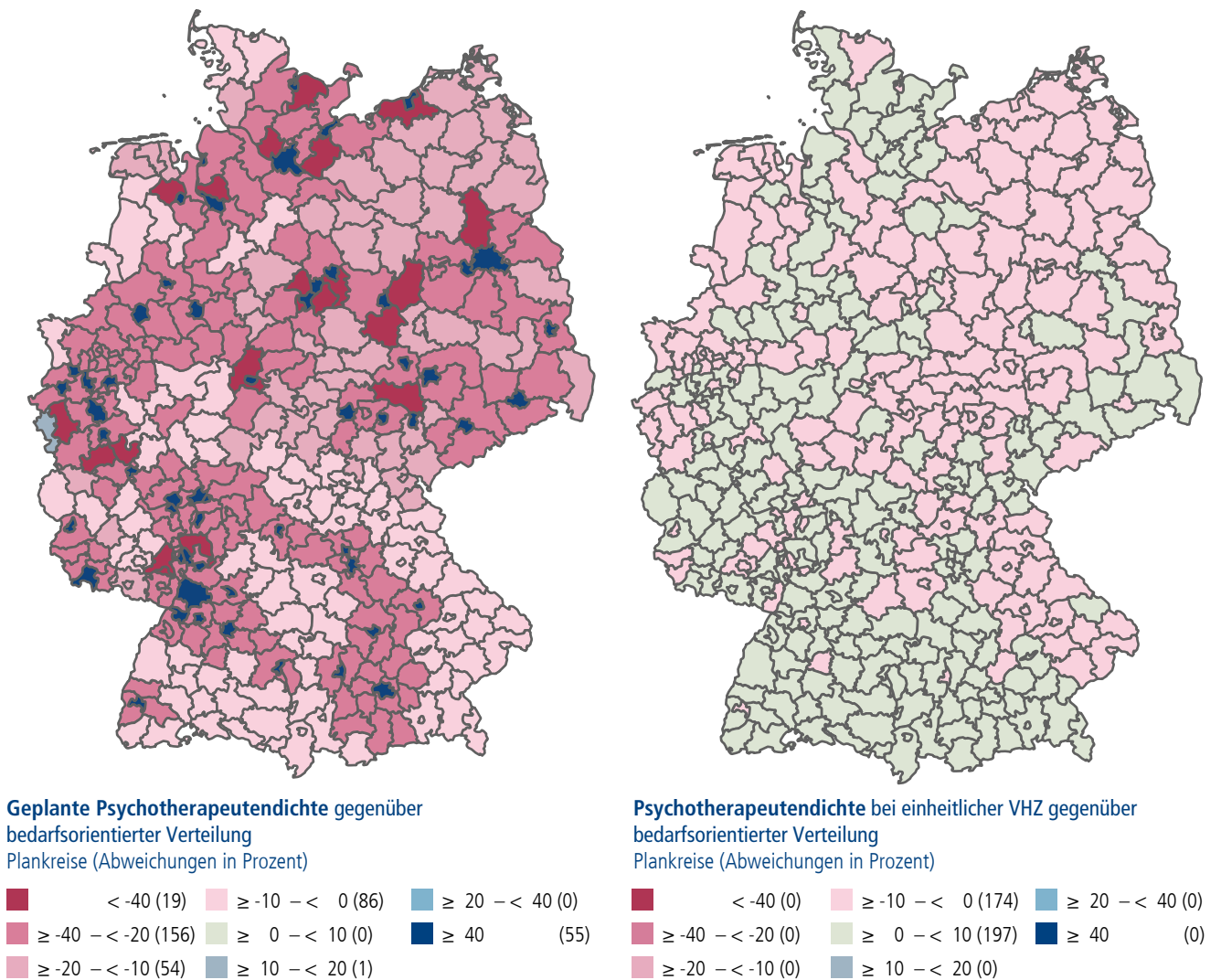
| BertelsmannStiftung

Würde auf Basis einer einheitlichen Verhältniszahl geplant, die nicht mehr nach unterstellten Mitversorgungsfunktionen der Großstädte differenziert, entspräche der Anteil der *geplanten Psychotherapeutensitze* in den Großstadtzentren deren Einwohneranteil (jeweils rd. ein Viertel). Auch in Bezug auf die anderen Regionstypen (Umgebung der Großstädte oder außerhalb dieser Umgebung) ergäbe sich im Fall der alternativen Bedarfsplanung eine Verteilung der Psychotherapeuten, die mit der Verteilung der Bevölkerung übereinstimmt. Dabei handelt es sich um einen mechanischen Effekt. Da die Verhältniszahl als Anzahl der Einwohner pro Arzt definiert ist, ergibt sich bei Planung auf Basis einer einheitlichen Verhältniszahl auch gerade ein übereinstimmendes Verhältnis aus Bevölkerung und Ärzten.

Um zu beurteilen, in welchem Ausmaß mit einer einheitlichen Verhältniszahl die Bedarfsorientierung der regionalen Verteilung der Psychotherapeutensitze gestärkt würde, wird mit einer strikt bedarfsorientierten Verteilung verglichen, d. h. einer Verteilung, bei der die Unterschiede der regionalen Psychotherapeutendichten exakt den relativen Bedarfsunterschieden entsprechen. Eine solche strikt bedarfsorientierte Verteilung ergibt sich auf Basis einer einheitlichen Verhältniszahl, die für jede Region gemäß ihrem Mehr- oder Minderbedarf (gemessen anhand des Bedarfsindex)

modifiziert wird. Die resultierenden Abweichungen sind somit ein Maß für die fehlende regionale Bedarfsorientierung. Vergleicht man nun diese strikt bedarfsorientierte Verteilung mit der aktuell geplanten Verteilung der Psychotherapeuten, zeigen sich bundesweit große regionale Abweichungen (linke Karte in Abb. 17). Beim Vergleich der strikt bedarfsorientierten Verteilung mit einer Verteilung der Psychotherapeuten auf Basis einer einheitlichen Verhältniszahl (rechte Karte in Abb. 17) reduzieren sich die Abweichungen gravierend.

Abbildung 17: Effekte einer einheitlichen Verhältniszahl auf die Bedarfsorientierung der Planung der Psychotherapeutesitze



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

| BertelsmannStiftung

Bei der linken Karte in Abbildung 17 fällt erneut das deutliche Stadt-Land-Gefälle in der psychotherapeutischen Versorgung auf, das auch gemäß der neuen Bedarfsplanung erhalten bleibt. In vielen Stadtkreisen und kreisfreien Städten zeigen sich erhebliche positive Abweichungen; die Planzahlen für sie sind nach aktueller Bedarfsplanung mehr als 40 Prozent höher, als sich mit der dortigen Bedarfsabweichung begründen ließe. Die Abweichungen reichen bis zu 84 Prozent am oberen Ende der Verteilung.

Hingegen sind die Abweichungen für fast alle Landkreise negativ, hier ist die geplante Psychotherapeutenzahl also niedriger als diejenige, die sich bei Berücksichtigung der relativen Bedarfsposition dieser Kreise ergäbe. Die Differenzen fallen zwar in der Spitze nicht so groß aus (bis zu -43 % am unteren Ende der Verteilung) wie in den Städten, es betrifft aber zahlenmäßig erheblich mehr Regionen.

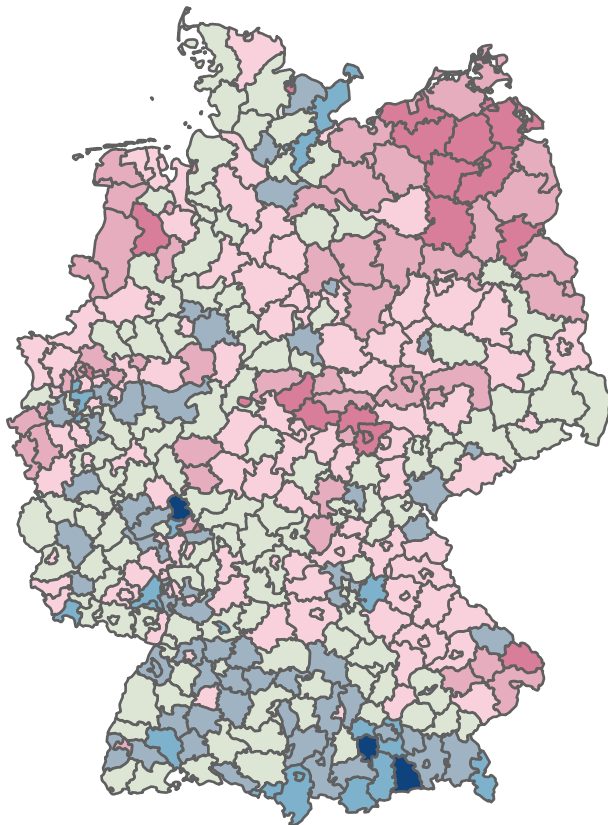
Besonders deutlich zeigt sich auch, wie die den großen Zentren unterstellten Mitversorgungsfunktionen zu einem Gefälle der regionalen Psychotherapeutendichten gegenüber den umliegenden Regionen führen. So befinden sich auffällig oft an einen Stadtkreis angrenzend ein oder mehrere Landkreise mit einer *geplanten Psychotherapeutendichte*, die 20 Prozent und mehr unterhalb einer bedarfsorientierten Psychotherapeutendichte liegt (Einfärbung dunkelrot).

Vergleicht man nun die regionalen Psychotherapeutendichten, die sich bei Zugrundelegung einer einheitlichen Verhältniszahl ergäben, mit dem hier gewählten Vergleichsmaßstab einer strikt bedarfsorientierten Verteilung, verbleiben nur noch verhältnismäßig geringe Diskrepanzen (rechte Karte in Abb. 17). Nun zeigen sich in allen Kreisen Abweichungen von maximal 5 Prozent nach oben bzw. nach unten. Diese verbleibenden Abweichungen entsprechen gerade dem jeweiligen regionalen Mehr- oder Minderbedarf (gemäß Bedarfsindex). Generell lässt sich vor allem in den ostdeutschen Regionen ein überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf feststellen, bedingt durch sozioökonomische Faktoren, wie Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit. Aber auch in einigen Teilen Niedersachsens und im Nordosten Bayerns besteht in erster Linie bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung ein höherer Versorgungsbedarf.

Für eine differenziertere Betrachtung lassen sich die verbleibenden regionalen Abweichungen zwischen den regionalen Psychotherapeutendichten bei einheitlicher Verhältniszahl und einer strikt bedarfsorientierten Verteilung anhand einer feineren Klasseneinteilung darstellen (Abb. 18). Nun zeigt sich zum einen das Ost-West-Gefälle noch etwas ausgeprägter. Darüber hinaus wird erkennbar, dass einige Kreise des Ruhrgebiets bei einheitlicher Verhältniszahl im Vergleich zu ihrem relativen Bedarf zu geringe Psychotherapeutendichten hätten. Außerdem fallen die im Verhältnis zu den relativen Bedarfsunterschieden überproportional hohen Psychotherapeutendichten in den meisten Kreisen Baden-Württembergs und den südwestlichen Regionen Bayerns auf.

Eine Vereinheitlichung der Verhältniszahl würde also einen wesentlichen Beitrag zu einer bedarfsorientierten regionalen Verteilung der Psychotherapeutensitze leisten. In der weit überwiegenden Zahl aller Plankreise würde eine einheitliche Verhältniszahl für sich genommen zu einer erheblichen Reduktion der Abweichungen gegenüber einer bedarfsorientierten Verteilung von Psychotherapeutensitzen führen. Tabelle 2 (Seite 34) fasst den Befund der kartographischen Darstellungen aggregiert zusammen.

Abbildung 18: Abweichung der Psychotherapeutendichten bei einheitlicher Verhältniszahl von einer bedarfsorientierten Verteilung (in %) (stärker differenzierte Darstellung)



Psychotherapeutendichte bei einheitlicher VHZ gegenüber bedarfsorientierter Verteilung
Plankreise (Abweichungen in Prozent)

■ < -3,0 (0)	■ ≥ -1,0 – < 0,0 (102)	■ ≥ 2,0 – < 3,0 (17)
■ ≥ -3,0 – < -2,0 (18)	■ ≥ 0,0 – < 1,0 (123)	■ ≥ 3,0 (3)
■ ≥ -2,0 – < -1,0 (54)	■ ≥ 1,0 – < 2,0 (54)	

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2015, Daten und Berechnung IGES Institut.

BertelsmannStiftung

Zunächst zeigt der Vergleich der aktuell geplanten Verteilung der Psychotherapeuten mit einer strikt bedarfsorientierten Verteilung, dass zahlreiche Plankreise (175 bzw. 47 %) in die Klasse mit „< -20 %“-Abweichung fallen. Auf diese Plankreise entfällt ein Anteil von 31 Prozent der insgesamt geplanten Psychotherapeuten. Dies deutet darauf hin, dass es sich bei ihnen eher um ländliche Regionen mit geringeren Psychotherapeutenzahlen handelt. Im Gegensatz dazu fallen in die Klasse mit größeren positiven Abweichungen („>= 10 %“) zwar nur 15 Prozent aller Kreise, allerdings 45 Prozent der insgesamt geplanten Psychotherapeutenplätze, da es sich hierbei eher um die städtischen Regionen mit hohen Versorgungsdichten handelt.

Tabelle 2: Effekte einer Bedarfsplanung (BPL) der Psychotherapeuten mit einheitlicher Verhältniszahl (VHZ)

1 Abweichung	Psychotherapeuten BPL-SOLL (110%)		BPL-SOLL zu bedarfsorientierter Soll-Zahl		Einheitliche VHZ zu bedarfsorientierter Soll-Zahl	
	2 Anzahl	3 Anteil (%)	4 Anzahl Kreise	5 Anteil (%)	6 Anzahl Kreise	7 Anteil (%)
< -20%	5.112	31%	175	47%	0	0%
-20% bis -15%	211	1%	2	1%	0	0%
-15% bis -10%	1.185	7%	54	15%	0	0%
-10% bis -5%	2.495	15%	81	22%	0	0%
-5% bis 0%	60	0%	3	1%	181	49%
0 bis 5%	–	0%	0	0%	190	51%
5 bis 10%	–	0%	0	0%	0	0%
> = 10%	7.410	45%	56	15%	0	0%
Gesamt	16.473	100%	371	100%	371	100%

Quelle: Eigene Darstellung

| Bertelsmann Stiftung

Der starke Effekt einer Vereinheitlichung der Verhältniszahl zeigt sich nun beim weitergehenden Vergleich mit einer strikt bedarfsorientierten Verteilung der Psychotherapeuten (Spalten 6 und 7 in Tabelle 2). Abweichungen ergeben sich hier ausschließlich noch aufgrund regionaler Mehr- oder Minderbedarfe (gemäß Bedarfsindex) und fallen, wie zuvor gezeigt, nach Vereinheitlichung der Verhältniszahl verhältnismäßig gering aus. So sammeln sich alle Plankreise bezüglich der verbleibenden Abweichungen in dem relativ engen Band der Klassen mit „-5 % bis 0 %“ bzw. „0 % bis 5 %“ und verteilen sich, weil der Bundesdurchschnitt den Referenzpunkt darstellt, relativ gleichmäßig auf diese beiden Klassen.

Als verhältnismäßig gering lassen sich schließlich noch solche Effekte einschätzen, die sich bei unterschiedlichen Varianten von Rundungen („Rundungsdifferenzen“) im Fall einer modifizierten Verhältniszahl der Psychotherapeuten ergäben. Dazu wird an dieser Stelle die Anzahl an Plankreisen herangezogen, bei denen eine Rundung (nach kaufmännischem Ansatz) bezüglich der geplanten Psychotherapeutenzahl zu einem Aufbau oder Abbau an Sitzen in Höhe von mehr als 10 Prozent der nicht gerundeten Zahl führen würde.

Dabei ergibt sich für die Psychotherapeuten kein einziger Plankreis, bei dem eine Rundung der geplanten Psychotherapeutenzahl (auf $\frac{1}{4}$ -Sitze, $\frac{1}{2}$ -Sitze oder einen vollen Sitz) im Fall einer einheitlichen Verhältniszahl eine Veränderung von mehr als 10 Prozent der nicht gerundeten Zahl zur Folge hat. Maximal kommt es dabei zu Veränderungen von 3 Prozent. Ursache dafür ist die verhältnismäßig große Gesamtzahl der Psychotherapeuten. Diese stellen zahlenmäßig mit Abstand die größte der hier untersuchten Fachgruppen dar (aktuell bundesweit gut 22.000 Psychotherapeuten gezählt in Planungsgewichten). So fallen Rundungseffekte, die sich auf Ebene der Plankreise jeweils auf maximal einen einzelnen Sitz beziehen können, bei dieser Fachgruppe für jeden Plankreis relativ gering aus.

Würde man hingegen für die hier zahlenmäßig kleinste Fachgruppe der Urologen analog eine modifizierte Bedarfsplanung auf Grundlage einer bundesweit einheitlichen Verhältniszahl durchführen, wären einige Kreise von „Rundungseffekten“ in relevanter Größenordnung betroffen. In der Variante mit Rundung auf $\frac{1}{2}$ -Sitze wären 5 Kreise (1 % aller Kreise) von einer Änderung der Sitzanzahl in Höhe von mehr als 10 Prozent betroffen, und bei einer Rundung auf ganze Sitze wären es immerhin 75 Kreise (9 %).

Grundsätzlich stellen „Rundungseffekte“ in Bezug auf die Zahl an Arztsitzen also tendenziell in eher dünn besiedelten ländlichen Regionen - und dort auch nur im Fall von Fachgruppen, die insgesamt zahlenmäßig zu den kleineren gehören - einen potenziell relevanten Aspekt dar, der im Zusammenhang mit einer veränderten Bedarfsplanung zu berücksichtigen wäre.

5 Zitierte und weiterführende Literatur

Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R (2014). Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. <https://aerztedichte.faktencheck-gesundheit.de>

Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A, Schwinger A (2012). Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach §140f SGB V, Berlin. http://www.iges.de/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2012/bedarfsplanung/index_ger.html

6 Datengrundlagen

Arzt-Suchportal der KV Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) und Zahlenangaben der KVMV zu Ermächtigungen, MVZs, Sonderbedarfszulassungen und aktuellen Zulassungsmöglichkeiten.

Bundesärztekammer (2014). Ärztestatistik der Bundesärztekammer. Stichtag 31.12.2013. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), in der Fassung vom 17. Juli 2014 (am 30. September 2014 in Kraft getreten). www.g-ba.de/downloads/62-492-920/BPL-RL_2014-07-17.pdf

INKAR (2010). Haushaltseinkommen. INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

INKAR (2011). Regionale Arbeitslosenquote. INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Statistisches Bundesamt (2011a). Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand und Religionszugehörigkeit. Zensus 2011. Hrsg. Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

Statistisches Bundesamt (2011b). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Pflegestatistik 2011. Hrsg. Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2011c). Sterbetafel Deutschland 2009/11. Hrsg. Statistisches Bundesamt.

7 Die Autoren



Dr. Martin Albrecht
Geschäftsführer und
Bereichsleiter Gesundheitspolitik,
IGES Institut,
Berlin



Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert,
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh



Dr. Richard R. Ochmann
Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
IGES Institut,
Berlin

8 Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt. Für uns der Beweis dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten sowie Gefährdungen von Patienten vermeiden und das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen – bevor über Priorisierung und Rationierung nachgedacht werden sollte.

Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass ...

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden,
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann,
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region befassen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

Die Auswahl der Themen für den „Faktencheck Gesundheit“ erfolgt anhand von festgelegten Kriterien:

Die Themen sollen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben, bedeutsame Defizite im System, aber auch konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze aufzeigen. Die Bearbeitung der Themen und Interpretation der Ergebnisse erfolgt durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes fachliches Review. Der „Faktencheck Gesundheit“ soll nicht nur die Versorgungsrealität beschreiben, sondern Interpretationen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite behoben werden können. Mithilfe von kartografischen Darstellungen können regionale Unterschiede visuell schnell erfasst werden.

Impressum

© 2015 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de
www.faktencheck-gesundheit.de

Verantwortlich

Dr. Stefan Etgeton
Claudia Haschke

Gestaltung

Dietrich Lucas, Werther (Westf.)

Bildrechte

francescoridolfi.com
Zerbor - Fotolia.com
Image Source
4774344sean / iStockphoto.com

Druck

druck.haus rihn gmbh, Blomberg

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
Fax +49 5241 81-81999

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Claudia Haschke
Project Manager
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
claudia.haschke@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

www.faktencheck-gesundheit.de