

# Kumulativer Angebotsmangel: Visualisierung von möglichen Standorten für den Ausbau der Allgemeinmedizin in Österreich

Stefan Mathis-Edenhofer<sup>1</sup>, Florian Röthlin<sup>1</sup>, Gerhard Fülöp<sup>1</sup>, Michael Gyimesi<sup>1</sup>, Andrea Schmidt<sup>1</sup>, Julia Bobek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gesundheit Österreich GmbH

## Hintergrund:

Die Analysen struktureller Versorgungsdefizite (an Ordinationen, Ambulanz- oder Abteilungsangeboten oder an bestimmten Leistungsbündeln in der Allgemeinmedizin/AM) anhand von Versorgungsschlüsseln (VS) stellen weder auf Gemeindeebene noch in größeren Planungsregionen eine ideale Lösung dar.

So werden einerseits auf Ebene der Gemeinden Mitversorgungseffekte von bzw. für benachbarte Gemeinden nicht abgebildet, andererseits ist eine Betrachtung auf der Ebene von Bezirken oder Versorgungsregionen nicht geeignet, die Heterogenität bzw. das Versorgungsdefizit innerhalb der Region aufzuzeigen.

## Fragestellungen:

- Wie kann der Mitversorgungseffekt von- bzw. für benachbarte Regionen für die Standortplanung mitberücksichtigt werden?
- Wie lassen sich Ergebnisse für Endanwender leicht interpretierbar darstellen?

## Methode:

Modifizierte Anwendung des international weitverbreiteten 2-Step-Floating-Catchment-Area-(2SFCA-) Algorithmus zur Berechnung des „mitversorgungs-korrigierten Angebots“ (MVK-Angebot) sowie des darauf basierenden kumulativen Angebotsmangels (KAMa):

**Schritt 1:** Ausgehend von Gemeinden mit einem Gesundheitsangebot werden jene Einwohner (EW) zusammengefasst, die das „Gemeindeangebot“ innerhalb einer definierten Erreichbarkeitsgrenze (hier 10 Minuten Fahrzeit im Individual-Straßenverkehr) erreichen können. Der „Mitversorgungs“-Anteil, den die Gemeinde anhand ihres Angebots im Einzugsgebiet (EZG) beisteuert, wird über einen VS bestimmt. Dazu wird das Verhältnis des Gemeindeangebots zu den EW im EZG berechnet. Bei drei Anbietern mit jeweils einem ÄFTE (ärztliches „full-time-equivalent“, entsprechend einem durchschnittlichen ärztlichen Angebot) beträgt dieser VS folglich 3 ÄFTE geteilt durch die erreichte Bevölkerung.

**Schritt 2: Ergebnis des 2SFCA-Algorithmus (MVK-Angebot):** Für die Berechnung des MVK-Angebots für alle Gemeinden (hier: n=2122) wird nun jeder Gemeinde einzeln deren benachbartes (und eigenes) Angebot wie folgt zugeteilt: Ihre Bevölkerungszahl wird jeweils (so oft, wie Mitversorgungsangebote aus anderen Gemeinden vorhanden sind) mit dem zuvor berechneten entsprechenden VS multipliziert und die Ergebnisse werden aufsummiert. Das MVK-Angebot an ÄFTE ist hoch, wenn das mitversorgende Angebot groß ist und wenn dieses mit wenig Bevölkerung aus anderen Gemeinden geteilt werden muss.

Im vom Team der GÖG vorgeschlagenen Analyseschema wird für jede Gemeinde ihre Eignung als potenzieller Standort für ein neues Angebot visualisiert. Dazu wird wiederum das EZG der Gemeinde betrachtet:

**Schritt 3: Berechnung des kumulativen Angebotsmangels für einen Standort und dessen EZG:** Aus dem Soll-VS (hier definiert als Bundesdurchschnitt) und der Zahl der EW wird die Sollgröße des benötigten Angebots berechnet. Im angeführten Beispiel liegt der Soll-Versorgungsschlüssel bei 2.121 EW je ÄFTE. In die Kartendarstellung wird aber die Differenz zum verfügbaren MVK-Angebot im EZG (Summe aller MVK-Angebots-Werte der Gemeinden im EZG) dargestellt.

## Ergebnis:

Die Differenz zur Soll-Versorgung lässt sich direkt als „kumulativer Angebotsmangel“ (KAMa) im EZG interpretieren. Beträgt der KAMa 1 ÄFTE, so sind noch 2.121 EW unterversorgt und es wird noch eine Ärztinnen oder ein Arzt (bzw. 1 ÄFTE) für das jeweilige EZG benötigt.

Eine Karte mit ausgewiesenem KAMa kann von Anbietern wie Ärztinnen/Ärzte, die sich niederlassen wollen sowie von regionalen und nationalen Verantwortlichen für die Strukturplanung praxisbezogen eingesetzt werden, da Hinweise auf Unterversorgung mit der vorgeschlagenen Methode (auf Basis von VS und Erreichbarkeit) nicht nur angezeigt, sondern auch als absolute Größe berechnet werden.

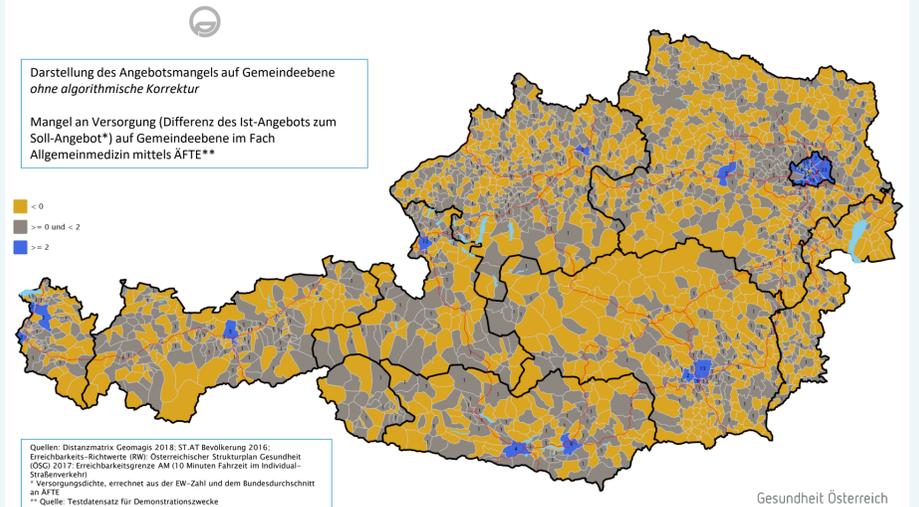
## Limitationen und Ausblick:

Im Modell basiert auf Testdaten und berücksichtigt vom Ansatz her nicht substituierend wirkende Facharzt- bzw. stationäre Versorgung) sowie Bevölkerungsstrukturen mit unterschiedlichem Bedarf oder Aufsuchverhalten (Altersverteilung; mobile Bevölkerung/Pendler).

In Zukunft soll die Implementierung noch stärker flexibilisiert werden. Aufgrund der regionalen Detailtiefe sind weiters verbesserte Datengrundlagen anzustreben. Das tatsächliche Angebot könnte durch Altersstandardisierung und der Berücksichtigung der regionalen sozio-ökonomischen Verhältnisse besser eingeschätzt werden. Weiters soll der regionale Mangel für bestimmte Leistungsbündel sowie Einzelleistungen (z.B. Wochenenddienst, Substitutionstherapie) untersucht werden.

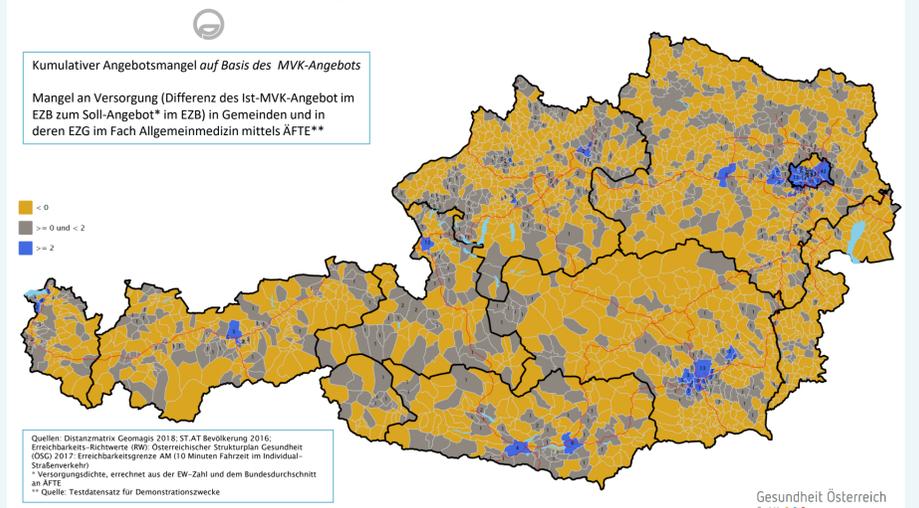
## Karte 1: Angebotsmangel in der AM auf Ebene der Gemeinden

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS



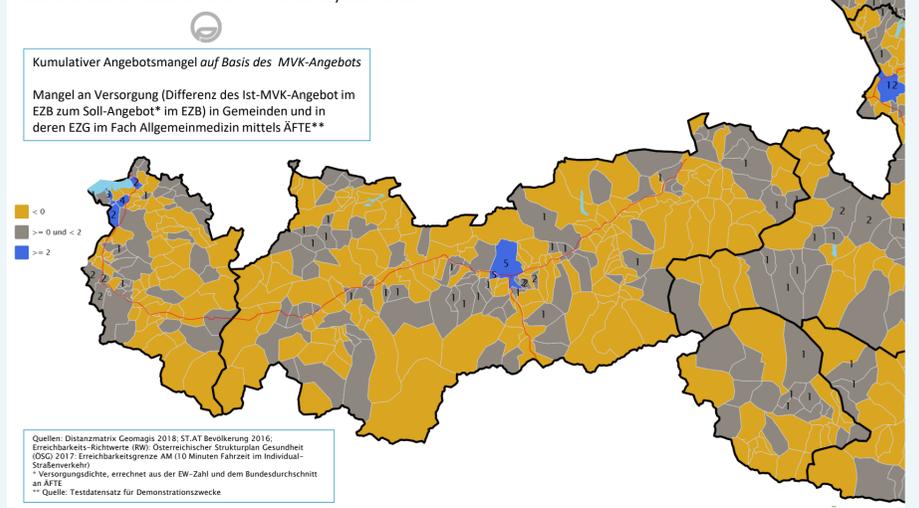
## Karte 2: Kumulativer Angebotsmangel in der AM: 2-SFCA-Ergebnis

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS



## Karte 3: Detail kumulativer Angebotsmangel in der AM: Westen

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS



## Karte 4: Detail kumulativer Angebotsmangel in der AM: Osten

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS

