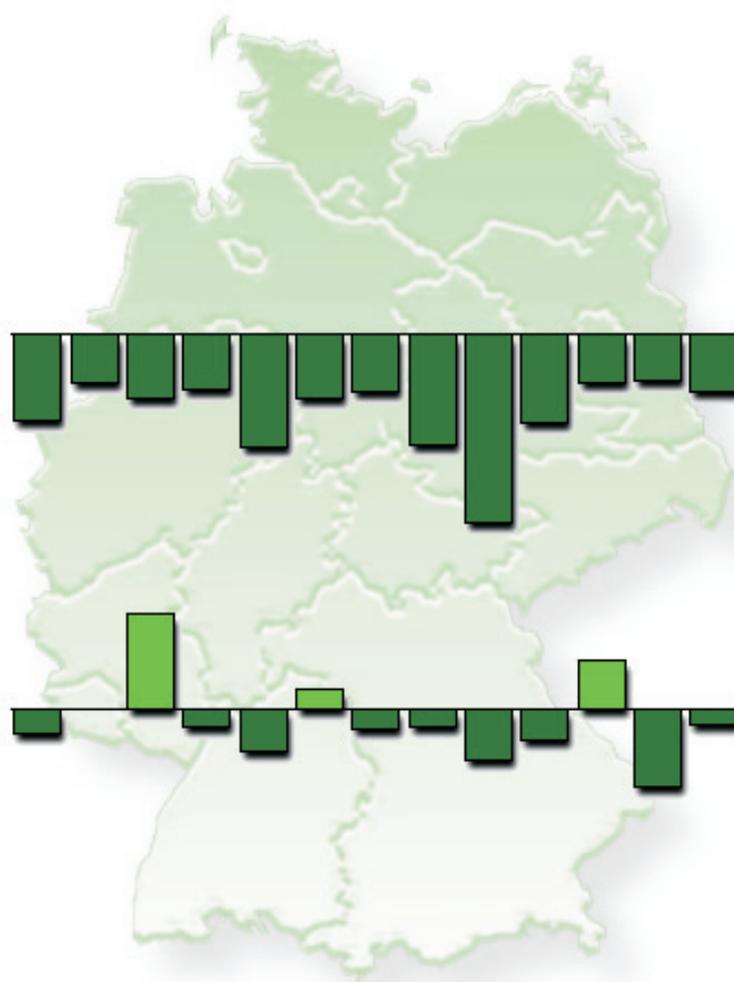


Joachim Klose
Thomas Uhlemann
Sven Gutschmidt

Ärztemangel - Ärztenschwemme?

Auswirkungen der Altersstruktur
von Ärzten auf die
vertragsärztliche Versorgung



Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und keine Meinungsäußerung des AOK-Bundesverbandes.

Ärztmangel – Ärzteschwemme?

Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung

Bonn, April 2003

Herausgeber: Wissenschaftliches Institut
der AOK (WIdO)
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Autoren: Joachim Klose
Dr. Thomas Uhlemann
Sven Gutschmidt

Grafik und Layout: Ulla Mielke

Redaktionelle
Bearbeitung: Hans-Peter Metzger
Susanne Sollmann

Datenverarbeitung
und -aufbereitung: Dieter Krug
Michael Stiller

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes, bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Herausgebers.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	5
2	Aktuelle Situation und Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung in ausgewählten Ländern	15
2.1	Vorbemerkungen und Vorgehensweise	15
2.2	Sachsen	19
2.2.1	Soll-Ist-Vergleich.....	19
2.2.2	Altersstruktur / Gruppierung	21
2.2.3	Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze	22
2.2.4	Altersabgänge und Versorgung	23
2.2.5	Identifizierung problematischer Versorgungskreise	26
2.2.6	Wiederbesetzungsszenarien.....	30
2.2.6.1	Hausärzte	31
2.2.6.2	Fachärztlich tätige Internisten	33
2.2.6.3	Frauenärzte	35
2.2.6.4	Kinderärzte	37
2.2.7	Bevölkerungsentwicklung	40
2.2.8	Fazit für Sachsen	42
2.3	Sachsen-Anhalt	43
2.3.1	Soll-Ist-Vergleich.....	43
2.3.2	Altersstruktur / Gruppierung	45
2.3.3	Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze	46
2.3.4	Altersabgänge und Versorgung	47
2.3.5	Identifizierung problematischer Versorgungskreise	50
2.3.6	Wiederbesetzungsszenarien.....	54
2.3.6.1	Hausärzte	55
2.3.6.2	Fachärztlich tätige Internisten	57
2.3.6.3	Frauenärzte	59
2.3.6.4	Kinderärzte	62
2.3.7	Bevölkerungsentwicklung	64
2.3.8	Fazit für Sachsen-Anhalt.....	67
2.4	Thüringen	69
2.4.1	Soll-Ist-Vergleich.....	69
2.4.2	Altersstruktur / Gruppierung	71
2.4.3	Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze	72
2.4.4	Altersabgänge und Versorgung	73
2.4.5	Identifizierung problematischer Versorgungskreise	76
2.4.6	Wiederbesetzungsszenarien.....	81
2.4.6.1	Hausärzte	81
2.4.6.2	Fachärztlich tätige Internisten	84
2.4.6.3	Frauenärzte	86
2.4.6.4	Kinderärzte	88
2.4.7	Bevölkerungsentwicklung	91
2.4.8	Fazit für Thüringen.....	93

2.5	Brandenburg	95
2.5.1	Soll-Ist-Vergleich	95
2.5.2	Altersstruktur / Gruppierung	97
2.5.3	Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze	98
2.5.4	Altersabgänge und Versorgung	99
2.5.5	Identifizierung problematischer Versorgungskreise	102
2.5.6	Wiederbesetzungsszenarien	106
2.5.6.1	Hausärzte	107
2.5.6.2	Fachärztlich tätige Internisten	109
2.5.6.3	Frauenärzte	111
2.5.6.4	Kinderärzte	113
2.5.7	Bevölkerungsentwicklung	116
2.5.8	Fazit für Brandenburg	118
2.6	Mecklenburg-Vorpommern	119
2.6.1	Soll-Ist-Vergleich	119
2.6.2	Altersstruktur / Gruppierung	121
2.6.3	Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze	122
2.6.4	Altersabgänge und Versorgung	123
2.6.5	Identifizierung problematischer Versorgungskreise	126
2.6.6	Wiederbesetzungsszenarien	131
2.6.6.1	Hausärzte	131
2.6.6.2	Fachärztlich tätige Internisten	134
2.6.6.3	Frauenärzte	136
2.6.6.4	Kinderärzte	137
2.6.7	Bevölkerungsentwicklung	140
2.6.8	Fazit für Mecklenburg-Vorpommern	142
2.7	Bayern	143
2.7.1	Soll-Ist-Vergleich	143
2.7.2	Altersstruktur / Gruppierung	147
2.7.3	Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze	148
2.7.4	Altersabgänge und Versorgung	151
2.7.5	Identifizierung problematischer Versorgungskreise	156
2.7.6	Wiederbesetzungsszenarien	161
2.7.6.1	Hausärzte	162
2.7.6.2	Fachärztlich tätige Internisten	167
2.7.6.3	Frauenärzte	172
2.7.6.4	Kinderärzte	178
2.7.7	Bevölkerungsentwicklung	183
2.7.8	Fazit für Bayern	188
2.8	Zusammenfassung	189
3	Anmerkungen zum Medizinernachwuchs	195
4	Literaturverzeichnis	199
5	Anhang	203

1 Ausgangslage

Die Statistik weist für das Jahr 2001 mit 297.893 berufstätigen Ärzten eine neue Rekordzahl für Deutschland aus. Sowohl die Zahl der ambulant als auch die Zahl der stationär tätigen Ärzte hat sich seit vielen Jahren kontinuierlich erhöht. Seit Beginn der 70er Jahre hat sich die Arztdichte in Deutschland mehr als verdoppelt und im Jahre 2001 mit 361 Ärzten je 100.000 Einwohner einen neuen Spitzenwert erreicht.

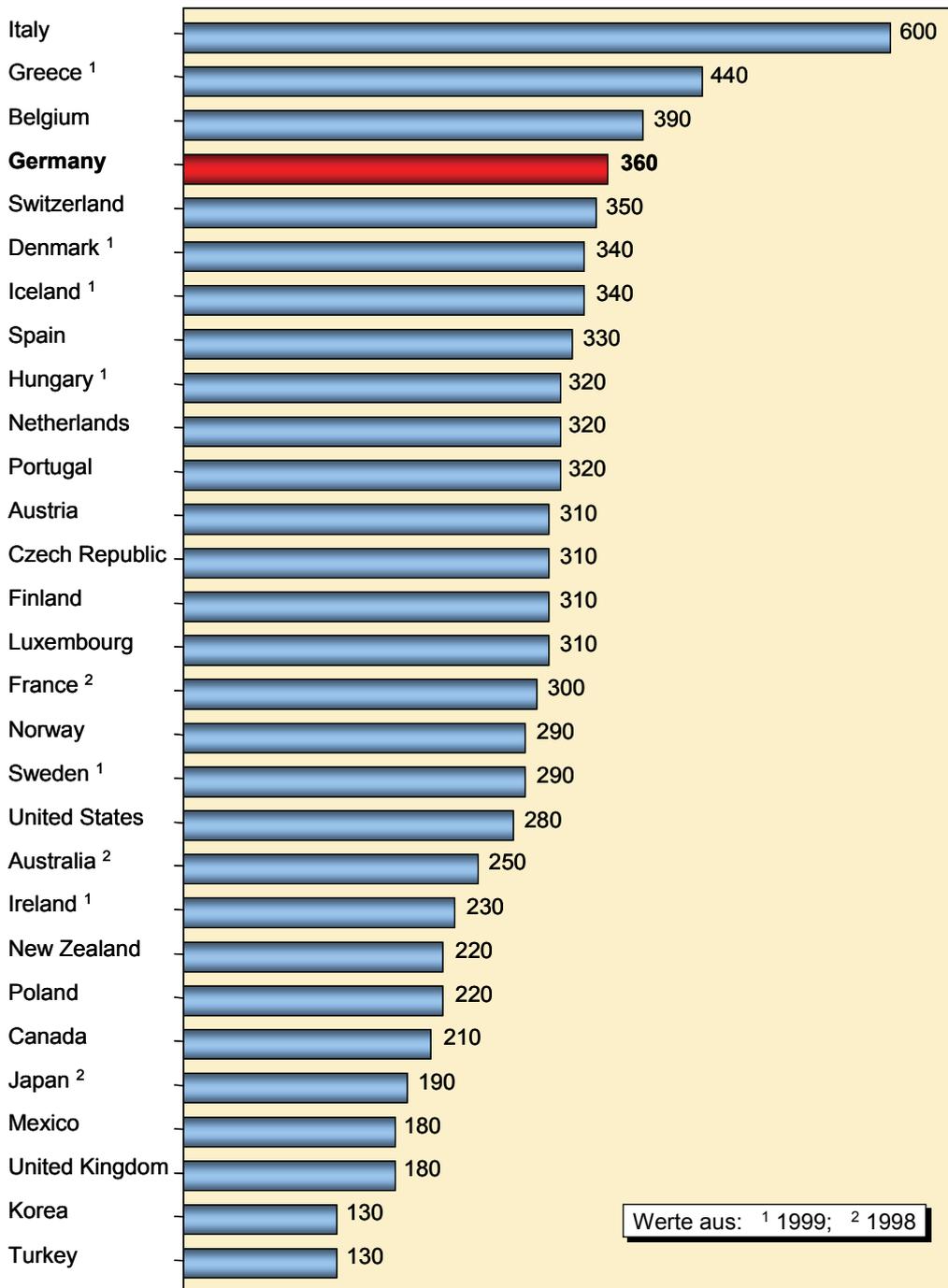
Die Diskussion um eine „optimale“/ „vernünftige“/ „angemessene“ Arztdichte ist schwierig und soll an dieser Stelle nicht explizit geführt werden. Um zu einer Bewertung bzw. Einschätzung des Versorgungsniveaus zu kommen, wenn – wie derzeit in Deutschland – von Unterversorgung oder Ärztemangel gesprochen oder derartiges prognostiziert wird, lohnt ein Blick über die Grenzen. Legt man den internationalen Vergleich als Maßstab für die Arztdichte an, so findet sich Deutschland weltweit mit an der Spitze (*vgl. Abbildung 1*). Im Jahre 2000 praktizierten in Deutschland 358 Ärzte je 100.000 Einwohner. In Großbritannien beispielsweise, das innerhalb der EU-Länder das Schlusslicht bildet, sind es mit 180 gerade einmal halb so viele. Aber auch die Mehrheit der übrigen Länder liegt z. T. deutlich unter den Werten für Deutschland. Höher ist die Arztdichte lediglich in Belgien, Griechenland und Italien. Für die beiden letztgenannten Staaten werden die in den Statistiken ausgewiesenen Daten von Experten angezweifelt. Um ein Gefühl für die Größenordnung zu geben: 10 Ärzte je 100.000 Einwohner mehr oder weniger machen bezogen auf heutige Verhältnisse in Deutschland eine absolute Zahl von ca. 8.200 Ärzten aus.

Um bspw. in Deutschland eine Arztdichte auf dem Niveau von Österreich (310) oder Frankreich (300) zu erreichen, käme man zahlenmäßig mit ca. 42.000 bis 50.000 praktizierenden Ärzten weniger aus. Von einer Unterversorgung wäre in diesem Szenario sicherlich auch in Deutschland keine Rede. Eine Arztdichte von ca. 300 Ärzten je 100.000 Einwohner gab es in Deutschland im Zeitraum 1990/1991, also in einer Zeit, in der von Versorgungsengpässen keine Rede war. Im Gegenteil, die Diskussion beschäftigte sich zu dieser Zeit eher mit Überversorgung. Der Begriff der „Ärztenschwemme“ erlangte in den 80er Jahren Konjunktur¹.

¹ Vgl. bspw. die Publikationen von Brenner (1981, 1984a), Herder-Dorneich (1985), Graf von der Schulenburg (1985) sowie die systematische Aufarbeitung des Themas „Ärztenschwemme als Steuerungsproblem“ bei Herder-Dorneich (1994).

Abbildung 1

Berufstätige Ärzte je 100.000 Einwohner im internationalen Vergleich * im Jahre 2000



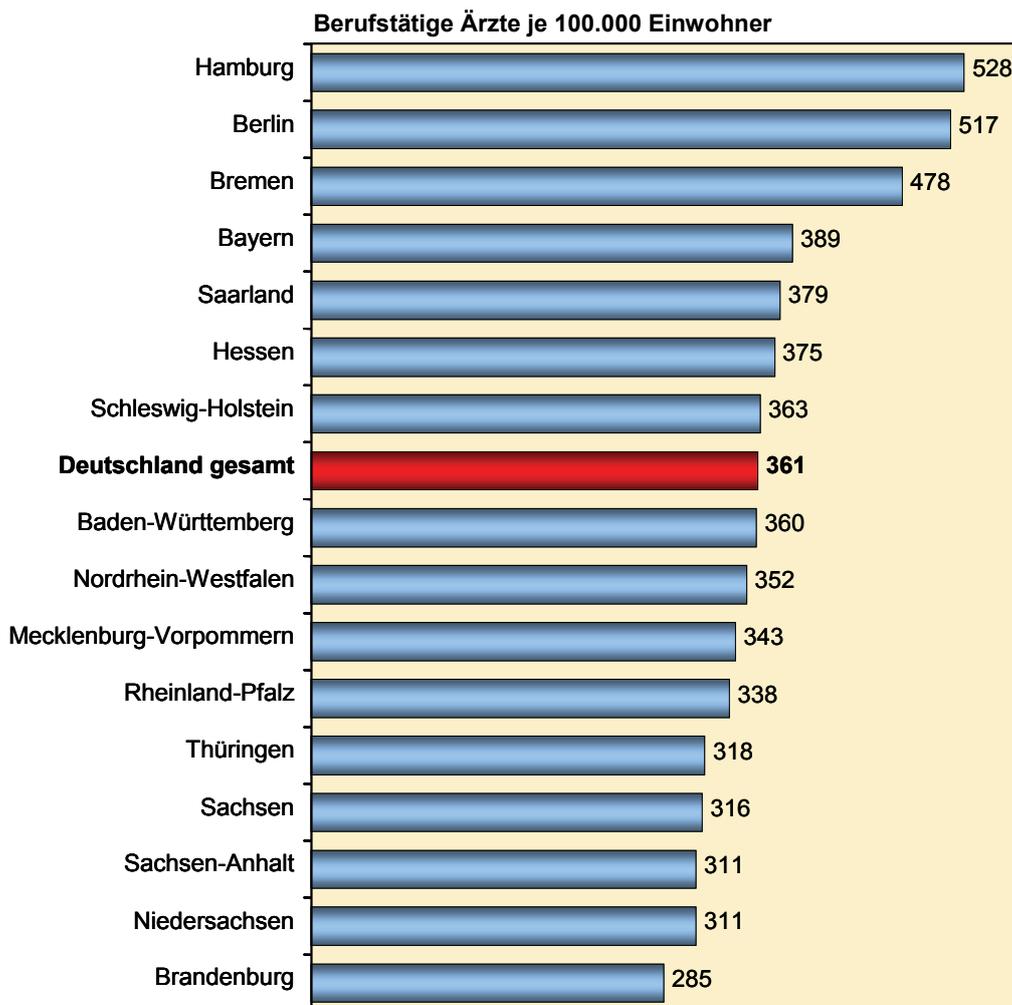
WIdO 2003; Quelle: Copyright OECD Health Data 2002

* Werte sind gerundet

Die Arztdichte in Deutschland ist regional unterschiedlich ausgeprägt (vgl. *Abbildung 2*). Spitzenreiter im Vergleich der Bundesländer sind die Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen. Auch Bayern liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Am Ende der Rangskala finden sich einige der neuen Bundesländer, aber auch Flächenländer wie Niedersachsen. Insgesamt erscheint die Situation, zieht man hier die internationalen Kennzahlen zum Vergleich heran, bezüglich einer drohenden Unterversorgung keineswegs kritisch. Die außerordentlich hohe Arztdichte in den Stadtstaaten kann zum Teil durch die Versorgung des Umlandes mit erklärt werden. Auffällig ist sicherlich die unterdurchschnittliche Arztdichte in Brandenburg, die teilweise durch die Nähe zu Berlin (Umlandversorgung) relativiert werden kann.

Abbildung 2

Berufstätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesländern im Jahre 2001



In *Tabelle 1* ist dargestellt, wie sich die Arztdichte in den einzelnen Bundesländern im Zeitraum von 1991 bis 2001 entwickelt hat. Es zeigt sich, dass die Arztdichte in allen Bundesländern gestiegen ist. Allerdings weisen insbesondere die neuen Bundesländern hohe Steigerungsraten auf, so dass die Entwicklung im genannten Zeitraum tendenziell zu einer „Ost-West-Angleichung“ geführt hat. Die höchsten Steigerungsraten finden sich in Sachsen-Anhalt (+30,7 %), Thüringen (+28,7 %), Brandenburg (+28,4 %), Mecklenburg-Vorpommern (+24,7 %), Bremen (+22,6 %), Sachsen (+22,0 %) und Bayern (+20,4 %).

In der Entwicklung der Arztdichte schlägt sich selbstredend auch die Veränderung der jeweiligen Bevölkerungszahl nieder. Bis auf Brandenburg weisen alle neuen Bundesländer in den 90er Jahren Bevölkerungsrückgänge auf. In erster Linie wird die gestiegene Arztdichte allerdings durch die Erhöhung der Arztzahlen hervorgerufen.

Tabelle 1

Entwicklung der Arztdichte: Berufstätige Ärzte je 100.000 Einwohner nach Bundesländern 1991 bis 2001

Bundesländer	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Veränderung 2001 i. Vgl. zu 1991 in %
Baden-Württemberg	308	314	322	328	335	339	345	350	354	360	360	16,9
Bayern	323	330	341	351	359	366	371	376	383	390	389	20,4
Berlin	463	459	463	477	485	492	501	510	515	515	517	11,7
Brandenburg	222	232	240	250	259	265	269	274	277	280	285	28,4
Bremen	390	401	412	430	439	447	469	465	467	474	478	22,6
Hamburg	457	464	477	484	494	499	503	512	520	532	528	15,5
Hessen	329	336	345	348	353	356	357	361	366	372	375	14,0
Mecklenburg-Vorpommern	275	280	287	298	313	319	324	331	334	336	343	24,7
Niedersachsen	269	276	284	291	294	299	299	304	305	309	311	15,6
Nordrhein-Westfalen	296	305	314	320	327	333	337	341	345	350	352	18,9
Rheinland-Pfalz	285	290	298	304	310	314	318	323	329	334	338	18,6
Saarland	316	323	333	345	353	361	367	371	374	375	379	19,9
Sachsen	259	264	264	276	285	294	298	305	309	309	316	22,0
Sachsen-Anhalt	238	244	254	265	276	287	289	297	305	303	311	30,7
Schleswig-Holstein	310	318	328	333	342	346	345	349	353	361	363	17,1
Thüringen	247	254	266	279	288	294	298	307	310	313	318	28,7
Deutschland gesamt	304	311	320	328	335	341	345	350	354	359	361	18,8

WIdO 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt

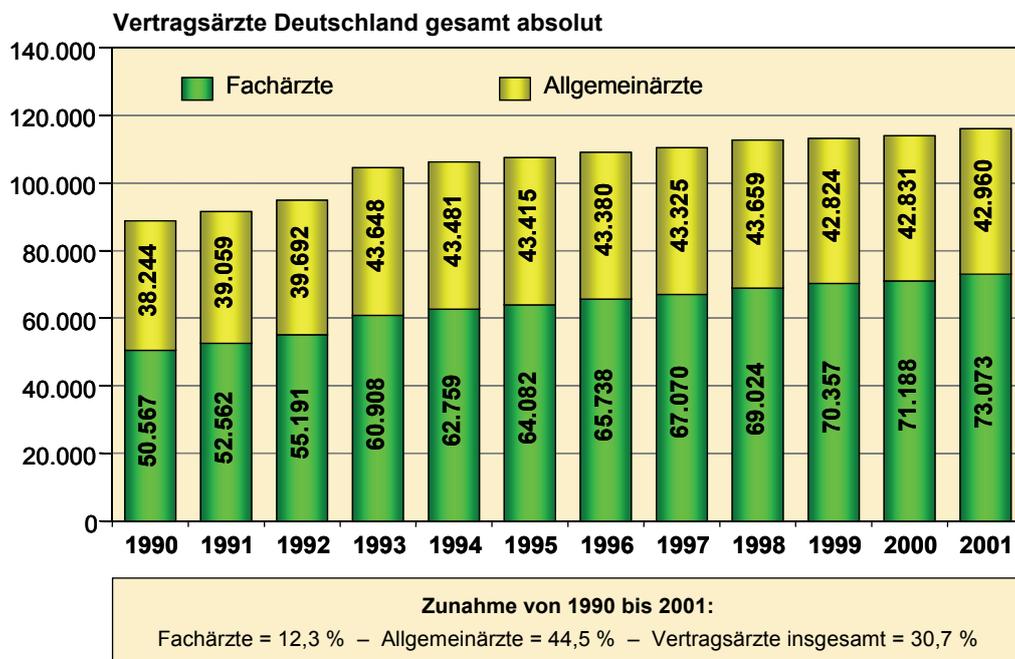
Betrachtet man im Folgenden den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, so zeigt sich bundesweit eine in den letzten Jahren deutlich gestiegene Zahl der Vertragsärzte (vgl. *Abbildung 3*). Im Zeitraum von 1990 bis 2001 hat die Zahl der Vertragsärzte insgesamt um 27.222 zugenommen;

dies entspricht einer Steigerung von +30,7 %. Dabei ist die Zahl der Allgemeinärzte/praktischen Ärzte um 4.716 (+12,3 %) und die Zahl der übrigen Fachgruppen um 22.506 (+44,5 %) gestiegen. Der Anteil der Fachärzte an den Ärzten insgesamt hat sich damit deutlich erhöht.

Die Entwicklung in den 90er Jahren zeigt bereits in den Jahren 1991 und 1992 kräftige Wachstumsraten der Vertragsarztzahlen von 3,2 % bzw. 3,6 %. Im Jahre 1993 ist dann aufgrund der gesetzlichen Neuregelung der Bedarfsplanung² und damit verbundener Übergangsregelungen ein Nettozuwachs bei Vertragsärzten von 9.600 zu verzeichnen. Dies entspricht einer prozentualen Steigerung von +10,2 % in dem genannten Jahr und schlägt sich mit ähnlicher Intensität bei Allgemeinärzten und bei Fachärzten nieder, fällt allerdings in den alten Bundesländern deutlicher aus als in den neuen Bundesländern. Wichtig ist die Berücksichtigung dieser Niederlassungswelle vor allem, weil die Entwicklung in den Folgejahren vor dem Hintergrund des sehr hohen Niveaus der Arztzahlen nach 1993 beurteilt werden muss. Im allgemeinärztlichen Bereich ist es seit der Niederlassungswelle wechselnd zu leichten Steigerungen bzw. Rückgängen der Arztzahlen gekommen. Im fachärztlichen Bereich findet man auch nach der Niederlassungswelle in allen Folgejahren kontinuierlich Zuwachsraten.

Abbildung 3

Entwicklung der Vertragsarztzahlen im Zeitverlauf



WiDO 2003

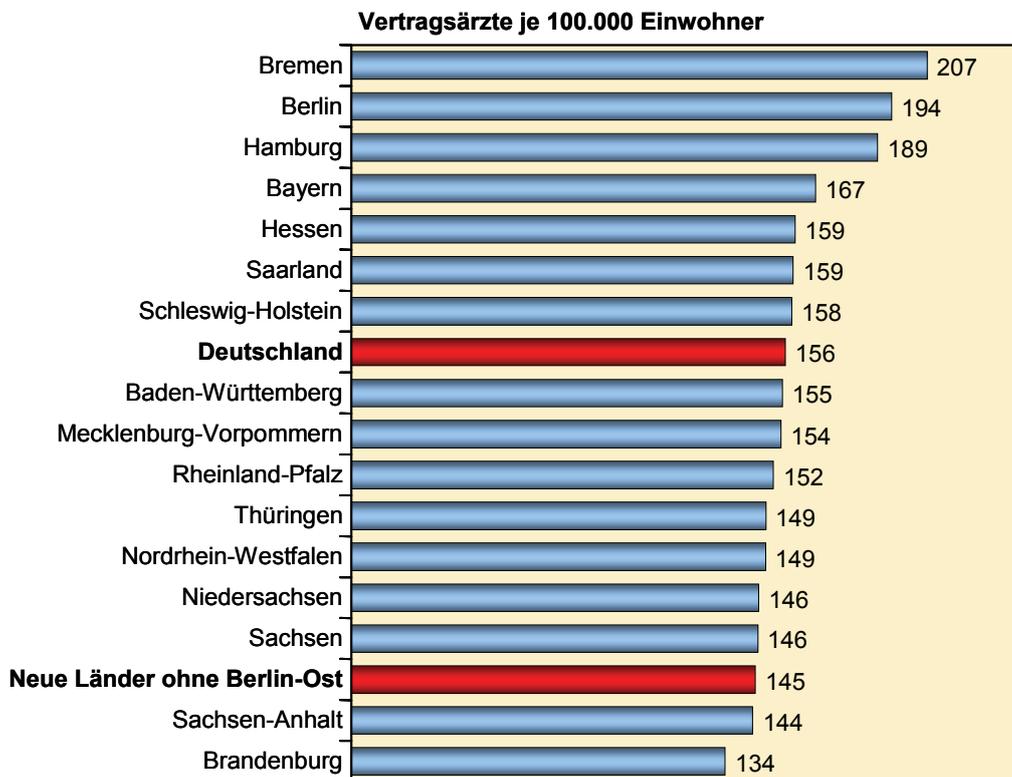
Quelle: Bundesarztregister der KBV

² Vgl. hierzu Lubecki /Schawo 1993

Auch die Vertragsärztdichte ist in Deutschland regional unterschiedlich ausgeprägt, dies zeigt *Abbildung 4*. Die Unterschiede nach Bundesländern entsprechen weitgehend denen der allgemeinen Arztdichte. An der Spitze stehen die Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg, gefolgt von Bayern. Die neuen Bundesländer weisen insgesamt eine unter dem Bundesdurchschnitt liegende Vertragsärztdichte auf, allerdings fällt einzig Brandenburg mit 134 Vertragsärzten je 100.000 Einwohner deutlich unter diesen Durchschnitt. Insgesamt zeigen sich, nimmt man die Stadtstaaten aus, keine dramatischen Unterschiede im Ländervergleich.

Abbildung 4

Vertragsärzte je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesländern im Jahre 2001



WIdO 2003

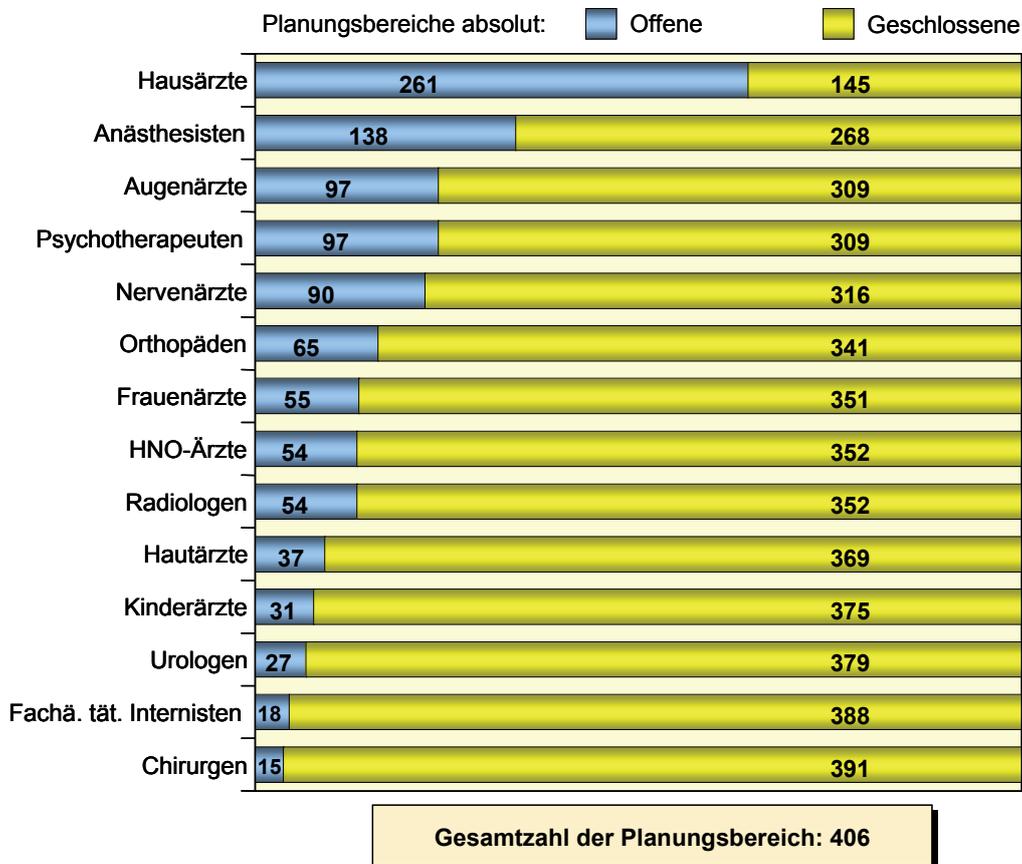
Quelle: Bundesarztregister der KBV, Destatis

Für die vertragsärztliche Bedarfsplanung sind für ganz Deutschland insgesamt 406 Planungsbereiche ausgewiesen. Je nach Raumordnungstyp und Arztgruppe existiert eine Verhältniszahl Einwohner/Arzt, aus der sich ein so genannter Versorgungsgrad errechnet. Sobald dieser Versorgungsgrad für einen Planungsbereich und dort für eine Arztgruppe über 110 % liegt, wird eben dieser Planungsbereich für weitere Niederlassungen eben dieser Arztgruppe gesperrt, weil gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien Überversor-

gung vorliegt. *Abbildung 5* zeigt, wie sich die Zahl solcher offenen und wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereiche über die einzelnen bei der Bedarfsplanung berücksichtigten Arztgruppen verteilt. Es wird deutlich, dass für alle Facharztgruppen die Planungsbereiche mehrheitlich wegen Überversorgung gesperrt sind. Dabei gibt es Unterschiede zwischen den Fachgruppen. Während bei Augenärzten noch fast ein Viertel der Planungsbereiche für Neuniederlassungen geöffnet ist, gilt für Chirurgen und fachärztlich tätige Internisten, aber auch für Urologen und Kinderärzte, dass kaum noch Niederlassungen möglich sind, weil praktisch alle Planungsbereiche wegen Überversorgung gesperrt sind. Lediglich bei den Hausärzten – hierunter fallen im Rahmen der Bedarfsplanung Allgemeinärzte, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten – sind mehrheitlich, in 261 von 406 Planungsbereichen, Niederlassungen möglich. Von einem offenen Planungsbereich wird nicht gesprochen, weil dort zusätzlicher Bedarf oder gar ein Mangel an Ärzten existiert, sondern weil dort die Niederlassung eines Arztes noch möglich und eben nicht wegen Überversorgung untersagt ist.

Abbildung 5

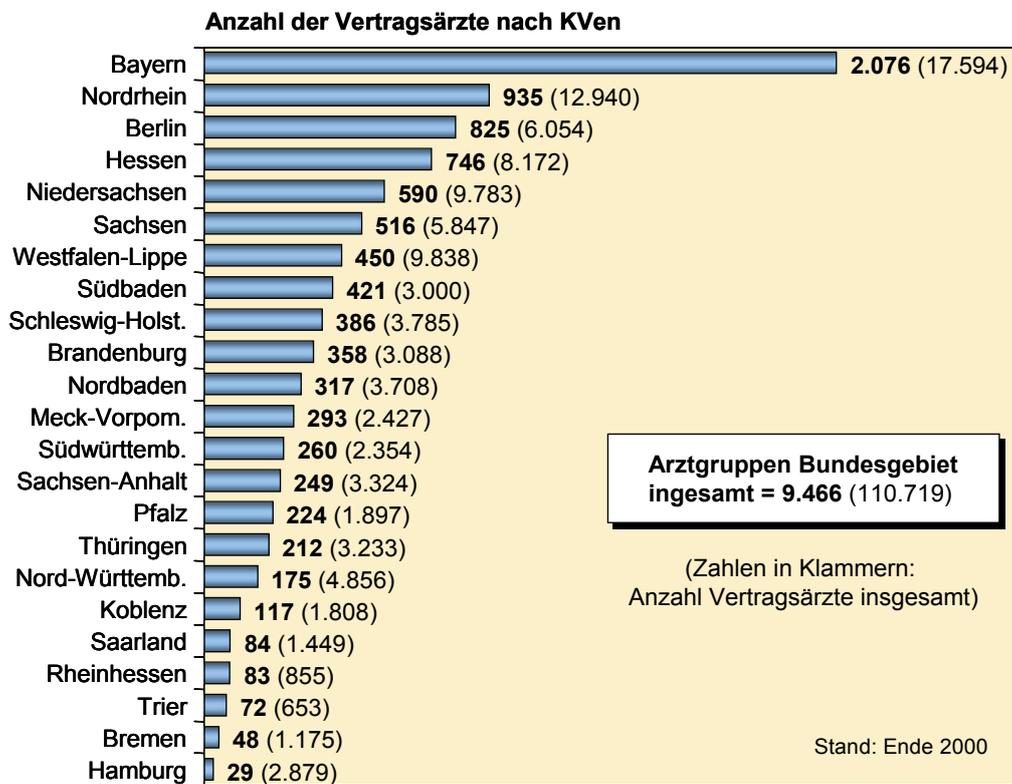
Anzahl offener und gesperrter Planungsbereiche in den Kassenärztlichen Vereinigungen Anfang 2002



Die derzeit weitgehend von Überversorgung geprägte Versorgungssituation im vertragsärztlichen Bereich verdeutlicht auch *Abbildung 6*. Insgesamt waren Ende des Jahres 2000 in Deutschland – rechnet man die Psychotherapeuten nicht mit – 9.466 der 110.719 Vertragsärzte, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, in gesperrten Planungsbereichen über der Sperrungsgrenze zugelassen. Diese Zahl verteilt sich unterschiedlich auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Anteil an der jeweiligen Vertragsarztzahl ist auch in den neuen Bundesländern nicht unerheblich.

Abbildung 6

Anzahl der Vertragsärzte* nach KVen, die in gesperrten Planungsbereichen über der Sperrungsgrenze zugelassen sind



WIdO 2003

* ohne Psychotherapeuten

Festzuhalten bleibt also, dass sich die Arztdichte insgesamt und auch die Vertragsarztdichte in Deutschland zur Zeit auf einem hohen Niveau befindet. Dies gilt, wenn auch für die einzelnen Bundesländer und Arztgruppen in unterschiedlichem Maße, für Deutschland insgesamt.

Nicht zuletzt diese Überversorgungssituation mit den mangelnden bzw. deutlich eingeschränkten Niederlassungsmöglichkeiten als Vertragsarzt hat Mitte der 90er Jahre dazu geführt, dass die Berufsaussichten für Mediziner in

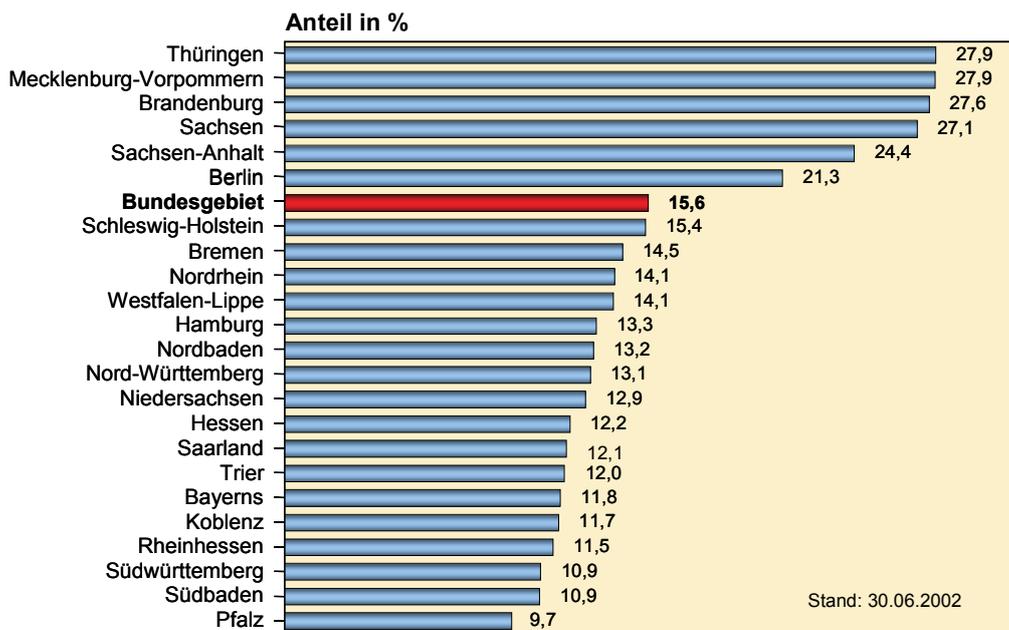
Deutschland als sehr düster dargestellt wurden. Damals warnten Politiker und Ärztfunktionäre davor, dass zu viele Mediziner ausgebildet würden. Zur Jahrtausendwende sei mit Massenarbeitslosigkeit unter Ärzten zu rechnen, hieß es. Prognosen gingen von 60 000 und mehr Mediziner ohne Job aus.

In einer Ende des Jahres 2001 unter den Titel „Gehen dem Deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus?“ vorgelegten Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird allerdings die These vertreten, dass es aufgrund der Altersstruktur der Vertragsärzteschaft, insbesondere in den neuen Bundesländern, zu drastischen Versorgungsengpässen kommen wird. Seitdem wird in zahlreichen Medien in Deutschland ein drohender „Ärztmangel“ beklagt.

In der Tat zeigt sich, dass es insbesondere im hausärztlichen Bereich einen hohen Anteil an älteren Ärzten gibt, bei denen davon auszugehen ist, dass sie in den nächsten Jahren aus Altersgründen ausscheiden werden (vgl. *Abbildung 7*). Der Anteil der Hausärzte, – hier definiert nach den Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, also Allgemeinärzte, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten - die im Jahre 2002 60 Jahre alt oder älter sind, liegt in den neuen Bundesländern deutlich über dem Bundesdurchschnitt und zumeist doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern.

Abbildung 7

Anteil der Hausärzte älter oder gleich 60 Jahre nach KVen in %



Es wird deshalb seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung davon ausgegangen, dass es in den nächsten Jahren einen enormen „Ersatzbedarf“ für die aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsärzte geben wird, in den Medien wird mitunter der Begriff des „drohenden Kollaps“ der Versorgung verwendet.

Dies war Anlass, eine Untersuchung vorzunehmen, um die These vom drohenden Ärztemangel in den neuen Bundesländern zu prüfen und die Situation differenzierter darzustellen und zu analysieren, und zwar sowohl regional als auch arztgruppenspezifisch. Leitende Frage war dabei u. a., ob es sich bei den Altersstruktureffekten um ein flächendeckendes Problem handelt, und welche Ausmaße dieses Problem vor Ort in den einzelnen Arztgruppen annimmt.

Bei drohender Unterversorgung sollten die betreffenden Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung rechtzeitig Maßnahmen und Aktivitäten starten, um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken. Gerade Effekte der Altersstruktur lassen sich relativ gut vorhersagen, sodass prospektives Handeln möglich wird. Hierfür sollen mit den Ergebnissen der Studie Hilfen an die Hand gegeben werden.

2 Aktuelle Situation und Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung in ausgewählten Ländern

2.1 Vorbemerkungen und Vorgehensweise

Im Folgenden wird die aktuelle und vor dem Hintergrund von Altersabgängen bei Ärzten perspektivische Versorgungssituation analysiert, wie sie sich in den neuen Bundesländern und in Bayern darstellt. Mit Bayern sollte beispielhaft auch ein westliches Bundesland betrachtet werden, in dem es sowohl ländliche Regionen als auch Ballungsgebiete gibt.

Für jedes dieser Länder erfolgt die Analyse in folgenden Schritten³:

Beschreibung der aktuellen vertragsärztlichen Versorgungssituation (regional- und arztgruppenspezifisch)

Zunächst wird für jedes Bundesland die aktuelle Situation (Stand 2002) für die in der Bedarfsplanung berücksichtigten Arztgruppen für jeden Planungsbereich beschrieben. Dargestellt wird der Versorgungsgrad nach den Bedarfsplanungsrichtlinien der Ärzte und Krankenkassen. (Dieser errechnet sich aus den arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen Einwohner je Arzt für die zehn verschiedenen Raumordnungstypen, aus denen sich das jeweilige Soll an Ärzten ergibt, und dem Vergleich mit dem tatsächlichen Versorgungsumfang).

Altersbedingt frei werdende Arztsitze und Beschreibung der Versorgungssituation ohne Ärzte „60+“

Hier wird zunächst die Zahl der altersbedingt frei werdenden Arztsitze bis zum Jahre 2010 ausgewiesen. Dabei wird unterstellt, dass sämtliche Ärzte, die im Jahre 2002 60 Jahre alt oder älter waren, im Jahre 2010 nicht mehr praktizieren. Für jeden Planungsbereich wird die Zahl der frei werdenden Arztsitze nach Fachgruppen ausgewiesen.

Anschließend wird für jedes Bundesland die Versorgungssituation dargestellt, die sich ergibt, wenn diese Arztsitze frei sind, also alle Ärzte, die im Jahre 2002 60 Jahre alt oder älter sind, nicht mehr für die Versorgung zur

³ Angesichts der Datenlage können sich kleinere Abweichungen zur tatsächlichen Versorgungssituation ergeben; Nervenärzte und Psychotherapeuten sind aus methodischen Gründen nicht berücksichtigt worden.

Verfügung stehen. Alle Ergebnisse werden für jede Arztgruppe und jeden Planungsbereich in Form von Versorgungsgraden dargestellt.

Bei Überlegungen zur Anzahl in den nächsten Jahren aus Altersgründen frei werdender Vertragsarztsitze wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die sogenannte 68er-Regelung wirksam wird; damit würden Ärzte spätestens im Alter von 68 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden; ihre Praxen könnten zur Besetzung ausgeschrieben werden⁴. Den Vertragsärzten bleibt es natürlich unbenommen, schon vor dem Erreichen dieser Altersgrenze ihre Praxen aufzugeben; andererseits gibt es eine ganze Reihe von Ärzten, die noch in einem sehr hohen Alter praktizieren. Gründe für eine derart prolongierte Berufsausübung dürften gerade in den Beitrittsländern in der finanziellen Alterssicherung der einzelnen Ärzte, möglicherweise aber auch in Schwierigkeiten beim Praxisverkauf liegen⁵.

Beispielhafte Betrachtung von Problemregionen

Hier werden insbesondere Kreise und Städte beschrieben, die nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten der verschiedenen Fachgruppen vergleichsweise niedrige Versorgungsgrade aufweisen. Außerdem wird in jedem Bundesland beispielhaft ein Planungsbereich herausgegriffen, um die dortige aktuelle und prospektive ärztliche Versorgungssituation einer eingehenderen Betrachtung zu unterziehen.

Modellrechnungen für unterschiedliche Wiederbesetzungsquoten (33 %, 50 % und 66 %) bei frei werdenden Arztsitzen und Differenzen zu Mindest- und Vollversorgung

In einem weiteren Schritt werden die Versorgungsgrade ausgewiesen, die sich nach dem altersbedingten Ausscheiden der Ärzte in den einzelnen Planungsbereichen ergeben, wenn jeweils ein Teil der Praxen wieder besetzt wird. Hier werden Wiederbesetzungsquoten von 33 %, 50 % und 66 % zugrunde gelegt. Die Wiederbesetzungsszenarien werden für die Gruppen der Hausärzte, der fachärztlich tätigen Internisten, der Frauenärzte und der Kinderärzte berechnet.

⁴ Entsprechend § 95 Abs.7 SGB V endet ab 1.1.1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet; Ausnahmen: wenn zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres die Vertragsarztstätigkeit < 20 Jahre war oder wenn ein Arzt bereits vor dem 1.1.1993 als Vertragsarzt tätig war, verlängert der Zulassungsausschuss die Zulassung bis zum Ablauf dieser Frist. 1998 bestätigte das Bundesverfassungsgericht (2. Kammer des Ersten Senats) die Altersgrenze für Kassenärzte als verfassungsgemäß.

⁵ Eine zusätzliche, empirisch allerdings nur schwer verifizierbare Rolle spielt sicherlich auch die Bindung gerade ländlich tätiger Ärzte an ihre Patienten (und umgekehrt). Dieses Moment dürfte vor allem bei Hausärzten zum Tragen kommen.

Außerdem werden für die genannten Arztgruppen absolute Differenzen ausgewiesen, die sich bis zur notwendigen Mindest- bzw. Vollversorgung für jeden Planungsbereich und in der Summe ergeben.

Definitionen und Verwendung von Begriffen

Bei den Begriffen „Übersversorgung“ und „Unterversorgung“ werden die Definitionen der Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen zugrunde gelegt. Übersversorgung liegt danach vor, wenn in der Arztgruppe eines Planungsbereichs der Versorgungsgrad von 110 % überschritten wird. Unterversorgung liegt vor, wenn bei einer Facharztgruppe eines Planungsbereichs der Versorgungsgrad von 50 % unterschritten oder wenn bei Hausärzten eines Planungsbereichs der Versorgungsgrad von 75 % unterschritten wird.

Unter dem Begriff „Mindestversorgung“ wird im Folgenden ein Überschreiten der jeweiligen Grenze zur Unterversorgung verstanden (Hausärzte: Versorgungsgrad von 75 %, Fachärzte: Versorgungsgrad von 50 %). Liegen die Versorgungsgrade über diesen Grenzen, liegt keine rechnerische Unterversorgung gemäß den geltenden Richtlinien vor. In diesen Fällen wird im Folgenden auch von ausreichender Versorgung gesprochen.

Der Begriff „Vollversorgung“ orientiert sich sowohl bei Hausärzten wie auch bei allen Facharztgruppen an dem Versorgungsgrad von 100 %.

Bevölkerungszahlen

Bei allen Berechnungen zur ärztlichen Versorgungssituation werden sowohl regionale Bevölkerungszahlen⁶ auch die geltenden Verhältniszahlen der Bedarfsplanung als konstant angenommen.

In einem gesonderten Kapitel wird jedoch auf die Bevölkerungsentwicklung und -prognose des jeweiligen Landes insgesamt und der einzelnen Städte und Kreise differenziert eingegangen. Dabei werden die erst seit März 2003 vorliegenden Daten des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) verwendet. Zum einen erfolgt ein Rückblick auf die Bevölkerungsentwicklung von 1990 bis 2000, zum anderen werden die kleinräumigen Prognosen bis 2010 und im Weiteren bis 2020 dargestellt. Diese Daten können

⁶ Für die Frage des (zukünftigen) Versorgungsbedarfs hat die Bevölkerungsentwicklung eine große Bedeutung. Die Entwicklung in den einzelnen Ländern, Städten und Kreisen wird bestimmt durch Wanderungen (Zu- und Fortzüge) und die natürliche Entwicklung (Geburten und Sterbefälle). Während sich die natürliche Bevölkerungsentwicklung aufgrund stabiler reproduktiver Verhaltensmuster vergleichsweise gut prognostizieren lässt, sind Wanderungen – zumal auf Kreisebene – viel schwieriger vorauszusagen. Nicht vorhersehbare Ereignisse, wie etwa der Fall der Mauer, oder politische und wirtschaftliche Entscheidungen, wie etwa der Zu- oder Wegzug eines großen Arbeitgebers, können die Situation in einem einzelnen Kreis sehr schnell und tief greifend verändern.

eine wertvolle Hilfe für eine vorausschauende, auch regionale Aspekte berücksichtigende Organisation der Gesundheitsversorgung und damit auch der vertragsärztlichen Bedarfsplanung darstellen.

Anmerkungen zu den Daten

Angesichts der Datenlage können kleinere Abweichungen zur tatsächlichen Versorgungssituation nicht ausgeschlossen werden.

2.2 Sachsen

2.2.1 Soll-Ist-Vergleich

In Sachsen sind im Jahr 2002 insgesamt 5.714,5 Vertragsärzte der Gebiete tätig, die in den Bedarfsplanungsrichtlinien aufgeführt sind⁷: Aus methodischen Gründen sind hierbei die Nervenärzte und die Psychotherapeuten nicht berücksichtigt, wogegen alle Ärzte, die in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig sind, einbezogen sind⁸.

Mit einer Ausnahme (Anästhesisten) arbeiten in allen Arztgruppen mehr Ärzte als nach der Bedarfsplanung vorgesehen sind.

Von den insgesamt 5.714,5 sächsischen Vertragsärzten sind 1.429 Jahre alt oder älter. Damit fällt in den nächsten acht Jahren ein gutes Viertel aller Vertragsärzte in Sachsen aufgrund von Altersabgängen weg. Über die Versorgung ist damit zunächst recht wenig gesagt, da es in verschiedenen Versorgungsbereichen z. T. erhebliche Überkapazitäten gibt.

Die *Tabelle Sachsen 1* zeigt die aktuelle (April 2002) Versorgungssituation über alle Planungskreise. Deutlich wird die generell gute Versorgung sowohl bei Haus- wie auch bei Fachärzten; aber es ist auch zu erkennen, dass weit aus die meisten Planungskreise und Städte fachärztlich überversorgt sind. Überversorgte Kreise sind hellgrau, unterversorgte Kreise dunkelgrau markiert; nicht markierte Kreise liegen im Bedarfsplanungszielfenster.

Abgesehen vom Mittleren Erzgebirgskreis, in dem zwei Internisten zur Vollversorgung fehlen, ist die Versorgung gut bis sehr gut bzw. durch Überversorgung gekennzeichnet. Die Anästhesisten und Radiologen spielen aus verschiedenen Gründen eine Sonderrolle.

Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den einzelnen Planungsbereichen Überversorgung feststellen und ggf. Zulassungsbeschränkungen anordnen (Abs. 1) oder solche aufheben (Abs. 3). Überversorgung liegt in der Regel dann vor, wenn der örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. überschreitet; dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 Prozent größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation.

⁷ Quelle: Arztstammdaten der Kassenärztlichen Vereinigung

⁸ Die Anzahl der in Sachsen in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätigen Ärzte ist 19.

Tabelle Sachsen 1

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

Sachsen	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Annaberg	127,2	114,9	125,8	132,5	81,9	133,1	101,4	192,7	57,9	122,7	95,5	113,2
Aue-Schwarzenberg	111,1	89,5	117,2	146,8	137,2	127,6	285,4	177,4	150,4	132,8	178,0	151,5
Bautzen	109,5	59,7	120,4	130,7	81,4	113,6	269,0	131,6	133,9	101,3	158,4	134,8
Chemnitz, Stadt	112,4	162,6	94,3	149,3	80,9	107,8	147,8	97,3	108,5	103,2	99,5	119,4
Chemnitzer Land	109,5	174,4	96,1	159,7	86,6	118,9	213,5	142,8	163,2	97,1	132,4	142,1
Delitzsch	111,5	216,2	117,5	192,2	0,0	145,8	264,3	203,3	139,1	192,2	158,6	169,1
Döbeln	96,5	305,2	127,2	150,7	93,2	121,1	144,2	164,4	87,8	139,6	0,0	161,0
Dresden, Stadt	99,8	138,7	108,5	166,2	54,3	110,3	125,4	121,9	109,5	116,4	106,8	108,7
Freiberg	112,8	110,4	120,8	152,7	94,4	107,4	204,5	166,6	133,5	106,1	165,2	163,1
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	101,1	163,8	143,1	287,7	214,7	156,9	377,5	170,1	179,4	104,1	95,4	212,0
Hoyerswerda, Kamenz	101,8	167,8	116,8	140,2	93,6	119,6	183,2	141,1	136,7	116,4	121,4	129,1
Leipzig, Stadt	111,7	133,3	109,5	164,2	94,9	117,7	141,6	114,1	118,3	110,2	127,0	110,9
Leipziger Land	109,9	186,7	120,2	151,9	140,9	137,3	116,2	138,1	132,8	105,5	27,4	97,3
Löbau-Zittau	114,9	162,4	114,6	133,3	83,1	144,8	213,4	134,2	136,5	86,1	53,9	137,5
Meißen-Radebeul	110,2	132,1	112,4	213,1	141,2	122,3	320,3	166,1	155,3	123,4	219,6	162,6
Mittlerer Erzgebirgskreis	107,4	35,8	117,4	148,4	0,0	99,4	141,9	89,9	144,1	114,5	0,0	158,4
Mittweida	112,1	97,8	116,0	169,1	52,3	101,9	194,1	123,0	147,9	58,8	122,0	72,3
Muldentalkreis	102,1	177,5	100,2	153,3	168,2	119,7	177,1	152,6	130,5	112,7	99,2	119,0
Plauen, Vogtlandkreis	113,4	137,0	142,6	157,4	23,3	122,1	222,8	166,0	204,7	135,6	181,7	154,6
Riesa-Großenhain	102,3	263,5	101,2	191,8	118,6	134,8	183,4	104,6	139,7	66,6	172,9	122,9
Sächsische Schweiz	113,9	183,9	125,8	270,3	49,2	111,8	212,9	115,6	162,1	110,5	114,7	101,9
Stollberg	116,5	98,3	120,4	147,8	130,2	134,1	160,5	128,9	122,7	121,7	0,0	53,4
Torgau-Oschatz	102,5	204,7	121,3	145,6	113,2	115,1	143,0	256,6	140,5	91,0	200,2	160,1
Weißeritzkreis	106,1	80,6	117,5	167,1	229,7	111,9	142,1	101,3	108,2	129,0	133,9	119,0
Zwickau, Stadt	115,1	112,6	111,8	138,7	54,1	118,8	164,8	116,6	144,9	102,0	143,1	153,0
Zwickauer Land	113,9	127,5	121,5	152,2	71,1	115,7	208,8	122,5	155,9	137,6	184,4	117,7

WIdO 2003

Die *Tabelle Sachsen 1* zeigt mit den hellgrau markierten Feldern an, welche Planungskreise in Sachsen für welche Gruppen von Ärzten für eine weitere Niederlassung gesperrt sind. Entsprechend ihrem großen Anteil gibt es vergleichsweise wenige für eine Niederlassung offene Städte und Planungskreise.

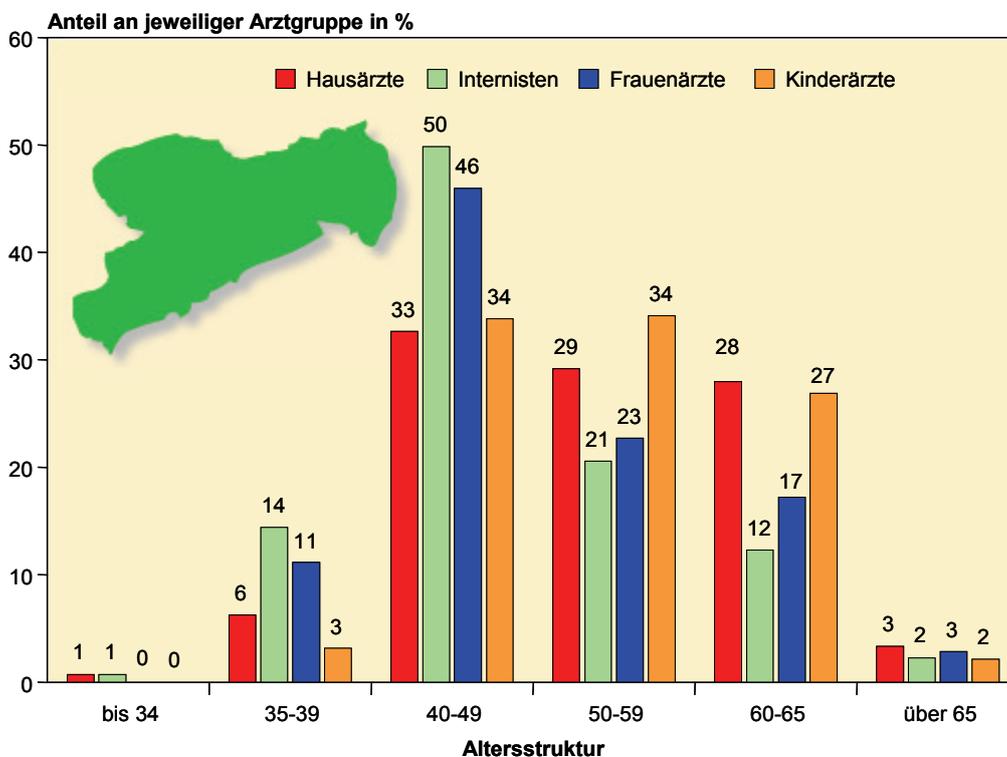
2.2.2 Altersstruktur / Gruppierung

Die Altersstruktur der Ärzte Sachsens entspricht der der anderen (Ost-) Flächenstaaten.

Die folgende *Abbildung Sachsen 1* zeigt die Gruppen der Hausärzte, Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte in ihrer Altersstruktur im Vergleich.

Abbildung Sachsen 1

Altersstrukturvergleich Ärzte 2002*



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Der Anteil an den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und der 60- bis 65-Jährigen ist bei Hausärzten und bei Kinderärzten gegenüber den beiden anderen Arztgruppen vergleichsweise groß. Überproportionale Altersabgänge sind in den nächsten Jahren daher vor allem in diesen beiden Arztgruppen zu erwarten.

2.2.3 Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze

Bei Überlegungen zur Anzahl der in den nächsten Jahren in Sachsen aus Altersgründen frei werdenden Vertragsarztsitze wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die sogenannte 68er-Regelung wirksam wird; damit würden Ärzte spätestens im Alter von 68 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden; ihre Praxen könnten zur Besetzung ausgeschrieben werden⁹. Den Vertragsärzten bleibt es natürlich unbenommen, schon vor dem Erreichen dieser Altersgrenze ihre Praxen aufzugeben; andererseits gibt es eine ganze Reihe von Ärzten, die noch in einem sehr hohen Alter praktizieren. Gründe für eine derart prolongierte Berufsausübung dürften gerade in den Beitrittsländern sowohl in der finanziellen Alterssicherung der einzelnen Ärzte wie auch den Schwierigkeiten eines Praxisverkaufs liegen. Vor allem wenn Praxen in Bezirken liegen, in denen der Anteil an Privatpatienten gering ist, gibt es Probleme beim Wiederverkauf¹⁰. Eine zusätzliche, empirisch allerdings nur schwer verifizierbare Rolle spielt sicherlich auch die Bindung gerade ländlich tätiger Ärzte an ihre Patienten (und umgekehrt). Dieses Moment dürfte vor allem bei Hausärzten zum Tragen kommen.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation in den Bedarfsplanungskreisen könnte eine ggf. bestehende Überversorgung einer Wiederbesetzung allerdings entgegenstehen. In solchen Fällen könnten die Sitze u. U. nicht ausgeschrieben werden; stattdessen könnten bestehende Überkapazitäten ggf. abgebaut werden. Wie viele Vertragsarztsitze werden voraussichtlich vakant?

Die folgende *Tabelle Sachsen 2* zeigt die Zahlen der in den nächsten Jahren (2002-2010) aufgrund von Altersabgängen in Sachsen frei werdenden Sitze über alle planungsrelevanten Arztgruppen und Planungskreise. Allerdings ist die Zahl der frei werdenden Arztsitze nicht gleichzusetzen mit der Zahl der für eine ausreichende Versorgung notwendigen Wiederbesetzungen.

⁹ Entsprechend § 95 Abs.7 SGB V endet ab 1.1.1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet; Ausnahmen: wenn zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres die Vertragsarztstätigkeit < 20 Jahre war oder wenn ein Arzt bereits vor dem 1.1.1993 als Vertragsarzt tätig war, verlängert der Zulassungsausschuss die Zulassung bis zum Ablauf dieser Frist. 1998 bestätigte das Bundesverfassungsgericht (2. Kammer des Ersten Senats) die Altersgrenze für Kassenärzte als verfassungsgemäß.

¹⁰ Außerdem scheint die Bereitschaft vieler Ärzte gering zu sein, den von ihnen für eine Praxis geforderten Preis dem Markt anzupassen.

Tabelle Sachsen 2

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Sachsen	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Annaberg	14	0	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	20
Aue-Schwarzenberg	30	1	3	5	0	3	4	1	1	1	0	0	49
Bautzen	32	0	2	1	0	3	1	0	1	1	0	0	41
Chemnitz, Stadt	41	7	10	7	1	7	4	3	5	2	0	1	88
Chemnitzer Land	21	1	1	3	0	2	4	1	2	0	0	0	35
Delitzsch	21	2	4	2	0	2	2	3	1	3	0	0	40
Döbeln	12	0	1	2	0	1	1	1	1	2	0	0	21
Dresden, Stadt	113	4	18	10	0	13	8	6	9	5	2	2	190
Freiberg	35	0	4	2	0	1	1	1	0	1	1	1	47
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	25	1	2	5	1	2	1	1	4	0	0	1	43
Hoyerswerda, Kamenz	29	2	4	6	0	1	1	1	0	1	0	1	46
Leipzig, Stadt	100	9	5	16	1	15	3	2	10	4	1	1	167
Leipziger Land	28	0	4	4	0	4	1	2	1	2	0	0	46
Löbau-Zittau	29	3	4	3	0	1	3	2	2	1	0	1	49
Meißen-Radebeul	30	1	6	7	0	2	4	1	1	2	0	0	54
Mittlerer Erzgebirgskreis	19	0	1	0	0	2	1	0	2	0	0	0	25
Mittweida	35	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	40
Muldentalkreis	28	1	1	3	0	1	1	0	0	1	0	1	37
Plauen, Vogtlandkreis	66	4	11	10	0	4	5	2	7	3	2	4	118
Riesa-Großenhain	25	1	2	3	0	2	1	1	2	0	1	1	38
Sächsische Schweiz	30	0	3	5	0	2	2	0	0	0	0	0	42
Stollberg	19	1	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	25
Torgau-Oschatz	31	1	1	2	1	3	1	1	2	0	0	0	43
Weißeritzkreis	24	0	2	6	0	2	1	1	1	0	0	1	38
Zwickau, Stadt	26	3	3	4	1	3	3	3	4	2	1	2	55
Zwickauer Land	24	0	1	1	0	0	2	0	3	3	0	0	34
Gesamt	887	42	99	111	5	76	57	34	60	34	9	17	1.429

WiDo 2003

2.2.4 Altersabgänge und Versorgung

Um den Effekt eines altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen auszuloten, wird im Weiteren der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das sechzigste Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Altersverteilung der Ärzte in den einzelnen Arztgruppen kommt hierbei unmittelbar zum Tragen.

Der von der Gruppe der jüngeren Ärzte erbrachte Versorgungsanteil wird über die nächsten Jahre relativ stabil bleiben, da die Zahl vorzeitiger Praxisaufgaben erfahrungsgemäß gering bleibt.

In der folgenden *Tabelle Sachsen 3* sind die Planungskreise hellgrau markiert, in denen auch ohne die älteren Ärzte Überversorgung besteht; in den dunkelgrau markierten Kreisen käme es ohne die ≥ 60 Jahre alten Ärzte zu einer Unterversorgung, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte für Hausärzte mit 75 % des Sollversorgungsgrades und bei Fachärzten mit 50 % des Solls definiert ist. Die nicht markierten Kreise liegen hinsichtlich ihrer Versorgungssituation im Zielkorridor zwischen Über- und Unterversorgung.

Tabelle Sachsen 3

Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre

Sachsen	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Überversorgung	Unterversorgung
													■	■
Annaberg	98,9	114,9	83,9	106,0	81,9	133,1	50,7	144,5	57,9	122,7	95,5	113,2		
Aue-Schwarzenberg	75,2	67,1	90,2	73,4	137,2	79,7	151,1	147,8	125,3	113,8	178,0	151,5		
Bautzen	75,5	59,7	104,3	117,7	81,4	71,0	239,2	131,6	111,6	84,5	158,4	134,8		
Chemnitz, Stadt	87,1	129,1	67,4	110,6	70,8	71,9	109,6	73,0	78,9	92,6	99,5	98,6		
Chemnitzer Land	81,5	152,6	88,1	122,8	86,6	89,2	106,7	114,3	122,4	97,1	132,4	142,1		
Delitzsch	82,6	162,1	74,7	153,8	0,0	109,4	188,8	81,3	111,3	120,1	158,6	169,1		
Döbeln	68,9	305,2	111,3	90,4	93,2	90,8	115,3	109,6	43,9	69,8	0,0	161,0		
Dresden, Stadt	62,3	128,4	82,5	136,6	54,3	74,4	84,5	95,8	77,7	102,5	96,2	97,5		
Freiberg	72,1	110,4	88,6	122,1	94,4	92,0	175,2	138,8	133,5	88,4	110,1	130,4		
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	76,3	136,5	125,2	203,1	143,1	125,5	339,7	136,0	76,9	104,1	95,4	169,6		
Hoyerswerda, Kamenz	78,2	137,3	92,2	80,1	93,6	108,7	160,3	120,9	136,7	103,5	121,4	103,3		
Leipzig, Stadt	79,5	110,9	102,5	118,1	89,6	77,6	126,7	105,6	84,0	99,5	121,8	105,5		
Leipziger Land	77,5	186,7	88,1	91,1	140,9	76,3	87,2	82,8	110,6	70,3	27,4	97,3		
Löbau-Zittau	83,5	101,5	81,9	93,3	83,1	130,3	121,9	80,5	91,0	68,9	53,9	103,1		
Meißen-Radebeul	75,4	110,1	64,3	106,6	141,2	91,8	203,9	138,4	133,1	88,1	219,6	162,6		
Mittlerer Erzgebirgskreis	71,6	35,8	104,4	148,4	0,0	49,7	94,6	89,9	72,0	114,5	0,0	158,4		
Mittweida	67,0	97,8	98,2	169,1	52,3	101,9	161,8	123,0	123,2	58,8	61,0	72,3		
Muldentalkreis	65,9	152,1	90,2	108,2	168,2	102,6	141,7	152,6	130,5	90,2	99,2	79,4		
Plauen, Vogtlandkreis	73,1	91,3	92,0	82,4	23,3	89,5	137,1	135,8	121,5	106,5	121,1	77,3		
Riesa-Großenhain	65,7	249,6	80,9	134,2	118,6	96,3	146,7	69,7	83,8	66,6	138,3	81,9		
Sächsische Schweiz	77,5	183,9	100,7	190,8	49,2	79,9	152,1	115,6	162,1	110,5	114,7	101,9		
Stollberg	78,3	65,6	108,3	92,4	130,2	134,1	160,5	128,9	92,0	121,7	0,0	53,4		
Torgau-Oschatz	48,7	170,6	107,8	97,1	0,0	46,0	95,3	205,3	70,2	91,0	200,2	160,1		
Weißeritzkreis	72,1	80,6	98,0	55,7	229,7	74,6	106,6	67,5	81,2	129,0	133,9	79,3		
Zwickau, Stadt	75,2	84,5	92,1	88,2	36,0	86,4	103,0	66,6	80,5	76,5	119,3	102,0		
Zwickauer Land	84,2	127,5	112,1	136,9	71,1	115,7	139,2	122,5	77,9	78,6	184,4	117,7		

WiDo 2003

Wird die aktuelle vertragsärztliche Versorgung betrachtet ohne diejenigen Ärzte einzubeziehen, die ein Lebensalter von ≥ 60 Jahren haben, so wird unmittelbar augenfällig, dass aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur von Haus- und Fachärzten zukünftig mit spezifischen Problemlagen zu rechnen ist: Im fachärztlichen Bereich ist eine generell gute Versorgungslage, d. h. eine ausreichende, bis zur Überversorgung reichende Situation aktuell gegeben und diese dürfte auch in der Zukunft zu erwarten sein. Bei mehreren Facharztgruppen liegt der Versorgungsgrad auch ohne die heute schon älteren Ärzte weit über dem als Grenze zur Überversorgung markierten Grad von 110 %. Die aktuell bestehende kinderärztliche Überversorgung würde beim altersbedingten Ausscheiden vieler Ärzte – der Anteil der älteren Kinderärzte ist vergleichsweise hoch – partiell abgebaut. 13 weiterhin überversorgten Planungskreisen stünden dann auch zwei nicht ausreichend versorgte Kreise (Aue-Schwarzenberg, Weißeritzkreis) gegenüber.

Bei vielen ärztlichen Fachgruppen bliebe damit die aktuelle Überversorgung auch dann bestehen, wenn alle älteren Ärzte ausscheiden würden und die frei werdenden Sitze nicht wieder besetzt würden. Eine derartige, wenig sinnvolle und kostentreibende Überversorgung kann jedoch nicht als „gute Versorgung“ bezeichnet werden.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung gerieten dagegen 10 von 26 Planungskreisen in eine Situation der Unterversorgung. Werden grenzwertige Kreise einbezogen, dann gäbe es ohne die 60-jährigen und älteren Ärzte eine Unterversorgung in ca. 50 % der sächsischen Planungskreise. Dies gilt freilich nur unter der Annahme einer gegenüber der heutigen Situation unveränderten Bevölkerungszahl. Das davon nicht ohne weiteres ausgegangen werden kann, sondern eher ein weiterer Bevölkerungsrückgang zu erwarten ist, ist im Abschnitt zur Bevölkerungsentwicklung beschrieben (s. Kapitel 2.2.7).

Mit der in einzelnen Planungskreisen bestehenden oder zu erwartenden Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung stellt sich natürlich die Frage, ob Disparitäten ggf. nicht auch über andere Facharzt-/Hausarzt-Zuordnungen abgebaut werden könnten.

Bei den Hausärzten stand bis Ende 2000 nach den Vorschriften (Richtlinien) der Bedarfsplanung prinzipiell die Möglichkeit zur Verfügung, dass fachärztlich tätige Internisten aus internistisch überversorgten Kreisen hausärztliche Aufgaben übernehmen. Wegen der häufigen Parallelität von internistischer Über- und hausärztlicher Unterversorgung wurde diese Regelung noch einmal aufgegriffen und hinsichtlich möglicher Effekte durchgerechnet. Entsprechend den Richtlinien würde der Versorgungsanteil, der über 110 % liegt, mit dem Anrechnungsfaktor 0,8 auf die hausärztliche Versorgung angerechnet werden. Unsere Modellrechnungen zeigen aber, dass ein solches Verlagern von fachärztlichen Internisten zur hausärztlichen Versorgung in

unterversorgter Kreis (nämlich Döbeln) von 68,9 % auf 77,5 % und damit über die notwendige 75 %-Grenze zur Normalversorgung rutscht. Hier wirkt sich die vergleichsweise geringe Größe der Gruppe der fachärztlichen Internisten gegenüber der Gruppe der Hausärzte aus.

2.2.5 Identifizierung problematischer Versorgungskreise

Zur Identifizierung zukünftig besonders problematischer Arztgruppen und Versorgungskreise wurden für jede Arztgruppe die Kreise näher betrachtet, die den vergleichsweise höchsten bzw. niedrigsten Versorgungsgrad aufwiesen. Grundlage war auch hier die Gruppe der Ärzte im Alter von weniger als 60 Jahren. Verglichen werden damit Versorgungsgrade (in Prozent), ohne die älteren Ärzte einzubeziehen:

Wie schon oben ausgeführt, ist der Grad der hausärztlichen Versorgung über fast alle Planungskreise durchschnittlich niedriger als bei den übrigen Facharztgruppen. Probleme aufgrund von Altersabgängen sind vor allem in den Großstädten und in ländlichen, eher abgelegenen Regionen zu erwarten, wogegen das Umland großer Städte und die mittelgroßen Städte vergleichsweise gut und in der Regel besser als die Großstädte selbst versorgt sind.

Die fünf mit Ärzten aller Fachgruppen am stärksten versorgten Kreise sind Delitzsch, Zwickauer Land, Sächsische Schweiz, Görlitz/Niederschlesischer Oberlausitzkreis und Meißen-Radebeul. In diesen Kreisen wird es in Zukunft auch dann nicht zu hausärztlicher und internistischer Unterversorgung kommen, wenn aus Altersgründen frei werdenden Sitze in keinem Fall wieder besetzt werden können; die aktuelle Überversorgung mit Internisten bleibt in diesen fünf Kreisen sogar erhalten.

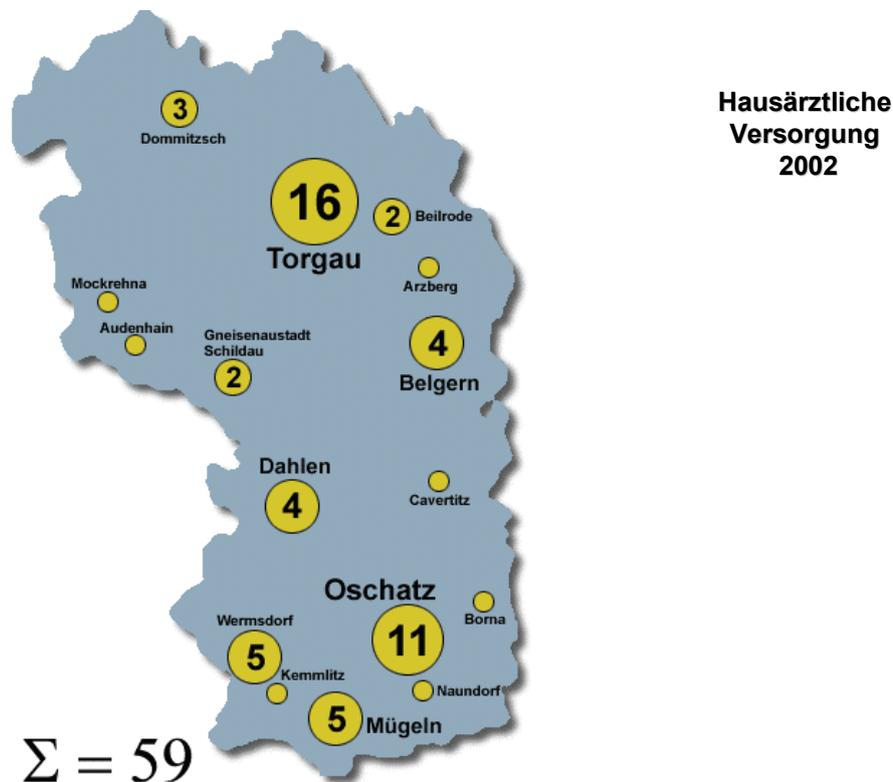
Die fünf Kreise mit den niedrigsten Versorgungsgraden werden im Jahr 2010 voraussichtlich der Mittlere Erzgebirgskreis, der Weißeritzkreis, Zwickau Stadt, Dresden Stadt und Riesa-Großenhain sein. Im zuletzt genannten Kreis gibt es – wie im Übrigen auch im Kreis Torgau-Oschatz und in Döbeln – ein auffälliges Missverhältnis zwischen der Zahl und dem Versorgungsgrad an Hausärzten und den fachärztlichen Internisten. In diesen beiden Kreisen wird, wenn die über 60-jährigen Ärzte nicht gerechnet werden, die hausärztliche Mindestversorgung zwar nur um knapp 10 % verfehlt, aber die fachärztlich-internistische Versorgung ist mit 305 % in Döbeln und 250 % in Riesa-Großenhain mit Überversorgung nur sehr freundlich charakterisiert. Auch in Torgau-Oschatz gibt es dieses Missverhältnis: hier wird mit knapp 49 % Versorgungsgrad die hausärztliche Mindestversorgung von 75 % deutlich unterschritten, die internistische Versorgung ist dagegen mit fast 171 % deutlich im Bereich der Überversorgung.

Alles in allem fällt die Heterogenität der Versorgung in den einzelnen Planungskreisen auf. Deshalb ist es nur eingeschränkt möglich, bestimmte Städte und Kreise mit fachgruppenübergreifend „schlechter“ bzw. „guter“ Versorgung zu identifizieren. Auf die Problematik einer umstandslosen Gleichsetzung von hohem Versorgungsgrad mit „guter“ und niedrigem Versorgungsgrad mit „schlechter“ Versorgung ist schon eingangs hingewiesen worden. Eine solche Typisierung ist darüber hinaus nur schwer spezifischen sozialen, sozio-ökonomischen oder verwaltungstechnischen Kategorien zuzuordnen.

In den folgenden Abbildungen sind die Situation und die mögliche Entwicklung des nach Altersabgängen hausärztlich am schlechtesten versorgten Planungskreises Sachsens, Torgau-Oschatz, detaillierter dargestellt. Gezeigt werden soll zugleich, wie durch Konzentration von Arztsitzen in (Kreis-)Städten aufgrund von Praxisschließungen in abgelegenen dörflichen Gegenden dort ein Versorgungsproblem entstehen kann.

Abbildung Sachsen 2

Hausärztliche Versorgung im Kreis Torgau-Oschatz 2002*



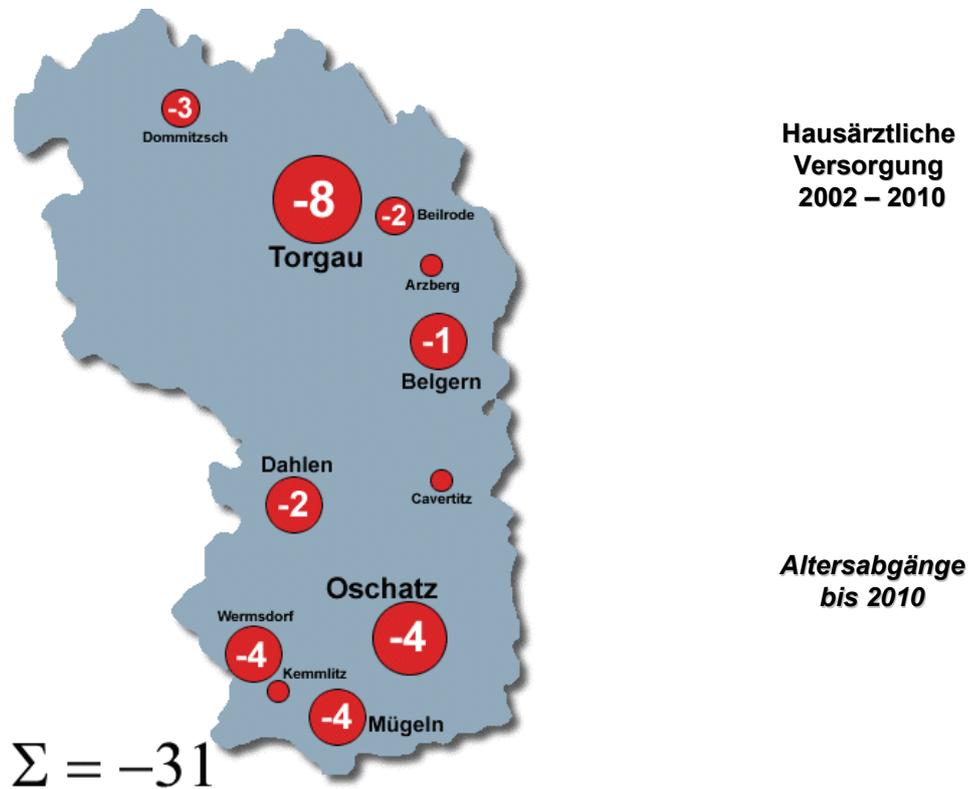
Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Abbildung Sachsen 3

**Hausärztliche Versorgung im Kreis Torgau-Oschatz 2002 - 2010
Altersabgänge bis 2010***



Auf dieser Karte sind alle Hausarztsitze durch einen Kreis markiert, die potenziell aus Altersgründen in den nächsten acht Jahren aufgegeben werden. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der möglicherweise jeweils aufgegebenen Sitze, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist (war).

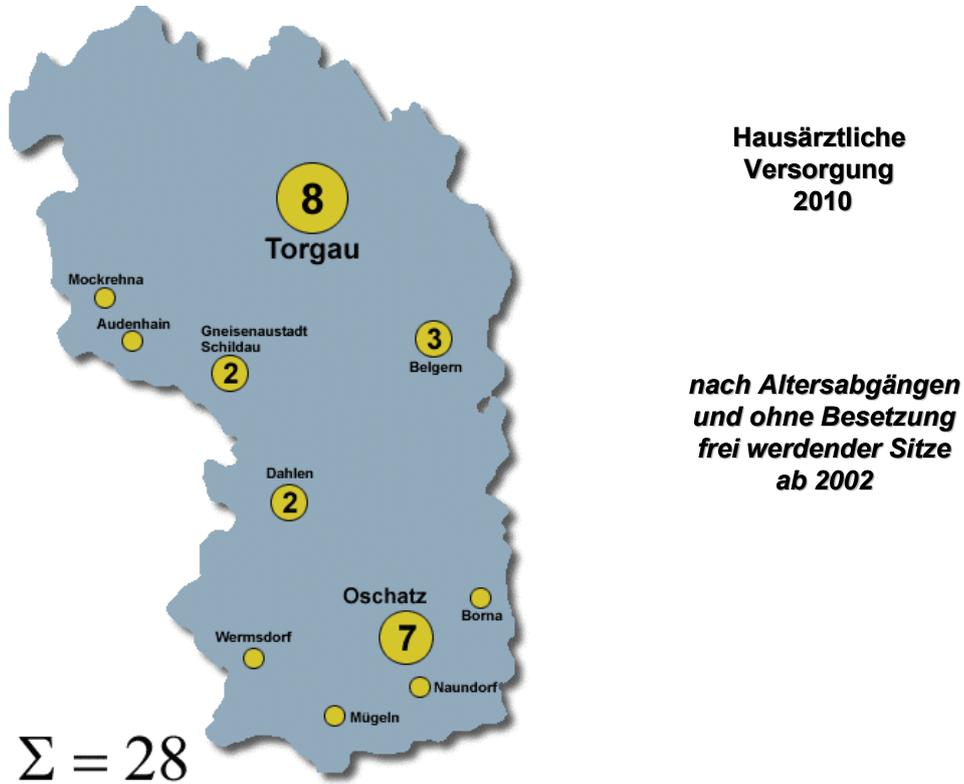
WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Deutlich wird, dass Arztsitze durchaus nicht nur auf dem Lande frei werden. Auch in den Städten kommt es tendenziell zu hohen Altersabgängen bei Hausärzten.

Abbildung Sachsen 4

Hausärztliche Versorgung im Kreis Torgau-Oschatz 2010 nach Altersabgängen und ohne Besetzung frei werdender Sitze*



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten abzüglich der aus Altersgründen aufgegebenen Sitze bis zum Jahr 2010 durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Zu erkennen ist, dass sich durch ausbleibende oder mangelnde Wiederbesetzung von Sitzen eine schwierige Versorgungssituation im Umland von Torgau, vor allem in der Gegend von Dommitzsch, aber auch im südlichen Torgau-Oschatz-Kreis ergeben könnte. Hier blieben einige Dörfer oder kleine Orte unversorgt, d. h. für einen Hausarztbesuch müssten Patienten ggf. nach Torgau fahren und umgekehrt müssten dort praktizierende Ärzte häufigere und längere Wege zu Hausbesuchen bewältigen.

Die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Planungskreisen ist bei isolierter Betrachtung eines Kreises allerdings nur bedingt einzuschätzen. Unklar bleibt vor allem, ob und inwieweit Patienten Versorgungsangebote in benachbarten Kreisen (u. a. Delitzsch und Muldentalkreis im Westen) nutzen. Gleiches gilt auch für diese, d. h. es bleibt ungeklärt, ob sich Versorgungsdefizite – wie sie im o. g. Beispiel nordwestlich von Torgau entstehen – mit

ähnlichen Defiziten in den benachbarten Kreisen addieren oder ob Defizite durch ein gutes Angebot der Nachbarkreise teilweise kompensiert werden können.

Mögliche Lösungen der Versorgungsprobleme müssen die jeweilige regionale Spezifität solcher Defizite berücksichtigen; zentrale Maßnahmen dürften sich vor Ort als wenig effektiv und als nicht sinnvoll erweisen.

Die fachärztliche Versorgung im Kreis Torgau-Oschatz zeichnet sich durch eine Konzentration der (Fach)Arztstühle in den Städten aus; dies ist auch sinnvoll, denn eine wohnortnahe Erreichbarkeit ist nicht im gleichen Maß wie bei Hausärzten erforderlich.

Wie verändert sich nun die fachärztliche Versorgung durch Altersabgänge?

Bis zum Jahr 2010 wird sich nach Altersabgängen von Ärzten die fachärztliche Versorgung im Kreis Torgau-Oschatz weiter in den Städten Torgau und Oschatz konzentrieren. Die fachärztliche Versorgungsstruktur ist damit prinzipiell unverändert. Allerdings stehen bei einer Nicht-Wiederbesetzung insgesamt acht Fachärzte weniger als noch im Jahr 2002 zur Verfügung. Bemerkbar machen dürfte sich vor allem das Fehlen von drei Augenärzten und zwei HNO-Ärzten.

2.2.6 Wiederbesetzungsszenarien

Im Folgenden wird die Versorgungssituation in den wichtigsten Arztgruppen differenziert dargestellt. Dabei werden die Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und fachärztlich tätigen Internisten ausgewählt, weil sie die zahlenmäßig stärksten Gruppen der insgesamt 14 in der Bedarfsplanung berücksichtigten Gruppen ¹¹ bilden und weil sie die Grundversorgung abdecken.

Ausgehend von der Versorgungssituation nach einem altersbedingten Ausscheiden aller Ärzte im Alter von ≥ 60 Jahren wird in Wiederbesetzungsszenarien die Wahrscheinlichkeit der Wiederbesetzung variiert. Dargestellt werden regionale Versorgungsgrade bei Wiederbesetzungsquoten von 33 %, 50 % und 66 %. Des Weiteren werden Differenzen zur jeweils notwendigen Mindest- bzw. Vollversorgung in absoluten Zahlen aufgezeigt.

Zu erkennen ist dabei, welche absolute Differenz zur Unter- (< 50 % bei Fachärzten, < 75 % bei Hausärzten) bzw. Vollversorgung (100 %) besteht

¹¹ In den Bedarfsplanungs-Richtlinien werden die Arztgruppen genannt, für die der Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung bestimmt wird. Es handelt sich um: Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen.

und auch, wie viele Ärzte jeweils fehlen oder – gemessen an diesen Zielen – überzählig sind. Grundlage ist die Gruppe der heute tätigen Ärzte, die das Alter von 60 Jahren noch nicht erreicht haben.

2.2.6.1 Hausärzte

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. Tabelle Sachsen 4)

Tabelle Sachsen 4

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

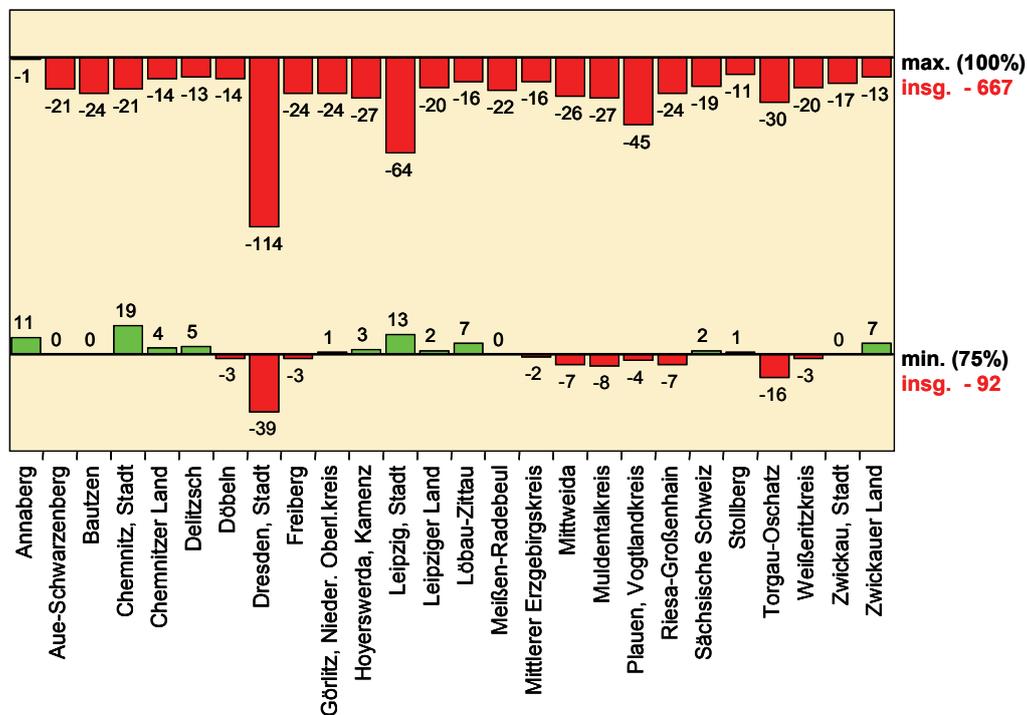
	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen								
Annaberg	63,0	14,0	22,0	127,2	98,9	108,2	113,0	117,6
Aue-Schwarzenberg	93,0	30,0	32,0	111,1	75,2	87,1	93,1	98,9
Bautzen	103,0	32,0	31,0	109,5	75,5	86,7	92,5	97,9
Chemnitz, Stadt	182,0	41,0	23,0	112,4	87,1	95,4	99,7	103,8
Chemnitzer Land	82,0	21,0	26,0	109,5	81,5	90,7	95,5	100,0
Delitzsch	81,0	21,0	26,0	111,5	82,6	92,1	97,1	101,7
Döbeln	42,0	12,0	29,0	96,5	68,9	78,0	82,7	87,1
Dresden, Stadt	301,0	113,0	38,0	99,8	62,3	74,7	81,1	87,1
Freiberg	97,0	35,0	36,0	112,8	72,1	85,6	92,5	99,0
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	102,0	25,0	25,0	101,1	76,3	84,5	88,7	92,7
Hoyerswerda, Kamenz	125,0	29,0	23,0	101,8	78,2	86,0	90,0	93,8
Leipzig, Stadt	347,0	100,0	29,0	111,7	79,5	90,1	95,6	100,7
Leipziger Land	95,0	28,0	29,0	109,9	77,5	88,2	93,7	98,9
Löbau-Zittau	106,0	29,0	27,0	114,9	83,5	93,9	99,2	104,2
Meißen-Radebeul	95,0	30,0	32,0	110,2	75,4	86,9	92,8	98,4
Mittlerer Erzgebirgskreis	57,0	19,0	33,0	107,4	71,6	83,4	89,5	95,2
Mittweida	87,0	35,0	40,0	112,1	67,0	81,9	89,6	96,8
Muldentalkreis	79,0	28,0	35,0	102,1	65,9	77,8	84,0	89,8
Plauen, Vogtlandkreis	186,0	66,0	35,0	113,4	73,1	86,4	93,2	99,7
Riesa-Großenhain	70,0	25,0	36,0	102,3	65,7	77,8	84,0	89,9
Sächsische Schweiz	94,0	30,0	32,0	113,9	77,5	89,5	95,7	101,5
Stollberg	58,0	19,0	33,0	116,5	78,3	90,9	97,4	103,5
Torgau-Oschatz	59,0	31,0	53,0	102,5	48,7	66,4	75,6	84,2
Weißeritzkreis	75,0	24,0	32,0	106,1	72,1	83,3	89,1	94,6
Zwickau, Stadt	75,0	26,0	35,0	115,1	75,2	88,3	95,1	101,5
Zwickauer Land	92,0	24,0	26,0	113,9	84,2	94,0	99,0	103,8

WIdO 2003

Aktuell arbeiten insgesamt mehr als 2.846 Hausärzte in Sachsen¹². Von diesen Ärzten scheidet 887, also ungefähr 31 %, bis zum Jahr 2010 aus der Praxis aus. Falls keiner der in den nächsten acht Jahren aufgrund von Altersabgängen in Sachsen frei werdenden hausärztlichen Vertragsarztsitze wieder besetzt werden könnte, käme es in 10 von 26 Planungskreisen zu einer rechnerischen Unterversorgung; in vier weiteren Planungskreisen wäre die Versorgung grenzwertig. Falls jeder dritte frei werdende Sitz wieder besetzt werden könnte, gäbe es lediglich noch in Dresden Stadt (sehr knapp mit 74,7 % Versorgungsgrad) und in Torgau-Oschatz (mit 66,4 %) eine hausärztliche Unterversorgung. Könnte dagegen für jeden zweiten aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsarzt ein Nachfolger gefunden werden, so wäre die Versorgung in allen Städten und Planungskreisen Sachsens gesichert. Wäre es möglich, jeweils zwei von drei frei werdenden Hausarztsitzen gleichermaßen in allen Kreisen wieder zu besetzen, dann wären die meisten sächsischen Planungskreise eher im Bereich der Vollversorgung denn nahe der Unterversorgungsgrenze. Nur Döbeln, Dresden Stadt und auch Torgau-Oschatz liegen prozentual darunter.

Abbildung Sachsen 5

Differenz zu minimaler und Vollversorgung bei Hausärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre*



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

¹² Quelle: Arztstammdaten

Da mit den Altersabgängen die in einigen Planungskreisen bestehende Überversorgung abgebaut würde, würde es – absolut gesehen – ausreichen, insgesamt 84,5 (gerundet 92) Hausärzte anzuwerben, um die Altersabgänge bis 2010 so weit auszugleichen, bis eine rechnerisch und gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung sichergestellt ist. Von diesen 92 (84,5) Ärzten wären allein 39 für Dresden notwendig (s. *Abbildung Sachsen 5*). Das bedeutet: Die für eine ausreichende Versorgung auch in vergleichsweise abgelegenen Gegenden Sachsens in den nächsten acht Jahren absolut notwendige Zahl an Hausärzten ist vergleichsweise gering. Für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % wären in Sachsen 667 Hausärzte anzuwerben.

2.2.6.2 Fachärztlich tätige Internisten

Ausgehend von einer Situation im Frühjahr 2002, in der in 21 von 26 Planungsbereichen eine Überversorgung bei den fachärztlich tätigen Internisten besteht, ergibt sich folgendes Bild:

Entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien für die fachärztliche Versorgung kommt es in keinem Versorgungskreis in Sachsen zu einer internistisch-fachärztlichen Unterversorgung aufgrund von Altersabgängen in den nächsten acht Jahren (bis 2010). Dies gilt auch dann, wenn keine in diesem Zeitraum frei werdende Stelle wieder besetzt werden könnte; in 17 von 26 Planungskreisen setzt sich sogar die bestehende Überversorgung fort (vgl. *Tabelle Sachsen 5*).

Lediglich im Mittleren Erzgebirgskreis bliebe die schon aktuell vorhandene Unterversorgung (35,8 %) bestehen, falls die zwei ohnehin freien internistischen Sitze nicht wieder besetzt werden können. Der hier, im Mittleren Erzgebirgskreis, praktizierende Internist gehört zur Gruppe der 40 bis 49-jährigen Ärzte. Die Unterversorgung in diesem Kreis ist damit kein Problem der zukünftigen Altersentwicklung. Ausreichend, aber im Vergleich zu den meisten anderen Planungskreisen Sachsens mit internistischen Praxen nicht gerade gut ausgestattet ist der Landkreis Bautzen. Drei (junge) fachärztliche Internisten sind zur Zeit hier niedergelassen; drei weitere wären für eine Vollversorgung wünschenswert. Wie im Mittleren Erzgebirgskreis wird es hier aufgrund des niedrigen Alters der Ärzte in den nächsten Jahren keine Altersabgänge geben. Wie in *Tabelle Sachsen 5* zu sehen ist, greifen Wiederbesetzungsszenarien daher in diesen beiden Kreisen nicht.

Tabelle Sachsen 5

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

 Überversorgung  Unterversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen								
Annaberg	3,0	0,0	0,0	114,9	114,9	114,9	114,9	114,9
Aue-Schwarzenberg	4,0	1,0	25,0	89,5	67,1	74,5	78,3	81,9
Bautzen	3,0	0,0	0,0	59,7	59,7	59,7	59,7	59,7
Chemnitz, Stadt	34,0	7,0	21,0	162,6	129,1	140,2	145,9	151,2
Chemnitzer Land	8,0	1,0	13,0	174,4	152,6	159,8	163,5	167,0
Delitzsch	8,0	2,0	25,0	216,2	162,1	180,0	189,1	197,8
Döbeln	7,0	0,0	0,0	305,2	305,2	305,2	305,2	305,2
Dresden, Stadt	54,0	4,0	7,0	138,7	128,4	131,8	133,6	135,2
Freiberg	5,0	0,0	0,0	110,4	110,4	110,4	110,4	110,4
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	6,0	1,0	17,0	163,8	136,5	145,5	150,2	154,5
Hoyerswerda, Kamenz	11,0	2,0	18,0	167,8	137,3	147,3	152,5	157,4
Leipzig, Stadt	53,5	9,0	17,0	133,3	110,9	118,3	122,1	125,7
Leipziger Land	8,5	0,0	0,0	186,7	186,7	186,7	186,7	186,7
Löbau-Zittau	8,0	3,0	38,0	162,4	101,5	121,6	132,0	141,7
Meißen-Radebeul	6,0	1,0	17,0	132,1	110,1	117,3	121,1	124,6
Mittlerer Erzgebirgskreis ¹³	1,0	0,0	0,0	35,8	35,8	35,8	35,8	35,8
Mittweida	4,0	0,0	0,0	97,8	97,8	97,8	97,8	97,8
Muldentalkreis	7,0	1,0	14,0	177,5	152,1	160,5	164,8	168,9
Plauen, Vogtlandkreis	12,0	4,0	33,0	137,0	91,3	106,4	114,1	121,4
Riesa-Großenhain	9,5	0,5	5,0	263,5	249,6	254,2	256,5	258,8
Sächsische Schweiz	8,0	0,0	0,0	183,9	183,9	183,9	183,9	183,9
Stollberg	3,0	1,0	33,0	98,3	65,6	76,4	82,0	87,2
Torgau-Oschatz	6,0	1,0	17,0	204,7	170,6	181,8	187,6	193,1
Weißeritzkreis	3,0	0,0	0,0	80,6	80,6	80,6	80,6	80,6
Zwickau, Stadt	12,0	3,0	25,0	112,6	84,5	93,8	98,5	103,1
Zwickauer Land	5,5	0,0	0,0	127,5	127,5	127,5	127,5	127,5

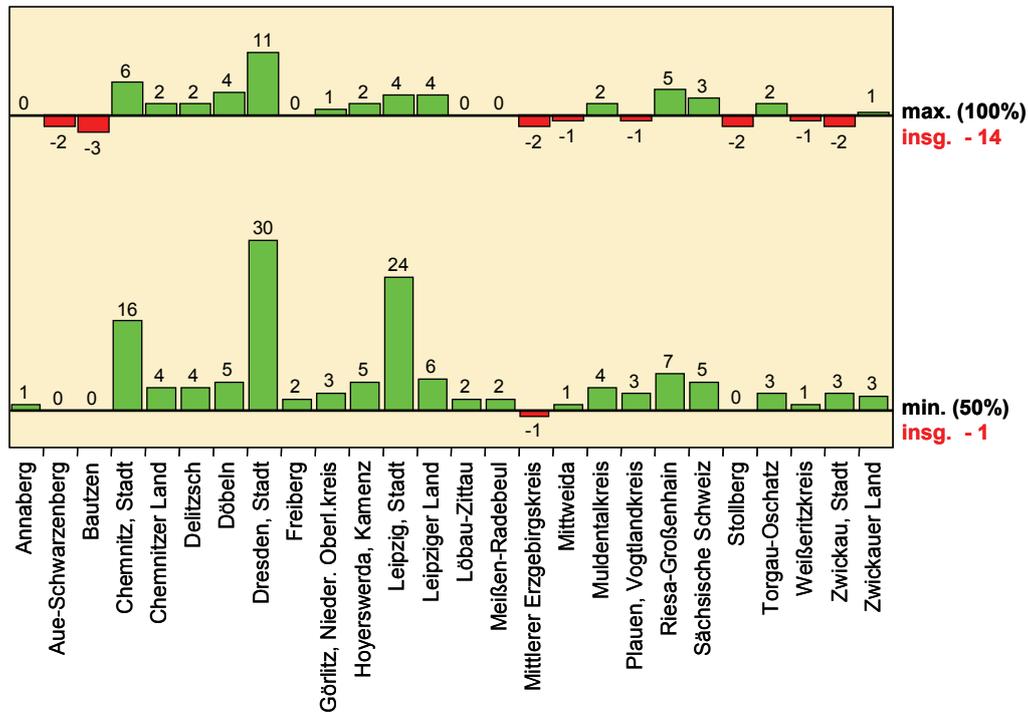
WIdO 2003

Abbildung Sachsen 6 zeigt u. a. die Differenz zur Mindest- (50 %) und Vollversorgung (100 %) bei Internisten, ohne die Ärzte einzubeziehen, die 60 Jahre alt oder älter sind. Im Mittleren Erzgebirgskreis gibt es die erwähnte internistische Unterversorgung. Absolut gesehen handelt es sich bei dem Fehlbedarf lediglich um einen Internisten. Die Besetzung eines weiteren internistischen Sitzes würde hier bereits zur Vollversorgung führen.

¹³ Hier gibt es keine Altersabgänge. Es fehlen in diesem Kreis aktuell schon zwei Internisten.

Abbildung Sachsen 6

**Differenz zu minimaler und Vollversorgung bei Internisten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Da mit den Altersabgängen in den meisten Planungsbereichen Überversorgung abgebaut würde, würde es absolut gesehen ausreichen, bis 2010 insgesamt nur 14 Internisten anzuwerben, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von mindestens 100 % über alle Planungskreise zu erreichen.

2.2.6.3 Frauenärzte

Auch ohne diejenigen Ärzte, die schon im Jahr 2002 60 Jahre alt oder älter sind, ist die frauenärztliche Versorgung in Sachsen im Jahr 2010 gesichert, wobei der Versorgungsgrad in Meißen mit 64,3 % am niedrigsten und in Stadt Görlitz und Niederschlesischer Oberlausitzkreis mit 125 % am höchsten läge. In keinem Kreis wird der Grad der notwendigen Mindestversorgung unterschritten.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. Tabelle Sachsen 6)

Tabelle Sachsen 6

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

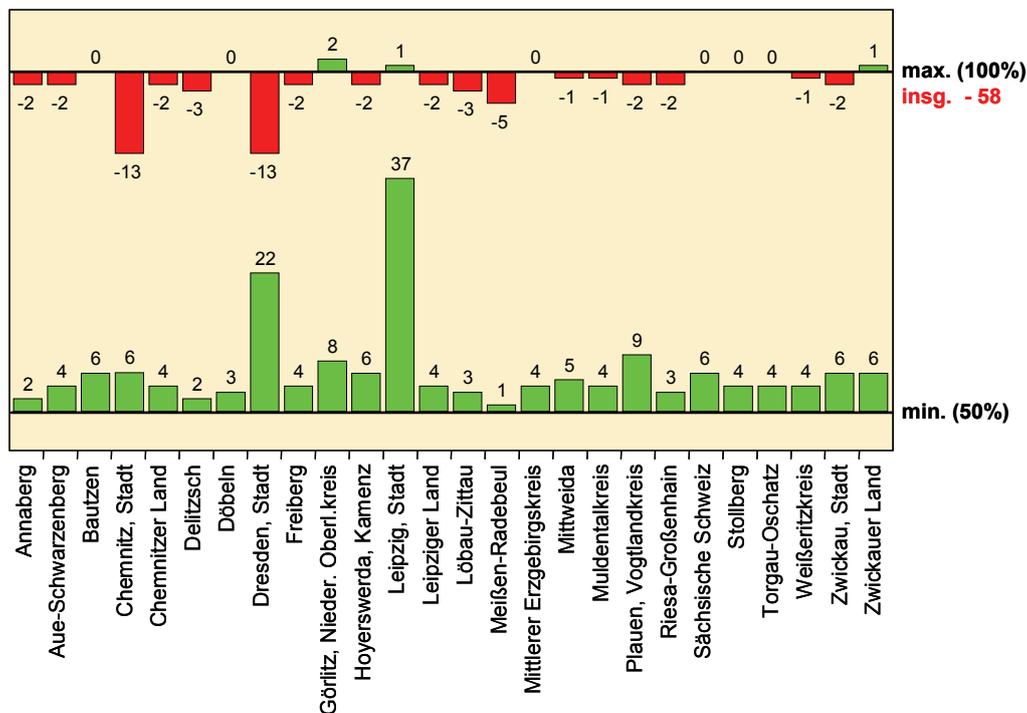
 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
	9,0	3,0	33,0	125,8	83,9	97,7	104,8	111,5
	13,0	3,0	23,0	117,2	90,2	99,1	103,7	108,0
	15,0	2,0	13,0	120,4	104,3	109,6	112,4	114,9
	35,0	10,0	29,0	94,3	67,4	76,3	80,8	85,2
	12,0	1,0	8,0	96,1	88,1	90,7	92,1	93,3
	11,0	4,0	36,0	117,5	74,7	88,8	96,1	102,9
	8,0	1,0	13,0	127,2	111,3	116,6	119,3	121,8
	75,5	18,0	24,0	108,5	82,5	91,1	95,5	99,7
	15,0	4,0	27,0	120,8	88,6	99,2	104,7	109,9
	15,0	2,0	13,0	143,1	125,2	131,1	134,2	137,0
	18,0	4,0	21,0	116,8	92,2	100,3	104,5	108,4
	78,5	5,0	6,0	109,5	102,5	104,8	106,0	107,1
	15,0	4,0	27,0	120,2	88,1	98,7	104,2	109,3
	14,0	4,0	29,0	114,6	81,9	92,7	98,2	103,5
	14,0	6,0	43,0	112,4	64,3	80,2	88,3	96,1
	9,0	1,0	11,0	117,4	104,4	108,7	110,9	113,0
	13,0	2,0	15,0	116,0	98,2	104,0	107,1	109,9
	10,0	1,0	10,0	100,2	90,2	93,5	95,2	96,8
	29,5	11,0	35,0	142,6	92,0	108,7	117,3	125,4
	10,0	2,0	20,0	101,2	80,9	87,6	91,1	94,3
	15,0	3,0	20,0	125,8	100,7	109,0	113,2	117,3
	10,0	1,0	10,0	120,4	108,3	112,3	114,3	116,3
	9,0	1,0	11,0	121,3	107,8	112,3	114,6	116,7
	12,0	2,0	17,0	117,5	98,0	104,4	107,8	110,9
	17,0	3,0	18,0	111,8	92,1	98,6	102,0	105,1
	13,0	1,0	8,0	121,5	112,1	115,2	116,8	118,3

WIdO 2003

Mehr als eine Wiederbesetzung von ca. einem Drittel der frei werdenden Sitze wäre im Übrigen nicht wünschenswert, da dann bereits 13 von 26 Planungskreisen zu mehr als 100 % (=Vollversorgung) versorgt wären. In fünf Kreisen käme es bereits wieder zu einer Überversorgung.

Abbildung Sachsen 7

**Differenz zu minimaler und Vollversorgung bei Frauenärzte
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Während also nirgendwo Unterversorgung durch Altersabgänge bei Frauenärzten entstehen würde, wären für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % in den nächsten acht Jahren in ganz Sachsen 58 Frauenärzte nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten notwendig (s. Abbildung Sachsen 7).

2.2.6.4 Kinderärzte

Kinderärzte nehmen zwar entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil, werden aber in der Bedarfsplanung als eigenständige Gruppe gezählt.¹⁴

Charakteristisch für die kinderärztliche Versorgung in Sachsen ist zunächst einmal der außerordentlich hohe Versorgungsgrad: In sämtlichen Planungskreisen besteht aktuell eine Situation der Überversorgung, d. h. in allen 26 Planungskreisen gibt es einen Versorgungsgrad von jeweils über 110 %. In mehreren Kreisen finden sich mehr als doppelt so viele Kinderärzte wie laut

¹⁴ Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung eine abweichende Regelung treffen. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Bedarfsplanung vorgesehen (Stadt Görlitz & Niederschlesischer Oberlausitzkreis, Meißen, Sächsische Schweiz).

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. Tabelle Sachsen 7)

Tabelle Sachsen 7

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen								
Annaberg	5,0	1,0	20,0	132,5	106,0	114,7	119,2	123,5
Aue-Schwarzenberg	10,0	5,0	50,0	146,8	73,4	97,6	110,1	121,9
Bautzen	10,0	1,0	10,0	130,7	117,7	122,0	124,2	126,3
Chemnitz, Stadt	27,0	7,0	26,0	149,3	110,6	123,3	129,9	136,1
Chemnitzer Land	13,0	3,0	23,0	159,7	122,8	135,0	141,3	147,2
Delitzsch	10,0	2,0	20,0	192,2	153,8	166,4	173,0	179,1
Döbeln	5,0	2,0	40,0	150,7	90,4	110,3	120,6	130,2
Dresden, Stadt	56,0	10,0	18,0	166,2	136,6	146,4	151,4	156,1
Freiberg	10,0	2,0	20,0	152,7	122,1	132,2	137,4	142,3
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	17,0	5,0	29,0	287,7	203,1	231,0	245,4	258,9
Hoyerswerda, Kamenz	14,0	6,0	43,0	140,2	80,1	99,9	110,1	119,7
Leipzig, Stadt	57,0	16,0	28,0	164,2	118,1	133,3	141,1	148,5
Leipziger Land	10,0	4,0	40,0	151,9	91,1	111,2	121,5	131,2
Löbau-Zittau	10,0	3,0	30,0	133,3	93,3	106,5	113,3	119,7
Meißen-Radebeul	14,0	7,0	50,0	213,1	106,6	141,7	159,8	176,9
Mittlerer Erzgebirgskreis	6,0	0,0	0,0	148,4	148,4	148,4	148,4	148,4
Mittweida	10,0	0,0	0,0	169,1	169,1	169,1	169,1	169,1
Muldentalkreis	8,5	2,5	29,0	153,3	108,2	123,1	130,8	138,0
Plauen, Vogtlandkreis	21,0	10,0	48,0	157,4	82,4	107,2	119,9	131,9
Riesa-Großenhain	10,0	3,0	30,0	191,8	134,2	153,2	163,0	172,2
Sächsische Schweiz	17,0	5,0	29,0	270,3	190,8	217,0	230,5	243,3
Stollberg	8,0	3,0	38,0	147,8	92,4	110,6	120,1	128,9
Torgau-Oschatz	6,0	2,0	33,0	145,6	97,1	113,1	121,3	129,1
Weißeritzkreis	9,0	6,0	67,0	167,1	55,7	92,5	111,4	129,2
Zwickau, Stadt	11,0	4,0	36,0	138,7	88,2	104,9	113,5	121,5
Zwickauer Land	10,0	1,0	10,0	152,2	136,9	142,0	144,6	147,0

WIdO 2003

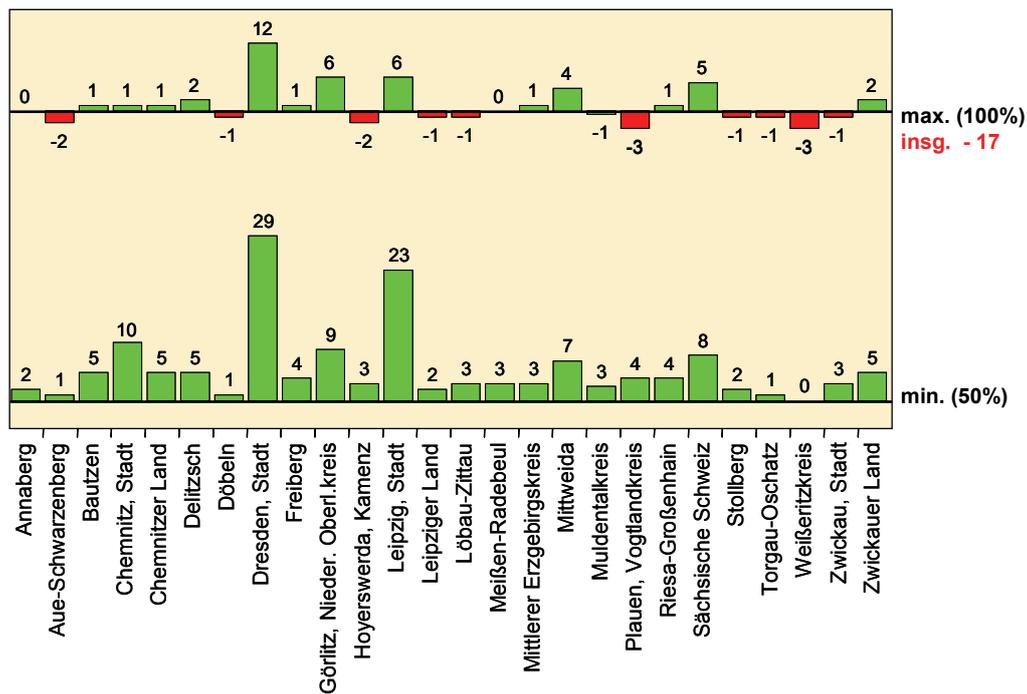
Trotz des in vielen Planungskreisen sehr hohen Anteils an Ärzten im Alter von 60 Jahren und mehr – allein in 20 von 26 Kreisen ist dieser Anteil älterer Ärzte $\geq 20\%$ – führen Altersabgänge bis 2010 nicht zu Unterversorgung, auch wenn kein kinderärztlicher Vertragsarztsitz wieder besetzt werden könnte. Aufgrund von Altersabgängen werden vielmehr Überkapazitäten in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung abgebaut. Immerhin noch in 13 Pla-

nungskreisen bleibt eine Situation der Überversorgung trotz der Altersabgänge bestehen; in der Sächsischen Schweiz sowie in Stadt Görlitz und im Niederschlesischen Oberlausitzkreis liegt dann die Überversorgung immer noch bei ca. 200 %. Eine Wiederbesetzung von Kinderarztpraxen führt fast überall zu erneuter bzw. wieder steigender Überversorgung.

Eine Ausnahme bildet hier lediglich der Weißeritzkreis. In diesem Kreis liegt der Anteil der über 60-jährigen Ärzte aktuell bei 67 % (sechs von insgesamt neun Ärzten). Ohne Wiederbesetzung sinkt der Versorgungsgrad von aktuell 167 % auf knapp 56 % im Jahr 2002. Mit Unterversorgung wäre also auch hier nicht zu rechnen, jedoch zum Erreichen der Vollversorgung müssten zwei Kinderarztstellen wieder besetzt werden. Insgesamt müssen in Sachsen 17 Kinderarztpraxen in den nächsten acht Jahren wiederbesetzt werden, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen.

Abbildung Sachsen 8

**Differenz zu minimaler und Vollversorgung bei Kinderärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Ob überhaupt eine Wiederbesetzung erforderlich ist, hängt im Fall der Kinderärzte freilich auch sehr von der natürlichen Bevölkerungsentwicklung ab, da erst mal nicht davon auszugehen ist, dass es in diesem Kreis – gegen den Trend in Sachsen – zu einem großen Zuzug von Familien mit Kindern kommt.

2.2.7 Bevölkerungsentwicklung

Die Bilanz der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen ist – betrachtet man den Zeitraum seit Anfang der 90er Jahre – negativ, d. h. Geburten und Zuzüge können Sterbefälle und Abwanderungen nicht aufwiegen. Für sich genommen sind über die 90er Jahre sowohl das natürliche Saldo wie auch das Wanderungssaldo negativ, wobei sich die Tendenzen abschwächen. Dabei gilt: Je kleiner die räumliche Einheit eines Planungskreises ist, desto größer ist das Gewicht von Wanderungen für die Bevölkerungsentwicklung.

Per Saldo ergibt sich über die 90er Jahre (von 1991 bis 2001) ein Wanderungsverlust von ca. 1 % der sächsischen Bevölkerung pro Jahr; alles in allem reduziert sich die Bevölkerung zwischen 1990 und dem Jahr 2000 um ca. 7 %.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Städten und Landkreisen Sachsens über den Zeitraum zwischen 1991 und 2000, dann ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild; nicht alle Städte und Kreise weisen ein negatives Bevölkerungswachstum auf:

Der Weißeritzkreis (+6,4), der Muldentalkreis (+8,9), Kamenz (+3,9), Delitzsch (+1,9) Stollberg (+0,8) und Meißen (+0,6) haben ein positives Saldo. Prozentual die größten Verluste gibt es in Hoyerswerda (-24,7), Chemnitz Stadt (-19), Görlitz (17,7), Zwickau Stadt (-16,8) und Leipzig Stadt (-12,7).

Es sind also durchaus nicht nur abgelegene Landkreise, die mit einem Bevölkerungsrückgang zu kämpfen haben. Damit bestätigt sich die These vom vor allem ländlichen Bevölkerungsrückgang in Sachsen zunächst nicht. In der Tendenz schwächen sich Gewinne und Verluste über alle Städte und Kreise zwischen 1990 und 2000 ab.

Mit ab Frühjahr 2003 zur Verfügung stehenden kleinräumigen Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) gibt es Möglichkeiten zu einer detaillierten Abschätzung der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen; auf den Bedarfs an medizinischer Versorgung hat diese Entwicklung einen unmittelbaren Einfluss. Bevölkerungsprognosen des BBR und auch des Statistischen Landesamtes Sachsens zeichnen das Bild eines weiteren, erheblichen Bevölkerungsabbaus in Sachsen, der sich aber immer weiter abschwächt. Von 2010 bis zum Jahr 2020 wird ein anhaltender Rückgang der Bevölkerungszahl um ca. 1,7 % erwartet; in absoluten Zahlen würde dies einen weiteren Rückgang der Einwohnerzahl von ungefähr 4.359.400 auf 4.335.500 Menschen bedeuten.

Dieser Rückgang geht darüber hinaus mit einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur einher. Diese drückt sich u. a. aus in

- einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung
- einem stetigen Rückgang des Bevölkerungsanteils der unter 15-jährigen
- einem weiteren Anwachsen des Anteils an Einpersonenhaushalten.

Innerhalb Sachsens ist gleichfalls ein Prozess der sozialräumlichen Neustrukturierung zu beobachten. Die Bevölkerungsverteilung wird sich vor allem aufgrund der Stadt-Stadtrand-Wanderung (Suburbanisierung) verändern. Aus den Kernstädten der Verdichtungsgebiete werden vergleichsweise viele Haushalte in das jeweilige Umland wechseln. Damit entstehen Gebiete, in denen der infrastrukturelle Bedarf neu definiert werden muss.

Auf den Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen bezogen hieße das: In der Gesamtbetrachtung der Entwicklung Sachsens in den nächsten 15 Jahren könnte das ambulante Versorgungsangebot für die Einwohner einer mittleren Großstadt ersatzlos entfallen; eine entsprechend niedrigere Zahl an Vertragsärzten wird für ein flächendeckendes Angebot an ärztlichen Leistungen ausreichend sein.

Tabelle Sachsen 8

Bevölkerungsprognose

Kreise Sachsen	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
14161 Chemnitz	315.700	255.700	-19,0	217.400	-15,0	192.600	-11,4
14166 Plauen	75.200	70.800	-5,9	67.700	-4,4	64.700	-4,4
14167 Zwickau	122.700	102.100	-16,8	100.100	-2,0	98.400	-1,7
14171 Annaberg	97.200	88.700	-8,7	82.600	-6,9	78.200	-5,3
14173 Chemnitzer Land	147.600	142.200	-3,7	137.200	-3,5	132.200	-3,6
14177 Freiberg	161.100	157.400	-2,3	184.000	16,9	204.600	11,2
14178 Vogtlandkreis	209.200	203.200	-2,9	188.500	-7,2	178.100	-5,5
14181 Mittlerer Erzgebirgskreis	101.600	94.800	-6,7	89.300	-5,8	85.600	-4,1
14182 Mittweida	144.900	138.400	-4,5	126.200	-8,8	116.900	-7,4
14188 Stollberg	97.800	98.600	0,8	132.500	34,4	157.600	18,9
14191 Aue-Schwarzenberg	160.100	140.600	-12,2	121.600	-13,5	107.100	-11,9
14193 Zwickauer Land	139.500	135.900	-2,6	127.800	-6,0	123.100	-3,7
14262 Dresden	511.700	468.600	-8,4	465.600	-0,6	464.600	-0,2
14263 Görlitz	75.800	62.400	-17,7	55.500	-11,1	49.900	-10,1
14264 Hoyerswerda	67.700	51.000	-24,7	47.600	-6,7	45.300	-4,8
14272 Bautzen	169.000	158.100	-6,4	148.400	-6,1	142.400	-4,0
14280 Meißen	154.400	155.300	0,6	165.500	6,6	177.000	6,9
14284 Nieder. Oberlausitzk.	114.600	106.900	-6,7	97.300	-9,0	92.300	-5,1
14285 Riesa-Großenhain	133.800	122.400	-8,5	111.500	-8,9	104.800	-6,0
14286 Löbau-Zittau	176.600	155.600	-11,9	140.100	-10,0	131.000	-6,5
14287 Sächsische Schweiz	155.800	149.500	-4,0	155.700	4,1	163.700	5,1
14290 Weißeritzkreis	119.000	126.600	6,4	135.600	7,1	144.900	6,9
14292 Kamenz	152.300	158.300	3,9	171.900	8,6	186.200	8,3
14365 Leipzig	553.700	483.200	-12,7	463.100	-4,2	448.100	-3,2
14374 Delitzsch	126.100	128.500	1,9	121.300	-5,6	117.200	-3,4
14375 Döbeln	87.000	79.500	-8,6	80.300	1,0	80.100	-0,2
14379 Leipziger Land	159.400	158.500	-0,6	183.800	16,0	204.100	11,0
14383 Muldentalkreis	126.100	137.300	8,9	143.800	4,7	150.200	4,5
14389 Torgau-Oschatz	108.800	102.500	-5,8	97.500	-4,9	94.600	-3,0
Sachsen	4.764.400	4.432.600	-7,0	4.359.400	-1,7	4.335.500	-0,5

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)/Eigene Berechnungen

Mit der sozialstrukturellen Neugliederung (z. B. Abwanderung von Haushalten mit Kindern aus dem Land Sachsen heraus oder in die Peripherie der Großstädte, dadurch anders lokalisierter oder geringerer/größerer Bedarf an Kinder- und Allgemeinärzten) verändert sich die Akzentuierung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsangebote.

2.2.8 Fazit für Sachsen

Ist in den nächsten Jahren mit einem Ärztemangel in Sachsen zu rechnen? Zur Beantwortung dieser Frage wurde mit einer Erhebung des Ist-Standes der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen und mit Prognoserechnungen, die die Situation im Jahr 2010 in den Blick nehmen, zunächst eine Grundlage gelegt.

Die These vom drohenden Ärztemangel lässt sich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen generell nicht belegen. Zwar muss in den nächsten Jahren damit gerechnet werden, dass eine erhebliche Zahl von Ärzten, insbesondere von Hausärzten, ausscheidet, dies führt jedoch nicht zu massiver Unterversorgung. Im fachärztlichen Bereich wird durch die Altersabgänge im Wesentlichen eine aktuell vorhandene Überversorgung abgebaut; hier sind nur in wenigen Städten und Kreisen bzw. Facharztgruppen Wiederbesetzungen von frei werdenden Arztsitzen notwendig.

Im hausärztlichen Bereich sind die meisten Altersabgänge zu erwarten. Aber auch hier kommt es in der überwiegenden Zahl der Planungskreise bereits bei einer Wiederbesetzung jeder dritten frei werdenden Praxis zu einem ausreichenden Versorgungsgrad. Allerdings hat die Analyse auch gezeigt, dass die Versorgungslage regional- und arztgruppenspezifisch analysiert werden muss und die möglichen Maßnahmen entsprechend differenziert ergriffen werden sollten. Wichtig ist jedoch, dass nicht jede frei werdende Arztpraxis in Sachsen wiederbesetzt werden muss, um eine nach den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung zu gewährleisten. Von den bis zum Jahr 2010 insgesamt 1.429 altersbedingt frei werdenden Arztsitzen müssten lediglich ca. 90 Sitze wieder besetzt werden, um eine ausreichende Versorgung in ganz Sachsen zu erreichen.

2.3 Sachsen-Anhalt

2.3.1 Soll-Ist-Vergleich

In Sachsen-Anhalt sind im Jahr 2002 insgesamt 3.096 Vertragsärzte der Gebiete tätig, die in den Bedarfsplanungsrichtlinien aufgeführt sind¹⁵: Aus methodischen Gründen sind hierbei die Nervenärzte und die Psychotherapeuten nicht berücksichtigt, wogegen alle Ärzte, die in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig sind, einbezogen sind.

Mit zwei Ausnahmen (Anästhesisten und Hausärzte) arbeiten in allen Arztgruppen mehr Ärzte als nach der Bedarfsplanung vorgesehen sind.

Von den insgesamt 3.096 Vertragsärzten Sachsen-Anhalts sind 726 60 Jahre alt oder älter. Damit fällt in den nächsten acht Jahren fast ein Viertel aller Vertragsärzte in Sachsen aufgrund von Altersabgängen weg. Über die Versorgung ist damit zunächst recht wenig gesagt, da es in verschiedenen Versorgungsbereichen z. T. erhebliche Überkapazitäten gibt.

Die *Tabelle Sachsen-Anhalt 1* zeigt die aktuelle (April 2002) Versorgungssituation über alle Planungskreise. Deutlich wird die generell gute Versorgung sowohl bei Haus- wie auch bei Fachärzten; aber es ist auch zu erkennen, dass weitaus die meisten Planungskreise und Städte fachärztlich überversorgt sind. Überversorgte Kreise sind hellgrau, unterversorgte Kreise dunkelgrau markiert; nicht markierte Kreise liegen im Bedarfsplanungszielfenster.

Die hausärztliche Versorgung liegt in allen Städten und Kreisen Sachsen-Anhalts über dem in den Richtlinien geforderten Maß, in nahezu der Hälfte der Kreise liegt eine Vollversorgung vor und zusätzlich gibt es in drei Kreisen sogar eine hausärztliche Überversorgung. Der fachärztliche Bereich ist fast gänzlich durch Überversorgung bestimmt. Der Saalkreis, der durch Halle mitversorgt wird, und die Gruppe der Anästhesisten spielen aus verschiedenen Gründen eine Sonderrolle (späte Aufnahme in die Bedarfsplanung etc.).

¹⁵ Quelle: Arztstammdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Tabelle Sachsen-Anhalt 1

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

Sachsen-Anhalt	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Übersversorgung	Unterversorgung
													Übersversorgung	Unterversorgung
Altmarkkreis Salzwedel	87,7	158,1	122,3	131,5	136,3	100,0	241,0	119,1	150,0	93,4	269,9	164,1		
Anhalt-Zerbst	97,3	123,8	124,1	171,6	0,0	130,5	251,6	155,4	97,9	81,3	176,1	142,8		
Aschersleben-Staßfurt	98,0	210,7	121,3	118,5	61,5	128,7	180,7	119,3	134,9	102,1	159,6	152,9		
Bernburg	83,2	165,7	93,9	117,3	0,0	84,3	127,8	101,9	82,6	58,2	86,9	123,2		
Bördekreis	94,6	340,0	130,0	140,5	148,5	130,2	156,7	141,2	159,6	129,6	0,0	88,0		
Burgenlandkreis	107,5	189,0	103,2	117,1	82,6	108,6	174,2	196,2	207,0	120,1	330,3	146,8		
Dessau, Bitterfeld	83,6	254,9	114,6	171,9	112,0	133,9	163,9	167,9	166,5	117,2	127,3	157,9		
Halberstadt	94,6	510,0	148,5	175,6	0,0	130,2	156,7	211,8	266,0	172,8	396,1	88,0		
Halle (Saale)	119,7	140,3	112,0	183,2	112,2	147,9	128,2	145,2	133,6	116,5	118,8	105,9		
Jerichower Land	85,9	178,6	131,7	138,4	117,1	128,3	308,7	166,9	125,8	136,2	156,1	138,7		
Köthen	84,8	164,7	62,2	116,7	0,0	111,8	127,1	152,0	123,2	57,8	172,7	122,5		
Magdeburg	118,4	140,7	113,1	144,5	95,3	133,3	190,7	139,6	127,7	123,7	126,2	112,4		
Mansfelder Land	94,2	231,4	139,9	113,9	29,6	123,7	282,2	114,7	129,6	122,7	153,4	146,9		
Merseburg-Querfurt	93,6	230,7	120,9	106,0	94,4	164,5	207,9	122,0	129,3	97,9	122,4	117,2		
Ohrekreis	88,4	228,3	112,2	165,1	99,8	131,2	263,1	94,8	178,7	130,6	332,5	118,2		
Quedlinburg	110,1	119,0	127,9	182,2	0,0	113,1	297,7	157,2	133,3	134,5	210,3	134,3		
Saalkreis	79,6	219,2	89,8	67,9	143,7	0,0	151,5	204,8	0,0	0,0	0,0	0,0		
Sangerhausen	86,6	198,9	130,3	164,3	0,0	190,4	183,3	165,2	186,7	101,1	463,3	205,9		
Schönebeck	109,9	121,1	113,9	132,5	0,0	115,2	181,9	160,1	135,7	137,0	107,1	205,1		
Stendal	92,8	250,9	127,4	151,7	0,0	144,3	139,1	171,8	81,1	134,8	97,4	118,4		
Weißenfels	101,6	237,8	127,8	182,2	0,0	113,1	119,0	157,2	133,3	134,5	210,3	134,2		
Wernigerode	93,9	141,1	138,7	262,3	0,0	162,1	195,1	175,7	176,6	107,6	493,1	219,1		
Wittenberg	86,7	219,1	125,5	111,3	157,5	134,7	185,6	183,4	115,5	119,9	311,8	126,4		

WIdO 2003

Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den einzelnen Planungsbereichen Übersversorgung feststellen und ggf. Zulassungsbeschränkungen anordnen (Abs. 1) oder solche aufheben (Abs. 3). Übersversorgung liegt in der Regel dann vor, wenn der örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. überschreitet; dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 Prozent größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation.

Die zuletzt dargestellte Tabelle zeigt mit den hellgrau markierten Feldern an, welche Planungskreise in Sachsen-Anhalt für welche Gruppen von Ärzten für eine weitere Niederlassung gesperrt sind. Entsprechend ihrem großen Anteil gibt es vergleichsweise wenige für eine fachärztliche Niederlassung offene Städte und Planungskreise.

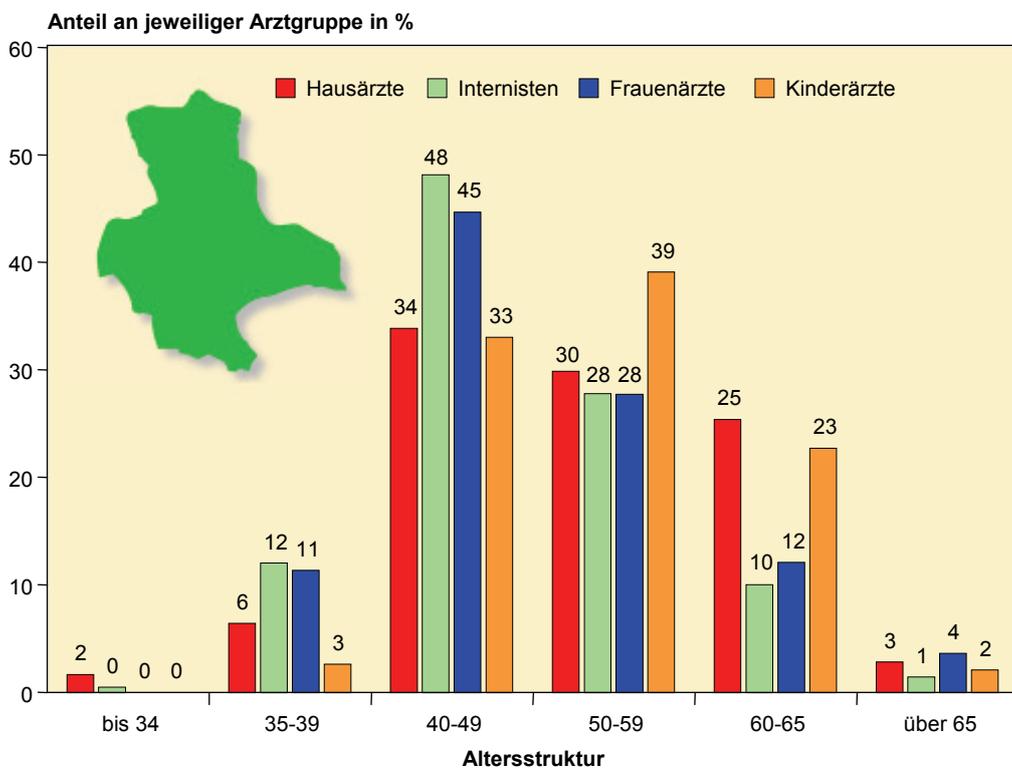
2.3.2 Altersstruktur / Gruppierung

Die Altersstruktur der Ärzte in Sachsen-Anhalt entspricht der der anderen (Ost-) Flächenstaaten.

Die folgende *Abbildung Sachsen-Anhalt 1* zeigt die Gruppen der Hausärzte, Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte in ihrer Altersstruktur im Vergleich.

Abbildung Sachsen-Anhalt 1

Altersstrukturvergleich Ärzte 2002*



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Der Anteil an den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und der 60- bis 65-Jährigen ist bei Hausärzten und bei Kinderärzten gegenüber den beiden anderen Arztgruppen vergleichsweise groß. Überproportionale Altersabgänge sind in den nächsten Jahren daher vor allem in diesen beiden Arztgruppen zu erwarten.

2.3.3 Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze

Bei Überlegungen zur Anzahl der in den nächsten Jahren in Sachsen-Anhalt aus Altersgründen frei werdenden Vertragsarztsitze wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die sogenannte 68er-Regelung wirksam wird; damit würden Ärzte spätestens im Alter von 68 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden; ihre Praxen könnten zur Besetzung ausgeschrieben werden¹⁶. Den Vertragsärzten bleibt es natürlich unbenommen, schon vor dem Erreichen dieser Altersgrenze ihre Praxen aufzugeben; andererseits gibt es eine ganze Reihe von Ärzten, die noch in einem sehr hohen Alter praktizieren. Gründe für eine derart prolongierte Berufsausübung dürften gerade in den Beitrittsländern sowohl in der finanziellen Alterssicherung der einzelnen Ärzte wie auch den Schwierigkeiten eines Praxisverkaufs liegen. Vor allem wenn Praxen in Bezirken liegen, in denen der Anteil an Privatpatienten gering ist, gibt es Probleme beim Wiederverkauf¹⁷. Eine zusätzliche, empirisch allerdings nur schwer verifizierbare Rolle spielt sicherlich auch die Bindung gerade ländlich tätiger Ärzte an ihre Patienten (und umgekehrt). Dieses Moment dürfte vor allem bei Hausärzten zum Tragen kommen.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation in den Bedarfsplanungskreisen könnte eine ggf. bestehende Überversorgung einer Wiederbesetzung allerdings entgegenstehen. In solchen Fällen könnten die Sitze u. U. nicht ausgeschrieben werden; stattdessen könnten bestehende Überkapazitäten ggf. abgebaut werden. Wie viele Vertragsarztsitze werden voraussichtlich vakant?

Die folgende *Tabelle Sachsen-Anhalt 2* zeigt die Zahlen der in den nächsten Jahren (2002-2010) aufgrund von Altersabgängen in Sachsen-Anhalt frei werdenden Sitze über alle planungsrelevanten Arztgruppen und Planungskreise. Allerdings ist die Zahl der frei werdenden Arztsitze nicht gleichzusetzen mit der Zahl der für eine ausreichende Versorgung notwendigen Wiederbesetzungen.

¹⁶ Entsprechend § 95 Abs.7 SGB V endet ab 1.1.1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet; Ausnahmen: wenn zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres die Vertragsarztstätigkeit < 20 Jahre war oder wenn ein Arzt bereits vor dem 1.1.1993 als Vertragsarzt tätig war, verlängert der Zulassungsausschuss die Zulassung bis zum Ablauf dieser Frist. 1998 bestätigte das Bundesverfassungsgericht (2. Kammer des Ersten Senats) die Altersgrenze für Kassenärzte als verfassungsgemäß.

¹⁷ Außerdem scheint die Bereitschaft vieler Ärzte gering zu sein, den von ihnen für eine Praxis geforderten Preis dem Markt anzupassen.

Tabelle Sachsen-Anhalt 2

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Sachsen-Anhalt	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Altmarkkreis Salzwedel	24	2	3	1	0	1	1	0	2	1	1	0	36
Anhalt-Zerbst	14	0	2	2	0	3	1	1	1	0	0	0	24
Aschersleben-Staßfurt	19	1	2	0	0	1	1	1	0	1	0	0	26
Bernburg	7	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	13
Bördekreis	15	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	20
Burgenlandkreis	26	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	34
Dessau, Bitterfeld	27	1	4	5	0	4	4	1	2	2	1	1	52
Halberstadt	13	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	18
Halle (Saale)	50	9	7	6	1	7	3	3	5	7	0	2	100
Jerichower Land	14	0	2	1	0	2	1	1	0	0	0	0	21
Köthen	11	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	16
Magdeburg	49	3	7	7	1	8	4	6	2	5	3	0	95
Mansfelder Land	16	2	1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	24
Merseburg-Querfurt	23	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	0	32
Ohrekreis	15	1	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	22
Quedlinburg	12	0	2	3	0	1	2	1	1	2	1	0	25
Saalkreis	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
Sangerhausen	9	0	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	14
Schönebeck	12	0	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	18
Stendal	31	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	37
Weißenfels	17	0	2	3	0	1	0	1	0	0	0	0	24
Wernigerode	18	0	0	4	0	4	1	1	1	1	1	1	32
Wittenberg	17	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	0	27
Gesamt	455	24	43	47	3	42	26	24	23	24	8	7	726

WIdO 2003

2.3.4 Altersabgänge und Versorgung

Um den Effekt eines altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen auszuloten, wird im Weiteren der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das 60ste Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Altersverteilung der Ärzte in den einzelnen Arztgruppen kommt hierbei unmittelbar zum Tragen.

Der von der Gruppe der jüngeren Ärzte erbrachte Versorgungsanteil wird über die nächsten Jahre relativ stabil bleiben, da die Zahl vorzeitiger Praxisaufgaben erfahrungsgemäß gering bleibt.

In der folgenden *Tabelle Sachsen-Anhalt 3* sind die Planungskreise hellgrau markiert, in denen auch ohne die älteren Ärzte Überversorgung besteht; in den dunkelgrau markierten Kreisen käme es ohne die ≥ 60 Jahre alten Ärzte zu einer Unterversorgung, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte für Hausärzte mit 75 % des Sollversorgungsgrades und bei Fachärzten mit 50 % des Solls definiert ist. Die nicht markierten Kreise liegen hinsichtlich ihrer Versorgungssituation im Zielkorridor zwischen Über- und Unterversorgung.

Tabelle Sachsen-Anhalt 3

Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre

Sachsen-Anhalt	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Überversorgung	Unterversorgung
													■	■
Altmarkkreis Salzwedel	52,6	94,9	81,5	105,2	136,3	75,0	192,8	119,1	75,0	62,3	135,0	164,1		
Anhalt-Zerbst	70,6	123,8	88,7	102,9	0,0	32,6	188,7	77,7	48,9	81,3	176,1	142,8		
Aschersleben-Staßfurt	67,5	180,6	97,1	118,5	61,5	107,3	135,5	79,6	134,9	76,6	159,6	152,9		
Bernburg	68,2	165,7	93,9	88,0	0,0	56,2	63,9	101,9	82,6	29,1	0,0	61,6		
Bördekreis	63,8	283,3	92,8	105,4	148,5	130,2	156,7	141,2	159,6	86,4	0,0	88,0		
Burgenlandkreis	77,8	157,5	92,9	97,6	82,6	90,5	130,7	157,0	177,5	120,1	330,3	97,9		
Dessau, Bitterfeld	62,5	242,8	91,7	118,2	112,0	92,7	70,2	149,3	136,2	95,9	95,5	135,4		
Halberstadt	67,9	510,0	130,0	70,2	0,0	97,7	156,7	211,8	266,0	172,8	396,1	88,0		
Halle (Saale)	87,9	105,2	92,9	151,8	104,7	116,6	102,6	124,5	100,2	79,4	118,8	84,7		
Jerichower Land	63,2	178,6	102,4	110,7	117,1	77,0	247,0	111,3	125,8	136,2	156,1	138,7		
Köthen	61,5	164,7	62,2	87,5	0,0	83,9	127,1	152,0	41,1	57,8	172,7	61,2		
Magdeburg	85,2	128,3	92,8	105,6	87,4	95,2	154,3	95,5	113,5	95,6	94,6	112,4		
Mansfelder Land	69,5	173,5	128,2	75,9	29,6	123,7	238,8	76,5	97,2	122,7	153,4	146,9		
Merseburg-Querfurt	65,3	207,7	111,6	90,9	94,4	131,6	173,2	91,5	103,4	78,3	122,4	117,2		
Ohrekreis	67,7	190,3	99,7	165,1	0,0	87,5	210,5	47,4	178,7	130,6	332,5	118,2		
Quedlinburg	84,7	119,0	95,9	104,1	0,0	84,8	178,6	104,8	88,9	67,3	105,2	134,3		
Saalkreis	47,8	219,2	89,8	67,9	143,7	0,0	151,5	204,8	0,0	0,0	0,0	0,0		
Sangerhausen	65,0	198,9	86,9	123,3	0,0	152,3	183,3	165,2	124,5	101,1	463,3	205,9		
Schönebeck	84,1	121,1	97,7	79,5	0,0	115,2	181,9	53,4	90,5	137,0	107,1	205,1		
Stendal	60,1	228,1	117,6	151,7	0,0	144,3	69,5	128,9	81,1	112,3	97,4	118,4		
Weißenfels	65,6	237,8	95,9	104,1	0,0	84,8	119,0	104,8	133,3	134,5	210,3	134,2		
Wernigerode	63,2	141,1	138,7	145,7	0,0	54,0	130,0	117,2	132,5	71,7	328,7	146,1		
Wittenberg	67,6	194,8	115,1	70,9	157,5	115,5	148,5	137,5	57,7	95,9	311,8	126,4		

WIdO 2003

Wird die aktuelle vertragsärztliche Versorgung betrachtet, ohne diejenigen Ärzte einzubeziehen, die ein Lebensalter von ≥ 60 Jahren haben, so wird unmittelbar augenfällig, dass aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur von Haus- und Fachärzten zukünftig mit spezifischen Problemlagen zu rechnen ist: Im fachärztlichen Bereich bleibt eine – insgesamt betrachtet – durch Überversorgung gekennzeichnete Versorgungslage zwar in vielen Städten und Kreisen weiterhin bestehen (z. B. bei den Internisten), aber andererseits liegt in mehr als einem Drittel der betrachteten Kreis/Arztgruppen die Versorgung nunmehr eher im Bereich der Vollversorgung und lediglich in sechs fachärztlichen Planungskreisen entsteht für jeweils eine Arztgruppe eine neue Situation der Unterversorgung.

Bei vielen ärztlichen Fachgruppen bliebe damit die aktuelle Überversorgung auch dann bestehen, wenn alle älteren Ärzte ausscheiden würden und die frei werdenden Sitze nicht wieder besetzt würden. Eine derartige, wenig sinnvolle und kostentreibende Überversorgung kann jedoch nicht als „gute Versorgung“ bezeichnet werden.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung gerieten dagegen 18 von 23 Planungskreisen ohne eine Wiederbesetzung in eine Situation der Unterversorgung. Werden grenzwertige Kreise einbezogen, dann gäbe es ohne die 60-jährigen und älteren Ärzte eine Unterversorgung in mehr als 75 % der Planungskreise Sachsen-Anhalts. Dies gilt freilich nur unter der Annahme einer gegenüber der heutigen Situation unveränderten Bevölkerungszahl. Das davon nicht ohne weiteres ausgegangen werden kann, ist im Abschnitt zur Bevölkerungsentwicklung beschrieben (*siehe Kapitel 2.3.7*).

Mit der in einzelnen Planungskreisen bestehenden oder zu erwartenden Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung stellt sich natürlich die Frage, ob Disparitäten ggf. nicht auch über andere Facharzt-/Hausarzt-Zuordnungen abgebaut werden könnten. In Sachsen-Anhalt drängt sich diese Frage vor allem deshalb auf, weil der beschriebenen hausärztlichen Unterversorgung eine fachärztlich-internistische Überversorgung in mehr als 90 % aller Planungskreise und –Städte gegenüberstünde.

Bei den Hausärzten stand bis Ende 2000 nach den Vorschriften (Richtlinien) der Bedarfsplanung prinzipiell die Möglichkeit zur Verfügung, dass fachärztlich tätige Internisten aus internistisch überversorgten Kreisen hausärztliche Aufgaben übernehmen. Wegen der häufigen Parallelität von internistischer Über- und hausärztlicher Unterversorgung wurde diese Regelung noch einmal aufgegriffen und hinsichtlich möglicher Effekte durchgerechnet. Entsprechend den Richtlinien würde der Versorgungsanteil, der über 110 % liegt, mit dem Anrechnungsfaktor 0,8 auf die hausärztliche Versorgung angerechnet werden. Unsere Modellrechnungen zeigen aber, dass ein solches Verlagern von fachärztlichen Internisten zur hausärztlichen Versorgung in keinem Planungskreis Sachsen-Anhalts dazu führen würde, dass ein vorher

unterversorgter Kreis über die notwendige 75 %-Grenze zur Normalversorgung wechselt. Hier wirkt sich die vergleichsweise geringe zahlenmäßige Größe der Gruppe der fachärztlichen Internisten gegenüber der Gruppe der Hausärzte aus.

2.3.5 Identifizierung problematischer Versorgungskreise

Zur Identifizierung zukünftig besonders problematischer Arztgruppen und Versorgungskreise wurden für jede Arztgruppe die jeweils fünf vergleichsweise am besten und fünf vergleichsweise am schlechtesten versorgten Kreise näher betrachtet. Grundlage war auch hier die Gruppe der Ärzte im Alter von weniger als 60 Jahren. Verglichen werden Versorgungsgrade (in Prozent), ohne die älteren Ärzte einzubeziehen.

Wie schon oben ausgeführt, ist der Grad der hausärztlichen Versorgung über fast alle Planungskreise durchschnittlich niedriger als bei den übrigen Facharztgruppen. Probleme aufgrund von Altersabgängen sind vor allem in den Großstädten und in ländlichen, eher abgelegenen Regionen zu erwarten, wogegen das Umland großer Städte und die mittelgroßen Städte vergleichsweise gut und in der Regel besser als die Großstädte selbst versorgt sind.

Die fünf mit Ärzten aller Fachgruppen am stärksten versorgten Kreise sind Magdeburg, Quedlinburg, Halle (Saale), Schönebeck und der Burgenlandkreis. In diesen Kreisen wird es in Zukunft auch dann nicht zu hausärztlicher und internistischer Unterversorgung kommen, wenn aus Altersgründen frei werdenden Sitze in keinem Fall wieder besetzt werden können; die aktuelle Überversorgung mit Internisten bleibt mit Ausnahme von Halle in diesen Kreisen sogar erhalten.

Die fünf am geringsten versorgten Kreise sind im Jahr 2010 voraussichtlich der Altmarkkreis Salzwedel, Köthen, Bernburg, Anhalt-Zerbst und der Saalkreis, wobei der zuletzt genannte – wie schon erwähnt – eine Sonderrolle spielt, da eine Mitversorgung durch Halle anzunehmen ist. Mit Ausnahme von Altmarkkreis Salzwedel gibt es auch bei den insgesamt schlecht versorgten Kreisen ein auffälliges Missverhältnis zwischen der Zahl und dem Versorgungsgrad an Hausärzten und den fachärztlichen Internisten. Einer im Fall von Nicht-Wiederbesetzung entstehenden hausärztlichen Unterversorgung stünde eine Überversorgung durch fachärztliche Internisten und ggf. auch andere Facharztgruppen gegenüber.

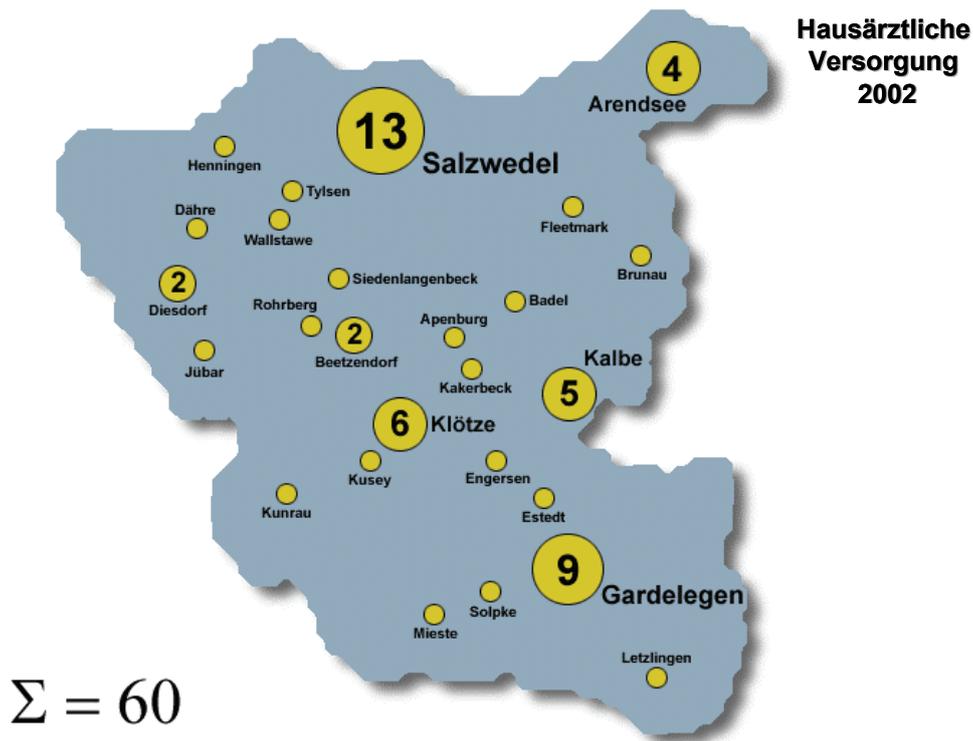
Alles in allem fällt die Heterogenität der Versorgung in den einzelnen Planungskreisen auf. Deshalb ist es nur sehr eingeschränkt möglich, bestimmte Städte und Kreise mit fachgruppenübergreifend schlechter bzw. guter Versorgung zu identifizieren; auf die Problematik einer umstandslosen Gleich-

setzung von hohem Versorgungsgrad mit „guter“ Versorgung resp. niedrigem Versorgungsgrad mit „schlechter“ Versorgung ist schon verschiedentlich hingewiesen worden. Eine solche Typisierung ist zudem nur schwer spezifischen sozialen, sozio-ökonomischen oder verwaltungstechnischen Kategorien zuzuordnen.

In den folgenden Abbildungen sind die Situation und die mögliche Entwicklung des nach Altersabgängen hausärztlich am geringsten versorgten Planungskreis Sachsen-Anhalts, Altmarkkreis Salzwedel, detaillierter dargestellt. Gezeigt werden soll zugleich, wie durch Konzentration von Arztsitzen in (Kreis-)Städten aufgrund von Praxisschließungen in abgelegenen dörflichen Gegenden dort ein Versorgungsproblem entstehen kann.

Abbildung Sachsen-Anhalt 2

Hausärztliche Versorgung im Kreis Altmarkkreis Salzwedel 2002*



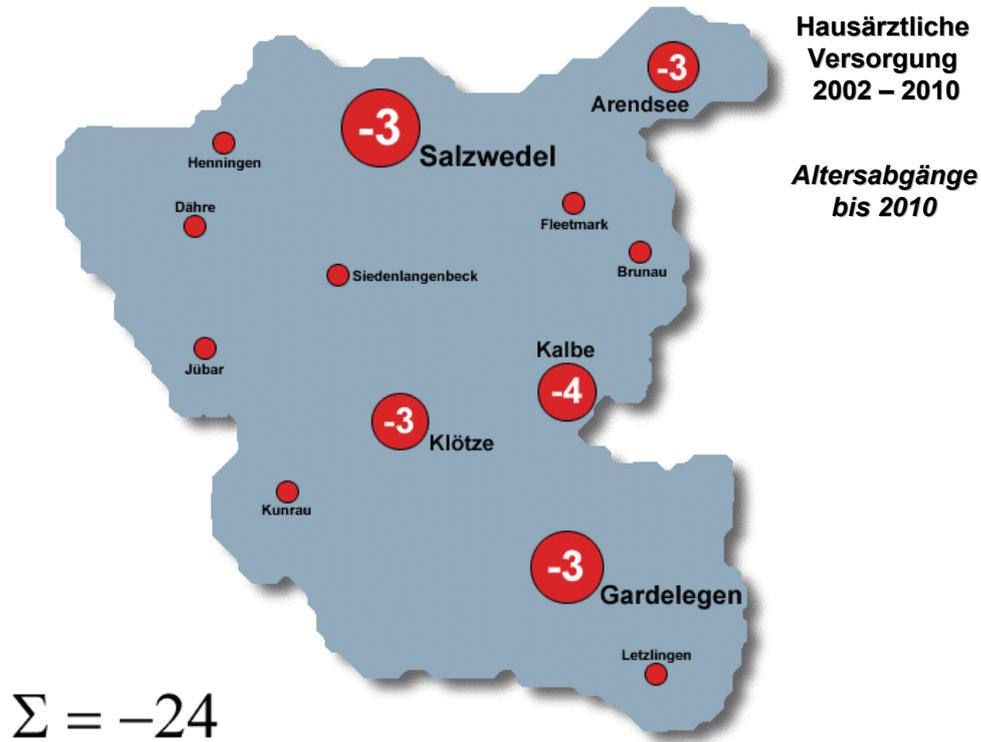
Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WiDO 2003

*Werte sind gerundet

Abbildung Sachsen-Anhalt 3

**Hausärztliche Versorgung im Kreis Altmarkkreis Salzwedel
2002 – 2010; Altersabgänge bis 2010***



Auf dieser Karte sind alle Hausarztsitze durch einen Kreis markiert, die potenziell aus Altersgründen in den nächsten acht Jahren aufgegeben werden. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der möglicherweise jeweils aufgegebenen Sitze, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist (war).

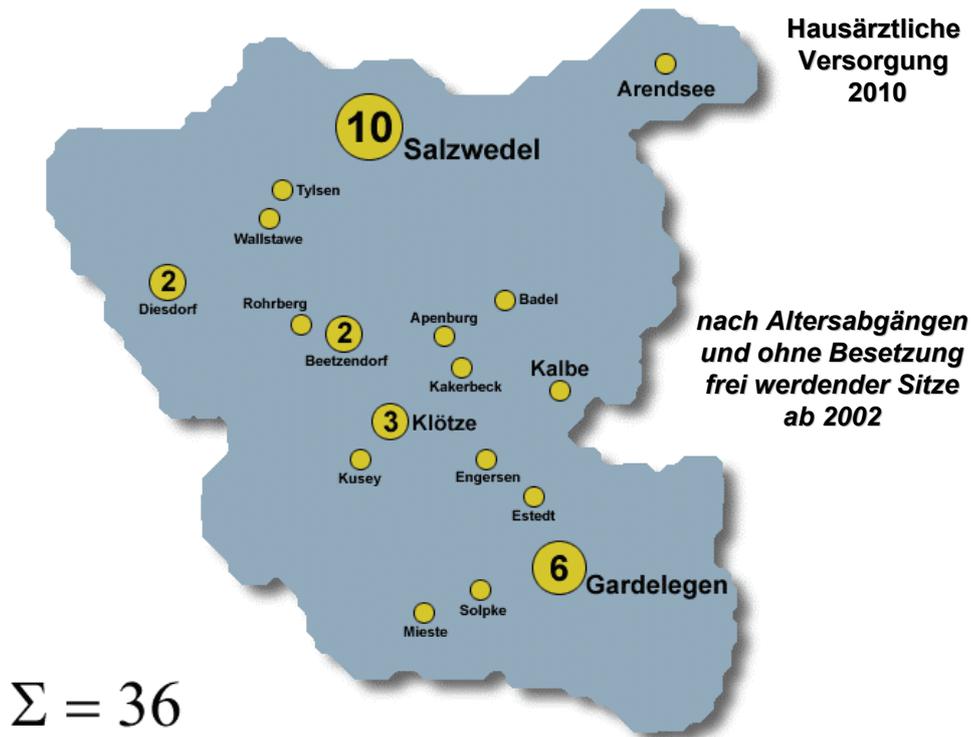
WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Deutlich wird, dass Arztsitze durchaus nicht nur auf dem Lande frei werden. Auch in den Städten kommt es tendenziell zu hohen Altersabgängen bei Hausärzten.

Abbildung Sachsen-Anhalt 4

Hausärztliche Versorgung im Kreis Altmarkkreis Salzwedel 2010 nach Altersabgängen und ohne Besetzung frei werdender Sitze*



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten abzüglich der aus Altersgründen aufgegebenen Sitze bis zum Jahr 2010 durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Zu erkennen ist, dass sich durch ausbleibende oder mangelnde Wiederbesetzung von Sitzen eine schwierige Versorgungssituation süd-östlich von Salzwedel bzw. nördlich von Kalbe ergeben könnte. Hier blieben einige Dörfer oder kleine Orte unversorgt, d. h. für einen Hausarztbesuch müssten Patienten ggf. nach Salzwedel fahren und umgekehrt müssten dort praktizierende Ärzte häufigere und längere Wege zu Hausbesuchen bewältigen. Auch süd-westlich von Gardelegen könnte es zu Engpässen bei Nicht-Besetzung frei werdender Arztstellen kommen; die Patienten müssten sich ggf. nach Klötze oder Gardelegen orientieren.

Die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Planungskreisen ist bei isolierter Betrachtung eines Kreises allerdings nur bedingt einzuschätzen. Unklar bleibt vor allem, ob und inwieweit Patienten Versorgungsangebote in

benachbarten Kreisen (u. a. Lüchow-Dannenberg im Norden, Stendal im Osten) nutzen. Gleiches gilt auch für diese, d. h., es bleibt ungeklärt, ob sich Versorgungsdefizite – wie sie im o. g. Beispiel süd-östlich von Salzwedel entstehen – mit ähnlichen Defiziten in den benachbarten Kreisen addieren oder ob Defizite durch ein gutes Angebot der Nachbarkreise teilweise kompensiert werden können. Die genannten Kreise Lüchow-Dannenberg und Stendal sind im Übrigen von ihrer Bevölkerungsdichte her vergleichbar mit dem Altmarkkreis Salzwedel; alle sind ähnlich dünn besiedelt (Altmarkkreis Salzwedel hat im Jahr 2002 ca. 43,5 Einwohner/Km², Lüchow-Dannenberg ca. 42,3 und Stendal ca. 55,8).

Mögliche Lösungen der Versorgungsprobleme müssen die jeweilige regionale Spezifität solcher Defizite berücksichtigen; zentrale Maßnahmen dürften sich vor Ort als wenig effektiv und nicht sinnvoll erweisen.

Die fachärztliche Versorgung im Altmarkkreis Salzwedel zeichnet sich durch eine Konzentration der (Fach)Arztstühle in den Städten aus; dies ist auch sinnvoll, denn eine wohnortnahe Erreichbarkeit ist nicht im gleichen Maß wie bei Hausärzten erforderlich.

Wie verändert sich nun die fachärztliche Versorgung durch Altersabgänge?

Bis zum Jahr 2010 wird sich nach Altersabgängen von Ärzten die fachärztliche Versorgung im Altmarkkreis Salzwedel weiter in den Städten Salzwedel und Gardelegen konzentrieren. Die fachärztliche Versorgungsstruktur ist damit prinzipiell unverändert. Allerdings stehen bei einer Nicht-Wiederbesetzung insgesamt zwölf Fachärzte weniger als noch im Jahr 2002 zur Verfügung. Bemerkbar machen dürfte sich vor allem das Fehlen von einem Augenarzt, einem Orthopäden und zwei HNO-Ärzten.

2.3.6 Wiederbesetzungsszenarien

Im Folgenden wird die Versorgungssituation in den wichtigsten Arztgruppen differenziert dargestellt. Dabei werden die Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und fachärztlich tätigen Internisten ausgewählt, weil sie die zahlenmäßig stärksten Gruppen der insgesamt 14 in der Bedarfsplanung berücksichtigten Gruppen ¹⁸ bilden und die Grundversorgung abdecken.

Ausgehend von der Versorgungssituation nach einem altersbedingten Ausscheiden aller Ärzte im Alter von ≥ 60 Jahren, wird in Wiederbesetzungsszenarien die Wahrscheinlichkeit der Wiederbesetzung variiert. Dargestellt wer-

¹⁸ In den Bedarfsplanungs-Richtlinien werden die Arztgruppen genannt, für die der Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung bestimmt wird. Es handelt sich um: Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen.

den regionale Versorgungsgrade bei Wiederbesetzungsquoten von 33 %, 50 % und 66 %. Des Weiteren werden Differenzen zur jeweils notwendigen Mindest- bzw. Vollversorgung in absoluten Zahlen aufgezeigt.

Zu erkennen ist dabei, welche absolute Differenz zur Unter- (< 50 % bei Fachärzten, < 75 % bei Hausärzten) bzw. Vollversorgung (100 %) besteht und auch, wie viele Ärzte jeweils fehlen oder – gemessen an diesen Zielen – überzählig sind. Grundlage ist die Gruppe der heute tätigen Ärzte, die das Alter von 60 Jahren noch nicht erreicht haben.

2.3.6.1 Hausärzte

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (Tabelle Sachsen-Anhalt 4).

Tabelle Sachsen-Anhalt 4

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

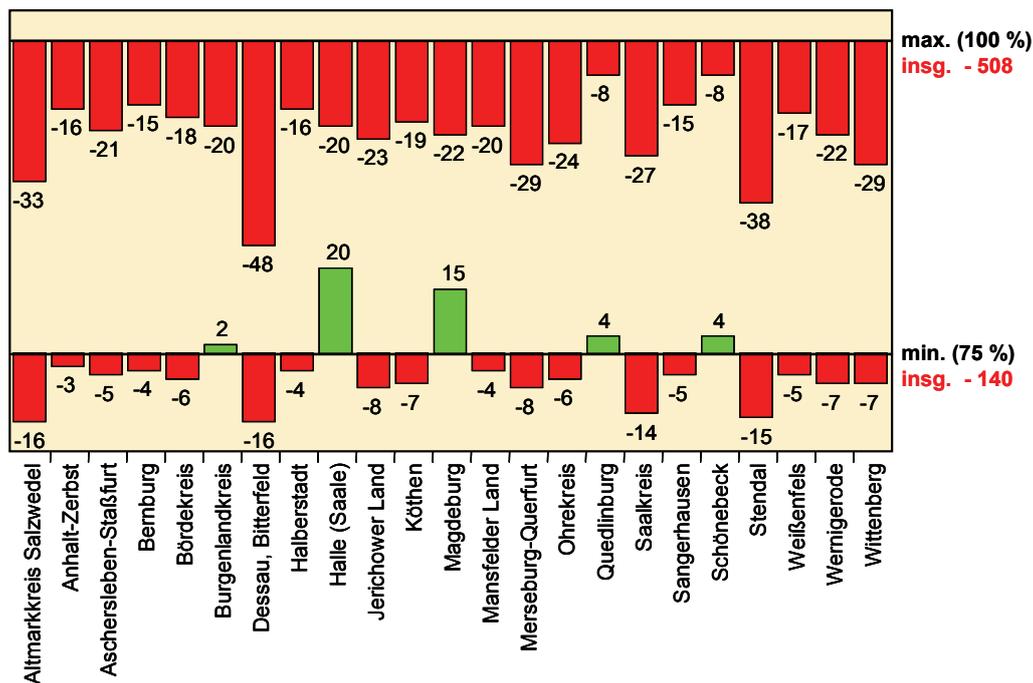
	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen-Anhalt								
Altmarkkreis Salzwedel	60,0	24,0	40,0	87,7	52,6	64,2	70,2	75,8
Anhalt-Zerbst	51,0	14,0	27,5	97,3	70,6	79,4	84,0	88,2
Aschersleben-Staßfurt	61,0	19,0	31,1	98,0	67,5	77,6	82,8	87,6
Bernburg	39,0	7,0	17,9	83,2	68,2	73,2	75,7	78,1
Bördekreis	46,0	15,0	32,6	94,6	63,8	74,0	79,2	84,1
Burgenlandkreis	94,0	26,0	27,7	107,5	77,8	87,6	92,6	97,4
Dessau, Bitterfeld	107,0	27,0	25,2	83,6	62,5	69,5	73,1	76,4
Halberstadt	46,0	13,0	28,3	94,6	67,9	76,7	81,3	85,5
Halle (Saale)	188,0	50,0	26,6	119,7	87,9	98,4	103,8	108,9
Jerichower Land	53,0	14,0	26,4	85,9	63,2	70,7	74,6	78,2
Köthen	40,0	11,0	27,5	84,8	61,5	69,2	73,2	76,9
Magdeburg	175,0	49,0	28,0	118,4	85,2	96,2	101,8	107,1
Mansfelder Land	61,0	16,0	26,2	94,2	69,5	77,6	81,8	85,8
Merseburg-Querfurt	76,0	23,0	30,3	93,6	65,3	74,6	79,5	84,0
Ohrekreis	64,0	15,0	23,4	88,4	67,7	74,5	78,1	81,4
Quedlinburg	52,0	12,0	23,1	110,1	84,7	93,1	97,4	101,5
Saalkreis	40,0	16,0	40,0	79,6	47,8	58,3	63,7	68,8
Sangerhausen	36,0	9,0	25,0	86,6	65,0	72,1	75,8	79,3
Schönebeck	51,0	12,0	23,5	109,9	84,1	92,6	97,0	101,1
Stendal	88,0	31,0	35,2	92,8	60,1	70,9	76,5	81,7
Weißenfels	48,0	17,0	35,4	101,6	65,6	77,5	83,6	89,4
Wernigerode	55,0	18,0	32,7	93,9	63,2	73,3	78,5	83,5
Wittenberg	77,0	17,0	22,1	86,7	67,6	73,9	77,1	80,2

WIdO 2003

Aktuell praktizieren insgesamt mehr als 1.609 Hausärzte in Sachsen-Anhalt¹⁹. Von diesen Ärzten scheiden 455, also mehr als 27 %, bis zum Jahr 2010 aus der Praxis aus. Falls keiner der in den nächsten acht Jahren aufgrund von Altersabgängen in Sachsen-Anhalt frei werdenden hausärztlichen Vertragsarztsitze wieder besetzt werden könnte, käme es in 18 von 23 Planungskreisen zu einer rechnerischen Unterversorgung; in vier weiteren Planungskreisen wäre die Versorgung grenzwertig. Falls jeder zweite frei werdende Sitz wieder besetzt werden könnte, gäbe es lediglich noch in fünf Planungskreisen eine hausärztliche Unterversorgung; Dessau-Bitterfeld und Köthen wären dabei grenzwertig. Könnte dagegen für jeweils zwei von drei aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsärzten ein Nachfolger gefunden werden, so wäre die Versorgung in allen Städten und Planungskreisen Sachsen-Anhalts gesichert, da der Saalkreis weitgehend von Halle mitversorgt wird.

Abbildung Sachsen-Anhalt 5

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Hausärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

¹⁹ Quelle: Arztstammdaten

Da mit den Altersabgängen die in einigen Planungskreisen bestehende Überversorgung abgebaut würde, würde es – absolut gesehen – ausreichen, insgesamt 140 Hausärzte anzuwerben, um die Altersabgänge bis 2010 so weit auszugleichen, bis eine rechnerisch und gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung sichergestellt ist (s. *Abbildung Sachsen-Anhalt 5*). Das bedeutet: Die für eine ausreichende Versorgung auch in vergleichsweise abgelegenen Gegenden Sachsen-Anhalts in den nächsten acht Jahren absolut notwendige Zahl an Hausärzten ist zunächst nicht sehr groß. Für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % (Vollversorgung) wären in Sachsen-Anhalt allerdings schon 508 Hausärzte in den nächsten acht Jahren anzuwerben.

2.3.6.2 Fachärztlich tätige Internisten

Ausgehend von einer Situation im Frühjahr 2002, in der in sämtlichen Planungskreisen eine Überversorgung bei den fachärztlich tätigen Internisten besteht, ergibt sich folgendes Bild:

Entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien für die fachärztliche Versorgung kommt es in keinem Versorgungskreis in Sachsen-Anhalt zu einer internistisch-fachärztlichen Unterversorgung aufgrund von Altersabgängen in den nächsten acht Jahren (bis 2010). Dies gilt auch dann, wenn keine in diesem Zeitraum frei werdende Stelle wieder besetzt werden könnte; in 21 von 23 Planungskreisen setzt sich sogar die bestehende Überversorgung fort (vgl. *Tabelle Sachsen-Anhalt 5*).

Auch in den Kreisen Halle und Altmarkkreis Salzwedel kann von einer schlechten Versorgung nicht die Rede sein; hier besteht auch nach den Altersabgängen nahezu eine Vollversorgung.

Tabelle Sachsen-Anhalt 5

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

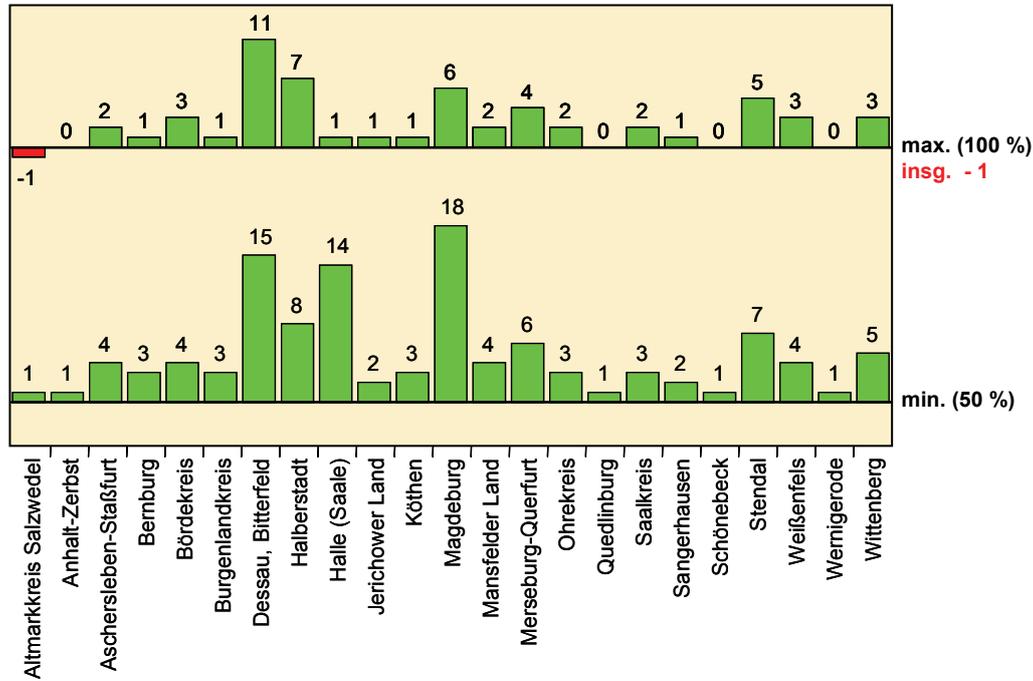
 Übersversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen-Anhalt								
Altmarkkreis Salzwedel	5,0	2,0	40,0	158,1	94,9	115,7	126,5	136,6
Anhalt-Zerbst	3,0	0,0	0,0	123,8	123,8	123,8	123,8	123,8
Aschersleben-Staßfurt	7,0	1,0	14,3	210,7	180,6	190,5	195,6	200,4
Bernburg	5,0	0,0	0,0	165,7	165,7	165,7	165,7	165,7
Bördekreis	6,0	1,0	16,7	340,0	283,3	302,0	311,7	320,7
Burgenlandkreis	6,0	1,0	16,7	189,0	157,5	167,9	173,2	178,3
Dessau, Bitterfeld	21,0	1,0	4,8	254,9	242,8	246,8	248,8	250,8
Halberstadt	9,0	0,0	0,0	510,0	510,0	510,0	510,0	510,0
Halle (Saale)	36,0	9,0	25,0	140,3	105,2	116,8	122,7	120,5
Jerichower Land	4,0	0,0	0,0	178,6	178,6	178,6	178,6	178,6
Köthen	5,0	0,0	0,0	164,7	164,7	164,7	164,7	164,7
Magdeburg	34,0	3,0	8,8	140,7	128,3	132,4	134,5	136,5
Mansfelder Land	8,0	2,0	25,0	231,4	173,5	192,6	202,4	211,7
Merseburg-Querfurt	10,0	1,0	10,0	230,7	207,7	215,3	219,2	222,9
Ohrekreis	6,0	1,0	16,7	228,3	190,3	202,8	209,3	215,4
Quedlinburg	3,0	0,0	0,0	119,0	119,0	119,0	119,0	119,0
Saalkreis	4,0	0,0	0,0	219,2	219,2	219,2	219,2	219,2
Sangerhausen	3,0	0,0	0,0	198,9	198,9	198,9	198,9	198,9
Schönebeck	3,0	0,0	0,0	121,1	121,1	121,1	121,1	121,1
Stendal	11,0	1,0	9,1	250,9	228,1	235,6	239,5	243,2
Weißenfels	6,0	0,0	0,0	237,8	237,8	237,8	237,8	237,8
Wernigerode	3,0	0,0	0,0	141,1	141,1	141,1	141,1	141,1
Wittenberg	9,0	1,0	11,1	219,1	194,8	202,8	206,9	210,8

WIdO 2003

Abbildung Sachsen-Anhalt 6 zeigt u. a. die Differenz zur Mindest- (50 %) und Vollversorgung (100 %) bei Internisten, ohne die Ärzte einzubeziehen, die 60 Jahre alt oder älter sind. Es ist unmittelbar zu sehen, dass Sachsen-Anhalt fachärztlich-internistisch vollständig überversorgt ist.

Abbildung Sachsen-Anhalt 6

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Internisten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Da mit den Altersabgängen in den meisten Planungsbereichen noch nicht einmal die unwirtschaftliche Überversorgung soweit abgebaut würde, dass „nur“ eine Situation der Vollversorgung besteht, bleibt für den internistischen Bereich Überversorgung ein zentrales Problem der nächsten acht Jahre. Darüber hinaus würde es absolut gesehen ausreichen, einen Internisten für den Altmarkkreis Salzwedel anzuwerben, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von mindestens 100 % zu erreichen.

2.3.6.3 Frauenärzte

Auch ohne diejenigen Ärzte, die schon im Jahr 2002 60 Jahre alt oder älter sind, ist die frauenärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt im Jahr 2010 gesichert, wobei der Versorgungsgrad in Köthen mit 62,2 % am niedrigsten und in Halberstadt mit 148,5 % am höchsten läge. In keinem Kreis wird der Grad der notwendigen Mindestversorgung unterschritten.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (Tabelle Sachsen-Anhalt 6).

Tabelle Sachsen-Anhalt 6

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

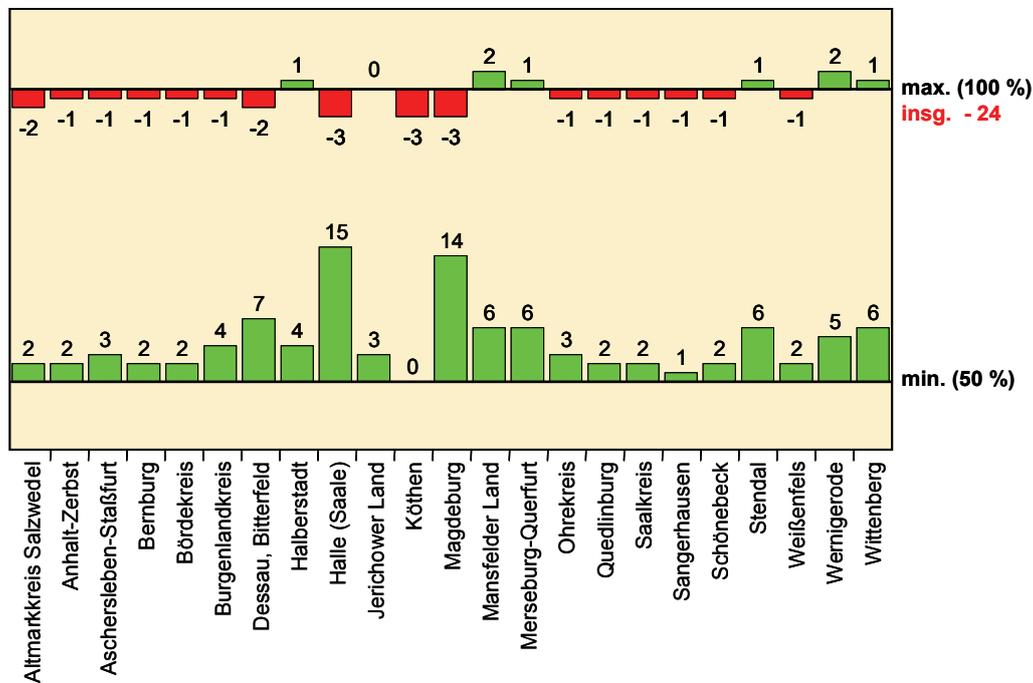
 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen-Anhalt								
Altmarkkreis Salzwedel	9,0	3,0	33,3	122,3	81,5	95,0	101,9	108,4
Anhalt-Zerbst	7,0	2,0	28,6	124,1	88,7	100,4	106,4	112,1
Aschersleben-Staßfurt	10,0	2,0	20,0	121,3	97,1	105,1	109,2	113,1
Bernburg	6,0	0,0	0,0	93,9	93,9	93,9	93,9	93,9
Bördekreis	7,0	2,0	28,6	130,0	92,8	105,1	111,4	117,3
Burgenlandkreis	10,0	1,0	10,0	103,2	92,9	96,3	98,0	99,7
Dessau, Bitterfeld	20,0	4,0	20,0	114,6	91,7	99,3	103,2	106,8
Halberstadt	8,0	1,0	12,5	148,5	130,0	136,1	139,2	142,2
Halle (Saale)	41,0	7,0	17,1	112,0	92,9	99,2	102,4	105,5
Jerichower Land	9,0	2,0	22,2	131,7	102,4	112,1	117,1	121,7
Köthen	4,0	0,0	0,0	62,2	62,2	62,2	62,2	62,2
Magdeburg	39,0	7,0	17,9	113,1	92,8	99,5	103,0	106,2
Mansfelder Land	12,0	1,0	8,3	139,9	128,2	132,1	134,1	135,9
Merseburg-Querfurt	13,0	1,0	7,7	120,9	111,6	114,7	116,3	117,8
Ohrekreis	9,0	1,0	11,1	112,2	99,7	103,9	106,0	108,0
Quedlinburg	8,0	2,0	25,0	127,9	95,9	106,5	111,9	117,0
Saalkreis	5,0	0,0	0,0	89,8	89,8	89,8	89,8	89,8
Sangerhausen	6,0	2,0	33,3	130,3	86,9	101,2	108,6	115,5
Schönebeck	7,0	1,0	14,3	113,9	97,7	103,0	105,8	108,4
Stendal	13,0	1,0	7,7	127,4	117,6	120,9	122,5	124,1
Weißenfels	8,0	2,0	25,0	127,8	95,9	106,4	111,9	117,0
Wernigerode	9,0	0,0	0,0	138,7	138,7	138,7	138,7	138,7
Wittenberg	12,0	1,0	8,3	125,5	115,1	118,5	120,3	122,0

WiDO 2003

Bei einer Wiederbesetzung jedes dritten frei werdenden Frauenarztsitzes läge die Versorgung in den meisten Kreisen schon wieder nahe an der Vollversorgung. Mehr als eine Wiederbesetzung von ca. einem Drittel der frei werdenden Sitze wäre im Übrigen nicht wünschenswert, da dann bereits 15 von 23 Planungskreisen zu mehr als 100 % (=Vollversorgung) versorgt sind. In sieben Kreisen käme es bereits wieder zu einer Überversorgung bzw. diese bliebe erhalten.

Abbildung Sachsen-Anhalt 7

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Frauenärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Während also nirgendwo Unterversorgung durch Altersabgänge bei Frauenärzten entstehen würden, wären für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % (Vollversorgung) in den nächsten acht Jahren lediglich 24 Frauenärzte in ganz Sachsen-Anhalt nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten notwendig.

2.3.6.4 Kinderärzte

Kinderärzte nehmen zwar entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil, werden aber in der Bedarfsplanung als eigenständige Gruppe gezählt.²⁰

Charakteristisch für die kinderärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ist zunächst einmal der außerordentlich hohe Versorgungsgrad: In 21 von 23 Planungskreisen besteht aktuell eine Situation der Überversorgung, d. h. in diesen Planungskreisen gibt es einen Versorgungsgrad von jeweils über 110 %, ein weiterer (Merseburg-Querfurt) ist mit 106 % nahe an der Überversorgung und der verbleibende Saalkreis hat – wie mehrfach erwähnt – eine Sonderrolle. In mehreren Kreisen finden sich fast doppelt so viele Kinderärzte wie laut Bedarfsplanung vorgesehen (u. a. Wernigerode mit 262 %, Halle mit 183 %).

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Sachsen-Anhalt 7*).

Tabelle Sachsen-Anhalt 7

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen-Anhalt								
Altmarkkreis Salzwedel	5,0	1,0	20,0	131,5	105,2	113,8	118,3	122,5
Anhalt-Zerbst	5,0	2,0	40,0	171,6	102,9	125,6	137,3	148,2
Aschersleben-Staßfurt	6,0	0,0	0,0	118,5	118,5	118,5	118,5	118,5
Bernburg	4,0	1,0	25,0	117,3	88,0	97,7	102,6	107,3
Bördekreis	4,0	1,0	25,0	140,5	105,4	117,0	122,9	128,5
Burgenlandkreis	6,0	1,0	16,7	117,1	97,6	104,1	107,4	110,5
Dessau, Bitterfeld	16,0	5,0	31,3	171,9	118,2	135,9	145,0	153,6
Halberstadt	5,0	3,0	60,0	175,6	70,2	105,0	122,9	139,8
Halle (Saale)	35,0	6,0	17,1	183,2	151,8	162,1	167,5	172,5
Jerichower Land	5,0	1,0	20,0	138,4	110,7	119,9	124,6	129,0
Köthen	4,0	1,0	25,0	116,7	87,5	97,1	102,1	106,7
Magdeburg	26,0	7,0	26,9	144,5	105,6	118,4	125,0	131,3

²⁰ Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung eine abweichende Regelung treffen. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Tabelle Sachsen-Anhalt 7 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

 Übersversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Sachsen-Anhalt								
Mansfelder Land	6,0	2,0	33,3	113,9	75,9	88,5	94,9	101,0
Merseburg-Querfurt	7,0	1,0	14,3	106,0	90,9	95,9	98,5	100,9
Ohrekreis	7,0	0,0	0,0	165,1	165,1	165,1	165,1	165,1
Quedlinburg	7,0	3,0	42,9	182,2	104,1	129,9	143,2	155,7
Saalkreis	2,0	0,0	0,0	67,9	67,9	67,9	67,9	67,9
Sangerhausen	4,0	1,0	25,0	164,3	123,3	136,8	143,8	150,4
Schönebeck	5,0	2,0	40,0	132,5	79,5	97,0	106,0	114,5
Stendal	8,0	0,0	0,0	151,7	151,7	151,7	151,7	151,7
Weißenfels	7,0	3,0	42,9	182,2	104,1	129,9	143,1	155,6
Wernigerode	9,0	4,0	44,4	262,3	145,7	184,2	204,0	222,7
Wittenberg	5,5	2,0	36,4	111,3	70,9	84,2	91,1	97,6

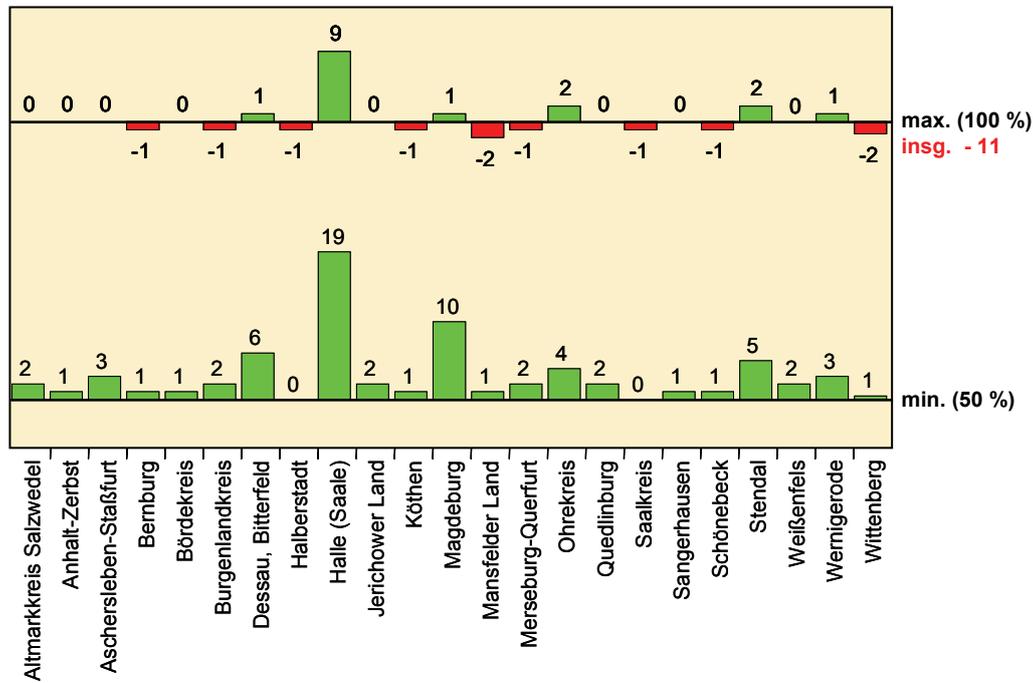
WIÖ 2003

Trotz des in vielen Planungskreisen sehr hohen Anteils an Ärzten im Alter von 60 Jahren und mehr führen Altersabgänge bis 2010 nicht zu Unterversorgung, auch wenn kein kinderärztlicher Vertragsarztsitz wieder besetzt werden könnte. Aufgrund von Altersabgängen werden vielmehr Überkapazitäten in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung abgebaut. Immerhin noch in acht Planungskreisen bleibt trotz der Altersabgänge eine Situation der Übersversorgung bestehen; im Kreis Halle, im Ohrekreis und in Stendal liegt dann die Versorgungsgrad immer noch bei ca. 150 %. Eine Wiederbesetzung von Kinderarztpraxen führt fast überall zu erneuter bzw. wieder steigender Übersversorgung.

Eine Ausnahme bildet hier lediglich der Saalkreis. In diesem Kreis sind aktuell keine über 60-jährigen Ärzte tätig; dementsprechend sind in den nächsten Jahren auch keine Altersabgänge zu erwarten. Ohne zusätzliche Niederlassungen bleibt hier ein Versorgungsgrad von knapp 70 % erhalten. Mit Unterversorgung wäre also auch hier nicht zu rechnen. Zum Erreichen der Vollversorgung müsste sich jedoch ein weiterer Kinderarzt niederlassen. Insgesamt müssten in Sachsen elf Kinderarztpraxen in den nächsten acht Jahren wiederbesetzt werden, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen.

Abbildung Sachsen-Anhalt 8

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Kinderärzte
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Ob überhaupt eine Wiederbesetzung erforderlich ist, hängt im Fall der Kinderärzte freilich auch sehr von der natürlichen Bevölkerungsentwicklung ab, da erst mal nicht davon auszugehen ist, dass es in einem dieser Kreise – gegen den Trend in Sachsen-Anhalt – zu einem großen Zuzug von Familien mit Kindern kommt.

2.3.7 Bevölkerungsentwicklung

Die Bilanz der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen-Anhalt ist negativ, d. h. Geburten und Zuzüge können Sterbefälle und Abwanderungen nicht aufwiegen. Für ca. zwei Drittel der Verluste ist die natürliche Entwicklung verantwortlich; ein Drittel ist durch Abwanderungen bestimmt. Dabei gilt: Je kleiner die räumliche Einheit eines Planungskreises ist, desto größer ist das Gewicht von Wanderungen für die Bevölkerungsentwicklung.

Per Saldo ergibt sich über die letzten 10 Jahre (von 1991 bis 1999) ein Wanderungsverlust von ca. 71.000 Einwohnern Sachsen-Anhalts; alles in allem (inklusive natürlichem Saldo) reduzierte sich die Bevölkerung zwischen 1990 und dem Jahr 2000 um mehr als 8 %.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Städten und Landkreisen Sachsens-Anhalts über den Zeitraum seit Anfang der 90er Jahre, dann ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild; nicht alle Städte und Kreise weisen ein negatives Bevölkerungswachstum auf:

Der Saalkreis (+25 %), der Ohrekreis (+8,5 %) und der Kreis Jerichower Land (+1,8 %) haben ein positives Saldo. Prozentual die größten Verluste gibt es in Halle (-18 %), Magdeburg (-15,9 %), Quedlinburg (-9,7 %) und Bernburg (-9,4 %).

Damit bestätigt sich die These vom vor allem ländlichen Bevölkerungsrückgang in Sachsen-Anhalt zunächst nicht. Der Tendenz nach scheinen sich Gewinne und Verluste über alle Städte und Kreise zwischen Anfang der 90er Jahre und 2000 in der weiteren Entwicklung nicht abzuschwächen, sondern eher – zunächst verstärkt – fortzusetzen. Weitere bedeutende Gewinne sind vor allem im Saalkreis und im Ohrekreis zu erwarten, wogegen sich erhebliche Verluste in Bernburg, Bitterfeld, Mansfelder Land und im Kreis Stendal noch verstärken dürften.

Mit den ab Frühjahr 2003 zur Verfügung stehenden kleinräumigen Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ergibt sich möglicherweise die Chance zu einer detaillierten Abschätzung der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern; auf den Bedarf an medizinischer Versorgung hat diese Entwicklung einen unmittelbaren Einfluss. Bevölkerungsprognosen des BBR zeichnen das Bild eines weiter anhaltenden, relativ stabilen Bevölkerungsabbaus in Sachsen-Anhalt in der Größenordnung von ca. 0,4 % pro Jahr. Bis zum Jahr 2015 wird dieser Rückgang der Bevölkerung in absoluten Zahlen zu einem weiteren Schwund von ca. 176.000 Einwohnern führen.

Dieser Rückgang geht darüber hinaus einher mit einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Diese drückt sich u. a. aus in

- einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung
- einem stetigen Rückgang des Bevölkerungsanteils der unter 15-Jährigen
- einem weiteren Anwachsen des Anteils an Einpersonenhaushalten.

Innerhalb von Sachsen-Anhalt ist gleichfalls ein Prozess der sozialräumlichen Neustrukturierung zu beobachten. Die Bevölkerungsverteilung wird sich vor allem aufgrund der Stadt-Stadtrand-Wanderung (Suburbanisierung) verändern. Aus den Kernstädten der Verdichtungsgebiete werden vergleichsweise viele Haushalte in das jeweilige Umland wechseln (vgl. hierzu auch die Entwicklung in Halle und im Saalkreis). Damit entstehen Gebiete, in denen der infrastrukturelle Bedarf neu definiert werden muss.

Auf den Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen bezogen hieße das: In der Gesamtbetrachtung der Entwicklung Sachsen-Anhalts in den nächsten 15 Jahren könnte das ambulante Versorgungsangebot für die Einwohner einer kleineren Großstadt ersatzlos entfallen; eine entsprechend niedrigere Zahl an Vertragsärzten wird für ein flächendeckendes Angebot an ärztlichen Leistungen ausreichend sein.

Tabelle Sachsen-Anhalt 8

Bevölkerungsprognose

Kreise Sachsen-Anhalt	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
15101 Dessau	97.300	83.900	-13,8	74.800	-10,8	68.600	-8,3
15151 Anhalt-Zerbst	82.000	78.400	-4,4	75.300	-4,0	73.000	-3,1
15153 Bernburg	78.500	70.500	-10,2	63.800	-9,5	58.600	-8,2
15154 Bitterfeld	123.100	110.500	-10,2	98.900	-10,5	91.500	-7,5
15159 Köthen	76.300	71.000	-6,9	68.800	-3,1	67.200	-2,3
15171 Wittenberg	144.900	133.100	-8,1	121.600	-8,6	113.500	-6,7
15202 Halle	310.200	249.200	-19,7	245.600	-1,4	240.700	-2,0
15256 Burgenlandkreis	158.700	143.900	-9,3	133.500	-7,2	126.100	-5,5
15260 Mansfelder Land	121.500	108.400	-10,8	96.300	-11,2	87.200	-9,4
15261 Merseburg-Querfurt	143.700	136.100	-5,3	127.500	-6,3	122.500	-3,9
15265 Saalkreis	64.900	83.500	28,7	97.700	17,0	109.200	11,8
15266 Sangerhausen	76.200	68.500	-10,1	60.500	-11,7	54.800	-9,4
15268 Weißenfels	85.700	79.300	-7,5	75.200	-5,2	72.200	-4,0
15303 Magdeburg	279.600	230.800	-17,5	228.600	-1,0	225.200	-1,5
15352 Aschersleben-Staßfurt	115.900	104.100	-10,2	94.600	-9,1	87.000	-8,0
15355 Bördekreis	83.600	81.100	-3,0	78.600	-3,1	77.000	-2,0
15357 Halberstadt	86.100	79.700	-7,4	75.200	-5,6	71.700	-4,7
15358 Jerichower Land	99.600	101.400	1,8	99.300	-2,1	98.500	-0,8
15362 Ohrekreis	108.900	119.500	9,7	127.500	6,7	133.800	4,9
15363 Stendal	156.100	140.700	-9,9	123.300	-12,4	110.200	-10,6
15364 Quedlinburg	88.500	79.100	-10,6	71.500	-9,6	66.300	-7,3
15367 Schönebeck	85.200	77.800	-8,7	70.900	-8,9	65.900	-7,1
15369 Wernigerode	102.200	96.100	-6,0	91.700	-4,6	87.800	-4,3
15370 Altmarkkreis Salzwedel	105.100	101.300	-3,6	96.500	-4,7	93.500	-3,1
Sachsen-Anhalt	2.873.800	2.627.900	-8,6	2.497.200	-5,0	2.402.000	-3,8

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)/Eigene Berechnungen

Mit der sozialstrukturellen Neugliederung (z. B. Abwanderung von Haushalten mit Kindern aus dem Land Sachsen-Anhalt heraus oder in die Peripherie der Großstädte, dadurch anders lokalisierter oder geringerer/größerer Bedarf an Kinder- und Allgemeinärzten) verändert sich die Akzentuierung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsangebote.

2.3.8 Fazit für Sachsen-Anhalt

Die aktuelle vertragsärztliche Situation in Sachsen-Anhalt ist für den hausärztlichen Bereich durchaus gut; alle Planungskreise sind ausreichend versorgt und in einigen Kreisen gibt es darüber hinaus eine Überversorgung. Fachärztlich ist eine überwiegende Zahl von Städten und Planungskreisen deutlich Überversorgt.

Allerdings muss in den nächsten Jahren damit gerechnet werden, dass eine erhebliche Zahl von Ärzten, insbesondere Hausärzten, aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ausscheidet; der prozentuale Anteil an der Altersgruppe der 60- bis 65-jährigen Ärzte ist bei Haus- und Kinderärzten besonders groß.

Während aber bei Kinderärzten und den übrigen Facharztgruppen aufgrund der aktuell vorhandenen Überversorgung keine substanziellen Probleme infolge von Altersabgängen zu erwarten sind, da zumeist nur Überversorgung abgebaut wird, wird es im Bereich der hausärztlichen Versorgung notwendig, einen Teil der frei werdenden Sitze wiederzubesetzen, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Unterversorgung kann vermieden werden, wenn es gelingt, etwas mehr als jeden zweiten frei werdenden hausärztlichen Sitz wieder zu besetzen. Lediglich im Saalkreis, der tatsächlich aber weitgehend durch Halle mitversorgt wird, bliebe die Situation dann noch unterhalb des von den Bedarfsplanungsrichtlinien geforderten Versorgungsgrades.

Absolut gesehen würde es ausreichen, bis zum Jahr 2010 insgesamt 140 Hausärzte zur Niederlassung zu bewegen, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Bei den meisten Facharztgruppen wäre eine Wiederbesetzung frei werdender Sitze dazu nicht notwendig. Bei den fachärztlichen Internisten Sachsen-Anhalts sind 21 von 23 Planungskreise auch ohne Wiederbesetzung bis zum Jahr 2010 Überversorgt und damit für eine weitere Niederlassung gesperrt. Hier – wie auch bei anderen Facharztgruppen – wären Überlegungen angebracht, wie der sich fortsetzenden, unwirtschaftlichen Überversorgung begegnet werden könnte.

Auch der nach Prognosen des BBR zu erwartende weitere Bevölkerungsrückgang in Sachsen-Anhalt dürfte zu einer Reduzierung des Bedarfs an

Vertragsärzten insgesamt führen. Darüber hinaus sind Überlegungen anzustellen, wie auf eine veränderte Bevölkerungsstruktur zu reagieren ist (ggf. weniger Kinderärzte wegen des Geburtenrückgangs, mehr Geriater wegen der Alterung der Bevölkerung etc.).

2.4 Thüringen

2.4.1 Soll-Ist-Vergleich

In Thüringen sind im Jahr 2002 insgesamt 3.028 Vertragsärzte der Gebiete tätig, die in den Bedarfsplanungsrichtlinien aufgeführt sind²¹: Aus methodischen Gründen sind hierbei die Nervenärzte und die Psychotherapeuten nicht berücksichtigt, wogegen alle Ärzte, die in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig sind, einbezogen sind.

Mit Ausnahme der Anästhesisten und Orthopäden arbeiten in allen Arztgruppen mehr Ärzte als nach der Bedarfsplanung vorgesehen sind.

Von den insgesamt 3.028 thüringischen Vertragsärzten sind 765 Ärzte 60 Jahre alt oder älter. Damit fällt in den nächsten acht Jahren ein Viertel aller Vertragsärzte in Thüringen aufgrund von Altersabgängen weg. Über die Versorgung ist damit zunächst recht wenig gesagt, da es in verschiedenen Versorgungsbereichen z. T. erhebliche Überkapazitäten gibt.

Die *Tabelle Thüringen 1* zeigt die aktuelle (April 2002) Versorgungssituation über alle Planungskreise. Deutlich wird die generell gute Versorgung sowohl bei Haus- wie auch bei Fachärzten; aber es ist auch zu erkennen, dass weit aus die meisten Planungskreise und Städte fachärztlich überversorgt sind. So sind bei Kinderärzten und Chirurgen sämtliche Planungsbereiche aktuell überversorgt. Chirurgen weisen in acht Planungsbereichen sogar einen Versorgungsgrad von über 200 % auf. Bei Radiologen und Urologen wird die Überversorgungsgrenze jeweils in 19 von 20 Planungsbereichen überschritten. Bei Orthopäden ist das Bild uneinheitlich, hier finden sich sieben Planungsbereiche mit Überversorgung und zwei Planungsbereiche (Altenburger Land und Hildburghausen) mit Unterversorgung. Bei fachärztlichen Internisten findet man im Saale-Holzland-Kreis Unterversorgung, ansonsten in 18 Kreisen Überversorgung. Die Anästhesisten und Radiologen spielen aus verschiedenen Gründen eine Sonderrolle.

Überversorgte Kreise sind hellgrau, unterversorgte Kreise dunkelgrau markiert; nicht markierte Kreise liegen im Bedarfsplanungszielfenster.

²¹ Quelle: Arztstammdaten der Kassenärztlichen Vereinigung

Tabelle Thüringen 1

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

Thüringen	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Übersversorgung	Unterversorgung
													■	■
Altenburger Land	95,9	304,0	111,4	181,5	56,5	98,5	207,5	109,6	154,9	46,9	146,6	140,4		
Eichsfeld	94,6	122,4	115,6	144,5	0,0	103,9	196,8	94,1	76,3	71,6	160,5	151,7		
Erfurt	107,5	136,3	109,0	160,6	73,5	115,6	120,7	114,7	114,9	104,0	121,6	110,5		
Gera	111,0	178,5	116,0	146,2	50,2	110,2	152,9	139,2	134,4	82,8	155,0	118,3		
Gotha	105,8	168,6	110,5	152,2	129,3	90,2	189,9	167,2	118,1	107,3	139,8	142,7		
Greiz	108,4	253,7	102,3	133,3	155,7	126,6	228,6	134,1	170,6	129,1	201,9	128,9		
Hildburghausen	102,6	174,1	130,9	144,7	187,6	103,2	132,7	82,0	154,8	42,9	278,6	150,6		
Ilm-Kreis	107,7	222,4	121,5	160,8	97,2	127,8	256,3	184,7	139,2	127,2	388,7	115,2		
Jena	106,7	132,5	112,8	114,4	72,7	119,8	124,6	117,6	113,6	90,0	144,3	128,6		
Kyffhäuserkreis	104,6	137,1	117,8	285,1	0,0	135,5	209,0	193,7	81,3	67,5	585,3	118,6		
Nordhausen	86,9	189,6	111,9	146,8	164,0	120,6	274,2	145,7	118,2	83,2	186,3	132,1		
Saale-Holzland-Kreis	109,9	48,0	125,9	163,8	0,0	165,6	199,3	179,5	180,4	219,8	335,8	149,2		
Saale-Orla-Kreis	107,7	138,0	195,9	142,5	120,5	132,1	190,7	114,6	129,5	140,3	80,4	142,9		
Saalfeld-Rudolstadt	120,6	308,2	112,2	169,8	179,5	137,7	307,8	170,6	160,8	130,6	239,4	133,0		
Sömmerda	97,3	223,4	109,8	207,7	0,0	96,3	231,7	139,2	157,3	127,8	195,2	86,8		
Sonneberg	117,6	103,4	146,4	152,5	0,0	87,7	199,4	106,0	85,9	151,2	180,7	128,1		
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	107,9	195,7	132,8	151,6	169,3	124,5	235,9	169,2	198,2	64,4	128,2	136,4		
Unstrut-Hainich-Kreis	95,6	156,3	120,0	155,7	45,1	116,1	188,5	120,2	121,8	102,9	153,7	145,3		
Eisenach / Wartburgkreis	107,1	160,2	110,5	152,7	85,3	104,5	142,6	94,7	122,9	86,5	129,2	114,5		
Weimar / Weimarer Land	114,4	221,3	146,0	145,3	123,4	143,5	135,9	186,2	135,3	102,4	160,1	170,3		

WIdO 2003

Im hausärztlichen Bereich schwanken die Versorgungsgrade zwischen 120,6 % in Saalfeld-Rudolstadt und 86,9 % in Nordhausen. Übersversorgung herrscht insgesamt in vier Planungsbereichen, in elf weiteren Kreisen liegt der Versorgungsgrad ebenfalls über 100 %. Unterversorgung existiert bei Hausärzten aktuell nirgendwo.

Abgesehen von wenigen Ausnahmen ist die aktuelle vertragsärztliche Versorgung in Thüringen gut bis sehr gut bzw. durch Übersversorgung gekennzeichnet.

Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den einzelnen Planungsbereichen Überversorgung feststellen und ggf. Zulassungsbeschränkungen anordnen (Abs. 1) oder solche aufheben (Abs. 3). Überversorgung liegt in der Regel dann vor, wenn der tatsächliche Versorgungsgrad den für den Planungsbereich ermittelten rechnerischen Versorgungsgrad um 10 % überschreitet.

Die zuletzt dargestellte Tabelle zeigt mit den hellgrau markierten Feldern an, welche Planungskreise in Thüringen für welche Gruppen von Ärzten für eine weitere Niederlassung gesperrt sind. Entsprechend ihrem großen Anteil gibt es vergleichsweise wenige für eine Niederlassung offene Städte und Planungskreise.

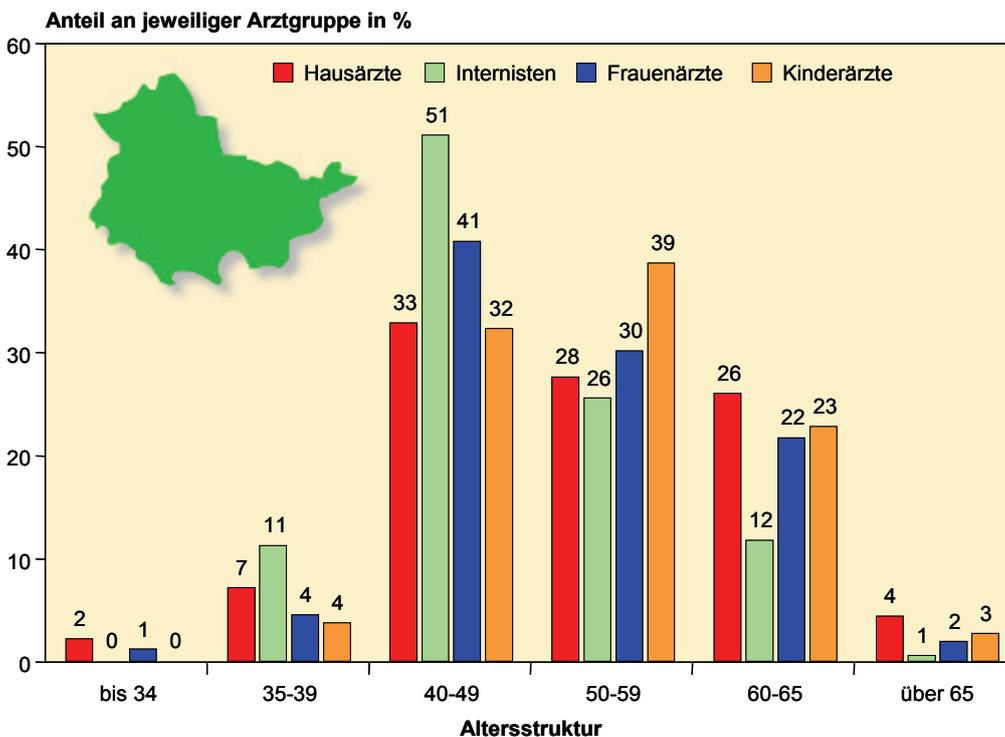
2.4.2 Altersstruktur / Gruppierung

Die Altersstruktur der Vertragsärzte Thüringens entspricht der der anderen (Ost-) Flächenstaaten.

Die folgende *Abbildung Thüringen 1* zeigt die Gruppen der Hausärzte, Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte in ihrer Altersstruktur im Vergleich.

Abbildung Thüringen 1

Altersstrukturvergleich Ärzte 2002*



Der Anteil in den höheren Altersgruppen ist bei Hausärzten und bei Kinderärzten vergleichsweise groß. Überproportionale Altersabgänge sind in den nächsten Jahren daher vor allem in diesen beiden Arztgruppen zu erwarten. Aber auch fast ein Viertel der Frauenärzte ist in Thüringen 60 Jahre alt oder älter.

2.4.3 Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze

Bei Überlegungen zur Anzahl in den nächsten Jahren in Thüringen aus Altersgründen frei werdender Vertragsarztsitze wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die sogenannte 68er-Regelung wirksam wird; damit würden Ärzte spätestens im Alter von 68 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden; ihre Praxen könnten zur Besetzung ausgeschrieben werden²². Den Vertragsärzten bleibt es natürlich unbenommen, schon vor dem Erreichen dieser Altersgrenze ihre Praxen aufzugeben; andererseits gibt es eine ganze Reihe von Ärzten, die noch in einem sehr hohen Alter praktizieren.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation in den Bedarfsplanungskreisen könnte eine ggf. bestehende Überversorgung einer Wiederbesetzung allerdings entgegenstehen. In solchen Fällen könnten die Sitze u. U. nicht ausgeschrieben werden; stattdessen könnten bestehende Überkapazitäten ggf. abgebaut werden. Wie viele Vertragsarztsitze werden voraussichtlich vakant?

Die folgende *Tabelle Thüringen 2* zeigt die Anzahl der in den nächsten Jahren (bis 2010) aufgrund von Altersabgängen in Thüringen frei werdenden Sitze über alle planungsrelevanten Arztgruppen und Planungskreise. Allerdings ist die Anzahl der frei werdenden Arztsitze nicht gleichzusetzen mit der Zahl der für eine ausreichende Versorgung notwendigen Wiederbesetzungen.

Bei den insgesamt 765 frei werdenden Arztsitzen handelt es sich überwiegend (zu fast zwei Dritteln) um Hausarztsitze. Bei den Facharztgruppen sind Frauenärzte, Kinderärzte und Augenärzte die Gruppen mit den höchsten Zahlen an altersbedingt ausscheidenden Ärzten.

²² Entsprechend § 95 Abs.7 SGB V endet ab 1.1.1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet; Ausnahmen: wenn zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres die Vertragsarztstätigkeit < 20 Jahre war oder wenn ein Arzt bereits vor dem 1.1.1993 als Vertragsarzt tätig war, verlängert der Zulassungsausschuss die Zulassung bis zum Ablauf dieser Frist. 1998 bestätigte das Bundesverfassungsgericht (2. Kammer des Ersten Senats) die Altersgrenze für Kassenärzte als verfassungsgemäß.

Tabelle Thüringen 2

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Thüringen	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Altenburger Land	17	0	2	3	0	2	1	0	1	0	1	1	28
Eichsfeld	15	2	3	1	0	0	1	0	0	0	0	2	24
Erfurt	44	5	7	7	0	7	5	4	5	4	2	1	91
Gera	21	1	2	2	0	3	0	1	4	2	1	0	37
Gotha	38	4	3	7	0	1	1	0	1	0	0	1	56
Greiz	30	1	2	2	0	3	0	1	1	1	0	0	41
Hildburghausen	21	1	2	0	0	1	0	0	2	0	1	0	28
Ilm-Kreis	22	1	4	2	0	1	0	1	1	1	0	0	33
Jena	21	2	4	1	0	3	1	1	2	2	0	0	37
Kyffhäuserkreis	14	0	0	4	0	1	0	1	1	0	1	0	22
Nordhausen	16	0	3	3	0	1	0	3	0	1	0	0	27
Saale-Holzland-Kreis	22	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	0	27
Saale-Orla-Kreis	25	0	5	2	0	1	0	1	0	1	1	0	35
Saalfeld-Rudolstadt	33	1	1	1	0	2	0	0	2	1	0	0	41
Sömmerda	13	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	16
Sonneberg	18	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	21
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	41	1	10	3	0	3	2	2	3	1	0	0	66
Unstrut-Hainich-Kreis	14	1	0	2	0	3	2	2	0	1	0	1	26
Eisenach / Wartburgkreis	38	1	6	4	0	3	1	0	1	0	3	2	59
Weimar / Weimarer Land	32	2	5	3	0	2	1	1	0	2	1	1	50
Gesamt	495	23	63	48	0	41	15	19	25	17	10	9	765

WIdO 2003

2.4.4 Altersabgänge und Versorgung

Um den Effekt eines altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen auszuloten, wird im Weiteren der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das 60ste Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Altersverteilung der Ärzte in den einzelnen Arztgruppen kommt hierbei unmittelbar zum Tragen.

Der von der Gruppe der jüngeren Ärzte erbrachte Versorgungsanteil wird über die nächsten Jahre relativ stabil bleiben, da die Zahl vorzeitiger Praxisaufgaben erfahrungsgemäß gering bleibt.

In der folgenden *Tabelle Thüringen 3* sind die Planungskreise hellgrau markiert, in denen auch ohne die älteren Ärzte Überversorgung besteht; in den dunkelgrau markierten Kreisen käme es ohne die ≥ 60 Jahre alten Ärzte zu einer Unterversorgung, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte für Hausärzte mit 75 % des Sollversorgungsgrades und bei Fachärzten mit 50 % des Solls definiert ist. Die nicht markierten Kreise liegen hinsichtlich ihrer Versorgungssituation im Zielkorridor zwischen Über- und Unterversorgung.

Tabelle Thüringen 3

Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre

Thüringen	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> Überversorgung</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> Unterversorgung</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> Hausärzte Internisten Frauenärzte Kinderärzte Anästhesisten Augenärzte Chirurgen Hautärzte HNO-Ärzte Orthopäden Radiologen Urologen </div> </div>											
	Altenburger Land	70,8	304,0	89,1	127,0	56,5	59,1	166,0	109,6	123,9	46,9	73,3
Eichsfeld	74,9	81,6	86,7	126,4	0,0	103,9	157,5	94,1	76,3	71,6	160,5	75,9
Erfurt	73,1	112,4	85,5	115,7	73,5	77,1	68,2	80,7	73,8	78,0	97,3	97,5
Gera	81,2	169,8	103,8	122,8	50,2	80,2	152,9	123,7	74,7	59,2	132,8	118,3
Gotha	63,0	84,3	85,0	55,4	129,3	75,1	158,2	167,2	94,5	107,3	139,8	107,1
Greiz	67,7	228,4	81,8	99,9	155,7	72,4	228,6	100,6	142,2	107,6	201,9	128,9
Hildburghausen	60,4	130,6	93,5	144,7	187,6	68,8	132,7	82,0	51,6	42,9	185,8	150,6
Ilm-Kreis	78,1	185,3	72,9	114,9	97,2	106,5	256,3	138,5	104,4	98,9	388,7	115,2
Jena	74,3	113,6	86,2	101,7	72,7	87,1	103,8	100,8	81,2	64,3	144,3	128,6
Kyffhäuserkreis	82,4	137,1	117,8	171,0	0,0	108,4	209,0	129,1	40,6	67,5	439,0	118,6
Nordhausen	62,5	189,6	78,3	83,9	164,0	100,5	274,2	36,4	118,2	62,4	186,3	132,1
Saale-Holzland-Kreis	71,5	48,0	110,2	163,8	0,0	82,8	199,3	179,5	135,3	219,8	335,8	149,2
Saale-Orla-Kreis	66,8	138,0	120,5	85,5	120,5	105,7	190,7	57,3	129,5	105,2	0,0	142,9
Saalfeld-Rudolstadt	79,6	274,0	101,0	148,6	179,5	98,4	307,8	170,6	96,5	104,5	239,4	133,0
Sömmerda	71,0	223,4	91,5	173,1	0,0	96,3	231,7	69,6	157,3	127,8	195,2	86,8
Sonneberg	77,6	103,4	113,9	152,5	0,0	58,5	199,4	106,0	85,9	151,2	180,7	128,1
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	75,6	183,5	75,1	119,1	169,3	93,4	188,7	131,6	152,5	53,7	128,2	136,4
Unstrut-Hainich-Kreis	78,0	136,8	120,0	121,1	45,1	66,3	113,1	60,1	121,8	85,7	153,7	109,0
Eisenach / Wartburgkreis	76,9	147,8	75,6	109,0	85,3	73,2	118,8	94,7	107,5	86,5	32,3	68,7
Weimar / Weimarer Land	80,0	181,1	105,4	105,7	123,4	114,8	105,7	159,6	135,3	68,3	106,7	136,3

WIdO 2003

Betrachtet man also die aktuelle vertragsärztliche Versorgung, ohne diejenigen Ärzte einzubeziehen, die ein Lebensalter von ≥ 60 Jahren haben, so wird unmittelbar augenfällig, dass aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur von Haus- und Fachärzten zukünftig mit spezifischen Problemlagen zu rechnen ist: Im fachärztlichen Bereich ist eine ausreichende, bis zur Überversorgung reichende Versorgungslage aktuell gegeben und diese dürfte auch in der Zukunft zu erwarten sein. Bei mehreren Facharztgruppen liegt der Versorgungsgrad auch ohne die heute schon älteren Ärzte weit über dem als Grenze zur Überversorgung markierten Grad von 110 %. Unterversorgung findet sich eher vereinzelt in einigen Planungsbereichen und Facharztgruppen.

Bei einigen ärztlichen Fachgruppen bliebe damit die aktuelle Überversorgung auch dann bestehen, wenn alle älteren Ärzte ausscheiden würden und die frei werdenden Sitze nicht wieder besetzt würden. Eine derartige, wenig sinnvolle und kostentreibende Überversorgung kann jedoch nicht als „gute Versorgung“ bezeichnet werden. Bei einigen Fachgruppen wie den Augenärzten und Frauenärzten kommt es zu einem deutlichen Abbau der überversorgten Planungsbereiche.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung gerieten dagegen 11 von 20 Planungskreisen in eine Situation der Unterversorgung. Der Versorgungsgrad läge in allen Planungsbereichen deutlich unter 100 %. Dies gilt freilich nur unter der Annahme einer gegenüber der heutigen Situation unveränderten Bevölkerungszahl. Dass davon nicht ohne weiteres ausgegangen werden kann, ist im Abschnitt zur Bevölkerungsentwicklung beschrieben (*siehe Kapitel 2.4.7*).

Mit der in einzelnen Planungskreisen bestehenden oder zu erwartenden Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung stellt sich natürlich die Frage, ob Disparitäten ggf. nicht auch über andere Facharzt-/Hausarzt-Zuordnungen abgebaut werden könnten.

Bei den Hausärzten stand bis Ende 2000 nach den Vorschriften (Richtlinien) der Bedarfsplanung prinzipiell die Möglichkeit zur Verfügung, dass fachärztlich tätige Internisten aus internistisch überversorgten Kreisen hausärztliche Aufgaben übernehmen. Wegen der häufigen Parallelität von internistischer Über- und hausärztlicher Unterversorgung wurde diese Regelung noch einmal aufgegriffen und hinsichtlich möglicher Effekte durchgerechnet. Entsprechend den Richtlinien würde der Versorgungsanteil, der über 110 % liegt, mit dem Anrechnungsfaktor 0,8 auf die hausärztliche Versorgung angerechnet werden. Unsere Modellrechnungen zeigen aber, dass ein solches Verlagern von fachärztlichen Internisten zur hausärztlichen Versorgung in lediglich zwei Planungskreisen Thüringens dazu führen würde, dass vorher unterversorgte Kreise (Altenburger Land, Jena) über der notwendigen 75 %-Grenze zur Normalversorgung liegen. Hier wirkt sich die vergleichsweise

geringe zahlenmäßige Größe der Gruppe der fachärztlichen Internisten gegenüber der Gruppe der Hausärzte aus, so dass sich nur leichte Verbesserungen ergeben würden.

2.4.5 Identifizierung problematischer Versorgungskreise

Zur Identifizierung zukünftig problematischer Arztgruppen und Versorgungskreise wird die Versorgung simuliert, die sich ergeben würde, wenn die heute älteren Ärzte (60 Jahre alt oder älter) nicht mehr zur Verfügung stünde. Verglichen werden regionale Versorgungsgrade (in Prozent), die sich allein durch Ärzte im Alter von weniger als 60 Jahren ergeben.

Wie schon oben ausgeführt, ist der Grad der hausärztlichen Versorgung über fast alle Planungskreise durchschnittlich niedriger als bei den übrigen Facharztgruppen.

Kreise, die über alle Fachgruppen gesehen hohe Versorgungsgrade aufweisen, sind Saalfeld-Rudolstadt, Weimar/Weimarer Land und der Kyffhäuserkreis. Bei Letzterem findet sich allerdings trotz in vielen Facharztgruppen vorherrschender Überversorgung bei HNO-Ärzten nach dem altersbedingten Ausscheiden ein Versorgungsgrad von nur 40,6 %. Erkennbar wird auch in anderen Kreisen und Städten ein häufiges Nebeneinander von sehr hohen und niedrigen Versorgungsgraden je nach Fachgruppe. Allerdings kommt es, wie bereits erwähnt, nur vereinzelt zu Unterversorgung bei Fachärzten.

Sucht man Kreise und Städte, die nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten vergleichsweise niedrige Versorgungsgrade über alle Fachgruppen aufweisen, so fällt bspw. Erfurt ins Auge. Die überwiegende Zahl der Facharztgruppen liegt hier relativ deutlich unter der „Vollversorgung“, im hausärztlichen Bereich wird die Unterversorgungsgrenze sogar knapp unterschritten. Eine deutliche Unterschreitung der Unterversorgungsgrenze bei Hausärzten findet sich mit einem Versorgungsgrad von 60,4 % in Hildburghausen; im fachärztlichen Bereich ist die Situation hier anders: Niedrigen Versorgungsgraden bei Orthopäden (42,9 %) und HNO-Ärzten (51,6 %) auf der einen Seite stehen sehr hohe Versorgungsgrade bspw. neben Radiologen und Anästhesisten bei Urologen (150,6 %), Kinderärzten (144,7 %), Chirurgen (132,7 %) und fachärztlichen Internisten (130,6 %) auf der anderen Seite gegenüber. Ein im fachärztlichen Bereich ähnlich differenziertes Bild bei hausärztlicher Unterversorgung findet sich nach dem Ausscheiden der 60-jährigen und älteren Ärzte auch in Nordhausen.

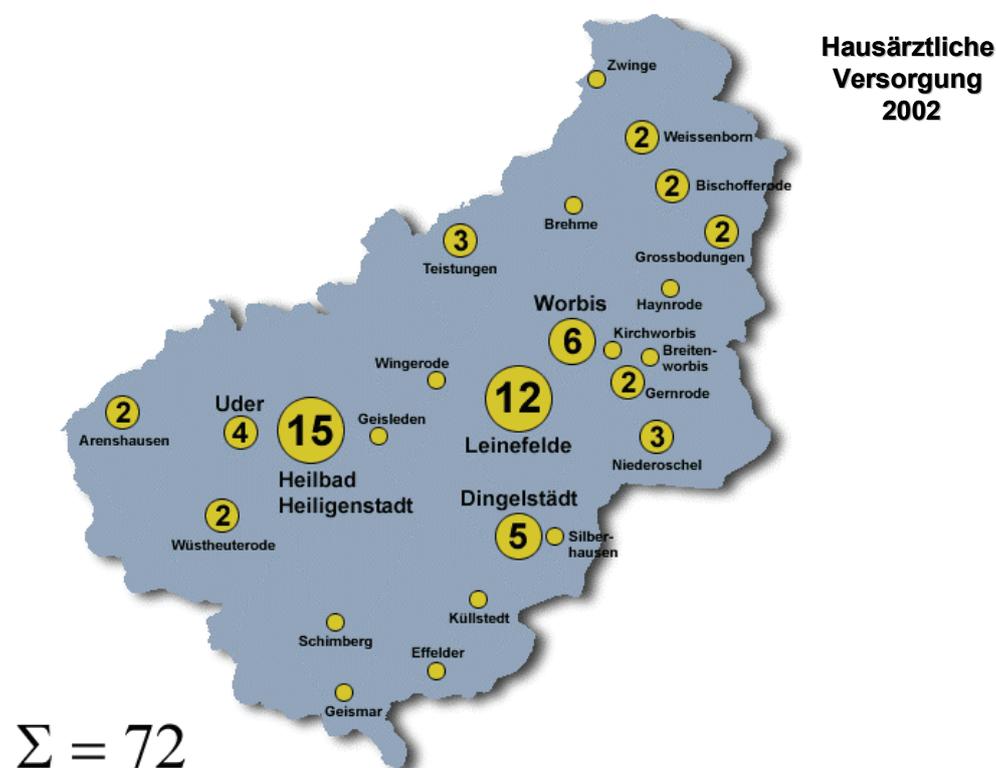
Alles in allem fällt die Heterogenität der Versorgung in den einzelnen Planungskreisen auf. Es ist in Thüringen kaum möglich, bestimmte Städte und Kreise mit fachgruppenübergreifend niedrigen bzw. hohen Versorgungsgraden zu identifizieren und darüber hinaus eine solche Typisierung spezifi-

schen sozialen, sozio-ökonomischen oder verwaltungstechnischen Kategorien zuzuordnen.

In den folgenden Abbildungen ist die Situation und die mögliche Entwicklung des Planungskreises Eichsfeld detaillierter dargestellt. Gezeigt werden soll, wie sich auch innerhalb eines Kreises eine differenzierte Entwicklung ergeben kann, die u. U. sehr zielgerichtete Aktivitäten erfordert, um partielle Versorgungsprobleme in bestimmten Gegenden zu vermeiden.

Abbildung Thüringen 2

Hausärztliche Versorgung im Kreis Eichsfeld 2002*



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Bei dem Kreis Eichsfeld handelt es sich um einen ländlich verdichteten Regionstyp im äußersten Nordwesten von Thüringen mit insgesamt 113.000 Einwohnern. Im Jahre 2002 praktizierten hier insgesamt 126 niedergelassene Vertragsärzte, davon 72 Hausärzte. Im hausärztlichen Bereich wird damit aktuell ein Versorgungsgrad von 94,6 % erreicht. Über die Hälfte der Hausärzte haben sich in den vier Städten Heiligenstadt, Leinefelde, Worbis und Dinkelstädt angesiedelt. Der Rest verteilt sich auf die kleineren Ortschaften.

Abbildung Thüringen 3

**Hausärztliche Versorgung im Kreis Eichsfeld 2002 – 2010
Altersabgänge bis 2010***



Auf dieser Karte sind alle Hausarztsitze durch einen Kreis markiert, die potenziell aus Altersgründen in den nächsten acht Jahren aufgegeben werden. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der möglicherweise jeweils aufgegebenen Sitze, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist (war).

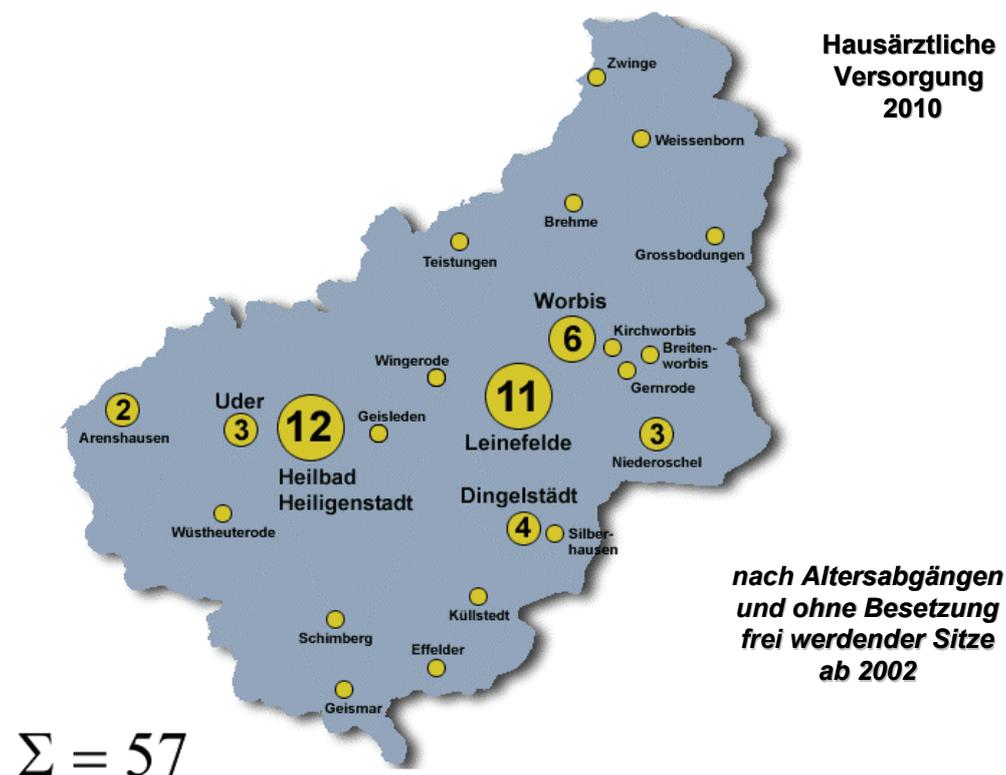
WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Insgesamt ist damit zu rechnen, dass 15 der 72 Hausarztsitze (also 20,8 %) in den nächsten Jahren altersbedingt vakant werden. Der Versorgungsgrad beträgt ohne die 60 Jahre alten oder älteren Hausärzte noch 74,9 %; damit wird die Unterversorgungsgrenze knapp unterschritten. Deutlich wird, dass Arztsitze durchaus nicht nur auf dem Lande frei werden. Auch in den beiden größeren Städten kommt es tendenziell zu Altersabgängen bei Hausärzten. Allerdings ist davon Heiligenstadt stärker betroffen als Leinefelde, wo nur eine von 12 Praxen altersbedingt frei werden dürfte. In Worbis (5.500 Einwohner) blieben alle sechs Hausarztsitze erhalten, in Dinkelstädt (5.000 Einwohner) würde eine von fünf Praxen frei. 10 der insgesamt 15 frei werdenden Hausarztpraxen liegen allerdings in den kleineren Ortschaften.

Abbildung Thüringen 4

**Hausärztliche Versorgung im Kreis Eichsfeld 2010
nach Altersabgängen und ohne Besetzung frei werdender Sitze***



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten abzüglich der aus Altersgründen aufgegebenen Sitze bis zum Jahr 2010 durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Zu erkennen ist, dass sich durch ausbleibende oder mangelnde Wiederbesetzung von Hausarztsitzen partiell eine schwierige Versorgungssituation ergeben könnte. Dies kann hier nur beispielhaft erläutert werden. So könnte sich im Nordosten des Kreises Eichsfeld teilweise eine schwierige Konstellation ergeben. Hier bliebe bspw. Bischofferode (2.300 Einwohner) unversorgt, weil beide dort tätigen Hausärzte altersbedingt ausscheiden. In Großbodungen und Weißenborn (jeweils 1.500 Einwohner) wäre jeweils eine von zur Zeit jeweils zwei Hausarztpraxen unbesetzt. Möglicherweise macht es also Sinn, dass gerade in diesen genannten Orten wirksame Maßnahmen für die Wiederbesetzung von Arztpraxen eingeleitet werden.

Die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Planungskreisen ist bei isolierter Betrachtung eines Kreises allerdings nur bedingt einzuschätzen. Unklar bleibt vor allem, ob und inwieweit Patienten Versorgungsangebote in benachbarten Kreisen nutzen. Gleiches gilt auch für diese, d. h. es bleibt ungeklärt, ob sich Versorgungsdefizite mit ähnlichen Defiziten in den benachbarten Kreisen addieren oder ob Defizite durch ein gutes Angebot der Nachbarkreise teilweise kompensiert werden können.

Mögliche Lösungen der Versorgungsprobleme müssen die jeweilige regionale Spezifität solcher Defizite berücksichtigen; zentrale Maßnahmen dürften sich vor Ort als wenig effektiv und nicht sinnvoll erweisen.

Die fachärztliche Versorgung im Kreis Eichsfeld zeichnet sich im Jahre 2002 bei der Mehrheit der Arztgruppen durch eine teilweise deutliche Überversorgung aus. Den höchsten Versorgungsgrad weisen Chirurgen (196,8 %) auf. Niedergelassene Anästhesisten fehlen in dieser Region, ansonsten liegen lediglich die Versorgungsgrade von Orthopäden (71,6 %) und HNO-Ärzten (76,3 %) deutlich unterhalb der „Vollversorgung“.

Wie verändert sich nun die fachärztliche Versorgung durch Altersabgänge?

Bis zum Jahr 2010 wird sich nach Altersabgängen von Ärzten (insgesamt scheiden neun Fachärzte altersbedingt aus²³) die fachärztliche Versorgung im Kreis Eichsfeld dahingehend verändern, dass Überversorgung bei einigen Arztgruppen abgebaut wird. Bei Radiologen, Chirurgen und Kinderärzten wird nach wie vor Überversorgung herrschen. Unterversorgung würde, mit Ausnahme der Anästhesisten, bei keiner Facharztgruppe bestehen. Insgesamt sind damit keine gravierenden durch die Altersstruktur der Ärzte ausgelösten Versorgungsprobleme im fachärztlichen Bereich zu erwarten.

²³ Und zwar drei Frauenärzte, zwei fachärztlich tätige Internisten, zwei Urologen, ein Kinderarzt und ein Chirurg.

2.4.6 Wiederbesetzungsszenarien

Im Folgenden wird die Versorgungssituation für Thüringen in den wichtigsten Arztgruppen differenziert dargestellt. Dabei werden die Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und fachärztlich tätigen Internisten ausgewählt, weil sie die zahlenmäßig stärksten Gruppen der insgesamt 14 in der Bedarfsplanung berücksichtigten Gruppen²⁴ bilden und die Grundversorgung abdecken.

Ausgehend von der Versorgungssituation nach einem altersbedingten Ausscheiden aller Ärzte im Alter von ≥ 60 Jahren wird in Wiederbesetzungsszenarien die Wahrscheinlichkeit der Wiederbesetzung variiert. Dargestellt werden regionale Versorgungsgrade bei Wiederbesetzungsquoten von 33 %, 50 % und 66 %.

Des Weiteren werden Differenzen zur jeweils notwendigen Mindest- bzw. Vollversorgung in absoluten Zahlen aufgezeigt. Zu erkennen ist dabei, welche absolute Differenz zur Unter- (< 50 % bei Fachärzten, < 75 % bei Hausärzten) bzw. Vollversorgung (100 %) besteht und auch, wie viele Ärzte jeweils fehlen oder – gemessen an diesen Zielen – überzählig sind. Grundlage ist die Gruppe der heute tätigen Ärzte, die das Alter von 60 Jahren noch nicht erreicht haben.

2.4.6.1 Hausärzte

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Thüringen 4*).

Aktuell (Stand 2002) arbeiten insgesamt 1.630 Hausärzte in Thüringen²⁵. Damit herrscht in 4 von 20 Planungsbereichen Überversorgung, in elf weiteren Regionen liegt der hausärztliche Versorgungsgrad bei über 100 %. Der höchste Versorgungsgrad findet sich derzeit mit 120,6 % in Saalfeld-Rudolstadt, der niedrigste mit 86,9 % in Nordhausen.

²⁴ In den Bedarfsplanungs-Richtlinien werden die Arztgruppen genannt, für die der Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung bestimmt wird. Es handelt sich um: Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen.

²⁵ Quelle: Stammdatei

Tabelle Thüringen 4

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Thüringen								
Altenburger Land	65,0	17,0	26,2	95,9	70,8	79,1	83,4	87,4
Eichsfeld	72,0	15,0	20,8	94,6	74,9	81,4	84,7	87,9
Erfurt	137,5	44,0	32,0	107,5	73,1	84,5	90,3	95,8
Gera	78,0	21,0	26,9	111,0	81,2	91,0	96,1	100,9
Gotha	94,0	38,0	40,4	105,8	63,0	77,1	84,4	91,2
Greiz	80,0	30,0	37,5	108,4	67,7	81,1	88,1	94,6
Hildburghausen	51,0	21,0	41,2	102,6	60,4	74,3	81,5	88,3
Ilm-Kreis	80,0	22,0	27,5	107,7	78,1	87,8	92,9	97,6
Jena	69,0	21,0	30,4	106,7	74,3	85,0	90,5	95,7
Kyffhäuserkreis	66,0	14,0	21,2	104,6	82,4	89,8	93,5	97,1
Nordhausen	57,0	16,0	28,1	86,9	62,5	70,6	74,7	78,6
Saale-Holzland-Kreis	63,0	22,0	34,9	109,9	71,5	84,2	90,7	96,8
Saale-Orla-Kreis	64,5	24,5	38,0	107,7	66,8	80,3	87,2	93,8
Saalfeld-Rudolstadt	97,0	33,0	34,0	120,6	79,6	93,1	100,1	106,7
Sömmerda	48,0	13,0	27,1	97,3	71,0	79,7	84,2	88,4
Sonneberg	53,0	18,0	34,0	117,6	77,6	90,8	97,6	104,0
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	137,0	41,0	29,9	107,9	75,6	86,2	91,7	96,9
Unstrut-Hainich-Kreis	76,0	14,0	18,4	95,6	78,0	83,8	86,8	89,6
Eisenach / Wartburgkreis	135,0	38,0	28,1	107,1	76,9	86,9	92,0	96,8
Weimar / Weimarer Land	106,5	32,0	30,0	114,4	80,0	91,4	97,2	102,7

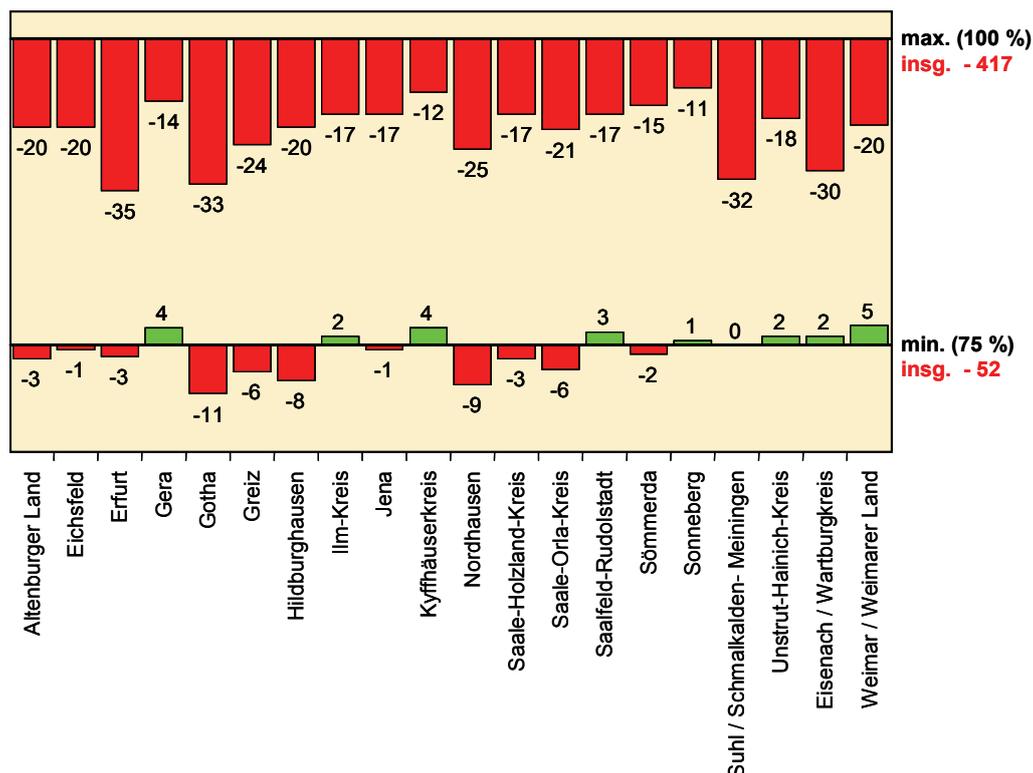
WIdO 2003

Von den derzeit praktizierenden Ärzten scheiden 495, also ungefähr 30 %, bis zum Jahr 2010 aus der Praxis aus. Falls keiner der in den nächsten acht Jahren aufgrund von Altersabgängen in Thüringen frei werdenden hausärztlichen Vertragsarztsitze wieder besetzt werden könnte, käme es in 11 von 20 Planungskreisen zu einer rechnerischen Unterversorgung. Falls jeder dritte frei werdende Sitz wieder besetzt werden könnte, gäbe es lediglich noch in Hildburghausen (sehr knapp mit 74,3 % Versorgungsgrad) und Nordhausen (mit 70,6 %) eine hausärztliche Unterversorgung. Könnte dagegen für jeden zweiten aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsarzt ein Nachfolger gefunden werden, so wäre die Versorgung mit Ausnahme von Nordhausen (74,7 %) in allen Städten und Planungskreisen Thüringens gesichert. Wäre es möglich, jeweils zwei von drei frei werdenden Hausarztsitzen in allen Krei-

sen wieder zu besetzen, dann wären die meisten Planungskreise eher im Bereich der Vollversorgung, denn nahe der Unterversorgungsgrenze.

Abbildung Thüringen 5

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Hausärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WlDO 2003

*Werte sind gerundet

Absolut gesehen würde es ausreichen, insgesamt 52 Hausärzte für eine Niederlassung zu gewinnen, um die Altersabgänge bis 2010 soweit auszugleichen, bis eine rechnerische und gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung sichergestellt ist. Von diesen 52 Ärzten wären allein elf für Gotha, neun für Nordhausen und acht für Hildburghausen notwendig (s. *Abbildung Thüringen 5*). In einigen Regionen (insgesamt neun Planungsbereichen) stellt sich das Problem der Unterversorgung auch ohne Wiederbesetzung frei werdender Hausarztsitze gar nicht. Das bedeutet: Die für eine ausreichende Versorgung auch in vergleichsweise abgelegenen Gegenden in den nächsten acht Jahren absolut notwendige Zahl an Hausärzten ist gering. Für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % wären in Thüringen 417 Hausärzte anzuwerben.

2.4.6.2 Fachärztlich tätige Internisten

Ausgehend von einer Situation im Frühjahr 2002, in der in 18 von 20 Planungsbereichen eine Überversorgung bei den fachärztlich tätigen Internisten besteht, ergibt sich folgendes Bild:

Entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien für die fachärztliche Versorgung kommt es aufgrund von Altersabgängen in den nächsten acht Jahren (bis 2010) in keinem Versorgungskreis in Thüringen zu einer internistisch-fachärztlichen Unterversorgung. Dies gilt auch dann, wenn keine in diesem Zeitraum frei werdende Stelle wieder besetzt werden könnte; in 16 von 20 Planungskreisen setzt sich sogar die bestehende Überversorgung fort. Die massivste Überversorgung findet sich im Altenburger Land (304 %) und Saalfeld-Rudolstadt (274 %). Es zeigt sich auch, dass die Altersabgänge bei fachärztlich tätigen Internisten nur in einigen Regionen zahlenmäßig von Bedeutung sind (vgl. *Tabelle Thüringen 5*).

Lediglich im Saale-Holzland-Kreis bliebe die schon aktuell (im Jahre 2002) vorhandene Unterversorgung (48 %) bestehen, falls der dort ohnehin freie internistische Arztsitz nicht besetzt werden kann. Der hier praktizierende Internist gehört zur Gruppe der 35- bis 39-jährigen Ärzte. Die Unterversorgung in diesem Kreis ist damit kein Problem der zukünftigen Altersentwicklung.

Auffällig ist, dass in Gotha vier der acht praktizierenden Internisten zur Altersgruppe der 60-jährigen oder älteren Ärzte gehören. Nach deren altersbedingtem Ausscheiden sinkt der Versorgungsgrad von derzeit 188,8 % auf 84,3 % (vgl. *Tabelle Thüringen 5*).

Tabelle Thüringen 5

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

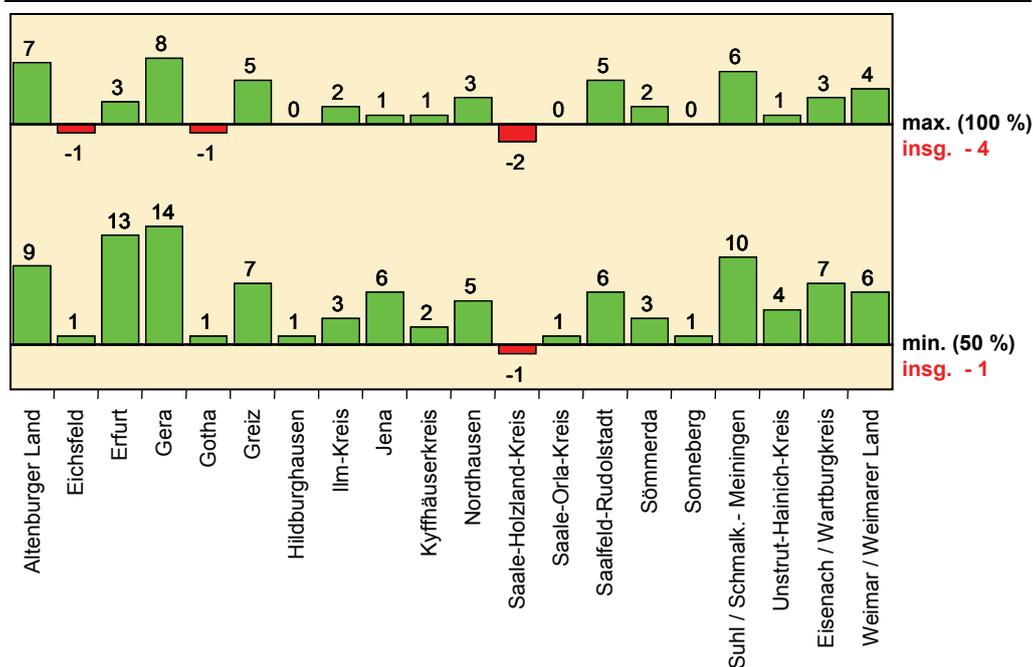
<div style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Überversorgung <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Unterversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.	
									Thüringen
	Altenburger Land	11,0	0,0	0,0	304,0	304,0	304,0	304,0	304,0
	Eichsfeld	6,0	2,0	33,3	122,4	81,6	95,1	102,0	108,6
	Erfurt	28,5	5,0	17,5	136,3	112,4	120,3	124,4	128,2
	Gera	20,5	1,0	4,9	178,5	169,8	172,7	174,2	175,6
	Gotha	8,0	4,0	50,0	168,6	84,3	112,1	126,5	139,9
	Greiz	10,0	1,0	10,0	253,7	228,4	236,7	241,0	245,1
	Hildburghausen	4,0	1,0	25,0	174,1	130,6	144,9	152,3	159,3
	Ilm-Kreis	6,0	1,0	16,7	222,4	185,3	197,6	203,9	209,8
	Jena	14,0	2,0	14,3	132,5	113,6	119,8	123,0	126,1
	Kyffhäuserkreis	4,0	0,0	0,0	137,1	137,1	137,1	137,1	137,1
	Nordhausen	8,0	0,0	0,0	189,6	189,6	189,6	189,6	189,6
	Saale-Holzland-Kreis	1,0	0,0	0,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0
	Saale-Orla-Kreis	3,0	0,0	0,0	138,0	138,0	138,0	138,0	138,0
	Saalfeld-Rudolstadt	9,0	1,0	11,1	308,2	274,0	285,3	291,1	296,6
	Sömmerda	4,0	0,0	0,0	223,4	223,4	223,4	223,4	223,4
	Sonneberg	3,0	0,0	0,0	103,4	103,4	103,4	103,4	103,4
	Suhl / Schmalkalden-Meiningen	16,0	1,0	6,3	195,7	183,5	187,5	189,6	191,5
	Unstrut-Hainich-Kreis	8,0	1,0	12,5	156,3	136,8	143,3	146,6	149,7
	Eisenach / Wartburgkreis	13,0	1,0	7,7	160,2	147,8	151,9	154,0	156,0
	Weimar / Weimarer Land	11,0	2,0	18,2	221,3	181,1	194,4	201,2	207,6

WIdO 2003

Abbildung Thüringen 6 zeigt u. a. die Differenz zur Mindest- (50 %) und Vollversorgung (100 %) bei Internisten, ohne die Ärzte einzubeziehen, die 60 Jahre alt oder älter sind. Im Saale-Holzland-Kreis gibt es die erwähnte internistische Unterversorgung. Absolut gesehen handelt es sich bei dem Fehlbedarf lediglich um einen Internisten. Die Besetzung eines weiteren internistischen Sitzes würde hier bereits zur Vollversorgung führen.

Abbildung Thüringen 6

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Internisten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Da mit den Altersabgängen in den meisten Planungsbereichen Überversorgung abgebaut würde, würde es absolut gesehen ausreichen, vier Internisten anzuwerben, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von mindestens 100 % zu erreichen; von den Praxen der vier ausscheidenden Internisten in Gotha müsste lediglich eine Praxis wieder besetzt werden, um eine „Vollversorgung“ zu gewährleisten.

2.4.6.3 Frauenärzte

Auch ohne diejenigen Ärzte, die schon im Jahr 2002 60 Jahre alt oder älter sind, ist die frauenärztliche Versorgung in Thüringen im Jahr 2010 gesichert, wobei der Versorgungsgrad im Ilm-Kreis mit 72,9 % am niedrigsten und im Saale-Orla-Kreis (120,5 %) und im Unstrut-Hainich-Kreis (120 %) am höchsten läge. In keinem Kreis wird der Grad der notwendigen Mindestversorgung

unterschritten. Von den heute 17 überversorgten Planungsbereichen bleiben nach den Altersabgängen und ohne Wiederbesetzung der Praxen fünf Regionen weiterhin überversorgt.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Thüringen 6*).

Tabelle Thüringen 6

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

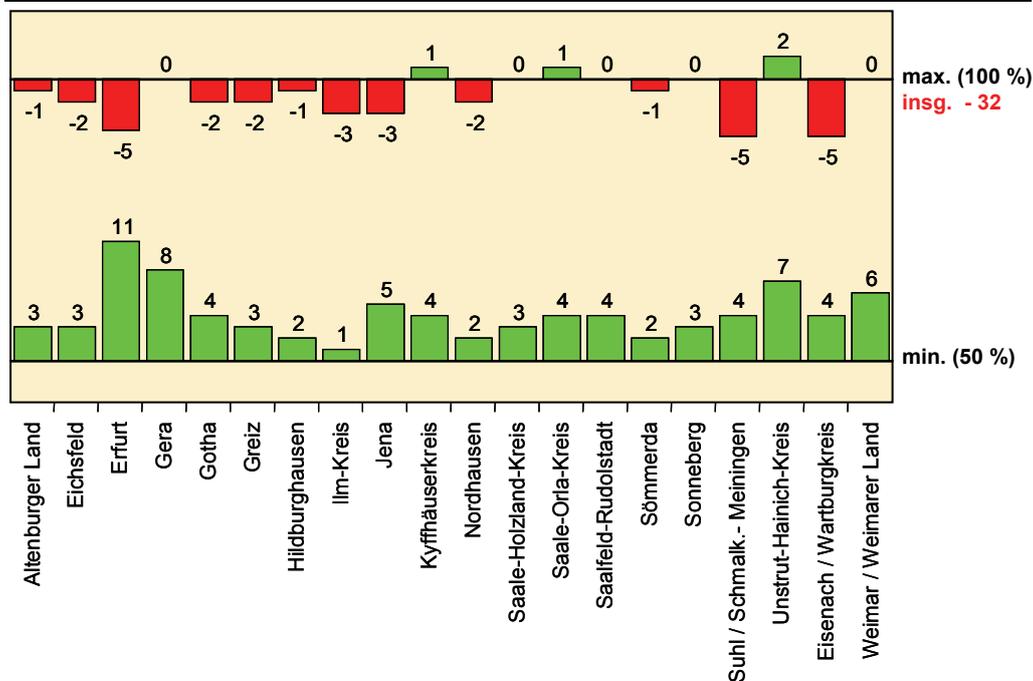
 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Thüringen								
Altenburger Land	10,0	2,0	20,0	111,4	89,1	96,5	100,3	103,8
Eichsfeld	12,0	3,0	25,0	115,6	86,7	96,3	101,2	105,8
Erfurt	32,5	7,0	21,5	109,0	85,5	93,3	97,2	101,0
Gera	19,0	2,0	10,5	116,0	103,8	107,8	109,9	111,8
Gotha	13,0	3,0	23,1	110,5	85,0	93,4	97,7	101,8
Greiz	10,0	2,0	20,0	102,3	81,8	88,6	92,1	95,3
Hildburghausen	7,0	2,0	28,6	130,9	93,5	105,8	112,2	118,2
Ilm-Kreis	10,0	4,0	40,0	121,5	72,9	88,9	97,2	104,9
Jena	17,0	4,0	23,5	112,8	86,2	95,0	99,5	103,8
Kyffhäuserkreis	8,0	0,0	0,0	117,8	117,8	117,8	117,8	117,8
Nordhausen	10,0	3,0	30,0	111,9	78,3	89,4	95,1	100,5
Saale-Holzland-Kreis	8,0	1,0	12,5	125,9	110,2	115,4	118,0	120,6
Saale-Orla-Kreis	13,0	5,0	38,5	195,9	120,5	145,4	158,2	170,3
Saalfeld-Rudolstadt	10,0	1,0	10,0	112,2	101,0	104,7	106,6	108,4
Sömmerda	6,0	1,0	16,7	109,8	91,5	97,6	100,7	103,6
Sonneberg	9,0	2,0	22,2	146,4	113,9	124,6	130,2	135,4
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	23,0	10,0	43,5	132,8	75,1	94,1	104,0	113,2
Unstrut-Hainich-Kreis	13,0	0,0	0,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0
Eisenach / Wartburgkreis	19,0	6,0	31,6	110,5	75,6	87,1	93,1	98,7
Weimar / Weimarer Land	18,0	5,0	27,8	146,0	105,4	118,8	125,7	132,2

WiDO 2003

Mehr als eine Wiederbesetzung von ca. einem Drittel der frei werdenden Sitze wäre kaum wünschenswert, da es ansonsten wieder zu einer Ausweitung der Überversorgung käme. Lediglich partiell wären höhere Wiederbesetzungsquoten angebracht.

Abbildung Thüringen 7

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Frauenärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WiDO 2003

*Werte sind gerundet

Während also durch Altersabgänge bei Frauenärzten nirgendwo Unterversorgung entstehen würden, wären für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % in den nächsten acht Jahren 32 Frauenärzte in ganz Thüringen nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten notwendig.

2.4.6.4 Kinderärzte

Kinderärzte nehmen zwar entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil, werden aber in der Bedarfsplanung als eigenständige Gruppe gezählt.²⁶

Charakteristisch für die kinderärztliche Versorgung in Thüringen ist zunächst einmal der durchgängig sehr hohe Versorgungsgrad: In sämtlichen Planungskreisen besteht aktuell (im Jahre 2002) eine Situation der Überversorgung, d. h. in allen 20 Planungskreisen gibt es einen Versorgungsgrad von jeweils über 110 %. In zwei Kreisen (Kyffhäuserkreis, Sömmerda) finden sich mehr als doppelt so viele Kinderärzte wie laut Bedarfsplanung vorgesehen.

²⁶ Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung eine abweichende Regelung treffen. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. Tabelle Thüringen 7).

Tabelle Thüringen 7

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Thüringen								
Altenburger Land	10,0	3,0	30,0	181,5	127,0	145,0	154,2	162,9
Eichsfeld	8,0	1,0	12,5	144,5	126,4	132,4	135,5	138,4
Erfurt	25,0	7,0	28,0	160,6	115,7	130,5	138,2	145,4
Gera	12,5	2,0	16,0	146,2	122,8	130,6	134,5	138,3
Gotha	11,0	7,0	63,6	152,2	55,4	87,3	103,8	119,3
Greiz	8,0	2,0	25,0	133,3	99,9	110,9	116,6	121,9
Hildburghausen	4,0	0,0	0,0	144,7	144,7	144,7	144,7	144,7
Ilm-Kreis	7,0	2,0	28,6	160,8	114,9	130,0	137,9	145,2
Jena	9,0	1,0	11,1	114,4	101,7	105,9	108,1	110,1
Kyffhäuserkreis	10,0	4,0	40,0	285,1	171,0	208,7	228,0	246,3
Nordhausen	7,0	3,0	42,9	146,8	83,9	104,7	115,4	125,4
Saale-Holzland-Kreis	5,5	0,0	0,0	163,8	163,8	163,8	163,8	163,8
Saale-Orla-Kreis	5,0	2,0	40,0	142,5	85,5	104,3	114,0	123,1
Saalfeld-Rudolstadt	8,0	1,0	12,5	169,8	148,6	155,6	159,2	162,6
Sömmerda	6,0	1,0	16,7	207,7	173,1	184,5	190,4	196,0
Sonneberg	5,0	0,0	0,0	152,5	152,5	152,5	152,5	152,5
Suhl / Schmalkalden-Meiningen	14,0	3,0	21,4	151,6	119,1	129,8	135,3	140,5
Unstrut-Hainich-Kreis	9,0	2,0	22,2	155,7	121,1	132,5	138,4	143,9
Eisenach / Wartburgkreis	14,0	4,0	28,6	152,7	109,0	123,4	130,9	137,8
Weimar / Weimarer Land	11,0	3,0	27,3	145,3	105,7	118,8	125,5	131,8

WIÖO 2003

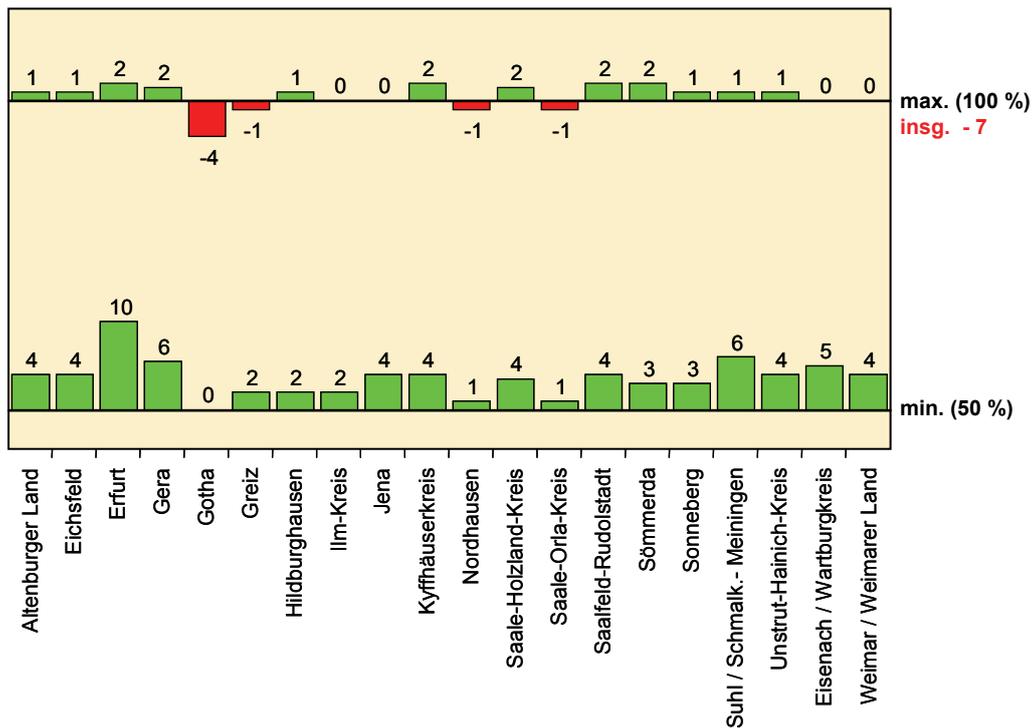
Trotz des in einigen Planungskreisen sehr hohen Anteils an Kinderärzten im Alter von 60 Jahren und mehr – allein in 12 von 20 Kreisen ist dieser Anteil älterer Ärzte größer als 20 % – führen Altersabgänge bis 2010 nicht zu Unterversorgung, auch wenn kein kinderärztlicher Vertragsarztsitz wieder besetzt werden könnte. Aufgrund von Altersabgängen werden vielmehr Überkapazitäten in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung abgebaut. Immerhin noch in 13 Planungskreisen bleibt trotz der Altersabgänge eine Situation der Überversorgung bestehen; im Kyffhäuserkreis und in Sömmerda

liegt die Überversorgung immer noch bei über 170 %. Eine Wiederbesetzung von Kinderarztpraxen führt fast überall zu erneuter bzw. wieder steigender Überversorgung.

Eine Ausnahme bildet hier lediglich Gotha. Hier liegt der Anteil der über 60-jährigen Kinderärzte aktuell bei 64 % (7 von insgesamt 11 Ärzten). Ohne Wiederbesetzung sinkt der Versorgungsgrad von aktuell 152,2 % auf 55,4 %. Mit Unterversorgung wäre also auch hier nicht zu rechnen, zum Erreichen der Vollversorgung müssten jedoch vier Kinderarztstellen in Gotha wieder besetzt werden. Insgesamt müssen in Thüringen sieben Kinderarztpraxen in den nächsten acht Jahren wieder besetzt werden, um flächendeckend ein Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen.

Abbildung Thüringen 8

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Kinderärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre ***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Ob überhaupt eine Wiederbesetzung erforderlich ist, hängt im Fall der Kinderärzte freilich auch sehr von der Bevölkerungsentwicklung und der zukünftigen Struktur der Bevölkerung ab.

2.4.7 Bevölkerungsentwicklung

Die Bilanz der Bevölkerungsentwicklung in Thüringen insgesamt ist negativ, d. h. Geburten und Zuzüge können Sterbefälle und Abwanderungen nicht aufwiegen. Per Saldo ergibt sich über den Zeitraum 1990 bis 2000 landesweit ein Bevölkerungsrückgang von 6,9 %. Dies entspricht absolut einem Rückgang um 179.000 Einwohner.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Städten und Landkreisen über den genannten Zeitraum, dann ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Eine positive Bevölkerungsentwicklung findet sich mit +4,3 % lediglich im Weimarer Land. Eine nahezu unveränderte Bevölkerungszahl findet man im Saale-Holzland-Kreis. In allen anderen Regionen Thüringens sanken die Bevölkerungszahlen. Die höchsten prozentualen Rückgänge verzeichnen Suhl (-16,4 %), Gera (-16,3 %), Greiz (-12 %), Altenburger Land (-11,6 %) und Erfurt (-11,5 %). Vergleichsweise niedrige Verluste findet man in Gotha und Sömmerda (jeweils -2,3 %) und in Eichsfeld (-2,7 %). Damit bestätigt sich die These vom vor allem ländlichen Bevölkerungsrückgang in Thüringen zunächst nicht.

Mit den seit Frühjahr 2003 zur Verfügung stehenden kleinräumigen Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ergibt sich die Chance zu einer detaillierten Abschätzung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung in Thüringen; auf den Bedarf an medizinischer Versorgung und die vertragsärztliche Bedarfsplanung hat diese Entwicklung einen unmittelbaren Einfluss. Für ganz Thüringen prognostiziert das BBR für den Zeitraum 2000 bis 2010 einen weiteren Bevölkerungsrückgang um 157.200 Einwohner (-6,5 %). Die regional differenzierte Prognose ist in *Tabelle Thüringen 8* dargestellt. Für fast alle Städte und Kreise werden Bevölkerungsrückgänge prognostiziert. In einigen Regionen flacht der in den 90er Jahren enorme Rückgang ab (bspw. in Erfurt, Gera und Suhl). In Greiz und im Altenburger Land dagegen setzt sich der Rückgang der 90er Jahre auch bis 2010 sehr deutlich fort. In wiederum anderen Regionen, wie Jena und Unstrut-Hainich-Kreis, nimmt der Bevölkerungsrückgang erst seit der Jahrtausendwende deutliche Gestalt an. Vergleichsweise niedrige Rückgänge werden bis zum Jahre 2010 für Gotha (-0,9 %), Eisenach (-2,5 %) und Weimar (-2,6 %) prognostiziert. Einzig für das Weimarer Land wird mit +5,4 % eine Zunahme der Bevölkerung vorausgesagt.

Für das darauffolgende Jahrzehnt (2010 bis 2020) hat das BBR für Thüringen einen fortgesetzten Bevölkerungsrückgang von -6,2 % (absolut: -141.400) prognostiziert.

Auf den Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen bezogen hieße das: In der Gesamtbetrachtung der Entwicklung Thüringens bis zum Jahre 2010 könnte das ambulante Versorgungsangebot entsprechend verringert werden. Da

jeweils aktuelle Bevölkerungszahlen für die einzelnen Planungsbereiche in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, würde sich der entsprechende Bedarf an Ärzten bei Eintreten der Prognose verändern, d. h. in nahezu allen Regionen (mit unterschiedlicher Intensität) reduzieren. Lediglich im Weimarer Land entsteht aufgrund der wachsenden Bevölkerung zukünftig ein größerer Bedarf.

Tabelle Thüringen 8

Bevölkerungsprognose

Kreise Thüringen	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
16051 Erfurt	224.600	198.700	-11,5	191.700	-3,5	183.500	-4,3
16052 Gera	134.000	112.200	-16,3	105.600	-5,9	100.100	-5,2
16053 Jena	105.700	99.600	-5,8	84.200	-15,5	71.000	-15,7
16054 Suhl	57.400	48.000	-16,4	46.300	-3,5	44.900	-3,0
16055 Weimar	64.300	62.500	-2,8	60.900	-2,6	58.200	-4,4
16056 Eisenach	48.800	44.500	-8,8	43.400	-2,5	41.800	-3,7
16061 Eichsfeld	116.800	113.700	-2,7	104.500	-8,1	96.100	-8,0
16062 Nordhausen	105.500	98.600	-6,5	91.800	-6,9	86.100	-6,2
16063 Wartburgkreis	152.600	144.700	-5,2	135.800	-6,2	127.800	-5,9
16064 Unstrut-Hainich-Kreis	126.300	120.500	-4,6	107.100	-11,1	95.400	-10,9
16065 Kyffhäuserkreis	103.100	94.400	-8,4	85.300	-9,6	77.600	-9,0
16066 Schmalkalden-Meiningen	151.600	143.800	-5,1	134.400	-6,5	126.400	-6,0
16067 Gotha	153.100	149.600	-2,3	148.300	-0,9	145.300	-2,0
16068 Sömmerda	83.600	81.700	-2,3	79.000	-3,3	76.600	-3,0
16069 Hildburghausen	76.700	73.800	-3,8	68.600	-7,0	63.600	-7,3
16070 Ilm-Kreis	128.800	122.100	-5,2	117.700	-3,6	114.100	-3,1
16071 Weimarer Land	88.600	92.400	4,3	97.400	5,4	100.500	3,2
16072 Sonneberg	73.300	67.800	-7,5	61.700	-9,0	56.100	-9,1
16073 Saalfeld-Rudolstadt	144.800	132.900	-8,2	119.700	-9,9	109.300	-8,7
16074 Saale-Holzland-Kreis	93.700	93.600	-0,1	92.000	-1,7	88.500	-3,8
16075 Saale-Orla-Kreis	107.600	98.800	-8,2	89.900	-9,0	82.100	-8,7
16076 Greiz	141.300	124.300	-12,0	111.200	-10,5	101.300	-8,9
16077 Altenburger Land	129.100	114.100	-11,6	98.600	-13,6	87.400	-11,4
Thüringen	2.611.300	2.432.300	-6,9	2.275.100	-6,5	2.133.700	-6,2

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)/Eigene Berechnungen

2.4.8 Fazit für Thüringen

Die These vom drohenden Ärztemangel lässt sich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen generell nicht belegen. Zwar muss in den nächsten Jahren damit gerechnet werden, dass eine erhebliche Zahl von Ärzten, insbesondere Hausärzten, ausscheidet, dies führt jedoch nicht zu massiver Unterversorgung. Im fachärztlichen Bereich wird durch die Altersabgänge im Wesentlichen eine aktuell zu findende Überversorgung abgebaut; hier sind nur in wenigen Regionen und Facharztgruppen Wiederbesetzungen von frei werdenden Arztsitzen notwendig. Im hausärztlichen Bereich sind die meisten Altersabgänge zu erwarten. Aber auch hier kommt es im Durchschnitt bereits bei Wiederbesetzung von 33 % der frei werdenden Arztpraxis fast nirgendwo zu Unterversorgung. Allerdings hat die Analyse auch gezeigt, dass die Versorgungslage regional- und arztgruppenspezifisch analysiert werden sollte und die möglichen Maßnahmen entsprechend differenziert ergriffen werden sollten. Wichtig ist jedoch, dass nicht jede frei werdende Arztpraxis in Thüringen wieder besetzt werden muss, um eine nach den Bedarfsplanungsrichtlinien angemessene Versorgung zu gewährleisten. Von den bis zum Jahre 2010 insgesamt 765 altersbedingt frei werdenden Arztsitzen müssten lediglich 66 (davon 52 Hausarztsitze) wieder besetzt werden, um überall Unterversorgung gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinien zu vermeiden. Um flächendeckend eine Vollversorgung (Versorgungsgrad von 100 %) bis zum Jahre 2010 in allen Arztgruppen zu erreichen, wären 584 Arztsitze (davon 417 Hausarztsitze) zu besetzen.

2.5 Brandenburg

2.5.1 Soll-Ist-Vergleich

In Brandenburg sind im Jahr 2002 insgesamt 2.945 Vertragsärzte der Gebiete tätig, die in den Bedarfsplanungsrichtlinien aufgeführt sind²⁷. Aus methodischen Gründen sind hierbei die Nervenärzte und die Psychotherapeuten nicht berücksichtigt, wogegen alle Ärzte, die in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig sind, einbezogen sind²⁸.

Mit wenigen Ausnahmen (Anästhesisten in drei Planungskreisen, Hautärzte und Radiologen in jeweils einem Planungskreis) arbeiten in allen Arztgruppen einschließlich der Hausärzte mehr Ärzte als nach der Bedarfsplanung als Mindeststandard vorgesehen sind.

Von den 2.945 brandenburgischen Vertragsärzten sind 753 Ärzte 60 Jahre alt oder älter. Damit fällt in den nächsten acht Jahren ein gutes Viertel aller Vertragsärzte in Brandenburg aufgrund von Altersabgängen weg. Über die Versorgung ist damit zunächst recht wenig gesagt, da es in verschiedenen Versorgungsbereichen z. T. erhebliche Überkapazitäten gibt.

Die *Tabelle Brandenburg 1* zeigt die aktuelle (April 2002) Versorgungssituation über alle Planungskreise. Deutlich wird die generell gute Versorgung sowohl bei Haus- wie auch bei Fachärzten; aber es ist auch zu erkennen, dass weitaus die meisten Planungskreise und Städte fachärztlich überversorgt sind. Überversorgte Kreise sind hellgrau, unterversorgte Kreise dunkelgrau markiert; nicht markierte Kreise liegen im Bedarfsplanungszielfenster.

²⁷ Quelle: Arztstammdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

²⁸ Die Anzahl der in Brandenburg in 29 zugelassenen Einrichtungen nach § 311 SGB V tätigen Ärzte ist insgesamt 124 (Stand: 01.08.2002).

Tabelle Brandenburg 1

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

<div style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Überversorgung <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Unterversorgung	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
	Brandenburg											
Barnim	108,0	205,7	130,1	117,1	136,5	124,9	201,2	123,8	127,1	109,7	120,7	128,8
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	108,4	143,5	118,1	187,1	79,3	104,8	183,7	179,9	123,1	95,7	116,9	112,3
Cottbus, Stadt	112,0	108,1	120,0	230,0	103,8	124,4	178,0	128,0	123,6	110,2	114,5	122,4
Dahme-Spreewald	100,1	108,0	111,0	153,6	71,6	160,3	181,1	162,5	133,4	96,0	295,8	135,2
Elbe-Elster	113,6	104,3	136,7	172,4	91,1	119,8	240,3	43,3	130,6	106,0	0,0	108,0
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	114,6	228,7	155,6	189,8	126,4	137,1	301,8	248,5	222,4	135,6	223,7	159,1
Havelland	93,2	160,1	117,5	130,2	0,0	138,9	223,7	172,1	141,3	101,7	134,2	71,6
Märkisch-Oderland	99,8	326,4	157,6	180,6	120,3	97,9	278,7	191,0	130,7	112,9	141,9	113,5
Oberhavel	109,6	124,4	112,4	113,8	176,8	131,9	297,9	133,7	109,8	158,0	104,3	139,0
Oberspreewald-Lausitz	91,8	189,6	124,3	215,5	248,5	109,0	393,3	118,1	148,4	120,5	220,9	147,3
Ostprignitz-Ruppin	91,8	198,5	134,0	165,0	0,0	134,5	216,1	213,6	201,7	139,6	242,0	98,1
Potsdam, Stadt	119,2	237,9	107,2	165,0	120,8	132,8	189,7	129,1	130,9	123,2	217,8	123,9
Prignitz	97,2	135,6	131,1	141,0	292,4	214,4	258,4	191,5	120,6	66,8	289,4	117,3
Spree-Neiße	83,7	145,8	124,2	198,9	0,0	100,5	161,3	109,0	136,9	111,2	203,9	90,6
Teltow-Fläming	93,9	171,5	118,6	183,0	71,1	101,2	149,8	161,3	154,5	57,2	125,8	100,6
Uckermark	84,5	273,1	117,3	157,2	181,2	166,0	192,1	237,4	174,3	124,2	269,0	145,4

WIdO 2003

Die vertragsärztlich Versorgung durch Fachärzte ist in Brandenburg im Jahr 2002 weithin durch Überversorgung gekennzeichnet; abgesehen von den o. a. in drei Kreisen fehlenden Anästhesisten und jeweils einem hautärztlich bzw. radiologisch nicht ausreichend besetzten Planungskreis finden sich sehr viele Versorgungssituationen, die weit jenseits dessen einzuordnen sind, was die Bedarfsplanung als angemessen definiert. Die Anästhesisten und Radiologen spielen aus verschiedenen Gründen eine Sonderrolle.

Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den einzelnen Planungsbereichen nun Überversorgung feststellen und ggf. Zulassungsbeschränkungen anordnen (Abs. 1) oder solche aufheben (Abs. 3). Überversorgung liegt in der Regel dann vor, wenn der örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. überschreitet; dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 Prozent größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation.

In der zuletzt dargestellten Tabelle zeigen die hellgrau markierten Feldern an, welche Planungskreise in Brandenburg für welche Gruppen von Ärzten für eine weitere Niederlassung gesperrt sind; das sind weitaus die meisten. Dem großen Anteil entsprechend der gesperrten Kreise gibt es vergleichsweise wenige für eine Niederlassung offene Städte und Planungskreise.

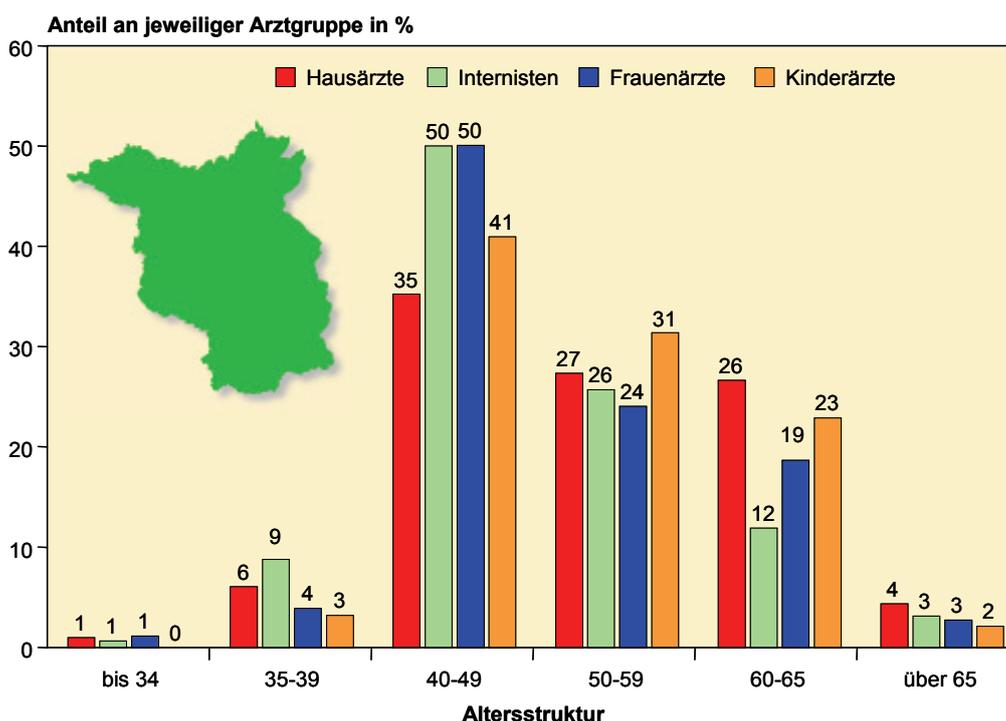
2.5.2 Altersstruktur / Gruppierung

Die Altersstruktur der Ärzte Brandenburgs entspricht der in den anderen (Ost-) Flächenstaaten.

Die folgende *Abbildung Brandenburg 1* zeigt die Gruppen der Hausärzte, Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte in ihrer Altersstruktur im Vergleich.

Abbildung Brandenburg 1

Altersstrukturvergleich Ärzte 2002*



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Der Anteil an den Altersgruppen der 50- bis 59-jährigen und der 60- bis 65-jährigen ist bei Hausärzten und bei Kinderärzten gegenüber den beiden anderen Arztgruppen vergleichsweise groß. Überproportionale Altersabgänge sind in den nächsten Jahren daher vor allem in diesen beiden Arztgruppen zu erwarten.

2.5.3 Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze

Bei Überlegungen zur Anzahl der in den nächsten Jahren in Brandenburg aus Altersgründen frei werdenden Vertragsarztsitze wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die sogenannte 68er-Regelung wirksam wird; damit würden Ärzte spätestens im Alter von 68 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden; ihre Praxen könnten zur Besetzung ausgeschrieben werden²⁹. Den Vertragsärzten bleibt es natürlich unbenommen, schon vor dem Erreichen dieser Altersgrenze ihre Praxen aufzugeben; andererseits gibt es eine ganze Reihe von Ärzten, die noch in einem sehr hohen Alter praktizieren. Gründe für eine derart prolongierte Berufsausübung dürften gerade in den Beitrittsländern sowohl in der finanziellen Alterssicherung der einzelnen Ärzte wie auch den Schwierigkeiten eines Praxisverkaufs liegen. Vor allem wenn Praxen in Bezirken liegen, in denen der Anteil an Privatpatienten gering ist, gibt es Probleme beim Wiederverkauf³⁰. Eine zusätzliche, empirisch allerdings nur schwer verifizierbare Rolle spielt sicherlich auch die Bindung gerade ländlich tätiger Ärzte an ihre Patienten (und umgekehrt). Dieses Moment dürfte vor allem bei Hausärzten zum Tragen kommen.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation in den Bedarfsplanungskreisen könnte eine ggf. bestehende Überversorgung einer Wiederbesetzung allerdings entgegenstehen. In solchen Fällen könnten die Sitze u. U. nicht ausgeschrieben werden; stattdessen könnten bestehende Überkapazitäten ggf. abgebaut werden. Wie viele Vertragsarztsitze werden voraussichtlich vakant?

Die folgende *Tabelle Brandenburg 2* zeigt die Zahlen der in den nächsten Jahren (2002-2010) aufgrund von Altersabgängen in Brandenburg frei werdenden Sitze über alle planungsrelevanten Arztgruppen und Planungskreise. Allerdings ist die Zahl der frei werdenden Arztsitze nicht gleichzusetzen mit der Zahl der für eine ausreichende Versorgung notwendigen Wiederbesetzungen.

²⁹ Entsprechend § 95 Abs.7 SGB V endet ab 1.1.1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet; Ausnahmen: wenn zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres die Vertragsarztstätigkeit < 20 Jahre war oder wenn ein Arzt bereits vor dem 1.1.1993 als Vertragsarzt tätig war, verlängert der Zulassungsausschuss die Zulassung bis zum Ablauf dieser Frist. 1998 bestätigte das Bundesverfassungsgericht (2. Kammer des Ersten Senats) die Altersgrenze für Kassenärzte als verfassungsgemäß.

³⁰ Außerdem scheint die Bereitschaft vieler Ärzte gering zu sein, den von ihnen für eine Praxis geforderten Preis dem Markt anzupassen.

Tabelle Brandenburg 2

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Brandenburg	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Barnim	29	1	5	0	0	3	2	0	1	1	0	1	43
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	64	3	2	5	0	1	2	2	3	3	1	0	86
Cottbus, Stadt	16	3	6	5	0	1	2	1	1	2	0	0	37
Dahme-Spreewald	25	0	1	3	0	2	1	1	1	1	0	0	35
Elbe-Elster	22	0	4	2	0	2	1	0	1	0	0	0	32
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	47	5	6	5	0	2	3	1	5	3	2	1	80
Havelland	22	0	2	2	0	4	4	2	3	0	2	0	41
Märkisch-Oderland	38	3	7	6	1	1	2	2	1	1	0	1	63
Oberhavel	33	0	3	2	2	5	3	0	1	2	2	0	53
Oberspreewald-Lausitz	28	2	3	2	0	0	0	1	1	1	0	2	40
Ostprignitz-Ruppin	28	1	4	1	0	2	0	1	2	1	0	0	40
Potsdam, Stadt	21	1	3	1	0	1	2	2	1	2	3	1	38
Prignitz	22	0	2	2	0	2	0	0	0	1	0	1	30
Spree-Neiße	30	1	3	4	0	2	1	1	2	0	0	0	44
Teltow-Fläming	32	2	2	5	0	1	1	0	1	0	1	0	45
Uckermark	32	2	2	2	0	2	2	2	1	1	0	0	46
Gesamt	489	24	55	47	3	31	26	16	25	19	11	7	753

WIdO 2003

2.5.4 Altersabgänge und Versorgung

Um den Effekt eines altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen auszuloten, wird im Weiteren der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das sechzigste Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Altersverteilung der Ärzte in den einzelnen Arztgruppen kommt hierbei unmittelbar zum Tragen.

Der von der Gruppe der jüngeren Ärzte erbrachte Versorgungsanteil wird über die nächsten Jahre relativ stabil bleiben, da die Zahl vorzeitiger Praxisaufgaben und von Bereichswechseln erfahrungsgemäß gering bleibt.

In der folgenden *Tabelle Brandenburg 3* sind die Planungskreise hellgrau markiert, in denen auch ohne die älteren Ärzte Überversorgung besteht; in den dunkelgrau markierten Kreisen käme es ohne die ≥ 60 Jahre alten Ärzte zu einer Unterversorgung, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien für Hausärzte mit 75 % des Sollversorgungsgrades und bei Fachärzten mit 50 % des Solls definiert ist. Die nicht markierten Kreise liegen hinsichtlich ihrer Versorgungssituation im Zielkorridor zwischen Über- und Unterversorgung.

Tabelle Brandenburg 3

Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre

Brandenburg	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
	Überversorgung											
Barnim	77,6	185,1	89,4	117,1	136,5	83,3	143,7	123,8	105,9	91,5	120,7	96,6
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	69,4	107,6	108,7	144,6	79,3	96,8	150,3	143,9	86,2	63,8	93,5	112,3
Cottbus, Stadt	88,4	81,1	82,1	169,5	103,8	114,1	138,4	112,0	108,2	85,7	114,5	122,4
Dahme-Spreewald	72,6	108,0	102,4	107,5	71,6	131,1	150,9	130,0	111,2	76,8	295,8	135,2
Elbe-Elster	85,8	104,3	91,1	129,3	91,1	79,9	192,3	43,3	97,9	106,0	0,0	108,0
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	84,2	165,2	125,5	144,6	126,4	120,0	248,5	229,4	157,0	101,7	174,0	139,2
Havelland	67,6	160,1	99,4	97,6	0,0	77,1	95,9	103,2	70,6	101,7	44,7	71,6
Märkisch-Oderland	64,7	272,0	107,5	103,2	60,1	85,6	228,0	136,4	112,0	96,7	141,9	85,1
Oberhavel	79,7	124,4	91,3	88,5	58,9	71,9	223,5	133,7	91,5	126,4	34,8	139,0
Oberspreewald-Lausitz	59,7	126,4	93,2	176,3	248,5	109,0	393,3	78,7	118,7	96,4	220,9	49,1
Ostprignitz-Ruppin	55,1	170,1	85,3	141,4	0,0	89,6	216,1	160,2	134,5	111,7	242,0	98,1
Potsdam, Stadt	93,4	228,4	91,2	154,0	120,8	122,6	151,8	96,8	117,8	102,7	158,4	103,3
Prignitz	62,7	135,6	102,0	84,6	292,4	160,8	258,4	191,5	120,6	33,4	289,4	58,7
Spree-Neiße	51,9	116,7	95,6	126,5	0,0	67,0	121,0	72,7	82,2	111,2	203,9	90,6
Teltow-Fläming	59,0	128,6	101,7	106,7	71,1	86,8	119,8	161,3	132,4	57,2	83,9	100,6
Uckermark	53,4	231,1	99,3	122,3	181,2	132,8	128,1	158,2	149,4	103,5	269,0	145,4

WIdO 2003

Wird die aktuelle vertragsärztliche Versorgung betrachtet, ohne diejenigen Ärzte einzubeziehen, die im Jahr 2002 ein Lebensalter von ≥ 60 Jahren haben, so wird unmittelbar augenfällig, dass aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur von Haus- und Fachärzten zukünftig mit spezifischen Problemlagen zu rechnen ist: Im fachärztlichen Bereich ist aktuell eine generell gute Versorgungslage, d. h., eine ausreichende, bis zur Überversorgung reichen-

de Situation gegeben und diese dürfte auch in der Zukunft zu erwarten sein. Bei mehreren Facharztgruppen liegt der Versorgungsgrad auch ohne die heute schon älteren Ärzte in vielen Planungskreisen weit über dem als Grenze zur Überversorgung markierten Grad von 110 %. Hierzu zählen beispielsweise die Kinderärzte, bei denen auch ein heute vergleichsweise hohes Durchschnittsalter nicht zu Unterversorgung aufgrund von Altersabgängen in den nächsten Jahren führt.

Bei vielen ärztlichen Fachgruppen bliebe damit die aktuelle Überversorgung auch dann bestehen, wenn alle älteren Ärzte ausscheiden und die frei werdenden Sitze nicht wieder besetzt würden. Eine derartige, wenig sinnvolle und kostentreibende Überversorgung kann jedoch nicht als „gute Versorgung“ bezeichnet werden.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung gerieten dagegen 10 von 16 Planungskreisen in eine Situation der Unterversorgung. Werden grenzwertige Kreise einbezogen, dann gäbe es ohne die 60-jährigen und älteren Ärzte in deutlich mehr als der Hälfte der brandenburgischen Planungskreise eine rechnerische Unterversorgung. Dies gilt freilich nur unter der Annahme einer gegenüber der heutigen Situation unveränderten Bevölkerungszahl. Das davon nicht ohne weiteres ausgegangen werden kann, ist im Abschnitt zur Bevölkerungsentwicklung beschrieben (*siehe Kapitel 2.5.7*).

Mit der in einzelnen Planungskreisen bestehenden oder zu erwartenden Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung stellt sich natürlich die Frage, ob Disparitäten ggf. nicht auch über andere Facharzt-/Hausarzt-Zuordnungen abgebaut werden könnten.

Bei den Hausärzten stand bis Ende 2000 nach den Vorschriften (Richtlinien) der Bedarfsplanung prinzipiell die Möglichkeit zur Verfügung, dass fachärztlich tätige Internisten aus internistisch Überversorgten Kreisen hausärztliche Aufgaben übernehmen. Wegen der häufigen Parallelität von internistischer Über- und hausärztlicher Unterversorgung wurde diese Regelung noch einmal aufgegriffen und hinsichtlich möglicher Effekte durchgerechnet. Entsprechend den Richtlinien würde der Versorgungsanteil, der über 110 % liegt, mit dem Anrechnungsfaktor 0,8 auf die hausärztliche Versorgung angerechnet werden. Unsere Modellrechnungen zeigen aber, dass ein solches Verlagern von fachärztlichen Internisten zur hausärztlichen Versorgung in keinem Planungskreis Brandenburgs dazu führen würde, dass ein vorher unterversorgter Kreis über die notwendige 75 %-Grenze zur Normalversorgung rutscht. Hier wirkt sich die vergleichsweise geringe zahlenmäßige Größe der Gruppe der fachärztlichen Internisten gegenüber der Gruppe der Hausärzte aus. Unbenommen bleibt dabei, dass die Versorgung punktuell in potenziell schlecht versorgten Kreisen durch eine veränderte Zuordnung verbessert werden könnte.

2.5.5 Identifizierung problematischer Versorgungskreise

Zur Identifizierung zukünftig besonders problematischer Arztgruppen und Versorgungskreise wurden für jede Arztgruppe jeweils fünf Kreise näher betrachtet, die die höchsten bzw. niedrigsten Versorgungsgrade aufwiesen. Grundlage war auch hier die Gruppe der Ärzte im Alter von weniger als 60 Jahren. Verglichen werden damit Versorgungsgrade (in Prozent), ohne die älteren Ärzte einzubeziehen:

Wie schon oben ausgeführt, ist der Grad der hausärztlichen Versorgung über fast alle Planungskreise durchschnittlich niedriger als bei den übrigen Facharztgruppen. Probleme aufgrund von Altersabgängen sind vor allem in den Großstädten und in ländlichen, eher abgelegenen Regionen zu erwarten, wogegen das Umland großer Städte und die mittelgroßen Städte vergleichsweise gut und in der Regel besser als die Großstädte selbst versorgt sind.

Die fünf mit Ärzten der meisten Fachgruppen am stärksten versorgten Städte und Kreise sind Potsdam-Stadt, Frankfurt-Stadt/Oder-Spree, Cottbus-Stadt, Oberhavel und Elbe-Elster. In diesen Städten und Kreisen wird es in Zukunft auch dann nicht zu hausärztlicher und internistischer Unterversorgung kommen, wenn aus Altersgründen frei werdende Sitze in keinem Fall wieder besetzt werden können; die aktuelle Überversorgung mit fachärztlich tätigen Internisten bleibt in Potsdam, Frankfurt/Oder-Spree und Oberhavel sogar bestehen.

Die fünf Kreise mit den niedrigsten Versorgungsgraden werden im Jahr 2010 bei Nicht-Besetzung frei werdender Sitze der Spree-Neiße-Kreis, Uckermark, Ostprignitz-Ruppin, Oberspreewald-Lausitz und Teltow-Fläming sein. In allen diesen zuletzt genannten Kreisen gibt es – wie im Übrigen auch in Brandenburg generell – ein auffälliges Missverhältnis zwischen der Anzahl und dem Versorgungsgrad an Hausärzten und den fachärztlichen Internisten. In diesen fünf Kreisen wird, wenn die über 60-jährigen Ärzte nicht berücksichtigt werden, die hausärztliche Mindestversorgung zwar um ca. 15 % bis 25 % verfehlt, aber die fachärztlich-internistische Versorgung liegt oftmals zugleich weit über der in der Bedarfsplanung vorgesehenen Höchstgrenze. In der Uckermark beispielsweise besteht eine hausärztliche Versorgung von 53,4 %, die die vorgesehene Mindestversorgung deutlich unterschreitet, neben einer fachärztlich-internistischen Überversorgung mit einem Versorgungsgrad von 231 %.

Alles in allem fällt die Heterogenität der Versorgung in den einzelnen Planungskreisen auf. Deshalb ist es nur eingeschränkt möglich, bestimmte Städte und Kreise mit fachgruppenübergreifend „schlechter“ bzw. „guter“ Versorgung zu identifizieren. Auf die Problematik einer umstandlosen Gleichsetzung von hohem Versorgungsgrad mit „guter“ Versorgung und einem

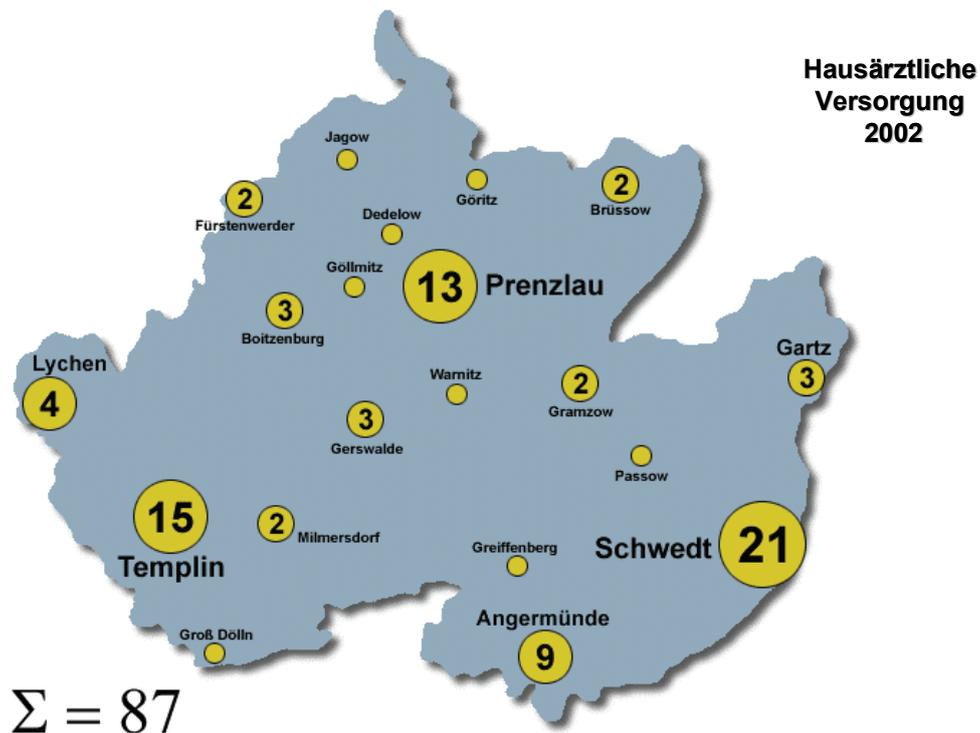
niedrigen Versorgungsgrad mit „schlechter“ Versorgung ist eingangs schon hingewiesen worden. Eine solche Typisierung ist darüber hinaus nur schwer spezifischen sozialen, sozio-ökonomischen oder verwaltungstechnischen Kategorien zuzuordnen.

In den folgenden Abbildungen ist die Situation und die mögliche Entwicklung eines der nach Altersabgängen hausärztlich nicht ausreichend versorgten Planungskreises Brandenburgs, Kreis Uckermark, detaillierter dargestellt. Gezeigt werden soll zugleich, wie durch Konzentration von Arztstühlen in (Kreis-)Städten aufgrund von Praxisschließungen in abgelegenen dörflichen Gegenden dort ein Versorgungsproblem entstehen kann.

Die *Abbildung Brandenburg 2* zeigt differenziert die aktuelle hausärztliche Versorgung im Kreis Uckermark.

Abbildung Brandenburg 2

Hausärztliche Versorgung im Kreis Uckermark 2002*

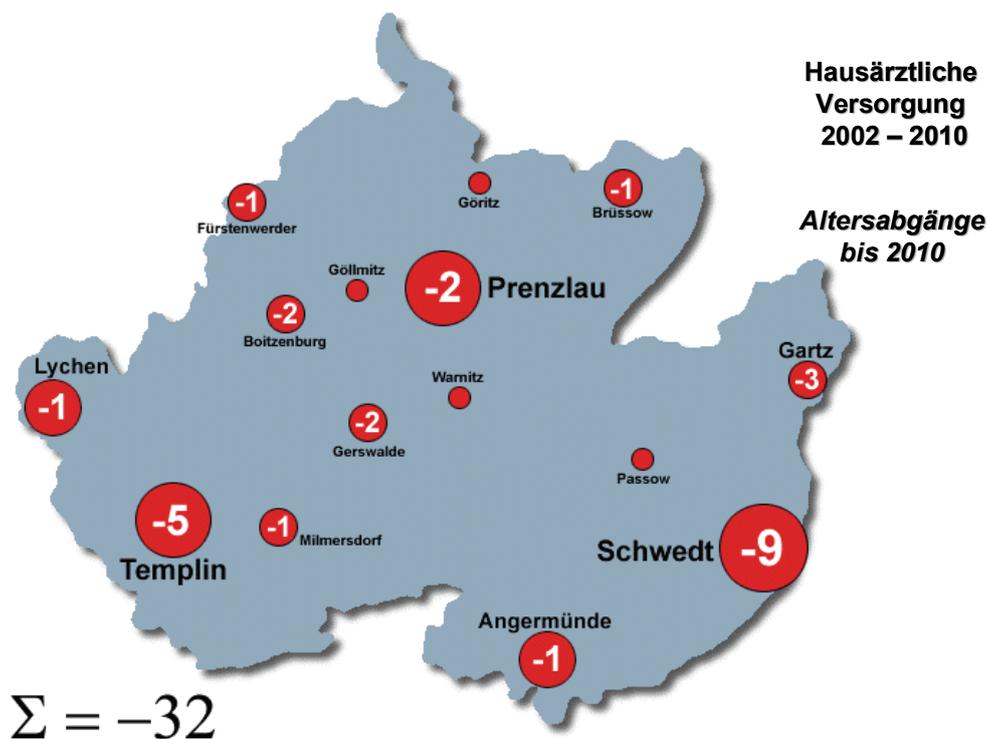


Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten durch einen Kreis markiert. Einzel-punkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben be-zeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

Die nächste *Abbildung Brandenburg 3* zeigt auf, in welchen Regionen des Kreises altersbedingt bis zum Jahre 2010 Hausarztsitze vakant werden. Deutlich wird, dass Arztsitze durchaus nicht nur auf dem Lande frei werden. Auch in den Städten kommt es tendenziell zu hohen Altersabgängen bei Hausärzten.

Abbildung Brandenburg 3

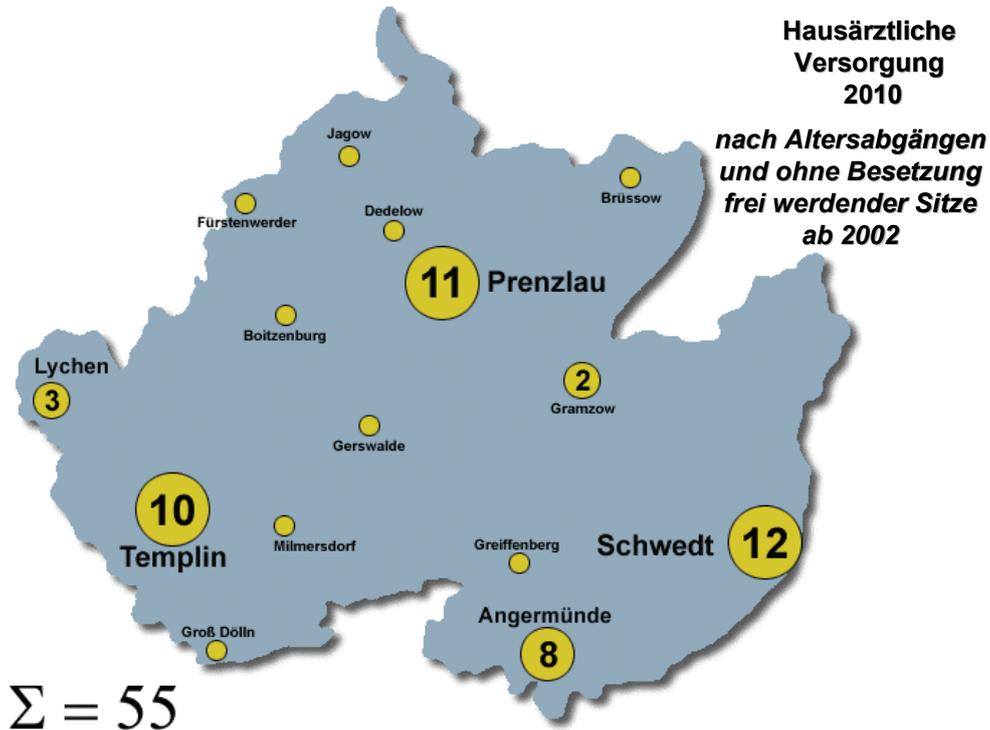
**Hausärztliche Versorgung im Kreis Uckermark 2002 – 2010
Altersabgänge bis 2010***



Auf dieser Karte sind alle Hausarztsitze durch einen Kreis markiert, die potenziell aus Altersgründen in den nächsten acht Jahren aufgegeben werden. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der möglicherweise jeweils aufgegebenen Sitze, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist (war).

Abbildung Brandenburg 4

**Hausärztliche Versorgung im Kreis Uckermark 2010
nach Altersabgängen und ohne Besetzung frei werdender Sitze***



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten abzüglich der aus Altersgründen aufgegebenen Sitze bis zum Jahr 2010 durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Zu erkennen ist, dass sich durch ausbleibende oder mangelnde Wiederbesetzung von Sitzen eine schwierige Versorgungssituation nördlich von Schwedt/westlich der Oder im Grenzgebiet zu Polen ergeben könnte. Hier blieben einige Dörfer oder kleine Orte unversorgt, d. h. für einen Hausarztbesuch müssten Patienten ggf. nach Schwedt (u. a. Einrichtung nach § 311) fahren und umgekehrt müssten dort praktizierende Ärzte häufigere und längere Wege zu Hausbesuchen bewältigen.

Die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Planungskreisen ist bei isolierter Betrachtung eines Kreises allerdings nur bedingt einzuschätzen. Unklar bleibt vor allem, ob und inwieweit Patienten Versorgungsangebote in benachbarten Kreisen nutzen. Gleiches gilt auch für diese, d. h. es bleibt ungeklärt, ob sich Versorgungsdefizite – wie sie im o. g. Beispiel nördlich

von Schwedt entstehen – mit ähnlichen Defiziten in den benachbarten Kreisen addieren oder ob Defizite durch ein gutes Angebot der Nachbarkreise teilweise kompensiert werden können. Die Oder bzw. die Grenze zu Polen limitiert hier von vornherein die Ausweichmöglichkeiten.

Mögliche Lösungen der Versorgungsprobleme müssen die jeweilige regionale Spezifität solcher Defizite berücksichtigen; zentrale Maßnahmen dürften sich vor Ort als wenig effektiv und als nicht sinnvoll erweisen.

Auch im Kreis Uckermark konzentrieren sich die fachärztlichen Sitze in den Städten; das macht auch Sinn, denn eine wohnortnahe Erreichbarkeit ist nicht im gleichen Maß wie bei Hausärzten erforderlich.

Wie verändert sich nun die fachärztliche Versorgung durch Altersabgänge?

Bis zum Jahr 2010 wird sich nach Altersabgängen von Ärzten die fachärztliche Versorgung im Kreis Uckermark weiter in den Städten Schwedt, Prenzlau und Templin konzentrieren. Die fachärztliche Versorgungsstruktur ist damit prinzipiell unverändert. Allerdings stehen bei einer Nicht-Wiederbesetzung insgesamt 14 Fachärzte weniger als noch im Jahr 2002 zur Verfügung. Als Verschlechterung der Versorgung bemerkbar machen dürfte sich das Fehlen von Fachärzten nicht; abgesehen von den Frauenärzten (99,3 % Versorgungsgrad) und den Orthopäden (103 % Versorgungsgrad) bleibt der Kreis über alle Facharztgruppen überversorgt.

2.5.6 Wiederbesetzungsszenarien

Im Folgenden wird die Versorgungssituation in den wichtigsten Arztgruppen differenziert dargestellt. Dabei werden die Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und fachärztlich tätigen Internisten ausgewählt, weil sie die zahlenmäßig stärksten Gruppen der insgesamt 14 in der Bedarfsplanung berücksichtigten Gruppen³¹ bilden und weil sie die Grundversorgung abdecken.

Ausgehend von der Versorgungssituation nach einem altersbedingten Ausscheiden aller Ärzte im Alter von ≥ 60 Jahren wird in Wiederbesetzungsszenarien die Wahrscheinlichkeit der Wiederbesetzung variiert. Dargestellt werden regionale Versorgungsgrade bei Wiederbesetzungsquoten von 33 %, 50 % und 66 %. Des Weiteren werden Differenzen zur jeweils notwendigen Mindest- bzw. Vollversorgung in absoluten Zahlen aufgezeigt.

³¹ In den Bedarfsplanungs-Richtlinien werden die Arztgruppen genannt, für die der Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung bestimmt wird. Es handelt sich um: Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen.

Zu erkennen ist dabei, welche absolute Differenz zur Unter- (< 50 % bei Fachärzten, < 75 % bei Hausärzten) bzw. Vollversorgung (100 %) besteht und auch, wie viele Ärzte jeweils fehlen oder – gemessen an diesen Zielen – überzählig sind. Grundlage ist die Gruppe der heute tätigen Ärzte, die das Alter von 60 Jahren noch nicht erreicht haben.

2.5.6.1 Hausärzte

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Brandenburg 4*).

Tabelle Brandenburg 4

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

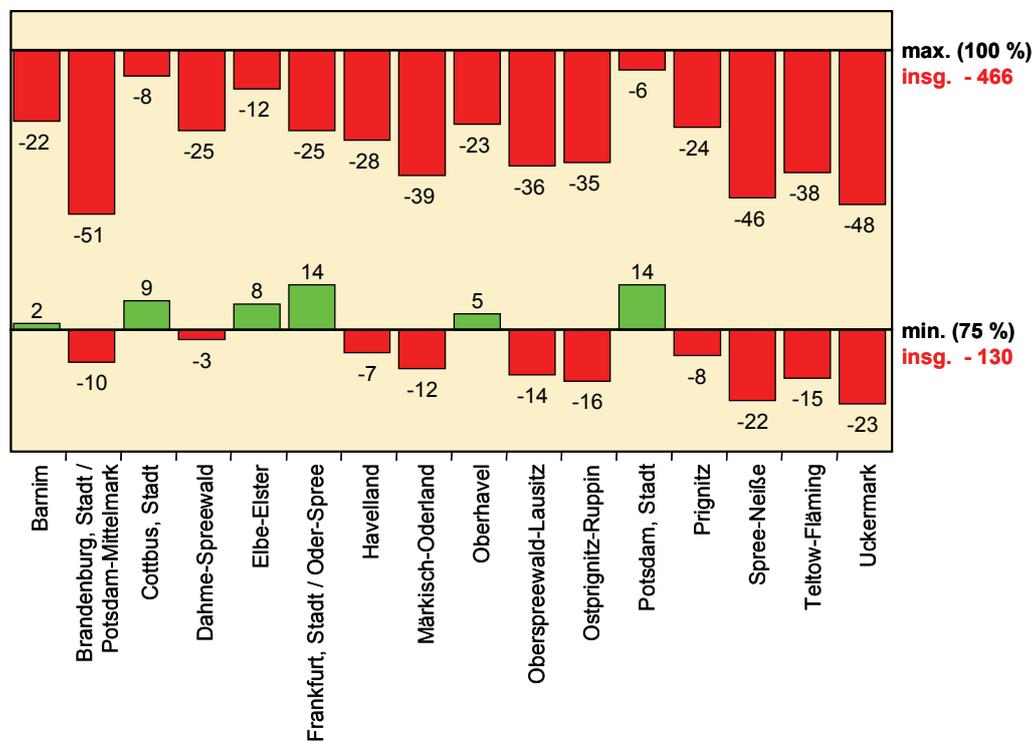
	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Brandenburg								
Barnim	103,0	29,0	28,2	108,0	77,6	87,6	92,8	97,6
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	178,0	64,0	36,0	108,4	69,4	82,3	88,9	95,2
Cottbus, Stadt	76,0	16,0	21,1	112,0	88,4	96,2	100,2	103,9
Dahme-Spreewald	91,0	25,0	27,5	100,1	72,6	81,7	86,4	90,8
Elbe-Elster	90,0	22,0	24,4	113,6	85,8	95,0	99,7	104,2
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	177,0	47,0	26,6	114,6	84,2	94,2	99,4	104,2
Havelland	80,0	22,0	27,5	93,2	67,6	76,1	80,4	84,5
Märkisch-Oderland	108,0	38,0	35,2	99,8	64,7	76,3	82,2	87,8
Oberhavel	121,0	33,0	27,3	109,6	79,7	89,5	94,6	99,4
Oberspreewald-Lausitz	80,0	28,0	35,0	91,8	59,7	70,3	75,7	80,9
Ostprignitz-Ruppin	70,0	28,0	40,0	91,8	55,1	67,2	73,4	79,3
Potsdam, Stadt	97,0	21,0	21,6	119,2	93,4	101,9	106,3	110,4
Prignitz	62,0	22,0	35,5	97,2	62,7	74,1	80,0	85,5
Spree-Neiße	79,0	30,0	38,0	83,7	51,9	62,4	67,8	72,9
Teltow-Fläming	86,0	32,0	37,2	93,9	59,0	70,5	76,5	82,0
Uckermark	87,0	32,0	36,8	84,5	53,4	63,7	69,0	73,9

WiDO 2003

Aktuell arbeiten insgesamt mehr als 1.585 Hausärzte in Brandenburg³². Von diesen Ärzten scheidet 489, also ungefähr 31 %, bis zum Jahr 2010 aus der Praxis aus. Falls keiner der in den nächsten acht Jahren aufgrund von Altersabgängen in Brandenburg frei werdenden hausärztlichen Vertragsarztsitze wieder besetzt werden könnte, käme es in 10 von 16 Planungskreisen zu einer rechnerischen Unterversorgung; in einem weiteren Planungskreis wäre die Versorgung grenzwertig. Falls jeder dritte frei werdende Sitz wieder besetzt werden könnte, gäbe es nur noch in sechs Planungskreisen (im Kreis Prignitz mit 74,1 % freilich sehr knapp) eine hausärztliche Unterversorgung. Könnte dagegen für jeden zweiten aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsarzt ein Nachfolger gefunden werden, so würde sich die Zahl unterversorgter Kreise noch einmal halbieren. Wäre es möglich, jeweils zwei von drei frei werdenden Hausarztsitzen gleichermaßen in allen Kreisen wieder zu besetzen, dann blieben lediglich zwei Planungskreise unter dem geforderten Versorgungsgrad von 75 %. Im Kreis Uckermark fehlten noch drei und im Kreis Spree-Neiße noch zwei Ärzte für eine ausreichende Versorgung.

Abbildung Brandenburg 5

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Hausärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

³² Quelle: Arztstammdaten

Da mit den Altersabgängen die in einigen Planungskreisen bestehende Überversorgung abgebaut würde, würde es – absolut gesehen – ausreichen, insgesamt 130 Hausärzte anzuwerben, um die Altersabgänge bis 2010 so weit auszugleichen, bis eine rechnerisch und gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung sichergestellt ist. Von diesen 130 Ärzten wären knapp die Hälfte allein für die drei Kreise Uckermark, Spree-Neiße und Ostprignitz-Ruppin notwendig (s. *Abbildung Brandenburg 5*). Das bedeutet zusammenfassend: Die für eine ausreichende Versorgung auch in vergleichsweise abgelegenen Gegenden Brandenburgs in den nächsten acht Jahren notwendige absolute Zahl an Hausärzten (130) ist – gemessen an der Zahl der heute tätigen Hausärzte (1.585) – gering. Für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % wären in Brandenburg bis zum Jahr 2010 insgesamt 466 Hausärzte anzuwerben.

2.5.6.2 Fachärztlich tätige Internisten

Ausgehend von einer Situation im Frühjahr 2002, in der in 13 von 16 Planungsbereichen eine Überversorgung bei den fachärztlich tätigen Internisten besteht, ergibt sich folgendes Bild:

Entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien für die fachärztliche Versorgung kommt es in den nächsten acht Jahren (bis 2010) in keinem Versorgungskreis in Brandenburg zu einer internistisch-fachärztlichen Unterversorgung aufgrund von Altersabgängen. Dies gilt auch dann, wenn keine in diesem Zeitraum frei werdende Stelle wieder besetzt werden könnte; in 12 von 16 Planungskreisen setzt sich sogar die bestehende Überversorgung fort (vgl. *Tabelle Brandenburg 5*). In zwei weiteren Planungskreisen wird die Grenze zur Überversorgung nur knapp unterschritten.

In vier Planungskreisen wird es zudem in den nächsten Jahren aufgrund des niedrigen Alters aller niedergelassenen Internisten keine Altersabgänge geben. Wie in *Tabelle Brandenburg 5* zu sehen ist, greifen Wiederbesetzungsszenarien daher in diesen beiden Kreisen nicht; der Versorgungsgrad bleibt gleich.

Tabelle Brandenburg 5

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

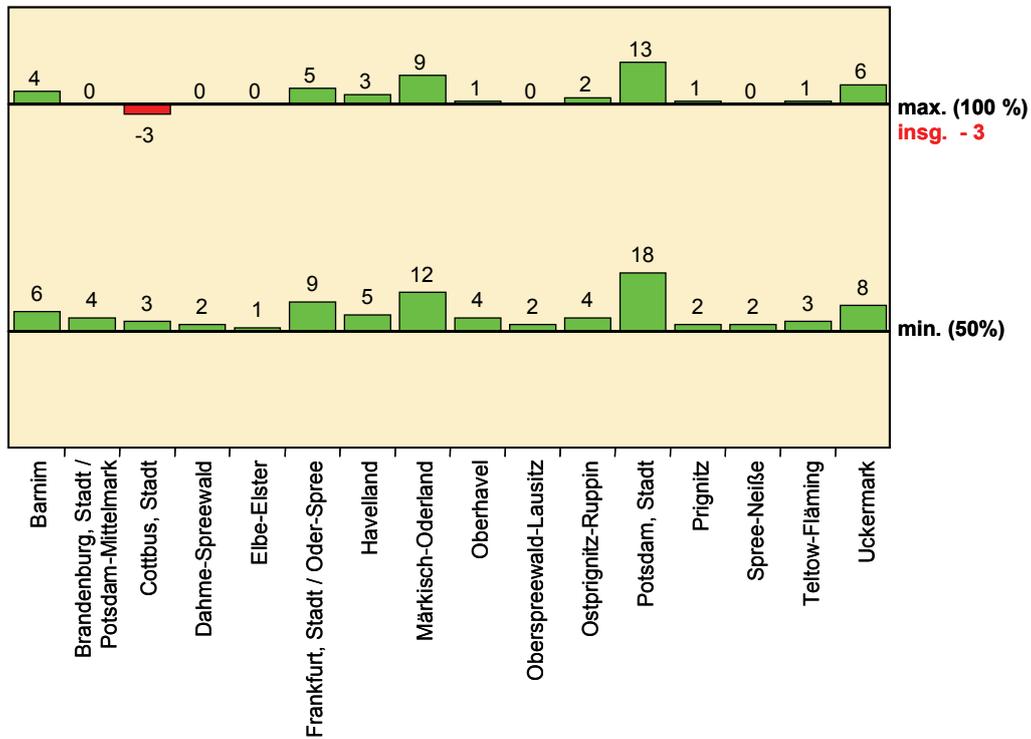
 Übersversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Brandenburg								
Barnim	10,0	1,0	10,0	205,7	185,1	191,9	195,4	198,7
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	12,0	3,0	25,0	143,5	107,6	119,4	125,5	131,3
Cottbus, Stadt	12,0	3,0	25,0	108,1	81,1	90,0	94,6	98,9
Dahme-Spreewald	5,0	0,0	0,0	108,0	108,0	108,0	108,0	108,0
Elbe-Elster	3,0	0,0	0,0	104,3	104,3	104,3	104,3	104,3
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	18,0	5,0	27,8	228,7	165,2	186,1	196,9	207,1
Havelland	7,0	0,0	0,0	160,1	160,1	160,1	160,1	160,1
Märkisch-Oderland	18,0	3,0	16,7	326,4	272,0	290,0	299,2	307,9
Oberhavel	7,0	0,0	0,0	124,4	124,4	124,4	124,4	124,4
Oberspreewald-Lausitz	6,0	2,0	33,3	189,6	126,4	147,3	158,0	168,1
Ostprignitz-Ruppin	7,0	1,0	14,3	198,5	170,1	179,5	184,3	188,8
Potsdam, Stadt	25,0	1,0	4,0	237,9	228,4	231,6	233,2	234,7
Prignitz	4,0	0,0	0,0	135,6	135,6	135,6	135,6	135,6
Spree-Neiße	5,0	1,0	20,0	145,8	116,7	126,3	131,3	135,9
Teltow-Fläming	8,0	2,0	25,0	171,5	128,6	142,8	150,1	156,9
Uckermark	13,0	2,0	15,4	273,1	231,1	244,9	252,1	258,8

WIdO 2003

Abbildung Brandenburg 6 zeigt u. a. die Differenz zur Mindest- (50 %) und Vollversorgung (100 %) bei Internisten, ohne die Ärzte einzubeziehen, die 60 Jahre alt oder älter sind. Lediglich im Planungskreis Cottbus-Stadt fehlen drei Ärzte zur Vollversorgung (Versorgungsgrad 100 %).

Abbildung Brandenburg 6

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Internisten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WiDO 2003

*Werte sind gerundet

Internistisch-fachärztliche Überversorgung kann über Altersabgänge nur in einem Kreis abgebaut werden. Hier, in Brandenburg-Stadt/Potsdam-Mittelmark, beträgt der Versorgungsgrad trotz der Altersabgänge aber immer noch fast 108 %.

2.5.6.3 Frauenärzte

Auch ohne diejenigen Ärzte, die schon im Jahr 2002 60 Jahre alt oder älter sind, ist die frauenärztliche Versorgung in Brandenburg im Jahr 2010 gesichert; in keinem Planungskreis entsteht Unterversorgung und im Kreis Frankfurt-Oder/Oder-Spree bleibt die Überversorgung bestehen.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Brandenburg 6*).

Tabelle Brandenburg 6

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

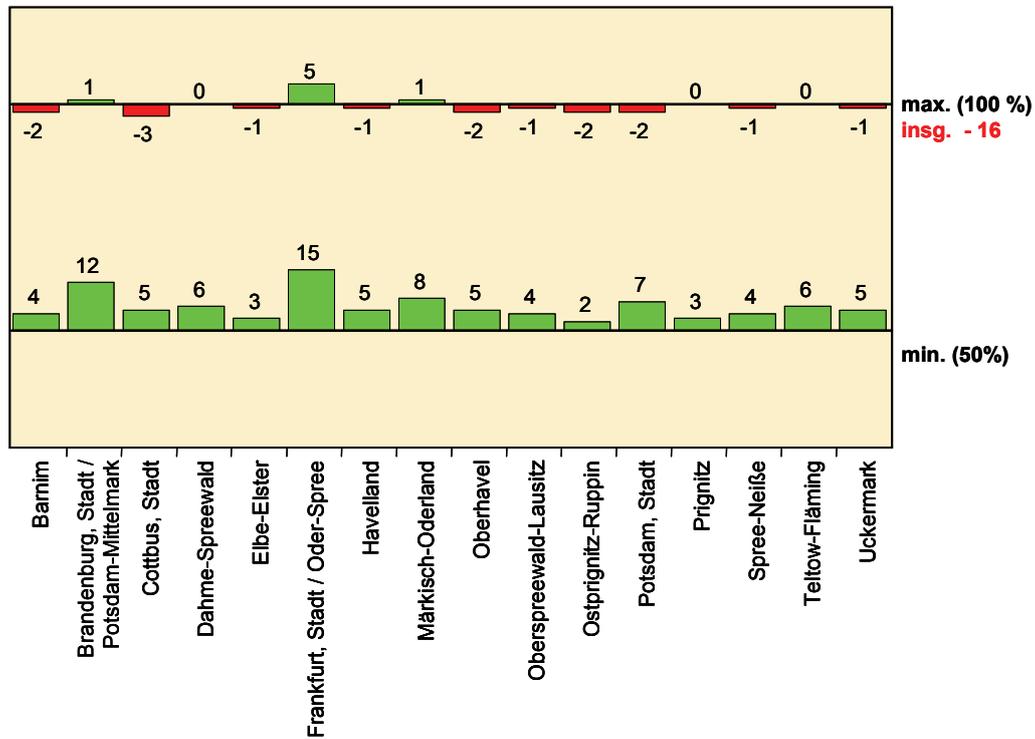
 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Brandenburg								
Barnim	16,0	5,0	31,3	130,1	89,4	102,8	109,7	116,2
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	25,0	2,0	8,0	118,1	108,7	111,8	113,4	114,9
Cottbus, Stadt	19,0	6,0	31,6	120,0	82,1	94,6	101,1	107,1
Dahme-Spreewald	13,0	1,0	7,7	111,0	102,4	105,2	106,7	108,1
Elbe-Elster	12,0	4,0	33,3	136,7	91,1	106,2	113,9	121,2
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	31,0	6,0	19,4	155,6	125,5	135,5	140,6	145,4
Havelland	13,0	2,0	15,4	117,5	99,4	105,4	108,5	111,4
Märkisch-Oderland	22,0	7,0	31,8	157,6	107,5	124,0	132,6	140,6
Oberhavel	16,0	3,0	18,8	112,4	91,3	98,2	101,8	105,2
Oberspreewald-Lausitz	12,0	3,0	25,0	124,3	93,2	103,5	108,7	113,7
Ostprignitz-Ruppin	11,0	4,0	36,4	134,0	85,3	101,4	109,6	117,4
Potsdam, Stadt	20,0	3,0	15,0	107,2	91,2	96,5	99,2	101,8
Prignitz	9,0	2,0	22,2	131,1	102,0	111,6	116,6	121,2
Spree-Neiße	13,0	3,0	23,1	124,2	95,6	105,0	109,9	114,5
Teltow-Fläming	14,0	2,0	14,3	118,6	101,7	107,2	110,1	112,8
Uckermark	13,0	2,0	15,4	117,3	99,3	105,3	108,3	111,2

WIdO 2003

Schon die aktuelle frauenärztliche Versorgung übertrifft in fast allen Planungskreisen die Überversorgungsgrenze der Bedarfsplanungsrichtlinien. Mit den Altersabgängen reduziert sich diese Überversorgung, es kommt aber in keinem Fall zur Unterversorgung. Mehr als eine Wiederbesetzung von ca. einem Drittel der frei werdenden Sitze wäre nicht wünschenswert, da dann bereits in 13 von 16 Planungskreisen ein 100 %iger (=Vollversorgung) Versorgungsgrad erreicht wäre. In vier Kreisen käme es bei einer 33 %igen Wiederbesetzung bereits wieder zu einer Überversorgung.

Abbildung Brandenburg 7

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Frauenärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WiDO 2003

*Werte sind gerundet

Während also nirgendwo Unterversorgung durch Altersabgänge bei Frauenärzten entstehen würde, wären in ganz Brandenburg für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % in den nächsten acht Jahren lediglich 16 Frauenärzte nach dem altersbedingten Ausscheiden notwendig.

2.5.6.4 Kinderärzte

Kinderärzte nehmen zwar entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil, werden aber in der Bedarfsplanung als eigenständige Gruppe gezählt.³³

Charakteristisch für die kinderärztliche Versorgung in Brandenburg ist zunächst einmal der außerordentlich hohe Versorgungsgrad: In sämtlichen Planungskreisen besteht aktuell eine Situation der Überversorgung, d. h. in allen 16 Planungskreisen gibt es einen Versorgungsgrad von jeweils über

³³ Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung eine abweichende Regelung treffen. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

110 %. In mehreren Kreisen finden sich mehr als doppelt so viele Kinderärzte wie laut Bedarfsplanung vorgesehen (Cottbus-Stadt, Oberspreewald-Lausitz).

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Brandenburg 7*).

Tabelle Brandenburg 7

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad	Vers.-grad	Vers.-grad	Vers.-grad	Vers.-grad
				2002	ohne 60+ Jahre	bei 33 % Wiederbes.	bei 50 % Wiederbes.	bei 66 % Wiederbes.
Brandenburg								
Barnim	8,0	0,0	0,0	117,1	117,1	117,1	117,1	117,1
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	22,0	5,0	22,7	187,1	144,6	158,6	165,8	172,6
Cottbus, Stadt	19,0	5,0	26,3	230,0	169,5	189,4	199,7	209,4
Dahme-Spreewald	10,0	3,0	30,0	153,6	107,5	122,8	130,6	138,0
Elbe-Elster	8,0	2,0	25,0	172,4	129,3	143,5	150,8	157,7
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	21,0	5,0	23,8	189,8	144,6	159,5	167,2	174,4
Havelland	8,0	2,0	25,0	130,2	97,6	108,4	113,9	119,1
Märkisch-Oderland	14,0	6,0	42,9	180,6	103,2	128,7	141,9	154,3
Oberhavel	9,0	2,0	22,2	113,8	88,5	96,8	101,1	105,2
Oberspreewald-Lausitz	11,0	2,0	18,2	215,5	176,3	189,2	195,9	202,2
Ostprignitz-Ruppin	7,0	1,0	14,3	165,0	141,4	149,2	153,2	157,0
Potsdam, Stadt	15,0	1,0	6,7	165,0	154,0	157,6	159,5	161,3
Prignitz	5,0	2,0	40,0	141,0	84,6	103,2	112,8	121,8
Spree-Neiße	11,0	4,0	36,4	198,9	126,5	150,4	162,7	174,3
Teltow-Fläming	12,0	5,0	41,7	183,0	106,7	131,9	144,9	157,1
Uckermark	9,0	2,0	22,2	157,2	122,3	133,8	139,7	145,3

WIdO 2003

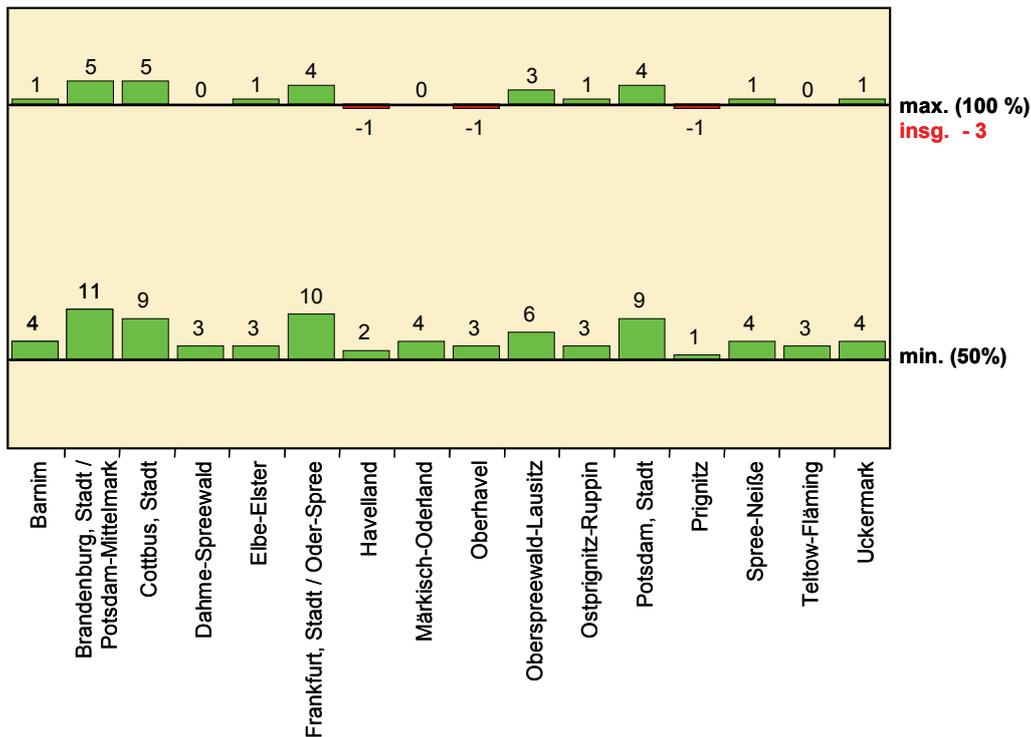
Trotz des in vielen Planungskreisen sehr hohen Anteils an Ärzten im Alter von 60 Jahren und mehr – allein in 3 von 16 Kreisen ist dieser Anteil älterer Ärzte $\geq 40\%$ – führen Altersabgänge bis 2010 nicht zu Unterversorgung, auch wenn kein kinderärztlicher Vertragsarztsitz wieder besetzt werden könnte. Aufgrund von Altersabgängen werden vielmehr Überkapazitäten in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung abgebaut – mit allerdings nur begrenztem Erfolg. Immerhin noch in 10 von 16 Planungskreisen bleibt trotz der Altersabgänge eine Situation der Überversorgung bestehen; im Kreis Oberspreewald-Lausitz und in Cottbus-Stadt liegt dann der Versorgungsgrad im-

mer noch bei ca. 170 % bzw. 176 %. Eine Wiederbesetzung von Kinderarztpraxen führt fast überall zu erneuter bzw. wieder steigender Überversorgung.

Eine Ausnahme bilden hier lediglich die Kreise Prignitz, Havelland und Oberhavel. In diesen Kreisen liegt der Anteil der über 60-jährigen Ärzte aktuell zwischen 22 % und 40 %. Ohne Wiederbesetzung sinken die Versorgungsgrade von aktuellen Werten zwischen 114 und 141 % auf Werte von 85 bis 98 %. Mit Unterversorgung wäre also auch hier nicht zu rechnen, zum Erreichen der Vollversorgung müsste jedoch jeweils eine Kinderarztstelle wieder besetzt werden. Insgesamt müssen in Brandenburg nur drei Kinderarztpraxen in den nächsten acht Jahren wieder besetzt werden, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen.

Abbildung Brandenburg 8

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Kinderärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Ob überhaupt eine Wiederbesetzung erforderlich ist, hängt im Fall der Kinderärzte freilich auch sehr von der natürlichen Bevölkerungsentwicklung ab. Im Unterschied zu den anderen östlichen Bundesländern ist in Brandenburg bis zum Jahr 2010 ein positives Bevölkerungssaldo zu erwarten.

2.5.7 Bevölkerungsentwicklung

Die Bilanz der Bevölkerungsentwicklung in Brandenburg ist – betrachtet man den Zeitraum seit 1990 – positiv, d. h. das negative Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung (Geburten und Sterbefälle) wird durch das positive Saldo der Wanderungsbewegungen (Abwanderungen versus Zuzüge) aufgewogen. Brandenburg ist aufgrund seiner Lage als Umland von Berlin ein Zuwandererland; Prognosen lassen auch in Zukunft weitere Wanderungsgewinne erwarten. Dabei gilt: Je kleiner die räumliche Einheit eines Planungskreises ist, desto größer ist das Gewicht von Wanderungen für die Bevölkerungsentwicklung.

Per Saldo ergibt sich über die letzten 10 Jahre (von 1991 bis 2001) ein Wanderungsgewinn: Die Wanderungssaldorate (Zuzüge minus Fortzüge pro 1000 Einwohner) hat sich von 1991 mit -8,4 auf 2001 mit +8,1 nahezu in ihr Gegenteil verkehrt. Alles in allem vergrößert sich die Bevölkerung zwischen 1991 und dem Jahr 2001 um ca. 3 %.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Städten und Landkreisen Brandenburgs über den Zeitraum zwischen 1990 und 2000, dann ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild; nicht alle Städte und Kreise weisen ein positives Bevölkerungswachstum auf:

Während Brandenburg (-15,8 %), Cottbus (-17,9 %), Frankfurt(Oder) (-16 %) und der Kreis Oberspreewald-Lausitz (-11,5 %) zu den großen Verlierern zu zählen sind, finden sich die positivsten Veränderungen in Potsdam-Mittelmark (+22,7 %), Barnim (+13,8 %) und Havelland (+12,7 %).

Damit bestätigt sich die These vom vor allem ländlichen Bevölkerungsrückgang in Brandenburg zunächst nicht. In der Tendenz schwächen sich Gewinne und Verluste über alle Städte und Kreise zwischen 1991 und 2000 ab.

Mit ab Frühjahr 2003 zur Verfügung stehenden kleinräumigen Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ergibt sich möglicherweise die Chance zu einer detaillierten Abschätzung der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern; auf den Bedarf an medizinischer Versorgung hat diese Entwicklung einen unmittelbaren Einfluss.

Innerhalb Brandenburgs ist gleichfalls ein Prozess der sozialräumlichen Neustrukturierung zu beobachten. Die Bevölkerungsverteilung wird sich vor allem aufgrund der Stadt-Stadtrand-Wanderung (Suburbanisierung) verändern. Aus den Kernstädten der Verdichtungsgebiete werden vergleichsweise viele Haushalte in das jeweilige Umland wechseln. Damit entstehen Gebiete, in denen der infrastrukturelle Bedarf neu definiert werden muss.

Auf den Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen bezogen hieße das: In der Gesamtbetrachtung der Entwicklung Brandenburgs in den nächsten 15 Jahren dürfte das ambulante Versorgungsangebot – absolut gesehen – ausreichend sein, wenn frei werdende Arztsitze in dem Maß wieder besetzt werden, wie es die o. a. Szenarien ausweisen. Notwendig werden aber möglicherweise strukturelle Eingriffe, um Fehlallokationen zu vermeiden.

Tabelle Brandenburg 8

Bevölkerungsprognose

Kreise Brandenburg	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
12051 Brandenburg	91.700	77.200	-15,8	76.700	-0,6	77.200	0,7
12052 Cottbus	131.900	108.300	-17,9	97.900	-9,6	89.700	-8,4
12053 Frankfurt(Oder)	86.100	72.300	-16,0	66.900	-7,5	63.800	-4,6
12054 Potsdam	141.000	128.500	-8,9	126.300	-1,7	123.700	-2,1
12060 Barnim	150.300	171.100	13,8	202.200	18,2	227.100	12,3
12061 Dahme-Spreewald	142.500	159.700	12,1	183.300	14,8	201.300	9,8
12062 Elbe-Elster	142.200	131.800	-7,3	121.700	-7,7	113.000	-7,1
12063 Havelland	131.100	147.800	12,7	173.600	17,5	194.800	12,2
12064 Märkisch-Oderland	173.400	189.000	9,0	210.900	11,6	228.700	8,4
12065 Oberhavel	168.400	193.400	14,8	234.700	21,4	267.800	14,1
12066 Oberspreewald-Laussitz	165.000	146.000	-11,5	126.300	-13,5	111.500	-11,7
12067 Oder-Spree	192.500	197.500	2,6	187.900	-4,9	182.800	-2,7
12068 Ostprignitz-Ruppin	118.200	115.800	-2,0	112.700	-2,7	111.200	-1,3
12069 Potsdam-Mittelmark	172.100	211.200	22,7	258.000	22,2	295.100	14,4
12070 Prignitz	104.900	95.900	-8,6	85.300	-11,1	78.000	-8,6
12071 Spree-Neiße	155.800	154.400	-0,9	138.500	-10,3	128.300	-7,4
12072 Teltow-Fläming	149.200	160.400	7,5	182.300	13,7	200.200	9,8
12073 Uckermark	162.100	151.900	-6,3	134.400	-11,5	122.000	-9,2
Brandenburg	2.578.400	2.612.200	1,3	2.719.600	4,1	2.816.200	3,6

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)/Eigene Berechnungen

2.5.8 Fazit für Brandenburg

Die These eines generell in den nächsten Jahren zu erwartenden Ärztemangels lässt sich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in Brandenburg nicht belegen. Zwar muss in den nächsten Jahren damit gerechnet werden, dass eine erhebliche Zahl von Ärzten, insbesondere Hausärzten, ausscheidet. Im hausärztlichen Bereich sind die meisten Altersabgänge zu erwarten. Dieser Umstand führt dann nicht zu Unterversorgung in ganzen Planungskreisen, wenn es gelingt, frei werdende Hausarztsitze zu einem gewissen Anteil wieder zu besetzen (s. *Kapitel 2.5.6 Wiederbesetzungsszenarien*). Wenn in allen Kreisen bis 2010 zwei von drei frei werdenden Sitzen wieder besetzt werden würde, gäbe es – bei gleichbleibender Bevölkerungszahl – nur noch im Kreis Uckermark und im Kreis Spree-Neiße ein Defizit von drei bzw. zwei Ärzten. Absolut gesehen würde es ausreichen, bis 2010 insgesamt 130 Wiederbesetzungen von Hausarztstellen zu realisieren, um flächendeckend eine ausreichende hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Im fachärztlichen Bereich wird durch Altersabgänge im Wesentlichen eine aktuell vorhandene Überversorgung reduziert; hier sind nur wenige zusätzliche Ärzte in einzelnen Planungskreisen zur Sicherung einer ausreichenden Versorgung notwendig. In vielen Planungskreisen bleibt trotz des Altersabbaus auch bei Nicht-Wiederbesetzung eine Situation der Überversorgung bestehen. Hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung wären Überlegungen zu weiteren Möglichkeiten eines Abbaus von Überversorgung angebracht; nicht jeder frei werdende fachärztliche Sitz müsste in Brandenburg wieder besetzt werden.

2.6 Mecklenburg-Vorpommern

2.6.1 Soll-Ist-Vergleich

In Mecklenburg-Vorpommern sind im Jahr 2002 insgesamt 2232 Vertragsärzte der Gebiete tätig, die in den Bedarfsplanungsrichtlinien aufgeführt sind³⁴. Aus methodischen Gründen sind hierbei die Nervenärzte und die Psychotherapeuten nicht berücksichtigt, wogegen alle Ärzte, die in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig sind, einbezogen sind.

In nahezu allen Arztgruppen arbeiten mehr Ärzte als nach der Bedarfsplanung vorgesehen sind. Lediglich bei den Anästhesisten entspricht die tatsächliche Zahl exakt dem Soll.

Von den insgesamt 2230 Vertragsärzten in Mecklenburg-Vorpommern sind 543 Ärzte 60 Jahre alt oder älter. Damit wird in den nächsten acht Jahren sukzessive ein knappes Viertel aller Vertragsärzte altersbedingt ausscheiden. Über die Versorgung ist damit zunächst recht wenig gesagt, da es in verschiedenen Versorgungsbereichen z. T. erhebliche Überkapazitäten gibt.

Die *Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 1* zeigt die aktuelle (April 2002) Versorgungssituation über alle Planungskreise. Deutlich wird die generell gute Versorgung sowohl bei Haus- wie auch bei Fachärzten; aber es ist auch zu erkennen, dass weitaus die meisten Planungskreise und Städte fachärztlich überversorgt sind. So sind bspw. bei Chirurgen 12 von 13 Planungsbereiche überversorgt, sechs Planungsbereiche weisen hier sogar einen Versorgungsgrad von mehr als 300 % auf. Bei Frauenärzten sind sämtliche Planungsbereiche wegen Überversorgung gesperrt. Bei Radiologen ist das Bild sehr unterschiedlich. Hier finden sich sowohl drei unterversorgte als auch zehn (z. T. erheblich) überversorgte Kreise. Überversorgte Kreise sind hellgrau, unterversorgte Kreise dunkelgrau markiert; nicht markierte Kreise liegen im Bedarfsplanungszielfenster.

³⁴ Quelle: Arztstammdaten der Kassenärztlichen Vereinigung

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 1

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

Mecklenburg-Vorpommern	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Bad Doberan	91,9	113,4	111,4	117,1	99,1	86,9	104,5	141,2	177,4	115,3	0,0	117,4
Demmin	106,3	34,3	117,9	142,6	147,9	135,6	156,9	129,2	162,7	135,1	146,4	118,7
Greifswald / Ostvorpommern	103,2	209,8	139,3	222,0	246,7	211,0	232,6	287,3	226,1	187,8	325,6	165,0
Güstrow	114,3	282,4	132,2	250,1	105,8	162,3	390,5	150,8	189,4	123,1	282,0	250,7
Ludwigslust	91,5	93,1	120,0	135,5	200,7	92,0	141,9	131,5	165,6	91,7	198,7	120,8
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	98,4	381,3	129,3	183,6	173,1	206,2	336,5	226,7	166,6	118,6	428,3	173,6
Müritz	97,5	183,3	118,2	190,6	197,6	144,9	349,4	172,6	163,0	135,4	0,0	158,6
Stralsund / Nordvorpommern	99,5	179,4	169,6	193,9	154,7	170,2	300,8	304,0	170,2	141,4	229,7	186,3
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	98,0	233,5	126,6	183,7	79,8	117,4	333,6	146,2	150,9	91,1	181,3	144,7
Parchim	98,3	88,5	139,5	147,3	127,3	116,7	135,0	111,2	105,0	116,3	126,0	102,2
Rostock, Hansestadt	125,1	115,5	118,1	193,9	92,4	121,8	168,9	128,1	140,3	117,7	122,3	130,8
Rügen	103,0	299,9	128,9	106,9	184,7	101,6	391,9	80,7	203,2	126,6	182,9	148,3
Uecker-Randow	104,2	229,2	131,3	63,5	164,7	120,8	232,9	215,8	135,9	150,5	0,0	132,2

WIdO 2003

Abgesehen vom Demmin, in dem zwei Internisten zur Vollversorgung fehlen, ist die Versorgung gut bis sehr gut bzw. durch Übersversorgung gekennzeichnet. Die Anästhesisten und Radiologen spielen aus verschiedenen Gründen eine Sonderrolle.

Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den einzelnen Planungsbereichen Übersversorgung feststellen und ggf. Zulassungsbeschränkungen anordnen (Abs. 1) oder solche aufheben (Abs. 3). Übersversorgung liegt in der Regel dann vor, wenn der tatsächliche Versorgungsgrad den für den Planungsbereich ermittelten rechnerischen Versorgungsgrad um 10 % überschritten hat.

Die zuletzt dargestellte Tabelle zeigt mit den hellgrau markierten Feldern an, welche Planungskreise in Mecklenburg-Vorpommern für welche Gruppen von Ärzten für eine weitere Niederlassung gesperrt sind. Entsprechend ihrem großen Anteil gibt es vergleichsweise wenige für eine Niederlassung offene Städte und Planungskreise; nicht gesperrte Planungsbereiche finden sich überwiegend im hausärztlichen Bereich.

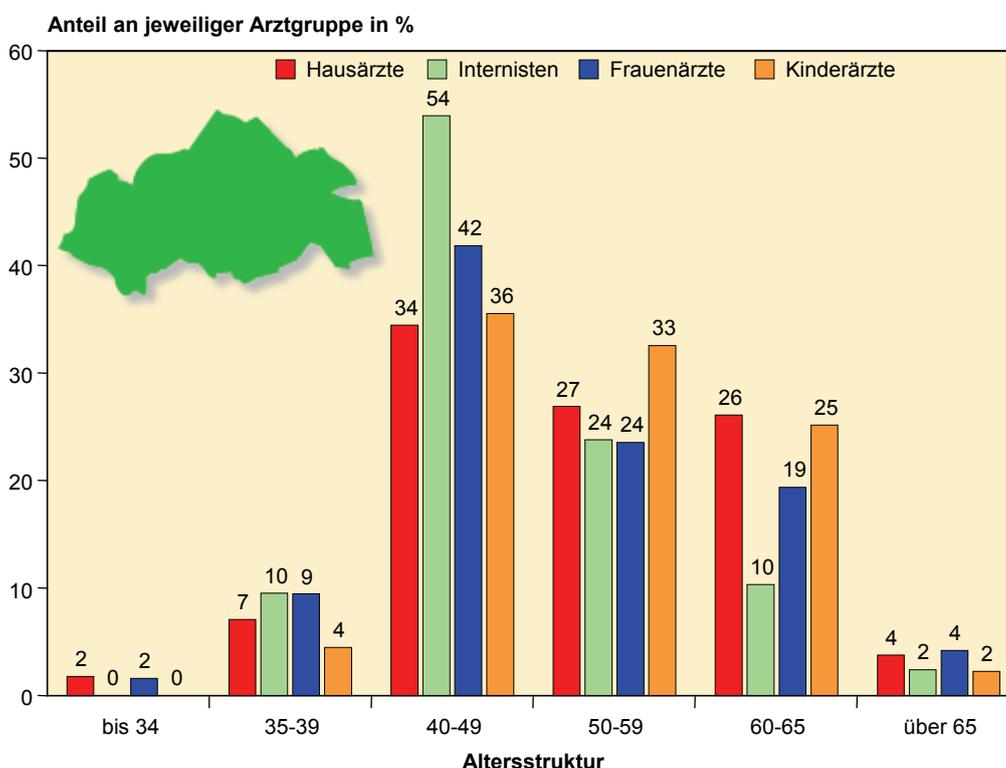
2.6.2 Altersstruktur / Gruppierung

Die Altersstruktur der Ärzte Mecklenburg-Vorpommerns entspricht weitgehend der Struktur in den anderen Ost-Bundesländern.

Die folgende *Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 1* zeigt die Gruppen der Hausärzte, Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte in ihrer Altersstruktur im Vergleich.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 1

Altersstrukturvergleich Ärzte 2002*



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Der Anteil in den höheren Altersgruppen ist bei Hausärzten und bei Kinderärzten vergleichsweise groß. Überproportionale Altersabgänge sind in den nächsten Jahren daher vor allem in diesen beiden Arztgruppen zu erwarten. Aber auch fast ein Viertel der Frauenärzte ist in Mecklenburg-Vorpommern 60 Jahre alt oder älter.

2.6.3 Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze

Bei Überlegungen zur Anzahl der in den nächsten Jahren in Mecklenburg-Vorpommern aus Altersgründen frei werdende Vertragsarztsitze wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die sogenannte 68er-Regelung wirksam wird; damit würden Ärzte spätestens im Alter von 68 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden; ihre Praxen könnten zur Besetzung ausgeschrieben werden³⁵. Den Vertragsärzten bleibt es natürlich unbenommen, schon vor dem Erreichen dieser Altersgrenze ihre Praxen aufzugeben; andererseits gibt es eine ganze Reihe von Ärzten, die noch in einem sehr hohen Alter praktizieren.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation in den Bedarfsplanungskreisen könnte eine ggf. bestehende Überversorgung einer Wiederbesetzung allerdings entgegenstehen. In solchen Fällen könnten die Sitze u. U. nicht ausgeschrieben werden; stattdessen könnten bestehende Überkapazitäten ggf. abgebaut werden. Wie viele Vertragsarztsitze werden voraussichtlich vakant?

Die folgende *Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 2* zeigt die Zahlen der in den nächsten Jahren (bis 2010) aufgrund von Altersabgängen in Mecklenburg-Vorpommern frei werdenden Sitze über alle planungsrelevanten Arztgruppen und Planungskreise. Allerdings ist die Zahl der frei werdenden Arztsitze nicht gleichzusetzen mit der Zahl der für eine ausreichende Versorgung notwendigen Wiederbesetzungen.

Bei den insgesamt 543 frei werdenden Praxen handelt es sich zu zwei Dritteln um Hausarztpraxen. In manchen Facharztgruppen werden dagegen kaum altersbedingt Arztsitze frei. Auch sind die Regionen in unterschiedlichem Ausmaß betroffen.

³⁵ Entsprechend § 95 Abs.7 SGB V endet ab 1.1.1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet; Ausnahmen: wenn zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres die Vertragsarztstätigkeit < 20 Jahre war oder wenn ein Arzt bereits vor dem 1.1.1993 als Vertragsarzt tätig war, verlängert der Zulassungsausschuss die Zulassung bis zum Ablauf dieser Frist. 1998 bestätigte das Bundesverfassungsgericht (2. Kammer des Ersten Senats) die Altersgrenze für Kassenärzte als verfassungsgemäß.

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 2

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Mecklenburg-Vorpommern	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Bad Doberan	20	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	25
Demmin	19	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	23
Greifswald / Ostvorpommern	24	2	6	3	1	8	1	2	0	0	1	0	48
Güstrow	27	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	31
Ludwigslust	29	1	2	3	0	1	2	0	3	0	0	0	41
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	19	2	1	3	0	2	1	1	0	2	0	0	31
Müritz	17	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	22
Stralsund / Nordvorpommern	35	2	2	4	1	0	2	1	0	1	1	1	50
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	58	5	11	6	0	5	5	4	1	3	1	1	100
Parchim	27	0	4	2	1	0	0	0	1	1	0	0	36
Rostock, Hansestadt	47	2	10	9	1	6	2	2	1	3	2	0	85
Rügen	16	0	3	1	0	0	3	0	2	0	1	1	20
Uecker-Randow	21	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	24
Gesamt	359	16	45	37	4	22	19	10	12	10	6	3	543

WIdO 2003

2.6.4 Altersabgänge und Versorgung

Um den Effekt eines altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen auszuloten, wird im Weiteren der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das sechzigste Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Altersverteilung der Ärzte in den einzelnen Arztgruppen kommt hierbei unmittelbar zum Tragen.

Der von der Gruppe der jüngeren Ärzte erbrachte Versorgungsanteil wird über die nächsten Jahre relativ stabil bleiben, da die Zahl vorzeitiger Praxisaufgaben erfahrungsgemäß gering bleibt.

In der folgenden *Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 3* sind die Planungskreise hellgrau markiert, in denen bei altersbedingtem Ausscheiden der älteren Ärzte Überversorgung besteht; in den dunkelgrau markierten Kreisen käme es ohne die ≥ 60 Jahre alten Ärzte zu einer Unterversorgung, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte für Hausärzte mit 75 % des Sollversorgungsgrades und bei Fachärzten mit 50 % des Solls definiert ist. Die nicht

markierten Kreise liegen hinsichtlich ihrer Versorgungssituation im Zielkorridor zwischen Über- und Unterversorgung.

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 3

Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre

Mecklenburg-Vorpommern	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ■ Überversorgung ■ Unterversorgung </div>											
	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Bad Doberan	64,5	113,4	74,3	93,7	99,1	86,9	104,5	141,2	141,9	115,3	0,0	117,4
Demmin	76,1	0,0	117,9	114,1	147,9	135,6	104,6	129,2	122,0	135,1	146,4	118,7
Greifswald / Ostvorpommern	82,0	171,6	90,1	174,4	164,4	90,4	203,5	215,5	226,1	187,8	244,2	165,0
Güstrow	74,7	282,4	119,0	225,1	105,8	162,3	278,9	150,8	189,4	123,1	282,0	250,7
Ludwigslust	60,3	69,8	100,0	77,4	200,7	73,6	71,0	131,5	82,8	91,7	198,7	120,8
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	80,7	341,2	120,7	133,5	173,1	174,5	305,9	189,0	166,6	79,1	428,3	173,6
Müritz	61,5	137,5	98,5	114,3	197,6	144,9	349,4	172,6	108,7	135,4	0,0	158,6
Stralsund / Nordvorpommern	70,5	143,5	154,2	134,2	77,3	170,2	246,1	270,2	170,2	123,7	153,1	155,2
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	65,7	190,3	81,7	137,8	79,8	80,7	250,2	93,1	140,2	68,3	158,7	128,6
Parchim	61,4	88,5	88,8	98,2	0,0	116,7	135,0	111,2	70,0	87,2	126,0	102,2
Rostock, Hansestadt	88,1	105,9	84,3	135,7	83,2	88,6	147,8	111,0	132,0	98,1	97,8	130,8
Rügen	71,3	299,9	73,6	71,2	184,7	101,6	195,9	80,7	101,6	126,6	0,0	74,1
Uecker-Randow	67,1	229,2	114,9	31,8	164,7	120,8	232,9	215,8	90,6	150,5	0,0	132,2

WiDO 2003

Betrachtet man die aktuelle vertragsärztliche Versorgung, ohne diejenigen Ärzte einzubeziehen, die ein Lebensalter von ≥ 60 Jahren haben, so wird deutlich, dass aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur und des unterschiedlichen Versorgungsgrades von Haus- und Fachärzten zukünftig mit spezifischen Problemlagen zu rechnen ist: Im fachärztlichen Bereich ist eine generell gute Versorgungslage, d. h. eine ausreichende, bis zur Überversorgung reichende Situation aktuell gegeben und diese dürfte auch in der Zukunft zu erwarten sein. Bei mehreren Facharztgruppen liegt der Versorgungsgrad auch ohne die heute schon älteren Ärzte in vielen Regionen weit über dem als Grenze zur Überversorgung markierten Grad von 110 %.

Bei vielen ärztlichen Fachgruppen bliebe damit die aktuelle Überversorgung auch dann bestehen, wenn alle älteren Ärzte ausscheiden würden und die frei werdenden Sitze nicht wieder besetzt würden. Eine derartige, wenig sinnvolle und kostentreibende Überversorgung kann jedoch nicht als „gute Versorgung“ bezeichnet werden.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung stellt sich die Situation anders da. Hier gerieten ohne die heute 60-jährigen und älteren Ärzte 9 von 13 Planungskreisen in eine Situation der Unterversorgung. Dies gilt freilich nur unter der Annahme einer gegenüber der heutigen Situation unveränderten Bevölkerungszahl. Dass davon nicht ohne weiteres ausgegangen werden kann, ist im Abschnitt zur Bevölkerungsentwicklung beschrieben (*s. Kapitel 2.6.7*).

Mit der in einzelnen Planungskreisen bestehenden oder zu erwartenden Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung stellt sich die Frage, ob Disparitäten ggf. nicht auch über andere Facharzt-/Hausarzt-Zuordnungen abgebaut werden könnten.

Bei den Hausärzten stand bis Ende 2000 nach den Vorschriften (Richtlinien) der Bedarfsplanung prinzipiell die Möglichkeit zur Verfügung, dass fachärztlich tätige Internisten aus internistisch überversorgten Kreisen hausärztliche Aufgaben übernehmen. Wegen der häufigen Parallelität von internistischer Über- und hausärztlicher Unterversorgung wurde diese Regelung noch einmal aufgegriffen und hinsichtlich möglicher Effekte durchgerechnet. Entsprechend den Richtlinien würde der Versorgungsanteil, der über 110 % liegt, mit dem Anrechnungsfaktor 0,8 auf die hausärztliche Versorgung angerechnet werden. Unsere Modellrechnungen zeigen aber, dass ein solches Verlagern von fachärztlichen Internisten zur hausärztlichen Versorgung in lediglich zwei Planungskreisen dazu führen würde, dass vorher unterversorgte Regionen (nämlich Güstrow und Rügen) von 74,7 % bzw. 71,3 % auf 80,0 % bzw. 78,7 % fallen und damit über der notwendigen 75 %-Grenze zur Normalversorgung liegen. Hier wirkt sich die vergleichsweise geringe Größe der Gruppe der fachärztlichen Internisten gegenüber der Gruppe der Hausärzte aus, so dass sich nur eine leichte Verbesserung ergeben würde.

2.6.5 Identifizierung problematischer Versorgungskreise

Zur Identifizierung zukünftig problematischer Arztgruppen und Versorgungskreise wird die Versorgung simuliert, die sich ergeben würde, wenn die Ärzte im Alter von 60 Jahren oder älter nicht mehr zur Verfügung stehen. Verglichen werden regionale Versorgungsgrade (in Prozent), die sich allein durch Ärzte im Alter von weniger als 60 Jahren ergeben.

Wie schon oben ausgeführt, ist der Grad der hausärztlichen Versorgung über fast alle Planungskreise durchschnittlich niedriger als bei den übrigen Facharztgruppen.

Die Kreise, die über alle Fachgruppen die höchsten Versorgungsgrade aufweisen, sind Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz und Greifswald/Ostvorpommern. In diesen Kreisen wird es in Zukunft auch dann nicht zu hausärztlicher Unterversorgung kommen, wenn aus Altersgründen frei werdenden Sitze in keinem Fall wieder besetzt werden können; die aktuelle und teilweise erhebliche Überversorgung bei fast allen Facharztgruppen bleibt in diesen beiden Kreisen sogar erhalten. Hohe Versorgungsgrade bei fast allen Arztgruppen weist außerdem der Planungsbereich Güstrow auf, auch wenn hier nach den Altersabgängen im hausärztlichen Bereich die Unterversorgungsgrenze knapp unterschritten wird.

Die Kreise mit den nach Altersabgängen niedrigsten Versorgungsgraden sind im Jahr 2010 voraussichtlich Parchim, Ludwigslust und Bad Doberan. Allerdings ist eine drohende Unterversorgung auch in diesen Kreisen praktisch nur im hausärztlichen Bereich auszumachen; und dies auch nur solange frei werdende Arztsitze nicht wieder besetzt werden.

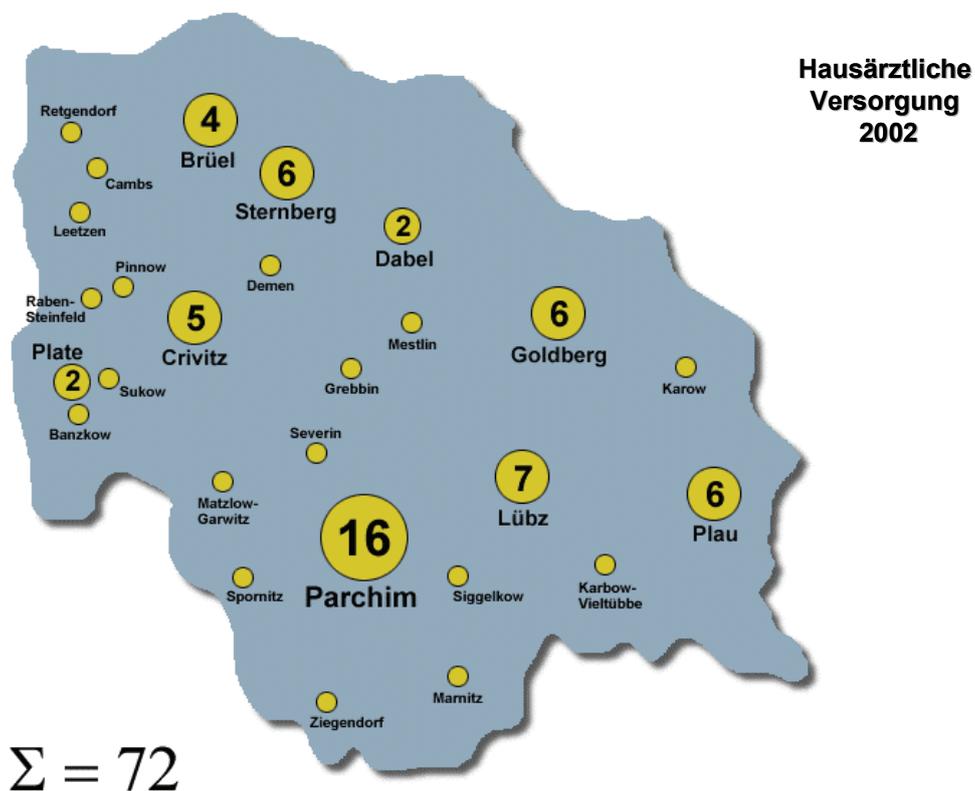
Alles in allem fällt die Heterogenität der Versorgung in den einzelnen Planungskreisen auf. Es ist zwar möglich, bestimmte Städte und Kreise mit fachgruppenübergreifend niedrigen bzw. hohen Versorgungsgraden zu identifizieren, aber eine solche Typisierung ist nur schwer spezifischen sozialen, sozio-ökonomischen oder verwaltungstechnischen Kategorien zuzuordnen.

In den folgenden Abbildungen sind die Situation und die mögliche Entwicklung des nach Altersabgängen hausärztlich schlecht versorgten Planungskreises Parchim beispielhaft detaillierter dargestellt. Gezeigt werden soll, wie sich auch innerhalb eines Planungsbereiches eine differenzierte Entwicklung ergeben kann, die z. T. sehr zielgerichtete Aktivitäten erfordert.

Die *Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 2* zeigt differenziert die aktuelle hausärztliche Versorgungssituation im Kreis Parchim. Mit den derzeit tätigen 72 Hausärzten ergibt sich ein Versorgungsgrad von 98 %. Erkennbar ist eine Konzentration auf die Stadt Parchim, ansonsten aber eine gleichmäßige Verteilung der Hausarztsitze auf die in diesem Kreis liegenden Kleinstädte und ländlichen Gebiete.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 2

Hausärztliche Versorgung im Kreis Parchim 2002*

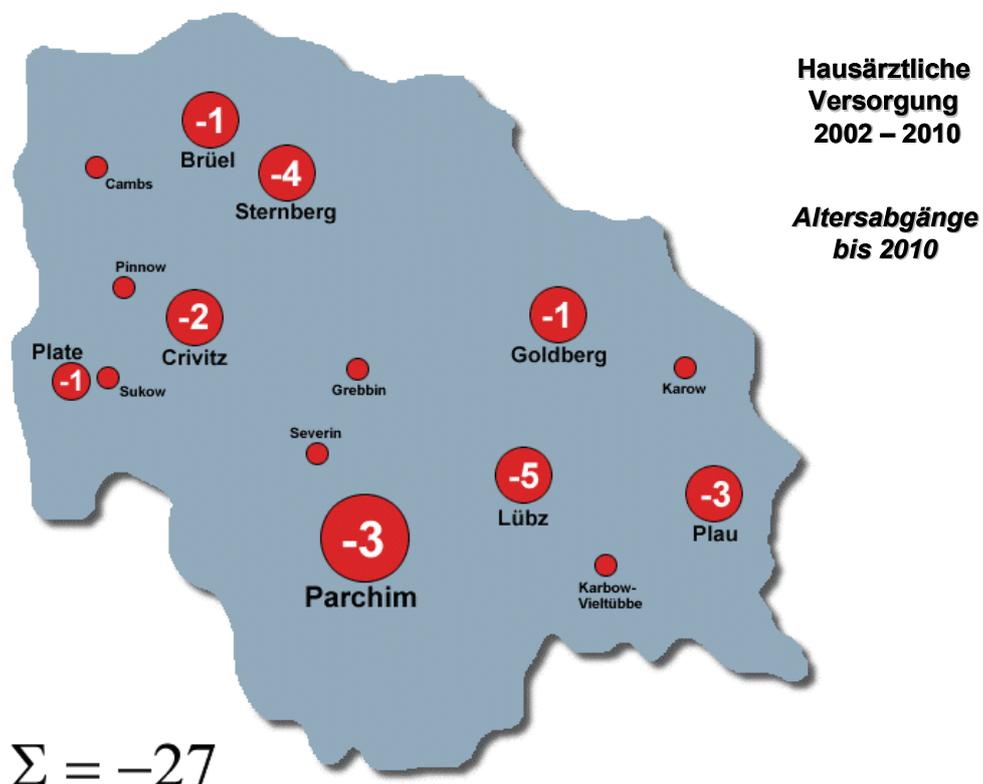


Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

Die nächste *Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 3* zeigt auf, in welchen Regionen des Kreises altersbedingt bis zum Jahre 2010 Hausarztsitze vakant werden. Deutlich wird, dass Arztsitze durchaus nicht nur auf dem Lande frei werden. Auch in den Städten kommt es tendenziell zu Altersabgängen bei Hausärzten. Es zeigt sich deutlich, dass insbesondere einige Kleinstädte von dieser Entwicklung deutlich betroffen sind.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 3

Hausärztliche Versorgung im Kreis Parchim 2002 - 2010
Altersabgänge bis 2010*



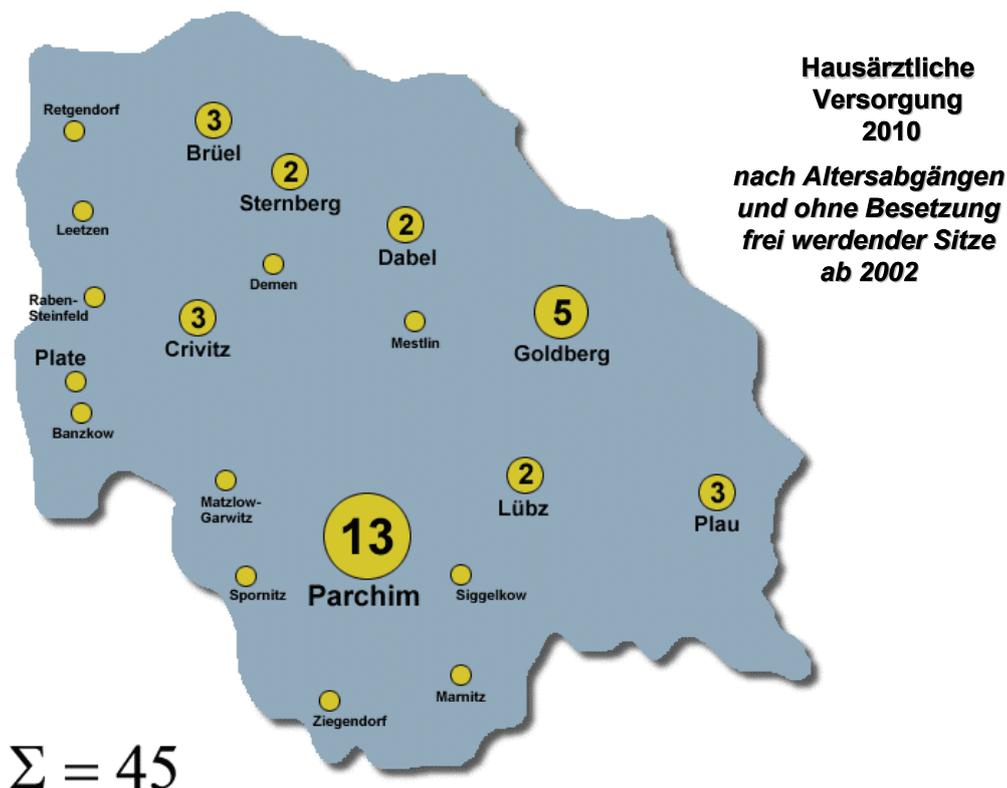
Auf dieser Karte sind alle Hausarztsitze durch einen Kreis markiert, die potenziell aus Altersgründen in den nächsten acht Jahren aufgegeben werden. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der möglicherweise jeweils aufgegebenen Sitze, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist (war).

WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 4

Hausärztliche Versorgung im Kreis Parchim 2010 nach Altersabgängen und ohne Besetzung frei werdender Sitze*



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten abzüglich der aus Altersgründen aufgegebenen Sitze bis zum Jahr 2010 durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Zu erkennen ist, dass sich durch ausbleibende oder mangelnde Wiederbesetzung von Hausarztsitzen partiell eine schwierige Versorgungssituation ergeben könnte. Insgesamt werden 27 der 72 Hausarztsitze im Kreis/Planungsbereich Parchim bis zum Jahre 2010 altersbedingt frei. Allerdings kommt es innerhalb des Planungsbereichs zu unterschiedlichen Entwicklungen. So werden in der Stadt Parchim selbst nur 3 der insgesamt 16 Hausarztpraxen altersbedingt frei, während es in der immerhin 6.300-Einwohnerstadt Plau bei einer Nichtwiederbesetzung zu einer Halbierung der Hausarztpraxen von sechs auf drei käme. In Lübz (7.100 Einwohner) würden sogar fünf der sieben aktuell bestehenden Hausarztpraxen vakant, d. h. für einen Hausarztbesuch müssten Patienten ggf. nach Parchim fahren und umgekehrt müssten dort praktizierende Ärzte häufigere und längere Wege zu

Hausbesuchen bewältigen. Im nördlichen Teil des Kreises ist die Stadt Sternberg (4.900 Einwohner) vom altersbedingten Ausscheiden der Hausärzte betroffen. Von den sechs dort derzeit praktizierenden werden vier bis zum Jahre 2010 die Praxis aufgeben.

Die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Planungskreisen ist bei isolierter Betrachtung eines Kreises allerdings nur bedingt einzuschätzen. Unklar bleibt vor allem, ob und inwieweit Patienten Versorgungsangebote in benachbarten Kreisen (im genannten Beispiel etwa Schwerin, Nordwestmecklenburg oder Güstrow) nutzen. Gleiches gilt auch für diese, d. h. es bleibt zu prüfen, ob sich Versorgungsdefizite – wie sie im o. g. Beispiel entstehen – mit ähnlichen Defiziten in den benachbarten Kreisen addieren oder ob Defizite durch ein gutes Angebot der Nachbarkreise teilweise kompensiert werden können.

Mögliche Lösungen der Versorgungsprobleme müssen die jeweilige regionale Spezifität solcher Defizite berücksichtigen; zentrale Maßnahmen dürften sich vor Ort als wenig effektiv und nicht sinnvoll erweisen.

Die fachärztliche Versorgung im Kreis Parchim zeichnet sich im Jahre 2002 durch eine deutliche Überversorgung in den meisten Facharztgruppen aus. Den geringsten Versorgungsgrad weisen mit 88,5 % die fachärztlichen Internisten auf. Außer HNO-Ärzten (105 %) und Urologen (102,2 %) haben alle anderen Facharztgruppen die Grenze zur Überversorgung überschritten.

Wie verändert sich nun die fachärztliche Versorgung durch Altersabgänge?

Bis zum Jahr 2010 wird sich nach Altersabgängen von Ärzten (insgesamt scheidet neun Fachärzte altersbedingt aus³⁶) die fachärztliche Versorgung im Kreis Parchim dahingehend verändern, dass diese Überversorgung bei einigen Arztgruppen abgebaut wird. Bei Augenärzten, Chirurgen, Hautärzten und Radiologen wird nach wie vor Überversorgung herrschen, hier werden keine Arztstühle altersbedingt frei. Unterversorgung würde bei keiner Facharztgruppe bestehen, mit einer Ausnahme: Dadurch, dass der einzige im Kreis tätige Anästhesist ausscheiden wird, würde hier bei Nichtwiederbesetzung ein Versorgungsgrad von 0 % bestehen. Insgesamt sind im Kreis Parchim jedoch keine gravierenden durch die Altersstruktur der Ärzte ausgelösten Versorgungsprobleme im fachärztlichen Bereich zu erwarten.

³⁶ und zwar vier Frauenärzte, zwei Kinderärzte, ein Anästhesist, ein HNO-Arzt und ein Orthopäde.

2.6.6 Wiederbesetzungsszenarien

Im Folgenden wird die Versorgungssituation für Mecklenburg-Vorpommern in den wichtigsten Arztgruppen differenziert dargestellt. Dabei werden die Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und fachärztlich tätigen Internisten ausgewählt, weil sie die zahlenmäßig stärksten Gruppen der insgesamt 14 in der Bedarfsplanung berücksichtigten Gruppen³⁷ bilden und weil sie die Grundversorgung abdecken.

Ausgehend von der Versorgungssituation nach einem altersbedingten Ausscheiden aller Ärzte im Alter von ≥ 60 Jahren wird in Wiederbesetzungsszenarien die Wahrscheinlichkeit der Wiederbesetzung variiert. Dargestellt werden regionale Versorgungsgrade bei Wiederbesetzungsquoten von 33 %, 50 % und 66 %.

Des Weiteren werden Differenzen zur jeweils notwendigen Mindest- bzw. Vollversorgung in absoluten Zahlen aufgezeigt. Zu erkennen ist dabei, welche absolute Differenz zur Unter- (<50 % bei Fachärzten, <75 % bei Hausärzten) bzw. Vollversorgung (100 %) besteht und auch, wie viele Ärzte jeweils fehlen oder – gemessen an diesen Zielen – überzählig sind. Grundlage ist die Gruppe der heute tätigen Ärzte, die das Alter von 60 Jahren noch nicht erreicht haben.

2.6.6.1 Hausärzte

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 4*)

Aktuell arbeiten insgesamt 1.204 Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern³⁸. Von diesen Ärzten scheidet 359, also ungefähr 30 %, altersbedingt bis zum Jahr 2010 aus der Praxis aus. Falls keiner der in den nächsten acht Jahren aufgrund von Altersabgängen in Mecklenburg-Vorpommern frei werdenden hausärztlichen Vertragsarztsitze wieder besetzt werden könnte, käme es in 9 von 13 Planungskreisen zu einer rechnerischen Unterversorgung. Falls jeder dritte frei werdende Sitz wieder besetzt werden könnte, gäbe es in 4 der 13 Planungsbereiche eine hausärztliche Unterversorgung. In Bad Doberan, Ludwigslust, Müritz und Parchim müsste jeder zweite der frei werdenden Hausarztsitze wieder besetzt werden, um eine Unterversorgung zu vermeiden.

³⁷ In den Bedarfsplanungs-Richtlinien werden die Arztgruppen genannt, für die der Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung bestimmt wird. Es handelt sich um: Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen.

³⁸ Quelle: Stammdatei

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 4

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Meckl.-Vorpommern								
Bad Doberan	67,0	20,0	29,9	91,9	64,5	73,5	78,2	82,6
Demmin	67,0	19,0	28,4	106,3	76,1	86,1	91,2	96,0
Greifswald / Ostvorpommern	117,0	24,0	20,5	103,2	82,0	89,0	92,6	96,0
Güstrow	78,0	27,0	34,6	114,3	74,7	87,8	94,5	100,8
Ludwigslust	85,0	29,0	34,1	91,5	60,3	70,6	75,9	80,9
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	106,0	19,0	17,9	98,4	80,7	86,6	89,6	92,4
Müritz	46,0	17,0	37,0	97,5	61,5	73,4	79,5	85,2
Stralsund / Nordvorpommern	120,0	35,0	29,2	99,5	70,5	80,1	85,0	89,7
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	176,0	58,0	33,0	98,0	65,7	76,3	81,8	87,0
Parchim	72,0	27,0	37,5	98,3	61,4	73,6	79,8	85,7
Rostock, Hansestadt	159,0	47,0	29,6	125,1	88,1	100,3	106,6	112,5
Rügen	52,0	16,0	30,8	103,0	71,3	81,8	87,2	92,2
Uecker-Randow	59,0	21,0	35,6	104,2	67,1	79,4	85,7	91,6

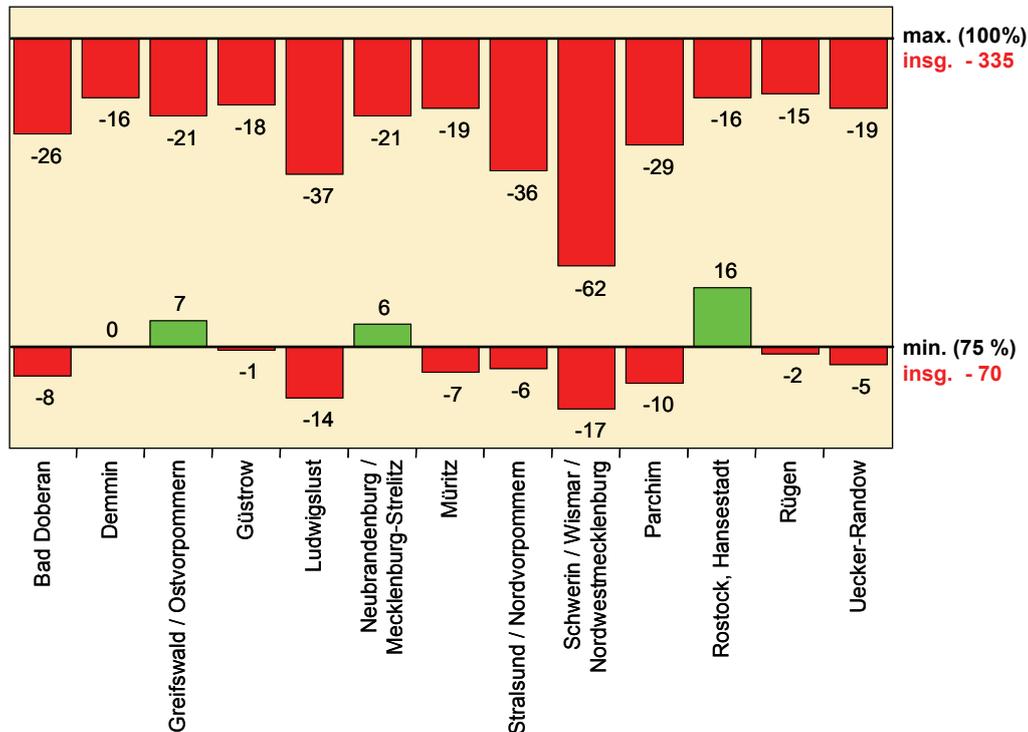
WIdO 2003

Könnte also für jeden zweiten aus Altersgründen ausscheidenden Hausarzt ein Nachfolger gefunden werden, so wäre die Versorgung in allen Städten und Planungskreisen Mecklenburg-Vorpommerns gesichert.

Wäre es möglich, jeweils zwei von drei frei werdenden Hausarztsitzen gleichermaßen in allen Kreisen wieder zu besetzen, dann wären viele Planungskreise eher im Bereich der Vollversorgung denn nahe der Unterversorgungsgrenze. In Rostock würde sich sogar erneut eine Überversorgung mit Hausärzten ergeben.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 5

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Hausärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Absolut gesehen würde es ausreichen, insgesamt 70 Hausärzte anzuwerben, um die Altersabgänge bis 2010 so weit auszugleichen, bis eine rechnerisch und gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung sichergestellt ist. Von diesen 70 Ärzten wären allein 17 für Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg und 14 für Ludwigslust notwendig. (s. *Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 5*). In einigen Regionen (Rostock, Greifswald/Ostvorpommern, Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz) stellt sich das Problem der Unterversorgung auch ohne Wiederbesetzung frei werdender Hausarzt-sitze gar nicht. Das bedeutet: Die für eine ausreichende Versorgung auch in vergleichsweise abgelegenen Gegenden Mecklenburg-Vorpommerns in den nächsten acht Jahren absolut notwendige Zahl an Hausärzten ist gering. Für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % wären bis 2010 in Mecklenburg-Vorpommern 335 Hausärzte anzuwerben.

2.6.6.2 Fachärztlich tätige Internisten

Ausgehend von einer Situation im Frühjahr 2002, in der in 10 von 13 Planungsbereichen eine Überversorgung bei den fachärztlich tätigen Internisten besteht, ergibt sich folgendes Bild:

Entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien für die fachärztliche Versorgung kommt es in den nächsten acht Jahren (bis 2010) in kaum einem Versorgungskreis in Mecklenburg-Vorpommern zu einer internistisch-fachärztlichen Unterversorgung aufgrund von Altersabgängen. Dies gilt auch dann, wenn keine in diesem Zeitraum frei werdende Stelle wieder besetzt werden könnte; in 9 von 13 Planungskreisen setzt sich sogar die bestehende Überversorgung fort. Die massivste Überversorgung findet sich (auch nach den Altersabgängen) in Güstrow (mit 282 %), Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz (mit 341 %) und Rügen (mit 300 %). Es zeigt sich auch, dass die Altersabgänge bei fachärztlich tätigen Internisten nur in einigen Regionen zahlenmäßig von Bedeutung sind. (vgl. Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 5).

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 5

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

<div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Überversorgung <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Unterversorgung Meckl.-Vorpommern	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad	Vers.-grad	Vers.-grad	Vers.-grad	Vers.-grad
				2002	ohne 60+ Jahre	bei 33 % Wiederbes.	bei 50 % Wiederbes.	bei 66 % Wiederbes.
Bad Doberan	3,0	0,0	0,0	113,4	113,4	113,4	113,4	113,4
Demmin	1,0	1,0	100,0	34,3	0,0	11,3	17,1	22,6
Greifswald / Ostvorpommern	11,0	2,0	18,2	209,8	171,6	184,2	190,7	196,8
Güstrow	7,0	0,0	0,0	282,4	282,4	282,4	282,4	282,4
Ludwigslust	4,0	1,0	25,0	93,1	69,8	77,5	81,5	85,2
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	19,0	2,0	10,5	381,3	341,2	354,4	361,2	367,7
Müritz	4,0	1,0	25,0	183,3	137,5	152,6	160,4	167,8
Stralsund / Nordvorpommern	10,0	2,0	20,0	179,4	143,5	155,4	161,5	167,2
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	27,0	5,0	18,5	233,5	190,3	204,5	211,9	218,8
Parchim	3,0	0,0	0,0	88,5	88,5	88,5	88,5	88,5
Rostock, Hansestadt	24,0	2,0	8,3	115,5	105,9	109,0	110,7	112,2
Rügen	7,0	0,0	0,0	299,9	299,9	299,9	299,9	299,9
Uecker-Randow	6,0	0,0	0,0	229,2	229,2	229,2	229,2	229,2

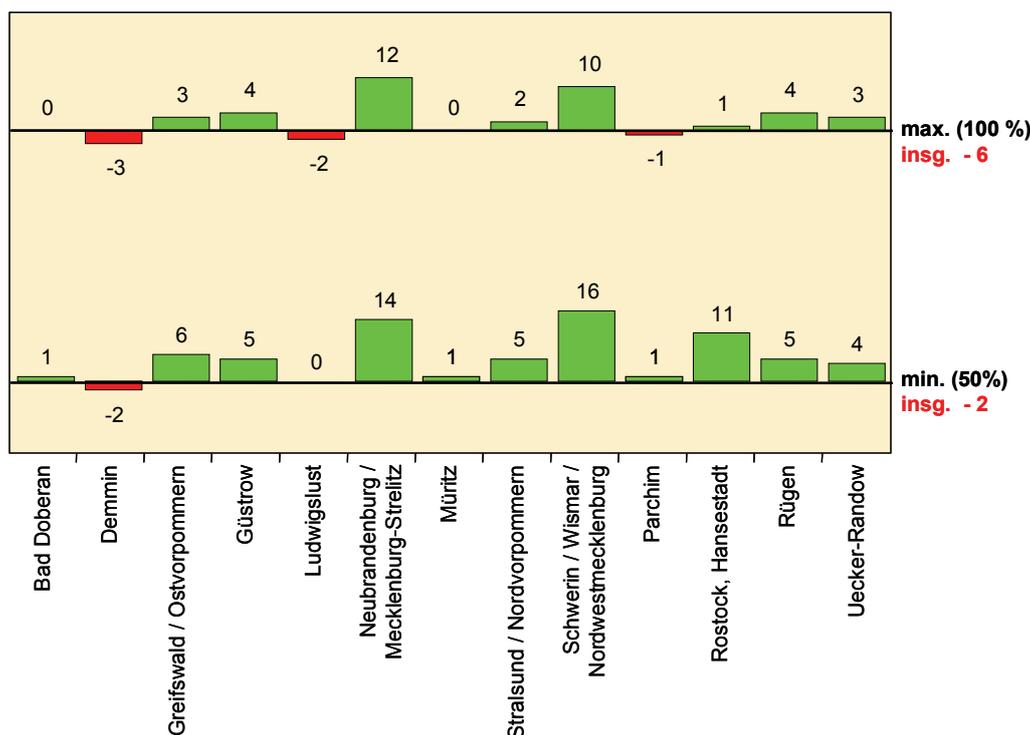
WiDo 2003

Lediglich im Kreis Demmin würde sich die schon aktuell vorhandene Unter-versorgung (34,3 %) verstärken, falls die dort frei werdende (derzeit einzige) internistische Praxis nicht wieder besetzt werden könnte. Um über der Unter-versorgungsgrenze zu liegen, müsste für den Kreis Demmin zusätzlich zur Wiederbesetzung ein weiterer fachärztlicher Internist für eine Niederlassung gewonnen werden.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 6 zeigt u. a. die Differenz zur Mindest- (50 %) und Vollversorgung (100 %) bei Internisten, ohne die Ärzte einzubeziehen, die 60 Jahre alt oder älter sind. In Demmin gibt es die erwähnte internistische Unterversorgung. Absolut gesehen handelt es sich bei dem Fehlbedarf lediglich um zwei Internisten. Die Besetzung eines weiteren internistischen Sitzes würde hier bereits zur Vollversorgung führen.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 6

**Differenz zu minimaler und Vollversorgung bei Internisten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIÖ 2003

*Werte sind gerundet

Da mit den Altersabgängen in den meisten Planungsbereichen Überversorgung abgebaut würde, würde es absolut gesehen ausreichen, sechs Internisten anzuwerben, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von mindestens 100 % zu erreichen.

2.6.6.3 Frauenärzte

Auch ohne diejenigen Ärzte, die im Jahr 2002 bereits 60 Jahre alt oder älter sind, ist die frauenärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2010 gesichert, wobei der Versorgungsgrad in Rügen mit 73,6 % am niedrigsten und in Stralsund/ Nordvorpommern mit 154,2 % am höchsten liegt. In keinem Kreis wird der Grad der notwendigen Mindestversorgung unterschritten.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 6*).

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 6

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

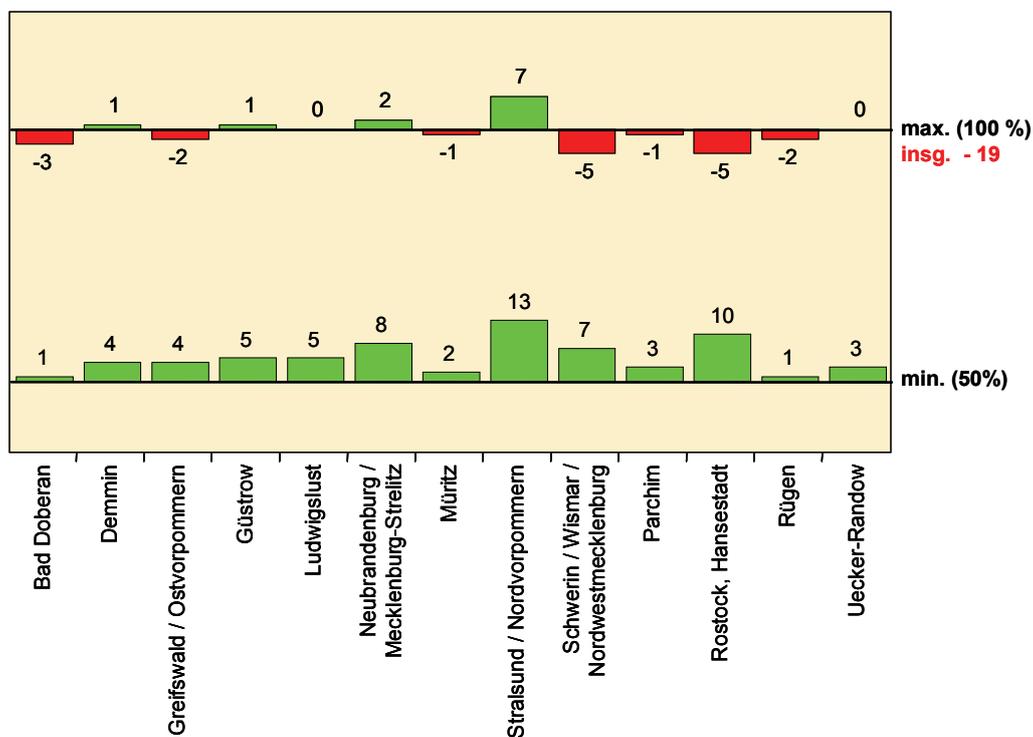
Meckl.-Vorpommern	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Wiederbesetzungsszenarium				
				Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bad Doberan	9,0	3,0	33,3	111,4	74,3	86,6	92,9	98,8
Demmin	8,0	0,0	0,0	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9
Greifswald / Ostvorpommern	17,0	6,0	35,3	139,3	90,1	106,4	114,7	122,6
Güstrow	10,0	1,0	10,0	132,2	119,0	123,3	125,6	127,7
Ludwigslust	12,0	2,0	16,7	120,0	100,0	106,6	110,0	113,2
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	15,0	1,0	6,7	129,3	120,7	123,6	125,0	126,4
Müritz	6,0	1,0	16,7	118,2	98,5	105,0	108,3	111,5
Stralsund / Nordvorpommern	22,0	2,0	9,1	169,6	154,2	159,3	161,9	164,3
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	31,0	11,0	35,5	126,6	81,7	96,5	104,1	111,3
Parchim	11,0	4,0	36,4	139,5	88,8	105,5	114,1	122,3
Rostock, Hansestadt	35,0	10,0	28,6	118,1	84,3	95,5	101,2	106,6
Rügen	7,0	3,0	42,9	128,9	73,6	91,9	101,3	110,1
Uecker-Randow	8,0	1,0	12,5	131,3	114,9	120,3	123,1	125,7

WIdO 2003

Mehr als eine Wiederbesetzung von ca. einem Drittel der frei werdenden Sitze wäre kaum wünschenswert. Eine durchschnittlich 50-prozentige Wiederbesetzung würde bereits wieder zu einer Ausweitung der überversorgten Planungsbereiche (auf 8 von 13) führen, weitere vier Planungsbereiche würden einen Versorgungsgrad von mehr als 100 % (=Vollversorgung) aufweisen.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 7

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Frauenärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Während also nirgendwo Unterversorgung durch Altersabgänge bei Frauenärzten entstehen würden, wären für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % in den nächsten acht Jahren 19 Frauenärzte in ganz Mecklenburg-Vorpommern nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten notwendig.

2.6.6.4 Kinderärzte

Kinderärzte nehmen zwar entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil, werden aber in der Bedarfsplanung als eigenständige Gruppe gezählt.³⁹

Charakteristisch für die kinderärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ist ein hoher Versorgungsgrad in fast allen Regionen: In 11 von 13 Planungskreisen besteht aktuell eine Situation der Überversorgung, d. h. hier gibt es einen Versorgungsgrad von jeweils über 110 %. In einigen Krei-

³⁹ Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung eine abweichende Regelung treffen. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

sen finden sich mehr als doppelt so viele Kinderärzte wie laut Bedarfsplanung vorgesehen (Greifswald/Ostvorpommern, Güstrow).

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 7).

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 7

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

<div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Überversorgung <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Unterversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
	5,0	1,0	20,0	117,1	93,7	101,4	105,4	109,2
	5,0	1,0	20,0	142,6	114,1	123,5	128,3	132,9
	14,0	3,0	21,4	222,0	174,4	190,1	198,2	205,8
	10,0	1,0	10,0	250,1	225,1	233,3	237,6	241,6
	7,0	3,0	42,9	135,5	77,4	96,6	106,5	115,7
	11,0	3,0	27,3	183,6	133,5	150,0	158,5	166,5
	5,0	2,0	40,0	190,6	114,3	139,5	152,5	164,6
	13,0	4,0	30,8	193,9	134,2	153,9	164,1	173,6
	24,0	6,0	25,0	183,7	137,8	152,9	160,7	168,1
	6,0	2,0	33,3	147,3	98,2	114,4	122,7	130,6
	30,0	9,0	30,0	193,9	135,7	154,9	164,8	174,1
	3,0	1,0	33,3	106,9	71,2	83,0	89,1	94,8
	2,0	1,0	50,0	63,5	31,8	42,2	47,6	52,7

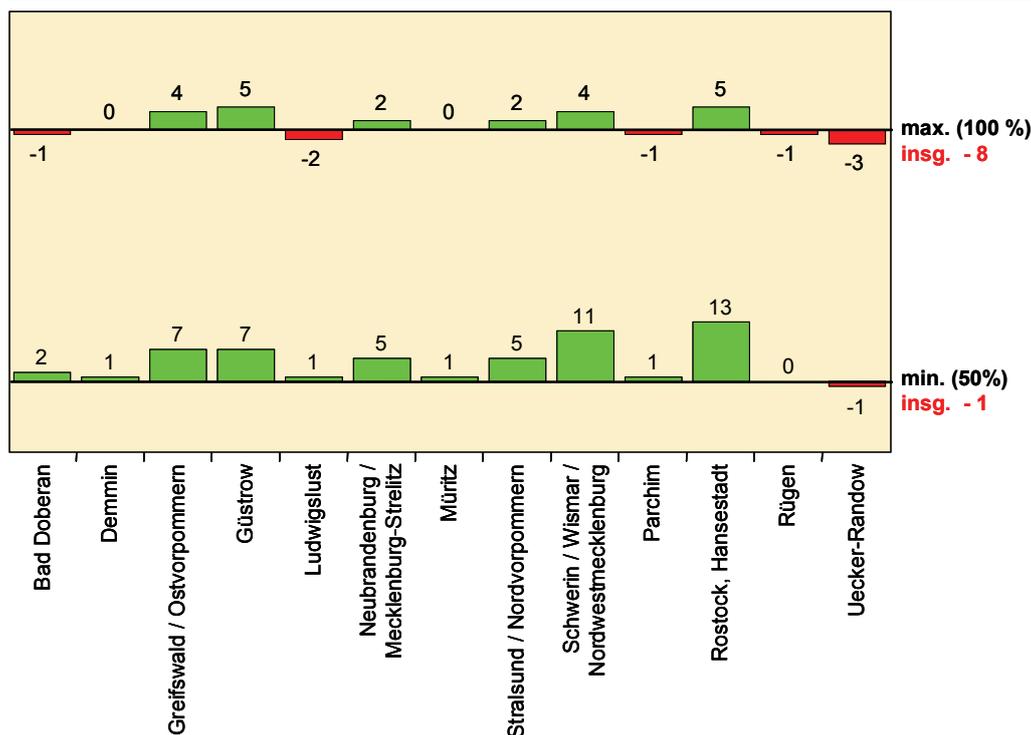
WIdO 2003

Trotz des teilweise hohen Anteils an Kinderärzten im Alter von 60 Jahren und mehr – allein in 12 von 13 Kreisen ist dieser Anteil älterer Ärzte $\geq 20\%$ – führen Altersabgänge bis 2010 nur in einer Region zu Unterversorgung, wenn kein kinderärztlicher Vertragsarztsitz wieder besetzt werden könnte. Aufgrund von Altersabgängen werden vielmehr Überkapazitäten in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung abgebaut. Immerhin noch in acht Planungskreisen bleibt eine Situation der Überversorgung trotz der Altersabgänge bestehen; in Güstrow liegt auch dann der Versorgungsgrad immer noch bei ca. 225 %. Eine Wiederbesetzung von Kinderarztpraxen führt fast überall zu erneuter bzw. wieder steigender Überversorgung.

Eine Ausnahme bildet hier der Kreis Uecker-Randow. In diesem Kreis gibt es derzeit zwei Kinderärzte, die einen Versorgungsgrad von 63,5 % ausmachen, Damit herrscht zwar keine Unterversorgung, für eine Vollversorgung (100 %) wäre jedoch schon heute ein weiterer Arzt anzuwerben. Da von den zwei praktizierenden Ärzten in den nächsten Jahren einer aus Altersgründen ausscheiden dürfte, käme es ohne Wiederbesetzung zu einer rechnerischen Unterversorgung (Versorgungsgrad: 31,8 %). Insgesamt müssen in Mecklenburg-Vorpommern acht Kinderarztpraxen in den nächsten acht Jahren wieder besetzt werden, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen. Zur Vermeidung von Unterversorgung in ganz Mecklenburg-Vorpommern wäre lediglich die erwähnte Praxis in Uecker-Randow wieder zu besetzen.

Abbildung Mecklenburg-Vorpommern 8

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Kinderärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Ob und in welchem Umfang Wiederbesetzungen erforderlich sind, hängt im Fall der Kinderärzte auch von der Bevölkerungsentwicklung, insbesondere auch von der zukünftigen Struktur der Bevölkerung ab.

2.6.7 Bevölkerungsentwicklung

Die Bilanz der Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt ist negativ, d. h. Geburten und Zuzüge konnten Sterbefälle und Abwanderungen nicht aufwiegen. Per Saldo ergibt sich über den Zeitraum von 1990 bis 2000 landesweit ein Bevölkerungsrückgang von 7,2 %. Dies entspricht absolut einem Rückgang um 137.200 Einwohner.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Städten und Landkreisen über den genannten Zeitraum, dann ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild; nicht alle Städte und Kreise weisen ein negatives Bevölkerungswachstum auf: Bad Doberan (+27,1 %) und Nordwestmecklenburg (+13,2 %) verzeichnen deutliche Zunahmen, aber auch Ludwigslust (+2,2 %) und Parchim (+1,0 %) weisen einen positiven Saldo auf. In den übrigen Städten und Kreisen kam es zu Rückgängen der Bevölkerungszahlen. Die höchsten Rückgänge verzeichnen Schwerin (-20,9 %), Rostock (-20,0 %), Neubrandenburg (-18,5 %), Greifswald (-18,4 %), Stralsund (-17,3 %) und Wismar (-16,4 %). Vergleichsweise niedrige Verluste finden sich dagegen in Mecklenburg-Strelitz (-0,4 %) und Nordvorpommern (-1,5 %). Damit bestätigt sich die These vom vor allem ländlichen Bevölkerungsrückgang in Mecklenburg-Vorpommern zunächst nicht.

Mit den seit Frühjahr 2003 zur Verfügung stehenden kleinräumigen Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ergibt sich die Chance zu einer detaillierten Abschätzung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung; auf den Bedarf an medizinischer Versorgung und die vertragsärztliche Bedarfsplanung hat diese Entwicklung einen unmittelbaren Einfluss. Für ganz Mecklenburg-Vorpommern prognostiziert das BBR für den Zeitraum von 2000 bis 2010 einen weiteren Bevölkerungsrückgang um 44.800 Einwohner (-2,5 %). Die regional differenzierte Prognose ist in *Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 8* dargestellt. Für fast alle Städte und Kreise werden Bevölkerungsrückgänge prognostiziert, allerdings flacht der in den 90er Jahren z. T. enorme Rückgang in den Städten zumeist ab. Ein mit -15,4 % immer noch zweistelliger prozentualer Verlust wird für Stralsund prognostiziert. Bevölkerungszunahmen werden lediglich für Bad Doberan (+15,2 %), Nordwestmecklenburg (+14,5 %) und Ludwigslust (+4,4 %) vorausgesagt, relativ stabile Werte finden sich in Mecklenburg-Strelitz (-0,2 %) und Nordvorpommern (-0,4 %).

Für den Zeitraum 2010 bis 2020 hat das BBR ebenfalls einen, wenn auch abgeschwächten, Bevölkerungsrückgang von -1,7 % (absolut: -29.500 Einwohner) für Mecklenburg-Vorpommern prognostiziert.

Tabelle Mecklenburg-Vorpommern 8

Bevölkerungsprognose

Kreise Mecklenburg-Vorpommern	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
13001 Greifswald	66.300	54.100	-18,4	52.000	-3,9	49.800	-4,2
13002 Neubrandenburg	89.300	72.800	-18,5	66.600	-8,5	62.300	-6,5
13003 Rostock	248.100	198.400	-20,0	181.400	-8,6	172.200	-5,1
13004 Schwerin	127.500	100.800	-20,9	95.400	-5,4	92.200	-3,4
13005 Stralsund	72.800	60.200	-17,3	50.900	-15,4	44.400	-12,8
13006 Wismar	55.500	46.400	-16,4	41.900	-9,7	40.300	-3,8
13051 Bad Doberan	94.000	119.500	27,1	137.700	15,2	151.200	9,8
13052 Demmin	103.400	95.000	-8,1	86.400	-9,1	80.300	-7,1
13053 Güstrow	121.900	112.900	-7,4	104.800	-7,2	99.500	-5,1
13054 Ludwigslust	131.200	134.100	2,2	140.000	4,4	144.200	3,0
13055 Mecklenburg-Strelitz	89.200	88.800	-0,4	88.600	-0,2	87.900	-0,8
13056 Müritz	73.600	69.800	-5,2	66.900	-4,2	64.700	-3,3
13057 Nordvorpommern	121.500	119.700	-1,5	119.200	-0,4	118.200	-0,8
13058 Nordwestmecklenburg	109.000	123.400	13,2	141.300	14,5	149.100	5,5
13059 Ostvorpommern	120.400	114.900	-4,6	111.600	-2,9	109.800	-1,6
13060 Parchim	107.700	108.800	1,0	101.500	-6,7	97.100	-4,3
13061 Rügen	85.300	75.300	-11,7	67.900	-9,8	64.000	-5,7
13062 Uecker-Randow	101.400	86.000	-15,2	82.000	-4,7	79.400	-3,2
Mecklenburg-Vorpommern	1.918.100	1.780.900	-7,2	1.736.100	-2,5	1.706.600	-1,7

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)/Eigene Berechnungen

Auf den Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen bezogen hieße das: In der Gesamtbetrachtung der Entwicklung Mecklenburg-Vorpommerns bis zum Jahre 2010 könnte das ambulante Versorgungsangebot entsprechend verringert werden. Da jeweils aktuelle Bevölkerungszahlen für die einzelnen Planungsbereiche in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, würde sich der entsprechende Bedarf an Ärzten bei Eintreten der Prognose verändern, in den meisten Regionen reduzieren, in einigen wenigen Regionen aber auch steigern.

2.6.8 Fazit für Mecklenburg-Vorpommern

Die These vom drohenden Ärztemangel lässt sich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern generell nicht belegen. Zwar muss in den nächsten Jahren damit gerechnet werden, dass eine erhebliche Zahl von Ärzten, insbesondere Hausärzten, ausscheidet, dies führt jedoch nicht zu massiver Unterversorgung. Im fachärztlichen Bereich wird durch die Altersabgänge im Wesentlichen eine aktuell zu findende Überversorgung abgebaut; hier sind nur in wenigen Regionen und Facharztgruppen Wiederbesetzungen von frei werdenden Arztsitzen notwendig, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Im hausärztlichen Bereich sind die meisten Altersabgänge zu erwarten. Aber auch hier kommt es im Durchschnitt bereits bei Wiederbesetzung jeder zweiten frei werdenden Arztpraxis nirgendwo zu einer Unterversorgung. Allerdings hat die Analyse auch gezeigt, dass die Versorgungslage regional- und arztgruppenspezifisch analysiert werden und die möglichen Maßnahmen entsprechend differenziert ergriffen werden sollten. Wichtig ist jedoch, dass nicht jede frei werdende Arztpraxis in Mecklenburg-Vorpommern wieder besetzt werden muss, um eine nach den Bedarfsplanungsrichtlinien angemessene Versorgung zu gewährleisten. Von den bis zum Jahre 2010 insgesamt 543 altersbedingt frei werdenden Arztsitzen müssten lediglich 78 (davon 70 Hausarztsitze) wieder besetzt werden, um überall Unterversorgung gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinien zu vermeiden. Um flächendeckend eine Vollversorgung (Versorgungsgrad von 100 %) in allen Arztgruppen zu erreichen, wären 408 Arztsitze (davon 335 Hausarztsitze) bis zum Jahre 2010 zu besetzen.

2.7 Bayern

2.7.1 Soll-Ist-Vergleich

Bayern wurde zum Vergleich und zur Überprüfung von Arbeitshypothesen (u. a. Stadt-Land-Gefälle als Ursache von Versorgungsunterschieden) als einziges westliches Bundesland in die Studie aufgenommen. In der aktuellen Situation ist Bayern – kurz gesagt – durch einen hohen Grad an Überversorgung in allen Planungskreisen und über alle ärztlichen Fachgruppen gekennzeichnet.

Insgesamt sind in Bayern im Jahr 2002 16.470 Vertragsärzte der Gebiete tätig, die in den Bedarfsplanungsrichtlinien aufgeführt sind⁴⁰: Aus methodischen Gründen sind hierbei die Nervenärzte und die Psychotherapeuten nicht berücksichtigt.

Mit Ausnahme der Fachgruppe der Anästhesisten, Radiologen und Chirurgen arbeiten in allen Arztgruppen einschließlich der Hausärzte mehr Ärzte als nach der Bedarfsplanung als Mindeststandard vorgesehen sind.

Von den 16.470 bayrischen Vertragsärzten sind 2.322 60 Jahre alt oder älter. Damit fallen in den nächsten acht Jahren zirka 15 Prozent aller Vertragsärzte in Bayern aufgrund von Altersabgängen weg. Die Versorgungssituation in Bayern ist dadurch kaum beeinträchtigt. Lediglich punktuell sind Planungskreise mit einer rechnerischen Unterversorgung zu finden. Das aktuelle Bild der Überversorgung kann auch mit dem Wegfall der Ärzte im Alter von 60 Jahren oder älter nicht korrigiert werden. Die Überkapazitäten im Bereich der fachärztlichen Versorgung bleiben bestehen.

Die *Tabelle Bayern 1* zeigt die aktuelle (April 2002) Versorgungssituation über alle Planungskreise. Überversorgte Kreise sind hellgrau, unterversorgte Kreise dunkelgrau markiert; nicht markierte Kreise liegen im Bedarfsplanungszielfenster.

Es ist deutlich zu erkennen, dass die ärztliche Landschaft in Bayern eher von Überversorgung als von einer bedarfsgerechten Versorgung geprägt ist. In der Fachgruppe der Internisten liegen von 79 Planungsbezirken 74 in der rechnerischen Überversorgung. Bei einem Versorgungsgrad von 533 Prozent befinden sich im Kreis Starnberg vier mal so viel Internisten wie für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind.

⁴⁰ Quelle: Arztstammdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Ein ähnliches Bild, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt wie bei den Internisten, findet sich auch in den anderen Facharztgruppen wieder. Lediglich bei den Anästhesisten und Radiologen liegen 20 bzw. 10 Kreise in der rechnerischen Unterversorgung. Hier ist jedoch anzumerken, dass aufgrund der geringen Anzahl der Ärzte, die für die Versorgung der Planungskreise notwendig sind, oft schon ein oder zwei Ärzte mehr zu einer Überversorgung führen.

Auch bei den Hausärzten liegt der Versorgungsgrad in 26 von 79 Planungskreisen über 110 %. Das Bild der Überversorgung ist hier nicht ganz so ausgeprägt. Dennoch finden sich auch hier Kreise, deren Versorgungsgrade weit jenseits dessen einzuordnen sind, was die Bedarfsplanung als angemessen definiert.

Tabelle Bayern 1

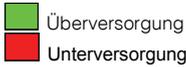
**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Bayern												
Aichach-Friedberg	106,9	76,0	102,2	149,8	155,5	108,4	38,1	100,5	113,6	107,5	134,5	85,8
Altötting	104,3	106,6	110,8	75,5	49,2	90,5	123,4	131,2	133,0	131,0	167,7	118,9
Amberg, Amberg-Sulzbach	101,3	166,4	114,3	133,9	104,7	128,4	131,3	162,8	113,2	112,8	119,0	112,5
Ansbach, Lkr. Ansbach	92,2	175,8	107,4	128,1	214,7	114,0	119,7	127,2	90,2	118,0	122,0	115,3
Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg	97,2	269,3	134,4	151,6	314,8	109,7	231,1	144,1	115,0	130,6	170,1	86,9
Augsburg, Lkr.	107,4	172,1	106,7	121,7	379,0	113,2	119,2	122,5	118,7	101,1	70,2	112,0
Augsburg, Stadt	109,5	145,9	104,9	125,6	100,6	99,0	139,6	112,9	121,9	144,9	104,6	61,0
Bad Kissingen	110,5	320,6	112,7	145,4	251,4	138,2	133,3	164,7	138,2	143,6	248,8	151,3
Bad Tölz-Wolfratshausen	113,4	178,2	130,9	122,7	137,0	134,4	114,6	182,6	222,1	156,4	155,7	110,4
Bamberg, Lkr. Bamberg	113,5	234,5	135,9	163,6	209,9	125,4	286,1	155,0	115,0	211,4	272,2	74,5
Bayreuth, Lkr. Bayreuth	100,9	151,7	137,3	100,7	175,0	118,0	219,4	116,6	110,3	155,3	198,8	117,5
Berchtesgadener Land	142,7	115,4	130,8	112,4	106,5	137,1	178,1	212,9	143,9	121,6	242,1	128,7
Cham	109,3	239,4	112,1	148,4	358,6	98,2	189,1	127,8	128,4	130,4	239,1	53,1
Coburg, Lkr. Coburg	108,2	207,2	129,9	105,8	94,2	98,5	172,8	121,7	116,1	136,7	213,7	116,9
Dachau	112,4	244,1	140,6	124,4	274,7	124,9	136,0	129,2	103,5	144,0	224,3	75,9
Deggendorf	104,1	199,7	122,6	159,0	184,2	101,6	115,5	122,8	124,5	105,1	157,0	74,2
Dillingen a.d. Donau	91,8	286,4	140,7	147,9	0,0	109,7	132,0	118,9	134,4	145,6	166,8	74,1
Dingolfing-Landau	102,2	105,3	120,6	116,7	0,0	111,0	53,5	132,2	83,2	138,3	0,0	182,2
Donau-Ries	104,0	207,1	107,4	128,3	180,9	119,0	119,3	129,0	129,6	144,7	241,2	160,8

...>

Tabelle Bayern 1 (Fortsetzung)

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

Bayern												
	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Ebersberg	109,5	140,4	112,7	135,9	120,1	117,0	148,6	176,5	198,1	157,4	210,1	83,0
Eichstätt	93,4	298,3	109,9	115,5	0,0	128,5	154,7	46,4	105,0	113,7	130,3	57,9
Erding	100,4	235,3	116,2	115,1	97,6	119,0	123,3	132,8	121,1	209,2	115,1	92,1
Erlangen	112,7	230,3	136,6	196,1	128,1	156,1	145,0	164,4	125,0	196,1	163,9	105,2
Erlangen-Höchst	92,9	207,6	66,3	143,5	0,0	126,1	34,3	163,1	130,7	103,9	0,0	153,3
Forchheim	98,6	330,9	111,1	108,6	56,4	98,3	165,6	145,8	123,6	140,3	0,0	140,0
Freising	99,7	217,4	111,1	105,2	186,0	120,8	143,8	109,3	131,4	121,9	216,9	160,6
Freyung-Grafenau	103,6	115,9	99,6	128,5	166,6	61,1	176,7	218,3	183,2	190,3	164,9	133,7
Fürstenfeldbruck	111,7	345,8	138,5	159,4	0,0	117,9	115,4	185,3	147,1	128,4	222,8	128,1
Fürth, Lkr.	96,0	189,2	89,3	137,0	107,3	92,1	66,1	106,2	177,0	120,4	0,0	88,1
Fürth, Stadt	103,0	132,9	112,3	128,0	187,4	130,8	88,3	131,5	121,9	119,5	115,2	96,2
Garmisch-Partenkirchen	140,9	330,4	173,5	213,7	316,6	145,1	111,9	207,4	130,6	253,1	0,0	190,6
Günzburg	103,4	178,4	113,0	117,1	52,1	109,0	114,8	134,8	114,3	108,1	135,2	129,5
Haßberge	90,7	254,2	124,9	90,6	0,0	114,8	110,7	68,4	86,1	71,6	155,0	62,9
Hof, Lkr. Hof	104,6	174,1	109,6	128,4	66,9	135,4	195,9	111,5	108,5	120,9	209,1	134,8
Ingolstadt, Stadt	98,1	164,4	109,5	110,4	110,5	104,1	108,2	102,2	112,8	122,9	146,3	134,0
Kaufbeuren, Ostallgäu	112,5	188,3	114,3	166,6	155,1	114,1	103,8	124,0	134,1	153,4	176,3	75,0
Kelheim	99,0	244,2	120,0	151,3	0,0	116,9	112,5	152,1	152,8	155,2	142,2	126,4
Kempten (Allgäu), Oberallgäu	118,2	221,2	125,3	127,2	229,6	131,3	192,0	170,0	124,1	165,0	231,9	123,3
Kitzingen	106,0	201,4	148,4	124,8	395,9	115,7	278,4	125,4	94,5	191,9	351,9	156,4
Kronach	107,8	415,6	116,7	110,4	0,0	102,3	287,3	221,9	111,5	67,9	415,0	92,2
Kulmbach	104,1	205,8	111,1	104,1	135,6	124,7	226,8	135,6	110,0	129,0	77,1	109,3
Landsberg a. Lech	111,7	225,6	101,9	137,6	0,0	108,7	90,1	145,5	132,7	114,6	126,1	100,9
Landshut, Lkr. Landshut	98,6	205,8	124,2	50,6	131,9	145,5	110,3	140,6	128,3	140,5	269,8	127,5
Lichtenfels	105,9	443,7	103,9	78,6	0,0	145,7	175,3	157,9	59,5	145,0	0,0	0,0
Lindau (Bodensee)	119,1	179,1	112,8	158,5	206,6	126,6	115,2	137,7	186,1	131,0	156,5	277,5
Main-Spessart	106,0	339,4	111,2	126,2	266,9	97,5	281,6	126,9	63,7	129,4	237,3	105,5
Memmingen, Unterallgäu	113,5	384,3	142,7	158,8	302,2	147,2	194,8	191,5	108,3	146,5	268,7	119,4
Miesbach	132,3	250,7	118,4	155,3	115,7	191,4	193,4	231,2	156,3	198,0	131,4	139,8
Miltenberg	105,0	213,2	95,5	108,9	0,0	101,3	142,3	93,9	106,2	80,4	125,7	120,3

...→

Tabelle Bayern 1 (Fortsetzung)

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
(Stand: April 2002)**

Bayern	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Übersversorgung	Unterversorgung
													■	■
Mühldorf a. Inn	110,7	191,1	100,2	94,0	98,0	126,1	122,9	97,9	132,3	93,2	111,3	118,4		
München, Lkr.	120,2	236,4	128,3	127,4	428,6	140,2	125,8	161,6	105,8	175,5	0,0	100,5		
München, Stadt	148,5	187,0	166,6	136,0	287,1	131,7	156,3	162,0	150,8	182,2	169,4	100,4		
Neu-Ulm	119,0	213,2	93,7	114,5	198,2	96,7	145,5	128,1	108,6	115,1	257,0	98,4		
Neuburg-Schrobenhausen	98,1	250,2	147,6	155,1	0,0	115,0	138,4	124,7	94,0	190,8	349,8	233,2		
Neumarkt i.d. OPf.	97,7	247,9	116,1	109,8	92,8	122,1	97,9	176,5	133,0	189,1	123,8	110,0		
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	105,7	193,2	96,8	107,1	138,8	76,3	147,2	121,3	114,5	95,1	137,4	111,4		
Nürnberg	106,8	175,4	112,9	118,7	127,2	102,2	144,8	110,4	106,8	124,3	114,7	87,0		
Nürnberger Land	112,4	319,0	101,8	110,3	234,5	110,8	105,5	137,9	140,6	127,7	99,4	88,3		
Passau, Lkr. Passau	130,6	146,3	101,3	103,6	67,5	124,1	206,9	134,9	121,6	136,9	166,1	145,0		
Pfaffenhofen a.d. Ilm	97,2	279,7	144,0	99,0	0,0	137,7	221,0	149,3	112,5	213,3	139,6	124,1		
Regen	107,2	193,2	132,8	128,5	0,0	61,1	58,9	218,3	91,6	114,2	0,0	133,7		
Regensburg, Lkr.	99,4	76,1	133,0	117,9	199,4	87,4	245,5	126,4	119,1	116,0	0,0	118,2		
Regensburg, Stadt	140,0	257,6	154,0	142,5	160,0	139,5	199,5	161,4	181,9	175,0	134,8	164,7		
Rhön-Grabfeld	105,3	330,6	94,7	122,2	475,1	116,1	112,0	138,3	130,6	126,6	313,5	63,6		
Rosenheim, Lkr. Rosenheim	116,8	187,7	144,0	131,5	234,6	132,7	135,8	192,4	146,3	205,9	184,5	87,2		
Rottal-Inn	106,7	187,8	115,3	133,9	115,7	106,0	163,6	151,6	127,2	132,1	229,0	139,3		
Schwabach, Lkr. Roth	103,0	246,9	120,1	128,0	132,0	100,0	136,1	155,2	124,4	164,7	307,8	91,2		
Schwandorf	102,5	266,0	133,4	129,0	0,0	87,6	202,8	167,0	131,4	131,0	189,2	115,1		
Schweinfurt, Lkr. Schweinfurt	93,1	229,9	134,1	131,7	156,0	114,7	208,7	124,7	118,0	130,5	141,8	75,4		
Starnberg	154,6	533,4	165,4	221,3	285,2	166,7	141,1	234,7	214,9	213,5	266,0	118,2		
Straubing, Straubing-Bogen	104,6	298,5	117,4	132,1	191,3	112,5	191,9	127,5	124,0	160,1	86,9	92,5		
Tirschenreuth	101,4	119,6	102,8	132,6	0,0	63,0	60,8	150,2	94,6	117,8	0,0	69,0		
Traunstein	113,3	165,1	116,9	121,7	95,2	128,4	159,2	169,2	120,0	132,8	216,3	127,8		
Weiden i.d. OPf., Neustadt a.d. Waldnaab	103,1	289,8	182,0	129,7	384,5	229,1	101,9	167,9	158,6	175,7	380,6	154,3		
Weilheim-Schongau	121,5	217,8	120,0	144,6	209,4	138,6	140,1	139,5	158,4	175,2	142,7	101,2		
Weißenburg-Gunzenhausen	93,0	301,6	129,6	139,3	0,0	106,0	178,8	126,2	198,7	148,5	429,1	174,0		
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	102,6	297,2	102,1	119,6	62,3	91,7	104,2	83,1	67,4	118,6	70,8	150,7		
Würzburg, Lkr.	104,2	58,6	78,7	115,3	39,9	97,4	29,3	129,0	109,4	115,9	51,8	99,1		
Würzburg, Stadt	132,8	193,8	141,1	150,2	329,2	214,4	155,4	185,2	140,6	177,2	113,7	101,3		

WiDo 2003

Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den einzelnen Planungsbereichen nun Überversorgung feststellen und ggf. Zulassungsbeschränkungen anordnen (Abs. 1) oder solche aufheben (Abs. 3). Überversorgung liegt in der Regel dann vor, wenn der örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. überschreitet; dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 Prozent größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation.

Die zuletzt dargestellte Tabelle zeigt mit den dunkelgrau markierten Feldern an, welche Planungskreise in Bayern für welche Gruppen von Ärzten für eine weitere Niederlassung gesperrt sind; das sind weitaus die meisten. Entsprechend dem großen Anteil der gesperrten Kreise gibt es vergleichsweise wenige für eine Niederlassung offene Städte und Planungskreise.

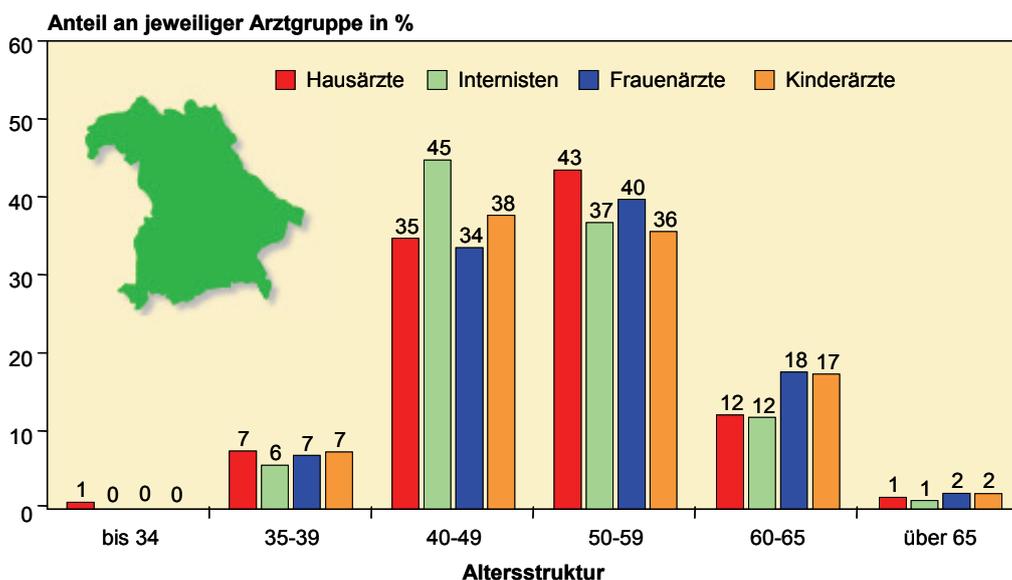
2.7.2 Altersstruktur / Gruppierung

Die Altersstruktur der Ärzte in Bayern entspricht nicht der der anderen (östlichen) Bundesländer dieser Studie. Insgesamt betrachtet ist die bayerische Ärzteschaft (Vertragsärzte) jünger als die der östlichen Bundesländer. Im Vergleich zu den Altersstrukturen der vier untersuchten Arztgruppen in den östlichen Bundesländern ist der Anteil der Hausärzte an den Gruppen der über 60-jährigen Ärzte weitaus geringer.

Die folgende *Abbildung Bayern 1* zeigt die Gruppen der Hausärzte, Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte in ihrer Altersstruktur im Vergleich.

Abbildung Bayern 1

Altersstrukturvergleich Ärzte 2002*



WIdO 2003

*Werte sind gerundet

Der Anteil an den Altersgruppen der 60- bis 65-jährigen ist bei Frauenärzten und bei Kinderärzten gegenüber den beiden anderen Arztgruppen vergleichsweise groß. Die häufigsten Altersabgänge sind in den nächsten Jahren daher vor allem in diesen beiden Arztgruppen zu erwarten.

2.7.3 Anzahl innerhalb von acht Jahren frei werdender Vertragsarztsitze

Bei Überlegungen zur Anzahl der in den nächsten Jahren in Bayern aus Altersgründen frei werdenden Vertragsarztsitze wird vereinfachend davon ausgegangen, dass die sogenannte 68er-Regelung wirksam wird; damit würden Ärzte spätestens im Alter von 68 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden; ihre Praxen könnten zur Besetzung ausgeschrieben werden⁴¹. Den Vertragsärzten bleibt es natürlich unbenommen, schon vor dem Erreichen dieser Altersgrenze ihre Praxen aufzugeben; andererseits gibt es eine ganze Reihe von Ärzten, die noch in einem sehr hohen Alter praktizieren. Gründe für eine derart prolongierte Berufsausübung dürften sowohl in der finanziellen Alterssicherung der einzelnen Ärzte wie auch den Schwierigkeiten eines Praxisverkaufs liegen. Vor allem wenn Praxen in Bezirken liegen, in denen der Anteil an Privatpatienten gering ist, gibt es Probleme beim Wiederverkauf⁴². Eine zusätzliche, empirisch allerdings nur schwer verifizierbare Rolle spielt sicherlich auch die Bindung gerade ländlich tätiger Ärzte an ihre Patienten (und umgekehrt). Dieses Moment dürfte vor allem bei Hausärzten zum Tragen kommen.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation in den Bedarfsplanungskreisen könnte eine ggf. bestehende Überversorgung einer Wiederbesetzung allerdings entgegenstehen. In solchen Fällen könnten die Sitze u. U. nicht ausgeschrieben werden; stattdessen könnten bestehende Überkapazitäten ggf. abgebaut werden. Wie viele Vertragsarztsitze werden voraussichtlich vakant?

Die folgende *Tabelle Bayern 2* zeigt die Anzahl der in den nächsten Jahren (2002-2010) aufgrund von Altersabgängen in Bayern frei werdenden Sitze über alle planungsrelevanten Arztgruppen und Planungskreise. Allerdings ist die Anzahl der frei werdenden Arztsitze nicht gleichzusetzen mit der Zahl der für eine ausreichende Versorgung notwendigen Wiederbesetzungen.

⁴¹ Entsprechend § 95 Abs.7 SGB V endet ab 1.1.1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet; Ausnahmen: wenn zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres die Vertragsarztstätigkeit < 20 Jahre war oder wenn ein Arzt bereits vor dem 1.1.1993 als Vertragsarzt tätig war, verlängert der Zulassungsausschuss die Zulassung bis zum Ablauf dieser Frist. 1998 bestätigte das Bundesverfassungsgericht (2. Kammer des Ersten Senats) die Altersgrenze für Kassenärzte als verfassungsgemäß.

⁴² Außerdem scheint die Bereitschaft vieler Ärzte gering zu sein, den von ihnen für eine Praxis geforderten Preis dem Markt anzupassen.

Tabelle Bayern 2

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Bayern	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Aichach-Friedberg	6	0	0	2	1	2	0	1	1	1	1	0	15
Altötting	10	1	1	2	1	2	1	0	0	0	0	0	18
Amberg, Amberg-Sulzbach	14	1	5	2	0	2	0	1	0	0	0	0	25
Ansbach, Lkr. Ansbach	22	4	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	33
Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg	15	4	5	4	0	2	1	1	1	1	0	1	35
Augsburg, Lkr.	10	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	17
Augsburg, Stadt	21	4	11	2	2	0	3	1	2	4	1	5	56
Bad Kissingen	9	3	2	4	0	1	0	1	2	1	0	0	23
Bad Tölz-Wolfratshausen	14	2	3	3	0	1	0	0	2	0	0	0	25
Bamberg, Lkr. Bamberg	17	2	4	2	0	1	2	2	3	0	0	2	35
Bayreuth, Lkr. Bayreuth	16	1	2	1	0	1	0	0	0	3	1	0	25
Berchtesgadener Land	18	2	5	1	0	1	0	0	2	0	1	0	30
Cham	7	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	2	17
Coburg, Lkr. Coburg	10	0	3	1	2	1	3	1	1	0	0	1	23
Dachau	16	1	1	3	0	2	0	1	0	0	0	0	24
Deggendorf	10	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	16
Dillingen a.d. Donau	8	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	16
Dingolfing-Landau	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8
Donau-Ries	9	1	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	16
Ebersberg	11	0	4	1	1	0	1	1	0	1	2	1	23
Eichstätt	5	0	1	0	0	2	0	1	0	1	0	0	10
Erding	8	2	3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	17
Erlangen	8	4	4	1	0	0	1	1	1	0	1	1	22
Erlangen-Höchststadt	12	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	16
Forchheim	16	1	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	21
Freising	16	1	4	1	0	1	0	1	1	1	1	0	27
Freyung-Grafenau	11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Fürstenfeldbruck	22	3	5	3	0	2	1	2	2	1	2	0	43
Fürth, Lkr.	9	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	15
Fürth, Stadt	9	0	2	2	0	2	0	1	2	1	1	1	21
Garmisch-Partenkirchen	14	2	4	1	0	1	1	1	0	3	0	0	27

...→

Tabelle Bayern 2 (Fortsetzung)

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Bayern	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Günzburg	6	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	11
Haßberge	8	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	11
Hof, Lkr. Hof	11	2	4	1	0	3	1	2	3	0	0	0	27
Ingolstadt, Stadt	5	3	4	2	0	1	1	1	1	2	1	0	21
Kaufbeuren, Ostallgäu	24	2	4	3	0	0	0	0	1	0	0	4	38
Kelheim	9	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Kempten (Allgäu), Oberallgäu	19	2	5	3	0	2	1	1		2	1	1	37
Kitzingen	8	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Kronach	11	2	1	2	0	1		2				1	20
Kulmbach	5	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	9
Landsberg a. Lech	6	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	1	12
Landshut, Lkr. Landshut	15	4	8	1	0	1	1	0	0	3	3	0	36
Lichtenfels	4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	9
Lindau (Bodensee)	8	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	2	15
Main-Spessart	10	2	3	0	1	2	0	0	1	1	0	0	20
Memmingen, Unterallgäu	17	1	2	3	0	0	1	1	2	1	1	0	29
Miesbach	16	3	2	2	0	1	3	1	0	1	0	0	29
Miltenberg	15	1	2	2	0	2	0	1	1	0	0	0	24
Mühldorf a. Inn	13	1	3	0	0	2	1	1	1	1	0	0	23
München, Lkr.	38	5	10	10	5	2	2	1	1	2	0	1	77
München, Stadt	188	25	61	16	9	21	13	15	20	20	11	14	413
Neu-Ulm	10	1	0	3	0	1	0	1	1	0	0	1	18
Neuburg-Schrobenhausen	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Neumarkt i.d. OPf.	10	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	11	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	1	17
Nürnberg	46	7	15	10	5	9	4	6	6	5	5	6	124
Nürnberger Land	17	4	2	1	0	2	1	0	1	0	0	1	29
Passau, Lkr. Passau	19	3	6	1	1	4	3	2	1	3	2	0	45
Pfaffenhofen a.d. Ilm	15	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	20
Regen	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Regensburg, Lkr.	15	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	17

...→

Tabelle Bayern 2 (Fortsetzung)

Frei werdende Vertragsarztsitze 2002 - 2010

Bayern	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Gesamt
Regensburg, Stadt	15	4	5	5	3	4	3	1	0	2	2	1	45
Rhön-Grabfeld	5	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9
Rosenheim, Lkr. Rosenheim	31	2	13	5		2	2	2	2	3	2	4	68
Rottal-Inn	9	0	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	15
Schwabach, Lkr. Roth	13	0	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	20
Schwandorf	14	1	2	3	0	1	3	0	2		0	0	26
Schweinfurt, Lkr. Schweinfurt	18	5	4	2	1	1	1	0	2	1	0	2	37
Starnberg	13	2	7	3	1	1	0	1	0	1	0	0	29
Straubing, Straubing-Bogen	10	1	2	2	0	1	2	0	1	0	0	0	19
Tirschenreuth	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Traunstein	13	1	5	1	1	1	0	1	2	0	1	0	26
Weiden i.d. OPf., Neustadt a.d. Waldnaab	14	1	1	0	0	2	0	1	0	3	0	2	24
Weilheim-Schongau	10	1	3	0	0	2	0	1	0	0	0	1	18
Weißenburg-Gunzenhausen	3	1	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	10
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	9	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	14
Würzburg, Lkr.	13	2	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	20
Würzburg, Stadt	11	1	6	4	1	5	2	3	3	3	1	1	41
Gesamt	1178	144	289	156	40	112	66	68	81	84	42	64	2323

WiDO 2003

2.7.4 Altersabgänge und Versorgung

Um den Effekt eines altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen auszuloten, wird im Weiteren der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das 60ste Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Altersverteilung der Ärzte in den einzelnen Arztgruppen kommt hierbei unmittelbar zum Tragen.

Der von der Gruppe der jüngeren Ärzte erbrachte Versorgungsanteil wird über die nächsten Jahre relativ stabil bleiben, da die Zahl vorzeitiger Praxisaufgaben und von Bereichswechseln erfahrungsgemäß gering bleibt.

In der folgenden *Tabelle Bayern 3* sind die Planungskreise hellgrau markiert, in denen auch ohne die ausscheidenden Ärzte Überversorgung besteht; in den dunkelgrau markierten Kreisen käme es ohne die ≥ 60 Jahre alten Ärzte zu einer Unterversorgung, die gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte für Hausärzte mit 75 % des Sollversorgungsgrades und bei Fachärzten mit 50 % des Solls definiert ist. Die nicht markierten Kreise liegen hinsichtlich ihrer Versorgungssituation im Zielkorridor zwischen Über- und Unterversorgung.

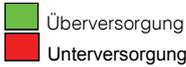
Tabelle Bayern 3

Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre

Bayern	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen	<div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Überversorgung	<div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Unterversorgung
													Aichach-Friedberg	98,8
Altötting	90,6	85,3	100,7	37,8	0,0	54,3	82,3	131,2	133,0	131,0	167,7	118,9		
Amberg, Amberg-Sulzbach	87,6	151,3	78,6	107,1	104,7	102,7	131,3	139,5	113,2	112,8	119,0	112,5		
Ansbach, Lkr. Ansbach	77,5	134,4	92,8	128,1	214,7	105,3	119,7	127,2	90,2	90,7	122,0	115,3		
Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg	87,0	218,0	108,6	117,9	314,8	91,5	211,8	127,1	100,6	119,7	170,1	86,9		
Augsburg, Lkr.	100,4	158,8	96,0	104,3	351,9	103,8	119,2	122,5	118,7	101,1	70,2	112,0		
Augsburg, Stadt	96,6	130,9	76,1	115,6	86,2	99,0	114,9	106,3	109,1	124,5	95,1	61,0		
Bad Kissingen	98,4	233,2	87,7	48,5	251,4	115,2	133,3	109,8	69,1	114,8	248,8	151,3		
Bad Tölz-Wolfratshausen	95,6	138,6	102,8	70,1	137,0	117,6	114,6	182,6	172,8	156,4	155,7	110,4		
Bamberg, Lkr. Bamberg	100,2	205,2	112,3	144,4	209,9	115,0	242,1	116,3	65,7	211,4	272,2	74,5		
Bayreuth, Lkr. Bayreuth	87,9	139,0	125,3	89,5	175,0	107,2	219,4	116,6	110,3	122,0	165,7	117,5		
Berchtesgadener Land	115,9	69,3	76,3	92,0	106,5	117,5	178,1	212,9	86,3	121,6	181,5	128,7		
Cham	100,6	171,0	89,6	63,6	358,6	98,2	189,1	127,8	128,4	130,4	239,1	53,1		
Coburg, Lkr. Coburg	95,9	207,2	102,1	90,7	0,0	82,1	69,1	91,3	90,3	136,7	213,7	116,9		
Dachau	90,7	218,4	131,2	71,1	274,7	89,2	136,0	96,9	103,5	144,0	224,3	75,9		
Deggendorf	91,2	179,7	113,1	141,4	184,2	84,7	115,5	92,1	124,5	105,1	157,0	74,2		
Dillingen a.d. Donau	78,0	238,6	125,1	118,3	0,0	82,3	132,0	59,5	89,6	109,2	166,8	74,1		
Dingolfing-Landau	90,9	105,3	120,6	116,7	0,0	111,0	53,5	132,2	83,2	103,7	0,0	182,2		
Donau-Ries	92,7	172,6	84,8	85,6	90,5	119,0	71,6	129,0	129,6	144,7	241,2	160,8		
Ebersberg	93,2	140,4	71,7	116,5	60,1	117,0	111,4	141,2	198,1	134,9	70,0	83,0		
Eichstätt	86,6	298,3	97,7	115,5	0,0	85,7	154,7	0,0	105,0	85,3	130,3	57,9		
Erding	88,4	176,5	81,4	104,6	97,6	119,0	123,3	88,5	90,9	209,2	115,1	92,1		...

Tabelle Bayern 3 (Fortsetzung)

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre**

Bayern												
	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Erlangen	100,2	181,8	109,3	182,1	128,1	156,1	120,8	143,8	108,4	196,1	138,7	105,2
Erlangen-Höchststadt	76,5	181,6	66,3	107,6	0,0	126,1	0,0	163,1	130,7	103,9	0,0	153,3
Forchheim	75,1	303,3	111,1	72,4	56,4	98,3	124,2	145,8	123,6	116,9	0,0	140,0
Freising	81,3	195,7	79,3	90,2	186,0	105,7	143,8	82,0	109,5	104,5	162,7	160,6
Freyung-Grafenau	84,0	77,3	83,0	128,5	166,6	61,1	176,7	218,3	183,2	190,3	164,9	133,7
Fürstenfeldbruck	90,5	298,6	109,6	132,8	0,0	96,5	96,2	144,2	117,7	116,7	159,1	128,1
Fürth, Lkr.	81,1	135,1	79,4	106,6	107,3	73,7	66,1	106,2	177,0	120,4	0,0	88,1
Fürth, Stadt	90,1	132,9	99,9	102,4	187,4	107,0	88,3	112,7	91,4	107,5	92,2	96,2
Garmisch-Partenkirchen	117,1	257,0	110,4	183,1	316,6	116,1	56,0	138,2	130,6	144,6	0,0	190,6
Günzburg	95,3	178,4	92,5	100,4	52,1	72,7	114,8	134,8	114,3	108,1	135,2	129,5
Haßberge	77,3	217,9	124,9	60,4	0,0	114,8	110,7	68,4	86,1	35,8	155,0	62,9
Hof, Lkr. Hof	94,3	145,1	82,2	115,6	66,9	98,5	167,9	66,9	54,3	120,9	209,1	134,8
Ingolstadt, Stadt	91,4	139,8	86,4	88,3	110,5	94,6	90,2	87,6	98,7	100,5	125,4	134,0
Kaufbeuren, Ostallgäu	91,8	161,4	88,9	130,9	155,1	114,1	103,8	124,0	117,4	153,4	176,3	75,0
Kelheim	85,7	244,2	106,7	126,1	0,0	116,9	112,5	152,1	152,8	155,2	142,2	126,4
Kempton (Allgäu), Oberallgäu	104,6	199,0	99,2	97,9	229,6	112,6	170,6	153,0	124,1	145,6	202,9	123,3
Kitzingen	91,4	151,0	115,5	93,6	395,9	115,7	278,4	125,4	94,5	191,9	351,9	156,4
Kronach	84,1	296,9	97,3	36,8	0,0	68,2	287,3	74,0	111,5	67,9	415,0	92,2
Kulmbach	94,6	205,8	111,1	52,0	135,6	124,7	226,8	90,4	110,0	103,2	77,1	109,3
Landsberg a. Lech	101,8	225,6	63,7	91,7	0,0	108,7	90,1	145,5	132,7	114,6	126,1	100,9
Landshut, Lkr. Landshut	87,6	160,1	81,0	40,5	131,9	135,8	88,2	140,6	128,3	110,4	179,9	127,5
Lichtenfels	96,7	443,7	103,9	39,3	0,0	109,3	175,3	157,9	0,0	96,7	0,0	0,0
Lindau (Bodensee)	103,8	149,3	98,7	158,5	206,6	126,6	115,2	91,8	148,9	104,8	156,5	277,5
Main-Spessart	93,7	271,6	77,9	126,2	178,0	58,5	281,6	126,9	31,9	103,5	237,3	105,5
Memmingen, Unterallgäu	97,7	358,7	125,9	111,2	302,2	147,2	159,4	159,6	60,1	127,0	179,1	119,4
Miesbach	106,5	175,5	94,7	110,9	115,7	170,1	48,4	192,7	156,3	176,0	131,4	139,8
Miltenberg	86,0	189,5	76,4	77,8	0,0	67,6	142,3	62,6	79,6	80,4	125,7	120,3
Mühldorf a. Inn	92,9	169,8	70,2	94,0	98,0	90,1	81,9	65,3	105,9	74,5	111,3	118,4
München, Lkr.	96,3	185,0	90,6	69,5	326,6	126,2	100,6	148,1	96,2	160,3	0,0	100,5
München, Stadt	124,1	161,9	132,0	117,4	267,9	109,0	130,3	136,4	123,1	160,5	146,4	100,4

... →

Tabelle Bayern 3 (Fortsetzung)

**Aktueller Versorgungsgrad (%) in den Planungskreisen
ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre**

Bayern	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> Überversorgung</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> Unterversorgung</div> </div> </div>											
	Hausärzte	Internisten	Frauenärzte	Kinderärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Neu-Ulm	108,6	193,8	93,7	76,3	198,2	82,9	145,5	102,5	86,9	115,1	257,0	98,4
Neuburg-Schrobenhausen	89,0	200,2	147,6	124,1	0,0	115,0	138,4	124,7	94,0	190,8	349,8	233,2
Neumarkt i.d. OPf.	84,9	247,9	92,8	87,8	92,8	122,1	97,9	176,5	133,0	189,1	123,8	110,0
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	89,3	193,2	69,2	107,1	0,0	76,3	98,2	121,3	76,3	95,1	137,4	111,4
Nürnberg	91,9	157,9	91,8	89,8	100,7	78,0	124,9	85,0	86,2	110,8	88,6	87,0
Nürnberger Land	94,5	239,3	87,3	96,5	234,5	83,1	79,1	137,9	120,5	127,7	99,4	88,3
Passau, Lkr. Passau	118,6	117,0	73,7	94,9	45,0	91,0	150,5	104,9	109,4	111,2	127,8	145,0
Pfaffenhofen a.d. Ilm	75,4	239,7	130,9	99,0	0,0	114,8	221,0	149,3	37,5	213,3	139,6	124,1
Regen	98,3	193,2	116,2	64,3	0,0	61,1	58,9	218,3	91,6	114,2	0,0	133,7
Regensburg, Lkr.	85,6	76,1	124,6	117,9	199,4	87,4	210,4	126,4	119,1	116,0	0,0	118,2
Regensburg, Stadt	121,4	227,3	127,5	91,6	116,4	104,6	149,6	148,0	181,9	154,4	96,3	164,7
Rhön-Grabfeld	96,8	330,6	63,1	122,2	475,1	116,1	112,0	138,3	130,6	108,5	313,5	63,6
Rosenheim, Lkr. Rosenheim	101,2	172,1	96,0	96,9	234,6	119,5	105,6	168,4	126,8	185,3	143,5	87,2
Rottal-Inn	95,5	187,8	103,8	133,9	0,0	42,4	122,7	151,6	127,2	132,1	229,0	139,3
Schwabach, Lkr. Roth	88,9	246,9	105,1	113,8	88,0	100,0	136,1	155,2	124,4	148,2	256,5	91,2
Schwandorf	88,2	243,9	114,3	73,7	0,0	70,1	101,4	167,0	78,9	131,0	189,2	115,1
Schweinfurt, Lkr. Schweinfurt	77,5	162,3	108,5	107,7	124,8	103,2	182,6	124,7	84,3	118,7	141,8	75,4
Starnberg	136,3	480,1	97,3	166,0	228,1	148,2	141,1	201,2	214,9	192,2	266,0	118,2
Straubing, Straubing-Bogen	93,9	281,9	101,8	102,7	191,3	98,5	127,9	127,5	103,4	160,1	86,9	92,5
Tirschenreuth	86,7	119,6	102,8	99,5	0,0	63,0	60,8	150,2	94,6	117,8	0,0	69,0
Traunstein	101,8	151,3	84,4	109,6	63,5	116,7	159,2	148,0	85,7	132,8	180,3	127,8
Weiden i.d. OPf., Neustadt a.d. Waldnaab	88,6	267,5	172,4	129,7	384,5	193,8	101,9	125,9	158,6	109,8	380,6	154,3
Weilheim-Schongau	109,8	199,7	94,3	144,6	209,4	107,8	140,1	111,6	158,4	175,2	142,7	101,2
Weißenburg-Gunzenhausen	88,3	268,1	86,4	111,5	0,0	53,0	178,8	126,2	198,7	148,5	429,1	174,0
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	87,0	270,2	76,6	119,6	62,3	91,7	52,1	83,1	33,7	118,6	70,8	150,7
Würzburg, Lkr.	90,7	19,5	70,8	89,7	39,9	97,4	29,3	103,2	87,5	115,9	51,8	99,1
Würzburg, Stadt	119,4	186,3	109,7	110,1	314,8	171,5	122,7	145,5	102,3	146,9	94,7	101,3

WiDO 2003

Wird die aktuelle vertragsärztliche Versorgung betrachtet, ohne diejenigen Ärzte einzubeziehen, die im Jahr 2002 ein Lebensalter von ≥ 60 Jahren haben, so wird unmittelbar augenfällig, dass im Bereich der fachärztlich tätigen Internisten die frei werden Arztsitze nicht ausreichen, um die bestehende Überversorgung abzubauen. Immer noch sind 72 der 79 Planungskreise überversorgt. In Forchheim, Memmingen/Unterallgäu und Rhön-Grabfeld liegt der Versorgungsgrad noch über 300 Prozent. In Lichtenfels und Starnberg sogar über 400 Prozent. Lediglich im Landkreis Würzburg rutscht der Versorgungsgrad mit 19,5 % in den Bereich der Unterversorgung, hier fehlen zwei Ärzte. Auch in den anderen Facharztgruppen kann die vorherrschende Überversorgung in den meisten Planungskreisen nicht abgebaut werden. Bei den meisten Facharztgruppen liegt der Versorgungsgrad auch ohne die heute schon älteren Ärzte in vielen Planungskreisen weit über dem als Grenze zur Überversorgung markierten Grad von 110 %. Nur vereinzelt besteht eine fachärztliche Unterversorgung, insbesondere in den Fachgruppen Anästhesie und Radiologie, auf deren Besonderheit schon hingewiesen wurde. Bei den Fachgruppen Pädiatrie, Chirurgie und HNO liegen jeweils fünf bzw. vier von 79 Kreisen in der Unterversorgung. Bei den Augenärzten, Hautärzten, Urologen und Orthopäden ist jeweils nur ein Kreis unterversorgt. Bei vielen Fachgruppen bliebe damit die aktuelle Überversorgung auch dann bestehen, wenn alle älteren Ärzte ausscheiden würden und die frei werdenden Sitze nicht wieder besetzt würden. Eine derartige, wenig sinnvolle und kostentreibende Überversorgung kann jedoch nicht als „gute Versorgung“ bezeichnet werden.

Auch im hausärztlichen Bereich ist ohne die 60-jährigen und älteren Ärzte eine generell gute Versorgungslage, d. h. eine ausreichende bis zur Überversorgung reichende Situation zu erwarten, auch wenn der Versorgungsgrad der Hausärzte durchschnittlich niedriger ist als der der Fachärzte. Nach unseren Berechnungen liegt kein Planungskreis unter der 75-Prozentmarke zur Unterversorgung. In sieben Kreisen setzt sich die Überversorgung fort.

Werden grenzwertige⁴³ Kreise einbezogen, dann gäbe es ohne die 60-jährigen und älteren Ärzte eine rechnerische Unterversorgung in 6 von 79 bayrischen Planungskreisen. Dies gilt freilich nur unter der Annahme einer gegenüber der heutigen Situation unveränderten Bevölkerungszahl. Das davon nicht ohne weiteres ausgegangen werden kann, ist im Abschnitt zur Bevölkerungsentwicklung beschrieben (*siehe Kapitel 2.7.7*).

Mit Einbeziehung der grenzwertigen sechs Planungskreise in die hausärztliche Versorgung ist zu erkennen, dass in den betroffenen Kreisen Über- und Unterversorgung nebeneinander bestehen. Bei der zu erwartenden Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung stellt sich natürlich die Frage, ob

⁴³ Versorgungsgrad < 80 Prozent

Disparitäten ggf. nicht auch über andere Facharzt-/Hausarzt-Zuordnungen abgebaut werden könnten.

Bei den Hausärzten stand bis Ende 2000 nach den Vorschriften (Richtlinien) der Bedarfsplanung prinzipiell die Möglichkeit zur Verfügung, dass fachärztlich tätige Internisten aus internistisch überversorgten Kreisen hausärztliche Aufgaben übernehmen. Wegen der häufigen Parallelität von internistischer Über- und hausärztlicher Unterversorgung wurde diese Regelung noch einmal aufgegriffen und hinsichtlich möglicher Effekte durchgerechnet. Entsprechend den Richtlinien würde der Versorgungsanteil, der über 110 % liegt, mit dem Anrechnungsfaktor 0,8 auf die hausärztliche Versorgung angerechnet werden. Unsere Modellrechnungen zeigen aber, dass ein solches Verlagern von fachärztlichen Internisten zur hausärztlichen Versorgung die Versorgungssituation in Bayern nicht nennenswert verbessern würde. Hier wirkt sich die vergleichsweise geringe zahlenmäßige Größe der Gruppe der fachärztlichen Internisten gegenüber der Gruppe der Hausärzte aus. Unbenommen bleibt dabei, dass die Versorgung punktuell in potenziell schlecht versorgten Kreisen durch eine veränderte Zuordnung verbessert werden könnte.

2.7.5 Identifizierung problematischer Versorgungskreise

Zur Identifizierung zukünftig besonders problematischer Arztgruppen und Versorgungskreise wurden für jede Arztgruppe die jeweils fünf vergleichsweise am stärksten und fünf vergleichsweise am geringsten versorgten Kreise ausgewählt. Grundlage war auch hier die Gruppe der Ärzte im Alter von weniger als 60 Jahren. Verglichen werden Versorgungsgrade (in Prozent) ohne die älteren Ärzte einzubeziehen.

Wie schon oben ausgeführt, ist der Grad der hausärztlichen Versorgung über fast alle Planungskreise durchschnittlich niedriger als bei den übrigen Facharztgruppen. Ein spezifischer Regionstyp, der aufgrund hoher Altersabgänge besonders betroffen ist, ist nicht erkennbar. Ländliche, eher abgelegene Gebiete gehören sowohl zu den Regionen mit vorherrschender Überversorgung, wie das bei Weiden in der Oberpfalz oder Weißenburg-Gunzenhausen der Fall ist, als auch zu den weniger gut versorgten Planungskreisen wie Erlangen-Höchstadt. Auch in den Städten ist keine eindeutige Tendenz zu erkennen.

Die fünf Städte und Kreise mit der größten Überversorgung in den meisten Fachgruppen sind Starnberg, Weiden in der Oberpfalz/Neustadt an der Waldnaab, Weißenburg-Gunzenhausen, Kitzingen und Neuburg-Schrobenhausen. In diesen Städten und Kreisen wird es in Zukunft auch dann nicht zu hausärztlicher und fachärztlicher Unterversorgung kommen, wenn aus Altersgründen frei werdende Sitze in keinem Fall wieder besetzt werden können;

die aktuelle Überversorgung der meisten Arztgruppen bleibt bestehen, sie kann durch das Ausscheiden der älteren Ärzte nicht abgebaut werden. In Starnberg liegt der Versorgungsgrad der Hausärzte noch bei 136 Prozent, auch wenn ein Viertel der Ärzte aufgrund ihres Alters ausscheidet. Auch in Kreisen mit hohem Anteil an älteren Ärzten, wie beispielsweise in Miesbach oder Memmingen/Unterallgäu, in denen fast ein Fünftel der Ärzte bei Anwendung der 68er-Regel ausscheidet, kann die Überversorgung nicht abgebaut werden.

Auffallend ist – wie im übrigen Bayern generell – ein Missverhältnis zwischen der Anzahl und dem Versorgungsgrad an Hausärzten und den fachärztlichen Internisten. Werden die über 60-jährigen Ärzte nicht berücksichtigt, befindet sich der Versorgungsgrad der Hausärzte überwiegend im vorgesehenen Bereich. Bei den fachärztlich tätigen Internisten liegen die Werte jedoch weit über der in der Bedarfsplanung vorgesehenen Höchstgrenze. In Forchheim beispielsweise steht eine hausärztliche Versorgung von 75,1 %, die die vorgesehene Mindestversorgung gerade erreicht, neben einer fachärztlich-internistischen Überversorgung mit einem Versorgungsgrad von 303,3 %.

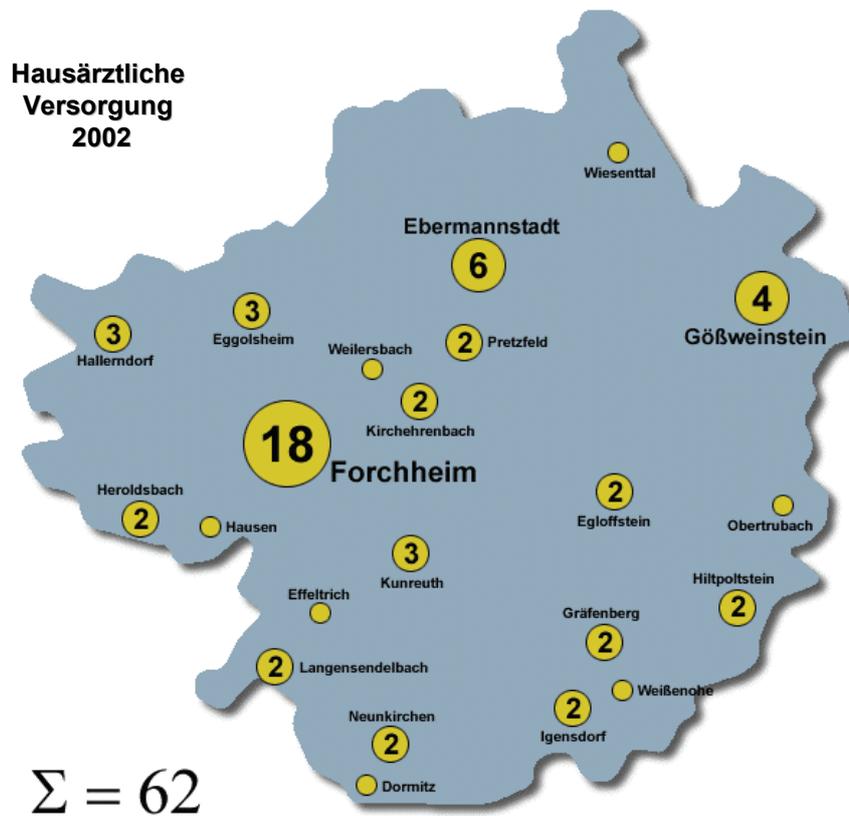
Die vergleichsweise am schlechtesten versorgten Kreise werden im Jahr 2010 bei Nicht-Besetzung frei werdender Sitze der Kreis Erlangen-Höchststadt, Lichtenfels, Eichstätt und Landkreis Würzburg sein. In allen zuletzt genannten Kreisen gibt es mehr als zwei Fachgruppen mit einem Versorgungsgrad von unter 50 Prozent.

Alles in allem fällt die Heterogenität der Versorgung in den einzelnen Planungskreisen auf. Deshalb ist es nur eingeschränkt möglich, bestimmte Städte und Kreise mit fachgruppenübergreifend „schlechter“ bzw. „guter“ Versorgung zu identifizieren. Auf die Problematik einer umstandlosen Gleichsetzung von hohem Versorgungsgrad mit „guter“ Versorgung und einem niedrigem Versorgungsgrad mit „schlechter“ Versorgung ist eingangs schon hingewiesen worden. Eine solche Typisierung ist darüber hinaus nur schwer spezifischen sozialen, sozioökonomischen oder verwaltungstechnischen Kategorien zuzuordnen.

In den folgenden Abbildungen sind die Situation und die mögliche Entwicklung des nach Altersabgängen hausärztlich am geringsten versorgten Planungskreises Bayerns, Kreis Forchheim, detaillierter dargestellt.

Abbildung Bayern 2

Hausärztliche Versorgung im Kreis Forchheim 2002*



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

Abbildung Bayern 3

**Hausärztliche Versorgung im Kreis Forchheim 2002 – 2010
Altersabgänge bis 2010***



Auf dieser Karte sind alle Hausarztsitze durch einen Kreis markiert, die potenziell aus Altersgründen in den nächsten acht Jahren aufgegeben werden. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der möglicherweise jeweils aufgegebenen Sitze, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist (war).

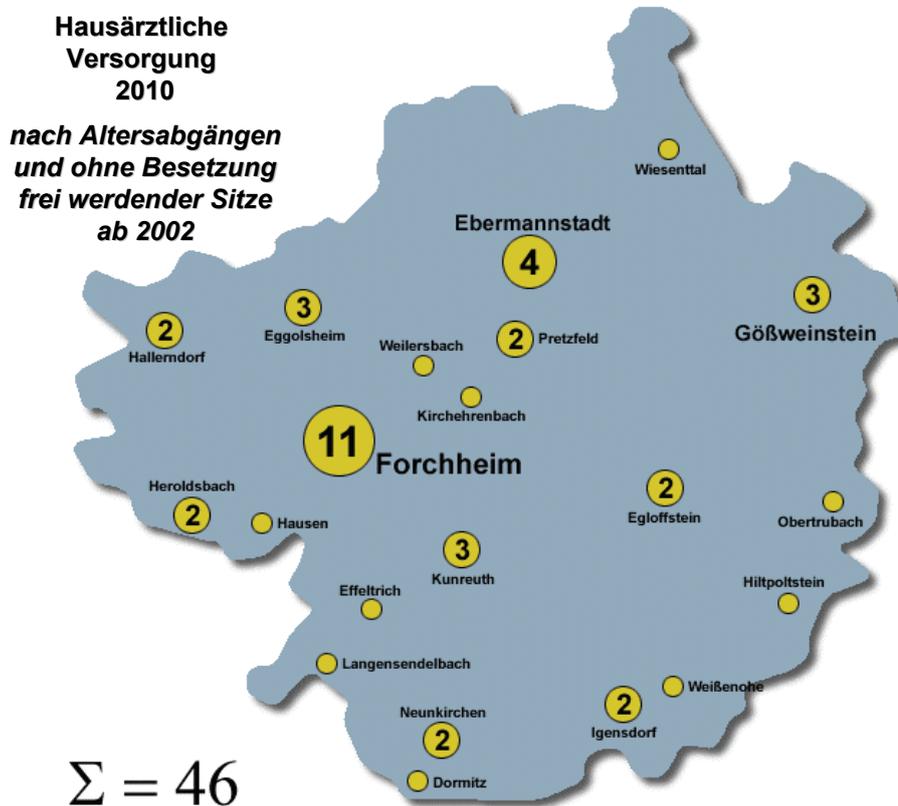
WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Deutlich wird, dass Arztsitze durchaus nicht nur auf dem Lande frei werden. Auch in den Städten kommt es tendenziell zu hohen Altersabgängen bei Hausärzten. Der stärkste Verlust ist in der Stadt Forchheim zu verzeichnen. Hier werden sieben der insgesamt 68 Hausarztsitze frei. In den umliegenden Städten und Gemeinden verteilen sich die frei werdenden Hausarztpraxen annähernd gleichmäßig.

Abbildung Bayern 4

**Hausärztliche Versorgung im Kreis Forchheim 2010
nach Altersabgängen und ohne Besetzung frei werdender Sitze***



Auf dieser Karte sind alle Sitze von Hausärzten abzüglich der aus Altersgründen aufgegebenen Sitze bis zum Jahr 2010 durch einen Kreis markiert. Einzelpunkte ohne Zahlenangabe stellen einen einzelnen Sitz dar. Zahlenangaben bezeichnen die Anzahl der örtlich praktizierenden Ärzte, wenn mehr als ein Arzt dort tätig ist.

WIdO 2003

* Werte sind gerundet

Zu erkennen ist, dass durch ausbleibende oder mangelnde Wiederbesetzung von Sitzen keine Zentralisierung der Hausarztsitze in der Stadt Forchheim stattfindet. Auch in den umliegenden Städten und Gemeinden sind Hausarztpraxen vorhanden, auch wenn fast ein Viertel der Hausärzte altersbedingt ausscheiden.

Die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Planungskreisen ist bei isolierter Betrachtung eines Kreises allerdings nur bedingt einzuschätzen. Unklar bleibt vor allem, ob und inwieweit Patienten Versorgungsangebote in benachbarten Kreisen nutzen.

Sollten vereinzelt doch Versorgungsprobleme auftreten, müssen die jeweiligen regionalen Spezifika solcher Defizite berücksichtigen; zentrale Maßnahmen dürften sich vor Ort als wenig effektiv und nicht sinnvoll erweisen.

Wie verändert sich nun die fachärztliche Versorgung durch Altersabgänge?

Bis zum Jahr 2010 wird sich nach Altersabgängen von Ärzten die fachärztliche Versorgung im Kreis Forchheim weiterhin in der Überversorgung befinden. Aufgrund des niedrigen Durchschnittsalters der Fachärzte bleiben lediglich fünf von 55 Facharztsitzen bei einer Nicht-Wiederbesetzung frei. Somit setzt sich die Überversorgung in sieben von 11 Arztgruppen fort. Lediglich bei den Radiologen fehlen derzeit und auch zukünftig zwei Ärzte, um rechnerische eine ausreichende Versorgung zu erlangen.

2.7.6 Wiederbesetzungsszenarien

Im Folgenden wird die Versorgungssituation in den wichtigsten Arztgruppen differenziert dargestellt. Dazu werden die Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und fachärztlich tätigen Internisten ausgewählt, weil sie die zahlenmäßig stärksten Gruppen der insgesamt 14 in der Bedarfsplanung berücksichtigten Gruppen ⁴⁴ bilden und die Grundversorgung abdecken.

Ausgehend von der Versorgungssituation nach einem altersbedingten Ausscheiden aller Ärzte im Alter von ≥ 60 Jahren wird in Wiederbesetzungsszenarien die Wahrscheinlichkeit der Wiederbesetzung variiert. Dargestellt werden regionale Versorgungsgrade bei Wiederbesetzungsquoten von 33 %, 50 % und 66 %. Des Weiteren werden Differenzen zur jeweils notwendigen Mindest- bzw. Vollversorgung in absoluten Zahlen aufgezeigt.

Zu erkennen ist dabei, welche absolute Differenz zur Unter- (< 50 % bei Fachärzten, < 75 % bei Hausärzten) bzw. Vollversorgung (100 %) besteht und auch, wie viele Ärzte jeweils fehlen oder – gemessen an diesen Zielen – überzählig sind. Grundlage ist die Gruppe der heute tätigen Ärzte, die das Alter von 60 Jahren noch nicht erreicht haben.

⁴⁴ In den Bedarfsplanungs-Richtlinien werden die Arztgruppen genannt, für die der Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung bestimmt wird. Es handelt sich um: Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen.

2.7.6.1 Hausärzte

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. Tabelle Bayern 4).

Tabelle Bayern 4

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.		
										Bayern
	Aichach-Friedberg	79,0	6,0	7,6	106,9	98,8	101,5	102,9	104,2	
	Altötting	76,0	10,0	13,2	104,3	90,6	95,1	97,5	99,7	
	Amberg, Amberg-Sulzbach	104,0	14,0	13,5	101,3	87,6	92,1	94,5	96,6	
	Ansbach, Lkr. Ansbach	138,5	22,0	15,9	92,2	77,5	82,4	84,9	87,2	
	Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg	142,0	15,0	10,6	97,2	87,0	90,4	92,1	93,8	
	Augsburg, Lkr.	152,0	10,0	6,6	107,4	100,4	102,7	103,9	105,0	
	Augsburg, Stadt	179,0	21,0	11,7	109,5	96,6	100,9	103,0	105,1	
	Bad Kissingen	82,0	9,0	11,0	110,5	98,4	102,4	104,5	106,4	
	Bad Tölz-Wolfratshausen	89,0	14,0	15,7	113,4	95,6	101,5	104,5	107,4	
	Bamberg, Lkr. Bamberg	145,0	17,0	11,7	113,5	100,2	104,6	106,8	109,0	
	Bayreuth, Lkr. Bayreuth	124,0	16,0	12,9	100,9	87,9	92,2	94,4	96,5	
	Berchtesgadener Land	96,0	18,0	18,8	142,7	115,9	124,7	129,3	133,6	
	Cham	88,0	7,0	8,0	109,3	100,6	103,4	104,9	106,3	
	Coburg, Lkr. Coburg	88,0	10,0	11,4	108,2	95,9	99,9	102,0	104,0	
	Dachau	83,0	16,0	19,3	112,4	90,7	97,8	101,5	105,0	
	Deggendorf	81,0	10,0	12,3	104,1	91,2	95,5	97,7	99,7	
	Dillingen a.d. Donau	53,0	8,0	15,1	91,8	78,0	82,6	84,9	87,1	
	Dingolfing-Landau	63,0	7,0	11,1	102,2	90,9	94,6	96,6	98,4	
	Donau-Ries	83,0	9,0	10,8	104,0	92,7	96,4	98,4	100,2	
	Ebersberg	74,0	11,0	14,9	109,5	93,2	98,6	101,4	104,0	
	Eichstätt	69,0	5,0	7,2	93,4	86,6	88,9	90,0	91,1	
	Erding	67,0	8,0	11,9	100,4	88,4	92,4	94,4	96,3	
	Erlangen	72,0	8,0	11,1	112,7	100,2	104,3	106,4	108,4	
	Erlangen-Höchstadt	68,0	12,0	17,6	92,9	76,5	82,0	84,7	87,4	
	Forchheim	67,0	16,0	23,9	98,6	75,1	82,9	86,9	90,6	
	Freising	87,0	16,0	18,4	99,7	81,3	87,4	90,5	93,4	
	Freyung-Grafenau	58,0	11,0	19,0	103,6	84,0	90,5	93,8	96,9	... →

Tabelle Bayern 4 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Fürstenfeldbruck	116,0	22,0	19,0	111,7	90,5	97,5	101,1	104,5
Fürth, Lkr.	58,0	9,0	15,5	96,0	81,1	86,0	88,6	90,9
Fürth, Stadt	72,0	9,0	12,5	103,0	90,1	94,4	96,5	98,6
Garmisch-Partenkirchen	83,0	14,0	16,9	140,9	117,1	125,0	129,0	132,8
Günzburg	76,0	6,0	7,9	103,4	95,3	98,0	99,4	100,7
Haßberge	54,0	8,0	14,8	90,7	77,3	81,7	84,0	86,1
Hof, Lkr. Hof	112,0	11,0	9,8	104,6	94,3	97,7	99,4	101,1
Ingolstadt, Stadt	73,0	5,0	6,8	98,1	91,4	93,6	94,7	95,8
Kaufbeuren, Ostallgäu	130,0	24,0	18,5	112,5	91,8	98,6	102,1	105,5
Kelheim	67,0	9,0	13,4	99,0	85,7	90,1	92,3	94,5
Kempten (Allgäu), Oberallgäu	166,0	19,0	11,4	118,2	104,6	109,1	111,4	113,6
Kitzingen	58,0	8,0	13,8	106,0	91,4	96,2	98,7	101,0
Kronach	50,0	11,0	22,0	107,8	84,1	91,9	95,9	99,7
Kulmbach	55,0	5,0	9,1	104,1	94,6	97,7	99,3	100,9
Landsberg a. Lech	68,0	6,0	8,8	111,7	101,8	105,1	106,7	108,3
Landshut, Lkr. Landshut	134,0	15,0	11,2	98,6	87,6	91,2	93,1	94,9
Lichtenfels	46,0	4,0	8,7	105,9	96,7	99,7	101,3	102,7
Lindau (Bodensee)	62,0	8,0	12,9	119,1	103,8	108,8	111,5	113,9
Main-Spessart	86,0	10,0	11,6	106,0	93,7	97,7	99,8	101,8
Memmingen, Unterallgäu	122,0	17,0	13,9	113,5	97,7	102,9	105,6	108,1
Miesbach	82,0	16,0	19,5	132,3	106,5	115,0	119,4	123,5
Miltenberg	83,0	15,0	18,1	105,0	86,0	92,3	95,5	98,5
Mühlhof a. Inn	81,0	13,0	16,0	110,7	92,9	98,8	101,8	104,7
München, Lkr.	191,0	38,0	19,9	120,2	96,3	104,2	108,3	112,1
München, Stadt	1144,0	188,0	16,4	148,5	124,1	132,2	136,3	140,2
Neu-Ulm	115,0	10,0	8,7	119,0	108,6	112,1	113,8	115,5
Neuburg-Schrobenhausen	54,0	5,0	9,3	98,1	89,0	92,0	93,6	95,0
Neumarkt i.d. OPf.	76,0	10,0	13,2	97,7	84,9	89,1	91,3	93,4
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	71,0	11,0	15,5	105,7	89,3	94,7	97,5	100,1
Nürnberg	330,0	46,0	13,9	106,8	91,9	96,8	99,3	101,7
Nürnberger Land	107,0	17,0	15,9	112,4	94,5	100,4	103,5	106,3
Passau, Lkr. Passau	208,0	19,0	9,1	130,6	118,6	122,6	124,6	126,5

... →

Tabelle Bayern 4 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Pfaffenhofen a.d. Ilm	67,0	15,0	22,4	97,2	75,4	82,6	86,3	89,8
Regen	60,0	5,0	8,3	107,2	98,3	101,2	102,7	104,2
Regensburg, Lkr.	108,0	15,0	13,9	99,4	85,6	90,2	92,5	94,8
Regensburg, Stadt	113,0	15,0	13,3	140,0	121,4	127,5	130,7	133,7
Rhön-Grabfeld	62,0	5,0	8,1	105,3	96,8	99,6	101,1	102,4
Rosenheim, Lkr. Rosenheim	232,0	31,0	13,4	116,8	101,2	106,4	109,0	111,5
Rottal-Inn	86,0	9,0	10,5	106,7	95,5	99,2	101,1	102,9
Schwabach, Lkr. Roth	95,0	13,0	13,7	103,0	88,9	93,5	95,9	98,2
Schwandorf	100,0	14,0	14,0	102,5	88,2	92,9	95,3	97,6
Schweinfurt, Lkr. Schweinfurt	107,0	18,0	16,8	93,1	77,5	82,6	85,3	87,8
Starnberg	110,0	13,0	11,8	154,6	136,3	142,3	145,4	148,3
Straubing, Straubing-Bogen	98,0	10,0	10,2	104,6	93,9	97,5	99,3	101,0
Tirschenreuth	55,0	8,0	14,5	101,4	86,7	91,5	94,0	96,4
Traunstein	128,0	13,0	10,2	113,3	101,8	105,6	107,6	109,4
Weiden i.d. OPf., Neustadt a.d. Waldnaab	100,0	14,0	14,0	103,1	88,6	93,4	95,9	98,2
Weilheim-Schongau	104,0	10,0	9,6	121,5	109,8	113,7	115,7	117,5
Weißenburg-Gunzenhausen	60,0	3,0	5,0	93,0	88,3	89,9	90,7	91,4
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	59,0	9,0	15,3	102,6	87,0	92,1	94,8	97,3
Würzburg, Lkr.	100,0	13,0	13,0	104,2	90,7	95,1	97,4	99,6
Würzburg, Stadt	109,0	11,0	10,1	132,8	119,4	123,8	126,1	128,2

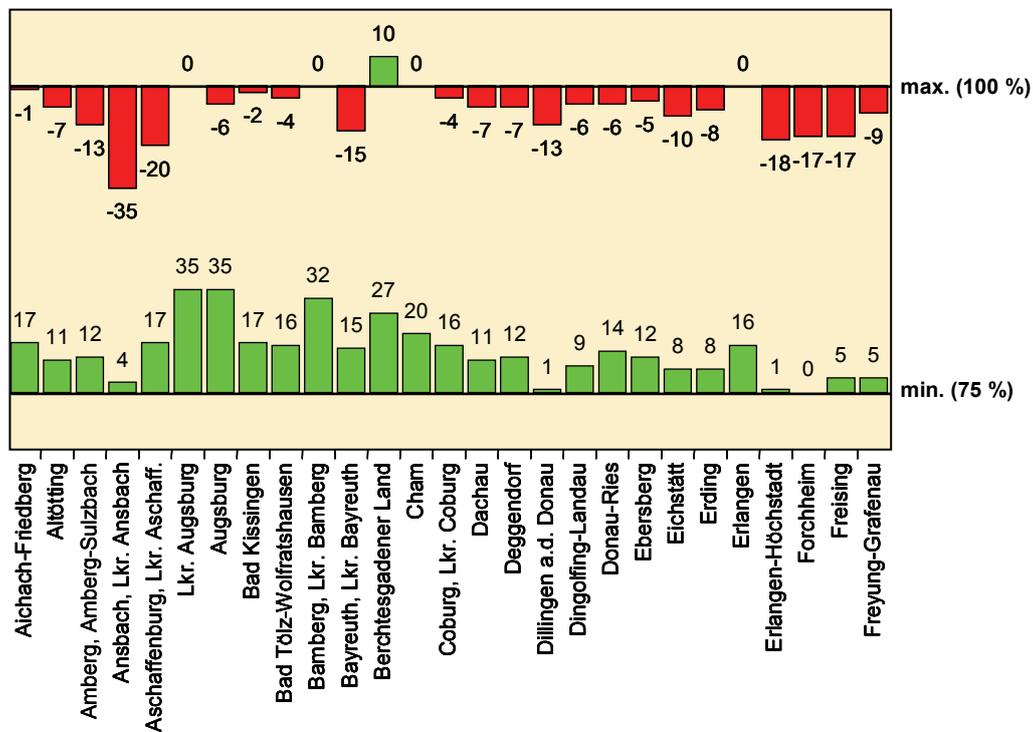
WiDO 2003

Aktuell arbeiten insgesamt 8.690 Hausärzte in Bayern⁴⁵. Von diesen Ärzten scheiden 1.178, also ungefähr 13 %, bis zum Jahr 2010 aus der Praxis aus. Falls keiner der in den nächsten acht Jahren aufgrund von Altersabgängen in Bayern frei werdenden hausärztlichen Vertragsarztsitze wieder besetzt werden könnte, käme es in keinem der 79 Planungskreise zu einer rechnerischen Unterversorgung; in fünf Planungskreisen wäre die Versorgung grenzwertig⁴⁶. In sieben Planungskreisen setzt sich die Überversorgung fort. Falls jeder dritte frei werdende Sitz wieder besetzt werden könnte, gäbe es in drei weiteren Kreisen eine rechnerische Überversorgung. Der Versorgungsgrad der grenzwertigen Kreise läge dann wieder über 80 %. Würde dagegen für jeden zweiten aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsarzt ein Nachfolger gefunden, so wäre ein Fünftel der Planungskreise überversorgt.

In *Abbildung Bayern 5* zeigen die hellgrau und dunkelgrau markierten Balken die Differenz der benötigten Hausärzte, die zu einem Versorgungsgrad von 75 % bzw. 100 % notwendig oder überzählig sind.

Abbildung Bayern 5

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Hausärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WIdO 2003

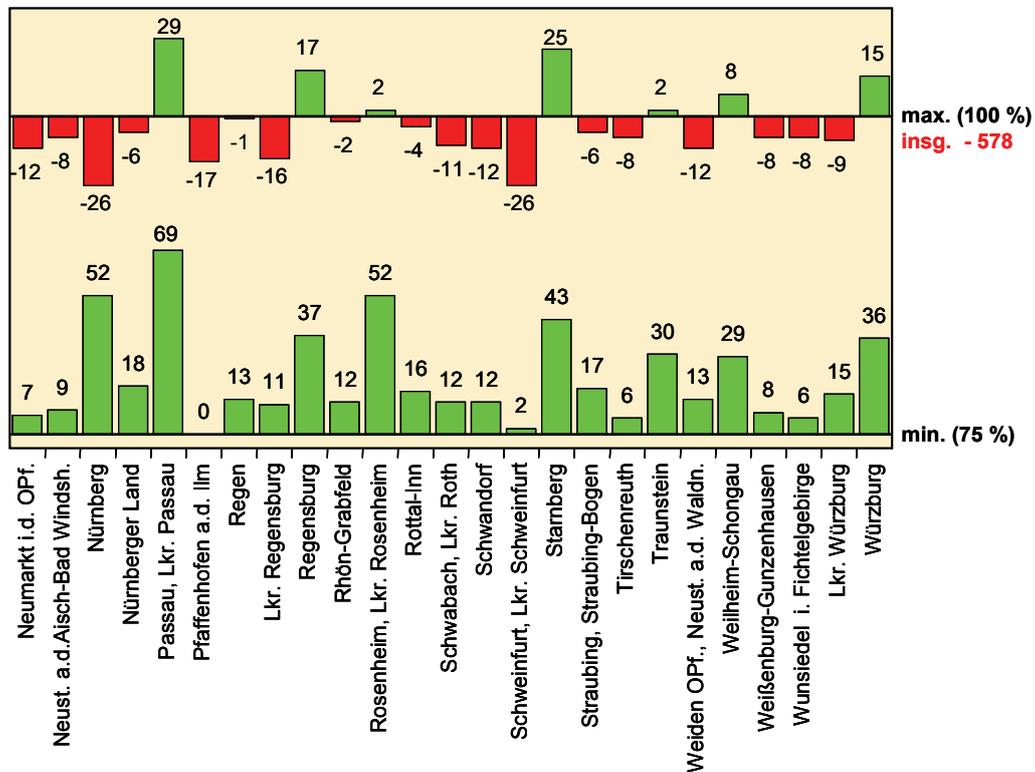
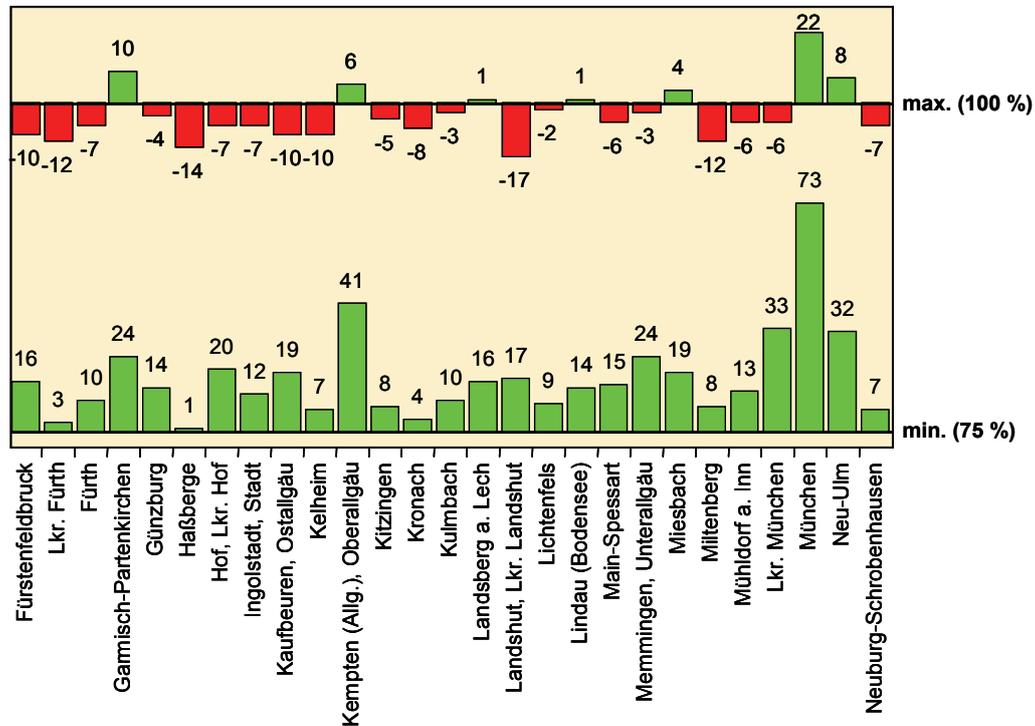
*Werte sind gerundet

⁴⁵ Quelle: Arztstammdaten

⁴⁶ Versorgungsgrad < 80 Prozent

Abbildung Bayern 5 (Fortsetzung)

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Hausärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WiDo 2003

*Werte sind gerundet

Da mit den Altersabgängen in einigen Planungskreisen, jedoch nicht in allen, die bestehende Überversorgung abgebaut würde, wäre es – absolut gesehen – nicht notwendig, durch zusätzliches Anwerben von Hausärzten die Altersabgänge bis 2010 bis zur rechnerisch und gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung auszugleichen. Würde man sich an der unteren Grenze von 75 % der Bedarfsplanungsrichtlinien orientieren, hätten alle Kreise zusammen einen Überschuss von 1.370 Hausärzten. Orientiert man sich hingegen an der 100 %-Grenze, wären – absolut gesehen – etwa 580 zusätzliche Hausärzte zur Wiederbesetzung der frei werdenden Hausarztsitze notwendig, ohne Berücksichtigung der 160 überzähligen Hausärzte aus den überversorgten Regionen.

Von diesen 580 Ärzten wären allein 35 für den Ansbach/Landkreis Ansbach notwendig (s. *Abbildung Bayern 5*). Das bedeutet: Eine ausreichende Versorgung auch in vergleichsweise abgelegenen Gegenden Bayerns in den nächsten acht Jahren ist gesichert. Für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % wären in Bayern 580 Hausärzte anzuwerben.

2.7.6.2 Fachärztlich tätige Internisten

Charakteristisch für die internistische Versorgung in Bayern ist der außerordentlich hohe Versorgungsgrad. Ausgehend von einer Situation im Frühjahr 2002, wo lediglich 5 von 79 Planungsbereichen keine Überversorgung bei den fachärztlich tätigen Internisten aufweisen, ergibt sich aufgrund von Altersabgängen in den nächsten acht Jahren (bis 2010), wenn keine in diesem Zeitraum frei werdende Stelle wieder besetzt werden könnte, folgendes Bild:

Entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien für die fachärztliche Versorgung kommt es lediglich im Landkreis Würzburg zu einer internistisch-fachärztlichen Unterversorgung. Hier scheiden zwei von drei praktizierenden Internisten bis 2010 aus. Mit dem verbliebenen Internisten wird ein Versorgungsgrad von 19,5 % erreicht, der weit unter der Mindestversorgung von 50 % liegt.

In den anderen Planungskreisen setzt sich die eklatante Überversorgung auch nach den Altersabgängen fort. In 72 der 79 Planungskreise (vgl. *Tabelle Bayern 5*) liegt der Versorgungsgrad teilweise weit über 110 %. Der höchste Wert findet sich im Kreis Starnberg. Hier beträgt der Versorgungsgrad 533 %. In einem weiteren Planungskreis wird die Grenze zur Überversorgung nur knapp unterschritten.

Wie in *Tabelle Bayern 5* zu sehen ist, bestätigen die Wiederbesetzungsszenarien das oben beschriebene Bild der Überversorgung.

Tabelle Bayern 5

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

Übersversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Aichach-Friedberg	3,0	0,0	0,0	76,0	76,0	76,0	76,0	76,0
Altötting	5,0	1,0	20,0	106,6	85,3	92,4	96,0	99,4
Amberg, Amberg-Weizsäckchen	11,0	1,0	9,1	166,4	151,3	156,3	158,8	161,3
Ansbach, Lkr. Ansbach	17,0	4,0	23,5	175,8	134,4	148,1	155,1	161,7
Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg	21,0	4,0	19,0	269,3	218,0	235,0	243,7	251,9
Augsburg, Lkr.	13,0	1,0	7,7	172,1	158,8	163,2	165,4	167,6
Augsburg, Stadt	39,0	4,0	10,3	145,9	130,9	135,9	138,4	140,8
Bad Kissingen	11,0	3,0	27,3	320,6	233,2	262,0	276,9	290,9
Bad Tölz-Wolfratshausen	9,0	2,0	22,2	178,2	138,6	151,7	158,4	164,7
Bamberg, Lkr. Bamberg	16,0	2,0	12,5	234,5	205,2	214,9	219,9	224,6
Bayreuth, Lkr. Bayreuth	12,0	1,0	8,3	151,7	139,0	143,2	145,4	147,4
Berchtesgadener Land	5,0	2,0	40,0	115,4	69,3	84,5	92,3	99,7
Cham	7,0	2,0	28,6	239,4	171,0	193,6	205,2	216,1
Coburg, Lkr. Coburg	9,0	0,0	0,0	207,2	207,2	207,2	207,2	207,2
Dachau	9,5	1,0	10,5	244,1	218,4	226,9	231,3	235,4
Deggendorf	10,0	1,0	10,0	199,7	179,7	186,3	189,7	192,9
Dillingen a. d. Donau	6,0	1,0	16,7	286,4	238,6	254,4	262,5	270,1
Dingolfing-Landau	3,0	0,0	0,0	105,3	105,3	105,3	105,3	105,3
Donau-Ries	6,0	1,0	16,7	207,1	172,6	184,0	189,8	195,3
Ebersberg	5,0	0,0	0,0	140,4	140,4	140,4	140,4	140,4
Eichstätt	8,0	0,0	0,0	298,3	298,3	298,3	298,3	298,3
Erding	8,0	2,0	25,0	235,3	176,5	195,9	205,9	215,3
Erlangen	19,0	4,0	21,1	230,3	181,8	197,8	206,1	213,8
Erlangen-Höchstadt	8,0	1,0	12,5	207,6	181,6	190,2	194,6	198,7
Forchheim	12,0	1,0	8,3	330,9	303,3	312,4	317,1	321,5
Freising	10,0	1,0	10,0	217,4	195,7	202,9	206,6	210,0
Freyung-Grafenau	3,0	1,0	33,3	115,9	77,3	90,0	96,6	102,8
Fürstentumbruck	22,0	3,0	13,6	345,8	298,6	314,2	322,2	329,7
Fürth, Lkr.	7,0	2,0	28,6	189,2	135,1	153,0	162,1	170,8
Fürth, Stadt	12,0	0,0	0,0	132,9	132,9	132,9	132,9	132,9
Garmisch-Partenkirchen	9,0	2,0	22,2	330,4	257,0	281,2	293,7	305,4

... →

Tabelle Bayern 5 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

Übersversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Günzburg	7,0	0,0	0,0	178,4	178,4	178,4	178,4	178,4
Haßberge	7,0	1,0	14,3	254,2	217,9	229,9	236,1	241,9
Hof, Lkr. Hof	12,0	2,0	16,7	174,1	145,1	154,6	159,6	164,2
Ingolstadt, Stadt	20,0	3,0	15,0	164,4	139,8	147,9	152,1	156,0
Kaufbeuren, Ostallgäu	14,0	2,0	14,3	188,3	161,4	170,2	174,8	179,1
Kelheim	6,0	0,0	0,0	244,2	244,2	244,2	244,2	244,2
Kempten (Allgäu), Oberallgäu	20,0	2,0	10,0	221,2	199,0	206,3	210,1	213,6
Kitzingen	4,0	1,0	25,0	201,4	151,0	167,6	176,2	184,2
Kronach	7,0	2,0	28,6	415,6	296,9	336,1	356,3	375,3
Kulmbach	7,0	0,0	0,0	205,8	205,8	205,8	205,8	205,8
Landsberg a. Lech	7,0	0,0	0,0	225,6	225,6	225,6	225,6	225,6
Landshut, Lkr. Landshut	18,0	4,0	22,2	205,8	160,1	175,2	183,0	190,3
Lichtenfels	7,0	0,0	0,0	443,7	443,7	443,7	443,7	443,7
Lindau (Bodensee)	6,0	1,0	16,7	179,1	149,3	159,1	164,2	169,0
Main-Spessart	10,0	2,0	20,0	339,4	271,6	294,0	305,5	316,4
Memmingen, Unterallgäu	15,0	1,0	6,7	384,3	358,7	367,2	371,5	375,6
Miesbach	10,0	3,0	30,0	250,7	175,5	200,3	213,1	225,1
Miltenberg	9,0	1,0	11,1	213,2	189,5	197,3	201,3	205,1
Mühdorf a. Inn	9,0	1,0	11,1	191,1	169,8	176,8	180,5	183,9
München, Lkr.	23,0	5,0	21,7	236,4	185,0	202,0	210,7	218,9
München, Stadt	186,0	25,0	13,4	187,0	161,9	170,2	174,5	178,5
Neu-Ulm	11,0	1,0	9,1	213,2	193,8	200,2	203,5	206,6
Neuburg-Schrobenhausen	5,0	1,0	20,0	250,2	200,2	216,7	225,2	233,2
Neumarkt i.d. OPf.	7,0	0,0	0,0	247,9	247,9	247,9	247,9	247,9
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	6,0	0,0	0,0	193,2	193,2	193,2	193,2	193,2
Nürnberg	70,0	7,0	10,0	175,4	157,9	163,6	166,6	169,4
Nürnberger Land	16,0	4,0	25,0	319,0	239,3	265,6	279,1	291,9
Passau, Lkr. Passau	15,0	3,0	20,0	146,3	117,0	126,7	131,6	136,3
Pfaffenhofen a. d. Ilm	7,0	1,0	14,3	279,7	239,7	252,9	259,7	266,1
Regen	5,0	0,0	0,0	193,2	193,2	193,2	193,2	193,2
Regensburg, Lkr.	3,0	0,0	0,0	76,1	76,1	76,1	76,1	76,1

... →

Tabelle Bayern 5 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Internisten in den Planungskreisen

	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Regensburg, Stadt	34,0	4,0	11,8	257,6	227,3	237,3	242,5	247,3
Rhön-Grabfeld	9,0	0,0	0,0	330,6	330,6	330,6	330,6	330,6
Rosenheim, Lkr. Rosenheim	24,0	2,0	8,3	187,7	172,1	177,3	179,9	182,4
Rottal-Inn	7,0	0,0	0,0	187,8	187,8	187,8	187,8	187,8
Schwabach, Lkr. Roth	12,0	0,0	0,0	246,9	246,9	246,9	246,9	246,9
Schwandorf	12,0	1,0	8,3	266,0	243,9	251,2	254,9	258,5
Schweinfurt, Lkr. Schweinfurt	17,0	5,0	29,4	229,9	162,3	184,6	196,1	206,9
Starnberg	20,0	2,0	10,0	533,4	480,1	497,7	506,7	515,3
Straubing, Straubing-Bogen	18,0	1,0	5,6	298,5	281,9	287,4	290,2	292,8
Tirschenreuth	3,0	0,0	0,0	119,6	119,6	119,6	119,6	119,6
Traunstein	12,0	1,0	8,3	165,1	151,3	155,8	158,2	160,4
Weiden i. d. OPf., Neustadt a. d. Waldnaab	13,0	1,0	7,7	289,8	267,5	274,8	278,6	282,2
Weilheim-Schongau	12,0	1,0	8,3	217,8	199,7	205,7	208,8	211,7
Weißenburg-Gunzenhausen	9,0	1,0	11,1	301,6	268,1	279,2	284,9	290,2
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	11,0	1,0	9,1	297,2	270,2	279,1	283,7	288,1
Würzburg, Lkr.	3,0	2,0	66,7	58,6	19,5	32,4	39,0	45,3
Würzburg, Stadt	26,0	1,0	3,8	193,8	186,3	188,8	190,1	191,3

WIdO 2003

Abbildung Bayern 6 zeigt u. a. die Differenz zur Mindest- (50 %) und Vollversorgung (100 %) bei Internisten, ohne die Ärzte einzubeziehen, die 60 Jahre alt oder älter sind. Im Landkreis Würzburg gibt es die erwähnte internistische Unterversorgung. Absolut gesehen handelt es sich bei dem Fehlbedarf lediglich um zwei Internisten. Die Besetzung von drei weiteren internistischen Sitzen würde hier bereits zur Vollversorgung führen.

Um einen Versorgungsgrad von 100 % in allen Planungskreisen zu erhalten, fehlen für die Kreise Landkreise Regensburg, Aichach-Friedberg, Altötting und Freyung-Grafenau jeweils ein Internist und für das Berchtesgadener Land zwei Internisten. Im Landkreis Würzburg fehlen die besagten fünf Ärzte, die auch hier zu einer Vollversorgung führen würden. Alle anderen Kreise haben zusammen, ohne die Ärzte einzubeziehen, die 60 Jahre alt oder älter sind, bezogen auf einen Versorgungsgrad von 100 %, einen Überhang von 372 Internisten. Wird die 50 %-Grenze zur Minimalversorgung zugrunde gelegt, ergibt sich ein Überhang von 612 fachärztlich tätigen Internisten. Eine Ausnahme bildet der Landkreis Würzburg; hier müssen zwei internistische Sitze wieder besetzt werden.

Abbildung Bayern 6

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Internisten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***

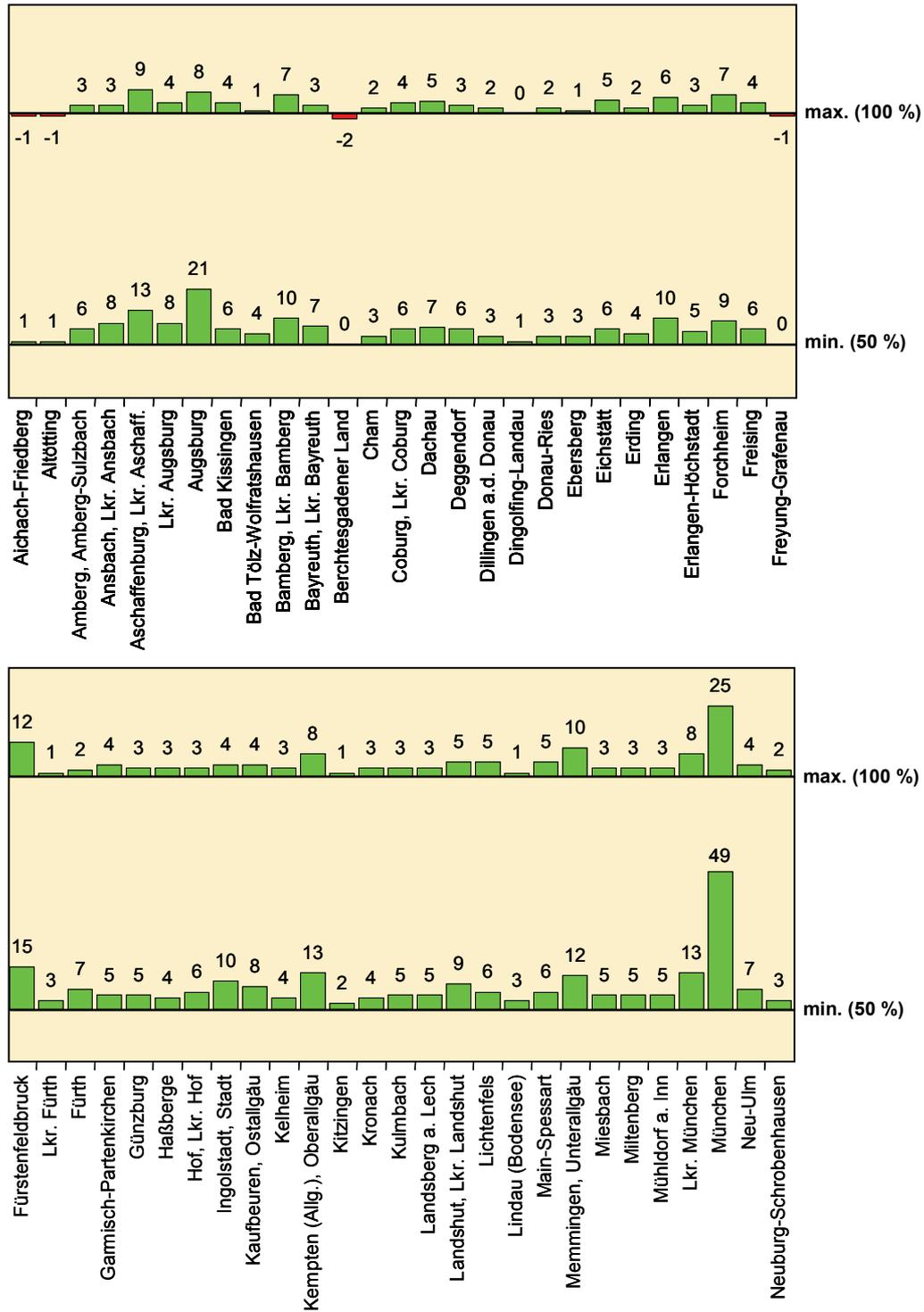
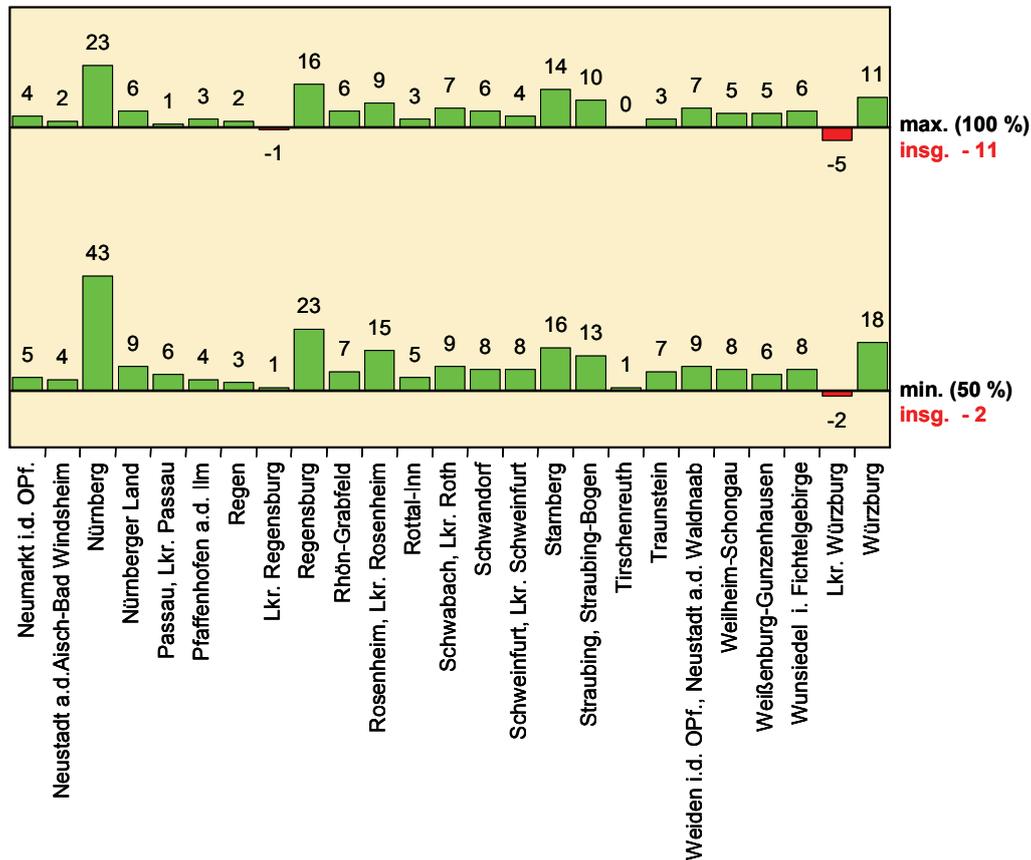


Abbildung Bayern 6 (Fortsetzung)

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Internisten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WiDo 2003

*Werte sind gerundet

Da mit den Altersabgängen in den meisten Planungsbereichen nicht einmal die Überversorgung abgebaut würde, würde es absolut gesehen ausreichen, elf Internisten anzuwerben, um auch in den Kreisen einen Versorgungsgrad von mindestens 100 % zu erreichen, die nach dem altersbedingten Ausscheiden der Internisten, die 60 Jahre alt oder älter sind, noch unter der Vollversorgung von 100 % liegen.

2.7.6.3 Frauenärzte

Auch ohne diejenigen Ärzte, die schon im Jahr 2002 60 Jahre alt oder älter sind, ist die frauenärztliche Versorgung in Bayern im Jahr 2010 gesichert, wobei der Versorgungsgrad in Erlangen-Höchststadt mit 66,3 % am niedrigsten und in Weiden in der Oberpfalz/Neustadt an der Waldnaab mit 182 % am höchsten läge. In keinem Kreis wird der Grad der notwendigen Mindestversorgung unterschritten.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. Tabelle Bayern 6).

Tabelle Bayern 6

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Aichach-Friedberg	10,0	0,0	0,0	102,2	102,2	102,2	102,2	102,2
Altötting	11,0	1,0	9,1	110,8	100,7	104,0	105,8	107,4
Amberg, Amberg-Weizsäckchen	16,0	5,0	31,3	114,3	78,6	90,4	96,4	102,1
Ansbach, Lkr. Ansbach	22,0	3,0	13,6	107,4	92,8	97,6	100,1	102,4
Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg	26,0	5,0	19,2	134,4	108,6	117,1	121,5	125,6
Augsburg, Lkr.	20,0	2,0	10,0	106,7	96,0	99,6	101,4	103,1
Augsburg, Stadt	40,0	11,0	27,5	104,9	76,1	85,6	90,5	95,1
Bad Kissingen	9,0	2,0	22,2	112,7	87,7	95,9	100,2	104,2
Bad Tölz-Wolfratshausen	14,0	3,0	21,4	130,9	102,8	112,1	116,9	121,3
Bamberg, Lkr. Bamberg	23,0	4,0	17,4	135,9	112,3	120,1	124,1	127,9
Bayreuth, Lkr. Bayreuth	23,0	2,0	8,7	137,3	125,3	129,3	131,3	133,2
Berchtesgadener Land	12,0	5,0	41,7	130,8	76,3	94,3	103,6	112,3
Cham	10,0	2,0	20,0	112,1	89,6	97,0	100,8	104,4
Coburg, Lkr. Coburg	14,0	3,0	21,4	129,9	102,1	111,3	116,0	120,5
Dachau	15,0	1,0	6,7	140,6	131,2	134,3	135,9	137,4
Deggendorf	13,0	1,0	7,7	122,6	113,1	116,2	117,8	119,3
Dillingen a.d. Donau	9,0	1,0	11,1	140,7	125,1	130,3	132,9	135,4
Dingolfing-Landau	8,0	0,0	0,0	120,6	120,6	120,6	120,6	120,6
Donau-Ries	9,5	2,0	21,1	107,4	84,8	92,3	96,1	99,7
Ebersberg	11,0	4,0	36,4	112,7	71,7	85,2	92,2	98,8
Eichstätt	9,0	1,0	11,1	109,9	97,7	101,8	103,8	105,8
Erding	10,0	3,0	30,0	116,2	81,4	92,9	98,8	104,4
Erlangen	20,0	4,0	20,0	136,6	109,3	118,3	122,9	127,3
Erlangen-Höchstadt	7,0	0,0	0,0	66,3	66,3	66,3	66,3	66,3
Forchheim	10,0	0,0	0,0	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1
Freising	14,0	4,0	28,6	111,1	79,3	89,8	95,2	100,3
Freyung-Grafenau	6,0	1,0	16,7	99,6	83,0	88,5	91,3	94,0
Fürstenfeldbruck	24,0	5,0	20,8	138,5	109,6	119,2	124,1	128,7

... →

Tabelle Bayern 6 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung Bayern	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wieder- bes.	Vers.-grad bei 50 % Wieder- bes.	Vers.-grad bei 66 % Wieder- bes.
Fürth, Lkr.	9,0	1,0	11,1	89,3	79,4	82,7	84,3	85,9
Fürth, Stadt	18,0	2,0	11,1	112,3	99,9	104,0	106,1	108,1
Garmisch-Partenkirchen	11,0	4,0	36,4	173,5	110,4	131,2	142,0	152,1
Günzburg	11,0	2,0	18,2	113,0	92,5	99,3	102,7	106,0
Haßberge	8,0	0,0	0,0	124,9	124,9	124,9	124,9	124,9
Hof, Lkr. Hof	16,0	4,0	25,0	109,6	82,2	91,2	95,9	100,3
Ingolstadt, Stadt	19,0	4,0	21,1	109,5	86,4	94,0	98,0	101,7
Kaufbeuren, Ostallgäu	18,0	4,0	22,2	114,3	88,9	97,3	101,6	105,7
Kelheim	9,0	1,0	11,1	120,0	106,7	111,1	113,3	115,5
Kempten (Allgäu), Ober- allgäu	24,0	5,0	20,8	125,3	99,2	107,8	112,3	116,4
Kitzingen	9,0	2,0	22,2	148,4	115,5	126,3	131,9	137,2
Kronach	6,0	1,0	16,7	116,7	97,3	103,7	107,0	110,1
Kulmbach	8,0	0,0	0,0	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1
Landsberg a. Lech	8,0	3,0	37,5	101,9	63,7	76,3	82,8	88,9
Landshut, Lkr. Landshut	23,0	8,0	34,8	124,2	81,0	95,2	102,6	109,5
Lichtenfels	5,0	0,0	0,0	103,9	103,9	103,9	103,9	103,9
Lindau (Bodensee)	8,0	1,0	12,5	112,8	98,7	103,3	105,7	108,0
Main-Spessart	10,0	3,0	30,0	111,2	77,9	88,9	94,5	99,9
Memmingen, Unterallgäu	17,0	2,0	11,8	142,7	125,9	131,5	134,3	137,0
Miesbach	10,0	2,0	20,0	118,4	94,7	102,5	106,5	110,3
Miltenberg	10,0	2,0	20,0	95,5	76,4	82,7	85,9	89,0
Mühldorf a. Inn	10,0	3,0	30,0	100,2	70,2	80,1	85,2	90,0
München, Lkr.	34,0	10,0	29,4	128,3	90,6	103,0	109,4	115,5
München, Stadt	294,0	61,0	20,7	166,6	132,0	143,4	149,3	154,8
Neu-Ulm	12,0	0,0	0,0	93,7	93,7	93,7	93,7	93,7
Neuburg-Schrobenhausen	9,0	0,0	0,0	147,6	147,6	147,6	147,6	147,6
Neumarkt i.d. OPf.	10,0	2,0	20,0	116,1	92,8	100,5	104,4	108,2
Neustadt a.d. Aisch- Bad Windsheim	7,0	2,0	28,6	96,8	69,2	78,3	83,0	87,4
Nürnberg	80,0	15,0	18,8	112,9	91,8	98,7	102,3	105,7
Nürnberger Land	14,0	2,0	14,3	101,8	87,3	92,1	94,6	96,9
Passau, Lkr. Passau	22,0	6,0	27,3	101,3	73,7	82,8	87,5	91,9

... →

Tabelle Bayern 6 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Frauenärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Pfaffenhofen a.d. Ilm	11,0	1,0	9,1	144,0	130,9	135,2	137,4	139,5
Regen	8,0	1,0	12,5	132,8	116,2	121,7	124,5	127,2
Regensburg, Lkr.	16,0	1,0	6,3	133,0	124,6	127,4	128,8	130,1
Regensburg, Stadt	29,0	5,0	17,2	154,0	127,5	136,2	140,8	145,0
Rhön-Grabfeld	6,0	2,0	33,3	94,7	63,1	73,5	78,9	84,0
Rosenheim, Lkr. Rosenheim	39,0	13,0	33,3	144,0	96,0	111,9	120,0	127,7
Rottal-Inn	10,0	1,0	10,0	115,3	103,8	107,6	109,5	111,4
Schwabach, Lkr. Roth	16,0	2,0	12,5	120,1	105,1	110,0	112,6	115,0
Schwandorf	14,0	2,0	14,3	133,4	114,3	120,6	123,8	126,9
Schweinfurt, Lkr. Schweinfurt	21,0	4,0	19,0	134,1	108,5	117,0	121,3	125,4
Starnberg	17,0	7,0	41,2	165,4	97,3	119,8	131,3	142,2
Straubing, Straubing-Bogen	15,0	2,0	13,3	117,4	101,8	107,0	109,6	112,1
Tirschenreuth	6,0	0,0	0,0	102,8	102,8	102,8	102,8	102,8
Traunstein	18,0	5,0	27,8	116,9	84,4	95,1	100,7	105,9
Weiden i.d. OPf., Neustadt a.d. Waldnaab	19,0	1,0	5,3	182,0	172,4	175,6	177,2	178,7
Weilheim-Schongau	14,0	3,0	21,4	120,0	94,3	102,8	107,1	111,3
Weißenburg-Gunzenhausen	9,0	3,0	33,3	129,6	86,4	100,7	108,0	114,9
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	8,0	2,0	25,0	102,1	76,6	85,0	89,3	93,4
Würzburg, Lkr.	10,0	1,0	10,0	78,7	70,8	73,4	74,8	76,0
Würzburg, Stadt	27,0	6,0	22,2	141,1	109,7	120,1	125,4	130,4

WIdO 2003

Eine Wiederbesetzung der frei werdenden Sitze wäre auch in dieser Fachgruppe nicht wünschenswert, da auch ohne die Frauenärzte im Alter von 60 Jahren oder älter bereits 35 von 79 Planungskreisen zu mehr als 100 % (=Vollversorgung) versorgt sind. In 20 Kreisen bleibt die bereits vorhandene Überversorgung bestehen.

Abbildung Bayern 7

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Frauenärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***

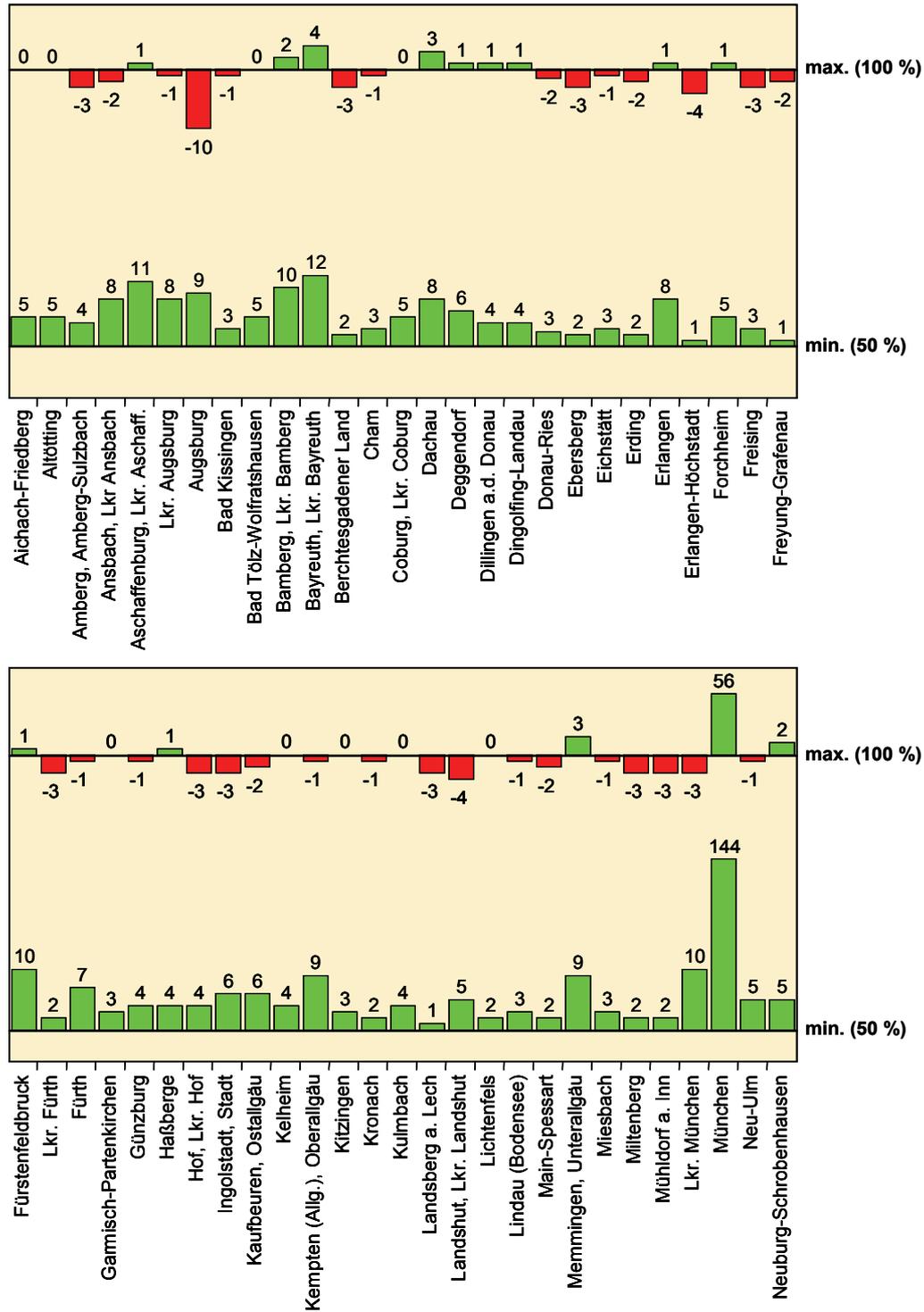
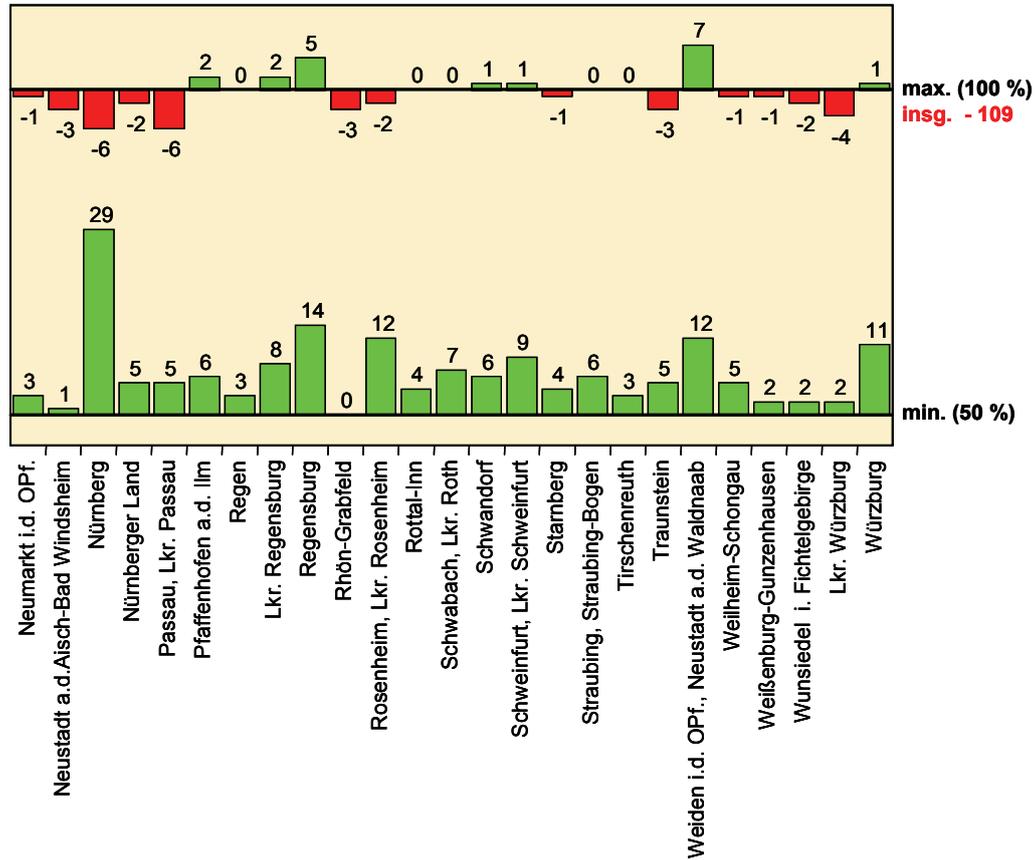


Abbildung Bayern 7 (Fortsetzung)

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Frauenärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



WiDo 2003

*Werte sind gerundet

Während also nirgendwo Unterversorgung durch Altersabgänge bei Frauenärzten entstehen würde, wären für einen flächendeckenden Versorgungsgrad von mindestens 100 % in den nächsten acht Jahren 109 Frauenärzte in ganz Bayern nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten notwendig.

2.7.6.4 Kinderärzte

Kinderärzte nehmen zwar entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil, werden aber in der Bedarfsplanung als eigenständige Gruppe gezählt.⁴⁷

Auch in der kinderärztliche Versorgung finden wir in Bayern zunächst einmal außerordentlich hohe Versorgungsgrade: In 64 von 79 Planungskreisen besteht aktuell eine Situation der Überversorgung. Nur in sechs Planungskreisen liegt der Versorgungsgrad unter 100 %. An der Grenze zur Unterversorgung befinden sich jedoch Landshut und der Landkreis Landshut mit einem derzeitigen Versorgungsgrad von 50,6 %.

Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch Altersabgänge zwischen 2002 und 2010 frei werdende Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden? (s. *Tabelle Bayern 7*).

Tabelle Bayern 7

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

<div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Überversorgung <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Unterversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.	
Bayern									
Aichach-Friedberg	9,0	2,0	22,2	149,8	116,5	127,5	133,1	138,4	
Altötting	4,0	2,0	50,0	75,5	37,8	50,2	56,6	62,7	
Amberg, Amberg-Sulzbach	10,0	2,0	20,0	133,9	107,1	116,0	120,5	124,8	
Ansbach, Lkr. Ansbach	14,0	0,0	0,0	128,1	128,1	128,1	128,1	128,1	
Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg	18,0	4,0	22,2	151,6	117,9	129,0	134,7	140,1	
Augsburg, Lkr.	14,0	2,0	14,3	121,7	104,3	110,0	113,0	115,7	
Augsburg, Stadt	25,0	2,0	8,0	125,6	115,6	118,9	120,6	122,2	
Bad Kissingen	6,0	4,0	66,7	145,4	48,5	80,5	96,9	112,5	
Bad Tölz-Wolfratshausen	7,0	3,0	42,9	122,7	70,1	87,4	96,4	104,8	
Bamberg, Lkr. Bamberg	17,0	2,0	11,8	163,6	144,4	150,7	154,0	157,1	
Bayreuth, Lkr. Bayreuth	9,0	1,0	11,1	100,7	89,5	93,2	95,1	96,9	
Berchtesgadener Land	5,5	1,0	18,2	112,4	92,0	98,7	102,2	105,4	
Cham	7,0	4,0	57,1	148,4	63,6	91,6	106,0	119,6	
Coburg, Lkr. Coburg	7,0	1,0	14,3	105,8	90,7	95,7	98,2	100,7	
Dachau	7,0	3,0	42,9	124,4	71,1	88,7	97,7	106,2	

⁴⁷ Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung eine abweichende Regelung treffen. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Tabelle Bayern 7 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

<div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Überversorgung <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Unterversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.	
Bayern									
	Deggendorf	9,0	1,0	11,1	159,0	141,4	147,2	150,2	153,0
	Dillingen a.d. Donau	5,0	1,0	20,0	147,9	118,3	128,1	133,1	137,8
	Dingolfing-Landau	4,0	0,0	0,0	116,7	116,7	116,7	116,7	116,7
	Donau-Ries	6,0	2,0	33,3	128,3	85,6	99,7	107,0	113,8
	Ebersberg	7,0	1,0	14,3	135,9	116,5	122,9	126,2	129,3
	Eichstätt	5,0	0,0	0,0	115,5	115,5	115,5	115,5	115,5
	Erding	5,5	0,5	9,1	115,1	104,6	108,1	109,8	111,5
	Erlangen	14,0	1,0	7,1	196,1	182,1	186,7	189,1	191,4
	Erlangen-Höchststadt	8,0	2,0	25,0	143,5	107,6	119,5	125,6	131,3
	Forchheim	6,0	2,0	33,3	108,6	72,4	84,4	90,5	96,3
	Freising	7,0	1,0	14,3	105,2	90,2	95,2	97,7	100,1
	Freyung-Grafenau	4,0	0,0	0,0	128,5	128,5	128,5	128,5	128,5
	Fürstentfeldbruck	18,0	3,0	16,7	159,4	132,8	141,6	146,1	150,4
	Fürth, Lkr.	9,0	2,0	22,2	137,0	106,6	116,6	121,8	126,7
	Fürth, Stadt	10,0	2,0	20,0	128,0	102,4	110,9	115,2	119,3
	Garmisch-Partenkirchen	7,0	1,0	14,3	213,7	183,1	193,2	198,4	203,3
	Günzburg	7,0	1,0	14,3	117,1	100,4	105,9	108,8	111,5
	Haßberge	3,0	1,0	33,3	90,6	60,4	70,4	75,5	80,3
	Hof, Lkr. Hof	10,0	1,0	10,0	128,4	115,6	119,8	122,0	124,0
	Ingolstadt, Stadt	10,0	2,0	20,0	110,4	88,3	95,6	99,4	102,9
	Kaufbeuren, Ostallgäu	14,0	3,0	21,4	166,6	130,9	142,7	148,8	154,5
	Kelheim	6,0	1,0	16,7	151,3	126,1	134,4	138,7	142,8
	Kempten (Allgäu), Oberallgäu	13,0	3,0	23,1	127,2	97,9	107,6	112,6	117,3
	Kitzingen	4,0	1,0	25,0	124,8	93,6	103,9	109,2	114,2
	Kronach	3,0	2,0	66,7	110,4	36,8	61,1	73,6	85,4
	Kulmbach	4,0	2,0	50,0	104,1	52,0	69,2	78,1	86,4
	Landsberg a. Lech	6,0	2,0	33,3	137,6	91,7	106,8	114,6	122,0
	Landshut, Lkr. Landshut	5,0	1,0	20,0	50,6	40,5	43,8	45,5	47,2
	Lichtenfels	2,0	1,0	50,0	78,6	39,3	52,3	58,9	65,2
	Lindau (Bodensee)	6,0	0,0	0,0	158,5	158,5	158,5	158,5	158,5
	Main-Spessart	6,0	0,0	0,0	126,2	126,2	126,2	126,2	126,2
	Memmingen, Unterallgäu	10,0	3,0	30,0	158,8	111,2	126,9	135,0	142,6

... →

Tabelle Bayern 7 (Fortsetzung)

Wiederbesetzungsszenarium Kinderärzte in den Planungskreisen

 Überversorgung	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad bei 33 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 50 % Wiederbes.	Vers.-grad bei 66 % Wiederbes.
Bayern								
Miesbach	7,0	2,0	28,6	155,3	110,9	125,6	133,1	140,2
Miltenberg	7,0	2,0	28,6	108,9	77,8	88,0	93,3	98,3
Mühldorf a. Inn	5,0	0,0	0,0	94,0	94,0	94,0	94,0	94,0
München, Lkr.	22,0	10,0	45,5	127,4	69,5	88,6	98,5	107,7
München, Stadt	117,0	16,0	13,7	136,0	117,4	123,5	126,7	129,7
Neu-Ulm	9,0	3,0	33,3	114,5	76,3	88,9	95,4	101,5
Neuburg-Schrobenhausen	5,0	1,0	20,0	155,1	124,1	134,3	139,6	144,6
Neumarkt i.d. OPf.	5,0	1,0	20,0	109,8	87,8	95,1	98,8	102,3
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	4,0	0,0	0,0	107,1	107,1	107,1	107,1	107,1
Nürnberg	41,0	10,0	24,4	118,7	89,8	99,3	104,3	108,9
Nürnberger Land	8,0	1,0	12,5	110,3	96,5	101,1	103,4	105,6
Passau, Lkr. Passau	12,0	1,0	8,3	103,6	94,9	97,8	99,3	100,6
Pfaffenhofen a.d. Ilm	4,0	0,0	0,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0
Regen	4,0	2,0	50,0	128,5	64,3	85,5	96,4	106,7
Regensburg, Lkr.	7,5	0,0	0,0	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9
Regensburg, Stadt	14,0	5,0	35,7	142,5	91,6	108,4	117,1	125,2
Rhön-Grabfeld	4,0	0,0	0,0	122,2	122,2	122,2	122,2	122,2
Rosenheim, Lkr. Rosenheim	19,0	5,0	26,3	131,5	96,9	108,4	114,2	119,8
Rottal-Inn	6,0	0,0	0,0	133,9	133,9	133,9	133,9	133,9
Schwabach, Lkr. Roth	9,0	1,0	11,1	128,0	113,8	118,5	120,9	123,2
Schwandorf	7,0	3,0	42,9	129,0	73,7	92,0	101,4	110,2
Schweinfurt, Lkr. Schweinfurt	11,0	2,0	18,2	131,7	107,7	115,6	119,7	123,5
Sternberg	12,0	3,0	25,0	221,3	166,0	184,2	193,6	202,5
Straubing, Straubing-Bogen	9,0	2,0	22,2	132,1	102,7	112,4	117,4	122,1
Tirschenreuth	4,0	1,0	25,0	132,6	99,5	110,4	116,1	121,4
Traunstein	10,0	1,0	10,0	121,7	109,6	113,6	115,7	117,6
Weiden i.d. OPf., Neustadt a.d. Waldnaab	7,0	0,0	0,0	129,7	129,7	129,7	129,7	129,7
Weilheim-Schongau	9,0	0,0	0,0	144,6	144,6	144,6	144,6	144,6
Weißenburg-Gunzenhausen	5,0	1,0	20,0	139,3	111,5	120,7	125,4	129,9
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	5,0	0,0	0,0	119,6	119,6	119,6	119,6	119,6
Würzburg, Lkr.	9,0	2,0	22,2	115,3	89,7	98,2	102,5	106,6
Würzburg, Stadt	15,0	4,0	26,7	150,2	110,1	123,3	130,2	136,6

WIdO 2003

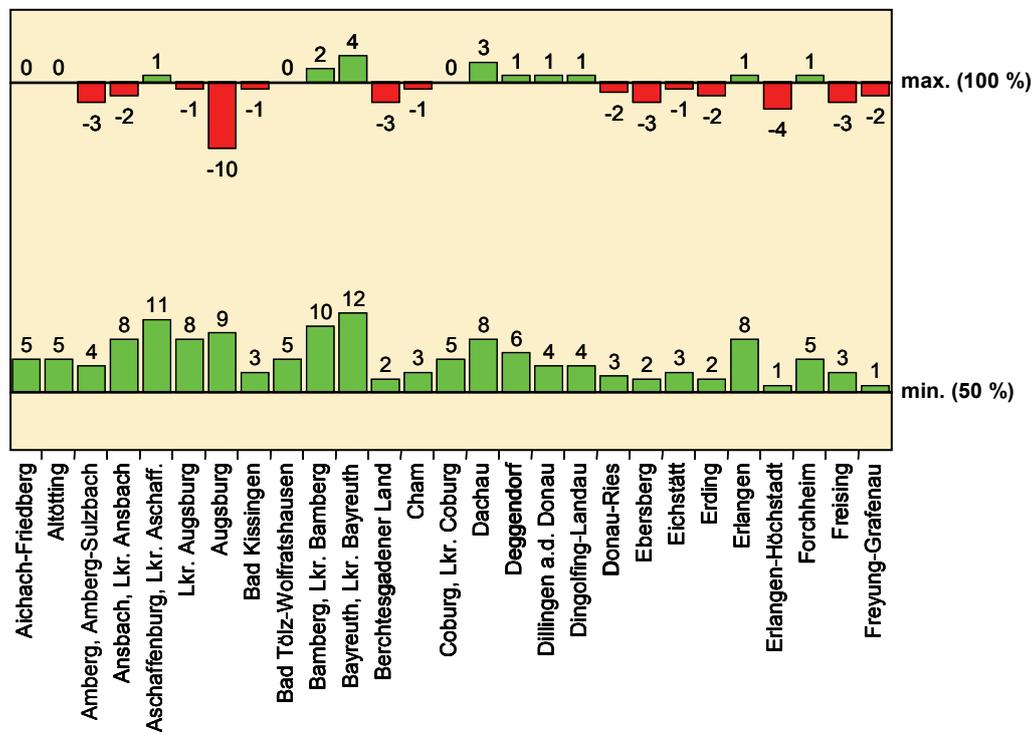
Trotz des in vielen Planungskreisen sehr hohen Anteils an Ärzten im Alter von 60 Jahren und mehr – allein in 42 von 79 Kreisen ist dieser Anteil älterer Ärzte $\geq 20\%$ – führen Altersabgänge bis 2010 nur in fünf Kreisen zu Unterversorgung. In diesen Kreisen ist der Anteil der älteren Ärzte besonders hoch.

Aufgrund von Altersabgängen werden vielmehr Überkapazitäten in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung abgebaut. Immerhin noch in 33 Planungskreisen bleibt eine Situation der Überversorgung trotz der Altersabgänge bestehen. Eine Wiederbesetzung von Kinderarztpraxen führt erneut zu steigender Überversorgung.

Eine Ausnahme bilden Landshut und der Landkreis Landshut. Aufgrund des niedrigen Versorgungsgrades im Jahr 2002 führt der Verlust von nur einem Kinderarzt zu Unterversorgung. Auch die verschiedenen Wiederbesetzungsszenarien verbessern die Situation nicht. In den anderen vier unterversorgten Kreisen kann durch die Wiederbesetzung von einem Drittel der Kinderarztpraxen die Situation der Unterversorgung aufgehoben werden.

Abbildung Bayern 8

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Kinderärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***

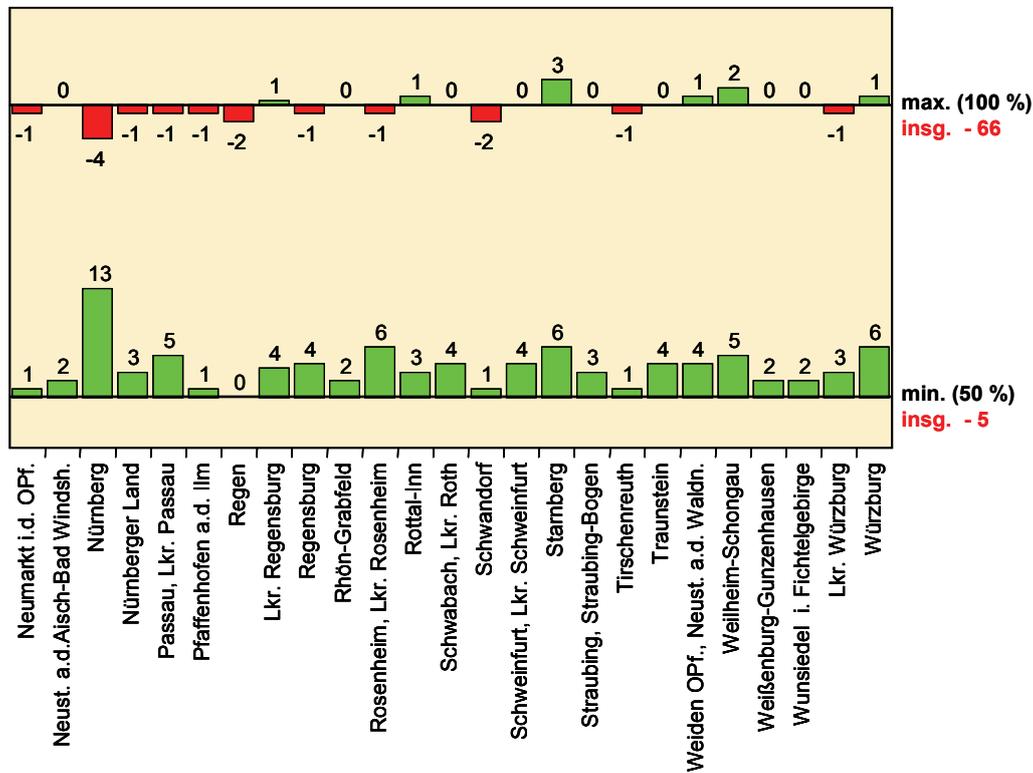
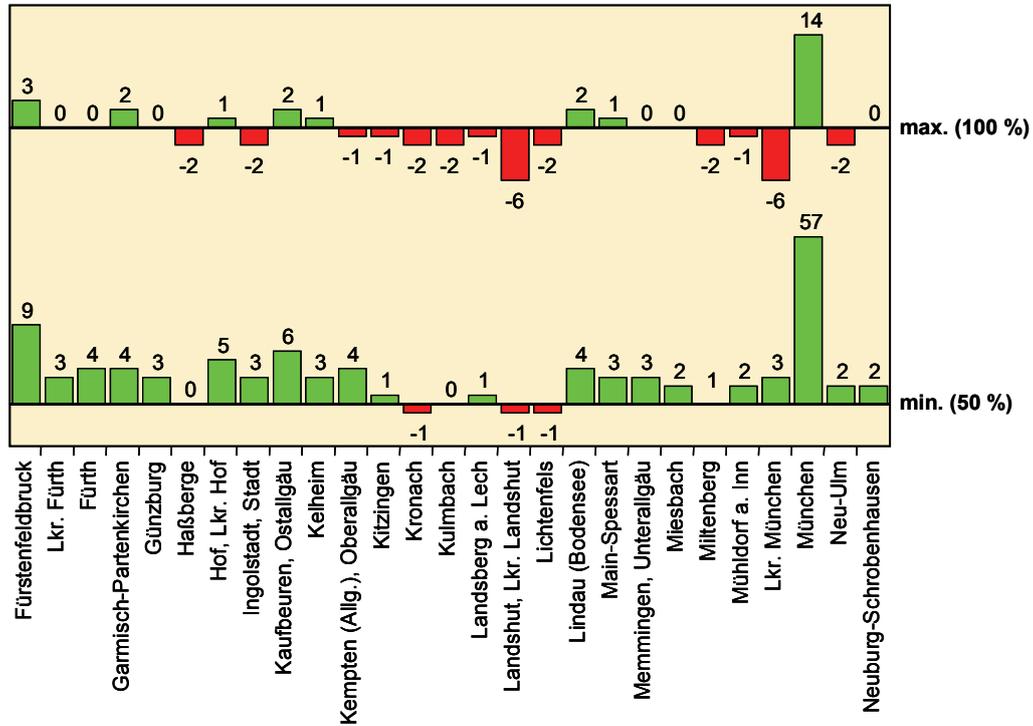


WiDo 2003

*Werte sind gerundet

Abbildung Bayern 8 (Fortsetzung)

**Differenz zu Mindest- und Vollversorgung bei Kinderärzten
Absolute Angaben ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre***



Insgesamt müssen in Bayern 66 Kinderarztpraxen in den nächsten acht Jahren wiederbesetzt werden, um flächendeckend einen Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen.

2.7.7 Bevölkerungsentwicklung

Die Bilanz der Bevölkerungsentwicklung in Bayern ist – betrachtet man den Zeitraum seit 1990 – positiv, d. h. das negative Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung (Geburten und Sterbefälle) wird durch das positive Saldo der Wanderungsbewegungen (Abwanderungen versus Zuzüge) aufgewogen. Prognosen lassen auch in Zukunft weitere Wanderungsgewinne erwarten. Dabei gilt: Je kleiner die räumliche Einheit eines Planungskreises ist, desto größer ist das Gewicht von Wanderungen für die Bevölkerungsentwicklung.

Per Saldo ergibt sich über die letzten 10 Jahre (von 1991 bis 1999) ein Wanderungsgewinn: die Wanderungssaldorate (Zuzüge minus Fortzüge pro 1000 Einwohner), bezogen auf ganz Bayern, beträgt 6 %. Alles in allem vergrößerte sich die Bevölkerung zwischen 1990 und dem Jahr 2000 um ca. 6,5 %.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Städten und Landkreisen Bayerns über den Zeitraum zwischen 1990 und 2000, dann ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild; nicht alle Städte und Kreise weisen ein positives Bevölkerungswachstum auf:

Die Kreise Erdingen (+21,8) Landsberg (+17,1), Paffenhofen (+16,2), Landkreis Landshut (+16), und Ebersberg (+15,5) haben ein positives Saldo. Prozentual die größten Verluste gibt es in Hof (-4,3), Wunsiedel (-3,7) und in Nürnberg (-2,0).

Damit bestätigt sich die These vom vor allem ländlichen Bevölkerungsrückgang in Bayern zunächst nicht. In der Tendenz schwächen sich Gewinne und Verluste über alle Städte und Kreise zwischen 1991 und 2000 ab.

Mit den ab Frühjahr 2003 zur Verfügung stehenden kleinräumigen Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ergibt sich möglicherweise die Chance zu einer detaillierten Abschätzung der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern; auf den Bedarf an medizinischer Versorgung hat diese Entwicklung einen unmittelbaren Einfluss.

Auch in Bayern ist ein Prozess der sozialräumlichen Neustrukturierung zu beobachten. Die Bevölkerungsverteilung wird sich vor allem aufgrund der Stadt-Stadtrand-Wanderung (Suburbanisierung) verändern. Aus den Kernstädten der Verdichtungsgebiete werden vergleichsweise viele Haushalte in

das jeweilige Umland wechseln. Damit entstehen Gebiete, in denen der infrastrukturelle Bedarfs neu definiert werden muss.

Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) zeichnen das Bild eines weiteren, wenn auch geringeren Bevölkerungswachstums in Bayern. Bis zum Jahr 2020 wird ein Anstieg der Bevölkerungszahl um ca. 2,3 % erwartet; in absoluten Zahlen würde dies einen Zuwachs der Einwohnerzahl von ungefähr 12.561.400 Menschen bedeuten.

Auf den Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen bezogen hieße das: In der Gesamtbetrachtung der Entwicklung Bayerns in den nächsten 15 Jahren dürfte das ambulante Versorgungsangebot – absolut gesehen – mehr als ausreichend sein, wenn frei werdende Arztstühle in dem Maß wieder besetzt werden, wie es die o. a. Szenarien ausweisen. Notwendig werden aber möglicherweise punktuelle Eingriffe, um Fehlallokationen zu vermeiden.

Tabelle Bayern 8

Bevölkerungsprognose

Kreise Bayern	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
09161 Ingolstadt	105.500	115.700	9,7	124.600	7,7	130.300	4,6
09162 München	1.229.000	1.199.400	-2,4	1.219.700	1,7	1.228.300	0,7
09163 Rosenheim	56.300	59.400	5,5	65.400	10,1	69.500	6,3
09171 Altötting	98.600	108.300	9,8	111.300	2,8	112.700	1,3
09172 Berchtesgadener Land	95.400	98.900	3,7	97.500	-1,4	96.200	-1,3
09173 Bad Tölz-Wolfratshausen	104.900	115.600	10,2	123.800	7,1	128.400	3,7
09174 Dachau	112.100	129.300	15,3	142.000	9,8	149.100	5,0
09175 Ebersberg	101.900	117.700	15,5	130.000	10,5	135.800	4,5
09176 Eichstätt	104.300	119.500	14,6	129.300	8,2	135.700	4,9
09177 Erding	94.800	115.500	21,8	134.100	16,1	145.500	8,5
09178 Freising	128.800	150.800	17,1	162.800	8,0	169.800	4,3
09179 Fürstenfeldbruck	180.400	191.800	6,3	200.500	4,5	203.700	1,6
09180 Garmisch-Partenkirchen	83.300	86.200	3,5	88.500	2,7	90.100	1,8
09181 Landsberg	90.300	105.700	17,1	118.000	11,6	124.900	5,8
09182 Miesbach	86.300	91.000	5,4	95.000	4,4	97.000	2,1
09183 Mühldorf	99.000	108.300	9,4	113.700	5,0	117.900	3,7
09184 Lk. München	266.700	291.400	9,3	311.400	6,9	318.300	2,2

... →

Tabelle Bayern 8 (Fortsetzung)

Bevölkerungsprognose

Kreise Bayern	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
09185 Neuburg-Schrobenhausen	80.400	89.100	10,8	94.500	6,1	98.600	4,3
09186 Pfaffenhofen	95.800	111.300	16,2	119.300	7,2	124.700	4,5
09187 Lk. Rosenheim	206.300	234.900	13,9	249.200	6,1	258.200	3,6
09188 Starnberg	114.600	123.800	8,0	132.200	6,8	137.200	3,8
09189 Traunstein	154.100	167.000	8,4	170.900	2,3	172.500	0,9
09190 Weilheim-Schongau	112.400	126.700	12,7	137.000	8,1	143.500	4,7
09261 Landshut	59.100	58.400	-1,2	59.100	1,2	60.600	2,5
09262 Passau	50.300	50.200	-0,2	50.300	0,2	50.000	-0,6
09263 Straubing	41.700	43.800	5,0	44.000	0,5	44.400	0,9
09271 Deggendorf	106.700	116.100	8,8	124.200	7,0	130.000	4,7
09272 Freyung-Grafenau	78.900	82.400	4,4	82.400	0,0	81.900	-0,6
09273 Kelheim	95.100	109.700	15,4	117.800	7,4	122.700	4,2
09274 Lk. Landshut	122.600	142.200	16,0	156.900	10,3	166.800	6,3
09275 Lk. Passau	171.500	185.900	8,4	188.400	1,3	188.800	0,2
09276 Regen	79.900	82.400	3,1	82.100	-0,4	82.100	0,0
09277 Rottal-Inn	107.900	118.000	9,4	121.800	3,2	124.000	1,8
09278 Straubing-Bogen	84.800	95.300	12,4	101.200	6,2	104.400	3,2
09279 Dingolfing-Landau	79.600	90.400	13,6	94.000	4,0	96.500	2,7
09361 Amberg	43.100	43.300	0,5	43.400	0,2	43.300	-0,2
09362 Regensburg	121.700	125.200	2,9	126.600	1,1	128.000	1,1
09363 Weiden	42.200	43.000	1,9	42.000	-2,3	40.800	-2,9
09371 Amberg-Sulzbach	99.700	108.900	9,2	112.200	3,0	112.400	0,2
09372 Cham	126.100	130.300	3,3	125.700	-3,5	121.900	-3,0
09373 Neumarkt	112.000	126.400	12,9	135.000	6,8	139.800	3,6
09374 Neustadt	96.200	100.500	4,5	97.700	-2,8	94.200	-3,6
09375 Lk. Regensburg	153.300	175.400	14,4	186.100	6,1	192.300	3,3
09376 Schwandorf	135.300	143.200	5,8	145.500	1,6	145.000	-0,3
09377 Tirschenreuth	79.500	80.100	0,8	77.100	-3,7	73.600	-4,5

... →

Tabelle Bayern 8 (Fortsetzung)

Bevölkerungsprognose

Kreise Bayern	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
09461 Bamberg	70.500	68.700	-2,6	67.000	-2,5	66.000	-1,5
09462 Bayreuth	72.300	74.500	3,0	69.900	-6,2	66.200	-5,3
09463 Coburg	44.200	42.800	-3,2	39.100	-8,6	36.400	-6,9
09464 Hof	52.900	50.600	-4,3	46.700	-7,7	43.900	-6,0
09471 Lk. Bamberg	126.100	142.800	13,2	151.500	6,1	155.800	2,8
09472 Lk. Bayreuth	101.900	108.900	6,9	108.400	-0,5	105.800	-2,4
09473 Lk. Coburg	85.800	92.500	7,8	91.800	-0,8	88.300	-3,8
09474 Forchheim	103.400	112.000	8,3	112.700	0,6	110.900	-1,6
09475 Lk. Hof	108.300	109.000	0,6	102.100	-6,3	95.200	-6,8
09476 Kronach	76.700	75.400	-1,7	69.800	-7,4	64.300	-7,9
09477 Kulmbach	75.300	78.700	4,5	77.000	-2,2	74.400	-3,4
09478 Lichtenfels	67.800	70.700	4,3	68.400	-3,3	65.500	-4,2
09479 Wunsiedel	89.400	86.100	-3,7	79.500	-7,7	73.500	-7,5
09561 Ansbach	37.900	40.300	6,3	41.400	2,7	42.400	2,4
09562 Erlangen	102.400	101.100	-1,3	103.400	2,3	104.000	0,6
09563 Fürth	103.400	110.600	7,0	115.500	4,4	116.600	1,0
09564 Nürnberg	493.700	483.600	-2,0	466.700	-3,5	456.000	-2,3
09565 Schwabach	35.500	38.000	7,0	38.300	0,8	38.100	-0,5
09571 Lk. Ansbach	165.300	183.000	10,7	188.700	3,1	191.600	1,5
09572 Erlangen-Höchstadt	114.500	128.900	12,6	134.300	4,2	135.700	1,0
09573 Lk. Fürth	98.600	113.800	15,4	117.800	3,5	118.600	0,7
09574 Nürnberger Land	157.400	167.200	6,2	164.600	-1,6	160.500	-2,5
09575 Neustadt-Bad Wind- sheim	89.200	98.600	10,5	102.000	3,4	103.500	1,5
09576 Roth	110.600	124.200	12,3	129.400	4,2	130.600	0,9
09577 Weißenburg- Gunzenhausen	90.400	94.800	4,9	92.900	-2,0	90.700	-2,4
09661 Aschaffenburg	64.100	66.700	4,1	64.700	-3,0	63.200	-2,3
09662 Schweinfurt	54.500	54.300	-0,4	52.500	-3,3	51.100	-2,7
09663 Würzburg	127.800	128.200	0,3	133.800	4,4	135.800	1,5

... →

Tabelle Bayern 8 (Fortsetzung)

Bevölkerungsprognose

Kreise Bayern	Bevölk. abs. 1990	Bevölk. abs. 2000	Veränd. in % 1990-2000	Bevölk. abs. 2010	Veränd. in % 2000-2010	Bevölk. abs. 2020	Veränd. in % 2010-2020
09671 Lk. Aschaffenburg	161.200	174.200	8,1	176.800	1,5	175.200	-0,9
09672 Bad Kissingen	104.600	108.900	4,1	103.900	-4,6	99.200	-4,5
09673 Rhön-Grabfeld	81.400	86.700	6,5	81.800	-5,7	76.300	-6,7
09674 Haßberge	83.300	88.400	6,1	88.200	-0,2	87.400	-0,9
09675 Kitzingen	82.600	89.000	7,7	91.400	2,7	92.400	1,1
09676 Miltenberg	120.300	130.600	8,6	130.600	0,0	128.700	-1,5
09677 Main-Spessart	126.800	131.600	3,8	127.300	-3,3	122.200	-4,0
09678 Lk. Schweinfurt	108.000	116.500	7,9	117.100	0,5	115.000	-1,8
09679 Lk. Würzburg	144.400	159.500	10,5	167.200	4,8	171.700	2,7
09761 Augsburg	256.900	254.400	-1,0	253.800	-0,2	254.800	0,4
09762 Kaufbeuren	40.400	41.700	3,2	40.900	-1,9	40.300	-1,5
09763 Kempten	61.900	61.400	-0,8	61.500	0,2	60.400	-1,8
09764 Memmingen	39.300	41.100	4,6	42.400	3,2	42.800	0,9
09771 Aichach-Friedberg	107.700	122.400	13,6	126.500	3,3	128.100	1,3
09772 Lk. Augsburg	205.600	236.800	15,2	250.900	6,0	258.600	3,1
09773 Dillingen	83.400	93.900	12,6	97.400	3,7	99.000	1,6
09774 Günzburg	111.300	121.500	9,2	123.400	1,6	123.700	0,2
09775 Neu-Ulm	146.900	158.200	7,7	153.700	-2,8	149.600	-2,7
09776 Lindau	73.100	77.000	5,3	79.300	3,0	80.300	1,3
09777 Ostallgäu	121.800	130.500	7,1	129.300	-0,9	128.500	-0,6
09778 Unterallgäu	121.200	133.100	9,8	136.200	2,3	137.200	0,7
09779 Donau-Ries	121.100	129.200	6,7	130.400	0,9	130.400	0,0
09780 Oberallgäu	136.800	146.700	7,2	145.800	-0,6	143.600	-1,5
Bayern	11.448.300	12.187.700	6,5	12.469.900	2,3	12.561.400	0,7

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)/Eigene Berechnungen

2.7.8 Fazit für Bayern

Die These eines generell in den nächsten Jahren zu erwartenden Ärztemangels lässt sich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern nicht belegen. Das Gegenteil ist der Fall. Auch in Zukunft ist die ärztliche Landschaft in Bayern in den meisten Fachgruppen durch Überversorgung gekennzeichnet. Zwar muss in den nächsten Jahren damit gerechnet werden, dass eine erhebliche Zahl von Ärzten, insbesondere Frauen- und Kinderärzten, ausscheidet, dieser Umstand führt dann aber nicht zu Unterversorgung in ganzen Planungskreisen. Lediglich punktuell müssen frei werdende Facharztsitze zu einem gewissen Anteil wiederbesetzt werden (s. Wiederbesetzungsszenarien). In Bayern handelt es sich daher eher um ein Verteilungsproblem – neben Kreisen, die in einigen Facharztgruppen unterversorgt sind, stehen extrem überversorgte Kreise – als um einen Mangel an Ärzten. In vielen Planungskreisen bleibt trotz des Altersabbaus auch bei Nicht-Wiederbesetzung eine Situation der Überversorgung bestehen. Hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung wären Überlegungen zu weiteren Möglichkeiten eines Abbaus von Überversorgung angebracht.

In der hausärztlichen Versorgung würde sich die Situation in der Versorgungslage bis 2010 den Richtlinien der Bedarfplanung anpassen. Durch das Ausscheiden der älteren Ärzte kann Überversorgung abgebaut werden.

2.8 Zusammenfassung

1. Aktuelle vertragsärztliche Situation in den neuen Bundesländern

In einem ersten Schritt wurde vom WIdO die aktuelle vertragsärztliche Situation der fünf östlichen Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt sowie des Vergleichslandes Bayern regional- und arztgruppenspezifisch beschrieben. Untersuchungsleitend waren die Perspektive und die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Ergebnis:

Abgesehen von einzelnen Planungskreisen und einzelnen Fachgruppen gibt es in den sechs untersuchten Ländern weder im hausärztlichen noch im fachärztlichen Bereich aktuell Unterversorgung.

Während im hausärztlichen Bereich zumeist eine ausreichende Versorgung bis hin zur Vollversorgung (Versorgungsgrad 100 %) besteht und sich je nach Land in unterschiedlichem Ausmaß auch überversorgte Planungsbereiche (Versorgungsgrad größer 110 %) finden, ist die fachärztliche Versorgungssituation in allen Ländern in weiten Bereichen durch Überversorgung gekennzeichnet. Weitaus die meisten Planungsbereiche sind deshalb aktuell für weitere Niederlassungen von Fachärzten gesperrt.

2. Welche Bedeutung haben Altersabgänge von Ärzten in den nächsten Jahren?

In einem zweiten Schritt wurde der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das sechzigste Lebensjahr im Frühjahr 2002 noch nicht erreicht hatten. Damit konnte der Effekt des zukünftigen (bis ins Jahr 2010) altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen abgeschätzt werden.

Ergebnis:

Die fachärztliche Versorgung ist in den östlichen Bundesländern auch in der Zukunft gesichert. Mit Altersabgängen werden in den nächsten Jahren zumeist bestehende Überversorgungen abgebaut; in vielen Planungskreisen setzt sich trotz dieses Abbaus eine fachärztliche Überversorgung sogar fort. Nur wenige Planungskreise könnten im Hinblick auf einzelne Facharztgruppen problematisch werden. (Beispiel für den hohem Versorgungsgrad: Mit der Niederlassung eines einzigen fachärztlichen Internisten im Land Sachsen-Anhalt in den nächsten Jahren bliebe flächendeckend ein Versorgungsgrad von 100 % bis ins Jahr 2010 gesichert.)

Im hausärztlichen Bereich sind bis zum Jahr 2010 aufgrund der Altersstruktur dieser Arztgruppe erhebliche Altersabgänge zu erwarten, wobei generell kein größerer Anteil an Abgängen in ländlichen Regionen gegenüber den Städten zu erwarten ist. Deshalb kann es im hausärztlichen Bereich in vielen Planungskreisen der östlichen Bundesländer auf dem Land oder in den Städten dann zu Unterversorgung (Versorgungsgrad kleiner als 75 %) kommen, wenn es nicht gelingt, frei werdende Sitze zu einem gewissen Anteil wiederzubesetzen. Dabei gilt: Nicht jeder frei werdende Arztsitz muss auch wiederbesetzt werden.

3. Wie viele Ärzte sind zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung notwendig?

In einem dritten Schritt wurden die jeweiligen Differenzen zur Mindest- bzw. Vollversorgung errechnet. Mindest- bzw. Vollversorgung orientiert sich begrifflich an den in den Bedarfsplanungsrichtlinien definierten Grenzen von 50 % (für Fachärzte) bzw. 75 % (für Hausärzte) zur Unterversorgung 100 % zur Vollversorgung und 110 % (beide Gruppen) zur Überversorgung gemessen an den Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen und Kreise.

Ergebnis:

Die Notwendigkeit von Wiederbesetzungen ist – je nach Bundesland und Planungskreis – höchst unterschiedlich: Während sich in Thüringen bis zum Jahr 2010 insgesamt 52 Hausärzte niederlassen müssten, um eine – entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien – ausreichende Versorgung zu sichern, wären in Sachsen-Anhalt 140 Wiederbesetzungen frei werdender Hausarztsitze erforderlich, um Unterversorgung zu vermeiden (Brandenburg 130, Sachsen 92, Mecklenburg-Vorpommern 70, Bayern 0). Um flächendeckend einen Versorgungsgrad von jeweils 100 % im hausärztlichen Bereich zu erreichen, bedürfte es allerdings einer erheblich größeren Zahl an Ärzten.

Zur Vermeidung einer Unterversorgung müssten bis zum Jahre 2010

- *in Sachsen 92 der 887 frei werdenden Hausarztsitze wieder besetzt werden (667 für eine flächendeckende Versorgung von 100 %).*
- *in Sachsen-Anhalt 140 der 455 frei werdenden Hausarztsitze wieder besetzt werden (508 für eine flächendeckende Versorgung von 100 %).*
- *in Thüringen 52 der 495 frei werdenden Hausarztsitze wieder besetzt werden (417 für eine flächendeckende Versorgung von 100 %).*
- *in Mecklenburg-Vorpommern 70 der 359 frei werdenden Hausarztsitze wieder besetzt werden (335 für eine flächendeckende Versorgung von 100 %).*
- *in Brandenburg 130 der 489 frei werdenden Hausarztsitze wieder besetzt werden (466 für eine flächendeckende Versorgung von 100 %).*

Bei hausärztlich tätigen Internisten, Frauenärzten und Kinderärzten droht Unterversorgung allenfalls punktuell und auch eine flächendeckende Vollversorgung wäre nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten mit einer vergleichsweise geringen Zahl von Wiederbesetzungen erreicht.

4. Szenarien der Zukunft

In einem vierten Schritt wurden Modellrechnungen unterschiedlicher Wiederbesetzungsszenarien durchgeführt. Berechnet wurde für alle Planungskreise der einbezogenen Länder und für ausgewählte Arztgruppen, welcher Versorgungsgrad sich ergeben würde, wenn frei werdende Sitze gar nicht („Worst-Case-Szenario“), zu einem Drittel (33 %), zur Hälfte (50 %) oder zu zwei Dritteln (66 %) wiederbesetzt werden könnten.

Ergebnis:

Es zeigte sich, dass Wiederbesetzungen im fachärztlichen Bereich oftmals sehr schnell wieder zu unerwünschter, weil unwirtschaftlicher Überversorgung führen.

Frei werdende Hausarztsitze müssen dagegen in vielen Planungskreisen der neuen Bundesländer zumindest zu einem Drittel wiederbesetzt werden, die Besetzung jedes zweiten frei werdenden Sitzes führt zumeist schon zu einer ausreichenden Versorgung (Versorgungsgrad größer als 75 %). Es finden sich allerdings in jedem der neuen Bundesländer auch – vergleichsweise wenige – Städte und Kreise mit einer darüber hinausgehenden Notwendigkeit der Wiederbesetzung von Hausarztsitzen.

Im Durchschnitt wäre in Sachsen und Thüringen mit einer Wiederbesetzungsquote von 33 % der frei werdenden Hausarztpraxen die Versorgung gesichert, in Mecklenburg-Vorpommern läge diese Quote im Durchschnitt bei 50 %, in Sachsen-Anhalt und Brandenburg bei 66 %.

Die Auswertungen für Bayern zeigen ein stark von Überversorgung geprägtes Bild, und zwar fast flächendeckend. Wiederbesetzungen von frei werdenden Arztsitzen wären bezüglich drohender Unterversorgung nur sehr vereinzelt notwendig; in Bayern gibt es nur in geringerem Maß die Alterstrukturprobleme, wie sie in den Ostländern zu finden sind.

5. Identifizierung problematischer Versorgungskreise

Schließlich wurden zur Identifizierung zukünftig problematischer Versorgungssituationen in den untersuchten Bundesländern einzelne Kreise näher betrachtet, die niedrige Versorgungsgrade nach Abzug der älteren Ärzte (60+) aufwiesen.

Ergebnis:

Eine detaillierte Sichtung einzelner, hausärztlich vergleichsweise gering versorgter Planungskreise zeigte erhebliche Allokationsprobleme auf. Planungskreise waren in sich oftmals unterschiedlich versorgt und Altersabgänge konnten solche Fehlallokationen von Vertragsarztsitzen noch verstärken. Die genauer analysierten, vertragsärztlich vergleichsweise gering versorgten Städte und Kreise waren oft auch in wirtschafts- und sozialstruktureller Hinsicht benachteiligt.

Fazit:

Die Versorgungslage im ambulanten Bereich wird von höchst unterschiedlichen Faktoren bestimmt. Zum einen wirken verschiedene Angebots- und Nachfragefaktoren innerhalb des Gesundheitswesens. Zum anderen wird die Bereitschaft, ein bestimmtes Angebot an einem bestimmten Ort bereit zu stellen, von der regionalen Infrastruktur, z. B. Bildungs-, Kultur-, Freizeit- und Verkehrsstruktur, oder von finanziellen oder anderen Fördermaßnahmen der regionalen und kommunalen Gebietskörperschaften beeinflusst.

Die aktuelle vertragsärztliche Versorgung ist in den neuen Bundesländern und Bayern insgesamt gut bis sehr gut; in vielen Planungsbereichen gibt es sogar Überversorgung. Auch im Hinblick auf die zukünftige Situation lässt sich die These von einem im Osten generell drohenden Arztmangel nicht begründen. Die Einbeziehung kleinräumiger Bevölkerungsprognosen würde den zu erwartenden Bedarf an Haus- und Fachärzten aufgrund des Bevölkerungsrückgangs zudem noch niedriger ansetzen.

Soll die ausreichende bis sehr gute Versorgung auch in Zukunft sichergestellt sein, wird es allerdings notwendig, einen Teil der frei werdenden Hausarztsitze in den neuen Bundesländern wieder zu besetzen. In Bayern ist keine Besetzung frei werdender Sitze erforderlich.

Eine solche Wiederbesetzung bedarf in der zur Zeit vergleichsweise entspannten Marktsituation für Ärzte, die eine Niederlassung planen, besonderer Anstrengungen aller beteiligten Institutionen des Gesundheitswesens und auch der Kommunen. Dabei könnten sich gerade in vergleichsweise „wenig attraktiven“ Gegenden Probleme bei einer Wiederbesetzung ergeben, da zu vermuten ist, dass bspw. Städte – wie bisher auch – von an einer Niederlassung interessierten Ärzten bevorzugter ausgewählt werden als abgelegene Regionen.

Sehr ernst zu nehmen ist dabei der Umstand, dass es trotz der generell und auch zukünftig in den meisten Städten und Landkreisen positiven Versorgung zu defizitären Versorgungslagen in bestimmten Gebieten infolge von Fehlallokationen kommen kann. Insbesondere in Regionen, die sich an der Grenze zur Unterversorgung bewegen und in denen mit Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung von Praxen zu rechnen ist, müsste die Problemlage auf einer Sub-Ebene der Planungskreise lokal bzw. regional wahrgenommen und mit einem auf die örtlichen Gegebenheiten abgestimmten Set an Maßnahmen bearbeitet werden. Die aktuell 60 Jahre alten und älteren Ärzte scheidet jedoch nicht von heute auf morgen aus; es bleibt Zeit, rechtzeitig entsprechende zielgerichtete Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.

Ein entscheidendes Problem der derzeitigen Versorgungsplanung ist insbesondere die Aufrechterhaltung von Überversorgung dadurch, dass frei werdende Arztsitze in Überversorgten Regionen nach wie vor immer wieder besetzt werden dürfen und, weil es sich zumeist um attraktive Regionen handelt, oft auch wieder besetzt werden.

Die Suche nach intelligenten Möglichkeiten zur Sicherung der zukünftigen vertragsärztlichen Versorgung hat innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung längst begonnen: Vorschläge aus den Ländern – zu nennen sind hier unter anderem Brandenburg und Thüringen – sowie der Maßnahmenkatalog des AOK-Bundesverbandes bieten eine Diskussionsgrundlage mit Handlungsoptionen an, die in regional- und arztgruppenspezifische Lösungen münden könnten, ohne bestimmte Wege vorab festzuschreiben. Der im Anhang beigefügte Maßnahmenkatalog des AOK-BV steht insofern beispielhaft für das Spektrum möglicher Maßnahmen. Kreativität bei der Entwicklung und Umsetzung von Lösungen ist in jedem Fall gefragt.

Wenn auch klar zu sein scheint, dass gezielte Unterstützungen und konkrete Anreize sinnvollerweise vor allem auf der Ebene der Länder und der einzelnen Planungskreise entwickelt und kreativ umgesetzt werden müssten, so kann doch auch die bestehende Bedarfsplanung insgesamt in den Blick genommen werden. Selbstverständlich sind auch ganz andere Formen als die Bedarfsplanung denkbar, um die ambulante ärztliche Versorgung in Zukunft sicherzustellen. Die völlige Niederlassungsfreiheit dürfte allerdings die Probleme eher verschärfen und zu noch mehr Überversorgung in bestimmten Regionen zu Lasten von kritischen Regionen führen. Die ebenfalls diskutierte Variante, den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, mit Leistungsanbietern (auch niedergelassenen Ärzten) selektive Verträge zu schließen, würde eine grundsätzlich andere Form der Sicherstellung der Versorgung darstellen, deren Vor- und Nachteile es gründlich abzuwägen gilt.

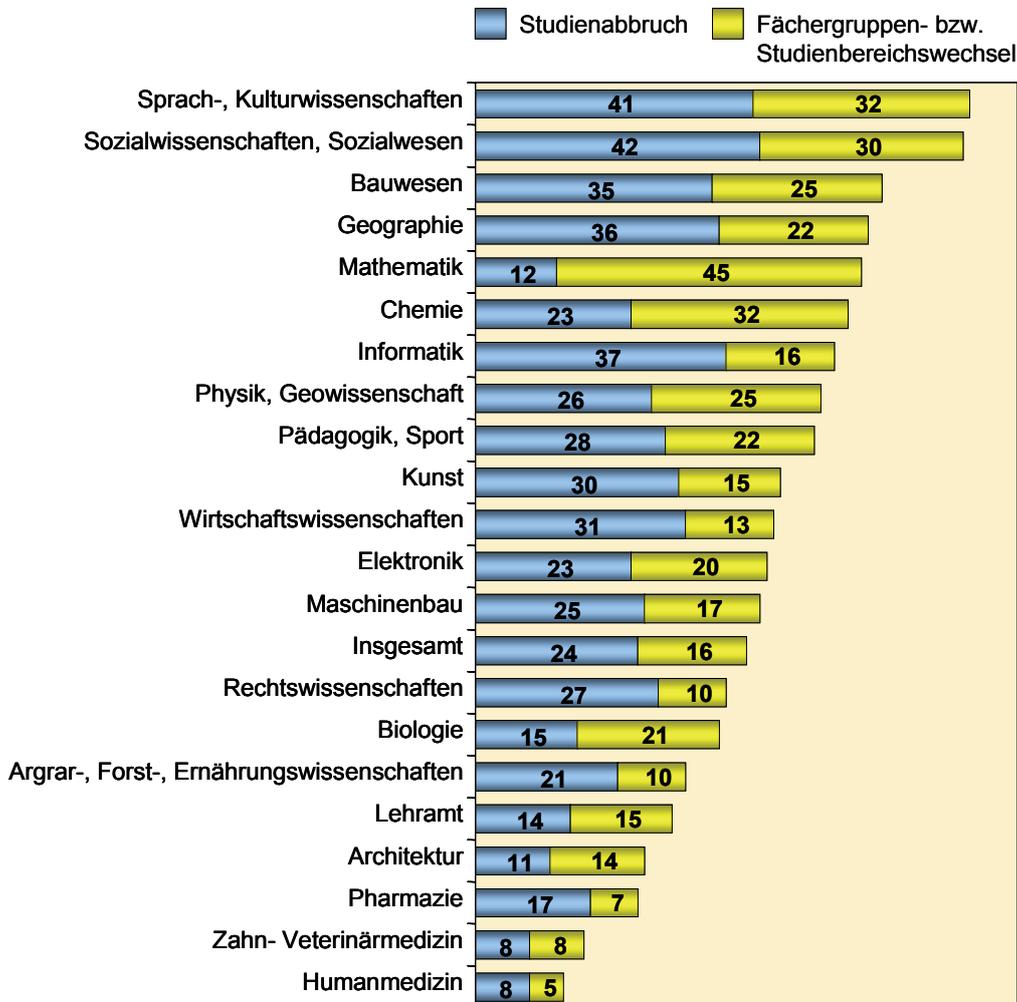
3 Anmerkungen zum Medizinernachwuchs

Wie sieht es mit dem medizinischen Nachwuchs in Deutschland aus? Die Zahl der Studienplätze für das Fach Humanmedizin ist in Deutschland seit etwa 10 Jahren mit ca. 10.500 relativ konstant. Zuvor hatte eine Novellierung der Approbationsordnung mit dem Ziel der Verbesserung der medizinischen Ausbildung im Wintersemester 1990/91 zu einem Absenken der Studienplatzzahl um etwa 20% geführt. Dieses deutliche Absenken der Studienplatzzahl ist der wesentliche Grund dafür, dass es im Verlauf der 90er Jahre sukzessive zu einem Rückgang der Zahl der Studierenden kam. Gleiches gilt für die zurückgegangenen Absolventenzahlen des Studienfaches Humanmedizin in Deutschland. Hier wirkt sich ebenfalls mit einem „Timelag“ von fünf bis sechs Jahren das zu Beginn der 90er Jahre abgesenkte Niveau der Studienanfängerzahlen (infolge der geringeren Studienplatzzahl) aus. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre kommt erstmals eine zahlenmäßig kleinere Generation von Studenten zum Abschluss ihres Studiums. Im weiteren Verlauf der Kohorten schlägt sich dies auch in der Entwicklung der Zahl der Ärzte im Praktikum und der Zahl der Approbationen nieder.

Von einer permanent steigenden Zahl von Studienabbrechern bzw. -wechslern kann jedenfalls keine Rede sein. Dies zeigt die jüngste Studie des Hochschulinformations-Systems (HIS 2002). Sie weist nach wie vor außerordentlich niedrige Studienabbrecher und -wechslerzahlen im Fach Medizin aus. Im Vergleich mit anderen Fächergruppen und Studienbereichen sind die Schwundquoten äußerst niedrig (s. *Abbildung 8*). Dies dürfte sich u. a. darin begründen, dass es sich um ein in weiten Teilen sehr verschultes Studium handelt; dies führt gerade bei sehr erfolgreichen Schulabsolventen (NC) zu hohem Studienerfolg. Die Art zu lernen, die in der Schule erfolgreich praktiziert wurde, lässt sich auf das Lernen im Medizinstudium gut übertragen.

Abbildung 8

Schwundquoten für deutsche Studierende an Universitäten nach Fächergruppen und ausgewählten Studienbereichen in %



WIdO 2003

Quelle: HIS-Studienabbruchstudie 2002

Beim Übergang vom Studium in den Beruf dürften auch die Mitte der 90er Jahre (und sogar schon in der 80er Jahren⁴⁸) als düster dargestellten Berufsaussichten für praktizierende Mediziner Auswirkungen gezeigt haben. Damals warnten Politiker und Ärztesfunktionäre davor, dass zu viele Mediziner ausgebildet würden. Zur Jahrtausendwende sei mit Massenarbeitslosigkeit unter Ärzten zu rechnen, hieß es. Prognosen gingen von 60 000 und mehr Medizinern ohne Job aus. Insbesondere die deutlich eingeschränkten Möglichkeiten einer Niederlassung als Vertragsarzt und die seinerzeit prognostizierte hohe Arbeitslosigkeit von Ärzten haben sicherlich einen Teil der Absol-

⁴⁸ Ein Ärzteangebot ohne Nachfrage im Umfang von 30.000 bis 40.000 Ärzten bis zum Jahre 1990 wurde bereits in den 80er Jahren prognostiziert (Brenner 1984, Kosanke 1987)

venten des Medizinstudiums dazu bewogen, ihre medizinischen Qualifikationen in Berufsfeldern zu nutzen, in denen sie nicht als behandelnde Ärzte tätig werden. Immerhin hatte die Bundesanstalt für Arbeit (Bundesanstalt für Arbeit 2000) noch bis zum Jahre 2000 ausdrücklich auf die Notwendigkeit alternativer Berufsfelder für Medizinabsolventen hingewiesen. Auf diese Weise ist medizinische Fachkompetenz auch in anderen Bereichen des Gesundheitssystems, aber auch des Beschäftigungssystems insgesamt nutzbar geworden.

Wie sich das Verhalten zukünftiger Absolventen des Medizinstudiums darstellen wird, kann nur gemutmaßt werden. Verhalten ist immer von den Rahmenbedingungen und Zukunftsaussichten beeinflusst. Insbesondere der heute prognostizierte regional z. T. umfangreiche Ersatzbedarf im vertragsärztlichen Bereich mit den sich (infolge der Altersstruktur periodisch) bietenden Möglichkeiten einer Niederlassung, aber auch verbesserte Anstellungs- und Karrieremöglichkeiten im stationären Bereich dürften nicht ohne Auswirkungen auf das Entscheidungsverhalten und die Berufsorientierung von Studienabsolventen bleiben. Allerdings ist es wichtig, dass derartige Fakten transparent gemacht werden und in Berufsberatungsaktivitäten einfließen. Obwohl gerade Medizinstudenten in ihrer Ausbildung ein sehr klares und festes Berufsbild vor Augen haben, welches nach wie vor im Bereich der praktizierenden Medizin liegen dürfte, hat sicherlich in den letzten Jahren auch ein Wandel des Berufsbildes im Beschäftigungssystem stattgefunden. Waren berufstätige Mediziner früher (fast) ausnahmslos als praktizierende Ärzte tätig, ergeben sich heute auch andere Berufsfelder (Bludau 2002). Diese müssen nicht völlig „artfremd“ sein. Die Mediziner können bspw. im Rahmen der besseren Organisation des Versorgungssystems tätig sein. Zumindest zeigen Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit – allerdings sehr grob –, dass Mediziner zum weit überwiegenden Teil im Sozial- und Gesundheitssystem tätig sind. Und hieran hat sich in den letzten Jahren auch nichts geändert.

Im Übrigen: Abstimmungsprobleme zwischen Bildungs- und Beschäftigungssystem sind in vielen anderen Sektoren die Regel. Absolute „Punktlandungen“ bei den Absolventenzahlen für das Beschäftigungssystem sind eher die Ausnahme. Dies haben jahrelange Erfahrungen aus der Bildungs- und Berufsforschung gezeigt. Niemand sollte beklagen, wenn Ausbildungsabsolventen bei Arbeitsmarktproblemen alternative Berufsfelder suchen und einnehmen, schon gar nicht, wenn sie explizit auf die Notwendigkeit hingewiesen werden. Sicherlich spielen auch Arbeitsbedingungen eine Rolle, wenn es für den Einzelnen darum geht, berufliche Weichenstellungen vorzunehmen. So wird immer wieder Kritik an den Arbeitsbedingungen insbesondere für junge Mediziner in Krankenhäusern geäußert. Möglicherweise muss auch bei der Gestaltung medizinischer Beschäftigungsfelder und Arbeitsbedingungen verstärkt der Tatsache Rechnung getragen werden, dass immer mehr Frauen das Medizinstudium absolvieren; hier dürfte es zunehmend

wichtiger werden, den Arbeitsalltag so gestaltbar zu machen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie realisierbar ist. Auch Wiedereinstiegshilfen nach einer Familienphase dürften angesichts des steigenden Frauenanteils an Bedeutung gewinnen. Möglicherweise gewinnen auch Versorgungsformen an Attraktivität, in der man/frau im ambulanten Bereich in einem Angestelltenverhältnis praktizieren kann und gerade nicht die hohen finanziellen Risiken der Freiberuflichkeit eingehen muss.

Fakt ist: Der Arbeitsmarkt bietet jungen Medizinerinnen zukünftig neue Chancen, als praktizierende Ärztinnen tätig zu werden. Das, was vor wenigen Jahren noch als Perspektivlosigkeit beklagt wurde, dürfte es in den nächsten Jahren nicht geben. Perspektiven sind vorhanden, aber auch hier gilt: Sie bieten sich arztgruppenspezifisch und regionalspezifisch.

Nebenbei: Das Verhältnis von Bewerbern um einen Medizinstudienplatz zu den vorhandenen Studienplätzen hat sich in 90er Jahren etwas normalisiert. Waren in der ersten Hälfte der 80er Jahre noch mehr als fünf Bewerber je Medizinstudienplatz zu verzeichnen, so waren es Ende der 90er Jahre noch etwa drei Bewerber, eine Entwicklung, die nicht unbedingt negativ zu sehen ist. Neueste Zahlen sprechen wieder von einem deutlichen Anstieg der Bewerberzahlen.

4 Literaturverzeichnis

- Ballast, T., Raffauf, P. (2002): Arztzahlenentwicklung – Kein Kollaps der Versorgung. Die Ersatzkasse 6/2002, 223-226.
- Birkelbach, K. (2001): Strukturkontrollen: Stichprobenausschöpfung und die Verteilung soziodemographischer Kennwerte in der Primärerhebung 1992 und der Replikation 1999 einer Befragung niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. In: Birkelbach, K., Kunz, G., Meulemann, H. (Hrsg.) (2001): Arztberuf und ärztliche Profession. Köln 2001, 13-36.
- Bludau, H.-B. (2002): Alternative Berufsfelder: Was tun, Hippokrates? Deutsches Ärzteblatt 3/2002: 100-102.
- Brenner, G. (1981): Alle reden von der Ärzteschwemme – Kommt sie wirklich und wenn ja, wann? Der deutsche Arzt 31 (1981) 19, 6-10.
- Brenner, G. (1984): Approbierte Ärzte als Schuhverkäufer. Bis 1990 fast 40.000 überflüssige Mediziner. Selecta (1984) 13, 1126-1132.
- Brenner, G. (1984a): Die Ärzteschwemme ist da. Deutlich verschlechterte Berufschancen prognostiziert. Deutsches Ärzteblatt 81 (1984) 15, 1156-1159.
- Brenner, G., Altenhofen, L., Bogumil, W. et al. (2000): Gesundheitszustand und ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland im Ost-West-Vergleich. Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.
- Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) (Hrsg.) (2002): Die Zukunft der hausärztlichen Versorgung. Internet-Dokument, www.hausarzt-bda.de, 1-19.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (2002): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Berichte, Band 14. Bonn.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (2003): INKAR-PRO 2020. Raumordnungsprognose, Bevölkerung. Bonn.

- Bundesanstalt für Arbeit (ZAV) (2000): Ärztinnen und Ärzte. Arbeitsmarkt-information 3/2000, Bonn.
- Bundesanstalt für Arbeit (ZAV) (2002): Ärztinnen und Ärzte. Arbeitsmarkt-information 3/2002, Bonn.
- Heine, C. (2002): HIS Ergebnisspiegel 2002. Hannover.
- Herder-Dorneich, Ph., Schuller, A. (Hrsg.) (1985): Die Ärzteschwemme, Baden-Baden.
- Herder-Dorneich, Ph. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen. Baden-Baden.
- Heublein, U., Schmelzer, R., Sommer, D., Spangenberg, H. (2002): Studienabbruchstudie 2002. Die Studienabbrecherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Fachhochschulen. HIS Kurzinformation A5/2002, Hannover.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2000): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln.
- Klose, J., Uhlemann, Th. (2003): Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung – droht in Deutschland eine Unterversorgung? G+G Wissenschaft, 3. Jahrg., 1/2003, 7-16.
- Kopetsch, T. (2001): Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus? Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung. KBV-Schriftenreihe, Köln.
- Kopetsch, T. (2002): Großer Bedarf an Hausärzten. Deutsches Ärzteblatt, 38/2002, 2097-2098.
- Kosanke, B. (1987): Arztangebot und Arbeitsmarkt. In: Männer, L., Sieben, G. (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Gerlingen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 11).
- Lubecki, P., Schawo, D. (1993): Neue Versorgungsstrukturen – Überversorgungsplanung kann greifen. DOK 8 (15. April 1993), S. 263-169.
- Preusker, U.K. (2002): Aufs platte Land zieht's wenig Nachwuchs. Gesundheit+Gesellschaft, 2/2002, 36-39.

- Schwartz, F.W. (1993): Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen.
In Nagel, E., Fuchs, Ch. (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im
Gesundheitswesen. Berlin et al.: Springer, 21-44.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
(Hrsg.) (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.
Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Schwartz, F.W. (2000): Der Versorgungsauftrag der gesetzlichen
Krankenkassen bei begrenzten Ressourcen. Die BKK, 88.
Jahrgang. Essen, 295-300.
- Schwartz, F.W., Döring, H. (1992): Evaluation von Gesundheitsleistungen.
In: Andersen, H.H., Henke, K.-D., Schulenburg, J.-M. Graf von
der (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1. Berlin:
Edition Sigma, 173-200.
- Sponsel, R. (2002): Entwicklung der ÄrztInnen-Dichte in Deutschland und
ihre finanzpolitische Bedeutung für die Kostenexplosion im
Gesundheitswesen. Internet-Dokument,
www.sgipt.org/gesko/arzdich.htm.
- Statistisches Bundesamt (verschiedene Jahrgänge): Fachserie 12/Reihe 5,
Gesundheitswesen – Berufe des Gesundheitswesens.
- Schulenburg, J. M. Graf von der (1985): Die „Ärztenschwemme“ und ihre
Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. Berlin.
- Thust, W. (2000): Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen 2000.
Suppl. zum Deutschen Ärzteblatt 25/2000, 12-15.
- Vereinigung der Sächsischen Wirtschaft e.V. (VSW) (Hrsg.) (2001):
Zuwanderung, Abwanderung und Bevölkerungsentwicklung in
Sachsen – Ausbluten oder intakter Kreislauf?
Wirtschaft Aktuell Nr. 8, April 2001.

5 Anhang

Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung bei drohender oder bestehender Unterversorgung – eine Gemeinschaftsaufgabe von KVen, Kommunen und Krankenkassen

Handlungsoptionen

Stand: April 2003

Die aktuelle vertragsärztliche Versorgung ist in den neuen Bundesländern und Bayern insgesamt gut bis sehr gut; in vielen Planungsbereichen gibt es sogar Überversorgung. Auch im Hinblick auf die zukünftige Situation lässt sich die These von einem im Osten drohenden Arztmangel nicht begründen. Soll die ausreichende bis sehr gute Versorgung auch in Zukunft sichergestellt sein, wird es allerdings notwendig, regional differenziert insbesondere einen Teil der frei werdenden Hausarztsitze wieder zu besetzen. Dabei ist zu beachten, dass es auch auf der Sub-Ebene der Planungsbereiche zu defizitären Versorgungslagen infolge von Fehlallokationen kommen kann. Diese müsste lokal bzw. regional wahrgenommen und mit einem auf die örtlichen Gegebenheiten abgestimmten Set an Maßnahmen bearbeitet werden.

Die Fachebene der AOK hat für die Handlungsfelder Bestandssicherung, Förderung der Neuansiedlung von Vertragsärzten und neue Organisationsformen einen Katalog an Lösungsoptionen zusammengestellt. Nach einer Analyse der ortspezifischen und berufsgruppenspezifischen Versorgungssituation und der regionalen Infrastruktur ist zu entscheiden, welche der aufgeführten "Bausteine" jeweils geeignet sind, eine bestehende oder zu erwartende Unterversorgung in der Region zu beseitigen.

I. Bestandssicherung

1. Variable Gestaltung der Altersgrenze von 68 Jahren

Für die bestehende Altersbegrenzung der Zulassung bis zum 68. Lebensjahr gibt es arztbezogene Ausnahmeregelungen, von denen bereits Gebrauch gemacht wird. Eine fokussierte Anwendung für Regionen, in denen eine Unterversorgung besteht oder in denen ein drohendes Versorgungsdefizit erkennbar ist, erscheint geboten. Darüber hinaus können Ärzte nach Erreichen der Altersgrenze ermächtigt werden.

2. Vermeidung von Praxisaufgaben

KVen können Ärzte, die aus persönlichen oder anderen Gründen ihre Praxis aufgeben wollen, Anreize zur Weiterführung der Praxis geben. Dies sind insbesondere: Unterstützung der Ärzte bei der ökonomischen und wirtschaftlichen Leistungserbringung von medizinisch-technischen Leistungen, Umsatzgarantien oder eine Zulage. Haltearbeit leisten auch arbeitserleichternde Maßnahmen wie eine bessere Organisation des Notdienstes durch Kooperation mit Krankenhäusern oder Befreiung vom vertragsärztlichen Notdienst, sofern dieser ansonsten sichergestellt ist.

3. Gezielte Beratung von Arztpraxen

Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages Praxen, die in finanzielle Schwierigkeiten geraten sind oder denen solche drohen, spezifische Maßnahmen anzubieten, die der ökonomischen Stabilisierung und gezielten Stützung der Praxis dienen. In Betracht kommen eine betriebswirtschaftliche und organisatorische Beratung zur Praxisführung, einschließlich der Kooperationsverbesserung mit anderen Praxen.

II. Förderung der Neuansiedlung von Vertragsärzten und Ermächtigungen

1. Ausnahmeregelungen für Ärzte, die das 55. Lebensjahr überschritten haben

Gem. § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V und § 31 Abs. 9 Ärzte-ZV können Ärzte, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, zur Sicherstellung der Versorgung ermächtigt werden. Der Gesetzgeber soll die Möglichkeit schaffen, auch Ärzte über 55 Jahren zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen oder bei einem Vertragsarzt anzustellen.

2. Einrichtung/Förderung von Ambulanzen an Krankenhäusern

Es sollte zur Beseitigung von Unterversorgung nicht nur die persönlichen Ermächtigung von Krankenhausärzten, sondern (unter Wahrung der notwendigen Qualitätssicherungskriterien) vermehrt die Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen ausgesprochen werden. Bei der Förderung solcher Krankenhausambulanzen sind auch Kommunen oder das Land in die Pflicht zu nehmen.

Damit wird zugleich ein Beitrag zur Überwindung der sektoralen Grenzen im Gesundheitswesen geleistet und die integrative Versorgung der Patienten wohnortnah gefördert werden.

3. Umsatzgarantien für Arztpraxen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben entsprechend dem Bedarfsplan alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern. In diesem Rahmen können sie Umsatzgarantien einräumen, um dringlich zu besetzende Vertragsarztsitze zu besetzen.

4. Gezielte Investitionsförderung

In unterversorgten Gebieten ist es die vordringliche Aufgabe der Kommunen und Länder Praxisneugründungen durch Wirtschaftsfördermaßnahmen zu unterstützen.

Die KVen können im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Darlehen zur Vorfinanzierung von Praxisneugründungen, Zuschüsse an Ärzte zur Bereitstellung von Stellen zur Weiterbildung von Allgemeinärzten (gemäß § 75 Abs. 8 SGB V) und Landarztzulagen gewähren. Weitere, nichtfinanzielle Maßnahmen der KV zur Förderung einer Niederlassung in einer unterversorgten Region können die organisatorische Unterstützung bei der Übernahme einer Praxis oder der Neugründung einer Praxis durch Investitionsberatung oder die Unterstützung beim Einkauf von Praxismaterialien sein.

5. Strukturverbessernde Maßnahmen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können bei einer Unterversorgung in einem ländlichen Planungsbereich im Rahmen einer Patenschaft durch Regelungen in Ihrem Honorarverteilungsmaßstab Ärzten, die bereit sind, sich in einer unterversorgten Region niederzulassen, Zuschüsse oder einen spezifischen Punktwert, insbesondere für spezifische Wegepauschalen, gewähren. Patenschaften für unterversorgte Bereiche sollen auch die Kommunen und Kreise, z. B. im Rahmen von Strukturförderprogrammen, übernehmen.

Die Krankenkassen können ihre Beratungs- und Sozialdienste gezielt für die Versorgung der Versicherten in einem unterbesetzten Planungsbereich einsetzen. Ggf. könnten auch zusätzliche Fahrdienste oder weitere unterstützende Leistungen organisiert werden.

III. Neue Organisationsformen und Ausschöpfung der vorhandener Möglichkeiten

1. Zulassung nur in unterversorgten Gebieten

Bereits heute können die Zulassungsausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, wenn der jeweilige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung in einer Arztgruppe festgestellt hat, Zulassungen außerhalb dieser unterversorgten Gebiete ablehnen.

2. Anstellung von Ärzten durch KVen zum Zwecke der Nachbesetzung freier Hausarztsitze

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages der ärztlichen Versorgung können die KVen notwendige Leistungen, die aber aufgrund der Unterversorgung nicht erbracht werden können, im Rahmen der Gesamtvergütung auch durch von KVen angestellte Ärzte erbringen lassen. Da das Betreiben einer Einrichtung der KV des Benehmens mit den Krankenkassen bedarf, ist es vorstellbar, dass KVen und ggf. auch Krankenkassen Ärzte gemeinsam anstellen können.

3 Zulassung von Ärzten für Zweigpraxen und ausgelagerte Praxisräume

Um eine fachspezifische, lokale Unterversorgung zu beheben, können die Kassenärztlichen Vereinigungen einem Arzt eine Zweigpraxis oder Sprechstunden bzw. Behandlungen in ausgelagerten Praxisräumen an einem anderen Ort genehmigen. Der Gesetzgeber soll die Möglichkeit schaffen, dass künftig der Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen diese Genehmigung erteilt. Es sollten auch Genehmigungen für gemeinschaftlich genutzte Zweigpraxen und ausgelagerte Praxisräume erteilt werden. Hier wird ebenfalls eine Änderung bestehender Vorschriften angeregt.

4. Stärkerer Einsatz von nichtärztlichen Gesundheitsberufen, gezielte Förderung von Sozialstationen

In unterversorgten Gebieten ist zu prüfen, inwieweit ein Teil der Versorgungsaufgaben stärker als bisher von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in Arztpraxen oder anderen Einrichtungen ganz oder teilweise übernommen werden kann. Mit der Politik sollte zugleich der Grundgedanke der Dispensaires, der ein Bestandteil verschiedener Gesundheitssysteme war oder ist, aufgegriffen werden. Dispensaires bieten eine enge Kooperation von Ärzten und Gesundheitsberufen unter einem Dach insbesondere für chronisch kranke Patientengruppen, z. B. für Rheumakranke, Diabetiker oder Asthmatiker. Sozialstationen können in diese Struktur sinnvoll eingebunden werden.

5 Ausbau und Errichtung von Einrichtungen gem. § 311 SGB V

Bisher hatten die Polikliniken, Ambulatorien und weitere Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V in den neuen Bundesländern nur Bestandsschutz. Zur Behebung einer regionalen Unterversorgung sind die Versorgungsmöglichkeiten dieser Einrichtungen auszubauen. Ein erster Schritt wurde von der Bundesregierung mit der Novellierung dieser Vorschrift getan. Nun können freiwerdende Arztstühle durch angestellte Ärzte in den Polikliniken neu besetzt werden und neue Fachgebiete in die Polikliniken integriert werden.

6 Einrichtung von Einschreibemodellen (in der hausärztlichen Versorgung)

Patienten, die sich in ein Hausarztmodell einschreiben, können aktiv mit dazu beitragen, dass die medizinische Versorgungssituation in ihrer Region verbessert wird. So kann mittels der Einführung von Einschreibemodellen für die hausärztliche Versorgung den Vertragsärzten in bestimmten Regionen durch eine „garantierte“ Patientenzahl ein Mindesteinkommen garantiert werden.

7 Umwidmung von kleinen Krankenhäusern im ländlichen Raum

Kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum können bei bestehender Unterversorgung im ambulanten Bereich in ein Gesamtsystem mit poliklinischer Struktur umgewidmet werden. Vorstellbar ist zum Beispiel die Aufrechterhaltung der Abteilung für Innere Medizin sowie die Einrichtung einer chirurgischen Ambulanz und einer Poliklinik mit angestellten Ärzten unter gemeinsamer Nutzung medizinisch-technischer Geräte mit niedergelassenen Ärzten.

