

Diskussionspapier für den

Hausärzte-Atlas für Deutschland



Prof. Albrecht Goeschel



Dipl. Geogr. Markus Steinmetz m.Eng.

Mit Förderung durch
Hausarzt- und Patientenmagazin
Baierbrunn

Juni 2011

Herausgeber

Prof. (Gast) Albrecht **Goeschel**
Staatliche Universität Rostov
Technische Hochschule –
University of Applied Sciences
Giessen-Friedberg
Universität Vechta
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Verona

Anschrift Deutschland:
83250 Marquartstein
Staudacher Straße 14

Tel.: 08641/7130
Fax: 08641/63242
Mail: mail@accademiaistituto.com

Gestaltung

Katharina Walter

Inhalt	Seite
Vorbemerkung	3
1. Hausärzte für Ältere: Im Norden und Osten Deutschlands herrscht Mangel	5
2. Hausärzte für Pflegebedürftige: Im Norden und in Teilen Ostens dürftig	7
3. Hausärzte für Sozialschwächere: Fehlanzeige im Nordwesten, Norden und Osten	7
4. Hausarztversorgung aus Kassensicht: Es herrscht angeblich Überversorgung	11

Vorbemerkung

Die Hausarztversorgung in Deutschland ist ein Angelpunkt der Zukunft der Gesundheitsversorgung in unserem Land.

Hausärzte sind besondere Ärzte: Sie sind diejenigen Ärzte, die an den Schnittstellen von Berufsalltag, Familienleben, Ruhestand und Gesundheitssystem darüber mitentscheiden wie weit eine Patientin oder ein Patient in die professionelle Gesundheitsversorgung hinein genommen werden muss oder was die Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens bereitstellen müssen, damit eine Patientin oder ein Patient in seiner häuslichen Umgebung seine Gesundheit wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann.

Hausärzte sind anders als Fachärzte nicht durch ihr Spezialgebiet, sondern durch ihre Alltags-, Familien und Wohnortnähe definiert: Sie sind entweder Praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin oder Internisten, die hausärztlich tätig sind.

Hausärzte sind angesichts des wachsenden Anteils älterer und pflegebedürftiger Menschen unverzichtbar für eine funktionierende Pflegeversorgung zu Hause oder im Pflegeheim und Hausärzte sind entscheidend dafür, dass die millionenfache Einkommens- und Bildungsarmut in Deutschland nicht noch mehr auch zu Gesundheitsarmut wird. Keine seriöse Expertin und kein seriöser Experte bestreiten mehr, dass die angewachsene Armut in Deutschland auch mit erhöhten Gesundheitsrisiken und verschlechterten Gesundheitszuständen einhergeht.

Hausärzte sind aber auch gesundheitspolitisch besondere Ärzte: Ihr Verband stellt sich kämpferisch seit Jahren einer Amerikanisierung unserer Gesundheitsversorgung durch Callcenters, Gesundheitsketten und Kassenkonzerne in den Weg. Die schon bestehenden und absehbar wachsenden Lücken in der flächendeckenden Hausarztversorgung sind mittlerweile ein wichtiges Thema der Gesundheitspolitik.

Altersentwicklung, Einkommensbenachteiligung und Arbeitsbelastungen bei den Hausarztpraxen machen Maßnahmen zu Sicherstellung der Flächenversorgung dringend notwendig. Dies kann auch die Gesundheitspolitik nicht länger leugnen und laboriert, wie schon vor Jahrzehnten einmal, an einem Versorgungsgesetz zur Deckung des Hausarztbedarfes.

Die in den späten 1970er Jahren eingeführte Kassenarzt-Bedarfsplanung, die auch damals die regionale Unterversorgung mit Praxisärzten beheben sollte, hatte schwerwiegende Mängel. Insbesondere führte sie zu einer Schwächung der Hausarztversorgung.¹ Damit diese Mängel nicht wiederholt werden, wird nachfolgend ein Hausarzt-Atlas für Deutschland vorgestellt, der die tatsächliche Ausstattung der Regionen mit Hausärzten und nicht nur eine statistische Ausstattung zeigt.

Schon hat nämlich die Krankenkassenseite einen Ärzte-Atlas für Deutschland in die Öffentlichkeit gebracht, der beweisen soll, dass es einen Hausarzt-Mangel gar nicht gibt.²

¹ Goeschel, Albrecht: Das Verhältnis von fachlicher Arztstruktur und regionaler Kassenarzt-Bedarfsplanung. In: Der Praktische Arzt, 14 – 1978, S. 1781 - 1782

² Klose, Joachim; Rehbein, Isabel: Ärzte-Atlas 2011 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Hrsg. Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin 2011, S. 12

1. Hausärzte für Ältere: Im Norden und Osten Deutschlands herrscht Mangel

Wenn man zunächst die Frage stellt, wie viele Hausärzte für die Älteren, d.h. die Einwohner im Lebensalter von 65 und mehr Jahren in den Regionen Deutschlands zur Verfügung stehen, dann ist es unübersehbar: Im Norden und Osten, vor allem in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ist die Hausarztversorgung nur noch dürrig. Lediglich der Raum Osnabrück-Oldenburg, die Hansestadt Hamburg und der Raum Lüneburg, die Mecklenburgische Seenplatte, die Insel Rügen und der Raum Lausitz-Spree sind besser gestellt.

Bei diesen Ausnahmen handelt es sich auch um Gebiete die erhöhten Tourismus aufweisen, der für die Hausarztpraxen wirtschaftliche Vorteile bringt. Auffallend sind die Unterschiede der Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg: Während die Hausarztversorgung der Älteren im wirtschaftlich starken Hamburg im oberen Bereich liegt, bleibt sie in den beiden wirtschaftlich schwachen Stadtstaaten Berlin und Bremen im untersten Bereich.

Gegenüber diesem doch recht eindeutigen Bild hausärztlicher Geringversorgung der Älteren im Norden und Osten Deutschlands – von Tourismusregionen abgesehen - gilt für die Mitte und den Süden Deutschland ein deutlich anderes Muster. Angefangen mit Nordrhein-Westfalen über Hessen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen, aber auch Rheinland-Pfalz, das Saarland, Baden-Württemberg und Bayern liegen Regionen mit einer Hoch- und Höchstversorgung und solche mit einer Niedrigstversorgung unmittelbar nebeneinander. Dieses auf den ersten Blick verwirrende Bild ist keineswegs etwa nur ein Abbild sehr unterschiedlichen Älteren-Zahlen in den Regionen: Bei hohem Älterenanteil ist auch eine sozusagen „normale“ Hausarztausstattung einer Region, bezogen etwa auf die Gesamtbevölkerung, dann eben für die älterenspezifische Versorgung zu schwach. Dies trifft auf Niedersachsen mit Bremen und Hamburg, Schleswig-Holstein und die neuen Bundesländer mehrheitlich durchaus zu.³ Auffällig ist Berlin mit einem niedrigen Älterenanteil und gleichwohl niedriger Hausarztichte.

Demgegenüber gilt für Bayern und Baden-Württemberg insgesamt mit ihrem niedrigen Älterenanteil an der Bevölkerung aus diesem Grunde eine Hausarztversorgung der Älteren im oberen Bereich. Allerdings gilt auch hier der Tourismus- oder vielleicht auch Landschaftsfaktor: Insbesondere in Südbayern, d.h. am Alpenrand mit seinem erhöhten Älterenanteil an der

³ Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Kartografie: Anteil der Einwohner 65 Jahre und älter an den Einwohnern in Prozent 2007, Bonn 2011

Bevölkerung ist die Hausarztdichte, bezogen auf die Älteren gleichwohl teilweise sehr hoch. Gerade das Beispiel Bayern zeigt, sozusagen als Kontrast zum Förderfaktor Tourismus bzw. Landschaft den Schwächungsfaktor Strukturschwäche und Abgelegenheit: Die keineswegs generell und extrem überalterte sogenannte „Nordostzone“ Bayerns, etwa die Linie Coburg - Bad Füssing und alles was rechts davon liegt, zeigt mit Ausnahmen eine erkennbare Hausarztunterversorgung der Älterenbevölkerung. Dieser Teil Bayerns hat an der stürmischen Entwicklung Bayerns niemals ernsthaft teilgehabt.

Viel spricht dafür gerade im Falle von Baden-Württemberg und Bayern Gebiete mit hoher Hausarztdichte im fränkisch-schwäbischen Raum gemeinsam zu analysieren. Sie liegen als eher periphere Räume zwischen Stuttgart-Ulm-Nürnberg und München. Im übrigen scheint das, was für Bayern der Förderfaktor Tourismus und Landschaft am Alpenrand ist, bei Baden-Württemberg der Schwarzwaldraum zu sein: Auch dort liegen die Älterenanteile, aber auch die Hausarztdichten teilweise hoch. Zwei ganz unterschiedliche Wirkungen haben die hohen Älterenanteile an der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz und im Saarland einerseits, in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen andererseits. Während in den beiden westlichen Bundesländern die Hausarztversorgung der Älterenbevölkerung in weiten Teilen gleichwohl im oberen Bereich liegt, überwiegt in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen eine Versorgung in den unteren Bereichen.

Ein Rätsel gibt Hessen auf. Gerade im wirtschaftsstarken und keineswegs älterengeprägten mittleren Hessen mit dem Ballungsraum Frankfurt als Kern ist die Hausärzteversorgung besonders schwach, während das durch eine ältere Bevölkerung geprägte Nordhessen Hausarztdichten im oberen Bereich zeigt.

Für Nordrhein-Westfalen mit seinem Problemraum Ruhrgebiet, das außerdem dort auch hohe Älterenanteile an der Bevölkerung zeigt, gilt tatsächlich wohl ein Zusammentreffen von Alterung und Strukturschwäche mit einer defizitären Hausarztversorgung der Älteren.

Ein besonderes Kapitel der Hausarztversorgung Älterer sind die Großstädte bzw. Ballungsraumkerne. Wir haben schon gesehen, dass Berlin eine sehr schwache Hausarztversorgung hat während Hamburg im oberen Bereich liegt: Dabei hat Berlin einen ähnlich niedrigen Älterenanteil wie Hamburg. Hier kann also die Anzahl der zu versorgenden Älteren nicht der entscheidende Faktor sein.

München, Stuttgart, Köln und Frankfurt mit eher niedrigen Älterenanteilen haben zugleich niedrige Hausarztdichten. Wiewohl für Umlandkreise

höhere Hausarztdichten zu erwarten wären, ist dies dort nicht der Fall. Für diese Stadt-Umland-Variante steht typisch dagegen Münster. Sicherlich spielt bei den Großstädten bzw. Ballungsraumkernen die dort bekanntlich besonders hohe Facharztdichte eine wesentliche Rolle. Egal wie, bei einer ernsthaften Neuordnung der Hausarztversorgung müssen die Großstadträume gesondert betrachtet werden.

Karte: Hausarztversorgung der Älteren in den Regionen Deutschlands 2010

2. Hausärzte für Pflegebedürftige: Im Norden und in Teilen des Ostens dürftig

Wenn man nunmehr die Frage stellt, wieviele Hausärzte für die Pflegebedürftigen zu Hause und in Einrichtungen in den Regionen Deutschlands zur Verfügung stehen, zeigen vor allem Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit Berlin, aber auch Thüringen dürftige Werte.

Hierfür spielt es selbstverständlich eine Rolle, dass in diesen Ländern die Zahl der Pflegebedürftigen je 10.000 Einwohner deutlich höher als beispielsweise in Baden-Württemberg oder Bayern liegt.⁴

In den übrigen Bundesländern gibt es ein eher buntscheckiges Nebeneinander von hohen und oftmals sehr niedrigen Hausarztdichten bezogen auf die Pflegebedürftigen. Häufig aber nicht durchweg korrespondieren dann hohe Hausarztdichten mit niedrigen Pflegebedürftigkeitswerten. Auch hier gibt Hessen wieder Rätsel auf: Zwar sind dort fast flächendeckend hohe Pflegebedürftigkeitswerte zu registrieren, gleichzeitig aber liegen dort die Werte der Hausarztversorgung ebenfalls in oberen Bereichen. Ähnliches gilt für Rheinland-Pfalz.

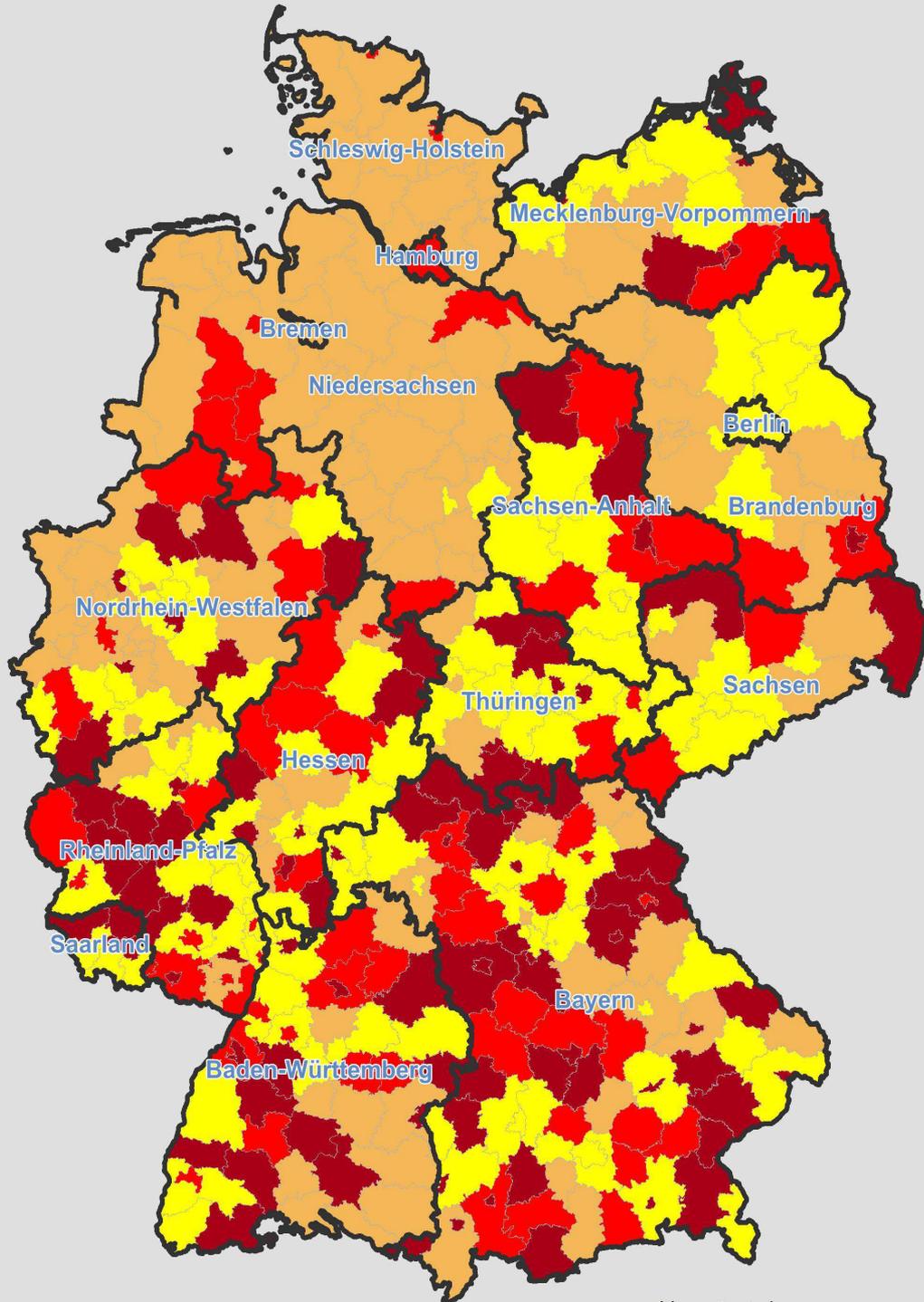
Karte: Hausarztversorgung der Pflegebedürftigen in den Regionen Deutschlands 2010

3. Hausärzte für Sozialschwächere: Fehlanzeige im Nordwesten, Norden und Osten

Wenn man zuletzt die Frage stellt wieviele Hausärzte für die Sozialschwächeren, d.h. die Empfänger von Grundsicherung wegen Arbeitslosigkeit oder im Alter in den Regionen Deutschlands zur

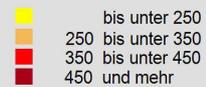
⁴ Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Kartografie Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner 2005, Bonn 2011

Hausarztversorgung der Älteren in den Regionen Deutschlands 2010



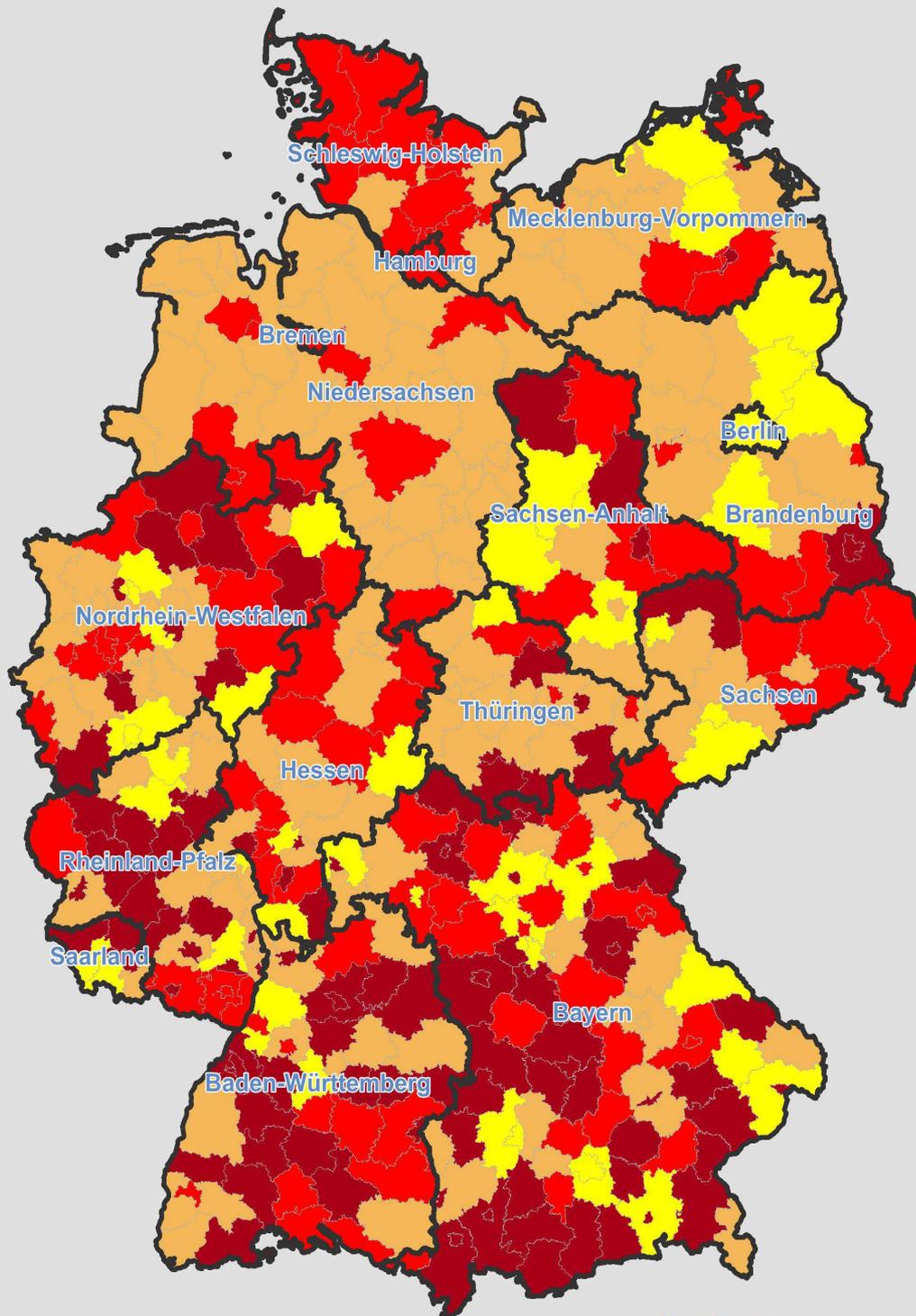
© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 2010 und Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft
 Berlin 2011.

Hausärzte*
 je 100.000 Einwohner 65 Jahre und älter



* Praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin
 und als Hausärzte tätige Internisten

Hausarztversorgung der Pflegebedürftigen in den Regionen Deutschlands 2010



© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
2010 und Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft
Berlin 2011.

Hausärzte*
je 100.000 Pflegebedürftige

- bis unter 1200
- 1200 bis unter 2200
- 2200 bis unter 3200
- 3200 und mehr

* Praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin
und als Hausärzte tätige Internisten

Verfügung stehen, dann ist das Bild ganz eindeutig: Der gesamte Nordwesten, Norden und Osten Deutschlands zeigt niedrige und niedrigste Ausstattungswerte: Während in Nordrhein-Westfalen noch in einigen vor allem westfälischen Randgebieten eine bessere Hausarztversorgung für die Grundsicherungsempfänger als im Lande insgesamt besteht, gilt dies für Niedersachsen überhaupt nur für einen Teil der westfälischen Bereiche. Ansonsten bleibt für das ganze Land Niedersachsen, einschließlich Bremen und diesmal auch Hamburg die Hausarztversorgung im unteren Bereich. Auch in Schleswig-Holstein gilt eine bessere Versorgung nur für zwei kleinere Teilgebiete.

Noch ungünstiger stellt sich die Versorgung der Sozialschwächeren mit Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg mit Berlin, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen dar. Hier liegen in weiten Teilen die Ausstattungswerte im untersten Bereich.

Soweit im Nordwesten, Norden und Osten Deutschlands eine bessere Versorgung der Sozialschwächeren mit Hausärzten festzustellen ist, und dies sind ganz wenige Gebiete vor allem im Westfälischen entsprechen diese besseren Werte auch einer dort niedrigeren Dichte an Grundsicherungsempfängern. Umgekehrt korrespondiert die besonders niedrige Hausarztversorgung der Sozialschwächeren etwa im Ruhrgebiet oder in den neuen Bundesländern mit den dort besonders hohen Zahlen an Grundsicherungsempfängern. Eine Ausnahme stellt hier allenfalls Niedersachsen dar: Dort gibt es zwar weite Gebiete mit erhöhten Anteilen von Grundsicherungsempfängern an der Bevölkerung, die mit Werten in den neuen Bundesländern vergleichbar sind. Gleichwohl ist die Hausarztversorgung wenn auch im unteren, so doch nicht im untersten Bereich. Ursache hierfür ist vermutlich eine letztendlich bessere Hausarztausstattung dieser Gebiete bezogen auf die Bevölkerung insgesamt.

Ganz anders stellt sich die Situation in Bayern dar. Dort erreicht die Versorgung der Sozialschwächeren mit Hausärzten beinahe flächendeckend hohe bis höchste Werte. Dies ist eine direkte Folge der ebenfalls fast flächendeckend untersten Werte bei den Anteilen der Grundsicherungsempfänger an der Bevölkerung. Selbst in den strukturschwächeren Gebieten Bayerns im Nordosten mit hohen Anteilen an Grundsicherungsempfängern reicht die Hausarztversorgung für Werte im oberen Bereich aus. In Baden-Württemberg überwiegen zwar ebenfalls die besseren Versorgungswerte. Eine Ausnahme stellt der Bogen Mannheim, Karlsruhe, Stuttgart und Ost-Württemberg dar. Hier treffen teilweise sehr niedrige Werte der Hausarztversorgung mit gleichzeitig erhöhten Anteilen der Grundsicherungsempfänger zusammen. Dies gilt auch für den südlichen Oberrhein. Wie auch bei allen anderen Aspekten

der Hausarztversorgung bleiben das Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen bei der Hausarztversorgung der Sozialschwächeren widersprüchlich. Zwar zeigen diese drei Bundesländer fast flächendeckend einen erhöhten Anteil von Grundsicherungsempfängern gleichwohl gibt es weite Teil, grob geschätzt die Hälfte der Gesamtgebiete mit guten bis besten Werten bei der Hausarztversorgung.

Karte: Hausarztversorgung der Sozialschwächeren in den Regionen Deutschlands 2010

4. Hausarztversorgung aus Kassensicht: Es herrscht angeblich Überversorgung

Wenn man nach der Hausarztversorgung der hierauf besonders angewiesenen Älteren, Pflegebedürftigen und Sozialschwächeren in Deutschland fragt, zeigen sich teilweise extreme regionale Unterschiede – auch in Bundesländern mit mehrheitlich höheren Versorgungswerten. Für die angesprochenen Bevölkerungsgruppen, die noch dazu aus Gründen des Alters, der Pflegebedürftigkeit oder des Einkommens weite Strecken zum Besuch eines Haus- oder Facharztes nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten zurücklegen können⁵ bedeutet Hausarztversorgung in den unteren Ausstattungsbereichen eine schwerwiegende Benachteiligung.

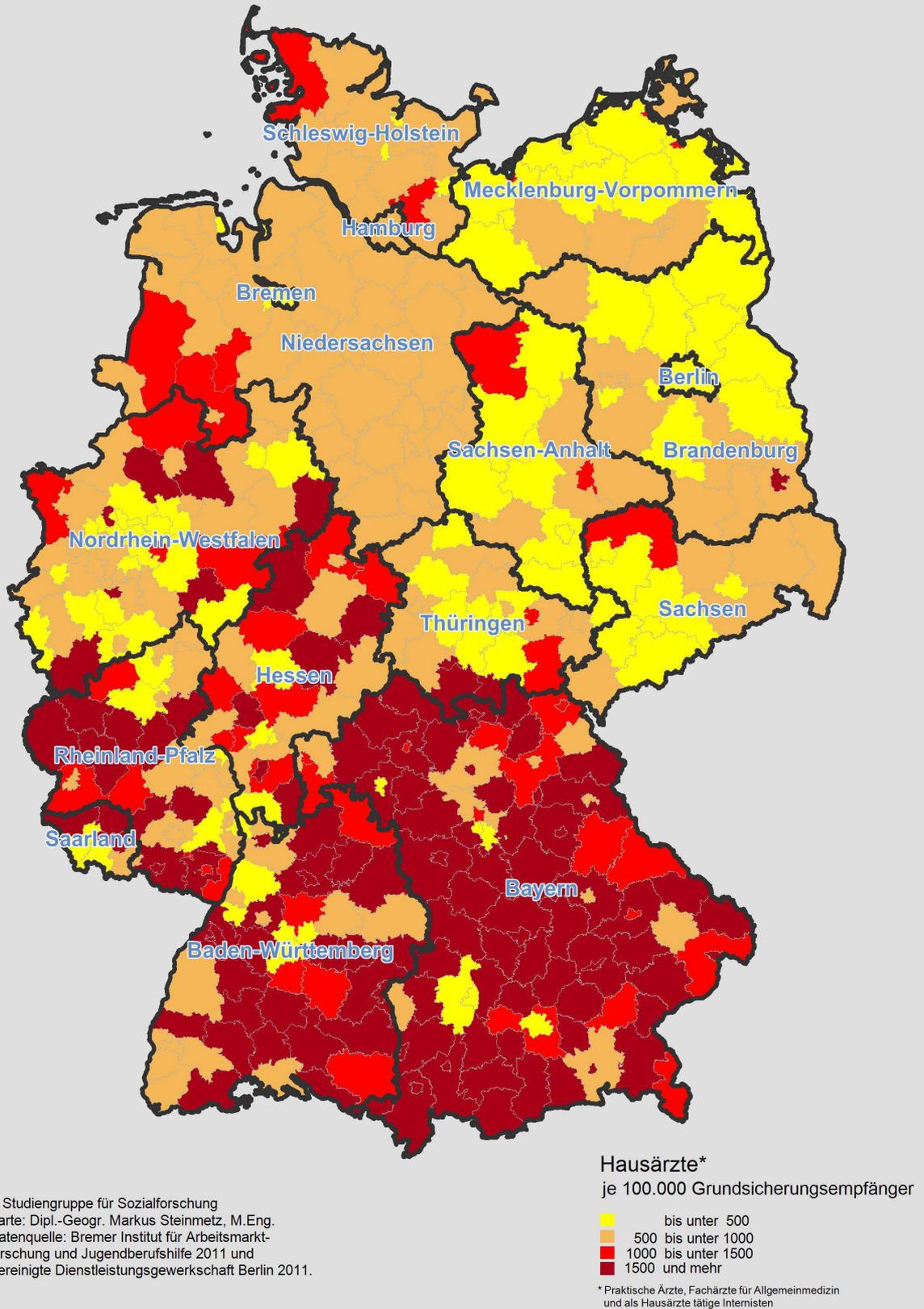
Dass für die Bevölkerung in Deutschland, in den Bundesländern, in den allermeisten Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen oder in der Mehrzahl der Planungsbereiche mehr Hausärzte bereitstehen, als nach einem von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegten „Soll“-Wert als bedarfsdeckend gelten,⁶ hilft weder den Älteren, den Pflegebedürftigen noch den Sozialschwächeren, die in Kreisen oder Städten mit einem niedrigen oder niedrigsten „Ist“-Wert bei der Hausarztversorgung leben.

Diesbezüglich stellt der „Ärzte-Atlas 2011“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK fest: *„Betrachtet man zunächst die Gesamtversorgungsgrade für Hausärzte, so zeigt sich bundesweit ein Wert von 108 %, bundesweit gibt es demnach 8 % mehr Hausärzte im Jahre 2010 als in der Bedarfsplanung vorgesehen . . . Auf Landes- bzw. KV-Ebene zeigt sich nur in Sachsen-Anhalt mit 93 % eine Unterdeckung . . . Von den 395 Planungsbereichen weisen insgesamt 182 eine Überversorgung (also einen Versorgungsgrad von mehr als 110 %) auf . . . In 130 Planungsbereichen liegt 2010 der Versorgungsgrad zwischen 100 und*

⁵ Goeschel, Albrecht: Sozialabbau durch Mobilitätsabbau: Infrastrukturpolitische Herausforderung für die Sozialverbände: Diskussionspapier für den Sozialverband VdK, Marquartstein 2010

⁶ Klose, Joachim: Rehbein, Isabel: A.a.O., S. 12

Hausarztversorgung der Sozialschwächeren in den Regionen Deutschlands 2010



110 %. Lediglich ein Planungsbereich weist Unterversorgung gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinien auf. In 19 Städten und Kreisen liegt der Versorgungsgrad bei Hausärzten zwischen 75 und 90 %⁷

Genau um diesen Versorgungsgrad und die Art und Weise seiner Ermittlung geht es: Er wird auf einen festgelegten „Soll“-Wert der Anzahl der Einwohner je Hausarzt, unterschieden nach Siedlungstypen bezogen: Liegt der Versorgungsgrad höher als 110 Prozent der Verhältniszahl, herrscht Überversorgung. Bei weniger als 75 Prozent gilt Unterversorgung.

Dieses Berechnungsverfahren, bei dem zunächst ein „Soll“-Wert gebildet wird, der aus dem Verhältnis von Einwohnern und Hausärzten in 10 unterschiedlichen Siedlungstypen, von Kernstädten bis ländlichen Kreisen gebildet wird⁸ sind schon alle starken Unterschiede zwischen den einzelnen Städten und Kreisen untergegangen. Überversorgung bzw. Unterversorgung in einzelnen Gebieten wird an einem „Soll“ gemessen, das zuvor aus der Gesamtheit aller Städte und Kreise, also auch solchen mit besonders hohen, aber auch besonders niedrigen Versorgungswerten errechnet wurde. Erst der Abstand zu diesem Durchschnitt wird dann als „Unterschied“, als „Versorgungsgrad“ dargestellt. Die „Ist“-Verhältnisse der Städte bzw. Kreise sind sehr viel unterschiedlicher als nach dieser Einebnung durch einen zuvor festgelegten „Soll“-Wert.

Es verwundert daher nicht, dass die entsprechende Kartografie zur Regionalen Verteilung der Hausärzte des AOK-Instituts im Vergleich zu den Kartografien dieses Hausarzt-Atlas sehr viel mehr bedarfsgerechte und vor allem überversorgte Planungsbereiche bzw. Städte und Kreise zeigt.

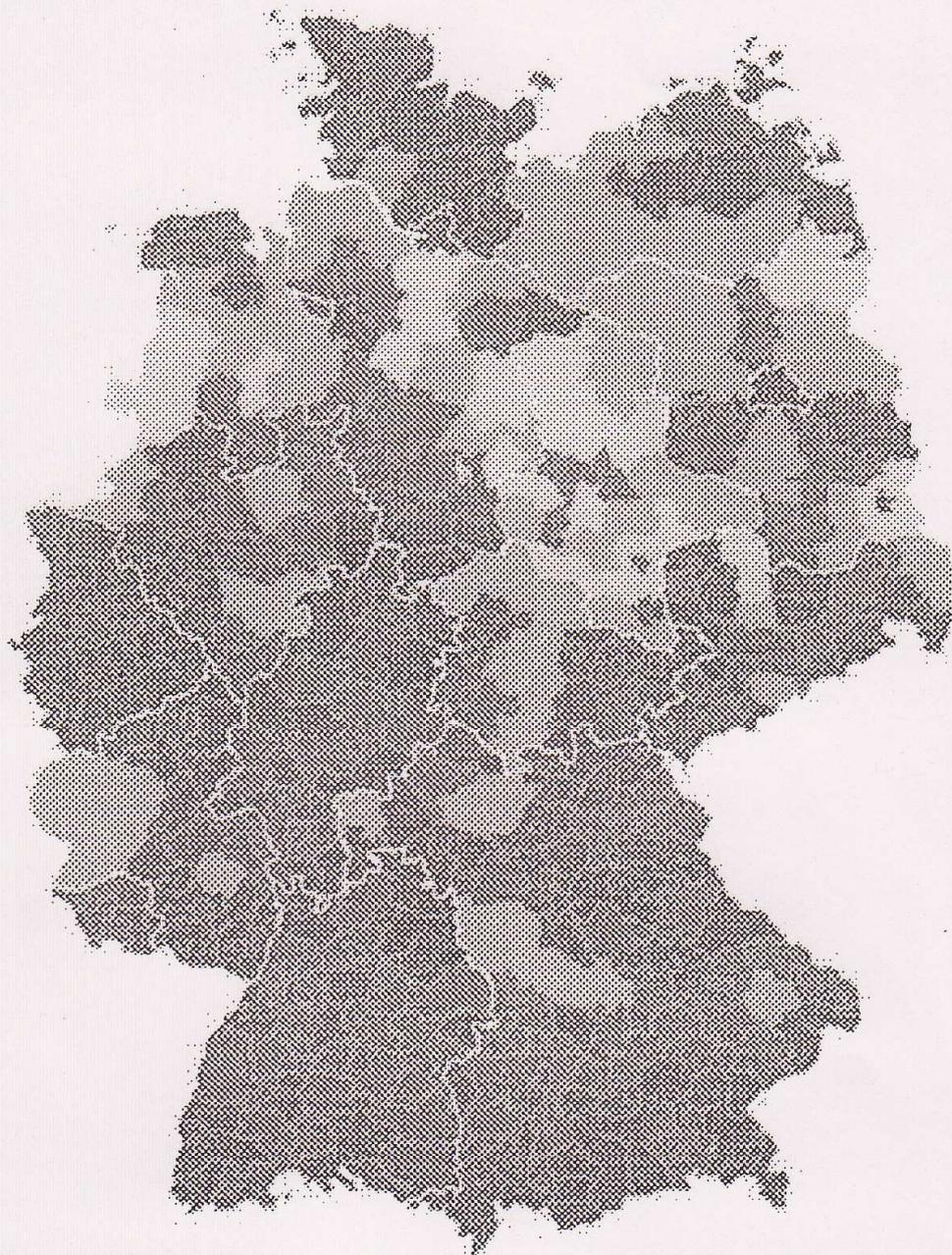
Karte: Regionale Verteilung der Hausärzte (Vertragsärzte) nach Planungsbereichen 2010

Offensichtlich bestehen aber bei dem für die Bedarfsplanung zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss mittlerweile selbst Zweifel, dass zumindest der Bezug auf eine undifferenzierte „Bevölkerung“ den Versorgungsbedarf auch mit Hausärzten nicht angemessen und zutreffend abbildet. In Zukunft wird in solchen Planungsbereichen, in denen bspw. für die Hausärzte eine erhöhte Inanspruchnahme festgestellt wird, ein „Demografiefaktor“ eingeführt. An der grundsätzlichen Problematik der bestehenden „Bedarfs“-Feststellung ändert dies nur wenig.

⁷ Ebda., S. 12 ff

⁸ Ebda., S. 9

Abbildung 3: Regionale Verteilung der Hausärzte* (Vertragsärzte) nach Planungsbereichen 2010



Versorgungsgrade:

	0 % bis unter 75 %		100 % bis unter 110 %
	75 % bis unter 90 %		110 % bis unter 150 %
	90 % bis unter 100 %		150 % und mehr

* Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte

Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und eigene Berechnungen

Schon frühzeitig wurde an dieser Art der „Bedarfs“-planung in der regionalwissenschaftlichen Literatur grundsätzliche Kritik geübt. Insbesondere der vom „Bestand abgeleitete Bedarfsbegriff“ wurde als ungenügend kritisiert.⁹ Es wurde kritisiert, dass eine „bestandsunabhängige Beurteilungsnorm für den Bedarf an Kassenarztversorgung“ fehlt.¹⁰ Dies gilt auch heute noch, da zwar in der aktuell praktizierten Bedarfsplanung und ebenso im AOK-Ärzte-Atlas 14 spezielle Arztgruppen, aber lediglich eine undifferenzierte Bevölkerung als Darstellungsgrundlage dienen.

Demgegenüber beurteilt der vorliegende Hausarzt-Atlas aus der Sicht von drei besonders versorgungsbedeutsamen Gruppen der Bevölkerung: Ältere, Pflegebedürftige und Sozialschwächere die Versorgung mit Hausärzten.

⁹ Rübke, Thomas; Lenz, Manfred: Bedarfsplanung im Gesundheitswesen: Rückblick auf eine unzureichend regionalisierte Fachplanung. In: Informationen zur Raumentwicklung. Hrsg.: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bonn 3/4 – 1995, S. 245 - 254

¹⁰ Ebda., S. 246