

SPOTLIGHT GESUNDHEIT 03 | 2015

Daten, Analysen, Perspektiven

Ärztedichte

Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei



- Die Arztsitze sind nicht bedarfsgerecht verteilt. Die neue Bedarfsplanung verbessert die Situation nur bei den Hausärzten
- Die Fachärztedichte stimmt in 75 Prozent der Kreise nicht mit dem Bedarf überein
- Das Stadt-Land-Gefälle wird zementiert
- Die Verhältniszahl (Arzt-zu-Einwohner) ist der entscheidende Hebel für eine bedarfsgerechte Versorgung
- Bedarfsplanung muss Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Einkommen, Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit einbeziehen
- Ärzte- und Krankenkassenverbände sind gefordert, die ärztliche Versorgung am Bedarf auszurichten. Der gesetzliche Rahmen ist geschaffen

Autor



Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Bertelsmann Stiftung
Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“

stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Lange Wartezeiten auf einen Termin, weite Wege bis zum nächsten Facharzt – darüber klagen immer mehr Patienten. Doch sind diese Missstände auf einen Mangel an Ärzten zurückzuführen? Oder sind die Ärzte in Deutschland ungleich verteilt? Der „Faktencheck Gesundheit“ hat untersucht, ob die 2013 veränderte Bedarfsplanung eine bedarfsgerechte Verteilung der Haus- und Fachärzte bewirkt.

Im Vergleich mit anderen OECD-Ländern gibt es in Deutschland viele Ärzte. Die Ärztedichte liegt mit 3,8 praktizierenden Ärzten (Allgemeinärzte und Fachärzte zusammengefasst) pro 1.000 Einwohner im oberen Drittel. Dennoch entspricht sie nicht überall dem regionalen Bedarf.

Ärztemangel auf dem Land und sehr viele Ärzte in den Städten – daran ändert die neue Bedarfsplanung nichts. So das Ergebnis der Studie.

Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung analysierte das Berliner Forschungsinstitut IGES die aktuelle und die geplante Ärztedichte von Haus-, Augen-, Frauen-, Kinder-, HNO- und Nervenärzten sowie Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen auf regionaler Ebene. Diese wurden mit einem eigens entwickelten Bedarfsindex verglichen. Mit diesem Index können regionale Unterschiede im medizinischen Versorgungsbedarf ermittelt werden.

Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass die neue Bedarfsplanung die in sie gesetzte Erwartung, die Facharztsitze zwischen Stadt und Land gerechter

Fachärzteverteilung nach Regionstypen

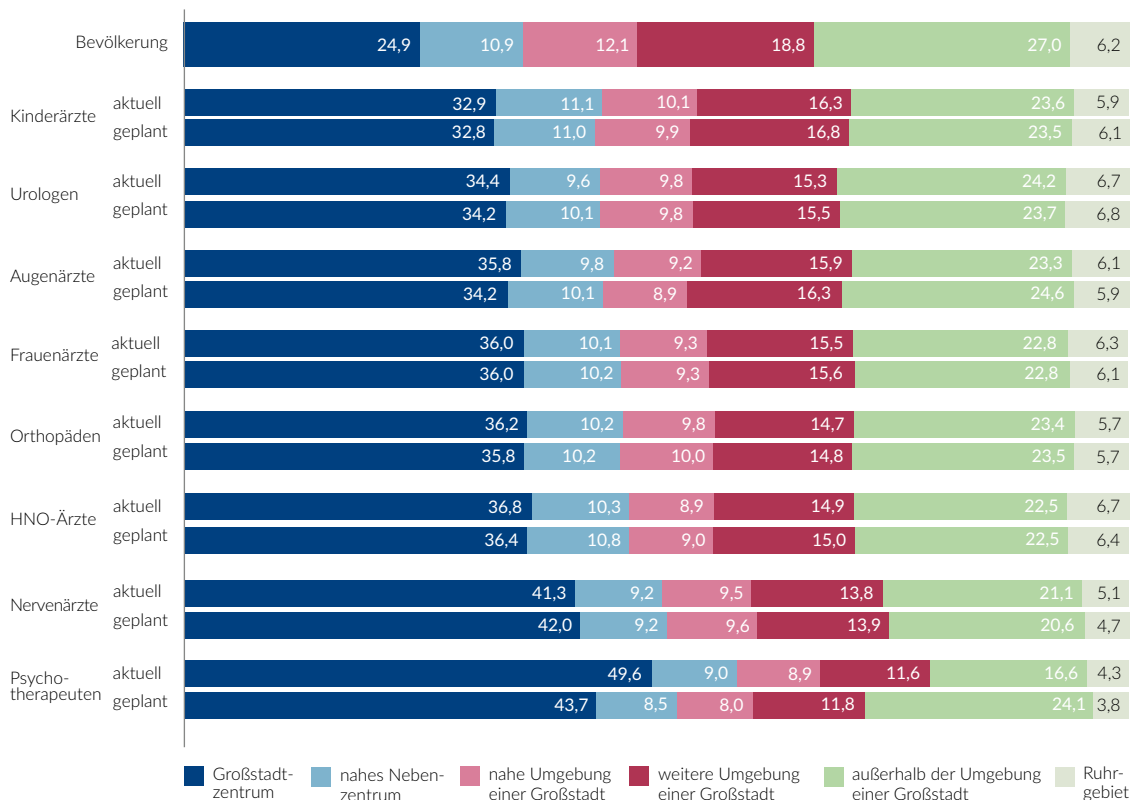


Abbildung 1 | Angaben in Prozent | Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014/2015.

Wie funktioniert die Bedarfsplanung?

Das Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012 sollte „eine gute und flächendeckende Versorgung auch für die Zukunft sichern“ (Bundesministerium für Gesundheit). Ein Instrument zur Erreichung dieses Ziels ist die Bedarfsplanung, eine Aufgabe der Selbstverwaltung. Die Bedarfsplanungsrichtlinie teilt das Bundesgebiet in sogenannte Planungsbereiche ein – bei allgemeinen Fachärzten sind das die Kreise. Für jede Arztgruppe wird die Anzahl von Arztsitzen bestimmt, die – bezogen auf die Zahl der Einwohner – für eine bedarfsgerechte Versorgung in den jeweiligen Planungsbereichen als angemessen angesehen wird. Diese sogenannten Verhältniszahlen (Arzt-zu-Einwohner) bilden die Grundlage der Bedarfsplanung. Sie variieren bei den Fachärzten jedoch nach Regionstyp: Ärzte in Großstädten müs-

sen weniger Einwohner versorgen als ihre Kollegen auf dem Land, weil angenommen wird, dass etliche Bewohner ländlicher Regionen in den Städten mitversorgt werden. Auf Basis der Verhältniszahlen wird für jeden Planungskreis ein sogenannter Versorgungsgrad festgestellt. Das ist eine Prozentzahl, die aussagt, ob in einem Planungskreis Unter- oder Überversorgung besteht. Zulassungen für neue Arztsitze werden nur in Regionen erteilt, die nicht Überversorgt sind.

Das Manko der Planung: Der Maßstab orientiert sich an der Arztdichte, wie sie Anfang der 1990er-Jahre bei Einführung der Bedarfsplanung bestanden hat. Die veränderte Altersstruktur und die Zunahme chronischer Erkrankungen, die den medizinischen Bedarf seit dieser Zeit maßgeblich mitbestimmen, werden dabei nicht berücksichtigt.

zu verteilen, nicht erfüllt (Abbildung 1, Tabelle 3). Obwohl nur 25 Prozent der deutschen Bevölkerung in Großstädten leben, sind dort mehr als 30 Prozent der Arztsitze aller untersuchten Facharztgruppen vorgesehen. Bei den Nervenärzten und Psychotherapeuten sind es sogar über 40 Prozent. Die aufgrund des sogenannten Landärztegesetzes von 2012 überarbeitete Bedarfsplanung der Selbstverwaltung von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen schreibt diese regional ungleiche Verteilung fort. An der strukturellen Benachteiligung von Patienten, die auf dem Land leben, ändert sich somit nichts. Lediglich in der haus-

ärztlichen Versorgung gibt es spürbare Verbesserungen (Abbildung 3, Tabelle 3).

Fachärzte auf dem Land sollen mehr Einwohner versorgen als Kollegen in der Stadt

Bei der fachärztlichen Bedarfsplanung werden je nach Regionstyp (Großstadt oder Land) weiterhin stark unterschiedliche Verhältniszahlen

Verhältniszahlen bei Fachärzten (Stadt versus Land) gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie

Arztgruppe	Großstadt *	Ländlicher Raum*	Abweichung
Augenärzte	1:13.399	1:20.664	+54%
Frauenärzte	1:3.733	1:6.042	+62%
HNO-Ärzte	1:17.675	1:31.768	+80%
Kinderärzte	1:2.405	1:3.859	+60%
Nervenärzte	1:13.745	1:31.183	+127%
Orthopäden	1:14.101	1:23.813	+69%
Psychotherapeuten	1:3.079	1:5.953	+93%
Urologen	1:28.476	1:47.189	+66%

* Verhältnis Arzt: Einwohner, absolut

Tabelle 1 | Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung



Quellenverweis

Weitere Informationen finden Sie in den beiden Publikationen Faktencheck Ärztedichte. Als Datengrundlage dienen die Ärzttestatistik der Bundesärztekammer, die Bedarfspläne der einzelnen KVen sowie verschiedene Daten des Statistischen Bundesamtes und des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Download der Studien auf [faktencheck-ärztedichte.de](https://www.faktencheck-ärztedichte.de)

»Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir die Weichen dafür gestellt, dass auch künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung in ganz Deutschland sichergestellt werden kann.«

Daniel Bahr, Gesundheitsminister
2011–2013, am 16.12.2011

3.079 5.953

Einwohner soll ein
Psychotherapeut
in der Großstadt versorgen

Einwohner soll ein
Psychotherapeut
auf dem Land versorgen

24,3%

weniger Kinderarztsitze
soll es nach neuer Bedarfs-
planung geben

»Bedarfsplanung ist eine Planung,
also Theorie. Sie zeigt Möglichkeiten
der Niederlassung auf. Nicht mehr
und nicht weniger.«

Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung, bei Twitter

(Arzt-zu-Einwohner) angesetzt: Die Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht vor, dass Fachärzte in ländlichen Regionen 50 bis fast 130 Prozent mehr Einwohner versorgen als ihre Kollegen in den Großstädten (Tabelle 1). Begründet wird dieses Ungleichgewicht damit, dass Ärzte in Städten häufiger Patienten aus dem Umland mitversorgen.

Bedarf spielt in der Bedarfsplanung praktisch keine Rolle

Die Gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzte- und Krankenkassenverbänden verfügt für ihre Bedarfsplanung derzeit über kein geeignetes methodisches Instrumentarium, um den regionalen Versorgungsbedarf zu messen. Die einschlägige wissenschaftliche Literatur kennt jedoch bevölkerungsbezogene Indikatoren, die einen Rückschluss auf den medizi-

nischen Bedarf zulassen und leicht zu erheben sind: die Alters- und Einkommensstruktur, der Anteil der Arbeitslosen und Pflegebedürftigen sowie die Sterblichkeit. Die neue Bedarfsplanung berücksichtigt bisher lediglich das Geschlecht und die aktuelle Altersstruktur, jedoch keine weiteren sozioökonomischen oder morbiditätsbezogenen Faktoren.

Im Rahmen des Faktenchecks Ärztedichte wurden die aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes zu einem Bedarfsindex zusammengeführt, der – mit Ausnahme der künftigen Alterungsentwicklung – alle relevanten Indikatoren vereint (Tabelle 2).

Bedarfsindex ließe differenziertere Planung zu

Würde man diese Indikatoren bei der Bedarfsplanung berücksichtigen, ließe sich ein differenzierteres Bild des regionalen Versorgungsbedarfs zeichnen – die Effekte der Bedarfsplanung wären präziser zu kontrollieren. Die Indikatoren müssten in ihrer Gewichtung je nach Arztgruppe gegebenenfalls angepasst werden: So ist für Frauen- oder Kinderärzte nur der entsprechende Anteil von Frauen oder Kindern in der Region relevant; bei Augenärzten, die überdurchschnittlich viele ältere Patienten versorgen, wäre die Altersgewichtung entsprechend anzupassen.

Indikatoren der aktuellen Bedarfsplanung im Vergleich mit dem Bedarfsindex

Indikatoren		Bedarfsplanung	Bedarfsindex
demografisch	aktuelle Altersstruktur	✓	✓
	Geschlecht	✓	✓
	Alterungsentwicklung	–	–
sozioökonomisch	Arbeitslosenquote	–	✓
	Haushaltseinkommen	–	✓
morbiditäts- bezogen	Zahl der Pflegebedürftigen	–	✓
	Mortalitätsrate	–	✓

✓ wird berücksichtigt – wird nicht berücksichtigt

Kinderärztedichte: Vergleich Bedarfsplanung und eigene Berechnungen

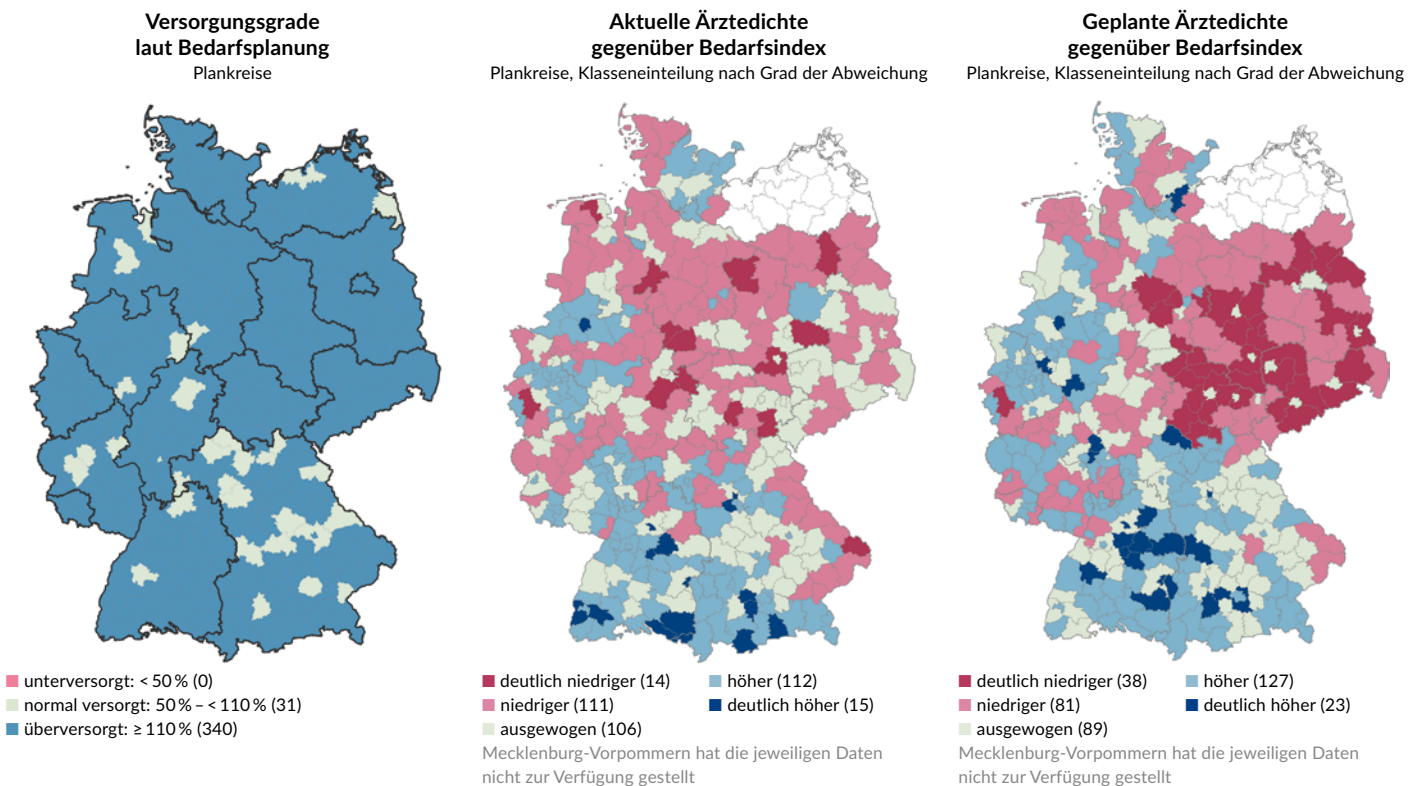


Abbildung 2 | Quelle: GKV-Spitzenverband, Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

Beispiel Kinderärzte: Neue Planung verschärft Ost-West-Gefälle

Die neue Planung der Kinderarztsitze bezieht ausschließlich die Bevölkerung unter 18 Jahren ein. Der Anteil der versorgungsintensiveren Kleinkinder wird dabei allerdings nicht berücksichtigt. Im Ergebnis reduziert die neue Bedarfsplanung die Gesamtzahl der Kinderarztsitze bundesweit um 24,3 Prozent. In einigen Regionen, in denen die Ärztedichte aktuell noch ihrem Versorgungsbedarf entspricht, sinkt damit die Zahl der Kinderarztsitze. Besonders in den ostdeutschen Bundesländern sind Engpässe in der Versorgung zu erwarten.

Die Gemeinsame Selbstverwaltung hingegen stellt in den allermeisten Kreisen eine Überversorgung mit Kinderärzten fest (Abbildung 2, linke Karte). Kriterium für die Beurteilung der Versorgungssituation ist der Versorgungsgrad. Dieser setzt die Zahl der Ärzte, die gemäß Bedarfsplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden, zur tatsächlichen Arztszahl ins Verhältnis. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent wird eine Überversorgung angenommen. Der Vergleich der

Bedarfsplanung mit dem Bedarfsindex (Abbildung 2, mittlere und rechte Karte) offenbart, dass es bei der Versorgung mit Kinderärzten schon heute ein deutliches Gefälle von Nordosten nach Südwesten gibt. Die neue Planung verschärft dies sogar.

So steigt bundesweit der Anteil der Regionen, in denen die Kinderärztedichte nicht den regionalen Bedarfsunterschieden entspricht, von aktuell 70,4 auf 75,1 Prozent.

Für die übrigen Facharztgruppen sieht es nicht wesentlich anders aus: Hier lassen sich nur minimale Verbesserungen feststellen (Tabelle 3). Bei Frauenärzten und Urologen verschlechtert sich die Situation, wenn auch nicht so stark wie bei den Kinderärzten.

Das ernüchternde Fazit: Durch die neue Bedarfsplanung gelingt es nicht, die Fachärzte bedarfsgerechter zu verteilen. Ausführliche Ergebnisse finden Sie auf www.faktencheck-ärztedichte.de.

Hausärztedichte gegenüber Bedarfsindex

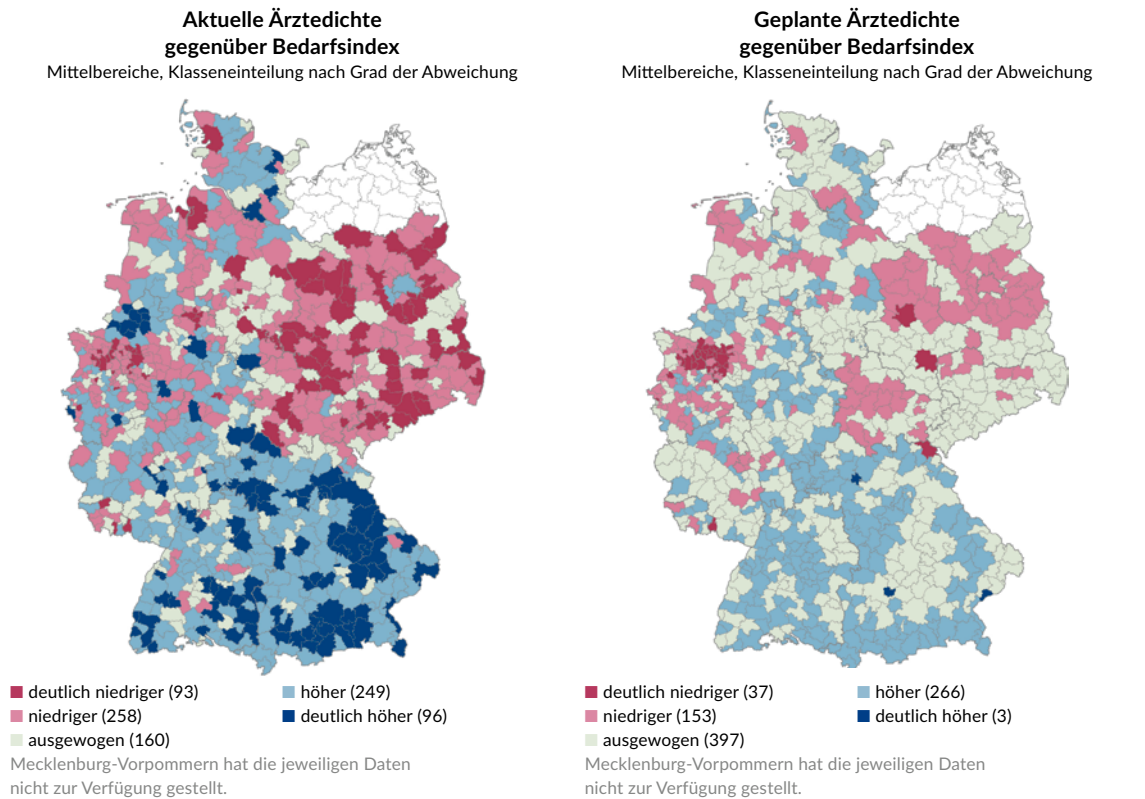


Abbildung 3 | Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

Hausärzte: Neue Planung führt zu Verbesserungen

Die neue Bedarfsplanung verbessert die Situation derzeit nur in der hausärztlichen Versorgung. Hier sinkt der Anteil der Regionen, deren Hausärztedichte vom Versorgungsbedarf abweicht, von aktuell 81,3 auf 53,6 Prozent.

Bei der aktuellen Hausärzteverteilung lässt sich gemessen an den regionalen Bedarfsunterschieden ein deutliches Ost-West-Gefälle feststellen (Abbildung 3, linke Karte). Während die ostdeutschen Bundesländer eine erheblich niedrigere Ärztedichte gegenüber dem Bedarf aufweisen, ist sie in Westdeutschland, besonders im Süden, überproportional hoch. Die Ungleichverteilung wird durch die neue Planung zwar nicht beseitigt, aber doch abgemildert – erkennbar am Rückgang der dunkelblauen bzw. dunkelroten Kreise zugunsten der grauen Kreise, in denen Bedarf und Hausärztedichte in etwa übereinstimmen (Abbildung 3, rechte Karte).

Diese positiven Effekte bei der geplanten Hausärzteverteilung werden im Wesentlichen durch zwei Weichenstellungen in den vom Gemeinsamen Bun-

Anteil der Kreise, in denen die Ärztedichte vom Bedarf abweicht

Arztgruppe	Aktuelle Ärztedichte	Geplante Ärztedichte	+ / -
Augenärzte	72,9 %	66,5 %	- 6,4 %
Frauenärzte	81,8 %	81,0 %	+ 0,8 %
HNO-Ärzte	78,4 %	78,4 %	0 %
Kinderärzte	70,4 %	75,1 %	+ 4,7 %
Nervenärzte	83,0 %	79,2 %	- 3,8 %
Orthopäden	79,8 %	77,9 %	- 1,9 %
Psychotherapeuten	81,7 %	77,6 %	- 4,1 %
Urologen	69,9 %	71,9 %	+ 2,0 %
Hausärzte	81,3 %	53,6 %	- 27,7 %

Tabelle 3 | Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014/2015, Daten und Berechnung IGES Institut

Psychotherapeutendichte: Effekt einer einheitlichen Verhältniszahl (VHZ)

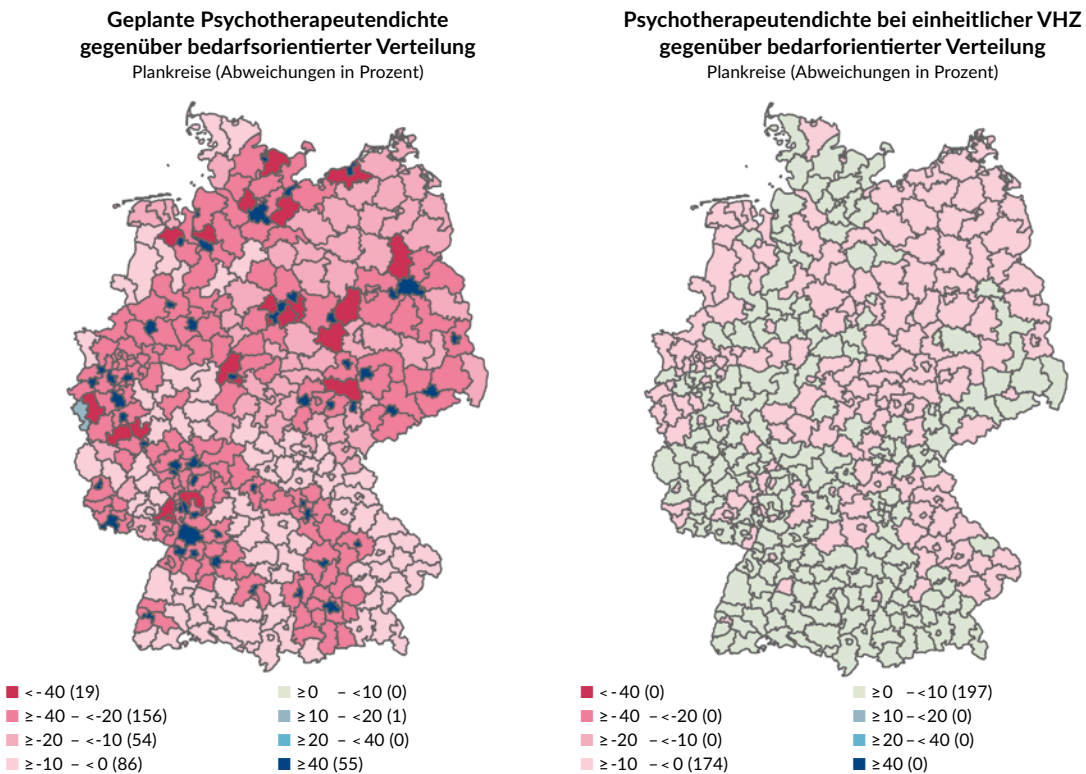


Abbildung 4 | Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

| BertelsmannStiftung

desausschuss festgelegten Vorgaben (Bedarfsplanungsrichtlinie) erreicht:

1. Für Hausärzte wurde erstmals eine bundeseinheitliche Verhältniszahl (Arzt-zu-Einwohner) festgeschrieben, die keine Rücksicht mehr auf Regionstypen (z. B. Großstadt oder ländlicher Raum) nimmt.
2. Die Planung der Hausarztstühle erfolgt kleinräumiger (Mittelbereiche), also auf Gemeinde- statt auf Kreisebene. Dadurch wird eine präzisere regionale Versorgungsplanung möglich.

Die Verhältniszahl ist der entscheidende Hebel zur Bedarfsgerechtigkeit

Der Zusammenhang zwischen einer gleichmäßigeren regionalen Verteilung und einer bedarfsgerechteren Versorgung lässt sich auch am Beispiel der Psychotherapeuten gut verdeutlichen: Würde man – wie bei den Hausärzten – eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl festlegen, könnte allein dies zu einer deutlich bedarfsorientierteren Versorgung führen. Um diesen Effekt nachzuweisen, wird im Folgenden eine bedarfsgerechte Arztsitzverteilung verglichen mit

- a) einer Arztsitzverteilung gemäß neuer Bedarfsplanung, ohne bundeseinheitliche Verhältniszahl (Abbildung 4, linke Karte) und
- b) einer Arztsitzverteilung auf Basis einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl (Abbildung 4, rechte Karte).

Vergleicht man die beiden Karten, wird deutlich, dass sich allein durch die bundeseinheitliche Verhältniszahl die Spreizung der bedarfsbezogenen Unterschiede zwischen den Kreisen spürbar reduzieren ließe. Die Verhältniszahl (Arzt-zu-Einwohner) ist demnach der entscheidende Hebel für eine bedarfsgerechtere Versorgung – unabhängig davon, ob auf Kreis- oder auf Gemeindeebene geplant wird.

Web-Tipp

Stimmen die geplante Ärztedichte und der Bedarf in Ihrem Kreis überein? Anhand interaktiver Karten zeigt der Faktencheck Ärztedichte für alle Regionen in Deutschland, ob die geplante Verteilung von Arztsitzen den regionalen Bedarfsunterschieden entspricht oder wie stark sie davon abweicht.

Weitere Informationen auf faktencheck-ärztedichte.de

Handlungsempfehlungen

Prinzipiell ermöglicht das vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellte Instrumentarium eine bedarfsgerechtere Planung auch von Facharztsitzen. Auf Bundesebene kann der Gemeinsame Bundesausschuss aus Kassen- und Ärzteverbänden sowie Patientenvertretern die Vorgaben für die Bedarfsplanung – etwa mit Blick auf die Verhältniszahlen – eigenständig festlegen. Auf Landesebene können die für die konkrete Planung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen von den Vorgaben abweichen, um regionale Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung zu berücksichtigen. Die folgenden Empfehlungen und Verbesserungsansätze richten sich daher an die Akteure der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene:

Verringerung des Stadt-Land-Gefälles

- Um das Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung zu verringern, sollte die Spreizung der Verhältniszahlen – festgelegt in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – je nach Regionstyp deutlich verringert werden.
- Für einzelne Arztgruppen (z. B. Kinderärzte oder Psychotherapeuten) sollte – analog zu Hausärzten – eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl gelten (Arzt-zu-Einwohner).

Stärkere Orientierung der Bedarfsplanung am Bedarf

- Um die Planung stärker am realen Versorgungsbedarf auszurichten und besser kontrollieren zu können, ob die Planungsziele erreicht wurden, sollten der Planung von

Arztsitzen künftig morbiditätsbezogene (z. B. Sterblichkeit und Pflegebedürftigkeit) und sozioökonomische Faktoren (z. B. Arbeitslosigkeit und Einkommenssituation) zugrunde gelegt werden.

- Die aus den Anfängen der Bedarfsplanung fortgeschriebenen „Versorgungsgrade“ sind zu ersetzen durch empirisch fundierte Bedarfsgrößen (Bedarfsindex).

Entwicklungs- und zielorientierte Bedarfsplanung

- Darüber hinaus sollte die Planung auch die künftige Bevölkerungsentwicklung (prospektive Demografie) in den Regionen berücksichtigen – daraus sind konkrete Planungsziele für klar definierte Zeiträume (z. B. für die kommenden fünf, zehn, fünfzehn, zwanzig Jahre) abzuleiten.

Impressum

Herausgeber:
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh

www.bertelsmann-stiftung.de
www.faktencheck-gesundheit.de

Verantwortlich:
Uwe Schwenk
Director des Programms
„Versorgung verbessern – Patienten informieren“

Kontakt:
Heike Kusch
heike.kusch@bertelsmann-stiftung.de
Tel.: + 49 5241 81-81139
Fax: + 49 5241 681-81139

Bildnachweis: © wavebreak-media / Shutterstock Images
Gestaltung: Dietlind Ehlers
Redaktion: Claudia Haschke
ISSN 2364-5970



SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden.

Im Projekt „Faktencheck Gesundheit“ des Programms wird mehrmals jährlich ein Versorgungsthema genauer beleuchtet. Unsere Studien zeigen regionale Unterschiede auf. Das bedeutet, dass Ressourcen zum Teil unnötig und unangemessen eingesetzt werden. Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass die begrenzten Ressourcen sachgerechter verwendet werden und Gesundheitsleistungen sich stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientieren.

Weitere Informationen auf faktencheck-gesundheit.de