

Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung und Unterschiede in der regionalen ambulanten primär- und fachärztlichen Angebotsdichte: Epidemiologische Abschätzung anhand der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)

Abschlussbericht

Berlin, den 27.05.2016

**Förderinitiative Versorgungsforschung 2014
des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung**



Autoren:

Prof. Dr. Frank Jacobi

Dipl.-Psych. Julia Bretschneider

Dipl.-Psych. Julia Thom

Dipl.-Psych. Susanne Müllender

Mag. rer. nat. Manuel Becker

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Frank Jacobi

f.jacobi@psychologische-hochschule.de

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung des Projekts	4
2	Organisatorisches und wissenschaftliche Begleitung	5
2.1	Zusammenarbeit mit dem ZI	5
2.2	Konstitution des wissenschaftlichen Beirats	6
3	Theoretischer Hintergrund	7
3.1	Hypothesen	7
4	Methoden	8
4.1	Datengrundlage	8
4.2	Auswertungsebenen und Repräsentativität der Sample Points	9
4.3	Einbezug von Mitversorgungsbeziehungen	11
4.4	Statistische Analysen	13
4.4.1	(Ungleich-)Verteilung der Ärztedichte	13
4.4.2	Kategorisierung der Ärztedichte	17
5	Auswertungen & Ergebnisse	19
5.1	Inanspruchnahme	19
5.2	Zusammenhang Arztdichten mit Prävalenzen	20
5.3	Zusammenhang zwischen Arztdichten und dem Schweregrad psychischer Erkrankungen .	21
5.3.1	Mittlere Störungsanzahl	21
5.3.2	Besonderer Behandlungsbedarf	22
5.4	Kreistypen	24
5.4.1	Prävalenzen und Kreistypen	25
5.4.2	Erhöhter Behandlungsbedarf und Kreistypen	25
6	Fazit & Ausblick	25
6.1	Zusammenfassung	25
6.2	Limitationen	26
6.3	Interpretation der Ergebnisse und Ausblick	28
6.3.1	Allokations- oder Ressourcenproblem?	29
6.3.2	Versorgung von nicht eigentlich Bedürftigen?	31
6.3.3	Sind die Befunde spezifisch für psychische Störungen?	31
6.3.4	Fazit	32
7	Veröffentlichungen	32
7.1	Artikel in „Die Psychiatrie“	32

Prävalenz & Regionale Versorgung

7.2	Beitrag auf dem DGPPN-Kongress 2015.....	32
7.3	Veröffentlichung im „Nervenarzt“	34
8	Literaturverzeichnis.....	35
9	Anhänge.....	37
9.1	Regressionsergebnisse: Arztdichten mit Prävalenzen.....	37
9.2	Regressionsergebnisse: Arztdichten mit Störungsanzahl.....	37
9.3	Regressionsergebnisse: Arztdichten mit besonderem Behandlungsbedarf	38
9.4	Tabelle: Kennwerte der Arztdichten nach Kreistyp.....	39
9.5	Publikationen (Volltext).....	40

1 Zusammenfassung des Projekts

Antragsteller/in Projektleiter/in	Prof. Dr. Frank Jacobi, Psychologische Hochschule Berlin (PHB), Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin; Tel. +49-30-209166-220; Fax +49-30-209166-17; E-Mail: f.jacobi@psychologische-hochschule.de
Titel des Projekts	Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung und Unterschiede in der regionalen primär- und fachärztliche Angebotsdichte: Epidemiologische Abschätzung anhand der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)
Themenfeld/ Krankheitsbild	Themenfeld 1: Sicherstellung der Versorgung in Regionen oder Bereichen mit drohender Unterversorgung
Untersuchungsziel/ Hypothese	Administrative Prävalenzschätzungen psychischer Störungen anhand von Abrechnungsdaten sind mit methodischen Problemen behaftet (u.a. Inanspruchnahmebias, z.T. fragwürdige Validität der Diagnostik). Untersucht werden soll anhand einer bevölkerungsrepräsentativen nationalen Gesundheitsstudie (DEGS1), inwiefern regionale Angebotsstrukturen (z.B. Facharzt- bzw. Psychotherapeutendichte) mit der Prävalenz psychischer Störungen (standardisiert state-of-the art und unabhängig vom tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten erhoben) korrespondieren. Zentrale Hypothese ist, dass hierbei deutliche Unterschiede regionaler Angebotsstrukturen keine entsprechenden Morbiditätsunterschiede reflektieren und somit in diesem zunehmend an Bedeutung gewinnenden Bereich morbiditätsadjustierte Versorgungs-Ungerechtigkeit aufgezeigt bzw. quantifiziert wird.
Studientyp	Quantitative Analyse des Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), bei der eine Gruppeneinteilung hinsichtlich Angebotsindikatoren in niedrig bis hohe Versorgungsdichte vorgenommen wird.
Datenbasis	1. DEGS1 (Kernsurvey) und DEGS1-MH (Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“) liefern umfangreiche differenzierte Daten zu psychischen Diagnosen und weiteren Morbiditätsaspekten sowie soziodemografischen Angaben. 2. ZI-Versorgungsatlas, sowie weitere noch zu identifizierende Quellen zu regionalen Angebotsstrukturen und Bevölkerungscharakteristika, die den DEGS-Samplepoints zugeordnet werden können.
Stichprobe	Repräsentative Stichprobe DEGS1 (N=7115), DEGS1-MH (N=5317 bzw. N=4483); Erwachsene von 18-79, unabhängig von Behandlungsstatus (d.h. es kann zwischen Erkrankten mit und Erkrankten ohne Behandlung unterschieden werden); nicht enthalten sind dauerhaft institutionalisierte Personen oder Personen mit für die Untersuchung unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen.
Methodische Vorgehensweise	Jedem der 180 bundesweiten DEGS-Samplepoints soll hierbei ein Versorgungsgrad zugewiesen werden, d.h. es werden nicht geografische Einheiten (z.B. Bundesländer) zusammengefasst, sondern verschiedene Regionen hinsichtlich

	ihrer (von der DEGS-Studie unabhängige) Angebotsparameter; hierbei muss auch die Mitversorgungsrelation (Import/Export ärztlicher Leistungen in Nachbarregionen) berücksichtigt werden. Anschließender Vergleich dieser Gruppen hinsichtlich Prävalenz psychischer Störungen sowie berichtetem Inanspruchnahmeverhalten, ggf. adjustiert für Parameter der Bevölkerungsstruktur (z.B. Alter) und gesundheitsrelevanter Variablen.
Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationspartner	Robert-Koch-Institut (RKI, Berlin), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
Beantragte Förderdauer	9 Monate
Beantragte Fördermittel	€45.960.-

2 Organisatorisches und wissenschaftliche Begleitung

Projektleitung: Prof. Dr. Frank Jacobi

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

01.03. bis 31.11.2015: Mag. rer. nat. Manuel Becker (25%)

01.04. bis 31.11.2015: Dipl.-Psych. Julia Bretschneider (50%)

01.05. bis 31.11.2015: Dipl.-Psych. Julia Thom (25%)

01.05. bis 31.11.2015: Dipl.-Psych. Susanne Müllender (25%)

2.1 Zusammenarbeit mit dem ZI

Wir möchten dem ZI an dieser Stelle für die bereit gestellten Daten der Versorgungsstrukturen danken, sowie für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung bei weiteren Anfragen zu den Daten und den methodischen Herausforderungen des Projekts. Außerdem möchten wir die gemeinschaftliche Auseinandersetzung mit den Ergebnissen während des DGPPN-Kongresses hervorheben.

Eine erste Besprechung mit den Projektpartnern des ZI fand am 18.05.2015 mit u.a. Dr. Michael Erhart, Ramona Hering und Thomas Czihal statt, bei denen vor allem die Themen Mitversorgungsbeziehungen, Sektoren-übergreifende Versorgung und Kostenerstattung diskutiert wurden. Neben weiteren Anregungen bot das ZI auch die Zurverfügungstellung der relevanten Daten zu den Mitversorgungsrelationen pro Kreis an. Zur intensiveren gemeinsamen Bewertung von

Abschlussbericht

Prävalenz & Regionale Versorgung

Ergebnissen und weiteren Perspektiven fand am 18.11.2015 ein Abschluss-Treffen statt, bei dem die Ergebnisse des Projekts vorgestellt und diskutiert wurden sowie das DGPPN-Symposium (vgl. 7.2) vorbereitet wurde.

Als Ausblick ergaben sich mögliche Erweiterungen der Fragestellungen, welche über die Datengrundlage des aktuellen Projekts hinausgehen. Inwieweit entsprechende Daten vom ZI bereitgestellt werden könnten, ist für potentielle Folgeprojekte (beispielsweise zum „optimalen Versorgungsniveau“) von Bedeutung, für die am 18.11.2015 von allen Partnern und Beteiligten Interesse bekundet wurde.

2.2 Konstitution des wissenschaftlichen Beirats

Für das vorliegende Projekt wurde in Zusammenarbeit mit der DGPPN ein wissenschaftlicher Beirat zur Studie formiert. Neben der Diskussion mit verschiedenen Interessensvertretern zur gesundheitspolitischen Einbettung des Projekts, v.a. hinsichtlich des Nutzens und der Relevanz der Ergebnisse für die Bedarfsplanung, standen hier bislang insbesondere auch die gezielte Nutzung der Expertise der Mitglieder zur Diskussion des Studiendesigns und der methodischen Herangehensweise im Vordergrund. Ein erstes Treffen fand am 15.07.2015 von 9 bis 12 Uhr statt, eine weitere Sitzung wurde am 09.11.2015 von 10:00-11:30 Uhr als Telefonkonferenz durchgeführt.

Mitglieder: Seitens *DGPPN*: Dr. Iris Hauth (Präsidentin), Prof. Dr. Martin Driessen, Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Christa Roth-Sackenheim, Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Dr. Frank Bergmann bzw. Vertretung S. Köhler, *Robert-Koch-Institut*: Dr. Ulfert Hapke, *Krankenkassen/GKV*: Dr. Thomas Uhlemann (von Teilnahme zurückgetreten).

3 Theoretischer Hintergrund

Zum theoretischen Hintergrund des Projekts sowie zu ersten Auswertungen der regionalen Variation auf der Angebotsseite entstand im Rahmen des Projekts bereits eine Publikation für „Die Psychiatrie“. Der Beitrag adressiert das Thema „Variationen der regionalen Dichte in der primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen“ und ist im November erschienen:

Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen

Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit?

J. Thom, J. Bretschneider, S. Müllender, M. Becker, F. Jacobi

Die Psychiatrie 2015; 12: 247–254

Der Artikel gibt den theoretischen Hintergrund des Projekts wider und ist im Anhang unter **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zu finden. Es ist zu beachten, dass bei den im Artikel vorgenommenen Auswertungen alle Kreise einbezogen wurden. Im Folgenden beziehen sich unsere Auswertungen jedoch nur auf die Arztzahlen von 139 Kreisen und kreisfreien Städten entsprechend der 180 DEGS Sample Points.

3.1 Hypothesen

Während die Diagnoseraten psychischer Störungen in den Abrechnungsdaten regional variieren, spielen Variationen des tatsächlichen Vorkommens auf Basis epidemiologischer Daten auf den ersten Blick eine vergleichsweise geringe Rolle. Kleinräumigere Analysen („Morbiditätsatlas“) sind aufgrund geringer Fallzahlen auf epidemiologischer Datenbasis nicht aussagekräftig – Schätzungen liegen hierzu bislang nicht vor. In diesem Projekt soll in einem möglichen Lösungsansatz ein quasi-regionaler Vergleich durch Zusammenfassung der DEGS-Samplepoints nach Angebotsstruktur (Arztdichten) vorgenommen werden. Ausgehend des im Psychiatrie-Artikel näher beschriebenen theoretischen Hintergrunds (vgl. Anhang 9.1) leiten wir für dieses Projekt daher folgende zentrale Fragestellungen und Hypothesen ab:

Fragestellung: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen regionalen Behandlungsangeboten (Angebotsstrukturen anhand Facharzt- bzw. Psychotherapeutendichten) mit der Morbidität psychischer Störungen (Prävalenzraten, standardisiert, state-of-the art und unabhängig vom tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten erhoben)?

Hypothesen: Es besteht ein positiver Zusammenhang ($r \geq 0.2$) zwischen ambulanten (kassenärztlichen) psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und dem in epidemiologischen Studien (berichtetem)

1. Inanspruchnahmeverhalten („Wo mehr angeboten wird, wird mehr in Anspruch genommen“)
2. regionalen (Gesamt-) Prävalenz (DEGS1-MH) psychischer Störungen. („Wo mehr Fälle sind, gibt es ein dichteres Angebot“) [Für den hausärztlichen Sektor wird ein solcher Zusammenhang nicht erwartet.]
3. regionalen Anteil an besonders behandlungsbedürftigen Fällen („Wo mehr schwere Fälle sind, gibt es ein dichteres Angebot“)
 - a) Schweregrad operationalisiert mit Diagnosezahl/Komorbidität;
 - b) „besonderer Behandlungsbedarf“ operationalisiert als zusammengesetztes Maß aus psychischer Störung, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Ausfalltagen
4. (Bedarfsplanungs-) Kreistypisierung – bei gleichzeitiger nicht-Unterschiedlichkeit der Morbidität zwischen den Kreistypen.

4 Methoden

Ziel ist – wie im Antrag beschrieben – nicht die Erstellung eines „Morbiditätsatlas“. Stattdessen soll überprüft werden, inwieweit regionale Unterschiede der Angebotsstruktur mit entsprechenden räumlichen Variationen der Morbidität und Inanspruchnahme einhergehen.

4.1 Datengrundlage

Epidemiologische Daten zur Morbidität und Inanspruchnahme entstammen dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH; N=4483). Die Zufalls-Stichprobe aus Einwohnermelderegistern (Alter 18-79) ist in 180 Erhebungsregionen (Sample Points) gegliedert, welche sich insgesamt 139 Kreisen und kreisfreien Städten (deutsche Gemeinden bzw. Bezirke) zuordnen lassen. Nicht in den Daten erfasst wurden dauerhaft Institutionalisierte, sowie Personen mit nicht hinreichenden Deutschkenntnissen. Die einzelnen Operationalisierungen, wie z.B. der Varianten des Schweregrads werden in den entsprechenden Ergebnisteilen erläutert.

Durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI-Versorgungsatlas) standen uns für die entsprechenden Kreise (N=139) Daten zur jeweiligen ambulanten (kassenärztlichen) psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebotsstruktur zur Verfügung: Für jeden Kreis lag die nominelle Arztdichte (Anzahl Ärzte pro 100.000 Einwohner) jeweils für verschiedene Arztgruppen vor. Die

Einteilung der Arztgruppen (vgl. Tabelle 1) folgt der im Jahr 2010 gültigen Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Folglich sind in der Arztgruppe der Psychotherapeuten ärztliche und psychologische Psychotherapeuten zusammengefasst; unter den Nervenärzten finden sich neben selbigen, Psychiater, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie auch Neurologen – wobei die Zusammensetzung der Arztgruppe länderweise variiert. Die Arztgruppe „Spezialisten“ summiert alle Nervenärzte und Psychotherapeuten pro Kreis, die Gruppe „Ärzte gesamt“ umfasst die Gesamtanzahl an Haus- und Fachärzten.

Ärzte und Psychotherapeuten werden nicht pro Kopf, sondern pro Bedarfsplanungsgewicht gezählt (in Form von belegten Kassenarztsitzen) – Aussagen über die tatsächlich geleistete Versorgung sind folglich nicht möglich. Weder die ambulante Versorgung über psychiatrische Institutsambulanzen noch die stationäre Versorgung ist in den Daten enthalten.

Tabelle 1. Definition der Arztgruppen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie (2012).

Hausärzte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fachärzte für Allgemeinmedizin 2. Praktische Ärzte 3. Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung vorliegt 4. Internisten mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung 5. Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin mit entsprechender Weiterbildung
Nervenärzte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nervenärzte 2. Neurologen 3. Psychiater 4. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Psychotherapeuten	<ol style="list-style-type: none"> 1. überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte 2. Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin 3. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 4. Psychologische Psychotherapeuten 5. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

4.2 Auswertungsebenen und Repräsentativität der Sample Points

Unsere zentralen Fragestellungen nicht auf das Verhalten von Individuen ausgerichtet, sondern auf Merkmale von Kreisen, hinsichtlich der Morbidität und der Inanspruchnahme und Arztdichten. Die Untersuchung der angenommenen Zusammenhänge bezieht sich daher auf Kreisdaten, sodass relevante DEGS1-MH-Individualdaten auf Kreisebene aggregiert wurden (Z.B. wurde die durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz je Kreis durch die jeweilige Anzahl der Teilnehmer mit Diagnose bestimmt.). Ausnahmen bilden die Operationalisierung und Plausibilitätsprüfung der Variable „Besonderer Behandlungsbedarf“ (vgl. 5.3.2) sowie Auswertungen zur Inanspruchnahme bei Subgruppen (wie z.B. bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode), worauf im Ergebnisteil Abschlussbericht

gesondert verwiesen wird. Die entsprechenden Daten ließen sich nur mit großem Informationsverlust auf Kreisebene aggregieren und wurden daher auf Individualebene untersucht.

Zur weiteren (grafischen) Illustration der regionalen Zusammenhänge von Arztdichten und Morbiditätsdaten wurden diese zu Kreistypen aggregiert. Hierzu liegen drei verschiedene Typisierungen der Kreise für die DEGS-Sample Points vor:

1. Typisierung (1) grenzt die vier siedlungsstrukturellen Kreistypen voneinander ab, die die neun in der ehemaligen Bedarfsplanung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011) angewandten Kreistypen zusammenfassend abbilden: Kernstädte, verdichtetes Umland, ländliches Umland und ländlicher Raum (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2009).
2. Typisierung (2) unterscheidet nach dem Konzept der Großstadtregionen gemäß der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015): Zentrum, Ergänzungsgebiet zum Zentrum, engerer Verflechtungsraum, weiterer Verflechtungsraum, Gemeindeverbände außerhalb von Großstadtregionen sowie die Sonderregion Ruhrgebiet.
3. Typisierung (3) ordnet auch die Kreise und kreisfreien Städte des Ruhrgebiets den fünf Großstadtregionen zu.

Tabelle 2: Häufigkeiten der Kreistypen in DEGS-Sample Points.

Kreistypisierung und Kreistyp	Häufigkeit der 180 DEGS-Sample Points
<i>(1) Zusammengefasster siedlungsstruktureller Kreistyp</i>	
Kernstädte	54
verdichtetes Umland	67
ländliches Umland	32
ländlicher Raum	27
<i>(2) Kreistyp nach Großstadtregionen + Ruhrgebiet</i>	
Zentrum	44
Ergänzungsgebiet zum Zentrum	21
engerer Verflechtungsraum	16
weiterer Verflechtungsraum	42
Gemeindeverbände außerhalb von Großstadtregionen	46
Ruhrgebiet	11
<i>(3) Kreistyp nach Großstadtregionen</i>	
Zentrum	47
Ergänzungsgebiet zum Zentrum	29
engerer Verflechtungsraum	16
weiterer Verflechtungsraum	42
Gemeindeverbände außerhalb von Großstadtregionen	46

Die Arztdichten liegen für ganz Deutschland als Vollerhebungen vor (N=413 Kreise). In unseren Berechnungen nutzen wir jedoch nur die Daten für 139 dieser Kreise, da aus diesen die DEGS-Stichprobe gezogen wurde. Zur Überprüfung der Repräsentativität der DEGS-Kreise wurde mittels

Prävalenz & Regionale Versorgung

eines Chi-Quadrat-Tests untersucht, inwieweit die Verteilung der Arztdichten je Arztgruppe über die siedlungsstrukturellen Kreistypen in unseren Daten von der Verteilung über alle 413 Kreise abweicht. Dabei ließen sich keine signifikanten Abweichungen feststellen:

- Kreistypisierung (1): Ärzte gesamt: $p=1.0$; Hausärzte: $p = 1.0$, Nervenärzte: $p = 1.0$, Psychotherapeuten: $p = 0.90$;
- Kreistypisierung (2): Ärzte gesamt: $p=0.90$; Hausärzte: $p = 1.0$, Nervenärzte: $p = 0.95$, Psychotherapeuten: $p = 0.85$;
- Kreistypisierung (3): Ärzte gesamt: $p=0.84$; Hausärzte: $p = 1.0$, Nervenärzte: $p = 1.0$, Psychotherapeuten: $p = 0.83$.

Da eine Aufhebung der Sonderbehandlung des Ruhrgebiets in der kommenden Bedarfsplanungsreform aller Voraussicht nach vorgesehen ist, sollen im Folgenden alle Ergebnisse entsprechend Typisierung 3 vorgestellt werden.

4.3 Einbezug von Mitversorgungsbeziehungen

Da in den Auswertungen dem Versorgungsangebot die Prävalenz psychischer Störungen innerhalb eines Kreises gegenübergestellt wird, muss eine adäquate Abbildung von Versorgungsstrukturen auch das räumliche Inanspruchnahmeverhalten von Patienten einkalkulieren, d.h. das Aufsuchen von Behandlern jenseits des Wohnortes (Czihal, Stillfried & Schallock, 2011). Für Hausärzte spielen **Mitversorgungseffekte** mit 11,1% durchschnittlicher Mitversorgung für andere Kreise („Leistungsexport“) und 10,9% Mitversorgung durch andere Kreise („Leistungsimport“) die geringste Rolle. Deutlich höher liegt er aber erwartungsgemäß für Fachärzte mit 27,1% (Export) bzw. 30,8% (Import) und für Psychotherapeuten mit 27,5% (Export) und 34,7% (Import).

Die Arztdichte eines Kreises (Praxisstandort) bezieht sich auf die Anzahl Ärzte, welche die Versorgungsleistungen am Standort der Region (entspricht (B+C) in Abbildung 1) inklusive exportierter Leistungen (C) erbringen. Für die adäquate Berücksichtigung von Exportleistungen in andere Kreise als auch in den Wohnort hinein importierten Leistungen (A) ist für die Fragestellungen unseres Projekts der Umfang der von den Patienten der Region (Patientenwohntort) tatsächlich in Anspruch genommenen und abgerechneten Gesundheitsleistungen (entspricht (A+B) in Abbildung 1) von Interesse.

Anhand der zur Verfügung gestellten Mitversorgungsrelation ($MVR = (B+C)/(B+A)$ in %), welche eine Kombination von Wohnort- und Leistungsortperspektive darstellt, wurde die jeweilige Arztdichte geschätzt, welche der tatsächlich in Anspruch genommenen Gesundheitsleistung (A+B) entspricht:

$$\text{Korrigierte Arztdichte} = (\text{Arztdichte} \cdot 100) / \text{MVR}$$

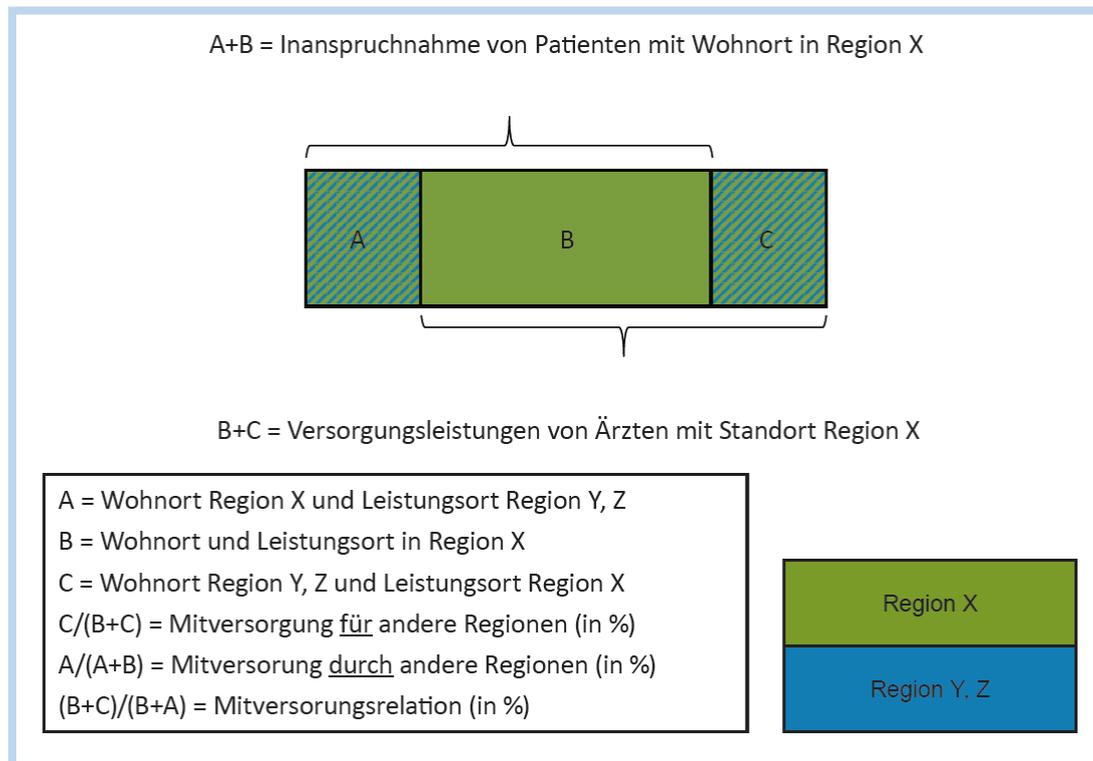


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Berechnung der Mitversorgungskennzahlen durch das ZI (Czihal et al., 2011).

Mithilfe der prozentualen Mitversorgungsrelation (also dem Verhältnis der in einer Region insgesamt durch ansässige Ärzte „produzierten“ Leistungen zu den durch darin wohnhafte Patienten insgesamt tatsächlich „nachgefragte“ Leistungen) werden die Arztdichten je Kreis somit entsprechend gemindert oder erhöht. Zur Illustration ein kurzes Rechenbeispiel anhand der Zahlen aus dem Versorgungsatlas zur Psychotherapeutendichte in Lübeck:

Dichte: 49.3; MVR: 144.92%

Korrektur um MVR: $49.3 = 144.92\% \text{ (Arztdichte)} \rightarrow 34.02 = 100\% \text{ (Korrigierte Arztdichte)}$

Einer Mitversorgung können verschiedene Ursachen zugrunde liegen:

- Abbildung einer **planmäßigen** Mitversorgung ländlicher Räume durch regionale Zentren
- Ausdruck regionaler **Unterversorgung** und mangelnder Wohnortnähe der Versorgung. Besonders für schwer psychisch kranke Menschen gibt es Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen mit der zunehmenden Wegstrecke sinkt (Kluge, Becker, Kallert, Matschinger & Angermeyer, 2007)

- Widerspiegelung von **Patientenpräferenzen**, z.B. in Zusammenhang mit dem Arbeitsort (Pendler), oder dem Wunsch nach mehr Anonymität an einem vom Wohnort entfernten Ort.

Im beschriebenen Vorgehen werden Arztdichten um in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen korrigiert, wobei die Inanspruchnahme u. a. durch Prävalenzunterschiede beeinflusst werden kann. Um das Problem der Multikollinearität zu adressieren werden in der Gesamtauswertung separate Rechnungen vorgenommen und gegenübergestellt (vgl. methodisches Vorgehen von Ozegowski, 2013).

4.4 Statistische Analysen

Für die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen ambulanten (kassenärztlichen) psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten (Arztdichten) und dem Inanspruchnahmeverhalten Betroffener (**Hypothese 1**), der Morbidität (**Hypothesen 2 und 3**), sowie der (Bedarfsplanungs-) Kreistypisierung (**Hypothese 4 – 1. Teil**) wurden jeweils Korrelationen und regressionsanalytische Auswertungen mit den Arztdichten als abhängige Variable durchgeführt. Zur Auswahl der geeigneten statistischen Verfahren und der jeweiligen Voraussetzungsprüfung wurde daher in einem ersten Schritt die Verteilung der Arztdichten betrachtet (vgl. ausführliche Ergebnisse unter 4.4.1). Aufgrund der Abweichung von einer Normalverteilung und der vielen „Ausreißer“ wurden infolge für alle Analysen Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten berechnet. Anders als der Korrelationskoeffizient nach Pearson benötigt dieser nicht die Annahme der Normalverteilung der abhängigen Variablen, ist robust gegenüber Ausreißern und auch dann verwendbar, wenn die Beziehung zwischen den Variablen nicht linear ist. Für die regressionsanalytische Untersuchung der Zusammenhänge wurde ein robustes Verfahren gewählt, da die Schiefe der Arztdichte-Verteilungen für eine Verletzung der Homoskedastizitätsannahme spricht und einzelne Extremwerte das Regressionsergebnis verfälschen könnten (vgl. ausführliche Darstellung unter 4.4.1). Zur Überprüfung der (Nicht-)Unterschiedlichkeit der Morbidität zwischen den Kreistypen (**Hypothese 4 – 2. Teil**) wurden varianzanalytische Berechnungen durchgeführt.

4.4.1 (Ungleich-)Verteilung der Arztdichte

Für die an der Behandlung psychischer Störungen im engeren Sinne beteiligten Arztgruppen sind starke Unterschiede zwischen den betrachteten Kreisen zu konstatieren (vgl. Auswahl der Verteilungskennwerte in Tabelle 3), wie bereits die Spannweiten erkennen lassen. Betrachtet man zudem Variations- und Gini-Ungleichverteilungskoeffizienten, so wird deutlich, dass die Ungleichverteilung bei den Hausärzten geringer ausfällt als bei den Fachärzten.

Tabelle 3: Verteilungskennwerte der Arztdichten.

	Min	Max	Range	M ¹	SD ²	VarK ³	EQ ⁴	GUK ⁵
Hausärzte	49.4	84.8	35.4	63.8	7.0	0.11	1.72	0.06
... korrigiert um MVR	42.4	97.4	55.0	63.7	6.7	0.11	2.30	0.06
Psychotherapeuten	1.9	94.0	92.1	23.5	17.2	0.73	49.47	0.37
... korrigiert um MVR	3.7	58.0	54.3	23.7	11.4	0.48	15.68	0.26
Nervenärzte	0.0	14.3	14.3	5.6	3.0	0.54	n. d.	0.29
... korrigiert um MVR	1.8	10.2	8.4	5.6	1.8	0.32	5.67	0.18

Anmerkungen: Arztdichte pro 100.000 Einwohner aus dem Jahr 2012; korrigiert um Mitversorgungsrelationen (MVR) aus dem Jahr 2008; ¹Mittelwert; ²Standardabweichung; ³Variationskoeffizient (VarK = SD/M); ⁴Extremalquotient: maximale Dichte/minimale Dichte; ⁵Gini-Ungleichverteilungskoeffizient.

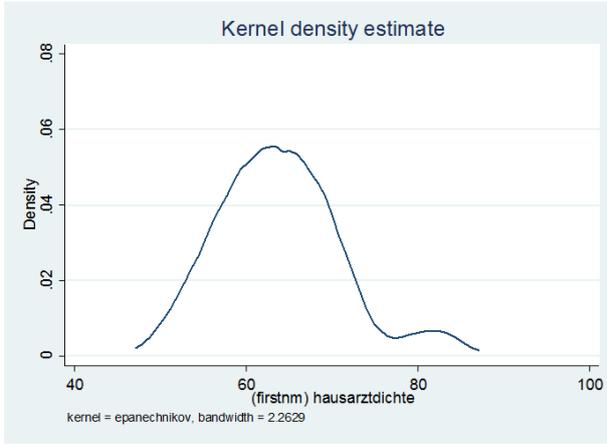
Anhand der Kerndichteschätzung wird darüber hinaus deutlich, dass die Hausarzt- und Spezialistendichte über die 139 Kreise weder eine Normal- noch eine Gleichverteilung aufweisen (vgl. Abbildung 2). Es zeigt sich zudem eine rechtsschiefe Verteilung mit zwei Peaks – ein Phänomen, das durch die Korrektur um Mitversorgungsbeziehungen augenscheinlich reduziert wird. Betrachtet man also nicht nur die Versorgungsangebote, sondern auch deren räumliche Inanspruchnahme, nähern sich die Arztdichten der Normalverteilung etwas an.

Als weitere graphische Veranschaulichung der Asymmetrie der Verteilung der Spezialistendichte dient Abbildung 3. Bei gleichen Abständen der nächstgrößeren und der nächstkleineren Beobachtung zum Median würden die Datenpunkte auf der Diagonalen liegen. Sind die Abstände über dem Median wie im vorliegenden Fall größer, so ist die Verteilung rechtsschief.

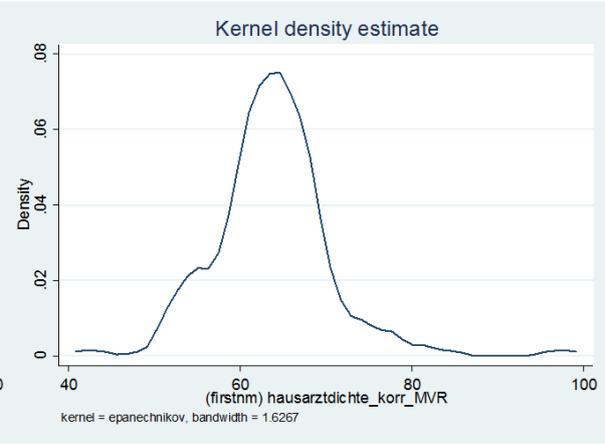
Die dargestellte asymmetrische Verteilung der Arztdichten spricht für eine Verletzung der Homoskedastizität, welche eine der Voraussetzungen einer linearen Regressionsrechnung darstellt.

Hausärzte:

Ohne Korrektur um Mitversorgung:

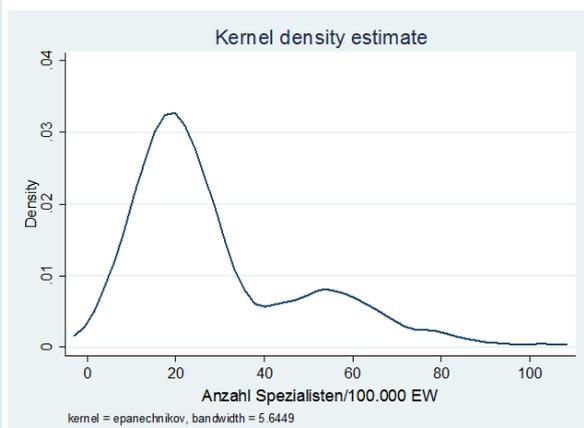


Mit Korrektur um Mitversorgung:



Spezialisten:

Ohne Korrektur um Mitversorgung:



Mit Korrektur um Mitversorgung:

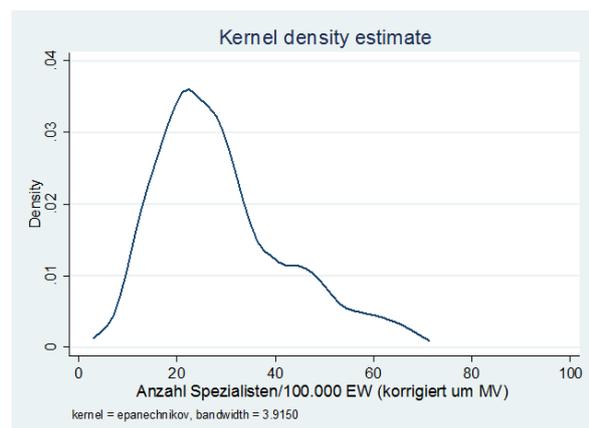


Abbildung 2: Kerndichteschätzung für die Anzahl der Hausärzte und Spezialisten (Nervenärzte + Psychotherapeuten)/100.000 EW je Kreis (N=139).

Prävalenz & Regionale Versorgung

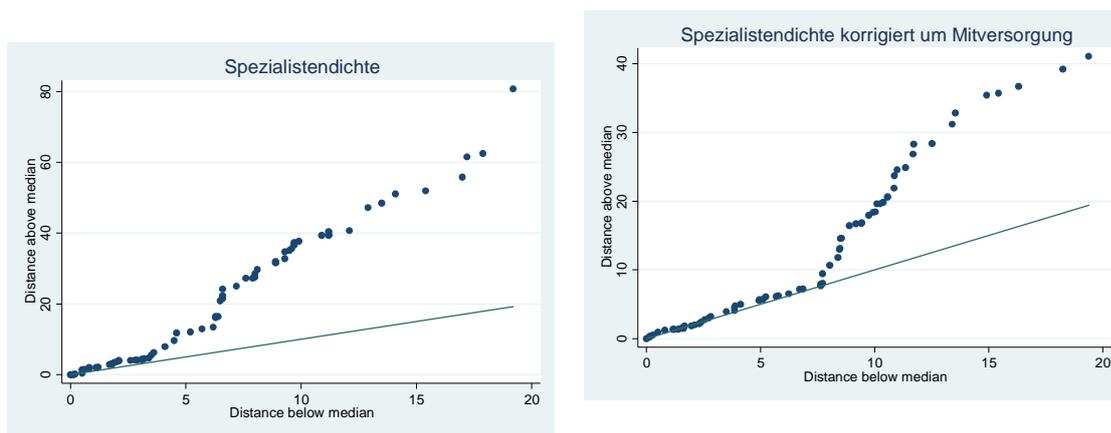


Abbildung 3: Abweichungen von einer symmetrischen Verteilung der Spezialistendichte.

Des Weiteren wurde das Ausmaß an Disparität, d.h. die jeweilige Abweichung von einer Gleichverteilung respektive relativer Konzentration innerhalb der Verteilung je Arztgruppe mit der Lorenzkurve veranschaulicht und mit dem Gini-Ungleichverteilungskoeffizienten (GUK) quantifiziert. Ein GUK=0 würde bei einer 45°-Geraden einer völligen Gleichverteilung der Arztdichte über die Sample Points entsprechen und eine GUK=1 einer maximale Ungleichverteilung anzeigen. Dabei zeigte sich die größte Ungleichverteilung für die Gruppe der Psychotherapeuten (vgl. Abbildung 4), wonach die bestversorgtesten 20% der Sample Points etwa 50% der Psychotherapeuten (= Anteil an der gesamten Merkmalssumme, d.h. an der kumulierten Psychotherapeutendichte) beinhalten. Eine entsprechende Ungleichverteilung zeigt sich auch bei den Nervenärzten, ist jedoch geringer ausgeprägt. Bei den Hausärzten beinhalten die ersten 50% der Sample Points hingegen auch ca. 50% der gesamten Hausärzte – was einer Gleichverteilung nahekommt.

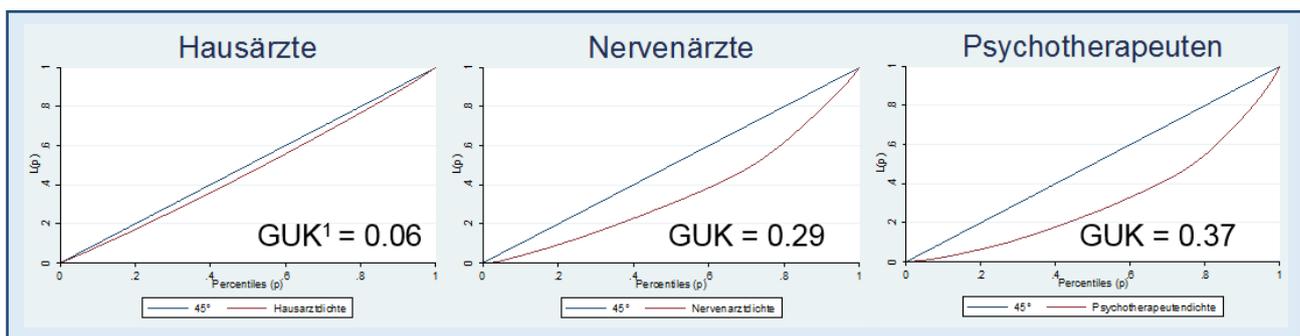


Abbildung 4: Lorenzkurven der Arztdichten und Gini-Ungleichverteilungskoeffizient (GUK).

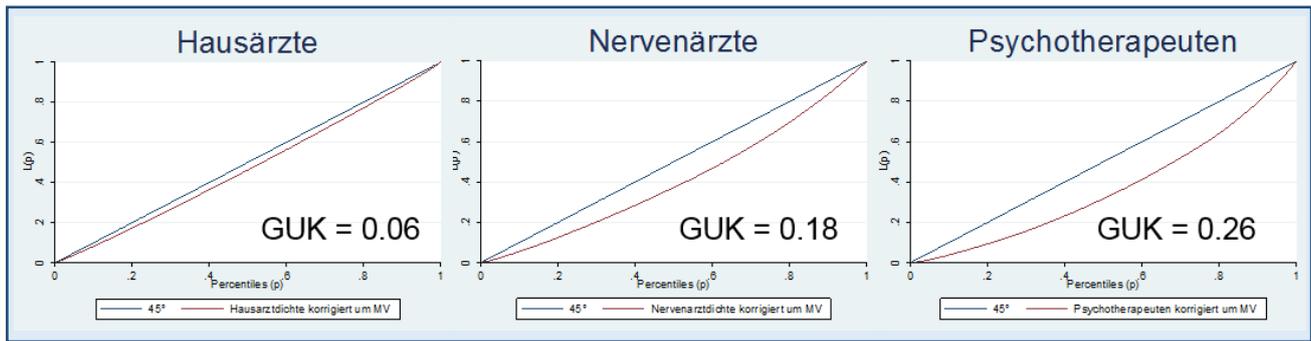


Abbildung 5: Lorenzkurven der Arztdichten korrigiert um Mitversorgungsbeziehungen und Gini-Ungleichverteilungskoeffizient (GUK).

Die Ungleichverteilung wird für die um die Mitversorgungsbeziehungen korrigierten Arztzahlen gemindert, bleibt jedoch für Psychotherapeuten und Nervenärzten im Grunde weiter bestehen (vgl. Abbildung 5).

4.4.2 Kategorisierung der Ärztedichte

Ziel ist – wie im Antrag beschrieben – nicht die Erstellung eines „Morbidityatlas“. Stattdessen sollen Regionen nach ihren Angebotsstrukturen (z.B. Arztdichte) zusammengefasst und mit Variationen der Morbidität in Zusammenhang gebracht werden. Zur Minimierung der Gefahr eines ökologischen Fehlschlusses sowie von Informations- und Powerverlust wurden alle Berechnungen mit den kontinuierlichen Arztdichte-Daten durchgeführt. Zur (grafischen) Veranschaulichung wurden jedoch gruppierte Daten verwendet. Für die Kategorisierung der Arztdichten bzgl. höherem vs. geringem Versorgungsgrad wurde aufgrund der dargestellten Ungleichverteilung der Ärztedichte eine nicht-äquidistante Gruppeneinteilung anhand von Quintilen gewählt (vgl. exemplarisch Abbildung 6). Dies entspricht auch der Kategorisierung der Arztdichte im „Faktencheck Ärztedichte“ im Auftrag der Bertelsmannstiftung (Albrecht, Etgeton & Ochmann, 2014, 2015), wodurch ein optischer Vergleich der Daten ermöglicht wird.

Prävalenz & Regionale Versorgung

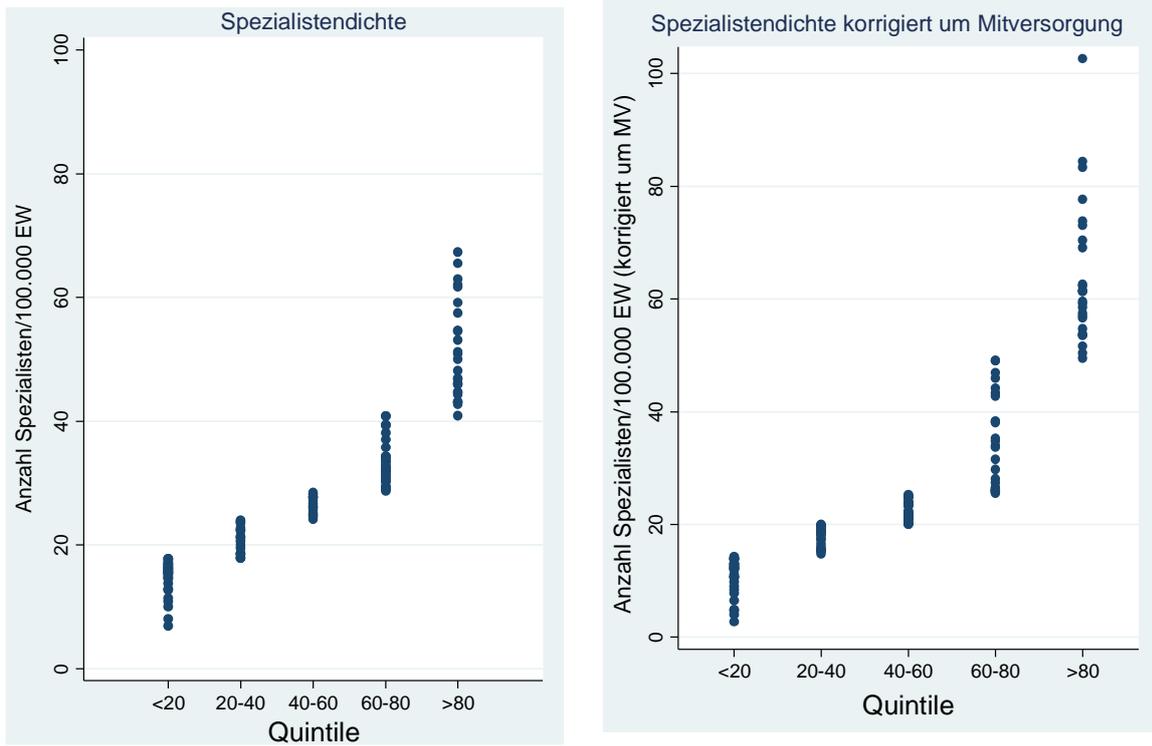


Abbildung 6: Quintile der Spezialistendichte

5 Auswertungen & Ergebnisse

5.1 Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme wurde operationalisiert als die Anzahl Kontakte bei Spezialisten (Nervenärzten und Psychotherapeuten) in den letzten 12 Monaten.

Abbildung 7 zeigt diesen Zusammenhang unter Verwendung von Quintilen der Arztdichten. Aufgrund großer Heterogenität der Inanspruchnahme innerhalb der Quintile beträgt die (nicht zu Quintilen aggregierte) Korrelation auf Kreisebene zwar nur $r=0.22$, ist aber signifikant ($p=0.01$) – anders als bei den Personen ohne Diagnose, für die sich kein Zusammenhang zwischen Versorgungsangebot und Inanspruchnahme zeigt ($r=.07$, $p=.43$).

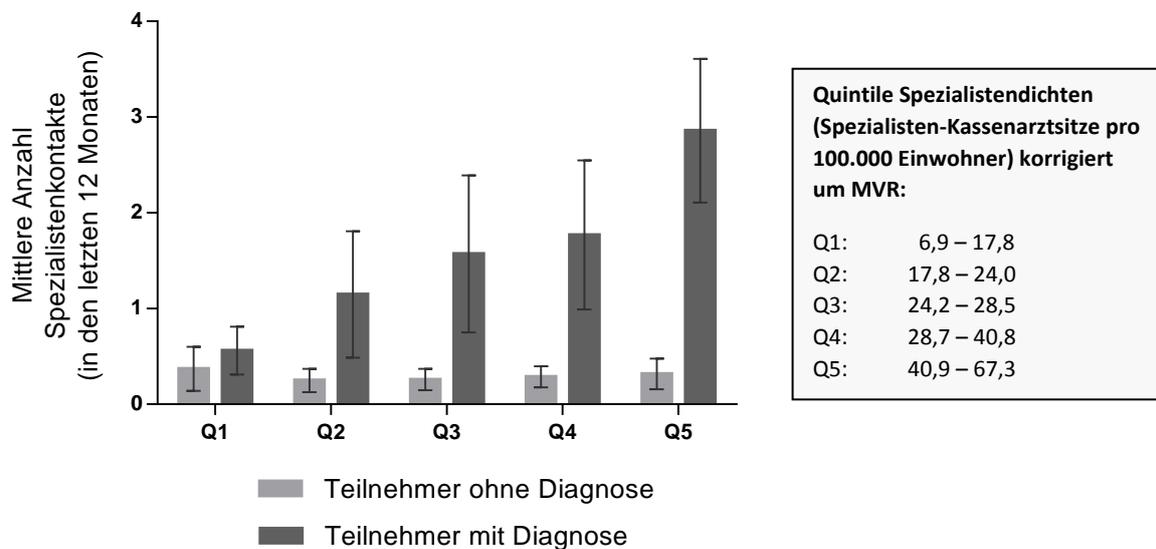


Abbildung 7: Selbstberichtete Spezialistenkontakte für DEGS1-MH-Teilnehmer ohne vs. mit psychischen Störungen (letzte zwölf Monate) nach Versorgungsdichte (in durch Nervenärzte/Psychotherapeuten wenig bis hoch versorgte Regionen).

Zusätzliche Analysen der Personen mit leichter depressiver Episode zeigen, dass bei höherer Psychotherapeutendichte - äquivalent zu nicht Betroffenen - weder die ambulante Inanspruchnahme eines Spezialisten zunimmt, noch die Kontaktrate steigt (vgl. Tabelle 4). Einzig die Kontaktrate zu Spezialisten steigt mit zunehmender Psychotherapeutendicht (korrigiert um MVR) bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode.

Prävalenz & Regionale Versorgung

Aufgrund der geringen Fallzahl wurden diese Korrelationen auf Individualebene berechnet. Den Teilnehmern wurde dazu jeweils ein Wert der mittleren Dichte für die Spezialisten in der jeweiligen Wohnortregion zugewiesen.

Tabelle 4: Zusammenhang der Inanspruchnahme mit der Arztdichte

	Spezialistendichte		Spezialistendichte korrigiert um Mitversorgung		Psychotherapeuten-dichte		Psychotherapeuten-dichte korrigiert um Mitversorgung		
	r	p	r	p	r	p	r	p	
...bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode (n=57)									
Ambulante Inanspruchnahme	0.04	0.74	0.03	0.85	0.04	0.80	0.04	0.80	
Kontaktrate Spezialisten	-0.04	0.79	-0.05	0.75	-0.07	0.62	-0.12	0.37	
...bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode (n=75)									
Ambulante Inanspruchnahme	0.07	0.55	0.09	0.46	0.05	0.66	0.10	0.39	
Kontaktrate Spezialisten	0.15	0.22	0.09	0.43	0.27	0.20	0.31*	0.01	

Anmerkungen: Spearman-Rangkorrelationen.

5.2 Zusammenhang Arztdichten mit Prävalenzen

Wie in Tabelle 5 ersichtlich gibt es keine signifikante Korrelationen zwischen der Anzahl der Ärzte (gesamt)/100.000 Einwohner und der 12-Monatsprävalenz irgendeiner psychischen Störung (ohne Nikotinabhängigkeit) ($r=0.10$, $p=0.26$). Das Gleiche gilt für die Spezialisten/100.000 Einwohner (Psychotherapeutendichte + Nervenarztdichte; $r=0.05$, $p=0.56$).

Auch unter Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen ist die Arztdichte nicht signifikant assoziiert mit der 12-Monatsprävalenz ($r=0.11$, $p=0.22$), auch wenn man nur die Dichte der Spezialisten betrachtet ($r=0.02$, $p=0.82$). Entsprechende Regressionsberechnungen sind im Anhang (unter 9.1) zu finden. Demnach geht die Angebotsdichte nicht mit der Krankheitshäufigkeit einher.

Tabelle 5: Zusammenhang der 12-Monatsprävalenz für psychische Störungen mit der Arztdichte über Kreise und kreisfreie Städte in DEGS1 (N=139).

	Hausärzte		Nervenärzte		Psychotherapeuten		Spezialisten		Ärzte gesamt	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Nominale Arztdichten	0.09	0.31	0.06	0.48	0.04	0.62	0.05	0.56	0.10	0.26
Mit Korrektur um Mitversorgung	0.05	0.60	0.12	0.16	0.02	0.82	0.02	0.82	0.11	0.22

Anmerkung: Spearman-Rangkorrelationen.

5.3 Zusammenhang zwischen Arztdichten und dem Schweregrad psychischer Erkrankungen

Psychische Störungen können erheblich hinsichtlich ihres Schweregrades – und damit hinsichtlich ihres Behandlungsbedarfs – variieren. Der Behandlungsbedarf beinhaltet neben einer Diagnose einer psychischen Störung 1.) eine klinisch relevante Beeinträchtigung, 2.) das Vorhandensein effektiver Behandlungsmaßnahmen sowie 3.) die subjektive Wahrnehmung von Behandlungsbedürftigkeit durch die Betroffenen (Belastungs- und Leidenszustände) und deren Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen (Andrews & Henderson, 2000). Das Vorliegen eines anerkannten Gesundheitsproblems, d.h. einer F-Diagnose, ist demnach eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Behandlungsbedarf.

Da es jedoch bisher keine eindeutige und etablierte Definition von Behandlungsbedarf gibt (Gaebel, Zasko & Baumann, 2006; Jacobi & Barnikol, 2015; Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi & Tansella, 2000), wurden verschiedene Operationalisierungen umgesetzt und deren Assoziationen mit den Arztdichten ermittelt.

5.3.1 Mittlere Störungsanzahl

Eine erste Variante ist eine Berücksichtigung der Komorbidität, operationalisiert als die Anzahl psychischer Störungen (in den letzten 12 Monaten), wie u.a. bereits anhand der Daten des BGS98 realisiert (Jacobi & Barnikol, 2015). Es wurde die mittlere Anzahl Störungen pro Kreis ermittelt und mit der Arztdichte korreliert.

Wie in Tabelle 6 ersichtlich, ist die Dichte der Ärzte (gesamt) signifikant mit der Anzahl an psychischen Störungen assoziiert. Die Dichte der Nervenärzte (korrigiert um MVR) ist ebenso signifikant mit der Störungsanzahl assoziiert. Die Zusammenhänge sind jedoch mit $r < 0.2$ nur als schwach positiv zu interpretieren. Entsprechende Regressionsberechnungen sind im Anhang (vgl. 9.2) zu finden.

Tabelle 6: Zusammenhang der Störungsanzahl (letzte 12 Monate) mit der Arztdichte über Kreise und kreisfreie Städte in DEGS1 (N=139).

	Hausärzte		Nervenärzte		Psychotherapeuten		Spezialisten		Ärzte gesamt	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Nominale Arztdichten	0.09	0.30	0.12	0.15	0.15	0.09	0.15	0.07	0.18*	0.04
Mit Korrektur um Mitversorgung	0.05	0.56	0.19*	0.03	0.11	0.21	0.11	0.18	0.17*	0.04

Anmerkung: Spearman-Rangkorrelationen.

5.3.2 Besonderer Behandlungsbedarf

Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht wurden für eine zweite Variante des Schweregrades anhand folgender Indikatoren auf Individualebene relative Beeinträchtigungsklassen gebildet:

1. gesundheitsbezogene Lebensqualität (psychisch), erhoben mit dem SF-36 (Short Form 36, Bullinger & Kirchberger, 1997; einem international am häufigsten eingesetzten Instrument zur Messung der subjektiven Lebensqualität)
2. gesundheitsbezogenen Lebensqualität (körperlich), erhoben mit dem SF-36
3. der Anzahl Ausfalltage in den letzten 12 Monaten

Auf Grundlage der jeweiligen Werte im Vergleich zur Alters- und Geschlechtsgruppe wurden die Teilnehmer anschließend wie folgt den relativen Beeinträchtigungsklassen zugeordnet: Minimal belastet/beeinträchtigt (<10: in mindestens zwei der drei Indikatoren im „gesundesten“ Perzentil) über Zwischenschritte (mindestens zwei Indikatoren im 10.–25. Perzentil/25.–50. Perzentil/50.–75. Perzentil/75–90. Perzentil) bis maximal beeinträchtigt (>90. Perzentil: mindestens zwei der drei Indikatoren im 10%-Bereich der stärksten Beeinträchtigung).

Die Abbildung 8 zeigt die Anzahl Störungen in den Beeinträchtigungsklassen und es wird ersichtlich, je höher die Beeinträchtigungsklasse, desto mehr psychische Störungen haben die Teilnehmer. Dies unterstreicht die Validität der Klasseneinteilung.

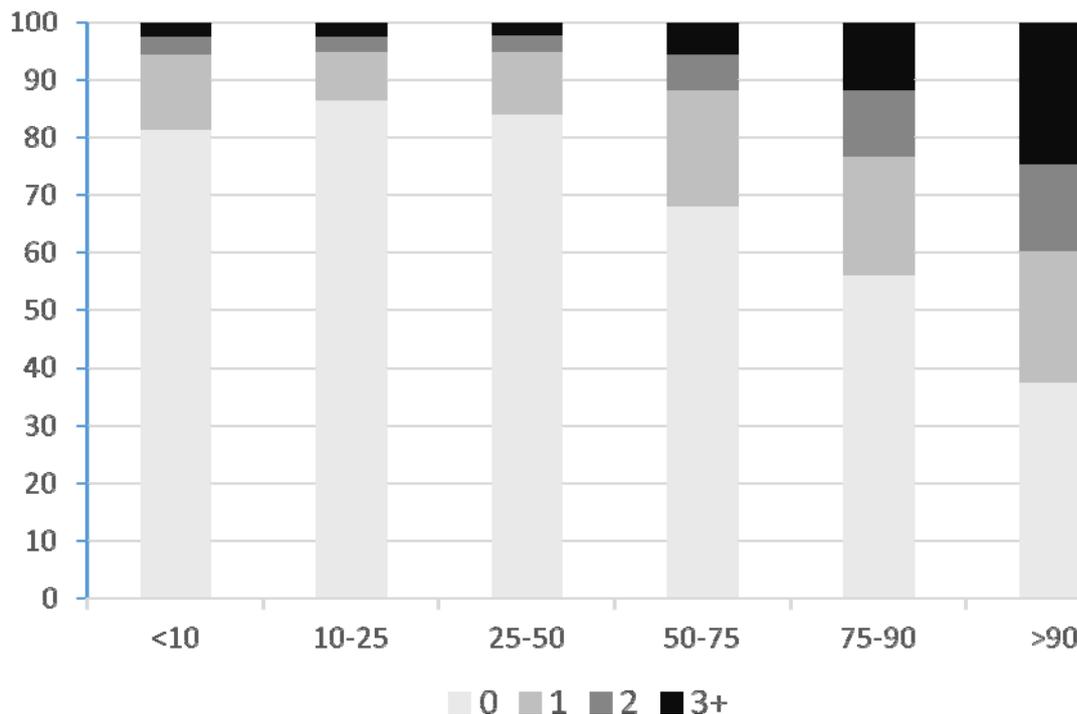


Abbildung 8: Anteil psychischer Störungen in den relativen gesundheitlichen Beeinträchtigungsklassen, gestaffelt nach Komorbidität.

Anmerkungen: 0 = keine psychische Störung; psychische Störung und Komorbidität; 1 = eine, 2 = zwei, 3+ = drei oder mehr Diagnosen; relative Beeinträchtigungsklassen: minimal beeinträchtigt (<10: mindestens zwei der drei Indikatoren „gesundheitsbezogene Lebensqualität [psychisch]“, „gesundheitsbezogene Lebensqualität [körperlich]“ und „Ausfalltage“ [letzte 12 Monate] im 10%-Bereich der geringsten Beeinträchtigung; 10%) über Zwischenbereiche (im 10.–25. Perzentil: 15%; 25.–50. Perzentil: 24%; 50.–75. Perzentil: 29%; 75–90. Perzentil: 15%) bis maximal beeinträchtigt (>90. Perzentil: mindestens zwei der drei Indikatoren im 10%-Bereich der stärksten Beeinträchtigung; 7%).

Angelehnt an die S3-Leitlinien für die Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN et al., 2013) wurden im nächsten Schritt die Teilnehmer mit erhöhtem Behandlungsbedarf anhand folgender Kriterien identifiziert:

1. 12-Monatsdiagnose(n) psychischer Störung(en) UND
2. Störungsdauer mindestens 2 Jahre UND
3. relative Beeinträchtigungsklasse im obersten Quartil (d.h. in mindestens zwei der drei Indikatoren bei den 25% mit der stärksten Beeinträchtigung),

sowie der Zusatzkonvention, dass Teilnehmer mit Bipolar-I- oder möglicher psychotischer Störung zu den schwersten Fällen gezählt wurden, auch wenn sie die genannten Kriterien nicht erfüllen (N=84, die zu o.g. noch hinzukommen). Insgesamt erfüllen 8,7% (N=341) der Gesamtstichprobe diese Kriterien. Für die Auswertungen in Zusammenhang mit den Arztdichten wurde die Variable „besonderer Behandlungsbedarf“ als mittlere Prävalenz pro Kreis für das Vorhandensein eines besonderen Behandlungsbedarfs aggregiert. Wie in Tabelle 7 ersichtlich, gibt es keine signifikanten

Prävalenz & Regionale Versorgung

Assoziationen zwischen der Prävalenz für erhöhten Behandlungsbedarf in den Kreisen und kreisfreien Städten und deren Arztdichten. Die Regressionsergebnisse sind im Anhang unter 9.3 zu finden.

Tabelle 7: Zusammenhang der Prävalenz für erhöhten Behandlungsbedarf mit der Arztdichte über Kreise und kreisfreie Städte in DEGS1 (N=139).

	Hausärzte		Nervenärzte		Psychotherapeuten		Spezialisten		Ärzte gesamt	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Nominale Arztdichten	-0.00	0.99	0.03	0.71	0.07	0.44	0.06	0.50	0.06	0.51
Mit Korrektur um Mitversorgung	-0.04	0.67	0.05	0.53	0.10	0.23	0.08	0.36	0.06	0.51

Anmerkung: Spearman-Rangkorrelationen.

5.4 Kreistypen

Über die nominellen Arztdichten in den Kreisen und kreisfreien Städte hinaus wurden die Kreistypen (Zentrum, Ergänzungsgebiet zum Zentrum, engerer Verflechtungsraum, weiterer Verflechtungsraum, Gemeindeverbände außerhalb Großstadtregionen) analysiert. Die Arztdichten nach Kreistypen sind in Abbildung 9 dargestellt. Die Einzelauflistung der entsprechenden Kennwerte ist im Anhang unter 9.4 zu finden.

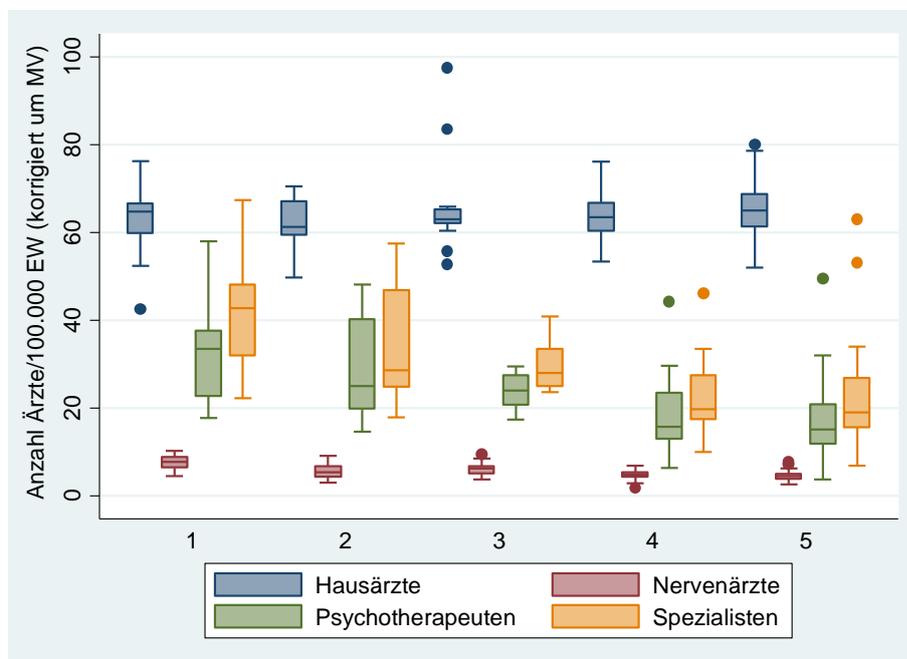


Abbildung 9: Arztdichten nach Kreistyp.

Anmerkungen: Kreise entsprechend der 139 Kreise und kreisfreien Städte der 180 DEGS Sample Points nach Gebietsstand 31.12.2008. Kreisklassifikationen: 1: Zentrum (31 Kreise, N = 1100) 2: Ergänzungsgebiet zum Zentrum (22 Kreise, N = 711) 3: engerer Verflechtungsraum (14 Kreise, N = 394) 4: weiterer Verflechtungsraum (32 Kreise, N = 1020) 5: Gemeindeverbände außerhalb der Großstadtregionen (40 Kreise, N = 1244).

5.4.1 Prävalenzen und Kreistypen

In Tabelle 8 finden sich die Prävalenzen pro Kreistyp. Aufgrund fehlender Varianzhomogenität zwischen den Gruppen wurde der Welch-Test zur Prüfung der Unterschiede verwendet. Dieser zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kreistypen ($W_{Stat_{4, 53.7}}=0.2, p=0.94$).

Tabelle 8: 12-Monatsprävalenzen psychischer Störungen nach Kreistyp

	12-Monatsprävalenz irgendeiner psychischen Störung (%-Anteil pro Kreis)	95% Konfidenzintervall
Zentrum	29,6	26,1 - 33,2
Ergänzungsgebiet zum Zentrum	27,9	24,5 - 31,2
Engerer Verflechtungsraum	29,8	22,5 - 37,1
Weiterer Verflechtungsraum	29,0	24,3 - 33,7
Gemeindeverbände außerhalb von Großstadregionen	27,9	24,5 - 31,3

5.4.2 Erhöhter Behandlungsbedarf und Kreistypen

Auch im Hinblick auf den Anteil der Personen mit erhöhtem Behandlungsbedarf (Tabelle 9) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kreistypen (ANOVA: $F_{4, 134}=0.36, p=0.60$).

Tabelle 9: Vorliegen eines besonderen Behandlungsbedarfs nach Kreistyp.

	Erhöhter Behandlungsbedarf (%-Anteil pro Kreis)	95%-Konfidenzintervall
Zentrum	8,5	6,3 - 10,7
Ergänzungsgebiet zum Zentrum	9,2	6,2 - 12,2
Engerer Verflechtungsraum	6,0	3,1 - 8,9
Weiterer Verflechtungsraum	9,4	6,5 - 12,2
Gemeindeverbände außerhalb von Großstadregionen	7,7	5,3 - 10,1

6 Fazit & Ausblick

6.1 Zusammenfassung

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Analysen zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zeigen, dass die Kontaktrate von Ärzten und Spezialisten in höher versorgten Regionen nur bei Personen mit psychischen Störungen leicht ansteigt. Hingegen, bei Personen ohne psychische Störungen, bzw. mit leichter depressiver Episode werden ärztliche Leistungen in höher versorgten Regionen nicht häufiger in Anspruch

Prävalenz & Regionale Versorgung

genommen. Die erste Hypothese dieser Untersuchung „Wo mehr angeboten wird, wird mehr in Anspruch genommen“ kann somit für diejenigen mit, nicht aber für diejenigen ohne Diagnose bestätigt werden.

2. Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge von Arzt- bzw. Spezialistendichten in den verschiedenen Regionen Deutschlands mit den dortigen Prävalenzen psychischer Störungen. Somit kann auch die zweite Hypothese „Wo mehr Fälle sind, gibt es ein dichteres Angebot“ nicht bestätigt werden.
3. Ebenso korrelieren die Arzt- bzw. Spezialistendichten nicht signifikant mit der Prävalenz a) komorbider psychischer Störungen, b) schwerer psychischer Störungen, bzw. c) besonderen Behandlungsbedarfs. Auch die dritte Hypothese „Wo mehr schwere Fälle sind, gibt es ein dichteres Angebot“ kann somit nicht bestätigt werden.
4. In einer zusätzlichen Analyse der Zusammenhänge des Kreistypisierung (als alternative regionale Variable) mit der Inanspruchnahme, Prävalenz und besonderen Behandlungsbedarfs konnten ebenfalls keine der Hypothesen bestätigt werden.

6.2 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen folgende Einschränkungen beachtet werden.

Diese Untersuchung konzentriert sich nur auf ambulante Versorgung durch Hausärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten (siehe Tabelle 1). Für eine vollständige Analyse der gesamten medizinischen Versorgung psychischer Störungen in Deutschland fehlen z.B. weitere ambulante Versorgungsstrukturen (z.B. ambulante Rehabilitation, psychiatrische Institutsambulanzen, Angebote von Hilfestrukturen außerhalb des medizinischen Systems für psychosoziale Probleme), Angebote der Zusatzversorgung (z.B. Kostenerstattungserfahren) und vielfältige stationäre Behandlungsmöglichkeiten. Des Weiteren wurde auf die gesetzlich-kassenärztliche Versorgung konzentriert und Angebote privater Versicherungen nicht berücksichtigt. Die Bedarfsseite wurde jedoch unabhängig von der Versicherungsart der Teilnehmer untersucht. Da es in diesen Analysen jedoch um relative regionale Unterschiede zwischen verschiedenen Kreistypen geht, ist anzunehmen, dass sich Anteile an privat versicherten Teilnehmern zwischen den Kreisen ausgleichen und somit keinen nennenswerten Einfluss auf die Zusammenhänge haben.

Diese Untersuchungen berücksichtigen außerdem keine regionalen Bedarfsunterschiede in der Art der Behandlung. Zum Beispiel wäre es möglich, dass Regionen die aufgrund des demografischen Wandels durchschnittlich ältere Bewohner hat, nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ andere Bedürfnisse hat als „jüngere“ Regionen.

Prävalenz & Regionale Versorgung

Bei der Interpretation der Daten korrigiert um Mitversorgung muss berücksichtigt werden, dass Mitversorgungsbeziehung zwischen Regionen eine Unterversorgung nur für diejenigen Menschen ausgleicht, die weit entfernte Behandlungsangebote in Anspruch nehmen können. Insbesondere schwer psychisch Erkrankte sind dazu jedoch häufig nicht in der Lage (Czihal et al., 2012; Kluge et al, 2007).

Zudem müsste für eine gerechte Gesamtschau auf die Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden, dass sich Menschen aus höheren sozialen Schichten meist kompetenter Versorgung organisieren können (Thode et al., 2004).

Die Teilnehmeranzahl zwischen den Kreisen schwankt, so dass idealerweise Kreise mit größerer Teilnehmerzahl (und damit schmalere Konfidenzintervall) stärker gewichtet werden müssten. Nichtsdestotrotz haben nur 16% der 139 Kreise eine Teilnehmerzahl unter 20, so dass bei der Mehrzahl der Kreise von einer guten Zuverlässigkeit der Daten ausgegangen werden kann und die Daten somit aggregiert werden können.

Es ist zu beachten, dass sich die Analysen nominell auf die Anzahl Arztsitze pro Kreis beziehen. Es wäre jedoch möglich, dass es regionale Unterschiede in der Auslastung der Kassenarztsitze gibt. Aufgrund mangelnder Datengrundlage und Komplexität dieser Analysen (z.B. ist es fraglich, ob mehr Behandlungsstunden mit mehr versorgten Patienten korrespondiert, bzw. mehr behandelte Patienten mit tatsächlich mehr geleisteten Behandlungsstunden einhergeht) sind zukünftige gesonderte Untersuchungen dieser Fragestellung notwendig.

Die Daten ermöglichten keine genauere Unterscheidung von Nervenärzten, die vorrangig Patienten mit psychischen versus Nervenärzte, die vorrangig Patienten mit neurologischen Erkrankungen versorgen. Da die Tätigkeitsschwerpunkte der Nervenärzte möglicherweise regional bzw. mit den Kreistypen variieren könnten, wäre es möglich, dass in einigen Kreisen die Versorgung psychisch Erkrankter überschätzt wird. Dies sollte in zukünftigen Analysen berücksichtigt werden.

Auch wenn Prävalenzraten psychischer Störungen auf Ebene der Gesamtpopulation über die Zeit nicht dramatisch schwanken (Jacobi et al., 2014), müssen zukünftige Untersuchungen auch den demografischen Wandel berücksichtigen. So sind ggf. Veränderungen der Prävalenz durch Konzentrationen von geflüchteten Menschen in Städten denkbar, oder eine vermehrte (fachlich gerechtfertigte) Inanspruchnahme von Psychotherapie durch ältere Patienten in zukünftigen Kohorten. Auch gesellschaftliche Veränderungen, wie ein Wegfall sozialer Unterstützung oder die Zunahme von Probleme bei der Erfüllung von Rollenerwartungen, vermehrter Anpassungsdruck und damit verbundener chronischer Stress, könnten möglicherweise dazu beitragen, dass zukünftig eine

Prävalenz & Regionale Versorgung

„angeschlagene psychische Gesundheit“ häufiger als bislang in manifeste behandlungsbedürftige psychische Störungen übergehen (OECD, 2012). Dies hätte wiederum Implikationen für die präventive Gesundheitsplanung.

Somit besteht hinsichtlich der Versorgung im Bereich psychischer Störungen nach wie vor ein umfangreicher Forschungsbedarf, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Public-Health-Relevanz dieser Krankheitsgruppe. Hierbei stellt sich die Frage, wer Analysen dieser Art leisten soll – im Vergleich zu anderen „Volkskrankheiten“ existiert in Deutschland kein vergleichbares (Forschungs-) Zentrum für psychische Erkrankungen.

6.3 Interpretation der Ergebnisse und Ausblick

Diese Studie zeigt erstmals anhand epidemiologischer Daten, unter Verwendung standardisierter diagnostischer Kriterien, dass die ambulante (kassenärztliche) psychiatrische und psychotherapeutische Angebotsstruktur in Deutschland auf regionaler Ebene in ihren Variationen wesentlich weniger tatsächlichen Morbiditätsunterschieden entspricht, als dies aus administrativen Statistiken hervorgeht: Die Versorgungsdichten unterscheiden sich so stark, dass diese Variationen auch unter Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen nicht annähernd durch Prävalenzunterschiede erklärt werden kann. Es lässt sich somit zusammenfassen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die bisherige Umsetzung der Bedarfsplanung nur bedingt als bedarfsorientiert gelten kann. Kritisch hinterfragt werden sollten im Zusammenhang mit der aktuellen Bedarfsplanung in Deutschland das sogenannte „Ist=Soll“-Prinzip (Orientierung an bestehenden Strukturen) mit unterschiedlichen Verhältniszahlen für bestimmte Kreistypen und die Abwesenheit von prävalenzbasierten Schätzern, sowie die Zuweisung der Arztsitze „pro Kopf“ trotz Variation der Behandlungsumfänge.

Will man statt der Strukturdaten, die bisher alleinige Zielgröße der Bedarfsplanung sind, die tatsächliche ambulante Versorgungsleistung einer Region erfassen, müssen weitere Faktoren einbezogen werden. Vor allem die Zahl und Schwere der Fälle pro Behandler können sich sowohl regional als auch zwischen den Arztgruppen unterscheiden. Da Daten zu Fallzahlen pro Zeiteinheit (Jahr oder Quartal) nichts über die Behandlungsfrequenz und -intensität dieser Patienten in jenem Zeitraum aussagen, muss zugleich der abgerechnete Leistungsbedarf betrachtet werden.

Abrechnungsdaten belegen für die Gruppe der Nervenärzte gegenüber der Gruppe der Psychotherapeuten dreierlei: a) eine deutlich höhere Anzahl von Fällen bei b) niedrigerem

Prävalenz & Regionale Versorgung

Gesamtleistungsbedarf pro Fall, aber c) einem insgesamt höherem Gesamtleistungsbedarf pro Praxis (Kruse et al., 2012).

Diese Indikatoren des realisierten Versorgungsumfanges unterscheiden sich auch zwischen Regionen. Betrachtet man nur die Zahl der je Arzt pro Quartal behandelten Fälle, z.B. im Vergleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), so behandeln z.B. Psychotherapeuten in hochversorgten KVen nur etwa halb so viele Patienten pro Quartal wie in KVen mit geringerer Arztdichte (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012). Doch muss bei der Bewertung des Tätigkeitsumfanges auch die Behandlungsfrequenz berücksichtigt werden, denn Psychotherapeuten berichten keine relevanten regionalen Unterschiede in der Anzahl wöchentlicher Therapiestunden, und auch im regionalen Honorarumsatz zeigen sich zwischen KVen deutlich geringere Unterschiede als in der Fallzahl (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012; Walendzik et al., 2010). Zur validen Abbildung des tatsächlich realisierten Versorgungsgrades einer Region sind daher weitere Analysen differenzierterer Abrechnungsdaten notwendig.

Wenn der klinische Schweregrad psychischer Störungen zwar auch nicht regional variiert, so ist dessen Ungleichverteilung über die Arzt- und Berufsgruppen der Behandler immer wieder Gegenstand von Debatten zwischen Leistungserbringern und –trägern, u.a. weil die als besonders schwer erachteten Diagnosebereiche Psychose und Sucht vor allem im psychiatrischen Bereich anzutreffen sind [4]. Wird allerdings die Krankheitslast anhand von Aggregated Condition Categories (ACC; auf Basis von Abrechnungsdaten) oder auch der Zahl distinkter Diagnosen pro Patient operationalisiert, finden sich keine bedeutsamen Unterschiede in der psychischen bzw. somatischen Komorbidität der behandelten Fälle zwischen den verschiedenen ärztlichen Behandlern und Psychologischen Psychotherapeuten (Kruse et al., 2012) – wohl aber gegenüber dem durchschnittlichen Fall im kassenärztlichen System, der deutlich weniger belastet erscheint. Aufgrund des größeren Anteils von Patienten im Alter von 55 Jahren und älter behandeln Psychiater und Nervenärzte gegenüber Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten dennoch mehr multimorbide Fälle.

6.3.1 Allokations- oder Ressourcenproblem?

In erster Linie lassen sich anhand der Datengrundlage Aussagen bezüglich der relativen Allokation vorhandener Ressourcen der ambulanten Versorgung ableiten. Ob der absolute Versorgungsumfang im Bereich psychischer Störungen in Deutschland adäquat ist oder nicht, kann aus wissenschaftlicher Sicht nicht hinreichend beantwortet werden. Denn die Definition von „medizinischer Notwendigkeit“, Behandlungsbedarf und dessen Kassenfinanzierung enthält immer gesellschaftspolitische Entscheidungen. Allerdings sollten solche normativen Aushandlungsprozesse vorhandene empirische

Prävalenz & Regionale Versorgung

Evidenzen berücksichtigen. Es soll daher an dieser Stelle auch die Frage diskutiert werden, ob die Unterschiede der Arztdichten eher eine Über- oder Fehlversorgung in den relativ hochversorgten Regionen abbilden, als eine Unterversorgung in den relativ niedrig versorgten Gebieten.

Zunächst kann hierzu konstatiert werden, dass das Hilfe- und Versorgungssystem für den Bereich psychische Gesundheit in Deutschland aus historischer Perspektive – noch vor 30 Jahren wurden viel weniger Psychiater und Psychotherapeuten als ausreichend erachtet (Dilling et al., 1984) – und im internationalen Vergleich (OECD, 2013) quantitativ gut ausgebaut ist. Somit sollten Überlegungen zur Optimierung der Verteilung der vorhandenen Ressourcen den Überlegungen zu einer Mengenausweitung vorangehen.

Allerdings kann argumentiert werden, dass lange Wartezeiten auf einen Termin beim Psychiater oder auf einen Psychotherapieplatz oder die häufige Praxis der Kostenerstattung darauf hinweisen, dass der Behandlungsbedarf durch die aktuell zugelassene Zahl der Spezialisten nicht gedeckt werden kann.

Insbesondere die Anzahl der ambulanten Nervenärzte – unter denen übrigens die im eigentlichen Sinne für psychische Störungen zuständigen Psychiater nur etwa die Hälfte ausmachen – erscheint mit durchschnittlich 5 pro 100.000 Einwohner ausgesprochen niedrig angesichts des großen wahrgenommenen Versorgungsdrucks; so lag etwa die Fallzahl pro Behandler im Jahre 2004 bei über 2600 und war in den 10 Jahren zuvor um 600 gestiegen (Albrecht et al., 2007). In manchen Landkreisen gibt es gar keine Psychiater (mehr); auch dies kann keinesfalls mit „vermindertem Bedarf“ gerechtfertigt werden.

Bei den Psychotherapeuten sitzen, von denen deutlich mehr zur Verfügung stehen, dreht sich die Debatte v.a. um den Tätigkeitsumfang der Behandler. Die durchschnittlich etwa 25 Behandlungsstunden erfüllen zwar die im Bundesmantelvertrag für Ärzte und Psychotherapeuten in der GKV geforderten wöchentlichen 20 Sprechstunden, und die über die reine „Patientenzeit“ hinausgehende Gesamtarbeitszeit wurde mit durchschnittlich 42.7 Stunden ermittelt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014). Allerdings ist für einen psychotherapeutischen Kassensitz eine Maximalauslastung von 36 genehmigungsbedürftigen Psychotherapiestunden (entspricht einer Gesamtarbeitszeit von etwa 54 Stunden/Woche) vorgesehen, um den Psychotherapeuten zu ermöglichen, bei dieser Maximalauslastung das durchschnittliche Gehalt von Fachärzten zu erreichen. Dass diese Maximalauslastung nur von wenigen Psychotherapeuten erbracht wird, wird von der Profession (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013) zum einen damit begründet, dass, mehr als bei anderen Arztgruppen, eine qualitativ hochwertige Tätigkeit ein ungünstigeres Verhältnis zwischen Patientenzeit und Gesamtarbeitszeit durch verwaltende, dokumentierende und

Prävalenz & Regionale Versorgung

qualitätssichernde Tätigkeiten (wie z.B. Supervision, Qualitätszirkel und Fortbildung) mit sich bringt. Zum anderen würden strukturelle Gründe die Maximalauslastung erschweren. Dies betreffe etwa Konsequenzen der rein zeitgebundenen Abrechnungsmöglichkeiten oder Barrieren darin, eine gegebene Unterauslastung eines Kassensitzes auszugleichen (z.B. durch Anstellung eines Kollegen). Der Implikation aus verschiedenen Versorgungsstudien des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), „gute Versorgungsstrukturen [zu] erhalten, in strukturschwachen Gebieten [zu] fördern“, sollte im Bereich der Psychotherapie also hinzugefügt werden, dass der Versorgungsgrad auch in Regionen mit „guten Versorgungsstrukturen“ überschätzt wird.

6.3.2 Versorgung von nicht eigentlich Bedürftigen?

Eine Hypothese von Vertretern der Position, die mit vielen Spezialisten versehenen Regionen seien über- oder fehlversorgt, besagt, dass dort eine angebotsinduzierte Nachfrage geschaffen würde, die auch dazu führe, dass eigentlich nicht behandlungsbedürftige bzw. nicht krankheitswertige Fälle Versorgung in Anspruch nehmen würden (Melchinger, 2012). In der Tat kann dies ein Medikalisierungs-Problem im Sinne einer Delegation von genuin gesellschaftlichen Problemen an das Gesundheitssystem darstellen (vgl. Heinz 2015; Linden, 2013). Betrachtet man aber das Vorliegen einer Diagnose einer psychischen Störung zumindest als Hinweis für Interventionsbedarf, so stützen die vorliegenden Daten die Annahme einer Überversorgung, im Sinne der Behandlung von Gesunden, nicht: Nur bei denjenigen Personen mit Diagnose einer psychischen Störung hängt ein dichteres Versorgungsangebot mit umfangreicherer Inanspruchnahme zusammen, nicht aber bei denjenigen, die Inanspruchnahme eines Spezialisten auch ohne das Vorliegen der Kriterien für eine psychische Störung berichten.

6.3.3 Sind die Befunde spezifisch für psychische Störungen?

Auch wenn andere Aspekte der Daseinsvorsorge, wie etwa das regionale Bruttoinlandsprodukt oder kommunale Investitionen noch stärkere räumliche Disparitäten aufweisen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2015), sollte sich Gesundheitsversorgung ganz allgemein an dem Ideal sozialer Gerechtigkeit und gleicher Gesundheitschancen für alle Menschen im gesamten Bundesgebiet orientieren. Die hier dargestellten Befunde und Probleme sind allerdings nicht spezifisch für den Bereich psychischer Störungen. Eine große – nicht morbiditätsbasierte – Variation von Behandlerdichten gibt es über alle Facharztgruppen hinweg (Albrecht et al., 2015). Auch der zunehmende Anteil an Frauen und eine kohortenspezifischen Lebensplanung, bei der die Maximierung des Einkommens an Bedeutung verliert, ist für alle ärztlichen Berufsgruppen von Relevanz (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015). Auf Seite der Patienten ist die Definition von „Behandlungsbedarf“ oder „medizinischer Notwendigkeit“ auch in anderen Krankheitsgruppen

Prävalenz & Regionale Versorgung

räumlich und zeitlich variabel (Nolting et al., 2013). Insgesamt sollte dabei jedoch berücksichtigt werden, dass die Krankheitslast, die nicht nur individuell sondern auch gesellschaftlich mit psychischen Störungen assoziiert ist, im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen ausgesprochen hoch ist [44] – und damit auch ihr Präventionspotenzial.

6.3.4 Fazit

- Anders als in GKV-Routinedaten weisen die Prävalenzraten psychischer Störungen aus epidemiologischen Bevölkerungsstudien keinen Zusammenhang mit der ambulanten Dichte von Nervenärzten und Psychotherapeuten auf. Die regionale Ungleichverteilung der ambulanten Arztsitze lässt sich also nicht mit entsprechenden Variationen des lokalen Behandlungsbedarfs begründen.
- Für Personen mit psychischen Diagnosen erhöht sich die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen mit zunehmender regionaler Arztdichte; dies gilt jedoch nicht für Personen ohne Diagnose. Dies widerspricht der Hypothese einer “angebotsinduzierten”, ungerechtfertigten Inanspruchnahme in höher versorgten Gebieten.
- Will man den Versorgungsgrad von Regionen als Ganzes valide quantifizieren, müssen neben der hier untersuchten ambulanten Facharztdichte allerdings noch weitere Angebotsstrukturen berücksichtigt werden.

7 Veröffentlichungen

7.1 Artikel in „Die Psychiatrie“

Zum theoretischen Hintergrund des Projekts sowie zu ersten Auswertungen der regionalen Variation auf Behandler-Seite entstand im Rahmen des Projekts bereits eine Publikation unter dem Titel „Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit?“ (Thom et al., 2015) für „Die Psychiatrie“, die im November erschienen ist (vgl. Anhang).

7.2 Beitrag auf dem DGPPN-Kongress 2015

Erste Ergebnisse des Projektes wurden auf dem DGPPN-Kongress (25.-28.11.2015) im Rahmen eines gesundheitspolitischen Forums am 26.11.2015 um 15:30 – 17:00 Uhr vorgestellt.

Die Projekt-Mitglieder freuten sich besonders über die aktive Beteiligung des ZI an dem gemeinschaftlichen Symposium:

Gesundheitspolitischen Forum: „Variationen der regionalen Dichte in der primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen: Echte Bedarfsunterschiede oder Versorgungs-Ungerechtigkeit?“

- *Chair:* Frank Jacobi, Berlin
- *Co-Chair:* Arno Deister, Itzehoe
- *Speaker:* Michael Erhart, Berlin: Regionaldaten als neue Ressource für die Versorgungsforschung & Frank Jacobi, Berlin: Wie gut entsprechen regionale Variationen der Versorgungsdichte regionalen Prävalenzunterschieden?
- *Discussants:* Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Cornelia Goesmann, Hannover; Thomas Uhlemann, Berlin; Martin Driessen, Bielefeld; Ernst Dietrich Munz, Berlin

Abstract: Angesichts der großen Häufigkeit und Krankheitslast psychischer Störungen liegt in ihrer flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems. Der Zugang hängt für Patienten trotz der großen Zahl ambulant tätiger Ärzte in Deutschland maßgeblich vom Wohnort ab, da die lokale Dichte von Haus- und Fachärzten erheblich variiert. Ob diese regionalen Unterschiede in den Angebotsstrukturen durch entsprechende Morbiditätsschwankungen gerechtfertigt sind, wird üblicherweise anhand von GKV-Routinedaten, d.h. im Behandlungsalltag kodierten Diagnosen bewertet. Solche administrative Statistiken sind jedoch auch Abbild von lokalen Diagnose- und Behandlungsgewohnheiten sowie von vorhandenen Angebotsstrukturen selbst. Die Analysen zu regionalen Unterschieden wurden daher komplementär um epidemiologische Daten erweitert, welche die „wahren“ Prävalenzen psychischer Störungen erfassen und damit eine wesentliche Informationsquelle für eine evidenzbasierte Bedarfsplanung darstellen. Mit dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH; N = 4483) wurde regressionsanalytisch untersucht, inwiefern die Dichte der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung (ZI-Versorgungsatlas) mit der „wahren Prävalenz“ psychischer Störungen korrespondiert. Den Erhebungsregionen der DEGS-Studie (163 Kreise und kreisfreie Städte) wurden hierfür jeweils die Arztdichte (Vertragsärzte/100.000 Einwohner) verschiedener Fachgruppen zugeordnet (Hausärzte, Nervenärzte, psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte gesamt). Für die „quasi-regionale“ Auswertung der Daten wurden zudem Mitversorgungsbeziehungen in umliegende Kreise sowie soziodemografische Faktoren berücksichtigt. Die Arztdichten korrelieren in den betrachteten regionalen Einheiten nur geringfügig mit der Prävalenz für psychische Störungen (nicht signifikante Korrelationen um $r=0.1$). Es werden Ergebnisse nach Alterskohorten und für die einzelnen Arztgruppen, sowie auch nach Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen berichtet. So kann die regionale Verteilung auch

Prävalenz & Regionale Versorgung

dann nicht angemessen durch Prävalenzunterschiede erklärt werden, wenn die Mitversorgung benachbarter Kreise berücksichtigt wird. Die Ergebnisse der Studie weisen auf wesentliche Potentiale zur Morbiditätsadjustierung der Bedarfsplanung hin, wobei der Begriff des Behandlungsbedarfs reflektiert werden muss.

7.3 Veröffentlichung im „Nervenarzt“

Die zentralen Hauptergebnisse des Projekts sollen in einer Original-Arbeit mit dem Titel *„Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte“* im „Nervenarzt“ Eingang finden (vgl. Anhang). Das Manuskript wurde im April 2016 angenommen und befindet sich aktuell im Druck.

8 Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Etgeton, S. & Ochmann, R. (2014). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Zugriff am 19.5.2015. Verfügbar unter: https://aerztedichte.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcad/Dokumente/FCG_Aerztedichte_Studie.pdf
- Albrecht, M., Etgeton, S. & Ochmann, R. (2015). *Faktencheck Gesundheit - Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)*. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: <https://aerztedichte.faktencheck-gesundheit.de>
- Albrecht, M., Fürstenberg, T., Gottberg, A. (2007). *Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung*. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.
- Andrews, G. & Henderson, S. (2000). *Unmet Need in Psychiatry*. Cambridge University Press. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511543562>
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1997) Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Göttingen, Hogrefe
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2009). Raumabgrenzungen - Zusammengefasste Kreistypen. Zugriff am 21.7.2015. Verfügbar unter: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raume Beobachtung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Kreistypen_zus/Kreistypen_Zusamm.html
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013). *10 Tatsachen zur Psychotherapie*. BPTK-Standpunkt. Berlin
- Czihal, T., Stillfried, D. & Schallock, M. (2011). Infoblatt: Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zugriff am 19.5.2015. Verfügbar unter: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/Mitversorgung_Bericht_upload20130304.pdf
- DGPPN (Hrsg.). (2013). *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf
- Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R. (1984). Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In: Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R. (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Enke, Stuttgart, S. 1-122.
- Gaebel, W., Zaska, H. & Baumann, A.E. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (s429), 41–45. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00716.x
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). Richtlinie 2011 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2015). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung*. Zugriff am 16.6.2015. Verfügbar unter: http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_bedarfsplanung.pdf
- Heinz, A. (2015). Krankheit vs. Störung: Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. *Der Nervenarzt* 86, 36–41.
- Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen: Das Problem diagnostischer Schwellen. *Der Nervenarzt*, 86 (1), 42–50.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012). *Honorarbericht für das dritte Quartal 2011. Sonderthema: Honorarumsätze im regionalen Vergleich*. KBV, Berlin
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). *Ärzte monitor 2014 Tabellenband*. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH, Bonn.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015) KBV Praxisnachrichten. 16.04.2015. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/html/1150_15039.php. Zugegriffen: 15. April 2016
- Kluge, H., Becker, T., Kallert, T., Matschinger, H. & Angermeyer, M. (2007). Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste - eine Mehrebenenanalyse. *Psychiatrische Praxis*, 34 (1), 20–25.
- Kruse, J., Herzog, W., Hofmann, M., Larisch, A. (2012) *Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland–Formen der Versorgung und ihre Effizienz“*. Heidelberg. Zugriff am 26.05.2016. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf
- Linden, M. (2013). Diagnose „Gesundheit“. *Psychotherapeut*, 58, 249–256.
- Melchinger, H. (2012). Psychotherapie: Unter- oder Fehlversorgung? *Psychosoziale Umschau*, 3, 4–6
- Nolting, H.-D., Zich, K., Deckenbach, B. et al. (2011). *Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- OECD (2012). *Sick on the Job?* OECD Publishing, Paris.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013*. OECD Publishing, Paris
- Ozegowski, S. (2013, April 26). *Regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung: Ausmaß, Ursachen und Reformbedarf einer fehlenden Bedarfsgerechtigkeit der Ärzteverteilung* (Dissertation). Berlin: Technische Universität.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (2), 149–155.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P., Kurth, B.-M. (2004). *Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen*. Robert Koch-Institut, Berlin. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Versorgung/projektbericht.pdf?__blob=publicationFile
- Thom, J., Bretschneider, J., Müllender, S., Becker, M. & Jacobi, F. (2015). Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen - Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? *Die Psychiatrie*, 12, 247–254.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J. (2010). *Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010*. Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Duisburg-Essen. Zugriff am 26.05.2016. Verfügbar unter: https://www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Forschung/Gutachten_DPtV_finalfinalkorr.pdf
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015). Sind niedergelassene Ärzte zu ungleich verteilt? *Faktenblatt*. Verfügbar unter: http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Faktenblatt_Arztverteilung.pdf. Zugegriffen: 15. April 2016

9 Anhänge

9.1 Regressionsergebnisse: Arztdichten mit Prävalenzen

Tabelle 10: Robuste Regressionsrechnung der 12-Monatsprävalenz für psychische Störungen (ohne Nikotinabhängigkeit) (UV) mit der Arztdichte (AV) über Kreise und kreisfreie Städte in DEGS1 (n=139).

	Coef.	SE	beta	p	R ²
Nominelle Arztdichte					
Hausärzte ¹	0.039	0.053	0.062	0.458	0.004
Nervenärzte ²	0.019	0.022	0.069	0.391	0.005
Psychotherapeuten ³	0.020	0.121	0.013	0.866	0.000
Spezialisten ⁴	0.039	0.138	0.022	0.777	0.001
Ärzte gesamt ⁵	0.275	0.378	0.058	0.468	0.003
... korrigiert um Mitversorgung					
Hausärzte ¹	0.045	0.049	0.075	0.359	0.006
Nervenärzte ²	0.018	0.014	0.113	0.185	0.013
Psychotherapeuten ³	0.013	0.083	0.013	0.877	0.000
Spezialisten ⁴	0.028	0.095	0.024	0.768	0.001
Ärzte gesamt ⁵	0.258	0.205	0.105	0.210	0.011

Anmerkungen: ¹ Hausärzte: 1) Fachärzte für Allgemeinmedizin, 2) Praktische Ärzte und 3) Internisten mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung; ² Nervenärzte: 1) Nervenärzte, 2) Neurologen, 3) Psychiater und 4) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; ³ Psychotherapeuten: 1) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, 2) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3) Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4) Psychologische Psychotherapeuten und 5) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; ⁴ Spezialisten = Psychotherapeuten + Nervenärzte; ⁵ alle Fachgruppen.

9.2 Regressionsergebnisse: Arztdichten mit Störungsanzahl

Tabelle 11: Robuste Regressionsrechnung mittlere Störungsanzahl (ohne Nikotinabhängigkeit) (UV) mit der Arztdichte (AV) über Kreise und kreisfreie Städte in DEGS1 (n=139).

	Coef.	SE	beta	p	R ²
Nominelle Arztdichte					
Hausärzte ¹	2.435	2.132	0.109	0.255	0.012
Nervenärzte ²	1.640	0.801	0.171	0.043	0.029
Psychotherapeuten ³	9.063	5.933	0.167	0.129	0.028
Spezialisten ⁴	10.703	6.623	0.173	0.108	0.030
Ärzte gesamt ⁵	27.817	16.259	0.167	0.089	0.028
... korrigiert um Mitversorgung					
Hausärzte ¹	1.660	1.692	0.078	0.328	0.006
Nervenärzte ²	1.249	0.477	0.219	0.010	0.048
Psychotherapeuten ³	6.414	3.527	0.177	0.071	0.031
Spezialisten ⁴	7.409	4.074	0.178	0.071	0.032
Ärzte gesamt ⁵	19.715	8.656	0.227	0.024	0.052

Anmerkungen: ¹ Hausärzte: 1) Fachärzte für Allgemeinmedizin, 2) Praktische Ärzte und 3) Internisten mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung; ² Nervenärzte: 1) Nervenärzte, 2) Neurologen, 3) Psychiater und 4) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; ³ Psychotherapeuten: 1) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, 2) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3) Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4) Psychologische Psychotherapeuten und 5) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; ⁴ Spezialisten = Psychotherapeuten + Nervenärzte; ⁵ alle Fachgruppen.

9.3 Regressionsergebnisse: Arztdichten mit besonderem Behandlungsbedarf

Tabelle 12: Robuste Regressionsrechnung der Prävalenz für besonderen Behandlungsbedarfs (UV) mit der Arztdichte (AV) über Kreise und kreisfreie Städte in DEGS1 (n=139).

	Coef.	SE	beta	p	R ²
Nominelle Arztdichte					
Hausärzte ¹	0.007	0.075	0.007	0.930	0.000
Nervenärzte ²	0.001	0.031	0.002	0.979	0.000
Psychotherapeuten ³	0.076	0.200	0.031	0.706	0.001
Spezialisten ⁴	0.077	0.227	0.028	0.736	0.001
Ärzte gesamt ⁵	0.053	0.543	0.007	0.922	0.000
... korrigiert um Mitversorgung					
Hausärzte ¹	0.008	0.064	0.009	0.899	0.000
Nervenärzte ²	0.007	0.021	0.026	0.754	0.001
Psychotherapeuten ³	0.146	0.149	0.091	0.326	0.008
Spezialisten ⁴	0.118	0.170	0.064	0.490	0.004
Ärzte gesamt ⁵	0.265	0.347	0.069	0.446	0.005

Anmerkungen: ¹ Hausärzte: 1) Fachärzte für Allgemeinmedizin, 2) Praktische Ärzte und 3) Internisten mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung; ² Nervenärzte: 1) Nervenärzte, 2) Neurologen, 3) Psychiater und 4) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; ³ Psychotherapeuten: 1) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, 2) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3) Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4) Psychologische Psychotherapeuten und 5) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; ⁴ Spezialisten = Psychotherapeuten + Nervenärzte; ⁵ alle Fachgruppen.

9.4 Tabelle: Kennwerte der Arztdichten nach Kreistyp.

Kennwerte der Arztdichten nach Kreistypen (Kreise und kreisfreie Städte in DEGS1, N=139).

	Zentrum ⁶ (N ⁷ = 31)					Ergänzungsgebiet zum Zentrum (N = 22)					Engerer Verflechtungsraum (N = 14)					Weiterer Verflechtungsraum (N=32)					Gemeindeverbände außerhalb von Großstadtreigionen (N= 40)				
	M ⁸	SD ⁹	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	
Hausärzte ¹	67.4	6.3	52.2	81.0	60.9	5.9	52.8	71.6	61.2	7.4	49.4	82.3	61.9	6.8	50.0	80.0	64.9	7.0	55.5	84.8					
... korrigiert um MVR	62.8	6.2	42.4	76.2	61.4	5.9	49.7	70.5	65.9	11.3	52.8	97.4	63.5	5.7	53.3	76.2	65.1	6.0	52.0	80.0					
Nervenärzte ²	9.6	2.2	4.1	14.0	5.5	2.2	3.2	10.0	4.8	2.7	2.6	13.2	4.0	1.0	1.4	6.7	4.3	2.4	0.0	14.3					
... korrigiert um MVR	7.6	1.6	4.5	10.2	5.6	1.7	2.9	9.1	6.1	1.6	3.7	9.5	4.8	1.1	1.8	6.9	4.5	1.2	2.6	7.8					
Psychotherapeuten ³	44.5	14.8	16.1	72.8	28.8	19.6	14.9	94.0	16.7	5.1	9.4	28.2	13.8	5.5	3.6	25.6	14.5	9.5	1.9	57.3					
... korrigiert um MVR	33.7	11.7	17.7	58.0	29.6	11.2	14.6	48.1	24.1	4.0	17.4	29.5	18.2	7.6	6.4	44.3	16.8	8.1	3.7	49.5					
Spezialisten ⁴	54.1	16.0	20.2	84.4	34.3	21.4	19.0	102.6	21.5	6.7	12.0	34.8	17.7	5.9	6.5	29.8	18.8	10.9	2.7	61.5					
... korrigiert um MVR	41.6	12.9	22.2	67.3	34.4	12.2	17.8	57.5	29.6	5.4	23.6	40.9	22.3	7.5	10.0	46.1	21.8	10.7	6.9	63.0					
Ärzte gesamt ⁵	235.2	38.9	138.7	330.5	166.8	41.5	133.8	281.4	140.9	35.2	104.1	247.4	133.5	18.9	95.9	190.8	144.5	40.5	84.6	316.8					
... korrigiert um MVR	188.4	26.7	129.6	254.2	162.4	28.2	99.8	218.5	174.2	32.1	144.3	273.3	151.9	15.8	126.7	190.9	148.5	15.8	103.3	181.9					

Anmerkungen: Eigene Berechnungen nach Daten von www.versorgungsatlas.de; Arztdichte pro 100.000 Einwohner aus dem Jahr 2012; Korrektur der Arztdichten um die von den Bewohnern einer Region tatsächlich in Anspruch genommenen, abgerechneten Leistungen durch Daten der Mitversorgung aus dem Jahr 2008; Datengrundlage: Kreise entsprechend der 139 Kreise und kreisfreien Städte der 180 DEGS Sample Points nach Gebietsstand 31.12.2008; Definition der Arztgruppen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2012); Ärzte werden entsprechend ihrer Bedarfsplanungsgewichte (ggf. mit hälftigem Kassenarztsitz) gezählt, nicht als Personen; ¹ Hausärzte; 1) Fachärzte für Allgemeinmedizin, 2) Praktische Ärzte und 3) Internisten mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung; ² Nervenärzte; 2) Neurologen, 3) Psychiater und 4) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; ³ Psychotherapeuten; 1) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, 2) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3) Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4) Psychologische Psychotherapeuten und 5) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; ⁴ Spezialisten = Psychotherapeuten + Nervenärzte; ⁵ alle Fachgruppen; ⁶ Definition der Kreistypen nach Großstadtreigionen gemäß (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2009; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015); ⁷ Anzahl der Sample Points; ⁸ Mittelwert; ⁹ Standardabweichung

9.5 Publikationen (Volltext)

Thom, J., Bretschneider, J., Müllender, S., Becker, M. & Jacobi, F. (2015). Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen - Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsgerechtigkeit? *Die Psychiatrie*, 12, 247–254.

Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U., Maier, W. (in press). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Der Nervenarzt*.

Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U., Maier, W. (2016). *Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte*. Poster präsentiert auf dem 34. Symposium der Fachgruppe klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, 4.-7.5.2016.



Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen

Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit?

J. Thom; J. Bretschneider; S. Müllender; M. Becker; F. Jacobi

Psychologische Hochschule Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie (Leitung: Prof. Dr. Frank Jacobi)

Schlüsselwörter

Regionale Unterschiede, ambulante Versorgung, Prävalenz psychischer Störungen, bedarfsgerechte Versorgung

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Zugang zum Versorgungssystem hängt für Menschen mit psychischen Störungen maßgeblich vom Wohnort ab, da die Dichte von Haus- und Fachärzten in Deutschland erheblich variiert. Ob die regionalen Unterschiede in den Angebotsstrukturen entsprechende Unterschiede auf der Nachfrageseite reflektieren, ist bisher nicht eindeutig zu beantworten. **Ziel:** Im vorliegenden Artikel werden die räumlichen Disparitäten in der ambulanten Arztdichte von Hausärzten, Nervenärzten und Psychotherapeuten in Deutschland dargestellt und hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit diskutiert. Dazu müssen Versorgungsunterschiede mit dem Krankheitsstatus und der Krankheitslast einer Region in Bezug gesetzt werden. **Ergebnis:** Die Nutzung von Diagnoseraten aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen zu diesem Zweck zeigt Zusammenhänge zwischen Angebotsstrukturen und Morbidität, die in ihrer Aussagekraft jedoch limitiert sind. Hier bieten Auswertungen epidemiologischer Studien, die die „wahren“ Prävalenzen von psychischen Störungen untersuchen, einen wesentlichen Beitrag für eine evidenzbasierte Bedarfsplanung.

Keywords

Regional variation, outpatient care, prevalence of mental disorders, need-based health care planning

Summary

Background: Access to health care by patients with mental disorders depends heavily on the location of their residence as density of primary and specialist care physicians vary significantly between regions in Germany. Whether regional differences in supply structures reflect corresponding differences in demand is still unclear. **Aim:** The present paper presents and discusses spatial disparities in the density of outpatient primary and secondary physicians including psychotherapists with regard to patients' need. This requires linking differences in health care to health status of the regional population and regional burden of disease. **Result:** Routine data such as diagnose rates from statutory health insurance indicate a relation between provider structures and morbidity, which is however limited in its explanatory power. In contrast, epidemiological studies investigating „true“ prevalence rates of mental disorders would offer a substantial contribution to evidence-based health care planning.

[Regional variations in outpatient primary and specialist health care for mental disorders. Regional need differences or inequity in health care?](#)

Die Psychiatrie 2015; 12: 247–254

Eingegangen: 22. Juli 2015

Angenommen: 21. September 2015

„In health care, geography is destiny“ (John E. Wennberg): Das Problem regionaler Unterschiede im Bereich psychischer Störungen

Ein Gesundheitssystem, das den Menschen (in Person des Patienten) im Mittelpunkt sieht, orientiert sich an einer flächendeckenden, wohnortnahen und dem Bedarf entsprechenden Versorgung und bildet sich daher in der lokalen Dichte und Erreichbarkeit von Ärzten ab. Dass diese in Deutschland beträchtlich variieren, gibt Anlass zur Diskussion und wird von Patienten als ungerecht erlebt (1, 2). Für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen erscheinen diese regionalen Unterschiede im Behandlungsangebot besonders erklärungs- und veränderungsbedürftig, da deren Bedeutung im Versorgungsgeschehen wächst (3), während die Behandlungsrate weiterhin gering ist (4). Besonders für schwer psychisch kranke Menschen gibt es Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit der zunehmenden Wegstrecke zum Behandler sinkt (5). Auch Kostenträger und Leistungserbringer sind sich einig, dass der Zugang bedarfsorientiert verbessert werden muss (6).

Gründe, die eine regionale Ungleichverteilung von Versorgungsangeboten rechtfertigen können

Eine regionale Ungleichverteilung von Versorgungsangeboten kann adäquat sein (7), wenn...

- ... die tatsächliche Krankheitshäufigkeit und -schwere regional variieren,
- ... mangels Evidenzbasierung keine Aussage über die Angemessenheit der Versorgung gemacht werden kann und somit z.B. lokale Behandlungskulturen akzeptabel sind (im Bereich psychischer Störungen existieren allerdings ausreichende Belege evidenzbasierter Behandlungsoptionen) (8–10), oder
- ... sich im Falle mehrerer Behandlungsoptionen Patientenpräferenzen regional unterscheiden.

Alle anderen regionalen Versorgungsunterschiede sind demnach ungerechtfertigt – und damit unerwünscht, weil mit negativen Folgen assoziiert: Sie belasten die betroffenen Regionen durch Über-, Unter- oder Fehlversorgung und verschärfen die räumliche Segregation durch Abwanderungsbewegungen (11).

Lokale Patientenpräferenzen

Regionale Variationen in den Präferenzen von Patienten mit psychischen Störungen können sich unterschiedlich niederschlagen:

- 1) Kollektive Einstellungen gegenüber psychisch Kranken könnten regional variieren, z.B. durch lokale Kampagnen gegen Stigmatisierung psychischer Störungen, die Betroffene nach wie vor im Hilfesuchverhalten hemmt (12).
- 2) Behandlungspräferenzen könnten regional schwanken. Dies scheint in internationalen Studien zu somatischen Erkrankungen aber vernachlässigbar (13). Auch in Deutschland geben 60% der Befragten an, keine Vorliebe für die Behandlung durch einen Arzt oder Psychotherapeuten zu haben (14).
- 3) Dies ist allerdings auch Ausdruck eines in der Bevölkerung nach wie vor begrenzten Wissens um psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten (8, 14).
- 4) Im Spiegel der Inanspruchnahme von Behandlungen, die für psychische Störungen seit Ende der 1990er-Jahre insgesamt zugenommen hat, zeigen sich keine bedeutsamen regionalen Präferenzunterschiede für die beteiligten Arztgruppen, abgesehen davon, dass Hausärzte im ländlichen Raum häufiger aufgesucht werden (was die zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen reflektiert) (15).

Insgesamt scheinen lokale Patientenpräferenzen keine ausreichende Legitimation für starke regionale Schwankungen der Arztdichte zu bieten.

Mangelnder Konsens hinsichtlich „Behandlungsbedarf“

Für die Bewertung von Versorgungsstrukturen hinsichtlich ihrer Bedarfsgerechtigkeit fehlt es im Bereich psychischer Störungen an einer allgemeingültigen Definition des Bedarfsbegriffes (16, 17). Ein solcher beinhaltet neben einer F-Diagnose:

- 1) eine klinisch relevante Beeinträchtigung,
- 2) das Vorhandensein effektiver Behandlungsmaßnahmen sowie
- 3) die subjektive Wahrnehmung von Behandlungsbedürftigkeit durch die Betroffenen und deren Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen (18).

Hiervon zu unterscheiden sind patientenseitige Nachfrage und Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen. Die Darstellungen zur regionalen Morbidität im Abschnitt „Regionale Unterschiede der Prävalenzen psychischer Störungen“ reflektieren demnach nur einen Aspekt von Behandlungsbedarf.

Tab. 1 Regionale Variationen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung auf Kreisebene (nach www.versorgungsatlas.de und eigenen Berechnungen)

Table 1 Regional variations in health care (county level)

	Max.	Min.	Range	Mean	SD ⁴	1. Quartil	2. Quartil (Median)	3. Quartil	IQR ⁵
Hausärzte ¹ n = 52 262	96,2	50,0	46,2	64,6	7,5	59,4	64,2	68,3	8,9
Nervenärzte ² n = 4 729	17,9	0,0	17,9	5,4	3,1	3,5	4,3	6,2	2,7
Psychotherapeuten ³ n = 22 201	129,7	1,7	128,0	22,3	16,9	12,3	16,5	25,1	12,8

Arztdichte pro 100 000 Einwohner aus dem Jahr 2013; Kreise entsprechend der 413 Kreise und kreisfreien Städte nach Gebietsstand 31.12.2008; Definition der Arztgruppen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie (21); Ärzte werden entsprechend ihrer Bedarfsplanungsgewichte (ggf. mit hälftigem Kassenarztsitz) gezählt, nicht als Personen; ¹Hausärzte: 1) Fachärzte für Allgemeinmedizin, 2) Praktische Ärzte und 3) Internisten mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung; ²Nervenärzte: 1) Nervenärzte, 2) Neurologen, 3) Psychiater und 4)

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; ³Psychotherapeuten: 1) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, 2) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3) Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4) Psychologische Psychotherapeuten und 5) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; ⁴Standardabweichung; ⁵IQR = Interquartil-Ränge, beschreibt die mittleren 50% der Werte und berechnet sich als Differenz zwischen 3. Quartil und 1. Quartil

Regionale Unterschiede im ambulanten Versorgungsangebot in Deutschland

Verteilung von Haus- und Fachärzten

Insgesamt ist die Zahl aller ambulant tätigen Ärzte seit 1990 um mehr als 50% gestiegen (19). Im internationalen Vergleich der Arztdichte liegt Deutschland im oberen Drittel (20). Für den einzelnen Patienten hängt der Zugang zum Gesundheitssystem jedoch nicht von den absoluten Zahlen allein ab, sondern maßgeblich von ihrer regionalen Verteilung. Im Folgenden werden primär- und fachärztliche Versorgung durch niedergelassene und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten im ambulanten Sektor betrachtet.

Für die an der Behandlung psychischer Störungen im engeren Sinne beteiligten Arztgruppen sind starke Unterschiede zwischen den 413 Kreisen und kreisfreien Städten (im Folgenden: Kreise) zu konstatieren (Tab. 1), wie die Spannweiten und Besetzungen der Quartile erkennen lassen.

Für die Hausärzte fällt die Ungleichverteilung geringer aus als bei den Fachärzten. Das bekannte Stadt-Land-Gefälle zeigt sich besonders in den neuen Bundesländern, aber auch großen Teilen des Flächenlandes Niedersachsens, wohingegen der Süden Deutschlands auch auf dem Land deutlich besser versorgt ist.

In der Gruppe der Fachärzte sind die regionalen Unterschiede dagegen deutlich größer, insbesondere bei den Psychotherapeuten. Besonders die 25% der Kreise mit der

höchsten Dichte an Nervenärzten und Psychotherapeuten tragen hierbei zur großen Streuung bei. Deren regionale Verteilungen zeigen folgendes Bild (Abb. 1 a und b).

Für die Nervenärzte finden sich deutliche Unterschiede zwischen Regionen je nach deren Siedlungsstrukturen. So weisen die Kernstädte (allen voran die Stadtstaaten und Universitätsstädte) mit durchschnittlich gerundet 9 Nervenärzten pro 100 000 Einwohner die höchste Dichte auf, wohingegen in allen anderen drei Kreistypen deutlich weniger Nervenärzte praktizieren (verdichtetes Umland = 5; ländliches Umland = 4, ländlicher Raum = 5). Mit einer Streuung von 3 Ärzten pro 100 000 Einwohner sind die ländlichen Räume dabei sehr unterschiedlich versorgt.

Die regionale Verteilung der Psychotherapeuten lässt neben der Konzentration in den urbanen Räumen auch die ehemalige innerdeutsche Grenze und ein Nord-Süd-Gefälle erkennen: So versorgen in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen nur durchschnittlich 14 Psychotherapeuten 100 000 Einwohner, in Baden-Württemberg, Bayern und Hessen dahingegen 30. Unter allen Bundesländern weisen die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen mit durchschnittlich 56 die höchste Psychotherapeutendichte auf. Auf Kreisebene gibt es auch höhere Werte bis hin zu Ausreißern, die mehr als das Doppelte betragen (Heidelberg mit 130 und Freiburg mit 116 Psychotherapeuten pro 100 000 Einwohner).

In den alten Bundesländern ist die Psychotherapeutendichte im Schnitt doppelt so hoch wie in den neuen. Allerdings finden sich auch innerhalb von Bundesländern große Disparitäten (vgl. Nord- vs. Südbayern).

Mitversorgungseffekte

Da Fachärzte rund ein Drittel ihrer Leistungen in umliegende Kreise exportieren bzw. Patienten diese durch Aufsuchen von Behandlern jenseits ihres Wohnortes importieren, müssen Mitversorgungsbeziehungen zwischen Regionen bei der Analyse des Versorgungsangebotes kontrolliert werden (22). Diese unterscheiden sich erwartungsgemäß zwischen Ballungszentren und dünner besiedelten Räumen.

In Abbildung 2 wird dieser Effekt illustriert:

- Betrachtet man statt der strukturellen Arztdichten (Abb. 2a) die korrigierte Zahl der Ärzte, die von den Bewohnern einer Region tatsächlich in Anspruch genommen wurde (Abb. 2b), verringert sich die Variation zwischen den Kreistypen. Stehen in Kernstädten z.B. durchschnittlich 26 Psychotherapeuten pro 100 000 Einwohner mehr zur Verfügung als im verdichteten Umland, so sind es unter Berücksichtigung der Mitversorgung nur noch 10.
- Auch die Varianz innerhalb der einzelnen Arztgruppen (Streubreite, Extremwerte) ist bei Berücksichtigung der

Mitversorgungsbeziehungen in Abbildung 2b gegenüber Abbildung 2a deutlich reduziert: für die Dichte an Psychotherapeuten und Nervenärzten verringert sie sich um 60% im Vergleich zur strukturellen Arztdichte.

- Insbesondere Kernstädte exportieren Behandlungsleistungen; die anderen drei Kreistypen sind vorrangig Importeure. Entsprechend verringert sich die Nervenarztdichte in Kernstädten unter Berücksichtigung der Mitversorgung um 22%.
- Dennoch wird sichtbar, dass Mitversorgungsbeziehungen nicht ausreichen, um die Niveauunterschiede zwischen urbanen und ländlichen Räumen zu kompensieren. So ist die Psychotherapeutendichte in Kernstädten mit durchschnittlich 34 Psychotherapeuten/100 000 Einwohner auch unter der Berücksichtigung von Mitversorgung etwa doppelt so hoch wie im ländlichen Umland ($M = 18$) und im ländlichen Raum ($M = 16$).

Grundsätzlich sind Mitversorgungsbeziehungen allerdings nicht eindeutig zu interpretieren, da sie einerseits eine planmäßige Dienstleistung regionaler Zentren für ländlichere Räume umfassen, andererseits aber auch Anzeichen

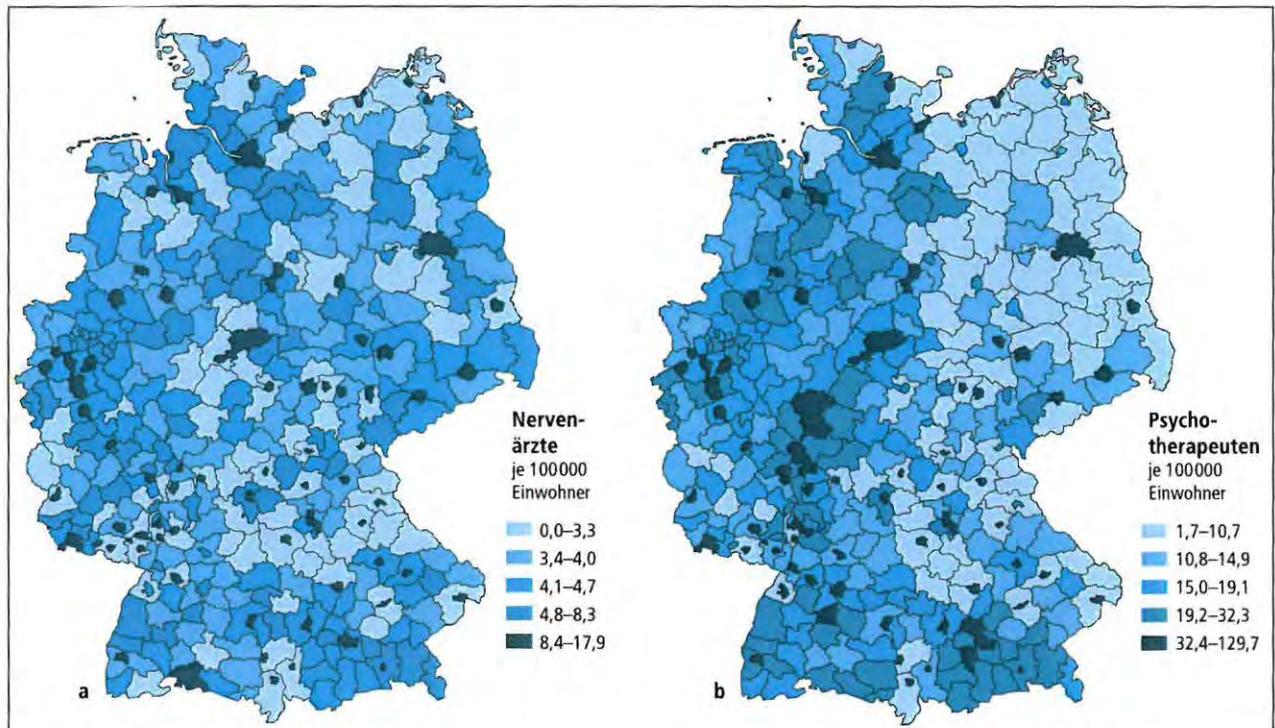


Abb. 1 Nervenärzte je 100 000 Einwohner auf Kreisebene (Quintile) (a); Psychotherapeuten je 100 000 Einwohner auf Kreisebene (Quintile) (b) im Jahr 2013 (nach www.versorgungsatlas.de)

Fig. 1 Neurologists/Psychiatrists per 100 000 inhabitants (county level) (a); Psychotherapists per 100 000 inhabitants (county level) (b) in the year 2013

von lokaler Unterversorgung und mangelnder Wohnortnähe sowie Patientenpräferenzen (z.B. von Pendlern) sein können.

Weitere Faktoren zur Bestimmung des regionalen Versorgungsgrades

Will man den ambulanten Versorgungsgrad einer Region als Ganzes valide abbilden, müssen neben der Arztdichte weitere Faktoren berücksichtigt werden:

- 1) Erreichbarkeit von Ärzten als Entfernung zwischen Patientenwohn- oder Arbeitsort und Praxisstandort in Kilometern,
- 2) tatsächlich geleisteter Versorgungsumfang pro Vertragsarztsitz,
- 3) Angebote der Zusatzversorgung, z.B. im sogenannten Kostenerstattungsverfahren für Psychotherapie,
- 4) Substitutionseffekte durch stationäre Behandlungen,
- 5) Angebote weiterer ambulanter medizinischer Versorgungsstrukturen wie z.B. ambulante Rehabilitation und psychiatrische Institutsambulanzen und
- 6) Angebote durch Hilfsstrukturen außerhalb des medizinischen Systems für psychosoziale Probleme, die nicht eigentlich die Diagnose und Behandlung einer psychischen Störung rechtfertigen.

Es ist anzunehmen, dass diese Faktoren ebenfalls regionale Konzentrationen aufweisen.

Erklärungen für regionale Unterschiede der ambulanten Arztdichte

Dass es regionale Unterschiede in der Arztdichte gibt, überrascht angesichts der in Deutschland angewandten Form der Bedarfsplanung nicht: Die viel kritisierte Quotenregelung erhob die bei ihrer Einführung in den 1990er-Jahren bestehenden Arztdichten zur Norm. Das führte dazu, dass bis zur Reform 2013 z.B. Psychotherapeuten in ländlichen Räumen im Gegensatz zu ihren Kollegen in Großstädten noch planmäßig die 9-fache Anzahl an Einwohnern versorgen mussten (24). Während diese Zahlen bis heute die Versorgungsrealität prägen, gesteht die reformierte Richtlinie Menschen in Großstädten die doppelte Zahl von Nervenärzten und Psychotherapeuten zu (21). Hausärzte werden seitdem mit einer bundesweit einheitlichen Verhältniszahl geplant.

Sowohl Bedarfsplanungsvorgaben als auch die realisierte Ortspräferenz von Ärzten spiegeln den Prozess der (Re-) Urbanisierung wider: Junge Ärzte und Psychotherapeuten leben lieber in den Städten (11, 25), besonders die Häufigkeit von Fachärzten korreliert mit der Nähe zu Universitätskliniken und dem Anteil an Privatversicherten in einer Region (26).

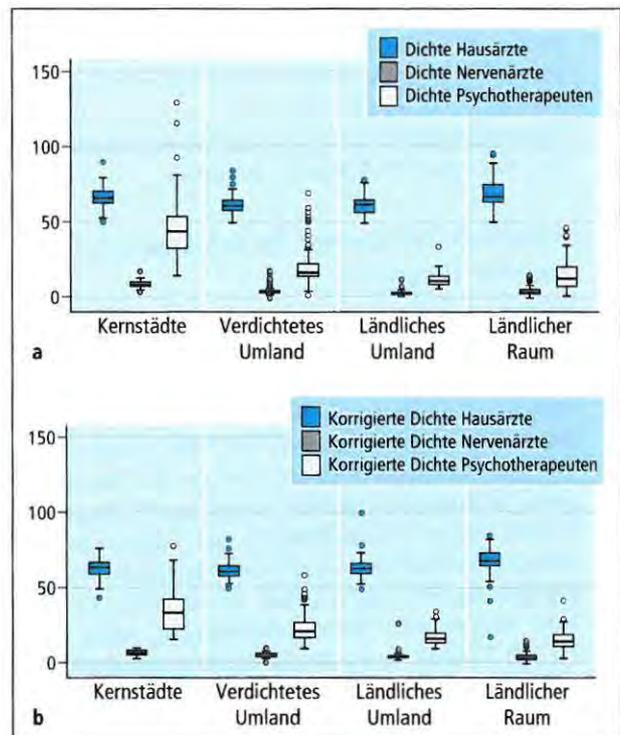


Abb. 2 Arztdichtevariationen (Erläuterungen siehe Tab. 1) zwischen den Kreistypen ohne Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen (a); Arztdichtevariationen zwischen den Kreistypen unter Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen (Korrektur um die von den Bewohnern einer Region tatsächlich in Anspruch genommenen, abgerechneten Leistungen) (b) (nach www.versorgungsatlas.de und eigenen Berechnungen); Anmerkungen: vgl. Tabelle 1, Definition der Kreistypen gemäß Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (23), Daten der Mitversorgung aus dem Jahr 2008

Fig. 2 Variation of density of physicians (county level)

Regionale Versorgungsunterschiede im Rahmen des Bedarfsplanungsparadigmas zu bewerten (27) erlaubt in Anbetracht des Zustandekommens der Verhältniszahlen keine Aussagen über deren Bedarfsangemessenheit – auch wenn die ambulanten Niederlassungsmöglichkeiten auf diese Weise ermittelt werden (28).

Regionale Unterschiede der Prävalenzen psychischer Störungen

Grundsätzlich sind regionale Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen denkbar, sowohl was ihre Häufigkeit als auch ihren Schweregrad (z.B. Chronizität, Komorbidität, Funktionseinschränkungen) betrifft. Ihre Entstehung und Aufrechterhaltung ist durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Schutz- und Risikofaktoren

bedingt. So sind Affektive Störungen beispielsweise mit einem niedrigen sozioökonomischen Status assoziiert, Frauen häufiger als Männer und jüngere Erwachsene häufiger als Personen im Rentenalter betroffen (29). Regionale Schwankungen in der Verteilung solcher Faktoren können eine Variation der Prävalenz bewirken.

Administrative Daten: Im Versorgungsalltag kodierte Diagnosen

Regionalanalysen stellen ein relativ neues Feld in der Versorgungsforschung dar und erfolgen üblicherweise auf der Grundlage administrativer Daten der gesetzlichen Krankenkassen, welche die im Versorgungsalltag gestellten Diagnosen enthalten (Sekundärdaten, vgl. [30]). Erfasst werden hier nur gesetzlich Krankenversicherte, die das Versorgungsangebot wahrnehmen und bei denen eine F-Diagnose nach ICD-10 kodiert wird. Reliabilität und Validität der zugrundeliegenden Diagnostik sind dabei fraglich, insbesondere im primärärztlichen Bereich, und die erfassten Prävalenzen vom vorhandenen Versorgungsangebot selbst abhängig (31–33). Weitere Verzerrungen ergeben sich durch die Vernachlässigung der Privatversicherten (11% aller Versicherten), die seltener einen Allgemeinarzt oder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie aufsuchen (15). Auch Versorgungsstrukturen und -leistungen anderer Träger, z.B. der Renten- und Unfallversicherungen sowie Hilfen nach Sozialgesetzbuch XII sind hier nicht berücksichtigt.

Administrative Daten dokumentieren erhebliche regionale Variationen in den erfassten Häufigkeiten psychischer Störungen. Besonders umfassend ist dies für depressive Störungen dokumentiert (32, 34, 35). So werden Depressionen im Kreis mit der höchsten Diagnoserate dreimal häufiger kodiert als im Kreis mit der niedrigsten Rate (32).

Es zeigen sich ausgeprägte Ost-West-Unterschiede in der Diagnoserate psychischer Störungen sowie im Fehlzeitgeschehen, wonach die alten Bundesländer stärker betroffen sind (32, 34, 36–39), sowie ein Stadt-Land-Gefälle: Im Vergleich zu ländlichen Regionen werden psychische Störungen in Kernstädten wie Berlin und Hamburg häufiger diagnostiziert (32, 34, 35, 37, 39). Diagnostizierte Depressionen sind zudem in süddeutschen Kreisen gehäuft (32, 35), kleinräumigere Variationen gibt es auch innerhalb von Städten und Kreisen (40, 41).

Zusammenhänge zwischen regionalen Diagnoseraten und Angebotsstrukturen

Studien zum Verhältnis zwischen regionalen Diagnoseraten und Angebotsstrukturen dokumentieren übereinstimmend einen positiven Zusammenhang: Auf Kreisebene ist die Depressionsrate sowohl mit der Dichte der Hausärzte ($r=0,37$) als auch der der psychiatrischen Fachärzte

($r=0,28$) und der Psychotherapeuten ($r=0,22$) assoziiert ([32], vgl. auch [34, 35]). Dieser Befund darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Arztdichten auch nach Bedarfsadjustierung anhand von Abrechnungsdaten zwischen den Kreisen sehr ungleich verteilt sind. So erklären die Angebotsstrukturellen Variationen jeweils nur einen kleinen Teil der regionalen Unterschiede der administrativen Depressionsraten (32, 34). Dies gilt am stärksten für die Fachgruppe der Psychotherapeuten, gefolgt von Nervenärzten, auch nach Kontrolle von Mitversorgungsbeziehungen (42).

Zusammenhänge zwischen lokalen Angebotsstrukturen und Diagnoseraten

Zur Interpretation dieses Zusammenhanges von Angebotsstrukturen und Diagnoseraten bieten sich mehrere Ansätze (43):

- Die Korrelationen könnten eine potenziell adäquate Anpassung der Angebotsstrukturen an tatsächliche Prävalenzschwankungen bedeuten.
- In Regionen mit höherer Dichte erfolgt möglicherweise eine validere Diagnostik, so dass die Betroffenheit der Region besser abgebildet werden kann.
- Die Nachfrage könnte aber auch – möglicherweise inadäquat – durch das lokale Versorgungsangebot selbst hervorgerufen werden. So ist bei einer höheren Versorgerdichte z.B. eine Überdiagnostizierung von leichten oder unspezifischen Depressionen denkbar. Allerdings wurde gerade in Gegenden mit wenigen Spezialisten für psychische Störungen ein epidemiologisch nicht zu erwartend hoher Anteil unspezifisch kodierter Depressionsdiagnosen (ICD-10: F32.8/9, F33.8/9) berichtet, wobei 80% dieser Diagnosen von Hausärzten gestellt wurden (32).
- Umgekehrt kann eine regional bessere Versorgungssituation (z.B. durch verbesserte Prävention oder frühzeitige Behandlungseinleitung) zu einer lokal geringeren Fallzahl führen.
- Auch indirekte Zusammenhänge vermittelt durch Einstellungen auf Patienten- und Behandlerseite sind denkbar: In einer hochversorgten Region gehen Patienten eventuell eher zum Behandler, weil die Schwelle niedriger erscheint, und Ärzte stellen vermehrt F-Diagnosen, weil eine Überweisung zum Spezialisten aufgrund der guten Versorgungssituation möglich ist.

Resümee: Datenbasis um epidemiologische Daten erweitern

Zusammenfassend ergeben die Analysen anhand administrativer Daten bereits mehrere Hinweise auf ungerechtfertigt

tigte – bzw. ungerechte – Variationen der Versorgung psychischer Störungen – wobei unklar ist, ob es sich hierbei eher um Allokations- oder Ressourcenprobleme handelt. Zur Beurteilung der regionalen Passung des Versorgungsangebots anhand der „wahren“ Prävalenz bedarf es darüber hinaus epidemiologischer Untersuchungen, welche die Häufigkeit psychischer Störungen standardisiert und unabhängig vom Inanspruchnahme-Bias in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben erfassen (Primärdaten, vgl. [30]). So kann insbesondere das Problem unterschiedlicher regionaler Diagnosegewohnheiten (z.B. aufgrund unterschiedlicher Angebotsstrukturen) minimiert werden.

Für eine derartige Koppelung zwischen Prävalenz- und Strukturdaten bietet sich die aktuelle epidemiologische „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1; [44]) sowie dessen „Modul zur Psychischen Gesundheit“ (DEGS1-MH; [29,45]) an. Darin zeigen sich auffällige Abweichungen von den hier berichteten administrativen Daten, die in Hinblick auf die Bedarfsgerechtigkeit des Versorgungsangebotes erklärungsbedürftig sind. So finden sich z.B. keine Prävalenzunterschiede im Ost-West-Vergleich, und Menschen in Großstädten sind nur geringfügig stärker von psychischen Störungen betroffen (nicht signifikanter Trend) (29). Differenzierte regionalisierte Analysen dieser Daten, die die Bewertung regionaler Versorgungsangebote erlauben, stehen noch aus.

Das 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz adressiert regionale Disparitäten und fordert die Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie auf Basis empirischer Befunde. In Reformkonzepten wird Morbidität für somatische und psychische Erkrankungen bisher gemeinsam geschätzt (eingehende Faktoren: Alter, Geschlecht, Arbeitslosigkeit, Einkommen, Pflegebedürftigkeit, Mortalität) (46) wobei hierbei manche Besonderheiten psychischer Störungen nicht berücksichtigt sind (47); oder der Bedarf wird aus Abrechnungsdaten ermittelt (48), die ihrerseits von den Angebotsstrukturen abhängig sind. Auswertungen auf Grundlage epidemiologischer Daten könnten hier genuin zu einer evidenzbasierten Bedarfsplanung beitragen – und somit auch zu einer bedarfsgerechteren Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen.

Danksagung

Diese Publikation entstand im Rahmen eines Projektes, das vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) gefördert wird. Wir danken dem ZI für die dort angefragten Daten der Versorgungsstrukturen, insbesondere Frau Ramona Hering, M.Sc., für die Bereitstellung der Mitversorgungsrelationen der 413 deutschen Kreise und kreisfreien Städte.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R. Faktencheck Gesundheit: Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014.
2. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R. Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2015.
3. Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S. Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg). Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Berlin: MWV 2015, 63–71.
4. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014; 23(3): 289–303.
5. Kluge H, Becker T, Kallert T et al. Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste – eine Mehrebenenanalyse. *Psychiatrische Praxis* 2007; 34(1): 20–25.
6. Neumann K, Wolfschütz A. Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen. Ergebnisbericht der Expertenbefragung. Berlin: IGES Institut GmbH 2014.
7. Wennberg JE. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. New York: OUP 2010.
8. Schulz H, Barghaan D, Koch U, Harfst T. Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer 2011, 361–380.
9. Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6. Aufl. New York: Wiley 2013, 169–218.
10. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTk, u. a. (Hrsg). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF 2009.
11. Pfaff H, Scholten N. Regionale Versorgungsungleichheit: ein konzeptioneller Überblick. *Gesundheit in Regionen. BKK Gesundheitsreport 2014*. Berlin: MWV und BKK Dachverband e.V. 2014, 23–30.
12. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: a representative population survey applying the Theory of Planned Behaviour. *Psychological Medicine* 2009; 39(11): 1855.
13. Stock S, Danner M. Kann die Erhebung von Einstellungen und Präferenzen die kleinräumige Versorgungsanalyse sinnvoll ergänzen? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014; 57(2): 188–196.
14. Larisch A, Heuft G, Engbrink S et al. Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2013; 59(2): 153–169.
15. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2013; 56(5–6): 832–844.
16. Jacobi F, Barnikol UB. Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt* 2015; 86(1): 42–50.

17. Heinz A. Krankheit vs. Störung. *Der Nervenarzt* 2015; 86(1): 36–41.
18. Andrews G, Henderson S (Hrsg). *Unmet Need in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press 2000.
19. BÄK. Ergebnisse der Ärztstatistik zum 31.12.2014. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/>
20. OECD. Health at a Glance 2013. Verfügbar unter: <http://www.oecd-ilibrary.org>
21. G-BA. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, 2015. Verfügbar unter: <http://www.kvwl.de>
22. Czihal T, Stillfried D, Schallock M. Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung 2012. Verfügbar unter: <http://www.versorgungsatlas.de>
23. BBSR. Raumabgrenzungen – Zusammengefasste Kreistypen. 2009. Verfügbar unter: <http://www.bbsr.bund.de>
24. G-BA. Richtlinie 2011 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung 2011.
25. Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller C-H. Berufserwartungen von Medizinstudierenden. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109(18): 327–332.
26. Sundmacher L, Ozegowski S. Ziehen Privatpatienten Ärzte an? *Gesundheit und Gesellschaft* 2013; 16(12/13): 31–35.
27. Klose J, Rehbein I. *Ärztatlas 2011*. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Berlin: WlD 2011.
28. SVR Gesundheit. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, 2014. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de>
29. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87.
30. Swart E, Stallmann C, Powietzka J, March S. Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014; 57(2): 180–187.
31. IGES Institut GmbH. Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Berlin 2012.
32. Melchior H, Schulz H, Härter M. Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014.
33. Wittchen H-U, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2002; 17: 1–11.
34. Erhart M, Stillfried D. Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Berlin: ZI 2012.
35. Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg.). *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche*. BKK Gesundheitsatlas 2015. Berlin: MWV 2015.
36. Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW. Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010; 45(3): 329–335.
37. Grobe T, Dörning H. *Gesundheitsreport. Auswertungen 2008. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Psychische Störungen*. Hamburg: TK 2008.
38. IGES Institut GmbH. *DAK Gesundheitsreport 2015*. Berlin: DAK Gesundheit 2015.
39. Knieps F, Pfaff H (Hrsg). *Gesundheit in Regionen*. BKK Gesundheitsreport 2014. Berlin: MWV und BKK Dachverband e.V. 2014.
40. Erhart M, Hering R, Schulz M, Stillfried D. *Morbiditätsatlas Hamburg*. Berlin: ZI 2013.
41. Czaja M, Meinschmidt G, Bettge S. Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik: Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* 2012; 3: 34–43.
42. Ozegowski S, Sundmacher L. Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 2012; 74(10): 618–626.
43. Melchior H, Schulz H, Härter M. Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014; 57(2): 224–233.
44. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A. German health interview and examination survey for adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 2012; 12(1): 730.
45. Jacobi F, Mack S, Gerschler A et al. The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH): The design and methods of the DEGS1-MH. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2013; 22(2): 83–99.
46. Albrecht M, Nolting H-D, Schliwen A, Schwinger A. *Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung*. Berlin: IGES Institut GmbH 2012.
47. Jacobi F. Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In: BDP (Hrsg). *Die großen Volkskrankheiten*. Berlin: DPV 2012, 16–23.
48. Stillfried D, Czihal T. Möglichkeiten der fachgruppenspezifischen Risikoadjustierung der Verhältniszahlen für eine zeitgemäße Versorgungsplanung. *Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* 2011; 26–33.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Frank Jacobi
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
Am Kölnischen Park 2
10179 Berlin
Tel. +49-30-209166-220
Fax +49-30-209166-17
E-Mail: f.jacobi@psychologische-hochschule.de
Internet: www.psychologische-hochschule.de

Der Nervenarzt

Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	DENE-D-16-00025R1	
Full Title:	Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte	
Article Type:	Originalien	
Corresponding Author:	Frank Jacobi Psychologische Hochschule Berlin GERMANY	
Corresponding Author Secondary Information:		
Corresponding Author's Institution:	Psychologische Hochschule Berlin	
Corresponding Author's Secondary Institution:		
First Author:	Frank Jacobi	
First Author Secondary Information:		
Order of Authors:	Frank Jacobi Manuel Becker Julia Bretschneider Susanne Müllender Julia Thom Ulfert Hapke Wolfgang Maier	
Order of Authors Secondary Information:		
Funding Information:	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Forschungsförderungsinitiative des Zi 2014)	Prof. Dr. Frank Jacobi
Abstract:	<p>Hintergrund: Angesichts der großen Krankheitslast psychischer Störungen liegt in der flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems. Die Dichte ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten variiert zwischen den Regionen Deutschlands allerdings erheblich. Inwiefern dies durch entsprechende Morbiditätsunterschiede gerechtfertigt ist, wird üblicherweise anhand von GKV-Routinedaten bewertet. Da administrative Statistiken jedoch auch Abbild lokaler Diagnosegewohnheiten sowie der Angebotsstrukturen selbst sind, sollten entsprechende Analysen durch epidemiologische Daten erweitert werden. Die darin erfassten Prävalenzen psychischer Störungen stellen eine wesentliche Informationsquelle für eine evidenzbasierte Bedarfsplanung dar.</p> <p>Methodik: Anhand der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) und dem ZI-Versorgungsatlas wurde untersucht, inwiefern die Dichte der ambulanten Versorgung mit der von der Inanspruchnahme unabhängigen und standardisiert erhobenen Prävalenz psychischer Störungen zusammenhängt. Neben den nominellen Arztdichten wurden auch Mitversorgungsbeziehungen zwischen Regionen berücksichtigt.</p> <p>Ergebnisse: Die großen regionalen Unterschiede in den Arztdichten korrespondieren - auch unter Einbezug von Mitversorgung - nicht mit den regionalen Prävalenzen psychischer Störungen bzw. besonders behandlungsbedürftiger Fälle.</p>	

	<p>Diskussion: Die regionale Verteilung von Arztsitzen kann nicht angemessen durch Bedarfsunterschiede erklärt werden. Die Ergebnisse weisen auf Potentiale zur Morbiditätsadjustierung der Bedarfsplanung hin, wobei der Begriff des Behandlungsbedarfs von Menschen mit psychischen Störungen weiter reflektiert werden muss.</p>
<p>Response to Reviewers:</p>	<p>Antwortschreiben zur Revision des Manuskripts DENE-D-16-00025 („Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte“)</p> <p>Sehr geehrter Herr Professor Schneider,</p> <p>vielen Dank für die Übermittlung der Reviewer-Kommentare zum Manuskript No. DENE-D-16-00025 („Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte“). Im Folgenden finden Sie unsere Antworten dahingehend, wie anhand der Gutachten das Manuskript revidiert wurde.</p> <p>Reviewer #1: Das Manuskript adressiert mit der Verteilungsdichte von ambulanten psychiatrischen Versorgungsangeboten in Deutschland und dessen Zusammenhang mit der regionalen psychiatrischen Morbidität fundamentale versorgungs- und gesundheitspolitische Probleme. Es ist darüber hinaus aufgrund der bisher in der Literatur kaum erfolgten Verknüpfung von Aggregat- und epidemiologischen Daten methodisch als innovativ anzusehen, wie die Autoren im ersten Satz der Diskussion selbst anmerken. Die Kompetenz der Autoren zur Bearbeitung der Fragestellung steht außer Frage, es handelt sich um die führenden Wissenschaftler in Deutschland auf dem Gebiet. Die Befunde haben hohe gesundheitspolitische Relevanz und ergänzen die psychiatrische Versorgungsplanung an entscheidenden Stellen mit bisher nicht verfügbarer empirischer Evidenz. Die methodische und versorgungspolitische Herleitung der Problematik ist ausführlich und überzeugend, die Hypothesen klar und einfach und mit dem Datenmaterial zu bearbeiten. Die statistischen Methoden sind den Hypothesen und der Datenstruktur angemessen. Die Bearbeitung bzw. Berücksichtigung einiger kleinerer Punkte könnte die Qualität des Manuskriptes noch verbessern. Hierzu gehören:</p> <p>a) S.5 u.6 sowie Tab.1.: eine etwas bessere Erläuterung, auf welcher Datengrundlage das Konstrukt „Mitversorgung“ methodisch operationalisiert wurde, wäre hilfreich (z.B. mittels Postleitzahlvergleich Wohnort-Behandlungsort o.ä.)</p> <p>Antwort: Um die vom ZI bereitgestellten Daten noch besser zu erklären, haben wir auf Seite 6f einen entsprechenden Ansatz ergänzt [neben dem revidierten Manuskript anbei zur Identifikation der Änderungen zusätzlich auch eine Variante im Überarbeitungsmodus, so dass Änderungen dort leichter nachvollzogen werden können]. Wir hoffen, dass das Konstrukt der MV nun hinreichend klar dargestellt ist.</p> <p>b) Die Diskussion bildet wesentlich die Probleme der Datenstruktur und -validität ab, so z.B. durch die Problematisierung der Nichtberücksichtigung von Angeboten wie Institutsambulanzen, oder psychosozialen Angeboten. Stärker erwähnt und diskutiert werden könnten jedoch die (nicht berücksichtigten oder abbildbaren) Unterschiede im Case-Load zwischen den verschiedenen einbezogenen Berufsgruppen, und zwar nicht nur hinsichtlich der Fallmenge sondern auch hinsichtlich der Schweregrade der behandelten Fälle, gerade auch wegen den verbandpolitisch divergierenden Positionen von Psychiatern und psychologischen Psychotherapeuten. Gravierender noch erscheint, dass Rolle und Versorgungsanteil von Allgemein- und Hausärzten oder anderen Facharztgruppen wie niedergelassene Internisten im Manuskript überhaupt nicht erwähnt oder problematisiert werden. Dies sollte korrigiert werden.</p> <p>Antwort: Wir danken für diesen Hinweis – in der Tat war es unvollständig, nicht zu erwähnen, warum wir hier auf eine Darstellung der Analysen zu Hausärzten verzichtet</p>

hatten, und auch den Aspekt der Fallmenge/-Schwere erachten wir selbstverständlich als wichtig. Folgendes wurde dementsprechend überarbeitet:

- auf S. 5 des Manuskripts haben wir einen entsprechenden Ansatz bereits im Methodenteil ergänzt [siehe dort im Überarbeitungsmodus]
- zum Punkt der Case-Load und des Schweregrades haben wir die Diskussion auf S. 10 des Manuskripts erweitert [siehe dort im Überarbeitungsmodus].

c) auf S. 10 unten taucht zweimal der Begriff „psychische Diagnose“ auf, der durch „psychiatrische Diagnose“ ersetzt werden sollte.

Antwort: Wir haben an genannten (und auch anderen) Stellen nun „psychische Diagnose“ ersetzt durch „Diagnose einer psychischen Störung“; „psychische Störung“ haben wir verwendet, weil dies der Term ist, der sowohl in ICD als auch in DSM verwendet wird (wohingegen „psychiatrische Diagnose“ in den Klassifikationssystemen nicht auftaucht)

Reviewer #2 brachte keine Revisionsauflagen ein („Finde das Manuscript hervorragend geeignet für die Veröffentlichung im Nervenarzt.“).

Wir hoffen, dass unsere Überarbeitung Ihren Vorstellungen entspricht und stehen für ggf. weitere Rückfragen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Frank Jacobi

[Click here to view linked References](#)

Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte

Provision of outpatient specialist care for patients with mental disorders: minor regional differences in treatment need, major regional differences in availability

F. Jacobi¹, M. Becker¹, J. Bretschneider¹, S. Müllender¹, J. Thom¹, U. Hapke², W. Maier^{3,4}

1: Psychologische Hochschule Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie

2: Robert Koch-Institut, Berlin

3: Department of Psychiatry and Psychotherapy, Universität Bonn

4: Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Bonn

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Frank Jacobi, Psychologische Hochschule Berlin (PHB), Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin, Tel.: +49-30-209166-220, Fax: +49-30-209166-17, E-Mail: f.jacobi@psychologische-hochschule.de

Danksagung:

Diese Publikation entstand im Rahmen eines Projektes, das vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) gefördert wird. Dank gilt hier insbesondere Michael Erhart für die Bereitstellung von regionalisierten Strukturdaten. DEGS1 und DEGS1-MH sind Studien des Robert Koch-Instituts (RKI; Leitung der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring: Bärbel-Maria Kurth), gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Zusätzliche Mittel und Ressourcen wurden bereitgestellt durch die Technische Universität Dresden (TUD; Klinische Psychologie und Psychotherapie; Leitung: Hans-Ulrich Wittchen) sowie durch die Stiftung Seelische Gesundheit, gegründet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, vertreten durch Wolfgang Maier und Wolfgang Gaebel).

Wir danken den Diskutanten, die u.a. in einem gesundheitspolitischen Forum des DGPPN-Kongresses 2015 und in einem internen Review zu dieser Publikation beigetragen haben: Thomas Czihal, Arno Deister, Martin Driessen, Michael Erhart, Cornelia Goesmann, Iris Hauth, Ernst Dietrich Munz, Christa Roth-Sackenheim, Thomas Uhlemann.

Angaben zum Interessenskonflikt:

Die Autoren geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Zusammenfassung

Hintergrund: Angesichts der großen Krankheitslast psychischer Störungen liegt in der flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems. Die Dichte ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten variiert zwischen den Regionen Deutschlands allerdings erheblich. Inwiefern dies durch entsprechende Morbiditätsunterschiede gerechtfertigt ist, wird üblicherweise anhand von GKV-Routinedaten bewertet. Da administrative Statistiken jedoch auch Abbild lokaler Diagnosegewohnheiten sowie der Angebotsstrukturen selbst sind, sollten entsprechende Analysen durch epidemiologische Daten erweitert werden. Die darin erfassten Prävalenzen psychischer Störungen stellen eine wesentliche Informationsquelle für eine evidenzbasierte Bedarfsplanung dar.

Methodik: Anhand der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) und dem ZI-Versorgungsatlas wurde untersucht, inwiefern die Dichte der ambulanten Versorgung mit der von der Inanspruchnahme unabhängigen und standardisiert erhobenen Prävalenz psychischer Störungen zusammenhängt. Neben den nominellen Arztdichten wurden auch Mitversorgungsbeziehungen zwischen Regionen berücksichtigt.

Ergebnisse: Die großen regionalen Unterschiede in den Arztdichten korrespondieren – auch unter Einbezug von Mitversorgung – nicht mit den regionalen Prävalenzen psychischer Störungen bzw. besonders behandlungsbedürftiger Fälle.

Diskussion: Die regionale Verteilung von Arztsitzen kann nicht angemessen durch Bedarfsunterschiede erklärt werden. Die Ergebnisse weisen auf Potentiale zur Morbiditätsadjustierung der Bedarfsplanung hin, wobei der Begriff des Behandlungsbedarfs von Menschen mit psychischen Störungen weiter reflektiert werden muss.

Key Words:

Versorgung psychischer Störungen, regionale Unterschiede, Arztdichten, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Behandlungsbedarf, Morbidität, Bedarfsplanung

Summary

Background: Due to the high burden attributed to mental disorders, an important purpose of a general health care system is to provide comprehensive medical specialist care that is both locally available and in line with demand. However, the outpatient physician and psychotherapist density varies significantly among regions in Germany. To verify if these variations reflect regional variations of morbidity rates, routine data of statutory health insurance companies is analyzed on a regular basis. But this administrative data directly depend on the actual regional health care supply. Hence, independent epidemiological data on prevalence rates of mental disorders could be a valuable supplement.

Methods: Analyses are based on prevalence rates of the representative epidemiological German Health Interview and Examination Survey and its mental health module (DEGS1-MH) as well as supplemental data from the German national and regional associations of statutory health insurance physicians. The associations between prevalence rates and outpatient physician and psychotherapist density were computed for the DEGS sample points, representing 139 different German districts. Trans-regional care provision for neighboring regions was taken into account.

Results: There are neither significant associations of regional outpatient physician and psychotherapist density with prevalence rates of mental disorders in general nor with prevalence rates of severe mental disorders. However, taking into account trans-regional care provision for neighboring regions the huge variability of provider density decreases.

Discussion: The regional inequality of physician and psychotherapist density cannot be explained by regional differences in treatment need. The results indicate potential improvements in health care provision for mental disorders in Germany through the adaption to actual morbidity rates. However, the definition of treatment need in mental disorders may be further evaluated.

Key Words:

mental health care, regional differences, physician density, psychiatrists, psychotherapists, treatment need, morbidity, health care planning

Hintergrund und Fragestellung

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fordert für eine Novelle der Bedarfsplanung zur Anpassung der Verhältniszahlen von Ärzten und Psychotherapeuten, dass die Morbiditätsstruktur einer Region berücksichtigt werden soll. Bei psychischen Störungen sind regionale Variationen der Prävalenz grundsätzlich denkbar. Für derartige regionale Analysen, einem relativen jungen Forschungsfeld [34, 43], wurden bislang lediglich administrative Datenquellen verwendet. Im vorliegenden Beitrag sollen erstmals auch Primärdaten epidemiologischer Bevölkerungsstudien herangezogen werden.

Diskrepanzen zwischen administrativen und epidemiologischen Daten zur Prävalenz psychischer Störungen

Klassischerweise wird die Fragestellung, ob regionale Unterschiede in den Angebotsstrukturen (z.B. „Arztdichte“) durch entsprechende Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit gerechtfertigt sind, anhand von Routine-Daten der gesetzlichen Krankenkassen überprüft (Sekundärdaten [vgl. , 39]). Dabei handelt es sich um Informationen über gesetzlich Versicherte, die einen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen und Symptome berichten, die vom Behandler dann mit einer F-Diagnose nach ICD-10 kodiert werden. Analysen solcher Daten zeigen, dass Menschen in den alten Bundesländern stärker von psychischen Störungen betroffen sind als in den neuen Bundesländern [6, 11, 30], dass Städte stärker betroffen sind als ländliche Regionen [11, 24, 30] und dass die Diagnoserate für einzelne psychische Störungen, z.B. für Depression, auch innerhalb umgrenzter Regionen erheblich variiert (ebd.).

Allerdings sind Reliabilität und Validität der dafür zugrundeliegenden, im Behandlungsalltag kodierten Diagnosen fraglich [37] und die Diagnoseraten sind vom Versorgungsangebot selbst abhängig: Es werden z.B. dort, wo mehr Behandler sind, auch mehr Diagnosen kodiert; dort, wo weniger Spezialisten sind, wird weniger leitliniengerecht diagnostiziert [16, 30]. Außerdem ist das Routine-Diagnoseverhalten durch sich verändernde Rahmenbedingungen leicht beeinflussbar, z.B. wenn Anreize für bestimmte Diagnosestellungen eingeführt werden [35, 38]. Diese Daten bilden damit auch regionale und zeitlich veränderbare Diagnose- und Behandlungsgewohnheiten ab, jedoch nicht unbedingt die „Morbiditätsstruktur“ einer Region. Betroffene, die Leistungen anderer Leistungsträger (z.B. gesetzliche Renten- und Unfallversicherungen) erhalten haben oder solche, die aufgrund psychischer Probleme keinen Arzt oder Psychotherapeuten aufgesucht haben, werden nicht erfasst – dies ist bei psychischen Störungen jedoch durchaus häufig der Fall [27, 44]. Eine Erweiterung der Datenlage wird durch epidemiologische Studien ermöglicht, die eine standardisierte „state of the art“-Diagnostik verwenden, die unabhängig von regionalen oder temporären Diagnosegewohnheiten bzw. einem Inanspruchnahme-Bias die Häufigkeit psychischer Störungen schätzen [vgl. , 39]. Die Stichproben sind in solchen Studien allerdings viel kleiner und es sind Einschränkungen in der mangelnden Repräsentativität für spezielle Bevölkerungsgruppen zu beachten (z.B. institutionalisierte und nicht deutschsprachige Personen), die jedoch durch eine Gewichtung der Daten weitestgehend ausgeglichen werden können [20].

Für psychische Störungen liegen in Deutschland die repräsentative Bevölkerungsstudie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 [36]) und deren Vertiefung im Bereich psychischer Störungen (DEGS1-MH [18]) vor, um die Häufigkeit psychischer Störungen

festzustellen. Stellt man die Befunde zu regionalen Unterschieden solcher Primärdaten den Sekundärdaten gegenüber, zeigt sich, dass es keine nennenswerten Unterschiede im Vergleich der Häufigkeiten von psychischen Störungen in neuen vs. alten Bundesländern gibt [18, 28]. Eine erhöhte Rate psychischer Störungen in Großstädten hat sich im Trend allerdings auch in den Primärdaten bestätigt und ist vor allem durch die dort erhöhte Prävalenz an affektiven und psychotischen Störungen begründet [18, 28]. Dies entspricht der internationalen Befundlage [14].

Regionale Unterschiede des Versorgungsangebots: Variation von Arztdichten

An der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen beteiligen sich viele Arztgruppen [25]. Meist gelten Hausärzte als erste Anlaufstelle für Patienten und sehen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung eine sehr große Zahl von Fällen [15], wobei sowohl die Qualität der Diagnostik als auch die Leitlinienorientierung der Behandlung kritisch diskutiert werden [5, 30]. Regionale Unterschiede im Angebot der ambulanten Primärversorgung fallen allerdings deutlich weniger ins Gewicht als bei den Fachärzten, denn die Bedarfsplanung ermöglicht eine räumlich homogenere Verteilung der Arztdichte (durch eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl und kleinere Planungsbereiche) [12, 41] und wird als zunehmend bedarfsorientiert bewertet [1].

Im Folgenden werden daher die Arztgruppen betrachtet, die 1) auf die Behandlung von erwachsenen Menschen mit psychischen Störungen spezialisiert sind und 2) gravierende Unterschiede in der räumlichen Dichte aufweisen, sowohl faktisch als auch planmäßig. Die Gruppen der ambulanten Nervenärzte und Psychotherapeuten (zusammengefasst als „Spezialisten“) werden hier gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie definiert [12] (einzelne Facharztgruppen s. Anm. Tabelle 1).

Mangels alternativer Datenquellen werden auf Seiten des Versorgungsangebotes so auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Neurologen, die vorrangig Patienten mit anderen als mit psychischen Diagnosen behandeln, mitgezählt. Die ambulante Versorgung unterscheidet sich zwischen den 413 Kreisen und kreisfreien Städten Deutschlands erheblich (s. Tabelle 1). Besonders die 25% der Regionen mit der höchsten Arztdichte weisen eine große Variabilität auf. Die geographischen Muster zeigen dabei eine Konzentration in den urbanen Räumen und für die Psychotherapeuten auch eine höhere Dichte im Süden Deutschlands sowie eine im Schnitt doppelt so hohe Angebotsdichte in den alten Bundesländern gegenüber den neuen [41]. Auch innerhalb von Bundesländern und selbst innerhalb von Kreisen (z.B. Berlin) bestehen deutliche regionale Versorgungsunterschiede.

- Tabelle 1 -

Hypothesen

Ausgehend von der großen regionalen Variabilität in der Dichte des ambulanten, für psychische Störungen spezialisierten Behandlungsangebotes, soll deren möglicher Zusammenhang mit der regionalen Morbidität psychischer Störungen sowie mit dem regionalen Inanspruchnahmeverhalten anhand folgender Hypothesen geprüft werden:

1. „Wo mehr angeboten wird, wird mehr in Anspruch genommen“ (mehr Inanspruchnahme in Untersuchungsorten mit höherer Angebotsdichte)
2. „Wo mehr Fälle sind, gibt es ein dichteres Angebot“ (höhere Angebotsdichte in Untersuchungsorten mit höherer Prävalenz psychischer Störungen)

Da das Vorliegen der diagnostischen Kriterien für eine psychische Störung nicht automatisch fachärztlichen Behandlungsbedarf wie Psychopharmakotherapie oder Psychotherapie impliziert [17, 27], soll eine weitere Analyse für Betroffene mit erhöhtem Behandlungsbedarf ergänzt werden:

3. „Wo mehr schwere Fälle sind, gibt es ein dichteres Angebot“ (höhere Angebotsdichte in Untersuchungsorten mit höherer Prävalenz von besonders belasteten und beeinträchtigten Fällen mit psychischen Störungen)

Methoden

Datengrundlagen

Epidemiologische Daten zur Morbidität entstammen dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH [36]). Für die Prävalenz wurde auf Individualebene das Vorhandensein mindestens einer mittels CIDI-Interview kodierten Diagnose einer psychischen Störungen in den letzten zwölf Monaten bis zum Erhebungszeitpunkt (ICD-10 bzw. DSM-IV [vgl. , 18]) abzüglich der Diagnose Nikotinabhängigkeit verwendet.

Die Zufallsstichprobe aus Einwohnermelderegistern (Alter 18-79, N=4483) ist in 180 Untersuchungsorte (Sample Points) gegliedert, welche in 139 Kreisen und kreisfreien Städten liegen. Diesen wurde jeweils die Anzahl der Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner zugeordnet (Datenquellen: www.versorgungsatlas.de und vom ZI eigens ermittelte Statistiken).

Die aktuelle Bedarfsplanung orientiert sich an sogenannten Kreistypen mit unterschiedlichen Verhältniszahlen von Ärzten zu Einwohnern (1. Zentrum, 2. Ergänzungsgebiet zum Zentrum, 3. engerer Verflechtungsraum, 4. weiterer Verflechtungsraum, 5. Gemeindeverbände außerhalb von Großstadtregionen [vgl. 12]). Der Kreistyp „Sonderregion Ruhrgebiet“ wird im vorliegenden Beitrag nicht als solcher ausgewiesen, sondern dessen Regionen entsprechend der anderen Kreistypen klassifiziert.

Korrektur um Mitversorgung

Um Mitversorgungsbeziehungen zwischen Regionen zu berücksichtigen [8], wurden die Arztdichten eines Kreises adjustiert. Die vom ZI bereitgestellte Kennzahl der Mitversorgungsrelation bildet anhand des abgerechneten Leistungsbedarfs in Euro das prozentuale Verhältnis ab zwischen a) den Leistungen, die Ärzte in einer Region erbringen (Leistungsortperspektive) zu b) den Leistungen, die Patienten aus jener Region nachfragen (Wohnortperspektive). So übersteigt z.B. in Kernstädten das Leistungsvolumen der dortigen Ärzte die Nachfrage der Patienten, die dort leben, aufgrund starken Leistungsexportes in das Umland (Mitversorgungsrelation > 100%). Entsprechend wird die Arztdichte hier gleichermaßen prozentual nach unten korrigiert, da weniger Ärzte als die nominelle Zahl von der Bevölkerung der Kernstädte tatsächlich konsultiert wird bzw. für diese verfügbar ist.

Hierbei ist zu beachten, dass Mitversorgungseffekte sowohl Ausdruck planmäßiger Dienstleistungen von Zentren für Peripherien als auch von Unterversorgung oder Patientenpräferenzen sein können.

Inanspruchnahmeverhalten

Die quantitative Inanspruchnahme von Spezialisten in einem Kreis wurde als durchschnittliche Anzahl der per Interview erfassten Arztbesuche in den Kategorien „Nervenarzt/Psychiater/Neurologe“ sowie „Ärztlicher Psychotherapeut/Psychologischer Psychotherapeut“ in den letzten zwölf Monaten operationalisiert.

In epidemiologischen Studien geben typischerweise auch Personen ohne Diagnose Behandlungen an [27] und es besteht eine weit verbreitete Hypothese, dass in höher versorgten Gebieten auch verstärkt nicht behandlungsbedürftige Personen Behandlungsangebote wahrnehmen (inadäquate angebotsinduzierte Nachfrage [vgl. , 29]). Daher soll die Analyse zur Inanspruchnahme getrennt für diejenigen DEGS1-MH-Teilnehmer mit und ohne Diagnose einer psychischen Störung vorgenommen werden.

Besonderer Behandlungsbedarf

Eine Definition zum besonderen Behandlungsbedarf sollte beinhalten, dass eine Person zu den am stärksten betroffenen bzw. gesundheitlich am meisten beeinträchtigtsten Personen ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe gehört [17]. Zunächst wurden hierfür einer hohen Beeinträchtigungsklasse diejenigen zugeordnet, die in mindestens zwei der drei Bereiche *reduzierte psychische Lebensqualität*, *reduzierte körperliche Lebensqualität* (anhand des SF-36; [10]) und *Ausfalltage* im oberen Quartil ihrer Referenzgruppe lagen. Die Ausfalltage wurde anhand der Frage „An wie vielen Kalendertagen waren Sie in den letzten zwölf Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten? (Bitte auch die Tage berücksichtigen, die Sie im Krankenhaus gelegen haben.)“ erfasst, d.h. es wurden nicht notwendigerweise Krankschreibungstage gezählt.

Ein besonderer bzw. erhöhter Behandlungsbedarf wurde folgendermaßen definiert: 1.) Vorliegen mindestens einer psychischen Störung innerhalb der letzten zwölf Monate UND 2.) Störungsdauer von mindestens zwei Jahren UND 3.) Zugehörigkeit zu den 25% der Beeinträchtigtsten in Bezug auf mindestens zwei der drei Kriterien *psychische und körperliche Lebensqualität* sowie *Ausfalltage* im Vergleich zur eigenen Alters- und Geschlechtskohorte. Zusätzlich wurden Personen, bei denen in den letzten zwölf Monaten eine Bipolar-I oder eine mögliche psychotische Störung vorlag, in jedem Falle zugeordnet, auch wenn sie nicht alle genannten Bedingungen erfüllten. Diesen Kriterien von besonderem Behandlungsbedarf entsprachen 8.7% der Gesamtstichprobe (n=341, darunter n=84, die nur über die Zusatzkonvention „bipolar oder psychotisch“ klassifiziert wurden).

Quasi-regionale Auswertung

Die relevanten DEGS1-MH-Individualdaten wurden auf Kreisebene aggregiert. So wurde jedem Kreis die Gesamtprävalenz in % anhand der jeweiligen Anzahl der Teilnehmer mit Diagnose sowie der %-Anteil von Personen mit „besonderem Behandlungsbedarf“ zugeordnet. Die ausgewählten Kreise geben die Verteilung der Angebotsstruktur

repräsentativ für den gesamtdeutschen Raum wieder (zur Repräsentativität der DEGS-Stichprobenziehung siehe [20]).

Statistische Analysen

Um der Logik „*der Versorgungsgrad sollte dem Bedarf folgen*“ zu entsprechen, wurden die Morbiditätsparameter (Prävalenz und besonderer Behandlungsbedarf) als unabhängige und die Arztdichten als abhängige Variablen behandelt. Zusammenhänge und Varianzaufklärung wurden anhand von Spearman-Rang-Korrelationen und robusten Regressionsverfahren auf Ebene der Kreise (n=139) durchgeführt. Unterschiede in der Morbidität zwischen den fünf Kreistypen wurden varianzanalytisch (ANOVA), bei Voraussetzungsverletzung mit dem Welch's-Test untersucht.

Ergebnisse

Arztdichten und Inanspruchnahme von Leistungen

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Spezialistendichten (korrigiert um Mitversorgung) und Inanspruchnahmeverhalten von DEGS1-MH-Teilnehmern mit einer Zwölf-Monats-Diagnose über die Kreise hinweg. Abbildung 1 zeigt diesen Zusammenhang unter Verwendung von Quintilen der Arztdichten. Aufgrund großer Heterogenität der Inanspruchnahme innerhalb der Quintile beträgt die (nicht zu Quintilen aggregierte) Korrelation auf Kreisebene zwar nur $r=0.22$, ist aber signifikant ($p=0.01$) – anders als bei den Personen ohne Diagnose, für die sich kein Zusammenhang zwischen Versorgungsangebot und Inanspruchnahme zeigt ($r=.07$, $p=.43$).

In die gleiche Richtung (nicht dargestellt) weist, störungsspezifisch für die Depression, der Vergleich zwischen leichten vs. schweren depressiven Episoden: Nur bei Personen mit schweren depressiven Episoden erhöht sich die Behandlungsintensität von Psychotherapie (Anzahl der Besuche bei Psychotherapeuten im letzten Jahr) in höher versorgten Regionen (korrigiert um Mitversorgung; $r=.31$, $p=.01$), nicht aber bei leichten depressiven Episoden ($r=-.12$, $p=.37$).

„Wo mehr angeboten wird, wird mehr in Anspruch genommen“ (Hypothese 1) kann also nur für Menschen mit psychischen Störungen, nicht aber für Personen ohne Diagnose bestätigt werden.

- Abbildung 1 -

Arztdichten und Prävalenz / Behandlungsbedarf

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Arztdichten und den durchschnittlichen Prävalenzraten ($r=.02$, $p=.82$; s. Abbildung 2) sowie zwischen Arztdichten und besonderem Behandlungsbedarf ($r=.08$, $p=.36$; s. Abbildung 2). Regressionsanalytisch lassen sich weniger als 1% der Varianz der regionalen Arztdichteunterschiede durch Prävalenzunterschiede ($\beta=.02$, $R^2=.001$, $p=.77$) oder durch unterschiedlich häufige Fälle erhöhten Behandlungsbedarfs ($\beta=.06$, $R^2=.004$, $p=.49$) erklären. Abbildung 3 zeigt ergänzend die Prävalenzen psychischer Störungen und die Prävalenzen erhöhten

1 Behandlungsbedarfs über die Kreistypen hinweg, wobei sich keine signifikanten
2 Unterschiede zwischen diesen finden (psychische Störung: $WStat_{(4, 53.7)} = 0.2$, $p = 0.94$;
3 besonderer Behandlungsbedarf: $F_{(4, 134)} = 0.69$, $p = 0.60$).

4
5
6 - Abbildung 2 -
7

8
9
10 - Abbildung 3 -
11

12 13 **Diskussion**

14 *Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der* 15 *Versorgungsdichte*

16 Diese Studie zeigt erstmals anhand epidemiologischer Daten, unter Verwendung
17 standardisierter diagnostischer Kriterien, dass die ambulante (kassenärztliche)
18 psychiatrische und psychotherapeutische Angebotsstruktur in Deutschland auf regionaler
19 Ebene in ihren Variationen wesentlich weniger tatsächlichen Morbiditätsunterschieden
20 entspricht, als dies aus administrativen Statistiken hervorgeht: Die Versorgungsdichten
21 unterscheiden sich so stark, dass diese Variationen auch unter Berücksichtigung von
22 Mitversorgungsbeziehungen nicht annähernd durch Prävalenzunterschiede erklärt werden
23 kann.
24

25 Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die bisherige Umsetzung der Bedarfsplanung nur
26 bedingt als bedarfsorientiert gelten kann. Kritisch hinterfragt werden sollten im
27 Zusammenhang mit der aktuellen Bedarfsplanung in Deutschland das sogenannte „Ist=Soll“-
28 Prinzip (Orientierung an bestehenden Strukturen) mit unterschiedlichen Verhältniszahlen für
29 bestimmte Kreistypen und die Abwesenheit von prävalenzbasierten Schätzern, sowie die
30 Zuweisung der Arztsitze „pro Kopf“ trotz Variation der Behandlungsumfänge.

31 Will man statt der Strukturdaten, die bisher alleinige Zielgröße der Bedarfsplanung sind, die
32 *tatsächliche* ambulante Versorgungsleistung einer Region erfassen, müssen weitere
33 Faktoren einbezogen werden. Vor allem die Zahl und Schwere der Fälle pro Behandler
34 können sich sowohl regional als auch zwischen den Arztgruppen unterscheiden. Da Daten
35 zu Fallzahlen pro Zeiteinheit (Jahr oder Quartal) nichts über die Behandlungsfrequenz
36 und -intensität dieser Patienten in jenem Zeitraum aussagen, muss zugleich der
37 abgerechnete Leistungsbedarf betrachtet werden.

38 Abrechnungsdaten (z.B. 2008 [25]) belegen für die Gruppe der Nervenärzte gegenüber der
39 Gruppe der Psychotherapeuten dreierlei: a) eine deutlich höhere Anzahl von Fällen bei b)
40 niedrigerem Gesamtleistungsbedarf pro Fall, aber c) einem insgesamt höherem
41 Gesamtleistungsbedarf pro Praxis [25].
42

43 Diese Indikatoren des realisierten Versorgungsumfanges unterscheiden sich auch zwischen
44 Regionen. Betrachtet man nur die Zahl der je Arzt pro Quartal behandelten Fälle, z.B. im
45 Vergleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), so behandeln z.B.
46 Psychotherapeuten in hochversorgten KVen nur etwa halb so viele Patienten pro Quartal wie
47 in KVen mit geringerer Arztdichte [21, S. 80f.]. Doch muss bei der Bewertung des
48 Tätigkeitsumfanges auch die Behandlungsfrequenz berücksichtigt werden, denn
49

1 Psychotherapeuten berichten keine relevanten regionalen Unterschiede in der Anzahl
2 wöchentlicher Therapiestunden, und auch im regionalen Honorarumsatz zeigen sich
3 zwischen KVen deutlich geringere Unterschiede als in der Fallzahl [21, 42]. Zur validen
4 Abbildung des tatsächlich realisierten Versorgungsgrades einer Region sind daher weitere
5 Analysen differenzierterer Abrechnungsdaten notwendig.
6

7 Wenn der klinische Schweregrad psychischer Störungen zwar auch nicht regional variiert, so
8 ist dessen Ungleichverteilung über die Arzt- und Berufsgruppen der Behandler immer wieder
9 Gegenstand von Debatten zwischen Leistungserbringern und –trägern, u.a. weil die als
10 besonders schwer erachteten Diagnosebereiche Psychose und Sucht vor allem im
11 psychiatrischen Bereich anzutreffen sind [4]. Wird allerdings die Krankheitslast anhand von
12 *Aggregated Condition Categories* (ACC; auf Basis von Abrechnungsdaten) oder auch der
13 Zahl distinkter Diagnosen pro Patient operationalisiert, finden sich keine bedeutsamen
14 Unterschiede in der psychischen bzw. somatischen Komorbidität der behandelten Fälle
15 zwischen den verschiedenen ärztlichen Behandlern und Psychologischen
16 Psychotherapeuten [25] – wohl aber gegenüber dem durchschnittlichen Fall im
17 kassenärztlichen System, der deutlich weniger belastet erscheint. Aufgrund des größeren
18 Anteils von Patienten im Alter von 55 Jahren und älter behandeln Psychiater und
19 Nervenärzte gegenüber Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten dennoch mehr
20 multimorbide Fälle.
21
22
23
24
25

26 *Allokations- oder Ressourcenproblem?*

27
28 In erster Linie lassen sich anhand der Datengrundlage Aussagen bezüglich der *relativen*
29 Allokation vorhandener Ressourcen der ambulanten Versorgung ableiten. Ob der *absolute*
30 Versorgungsumfang im Bereich psychischer Störungen in Deutschland adäquat ist oder
31 nicht, kann aus wissenschaftlicher Sicht nicht hinreichend beantwortet werden. Denn die
32 Definition von „medizinischer Notwendigkeit“, Behandlungsbedarf und dessen
33 Kassenfinanzierung enthält immer gesellschaftspolitische Entscheidungen. Allerdings sollten
34 solche normativen Aushandlungsprozesse vorhandene empirische Evidenzen
35 berücksichtigen. Es soll daher an dieser Stelle auch die Frage diskutiert werden, ob die
36 Unterschiede der Arztdichten eher eine Über- oder Fehlversorgung in den relativ
37 hochversorgten Regionen abbilden, als eine Unterversorgung in den relativ niedrig
38 versorgten Gebieten.
39
40
41
42
43

44 Zunächst kann hierzu konstatiert werden, dass das Hilfe- und Versorgungssystem für den
45 Bereich psychische Gesundheit in Deutschland aus historischer Perspektive – noch vor 30
46 Jahren wurden viel weniger Psychiater und Psychotherapeuten als ausreichend erachtet
47 [vgl. , 9] – und im internationalen Vergleich [33] quantitativ gut ausgebaut ist. Somit sollten
48 Überlegungen zur Optimierung der Verteilung der vorhandenen Ressourcen den
49 Überlegungen zu einer Mengenausweitung vorangehen.
50
51
52

53 Allerdings kann argumentiert werden, dass lange Wartezeiten auf einen Termin beim
54 Psychiater oder auf einen Psychotherapieplatz oder die häufige Praxis der Kostenerstattung
55 darauf hinweisen, dass der Behandlungsbedarf durch die aktuell zugelassene Zahl der
56 Spezialisten nicht gedeckt werden kann.
57
58

59 Insbesondere die Anzahl der ambulanten Nervenärzte – unter denen übrigens die im
60 eigentlichen Sinne für psychische Störungen zuständigen Psychiater nur etwa die Hälfte
61 ausmachen – erscheint mit durchschnittlich 5 pro 100.000 Einwohner ausgesprochen niedrig
62
63
64
65

1 angesichts des großen wahrgenommenen Versorgungsdrucks; so lag etwa die Fallzahl pro
2 Behandler im Jahre 2004 bei über 2600 und war in den 10 Jahren zuvor um 600 gestiegen
3 [3]. In manchen Landkreisen gibt es gar keine Psychiater (mehr); auch dies kann keinesfalls
4 mit „vermindertem Bedarf“ gerechtfertigt werden.

5 Bei den Psychotherapeutenstellen, von denen deutlich mehr zur Verfügung stehen, dreht sich
6 die Debatte v.a. um den Tätigkeitsumfang der Behandler. Die durchschnittlich etwa 25
7 Behandlungsstunden erfüllen zwar die im Bundesmantelvertrag für Ärzte und
8 Psychotherapeuten in der GKV geforderten wöchentlichen 20 Sprechstunden, und die über
9 die reine „Patientenzeit“ hinausgehende Gesamtarbeitszeit wurde mit durchschnittlich 42.7
10 Stunden ermittelt [22]. Allerdings ist für einen psychotherapeutischen Kassensitz eine
11 Maximalauslastung von 36 genehmigungsbedürftigen Psychotherapiestunden (entspricht
12 einer Gesamtarbeitszeit von etwa 54 Stunden/Woche) vorgesehen, um den
13 Psychotherapeuten zu ermöglichen, bei dieser Maximalauslastung das durchschnittliche
14 Gehalt von Fachärzten zu erreichen. Dass diese Maximalauslastung nur von wenigen
15 Psychotherapeuten erbracht wird, wird von der Profession [7] zum einen damit begründet,
16 dass, mehr als bei anderen Arztgruppen, eine qualitativ hochwertige Tätigkeit ein
17 ungünstigeres Verhältnis zwischen Patientenzeit und Gesamtarbeitszeit durch verwaltende,
18 dokumentierende und qualitätssichernde Tätigkeiten (wie z.B. Supervision, Qualitätszirkel
19 und Fortbildung) mit sich bringt. Zum anderen würden strukturelle Gründe die
20 Maximalauslastung erschweren. Dies betreffe etwa Konsequenzen der rein zeitgebundenen
21 Abrechnungsmöglichkeiten oder Barrieren darin, eine gegebene Unterauslastung eines
22 Kassensitzes auszugleichen (z.B. durch Anstellung eines Kollegen). Der Implikation aus
23 verschiedenen Versorgungsstudien des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in
24 Deutschland (ZI), „gute Versorgungsstrukturen [zu] erhalten, in strukturschwachen Gebieten
25 [zu] fördern“, sollte im Bereich der Psychotherapie also hinzugefügt werden, dass der
26 Versorgungsgrad auch in Regionen mit „guten Versorgungsstrukturen“ überschätzt wird.

37 *Versorgung von nicht eigentlich Bedürftigen?*

38 Eine Hypothese von Vertretern der Position, die mit vielen Spezialisten versehenen
39 Regionen seien über- oder fehlversorgt, besagt, dass dort eine angebotsinduzierte
40 Nachfrage geschaffen würde, die auch dazu führe, dass eigentlich nicht
41 behandlungsbedürftige bzw. nicht krankheitswertige Fälle Versorgung in Anspruch nehmen
42 würden [29]. In der Tat kann dies ein Medikalisierungs-Problem im Sinne einer Delegation
43 von genuin gesellschaftlichen Problemen an das Gesundheitssystem darstellen [vgl. , 13,
44 26]. Betrachtet man aber das Vorliegen einer Diagnose einer psychischen Störung
45 zumindest als Hinweis für Interventionsbedarf, so stützen die vorliegenden Daten die
46 Annahme einer Überversorgung, im Sinne der Behandlung von Gesunden, nicht: Nur bei
47 denjenigen Personen mit Diagnose einer psychischen Störung hängt ein dichteres
48 Versorgungsangebot mit umfangreicherer Inanspruchnahme zusammen, nicht aber bei
49 denjenigen, die Inanspruchnahme eines Spezialisten auch ohne das Vorliegen der Kriterien
50 für eine psychische Störung berichten.

57 *Limitationen*

58 Will man den Versorgungsgrad von Regionen als Ganzes valide quantifizieren, müssen
59 neben der hier untersuchten ambulanten Facharztdichte weitere Faktoren berücksichtigt
60

1 werden. Hierzu zählen weitere ambulante Versorgungsstrukturen (z.B. ambulante
2 Rehabilitation, psychiatrische Institutsambulanzen, psychosoziale Hilfestrukturen außerhalb
3 des medizinischen Systems), Angebote der Zusatzversorgung (z.B.
4 Kostenerstattungserfahren) und mögliche Substitutionseffekte durch vielfältige stationäre
5 Behandlungsmöglichkeiten.
6

7 Außerdem spielt neben der Dichte des Versorgungsangebots insbesondere auch die
8 Erreichbarkeit von Ärzten im Sinne der Entfernung zum Praxisstandort eine wichtige Rolle.
9 Dies gilt insbesondere für schwer psychisch Erkrankte, die die Möglichkeiten der
10 Mitversorgung in einer benachbarten Region nicht so einfach in Anspruch nehmen, wie dies
11 weniger schwer betroffene Fälle können [8]. Zudem müsste für eine gerechte Gesamtschau
12 auf die Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden, dass sich Menschen aus höheren
13 sozialen Schichten meist kompetenter Versorgung organisieren können [40].
14

15 Auch wenn Prävalenzraten psychischer Störungen auf Ebene der Gesamtpopulation über
16 die Zeit nicht dramatisch schwanken [19], müssen zukünftige Untersuchungen auch den
17 demografischen Wandel berücksichtigen. So sind ggf. Veränderungen der Prävalenz durch
18 Konzentrationen von geflüchteten Menschen in Städten denkbar, oder eine vermehrte
19 (fachlich gerechtfertigte) Inanspruchnahme von Psychotherapie durch ältere Patienten in
20 zukünftigen Kohorten. Auch gesellschaftliche Veränderungen, wie ein Wegfall sozialer
21 Unterstützung oder die Zunahme von Probleme bei der Erfüllung von Rollenerwartungen,
22 vermehrter Anpassungsdruck und damit verbundener chronischer Stress, könnten
23 möglicherweise dazu beitragen, dass zukünftig eine „angeschlagene psychische
24 Gesundheit“ häufiger als bislang in manifeste behandlungsbedürftige psychische Störungen
25 übergehen [32]. Dies hätte wiederum Implikationen für die präventive Gesundheitsplanung.
26

27 Somit besteht hinsichtlich der Versorgung im Bereich psychischer Störungen nach wie vor
28 ein umfangreicher Forschungsbedarf, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Public-
29 Health-Relevanz dieser Krankheitsgruppe. Hierbei stellt sich die Frage, wer Analysen dieser
30 Art leisten soll – im Vergleich zu anderen „Volkskrankheiten“ existiert in Deutschland kein
31 vergleichbares (Forschungs-)Zentrum für psychische Erkrankungen.
32

33 *Sind die Befunde spezifisch für psychische Störungen?*

34 Auch wenn andere Aspekte der Daseinsvorsorge, wie etwa das regionale
35 Bruttoinlandsprodukt oder kommunale Investitionen noch stärkere räumliche Disparitäten
36 aufweisen [45], sollte sich Gesundheitsversorgung ganz allgemein an dem Ideal sozialer
37 Gerechtigkeit und gleicher Gesundheitschancen für alle Menschen im gesamten
38 Bundesgebiet orientieren. Die hier dargestellten Befunde und Probleme sind allerdings nicht
39 spezifisch für den Bereich psychischer Störungen. Eine große – nicht morbiditätsbasierte –
40 Variation von Behandlerdichten gibt es über alle Facharztgruppen hinweg [2]. Auch der
41 zunehmende Anteil an Frauen und eine kohortenspezifischen Lebensplanung, bei der die
42 Maximierung des Einkommens an Bedeutung verliert, ist für alle ärztlichen Berufsgruppen
43 von Relevanz [23]. Auf Seite der Patienten ist die Definition von „Behandlungsbedarf“ oder
44 „medizinischer Notwendigkeit“ auch in anderen Krankheitsgruppen räumlich und zeitlich
45 variabel [31]. Insgesamt sollte dabei jedoch berücksichtigt werden, dass die Krankheitslast,
46 die nicht nur individuell sondern auch gesellschaftlich mit psychischen Störungen assoziiert
47 ist, im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen ausgesprochen hoch ist [44] – und damit
48 auch ihr Präventionspotenzial.
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Fazit für die Praxis

- Anders als in GKV-Routinedaten weisen die Prävalenzraten psychischer Störungen aus epidemiologischen Bevölkerungsstudien keinen Zusammenhang mit der ambulanten Dichte von Nervenärzten und Psychotherapeuten auf. Die regionale Ungleichverteilung der ambulanten Arztsitze lässt sich also nicht mit entsprechenden Variationen des lokalen Behandlungsbedarfs begründen.
- Für Studienteilnehmer mit psychischen Diagnosen erhöht sich die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen mit zunehmender regionaler Arztdichte; dies gilt jedoch nicht für Teilnehmer ohne Diagnose. Dies widerspricht der Hypothese einer "angebotsinduzierten", ungerechtfertigten Inanspruchnahme in höher versorgten Gebieten.
- Will man den Versorgungsgrad von Regionen als Ganzes valide quantifizieren, müssen neben der hier untersuchten ambulanten Facharztdichte allerdings noch weitere Angebotsstrukturen berücksichtigt werden.

Literatur

1. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R (2014) Faktencheck Gesundheit: Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
2. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R (2015) Faktencheck Gesundheit - Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
3. Albrecht M, Fürstenberg T, Gottberg A (2007) Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
4. Ärztezeitung (2013) Psychotherapie: Verstopfen leichte Fälle die Wartezimmer? http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/838562/psychotherapie-verstopfen-leichte-faelle-wartezimmer.html. Zugriffen: 15. April 2016
5. Becker N, Abholz H-H (2005) Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen - eine systematische Literaturübersicht. ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin 81:474–481
6. Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (2010) Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 45:329–335
7. Bundespsychotherapeutenkammer (2013) 10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPTK-Standpunkt. Berlin
8. Czihal T, Stillfried D, Schallock M (2012) Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
9. Dilling H, Weyerer S, Castell R (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In: Dilling H, Weyerer S, Castell R (Hrsg) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart, S 1–122
10. Ellert U, Kurth BM (2013) Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56:643–649
11. Erhart M, Stillfried D (2012) Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
12. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Neufassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 18. Dezember 2014. Berlin
13. Heinz A (2015) Krankheit vs. Störung: Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. Der Nervenarzt 86:36–41
14. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U (2013) Urbanicity, social adversity and psychosis. World Psychiatry 12:187–197

15. Herpertz SC, Herpertz S, Schaff C et al (2011) Spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie
16. IGES (2012) Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
17. Jacobi F, Barnikol UB (2015) Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen: Das Problem diagnostischer Schwellen. Der Nervenarzt 86:42–50
18. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH): 12-Month Prevalence of Mental Disorders in Germany. International Journal of Methods in Psychiatric Research 23:304–319
19. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 85:77–87
20. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56:620–630
21. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Honorarbericht für das dritte Quartal 2011. Sonderthema: Honorarumsätze im regionalen Vergleich. KBV, Berlin
22. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Ärztemonitor 2014 Tabellenband. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH, Bonn
23. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015) KBV Praxisnachrichten. 16.04.2015. http://www.kbv.de/html/1150_15039.php. Zugegriffen: 15. April 2016
24. Kliner K, Rennert D, Richter M (2015) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
25. Kruse J, Herzog W, Hofmann M, Larisch A (2012) Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland–Formen der Versorgung und ihre Effizienz“. Heidelberg
26. Linden M (2013) Diagnose „Gesundheit“. Psychotherapeut 58:249–256
27. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research 23:289–303
28. Maske UE, Busch MA, Jacobi F et al (2015) Current major depressive syndrome measured with the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI): results from a cross-sectional population-based study of adults in Germany. BMC Psychiatry 15

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
29. Melchinger H (2012) Psychotherapie: Unter- oder Fehlversorgung? Psychosoziale Umschau 3:4–6
30. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
31. Nolting H-D, Zich K, Deckenbach B et al (2011) Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
32. OECD (2012) Sick on the Job? OECD Publishing, Paris
33. OECD (2013) Health at a Glance 2013. OECD Publishing, Paris
34. Pfaff H, Scholten N (2014) Regionale Versorgungsungleichheit: ein konzeptioneller Überblick. In: Gesundheit in Regionen - BKK Gesundheitsreport 2014. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V., Berlin, S 23–30
35. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56:832–844
36. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. BMC Public Health 12:730
37. Sielk M, Altiner A, Janssen B et al (2009) Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Psychiatrische Praxis 36:169–174
38. Sundmacher L, Ozegowski S (2013) Ziehen Privatpatienten Ärzte an? Gesundheit und Gesellschaft 16:31–35
39. Swart E, Stallmann C, Powietzka J, March S (2014) Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten: Ein Zugewinn auch für die kleinräumige Versorgungsforschung in Deutschland? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 57:180–187
40. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B-M (2004) Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Robert Koch-Institut, Berlin
41. Thom J, Bretschneider J, Müllender S et al (2015) Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen - Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? Die Psychiatrie 12:247–254
42. Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J (2010) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Duisburg-Essen
43. Wennberg JE (2010) Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. Oxford University Press, New York

1
2
3
44. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al (2011) The size and burden of mental disorders
and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology
21:655–679

4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

45. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015) Sind
niedergelassene Ärzte zu ungleich verteilt? Faktenblatt.
http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Faktenblatt_Arztverteilung.pdf
f. Zugegriffen: 15. April 2016

Tabelle 1: Regionale Variationen der ambulanten Arztdichten

	Kreise (N=413)					
	Max	Min	MW	SD	GUK ³ Arztdichten	GUK ³ korrigiert um Mitversorgung
Nervenärzte ¹ (N=4.705)	19.3	.0	5.4	3.2		
...korrigiert um Mitversorgung	27.0	.0	5.4	2.0	.30	.18
Psychotherapeuten ² (N=21.757)	129.0	1.7	21.6	16.9		
...korrigiert um Mitversorgung	76.8	2.8	21.4	11.1	.37	.27

Anmerkungen: Arztdichte pro 100.000 Einwohner aus dem Jahr 2012, Kreise entsprechend der 413 Kreise und kreisfreien Städte nach Gebietsstand 31.12.2008, Definition der Arztgruppen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie (G-BA, 2015), Ärzte werden entsprechend ihrer Bedarfsplanungsgewichte gezählt, nicht als Personen.

¹ Hierzu zählen 1) Nervenärzte, 2) Neurologen, 3) Psychiater 4) Neurologen und Psychiater und 5) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

² Hierzu zählen 1) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, 2) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3) Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4) Psychologische Psychotherapeuten und 5) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

³ GUK: Gini-Ungleichverteilungs-Koeffizient, quantifiziert die Abweichung einer Verteilung von der Gleichverteilung (mit 0 = vollständige Gleichverteilung und 1 = maximale Ungleichverteilung von Werten).

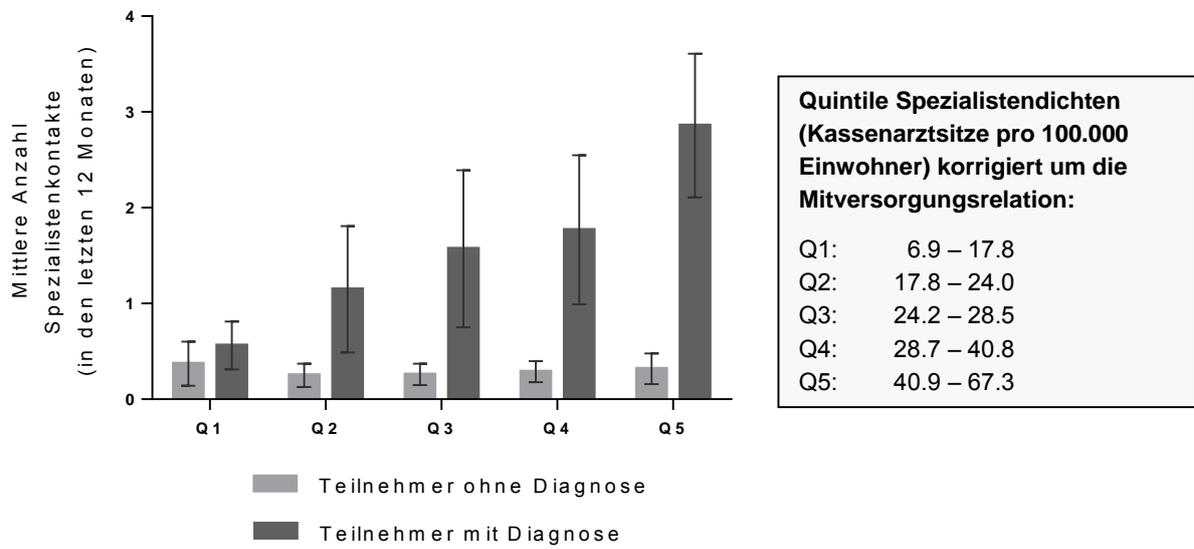


Abbildung 1: Selbstberichtete Spezialistenkontakte für DEGS1-MH-Teilnehmer ohne vs. mit psychischen Störungen (letzte zwölf Monate) nach Versorgungsdichte (in durch Nervenärzte/Psychotherapeuten wenig bis hoch versorgten Regionen).

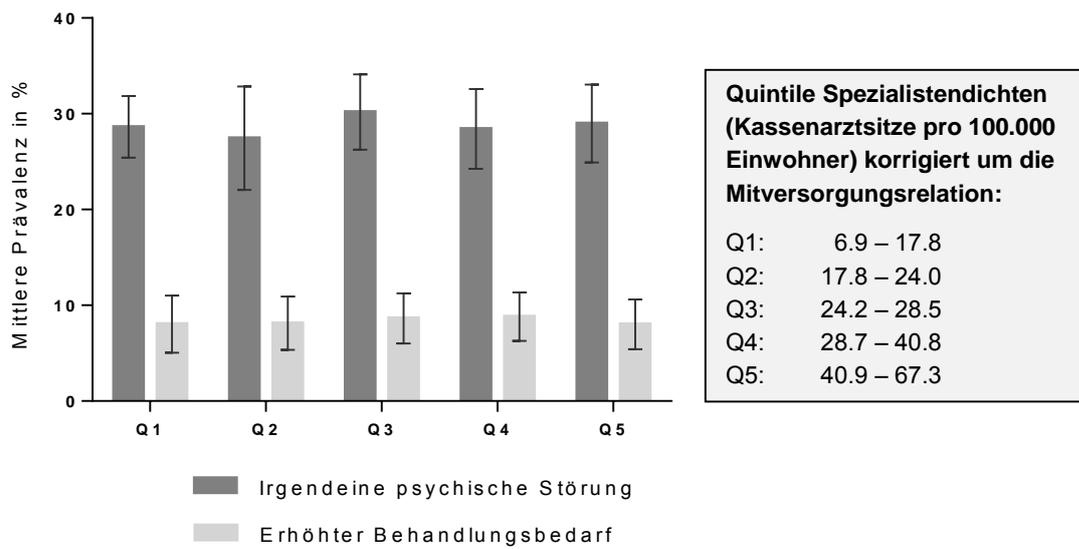


Abbildung 2: Gesamtprävalenz psychischer Störungen und Prävalenz „erhöhten Behandlungsbedarfs“ in niedrig bis hoch versorgten Regionen.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

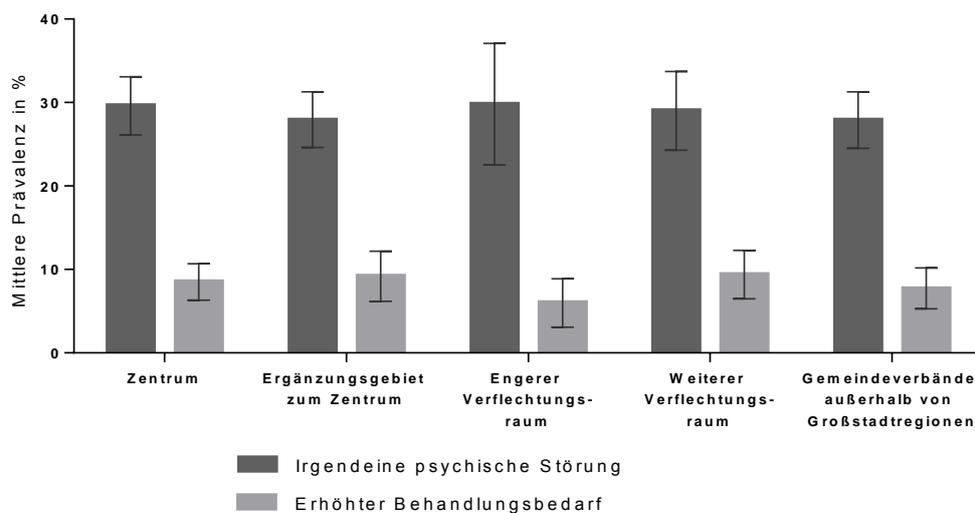


Abbildung 3: Gesamtprävalenz psychischer Störungen und Prävalenz „erhöhten Behandlungsbedarfs“ in den verschiedenen Kreistypen.

Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte



Psychologische Hochschule Berlin

F. Jacobi¹, M. Becker¹, J. Bretschneider¹, S. Müllender¹, J. Thom¹, U. Hapke², W. Maier^{3,4}

1: Psychologische Hochschule Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2: Robert Koch-Institut, Berlin
3: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bonn, 4: Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen, Bonn

Hintergrund:

Angesichts der großen Krankheitslast psychischer Störungen liegt in ihrer flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems. Die Dichte ambulant tätiger Fachärzte und Psychotherapeuten variiert zwischen den Regionen Deutschlands allerdings erheblich. Inwiefern dies durch entsprechende Morbiditätsunterschiede gerechtfertigt ist, wird üblicherweise anhand von GKV-Routinedaten bewertet. Da administrative Statistiken jedoch auch Abbild lokaler Diagnosegewohnheiten sowie der Angebotsstrukturen selbst sind, sollten entsprechende Analysen durch epidemiologische Daten erweitert werden. In der vorliegenden Studie wird erstmals eine solche Analyse anhand epidemiologischer Daten vorgenommen.

Methodik:

Anhand der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) und dem ZI-Versorgungsatlas (www.versorgungsatlas.de) wurde untersucht, inwiefern die Dichte der ambulanten Versorgung mit der – standardisiert und unabhängig vom Inanspruchnahmeverhalten erhobene – Prävalenz psychischer Störungen in den DEGS-Erhebungsregionen (139 Kreise und kreisfreie Städte) korrespondiert.

Ergebnisse:

- Tabelle 1 fasst die große regionale Variation der ambulanten Arztdichten von Spezialisten (Nervenärzte, Psychotherapeuten) in Deutschland zusammen
- Abbildung 1 zeigt, dass bei höheren Arztdichten auch mehr Inanspruchnahme bei Spezialisten stattfindet – aber nur bei denjenigen, die auch die Kriterien für (mindestens) eine CIDI-Diagnose erfüllen.
- Abbildung 2 demonstriert, dass die großen regionalen Unterschiede in den Arztdichten **nicht** mit den regionalen Prävalenzen psychischer Störungen korrespondieren (Korrelationen unter 0.1, Varianzaufklärung unter 1%).

Diskussion:

- Auch nach Kontrolle wichtiger Angebotsparameter kann die regionale Verteilung von Arztsitzen nicht angemessen durch korrespondierende Prävalenzunterschiede erklärt werden.
- Diese Diskrepanz zwischen kleinen regionalen Unterschieden im Bedarf und großen regionalen Unterschieden in der Versorgungsdichte fallen unter Einbezug von Mitversorgung und tatsächlichem Tätigkeitsumfang allerdings deutlich geringer aus; so werden etwa in nominell wenig versorgten Gebieten pro Behandler mehr Fälle versorgt als in Gebieten mit hoher Behandlerdichte.
- Dass nur diejenigen mit CIDI-Diagnose in höher versorgten Gebieten mehr Spezialisten in Anspruch nehmen als die Fälle, die in niedrig versorgten Gebieten leben, nicht aber diejenigen ohne Diagnose, widerspricht der bisweilen geäußerten Hypothese, dass eine hohe Versorgungsdichte zu einer unangemessenen Inanspruchnahme führe (z.B. Psychotherapie bei nicht störungswertiger Problematik).
- Die Ergebnisse weisen auf Potentiale zur Morbiditätsadjustierung der Bedarfsplanung hin, wobei der Begriff des Behandlungsbedarfs von Menschen mit psychischen Störungen weiter reflektiert werden muss.

Referenzen:

Dieser Beitrag erscheint in DER NERVENARZT (in press).

Tabelle 1: Regionale Variationen der ambulanten Arztdichten

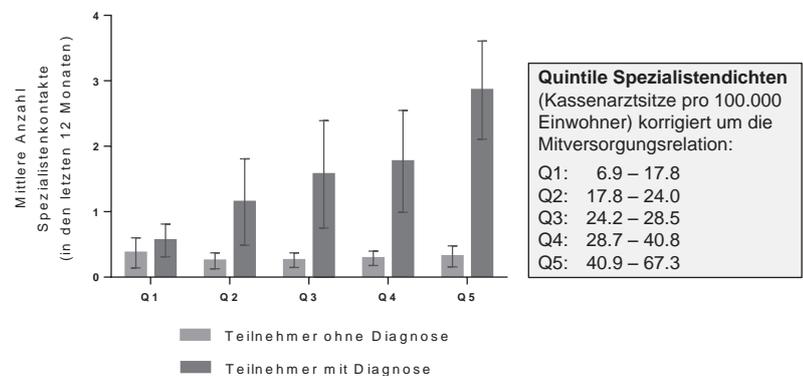
	Kreise (N=413)					GUK ³ Arztdichten	GUK ³ korrigiert um Mitversorgung
	Max	Min	MW	SD			
Nervenärzte ¹ (N=4.705)	19.3	.0	5.4	3.2		.30	.18
...korrigiert um Mitversorgung	27.0	.0	5.4	2.0			
Psychotherapeuten ² (N=21.757)	129.0	1.7	21.6	16.9		.37	.27
...korrigiert um Mitversorgung	76.8	2.8	21.4	11.1			

Anmerkungen: Arztdichte pro 100.000 Einwohner aus dem Jahr 2012, Kreise entsprechend der 413 Kreise und kreisfreien Städte nach Gebietsstand 31.12.2008, Definition der Arztgruppen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie (G-BA, 2015), Ärzte werden entsprechend ihrer Bedarfsplanungsgewichte gezählt, nicht als Personen.

¹ Hierzu zählen 1) Nervenärzte, 2) Neurologen, 3) Psychiater 4) Neurologen und Psychiater und 5) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

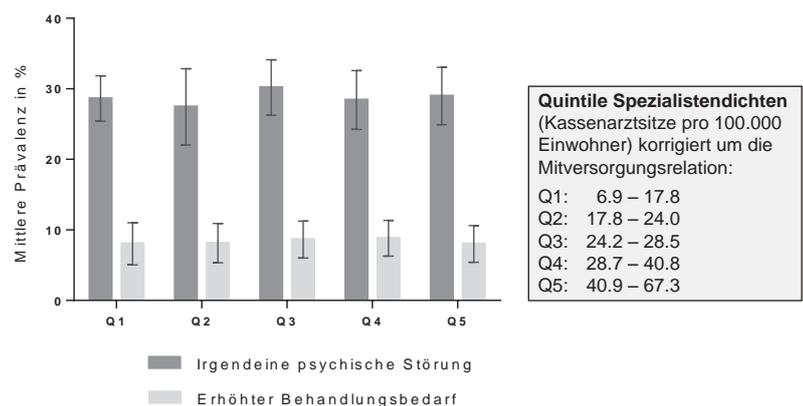
² Hierzu zählen 1) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, 2) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3) Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4) Psychologische Psychotherapeuten und 5) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

³ GUK: Gini-Ungleichverteilungs-Koeffizient, quantifiziert die Abweichung einer Verteilung von der Gleichverteilung (mit 0 = vollständige Gleichverteilung und 1 = maximale Ungleichverteilung von Werten).



Quintile Spezialistendichten
(Kassenarztsitze pro 100.000 Einwohner) korrigiert um die Mitversorgungsrelation:
Q1: 6.9 – 17.8
Q2: 17.8 – 24.0
Q3: 24.2 – 28.5
Q4: 28.7 – 40.8
Q5: 40.9 – 67.3

Abbildung 1: Selbstberichtete Spezialistenkontakte für DEGS1-MH-Teilnehmer ohne vs. mit psychischen Störungen (letzte zwölf Monate) nach Versorgungsdichte (in durch Nervenärzte/Psychotherapeuten wenig bis hoch versorgten Regionen).



Quintile Spezialistendichten
(Kassenarztsitze pro 100.000 Einwohner) korrigiert um die Mitversorgungsrelation:
Q1: 6.9 – 17.8
Q2: 17.8 – 24.0
Q3: 24.2 – 28.5
Q4: 28.7 – 40.8
Q5: 40.9 – 67.3

Abbildung 2: Gesamtprävalenz psychischer Störungen und Prävalenz „erhöhten Behandlungsbedarfs“ in niedrig bis hoch versorgten Regionen.

Acknowledgements: Diese Publikation entstand im Rahmen eines Projektes, das vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) gefördert wird. Dank gilt hier insbesondere Michael Erhart für die Bereitstellung von regionalisierten Strukturdaten. DEGS1 und DEGS1-MH sind Studien des Robert Koch-Instituts (RKI); Leitung der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring: Bärbel-Maria Kurth, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Zusätzliche Mittel und Ressourcen wurden bereitgestellt durch die Technische Universität Dresden (TUD; Klinische Psychologie und Psychotherapie; Leitung: Hans-Ulrich Wittchen) sowie durch die Stiftung Seelische Gesundheit, gegründet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, vertreten durch Wolfgang Maier und Wolfgang Gaebel). Wir danken den Diskutanten, die u.a. in einem gesundheitspolitischen Forum des DGPPN-Kongresses 2015 und in einem internen Review zu dieser Publikation beigetragen haben: Thomas Czihal, Arno Deister, Martin Driessen, Michael Erhart, Cornelia Goemann, Iris Hauth, Ernst Dietrich Munz, Christa Roth-Sackenheim, Thomas Uhlemann.