



# Infoblatt: Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung

Czihal T • von Stillfried D • Schallock M

## Hintergrund

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) beauftragt der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung, die bisherigen Methoden der Bedarfsplanung zu überprüfen. Unter Berücksichtigung von demografischen sowie weiteren potentiellen Einflussfaktoren auf den Versorgungsbedarf soll die Frage neu beantwortet werden: Wie viele Ärzte werden zur Versorgung der Bevölkerung einer Planungsregion benötigt?

Die neue Regelung impliziert, dass die Bedarfspläne gemäß §99 SGB V auf empirische Analysen rekurrieren, mit denen die Bedeutung der Risikostrukturfaktoren Demografie, Morbidität und Sozialstruktur auf die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung spezifiziert werden kann. In diesem Beitrag möchten wir hervorheben, dass für diesen Zweck auch das räumliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten beachtet werden sollte und so die scheinbar gegebene Bezugsgröße für die „notwendige Arztzahl einer Region“ präzisiert werden kann.

In der derzeitigen Bedarfsplanungsrichtlinie für die vertragsärztliche Versorgung (Stand 31.12.2011) werden Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsräumen nicht explizit berücksichtigt. Sie sind allenfalls implizit über unterschiedliche Verhältniszahlen je nach Raumtyp abgebildet. Verhältniszahlen aus Wohnbevölkerung zu Vertragsärzten je Kreis oder einer anderen Raumordnungsregion ohne Berücksichtigung von regionalen Mitversorgungsbeziehungen können die Versorgungslage der Bevölkerung mithin nicht korrekt darstellen bzw. sogar zu einer Fehleinschätzung der Versorgungssituation führen.

Die nachstehenden Analysen sollen die Bedeutung der regionalen Mitversorgungsbeziehungen untersuchen und einen Beitrag dazu leisten, eine „Brücke“ zwischen dem Konzept der populationsbezogenen Bedarfsmessung und der standortbezogenen Bedarfsplanung zu schlagen.

## Was wird unter *Mitversorgung* verstanden?

Unter dem Begriff „Mitversorgung“ werden im Folgenden die vertragsärztlichen Versorgungsleistungen gefasst, bei denen der Standort der Praxis und der Wohnort des Patienten voneinander abweichen. Der Wohnort des Patienten und der Standort der Praxis werden durch den Kreis und kreisfreie Stadt charakterisiert.

Um die Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Kreisen zu analysieren, werden folgende drei Kennzahlen gebildet:

### 1. *Mitversorgung für andere Kreise (in %)*

Diese Kennzahl ist aus Sicht des Praxisstandorts definiert. Sie stellt das Verhältnis dar zwischen:

a) den für Patienten mit Wohnsitz außerhalb des Kreises erbrachten Leistungen zu b) den gesamten von Ärzten und Psychotherapeuten im Kreis erbrachten Versorgungsleistungen. Aus Sicht des Praxisstandorts handelt es sich um einen „Leistungsexport“.

### 2. *Mitversorgung durch andere Kreise (in %)*

Diese Kennzahl ist aus Sicht des Wohnorts der Patienten definiert. Sie stellt das Verhältnis dar zwischen den:

a) in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen, die von Ärzten und Psychotherapeuten mit Praxissitz in einem anderen Kreis erbracht wurden, zu b) den gesamten von den Patienten mit Wohnort im Kreis in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen. Aus Sicht des Patientenwohnorts handelt es sich um einen „Leistungsimport“.

### 3. Mitversorgungsrelation (in %)

Diese Kennzahl stellt das Verhältnis dar zwischen:

a) den gesamten in einem Kreis erbrachten Versorgungsleistungen (Praxisstandort) zu b) den gesamten von den in diesem Kreis wohnenden Patienten in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen (Patientenwohnort). Nimmt die Kennzahl einen Wert über 100% an, überwiegt der Leistungsexport, liegt sie unter 100%, kann die Versorgungsstruktur des Kreises den Versorgungsbedarf nicht decken (vgl. *Abbildung 1*).

## Ergebnisse

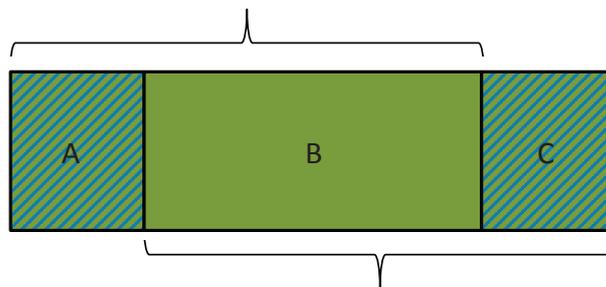
### Mitversorgungskennzahlen auf Kreisebene

Es zeigen sich deutliche regionale Unterschiede der Mitversorgungskennzahlen zwischen den 413 Kreisen. Im Mittel beträgt die Mitversorgung für andere Kreise 20,9% (Spannweite von 5,4% bis 82,9%). Demnach werden durchschnittlich rund ein Fünftel aller in einem Kreis erbrachten Versorgungsleistungen „exportiert“, d.h. nicht für Patienten erbracht, die in diesem Kreis wohnen.

Ein vergleichbares Ergebnis zeigt sich für die Mitversorgung durch andere Regionen. Im Durchschnitt werden 22,5% aller Versorgungsleistungen „importiert“, d.h. nicht am Wohnort in Anspruch genommen. Die Spannweite von 2,1% bis 65,9% macht deutlich, dass in einigen Regionen die Versorgung regelhaft und umfassend im Wohnortkreis erfolgt, in anderen Regionen regelhaft in benachbarten Kreisen.

Die Mitversorgungsrelation über alle Kreise beträgt im Mittel 103,2%.

$A+B$  = Inanspruchnahme von Patienten mit Wohnort in Region X



$B+C$  = Versorgungsleistungen von Ärzten mit Standort Region X

A = Wohnort Region X und Leistungsort Region Y, Z  
 B = Wohnort und Leistungsort in Region X  
 C = Wohnort Region Y, Z und Leistungsort Region X  
 $C/(B+C)$  = Mitversorgung für andere Regionen (in %)  
 $A/(A+B)$  = Mitversorgung durch andere Regionen (in %)  
 $(B+C)/(B+A)$  = Mitversorgungsrelation (in %)



**Abbildung 1:** Schematische Darstellung der Berechnung der Mitversorgungskennzahlen

Dem hohen Leistungsexport weniger Kreise stehen mithin viele Kreise mit Leistungsimport gegenüber. Insgesamt weisen 271 Kreise, die ca. 85% der Fläche aber nur 60% der Bevölkerung in Deutschland beinhalten, eine Mitversorgungsrelation kleiner als 100% auf. Vereinfacht ausgedrückt, werden insbesondere Kreise mit einer unterdurchschnittlichen Bevölkerungsdichte durch andere Kreise mitversorgt. Leistungsexport ist mehrheitlich ein Kennzeichen von Kreisen mit hoher Bevölkerungsdichte.

### Mitversorgungskennzahlen nach Arztgruppen

Systematische Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung der herangezogenen Arztgruppen. In der hausärztlichen Versorgung sind die Mitversorgungsfunktionen am niedrigsten (Mitversorgung für andere Kreise 11,1%, Mitversorgung durch andere Kreise 10,9%). Im Vergleich dazu fällt der Mitversorgungsanteil für andere Kreise bei Fachärzten mit 27,1% und den Psychotherapeuten mit 27,5% fast dreimal höher aus. Der Mitversorgungsanteil durch andere Kreise erreicht für Fachärzte durchschnittlich 30,8% bzw. 34,7% für Psychotherapeuten. Die Unterschiede in der Mitversorgungsrelation zwischen den Arztgruppen zeigen beträchtliche regionale Mitversorgungsbeziehungen in der fachärztlichen und der psychotherapeutischen Versorgung. Die hausärztliche Versorgung währenddessen erfolgt regelhaft im Wohnortkreis. Die räumliche Konzentration des fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsangebots in kreisfreien Städten führt zu hohen Mitversorgungskennzahlen. Dort werden im Verhältnis zur Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung deutlich mehr Leistungen erbracht. Die Mehrzahl der Kreise hingegen weist eine Mitversorgungsrelation von kleiner als 100% auf. Sie nehmen somit mehr fachärztliche bzw. psychotherapeutische Versorgungsleistungen in Anspruch als am Wohnort erbracht werden.

### Gründe für Mitversorgungsbeziehungen

Die Analysen zeigen: Je geringer die Arztdichte in einer Region ist, desto höher ist der Leistungsimport und desto geringer ist die Mitversorgungsrelation aus erbrachten Leistungen und in Anspruch genommenen Leistungen. Weiterhin erweisen sich ein hoher Anteil von Auspendlern und eine hohe PKW-Dichte in einer Region als signifikante Erklärungsfaktoren für eine Leistungs-

inanspruchnahme in Regionen außerhalb des Wohnortes.

### Fazit

Insbesondere im fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich bestehen rege Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Regionen. Die Zusammenhangsanalyse zeigt starke statistische Assoziationen mit regionalen Mobilitätsindikatoren, sodass eine Abgrenzung der Planungsbereiche nach funktionalen Kriterien, insbesondere der Pendlerbeziehungen, zu einer verbesserten Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen führen würde. Gleichwohl wird es immer einer versorgungspolitischen Einzelfallentscheidung bedürfen, um zu beurteilen, ob die Mitversorgungsbeziehungen noch dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung entsprechen.