SACHSEN-ANHALT

Ministerium für
Gesundheit und Soziales

Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt (Stand 2008)

Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes

Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt (Stand 2008)

Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes

Impressum

Titel:	Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt
Herausgeber:	Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
	Turmschanzenstraße 25 39114 Magdeburg Telefon: 0391/567-4608 Fax: 0391/567-4622 Email: ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de Internet: www.ms.sachsen-anhalt.de
Autor:	Dr. rer.nat. Goetz Wahl Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt Fachbereich Hygiene
Unter Mitarbeit von:	Dipl. Gesundheitswirtin Julia Fleischer Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt Fachbereich Hygiene
Gesamtherstellung:	Halberstädter Druckhaus GmbH

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

mit der vorliegenden Dokumentation beschreiten wir einen neuen Weg. Erstmals können wir Ihnen einen Bericht zur ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt vorlegen. Ziel dieses Versorgungsberichtes ist es, ein möglichst detailreiches Bild der Situation im Land zu zeichnen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, der Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung und einer durch Bundesrecht geregelten Bedarfsplanung ist der Bericht ein Spiegel der Realität. Nach der Lektüre dieses Berichtes stellt sich die Frage: Ist die bestehende Bedarfsplanung noch zeit- und sachgemäß? Wir wissen, dass am Problem gearbeitet wird und bieten den Entscheidungsträgern diesen Bericht als eine Möglichkeit der methodischen Herangehensweise an.

Die Daten und Ergebnisse dieses Berichtes wurden zum einen aus einer Befragung von Expertinnen und Experten aus zehn mit der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt befassten Institutionen gewonnen. Zum anderen wurden die amtlich verfügbaren Arztzahlen und Arztdichten sowie weitere Versorgungsparameter für unser Land der Jahre 2000 – 2008 analysiert. Darauf aufbauend wurden Bundes- und Ländervergleiche sowie Zeittrends und regionale Unterschiede ermittelt.
Zur Bewertung des Versorgungsangebotes erfolgte unter Berücksichtigung der demografischen Gegebenheiten eine Modellrechung, um sowohl den alters- und morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarf als auch den Trend des bilanzierten Versorgungsbedarfes in Sachsen-Anhalt zu ermitteln.

Ich danke der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung am Fachbereich 2 unseres Landesamtes für Verbraucherschutz für diese strukturierte Analyse. Mein Dank gilt aber auch den konsultierten Expertinnen und Experten, wissenschaftlichen und methodischen Beraterinnen und Beratern für ihre kritischen und hilfreichen Anregungen, die wesentlich zur Qualität dieses Berichtes beigetragen haben. Ich wünsche mir, dass dieser Versorgungsbericht alle potenziellen Adressaten erreicht und zur Verbesserung der Situation im Land beiträgt.

Norbert Bischoff
Minister für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt

Danksagung

Für die kritische Durchsicht des Berichtentwurfs sei folgenden Personen
(in alphabetischer Reihenfolge) gedankt:

Herrn Dr. H. Friebel	Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Herrn Professor Dr. Thomas Hartmann	Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Herrn Dr. Burkhard John	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Herrn Dr. Thomas Kopetsch	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herrn Professor Dr. Bernt-Peter Robra	Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Inhalt

1. Zusammenfassung 7
1.1 Konzept des Berichts 7
1.2 Ergebnisse zur Versorgungssituation 7
1.3 Modellrechnungen zum relativen und bilanzierten Versorgungsbedarf 7
1.4 Schlussfolgerungen zur Sicherung/Verbesserung der ärztlichen Versorgung 8

2. Einleitung 9

3. Ärztliche Versorgung im Spiegel der Presse 10

4. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen 14

5. Methodik 17
5.1 Experteninterviews 17
5.1.1 Auswahl der Interviewpartner 17
5.1.2 Auswahl der Interviewmethode 19
5.1.3 Konzeption des Fragebogens und des Interviews 19
5.1.4 Durchführung, Auswertung und Autorisierung der Interviews 19
5.2 Datenanalyse 20
5.2.1 Vorbemerkung 20
5.2.2 Datenquellen 20
5.2.3 Definition wichtiger Fachbegriffe 21
5.2.4 Bedarfsplanung 26
5.3 Gender und sprachliche Formulierung des Berichts 28

6. Expertenbefragung 29
6.1 Vorgehensweise bei der Auswertung 29
6.2 Gesamtauswertung 30
6.3 Auswertung nach Interessengruppen 33
6.4 Ausgewählte Expertenmeinungen 33
6.5 Lösungsansätze der Experten 39

7. Datenanalyse 41
7.1 Überblick über Arztzahlen 41
7.2 Arztdichten 42
7.2.1 Globale Arztdichten 42
7.2.2 Differenzierung der Ärzteschaft in zwei Gruppen: Haus- und Fachärzte 46
7.2.3 Ausgewählte Arztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung 50
7.3 Anteil Ärztinnen in der Ärzteschaft 52
7.4 Versorgungsparameter der Bedarfsplanung 54
7.5 Medizinischer Nachwuchs 61

8. Diskussion 62
8.1 Ärztliche Versorgung als Teil der gesundheitlichen Gesamtversorgung 62
8.2 Wie kann man ärztliche Versorgung darstellen/messen? 62
8.3 Bewertung des ärztlichen Versorgungsangebotes in einer Region 63
8.3.1 Was ist „gute“ bzw. „schlechte“ ärztliche Versorgung? 63
8.3.2 Versorgungsbedarf und Versorgungsnachfrage 63
8.3.3 Einfluss der Alterstruktur und der Morbidität der Bevölkerung auf den Versorgungsbedarf 64
8.4 Vergleich von Expertenmeinungen und Datenanalyse zur ärztl. Versorgung 68
8.4.1. Übereinstimmungen bei der Einschätzung von Versorgungssituationen 68
8.4.2 Unterversorgung? Überversorgung? Widersprüche zwischen Experten- einschätzungen und Datenanalyse, Hypothesen zu deren Auflösung 69
8.4.3 Weitere Beobachtungen/Anmerkungen zur Versorgungssituation 72

8.5 Erklärungshypothesen für Versorgungsmissstände ... 73
8.5.1 Gründe für „Ärztemangel“ im ambulanten Bereich ... 73
8.5.2 Gründe für „Ärztemangel“ im stationären Bereich ... 75
8.5.3 Gründe für den drohenden Nachwuchsmangel ... 76
8.5.4 Gründe für die Abwanderung von ÄrztInnen ins Ausland ... 76

8.6 Gesamtbild der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt ... 76

8.7 Versorgungssichernde Strategien und neue Versorgungsmodelle ... 78
8.7.1 Überblick über bestehende Maßnahmen und Gesetze ... 78
8.7.2 Expertenmeinungen zu bestehenden Maßnahmen ... 78
8.7.3 Weitere Lösungsansätze der Experten ... 79
8.7.4 Fazit zu neuen Versorgungsstrategien und -modellen ... 79

9. Schlussfolgerungen ... 84

10. Literatur ... 85

11. Anhang ... 87
11.1. Fragebogen und Begleitmaterial zum Experteninterview ... 88
11.2 Interviewprotokolle (Formblätter) ... 101
11.3 Tabellen zur ärztlichen Versorgung ... 122

1. Zusammenfassung

1.1 Konzept des Berichts

Im vorliegenden Bericht wird versucht, ein Bild der aktuellen ärztlichen Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt zu zeichnen. Dazu wurde zunächst eine Befragung von Expertinnen und Experten aus zehn mit der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt befassten Institutionen durchgeführt. Die Interviews wurden auf Diktiergerät aufgenommen, in einem einheitlichen Formblatt verschriftlicht und den Experten zur Kontrolle zugeschickt. Anschließend wurden die amtlich verfügbaren Arztzahlen und Arztdichten sowie weitere Versorgungsparameter für das Land Sachsen-Anhalt in den Jahren 2000–2008 analysiert. Dabei wurden Bundes- und Ländervergleiche angestellt sowie Zeittrends und regionale Unterschiede ermittelt. Zur Bewertung des Versorgungsangebotes wurde eine Modellrechung zur Ermittlung des alters- und morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarfes und zum Trend des bilanzierten (Netto-) Versorgungsbedarfes in Sachsen-Anhalt durchgeführt. Zuletzt wurde aus den Experteneinschätzungen, der Datenanalyse und den Modellrechnungen ein Gesamtbild der ärztlichen Versorgungssituation gezeichnet und Schlussfolgerungen zu versorgungssichernden Maßnahmen abgeleitet.

1.2 Ergebnisse zur Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt

Die **ambulante ärztliche Versorgungssituation** ist in Sachsen-Anhalt sowohl nach mehrheitlicher Experteneinschätzung als auch nach Datenanalyse angespannt und zukünftig gefährdet. Der viel berufene „ambulante Ärztemangel" im Land ist anscheinend durch fünf Faktoren bedingt: **1)** eine nach wie vor geringere ambulante Arztdichte in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt, **2)** eine reduzierte „Verfügbarkeit" von Vertragsärzt/innen (Begrenzung der Sprechzeiten) für gesetzlich krankenversicherte Patienten in Sachsen-Anhalt, **3)** eine (auch bundesweit zu beobachtende) progressive Überalterung der ambulanten Ärzteschaft, welche zu einer steigenden Quote altersbedingt ausscheidender Ärzt/innen führt, **4)** eine starke regionale Ungleichverteilung der Ärztinnen und Ärzte in Sachsen-Anhalt, **5)** eine bundesweit zunehmende Verlagerung von ehemals stationären Leistungen in den ambulanten Bereich. Die **hausärztliche Versorgung** ist in Sachsen-Anhalt prekär: hier führt die besonders deutliche Überalterung dazu, dass die Hausarztdichte in den letzten Jahren trotz Bevölkerungsschwund gesunken ist und im Vergleich der 16 Bundesländer derzeit nur noch den viertletzten Rang einnimmt. In der **ambulant-fachärztlichen Versorgung** sind die Arztdichten in den meisten bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen in den letzten Jahren zwar gestiegen (unter anderem aufgrund des Bevölkerungsschwundes) und haben sich dem Bundesdurchschnitt angenähert. Die gesamte, auch nicht bedarfsplanungspflichtige Arztgruppen umfassende Vertragsarztdichte ist jedoch nach wie vor deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt. Der aktuell steigende Trend der ambulanten Facharztdichten droht durch die anhaltende Alterung der ambulanten Fachärzteschaft gestoppt oder sogar umgekehrt zu werden. Das oben beschriebene negative Bild der ambulanten ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt steht in scharfem Widerspruch zu den eher positiven Kennzahlen der Bedarfsplanung (Versorgungsgrade). Diese geben die tatsächliche ambulante Versorgungslage in einem Land wie Sachsen-Anhalt anscheinend nicht korrekt wieder.

Die **ärztliche Versorgungssituation an Krankenhäusern** in Sachsen-Anhalt wird trotz einer im Bundesdurchschnitt unauffälligen bis guten Arztdichte von vielen Experten als angespannt eingeschätzt. Dies kann durch drei Faktoren erklärt werden: **1)** durch eine generell hohe Arbeitsbelastung und geringe „Verfügbarkeit" von Ärzt/innen an deutschen Krankenhäusern, **2)** durch eine höhere Anzahl zu betreuender Krankenhausfälle und Betten je Arzt in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt und **3)** durch einen im Bundesvergleich geringen Anteil von Weiterbildungsassistent/innen in Sachsen-Anhalt.

Sollte sich im Bundesvergleich die anscheinend geringe bevölkerungsbezogene Quote von Studienabsolvent/innen im Fach Medizin bestätigen und die geringe Dichte von Weiterbildungsassistent/innen fortbestehen, so wird es in Sachsen-Anhalt zu einem **Mangel an medizinischem Nachwuchs** kommen.

1.3 Modellrechnungen zum relativen und bilanzierten Versorgungsbedarf in Sachsen-Anhalt

Die oben geschilderten aktuellen oder drohenden Defizite im ärztlichen Versorgungsangebot werden durch einen relativen Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt verschärft: im Beobachtungszeitraum (2000–2008) wurde für Sachsen-Anhalt ein altersbedingter Versorgungsmehrbedarf von 2,8 % und ein morbiditätsbedingter (altersunabhängiger)

Versorgungsmehrbedarf von 9,4 % im Vergleich zum Bundesdurchschnitt errechnet (insgesamt: 12,2 %). Zwar ergibt sich durch den Bevölkerungsschwund und nach Bilanzierung mit den Trends der alters- und morbiditätsbedingten Mehrbedarfe ein insgesamt fallender bilanzierter (Netto-) Versorgungsbedarf in Sachsen-Anhalt, dieser Trend ist jedoch – bei Zugrundelegung der Status-quo-Hypothese – so geringfügig fallend, dass es selbst bei konstanten Arztzahlen (was angesichts der progressiven Überalterung unwahrscheinlich ist) noch viele Jahre dauern würde, bis in Sachsen-Anhalt das aktuelle (2008) bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau erreicht würde.

1.4 Schlussfolgerungen zur Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt

Die bundesweiten Initiativen zur Modernisierung der Bedarfsplanung sollten mit Nachdruck unterstützt werden. Die erwarteten positiven Auswirkungen des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) 2009 und des Gesundheitsfonds auf die ambulante ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt müssen überwacht werden. Die Strategien, um in Sachsen-Anhalt mehr Medizinabsolvent/innen in die Patientenversorgung zu bekommen sollten weiterverfolgt werden. Die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in Sachsen-Anhalt muss weiterhin gesteigert werden, vor allem in ländlichen Gebieten, für junge Ärztinnen und Ärzte mit Familie und im ambulanten Bereich. In Sachsen-Anhalt sollte ein regelmäßiger Dialog über zukünftige Versorgungsstrukturen mit einem breiten Spektrum von Expert/innen institutionalisiert werden.

2. Einleitung

Eine der wenigen, allen Philosophien gemeinsame Grundannahme ist, dass Gesundheit die Voraussetzung für ein glückliches menschliches Leben und damit eines der wertvollsten menschlichen Güter sei (vgl. Schopenhauer, 1851). Allerdings sind die Auffassungen darüber, was unter Gesundheit zu verstehen ist, sehr unterschiedlich. Während bis zur ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts unter Gesundheit vor allem die Abwesenheit von Krankheit verstanden wurde (pathogenetische Sicht), versteht man heute darunter auch oder vor allem das Vorhandensein von körperlichen, seelischen, umweltbedingten und sozialen Gesundheitspotenzialen (salutogenetisches Gesundheitsverständnis). Einigkeit besteht jedoch auch heute darin, dass eine – quantitativ und qualitativ – gute medizinische Versorgung die Grundvoraussetzung für eine stabile Bevölkerungsgesundheit und damit ein Maß für den Wohlstand und die Fortschrittlichkeit einer menschlichen Gesellschaft ist. Einschränkend gilt auch hier, dass eine gute medizinische Versorgung nicht notwendigerweise ein hohes Maß an gesellschaftlicher Gesundheit (objektiv gemessen oder subjektiv empfunden) bewirken muss – sie ist eben allenfalls eine Voraussetzung dafür.

Als ein Hauptkriterium für gute medizinische Versorgung gilt – neben vielen anderen institutionellen und personellen Ressourcen des Gesundheitssystems – vor allem eine ausreichende (bevölkerungsbezogene) Dichte und gute Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten[1] in einem bestimmten Siedlungsraum (WHO, 2006). Komplementär zu dieser „Angebotsperspektive" kann ärztliche Versorgung auch unter dem Gesichtspunkt gesehen werden, welche und wie viel ärztliche Leistung tatsächlich erbracht wird, d.h. beim Bürger ankommt („Leistungsperspektive" ärztlicher Versorgung). Eine solche Betrachtung von Versorgung über abgerechnete Leistungen kann und soll jedoch ausdrücklich nicht Inhalt dieses Berichtes sein.

Deutschland gilt gemeinhin als wohlhabendes, fortschrittliches und medizinisch gut versorgtes Land. Die bevölkerungsbezogene Arztdichte beispielsweise gehört seit vielen Jahren weltweit zu den höchsten und belegt im europäischen Vergleich einen mittleren bis vorderen Rang (z.B. Afentakis und Böhm, 2009). Darüber, ob die medizinische Versorgung/das Gesundheitssystem in Deutschland dasselbe Maß an objektiver und subjektiver Gesundheit produziert wie in Ländern mit vergleichbarer oder sogar niedrigerer personeller und materieller medizinischer Ausstattung, gehen die Meinungen und die Studienergebnisse allerdings auseinander (Albrecht et al., 2008).
Zwar ist die aktuelle Arztdichte bezogen auf das gesamte Bundesgebiet und die gesamte Ärzteschaft hoch, doch es ist in Deutschland eine sich verschärfende regionale und fachgebietsbezogene Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten sowie eine Alterung der Ärzteschaft feststellbar, sodass sich die Stimmen mehren, die vor einem bevorstehenden Ärztemangel in Deutschland warnen (z.B. Kopetsch, 2007). Regional und fachbezogen geringe Arztdichten und eine Überalterung vor allem der ambulanten Ärzteschaft sind in den neuen Bundesländern seit Jahren stärker ausgeprägt als in den alten Bundesländern (Kopetsch, 2002). In Sachsen-Anhalt machten schon frühere Gesundheitsberichte auf die Gefahren einer Überalterung und einer regionalen und fachgebietsbezogenen Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärzteschaft aufmerksam (Mey, 1997, 2000). Seither werden diese Entwicklungen in Sachsen-Anhalt mit Aufmerksamkeit verfolgt und in Presse und Fachliteratur zum Teil heftig diskutiert.

Der vorliegende Bericht ist der Versuch, ein Bild vom aktuellen Trend und Zustand des ärztlichen Versorgungsangebotes in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2000 bis 2008 zu zeichnen. Die Analyse erfolgte dabei in vier Schritten: zunächst wurden Experten ausgewählter Institutionen zu ihrer Einschätzung der ärztlichen Versorgungslage in Sachsen-Anhalt sowie nach ihren Erklärungshypothesen und Lösungsvorschlägen für gegebenenfalls aufgezeigte Defizite befragt (erster Ergebnisteil). Dann, im zweiten Schritt, wurden aktuell verfügbare Zahlen zum ärztlichen Versorgungsangebot in Sachsen-Anhalt analysiert: es wurden der Zeittrend und der aktuelle Stand untersucht, diese mit dem Bundesdurchschnitt verglichen und – wo möglich – auf regionale Ungleichverteilungen/-entwicklungen geachtet (zweiter Ergebnisteil). Als Drittes wurden im Diskussionsteil Modellrechnungen durchgeführt, um den relativen (im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) Versorgungsbedarf und den Trend des bilanzierten (Netto-) Versorgungsbedarfes in Sachsen-Anhalt zu ermitteln. Zuletzt, als vierter Schritt, wurde versucht, die „subjektiven" Expertenmeinungen, die „objektive" Datenlage und die Modellrechnungen zu einem Gesamtbild zusammenzufügen und Handlungsempfehlungen auszusprechen (Schlussfolgerungen, Zusammenfassung).
Der Bericht soll als Hilfe für die Entscheidungsprozesse bei der Planung der medizinischen Versorgung und bei der Einführung/Anpassung neuer Versorgungsmodelle in Sachsen-Anhalt dienen.

[1] Analysen zur zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes in eigenen Kurzberichten veröffentlicht werden.

3. Ärztliche Versorgung im Spiegel der Presse

Freitag, 29. Februar 2008

Volkesstimme

Sozialausschuss beriet Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung

Dem Südkreis drohen die Ärzte auszugehen

Im Süden des Landkreises droht in den nächsten Jahren eine Unterversorgung der Einwohner was Haus- und auch Fachärzte betrifft. Dies geht aus einer Statistik der

Volkstimme 03.04.2008

Ärzte erwarten Praxis-Sterben

Köln (dpa). Die große Mehrheit der Ärzte in Deutschland rechnet mit deutlichen Medizíner-Engpässen in den Kliniken, einem Praxis-Sterben und dem weiteren Abwandern junger Mediziner. Das ergab eine in Köln vorgestellte Studie, die sich auf die Befragung von 300 Medizinern stützt. Demnach erwarten 97 Prozent der Ärzte, dass bis 2010 mangels Nachfolger zahlreiche Praxen schließen werden. Knapp 89 Prozent

www.tagesschau.de 09.10.20

Ärzteverbände schlagen Alarm:

Zu wenige Ärzte in Deutschland!

Volksstimme 11.04.2008

Kassenarzt-Vertreter sieht kaum Chancen auf Besserung der Lage / Ärztekammer schlug gestern Alarm

Ärztemangel erreicht jetzt auch Universitätsklinikum

In Magdeburg herrscht akuter Mangel an Augenärzten, aber auch Orthopäden und Hausärzten. Mehrfach berichtete die Volksstimme über die teils dramatische Situation und monatelange Wartezeiten für Patienten. Gestern schlug [illegible] Kammer Alarm. Der Arz-

Magdeburger Lokalanzeiger Dienstag, 5. Februar 2008 Teil II

Notstand: Augenärzte nehmen keine neuen Patienten mehr an

Volksstimme 28.08.2008

Psychiatriebericht für Sachsen-Anhalt listet Defizite vor allem in der ambulanten Versorgung auf

Ärztemangel: Für 170 000 Kinder nur ein Psychiater

...er Versorgung psychisch ... Kranker gibt es in Sachsen-Anhalt zahlreiche Defizite. Der Psychiatrie-Ausschuss des Landes legte dazu gestern einen Bericht vor. Gesundheitsministerin Gerlinde Kupp... (CDU) versprach ...

Pr...

Mitteldeutsche Zeitung 03.05.2008

Hausarztsystem hat Mängel

Entlastung der Fachmediziner greift ungenügend - Streit um Kosten sparende Struktu...

www.welt.de 09.10.2007

Deutschland droht ein Mediziner-Notstand

Donnerstag, 17. August 2006 **OHREKREIS VOLKSSTIMME**

Flechtinger Gemeinschaftspraxis führt Außenstellen in Böddensell und Süplingen nicht weiter

Ein Fünftel mehr Patienten nach Schließung der Nachbarpraxen

Tagung in Halle / Chef der Arbeitsgemeinschaft klagt:

Notärzte-Mangel auf dem Land

Volksstimme 11.04.2008

In Sachsen-Anhalt droht [illegible] Ansicht von Experten vor allem auf dem Lande ein Mangel an Notärzten. „Der allgemeine Ärztenangel macht auch vor der Notfallmedizin nicht Halt", sagte Matthias Schneider, Chef der Arbeitsgemeinschaft [illegible] tätiger Notärzte, in einem Gespräch mit der dpa anlässlich einer Tagung in Halle.

Volksstimme 26.11.2008

Gesundheitssystem

In Krankenhäusern fehlen Ärzte

Mitteldeutsche Zeitung 06.05.2008

„Reserven gibt es nicht mehr"

Geschäftsleitung der Kreiskliniken fühlt sich von der Politik alleingelassen

Volksstimme 21.04.2008

Sachsen-Anhalts Krankenhäuser in Existenzgefahr

Gesundheit und Gesellschaft
Ausgabe 7-8/2008

Wanted: Der Hausarzt

Politik und Kassen sehen Hausärztinnen und Hausärzte als Dreh- und Angelpunkt der Gesundheitsversorgung. Doch der Nachwuchs in der Allgemeinmedizin scheint knapp zu werden. Auf der Suche nach den Ursachen befragten

Volkesstimme 09.02.2008

Ärztemangel: Orthopäden haben pro Patient weniger als fünf Minuten Zei

02.11.2008: www.idw-online.de
Ärztemangel trotz Überversorgung

Sachsen-Anhalt hat bundesweit den schlechtesten Versorgungsgrad

Nirgendwo in Deutschland fehlen so viele Hausärzte

Volkesstimme 20.10.2007

4. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit sind alle im Text integrierten Darstellungen als „**Abbildungen**“ bezeichnet (auch wenn es sich um Tabellen handelt). „**Tabellen**“ befinden sich somit per definitionem nur im Anhang.

Methodik (5.):

Abb.	Inhalt	Seite
M1	Beschreibung der Institutionen, die zum Experteninterview eingeladen wurden	18
M2	Experten, die am Interview teilnahmen	19
M3	Definition von Arztgruppen, Verwendung in Abbildungen und Tabellen	22
M4	Auszug aus der Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt 2005	25
M5	Allgemeine Verhältniszahlen der ärztlichen Bedarfsplanung	27
M6	Zuordnung der Planungsbereiche Sachsen-Anhalts zu Raumordnungstypen	27

Experteninterviews (6.):

E1	Zusammenfassung: Experteninterviews	30
E2	Thesen aus den Experteninterviews	32
E3	Synopse der von den Experten genannten Lösungsansätze	40

Datenanalyse (7.):

Ärztinnen und Ärzte insgesamt		
Ü1	Überblick über Arztzahlen	41
A1	Globale Arztdichte (bei den Ärztekammern registrierte und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte) im Zeitvergleich	42
A2	Verteilung der Tätigkeitsbereiche (ambulant, stationär, sonstige) der bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte	43
A3	Zeittrend und Bundesvergleich der Arztdichten im ambulanten und stationären Bereich	43
A4	Arztdichte im stationären Bereich: Differenzierung nach Krankenhäusern und Vorsorge-/ Reha-Einrichtungen	44
A5	Ausländeranteil in der Ärzteschaft nach Tätigkeitsbereich	44
A6	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte: Verteilung des Teilnahmestatus (Vertragsärzte, Ermächtigte Ärzte, Angestellte Ärzte, Partnerärzte)	45
A7	Bevölkerungsbezogene Dichte von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in Deutschland und in Sachsen-Anhalt im internationalen Vergleich	46
Differenzierung in zwei Arztgruppen: Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte		
A8	Bevölkerungsbezogene Dichte von Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/ Fachärzten	47
A9	Bevölkerungsbezogene Dichte von Allgemein-, Haus- und Fachärztinnen und -ärzten im Ländervergleich	47
A10	Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte mit der Bezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“	48
A11	Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten ambulant tätigen FachärztInnen	49
A12	Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten stationär tätigen FachärztInnen	49
A13	Regionale Dichte von Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten in ambulanten Einrichtungen	50
Ausgewählte Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung		
A14	Bevölkerungsbezogene Dichte von bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung, Sachsen-Anhalt/Deutschland	51
A15	Bevölkerungsbezogene Dichte von bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung, Sachsen-Anhalt im Ländervergleich	52

Frauenanteile		
A16	Frauenanteile bei Allgemeinärzten, Hausärzten und Fachärzten	53
A17	Frauenanteile bei ausgewählten Arztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung	53
Ärztliche Versorgung im Sinne der Bedarfsplanung		
A18	Regionale Versorgungsgrade von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen, Sachsen-Anhalt, 2007	55
A19	Regionale Versorgungsgrade von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen in Sachsen-Anhalt, 8-Jahresmittelwerte, 2000 – 2007	56
A20	Versorgungsgrad mit Hausärztinnen/Hausärzten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2007	57
A21	Blatt zum Versorgungsstand in Sachsen-Anhalt nach Arztgruppen, 2009	58
A22	Mittlere Versorgungsgrade nach Arztgruppen für das Land Sachsen-Anhalt	60
A23	Offene Planungsstellen nach Arztgruppen, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich	60
Medizinischer Nachwuchs		
A24	Studienanfänger/innen und Studienabsolvent/innen im Fach Humanmedizin	61

Diskussion (8.):

D1	Altersbedingter Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt	65
D2	Morbiditätsdbedingter Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt	66
D3	Bilanzierter (Netto-) Versorgungsbedarf in Sachsen-Anhalt	67
D4	Krankenhausdichte, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich	71
D5	Krankenhausfälle und vollzeitig belegte Betten je Arzt, Sachsen-Anhalt/Deutschland	72
D6	Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich	73
D7	Ambulante Behandlungsfälle je ÄrztIn, Sachsen-Anhalt im 4-Länder-Vergleich, 2002 – 2007	75
D8	Ausgewählte Gesetze und Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung	82

Anhang (11.3):

Tab.	Inhalt	Seite
Ärztinnen und Ärzte insgesamt		
TA1	Bei den Ärztekammern registrierte berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich	122
TA2	Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und Vorsorge-/Reha-Einrichtungen	123
TA3	Ausländeranteil in der Ärzteschaft nach Tätigkeitsbereich	124
TA4	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte nach Geschlecht und Teilnahmestatus	125
TA5	Bevölkerungsbezogene Dichte von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im internationalen Vergleich	126
Differenzierung in zwei Arztgruppen: Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte		
TA6	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte nach Geschlecht	127
TA7	Bei den Ärztekammern registrierte Fachärztinnen und Fachärzte nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich	128
TA8	Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte mit der Bezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“	129
TA9	Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzte	130
TA10	Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte	131
TA11	Regionale Dichte von Ärztinnen/Ärzten (insgesamt), Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten in ambulanten Einrichtungen	132
Ausgewählte Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung		
TA12	Bevölkerungsbezogene Dichte und Frauenanteil bei bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung	133
Ärztliche Versorgung im Sinne der Bedarfsplanung		
TA13	Regionale Versorgungsgrade von bedarfsplanungspflichtigen Arztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung	133

Medizinischer Nachwuchs		
TA14	Studienanfänger/innen und Studienabsolvent/innen im Fach Allgemeinmedizin	138
Bettenbezogene Arztdichte in stationären Einrichtungen		
TA15	Krankenhausfälle und vollzeitig belegte Betten in stationären Einrichtungen je Arzt, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich	139
Modellrechnungen zum Versorgungsbedarf		
TD1	Berechnungstabelle altersbedingter Versorgungsmehrbedarf Sachsen-Anhalt 2005	140
TD2	Berechnungstabelle altersbedingter Versorgungsmehrbedarf Nordrhein-Westfalen 2005	141
TD3	Altersbedingter Versorgungsmehrbedarf Sachsen-Anhalt 2000 – 2008	142
TD4	Berechnungstabelle morbiditätsbedingter Versorgungsmehrbedarf Sachsen-Anhalt 2007	143
TD5	Morbiditätsbedingter Versorgungsmehrbedarf Sachsen-Anhalt 2002 – 2007	144

5. Methodik

5.1 Experteninterviews

5.1.1 Auswahl der Interviewpartner

Bei dem Versuch, in einem Land die ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgungslage bzw. deren Wahrnehmung zu ermitteln, müssen theoretisch fünf Gruppen von Beteiligten berücksichtigt werden: 1) die Zielgruppe (Bürgerinnen und Bürger), 2) die Planer (Politik, Bedarfsplanungsausschuss), 3) die Leistungserbringer (hier: Ärztinnen/Ärzte), 4) die Kostenträger (Krankenkassen) und 5) die Statistiker/Datenhalter. Manchmal vereinigt ein und dieselbe Institution mehrere Funktionen (z. B. Kassenärztliche Vereinigung: an der Planung beteiligt, Vertretung der Ärzte, Organisation der ärztlichen Vergütung, Statistik der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte). Da nur eine begrenzte Zahl von Interviews durchgeführt und ausgewertet werden konnte, musste eine strenge Auswahl unter den vielen, theoretisch zu berücksichtigenden Ansprechpartnern getroffen werden. Folgende Institutionen wurden für eine Expertenbefragung ausgewählt und angeschrieben:

Abb. M1: Beschreibung der Institutionen, die zum Experteninterview eingeladen wurden							
	Einrichtung/Institution (Gesprächspartner)	Beschreibung	Funktion				
			Bürgervertreter	Planer	Ärztevertreter	Kostenträger	Statistiker/Datenhalter
1	AOK Sachsen-Anhalt	Mit rund 800.000 Versicherten ist die AOK Marktführer unter den Gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen-Anhalt.		x		x	
2	Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA)	Die Ärztekammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und ist die berufliche Vertretung der Ärzte in Sachsen-Anhalt.			x		x
3	Hartmannbund Sachsen-Anhalt	Der Hartmannbund (Verband der Ärzte Deutschlands e.V.) ist der einzige große Berufsverband, der die Belange aller Ärzte unabhängig von Fachgebiet und Tätigkeitsbereich (niedergelassen, stationär, im Öffentlichen Gesundheitsdienst etc.) vertritt.			x		
4	Hausärzteverband Sachsen-Anhalt	Der Hausärzteverband ist der Berufsverband der Hausärzte. Mit über 32.000 Mitgliedern ist der Deutsche Hausärzteverband e.V. der größte Berufsverband niedergelassener Ärzte in Deutschland und in Europa.			x		
5	IKK gesund plus	Mit 320.000 Versicherten zählt die IKK gesund plus zu den größten Gesetzlichen Krankenversicherungen in Sachsen-Anhalt.		x		x	
6	Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN)	Die KGSAN ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Krankenhausträger Sachsen-Anhalts.		x		x	x
7	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)	Die KVSA ist die Institution, welche zwischen Ärzten und Kassen angesiedelt ist und nimmt folgende Aufgaben wahr: Interessenvertretung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen, Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung entsprechend den mit dem Gesetzgeber vereinbarten Regelungen, Gewährleistung der vertraglich geregelten Erbringung der ärztlichen Leistungen und die Abrechnung aller in einer KV zusammengeschlossenen Vertragsärzte		x	x		x
8	Landkreis Börde	Der Landkreis wurde exemplarisch ausgewählt, weil die Situation der ärztlichen Versorgung innerhalb des Landkreises von der Dezernentin bereits öffentlich thematisiert und diskutiert worden ist.	x	x		x	
9	Unabhängige Patientenberatung Magdeburg (UPD)	Die UPD bietet deutschlandweit Hilfe und Beratung für Patienten und hat in Magdeburg eine Außenstelle.	x				
10	vdek	Ist die Dachorganisation für den Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und den Arbeiter-Ersatzkassen Verband e.V. (AEV). Mitgliedskassen in Sachsen-Anhalt sind in der VdAK: Barmer Ersatzkasse (BEK), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Techniker Krankenkasse (TK), Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), Handelskrankenkasse (HKK) und in der AEV: Gmünder Ersatzkasse (GEK)		x		x	
11	Virchow-Bund Sachsen-Anhalt	Der Virchow-Bund ist der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.			x		

Folgende Institutionen und Gesprächspartner erklärten sich zu dem Experteninterview bereit:

Abb. M2: Expertinnen/Experten, die am Interview teilnahmen			
	Einrichtung/Institution	Gesprächspartner	Funktion
1	AOK Sachsen-Anhalt	Uwe Deh	Vorstandsvorsitzender
2	Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA)	Dr. med. Jörg Böhme	Vorstandsmitglied
3	Hartmannbund Sachsen-Anhalt	Dr. med. Horst-Joachim Erbe, Dipl.-Med. Bruno Jung	Vorsitzender Pressesprecher
4	Hausärzteverband Sachsen-Anhalt	Dipl.-Med. Andreas Petri	Vorsitzender
5	IKK gesund plus	Uwe Schröder	Vorstandsvorsitzender
6	Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN)	Dr. Gösta Heelemann	Geschäftsführer
7	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)	Dr. med. Burkhard John	Vorstandsvorsitzender
8	Landkreis Börde	Iris Herzig	Dezernentin im Bereich Gesundheit
9	Unabhängige Patientenberatung Magdeburg (UPD)	Katharina Meiske, Eileen Dittmar	Ansprechpartnerin Gesundheitsfragen, Mitarbeiterin
10	vdek	Dr. Klaus Holst	Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

5.1.2 Auswahl der Interviewmethode

Um die Einschätzungen und Meinungen der Experten zu dem komplexen und emotional aufgeladenen Thema „ärztliche Versorgung“ in einem Gespräch in angemessener Zeit erfassen und später vergleichend mit den anderen Expertengesprächen auswerten zu können, wurde als Form für diese Gespräche ein teilstandardisiertes (strukturiertes) Experteninterview (vorher festgelegte Frageninhalte, relativ freie Frage- und Antwortformulierung, Möglichkeit für Zusatzfragen und -antworten) mit überwiegend offenen und einigen geschlossenen (Ja/Nein-) Fragen gewählt.

5.1.3 Konzeption des Fragebogens und des Interviews

Der Fragebogen und das Interview zur ärztlichen Versorgung wurden so konzipiert, dass die Experten einerseits zu vorgegebenen Sachverhalten (Statements oder mitgeliefertes Datenmaterial in Form von Grafiken) Stellung beziehen sollten, andererseits, losgelöst davon, eigene Einschätzungen/Meinungen frei artikulieren konnten. Um den Experten einerseits die Möglichkeit zu geben, sich auf komplexe Frageninhalte vorzubereiten, andererseits ein gewisses Maß an Spontaneität zu wahren, wurde der Fragebogen in Kern- und Fokusfragen unterteilt. Die Kernfragen wurden den Interviewpartnern vorab zur Verfügung gestellt, die Fokusfragen wurden erst während des Interviews gestellt. Die Interviewpartner wurden über diese Vorgehensweise im Vorfeld informiert. Der Fragebogen gliederte sich folgendermaßen (kompletter Fragebogen im Anhang 11.1):

Teil A: Einleitende Fragen zur Gesamtsituation
Teil B: Hausärztliche Versorgung
Teil C: Fachärztliche Versorgung (ohne Hausärzte)
C.1.1 Fachärztliche Versorgung insgesamt
C.1.2 Ambulante fachärztliche Versorgung
C.1.3 Stationäre fachärztliche Versorgung
Teil D: Lösungsansätze/Schlussfolgerungen

Das mitgelieferte Datenmaterial (Grafiken) wurde bewusst polarisierend zusammengestellt: zu ein und demselben Fragenkomplex (Beispiel: hausärztliche Versorgung) wurde meist je eine eher „positiv“ und eine eher „negativ“ wirkende Grafik mitgeliefert (Anhang 11.1). Damit sollte erreicht werden, dass die Interviewpartner klar Stellung beziehen mussten und die jeweils „unpassende“ Grafik kritisieren konnten.

5.1.4 Durchführung, Auswertung und Autorisierung der Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum 04/2008 bis 06/2008 durchgeführt. Alle Interviews wurden mit Einverständnis der Befragten per Diktiergerät aufgenommen und dauerten von etwa 40 Minuten bis zu fast 2 Stunden. Die aufgenommenen Interviews wurden dann – zur besseren Übersichtlichkeit und Ver-

gleichbarkeit und um eine teilquantitative Auswertung zu ermöglichen – in ein Formblatt transkribiert (Anhang 11.2). Das im Formblatt zusammengefasste Interview wurde den Gesprächspartnern zur Korrektur und Autorisierung für die Veröffentlichung zugesandt. Die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt stimmte einer Veröffentlichung der Interviewzusammenfassung nicht zu.

5.2 Datenanalyse

5.2.1 Vorbemerkung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist nur dann wirklich aussagekräftig, wenn sie die in ihrer Zielpopulation erhobenen Gesundheits- und Versorgungsdaten in einen Bezugsrahmen stellt. Für die GBE der Länder ist dieser Bezugsrahmen üblicherweise der sogenannte „Bundesdurchschnitt", d.h. die Verhältnisse in der Zusammenfassung aller Bundesländer. Daneben werden auch häufig „Ländervergleiche" erstellt, d.h. eine Darstellung der Landesergebnisse im Kanon der Einzelergebnisse aller anderen Bundesländer. Die vergleichende Darstellung von bevölkerungsbezogenen Arztdichten und anderen Versorgungsindikatoren ist aufgrund der sich ändernden Facharztbezeichnungen, der unterschiedlichen Zuordnung von Facharztbezeichnungen zu Arztgruppen je nach Statistik und den teils unterschiedlich verwendeten Maßzahlen und/oder Bezugsgrößen überaus schwierig. Obwohl für viele der Fragestellungen in diesem Bericht die Daten für Sachsen-Anhalt theoretisch auch von Institutionen innerhalb des Landes hätten erfragt werden können bzw. sogar zum Teil schon als Indikatortabellen für die Gesundheitsberichterstattung des Landes vorlagen, wurde dennoch, wo immer möglich, versucht, die Landesdaten aus derselben Datenquelle/Datenbank zu entnehmen wie die Daten für Gesamtdeutschland bzw. für die anderen Bundesländer. Für einen Bund-/Ländervergleich schien dieser Weg sicherer, weil zentrale Datenhalter wie das Statistische Bundesamt, die Bundesärztekammer oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung Bund-/Länderstatistiken durch jeweils eigene Auswahlverfahren bzw. Berechnungen aus detaillierten Grundstatistiken zusammenstellen, welche sie nach einheitlichem Muster von allen Bundesländern abfordern. Durch diese Vorgehensweise (Bezug der Landesdaten Sachsen-Anhalt, der Bundesdaten und der Daten anderer Bundesländer aus ein und derselben Quelle) sollte sichergestellt werden, dass festgestellte Abweichungen nicht auf eventuell unterschiedliche Erfassungsmethoden zurückzuführen sind, sondern auf tatsächliche Unterschiede in der Arzt- bzw. Versorgungsdichte.

Darstellung bevölkerungsbezogener Arztdichten
Zur Darstellung von bevölkerungsbezogenen Arztdichten sind zwei Maßeinheiten üblich: „Einwohner je Arzt" und „Ärzte je 100.000 Einwohner". Zwar wird in der Bedarfsplanung mit der ersten Einheit gerechnet, im vorliegenden Bericht wird jedoch aus folgenden Gründen durchgehend die zweite Einheit verwendet: a) diese Einheit ist auch bei den anderen bevölkerungsbezogenen Quoten in der Gesundheitsberichterstattung üblich, b) in Grafiken ist die Verwendung dieser Einheit für das Thema „Versorgung" anschaulicher, weil damit eine positive Entwicklung (Verbesserung des Arzt/Einwohner- bzw. des Einwohner/Arzt-Verhältnisses) durch einen steigenden Kurvenverlauf dargestellt werden kann.

5.2.2 Datenquellen

5.2.2.1 Statistiken aus dem Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beim Statistischen Bundesamt (www.gbe-bund.de)

Diese Datenbank stellt der Öffentlichkeit kostenfrei interaktiv nutzbare, gestaltbare Tabellen mit Daten zum Gesundheitswesen zur Verfügung. Die Daten bei www.gbe-bund.de sind teils Originaldaten des Statistischen Bundesamtes, teils stammen sie aus Statistiken anderer nationaler oder internationaler Institutionen. Für den vorliegenden Bericht wurden folgende Statistiken bei www.gbe-bund.de genutzt:

Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes
Forschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung des Bundes und der Länder im Jahresdurchschnitt.

Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
Die KBV ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder. Die KVen sind die Institutionen, welche zwischen Ärzten und Kassen angesiedelt sind und folgende Aufgaben wahrnehmen: Interessenvertretung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen, Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung entsprechend den mit dem Gesetzgeber vereinbarten Regelungen, Gewährleistung der vertraglich geregelten Erbringung der ärztlichen Leistungen und die Abrechnung aller in einer KV zusammengeschlossenen Vertragsärzte. Alle Ärztinnen und Ärzte, die mindestens halbtags an der ambulanten Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten teilnehmen, müssen Mitglied der KV ihres Landes sein. Die Statistiken der KVen über die teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte sind also Vollerhebungen. Die Arztzahlen der KVen der Länder werden im Bundesarztregister der KBV zusammengefasst. In der hier verwendeten Datenquelle (www.gbe-bund.de) sind sie nach Ländern, Arztgruppen, Teilnahmestatus, und Geschlecht gegliedert. In dieser Statistik sind Personen („Köpfe") dargestellt, egal ob diese voll- oder teilzeitbeschäftigt bzw. als Vetrags-, Partner-, Angestellter oder Ermächtigter Arzt tätig sind.

Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK)
Die BÄK ist eine Arbeitsgemeinschaft der 17 Ärztekammern der Länder. Die Ärztekammern sind die

beruflichen Vertretungen der Ärzte. Alle in einem Land wohnhaften oder dauerhaft berufstätigen Ärzte müssen sich bei der Ärztekammer des Landes registrieren. Jeder Arzt wird nach seiner ärztlichen Weiterbildung so genannten Gebieten zugeordnet und mit seiner Facharztbezeichnung (gegebenenfalls mit einer Schwerpunktbezeichnung) registriert. Die Gebiets-/Facharztbezeichnungen werden durch die Bundesärztekammer in periodischen Abständen in sogenannten Musterweiterbildungsordnungen (MWBO) aktualisiert. Die Ärztestatistiken der Ärztekammern sind also eigentlich „Weiterbildungsstatistiken". Ein Arzt, der mehrere Facharztbezeichnungen erworben hat, ist auch mit mehreren Facharztbezeichnungen bei seiner Landesärztekammer registriert. Für viele Statistiken (so z. B. Ärztestatistik der BÄK bei www.gbe-bund.de) melden die Ärztekammern der Länder jedoch pro Ärztin oder Arzt nur eine einzige „relevante" Facharztbezeichnung (in der Regel das Gebiet, in dem die Ärztin/der Arzt aktuell tätig ist), sodass in diesen Statistiken de facto auch „Köpfe" gezählt/dargestellt werden (pro Arzt eine Facharztregistrierung). Ärztinnen und Ärzte, die mehrere Gebiets-/Facharztbezeichnungen besitzen, praktizieren nicht immer in der für die Statistik gemeldeten „relevanten" Bezeichnung. Andere Ärztinnen und Ärzte, die zwar nur eine Gebiets- bzw. Facharztbezeichnung besitzen, sind in der Praxis bisweilen in einer anderen Spezialisierung tätig: Ärzte mit der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin" oder „Innere Medizin" nehmen z. B. oft als Hausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil (und sind also eher allgemeinmedizinisch tätig). Andererseits können Allgemeinärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag von den Zulassungsausschüssen der Länder die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten. Die Ärztestatistik der Ärztekammern gibt – bei den eben genannten Ausnahmen – darüber Auskunft, wie viele Ärztinnen und Ärzte zum 31.12. des Jahres in welchem Gebiet tätig waren.

Statistik der Krankenhausärzte des Statistischen Bundesamtes
Im Rahmen der Krankenhausstatistik (Allgemeiner Teil I) melden die Krankenhäuser jährlich den Statistischen Landesämtern unter anderem die Anzahl der hauptamtlich beschäftigten Krankenhausärztinnen und -ärzte. Die Statistischen Landesämter sammeln diese Zahlen für das ganze Bundesland und leiten sie an das Statistische Bundesamt weiter.

Hochschulstatistik des Statistischen Bundesamtes
Hier: Anzahl der Studierenden im ersten Semester, Anzahl der angemeldeten Staatsexamensprüfungen und Anzahl der bestandenen Staatsexamensprüfungen im Fach Humanmedizin.

5.2.2.2 Weitere Statistiken und Datenquellen

KBV: „Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, 2008"
Dies ist ein im PDF-Format vorliegender jährlicher Bericht auf der Homepage der KBV, welcher detaillierte Daten zur vertragsärztlichen Versorgung, vorwiegend in Form von statischen Tabellen, darstellt.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA):

Blätter zum Versorgungsstand in Sachsen-Anhalt
Monatlich aktualisierter Überblick über freie bzw. gesperrte Vertragsarztstellen in den 23 Planungsbereichen von Sachsen-Anhalt
(http://www.kvsa.de/index.php?cid=116027006322&id=112027000140&)

Planungsdaten für die ärztliche Versorgung
Die KVSA liefert dem Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (LAV), Fachbereich 2, Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung jährlich Daten für den Indikator 6.2 (L) des Indikatorensatzes der Arbeitsgruppe der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) für die Gesundheitsberichterstattung der Länder: „*Versorgungsgrad mit an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich*".

Weitere AOLG-Indikatoren zur ärztlichen Versorgung, die jedoch aus oben genannten Gründen nicht für diesen Bericht genutzt wurden, sind auf der Internetseite der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt einzusehen (www.gbe.sachsen-anhalt.de).

5.2.3 Definition wichtiger Fachbegriffe

5.2.3.1 Definition von Arztgruppen

Eine Übersicht über die in diesem Bericht verwendeten Definitionen für Arztgruppen gibt die Abbildung **M3**. Im Folgenden werden einige zusätzliche Erläuterungen gegeben:

Berufstätige Ärzte (Abb. M3, Definition 1)
Alle bei den Ärztekammern registrierten Ärzte außer: Ärzte im Ruhestand, Ärzte, die berufsfremde Arbeit ausüben, sich im Erziehungsurlaub befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind sowie Ärzte in der passiven Altersteilzeit.

Praktizierende Ärzte
Dies ist eine in internationalen Statistiken übliche Arztgruppe, die in deutschen Statistiken selten ausgewiesen wird. International werden darunter berufstätige Ärzte verstanden, die in unmittelbarem Kontakt mit Patienten arbeiten. Die Zahl der praktizierenden Ärzte lässt sich indirekt aus der Ärztestatistik der BÄK bei www.gbe-bund.de ermitteln, indem von der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte die Anzahl der Ärzte abge-

Abb. M3: Definition von Arztgruppen, Verwendung in Abbildungen und Tabellen

Ärztliche Bezeichnung und Tätigkeit			Definition Nr. 1*	2**	3*	4**	5***	6*
nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Allgemeinärzte			**berufstätige Ärzte** (mit ärztlicher Tätigkeit) nach BÄK-Ärztestatistik		berufstätige **Allgemeinärzte** nach BÄK-Ärztestatistik			**Hausärzte III** (Rubrik "Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)" nach BÄK-Ärztestatistik bei www.gbe-bund.de)
an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte	Allgemeinmedizin nach alter MWBO / WBO-LSA	anderweitig tätig		**an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte** nach KBV-Ärzteregister				
		hausärztlich tätig				**Hausärzte I** nach KBV-Arztregister	**Hausärzte II** nach Bedarfsplanung	
	Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) MWBO 2003 / WBO-LSA 2005	fast immer hausärztlich tätig						
	Praktische Ärzte	fast alle hausärztlich tätig						
	Internisten	Entscheidung für hausärztl. Teilnahme			**Fachärzte I** nach BÄK-Ärztestatistik			
		Entscheidung für fachärztl. Teilnahme					**Fachärzte III** nach Bedarfsplanung	
	Kinderärzte	ausschließlich hausärztlich oder haus- und fachärztlich tätig						
	weitere Fachärzte	teilnehmend						
	Ärzte ohne Facharztbezeichnung							
nicht teilnehmende Fachärzte und nicht teilnehmende Ärzte ohne Facharztbezeichnung					**Fachärzte I** n. BÄK-Ärztest.			

	1*	2**	3*	4**	5***	6*
Abbildungen	A1, A2, A3, A4, A5, A7, A8, A9	A1, A6,A8, A9	A8, A9, A11, A12, A16	A8, A9,A10, A16, A17	A13, A14, A15, A18, A19, A20, A21, A22, A23	
Tabellen	A1, A2, A3, A5, A15	A4	A7, A9, A10	A6, A8, A12	A11, A13	

* bei www.gbe-bund.de differenzierbar nach Geschlecht, Alter, Nationalität (Deutsche / Ausländer) und Tätigkeitsbereich (ambulant / stationär (Krankenhaus (hauptamtlich / nebenamtlich) / Reha-Vorsorge) / sonstige)

** bei www.gbe-bund.de differenzierbar nach Geschlecht und Teilnahmestatus (Vertrags- / Angestellte- / Partner- / Ermächtigte Ärzte)

*** in ambulanten Einrichtungen (AOLG-Indikatoren 6.2, 8.7 und 8.8. geliefert von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt)

zogen wird, die a) in Behörden, Körperschaften u.a oder b) in sonstigen Bereichen tätig sind.

Teilnehmende Ärzte (**Abb. M3, Definition 2**)
Nicht alle bei den Ärztekammern registrierten Fachärzte erwerben die Berechtigung, Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant zu versorgen. Fachärzte, die gesetzlich Versicherte ambulant versorgen, müssen sich in dem Fachgebiet, in dem sie praktizieren wollen, bei der Kassenärztlichen Vereinigung ihres Landes eintragen lassen und sind dann „an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende" bzw. kurz „teilnehmende Ärzte". Teilnehmende Ärzte können Vertragsärzte, Partner-Ärzte, angestellte Ärzte oder ermächtigte Ärzte sein.

Nach § 95 Abs. 1 SGB V nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Nach § 95 Abs. 2 SGB V kann sich um die Zulassung als Vertragsarzt jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag. Nach § 96 Abs. 1 SGB V errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Zulassungsausschuss für Ärzte zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen.

Allgemeinärzte (**Abb. M3, Definition 3**)
„Ärzte mit allgemeinmedizinischer Weiterbildung" können aus der Ärztestatistik der BÄK bei www.gbe-bund.de ermittelt werden, indem man die Anzahl der Ärzte der Kategorie „Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)" und Ärzte der Kategorie „Praktischer Arzt" addiert. Der weitaus größte Teil dieser Ärzte nimmt als Hausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil (siehe unten). Die genaue Anzahl der teilnehmenden Allgemeinärzte kann aus der KBV-Statistik bei www.gbe-bund.de entnommen werden.

Hausärzte (**Abb. M3, Definition 4-6**)
Hausärzte nehmen per definitionem an der Vertragsärztlichen Versorgung teil. An der hausärztlichen Versorgung können nach SGB V §73 teilnehmen:

1. Allgemeinärzte,
2. Kinderärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
4. Ärzte, die nach SGB V § 95a Abs. 4 und 5 in das Arztregister eingetragen sind (Praktische Ärzte nach EWG-Recht und Ärzte mit einem anerkannten allgemeinmedizinischen Abschluss aus einem anderen EU-Mitgliedstaat),
5. Ärzte, die am 31.12.2000 schon an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Die meisten Hausärzte sind Allgemeinärzte und die meisten Allgemeinärzte sind Hausärzte.

Zur Darstellung von bevölkerungsbezogenen Hausarztdichten wurden im vorliegenden Bericht meist die Hausarztzahlen der KBV-Statistik bei www.gbe-bund.de verwendet (**Abb. M3**, **Hausarztdefinition I**), weil sie alle aktuell als Hausarzt praktizierenden Ärzte enthalten (also inklusive hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte). Im Gegensatz dazu enthält die **Hausarztdefinition II** (Hausärzte im Sinne der Bedarfsplanung) nicht die hausärztlich tätigen Kinderärzte, weil diese als eigene Arztgruppe geführt werden (SGB V § 101 Abs. 5 Satz 1). Die Hausarztdefinition II wurde dann verwendet, wenn für Regionalvergleiche keine anderen Daten vorlagen (**Abb. A13**), wenn hausärztlich tätige und fachärztlich tätige Internisten unterschieden werden sollten (**Abb. A14 und A15**) und wenn Bedarfsplanungsdaten dargestellt wurden (**Abb. A18–A23**). Die **Hausarztdefinition III** bezieht sich auf alle Ärzte, die in der Rubrik „Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)" der BÄK-Statistik bei www.gbe-bund.de enthalten sind. Diese Rubrik enthält Allgemeinmediziner nach alter MWBO und allgemeinmedizinische Hausärzte nach MWBO 2003, nicht aber die hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzte und nicht die (hausärztlich und anderweitig tätigen) Praktischen Ärzte. Außerdem können in dieser Rubrik unter Umständen einige Allgemeinmediziner enthalten sein, die nicht hausärztlich tätig sind, weil sie an der Vertragsärztlichen Versorgung nicht oder als Fachärzte teilnehmen (SGB V § 73 Abs. 1a Satz 5). Die relativ unpräzise Hausarztdefinition III wurde im vorliegenden Bericht nicht verwendet.

Fachärzte (**Definition 3–5**)
Der Begriff „Fachärzte" ist nicht einheitlich definiert. Es ist jeweils eine „Restgruppe", die – je nach Betrachtungsweise – den Allgemeinärzten oder Hausärzten gegenübergestellt wird und sich mit der jeweiligen Gruppe dann normalerweise zur Gesamtheit aller (teilnehmenden) Ärzte mit Gebiets-/Facharztbezeichnung ergänzt. Je nach Betrachtungsweise und verwendeter Statistik umfassen die Fachärzte also alle Ärzte außer den Allgemeinärzten (Facharztdefinition I) oder alle Ärzte außer den Hausärzten nach KBV-Statistik (Facharztdefinitionen II) oder alle Ärzte außer den Hausärzten im Sinne der Bedarfsplanung (Facharztdefinition III).

Ärzte ohne Facharztbezeichnung
Ärzte ohne Facharztbezeichnung sind überwiegend Ärzte in Weiterbildung und werden in den meisten Statistiken weder den Fachärzten noch den Hausärzten noch den Allgemeinärzten zugeordnet.

Vertragsärzte
Vertragsärzte sind Inhaber einer Arztpraxis (Niederlassung) oder Mitinhaber einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, die an der ambulanten Versorgung von Patienten der gesetz-

lichen Krankenversicherung teilnehmen. Jeder mindestens halbtags an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt ist Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung und erhält von dieser die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Gesamtvergütung als Honorar. Will sich ein Arzt als Vertragsarzt niederlassen, so darf er dies nur in offenen Planungsbereichen (siehe Bedarfsplanung) bzw. in gesperrten Bereichen nur durch eine Sonderbedarfszulassung.

Partnerärzte
Partnerärzte sind Ärzte eines bestimmten Fachgebietes, die in einem für dieses Fachgebiet gesperrten Planungsbereich (siehe Bedarfsplanung) gemeinschaftlich mit einem schon zugelassenen Vertragsarzt des selben Fachgebietes eine Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis) gründen. Voraussetzung für die Genehmigung einer solchen Berufsausübungsgemeinschaft ist deren Verpflichtung, im betreffenden Fachgebiet nicht wesentlich mehr Leistungen zu erbringen, als es der bereits zugelassene Vertragsarzt bisher allein getan hat. Zur Ermittlung des Versorgungsgrades (siehe Bedarfsplanung) im betreffenden Fachgebiet wird der Partnerarzt nicht mitgerechnet.

Angestellte Ärzte
Vertragsärzte oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) dürfen teil- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte auf Dauer anstellen. Ist der Planungsbereich, in dem sich die Praxis/das MVZ befindet, wegen Überversorgung für ein bestimmtes Fachgebiet gesperrt, so ist die Voraussetzung einer Anstellung von Ärzten in diesem Fachgebiet, dass sich der Leistungsumfang der Praxis/des MVZ im betreffenden Fachgebiet nicht um mehr als drei Prozent vergrößert. Zur Ermittlung des Versorgungsgrades im betreffenden Fachgebiet wird der angestellte Arzt nicht mitgerechnet.

Ermächtigte Ärzte
Gesetzlich krankenversicherte Patienten werden ambulant in der Regel durch niedergelassene Vertragsärzte gegebenenfalls in Berufsausübungsgemeinschaft oder mit angestellten Ärzten versorgt. Auch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Dabei ist die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In dem Ermächtigungsbeschluss ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Arzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

Ärzte in ambulanten Einrichtungen
Unter ambulanten Einrichtungen versteht man nicht nur freie Arztpraxen, sondern auch die gemäß § 311 Abs 2 SGB V im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen) und die Medizinischen Versorgungszentren gem. §95 Abs 1 Satz 2 SGB V, d.h. fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die in den Ärztekammern als „ambulant tätig" registrierten berufstätigen Ärzte umfassen sowohl die Ärzte in freier Praxis (niedergelassene Ärzte) in ihrer Funktion als Praxisinhaber als auch die Ärzte mit nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit (z. B. Belegärzte) sowie bei Praxisinhabern angestellte Ärzte und Partnerärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder auch ausschließlich privatärztlich tätig sind. Dabei werden Belegärzte und angestellte Ärzte in der Statistik der Ärztekammer als „ganze Köpfe" gezählt, Belegärzte werden nur als „ambulant tätig" gezählt. Der weit überwiegende Teil der bei den KVen registrierten Ärzte ist in ambulanten Einrichtungen tätig (Ausnahme: ermächtigte Krankenhausärzte). Eine Unterscheidung in „ambulant tätig" und „stationär tätig" existiert in der hier verwendeten Statistik der KBV nicht.

Ärzte in stationären/teilstationären Einrichtungen
In stationären bzw. teilstationären Einrichtungen arbeitende Ärztinnen und Ärzte umfassen alle hauptamtlich tätigen Ärzte in Voll- und Teilzeit, inklusive Ärzte in Weiterbildung, die in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung eingesetzt sind. Teilstationäre Einrichtungen sind Einrichtungen/Abteilungen zur medizinischen Versorgung, in denen die Patienten zu bestimmten Zeiten zur diagnostischen Abklärung oder zur Behandlung und Therapie kommen. Teilstationär bezieht sich auf die Dauer und Regelmäßigkeit des Angebots; es ist umfangreicher als ambulante Behandlung (täglich, meist werktags und tagsüber; Ausnahme ist hier die Nachtklinik), aber nicht so umfassend wie eine vollstationäre Behandlung, da sie keine Übernachtung einschließt.

Ärzte in Krankenhäusern
Die im Krankenhaus tätigen Ärzte umfassen die hauptamtlich tätigen Ärzte in Voll- und Teilzeit, die als Leitende Ärzte, Oberärzte und Assistenzärzte mit oder ohne abgeschlossener Weiterbildung arbeiten, sowie Ärzte im Praktikum (bis zum Berichtsjahr 2004). Es zählen nicht dazu: Gast-, Konsiliar-, hospitierende Ärzte und nicht hauptamtlich tätige Ärzte als da sind: Belegärzte und von Belegärzten angestellte Ärzte. Seit 1993 wird die Zahl dieser Ärzte der Krankenhausstatistik entnommen.

Belegärzte
Zu den nicht hauptamtlichen Ärzten im Krankenhaus (und damit zu den als „ambulant tätig" registrierten Ärzten) gehören Belegärzte. Das sind niedergelassene und andere, nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten und Patientinnen (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür von der Einrichtung eine Vergütung zu erhalten. Dazu zählen auch von Belegärzten angestellte Ärzte. Letztere werden der Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des anstellenden Arztes zugeordnet.

Ärzte in sonstigen Einrichtungen/Bereichen
Sonstige Einrichtungen sind Einrichtungen des Öffentlichen Dienstes, öffentlich-rechtliche Anstalten, Körperschaften, die Pharma-Industrie usw. In der hier verwendeten Ärztestatistik der BÄK bei www.gbe-bund.de wird dieser Tätigkeitsbereich noch einmal unterteilt in: a) „Behörden, Körperschaften u.a." und b) „sonstige Bereiche" (im engeren Sinne).

5.2.3.2 Erläuterung weiterer Fachbegriffe

Weiterbildungsordnungen
Die Weiterbildungsordnung (WBO) ist die Grundlage für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zu Fachärzten. Sie wird entsprechend den Vorgaben des Gesetzes über die Kammern für Heilberufe (KGHB-LSA) durch die Ärztekammer erlassen. Insbesondere bezüglich der Rahmenvorgaben und der Gliederungen der Ärztlichen Weiterbildung dient die von der Bundesärztekammer erstellte Musterweiterbildungsordnung (MWBO) als Grundlage. Die letzte grundlegende Überarbeitung der MWBO erfolgte im Jahr 2003. Sie wurde in Sachsen-Anhalt mit der WBO 2005 umgesetzt.

In der MWBO von 2003 werden die verschiedenen Facharztweiterbildungen in sogenannten Gebieten (Gebietsbezeichnungen) zusammengefasst. Auch Allgemeinmediziner gelten nach der MWBO von 2003 als Fachärzte. Fachärzte können sich zusätzlich in Schwerpunkten spezialisieren. Ein für den vorliegenden Bericht besonders interessanter Auszug aus der WBO von Sachsen-Anhalt aus dem Jahre 2005 ist im Folgenden gezeigt (**Abb. M4**):

Abb. M4: Auszug aus der Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt 2005

Gebiete	FA- und SP-Kompetenz	
12. Innere Medizin und Allgemeinmedizin	12.1	FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)
	12.2	FA Innere Medizin
	12.3.1	FA Innere Medizin und Angiologie
	12.3.2	FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
	12.3.3	FA Innere Medizin und Gastroenterologie
	12.3.4	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
	12.3.5	FA Innere Medizin und Kardiologie
	12.3.6	FA Innere Medizin und Nephrologie
	12.3.7	FA Innere Medizin und Pneumologie
	12.3.8	FA Innere Medizin und Rheumatologie
13. Kinder- und Jugendmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkte: - Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Kinder-Kardiologie - Neonatologie - Neuropädiatrie

Weiterbildungsassistent/innen (WBA)
Ist eine Ärztin/ein Arzt, die/der sich in ärztlicher Weiterbildung befindet. Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss des Medizinstudiums besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung führt zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet,

zur Schwerpunktbezeichnung im Schwerpunkt eines Gebietes oder zur Zusatzbezeichnung. Die Weiterbildung erfolgt unter Anleitung befugter Ärzte in praktischer Tätigkeit und theoretischer Unterweisung sowie teilweise durch die erfolgreiche Teilnahme an anerkannten Kursen. Als Weiterbildungsstätten sind zugelassen: Hochschulkliniken sowie eine von der Ärztekammer zugelassene Einrichtung der ärztlichen Versorgung. Zu den Einrichtungen der ärztlichen Versorgung zählt auch die Praxis eines befugten niedergelassenen Arztes.

Praxisbudget
Das Praxisbudget wurde am 1.7.1997 als Instrument zur Mengenbegrenzung ärztlicher Leistungen eingeführt und im damaligen EBM (siehe unten) festgeschrieben. Das Praxisbudget war die maximale Leistungsmenge, die ein Vertragsarzt bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten abrechnen konnte. Das Praxisbudget wurde in Punkten (nicht in Geldwerten) zugeteilt. Die maximal abrechenbare Punktzahl eines Vertragsarztes pro Quartal war von Arztgruppe zu Arztgruppe verschieden. Sie errechnete sich aus einer fachgruppenspezifischen maximal abrechenbaren Patientenzahl pro Quartal x einer maximal abrechenbaren Zahl an Punkten (Leistungen) pro Patient. Über die maximale Punktzahl des Praxisbudgets hinausgehende Leistungen in einem Quartal wurden nicht oder nur zu einem geringen Bruchteil vergütet. Der Geldwert, der in einem Quartal von der KV pro Punkt ausgezahlt wurde (sogenannter Punktwert) war variabel, denn die von vornherein feststehende Gesamtgeldsumme, die die KV für die Vergütung einer Arztgruppe für das ganze Land in einem Quartal zur Verfügung hatte, wurde durch die tatsächlich im ganzen Land durch die betreffende Arztgruppe erbrachten Leistungen (Punkte) geteilt. Wurden in einem Quartal in einer Arztgruppe weniger Leistungen abgerechnet als im Vorquartal, so stieg der Punktwert, wurde mehr abgerechnet so fiel er (sogenannte floatende Punktwerte). Dieses vertragsärztliche Vergütungssystem wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 offiziell abgeschafft, das neue Vergütungssystem wurde jedoch erst mit der Einführung des neuen EBM am 01.01.2009 wirksam.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
Der EBM ist ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) ausgehandelter Katalog zur relativen Bewertung von ambulanten ärztlichen Leistungen. Bis 2008 wurden die Leistungen in Punkten bewertet. Seit 2009 (EBM 2009) werden sie in Geldwerten angegeben. Diese Geldwerte errechnen sich durch Multiplikation eines geldmäßigen Orientierungswertes mit einer Punktgewichtung für die betreffende ärztliche Leistung. Trotz möglicher geringer regionaler Unterschiede im Orientierungswert (in unterversorgten Regionen kann der Orientierungswert ab 2010 etwas höher sein) sind damit die geldmäßigen Wertigkeiten der ärztlichen Leistungen erstmalig seit Einführung des EBM bundesweit vergleichbar. Während in den ersten EBM in erster Linie ärztliche Einzelleistungen katalogisiert und mit vielen diskreten Punktwerten versehen wurden, fand in den folgenden EBM sukzessive eine immer stärkere Zusammenfassung von ärztlichen Leistungen zu Gruppen statt (Leistungspauschalen) bzw. wurden bei Hausärzten feste Punktmengen pro Fall festgelegt (Fallpauschalen).

5.2.4 Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist ein Planungs- und Sicherstellungsinstrument des Gesetzgebers, um ärztlicher Über- bzw. Unterversorgung entgegenzuwirken. Im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen erstellen die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf Landesebene einen Bedarfsplan. Grundlage hierfür bilden die Bedarfsplanungsrichtlinien, welche vom gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de) erlassen worden sind. Die Bedarfsplanungsrichtlinien geben arztgruppenspezifische **Verhältniszahlen** („Einwohner/zugelassene Vertragsärzte“) zur Berechnung des allgemeinen bedarfsgerechten **Versorgungsgrades** vor. Außer von der Arztgruppe hängt die geforderte Verhältniszahl von der raumordnungsspezifischen Struktur der Region ab, für die eine Bedarfsplanung erstellt wird. Das gesamte Bundesgebiet ist dabei in sogenannte **Planungsbereiche** eingeteilt, welche meist mit den Landkreisen und kreisfreien Städten deckungsgleich sind. Bisweilen, wenn bestimmte Landkreise zu klein sind, werden sogenannte Kreisregionen gebildet. In Sachsen-Anhalt sind die Planungsbereiche mit den Landkreisen und kreisfreien Städten vor der Kreisgebietsreform 2007 deckungsgleich, nur Bitterfeld ist mit Dessau zur Kreisregion Dessau-Bitterfeld zusammengelegt. Je nach raumordnungspolitischer Struktur werden die Planungsbereiche in vier Hauptkategorien eingeteilt: große Verdichtungsräume, Verdichtungsansätze, ländliche Regionen und Sonderregionen. Die ersten drei Kategorien haben weitere Unterkategorien, sodass sich insgesamt zehn Planungsbereichstypen (Kreistypen) ergeben. Die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen in Abhängigkeit vom Kreistyp zeigt die folgende allgemeinverbindliche Tabelle der KBV:

Abb. M5: Allgemeine Verhältniszahlen für die ärztliche Bedarfsplanung

KBV — Einwohner/Arztrelation (allgemeine Verhältniszahlen) für die nach dem 3. Abschnitt, Nr. 9 definierten Raumgliederungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte — **A 29**

Raumgliederung	Anästhesisten Einwohner je Arzt	Augenärzte Einwohner je Arzt	Chirurgen Einwohner je Arzt	Fachä.tät.Internisten Einwohner je Arzt	Frauenärzte Einwohner je Arzt	HNO-Ärzte Einwohner je Arzt	Hautärzte Einwohner je Arzt	Kinderärzte Einwohner je Arzt	Nervenärzte Einwohner je Arzt	Orthopäden Einwohner je Arzt	Psychotherapeuten Einwohner je Arzt	Radiologen Einwohner je Arzt	Urologen Einwohner je Arzt	Hausärzte Einwohner je Arzt
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Große Verdichtungsräume														
1 Kernstädte	25 958	13 177	24 469	12 276	6 916	16 884	20 812	14 188	12 864	13 242	2 577	25 533	26 641	1 585
2 Hochverdichtete Kreise	60 689	20 840	37 406	30 563	11 222	28 605	40 046	17 221	30 212	22 693	8 129	61 890	49 814	1 872
3 Normalverdichtete Kreise	71 726	23 298	44 367	33 541	12 236	33 790	42 167	23 192	34 947	26 854	10 139	83 643	49 536	1 767
4 Ländliche Kreise	114 062	23 195	48 046	34 388	13 589	35 403	51 742	24 460	40 767	30 575	15 692	67 265	53 812	1 752
Verdichtungsansätze														
5 Kernstädte	18 383	11 017	21 008	9 574	6 711	16 419	16 996	12 860	11 909	13 009	3 203	24 333	26 017	1 565
6 Normalverdichtete Kreise	63 546	22 154	46 649	31 071	12 525	34 822	41 069	20 399	28 883	26 358	8 389	82 413	52 604	1 659
7 Ländliche Kreise	117 612	25 778	62 036	44 868	14 701	42 129	55 894	27 809	47 439	34 214	16 615	156 813	69 695	1 629
Ländliche Regionen														
8 Verdichtete Kreise	53 399	19 639	44 650	23 148	10 930	28 859	35 586	20 489	30 339	20 313	10 338	60 678	43 026	1 490
9 Ländliche Kreise	137 442	25 196	48 592	31 876	13 697	37 794	60 026	26 505	46 384	31 398	23 106	136 058	55 159	1 474
Sonderregion														
10 Ruhrgebiet	58 218	20 440	34 591	24 396	10 686	25 334	35 736	19 986	31 373	22 578	8 743	51 392	37 215	2 134

Quelle: Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) Berechnungsgrundlage: BBR-Typisierung 1997, Bevölkerungsstand und Arztzahlen: alte Bundesländer zum 31.12.1990; Anästhesisten (Einwohner- und Arztzahlen: 31.12.1997); Psychotherapeuten (Einwohner: 31.12.1997, Psychotherapeuten: 1.1.1999); Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (Einwohner- und Arztzahlen: 31.12.1995 in der Regionalstruktur vom 31.12.1998), altes Bundesgebiet

In Sachsen-Anhalt gibt es zurzeit 23 Planungsbereiche. Ihre Zuordnung zu Kreistypen (siehe KBV-Tabelle) ist in folgender Tabelle gezeigt:

Abb. M6: Zuordnung der Planungsbereiche Sachsen-Anhalts zu Raumordnungstypen

Nr.	Planungsbereich	Kreistyp	Nr.	Planungsbereich	Kreistyp
1	Bitterfeld/Dessau*	8	13	Magdeburg, Stadt	5
2	Anhalt-Zerbst	9	14	Aschersleben-Staßfurt	6
3	Bernburg	8	15	Bördekreis	7
4	Köthen	8	16	Halberstadt	7
5	Wittenberg	9	17	Jerichower Land	7
6	Halle (Saale), Stadt	5	18	Ohrekreis	7
7	Burgenlandkreis	7	19	Stendal	9
8	Mansfelder Land	7	20	Quedlinburg	7
9	Merseburg-Querfurt	6	21	Schönebeck	6
10	Saalkreis	7	22	Wernigerode	7
11	Sangerhausen	7	23	Altmarkkreis Salzwedel	9
12	Weißenfels	6			

*Kreisregion

Der sogenannte Versorgungsgrad gibt an, inwieweit in einem bestimmten Planungsbereich für eine bestimmte Arztgruppe die aktuellen Zulassungen (als Summe der jeweiligen Beschäftigungseinheiten/ „Teilnahmeäquivalente“ der Ärzte) der über die allgemeine Verhältniszahl und die Einwohnerzahl errechneten Soll-Zahl an Ärzten in diesem Planungsbereich entsprechen. Von Vollversorgung spricht man, wenn 100 % der vorgesehenen Stellen durch zugelassene Beschäftigungseinheiten/Teilnahmeäquivalente abgedeckt sind. **Überversorgung** liegt vor, wenn der Versorgungsgrad um 10 % überschritten wird (>110 %), **Unterversorgung** liegt vor, wenn der Versorgungsgrad unter 75 % (Hausärzte) bzw. unter 50 % (Fachärzte) liegt. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungs-gesetz (VÄndG) wurde eine Sonderregelung für den Fall des lokalen Versorgungsbedarfs eingeführt. Insbesondere in großräumigen Landkreisen kann es aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärzte teilweise sogar in rechnerisch überversorgten Planungsbereichen an einzelnen Orten eine Unterversorgungssituation geben. In diesen Fällen kann

ergänzend zu bereits bestehenden Möglichkeiten (z.B. Sonderbedarfszulassungen) der derzeit maßgebliche Umfang der Leistungsbegrenzung in Höhe von 103 Prozent je Vertragsarzt erhöht werden. Die Umfangserweiterung ist entsprechend dem lokalen Versorgungsbedarf angemessen zu erhöhen; sie ist wieder zu reduzieren, sobald ein lokaler Versorgungsbedarf nicht mehr besteht. Wird bei der Bedarfsplanung Überversorgung festgestellt, werden zeitlich begrenzte Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Dies bedeutet, dass sich in diesem Planungsbereich kein weiterer Arzt der betroffenen Arztgruppe mehr niederlassen kann (Ausnahme: Partnerärzte und Angestellte Ärzte).

5.3. Gender und sprachliche Formulierungen im Bericht

Zur besseren Lesbarkeit und aufgrund der unterschiedlichen „Geschlechterverteilung“ in den beiden Ergebnisteilen des Berichts wurde bezüglich der weiblichen bzw. männlichen Begriffsformen im Text wie folgt verfahren:

Ergebnisteil 6.: Experteninterviews
(hoher Männeranteil bei den von den Institutionen entsandten Experten)
Bei geschlechtsdifferenzierbaren Begriffen wird in der Regel der männliche Begriff verwendet (Experte, Vertreter ... usw.), darin sind immer die tatsächlich oder potenziell vertretenen weiblichen Personen inbegriffen.

Ergebnisteil 7.: Datenanalyse
(hoher Frauenanteil unter Ärzten in Sachsen-Anhalt)
Bei geschlechtsdifferenzierbaren Begriffen wird in der Regel der weibliche Begriff verwendet (Ärztinnen .... usw.), darin sind immer die tatsächlich oder potenziell vertretenen männlichen Personen inbegriffen. In zusammengesetzten Begriffen wird – als Konzession an die Sprachkonventionen – die männliche Form beibehalten (Arztzahlen, Arztdichte .... usw.).

Überschriften und einleitende/zusammenfassende/ diskutierende Berichtteile
Hier werden in der Regel beide Begriffsformen verwendet (Ärztinnen und Ärzte, ... usw.).

6. Expertenbefragung zur ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt

***Hinweis 1*:** Eine genauere Beschreibung der Methodik, der Auswertungsergebnisse und des gesundheitspolitischen Bezugs der Expertenbefragung findet sich bei Fleischer (2008).

Hinweis 2: Die Interviews wurden im Zeitraum von 04/2008 bis 06/2008 durchgeführt. Einige der Interviewaussagen beziehen sich also auf Rahmenbedingungen, die sich seither (bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Berichts) geändert haben.

6.1. Vorgehensweise bei der Auswertung

In dem Bemühen, die vielfältigen und differenzierten Einschätzungen und Hypothesen der neun Experteninterviews zur ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt zusammenzufassen, wurde wie folgt verfahren:

1) Die gesprochenen und per Diktiergerät aufgenommenen Experteninterviews wurden in ein einheitliches Formblatt transkribiert. Diese Zusammenfassung wurde dann den Befragten zur Kontrolle und zur Autorisierung für eine Veröffentlichung zugesandt.

2) Ein Teil der Fragen des Interviews wurden „quantitativ" ausgewertet, indem die Antworten der Experten auf Mehrheiten hin untersucht wurden. Eine quantitative Auswertung erfolgte bei drei Arten von Fragen:

   a) Bei originär geschlossenen Fragen des Fragebogens, d.h. bei Fragen, die schon während des Interviews nur mit Ja bzw. Nein beantwortet werden konnten (Fragenformat 1)
   b) Bei Fragen, die zwar originär im Fragebogen offen waren (eigene Antwortformulierung), die jedoch aufgrund der durchweg „geschlossenen" Form der Expertenantworten bei der Interviewzusammenfassung als geschlossene Fragen umformuliert wurden und deren „Ja"- bzw. „Nein"-Antworten von den Befragten im Nachhinein autorisiert wurden (Fragenformat 2).
   c) Bei Fragen, bei deren Beantwortung ein bestimmtes Thema von fast allen Experten angesprochen wurde und eine eindeutig zustimmende oder ablehnende Haltung der Experten erkennbar war (Fragenformat 3).

4) Die „quantitative" Auswertung der 28 solchermaßen ausgewählten Interviewfragen (**Abb. E1**) wurde zunächst für die Gesamtheit aller Experten (**6.2**) und dann nach Interessengruppen differenziert durchgeführt (**6.3**).

5) Bei den restlichen Fragen des Interviews waren die Antworten der Experten zu komplex für die oben beschriebene „quantitative" Auswertung. Bei diesen Fragen wurden – in redaktioneller Verantwortlichkeit – besonders markante Antworten ausgewählt, zusammengefasst und thematisch geordnet (**6.4**)

6) Obwohl zwei Institutionen (*Hartmannbund*, *UPD*) jeweils zwei Experten zum Interview schickten, wurden deren Aussagen in einem einzigen Interviewprotokoll vereint (und im Nachhinein von den Befragten autorisiert). Bei der Auswertung wurde deshalb auch bei diesen beiden Institutionen so getan, als habe jeweils nur ein Experte geantwortet.

7) Im Dienst der einfachen Lesbarkeit wurden bei der Besprechung der Interviews die Experten mit den sie entsendenden Institutionen gleichgesetzt. Zwar handelt es sich bei den Antworten um persönliche Meinungen der Befragten, aber durch deren offizielle Entsendung (nicht die Experten selbst, sondern der Vorstand der betreffenden Institution wurde angeschrieben) und durch die nachträgliche Autorisierung des Interviews wird hier davon ausgegangen, dass die geäußerten Meinungen im Sinne der entsendenden Institution gemacht wurden.

8) Ebenfalls im Dienst der einfachen Lesbarkeit werden die befragten Institutionen wie folgt abgekürzt:

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse, Landesvertretung Sachsen-Anhalt
ÄKSA	Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Hartmannbund	Hartmannbund, Landesvertretung Sachsen-Anhalt
Hausärzteverband	Hausärzteverband, Landesvertretung Sachsen-Anhalt
IKK	Innungskrankenkasse IKK gesund plus, Landesvertretung Sachsen-Anhalt
KVSA	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Landkreis Börde	Landkreis Börde, Bereich Gesundheit
UPD	Unabhängige Patientenberatung, Zweigstelle Magdeburg
vdek	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (vdek), Landesvertretung Sachsen-Anhalt

6.2 Gesamtauswertung

Abb. E1 stellt die „quantitative" Auswertung von insgesamt 28 geschlossenen Fragen des Interviews dar, welche durch die befragten Experten mit Ja oder Nein beantwortet wurden bzw. bei denen eine eindeutig zustimmende oder ablehnende Haltung des betreffenden Experten festgestellt werden konnte (siehe 6.1). Bei 21 der 28 Fragen/Themen zeigten sich „deutliche Mehrheitsverhältnisse". Dabei wurde als „deutliche Mehrheit" definiert, wenn **mindestens 7 Experten geantwortet** hatten und **mindestens 2 Stimmen Differenz** auftraten. Unklare oder fehlende Antworten wurden bei der jeweiligen Frage als „ungültig" aus der Gesamtzahl der möglichen Antworten herausgerechnet.

Abb. E1: Expertenantworten zur ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt

Laufende Nr.	Fragen		Antworten									Quelle	
		Frageformat	ÄKSA	Hartmann-bund	Hausärzte-verband	KVSA	AOK	vdek	IKK	UPD	Landkreis Börde	Nummer im Fragebogen	Nr. im Inter-viewprotokoll
Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungslage													
1	Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land?	1	+	+	+	+	−	−	−	+	k.A.	A.1	A.1
2	Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet?	1	+	+	+/-	+	−	−	+	+	+	A.5	A.5
3	Herrscht eine aktuelle oder drohende hausärztliche Unterversorgung?	2	+	+	+	+	−	−	+	+	+	B.1	B.2
4	Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulant-fachärztliche Unterversorgung?	2	+	+	+	+	+	−	+	+	+	C.1.2.	C.2
5	Herrscht eine aktuelle oder drohende stationär-fachärztliche Unterversorgung?	2	+	+	+	+	−	−	+	+	+	C.1.3	C.5
6	Gibt es in Deutschland einen Ärzte-Nachwuchsmangel?	2	+	+	+	+	−	+	−	+	+	D.1.5	D.10
7	Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt?	1	−	−	−	+	−	−	+	−	−	A.2	A.2
8	Wird die Frage der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt in der Presse adäquat reflektiert?	1	−	−	−	−	−	−	−	k.A.	−	A.3	A.3
Erklärungshypothesen für aktuelle oder drohende Versorgungsmissstände													
9	Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich?	2	+	+	+	+	−	+	+	+	+	B.2.2	B.6
10	Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung?	2	+	+	+	+	−	−	+	+	+	B.2.1	B.4
11	Stellt die Altersstruktur der Hausärzteschaft ein Problem dar?	2	+	+	+	+	+	−	+	+	+	B.1	B.1 B.3
12	"*Der bürokratische Aufwand in der Hausarztpraxis hat zugenommen*"	3	+	+	+	+	+/-	k.A.	+	+	+	B.2.2	B.9
13	Sind dadurch den Hausärzten "bürokratische Fesseln" angelegt?	2	+	+	+	+	−	k.A.	−	+	−	B.2.2	B.8
14	Sind schlechte Arbeitsbedingungen die Ursache für einen drohenden Ärztemangel in Krankenhäusern?	2	−	+	+	+	−	+	+	+	+	C.1.3.2	C.7
15	Können Sie Berichte bestätigen, dass Krankenhäuser Personal abbauen und offene Stellen nicht besetzen, obwohl die Ärzte überlastet sind?	3	+	+	+	+	−	−	−	+	+	C.1.3.3	C.9
16	Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotenzial für das Gesundheitssystem?	2	+	−	+	+	−	−	k.A.	+	k.A.	C.2.1	C.10
17	Zustimmung zum Zitat: "*Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zu einer Dehumanisierung der Patientenversorgung*"	3	+	+	+	−	−	−	−	+	−	C.2.3	C.13
18	Zustimmung zum Zitat: "*Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem.*"	3	−	−	−	−	−	+	+	−	+	C.2.4	C.14
19	Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung vorrangig in der schlechten Vergütung der Ärzte begründet?	2	−	+	+	+	−	−	−	k.A.	+	D.1.3	D.5
20	Sind schlechte Arbeitsbedingungen ein Hauptgrund für die Abwanderung vieler Mediziner ins Ausland?	2	+	+	+	+	+	−	+	+	+	D.1.4	D.8

Fragenformate 1-3: siehe 6.1

Antwortformate: + = ja (Zustimmung) − = nein (Ablehnung) +/− = Aussage unklar k.A. = keine Aussage

Abb. E1 (Fortsetzung)

Laufende Nr.	Fragen	Frageformat	Antworten: ÄKSA	Hartmann-bund	Hausärzte-verband	KVSA	AOK	vdek	IKK	UPD	Landkreis Börde	Quelle: Nummer im Fragebogen	Quelle: Nr. im Interviewprotokoll
Beurteilung der aktuellen Bedarfsplanung													
21	Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft?	2	+	+	+	+	+	−	+	+	+	D.1.1	D.1
22	Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck?	1	−	−	−	−	+	+	−	−	−	A.4	A.4
Lösungsansätze													
23	Ist mehr Geld / eine höhere Vergütung der Ärzte die Lösung des Versorgungsproblems?	2	−	+	+	+/-	−	−	−	k.A.	−	D.1.3	D.6
24	Sind integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren die Versorgungsstrukturen der Zukunft?	2	−	−	−	+/-	+	+	+	+	+	D.1.6	D.13
25	"*Verträge zw. Krankenkassen und Krankenhäusern zu bestimmten Leistungen als Möglichkeit für eine stationäre Versorgung auf hohem Niveau*"	3	−	−	+	−	−	−	+	+	−	C.2.2	C.12
26	"*Sicherstellungszuschläge und Sonderzuschüsse als dauerhafte Lösung für das Versorgungsproblem im ambulanten Bereich*"	3	−	−	−	+	−	−	+	−	−	D.1.2	D.4
27	"*Einbeziehung von Bevölkerungs- und Patientendaten in die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung*"	3	+	+	−	+	−	−	−	+	+	D.1.1	D.3
28	Können mobile Praxisassistent/Innen die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten in ländlichen Regionen nachhaltig mildern?	2	+	−	+	+	+	+	+	+	−	D.1.7	D.16

Fragenformate 1-3: siehe 6.1

Antwortformate: + = ja (Zustimmung) − = nein (Ablehnung) +/− = Aussage unklar k.A. = keine Aussage

Aus den 21 „geschlossenen Fragen“ in Abb. E1, bei deren Beantwortung sich deutliche Mehrheitsverhältnisse zeigten, wurden 22 „Expertenthesen zur ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt“ abgeleitet (**Abb. E2**):

Abb. E2: Expertenthesen zur ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt

		Frage in Abb. E1
Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungslage:		
Die Mehrzahl der Experten meint:		
T1	Sachsen-Anhalt ist schon heute ein ärztlich unterversorgtes Land. (5/8)	1
T2	Die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ist in Zukunft gefährdet. (6/8)	2
T3	Im hausärztlichen Bereich droht eine Unterversorgung. (7/9)	3
T4	Im ambulant-fachärztlichen Bereich droht eine Unterversorgung. (8/9)	4
T5	Im stationär-fachärztlichen Bereich droht eine Unterversorgung. (7/9)	5
T6	Es gibt derzeit in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel. (7/9)	6
T7	Im Land findet kein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt. (7/9)	7
T8	Die Frage der ärztlichen Versorgung wird in der Presse nicht adäquat reflektiert. (8/8)	8
Erklärungshypothesen für aktuelle oder drohende Versorgungsmissstände:		
Die Mehrzahl der Experten meint:		
*Aktuelle oder drohende Versorgungsmissstände bei **Hausärzten** sind verursacht durch…*		
T9	politische Entscheidungen. (8/9)	9
T10	eine höhere Arbeitsbelastung der Hausärzte in den neuen Bundesländern. (7/9)	10
T11	eine Überalterung der Hausärzteschaft. (8/9)	11
T12	eine Zunahme des bürokratischen Aufwandes in der Hausarztpraxis (7/7) bis hin zum Vorhandensein von bürokratischen Fesseln. (5/8)	12,13
*Aktuelle oder drohende Versorgungsmissstände in **Krankenhäusern** sind verursacht durch…*		
T13	schlechte Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern. (7/9)	14
T14	die Tatsache, dass offene Stellen in Krankenhäusern trotz Überlastung des Personals aus ökonomischen Gründen nicht wiederbesetzt werden. (6/9)	15
Die Abwanderung von Medizinern ins Ausland ist bedingt durch ….		
T15	schlechte Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland. (8/9)	20
Bewertung der aktuellen Bedarfsplanung:		
Die Mehrzahl der Experten meint:		
T16	Die Bedarfsplanung ist fehlerhaft (8/9) und erfüllt nicht ihren Zweck. (7/9)	21, 22
Lösungsstrategien:		
Die Mehrzahl der Experten meint:		
T17	Eine bessere Vergütung der Ärzte allein ist nicht die Lösung des Versorgungsproblems. (5/7)	23
T19	Integrierte Versorgung (IV) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind die Versorgungsstrukturen der Zukunft. (5/8)	24
T20	Spezifische Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu bestimmten Leistungen ermöglichen **nicht** eine stationäre Versorgung auf hohem Niveau. (6/9)	25
T21	Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen können das Problem der drohenden ärztlichen Unterversorgung **nicht** dauerhaft lösen. (7/9)	26
T22	Mobile Praxisassistent/Innen können die Auswirkungen der abnehmenden Hausarztdichte nachhaltig mildern. (7/9)	28

6.3 Auswertung nach Interessengruppen

Für eine differenziertere Auswertung wurden die Interviews der ÄKSA, des Hartmannbundes, des Hausärzteverbandes und der KVSA in eine Interessengruppe „Ärztevertreter" zusammengestellt, diejenigen von AOK, IKK, vdek in einer Gruppe „Kassenvertreter". Die Interviews von UPD und vom Landkreis Börde wurden aufgrund ihrer eigenen Interessenlagen gesondert betrachtet. Vergleicht man bei der Auswertung nur die Experteninterviews der Interessengruppe der Ärztevertreter (4 Experten) und der Interessengruppe der Kassenvertreter (3 Experten), so lassen sich oft konträre Mehrheitsverhältnisse/ Auffassungen feststellen:

Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungslage:
Während die vier befragten Ärztevertreter die aktuelle bzw. zukünftige Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt einstimmig (Abb. E1, Fragen 1, 3, 4, 5, 6) bzw. mehrheitlich (Abb. E1, Frage 2) als prekär einschätzen, sieht die Mehrheit der Kassenvertreter die globale, die hausärztliche und die fachärztlich-stationäre Versorgung in Sachsen-Anhalt aktuell und zukünftig nicht gefährdet (Nein-Antworten: Frage 1: 3/3, Frage 2: 2/3, Frage 3: 2/3, Frage 5: 2/3, Frage 6: 2/3). Einzig bezüglich der fachärztlich-ambulanten Versorgung (Frage 4) sehen auch zwei von drei Kassenvertretern eine Gefahr für die Zukunft.

Arbeitsbelastung der Hausärzte (Abb. E1, Frage 10):
Alle Ärztevertreter halten eine höhere Arbeitsbelastung der Hausärzte in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern für den Hauptgrund der sinkenden Attraktivität dieses Berufs in Sachsen-Anhalt und damit für die sich verschlechternde hausärztliche Versorgung. Unter den Kassenvertretern teilt nur einer diese Meinung.

Bürokratischer Aufwand in Hausarztpraxen (Abb. E1, Fragen 12 und 13):
Während alle Ärztevertreter die Aussage bestätigen, dass der bürokratische Aufwand in den Hausarztpraxen zugenommen hat und den Hausärzten dadurch bürokratische Fesseln angelegt werden, sieht nur ein Kassenvertreter einen Anstieg des bürokratischen Aufwandes (bei den anderen: unklare oder fehlende Antworten). Kein Kassenvertreter meint jedoch, dass man von „bürokratischen Fesseln" sprechen könne (eine Enthaltung).

Politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen (Abb. E1, Frage 17):
Während drei von vier Ärztevertretern glauben, dass die politische Ökonomisierung zu einer Dehumanisierung der stationären Patientenversorgung führt, verneinen dies alle Kassenvertreter.

Effizienz der Krankenhäuser (Abb. E1, Frage 18):
Während alle Ärztevertreter die Behauptung ablehnen, die Effizienz eines Krankhauses sei ein rein innerbetriebliches Problem, bestätigen dies zwei von drei Krankenkassenvertretern.

Tauglichkeit der Bedarfsplanung (Abb. E1, Fragen 21 und 22):
Während alle Ärztevertreter die Bedarfsplanung als fehlerhaft und nicht zweckerfüllend bezeichnen, teilt diese Meinung nur ein Kassenvertreter. Ein Weiterer beurteilt die Bedarfsplanung zwar als fehlerhaft, glaubt jedoch, dass sie ihren Zweck im Ganzen erfülle.

Ärztliche Vergütung (Abb. E1, Fragen 19 und 23):
Während unter den vier Ärztevertretern drei die schlechte Vergütung als einen Hauptgrund für die sinkende Attraktivität des Arztberufes und damit für die sich verschlechternde ärztliche Versorgung sehen und zwei (bei einer nicht eindeutig zuzuordnenden Aussage) eine bessere Vergütung für einen Lösungsweg halten, teilt diese Meinungen keiner der Kassenvertreter.

Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren (Abb. E1, Frage 24):
Während alle Kassenvertreter diese für die Versorgungsstrukturen der Zukunft halten, verneinen dies 3 der 4 Ärztevertreter (bei einer nicht eindeutig zuzuordnenden Aussage).

6.4. Ausgewählte Expertenmeinungen

Im Folgenden werden – in redaktioneller Verantwortlichkeit – markante Einschätzungen und Hypothesen vorgestellt, die im Rahmen der offenen Fragen des Interviews von den verschiedenen Experten vorgebracht wurden. Die Expertenmeinungen wurden möglichst inhaltsgetreu, aber – aus redaktionellen Gründen – nicht immer in der Originalformulierung wiedergegeben. Die dargestellten Expertenmeinungen basieren auf den autorisierten Interview-Formblättern und wurden gegebenenfalls anhand der entsprechenden Passagen in den Originalaufzeichnungen der Interviews verifiziert.

6.4.1 Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungslage

Konträre Sichten zum Hausärztemangel: Während der *Hartmannbund* der Ansicht ist, dass die hausärztliche Versorgung auf eine Katastrophe zulaufe und nicht mehr ausschließlich ein Problem der ländlichen Regionen sei, sondern bereits auch auf die größeren Städte übergreife, meint der *vdek*, dass es in der Vergangenheit viele Neubesetzungen von freien Arztpraxen gegeben habe, dass die Anzahl der Hausärzte derzeit ausreiche, dass weitere Wege (auch zum Arzt)

zum Schrumpfungsprozess einer Bevölkerung gehörten und dass der vermeintliche Ärztemangel nur auf die Verknappung von Behandlungszeiten durch die Ärzte zurückzuführen sei. Auch die *AOK* meint, es gebe derzeit keine erkennbare Unterversorgung, die Menge der Hausärzte reiche aus und es herrsche nur ein Verteilungsproblem. Dennoch habe die Bevölkerung – bestärkt durch die negative Diskussion in der Öffentlichkeit – das Gefühl, die Versorgung werde immer schlechter.

Berichte über Versorgungsmissstände bei ambulanten (niedergelassenen) Fachärzten: Die *UPD* berichtet, dass viele Patientenbeschwerden wegen langer Wartezeiten auf Termine und langer Wartezeiten beim Termin selbst eingingen, insbesondere bei Augenärzten. Vereinzelte Beschwerden beträfen Orthopäden und Neurologen. Der *Landkreis Börde* berichtet von Problemen bei der Wiederbesetzung von aufgegebenen Facharztpraxen im Landkreis. Vorrangig seien dies die Fachbereiche Gynäkologie, Innere Medizin, Dermatologie und Augenheilkunde. Auch der *Hartmannbund* berichtet, dass sich in einzelnen Fachgebieten die ambulante Versorgungssituation verschlechtert habe bzw. teilweise bereits Unterversorgung herrsche. Die *AOK* sieht in der großen Gruppe ostdeutscher Fachärzte, welche Anfang der 60er Jahre ausgebildet wurden und derzeit nach und nach in den Ruhestand gehen, ein Problem für die zukünftige ambulant-fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt. Weiterhin glaubt die *AOK*, dass ein fachärztliches Versorgungsproblem dadurch entstehen könne, dass sich die Mediziner bei der Wahl der Facharztrichtung derzeit nicht auf diejenigen Fachrichtungen konzentrierten, die aktuell gebraucht würden.

Differenzierte Sichten bezüglich der stationären fachärztlichen Versorgung: Die *AOK* betont, dass es derzeit im Land nicht zu wenig stationär tätige Ärzte gebe, sondern zu viel Krankenhausstruktur, auf die sich die Ärzte verteilen. So könne es nicht angehen, dass in einer Stadt bspw. fünf Kliniken mit 80 % des nötigen Personals vorgehalten würden, sondern eine dieser 5 Kliniken sei zu schließen, das Personal auf die 4 anderen Einrichtungen zu verteilen und dort dann 100 % Stellenbesetzung zu erreichen. Die überdimensionierte Krankenhausstruktur in Sachsen-Anhalt müsse abgebaut werden, denn wären alle freien stationären Arztstellen besetzt, wäre das Land drastisch überversorgt. Auch der *vdek* meint, dass die Krankenhausstandorte in Sachsen-Anhalt nie in ausreichender Zahl reduziert worden seien. Im Gegensatz dazu bezeichnet der *Hartmannbund* die Situation der stationären Versorgung als angespannt. Er führt an, dass die Entwicklung der Facharztdichte in einigen (unattraktiven) Regionen stark rückläufig sei und freie Stellen zunehmend von ausländischen Ärzten besetzt würden. Auch die *KVSA* sieht im stationären Bereich derzeit schon eine fachärztliche Mangelversorgung. Durch die Subspezialisierung der Fachärzte entstehe ein höherer Personalbedarf als früher. Der *Landkreis Börde* berichtet von Problemen bei der Wiederbesetzung offener Arztstellen an Krankenhäusern. Bisher betreffe dies in erster Linie die Fachbereiche Psychiatrie, Gynäkologie und Anästhesie, greife jedoch zunehmend auch auf andere Gebiete über. Nach Einschätzung der *ÄKSA* fehlen im stationären Bereich in erster Linie Weiterbildungsassistenten. Aus diesem Grund müssten Fachärzte häufig Aufgaben übernehmen, die früher von Weiterbildungsassistenten erledigt wurden. Deshalb entstehe relativ gesehen ein Ärztemangel, auch wenn dieser durch absolute Zahlen nicht belegt werden könne. Der *Hausärzteverband* merkt an, dass Lohnzuwächse für das ärztliche Personal nicht zur Erhöhung des Krankenhausbudgets geführt hätten und deshalb in den Krankenhäusern in jüngster Vergangenheit Stellen eingespart werden mussten. Auf Grund dieser permanenten Einsparungen habe die Qualität der Krankenhäuser schon nachgelassen. Die *UPD* berichtet bezüglich der stationären Versorgung, dass sich Patienten häufig über a) einen Ärztemangel an Krankenhäusern, b) unzureichende/fehlende Arztgespräche (Entlassungsgespräche, Erklärung von Diagnosen) und c) einen allgemeinen Zeitmangel der Krankenhausärzte beschweren.

Terminnot bei ambulanten Fachärzten: Die *ÄKSA* berichtet, dass Hausärzte die fachärztliche Versorgung ihrer Patienten gefährdet sehen. Auf Grund der angespannten ambulant-fachärztlichen Versorgungssituation bekämen Patienten häufig nur dann zeitnah einen Termin, wenn der Hausarzt persönlich beim Facharzt anriefe, was für den Hausarzt sehr aufwendig sei. Hinzu komme, dass der Patient, bis er einen Termin beim Facharzt habe, vom Hausarzt versorgt werden müsse, obwohl er eigentlich längst eine fachärztliche Behandlung bräuchte. Von der verbreiteten Terminnot in der ambulant-fachärztlichen Versorgung berichtet auch die *UPD* (siehe oben).

Überwiegend schlechtes Urteil zur aktuellen Bedarfsplanung: Die *KVSA* macht auf mehrere Probleme der aktuellen Bedarfsplanung aufmerksam: 1) Die fachärztliche Bedarfsplanung sei zum Teil sehr ungenau: bei einigen Facharztgruppen gebe es in den bevölkerungsschwachen Planungsbereichen in Sachsen-Anhalt jeweils nur einen einzigen Arztsitz (Niederlassungsmöglichkeit). Wenn diese Stelle besetzt sei, betrüge der Versorgungsgrad 100 %, wenn nicht, liege er bei 0 %. 2) Viele Operationen würden heute ambulant durchgeführt. So gebe es bspw. einen hohen Prozentsatz an Augenärzten, die nicht mehr bzw. kaum in der konservativen Augenheilkunde tätig seien, sondern vorrangig ambulant operierten. In die Bedarfsplanung gingen diese Ärzte aber als „normale“ Augenärzte ein, obwohl sie nur sehr wenig Zeit in die „klassische“ ambulante Behandlung investieren könnten. 3) Die aktuelle Bedarfsplanung gehe von einer Bevölkerung mit „durchschnittlicher“

Altersstruktur (zu Anfang der 1990er Jahre) aus. In Sachsen-Anhalt sei die heutige Bevölkerung jedoch deutlich älter. Der Versorgungsbedarf der älteren, oft chronisch kranken und multimorbiden Patienten sei höher (allgemeine Bedarfserhöhung) und betreffe zudem bestimmte Arztgruppen im Besonderen. 4) Die aktuelle Bedarfsplanung berücksichtige nicht, dass in vielen Facharztgruppen die Subspezialisierungen weit fortgeschritten seien, sodass zwei Vertreter derselben Facharztgruppe unter Umständen für ganz unterschiedliche Patientenpools geeignet seien. Auch die *ÄKSA* mahnt an, dass die Bedarfsplanung an der Altersstruktur der Bevölkerung ausgerichtet sein müsse. Sie glaubt darüber hinaus, dass bei der notwendigen „Öffnung" der Bedarfsplanung (wenn sich mehr Ärzte niederlassen dürften) auch die Gesamtvergütung erhöht werden müsse, um auch wirklich eine Erhöhung der Anzahl behandelter Fälle zu ermöglichen. Der *Hartmannbund* ist der Meinung, dass die aktuelle Bedarfsplanung es nicht schaffe, das Niederlassungsverhalten der Ärzte wirklich zu steuern: überversorgte Planungsbereiche blieben überversorgt, unterversorgte Bereiche blieben unterversorgt. Die Verhältniszahlen, die der Bedarfsplanung zugrunde liegen, seien nicht wissenschaftlich ermittelt, sondern im damaligen Bundesausschuss einfach „verhandelt" worden. Sie spiegelten damit nicht den wirklichen Versorgungsbedarf wider. Die aktuelle Bedarfsplanung berücksichtige weder, dass Patienten heute früher aus dem Krankenhaus entlassen würden und die ambulanten Ärzte nach einer Operation die Nachsorge übernehmen müssten, noch, dass der bürokratische Aufwand in den Praxen stark zugenommen habe. Die *UPD* weist auf den flagranten Widerspruch hin, dass die aktuellen Bedarfsplanungszahlen häufig keinen Facharztmangel aufzeigten, sich in der Beratungspraxis jedoch Meldungen von Patienten häuften, die keine (oder erst in einem halben Jahr und länger) Facharzttermine bekämen.

Konträre Wahrnehmungen der Experten zur Darstellung der Versorgungssituation in der Presse: Zwar finden alle Experten (bei einer Enthaltung), die Presse stelle die Versorgungslage nicht adäquat dar (**Abb. E2,** T**8**), allerdings hat diese Unzufriedenheit unterschiedliche Ursachen: Die *AOK* glaubt, dass die Presse zunehmend unter dem Druck stehe, „grelle" Schlagzeilen produzieren zu müssen. Da dies mit positiven Berichten aus dem Gesundheitswesen nicht zu erreichen sei, erfolge vor allem eine negative Berichterstattung. Diese wiederum steuere die Versorgungs-Wahrnehmung der Bevölkerung. Es sei schwer, faktisch existierende positive Botschaften zu positionieren. Der *vdek* wirft den Journalisten unzureichende Fachkenntnisse vor und weist darauf hin, dass der Einfluss von Lobbys groß sei. Der *Hartmannbund* behauptet hingegen, die Kassen investierten große Summen in die Medien und beeinflussten diese so massiv. Die Berichterstattung sei deshalb sehr einseitig im Sinne der Krankenkassen.

6.4.2 Erklärungshypothesen für aktuelle oder zukünftige Versorgungsmissstände

Konträre Ansichten zu Budgetierung/Vergütung: Der *Hartmannbund* sieht in der Budgetierung das Grundübel der prekären vertragsärztlichen Versorgung: da Mehr-Arbeit nicht zusätzlich vergütet würde und dadurch in den Praxen für die Kassenpatienten die behandelten Fallzahlen bzw. die Sprechzeiten begrenzt würden, habe ein Facharzt kaum noch Zeit für den Patienten. Die Wartezeiten sowohl in der Praxis als auch auf einen Termin hätten extrem zugenommen. Steigende Nebenkosten (Lohnnebenkosten, Wartung der Praxisausstattung etc.) würden bei der Budgetierung nicht berücksichtigt. Würde angemessen vergütet, könnten Ärzte mehr Patienten behandeln, da es nicht nur den Anreiz des Mehrverdienstes gäbe, sondern auch die Möglichkeit, den Mitarbeitern Mehrarbeit adäquat zu vergüten. Auch der *Hausärzteverband* hält die Budgetierung für eine Hauptursache von aktuellen und zukünftigen Versorgungsmissständen im ambulanten Bereich: die sehr langen Wartezeiten könnten minimiert werden, wenn Leistungen adäquat und nicht über Praxisbudgets vergütet würden. In Sachsen-Anhalt gebe es genügend Fachärzte, aber zu wenig Geld für diese. Die Bevölkerung müsse begreifen, dass sie mehr für die ärztliche Versorgung investieren müsse. Der *vdek* hingegen ist der Meinung, dass das Einkommen eines ambulant tätigen Facharztes unterschätzt würde. Allerdings gebe es Verwerfungen in der Einkommenssituation zwischen den Facharztgruppen. Die Preise für Leistungen würden auf Bundesebene, ohne Einfluss der Patienten, aber unter Einfluss der Leistungserbringer, festgelegt. Dies führe dazu, dass Facharztgruppen mit großer Lobby hohe Preise durchsetzten. Das Problem sei auch, dass gut vergütete Leistungen häufiger erbracht würden als schlecht vergütete. So gebe es in Deutschland bspw. viele Knieoperationen, weil die Vergütung dafür hoch sei. Art und Frequenz der Behandlungen der Versicherten spiegele deshalb die Vergütungssituation der ambulanten ärztlichen Leistungen, nicht aber in jedem Falle die medizinische Dringlichkeit der eingeleiteten Behandlung wider. Der *vdek* meint auch, dass die Vergütungen der ärztlichen Einzelleistungen insgesamt zu hoch kalkuliert seien. Nur deshalb sei das Praxisbudget nach ca. zwei von drei Monaten aufgebraucht und einige Ärzte würden dann nicht mehr arbeiten. Der *vdek* begrüßt die neuen Pauschalisierungsgrundsätze des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) 2008, welcher nun weniger Anreiz böte, Patienten mehrfach vorstellig werden zu lassen.

Arbeitsbelastungen/Arbeitsbedingungen von Hausärzten: Der *Hartmannbund* schätzt, dass ein Hausarzt in Sachsen-Anhalt pro Quartal 30 % mehr Patienten behandeln muss als im Bundesdurchschnitt. Die *KVSA* und der *Hausärzteverband* schätzen diese Mehrarbeit auf 20–25 %. Die *ÄKSA* weist darauf hin, dass höhere Patientenzahlen vielmehr ein Nord-

Süd-Problem als ein Ost-West-Problem seien. Die Hausärzte in den nördlichen Flächenländern hätten eine überdurchschnittlich hohe Fallzahl pro Quartal. Der *vdek* sieht hingegen eine höhere Arbeitsbelastung der Ärzte in den neuen Bundesländern nicht als Grund für eine mögliche Verschlechterung der Versorgungssituation. Er gibt zu bedenken, dass in den letzten Jahren durch die Einführung der Praxisgebühr die Fallzahlen in Hausarztpraxen um 13 % zurückgegangen seien. Die *AOK* gibt an, dass Hausärzte in Sachsen-Anhalt nicht flächendeckend über ein leistbares Maß hinaus arbeiten müssten. Sie räumt jedoch ein, dass der vergleichsweise hohe Behandlungsbedarf der sachsen-anhaltischen Bevölkerung unter Umständen zu einer höheren Fallzahl als im Bundesdurchschnitt führen könne. Während die *ÄKSA* meint, das den Hausärzten auferlegte Qualitätsmanagement sei unangemessen und verbrauche viel zu viel Zeit, ist die *AOK* der Ansicht, dass vieles, was als „Bürokratie" bezeichnet würde, nötig sei, um bestimmte Zielvorstellungen zu erreichen.

Arbeitsbelastungen/Arbeitsbedingungen von Fachärzten im Krankenhaus: Die *UPD* erläutert, dass Patienten häufig von völlig überlastetem ärztlichem Personal im Krankenhaus berichten. Auch der *Landkreis Börde* berichtet, dass in seinem Wirkungsbereich eine erhöhte Wochenstundenzahl und häufige Bereitschaftsdienste eine normale Lebensplanung für Krankenhausärzte derzeit sehr schwierig machten. Weiterhin bemängelten auch im Landkreis Börde die Ärzte den hohen bürokratischen Aufwand und die schlechte Bezahlung. Die *KVSA* führt eine Studie des Instituts für freie Berufe (IFB) zur Unzufriedenheit im ärztlichen Beruf an. In dieser Studie würden Krankenhausärzte vorrangig ein schlechtes Arbeitsklima, mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Arbeitsüberlastung, fehlende Möglichkeiten für einen geregelten Lebensstil und Zeitdruck bei der Berufsausübung bemängeln. Der *Hartmannbund* sieht vor allem folgende Mängel der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus: eine nicht angemessene Vergütung sowohl von Ärzten als auch von Pflegepersonal, einen hohen Bürokratieaufwand, Nichteinhalten des Arbeitszeitgesetzes, keine Vergütung von Überstunden, Unvereinbarkeit von Familie und Beruf, zunehmende Arbeitsverdichtung, unzureichende Weiterbildungsbedingungen. Die *AOK* ist der Meinung, dass die Arbeitsbedingungen in einem Krankenhaus stark von der Klinikleitung abhängen. Kliniken würden häufig so geführt, dass junge Mediziner dort nicht arbeiten wollten. Das Miteinander der beteiligten Berufsgruppen habe sich in den letzten Jahren oft in ein Gegeneinander verwandelt. Auf diesem Hintergrund würde es für Wiederbesetzungen von Krankenhausstellen zunehmend wichtig, ob die Region den Ärzten ein attraktives Umfeld bieten könne. Die *IKK* akzeptiert das Argument der schlechten Arbeitsbedingungen an sachsen-anhaltischen Krankenhäusern nicht. Seit 2003 würden die gesetzlichen Krankenversicherungen kontinuierlich und kumulierend jährlich die Krankenhausbudgets um 0,2 % erhöhen, damit sich durch Einstellung zusätzlicher Ärzte die Arbeitszeitbedingungen verbessern würden. Seither hätten 38 zusätzliche stationäre Facharztstellen in Sachsen-Anhalt ausgeschrieben und besetzt werden können. Mit diesen Neueinstellungen habe man verschiedene neue Dienst- und Arbeitszeitmodelle einführen können (Schichtsystem, versetzte Tageschichten, Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste, verkürzte Bereitschaftsdienste), die allesamt zu einer Entlastung der Ärzte geführt hätten. Der *vdek* nennt als eine Möglichkeit, um den internen Frieden in Krankenhäusern zu wahren, die leistungsorientierte Vergütung, durch welche die Klinikleitung die Finanzen abweichend von Tarifen stabil halten könne. Die *ÄKSA* schließt sich der häufig geäußerten Kritik an der hierarchischen Struktur von Krankenhäusern nicht an. Sie sieht darin vielmehr eine Notwendigkeit, weil Entscheidungen von kompetenten Verantwortungsträgern gefällt werden müssten.

Bürokratisierung: Die *KVSA* schätzt, dass inzwischen ca. 20 % der in einer Arztpraxis anfallenden Arbeiten rein bürokratischer Natur seien.

Gründe für die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland: Als Hauptgrund für eine Abwanderung ins Ausland werden von allen Experten die von den Betroffenen als schlecht empfundenen Rahmenbedingungen des Arztberufes in Deutschland genannt, darunter am häufigsten: schlechte Arbeitsbedingungen, geringere Vergütung, viel Bürokratie, hohe Arbeitsintensität, mangelnde Wertschätzung des Arztberufs, schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, strenge Hierarchien im Krankenhaus, geringe Attraktivität bestimmter Regionen. Abweichend von den übrigen Expertenmeinungen sieht der *vdek* in der Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland und dem gleichzeitigen Zuzug ausländischer Ärzte nach Deutschland eher eine Bereicherung (im Sinne des fruchtbaren Austauschs).

Unterschiedliche Bewertung der zunehmend früheren Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus: Die *ÄKSA* weist darauf hin, dass ambulant tätige Fachärzte zunehmend durch Patienten belastet würden, die immer früher aus dem Krankenhaus entlassen werden. Die Fachärzte müssten heute vermehrt Behandlungen vornehmen, die früher im Krankenhaus erbracht worden sind. Damit gehe Zeit für die „normalen" Patienten verloren. Der *vdek* sieht hingegen in der immer früheren Entlassung aus dem Krankenhaus unter anderem auch einen Vorteil für alle Beteiligten: die Gefahr von nosokomialen Erkrankungen sinke dadurch.

Weiterbildungsassistent/innen im ambulanten Bereich „rechnen sich nicht": Der *Hausärzteverband* weist auf Probleme der ambulant-fachärztlichen Weiterbildung hin: da der ausbildende Praxisinhaber 50 % des Gehaltes zahlen müsse, aber bei den heu-

tigen Bezahlregelungen für ambulante Leistungen (Praxisbudgets) der Weiterbildungsassistent diese Ausgaben nicht für die Praxis erwirtschaften dürfe. Auch die *ÄKSA* kritisiert, dass eine Reduzierung der Weiterbildungsstellen stattfinde, weil die Einstellung ausgebildeter Fachärzte als ökonomisch effizienter eingeschätzt würde.

6.4.3 Vorschläge und Beurteilungen von versorgungssichernden Maßnahmen

Die Attraktivität des Berufs des niedergelassenen Arztes, speziell in ländlichen Regionen, muss gesteigert werden: Viele der Experten weisen darauf hin, dass ein Hauptgrund für die niedrige Niederlassungsquote in ländlichen Regionen (speziell in Sachsen-Anhalt) die mangelnde Attraktivität dieser Regionen für junge Mediziner bzw. ihre jungen Familien sei. Während die *KVSA* es einerseits für denkbar hält, die Niederlassungen in diesen Regionen durch eine höhere Vergütung zu fördern (s. unten), hält sie es für ebenso wichtig, dass dort die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesteigert werde, dass sich dem niederlassungswilligen Arzt ein attraktives Wohnumfeld biete und dass der niedergelassene Arzt von bürokratischen Aufgaben entlastet würde. Auch der *Landkreis Börde* und die *ÄKSA* meinen, dass es vor allem nötig sei, den niedergelassenen Arzt von übermäßiger Bürokratie zu befreien, damit er mehr Zeit für den Patienten habe. Die *KVSA* macht darauf aufmerksam, dass bis zu 80 % der Medizinstudiumsabsolventen zukünftig Frauen sein werden. Damit sich Frauen zum Beispiel als Hausärzt/innen niederlassen, müssten Teilzeitarbeit und Angestelltenverhältnisse erleichtert werden, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können.

Defizite des Hausarztmodells aus Sicht der Fachärzte: Die Vertreter des *Hartmannbundes* berichten von Mängeln des Hausarztmodells. Dieses spreche den Bürgern die Fähigkeit ab, selbst zu entscheiden, welchen Arzt sie benötigen. Ebenso sei die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten seit der Einführung des Modells schlechter geworden. So gäbe es von Hausärzten oft nur noch Standardüberweisungen ohne verlässliche Problembeschreibung. Hinzu komme, dass Patienten den erhöhten Aufwand der hausärztlichen Überweisung scheuten und so eventuell nötige fachärztliche Behandlungen ausblieben.

Uneinigkeit bezüglich des Sparpotenzials einer gleichmäßigen regionalen Verteilung von niedergelassenen Fachärzten: Der *vdek* sieht in einer gleichmäßigen regionalen Verteilung kein Sparpotenzial für das Gesundheitswesen, da das Gesamthonorar ja feststehe und an die Kassenärztliche Vereinigung fließe, welche es dann unter den Leistungserbringern verteile. Die *UPD* hingegen argumentiert, dass bei einer wohnortnahen Versorgung ohne weite Anfahrtswege Patienten eher zum Arzt gehen würden und keine kleinen Krankheiten zu großen behandlungsaufwendigen (teuren) Krankheiten verschleppen würden. Auch die *ÄKSA* ist der Ansicht, dass bei einer ausgeglichenen regionalen Verteilung eine optimale und preisgünstige Therapie möglich wäre.

Überwiegend schlechtes Urteil zu Sicherstellungszulagen und Sonderzuschüssen: Die *IKK* und die KVSA sehen als einzige in diesen Maßnahmen ein geeignetes Instrument, um Anreize für eine Niederlassung in weniger attraktiven Regionen zu geben und so die regionale Versorgung nachhaltig zu steuern. Alle anderen Experten sehen diese Instrumente als untauglich an. Sowohl die *ÄKSA* als auch der *Landkreis Börde* bemängeln in erster Linie die kurze Wirksamkeit dieser Maßnahmen. Einige Praxen würden zwar kurzfristig länger offen gehalten, aber damit verlagere sich das eigentliche Problem nur in die Zukunft. Die *AOK* und die *UPD* meinen, dass die Ärzte nicht in erster Linie auf das Geld schauten, sondern auf Strukturen und Bedingungen im Umfeld. Der *Hausärzteverband* bezeichnet die Maßnahmen als Aktionismus und sieht die Gefahr, dass Ärzte, die aus Patientensicht und/oder aus gesundheitlichen Gründen eigentlich altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden müssten, dennoch weiter praktizierten. Komplett abgelehnt werden Sicherstellungszuschläge und Sonderzuschüsse vom *Hartmannbund* und vom *vdek*. Während der *Hartmannbund* in den Maßnahmen nur einen „Tropfen auf den heißen Stein" sieht, da Nachwuchsprobleme und Überalterung der Ärzteschaft nicht entschärft würden, und es darüber hinaus als Frechheit empfindet, dass die benötigten Gelder den anderen Ärzten abgezogen würden, bezeichnet der *vdek* die Maßnahmen als „ordnungspolitische Katastrophe". Es handele sich dabei um Subventionen aus knappen Versichertengeldern, die dann an anderer Stelle fehlten. Der *vdek* sieht zudem die Gefahr, dass unter Umständen Praxen geöffnet/offen gehalten werden, die an dem betreffenden Standort ohne Subventionen gar nicht wirtschaftlich zu führen wären.

Überwiegend positive Bewertung des Modells der Mobilen Praxisassistentin (MOPRA): Sieben von neun Experten glauben, dass Mobile Praxisassistent/innen das Fehlen von Hausärzten besonders in ländlichen Regionen nachhaltig mildern könnten. Abweichend von diesen Auffassungen meint der *Landkreis Börde*, der Arzt würde zwar von bestimmten Aufgaben entlastet, aber die spezielle Nachfrage nach der ärztlichen Leistung durch die Patienten gehe deshalb nicht zurück. Der *Hartmannbund* sieht die Gefahr, dass die Praxisassistent/innen sich selbst überschätzen und den Arzt zu spät hinzuziehen. Bei prinzipiell positiver Einschätzung des Modellprojekts der mobilen Praxisassistent/innen gibt der *Hausärzteband* zu bedenken, dass aufgrund der Budgetierung der Übergang des Modells in die Praxis momentan nicht finanzierbar sei.

Konträre Sichten auf Integrierte Versorgung (IV) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ): Zwar hält eine deutliche Mehrheit diese Modelle für die Versor-

gungsstrukturen der Zukunft (**Abb. E2, T19**), die Ansichten, die zur Befürwortung oder Ablehnung dieser These führen, sind jedoch sehr unterschiedlich. Deshalb werden sie in diesem Kapitel auszugsweise vorgestellt. **Kritiker:** Die *ÄKSA* glaubt nicht, dass MVZ die Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen lösen könnten. MVZ bildeten sich in den Städten, wo die Versorgung sowieso schon gut sei. Ein Krankenhaus betreibe ein MVZ in erster Linie, um seine Betten mit selektierten Patienten voll zu belegen (Gewinnoptimierung). Die IV – so die *ÄKSA* – könne die Probleme ebenfalls nicht lösen, weil sie nur in einer Richtung funktioniere: Krankenhäuser dürften ambulante Versorgung leisten, ambulante Fachärzte dürften sich aber nicht zusammenschließen, um ein Krankenhaus zu eröffnen. Der *Hartmannbund* findet die Grundidee von MVZ und IV zwar gut, bemängelt aber die derzeitige Umsetzung, in erster Linie diejenige der MVZ. Diese dienten zurzeit in erster Linie der Kostenersparnis und Gewinnmaximierung von Krankenhäusern. Die Krankenhäuser versuchten, über die MVZ Patienten auch außerhalb ihres Einzugsbereichs zu gewinnen und bei sich einzuweisen, obwohl diese Patienten durchaus auch ambulant behandelt werden könnten (Fehlleitung). MVZ würden von Krankenhaus-Großunternehmen genutzt, um (über) regional stationäre und ambulante Monopole zu schaffen. Daraus ergäben sich zwangsläufig Probleme für Mitarbeiter, Versicherte und Kommunen bzw. für die gesamte Gesellschaft. Auch der *Hausärzteverband* vermutet, dass Krankenhäuser angeschlossene MVZ dazu nutzen würden, um immer ausreichend Patienten in ihr Haus zu überweisen und so ihre Bettenauslastung hoch zu halten. Die Möglichkeit, in einem MVZ als angestellter Arzt tätig zu sein, sei zwar besonders für junge Kolleginnen attraktiv, aber insgesamt gesehen könnten angestellte Ärzte die Freiberufler eben nicht im großen Maße ersetzen. **Befürworter:** *AOK*, *vdek*, *IKK*, *UPD* und *Landkreis Börde* hingegen halten IV und MVZ für tragfähige Versorgungsstrukturen der Zukunft. Sie betonen, dass diese Versorgungsmodelle besonders im Hinblick auf die Qualität der Versorgung positiv einzuschätzen seien. So ließen sich Doppeluntersuchungen vermeiden und die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor überbrücken. Der *Landkreis Börde* sieht allerdings auch die Gefahr des Missbrauchs dieser neuen Struktur, indem sie genutzt werden könne, um sich Leistungen „zuzuschieben". **Unentschieden:** Die *KVSA* hat eine differenzierte Sicht auf IV und MVZ: sie glaubt, dass die IV insgesamt an Bedeutung gewinnen werde und ein sinnvolles Instrument sei, um Schranken zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu überbrücken. Das MVZ sei zwar ein Konzept, um die hoch spezialisierte fachärztliche Versorgung mit Krankenhäusern gut zu kombinieren. Allerdings habe das MVZ keinen prinzipiellen Vorteil und unterscheide sich nicht grundsätzlich gegenüber einer großen Berufsausübungsgemeinschaft von spezialisierten, niedergelassenen Fachärzten. Während MVZ eher in größeren Städten sinnvoll erschienen, sei im ländlichen Bereich die Organisationsform der Zukunft die Gruppenpraxis/ die Berufsausübungsgemeinschaft, bestehend aus mehreren (ggf. auch in Teilzeit angestellten) Ärzten, die gemeinsam eine ganze Versorgungsregion mit Zweigsprechstunden (Nebenbetriebsstätten) betreuen. In einem solchen Gebilde gäbe es idealerweise einen Hauptsitz und fünf oder sechs Nebenbetriebsstätten für die angrenzenden kleineren Gemeinden. Das Ganze könne dann durch eine mobile Praxisassistentin/Versorgungsassistentin, d. h. durch eine besonders qualifizierte medizinische Fachangestellte unterstützt werden.

Ein abgestuftes System der fachärztlichen Versorgung: Die *AOK* befürwortet ein „medizinisch abgestuftes System" zwischen wohnortnaher Facharztversorgung (primäre Versorgung durch Frauenärzte, Kinderärzte, Augenärzte) und hoch spezialisierter Facharztversorgung, die nicht wohnortnah, sondern zentral vorgehalten werden müsse. Abgestuft würde nach Grad der Spezialisierung und nach der Häufigkeit der Behandlungen. Ähnlich argumentiert die *KVSA*: auch sie meint, es müsse unterschieden werden zwischen einer wohnortnahen fachärztlichen Versorgung und der spezialisierten Versorgung, bei der die Wege für die Erreichbarkeit höher sein könnten. Hochspezialisierte Einrichtungen könne man nicht in jedem Städtchen anbieten. Entscheidend sei die richtige Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit: häufig würden Patientenprobleme stationär und damit kostenintensiv gelöst, obwohl die Probleme auch durchaus ambulant lösbar gewesen wären.

Konträre Beurteilung von spezifischen Verträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu bestimmten Leistungen: Zwar sprach sich eine deutliche Mehrheit von 6 Experten gegen diese Art von Verträgen aus (*ÄKSA*, *Hartmannbund*, *KVSA*, *AOK*, *Landkreis Börde*, *vdek*) und nur 3 Experten befürworteten diese (*Hausärzteverband*, *IKK*, *UPD*), die Beweggründe für die jeweilige Ablehnung bzw. Befürwortung waren jedoch sehr unterschiedlich. **Kritiker:** Die *ÄKSA* sieht vor allem die Gefahr, dass Krankenhäuser im Rahmen dieser Programme nur Patienten operierten, die „sich rechneten". Außerdem mache sich das betreffende Krankenhaus abhängig von der Kasse, mit der der Vertrag geschlossen wurde. Der *Hartmannbund* sieht Gefahren vor allem darin, dass Krankenhäuser gegeneinander ausgespielt werden könnten, dass es zu Dumping und Qualitätsverlust kommen könne und dass der Patient selbst durch solche Verträge entmündigt würde (Verlust der freien Krankenhauswahl). Die *KVSA* hält diese Verträge für den falschen Weg. Es sei vielmehr ein grundlegender Konsens darüber nötig, welche Strukturen man in der Versorgung zukünftig haben wolle (wie viele Krankenhäuser der Regelversorgung, wie viele hoch spezialisierte Krankenhäuser, welche wohnortnahe Basisversorgung). Die *AOK* hält die betreffenden Verträge primär für einen Marketinggag einer Krankenkasse, die in der

Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt einen Marktanteil von unter 5 % hat. Der *Landkreis Börde* fragt bei diesen im Wettbewerb der Kassen begründeten Entwicklungen nach den Kriterien, nach denen die Kassen bestimmte Krankenhäuser auswählen und befürchtet einen möglichen Qualitätsverlust der stationären Versorgung der Patienten. Der *vdek* sieht die Hauptgefahr darin, dass große Krankenkassen einen Wettbewerbsvorteil hätten, weil sie günstige Preise in Form eines „Mengenrabatts" realisieren könnten. Damit hätten große Krankenkassen (deren Patientenpool auch meist eine höhere Morbidität besäße) einen doppelten Vorteil gegenüber kleinen Kassen: den Risikostrukturausgleich und die „Mengenrabatte" bei Spezialverträgen mit Krankenhäusern. Im Extremfall könne dies langfristig zu einer einzigen überlebenden Einheitskasse führen. **Befürworter**: Für die *IKK* macht es Sinn, mit ausgesuchten Krankenhäusern unter Qualitätsgesichtspunkten Verträge abzuschließen und dann planbare Operationen ausschließlich dort auszuführen. Mit Hilfe von Qualitätsberichten könne der Versicherte jederzeit Einsicht in die Qualität dieser Verträge nehmen. Auch die *UPD* hält solche Verträge im Prinzip für eine gute Idee, vorausgesetzt die Wahrung/Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung sei dabei das Hauptkriterium. Der *Hausärzteverband* meint, Verträge zwischen Ärzten (egal ob stationär oder ambulant) und Krankenkassen, in denen Preis und Umfang der Leistungen genau festgelegt sind, seien dem heutigen Bezahlsystem vorzuziehen. So könne eine definierte Qualität der Versorgung gesichert werden.

Strategien, um mehr Medizinstudenten in die Patientenversorgung zu bringen: Die *KVSA* gibt zu Bedenken, dass der Anteil der Medizinstudenten, der in der Versorgung ankommt, kontinuierlich abnimmt. Sie schätzt, dass inzwischen 20-30 % der Absolvent/innen des Medizinstudiums nicht in die Patientenversorgung gehen, sondern in die Wissenschaft, zu Verlagen oder in die Pharmaindustrie. Darauf müsse man politisch reagieren und die Anzahl der Medizinstudenten um 30 % erhöhen. Gleichzeitig oder alternativ wäre es denkbar, einen zweiten Medizinstudiengang ins Leben zu rufen, wo diejenigen ausgebildet würden, die nicht unbedingt in der Patientenversorgung arbeiten wollten. Dabei könnten die ersten zwei oder drei Jahre des alten und des neuen Medizinstudiengangs gemeinsam organisiert werden, erst dann trenne man sich in einen wissenschafts-/wirtschaftsorientierten Studiengang und in einen praxis-/behandlungsorientierten Studiengang. Die *ÄKSA* befürwortet Initiativen wie in Sachsen, wo Medizinstudenten Stipendien gezahlt werden, wenn sie sich verpflichten, sich im eigenen Land (zumindest für eine gewisse Zeit) niederzulassen. Auch die Förderung von jungen Medizinern in der Weiterbildung sei nötig. Zuletzt sei auch entscheidend, ob niederlassungswillige junge Mediziner ansprechende Standortfaktoren für ihre persönliche, familiäre und berufliche Zukunft vorfänden. Der *Landkreis Börde* würde einen Zuwachs der Studienanfänger im Fach Medizin gutheißen, allerdings seien die Studieninhalte neu zu hinterfragen. Auch die UPD glaubt, dass die Studieninhalte hinterfragt werden müssten: das derzeitige Medizinstudium sei zu wissenschaftlich ausgerichtet. Andere Qualifikationen und Qualitäten, die praktizierende Ärzte bräuchten, würden nicht ausreichend berücksichtigt. Der vdek hält es für wichtig, die Betreuungsmöglichkeiten für Kinder (deutschlandweit) zu verbessern, um so die Niederlassungswilligkeit von jungen Ärztinnen zu erhöhen.

6.5 Lösungsansätze der Experten

Abb. E3 zeigt eine Synopse der jeweils drei wichtigsten/dringendsten Lösungsansätze zur Sicherung der ärztlichen Versorgung, welche die Experten zu Protokoll gaben. Daraus ist zu sehen, dass es einige Schnittmengen, aber auch viele individuelle Lösungsansätze gibt:

Als erste Schnittmenge zeigt sich die Forderung nach einer besseren ärztlichen Vergütung, welche von vier Experten angesprochen wird. Während zwei unter ihnen eine globale Anhebung der Vergütung befürworten (*ÄKSA*, *Landkreis Börde*), spricht sich die *KVSA* nur für eine „Anpassung der Vergütung im ambulanten Bereich" aus. Der *Hartmannbund* fordert zum Thema Vergütung die Aufhebung von Budgetierungen als maßgeblichen limitierenden Faktor beim ärztlichen Einkommen.

Die zweite Schnittmenge ist der Wunsch nach einem besseren Dialog zu grundlegenden Fragen der zukünftigen Versorgungsstrukturen, welcher vom *Hausärzteverband*, von der *KVSA*, *AOK* und vom *Landkreis Börde* thematisiert wird.

Als dritte Schnittmenge geht aus der Synopse die Forderung nach einer besseren Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung hervor (*KVSA*, *IKK*, *UPD*).

Eine vierte Schnittmenge bildet die Forderung nach „Bürokratieabbau/mehr Zeit für Patienten", die von der *ÄKSA*, vom *Hausärzteverband* und *UPD* angemahnt wird.

Abb. E3: Synopse der von den Experten genannten Lösungsansätze

"*Nennen Sie die drei wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt*!"			
AOK	Raus aus der Befindlichkeits-diskussion (Ärzte fragen, was sie wollen)	Das Mögliche dessen, was Ärzte wollen, umsetzen	Versorgungsstrukturen umbauen
ÄKSA	Bürokratie abbauen	Vergütung erhöhen	Arbeitsbedingungen verbessern
Hartmannbund	Budgetierung aufheben	Gebührensystem GOÄ durchsetzen	Kostendeckungsprinzip (Patient bekommt Rechnung, bezahlt selbst oder lässt Krankenkasse zahlen)
Hausärzteverband	Abschaffen von Bürokratie und gesetzlichen Zwängen	Gesellschaftliche Verabredung darüber, was Gesundheits-versorgung leisten soll	Finanzielle Sicherung dieser Verabredung
IKK	Bessere Rahmen-bedingungen für die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich	Zusammenarbeit zwischen Haus-, Fachärzten und Krankenhäusern verbessern	Transparenz bei den Ausgaben im Arzneimittel-bereich und nach Möglichkeit eine Grundliste für Arzneimittel
KVSA	Anpassung der Vergütung für den ambulanten Bereich	gemeinsame Initiative von Politik, Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, um die allgemeinmedizinische Weiterbildung voranzubringen (Anteil der Absolventen, die in die Allgemeinmedizin gehen, erhöhen)	Konsensfindung von Politik, Leistungserbringern und Krankenkassen über die perspektivische Versorgungs-struktur in Sachsen-Anhalt (wie viel Krankenhausver-sorgung, wie viel hoch-spezialisierte fachärztl. Versorgung im ambulanten Bereich, wie können diese Bereiche miteinander verknüpft werden).
Landkreis Börde	Diskussion über Qualität und Standard	Maßnahmen zur Erhöhung der Qualität des Arztberufes (Rahmenbedingungen, Ausbildung, Finanzierung)	
UPD	mehr Zeit für den Patienten (sprechende Medizin)	Einbeziehung von aktuellen Sozialdaten in die Bedarfsplanung	Bessere Vernetzung sowohl von Ärzten als auch von ambulantem und stationärem Bereich
vdek	Punktwert für die Regelleistungsvolumina absenken	Vergütungssystem noch mehr pauschalisieren	Vergütungssystem, das die Arzneimittelkosten mit in die Pauschalen aufnimmt (wie bei DRGs)

7. Datenanalyse

7.1 Überblick über Arztzahlen

Einen Überblick über die Anzahlen von Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt im Jahr 2008, gegliedert nach Tätigkeitsbereich, nach Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung und nach ausgewählten Facharztgruppen der Vertragsärztlichen Versorgung gibt die **Abb. Ü1**.

Abb. Ü1 **Anzahl Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich, Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorung und nach ausgewählten Arztgruppen, Sachsen-Anhalt , 2008**

		Ärztinnen	Ärzte	Insgesamt
berufstätig		4.185	3.905	8.090
davon:				
ambulant tätig		1.899	1.388	3.287
stationär/teilstationär tätig		2.000	2.341	4.341
in sonstigen Bereichen tätig*		286	176	462
an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmend		1.974	1.643	3.617
davon:				
Hausärztinnen und Hausärzte		1.015	600	1.615
teilnehmende Fachärztinnen und -ärzte		959	1.043	2.002
	darunter**:			
	Frauenärztinnen und -ärzte	217	105	322
	Fachärztlich tätige Internistinnen	103	143	246
	Kinderärztinnen und -ärzte***	146	48	194
	Chirurginnen und Chirurgen	34	133	167
	Augenärztinnen und -ärzte	126	40	166
	Orthopädinnen und Orthopäden	47	104	151
	Nervenärzt/Innen, Neurolog/Innen, Psychiater/Innen	79	62	141
	Hals-Nasen-Ohren-Ärzt/Innen	67	58	125
	Hautärztinnen und -ärzte	74	31	105
	Radiolog/Innen, Diagnostische Radiolog/Innen	40	58	98
	Urologinnen und Urologen	11	78	89
	Anästhesist/Innen	31	53	84

Datenquelle:
Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister (zitiert nach www.gbe-bund.de)

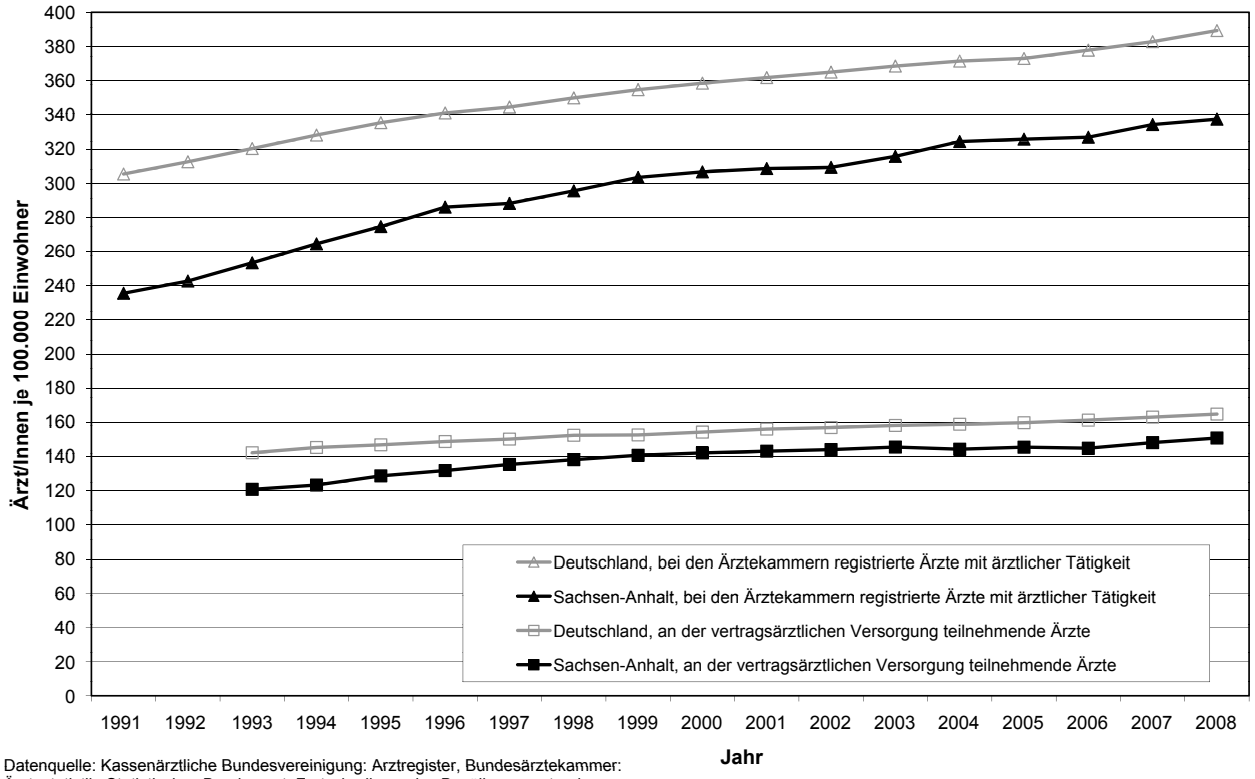
* in Behörden, Körperschaften u.a. und in sonstigen Bereichen
** bedarfsplanungspflichtige Facharztgruppen
*** sind immer auch hausärztlich tätig und deshalb auch in der Kategorie "Hausärzte" enthalten

7.2 Arztdichten

7.2.1 Globale Arztdichten

Die bevölkerungsbezogene Dichte (je 100.000 Einwohner) von Ärztinnen und Ärzten nimmt sowohl in Deutschland als auch in Sachsen-Anhalt seit vielen Jahren kontinuierlich zu (**Abb. A1, Tab. A1, Tab. A4)**. Dabei steigt die „globale Arztdichte" (bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen mit ärztlicher Tätigkeit) stärker als die Dichte der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen („teilnehmende Ärztinnen"). Bei etwa gleichen Steigerungsraten wie im Bundesdurchschnitt bleibt die globale Arztdichte und die Dichte der teilnehmenden Ärztinnen in Sachsen-Anhalt seit Beginn der gemeinsamen Erfassung von Neu- und Altbundesländern (1991 bzw. 1993) bis heute deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im Ländervergleich nahm Sachsen-Anhalt in beiden Fällen im letzten Beobachtungsjahr (2008) den vorletzten Rang vor Brandenburg ein (**Abb. A9**). Der Unterschied in der Arztdichte Sachsen-Anhalt/ Bundesdurchschnitt ist bei teilnehmenden Ärztinnen etwas geringer als bezüglich der gesamten berufstätigen Ärzteschaft: während in Sachsen-Anhalt im Mittel der Beobachtungsjahre etwa 46 % der berufstätigen Ärzteschaft an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind es im Bundesdurchschnitt nur 43 % (**Tab. A1, Tab. A4**).

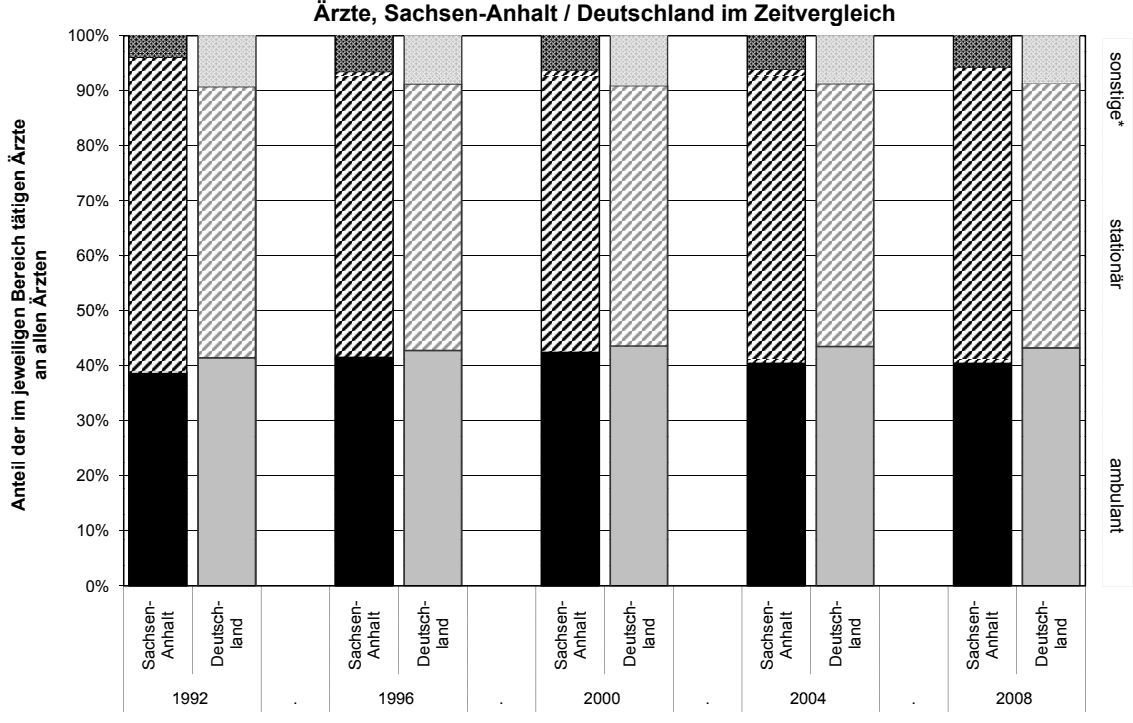
Abb. A1: Bevölkerungsbezogene Dichte von berufstätigen Ärztinnen und Ärzten, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister, Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes,

Tätigkeitsbereiche: Im Mittel des Beobachtungszeitraumes waren im Bundesdurchschnitt etwa 43 % der Ärztinnen in ambulanten, 48 % in stationären und 9 % in sonstigen Einrichtungen tätig (**Abb. A2, Tab. A1**). Diese Verhältnisse sind in Sachsen-Anhalt zum stationären Bereich hin verschoben (41 %, 54 % bzw. 5 %).

Abb. A2: Tätigkeitsbereiche der bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

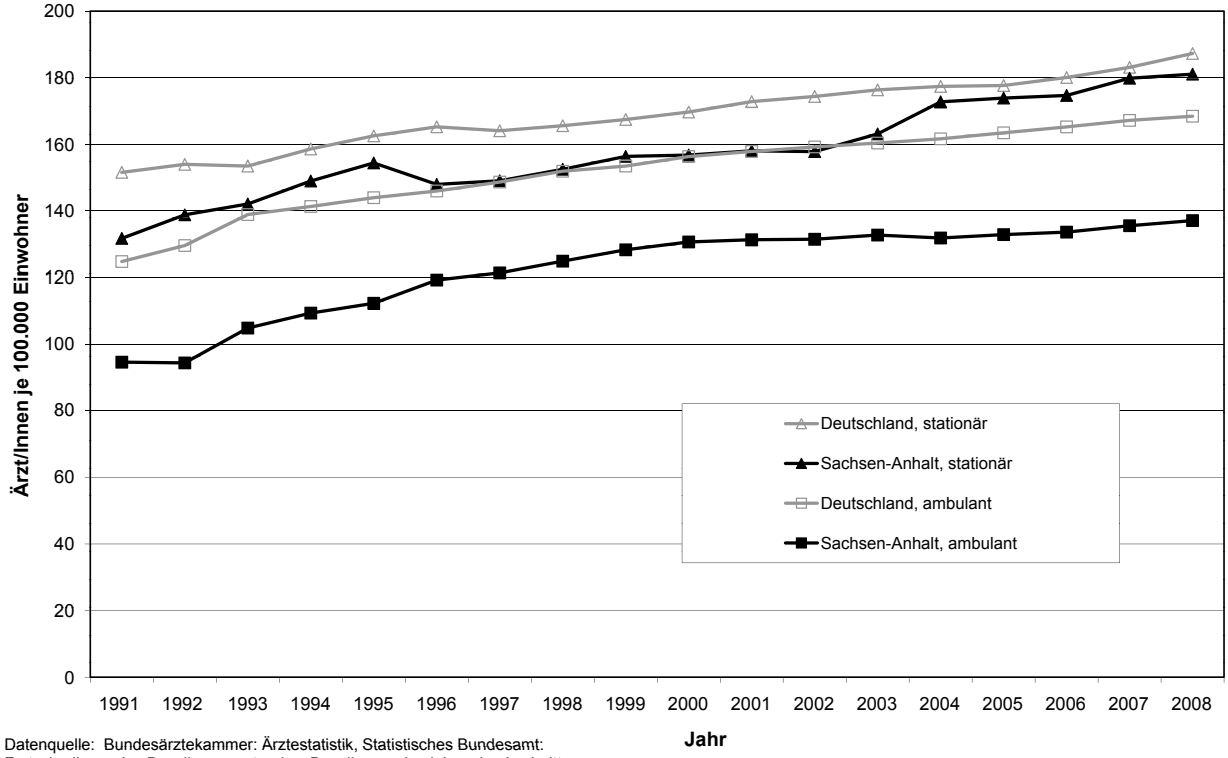


Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* in Behörden, Körperschaften u.a oder in sonstigen Bereichen

Während die Arztdichte im stationären Bereich in Sachsen-Anhalt weiterhin deutlich steigt und seit dem Jahr 2004 schon fast den Bundesdurchschnitt erreicht hat, ist sie im ambulanten Bereich deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt und zeigt seit dem Jahr 2000 nur eine sehr geringe Zuwachsrate (**Abb. A3**).

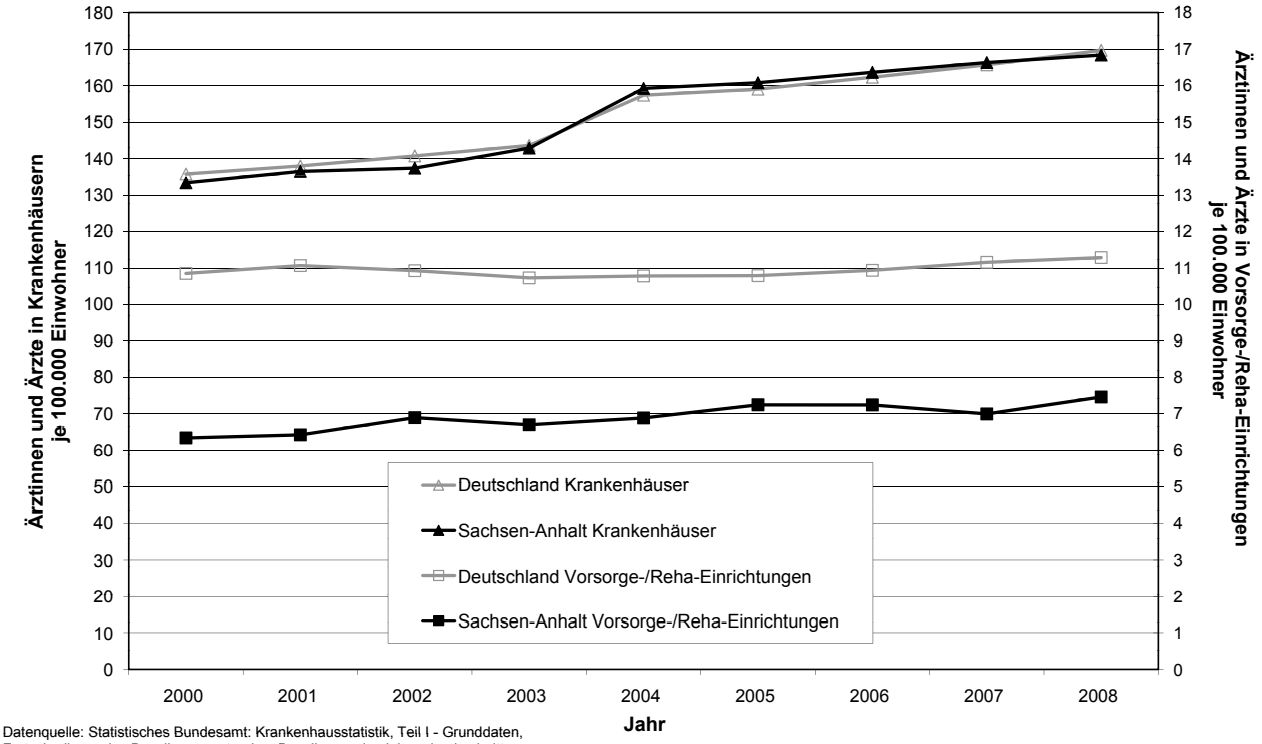
Abb. A3: Bevölkerungsbezogene Dichte von berufstätigen Ärztinnen und Ärzten nach Tätigkeitsbereich, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (alle zitiert nach www.gbe-bund.de)

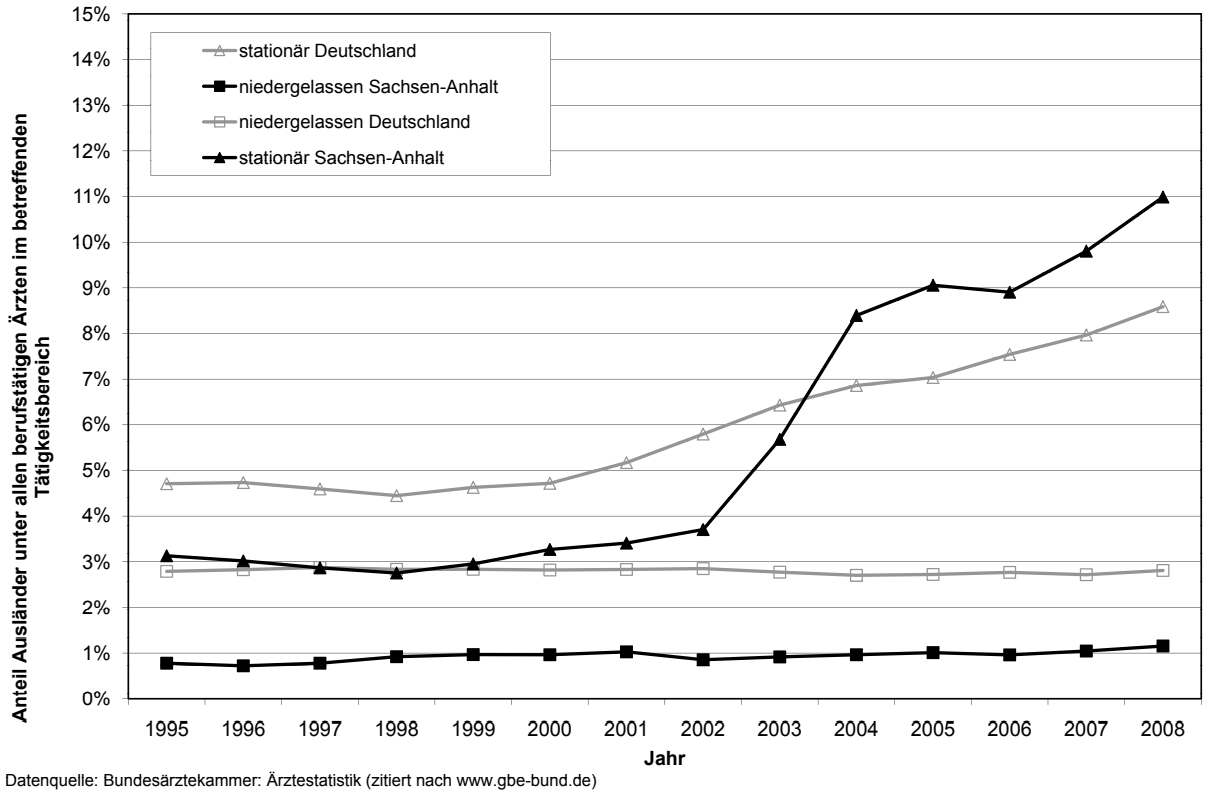
Differenziert man bei den Ärztinnen mit stationärer/ teilstationärer Tätigkeit nach Tätigkeit in Krankenhäusern bzw. Tätigkeit in Vorsorge-/Reha-Einrichtungen, so zeigt sich, dass in Sachsen-Anhalt die Arztdichte in Krankenhäusern seit dem Jahr 2003 den Bundesdurchschnitt erreicht hat und bis 2007 sogar geringfügig höher war. In Vorsorge-/ Reha-Einrichtungen ist sie hingegen nach wie vor deutlich geringer (**Abb. A4**, **Tab. A2**).

Abb. A4: Hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und Vorsorge-/ Reha-Einrichtungen, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (alle zitiert nach www.gbe-bund.de)

Abb. A5: Ausländeranteil in der Ärzteschaft, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

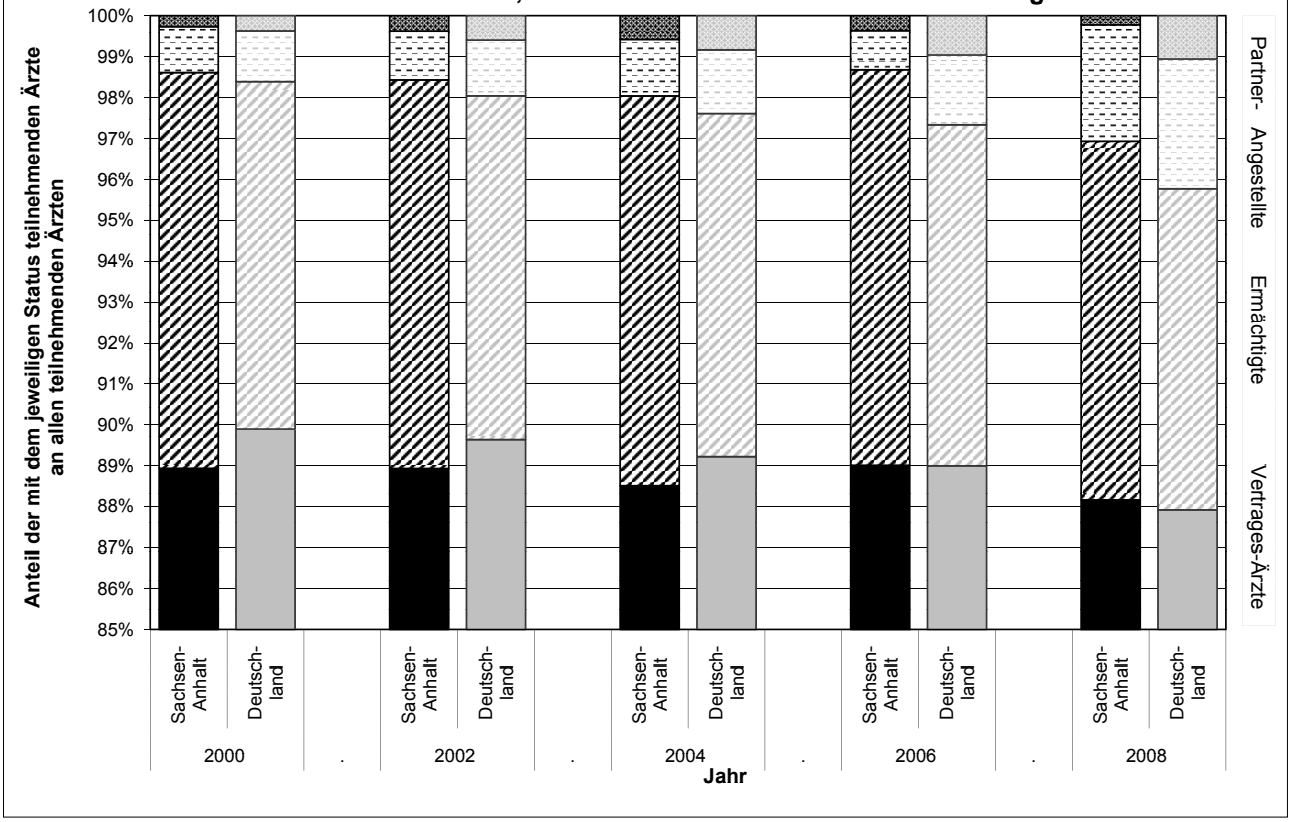


Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik (zitiert nach www.gbe-bund.de)

Ausländeranteil in der Ärzteschaft: Der Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte nahm in Sachsen-Anhalt im stationären Bereich seit dem Jahr 2003 erheblich und kontinuierlich zu, im ambulanten Bereich hingegen blieb er nahezu unverändert auf niedrigem Niveau (**Abb. A5, Tab. A3**). Letzteres hat seine Ursache in den gesetzlichen Vorgaben zur Approbation und zur vertragsärztlichen Tätigkeit (siehe Diskussion).

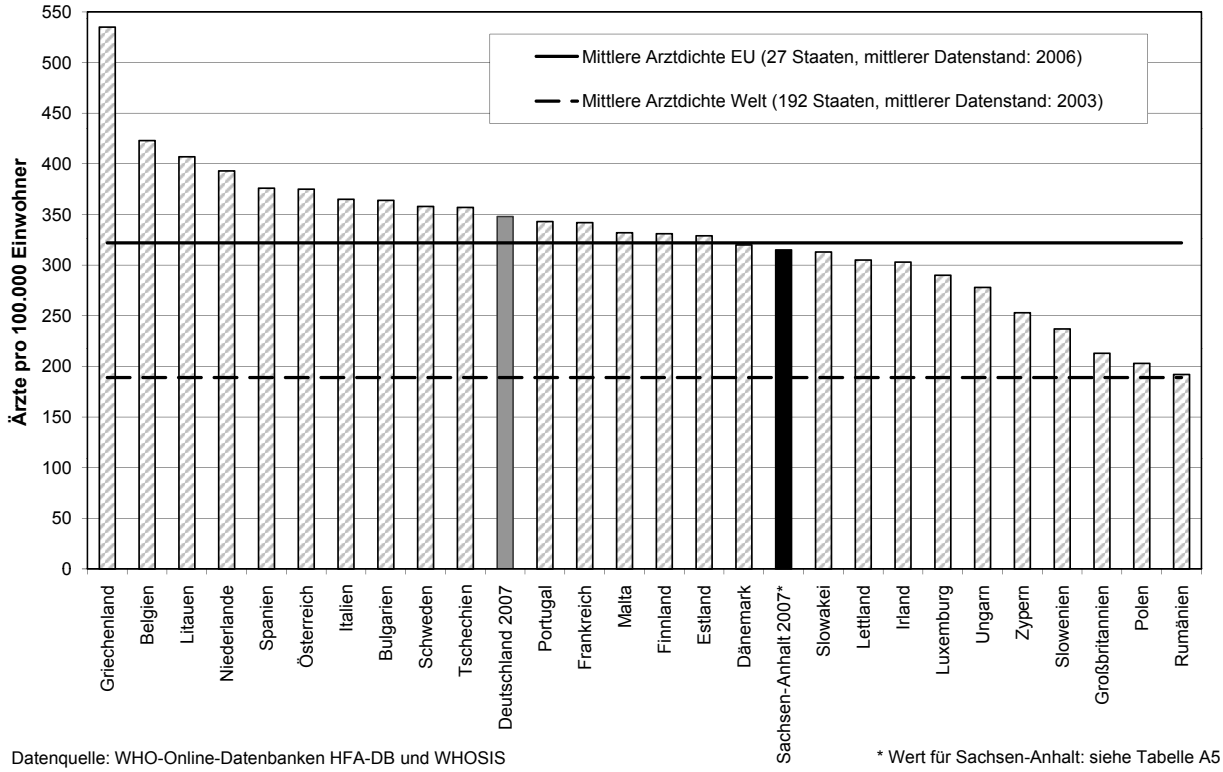
Teilnahmestatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte: In Deutschland wird trotz einem geringfügig abnehmenden Trend bis heute der ganz überwiegende Teil der ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten durch in eigener Praxis niedergelassene Ärztinnen geleistet: etwa 88 % aller „teilnehmenden" Ärztinnen waren in Deutschland im Jahr 2008 **Vertrags**ärztinnen (**Abb. A6, Tab. A4**). Seit der Einführung der Möglichkeit, auch als Angestellte Ärztin oder als Partnerärztin an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, haben sich die Anteile dieser beiden Teilnahmeformen deutschlandweit kontinuierlich erhöht, in Sachsen-Anhalt vor allem der Anteil der Angestellten Ärztinnen. In Sachsen-Anhalt war im Mittel des Beobachtungszeitraumes der Anteil von Ermächtigten Ärztinnen geringfügig höher (9,6 %) als im Bundesdurchschnitt (8,6 %, **Abb. A6, Tab. A4**). Allerdings ist beim Vergleich dieser Anteile zu beachten, dass Inhalt, Befristung und Überweisungsbasis der Ermächtigungen in den Bundesländern sehr unterschiedlich sein können.

Abb. A6: Teilnahmestatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Arztdichte im internationalen Vergleich: Nach WHO-Daten lag die Dichte von „praktizierenden Ärztinnen" (Tätigkeit im direkten Kontakt mit Patienten) in Deutschland im Jahr 2007 geringfügig über dem europäischen Durchschnitt (348 bzw. 322 Ärztinnen je 100.000 Einwohner) und war fast doppelt so hoch wie der Weltdurchschnitt (**Abb. A7, Tab. A5**). Die in Annäherung an die WHO-Kriterien berechnete Dichte praktizierender Ärztinnen in Sachsen-Anhalt im Jahr 2007 (315 Ärztinnen je 100.000 Einwohner) entsprach in etwa dem Durchschnitt der 27 EU-Mitgliedstaaten und war beispielsweise höher als in Irland und Luxemburg.

Abb. A7: Bevölkerungsbezogene Dichte praktizierender Ärzt/Innen, Sachsen-Anhalt/Deutschland, internationaler Vergleich, letzte verfügbare Daten



Datenquelle: WHO-Online-Datenbanken HFA-DB und WHOSIS

* Wert für Sachsen-Anhalt: siehe Tabelle A5

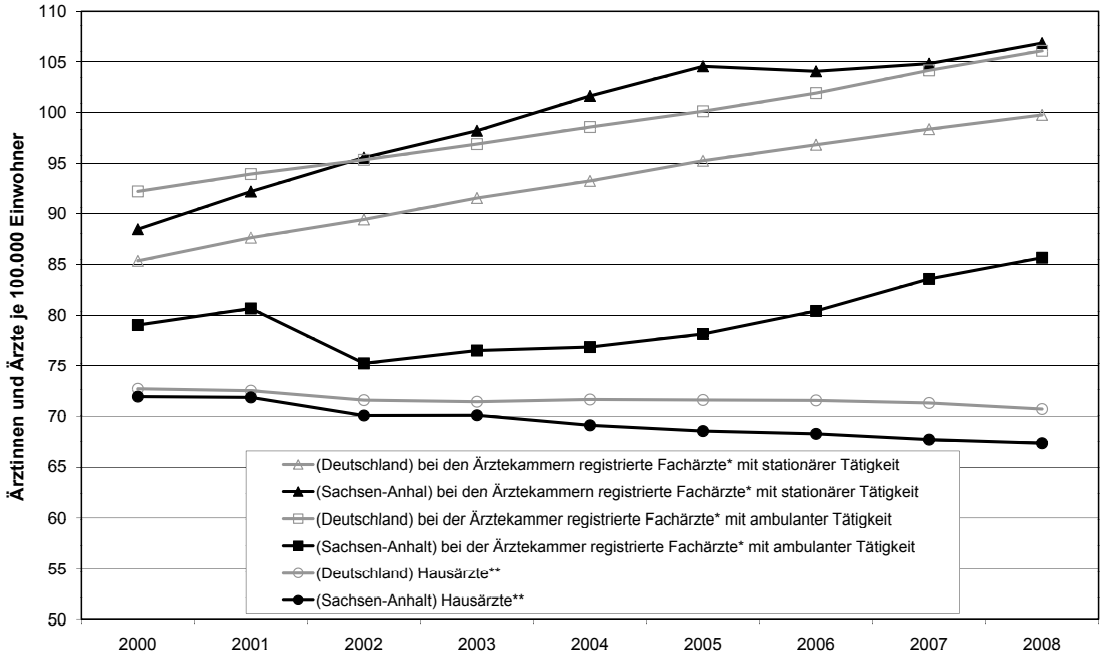
7.2.2 Differenzierung der Ärzteschaft in zwei Gruppen: Hausärztinnen/Hausärzte und Fachärztinnen/Fachärzte

Hausarztdichte: Die bevölkerungsbezogene Dichte von Ärztinnen und Ärzten, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigungen als „**Hausärzte“** registriert sind, entsprach in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2000 und 2001 noch in etwa dem Bundesdurchschnitt und nahm seither sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene ab (**Abb. A8**). Diese Abnahme war in Sachsen-Anhalt stärker als im Bundesdurchschnitt, sodass die Hausarztdichte im letzten Beobachtungsjahr mit 67,4 im Vergleich zu 70,7 geringer als im Bundesdurchschnitt war (**Tab. A6**). Im Ländervergleich nahm Sachsen-Anhalt im Jahr 2008 bezüglich der Hausarztdichte den viertletzten Rang vor Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Brandenburg ein (**Abb. A9**). Auch die Dichte der bei den Ärztekammern registrierten **Allgemeinärztinnen** (Ärztinnen mit Bezeichnung „Allgemeinmedizin“, „Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Praktischer Arzt“), welche fast alle als Hausärztinnen tätig sind, ist in Sachsen-Anhalt im Ländervergleich gering (**Abb. A9**).

Facharztdichte: Bei der Facharztdichte zeigt sich für Sachsen-Anhalt ein sehr auffallender Befund: während im gesamten Beobachtungszeitraum die Dichte der ambulant tätigen Fachärztinnen deutlich geringer war als im Bundesdurchschnitt, lag diejenige der stationär tätigen Fachärztinnen deutlich höher als der Bundesdurchschnitt (**Abb. A8**). Dem entsprechend nahm im Ländervergleich die Dichte der teilnehmenden (ambulanten) Fachärzteschaft in Sachsen-Anhalt im Jahr 2008 den vorletzten Rang vor Brandenburg ein, die stationäre Facharztdichte hingegen einen überdurchschnittlichen 7. Rang (**Abb. A9**). Die hohe stationäre Facharztdichte trat bei Betrachtung der in Kap. 7.2.1 gezeigten stationären Arztdichte noch nicht so sehr in Erscheinung (**Abb. A3**), weil dort auch Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung (meist Weiterbildungsassistent/innen) enthalten sind und deren Anteil/Dichte in Sachsen-Anhalt geringer ist als im Bundesdurchschnitt (vgl. **Abb. A9, D2**).

Anders als bei der Hausärzteschaft nahm die Dichte von Fachärztinnen im Beobachtungszeitraum sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Sachsen-Anhalt kontinuierlich zu. Dies gilt sowohl für die ambulant tätigen als auch für die stationär tätigen Fachärztinnen (**Abb. A8, Tab. A6, A7**).

Abb. A8: Hausärzt/Innen und ambulant bzw. stationär tätige Fachärzt/Innen, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (alle zitiert nach www.gbe-bund.de)

* alle registrierten, berufstätigen Ärzte minus Ärzte mit Bezeichnung "Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)", "Praktischer Arzt", "Arzt ohne Facharztbezeichn."
** inklusive hausärztlich tätige Internist/Innen und Kinderärzt/Innen

Abb. A9 **Bevölkerungsbezogene Dichte von Allgemeinärzt/Innen, Hausärzt/Innen und Fachärzt/Innen, Sachsen-Anhalt im Ländervergleich, 2008**

Bei den Ärztekammern registrierte Ärzte mit ärztlicher Tätigkeit														An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte					
Insgesamt[1]		Allgemeinärzte[2]		Fachärzte[3]						Ärzte ohne Facharztbezeichnung				Teilnehmende Ärzte insgesamt		Hausärzte[5]		Fachärzte[6]	
				Insgesamt[1]		ambulant		stationär		Insgesamt[4]		darunter stationär							
HH	575,7	BY	70,3	HH	340,7	HH	164,6	HB	140,2	HE	182,1	HE	123,8	HB	219,2	BE	81,8	HB	142,6
HB	513,7	SH	66,3	HB	328,2	HB	158,8	HH	139,4	BB	157,6	HH	113,0	BE	203,4	BY	78,0	BE	121,6
BE	507,9	RP	65,7	BE	300,2	BE	148,2	MV	117,6	HH	139,9	BB	112,5	HH	194,4	HB	76,6	HH	119,0
BY	413,5	BW	64,3	SL	234,0	BY	111,5	BE	116,9	MV	120,4	SN	102,9	BY	172,8	HH	75,3	SL	101,8
SL	411,7	MV	63,6	NW	230,3	NW	109,4	SL	110,7	BE	119,9	BE	87,5	SL	171,8	SH	74,9	BY	94,8
HE	396,5	HE	60,8	MV	229,5	SL	108,8	TH	109,7	SN	119,3	MV	86,8	SH	166,7	MV	74,6	SH	91,8
SH	385,9	SL	58,3	BY	223,3	BW	103,7	ST	106,9	TH	109,7	TH	86,6	HE	162,5	TH	73,3	HE	91,4
BW	383,4	TH	57,0	HE	215,3	HE	103,5	NW	106,8	BW	107,3	RP	85,0	BW	160,5	SN	72,0	NW	90,8
NW	382,0	NI	56,1	BW	213,2	SH	102,7	SN	104,6	BY	106,0	BW	84,5	MV	160,4	BW	71,4	BW	89,1
MV	380,4	BB	54,0	SN	213,1	RP	95,9	SH	96,8	RP	101,5	BY	84,0	RP	159,4	HE	71,1	RP	88,7
RP	377,2	SN	53,6	TH	212,3	SN	95,3	RP	94,3	SL	99,5	NI	77,5	SN	158,8	RP	70,6	SN	86,8
TH	352,9	HH	52,9	RP	212,1	NI	93,2	BW	93,6	NW	95,5	SL	75,2	TH	157,7	SL	70,0	NI	86,5
SN	346,3	ST	52,6	SH	209,9	TH	89,7	BY	93,5	NI	87,2	NW	73,8	NW	157,5	ST	68,6	MV	85,9
NI	342,0	NW	50,2	ST	205,7	MV	87,8	BB	93,1	HB	80,7	SH	72,7	NI	153,5	NI	67,0	TH	84,4
ST	337,5	BE	50,1	BB	193,0	ST	85,7	HE	90,1	ST	79,6	HB	71,7	ST	150,0	NW	66,7	ST	81,5
BB	327,8	HB	45,6	NI	190,4	BB	84,6	NI	83,4	SH	79,1	ST	71,3	BB	140,1	BB	66,1	BB	73,9
D	389,3	D	58,7	D	223,3	D	106,1	D	99,8	D	83,5	D	76,7	D	163,4	D	71,5	D	91,9
W	397,4	W	59,4	W	225,9	W	109,2	W	98,7	W	112,2	W	86,6	W	165,2	W	71,6	W	93,6
O	346,6	O	55,4	O	209,8	O	89,5	O	105,3	O	81,4	O	73,4	O	153,6	O	70,8	O	82,8

Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister, Statistisches Bundesdamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

[1] inklusive Ärzte in sonstigen Einrichtungen

[2] Ärzte mit den Bezeichungen: Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) nach neuer MWBO (2003), Allgemeinmedizin (alte MWBO) oder Praktischer Arzt (alte MWBO)

[3] alle registrierten Ärzte mit ärztlicher Tätigkeit minus Allgemeinärzte und minus Ärzte ohne Facharztbezeichnung

[4] inklusive Ärzte ohne Facharztbez. in ambulanten und sonstigen Einrichtungen

[5] inklusive hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte

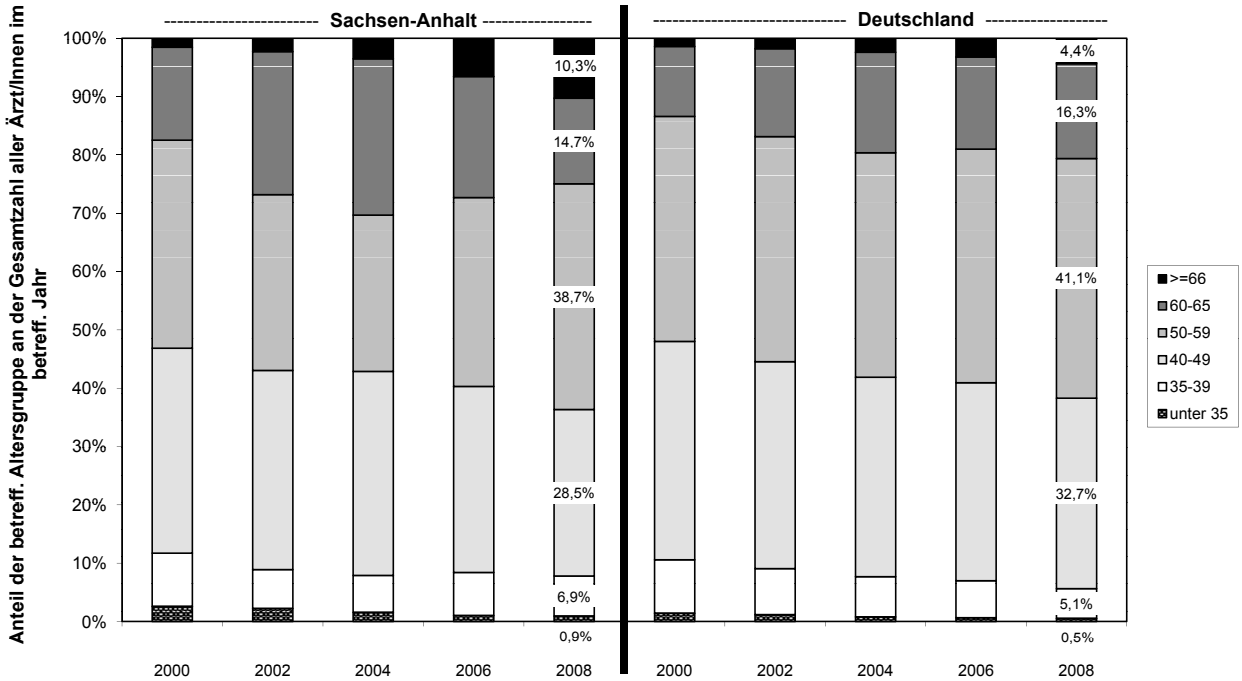
[6] alle teilnehmenden Ärzte minus Hausärzte

(BB) Brandenburg, (BE) Berlin, (BW) Baden-Württemberg, (BY) Bayern, (HB) Bremen, (HE) Hessen, (HH) Hamburg, (MV) Mecklenburg-Vorpommern, (NI) Niedersachsen, (NW) Nordrhein-Westfalen, (RP) Rheinland-Pfalz, (SL) Saarland, (SN) Sachsen, (ST) Sachsen-Anhalt, (SH) Schleswig-Holstein, (TH) Thüringen, (D) Deutschland, (W) früheres Bundesgebiet und Berlin Ost, (O) neue Bundesländer ohne Berlin Ost

Altersstruktur und Alterstrend der Haus- und Fachärzteschaft

Hausärztinnen und Hausärzte: Im Jahr 2008 waren in Sachsen-Anhalt etwa 64 % der Hausärztinnen und Hausärzte 50 Jahre alt oder älter, 25 % waren ≥60 Jahre alt und 10 % waren 66 Jahre alt oder älter (**Abb. A10, Tab. A8**). Diese Anteile sind höher als im Bundesdurchschnitt (62 % bzw. 21 % bzw. 4 %), d.h. die Hausärzteschaft in Sachsen-Anhalt ist älter als im Bundesdurchschnitt. Besonders auffallend ist dabei der mehr als doppelt so hohe Anteil der ≥66-jährigen Hausärzt/innen in Sachsen-Anhalt (10,3 %) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (4,4 %). Alterstrend: Die Hausärzteschaft wird sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt immer älter: erstens wuchs im Beobachtungszeitraum der Anteil der ≥50-Jährigen kontinuierlich, zweitens nahm der Anteil der unter 40-Jährigen kontinuierlich ab (**Abb. A10, Tab. A8**).

Abb. A10: Altersstruktur der Hausärztinnen* und Hausärzte* nach Arztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

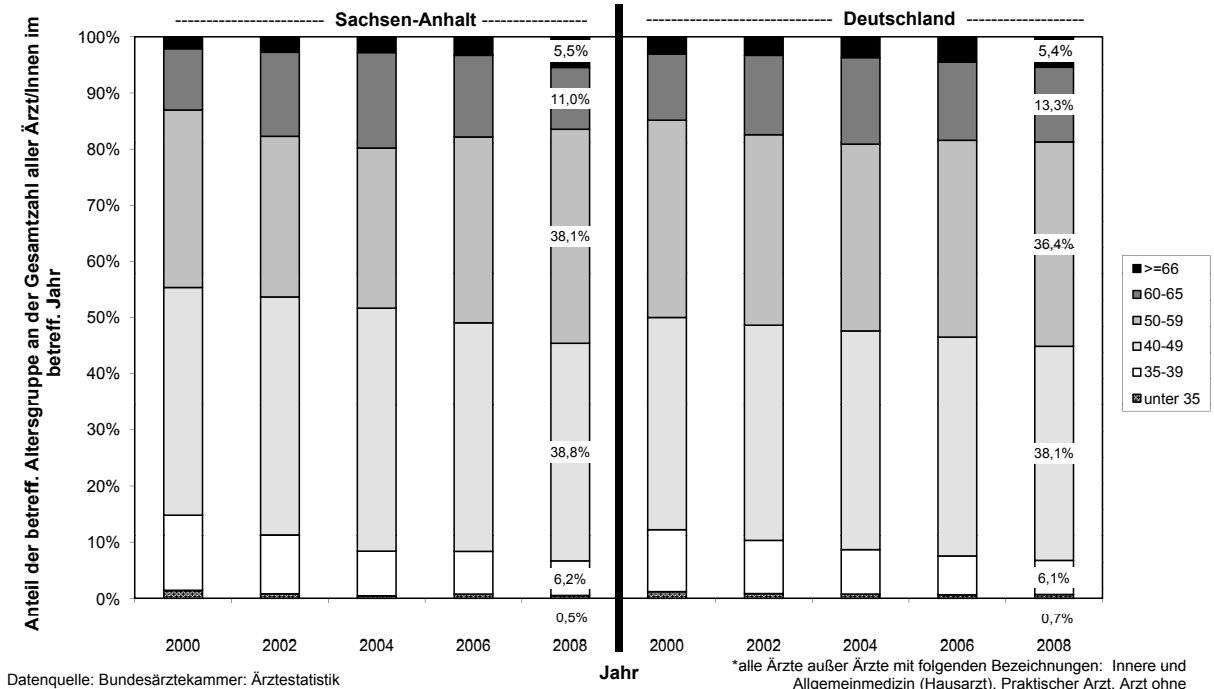


Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister (Originaldaten)

* inklusive hausärztliche tätige Internist/Innen und hausärztlich tätige Kinderärzt/Innen

Fachärztinnen und Fachärzte: Erwartungsgemäß (aufgrund des Ausbildungsweges der Ärztinnen) war sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt die Fachärzteschaft im stationären Bereich deutlich jünger als im ambulanten Bereich (vgl. **Abb. 11** und **Abb. 12**). Anders als bei den Hausärztinnen, war die Fachärzteschaft in beiden Bereichen in Sachsen-Anhalt geringfügig jünger als im Bundesdurchschnitt: während im stationären Bereich im Jahr 2008 in Sachsen-Anhalt 29,0 % der Ärztinnen ≥50 Jahre, 5,2 % ≥60 Jahre und 0,4 % ≥66 Jahre alt waren, waren diese Altersanteile im Bundesdurchschnitt 32,8 %, 7,6 % und 0,6 % (**Abb. 12**, **Tab 10**). Im ambulanten Bereich war der Anteil der ≥50-Jährigen (54,5 %) bzw. ≥60-Jährigen (16,5 %) in Sachsen-Anhalt etwas geringer als im Bundesdurchschnitt (55,1 % bzw. 18,7 %, **Abb. 11, Tab. 9**). Während die **ambulante** Fachärzteschaft sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene immer älter wird (Anteil der ≥50-Jährigen wächst, Anteil der <40-Jährigen sinkt (**Abb. A11**), zeigt sich bei den **stationären** Fachärztinnen ein differenziertes Bild (**Abb. A12**): zwar nahm auch hier der Anteil der <40-Jährigen im Beobachtungszeitraum in Deutschland und in Sachsen-Anhalt kontinuierlich ab, der Anteil der ≥50-Jährigen blieb jedoch in etwa konstant.

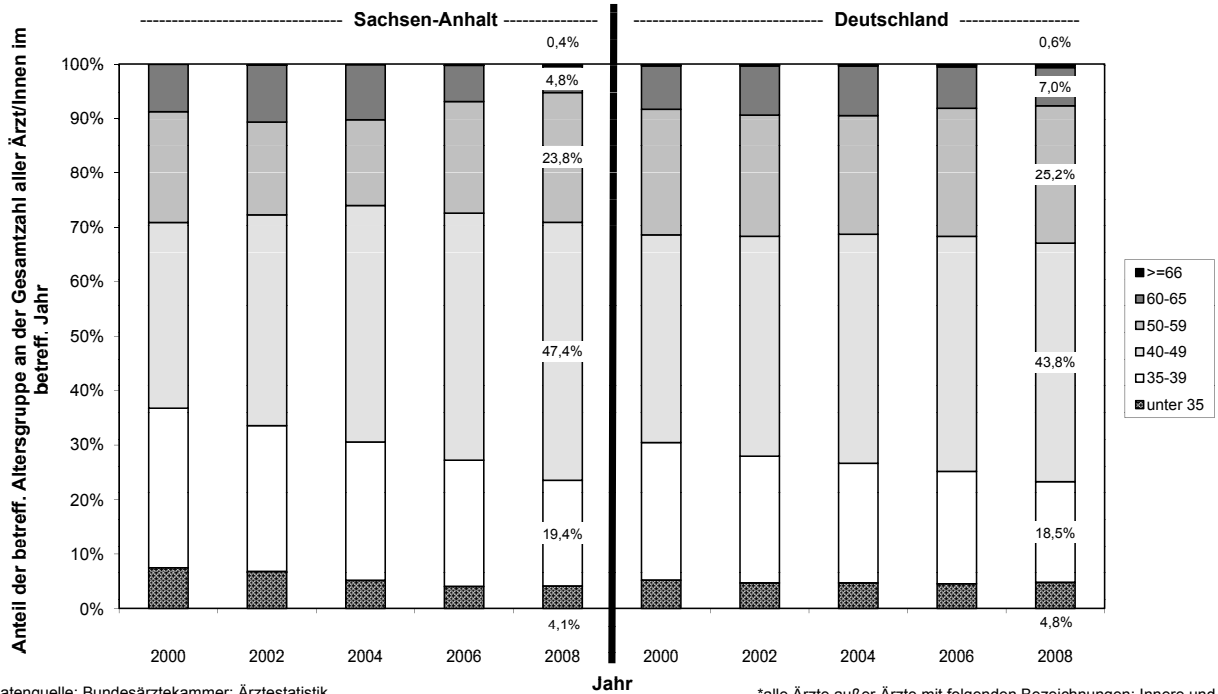
Abb. A11: Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten Fachärztinnen* und Fachärzte* mit AMBULANTER Tätigkeit, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik (zitiert nach www.gbe-bund.de)

*alle Ärzte außer Ärzte mit folgenden Bezeichnungen: Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt), Praktischer Arzt, Arzt ohne Facharztbezeichnung

Abb. A12: Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten Fachärztinnen* und Fachärzte* mit STATIONÄRER Tätigkeit, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

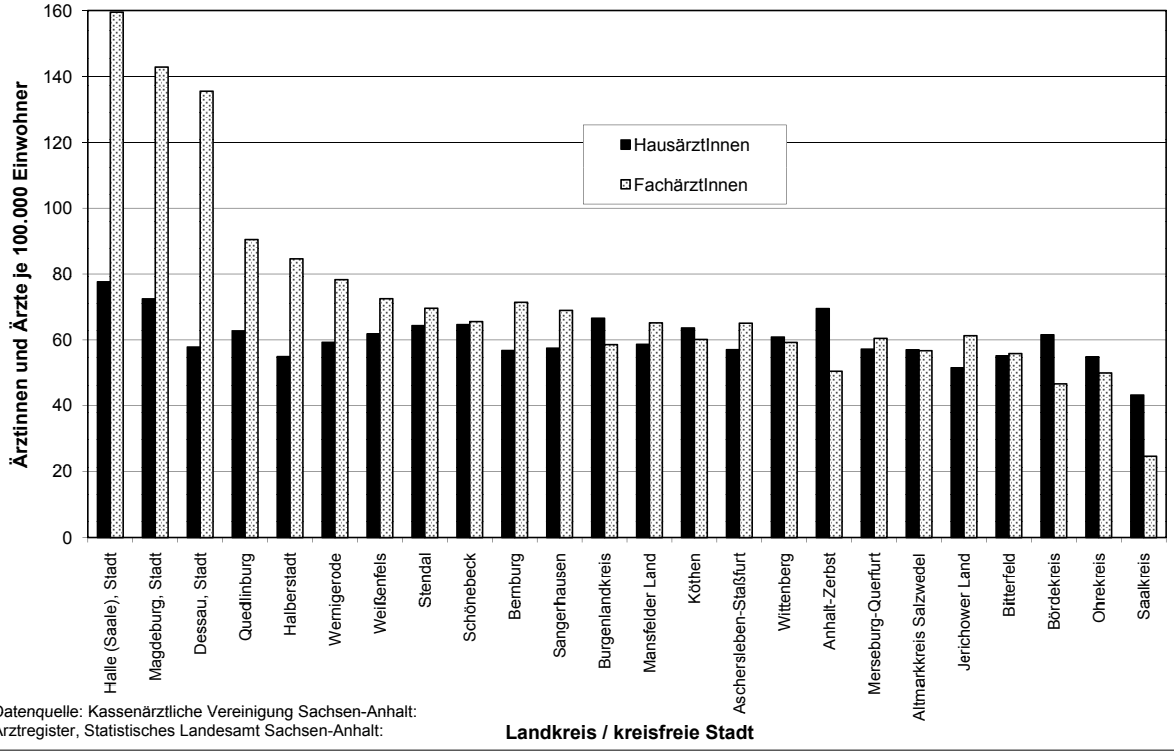


Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik (zitiert nach www.gbe-bund.de)

*alle Ärzte außer Ärzte mit folgenden Bezeichnungen: Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt), Praktischer Arzt, Arzt ohne Facharztbezeichnung

Regionale Dichte von Haus- und Fachärztinnen/ Fachärzten: Betrachtet wurde hier die regionale Gliederung Sachsen-Anhalts bis zum letzten Jahr (2006) vor der Gebietsreform. Damit eventuell festgestellte Unterschiede keine reinen „Momentaufnahmen" darstellen, wurden 3-Jahresmittelwerte gebildet. Die Arztdichte von an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden **Fach**ärzt/innen war in jeder der drei kreisfreien Städten Sachsen-Anhalts (Halle, Magdeburg, Dessau) mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt der 21 ehemaligen Landkreise (**Abb. A13, Tab. A11**). Auch die Hausarztdichte war im Mittel der 3 Städte etwa 1,2 Mal höher als im Mittel der Landkreise Die Arztdichten zeigten starke regionale Schwankungen, selbst wenn nur die Landkreise (ohne die kreisfreien Städte) betrachtet werden: die Facharztdichte streute von 24,7 (ehem. Saalkreis) bis 90,5 (ehem. Landkreis Quedlinburg), diejenige der Hausärztinnen von 43,3 (Saalkreis) bis 69,5 (Landkreis Anhalt-Zerbst, jeweils je 100.000 Einwohner).

Abb. A13: Dichte von HausärztInnen und teilnehmenden FachärztInnen in ambulanten Einrichtungen, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 3-Jahresmittelwerte 2002, 2004, 2006 (sortiert nach Arztdichte insgesamt)

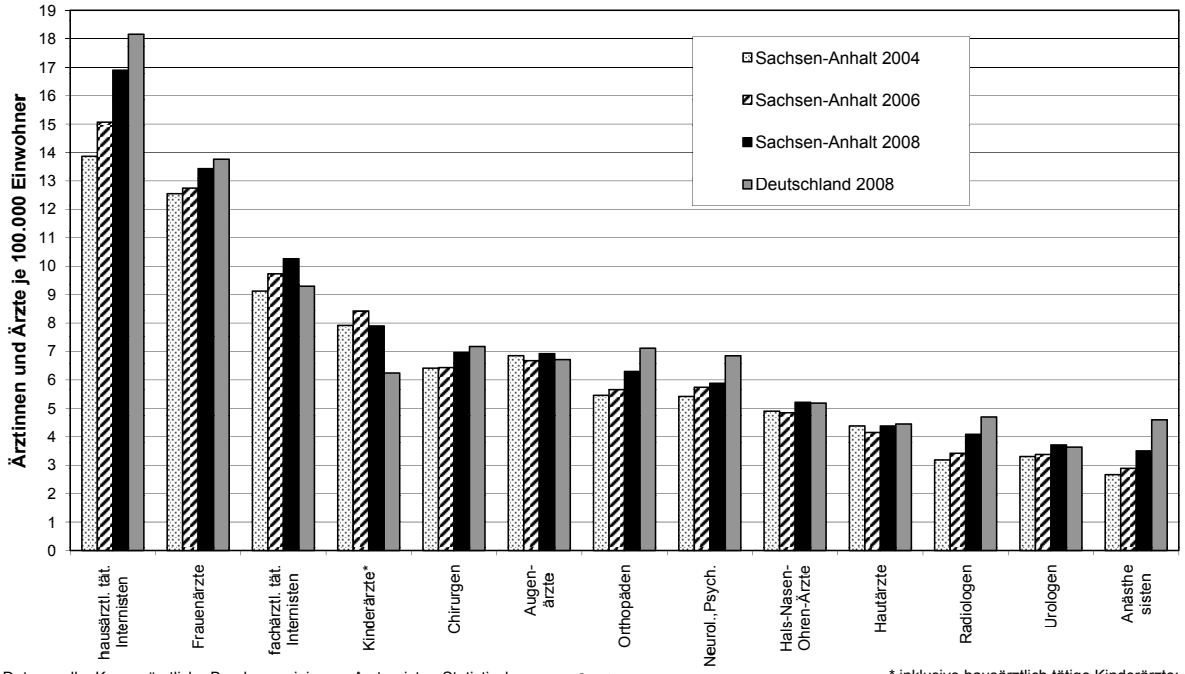


Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt: Arztregister, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt:

7.2.3 Ausgewählte Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung

Vierzehn für die Grundversorgung der Bevölkerung besonders wichtige Arztgruppen (Hausärztinnen, Psychotherapeutinnen und 12 Facharztgruppen) unterliegen derzeit der so genannten Bedarfsplanung (siehe Methodikteil). Die Arztzahlen und Arztdichten der Hausärztinnen wurden im Kapitel 7.2.2 besprochen. Arztdichten und Versorgungsparameter der Psychotherapeutinnen in Sachsen-Anhalt werden an anderer Stelle veröffentlicht. Die Arztzahlen bzw. Arztdichten der 12 teilnehmenden, der Bedarfsplanung unterliegenden **Fach**arztgruppen sind für Sachsen-Anhalt für die Jahre 2004, 2006 und 2008 und für Deutschland für das Jahr 2008 in **Tab. A12** bzw. **Abb. A14** dargestellt. Da Fachärztinnen für Innere Medizin entweder an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen können, werden hier beide Gruppen aufgezeigt. Insgesamt werden hier also 13 bedarfsplanungspflichtige Vertragsarztgruppen betrachtet (12 Facharztgruppen und die Gruppe der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten).

Abb. A14: Bedarfsplanungspflichtige Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung, Sachsen-Anhalt 2004, 2006, 2008 / Deutschland, 2008
(sortiert nach mittlerer Arztdichte in jeder Arztgruppe in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2004,2006 und 2008)



Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister; Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (alle zitiert nach www.gbe-bund.de)

* inklusive hausärztlich tätige Kinderärzte; Bezug: je 10.000 Einwohner <15 Jahre

Entsprechend der insgesamt geringeren „globalen Vertragsarztdichte“ in Sachsen-Anhalt (vgl. **Abb. A1, A9**) war im letzten Beobachtungsjahr (2008) bei mehr als der Hälfte (8 von 13) der bedarfsplanungspflichtigen Arztgruppen in Sachsen-Anhalt die bevölkerungsbezogene Arztdichte geringer als im Bundesdurchschnitt (**Abb. A14, Tab. A12**). Eine deutlich geringere Arztdichte (<90 % des Bundeswertes) zeigte sich allerdings nur noch bei Anästhesisten (76 % des Bundesdurchschnitts), Nervenärzten/Neurologen/ Psychiatern (86 %), Radiologen (87 %) und Orthopäden (89 %). Bei Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen, Urologen, Augenärztinnen und fachärztlichen Internisten waren die Arztdichten in Sachsen-Anhalt im letzten Beobachtungsjahr geringfügig höher als im Bundesdurchschnitt (100,6 % – 110,4 %), bei Kinderärztinnen (bezogen auf unter 15-Jährige) sogar deutlich höher (126,5 %, **Tab. A12**). Die Dichte der hausärztlich tätigen Internistinnen war geringer als im Bundesdurchschnitt (93 %) und trägt so zur insgesamt geringeren Dichte der Hausärzte bei (**Abb. A8, A9**).

Die bevölkerungsbezogene Arztdichte hat sich in den letzten Jahren in Sachsen-Anhalt in fast allen bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen deutlich verbessert. Nur bei Hautärztinnen bzw. Kinderärztinnen (wo sie schon 2004 im Bundesvergleich unauffällig bzw. hoch war) blieb die Arztdichte in etwa gleich (**Abb. A14, Tab. A12**). Die steigende Arztdichte in fast allen bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen (welche in Sachsen-Anhalt den weitaus größten Teil aller ambulant tätigen Fachärztinnen ausmachen) schlägt sich im Anstieg der globalen ambulanten Facharztdichte der letzten Jahre in Sachsen-Anhalt nieder (**Abb. 8**). Diese Steigerung der globalen ambulanten Facharztdichte hat ihre Ursache sowohl in einer geringfügig gestiegenen Absolutzahl von Ärztinnen/Ärzte im betreffenden Fachgebiet (Ausnahme: Augen- und Hautärztinnen, **Tab. 12**) als auch – vor allem – in der sinkenden Bevölkerungszahl in Sachsen-Anhalt.

Im Ländervergleich der Arztdichten der bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen nahm Sachsen-Anhalt im letzten Beobachtungsjahr (2008) bei fachärztlich tätigen Internistinnen, Kinderärztinnen (bezogen auf Bevölkerung <15 Jahre) und Urologen einen hohen Rang ein, zeigte bei Augenärztinnen, HNO-Ärztinnen, Hautärztinnen, Frauenärztinnen und Chirurgen mittlere Ränge und belegte bei Orthopädinnen, Anästhesistinnen, Nervenärztinnen und Radiologinnen niedrige Ränge (**Abb. A15**).

Abb. A15 **Bedarfsplanungspflichtige Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung, Sachsen-Anhalt im Ländervergleich, 2008**

Frauenärzte		fachärztl. tätige Internisten		Kinderärzte*		Chirurgen		Orthopäden		Nervenärzte, Neurolog., Psychiater		Augenärzte		Hals-Nasen-Ohrenärzte		Anästhesisten		Radiologen, diagn. Radiol.		Hautärzte		Urologen	
HB	18,7	HB	14,3	BB	24,9	SL	8,6	BE	10,0	BE	12,2	HB	10,0	HB	7,9	HB	6,9	HB	8,5	BE	6,5	HB	5,3
HH	18,0	HH	13,1	SN	10,0	MV	7,8	HB	10,0	HH	11,7	BE	9,1	BE	7,7	BY	5,6	BE	6,9	HB	6,2	BE	4,8
BE	17,1	SL	12,1	MV	9,4	TH	7,8	HH	9,2	HB	10,4	HH	8,4	HH	7,3	RP	4,9	HH	6,1	HH	5,8	HH	4,2
NW	14,1	BE	11,5	TH	8,7	NI	7,8	SL	8,5	BW	7,3	SL	7,4	MV	5,9	SH	4,9	TH	5,1	SN	4,9	SL	4,1
SL	13,8	ST	10,3	BE	8,6	RP	7,7	BY	7,8	SL	7,2	MV	7,2	SN	5,8	HH	4,9	SL	5,0	SL	4,8	NW	3,9
SN	13,6	BY	10,0	ST	7,9	SN	7,7	TH	7,2	RP	6,9	TH	7,1	SL	5,6	HE	4,8	MV	5,0	SH	4,8	ST	3,7
SH	13,6	NI	9,9	HH	7,1	HB	7,6	NW	7,1	NW	6,7	ST	6,9	NW	5,3	BW	4,7	SH	4,8	BY	4,6	MV	3,6
BW	13,6	MV	9,7	SL	6,9	NW	7,4	SH	7,1	SN	6,7	SN	6,9	ST	5,2	NW	4,6	NW	4,8	TH	4,4	SN	3,6
BY	13,5	RP	9,7	SH	5,9	BE	7,2	BW	6,9	BY	6,5	BY	6,7	TH	5,2	SL	4,6	RP	4,6	ST	4,4	TH	3,6
ST	13,4	HE	9,5	BW	5,9	BW	7,0	HE	6,8	NI	6,2	NW	6,7	BY	4,9	NI	4,5	BY	4,5	NW	4,3	BY	3,6
HE	13,3	TH	9,4	RP	5,8	ST	7,0	SN	6,7	MV	6,1	SH	6,6	HE	4,9	BE	4,4	SN	4,5	RP	4,3	RP	3,5
NI	13,2	SN	9,0	NW	5,7	BY	6,7	RP	6,5	SH	6,1	HE	6,5	NI	4,8	TH	3,9	BW	4,5	BW	4,2	NI	3,5
TH	13,1	SH	8,9	BY	5,6	HE	6,7	ST	6,3	TH	6,1	RP	6,5	SH	4,7	ST	3,5	BB	4,3	HE	4,2	SH	3,4
MV	12,6	BW	8,5	HE	5,4	SH	6,4	NI	6,0	ST	5,9	BW	6,2	BW	4,5	SN	3,4	HE	4,1	MV	4,1	HE	3,4
RP	12,5	NW	8,0	NI	5,3	BB	6,4	MV	5,7	HE	5,4	BB	6,1	BB	4,5	MV	2,8	ST	4,1	NI	3,9	BW	3,2
BB	11,7	BB	7,5	HB	3,2	HH	6,4	BB	5,5	BB	5,1	NI	5,9	RP	4,5	BB	2,3	NI	4,1	BB	3,2	BB	3,1
D	13,8	D	9,3	D	6,2	D	7,2	D	7,1	D	6,8	D	6,7	D	5,2	D	4,6	D	4,7	D	4,4	D	3,6
W	13,9	W	9,3	W	5,9	W	7,1	W	7,3	W	7,0	W	6,7	W	5,2	W	4,9	W	4,7	W	4,5	W	3,7
O	13,0	O	9,1	O	8,8	O	7,3	O	6,4	O	6,0	O	6,8	O	5,4	O	3,2	O	4,6	O	4,3	O	3,5

Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* inklusive hausärztlich tätige Kinderärzte; Bezug: je 10.000 Einwohner <15 Jahre

(BB) Brandenburg, (BE) Berlin, (BW) Baden-Württemberg, (BY) Bayern, (HB) Bremen, (HE) Hessen, (HH) Hamburg, (MV) Mecklenburg-Vorpommern, (NI) Niedersachsen, (NW) Nordrhein-Westfalen, (RP) Rheinland-Pfalz, (SL) Saarland, (SN) Sachsen, (ST) Sachsen-Anhalt, (SH) Schleswig-Holstein, (TH) Thüringen, (D) Deutschland, (W) früheres Bundesgebiet und Berlin Ost, (O) neue Bundesländer ohne Berlin Ost

Der scheinbare Widerspruch zwischen der sehr schlechten (vorletzten) Rangposition Sachsen-Anhalts bezogen auf die Arztdichte aller teilnehmenden Facharztgruppen (**Abb. A9**) und den durchschnittlichen bzw. nur „mäßig schlechten" Arztdichten der 12 bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen (**Abb. A14 und A15**) ist dadurch zu erklären, dass außer den bedarfsplanungspflichtigen noch weitere Facharztgruppen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können (Laborärztinnen, Pathologinnen, Neurochirurginnen, Ärztinnen für physikalische und rehabilitative Medizin, Humangenetikerinnen u.a.). Diese „zusätzlichen" Facharztgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung sind im Bundesdurchschnitt häufiger vertreten als in Sachsen-Anhalt und führen deshalb zu dem sehr deutlichen Unterschied in der „globalen Vertragsarztdichte".

7.3 Anteil von Ärztinnen in der Ärzteschaft

Anteil Ärztinnen in den verschiedenen Arztgruppen: Der Frauenanteil unter allen berufstätigen Ärzten blieb in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1991 bis 2008 in etwa konstant und war im Mittel der 18 Beobachtungsjahre mit 51,0 % etwa 1,4 Mal höher als im Bundesdurchschnitt (37,1 %, **Tab. A1**). Im Bundesdurchschnitt war der Frauenanteil 1991 noch relativ gering und erhöhte sich dann kontinuierlich von 34 % auf 42 %. Differenziert man die Ärzteschaft in Haus- und Fachärzteschaft, in Tätigkeitsbereiche und bezüglich der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, so zeigt sich, dass sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt der Frauenanteil bei Haus-/Allgemeinärzten höher als bei Fachärzten und im ambulanten Bereich höher als im stationären Bereich ist (**Abb. A16**). Der höhere Frauenanteil in Sachsen-Anhalt spiegelt sich in allen untersuchten Gruppen wider, am deutlichsten bei den Hausärzten. Während die Frauenanteile in Sachsen-Anhalt in fast allen betrachteten Arztgruppen auf hohem und relativ konstantem Niveau blieben (einzig bei den teilnehmenden Fachärztinnen war eine deutlichere Steigerung festzustellen), nahmen im Bundesdurchschnitt die zunächst niedrigen Frauenanteile in allen Gruppen kontinuierlich zu, auch hier bei Fachärzten deutlicher als bei Hausärzten (**Abb. A16**).

Bei den bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen zeigten sich deutliche Unterschiede des Frauenanteils sowohl zwischen den verschiedenen Facharztgruppen als auch zwischen Bundes- und Landesebene (**Abb. A17**). In Sachsen-Anhalt streuten die fachärztlichen Frauenanteile im Jahr 2008 zwischen 12,2 % (Urologinnen) und 77,9 % (Kinderärztinnen), im Bundesdurchschnitt zwischen 7,1 % (Urologinnen)

Abb. A16

Frauenanteile in der Ärzteschaft nach Gebiet, Tätigkeitsbereich und Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

Jahr	Bei den Ärztekammern registrierte, berufstätige Ärztinnen						An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen			
	Allgemeinärztinnen[1]		Fachärztinnen[2]				Hausärztinnen[3]		Fachärztinnen[4]	
			ambulant		stationär					
	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Deutschland
2000	60,0%	38,1%	53,6%	31,0%	39,3%	27,5%	60,7%	34,6%	44,4%	29,3%
2001	60,2%	38,6%	53,6%	31,4%	40,1%	27,8%	60,4%	35,1%	44,8%	29,3%
2002	58,8%	39,0%	53,7%	31,7%	39,4%	28,2%	60,9%	35,6%	45,6%	29,4%
2003	58,5%	39,5%	54,1%	32,1%	39,6%	28,5%	61,1%	35,9%	45,3%	29,8%
2004	58,6%	40,0%	54,3%	32,5%	39,4%	29,0%	61,4%	36,2%	45,8%	30,2%
2005	59,3%	40,8%	54,4%	33,1%	40,4%	29,7%	61,9%	36,6%	46,1%	30,8%
2006	59,9%	41,3%	54,6%	33,7%	40,5%	30,4%	62,5%	37,2%	46,0%	31,3%
2007	60,3%	41,7%	55,2%	34,4%	40,7%	31,1%	62,6%	37,6%	47,1%	37,6%
2008	61,1%	42,3%	55,3%	35,1%	40,4%	31,9%	62,8%	37,9%	47,9%	33,1%

Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik; Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister (zitiert nach www.gbe-bund.de)

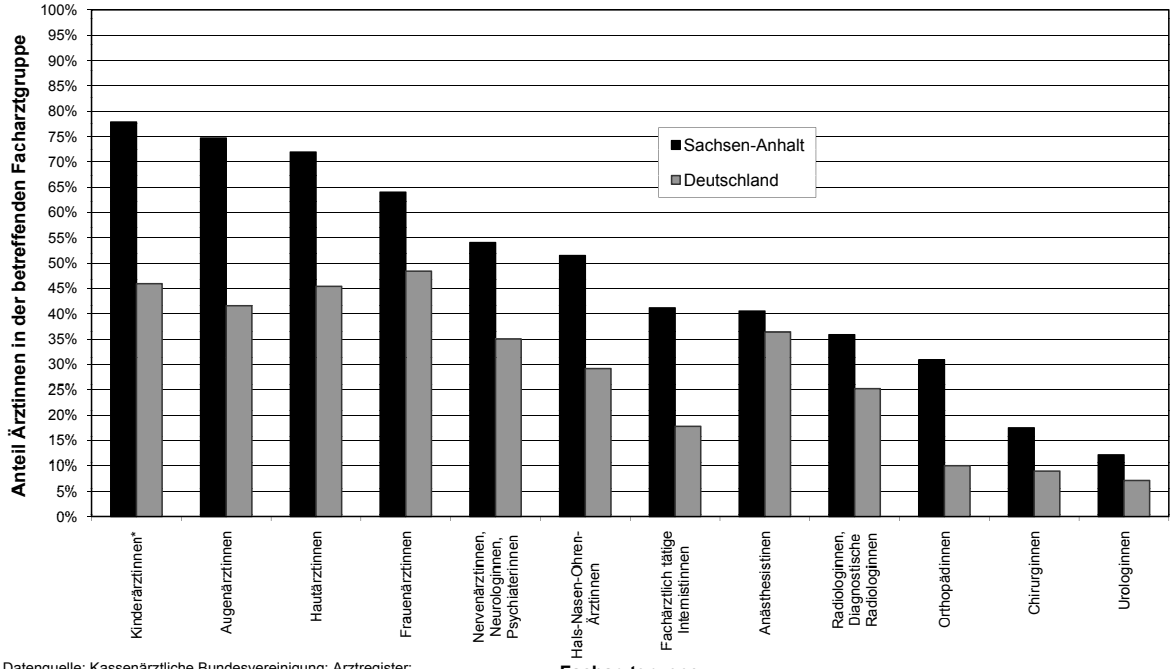
[1] Ärzte mit der Bezeichnung: "Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) (MWBO 2003), "Allgemeinmedizin" (alte MWBO), "Praktischer Arzt" (alte MWBO)

[2] alle berufstätigen Ärzte minus Allgemeinärzte und minus Ärzte ohne Facharztbezeichnung (Quelle: Tab. A7)

[3] inklusive hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte (Quelle: Tab. A6)

[4] alle teilnehmenden Ärzte minus Hausärzte (Quelle: Tab. A6)

Abb. A17: Frauenanteil bei bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen* der vertragsärztlichen Versorgung, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2008
(sortiert nach Höhe des Frauenanteils in den verschiedenen Arztgruppen in Sachsen-Anhalt)



Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister; Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdruchschnitt (alle zitiert nach www.gbe-bund.de)

* inklusive hausärztlich tätige Kinderärztinnen

und 48,4 % (Frauenärztinnen, **Tab. A12**). Die Rangfolge der Frauenanteile in Sachsen-Anhalt stimmte nur bezüglich Orthopädinnen, Chirurginnen und Urologinnen mit dem Bundesdurchschnitt überein (diese Arztgruppen hatten die geringsten Frauenanteile) und wich ansonsten recht deutlich vom Bundesdurchschnitt ab (z. B. „Rangtausch" zwischen Frauen- und Augenärztinnen).

Der hohe aktuelle Frauenanteil in der Ärzteschaft in Sachsen-Anhalt entspricht den Verhältnissen in den anderen neuen Bundesländern und ist vor allem ein Nachwirken der hohen Erwerbsbeteiligung von Frauen in der ehemaligen DDR. Es handelt sich jedoch dabei nur zum Teil um Frauen, die schon in der ehemaligen DDR als Ärztinnen tätig waren oder ausgebildet wurden: auch der Frauenanteil unter Studienanfängern und Absolventen, die ihr Studium nach der Wiedervereinigung begonnen haben, ist in Sachsen-Anhalt höher als im Bundesdurchschnitt (vgl. 7.4, Tab. **A14**). Aufgrund des hohen Anteils von weiblichen Absolventinnen im Fach Medizin nimmt der Anteil von Ärztinnen in Krankenhäusern und – mit Verzögerung – in der ambulanten Versorgung kontinuierlich zu.

7.4 Versorgungsparameter der Bedarfsplanung

Vorbemerkung: Die Bedarfsplanung soll in einem Bundesland die Grundversorgung der gesetzlich versicherten Bevölkerung mit Ärztinnen sicherstellen und gleichzeitig die regionale Verteilung der teilnehmenden Ärztinnen steuern, indem in Regionen, in denen schon eine ausreichende Versorgung herrscht, keine weiteren Ärztinnen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Außerdem bildet die Bedarfsplanung die Grundlage für die Beratung von niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten. Dazu wurden für die 13 häufigsten Arztgruppen (und für Psychotherapeuten) in Abhängigkeit von der raumordnungsspezifischen Struktur des **Planungsbereiches** so genannte **allgemeine Verhältniszahlen** festgestellt, d. h. ein als ausreichend eingeschätztes Verhältnis Einwohner/Ärztin bzw. Arzt festgelegt. Als **Versorgungsgrad** im Sinne der Bedarfsplanung bezeichnet man den prozentualen Anteil der aufgrund der Verhältniszahl geforderten Vollzeitstellen in einem betreffenden Fachgebiet, welcher tatsächlich besetzt ist. Als **Vollversorgung** gilt, wenn 100 % der geforderten Vollzeitäquivalente durch Arztregistrierungen im betreffenden Fachgebiet abgedeckt sind (nicht in Vollzeit registrierte Ärztinnen und Ärzte gehen mit bestimmten Faktoren in die Berechnung ein). Als **Unterversorgung** wurde ein Versorgungsgrad von weniger als 75 % (Hausärztinnen) bzw. weniger als 50 % (Fachärztinnen) der Vollzeitäquivalente definiert. Als **Überversorgung** gilt in der Regel ein Versorgungsgrad von mehr als 110 %. Die Bedarfsplanung wird durch einen paritätisch aus Ärztevertretern und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen zusammengesetzten **Landesausschuss** durchgeführt (siehe Methodikteil).

7.4.1 Versorgung auf Regionalebene

Der Versorgungsgrad zeigt in Sachsen-Anhalt bezogen auf Arztgruppen, Beobachtungsjahre und Planungsbereiche sehr große Schwankungen (**Tab. A13.1 bis Tab. A13.9**). Beispielhaft für die Streuung von Versorgungsgraden in den 23 „Arztgruppen-Planungsbereich-Kombinationen" (APKs) sind in **Abb. A18** die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt für die Gesundheitsberichterstattung des Landes im Jahr 2008 gemeldeten Versorgungsgrade dargestellt. Es zeigt sich, dass 2008 die Versorgungsgrade zwischen 0 % (Nervenärztinnen-Saalkreis) und 662 % schwankten (fachärztlich tätige Internistinnen-Halberstadt). Während bei 19 APKs die Vollversorgung um mehr als das Dreifache überschritten war, herrschte in 4 APKs rechnerisch Unterversorgung (**Tab. 13.9**).

Die starke Schwankung der Versorgungsgrade liegt zum einen an den geringen Soll-Arztzahlen in den bevölkerungsschwachen Planungsbereichen in Sachsen-Anhalt und der damit verbundenen rechnerischen Ungenauigkeit der Versorgungsgrade. Zum Beispiel: die allgemeine Verhältniszahl für Anästhesistinnen in ländlichen Kreisen in Regionen mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 7) beträgt 117.612 Einwohner je Ärztin oder 0,85025 Ärztinnen pro 100.000 Einwohner (Kap. 5.2.4, **Abb. M5**). Dies bedeutet, dass im Jahr 2005 im Planungsbereich Wernigerode (Kreistyp 7, Durchschnittsbevölkerung: 92.439) nur zwei in Vollzeit zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Anästhesistinnen einen Versorgungsgrad von 2/(0,85025 x 0,92439) = 254,4 % bewirkten (**Tab. A13.6**). Im Jahr zuvor, als im Planungsbereich Wernigerode „nur 2 Anästhesistinnen weniger" zugelassen waren, betrug der Versorgungsgrad hingegen 0 % (**Tab. A13.5**).

Nicht alle Schwankungen und Grenzwertüber- bzw. -unterschreitungen der Versorgungsgrade sind jedoch durch minimale Jahr-zu-Jahr-Schwankungen der Arztzahlen zu erklären: so hätten im Planungsbereich Halberstadt im Jahr 2006 zur Vollversorgung mit fachärztlich tätigen Internistinnen nach Maßgabe des Kreistyps (7), der entsprechenden allgemeinen Verhältniszahl (44.868 Einwohner je Ärztin oder 2,2288 Ärztinnen je 100.000 Einwohner) und der Jahresdurchschnittsbevölkerung (76.744) insgesamt 2,2288 x 0,76744 = 1,7105 internistische Beschäftigungseinheiten ausgereicht. Tatsächlich wurde für das Jahr 2006 im Planungsbereich Halberstadt jedoch ein Versorgungsgrad von 654,6 % gemeldet (**Tab. A13.7**). Dies bedeutet, dass im Jahr 2006 insgesamt 1,7105 x 6,546 ≈ 11 registrierte internistische Beschäftigungseinheiten existierten, d. h. mindestens 9 fachärztlich-internistische Vollbeschäftigungseinheiten mehr zugelassen sind, als nach der Bedarfsplanung im Regelfall für diesen Kreistyp vorgesehen sind. Ob diese „Mehrzulas-

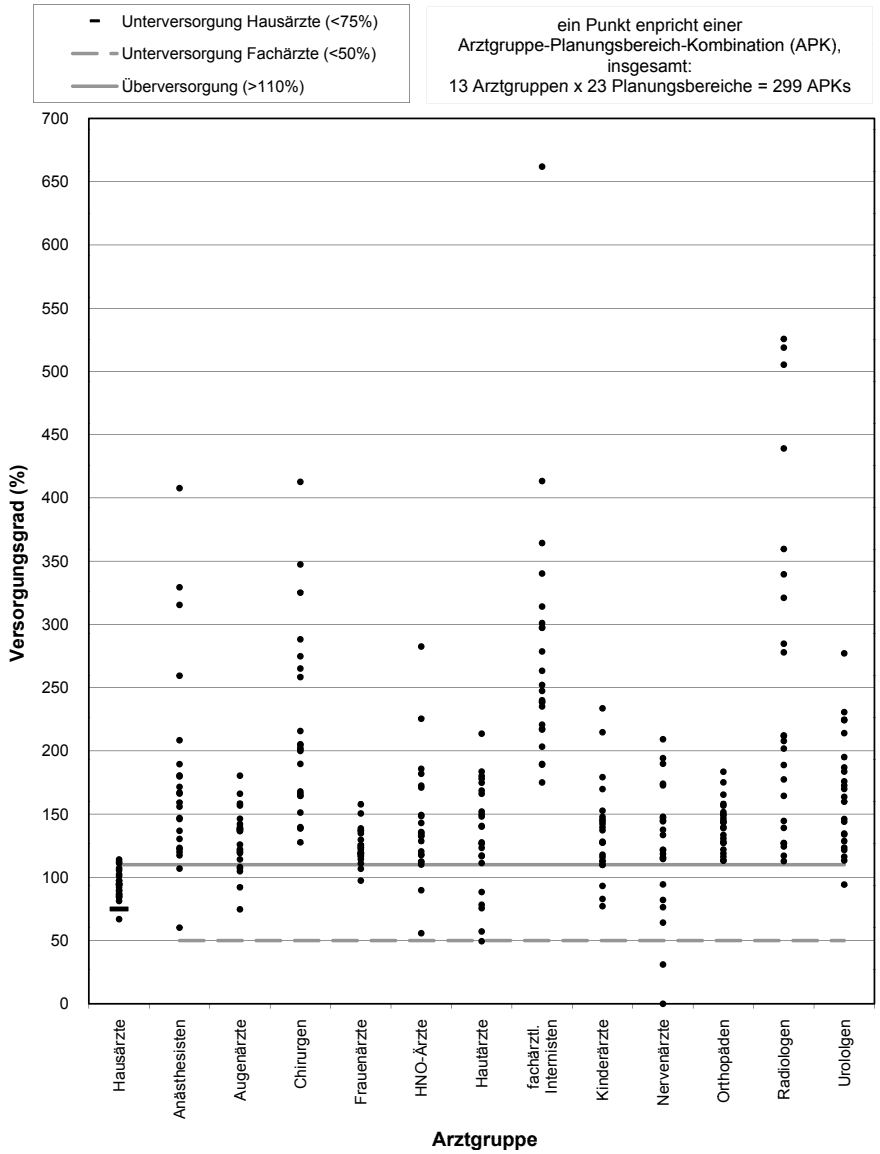
sungen“ vorwiegend auf Praxisnachfolgen beruhen (und also tatsächlich eine Überversorgung vorliegt), oder ob es sich vorwiegend um Sonderbedarfszulassungen infolge von Unterversorgungssituationen in bestimmten internistischen Spezialgebieten (z.B. Kardiologie, Onkologie oder Nephrologie) handelt, kann hier nicht entschieden werden.

Auch wenn man, um Jahr-zu-Jahr-Schwankungen auszublenden, die 9-Jahresmittelwerte 2000-2008 der Versorgungsgrade errechnet, zeigen sich in Sachsen-Anhalt immer noch erhebliche Schwankungen des Versorgungsgrades zwischen den verschiedenen Arztgruppe-Planungsbereich-Kombinationen (**Abb. 19**).

Geht man einzig nach den Zahlen der aktuellen Bedarfsplanung, so bietet sich ein eher positives Bild der regionalen Versorgung in Sachsen-Anhalt: unter den insgesamt 299 APKs (23 Planungsbereiche x 13 Arztgruppen) herrschte im letzten Beobachtungsjahr (2008) in 253 (84,6 %) Überversorgung und nur in 4 (1,3 %) Unterversorgung, die restlichen 42 APKs (14,0 %) waren adäquat/ausreichend versorgt (**Tab. 13.9, Abb. 18**).

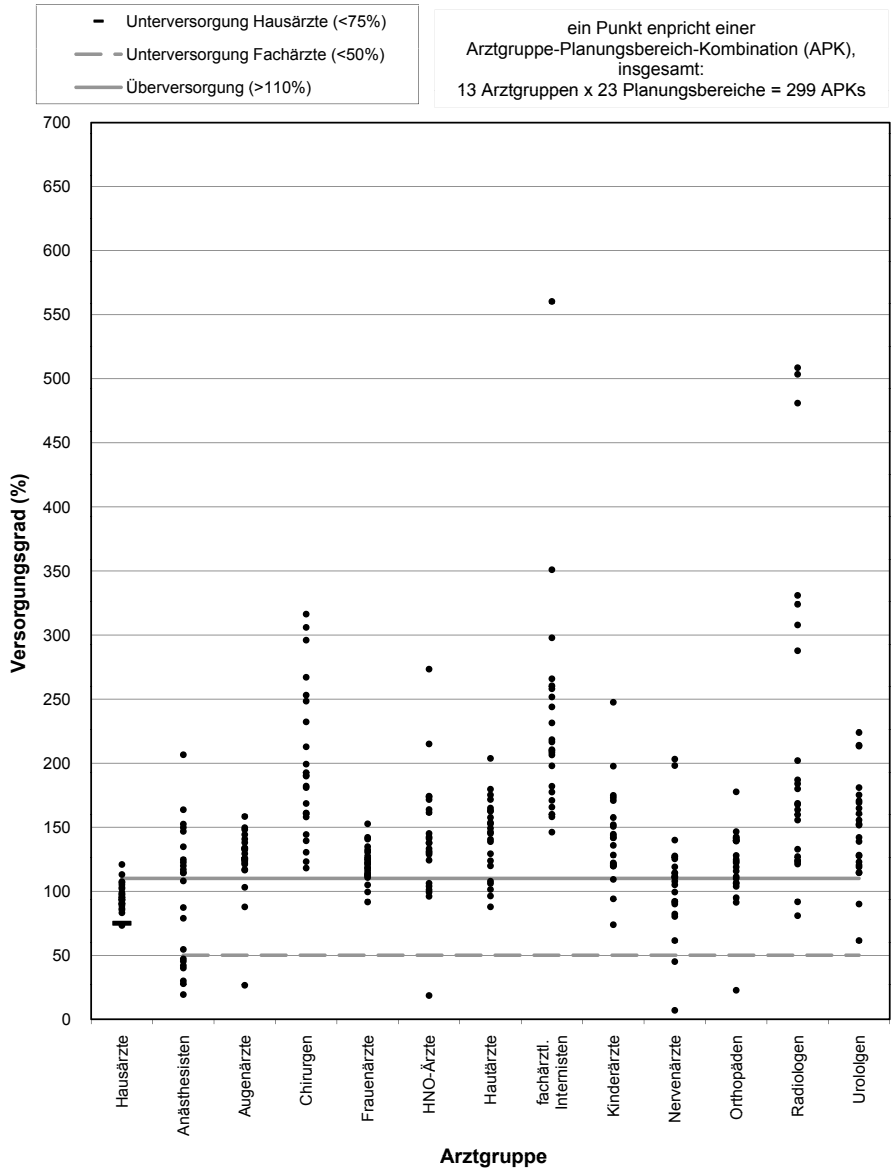
Abb. A20 und Tab A13.1-A13.9 zeigen, dass ungleiche Versorgungsgrade in verschiedenen Planungsbereichen nicht ein Ausdruck kurzzeitiger Praxisleerstände sind, sondern über viele Jahre persistieren können: der Versorgungsgrad mit Hausärztinnen im Jerichower Land beispielsweise liegt seit vielen Jahren deutlich unter dem Landesdurchschnitt (**Abb. A20**). Entsprechende Regionalkarten zu den Versorgungsgraden sämtlicher bedarfsplanungspflichtiger Arztgruppen in allen Planungsbereichen Sachsen-Anhalts seit dem Jahr 2000 sind auf der Internetseite der Gesundheitsberichterstattung des Landes einzusehen (www.gbe.sachsen-anhalt.de).

A18: Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen, regionale Streuung in 23 Planungsbereichen, Sachsen-Anhalt, 2008



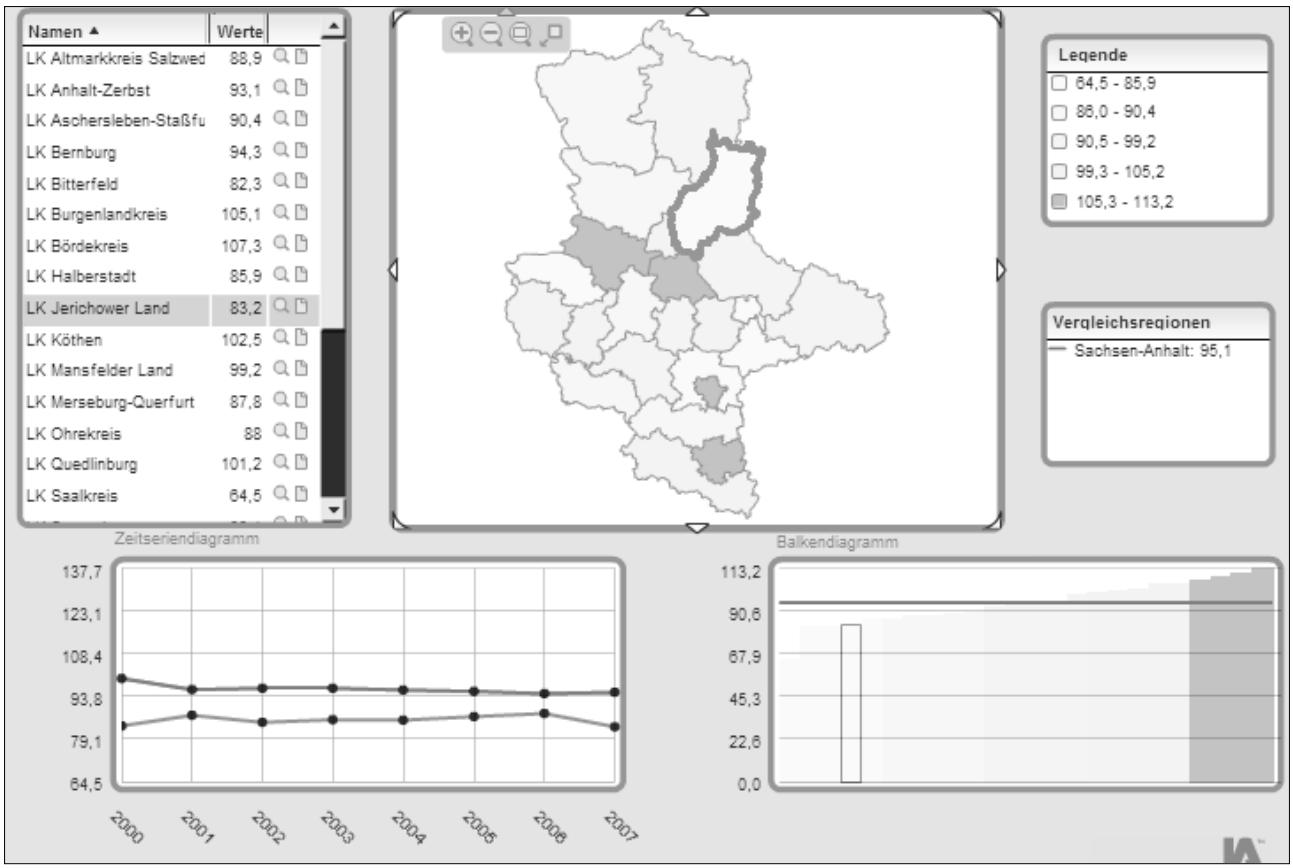
Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt: Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

A19: Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen, regionale Streuung in 23 Planungsbereichen, Sachsen-Anhalt, 9-Jahresmittelwert 2000-2008



Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt:
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Abb. A20: Versorgungsgrad mit Hausärztinnen und Hausärzten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2007



Auskunft über die regionale Versorgungssituation gibt auch – allerdings in gröberer Weise als die Versorgungsgrade – das von der Kassenärztlichen Vereinigung im Internet veröffentlichte und monatlich aktualisierte „Blatt zum Versorgungsstand in Sachsen-Anhalt“ (**Abb. A21,** http://www.kvsa.de/index.php?cid=116027006322&id=112027000140&). Hier wird für jeden Planungsbereich dargestellt, für welche Arztgruppen der betreffende Planungsbereich „offen“ ist (es können noch Vertragsarztstellen besetzt werden) und für welche Arztgruppen der Planungsbereich gesperrt ist (es werden bis auf Weiteres keine Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung mehr erteilt, in der Regel weil der Versorgungsgrad in diesem Planungsbereich schon bei >110 % der Vollversorgung liegt). Bei der Sperrung bzw. Entsperrung eines Planungsbereiches für eine bestimmte Arztgruppe gelten oft Sonderregelungen. Aus dem bei Redaktionsschluss aktuellen Blatt (**Abb. 21**) sind – nach den Maßstäben der Bedarfsplanung – unter anderem folgende Aussagen zur Versorgungssituation am 02.09.2009 in Sachsen-Anhalt abzuleiten:

1) Von den 276 APKs für Fachärztinnen (ohne Psychotherapeutinnen) sind 249 (90 %) gesperrt, das heißt, sie sind nach den Kriterien der Bedarfsplanung überversorgt.
2) In allen 23 Planungsbereichen liegt bezüglich Chirurgen, fachärztlich tätigen Internisten, Orthopädinnen und Radiologinnen Überversorgung vor.
3) In den Planungsbereichen Halle und Weißenfels herrscht bei sämtlichen Arztgruppen laut Bedarfsplanung Überversorgung.
4) Aschersleben-Staßfurt ist der Planungsbereich in dem die meisten (5) Arztgruppen ohne aktuelle Überversorgung sind.
5) 20 von 23 Planungsbereiche (87 %) sind für Hausärztinnen offen, das heißt nicht überversorgt.

Abb. A21: Blatt zum Versorgungsstand in Sachsen-Anhalt, 02.09.2009

(Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Planungsdaten zur ärztlichen Versorgung

Versorgungsstand in den einzlnen Landkreisen von Sachsen-Anhalt (175. Fortschreibung)

Grundlage: Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses, Allgemeine Verhältniszahl für 1999

	Fachgebiet													
Planungs-bereich	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Fachärztlich tätige Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Radiologen	Urologen	Hausärzte
Altmarkkr. Salzw.	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Anhalt-Zerbst	■	□	■	■	■	■	□	■	■	■	▨	■	■	□
Aschersl.-Staßf.	■	■	■	■	■	■	□	□	□	■	□	■	■	□
Bernburg	■	□	■	■	□	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Bördekreis	■	■	■	■	■	■	□	■	□	■	▨	■	□	■
Burgenlandkreis	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Dessau-Bitterfeld	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Halberstadt	■	■	■	■	■	■	■	□	■	■	▨	■	■	□
Halle	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	■
Jerichower Land	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Köthen	■	■	■	■	■	□	■	■	□	■	▨	■	■	□
Magdeburg	■	■	■	■	■	■	■	■	□	■	▨	■	■	□
Mansfelder Land	■	■	■	■	■	■	□	■	■	■	▨	■	■	□
Merseburg-Quer.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Ohrekreis	■	■	■	■	■	■	□	■	■	■	▨	■	■	□
Quedlinburg	■	■	■	■	■	■	□	■	■	■	▨	■	■	□
Saalkreis	■	■	■	■	■	□	■	□	□	■	▨	■	■	□
Sangerhausen	■	■	■	■	■	■	■	■	□	■	▨	■	■	□
Schönebeck	■	■	■	■	□	■	■	■	□	■	▨	■	■	□
Stendal	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Weißenfels	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	■
Wernigerode	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	▨	■	■	□
Wittenberg	■	■	■	■	■	■	■	□	■	■	▨	■	■	□

Arztbestand
zum 02.09.2009

□ Keine Anordnung von Zulassungsbeschränkungen*

■ Anordnung von Zulassungsbeschränkungen**

▨ Anordnung von Zulassungsbeschränkungen**,
dennoch Zulassungen von Psychotherapeuten möglich

* da rechnersich gem § 101 I 2 SGB V i.V.m. §§ 15. 20 Bedarfsplanungsrichtlinie **nicht** überversorgt bzw. aufgrund des Beschlusses des Landesausschusses vom 06.10.2005

* da rechnersich gem § 101 I 2 SGB V i.V.m. §§ 15. 20 Bedarfsplanungsrichtlinie überversorgt bzw. aufgrund des Beschlusses des Landesausschusses vom 06.10.2005

Zahl der überversorgten Fachrichtungen: **274**

■	Neu gesperrte Planungsbereiche (incl. Psychotherapeuten, wenn keine Zulassung möglich)	1
□	Neu entsperrte Planungsbereiche	1
▨	Neu gesperrte Planungsbereiche Psychotherapeuten	0

7.4.2 Versorgung auf Landesebene

Vorbemerkung: Der Versorgungsgrad ist per definitionem ein Indikator der regionalen Versorgung und eigentlich nicht für die Darstellung der Versorgungssituation auf Landesebene gedacht. Da jedoch für einen Landesbericht auch und gerade die Versorgungssituation auf Landesebene und deren Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt interessiert, wurde hier dennoch versucht, „Landesversorgungsparameter" für die verschiedenen Arztgruppen darzustellen. Dafür gibt es im Prinzip drei Berechnungsverfahren:

1) In jeder Arztgruppe wird getrennt ermittelt, wie viele **Planungsbereiche** für die betreffende Arztgruppe offen bzw. gesperrt sind (siehe oben). Der Anteil (%) offener Planungsbereiche für die betreffende Arztgruppe in Sachsen-Anhalt kann dann mit dem Anteil offener Planungsbereiche (%) für die betreffende Arztgruppe im gesamten Bundesgebiet verglichen werden.

2) In jeder Arztgruppe wird die insgesamt im ganzen Land nach Bedarfsplanung „vorgeschriebene" Anzahl **Vollzeitstellen** ermittelt. Diese Anzahl „Vollzeit-Sollstellen" wird dann mit der insgesamt im ganzen Land registrierten **Teilnahmeäquivalente** in der betreffenden Arztgruppe verglichen. Daraus kann ein arztgruppenspezifischer „Landesversorgungsgrad" errechnet werden.

3) In jeder Arztgruppe wird das **arithmetische Mittel der 23 Versorgungsgrade in den 23 Planungsbereichen** errechnet. Dieser mittlere Versorgungsgrad dient dann als „arztgruppen-spezifischer Landesversorgungsgrad".

Während das Verfahren 1) recht grob ist und weder die Anzahl offener Vertragsarztstellen angibt, noch – in gesperrten Planungsbereichen – überzählige besetzte Stellen angezeigt werden, haben die Verfahren 2) und 3) ebenfalls Nachteile: Verfahren 2) stellt eigentlich ein „gewichtetes Mittel" der regionalen Versorgungsgrade dar. Deshalb geht die Versorgungssituation in bevölkerungsstarken Planungsbereichen stärker in den „Landesversorgungsgrad" ein als diejenige in bevölkerungsschwachen Planungsbereichen. Verfahren 3) ist zwar einerseits „gerechter" (weil alle Planungsbereiche gleich gewichtet werden), andererseits aber statistisch anfechtbar, weil hier Prozentanteile gemittelt werden, die zum Teil auf sehr kleinen Arztzahlen beruhen und damit großen zeitlichen Schwankungen ausgesetzt sind (siehe oben). Es lässt sich jedoch argumentieren, dass diese Schwankungen sich im Mittel der insgesamt 23 Planungsbereiche und zusätzlich dann, wenn Mehrjahresmittelwerte gebildet werden, nivellieren.

Da für den vorliegenden Bericht die vom Landesausschuss jedes Jahr festgelegten, arztgruppenspezifischen Soll-Vollzeitäquivalente bzw. Ist-Teilnahmeäquivalente nicht verfügbar waren, wurden hier nur die Methoden 1) und 3) verwendet.

Versorgung auf Landesebene – Gesamtbild: Bei Zugrundelegung des mittleren Versorgungsgrades in den 23 Planungsbereichen (Verfahren 3) zeigt sich für Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2000-2008 in keinem Jahr und in keiner Arztgruppe eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanung (**Abb. A22**). Außer bei Hausärztinnen, Kinderärztinnen und Hautärztinnen stieg der mittlere Versorgungsgrad bei allen Arztgruppen im Laufe des Beobachtungszeitraumes an. Im letzten Beobachtungsjahr (2008) herrschte auf Landesebene in 12 von 13 Arztgruppen rechnerisch Überversorgung (Ausnahme: Hausärztinnen). Bei einer Momentaufnahme durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Januar 2008 (Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008) zeigte sich allerdings, dass in Sachsen-Anhalt im Mittel der Arztgruppen 18 % der Planungsbereiche ohne Zulassungsbeschränkung waren (d.h. in diesen Planungsbereichen gab es unbesetzte Vertragsarztstellen), während es im Bundesdurchschnitt nur 9 % waren (**Abb. A23**).

Versorgung auf Landesebene – Hausärztinnen/ Hausärzte: Der mittlere Versorgungsgrad der Hausärztinnen (im Sinne der Bedarfsplanung, also ohne hausärztlich tätige Kinderärztinnen) sank im Beobachtungsraum von 99,8 % auf 94,5 % (**Abb. A22**). Trotz dieses Negativtrends entsprach der Versorgungsgrad mit Hausärztinnen nach Maßgabe der Bedarfsplanung auch im letzten Beobachtungsjahr immer noch eher einer Vollversorgung als einer Unterversorgung. Im Januar 2008 gab es allerdings in Sachsen-Anhalt in 22 von 23 Planungsbereichen (96 %) unbesetzte Hausarztstellen, während dies zum selben Zeitpunkt im gesamten Bundesgebiet nur in 53 % aller Planungsbereiche der Fall war (**Abb. A23**).

Versorgung auf Landesebene – Fachärztinnen/Fachärzte: Bei den Fachärztinnen hatten bis zum Jahr 2004 die Anästhesistinnen den geringsten mittleren Versorgungsgrad unter allen Facharztgruppen, dieser steigerte sich allerdings bis zum letzten Beobachtungsjahr deutlich (**Abb. A22**). Weitere deutliche Steigerungen zeigten Orthopädinnen, Radiologinnen, Nervenärztinnen und Urologen. Bei Kinderärztinnen und Hautärztinnen fand im Beobachtungszeitraum eine Abnahme des mittleren Versorgungsgrades statt. Dennoch herrschte im letzten Beobachtungsjahr im Mittel der Planungsbereiche in sämtlichen Facharztgruppen rechnerisch deutliche Überversorgung. In drei der Facharztgruppen (fachärztliche Internistinnen, Radiologinnen, Chirurginnen) war der mittlere Versorgungsgrad mehr als doppelt so hoch wie nach Bedarfsplanung gefordert. Im Januar 2008 waren in Sachsen-Anhalt für drei Facharztgruppen (Chirurginnen, Radiologinnen, fachärztlich tätige Internistinnen) sämtliche Planungsbereiche zur Niederlassung gesperrt (Abb. **A23**), und dies, obwohl

Abb. A22 Mittlerer Versorgungsgrad* mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

Jahr	Versorgungsgrad in %												
	Haus-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirur-gen	Frauen-ärzte	HNO-Ärzte	Haut-ärzte	Fä. Inter-nisten	Kinder-ärzte	Nerven-ärzte	Ortho-päden	Radio-logen	Uro-logen
2000	99,8	53,6	120,1	189,5	119,1	137,2	153,7	116,7	149,1	102,0	109,2	202,6	137,7
2001	96,0	60,4	122,6	189,1	119,8	137,6	150,2	216,3	147,8	99,1	109,0	203,9	138,4
2002	96,5	55,2	124,3	193,7	118,9	137,2	148,2	223,4	143,9	99,2	112,5	210,9	140,3
2003	96,5	76,8	123,7	192,0	118,4	138,3	147,5	228,4	141,2	102,6	115,9	216,2	142,1
2004	95,9	86,4	122,8	192,5	120,9	139,0	141,4	248,2	140,9	99,1	116,9	201,8	144,5
2005	95,4	99,3	123,1	198,8	119,7	138,0	136,0	248,1	138,2	99,8	122,0	210,3	146,5
2006	95,1	121,8	125,1	212,3	122,3	140,4	134,0	265,6	141,1	111,7	126,3	249,6	152,6
2007	95,1	147,3	127,0	205,2	126,8	144,7	137,4	267,9	137,8	126,3	137,3	251,9	165,7
2008	94,5	178,3	129,9	215,2	124,5	143,3	133,4	278,1	135,8	124,0	141,2	253,4	166,7

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt: Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

* mittlerer Versorgungsgrad in den 23 Planungsbereichen in Sachsen-Anhalt

Abb. A23 Offene Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Arztgruppen, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2008

Arztgruppe (sortiert nach Zahl der offenen Planungsbereiche in Sachsen-Anhalt)	Sachsen-Anhalt			Deutschland		
	Planungs-bereiche insgesamt	Januar 2008		Planungs-bereiche insgesamt	Januar 2008	
		offene Plan.-Bereiche	%		offene Plan.-Bereiche	%
Hausärzt/Innen	23	22	96%	396	210	53%
Nervenärzt/Innen, Neurolog/Innen, Psychiater/Innen	23	7	30%	396	27	7%
Augenärztinnen und -ärzte	23	5	22%	396	70	18%
Hautärztinnen und -ärzte	23	5	22%	396	28	7%
Kinderärztinnen und -ärzte	23	5	22%	396	21	5%
Anästhesist/Innen	23	3	13%	396	21	5%
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt/Innen	23	3	13%	396	28	7%
Frauenärztinnen und -ärzte	23	2	9%	396	27	7%
Orthopädinnen und Orthopäden	23	1	4%	396	7	2%
Urologinnen und Urologen	23	1	4%	396	5	1%
Chirurginnen und Chirurgen	23	0	0%	396	5	1%
Fachärztliche Internistinnen und Internisten	23	0	0%	396	1	0%
Radiolog/Innen, Diagnostische Radiolog/Innen	23	0	0%	396	4	1%
Summe	299	54	**18%**	5.148	454	**9%**

Datenquellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten zur Vertraggsärztlichen Versorgung in Deutschland, 2008

die bevölkerungsbezogene Arztdichte in den ersten beiden Gruppen geringer war als im Bundesdurchschnitt (**Abb. A14 + A15**).

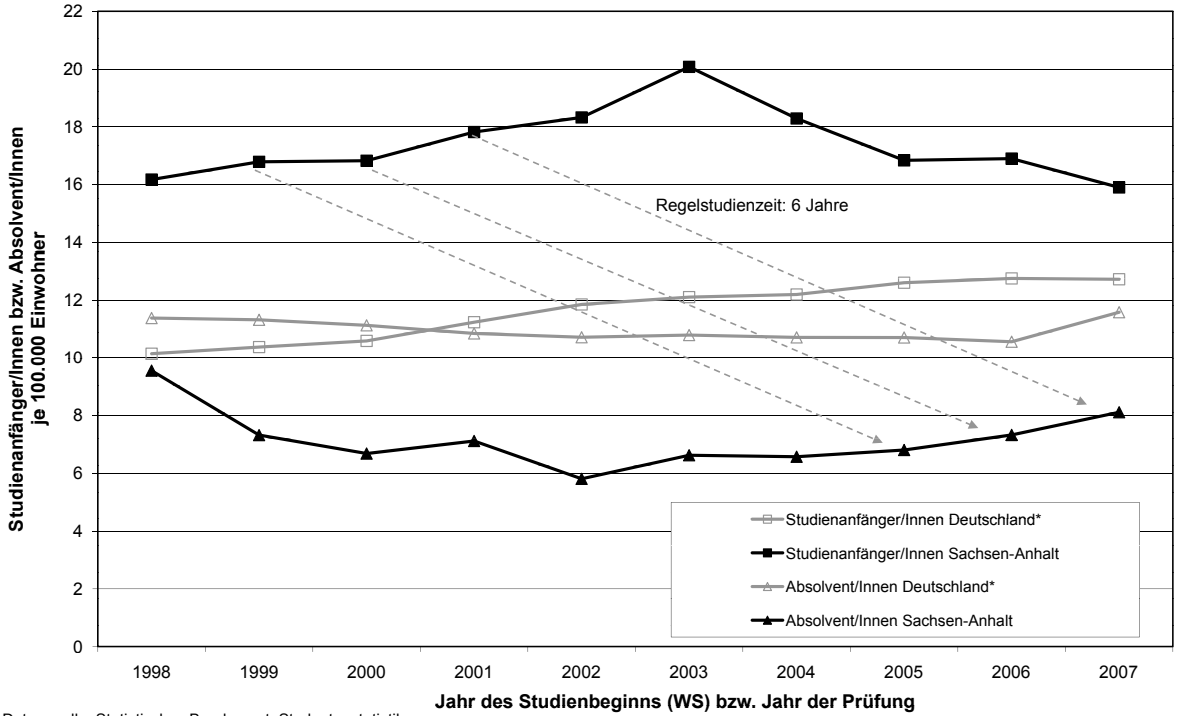
Weitere Entwicklung der Sperrung/Entsperrung von Planungsbereichen: im Vergleich zum Stand vom Januar 2008 hatte sich die Versorgungslage im Sinne der Bedarfsplanung in Sachsen-Anhalt bis zum 02.09.2009 weiterhin verbessert: bei den Hausärztinnen waren statt 23 nur noch 20 Planungsbereiche offen, statt bei 3 waren zuletzt bei 4 Arztgruppen alle Planungsbereiche gesperrt, insgesamt waren statt 54 (19 %) nur noch 47 (16 %) der 299 APKs offen (vgl. **Abb. A21** und **Abb. A23**).

7.5 Medizinischer Nachwuchs

Die Daten der Studentenstatistik und der Prüfungsstatistik des Statistischen Bundesamtes scheinen zu zeigen, dass im hier beobachteten 10-Jahres-Zeitraum (1998 – 2007) die bevölkerungsbezogene Dichte (je 100.000 Einwohner) von Studienanfänger/innen im Fach Humanmedizin in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt war, diejenige der Studienabsolvent/innen hingegen deutlich geringer (**Abb. A24, Tab. A14**). Dies liegt nicht – wie man vermuten könnte – an einem hohen Anteil nicht bestandener Prüfungen in Sachsen-Anhalt (vgl. **Tab. A14**), sondern ist anscheinend durch Abwanderung während des Studiums bedingt. Allerdings wird die Qualität/Gültigkeit der Daten der Studenten- und Prüfungsstatistik von einigen Experten in Frage gestellt: eingeklagte Studienplätze bzw. „Überbuchungen" werden z. B. in den verschiedenen Bundesländern ganz unterschiedlich berücksichtigt, außerdem erheben die Bundesländer ihre Statistik zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb des Studienjahres (B.-P. Robra, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, pers. Mitt.). Eine Zusammenstellung der tatsächlichen Absolventenzahlen durch die beiden ausbildenden Universitäten in Sachsen-Anhalt (Magdeburg und Halle) zeigte in den Jahren 2006 und 2007 eine um 36 % bzw. 32 % höhere Anzahl von Absolvent/innen in Sachsen-Anhalt als in der Bundesstatistik ausgewiesen (Robra, pers. Mitt.). Der Zeittrend der Absolvent/innenzahlen in Sachsen-Anhalt war in den letzten Jahren sowohl in der Bundesstatistik (Abb. A24) als auch in der internen Statistik der Universitäten Magdeburg und Halle wieder deutlich steigend (2006: 244, 2007: 260, 2008: 343, 2009: 390, Robra, pers. Mitt.).

Der Frauenanteil unter Studienanfängern und Studienabsolventen des Faches Humanmedizin war in den 10 Beobachtungsjahren in Sachsen-Anhalt höher als im Bundesdurchschnitt und erhöhte sich sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene kontinuierlich, so dass im letzten Beobachtungsjahr 67 % bzw. 63 % der Studienanfänger und 67 % bzw. 59 % der Studienabsolventinnen weiblich waren (**Tab. A14**). Dies führt dazu, dass der Anteil der Ärztinnen in Krankenhäusern und (mit Verzögerung) im ambulanten Bereich kontinuierlich zunimmt, zur Zeit um etwa einen Prozentpunkt pro Jahr.

Abb. A24: Studienanfänger/Innen und Studienabsolvent/Innen im Fach Humanmedizin, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Studentenstatistik, Prüfungsstatistik (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* ohne Bremen und Brandenburg

8. Diskussion

8.1 Ärztliche Versorgung als Teil der gesundheitlichen Gesamtversorgung

Die ärztliche Versorgung ist immer nur ein – wenn auch entscheidender – Teil der gesundheitlichen Gesamtversorgung. Dass die „behandelnde" Versorgung von Erkrankten durch Ärztinnen und Ärzte ohne die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen unmöglich wäre und ohne gleichzeitige „vorsorgende" Versorgung (Gesundheitsförderung) auf Dauer wirkungslos bliebe, ist unbestritten. Andere Gesundheitsberufe und die Gesundheitsförderung gewinnen in Deutschland zunehmend an Bedeutung, vor allem in Regionen mit besonders hohem Anteil an älteren und alten Menschen und/oder in Regionen, in denen eine ausreichende Dichte von Ärztinnen und Ärzte nicht mehr aufrecht erhalten werden kann (SVR-Gesundheit, 2007, 2009). Alle folgenden Ausführungen zu „Versorgung" sind auf diesem Hintergrund zu sehen.

8.2 Wie kann man ärztliche Versorgung darstellen/messen?

Ärztliche Versorgung (bzw. gesundheitliche Versorgung allgemein) kann aus zwei komplementären Perspektiven dargestellt/gemessen werden: aus der Angebotsperspektive und aus der Leistungsperspektive. Während die erste Sichtweise vor allem untersucht, welche und wie viele Ärzte theoretisch pro Einwohner *zu Verfügung* stehen, fragt die zweite Sichtweise vor allem danach, welche und wie viele dieser ärztlichen Leistungen tatsächlich pro Einwohner *erbracht* werden, d.h. tatsächlich bei den Bürgerinnen/Bürgern ankommen (ambulante und stationäre Leistungsdaten). Beide Sichtweisen haben Defizite. Die Angebotsperspektive lässt in ihrer einfachsten Form (Arztdichte pro 100.000 Einwohner) zunächst außer Acht, ob der Versorgungsbedarf in einer bestimmten Population morbiditäts- und/oder altersbedingt höher oder niedriger ist als in einer Vergleichspopulation, ob die räumliche oder zeitliche Erreichbarkeit der Ärzt/innen in der betreffenden Region unterschiedlich ist und/oder ob gegebenenfalls Unterschiede bezüglich des „subjektiven Versorgungsverhaltens" von Patienten oder Ärzteschaft bestehen. Diese Faktoren können allenfalls begleitend untersucht und im Nachhinein diskutiert werden, um die „gemessenen" Arztdichten zu relativieren und zu bewerten. Die Leistungsperspektive (abgerechnete ärztliche Leistungen pro 100.000 Einwohner) fragt hingegen zunächst nicht nach den Ursachen von Unterschieden in der Leistungsdichte. So bleibt zunächst offen, ob beispielsweise eine geringe Leistungsdichte in einer bestimmten Region durch einen geringen medizinischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung, durch eine zu geringe (d.h. limitierende) Arztdichte, durch schwere Erreichbarkeit der Ärzte und/oder durch ein zurückhaltendes Patienten- oder Arztverhalten mit geringer Leistungsinanspruchnahme bzw. Leistungsverschreibung zustande kommt. Auch hier können diese Faktoren wieder nur begleitend untersucht und im Nachhinein diskutiert werden.

Der vorliegende Bericht zur ärztlichen Versorgung beschränkt sich auf die Darstellung der ärztlichen Versorgung **aus der Angebotsperspektive**. Eine Gegenüberstellung mit den tatsächlich abgerechneten ärztlichen Leistungen war im Rahmen dieses Berichtes nicht leistbar. Auch die Experteninterviews bezogen sich primär auf die Angebotsperspektive von ärztlicher Versorgung. Dem oben geschilderten Mangel der Angebotsperspektive wurde versucht, entgegenzuwirken, indem modellhaft die morbiditäts- und altersbedingten Unterschiede im Versorgungsbedarf zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt berechnet wurden. Die „gemessenen" Unterschiede von Arztdichten zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt konnten mit den so berechneten Bedarfsfaktoren gewichtet werden (siehe unten).

Für die Darstellung und den Vergleich von ärztlicher Versorgung aus der Angebotsperspektive werden üblicherweise (auch international) bevölkerungsbezogene Arztdichten verwendet (meist je 100.000 Einwohner). Hier ist jedoch zu bedenken, dass weitere Faktoren dieses theoretische Arztangebot abmindern können: ein unterschiedlicher mittlerer Behandlungsaufwand pro Patient und/oder unterschiedlich lange Arbeits- bzw. Praxisöffnungszeiten können bei gleicher Arztdichte zu einer ganz unterschiedlichen **Verfügbarkeit von Ärzten pro Einwohner** (Wartezeiten) führen. Klagen über „Ärztemangel" sind insofern meist ungenau, als sie nicht sagen, ob sie die Arztdichte oder die Verfügbarkeit der Ärzte pro Einwohner meinen.

Eine dritte Sichtweise/Perspektive zur Darstellung ärztlicher Versorgung (neben Arztdichten und abgerechneten Arztleistungen) ist diejenige der gesetzlich festgeschriebenen **Bedarfsplanung** (siehe Methodikteil). Die zentrale Maßzahl der Bedarfsplanung – der sogenannte Versorgungsgrad – hat

die Einheit „*Prozent der Vollversorgung*“ und scheint damit zunächst sehr anschaulich und konkret. Dabei gilt ein Versorgungsgrad von weniger als 50 % (Fachärzte) bzw. 75 % (Hausärzte) der Vollversorgung als „Unterversorgung“, ein Versorgungsgrad von mehr als 110 % der Vollversorgung als „Überversorgung“. Es ist jedoch zu bedenken, dass der Begriff „Vollversorgung“ in der Bedarfsplanung nicht ein empirisch-wissenschaftlich begründetes, am Patientenwohl ausgerichtetes Verhältnis Einwohner/Ärzte bedeutet, sondern lediglich die Festschreibung einer historisch gewachsenen Einwohner/Arzt-Relation zu einem willkürlich herausgegriffenen Zeitpunkt in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland ist. Zwar berücksichtigt die Bedarfsplanung – im Gegensatz zur reinen Angebotsperspektive und zur reinen Leistungsperspektive – in Ansätzen lokale infrastrukturelle Gegebenheiten, indem sie von vornherein unterschiedliche Richtwerte (Einwohner/Arzt-Relationen) je nach Raumordnungsstruktur der betreffenden Region (Planungsbereich) festlegt, die zentrale Maßzahl der Bedarfsplanung (der Versorgungsgrad) und die Methodik ihrer Berechnung geraten jedoch vor allem aufgrund ihrer Großräumigkeit und Ungenauigkeit zunehmend in die Kritik (siehe unten).

Einschätzungen der ärztlichen Versorgungssituation – egal wie gemessen – können sich nicht auf Momentaufnahmen beschränken, sondern müssen versuchen, Zukunftstrends zu prognostizieren. Dies geschieht meist durch Extrapolation von

1) aktuellen Zeittrends der Arztdichten,
2) aktuellen Altersentwicklungen in der Ärzteschaft,
3) aktuellen Entwicklungen der Studienanfänger- und Studienabsolventenzahlen im Fach Humanmedizin sowie der Anzahlen von Weiterbildungsassistent/innen

Auf diese Weise kann für die nächsten Jahre grob abgeschätzt werden, welche „Aufnahmekapazität“ die Gesellschaft für Ärzte haben wird, wie viele Ärztinnen und Ärzte in Ruhestand gehen werden und wie es um den medizinischen Nachwuchs bestellt ist.

8.3 Bewertung des ärztlichen Versorgungsangebotes in einer Region

8.3.1 Was ist „gute“ bzw. „schlechte“ ärztliche Versorgung?

Bevölkerungsbezogene Arztdichten (Ärzte je 100.000 Einwohner) gehören zu den wenigen regional, national und international vergleichbaren Versorgungsindikatoren. Sie geben jedoch per se noch keine Auskunft über die Qualität des ärztlichen Versorgungsangebotes, weil es bisher keine wissenschaftlich belegten „Richtwerte“ für optimale Arztdichten gibt (vgl. z.B. Albrecht et al., 2008). Je nach gesellschaftlich-kulturellem Kontext, je nach Arztgruppe, nach Patientenpopulation, nach geografisch-infrastrukturellen Gegebenheiten, können ganz unterschiedliche Arzt-Einwohner-Relationen als ausreichend oder optimal gelten. Bevölkerungsbezogene Arztdichten sind also immer nur relative Maßzahlen, messen sich an einer Vergleichspopulation oder Vergleichsregion und können in Bezug auf diese Abweichungen dokumentieren. Im vorliegenden Bericht ist für Sachsen-Anhalt die Vergleichsregion/-population Gesamtdeutschland (inkl. Sachsen-Anhalt). Arztdichten, die in Sachsen-Anhalt geringer als im Bundesdurchschnitt sind, signalisieren, dass die ärztliche Versorgung im Land eventuell schlechter ist als in Gesamtdeutschland. Es kann jedoch aus diesem Vergleich nicht abgeleitet werden, ob die gefundenen Arztdichten in Sachsen-Anhalt tatsächlich, d.h. objektiv „schlecht“, d.h. aus Public-Health-Sicht unzureichend sind. Ob bevölkerungsbezogene Arztdichten in einer bestimmten Region als „gut“ oder „schlecht“ bewertet werden können, hängt zunächst vom tatsächlichen (medizinischen) Versorgungsbedarf der Bevölkerung ab. Dieser wird bedingt:

1) von der Altersstruktur der Bevölkerung in dieser Region,
2) von ihrer Morbidität (welche auch, aber nicht nur, von der Altersstruktur abhängig ist)

Darüber hinaus hängt die Bewertung der empirisch ermittelten Arztdichten ab:

3) von den infrastrukturellen Gegebenheiten (räumliche/zeitliche Verfügbarkeit der Ärzte),
4) von der fachlichen Qualität der ärztlichen Betreuung
5) von finanziellen Belastung der Bürger/innen bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

Während die Punkte 1) und 2) im Kapitel 8.3.3 ausführlich behandelt werden und Aspekte des Punktes 3) in verschiedenen Abschnitten der folgenden Diskussion besprochen werden, muss im Rahmen dieses Berichtes auf eine Untersuchung oder Besprechung der Punkte 4) und 5) gänzlich verzichtet werden.

8.3.2 Versorgungsbedarf und Versorgungsnachfrage

Bei den folgenden Betrachtungen ist die unterschiedliche Auslegbarkeit des Begriffs „Versorgungsbedarf“ zu berücksichtigen. Je nach Kontext wird darunter eher ein medizinisch begründeter, „objektiver“ Bedarf bzw. eher eine im jeweiligen soziokulturellen Kontext zu konstatierende „subjektive“ Nachfrage verstanden. Beide Aspekte sind nicht scharf voneinander zu trennen: weder ist ein medizinischer Versorgungsbedarf unabhängig vom soziokulturellen Umfeld zu definieren, noch ist eine „subjektive“ Versorgungsnachfrage in einer bestimmten Gesellschaftsform völlig losgelöst von der objektiven Mor-

bidität der Bevölkerung. Im Folgenden wird nur bei einer vermuteten Divergenz zwischen den Begriffen Versorgungsbedarf und Versorgungsnachfrage unterschieden.

8.3.3 Einfluss der Altersstruktur und der Morbidität der Bevölkerung auf den Versorgungsbedarf

Dass Unterschiede in der Altersstruktur und Morbidität von regionalen Bevölkerungen zu unterschiedlichen Versorgungsbedarfen in diesen Regionen führen, ist selbst erklärend. Dass dabei die Morbidität der Bevölkerung von deren Altersstruktur abhängt, d.h. ältere Bevölkerungen auch morbider sind, ist hinreichend bekannt und dokumentiert. Dass drittens und letztens auch altersunabhängige Unterschiede in der Morbidität von Populationen, selbst innerhalb eines Staates, existieren, ist ebenfalls hinlänglich belegt. In diesem Zusammenhang sind die kürzlich von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichten Daten zur Entwicklung der Gesundheit in den alten und neuen Bundesländern in Deutschland seit dem Mauerfall von besonderem Interesse (RKI, 2009). Die dort berichteten Daten zeigen, dass trotz Verbesserungen und Annäherungen, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den neuen Bundesländern nach wie vor schlechter ist als in den alten Bundesländern. Dabei zeigen die Daten sehr eindrücklich den Zusammenhang zwischen Demografie und Gesundheit und zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit.

Nach welchem genauen Muster die Altersstruktur und die Morbidität den Versorgungsbedarf einer Bevölkerung beeinflussen, ist nicht einfach festzustellen/zu beschreiben. In grundlegender Weise wurde im Rahmen des gesetzlich festgeschriebenen Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Krankenkassen versucht, diese Einflüsse zu berechnen, zunächst nur die Altersabhängigkeit, dann, ab 2009, auch die Morbiditätsabhängigkeit. Allerdings liegt diesen Berechnungen die Leistungsperspektive von Versorgung (siehe oben) zugrunde, d.h. das Alters- bzw. Morbiditätsprofil wurde über abgerechnete Leistungen berechnet.

Einfluss der Altersstruktur auf den Versorgungsbedarf

Da in diesem Bericht die ärztliche Versorgung aus der Angebotsperspektive dargestellt und diskutiert werden sollte, wurde versucht, zur Berechnung eines „Altersprofils" ein anderes als das leistungsbezogene Modell des RSA zu entwickeln. Benötigt wurde ein objektiv/empirisch ermitteltes Altersprofil für den *Bedarf* an Ärzt/innen.

Für den **ambulanten Bereich** lässt sich ein solches, – in erster Annäherung – aus dem kürzlich erschienenen Arztreport der BARMER-GEK ableiten (Grobe et al., 2010). In dem Bericht wurde die mittlere Anzahl von Arztkontakten innerhalb eines Jahres in der Versichertenpopulation der BARMER-GEK in Deutschland, gegliedert nach 5-Jahres-Altersstufen, im Zeitraum 2000-2008 ermittelt (ca. 1,4 – 1,7 Millionen Versicherte pro Jahr). Das Altersprofil der Arztkontakte der Versichertenpopulation wurde dann auf Gesamtdeutschland extrapoliert, indem die dort pro Altersgruppe dokumentierten, mittleren Arztkontakte mit der realen Altersstruktur von Gesamtdeutschland gewichtet wurde.

Folgt man diesen Überlegungen und postuliert, dass die Arztkontaktzahlen die aktuell herrschende Arztnachfrage in diesen Altersgruppen (in Deutschland) widerspiegelt und dass diese wiederum in direkter Weise vom objektiven (medizinischen) Arztbedarf in den verschiedenen Altersgruppen abhängig ist, so lässt sich durch Gewichtung des Deutschland-Altersprofils der Arztkontakte mit einer Landes-Altersstruktur ein **landesspezifischer altersbedingter ambulanter Versorgungsmehr- bzw. -minderbedarf im Vergleich zum Bundesdurchschnitt** berechnen. Beispielhaft ist diese Modellrechnung im Anhang für Sachsen-Anhalt (**Tab. D1**) und für Nordrhein-Westfalen (**Tab. D2**) für das Jahr 2005 dargestellt.

Führt man diese Berechnungen für die restlichen Jahre des Beobachtungszeitraumes durch, so ergibt sich im Mittel der Untersuchungsjahre 2000 – 2008 **für Sachsen-Anhalt ein altersbedingter ambulanter Versorgungsmehrbedarf von 2,8 %**, welcher über die Untersuchungsjahre geringfügig aber kontinuierlich (ca. 0,4 Prozentpunkte pro Jahr) stieg (**Abb. D1, Tab. D3**). Der altersbedingte ambulante Versorgungsmehrbedarf im weiblichen Geschlecht war mit 3,5 % deutlich höher als mit 1,2 % im männlichen Geschlecht (**Tab. D3**).

Das oben ausgeführte Berechnungsmodell macht keine Aussage darüber, ob die im BARMER-GEK-Arztreport errechnete, im internationalen Vergleich sehr hohe mittlere Anzahl von Arztkontakten je Versicherter (ca. 18) aus Public-Health-Sicht „gut" oder „schlecht" ist. Entscheidend für die hier geführten Überlegungen ist ausschließlich, dass postuliert werden darf, dass die gemessene Altersabhängigkeit der Arztkontakte ein objektives Abbild der aktuellen Altersabhängigkeit der Arztnachfrage (in Deutschland) und damit letztendlich auch der Altersabhängigkeit des aktuellen Arztbedarfs (in Deutschland) bietet.

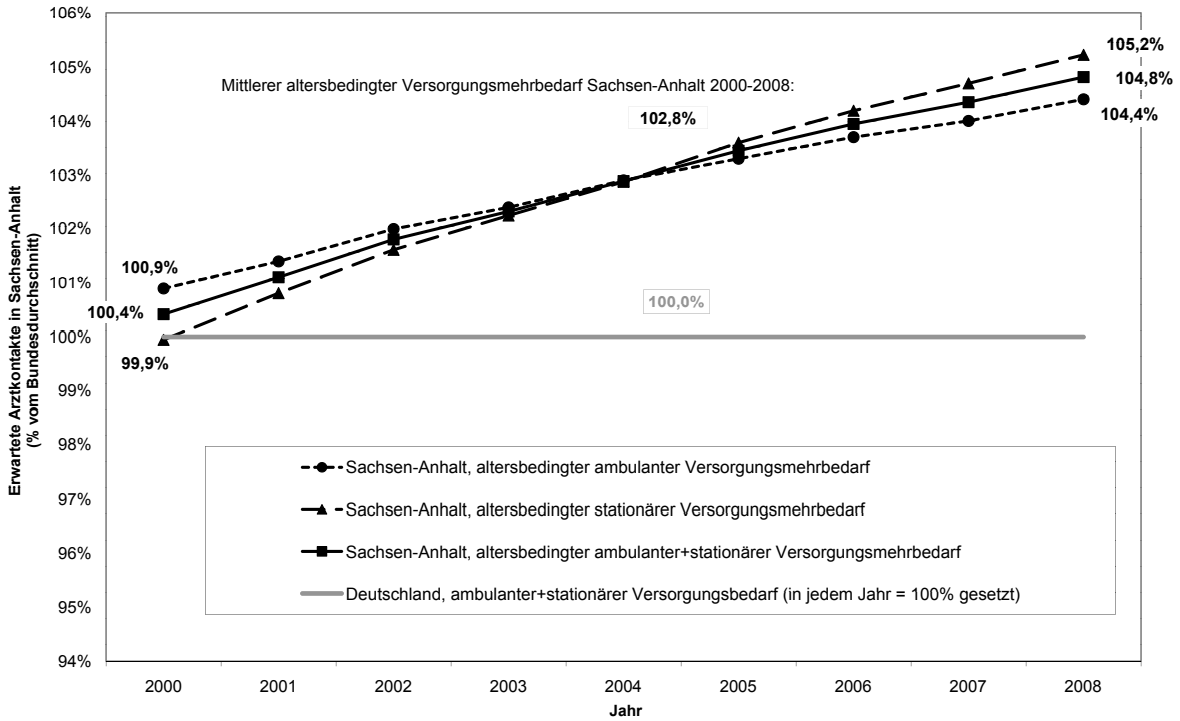
Die im selben BARMER-GEK-Arztreport ermittelte, im Bundesvergleich relativ niedrige **tatsächliche** Arztkontaktzahl in Sachsen-Anhalt (ca. 16) widerspricht nicht dem oben errechneten Versorgungsmehrbedarf für Sachsen-Anhalt: erstens könnte die reale Arztkontaktquote in Sachsen-Anhalt durch die geringere Arztdichte (Abb. A1) und die eingeschränkte räumliche und zeitliche Verfügbarkeit von niedergelassenen Ärzt/innen (siehe unten) „künstlich" be-

grenzt sein, zweitens könnte das in Sachsen-Anhalt besonders verbreitete Hausarztmodell regulierend auf das „Zuviel“ von Arztkontakten im Bundesdurchschnitt wirken.

Analog dem obigen Berechnungsmodell lässt sich auch für den stationären Bereich ein **landesspezifischer altersbedingter stationärer Versorgungsmehr- bzw. -minderbedarf im Vergleich zum Bundesdurchschnitt** berechnen. Dazu wurde das Altersprofil der Krankenhausfallquoten (alle Diagnosen) im Jahr 2007 in Gesamtdeutschland ermittelt, dieses mit der realen Altersstruktur der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt gewichtet und dadurch ein jährliches Mehr bzw. Weniger der **erwarteten** Gesamtkrankenhausfallquote in Sachsen-Anhalt errechnet. Dabei wird postuliert, dass dieses Mehr bzw. Weniger der erwarteten Krankenhausfallquote auch ein Mehr bzw. Weniger an objektivem (medizinischen) stationärem Versorgungsbedarf widerspiegelt. Beispielhaft ist diese Modellrechnung im Anhang in **Tab. D4** für das Jahr 2005 gezeigt.

Führt man diese Berechnungen für die restlichen Jahre des Beobachtungszeitraumes durch, so ergibt sich – wie im ambulanten Bereich – **für Sachsen-Anhalt ein altersbedingter stationärer Versorgungsmehrbedarf von 2,8% (Abb. D1).** Auch dieser stieg über die Untersuchungsjahre kontinuierlich und zwar etwas stärker als im ambulanten Bereich (ca. 0,7 Prozentpunkte pro Jahr). Der altersbedingte stationäre Versorgungsmehrbedarf im weiblichen Geschlecht war mit 3,1 % wieder deutlich höher als mit 1,5 % im männlichen Geschlecht (**Tab. D3**).

Abb. D1: Altersbedingter Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt, Zeittrend 2000 - 2008



Datenquelle: BARMER-GEK-Arztreport (2010), Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Durchschnittliche Bevölkerung

Bei gleich gewichteter Berücksichtigung der Modellrechnungen im ambulanten und stationären Sektor ergibt sich für Sachsen-Anhalt im Beobachtungszeitraum insgesamt ein **mittlerer altersbedingter Versorgungsmehrbedarf von 2,8 %,** welcher kontinuierlich um etwa **0,6 Prozentpunkte pro Jahr** steigt und welcher im **weiblichen Geschlecht (3,3%)** deutlicher als im **männlichen Geschlecht (1,4 %)** ausgeprägt ist (**Tab. D3**).

Einfluss der Morbidität auf den Versorgungsbedarf

Vereinfachend wird hier davon ausgegangen, dass Unterschiede in der Gesamtmorbidität von Bevölkerungen sich direkt proportional auf den Gesamtbedarf an Ärztinnen und Ärzten in diesen Bevölkerungen auswirken. Um die Morbidität zwischen Populationen unabhängig und losgelöst von den ggf. unterschiedlichen Altersstrukturen dieser Populationen zu vergleichen, werden Morbiditätsindikatoren üblicherweise in **altersstandardisierter** Form dargestellt. Die Altersstandardisierung „korrigiert“ dabei die in einer Population zum Beispiel vorhandenen großen Anteile älterer Menschen (und die damit einhergehende erhöhte Morbidität bezüglich bestimmter Krankheiten), indem die „gemessenen“ altersgegliederten Morbiditätsquoten in allen zu vergleichenden Populationen mit der **selben** Standardaltersstruktur multipliziert/gewichtet werden (in der Gesundheitsberichterstattung ist dies üblicherweise die „alte“ Europabevölkerung von 1966).

Hier wird nun ein Modell vorgeschlagen, um auf der Basis von altersunabhängigen allgemeinen Morbiditätsindikatoren, einen **landesspezifischen morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarf bzw. -minderbedarf im Vergleich zum Bundesdurchschnitt** zu errechnen. Dazu wurden – auf Grundlage von Verfügbarkeit und Validität – vier allgemeine Morbiditätsindikatoren ausgewählt und für Sachsen-Anhalt und eine Vergleichspopulation gegenübergestellt:

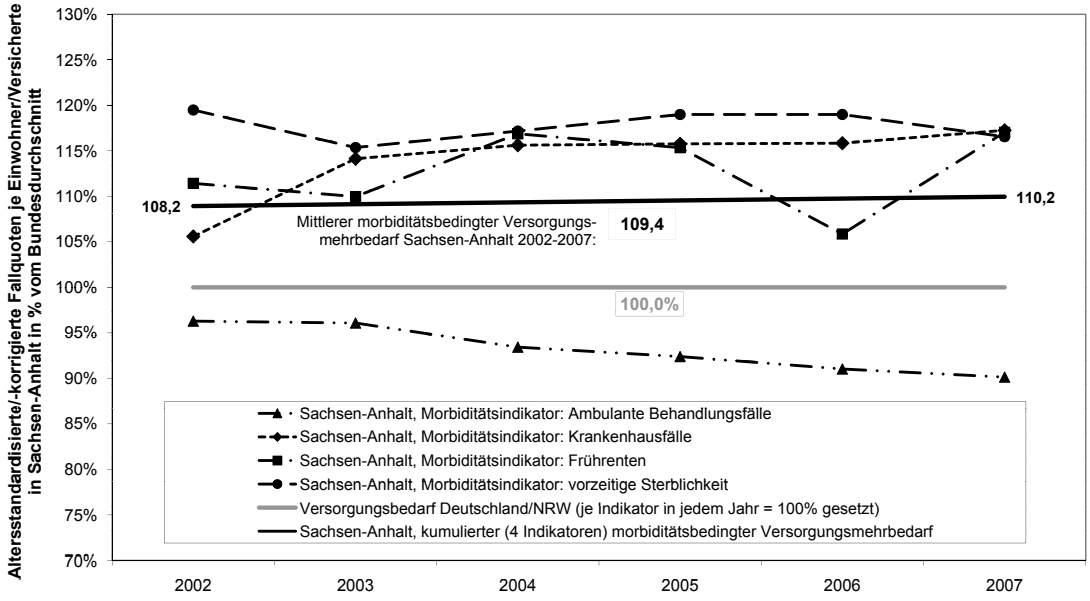
1) Bei den kassenärztlichen Vereinigungen pro Jahr registrierte ambulante Behandlungsfälle („Quartalsscheine") je 1.000 GKV-Versicherte,
2) Krankenhausfälle (alle Diagnosen, alle Verweildauerklassen) je 100.000 Einwohner,
3) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit („Frühberentungen") je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug,
4) Vorzeitige Sterbefälle (<65 Jahre) je 100.000 Einwohner.

Als Vergleichspopulation für den ersten Indikator (ambulante Behandlungsfälle) diente Nordrhein-Westfalen, weil Bundesdaten nicht zur Verfügung standen und NRW als größtes Bundesland „stellvertretend" für Gesamtdeutschland gelten sollte. Die Vergleichspopulation für alle anderen Morbiditätsindikatoren war – wie in der Gesundheitsberichterstattung üblich – Gesamtdeutschland (inklusive Sachsen-Anhalt). Da beim ersten Indikator (ambulante Behandlungsfälle) keine altersstandardisierten Daten zur Verfügung stehen, wurde hier eine vereinfachte „Alterskorrektur" vorgenommen: die von den Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelten Behandlungsfälle wurden um den altersbedingten Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt im Jahr 2005 vermindert (-3,3 %) bzw. um den altersbedingten Versorgungsminderbedarf in NRW im Jahr 2005 erhöht (+0,2%, vgl. **Tab. D1** und **D2**). Eine Altersstandardisierung der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit wird üblicherweise nicht durchgeführt, weil die Altersstruktur der in Frage kommenden Versichertenpopulation der gesetzlichen Rentenversicherung (aktiv Versicherte ohne Rentenbezug, d.h. <65 Jahre) in den Bundesländern relativ gleichförmig ist.

Um einen **einzigen („mittleren") landesspezifischen Morbiditätsfaktor** zu ermitteln, wurde in denjenigen Jahren (2002-2007), in denen Daten für alle vier ausgewählten Morbiditätsindikatoren vorlagen, das arithmetische Mittel der Versorgungsmehr- bzw. minderbedarfe dieser Indikatoren gebildet. Es errechnete sich für **Sachsen-Anhalt ein morbiditätsbedingter Versorgungsmehrbedarf von 9,4 %** (**Abb. D2, Tab. D5**). Der morbiditätsbedingte Versorgungsmehrbedarf zeigte in den Jahren 2002-2007 einen geringfügig steigenden Trend von ca. 0,4 Prozentpunkten pro Jahr (**Abb. D2**, **Tab D5**).

Dass die mittlere (alterskorrigierte und auf GKV-Mitglieder bezogene) ambulante Behandlungsfallquote in Sachsen-Anhalt geringer war als in Nordrhein-Westfalen (**Abb. D2, Tab. D5**) widerspricht nicht der Feststellung, dass insgesamt im Land ein morbiditätsbedingter Versorgungs**mehr**bedarf besteht: wie oben schon ausgeführt, scheint die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen in Sachsen-Anhalt aus anderen (nicht morbiditätsbedingten) Gründen limitiert zu sein. Ob eine künstliche Limitierung der ambulanten Arztkontakte in Sachsen-Anhalt im Zusammenhang mit der besonders hohen Inzidenz „späterer" Morbiditätsindikatoren steht (Krankenhausquote, Frühberentungsquote, vorzeitige Sterblichkeit) kann hier weder belegt noch ausgeschlossen werden.

Abb. D2: Morbiditätsbedingter Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt, Zeittrends 2002 - 2007



Datenquellen: Kassenärztliche Vereinigungen Sachsen-Anhalt (Originaldaten), Nordrhein, Westfalen-Lippe (zitiert nach www.loegd.nrw.de), Statistisches Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik, Todesursachenstatisitk (zitiert nach www.gbe-bund.de), Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik des Rentenzugangs für Sachsen-Anhalt (Originaldaten), Statistik des Rentenzugangs für Deutschland und Statistik der Versicherten für Sachsen-Anhalt und Deutschland (jeweils zitiert nach www.gbe-bund.de), Statistische Landesämter Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen: Mikrozensus und eigene Berechnungen

Eine Aufgliederung der landesspezifischen morbiditätsbedingten Versorgungsbedarfe nach Geschlecht war nur bei drei der vier Morbiditätsindikatoren möglich (Krankenhausfälle, Frühberentungen, vorzeitige Sterblichkeit). Bezüglich dieser drei Morbiditätsindikatoren war der **morbiditätsbedingte Mehrbedarf im männlichen Geschlecht etwa 2,8 mal höher** als im weiblichen Geschlecht (**Tab. D5**).

Abschätzung des gesamten relativen Versorgungsmehrbedarfs in Sachsen- Anhalt

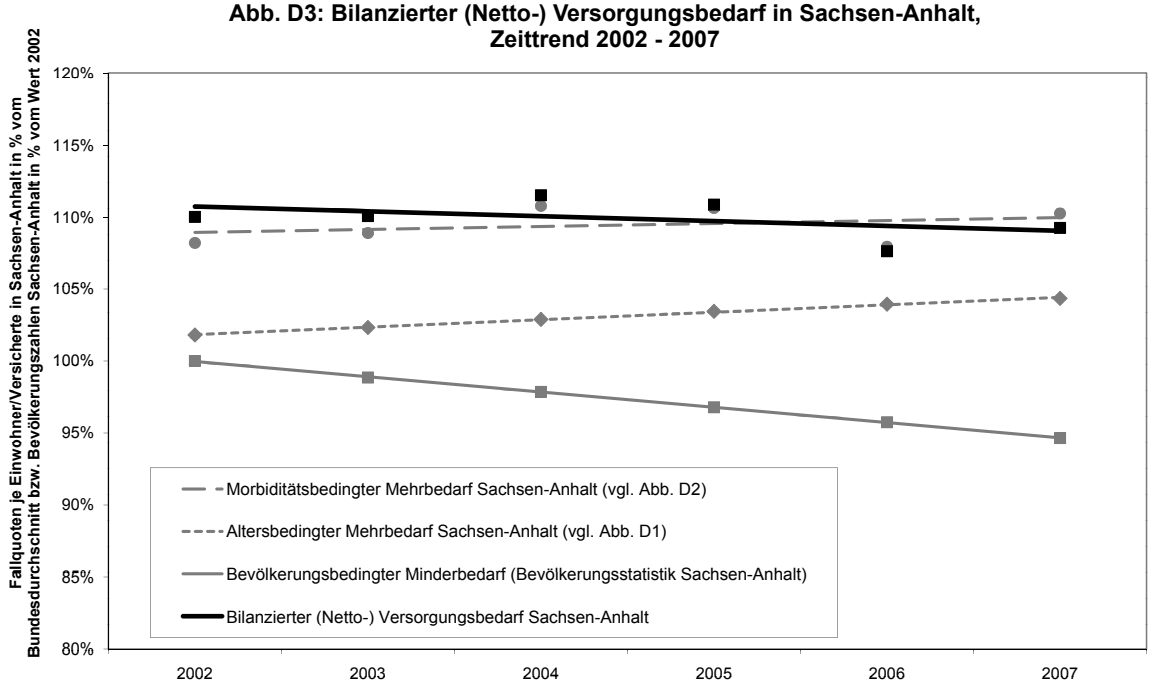
Addiert man den altersbedingten Mehrbedarf (2,8 %) und den morbiditätsbedingten Mehrbedarf (9,4 %), so ergibt sich im Beobachtungszeitraum **für Sachsen-Anhalt ein gesamter relativer Versorgungsmehrbedarf von 12,2 %** im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Der gesamte relative Versorgungsmehrbedarf stieg im Beobachtungszeitraum jährlich um etwa einen Prozentpunkt (0,6 % altersbedingte Steigerung + 0,4 % morbiditätsbedingte Steigerung).

Relativer Versorgungsmehrbedarf und bilanzierter (Netto-) Versorgungsbedarf in Sachsen-Anhalt:

Der steigende Trend des oben berechneten relativen Versorgungsmehrbedarfs in Sachsen-Anhalt darf aus zwei Gründen nicht mit der Entwicklung des „tatsächlichen“ (bilanzierten oder Netto-) Versorgungsbedarfes in Sachsen-Anhalt gleichgesetzt werden.

Erstens muss, um die Entwicklung des Netto-Versorgungsbedarfes abzuschätzen, die Entwicklung der Bevölkerungszahl in der betrachteten Region einbezogen werden. In Sachsen-Anhalt sank beispielsweise im Beobachtungszeitraum die Bevölkerungszahl und der damit verbundene „bevölkerungsbezogene Versorgungsbedarf“ um ca. 1,1 Prozentpunkte pro Jahr (**Abb. D3**, Rohdaten des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt nicht gezeigt). Setzt man im Jahr 2002 den bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf in Sachsen-Anhalt als 100 % und addiert den altersbedingten Versorgungsmehrbedarf im selben Jahr (1,8 %, **Tab. D3**) und den morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarf im selben Jahr (8,2 %, **Tab. D5**), so ergibt sich im Jahr 2002 ein tatsächlicher Versorgungsbedarf von 110,0 %. Verfährt man in den Folgejahren ebenso (Addition des altersbedingten Mehrbedarfs, des morbiditätsbedingten Mehrbedarfs und des bevölkerungsbedingten Minderbedarfs), so ergibt sich in Sachsen-Anhalt „netto“ ein geringfügig fallender (ca. 0,13 Prozentpunkte pro Jahr) bilanzierter Versorgungsbedarf (**Abb. D3**). Zu einem ähnlichen Ergebnis (geringfügig fallender Versorgungsbedarf) kommt auch – allerdings aus der Leistungsperspektive – der Krankenhaus-Report 2008/2009 (Schäg et al., 2009).

Abb. D3: Bilanzierter (Netto-) Versorgungsbedarf in Sachsen-Anhalt, Zeittrend 2002 - 2007



Datenquellen: BARMER-GEK-Arzt-reprot 2010, Kassenärztliche Vereinigungen Sachsen-Anhalt (Originaldaten), Nordrhein, Westfalen-Lippe (zitiert nach www.loegd.nrw.de), Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Durchschnittliche Bevölkerung, Krankenhausdiagnosestatistik, Todesursachenstatistik (zitiert nach www.gbe-bund.de), Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik des Rentenzugangs für Sachsen-Anhalt (Originaldaten), Statistik des Rentenzugangs für Deutschland und Statistik der Versicherten für Sachsen-Anhalt und Deutschland (jeweils zitiert nach www.gbe-bund.de), Statistische Landesämter Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen: Mikrozensus und eigene Berechnungen

Zweitens ist die Berechnung der Entwicklung des altersbedingten Versorgungsmehrbedarfes umstritten: Die Zunahme des Anteils älterer Bevölkerungsgruppen setzt sich in Deutschland aus einem Bevölkerungsschwund in jüngeren Altersgruppen (Geburtenrückgang und – speziell in Sachsen-Anhalt – Abwanderung) und einer steigenden Lebenserwartung zusammen. Bezüglich der Auswirkung dieser

steigenden Lebenserwartung auf die Entwicklung der Gesamtmorbidität (Krankheitslast) der Bevölkerung gehen die Meinungen nun auseinander. Zur Zeit werden vor allem drei Hypothesen diskutiert (vgl. z.B. Hackmann und Moog, 2008): die Status-quo-Hypothese, die Medikalisierungs- oder Expansionshypothese und die Kompressionshypothese. Die Status-quo-Hypothese (die den obigen Berechnungen zugrunde liegt) geht von einem linearen/proportionalen Anstieg der Morbidität mit steigender Lebenserwartung aus, basierend auf dem aktuellen Altersprofil der Morbidität. Die Expansionshypothese postuliert einen **über**proportional steigenden Versorgungsbedarf mit steigender Lebenserwartung der Bevölkerung. Die Kompressionshypothese schließlich prognostiziert, dass der Versorgungsbedarf **unter**proportional zur Lebenserwartung zunimmt, weil mit steigender Lebenserwartung auch das Einsetzen chronischer und/oder multipler Erkrankungen in spätere Lebensjahre verschoben ist.

Bedeutung der Modellrechnungen zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs

Alle im Folgenden gemachten Ausführungen zu Arztdichten, Verfügbarkeit von Ärzt/innen und Versorgungsgraden in Sachsen-Anhalt müssen demnach auf dem Hintergrund eines bestehenden und steigenden alters- und morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarfes in Sachsen-Anhalt einerseits und dem Bevölkerungsschwund in Sachsen-Anhalt andererseits gesehen werden. Je nachdem, welche Hypothese zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Alters- und Morbiditätsentwicklung in einer Bevölkerung herangezogen wird, kann für Sachsen-Anhalt dann ein geringfügig fallender (Status-quo-Hypothese = vorliegende Berechnung), ein geringfügig steigender (Expansionshypothese) bzw. ein deutlich fallender (Kompressionshypothese) bilanzierter (Netto-) Versorgungsbedarf an Ärztinnen und Ärzten für die Zukunft prognostiziert werden. Der hier nach der Status-quo-Hypothese berechnete Trend des Netto-Versorgungsbedarfes in Sachsen-Anhalt ist so schwach fallend (0,13 Prozentpunkte pro Jahr), dass er den für das Jahr 2007 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt berechneten alters- und morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt (14,6%, **Abb. D3**, **Tab. D5**) erst in vielen Jahren ausgleichen würde. Bei konstanter Anzahl von Ärztinnen und Ärzten im Land würde erst nach etwa 10 Jahren das (bedarfsstandardisierte) ärztliche Versorgungsniveau des Bundesdurchschnitts des Jahres 2007 erreicht werden.

8.4 Vergleich der Expertenmeinungen und der Datenanalyse zur ärztlichen Versorgung

8.4.1 Übereinstimmungen bei der Einschätzung von Versorgungssituationen

Ein relativ hoher Grad an Übereinstimmung zwischen Expertenbefragung und Datenanalyse lässt sich bezüglich der ***ambulanten ärztlichen Versorgungssituation*** in Sachsen-Anhalt feststellen.

Die Mehrheit der Experten (Kap. 6.1, T3) und die Datenanalyse kommen zu dem Ergebnis, dass die ***hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt prekär und zukünftig gefährdet*** ist: die Hausarztdichte fällt trotz sinkender Bevölkerungszahlen, ist inzwischen geringer als im Bundesdurchschnitt und nimmt im Ländervergleich den viertletzten Platz ein (7.2.2, Abb. A8, A9). Dies liegt an einer in Sachsen-Anhalt besonders ausgeprägten progressiven Überalterung der Hausärzteschaft in den zurückliegenden Jahren (6.1, T11, 7.2.2, Abb.10), welche dazu führt, dass derzeit mehr Hausärztinnen und –ärzte in Ruhestand gehen als sich neue niederlassen.

Weitgehende Übereinstimmung herrscht auch darin, dass die ***ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt derzeit angespannt und zukünftig gefährdet*** ist (6.1, T4). Die Datenanalyse zeigt zwar, dass die ambulante Facharztdichte in Sachsen-Anhalt nach wie vor steigt (7.2.2, Abb. A8) und dass sich die bevölkerungsbezogenen Arztdichten der wichtigsten Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung in den letzten Jahren dem Bundesdurchschnitt angenähert haben, bezogen auf alle teilnehmenden (ambulanten) Fachärzte liegt die Arztdichte jedoch nach wie vor deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (7.2.1, Abb. A1, 7.2.2, Abb. A8, A9). Die Altersentwicklung der ambulanten Fachärzteschaft ist in Sachsen-Anhalt und in Deutschland so, dass in naher Zukunft mit einer Stagnation oder sogar mit einem Rückgang der Arztdichten gerechnet werden muss (7.2.2, Abb. A11).

Das Bild einer nur moderaten ärztlichen Unterversorgung im ambulanten Bereich, das sich bietet, wenn man nur den Bundesvergleich der Arztdichten der bedarfsplanungspflichtigen Arztgruppen betrachtet, verschärft sich erheblich, wenn man berücksichtigt, dass **1)** die Verfügbarkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Kassenpatienten in Sachsen-Anhalt anscheinend reduziert ist (siehe 8.5.1), **2)** in Sachsen-Anhalt derzeit ein alters- und morbiditätsbedingter Versorgungsmehrbedarf von etwa 15% im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besteht (siehe 8.3.3) und **3)** die Arztdichte weiterer (nicht bedarfsplanungspflichtiger) Arztgruppen in Sachsen-Anhalt extrem gering ist.

Übereinstimmung zeigt sich weiterhin bezüglich einer festgestellten ***starken regionalen Ungleichvertei-***

lung von ambulanten Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt. Viele Experten beklagen diesen Zustand in unterschiedlichen Zusammenhängen im Interview (6.2, 11.2). Die Datenanalyse zeigt regional stark unterschiedliche Haus- bzw. Facharztdichten (7.2.2, Abb. A13) und große Varianzen der arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade in den 23 Planungsbereichen Sachsen-Anhalts (7.2, Abb. A18 und A19).

Wohl hauptsächlich aufgrund der angespannten ambulanten Versorgungssituation kommt die Mehrheit der Experten zu einem ***negativen Gesamtbild der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt*** (6.1., T1-T6). Zum Teil waren die Negativprognosen der Experten dramatisch (vgl. 11.2, Interviewprotokolle von *Hartmannbund*, *ÄKSA* und *Hausärzteverband* im Anhang). Die Experten, die die Gesamtsituation der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt negativ bewerten, könnten eine Bestätigung in einem Vergleich der globalen (undifferenzierten) Arztdichten in Sachsen-Anhalt mit dem Bundesdurchschnitt sehen: in den Jahren 2000-2008 waren sowohl die globale Arztdichte (berufstätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner) als auch die für die gesetzlich Versicherten hauptsächlich relevante Arztdichte (an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner) in Sachsen-Anhalt deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt und rangierten im Ländervergleich auf den letzten Rängen (7.2.1, Abb. A1 und A9). Rechnet man auch hier den alters- und morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarf in Sachsen-Anhalt hinzu (siehe oben), so ist die von der Mehrheit der Experten beklagte defizitäre Gesamtversorgungssituation in Sachsen-Anhalt anhand der Datenanalyse zu bestätigen.

8.4.2 Überversorgung? Unterversorgung? Widersprüche zwischen Expertenbefragung und Datenanalyse; Hypothesen zu deren Auflösung

Ambulante Versorgung in Sachsen-Anhalt: Unter- oder Überversorgung?

Der auffälligste Widerspruch und ein wichtiger Befund des vorliegenden Berichtes ist der scharfe Widerspruch zwischen dem negativen Bild, das sich bietet, wenn man Presseberichte, mehrheitliche Experteneinschätzung, den Bundesvergleich der Arztdichten und den erhöhten Versorgungsbedarf zur Einschätzung der ambulanten ärztlichen Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt heranzieht (vgl. 8.4.1) und dem positiven Bild der ambulanten ärztlichen Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt, das sich bietet, wenn man diese mit den Maßstäben der Bedarfsplanung betrachtet.

Nach den bundesweit gültigen Kriterien der Bedarfsplanung herrscht in Sachsen-Anhalt – im Mittel aller Planungsbereiche – seit 2002 bezüglich Hausärzten und allen bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen ausreichende Versorgung, bei den meisten Facharztgruppen sogar deutliche Überversorgung. Dabei zeigt der mittlere Versorgungsgrad der Planungsbereiche bei 10 von 13 Arztgruppen eine steigende Tendenz (7.2, Abb. A22). Selbst wenn man kleinräumiger analysiert und den Versorgungsgrad in den 23 Planungsbereichen des Landes getrennt betrachtet (die Planungsbereiche entsprechen den Altkreisen des Landes vor der Gebietsreform), ergibt sich ein undramatisches Bild: nur drei Planungsbereiche zeigten im letzten Beobachtungsjahr (2008) bezüglich einer oder maximal zweier Arztgruppen eine Unterversorgung, alle anderen 20 Planungsbereiche waren bezüglich sämtlicher bedarfsplanungspflichtigen Arztgruppen ausreichend versorgt bzw. meist sogar deutlich überversorgt (7.2, Abb. A18). Dies führt dazu, dass in Sachsen-Anhalt derzeit nur in relativ wenigen Planungsbereichen und nur für wenige Arztgruppen überhaupt noch Vertragsarztzulassungen genehmigt werden (7.2, Abb. A21).

Die plausibelste Hypothese zur Auflösung des oben geschilderten Widerspruches scheint zu sein, dass die Bedarfsplanung in ihrer aktuellen Form Versorgungsengpässe in einem Land wie Sachsen-Anhalt nicht korrekt wiedergeben kann. Diese Hypothese wird im Folgenden begründet.

Bedarfsplanung oder „Versorgungsverhinderungsplanung" ?

Die Bedarfsplanung ist nach dem Willen des Gesetzgebers das wichtigste Instrument, um ärztliche Unter- oder Überversorgung zu verhindern und die Ärzteschaft bedarfsgerecht auf die wichtigsten Arztgruppen und zwischen den verschiedenen Regionen eines Bundeslandes zu verteilen. Die zentralen Maßzahlen zur ärztlichen Versorgung, auf die sich der Bedarfsplanungsausschuss bei der Freigabe bzw. Sperrung von Vertragsarztstellen in den Planungsbereichen eines Landes bezieht, sind die allgemeinen Verhältniszahlen, d.h. das (arztgruppen- und regionalspezifisch unterschiedliche) Zahlenverhältnis Einwohner/Arzt. Wie oben erläutert, sind diese Verhältniszahlen jedoch nicht wissenschaftlich ermittelt worden, sondern stellen lediglich einen historisch gewachsenen Ist-Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland dar. Für fast alle Arztgruppen ist es das empirisch festgestellte Einwohner-Arzt-Verhältnis aus dem Jahr 1990. Diese Verhältniszahlen wurden und werden in sogenannten Planungsbereichen festgestellt/festgelegt, wobei die Planungsbereiche in der Regel mit den Landkreisen und kreisfreien Städten in Deutschland deckungsgleich sind und deren raumpolitische Typisierung durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) aus dem Jahr 1997 übernommen wird. Gegen die Methodik der Bedarfsplanung erhebt sich immer mehr und immer deutlichere Kritik, so auch seitens fast aller hier befragter Experten.

Die in der Literatur und von den Experten am häufigsten genannten Kritikpunkte lauten:

1) Die Verhältniszahlen seien nicht für den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ermittelt, sondern stellten nur willkürliche Momentaufnahmen von historisch gewachsenen Arztdichten in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland dar.

2) Die Bevölkerungsstruktur habe sich seit der Feststellung der Verhältniszahlen (1990) und seit deren Festschreibung als „Sollzahlen" verändert: die Bevölkerung sei heute deutlich älter und damit behandlungsbedürftiger. Besonders für einige Arztgruppen seien deshalb die derzeit gültigen Verhältniszahlen inadäquat.

3) Auch die Struktur der Ärzteschaft habe sich seit den frühen 1990er Jahren verändert: einerseits sei auch die Ärzteschaft älter und damit weniger belastbar geworden, andererseits habe eine zunehmende Subspezialisierung der Facharztgruppen stattgefunden, sodass moderne Fachärztinnen und Fachärzte aus medizinischer Sicht im Schnitt ein weniger breites Patientenspektrum abdeckten als früher und folglich in vielen Arztgruppen mehr ärztliches Personal für dieselbe Anzahl Patienten benötigt würde als früher.

4) Der bürokratische Aufwand in den Arztpraxen sei drastisch gestiegen, sodass ein Arzt heute weniger Zeit für die Patientenbehandlung habe als noch zu Beginn der 1990er Jahre.

5) Die Planungsbereiche seien zu groß, sodass kleinräumige, arztgruppenbezogene Unter- oder Überversorgungssituationen nicht erkannt würden.

6) Die Struktur der Planungsbereiche befinde sich in raschem Wandel: bestimmte ländliche Regionen in Deutschland hätten inzwischen eine so geringe Bevölkerungsdichte, dass bei Zugrundelegung der „alten" Verhältniszahlen unzumutbar weite Anfahrtswege Patient-Arzt bzw. Arzt-Patient entstünden.

7) Zuletzt wird immer wieder die Ungenauigkeit der zentralen Maßzahl der Bedarfsplanung, nämlich des Versorgungsgrades, bemängelt: bei Arztgruppen mit großen Einwohner-Arzt-Verhältniszahlen entstünden in bevölkerungsarmen Planungsbereichen durch die Neuansiedlung bzw. den Wegfall einer einzigen Arztstelle enorme Varianzen im Versorgungsgrad, welcher dann ein völlig verzerrtes Bild der tatsächlichen Versorgungslage der Bevölkerung zeichnen würde.

Während die ersten sieben Kritikpunkte vor allem von Ärzte- und Patientenvertretern geäußert werden, welche in der Bedarfsplanung eine ungerechtfertigte Begrenzung derzeit nötiger Arztniederlassungen sehen (es wird von „Versorgungsverhinderungsplanung" gesprochen), finden auch die Krankenkassen Kritikpunkte an der aktuellen Form der Bedarfsplanung. Diese zielen allerdings meist in eine entgegen gesetzte Richtung, d.h. sie halten die Regulierungs- und Begrenzungsmöglichkeiten in der aktuellen Bedarfsplanung noch für unzureichend. So kritisiert das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) vor allem die verschiedenen Sonderregelungen der Bedarfsplanung (Klose et al., 2007):

8) Bei der Einführung der Überversorgungsgrenzen habe das Zugeständnis eines Übergangszeitraums den Ärzten erlaubt, sich noch „schnell" in eigentlich voll- oder überversorgten Planungsbereichen niederzulassen. Dies habe zu einer wahren Niederlassungswelle im Jahr 1993 geführt. Zusammen mit der gesetzlich garantierten Möglichkeit für Vertragsärzte, in überversorgten Regionen ihre Praxis an Nachfolger weiterzugeben, habe dies zu einer langfristigen „Zementierung" von Überversorgungssituationen in vielen Planungsbereichen geführt.

9) Die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG) im Jahr 2007 neu in Kraft getretenen Regelungen zur flächendeckenden Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, nämlich: a) Erleichterung der Anstellung von Ärzten, Möglichkeit von b) Teilzulassungen, c) gleichzeitiger Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich, d) Zweigpraxen, e) überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, seien nicht auf unterversorgte Regionen beschränkt worden, sodass nun die Gefahr bestehe, dass es in bereits gut versorgten Regionen zu einer Ausweitung der ärztlichen Tätigkeiten komme.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Bedarfsplanung in ihrer aktuellen Form von vielen Experten als fehlerhaft, nicht zweckerfüllend und dringend reformbedürftig eingeschätzt wird.

Ambulante Facharztgruppen: wo besteht der größte Mangel?

Ein zweiter Widerspruch betrifft Mangelsituationen bei bestimmten Vertragsarztgruppen. Bei folgenden Arztgruppen: Augenärztinnen, Orthopädinnen, Neurologinnen, Hautärztinnen, Anästhesistinnen, Frauenärztinnen, fachärztlich tätigen Internistinnen schätzte mindestens einer der befragten Experten die Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt als prekär ein, sei es aufgrund von langen Wartezeiten von Patienten, sei es aufgrund von Problemen bei der Wiederbesetzung von Stellen/Praxen. Unter diesen oben genannten Arztgruppen zeigten jedoch im Bund-/Ländervergleich im letzten Beobachtungsjahr nur Orthopäden, Nervenärzte/Neurologen/Psychiater und Anästhesisten eine auffallend niedrigere Vertragsarztdichte (Kap. 7.2.2, Abb. A14 und A15). Eine weitere Facharztgruppe (Radiologen), die eine deutlich geringere Dichte als im Bundesdurchschnitt aufwies, wurde hingegen in den Interviews nicht explizit genannt. Hypothesen zur Auflösung dieses Widerspruchs: Wie eingangs erwähnt (Kap. 8.3.1), liefert der Vergleich von Arztdichten mit dem Bundesdurchschnitt keine verlässliche Aussage zur tatsächlichen Versorgungs-

qualität: bei bestimmten Facharztgruppen, die eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unauffällige (Augenärzte, Hautärzte, Frauenärzte) bzw. sogar gute Arztdichte aufweisen (fachärztliche Internisten), kann dennoch aus Patientensicht eine Mangelsituation herrschen, weil 1) auch die Arztdichte in der Referenzpopulation unzureichend ist, 2) eine erhebliche regionale Ungleichverteilung mit lokalen Unterversorgungssituationen vorliegt und/oder 3) eine im Vergleich zu anderen Arztgruppen und/oder im Vergleich zum Bundesdurchschnitt geringere „Verfügbarkeit" der Ärztinnen und Ärzte in diesen Arztgruppen vorliegt. So erklärt z. B. die *KVSA* die Versorgungsengpässe bei Augenärzten unter anderem damit, dass diese immer mehr ambulante Operationen durchführten und dadurch immer weniger Zeit für die „normalen" ophthalmologischen Behandlungen hätten.

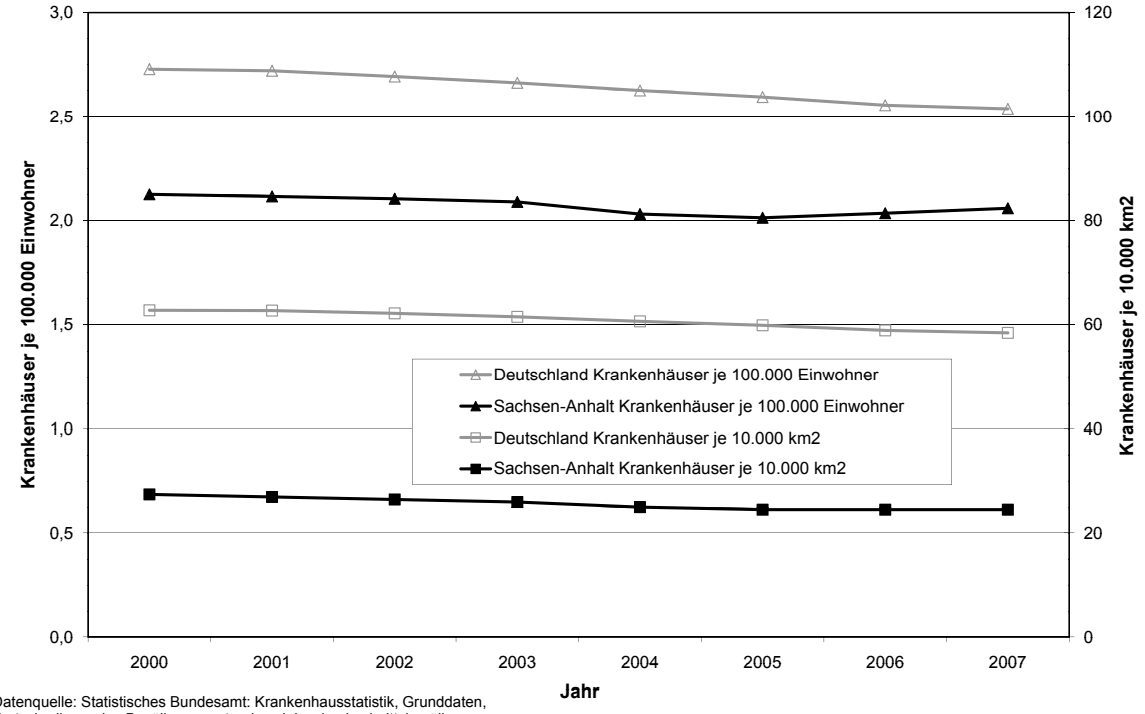
Nach den Kriterien der Bedarfsplanung herrschte bezüglich keiner der acht oben als „defizitär" identifizierten Facharztgruppen (Augenärztinnen, Orthopädinnen, Neurologinnen, Hautärztinnen, Anästhesistinnen, Frauenärztinnen, fachärztlich tätigen Internistinnen, Radiologen) eine auffallende Unterversorgungssituation: im Jahr 2007 zeigten im Mittel der Planungsbereiche alle acht Arztgruppen einen Versorgungsgrad ≥126% und auf regionaler Ebene zeigten nur Anästhesisten und Neurologen in jeweils zwei bzw. einem von 23 Planungsbereichen Unterversorgung (7.2, Abb. A18 und A22, Tab. A13.8). Hypothesen zur Auflösung dieses Widerspruchs: Die derzeit gültigen Maßzahlen und die Methodik der Bedarfsplanung können regionale und/oder fachgruppenspezifisch strukturelle Versorgungsengpässe anscheinend nicht korrekt abbilden (siehe oben).

Ärztliche Unterversorgung im Krankenhausbereich?

Ein dritter Widerspruch betrifft die ärztliche Versorgung in Krankenhäusern: während eine deutliche Mehrzahl der Experten die stationäre ärztliche Versorgungssituation für angespannt und in Zukunft gefährdet hält (Kap. 6.1., T5), zeichnet die Datenanalyse bezüglich der Krankenhäuser zunächst ein positives Bild: die Arztdichte in Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt ist bezogen auf alle Krankenhausärzte gleich bzw. geringfügig höher (Kap. 7.2.1, Abb. A4), bezogen auf weitergebildete Fachärzt/innen sogar deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (Kap. 7.2.1, Abb. A9).

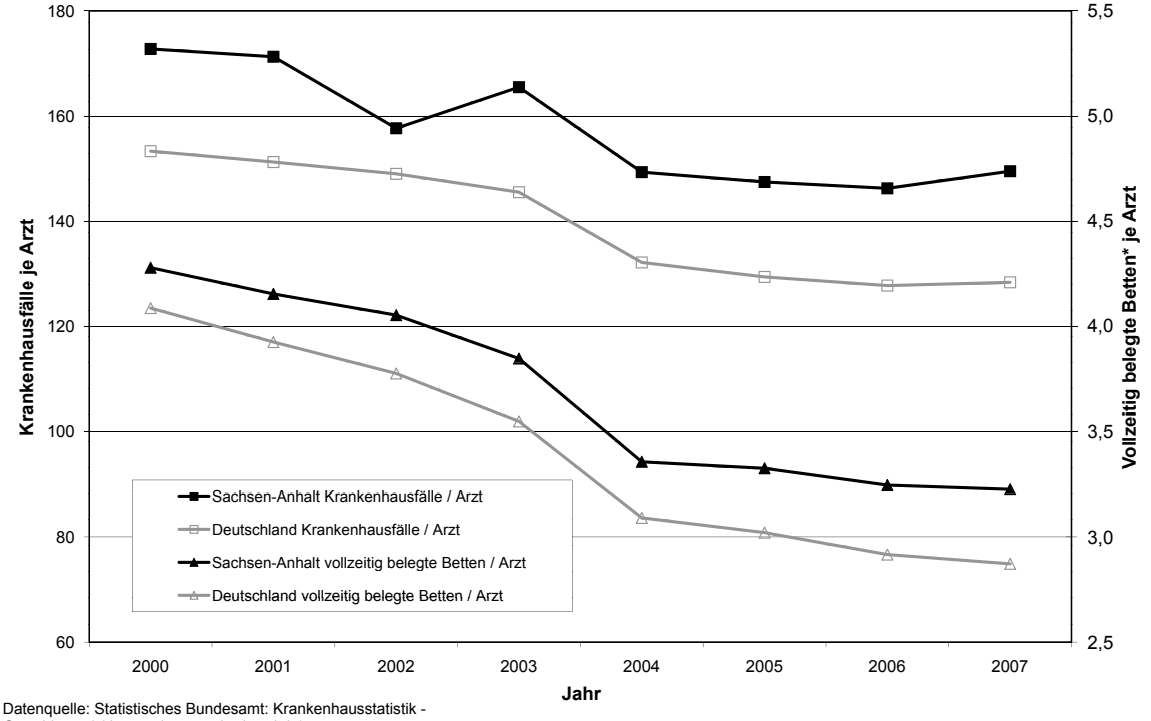
Eine erste Hypothese zur Auflösung dieses Widerspruchs wird von der *AOK* und vom *vdek* aufgestellt: deren Experten meinen, eine eventuell angespannte Personalsituation in Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt rühre einfach daher, dass es im Land zu viele Krankenhäuser gebe, auf die sich dann zu wenig Personal verteile (vgl. 6.2 und Interviewprotokolle *AOK* und *vdek*). Die Datenanalyse zeigt jedoch, dass in Sachsen-Anhalt sowohl bezogen auf die Einwohner als auch bezogen auf die Fläche eine eher geringe Krankenhausdichte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt herrscht (**Abb. D1**). Darüber hinaus gibt es in Sachsen-Anhalt mehr Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner und sind mehr Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner vollzeitig belegt (**Tab. A15**). Im Ergebnis haben Krankenhausärztinnen und -ärzte in Sachsen-Anhalt trotz einer relativ hohen bevölkerungsbezogenen Arztdichte im Schnitt mehr Krankenhausfälle und mehr vollzeitig belegte Krankenhausbetten zu betreuen als im Bundesdurchschnitt (**Abb. D2, Tab A15**).

Abb. D4: Krankenhausdichte Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik, Grunddaten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Jahredurchschnittsbevölkerung (zitiert nach www.gbe-bund.de)

Abb. D5: Krankenhausfälle und vollzeitig belegte Betten je Arzt , Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik - Grunddaten (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* aufgestellte Betten x Nutzungsgrad der Betten

Eine zweite Hypothese zur Auflösung des Widerspruchs wird von der *ÄKSA* aufgestellt: die rechnerische Dichte von Krankenhausärztinnen und -ärzten sei in Sachsen-Anhalt zwar tatsächlich unauffällig, da aber Weiterbildungsassistent/innen im stationären Bereich fehlten und ausgebildete Fachärzt/innen deren Arbeit zunehmend übernehmen müssten, herrsche dennoch – auch im stationären Bereich – faktisch Ärztemangel. Die Datenanalyse scheint die Behauptung, es gebe in Sachsen-Anhalt zu wenige Weiterbildungsassistent/innen, zu stützen: die bevölkerungsbezogene Dichte von Ärzt/innen ohne Facharztbezeichnung (die meisten davon sind Weiterbildungsassistent/innen) nahm in Sachsen-Anhalt im Ländervergleich den letzten Rang ein (**7.2, Abb. 9**).

Als letzte Hypothese zur Auflösung des Widerspruchs zwischen Experteneinschätzung und Datenanalyse zur ärztlichen Versorgungssituation in Krankenhäusern sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass eine unauffällige/hohe Arztdichte relativ zu einer Vergleichspopulation keine Aussage darüber erlaubt, ob die betreffende Arztdichte auch tatsächlich, d.h. nach bevölkerungsmedizinischen Kriterien ausreichend ist. Eventuell ist die stationäre Arztdichte in Sachsen-Anhalt nämlich als „gut" nur im Vergleich zu einer noch schlechteren (und völlig unzureichenden) stationären Arztdichte im Bundesdurchschnitt zu bezeichnen. Beide, die stationäre Arztdichte in Sachsen-Anhalt und noch viel mehr die stationäre Arztdichte im Bundesdurchschnitt, wären danach eventuell aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in heutigen Krankenhäusern nicht mehr ausreichend und stellten Ärzt/innen und Patient/innen in der heutigen Zeit vor Versorgungsengpässe (vgl. 8.5.2).

8.4.3 Weitere Befunde/Einschätzungen zur ärztlichen Versorgungssituation

Versorgungssituation in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen: Zwar wurden die Experten nicht explizit zu diesem Thema befragt, aber im Rahmen der Gesamteinschätzung der stationären ärztlichen Versorgung wurde implizit auch die ärztliche Versorgung in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen in Sachsen-Anhalt mehrheitlich als schlecht eingeschätzt bzw. nicht positiv herausgehoben (**6.2, Abb. E2, T5**). Diese Einschätzung wird durch eine deutlich geringere Arztdichte in Vorsorge-/Reha-Einrichtungen bestätigt (7.2.1, Abb. A4, Tab A2). Zwar sind in Sachsen-Anhalt weniger Vorsorge-/Reha-Betten je 100.000 Einwohner belegt als im Bundesdurchschnitt, aufgrund der geringen Arztdichte müssen die Ärztinnen/Ärzte in diesen Einrichtungen jedoch mehr vollzeitig belegte Betten betreuen als im Bundesdurchschnitt (**Tab A15**).

Mangel an Weiterbildungsassistent/innen: Drei Experten (*ÄKSA, Hartmannbund und Hausärzteverband*) weisen auf einen Mangel an Weiterbildungsassistent/innen hin. Diese Feststellung scheint durch die Datenanalyse bestätigt zu werden: sowohl die bevölkerungsbezogene **Dichte** als auch der **Anteil** von Ärztinnen und Ärzten ohne Facharztbezeichnung (die meisten davon sind Weiterbildungsassistent/innen) ist in Sachsen-Anhalt geringer als im Bundesdurchschnitt. Die Negativabweichung ist dabei im ambulanten Bereich noch deutlicher ausgeprägt als im stationären Bereich (**Abb. D3**).

Abb. D6 **Bei den Ärztekammern registrierte, berufstätige Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichung, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

Jahr	ambulant tätig				stationär tätig			
	Sachsen-Anhalt		Deutschland		Sachsen-Anhalt		Deutschland	
	je 100.000 Einwohner	Anteil an allen amb. Ärzten	je 100.000 Einwohner	Anteil an allen amb. Ärzten	je 100.000 Einwohner	Anteil an allen stat. Ärzten	je 100.000 Einwohner	Anteil an allen stat. Ärzten
2000	3,1	2,4%	14,9	9,5%	67,3	43,0%	82,2	48,5%
2001	2,7	2,1%	14,0	8,9%	64,7	41,0%	82,7	47,8%
2002	1,6	1,2%	13,8	8,7%	60,8	38,5%	82,3	47,2%
2003	1,8	1,3%	13,5	8,4%	63,7	39,0%	82,0	46,5%
2004	2,1	1,6%	12,9	8,0%	69,7	40,4%	81,1	45,7%
2005	2,3	1,8%	12,1	7,4%	67,7	38,9%	79,1	44,5%
2006	2,2	1,6%	12,3	7,4%	69,4	39,7%	80,1	44,5%
2007	2,4	1,8%	11,5	6,9%	73,5	40,8%	81,7	44,6%
2008	2,8	2,1%	11,1	6,6%	72,7	40,2%	84,5	45,1%

Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

Steigender Ausländeranteil in der stationären Ärzteschaft: *Hartmannbund, Hausärzteverband, AOK* und *KVSA* berichten, dass offene Arztstellen in Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt zunehmend durch ausländische Ärzte besetzt würden. Dies kann durch die Daten eindrücklich belegt (7.2.1, Abb. A5) und so interpretiert werden, dass aufgrund der generell hohen Arbeitsbelastungen und schlechten Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern (vgl. 8.5.2, 8.5.4) in Kombination mit den weniger attraktiven Standortfaktoren in Sachsen-Anhalt besonders viele deutsche Krankenhausärzte das Bundesland verlassen (bzw. besonders wenige hinzuziehen) und diese Stellen dann von ausländischen Ärztinnen und Ärzten besetzt werden. Der Ausländeranteil im ambulanten Bereich ist in Sachsen-Anhalt hingegen im Beobachtungszeitraum gleichbleibend gering geblieben. Dies kann so erklärt werden, dass die Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte vor allen Dingen aus den osteuropäischen Staaten erfolgt und diese Ärztinnen eine Berufsausübungserlaubnis für Deutschland nach §10 Bundesärzteordnung erhalten. Das heißt, diese Ärztinnen erhalten nur eine Erlaubnis zu einer vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes, welche nicht zu einer selbstständigen ärztlichen Tätigkeit bzw. zu einer Niederlassung befugt, sondern auf eine Tätigkeit (unter Anleitung) im Krankenhaus beschränkt ist.

8.5 Erklärungshypothesen für Versorgungsmissstände

8.5.1 Gründe für den „Ärztemangel“ im ambulanten Bereich

Die ambulante ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ist gekennzeichnet durch eine geringere Arztdichte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und durch häufige Berichte über lange Wartezeiten von Patienten auf einen Arzttermin oder beim Arzttermin selbst (siehe 8.4.1). Beide Aspekte dieses viel berufenen „ambulanten Ärztemangels“ haben miteinander zu tun, sind aber nicht „ein und dasselbe“ (siehe 8.2).

Trotz offener Planungsbereiche in den bedarfsplanungspflichtigen Arztgruppen (vgl. Abb. A21), trotz geringer gesamter (alle Arztgruppen umfassender) Vertragsarztdichte (vgl. Abb. A9) und trotz vermutlich extrem geringer Dichte von nicht teilnehmenden ambulanten Ärzt/innen lassen sich in Sachsen-Anhalt zu wenige junge Ärztinnen und Ärzte nieder: die Arztdichten sind nach wie vor niedriger als im Bundesdurchschnitt und die ambulante Ärzteschaft (besonders die Hausärzteschaft) wird immer älter (siehe unten). Die zu geringe Niederlassungsquote wird von mehreren Experten mit einer sinkenden Attraktivität des Berufs des niedergelassenen Arztes im Allgemeinen und speziell in Sachsen-Anhalt erklärt:

1) Die Bürokratisierung des (ambulanten) Arztberufes nehme zu (die *KVSA* schätzt, dass inzwischen etwa 20% der in einer Arztpraxis anfallenden Arbeiten rein bürokratischer Natur sind).

2) Das Lebensumfeld außerhalb der großen Städte sei (speziell in Sachsen-Anhalt) vor allem für junge Ärztinnen und Ärzte unattraktiv.

3) Die hohe Arbeitsbelastung (hohe Fall- und Kontaktzahlen), die vielen Notdienste und die langen Wege bei Hausbesuchen (speziell in Sachsen-Anhalt) wirkten abschreckend.

4) Die vertragsärztliche Vergütung sei (speziell in den neuen Bundesländern) unattraktiv (siehe unten).

Die bevölkerungsbezogene Dichte von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten war zwar im letzten Beobachtungsjahr (2008) in Sachsen-Anhalt insgesamt

noch immer geringer als im Bundesdurchschnitt, sie scheint jedoch zur Zeit stabil zu sein bzw. sogar wieder zu steigen (7.2.1, **Abb. A3**). Der geringfügige Anstieg der gesamten (alle Arztgruppen umfassenden) ambulanten Arztdichte setzt sich aus einer geringfügig fallenden Hausarztdichte und einer relativ deutlich steigenden ambulanten Facharztdichte zusammen (7.2.2, **Abb. A8**). Dass die Hausarztdichte nicht stärker sinkt und dass die ambulante Facharztdichte sogar steigt, liegt in erster Linie an der sinkenden Bevölkerungszahl in Sachsen-Anhalt. Dennoch warnen viele Experten davor, dass die **ambulante Arztdichte in naher Zukunft dramatisch einbrechen** werde, weil ein erheblicher Teil der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen wird, ohne dass eine ausreichende Anzahl junger Nachwuchsmediziner sie ersetzen wird. Die **progressive Überalterung** der ambulanten Ärzteschaft lässt sich anhand der Daten belegen. Während die Überalterung bei Fachärzten ähnlich zu verlaufen scheint wie im Bundestrend (7.2.2, **Abb. A12**), ist sie bei den Hausärzten in Sachsen-Anhalt noch auffälliger als im Bundestrend (7.2.2, **Abb. A10**).

Die langen Wartezeiten der Patienten auf bzw. bei einem Arztbesuch, d.h. die geringe **Verfügbarkeit** von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt erklären sich zum einen aus der schon jetzt relativ geringen ambulanten Arztdichte. Vor allem die Ärztevertreter erklären jedoch die langen Wartezeiten auf Termine auch durch einen ganz anderen Grund: Patienten in Sachsen-Anhalt zeigten – alters- und sozioökonomisch bedingt – eine höhere Morbidität und Behandlungsbedürftigkeit als im Bundesdurchschnitt. Dadurch müssten Vertragsärztinnen und -ärzte in Sachsen-Anhalt im selben Zeitraum (Quartal) deutlich mehr Behandlungstermine durchführen als im Bundesdurchschnitt, und zwar erstens in Form von mehr (unterschiedlichen) Personen, die zum Arzt kommen und zweitens in Form von mehr Behandlungsterminen je Patient. Die Gesamtzahl der Behandlungstermine pro Quartal in einer Praxis (Anzahl gemeldeter unterschiedlicher Patienten mal Behandlungstermine pro Patient) wird als Kontaktzahl bezeichnet. *Hausärzteverband*, *ÄKSA* und *Hartmannbund* schätzen, dass die mittlere Kontaktzahl pro Hausarzt in Sachsen-Anhalt um etwa 25% höher liegt als im Bundesdurchschnitt (vgl. 6.2). Diese erhöhte mittlere Kontaktzahl pro Quartal führe bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt (und anderen neuen Bundesländern) aus folgenden Gründen zu einer geringeren ärztlichen Verfügbarkeit pro Patient:

1) Eine erhöhte Kontaktzahl bedeute rein rechnerisch weniger Zeit (Termine) pro Patient.

2) Für gesetzlich versicherte Patienten (>93% der Versicherten in Sachsen-Anhalt) habe die morbiditätsbedingt hohe Kontaktzahl aufgrund des bis 2008 gültigen vertragsärztlichen Vergütungssystems zu einer künstlichen Begrenzung der ärztlichen Verfügbarkeit geführt: das sogenannte Praxisbudget (Gesamtzahl an Punkten pro Quartal, die der niedergelassene Arzt bei der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen darf) sei häufig schon lange vor Quartalsende „aufgebraucht" gewesen. Da weitere Behandlungen von GKV-Versicherten („Kassenpatienten") nicht mehr oder nur zu einem Bruchteil abgerechnet werden könnten, hätten deshalb viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Praxen jedes Quartal zeitweilig für alle bzw. nur für Kassenpatienten geschlossen. Mehrere Experten sehen deshalb bis 2008 die **Budgetierung als Hauptgrund für lange Wartezeiten** von Kassenpatienten auf Termine.

Eine Bestätigung finden diese Erklärungshypothesen zum „ambulanten Ärztemangel" in Sachsen-Anhalt in einem Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer (KV-Ost) aus dem Jahr 2008 über die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern (Zenker, 2008). Hier wird eindrücklich belegt,

1) dass die Morbidität und Behandlungsbedürftigkeit der Bevölkerung in den neuen Bundesländern erhöht ist, insbesondere aufgrund von chronischen Krankheiten.

2) dass infolgedessen die mittlere Fallzahl je Vertragsärzt/In in den neuen Bundesländern um etwa 25 % gegenüber den alten Bundesländern erhöht ist.

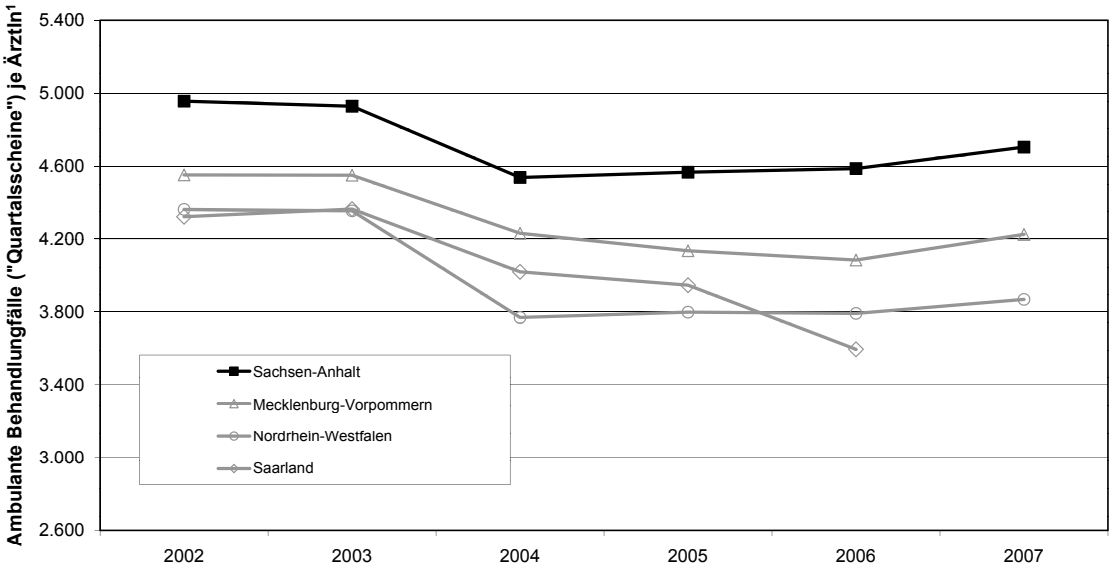
3) dass die von den gesetzlichen Krankenkassen je Hauptversicherter an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlte Geldsumme für ambulante Behandlungen in den neuen Bundesländern im Jahr 2007 nur 87,2 % der Summe betrug, die in den alten Bundesländern pro Hauptversicherter gezahlt wurde.

4) dass infolge von 2) und 3) der Fallwert (von den KVen gezahlte Geldsumme pro Behandlungsfall) im Mittel der Arztgruppen in den neuen Bundesländern nur 82,2 % des mittleren Fallwertes in den alten Bundesländern betrug.

5) dass durch den wesentlich geringeren Anteil von Einnahmen aus Behandlungen von Privatpatienten und unter Berücksichtigung des Punktes 4) die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern, um den gleichen Umsatz zu erzielen, etwa ein Drittel mehr Patienten behandeln müssen als ihre Kolleginnen und Kollegen in den alten Bundesländern.

Einen Beleg für die hohe Belastung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt/innen in Sachsen-Anhalt gibt auch ein 4-Ländervergleich der Quoten von ambulanten Behandlungsfällen (Summe der Quartalsscheine in 4 Quartalen) von gesetzlich Krankenversicherten („Kassenpatienten") je teilnehmender Ärztin/Arzt (**Abb. D7**): Diese war in

Abb. D7: Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen registrierte ambulante Behandlungsfälle je ÄrztIn[1], Sachsen-Anhalt im 4-Länder-Vergleich, 2002-2007



Datenquelle:
AOLG-Indikator 7.19 für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder, zitiert aus den GBE-Internetseiten der betreffenden Länder

[1] an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ÄrztInnen

Sachsen-Anhalt im Mittel der Beobachtungsjahre 10 % – 18 % höher war als in den drei anderen Bundesländern (Daten der anderen Bundesländer waren nicht verfügbar).

Die Expertenaussagen und die Daten zur hohen Kontakt- und Fallzahl je teilnehmender Ärzt/in in den neuen Bundesländern, speziell in Sachsen-Anhalt können in zweierlei Weise als Erklärungshypothesen für den „ambulanten Ärztemangel" dienen: erstens ist dies wahrscheinlich ein Grund für die geringe Attraktivität einer Niederlassung in den neuen Bundesländern, speziell in Sachsen-Anhalt und könnte damit die **geringere ambulante Arztdichte** in diesen Ländern erklären. Zweitens führt (zumindest bis 2008) die von den Experten genannte Praxisbudgetbedingte Begrenzung der Sprechzeiten wahrscheinlich zusätzlich zu einer **geringeren Verfügbarkeit** der sowieso schon in geringerer Dichte vorhandenen Vertragsärztinnen und -ärzte. Beide Faktoren zusammen führen (zumindest bis 2008) wahrscheinlich zu den vielfach berichteten sehr langen Wartezeiten auf Arzttermine.
Zuletzt seien hier noch einmal einige spezielle Erklärungshypothesen zum aktuellen „ambulanten Ärztemangel" in Sachsen-Anhalt und in Deutschland hervorgehoben:

1) Durch die fortschreitende Subspezialisierung der Fachärzte entstünden Versorgungsengpässe: trotz Bedarf dürften sich häufig keine Spezialisten niederlassen, da sie zu einer Facharztgruppe gehörten, die im betreffenden Planungsbereich durch die Bedarfsplanung schon „gesperrt" sei (*KVSA*).

2) Dadurch, dass zunehmend ambulant operiert werde (z. B. Augenärzte), stünde in fachärztlichen Arztpraxen immer weniger Zeit für die „normale" Versorgung zur Verfügung (*KVSA*)

3) Durch immer frühere Entlassungen aus Krankenhäusern würden sich die Fall- und Kontaktzahlen in den ambulanten Praxen stark erhöhen und die verfügbare Zeit für „normale" (originär ambulante) Patienten verringern (*ÄKSA*)

8.5.2 Gründe für einen „Ärztemangel" im stationären Bereich

Die Arztdichte in **Krankenhäusern** ist in Sachsen-Anhalt gleich bzw. geringfügig höher als im Bundesdurchschnitt. Dennoch beklagen viele Experten einen „Ärztemangel" in Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt, sei es in Form „fehlender Ärztinnen und Ärzte", sei es in Form von mangelnder Verfügbarkeit/Zeit der vorhandenen stationären Ärzteschaft. Mehrere der hier befragten Experten erklären die mangelnde Verfügbarkeit (Zeit) der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhausbereich wie folgt:

1) In deutschen Krankenhäusern herrschten schlechte Arbeitsbedingungen (6.1, T13)

2) Es finde eine immer stärkere Arbeitsverdichtung statt (*Hartmannbund*).

3) Es finde eine immer stärkere Bürokratisierung statt (*KVSA*, *Landkreis Börde*).

4) Die geringe Zahl an Weiterbildungsassistent/innen an Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt (vgl. Abb. D3) führe zu einem „faktischen Ärztemangel", weil ausgebildete Fachärzt/innen zunehmend Aufgaben der Weiterbildungsassistent/innen

übernehmen müssten und damit Arbeitskraft in ihrem Spezialgebiet verloren ginge (*ÄKSA*).

5) Darüber hinaus wurde oben gezeigt, dass Krankenhausärzt/innen in Sachsen-Anhalt mehr Krankenhausfälle und mehr vollzeitig belegte Betten zu betreuen haben als im Bundesdurchschnitt (8.1.3).

Die hohe Arbeitsbelastung an deutschen Krankenhäusern im Allgemeinen (Punkte 1) bis 3)) und in Sachsen-Anhalt im Besonderen (Punkte 4) und 5)) führen eventuell dazu, dass die Verfügbarkeit von Krankenhausärzten, im Besonderen in Sachsen-Anhalt, geringer ist, als aufgrund der Arztdichte zu vermuten wäre.

Bei diesen Betrachtungen zur hohen Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern ist jedoch zu beachten, dass die Fall- und Bettenbetreuungsquote für Krankhausärzt/innen seit dem Jahr 2003 sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Sachsen-Anhalt deutlich gesunken ist (**Abb. D2**). Dies ist eventuell auf einen Einstellungsanstieg im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs im Jahr 2003 (vgl. 7.2 Abb. A3 und A4) und/oder im Zusammenhang mit der Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes ab 01.01.2004 zu erklären.

Ein möglicher Grund für die geringe Arztdichte in **Vorsorge- und Reha-Einrichtungen** in Sachsen-Anhalt könnte sein, dass in der Vergangenheit die ehemalige Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt eine Rehabilitationseinrichtung in Mecklenburg-Vorpommern geschaffen hat, wo auch heute noch von der jetzt zuständigen Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland Reha-Leistungen für Einwohner Sachsen-Anhalts erbracht werden. Da jedoch im bundesdeutschen Mittel nur etwa 60 % aller Reha-Leistungen von der gesetzlichen Rentenversicherung getragen werden (etwa 30 % von den Gesetzlichen Krankenkassen) und es neben der Reha-Einrichtung in Mecklenburg-Vorpommern auch noch landeseigene Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in Sachsen-Anhalt gibt, kann der vorgenannte Grund nicht der alleinige für die diesbezüglich geringe Arztdichte in Sachsen-Anhalt sein.

8.5.3 Gründe für den ärztlichen Nachwuchsmangel

Die *KVSA* schätzt, dass derzeit 20-30 % der Absolvent/innen des Medizinstudiums nicht in der Patientenversorgung ankommen, sondern in anderen Berufszweigen tätig werden (z.B. Wissenschaft, Verlage, Pharmaindustrie). Dieses bundesweite Phänomen kommt in Sachsen-Anhalt eventuell deshalb besonders zum Tragen, weil zusätzlich viele Mediziner/innen nach dem Examen oder nach der Facharztausbildung das Land (wieder) verlassen, um in anderen Bundesländern nach besseren Arbeitsbedingungen zu suchen und weil Sachsen-Anhalt aus denselben Gründen als Zuzugsland für junge Ärztinnen und Ärzte unattraktiv ist. Darüber hinaus zeigt die einzige für einen Bundesvergleich verfügbare – allerdings von einigen Experten stark kritisierte – Statistik eine seit vielen Jahren deutlich geringere Anzahl von Absolvent/innen je 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt. Die geringe bevölkerungsbezogene Absolventenquote ist wahrscheinlich durch eine hohe Abwanderung während des Studiums bedingt.

Der „Nachwuchsmangel" hängt jedoch nicht nur von der Entscheidung der jungen Mediziner/innen ab: die *ÄKSA* berichtet, dass in vielen Arztpraxen in Sachsen-Anhalt auch deshalb keine Weiterbildungsassistent/innen eingestellt würden, weil diese sich unter dem bis 2008 gültigen Vergütungssystem einfach „nicht rechneten".

8.5.4 Gründe für die Abwanderung von deutschen Ärztinnen und Ärzten ins Ausland

Die dokumentierte steigende Abwanderungsquote von deutschen Ärzten ins Ausland (z.B. Kopetsch, 2007) wird von fast allen hier befragten Experten damit begründet, dass viele Ärztinnen und Ärzte in Deutschland die Arbeitsbedingungen als schlecht empfinden würden (Kap. 6.1, T15). Von einer wechselnden Anzahl von Experten werden dabei als wesentliche Beweggründe vermutet: schlechte Vergütung, hohe Arbeitsbelastung, unattraktives Lebensumfeld, geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf, hierarchische und unkollegiale Strukturen in Krankenhäusern, Bürokratisierung des Arztberufes, geringe Wertschätzung des Arztberufes in der Gesellschaft, Mangel an Zeit für Patienten. Neben diesen Negativfaktoren wird aber auch die Vermutung geäußert, dass ein Teil der Ärztinnen und Ärzte Deutschland ganz einfach aus Interesse an einem längeren Auslandsaufenthalt verlässt.

8.6 Gesamtbild der ärztlichen Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt (Versuch einer Synthese)

Die **ambulante ärztliche Versorgungssituation** ist in Sachsen-Anhalt sowohl nach mehrheitlicher Experteneinschätzung als auch nach Datenanalyse – bezogen auf die Gesamtheit aller Arztgruppen und unter Berücksichtigung der regionalen Ungleichverteilung – angespannt und zukünftig gefährdet. Die dazu in scharfem Widerspruch stehenden positiven aktuellen Zahlen der Bedarfsplanung (Versorgungsgrade) geben diese Lage anscheinend nicht korrekt wieder. Die vielfach berichteten langen Wartezeiten auf ambulante Arzttermine, vor allem für gesetzlich versicherte Patienten, sind einerseits in der immer noch geringeren ambulanten Arztdichte in Sachsen-Anhalt begründet. Andererseits führen die alters- und morbiditätsbedingt hohen Fall- und Kontaktzahlen in

Sachsen-Anhalt (und den anderen neuen Bundesländern) anscheinend dazu, dass viele Vertragsärztinnen und -ärzte bis zum Jahr 2008 (Umstellung des ärztlichen Vergütungssystems) ihre Sprechzeiten für Kassenpatienten begrenzt haben, weil die maximal abrechnungsfähige Fall- und Punktzahl der Praxis vor Ablauf des Quartals erreicht war. Erschwerend kommen zur landesspezifischen Situation bundesweit wirksame Faktoren hinzu: eine immer frühere Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus, welche ambulant nachversorgt werden müssen, eine steigende Zahl ambulant durchgeführter Operationen, welche Zeit für „Normalpatienten" raubt und ein steigender Grad der fachärztlichen Spezialisierung, welcher eigentlich mehr Fachärztinnen und Fachärzte notwendig macht, deren Niederlassung jedoch aufgrund der Zughörigkeit zu „alten" Facharztgruppen durch die Bedarfsplanungsrichtlinien erschwert wird.

Die **hausärztliche Versorgungssituation** ist in Sachsen-Anhalt besonders prekär: trotz sinkender Bevölkerungszahlen fällt die Hausarztdichte und ist inzwischen geringer als im Bundesdurchschnitt und nimmt den viertletzten Rang im Ländervergleich ein. Dies liegt in erster Linie an einer progressiven Überalterung der Hausärzteschaft in den zurückliegenden Jahren, die in naher Zukunft zum Ausscheiden vieler älterer Hausärzt/innen führen wird, ohne dass eine ausreichende Zahl nachrückender junger Hausärzt/innen in Sicht wäre.

Die Versorgungssituation bei ambulanten Fachärztinnen und -ärzten in Sachsen-Anhalt ist bezogen auf die **Gesamtheit aller ambulant tätigen Fachärzte** (inklusive nicht bedarfsplanungspflichtige Vertragsarztgruppen und rein privatärztlich tätige Fachärzte) erheblich schlechter als im Bundesdurchschnitt. Bezogen auf die zwölf **bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung** haben sich die Arztdichten in Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren fast ausnahmslos verbessert, sind aber nach wie vor bei der Mehrzahl der Facharztgruppen geringer als im Bundesdurchschnitt. Die vier bedarfsplanungspflichtigen Facharztgruppen, die im Landesmittel besonders niedrige Arztdichten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigten, waren im letzten Beobachtungsjahr (2008): Anästhesisten, Nervenärzte/Neurologen/Psychiater, Radiologen und Orthopäden. Zusätzlich berichteten einzelne Experten und/oder die Presse von Versorgungsengpässen auch bei Augenärzten, Hautärzten, Frauenärzten und fachärztlichen Internisten. Ob diese acht genannten Facharztgruppen auch im Patientenalltag landesweit die meisten Versorgungsengpässe (Wartezeiten) aufweisen, oder ob es aufgrund von regionalen Ungleichverteilungen oder schlechten Rahmenbedingungen in bestimmten Fachgebieten noch weitere Facharztgruppen mit ähnlichen oder sogar schlimmeren Versorgungsengpässen gibt, kann hier nicht entschieden werden.

Vor allem aufgrund der sinkenden Bevölkerungszahl steigt die ambulante Facharztdichte in Sachsen-Anhalt nach wie vor an. Dies könnte sich allerdings sehr bald ändern, wenn aufgrund der fortschreitenden Überalterung der ambulanten Fachärzteschaft in den zurückliegenden Jahren nun bald eine große Zahl von niedergelassenen Fachärztinnen und –ärzten in den Ruhestand gehen wird.

Die deutlichen (Hausärztinnen, Allgemeinärztinnen, Gesamtheit aller teilnehmenden Fachärztinnen: Abb. A9) bzw. moderaten (bedarfsplanungspflichtige Facharztgruppen: Abb. A12) Defizite bei den Arztdichten im ambulanten Bereich in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, die budgetierungsbedingt reduzierte Verfügbarkeit von niedergelassenen Ärztinnen in Sachsen-Anhalt und die progressive Alterung der ambulanten Ärzteschaft in Sachsen-Anhalt müssen auf dem Hintergrund eines landesspezifischen Versorgungsmehrbedarfes von derzeit etwa 15 % gesehen werden.

Die **ärztliche Versorgungssituation an Krankenhäusern** in Sachsen-Anhalt erscheint zunächst widersprüchlich: einerseits hat die Arztdichte an Krankenhäusern derzeit in etwa dasselbe Niveau wie im Bundesdurchschnitt und zeigt einen steigenden Trend. Andererseits schätzt die Mehrzahl der Experten die stationäre Versorgung in Sachsen-Anhalt als gefährdet ein und viele Experten berichten von stationären Versorgungsengpässen. Dieser Widerspruch scheint zugunsten der mehrheitlichen Experteneinschätzung aufgeklärt werden zu können: erstens hat eine Ärztin/ein Arzt im stationären Bereich in Sachsen-Anhalt mehr Krankenhausfälle und mehr vollzeitig belegte Betten zu betreuen als im Bundesdurchschnitt, zweitens scheint die Arbeitsbelastung für Krankenhausärzt/innen in Deutschland (und Sachsen-Anhalt) derzeit noch so hoch, dass die Arztdichten für eine arzt- und patientengerechte Versorgung nicht ausreichend sind. Die generell hohe Arbeitsbelastung an deutschen Krankenhäusern (Abb. E2, T13) in Kombination mit unattraktiven Standortfaktoren in Sachsen-Anhalt ist ein möglicher Grund dafür, dass es in den letzten Jahren in Sachsen-Anhalt immer weniger deutsche und **immer mehr ausländische Ärzt/innen in den Krankenhäusern** gibt.

Die **ärztliche Versorgungssituation in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen** in Sachsen-Anhalt ist aufgrund einer geringeren Arztdichte und einer höheren Betten/Arzt-Relation schlechter als im Bundesdurchschnitt (**Abb. A4**, **Tab. A15**).

Sowohl im stationären als auch (besonders) im ambulanten Bereich sind die Dichte und der **Anteil von Ärzt/innen ohne Facharztbezeichnung in Sachsen-Anhalt geringer** als im Bundesdurchschnitt. Dies spiegelt einen **Mangel an Weiterbildungsassistent/innen** in Sachsen-Anhalt wider und könnte damit auf einen zukünftigen **medizinischen Nachwuchsmangel**

hinweisen. Die geringere Dichte an Weiterbildungsassistent/innen könnte folgende Gründe haben: **1)** eine anscheinend geringere bevölkerungsbezogene Dichte von „landeseigenen" Absolvent/innen im Medizinstudium, **2)** einen geringen Zuzug von Weiterbildungsassistent/innen aus anderen (Bundes-) Ländern und/oder **3)** eine betriebswirtschaftlich bedingt zurückhaltende Einstellungspolitik in Arztpraxen in Sachsen-Anhalt.

8.7 Versorgungssichernde Strategien und neue Versorgungsmodelle

8.7.1 Überblick über bestehende Maßnahmen und Gesetze

Abb. D8 gibt eine Auswahl von Gesetzen und Maßnahmen wieder, die direkt oder indirekt einen Einfluss auf die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt bzw. in Deutschland haben. Dabei fällt auf, dass sich die Zielrichtung dieser Maßnahmen seit den 1970er-Jahren zweimal in ihr Gegenteil gewandelt hat: zunächst sollte eine drohende ärztliche Unterversorgung in Deutschland abgewendet werden, dann, in den frühen 1990er-Jahren, sollte einer drohenden ärztlichen Überversorgung entgegengewirkt werden. Zuletzt, ab dem neuen Jahrtausend, häufen sich wieder Maßnahmen, die einem befürchteten Ärztemangel entgegenwirken sollen. Die Fülle der „versorgungssichernden" Maßnahmen und Gesetze der letzten Jahre lässt darauf schließen, dass sich die Fachwelt inzwischen relativ einig ist, dass ein Ärztemangel in Deutschland droht, vor allem im ambulanten Bereich, vor allem in ländlichen Regionen und vor allem in den neuen Bundesländern. Die Vielfalt der landeseigenen Maßnahmen zeigt, dass in Sachsen-Anhalt die Verantwortlichen das Problem eines drohenden Ärztemangels ernst nehmen und darauf reagieren.

8.7.2 Expertenmeinungen zu bestehenden versorgungssichernden Maßnahmen

In den hier durchgeführten Interviews wurden die Experten explizit nach sechs der in **Abb. D3** aufgeführten „versorgungssichernden" Maßnahmen/Gesetzen befragt: nach der Bedarfsplanung, der Integrierten Versorgung (IV), den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), den Sicherstellungszuschlägen, den Spezialverträgen mit Krankenhäusern (TK-Krankenhausmodell) und dem Konzept der Mobilen Praxisassistent/innen (MOPRA). Implizit äußerten sich einige der Experten auch zu versorgungsrelevanten Aspekten des Praxisbudgets und zum Hausarztmodell.

Integrierte Versorgung:
Die *ÄKSA* kritisiert die IV in ihrer derzeitigen Form aufgrund der Privilegierung des stationären Sektors (vgl. 6.4). Unabhängig von dieser kritischen Meinung betont die Mehrzahl der Experten in unterschiedlichen Zusammenhängen des Interviews die grundsätzliche Notwendigkeit einer besseren Zusammenarbeit und Verknüpfung von ambulantem und stationärem Sektor (vgl. 6.4 und 6.5, Abb. E2).

Medizinische Versorgungszentren:
ÄKSA, Hartmannbund und *Hausärzteverband* kritisieren die derzeitige Umsetzung der MVZ, sehen in ihnen in erster Linie Werkzeuge für einige Krankenhäuser, um eine ausreichende Anzahl von Patienteneinlieferungen zu gewährleisten und bezweifeln, dass MVZ für ländliche Regionen das Versorgungsproblem lösen können. *AOK*, *vdek*, *IKK*, *UPD* und *Landkreis Börde* hingegen halten MVZ für tragfähige Versorgungsstrukturen der Zukunft und betonen dabei besonders deren Potenzial für die Qualität der Versorgung (vgl. 6.4). Die *KVSA* glaubt, dass MVZ in städtischen Regionen sinnvoll seien, in ländlichen Regionen deren Rolle jedoch genauso gut oder besser durch Berufsausübungsgemeinschaften von spezialisierten, niedergelassenen Fachärzten (mit Nebenbetriebsstätten und einer oder mehreren mobilen Praxisassistent/innen) gewährleistet werden könne. Trotz der Kritik mehrerer Experten an der derzeitigen Umsetzung, hält die Mehrzahl IV und MVZ für die Versorgungsstrukturen der Zukunft (Abb. E2, T19).

Sicherstellungszuschläge:
Eine deutliche Mehrheit der Experten hält diese Maßnahme für untauglich, das Problem einer ärztlichen Unterversorgung dauerhaft zu lösen (6.2, Abb. E2, T21). Die Ablehnung geschieht aus recht unterschiedlichen Gründen (vgl. 6.4).

TK-Krankenhausmodell:
Eine Mehrzahl der Experten hält dieses Versorgungsmodell für nicht geeignet, um – wie behauptet – eine stationäre Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten (6.2, Abb. E2, T20). Interessanterweise wird dieses Modell jedoch von der Patientenvertretung im Prinzip positiv gesehen (vgl. 6.4).

MOPRA:
Bei nur zwei kritischen Einwänden (vgl. 6.4, *Landkreis Börde*, *Hartmannbund*) glauben die restlichen sieben Experten, dass mobile Praxisassistent/innen das Fehlen von Hausärzten besonders in ländlichen Regionen nachhaltig mildern könnten (6.2, Abb. E2, T22).

Bedarfsplanung:
Fast alle Experten halten die Bedarfsplanung in ihrer gegenwärtigen Form für fehlerhaft, sieben von neun Experten meinen, sie erfülle nicht ihren Zweck (6.2, Abb. E2, T16). Die Kritikpunkte sind im einzelnen im Diskussionsabschnitt 8.1.3 dargelegt.

Praxisbudget/Vergütung:
Auch wenn die Mehrzahl der Experten meint, dass eine bessere Vergütung als alleinige Maßnahme nicht die Lösung des Versorgungsproblems biete (6.2,

Abb. E2, T17), wird eine Verbesserung der Vergütung immerhin von vier Experten zu den wichtigsten Lösungsmaßnahmen gezählt (6.5, Abb. E3). *Hartmannbund* und *Hausärzteverband* halten das bisher gültige Praxisbudget (und die damit verbundene strenge Mengenbegrenzung der ärztlichen Leistungen) sogar für die Hauptursache des derzeitigen „ambulanten Ärztemangels" in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2008 (vgl. 6.4).

Hausarztmodell:
Der *Hartmannbund* glaubt, dass durch das Hausarztmodell die Qualität der fachärztlichen Versorgung der Patienten eingeschränkt werde (vgl. 6.4).

8.7.3 Weitere Lösungsansätze der Experten

Über die Bewertung genau umschriebener versorgungssichernder Maßnahmen hinaus machten viele Experten auch Anmerkungen zu weiteren Lösungsansätzen:

Ein abgestuftes System der fachärztlichen Versorgung: *AOK* und *KVSA* glauben, dass ein „medizinisch abgestuftes System" der fachärztlichen Versorgung zukunftsfähig sei. Dieses müsse eine wohnortnahe, primäre Facharztversorgung vorhalten und eine hoch spezialisierte Facharztversorgung, bei der längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden könnten. Weiterhin müsste in einem solchen System jeweils fallbezogen entschieden werden, welche fachärztlichen Leistungen stationär durchgeführt werden müssten und welche ambulant gelöst werden könnten.

Berufsausübungsgemeinschaften mit Nebenbetriebsstätten („Filialpraxen") für den ländlichen Bereich: Für die ausreichende und nachhaltige ambulante medizinische Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Gebieten setzt die *KVSA* große Hoffnung in die Schaffung von so genannten Filialpraxen, bei denen Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen eine Gemeinschaftspraxis gründen, mit einem Versorgungszentrum und mehreren Nebenbetriebsstätten („Filialen"), welche von einer Arzthelferin/einem Arzthelfer dauerhaft besetzt und organisatorisch koordiniert werden und von den Fachärzten zu unterschiedlichen Sprechzeiten aufgesucht werden sollen.

Verbesserung der Attraktivität des Arztberufs: Viele der Experten glauben, dass ein Schlüssel zur Verbesserung bzw. zur Stabilisierung der ärztlichen Versorgungssituation die Verbesserung der Attraktivität des Berufs des niedergelassenen Arztes, speziell in ländlichen Regionen, sei. Dazu müsse vor allem die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (vor allem für junge Ärztinnen) gesteigert, die Bürokratie abgebaut und das Wohn- und Lebensumfeld der Ärzt/innen attraktiv gemacht werden (vgl. 6.4 und 6.5). Implizit wird von einigen Experten auch gefordert, dass der Wert des Arztberufes in der Gesellschaft wieder gesteigert werden müsse (vgl. Gründe für die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland).

Strategien, um mehr Medizinstudenten in die Patientenversorgung zu bringen: Einige Experten halten es für notwendig, in Sachsen-Anhalt die Zahl der Studienanfänger im Fach Humanmedizin zu erhöhen, damit letztendlich mehr Mediziner/innen in der Versorgung der Landesbevölkerung „ankommen". Andere Experten halten es hingegen für wichtiger, im Medizinstudium mehr „versorgungsrelevante" und „niederlassungsmotivierende" Studieninhalte zu verankern.

Intensiverer Dialog über Versorgungsstrukturen der Zukunft: Mehrere Experten fordern in verschiedenen Zusammenhängen des Interviews einen besseren und emotionsfreieren Dialog der verschiedenen Akteure darüber, welche Versorgungsstrukturen in Sachsen-Anhalt in Zukunft wünschenswert und machbar sind (vgl. 6.4, 6.5, Abb. E3, 11.2).

8.7.4 Fazit zu versorgungssichernden Strategien und neuen Versorgungsmodellen

1) Als eines der wichtigsten Ergebnisse des vorliegenden Berichts ist die negative Bewertung der derzeitigen Bedarfsplanung durch die große Mehrzahl der Experten anzusehen. Auch in der Literatur und in Bundesgremien häufen sich die kritischen Stimmen zur derzeitigen Form der Bedarfsplanung. So erklärt die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in ihrem Konzept zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland vom 11.03.2008 (Kapitel 3.7, These XX): *„... Problematisch ist die der derzeitigen Bedarfsplanung zugrunde liegende einfache Arzt-Einwohner-Relation. Dies gilt zum einen deshalb, weil schon heute die Planungsbereiche so groß sind, dass räumliche Disparitäten in der ärztlichen Versorgung zu beobachten sind ... Mit der Schaffung größerer Landkreise würde sich das Problem noch weiter verschärfen. Hier ist es deshalb erforderlich, dass künftig eine weitaus kleinräumigere Betrachtung der Planungsbereiche erfolgt. Zum anderen ist eine einfache Arzt-Einwohner-Relation ungeeignet zur Darstellung des Versorgungsniveaus der Bevölkerung, weil so wichtige Indikatoren, wie z.B. die demographische Zusammensetzung und auch die Bevölkerungsentwicklung, nicht berücksichtigt werden. Deshalb ist die aktuelle Bedarfsplanung durch die Einbeziehung von soziodemographischen und sozioökonomischen Daten um wesentliche Analysekomponenten zu erweitern. Hierzu bedarf es der Einbeziehung von ständig zu aktualisierenden Bevölkerungs- und Patientendaten.....*".

Im Anschluss an das AOLG-Konzept fasste die 81. Gesundheitsministerkonferenz am 03.07.2008 den Beschluss (TOP 5.2): „*Die Bundesregierung wird gebeten, darauf hinzuwirken, dass die Richtlinie über die*

Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) kleinräumiger und bedarfsorientiert überarbeitet wird. Dabei sind insbesondere soziodemographische und sozioökonomische Daten in die Planung einzubeziehen" (GMK, 2008). Die Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinien sind für 2012 vorgesehen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat insofern schon seit einigen Jahren auf Mängel der Bedarfsplanung reagiert, indem sie ein Computerprogramm zur kleinräumigen Versorgungsanalyse entwickelt hat, in das erstmalig auch Vorort-Daten, unter anderem über die tatsächliche Verfügbarkeit der ansässigen Ärzte, die Morbidität und Demografie des Patientenpools der Region und die Wegstrecken zwischen den Praxen eingehen können (Rieser, 2008). Dieses neue Werkzeug stellt die KBV den Landes-KVen zur Verfügung, um bei der derzeit gültigen Bedarfsplanung zu ermitteln, ob in einem Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf oder ein qualitativer Sonderbedarf besteht. Der Bedarfsplanungsausschuss in Sachsen-Anhalt identifiziert in ähnlich kleinräumiger Weise Gemeinden, in denen für bestimmte Arztgruppen Sicherstellungszuschläge gewährt werden (http://www.kvsa.de/?cid=112027000183).

Insgesamt scheint eine zukünftige Differenzierung der Bedarfsplanung in eine Angebots- (Kapazitäts-) Planung, eine Leistungsplanung und eine Verteilungsplanung wünschenswert.

2) Obwohl in der durchgeführten Expertenbefragung nicht dezidiert nach dem Vergütungssystem für Vertragsärzt/innen gefragt wurde, trat bei den Antworten der befragten Experten eine wichtige versorgungsrelevante Hypothese hervor: zwei Ärztevertreter (*ÄKSA*, *Hartmannbund*) glauben, dass die strenge Mengenbegrenzung der ärztlichen Leistungen durch das bis 2008 gültige Praxisbudget ein Hauptgrund für den „ambulanten Ärztemangel" in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2008 gewesen sei. Diese Hypothese scheint durch die vielen Presseberichte gestützt zu werden, die von Vertragsarztpraxen berichten, die regelmäßig in jedem Quartal ihre Sprechzeiten für Kassenpatienten begrenzen, weil das Praxisbudget aufgebraucht ist.

Mit Einführung des neuen Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) am 01.01.2009 soll sich nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dieser Zustand ändern (KBV, 2009): das sogenannte Regelleistungsvolumen (RLV), das das alte Praxisbudget ersetzt, soll erstens flexibler sein (es gibt viele Möglichkeiten, z. B. bei multimorbidem Patientenklientel eine Aufweitung des RLV zu beantragen), zweitens transparenter werden (die verschiedenen ärztlichen Leistungen werden in Geldbeträgen angegeben und abgerechnet, nicht wie früher über variable Punktwerte), drittens planbarer werden (die Regelfallzahl für die eigene Praxis ergibt sich aus der Fallzahl in der eigenen Praxis im Vorquartal). Außerdem wird die Vergütung von Leistungen, die über das RLV hinausgehen, in den neuen Bundesländern weniger scharf abgestaffelt als in den alten Bundesländern. Neben den Änderungen im EBM ist auch die starre „Kopfpauschale", die die gesetzlichen Krankenkassen bisher pro Hauptversicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlten, geändert in den neuen Bundesländern angepasst worden. Dies wurde möglich, weil über den seit 2009 bundesweit eingeführten Gesundheitsfond ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) an solche gesetzliche Krankenkassen fließt, die ein besonders morbiditätsbelastetes Versichertenklientel betreuen.

Insgesamt hoffte die KBV, die diese Konditionen mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelt hatte, dass die Vergütung der Vertragsärzt/innen transparenter, bedarfsgerechter, motivierender und zwischen Ost und West ausgeglichener werden würde, sodass insgesamt wieder mehr vertragsärztliche ärztliche Leistungen zur Verfügung stehen würden und sich wieder mehr Ärztinnen und Ärzte als Vertragsärzte niederlassen würden, speziell in den neuen Bundesländern.

Nach Auswertung der Abrechnungsdaten des ersten Quartals 2009 zieht die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt insgesamt eine positive Bilanz: die Vergütung der Vertragsärzt/innen in Sachsen-Anhalt sei im Mittel der Arztgruppen um 16% im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (KVSA, 2009).

3) Mehrere Experten wünschen sich einen besseren Dialog zwischen den Akteuren über die zukünftigen Versorgungsstrukturen in Sachsen-Anhalt (6.5, Abb. E3). Dabei sind die Signale zur Überwindung von Interessenkonflikten hervorzuheben. So meint beispielsweise der Vertreter der *AOK*, man müsse „*... raus aus der Befindlichkeitsdiskussion, Ärzte fragen, was sie wollen und dann das Mögliche ... umsetzen*". Andererseits spricht der Vertreter des *Hausärzteverbandes* in seinen Lösungsvorschlägen nicht in erster Linie von ärztlichen Forderungen, sondern von der Notwendigkeit einer „*... gesellschaftlichen Verabredung darüber, was Gesundheitsversorgung leisten soll ...*". Die *KVSA* wünscht sich „*... eine Konsensfindung von Politik, Leistungserbringern und Krankenkassen über die perspektivische Versorgungsstruktur in Sachsen-Anhalt ...*".

Ein solcher Dialog über die zukünftig anzustrebenden und realisierbaren Versorgungsstrukturen in Sachsen-Anhalt wird bei allem guten Willen schwierig sein. Er sollte deshalb regelmäßig und in hoher Frequenz stattfinden und sollte am besten institutionalisiert werden.

Dass an einem solchen Dialog nicht nur die Akteure der Bedarfsplanung beteiligt sein sollten, sondern ein weites Spektrum von Experten gehört werden muss,

soll das Beispiel des Projektes „Mobile Praxisassistentin (MOPRA)“ zeigen. Dieses Projekt, das vom Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt und der Ärztekammer Sachsen-Anhalt initiiert und getragen wird, wurde von fast allen hier befragten Experten im Ansatz positiv bewertet. Die Ausweitung dieses Projektes könnte also fast vorbehaltlos empfohlen werden. In einem Leserbrief in einer lokalen Tageszeitung kritisiert jedoch der Landesvorsitzende des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenpflege, dass im MOPRA-Projekt des Ministeriums „*... mit viel Geld uneffektive Parallelstrukturen aufgebaut*...“ würden, während die vorhandenen Pflegedienste und Sozialstationen in Sachsen-Anhalt „*...aus dem Stand*...“ dieselbe Aufgabe erfüllen könnten, wenn sie nur dazu rechtlich in die Lage versetzt würden. Durch eine Ausweitung der Kompetenz der Pflegedienste könne der Verwaltungsapparat verschlankt, Kosten gespart und der schon bestehende sehr gute Kontakt des Pflegepersonals zu einer großen Teilmenge der MOPRA-Zielgruppe (pflegebedürftige Patienten in ländlichen Regionen) ausgenutzt werden (Becker, 2009). Selbst wenn diese Anregungen wiederum kritisch gesehen werden können, zeigen sie doch, dass bei der Planung und Umsetzung von neuen Versorgungsmodellen eine Vielzahl von Meinungen gehört – und gegebenenfalls entkräftet – werden müssen.

Abb. D8 Ausgewählte Maßnahmen und Gesetze, die Einfluss auf die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt/in Deutschland haben

Jahr der Einführung	Titel der Maßnahme/ des Gesetzes	Kurzbeschreibung	Hauptziel bezüglich ärztlicher Versorgung	nur in Sachsen-Anhalt	in S.-Anhalt und weiteren Bundesländern	bundesweit
1977	Verankerung der Bedarfs-planung im SGB V	Planungs- und Sicherstellungsinstrument des Gesetzgebers für die vertragsärztliche Versorgung	Sicherstellung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung			x
1993	Gesundheits-strukturgesetz (GSG)	(u.a.) Völlige Neuordnung der Bedarfsplanung, Einführung der allgemeinen Verhältniszahlen, Festlegung von Überversorgungsgrenzen, Sperrung von Planungsbereichen bei Überversorgung	Ärztlicher Überversorgung entgegen wirken			x
1997	Praxisbudget für Vertragsärzte	GKVen zahlen an KVen eine "Kopfpauschale" pro Hauptversicherten. Dieses geldmäßige Gesamtbudget steht den KVen zur Vergütung der Vertragsärzte zur Verfügung. Jede Praxis erhält ein fachgruppenspezifisches Praxisbudget (= maximal abrechenbare Leistungsmenge in Punkten).	"Ausufern" ärztlicher Leistungs-verschreibungen begrenzen			x
2004	GKV-Moderni-sierungs-gesetz (GMG)	*Hausarztzentrierte Versorgung (Hausarztmodell):* Gesetzlich Krankenversicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, ambulante fachärztliche Versorgung nur nach Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch zu nehmen.	Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung erhöhen			x
		Integrierte Versorgung (IV): Fach- und sektorenübergreifende Patientenversorgung durch die Kooperation verschiedener medizinischer und nicht-medizinischer Leistungserbringer.				x
		Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): Fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, die medizinische Versorgung sowohl ärztlicher als auch nicht-ärztlicher Heilberufe aus "einer Hand" anbietet.				x
		Disease-Management-Programme (DMP): strukturierte sektorenübergreifende Programme zur Behandlung chronisch kranker Menschen auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien.				x
		Sicherstellungszuschläge: Möglichkeit der finanziellen Zuwendung an Ärzte, die sich in einem unterversorgten Planungsbereich niederlassen	Vertragsärztlicher Unterversorgung entgegenwirken			x
ab 2006	Öster-reichische Ärzte	Jährliche Werbung in Österreich, um österreichische Medizinabsolvent/Innen dafür zu interessieren, ihre Facharztausbildung in Sachsen-Anhalt durchzuführen und sich dann ggf. im Land niederzulassen	dem medizinischen Nachwuchsmangel (in Sachsen-Anhalt) begegnen		x	
2007	Vertragsarzt-rechts-Änderungs-gesetz (VÄndG)	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VändG), unter anderem: a) Erleichterung der Anstellung von Ärzten in Gemeinschaftspraxen b) Aufhebung der Altersgrenze für vertr.ärztl.Tätigkeit (bisher 68 Jahre) Möglichkeit von: c) Teilzulassungen d) gleichzeitiger Tätigkeit im amb. und stat. Bereich e) Zweigpraxen f) überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften g) Aufweitung des Praxisbudgets auf 103% in unterversorgten Regionen	flächendeckende Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung, insbesondere in den neuen Bundesländern			x
2007	Mobile Praxis-assistentin	Die „Mobile Praxisassistentin“ sucht im Auftrag des Hausarztes Patienten auf, die nicht mehr selbst in die Arztpraxis kommen können. Sie beurteilt und kontrolliert im Auftrag des Arztes eigenständig den Gesundheitszustand des Patienten oder den Verlauf chronischer Krankheiten.	Entlastung des Hausarztes in ländlichen Gebieten		x	
2007	Wirtschafts-/ Mittelstands-förderung für Ärzte	Im Hinblick auf Möglichkeiten der Wirtschaftsförderung für Ärztinnen und Ärzte hat die Investitionsbank Sachsen-Anhalt Programme zur Mittelstandsförderung im Wege günstiger Darlehensbeschaffung aufgelegt, von denen alle niedergelassenen oder die Niederlassung oder die Praxisübernahme beabsichtigende Ärztinnen bzw. Ärzte profitieren können.	Erleichterung der ärztlichen Niederlassung in Sachsen-Anhalt	x		

Abb. D8: Fortsetzung						
Jahr der Einführung	Titel der Maßnahme/ des Gesetzes	Kurzbeschreibung	Hauptziel bezüglich ärztlicher Versorgung	nur in Sachsen-Anhalt	in S.-Anhalt und weiteren Bundesländern	bundesweit
2008	KOSTA	Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (KOSTA): zentrale Anlaufstelle bei der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für: >Studenten, Absolventen, Ärztinnen und Ärzte, die sich für eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin interessieren oder entschieden haben > Ärztinnen und Ärzte, Weiterbildungsbefugte und Weiterbildungsstätten, die Weiterbildungsabschnitte zum Facharzt für Allgemeinmedizin anbieten (wollen)	dem Hausärztemangel in Sachsen-Anhalt entgegen wirken	x		
2000-2008	Sicherstellungs-maßnahmen der KVSA	Nachwuchsförderung (Stiftungsprofessuren Allgemeinmedizin, Förderung universitärer Ausbildung, Famuli-Förderung) Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Steuerung von Niederlassungen und Vertragsärztlicher Tätigkeit: - Niederlassungsberatung - Praxisbörse und Internetplattform - Zentralisierung des Bereitschaftsdienstes - Existenzgründerseminare und Niederlassungstage - Beratung von Kommunen und Krankenhäusern - Kooperationsvereinbarungen mit Kommunen - Sicherstlellungszuschläge - Sicherstellungspraxen / Mindestumsatzgarantien - MVZ-Gründungsberatung - TRANSAGE	Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt	x		
2008	§34a Bedarfs-planungs-richtline	Aufweitung der Möglichkeiten zur Festlegung eines lokalen Sonderbedarfs in Planungsbereichen, die eigentlich für die betr. Arztgruppe gesperrt sind (z.B. aufgrund von Überalterung der Ärzteschaft)	kleinräumige Versorgungs-engpässe verhindern			x
2009	TRANSAGE	Mit dem Projekt Transformation von Versorgung für eine alternde Gesellschaft (TRANSAGE) haben sich die Kassenärztliche Vereinigung, die AOK und das Ministerium für Gesundheit und Soziales an einem Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung beteiligt. TRANSAGE zeigt, wie die medizinische Versorgungssicherung in schrumpfenden und alternden Flächenregionen gelingen soll.	die mediznische Versorgung in Sachsen-Anhalt demografiefest machen	x		
2009	Stipendien für Medizin-studenten	Medizinstudenten erhalten in Sachsen-Anhalt (und anderen Ländern mit Ärztemangel) Stipendien und verpflichten sich im Gegenzug, nach Abschluss ihrer Ausbildung mindestens für einige Jahre in unterversorgten Regionen des betr. Landes zu arbeiten.	dem ambulanten Ärztemangel (in Sachsen-Anhalt) entgegenwirken		x	
2009	TK-Krankenhaus-modell	Die Techniker Krankenkasse (TK) schließt mit einzelnen Kliniken für ausgewählte Bereiche zielgruppengenaue Verträge ab. Durch zusätzliche Versorgungsangebote werden für alle Vertragspartner Wettbewerbsvorteile erwartet.	Sicherstellung einer stationären Versorgung auf hohem Niveau		x	
2009	Gesundheits-fonds	(u.a.) Finanzierung der (regionalen) Gesetzlichen Krankenkversicherungen unter Berücksichtigung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches ("Morbi-RSA")	bedarfsgerechte Finanzierung der med. Versorgung (abhängig von Morbidität der Versicherten)			x
2009	EBM 2009	Reform des "Einheitlichen Bemessungsmaßstabes" (EBM) für ärztliche Leistungen. Kernpunkt: Verlagerung des Morbiditätsrisikos von den Ärzten auf die Krankenkassen, Festlegung ärztlicher Leistungen in konkreten Geldwerten (nicht in Punkten), starke Pauschalisierung der ärztlichen Leistungen, flexible (morbiditätsabhängige) Mengenbegrenzung ärztlicher Leistungen ("Regelleistungsvolumen" anstatt Praxisbudget).	gerechtere vertragsärztliche Vergütung, Aufhebung der versorgungs-feindlichen, starren Mengenbegrenzung			x
2010		Möglichkeit für die KVen, die gleiche ärztliche Leistung in unterversorgten Regionen etwas höher zu vergüten (höherer Orientierungswert) als in überversorgten Gebieten	Steuerung des Niederlassungs-verhaltens			x

9. Schlussfolgerungen

D = Ergebnis der Datenanalyse
E = Prüfung und Übernahme einer Expertenmeinung
S = eigene Schlussfolgerungen

Zur Versorgungssituation:

1. Die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ist prekär: trotz Bevölkerungsschwund sinkt die Arztdichte (D). Dies liegt vor allem an einer progressiven Überalterung der Hausärzteschaft in den zurückliegenden Jahren: zurzeit gehen jährlich mehr Hausärzt/innen in Ruhestand als sich neu niederlassen (D).

2. Die ambulant-fachärztliche Versorgungsituation in Sachsen-Anhalt ist angespannt und zukünftig gefährdet. Hierfür scheinen folgende Faktoren verantwortlich: 1) eine nach wie vor geringere ambulante Arztdichte in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt (D), 2) eine reduzierte „Verfügbarkeit" von Vertragsärzt/innen (Begrenzung der Sprechzeiten) für gesetzlich krankenversicherte Patienten in Sachsen-Anhalt (E), 3) eine (auch bundesweit zu beobachtende) progressive Überalterung der ambulanten Ärzteschaft, welche zu einer steigenden Quote altersbedingt ausscheidender Ärzt/innen führt (D), 4) eine starke regionale Ungleichverteilung der Ärztinnen und Ärzte in Sachsen-Anhalt (D), 5) eine bundesweit zunehmende Verlagerung von ehemals stationären Leistungen in den ambulanten Bereich (E).

3. Die Bedarfsplanung in ihrer aktuellen Form bildet die festgestellten Versorgungsengpässe im ambulanten Bereich nicht korrekt ab (D/E).

4. Die ärztliche Versorgungssituation an Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt wird trotz einer im Bundesvergleich unauffälligen bis guten Arztdichte von vielen Experten als angespannt eingeschätzt (E). Dies kann durch folgende Faktoren erklärt werden: eine hohe Arbeitsbelastung und geringe „Verfügbarkeit pro Patient" von Ärzt/innen an deutschen Krankenhäusern (E), eine höhere Anzahl zu betreuender Krankenhausfälle und Betten je Arzt in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt (D) und ein im Bundesvergleich geringer Anteil von Weiterbildungsassistent/innen in Sachsen-Anhalt (D).

5. Sollte sich im Bundesvergleich die geringe bevölkerungsbezogene Dichte von Absolvent/innen im Medizinstudium bestätigen (D) und die geringe bevölkerungsbezogene Dichte von Weiterbildungsassistent/innen fortbestehen (D/E) , so wird es in Sachsen-Anhalt zu einem Mangel an medizinischem Nachwuchs kommen (D/E).

6. Die oben geschilderten Defizite des Versorgungsangebotes im ambulanten Bereich in Form von geringeren Arztdichten (D), reduzierter Verfügbarkeit (E) und regionaler Ungleichverteilung (D/E), die fortschreitende Überalterung im ambulanten Bereich (D), die hohe Arbeitsbelastung in Krankernhäusern (E/D) und der drohende Nachwuchsmangel (D/E) müssen auf dem Hintergrund eines landespezifischen, alters- und morbiditätsbedingten Versorgungsmehrbedarfs von derzeit etwa 15 % gesehen werden (D).

Zu versorgungssichernden Maßnahmen:

7. Die bundesweiten Initiativen und Empfehlungen zur Modernisierung der Bedarfsplanung sollten auf Landesebene mit Nachdruck unterstützt werden (S).

8. Die Auswirkungen des EBM 2009 und des Gesundheitsfonds auf die Verfügbarkeit von ärztlichen Leistungen und die ärztlichen Niederlassungsquoten in Sachsen-Anhalt müssen in den kommenden Jahren aufmerksam und von unabhängigen Beobachtern verfolgt werden (S).

9. Es sollten weiterhin Anstrengungen unternommen werden, die Attraktivität des Arztberufes in Sachsen-Anhalt zu verbessern, vor allem für junge Ärztinnen und Ärzte mit Familie, vor allem in ländlichen Regionen und vor allem im ambulanten Bereich. Dazu gehört die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, der Abbau von Bürokratie, die Schaffung attraktiver „weicher" Standortfaktoren und die Aufwertung des Arztbildes in der Gesellschaft (E/S).

10. Die begonnenen Strategien, um in Sachsen-Anhalt einen höheren Anteil der Medizinstudent/innen in die Patientenversorgung zu bringen, sollten fortgesetzt, intensiviert und diversifiziert werden (E). Eine kritische Diskussion zur Effizienz bzw. zur Nutzen/Kosten-Relation einzelner Maßnahmen muss dabei gewährt bleiben.

11. In Sachsen-Anhalt sollte das Bedürfnis der Experten nach einem besseren Dialog über zukünftige Versorgungsstrukturen aufgegriffen werden. Ein solcher Dialog sollte institutionalisiert werden und unter Anhörung eines breiten Spektrums von Experten regelmäßig und in relativ hoher Frequenz stattfinden (S).

10. Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden AOLG (2008):
Konzept zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland (http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf

Afentakis, A., Böhm, K. (2009) in Robert Koch Institut (Hrsg.:) Beschäftigte im Gesundheitswesen, Heft 46 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Albrecht, M., Freytag, A., Gottberg, A. Storz, P. (2008): Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. IGES-Institut. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Becker, U. (2009): „Staatlich geförderte Konkurrenz zu Pflegediensten". Leserbrief H a l d e n s l e b e r Volksstimme (September 2009) und „Strukturen in pflegerischer Versorgung werden zerstört!", Pflege intern, Heft 18, Seite 3.

Fleischer, J. (2008): Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt. Bestand und Perspektiven. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Diplom-Gesundheitswirtin. Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).
http://www.gesundheitsfoerderung.info/HTML/Abschlussarbeiten/03_Diplomarbeiten/Uebersicht1.html

Gesundheitsministerkonferenz GMK (2008): Beschluss der 81. Gesundheitsminister- konferenz der Länder vom 3.7.2008, TOP 5.2: Veränderte Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung (http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_05.02

Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W. (2010) in: BARMER GEK (Hrsg.): Arztreport. Asgard-Verlag, St. Augustin http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Pressemitteilungen/100119_20PK_20Arztreport/Arztreport,property=Data.pdf

Hackmann, T., Moog, S. (2008): Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit. Diskussionsbeiträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwil/publikationen/202.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV (2009): EBM 2009. Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung. Kassenärztliche Bundesvereinigung
http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=6826b3d8262e97443d1cc03f54a3a227&DocId=003757927&Page=1

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt KVSA (2009): In der neuen Honorarwelt angekommen. Pressemitteilung vom 27.07.2009. http://www.kvsa.de/index.php?id=116027000113&cid=116027006466

Klose, J., Rehbein, I., Uhlemann, T. (2007): Ärzteatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)

Kopetsch, Thomas (2002): Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 2. Aufl., Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kopetsch, Thomas (2007): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 4. Aufl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Mey, W. (1997): Daten zur Gesundheit. Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt.

Mey, W. (2000) Daten zur Gesundheit : Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.): . Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt.

Rieser, S. (2008): Bedarfsplanung: Vorort ist alles anders. Deutsches Ärzteblatt, Heft 7, 296-297 (http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=60904)

Robert Koch Institut RKI (2009): 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, Berlin
http://www.rki.de/cln_169/nn_205770/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsB/Mauerfall,tem plateId=raw,property=publicationFile.pdf/Mauerfall.pdf

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/Uebersicht.htm

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/Uebersicht.htm

Schäg, M., Herrmann, M., Klement, A., Lichte, T., Robra, B.P. (2009) in: Klauber, J., Robra, B.P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/2009. Schattauer, Stuttgart, S. 75-86

Schopenhauer, Arthur (1851): Aphorismen zur Lebensweisheit, Kapitel I

World Health Organization (2006): The World Health Report 2006 - working together for health (http://www.who.int/whr/2006/en/index.html)

Zenker, M. (2008): Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern. Dokumentation. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen http://www.kv-ost.de/AmbVersorg-nBL2008.pdf

11. Anhang

11.1. Fragebogen und Begleitmaterial zum Experteninterview

11.2 Interviewprotokolle (Formblätter)

11.3 Tabellen zur ärztlichen Versorgung

Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt

Bestand und Perspektiven

Experteninterview

Verantwortliche:

Dr. rer. nat. Goetz Wahl
Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung (GBE)
Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
Fachbereich 2 Hygiene
Walloner Berg 2-3, 39104 Magdeburg
Telefon: 0391-5377 226
E-Mail: goetz.wahl@lav.ms.sachsen-anhalt.de

Julia Fleischer
Studentin im Praxissemester am Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
Studiengang Gesundheitsförderung und -management
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg
Telefon: 0391-5377 227
E-Mail: julia.fleischer@lav.ms.sachsen-anhalt.de

Einrichtung	
Name Gesprächspartner	
Funktion Gesprächspartner	
Kontaktdaten Gesprächspartner	
Datum	

Aufbau des Fragebogens/Interviews:

Teil A: Einleitende Fragen zur Gesamtsituation

Teil B: Hausärztliche Versorgung
- B1. Kernfragen
- B2. Fokusfragen

Teil C: Fachärztliche Versorgung (ohne Hausärzte)
- C1. Kernfragen
- C.1.1. Fachärztliche Versorgung insgesamt
- C.1.2. Ambulante fachärztliche Versorgung
- C.1.3. Stationäre fachärztliche Versorgung
- C2. Fokusfragen

Teil D: Lösungsansätze/Schlussfolgerungen
- D1. Kernfragen
- D2. Fokusfragen

Zu Beginn:

Bitte stellen Sie kurz sich und die Einrichtung in der Sie tätig sind vor und erläutern Sie dabei deren Bedeutung in der Gesundheitsversorgung Sachsen-Anhalts sowie Ihre persönlichen Aufgaben!

Teil A: Einleitende Fragen zur Gesamtsituation

Bitte beantworten Sie folgende, bewusst sehr pauschal gehaltenen Fragen nur mit ja oder nein, auch wenn es Ihnen in Anbetracht der Komplexität des Problems schwer fällt:

A1. Ist Sachsen-Anhalt momentan ein ärztlich unterversorgtes Land?

A2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung zwischen Gesundheitsakteuren und Entscheidungsträgern statt?

A3. Wird die Frage nach ausreichender bzw. unzureichender ärztlicher Versorgung in Sachsen-Anhalt in der Presse adäquat reflektiert?

A4. Erfüllt die Bedarfsplanung in der gegenwärtigen Form in Sachsen-Anhalt ihren Zweck?

A5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet?

A6. Bitte geben Sie ein kurzes persönliches Statement zur Lage der gesundheitlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt.

Teil B: Hausärztliche Versorgung

B1. Kernfrage

Zur Situation der **hausärztlichen Versorgung** in Sachsen-Anhalt gehen die Meinungen auseinander: während ein Teil der Fachleute sagt, die Versorgungslage sei ausreichend (Material 1), behauptet der andere Teil man laufe, besonders im Hinblick auf die zunehmende Überalterung dieser Berufsgruppe, unmittelbar auf eine hausärztliche Versorgungskatastrophe zu (Material 2).

a) Wie schätzen Sie die Lage der hausärztlichen Versorgung ein?
b) Wenn Sie eine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: welches sind Ihrer Meinung nach die Hauptursachen und welche Lösungsansätze sehen Sie?
c) Wenn Sie keine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: wie kommt es Ihrer Meinung nach zu den oben beschriebenen „Katastrophenmeldungen"?

B2. Fokusfragen

B2.1. Eine unzureichende hausärztliche Versorgung wird häufiger in den neuen als in den alten Bundesländern beklagt. Als Erklärung hierfür wird angeführt, dass die Arbeitsbelastung der Hausärzte in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern höher sei. Dies führe zu vorzeitigem Ausscheiden bzw. geringerer Niederlassungsquote in den neuen Bundesländern.

a) Ist diese Aussage Ihrer Ansicht nach korrekt?
b) Falls ja: Wie erklären Sie die höhere Arbeitsbelastung der Hausärzte? Falls nein: Können Sie Ursachen für solche Behauptungen ausmachen?

B2.2. Auch das Gesundheitswesen wird bestimmt von Politik und Bürokratie.

a) Können Ihrer Meinung nach politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich gemacht werden und wenn ja, inwiefern ist dies der Fall?
b) Werden den Ärzten in Deutschland „bürokratische Fesseln angelegt"? Falls ja, woran liegt das Ihrer Meinung nach?

B2.3. Sind Sie der Ansicht, dass wichtige Problemfelder der hausärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen wurden? Wenn ja, welche?

Teil C: Fachärztliche Versorgung

C1. Kernfragen

C1.1. Fachärztliche Versorgung insgesamt:
Während einige Experten meinen, die **fachärztliche Versorgung insgesamt (ambulant und stationär)** in Sachsen-Anhalt sei völlig ausreichend (Material 3), mahnen andere einen Mangel an Fachärzten an (Material 4).

a) Wie schätzen Sie die Lage der fachärztlichen Versorgung ein?
b) Wenn Sie eine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: welches sind Ihrer Meinung nach die Hauptursachen und welche Lösungsansätze sehen Sie?
c) Wenn Sie keine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: wie kommt es Ihrer Meinung nach zu den oben beschriebenen Bemängelungen?

C1.2. Ambulante fachärztliche Versorgung:
Die Meinungen zur **ambulanten fachärztlichen Versorgung** in Sachsen-Anhalt gehen auseinander: einige Experten bezeichnen diese als ausreichend gesichert (Material 5), andere sprechen von einer zu geringen Anzahl ambulant tätiger Fachärzte (Material 6).

a) Wie schätzen Sie die Lage der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein?
b) Wenn Sie eine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: welches sind Ihrer Meinung nach die Hauptursachen und welche Lösungsansätze sehen Sie?
c) Wenn Sie keine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: wie kommt es Ihrer Ansicht nach zu den oben beschriebenen Meinungen?

C1.3. Stationäre fachärztliche Versorgung:
C1.3.1. Auch die Ansichten zur stationären fachärztlichen Versorgung
in Sachsen-Anhalt reichen von „langfristig gesichert“ (Material 7) bis zu „Mangel an stationär tätigen Fachärzten“ (Material 8).

a) Wie schätzen Sie die Lage der stationären fachärztlichen Versorgung ein?
b) Wenn Sie eine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: welches sind Ihrer Meinung nach die Hauptursachen und welche Lösungsansätze sehen Sie?
c) Wenn Sie keine aktuelle oder drohende Unterversorgung sehen: wie kommt es Ihrer Meinung nach zu den oben beschriebenen Aussagen?

C1.3.2. Häufig werden schlechte Arbeitsbedingungen für das ärztliche Personal im Krankenhaus beklagt und diese als (Mit)Ursache für einen drohenden Ärztemangel im (teil)stationären Bereich angeführt.

a) Können Sie diese Aussage bestätigen und wenn ja:
b) Welche schlechten Arbeitsbedingungen bestehen Ihrer Ansicht nach?
c) Welche Handlungen sollten Ihrer Meinung nach ergriffen werden, um diese Situation zu verbessern?

C1.3.3. Berichte stationär tätiger Ärzte zeigen, dass einige Krankenhäuser offene Stellen nicht wieder besetzen und Personal abbauen, obwohl die beschäftigten Ärzte bereits von einer völligen Überlastung sprechen.
a) Können Sie diese Berichte bestätigen?
b) Welche Ursachen sehen Sie für dieses Handeln?
c) Sehen Sie Möglichkeiten, solch eine Entwicklung zu stoppen?

C2. Fokusfragen

C2.1. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten Ihrer Ansicht nach ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? Wenn ja, wieso?

C2.2. Die Techniker Krankenkasse hat im Rahmen ihres Krankenhausforums im März angekündigt, künftig mit einzelnen Krankenhäusern TK-spezifische Verträge über bestimmte Operationen und Leistungen abschließen zu wollen. Die TK führt an, dass unter dem Druck Kosten einzusparen nur mit neuen Modellen eine stationäre Versorgung auf hohem Niveau möglich sei (Quelle: Magdeburger Volksstimme, 13.03.2008). Bitte geben Sie Ihre persönliche Einschätzung zu diesem Vorhaben ab.

C2.3. „Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.“ Bitte geben Sie zu dieser These eine persönliche Stellungnahme ab.

C2.4. Ministerpräsident Wolfgang Böhmer am 13.03.2008 in der Magdeburger Volksstimme: „Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem.“ Bitte nehmen Sie Stellung zu dieser Aussage.

C2.5. Sind Sie der Ansicht, dass wichtige Problemfelder der fachärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen wurden? Wenn ja, welche?

Teil D: Lösungsansätze/Schlussfolgerungen

D1. Kernfragen

D1.1. Betrachtet man die Versorgungsquote in den wichtigsten Fachgebieten, scheint es in Sachsen-Anhalt keinen massiven Ärztemangel zu geben (Material 9). Trotzdem werden regional Missstände beklagt.
a) Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft?
b) Wenn ja: Wäre es Ihrer Ansicht nach sinnvoll, zukünftig Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen zu lassen und welche weiteren Faktoren der Bedarfsplanung würden Sie verändern?
c) Wenn nein: Welche Ursachen für die beklagten Missstände machen Sie aus?

D1.2. Um die ambulante Versorgung in einigen Regionen aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen, werden Sicherstellungszuschläge und Sonderzuschüsse gezahlt.
a) Welche (positiven und negativen) Effekte haben diese Maßnahmen?
b) Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?

D1.3. Häufig ist zu hören, dass die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung vorrangig in der schlechten Vergütung der Ärzte begründet liegen. Ist mehr Geld die Lösung für das Problem?
a) Wenn ja: Woher kann/sollte das Geld
Ihrer Meinung nach kommen?

D1.4. 30.000 in Deutschland ausgebildete Ärzte arbeiten im Ausland.
a) Worin liegen Ihrer Meinung nach die Ursachen für eine Abwanderung der Ärzte ins Ausland?
b) Welche Strategien würden Sie verfolgen dem entgegenzusteuern?

D1.5. Ein wachsender Anteil der examinierten Medizinstudenten arbeitet nicht in der Patientenversorgung.
a) Gibt es Ihrer Ansicht nach in Deutschland einen „Ärzte-Nachwuchs-Mangel"?
b) Wenn ja, was muss Ihrer Meinung nach geschehen, damit junge Menschen nach dem Abschluss des Medizinstudiums auch als praktizierende Ärzte tätig werden?

D1.6. Integrierte Versorgung/medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden zunehmend gefordert (bspw. forderte Ministerpräsident Wolfgang Böhmer am 13.03.2008 in der Magdeburger Volksstimme „die stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung").
a) Ist die Integrierte Versorgung Ihrer Meinung nach die Versorgungsstruktur der Zukunft?
b) Welche Vor- und Nachteile sehen Sie bei einem integrierten Versorgungssystem?
c) Welche Veränderungen innerhalb des Gesundheitswesens müssten stattfinden, um die Verbreitung der integrierten Versorgung voranzutreiben?

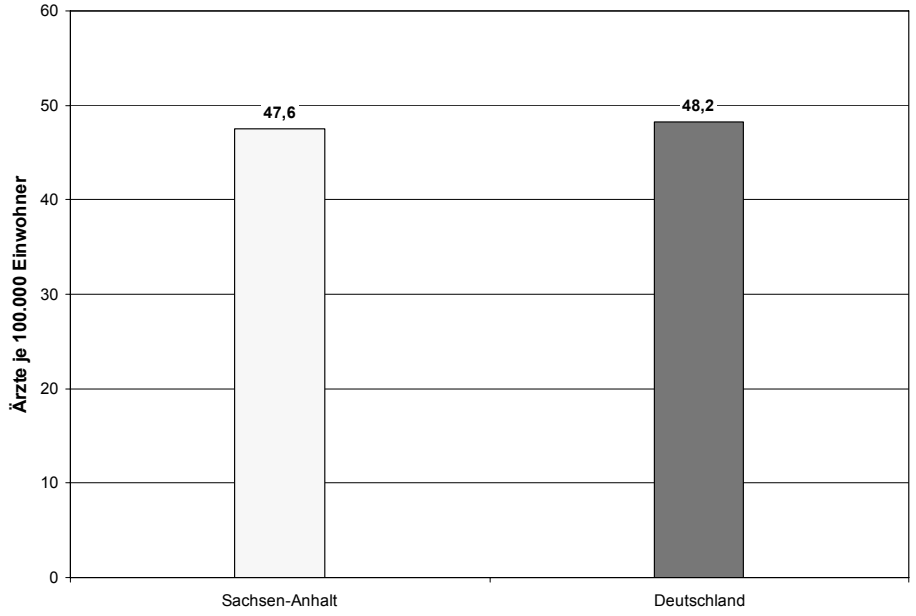
D1.7. Vor kurzem ist in Sachsen-Anhalt das Projekt „Mobile Praxisassistentin zur besseren Versorgung im ländlichen Raum" gestartet.
a) Können mit solchen Projekten der aufsuchenden Hilfe die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten in ländlichen Regionen nachhaltig gemildert werden?
b) Wenn nein, warum nicht?

D2. Fokusfragen

D2.1 Halten Sie die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt innerhalb der Presse für angemessen?

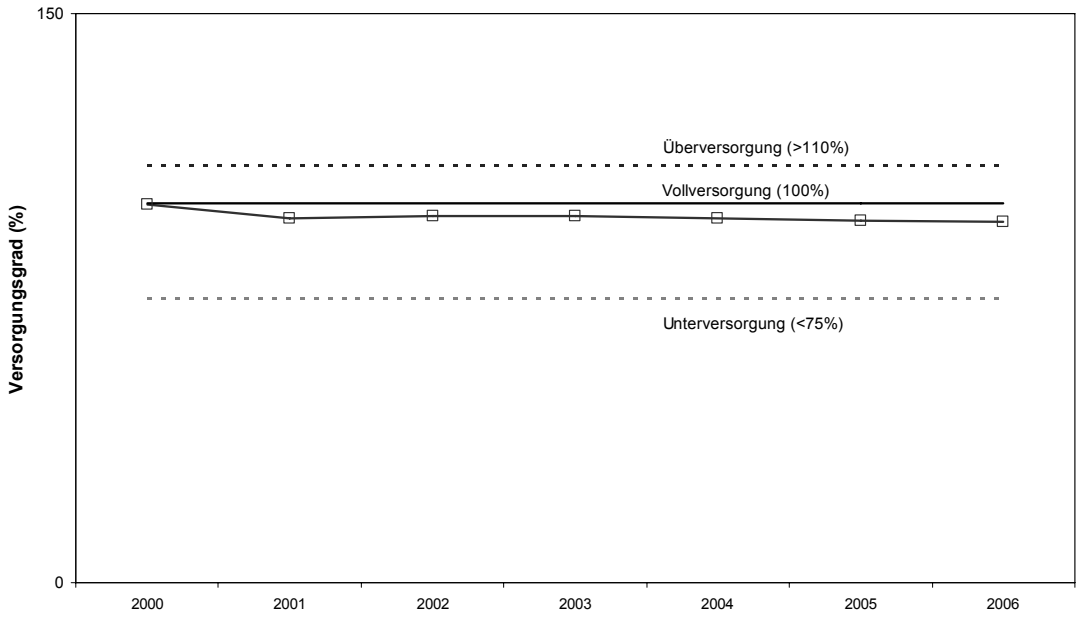
D2.2. Bitte nennen Sie abschließend die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt!

Material 1.1: Bevölkerungsbezogene Dichte von bei den Ärztekammern registrierten berufstätigen Hausärzten, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert 2000-2006



Datenquelle: www.gbe-bund.de

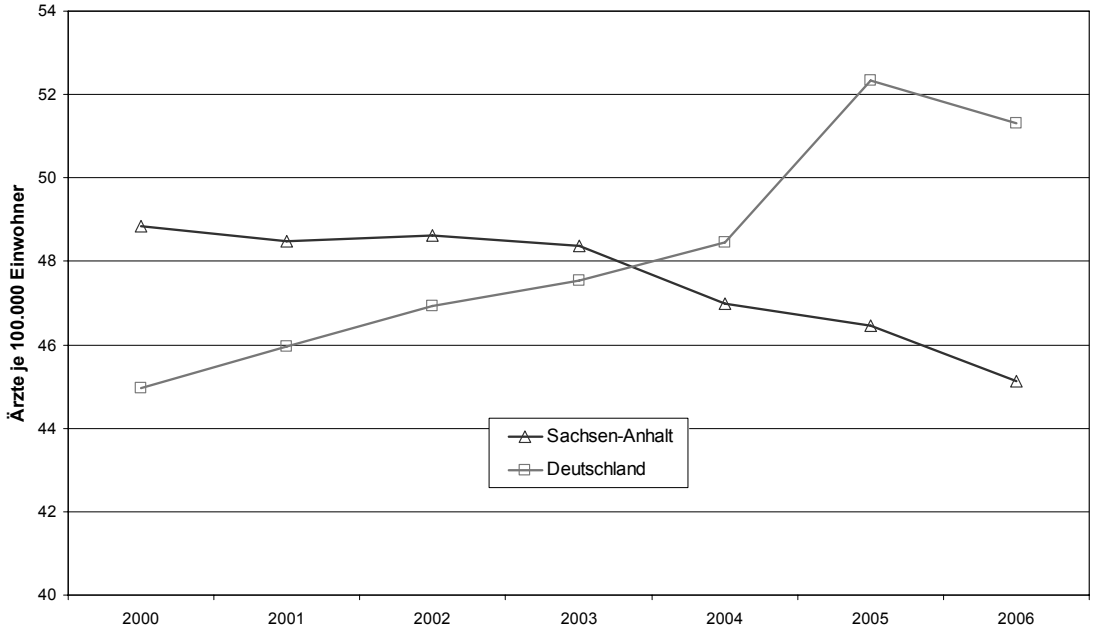
Material 1.2: Versorgungsgrad[1] mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Hausärzten, Sachsen-Anhalt, 2006



Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (AOLG-Indikator

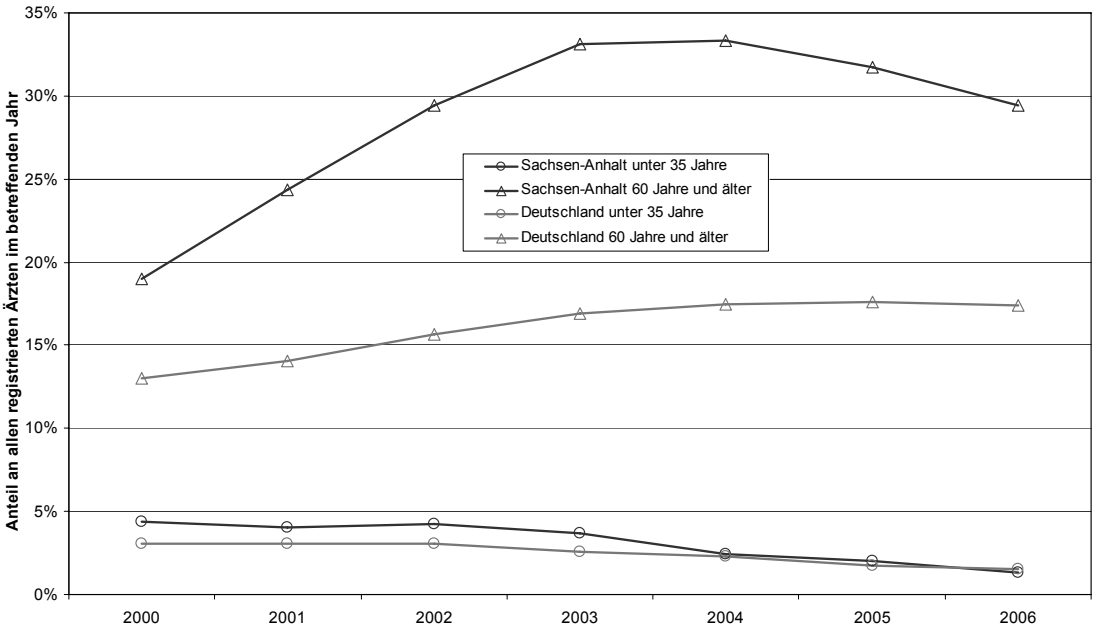
[1] arithmetisches Mittel der Versorgungsgrade in den Kreisen

Material 2.1: Bevölkerungsbezogene Dichte von bei den Ärztekammern registrierten berufstätigen Hausärzten, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



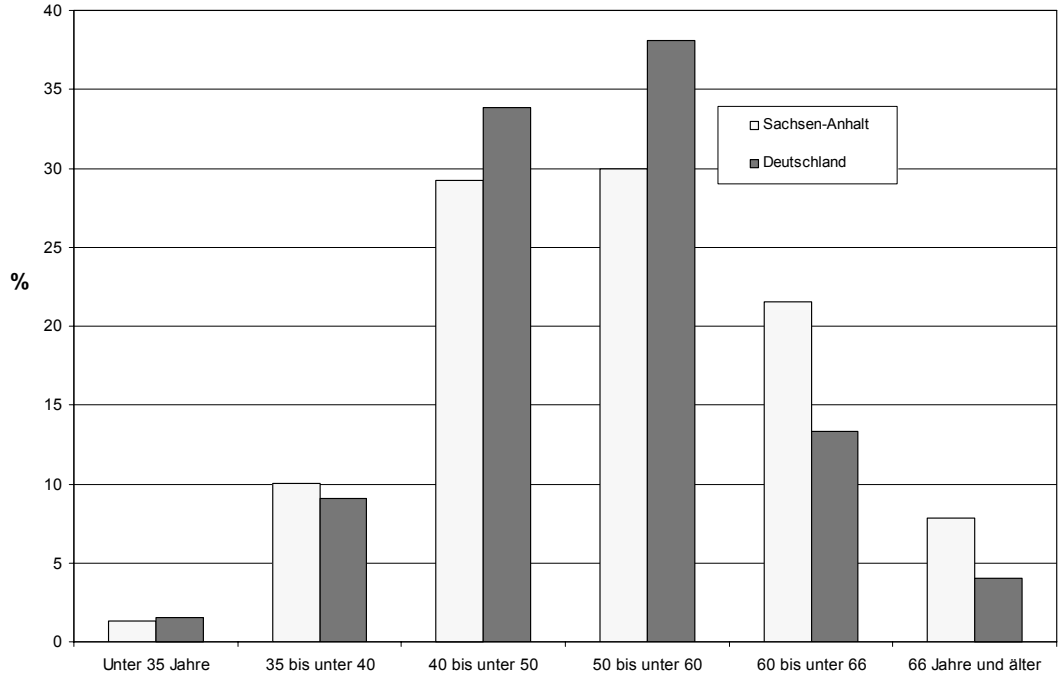
Datenquelle: www.gbe-bund.de

Material 2.2: Altersverteilung und -entwicklung der bei den Ärztekammern registrierten berufstätigen Hausärzte, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich



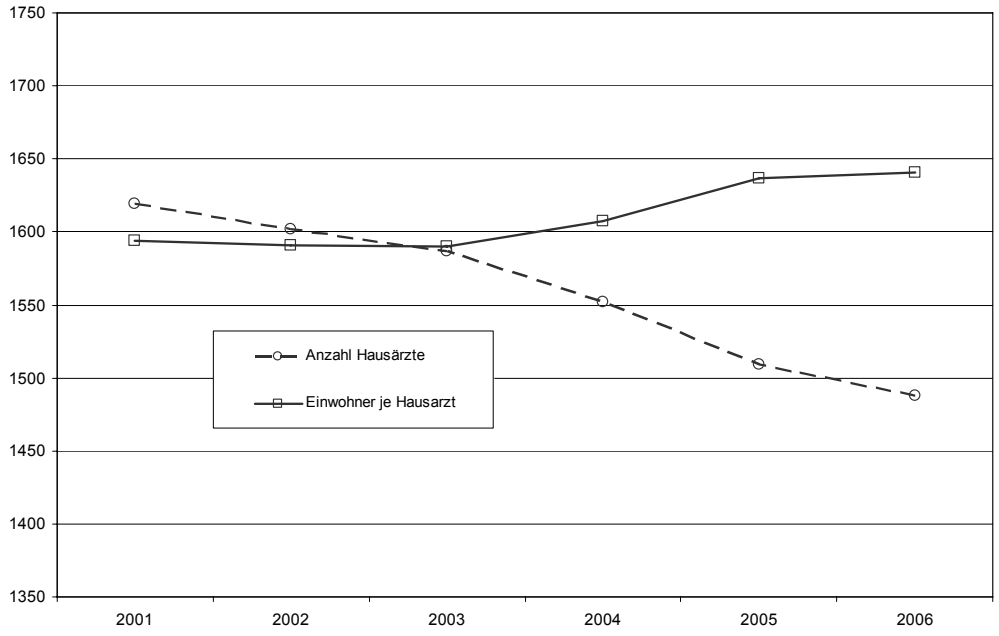
Datenquelle: www.gbe-bund.de

Material 2.3: Altersverteilung der bei den Ärztekammern registrierten berufstätigen Hausärzte, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2006



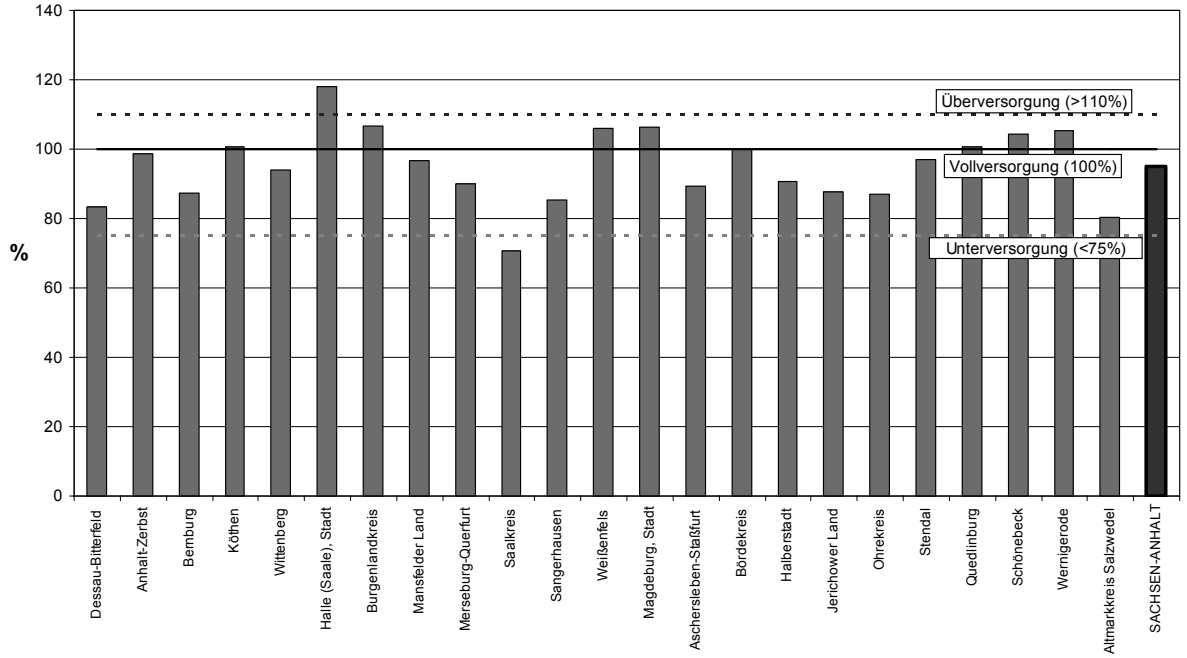
Datenquelle: www.gbe-bund.de

Material 2.4: In ambulanten Einrichtungen tätige Hausärzte, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich



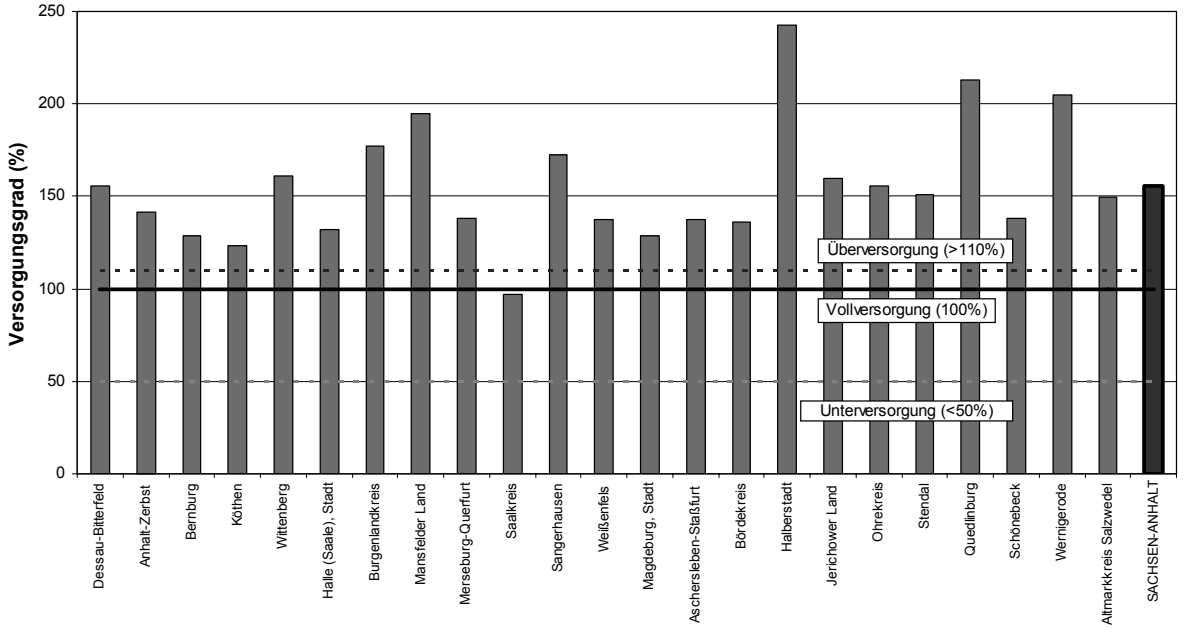
Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (AOLG-Indikator 8.8)

Material 2.5: Versorgungsgrad mit Hausärzten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2006



Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

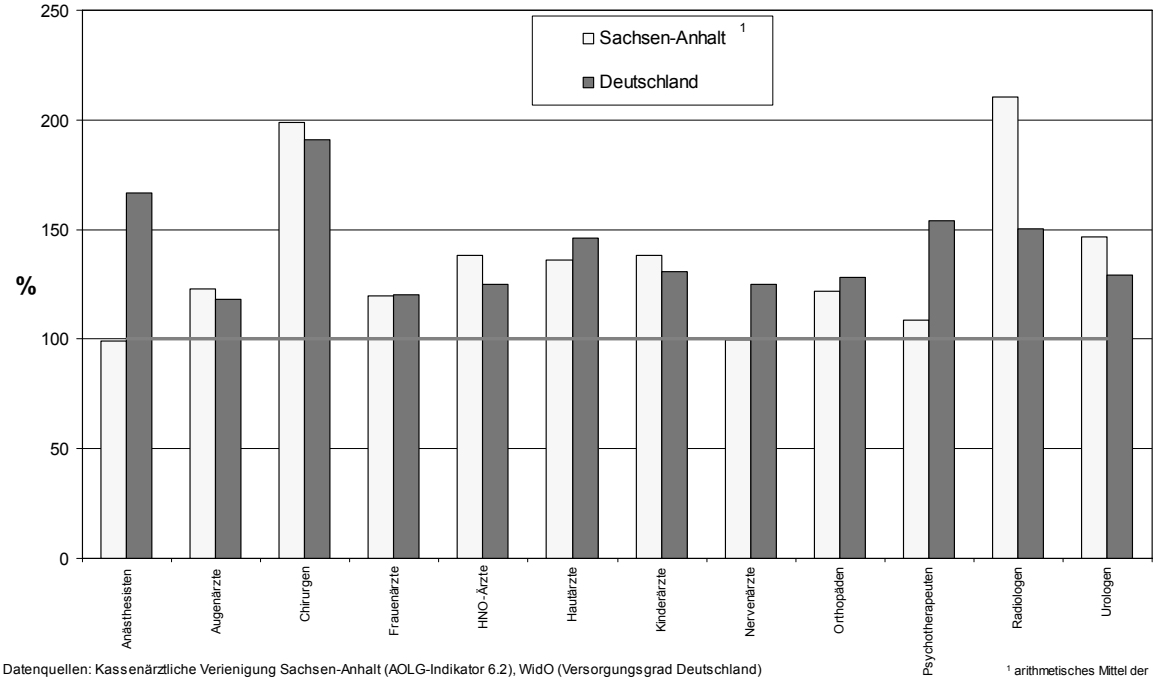
Material 3.1: Versorgungsgrad[1] mit ambulant oder stationär tätigen Fachärzten (außer Hausärzte), Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2006



Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

[1] arithmetisches Mittel der Versorgungsgrade aller Fachgebiete

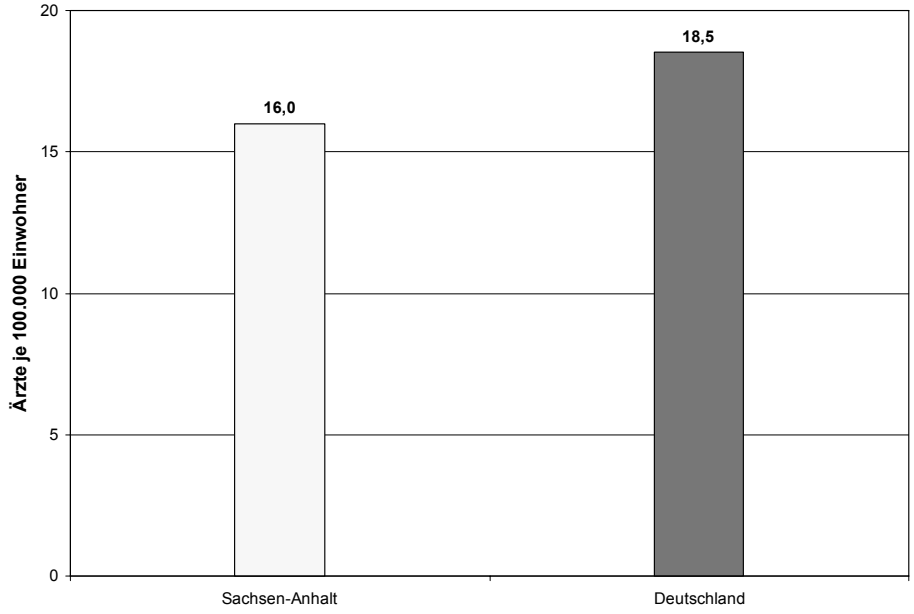
Material 3.2: Versorgungsgrad nach Fachgebieten (ohne Hausärzte), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2005



Datenquellen: Kassenärztliche Verienigung Sachsen-Anhalt (AOLG-Indikator 6.2), WidO (Versorgungsgrad Deutschland)

[1] arithmetisches Mittel der

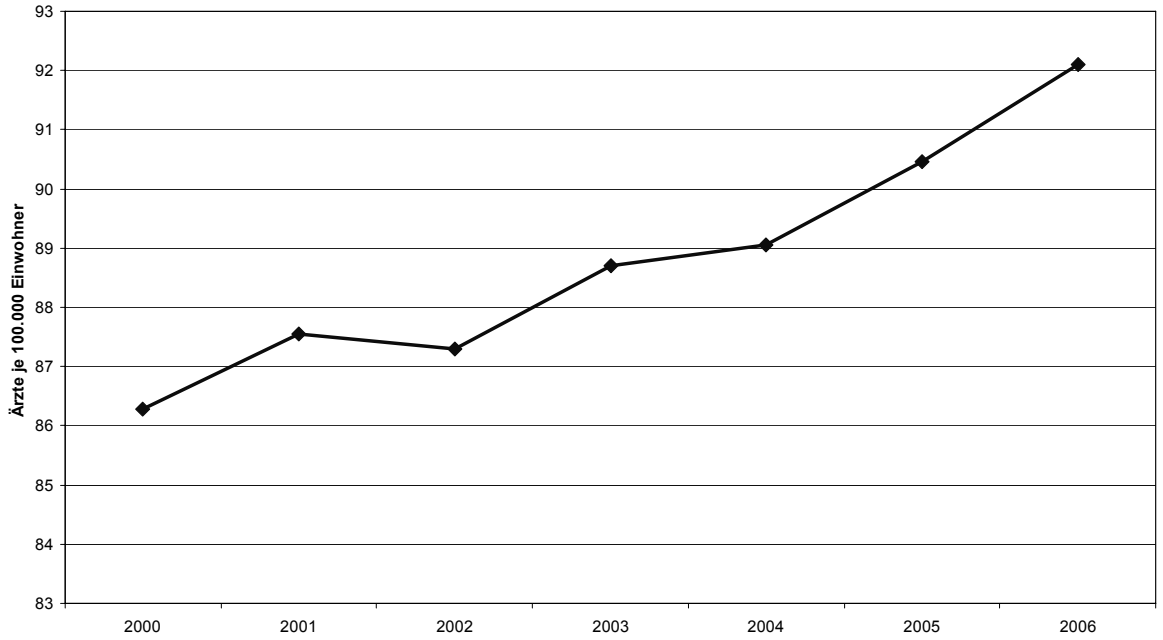
Material 4: Bevölkerungsbezogene Dichte von bei den Ärztekammern registrierten berufstätigen Fachärzten[1] (ohne Hausärzte), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2006



Datenquelle: www.gbe-bund.de

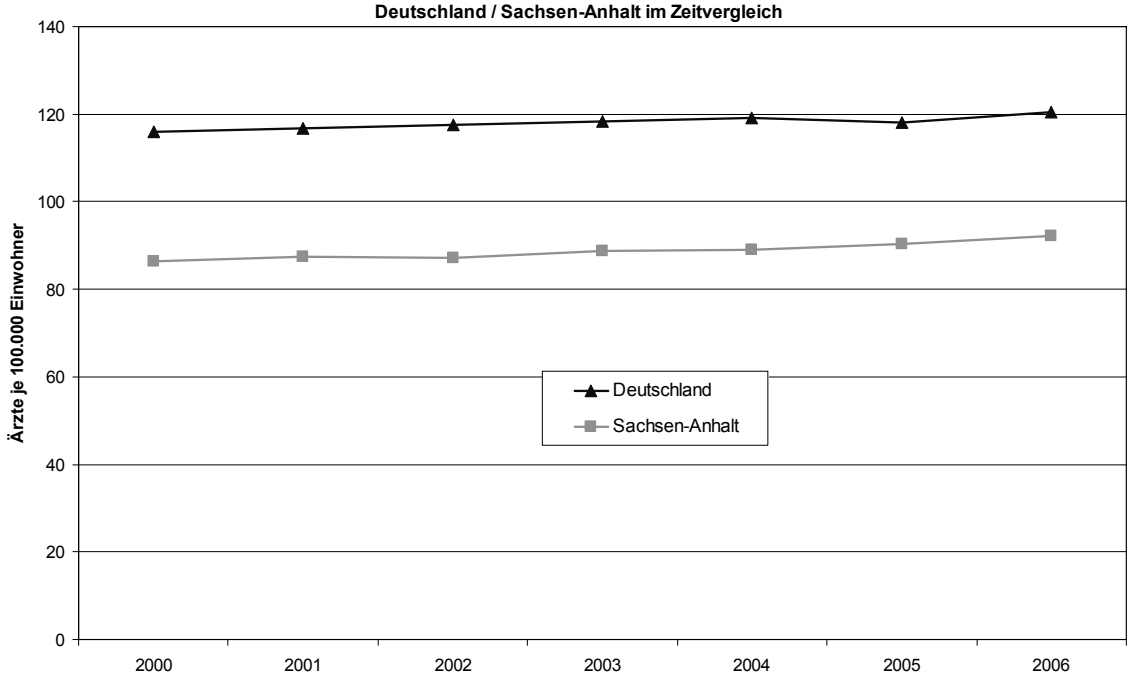
[1] arithmetisches Mittel der Arztdichten aller Fachgebiete

Material 5: Bevölkerungsbezogene Dichte von bei den Ärztekammern registrierten Fachärzten mit ambulanter Tätigkeit (ohne Hausärzte), Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich



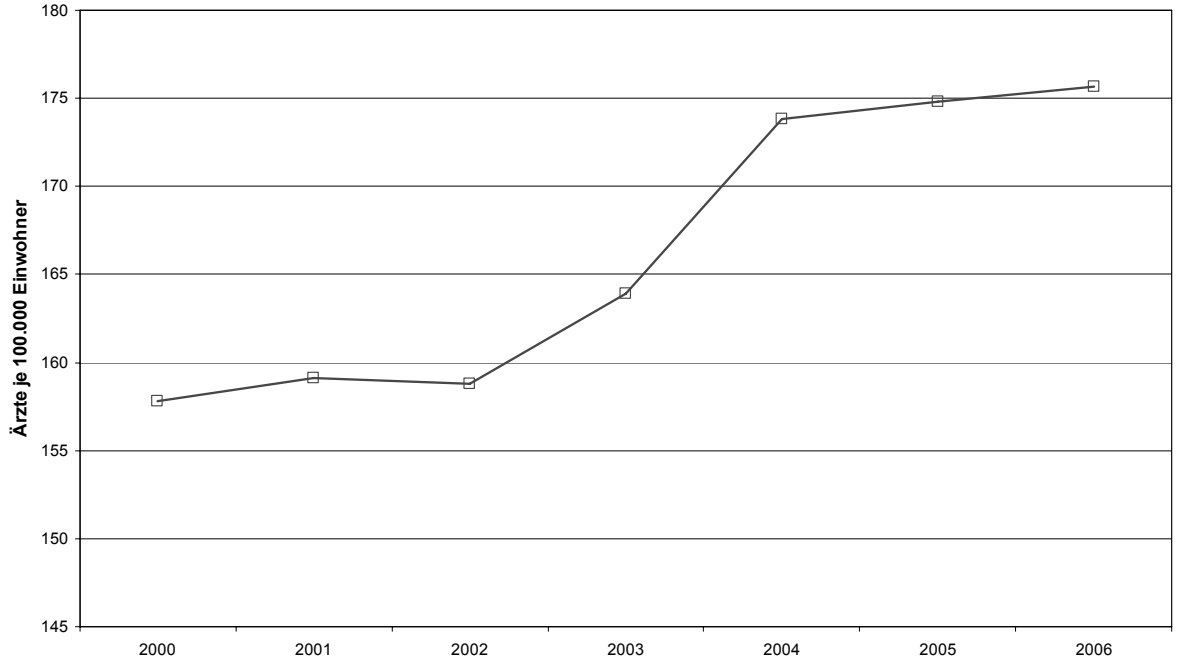
Datenquelle: www.gbe-bund.de

Material 6: Bevölkerungsbezogene Dichte von bei den Ärztekammern registrierten Fachärzten mit ambulanter Tätigkeit (ohne Hausärzte), Deutschland / Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich



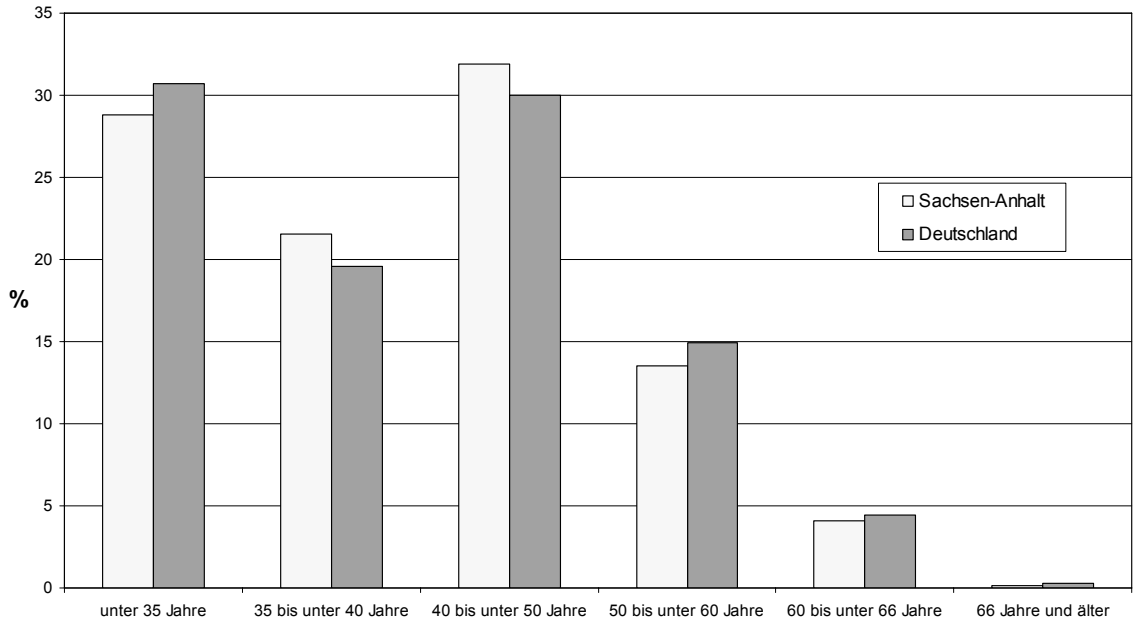
Datenquelle: www.gbe-bund.de

Material 7.1: Bevölkerungsbezogene Dichte von bei den Ärztekammern registrierten Fachärzten mit stationärer/ teilstationärer Tätigkeit, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich



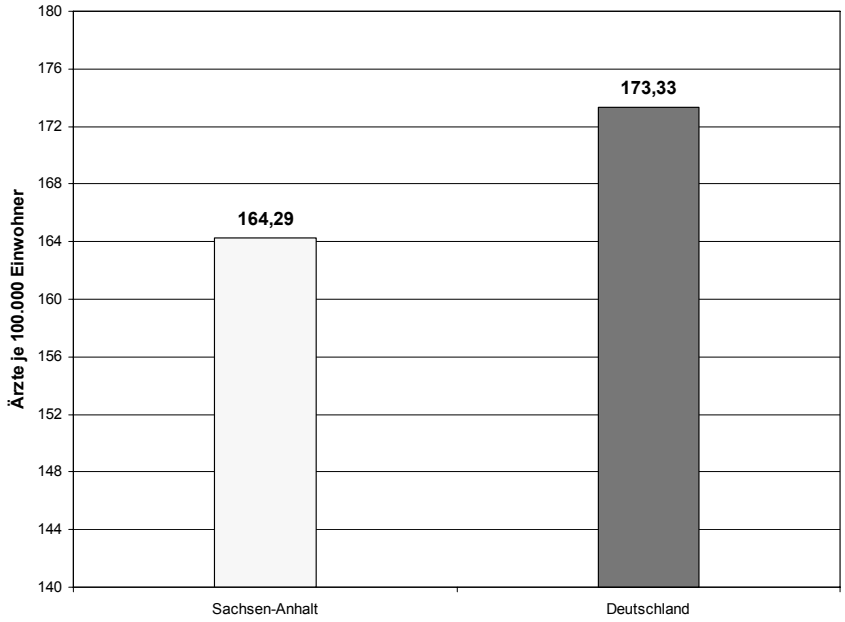
Datenquelle: Ärztekammer Sachsen-Anhalt: Ärzteregister (AOLG-Indikator 8.5)

Material 7.2: Prozentuale Altersverteilung von bei den Ärztekammern registrierten Fachärzten mit stationärer Tätigkeit (ohne Hausärzte), Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2006



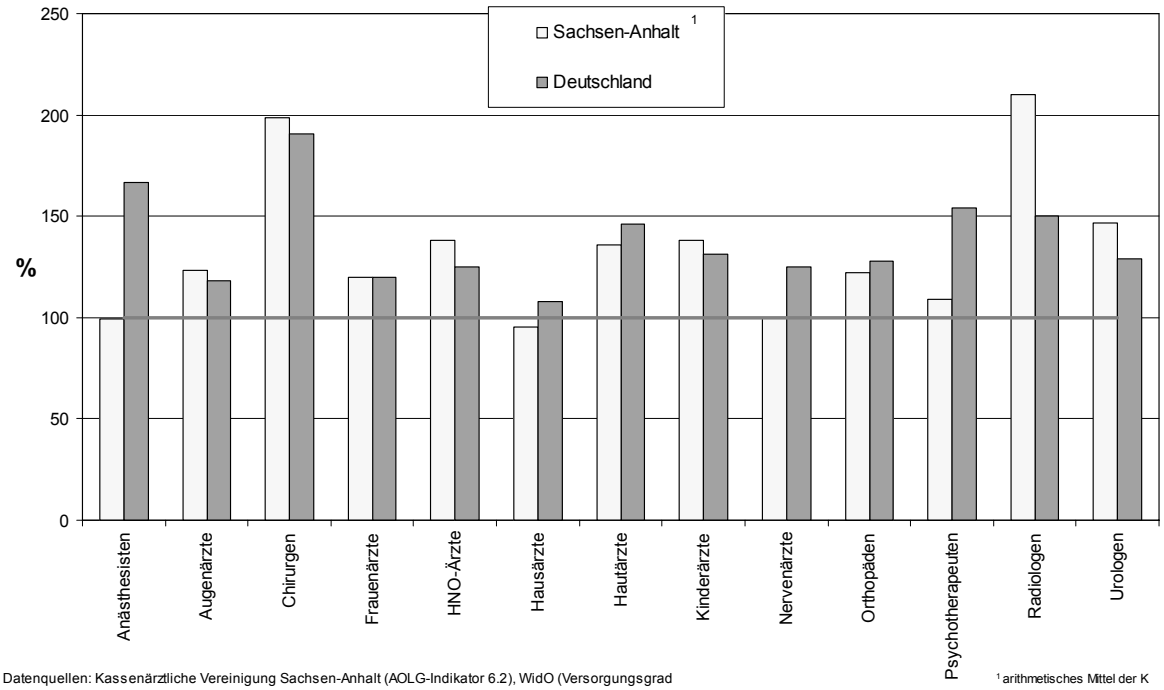
Datenquelle: www.gbe-bund.de

Material 8: Bevölkerungsbezogene Dichte von bei den Ärztekammern registrierten berufstätigen Fachärzten mit stationärer Tätigkeit, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 7-Jahresmittelwert 2000 bis 2006



Datenquelle: www.gbe-bund.de

Material 9: Versorgungsgrad nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2005



Datenquellen: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (AOLG-Indikator 6.2), WidO (Versorgungsgrad

[1] arithmetisches Mittel der K

11.2 Interviewprotokolle (Formblätter)

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Gesprächspartner:	Dr. Jörg Böhme
Funktion:	Vorstandsmitglied
A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	ja
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	nein
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	nein
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	ja
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
In Sachsen-Anhalt besteht eine gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau, die Versorgung wird jedoch immer problematischer auf Grund von knappen Ressourcen, wir haben sowohl einen Ärztemangel im stationären als auch im ambulanten Bereich	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
statistisch gesehen (in der Fläche) momentan keine Unterversorgung aber regional (ländliche Regionen) besteht Unterversorgung, in den Städten wird es auch zukünftig keine Unterversorgung geben (weiche Standortfaktoren > familien- und freizeitfreundliche Infrastruktur)	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
die regionale Unterversorgung ist nicht durch die Bedarfsplanung und den Planungsbereich darstellbar, es scheiden viele Hausärzte altersbedingt aus, in den ländlichen Regionen gibt es für diese keine Nachfolger	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	ja
5. Begründung Ihrer Meinung:	
es geht nicht ausschließlich um die neuen Bundesländer sondern um die nördlichen (Flächen) Länder, ein Hausarzt in den nördlichen Bundesländern muss wesentlich mehr Patienten behandeln als ein Kollege im Süden	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
die Politik hält sich raus und sagt, die Selbstverwaltung müsse die Probleme lösen, andererseits stellt die Politik jedoch Rahmenbedingungen (bspw. die Beitragssatzstabilität steht über allem, die Leistungspflicht wurde erweitert ohne dass dem adäquat Geld gefolgt ist) > insofern sind politische Nicht-Entscheidungen verantwortlich	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	ja
9. Begründung Ihrer Meinung:	
eine meiner Arzthelferinnen ist den ganzen Arbeitstag mit Schreibarbeiten (Bürokratie) beschäftigt, das den Hausärzten auferlegte Qualitätsmanagement ist unangemessen und braucht enorm viel Zeit und Aufwand	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
ich als Hausarzt habe Probleme mit der fachärztlichen Versorgung > Patient bekommt zeitnah nur einen Termin, wenn ich selbst anrufe (hoher Aufwand), bis zum Termin muss ich den Patienten behandeln, obwohl er eine fachärztliche Versorgung bräuchte	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
wenn einer meiner Patienten einen Termin beim Facharzt braucht, bekommt er diesen nur zeitnah, wenn ich als Arzt selbst beim Kollegen anrufe, die Bedarfsplanung verhindert Niederlassungen, die nötig wären	

2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
Patienten gehen mehr und früher zum Arzt und sie wollen schneller zum Facharzt, Patienten werden immer früher aus dem Krankenhaus entlassen und der ambulant tätige Facharzt muss diese (zusätzlich) behandeln, auch bei den Fachärzten nimmt der Anteil an älteren, chronisch kranken Patienten mit hohem Behandlungsaufwand zu	
4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
ich denke, es gibt relativ gesehen einen Mangel an stationär tätigen Ärzten (absolut nicht), es fehlen Weiterbildungsassistenten > die Arbeit müssen Fachärzte übernehmen	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
6. Begründung Ihrer Meinung:	
Fachärzte müssten nachrücken, aber wenn es keine Weiterbildungsassistenten gibt, kann keiner nachrücken, die Weiterbildungsordnung ist nicht mehr zeitgemäß und angemessen (hohe Spezialisierungen), auch im stationären Bereich sind weiche Standortfaktoren entscheidend und wenn es diese nicht gibt, muss die Vergütung besser sein	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	nein
8. Begründung Ihrer Meinung:	
Hierarchie ist nicht das Problem, einer muss sagen, wie es gemacht wird und das muss derjenige sein, der die Verantwortung trägt	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
ja, dies verhindert stationäre Einweisungen	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
optimal und preisgünstige Therapie wäre möglich	
12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
Krankenhäuser operieren im Rahmen dieser Programme nur Patienten, die sich rechnen, es wird ein Rahmenvertrag geschlossen, mit dem sich das Krankenhaus abhängig von der Kasse macht	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
stimmt, es sollte keine Vergütungswettbewerbe geben, sondern nur Wettbewerb um den Patienten, die privaten Betreiber von Krankenhäusern sind Aktionäre, die eine Wertsteigerung ihrer Geldanlagen erreichen wollen, das hat nichts mit dem Gesundheitswesen zu tun, es wird nicht mehr vom Patienten, sondern vom DRG gesprochen	
14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
es ist ein innerbetriebliches Organisationsproblem, aber es gibt eine Grenze, bis zu der man ein Krankenhaus vernünftig führen kann > man kann nicht dauerhaft seine Angestellten auf Verschleiß fahren lassen (es steigt die Burnout-Rate im Krankenhaussektor an)	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
die Bedarfsplanung ist nicht mehr zeitgemäß, es werden (nötige) Niederlassungen verhindert	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
Bedarfsplanung, bspw. nach Altersgruppen, wichtig: wenn man die Bedarfsplanung öffnen würde (wenn sich mehr Ärzte niederlassen dürften), müsste auch die Vergütung erhöht werden	

4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
nur kurzwirksam, Ärzte arbeiten zwei Jahre länger, aber das ist keine dauerhafte Lösung	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	nein
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	nein
7. Begründung Ihrer Meinung:	
Geld ist nicht allein die Lösung, Bürokratie abbauen und Vertrauen aufbauen	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
Bürokratie, Vergütung, Arbeitsbedingungen	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
die Landeskinder müssten hier gehalten werden und dazu bewegt werden, hier Hausarzt zu werden (über Stipendien), Zuschüsse und Förderung für die Weiterbildung	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
es gibt erhebliche Vergütungsprobleme bei der Weiterbildung zum Facharzt im ambulanten Bereich (Weiterbildungsassistent kann in der Praxis nichts zusätzlich erwirtschaften (Budgetierung), aber die Ausbildung muss zu 50 % vom ausbildenden niedergelassenen Arzt erfolgen), es gibt genug Medizinstudenten, aber nach Abschluss mangelt es an jungen Medizinern, die in Patientenversorgung gehen	
12. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
Initiativen wie in Sachsen, wo Medizinstudenten Stipendien gezahlt werden, wenn sie sich verpflichten sich nach dem Ende des Studiums in Sachsen niederzulassen, kann ich nur unterstützen, Förderung und Zuschüsse für die Weiterbildung, junge Menschen müssen Perspektiven haben für ihre persönliche, familiäre und berufliche Zukunft (Standortfaktoren)	
13. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	nein
14. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
MVZ lösen nicht die Versorgungsprobleme im ländlichen Bereich > wir brauchen sie nicht, denn MVZ bilden sich in den Städten, wo die Versorgung schon gut ist, ein Krankenhaus betreibt ein MVZ um seine Betten mit selektierten Patienten voll zu belegen (Gewinnoptimierung), die IV geht nur in eine Richtung (Krankenhäuser dürfen ambulante Versorgung leisten, ambulante Fachärzte dürfen sich aber nicht zusammenschließen, um ein Krankenhaus zu eröffnen)	
15. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
die einzigen, auf deren Schultern IV ruhen könnte, sind Haus- und Facharzt, der Hausarzt führt den Patienten und kommuniziert mit dem Facharzt (das geschieht in der Praxis bereits)	
16. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	ja
17. Begründung Ihrer Meinung:	
sehr gutes Projekt	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
19. Begründung Ihrer Meinung:	
es wird nicht über das Wichtige berichtet, die Presse schreibt, was der Staat möchte	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt.	
1. Bürokratie abbauen; 2. Vergütung erhöhen; 3. Arbeitsbedingungen verbessern	

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	AOK Sachsen-Anhalt
Gesprächspartner:	Uwe Deh
Funktion:	Vorstand
A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	nein
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	nein
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	nein
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	nein
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
die Gesundheitsversorgung Sachsen-Anhalts hat die Nachwendezeit gut gemeistert, es fehlt jedoch die Orientierung auf die Zukunft des Landes in der sich demografische Probleme verschärfen werden, wir brauchen einen Transformationsprozess (Anpassung an die demografische Entwicklung) für die Versorgungsstrukturen	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
wir haben kein Mengenproblem (noch nie so viele Ärzte in der Versorgung wie heute), sondern ein Verteilungsproblem, die Hausärzteschaft hat sich wie die gesamte Bevölkerung veraltert und die Berufsperspektive vieler Hausärzte beträgt nur noch wenige Jahre	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	nein
3. Begründung Ihrer Meinung:	
im hausärztlichen Bereich gibt es derzeit keine erkennbare Unterversorgung, es gibt jedoch das Problem, dass die Bevölkerung das Gefühl hat, dass die Versorgung in den letzten Jahren immer schlechter wird > es werden primär negative Faktoren der Versorgung in der Öffentlichkeit diskutiert > dies stärkt die Wahrnehmung der Bevölkerung, es gäbe ein Problem	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorg. in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	nein
5. Begründung Ihrer Meinung:	
die Verteilung der Hausärzte in ST auf die Bevölkerung weicht nicht gravierend von anderen Bundesländern ab, aber die Bevölkerung in ST weist einen höheren Behandlungsbedarf auf > viele Hausärzte arbeiten mehr als Kollegen in den alten Bundesländern, aber es ist nicht flächendeckend so, dass die Hausärzte in ST über ein leistbares Maß hinaus arbeiten müssen	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	nein
7. Begründung Ihrer Meinung:	
bezogen auf die Hausärzte, hat die Politik in den letzten Jahren durchweg Entscheidungen getroffen, die die Hausärzte stärken sollen	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	nein
9. Begründung Ihrer Meinung:	
vieles, was als Bürokratie definiert wird, ist dringend notwendig, wenn man bestimmte Zielstellungen erreichen will, andererseits hat jedoch der Gesetzgeber den Hang vieles überzuregulieren > führt beim Arzt zum Gefühl, sich an tausende Vorschriften halten zu müssen	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
AOK, Hausärzteverband und KV haben in den letzten vier Jahren zusammengearbeitet und Schritte zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung gemeinsam vollzogen (bspw. Hausarztprogramm)	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
noch nie so viele Ärzte in der Versorgung wie heute, große ostdeutsche Ärztegruppe, die Anfang der 60er Jahre ausgebildet wurde und derzeit nach und nach in den Ruhestand geht	

2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
es gibt eine große ostdeutsche Ärztegruppe die Anfang der 60er Jahre ausgebildet wurde und diese Ärzte gehen derzeit nach und nach in den Ruhestand, dies könnte man als bedrohlich bezeichnen, die Mediziner konzentrieren sich bei den Facharztrichtungen nicht auf das, was gebraucht wird	
4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
Anteil ausländischer Ärzte nimmt zu (Ost-West-Verschiebung innerhalb Europas), zu viel Krankenhausstruktur > müsste abgebaut werden > die „freiwerdenden" Ärzte im Land behalten und auf andere Stellen verteilen	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	nein
6. Begründung Ihrer Meinung:	
wir haben in ST nicht zu wenig Fachärzte für die Versorgung sondern zu viele Krankenhäuser auf die sich die Ärzte verteilen (hätten alle Krankenhäuser in ST sämtliche Stellen besetzt, hätten wir eine drastische Überversorgung)	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	ja
8. Begründung Ihrer Meinung:	
Arbeitsbedingungen im Krankenhaus hängen stark von der Krankenhausführung ab, es gibt häufig die Situation, dass Kliniken so geführt werden, dass junge Mediziner dort nicht arbeiten wollen, verschärft werden die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus dadurch, dass sich das Miteinander der beteiligten Berufsgruppen in den letzten Jahren in ein Gegeneinander verwandelt hat, es wird in Deutschland zunehmend entscheidender, welche Region Ärzten ein attraktives Umfeld bieten kann	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
es gibt Entwicklungen, die bei den Ärzte so wahrgenommen werden, aber die Lösung dieser Problematik ist nicht, innerhalb einer Stadt 5 Kliniken mit 80 % des nötigen Personals vorzuhalten, sondern eine dieser 5 Kliniken zu schließen und das Personal auf die 4 anderen Einrichtungen zu verteilen, damit diese dann zu 100 % besetzt sind	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	nein
11. Begründung Ihrer Meinung:	
die regionale Verteilung ist nicht das Entscheidende, wir brauchen ein medizinisch abgestuftes System zwischen wohnortnaher Facharztversorgung (primäre Versorgung durch Frauenärzte, Kinderärzte, Augenärzte) und hochspezialisierter Facharztversorgung, die nicht wohnortnah, sondern zentral vorgehalten werden muss, abgestuft wird nach Grad der Spezialisierung und nach der Häufigkeit der Behandlungen	
12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
ich halte dies primär für einen Marketinggag, weil dies der Vorschlag einer Kasse ist, die innerhalb der Krankenhausversorgung in ST einen Marktanteil von unter 5 % hat	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
Medizin ist heute ohne Ökonomie nicht mehr machbar, Gesundheitsversorgung ist teuer und muss deshalb beantworten, wie mit dem Geld möglichst effizient umgegangen wird, es ist aber immer die Frage, wie das Krankenhaus mit dieser Situation umgeht	
14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
innerbetriebliche Organisation ist ein entscheidender Faktor, aber nicht alles	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
die Bedarfsplanung ist kein Allheilmittel, sondern ein grobes Raster, um Auffälligkeiten zu erkennen und diesen entgegenzuwirken	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
man könnte die Bedarfsplanung unendlich verfeinern, aber das wäre keine Lösung, sondern würde alles nur verkomplizieren, unter dem groben Raster der Bedarfsplanung müssen Versorgungsstrukturen und Probleme individuell regional betrachtet werden	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
es ist eine finanzielle Unterstützung, aber Geld ist nicht alles, man sollte sich lieber damit auseinandersetzen, was Mediziner wollen	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	nein
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	nein
7. Begründung Ihrer Meinung:	
Geld ist nicht alles, wenn mehr Geld die Lösung sein soll, müsste es eine eindeutige finanzielle Anreizstruktur geben, diese haben wir z.Z. in Deutschland nicht	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
Arbeitsbedingungen (Krankenhausführung, Gegeneinander des medizinischen Personals)	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
Geld ist nicht alles, man sollte sich damit auseinandersetzen, was junge Mediziner wollen	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	nein
11. Begründung Ihrer Meinung:	
es gibt genug Medizinstudiumsabsolventen, aber die Mediziner konzentrieren sich bei den Facharztrichtungen nicht auf das, was gebraucht wird	
12. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
Geld ist nicht alles, man sollte sich damit auseinandersetzen, was junge Mediziner wollen	
13. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	ja
14. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
IV und MVZ sind eine echte Chance, die AOK nutzt diese und hat als Ziel dabei immer die optimale Versorgung der Patienten	
15. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	

16. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	ja
17. Begründung Ihrer Meinung:	
mit einer Praxisassistentin kann eine Arztpraxis pro Quartal mehr Menschen auf hohem Niveau versorgen, Patienten sind begeistert und dankbar, das Wegbrechen von Hausärzten in der Fläche wird mit solchen Hilfen, die weite Räume versorgen können, abgepuffert	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
19. Begründung Ihrer Meinung:	
die Presse ist zunehmend unter dem Druck grelle Schlagzeilen zu produzieren, dies tut man mit positiven Berichten aus dem Gesundheitswesen nicht, es ist eine Spirale, die die Wahrnehmung der Bevölkerung anfeuert, es ist schwer möglich, positive Botschaften zu positionieren	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in ST.	
1. raus aus der Befindlichkeitsdiskussion (Ärzte fragen, was sie wollen); 2. das Mögliche dessen, was Ärzte wollen umsetzen; 3. Versorgungsstrukturen umbauen mit einer Praxisassistentin kann eine Arztpraxis pro Quartal mehr Menschen auf hohem Niveau versorgen, Patienten sind begeistert und dankbar, das Wegbrechen von Hausärzten in der Fläche wird mit solchen Hilfen, die weite Räume versorgen können, abgepuffert	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
19. Begründung Ihrer Meinung:	
die Presse ist zunehmend unter dem Druck grelle Schlagzeilen zu produzieren, dies tut man mit positiven Berichten aus dem Gesundheitswesen nicht, es ist eine Spirale, die die Wahrnehmung der Bevölkerung anfeuert, es ist schwer möglich, positive Botschaften zu positionieren	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in ST.	
1. raus aus der Befindlichkeitsdiskussion (Ärzte fragen, was sie wollen); 2. das Mögliche dessen, was Ärzte wollen umsetzen; 3. Versorgungsstrukturen umbauen	

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	Hartmannbund Sachsen-Anhalt
Gesprächspartner:	Dr. Horst-Joachim Erbe, Dipl.-Med. Bruno Jung
Funktion:	Vorsitzender, Pressesprecher

A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	ja
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	nein
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	nein
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	ja
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
Budgetierung führt zu Frustration unter den Ärzten (Behandlung ohne Vergütung), Leistungserbringer sind am Rande ihrer Leistungskraft, Vermutung: in den nächsten 5 – 6 Jahren bricht das Gesundheitswesen zusammen	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
Rückgang der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte, hausärztliche Versorgung läuft auf eine Katastrophe zu > Mangel v. a. im ländlichen Bereich, aber auch in größeren Städten bereits erste Tendenzen in Richtung Mangel	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
Ursachen für Mangel: Überalterung der Hausärzteschaft, Ausbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin, Stellenwert von Hausärzten, Unterfinanzierung, Bürokratie, Verlust von Handlungsautonomie, schlechte soziale Strukturen (Infrastruktur), Abwanderung der Hausärzte ins Ausland	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorg. in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	ja
5. Begründung Ihrer Meinung:	
ein Arzt in den neuen Bundesländern muss im Schnitt 30 % mehr Patienten behandeln als der Kollege in den alten Ländern, einige Ärzte gehen so früh wie möglich in den Ruhestand auf Grund der hohen Arbeitsbelastung	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
ständige Ignoranz der Politik gegenüber den Problemen der ärztlichen Versorgung, an der Spitze des Gesundheitswesens sitzen dafür nicht qualifizierte Leute (Frau Schmidt ist Lehrerin > fehlendes medizinisches Wissen, keine Kenntnisse über den Versorgungsalltag), Probleme der Unter- und Überversorgung resultieren aus der von der Politik festgelegten Bedarfsplanung, der Budgetierung und der Erhöhung der Bürokratie, auf der anderen Seite ist die Politik unfähig, eigentlich notwendige Entscheidungen zu treffen	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	ja
9. Begründung Ihrer Meinung:	
ein Arzt unterliegt ständigen Reglementierungen und kann Patienten teilweise nicht nach bestem Ermessen behandeln (Strafen drohen), Bürokratie lähmt die Arztpraxen	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
Hausarztmodell spricht den Bürgern die Fähigkeit ab, selbst zu entscheiden welchen Arzt sie benötigen, die Kommunikation zw. Haus- und Facharzt ist schlechter geworden (es gibt Standardüberweisungen ohne verlässliche Problembeschreibung), Patienten scheuen den Aufwand, es passiert nicht häufig aber: es entstehen Mehr-Kosten, wenn Hausärzte nötige Fälle nicht überweisen (Verschleppung von Erkrankungen)	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
in einzelnen Fachgebieten Rückgang der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte, in bestimmten Fachgebieten bereits Unterversorgung, Arzt hat kaum noch Zeit für den Patienten, Wartezeiten haben extrem zugenommen (in der Praxis und auf einen Termin), Budgetierung verhindert Mehr-Arbeit, weil diese nicht zusätzlich vergütet wird	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
Ursachen für Mangel: Nachwuchsprobleme (Abbau von Weiterbildungsstellen > auf Grund der Arbeitsverdichtung im Krankenhaus werden bevorzugt Fachärzte angestellt), Bürokratie, Verlust von Handlungsautonomie, schlechte soziale Strukturen (Infrastruktur)	
4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
aktuell keine Unterversorgung, aber die Personalsituation ist extrem angespannt	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
6. Begründung Ihrer Meinung:	
Entwicklung der Facharztdichte in einigen (unattraktiven) Regionen stark rückläufig, zunehmende Zahl ausländischer Ärzte (aber auch für diese Deutschland nur Sprungbrett in andere europäische Länder)	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	ja
8. Begründung Ihrer Meinung:	
nicht angemessene Vergütung (von Ärzten und Pflegepersonal), Bürokratie (DRGs), Nichteinhalten des Arbeitszeitgesetzes, keine Vergütung von Überstunden, keine Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zunehmende Arbeitsverdichtung, keine ordentliche Weiterbildung	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
Personalabbau findet statt auf Grund von Unterfinanzierung der Krankenhäuser, hohe Personalfluktuation	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	nein
11. Begründung Ihrer Meinung:	
generell sind die Niederlassungszahlen wenig sinnvoll	

12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
Gefahren: Krankenhäuser können gegeneinander ausgespielt werden, es kann zu Dumping führen und dann leidet die Qualität, Patient wird entmündigt (keine freie Krankenhauswahl)	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
trifft völlig zu, Patienten werden wie ein Maschinenteil auf ein Fließband gelegt und werden von ständig wechselndem Personal versorgt, es gibt Fälle, bei denen sich Krankenhäuser geweigert haben, behandlungsaufwendige (teure) Patienten aufzunehmen, weil die Leistungen nicht adäquat vergütet werden, Ärzte stehen unter starkem ökonomischem Druck des Managements, Patienten werden „blutig" entlassen (belastet den ambulanten Sektor)	
14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
entspricht nicht den Tatsachen	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
steuert nicht das Niederlassungsverhalten der Ärzte (überversorgte Planungsbereiche bleiben überversorgt, unterversorgte Bereiche bleiben unterversorgt), Verhältniszahlen die der Bedarfsplanung zu Grunde liegen wurden nicht wissenschaftlich ermittelt sondern im damaligen Bundesausschuss verhandelt > Status eines Planungsbereiches spiegelt nicht den Versorgungsbedarf wider, es ist eine sozialistische Planwirtschaft und das funktioniert nicht, es wird nicht berücksichtigt: dass Patienten heute früher aus dem Krankenhaus entlassen werden und die ambulanten Ärzte nach einer OP die Nachsorge übernehmen müssen, dass der bürokratische Aufwand zugenommen hat und die Zeit für den Patienten somit abgenommen hat	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
wenn Bedarfsplanung, dann nur unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Versorgungsforschung; so etwas wie eine Bedarfsplanung gehört nicht ins Gesetz > Niederlassungen würden sich von alleine regeln	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
das Geld wird den anderen Ärzten abgezogen (Frechheit), es ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein, Nachwuchsprobleme und Überalterung der Ärzteschaft werden hiermit nicht entschärft	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	ja
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
die Budgetierung führt zu einer nicht adäquaten Vergütung ärztlicher Leistung, steigende Nebenkosten (Lohnnebenkosten, Wartung der Praxisausstattung etc.) werden nicht berücksichtigt; würde angemessen vergütet werden, könnten Ärzte mehr Patienten behandeln (es gäbe nicht nur den Anreiz des Mehrverdienstes, sondern auch die Möglichkeit, den Mitarbeitern Mehrarbeit adäquat zu vergüten)	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
bessere: Arbeitsbedingungen, Vergütung, Wertschätzung des Arztberufes, Vereinbarkeit von Beruf und Familie	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
s.o.	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
ausreichende Zahl von Studienanfängern (obwohl Zahl schon wieder leicht rückläufig), aber viele Absolventen gehen nicht in die Patientenversorgung	
12. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
Attraktivität des Arztberufes erhöhen	
13. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	nein
14. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
MVZ sind Polikliniken, die IV ist von der Idee her sehr gut (Kommunikation zw. den Ärzten), im MVZ können Ärzte angestellt arbeiten (sparen sich die hohen Investitionskosten), Problem: MVZ sind ausdrücklich zur Kostenersparnis und Gewinnmaximierung geschaffen worden > Folgen: Krankenhäuser wollen über MVZs Patienten (auch außerhalb ihres Einzugsbereichs) gewinnen, es werden Patienten ins Krankenhaus eingewiesen, die auch ambulant behandelt werden könnten (Fehlleitung), ungerechter Wettbewerb (Ärzte eines MVZs haben größeres Finanzpotential als das „Kleinunternehmen" niedergelassener Arzt), MVZs werden von den Krankenhausgroßunternehmen (Rhön, Helios usw.) genutzt, um (über)regional stationäre und ambulante Monopole zu schaffen (aus diesen Monopolen ergeben sich zwangsläufig Probleme für Mitarbeiter, Versicherte, Kommunen bzw. die gesamte Gesellschaft)	
15. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
16. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	nein
17. Begründung Ihrer Meinung:	
dient der Entlastung des Hausarztes, aber nicht der Substitution ärztlicher Tätigkeiten; arztentlastende Strukturen sind vor dem Hintergrund zunehmender Morbidität der Versicherten notwendig, zu klärende Frage: wie ist die Haftung versicherungstechnisch geregelt? (hohe Verantwortung), Gefahr: die Praxisassistentin könnte sich selbst überschätzen (den Arzt zu spät hinzuziehen)	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
19. Begründung Ihrer Meinung:	
die Kassen investieren riesige Mengen in die Medien und beeinflussen diese massiv > Berichterstattung ist einseitig	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt	
1. Budgetierung aufheben; 2. Gebührensystem GOÄ durchsetzen; 3. Kostendeckungsprinzip (Patient bekommt Rechnung, bezahlt selbst oder lässt seine Krankenkasse bezahlen); 4. Niederlassungssperre aufheben; 5. verhindern, dass Versichertenbeiträge zweckentfremdet werden > Kontrollmechanismus; 6. Bürokratie abbauen; 7. Aufklärung des Bürgers	

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	Hausärzteverband Sachsen-Anhalt
Gesprächspartner:	Herr Andreas Petri
Funktion:	Vorsitzender
A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	ja
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	nein
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	nein
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	ja/ nein
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
man kann ST nicht isoliert betrachten, die Gesundheitsversorgung in Dtl. ist gekennzeichnet von der Diskrepanz zw. dem Möglichen und dem Bezahlbaren, es gibt in der Gesellschaft keinen Diskurs/kein Einvernehmen darüber, was Gesundheitsversorgung leisten soll (was medizinisch notwendig ist) und kosten darf	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
im Moment halten die Hausärzte und die Patienten die Situation noch aus	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
wenn die Nachwuchsentwicklung so eintritt, wie sie prognostiziert wird, werden wir in den nächsten 5-10 Jahren zu wenig Hausärzte haben, so dass die Versorgung in der jetzigen Situation nicht mehr möglich sein wird	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/ nein)	ja
5. Begründung Ihrer Meinung:	
20 – 25 % mehr Patienten pro Quartal, Patienten älter und kränker, schlechte Verdienstaussichten (80%)	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
ständig neue Regelungen und Gesetze > so etwas schafft Bürokratie; Regelungen sind nicht mehr zu durchschauen; Formalitäten und Anträge (bspw. für Hilfsmittel) so aufwendig, dass es nicht mehr im Verhältnis steht (hiermit soll die Leistung verzögert oder verhindert werden um Kosten zu sparen)	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	ja
9. Begründung Ihrer Meinung:	
extrem hohe Bürokratiebelastung, s.o.	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
Probleme mit der Weiterbildung: keine zentrale Stelle, an die sich der Weiterbildungsassistenten wenden kann (soll eingerichtet werden), die Finanzierung der Weiterbildungsassistenten unklar > der ausbildende Praxisinhaber muss 50 % des Gehaltes zahlen; aber bei den heutigen Bezahlregelungen für ambulante Leistungen kann er keine 50 % mehr erwirtschaften (Praxisbudget)	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
riesige Wartezeiten könnten minimiert werden, wenn man Leistungen adäquat vergüten würde und nicht über Praxisbudgets; in ST gibt es genügend Fachärzte aber zu wenig Geld für diese	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
es wird eine Unterversorgung mit fachärztlichen Leistungen geben, wenn nicht mehr gezahlt wird	

4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
auf Grund von permanenten Einsparungen hat die Qualität der Krankenhäuser nachgelassen	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
6. Begründung Ihrer Meinung:	
Lohnzuwächse für das ärztliche Personal führen nicht zur Erhöhung des Krankenhausbudgets > es werden Stellen gespart	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	ja
8. Begründung Ihrer Meinung:	
Ärzte gehen in andere (Bundes)Länder und geben als Ursache schlechte Arbeitsbedingungen an, Zahl der ausländischen Ärzte nimmt zu	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
ja, aber nicht nur beim ärztlichen, sondern auch beim Pflegepersonal	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
die Verteilung muss aber nicht nur regional, sondern v.a. bedarfsgemäß erfolgen	
12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
Verträge zwischen Ärzten (egal ob stationär oder ambulant) und Krankenkassen, in denen festgelegt wird, was wird zu welchem Preis wie oft gemacht wird, sind dem heutigen Bezahlsystem vorzuziehen, so kann die hier definierte Qualität der Versorgung gesichert werden	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
stimme ich voll zu	
14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
die Effizienz ist nicht nur ein innerbetriebliches Organisationsproblem (wenn von vornherein der finanzielle Hintergrund fehlt, hilft auch keine gute Organisation)	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
Hauptproblem: Praxisbudget, Ärzte arbeiten im Rahmen diese Budgets und wenn das Budget erschöpft ist, werden hauptsächlich andere Dinge gemacht (bspw. Igel-Leistungen)	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
hier wird kein Bedarf geplant, es ist eine Bedarfsverhinderungsplanung	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
ich würde es anders organisieren, die Bedarfsplanung ist eine Planwirtschaft und führt nicht dazu, dass sich Ärzte niederlassen	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
das ist nur Aktionismus und keine dauerhafte Lösung, ältere Ärzte, die vielleicht schon zu alt sind, praktizieren weiter	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	ja
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
mehr Geld ist nicht die alleinige Lösung aber das Hauptproblem, bezahlen müsste die Leistungen der Patient (Bevölkerung muss begreifen, dass sie mehr für die ärztliche Versorgung investieren muss)	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
schlechte Arbeitsbedingungen	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
Arbeit muss sich lohnen, Bürokratisierung deutlich reduzieren	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	ja
11. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
Arbeit muss sich lohnen, Bürokratisierung deutlich reduzieren	
12. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	nein
13. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
Möglichkeit als angestellter Arzt tätig zu sein besonders für junge KollegInnen attraktiv, ich denke nicht, dass angestellte Ärzte den Freiberufler im großen Maße ersetzen können, MVZ auch möglich als Berufausübungsgemeinschaft, MVZ von Krankenhäusern halten Patienten vor, damit Bettenauslastung immer hoch ist und keine Leerstände entstehen	
14. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
13. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	ja
14. Begründung Ihrer Meinung:	
Fehlen kann gemildert werden, ob nachhaltig ist fraglich; Schwestern könnten Aufgaben übernehmen, aber finanzielle Grundlage fehlt > Budgetierung	
15. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
16. Begründung Ihrer Meinung:	
es fehlt eine öffentliche Diskussion über das, was die Gesundheitsversorgung leisten soll	
17. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in ST.	
1. Abschaffen von Bürokratie und gesetzlichen Zwängen; 2. Gesellschaftliche Verabredung darüber, was Gesundheitsversorgung leisten soll; 3. Finanzielle Sicherung dessen	

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	IKK gesund plus
Gesprächspartner:	Uwe Schröder
Funktion:	Vorstand

A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	nein
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	ja
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	ja
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	ja
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
Wir haben genügend Ärzte und Einrichtungen, die eine hochqualifizierte Versorgung in ST sicherstellen. Bisher ist eine Verzahnung zw. ambulantem und stationärem Bereich nicht gelungen. Es gibt viele Diskussionen über Vergütung und Honorare. Die Vergütung der Ärzte in ST spiegelt die wirtschaftliche Situation des Landes wider.	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
hausärztliche Versorgung derzeit ausreichend, einzelne Probleme im ländlichen Bereich, ungenauer Einsatz der Mittel (Doppeluntersuchungen, fehlende Verzahnung der Leistungserbringer)	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
drohende Unterversorgung, wenn viele Ärzte altersbedingt ausscheiden und wirklich keine jungen Ärzte nachrücken, es wäre möglich, dass Bevölkerungsrückgang mit Rückgang der Ärzte Schritt hält (dann jedoch Überalterung der Bevölkerung > Morbidität)	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztlich Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	ja
5. Begründung Ihrer Meinung:	
subjektiv gesehen hat der einzelne Arzt eine höhere Belastung, möglicherweise werden Versorgungsstrukturen in ST nicht optimal genutzt > einige Ressourcen zu wenig, andere hingegen überproportional stark beansprucht (fehlende Vernetzung ambulanter und stationärer Bereich sowie zwischen Haus- und Fachärzten, regionale Verteilungsprobleme)	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
auf Grund von Dokumentationspflichten (bspw. bei DMP) ist der Bürokratieaufwand größer geworden	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	nein
9. Begründung Ihrer Meinung:	
der bürokratische Aufwand hat zwar zugenommen, man kann jedoch nicht von Fesseln sprechen	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
fachärztliche Versorgung derzeit ausreichend, Patienten müssen zielgenauer zugeführt werden (Frage, ob fachärztliche Behandlung in jedem Falle nötig ist)	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
erkannte Versorgungsengpässe gleicht die IKK bereits an einzelnen Brennpunkten mit Zusatzhonorar aus	
4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
Frage nach ausreichender Versorgung maßgeblich von den Versorgungsstrukturen bestimmt	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
6. Begründung Ihrer Meinung:	
es wird problematisch, wenn die Strukturen (Standorte, Abteilungsgrößen) nicht dem veränderten Bedarf (Fallzahlen) entsprechen	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	nein
8. Begründung Ihrer Meinung:	
Seit 2003 erhöht die GKV kontinuierlich und kumulierend jährlich die Krankenhausbudgets um 0,2 % damit zum damaligen Zeitpunkt bestehende problematische Arbeitszeitbedingungen durch zusätzliche Ärzte gelöst werden können. Dadurch konnten 38 zusätzliche Facharztstellen in ST ausgeschrieben werden, die alle besetzt wurden. In diesem Zusammenhang und unter Beachtung des Arbeitszeitgesetzes konnten verschiedene neue Dienst- und Arbeitszeitmodelle (Schichtsystem, versetzte Tageschichten, Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste, verkürzte Bereitschaftsdienste) eingeführt werden, die zu einer Entlastung der Ärzte führten.	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
Wiederbesetzung von Stellen hat etwas mit der Leistungsentwicklung und Planung zu tun und ist eine interne Angelegenheit der Krankenhäuser. Es kann immer zu zeitlichen Verzögerungen bei Neubesetzungen kommen.	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	k.A.
11. Begründung Ihrer Meinung:	
12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
es macht Sinn, mit ausgesuchten Krankenhäusern unter Qualitätsgesichtspunkten Verträge abzuschließen und dann planbare OPs ausschließlich dort auszuführen; mit Hilfe von Qualitätsberichten könnte der Versicherte Einsicht nehmen	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	

14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
diese Einschätzung teile ich	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
Es ist keine Bedarfs-, sondern ein Kapazitäts- und Verteilungsplanung, es wird nicht der Versorgungsbedarf (Nachfrage der Patienten, Morbidität der Bevölkerung) gemessen sondern das Angebot an Leistungserbringern in Bezug auf die Bevölkerungszahl festgelegt. Die Bedarfsplanung kann insofern als erfolgreich betrachtet werden, dass die Arztzahlentwicklung gebremst wurde. Zusammen mit der Budgetierung führt sie jedoch heute dazu, dass die Niederlassung als Vertragsarzt unattraktiver wird (lukrative Planungsbereiche wie kreisfreie Städte sind gesperrt). Der sich abzeichnende Ärztemangel ist durch die abnehmende Bereitschaft junger Ärzte im ländlichen Bereich tätig zu werden bedingt.	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
bisher bestehende Über- und Unterversorgungsgrenzen müssen hinterfragt werden (werden diese der Versorgungsrealität gerecht? > Augenärzte)	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
wichtiges Instrument um Anreize für eine Niederlassung in weniger attraktiven Regionen zu geben	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet?) (ja/nein)	nein
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	nein
7. Begründung Ihrer Meinung:	
Die Zahl der berufstätigen Ärzte erreicht seit Jahren neue Höchststände (Dtl. belegt bei der Arztdichte im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz). Eine Begrenzung erfolgt nur im Rahmen der Bedarfsplanung. Durch Überversorgungen werden Mittel gebunden, die in schwächer versorgten Regionen (ländlich) sinnvoll eingesetzt werden könnten. Es ist vielmehr ein Struktur- und Verteilungsproblem als ein Finanz- und Mengenproblem.	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
V.a. ländliche Regionen sind von Abwanderung betroffen. Ursachen sind: schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen, zu wenig Vergütung für geleistete Arbeit, schlechte Infrastrukturen	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
s.o., aufgefangen wird ein Teil durch den Zuzug von ausländischen Ärzten v.a. aus Osteuropa	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	nein
11. Begründung Ihrer Meinung:	
einen Mangel gibt es nicht; die ausgebildeten Ärzte wollen aus verschiedenen Gründen (schlechte Arbeitsbedingungen, mittelmäßige Einkommen, Familienfeindlichkeit) nicht in der Praxis arbeiten; Wirtschaft und Politik bieten Alternativen	
12. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
s.o.	
13. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft?	ja
14. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
Vorteile: hohe Qualität der Einrichtungen und Patientenzufriedenheit, Krankenhäuser in der Peripherie der jeweiligen Vertragseinrichtungen verzeichnen Rückgänge bei den Fallzahlen in den Operationsindikatoren der IV	
15. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
Abbau von Hemmnissen durch bestehendes Recht (Abbau von bisherigen Hauptleistungsbereichen, bisher festgelegte Mindererlösausgleiche konterkarieren die gewünschten finanziellen Effekte der IV); nur durch die Anschubfinanzierung ist es der IKK möglich, diese neuen Versorgungsformen zu testen (Gefahr: nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung könnte der vielversprechende Aufschwung der IV aus finanziellen Gründen beendet sein)	
16. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	ja
17. Begründung Ihrer Meinung:	
Die Zunahme chronischer Erkrankungen erfordert neue Versorgungsstrukturen in der hausärztlichen Praxis. Einige Aufgaben des Hausarztes sind delegierbar und die Betreuung der Patienten im häuslichen Umfeld durch die Praxisassistentin entlastet den Arzt. Zu klärende Fragen sind jedoch: Welche Anbindung hat die Praxisassistentin an die Praxis? Wer soll die hohe technische Ausstattung bezahlen? Wer soll das insgesamt finanzieren?	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
19. Begründung Ihrer Meinung:	
die Presse greift Themen auf, schildert Wahrnehmungen derer, die Botschaften senden	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt	
1. Bessere Rahmenbedingungen für die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich; 2. Zusammenarbeit zw. Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern verbessern; 3. Transparenz bei den Ausgaben im Arzneimittelbereich und nach Möglichkeit eine Grundliste für Arzneimittel	

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Gesprächspartner:	Dr. med. Burkhard John
Funktion:	Vorsitzender KV-ST

A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	ja
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	ja
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	nein
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	ja
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
Die gesundheitliche Versorgung in ST ist sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich im Moment noch auf einem ausreichenden medizinischen Standard möglich, aber es gibt starke Tendenzen, dass eine flächendeckende gleichmäßige Versorgung in Zukunft nicht mehr sicher zu stellen ist.	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
Die Lage ist im Moment regional unterschiedlich stark angespannt, etwa 200 Hausärzte sind in den letzten Jahren ausgeschieden, diese hohe Anzahl konnte aber bisher gut kompensiert werden, da viele Ärzte noch mehr Patienten übernommen haben > das führt jedoch dazu, dass die Praxen in ST etwa 20 bis 30 % mehr Patienten behandeln als im Bundesdurchschnitt	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
die Bevölkerungsstruktur in ST ist eine andere als im Durchschnitt der Republik, die Bedarfsplanung geht von einer durchschnittlich zusammengesetzten Bevölkerung aus, aber in ST deutliche Überalterung > Versorgungsbedarf bei chronisch Kranken und multimorbiden Patienten höher > Hausärzte haben mehr zu tun, dazu kommt die Überalterung der Ärzte (hoher Anteil an Ärzten über 65 und über 60 Jahre) > wir gehen davon aus, dass in den nächsten Jahren 200 bis 300 Ärzte in den Ruhestand gehen. Modellhaft haben wir die Bedarfsplanung an das Alter der Bevölkerung adjustiert um festzustellen, wie sich dann die Bedarfsplanungszahlen darstellen > wesentlich mehr Versorgungsgebiete, wo es wahrscheinlich jetzt schon relativ starke Probleme gibt	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	ja
5. Begründung Ihrer Meinung:	
Fallzahl, die ein Arzt in ST zu bearbeiten hat, 25 % höher als im Bundesdurchschnitt (Deutschland zw. 800 und 900 Fälle pro Praxis in der Allgemeinmedizin, ST über 1000), allerdings auch Unterschiede zwischen Süd- und Norddeutschland (in Westfalen und Niedersachsen Scheinzahlen höher als in Bayern oder Baden-Württemberg), zusätzlich müssen die Ärzte häufig Notdienste leisten, weil die Notdienstbereiche in ST noch relativ klein sind (wird derzeit umstrukturiert)	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
politische Weichenstellungen sind falsch erfolgt, es wurde immer wieder in Gesetzen die Bedeutung des Hausarztes hervorgehoben, aber Stellenwert, Vergütung und Attraktivität dieses Berufs wurden nicht entscheidend verbessert	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	ja
9. Begründung Ihrer Meinung:	
Untersuchungen zeigen, dass der Anteil der patientenbezogenen Tätigkeit in der Arztpraxis heute noch bei ca. 80% liegt, d.h., Schreibarbeiten und andere administrative Tätigkeiten in der Praxis haben deutlich an Gewicht gewonnen.	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
man muss bedenken, dass bis zu 80% der Medizinstudiumsabsolventen zukünftig Frauen sein werden; wenn man Hausarzt werden will, muss man sich niederlassen (andere Fachrichtungen kann man auch an der Klinik ausüben) > Teilzeitarbeit und Angestelltenverhältnis müssen erleichtert werden um Familie und Beruf vereinbaren zu können	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
Situation in einigen Fachgruppen fast so angespannt, wie im hausärztlichen Versorgungsbereich, hier etwas andere Situation (in einem Planungsbereich häufig nur ein Kollege einer Arztgruppe > wenn Stelle besetzt 100 %ige Versorgung und wenn nicht, dann Versorgung = 0), Leistungsprofil der ambulanten fachärztlichen Versorgung hat sich geändert > heute viele Ops ambulant durchgeführt, Bsp. Augenärzte: hoher Prozentsatz an Augenärzten, nicht mehr/kaum in der konservativen Augenheilkunde tätig, sondern vorrangig operativ > gehen aber in der Bedarfsplanung als normale Augenärzte ein	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
Auch bei den Fachärzten ist die Bedarfsplanung nicht adäquat, bestimmte Arztgruppen werden für eine ältere Bevölkerung stärker benötigt > wenn man eine Alterswichtung einführt, wird deutlich, dass bestimmte Arztgruppen in einigen Regionen sehr dicht an eine Unterversorgung herankommen, außerdem: bei den Fachärzten z.T. Subspezialisierungen weit fortgeschritten > Bsp.: Bedarfsplanung für Internisten, aber hierunter zählen auch die Kardiologen, Gastroenterologen, Pneumologen... > wenn sich in einem Planungsbereich ein Kardiologe niederlässt, kann es passieren, dass der Planungsbereich gesperrt ist und es keine Chance gibt, in diesem Planungsbereich einen Gastroenterologen oder einen Pneumologen zuzulassen.	
4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
Meine Wahrnehmung ist, dass es im stationären Bereich schon eine Mangelversorgung gibt. Durch die Subspezialisierung im Krankenhaus kann und wird heute mehr geleistet und es können und es werden mehr Probleme gelöst > dadurch höherer Personalbedarf	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja

6. Begründung Ihrer Meinung:	
Anteil ausländischer Ärzte nimmt deutlich zu, weil deutsche Ärzte fehlen; durch übergeordnete Bürokratie (Dokumentationstätigkeiten) geht Zeit für die Patientenversorgung verloren; Attraktivität anderer Regionen ist für junge Ärzte höher, Vereinbarkeit von Beruf und Familie schwer möglich	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	ja
8. Begründung Ihrer Meinung:	
Die IFB-Studie zur Unzufriedenheit mit dem ärztlichen Beruf: schlechtes Arbeitsklima, mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Arbeitsüberlastung, fehlende Möglichkeiten für einen geregelten Lebensstil, Zeitdruck bei der Berufsausübung (finanzielle Aspekt nicht im Vordergrund)	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
bei unseren Kontakten mit Krankenhäusern hören wir, dass immer weniger Kollegen tätig sind, dass entlassen bzw. nicht neu eingestellt wird wenn ein Arzt ausscheidet	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
Es muss unterschieden werden zw. einer wohnortnahen fachärztlichen Versorgung, d. h. also die fachärztliche Versorgung, die nah erreichbar sein muss und der spezialisierten Versorgung, bei der die Wege für die Erreichbarkeit höher sein können. Hochspezialisierte Einrichtungen kann man nicht in jedem Städtchen anbieten. Häufig werden Patientenprobleme stationär und damit kostenintensiv gelöst, die auch ambulant lösbar gewesen wären, wenn die entsprechenden Kapazitäten zeitnah zur Verfügung gestanden hätten. Wenn man dies ändert, kann man stationäre Kapazitäten reduzieren.	
12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
Das halte ich für den falschen Weg. Wenn man Kosten einsparen will, muss man sich darüber einigen, welche Strukturen in der Versorgung man haben will (wie viel Krankenhäuser der Regelversorgung, welche Basisversorgung soll wohnortnah angeboten werden, wie viel hochspezialisierte Krankenhäuser, die besondere Leistungen erbringen).	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
Natürlich sind die wirtschaftlichen Drücke die sowohl im niedergelassenen wie auch im stationären Bereich vorhanden sind, nicht gerade förderlich für das Arzt-Patienten-Verhältnis und für eine besonders humane Betreuung. Ein Arzt ist auch ein Unternehmer und er muss unternehmerische Entscheidungen treffen, das muss aber nicht zwingend zur Dehumanisierung führen.	
14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
Es gibt Krankenhäuser und Klinikketten, die mit dem Geld, das ihnen zur Vergütung gestellt wird, besser auskommen. Insofern ist der Beweis erbracht, dass Herr Böhmer mit diesen Worten auch Recht hat. Man müsste jedoch rückkoppeln, ob bei diesen Krankenhäusern die Qualität der Versorgung leidet oder ob beispielsweise der Patientenmix aus leichteren Fällen besteht.	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
s.o.	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
wichtige Aspekte: Struktur der Bevölkerung (Alter und Krankheitsstruktur), Bedarfsplanung bezieht sich bisher nur auf Facharztgruppen insgesamt und differenziert nicht die Subspezialisierungen	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
Ich denke, dass man über Höher- und Minder-Bezahlung in Gebieten, die man mehr oder weniger besetzen will, steuern kann.	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	auch
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	auch
7. Begründung Ihrer Meinung:	
wenn wir hochkarätige Leute in ST behalten wollen, spielt Geld eine wesentliche Rolle, aber natürlich auch das Umfeld (von Wohnumfeld bis hin zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf). Ebenso ist es wichtig, den Arzt von bürokratischen Aufgaben zu entlasten und ihm die Freude am Beruf wieder zurück zu geben	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
Ich habe aus anderen Ländern (Amerika, England, skandinavische Länder) gehört, dass das kollegiale Verhältnis in Kliniken besser ist, als dieses teilweise immer noch hierarchische System in den deutschen Krankenhäusern. Außerdem ist die Vergütung in vielen Ländern deutlich besser als in Deutschland.	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
Zunächst muss mindestens eine einheitliche Vergütung in Deutschland sichergestellt werden. Außerdem muss man berücksichtigen, dass Arbeit mit Familie vereinbar sein muss. Attraktivität anderer Regionen wesentlich höher als in ST und damit ist die Wahrscheinlichkeit, dass gut ausgebildete und qualifizierte Kollegen bleiben, gering > wir brauchen eine Anpassung	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
Die Anzahl der Humanmediziner, die in der Versorgung ankommen, nimmt ab. 20-30 % gehen nicht in die Patientenversorgung, sondern in die Wissenschaft, zu Verlagen oder in die Pharmaindustrie.	
12. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
Man muss politisch darauf reagieren und die Anzahl der Studenten um 30 % erhöhen. Oder man muss etwas Ähnliches wie den Medizinstudiengang finden, wo man diejenigen ausbildet, die nicht unbedingt in der Patientenversorgung arbeiten wollen. Bspw. am Anfang zwei oder drei Jahre gemeinsames Studium und dann trennen zw. managementorientierter und medizinischer Richtung.	

13. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	auch
14. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
Ich denke, integrierte Versorgung wird insgesamt an Bedeutung gewinnen, es ist ein sinnvolles Instrument um Schranken zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu überbrücken. Zur Frage der MVZ bin ich der Meinung, dass das es ein Konzept sein wird, womit man die hochspezialisierte fachärztliche Versorgung u.U. mit Krankenhäusern gut kombinieren kann. Ich sehe aber keinen Unterschied zwischen einer großen Berufsausübungsgemeinschaft von spezialisierten Fachärzten aus dem niedergelassenen Bereich zu einem MVZ. Unsere Zahlen zeigen, dass die MVZ meist in größeren Städten liegen. Im ländlichen Bereich ist für mich die Organisationsform der Zukunft die Gruppenpraxis/die Berufsausübungsgemeinschaft, bestehend aus mehreren (ggf. auch (teilzeit) angestellten) Ärzten, die gemeinsam eine ganze Versorgungsregion mit Zweigsprechstunden (Nebenbetriebsstätten) betreuen. Es gäbe einen Hauptsitz und in fünf oder sechs darum liegenden kleineren Gemeinden Nebenbetriebsstätten. Das Ganze wird unterstützt durch eine mobile Praxisassistentin oder Versorgungsassistentin, d. h. einer besonders qualifizierten medizinischen Fachangestellten.	
15. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
16. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	ja
17. Begründung Ihrer Meinung:	
Die mobile Praxisassistentin kann delegationsfähige Aufgaben beim Hausbesuch durchführen und so entlastend für den Hausarzt wirken.	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
19. Begründung Ihrer Meinung:	
Übertrieben wie alles in der Presse, jedoch werden teilweise auch richtige Tendenzen beschrieben	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt	
1. Anpassung der Vergütung für den ambulanten Bereich; 2. gemeinsame Initiative von Politik, Kammer und KVen um die Allgemeinmedizinische Weiterbildung voranzubringen (Anteil der Absolventen, die in die Allgemeinmedizin gehen erhöhen); 3. Konsensfindung von Politik, Leistungserbringern und Krankenkassen über die perspektivische Versorgungsstruktur in ST (wie viel Krankenhausversorgung, wie viel hochspezialisierte fachärztliche Versorgung im ambulanten Bereich, wie können diese Bereiche ausreichend miteinander verknüpft werden und wie soll die Versorgungsstruktur im Jahr 2010 oder 2020 aussehen).	

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	Landkreis Börde
Gesprächspartner:	Iris Herzig
Funktion:	zuständige Dezernentin für das öffentliche Gesundheitswesen im Landkreis Börde
A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	-
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	nein
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	nein
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	ja
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
es ist die Frage, wie man Unterversorgung definiert > betrachtet man es auf Grundlage der Bedarfsplanung, gibt es Regionen in denen eine drohende Unterversorgung zu verzeichnen ist, aber ich würde nicht pauschal sagen, ST ist ein unterversorgtes Land	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
in einzelnen Regionen des Landkreises bereits Unterversorgung; es ist bisher keine Katastrophe, aber eine drohende Situation	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
es ist abzusehen, dass viele Hausärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen; es zeichnet sich im Landkreis bereits ab, dass Hausärzte, die in den Ruhestand gehen, keine Nachfolger finden	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	ja
5. Begründung Ihrer Meinung:	
höhere Patientenzahl und höhere Morbidität als in anderen Regionen (viele Arbeitslose und Alte), aber auch: Attraktivität des Hausarztberufes im flachen Land gering, Finanzierung schwierig, bürokratischer Aufwand hoch (gilt für ganz Deutschland)	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
der bürokratische Aufwand hat sich stark erhöht und es sind keine begleitenden Maßnahmen getroffen worden, um Ärzte von diesen Tätigkeiten zu entlasten, wodurch die Arbeit mit dem Patienten leidet; Reformen waren halbherzig	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	nein
9. Begründung Ihrer Meinung:	
es ist eine zusätzliche Belastung entstanden, aber „Fesseln“ ist übertrieben	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
ähnliche Entwicklung wie bei den Hausärzten, z.T. zeichnet sich Unterversorgung ab > im Landkreis in verschiedenen Fachbereichen (Gynäkologie, Internisten, Hautärzte, Augenärzte); Probleme dabei im südlichen (ländlicheren) Teil stärker als im nördlichen Teil des Landkreises (regionale Unterschiede)	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
aufgegebene Facharztpraxen im Landkreis werden nicht wiederbesetzt, in den nächsten Jahren werden viele Ärzte in den Ruhestand gehen	
4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
im Landkreis gibt es Probleme, Stellen in den Krankenhäusern zu besetzen (Psychiatrie, Gynäkologie, Anästhesie und zunehmend in anderen Bereichen); Attraktivität des Umfeldes der Kliniken im Landkreis Börde gering	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
6. Begründung Ihrer Meinung:	
s.o.	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	ja
8. Begründung Ihrer Meinung:	
erhöhte Wochenstundenzahl, Bereitschaftsdienste > normale Lebensplanung sehr schwierig, Bürokratie ernorm (DRGs), Bezahlung wird ebenfalls bemängelt	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
es hat in einzelnen Bereichen Erhöhung der Arbeitsintensität gegeben, aber im Landkreis ist es nicht vorgekommen, dass Stellen aus wirtschaftlichen Gründen eingespart wurden und beschäftigtes Personal über Gebühr belastet wurde; Probleme gab es, wenn keine Ärzte für eine Nachbesetzung gefunden wurden	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	-
11. Begründung Ihrer Meinung:	
es ist nicht sicher, dass eine gleichmäßige Verteilung zu einer Kostendämpfung führt	
12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
solche Entwicklungen sind im Wettbewerb begründet, die Gefahr bei solchen Vorhaben liegt bei der möglichen Vernachlässigung der Qualität (wonach werden die Krankenhäuser ausgewählt?)	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
es gibt nur eine bestimmte Menge an Geld und deshalb muss man die Frage stellen dürfen, was mache ich damit und wie wirtschaftlich gehe ich damit um; Ökonomisierung führt nicht automatisch zur Dehumanisierung (Frage nach der Umsetzung)	

14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
würde ich bestätigen	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
ist eine Statistik; die wirkliche Bedarfssituation wird nicht erfasst	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
ja unbedingt; je großräumiger die Planung ist, umso unkonkreter stellt sich der Versorgungsbedarf dar > regionale Gegebenheiten einbeziehen	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
sind nur kurzzeitige Hilfen, das Problem zu mildern; Praxen werden kurzfristig länger offen gehalten, das eigentliche Problem wird in die Zukunft verschoben	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	ja
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	nein
7. Begründung Ihrer Meinung:	
das Finanzielle erhöht den Anreiz aber ist nicht alles, Attraktivität des Berufes erhöhen, man müsste bürokratischen Aufwand reduzieren, damit der Arzt mehr mit dem Patienten arbeiten kann	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
offensichtlich sind die Arbeitsbedingungen im Ausland besser (Vergütung, regelmäßige Arbeitszeit, Intensität der Arbeit geringer), einige haben den Wunsch im Ausland zu leben	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
den Faktoren, die zur Abwanderung führen, entgegenwirken	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
die Zahl der Ausbildungen geht leicht zurück, Mediziner gehen in die freie Wirtschaft oder zum MDK (regelmäßige Arbeitszeiten, weniger Arbeitsbelastung, bessere Vergütung)	
12. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
eventuell mehr Zugänge zum Studium; hinterfragen: was sind die Inhalte des Studiums, o.g. Ursachen entgegenwirken	
13. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	ja
14. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
Vorteile: Kontinuität bei der Patientenversorgung, Sicherung der Qualität, Kosten sparen (Vermeiden von Doppeluntersuchungen), Nachteil: es kann passieren, dass der eine Arzt dem anderen Leistungen zuschiebt	
15. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
16. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	nein
17. Begründung Ihrer Meinung:	
der Arzt wird von bestimmten Aufgaben entlastet, aber die spezielle Nachfrage nach der ärztlichen Leistung geht davon nicht zurück	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
19. Begründung Ihrer Meinung:	
Berichterstattung ist unzureichend > sollte ausgewogen sein und keine Panik machen	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt	
1. Diskussion über Qualität und Standard; 2. Maßnahmen zur Erhöhung der Qualität des Arztberufes (Rahmenbedingungen, Ausbildung, Finanzierung)	

zusätzliche Anmerkung von Frau Herzig: in dieser Befragung fehlt der ÖGD und die Auswirkungen der Entwicklungen innerhalb der ärztlichen Versorgung auf den ÖGD; der ÖGD erledigt einen großen Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Jugendärztlicher Dienst, Jugendzahnärztlicher Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Hygienebereich), auch hier Probleme bei der Stellenbesetzung

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)
Gesprächspartner:	Katharina Meiske, Eileen Dittmar
Funktion:	Beschäftigte in der Beratungsstelle Magdeburg

A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	ja
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	nein
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	-
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	nein
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	ja
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
strukturelle Probleme (weniger Ärzte, lange Wartezeiten); zu wenig Zeit für ein Arzt-Patientengespräch; in den ländlichen Regionen eher Probleme; am häufigsten wird von Patienten über Probleme im hausärztlichen Bereich berichtet	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
aus der Beratungspraxis heraus erscheint die hausärztliche Versorgung schlecht, es gibt Verteilungsprobleme (Wohnortnahe Versorgung z.T. schlecht)	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
es kommen Patienten zur Beratung, die keinen Hausarzt finden; ältere und chronisch kranke Menschen mit hohem Behandlungsaufwand und Medikamentenbedarf berichten, dass sie von Ärzten abgelehnt werden; die Hausärzte werden zunehmend älter	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	ja
5. Begründung Ihrer Meinung:	
die UPD hat eine bundesweite Hotline und wenn sich Patienten auf diesem Weg über eine unzureichende hausärztliche Versorgung beschweren, stammen diese fast immer aus den neuen Bundesländern; auf Grund von demografischen Entwicklungen (viele Ältere) und der hohen Arbeitslosigkeit in ST (Arbeitslosigkeit macht krank) ist die Arbeitsbelastung für die Hausärzte hier höher	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
politische Entscheidungen müssen umgesetzt werden und dies führte in den letzten Jahren zu einer höheren Belastung für die Hausärzte (Abrechnungssystem, Budgetierung...)	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	ja
9. Begründung Ihrer Meinung:	
Ärzte müssen Anträge, Erklärungen, Abrechnungen etc. bearbeiten	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
Ärzte sitzen zwischen zwei Stühlen (Patient und Krankenkasse)	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
in einigen Gebieten besteht eine Unterversorgung > bei der UPD häufig Beschwerden bezüglich Augenärzten, vereinzelt bezüglich Neurologen und Orthopäden (lange Wartezeiten, keine oder kaum Termine)	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
3. Begründung Ihrer Meinung:	
s.o.	
4. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
hier häufig Beschwerden von Patienten, dass Gespräche (Entlassungsgespräche, Erklärung von Diagnosen) mit Ärzten gefehlt haben und dass die Ärzte keine Zeit haben	
5. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	ja
6. Begründung Ihrer Meinung:	
s.o.	
7. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	ja
8. Begründung Ihrer Meinung:	
Patienten berichten, dass das Personal völlig überlastet ist und es wenig Ärzte gibt	
9. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
Patienten berichten, dass Ärzte kaum Zeit haben > möglicherweise weil es zu wenig Beschäftigte sind	
10. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
wenn es eine wohnortnahe Versorgung ohne weite Anfahrtswege gibt, gehen Patienten eher zum Arzt und verschleppen keine kleinen Krankheiten zu großen behandlungsaufwändigen (teuren) Krankheiten	
12. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
gute Idee, aber es bleibt die Frage der Ausführung (Qualität!)	
13. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
es wird immer am menschlichen Faktor (Arzt, Pflegepersonal) gespart, es finden kaum noch Gespräche statt, es kommt zu einer Art Abfertigung der Patienten > dies macht keinen gesünder	

14. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
das Krankenhaus befindet sich in einem System und ist Faktoren ausgeliefert, die es nicht selbst beeinflussen kann > kein rein innerbetriebliches Organisationsproblem	
15. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
im fachärztlichen Bereich fehlt die Vernetzung zwischen den einzelnen Disziplinen (Patienten gehen zu verschiedenen Fachärzten aber es wird keine Ursache gefunden, weil jeder Arzt nur sein Fachgebiet und nicht die Diagnosen der anderen beachtet)	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	ja
2. Begründung Ihrer Meinung:	
in der UPD häufen sich Meldungen von Patienten, dass sie keine (oder erst in einem halben Jahr und länger) Facharzttermine bekommen; es ist der UPD bekannt, dass die Bedarfsplanungszahlen zeigen, dass es bspw. keinen Augenarztmangel gibt, in der Beratungspraxis wird dies jedoch völlig anders erlebt	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
aktuelle Gegebenheiten (Bevölkerungsstruktur, Morbidität) sollten berücksichtigt werden	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
eine dauerhafte Lösung ist dies nicht, Ärzte gucken bei einer Niederlassung nicht nur auf das Geld, sondern auch auf Strukturen und Bedingungen im Umfeld	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	-
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	-
7. Begründung Ihrer Meinung:	
das Finanzielle ist nicht unwichtig und spielt sicher eine entscheidende Rolle, ist aber nicht alles	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
Geld, mehr Zeit für den Patienten, bessere Arbeitsbedingungen, weniger strenge Hierarchie	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
strukturelle Veränderungen müssen erfolgen	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	ja
11. Begründung Ihrer Meinung:	
sehr verhärtete, hierarchische Strukturen, harte Arbeitsbedingungen, für junge Mediziner ist es sehr schwer, sich einen gewissen Stand zu erarbeiten (gleiche Gründe wie für eine Abwanderung)	
12. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
das Medizinstudium ist sehr wissenschaftlich, sehr analytisch; andere Qualitäten, die Ärzte brauchen, spielen im Studium keine Rolle > Frage: bringt dies bessere Ärzte hervor?	
13. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	ja
14. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
Vorteile: Doppeluntersuchungen vermieden, Kommunikationswege verkürzt, Ärzte können besser zusammen arbeiten, Nachteil: Versorgung wird an einem Standort zentralisiert und andere Regionen eventuell benachteiligt	
15. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
Ärzte müssen diese Möglichkeit der Arbeit (auch der angestellten Arbeit) annehmen, Versorgungszentren dürfen nicht privatisiert und kommerzialisiert werden	
16. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	ja
17. Begründung Ihrer Meinung:	
ob es nachhaltig ist, ist fraglich aber erstmal sind die Patienten froh, dass jemand zu ihnen kommt, Problem: in den Köpfen der Patienten hat der Arzt einen extrem hohen Stellenwert und mit der mobilen Praxisassistentin kommt jetzt „nur“ eine Schwester > muss akzeptiert werden	
18. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	-
19. Begründung Ihrer Meinung:	
die Presse greift das Problem auf, ob es in angemessener Weise geschieht, kann die UPD nicht beurteilen	
20. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt	
1. mehr Zeit für den Patienten (sprechende Medizin); 2. Einbeziehung von aktuellen Sozialdaten in die Bedarfsplanung; 3. Bessere Vernetzung sowohl von Ärzten als auch von ambulantem und stationärem Bereich	

Experten-Interview: Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt	
Einrichtung:	vdek
Gesprächspartner:	Dr. Klaus Holst
Funktion:	Leiter VdEK ST

A. Gesamtsituation	
1. Ist Sachsen-Anhalt ein ärztlich unterversorgtes Land? (ja/nein)	nein
2. Findet in Sachsen-Anhalt ein ausreichender Diskurs zur ärztlichen Versorgung statt? (ja/nein)	nein
3. Wird die Frage in der Presse adäquat reflektiert? (ja/nein)	nein
4. Erfüllt die Bedarfsplanung ihren Zweck? (ja/nein)	ja
5. Sehen Sie die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Zukunft gefährdet? (ja/nein)	nein
6. Kurzes persönliches Statement des Interview-Partners:	
Vergütungen der ärztlichen Einzelleistungen sind zu hoch kalkuliert, weshalb das Budget nach ca. 2 von 3 Monaten alle ist und einige Ärzte nicht mehr arbeiten.	
B. Hausärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
Problem wird überschätzt, strukturelle Verwerfungen der Altersbesetzung (viele Ärzte zwischen 55 und 60)	
2. Herrscht eine aktuelle oder drohende Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	nein
3. Begründung Ihrer Meinung:	
in der Vergangenheit viele Neubesetzungen von freien Arztpraxen, abnehmende Ärztezahlen gegenüber abnehmender Bevölkerung (Relationen der Bedarfsplanung bleiben), es gehört zum Schrumpfungsprozess einer Bevölkerung, dass weitere Wege (zum Arzt) gefahren werden müssen	
4. Ist der Grund für die besonders geringe hausärztliche Versorgung in den neuen Ländern eine höhere Arbeitsbelastung? (ja/nein)	nein
5. Begründung Ihrer Meinung:	
Zeitung PRO der KV hat berichtet, dass die Einführung der 10 Euro Praxisgebühr im Jahresvergleich die Fallzahlen im hausärztlichen Bereich um 13 % verringert hat	
6. Sind politische Entscheidungen für die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung verantwortlich? (ja/nein)	ja
7. Begründung Ihrer Meinung:	
Streitpunkt zw. den Verbänden und der KV ist der Honorar-Verteilungsvertrag. Schiedsamt hat die Einzelleistungsvergütung auf 4,1 Cent festgelegt, wir sagen, das ist zu hoch; Sozialministerium (Aufsicht) könnte Schiedsspruch beanstanden, tut es nicht und ist folglich mitverantwortlich	
8. Werden den Ärzten bürokratische Fesseln angelegt? (ja/nein)	k.A.
9. Begründung Ihrer Meinung:	
k.A.	
10. Welche Problemfelder der hausärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
Wir haben eine Verknappung der Zeiten und Sprechstunden und somit der Zeit, die von den Ärzten für Behandlung angeboten wird. Die Versicherten haben deshalb den Eindruck, es gäbe einen Ärztemangel. Dass die Anzahl der Ärzte nicht ausreicht, bezweifle ich. Durch den EBM2008 wird die Vergütung mehr pauschalisiert, dadurch hat der Arzt weniger Anreize seinen Patienten mehrfach vorstellig werden zu lassen und die Belastung geht zurück.	
C. Fachärztliche Versorgung	
1. Wie schätzen Sie die fachärztliche Versorgung insgesamt in Sachsen-Anhalt ein?	
Einkommen des Arztes wird unterschätzt, aber es gibt Verwerfungen in der Einkommenssituation zw. den Facharztgruppen. Preise für Leistungen werden auf Bundesebene (staatlich administriert) ohne Einfluss der Patienten aber unter Einfluss der Leistungserbringer festgelegt > Facharztgruppen mit großer Lobby setzen hohe Preise durch; Problem: gut vergütete Leistungen werden häufiger erbracht (Bsp. in Dtl. viele Knie-OPs, weil hier Vergütung hoch ist) > Behandlung der Versicherten spiegelt Vergütungssituation der ärztliche Leistungen wider	
2. Wie schätzen Sie die ambulante fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
s.o.	
3. Herrscht eine aktuelle oder drohende ambulante Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	nein
4. Begründung Ihrer Meinung:	
k.A.	
5. Wie schätzen Sie die stationäre fachärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein?	
im Krankenhaus entsteht Druck, wenn der öffentl. Träger nach Tarif bezahlt, das Budget auf der anderen Seite aber durch die Bundespflegesatzverordnung begrenzt wird. Krankenhaussektor in ST sehr teuer, weil nie Standorte reduziert wurden	
6. Herrscht eine aktuelle oder drohende stationäre Unterversorgung in Sachsen-Anhalt? (ja/nein)	nein
7. Begründung Ihrer Meinung:	
s.o.	
8. Sind schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Ursache drohenden Ärztemangels? (ja/nein)	ja
9. Begründung Ihrer Meinung:	
entscheidend für die Arbeitsbedingungen ist, wie gut der Direktor/der Manager den internen Frieden bewahren kann, durch leistungsorientierte Vergütung können Finanzen abweichend von Tarifen stabil gehalten werden	
10. Können Sie bestätigen, dass offene Stellen im Krankenhaus nicht wiederbesetzt werden, trotz Überlastung des Personals?	
Das ist mir nicht bekannt.	
11. Hat eine ausgeglichene regionale Verteilung von Fachärzten ein Sparpotential für das Gesundheitssystem? (ja/nein)	nein

12. Begründung Ihrer Meinung:	
Das Gesamthonorar ist gegeben und fließt an die KV, welche es unter den Leistungserbringern verteilt. Die regionale Verteilung der Ärzte hat keinen Einfluss. Die Leistungen werden nicht bezogen auf den einzelnen Standort sondern insgesamt vergütet.	
13. Krankenkassen wollen spezifische Verträge über bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen (Bsp. TK)	
Auf der einen Seite ist der positive Marketingaspekt (sich besonders am Markt zu präsentieren). Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass man auch den großen Kassen die Chance gibt, günstige Preise zu realisieren. So etwas wie ein Mengenrabatt im Krankenhaus wäre für den fairen Wettbewerb kontraproduktiv. Große Kassen mit hoher Morbidität hätten zwei Vorteile: Risikostrukturausgleich und Mengenrabatte. Sie könnten die Beitragssätze überproportional senken und andere Kassen vom Markt verdrängen. Am Ende bliebe die Einheitskasse.	
14. Die politische Ökonomisierung im Krankenhauswesen führt zur Dehumanisierung der Patientenversorgung.	
Die „inhumanere Behandlung" im Krankenhaus ist im Wesentlichen auf das Fallpauschalensystem zurückzuführen. Krankenhäuser sind interessiert, den Fall möglichst schnell abzuschließen, denn nach der Behandlung liegt der Patient im Krankenhaus und kostet Geld, aber die Pauschale ist bereits gezahlt. Ich denke, dass aus medizinischer Sicht die frühe Entlassung Vorteile hat (Gefahr von anderen Infektionen im Krankenhaus), dass aber aus Sicht des Patienten es ein etwas „ruppiges" Verfahren darstellt.	
15. Die Effizienz eines Krankenhauses ist ein rein innerbetriebliches Organisationsproblem. (W. Böhmer)	
Ich schließe mich unserem Ministerpräsidenten an. Im Krankenhausbereich gilt §1 Krankenhausfinanzierungsgesetz: „Krankenhäuser sind wirtschaftlich zu sichern." Grundsätzlich ist also davon auszugehen, dass Krankenhäuser mit dem Geld, welches sie bekommen, auch auskommen. Wenn das nicht der Fall ist, liegt es oft daran, dass das Management nicht gut ist.	
16. Welche Problemfelder der fachärztlichen Versorgung wurden in den bisher gestellten Fragen nicht angesprochen?	
Der vdek erwartet, dass die Budgets mit dem EBM2008 weiter aufgelöst werden und dass wir in diesem Zusammenhang eine bessere bedarfsorientierte Vergütung bekommen. Wir erwarten, dass sich die Gesamtsituation damit weiter entspannen wird.	
D. Lösungsansätze/Schlussfolgerungen	
1. Ist die Bedarfsplanung fehlerhaft? (ja/nein)	nein
2. Begründung Ihrer Meinung:	
Ich bin der Auffassung, dass sich die Bedarfsplanung in den letzten Jahren bewährt hat. Die Zahlen indizieren, wie die Verteilung in den Regionen ist und wie die Versorgung sein könnte, wenn jeder Arzt das tun würde, was er kann.	
3. Sollten Bevölkerungs- und Patientendaten mit in die Bedarfsplanung einfließen und welche weiteren Faktoren wären zu verändern?	
Wir haben keinen Mangel an Ärzten, sondern an Zeit, die der einzelne Arzt seinen Patienten zur Verfügung stellt. Wenn man für jede Kraft, die hier hinter der Bedarfsplanung steht, einen Korrekturfaktor einsetzen würde, je nachdem wie viel Zeit nicht für den Patienten verwendet wird, wäre das Bild nicht mehr verzerrt.	
4. Welche Effekte haben Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen? Kann so das Problem dauerhaft gelöst werden?	
Sicherstellungszuschläge und Sonderzahlungen sind ordnungspolitisch eine Katastrophe. Es sind Subventionen aus knappen Versichertengeldern, die an anderer Stelle fehlen. Es gibt Ärzte, die zugeben, dass sie auch ohne Sicherstellungszuschläge in bestimmte Regionen gegangen wären. Hier beträgt der Mitnahmeeffekt 100 %. Eine andere Gefahr ist, dass die Praxis wieder schließt, wenn die Subvention aufgebraucht ist, weil sie an diesem Standort ohne Subventionen gar nicht wirtschaftlich zu führen ist.	
5. Sind die Zukunftssorgen der ärztlichen Versorgung in der schlechten Vergütung begründet? (ja/nein)	nein
6. Ist mehr Geld die Lösung des Problems? (ja/nein)	nein
7. Begründung Ihrer Meinung:	
s.o.	
8. 30.000 deutsche Ärzte arbeiten im Ausland. Worin liegen die Ursachen für die Abwanderung?	
Unterschiede in der Vergütung, der Wunsch im Ausland arbeiten zu wollen, weil man das Ausland kennen lernen möchte	
9. Mit welchen Strategien würden Sie der Abwanderung entgegensteuern?	
Wenn man sich mit der Theorie des Außenhandels beschäftigt, stellt man fest, dass der Austausch von Gütern und Dienstleistungen wohlfahrtssteigernd wirkt. Es ist also zu begrüßen, dass ausländische Ärzte im Inland und inländische Ärzte im Ausland arbeiten.	
10. Gibt es in Deutschland einen Ärztenachwuchsmangel? (ja/nein)	z.T.
11. Was muss geschehen, damit examinierte Medizinstudenten in die Patientenversorgung gehen?	
Stellen, die geschaffen werden, liegen häufig im Bereich der Bürokratie. Es sind Stellen mit geregelten Arbeitszeiten und adäquater Bezahlung. Um bspw. die Niederlassungswilligkeit von Frauen zu erhöhen, müssen die Betreuungsmöglichkeiten für Kinder (deutschlandweit) verbessert werden.	
12. Sind die Integrierte Versorgung und die MVZ die Versorgungsstrukturen der Zukunft? (ja/nein)	ja
13. Vor- und Nachteile der Integrierten Versorgung und der MVZ	
IV und MVZ erleichtern die Arbeitsteilung der niedergelassenen Ärzte. Im MVZ kann man als angestellter Arzt arbeiten und mit den Kollegen Termine und Anwesenheitszeiten oder auch Teilzeitarbeit abstimmen. Es ist eine Rückbesinnung auf das Konzept der Poliklinik.	
14. Welche Veränderungen müssten stattfinden, um die integrierte Versorgung und die MVZ weiter zu verbreiten?	
Für die IV gibt es eine Anschubfinanzierung von 1 % der Gesamtvergütung. Das erleichtert Vorhaben der IV, weil sie für die Krankenkassen kostenlos sind. IV ist zukunftsträchtig, aber ob wir eine weiterführende IV realisieren können ist unklar, da das GKV-WSG den Wettbewerb verstärkt und in dem Zusammenhang kaum Geld für neue Projektvorhaben da sein wird.	
15. Kann die mobile Praxisassistentin die Auswirkungen des Fehlens von (Haus)Ärzten nachhaltig mildern? (ja/nein)	ja
16. Begründung Ihrer Meinung:	
Der Arzt kann sinnvoll entlastet werden. Eine Gemeindeschwester kann preiswerter bezahlt werden als ein Arzt und somit könnte man Kosten sparen. Wir stellen aber fest, dass die KV Kalkulationen vorlegt, die die Gemeindeschwester sehr teuer machen.	
17. Ist die Berichterstattung zur Situation der ärztlichen Versorgung in ST innerhalb der Presse angemessen? (ja/nein)	nein
18. Begründung Ihrer Meinung:	
ungenügende Fachkenntnisse bei den Journalisten, oftmals großer Einfluss der Lobbys	
19. Nennen Sie die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt	
1. Punktwert für die Regelleistungsvolumina absenken; 2. Vergütungssystem noch mehr pauschalisieren; 3. Vergütungssystem das die Arzneimittelkosten mit in die Pauschalen aufnimmt (wie bei DRGs)	

11.3 Tabellen zur ärztlichen Versorgung

Tabelle A1 **Bei den Ärztekammern registrierte, berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

		Insgesamt		darunter:		davon											
				weiblich		ambulant tätig				stationär/teilstationär tätig				in sonstigen* Bereichen tätig			
						ambulant insg.		ambulant weibl.		stationär insg.		stationär weibl.		sonstige insg.		sonstige weibl.	
		Anzahl	je 100.000 Einw ohner	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[2]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[3]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[4]
Sachsen-Anhalt	1991	6.712	235,6	3.569	53,2%	2.695	40,2%	1.511	56,1%	3.754	55,9%	1.910	50,9%	263	3,9%	148	56,3%
	1992	6.819	242,7	3.594	52,7%	2.651	38,9%	1.500	56,6%	3.900	57,2%	1.938	49,7%	268	3,9%	156	58,2%
	1993	7.066	253,4	3.723	52,7%	2.923	41,4%	1.649	56,4%	3.962	56,1%	1.963	49,5%	181	2,6%	111	61,3%
	1994	7.323	264,5	3.779	51,6%	3.027	41,3%	1.697	56,1%	4.125	56,3%	1.986	48,1%	171	2,3%	96	56,1%
	1995	7.552	274,6	3.855	51,0%	3.088	40,9%	1.731	56,1%	4.247	56,2%	1.999	47,1%	217	2,9%	125	57,6%
	1996	7.812	286,0	3.918	50,2%	3.257	41,7%	1.835	56,3%	4.042	51,7%	1.800	44,5%	513	6,6%	283	55,2%
	1997	7.821	288,1	3.938	50,4%	3.295	42,1%	1.852	56,2%	4.046	51,7%	1.790	44,2%	480	6,1%	296	61,7%
	1998	7.948	295,5	3.993	50,2%	3.360	42,3%	1.881	56,0%	4.102	51,6%	1.808	44,1%	486	6,1%	304	62,6%
	1999	8.078	303,4	4.038	50,0%	3.417	42,3%	1.907	55,8%	4.164	51,5%	1.812	43,5%	497	6,2%	319	64,2%
	2000	8.073	306,6	4.037	50,0%	3.441	42,6%	1.925	55,9%	4.128	51,1%	1.786	43,3%	504	6,2%	326	64,7%
	2001	8.018	308,6	4.019	50,1%	3.413	42,6%	1.912	56,0%	4.107	51,2%	1.782	43,4%	498	6,2%	325	65,3%
	2002	7.932	309,3	3.952	49,8%	3.373	42,5%	1.887	55,9%	4.048	51,0%	1.732	42,8%	511	6,4%	333	65,2%
	2003	8.004	315,7	4.003	50,0%	3.366	42,1%	1.889	56,1%	4.136	51,7%	1.798	43,5%	502	6,3%	316	62,9%
	2004	8.141	324,4	4.075	50,1%	3.310	40,7%	1.865	56,3%	4.336	53,3%	1.898	43,8%	495	6,1%	312	63,0%
	2005	8.087	325,8	4.115	50,9%	3.299	40,8%	1.867	56,6%	4.317	53,4%	1.935	44,8%	471	5,8%	313	66,5%
	2006	8.028	326,9	4.104	51,1%	3.282	40,9%	1.864	56,8%	4.290	53,4%	1.944	45,3%	456	5,7%	296	64,9%
	2007	8.116	334,3	4.192	51,7%	3.291	40,5%	1.891	57,5%	4.366	53,8%	2.007	46,0%	459	5,7%	294	64,1%
	2008	8.090	337,4	4.185	51,7%	3.287	40,6%	1.899	57,8%	4.341	53,7%	2.000	46,1%	462	5,7%	286	61,9%
Deutschland	1991	244.238	305,4	81.981	33,6%	99.825	40,9%	30.824	30,9%	121.247	49,6%	40.930	33,8%	23.166	9,5%	10.227	44,1%
	1992	251.877	312,5	85.565	34,0%	104.462	41,5%	32.696	31,3%	124.111	49,3%	42.399	34,2%	23.304	9,3%	10.470	44,9%
	1993	259.981	320,3	90.155	34,7%	112.773	43,4%	36.505	32,4%	124.591	47,9%	43.229	34,7%	22.617	8,7%	10.421	46,1%
	1994	267.186	328,1	94.057	35,2%	115.087	43,1%	37.905	32,9%	129.143	48,3%	45.459	35,2%	22.956	8,6%	10.693	46,6%
	1995	273.880	335,4	97.353	35,5%	117.578	42,9%	39.197	33,3%	132.736	48,5%	47.099	35,5%	23.566	8,6%	11.057	46,9%
	1996	279.335	341,1	100.228	35,9%	119.560	42,8%	40.206	33,6%	135.341	48,5%	48.389	35,8%	24.434	8,7%	11.633	47,6%
	1997	282.737	344,6	102.015	36,1%	121.990	43,1%	41.492	34,0%	134.637	47,6%	47.776	35,5%	26.110	9,2%	12.747	48,8%
	1998	287.032	349,9	104.490	36,4%	124.621	43,4%	42.979	34,5%	135.840	47,3%	48.527	35,7%	26.571	9,3%	12.984	48,9%
	1999	291.171	354,7	107.257	36,8%	125.981	43,3%	43.826	34,8%	137.466	47,2%	49.618	36,1%	27.724	9,5%	13.813	49,8%
	2000	294.676	358,5	109.316	37,1%	128.488	43,6%	45.395	35,3%	139.477	47,3%	50.792	36,4%	26.711	9,1%	13.129	49,2%
	2001	297.893	361,8	111.504	37,4%	129.986	43,6%	46.276	35,6%	142.310	47,8%	52.699	37,0%	25.597	8,6%	12.529	48,9%
	2002	301.060	365,0	114.022	37,9%	131.329	43,6%	47.116	35,9%	143.838	47,8%	54.123	37,6%	25.893	8,6%	12.783	49,4%
	2003	304.117	368,5	116.136	38,2%	132.349	43,5%	47.766	36,1%	145.536	47,9%	55.392	38,1%	26.232	8,6%	12.978	49,5%
	2004	306.435	371,4	118.468	38,7%	133.365	43,5%	48.627	36,5%	146.357	47,8%	56.585	38,7%	26.713	8,7%	13.256	49,6%
	2005	307.577	373,0	120.501	39,2%	134.798	43,8%	49.899	37,0%	146.511	47,6%	57.490	39,2%	26.268	8,5%	13.112	49,9%
	2006	311.230	377,9	124.354	40,0%	136.105	43,7%	51.091	37,5%	148.322	47,7%	59.762	40,3%	26.803	8,6%	13.501	50,4%
	2007	314.912	382,8	128.009	40,6%	137.538	43,7%	52.336	38,1%	150.644	47,8%	62.155	41,3%	26.730	8,5%	13.518	50,6%
	2008	319.697	389,3	132.613	41,5%	138.330	43,3%	53.339	38,6%	153.799	48,1%	65.307	42,5%	27.568	8,6%	13.967	50,7%

Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

[1] von Spalte Anzahl insgesamt, [2] von Spalte Anzahl ambulant insg.
[3] von Spalte Anzahl stationär insg., [4] von Spalte sonstige insg.
* in Behörden, Körperschaften u.a. und in sonstigen Bereichen

Tabelle A2

Hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und Vorsorge-/Reha-Einrichtungen, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Krankenhäuser				Vorsorge- / Reha-Einrichtungen	
		Insgesamt		darunter: allgemeine Krankenhäuser			
		Anzahl	Ärzte je 100.000 Einw ohner	Anzahl	%[1]	Anzahl	Ärzte je 100.000 Einw ohner
Sachsen-Anhalt	2000	3.511	133,3	3.428	97,6%	167	6,3
	2001	3.546	136,5	3.461	97,6%	167	6,4
	2002	3.523	137,4	3.368	95,6%	177	6,9
	2003	3.622	142,9	3.461	95,6%	170	6,7
	2004	3.996	159,2	3.824	95,7%	173	6,9
	2005	3.991	160,8	3.835	96,1%	180	7,3
	2006	4.018	163,6	3.863	96,1%	178	7,2
	2007	4.037	166,3	3.877	96,0%	170	7,0
	2008	4.036	168,3	3.870	95,9%	179	7,5
Deutschland	2000	111.580	135,8	106.758	95,7%	8.919	10,9
	2001	113.593	138,0	108.677	95,7%	9.112	11,1
	2002	116.061	140,7	110.244	95,0%	9.013	10,9
	2003	118.486	143,6	112.664	95,1%	8.855	10,7
	2004	129.817	157,4	123.430	95,1%	8.896	10,8
	2005	131.115	159,0	124.966	95,3%	8.899	10,8
	2006	133.649	162,3	127.454	95,4%	9.008	10,9
	2007	136.267	165,6	130.065	95,4%	9.177	11,2
	2008	139.294	169,6	132.972	95,5%	9.268	11,3

Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

[1] von allen Krankenhausärzten

Tabelle A3 **Ausländeranteil in der Ärzteschaft, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

Jahr	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte						Ärztinnen und Ärzte in stationären Einrichtungen					
	Sachsen-Anhalt			Deutschland			Sachsen-Anhalt			Deutschland		
	Ins-gesamt	Aus-länder	Anteil (%)	Ins-gesamt	Aus-länder	Anteil (%)	Ins-gesamt	Aus-länder	Anteil (%)	Ins-gesamt	Aus-länder	Anteil (%)
1995	3.082	24	0,8%	110.949	3.096	2,8%	4.247	133	3,1%	132.736	6.252	4,7%
1996	3.186	23	0,7%	112.660	3.185	2,8%	4.042	122	3,0%	135.341	6.409	4,7%
1997	3.211	25	0,8%	114.955	3.305	2,9%	4.046	116	2,9%	134.637	6.187	4,6%
1998	3.257	30	0,9%	116.800	3.312	2,8%	4.102	113	2,8%	135.840	6.044	4,4%
1999	3.308	32	1,0%	118.681	3.365	2,8%	4.164	123	3,0%	137.466	6.364	4,6%
2000	3.320	32	1,0%	120.217	3.390	2,8%	4.128	135	3,3%	139.477	6.581	4,7%
2001	3.308	34	1,0%	121.675	3.446	2,8%	4.107	140	3,4%	142.310	7.360	5,2%
2002	3.277	28	0,9%	123.140	3.510	2,9%	4.048	150	3,7%	143.838	8.338	5,8%
2003	3.273	30	0,9%	124.203	3.444	2,8%	4.136	235	5,7%	145.536	9.360	6,4%
2004	3.214	31	1,0%	125.317	3.388	2,7%	4.336	364	8,4%	146.357	10.042	6,9%
2005	3.166	32	1,0%	126.252	3.437	2,7%	4.317	391	9,1%	146.511	10.309	7,0%
2006	3.122	30	1,0%	127.048	3.517	2,8%	4.290	382	8,9%	148.322	11.186	7,5%
2007	3.061	32	1,0%	127.132	3.454	2,7%	4.366	428	9,8%	150.644	12.002	8,0%
2008	3.029	35	1,2%	125.754	3.534	2,8%	4.341	477	11,0%	153.799	13.207	8,6%

Datenquelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer (zitiert nach www.gbe-bund.de)

Tabelle A4 **An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte nach Geschlecht und Teilnahmestatus, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

		Insgesamt		darunter:		davon															
				weiblich		Vertragsärzte				Ermächtigte Ärzte				Angestellte Ärzte*				Partnerärzte**			
						Vertragsärzte insg.		Vertragsärzte weibl.		Ermächt. Ärzte insg.		Ermächt. Ärzte weibl.		Angest. Ärzte insg.		Angest. Ärzte weibl.		Partnerärzte insg.		Partnerärzte weibl.	
		Anzahl	je 100.000 Einw ohner	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[2]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[3]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[4]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[5]
Sachsen-Anhalt	1993	3.369	120,8	1.796	53,3%	3.063	90,9%	1.729	56,4%	306	9,1%	67	21,9%								
	1994	3.415	123,3	1.824	53,4%	3.115	91,2%	1.758	56,4%	293	8,6%	59	20,1%	7	0,2%	7	100,0%				
	1995	3.540	128,7	1.868	52,8%	3.171	89,6%	1.776	56,0%	338	9,5%	71	21,0%	31	0,9%	21	67,7%				
	1996	3.601	131,8	1.907	53,0%	3.231	89,7%	1.811	56,1%	333	9,2%	72	21,6%	37	1,0%	24	64,9%				
	1997	3.675	135,4	1.923	52,3%	3.260	88,7%	1.822	55,9%	379	10,3%	78	20,6%	36	1,0%	23	63,9%				
	1998	3.717	138,2	1.945	52,3%	3.300	88,8%	1.840	55,8%	377	10,1%	80	21,2%	40	1,1%	25	62,5%				
	1999	3.748	140,8	1.967	52,5%	3.326	88,7%	1.851	55,7%	373	10,0%	83	22,3%	42	1,1%	29	69,0%	7	0,2%	4	57,1%
	2000	3.743	142,2	1.970	52,6%	3.329	88,9%	1.852	55,6%	362	9,7%	80	22,1%	42	1,1%	32	76,2%	10	0,3%	6	60,0%
	2001	3.720	143,2	1.958	52,6%	3.308	88,9%	1.837	55,5%	352	9,5%	80	22,7%	47	1,3%	35	74,5%	13	0,3%	6	46,2%
	2002	3.696	144,1	1.960	53,0%	3.287	88,9%	1.834	55,8%	351	9,5%	86	24,5%	44	1,2%	34	77,3%	14	0,4%	6	42,9%
	2003	3.691	145,6	1.954	52,9%	3.267	88,5%	1.822	55,8%	361	9,8%	91	25,2%	45	1,2%	31	68,9%	18	0,5%	10	55,6%
	2004	3.622	144,3	1.929	53,3%	3.206	88,5%	1.792	55,9%	345	9,5%	92	26,7%	50	1,4%	34	68,0%	21	0,6%	11	52,4%
	2005	3.612	145,5	1.934	53,5%	3.173	87,8%	1.784	56,2%	356	9,9%	98	27,5%	55	1,5%	38	69,1%	28	0,8%	14	50,0%
	2006	3.559	144,9	1.914	53,8%	3.168	89,0%	1.790	56,5%	344	9,7%	96	27,9%	34	1,0%	22	64,7%	13	0,4%	6	46,2%
	2007	3.597	148,2	1.949	54,2%	3.182	88,5%	1.812	56,9%	347	9,6%	101	29,1%	58	1,6%	30	51,7%	10	0,3%	6	60,0%
	2008	3.617	150,9	1.974	54,6%	3.189	88,2%	1.813	56,9%	317	8,8%	92	29,0%	103	2,8%	63	61,2%	8	0,2%	6	75,0%
Deutschland	1993	115.469	142,2	33.809	29,3%	104.556	90,5%	32.372	31,0%	10.913	9,5%	1.437	13,2%								
	1994	118.339	145,3	35.351	29,9%	106.240	89,8%	33.144	31,2%	11.067	9,4%	1.482	13,4%	1.032	0,9%	725	70,3%				
	1995	119.939	146,9	36.182	30,2%	107.497	89,6%	33.706	31,4%	11.065	9,2%	1.478	13,4%	1.377	1,1%	998	72,5%				
	1996	121.876	148,8	37.079	30,4%	109.118	89,5%	34.434	31,6%	11.125	9,1%	1.479	13,3%	1.633	1,3%	1.166	71,4%				
	1997	123.266	150,2	37.801	30,7%	110.395	89,6%	35.115	31,8%	11.257	9,1%	1.496	13,3%	1.614	1,3%	1.190	73,7%				
	1998	125.071	152,5	38.806	31,0%	112.683	90,1%	36.257	32,2%	10.863	8,7%	1.401	12,9%	1.525	1,2%	1.148	75,3%				
	1999	125.317	152,7	39.446	31,5%	112.934	90,1%	36.877	32,7%	10.731	8,6%	1.356	12,6%	1.405	1,1%	1.092	77,7%	247	0,2%	121	49,0%
	2000	126.832	154,3	40.325	31,8%	114.019	89,9%	37.512	32,9%	10.769	8,5%	1.372	12,7%	1.572	1,2%	1.215	77,3%	472	0,4%	226	47,9%
	2001	128.512	156,1	41.135	32,0%	115.445	89,8%	38.252	33,1%	10.862	8,5%	1.359	12,5%	1.617	1,3%	1.232	76,2%	588	0,5%	292	49,7%
	2002	129.478	157,0	41.786	32,3%	116.065	89,6%	38.654	33,3%	10.877	8,4%	1.382	12,7%	1.764	1,4%	1.359	77,0%	772	0,6%	391	50,6%
	2003	130.563	158,2	42.461	32,5%	116.695	89,4%	39.097	33,5%	11.016	8,4%	1.395	12,7%	1.942	1,5%	1.506	77,5%	910	0,7%	463	50,9%
	2004	131.119	158,9	43.113	32,9%	116.990	89,2%	39.552	33,8%	10.994	8,4%	1.420	12,9%	2.040	1,6%	1.593	78,1%	1.095	0,8%	548	50,0%
	2005	131.802	159,8	44.031	33,4%	117.547	89,2%	40.332	34,3%	10.798	8,2%	1.503	13,9%	2.170	1,6%	1.639	75,5%	1.287	1,0%	557	43,3%
	2006	132.895	161,3	45.029	33,9%	118.277	89,0%	41.067	34,7%	11.075	8,3%	1.608	14,5%	2.266	1,7%	1.686	74,4%	1.277	1,0%	668	52,3%
	2007	134.172	163,1	46.188	34,4%	118.858	88,6%	41.748	35,1%	10.977	8,2%	1.683	15,3%	2.963	2,2%	2.046	69,1%	1.374	1,0%	711	51,7%
	2008	135.388	164,9	47.630	35,2%	119.038	87,9%	42.326	35,6%	10.624	7,8%	1.700	16,0%	4.292	3,2%	2.911	67,8%	1.434	1,1%	693	48,3%

Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister,
Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes,
Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

[1] von Spalte Anzahl insgesamt, [2] von Spalte Anzahl Vertragsärzte insg., [3] von Spalte Anzahl Ermächtigte Ärzte ins., [4] von Spalte Angest. Ärzte insg., [5] von Spalte Partnerärzte

* erst ab 1994

* erst ab 1999

Tabelle A5

Bevölkerungsbezogene Dichte von praktizierenden* Ärztinnen und Ärzten, Sachsen-Anhalt / Deutschland im internationalen Vergleich, 2007

Ländervergleich						
Europa-Zone[1]	EU-Mitglied ab[2]	Europa Rang	EU Rang	Länder	letzte verfügbare Daten	Ärzte je 100.000 Einwohner
A		1		Monaco	1995	664
A	a	2	1	Griechenland	2006	535
C		3		Belarus	2007	484
B		4		Georgien	2007	455
B		5		Russische Föd.	2006	431
A	a	6	2	Belgien	2006	423
C	b	7	3	Litauen	2007	407
A	a	8	4	Niederlande	2007	393
A		9		Schweiz	2006	385
A		10		Norwegen	2007	380
B		11		Aserbaidschan	2007	377
A	a	12	5	Spanien	2007	376
A	a	13	6	Österreich	2007	375
C		14		Kasachstan	2007	370
A		15		Island	2006	368
A	a	16	7	Italien	2006	365
B	c	17	8	Bulgarien	2007	364
A	a	18	9	Schweden	2006	358
A	b	19	10	Tschechien	2007	357
A		20		Israel	2007	353
A	a	21	11	Deutschland	2007	348
				Deutschland	2007	350**
B		22		Armenien	2007	344
A	a	23	12	Portugal	2005	343
A	a	24	13	Frankreich	2007	342
A	b	25	14	Malta	2007	332
A	a	26	15	Finnland	2007	331
C	b	27	16	Estland	2006	329
A	a	28	17	Dänemark	2006	320
				Sachsen-Anhalt	2007	315**
B	b	29	18	Slowakei	2004	313
C		30		Moldavien	2007	312
B		31		Ukraine	2006	308
C	b	32	19	Lettland	2007	305
A		33		Andorra	2007	303
A	a	34	20	Irland	2007	303
A	a	35	21	Luxemburg	2005	290
C	b	36	22	Ungarn	2007	278
B		37		Serbien	2007	271
B		38		Usbekistan	2007	267
A		39		Kroatien	2007	259
B		40		Mazedonien	2006	254
A	b	41	23	Zypern	2006	253
A		42		San Marino	1990	252
B		43		Turkmenistan	2007	244
B		44		Kyrgisien	2007	238
A	b	45	24	Slowenien	2006	237
A	a	46	25	Großbritannien	2002	213
B	b	47	26	Polen	2006	203
B		48		Tajikistan	2006	201
B		49		Montenegro	2007	197
B	c	50	27	Rumänien	2006	192
B		51		Türkei	2007	154
B		52		Bosnien-Herz.	2005	142
B		53		Albanien	2007	115

Mittelwerte		
Bezugspopulation	letzte verfügbare Daten	Ärzte je 100.000 Einwohner
Europäische Region	2007	340
EU-Mitglieder (2007)	2007	322
EU-Mitgl., Beitritt 1	2006	338
EU-Mitgl., Beitritt 2+3	2007	253
Eur-A-Zone	2007	341
Eur-B+C-Zonen	2007	310
Welt[3]		189

* berufstätige, direkt mit Patienten arbeitende Ärztinnen und Ärzte (ohne Ärzte in Behörden; Körperschaften u.a. und ohne Ärzte in sonstigen Einrichtungen)

[1] A = geringe Kinder- und sehr geringe Erwachsenensterblichkeit, B = geringe Kinder- und geringe Erwachsenensterblichkeit, C = geringe Kinder- und hohe Erwachsenensterblichkeit

[2] a = vor 1.5.2004, b = 1.5.2004 bis 31.12.2006, c = 1.1.2007

[3] 192 Länder, Mittelwert letzte verfügbare Daten: 2003 (Quelle: WHOSIS)

** selbst berechnete Werte aus der Ärztestatistik der BÄK bei www.gbe-bund.de : bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit ärztlicher Tätigkeit minus Ärzte in Körperschaften u.a. und minus Ärzte in sonstigen Bereichen pro 100.000 Einwohner (Jahresdurchschnittsbevölkerung).

Datenquellen:
European Health For All Database (HFA-DB)
http://www.euro.who.int/hfadb
World Healt Organization Statistival Information Service (WHOSIS)Health for all Database
http://www.who.int/whosis/en/index.html

Tabelle A6

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Hausärzte und Fachärzte nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Hausärzte*				Fachärzte**			
		Insgesamt		davon weiblich		Insgesamt		davon weiblich	
		Anzahl	je 100.000 Einwohner	Anzahl	%[1]	Anzahl	je 100.000 Einwohner	Anzahl	%[2]
Sachsen-Anhalt	2000	1.895	72,0	1.150	60,7%	1.848	70,2	820	44,4%
	2001	1.868	71,9	1.128	60,4%	1.852	71,3	830	44,8%
	2002	1.798	70,1	1.095	60,9%	1.898	74,0	865	45,6%
	2003	1.778	70,1	1.087	61,1%	1.913	75,5	867	45,3%
	2004	1.735	69,1	1.065	61,4%	1.887	75,2	864	45,8%
	2005	1.702	68,6	1.053	61,9%	1.910	76,9	881	46,1%
	2006	1.677	68,3	1.048	62,5%	1.882	76,6	866	46,0%
	2007	1.644	67,7	1.029	62,6%	1.953	80,4	920	47,1%
	2008	1.615	67,4	1.015	62,8%	2.002	83,5	959	47,9%
Deutschland	2000	59.788	72,7	20.711	34,6%	67.044	81,6	19.614	29,3%
	2001	59.741	72,6	20.969	35,1%	68.771	83,5	20.166	29,3%
	2002	59.075	71,6	21.054	35,6%	70.403	85,4	20.732	29,4%
	2003	58.975	71,5	21.144	35,9%	71.588	86,8	21.317	29,8%
	2004	59.141	71,7	21.409	36,2%	71.978	87,2	21.704	30,2%
	2005	59.076	71,6	21.631	36,6%	72.726	88,2	22.400	30,8%
	2006	58.972	71,6	21.920	37,2%	73.923	89,7	23.109	31,3%
	2007	58.689	71,3	22.051	37,6%	75.483	91,8	24.137	37,6%
	2008	58.095	70,7	22.012	37,9%	77.293	94,1	25.618	33,1%

Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* inklusive hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte

** alle an der vertragsärztl. Versorgung teilnehm. Ärzte minus Hausärzte

[1] von Spalte Hausärzte insgesamt

[2] von Spalte Fachärzte insgesamt

Tabelle A7 **Bei den Ärztekammern registrierte, berufstätige Fachärztinnen* und Fachärzte* nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

		Insgesamt		darunter: weiblich		davon: ambulant tätig				stationär/teilstationär tätig				in sonstigen** Bereichen tätig			
						ambulant insg.		ambulant weibl.		stationär insg.		stationär weibl.		sonstige insg.		sonstige weibl.	
		Anzahl	je 100.000 Einwohner	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[2]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[3]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[4]
Sachsen-Anhalt	1991	3.490	122,5	1.702	48,8%	1.384	39,7%	768	55,5%	1.964	56,3%	854	43,5%	142	4,1%	80	56,3%
	1992	3.748	133,4	1.817	48,5%	1.294	34,5%	723	55,9%	2.290	61,1%	998	43,6%	164	4,4%	96	58,5%
	1993	4.017	144,1	1.980	49,3%	1.665	41,4%	905	54,4%	2.218	55,2%	992	44,7%	134	3,3%	83	61,9%
	1994	4.064	146,8	1.976	48,6%	1.753	43,1%	946	54,0%	2.199	54,1%	965	43,9%	112	2,8%	65	58,0%
	1995	4.186	152,2	2.030	48,5%	1.813	43,3%	974	53,7%	2.225	53,2%	965	43,4%	148	3,5%	91	61,5%
	1996	4.368	159,9	2.078	47,6%	1.909	43,7%	1.024	53,6%	2.092	47,9%	858	41,0%	367	8,4%	196	53,4%
	1997	4.436	163,4	2.125	47,9%	1.950	44,0%	1.037	53,2%	2.166	48,8%	888	41,0%	320	7,2%	200	62,5%
	1998	4.539	168,8	2.161	47,6%	1.993	43,9%	1.059	53,1%	2.223	49,0%	892	40,1%	323	7,1%	210	65,0%
	1999	4.673	175,5	2.210	47,3%	2.060	44,1%	1.093	53,1%	2.292	49,0%	908	39,6%	321	6,9%	209	65,1%
	2000	4.745	180,2	2.255	47,5%	2.081	43,9%	1.115	53,6%	2.330	49,1%	916	39,3%	334	7,0%	224	67,1%
	2001	4.808	185,0	2.293	47,7%	2.096	43,6%	1.124	53,6%	2.396	49,8%	961	40,1%	316	6,6%	208	65,8%
	2002	4.724	184,2	2.234	47,3%	1.930	40,9%	1.037	53,7%	2.451	51,9%	965	39,4%	343	7,3%	232	67,6%
	2003	4.767	188,0	2.256	47,3%	1.940	40,7%	1.049	54,1%	2.490	52,2%	985	39,6%	337	7,1%	222	65,9%
	2004	4.809	191,6	2.264	47,1%	1.929	40,1%	1.047	54,3%	2.551	53,0%	1.004	39,4%	329	6,8%	213	64,7%
	2005	4.858	195,7	2.324	47,8%	1.940	39,9%	1.055	54,4%	2.596	53,4%	1.049	40,4%	322	6,6%	220	68,3%
	2006	4.839	197,0	2.323	48,0%	1.975	40,8%	1.078	54,6%	2.556	52,8%	1.035	40,5%	308	6,4%	210	68,2%
	2007	4.884	201,2	2.366	48,4%	2.029	41,5%	1.120	55,2%	2.545	52,1%	1.036	40,7%	310	6,3%	210	67,7%
	2008	4.932	205,7	2.378	48,2%	2.054	41,6%	1.136	55,3%	2.562	51,9%	1.034	40,4%	316	6,4%	208	65,8%
Deutschland	1991	117.419	146,8	31.828	27,1%	54.788	46,7%	14.594	26,6%	52.635	44,8%	13.267	25,2%	9.996	8,5%	3.967	39,7%
	1992	121.786	151,1	33.193	27,3%	57.410	47,1%	15.359	26,8%	54.067	44,4%	13.628	25,2%	10.309	8,5%	4.206	40,8%
	1993	126.942	156,4	35.135	27,7%	62.667	49,4%	17.297	27,6%	53.960	42,5%	13.518	25,1%	10.315	8,1%	4.320	41,9%
	1994	131.015	160,9	36.710	28,0%	64.104	48,9%	17.930	28,0%	56.297	43,0%	14.305	25,4%	10.614	8,1%	4.475	42,2%
	1995	134.047	164,2	38.074	28,4%	65.654	49,0%	18.590	28,3%	57.682	43,0%	14.944	25,9%	10.711	8,0%	4.540	42,4%
	1996	141.594	172,9	40.775	28,8%	68.185	48,2%	19.578	28,7%	61.791	43,6%	16.209	26,2%	11.618	8,2%	4.988	42,9%
	1997	146.572	178,6	42.880	29,3%	70.227	47,9%	20.572	29,3%	64.379	43,9%	17.082	26,5%	11.966	8,2%	5.226	43,7%
	1998	151.081	184,2	44.931	29,7%	72.427	47,9%	21.735	30,0%	66.363	43,9%	17.872	26,9%	12.291	8,1%	5.324	43,3%
	1999	154.988	188,8	46.748	30,2%	74.139	47,8%	22.647	30,5%	68.178	44,0%	18.568	27,2%	12.671	8,2%	5.533	43,7%
	2000	158.341	192,7	48.145	30,4%	75.797	47,9%	23.498	31,0%	70.162	44,3%	19.285	27,5%	12.382	7,8%	5.362	43,3%
	2001	161.837	196,5	49.722	30,7%	77.349	47,8%	24.277	31,4%	72.174	44,6%	20.068	27,8%	12.314	7,6%	5.377	43,7%
	2002	165.099	200,2	51.342	31,1%	78.638	47,6%	24.939	31,7%	73.783	44,7%	20.809	28,2%	12.678	7,7%	5.594	44,1%
	2003	168.495	204,2	52.923	31,4%	79.960	47,5%	25.630	32,1%	75.565	44,8%	21.536	28,5%	12.970	7,7%	5.757	44,4%
	2004	171.541	207,9	54.630	31,8%	81.329	47,4%	26.410	32,5%	76.939	44,9%	22.331	29,0%	13.273	7,7%	5.889	44,4%
	2005	174.233	211,3	56.490	32,4%	82.572	47,4%	27.346	33,1%	78.545	45,1%	23.294	29,7%	13.116	7,5%	5.850	44,6%
	2006	177.250	215,2	58.646	33,1%	83.953	47,4%	28.277	33,7%	79.754	45,0%	24.273	30,4%	13.543	7,6%	6.096	45,0%
	2007	180.307	219,2	60.856	33,8%	85.698	47,5%	29.477	34,4%	80.919	44,9%	25.206	31,1%	13.690	7,6%	6.173	45,1%
	2008	183.374	223,3	63.096	34,4%	87.130	47,5%	30.571	35,1%	81.931	44,7%	26.118	31,9%	14.313	7,8%	6.407	44,8%

Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* alle registrierten, berufstätigen Ärzte außer Ärzte mit den folgenden Bezeichnungen: "Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)", "Allgemeinmedizin" (nach alter MWBO), "Praktischer Arzt", "Arzt ohne Facharztbezeichnung"

[1] von Spalte Anzahl insgesamt, [2] von Spalte Anzahl ambulant insg., [3] von Spalte Anzahl stationär insg., [4] von Spalte sonstige

** in Behörden, Körperschaften u.a. und in sonstigen Bereichen

Tabelle A8 **Altersstruktur der Hausärztinnen* und Hausärzte* nach Artzregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

		Altersgruppen (Alter in Jahren)												Insgesamt
		unter 35		35-39		40-49		50-59		60-65		>=66		
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Sachsen-Anhalt	2000	49	2,6%	173	9,1%	666	35,1%	676	35,7%	302	15,9%	29	1,5%	1.895
	2001	44	2,4%	145	7,8%	659	35,3%	611	32,7%	371	19,9%	38	2,0%	1.868
	2002	40	2,2%	120	6,7%	614	34,1%	542	30,1%	441	24,5%	41	2,3%	1.798
	2003	42	2,4%	116	6,5%	611	34,4%	482	27,1%	482	27,1%	45	2,5%	1.778
	2004	27	1,6%	110	6,3%	607	35,0%	465	26,8%	465	26,8%	61	3,5%	1.735
	2005	23	1,4%	121	7,1%	564	33,1%	502	29,5%	414	24,3%	78	4,6%	1.702
	2006	17	1,0%	124	7,4%	535	31,9%	543	32,4%	348	20,8%	110	6,6%	1.677
	2007	14	0,9%	120	7,3%	496	30,2%	589	35,8%	284	17,3%	141	8,6%	1.644
	2008	15	0,9%	111	6,9%	461	28,5%	625	38,7%	237	14,7%	166	10,3%	1.615
Deutschland	2000	842	1,4%	5.487	9,2%	22.384	37,4%	23.070	38,6%	7.167	12,0%	838	1,4%	59.788
	2001	771	1,3%	5.059	8,5%	21.711	36,3%	23.116	38,7%	8.138	13,6%	946	1,6%	59.741
	2002	690	1,2%	4.666	7,9%	20.960	35,5%	22.798	38,6%	8.908	15,1%	1.053	1,8%	59.075
	2003	584	1,0%	4.364	7,4%	20.511	34,8%	22.623	38,4%	9.738	16,5%	1.155	2,0%	58.975
	2004	463	0,8%	4.081	6,9%	20.227	34,2%	22.765	38,5%	10.191	17,2%	1.414	2,4%	59.141
	2005	418	0,7%	4.025	6,8%	20.100	34,0%	23.158	39,2%	9.742	16,5%	1.633	2,8%	59.076
	2006	379	0,6%	3.742	6,3%	20.025	34,0%	23.622	40,1%	9.311	15,8%	1.893	3,2%	58.972
	2007	325	0,6%	3.497	6,0%	19.565	33,3%	23.794	40,5%	9.315	15,9%	2.193	3,7%	58.689
	2008	307	0,5%	2.964	5,1%	18.976	32,7%	23.870	41,1%	9.444	16,3%	2.534	4,4%	58.095

Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister

* inklusive hausärztlich tätige Internist/Innen und hausärztlich tätige Kinderärzt/Innen

Tabelle A9

Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten Fachärztinnen* und Fachärzte* mit AMBULANTER Tätigkeit, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Altersgruppen (Alter in Jahren)												Insgesamt
		unter 35		35-39		40-49		50-59		60-65		>=66		
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Sachsen-Anhalt	1991	113	8,2%	263	19,0%	512	37,0%	405	29,3%	66	4,8%	25	1,8%	1.384
	1992	90	7,0%	277	21,4%	466	36,0%	405	31,3%	25	1,9%	31	2,4%	1.294
	1993	104	6,2%	373	22,4%	559	33,6%	556	33,4%	44	2,6%	29	1,7%	1.665
	1994	85	4,8%	380	21,7%	571	32,6%	627	35,8%	59	3,4%	31	1,8%	1.753
	1995	71	3,9%	369	20,4%	615	33,9%	649	35,8%	74	4,1%	35	1,9%	1.813
	1996	70	3,7%	349	18,3%	682	35,7%	673	35,3%	98	5,1%	37	1,9%	1.909
	1997	49	2,5%	332	17,0%	738	37,8%	672	34,5%	124	6,4%	35	1,8%	1.950
	1998	40	2,0%	305	15,3%	789	39,6%	665	33,4%	158	7,9%	36	1,8%	1.993
	1999	43	2,1%	291	14,1%	830	40,3%	662	32,1%	192	9,3%	42	2,0%	2.060
	2000	29	1,4%	279	13,4%	844	40,6%	658	31,6%	227	10,9%	44	2,1%	2.081
	2001	20	1,0%	244	11,6%	851	40,6%	647	30,9%	284	13,5%	50	2,4%	2.096
	2002	15	0,8%	203	10,5%	818	42,4%	552	28,6%	289	15,0%	53	2,7%	1.930
	2003	12	0,6%	176	9,1%	832	42,9%	541	27,9%	327	16,9%	52	2,7%	1.940
	2004	8	0,4%	154	8,0%	835	43,3%	550	28,5%	328	17,0%	54	2,8%	1.929
	2005	11	0,6%	144	7,4%	823	42,4%	591	30,5%	311	16,0%	60	3,1%	1.940
	2006	14	0,7%	151	7,6%	804	40,7%	654	33,1%	287	14,5%	65	3,3%	1.975
	2007	9	0,4%	142	7,0%	801	39,5%	727	35,8%	256	12,6%	94	4,6%	2.029
	2008	10	0,5%	127	6,2%	796	38,8%	783	38,1%	226	11,0%	112	5,5%	2.054
Deutschland	1991	1.682	3,1%	6.432	11,7%	22.339	40,8%	17.253	31,5%	3.266	6,0%	3.816	7,0%	54.788
	1992	1.762	3,1%	7.046	12,3%	22.525	39,2%	19.151	33,4%	3.236	5,6%	3.690	6,4%	57.410
	1993	2.242	3,6%	8.679	13,8%	23.431	37,4%	21.507	34,3%	3.261	5,2%	3.547	5,7%	62.667
	1994	1.908	3,0%	8.750	13,6%	23.433	36,6%	23.028	35,9%	3.627	5,7%	3.358	5,2%	64.104
	1995	1.483	2,3%	8.644	13,2%	24.214	36,9%	23.785	36,2%	4.262	6,5%	3.266	5,0%	65.654
	1996	1.596	2,3%	8.746	12,8%	25.342	37,2%	24.509	35,9%	4.839	7,1%	3.153	4,6%	68.185
	1997	1.392	2,0%	8.693	12,4%	26.139	37,2%	25.400	36,2%	5.573	7,9%	3.030	4,3%	70.227
	1998	1.373	1,9%	8.978	12,4%	27.323	37,7%	25.820	35,6%	6.268	8,7%	2.665	3,7%	72.427
	1999	1.145	1,5%	8.830	11,9%	28.073	37,9%	26.300	35,5%	7.552	10,2%	2.239	3,0%	74.139
	2000	890	1,2%	8.367	11,0%	28.657	37,8%	26.634	35,1%	8.920	11,8%	2.329	3,1%	75.797
	2001	779	1,0%	7.967	10,3%	29.430	38,0%	26.634	34,4%	10.112	13,1%	2.427	3,1%	77.349
	2002	650	0,8%	7.463	9,5%	30.137	38,3%	26.681	33,9%	11.119	14,1%	2.588	3,3%	78.638
	2003	583	0,7%	6.827	8,5%	30.977	38,7%	26.637	33,3%	12.158	15,2%	2.778	3,5%	79.960
	2004	578	0,7%	6.473	8,0%	31.683	39,0%	27.056	33,3%	12.534	15,4%	3.005	3,7%	81.329
	2005	495	0,6%	5.729	6,9%	32.003	38,8%	28.473	34,5%	12.383	15,0%	3.489	4,2%	82.572
	2006	508	0,6%	5.822	6,9%	32.726	39,0%	29.431	35,1%	11.690	13,9%	3.776	4,5%	83.953
	2007	530	0,6%	5.605	6,5%	33.102	38,6%	30.602	35,7%	11.532	13,5%	4.327	5,0%	85.698
	2008	575	0,7%	5.305	6,1%	33.225	38,1%	31.719	36,4%	11.583	13,3%	4.723	5,4%	87.130

Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärztestatistik
(zitiert nach www.gbe-bund.de)

*ohne Ärzte mit folgenden Bezeichnungen: Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt), Praktischer Arzt, Arzt ohne Facharztbezeichnung

Tabelle A10

Altersstruktur der bei den Ärztekammern registrierten Fachärztinnen* und Fachärzte* mit STATIONÄRER Tätigkeit, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich

		Altersgruppen (Alter in Jahren)												Insgesamt
		unter 35		35-39		40-49		50-59		60-65		>=66		
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
Sachsen-Anhalt	1991	305	15,5%	399	20,3%	544	27,7%	626	31,9%	58	3,0%	32	1,6%	1.964
	1992	376	16,4%	461	20,1%	555	24,2%	751	32,8%	120	5,2%	27	1,2%	2.290
	1993	340	15,3%	469	21,1%	476	21,5%	810	36,5%	118	5,3%	5	0,2%	2.218
	1994	301	13,7%	504	22,9%	464	21,1%	802	36,5%	122	5,5%	6	0,3%	2.199
	1995	244	11,0%	527	23,7%	529	23,8%	772	34,7%	147	6,6%	6	0,3%	2.225
	1996	225	10,8%	544	26,0%	585	28,0%	582	27,8%	154	7,4%	2	0,1%	2.092
	1997	218	10,1%	574	26,5%	638	29,5%	568	26,2%	155	7,2%	13	0,6%	2.166
	1998	183	8,2%	646	29,1%	701	31,5%	538	24,2%	152	6,8%	3	0,1%	2.223
	1999	190	8,3%	670	29,2%	748	32,6%	506	22,1%	173	7,5%	5	0,2%	2.292
	2000	174	7,5%	683	29,3%	795	34,1%	474	20,3%	203	8,7%	1	0,0%	2.330
	2001	173	7,2%	655	27,3%	890	37,1%	430	17,9%	244	10,2%	4	0,2%	2.396
	2002	166	6,8%	657	26,8%	949	38,7%	418	17,1%	256	10,4%	5	0,2%	2.451
	2003	141	5,7%	640	25,7%	1.037	41,6%	391	15,7%	278	11,2%	3	0,1%	2.490
	2004	131	5,1%	649	25,4%	1.108	43,4%	402	15,8%	258	10,1%	3	0,1%	2.551
	2005	129	5,0%	648	25,0%	1.129	43,5%	466	18,0%	216	8,3%	8	0,3%	2.596
	2006	103	4,0%	593	23,2%	1.160	45,4%	524	20,5%	170	6,7%	6	0,2%	2.556
	2007	97	3,8%	557	21,9%	1.176	46,2%	566	22,2%	141	5,5%	8	0,3%	2.545
	2008	105	4,1%	498	19,4%	1.214	47,4%	611	23,8%	123	4,8%	11	0,4%	2.562
Deutschland	1991	5.671	10,8%	11.623	22,1%	19.431	36,9%	13.156	25,0%	2.367	4,5%	387	0,7%	52.635
	1992	5.653	10,5%	12.112	22,4%	19.294	35,7%	14.132	26,1%	2.514	4,6%	362	0,7%	54.067
	1993	5.406	10,0%	12.075	22,4%	18.617	34,5%	14.960	27,7%	2.589	4,8%	313	0,6%	53.960
	1994	5.484	9,7%	13.079	23,2%	19.041	33,8%	15.580	27,7%	2.784	4,9%	329	0,6%	56.297
	1995	5.098	8,8%	13.897	24,1%	19.572	33,9%	15.573	27,0%	3.215	5,6%	327	0,6%	57.682
	1996	5.349	8,7%	15.388	24,9%	21.584	34,9%	15.647	25,3%	3.522	5,7%	301	0,5%	61.791
	1997	4.742	7,4%	16.564	25,7%	22.979	35,7%	15.806	24,6%	3.997	6,2%	291	0,5%	64.379
	1998	4.382	6,6%	17.205	25,9%	24.159	36,4%	15.977	24,1%	4.382	6,6%	258	0,4%	66.363
	1999	3.937	5,8%	17.632	25,9%	25.339	37,2%	15.992	23,5%	5.045	7,4%	233	0,3%	68.178
	2000	3.635	5,2%	17.742	25,3%	26.772	38,2%	16.188	23,1%	5.580	8,0%	245	0,3%	70.162
	2001	3.692	5,1%	17.501	24,2%	28.259	39,2%	16.345	22,6%	6.138	8,5%	239	0,3%	72.174
	2002	3.453	4,7%	17.182	23,3%	29.803	40,4%	16.426	22,3%	6.655	9,0%	264	0,4%	73.783
	2003	3.515	4,7%	16.989	22,5%	31.205	41,3%	16.530	21,9%	7.056	9,3%	270	0,4%	75.565
	2004	3.604	4,7%	16.909	22,0%	32.369	42,1%	16.770	21,8%	7.005	9,1%	282	0,4%	76.939
	2005	3.382	4,3%	16.204	20,6%	33.846	43,1%	17.903	22,8%	6.798	8,7%	412	0,5%	78.545
	2006	3.610	4,5%	16.469	20,6%	34.435	43,2%	18.760	23,5%	6.064	7,6%	416	0,5%	79.754
	2007	3.726	4,6%	15.891	19,6%	35.264	43,6%	19.711	24,4%	5.848	7,2%	479	0,6%	80.919
	2008	3.911	4,8%	15.163	18,5%	35.897	43,8%	20.676	25,2%	5.755	7,0%	529	0,6%	81.931

Datenquelle: Bundesärztekammer: Ärzteregister
(zitiert nach www.gbe-bund.de)

*ohne Ärzte mit folgenden Bezeichnungen: Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt), Praktischer Arzt, Arzt ohne Facharztbezeichnung

Tabelle A11

Ärztinnen[1] und Ärzte[1] in ambulanten Einrichtungen, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2002, 2004, 2006

	Hausärzte[2]						Fachärzte[3]					
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Ärzte je 100.000 E	Ärzte je 100.000 E	Ärzte je 100.000 E	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Ärzte je 100.000 E	Ärzte je 100.000 E	Ärzte je 100.000 E
Dessau, Stadt	50	43	45	61,3	54,1	58,1	107	107	109	131,1	134,6	140,8
Anhalt-Zerbst	51	50	45	70,9	71,5	66,1	36	36	34	50,1	51,5	49,9
Bernburg	38	38	37	55,6	57,3	57,5	46	47	49	67,3	70,8	76,1
Bitterfeld	59	56	53	56,2	55,3	53,9	58	56	56	55,2	55,3	57,0
Köthen	41	43	43	59,8	64,6	66,5	39	39	42	56,9	58,6	64,9
Wittenberg	77	75	75	60,2	60,3	62,1	75	75	71	58,6	60,3	58,8
Halle (Saale), Stadt	190	185	179	79,4	77,6	75,9	370	380	388	154,6	159,3	164,6
Burgenlandkreis	93	92	86	66,7	67,7	65,3	76	78	84	54,5	57,4	63,8
Mansfelder Land	61	59	59	58,1	58,0	59,9	68	68	63	64,8	66,8	63,9
Merseburg-Querfurt	77	79	72	56,8	59,6	55,2	81	80	80	59,8	60,3	61,3
Saalkreis	36	32	32	46,1	41,5	42,3	18	19	20	23,0	24,6	26,4
Sangerhausen	39	39	33	59,0	60,6	52,8	44	46	43	66,5	71,5	68,9
Weißenfels	47	46	46	61,3	61,4	62,7	53	54	56	69,1	72,1	76,3
Magdeburg, Stadt	172	168	156	75,4	74,1	67,9	329	322	327	144,2	142,1	142,3
Aschersleben-Staßfurt	61	55	50	60,9	56,8	53,4	62	64	63	61,9	66,1	67,3
Bördekreis	48	47	46	61,3	61,5	61,8	38	36	33	48,5	47,1	44,4
Halberstadt	44	42	40	56,5	54,9	53,4	64	66	64	82,2	86,2	85,5
Jerichower Land	51	50	51	50,6	50,8	53,2	67	57	57	66,5	57,9	59,4
Ohrekreis	65	65	60	55,5	56,2	52,9	58	56	59	49,5	48,4	52,0
Stendal	87	86	84	63,6	64,6	64,9	92	95	91	67,2	71,3	70,3
Quedlinburg	51	45	44	66,4	60,5	61,1	72	65	65	93,7	87,4	90,3
Schönebeck	51	46	45	67,7	62,8	63,5	50	49	45	66,4	66,9	63,5
Wernigerode	54	56	55	57,1	60,4	60,3	73	72	73	77,2	77,6	80,1
Altmarkkreis Salzwede	59	55	52	59,4	56,6	55,0	54	54	57	54,3	55,6	60,3
Sachsen-Anhalt	**1.602**	**1.552**	**1.488**	**62,9**	**62,2**	**60,9**	**2.030**	**2.021**	**2.029**	**79,6**	**81,0**	**83,1**

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt: Arztregister, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

[1] Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen

[2] inkl. hausärztl. tätige Internisten, aber ohne hausärztl. tät.Kinderärzte

[3] alle teilnehmenden Ärzte in ambulanten Einrichtungen minus Hausärzte

Tabelle A12 **An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte in Facharztgruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, Sachsen-Anhalt / Deutschland, 2004, 2006, 2008 (sortiert nach absteigender Arztdichte 2008 in Sachsen-Anhalt)**

Arztgruppe (sortiert nach Arztdichte in Sachsen-Anhalt)	Sachsen-Anhalt										Deutschland									
	Insgesamt							darunter: weiblich			Insgesamt							darunter: weiblich		
	Anzahl			je 100.000 Einwohn.				Anzahl (3-Jahres-mittelwert 04,06,08)	%[1]	Rang[1]	Anzahl			je 100.000 Einwohn.				Anzahl (3-Jahres-mittelwert 04,06,08)	%[1]	Rang[1]
	2004	2006	2008	2004	2006	2008	Rang 2008				2004	2006	2008	2004	2006	2008	Rang 2008			
Kinderärztinnen und -ärzte*	213	207	194	79,18	84,17	78,99	1	159	77,9%	1	6.849	6.897	6.999	56,88	59,74	62,43	1	3.178	46,0%	2
Hausärztlich tätige Internistinnen	348	370	405	13,87	15,07	16,89	2	193	51,6%	6	13.752	14.288	14.911	16,67	17,35	18,16	2	3.687	25,8%	8
Frauenärztinnen und -ärzte	315	313	322	12,55	12,75	13,43	3	203	64,0%	4	10.922	11.094	11.301	13,24	13,47	13,76	3	5.378	48,4%	1
Fachärztlich tätige Internistinnen	229	239	246	9,12	9,73	10,26	4	98	41,2%	8	7.131	7.356	7.634	8,64	8,93	9,30	4	1.313	17,8%	10
Chirurginnen und Chirurgen	161	158	167	6,41	6,43	6,97	5	28	17,5%	12	5.692	5.764	5.893	6,90	7,00	7,18	5	518	9,0%	12
Augenärztinnen und -ärzte	172	164	166	6,85	6,68	6,92	6	125	74,7%	2	5.470	5.498	5.515	6,63	6,68	6,72	8	2.286	41,6%	4
Orthopädinnen und Orthopäden	137	139	151	5,46	5,66	6,30	7	44	30,9%	11	5.529	5.633	5.844	6,70	6,84	7,12	6	568	10,0%	11
Nervenärzt/Innen, Neurolog/Innen, Psychiater/Innen	136	141	141	5,42	5,74	5,88	8	75	54,1%	5	5.735	5.556	5.624	6,95	6,75	6,85	7	1.976	35,0%	6
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt/Innen	123	119	125	4,90	4,85	5,21	9	63	51,5%	7	4.181	4.219	4.258	5,07	5,12	5,19	9	1.232	29,2%	7
Hautärztinnen und -ärzte	110	102	105	4,38	4,15	4,38	10	76	71,9%	3	3.546	3.569	3.654	4,30	4,33	4,45	12	1.631	45,4%	3
Radiolog/Innen, Diagnostische Radiolog/Innen	80	84	98	3,19	3,42	4,09	11	31	35,9%	10	3.379	3.595	3.857	4,10	4,36	4,70	10	911	25,2%	9
Urologinnen und Urologen	83	83	89	3,31	3,38	3,71	12	10	12,2%	13	2.884	2.941	2.986	3,50	3,57	3,64	13	209	7,1%	13
Anästhesist/Innen	67	71	84	2,67	2,89	3,50	13	30	40,5%	9	3.763	3.779	3.775	4,56	4,59	4,60	11	1.373	36,4%	5

Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Ärzteregister, Statistisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* bezogen auf <15-jährige Einwohner

[1] im 3-Jahresmittelwert 2004, 2006, 2008

Tabelle A13.1 **Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2000**

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Haus-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Frauen-ärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Inter-nisten	Kinder-ärzte	Nerven-ärzte	Ortho-päden	Radio-logen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	86,2	108,5	139,6	158,7	111,0	161,2	162,7	112,4	176,9	107,9	113,5	123,3	153,0
2	Anhalt-Zerbst	96,8	0,0	128,1	247,0	121,8	96,0	152,5	113,2	202,1	117,9	79,8	172,9	140,2
3	Bernburg	87,0	0,0	82,8	125,5	107,5	81,1	100,0	113,0	115,2	85,3	57,1	85,3	120,9
4	Köthen	94,3	0,0	110,3	188,0	92,0	121,5	149,8	84,7	143,8	85,2	85,5	170,3	120,8
5	Wittenberg	86,0	153,4	131,3	217,0	122,3	112,5	178,7	112,8	108,5	103,6	116,8	303,8	164,2
6	Halle (Saale), Stadt	137,7	108,4	134,3	119,8	106,9	132,3	147,0	130,2	177,0	108,6	117,6	114,8	117,6
7	Burgenlandkreis	111,8	81,1	115,5	171,0	101,3	203,3	192,6	108,8	115,0	130,8	117,9	216,2	144,1
8	Mansfelder Land	96,2	29,0	121,2	276,5	148,5	127,0	112,4	114,5	130,2	79,0	120,2	75,2	143,9
9	Merseburg-Querfurt	99,3	92,8	161,8	221,5	118,9	127,2	120,0	108,8	119,2	84,4	96,3	120,4	115,3
10	Saalkreis	82,8	145,1	0,0	153,1	90,7	0,0	206,9	98,6	68,6	0,0	0,0	0,0	0,0
11	Sangerhausen	94,1	0,0	148,7	178,9	127,2	182,2	161,2	115,3	160,4	68,4	98,7	452,2	201,0
12	Weißenfels	106,4	0,0	111,2	117,1	125,7	131,1	154,6	118,1	179,2	108,7	132,3	206,8	132,0
13	Magdeburg, Stadt	126,4	93,8	131,2	178,7	111,3	132,7	137,4	128,4	145,0	106,9	116,2	124,2	121,7
14	Aschersleben-Staßfurt	104,7	60,5	105,4	177,6	119,2	132,6	117,3	119,5	116,5	55,0	100,4	156,9	150,2
15	Bördekreis	104,0	144,8	127,0	152,8	126,7	155,6	137,6	123,0	137,0	58,4	126,4	0,0	85,8
16	Halberstadt	112,3	0,0	128,6	154,7	146,6	262,6	139,4	124,6	156,0	118,3	170,6	488,8	173,8
17	Jerichower Land	83,5	116,0	127,1	306,0	130,5	124,7	165,4	147,9	137,2	234,0	135,0	154,7	137,5
18	Ohrekreis	94,8	99,6	131,0	236,4	112,0	178,4	118,3	101,5	164,9	120,5	130,4	332,0	118,0
19	Stendal	94,0	0,0	141,4	136,4	124,9	106,1	168,5	143,8	148,8	139,9	132,2	190,9	116,1
20	Quedlinburg	105,6	0,0	110,9	291,9	125,4	130,7	205,6	127,6	178,7	36,1	131,9	206,3	131,7
21	Schönebeck	108,1	0,0	141,3	119,0	111,8	133,2	157,1	110,1	130,1	110,5	134,5	210,2	201,3
22	Wernigerode	91,8	0,0	133,5	192,8	137,0	174,5	173,7	113,8	288,0	196,5	106,3	487,3	216,6
23	Altmarkkreis Salzwedel	91,2	0,0	99,0	238,6	121,1	148,5	176,8	113,8	130,1	91,1	92,5	267,2	162,5

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.2

Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2001

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Haus-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Frauen-ärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Inter-nisten	Kinder-ärzte	Nerven-ärzte	Ortho-päden	Radio-logen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	82,8	111,0	142,9	162,4	113,6	165,0	166,4	252,6	170,3	110,4	116,1	126,1	156,5
2	Anhalt-Zerbst	99,3	0,0	129,3	249,4	123,0	97,0	154,1	122,7	204,1	119,1	80,6	174,6	141,6
3	Bernburg	84,8	0,0	83,8	127,0	108,8	82,1	101,2	164,6	116,6	86,3	57,8	86,3	122,4
4	Köthen	86,5	0,0	111,2	126,5	77,4	122,6	151,2	163,9	145,1	85,9	57,5	171,9	121,9
5	Wittenberg	85,9	156,0	133,5	183,8	124,4	114,5	181,7	217,1	110,3	105,3	118,8	308,9	167,0
6	Halle (Saale), Stadt	121,6	111,3	142,3	123,0	109,7	135,9	144,1	134,5	181,7	111,5	115,5	117,9	110,3
7	Burgenlandkreis	106,8	82,1	116,9	173,1	112,8	205,7	195,0	187,8	116,4	132,4	119,3	328,2	145,9
8	Mansfelder Land	93,6	29,4	123,0	280,6	139,1	128,9	114,0	258,8	113,3	80,2	122,0	152,5	146,0
9	Merseburg-Querfurt	95,5	93,8	163,5	206,6	120,2	128,5	121,3	252,3	105,4	85,3	97,3	121,7	116,5
10	Saalkreis	79,5	143,4	0,0	151,3	89,6	0,0	204,5	218,8	67,8	0,0	0,0	0,0	0,0
11	Sangerhausen	90,7	0,0	151,1	181,8	129,2	185,1	163,8	197,2	163,0	64,5	100,2	454,4	204,2
12	Weißenfels	100,9	0,0	112,3	118,2	127,0	132,4	156,1	236,2	180,9	109,8	133,6	208,8	133,3
13	Magdeburg, Stadt	117,2	103,3	133,3	181,5	113,1	134,8	139,5	144,8	152,8	101,9	118,0	126,2	112,4
14	Aschersleben-Staßfurt	99,2	61,3	128,2	180,0	120,8	134,3	118,8	239,7	118,0	55,7	101,7	159,0	152,2
15	Bördekreis	93,8	145,6	127,7	153,6	127,4	156,5	138,4	388,8	137,7	58,7	127,1	0,0	83,3
16	Halberstadt	95,3	0,0	129,7	156,0	147,9	264,9	140,6	564,2	157,4	119,3	172,1	493,0	175,3
17	Jerichower Land	87,2	116,6	127,8	307,6	131,2	125,3	166,3	178,0	137,9	235,2	135,7	155,5	138,2
18	Ohrekreis	89,6	99,6	130,9	236,3	112,0	178,3	118,3	227,9	164,8	120,5	130,3	331,9	118,0
19	Stendal	93,3	0,0	143,4	138,2	126,6	80,6	170,8	249,4	150,8	141,9	134,0	96,8	117,7
20	Quedlinburg	107,3	0,0	112,4	295,9	127,1	132,5	156,3	157,6	181,1	36,6	133,7	209,1	133,5
21	Schönebeck	111,3	0,0	143,0	180,6	113,2	134,8	159,0	120,3	131,6	74,6	136,1	106,4	203,7
22	Wernigerode	94,5	0,0	134,7	194,6	138,3	176,2	175,3	140,7	261,6	198,4	107,3	491,8	218,6
23	Altmarkkreis Salzwedel	91,1	135,9	99,7	240,2	121,9	149,5	118,7	157,6	131,0	45,9	93,1	269,1	163,6

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.3

Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2002

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Haus-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Frauen-ärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Inter-nisten	Kinder-ärzte	Nerven-ärzte	Ortho-päden	Radio-logen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	83,3	113,7	146,3	166,3	116,3	168,9	170,4	246,4	174,4	113,0	118,9	129,2	160,3
2	Anhalt-Zerbst	104,5	0,0	131,1	252,8	124,7	98,3	156,1	124,4	137,9	60,3	81,7	177,0	143,5
3	Bernburg	86,0	0,0	85,0	128,8	94,6	83,3	102,7	167,0	118,2	87,5	87,9	87,5	124,1
4	Köthen	87,5	0,0	112,6	128,0	78,3	124,1	153,0	199,0	117,4	86,9	58,2	173,9	123,3
5	Wittenberg	87,5	159,0	136,0	187,3	126,7	116,6	185,1	221,2	112,4	107,3	121,1	314,7	170,1
6	Halle (Saale), Stadt	122,7	113,5	145,1	125,3	111,8	131,7	146,9	148,9	174,6	108,8	117,8	120,1	112,4
7	Burgenlandkreis	106,1	83,3	118,6	175,7	104,1	208,8	197,9	190,6	118,1	100,8	121,1	333,1	148,0
8	Mansfelder Land	96,6	29,8	124,8	284,7	129,3	130,8	115,7	262,5	95,7	81,3	123,7	154,7	148,1
9	Merseburg-Querfurt	94,0	94,8	165,2	208,7	121,4	129,8	122,5	231,7	106,5	86,2	98,3	122,9	117,7
10	Saalkreis	79,6	143,8	0,0	151,7	89,8	0,0	136,6	219,4	68,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	Sangerhausen	94,7	0,0	153,7	184,9	131,4	188,3	166,6	200,6	165,8	70,7	153,0	467,3	207,7
12	Weißenfels	102,5	0,0	114,0	120,1	128,9	134,4	158,5	239,9	183,7	111,5	135,7	212,1	135,4
13	Magdeburg, Stadt	116,0	104,0	134,3	173,7	113,9	128,6	140,6	158,3	148,3	95,9	118,9	127,1	113,2
14	Aschersleben-Staßfurt	97,3	62,1	130,0	182,5	122,5	136,2	120,5	243,1	119,7	56,5	103,1	161,2	154,3
15	Bördekreis	97,0	149,0	130,6	157,2	111,8	160,1	141,6	397,9	140,9	60,1	130,0	0,0	88,3
16	Halberstadt	94,3	0,0	131,1	157,8	149,6	267,9	142,2	570,6	159,1	120,7	174,0	498,5	177,3
17	Jerichower Land	84,7	117,6	128,9	310,2	132,3	126,4	167,7	179,5	139,1	237,2	136,9	156,8	139,4
18	Ohrekreis	91,4	100,0	131,5	237,3	112,5	179,1	95,0	228,8	165,5	121,0	130,9	333,2	118,5
19	Stendal	92,6	0,0	145,5	140,3	128,5	81,8	173,3	253,1	153,0	133,9	136,0	196,4	119,4
20	Quedlinburg	108,8	0,0	113,9	299,9	128,8	134,3	158,4	159,8	183,6	74,3	101,7	211,9	135,3
21	Schönebeck	106,5	0,0	145,1	244,5	114,9	136,9	161,4	162,8	133,6	75,7	138,1	108,0	206,8
22	Wernigerode	95,0	0,0	135,4	195,5	139,0	177,0	176,2	141,4	262,9	199,3	107,8	494,2	219,7
23	Altmarkkreis Salzwedel	91,7	0,0	100,4	241,9	122,7	112,9	119,5	190,4	132,0	92,4	93,8	271,0	164,8

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.4

Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2003

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Hausärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Internisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	83,3	116,0	149,3	144,0	118,7	172,4	173,9	251,4	144,6	98,9	121,3	131,8	163,6
2	Anhalt-Zerbst	102,0	0,0	132,8	256,1	126,3	99,6	158,2	126,0	139,7	61,1	82,7	179,3	145,4
3	Bernburg	85,0	0,0	86,2	130,7	95,9	84,4	104,1	169,3	119,9	88,8	89,2	88,8	125,9
4	Köthen	95,1	0,0	114,0	129,6	79,3	83,8	154,9	201,6	118,9	88,1	59,0	176,1	124,9
5	Wittenberg	89,9	161,2	137,9	189,9	128,5	118,2	187,7	224,3	93,2	108,8	147,3	319,1	172,5
6	Halle (Saale), Stadt	124,6	115,2	147,3	127,3	113,6	133,8	144,1	159,2	171,9	117,4	119,6	122,0	114,1
7	Burgenlandkreis	109,9	84,4	120,2	178,1	105,5	211,6	200,5	193,2	119,7	102,1	122,8	337,6	150,0
8	Mansfelder Land	98,0	30,3	126,6	288,9	131,3	132,7	117,1	266,4	77,7	82,5	125,6	157,0	150,3
9	Merseburg-Querfurt	94,1	144,2	150,8	211,8	123,2	131,7	124,3	235,1	108,0	87,4	119,6	124,7	119,4
10	Saalkreis	76,0	144,3	0,0	152,2	72,2	0,0	137,2	220,2	68,2	0,0	0,0	0,0	0,0
11	Sangerhausen	93,6	0,0	155,9	187,6	133,4	191,1	169,0	203,5	168,2	143,5	155,2	474,2	210,8
12	Weißenfels	99,5	0,0	115,6	121,7	130,7	136,3	160,7	243,1	186,2	113,0	137,5	215,0	137,2
13	Magdeburg, Stadt	115,4	96,7	130,4	165,7	114,7	129,5	141,5	159,4	149,4	96,6	119,7	128,0	114,0
14	Aschersleben-Staßfurt	99,3	63,4	132,6	186,2	125,0	139,0	122,9	248,0	122,1	57,6	105,2	164,5	157,5
15	Bördekreis	100,9	150,2	131,7	158,5	112,7	161,4	142,8	401,2	142,1	60,6	131,1	200,3	89,0
16	Halberstadt	88,9	302,0	132,4	159,3	151,0	270,5	143,5	576,1	160,7	121,8	175,7	503,4	179,0
17	Jerichower Land	85,7	118,9	130,3	316,6	133,8	127,8	169,6	226,8	140,6	191,9	138,4	158,6	140,9
18	Ohrekreis	93,2	100,4	132,0	238,3	113,0	179,8	95,4	229,8	142,4	121,5	131,4	334,7	119,0
19	Stendal	94,8	0,0	147,3	142,0	120,1	110,5	175,4	256,2	154,9	135,6	137,6	198,8	120,9
20	Quedlinburg	103,7	0,0	115,4	242,9	114,1	136,0	106,9	161,8	185,9	112,8	102,9	214,6	137,0
21	Schönebeck	105,7	0,0	117,7	247,7	116,4	138,7	163,6	165,0	135,4	76,7	140,0	109,4	209,5
22	Wernigerode	95,6	0,0	136,3	196,8	139,9	178,2	177,3	142,4	264,7	200,7	108,6	497,5	221,1
23	Altmarkkreis Salzwedel	86,0	138,3	101,4	244,4	124,0	114,1	120,8	192,4	133,3	93,3	94,8	136,9	166,5

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.5

Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2004

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Hausärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Internisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	82,0	118,8	142,0	198,7	115,5	176,5	178,1	257,5	148,1	101,2	124,3	135,0	167,5
2	Anhalt-Zerbst	102,1	0,0	135,6	261,5	110,6	101,7	161,5	128,7	142,7	62,4	126,7	183,1	148,4
3	Bernburg	89,1	0,0	88,1	66,7	98,0	86,3	106,4	173,0	122,5	90,7	91,1	90,7	128,6
4	Köthen	95,3	79,4	116,8	132,8	113,7	85,8	158,7	240,9	121,8	90,2	60,4	180,4	127,9
5	Wittenberg	91,8	164,6	140,9	155,2	131,3	120,7	191,8	229,1	95,3	111,1	150,5	326,0	176,2
6	Halle (Saale), Stadt	119,7	115,0	142,4	127,0	110,5	133,5	155,9	158,9	171,6	106,7	108,5	121,7	113,9
7	Burgenlandkreis	109,5	171,8	122,4	181,3	107,4	215,4	204,2	229,4	121,9	104,0	125,0	343,7	152,7
8	Mansfelder Land	97,0	31,0	108,0	295,6	134,3	135,8	120,1	272,6	79,5	84,5	128,5	160,7	153,8
9	Merseburg-Querfurt	97,2	143,2	149,8	210,2	122,3	130,8	123,4	233,4	107,3	86,8	99,0	123,8	118,5
10	Saalkreis	69,4	151,9	0,0	160,3	95,0	0,0	144,4	405,8	71,9	0,0	0,0	0,0	0,0
11	Sangerhausen	93,0	0,0	159,1	191,4	136,1	195,0	172,5	207,7	171,6	73,2	158,4	485,9	215,1
12	Weißenfels	103,6	0,0	117,7	123,9	133,1	138,8	163,6	288,9	189,7	115,1	140,0	109,5	139,7
13	Magdeburg, Stadt	114,5	97,0	126,0	157,1	115,1	130,0	142,1	160,0	144,3	102,2	120,2	128,5	114,5
14	Aschersleben-Staßfurt	95,0	65,0	136,0	190,9	128,1	142,5	84,0	286,1	125,2	58,1	107,9	168,6	161,5
15	Bördekreis	98,4	152,8	133,9	161,2	114,6	164,2	145,2	408,0	144,5	61,6	133,3	0,0	90,5
16	Halberstadt	90,4	307,0	134,6	161,9	153,5	274,9	145,9	585,5	163,3	123,8	178,6	511,6	181,9
17	Jerichower Land	85,5	121,0	132,6	319,1	136,1	130,0	115,0	230,8	143,0	195,2	140,8	161,3	143,4
18	Ohrekreis	92,5	101,2	110,9	240,1	113,8	145,0	96,2	231,6	143,5	122,4	132,4	337,2	119,9
19	Stendal	94,1	0,0	149,7	144,3	122,1	112,3	178,3	260,4	157,5	137,8	139,9	101,0	122,9
20	Quedlinburg	101,2	168,6	117,6	247,5	116,3	138,6	54,5	164,9	189,4	76,6	104,9	218,6	139,6
21	Schönebeck	103,5	0,0	120,2	253,0	118,9	141,7	167,1	168,5	138,3	78,3	143,0	111,8	214,0
22	Wernigerode	98,6	0,0	138,1	199,4	141,8	180,6	119,8	192,3	238,4	203,3	110,0	504,0	224,0
23	Altmarkkreis Salzwedel	82,9	0,0	103,0	248,3	112,0	115,9	122,7	195,5	108,3	94,8	64,2	139,0	169,1

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.6

Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2005

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Hausärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Internisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	83,8	119,0	142,2	198,9	115,7	176,8	178,4	257,8	148,3	101,4	124,4	135,2	167,7
2	Anhalt-Zerbst	97,5	0,0	144,9	279,5	118,2	108,7	172,6	137,5	114,3	66,7	135,4	195,6	158,6
3	Bernburg	88,2	0,0	89,5	67,8	99,6	87,6	108,1	175,7	124,4	92,1	92,5	92,1	130,7
4	Köthen	97,0	80,9	119,0	135,2	99,3	87,4	107,8	245,4	124,1	91,9	92,3	183,8	130,3
5	Wittenberg	92,5	166,9	142,8	196,7	133,1	61,2	170,1	232,3	96,6	112,7	152,6	330,5	178,7
6	Halle (Saale), Stadt	118,0	115,9	143,5	136,8	112,8	134,5	150,0	164,1	178,3	115,1	114,8	122,7	114,8
7	Burgenlandkreis	108,7	174,4	124,2	184,0	119,9	218,7	207,2	232,9	123,7	140,7	126,8	348,8	155,0
8	Mansfelder Land	101,8	31,5	109,7	300,2	136,4	137,9	40,7	276,9	101,0	85,8	130,5	163,2	156,2
9	Merseburg-Querfurt	91,6	144,2	134,1	211,7	123,2	131,7	124,3	235,0	108,0	109,2	99,7	124,7	119,4
10	Saalkreis	70,1	153,3	0,0	161,7	95,8	0,0	145,7	292,5	72,5	0,0	0,0	204,4	0,0
11	Sangerhausen	89,1	0,0	161,2	194,0	114,9	197,6	174,8	210,4	173,9	74,2	160,5	490,3	217,9
12	Weißenfels	104,6	0,0	118,9	125,2	134,5	140,2	165,3	291,9	164,2	116,3	141,5	110,6	141,2
13	Magdeburg, Stadt	110,5	118,7	110,9	165,5	111,6	129,3	141,3	159,2	143,5	101,6	119,5	127,8	113,9
14	Aschersleben-Staßfurt	93,1	66,1	138,2	194,0	130,2	144,8	85,4	290,7	127,2	30,0	109,6	171,4	164,1
15	Bördekreis	101,9	154,9	135,8	163,4	116,2	166,4	147,2	354,5	146,5	62,5	135,2	0,0	91,8
16	Halberstadt	88,3	308,4	135,2	162,7	154,2	276,2	146,6	647,2	127,6	93,3	179,5	514,1	182,8
17	Jerichower Land	86,7	120,4	132,0	317,6	135,5	129,4	114,5	229,7	142,4	170,0	140,1	160,6	142,7
18	Ohrekreis	90,4	102,0	111,8	269,1	114,8	146,2	97,0	233,5	144,7	123,5	148,4	272,1	120,9
19	Stendal	94,7	0,0	152,3	146,9	124,2	114,3	181,5	265,0	160,3	140,2	142,4	102,8	125,1
20	Quedlinburg	103,3	172,0	119,9	252,6	118,7	141,4	55,6	168,2	165,7	39,1	107,0	223,1	142,4
21	Schönebeck	104,8	0,0	121,7	256,4	103,2	143,5	169,3	213,4	140,1	79,4	144,8	113,2	216,8
22	Wernigerode	97,4	254,4	139,4	201,3	127,2	182,3	120,9	194,1	240,6	205,2	111,0	508,8	226,2
23	Altmarkkreis Salzwedel	81,0	0,0	104,4	251,8	113,6	117,5	124,4	198,2	109,9	144,2	97,6	141,0	171,5

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.7

Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2006

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Hausärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Internisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	83,3	120,6	144,2	201,7	117,3	179,3	180,9	261,5	150,4	102,8	126,2	137,1	170,1
2	Anhalt-Zerbst	98,8	0,0	146,9	283,3	119,8	110,2	175,0	185,9	115,9	67,6	137,3	198,3	160,8
3	Bernburg	87,3	0,0	90,8	137,6	101,1	89,0	109,7	178,4	126,3	93,5	125,2	374,1	132,6
4	Köthen	100,7	82,0	120,7	137,2	117,5	88,7	109,3	248,9	94,4	93,2	93,6	186,4	132,2
5	Wittenberg	93,9	169,4	144,9	199,7	135,1	62,1	172,7	235,8	76,2	114,4	154,8	335,4	181,3
6	Halle (Saale), Stadt	118,0	116,4	134,9	137,5	113,4	131,7	150,7	173,0	173,8	118,7	115,4	123,3	115,4
7	Burgenlandkreis	106,7	177,0	126,1	186,8	121,7	221,9	210,3	236,4	125,6	142,8	128,7	354,1	157,4
8	Mansfelder Land	96,6	59,1	129,6	405,3	147,8	169,4	56,2	405,9	167,7	190,7	172,0	315,2	210,2
9	Merseburg-Querfurt	90,0	145,6	135,4	213,8	124,4	133,0	125,5	261,1	109,1	110,3	100,7	125,9	120,6
10	Saalkreis	70,6	154,5	0,0	163,0	96,5	27,7	146,8	294,7	82,2	0,0	0,0	206,0	0,0
11	Sangerhausen	85,3	0,0	163,6	196,9	116,6	133,7	177,4	213,6	176,5	75,3	162,9	497,7	221,2
12	Weißenfels	105,9	0,0	120,3	126,7	136,1	141,9	167,3	295,4	166,2	117,7	143,2	111,9	142,9
13	Magdeburg, Stadt	106,5	118,3	115,3	164,9	111,2	128,9	140,9	167,0	143,0	113,2	119,2	127,4	113,5
14	Aschersleben-Staßfurt	89,5	134,4	117,1	197,3	132,5	147,3	86,9	295,7	129,4	30,5	83,6	174,3	166,9
15	Bördekreis	100,0	156,9	137,6	165,5	117,7	168,6	74,6	359,2	148,4	63,3	91,3	104,6	93,0
16	Halberstadt	90,7	312,0	136,8	164,6	156,0	279,4	148,3	654,6	129,1	157,3	181,5	520,0	184,9
17	Jerichower Land	87,8	121,9	133,6	321,4	137,1	131,0	115,8	232,5	144,1	172,1	141,8	162,5	144,5
18	Ohrekreis	87,1	103,1	113,0	272,0	116,0	147,8	98,0	236,0	146,3	124,8	150,0	275,0	122,2
19	Stendal	97,1	105,3	154,4	148,9	125,9	115,8	138,0	268,6	142,1	142,1	144,3	208,5	126,8
20	Quedlinburg	100,8	323,5	141,8	341,3	121,3	173,8	76,9	308,6	229,5	104,4	141,2	431,4	191,7
21	Schönebeck	104,2	0,0	123,7	260,5	104,9	145,9	172,0	216,9	113,9	80,7	147,2	115,1	220,3
22	Wernigerode	105,4	256,9	140,8	203,3	128,4	184,0	122,1	196,0	243,0	207,2	112,1	513,8	228,4
23	Altmarkkreis Salzwedel	80,4	144,1	105,7	254,7	114,9	118,9	125,9	183,8	111,2	145,9	131,7	142,6	173,5

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.8 **Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2007**

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %												
		Haus-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Frauen-ärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Inter-nisten	Kinder-ärzte	Nerven-ärzte	Ortho-päden	Radio-logen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	82,3	121,6	145,3	203,3	118,2	180,7	182,3	276,7	151,6	112,3	127,2	138,2	171,4
2	Anhalt-Zerbst	93,1	0,0	74,0	285,5	120,7	111,0	176,3	187,3	116,8	136,3	138,3	199,8	162,0
3	Bernburg	94,3	83,0	91,5	138,7	118,9	134,5	110,6	179,8	127,3	188,5	126,2	282,8	133,7
4	Köthen	102,5	82,6	121,5	138,1	118,3	89,2	165,1	250,5	95,0	93,8	157,0	187,6	133,1
5	Wittenberg	93,9	170,6	125,1	201,1	136,0	93,8	173,9	237,5	76,8	115,2	155,9	337,8	182,6
6	Halle (Saale), Stadt	113,2	117,0	137,9	138,1	113,9	132,3	151,4	182,0	174,6	118,7	115,9	123,9	115,9
7	Burgenlandkreis	105,1	178,5	137,0	188,3	122,7	223,8	212,1	238,4	126,6	144,0	129,8	357,1	158,7
8	Mansfelder Land	99,2	59,7	130,8	209,2	149,2	171,0	56,7	409,8	169,3	192,6	173,6	318,3	212,2
9	Merseburg-Querfurt	87,8	97,4	135,9	214,6	124,8	133,5	125,9	262,0	109,5	110,7	121,2	126,4	121,0
10	Saalkreis	64,5	155,3	102,1	163,9	97,1	83,5	147,6	296,3	82,6	62,7	90,4	207,1	276,2
11	Sangerhausen	86,1	188,3	165,1	198,7	117,7	134,9	179,0	215,6	178,1	76,0	164,4	502,2	223,2
12	Weißenfels	110,8	43,3	120,8	127,2	136,6	142,4	168,0	338,9	166,9	118,1	143,7	112,4	143,4
13	Magdeburg, Stadt	105,2	120,0	110,3	164,5	111,0	128,6	140,5	170,8	137,1	111,4	118,9	127,1	113,2
14	Aschersleben-Staßfurt	90,4	135,7	118,3	199,3	133,8	148,8	87,7	298,7	108,9	30,8	98,5	176,0	168,5
15	Bördekreis	107,3	158,1	138,6	166,8	118,6	169,9	75,1	361,9	112,1	63,8	138,0	210,8	93,7
16	Halberstadt	85,9	314,1	137,7	165,7	157,0	281,3	149,3	659,1	130,0	158,4	182,8	523,5	186,1
17	Jerichower Land	83,2	122,6	107,5	323,4	137,9	131,8	116,5	233,9	145,0	173,1	142,7	163,5	145,3
18	Ohrekreis	88,0	207,4	113,6	273,4	116,6	148,6	98,5	237,3	147,1	146,4	150,8	276,5	122,9
19	Stendal	95,1	212,3	155,7	150,1	126,9	116,8	139,1	270,8	143,3	143,3	145,5	210,2	127,8
20	Quedlinburg	101,2	326,7	179,0	344,6	122,5	175,5	77,6	311,5	231,0	171,3	142,5	435,5	193,6
21	Schönebeck	108,8	89,6	125,0	263,1	106,0	147,3	115,8	219,1	115,1	81,5	148,7	116,2	222,5
22	Wernigerode	100,5	258,0	141,4	204,1	196,9	129,0	184,8	122,6	213,5	208,1	112,6	516,0	229,4
23	Altmarkkreis Salzwedel	88,9	145,4	106,6	257,0	115,9	119,9	127,0	202,3	112,1	147,2	132,8	143,9	175,0

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tabelle A13.9 **Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich, 2008**

Lfd. Nr	Planungsbereich	Versorgungsgrad in %													
		Haus-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Frauen-ärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Fä. Inter-nisten	Kinder-ärzte	Nerven-ärzte	Ortho-päden		Radio-logen	Urologen
1	Dessau-Bitterfeld	81,3	122,4	146,3	204,7	119,0	181,9	183,6	278,6	152,7	121,7	128,1	118,5	139,1	172,6
2	Anhalt-Zerbst	95,1	407,7	74,7	288,2	121,9	112,1	178,0	189,1	117,9	137,6	139,7	137,1	201,8	163,6
3	Bernburg	97,3	167,0	92,1	139,7	119,7	135,4	111,3	217,2	128,2	189,8	127,1	113,2	284,7	134,6
4	Köthen	97,4	166,2	122,2	138,9	119,0	89,8	166,1	252,1	127,5	94,4	158,0	112,6	188,8	133,9
5	Wittenberg	92,0	171,5	104,8	202,2	136,8	110,1	174,8	238,7	77,2	115,8	156,7	134,6	339,6	183,6
6	Halle (Saale), Stadt	112,3	117,4	138,4	138,7	114,3	132,9	152,0	189,6	169,8	121,7	116,3	110,5	124,4	116,3
7	Burgenlandkreis	102,4	179,8	137,9	189,7	123,6	225,4	213,6	240,0	127,5	145,0	130,7	127,0	359,6	159,8
8	Mansfelder Land	94,2	60,2	158,3	412,7	150,5	172,5	57,2	413,3	142,3	194,2	175,1	153,1	321,0	214,0
9	Merseburg-Querfurt	86,9	146,9	136,6	215,7	125,5	134,2	126,6	263,3	110,0	133,5	121,9	129,3	127,0	121,6
10	Saalkreis	66,9	155,9	136,7	164,4	97,4	55,8	148,1	297,3	82,9	0,0	113,4	154,1	207,8	277,1
11	Sangerhausen	86,6	189,5	166,1	199,9	118,4	135,8	180,1	216,9	179,2	76,4	165,4	133,8	505,3	224,6
12	Weißenfels	111,2	130,4	121,3	127,7	137,1	143,0	168,6	340,2	139,6	118,6	144,3	126,3	112,8	144,0
13	Magdeburg, Stadt	105,6	120,0	119,9	164,6	111,0	128,7	140,6	175,0	137,2	115,1	118,9	110,1	127,1	113,3
14	Aschersleben-Staßfurt	89,3	136,8	119,2	200,9	134,8	112,5	88,4	301,0	109,8	31,1	149,0	117,4	177,4	169,9
15	Bördekreis	114,1	159,1	139,5	167,9	119,3	171,0	75,6	364,3	112,9	64,2	138,9	112,4	212,2	94,3
16	Halberstadt	89,6	315,4	138,3	166,4	157,7	282,5	149,9	661,9	93,2	114,5	183,5	133,7	525,7	186,9
17	Jerichower Land	84,9	123,3	108,1	325,1	138,7	132,5	117,2	235,1	145,7	174,0	143,4	121,9	164,4	146,1
18	Ohrekreis	84,1	208,4	114,2	274,8	117,2	149,3	49,5	238,5	147,8	147,1	151,6	117,8	277,9	123,5
19	Stendal	94,6	106,9	156,8	151,2	125,2	117,6	140,1	297,6	144,3	144,3	146,5	161,8	211,7	128,7
20	Quedlinburg	94,6	329,3	180,4	347,4	123,5	118,0	78,3	314,1	233,6	172,7	143,7	209,3	439,1	195,1
21	Schönebeck	107,2	180,5	125,9	265,1	106,8	148,4	116,7	220,7	115,9	82,1	149,8	131,1	117,1	224,2
22	Wernigerode	101,0	259,4	142,1	205,2	129,7	185,8	123,3	247,4	214,7	209,2	113,2	174,1	518,8	230,6
23	Altmarkkreis Salzwedel	85,4	146,1	107,1	258,3	116,5	120,5	127,6	203,3	112,7	147,9	133,5	221,1	144,6	175,9

Datenquelle/Copyright:
Kassenärztliche Vereinigung, Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Tab. A14 **Studienanfänger/Innen und Studienabsolvent/Innen im Fach Medizin, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

Jahr	Studienanfänger/Innen						Staatsexamensprüfung							
	Sachsen-Anhalt			Deutschland*			Sachsen-Anhalt				Deutschland*			
							ab-gelegt	bestanden			ab-gelegt	bestanden		
	insg.	weiblich	%weibl.	insg.	weiblich	%weibl.		insg	weiblich	%weibl.		insg	weiblich	%weibl.
1998	435	241	55,4%	8.320	4.565	54,9%	258	257	135	52,5%	9.340	9.332	4.226	45,3%
1999	447	245	54,8%	8.514	4.857	57,0%	195	195	107	54,9%	9.293	9.289	4.335	46,7%
2000	443	303	68,4%	8.700	5.361	61,6%	176	176	95	54,0%	9.144	9.143	4.327	47,3%
2001	463	282	60,9%	9.249	5.751	62,2%	185	185	95	51,4%	8.931	8.929	4.468	50,0%
2002	470	312	66,4%	9.772	6.257	64,0%	149	149	73	49,0%	8.836	8.835	4.618	52,3%
2003	509	352	69,2%	9.987	6.247	62,6%	168	168	94	56,0%	8.905	8.902	4.661	52,4%
2004	459	299	65,1%	10.059	6.389	63,5%	166	165	91	55,2%	8.835	8.833	4.722	53,5%
2005	418	296	70,8%	10.391	6.683	64,3%	170	169	99	58,6%	8.829	8.826	4.788	54,2%
2006	415	285	68,7%	10.501	6.669	63,5%	180	180	97	53,9%	8.696	8.695	4.945	56,9%
2007	386	257	66,6%	10.464	6.587	62,9%	198	197	132	67,0%	9.530	9.525	5.642	59,2%

Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Studentenstatistik, Prüfungsstatistik (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* ohne Brandenburg und Bremen

Tabelle A15 **Krankenhausfälle je Arzt und vollzeitig belegte Betten in stationären Einrichtungen je Arzt, Sachsen-Anhalt / Deutschland im Zeitvergleich**

			2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sachsen-Anhalt	Krankenhäuser	Krankenhausfälle	606.621	607.426	555.566	599.476	596.820	588.600	587.734	603.651
		aufgestellte Betten	18.279	18.122	17.765	17.378	17.332	17.129	16.833	16.745
		Nutzungsgrad	82,2%	81,3%	80,4%	80,2%	77,4%	77,5%	77,5%	77,8%
		vollzeitig belegte Betten*	15.025	14.733	14.283	13.937	13.415	13.275	13.046	13.028
		Ärzte	3.511	3.546	3.523	3.622	3.996	3.991	4.018	4.037
		vollzeit. bel. Betten je 100.000 Einw.	571	567	557	550	535	535	531	537
		Ärzte	3.511	3.546	3.523	3.622	3.996	3.991	4.018	4.037
		Krankenhausfälle je Arzt	**173**	**171**	**158**	**166**	**149**	**147**	**146**	**150**
		vollzeitig belegte Betten je Arzt	**4,3**	**4,2**	**4,1**	**3,8**	**3,4**	**3,3**	**3,2**	**3,2**
	Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen	aufgestellte Betten	3.594	3.518	3.663	3.733	3.663	3.663	3.678	3.587
		Nutzungsgrad	83,2%	84,0%	81,9%	79,5%	76,6%	77,2%	78,7%	84,6%
		vollzeitig belegte Betten*	2.990	2.955	3.000	2.968	2.806	2.828	2.895	3.035
		vollzeit. bel. Betten je 100.000 Einw.	114	114	117	117	112	114	118	125
		Ärzte	167	167	177	170	173	180	178	170
		vollzeitig belegte Betten je Arzt	**17,9**	**17,7**	**16,9**	**17,5**	**16,2**	**15,7**	**16,3**	**17,9**
Deutschland	Krankenhäuser	Krankenhausfälle	17.110.006	17.183.987	17.297.021	17.244.316	17.159.828	16.971.194	17.078.859	17.497.678
		aufgestellte Betten	559.651	552.680	547.284	541.901	531.333	523.824	510.767	506.954
		Nutzungsgrad	81,5%	80,7%	80,1%	77,6%	75,5%	75,6%	76,3%	77,2%
		vollzeitig belegte Betten*	456.116	446.013	438.374	420.515	401.156	396.011	389.715	391.368
		vollzeit. bel. Betten je 100.000 Einw.	555	542	531	510	486	480	473	476
		Ärzte	111.580	113.593	116.061	118.486	129.817	131.115	133.649	136.267
		Krankenhausfälle je Arzt	**153**	**151**	**149**	**146**	**132**	**129**	**128**	**128**
		vollzeitig belegte Betten je Arzt	**4,1**	**3,9**	**3,8**	**3,5**	**3,1**	**3,0**	**2,9**	**2,9**
	Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen	aufgestellte Betten	189.822	189.253	184.635	179.789	176.473	174.479	172.717	170.845
		Nutzungsgrad	76,1%	77,5%	77,3%	75,0%	73,5%	73,4%	74,6%	79,4%
		vollzeitig belegte Betten*	144.455	146.671	142.723	134.842	129.708	128.068	128.847	135.651
		vollzeit. bel. Betten je 100.000 Einw.	176	178	173	163	157	155	156	165
		Ärzte	8.919	9.112	9.013	8.855	8.896	8.899	9.008	9.177
		vollzeitig belegte Betten je Arzt	**16,2**	**16,1**	**15,8**	**15,2**	**14,6**	**14,4**	**14,3**	**14,8**

Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik - Grunddaten (zitiert nach www.gbe-bund.de)

* aufgestellte Betten x Nutzungsgrad

Tabelle D1: Berechnung des ambulanten altersbedingten Versorgungsmehr- bzw. -minderbedarfes, Sachsen-Anhalt, 2005

Alter in Jahren	Arztkontakte 2007 (je BARMER-GEK-Versicherter)			Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005						Durchschnittliche Bevölkerung Sachsen-Anhalt 2005						ambulanter "Arztbedarf" Deutschland 2005 (erwartete Arztkontakte je Einwohner)						ambulanter "Arztbedarf" Sachsen-Anhalt 2005 (erwartete Arztkontakte je Einwohner)					
	w	m	insg.*	weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	%	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<1	16,0	17,1	16,6	338.768	0,01	356.598	0,01	695.366	0,01	8.390	0,01	8.832	0,01	17.222	0,01	0,13	0,01	0,15	0,01	0,14	0,01	0,11	0,00	0,12	0,01	0,11	0,01
1 - 4	14,5	15,6	15,1	1.421.631	0,03	1.496.093	0,04	2.917.724	0,04	33.721	0,03	35.950	0,03	69.671	0,03	0,49	0,02	0,58	0,04	0,53	0,03	0,38	0,02	0,46	0,03	0,42	0,02
5 - 9	10,5	11,7	11,1	1.933.777	0,05	2.037.981	0,05	3.971.758	0,05	39.822	0,03	42.347	0,03	82.169	0,03	0,48	0,02	0,59	0,04	0,53	0,03	0,33	0,02	0,41	0,03	0,37	0,02
10 - 14	9,0	9,1	9,1	2.045.998	0,05	2.156.023	0,05	4.202.021	0,05	41.422	0,03	43.895	0,04	85.317	0,03	0,44	0,02	0,49	0,03	0,46	0,03	0,29	0,01	0,33	0,02	0,31	0,02
15 - 19	13,9	7,9	10,9	2.344.022	0,06	2.467.847	0,06	4.811.869	0,06	80.546	0,06	86.523	0,07	167.069	0,07	0,77	0,04	0,48	0,03	0,64	0,04	0,88	0,04	0,56	0,04	0,73	0,04
20 - 24	15,2	7,5	11,4	2.400.604	0,06	2.471.447	0,06	4.872.051	0,06	74.187	0,06	86.635	0,07	160.822	0,06	0,87	0,04	0,46	0,03	0,67	0,04	0,89	0,04	0,54	0,04	0,74	0,04
25 - 29	16,7	7,6	12,2	2.363.810	0,06	2.435.365	0,06	4.799.175	0,06	61.320	0,05	72.594	0,06	133.914	0,05	0,94	0,05	0,46	0,03	0,71	0,04	0,81	0,04	0,46	0,03	0,66	0,04
30 - 34	17,5	8,6	13,1	2.525.406	0,06	2.621.256	0,06	5.146.662	0,06	62.600	0,05	71.044	0,06	133.644	0,05	1,05	0,05	0,56	0,04	0,81	0,05	0,86	0,04	0,50	0,03	0,70	0,04
35 - 39	16,8	9,6	13,2	3.318.519	0,08	3.495.827	0,09	6.814.346	0,08	87.803	0,07	94.166	0,08	181.969	0,07	1,32	0,06	0,83	0,06	1,09	0,06	1,16	0,05	0,75	0,05	0,97	0,05
40 - 44	17,0	10,4	13,7	3.489.322	0,08	3.663.754	0,09	7.153.076	0,09	105.063	0,08	109.696	0,09	214.759	0,09	1,41	0,07	0,94	0,06	1,19	0,07	1,41	0,07	0,94	0,06	1,19	0,06
45 - 49	18,5	12,0	15,3	3.077.093	0,07	3.180.692	0,08	6.257.785	0,08	98.635	0,08	100.870	0,08	199.505	0,08	1,35	0,07	0,95	0,06	1,16	0,07	1,44	0,07	1,00	0,07	1,23	0,07
50 - 54	20,8	14,5	17,7	2.800.967	0,07	2.797.457	0,07	5.598.424	0,07	97.315	0,08	98.633	0,08	195.948	0,08	1,38	0,07	1,01	0,07	1,20	0,07	1,59	0,07	1,18	0,08	1,39	0,08
55 - 59	23,4	18,5	21,0	2.344.900	0,06	2.330.738	0,06	4.675.638	0,06	72.205	0,06	70.278	0,06	142.483	0,06	1,30	0,06	1,07	0,07	1,19	0,07	1,33	0,06	1,07	0,07	1,20	0,07
60 - 64	25,6	21,7	23,7	2.509.020	0,06	2.424.215	0,06	4.933.235	0,06	89.230	0,07	83.359	0,07	172.589	0,07	1,53	0,07	1,30	0,09	1,41	0,08	1,80	0,08	1,49	0,10	1,64	0,09
65 - 69	28,5	24,6	26,6	2.761.003	0,07	2.520.879	0,06	5.281.882	0,06	98.215	0,08	85.855	0,07	184.070	0,07	1,87	0,09	1,54	0,10	1,70	0,10	2,20	0,10	1,74	0,12	1,97	0,11
70 - 74	32,0	30,1	31,1	2.017.734	0,05	1.667.259	0,04	3.684.993	0,04	73.737	0,06	56.216	0,05	129.953	0,05	1,53	0,07	1,24	0,08	1,39	0,08	1,86	0,09	1,40	0,09	1,63	0,09
75 - 79	34,8	34,8	34,8	1.819.227	0,04	1.211.137	0,03	3.030.364	0,04	64.634	0,05	37.237	0,03	101.871	0,04	1,50	0,07	1,04	0,07	1,28	0,07	1,77	0,08	1,07	0,07	1,43	0,08
80 - 84	36,8	37,8	37,3	1.499.057	0,04	652.203	0,02	2.151.260	0,03	49.290	0,04	18.595	0,02	67.885	0,03	1,31	0,06	0,61	0,04	0,97	0,05	1,43	0,07	0,58	0,04	1,02	0,06
85 - 89	38,0	39,7	38,9	632.291	0,02	221.381	0,01	853.672	0,01	19.219	0,02	5.743	0,00	24.962	0,01	0,57	0,03	0,22	0,01	0,40	0,02	0,57	0,03	0,19	0,01	0,39	0,02
90 u.m.	41,1	40,8	41,0	472.209	0,01	140.834	0,00	613.043	0,01	13.452	0,01	3.173	0,00	16.625	0,01	0,46	0,02	0,14	0,01	0,30	0,02	0,44	0,02	0,11	0,01	0,27	0,01
Insgesamt				42.115.358	1,00	40.348.986	1,00	82.464.344	1,00	1.270.806	1,00	1.211.641	1,00	2.482.447	1,00	20,71	1,00	14,66	1,00	17,78	1,00	21,54	1,00	14,90	1,00	18,37	1,00
Mehrbedarf																						4,0%		1,6%		3,3%	

* eigene Berechnung (Mittelwert der Arztkontakte im weiblichen und männlichen Geschlecht)

Datenquelle: BARMER-GEK-Arztreport (2010); Statstisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Durchschnittliche Bevölkerung (zitiert nach www.gbe-bund.de)

Tabelle D2: Berechnung des ambulanten altersbedingten Versorgungsmehr- bzw. -minderbedarfes, Nordrhein-Westfalen, 2005

Alter in Jahren	Arztkontakte 2007 (je BARMER-GEK-Versicherter)			Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005						Durchschnittliche Bevölkerung Nordrhein-Westfalen 2005						ambulanter "Arztbedarf" Deutschland 2005 (erwartete Arztkontakte je Einwohner)						ambulanter "Arztbedarf" NRW 2005 (erwartete Arztkontakte je Einwohner)					
	w	m	insg.*	weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	%	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<1	16,0	17,1	16,6	338.768	0,01	356.598	0,01	695.366	0,01	75.513	0,01	79.906	0,01	155.419	0,01	0,13	0,01	0,15	0,01	0,14	0,01	0,13	0,01	0,16	0,01	0,14	0,01
1 - 4	14,5	15,6	15,1	1.421.631	0,03	1.496.093	0,04	2.917.724	0,04	321.783	0,03	338.882	0,04	660.665	0,04	0,49	0,02	0,58	0,04	0,53	0,03	0,50	0,02	0,60	0,04	0,55	0,03
5 - 9	10,5	11,7	11,1	1.933.777	0,05	2.037.981	0,05	3.971.758	0,05	452.315	0,05	475.577	0,05	927.892	0,05	0,48	0,02	0,59	0,04	0,53	0,03	0,51	0,02	0,63	0,04	0,57	0,03
10 - 14	9,0	9,1	9,1	2.045.998	0,05	2.156.023	0,05	4.202.021	0,05	490.015	0,05	515.712	0,06	1.005.727	0,06	0,44	0,02	0,49	0,03	0,46	0,03	0,48	0,02	0,53	0,04	0,50	0,03
15 - 19	13,9	7,9	10,9	2.344.022	0,06	2.467.847	0,06	4.811.869	0,06	508.988	0,05	533.284	0,06	1.042.272	0,06	0,77	0,04	0,48	0,03	0,64	0,04	0,76	0,04	0,48	0,03	0,63	0,04
20 - 24	15,2	7,5	11,4	2.400.604	0,06	2.471.447	0,06	4.872.051	0,06	507.825	0,05	515.544	0,06	1.023.369	0,06	0,87	0,04	0,46	0,03	0,67	0,04	0,83	0,04	0,44	0,03	0,64	0,04
25 - 29	16,7	7,6	12,2	2.363.810	0,06	2.435.365	0,06	4.799.175	0,06	509.995	0,06	511.914	0,06	1.021.909	0,06	0,94	0,05	0,46	0,03	0,71	0,04	0,92	0,04	0,44	0,03	0,69	0,04
30 - 34	17,5	8,6	13,1	2.525.406	0,06	2.621.256	0,06	5.146.662	0,06	558.612	0,06	565.168	0,06	1.123.780	0,06	1,05	0,05	0,56	0,04	0,81	0,05	1,06	0,05	0,55	0,04	0,81	0,05
35 - 39	16,8	9,6	13,2	3.318.519	0,08	3.495.827	0,09	6.814.346	0,08	740.026	0,08	766.412	0,09	1.506.438	0,08	1,32	0,06	0,83	0,06	1,09	0,06	1,34	0,07	0,84	0,06	1,10	0,06
40 - 44	17,0	10,4	13,7	3.489.322	0,08	3.663.754	0,09	7.153.076	0,09	758.485	0,08	786.984	0,09	1.545.469	0,09	1,41	0,07	0,94	0,06	1,19	0,07	1,39	0,07	0,93	0,06	1,17	0,07
45 - 49	18,5	12,0	15,3	3.077.093	0,07	3.180.692	0,08	6.257.785	0,08	676.603	0,07	689.927	0,08	1.366.530	0,08	1,35	0,07	0,95	0,06	1,16	0,07	1,35	0,07	0,94	0,06	1,15	0,07
50 - 54	20,8	14,5	17,7	2.800.967	0,07	2.797.457	0,07	5.598.424	0,07	603.569	0,07	591.632	0,07	1.195.201	0,07	1,38	0,07	1,01	0,07	1,20	0,07	1,36	0,07	0,97	0,07	1,17	0,07
55 - 59	23,4	18,5	21,0	2.344.900	0,06	2.330.738	0,06	4.675.638	0,06	513.931	0,06	504.871	0,06	1.018.802	0,06	1,30	0,06	1,07	0,07	1,19	0,07	1,30	0,06	1,06	0,07	1,18	0,07
60 - 64	25,6	21,7	23,7	2.509.020	0,06	2.424.215	0,06	4.933.235	0,06	529.612	0,06	506.696	0,06	1.036.308	0,06	1,53	0,07	1,30	0,09	1,41	0,08	1,46	0,07	1,25	0,09	1,36	0,08
65 - 69	28,5	24,6	26,6	2.761.003	0,07	2.520.879	0,06	5.281.882	0,06	597.275	0,06	543.903	0,06	1.141.178	0,06	1,87	0,09	1,54	0,10	1,70	0,10	1,84	0,09	1,52	0,10	1,68	0,09
70 - 74	32,0	30,1	31,1	2.017.734	0,05	1.667.259	0,04	3.684.993	0,04	448.132	0,05	374.582	0,04	822.714	0,05	1,53	0,07	1,24	0,08	1,39	0,08	1,55	0,08	1,28	0,09	1,41	0,08
75 - 79	34,8	34,8	34,8	1.819.227	0,04	1.211.137	0,03	3.030.364	0,04	407.295	0,04	278.617	0,03	685.912	0,04	1,50	0,07	1,04	0,07	1,28	0,07	1,53	0,07	1,10	0,07	1,32	0,07
80 - 84	36,8	37,8	37,3	1.499.057	0,04	652.203	0,02	2.151.260	0,03	327.051	0,04	144.222	0,02	471.273	0,03	1,31	0,06	0,61	0,04	0,97	0,05	1,30	0,06	0,62	0,04	0,97	0,05
85 - 89	38,0	39,7	38,9	632.291	0,02	221.381	0,01	853.672	0,01	136.123	0,01	46.718	0,01	182.841	0,01	0,57	0,03	0,22	0,01	0,40	0,02	0,56	0,03	0,21	0,01	0,39	0,02
90 u.m.	41,1	40,8	41,0	472.209	0,01	140.834	0,00	613.043	0,01	100.497	0,01	28.674	0,00	129.171	0,01	0,46	0,02	0,14	0,01	0,30	0,02	0,45	0,02	0,13	0,01	0,29	0,02
Insgesamt				42.115.358	1,00	40.348.986	1,00	82.464.344	1,00	9.263.645	1,00	8.799.225	1,00	18.062.870	1,00	20,71	1,00	14,66	1,00	17,78	1,00	20,62	1,00	14,69	1,00	17,74	1,00
Mehrbedarf																						-0,4%		0,2%		-0,2%	

* eigene Berechnung (Mittelwert der Arztkontakte im weiblichen und männlichen Geschlecht)
Datenquelle: BARMER-GEK-Arztreport (2010), Statstisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Durchschnittliche Bevölkerung

Tabelle D3: Altersbedingter Versorgungsmehrbedarf nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, 2000-2008

Jahr	ambulant								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	erwartete Arztkontakte Deutschland (je Einw.)	erwartete Arztkontakte Sachsen-A. (je Einw.)	altersbedingter Versorgungs-mehrbedarf in Sachsen-A.	erwartete Arztkontakte Deutschland (je Einw.)	erwartete Arztkontakte Sachsen-A. (je Einw.)	altersbedingter Versorgungs-mehrbedarf in Sachsen-A.	erwartete Arztkontakte Deutschland (je Einw.)	erwartete Arztkontakte Sachsen-A. (je Einw.)	altersbedingter Versorgungs-mehrbedarf in Sachsen-A.
2000	20,42	20,76	101,7%	14,16	14,07	99,4%	17,40	17,56	100,9%
2001	20,47	20,92	102,2%	14,25	14,23	99,9%	17,47	17,72	101,4%
2002	20,51	21,08	102,8%	14,34	14,39	100,3%	17,53	17,88	102,0%
2003	20,56	21,22	103,2%	14,43	14,54	100,8%	17,60	18,03	102,4%
2004	20,63	21,38	103,6%	14,54	14,71	101,2%	17,68	18,19	102,9%
2005	20,71	21,54	104,0%	14,66	14,90	101,6%	17,78	18,37	103,3%
2006	20,78	21,69	104,4%	14,78	15,09	102,1%	17,88	18,54	103,7%
2007	20,86	21,82	104,6%	14,90	15,28	102,6%	17,97	18,70	104,1%
2008	20,94	21,96	104,9%	15,03	15,48	103,0%	18,07	18,87	104,4%
Mittel-wert	**20,65**	**21,37**	**103,5%**	**14,57**	**14,74**	**101,2%**	**17,71**	**18,21**	**102,8%**
Jahr	**stationär**								
	erwartete Arztkontakte Deutschland (je Einw.)	erwartete Arztkontakte Sachsen-A. (je Einw.)	altersbedingter Versorgungs-mehrbedarf in Sachsen-A.	erwartete Arztkontakte Deutschland (je Einw.)	erwartete Arztkontakte Sachsen-A. (je Einw.)	altersbedingter Versorgungs-mehrbedarf in Sachsen-A.	erwartete Arztkontakte Deutschland (je Einw.)	erwartete Arztkontakte Sachsen-A. (je Einw.)	altersbedingter Versorgungs-mehrbedarf in Sachsen-A.
2000	0,2182	0,2187	100,2%	0,1889	0,1865	98,7%	0,2046	0,2045	99,9%
2001	0,2186	0,2209	101,1%	0,1905	0,1897	99,6%	0,2054	0,2071	100,8%
2002	0,2187	0,2228	101,9%	0,1919	0,1926	100,4%	0,2060	0,2094	101,6%
2003	0,2189	0,2244	102,5%	0,1935	0,1953	101,0%	0,2068	0,2115	102,2%
2004	0,2195	0,2265	103,2%	0,1955	0,1986	101,6%	0,2081	0,2141	102,9%
2005	0,2205	0,2291	103,9%	0,1977	0,2022	102,3%	0,2095	0,2171	103,6%
2006	0,2215	0,2314	104,5%	0,1999	0,2057	102,9%	0,2110	0,2199	104,2%
2007	0,2227	0,2337	104,9%	0,2023	0,2092	103,4%	0,2127	0,2227	104,7%
2008	0,2240	0,2362	105,5%	0,2047	0,2128	104,0%	0,2145	0,2257	105,2%
Mittel-wert	**0,2203**	**0,2271**	**103,1%**	**0,1961**	**0,1992**	**101,5%**	**0,2087**	**0,2146**	**102,8%**

Datenquelle:
BARMER-GEK-Arztreport (2010)
Statstisches Bundesamt: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Durchschnittliche Bevölkerung, Krankenhausstatistik (www.gbe-bund.de)

Tabelle D4: Berechnung des stationären altersbedingten Versorgungsmehr- bzw. -minderbedarfes, Sachsen-Anhalt, 2005

Alter in Jahren	Krankenhausfälle Deutschland 2007 (je 100.000 Einwohner)			Durchschnittliche Bevölkerung Deutschlandt 2005						Durchschnittliche Bevölkerung Sachsen-Anhalt 2005						stationärer "Arztbedarf" Deutschlandt 2005 (erwartete Krankenhausfälle je 100.000 Einw.)						stationärer "Arztbedarf" Sachsen-Anhalt 2005 (erwartete Krankenhausfälle je 100.000 Einw.)					
	w	m	insg.	weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt		weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	%	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
<1	123.503	129.757	126.716	338.768	0,01	356.598	0,01	695.366	0,01	8.390	0,01	8.832	0,01	17.222	0,01	993	0,05	1.147	0,06	1.069	0,05	815	0,04	946	0,05	879	0,04
1 - 4	11.647	14.492	13.107	1.421.631	0,03	1.496.093	0,04	2.917.724	0,04	33.721	0,03	35.950	0,03	69.671	0,03	393	0,02	537	0,03	464	0,02	309	0,01	430	0,02	368	0,02
5 - 9	6.354	7.912	7.153	1.933.777	0,05	2.037.981	0,05	3.971.758	0,05	39.822	0,03	42.347	0,03	82.169	0,03	292	0,01	400	0,02	345	0,02	199	0,01	277	0,01	237	0,01
10 - 14	7.131	7.386	7.262	2.045.998	0,05	2.156.023	0,05	4.202.021	0,05	41.422	0,03	43.895	0,04	85.317	0,03	346	0,02	395	0,02	370	0,02	232	0,01	268	0,01	250	0,01
15 - 19	12.275	9.011	10.602	2.344.022	0,06	2.467.847	0,06	4.811.869	0,06	80.546	0,06	86.523	0,07	167.069	0,07	683	0,03	551	0,03	619	0,03	778	0,03	643	0,03	714	0,03
20 - 24	15.642	9.024	12.279	2.400.604	0,06	2.471.447	0,06	4.872.051	0,06	74.187	0,06	86.635	0,07	160.822	0,06	892	0,04	553	0,03	725	0,03	913	0,04	645	0,03	795	0,04
25 - 29	19.585	8.666	14.058	2.363.810	0,06	2.435.365	0,06	4.799.175	0,06	61.320	0,05	72.594	0,06	133.914	0,05	1.099	0,05	523	0,03	818	0,04	945	0,04	519	0,03	758	0,03
30 - 34	19.902	9.083	14.412	2.525.406	0,06	2.621.256	0,06	5.146.662	0,06	62.600	0,05	71.044	0,06	133.644	0,05	1.193	0,05	590	0,03	899	0,04	980	0,04	533	0,03	776	0,04
35 - 39	14.856	10.082	12.416	3.318.519	0,08	3.495.827	0,09	6.814.346	0,08	87.803	0,07	94.166	0,08	181.969	0,07	1.171	0,05	874	0,04	1.026	0,05	1.026	0,04	784	0,04	910	0,04
40 - 44	12.566	11.921	12.236	3.489.322	0,08	3.663.754	0,09	7.153.076	0,09	105.063	0,08	109.696	0,09	214.759	0,09	1.041	0,05	1.082	0,05	1.061	0,05	1.039	0,05	1.079	0,05	1.059	0,05
45 - 49	14.195	14.752	14.478	3.077.093	0,07	3.180.692	0,08	6.257.785	0,08	98.635	0,08	100.870	0,08	199.505	0,08	1.037	0,05	1.163	0,06	1.099	0,05	1.102	0,05	1.228	0,06	1.164	0,05
50 - 54	16.610	18.574	17.595	2.800.967	0,07	2.797.457	0,07	5.598.424	0,07	97.315	0,08	98.633	0,08	195.948	0,08	1.105	0,05	1.288	0,07	1.195	0,06	1.272	0,06	1.512	0,07	1.389	0,06
55 - 59	19.488	23.567	21.515	2.344.900	0,06	2.330.738	0,06	4.675.638	0,06	72.205	0,06	70.278	0,06	142.483	0,06	1.085	0,05	1.361	0,07	1.220	0,06	1.107	0,05	1.367	0,07	1.235	0,06
60 - 64	23.739	29.488	26.565	2.509.020	0,06	2.424.215	0,06	4.933.235	0,06	89.230	0,07	83.359	0,07	172.589	0,07	1.414	0,06	1.772	0,09	1.589	0,08	1.667	0,07	2.029	0,10	1.847	0,09
65 - 69	29.143	36.694	32.761	2.761.003	0,07	2.520.879	0,06	5.281.882	0,06	98.215	0,08	85.855	0,07	184.070	0,07	1.911	0,09	2.293	0,12	2.098	0,10	2.252	0,10	2.600	0,13	2.429	0,11
70 - 74	36.781	46.116	41.050	2.017.734	0,05	1.667.259	0,04	3.684.993	0,04	73.737	0,06	56.216	0,05	129.953	0,05	1.762	0,08	1.906	0,10	1.834	0,09	2.134	0,09	2.140	0,11	2.149	0,10
75 - 79	46.497	57.052	50.903	1.819.227	0,04	1.211.137	0,03	3.030.364	0,04	64.634	0,05	37.237	0,03	101.871	0,04	2.008	0,09	1.713	0,09	1.871	0,09	2.365	0,10	1.753	0,09	2.089	0,10
80 - 84	55.626	64.039	58.368	1.499.057	0,04	652.203	0,02	2.151.260	0,03	49.290	0,04	18.595	0,02	67.885	0,03	1.980	0,09	1.035	0,05	1.523	0,07	2.158	0,09	983	0,05	1.596	0,07
85 - 89	63.268	70.948	65.302	632.291	0,02	221.381	0,01	853.672	0,01	19.219	0,02	5.743	0,00	24.962	0,01	950	0,04	389	0,02	676	0,03	957	0,04	336	0,02	657	0,03
90 u.m.	61.990	58.678	61.202	472.209	0,01	140.834	0,00	613.043	0,01	13.452	0,01	3.173	0,00	16.625	0,01	695	0,03	205	0,01	455	0,02	656	0,03	154	0,01	410	0,02
Insgesamt				42.115.358	1,00	40.348.986	1,00	82.464.344	1,00	1.270.806	1,00	1.211.641	1,00	2.482.447	1,00	22.051	1,00	19.775	1,00	20.955	1,00	22.908	1,00	20.225	1,00	21.709	1,00
Mehrbedarf																						3,9%		2,3%		3,6%	

Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatsitik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Durchschnittliche Bevölkerung (zitiert nach www.gbe-bund.de)

Tabelle D5: Morbiditätsbedinger Versorgungsmehrbedarf nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, 2002-2007

Jahr	bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnete ambulante Behandlungsfälle[1] (altersskorrigiert[a])								
	weiblich (je 1.000 weibl. GKV-Versich.[2,b])			männlich (je 1.000 männl. GKV-Versich.[2,b]			insgesamt(je 1.000 GKV-Versicherte[2,b])		
	Sachsen-Anhalt	NRW	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.	Sachsen-Anhalt	NRW	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.	Sachsen-Anhalt	NRW	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.
2002	.	.	.	.	.	.	6.469	6.718	96,3%
2003	.	.	.	.	.	.	6.481	6.745	96,1%
2004	.	.	.	.	.	.	5.947	6.365	93,4%
2005	.	.	.	.	.	.	5.962	6.453	92,4%
2006	.	.	.	.	.	.	5.917	6.500	91,0%
2007	.	.	.	.	.	.	6.029	6.689	90,1%
Mittelwert	.	.	.	.	.	.	6.134	6.578	**93,2%**
Jahr	Krankenhausfälle[3] (altersstandardisiert[c])								
	weiblich (je 100.000 weibl. Einwohner)			männlich (je 100.000 männl. Einwohner)			insgesamt(je 100.000 Einwohner)		
	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.
2000	21.776	19.355	112,5%	21.590	18.455	117,0%	21.460	18.763	114,4%
2001	21.719	19.235	112,9%	21.784	18.382	118,5%	21.527	18.680	115,2%
2002	19.865	19.151	103,7%	19.897	18.371	108,3%	19.682	18.639	105,6%
2003	21.195	18.963	111,8%	21.394	18.188	117,6%	21.072	18.462	114,1%
2004	21.739	19.096	113,8%	21.993	18.575	118,4%	21.662	18.736	115,6%
2005	21.344	18.771	113,7%	21.885	18.384	119,0%	21.401	18.486	115,8%
2006	21.311	18.811	113,3%	22.011	18.404	119,6%	21.458	18.524	115,8%
2007	22.051	19.200	114,8%	22.565	18.646	121,0%	22.094	18.843	117,3%
2008	22.226	19.440	114,3%	22.645	18.915	119,7%	22.225	19.103	116,3%
Mittelwert	21.470	19.114	**112,3%**	21.752	18.480	**117,7%**	21.398	18.693	**114,5%**
Jahr	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit								
	weiblich (je 100.000 weibl. Versicherte[d])			männlich (je 100.000 männl. Versicherte[d])			insgesamt (je 100.000 Versicherte[d])		
	Sachsen-Anhalt [4,6]	Deutschland[5,6]	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.	Sachsen-Anhalt [4,6]	Deutschland[5,6]	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.	Sachsen-Anhalt [4,6]	Deutschland[5,6]	Mehr-/Minder-bedarf S.-A.
2000	540,3	527,6	102,4%	760,1	732,5	103,8%	654,6	637,4	102,7%
2001	524,8	516,3	101,6%	740,1	675,6	109,5%	635,7	601,0	105,8%
2002	481,8	465,4	103,5%	675,6	573,3	117,9%	582,6	522,8	111,4%
2003	494,0	479,5	103,0%	656,6	567,3	115,8%	578,9	526,4	110,0%
2004	515,9	465,8	110,7%	666,5	546,5	122,0%	594,4	508,6	116,9%
2005	475,3	440,5	107,9%	617,1	507,9	121,5%	548,7	475,7	115,3%
2006	436,3	422,0	103,4%	526,0	487,3	107,9%	482,6	455,9	105,9%
2007	465,9	431,4	108,0%	609,5	489,2	124,6%	539,9	461,3	117,0%
Mittelwert	491,8	468,6	**105,0%**	656,5	572,5	**114,7%**	577,2	523,6	**110,2%**
Jahr	vorzeitige Sterblichkeit[7] (altersstandardisiert[c])								
	weiblich (je 100.000 weibl. Einwohner)			männlich (je 100.000 männl. Einwohner)			insgesamt(je 100.000 Einwohner)		
	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Mehrbedarf Sachsen-A.	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Mehrbedarf Sachsen-A.	Sachsen-Anhalt	Deutschland	Mehrbedarf Sachsen-A.
2000	153,4	145,3	105,6%	367,6	292,5	125,7%	260,1	219,0	118,8%
2001	150,4	141,7	106,1%	348,0	283,3	122,8%	249,0	212,6	117,1%
2002	147,9	141,0	104,9%	354,1	278,7	127,1%	250,8	209,9	119,5%
2003	134,3	138,3	97,1%	343,1	275,6	124,5%	238,8	207,0	115,4%
2004	137,2	133,5	102,8%	327,2	262,5	124,6%	232,0	198,0	117,2%
2005	139,3	132,5	105,1%	324,1	257,1	126,1%	231,8	194,8	119,0%
2006	137,4	128,9	106,6%	312,4	249,0	125,5%	224,9	189,0	119,0%
2007	127,6	127,3	100,2%	306,4	244,9	125,1%	216,9	186,1	116,6%
Mittelwert	140,9	136,1	**103,6%**	335,4	268,0	**125,2%**	238,0	202,1	**117,8%**
Mittelwert Indikatoren 2002-2007									**109,4%**

[a] Quote vermindert bzw. erhöht um den landesspezifischen altersbedingten Versorgungsmehr- bzw. -minderbedarf im Jahr 2005 (Sachsen-Anhalt: -3,3%; NRW: +0,2%)

[b] bevölkerungsbezog. Quote (je 1.000 Einwohner) korrigiert um den landesspezischen Anteil von GKV-Versicherten im Jahr 2007 (Sachsen-Anhalt: 94,0%; NRW: 87,7%)

[c] altersstandardisiert an alter Europabevölkerung

[d] aktiv Versicherte ohne Rentenbezug

Datenquellen: [1] Kassenärztliche Vereinigungen Sachsen-Anhalt (Originaldaten), Nordrhein, Westfalen-Lippe (zitiert nach www.loegd.nrw.de), [2] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen: Mikrozensus. [3] Stat. Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik, [4] Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Statistik des Rentenzugangs für Sachsen-Anhalt (Originaldaten), [5] DRV: Statisik des Rentenzugangs für Deutschland, [6] DRV: Statistik der Versicherten für Sachsen-Anhalt und Deutschland, [7] Stat. Bundesamt: Todesursachenstatisitk ([3,5,6,7] zitiert nach www.gbe-bund.de),