



Beurteilung der Versorgungssituation durch Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter: der Versorgungsindex

Thomas Christ*

* Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), Mainz

DOI: 10.20364/VA-17.05

Hintergrund

Die Beurteilung der ärztlichen Versorgung ist vielfach geprägt durch individuelle Wahrnehmungen und das Fehlen geeigneter Bewertungskriterien. Die herangezogenen Maßzahlen, wie etwa Arztlagen, Arztlagenprojektionen oder Versorgungsgrade, berücksichtigen zumeist nur Teilaspekte, sind methodisch ungeeignet oder nicht aktuell.

Zur Identifizierung drohender Versorgungslücken sowie zur Festlegung von Förderregionen hat die KV RLP mit dem Versorgungsindex (VI) eine komplexe Methode zur Beurteilung der Versorgungssituation entwickelt. Ziel war es, über die Verwendung von messbaren Einzelparametern eine Maßzahl für die aktuelle und die zukünftig zu erwartende Versorgungslage zu ermitteln, differenziert für die größten Arztgruppen und alle Regionen des Landes.

Parameter des Versorgungsindex (VI)

In die Berechnung des VI fließen 13 Parameter ein. Sie lassen sich thematisch unterscheiden in Parameter zur Beschreibung der aktuellen Versorgungslage, Strukturparameter der Ärzteschaft, Parameter zur Beschreibung der Inanspruchnahme sowie des Bedarfs an vertragsärztlicher Versorgung und dessen weiterer Entwicklung.

1. Beschreibung der aktuellen Versorgungslage

Der Versorgungsgrad kann als alleiniges Kriterium zur Beurteilung der Versorgungslage nicht ausreichen. Die zugrunde gelegte Sollgröße basiert nicht auf Bedarfsanalysen, sondern lediglich auf der Festschreibung einer als Vollversorgung definierten historischen Versorgungslage. Veränderungen der Bedarfsstrukturen, die tatsächliche Inanspruchnahme, die räumliche Verteilung der Praxisstandorte sowie zu erwartende Entwicklungen wie etwa demographische Veränderungen bleiben unberücksichtigt. In den VI fließt aus diesen Gründen die Abweichung des aktuellen Versorgungsgrades vom Zielwert (100 %) lediglich als eines von vielen Kriterien ein. Je weiter der Versorgungsgrad unter 100 % liegt, desto höher ist der resultierende Variablenwert, der als Summand in den VI eingeht.

Als Maßzahl zur Beurteilung der räumlichen Verteilung der Praxen dient im Rahmen des VI die Minimaldistanz (Fahrdistanz, die ein Einwohner zurücklegen muss, um die nächstgelegene Praxis der jeweiligen Fachgruppe zu erreichen).

Korrespondierender Autor: Thomas Christ
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Isaac-Fulda-Allee 14 - 55124 Mainz - Tel. (06131) 326-326 - E-Mail: thomas.christ@kv-rlp.de



Zur Beurteilung der Auslastung der in der Region tätigen Vertragsärzte wird die Patientenzahl je ärztlichem Versorgungsauftrag berücksichtigt. Diese wird ermittelt aus den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der vier aktuellsten Quartale.

2. Strukturparameter der Ärzteschaft

Eine valide Prognose der zukünftigen Arztzahlen ist auf kleinräumiger Ebene nicht möglich. Jedoch erlauben verschiedene aktuelle Strukturparameter Schlüsse auf die zu erwartende Entwicklung in der näheren Zukunft. Aus der Altersstruktur der Ärzteschaft und dem empirischen mittleren Ausstiegsalter der Ärzte kann auf den altersbedingten Nachbesetzungsbedarf geschlossen werden. Für den VI wird ein Projektionszeitraum von fünf Jahren angesetzt und der regionale Wert in Relation gesetzt zum fachgruppenspezifischen Landesdurchschnitt. Zusätzlich wird ein Schwellwertverfahren angewendet, welches bewirkt, dass bei Überschreitung eines definierten Grenzwertes dieses Kriterium eine stärkere Gewichtung erfährt.

Zur Bewertung der Attraktivität der aktuellen Praxisstrukturen für eine Nachbesetzung fließt in den VI der Anteil der Einzelpraxen ein. Zwar kann im Rahmen einer Sitznachfolge die Praxisstruktur verändert und den Bedürfnissen des Nachfolgers angepasst werden. Es ist jedoch von Vorteil, wenn die abzugebende Praxis bereits entsprechenden Anforderungen entspricht.

Die prozentuale Verteilung von Ärzten in Vollzeit und Teilzeit beschreibt die Arbeitszeitmodelle in den aktuellen Praxen. Teilzeittätigkeit ist vor allem dort verbreitet, wo kooperative Praxisformen existieren. Umgekehrt dominiert in Regionen mit hohem Einzelpraxisanteil die Vollzeittätigkeit. Insofern sind beide Parameter eng assoziiert und ergeben vielerorts ein aussagekräftiges Bild der Attraktivität der derzeitigen Versorgungsstrukturen für den ärztlichen Nachwuchs.

Es liegt nahe, die empirische Nachbesetzungsquote der letzten Jahre ebenfalls in die Beurteilung einfließen zu lassen. Die Aussagekraft einer entsprechenden Saldorechnung ist jedoch in einer regional und disziplinär differenzierten Betrachtung durch die vielfach geringen Absolutzahlen sehr eingeschränkt, weshalb sie im VI nur eine niedrige Gewichtung erfährt.

3. Inanspruchnahme der regionalen Versorgungsstrukturen

Aus den unterschiedlichsten Gründen konsultieren Patienten häufig Ärzte in anderen Regionen als der des eigenen Wohnortes. Berufspendeln spielt hierbei ebenso eine Rolle wie persönliche Präferenzen oder spezielle Leistungsangebote von Praxen. Resultat dieses Inanspruchnahmeverhaltens sind Mitversorgereffekte von Praxen oder Regionen für ein weiteres räumliches Umfeld. Der Anteil der aus einem Planungsbereich zum Arztbesuch „auspendelnden“ beziehungsweise der von außerhalb zu Praxen im Planungsbereich „einpendelnden“ Patienten kann Rückschlüsse darauf liefern, inwiefern das Versorgungsangebot vor Ort bedarfsdeckend oder von überregionaler Bedeutung ist.

Ein weiterer räumlicher Aspekt der Inanspruchnahme ist die Tatsache, dass häufig nicht die dem Wohnsitz des Patienten nächstgelegene Praxis aufgesucht wird. Die daraus resultierende Zusatzdistanz ist ein Maß für die räumliche Flexibilität der Patienten, erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Motivation. Im VI findet die relative Zusatzdistanz Anwendung. Diese stellt den Faktor dar, um den die tatsächlich zurückgelegte Entfernung über der Minimaldistanz liegt.

4. Bedarf an vertragsärztlicher Versorgung und dessen weitere Entwicklung

Die aktuelle Demographie der Bevölkerung wird analog zur Bedarfsplanung über den Anteil der Bevölkerung im Alter über 64 Jahren berücksichtigt.

Darüber hinaus fließen in den VI im Gegensatz zur Bedarfsplanung Projektionen der zukünftigen Einwohnerzahlen ein. Herangezogen wird in diesem Zusammenhang einerseits die prozentuale Veränderung der Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2030.

Eine deutlich höhere Gewichtung kommt jedoch der Prognose zur Entwicklung der für die Fachgruppe relevanten Altersgruppen zu. Eine demographische Entwicklung, die sich durch rückläufige Kinderzahlen bei gleichzeitig stark steigenden Anzahlen älterer bis hochbetagter Einwohner auszeichnet, wird naturgemäß für Fachgruppen,

die in erster Linie Kinder und Jugendliche versorgen, andere Auswirkungen haben als für Disziplinen mit hohen Anteilen an älteren Patienten. Im VI wird für jede Fachgruppe ermittelt, wie hoch der Anteil eines jeden Altersjahrgangs innerhalb der aktuellen Patientenschaft ist. Die anteilstärksten Jahrgänge, die zusammen 75 % aller Patienten stellen, bilden die Altersgruppe, für welche die Prognose erstellt wird. Dies erlaubt eine differenzierte Beurteilung der zukünftig zu erwartenden Patientenzahlen.

Berechnung des Versorgungsindex (VI)

Die berücksichtigten Einzelparameter werden jeweils auf Grundlage der aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten berechnet. Da für einige Parameter eine inhaltliche Zielgröße nicht zu ermitteln ist, erfolgt eine Relativierung dieser Werte anhand des entsprechenden landesweiten Fachgruppen-Durchschnitts. Vereinzelt finden darüber hinaus kritische Schwellenwerte Anwendung, bei deren Überschreitung eine Erhöhung der Gewichtung erfolgt.

Da die Einzelparameter unterschiedliche Wertedimensionen besitzen, werden diese standardisiert und aufgrund ihrer unterschiedlichen inhaltlichen Aussagekraft differenziert gewichtet. Die Gewichtung fußt auf einer inhaltlichen Bewertung und wurde im Verlaufe der Entwicklung des Index mehrfach überprüft und angepasst.

Die standardisierten und gewichteten Werte der 13 Einzelparameter werden je Fachgruppe und Betrachtungsregion summiert. Der resultierende Versorgungsindex stellt eine dimensionslose Maßzahl dar, die Vergleiche der Versorgungslage über Regionen und Fachgruppen hinweg ermöglicht.

Ergebnisse

Der VI wurde erstmals anlässlich der zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Förderrichtlinie zum Strukturfonds angewendet. Auf Grundlage des VI wurden für das Jahr 2016 insgesamt 58 Planungsbereiche als Förderregionen ausgewiesen (nähere Informationen zum Strukturfonds der KV RLP: www.arzt-nah-dran.de).

Die Bandbreite der Indexwerte reicht für die hausärztliche Versorgung von -10 bis +18,8.

Dabei ist es keineswegs so, dass generell ländliche Regionen höhere Werte verzeichnen als städtische. Vielmehr zeigen Detailanalysen, dass die Unterschiede der Indexwerte sich auf die inhaltlich differenzierte Beurteilungsbasis zurückführen lassen. Zwar werden die höchsten Indexwerte in Planungsbereichen mit niedrigen Versorgungsgraden erreicht, jedoch zählen auch Regionen mit Versorgungsgraden von >100 % zu den Förderregionen. In einer dieser Regionen existierte zum Zeitpunkt der Feststellung sogar eine Zulassungssperre. Dass dieser Planungsbereich dennoch als Fördergebiet eingestuft wurde, ist in erster Linie auf den hohen Nachbesetzungsbedarf, hohe zukünftig zu erwartende Patientenzahlen sowie überdurchschnittliche Minimaldistanzen zurückzuführen.

Für die meisten der als förderfähig anerkannten Bereiche gilt, dass der Nachbesetzungsbedarf innerhalb der Ärzteschaft deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt. Darüber hinaus verzeichnen die meisten Hausärzte dieser Regionen bereits heute höhere Patientenzahlen als ihre Kollegen in anderen Landesteilen.

Als Beispiele für die Unterschiedlichkeit der hausärztlichen Versorgungslage in Rheinland-Pfalz seien die Mittelbereiche Prüm, Dahn und Speyer genannt (Abbildungen 1-3).

Prüm verzeichnet den landesweit höchsten Indexwert. Hauptursachen hierfür sind der relativ niedrige Versorgungsgrad, ein überdurchschnittlicher Nachbesetzungsbedarf, hohe Fallzahlen und die geringe räumliche Praxisdichte. Der Mittelbereich Dahn dagegen weist den niedrigsten aller hausärztlichen Indexwerte auf. Hier hat die räumliche Neugliederung durch die Bedarfsplanungsreform 2013 dazu beigetragen, dass der Versorgungsgrad weit über der Sperrgrenze von 110 % liegt. Die Altersstruktur der Ärzteschaft vor Ort ist günstig, die Patientenzahlen sind bereits heute unterdurchschnittlich und es muss mit weiterhin deutlich rückläufigen Patientenzahlen gerechnet werden. Eine gänzlich anders strukturierte Region stellt der Mittelbereich Speyer dar. Die Praxisdichte ist hoch und der Nachbesetzungsbedarf liegt unter dem Landesmittel. Dass die Patienten in der Region durch die örtlichen Praxen versorgt werden können, drückt sich in einer sehr niedrigen Zahl an Auspendlern aus. Dies trägt jedoch dazu bei, dass die Hausärzte

vor Ort hohe Fallzahlen verzeichnen. In Anbetracht der positiven Bevölkerungsprognose ist zudem mit steigenden Patientenzahlen zu rechnen. Diese Konstellation führt dazu, dass der Indexwert für Speyer deutlich positiv ist, die Grenze zur Bewertung als Förderregion jedoch nicht erreicht wird.

Aufgrund räumlicher, demographischer und versorgungsstruktureller Diversitäten sind die Indexwerte der Fachgruppen der allgemeinen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sehr heterogen. Es zeigt sich, dass neben den Oberzentren auch einige ländliche Regionen für alle bewerteten Fachgruppen eine gute Versorgungslage besitzen. Andererseits gibt es Kreisregionen, die gleich für eine ganze Reihe an Fachgruppen als Förderregionen eingestuft werden. Hierzu zählen die Kreise Bernkastel-Wittlich, der Eifelkreis Bitburg-Prüm sowie die Kreise Cochem-Zell und Kusel.

Der Versorgungsindex wird zukünftig regelmäßig aktualisiert, methodisch geprüft und weiterentwickelt. Er findet Anwendung in der Festlegung der Förderregionen des Strukturfonds sowie bei der Prüfung von Anzeichen für eine drohende Unterversorgung. Er hat sich dabei als Instrument einer umfassenden Beurteilung der Versorgungslage bewährt.

Schlagwörter („Keywords“)

Versorgungsindex, Versorgung, KV Rheinland-Pfalz, Hausärzte, Fachärzte, Arztgruppen

Zitierweise

Christ T. Beurteilung der Versorgungssituation durch Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter: der Versorgungsindex. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/05. Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.05. URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=80>.

Die Originalveröffentlichung ist 2016 im **Versorgungsatlas 2016 der KV Rheinland-Pfalz** erschienen: Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) (Hg.). Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2016. Vertragsärztliche Versorgung im Wandel / Versorgungsindex. Mainz 2016. URL: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2016.pdf.

Anhang

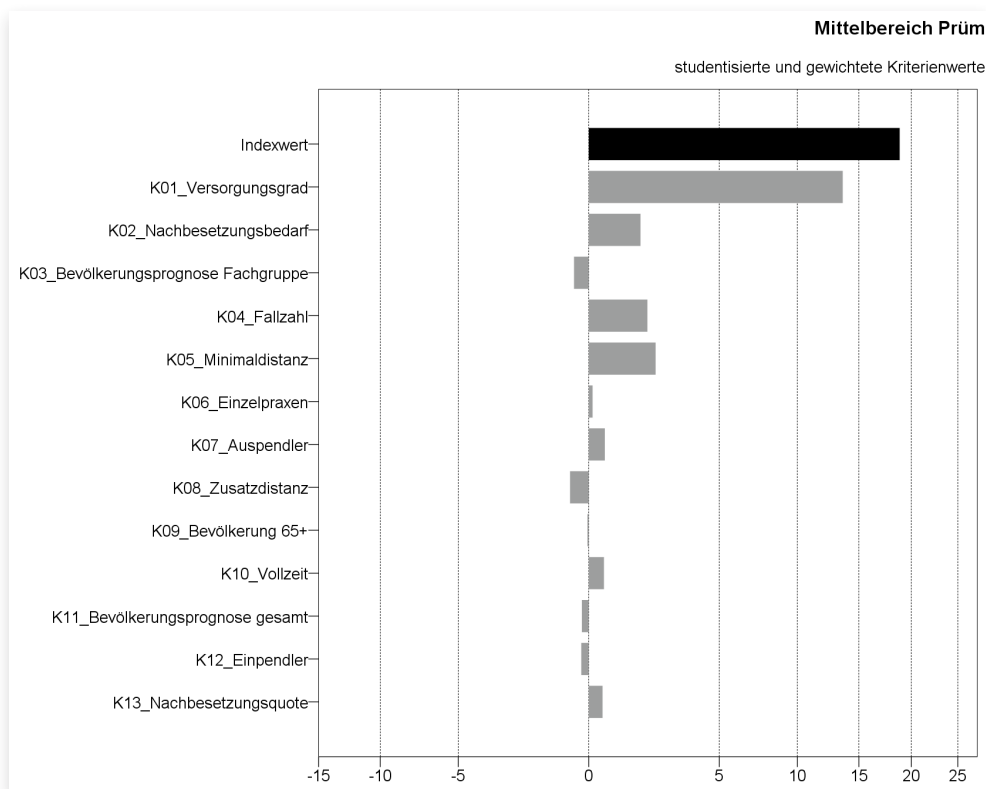


Abbildung 1: Versorgungsindex (VI) der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz: Indexwert und Teilparameter für den Mittelbereich Prüm

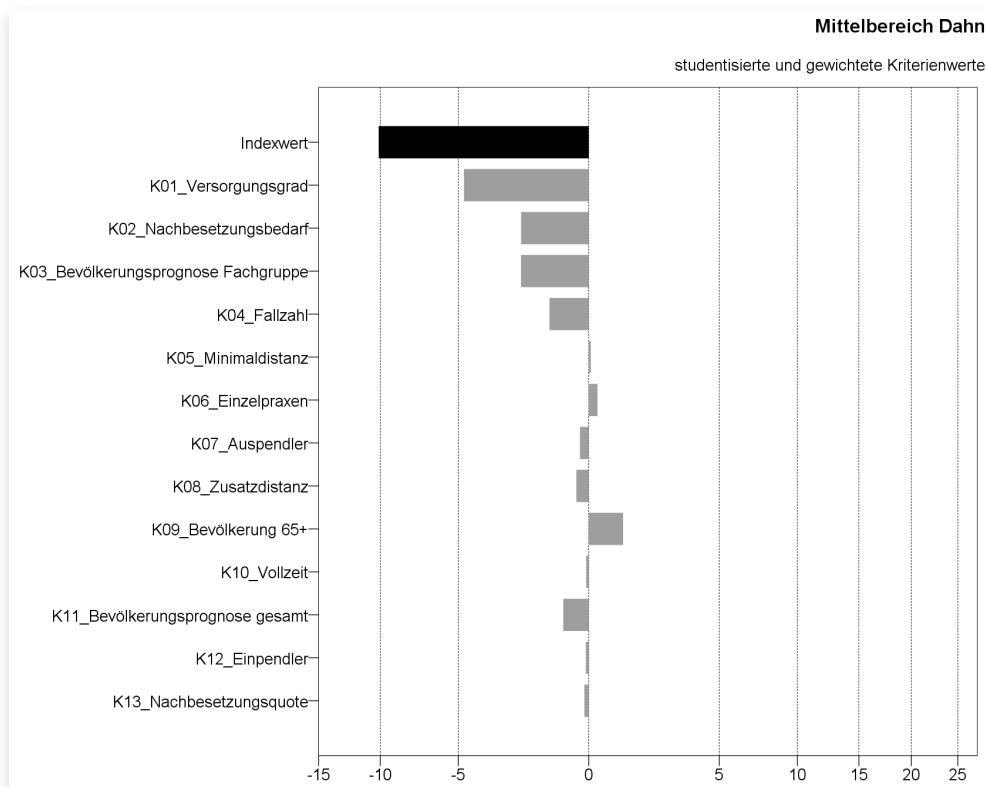


Abbildung 2: Versorgungsindex (VI) der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz: Indexwert und Teilparameter für den Mittelbereich Dahn

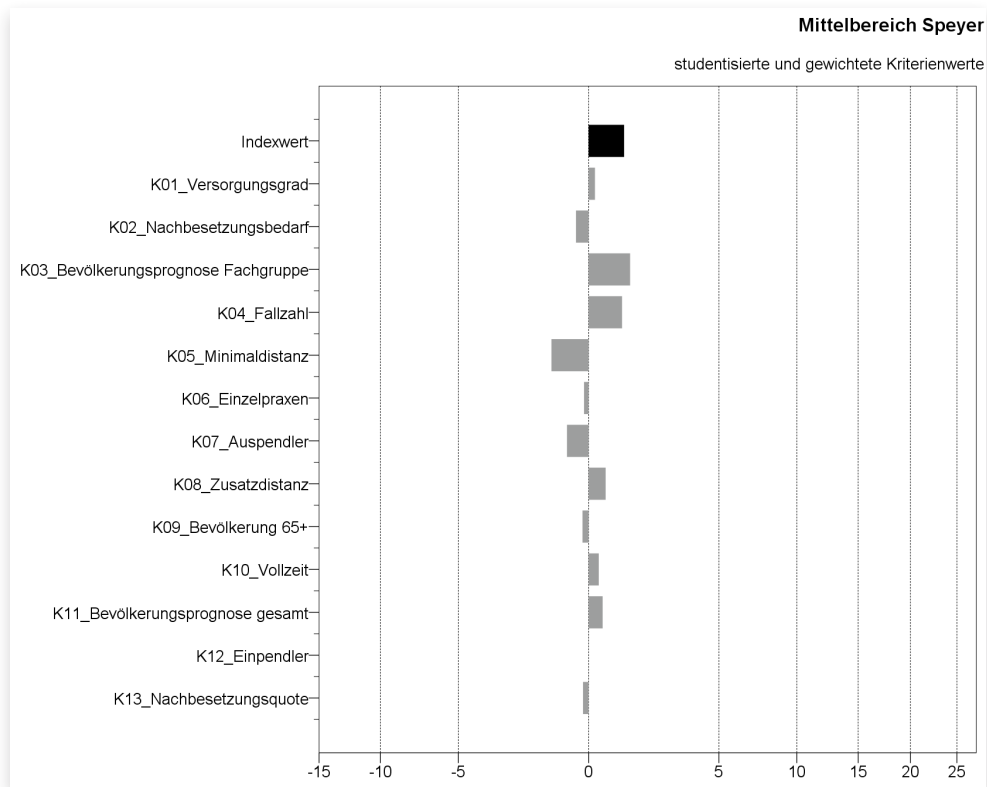


Abbildung 3: Versorgungsindex (VI) der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz: Indexwert und Teilparameter für den Mittelbereich Speyer