

Ärztliche Versorgung und Zugang zu ärztlichen Leistungen

Eine deutschlandweite Befragung der Landkreise

Eine Studie der Stiftung Gesundheit mit Unterstützung des Deutschen Landkreistages

durchgeführt von der GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse





Ärztliche Versorgung und Zugang zu ärztlichen Leistungen

Deutschlandweite Befragung der Landkreise

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann

Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin

und

Leibniz FH School of Business, Hannover

obermann@ggma.de

Weitere Autoren:

Dr. Peter Müller

mueller@stiftung-gesundheit.de

Stefanie Woerns

woerns@stiftung-gesundheit.de

Beiträge: Die Idee zu dieser Befragung entstammt der Stiftung Gesundheit und dem Deutschen Landkreistag. Gemeinsam wurde der Fragebogen entwickelt. Alle Autoren haben an dem Manuskript mitgewirkt.

Danksagung: Die Autoren möchten allen teilnehmenden Landrätinnen und Landräten für ihre Auskunftsbereitschaft und die zusätzlichen Anregungen und Kommentare danken. Ein besonderer Dank gilt Jörg Freese vom Deutschen Landkreistag, der die Befragung mit seiner wertvollen Unterstützung erst möglich gemacht hat.



Inhaltsverzeichnis

1 Einführung	4
2 Material und Methoden	6
2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung	6
3 Ergebnisse	8
3.1 Generelle Situation der Landkreise	8
3.1.1 <i>Wirtschaftliche Situation der Landkreise</i>	8
3.1.2 <i>Bevölkerungsentwicklung der Landkreise</i>	9
3.2 Generelle Einschätzung zur ärztlichen Versorgung im Landkreis	10
3.2.1 <i>Allgemeine ambulante ärztliche Versorgung in den Landkreisen</i>	11
3.2.2 <i>Barrierefreie ambulante ärztliche Versorgung in den Landkreisen</i>	14
3.2.3 <i>Zugang zu ärztlicher Leistung mit dem ÖPNV</i>	17
3.2.4 <i>Zukünftige ambulante ärztliche Versorgung und demografischer Wandel</i>	18
3.2.5 <i>Planung ärztliche Versorgung und Barrierefreiheit</i>	21
4 Zusammenfassung und Diskussion	25



1 Einführung

Einzelne Landräte waren in der Vergangenheit an uns herangetreten mit der Frage, wie die medizinische Versorgung im jeweiligen Landkreis strukturell aussieht, sowohl unter Aspekten des demografischen Wandels, des Zugangs aufgrund geografischer Gegebenheiten sowie der Barrierefreiheit, aber auch in der Zukunft mit Hinblick auf die Altersstruktur der Ärzteschaft, sowohl für die fach- wie hausärztliche Versorgung. Daraufhin wurde das Gespräch gesucht mit dem Deutschen Landkreistag, um Problemstellungen weniger punktuell als vielmehr flächig zu analysieren – insoweit denn entsprechender Analysebedarf besteht.

Lange Zeit war der Zugang zu Gesundheitsleistungen in Deutschland nur am Rande ein Thema in der Gesundheitspolitik. Die Kombination aus (nahezu) universeller Versicherungspflicht, den Krankenhausbedarfsplänen der Länder und dem gesetzlich vorgeschriebenen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde als hinreichend angesehen, jedem Bürger einen ausreichenden Zugang zu medizinischer Betreuung zu ermöglichen. Für spezifische Verfahren, wie beispielsweise interventionelle Therapien am Herzen / Herzchirurgie wurden spezielle Programme aufgelegt, um flächendeckend eine Versorgung sicher zu stellen. In der öffentlichen Wahrnehmung wurde (und wird) der Zugang zu Leistungen vielfach als ausreichend und in der Tat als sehr gut angesehen. Seit einigen Jahren gibt es eine Diskussion über die (deutlich) raschere Terminvergabe bei niedergelassenen Ärzten für privat versicherte Patienten als einen Hinweis auf eine Ausdifferenzierung im Zugang zu Leistungen.

Die Ratifizierung der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat einen neuen Schwerpunkt hinzugefügt: Nun ist es eine Kernaufgabe der Sozial-, Gesundheits- und Strukturpolitik geworden, Behinderten den möglichst ungehinderten Zugang zu Leistungen der Daseinsvorsorge zu ermöglichen. Ambulante ärztliche Versorgung ist dabei ein wesentliches Element.

Die Stiftung nutzt jährlich ihre Vernetzung mit den niedergelassenen Ärzten und leitenden Klinikärzten, um zu aktuellen Themen Daten und Stimmungsbilder zu generieren, damit diese Informationen in die gesundheitspolitische Diskussion einfließen und Anregungen für weitere Forschung und detaillierte Studien geben können.



Neben dieser Befragung der Leistungserbringer ist für die Bestandsaufnahme der konkreten politischen und gesellschaftlichen Umsetzung der Behindertenrechte ein multimodales Vorgehen notwendig.

Im hier vorliegenden ersten Schritt kooperieren der Deutsche Landkreistag und die Stiftung Gesundheit, um den aktuellen Stand der Versorgung und des Zugangs zu Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erfassen.

Vor dem Hintergrund untersuchte die Stiftung Gesundheit in enger Abstimmung mit dem Deutschen Landkreistag in einer Paper-Pencil Befragung die aktuelle Situation in den Landkreisen zur ärztlichen Versorgung und dem Zugang zu ärztlichen Leistungen. Es wurden die folgenden Themenkomplexe untersucht: (I) Über den Landkreis, (II) Generelle Einschätzung zur ärztlichen Versorgung im Landkreis und (III) Planung.



2 Material und Methoden

2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung

Die Stiftung Gesundheit ist eine gemeinnützige, rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie verfügt über die Strukturdatenbank aller in Deutschland niedergelassenen Ärzte einschließlich Praxistyp, Fachrichtung, Subspezialisierungen, Fortbildungen und Detailinformationen zu Ärzten und Praxen bis hin zu Informationen zum Qualitätsmanagement und den einzelnen Vorkehrungen der Barrierefreiheit. Gleichermäßen verfügt die Strukturdatenbank über die Angaben sämtlicher Kliniken und ihrer leitenden Ärzte (Chefärzte, Oberärzte, ärztliche Direktoren).

Der Deutsche Landkreistag ist der kommunale Spitzenverband der Landkreise auf Bundesebene. Alle 295 Landkreise haben sich hier zusammengeschlossen. Seine unmittelbaren Mitglieder sind die Landkreistage der 13 Flächenländer, die sich für die Kommunalbelange in ihrem jeweiligen Bundesland einsetzen. Der Deutsche Landkreistag vertritt Gemeinwohlbelange. Die Landkreise tragen politische Verantwortung für die Bürger und unterscheiden sich daher von anderen Vereinigungen wie wirtschaftlichen Interessengruppen. Die zentrale Aufgabe des Deutschen Landkreistages besteht darin, die den Landkreisen grundgesetzlich verbürgte Garantie der kommunalen Selbstverwaltung zu fördern, den Erfahrungsaustausch unter den Landkreisen zu pflegen und die gemeinsamen Belange der kommunalen Körperschaften gegenüber Staat und Öffentlichkeit zur Geltung zu bringen.

Um eine sehr hohe Repräsentativität und Validität der Befragung zu gewährleisten, wurden der Stiftung Gesundheit vom Deutschen Landkreistag die vollständigen postalischen Anschriften und Namen aller Landrätinnen und Landräte in Deutschland zur Verfügung gestellt. Stiftung Gesundheit und Deutscher Landkreistag haben gemeinsam einen Fragebogen und ein Anschreiben für die Befragung entwickelt. Im Vorfeld wurde vom Deutschen Landkreistag ein Rundschreiben an die Mitglieder versendet mit der Bitte, sich an der kommenden Befragung zu beteiligen.



Im Anschluss an das Rundschreiben wurden die gesamten 295 Landrätinnen und Landräte aus den Landkreisen postalisch von der Stiftung Gesundheit angeschrieben, mit der Bitte den beigefügten Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden. Tatsächlich geantwortet haben 140 Landkreise. Dies entspricht einer Antwortquote von 47,5 Prozent.

Die Erhebung erfolgte im Dezember 2012 und Januar 2013.

Die Antworten der Papier-Fragebögen wurden manuell erfasst und einer Datenbereinigung unterzogen, in der die Daten von Schreib- und Lesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung wurde für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler geprüft. Fehlerhafte Daten(sets) wurden nicht berücksichtigt.

Der Fragebogen der Landkreise umfasste insgesamt drei thematische Bereiche:

Der erste Bereich *(I) Über den Landkreis* enthält allgemeine Fragen zum Landkreis, wie die Zugehörigkeit zum Bundesland und die wirtschaftliche Situation.

Im zweiten Bereich geht es um die *(II) Generelle Einschätzung zur ärztlichen Versorgung im Landkreis*. Wie sieht die ambulante ärztliche Versorgung generell im Landkreis aus, wie gut ist die ambulante ärztliche Versorgung für Menschen mit Behinderungen zugänglich, wie gut ist die Versorgung mittels öffentlicher Verkehrsmittel erreichbar?

Der dritte Bereich *(III) Planung* befasst sich mit der demographischen Entwicklung und der zukünftigen Planung der ärztlichen Versorgung.



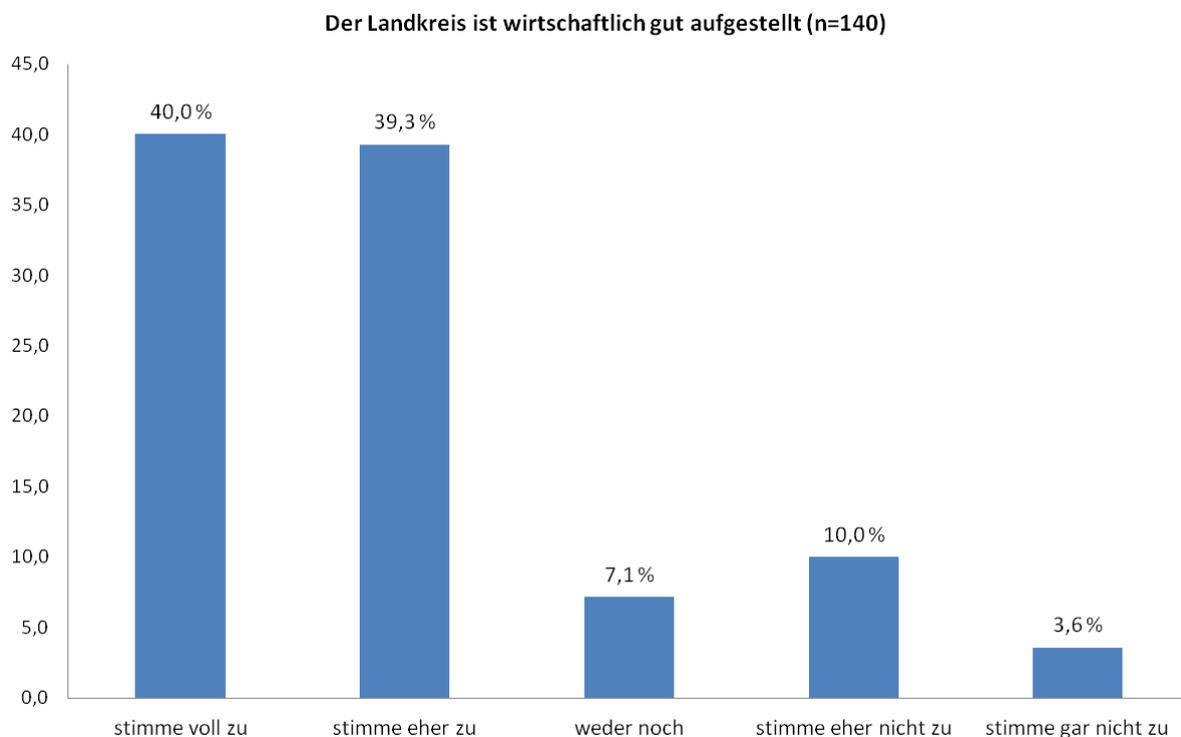
3 Ergebnisse

3.1 Generelle Situation der Landkreise

3.1.1 Wirtschaftliche Situation der Landkreise

Knapp 80 Prozent der Landkreise sind wirtschaftlich gut aufgestellt (stimme voll zu: 40,0 Prozent, stimme eher zu: 39,3 Prozent). Lediglich 13,6 Prozent der Befragten sind nicht der Meinung, dass ihr Landkreis wirtschaftlich gut aufgestellt sei, und 7,1 Prozent sehen ihren Landkreis weder gut noch schlecht aufgestellt.

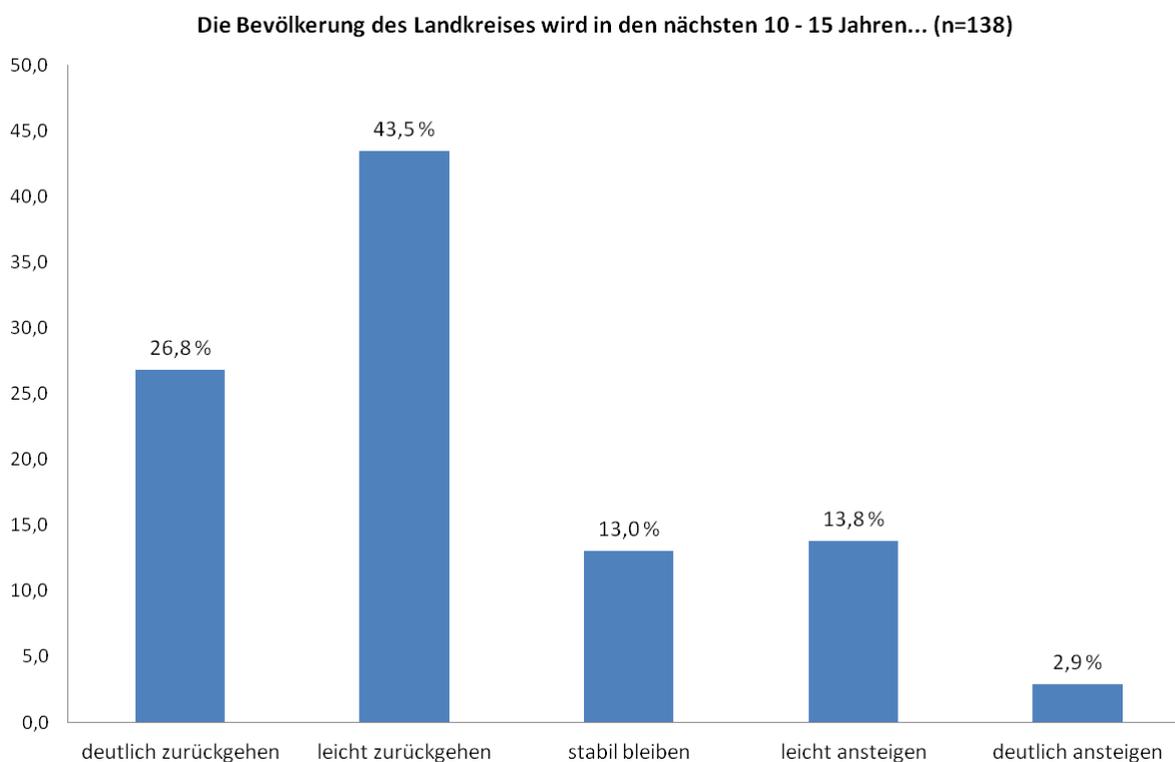
Abbildung 1: Wirtschaftliche Aufstellung des Landkreises





3.1.2 Bevölkerungsentwicklung der Landkreise

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung der Landkreise



Circa 70 Prozent der befragten Landkreise erwarten, dass die Bevölkerung im Landkreis in den nächsten 10 bis 15 Jahren deutlich (26,8 Prozent), oder zumindest leicht (43,5 Prozent) zurückgehen werde. 13 Prozent sind der Meinung, dass die Bevölkerung stabil bleiben werde. 13,8 Prozent sehen in den nächsten Jahren einen leichten Bevölkerungsanstieg, und immerhin 2,9 Prozent rechnen mit einem deutlichen Zuwachs. Dies stellt sicherlich eine realistische Einschätzung dar, die von externen demographischen Prognosen immer wieder bestätigt wird.



3.2 Generelle Einschätzung zur ärztlichen Versorgung im Landkreis

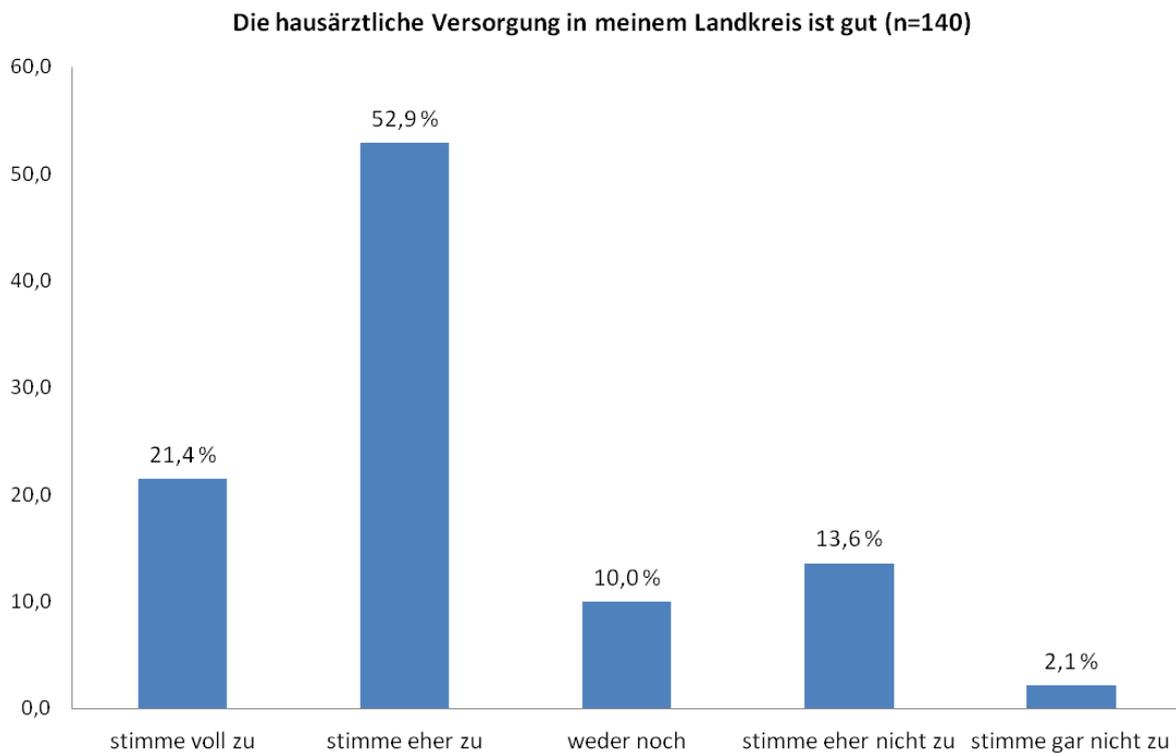
Die ambulante ärztliche Versorgung wird im Rahmen des sogenannten Sicherstellungsauftrags durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Bundesländer geregelt. Nur durch die KV zugelassene Ärzte können sich an der Versorgung von Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beteiligen. Da etwa 90% der Bevölkerung in der GKV versichert sind, bedeutet dies faktisch ein (gesellschaftlich gewolltes) Monopol der KVen. Landkreise mit ihrer Funktion der Daseinsvorsorge haben hier sicherlich in einem gewissen Maß überschneidende Kompetenzen und Interessen, jedoch wird in der Regel die ambulante ärztliche Versorgung weitestgehend eigenständig von den jeweiligen KVen organisiert.



3.2.1 Allgemeine ambulante ärztliche Versorgung in den Landkreisen

Auf die Frage, ob die hausärztliche Versorgung im Landkreis gut ist, antworteten 21,4 Prozent der befragten Landkreise mit „stimme voll zu“ und 52,9 Prozent mit „stimme eher zu“. 13,6 Prozent sind der Meinung, dass die Versorgung eher nicht gut sei und 2,1 Prozent beurteilen sie als gar nicht gut. Zehn Prozent der Landkreise antworteten mit weder noch.

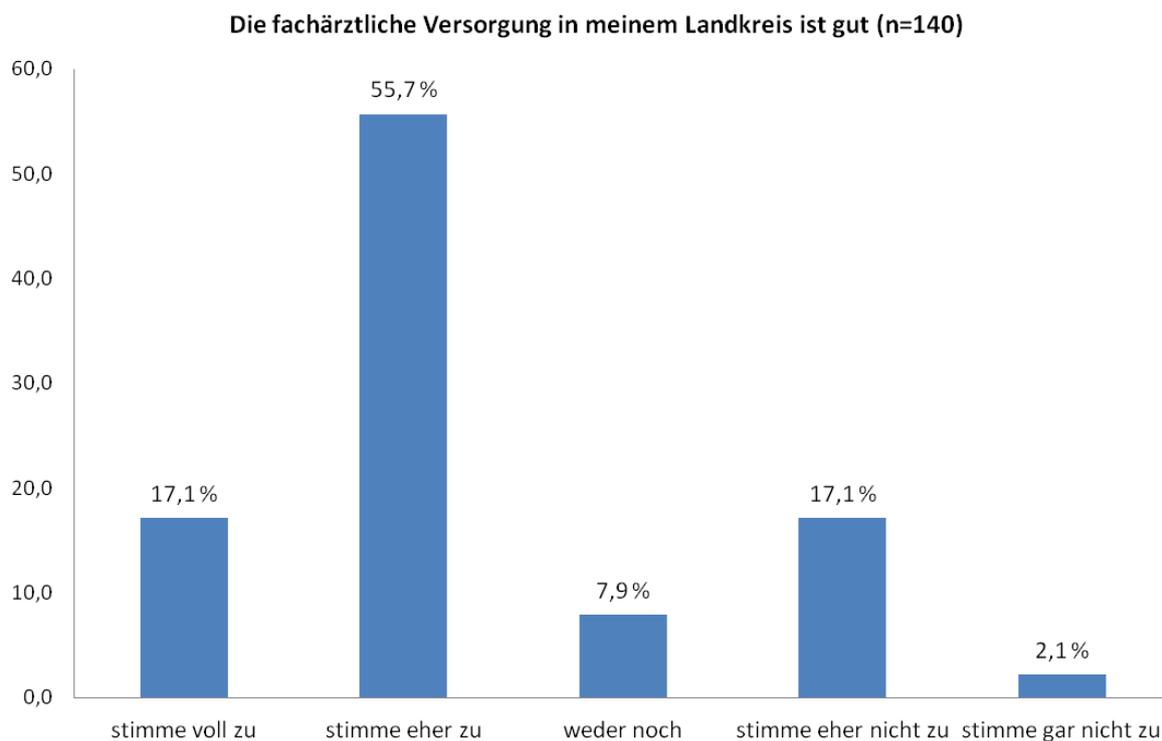
Abbildung 3: Hausärztliche Versorgung





Die Tendenz bei der fachärztlichen Versorgung ist ähnlich wie bei den Hausärzten. 72,8 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass die fachärztliche Versorgung in ihrem Landkreis ausreichend sei (stimme voll zu: 17,1 Prozent; stimme eher zu: 55,7 Prozent). Allerdings glauben auch fast 20 Prozent, dass die fachärztliche Versorgung nicht ausreichend bzw. mangelhaft ist. 7,9 Prozent antworteten auch hier mit weder noch.

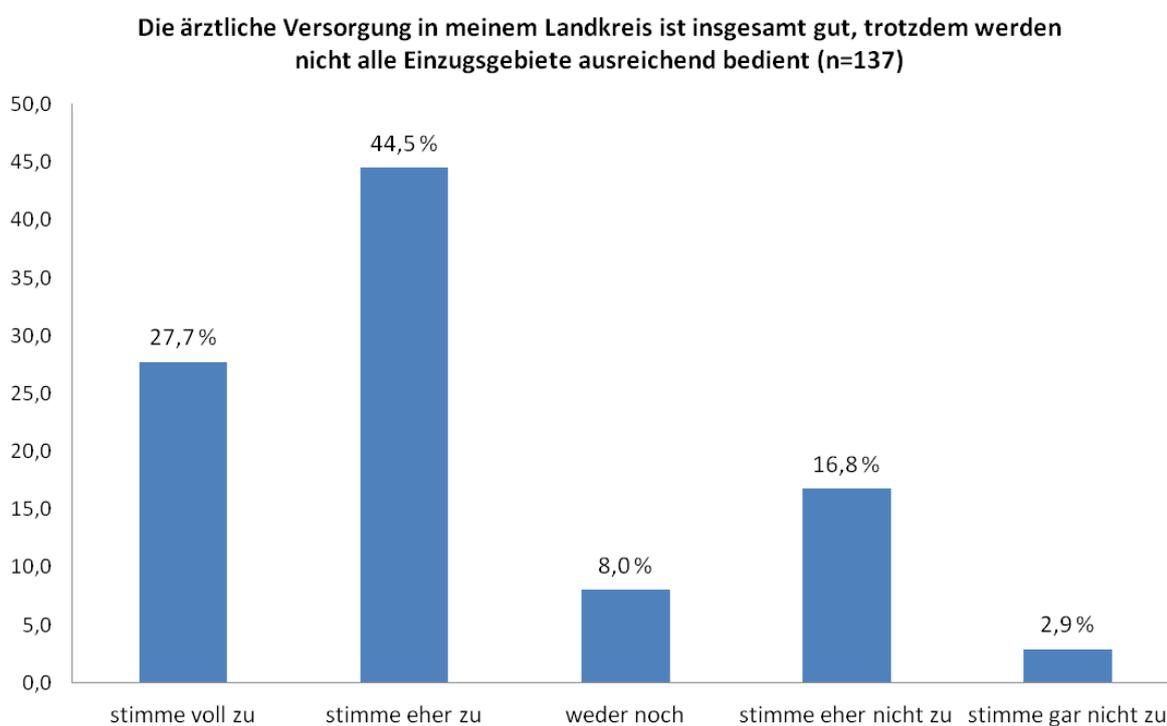
Abbildung 4: Fachärztliche Versorgung





Zusammengefasst sind 72,2 Prozent der Meinung, dass die ärztliche Versorgung insgesamt gut sei (27,7 Prozent „stimme voll zu“; 44,5 Prozent „stimme eher zu“), aber dennoch nicht alle Einzugsgebiete des jeweiligen Landkreises ausreichend bedient werden. 16,8 Prozent stimmen eher nicht zu, dass die ärztliche Versorgung grundsätzlich gut sei, und 2,9 Prozent stimmen dem gar nicht zu. Acht Prozent haben mit weder noch geantwortet.

Abbildung 5: Ärztliche Versorgung gesamt





3.2.2 Barrierefreie ambulante ärztliche Versorgung in den Landkreisen

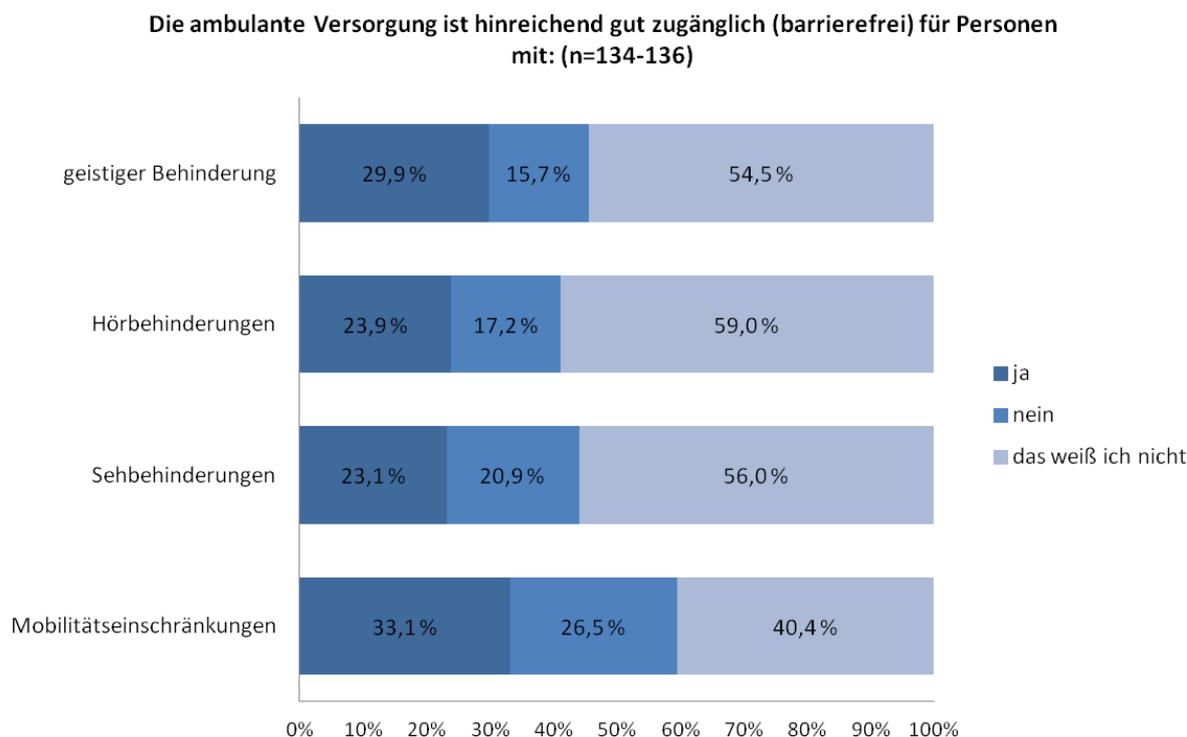
Vorausgegangene Erhebungen der Stiftung haben gezeigt, dass die „Accessibillity“, die Zugänglichkeit zur ambulanten ärztlichen Versorgung unter Gesichtspunkten der Barrierefreiheit bundesweit in der Summe als unbefriedigend eingestuft werden muss, insbesondere insoweit der Begriff der Barrierefreiheit nicht (wie es vielerorten immer noch geschieht) unscharf lediglich als „rolligerecht“ oder gar nur „stufenfrei“ fehlgedeutet wird. Barrierefreiheit im ambulanten Sektor muss – auch unter demographischen Aspekten sowie vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention auch Barrierefreiheit für Hör- und Sehbehinderte einschließen ebenso wie für Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Die umfassende Betrachtung des Konzepts „Barrierefreiheit“ ist für praktisch alle Beteiligten ein relativ neues Arbeitsfeld.

Der Zugang zu (ambulanter wie stationärer) medizinischer Versorgung ist multidimensional. Neben offensichtlichen Indikatoren wie „Entfernung“ und „Wartezeit“ gibt es Komponenten der „ärztlichen Kompetenz“, der „psychologischen Barriere“ (Patienten trauen sich nicht, einen Dienst oder Leistung in Anspruch zu nehmen, z.B. aufgrund von Sprachbarrieren, psychologischen Problemen oder auch Unfreundlichkeit des Personals), Kommunikationsbarrieren (z.B. Hör- oder Sehbehinderung, Autismus), Wissensbarrieren und auch finanzielle Barrieren, wie beispielsweise Taxikosten oder Zuzahlungen. Die wissenschaftliche Forschung, auch in Deutschland, ist hier noch am Anfang.



Abbildung 6: Zugang ambulante Versorgung für Menschen mit Einschränkungen

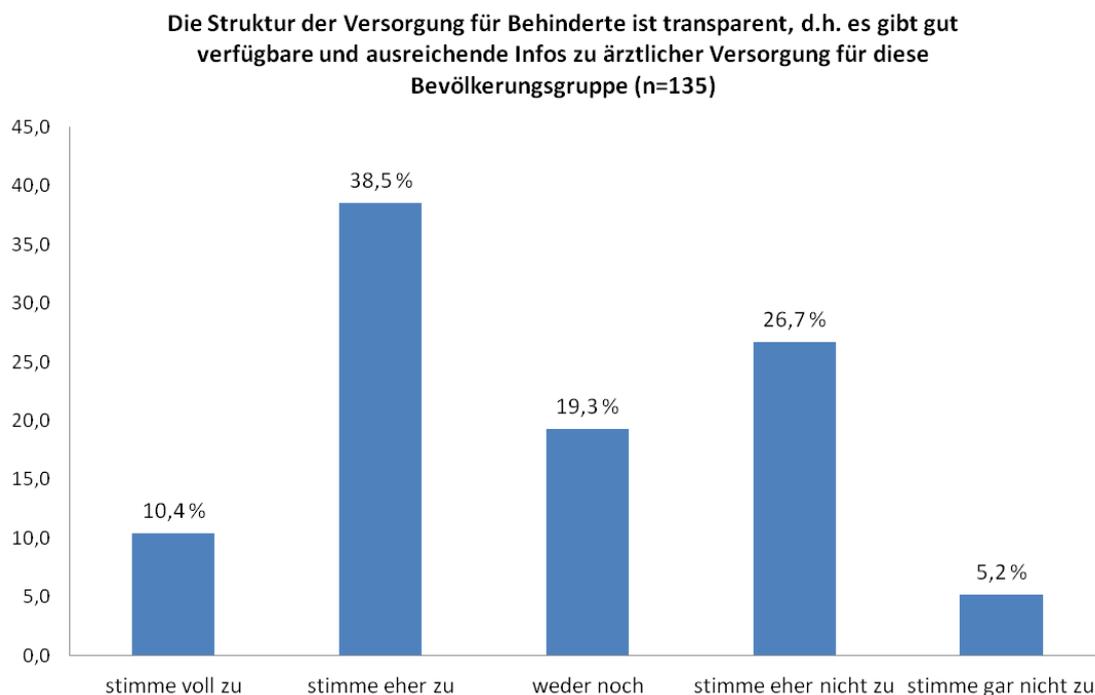


Wir wollten von den Landkreisen wissen, wie gut die ambulante ärztliche Versorgung für Menschen mit Behinderungen zugänglich ist. Die verschiedenen Formen der Einschränkungen wurden einzeln abgefragt. Aus den Ergebnissen ist abzulesen, dass am meisten Wissen im Bereich der Mobilitätseinschränkungen erkennbar ist. Hier konnten über 30 Prozent der Befragten klar sagen, dass die ärztliche Versorgung gut zugänglich sei. Für nicht hinreichend zugänglich halten sie 26,5 Prozent. 40 Prozent antworteten in diesem Bereich mit „das weiß ich nicht“. Auf die Frage wie der Zugang für Menschen mit einer Hörbehinderung ist, antwortete ein Großteil mit „das weiß ich nicht“ (59 Prozent); 23,9 Prozent gaben an, dass die Versorgung gut zugänglich wäre, und 17,2 Prozent bewerteten sie als nicht gut zugänglich. Ein ähnliches Ergebnis sieht man bei der Frage nach den Menschen mit einer Sehbehinderung oder einer geistigen Behinderung.

Diese Rückmeldungen bestätigen die vielfach gemachte Erfahrung, dass – wie oben schon angesprochen – oftmals „barrierefrei“ mit „rollstuhlgerecht“ gleichgesetzt wird und andere Formen von Einschränkungen bislang kaum systematisch und umfassend betrachtet werden.



Abbildung 7: *Transparenz der Versorgungsstruktur für Menschen mit Behinderungen*

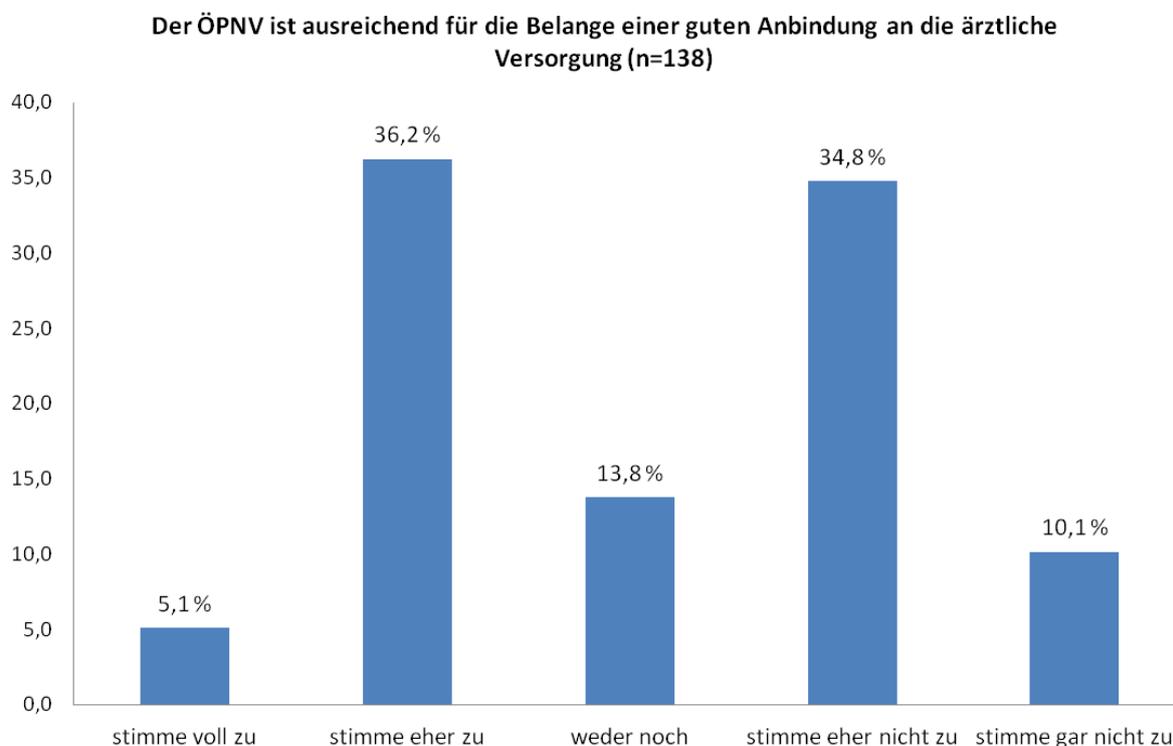


Ist die Versorgungsstruktur für Behinderte transparent? Gibt es ausreichende und gut verfügbare Informationen für diese Bevölkerungsgruppe? 10,4 Prozent der Responder sind der Meinung, dass die Struktur absolut transparent sei und genug Informationen zur Verfügung stehen. 38,5 Prozent stimmen dieser These eher zu und 26,7 Prozent stimmen dem eher nicht zu. 5,2 Prozent antworteten, dass für Behinderte keine transparenten Strukturen vorlägen. Fast 20 Prozent entschieden sich für „weder noch“, möglicherweise auch aus dem Grunde, dass die Strukturen nicht durchgängig bekannt sind. Hier muss offen bleiben in welchem Umfang die Antworten primär eine pauschale Einschätzung reflektieren und inwieweit hierbei detailliertes Wissen um die Thematik auf der Landkreisebene vorhanden ist. Aufgrund des oben konstatierten hohen Maßes an fehlendem Detailwissen um Behinderungsformen ist vermutlich ersteres anzunehmen.



3.2.3 Zugang zu ärztlicher Leistung mit dem ÖPNV

Abbildung 8: Anbindung ÖPNV

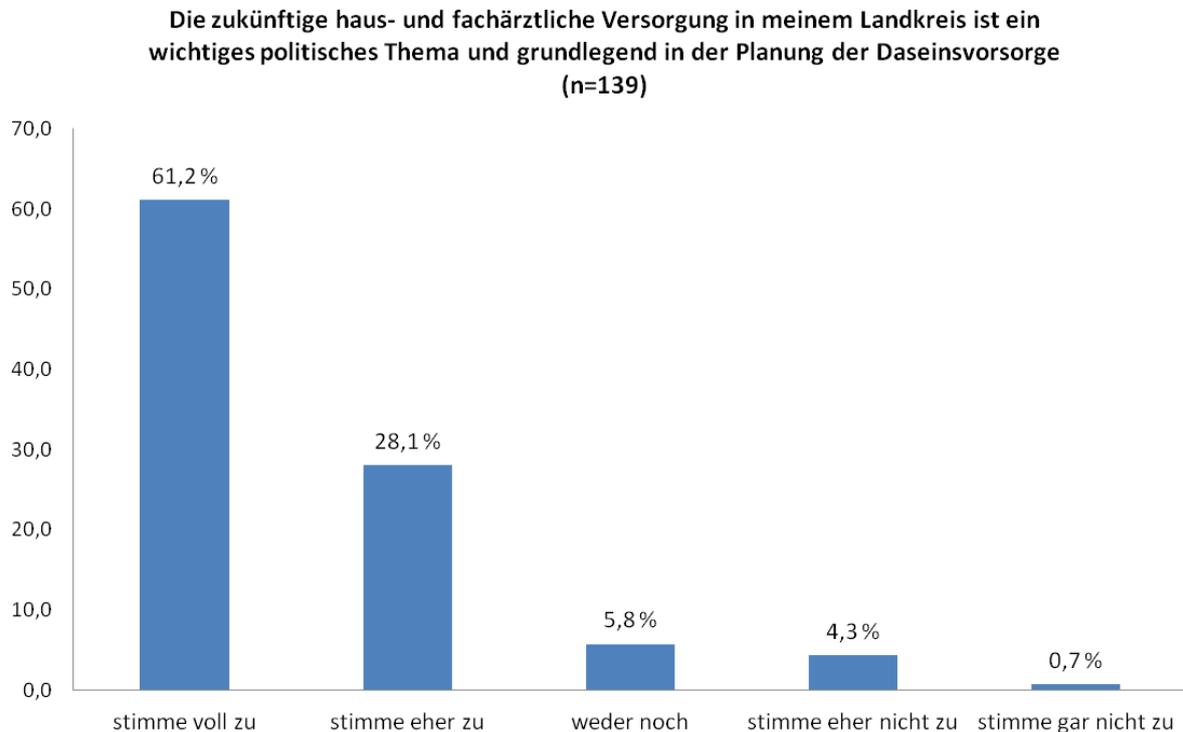


Auf die Frage, ob der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) ausreichend ist für die Belange einer guten Anbindung an die ärztliche Versorgung, antworteten 5,1 Prozent mit „stimme voll zu“, 36,2 Prozent mit „stimme eher zu“, 13,8 Prozent mit „weder noch“, 34,8 Prozent mit „stimme eher nicht zu“ und 10,1 Prozent mit „stimme gar nicht zu“. Das Ergebnis erscheint uns überraschend, da doch vielerorts kommuniziert wird, dass der ÖPNV sehr gut ausgebaut sei, und fast alle öffentlichen Orte gut zugänglich seien. Dennoch sind fast 45 Prozent der Befragten der Meinung, dass die Anbindung an die ambulante Versorgung nicht ausreichend sei.



3.2.4 Zukünftige ambulante ärztliche Versorgung und demografischer Wandel

Abbildung 9: Haus- und fachärztliche Versorgung in der Planung der Daseinsvorsorge

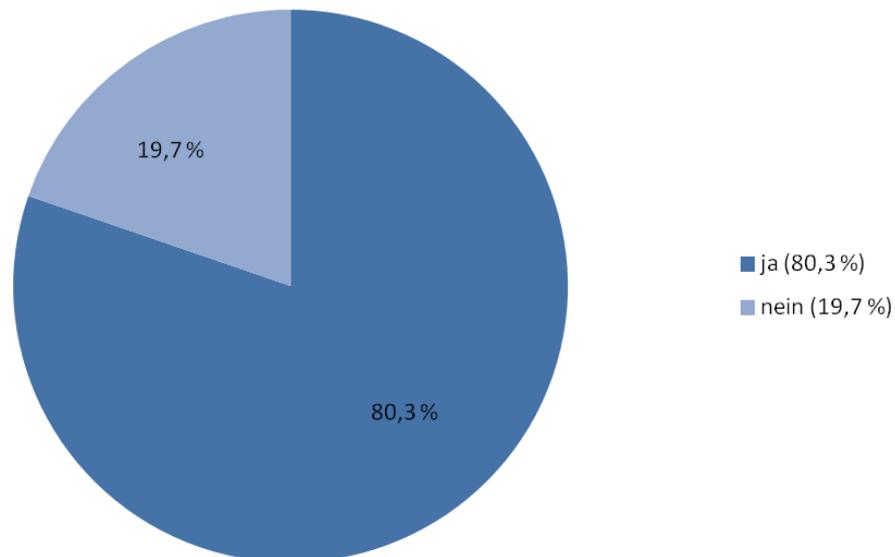


Fast 90 Prozent der Landkreise stimmen darin überein, dass die zukünftige haus- und fachärztliche Versorgung ein wichtiges politisches Thema sei, und damit auch grundlegend in der Planung der Daseinsvorsorge. Gerade einmal fünf Prozent sind der Meinung, dass dies politisch ein eher unwichtigeres Thema darstelle.



Abbildung 10: Bekanntheit Altersstruktur Ärzteschaft

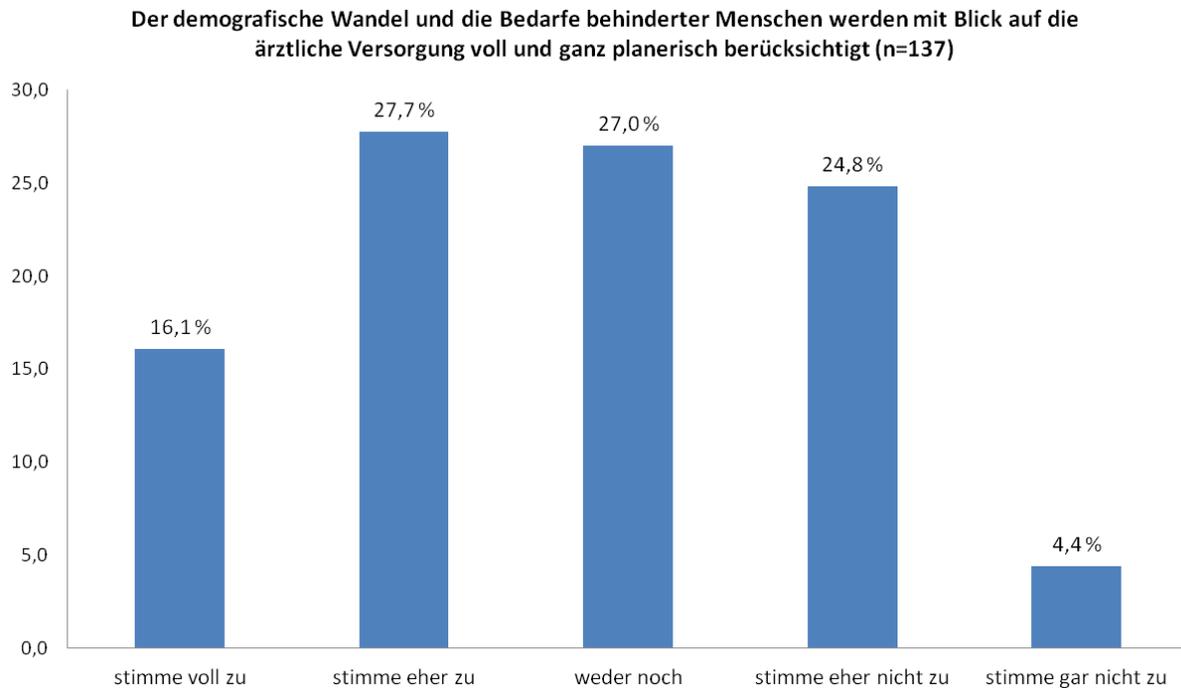
Die Altersstruktur der Ärzteschaft und die mittel- und langfristige Planung ist uns transparent und bekannt (n=137)



80 Prozent der Responder wissen darüber Bescheid, wie die Altersstruktur innerhalb der Ärzteschaft ihres Landkreises strukturiert ist und gleichermaßen, wie in diesem Bereich die mittel- und langfristige Planung aussieht. Immerhin geben aber auch fast 20 Prozent an, dass Ihnen diese Zahlen nicht bekannt seien. Bei diesen 20 Prozent bekamen wir des Öfteren bei Beantwortung der Frage den Zusatz genannt, dass die Altersstruktur der Ärzte durchaus bekannt wäre, nicht aber die mittel- und langfristige Planung in diesem Bereich.



Abbildung 11: Berücksichtigung demografischer Wandel und Bedarfe behinderter Menschen in der Planung



Bei der Frage ob der demografische Wandel und die Bedarfe behinderter Menschen mit Blick auf die ärztliche Versorgung voll und ganz planerisch berücksichtigt werden, scheint bislang wenig Klarheit zu herrschen. Viele der Responder stimmen dieser These zu (stimme voll zu: 16,1 Prozent; stimme eher zu: 27,7 Prozent), aber auch circa 30 Prozent stimmen nicht zu (24,8 Prozent: stimme eher nicht zu; 4,4 Prozent: stimme gar nicht zu). 27 Prozent der Befragten tendieren weder zu Zustimmung noch Ablehnung und antworteten mit "weder noch". Zusammen mit den zuvor genannten Ergebnissen deutet dies darauf hin, dass es wohl eine Berichterstattung an die Landkreise gibt, jedoch eine engere Zusammenarbeit in der Planung bislang nicht üblich ist.



3.2.5 Planung ärztliche Versorgung und Barrierefreiheit

Auf Ebene der KVen und auch der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist das Thema der Barrierefreiheit präsent. So bietet beispielsweise die KBV Hilfestellung für den Aufbau einer barrierefreien Praxispräsenz im Internet (<http://www.kbv.de/service/42410.html>) und einen Führer zum Thema „Barrierefreie Praxis“, in dem konkrete praktische Hinweise für eine behindertengerechte Praxis gegeben werden. (<http://www.kbv.de//barrieren-abbauen.html>). Aber auch hier fehlen zum Beispiel Hinweise für den Umgang mit autistischen Patienten. Auf den Webseiten der einzelnen KVen ist das Thema nicht unbedingt präsent, so findet sich zum Beispiel auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (www.kvn.de) kein Eintrag unter dem Stichwort „barrierefrei“.

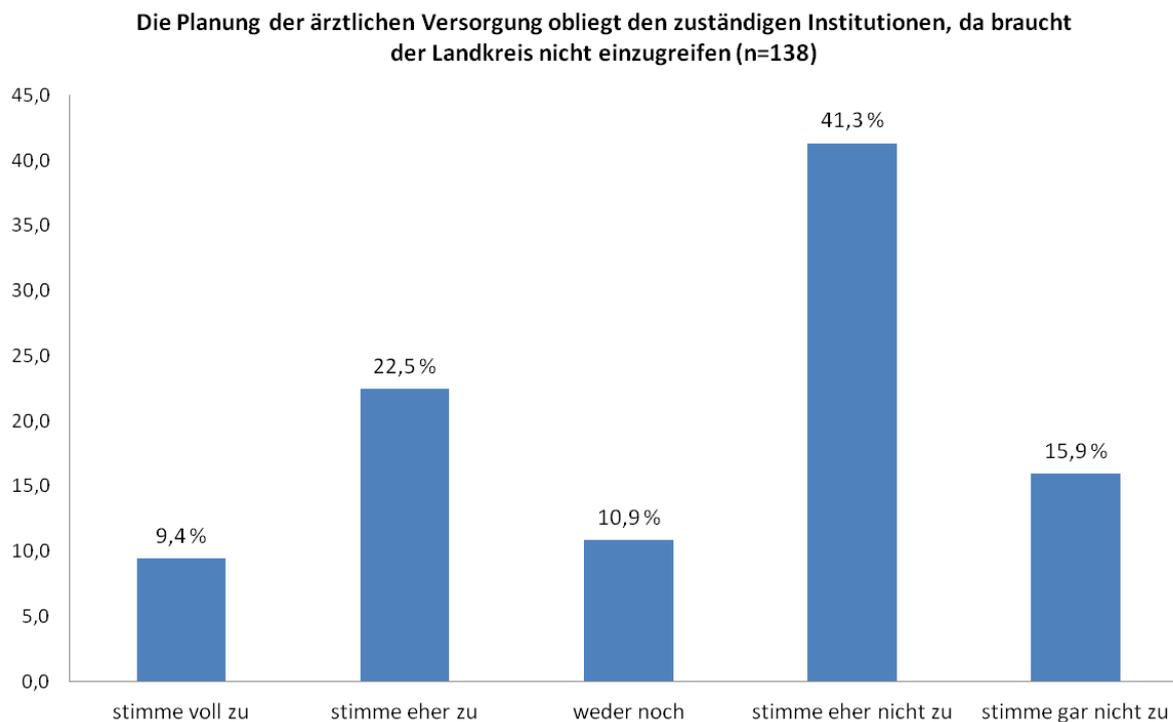
Die KVen haben hohes Interesse an einer gleichmäßigen Versorgung und einer langfristigen Planungssicherheit. Die Ende letzten Jahres beschlossene neue Bedarfsplanung soll neue demographische Gegebenheiten reflektieren. Jedoch ist der Bereich „Barrierefreiheit“ kein zentraler Bestandteil in der Planung. Aus einer Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit heißt es zur „Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung“:

„Der Sicherung einer möglichst wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung dienen insbesondere:

- Eine flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder. Planungsbereiche müssen z.B. künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen.
- Anreize im Vergütungssystem, indem Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen werden. Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren.
- Die Förderung mobiler Versorgungskonzepte.
- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kommunen.
- Ausbau der Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen und der Telemedizin.“



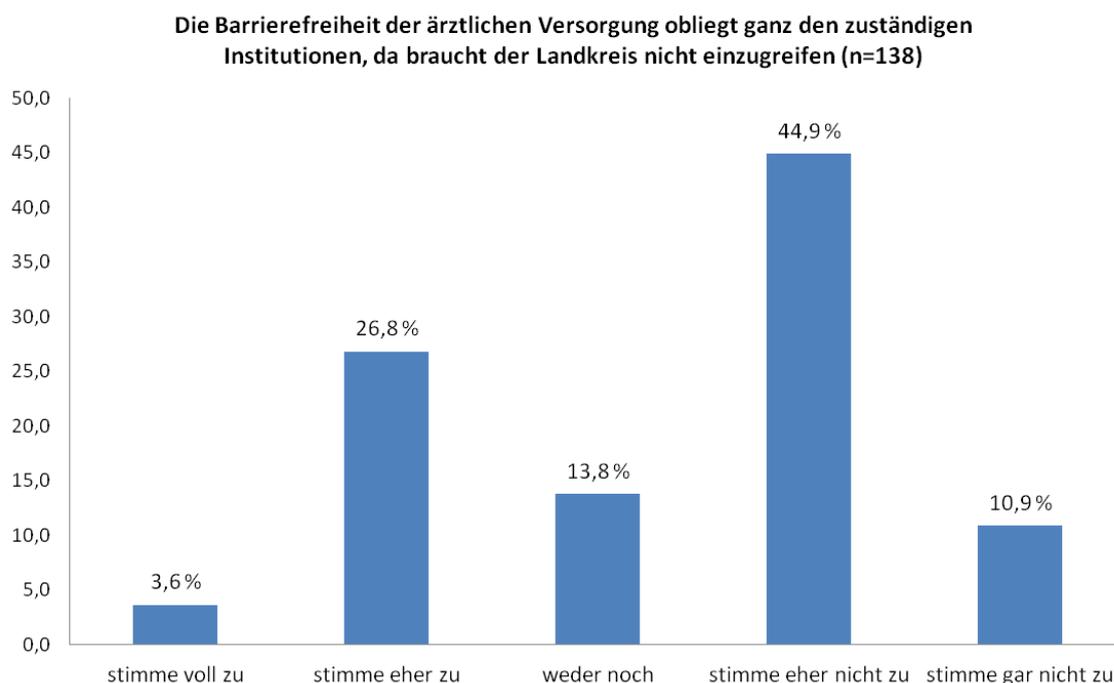
Abbildung 12: Zuständigkeit Planung ärztlicher Versorgung



Wer ist zuständig für die Planung der ärztlichen Versorgung im Landkreis? Möchte der Landkreis an der Planung teilhaben? 57,2 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass die Planung der ärztlichen Versorgung nicht nur den zuständigen Institutionen obliege, sondern der Landkreis auch mit beteiligt sein sollte. 9,4 Prozent sind ganz klar der Meinung, dass der Landkreis in die Planung der ärztlichen Versorgung nicht eingreifen müsse, 22,5 Prozent stimmen dem auch eher zu. 10,9 Prozent sind bei dieser Frage unentschlossen und haben mit „weder noch“ geantwortet.



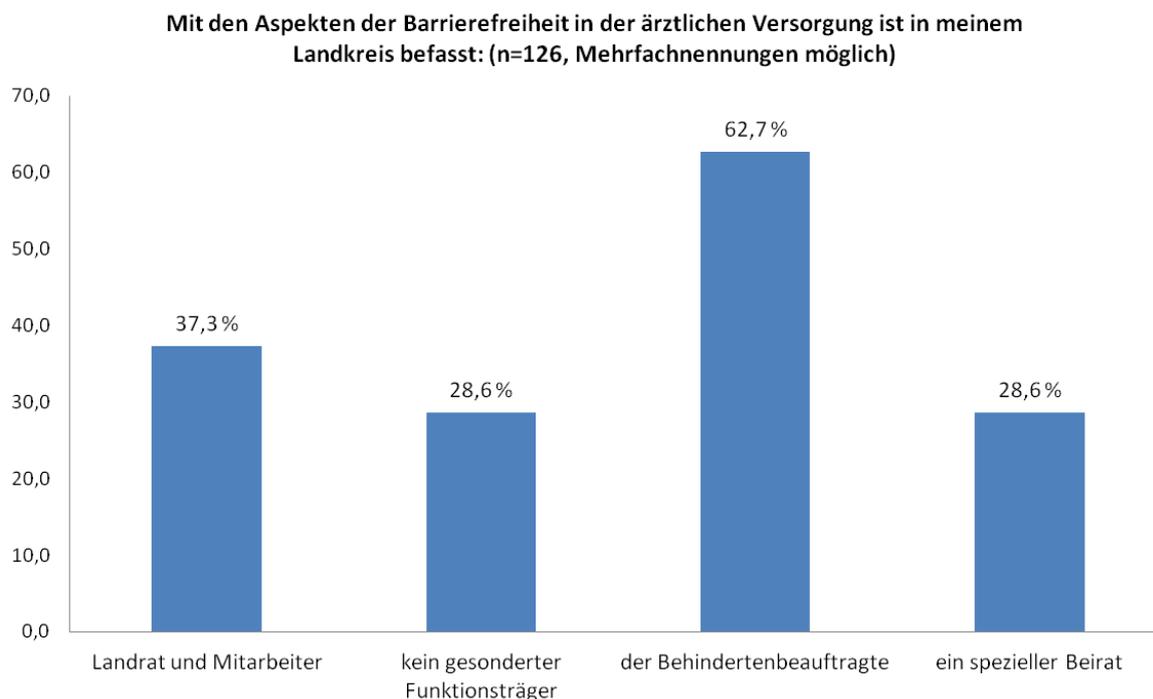
Abbildung 13: Planung Barrierefreiheit ärztliche Versorgung



Sollten die zuständigen Institutionen auch voll und ganz das Thema Barrierefreiheit in der ärztlichen Versorgung planen, oder sollte der Landkreis hier mit den Institutionen zusammen arbeiten? Über die Hälfte der befragten Landkreise ist der Meinung, dass dieses Thema nicht nur Sache der Institutionen sei, und der Landkreis dort eingreifen müsse. Rund 30 Prozent denken hingegen, dass dies vollständig Sache der Institutionen sei und der Landkreis nicht eingreifen müsse. 13,8 Prozent können zu diesem Thema keine eindeutige Antwort geben.



Abbildung 14: Beauftragte des Landkreises im Bereich Barrierefreiheit



Wer befasst sich im jeweiligen Landkreis mit den unterschiedlichen Aspekten der Barrierefreiheit in der ärztlichen Versorgung? Fast zwei Drittel (62,7 Prozent) der Landkreise geben an, dass der Behindertenbeauftragte des Landkreises dafür zuständig sei. 37,3 Prozent der Befragten sehen die Zuständigkeit direkt beim Landrat und dessen Mitarbeitern. 28,6 Prozent geben an, dass es zu diesem Thema keinen gesonderten Funktionsträger gebe, und ebenfalls 28,6 Prozent der Landkreise haben einen speziellen Beirat, der sich mit der Barrierefreiheit in der ambulanten ärztlichen Versorgung beschäftigt. Dieser Beirat besteht häufig aus Mitgliedern großer Sozial- bzw. Behindertenverbände sowie Mitgliedern aus den Gemeinden der Landkreise.



4 Zusammenfassung und Diskussion

Durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention wird ein seit mehreren Jahren entwickeltes Konzept der Menschenrechte in der medizinischen Versorgung jetzt rechtliche Bedeutung in Deutschland bekommen. Das "UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000)" schreibt:

"The right to health is not to be understood as a right to be healthy ... [it should be interpreted] as an inclusive right extending not only to timely and appropriate health care but also to the underlying determinants of health, such as access to safe and potable water and adequate sanitation".

Dabei sind vier Kriterien zu beachten: Verfügbarkeit (Availability) – Zugang (Accessibility) – Akzeptanz (Acceptability) – Qualität (Quality).

Dies bedeutet, dass die *Bereitstellung* einer Leistung allein nicht mehr ausreichend ist, es gilt zu prüfen, ob auch Menschen mit Behinderungen diese adäquat nutzen können.

„[...] access by persons with disabilities to health care services, along with measures of disability, constitutes an indicator of overall equity in a health care system“

(M MacLachlan, H Mannan, E McAuliffe: Access to health care of persons with disabilities as an indicator of equity in health systems. Open Medicine 2011;5(1):e10)

Wie Avedis Donabedian (Models for organizing the delivery of personal health services. Milbank Mem. Fund Quart. 50:103 October 1972) grundsätzlich formulierte:

„The proof of access is use of service, not simply the presence of a facility. Access can, accordingly, be measured by the level of use in relation to "need." One should recognize, however, that clients and professionals evaluate "need" differently. [...] It is hardly necessary to emphasize that barriers to access are not only financial but spatial, temporal, and so on.“



Dies bedeutet also, Strukturdaten zur medizinischen Versorgung (wie beispielsweise Adressen und Öffnungszeiten von niedergelassenen Ärzten) mit Daten zum Bedarf zu verknüpfen. Während ersteres umfassend und in hoher Qualität vorliegt, gibt es zu letzterem eine seit Jahren anhaltende und bis heute nicht grundsätzlich zufriedenstellend gelöste Diskussion: Was bedeutet „Bedarf“ (oder „Bedürfnis“) in der Medizin?

Ohne hier die Details einer wichtigen Diskussion wiedergeben zu wollen, kann sicherlich festgehalten werden, dass Bedarf vom einzelnen Patienten ausgeht. Unabhängig davon, in welchem Umfang welcher Populationsgruppe welches Zugangsniveau ermöglicht werden sollte, sind Indikatoren zu schaffen, die anzeigen, wo es Probleme gibt und ob spezifische gesundheitspolitische Interventionen dann zu einer Verbesserung führen. In jedem Fall sind letztlich entsprechend differenzierte Daten auf der Ebene des Individuums notwendig.

Diese Studie gibt eine weitgehend repräsentative Momentaufnahme der ärztlichen Versorgung und des Zugangs zu ärztlichen Leistungen aus Sicht der Landkreise. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Landkreise zwar in die Planung der ärztlichen Versorgung eingebunden werden sollen, jedoch letztlich nicht die konkreten Entscheidungen treffen. Diese Momentaufnahme zeigt somit vor allem die Wahrnehmung auf politischer Ebene.

Eine zentrale Aussage dieser Untersuchung ist, dass mehr als zwei Drittel der Responder eine insgesamt gute ärztliche Versorgung konstatieren, gleichzeitig aber sehen ebenfalls deutlich mehr als zwei Drittel der Antwortenden nicht alle Einzugsgebiete des jeweiligen Landkreises ausreichend bedient. Im Bereich eines barrierefreien Zugangs ist die Informationslage zumindest auf Landkreisebene begrenzt; bei nicht-mobilitätseinschränkenden Behinderungen zeigen durchweg mehr als die Hälfte der Antwortenden Informationsdefizite. Gleichzeitig sehen aber über die Hälfte der Landkreise einen Bedarf, die Planung von ärztlicher Versorgung und von Barrierefreiheit nicht allein den zuständigen Institutionen zu überlassen, was als Wunsch nach mehr Einbindung politischer Institutionen interpretiert werden kann.



Zusammenfassend lässt sich aus Sicht der Landkreise festhalten:

- (i) Die ärztliche Versorgung ist insgesamt gut, jedoch bestehen deutliche Unterschiede innerhalb der jeweiligen Landkreise.
- (ii) Viele Landkreise sind nicht ausreichend über mögliche Zugangsbeschränkungen bei nicht-mobilitätsbeschränkender Behinderung informiert.
- (iii) Über die Hälfte der antwortenden Landkreise möchten die ärztliche Bedarfsplanung und die Planung der Barrierefreiheit nicht allein den bislang zuständigen Institutionen überlassen.



GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH
Parkallee 20, 20144 Hamburg
Tel. 040 / 39 80 46 90, Fax 040 / 39 80 46 91
info@ggma.de, www.ggma.de



Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg
Tel: 040 / 80 90 87 - 0, Fax. 040 / 80 90 87 - 555
info@stiftung-gesundheit.de, www.stiftung-gesundheit.de