

# Faktencheck Gesundheit

## Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)





# Faktencheck Gesundheit

## Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte)

Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung

### Autoren

Dr. Martin Albrecht

Dr. Stefan Etgeton

Dr. Richard R. Ochmann

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Patienten, Ärzte,...) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.



# Inhalt

<b>1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b>	<b>6</b>
<b>2 Einleitung</b>	<b>8</b>
2.1 Regionale Unterschiede in der ärztlichen Versorgung	8
2.2 Internationale und zeitliche Perspektive	9
2.3 Die offizielle Bedarfsplanung: Von der „Ärztenschwemme“ zum „Landärztegesetz“	9
<b>3 Methodisches Vorgehen</b>	<b>12</b>
3.1 Der Bedarfsindex	12
3.2 Vergleich der aktuellen mit der geplanten Ärztedichte anhand des Bedarfsindex	14
<b>4 Ergebnisse</b>	<b>16</b>
4.1 Hausärztliche Versorgung: Regionale Verteilung stärker bedarfsorientiert	16
4.2 Fachärztliche Versorgung: Keine stärkere Bedarfsorientierung	19
4.2.1 Verteilung zwischen Stadt und Land bleibt unverändert	19
4.2.2 Kinderärzte: Unterschiede in der Verteilung werden verschärft	22
4.2.3 Frauenärzte: Vorhandene Versorgungsunterschiede werden fortgeschrieben	25
4.2.4 Augenärzte: Bedarfsorientierung kann leicht verbessert werden	27
<b>5 Zitierte und weiterführende Literatur</b>	<b>30</b>
<b>6 Datengrundlagen</b>	<b>31</b>
<b>7 Die Autoren</b>	<b>32</b>
<b>8 Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“</b>	<b>33</b>
Impressum	34



## 1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2012 hatte zum Ziel, „eine gute und flächendeckende Versorgung auch für die Zukunft [zu] sichern“ (Bundeministerium für Gesundheit). Der damalige Gesundheitsminister Daniel Bahr griff in der parlamentarischen Debatte zur Einbringung des sogenannten Landärztegesetzes die kontroverse Diskussion um den drohenden Ärztemangel auf dem Land auf: „Es bringt nichts, darüber zu streiten oder den drohenden Ärztemangel zu leugnen. Diese Koalition, diese Regierung hat gehandelt. Wir haben das Problem angepackt, weil wir die Sorgen der Menschen vor Ort ernst nehmen. Die Menschen werden uns danach beurteilen, ob wir ihnen eine medizinische Versorgung vor Ort gewährleisten, und dafür sorgt diese Koalition“ (Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 17/128, S. 15060).

Mit Blick auf diese zentrale Zielsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes, die ambulante ärztliche Versorgung in ihrer regionalen Verteilung gerechter zu gestalten, kann man feststellen, dass dies allenfalls in der **hausärztlichen Versorgung** gelungen ist. Hier sind in der Folge des Gesetzes zwei wichtige Weichen für eine deutlich bedarfsgerechtere Verteilung des Angebots gestellt worden, indem

- **Planungsbereiche verkleinert** wurden (in Mittelbereiche, d.h. auf Gemeindeverbundebene) und
- **eine bundeseinheitliche Verhältniszahl** (Arzt pro Einwohner) zugrunde gelegt wurde.

Bei hausarztnah tätigen **Fachärzten**, wie Kinder-, Frauen- und Augenärzten, bleibt die regionale Verteilung zwischen Stadt und Land auf Basis der neuen offiziellen Bedarfsplanung hingegen im Wesentlichen unverändert, weil

- die **Planungsbereiche** auf Ebene der Landkreise **großräumiger** angelegt sind und
- die **Verhältniszahlen** im Unterschied zu den Hausärzten weiterhin **nach Regionstypen** (von ländlich bis Großstadt) differenziert werden.

Die stärkere Berücksichtigung der Altersstruktur bei der allgemeinen fachärztlichen Bedarfsplanung erhöht die Bedarfsorientierung bei der Planung dieser Facharztsitze hingegen nur geringfügig. Im Fall der Kinderärzte führt die Neujustierung außerdem dazu, dass deren geplante Zahl bundesweit um 24,3 Prozent gegenüber der aktuellen Zahl sinkt und die regionale Verteilung des geplanten Versorgungsangebots vor allem in den neuen Bundesländern weniger bedarfsgerecht ist. Damit werden bei diesen Arztgruppen die Erwartungen, die mit dem sogenannten Landärztegesetz verbunden waren, nicht erfüllt.

Um eine bedarfsgerechtere Verteilung auch bei den hausarznah tätigen Fachärzten zu ermöglichen, müsste

- der Zuschnitt der jeweiligen **Zulassungsregion** ebenfalls **kleinräumiger** (Mittelbereiche) gefasst und
- **eine einheitliche** anstelle einer nach Regionstyp differenzierten **Verhältniszahl** festgesetzt oder zumindest deren Spreizung zwischen den Regionstypen verringert werden.

Dies könnte auf Bundesebene im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt werden oder auch auf Landesebene geschehen, wo in begründeten Fällen von den Vorgaben der Richtlinie abgewichen werden kann.

Obwohl die Situation bei den Hausärzten durch die neue offizielle Bedarfsplanung verbessert wird, stimmt auch hier die geplante Verteilung in vielen Regionen noch nicht mit den Unterschieden im Versorgungsbedarf überein. Um dies zu erreichen, sollten neben der Altersstruktur weitere bedarfsbestimmende Faktoren einfließen:

- **Morbiditätsfaktoren** wie die Sterblichkeit und/oder Pflegebedürftigkeit
- **sozioökonomische Faktoren** wie Arbeitslosigkeit und/oder die Einkommenssituation

Außerdem sollte sich die Planung aller Arztgruppen zumindest bei unbefristeten Zulassungen perspektivisch stärker am zukünftigen Versorgungsbedarf orientieren. Eine **prospektive demografische Betrachtung** könnte die voraussichtlichen Veränderungen der regionalen Bevölkerungszahlen nutzen, die von den Statistischen Ämtern zur Verfügung gestellt werden. Auf dieser Basis ließen sich erstmals **längerfristige Zeitziele** für die Planung von Arztsitzen formulieren und begründen.

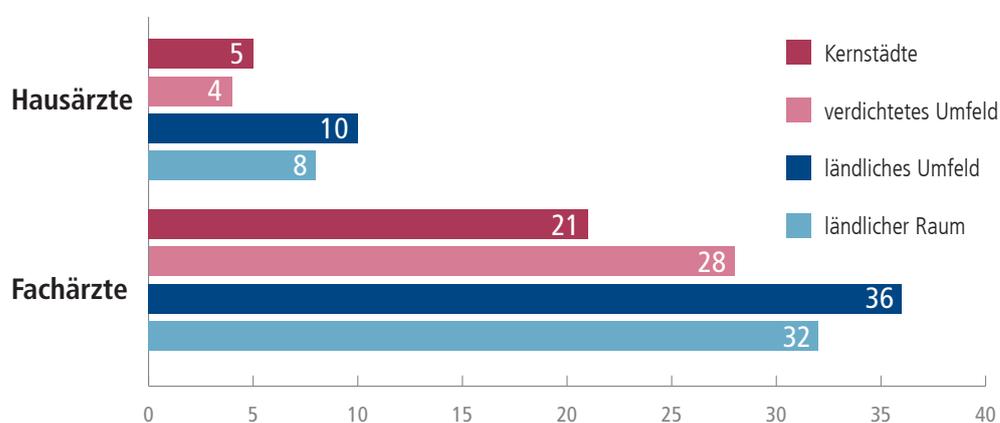
## 2 Einleitung

### 2.1 Regionale Unterschiede in der ärztlichen Versorgung

Die wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems. Die regionale Ärztedichte und die Erreichbarkeit von Arztpraxen entscheiden maßgeblich über den Zugang zur ärztlichen Versorgung. Dass dieser Zugang regional sehr unterschiedlich ist, wird von Patienten als ungerecht empfunden, da sie in ihrer Rolle als Versicherte in gleicher Weise Beiträge zur Krankenversicherung entrichten, aber vom Zugang her ungleich versorgt werden (vgl. Abb. 1). Vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in sozial benachteiligten Bezirken großer Städte gibt es häufig deutlich weniger ärztliche Versorgungsangebote als in sogenannten attraktiven Wohngegenden. Entsprechend steigt die Unzufriedenheit mit der Erreichbarkeit von Haus-, aber vor allem von Fachärzten in weniger verdichteten Regionen.

**Abbildung 1: Unzufriedenheit mit der Anzahl und Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten nach Regionstypen unterschieden**

Angaben in Prozent



Quelle: Gesundheitsmonitor 2012 (N=2.178).

BertelsmannStiftung

Nach dem Gesetz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) den Auftrag, die ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen (vgl. § 75 SGB V), d.h., die Versicherten sollen zu jeder Zeit und an jedem Ort unabhängig vom Status und von ihrer Krankenkasse einen Arzt oder Psychotherapeuten ihrer Wahl aufsuchen können. Zu diesem Zweck müssen die KVen gemeinsam mit den Krankenkassen sogenannte Bedarfspläne erstellen. In diesen Plänen wird festgelegt, wo wie viele Ärzte gebraucht werden.

## 2.2 Internationale und zeitliche Perspektive

Absolut betrachtet fällt die Ärztedichte in Deutschland relativ hoch aus. Im Vergleich zu anderen Ländern in der OECD liegt die Ärztedichte hierzulande im oberen Drittel. Mit 3,8 praktizierenden Ärzten (Allgemeinärzte und Fachärzte zusammengenommen) pro 1.000 Einwohner war die Ärztedichte in Deutschland im Jahr 2011 etwa so hoch wie in anderen kontinentaleuropäischen Ländern, zum Beispiel in Italien, Spanien, der Schweiz und der Tschechischen Republik. Nur in Österreich praktizierten deutlich mehr Ärzte im Verhältnis zur Bevölkerung (4,8). In anderen europäischen Ländern fällt die Ärztedichte etwas geringer aus (zum Beispiel in Frankreich, Belgien und dem Vereinigten Königreich).

In der längerfristigen Entwicklung hat sich die Zahl der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte in Deutschland kontinuierlich erhöht – und zwar sowohl absolut als auch im Verhältnis zur Bevölkerung. Während es Anfang der 1990er Jahre in Deutschland nach Zahlen der Bundesärztekammer nur knapp 1,2 ambulant tätige Ärzte pro 1.000 Einwohner gab, waren es im Jahr 2013 etwa 1,8 und damit gut 50 Prozent mehr.<sup>1</sup> Diese Betrachtung der absoluten Arztzahlen vernachlässigt jedoch die für die Bedarfsgerechtigkeit des ärztlichen Versorgungsangebots wesentliche regionale Verteilung der Ärzte. Diese ist Gegenstand der Bedarfsplanung.

## 2.3 Die offizielle Bedarfsplanung: Von der „Ärztenschwemme“ zum „Landärztegesetz“

Die offizielle Bedarfsplanung wurde Anfang der 1990er Jahre eingeführt – primär, um eine befürchtete „Ärztenschwemme“ zu vermeiden. Dabei wurde die damalige Ärzteverteilung mit ihrem starken Stadt-Land-Gefälle allerdings im Wesentlichen festgeschrieben. Grundlage der offiziellen Bedarfsplanung sind die allgemeinen **Verhältniszahlen je Arztgruppe**: Sie definieren je Arztgruppe das Verhältnis zwischen der Zahl der Vertragsärzte und der Einwohnerzahl für eine vorgegebene Region.

Das Bundesgebiet wird dazu in unterschiedlich große, sogenannte **Planungsbereiche**<sup>2</sup> eingeteilt. Konkret sind dies:

- **Mittelbereiche** (Gemeindeverbundsebene)
- **Kreise und kreisfreie Städte**
- **Raumordnungsregionen** (Einheiten oberhalb der Kreise und unterhalb des Landes)
- **Kassenärztliche Vereinigungen** (quasi Landesebene)

<sup>1</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2014).

<sup>2</sup> Die Planungsbereiche entsprechen den raumordnungsspezifischen Kategorien des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung.

Jede Arztgruppe wird einem Planungsbereich zugeordnet. Dann wird für jede Arztgruppe die Zahl von Arztsitzen bestimmt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in den jeweiligen Planungsbereichen als angemessen angesehen wird. Daraus werden dann die sogenannten Verhältniszahlen abgeleitet (Anzahl Einwohner je Arzt).

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz, das zu Jahresbeginn 2012 in Kraft trat, wurde eine Weiterentwicklung dieser Bedarfsplanung angestoßen. Ziel des Gesetzes war es, durch die gerechtere Verteilung von Arztsitzen speziell in den dünn besiedelten ländlichen Regionen eine gute und flächendeckende Versorgung für die Zukunft zu sichern. Der Gemeinsame Bundesausschuss aus Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen hat in der Folge die Bedarfsplanungsrichtlinie erneuert; sie gilt seit dem Jahr 2013.

In der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie werden Hausärzte der kleinsten regionalen Planungseinheit, also den Mittelbereichen, zugeordnet. Zugleich wird für alle Hausärzte eine bundeseinheitliche Verhältniszahl von 1.671 Einwohnern je Hausarzt festgelegt. Damit werden künftig Hausarzt-sitze kleinräumig und mit einem regional einheitlichen Verhältnismaß geplant.

Bei Fachärzten werden zunächst Spezialisierungsgrade unterschieden und die resultierenden Fachgruppen verschiedenen Planungsbereichen zugeordnet. Das Prinzip lautet hier: Je spezialisierter der Facharzt, desto großräumiger der Planungsbereich. Insgesamt ergibt sich die folgende Zuordnung der Arztgruppen auf die Planungsbereiche:

<b>Spezialisierungsgrad</b>		<b>Ebene der „Bedarfsplanung“<sup>3</sup></b>
hausärztliche Versorgung	:	878 Mittelbereiche
allgemeine fachärztliche Versorgung	:	371 Kreise und kreisfreie Städte
spezialisierte fachärztliche Versorgung	:	97 Raumordnungsregionen
gesonderte fachärztliche Versorgung	:	17 Kassenärztliche Vereinigungen

Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden zudem auf Basis des Konzepts der Großstadtreionen vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und unter Berücksichtigung des Ruhrgebiets als Sonderplanungsregion Kreistypen differenziert. Sie orientieren sich am Grad der Mitversorgung zwischen Stadt und Umland. So wird Großstädten zum Beispiel eine höhere Ärztedichte zugebilligt als umliegenden Gebieten, weil hier ein höheres Ausmaß der Mitversorgung unterstellt wird. Wie sich diese Differenzierung auf drei der hausarzt-nah tätigen

<sup>3</sup> Die Gesamtzahl der Kreise und Mittelbereiche bezieht sich an dieser Stelle auf die jeweilige den einzelnen Bedarfsplänen der Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Jahr 2013 zugrundeliegende Zahl. Diese weicht leicht von der der G-BA-Richtlinie zugrundeliegenden Zahl ab, weil nach dem für die Richtlinie relevanten Stichtag (31.12.2009) Gebietsreformen stattgefunden haben. Die Zahl der Raumordnungsregionen bezieht sich hingegen auf die in der G-BA-Richtlinie (Anlage 3.3.) genannten Regionen (Stichtag 31.12.2009).

**Tabelle 1: Verhältniszahlen nach Arztgruppen und Kreistypen**

Verhältnis Arzt : Einwohner

Kreistyp <sup>1)</sup>	Großstadtzentrum	nahes Nebenzentrum	nahe Umgebung einer Großstadt	weitere Umgebung einer Großstadt	außerhalb der Umgebung einer Großstadt	Ruhrgebiet
<b>Arztgruppe</b>	<b>Verhältniszahl (Arzt : Einwohner)</b>					
<b>Kinderärzte</b>	1 : 2.405	1 : 3.587	1 : 4.372	1 : 3.990	1 : 3.859	1 : 3.527
<b>Frauenärzte</b>	1 : 3.733	1 : 5.619	1 : 6.606	1 : 6.371	1 : 6.042	1 : 5.555
<b>Augenärzte</b>	1 : 13.399	1 : 20.229	1 : 24.729	1 : 22.151	1 : 20.664	1 : 20.440

<sup>1)</sup>Die Gruppierung der Planungsregionen in Regionstypen folgt dem Konzept der Großstadtregionen des BBSR. Dort werden folgende fünf Typen unterschieden: Kern/Zentrum, Ergänzungsgebiete, enger Verflechtungsraum, weiter Verflechtungsraum und Gemeindeverbände außerhalb von Großstadtregionen. Für diese fünf Regionstypen wurden hier in Abstimmung mit dem BBSR allgemein verständlichere Bezeichnungen gewählt.

Quelle: Eigene Darstellung.

| BertelsmannStiftung

Fachgruppen auswirkt, bei denen Patienten überwiegend einen wohnortnahen Zugang erwarten, zeigt Tabelle 1. Insbesondere das Beispiel der Augenärzte macht deutlich, wie stark sich die Verhältniszahlen und damit Ärztedichten je nach Regionstyp unterscheiden können. Damit werden regionale Unterschiede in der Verteilung der Facharztsitze fortgeschrieben.

Neu an der aktuellen Bedarfsplanung ist ferner die Einführung eines sogenannten Demografie-faktors. So wird die allgemeine Verhältniszahl im jeweiligen Planungsbereich automatisch anhand des Anteilsverhältnisses der unter 65-Jährigen zu den über 65-Jährigen angepasst. Die dadurch zusätzlich zu besetzenden Arztsitze sollen bevorzugt an Bewerber mit einer gerontologischen oder geriatrischen Zusatzqualifikation vergeben werden.

In den Bundesländern darf von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abgewichen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern. Hierzu zählen beispielsweise eine überdurchschnittlich alte und kranke Bevölkerung, aber auch eine hohe Arbeitslosigkeit oder die Qualität der Verkehrsanbindungen. Dabei können Abweichungen entweder durch einen anderen Zuschnitt der Planungsregionen oder durch eine Anpassung der Verhältniszahl vorgenommen werden.

Zurzeit finden sich in sechs Bundesländern Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie, und zwar in Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. Dabei werden Planungsregionen geteilt, verschoben oder zusammengelegt bzw. Verhältniszahlen angepasst. Insgesamt betrifft dies jedoch relativ wenige Planungsregionen. Bei den Hausärzten wird zurzeit deutschlandweit in 25 von 878 Mittelbereichen (2,9 %) durch räumliche Veränderung der Planungsregionen von den Vorgaben der Richtlinie abgewichen und in 35 Mittelbereichen (4,0 %) in Form einer Anpassung der Verhältniszahl. Einen abweichenden Zuschnitt der Planungsregionen gibt es zudem bei den 13 Planungsregionen für die allgemeinen Fachärzte in Sachsen sowie bei den Psychotherapeuten im Hochsauerlandkreis, also in 14 von 371 Planungsregionen (3,8 %).

## 3 Methodisches Vorgehen

### 3.1 Der Bedarfsindex

Um ihrem Namen gerecht zu werden, müsste die Bedarfsplanung stärker als bisher Aspekte berücksichtigen, die nachgewiesenermaßen den medizinischen Versorgungsbedarf beeinflussen. Dazu gehören neben unmittelbar morbiditätsbezogenen auch sozioökonomische Faktoren sowie die Struktur und Entwicklung der regionalen Bevölkerung.

Vor diesem Hintergrund hat das IGES Institut für ein wissenschaftliches Gutachten zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung im Auftrag der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss einen „Bedarfsindex“ entwickelt, mit dem regionale Unterschiede im medizinischen Versorgungsbedarf dargestellt werden können.<sup>4</sup> Für den Faktencheck Ärztedichte wurde dieser Ansatz modifiziert und aktualisiert.

Die empirische Grundlage für die Ermittlung regionaler Bedarfsunterschiede bilden Daten, die nicht unmittelbar aus dem gegenwärtigen Versorgungsgeschehen abgeleitet werden. Eine Orientierung an diesen (aus dem Gesundheitssystem herangezogenen) Daten würde nämlich dazu führen, dass durch die Bedarfsplanung gegebenenfalls bestehende Defizite in den regionalen Angebotsstrukturen fortgeschrieben würden. Bei der Identifikation der relevanten Einflussfaktoren wurden zunächst aus einer Vielzahl möglicher Faktoren die wichtigsten im Rahmen einer sogenannten Faktorenanalyse herausgefiltert. Die ausgewählten Faktoren stehen damit in der Bedarfsanalyse stellvertretend für eine Vielzahl von Faktoren mit vergleichbarem Einfluss. Schließlich fließen in den Bedarfsindex gleichgewichtig Daten zur regionalen Altersstruktur sowie Daten zur regionalen sozioökonomischen und zur Morbiditätssituation ein, und zwar

- das geschlechterspezifische Durchschnittsalter (Statistisches Bundesamt, 2011a),
- die regionale Arbeitslosenquote (INKAR, 2011),
- die Haushaltseinkommen je Einwohner (INKAR, 2010),
- die Zahl der Pflegebedürftigen je Einwohner (Statistisches Bundesamt, 2011b) und
- die standardisierte Mortalitätsrate (Statistisches Bundesamt, 2011c).

Diese Informationen sind bereits heute öffentlich zugänglich; sie wurden ergänzt um Versorgungsprofile aus dem Risikostrukturausgleich der Krankenkassen, differenziert nach Alter und Geschlecht (Bundesversicherungsamt, 2012). Der Bedarfsindex berücksichtigt also die regionsspezifische aktuelle Altersstruktur der Bevölkerung, jedoch – ebenso wie bei der offiziellen

<sup>4</sup> Vgl. Albrecht, M., H.-D. Nolting, A. Schliwen und A. Schwinger (2012).

Bedarfsplanung – nicht die zukünftig zu erwartende Entwicklung der Altersstruktur.<sup>5</sup> Für die untersuchten Frauen- und Augenärzte wurde der Bedarfsindex teilweise modifiziert, weil für diese Arztgruppen davon auszugehen ist, dass der Einfluss der Altersstruktur auf den Versorgungsbedarf deutlich vom Durchschnitt abweicht. Dies verdeutlichen auch die fachgruppenspezifischen Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefaktors in der neuen Bedarfsplanung. Demnach nimmt die Inanspruchnahme von Frauenärzten mit zunehmendem Alter ab. Entsprechend berücksichtigt der Bedarfsindex die Bedarfsprofile nur der 18- bis 45-jährigen Frauen. Bei den Augenärzten steigt der Bedarf hingegen mit zunehmendem Alter überdurchschnittlich stark. Der Einfluss der Altersstruktur im Bedarfsindex wird daher – abweichend von der grundsätzlichen Methodik – durch den Leistungsbedarfsfaktor des Demografiefaktors gemäß der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie abgebildet. Das heißt konkret für die Augenärzte, dass der Anteil der über 65-Jährigen mit einem leistungsorientierten Faktor von 6,7 höher gewichtet wird.

Eine Gegenüberstellung der beim Bedarfsindex sowie bei der aktuellen Bedarfsplanung berücksichtigten Faktoren zeigt folgende Darstellung.

**Tabelle 2: Indikatoren der aktuellen Bedarfsplanung im Vergleich mit dem Bedarfsindex**

Indikatoren	Aktuelle Bedarfsplanung	Bedarfsindex
<b>demografisch</b>	aktuelle Altersstruktur	✓
	Geschlecht	✓
	Alterungsentwicklung	✗
<b>sozioökonomisch</b>	Arbeitslosenquote	✗
	Haushaltseinkommen	✓
<b>unmittelbar morbiditätsbezogen</b>	Zahl der Pflegebedürftigen	✓
	Mortalitätsrate	✓

✓ wird berücksichtigt ✗ wird nicht berücksichtigt

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014.

| BertelsmannStiftung

In welchem Ausmaß die regionalen Unterschiede bei diesen Faktoren zu Abweichungen beim regionalen Versorgungsbedarf führen, wurde anhand von statistischen Verfahren (Regressionsanalysen) ermittelt. Auf diese Weise lässt sich zum Beispiel einer überdurchschnittlich hohen Zahl an Pflegebedürftigen in einer Region ein entsprechend höherer Bedarf an Ärzten, also eine höhere Ärztedichte, zuordnen.

<sup>5</sup> Perspektivisch wäre jedoch eine stärker prospektive Ausrichtung der Bedarfsplanung empfehlenswert, die vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, wie er durch die Bevölkerungsvorausrechnungen der Statistischen Ämter auch auf regionaler Ebene aufgezeigt wird, absehbare Veränderungen beim Versorgungsbedarf bereits heute berücksichtigt. Einen möglichen Ansatz hierfür hat das IGES Institut in seinem o. g. Gutachten entwickelt.

### 3.2 Vergleich der aktuellen mit der geplanten Ärztedichte anhand des Bedarfsindex

Auf dieser Grundlage wurden für den Faktencheck Ärztedichte die regionalen Unterschiede im Versorgungsbedarf separat für den hausärztlichen Bereich sowie für drei hausarztnahe fachärztliche Bereiche (Kinderärzte, Frauenärzte, Augenärzte) ermittelt. Dabei wird stets der relative Bedarf betrachtet, um die Angemessenheit der regionalen Verteilung der Ärztedichte zu beurteilen. Maßgeblich ist hierbei, wie stark eine Region bei den bedarfsbeeinflussenden Faktoren jeweils vom Bundesdurchschnitt abweicht. Die absolute Zahl der Ärzte für Deutschland insgesamt wird hingegen als gegeben genommen.

Je Arztgruppe wurden drei regionale Verteilungen betrachtet:

- die heutige tatsächliche Versorgungssituation gemessen an der Ärztedichte (**aktuelle Ärztedichte**),
- die nach der Planung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehene Ärztedichte (**geplante Ärztedichte**),
- der relative Bedarf gemessen am Bedarfsindex: wo also der Bedarf im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt höher und wo er niedriger ist (**relativer Versorgungsbedarf**).

Für jede dieser drei Verteilungen (und jede Arztgruppe) werden die Regionen dann nach dem Grad der Versorgung angeordnet und in fünf gleich große Gruppen (Quintile) eingeteilt. Bezüglich der aktuellen Ärztedichte befindet sich also zum Beispiel das Fünftel aller Regionen mit der geringsten Ärztedichte im ersten Quintil, während das Fünftel mit der höchsten Ärztedichte das fünfte Quintil bildet - analog für die geplante Ärztedichte sowie den relativen Versorgungsbedarf einer Region.

Schließlich soll beurteilt werden, inwiefern sich die regionale Verteilung bei der geplanten Ärztedichte näher an einer bedarfsgerechten Verteilung befindet als bei der aktuellen Ärztedichte. Dazu werden auf Grundlage der gebildeten Quintile zwei vergleichende Darstellungen betrachtet, die jeweils die aktuelle bzw. die geplante Ärztedichte ins Verhältnis zum relativen Versorgungsbedarf setzen:

1. **aktuelle Ärztedichte versus relativer Versorgungsbedarf**
2. **geplante Ärztedichte versus relativer Versorgungsbedarf**

Für jede Region wird bestimmt, welchem Quintil der aktuellen bzw. geplanten Ärztedichte einerseits und welchem Quintil des relativen Versorgungsbedarfs andererseits sie zuzuordnen ist. Anschließend wird ermittelt, inwiefern die Regionen bei aktueller bzw. geplanter Ärztedichte demselben oder einem anderen Quintil zuzuordnen sind als beim relativen Versorgungsbedarf. Handelt es sich um dasselbe Quintil, weichen für diese Region die aktuelle Ärztedichte und der

relative Versorgungsbedarf übereinstimmend vom jeweiligen Durchschnitt ab. Liegt die Region bei der aktuellen Ärztedichte in einem höheren Quintil als beim relativen Versorgungsbedarf, hat diese Region aktuell eine überproportional hohe Ärztedichte. Im umgekehrten Fall ist die aktuelle Ärztedichte niedriger, als es dem relativen Bedarf dieser Region entspräche. Entsprechend wird bei der Analyse der geplanten Ärztedichte vorgegangen.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf insgesamt 856 Mittelbereiche (hausärztliche Versorgung) bzw. 358 Kreise und kreisfreie Städte (fachärztliche Versorgung). Ihre Anzahl ergibt sich aus den 878 den Bedarfsplänen zugrundeliegenden Mittelbereichen (bzw. 371 Kreisen), abzüglich der 22 Mittelbereiche und 13 Kreise Mecklenburg-Vorpommerns (Stichtag 31.12.2009, siehe Fußnote 3), für die keine Daten bzw. Planungsblätter verfügbar waren.

## 4 Ergebnisse

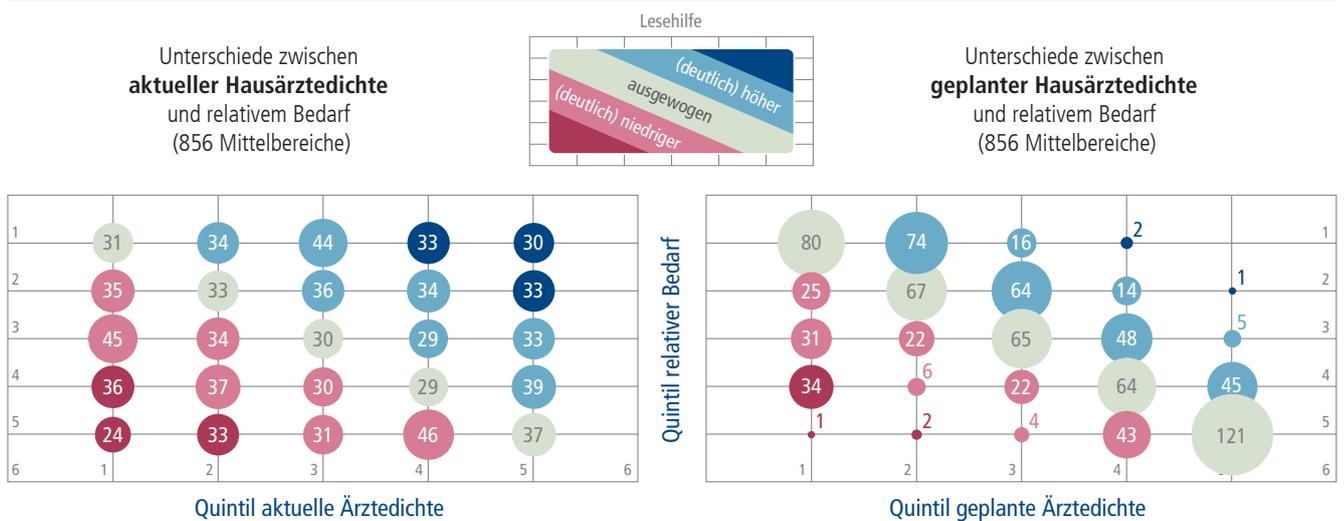
### 4.1 Hausärztliche Versorgung: Regionale Verteilung stärker bedarfsorientiert

Vergleicht man die aktuelle Ärztedichte sowie die geplante Ärztedichte in den Regionen jeweils mit deren relativem Versorgungsbedarf, zeigt sich insgesamt eine stärkere Bedarfsorientierung der Verteilung der Hausärzte nach der neuen Bedarfsplanung. So gilt für knapp die Hälfte aller Planungsregionen, dass die für sie vorgesehene Hausärztedichte in einem vergleichbaren Ausmaß vom Bundesdurchschnitt abweicht wie ihr Versorgungsbedarf. Bei der heutigen Verteilung der Hausärzte gilt dies hingegen nur für weniger als ein Fünftel aller Planungsregionen. Aktuell finden sich nur 18,7 Prozent der Planungsregionen bei relativem Bedarf und Hausärztedichte in demselben Quintil, während die restlichen 81,3 Prozent abweichen. Gemäß der neuen Planung steigt die Übereinstimmungsquote immerhin auf 46,4 Prozent, und die Abweichungsrate sinkt entsprechend auf 53,6 Prozent.

Die übereinstimmenden Bereiche befinden sich in der grafischen Matrix-Darstellung jeweils auf der Diagonale (hellgrüne Kugeln). Abweichter oberhalb der Diagonale weisen eine im Vergleich zum relativen Versorgungsbedarf überproportional hohe Hausärztedichte auf (blaue Kugeln), während Regionen unterhalb der Diagonale eine gemessen am relativen Versorgungsbedarf zu niedrige Hausärztedichte haben (rote Kugeln). Bei den blauen und roten Kugeln illustriert zudem die Farbintensität das Ausmaß der Abweichung: Hellrot bzw. hellblau entspricht einer Abweichung um maximal zwei Quintile, dunkelrot bzw. dunkelblau um mindestens drei Quintile. Die Größe der Kugeln veranschaulicht schließlich die unterschiedlichen Besetzungszahlen der einzelnen Zellen: Je größer die Kugel, desto mehr Regionen haben das entsprechende Verhältnis von Ärztedichte und relativem Versorgungsbedarf.

Die linke Abbildung zeigt den Vergleich der aktuellen Ärztedichte mit dem relativen Versorgungsbedarf, die rechte Abbildung den Vergleich der geplanten Ärztedichte mit dem relativen Versorgungsbedarf. Eine stärkere Bedarfsorientierung der geplanten regionalen Verteilung der Hausärzte äußert sich in der rechten Grafik dadurch, dass sich mehr Planungsbereiche auf der Diagonale von links oben nach rechts unten befinden bzw. die hellgrünen Kugeln deutlich größer sind als in der linken Abbildung. Das heißt: Die Zahl der Regionen mit einem ausgewogenen Verhältnis von Hausärztedichte und relativem Versorgungsbedarf nimmt gemäß der neuen Planung zu.

**Abbildung 2: Hausärztedichte – Unterschiede zwischen Ärztedichte und relativem Bedarf**

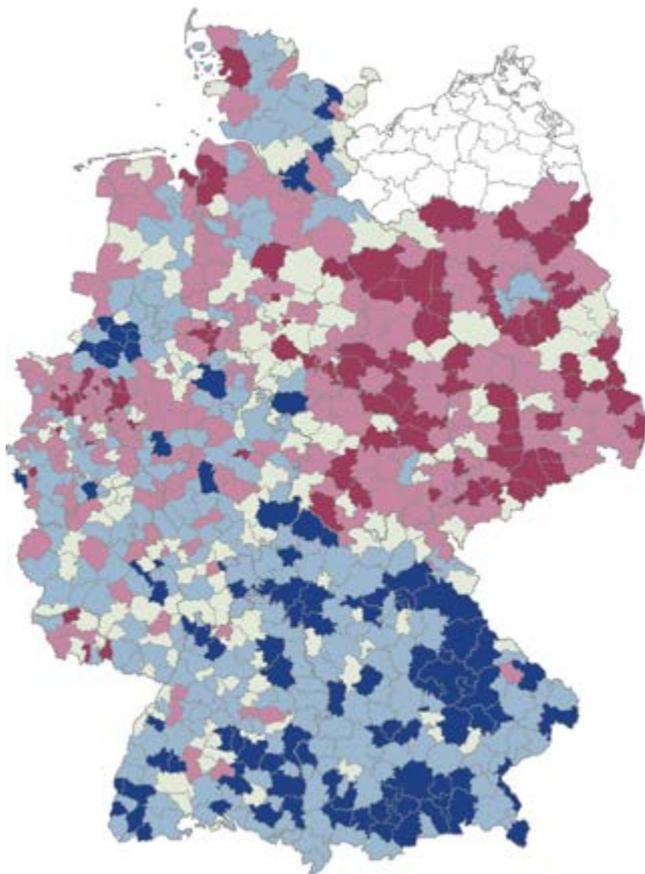


Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

BertelsmannStiftung

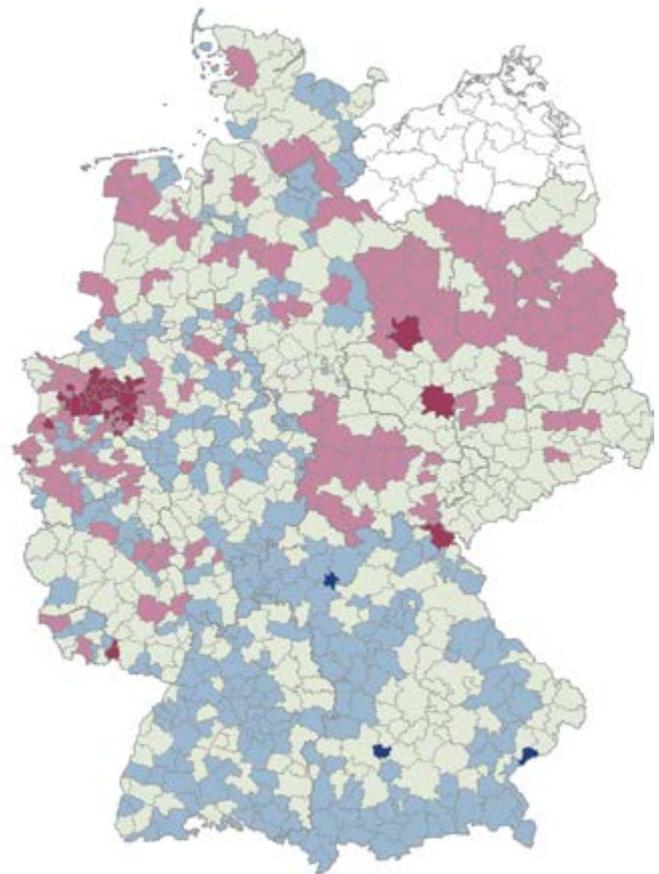
Auch die Landkarten-Darstellung verdeutlicht, dass sich nach der neuen Planung die geplante Ärztedichte der Hausärzte grundsätzlich stärker am regionalen Versorgungsbedarf orientiert als die aktuelle Ärztedichte. Am Gesamtbild wird das daran deutlich, dass auf der rechten Karte deutlich mehr Regionen in den neutralen hellgrünen Bereich fallen (Abweichungen bei geplanter Ärztedichte entsprechen Abweichungen beim relativen Versorgungsbedarf) als auf der linken Karte für die aktuelle Ärztedichte. Darüber hinaus gibt es nach der geplanten Ärztedichte (rechte Karte) wesentlich weniger Regionen, deren Ärztedichte im Verhältnis zum relativen Versorgungsbedarf deutlich überhöht ist (dunkelblau) bzw. deutlich zu gering ist (dunkelrot).

Abbildung 3: Hausärztedichte



**Aktuelle Ärztedichte** gegenüber relativem Bedarf  
Mittelbereiche, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (93)    ■ ausgewogen (160)    ■ höher (249)
- niedriger (258)                    ■ deutlich höher (96)



**Geplante Ärztedichte** gegenüber relativem Bedarf  
Mittelbereiche, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

- deutlich niedriger (37)    ■ ausgewogen (397)    ■ höher (266)
- niedriger (153)                    ■ deutlich höher (3)

Mecklenburg-Vorpommern hat die jeweiligen Daten nicht zur Verfügung gestellt.

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

| BertelsmannStiftung

In der hausärztlichen Versorgung haben vor allem zwei Weichenstellungen dazu geführt, dass eine deutlich bedarfsgerechtere Verteilung des Angebots erreicht wird, und zwar indem

- **Planungsbereiche verkleinert** wurden (Gemeindeverbundsebene) und
- eine **bundeseinheitliche Verhältniszahl** (Arzt pro Einwohner) zugrunde gelegt wurde.

Dieser positive Befund bedeutet indes nicht, dass ein insgesamt besserer Zugang zur hausärztlichen Versorgung auch tatsächlich erreicht wird. Entscheidend ist hierfür, ob, wie und in welchem Zeitraum regionale Verlagerungen von hausärztlichen Versorgungsangeboten in der Realität bewerkstelligt werden können. Die Bedarfsplanung kann hierfür keine Umsetzungsinstrumente liefern, aber sie enthält die Zielvorgaben.

## 4.2 Fachärztliche Versorgung: Keine stärkere Bedarfsorientierung

Für den Faktencheck Ärztedichte wurden neben den Hausärzten drei Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ausgewählt, von denen Patienten überwiegend wohnortnahe Versorgungsangebote erwarten: Kinderärzte, Frauenärzte und Augenärzte. Daher sollte bei diesen Arztgruppen auch eine geringere Relevanz der Mitversorgung von Umlandregionen durch Ballungsräume unterstellt werden.

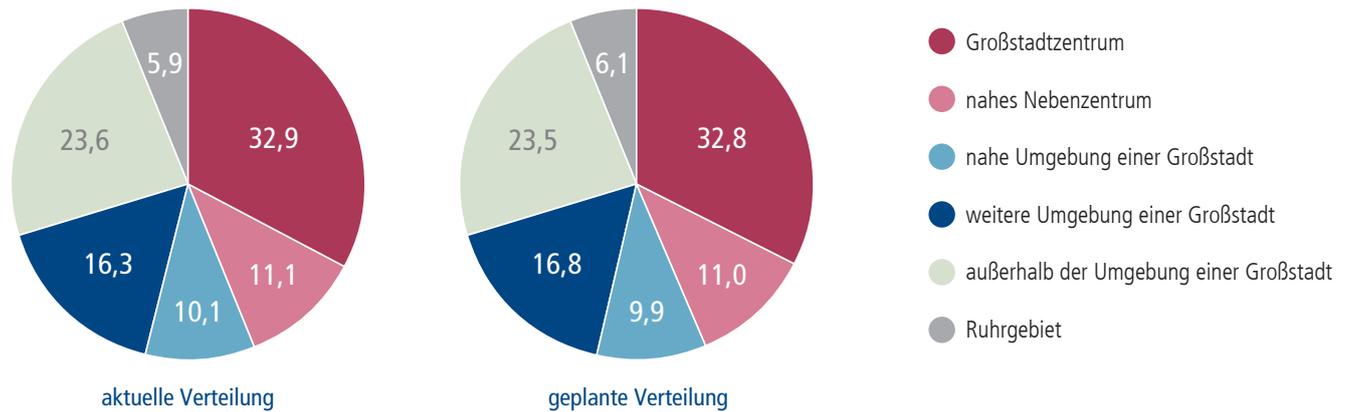
### 4.2.1 Verteilung zwischen Stadt und Land bleibt unverändert

Im Unterschied zu den Hausärzten ist bei den hier betrachteten ärztlichen Fachgruppen für Großstädte eine teils deutlich höhere Ärztedichte vorgesehen als für ländliche Gegenden. Begründet wird dies damit, dass die Ärzte in großen Städten die Bevölkerung aus dem Umland mitversorgen. Für die Kinderärzte heißt das konkret, dass in einer Großstadt ein Kinderarzt offiziell nur 2.405 Kinder zu versorgen hat, in ländlichen Regionen dagegen 3.859 Kinder, also rund 60 Prozent mehr - unabhängig vom tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf.

Da die Bedarfsplanungsrichtlinie nun auch explizit einen hohen Mitversorgungsgrad der Städte gegenüber ihrem Umland unterstellt, ändert sich im Ergebnis an der räumlichen Konzentration von Kinderärzten durch die neue Bedarfsplanung fast nichts: Sowohl nach der aktuellen als auch nach der geplanten regionalen Verteilung befindet sich knapp ein Drittel der Kinderarztpraxen in Großstädten, während dort nur knapp ein Viertel der Kinder lebt.

**Abbildung 4: Verteilung der Kinderärzte nach Regionstypen**

Angaben in Prozent



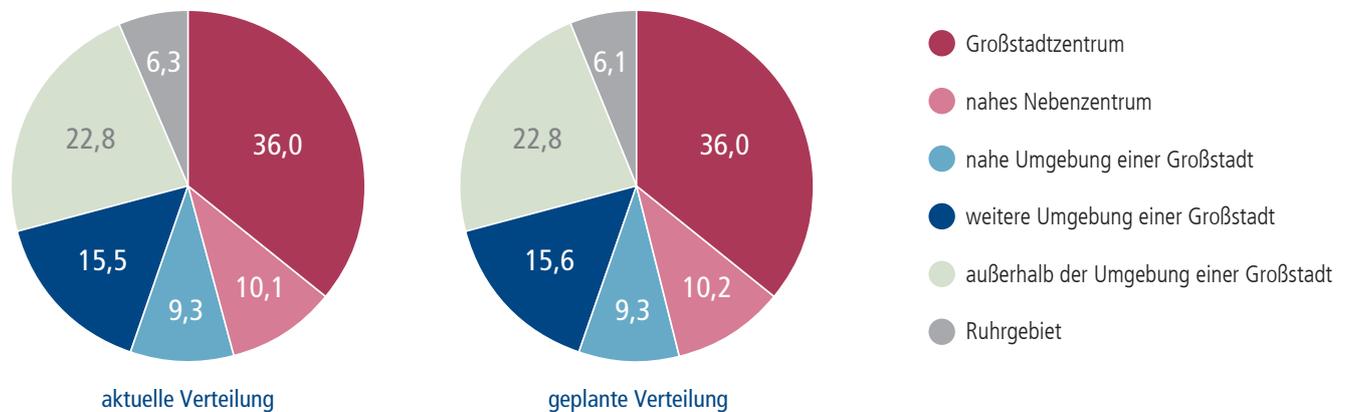
Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014.

| BertelsmannStiftung

Ein sehr ähnliches Bild findet sich bei den Frauenärzten. Auch bei ihnen ändert sich an der räumlichen Konzentration in den Großstädten durch die neue Bedarfsplanung nicht viel. Gut ein Drittel der Frauenärzte befindet sich in den Großstädten, während dort nur etwa ein Viertel der Frauen lebt.

**Abbildung 5: Verteilung der Frauenärzte nach Regionstypen**

Angaben in Prozent



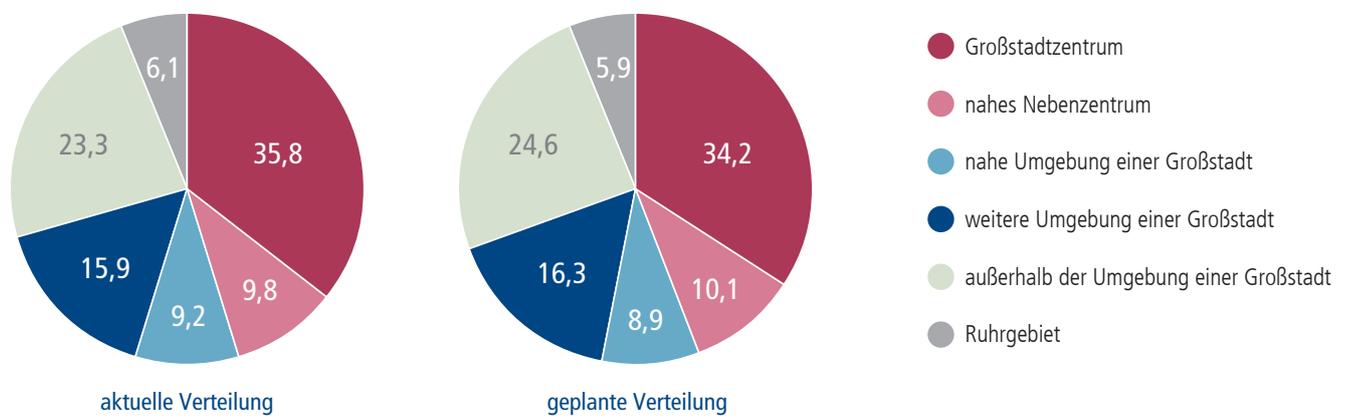
Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014.

| BertelsmannStiftung

Auch bei den Augenärzten zeigt sich eine räumliche Konzentration in den Großstädten. Mehr als ein Drittel der Augenärzte befindet sich deutschlandweit in Großstädten, während dort lediglich ein Viertel der Bevölkerung lebt. Diese Verteilung bleibt nach der neuen Bedarfsplanung für Augenärzte im Kern ebenfalls unverändert.

**Abbildung 6: Verteilung der Augenärzte nach Regionstypen**

Angaben in Prozent



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014.

| BertelsmannStiftung

**Anmerkung:**

Die Gruppierung der Planungsregionen in die Regionstypen folgt der Raumgliederung des BBSR der Stadt-Land-Regionen nach Großstadtregionen. Dort werden folgende fünf Typen unterschieden: Kern/Zentrum, Ergänzungsgebiete, enger Verflechtungsraum, weiter Verflechtungsraum und Gemeindeverbände außerhalb von Großstadtregionen. Für diese fünf Regionstypen wurden hier in Abstimmung mit dem BBSR allgemein verständlichere Bezeichnungen gewählt.

Die Effekte der neuen Bedarfsplanung auf den regionalen Zugang zu hausarznahen ärztlichen Fachgruppen erweisen sich im Vergleich zum Bereich der hausärztlichen Versorgung somit als deutlich geringer. In der Verteilung nach Regionstypen – das gilt für Kinder-, Frauen- und Augenärzte – ändert sich hier faktisch nichts.

Aufgrund facharztspezifischer Anpassungen wirkt sich die neue Bedarfsplanung auf die jeweiligen Fachgruppen unterschiedlich aus. Daher werden im Folgenden die hausarznah tätigen Fachärzte im Einzelnen betrachtet.

#### 4.2.2 Kinderärzte: Unterschiede in der Verteilung werden verschärft

Im Fall der **Kinderärzte** enthält die neue Planung nur ein Element, das zu einer stärkeren Orientierung an den regionalen Bedarfsunterschieden beiträgt: Die geplante Verteilung der Arztsitze berücksichtigt auf der regionalen Ebene nun nicht mehr die gesamte Bevölkerung, sondern nur noch die Bevölkerung unter 18 Jahren.<sup>6</sup> Darüber hinaus wurde die Verhältniszahl in der neuen Bedarfsplanung so angepasst, dass die geplante Gesamtzahl der Kinderärzte um 24,3 Prozent unter der aktuellen Zahl liegt.

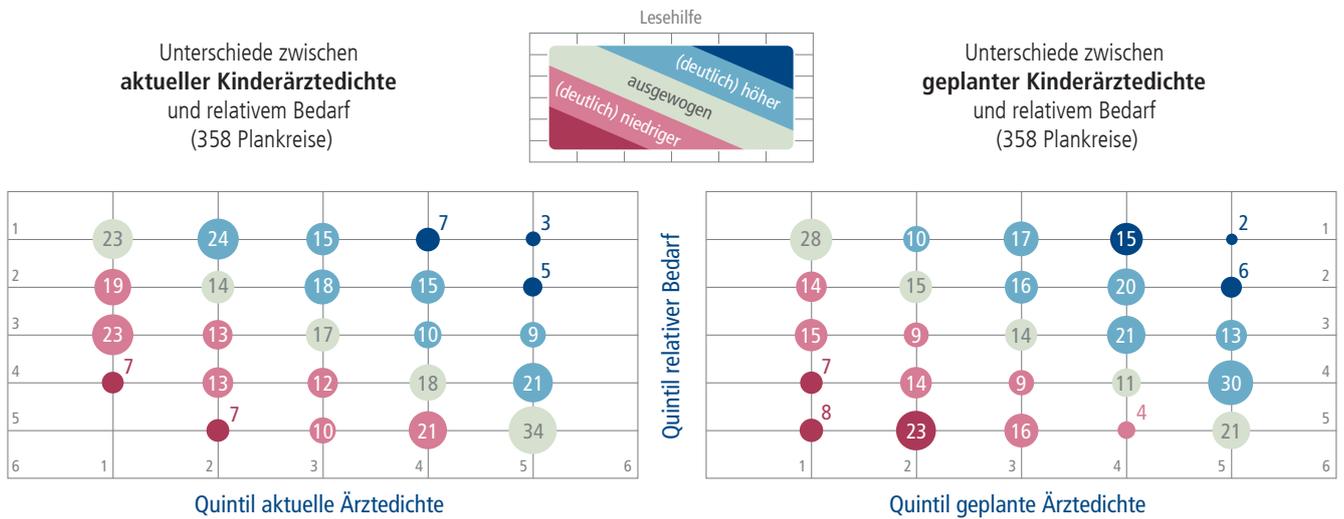
Für den Faktencheck Ärztedichte wurden auch die neuen Planzahlen für die Kinderärzte mit den regionalen Unterschieden im Versorgungsbedarf verglichen. Dabei wurde der Versorgungsbedarf anhand der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur, der Sterblichkeit sowie der sozioökonomischen Situation (Einkommen, Arbeitslosigkeit) gemessen.

Im Ergebnis zeigt sich sogar eine etwas **geringere Bedarfsorientierung** der geplanten Ärzteverteilung im Vergleich zur aktuellen Versorgungssituation: Die *geplante Kinderärztedichte* weicht in den Planungsbereichen stärker vom relativen Versorgungsbedarf ab: Während 75,1 Prozent der Regionen beim relativen Versorgungsbedarf einem anderen Quintil zuzuordnen sind als bei der geplanten Ärztedichte, gilt dies bei der tatsächlichen Ärztedichte nur für 70,4 Prozent der Regionen.

In der grafischen Darstellung liegen entsprechend in der rechten Abbildung weniger Regionen auf der Diagonale als ober- bzw. unterhalb derselben. Auch sind nach der neuen Bedarfsplanung der Kinderärzte teilweise größere Besetzungszahlen bei deutlich höherer (dunkelblau) bzw. deutlich niedrigerer Ärztedichte (dunkelrot) zu finden.

<sup>6</sup> Nicht weiter berücksichtigt wird bei der Bedarfsplanung der Kinderärzte hingegen die Altersstruktur innerhalb der Gruppe der unter 18-jährigen.

**Abbildung 7: Kinderärztedichte – Unterschiede zwischen Ärztedichte und relativem Bedarf**

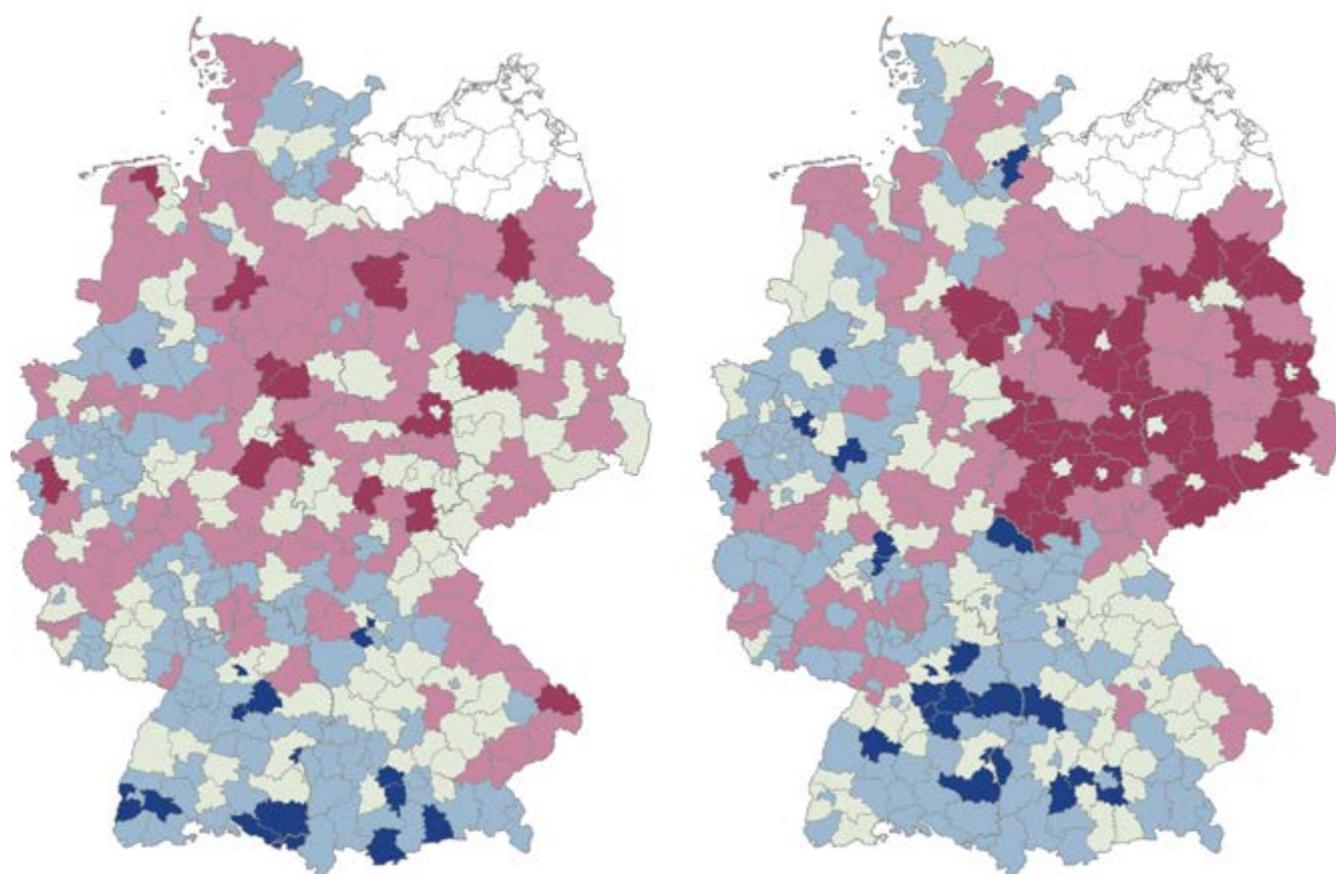


Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

BertelsmannStiftung

Die kartografische Darstellung zeigt, dass diese Gesamttendenz der neuen Bedarfsplanung für Kinderärzte nicht auf alle Regionen gleichermaßen zutrifft. Während die Bedarfsplanung der Kinderärzte in einigen Regionen durchaus eine stärkere Bedarfsorientierung erkennen lässt (zum Beispiel in einigen Planungsregionen im Nordwesten Niedersachsens), fällt sie insbesondere in vielen ostdeutschen Regionen nicht bedarfsgerecht aus. Dort würde sich nach den neuen Planzahlen das kinderärztliche Versorgungsangebot gemessen am regionalen Bedarf sogar verschlechtern – in der Darstellung erkennbar an den vielen Regionen, die aktuell eine bedarfsgerechte Kinderärztedichte (hellgrün) aufweisen, nach der neuen Bedarfsplanung hingegen eine deutliche niedrigere Kinderärztedichte (dunkelrot).

Abbildung 8: Kinderärztedichte



**Aktuelle Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf**  
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

■ deutlich niedriger (14) ■ ausgewogen (106) ■ höher (112)  
■ niedriger (111) ■ deutlich höher (15)

**Geplante Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf**  
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

■ deutlich niedriger (38) ■ ausgewogen (89) ■ höher (127)  
■ niedriger (81) ■ deutlich höher (23)

Mecklenburg-Vorpommern hat die jeweiligen Daten nicht zur Verfügung gestellt.

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

| BertelsmannStiftung

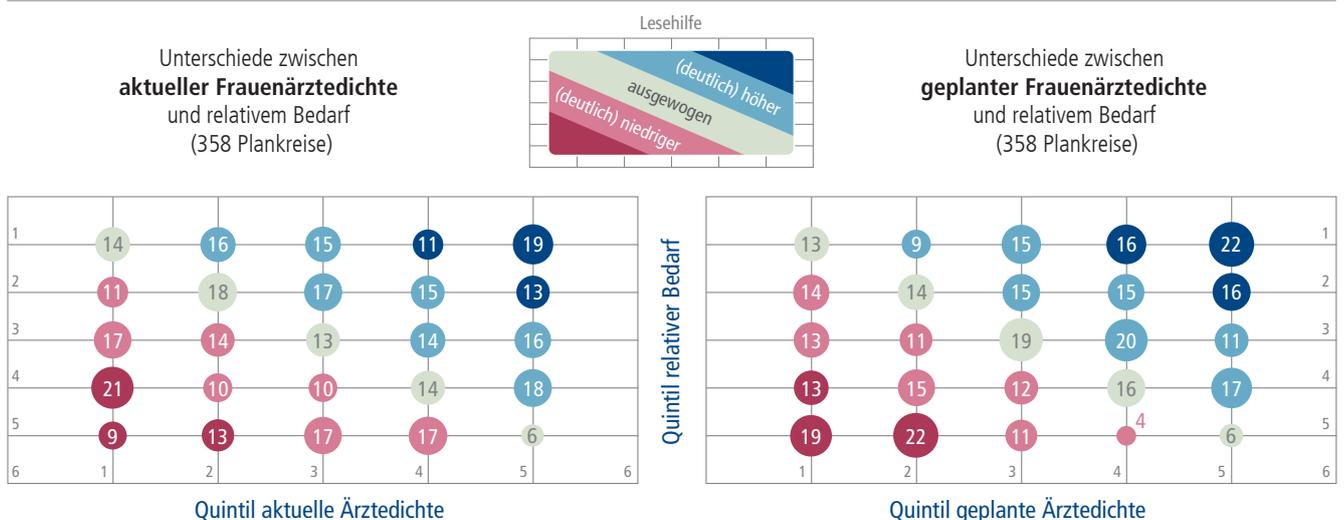
Bezüglich der Planung der Kinderärzte kommt es aufgrund der unterschiedlichen Verhältniszahlen nach den fünf Regionstypen (siehe oben) zu einer Konzentration in den Zentren (Typ Großstadt). Dadurch sind für Regionen mit gleichem relativem Bedarf zum Teil deutlich unterschiedliche Verhältniszahlen vorgesehen. Die Bedarfsplanung trägt damit insgesamt nicht zu einer bedarfsgerechteren regionalen Verteilung der Kinderärzte bei.

### 4.2.3 Frauenärzte: Vorhandene Versorgungsunterschiede werden fortgeschrieben

Bei der Bedarfsplanung der Frauenärzte bezieht sich die Einwohner-Arzt-Verhältniszahl nun nicht mehr auf die Gesamtbevölkerung, sondern ausschließlich auf die weibliche Bevölkerung. Dadurch wird die Bedarfsplanung insgesamt zielgenauer. Des Weiteren wird mit Anwendung eines Demografiefaktors die aktuelle Altersstruktur um fachgruppenspezifische Informationen zur Inanspruchnahme ergänzt. Bezüglich der Frauenärzte erfolgt damit eine stärkere Ausrichtung auf jüngere Frauen (über 65-jährige Frauen erhalten einen Leistungsbedarfsfaktor von unter Eins).

Die Gegenüberstellung von aktueller bzw. geplanter Ärztedichte der Regionen einerseits und deren relativem Versorgungsbedarf andererseits zeigt, dass sich durch die neue Bedarfsplanung insgesamt **keine stärkere Bedarfsorientierung** der regionalen Verteilung von Frauenärzten feststellen lässt. Die *geplante Frauenärztedichte* weicht in ähnlich vielen Regionen vom relativen Versorgungsbedarf ab (81,8 %) wie die *aktuelle Frauenärztedichte* (81,0 %). In der grafischen Darstellung liegen entsprechend sowohl in der linken als auch in der rechten Abbildung deutlich weniger Regionen auf der Diagonale als ober- bzw. unterhalb derselben. Entsprechend fallen die Besetzungszahlen abseits der Diagonale relativ groß aus. Tendenziell nehmen sie durch die neue Bedarfsplanung bei den Ausprägungen „deutlich höhere Ärztedichte“ (dunkelblau) sowie „deutlich niedrigere Ärztedichte“ (dunkelrot) sogar etwas zu.

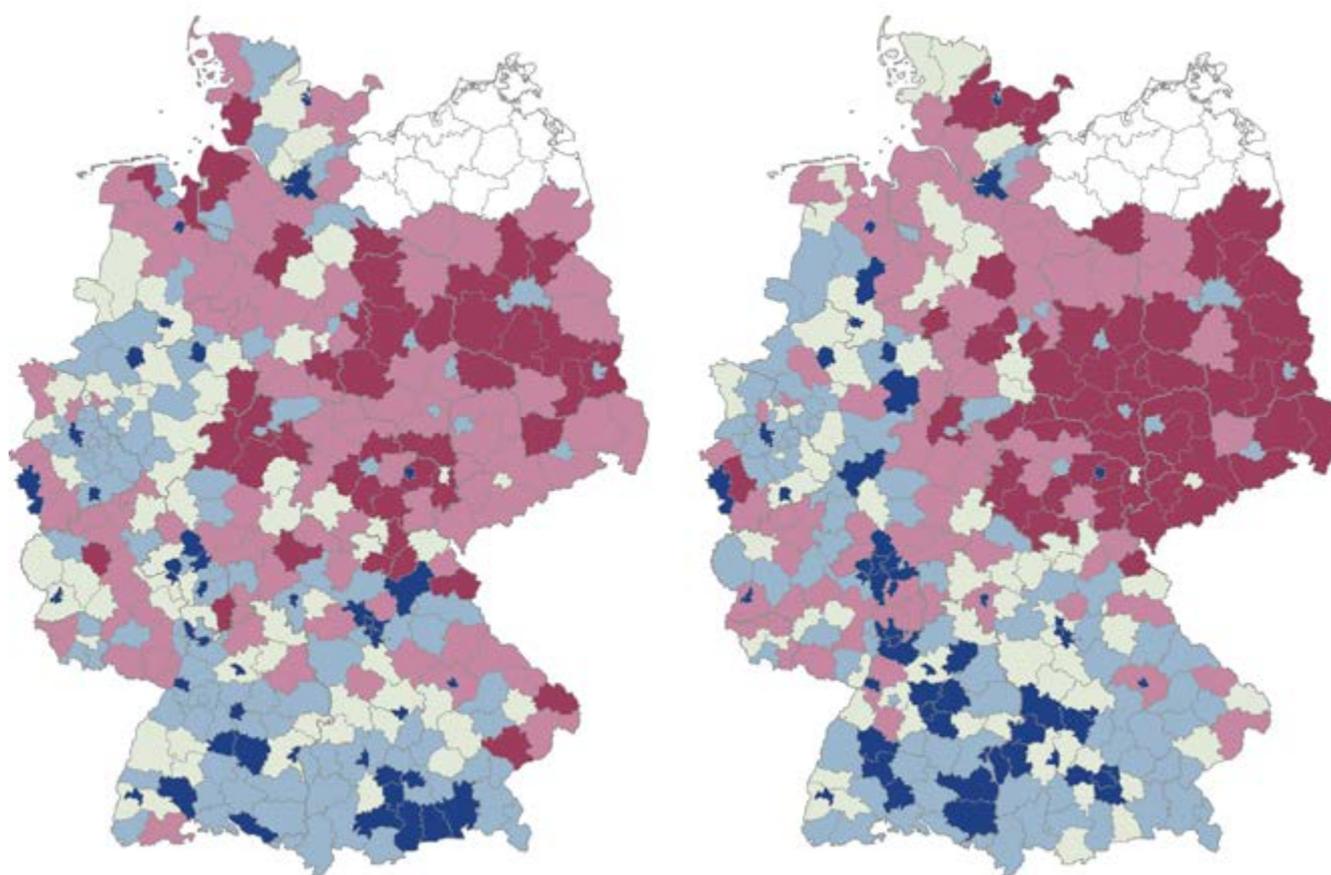
Abbildung 9: Frauenärztedichte – Unterschiede zwischen Ärztedichte und relativem Bedarf



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

Dieses Bild zeigt sich auch beim Vergleich der beiden Landkarten. Während auf der einen Seite in vielen westdeutschen Regionen sowohl die *aktuelle Frauenärztedichte* (linke Karte) als auch die *geplante Frauenärztedichte* (rechte Karte) im Verhältnis zum jeweiligen relativen Versorgungsbedarf erhöht oder sogar deutlich erhöht ist, verhält es sich in vielen ostdeutschen Regionen genau umgekehrt. Insbesondere in Sachsen und Sachsen-Anhalt verschlechtert sich das Versorgungsangebot gemäß der neuen Bedarfsplanung sogar insofern, als für viele Regionen mit einer aktuell niedrigeren (hellrot) sogar eine deutlich niedrigere (dunkelrot) Frauenärztedichte vorgesehen ist.

Abbildung 10: Frauenärztedichte



**Aktuelle Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf**  
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

■ deutlich niedriger (43) ■ ausgewogen (65) ■ höher (111)  
■ niedriger (96) ■ deutlich höher (43)

**Geplante Ärztedichte gegenüber relativem Bedarf**  
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

■ deutlich niedriger (54) ■ ausgewogen (68) ■ höher (102)  
■ niedriger (80) ■ deutlich höher (54)

Mecklenburg-Vorpommern hat die jeweiligen Daten nicht zur Verfügung gestellt.

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

BertelsmannStiftung

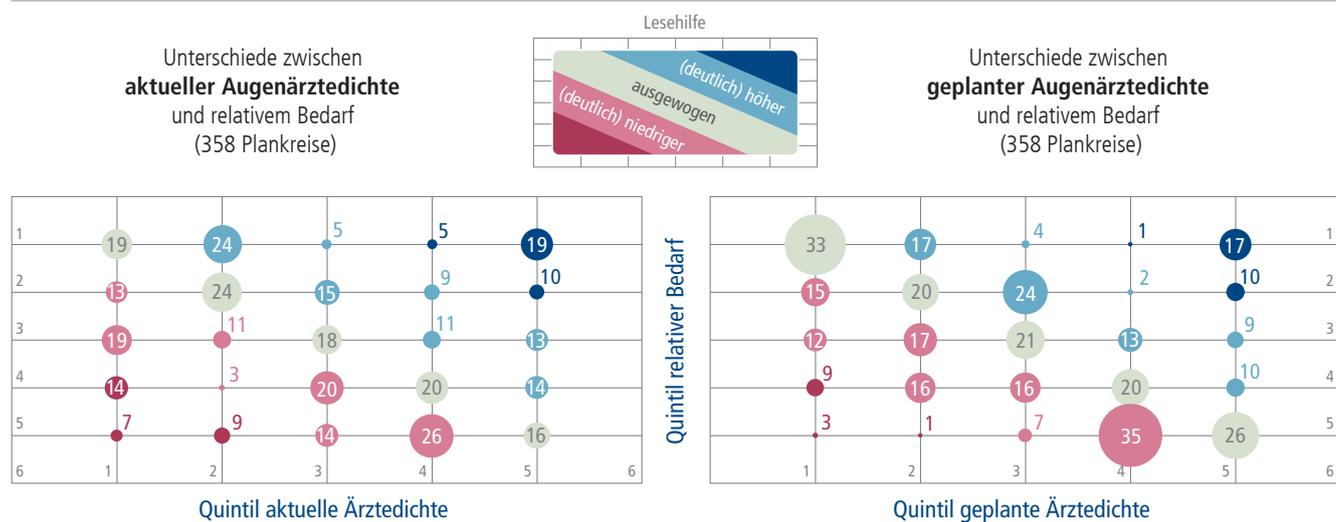
Die regionale Verteilung der Frauenärzte ist geprägt von einer stärkeren Konzentration des gynäkologischen Versorgungsangebots in Großstädten (zum Beispiel in Sachsen, Thüringen oder der Region Karlsruhe/Stuttgart). Bei der Bedarfsplanung der Frauenärzte besteht darüber hinaus das Problem, dass mit einer Orientierung der Planung an aktuellen Inanspruchnahmedaten gegebenenfalls vorhandene Versorgungsdefizite in die Zukunft fortgeschrieben werden.

#### 4.2.4 Augenärzte: Bedarfsorientierung kann leicht verbessert werden

Bei der neuen Bedarfsplanung der Augenärzte bewirkt der Demografiefaktor eine stärkere Bedarfsorientierung der geplanten regionalen Ärzteverteilung. Entsprechend ihrem tatsächlichen zusätzlichen Leistungsbedarf wird der Anteil der über 65-Jährigen an der regionalen Bevölkerung deutlich stärker gewichtet (leistungsorientierter Faktor von 6,7) und begründet eine entsprechend höhere Planzahl für die Augenärzte.

Der Anteil der Regionen, in denen die geplante Augenärztedichte dem relativen Versorgungsbedarf entspricht, ist zwar weiterhin vergleichsweise gering, nimmt aber nach der neuen Bedarfsplanung um gut 6 Prozentpunkte zu. Entsprechend sinkt der Anteil der Regionen, in denen die Ärztedichte vom relativen Versorgungsbedarf abweicht, von 72,9 Prozent (aktuell) auf 66,5 Prozent (geplant). In der grafischen Darstellung befinden sich entsprechend sowohl für die *aktuelle* (linke Abbildung) als auch für die *geplante Ärztedichte* (rechte Abbildung) weniger Regionen auf der Diagonale als abseits von ihr. Die hellgrünen Kugeln sind in der rechten Abbildung jedoch deutlich größer. Abseits der Diagonale verteilen sich die Besetzungszahlen bezüglich der Augenärzte verhältnismäßig ungleich über die möglichen Ausprägungen, sowohl für die aktuelle Situation als auch gemäß der neuen Bedarfsplanung.

Abbildung 11: Augenärztedichte – Unterschiede zwischen Ärztedichte und relativem Bedarf

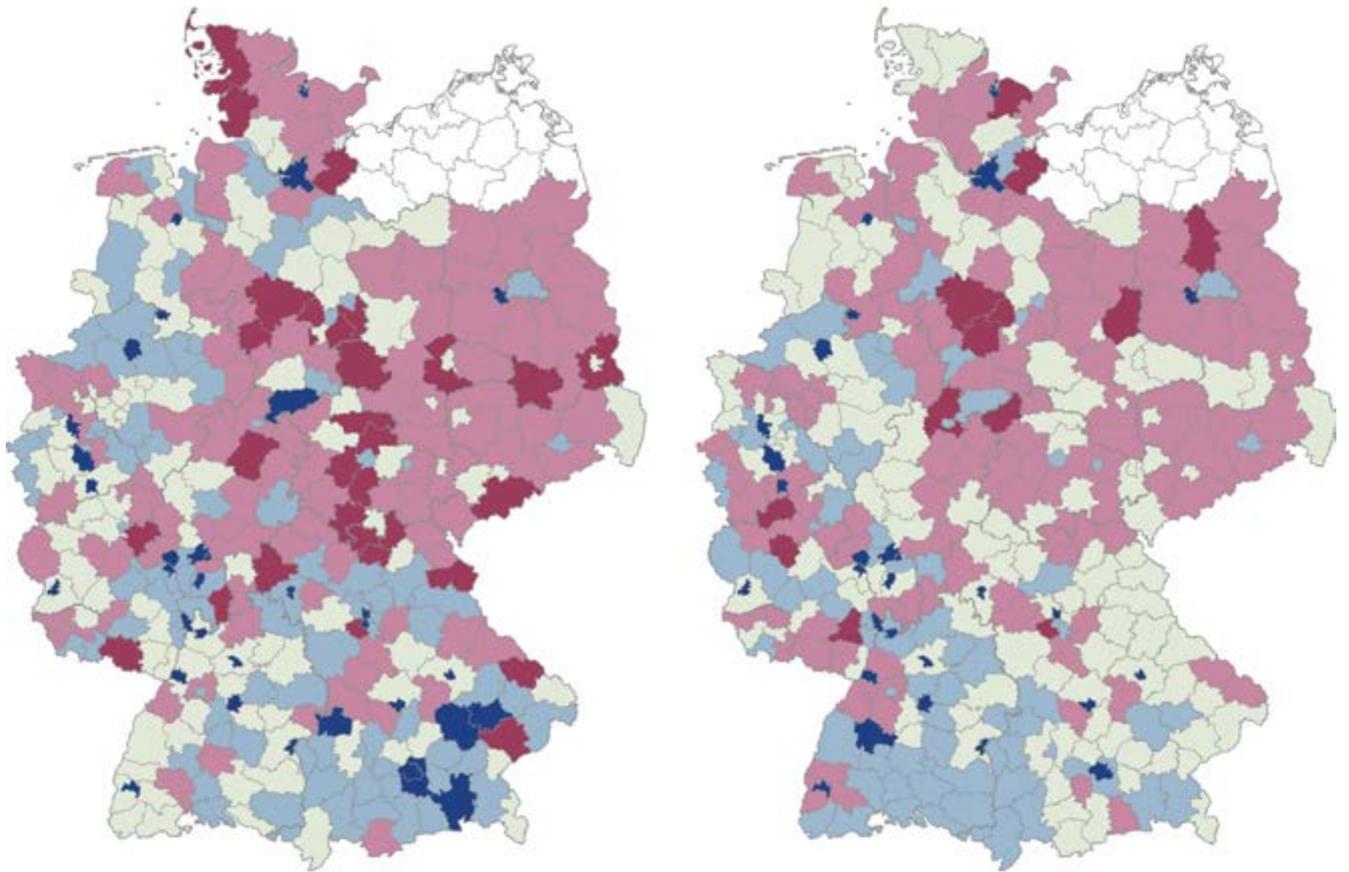


Die kartografischen Darstellungen verdeutlichen, dass auch mit der neuen Bedarfsplanung viele, vor allem ländliche Regionen verbleiben, für die eine gemessen an ihrem relativen Versorgungsbedarf niedrigere (hellrot) bzw. teilweise deutlich niedrigere (dunkelrot) Augenärztedichte vorgesehen ist. Gleichzeitig gibt es ebenso wie vor der neuen Planung zahlreiche städtische Regionen mit oft deutlich höherer Augenärztedichte. Und schließlich zeigen sich über die gesamte Republik verteilt Regionen, die erst durch die neue Bedarfsplanung eine relativ bedarfsgerechte Augenärztedichte aufweisen (hellgrün).

Auch zeigt sich wieder deutlich eine Diskrepanz zwischen westdeutschen und ostdeutschen Regionen. Während im Westen in vielen Regionen durch die neue Bedarfsplanung eine Deckung von Angebot und relativem Versorgungsbedarf annähernd erreicht wird (zum Beispiel in Bayern) und ebenso viele Regionen weiterhin eine überproportional hohe Augenärztedichte aufweisen, ist die Augenärztedichte für die Mehrheit der ostdeutschen Regionen gemessen an ihrem relativen Versorgungsbedarf zu niedrig.

Die Bedarfsplanung der Augenärzte leidet unter dem Problem einer ungenügenden Betrachtung von sozioökonomischen Faktoren sowie der Morbidität auf regionaler Ebene. Bei 25 Prozent der Planungskreise ergibt sich ein von dem hier gezeigten Bild abweichendes Ergebnis, wenn sozioökonomische Faktoren sowie die Morbidität berücksichtigt werden. Bei 10 Prozent der Planungskreise zeigt sich sogar eine Umkehr des Bedarfseffekts, wenn diese zusätzlichen Faktoren berücksichtigt werden.

Abbildung 12: Augenärztedichte



**Aktuelle Ärztedichte** gegenüber relativem Bedarf  
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

deutlich niedriger (30)    ausgewogen (97)    höher (91)  
niedriger (106)    deutlich höher (34)

**Geplante Ärztedichte** gegenüber relativem Bedarf  
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

deutlich niedriger (13)    ausgewogen (120)    höher (79)  
niedriger (118)    deutlich höher (28)

Mecklenburg-Vorpommern hat die jeweiligen Daten nicht zur Verfügung gestellt.

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

| BertelsmannStiftung

Ähnlich wie bei den anderen hier untersuchten hausarztnahen Fachgruppen besteht auch bei der Bedarfsplanung der Augenärzte darüber hinaus das Problem, dass mit einer Orientierung der Planung an aktuellen Inanspruchnahmedaten gegebenenfalls vorhandene Versorgungsdefizite in die Zukunft fortgeschrieben werden.

## 5 Zitierte und weiterführende Literatur

Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A, Schwinger A (2012). Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach §140f SGB V, Berlin. [www.iges.de/presse07/pressearchiv/pressemeldungen\\_2012/bedarfsplanung/e12722/infoboxContent12725/IGESInstitut\\_GutachtenzurNeuordnungderztlichenBedarfsplanung\\_Mai2012\\_ger.pdf](http://www.iges.de/presse07/pressearchiv/pressemeldungen_2012/bedarfsplanung/e12722/infoboxContent12725/IGESInstitut_GutachtenzurNeuordnungderztlichenBedarfsplanung_Mai2012_ger.pdf).

Bundesversicherungsamt (2012). Datenmeldungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung – Altersausgabenprofile nach Geschlecht. <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich>.

Czaja M, Meinschmidt G, Bettge S (2012). Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung – Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 3/2012, 39-49.

Hole A, Marini G, Goddard M, Gravelle H (2008). Fairness in Primary Care Procurement Measures of Under-Doctoredness: Sensitivity Analysis and Trends. CHR Research Paper 35. Centre for Health Economics, University of York.

Kroll LE, und Lampert T (2013). Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection. *BMC Health Services Research* 2013, 13:271, doi:10.1186/1472-6963-13-271.

Lampert T, und Kroll LE (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. *GBE kompakt* 5(2). [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt).

Schafer I, et al. (2012). The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the MultiCare Cohort study. *BMC Health Services Research* 2012, 12:89, doi:10.1186/1472-6963-12-89.

Stillfried D, und Czihal T, (2010). Regionale Besonderheiten – Möglichkeiten der Berücksichtigung regionaler Risikoindikatoren in morbiditätsorientierten Versichertenklassifikationssystemen. 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung am 01. Oktober 2010 in Köln.

Sundmacher L, Götz N, und Vogt V (2014). Statistische Methoden der kleinräumigen Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, February 2014, Volume 57, Issue 2, 174-179.

Sundmacher L, und Ozegowski S, (2012). Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Gesundheitswesen* 74(10): 618-26.

Sutton M, Gravelle H, Morris S, Leyland A, Windmeijer F, Dibben C, Muirhead M (2002). Allocation of Resources to English Areas; Individual and small area determinants of morbidity and use of health-care resources. Report to the Department of Health. Edinburgh: Information and Statistics Division.

## 6 Datengrundlagen

Bundesärztekammer (2014). Ärztestatistik der Bundesärztekammer. Stichtag 31.12.2013. [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3)

INKAR (2010). Haushaltseinkommen. INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

INKAR (2011). Regionale Arbeitslosenquote. INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Statistisches Bundesamt (2011a). Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand und Religionszugehörigkeit. Zensus 2011. Hrsg. Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

Statistisches Bundesamt (2011b). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Pflegestatistik 2011. Hrsg. Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2011c). Sterbetafel Deutschland 2009/11. Hrsg. Statistisches Bundesamt.

## 7 Die Autoren



**Dr. Martin Albrecht**  
Geschäftsführer und  
Bereichsleiter Gesundheitspolitik,  
IGES Institut,  
Berlin



**Dr. Stefan Etgeton**  
Senior Expert,  
Bertelsmann Stiftung,  
Gütersloh



**Dr. Richard R. Ochmann**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter,  
IGES Institut,  
Berlin

## 8 Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt. Für uns der Beweis dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten sowie Gefährdungen von Patienten vermeiden und das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen – bevor über Priorisierung und Rationierung nachgedacht werden sollte.

**Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass ...**

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden,
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann,
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region befassen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

**Die Auswahl der Themen für den „Faktencheck Gesundheit“ erfolgt anhand von festgelegten Kriterien:**

Die Themen sollen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben, bedeutsame Defizite im System, aber auch konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze aufzeigen. Die Bearbeitung der Themen und Interpretation der Ergebnisse erfolgt durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes fachliches Review. Der „Faktencheck Gesundheit“ soll nicht nur die Versorgungsrealität beschreiben, sondern Interpretationen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite behoben werden können. Mithilfe von kartografischen Darstellungen können regionale Unterschiede visuell schnell erfasst werden.

## Impressum

© 2014 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)  
[www.faktencheck-gesundheit.de](http://www.faktencheck-gesundheit.de)

### **Verantwortlich**

Dr. Stefan Etgeton  
Andrea Fürchtenicht  
Marion Grote Westrick  
Claudia Haschke

### **Gestaltung**

Markus Diekmann, Bielefeld

### **Bildrechte**

Marco2811/ fotolia  
Robert Kneschke/ fotolia  
goodluz/ fotolia  
Ilike/ fotolia  
h\_lunke/ fotolia  
Archiv Bertelsmann Stiftung

### **Druck**

Matthiesen Druck, Bielefeld



## Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Telefon +49 5241 81-0  
Fax +49 5241 81-81999

Dr. Stefan Etgeton  
Senior Expert  
Programm Versorgung verbessern –  
Patienten informieren  
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Claudia Haschke  
Project Manager  
Programm Versorgung verbessern –  
Patienten informieren  
claudia.haschke@bertelsmann-stiftung.de

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

[www.faktencheck-gesundheit.de](http://www.faktencheck-gesundheit.de)