

Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung

von Joachim Klose* und Thomas Uhlemann*

ABSTRACT

Trotz hoher und steigender Arztdichte in Deutschland und Höchstständen bei den Bewerbern um ein Medizinstudium nimmt die Diskussion um den Ärztemangel kein Ende. Tatsächlich ist die vertragsärztliche Versorgung durch erhebliche Allokationsprobleme gekennzeichnet. Eine gleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte konnte mit den Maßnahmen der Bedarfsplanung bisher nur bedingt erreicht werden. Lösung: Mit einer regionalen Verknüpfung von Honorarverteilung und Bedarfsplanung und einem System von positiven und negativen finanziellen Anreizen könnten Niederlassungsentscheidungen gezielt beeinflusst werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Aus Honorarabschlägen in überversorgten Regionen wäre ein Fonds zu finanzieren, mit dem die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten gefördert, aber auch Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung (Stilllegung von Praxen) finanziert werden könnten. Wichtig ist, dass das Verteilungsproblem insgesamt angegangen wird, damit Arztsitze in unterversorgten Gebieten sehr zielgerichtet besetzt werden.

Schlüsselworte: Bedarfsplanung, Überversorgung, Unterversorgung, Allokationsprobleme, bedarfsgerechte Versorgung, Ärztemangel, Arztdichte

Despite the high and rising doctor density in Germany and the record numbers of students applying to study medicine, there is no sign of an end to the doctor shortage debate. Indeed health care under the public health insurance system is characterized by substantial allocation problems. As yet, demand planning measures have made only limited progress in achieving a more even regional distribution of medical practitioners. Solution: with regional integration of fee-sharing and demand planning and a system of positive and negative financial incentives, decisions on place of establishment could be steered to bring about demand-responsive provision. Deductions from fees in over-provided regions could finance a fund for promoting the establishment of practices in under-provided districts, as well as other measures to reduce over-provision (practice closures). It is important to take a system-wide approach to the allocation problem, with a very targeted emphasis on filling medical practitioner posts in under-provided districts.

Keywords: demand planning, over-provision, under-provision, allocation problems, demand-responsive planning, doctor shortages, doctor density

1. Vorbemerkung

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland mit rund 371 Ärzten auf 100.000 Einwohner einen Spitzenplatz hinsichtlich der Arztdichte ein (Abbildung 1). Viele Staaten, darunter Frankreich, die Niederlande oder die skandinavischen Staaten liegen zum Teil deutlich darunter, ohne dass diesen Ländern eine schlechte medizinische Versorgung der Bevölkerung attestiert werden könnte. In

Deutschland hat sich die Arztdichte in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich erhöht; seit Anfang der 70er Jahre hat sie sich mehr als verdoppelt und sie nimmt immer noch weiter zu (Abbildung 2). Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Vertragsärzte von 1990 bis 2005 um 32,4 Prozent auf nunmehr knapp 117.500 gestiegen.

Stärker noch als in den letzten 20 Jahren ist ärztliche Tätigkeit bei uns ein attraktives Berufsziel; die Bewerberzahlen für ein Medizinstudium erreichten in den vergangenen Jahren erneut Höchst-

* Joachim Klose
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Kortrijker Straße 1,

53177 Bonn · Telefon: 0228 843-129 · Fax: 0228 843-144 · E-Mail: joachim.klose@wido.bv.aok.de

* Dr. Thomas Uhlemann
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Kortrijker Straße 1,

53177 Bonn · Telefon: 0228 843-141 · Fax: 0228 843-144 · E-Mail: thomas.uhlemann@wido.bv.aok.de

ABBILDUNG 1

Arztdichte im internationalen Vergleich

Ärzte je 100.000 Einwohner
(alle Werte gerundet)

| | |
|--------------------|------------|
| Griechenland | 440 |
| Italien | 410 |
| Belgien | 390 |
| Deutschland | 370 |
| Schweiz | 360 |
| Österreich | 340 |
| Frankreich | 340 |
| Schweden | 330 |
| Spanien | 320 |
| Niederlande | 310 |
| Norwegen | 310 |
| Finnland | 260 |
| USA | 230 |
| Großbritannien | 220 |
| Japan | 200 |

Quelle: OECD Health Data 2005, für Deutschland BÄK und Destatis (Stand: 2003)

stände. In den letzten Jahren hat sich das Verhältnis von Bewerbern zu vorhandenen Studienplätzen noch einmal deutlich erhöht. Im Jahr 2002 kamen auf einen Studienplatz im Durchschnitt 3,1 Bewerber, im Jahr 2005 waren es 5,3 (ZVS 2005; ZVS 2006); dies ist der höchste Ansturm auf Medizinstudienplätze seit Anfang der 80er Jahre. Dennoch nimmt die Diskussion um den Ärztemangel kein Ende. Zu dem Thema liegen verschiedene Gutachten und Studien vor (BMGS 2004; Klose et al. 2003; Kopetsch 2005).

2. Regelungen und Wirkungen derzeitiger Bedarfsplanung

Mit der Etablierung der heute gültigen vertragsärztlichen Bedarfsplanung Anfang der 90er Jahre wurde die damals bestehende Versorgungssituation fortgeschrieben. Die in den Richtlinien des Bundesausschusses festgelegten und bis heute gültigen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung wurden aus dem Verhältnis Einwohner je Arzt in nach Raumordnungskriterien gleichartigen Planungsbereichen differenziert nach Facharztgruppen zum Stichtag 31.12.1990 ermittelt. Damit sind bundeseinheitliche Verhältniszahlen für gleichartige Regionen entstanden (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1993; Kopetsch 2003, S. 35).

Aus diesen Verhältniszahlen ergibt sich für jede Arztgruppe in jedem Planungsbereich ein Versorgungsgrad, der das Verhältnis von Soll und Ist darstellt. Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent bedeutet, dass die Zahl der Vertragsärzte dem Soll entspricht. Bei einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent herrscht Überversorgung, in diesem Fall gilt, dass keine zusätzlichen Praxen der entsprechenden Fachrichtung mehr eröffnet werden dürfen, die Planungsbereiche also für Neuniederlassungen gesperrt sind. Die Unterversorgungsgrenze liegt für Hausärzte bei 75 Prozent, für Facharztgruppen bei 50 Prozent.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurden im Jahr 1993 die bis dahin vergleichsweise „unverbindlichen“ Vorschriften für die Überversorgungsplanung geändert und in einigen Punkten präzisiert (Lubecki und Schawo 1993; Schellenberg 1993):

- Das Vorliegen von Überversorgung ist nun vom jeweiligen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen von Amts wegen und nicht wie zuvor nur auf Antrag (der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Kassenverbandes) festzustellen.
- Der Landesausschuss hat im Fall einer Überversorgung Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, ohne dass ihm wie vor 1993 ein Ermessensspielraum zusteht.
- Überversorgung ist bereits gegeben, wenn der allgemeine Versorgungsgrad, den der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Bedarfsplanungsrichtlinien festlegt, um 10 Prozent überschritten ist.
- Die Notwendigkeit, 50 Prozent der Planungsbereiche für Neuniederlassungen frei zu halten, entfällt.
- Seit 1999 endet außerdem die (bislang unbefristete) Zulassung eines Vertragsarztes mit dem 68. Lebensjahr.

Allerdings enthält das GSG zwei wesentliche Bestimmungen, die die Wirksamkeit des verschärften Bedarfsplanungsinstrumentes in der Folgezeit wesentlich negativ beeinflussen sollten:

- Ärzte, die bis zum 31. Januar 1993 die Zulassung zum Vertragsarzt beantragt hatten, unterlagen nicht den neuen Überversorgungsregelungen. Allerdings galt dies nur, wenn eine Praxiseröffnung bis zum 1. Oktober 1993 vollzogen war. Dies führte in diesem Zeitraum zu einer wahren Niederlassungswelle. Die Hoffnung, dass nicht alle Ärzte, die seinerzeit einen Antrag auf Zulassung gestellt hatten, ihre Entscheidung auch in die Tat umsetzen würden, erwies sich als trügerisch.
- Des Weiteren wurde ausscheidenden Vertragsärzten die Möglichkeit gegeben, auch in überversorgten und damit für Neuniederlassungen gesperrten Gebieten ihre Praxis an einen Nachfolger zu übergeben. Diese Regelung wurde aus Gründen des verfassungsrechtlich gebotenen Eigentumschutzes des Praxisinhabers oder seiner Erben eingeführt und bewirkt seitdem, dass die Überversorgung in den betroffenen Regionen fortgeschrieben wird.

Die beiden letztgenannten Regelungen führten insbesondere in ihrer Kombination zu einer Niederlassungswelle im Jahr 1993

Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung

(Kopetsch 2003, S. 36). Folge war ein deutlicher Anstieg der Überversorgung und im weiteren Zeitverlauf durch die Praxisweitergabe auch bei Überversorgung vielfach eine Perpetuierung derartiger Versorgungssituationen.

Die als Überlaufsystem konstruierte Bedarfsplanung, nach der Ärzte, die sich niederlassen wollen, auf nicht gesperrte Planungsregionen ausweichen müssen, wurde damit unterlaufen und so in der Wirksamkeit deutlich begrenzt. Nur im Rahmen von Praxisneugründungen führt die geltende Regelung damit zu einem Ausweichen in nicht überversorgte und damit offene Planungsbereiche. Dabei ist sicherlich ein wichtiger Schritt mit der Herabsetzung der Überversorgungsgrenze von 150 Prozent auf 110 Prozent Versorgungsgrad gemacht worden, aber die Wirkung ist begrenzt.

Überversorgte Regionen können weiter entstehen, da Neuniederlassungen auch in Regionen, die einen Versorgungsgrad von 100 Prozent aufweisen, bis zur Sperrungsgrenze von 110 Prozent möglich sind. Zudem bleibt eine Wiederbesetzung bestehender Arztpraxen auch in überversorgten Gebieten möglich.

Dadurch dass in den vergangenen Jahren zumeist eine höhere Zahl von Ärzten in die vertragsärztliche Versorgung strömte als gleichzeitig ausschied, war ein Teil der niederlassungswilligen Ärzte gezwungen, sich neu in nicht gesperrten Regionen niederzulassen. Das „Überlaufsystem“ der Bedarfsplanung führt also zu einem Ausweichen auf nicht gesperrte Planungsbereiche. Doch ist damit noch nicht gewährleistet, dass Neuniederlassungen/Neuzulassungen dort vorgenommen werden, wo sie für die Sicherstellung der Versorgung benötigt werden.

Einzig § 100 des SGB V zur Unterversorgung sieht eine direkte Handhabe zur regionalen Umsteuerung vor: Danach haben die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zunächst die als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige Feststellung zu treffen, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Sie haben dann den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen. Wenn anschließend durch Maßnahmen einer KV oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden kann und die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist andauert, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten anzuordnen. Allerdings bieten derartige Sperrungen, die ja auf die Landesebene beschränkt bleiben, keine Gewähr für eine Niederlassung in unterversorgten Regionen. Es kann auch zu einem Ausweichen in andere Länder führen, in denen sich zu diesem Zeitpunkt derartige Sperrungen nach § 100 SGB V nicht finden.

2.1 Die aktuelle Versorgungssituation im vertragsärztlichen Bereich

Nimmt man zunächst einen Soll-Ist-Vergleich für die Ebene der KVen vor, summiert also die Sollzahlen gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien für die wichtigsten Arztgruppen und vergleicht sie mit der Summe der jeweiligen Istzahlen (Tabelle 1), so zeigt sich:

- Über alle Arztgruppen und alle KVen hinweg ergibt sich bundesweit ein Versorgungsgrad von 124,2 Prozent.
- In allen Einzel-KVen liegt der Gesamtversorgungsgrad deutlich über 100 Prozent. Den höchsten Wert findet man mit 133,4 Prozent in Hessen, den niedrigsten mit immer noch 111,8 Prozent in Sachsen-Anhalt.
- Bundesweit weisen alle ärztlichen Fachgruppen einen Versorgungsgrad von über 100 Prozent auf: Der höchste Versorgungsgrad ergibt sich bei Fachärztlichen Internisten (190,1 Prozent), der geringste Wert bei Augenärzten (117,8 Prozent).
- Bei Hausärzten beträgt der Gesamtversorgungsgrad (bundesweit) 107,5 Prozent. Mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt (96,2 Prozent) und Brandenburg (99,3 Prozent) liegt der Versorgungsgrad in allen KVen (zum Teil deutlich) über 100 Prozent, das heißt es gibt in diesen Ländern insgesamt gesehen mehr Hausärzte als im Rahmen der Bedarfsplanung vorgesehen sind.

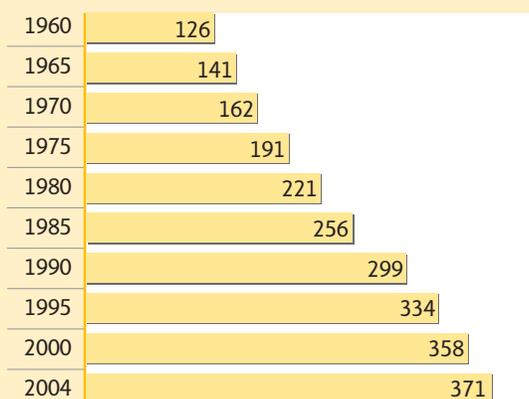
Diese Ergebnisse zeigen, dass in Deutschland und auch mit Blick auf die einzelnen Bundesländer im vertragsärztlichen Bereich nicht von einem generellen Ärztemangel gesprochen werden kann. Vielfach liegen die Arztzahlen deutlich über dem, was in den Bedarfsplanungsrichtlinien als Soll definiert ist.

Gleichzeitig dürfen diese Ergebnisse jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es trotz der insgesamt sehr hohen Anzahl an Ärzten wenig Anlass zur Zufriedenheit gibt, denn auf regionaler Ebene ist die aktuelle vertragsärztliche Versorgung in Deutschland

ABBILDUNG 2

Entwicklung der Arztdichte in Deutschland (Berufstätige Ärzte)

Ärzte je 100.000 Einwohner



Quelle: BÄK und Destatis

durch erhebliche Allokationsprobleme in der Versorgungsdichte gekennzeichnet: Es gibt ein Ost-West-Gefälle, es gibt Stadt-Land-Unterschiede, es gibt für eine Niederlassung attraktive und weniger attraktive Gegenden und es gibt erhebliche Differenzen im Grad der fachärztlichen und der hausärztlichen Versorgung.

2.2 Fachärztliche Versorgung: Durchgängige Überversorgung im gesamten Bundesgebiet

Bei den Facharztgruppen findet sich in zahlreichen Regionen eine deutliche und sehr teure Überversorgung im vertragsärztlichen

Bereich. Die überwiegende Zahl der Kreise und Städte ist deshalb für fachärztliche Neuzulassungen gesperrt (Tabelle 2). Dies gilt auch für die neuen Bundesländer. Nimmt man beispielsweise die Versorgung mit Fachärztlichen Internisten im Jahr 2005 so zeigt sich, dass 99 Prozent aller deutschen Planungskreise überversorgt sind (absolut: 391 von 395). Bei den Hautärzten sind 92 Prozent der Kreise überversorgt und bei den Augenärzten immerhin noch 79 Prozent.

Vor allem Kreise in strukturell sehr attraktiven Gegenden, beispielsweise die Kreise und Städte Starnberg, Garmisch-Partenkirchen und München-Stadt, sind mit den weitaus meisten Fachgruppen überversorgt und bleiben das auch, selbst wenn sie als

TABELLE 1

Soll-Ist-Vergleich (Versorgungsgrade in Prozent nach Arztgruppen und Kassenärztlichen Vereinigungen)

| Kassenärztliche Vereinigungen | Arztgruppen der Bedarfsplanung | | | | | | | | | | | | | | Gesamt |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Anästhesisten | Augenärzte | Chirurgen | Internisten | Frauenärzte | HNO-Ärzte | Hautärzte | Kinderärzte | Nervenärzte | Orthopäden | Psychoth. | Radiologen | Urologen | Hausärzte | |
| Baden-Württemberg | 138,8 | 112,1 | 150,0 | 195,1 | 119,0 | 112,3 | 126,4 | 124,5 | 127,0 | 124,0 | 159,4 | 128,8 | 112,8 | 109,8 | 123,9 |
| Bayern | 215,9 | 121,7 | 178,0 | 218,1 | 125,9 | 132,2 | 139,7 | 128,9 | 130,0 | 146,5 | 178,3 | 163,6 | 132,1 | 111,9 | 132,8 |
| Berlin | 108,2 | 118,5 | 156,1 | 145,4 | 112,3 | 126,9 | 123,9 | 135,8 | 121,9 | 122,3 | 149,5 | 137,3 | 122,1 | 113,0 | 126,5 |
| Brandenburg | 124,0 | 124,3 | 220,8 | 212,9 | 128,0 | 143,9 | 155,4 | 167,7 | 137,4 | 127,8 | 118,0 | 173,8 | 132,2 | 99,3 | 119,2 |
| Bremen | 138,8 | 115,4 | 114,9 | 156,2 | 111,1 | 116,7 | 111,8 | 134,6 | 121,0 | 119,6 | 160,1 | 116,6 | 128,2 | 106,7 | 125,1 |
| Hamburg | 113,5 | 109,9 | 137,9 | 161,7 | 110,2 | 116,5 | 110,1 | 111,8 | 111,0 | 111,2 | 134,0 | 117,5 | 110,3 | 110,5 | 118,9 |
| Hessen | 193,5 | 119,2 | 177,4 | 205,9 | 119,3 | 123,4 | 129,6 | 119,5 | 131,5 | 124,7 | 203,1 | 156,2 | 131,4 | 109,9 | 133,4 |
| Meckl.-Vorpom. | 170,8 | 134,4 | 257,6 | 224,1 | 128,3 | 157,8 | 163,7 | 176,8 | 157,2 | 128,6 | 124,6 | 187,2 | 151,9 | 100,4 | 124,0 |
| Niedersachsen | 142,1 | 115,8 | 164,6 | 218,7 | 122,5 | 126,3 | 127,6 | 119,7 | 125,6 | 116,7 | 162,6 | 153,9 | 131,1 | 102,5 | 121,4 |
| Nordrhein | 163,9 | 115,2 | 150,5 | 155,1 | 120,0 | 122,7 | 127,7 | 118,9 | 124,2 | 119,6 | 138,7 | 133,6 | 124,7 | 109,8 | 122,1 |
| Rheinland-Pfalz | 155,6 | 117,0 | 178,5 | 215,2 | 120,5 | 121,4 | 134,7 | 127,1 | 121,6 | 129,4 | 146,5 | 176,4 | 142,7 | 107,1 | 123,5 |
| Saarland | 137,4 | 116,9 | 154,0 | 247,3 | 115,0 | 123,8 | 132,6 | 117,0 | 127,4 | 133,6 | 119,4 | 139,3 | 132,7 | 110,2 | 122,5 |
| Sachsen | 110,4 | 117,3 | 187,8 | 156,4 | 115,5 | 128,8 | 131,8 | 160,1 | 120,3 | 119,8 | 101,5 | 122,0 | 132,3 | 107,3 | 116,1 |
| Sachsen-Anhalt | 107,3 | 125,9 | 185,4 | 211,3 | 116,8 | 136,4 | 141,2 | 141,2 | 103,7 | 119,7 | 97,1 | 158,7 | 138,5 | 96,2 | 111,8 |
| Schleswig-Holstein | 186,6 | 121,2 | 181,8 | 189,9 | 126,4 | 121,6 | 140,9 | 132,2 | 132,6 | 135,5 | 154,8 | 153,4 | 136,2 | 109,3 | 126,4 |
| Thüringen | 97,5 | 124,9 | 193,1 | 183,7 | 119,3 | 133,0 | 135,0 | 152,5 | 108,5 | 115,8 | 112,4 | 163,2 | 132,5 | 103,5 | 116,7 |
| Westfalen-Lippe | 148,5 | 116,5 | 149,0 | 189,3 | 119,5 | 122,4 | 127,8 | 123,0 | 124,8 | 124,0 | 135,2 | 150,4 | 129,4 | 104,7 | 119,1 |
| Gesamt | 153,1 | 117,8 | 165,6 | 190,1 | 120,3 | 124,8 | 131,0 | 129,1 | 125,2 | 125,9 | 150,8 | 145,0 | 127,7 | 107,5 | 124,2 |

Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen/WIdO (Stand 2005/2006)

Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung

Planungskreise für Neu-Niederlassungen gesperrt sind. Die bestehenden Versorgungsgrade sind zum Teil ausgesprochen hoch: So liegt beispielsweise der fachärztlich-internistische Versorgungsgrad in Starnberg bei 510 Prozent, in Garmisch-Partenkirchen bei 403 Prozent und in München-Stadt bei 206 Prozent.

2.3 Hausärztliche Versorgung: Existierende Überversorgung neben teilweise drohender Unterversorgung

Im hausärztlichen Bereich sind insgesamt 38 Prozent der Planungsbereiche überversorgt, weisen also einen Versorgungsgrad

von mehr als 110 Prozent auf. Weitere 39 Prozent der Planungsbereiche verzeichnen einen Versorgungsgrad von 100 bis 110 Prozent. In 22,5 Prozent der Planungsbereiche findet sich ein Versorgungsgrad, der zwar unter dem Soll (kleiner als 100 Prozent) liegt, jedoch gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinien nicht als unterversorgt bezeichnet wird, da der Versorgungsgrad über 75 Prozent liegt. Lediglich in Sachsen-Anhalt findet sich bei Hausärzten ein Kreis mit einem Versorgungsgrad von weniger als 75 Prozent (Tabelle 3).

Allerdings stellt sich die Situation in den einzelnen Bundesländern (beziehungsweise KVen) unterschiedlich dar. Während in Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen und dem Saarland

TABELLE 2

Anteil überversorgter Planungsbereiche nach Arztgruppen in Prozent

| Kassenärztliche Vereinigungen | Anzahl Planungsbereiche | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| | Gesamt | Anästhesisten | Augenärzte | Chirurgen | Internisten | Frauenärzte | HNO-Ärzte | Hautärzte | Kinderärzte | Nervenärzte | Orthopäden | Psychotherap. | Radiologen | Urologen | Hausärzte |
| Baden-Württemberg | 43 | 95,3 | 86,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 76,7 | 95,3 | 100,0 | 100,0 | 95,3 | 74,4 | 100,0 | 97,7 | 55,8 |
| Bayern | 79 | 100,0 | 74,7 | 97,5 | 100,0 | 87,3 | 88,6 | 94,9 | 94,9 | 94,9 | 98,7 | 98,7 | 92,4 | 96,2 | 38,0 |
| Berlin | 1 | 0,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Brandenburg | 16 | 68,8 | 81,3 | 100,0 | 93,8 | 93,8 | 100,0 | 93,8 | 100,0 | 93,8 | 93,8 | 81,3 | 93,8 | 87,5 | 6,3 |
| Bremen | 2 | 100,0 | 50,0 | 100,0 | 100,0 | 50,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 50,0 |
| Hamburg | 1 | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| Hessen. | 26 | 100,0 | 76,9 | 100,0 | 100,0 | 84,6 | 92,3 | 92,3 | 88,5 | 88,5 | 88,5 | 100,0 | 92,3 | 92,3 | 57,7 |
| Meckl.-Vorpom. | 13 | 100,0 | 84,6 | 100,0 | 92,3 | 100,0 | 84,6 | 100,0 | 92,3 | 100,0 | 92,3 | 100,0 | 92,3 | 100,0 | 7,7 |
| Niedersachsen | 44 | 88,6 | 70,5 | 97,7 | 97,7 | 84,1 | 93,2 | 88,6 | 88,6 | 86,4 | 77,3 | 100,0 | 93,2 | 95,5 | 29,5 |
| Nordrhein | 27 | 100,0 | 85,2 | 100,0 | 100,0 | 96,3 | 96,3 | 92,6 | 100,0 | 96,3 | 100,0 | 88,9 | 100,0 | 100,0 | 66,7 |
| Rheinland-Pfalz | 28 | 100,0 | 67,9 | 100,0 | 100,0 | 85,7 | 82,1 | 92,9 | 78,6 | 78,6 | 92,9 | 100,0 | 96,4 | 89,3 | 42,9 |
| Saarland | 6 | 100,0 | 50,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 83,3 | 100,0 | 83,3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 66,7 |
| Sachsen | 26 | 57,7 | 76,9 | 100,0 | 96,2 | 80,8 | 76,9 | 84,6 | 100,0 | 88,5 | 84,6 | 19,2 | 69,2 | 96,2 | 38,5 |
| Sachsen-Anhalt | 23 | 52,2 | 82,6 | 95,7 | 100,0 | 78,3 | 78,3 | 82,6 | 78,3 | 39,1 | 69,6 | 43,5 | 87,0 | 91,3 | 4,3 |
| Schleswig-Holstein | 13 | 100,0 | 84,6 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 92,3 | 100,0 | 92,3 | 84,6 | 100,0 | 100,0 | 92,3 | 100,0 | 38,5 |
| Thüringen | 20 | 50,0 | 85,0 | 100,0 | 95,0 | 80,0 | 80,0 | 75,0 | 100,0 | 55,0 | 65,0 | 70,0 | 90,0 | 95,0 | 20,0 |
| Westfalen-Lippe | 27 | 100,0 | 96,3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 96,3 | 96,3 | 96,3 | 63,0 | 100,0 | 100,0 | 40,7 |
| Gesamt | 395 | 88,6 | 78,7 | 99,0 | 98,7 | 89,4 | 87,6 | 92,2 | 93,2 | 87,3 | 90,1 | 82,8 | 92,9 | 95,7 | 38,2 |

Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen/WIdO (Stand 2005/2006)

die Hausarztzahlen in sämtlichen Regionen über dem Soll liegen und vielfach sogar Überversorgung vorliegt, finden sich in einigen der neuen Bundesländer, und zwar Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt mehrheitlich Planungsbereiche mit Versorgungsgraden von 75 bis unter 100 Prozent. Angesichts

TABELLE 3

Hausärzte: Anzahl (absolut) der Planungsbereiche nach Versorgungsgraden

| Kassenärztliche Vereinigungen | Anzahl Planungsbereiche | | | | |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|
| | insgesamt | unterversorgt, VG* < 75% | VG* 75% bis 100% | VG* 100% bis 110% | überversorgt, VG* > 110% |
| Baden-Württemberg | 43 | 0 | 0 | 19 | 24 |
| Bayern | 79 | 0 | 11 | 38 | 30 |
| Berlin | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Brandenburg | 16 | 0 | 9 | 6 | 1 |
| Bremen | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Hamburg | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Hessen | 26 | 0 | 0 | 11 | 15 |
| Meckl.-Vorpom. | 13 | 0 | 7 | 5 | 1 |
| Niedersachsen | 44 | 0 | 18 | 13 | 13 |
| Nordrhein | 27 | 0 | 3 | 6 | 18 |
| Rheinland-Pfalz | 28 | 0 | 3 | 13 | 12 |
| Saarland | 6 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| Sachsen | 26 | 0 | 4 | 12 | 10 |
| Sachsen-Anhalt | 23 | 1 | 16 | 5 | 1 |
| Schleswig-Holstein | 13 | 0 | 1 | 7 | 5 |
| Thüringen | 20 | 0 | 6 | 10 | 4 |
| Westfalen-Lippe | 27 | 0 | 10 | 6 | 11 |
| Gesamt | 395 | 1 | 89 | 153 | 152 |

* VG = Versorgungsgrad

Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen/WIdO (Stand 2005/2006)

der ungünstigen Altersstruktur der Hausärzte in den neuen Bundesländern (Klose et al. 2003) muss die Versorgungssituation in diesen Regionen sicherlich im Auge behalten werden.

Vor allem in ländlichen Kreisen der östlichen Bundesländer finden sich Gegenden, die hausärztlich nicht gut versorgt sind oder in denen zukünftig ein Mangel zu erwarten ist, wenn frei werdende Arztsitze nicht zu einem großen Anteil wieder besetzt werden können. Zu nennen sind hier beispielsweise die Uckermark in Brandenburg mit einem Versorgungsgrad knapp an der Unterversorgungsgrenze (86,8 Prozent), Nordhausen in Thüringen mit 87,7 Prozent und dem Kreis Bernburg in Sachsen-Anhalt (87,6 Prozent). Diese Kreise sind gleichzeitig deutlich überversorgt mit Fachärztlichen Internisten: Uckermark mit 268,2, Nordhausen mit 219 und Bernburg mit 174,4 Prozent.

Daneben finden sich Städte und Kreise, die mit Hausärzten überversorgt sind. In großen Städten liegt dabei die absolute Zahl der Hausärzte sehr deutlich über dem Soll, so beispielsweise in München um 320, Berlin 381, Hamburg 97 oder Essen um 66.

Die enorme Überversorgung bindet Mittel, die in den Regionen, die (hausärztlich) unterversorgt sind oder in denen eine Unterversorgung in absehbarer Zeit droht, sinnvoll eingesetzt werden könnten.

■ 3. Bedarfsplanung der Zukunft

Die Analyse der aktuellen vertragsärztlichen Versorgungssituation zeigt: Es gibt eher zu viele als zu wenig Ärzte, aber sie sind schlecht verteilt. Eine zukunftsorientierte Bedarfsplanung, die wirkungsvoll und nachhaltig die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten soll, muss daher Anreize schaffen, sowohl Überversorgung als auch Unterversorgung zu vermeiden und diese – soweit bereits vorhanden – abzubauen.

Die Suche nach intelligenten Möglichkeiten zur Sicherung der zukünftigen vertragsärztlichen Versorgung hat innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) längst begonnen. Vorschläge aus den Ländern sowie der Maßnahmenkatalog des AOK-Bundesverbandes bieten eine Diskussionsgrundlage mit Handlungsoptionen an, die in regional- und arztgruppenspezifische Lösungen münden können, ohne bestimmte Wege vorab festzuschreiben (Klose et al. 2003, S.203 ff.). Viele Landesausschüsse haben bereits konkrete Regelungen vereinbart, um die Ansiedlung von Vertragsärzten zu erleichtern und deren Situation zu verbessern. Die vorliegende Analyse geht über die bisherigen Ansätze insofern hinaus, als hier auch konkrete Vorschläge zum Abbau von Überversorgung formuliert werden.

Mit der Diskussion um eine Neugestaltung der medizinischen Versorgung insgesamt – Stichworte sind hier unter anderem die Aufhebung der sektoralen Trennung, neue Versorgungsformen und geregelter Vertragswettbewerb (Ebsen et al. 2003) – stellt sich natürlich auch die Frage, ob und in welcher Weise eine separate Bedarfsplanung für die Versorgung im ambulanten Bereich weiter-

hin erforderlich bleibt. Fraglich ist ebenfalls, ob die bisher dominierende Form der Einzelarztpraxis ein Organisationsmodell ist, mit dem ausreichend flexibel auf zukünftige Veränderungen des Versorgungsbedarfs (durch Alterung der Gesellschaft, überregionale Wanderungen etc.) reagiert werden kann. Zu welchem Ergebnis solche Überlegungen perspektivisch auch führen werden, es bleibt zumindest in der aktuellen Situation die Notwendigkeit, Allokationsprobleme gezielt anzugehen. An diskutierten Maßnahmen zur Beseitigung von Unterversorgung mangelt es nicht. Sie reichen von organisatorischen und finanziellen Hilfen für niederlassungswillige Ärzte bis hin zu neuen Organisationsformen zur Versorgungssicherung.

Die mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze aktuell vorgeschlagene Liberalisierung des Berufsrechts (Leber 2006), mit der die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften erleichtert, die ärztliche Tätigkeit an weiteren Orten erlaubt und die Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten gelockert wird, wird zwar dem erklärten Anspruch, organisationsrechtliche Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme bereitzustellen, gerecht. Das Ziel einer Vermeidung von Versorgungsengpässen dürfte aber hierüber kaum erreicht werden, im Gegenteil: mit der Liberalisierung könnten sich Allokationsprobleme sogar noch verschärfen. Ein Abbau von Überversorgung wird mit dem Gesetzentwurf erst gar nicht in den Blick genommen.

Auch die von der Ärzteschaft geforderte Anhebung des Grenzwertes für eine Unterversorgung löst nicht die bestehenden oder zu erwartenden Versorgungsungleichgewichte. Kein Arzt wird sich deshalb in einem Kreis niederlassen, weil dieser nun als unterversorgt eingestuft wird. Auch die immer wieder geforderte Bereitstellung zusätzlicher Mittel (in den 90er Jahren zum Abbau der „Ärztenschwemme“, aktuell zur Beseitigung des „Ärztmangels“) verweist nur darauf, dass wir es mit zyklischen und strukturellen Problemen zu tun haben.

Solange Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven westlichen Städten oder ländlichen Kreisen wie Starnberg, Garmisch-Partenkirchen und München-Stadt bestehen, haben ländliche Gegenden in den östlichen Bundesländern, beispielsweise die Uckermark, der Mittlere Erzgebirgskreis oder der Kreis Torgau-Oschatz, einen massiven Standortnachteil. Viele Ärzte scheuen eine Niederlassung dort schon deshalb, weil der Privatpatientenanteil niedrig ist und sich eine Praxis später gegebenenfalls schlecht wieder verkaufen lässt. Wenn dann die Aussicht auf viele (Not)Dienste und weite Wege zu den Patienten bei Hausbesuchen mit einer wenig attraktiven sonstigen Infrastruktur (zum Beispiel eine schlechte Verkehrsanbindung, ungenügende Einkaufsmöglichkeiten und ein unzureichendes Angebot an Schulen) korrespondiert, dann liegt die Entscheidung für eine andere Region oft auf der Hand (vgl. hierzu auch Preusker 2002).

Dem entgegenzuwirken erfordert intelligente Lösungen, die regionale Besonderheiten berücksichtigen und alle beteiligten

Akteure einbeziehen. Denn es ist nicht sinnvoll, jeden altersbedingt frei werdenden Arztsitz unter allen Umständen wieder zu besetzen. Zu berücksichtigen sind demografische Veränderungen wie der zum Teil erhebliche Rückgang und die Strukturveränderung der Bevölkerung, deren Morbidität und natürlich auch die wirtschaftlichen Möglichkeiten des Gesundheitssystems insgesamt (Andersen und Mühlbacher 2004; Uhlemann und Gutschmidt 2003). Maßnahmen, die im Rahmen der Bedarfsplanung eine flächendeckende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für die Bevölkerung gewährleisten wollen, müssen unbedingt das Ungleichgewicht der Verteilung in den Blick nehmen.

■ 4. Lösungsvorschläge

4.1 Verknüpfung von Honorarverteilung und Bedarfsplanung

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen eine Quartalspauschale pro Hauptversicherten (Mitglied) an die jeweilige KV. Mit dieser Pauschale sind die gesamten medizinischen Leistungen im vertragsärztlichen Bereich abgedeckt. Die KVen übernehmen die Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte; seit 2004 wird dabei ein mit den Krankenkassen (auf Landesebene) gemeinsam und einheitlich vereinbarter Verteilungsmaßstab angewandt.

Auf Kosten der GKV dürfen kranke Menschen in Deutschland selbstständig nur von Ärzten und Psychotherapeuten behandelt werden. Für dieses Monopol musste sich die Ärzteschaft verpflichten, sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen der ambulanten Versorgung flächendeckend in ganz Deutschland bereitzustellen. Die Bereitstellung dieses flächendeckenden Angebotes und die Garantie für deren Qualität organisieren beziehungsweise übernehmen die KVen.

Vorschlag: Regionalaufteilung der Vergütung nach Versorgungsbedarf

Eine flächendeckende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gelänge dann am besten, wenn die Verteilung der ärztlichen Vergütung (Honorarverteilung) und die regionale Verteilungsplanung der Praxen (Bedarfsplanung) miteinander verknüpft würden. Dies könnte durch eine vergleichsweise einfache Ergänzung der Honorarverteilungsmaßstäbe erfolgen und auf diese Weise wirksame Anreize zur Sicherstellung der Versorgung bieten:

Die gezahlte Vergütung (Gesamtvergütung) müsste deshalb entsprechend der zu versorgenden Bevölkerung regional (beispielsweise nach Planungsbereichen) aufgeteilt werden. Für jeden Planungsbereich stünde damit eine bestimmte Gesamtsumme für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung, die der jeweiligen Bevölkerungszahl entspricht. Erst nach diesem Zwischenschritt würde im Weiteren die Verteilung

des Honorars an Ärzte, die innerhalb der jeweiligen Region (des jeweiligen Planungsbereichs) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgen; dabei würde die KV die regionalen (planungsbereichsbezogenen) Gesamtvergütungen zunächst getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung und innerhalb des fachärztlichen Bereichs nach Fachgruppentöpfen verteilen.

Die Regionalaufteilung der Gesamtvergütung gemäß Versorgungsbedarf würde ermöglichen, dass Ärzte in Regionen (Planungsbereichen) mit geringerer Arztdichte für ihre Leistungen besser bezahlt werden könnten als Ärzte in Regionen mit hoher Arztdichte. Damit würden Anreize geschaffen, sich dort niederzulassen, wo eine niedrige Arztdichte herrscht und wo weitere Niederlassungen von Ärzten versorgungspolitisch sinnvoll sind. Umgekehrt würden Regionen mit hoher Arztdichte für Ärzte finanziell weniger attraktiv sein.

Das Geld folgte in diesem Modell der Versorgungsnotwendigkeit der Bevölkerung; es würde dort vorgehalten, wo die Versorgung gewährleistet werden muss. Auf diese Weise würden Anreize geschaffen, Überversorgung abzubauen und Ressourcen dort zu schaffen, wo sie für die Versorgung sinnvoll und notwendig sind.

Alternativ zu diesem Vorschlag könnte seitens der KV auch eine Punktwertdifferenzierung nach Versorgungssituation vorgenommen werden.

■ Alle Ärzte, in deren Planungsbereich Überversorgung bei Ihrer Fachgruppe besteht, erhielten im Rahmen der Honorarverteilung einen niedrigeren Punktwert.

■ Alle Ärzte, in deren Planungsbereich Unterversorgung bei ihrer Fachgruppe besteht beziehungsweise droht, erhielten im Rahmen der Honorarverteilung einen erhöhten Punktwert.

4.2 Selektive Anreize für eine bedarfsgerechte Niederlassung

Will man nicht den grundsätzlichen Weg gehen, die Gesamtvergütung entsprechend den Versorgungserfordernissen der Bevölkerung regional differenziert zu verteilen, bieten sich selektive negative und positive ökonomische Anreize zur sinnvollen Steuerung der Niederlassung von Vertragsärzten an.

Dabei entfalten – insbesondere wenn sich regional oder arztgruppenspezifisch sehr ungleiche Versorgungslagen ergeben – Maßnahmen zur Beseitigung von Defiziten ihre volle Wirksamkeit erst dann, wenn gleichzeitig Maßnahmen zur Beseitigung von Überschüssen ergriffen werden und umgekehrt. Die Verteilungssteuerung ist also umso wirksamer, je konsequenter ein ausgewogenes System von regionalen Anreizen und Hemmnissen angewandt wird. Vorausschauend müssen bereits bei drohenden Defiziten oder drohenden Überschüssen Maßnahmen ergriffen werden.

Vorschlag: Honorarabschläge bei Praxisübernahme in überversorgten Regionen/Honorarzuschläge in unterversorgten Regionen

Dieser Vorschlag zielt auf diejenigen Ärzte, bei denen eine Entscheidung zur Niederlassung ansteht, und versucht auf diese Entscheidung über Anreize im Sinne der flächendeckenden Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Einfluss zu nehmen.

Negative finanzielle Anreize könnten die Niederlassung in überversorgten Fachgebieten und Regionen deutlich begrenzen. Es wäre deshalb sinnvoll, wenn die Übernahme einer Vertragsarztpraxis in einer überversorgten Region mit einem Sicherstellungsabschlag verbunden würde, der alle Arztgruppen einschließen würde. Die Höhe der Sicherstellungsabschläge sollte spürbar sein; nur merkliche finanzielle Anreize dürften hier Wirkung zeigen. Denkbar wäre die Zahlung fester Beträge für einen begrenzten Zeitraum; alternativ könnte für einen gewissen Zeitraum ein anteiliger Honorarabschlag vorgenommen werden.

Solche negativen Anreize können zwei Dinge zur Folge haben:

■ Ärzte entscheiden sich gegen eine Praxisübernahme in überversorgten Regionen.

■ Ärzte nehmen die finanziellen Nachteile in Kauf und entscheiden sich trotzdem für die Praxisübernahme in überversorgten Regionen.

Dort, wo die erwartbaren negativen finanziellen Auswirkungen dazu führen, dass sich Ärzte nicht in überversorgten Regionen niederlassen, wäre ein (Teil)steuerungsziel erreicht. Dort, wo die negativen finanziellen Auswirkungen in Kauf genommen werden, verbliebe ein Teil des Honorars nicht beim Arzt, sondern könnte in einen Fonds eingebracht werden, mit dem gezielt Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung finanziert werden könnten. Parallel sollten positive Anreize geschaffen werden, damit sich Ärzte in Regionen (Planungsbereichen) niederlassen, in denen Unterversorgung herrscht. Diese Möglichkeit der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen ist im Gesetz bereits formuliert (§ 105 SGB V), sollte aber unbedingt im Zusammenhang mit Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung gesehen werden. Die Abschöpfung von Mitteln aus überversorgten Kreisen eröffnet Spielräume für finanzielle Niederlassungsanreize in unterversorgten Regionen. Solche Anreize und Hilfen sollten allerdings an bestimmte Auflagen geknüpft sein, so etwa die Verpflichtung der jeweiligen Ärzte, die Praxis für einen Mindestzeitraum und in ausreichendem Maße in der unterversorgten Region zu führen.

Insgesamt werden bei einer erfolgreichen Umsetzung des Modells einer gleichzeitigen Anwendung negativer und positiver Anreize zwei Ziele erreicht:

■ Zum einen kommt es zu einer regionalen Umverteilung von Mitteln (weg von überversorgten Regionen hin zu unterversorgten Regionen).

■ Zum anderen kommt es zu einer Umverteilung von Mitteln zwischen den Arztgruppen (weg von Arztgruppen, bei denen Überversorgung herrscht, hin zu Arztgruppen, bei denen Unterversorgung herrscht).

Zu- beziehungsweise Abschlüsse bei der Vergütung könnten natürlich auch schon im Fall von drohender Über- oder Unterversorgung implementiert werden; die Feststellung einer solchen Situation könnte durch die Landesausschüsse erfolgen.

4.3 Die Notwendigkeit einer länderübergreifenden Regelung

Da es deutliche Unterschiede zwischen den KVen bezüglich der Versorgungsdichte mit Ärzten in ihren jeweiligen Zulassungsbezirken gibt, ist es überaus sinnvoll, das ergänzende System von regionalen Anreizen und regionalen Hemmnissen bundesweit zur Entfaltung zu bringen; nur so kann großräumigen Ungleichgewichten wirksam begegnet werden. Zum einen konzentrieren sich Überversorgung wie auch (drohende) Unterversorgung auf bestimmte Länder, so dass ein länderübergreifendes Umsteuern notwendig ist. Zum anderen könnten sich bei einer Beschränkung der Anwendung des beschriebenen Instrumentariums auf bestimmte Länder großräumige Ungleichgewichte sogar verschärfen, weil sehr gut- oder überversorgte Regionen in nicht einbezogenen Ländern für eine Niederlassung oder Praxisübernahme noch an Attraktivität gewinnen könnten.

Eine optimale Steuerungswirkung der positiven und negativen Anreize innerhalb der bestehenden KV-Grenzen dürfte sich erzielen lassen, wenn Sicherstellungszuschläge in allen KVen fachgruppenübergreifend gegenfinanziert werden würden. Darüber hinausgehende Regelungen über die Grenzen der KVen hinaus, wären mit einer besonderen Umsetzungsproblematik verbunden, da hier Mittel zwischen den KVen übertragen werden müssten.

Einen deutlichen Hinweis auf die generelle Notwendigkeit übergreifender Regelungen zeigt die Entwicklung der Ab- und Zugänge von Vertragsärzten. Betrachtet man die Entwicklung in den Jahren 2003 und 2004, so wird deutlich, dass deutschlandweit ein deutlich positiver Saldo zu verzeichnen war; 8.233 Abgängen stehen in dem genannten Zweijahreszeitraum 9.481 Zugänge gegenüber. Der positive Saldo wird allerdings wesentlich durch Fachärzte beeinflusst. Im hausärztlichen Bereich findet man ein leichtes Plus von 66 Ärzten.

Dabei stellt sich die Situation in den einzelnen KVen sehr unterschiedlich dar (Tabelle 4). So weisen die neuen Bundesländer bei Hausärzten negative Saldi auf, während in den alten Bundesländern fast durchgängig in allen KVen auch bei Hausärzten ein Plus zu verzeichnen ist. In den neuen Bundesländern bahnt sich in einigen Regionen also eine Unterversorgung mit Hausärzten an, wenn nicht gegengesteuert wird.

TABELLE 4

Zugänge und Abgänge an Vertragsärzten für die Jahre 2003 und 2004

| Kassenärztliche Vereinigungen | Arztgruppe* | Zulassungsbeginn | Zulassungsende | Saldo |
|-------------------------------|------------------|------------------|----------------|-------------|
| | | 2003+2004 | 2003+2004 | |
| Bayern | Hausärzte | 569 | 476 | 93 |
| | Fachärzte | 841 | 637 | 204 |
| Baden-Württemb. | Hausärzte | 481 | 481 | 0 |
| | Fachärzte | 698 | 527 | 171 |
| Berlin | Hausärzte | 225 | 220 | 5 |
| | Fachärzte | 419 | 303 | 116 |
| Brandenburg | Hausärzte | 129 | 183 | -54 |
| | Fachärzte | 124 | 103 | 21 |
| Bremen | Hausärzte | 39 | 41 | -2 |
| | Fachärzte | 57 | 51 | 6 |
| Hamburg | Hausärzte | 101 | 53 | 48 |
| | Fachärzte | 190 | 168 | 22 |
| Hessen | Hausärzte | 276 | 290 | -14 |
| | Fachärzte | 411 | 348 | 63 |
| Meckl.-Vorpom. | Hausärzte | 101 | 138 | -37 |
| | Fachärzte | 95 | 97 | -2 |
| Niedersachsen | Hausärzte | 362 | 298 | 64 |
| | Fachärzte | 512 | 401 | 111 |
| Rheinland-Pfalz | Hausärzte | 177 | 188 | -11 |
| | Fachärzte | 276 | 215 | 61 |
| Nordrhein | Hausärzte | 489 | 365 | 124 |
| | Fachärzte | 753 | 579 | 174 |
| Saarland | Hausärzte | 44 | 32 | 12 |
| | Fachärzte | 58 | 59 | -1 |
| Sachsen | Hausärzte | 141 | 241 | -100 |
| | Fachärzte | 204 | 181 | 23 |
| Sachsen-Anhalt | Hausärzte | 72 | 135 | -63 |
| | Fachärzte | 100 | 111 | -11 |
| Schleswig-Holstein | Hausärzte | 174 | 91 | 83 |
| | Fachärzte | 196 | 187 | 9 |
| Thüringen | Hausärzte | 78 | 140 | -62 |
| | Fachärzte | 133 | 99 | 34 |
| Westfalen-Lippe | Hausärzte | 395 | 415 | -20 |
| | Fachärzte | 561 | 380 | 181 |
| Gesamt | Hausärzte | 3853 | 3787 | 66 |
| | Fachärzte | 5628 | 4446 | 1182 |
| Neue Bundesländer | Hausärzte | 521 | 837 | -316 |
| | Fachärzte | 656 | 591 | 65 |
| Alte Bundesländer | Hausärzte | 3332 | 2950 | 382 |
| | Fachärzte | 4972 | 3855 | 1117 |

* Hausärzte mit Kinderärzten, Fachärzte ohne Kinderärzte

Quelle: Bundesarztregister der KBV

4.4 Ankauf von Praxen in überversorgten Planungskreisen

Die rechtlichen Regelungen des SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung thematisieren verschiedene finanzielle und sonstige Maßnahmen, um die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung sieht das Gesetz (§ 105 Abs. 3 SGB V) neben der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten, in denen Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht, die Möglichkeit vor, dass KVen den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt vom 62. Lebensjahr an finanziell fördern. Diese Regelung ist nicht an einen bestimmten Versorgungsgrad gebunden. Doch auch bei drohender Überversorgung ist eine solche finanzielle Abgeltung ein zulässiges Mittel zur Reduzierung eines unerwünscht hohen Versorgungsgrades.

Der Gesetzgeber hat damit prinzipiell aufgezeigt, dass eine Reduzierung der Arztsitzanzahl auch innerhalb der bestehenden rechtlichen Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung möglich ist. Die Vorteile, die in solchen „Stilllegungsprämien“ der KVen liegen, sind evident:

Eine Weiterführung ausgewählter Praxen und damit die Perpetuierung einer bestehenden unbefriedigenden Versorgungssituation würde verhindert. Dabei geht es nicht um eine Stilllegung unwirtschaftlich geführter Kleinpraxen, sondern um die Reduzierung des Angebots in besonders dicht versorgten Gebieten. Überversorgung könnte regional und arztgruppenbezogen gezielt abgebaut werden, ohne dass den Ärzten, die ihren Sitz aufgeben, finanzielle Nachteile entstünden. Der Verkauf der Praxen an die KVen könnte zu den bestehenden Marktpreisen (Verkehrswert) erfolgen und aus einem Fonds finanziert werden, der aus Überverwaltungsabschlägen gespeist wird. Die Reduzierung der Zahl der Sitze würde dazu beitragen, den Auslastungsgrad der verbleibenden Praxen zu erhöhen.

Auf der Seite der Kassen wäre eine solche Stilllegung zunächst aufkommensneutral; die Patienten der stillgelegten Praxen würden sich einfach auf die verbleibenden verteilen. Dennoch ist mit einem Rückgang des Leistungsbedarfs zu rechnen, da das Angebot an ambulanten medizinischen Dienstleistungen auf die Nachfrage rückwirkt.

Wengleich die Quantität des erwarteten Rückgangs nur schwer einzuschätzen ist, dürften unter den Bedingungen von Praxisbudgets bei den KVen nicht unerhebliche Mittel vakant werden. Diese würden zunächst den Punktwert in diesen KVen erhöhen, wenn keine andere Verwendung vorgesehen wäre. Die frei werdenden Mittel könnten jedoch zur Förderung der Niederlassung in Gebieten mit (drohender) Unterversorgung dienen.

Falls sich die Steuerungswirkung dieser Maßnahmen nach § 105 Abs. 3 SGB V tatsächlich als so wirksam erweisen sollte,

dass Überversorgung – wie gewünscht – abgebaut werden könnte, dann wäre zu überlegen, ob solche Maßnahmen nicht auch obligatorisch für den Fall von Überversorgung werden sollten.

■ 5. Fazit

Die Analyse der vertragsärztlichen Versorgungssituation in Deutschland zeigt: Von einem generellen Ärztemangel in Deutschland kann keine Rede sein. Es gibt eher zu viele denn zu wenig Ärzte, aber sie sind schlecht verteilt. Auf regionaler Ebene ist die aktuelle vertragsärztliche Versorgung durch erhebliche Allokationsprobleme in der Versorgungsdichte gekennzeichnet.

Eine wirkungsvolle Bedarfsplanung, die die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten soll, muss Anreize schaffen, sowohl Überversorgung als auch Unterversorgung zu vermeiden.

Die hier formulierten Vorschläge zielen im Kern darauf ab, finanzielle Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung zu schaffen. Bei einer Diskussion der Vorschläge muss bedacht werden, dass solche finanziellen Anreize sicherlich nicht allein entscheidend sind bei der konkreten Niederlassungsentscheidung eines Arztes. So spielen eine ganze Reihe anderer Faktoren, die die regional unterschiedliche Lebensqualität betreffen, eine wichtige Rolle. Dennoch sollten die finanziellen Anreize nicht unterschätzt werden.

Alles in allem bietet die Einrichtung des Instruments eines Sicherstellungsabschlages in überversorgten Fachgebieten und überversorgten Regionen zusätzlich zu der bereits im Gesetz formulierten Möglichkeit einer Zahlung von Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Fachgebieten und unterversorgten Regionen (in Kombination mit weiteren Anreizen) die Chance eines sinnvollen Umsteuerns in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung. Dies gilt auch für den Vorschlag, die Gesamtvergütung, also die Geldsumme, welche aus den Beiträgen der GKV-Versicherten als Pauschale an die KVen fließt, den jeweiligen regionalen Versorgungserfordernissen entsprechend zu verteilen.

Mit der Stilllegung von Praxen nach § 105 Abs. 3 SGB V eröffnen sich schließlich Möglichkeiten, Überversorgung relativ konfliktfrei und kostenneutral abzubauen und damit langfristig eine flächendeckend ausgeglichene Versorgung zu erreichen.

Idealerweise würde man das System von Sicherstellungsabschlägen und -zuschlägen mit der Stilllegung von Praxen verbinden. Der aus den Abschlägen finanzierte Sicherstellungsfonds sollte in jeder KV genutzt werden für:

- finanzielle Anreize zur Vermeidung/Behebung von Unterversorgung,
- Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung (Aufkauf und Stilllegung von Praxen),

Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung

■ Vorhaltung von Mitteln, um perspektivisch Maßnahmen zur Abwendung von Unterversorgung finanzieren zu können.

Aufgrund der regional unterschiedlichen Versorgungsdichte müssten jeweils entsprechende Akzente gesetzt werden. Mit der Umsetzung der hier formulierten Vorschläge würden außerdem wichtige Signale an den medizinischen Nachwuchs gesendet: Eine finanziell lukrative Berufsausübung als niedergelassener Arzt

ist insbesondere dann möglich, wenn es einen regionalen und fachlichen Versorgungsbedarf gibt. Damit werden diejenigen Spezialisierungen gefördert, die für eine Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, und diejenigen Regionen gefördert, in denen Engpässe in der Versorgung drohen. Das zu verteilende Honorar folgt der Versorgungsnotwendigkeit, berufliche Perspektiven ergeben sich dort, wo man sich räumlich und fachlich am Versorgungsbedarf orientiert. ♦

Literatur

Andersen H/Mühlbacher A (2004): Bedarfsplanung und demographische Entwicklung. Zum Einfluss der Bevölkerungsstruktur auf die hausärztliche Versorgung: Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health Nr. 2, 1–54.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1993): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte) in der Fassung vom 9. März 1993, zuletzt geändert am 21. Februar 2006.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“, Abschlussbericht.

Ebsen I/Greß S/Jacobs K et al. (2003): Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung: In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): AOK im Dialog, Band 13, Berlin, 145–307.

Informations- und Pressestelle der ZVS (Hrsg.) (2005): Angebot und Nachfrage nach Studienplätzen in bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen an Universitäten zum Sommersemester 2005.

Informations- und Pressestelle der ZVS (Hrsg.) (2006): Angebot und Nachfrage nach Studienplätzen in bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen zum Wintersemester 2005/2006. Studiengang Medizin.

Klose J/Uhlemann T/Gutschmidt S (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung, Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), WIdO-Materialien, Band 48, Bonn.

Kopetsch T (2003): Entwicklung und Erfahrungen mit der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 57, Heft 5-6, 34–38.

Kopetsch T (2005): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! – Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage, KBV, Berlin.

Leber W-D (2006): Doktor Überall. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 9, Heft 7-8, 42-43.

Lubecki P/Schawo D (1993): Neue Versorgungsstrukturen. Überversorgungsplanung kann greifen. DOK Politik Praxis Recht, Jg. 75, Heft 8, 263–269.

Preusker U (2002): Aufs platte Land zieht's wenig Nachwuchs. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 5, Heft 6, 36–39.

Schellenberg M (1993): Zulassungsbeschränkungen für Vertragsärzte im GSG. Rechtliche und gesellschaftspolitische Auswirkungen. Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 47, Heft 7-8, 31–34.

Uhlemann T/Gutschmidt S (2003): Arztlzahlen: Kein allgemeiner Engpass: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 6, Heft 11, 43.

DIE AUTOREN



Joachim Klose, Dipl.-Soziologe

Jahrgang 1958, Forschungsbereichsleiter „Ambulante Versorgung/Pflege“ im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Arbeitsschwerpunkte: Vertragsärztliche Versorgung, Pflegeversicherung, Gesundheitssystemfragen, Evaluationsprojekte.

Studium an der Universität Bamberg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Duisburg im Rahmen der Berufsbildungsforschung. Seit 1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO.



Dr. disc. pol. Thomas Uhlemann M.A., Medizin-Soziologe

Jahrgang 1954, nach Forschungs- und Lehrtätigkeit zu Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Gesundheitssicherung im internationalen Vergleich an der Universität Göttingen und am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Ham-

burg-Eppendorf, seit Anfang 2002 im WIdO tätig im Bereich Ambulante Versorgung (Leistungs-Informationssystem-Ärzte, Arztlmangel-Projekt, EBM-Reform).