

Die Voraussetzung für den Zugang zu medizinischen Leistungen in einem Land ist eine angemessene Zahl von Ärzten und ihre bedarfsgerechte Verteilung. Besteht in einem geografischen Raum Ärztemangel, so kann dies längere Anfahrten für die Patienten und höhere Patientenzahlen für den einzelnen Arzt zur Folge haben, wodurch sich die Wartezeiten bis zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhöhen könnten. Die Messung der Disparitäten bezüglich der „Arztdichte“ in den einzelnen Regionen eines Landes gibt gewisse Aufschlüsse über die Zugangsmöglichkeiten zu ärztlichen Leistungen. Regionen können jedoch eine Kombination aus städtischen und ländlichen Bevölkerungsteilen aufweisen, so dass dort trotz einer vielleicht hohen Arztdichte die in sehr entlegenen Gebieten lebenden Bevölkerungsteile u.U. dennoch für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen weite Entfernungen zurücklegen müssen. Das Leistungsangebot der Ärzte sollte zudem bedarfsgerecht sein, ganz gleich ob es sich um allgemeinmedizinische oder fachärztliche Leistungen handelt.

Die Zahl der praktizierenden Ärzte je 1 000 Einwohner variiert in den OECD-Ländern ganz erheblich, von weniger als zwei Ärzten in der Türkei, Korea und Mexiko am unteren Ende bis zu einem Spitzenniveau von vier Ärzten oder mehr in Belgien und Griechenland (vgl. Abbildung 3.2.1 Indikator 3.2 „Praktizierende Ärzte“).

In vielen Ländern liegt die Ärztezahl je Einwohner in der Hauptstadt höher als in anderen Regionen (Abbildung 6.4.1). In der Tschechischen Republik beispielsweise ist die Arztdichte in Prag fast doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt. In Japan und Polen ist die regionale Verteilung der Ärzte ziemlich gleichmäßig (OECD, 2009e). Disparitäten existieren auch bei der Facharztdichte, wobei in mehreren Ländern, darunter Mexiko, die Slowakische Republik und die Türkei, eine stärkere Konzentration in den Hauptstädten deutlich ist (Abbildung 6.4.2).

Regionen mit hohem städtischen Bevölkerungsanteil haben auf Grund der Konzentration des Angebots an chirurgischen und fachärztlichen Leistungen auf die großstädtischen Zentren eine größere Arztdichte (Abbildung 6.4.3). In Kanada befanden sich 2006 nur knapp 16% der „Familienärzte“ (hauptsächlich Allgemeinmediziner) und nur 2% der Fachärzte in ländlichen Gebieten und Kleinstädten, wohingegen in diesen Gebieten 24% der Bevölkerung ansässig waren (Dumont et al., 2008). In den Vereinigten Staaten lebten 2004 17% der Bevölkerung außerhalb großstädtischer Gebiete, wo für Patientenbehandlung indessen nur 9% der praktizierenden Ärzte zur Verfügung stehen. Außerhalb der Großstädte gibt es in der Regel auch weniger Fachärzte – in fast 50% der ländlichen Gebiete in den Vereinigten Staaten waren 2004 keine Geburtshelfer und Gynäkologen verfügbar, die direkte Patientenleistungen erbringen (NCHS, 2007). Ähnlich ist die Situation in Frankreich, wo 2007 in Städten mit bis zu 10 000 Einwohnern, in denen 36% der Bevölkerung ansässig sind, nur 22% der praktischen Ärzte und 4% der Fachärzte tätig waren (DREES, 2008).

In Australien sind Anbieter von Leistungen der medizinischen Grundversorgung (meist Allgemeinmediziner) relativ gleichmäßig verteilt, von einem geschätzten

Vollzeitäquivalent von 100 Ärzten je 100 000 Einwohnern in Großstädten (2005) bis zu 88 innerregional, 84 außerregional und 92 in entlegenen/sehr entlegenen Gebieten (nach der Australian Standard Geographical Classification). Die Zahl der Fachärzte betrug dagegen 122 in Großstädten, 56 innerregional, 38 außerregional und nur 16 in entlegenen/sehr entlegenen Gebieten (AIHW, 2008c).

Eine Reihe von Faktoren dürfte auf die geografische Verteilung von Ärzten Einfluss haben. Hierzu gehören die Einwohnerzahl und die wirtschaftliche Entwicklung einer Region, das Berufsumfeld in den einzelnen Regionen und das Angebot an sozialen Einrichtungen in einer Region (Huber et al., 2008).

Die Erfahrungen zeigen, dass eine Kombination verschiedener Maßnahmen erforderlich ist, um die durch eine schlechte geografische Verteilung bedingten Probleme auszuräumen (Simoens und Hurst, 2006). In Kanada beispielsweise stellten im Ausland ausgebildete Ärzte im Jahr 2006 in ländlichen und entlegenen Gebieten einen Anteil von durchschnittlich 30% der Ärztopopulation. Zudem wurden Anreize für die Ausbildung medizinischer Kräfte mit ländlichem Hintergrund und Erfahrung in ländlichen Gebieten konzipiert (Dumont et al., 2008). In der Türkei wurden in den letzten Jahren neu ausgebildete medizinische Kräfte in großer Zahl Gebieten mit geringer Arztdichte zugewiesen, wobei die Herausforderung aber nach wie vor darin besteht, Personal in die Gebiete zu vermitteln, wo der Bedarf am größten ist (OECD und Weltbank, 2008).

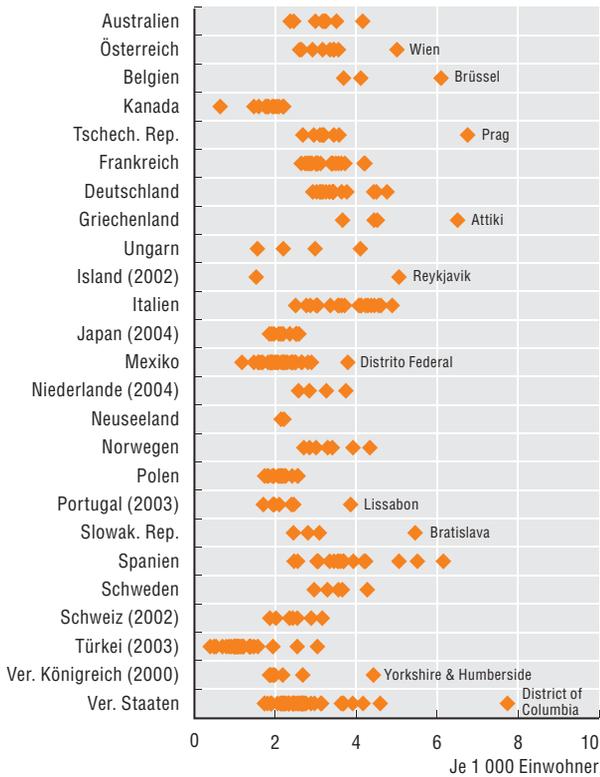
Definition und Abweichungen

Als praktizierende Ärzte gelten Allgemeinärzte und Fachärzte, die ihren Beruf aktiv ausüben. Wegen näherer Einzelheiten vgl. Indikator 3.2 „Praktizierende Ärzte“.

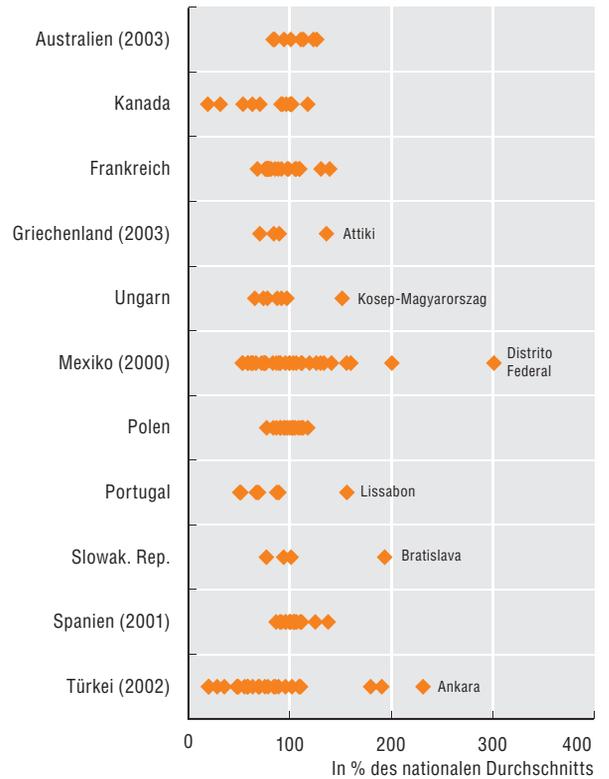
Da die Länder eine ganze Reihe unterschiedlicher geografischer Klassifizierungen verwenden, hat die OECD in jedem der Mitgliedsländer eine Klassifizierung der Regionen auf der Basis von zwei territorialen Ebenen vorgenommen. Die obere Ebene (Territorial Level 2) besteht aus 335 Makroregionen in den 30 Mitgliedsländern. In den meisten Fällen entsprechen diese den regionalen Verwaltungseinheiten auf nationaler Ebene.

Um ein vollständigeres Bild der geografischen Verteilung der Ärzte zu erhalten, empfiehlt sich u.U. eine weitere Analyse auf subregionaler Ebene. Einige Länder haben Pläne entwickelt, um eine Klassifizierung der Bevölkerung anhand der Kategorien städtische/ländliche Gebiete vorzunehmen, was einen Ländervergleich jedoch insofern schwierig macht, als es sich nicht um Standardkategorien handelt.

6.4.1 Arztdichte, Makroregionen, 2005

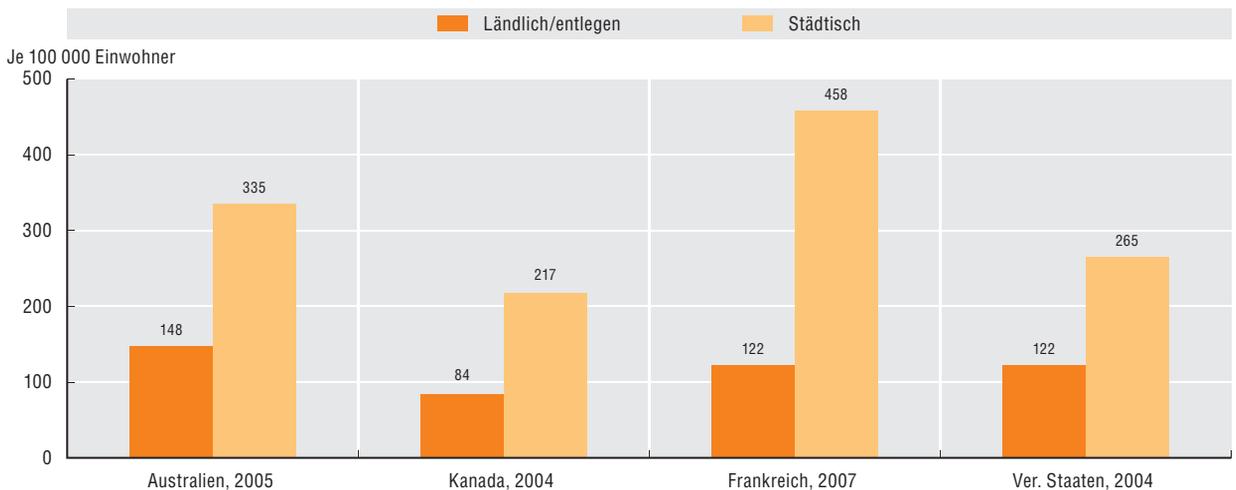


6.4.2 Facharztdichte, Makroregionen, ausgewählte OECD-Länder, 2004



Quelle: OECD Regions at a Glance 2009.

6.4.3 Arztdichte in ländlichen und städtischen Regionen, vier OECD-Länder, 2005 (oder nächstgelegenes Jahr)



Anmerkung: Die Klassifizierungen der ländlichen und städtischen Regionen sind in den Ländern unterschiedlich.

Quelle: AIHW (2008c); CIHI (2005); DREES (2008); NCHS (2007).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/804467374004>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Geografische Verteilung von Ärzten", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-63-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.