



Editorial

(tb) „Dorf sucht Arzt, Planerin sucht Formel – und Versicherte suchen Behandlung“. Dies könnte ein prägnanter Dreiklang für die Problematik des Ärztemangels und der Bedarfsplanung in unserem Gesundheitssystem sein. Seit geraumer Zeit schon wollen Politik und Selbstverwaltung eben diesen in bestimmten ländlichen Gebieten herrschenden Ärztemangel abbauen. Die Ausgangslage ist sehr unterschiedlich, Konzepte und Modelle existieren viele, komplizierte Formeln zur Berechnung ebenfalls. Trotzdem scheint sich die Lage in den letzten Jahren kaum verbessert zu haben.

Die Akteure im deutschen Gesundheitswesen reagieren mit dem Konzept der Bedarfsplanung auf die hohe Arztdichte in den Städten bei gleichzeitigem Ärztemangel in bestimmten ländlichen Regionen. Dabei haben wir uns auch an eine Diskussion über „Angebot“ und „Nachfrage“ gewöhnt – doch wie lässt sich daraus ein „Bedarf“ für die Planung ableiten? Haben Gesundheitspolitiker und Selbstverwaltung denselben Bedarf vor Augen wie die Versicherten, wenn sie Planungszahlen ermitteln, wenn sie steuern, verteilen und regulieren? Wie beurteilen die Versicherten ihre persönliche Versorgungssituation, wie bewerten sie die Entfernung zu einem Haus- oder Facharzt – wie weit entfernt ist eigentlich „weit“? Welche Strecke ist in der Stadt oder auf dem Land akzeptabel?

Die Autorinnen des Gesundheitsmonitor-Newsletters zeigen, dass die von der Wissenschaft seit Jahren kritisierte Form der Bedarfsplanung auch aus Sicht der Bevölkerung bisher nicht zu einer bedarfsgerechten und regional ausgewogenen Verteilung der ambulant tätigen Haus- und Fachärzte geführt hat. Mit ihren Ergebnissen bereichern die Autorinnen eine aktuell kontrovers geführte Diskussion, sodass nach einem anspruchsvollen Prozess der Planung am Ende hoffentlich alle das finden, was sie suchen.

Unterversorgung im ländlichen Raum: Wie beurteilt die Bevölkerung innovative Versorgungsmodelle zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnort- nahen Gesundheitsversorgung?

Laura Schang, Wiebke Schüttig, Leonie Sundmacher

Angesichts einer als „Ärztenschwemme“ empfundenen Entwicklung in Deutschland führte der Gesetzgeber 1977 die Bedarfsplanung ein, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 mit regionalen Zulassungsgrenzen versehen wurde (Ozegowski und Sundmacher 2013). Die Bedarfsplanung für den ambulanten Sektor zielte somit in erster Linie auf eine Begrenzung der Vertragsärzteszahl ab. Zwischen 1970 und 1984 war die Zahl der ambulanten Vertragsärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um mehr als 30 Prozent (Deutscher Bundestag 1992) gestiegen.

Konzipiert als pragmatische Antwort auf Probleme der 1970er- und 1980er-Jahre, wird die heutige Form der Bedarfsplanung zunehmend als zu starr, ungenau und nicht mehr zeitgemäß von Wissenschaft, Selbstverwaltung und Politik kritisiert (Ozegowski und Sundmacher 2013, 2014). Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin eine hohe Arztdichte aufweist (OECD 2015), stehen der Ärztemangel auf dem Land, die ungleiche regionale Verteilung der Vertragsärzte und Wartezeiten auf Termine in der öffentlichen Diskussion.

Ende 2011 stellte der Bundestag daher mit dem Versorgungstrukturgesetz (VStG) Weichen, „damit unser Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann“ (Deutscher Bundestag 2011: 1f.). Die Reform der Bedarfsplanung durch das VStG und anschließend durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zielte auf mehr regionale Flexibilität für innovative Modelle zur Überwindung des Ärztemangels und auf eine bessere Abbildung des Versorgungsbedarfs.

Wie bewerten Versicherte die Problematik der Unterversorgung und die entwickelten Reformansätze? Dieser Newsletter untersucht die Präferenzen von Bewohnern ländlicher Räume hinsichtlich einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung und versucht daraus Informationen für die Reform der Bedarfsplanung zu gewinnen.



Bedarfsplanung im ambulanten Sektor

Grundsätze und Kritik

Im Folgenden werden drei grundlegende Aspekte der Bedarfsplanung und daraus resultierende Probleme beleuchtet:

- die Definition des Bedarfs und damit verbundener Über- und Unterversorgung
- die Fokussierung auf Obergrenzen (in Form allgemeiner Verhältniszahlen), jedoch weniger auf eine gleichmäßige räumliche Verteilung von Ärzten
- die sektorale Trennung der Bedarfsplanung.

Wann ist Versorgung bedarfsgerecht?

Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland folgt dem normativen Prinzip, eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige [...] Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ (§ 70 Absatz 1 SGB V). In seinem Gutachten von 2000/2001 definierte der Sachverständigenrat (SVR) beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Begriff des Bedarfs als bestehend aus zwei Elementen: dem objektiven Bedarf (im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Notwendigkeit für eine medizinische Leistung) und dem subjektiven Bedarf (als dem Wunsch oder Bedürfnis nach Leistung, der in der Literatur auch als Nachfrage bezeichnet wird; SVR 2001). Objektiver und subjektiver Bedarf sind jedoch nicht zwangsläufig deckungsgleich. Bedarfsgerecht sei die Gesundheitsversorgung dann, wenn der objektive Bedarf zusammenfalle mit dem subjektiven Bedarf sowie der tatsächlichen Inanspruchnahme und sachgerechten Erbringung einer Leistung (SVR 2001).

In der internationalen Literatur wird der Begriff des Bedarfs an einer spezifischen Leistung definiert als die minimale Menge an Ressourcen, um den erwarteten Nutzen einer Person („capacity to benefit“) von Versorgung vollständig zu decken (Culyer

1995). Aus gesundheitsökonomischer Sicht liegt eine Überversorgung vor, wenn eine zusätzliche Einheit an Gesundheitsversorgung kaum oder keinen gesundheitlichen Zusatznutzen mehr liefert (Culyer und Wagstaff 1993). Dem Konzept der „equity“ folgend, sollen Menschen mit gleichem Bedarf Zugang zu einem gleichen beziehungsweise gleichwertigen Versorgungsangebot erhalten (horizontale „equity“). Personen mit größerem Bedarf haben dagegen ein Anrecht auf mehr Leistungen (vertikale „equity“) (ebd.).

In Deutschland setzte die Bedarfsplanung, historisch bedingt durch die „Ärztenschwemme“ in den 1970er- und 1980er-Jahren, primär an der Planung des Ärztebedarfs an, nicht an der Planung des Bedarfs an spezifischen Leistungen. Eine optimale Arztzahl für die Bedarfsplanung wurde auf Basis der tatsächlichen Zahl an Ärzten mit Stand zum 31. Dezember 1990 definiert. Der zu diesem Zeitpunkt in den westdeutschen Bundesländern für jede Facharztgruppe bestehende Ist-Wert wurde als normativer Soll-Wert fortgeschrieben (Ozegowski und Sundmacher 2013, 2014).

Laut Definition der Bedarfsplanungsrichtlinie besteht Normalversorgung in einem Planungsbereich (meist dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt), wenn die dort bestehende Ärztedichte der „allgemeinen Verhältniszahl“ entspricht. Diese Verhältniszahl wurde aus der Summe der Einwohner aller Kreise eines Kreistyps und der Summe der Ärzte einer Facharztgruppe im jeweiligen Kreis gebildet. Überversorgung besteht, wenn die allgemeine Verhältniszahl um mehr als zehn Prozent überschritten wurde. Der Planungsbereich wird dann für weitere Zulassungen der betroffenen Arztgruppe gesperrt. Eine Unterversorgung besteht, wenn die allgemeine Verhältniszahl um mehr als 25 Prozent (Hausärzte) beziehungsweise 50 Prozent (Fachärzte) unterschritten wird (BedarfsplRL 2007).

Regionale und Stadt-Land-Disparitäten

Zwischen 1992 und 2011 setzte die Bedarfsplanung wenig Anreize zugunsten einer besseren regionalen Verteilung oder Vermeidung weißer Flecken in der Versorgungslandschaft. Die räumlich differenzierten Verhältniszahlen konservierten erhebliche Stadt-Land-Unterschiede: So galt für städtische Räume eine doppelt so hohe Frauenarztdichte wie für ländliche Kreise (§ 8 BedarfsplRL 2007).

Durch die einheitliche Planung auf Basis der Landkreise und kreisfreien Städte berücksichtigte die Bedarfsplanung zudem keine Unterschiede in der zumutbaren Entfernung zu verschiedenen Fachrichtungen: Während ein Hausarzt möglichst wohnortnah sein sollte, ist eine größere Entfernung zu einem spezialisierten Facharzt zumutbar.

Besonders in den ländlichen Regionen tun sich die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schwer, frei werdende Arztsitze neu zu besetzen, da viele junge Ärzte die Landarztstätigkeit als wenig attraktiv ansehen (Jacob, Heinz und Décieux 2010). Verschärft wird die Problematik der unbesetzten Vertragsarztsitze durch eine zunehmende Alterung der Ärzteschaft: So hat sich der Anteil der über 60-jährigen Vertragsärzte seit 1999 mehr als verdoppelt (KBV 2011). Eine weitere Veränderung für das Angebot ärztlicher Leistungen ergibt sich aus den geänderten Bedürfnissen der Ärzteschaft (Knieps, Amelung und Wolf 2012). Immer mehr Ärzte wünschen sich größeren Spielraum in der zeitlichen Gestaltung ihrer Arbeit, etwa zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sodass der Druck auf den Gesetzgeber steigt, mehr Flexibilität für neue Arbeitsmodelle zu schaffen und diese Veränderung der Versorgungskapazitäten zu berücksichtigen.

Weiteren Reformbedarf gibt es durch den veränderten Bedarf an einzelnen Facharztgruppen: Vor allem in länd-

Modellinitiativen

Diverse Modelle zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum wurden seither initiiert, pilotiert und vorgeschlagen. So wird angestrebt, Vertragsärzte für die ländliche Versorgung zu gewinnen – etwa durch monetäre Anreize, Vorteile bei der Niederlassung nach fünfjähriger Tätigkeit in unterversorgten Gebieten, internationale Rekrutierung. Neben der Vollbesetzung bestehender Arztsitze gibt es weitere innovative Modelle, um die Versorgung in unterversorgten Gebieten sicherzustellen. Diese Modelle können wie folgt systematisiert werden:

- sektorenübergreifende Koordination, die vorhandene Ressourcen effizienter nutzt (Beispiel: Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung)
- intrasektorale Koordination, die vorhandene Ressourcen effizienter nutzt (Beispiel: Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren [MVZen], in denen von außerhalb kommende Ärzte an bestimmten Tagen in der Woche arbeiten)
- telemedizinische Unterstützung der ambulanten Behandlung vor Ort (Beispiele: Versorgung herzinsuffizienter Patienten in der Uckermark, Koordinationsstelle für Telemedizin in Baden-Württemberg)
- mobile Arztpraxen (Beispiel: rollende Arztpraxis in Wolfenbüttel)
- Fahrdienstservice für Patienten (Beispiel: Dienstagsbus in Märkisch-Oderland)
- Unterstützung durch qualifizierte Versorgungsassistenten (Beispiele: VERAH, AGnES).

Die Modelle wurden überwiegend regional initiiert und befinden sich in unterschiedlichen Entwicklungsphasen. Interessanterweise wurden einige vielversprechende Strategien, wie die Einrichtung eines Fahrdienstes für Patienten in Brandenburg, nicht von der Bevölkerung angenommen und nach kurzer Laufzeit wieder eingestellt. Aufgrund fehlender Nachfrage wurde Ende 2014 auch die rollende Arztpraxis in Wolfenbüttel/Niedersachsen abgeschafft. Dort übernahmen im Sommer 2013 von der KV Niedersachsen angestellte Hausärzte die Versorgung in einigen abgelegenen Orten. Warteräume stellten die Gemeinden zur Verfügung.

lichen, strukturschwachen Gebieten, in denen sich der demographische Wandel besonders schnell vollzieht, verringert sich beispielsweise die Notwendigkeit für Kinderärzte und Gynäkologen, während der Bedarf an geriatrischer Versorgung zunimmt (Uhlemann und Lehmann 2011).

Bisher fehlt es jedoch an Instrumenten und Anreizen für die Kassenärztlichen Vereinigungen, um dieser (drohenden) Unterversorgung zu begegnen. Erst in den letzten Jahren wurden flexiblere

Regelungen, beispielsweise zur Gründung von Zweigpraxen oder der Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZen), getroffen.

Sektorale Ärzteplanung gegenüber sektorenübergreifender Versorgungsplanung

Grundsätzlich ist die Bedarfsplanung in Deutschland von einer sektoralen Trennung geprägt. Kapazitäten und Ressourcen für den stationären und ambulanten Sektor werden daher weit-

gehend unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Sektor sowie von den Ländern für die stationäre Versorgung geplant.

Aus sektorenübergreifender Sicht greift die bisherige Berechnung nach der „Anzahl der Ärzte“ daher zu kurz. Kritische Stimmen bemängeln, dass in eine bedarfsgerechte Planung auch Faktoren wie ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser, das Vorhandensein zusätzlicher Bedarfsdeckungsinstrumente (z. B. Telemedizin, mobile Praxen) und flexible Arbeitszeitmodelle einfließen müssen, die den Bedarf an Vertragsärzten beeinflussen können (Greß und Stegmüller 2011).

Das historisch bedingte System der ambulanten Bedarfsplanung hierzulande – in Form einer ärztlichen Kapazitätsplanung – unterscheidet sich grundlegend von einer Bedarfsplanung, wie sie im Sinne einer Versorgungsplanung in anderen Ländern durchgeführt wird. Erfahrungen gibt es beispielsweise im englischen und schottischen National Health Service (NHS). Dort richtet sich die Bedarfsplanung nicht ausschließlich nach der Zahl des benötigten Gesundheitspersonals, sondern zunächst nach der Qualität und Quantität der erforderlichen Leistungen, um die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung einer Region sicherzustellen (Stevens et al. 2004). Wie und von wem der ermittelte Bedarf an Leistungen erbracht wird – ob etwa von vor Ort tätigen Ärzten, durch telemedizinische Unterstützung oder durch sektorenübergreifende Kooperationen –, ist eine sekundäre Frage.

Reform der Bedarfsplanung durch das Versorgungsstrukturgesetz

Um diese Defizite zu beheben, wurde Ende 2011 das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) verabschiedet. Den Veränderungen an der Bedarfsplanung lagen zwei Prämissen zugrunde: die Vergrößerung des regionalen Gestaltungsspielraums,

auch für Modellinitiativen, und die präzisere Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs. Diese flossen in eine vollständige Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein, die am 1. Januar 2013 in Kraft trat (BedarfsplRL 2012).

Tatsächlicher Versorgungsbedarf: Präzisere Berücksichtigung zumutbarer Entfernungen und Mitversorgereffekte zwischen Stadt und Umland

Um Unterschiede in den zumutbaren Entfernungen abzubilden, führte die Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 vier fachrichtungsspezifische Ebenen der Planung ein. Hausärztliche Versorgung wird demnach kleinräumig auf Basis von 883 Mittelbereichen geplant, während die allgemeine fachärztliche Versorgung (z. B. durch Augenärzte, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte und Orthopäden) nach 372 Planungsbereichen, basierend auf den Kreisen und kreisfreien Städten, strukturiert ist. Die spezialisierte fachärztliche Versorgung (z. B. fachärztlich tätige Internisten oder Radiologen) wird auf Basis von 96 Raumordnungsregionen geplant, die gesonderte fachärztliche Versorgung (z. B. Laborärzte oder Pathologen) auf Ebene der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (§§ 11 bis 14 BedarfsplRL 2012). Ungeklärt ist bislang jedoch, inwieweit die Versicherten akzeptieren, dass die einem Patienten zumutbaren Wegezeiten sich nach Arztgruppen unterscheiden sollten.

Auf Ebene der Kreise lassen sich für die fachärztliche Versorgung zudem erhebliche Mitversorgereffekte zwischen Stadt und Umland nachweisen, deren Ausmaß jedoch stark nach Kreisen variiert (Czihal, von Stillfried und Schallock 2012). Als Prädiktor für die Mitversorgung, also die Arztpendler, wurden bislang Pendlerbewegungen der sozialversicherungspflichtig Erwerbstätigen verwendet (ebd.). Hintergrund ist, dass dem Grundsatz der wohnortnahen

Versorgung auch die Möglichkeit gegenübersteht, dass Arbeitnehmer (besonders in Städten) den Arztbesuch teilweise mit ihrem Arbeitsort verbinden. Jeder Kreis wurde einem von fünf Kreistypen zugeordnet, basierend auf seinen Pendlerverflechtungen. Problematisch jedoch ist, dass die Kreistypen sich teilweise stark hinsichtlich ihrer Pendlersalden aus Ein- und Auspendlern überschneiden (Ozegowski und Sundmacher 2013, 2014). Hier besteht die Gefahr, Ungleichheiten in den Arztkapazitäten fortzuschreiben oder sogar zu verstärken.

Fragestellung und Methodik

Ziel dieses Newsletters ist es, die Präferenzen von Bewohnern ländlicher Räume hinsichtlich einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung systematisch zu untersuchen. Die Analysen basieren auf der Hypothese, dass die Präferenzen und Erwartungen der ländlichen Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung sich von denen der städtischen Bevölkerung unterscheiden und bisher nicht ausreichend in der Bedarfsplanung und bei der Initiierung von Modellen berücksichtigt werden. Daraus leiten sich folgende Fragen ab:

- Welche Stadt-Land-Disparitäten bestehen im Grad der Wahrnehmung einer Unterversorgung an Ärzten verschiedener Fachrichtungen?
- Welche Erwartungen an die wohnortnahe Gesundheitsversorgung haben Bewohner von ländlichen Gebieten im Vergleich zu denen urbaner Räume?
- Welche Modelle (siehe „Modellinitiativen“ oben) zur Versorgung des ländlichen Raums bevorzugen Bewohner in unterversorgten Gebieten (mit Ausnahme einer Vollbesetzung der bestehenden Arztsitze)? Beeinflusst der Grad der sozialen Unterstützung die Akzeptanz der Modelle?

Auf Basis der Daten des Gesundheitsmonitors 2015 werden die Erwartungshaltung, die soziale Einbettung und die

Mobilität der Versicherten im ländlichen Raum analysiert. Die Stichprobe ist deutschlandweit repräsentativ für die Bevölkerung (18 bis 79 Jahre) hinsichtlich Geschlecht, Bundesländern, Altersgruppen, Einkommen und Bildung. Die Stichprobe umfasst 1.598 Personen.

Um die Wahrnehmung der Versicherten mit der tatsächlichen Ärztedichte zu vergleichen, wurden auch Strukturdaten verwendet, die das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZI) publiziert.

Auf Basis der jedem Versicherten zugeordneten Postleitzahl werden städtische und ländliche Regionen nach der Definition des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung unterschieden (BBSR 2015). Die Stadt-Land-Klassifikation erfolgt in zwei Klassen (Stadt und Land) auf Basis von Siedlungsstrukturmerkmalen wie dem Bevölkerungsanteil in Großstädten und der Einwohnerdichte. Alle Analysen wurden auch mit vier Klassen durchgeführt, wonach kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise unterschieden werden. Da die Ergebnisse jedoch ähnliche Stadt-Land-Muster aufwiesen, werden sie zur besseren Anschaulichkeit gemäß dem Zweitypen-Ansatz dargestellt. Die regionale Zuordnung erfolgt auf Basis der amtlichen Kreiseinteilung (Kreise und kreisfreie Städte) mit Stand zum 31. Dezember 2008.

Unterschiede zwischen Gruppen wurden auf statistische Signifikanz untersucht. Sofern nicht anders angegeben, sind die hier dargestellten Ergebnisse statistisch bedeutsam.

Ergebnisse

Unterversorgung aus Sicht der Versicherten: Stadt-Land-Disparitäten nach Fachrichtungen

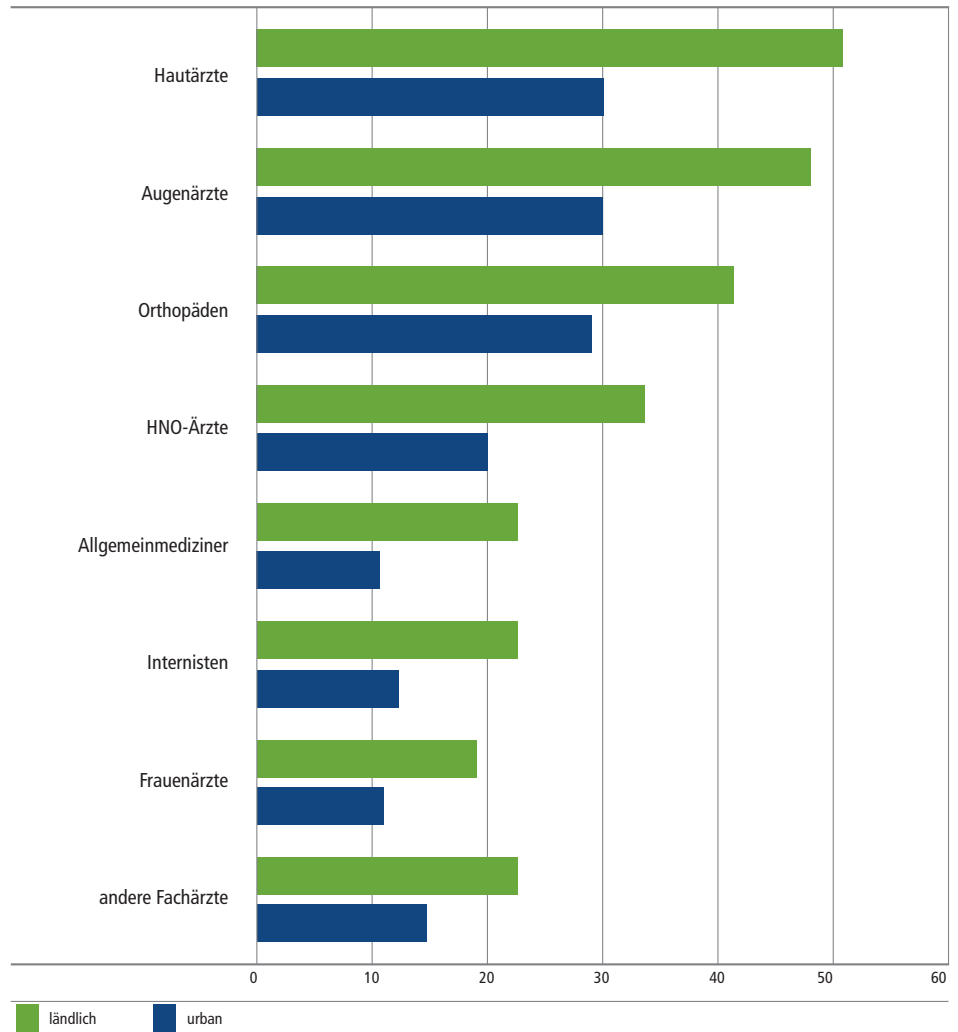
Um eine mögliche Unterversorgung aus Sicht der Versicherten zu ermitteln, wurde folgende Frage gestellt: „Gibt es

Ihrer Meinung nach dort, wo Sie leben, für bestimmte Fachrichtungen zu wenig Ärzte, um eine gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen?“.

Die Ergebnisse zeigen Disparitäten zwischen Stadt und Land sowie zwischen den Facharztgruppen. In Bezug auf Hautärzte, Orthopäden, Augenärzte und HNO-Ärzte nimmt ein deutlich höherer Anteil an Versicherten eine Unterversorgung in ihrer Region wahr als bei anderen Facharztgruppen. Fachrichtungsübergreifend konstatieren im ländlichen Raum mehr Versicherte eine Unterversorgung als im urbanen Raum. 51 Prozent der Befragten aus dem ländlichen Raum sind der Ansicht, dass es dort, wo sie leben, zu wenige Hautärzte gibt, um eine gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Auch bei Augenärzten und Orthopäden nehmen 48 Prozent beziehungsweise 42 Prozent einen Ärztemangel wahr. In den anderen Fachgruppen sieht etwa ein Fünftel der Befragten einen Mangel an Ärzten. In urbanen Räumen liegt die subjektive Unterversorgung zwischen 30 Prozent (bei Hautärzten) und rund elf Prozent (bei Frauenärzten) der Befragten (Abbildung 1).

Weitere Antwortkategorien lauteten: „In dieser Fachrichtung gibt es genug Ärzte“ und „weiß nicht/kann ich nicht beurteilen“. Über alle Fachrichtungen sowie Stadt und Land betrachtet, lag der Anteil der Versicherten, die kein Urteil über den Grad der bedarfsgerechten Versorgung in ihrer Region fällen wollten oder konnten, zwischen rund 16 Prozent (bei Allgemeinmedizinerinnen) und rund 61 Prozent (bei anderen Fachärzten ohne Zahnärzte). Bei den anderen Fachrichtungen lagen die Anteile bei 22 Prozent (Augenärzte), 27 Prozent (Hautärzte), 28 Prozent (Orthopäden), 34 Prozent (HNO-Ärzte), 41 Prozent (Frauenärzte) und 43 Prozent (Internisten). Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, da die Stichprobe Versicherte (statt ausschließlich Patienten) umfasst,

Unterversorgung aus Sicht der Versicherten. Stadt-Land-Disparitäten nach Fachrichtungen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; je nach Fachrichtung n = 1.445 bis 1.525

Abbildung 1

gesundheitsmonitor

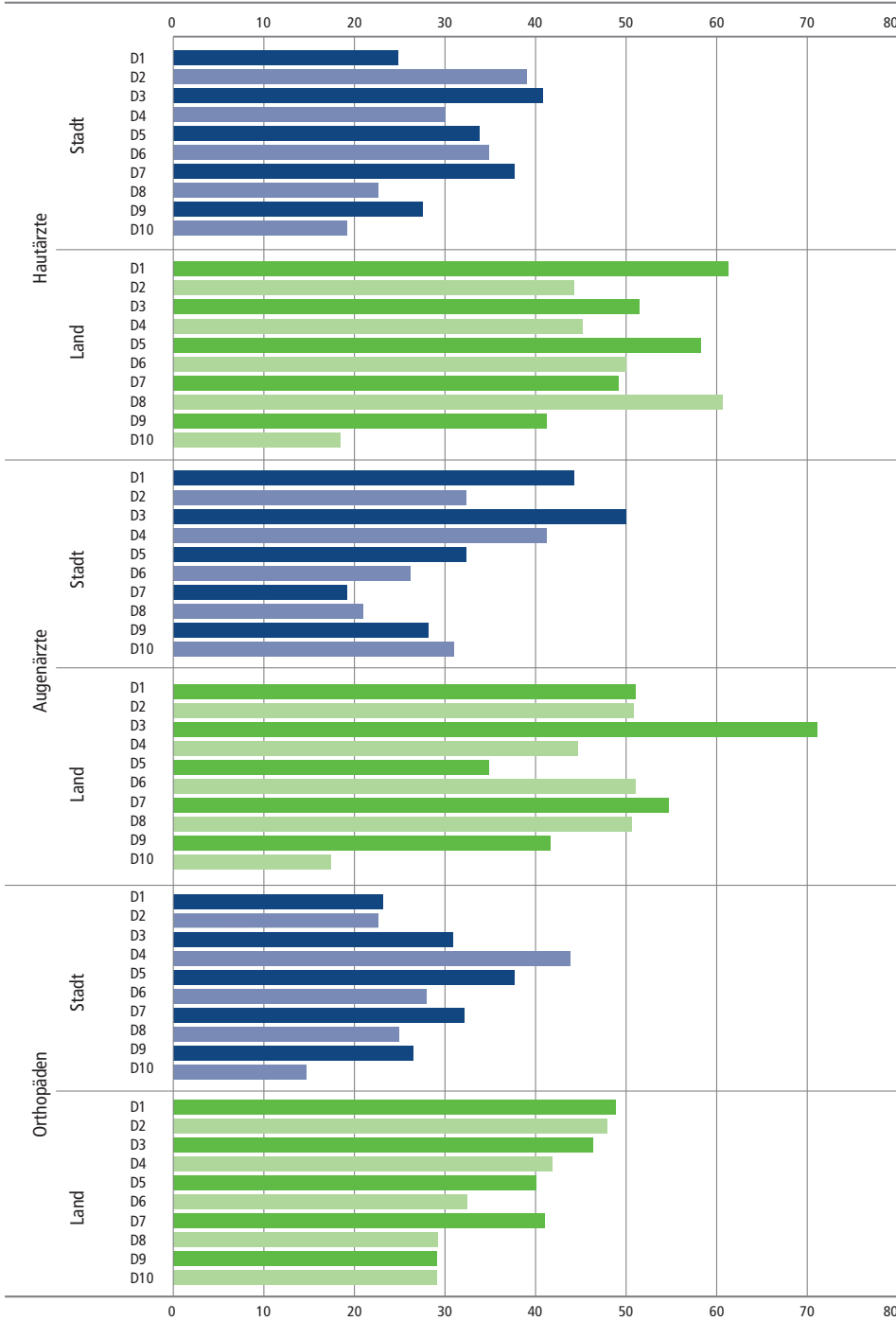
die nicht alle Kontakt zum Gesundheitssystem beziehungsweise zu den verschiedenen Fachrichtungen hatten. So gaben 15 Prozent der Befragten an, in den vergangenen zwölf Monaten keinen Kontakt zum Allgemeinarzt gehabt zu haben. Hingegen lag dieser Anteil in Bezug auf Fachärzte zwischen 50 und 70 Prozent der befragten Versicherten.

Ärztedichte und Wahrnehmung einer Unterversorgung

Wie steht die Wahrnehmung einer Unterversorgung in Bezug zur tatsächlichen Ärztedichte in einem Kreis? Um dies zu prüfen, werden die drei Fachrichtungen mit der höchsten Wahrnehmung einer Unterversorgung betrachtet.

Jeder Kreis wird seiner Ärztedichte entsprechend einem Dezil zugeordnet. Diese

Unterversorgung und Stadt-Land-Disparitäten aus Sicht der Versicherten im Vergleich zu Ärztedichten (nach Wohnort der Versicherten; Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; Versorgungsatlas 2012; eigene Berechnungen

Legende: y-Achse: Prozent der Befragten, die antworteten: „In dieser Fachrichtung gibt es zu wenig Ärzte.“, x-Achse: Ärztedichte der jeweiligen Fachrichtung nach bundesweit einheitlichen Dezilen. Die Kategorien Stadt und Land beziehen sich auf den Wohnort der Versicherten. n = 1.510 bei Hautärzten, n = 1.524 bei Augenärzten, n = 1.515 bei Orthopäden, die antworteten: „In dieser Fachrichtung gibt es zu wenig Ärzte.“

Abbildung 2

Darstellung gewährleistet eine gleichmäßige Zahl der Kreise pro Dezil. D1 bezeichnet die Gruppe der Kreise mit der niedrigsten Ärztedichte in der Fachrichtung, D10 die Kreise mit der höchsten Ärztedichte.

Abbildung 2 zeigt den Anteil der Versicherten, die in ihrer Region eine Unterversorgung an Ärzten der jeweiligen Fachrichtung wahrnehmen, in Bezug zur tatsächlichen Ärztedichte auf Kreisebene. Mit steigender Ärztedichte auf Kreisebene sinkt tendenziell der Anteil der Anwohner, die eine Unterversorgung an Ärzten dieser Fachrichtung wahrnehmen. Besonders deutlich wird diese Tendenz, wenn man das zehnte Dezil (D10), das bundesweit die Kreise mit der jeweils höchsten Ärztedichte je Fachrichtung umfasst, mit den Dezilen D1 bis D9 vergleicht.

Aufgrund der geringeren Zahl an Kreisen mit bundesweit sehr hoher Ärztedichte steigen in Dezil D10 die betrachteten Ärztedichten hingegen sprunghaft an. Dennoch nehmen selbst in Kreisen mit der bundesweit höchsten Ärztedichte 15 bis 30 Prozent der Versicherten hier eine Unterversorgung wahr.

Bei Hautärzten ist die Wahrnehmung einer Unterversorgung im Dezil D10 relativ gleichmäßig in der Stadt und auf dem Land ausgeprägt. Eine hohe Ärztedichte geht demnach mit einer ähnlichen Wahrnehmung der Versicherten aus Stadt und Land einher. In den Dezilen D1 bis D9, bei Augenärzten und Orthopäden durchgehend, ist das Stadt-Land-Gefälle hingegen deutlich ausgeprägt. Bei (annähernd) gleicher Ärztedichte gibt es auf dem Land mehr Versicherte, die eine Unterversorgung an Ärzten wahrnehmen, als in der Stadt.

So zeigt die Abbildung 2 beispielsweise, dass in Kreisen mit der bundesweit niedrigsten Hautarzttdichte (D1; 0,0–2,0 Hautärzte je 100.000 Einwohner) 62 Prozent der Versicherten auf dem Land eine

Unterversorgung an Hautärzten konstatieren. In städtischen Kreisen, in denen die Hautarzttdichte ebenfalls in das bundesweit niedrigste Dezil D1 fällt, nehmen dagegen nur 25 Prozent der Versicherten eine Unterversorgung wahr.

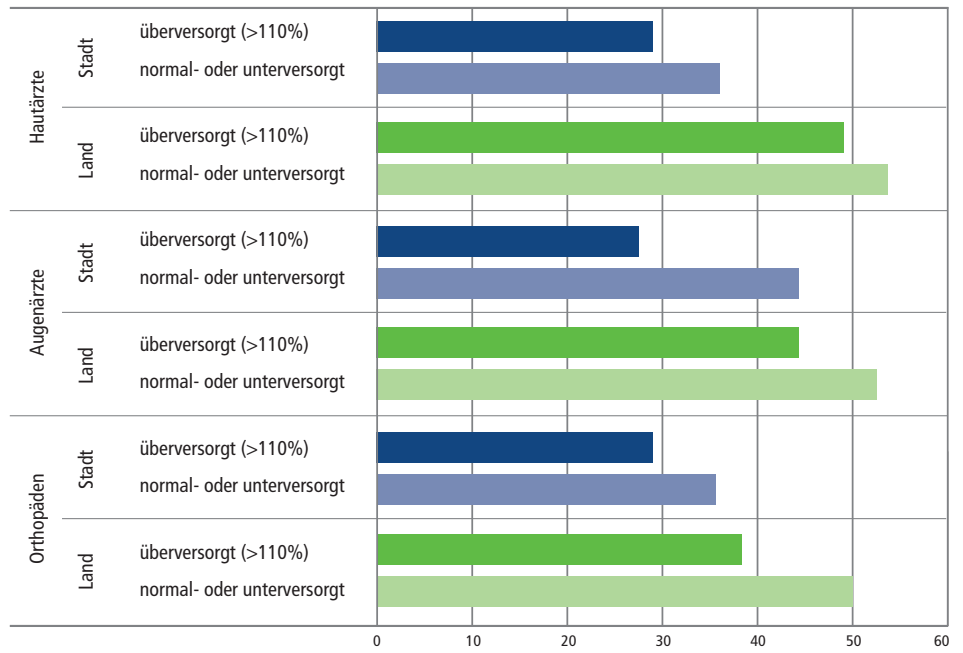
Welche Faktoren bedingen diese Stadt-Land-Disparitäten in der subjektiven Wahrnehmung einer „Unterversorgung“ bei objektiv gleicher Ärztedichte (oder annähernd gleicher Ärztedichte, in Bezug auf die in einem Dezil abgebildete Spannweite an Ärztedichten)? Eine mögliche Erklärung ist, dass Ärzte in ländlichen Kreisen weiträumiger verteilt sind als in der Stadt. Längere Entfernungen zum Arzt auf dem Land (Abbildungen 4 und 5) könnten daher mit einer größeren Wahrnehmung einer Unterversorgung einhergehen. Möglicherweise deutet dies darauf hin, dass die Kreisebene als Planungsbereich zu groß ist. Eine zweite Erklärung ist, dass eine gleiche Ärztedichte tatsächlich systematisch anders auf dem Land als in der Stadt wahrgenommen wird. Eine dritte Erklärung ist, dass besonders im Dezil D1 die Ärztedichte gegen null strebt (das bedeutet, es gibt statistische Unterschiede in der Verteilung der Gruppen). Allerdings zieht sich die ungleiche Wahrnehmung über alle Dezile – es findet also keine „Verschiebung“ der Wahrnehmung in ein angrenzendes Dezil statt.

Unterversorgung aus Sicht der Bedarfsplanung im Vergleich zur Wahrnehmung der Versicherten

Im Jahr 2014 waren laut Bedarfsplanung 267 von 413 Kreisen bei Hautärzten, 259 Kreise bei Augenärzten und 319 Kreise bei Orthopäden überversorgt, die Ärztezahllag also mehr als 110 Prozent über der gebiets- und fachgruppenspezifischen allgemeinen Verhältniszahl.

Abbildung 3 stellt den Prozentsatz der Versicherten dar, die in ihrer Region eine Unterversorgung an Ärzten der jeweiligen

Unterversorgung aus Sicht der Bedarfsplanung im Vergleich zur Wahrnehmung der Versicherten (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; Versorgungsatlas 2015; eigene Berechnungen

Legende: y-Achse: Prozent der Befragten, die antworteten: „In dieser Fachrichtung gibt es zu wenig Ärzte.“, x-Achse: Ärztedichte der jeweiligen Fachrichtung nach bundesweit einheitlichen Dezilen. Die Kategorien Stadt und Land beziehen sich auf den Wohnort der Versicherten. n = 1.510 bei Hautärzten, n = 1.524 bei Augenärzten, n = 1.515 bei Orthopäden, die antworteten: „In dieser Fachrichtung gibt es zu wenig Ärzte.“

Abbildung 3

gesundheitsmonitor

Fachrichtung wahrnehmen, im Vergleich zur Existenz einer Überversorgung beziehungsweise Normal- oder Unterversorgung aus bedarfsplanerischer Sicht. Es wird deutlich, dass in der Tendenz die bedarfsplanerische Definition einer Überversorgung auf Kreisebene auch mit einem geringeren Anteil an Versicherten einhergeht, die in ihrer Region eine Unterversorgung wahrnehmen. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass auch die aus bedarfsplanerischer Sicht überversorgten Kreise von einem hohen Prozentsatz an Versicherten geprägt sind, aus deren Sicht eine Unterversorgung vorliegt.

Entfernungen zum Arzt: Stadt-Land-Disparitäten nach Fachrichtungen
Umfrageteilnehmende wurden gebeten, die Zahl der Arztbesuche (bei denen

der Arzt persönlich gesprochen wurde) anzugeben und die Entfernungen zu den Praxen in Kilometern zu schätzen. Die Entfernung sollte ab der Stelle geschätzt werden, von der die Versicherten die Ärzte normalerweise aufsuchen (Wohnung oder Arbeitsstelle).

Wie die Abbildungen 4 und 5 zeigen, lag die Entfernung sowohl arztgruppenübergreifend als auch im ländlichen und im städtischen Raum für mindestens die Hälfte der Befragten bei zehn Kilometern oder weniger. Eine Ausnahme bilden nur die Entfernungen zu anderen Fachärzten (außer Zahnärzten) im ländlichen Raum, bei denen lediglich 46 Prozent der Befragten angaben, dass sie zehn Kilometer oder weniger fuhren.

Insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung zeigen sich deutliche Stadt-Land-Disparitäten. Der Anteil der Versicherten, der weitere Strecken (11 bis 20 oder über 20 Kilometer) unterwegs war, liegt im ländlichen Raum deutlich höher. So fuhren beispielsweise etwa 25 Prozent der Befragten aus ländlichen Gebieten mehr als 20 Kilometer zum Hautarzt (Städte: etwa 6 %). 19 Prozent der Befragten aus ländlichen Gebieten fuhren mehr als 20 Kilometer zum Orthopäden (Städte: etwa 6 %). Auch in der augenärztlichen, internistischen, frauenärztlichen, HNO-ärztlichen und sonstigen fachärztlichen Versorgung bestätigen die Daten hier ein deutliches Stadt-Land-Gefälle.

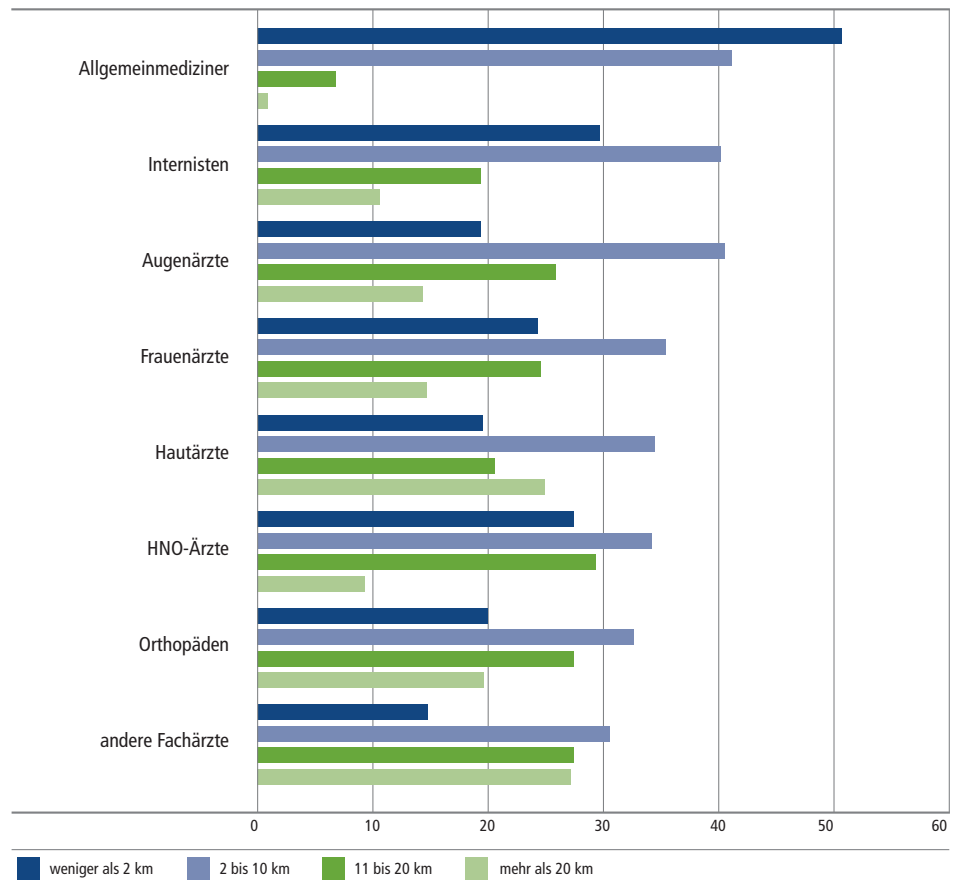
Bei Allgemeinärzten zeigen sich hingegen nur geringe Unterschiede zwischen Stadt und Land. Über 90 Prozent der Versicherten fuhren zehn Kilometer oder weniger zum Allgemeinarzt (Stadt: etwa 94 %, Land: etwa 92 %). Entfernungen von mehr als 20 Kilometer betrafen eine Minderheit (Stadt: etwa 1 %, Land: etwa 2 %). In Bezug auf die allgemeinärztliche Versorgung scheinen diese Ergebnisse zu implizieren, dass die wohnortnahe Gesundheitsversorgung (auch im ländlichen Raum) aus der Perspektive der Versicherten sichergestellt ist. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass hier noch nicht jene Besuche erfasst sind, die – beispielsweise aufgrund als zu weit empfundener Entfernungen – gar nicht erst stattgefunden haben.

Bewertung der Entfernung zum Arzt nach Fachrichtungen

Die Umfrageteilnehmenden wurden zunächst gebeten, die Entfernung zum Arzt für ihre tatsächlich stattgefundenen Besuche zu schätzen. Anschließend wurde gefragt, ob die Versicherten diese Entfernungen als akzeptabel oder als nicht akzeptabel bewerten.

Abbildung 6 zeigt den Anteil der Befragten, welche die jeweilige Entfernung (für einen tatsächlich stattgefundenen Arztbesuch) akzeptabel fanden. Arzt-

Entfernungen zum Arzt (Versicherte im ländlichen Raum; Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; Legende: y-Achse: Prozent der Befragten auf dem Land, welche die jeweilige Entfernung zu ihrem Arzt angeben, x-Achse: Entfernung zum Arzt nach Fachrichtungen

Abbildung 4

gruppenübergreifend sinkt die Akzeptanz mit steigender Wegezeit. Dennoch scheint es eine recht hohe Bereitschaft zu geben, auch 20 Kilometer oder mehr zu fahren. So halten bis zu 67 Prozent der Befragten Entfernungen von über 20 Kilometern zum Orthopäden für akzeptabel. Bei Allgemeinärzten waren dies sogar 88 Prozent.

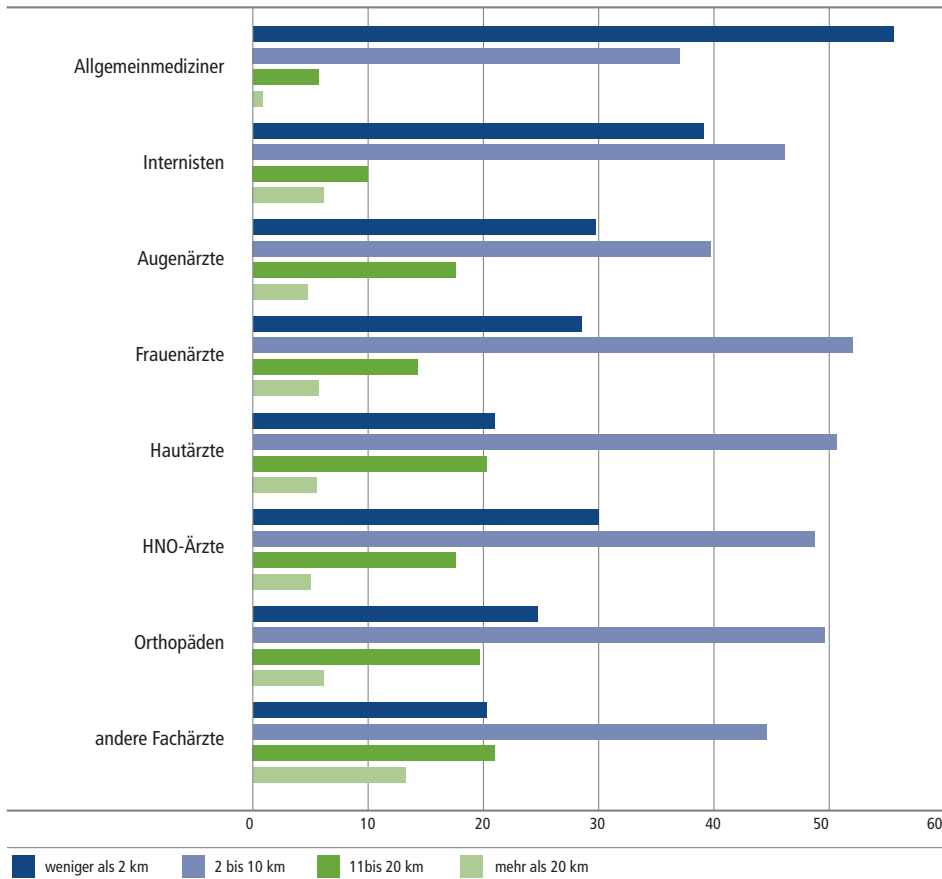
Auswirkungen der Erreichbarkeit: Verhindern lange Wegezeiten (medizinisch notwendige) Arztbesuche?

In einer weiteren Frage sollte daher untersucht werden, inwieweit sich Wegezeiten und Entfernungen so aus-

wirken, dass (aus Sicht der Befragten) medizinisch notwendige Arztbesuche nicht getätigt werden. Der Anteil derer, die angaben, einen medizinisch nötigen Arzttermin in den vergangenen zwölf Monaten verschoben, nicht wahrgenommen oder gar nicht erst vereinbart zu haben, lag zwischen fünf Prozent (in Bezug auf Internisten) und rund 16 Prozent (in Bezug auf Allgemeinmediziner).

Der Anteil derer, die angaben, einen aus ihrer Sicht medizinisch notwendigen Arzttermin aufgrund zu anstrengender oder zeitraubender Wege in den letzten zwölf Monaten verschoben, nicht wahrgenommen

Entfernungen zum Arzt (Versicherte im urbanen Raum; Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; Legende: y-Achse: Prozent der Befragten auf dem Land, welche die jeweilige Entfernung zu ihrem Arzt angeben, x-Achse: Entfernung zum Arzt nach Fachrichtungen

Abbildung 5

gesundheitsmonitor

oder gar nicht erst vereinbart zu haben, lag zwischen rund vier Prozent (in Bezug auf Orthopäden) und rund zehn Prozent (in Bezug auf Allgemeinmediziner).

Arztgruppenübergreifend waren für den Großteil der Befragten persönliche Faktoren der wichtigste Grund einen solchen Arzttermin zu verschieben, nicht wahrzunehmen oder gar nicht erst zu vereinbaren (Abbildung 7). Der Anteil derer, die einen Termin aus persönlichen Gründen nicht wahrnahmen, lag zwischen 54 Prozent bei Augenärzten und 78 Prozent bei anderen Fachärzten. Bei Augenärzten und Orthopäden waren lange

Wartezeiten der wichtigste Hinderungsgrund für über 40 Prozent der Befragten.

Erwartungen der Versicherten: Wohnortnahe Versorgung im Kontext anderer Dimensionen einer guten Gesundheitsversorgung

Die wohnortnahe Versorgung ist für fast drei Viertel (74 %) der Befragten zentral (Abbildung 8). Rund fünf Prozent ziehen die ambulante ärztliche Versorgung nahe ihrer Arbeitsstelle vor. Jedem Fünften (21 %) ist dies egal. In der Verteilung dieser Präferenzen gibt es keinen Unterschied zwischen Versicherten in städtischen und ländlichen Räumen.

Wohnortnähe ist nur ein mögliches Merkmal einer guten Gesundheitsversorgung. Abbildung 9 beleuchtet die Bedeutung einer wohnortnahen Versorgung im Vergleich zu anderen Dimensionen beziehungsweise Kriterien bei der Wahl einer Arztpraxis.

Über 90 Prozent sind der Ansicht, dass der erste Eindruck eines langfristigen Vertrauensverhältnisses zum Arzt „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“ ist. Auch die Wartezeiten auf einen Termin und die Öffnungszeiten einer Praxis finden über 80 Prozent „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“. Rund 70 Prozent der Befragten erachten die Nähe der Praxis (zur Wohnung oder Arbeitsstelle) als „sehr“ oder „eher wichtig“ bei der Auswahl eines Arztes beziehungsweise einer Praxis. Die technische Ausstattung der Praxis spielt für über 64 Prozent eine wichtige Rolle. Empfehlungen eines anderen Arztes oder von Angehörigen und Bekannten sind für ein gutes Drittel der Befragten bei der Auswahl wichtig. Bewertungen im Internet stellen dagegen nur für rund zwölf Prozent ein „sehr“ oder „eher wichtig“ Merkmal dar.

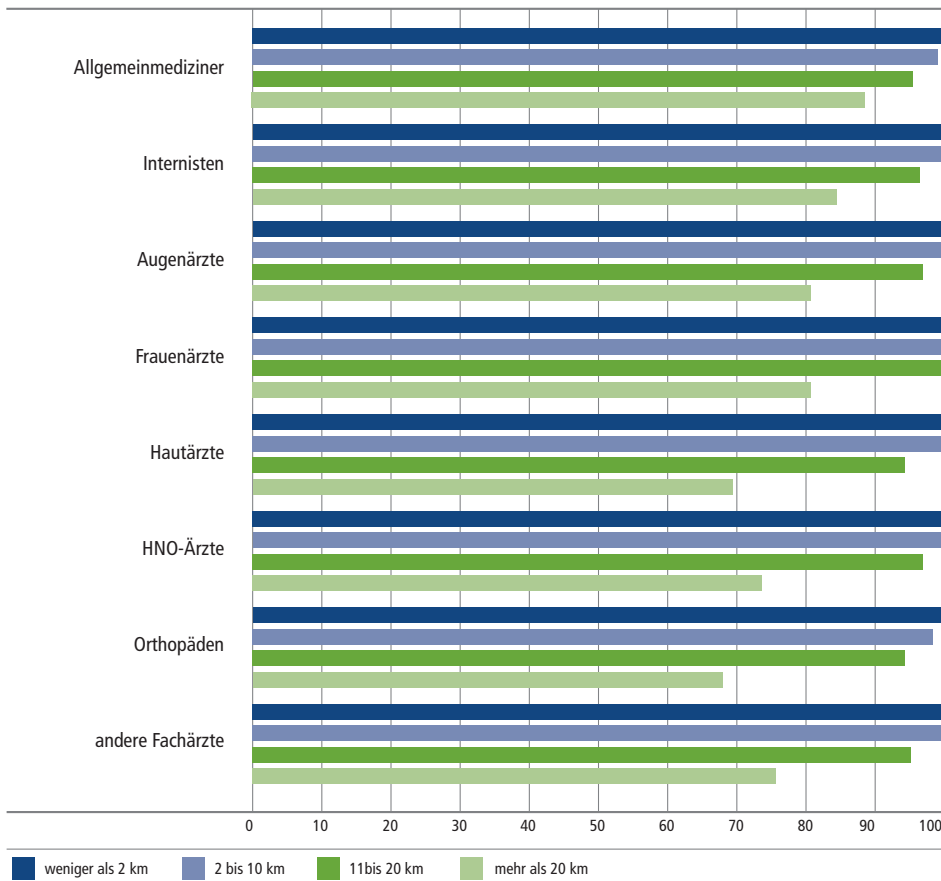
Stadt-Land-Unterschiede (von über 5 % der Befragten) bei den einzelnen Kriterien zeigen sich nur beim Merkmal der wohnortnahen Versorgung. Die Nähe der Praxis zur Wohnung oder Arbeitsstelle ist 76 Prozent der Bewohner aus ländlichen Räumen „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“, jedoch nur 69 Prozent der Befragten aus urbanen Räumen. Bei den anderen Kriterien für die Auswahl einer Praxis gibt es keine Unterschiede zwischen Versicherten in Stadt und Land.

Maßnahmen gegen den Ärztemangel: Akzeptanz innovativer Modelle aus Sicht der Versicherten

Folgende Maßnahmen wurden den Umfrageteilnehmenden genannt:

- Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Patienten können Allgemeinärzte und Fachärzte in nahe gelegenen

Akzeptanz für Entfernungen zum Arzt (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; Legende: y-Achse: Prozent der Befragten auf dem Land, welche die jeweilige Entfernung zu ihrem Arzt angaben, x-Achse: Entfernung zum Arzt nach Fachrichtungen

Abbildung 6

Die Busse halten an leicht erreichbaren Haltestellen.

- Kontakt per Telefon, Video oder E-Mail: Die Behandlung durch die ansässigen Ärzte wird unterstützt durch Fachärzte von außerhalb, mit denen den Patienten dann der Kontakt per Telefon, Videosprechstunde oder E-Mail möglich ist.

Wie Abbildung 10 zeigt, ist mit 57 und 54 Prozent der Befragten die Akzeptanz für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus beziehungsweise in zeitweilig besetzten Gemeinschaftspraxen am höchsten. Am wenigsten akzeptiert die Bevölkerung den Fahrdienstservice (27%) und Kontakte per Telefon, Videosprechstunde oder E-Mail (24%).

Zwischen 60 und 70 Prozent der Befragten geben eine klare Präferenz für oder gegen eines dieser Modelle an. Bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus und in den Gemeinschaftspraxen gibt knapp ein Drittel keine Präferenz an (bei den anderen Modellen rund 40% der Befragten).

Es gibt keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung, zwischen Männern und Frauen sowie zwischen chronisch erkrankten Versicherten und solchen, die keine gesundheitlichen Probleme angaben.

Könnte der Grad der sozialen Unterstützung eine Erklärung für die relativ geringe Akzeptanz bestimmter Modelle (besonders des in einigen Regionen gescheiterten organisierten Fahrdienstservices) liefern? Um dies zu untersuchen, wurden die Versicherten gefragt, ob es im Verwandten-, Freundes- oder Bekanntenkreis Personen gibt, die im Krankheitsfall Unterstützung leisten könnten, etwa indem sie die Befragten zum Arzt bringen. 73 Prozent gaben an, dass Unterstützung „meistens“ oder „(fast) immer“ möglich ist. Im ländlichen

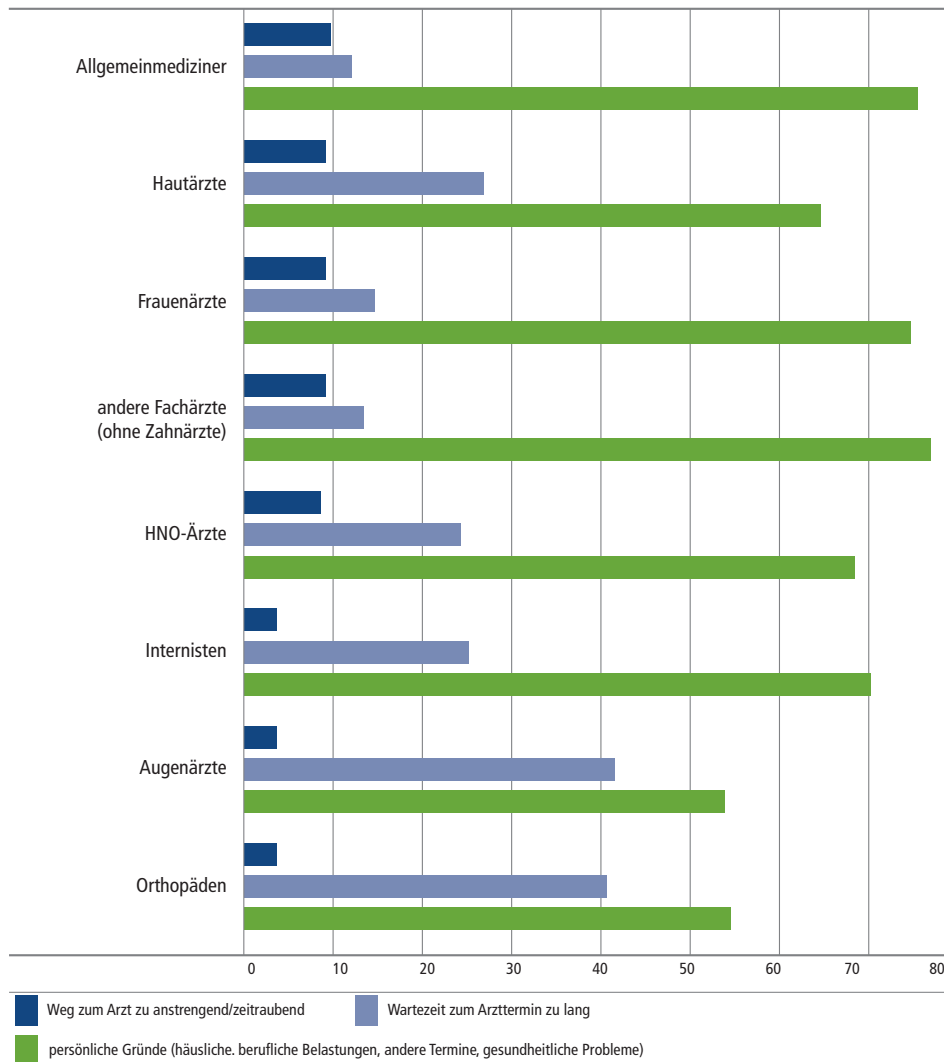
Krankenhäusern aufsuchen und sich dort ambulant behandeln lassen.

- Gemeinschaftspraxen: Verschiedene Fachärzte (HNO, Frauenarzt, Internist usw.) kommen an bestimmten Tagen der Woche in eine hierfür vorgesehene Gemeinschaftspraxis.
- Qualifizierte Pfleger oder Krankenschwestern: Die ansässigen Ärzte werden durch speziell qualifizierte Pfleger oder Krankenschwestern unterstützt, die bei der Versorgung der Patienten helfen.
- Telemedizinische Unterstützung: Um die kontinuierliche Behandlung chronisch kranker Patienten zu unterstützen,

bei denen bestimmte Werte (z. B. Blutzucker) regelmäßig überprüft werden müssen, werden Geräte verwendet, die diese Daten automatisch und per Internet an den Arzt senden. Je nach Bedarf und Dringlichkeit meldet der Arzt sich dann bei den Patienten.

- Mobile Arztpraxis: (Fach-)Ärzte fahren in sogenannten mobilen Arztpraxen (Busse mit technischer Praxisausstattung) in die unterversorgten Gebiete und behandeln die Patienten vor Ort.
- Fahrdienstservice: Ein- bis zweimal wöchentlich werden öffentliche Busse bereitgestellt, die Patienten zu Arztpraxen in nahe gelegene Orte bringen.

Wichtigster Grund für das Verschieben eines Arzttermins (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016

Abbildung 7

gesundheitsmonitor

Raum lag dieser Anteil mit 75 Prozent nur unwesentlich höher als bei der städtischen Bevölkerung (73 %). Lediglich sieben Prozent der Befragten (Stadt: 7 %, Land: rund 6 %) gaben an, dass Unterstützung „(fast) nie“ möglich ist.

Bei den Befragten, die 65 Jahre oder älter sind, ist der Grad der sozialen Unterstützung im Vergleich zu Jüngeren sogar noch etwas höher ausgeprägt: 77 Prozent

gaben an, dass Unterstützung „(fast) immer“ oder „meistens“ möglich ist (bei den unter 65-Jährigen waren es 72 %).

In der Gruppe derjenigen, die angaben, dass Unterstützung „(fast) nie“ möglich ist, akzeptierten 32 Prozent den Fahrdienstservice. Bei Befragten, nach deren Angabe Unterstützung „fast immer“ oder „meistens“ möglich ist, betrug dieser Anteil 26 Prozent. In Bezug auf die ambulante Behand-

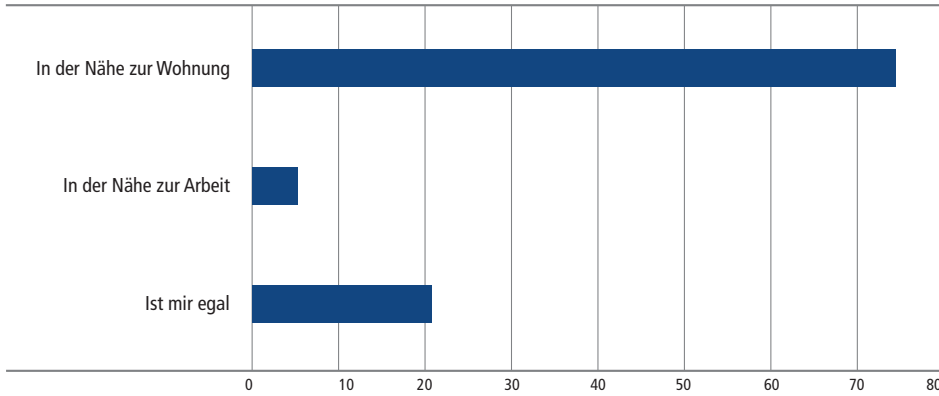
lung im Krankenhaus, die Behandlung in Gemeinschaftspraxen, die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an speziell qualifizierte Pflegekräfte sowie die telemedizinische Unterstützung war die Akzeptanz bei Menschen, die angaben, dass Unterstützung „fast immer“ oder „meistens“ möglich ist, jedoch geringer ausgeprägt als bei denjenigen, die „(fast) nie“ von Unterstützung aus dem Freundes- oder Verwandtenkreis profitieren (49 gegenüber 59 %, 50 gegenüber 54 %, 41 gegenüber 49 %, 39 gegenüber 42 %). Bei Modellen, die auf Kontakt per E-Mail, Videosprechstunde oder Telefon basieren, sowie bei mobilen Arztpraxen gab es keinen Unterschied in der Akzeptanz hinsichtlich des Grades der sozialen Unterstützung.

Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik

Die Analyse bestätigt die in der gesundheitspolitischen Diskussion konstatierten und teilweise gravierenden Stadt-Land-Disparitäten in Bezug auf den Ärztemangel im ländlichen Raum (besonders bei Hautärzten, Augenärzten und Orthopäden). Gleichzeitig wird deutlich, dass die Empfindung einer Unterversorgung nicht auf den ländlichen Raum beschränkt ist. Auch in städtischen Regionen sehen beispielsweise knapp 30 % der Versicherten (Abbildung 1) einen Mangel bei Hautärzten. Reformen der Bedarfsplanung, die primär auf den ländlichen Raum ausgerichtet sind, greifen daher zu kurz. Vielmehr müssen Modelle entwickelt werden, die den jeweiligen Bedürfnissen im städtischen und im ländlichen Raum gerecht werden und dabei die Präferenzen der Versicherten berücksichtigen.

Die Ergebnisse bestätigen, dass der objektive Bedarf (im Sinne der Bedarfsplanung) mit dem subjektiven Bedarf an Ärzten (also die Wahrnehmung einer Unterversorgung aus Sicht der Versicherten) nicht deckungsgleich ist. Eine objektiv

„Was wäre Ihnen lieber: eine Arztpraxis, die eher nahe zur Wohnung oder nahe zur Arbeitsstelle liegt?“ (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016

Abbildung 8

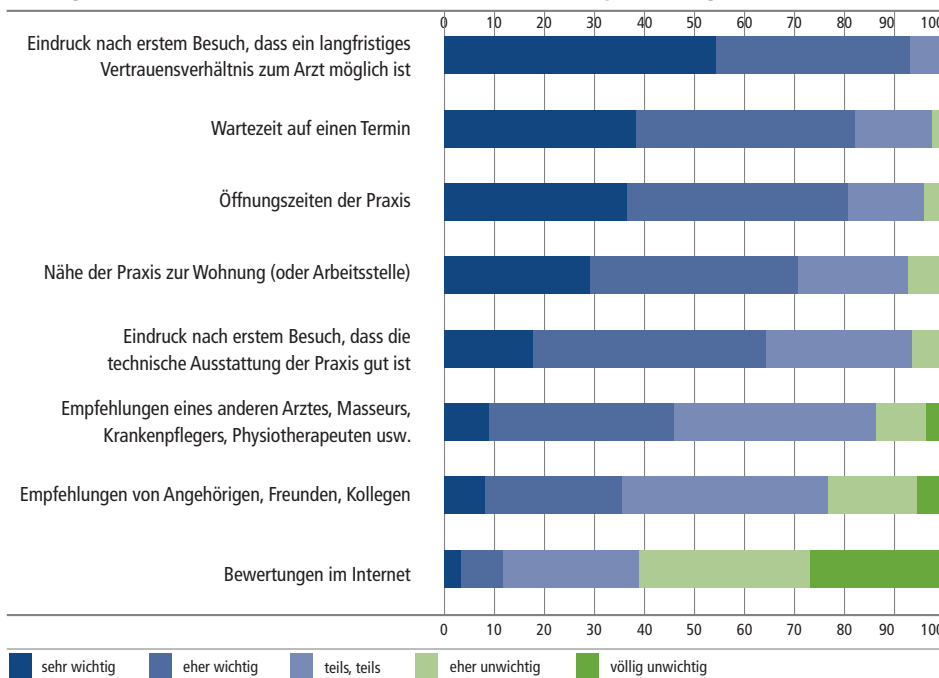
gesundheitsmonitor

bemessene steigende Ärztedichte und der Status eines Kreises als „überversorgt“ (der teils von der Ärztedichte, teils von der kreistypspezifischen allgemeinen Verhältniszahl abhängt) gehen mit einem geringeren Anteil an Versicherten einher, die dort eine Unterversorgung wahrnehmen. Dennoch wird auch in den aus bedarfsplanerischer Sicht überversorgten Gebieten eine Unterversorgung deutlich wahrgenommen.

Für die gesundheitspolitische Steuerung legen diese Ergebnisse nahe, dass die von der Wissenschaft seit Jahren kritisierte Form der Bedarfsplanung auch aus Sicht der Versicherten nicht zu einer optimalen Verteilung der ambulant tätigen Ärzte geführt hat. Weitere Instrumente sind nötig, um die Regionalplanung zu verfeinern, beispielsweise durch einen Bedarfsindex, der regionale Unterschiede auf Basis von Daten abbildet, die nicht unmittelbar aus dem Versorgungsgeschehen abgeleitet wurden (etwa die regionale Arbeitslosenquote) und die bestehende Defizite in den Angebotsstrukturen somit nicht fortschreiben (Ozegowski und Sundmacher 2012, 2013, 2014; Albrecht, Etgeton und Ochmann 2014).

Fast drei Viertel der Erwerbstätigen ziehen eine wohnortnahe Versorgung der Versorgung nahe ihrem Arbeitsort vor. Die Verwendung des Indikators der Pendlersalden zur Messung von Mitversorgungseffekten aus Stadt und Umland sollte diese Präferenzen berücksichtigen. Andernfalls laufen darauf basierende bedarfsplanerische Verhältniszahlen Gefahr, historisch bedingte höhere Ärztedichten in Städten festzuschreiben.

Wichtige Merkmale bei der Auswahl eines Arztes/einer Arztpraxis (Angaben in Prozent)



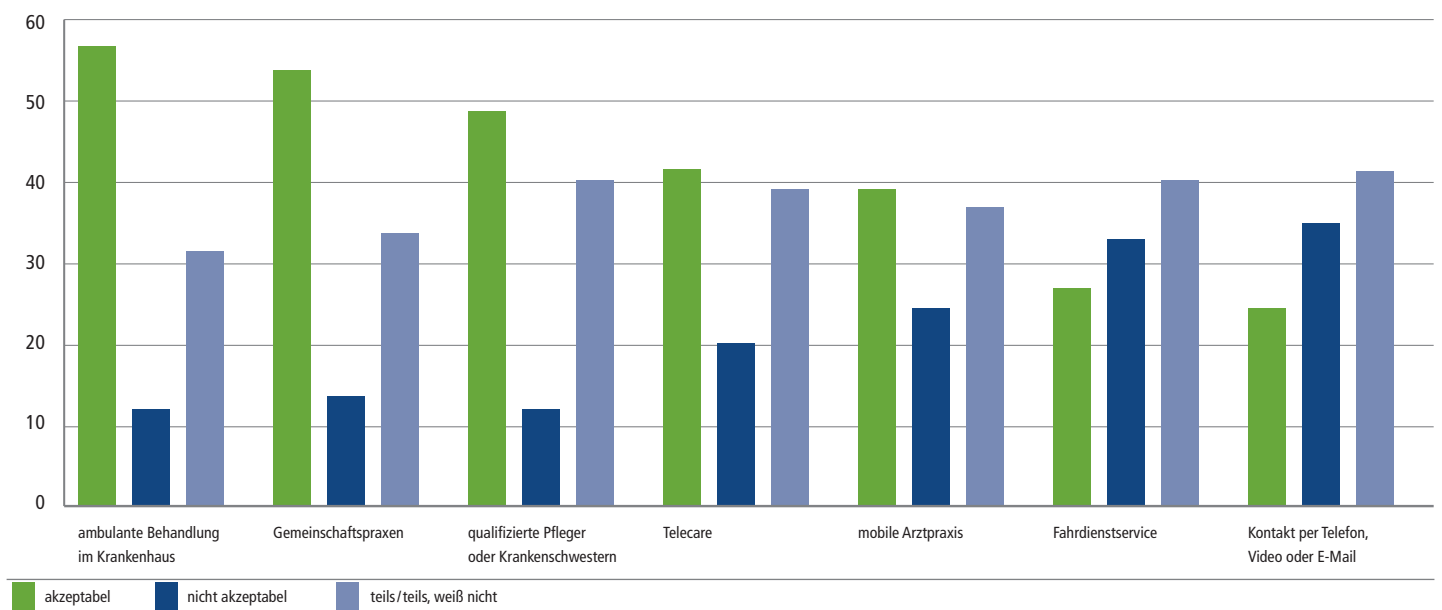
Quelle: Gesundheitsmonitor 2016

Abbildung 9

gesundheitsmonitor

Zu anstrengende oder zeitraubende Wege waren nur für zehn Prozent (in Bezug auf Allgemeinmediziner) und vier Prozent (in Bezug auf Orthopäden) der Versicherten, die einen aus ihrer Sicht medizinisch nötigen Arzttermin in den letzten zwölf Monaten verschoben, nicht wahr-

Akzeptanz der Modelle: Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in Gebieten mit zu wenig praktizierenden Ärzten für die ansässige Bevölkerung (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2016

Abbildung 10

gesundheitsmonitor

genommen oder gar nicht erst vereinbart hatten, der wichtigste Hinderungsgrund. Die Problematik der mangelnden Erreichbarkeit und längerer Wegezeiten, besonders in ländlichen Räumen, muss deshalb stärker als zuvor auch im Kontext anderer Indikatoren beleuchtet werden, die – aus Sicht der Versicherten – eine gute und „bedarfsgerechte“ Gesundheitsversorgung ausmachen.

Die Befragungsergebnisse implizieren eine anscheinend hohe Akzeptanz in der Bevölkerung, auch weitere Strecken (über 20 Kilometer) zum Arzt zu fahren. Zu berücksichtigen ist, dass längere Wegezeiten nur wenigen Befragten aus eigener Erfahrung tatsächlich bekannt sind und Antworten auf diese Frage daher nur eine hypothetische Bereitschaft signalisieren. Es ist jedoch möglich, dass Versicherte systematisch abwägen und längere Ent-

fernungen in Kauf nehmen, wenn dies beispielsweise mit einer – aus ihrer Sicht – höheren Qualität der Versorgung einhergeht. Wie Abbildung 9 zeigt, spielt insbesondere das Vertrauensverhältnis für über 90 Prozent der Befragten eine zentrale Rolle bei der Auswahl ihres Arztes.

Innovative Bedarfsdeckungsinstrumente sind in unterschiedlichem Grad bei der Bevölkerung akzeptiert. Die beiden hier untersuchten Modelle, die auf eine verbesserte Auslastung bestehender Kapazitäten zwischen den Sektoren (ambulante Behandlung im Krankenhaus) sowie innerhalb des ambulanten Sektors (an einigen Tagen der Woche besetzte Gemeinschaftspraxen) setzen, erfahren eine verhältnismäßig breite Zustimmung in der Bevölkerung. Zwischen 30 und 40 Prozent der Befragten geben jedoch keine Präferenz gegenüber einem der unter-

suchten Modelle an. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, um der Bevölkerung die zur Verfügung stehenden Alternativen zu erklären. Zudem sollte die Bedeutung bestehender sozialer Netzwerke insbesondere bei älteren Menschen stärker als zuvor in die Entwicklung innovativer Bedarfsdeckungsinstrumente einbezogen werden.

Literatur

- Albrecht, M., S. Etgeton und R. Ochmann. Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztendichte: Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte). Gütersloh 2014.
- BBSR. Laufende Raumbesichtigungen. Bonn 2015 www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbesichtigung/Raumabgrenzungen/Kreistypen2/kreistypen.html (Download 20.5.2015).

- BedarfspIRL 2007. „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“. Bundesanzeiger 15.2.2007. 3491.
- BedarfspIRL 2012. „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“. Bundesanzeiger 20.12.2012.
- Culyer, A. „Need: The idea won't do – but we still need it“. *Social Science & Medicine* (40) 6 1995. 727–730.
- Culyer, A., und A. Wagstaff. „Equity and equality in health and health care“. *Journal of Health Economics* (12) 4 1993. 431–457.
- Czihal, T., D. von Stillfried und M. Schallock. Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Versorgungsatlas. Berlin 2012. [www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/ID_21_22_Bericht%20\(Langversion\)_2.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/ID_21_22_Bericht%20(Langversion)_2.pdf) (Download 20.12.2015).
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundestags-Drucksache 12/3608. 5.11.1992.
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundestags-Drucksache 17/6906. 5.9.2011.
- Greß, S., und K. Stegmüller. Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiesbaden 2011. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/078666.pdf> (Download 3.1.2016).
- Jacob, R., A. Heinz und J. P. Décieux. Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. 2010. www.mft-online.de/files/berufsmonitoring-medizinstudenten-fragebogen_mit_randauszuhlung_24-8-2010.pdf (Download 10.2.2016).
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung. Berlin 2011. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16392.php>.
- Knieps, F., V. E. Amelung und S. Wolf. „Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definition, Problemanalyse“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* (66) 6 2012. 8–19.
- OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. OECD Health Statistics. 12.11.2015. www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm (Download 2.1.2016).
- Ozegowski, S., und L. Sundmacher. „Wie ‚bedarfsgerecht‘ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Is the needs-based planning mechanism effectively needs-based? An analysis of the regional distribution of outpatient care provider“. *Das Gesundheitswesen* (74) 10 2012.
- Ozegowski, S., und L. Sundmacher. „Bedarfsplanung – quo vadis?“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 6 2013. 60–67.
- Ozegowski, S., und L. Sundmacher. „Understanding the gap between need and utilization in outpatient care – the effect of supply-side determinants on regional inequities“. *Health Policy* (114) 1 2014. 54–63.
- Stevens, A., J. Raftery, J. Mant und S. Simpson (Hrsg.). Health care needs assessment. The epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford 2004.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten. 31.8.2001. Bundestags-Drucksache 14/6871.
- Uhlemann, T., und K. Lehmann. „Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Neue Konzepte für Stadt und Land. Hrsg. K. Jacobs und S. Schulze. Berlin 2011. 11–34.
- Versorgungsatlas 2012. Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner 2010 bis 2012 (nach Arztgruppen). [1] Basisveröffentlichung 2010 (1.2.2012) [2] Update 2011/2012. 10.3.2014. www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=2&uid=20 (Download 10.1.2016).
- Versorgungsatlas 2015. Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie (2014). [1] Basisveröffentlichung (7.4.2015), [2] Update: Anhebung der Sperrgrenze (3.6.2015). www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=2&uid=56 (Download 2.1.2016).

Die Autorinnen



Laura Schang, PhD (LSE), MSc, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Health Services Management der Fakultät für Betriebswirtschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Sie studierte European Public Health an der Maastricht University und International Health Policy (Health Economics) an der London School of Economics and Political Science. Dort promovierte sie 2015 zur Analyse regionaler Variationen in der Gesundheitsversorgung und deren Verwendung für Qualitätsmessung und Management von Gesundheitssystemen. Zu ihren Arbeitsgebieten und Schwerpunkten zählen intersektorales Qualitätsmanagement, regionale Versorgungsforschung und Bedarfsplanung.



Wiebke Schüttig, MSc, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Fachbereich Health Services Management der Fakultät für Betriebswirtschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Sie studierte Economics und Industrial and Network Economics an der Technischen Universität Berlin. Zu ihren Arbeitsgebieten und Schwerpunkten gehören Themen des intersektoralen Qualitätsmanagements und der regionalen Versorgungsforschung.



Leonie Sundmacher, Prof. Dr. oec., ist Leiterin des Fachbereichs Health Services Management der Fakultät für Betriebswirtschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin und promovierte im Jahr 2010 im Fach Wirtschaftswissenschaften an der Technischen Universität (TU) Berlin. Von 2012 bis 2013 besetzte sie die Juniorprofessur für das Fachgebiet Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement im ambulanten Sektor an der TU Berlin. Ihr Forschungsschwerpunkt ist Management im Gesundheitswesen, insbesondere intersektorales Qualitätsmanagement und regionale Versorgungsforschung.

LiteraturTipp

Krankenversicherungspflicht für Selbstständige entlastet Geringverdiener

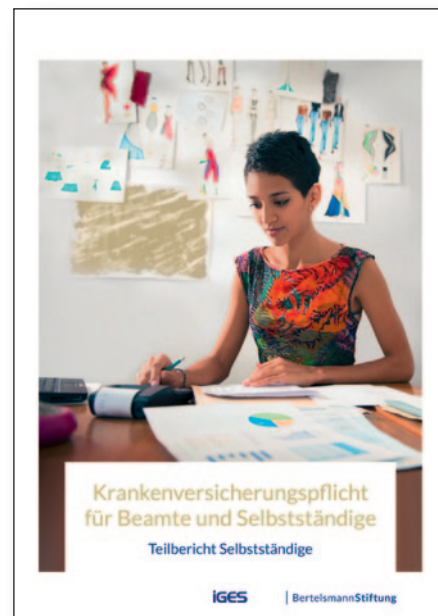
Viele Selbstständige in Deutschland müssen unverhältnismäßig hohe Beiträge für ihre Krankenversicherung aufbringen. So gibt das untere Einkommensfünftel der Selbstständigen nach eigenen Angaben knapp die Hälfte seiner Einnahmen für die Krankenversicherung aus. Wie allen Selbstständigen ein bezahlbarer Krankenversicherungsschutz ermöglicht werden kann, zeigt diese Studie der Bertelsmann Stiftung.

Zum einen plädieren die Studienautoren dafür, den Mindestbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu senken oder abzuschaffen. Er bringt viele Selbstständige an die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Die Folge sind u. a. stetig steigende Beitragsschulden in der GKV, die vor allem durch Soloselbstständige mit geringen Einkünften verursacht werden.

Zum anderen spricht sich die Bertelsmann Stiftung dafür aus, die für Arbeitnehmer geltende Krankenversicherungspflicht auf Selbstständige auszuweiten. Laut Studie würde damit bewirkt, dass 72 Prozent der privat versicherten Selbstständigen in die GKV wechseln. Das entspricht gut einer Million Neuaufnahmen.

Unabhängig davon, ob heute privat oder gesetzlich versichert, würden Selbstständige mit geringem Einkommen in der GKV bei Abschaffung des Mindestbeitrags in der Regel entlastet. Besser verdienende Selbstständige hingegen würden entsprechend ihrer Leistungskraft herangezogen, ohne unverhältnismäßig mehr belastet zu werden.

Der Studie zufolge würden die genannten Maßnahmen nicht zu einer wesentlichen Mehrbelastung für die GKV führen.



Weblink: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/krankenversicherungspflicht-fuer-selbststaendige/
Autoren: Dr. Martin Albrecht, Dr. Richard Ochmann, Guido Schiffhorst · **Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige / Teilbericht Selbstständige**
Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) · **Kostenloser Download**