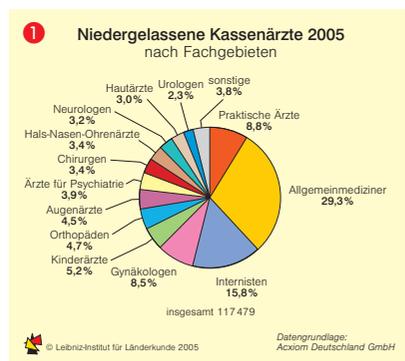


# Regionale Unterschiede in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Thomas Kistemann und Jürgen Schweikart



Der ambulant tätige Arzt ist in der Regel die erste Anlaufstelle kranker Menschen. Ihm fallen dabei mehrere wichtige Funktionen zu: Zum einen Diagnose, Therapie, Gesundheitsförderung und -schutz des Patienten und zum anderen die Leitung des Patienten entsprechend seinen Bedürfnissen innerhalb des Gesundheitssystems. Eine wohnortnahe Versorgung mit niedergelassenen Ärzten ist wesentlich, um die flächendeckende ambulante Betreuung sicherzustellen. Aufgrund verschiedener Einflüsse gibt es hierin Unterschiede, und infolgedessen muss der Patient mehr oder

weniger lange Wege auf sich nehmen, um den Kontakt zu einem Haus- oder Facharzt herzustellen. In urbanen Räumen sind die Entfernungen meist kürzer, leichter und schneller zu überwinden als in ländlichen Gebieten. Und überall ist der Weg zu einem Facharzt in der Regel länger als der Weg zum Hausarzt.

Für die ambulante medizinische Versorgung wird die Arztdichte als Indikator herangezogen. Sie ist eine Messgröße, die sich aus der Anzahl der Ärzte bezogen auf 100.000 Einwohner ergibt. Die Statistik weist für 2003 fast 304.000 Ärzte und knapp 64.000 Zahnärzte in Deutschland aus, das entspricht ca. 360 Ärzten pro 100.000 Einwohner (KOPETSCH 2004b). Damit nimmt Deutschland in Europa hinsichtlich der Arztdichte den siebten Platz ein (OECD/IRDES). Die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind nicht für die gesamte Bevölkerung in gleicher Weise erreichbar. Sowohl Studien auf der Basis der Bundesländer (BMG 1999) als auch auf kleinräumlicher Ebene (SEN-GESoZV 2004; TRAUB 2004) haben gezeigt, dass innerhalb der untersuchten Regionen erhebliche Unterschiede in vielen Aspekten regionaler Lebensbedingungen bestehen, darunter auch bei den Indikatoren zur Gesundheit und zur medizinischen Versorgung.

## Regelung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Bei der Betrachtung der räumlich differenzierten Angebotsstruktur der ambulanten ärztlichen Versorgung darf der Einfluss der Regulierung nicht außer Acht gelassen werden. Eine Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung existierte in Westdeutschland seit 1977. Gültige gesetzliche Grundlage für die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung ist das Sozialgesetzbuch V (1988; §§99-105: Bedarfsplanung). Ursprünglich diente die Bedarfsplanung der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Ab 1993 änderte sich die Zielsetzung (KOPETSCH 2005a). In der Neufassung der Bedarfsplanung für Ärzte wurden, mit dem Ziel der Kostendämpfung, die Vorschriften des Gesundheitsstrukturgesetzes zur Sperrung von Planungsbereichen wegen Überversorgung umgesetzt. Seitdem sind die Möglichkeiten für Ärzte, sich mit einer eigenen Praxis niederzulassen, sehr stark eingeschränkt.

In der aktuell gültigen Fassung der Regelung (G-BA 2005) wird als Ausgangsrelation für die Feststellung des Versorgungsgrades der Bevölkerung und die Beurteilung von Über- bzw. Unterversorgung für 14 in die Bedarfsplanung einbezogene Arztgruppen, darunter

Hausärzte, Orthopäden und Urologen verwendet. Auf Basis der Einteilung Deutschlands in die 10 Kreistypen der siedlungsstrukturellen Regions- und Kreistypologie des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (► Beitrag Priebs, Bd. 1, S. 66) wurde eine Matrix mit insgesamt 140 Einwohner/Arzt-Verhältniszahlen ermittelt. Jede dieser 140 Verhältniszahlen wurde berechnet, indem die Bevölkerungsumme aller Kreise und kreisfreien Städte eines Kreistyps durch die Zahl aller zugelassenen Kassenärzte einer Arztgruppe geteilt wurde (Stand: 31.12.1990, außer Hausärzten und Internisten: 31.12.1995; Anästhesisten und Psychotherapeuten: 31.12.1997). Diese Verhältniszahlen sind extrem unterschiedlich und liegen zwischen 1474 (Hausärzte in ländlichen Kreisen ländlicher Regionen) und 156.813 (Radiologen in ländlichen Kreisen von Regionen mit Verdichtungsansätzen).

Die gültigen Richtlinien über die Bedarfsplanung bedienen sich also keineswegs bedarfsfeststellender Operatoren, sondern sind bestandsabgeleitet, obwohl nicht a priori anzunehmen war, dass sich der Bestand an Arztpraxen bedarfsorientiert entwickelt hat und der zu einem Stichtag festgestellte Bestand bedarfsgerecht ist. Vielmehr ist davon auszugehen, dass historische Rahmenbedingungen, räumlich differenzierte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und nicht primär ökonomisch geleitete Standortentscheidungen der Ärzte ein nicht konsequent nachfrageorientiertes räumliches Muster der ambulanten Gesundheitsversorgung entstehen ließen. Durch die geübte Praxis der Bedarfsplanung werden diese existierenden räumlichen Versorgungsmuster fixiert und fortgeschrieben.

Zur Feststellung von Überversorgung wird die örtliche Verhältniszahl jedes der 395 Planungsbereiche mit der jeweils für Kreistyp und Arztgruppe maßgeblichen Verhältniszahl verglichen. Bei einer Überschreitung um 10% wird von einer Überversorgung ausgegangen; der Planungsbereich ist dann für weitere Niederlassungen dieser Arztgruppe gesperrt. Zu Beginn des Jahres 2005 waren im Mittel aller Arztgruppen nur 15% der Planungsbereiche nicht gesperrt (KOPETSCH 2005b). Zwischen den Arztgruppen bestehen gravierende Unterschiede: Während für die einzelnen Facharzttrichtungen 80-100% der Planungsbereiche Überversorgt sind, besteht in zwei Dritteln der Planungsbereiche ein Bedarf an Hausärzten.

Im Facharztsektor wird mithin durch die Beschränkung von Niederlassungen die Angebotsseite der ambulanten ärztlichen Versorgung massiv beeinflusst.

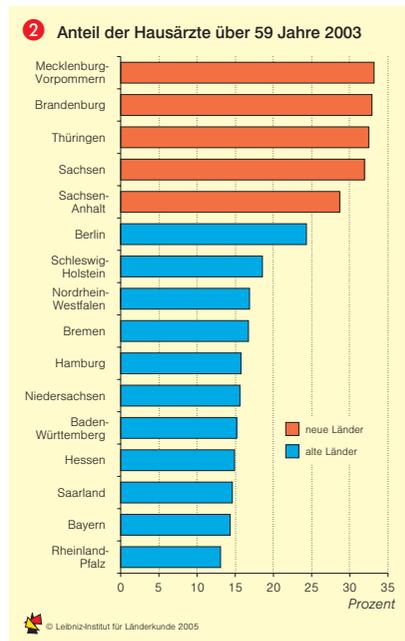
Die hausärztliche Versorgungslage hingegen ist weitgehend geprägt von der regionalen Niederlassungsbereitschaft potenzieller Hausärzte.

## Arztdichte: Indikator der ambulanten Versorgungsqualität

Die Arztdichte der niedergelassenen Humanmediziner ohne die Zahnärzte schwankt auf der Basis der Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland erheblich, nämlich zwischen 61 und 329 Ärzten pro 100.000 Einwohner (► Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Kreise deutlich in Abhängigkeit von ihrer Siedlungsstruktur. Urbane Räume – allen voran Städte mit Universitätskliniken – weisen deutlich höhere Arztdichten auf. Führend mit über 300 niedergelassenen Ärzten je 100.000 Einwohner sind Heidelberg und Freiburg. Das Ende bilden ausgesprochen ländliche Regionen wie der Saalkreis in Sachsen-Anhalt oder viele Kreise im Norden Bayerns.

Die Siedlungsstruktur der Kreise ist in ihrem räumlichen Kontext zu betrachten. Im Norden Bayerns liegen viele der kreisfreien Städte inmitten einer ländlich geprägten Umgebung. In diesen Städten werden sehr hohe Werte erreicht, in ihrem Umland dagegen gleichzeitig sehr niedrige. Es gibt keine weitere Region in Deutschland, in der solch starke Unterschiede auf kleinster Distanz in dieser Häufigkeit und Intensität auftreten.

Auch innerhalb gleicher Siedlungsstrukturen variieren die Arztdichten. Innerhalb der ländlichen Kreise mit geringer Dichte schwanken die Arztdichten zwischen knapp 99 und gut 271 Ärzten auf 100.000 Einwohner. In den neuen Ländern finden sich auffällig viele dieser Kreise mit einer niedrigen Dichte, im Gegenzug sind es vor allem die ländlichen Kreise im süddeutschen Vorland mit traditionell sehr hohen Werten. Diese sind eine Folge des Niederlassungsverhaltens der Ärzte, die hier neben der landschaftlich schönen



Umgebung sicherlich auch auf einen überdurchschnittlich hohen Anteil an privat versicherten Patienten hoffen.

### Fachärzte

Den größten Teil der Ärzte mit einer Fachgebietsbezeichnung stellen die Allgemeinmediziner mit 29,3%, die gemeinsam mit den praktischen Ärzten bzw. den Ärzten ohne Fachgebietsbezeichnung und dem größten Teil der Internisten hausärztlich tätig sind ①. Während Gynäkologen noch knapp 9% der Ärzte stellen, liegen alle weiteren Facharztgruppen unter 5%.

Die Verteilung der Fachärzte folgt zum Teil eigenen räumlichen Mustern. Werden die Kinderärzte auf die Kinder unter 15 Jahren bezogen, ergibt sich ein vollkommen anderes Muster als bei den Allgemeinmedizinern ④. Hier zeigen die neuen Länder eine deutlich höhere

Arztdichte im Vergleich zu den alten Ländern. Dies ist offensichtlich die Folge einer selektiven Abwanderung aus den neuen in die alten Länder sowie der drastisch gesunkenen Geburtenzahlen: Während junge Frauen und junge Familien verstärkt abwandern, bleiben die niedergelassenen Kinderärzte zurück (► Beiträge Bucher/Heins, Bd. 4, S. 108-113).

### Entwicklungstendenzen

Ende 2001 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Studie zur Altersstruktur und Arztlageentwicklung in Deutschland vorgestellt. Unterstützt von der Bundesärztekammer wurde der Öffentlichkeit verdeutlicht: Deutschland droht ein Ärztemangel (KOPETSCH 2004a). Vor allem in der hausärztlichen Versorgung zeichnet sich ein steigender Bedarf ab. Dabei bestehen große räumliche

Disparitäten, und die neuen Länder sind am stärksten betroffen. Die Dichte der niedergelassenen Ärzte zeigt dies deutlich ③. Mit Ausnahme der kreisfreien Städte und des Landes Berlin gehören alle Kreise zu Klassen, deren Arztdichte deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Welche Faktoren sind hierfür verantwortlich? Wesentlich sind die sinkenden Absolventenzahlen in der Medizin, die zunehmende berufliche Orientierung junger Mediziner in nicht-klinische Bereiche, das Niederlassungsverhalten junger Ärzte und die Altersstruktur der aktiven, niedergelassenen Ärzte. Die Altersstruktur wirkt besonders beschleunigend auf die bereits sichtbaren Unterschiede, vor allem in den neuen Ländern. Die Bundesländer weisen hinsichtlich der Altersstruktur der hausärztlich praktizierenden Ärzte erhebliche Unterschiede auf. Die Anteile der über 59-Jährigen variieren zwischen 24% und knapp 33%, wobei sie in den alten Ländern alle unter 20% liegen und die höchsten Anteile alle in den neuen Ländern zu finden sind ②. Es wird deutlich, dass sich die Unterschiede weiter verstärken werden. ♦



Die Kinderarztdichte ist in Ostdeutschland besonders hoch.

