



Erläuterungen zum Beitrag Fachärztliche Internisten je 100.000 Einwohner im Jahr 2011

Mangiapane S • Schulz M • Hering R • Bätzing-Feigenbaum J • v Stillfried D

Hintergrund

Am 20.12.2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie für die vertragsärztliche Versorgung beschlossen. Vor diesem Hintergrund gehen bei der Redaktion von versorgungsatlas.de regelmäßig Nachfragen zum aktuellen Stand der Arztzahlen in den Regionen ein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kommt diesem Informationsbedürfnis nach und stellt über versorgungsatlas.de Informationen zum Stand der Versorgungsstruktur in den bisher 14 der Bedarfsplanung unterworfenen Arztgruppen zur Verfügung (vgl. Beitrag Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner 2010-2012).

Im vorliegenden Beitrag wird darüber hinaus die Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten einmalig für das Jahr 2011 nach Facharztgruppen ausgewiesen. Da solche Strukturdaten bisher nicht allgemein verfügbar waren, danken wir der KBV für die Publikation im Versorgungsatlas. Die Darstellung erfolgt auf Kreisebene.

Strukturdaten zur vertragsärztlichen Versorgung

Dargestellt wird die Anzahl der fachärztlich tätigen Internisten nach Facharztgruppen gemäß Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2011. Der Gebietsstand und die Einwohnerzahlen (Statistisches Bundesamt) beziehen sich auf den 31.12.2008. Die Aufteilung der Internisten in die einzelnen Fachgebiete erfolgt nach folgender Zuordnungssystematik (FA: Facharztkompetenz, SP: Schwerpunktkompetenz, TG: Teilgebiet):

- Angiologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Angiologie
 - SP Angiologie
 - TG Kardiologie und Angiologie (kommt de facto nicht vor)
- Endokrinologen / Diabetologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie und Diabetologie
 - SP Endokrinologie
 - TG Diabetologie
 - SP Endokrinologie und Diabetologie
- Gastroenterologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie
 - SP Gastroenterologie
 - FA Magenarzt (kommt de facto nicht vor)
- Hämatologen / Onkologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie
 - SP Hämatologie und Internistische Onkologie
 - TG Hämatologie
- Kardiologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie
 - SP Kardiologie
 - TG Kardiologie und Angiologie (kommt de facto nicht vor)
- Nephrologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie
 - SP Nephrologie
- Pneumologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie

- SP Pneumologie
- TG Lungen- und Bronchialheilkunde
- FA Lungenarzt
- Rheumatologen
 - FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie
 - SP Rheumatologie
- Fachinternisten ohne SP
 - keine der oben aufgeführten SP/TG

- Ganztagsanstellung in freier Praxis ohne Leistungsbeschränkung = 1;
- Dreivierteltagsanstellung in freier Praxis ohne Leistungsbeschränkung = 0,75;
- Halbtagsanstellung in freier Praxis ohne Leistungsbeschränkung = 0,5;
- Vierteltagsanstellung in freier Praxis ohne Leistungsbeschränkung = 0,25.

Gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie werden die Ärzte anteilig mit folgenden Faktoren gewichtet:

- Vollzulassung = 1;
- Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag = 0,5;
- Ganztagsanstellung im MVZ/Einrichtung nach § 311 SGB V (Poliklinik) = 1;
- Dreivierteltagsanstellung MVZ/Einrichtung nach § 311 SGB V (Poliklinik) = 0,75;
- Halbtagsanstellung im MVZ/Einrichtung nach § 311 SGB V (Poliklinik) = 0,5;
- Vierteltagsanstellung im MVZ/Einrichtung nach § 311 SGB V (Poliklinik) = 0,25;

Nicht in der Bedarfsplanung angerechnet und damit nicht berücksichtigt werden:

- Ärzte mit vinkulierter Zulassung (genannt Partner-Ärzte bzw. Jobsharing-Juniorpartner) = 0,
- Angestellte Ärzte in freier Praxis mit Leistungsbeschränkung = 0,
- Ermächtigte Ärzte = 0.

Bei Doppelzulassungen wird die Aufteilung des Bedarfsplanungsgewichtes entsprechend den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgenommen. Beim Vorliegen mehrerer internistischer Spezialisierungen wird das Bedarfsplanungsgewicht auf die internistischen

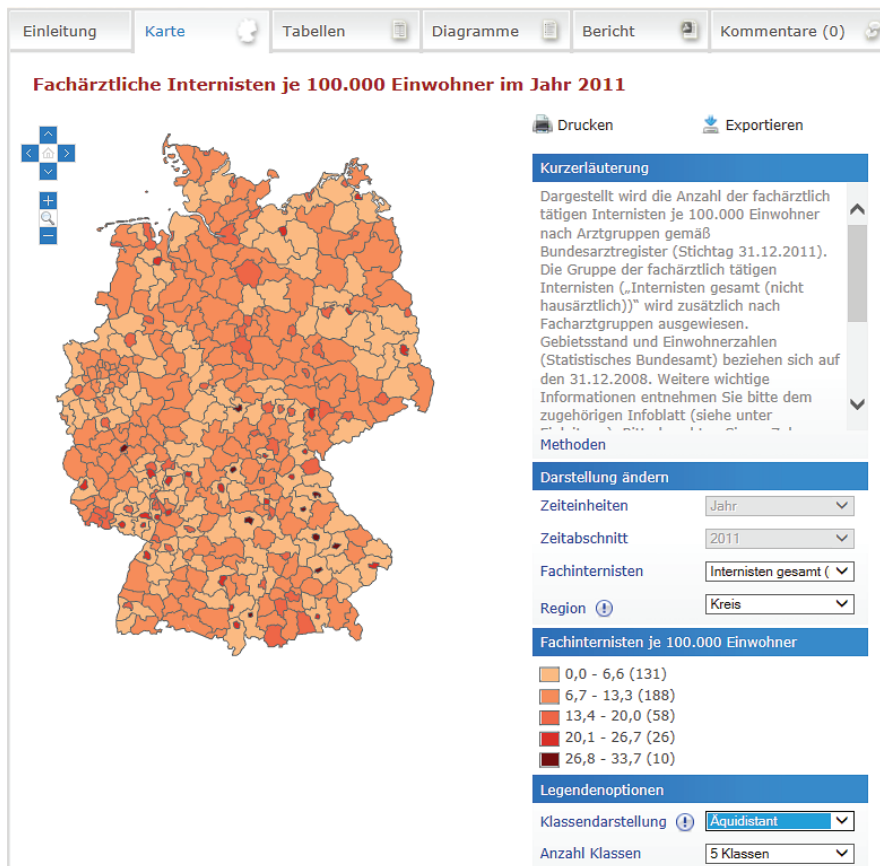


Abbildung 1 Internisten pro 100.000 Einwohner nach Kreisen (bei äquidistanter Einteilung der Klassen)
 Quelle: KBV / www.versorgungsatlas.de

Spezialisierungen aufgeteilt.

Darstellung und Interpretationshilfe

Für eine sinnvolle Darstellung der Arztzahlen in den Karten sollte der Wertebereich, den die einzelnen Klassen umfassen und die Verteilung der Werte (anhand der Diagramme) berücksichtigt werden. So bewegt sich beispielsweise die Zahl der Internisten je 100.000 Einwohner auf Kreisebene zwischen 0 und 34 Internisten pro 100.000 Einwohner. Dabei gibt es wenige Kreise mit einer Anzahl < 5 Internisten je 100.000 Einwohner, sehr viele Kreise im Wertebereich 5 bis 19 Internisten je 100.000 Einwohner und wiederum wenige Kreise mit > 19 Internisten je 100.000 Einwohner.

Bei einer äquidistanten Klassendarstellung wird der gesamte Wertebereich (inkl. der Extremwerte) in gleich breite Klassen unterteilt. Die Folge ist, dass im Falle einer großen Anzahl an Klassen die oberen Klassen teilweise gar nicht oder nur gering besetzt sind, während die Klassen im mittleren Wertebereich das Bild dominieren

und somit der Eindruck einer relativ homogenen Verteilung der Internistenzahlen über alle Kreise hinweg entsteht (Abbildung 1).

Wählt man hingegen bei gleicher Klassenzahl die Quantildarstellung (rund 41 Kreise pro Klasse), entsteht ein wesentlich heterogenerer Eindruck. Grund dafür ist, dass die Extremwerte nun in die jeweiligen Randklassen verteilt werden und die Klassenbreiten entsprechend der Werteverteilung stark variieren (Abbildung 2).

Darüber hinaus ist die relativ geringe Wertespanne bei vielen der Facharztgruppen zu bedenken (Bsp. Endokrinologen: 0,1 bis 2,5 pro 100.000 EW für Kreise und 0,1 bis 0,3 für KVen und Bundesländer). In diesen Fällen sollte keine große Klassenzahl gewählt werden. Günstig sind für das Beispiel maximal 5 Klassen bei Kreisen und maximal 3 Klassen bei KVen und Bundesländern, da sonst unbesetzte Klassen vorkommen.

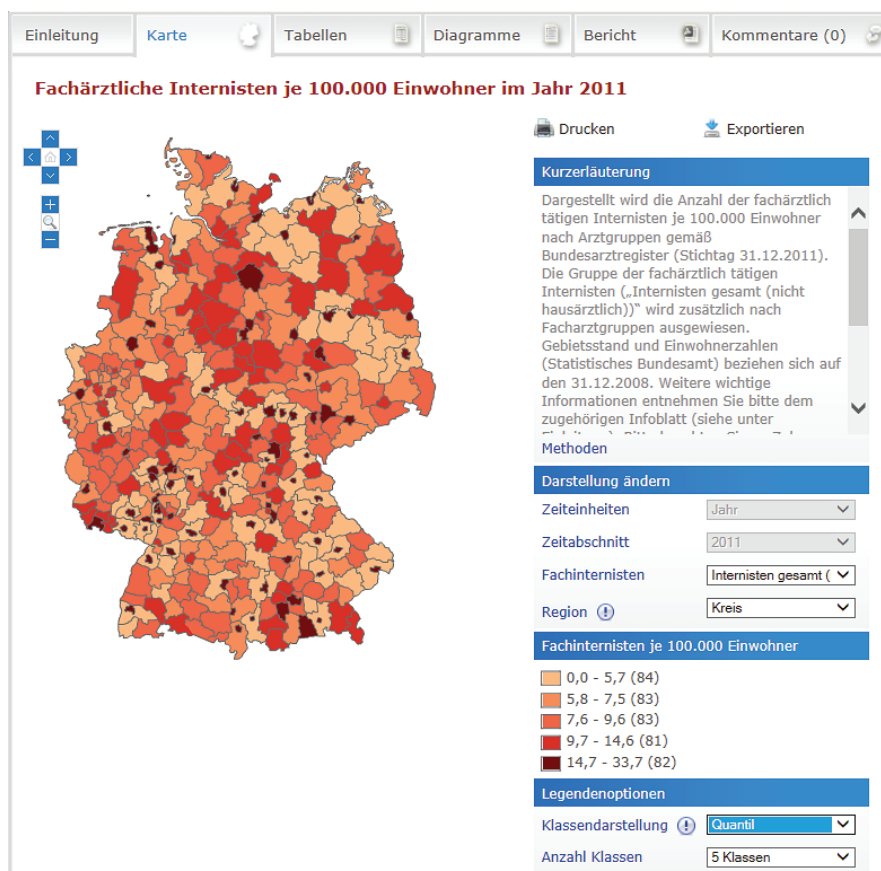


Abbildung 2 Internisten pro 100.000 Einwohner nach Kreisen (bei gleicher Anzahl von Kreisen pro Klasse)
 Quelle: KBV / www.versorgungsatlas.de

Gute Versorgung – schlechte Versorgung?

Die räumliche Darstellung der Arztzahlen je Einwohner besagt für sich genommen wenig über die Versorgungslage.

Mitversorgungsbeziehungen

Insbesondere in der fachärztlichen Versorgung sind die Praxisstandorte zumeist in städtischer Umgebung angesiedelt, sie übernehmen von dort aber eine wichtige Versorgungsfunktion für das Umland. Um die Versorgungslage beurteilen zu können, bedarf es daher u.a. der Berücksichtigung dieser Mitversorgungsbeziehungen zwischen Kreisen, bzw. kreisfreien Städten und Landkreisen. So verfügt die kreisfreie Stadt Straubing aufgrund ihrer Mitversorgungsfunktion für den umliegenden Landkreis im Jahr 2011 über 34 Internisten je 100.000 Einwohner, der Kreis Straubing-Bogen-Kreis hingegen über lediglich 5 Internisten pro 100.000 Einwohner. Zum Thema regionale Mitversorgungsbeziehungen wird auf den ausführlichen Beitrag im Versorgungsatlas verwiesen.

Einwohnerstruktur und Versorgungsbedarf

Vor 1993 diente die Bedarfsplanung der gleichmäßigen räumlichen Verteilung von Neuzulassungen. 1993 wurden die Verhältniszahlen auf dem Stand 1990 eingefroren (Anästhesisten auf dem Stand 1997, Psychotherapeuten auf dem Stand 1999). Sind die Verhältniszahlen um 110% überschritten, gelten absolute Niederlassungsbeschränkungen. Seit einigen Jahren zeichnet sich jedoch in einigen Arztgruppen, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung und in ländlichen Regionen, ein Ärztemangel ab, die Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung erforderlich machen.

Mit dem im Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung mit einer Reform der Bedarfsplanung beauftragt. Damit sollten die räumliche Abgrenzung der Planungsregionen überprüft und Indikatoren des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung wie z.B. die demografische Struktur und Entwicklung, ggf. auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung zusätzlich Berücksichtigung finden (vgl. §§ 99 und 101 SGB V). Die Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde auf Grundlage

des GKV-VStG überarbeitet und die Neufassung im Dezember 2012 veröffentlicht. Dies hat auch eine Änderung der Verhältniszahlen zur Folge. Bei der Aufstellung des Bedarfsplans kann künftig von der Richtlinie abgewichen werden, wenn dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung z.B. bei regionalen Besonderheiten der Demografie, Sozial- oder Morbiditätsstruktur der Bevölkerung erforderlich ist.

Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung hat der Gesetzgeber zudem in den §§ 87a Abs. 2 (z.B. Punktwertzuschläge), 87b Abs. 3 (Begünstigungen bei der Honorarverteilung) und 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) vorgesehen. Hinzu tritt die Möglichkeit, Praxissitze in überversorgten Regionen nach Entschädigung des bisherigen Praxiseigentümers nicht wieder zu besetzen (§ 103 Abs. 3a SGB V).