DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

Gesellschaft für Augenheilkunde

Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland

September 2012

Christian Wolfram
Norbert Pfeiffer

Dieses Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland ist eine Bestandsaufnahme der aktuellen augenärztlichen Versorgung und zeigt anhand von Versorgungsdaten und Bevölkerungsstatistiken den wachsenden Versorgungsbedarf für die Zukunft. Eine aktuelle Befragung unter den Mitgliedern der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA) vermittelt die Einschätzung der Ophthalmologen in Deutschland über die aktuelle Versorgungslage und ergibt eine skeptische Prognose der Augenärzteschaft zur zukünftigen Versorgungssituation.

Mehr als andere medizinische Fachbereiche ist die Augenheilkunde von den demographischen Veränderungen unserer Gesellschaft wie auch von Strukturveränderungen in der ambulanten und stationären Versorgung betroffen. Die Sicherstellung einer flächendeckenden, zeitgemäßen und hochqualitativen Versorgung in der Zukunft wird nicht möglich sein, wenn nicht frühzeitig durch eine Aufstockung der notwendigen Ressourcen auf den steigenden Versorgungsbedarf reagiert wird.

Dieses Weißbuch wendet sich an alle Beteiligten der ophthalmologischen Versorgung. Neben Augenärztinnen und Augenärzten sind damit gerade diejenigen angesprochen, die für die Planung und Gestaltung des Gesundheitswesens Sorge tragen.

Herausgeber:
DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft
Platenstrße 1
80336 München

© DOG 2012

Inhalt

3 Einleitung

5 **Der Bedarf ophthalmologischer Versorgung**

5 Sehen - ein fundamentales Gesundheitsgut

7 Ophthalmologische Volkskrankheiten

8 Aufgaben der Augenversorgung

10 Zusammenfassung

11 **Die ophthalmologische Versorgung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme**

11 Infrastruktur

19 Kosten

21 Zusammenfassung

23 **Augenärztliche Versorgung in der älter werdenden Gesellschaft**

23 Ein Rückblick

24 Erfolgreiche Augenheilkunde

27 Entwicklung bis 2030

29 Zusammenfassung

31 **Ergebnisse einer Umfrage unter DOG- und BVA-Mitgliedern zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland**

55 **Schlussfolgerungen**

58 **Augenheilkunde in Zahlen**

59 **Anhang**

64 Literatur

Einleitung

Die ophthalmologische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Mehr als andere Fachbereiche ist die Augenheilkunde von der demographischen Alterung der Gesellschaft betroffen, die zu einem enormen Zuwachs des Versorgungsbedarfs führt. Auch neue Diagnose- und Therapieverfahren wie z.B. intravitreale Therapien bei der häufigen Altersabhängigen Makuladegeneration haben die Möglichkeiten der augenärztlichen Arbeit in den letzten Jahren erweitert. Die Nachfrage nach ophthalmologischen Leistungen ist schon heute sehr groß und wird in Zukunft noch deutlich weiter wachsen.

Der großen Nachfrage steht ein augenärztliches Versorgungsangebot gegenüber, das den steigenden zukünftigen Bedarf kaum abdecken kann. Sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich hat es in den letzten Jahren grundlegende Strukturveränderungen gegeben, die eher zu einem Umbau und Abbau als zur notwendigen Aufstockung der Ressourcen geführt haben. Auch die Finanzierung der augenärztlichen Versorgung hat einen Wandel erfahren – nachdem Brillen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen bereits 2004 gestrichen wurden und neue Diagnose- und Therapieverfahren wie z.B. OCT-Untersuchungen darin nicht berücksichtigt werden, haben private Zusatzleistungen immer mehr Einzug in die augenheilkundliche Versorgung genommen, um eine zeitgemäße ophthalmologische Grundversorgung zu ermöglichen. Verzerrte Darstellungen in den Medien im Zusammenhang mit individuellen Gesundheitsleistungen haben das Ansehen der Augenärzte in Deutschland angegriffen. So verwundert es kaum, dass der Nachwuchs skeptisch ist, ob das Berufsbild Augenärztin/Augenarzt überhaupt noch eine gute Wahl ist. Angesichts der bedrohlichen äußeren Umstände werden die Leistungen und Erfolge im „kleinen Fach“ Augenheilkunde leider schnell übersehen.

Dieses Weißbuch soll einen Überblick über die bestehende Situation der Augenheilkunde in Deutschland geben und Informationen für eine konstruktive Debatte um die Ausrichtung der zukünftigen ophthalmologischen Versorgung in Deutschland liefern.

Zunächst wird anhand epidemiologischer Daten über die häufigsten ophthalmologischen Volkskrankheiten der Bedarf nach augenärztlicher Versorgung illustriert. Das zweite Kapitel gibt eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen ophthalmologischen Versorgung, indem die Infrastruktur der stationären und ambulanten Versorgung vorgestellt und aktuelle Behandlungshäufigkeiten analysiert werden. Das dritte Kapitel beschreibt den Wandel des Versorgungsbedarfs, der sich insbesondere durch den demographischen Wandel der Gesellschaft ergibt.

Die Perspektive der Augenärzte auf die ophthalmologische Versorgungssituation in Deutschland wurde in einer großen Umfrage unter den Mitgliedern der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA) erfragt. Die Ergebnisse dieser Umfrage werden in einem weiteren Abschnitt dieses Weißbuches vorgestellt. Sie geben eine aktuelle Stimmungslage unter den Augenärzten in Deutschland wider und decken eine kritische Perspektive für die zukünftige Versorgungslage auf. Abschließend werden aus den Daten und Ergebnissen Schlussfolgerungen für die zukünftige Gestaltung der ophthalmologischen Versorgung formuliert. Am Ende des Weißbuches findet sich eine Zusammenstellung von Eckdaten der ophthalmologischen Versorgung sowie einschlägige themenbezogene Aussagen aus einer Expertenbefragung unter verschiedenen Beteiligten der ophthalmologischen Versorgung sowie von Teilnehmern der Umfrage.

Für den eiligen Leser sind am Textrand Kernaussagen herausgestellt sowie am Ende der jeweiligen Kapitel die wichtigsten Inhalte und Ergebnisse zusammengefasst. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde auf die weiblichen Bezeichnungen weitgehend verzichtet.

Der Bedarf nach augenärztlicher Versorgung ist groß, die Herausforderungen auch. Wir wünschen der deutschen Ophthalmologie eine erfolgreiche und gute Zukunft!

Dr. med. Christian Wolfram, MPH
Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer

Der Bedarf ophthalmologischer Versorgung

Sehen – ein fundamentales Gesundheitsgut

Gutes Sehen gilt als selbstverständlich.

Das Sehvermögen ist der wichtigste der menschlichen Sinne. Vierzig Prozent der zum Gehirn leitenden (afferenten) Nervenfasern werden über den Sehnerven weitergegeben. Viele Menschen sind sich über eine mögliche Bedrohung des Sehvermögens so lange nicht im Klaren, wie sie sich eines uneingeschränkten Sehens erfreuen dürfen. Im Falle einer schlechter werdenden Sehkraft und der damit verbundenen Einschränkung der Lebensqualität wird vielen der Wert des Sehens und die Bedeutung der ophthalmologischen Versorgung erst bewusst.

Eine hohe Wertschätzung des Augenlichtes geht nicht immer mit einem angemessenen Gesundheitsverhalten einher.

Eine jüngst veröffentlichte Studie zum Gesundheitsverhalten normaler Verbraucher [1] ergab, dass fast 70 Prozent der Befragten demnach bereit wären, eher zehn Lebensjahre oder sogar eines ihrer Gliedmaßen zu opfern als ihr Augenlicht. Auch würden drei Viertel der Umfrageteilnehmer eher auf die Hälfte ihres Gehaltes verzichten als eine dauerhafte Einschränkung des Sehvermögens um 50 Prozent hinzunehmen. Im Gegensatz dazu zeigte sich eine eher niedrige Bereitschaft für Kontrolluntersuchungen zum Augenarzt zu gehen – nur 21 Prozent der Befragten waren in den letzten fünf Jahren ophthalmologisch untersucht worden. Unter denjenigen, die keine augenärztliche Untersuchung hatten, erklärten 65 Prozent, dass sie auf eine Untersuchung verzichteten, da sie keine Symptome verspürten. Es zeigt sich demnach eine deutliche Diskrepanz zwischen einer theoretisch hohen Sorge um das Augenlicht und einer praktisch eher niedrigen Motivation zur augenärztlichen Kontrolle.

Vergleich der Schwere verschiedener Krankheiten durch DALYs

Um die gesellschaftliche Relevanz verschiedener Volkskrankheiten miteinander vergleichen zu können, wurden Berechnungsmodelle entwickelt, die Aussagen über die Schwere von verschiedenen Erkrankungen in der Bevölkerung ermöglichen. So wird bei den so genannten *Disability Adjusted Life Years (DALYs)*, die auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet werden, der Grad der körperlichen Einschränkung (auf einer Skala von 0 = volle Gesundheit bis 1 = Tod) mit den Lebensjahren multipliziert, die Betroffene mit der jeweiligen Erkrankung leben müssen. Behinderungen und chronische Erkrankungen bekommen dadurch einen höheren Stellenwert als akute ausheilende Erkrankungen (wie z.B. eine Knochenfraktur), bei denen eine vorherige volle Gesundheit wieder hergestellt werden kann. Auch zukünftige Projektionen nach der jeweiligen Entwicklung der Bevölkerung wie auch durch Veränderungen der Häufigkeit und der Schwere von Erkrankungen (Morbidität) können im Modell der Disability Adjusted Life Years (DALYs) ausgedrückt werden.

Altersbedingte Augenerkrankungen haben eine wachsende Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung im Gegensatz zu vielen anderen Volkskrankheiten.

Tab 1:
Projektionen für Disability Adjusted Life Years (DALYs) in Europa 2008-2030 für verschiedene Krankheiten
Angaben in Tsd.
(eigene Zusammenstellung nach WHO 2008 [2])

	2008	2015	2030	Entwicklung 2008 bis 2030
Parkinson	466	466	463	-0,6 %
multiple Sklerose	289	274	241	-16,6 %
Epilepsie	578	533	454	-21,5 %
Brustkrebs	1.719	1.737	1.648	-4,1 %
Ovarialtumore	477	477	449	-5,9 %
Speiseröhrenkarzinome	436	427	420	-3,7 %
Leukämie	716	691	634	-11,5 %
Rheumatoide Arthritis	1.046	1.037	982	-6,1 %
Asthma	1.294	1.250	1.166	-9,9 %
Verkehrsunfälle	3.406	2.978	2.299	-32,5 %
Glaukom	**472**	**493**	**534**	**+ 13,1 %**
AMD	**1.221**	**1.283**	**1.391**	**+ 13,9 %**

Die Zusammenstellung zeigt, dass Augenerkrankungen wie das Glaukom oder die altersbedingte Makuladegeneration (AMD) eine hohe Relevanz für die Bevölkerungsgesundheit haben. Weiterhin wird die Bedeutung dieser altersbedingten Erkrankungen in Europa in den kommenden Jahren deutlich steigen, wohingegen die Rolle vieler anderer Volkskrankheiten sinken wird.

Ophthalmologische Volkskrankheiten

Die wichtigsten Ursachen für Erblindungen in Deutschland sind AMD, Glaukom und die diabetische Retinopathie.

Blindheit und Sehbehinderung stellen den schwerwiegendsten Endpunkt ophthalmologischer Erkrankungen dar. Die Verteilung von Erblindungsursachen in Deutschland zeigt, dass vor allem die drei großen chronischen Augenerkrankungen Altersbedingte Makuladegeneration (AMD), Glaukom sowie die diabetische Retinopathie ophthalmologische Volkskrankheiten darstellen und mehr als 75 Prozent aller Erblindungen ausmachen. Sehr verbreitet ist auch der Graue Star (Katarakt), der dank erfolgreicher Operationsmöglichkeiten jedoch in Deutschland selten zur Erblindung führt.

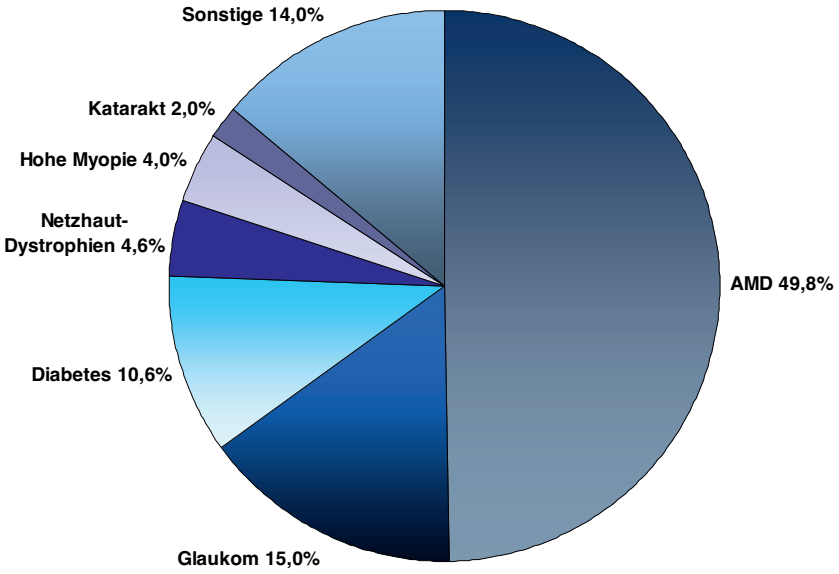


Abb. 1:
Erblindungsursachen in Deutschland (nach Finger 2011 [3])

Über die Zahl der betroffenen Menschen, die an häufigen Augenerkrankungen leiden, liegen in Deutschland bislang nur wenige Studien vor. Groß angelegte epidemiologische Erhebungen in anderen Ländern ergaben Daten über die Häufigkeit (Prävalenz) von Augenerkrankungen, die auf die deutsche Bevölkerung projiziert folgende Schätzungen für die hiesige Verbreitung ergeben:

Ophthalmologische Volkskrankheiten betreffen Millionen Menschen in Deutschland.

Tab 2:
geschätzte Häufigkeit wichtiger Augenerkrankungen in Deutschland

Blindheit/Sehbehinderung [4] [1][5-6]	353.000
AMD [7]	1.608.000
AMD-Frühstadien (Drusen) [8]	2.610.000
Glaukom [9]	972.000
Glaukom-Frühstadien [10]	1.269.000
Diabetische Retinopathie [11-12]	557.000
Diabetisches Makulaödem [11-12]	109.000
Katarakt [13]	9.853.000

Die weite Verbreitung allein dieser Augenkrankheiten belegt, dass die Augenheilkunde keine medizinische „Nischendisziplin“ ist, sondern mit **Volkskrankheiten** befasst ist und daraus einen zentralen medizinischen Versorgungsauftrag bekommt.

Aufgaben der Augenversorgung

Die Nachfrage für ophthalmologische Versorgungsleistungen ist sehr groß. Neben einer zahlenmäßig kleineren Akut- und Notfallversorgung machen mittlerweile gerade chronische Augenerkrankungen die weit überwiegende „Krankheitslast“ (Disease Burden) der ophthalmologischen Versorgung aus.

Gerade Prävention zählt zum Versorgungsauftrag der Augenheilkunde.

Die Behandlung der häufigen chronischen Augenerkrankungen zielt jedoch auch auf Zielgruppen ab, bei denen noch keine subjektiv wahrnehmbaren Beeinträchtigungen entstanden sind. Die frühzeitige Entdekkung von pathologischen Veränderungen und Risikokonstellationen sowie frühe therapeutische Interventionen können bei vielen Krankheitsbildern schwere Verläufe abwenden und so das Sehvermögen der Betroffenen erhalten. Der Versorgungsauftrag der Augenheilkunde ist demnach deutlich größer zu verstehen als nur in der Betreuung von Patienten mit bereits bestehenden manifesten Krankheitsformen.

[1] Aufgrund unterschiedlicher Definitionen für Blindheit und Sehbehinderung gibt es erheblich abweichende Zahlen für deren Häufigkeit in Deutschland – so wird nach WHO-Schätzungen sogar von über einer Million Sehbehinderten in Deutschland ausgegangen (vgl.[5-6]).

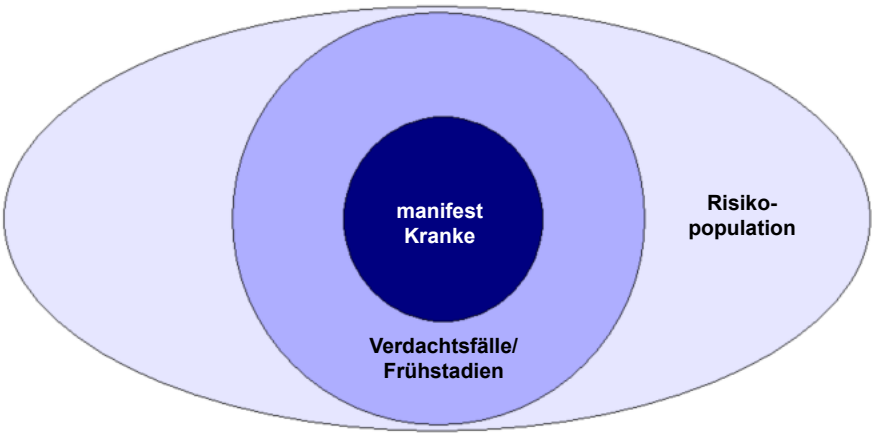


Abb. 2:
Versorgungsbedarf nach Patientengruppen

Die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen in der Augenheilkunde wird nicht von Krankenkassen übernommen.

Die Rolle der Prävention in der Augenheilkunde ist jedoch umstritten. Das Leistungsangebot der Augenversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung soll nach dem 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) „wirtschaftlich, angemessen, notwendig und zweckmäßig“ (so genannte WANZ-Kriterien) erfolgen. Mit dem Hinweis auf angeblich fehlende Nachweise der Nützlichkeit von Früherkennungsmaßnahmen werden Leistungen für die Frühdiagnostik von Augenerkrankungen als Kassenleistung ausgeschlossen, obwohl diese für den Einzelnen von großem und zum Teil von existentiellem Nutzen sind.

Privatleistungen werden als überflüssig dargestellt – entgegen den Stellungnahmen der DOG.

In den letzten Jahren ist die Augenheilkunde oft Angriffen aus der Presse und der Politik ausgesetzt gewesen, die insbesondere Frühdiagnostik und Screeningmaßnahmen als überflüssig darstellten und die Angebote von Augenärzten, diese Maßnahmen als private Zusatzleistungen anzubieten, als angeblich besonders lukratives Zusatzgeschäft der Augenärzte brandmarkten. Dies geschieht, obwohl der Wert ergänzender Diagnostik durch die DOG z.B. in einer Stellungnahme zur Glaukomvorsorge [14]) ausdrücklich hervorgehoben wurde.

Eine umfassende Basisversorgung für 20 Euro pro Patient und Quartal ist nicht möglich.

Tatsächlich ist die augenärztliche Versorgung in den letzten Jahren durch weitgehend stagnierende Fallpauschalen um etwa zwanzig Euro pro Patient und Quartal immer mehr dazu gezwungen worden, die Kosten für notwendige medizinische Leistungen als private Zusatzleistungen den Patienten anzubieten. Dadurch geht es im Gespräch zwischen Arzt und Patient häufiger um Kosten, was das Arzt-Patienten-Verhältnis stören kann.

mehr Verständnis für den Versorgungsauftrag der Augenheilkunde notwendig

Es ist daher notwendig, die Bedeutung und den Wert der augenärztlichen Versorgung in einer Zeit wachsender Behandlungsmöglichkeiten und schwierigerer Finanzierungsbedingungen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene wieder neu ins Bewusstsein zu rücken und für ein umfassenderes Krankheits- und Versorgungsverständnis zu werben.

Zusammenfassung

Sehen zu erhalten und damit Lebensqualität zu bewahren ist die Kernaufgabe der augenärztlichen Versorgung. Wenngleich der Wert des Sehens vielen Menschen – solange sie gut sehen – zwar theoretisch bewusst ist, ist die Notwendigkeit der Vorsorge noch nicht immer im praktischen Verhalten der Patienten angekommen. Krankheiten wie AMD, Glaukom, die diabetische Retinopathie oder auch der Graue Star sind ophthalmologische Volkskrankheiten und betreffen mehrere Millionen Mensch in Deutschland. Für diese und viele andere weniger häufige Augenerkrankungen gibt es einen hohen Bedarf an ophthalmologischen Versorgungsleistungen. Der Vergleich mit nicht-ophthalmologischen Krankheitsbildern zeigt, dass die Bedeutung von Augenerkrankungen zunimmt. Deshalb ist es notwendig, Frühformen und Risiken zu erkennen, um schwereren Schaden und eine mögliche Erblindung abzuwenden. Der Versorgungsbedarf ist umso größer, je mehr der Präventionsauftrag der Augenheilkunde berücksichtigt wird. Dieser umfassende Versorgungsauftrag gehört vermehrt ins Blickfeld von Politik und Öffentlichkeit.

Die ophthalmologische Versorgung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Infrastruktur

Nach Angaben der Bundesärztekammer [15] gab es im Jahr 2010 5.680 ambulant und 888 stationär tätige Augenärzte sowie weitere 237 Augenärzte, die in nicht-kurativen Bereichen wie Körperschaften oder Behörden tätig waren. Dieser Verteilung nach macht die ambulante Versorgung annähernd sieben Achtel der gesamten augenärztlichen Versorgung gegenüber einem Achtel im stationären Bereich aus. In den letzten Jahren haben u.a. vereinfachte Operations- und Therapieverfahren sowie strukturelle Änderungen der Versorgungslandschaft zu Verschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor geführt. Die Rolle der ambulanten Versorgung hat dabei insgesamt an Bedeutung gewonnen.

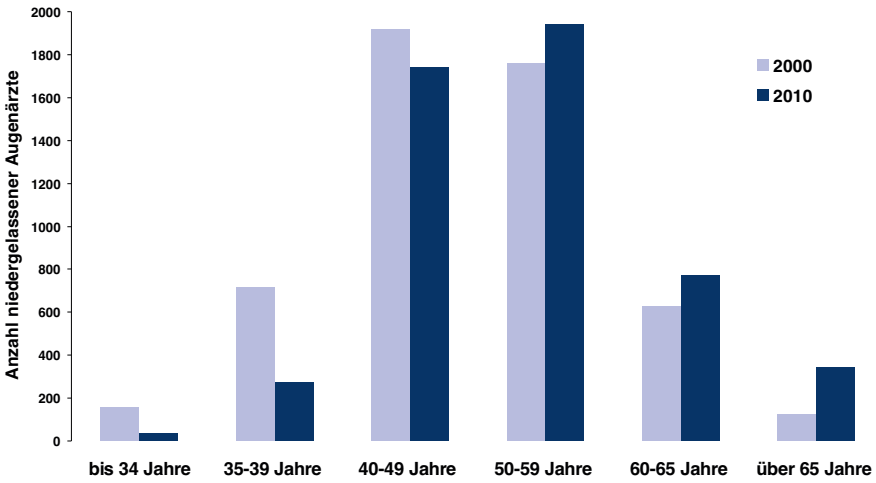
augenärztliche Versorgung zu 7/8 ambulant und zu 1/8 stationär

Ambulante Versorgung

Zwischen dem Jahr 2000 und 2010 hat sich die Anzahl der Augenärzte im ambulanten Bereich von 5.375 auf 5.680 (+5,7 Prozent) leicht erhöht [15]. In diesem Zeitraum arbeiteten deutlich mehr Augenärzte in Gemeinschaftspraxen als zehn Jahre zuvor (2000: 1.530; 2010: 2.376), was einem Anstieg von über 55 Prozent entspricht. Der Anteil von Augenärzten in einer Gemeinschaftspraxis betrug im Jahr 2010 41,9 Prozent (2000: 28,4 Prozent) und lag somit höher als der Durchschnitt in allen medizinischen Fachbereichen (36,4 Prozent) [16]. Weiterhin lässt sich eine deutliche Steigerung an Anstellungsverhältnissen im ambulanten Bereich (von 79 im Jahr 2000 auf 577 in 2010 [15]) ausmachen.

seit 2000 mehr Ärzte in Gemeinschaftspraxen (41,9 Prozent 2010) und mehr Anstellungsverhältnisse unter ambulant tätigen Augenärzten

Im Zeitraum von 2000 bis zum Jahr 2010 hat sich das Durchschnittalter niedergelassener Ophthalmologen erhöht.



mehr ältere Augenärzte in der Niederlassung

Abb. 3:
niedergelassene Augenärzte nach Altersgruppen im Jahr 2000 und 2010
Quelle: Bundesärztekammer 2011

fünf Prozent weniger niedergelassene Augenärzte bis 2020

Die veränderte Altersstruktur der niedergelassenen Augenärzte bringt es mit sich, dass bei einer geschätzten gleichbleibenden Zahl von neu niedergelassenen Augenärzten (ca. 200 pro Jahr) sich die Zahl der Augenärzte insgesamt in den Jahren zwischen 2010 und 2020 um etwa fünf Prozent verringern wird, wie eine Berechnung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ergab [17].

veränderte niedergelassene Versorgungsstruktur

In den letzten Jahren hat sich die Struktur der niedergelassenen augenärztlichen Versorgung insgesamt deutlich verschoben. So ist die Zahl der augenärztlichen Praxen insgesamt zwischen dem Jahr 2000 und 2010 um 17,7 Prozent gesunken. Dabei hat sich die Anzahl der Einzelpraxen um ein Viertel (-24,9 Prozent) verringert, wohingegen die Anzahl der Gemeinschaftspraxen an allen Praxen zugenommen hat (+22,1 Prozent). Der Anteil an Gemeinschaftspraxen an allen Praxen ist damit von 15 Prozent im Jahr 2000 auf 23 Prozent angestiegen. Seit 2004 findet darüber hinaus niedergelassene augenärztliche Versorgung zunehmend auch in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) statt. Mit Abstand bleibt die Einzelpraxis dennoch die häufigste ambulante Versorgungsform.

Tab 3:
Veränderung der ambulanten augenärztlichen Versorgung 2000-2010
Quellen: Bundesarztregister, KBV

Jahr	augenärztliche Einzelpraxen	Gemeinschafts-praxen	Summe augenärztlicher Praxen	MVZ mit augenärztlicher Versorgung
2000	3.708	675	4.383	-
2001	3.687	686	4.373	-
2002	3.614	707	4.321	-
2003	3.549	729	4.278	-
2004	3.484	753	4.237	11
2005	3.360	777	4.137	30
2006	3.274	802	4.076	44
2007	3.190	804	3.994	69
2008	3.067	804	3.871	87
2009	2.890	823	3.713	101
2010	2.784	824	3.608	110

Stationäre Versorgung

Derzeit gibt es in Deutschland 36 Universitäts-Augenkliniken in 35 Städten sowie weitere 68 nicht-universitäre Augenkliniken. Hinzu kommen über 200 weitere Kliniken mit augenheilkundlichen Fach- und Belegabteilungen, so dass in knapp 16 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland eine ophthalmologische Fachabteilung vorhanden ist (vgl. Amelung et. al. 2012 [18]).

kurze Verweildauern

Die durchschnittliche Verweildauer in ophthalmologischen Einrichtungen betrug im Jahr 2009 3,4 Tage, deutlich niedriger als der Durchschnitt aller Fachabteilungen (8,0 Tage, ebd.). In den vergangenen Jahren hat es weit reichende Veränderungen im Krankenhaussektor gegeben mit einem deutlichen Rückgang der stationären Versorgungsstrukturen. So ist die Anzahl der aufgestellten Betten in der Augenheilkunde zwischen den Jahren 2000 und 2009 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von 7.133 auf 5.025 gesunken (-29,6 Prozent), was einen deutlich größeren Rückgang als in anderen medizinischen Fachbereichen darstellt [19].

Rückgang der Betten-Kapazitäten um 30 Prozent seit dem Jahr 2000

Im Jahr 2010 gab es etwa zehn Prozent mehr stationär tätige Augenärzte als zehn Jahre zuvor (2000: 807; 2010: 888 [15]). Das Durchschnittsalter der Klinikärzte liegt derzeit mit 41,1 Jahren etwa zehn Jahre unter dem von niedergelassenen Augenärzten. Der Frauenanteil beträgt durchschnittlich 39,2 Prozent mit einem deutlichen Überwiegen unter Assistenzärzten und einer geringeren Quote in leitenden Funktionen, die jedoch gegenüber dem Jahr 2000 angestiegen ist (s. Tab.).

Tab 4:
Frauenanteil unter Augenärzten 2000 und 2010
Quelle: Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes 2011 [10]

Frauenanteil	2000	2010
...unter allen Augenärzten	40,5	44,4
...unter allen ambulant tätigen Augenärzten	40,7	44,6
...unter allen stationär tätigen Augenärzten	36,2	39,2
...unter augenärztlichen Assistenzärzten	47,3	52,8
...unter augenärztlichen Oberärzten	31,5	35,5
...unter leitenden Augenärzten	10,5	15,4

steigender Frauenanteil in allen ophthalmo-logischen Positionen

Inanspruchnahme

Im Vergleich mit anderen Fachbereichen nehmen Augenarzt-Kontakte einen erheblichen Stellenwert ein, der deutlich über dem Zahlenverhältnis von Augenärzten zu anderen Ärzten liegt (Augenärzte machen 4,1 Prozent aller Vertragsärzte aus [16]).

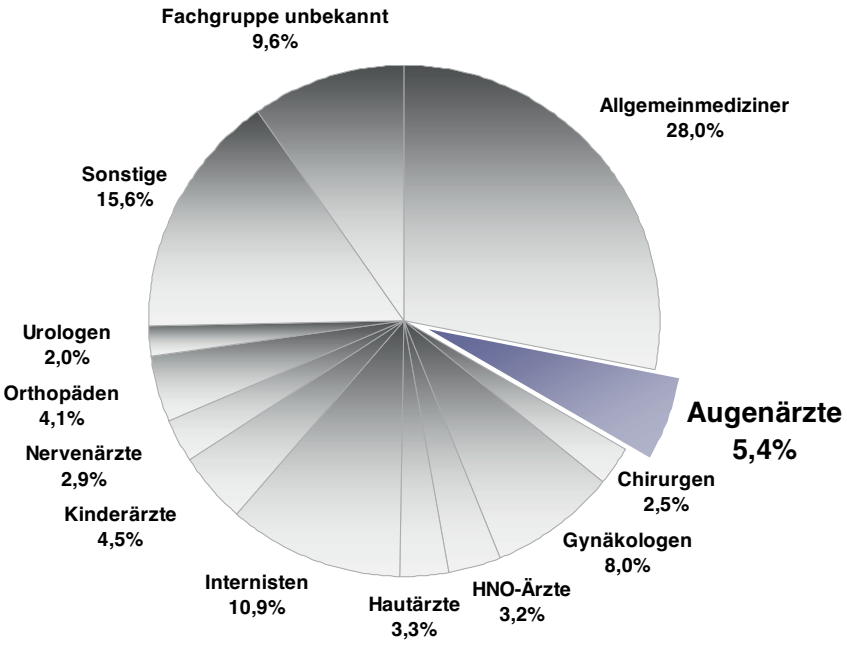


Abb. 4:
Anteil der medizinischen Fachbereiche an Vertragsarztkontakten
Quelle: Versorgungsreport 2012, basierend auf Versichertendaten der AOK [20]

So verwundert es nicht, dass auch die Anzahl der Patienten pro Augenarzt 60,7 Prozent über dem Durchschnitt anderer Fachbereiche liegt.

über 60 Prozent mehr Behandlungsfälle in der Augenheilkunde pro Vertragsarzt

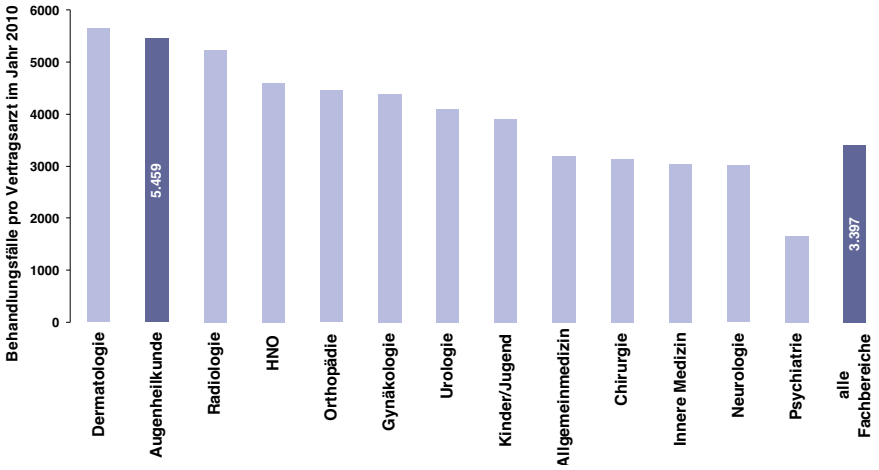


Abb. 5:
Behandlungsfälle nach Facharztgruppen im Jahr 2010
Quelle: KBV [21]

Für das Jahr 2010 ergaben sich laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV[21]) 28,6 Mio. ophthalmologische Behandlungsfälle für GKV-Versicherte. Da etwa neun Prozent der Bevölkerung privat versichert sind und in dieser Zahl nicht berücksichtigt sind, lässt sich eine Gesamtzahl von etwa 31,5 Millionen ophthalmologischen Behandlungsfällen in Deutschland pro Jahr hochrechnen.

31,5 Millionen ophthalmologische Behandlungsfälle pro Jahr

Jährlich konsultiert etwa ein Viertel der Bevölkerung mindestens einmal einen Augenarzt (nach Angaben der AOK [20] 21,9 Prozent aller Versicherten nach Angaben der Barmer GEK sogar 25,7 Prozent [22]). Dabei zeigten sich Augenpatienten als sehr arzttreu, indem 91,4 Prozent der Patienten nur eine Augenarztpraxis aufsuchten (zum Vergleich: bei Hausärzten betrug dieser Prozentsatz nur 60,0 Prozent, bei Gynäkologen sogar nur 51,0 Prozent [22]).

ein Viertel der Bevölkerung jährlich in augenärztlicher Behandlung

Für die Konsultation von Augenärzten ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen, wie die folgende Abbildung zeigt.

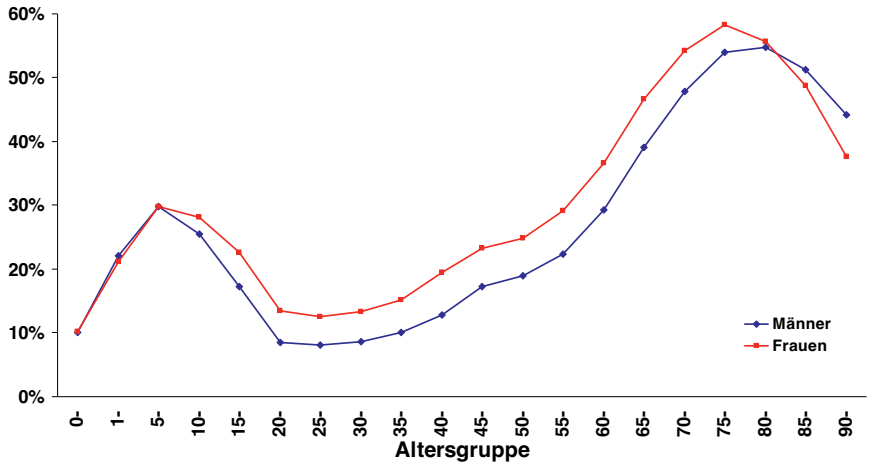


Abb. 6:
Anteil der Versicherten mit mindestens einem Augenarzt-Kontakt im Jahr 2010
(nach Versichertendaten der Barmer GEK, bislang unveröffentlicht)

deutlich höhere Inanspruchnahme von Augenärzten durch Menschen im höheren Lebensalter

Neben einem kleineren Häufigkeitsgipfel im frühen Kindesalter zeigt sich eine deutliche Zunahme augenärztlicher Konsultationen im höheren Lebensalter. Im Alter über 70 Jahren kontaktieren mehr als fünfzig Prozent der Versicherten jährlich einen Augenarzt, was einem deutlich höheren Altenanteil in der Augenheilkunde gegenüber anderen Fachbereichen entspricht (vgl. [18, 22]). Auffällig ist dabei auch, dass die Konsultationshäufigkeit von Augenärzten nach dem 75. Lebensjahr offenbar wieder abnimmt. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass hier ein Versorgungsdefizit bestehen könnte.

mögliches Versorgungsdefizit für die Ältesten der Gesellschaft

Auch unter Diabetikern konsultiert mehr als die Hälfte der Betroffenen (52,8 Prozent [23]) einen Augenarzt. Angesichts der nach Behandlungsleitlinien [24] geforderten jährlichen augenärztlichen Kontrolle von Diabetikern ist dieser Prozentsatz jedoch noch zu klein.

Nur jeder zweite Diabetiker konsultiert jährlich einen Augenarzt.

Männer gehen seltener zum Augenarzt als Frauen.

Weiterhin ergibt sich für das Lebensalter bis 75 Jahren auch eine insgesamt auffällig häufigere Inanspruchnahme augenärztlicher Versorgung durch Frauen (vgl. Abb.). In einer Studie zur Glaukomversorgung in Rheinland-Pfalz [25] machten Behandlungsfälle durch Frauen annähernd 60 Prozent aus. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine vor kurzem durchgeführte Studie in ambulanten Praxen [26]. Eine Befragung unter Augenärzten bestätigte ebenso einen Geschlechterunterschied für die Inanspruchnahme augenheilkundlicher Leistungen: demnach glauben 94 Prozent der Augenärzte, dass Frauen besser für ihre Augengesundheit sorgen als Männer [1].

Eine Analyse von augenärztlichen Diagnosen nach Altersgruppen zeigt, dass im höheren Lebensalter insgesamt mehr und auch schwerwiegendere Diagnosen (wie z.B. Katarakt, Glaukom oder AMD) gestellt werden.

Tab 5:
Diagnosehäufigkeiten unter AOK-Versicherten nach Alter in Prozent
Quelle: Versorgungsreport 2012 [20]

ICD-Code	Diagnosegruppe	gesamt	0-17 Jahre	18-59 Jahre	60 + Jahre
H00-H22	Erkrankungen des vorderen Augenabschnitts	11,3	13,2	7,8	17,6
H25-H28	Affektionen der Linse	7,4	0,1	1,6	25,4
H30-H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	2,8	0,2	0,8	9,2
H40-H42	Glaukom	2,5	0,0	0,9	7,9
H43-H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels	1,9	0,2	0,9	5,3
H46-H48	Affektionen des N. opticus und der Sehbahn	0,8	0,1	0,3	2,3
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Blickbewegungs- und Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,8	6,1	2,9	16,3
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit	2,7	1,9	1,3	6,3
H55-H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,3	0,8	0,9	2,6

Schwerwiegende Augenkrankheiten nehmen zu.

Eine genauere Zusammenstellung der Anlässe für augenärztliche Konsultationen geht aus der Krankenguterhebung in ambulanten Augenarztpraxen hervor [26]. Demnach hat der Anteil an Untersuchungen für Glaukom, Diabetes und Erkrankungen des hinteren Augenabschnitts um fast 60 Prozent gegenüber einer früheren Erhebung aus dem Jahr 1997 zugenommen. Die Autoren kommen dabei zu dem Ergebnis, dass sich das Versorgungsspektrum im ambulanten Bereich zu einem höheren Anteil schwerwiegenderer Augenerkrankungen hin verschoben habe.

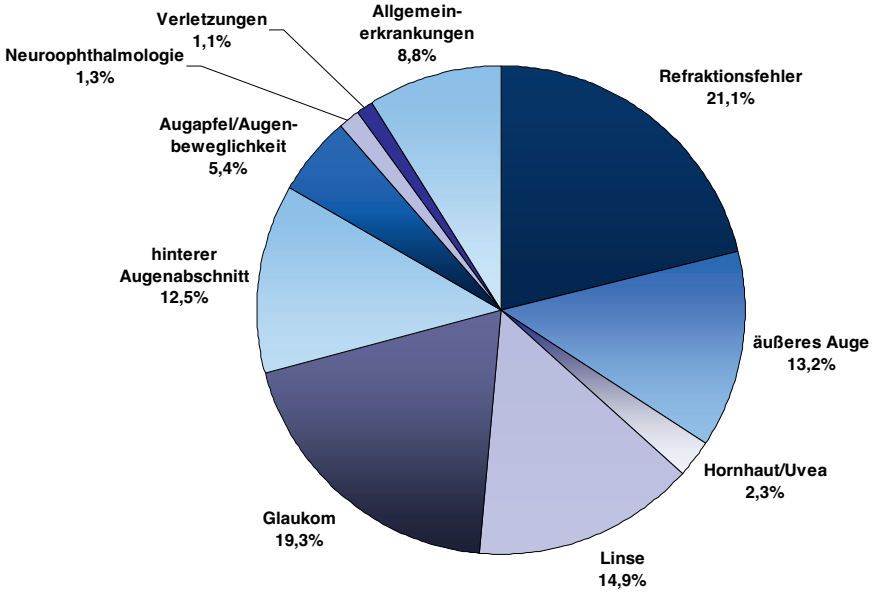


Abb. 7:
Anlässe zur Konsultation augenärztlicher Praxen nach Hauptdiagnosen 2010
(eigene Zusammenstellung nach Bertram 2012 [26])

Operationen

eine Million Augenoperationen pro Jahr

Jährlich werden in Deutschland etwa eine Million Augenoperationen durchgeführt. Der überwiegende Anteil sind dabei Kataraktoperationen, deren Anzahl auf insgesamt 650.000 geschätzt wird [27]. Diese Operation wird mittlerweile überwiegend ambulant durchgeführt. Wenzel et al. [28] errechneten in einer Umfrage eine Quote für ambulante Kataraktoperationen von 87 Prozent. Bei Glaukomoperationen war das Verhältnis mit 87 Prozent stationär durchgeführten Operationen gegenüber 13 Prozent ambulanter Operationen genau umgekehrt.

Kataraktoperationen häufiger ambulant, Glaukomoperationen häufiger stationär

In den letzten Jahren ist mit der Einführung der intravitrealen Injektionen (IVOM) bei feuchter AMD und diabetischem Makulaödem eine neue Therapieoption möglich geworden, die die Augenheilkunde wesentlich verändert hat und fast ausschließlich ambulant durchgeführt wird. Nach einer Studie von Finger und Holz [29] wird über die Hälfte (51,8 Prozent) aller intravitrealen Injektionen in der Altersgruppe der 75 bis 84jährigen durchgeführt. In der Erhebung von Wenzel et al. [28] wurden 116.599 intravitreale Injektionen im Jahr 2010 erfasst (bei einer Erfassung von 35 Prozent der operierenden Augenärzte in Deutschland) sowie ein Häufigkeitsverhältnis von Kataraktoperationen zu intravitrealen Therapien von 2,8:1. Es ist demnach für die Gesamtheit der intravitrealen Therapien in Deutschland von jährlich etwa 250.000 bis 350.000 Eingriffen auszugehen.

250.000 bis 350.000 intravitreale Injektionen pro Jahr

Für Augenoperationen, die stationär in Augenkliniken durchgeführt wurden, liegen seit der Einführung des Abrechnungssystems mittels DRGs im Jahr 2005 sehr genaue Daten vor. Nach Operationsbereichen ergibt sich für das Jahr 2010 folgende Verteilung.

fast 550.000 Augenoperationen in Augenkliniken

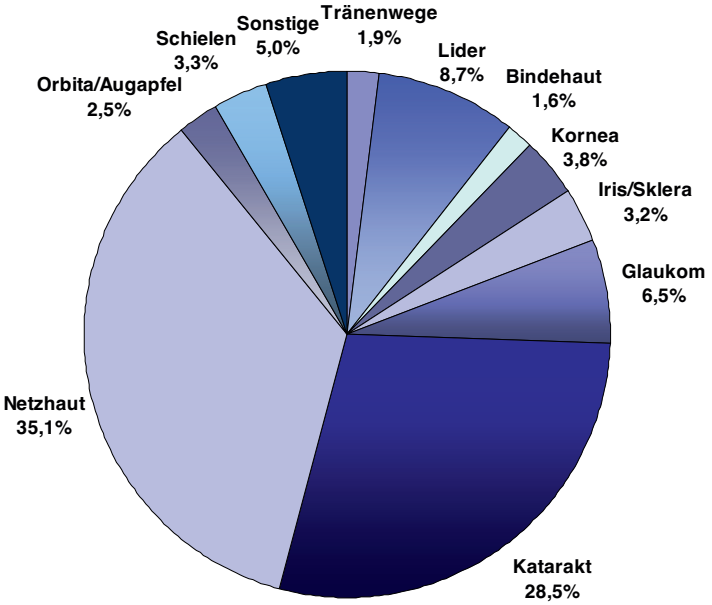


Abb. 8:
in Augenkliniken durchgeführte Augenoperationen 2010, insg. 548.20
Quelle: Statistisches Bundesamt [30]

Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Zuwachs des Operationsvolumens zwischen den Jahren 2005 und 2010, wobei der Anteil der Kataraktchirurgie durch eine Verlagerung in den ambulanten Bereich tendenziell etwas kleiner geworden ist. Dennoch lässt sich feststellen, dass etwa die Hälfte aller Augenoperationen stationär durchgeführt wird.

Tab 6:
Stationär durchgeführte Augenoperationen 2005-2010
Quelle: Statistisches Bundesamt [12]

	2005	2010	Veränderung in % 2005-2010
Tränenwege	8.618	10.208	+18,4
Lider	36.599	47.784	+30,6
Bindehaut	8.988	8.804	-2,0
Kornea	16.704	20.716	+24,0
Iris/Sklera	15.081	17.285	+14,6
Glaukom	27.208	35.564	+30,7
Katarakt	152.132	156.227	+ 2,7
Netzhaut	146.553	192.590	+ 31,4
Orbita/Augapfel	9.647	13.953	+44,6
Schielen	20.007	17.906	-10,5
Sonstige	18.118	27.165	+49,9
gesamt	**459.655**	**548.202**	**+19,3**

Zunahme stationärer Augenoperationen trotz geringerer Bettenkapazitäten

Trotz des Rückgangs der Bettenkapazitäten in den Augenkliniken ist somit das Arbeitsvolumen in den Augenkliniken in den letzten Jahren erheblich gestiegen.

Kosten

Analog der Morbiditätsverteilung findet sich auch für die Kosten der ophthalmologischen Versorgung eine erhebliche Kostensteigerung zum höheren Lebensalter hin, die noch deutlicher die besondere Inanspruchnahme der Augenheilkunde durch ältere Menschen veranschaulicht.

deutlich höhere Behandlungskosten ab dem 65. Lebensjahr

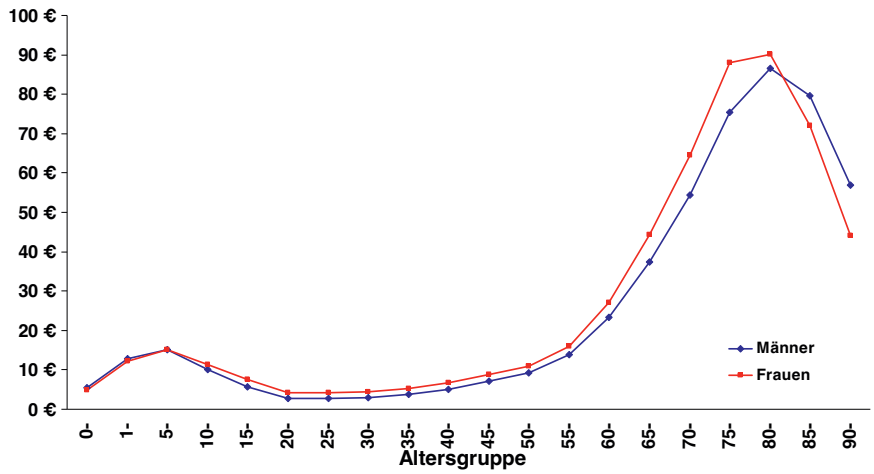


Abb. 9:
durchschnittliche ambulante Behandlungskosten im Jahr 2010
(nach Versichertendaten der BarmerGEK, bislang unveröffentlicht)

jährlich etwa 2,6 Mrd. € für Augenversorgung in Deutschland

Nach Angaben des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA) betragen die jährlichen Gesamtaufwendungen für ophthalmologische Leistungen in Deutschland gegenwärtig etwa 2,6 Mrd. €, die sich in folgende Einzelbereiche aufteilen:

Tab 7:
Geschätzte jährliche Kosten für die ophthalmologische Versorgung in Deutschland

ambulant-konservative Behandlungen (GKV)	700 Mio. €
ambulante Operationen (GKV)	600 Mio. €
stationäre Behandlungen (DRG)	600 Mio. €
Privatpatienten	400Mio. €
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	300 Mio. €
gesamt	**2.600 Mio. €**

Für Augenmedikamente werden weitere 500 Mio. € pro Jahr aufgewendet (nach Berechnungen aus [31]), worin die Kosten für intravitreale Injektionen noch nicht berücksichtigt sind. Demgegenüber ist der Branchenumsatz für Optiker bei 4,5 Mrd. € pro Jahr erheblich höher [32] (s. Abb.). In der Gesamtheit der Gesundheitsausgaben in Deutschland von über 287 Mrd. € im Jahr 2010 [33][2] liegt der Anteil für die ophthalmologische Versorgung bei lediglich 0,9 Prozent.

[2] Die Kosten für Optiker sind hier nur zum Teil berücksichtigt, sofern es sich um Krankenkassen-Leistungen handelt.

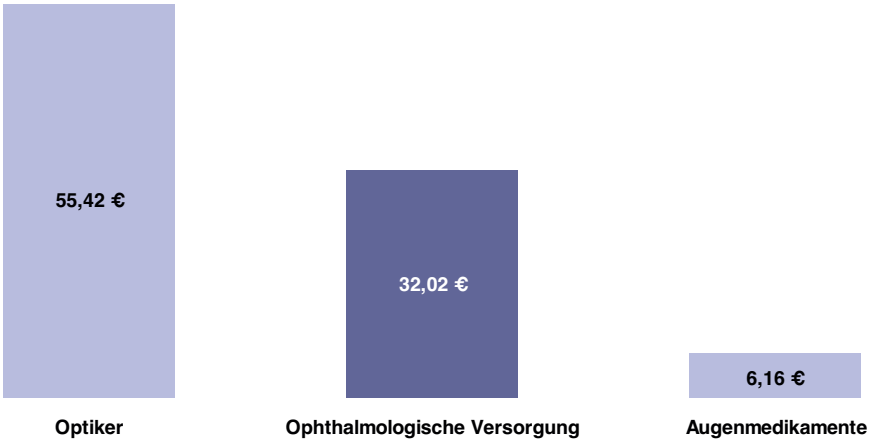


Abb. 10:
Ausgaben für Augenheilkunde und Optiker pro Bundesbürger im Jahr 2010

Zusammenfassung

Die augenärztliche Versorgung findet nach der Anzahl der Augenärzte weit überwiegend im ambulanten Bereich statt. Innerhalb des ambulanten Sektors hat in den letzten Jahren ein Strukturwandel zu mehr Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren stattgefunden bei einer reduzierten Anzahl vor allem an ophthalmologischen Einzelpraxen (Abnahme um 25 Prozent über zehn Jahre). Der Anteil von Augenärztinnen ist dabei – sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich – gestiegen. Ein weiterer Trend zu mehr Anstellungsverhältnissen ist im niedergelassenen Bereich erkennbar. Dennoch bilden konservative Einzelpraxen noch immer die am weitesten verbreitete Versorgungsform und sind für die augenärztliche Grundversorgung somit weiterhin essentiell.

Die Versorgung in Augenkliniken hat mit aktuell etwa einem Achtel der Augenärzte und mit über einer halben Million Operationen pro Jahr (ca. der Hälfte aller Augenoperationen) weiterhin eine wichtige Bedeutung für die ophthalmologische Versorgung, obwohl die Bettenkapazitäten in der Augenheilkunde binnen zehn Jahren um dreißig Prozent reduziert wurden. Zugleich hat sich die Zahl der in Kliniken durchgeführten Augenoperationen um fast zwanzig Prozent allein zwischen 2005 und 2010 erhöht.

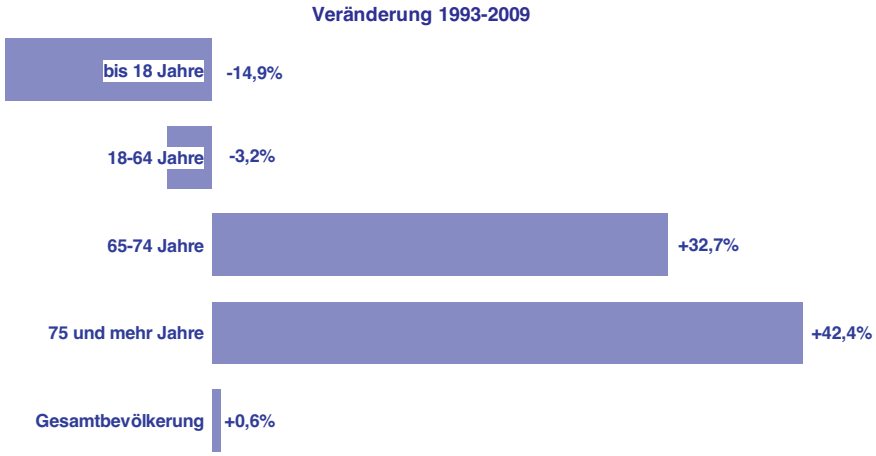
Nach der Häufigkeit der Behandlungsfälle zählt die Augenheilkunde zu den am meisten frequentierten Fachbereichen der Medizin (über sechzig Prozent mehr als im Durchschnitt aller anderen medizinischen Fachbereiche). Dabei zeigt sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme der Versorgung von Menschen im Lebensalter ab sechzig Jahren. Über fünfzig Prozent der Menschen zwischen 70 und 80 Jahren gehen zumindest einmal im Jahr zum Augenarzt. Auffällig ist auch, dass Frauen in der Altersgruppe bis 75 Jahren häufiger die ophthalmologische Versorgung in Anspruch nehmen als Männer.

Bei einem Kostenanteil für die Augenheilkunde von nur 0,9 Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen machen Augenärzte unter den Vertragsärzten 4,1 Prozent der Ärzte aus und augenheilkundliche Behandlungen sogar 5,4 Prozent aller Behandlungsfälle. Mit verhältnismäßig geringen finanziellen Mitteln wird demnach eine hohe Anzahl von ophthalmologischen Behandlungsfällen in Deutschland bewältigt.

Augenärztliche Versorgung in der älter werdenden Gesellschaft

Ein Rückblick

In den zurückliegenden zwei Jahrzehnten hat sich die Zusammensetzung der Bevölkerung in Deutschland bereits erheblich verändert.



erheblicher Zuwachs der älteren Bevölkerung seit 1993

Abb. 11:
Bevölkerungsentwicklung in Deutschland zwischen 1993 und 2009

Anstieg des Versorgungsbedarfs

Der große Zuwachs älterer Menschen hat unmittelbare Auswirkungen für die augenärztliche Versorgung. Berechnungen des Zentralinstitutes der Kassenärztlichen Versorgung in Deutschland [34] ergaben, dass im Zeitraum zwischen 1993 und 2009 der Versorgungsbedarf für die Augenheilkunde deutlich mehr als für andere Fachbereiche angestiegen ist.[3]

[3] Die Berechnung wurde nach der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen anhand von Punktwerten gemäß des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) durchgeführt.

Der Versorgungsbedarf für die Augenheilkunde ist seit 1993 um 16,6 Prozent gestiegen.

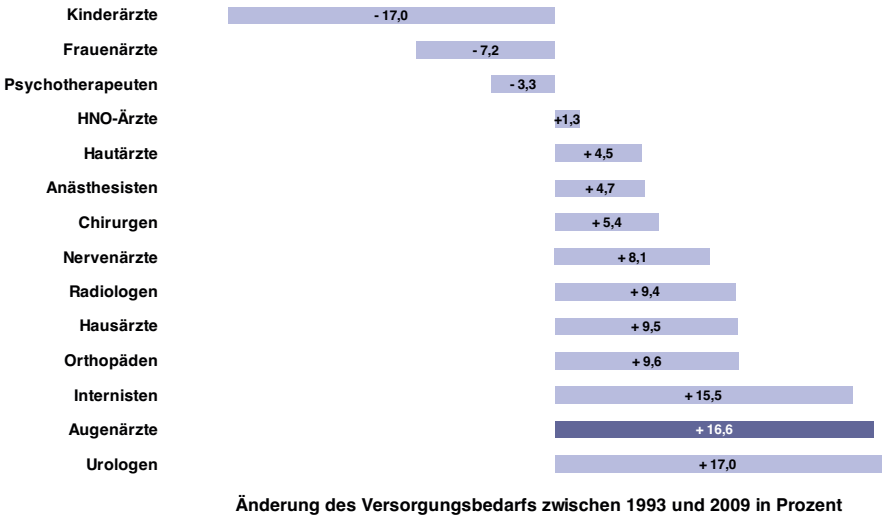


Abb. 12:
Veränderung des Versorgungsbedarfs für verschiedene Fachrichtungen je 100.000 Einwohner von 2009 gegenüber 1993
Quelle: Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung 2011, Morbiditäts- und Leistungsveränderungen unberücksichtigt

Erfolgreiche Augenheilkunde

Das Risiko zu erblinden ist gesunken.

Bei der Entwicklung von Blindheit und Sehbehinderung im Zeitraum zwischen 1993 und 2009 fällt auf, dass zwar die Häufigkeit insgesamt um 11,6 Prozent zugenommen hat, jedoch in Relation zur Altersgruppe deutlich gesunken ist. Die Wahrscheinlichkeit zu erblinden hat demnach abgenommen.

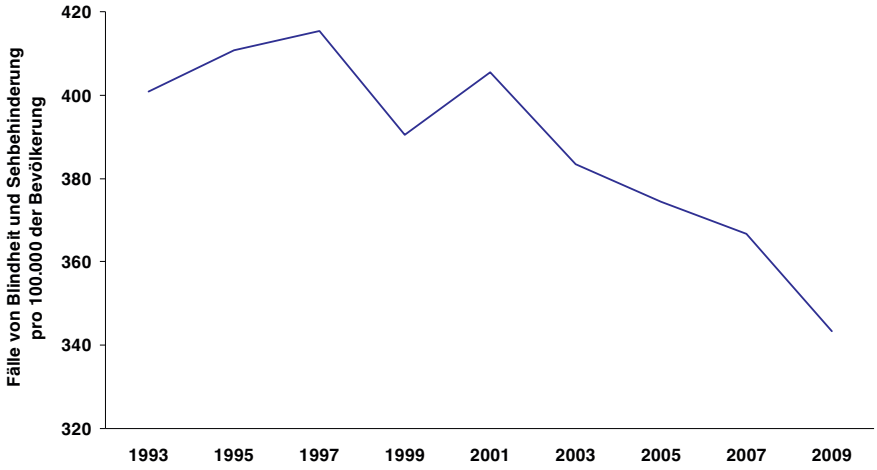
Tab 8:
Prävalenz für Blindheit und Sehbehinderung in Deutschland nach Alter
(pro 100.000 Einwohner)

Altersgruppe	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	1993-2009
0-5	27.8	30.5	30.9	22.6	22.5	22.7	21.9	20.7	21.6	- 22.3 %
6-17	46.3	48.7	49.9	48.7	50.1	49.9	48.3	48.6	49.7	+ 7.3 %
18-64	207.2	211.6	215.1	204.4	211.9	204.8	198.6	194.9	199.4	- 3.8 %
65-74	992.2	969.5	930.7	830.8	831.6	783.0	759.3	738.9	735.4	- 25.9 %
75 +	2.465.0	2.622.8	2.742.6	2.641.3	2.773.7	2.567.4	2.504.5	2.458.1	2.391.4	- 3.0 %
Gesamtprävalenz	**386.5**	**403.5**	**418.2**	**402.6**	**429.2**	**417.3**	**421.2**	**423.8**	**431.5**	**+ 11.6 %**

Für die Gruppe der über 75jährigen scheint der Rückgang der relativen Häufigkeit von Blindheit und Sehbehinderung mit -3,0 Prozent relativ gering zu sein, jedoch muss berücksichtigt werden, dass sich diese Gruppe in der Zwischenzeit wesentlich verändert hat. Zum einen gibt es einen Zuwachs von 42,4, Prozent der über 75jährigen insgesamt, und zum anderen ist diese Bevölkerungsgruppe selbst deutlich älter geworden: so ist die Rest-Lebenserwartung der über 75jährigen zwischen 1993 und 2009 um 1,8 Jahre für Frauen (+16,8 Prozent) und um 2,0 Jahre für Männer (+23,8 Prozent) erheblich gestiegen [35]. Dieser Anstieg der Lebenserwartung geht mit einem höheren Risiko zu erblinden einher, so dass die eigentliche Reduktion der Fälle von Blindheit und Sehbehinderung unter den über 75jährigen durch diese demographische Verschiebung weitgehend aufgewogen wird.

Die demographische Verschiebung wiegt den Rückgang der Häufigkeit von Blindheit und Sehbehinderung weitgehend auf.

Es lässt sich durch eine Altersstandardisierung ausrechnen, dass die Häufigkeit von Blindheit und Sehbehinderung zwischen 1993 und 2009 um 9,6 Prozent abgenommen hat, wenn man dazu den Effekt der demographischen Alterung mathematisch ausschließt und von einer stabilen Bevölkerungszusammensetzung in diesem Zeitraum ausgeht. Somit hat sich der ophthalmologische Gesundheitszustand der Bevölkerung in diesem Zeitraum insgesamt verbessert.



Bei einer stabilen Bevölkerungsverteilung ohne demographische Alterung wäre der Rückgang an Blindheit und Sehbehinderung offenkundig.

Abb. 13:
Prävalenz von Blindheit und Sehbehinderung in Deutschland 1993-2009
(nach Altersstandardisierung)

Diese erfreuliche Entwicklung ist sicher auch als Erfolg der augenärztlichen Arbeit zu bewerten, wenngleich unklar bleibt, welcher Ressourcenaufwand dazu notwendig war. Gegenüber den zu erwartenden Blindheitszahlen nach der Verteilung von 1993 lässt sich jedoch errechnen, dass somit über 30.000 Fälle von Blindheit und Sehbehinderung im Zeitraum von 1993 bis 2009 verhindert wurden. Neben dem Gewinn an Lebensqualität für jeden einzelnen Fall ergibt sich daraus auch volkswirtschaftlich ein Gewinn durch die eingesparten medizinischen und sozialen Kosten (Pflege- und Betreuungskosten, Blindengeld, etc.) von über 380 Millionen € pro Jahr (errechnet nach [36]).

Seit 1993 wurden 30.000 Fälle von Blindheit und Sehbehinderung verhindert und so über 380 Mio. € an volkswirtschaftlichen Kosten pro Jahr eingespart.

Den größten Einfluss auf den Erhalt eines guten Sehvermögens in der Bevölkerung haben die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung sowie mögliche Verbesserungen in der Diagnostik und Therapie der altersbedingten Augenerkrankungen. Zwei Szenarien sind denkbar.

zwei Szenarien für die Entwicklung der Lebensqualität/ des Sehvermögens bei erhöhter Lebenserwartung

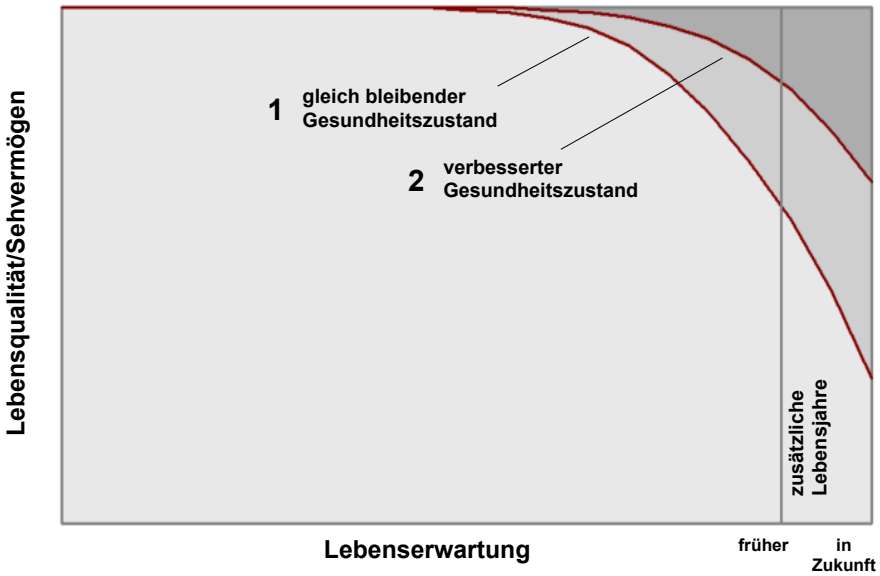


Abb. 14:
Zwei Szenarien für die Entwicklung des Gesundheitszustandes bei längerer Lebenserwartung
(Status Quo-Annahme (1) vs. Annahme der Morbiditätskompression (2), vgl. [37])

Ein Anstieg der Lebenserwartung führt zu einem erhöhten Risiko schwerwiegende Augenkrankheiten mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität zu erleiden (1 – Status Quo-Annahme). Wenn es jedoch gelingt, den Gesundheitszustand insgesamt zu verbessern, ist auf einen längeren Erhalt des Sehvermögens und somit auch der Lebensqualität zu hoffen (2 – Annahme der sogenannten Morbiditätskompression).

Anzeichen für eine „Morbiditätskompression“ in der Augenheilkunde

Verschiedene Publikationen weisen darauf hin, dass es insbesondere seit Einführung der intravitrealen Therapieformen bereits einen Rückgang der Inzidenz von Neuerblindungen und schwerer Sehbehinderung gibt [38-41].

An einem höheren ophthalmologischen Versorgungsaufwand führt kein Weg vorbei

Für die ophthalmologische Versorgung führen beide Szenarien zu einem zusätzlichen Anstieg der Behandlungsfälle. Eine gesteigerte Lebenserwartung führt zwangsläufig zu mehr Augenpatienten. Ebenso sind auch bei innovativen Diagnose- und Therapieverfahren mehr Patienten zu erwarten.

Prävention und Früherkennung werden wichtiger

Um eine zusätzliche Verbesserung des Sehvermögens in der Bevölkerung zu erzielen, müssen zudem Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen noch weiter etabliert werden.

Entwicklung bis 2030

Bis zum Jahr 2030 wird sich für den Anteil der Ältesten in der Gesellschaft ein erheblicher Zuwachs von über 50 Prozent gegenüber heute ergeben. Auch die Gruppe der 60 bis 80jährigen wird bis 2030 gegenüber heute um 28,2 Prozent wachsen [42]. Somit wird es im Jahr 2030 in Deutschland gegenüber heute insgesamt etwa 7,5 Millionen mehr Menschen im Alter über 60 Jahren geben[4].

weitere 7,5 Millionen Menschen im Alter über 60 Jahren in Deutschland bis zum Jahr 2030

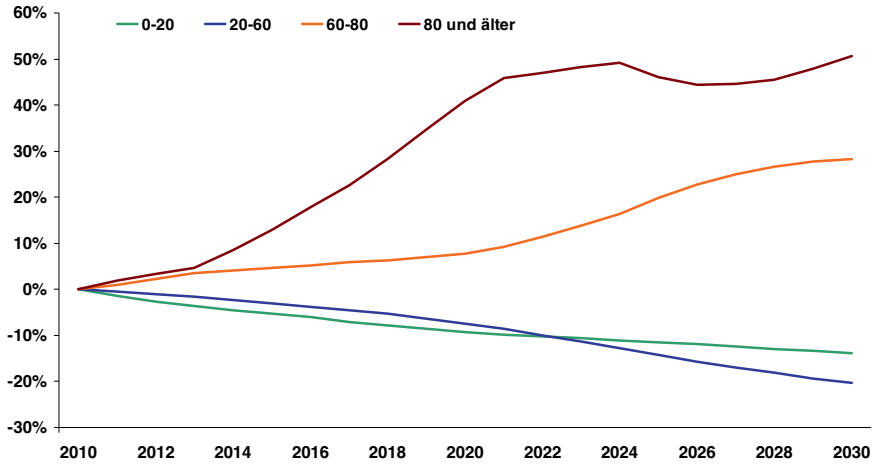


Abb. 15:
Entwicklung der Bevölkerungszusammensetzung in Deutschland 2010-2030
(nach 12. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes 2009)

Es werden somit auch um 20 bis 30 Prozent mehr Menschen an altersbedingten Augenerkrankungen leiden als heute, wie eine Multiplikation der heutigen Krankheitshäufigkeiten mit den demographischen Zuwachsraten ergibt.

20-30 Prozent mehr altersbedingte Augenerkrankungen

Tab 9:
Zunahme wichtiger Augenerkrankungen bis 2030

Erkrankung	2012	2030	Zuwachs absolut
Blindheit/Sehbehinderung	353.000	421.000	68.000
AMD	1.608.000	2.131.000	523.000
AMD-Frühstadien (Drusen)	2.610.000	3.433.000	823.000
Glaukom	972.000	1.176.000	204.000
Glaukom-Frühstadien	1.269.000	1.626.000	357.000
Diabetische Retinopathie	557.000	710.000	153.000
Diabetisches Makulaödem	109.000	139.000	30.000
Katarakt	9.853.000	12.305.000	2.452.000

[4] Angenommen ist jeweils die Basisannahme der Bevölkerungsentwicklung (V1W1).

35,8 Prozent oder 7,7 Mio. mehr Behandlungsfälle für über 60jährige bis 2030

Legt man die heutigen Behandlungszahlen für über 60jährige Menschen zugrunde, ergibt sich allein aus der Zunahme der Alterung der Bevölkerung ein Zuwachs der Behandlungsfälle um 35,8 Prozent oder – in absoluten Zahlen ausgedrückt – um nahezu sieben Millionen mehr Behandlungsfälle allein für gesetzlich Versicherte in Deutschland. Mit Berücksichtigung der Privatversicherten sind es sogar etwa 7,7 Millionen mehr Behandlungsfälle.

Tab 10:
Entwicklung des Versorgungsbedarfs bis 2030 für die Bevölkerung ab 60 Lebensjahren
(nach Behandlungshäufigkeiten für 2008, s. Versorgungsreport 2012 [20] und der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, Basisannahme V1W1[42])

ICD-Code		2008	2015	2020	2025	2030	Zuwachs 2008-2030
	Bevölkerung ab 60 Jahren	**20.958.000**	**22.809.000**	**24.546.000**	**26.830.000**	**28.469.000**	**7.511.000**
H00-H22	Erkrankungen des vorderen Augenabschnitts	3.688.608	4.014.384	4.320.096	4.722.080	5.010.544	1.321.936
H25-H28	Affektionen der Linse	5.323.332	5.793.486	6.234.684	6.814.820	7.231.126	1.907.794
H30-H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	1.928.136	2.098.428	2.258.232	2.468.360	2.619.148	691.012
H40-H42	Glaukom	1.655.682	1.801.911	1.939.134	2.119.570	2.249.051	593.369
H43-H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels	1.110.774	1.208.877	1.300.938	1.421.990	1.508.857	398.083
H46-H48	Affektionen des N. opticus und der Sehbahn	482.034	524.607	564.558	617.090	654.787	172.753
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Blickbewegungs- und Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	3.416.154	3.717.867	4.000.998	4.373.290	4.640.447	1.224.293
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit	1.320.354	1.436.967	1.546.398	1.690.290	1.793.547	473.193
H55-H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde	544.908	593.034	638.196	697.580	740.194	195.286
	gesamt	**19.469.982**	**21.189.561**	**22.803.234**	**24.925.070**	**26.447.701**	**6.977.719**

In diesen Zahlen wurde nur der Zuwachs an Behandlungsfällen durch den Anstieg älterer Menschen in der Bevölkerung errechnet. Durch den Anstieg der Lebenserwartung und das damit verbundene höhere Risiko für viele Augenerkrankungen sowie durch mögliche Verbesserungen in Diagnostik und Therapie ist nach den oben dargestellten Szenarien mit einem zusätzlichen Anstieg der ophthalmologischen Behandlungsfälle zu rechnen. Die hier vorgestellten Zahlen sind also eher als untere Grenze der zukünftigen Versorgungszahlen zu sehen.

zusätzlicher Anstieg der Behandlungsfälle durch höhere Lebenserwartung und neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten

Zusammenfassung

Die demographische Alterung führt zu einem enormen Zuwachs des Bevölkerungsanteils älterer Menschen in Deutschland. Die Veränderungen sind bereits heute spürbar und werden sich in Zukunft noch verstärken. Die augenärztliche Versorgung ist von diesem Wandel besonders betroffen, da vor allem ältere Menschen an Augenerkrankungen leiden. So wird es in Deutschland bis 2030 allein für die über 60jährigen Menschen 7,7 Millionen mehr ophthalmologische Behandlungsfälle geben. Die Verlängerung der Lebenserwartung und neue Diagnose- und Therapieverfahren führen zusätzlich zu einem erhöhten Bedarf nach augenheilkundlichen Leistungen. Die Augenheilkunde steht daher vor der großen Aufgabe, diesen gestiegenen und weiter steigenden Versorgungsbedarf zu decken.

In der Vergangenheit und Gegenwart werden Erfolge der Augenheilkunde von der demographischen Veränderung aufgewogen. Tatsächlich hat sich der ophthalmologische Gesundheitszustand der Bevölkerung zwischen 1993 und 2009 gebessert. Blindheit und Sehbehinderung würden etwa 30.000 mehr Menschen in Deutschland betreffen, wenn es Innovationen in Diagnostik und Therapien nicht gegeben hätte und diese nicht in der flächendeckenden Versorgung angekommen wären. Durch weitere Fortschritte und einen optimierten Einsatz der notwendigen Versorgungsressourcen kann es gelingen, bei noch mehr Menschen den Verlust visueller Funktion oder gar Erblindungen abzuwenden. Allerdings werden für den zukünftig deutlich höheren Versorgungsbedarf zusätzliche Ressourcen notwendig werden, die von Politik und Entscheidungsträgern des Gesundheitssystems in die Augenheilkunde gelenkt werden müssen.

Ergebnisse einer Umfrage unter DOG- und BVA-Mitgliedern zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland

Um empirische Daten über die Einschätzung der Augenärzteschaft zur aktuellen und zur zukünftigen Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland zu gewinnen, wurde im August 2012 eine Umfrage unter den Mitgliedern der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) sowie des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA) durchgeführt.

Die Umfragethemen wurden aus einer Expertenbefragung gewonnen.

Die Themenbereiche der Umfrage wurden aus einer zuvor durchgeführten Expertenbefragung generiert. Darin waren von Vertretern unterschiedlicher Perspektiven der ophthalmologischen Versorgung die folgenden Versorgungsthemen als drängend identifiziert worden:

drängende Versorgungsthemen

- Verdichtung der augenärztlichen Arbeit durch Zunahme an Behandlungsfällen
- Gefährdung der Sicherstellung der flächendeckenden ophthalmologischen Versorgung
- veränderte Versorgungsbedingungen durch mehr private Zusatzleistungen
- lange Wartezeiten für Patienten auf reguläre Augenarzttermine
- möglicher Attraktivitätsverlust für Niederlassungen in der Augenheilkunde
- (drohende) berufliche Unzufriedenheit unter Augenärzten
- Rekrutierung und Qualifizierung des ophthalmologischen Nachwuchs
- Gestaltung flächendeckender Spitzenversorgung in der Zukunft

Unter den insgesamt 15 befragten Experten waren zehn Männer und fünf Frauen. Folgende Perspektiven waren vertreten: drei Vertreter aus Universitätsaugenkliniken, einer aus einer nicht-universitären Augenklinik und vier aus ambulanten Augenarztpraxen sowie drei Patientenvertreter, drei Industrievertreter und ein unabhängiger Versorgungsberater. Die Befragungen wurden überwiegend telefonisch durchgeführt. Prägnante Aussagen zu Problemen und Lösungsansätzen der Experten sind im Anhang aufgeführt.

Umfrageteilnehmer

An der nachfolgenden Umfrage nahmen insgesamt 1.361 Personen teil. Es wurden 1.275 Online-Fragebögen vollständig und weitere 86 Fragebögen (6,3 Prozent) unvollständig ausgefüllt. Unter den Umfrageteilnehmern waren 57,7 Prozent männlich und 42,3 Prozent weiblich. 17,3 Prozent der Teilnehmer hatten bis zu 10 Jahre Berufserfahrung, 26,7 Prozent 10-19 Jahre, 29,4 Prozent 20-29 Jahre und 26,6 Prozent 30 und mehr Jahre. 78,8 Prozent der Befragten kamen aus den alten Bundesländern, 19,8 Prozent aus den neuen Bundesländern (mit Berlin). Weitere 1,4 Prozent gaben an, nicht in Deutschland oder nicht ärztlich tätig zu sein. 21,5 Prozent arbeiteten in einer Augenklinik und 78,5 Prozent ambulant. Ihrer Position nach waren 8,8 Prozent Weiterbildungsassistenten (WBA), 77,8 Prozent Fachärzte, 7,7 Prozent Oberärzte und 3,6 Prozent Chefärzte. 69,5 Prozent der Befragten gaben an selbstständig zu arbeiten, 30,5 Prozent waren angestellt tätig. 60,7 Prozent der Umfrageteilnehmer arbeiteten ausschließlich konservativ, wohingegen 39,3 Prozent (einschließlich intravitrealer Injektionen) operativ tätig waren. 27,9 Prozent der Befragten gaben an, persönlich in Forschungsaktivitäten der Augenheilkunde involviert zu sein, 72,1 Prozent hingegen nicht.

Aktuelle und zukünftige Versorgungsqualität

Für die gegenwärtige Qualität der flächendeckenden ophthalmologischen Versorgung treffen die Umfrageteilnehmer eine weit überwiegend positive Einschätzung. Diese variiert allerdings zwischen verschiedenen Bundesländern.

Wie schätzen Sie gegenwärtig die Behandlungsqualität der flächendeckenden ophthalmologischen Versorgung in Deutschland ein?

positive Einschätzung der aktuellen Versorgungsqualität

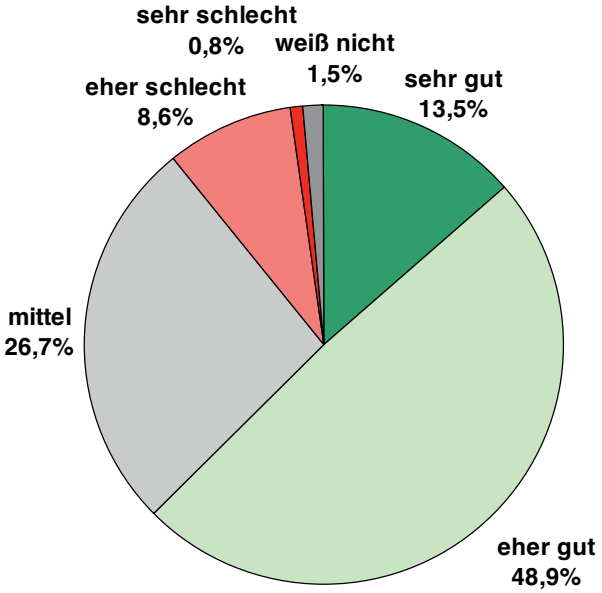
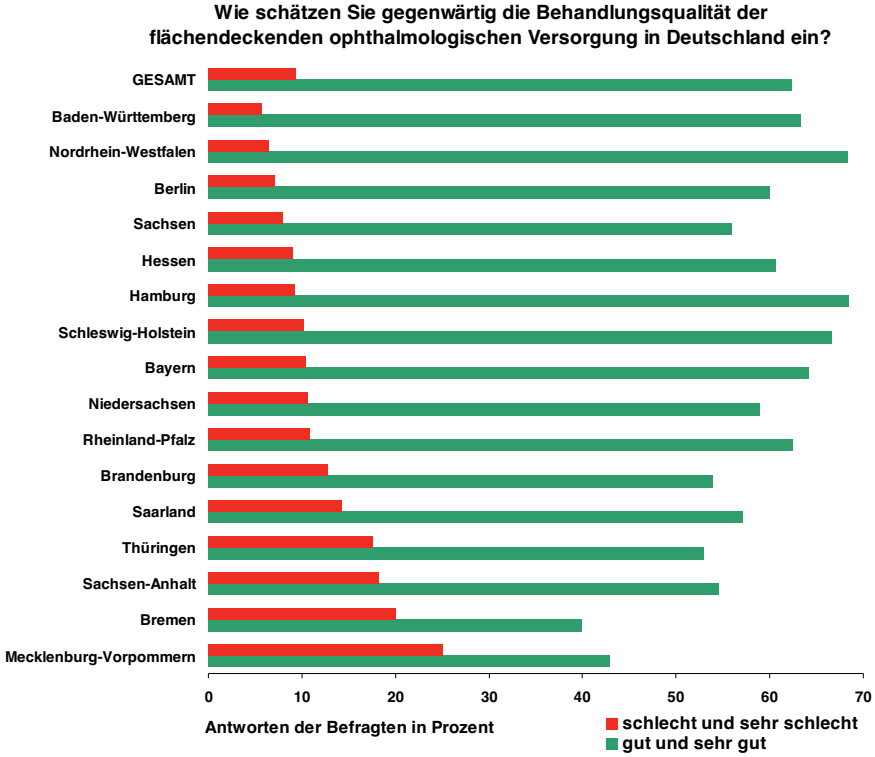


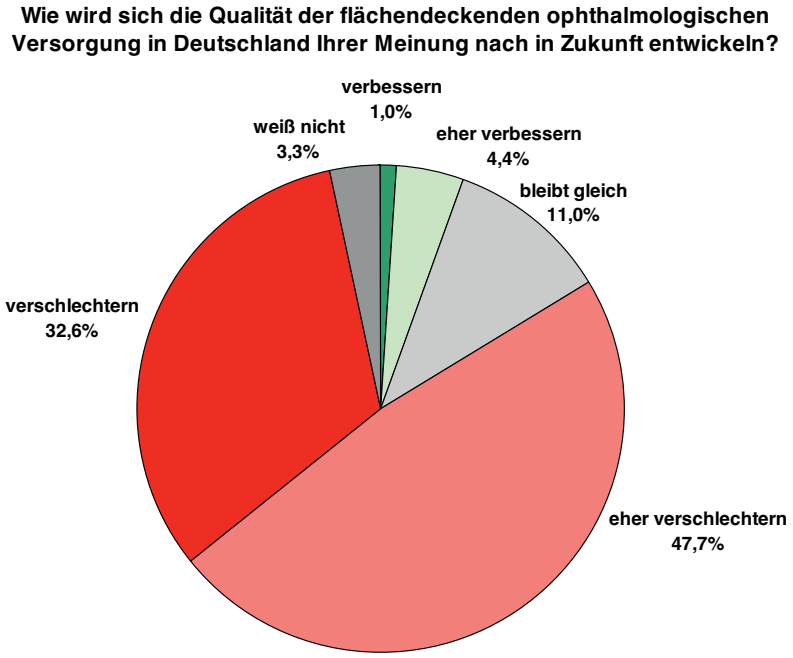
Abb. 16:
Einschätzung der aktuellen Versorgungsqualität in Deutschland (N=1311)



unterschiedliche Einstufung der aktuellen Versorgungsqualität nach Bundesländern

Abb. 17:
Einschätzung der aktuellen Versorgungsqualität im Ländervergleich

Für die Zukunft der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland geben die befragten Augenärzte eine ausgesprochen düstere Prognose ab, indem über achtzig Prozent eine Verschlechterung der flächendeckenden Versorgungsqualität erwarten.



negative Einschätzung der zukünftigen Versorgungsqualität

Abb. 18:
Einschätzung der zukünftigen Versorgungsqualität in Deutschland
(N=1310)

Der Ländervergleich zeigt zwar einzelne regionale Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern, kann aber über die insgesamt sehr negative Prognose nicht hinwegtäuschen.

länderübergreifend negative Zukunftserwartungen

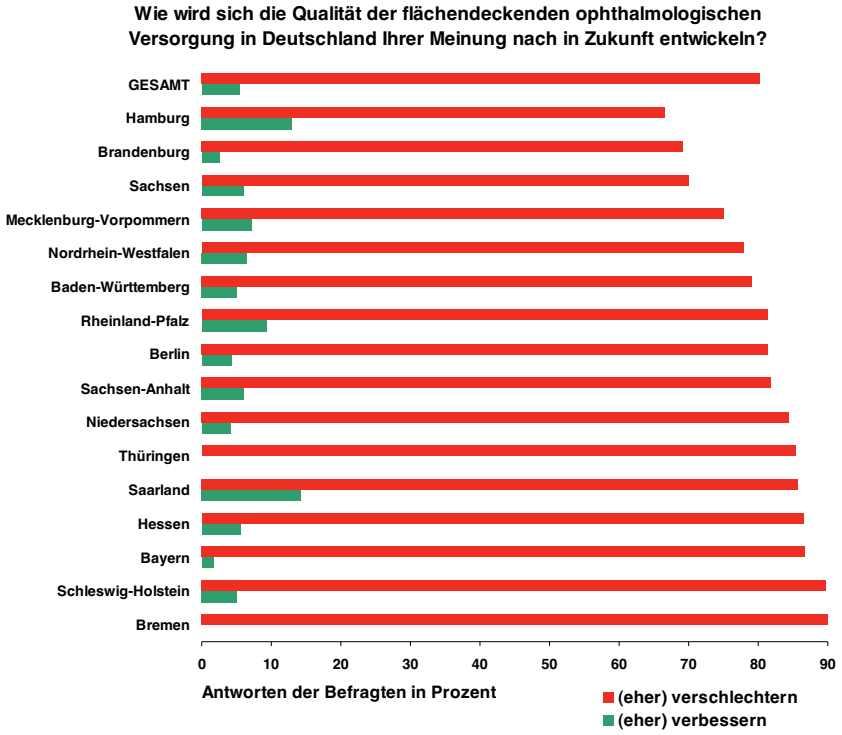
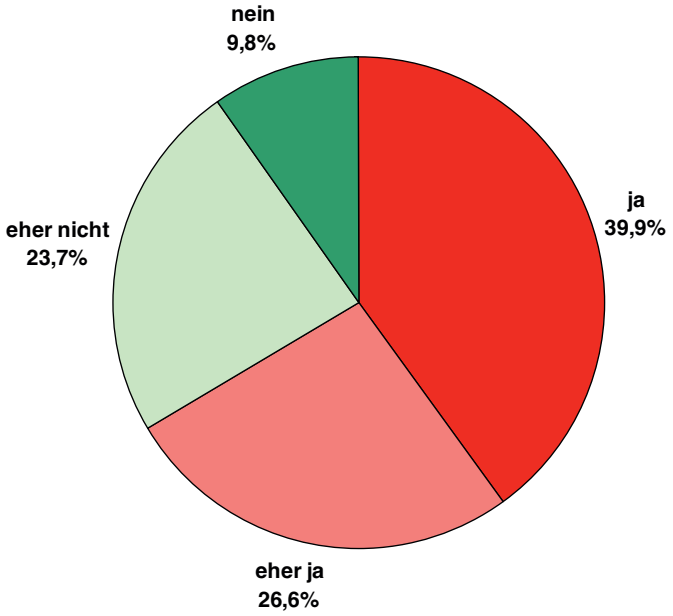


Abb. 19:
Einschätzung der zukünftigen Versorgungsqualität im Ländervergleich

Für die medizinische Versorgungsqualität gesetzlich gegenüber privat Versicherten stellen fast zwei Drittel der Befragten Unterschiede fest.

Sehen Sie aktuell Unterschiede in der medizinischen Behandlungsqualität zwischen privaten und gesetzlich versicherten ophthalmologischen Patienten in Deutschland?



2/3 sehen Versorgungs-Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten.

Abb. 20:
Einschätzung von Versorgungsunterschieden zwischen GKV- und PKV-Patienten (N=1311)

Unterschiede in der Einschätzung zwischen verschiedenen Subgruppen zeigt die folgende Tabelle auf. Auffällig ist, dass Männer für die aktuelle Versorgungsqualität eine positivere Einschätzung wählen als Frauen und die zukünftige Entwicklung dagegen etwas negativer sehen. Analog verhält es sich im Vergleich zwischen Augenärzten aus den alten und den neuen Bundesländern. Besonders ist hier jedoch auch die Beurteilung von Qualitätsunterschieden zwischen GKV und PKV-Mitgliedern, die Augenärzte in den neuen Bundesländern als weniger auffällig wahrnehmen gegenüber den Augenärzten in den alten Bundesländern. Eine besonders negative Zukunftsprognose stellen insbesondere erfahrene Augenärzte mit mehr als 30 Berufsjahren aus, wohingegen unter denjenigen mit bis zu zehn Jahren Berufserfahrung sowie unter Weiterbildungsassistenten (WBA) „nur“ zwei Drittel von einer Verschlechterung der Versorgungsqualität ausgehen. Unter niedergelassenen Augenärzten fällt auf, dass die gegenwärtige Versorgungsqualität besser eingestuft wird als unter Augenärzten in Kliniken, jedoch auch hier eine besonders negative Zukunftsprognose abgegeben wird.

Tab 11:
Subgruppenanalyse zur Bewertung der aktuellen und zukünftigen ophthalmologischen Versorgungsqualität in Deutschland

	Einschätzung der gegenwärtigen Behandlungsqualität der flächendeckenden ophthalmologischen Versorgung		Einschätzung der zukünftigen Qualität der flächendeckenden ophthalmologischen Versorgung		Gibt es gegenwärtig Unterschiede in der Behandlungsqualität zwischen GKV- und PKV-Versicherten?	
	gut/ sehr gut	schlecht/ sehr schlecht	(eher) besser	(eher) schlechter	nein/ eher nicht	ja/ eher ja
Frauen	57,6	10,3	5,9	78,9	37,8	61,1
Männer	65,5	8,8	4,9	81,3	30,3	69,4
alte Bundesländer	64,2	8,6	5,6	81,4	29,8	69,8
neue Bundesländer	54,7	13,0	4,3	77,2	50,0	50,0
unter 10 Berufsjahre	60,4	10,8	8,1	68,9	23,4	75,7
10-19 Berufsjahre	63,1	7,0	4,7	81,7	36,0	63,4
20-29 Berufsjahre	63,0	10,6	5,3	82,5	33,6	65,9
über 30 Berufsjahre	61,1	9,6	3,6	84,5	37,3	62,0
konservativ tätig	61,0	10,2	4,5	83,3	34,4	65,2
operativ tätig	63,9	8,2	6,4	75,9	31,9	67,1
WBA	50,0	16,1	9,8	64,3	20,5	78,6
Fachärzte	64,5	8,7	4,4	83,4	34,9	64,6
Oberärzte	56,1	6,1	6,1	72,4	30,6	68,4
Chefärzte	56,5	17,4	10,9	80,4	39,1	60,9
in Klinik	56,4	9,8	8,0	71,3	28,4	70,2
in Niederlassung	63,8	9,3	4,5	82,8	34,8	64,8
angestellt	56,3	10,0	8,0	71,7	29,3	69,9
selbstständig	64,8	9,1	4,1	84,1	35,2	64,2
Forscher	63,5	9,6	6,2	75,0	26,4	73,0
Nicht-Forscher	61,6	9,4	4,9	82,6	36,0	63,3
Gesamt	**62,4**	**9,4**	**5,4**	**80,3**	**33,3**	**66,1**

Defizite in der ophthalmologischen Versorgung

Versorgungsdefizite

Versorgungsdefizite stellen sich aktuelle vor allem für multimorbide und bettlägerige Patienten dar, die den Weg zur Augenärztin oder dem Augenarzt nicht mehr auf sich nehmen können, jedoch werden auch andere Patientengruppen von einer großen Zahl der Befragten genannt. Die ländliche Versorgung und die Versorgung von Kindern erscheint vielen Umfrageteilnehmern problematisch.

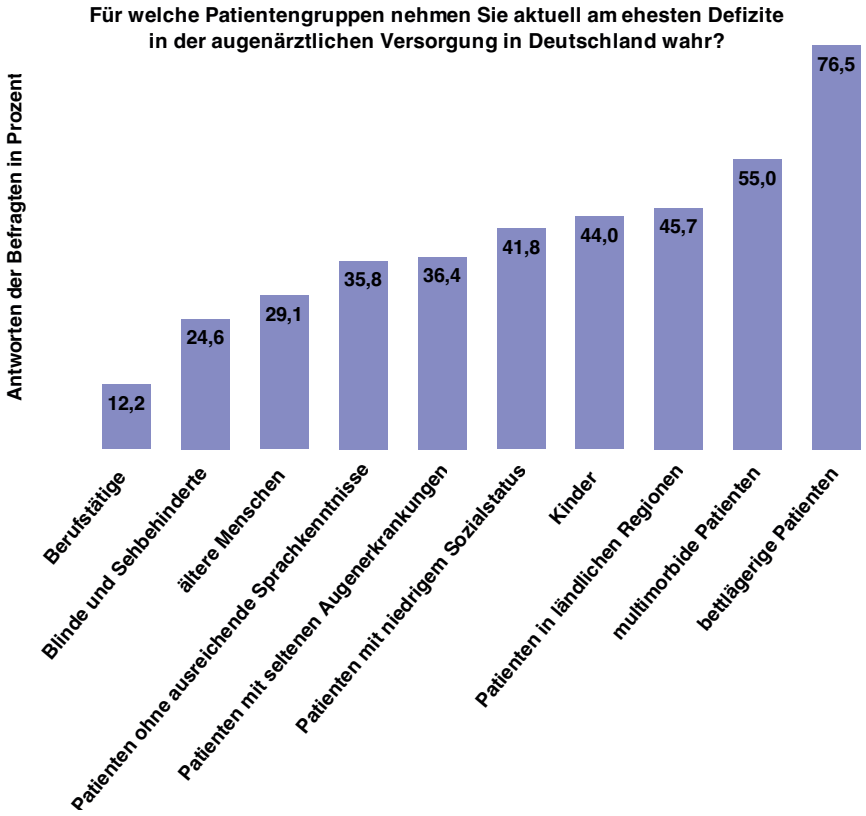


Abb. 21:
Defizite in der ophthalmologischen Versorgung
(N=1308)

nicht erfüllte Patientenbedürfnisse

Befragt nach Patientenbedürfnissen, die derzeit zu wenig oder gar nicht erfüllt werden, geben 74,2 Prozent an, kurze Wartezeiten von weniger als 30 Minuten in ihrem Arbeitsumfeld nicht realisieren zu können. Weiterhin wird die Transparenz bei Kostenerstattungsfragen (12,1 Prozent) sowie die Begleitung bei der Verarbeitung von schwerwiegenden Augenerkrankungen (11,7 Prozent) als schwer zu erfüllende Bedürfnisse der Patienten gesehen.

Problem Wartezeiten auf reguläre Augenarzttermine

Wartezeiten für Patienten auf Termine außerhalb der Notfallversorgung wurden gesondert erfragt. Unter den Augenärzten, die eine zeitliche Angabe zur Wartezeit machten (N=835) ergibt sich, dass deutlich über ein Drittel der gesetzlich versicherten Patienten mehr als zwei Monate auf einen Arzttermin warten muss. Jeweils knapp ein Drittel bekommt einen Termin innerhalb der ersten drei bzw. zwischen vier und acht Wochen.

7,8 Prozent nehmen unbekannte GKV-Patienten gar nicht mehr an

7,8 Prozent aller Befragten (N=974) gaben an, dass bislang unbekannte GKV-Patienten gar nicht mehr angenommen würden.

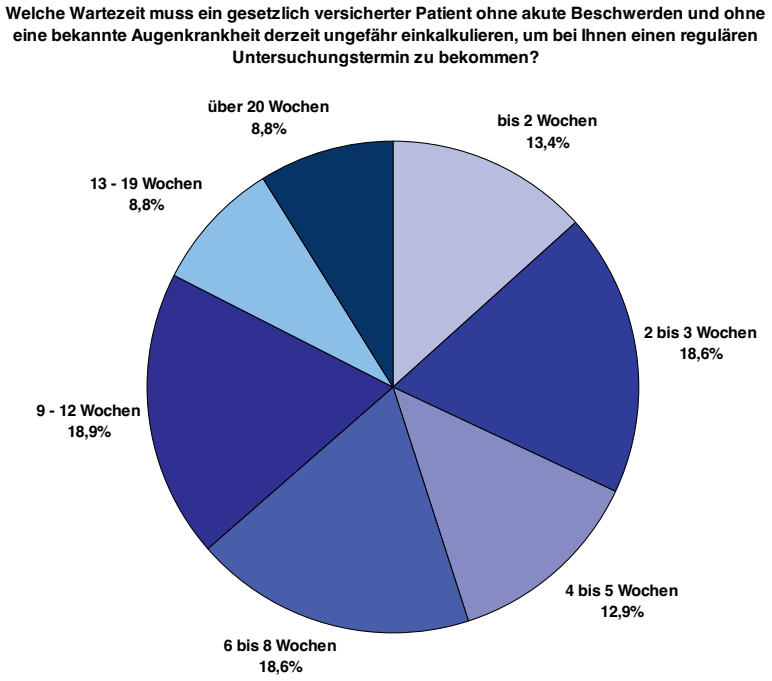
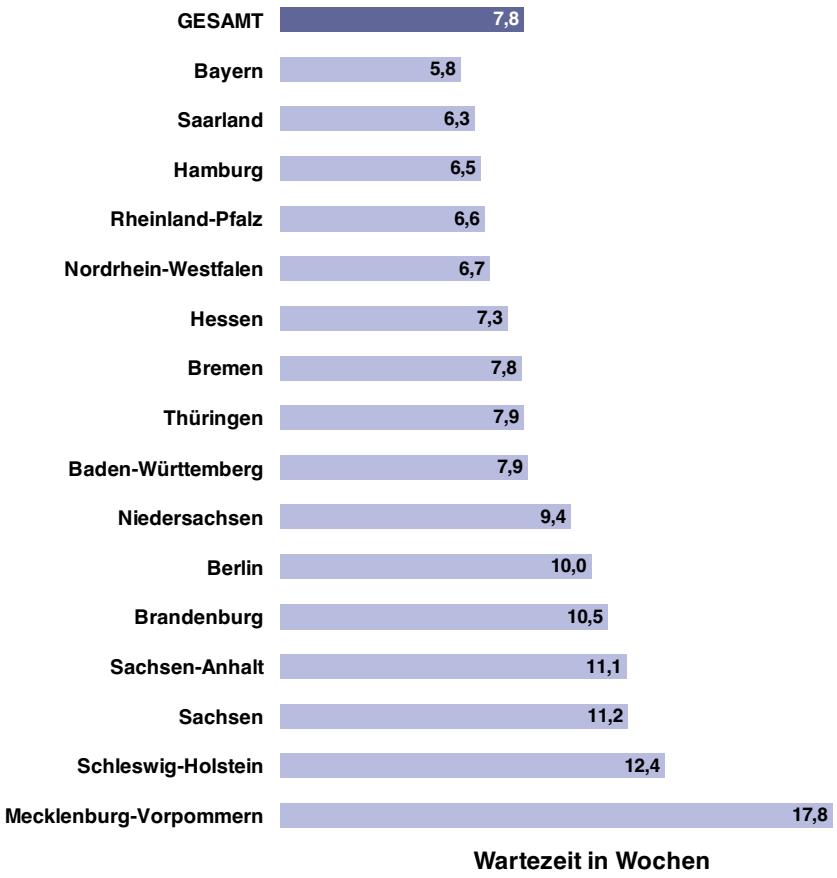


Abb. 22:
Wartezeiten für Augenarzttermine für GKV-Patienten
(N=835)

Es ergeben sich im Vergleich der Bundesländer zum Teil erhebliche Unterschiede der Wartezeiten auf einen Termin beim Augenarzt.



acht Wochen Wartezeit im Durchschnitt

Abb. 23:
durchschnittliche Wartezeiten für reguläre Augenarzttermine nach Bundesländern (nur für GKV-Patienten)

Wahrnehmung von Veränderung

In den letzten zehn Jahren ist es zu spürbaren Veränderungen der Arbeitssituation gekommen.

Rückblickend für die letzten zehn Jahre stellen die meisten Befragten fest, dass sich die Arbeitssituation in der Augenheilkunde für die große Mehrheit der Befragten verändert hat und insgesamt eine Arbeitsverdichtung festzustellen ist. Die demographische Alterung der Gesellschaft und ein Wandel zu mehr chronischen Krankheiten sind auch in ihrem persönlichen Arbeitsumfeld der Befragten spürbar geworden ist.

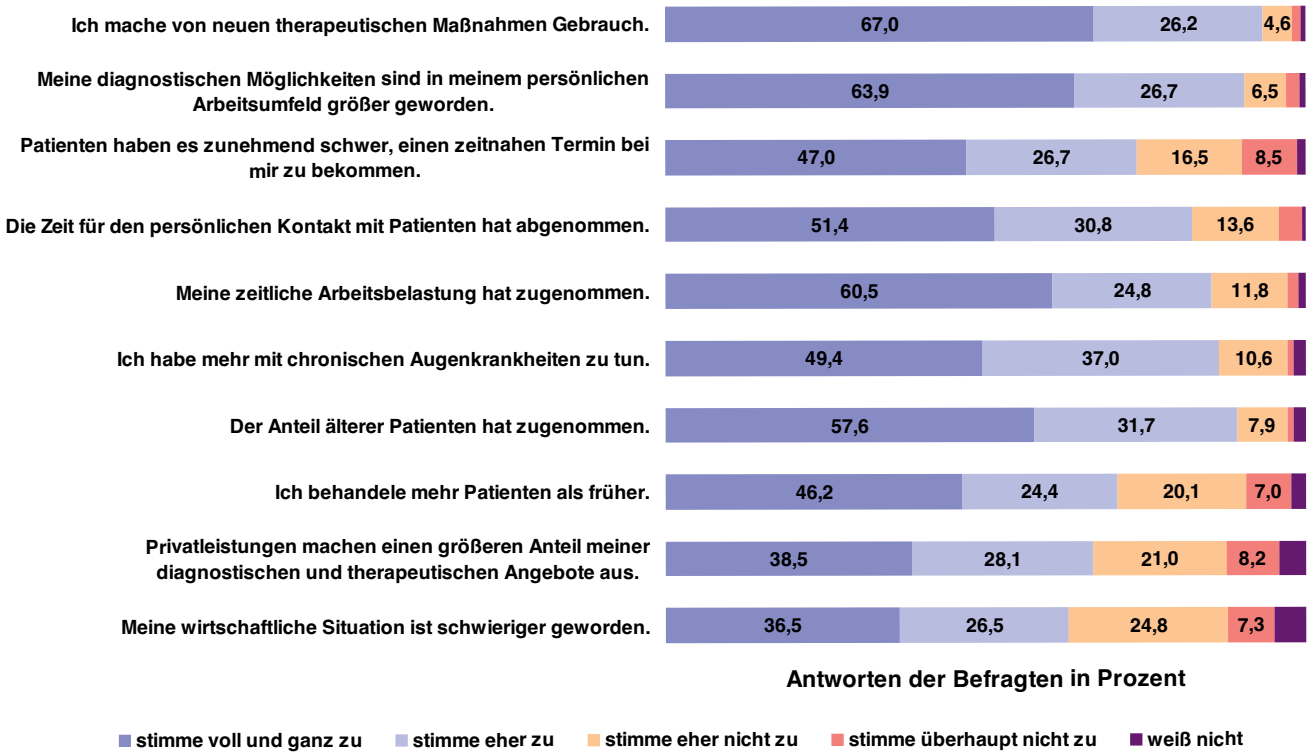


Abb. 24:
Fragen zur Entwicklung in der Augenheilkunde in den letzten zehn Jahren
(N=1361)

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Bei Fragen zur Rolle individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) zeigt sich, dass diese insgesamt für medizinisch notwendig erachtet werden und die Kosten von einer großen Mehrheit der Befragten für den Patienten als zumutbar eingestuft werden. Allerdings geben über 80 Prozent der Befragten an, Patienten zu erleben, die sich medizinisch notwendige IGeL nicht leisten können. Eine Mehrheit der befragten Augenärzte sieht keine Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung, jedoch wird der mit IGeL einhergehende Aufklärungs- und Dokumentationsaufwand als störend erlebt. Über die gesundheitspolitische Einstufung von IGeL ergibt sich eine geteilte Auffassung in der Augenärzteschaft.

IGeL werden als medizinisch notwendig gesehen und erscheinen den Patienten zumutbar.

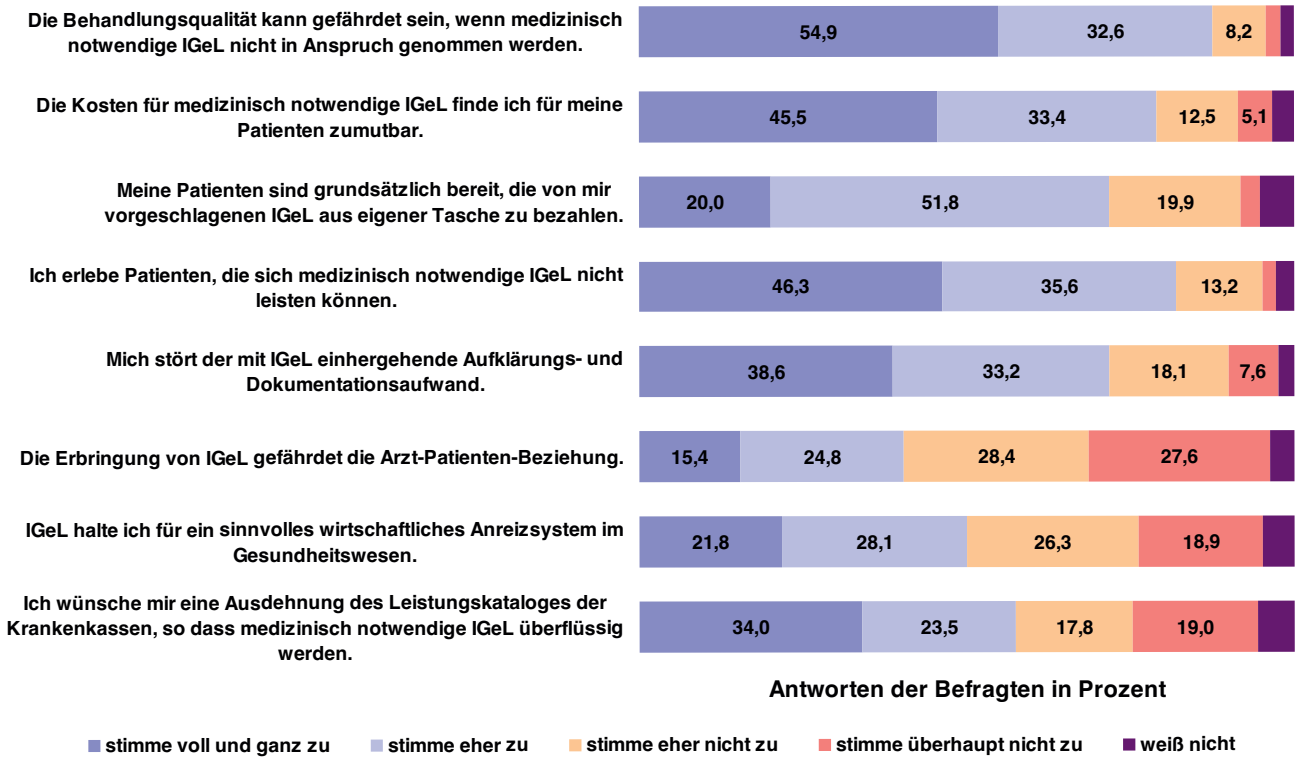


Abb. 25:
Fragen zur Einschätzung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)
(N=1324)

Eine ergänzende Frage unter den niedergelassenen Augenärzten nach dem Umfang von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in ihrer Praxis ergaben, dass IGeL derzeit einen eher geringen Teil für die augenärztliche Vergütung ausmachen. So gaben 51,4 Prozent der Befragten an, nicht mehr als zehn Prozent ihrer Gesamteinnahmen aus IGeL zu akquirieren.

Der IGeL-Anteil macht mehrheitlich nicht mehr als 10 Prozent der Einnahmen aus.

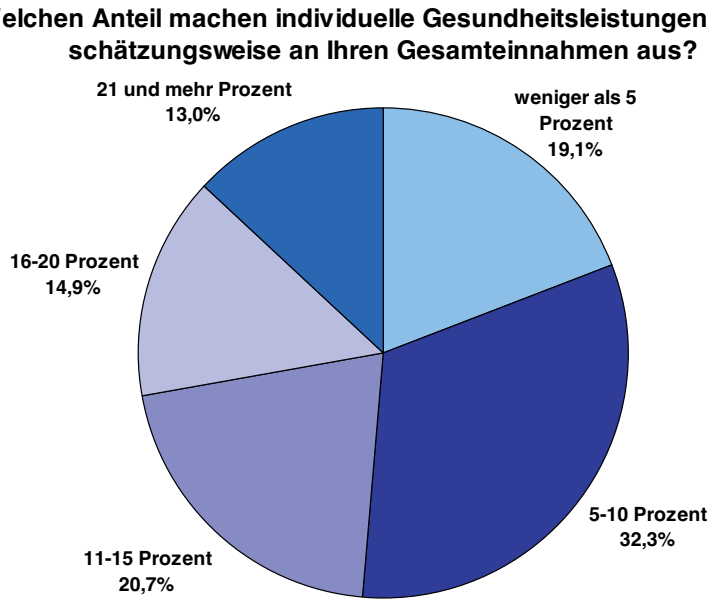


Abb. 26:
Anteil von individuellen Gesundheitsleistungen für die Gesamteinnahmen von niedergelassenen Augenärzten
(N=972)

Berufszufriedenheit

Insgesamt ist unter den Augenärzten für eine große Mehrheit Zufriedenheit mit der Berufswahl Augenheilkunde festzustellen. Für die Verdienstverhältnisse jedoch ergibt sich eine mittlere Beurteilung und in der Beurteilung des zeitlichen Aufwands sogar ein Überwiegen der unzufriedenen Stimmen.

Fast 60 Prozent sind mit ihrer beruflichen Tätigkeit insgesamt zufrieden.

Beim zeitlichen Aufwand überwiegt jedoch Unzufriedenheit.

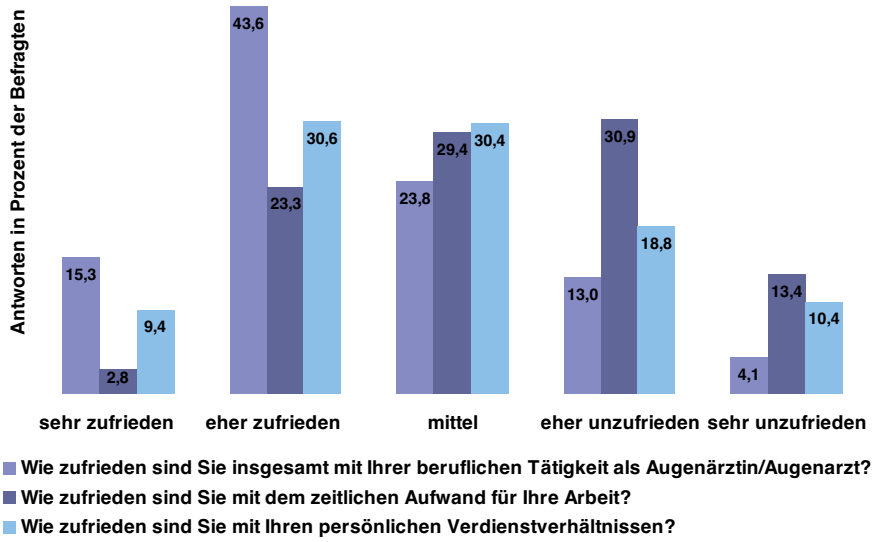


Abb. 27:
berufliche Zufriedenheit unter Augenärzten (N=1302)

Die Subgruppenanalyse zeigt eine höhere Berufszufriedenheit von Frauen gegenüber Männern, von operativ gegenüber konservativ tätigen Augenärzten sowie von Angestellten und in einer Klinik Beschäftigten gegenüber Selbstständigen und Niedergelassenen. Die höchsten Werte bei der arbeitszeitlichen Unzufriedenheit zeigen sich bei Chefärzten, die allerdings auch die größte Zufriedenheit mit dem Beruf insgesamt sowie beim Verdienst angeben. Konservativ tätige und niedergelassene Augenärzte zeigen eine hohe Unzufriedenheit mit der Arbeitszeit und dem Verdienst.

Tab 12:
Subgruppenanalyse zur beruflichen Zufriedenheit unter Augenärzten

	Berufszufriedenheit insgesamt		Zufriedenheit mit Arbeitszeit		Zufriedenheit mit dem Verdienst	
	zufrieden	unzufrieden	zufrieden	unzufrieden	zufrieden	unzufrieden
Frauen	62,0	13,4	25,9	39,8	40,6	27,3
Männer	57,0	19,1	26,0	47,7	39,5	29,9
alte Bundesländer	58,3	18,1	25,3	45,7	39,8	30,6
neue Bundesländer	63,4	11,8	27,2	40,6	39,8	22,4
unter 10 Berufsjahre	61,3	10,8	23,9	42,8	45,5	18,0
10-19 Berufsjahre	63,7	14,8	26,7	43,9	44,8	24,1
20-29 Berufsjahre	56,1	18,8	27,8	47,1	38,1	33,9
über 30 Berufsjahre	55,4	20,1	24,1	43,9	31,4	35,3
konservativ tätig	51,7	19,5	24,8	43,4	32,3	35,3
operativ tätig	70,9	12,5	27,5	46,0	52,0	19,1
WBA	48,2	17,9	71,4	2,7	50,9	5,4
Fachärzte	56,9	18,9	26,2	44,1	36,4	32,4
Oberärzte	74,5	8,2	26,5	45,9	56,1	17,3
Chefärzte	82,6	8,7	32,6	56,5	67,4	13,0
in Klinik	70,5	8,0	25,5	41,8	53,1	14,5
in Niederlassung	56,2	19,2	25,9	45,2	36,4	32,8
angestellt	67,1	9,5	27,5	38,6	50,9	17,5
selbstständig	55,9	19,9	25,1	47,1	35,2	33,9
Forscher	69,4	11,2	23,0	46,6	48,6	22,8
Nicht-Forscher	55,4	18,9	27,0	43,5	36,7	31,3
Gesamt	**58,9**	**17,1**	**26,1**	**44,3**	**40,0**	**29,2**

Die hohe zeitliche Belastung, die der augenärztliche Beruf mit sich bringt, wird auch bei der Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit der Befragten deutlich: fast achtzig Prozent der Augenärzte geben an, 46 und mehr Stunden pro Woche zu arbeiten, fast ein Fünftel sogar über 60 Stunden.[5]

Achtzig Prozent arbeiten über 46 h, fast ein Fünftel über 60 h.

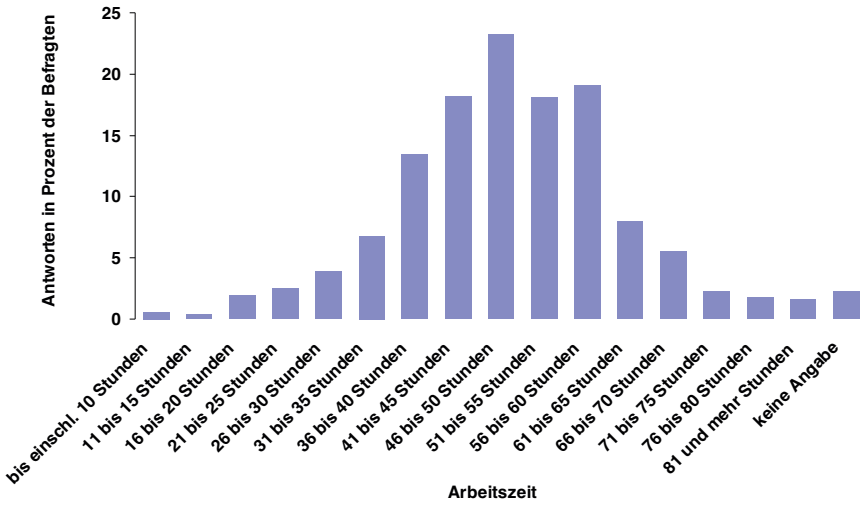
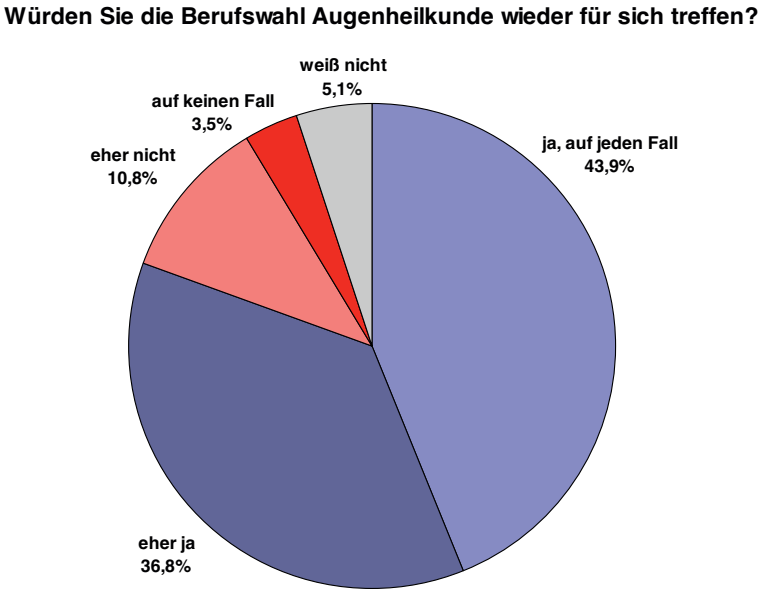


Abb. 28:
Arbeitszeitliche Belastung von Augenärzten (N=1303)

Die hohe berufliche Zufriedenheit insgesamt spiegelt sich auch in der Frage wider, ob die Berufswahl wieder getroffen würde, die über achtzig Prozent der Befragten bejahen.



Über achtzig Prozent würden die Berufswahl Augenheilkunde wieder treffen.

Abb. 29:
Einstellung zur Berufswahl Augenheilkunde (N=1302)

[5] Hier nur Vollzeitarbeitnehmer berücksichtigt.

Fort- und Weiterbildung

Augenärzte nehmen intensiv Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Anspruch. Über vierzig Prozent wenden dazu sogar mehr als acht Stunden pro Monat auf.

Über vierzig Prozent bilden sich mehr als acht Stunden pro Monat fort.

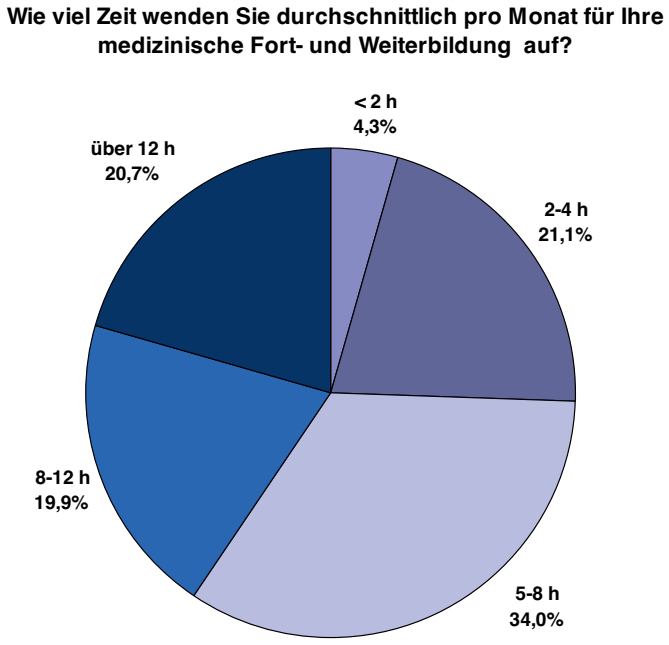
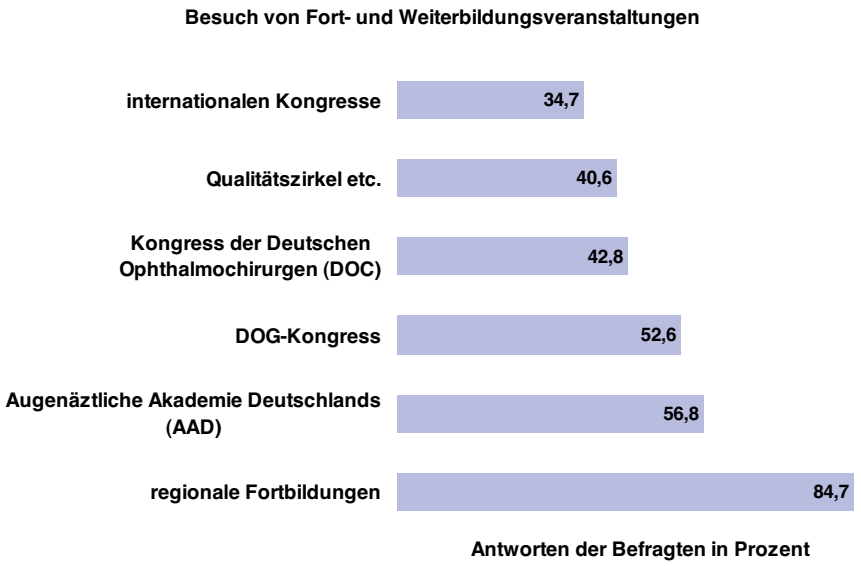


Abb. 30:
zeitlicher Aufwand für Fort- und Weiterbildung (N=1309)

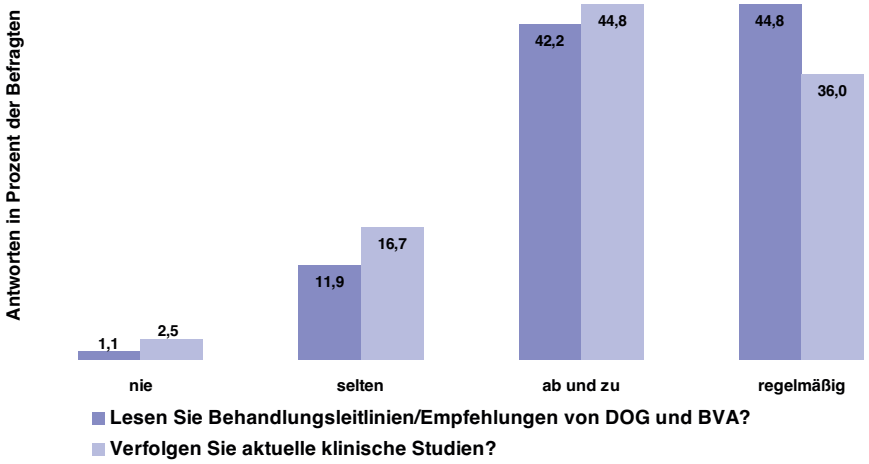
Bei der Wahl der verschiedenen Fort- und Weiterbildungs-möglichkeiten überwiegen regionale Veranstaltungen sowie die großen nationalen Fortbildungskongresse, die über die Hälfte der Befragten besucht. Internationale Kongresse werden von etwa einem Drittel der Befragten aufgesucht.



Regionale Fortbildungen und die großen nationalen Augenkongresse werden mehrheitlich besucht.

Abb. 31:
Besuch von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (N=1307)

Bei schriftlichen Fort- und Weiterbildungsmedien zeigt sich ein großes Interesse für Behandlungsleitlinien sowie für klinische Studien, die von jeweils über achtzig Prozent der Umfrageteilnehmer zumindest ab und zu verfolgt werden.



großes Interesse an Behandlungsleitlinien und klinischen Studien

Abb. 32:
Beachtung von Leitlinien und klinische Studien (N=1306)

Eine Mehrheit (54 Prozent) der Befragten benutzt Behandlungsleitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften, und annähernd drei Viertel der Umfrageteilnehmer verwendet den von der DOG herausgegebenen „Ophthalmologen“ zu Fort- und Weiterbildungszwecken.

Fast drei Viertel nutzen den Ophthalmologen für ihre Fort- und Weiterbildung.

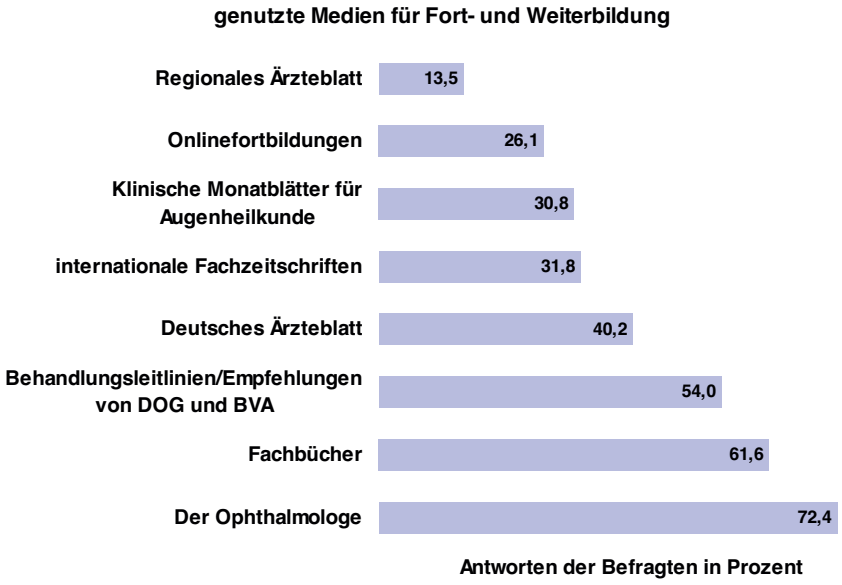


Abb. 33:
genutzte Medien für Fort- und Weiterbildung (N=1307)

Es ergibt insgesamt sich eine überwiegende Zufriedenheit mit der Arbeit der Berufsverbände DOG und BVA unter den Befragten; dennoch werden von vielen Umfrageteilnehmern mehr politische Lobbyarbeit und mehr mediale Präsenz, insbesondere im Ringen um eine höhere Basisvergütung in der ambulanten Versorgung sowie um den Erhalt einer geeinten Augenheilkunde, die sowohl konservativ tätige Augenärzte wie Operateure vertritt, angemahnt. Einige Wünsche und Anregungen zur zukünftigen Arbeit von DOG und BVA finden sich im Anhang.

überwiegende Zufriedenheit mit der Arbeit von DOG und BVA

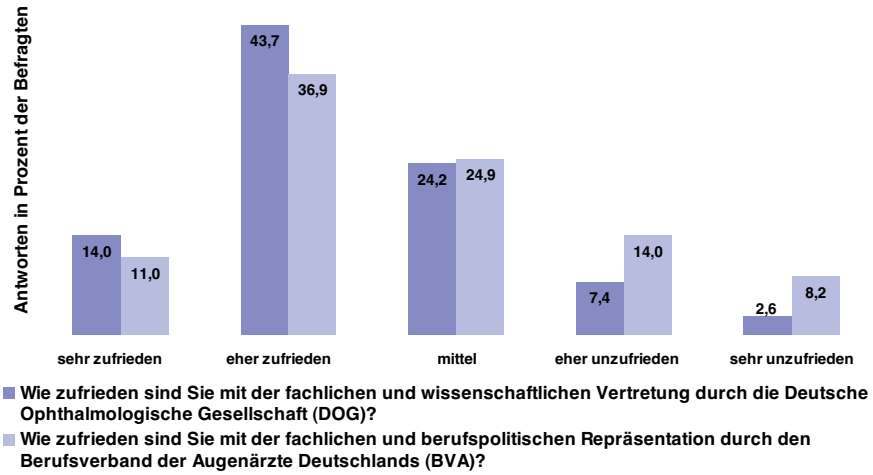
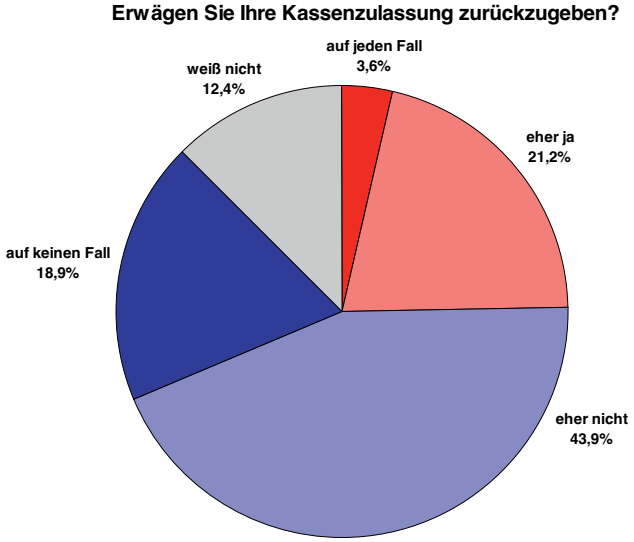


Abb. 34:
Einschätzung der Zufriedenheit mit den Berufsverbänden DOG und BVA (N=1299)

Fragen an niedergelassene Augenärzte

Viele niedergelassene Augenärzte zeigten sich unzufrieden mit der aktuellen Vergütung für Behandlungsleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten. Unter den befragten niedergelassenen Augenärzten gaben 2,9 Prozent an, ihre Kassenzulassung bereits zurückgegeben zu haben. Weitere 18 Befragte gaben an, nie eine Kassenzulassung gehabt zu haben. Unter den verbliebenen 925 niedergelassenen Augenärzten bestand bei einem Viertel die Erwägung, die Kassenzulassung zurückzugeben.

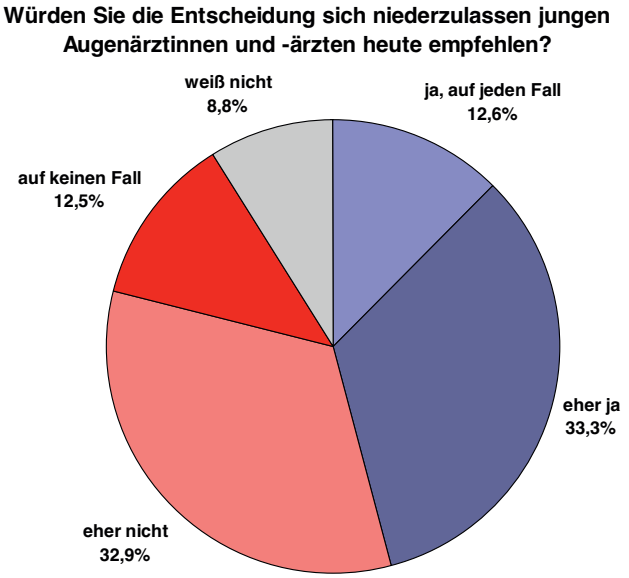
Unzufriedenheit unter niedergelassenen Augenärzten mit der kassenärztlichen Vergütung



Ein Viertel erwägt die Kassenzulassung zurückzugeben.

Abb. 35:
Einstellungen zur Kassenzulassung (N=925)

Die Empfehlung sich niederzulassen bzw. dieses gerade nicht zu tun würden etwa gleich viele Befragte an junge Augenärztinnen und Augenärzte geben.



Gleich viele Befragte würden jungen Ophthalmologen eine Niederlassung empfehlen oder davon abraten.

Abb. 36:
Empfehlungen zur Niederlassung (N=970)

Fragen an Weiterbildungsassistenten und Fachärzte in Kliniken

Die Frage nach den Wünschen zur zukünftigen beruflichen Existenz unter Assistenz- und Fachärzten in Kliniken zeigt eine Beliebtheit von Angestelltenverhältnissen, die bei Frauen noch höher ausfällt als bei Männern.

Angestellten-verhältnisse sind vor allem bei Frauen beliebt.

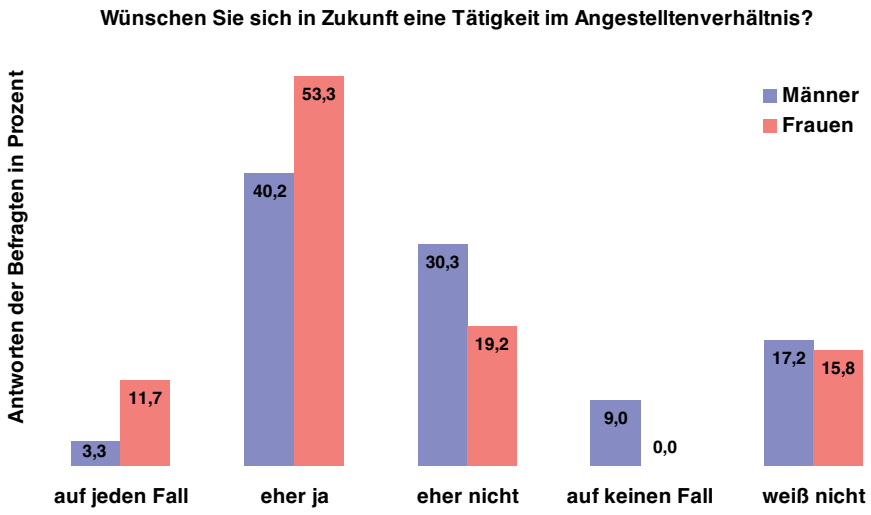


Abb. 37:
Bewertung einer zukünftigen angestellten Tätigkeit (N=145)

Gerade Frauen wünschen sich für die Zukunft Teilzeittätigkeiten, wohingegen Männer überwiegend eine Vollzeitbeschäftigung anstreben..

Frauen wünschen sich mehrheitlich eine Teilzeittätigkeit, Männer eher nicht.

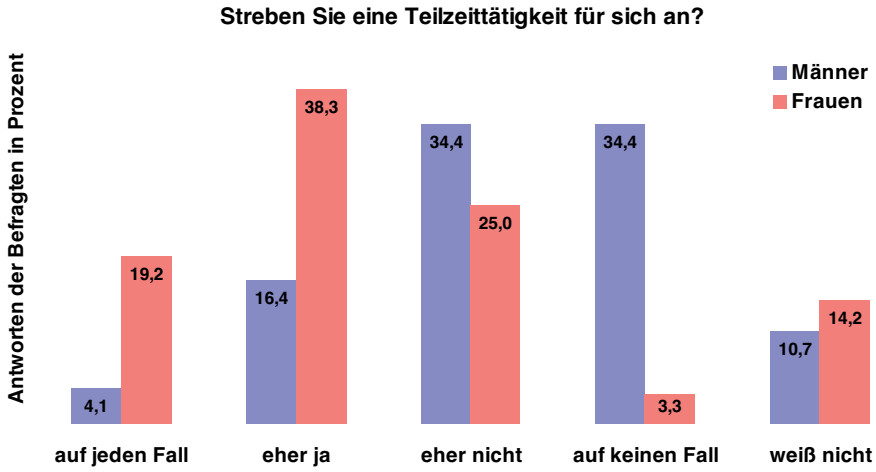
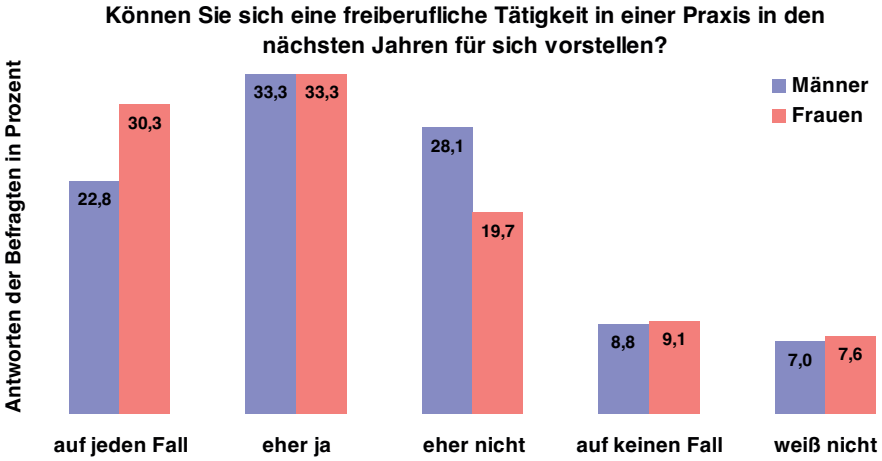


Abb. 38:
Bewertung einer zukünftigen Teilzeittätigkeit (N=145)

Eine freiberufliche Tätigkeit in einer Praxis kann sich trotz der eher kritischen Stimmungslage gegenüber der Niederlassung eine deutliche Mehrheit (60,1 Prozent) der befragten Assistenzärzte vorstellen. Geschlechterunterschiede sind hier eher gering.



Über sechzig Prozent können sich eine freiberufliche Tätigkeit in einer Praxis vorstellen.

Abb. 39:
Bewertung einer zukünftigen freiberuflichen Tätigkeit (N=123)

Fragen an operativ tätige Augenärzte

Unter den befragten Operateuren (davon 75 in einer Augenklinik und 134 in einer Niederlassung tätig) ergibt sich ein Unterschied in der Operationshäufigkeit; so tendieren niedergelassene Operateure deutlich mehr zu nur einem oder zwei Operationstagen pro Woche.

weniger Operationstage bei niedergelassenen Operateuren

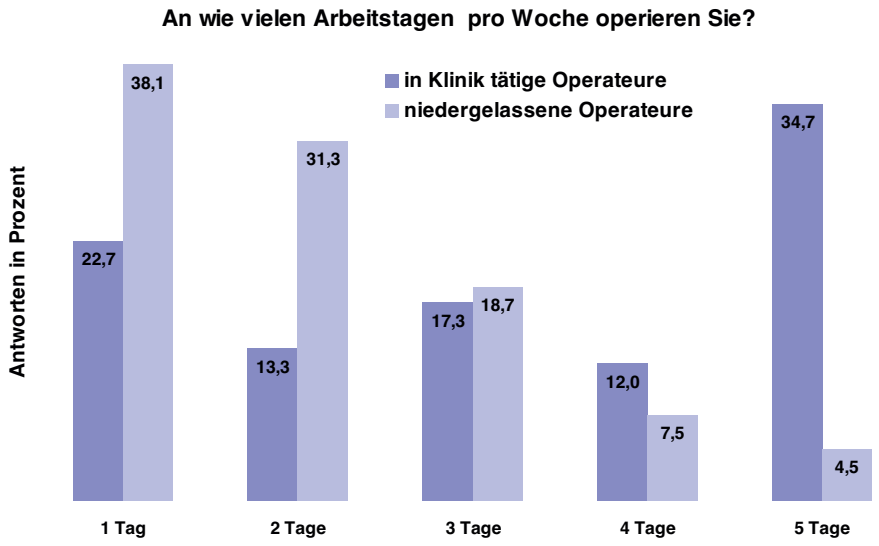


Abb. 40:
Arbeitstage im OP (N=209)

Weiterhin ergeben sich auch Unterschiede im Operationsspektrum zwischen niedergelassenen und in einer Klinik tätigen Augenärzten. Während von niedergelassenen Operateuren insbesondere intravitreale Injektionen, Katarakt- und Lidoperationen durchgeführt werden, wird von Operateuren in Augenkliniken ein breiteres Operationsspektrum abgedeckt.

verschiedene Operationsspektren

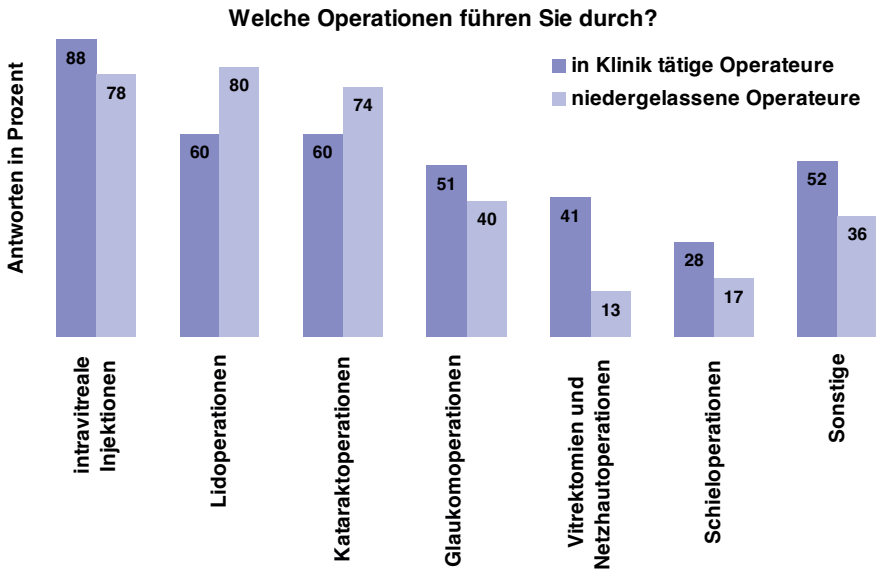


Abb. 41:
Operatives Spektrum (N=209)

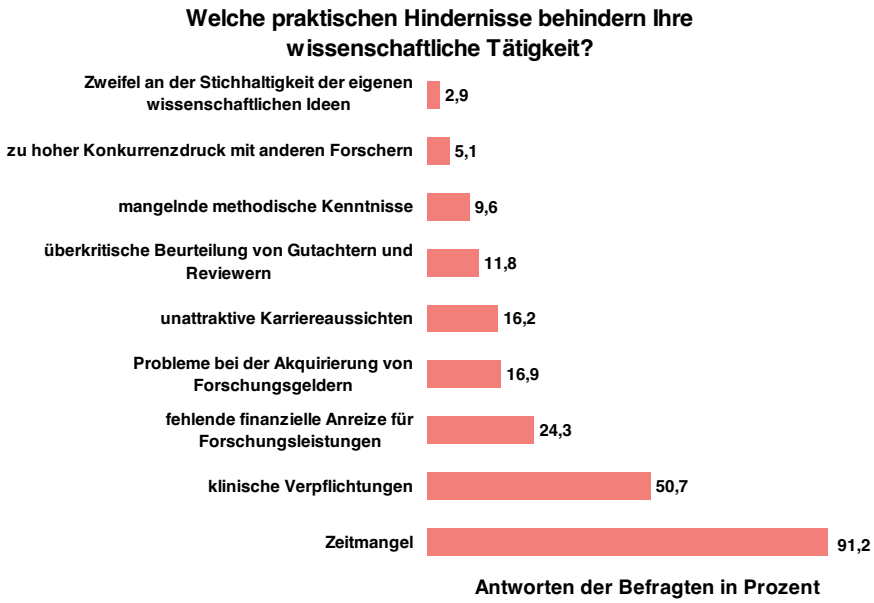
Fragen an forschende Augenärzte

Forschende Augenärzte zeigten eine insgesamt höhere Berufszufriedenheit gegenüber nicht-forschenden Augenärzten. In der folgenden Darstellung wird deutlich, dass die Motivation mehr von inneren Faktoren und Antrieben herrührt als von äußeren Einflüssen.

Innere Motivationsfaktoren überwiegen.

Abb. 42:
Motivationsfaktoren für Forschungstätigkeit (N=136)

Umgekehrt sind es weniger innere Hindernisse wie mangelnde Fähigkeiten oder Selbstzweifel, die für die Befragten ihre Forschungsaktivitäten hemmen als vielmehr praktische äußere Zwänge, von denen vor allem Zeitmangel als wichtigste Barriere genannt wird.



Vor allem äußere Hindernisse wie der Mangel an Zeit hemmen die Forschungsaktivität.

Abb. 43:
praktische Forschungshindernisse (N=136)

Schlussfolgerungen

Die Nachfrage nach ophthalmologischer Versorgung steigt – seit 1993 hat der Versorgungsbedarf bereits um 16,6 Prozent zugenommen, und auch die Zahl der Augenoperationen ist erheblich gestiegen. Hinzu kommen neue Diagnose- und Therapieverfahren wie z.B. die ca. 350.000 intravitrealen Injektionen, eine Behandlungsform, die es vor fünf Jahren noch gar nicht gab. Der gestiegenen Nachfrage stehen Veränderungen der Versorgungsstruktur mit einem Rückgang der stationären Bettenkapazitäten um 30 Prozent und einer Reduktion der ambulanten Praxen um 17,7 Prozent (an Einzelpraxen sogar um 25 Prozent) in einem Zehnjahreszeitraum bei mehr Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren gegenüber. Die hohen Behandlungszahlen mit über 60 Prozent mehr Behandlungsfällen in der Augenheilkunde gegenüber anderen Fachbereichen und die Unzufriedenheit vieler Augenärzte mit ihren langen Arbeitszeiten deuten darauf hin, dass bereits heute eine kritische Schlagzahl in der Ophthalmologie erreicht ist.

Und immer noch nimmt der Bedarf nach augenheilkundlichen Versorgungsleistungen zu. Die Projektionen für die Bevölkerungsentwicklung zeigen, dass es bis zum Jahr 2030 gegenüber heute 7,5 Millionen mehr über 60jährige Menschen in Deutschland geben wird. Aufgrund der Tatsache, dass viele Augenerkrankungen gerade ältere Menschen betreffen, schlägt sich diese Bevölkerungsentwicklung in der Augenheilkunde besonders nieder: allein für die Gruppe der über 60jährigen Menschen ist mit einem Zuwachs von 20 bis 30 Prozent mehr altersbedingten Augenerkrankungen und mit mehr als 35 Prozent zusätzlichen Behandlungsfällen zu rechnen. Die zum Teil scharfe Kritik an aktuellen Arbeitsbedingungen und die negativen Zukunftserwartungen besonders auch von niedergelassenen Augenärzten sind daher nicht als eine vorübergehende Unzufriedenheit zu verstehen, sondern weisen darauf hin, dass bislang keine Strategie zu erkennen ist, wie der immense quantitative und auch qualitative Morbiditätswandel aufgefangen werden kann. Die Ophthalmologen wie auch die Verantwortlichen für die Gestaltung der zukünftigen ophthalmologischen Versorgung in Deutschland sind daher herausgefordert, rechtzeitig die Weichen für eine Anpassung an den veränderten Bedarf zu stellen.

Herausforderung Breitenversorgung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden ophthalmologischen Versorgung ist bereits heute vielerorts ein großes Problem, wie die zum Teil sehr langen Wartezeiten für reguläre Augenarzt-Termine zeigen. Angesichts des Strukturwandels der ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen und stagnierender Arztzahlen ist in den nächsten Jahren mit einer weiteren Verschärfung der Versorgungssituation gerade in dünnbesiedelten Regionen zu rechnen. Ohne eine deutliche Aufstockung der Personalressourcen und verbesserte Bedingungen wird die steigende Nachfrage nach augenheilkundlicher Versorgung kaum zu befriedigen sein. Für eine angemessene Adaptation der ophthalmologischen Versorgung an die Bedingungen ist dazu eine enge Zusammenarbeit mit den politisch Verantwortlichen in den Bundesländern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen notwendig.

Herausforderung Prävention

Verbesserte Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen insbesondere für altersbedingte und chronische Augenerkrankungen sind notwendig, um die Entwicklung von Sehbehinderungen und Erblindungen abwenden zu können. Der Versorgungsauftrag der Augenheilkunde darf daher nicht allein auf die Behandlung von bereits Erkrankten beschränkt bleiben, sondern muss die Betreuung von Patienten mit Frühstadien und von Risikogruppen mit umfassen. Dazu muss eine angemessene Finanzierung für Präventionsmaßnahmen gegeben sein. Eine bessere öffentliche Darstellung über den Sinn und die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen ist unumgänglich, um Patienten schon vor dem Eintreten von schwerwiegenden Sehstörungen zu einer ophthalmologischen Kontrolle zu bewegen. Wie die Zahlen zur Inanspruchnahme augenärztlicher Leistungen zeigen, scheint es dabei gerade für Männer Nachholbedarf zu geben. Weitere Zielgruppen für eine verbesserte ophthalmologische Versorgung sind bettlägerige oder multimorbide Patienten, für die in der Umfrage am ehesten Versorgungsdefizite festgestellt werden. Dass 44 Prozent der befragten Ophthalmologen auch für Kinder Versorgungslücken sehen, sollte ebenso Anstoß für eine bessere augenärztliche Betreuung dieser Patientengruppe sein.

Herausforderung Finanzierung

Die Vergütung von augenärztlichen Leistungen durch gesetzliche Krankenkassen ist angesichts einer überwiegend pauschalen Abgeltung im ambulanten Bereich von etwa 20 g pro Patient und Quartal ein besonderer Streitpunkt. Dass in der Umfrage bis zu einem Viertel der ambulant tätigen Augenärzte eine Rückgabe ihrer Kassenzulassung erwägen, einige diesen Schritt bereits vollzogen haben und 7,8 Prozent der Befragten gar keine neuen GKV-Patienten mehr annehmen, zeigt eine hohe Unzufriedenheit unter den niedergelassenen Augenärzten mit der gegenwärtigen kassenärztlichen Versorgung. Von einer alles umfassenden Kostendeckung ohne Zusatzleistungen durch den Patienten selbst musste sich die Augenheilkunde bereits verabschieden. Eine wesentliche Ausweitung des Leistungskataloges der Krankenkassen erscheint aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft und den damit verbundenen Ausgabenerhöhungen unabweisbar - auch zu Lasten anderer Fächer, die weniger oder gar nicht vom demographischen Wandel betroffen sind. Sofern keine neuen Finanzierungswege (z.B. durch ophthalmologische Zusatzversicherungen analog der Zahnmedizin) etabliert werden, sind Eigenleistungen von Patienten für notwendige medizinische Leistungen auch in Zukunft unumgänglich.

Herausforderung Qualität

Erfreulich ist die positive Einschätzung der Augenärzte zur aktuellen flächendeckenden Behandlungsqualität wie auch die intensive Nutzung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Nach dieser Selbsteinschätzung befindet sich die deutsche Augenheilkunde gegenwärtig auf einem hohen Versorgungsniveau. Damit sind schon wichtige gute Voraussetzungen für eine weiterhin erfolgreiche und möglicherweise sogar noch bessere ophthalmologische Versorgung der Zukunft gegeben. Um eine flächendeckend hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, ist neben den erforderlichen Personalressourcen eine enge Zusammenarbeit, aber auch eine klare Trennung der Kompetenzen von Augenärzten und Optikern nötig.

Herausforderung Nachwuchs

Eine flächendeckende Augenversorgung braucht mittel- bis langfristig vor allem einen befähigten und motivierten Nachwuchs. Die hohen Werte zur Berufszufriedenheit insgesamt machen Hoffnung auch zukünftig junge Mediziner von der Berufswahl Augenheilkunde zu überzeugen. Dennoch ist es notwendig, Rahmenbedingungen durch eine angemessene Vergütung und angemessene zeitliche Arbeitsbelastung zu schaffen, um ein Abwandern von Augenärzten in nicht-kurative Arbeitsbereiche oder auch in das großenteils besser vergütende Ausland zu verhindern. Anstellungsverhältnisse, Teilzeitbeschäftigungen und neue Versorgungsformen werden in der Zukunft eine größere Rolle spielen. Auch die klassische Niederlassung in der Einzelpraxis, für die es durchaus weiterhin eine Nachfrage gibt, sollte für junge Ophthalmologen eine Berufsoption bleiben.

Herausforderung ophthalmologische Epidemiologie und Versorgungsforschung

Eine valide Datenlage über Häufigkeiten von Augenerkrankungen und über das ophthalmologische Versorgungsgeschehen wird angesichts der drängenden ökonomischen Grundbedingungen, der demographischen Veränderungen und des Strukturwandels in der Versorgung immer wichtiger. Neben den klassischen Bereichen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung müssen in Zukunft daher auch die Bereiche Epidemiologie und Versorgungsforschung einen festen Platz in der ophthalmologischen Forschung einnehmen. Aus der ophthalmologischen Epidemiologie müssen dazu bessere Daten als bisher über die Prävalenzen und Inzidenzen von Augenerkrankungen und von Risikofaktoren in der Bevölkerung generiert werden, wofür auch groß angelegte Bevölkerungsstudien nötig sind. In der ophthalmologischen Versorgungsforschung gilt es bestehende Versorgungskonzepte in ihrer Wirksamkeit (Effizienz und Effektivität) zu hinterfragen sowie neue Versorgungskonzepte zu entwickeln und zu evaluieren. Auch müssen die Patientenperspektive, soziale Faktoren, Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten wie auch Organisationsstrukturen in der Augenheilkunde zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung werden. Dazu sind methodische Ansätze aus vielen Disziplinen und eine intensivere fachübergreifende Zusammenarbeit nötig.

Rückblickend war die ophthalmologische Versorgung innerhalb der Augenheilkunde bisher kein beherrschendes Themenfeld. Vor dem Hintergrund einer erfolgreichen Vergangenheit der Augenheilkunde in Deutschland, erscheint in der gegenwärtigen Situation einiges kritisch und manche Zukunftsperspektive sogar bedrohlich. Die Augenheilkunde in Deutschland befindet sich derzeit in einer Phase der Veränderung, die Risiken bietet, aber auch Chancen, die es jetzt zu nutzen gilt.

Augenheilkunde in Zahlen

Im Jahr 2010...

- suchte etwa ein Viertel der gesamten Bevölkerung einen Augenarzt auf.
- hatten in der Altersgruppe der 70 bis 80jährigen über 50 Prozent der Bevölkerung zumindest einen Augenarztkontakt.
- nahmen Frauen bis zu 60 Prozent häufiger augenärztliche Hilfe in Anspruch als Männer.
- arbeiteten in Deutschland 5.680 Augenärzte im ambulanten Sektor.
- waren 43,9 Prozent der vertragsärztlichen Augenärzte weiblich (zum Vergleich: bei allen Vertragsärzten betrug dieser Anteil 36,3 Prozent).
- arbeiteten 41,9 Prozent der Augenärzte in Gemeinschaftspraxen (unter allen Vertragsärzten: 36,4 Prozent).
- waren 888 Augenärzte stationär tätig (Frauenanteil 39,2 Prozent).
- gab es 577 Augenärzte, die in der Niederlassung angestellt waren.
- waren 474 niedergelassene Augenärzte belegärztlich tätig.
- waren in Krankenhäusern tätige Augenärzte im Durchschnitt etwa 41,1 Jahre alt und niedergelassene Augenärzte durchschnittlich etwa 10 Jahre älter.
- wurden über eine Million Augenoperationen in Deutschland durchgeführt (548.202 davon stationär in Augenkliniken).
- sah jeder ambulante Augenarzt durchschnittlich 5.459 Patienten im Jahr (und somit 60,7 Prozent mehr als der Durchschnitt aller ambulanten Vertragsärzte).
- gab es ca. 31,5 Millionen ambulante augenheilkundliche Behandlungsfälle in Deutschland.
- machten augenärztliche Behandlungsfälle 5,4 Prozent aller ambulanten Behandlungsfälle aus.
- kostete die augenärztliche Versorgung durchschnittlich etwa 32 € pro Bundesbürger plus weitere 6 € für Augenmedikamente.
  (Zum Vergleich: für Optiker gaben die Deutschen über 55 € aus, für Gesundheitsausgaben insgesamt 3.510 €
- waren 21,5 Millionen Menschen in Deutschland 60 Jahre alt oder älter (26,3 Prozent der Bevölkerung - zum Vergleich 1997: 23,3 Prozent).
- machte die Quote der Patienten mit 60 und mehr Lebensjahren in der ambulanten Augenheilkunde 56,7 Prozent aus (zum Vergleich 1997: 42,8 Prozent).
- gab es für 60+jährige Menschen insgesamt ca. 18 Mio. ambulante augenärztliche Behandlungsfälle.

Anhang

Aussagen aus Experteninterviews zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland

aktuelle Probleme der ophthalmologischen Versorgung

„Wir stecken in einer „Fortschrittsfalle“, indem Zusatzleistungen ausgelagert werden und immer mehr Zusatzversicherungen auftauchen.“

„Was nicht Katarakt und IVOM ist, ist in der Bevölkerung schlecht versorgt.“

„Die Kollegen, die die Niederlassung beenden wollen, finden keinen Nachfolger.“

„Die Basisversorgung in der GKV ist einfach nicht mehr wirtschaftlich zu erbringen.“

„Seit 2004 hat sich das GKV-Honorar für Augenärzte nicht verändert. Vor zehn Jahren ging es den Augenärzten sehr viel besser.“

„Seit Änderung des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) ist die augenärztliche Gebührenordnung so pauschaliert, dass in einer altersspezifischen Grundpauschale alles „eingedost“ ist. Die Augenärzte können im Gegensatz zu anderen Fachbereichen mit einem differenzierteren EBM nicht mehr Punkte erbringen. Die konservativ tätigen Augenärzte können sich so nicht steigern.“

„Ohne Selbstzahlerleistungen gäbe es keine Augenärzte mehr.“

„Auf dem flachen Land haben wir einen Mangel an niedergelassenen Augenärzten.“

„Wir bekommen viele Anfragen von Patienten, ob man sich auch ohne Facharzt-Überweisung vorstellen dürfe.“

„Wir bekommen aus der Notfallzentrale jeden Tag Patienten geschickt, die eigentlich keine Notfälle sind.“

„Wir haben eine Feminisierung in der Augenheilkunde. Wir haben jetzt 70 Prozent Frauen, die eine andere Lebensplanung haben und vor allem Angestellten-Verhältnisse wollen.“

„Die Unzufriedenheit unter Augenärzten ist deutlicher geworden in den letzten fünf Jahren.“

„Burnout hat oft mit Führungsaufgaben und mit mehr Verwaltungsaufgaben zu tun. In Kliniken mit Personal- und Zeitreglementierungen ist das Risiko höher.“

„Grundsätzlich fehlt in den meisten Fällen eine Möglichkeit, mit dem Patienten so zu reden zwischen Spaltlampe und Befunderhebung, dass man auch noch ein paar andere Dinge über den Patienten herausbekommt, warum er ein Problem hat."

„Die Investitionen z.B. in ein HRT tragen sich nicht mit der GKV-Medizin. Die Kollegen überleben nur noch, da es dem Berufsverband gelungen ist, viele Leistungen als Selbstzahlerleistungen zu definieren."

„Die Arbeitsbelastung ist dichter geworden. Ich komme jedes Jahr abends erschöpfter nach Hause."

„Der Anspruch der Behandelten hat deutlich zugenommen. Sie können sich heute gar keine Fehler und keine Komplikationen mehr leisten."

„Die Ausbildung jüngerer Ärzte wird immer schwieriger durch den hohen Anspruch der Patienten."

„Die niedergelassenen Zentren machen es sich zum Teil sehr einfach, indem sie sich die ausgebildeten Leute eben nehmen von den Ausbildungszentren. Und wir müssen wie ein Durchlauferhitzer immer wieder vorne anfangen." (Vertreter einer Universitätsaugenklinik)

„Für einen jungen Mitarbeiter ist es extrem schwierig in eine operative Routine hineinzukommen. Ich habe in meiner Assistenzarztzeit schon eine vierstellige Zahl an intraokulären Eingriffen durchgeführt. Das ist heute undenkbar."

„Es ist keiner mehr in der Lage, in allen Bereichen der Augenheilkunde up to date zu arbeiten. Die Zeit, in der ein Omnipotenter vorneweg war, der alles konnte, ist lange vorbei."

„Innovative Verfahren kommen quantitativ und qualitativ in der ambulanten Versorgung spät an."

„Die IGeL-Entwicklung sehe ich eher skeptisch. Ärzte müssen sich um Dinge kümmern, die eigentlich nicht ihr Business sind, und Patienten fühlen sich leicht über den Tisch gezogen. Das ist eine ungute Entwicklung."

„Die Augenärzte haben ein großes logistisches Problem mit langen Wartezeiten."

„Augenärzte haben Sorge vom dem Empowerment anderer Gruppen."

„Man hat immer noch die Situation der Einzelfallanträge und eine sehr undurchsichtige Marktlandschaft mit den Krankenkassen. Der Patient weiß nicht, wenn er zum Augenarzt geht, welchen Vertrag der mit der zuständigen Krankenkasse hat."
(Vertreterin der Pharmaindustrie)

„In der Versorgerkette gibt es nur wenig Zusammenarbeit. Der Augenarzt verweist nicht an die Angebote der Selbsthilfe oder ist nicht informiert über z.B. sozialpsychologische Angebote der beruflichen Reha." (Patientenvertreter)

„Dass es ein Mobilitätstraining gibt, das haben wir nicht gewusst. Das hat uns auch nie jemand gesagt, auch kein Augenarzt." (Ehefrau eines Altersblinden)

„Das Thema Auge kommt im Altenbereich nicht vor." (Patientenvertreter)

„Die niedergelassenen Augenärzte haben oft keine Ahnung über bestehende klinische Studien [für seltene genetisch bedingte Augenerkrankungen], und antworten ihren Patienten noch immer im Brustton der Überzeugung: ‚Vergessen Sie's, es gibt keine Therapie!' Das finde ich vor allem schlimm bei Kindern, denn da ist die Perspektive heute definitiv anders. Das Nicht-Wissen und auch das Nicht-Informieren, das ist das größte Defizit." (Patientenvertreterin)

Lösungsansätze für die zukünftige ophthalmologische Versorgung

„Wir müssen Entscheidungen auf breiter Basis fällen, was zur Grundversorgung und was zu einer möglichen Luxusmedizin gehört."

„Wir brauchen eine einheitliche Außenvertretung."

„Die DOG muss ihre Kompetenz in der Versorgung herausstellen."

„Wir müssen die Zentren stärken. Wir müssen schauen, dass wir in jedem Bundesland mehrere Zentren vorhalten, wo die gesamte Augenheilkunde tatsächlich abgebildet ist. Da muss gestärkt werden."

„Die Bundesebene ist einfach zu weit weg für Lobbyismus in der Augenheilkunde. Meine Erfahrung ist, dass es im eigenen Bundesland am ehesten geht, die verschiedenen Beteiligten zusammenzubringen."

„Wir müssen die Bedeutung der Augenheilkunde der Bevölkerung klarmachen. Wenn uns das gelingt, dann werden die Bevölkerung und die Politik auch die dafür adäquaten Mittel zur Verfügung stellen."

„Man kann es aus der heutigen wirtschaftlichen Situation nicht nachvollziehen, aber die Berufswahl Augenheilkunde ist am ehesten aus demographischen Gründen zu empfehlen."

„Den Austausch unter allen Beteiligten sollte man fördern. Unabhängig davon, dass irgendjemand Umsatz machen will, sollte man sich einmal in einer lockeren, aber effektiven Runde zusammensetzen, um nach inhaltlich gemeinsamen Themen zu schauen." (Vertreterin der Medizingeräteindustrie)

„Bei Vergütungsgeschichten würde ich mir mehr Transparenz wünschen. Um sinnvolle Produkte an den Markt zu bringen, wäre eine Koordination von Innovationen hilfreich." (Vertreter der Medizingeräteindustrie)

„Ich wünsche mir eine öffentliche Diskussion über einen einheitlichen Preis und dann eine geregelte Erstattung über alle Kassen, aus der keine Kasse heraus kann." (Vertreterin der Pharmaindustrie)

„Für seltene Erkrankungen sollte man Kompetenzzentren schaffen und den Zugang zu diesen Kompetenzzentren erleichtern. Für die häufigeren Erkrankungen sind die Erreichbarkeit mit möglichst kurzen Wegen und eine gute Organisation in der Klinik wichtig." (Patientenvertreterin)

„Eine optimale Versorgung ist, wenn man innerhalb kurzer Zeit einen Augenarzt sieht und dann – wenn nötig – entsprechend weitergeleitet wird." (Patientenvertreterin)

Wünsche und Anregungen für die zukünftige Arbeit von DOG und BVA

„Wir brauchen eine stärkere Lobbyarbeit und müssen uns gegen das Dividieren der Fachgruppe in konservative und operative Augenärzte wehren."

„Verbesserung der PR: Augen zum Augenarzt und nicht zum Optiker!!"

„Ich wünsche mir eine flächendeckende Information der Bevölkerung, wie schlecht die Bezahlung der GKV im Vergleich zu den Privatversicherungen ist und dass die immer noch gute medizinische Versorgung der GKV-Patienten nur durch IGeL und Querfinanzierung durch Privatversicherte gewährleistet wird."

„Wir brauchen eine professionelle Lobbyarbeit im Vorfeld von gesundheitspolitischen Entscheidungen. Für eine erfolgreiche Lobbyarbeit müssten externe gut bezahlte Fachleute von beiden Verbänden engagiert werden. Die Pharmaindustrie zeigt wie es funktioniert."

„Die Zersplitterung in DOG/BVA/DOC u.a. und ihre Zerstrittenheit in Sachfragen schwächt die Augenärzte in der Ärzteschaft und Politik. Ein ophthalmologischer Dachverband mit Alleinvertretungsanspruch nach Außen wäre bestimmt erfolgreicher."

„Wir sollten weiter gemeinsam mit einer Stimme sprechen und den sozialistischen Gesundheitsfunktionären fundiert Paroli bieten."

„Der BVA muss wieder kämpferischer werden!"

„Weniger über zu wenig Geld jammern, dafür mehr unsere Qualität darstellen (auch ohne fragwürdige IGeL). Dann folgt auch das Geld. Patienten und Kassenfunktionäre sind nicht grundsätzlich blöder als Augenärzte. Eher im Gegenteil."

„Ich wünsche mir weniger Polemik und mehr sachliche Darstellung beim Thema Optiker/Optometristen (ich persönlich habe vor Ort eine hervorragende Zusammenarbeit). Die Optometrie wird Einzug halten in Deutschland, wir sollten uns um eine konstruktive Zusammenarbeit bemühen, statt Revierkämpfe auszufechten."

„Nötig sind schärfere Proteste bei der falschen Darstellung der Glaukom-IGeL in der Öffentlichkeit."

„Alle Augenärzte sollten geschlossen aus dem GKV System austreten!"

„Vom 1.12. bis 1.1. des Folgejahres sollten ALLE Augenärzte gemeinschaftlich Urlaub machen oder auf Fortbildung gehen, um so unsere Wichtigkeit zu untermauern."

„Wir brauchen eine Verbesserung der ländlichen und heimatnahen Versorgung."

„Verkehrsophthalmologische Gutachten sollten nur von Augenärzten vorgenommen werden."

„Eine augenärztliche Untersuchung für Kinder im 3. Lebensjahr verbindlich im U-Katalog."

„klare Regelungen bzgl. der Kostenübernahme der Krankenkassen"

„Ich will Zeit haben, im Beisein des Patienten seine Krankengeschichte analysieren und besprechen zu können. Dazu brauche ich ein angemessenes Stundenhonorar, das es mir ermöglicht, den Patienten auch ein zweites Mal im Quartal zu sprechen."

„Die Patienten denken oft immer noch, dass Augenärzte super verdienen. Wir sollten daher das Regelleistungsvolumen in der Presse/Öffentlichkeit veröffentlichen."

„Es sollte ein Mindestlohn für Augenärzte eingeführt werden."

„Ich wünsche mir eine Privatisierung der Abrechung wie in Frankreich."

„Ich wünsche mir die Schaffung einer Abrechnungsweise, die den tatsächlichen Leistungen, die in der Praxis erbracht werden, entspricht."

„Die DOG Tagung soll wieder kostenlos für Mitglieder werden!"

„Ich wünsche mir zeitnahe Informationen per E-Mail über berufspolitische Entwicklungen, gerne auch in regelmäßigen Abständen."

„Ich wünsche mir kurze "Updates" als Überblick, was sich im letzten Jahr an praxisrelevanten Neuerungen/Fazits ergeben hat."

„Mehr Information über laufende Studien, sowohl bundesweit als auch in meiner Region, um Patienten gezielt schicken zu können."

„Die Arbeitsverdichtung führt zu fehlender Zeit bei der Ausbildung. Learning by doing ohne Facharzt an der Seite sollte nicht die Zukunft sein."

„Ich fände die Organisation von Treffen oder Seminaren für Weiterbildungsassistenten und jungen Fachärzten zur Herstellung eines frühen und starken Wir-Gefühls in der nachwachsenden Generation von Augenärzten sinnvoll."

„Für die Facharztzeit sollte auch ein Fremdjahr (Chirurgie oder Innere, ggf. Neuro, Derma, oder HNO) anerkannt werden."

„mehr Anregung für junge Kollegen, an den EBO und ICO-Examen teilzunehmen."

„Ich wünsche mir Unterstützung bei der Suche nach Nachwuchs für die niedergelassene konservative Augenarztpraxis."

„Stärkere Vertretung der Interessen von Assistenten und Fachärzten in Unikliniken. Fallzahlanpassung im Logbuch notwendig und ein früherer Beginn der chirurgischen Tätigkeit."

„Es muss mehr für die Möglichkeiten der operativen Tätigkeit und eine gute Ausbildung für Frauen und Mütter getan werden."

„Frauen sollten unbedingt auch in gehobenen Positionen stärker gefördert werden. Die Arbeitszeiten sollten flexibler gestaltet werden für Klinikärzte, um Familie und Kariere vereinbaren zu können."

Literatur

1. Bausch + Lomb Global Barometer of Eye Health. 2012; Available from: http://www.bausch.com/Barometer.
2. World Health Organization (WHO), The global burden of disease: updated projections. 2008, Health statistics and informatics Department, World Health Organization.
3. Finger, R.P., et al., Incidence of blindness and severe visual impairment in Germany: projections for 2030. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2011. 52(7): p. 4381-9.
4. Statistisches Bundesamt, Schwerbehindertenstatistik. 2009.
5. Bertram, B., Blindness and visual impairment in Germany: Causes and Frequencies (Blindheit und Sehbehinderung in Deutschland: Ursachen und Häufigkeiten). Der Augenarzt, 2005. 39(6).
6. Resnikoff, S., et al., Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ, 2004. 82(11): p. 844-51.
7. Klein, R., et al., The prevalence of age-related macular degeneration and associated risk factors. Arch Ophthalmol, 2010. 128(6): p. 750-8.
8. Augood, C.A., et al., Prevalence of age-related maculopathy in older Europeans: the European Eye Study (EUREYE). Arch Ophthalmol, 2006. 124(4): p. 529-35.
9. Friedman, D.S., et al., Prevalence of open-angle glaucoma among adults in the United States. Archives of Ophthalmology, 2004. 122(4): p. 532-538.
10. Topouzis, F., et al., Prevalence of open-angle glaucoma in Greece: the Thessaloniki Eye Study. Am J Ophthalmol, 2007. 144(4): p. 511-9.
11. Klein, R., et al., The Beaver Dam Eye Study. Retinopathy in adults with newly discovered and previously diagnosed diabetes mellitus. Ophthalmology, 1992. 99(1): p. 58-62.
12. Schipf, S., et al., Regional differences in the prevalence of known Type 2 diabetes mellitus in 45-74 years old individuals: Results from six population-based studies in Germany (DIAB-CORE Consortium). Diabet Med, 2012. 29(7): p. e88-e95.
13. Congdon, N., et al., Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adults in the United States. Arch Ophthalmol, 2004. 122(4): p. 487-94.
14. Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG). Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zur Glaukomvorsorge. 2012; Available from: http://www.dog.org/wp-content/uploads/2009/08/Glaukomvorsorge-Stand-August-2012.pdf.
15. Bundesärztekammer, Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von 2000 bis 2010. 2011.
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland (Stand: 31.12.2010). 2011.
17. Bundesärztekammer und KBV, Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung 2010: p. 73.
18. Amelung, V.E., Bucholtz, N., Brümmer, A., Krauth, C., Sehen im Alter – Versorgungsstrukturen und - herausforderungen in der Augenheilkunde. 2012, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
19. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2000 bis 2010. 2011: Wiesbaden.
20. Günster, C., Klose, J., Schmacke, N., Versorgungsreport 2012 – Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. 2012, Stuttgart: Schattauer.
21. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 2. Quartal 2011. 2012; Available from: http://www.kbv.de/41532.html.
22. Barmer GEK Arztreport 2012, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. 2012.

23. Günster, C., Klose, J., Schmacke, N., Versorgungsreport 2011 – Schwerpunkt chronische Erkrankungen. 2011, Stuttgart: Schattauer.
24. Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA)/ Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG), Leitlinie Nr. 20 Diabetische Retinopathie. 2011.
25. Wolfram, C. and N. Pfeiffer, Glaukomerkrankungen in Rheinland-Pfalz 2010. Epidemiologie und Inanspruchnahme der Versorgung. Ophthalmologe, 2012. 109(3): p. 271-6.
26. Bertram, B., Das Krankengut der augenärztlichen Praxen in Deutschland: Alter, Geschlecht und Diagnosen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2012. 137(33): p. 1629-34.
27. Kohnen, T., Katarkt- und refraktive Chirurgie 2008, Köln: Biermann-Verlag.
28. Wenzel M, R.T., Kohnen T, and S.K. Scharrer A, Klasen J, Ambulante Intraokularchirurgie 2010 – Ergebnisse der Umfrage von BDOC, BVA, DGII und DOG. OPHTHALMO-CHIRURGIE, 2011. 23: p. 215-223.
29. Finger, R.P. and F.G. Holz, Versorgung von alteren Menschen mit neovaskularer altersabhangiger Makuladegeneration. Ophthalmologe, 2012. 109(5): p. 474-8.
30. Statistisches Bundesamt, DRG-Statistik - Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. 2011: Wiesbaden.
31. Lohse, M.J., Arzneiverordnungsreport 2011. 2011, Heidelberg: Springer.
32. Zentralverband der Augenoptiker, ZVA Branchenkennzahlen 2011. 2011.
33. Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgabenrechnung. 2011: Zweigstelle Bonn.
34. Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung, Morbidität in der Versorgungsplanung. 2011: Berlin.
35. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Sterbetafel Deutschland. 2011: Wiesbaden.
36. Lafuma, A.J., et al., Prevalence of visual impairment in relation to the number of ophthalmologists in a given area: a nationwide approach. Health Qual Life Outcomes, 2006. 4: p. 34.
37. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009.
38. Finger, R.B., B.; Wolfram, C.; Holz, FG. , Blindheit und Sehbehinderung in Deutschland: Leichter Rückgang der Prävalenz. Dt. Ärzteblatt, 2012. 109(27-28): p. 484-9.
39. Bloch, S.B., M. Larsen, and I.C. Munch, Incidence of legal blindness from age-related macular degeneration in denmark: year 2000 to 2010. Am J Ophthalmol, 2012. 153(2): p. 209-213 e2.
40. Skaat, A., et al., Time Trends in the Incidence and Causes of Blindness in Israel Am J Ophthalmol, 2012. 153(2): p. 214-221 e1.
41. Wolfram, C., Pfeiffer, N., Blindness and low vision in Germany 1993-2009 Ophthalmic Epidemiology, 2012. 19(1): p. 3-7.
42. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. 2009: Wiesbaden.