

**Dr. med. Bernhard Gibis**

*Leitung Dezernat 4, Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin*

# Landarztmangel und Bedarfsplanung in Deutschland: Zwischen Skylla und Charybdis

<b>1. Hintergrund</b>	<b>115</b>
<b>2. Reform der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahre 2012</b>	<b>118</b>
<b>3. Erste Ergebnisse der Bedarfsplanung</b>	<b>122</b>
<b>4. Zusammenfassung</b>	<b>123</b>
<b>Danksagung</b>	<b>125</b>
<b>Anhang: Tabellen</b>	<b>125</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>127</b>

*Die ärztliche Versorgung auf dem Lande ist von einem tiefgreifenden Wandel gekennzeichnet. Nach Jahren der Sperrung von Niederlassungsbezirken finden Praxisinhaber keine Nachfolger mehr. Diese Entwicklung ist insbesondere in der hausärztlichen, absehbar aber auch in der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung wie der Augenheilkunde zu verzeichnen. Gleichzeitig drängen in spezialisierte Fachgebiete nach wie vor mehr Bewerber in die Versorgung als freie Arztsitze vorhanden sind.*

*Der Gesetzgeber hat deshalb die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen beauftragt, die bisherige Bedarfsplanung der veränderten Versorgungslage anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dieser Aufgabe in der gesetzten Frist bis zum 1.1.2013 nachgekommen und hat durch die Anpassung der Planungsräume sowie der Fortentwicklung der Verhältniszahlen die Bedarfsplanung an die gegenwärtigen Herausforderungen angepasst. Dies betrifft insbesondere die hausärztliche Versorgung, die kleinräumiger als bisher auf Versorgungsungleichgewichte reagieren kann.*

*Unbenommen der detailgenaueren Planung kann diese aus sich heraus keinen einzigen neuen Arzt zur Niederlassung bewegen. Erst durch geeignete Anreize kann es gelingen, den ländlichen Raum wieder attraktiv auch für ärztliche Niederlassungen zu machen. Die hierfür erforderlichen Maßnahmen sind kaum durch den Gesundheitssektor alleine zu stemmen: Es bedarf einer konzertierten Aktion aller Verantwortlichen aus den betroffenen Gemeinden, Ländern, Kassenärztlichen Vereinigungen, um dieses gesellschaftliche Problem der Daseinsvorsorge im ländlichen Gesundheitsbereich zu lösen.*

# 1. Hintergrund

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland ist bislang durch eine ungewöhnlich hohe Arztdichte nicht nur im hausärztlichen Bereich, sondern auch im fachärztlichen Bereich gekennzeichnet. Flächendeckend können auch spezialisierte fachärztliche Leistungen in ambulanter Versorgungsumgebung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Die aus staatlichen Gesundheitssystemen bekannten Probleme mit dem Zugang zur Versorgung sind daher bislang in Deutschland nur von nachgelageretem Interesse gewesen, wenngleich zur Zeit vor dem Hintergrund der Diskussion um eine einheitliche Bürgerversicherung Unterschiede zwischen privat und gesetzlich versicherten Patienten als Problem dargestellt werden. Diese ungewöhnlich hohe Versorgungsdichte liegt auch darin begründet, dass Deutschland all die Jahre vergleichsweise viele Ärzte ausgebildet hatte, sodass Anfang der 90er Jahre sogar von einer Ärzteschwemme die Rede war. Die Realität hat diese Feststellung eingeholt: Krankenhäuser haben Probleme, Assistentenplätze zu besetzen, und bedienen sich häufig ausländischer Fachkräfte, Arztpraxen finden keine Nachfolger mehr. Die Situation kulminiert insbesondere im ländlichen Raum, der insgesamt von Sicherstellungsproblemen gekennzeichnet ist. Während öffentliche Einrichtungen, wie Schulen, Polizei- bzw. Feuerwehrwachen, schon vor Jahren geschlossen bzw. zentralisiert zusammengefasst wurden, schließen Postfilialen und der vor allem am Schultransport ausgerichtete öffentliche Nahverkehr wird beständig reduziert. Ausgenommen war hiervon bislang die ärztliche Versorgung. Da diese überwiegend durch Selbstständige in freier Praxis ausgeübt wird, die mit ihrem eigenen Vermögen die Praxisstruktur aufgebaut oder erworben haben und nicht kurzfristig ihren Standort verlegen können, war die ärztliche Versorgung bislang weiterhin dicht gewebt. Mit dem Ausscheiden des jeweiligen Arztes aus der Versorgung jedoch wird offenkundig, dass jüngere Kollegen nicht mehr bereit sind, diese Form der Versorgung – insbesondere in ländlichen Gebieten – zu übernehmen. Dies trifft nicht auf alle Fachgruppen zu, insbesondere betroffen sind grundversorgende Fächer und hier allen voran die hausärztliche Versorgung. So gesehen ist ein echter Arztmangel insofern entstanden, als dass die bestehenden, bekannten und akzeptierten Versorgungsstrukturen nicht mehr 1 : 1 nachbesetzt werden können. Dieses Phänomen ist nicht alleine auf die neuen Bundesländer beschränkt, auch in den sogenannten alten Bundesländern ist in ländlichen Gebieten eine ähnliche Entwicklung zu verzeichnen.

Durch Veröffentlichungen in den Medien, Berichten an Bundestagsabgeordnete und Reaktionen der Gemeinden und Länder sensibilisiert, reagierte der Gesetzge-

ber mit dem sogenannten Versorgungsstrukturgesetz 2012 mit der Neuauflage der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung und hat diese beim Gemeinsamen Bundesausschuss, dem zentralen Entscheidungsgremium der hiesigen Selbstverwaltung, in Auftrag gegeben. Die Bedarfsplanung der Vertragsärzte (früher „Kassenärzte“) ist ein historisch tief verwurzelttes Verfahren, schon 1913 wurden im Berliner Abkommen im Hinblick auf die Anzahl von Versicherten je Arzt Mindeststandards für die damaligen Krankenkassen festgelegt, die offensichtlich immer wieder unterschritten wurden. Mit der Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Ärzte im Jahre 1932 wurde festgelegt, dass je Zulassungsbezirk pro 600 Kassenmitglieder ein Arzt vorzuhalten ist. Die Entwicklung nach dem Kriege war vor allem dann in den 80er und 90er Jahren von der zuvor erwähnten Ärzteschwemme geprägt. Im Kassenärzte-Bedarfsplanungsgesetz 1986 wurde insbesondere die Sperrung von Planungsbereichen ermöglicht, 1992 wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine Bedarfsplanung eingeführt, die vor allem die Niederlassungsbegrenzung zum Ziel hatte. Mit der gleichzeitig eingeführten Budgetierung und der Deckelung der Gesamtausgaben für die vertragsärztliche Versorgung standen auch Fragen der Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit im Vordergrund, so dass bis 2012 für 14 Fachgruppen eine niederlassungsbegrenzende Bedarfsplanung eingeführt wurde.

Unbenommen der Absicherung von Mindeststandards sowie der Finanzierbarkeit der Versorgung erfüllt die Bedarfsplanung einen der wesentlichen Aspekte eines solidarischen Gesundheitssystems, nämlich den vergleichbar guten Zugang zur Versorgung für alle Versicherten, unabhängig von Einkommen, Bildungsgrad, Glaubensbekenntnis und auch Wohnort. Alleine die Erkrankung ist grundsätzlich berechtigendes Element zum Zugang zur Versorgung. Ohne steuernde Maßnahmen, sprich z.B. alleine durch Marktverhältnisse, lässt sich dieses Ziel nur ungenügend erreichen. Die Niederlassung von Ärzten wird wesentlich von den Kaufkraftverhältnissen einer Bevölkerung bestimmt, mit dem paradoxen Effekt einer hohen Arztdichte dort, wo in der Regel die wohlhabendste und gleichzeitig gesündeste Bevölkerung lebt. Weniger Niederlassungen sind an denjenigen Stellen zu verzeichnen, wo die einkommensschwächere und in der Regel krankheitsbelastetere Bevölkerung zu Hause ist. Um dieses auch „inverse care law“ bezeichnete Phänomen, wie es übrigens auch in der Bildung zu verzeichnen ist (die besten Schulen dort, wo die gebildetsten Einwohner leben), zu antagonisieren, wird in einem Solidarsystem durch einen Ordnungsrahmen, wie z.B. der Bedarfsplanung, eine einwohnerbezogene Gleichverteilung angestrebt. Während dieser Ordnungsrahmen in vielen Ländern durch den Staat (z.B. Skandinavien, Großbritannien) oder in den Vereinigten Staaten durch die Krankenversicherungen bestimmt wird, nimmt in Deutschland die Vertragsärzteschaft eine wesentliche Rolle ein, indem sie für die Krankenkassen und mittelbar auch für den Staat die

bundesweite Versorgung „sicherstellt“ und kollektiv die dafür erforderliche Vergütung verhandelt.

Diese Sicherstellung der Versorgung war jahrzehntelang insofern unproblematisch, als dass genügend Kolleginnen und Kollegen auch in ländlichen Gebieten niederlassungswillig waren. Zwischenzeitlich hat sich – wie erwähnt – die Lage umgekehrt, bei manchen Fachgruppen bestehen in manchen Gebieten Probleme der Sicherstellung der Versorgung, so dass der Gesetzgeber eine Anpassung der Bedarfsplanung eingefordert hat. Dies betrifft insbesondere die Frage, inwieweit die Planungsbereiche zu groß oder zu klein gewählt, ob die Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) noch angemessen sind sowie die Reform der Sonderbedarfszulassung, mit der auch bei gesperrten Planungsbezirken im Einzelfall noch eine Zulassung aufgrund besonderer Umstände möglich ist. Die bis 2012 gültige Bedarfsplanung bezog sich ausschließlich auf die zahlenmäßig starken Fächer und sah keine Niederlassungsbegrenzung für die kleineren, hochspezialisierten Gebiete vor. So konnten sich beispielsweise Laborärzte weiterhin bundesweit niederlassen, was als falsches Signal für die Karriereentscheidung jüngerer Kollegen angesehen wurde und aufgrund der technischen Entwicklung auch bei kleiner Fachgruppenstärke einen Hochkostenfaktor für das Versorgungssystem darstellt. Explizit durch den Gesetzgeber eingeführt wurde eine Föderalisierung der Bedarfsplanung dahingehend, dass auf Landesebene von der Bundesvorgabe begründet abgewichen werden kann. Dieses Instrument war in der bisherigen Bedarfsplanung nicht vorgesehen. Passager diskutiert wurden auch Instrumente der Zwangsverpflichtung zur Tätigkeit auf dem Lande vor einer Tätigkeitsaufnahme in der Stadt, die allerdings aus guten Gründen nicht mehrheitsfähig waren und keinen Eingang in die Gesetzgebung genommen haben.

## 2. Reform der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahre 2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt untergesetzliche Normen im Auftrag des Gesetzgebers. Im entsprechenden Unterausschuss Bedarfsplanung haben die beteiligten Vertragsparteien zeitgerecht zum 1. Januar 2013 eine umfassende Reform fertiggestellt. Verfahrensbeteiligte sind dabei der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (für alle gesetzlichen Krankenkassen), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (für alle Vertragsärzte), die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft (für alle Kliniken) sowie erstmalig auch (nicht stimmberechtigt) die Ländervertreter (für die Landesregierungen). Wie bei allen Beratungen sind Patientenvertreter in die Entscheidungsfindung auf allen Stufen beratend einbezogen. Die Reform selbst wurde in zwei Schritten vollzogen. In einem ersten Schritt bis 1.1.2013 wurde das Planungssystem den heutigen Anforderungen angepasst, in einem zweiten Schritt bis 30.6.2013 wurden Anreize, sprich Fördermaßnahmen, für die Niederlassung in entsprechenden unterversorgten Gebieten weiterentwickelt.

Die Diskussion um die Bedarfsplanungsreform war anfänglich wesentlich von der Definition des Bedarfes einer angemessenen ärztlichen Versorgung bestimmt. Weder die WHO noch die OECD haben jemals Grenzwerte für eine angemessene ärztliche Versorgung in Form von Mindestquoten von Einwohnern je Arzt festgelegt. Ein sozusagen evidenzbasiertes System der Arzt-/Einwohnerermittlung liegt nicht vor. Die Festlegung der Verhältniszahlen wurde deshalb grundsätzlich auf der bestehenden Basis fortentwickelt, Änderungen hingegen bei der demografischen Adjustierung vorgenommen. Schon seit 2010 werden die Verhältniszahlen nach der Alterszusammensetzung der Bevölkerung eines Planungsbereichs gewichtet: In Regionen mit einem signifikant höheren Anteil von Versicherten jenseits des 65sten Lebensjahrs werden für zahlreiche Fachgruppen, unter anderem die Augenärzte, mehr Arztkapazitäten vorgehalten. Dieser sogenannte Demografiefaktor war jedoch aufgrund zu deutlicher Arztsitzzuwächse bisher nicht bundesweit zur Anwendung gekommen, weshalb eine Anpassung im Rahmen der Reform vorgenommen wurde. Teil der Diskussion war auch die Berücksichtigung sogenannter soziodemografischer Korrekturfaktoren, die auf die besondere Versorgungslage deprivierter Regionen reagieren. Aufgrund des noch nicht vorhandenen, allgemein akzeptierten Instruments zur Erhebung des Sozialstatus zum Zwecke der Bedarfsplanung als auch der fehlenden Kenntnis der Übersetzung solcher Fakto-

ren in den nötigen fachgruppenspezifischen Arztbedarf, wurde auf Bundesebene auf eine Berücksichtigung in der Richtlinie verzichtet. Regional sind gleichwohl Entwicklungen der Beachtung solcher Faktoren erkennbar, wie beispielsweise in Berlin, wo sich Krankenkassen und Vertragsärzte in einem Letter of Intent dazu verpflichtet haben, künftig soziodemografische Faktoren in der Bedarfsplanung berücksichtigen zu wollen.

Schon die in den 90er Jahren festgelegten Verhältniszahlen entsprechen weltweit einer der höchsten Arztdichten in der ambulanten Versorgung. Allgemein wurde attestiert, dass mit einer so hohen ärztlichen Versorgungsdichte eine angemessene Versorgung grundsätzlich sicherzustellen sein muss. Wesentliches Moment einer Bedarfsplanung ist demnach vor allem die soweit es geht gleichmäßige Verteilung dieser Ärzte im Sinne eines vergleichbaren Zugangs zur Versorgung für alle Versicherten, unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderen Differenzierungsmerkmalen. Während die Verhältniszahlen als solche auf Basis der bestehenden Erfahrungswerte fortentwickelt und somit nicht grundsätzlich neu konzipiert wurden, fokussierte die Reform insbesondere auf den Raumbezug der jeweiligen Fachgruppe zur Ermittlung der jeweils angemessenen Planungsbereichsgröße. So ist es einleuchtend, dass ein Hausarzt ein kleineres Einzugsgebiet hat als ein Radiologe oder ein Strahlentherapeut. In der bisherigen Bedarfsplanung war immer der Kreis oder die kreisfreie Stadt der Bezugspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahl für alle Fachgruppen. Die sogenannte „Raumblindheit“ der alten Bedarfsplanung führte zur Ungleichverteilung insbesondere der grundversorgenden Fachgruppen in den durch Kreisgebietsreformen immer größer gewordenen (Land-)Kreisen. Mit der immer weiter voranschreitenden Differenzierung der Versorgung wurde es deshalb erforderlich, sogenannte Versorgungsebenen zu definieren. Danach werden grundsätzlich vier Versorgungsebenen unterschieden: erstens die hausärztliche Versorgungsebene, zweitens die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene, drittens die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene und viertens eine sog. gesonderte fachärztliche Versorgungsebene (Tabelle 1). Auf eine Beplanung der Schwerpunkte einzelner Fachgebiete wurde bewusst verzichtet. Insbesondere bei den Fachinternisten mit mehr als 10 Schwerpunkten kam die Frage auf, ob nicht beispielsweise Rheumatologen oder Kardiologen als eigene Fachgruppe in der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden sollten. Um nicht die Fragmentierung der Versorgung mit ganz eigenen Sogwirkungen auch in der Bedarfsplanung zu reproduzieren, wurde dieser Schritt unterlassen. Es wird deshalb vor Ort zu entscheiden sein, mit welchen Schwerpunkten Fachinternistensitze nachbesetzt werden, sofern sich für die Versorgung der Bevölkerung Ungleichgewichte in der Gruppenzusammensetzung ergeben. Gleiches gilt auch für andere Fachgruppen oder die Unterscheidung in konservativ oder operativ tätige Ärzte.

Den vier Versorgungsebenen wurden unterschiedlich große Planungsbereiche zugeordnet. Bei der hausärztlichen Versorgung ist dies der sog. Mittelbereich, wie er in der Daseinsvorsorge des Staates für die Sicherstellung von entsprechenden Strukturen gleichermaßen verwendet wird. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist es die Kreisebene, für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die sog. Raumordnungsregion und schließlich für die gesonderte fachärztliche Versorgung (z.B. Labormedizin, Pathologie) die Landesgrenze. Alle Gebietsabgrenzungen basieren im Wesentlichen auf den Raumordnungskonzepten des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung ([www.bbsr.bund.de](http://www.bbsr.bund.de)), die dort kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt werden. Die Konzepte dienen für vielfältige Planungsaufgaben des Bundes und der Länder, vor allem auch für Fragen der Daseinsvorsorge.

Insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung ergibt sich nunmehr eine deutlich feingliedrigere räumliche Abbildung der hausärztlichen Versorgungssituation. In 883 Mittelbereichen wird somit die Versorgungssituation kleinräumiger erfasst. Während in der alten Bedarfsplanung in einem großflächigen (Land-) Kreis statistisch gesehen eine Überversorgung bestehen konnte, kann bei der kleinräumigeren Betrachtung offenkundig werden, dass alle Ärzte in einem bestimmten Teil des Kreises, zu meist der Kreisstadt, niedergelassen sind und die peripheren ländlichen Teile des Kreises unzureichend versorgt sind. Wie die Ergebnisse der Umsetzung später gezeigt haben, wird damit sichtbar, an welchen Stellen hausärztliche Versorgung unterdurchschnittliche Einwohner-Arztrelationen aufweist. Die Definition der hausärztlichen Versorgung, und dies hatte Auswirkungen auf die Festlegung der Verhältniszahl, geht davon aus, dass Hausärzte ihre Patienten dort versorgen, wo diese wohnhaft sind und wo auch Hausbesuche durchgeführt werden. Eine Mitversorgung von Städten für das entfernte Umland, wie sie beispielsweise bei spezialisierten Arztgruppen üblich ist, findet hier kaum statt. Unterschiedliche Versorgungsniveaus zwischen Stadt und Land sind hier somit nicht erforderlich. Deshalb wurde zur Herstellung eines bundesweit einheitlichen Vergleichsrahmens eine Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1671 Einwohner festgelegt. Von dieser einheitlichen Verhältniszahl sind einige Kassenärztliche Vereinigungen abgegangen und haben differenziertere Verhältniszahlfestlegungen vorgenommen, so wie dies die landesspezifische Versorgungssituation erforderlich gemacht hat (z.B. Mecklenburg-Vorpommern und Hessen).

Für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung wurde am Konzept der Mitversorgung durch Städte festgehalten und eine Differenzierung der Verhältniszahl nach mitversorgenden und von der Mitversorgung profitierenden Kreisen vorgenommen (Tabelle 2). Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung wie die Radiologen wurden die sogenannten Raumordnungsregionen als Bezugsregion ausgewählt. Diese stellen große, funktionalräumliche Gebietsabgrenzungen dar, in denen eine



Versorgung aus der Region heraus, in der Regel durch zentralere Orte, sichergestellt wird. Neu hinzugekommen ist in der Bedarfsplanung der Berücksichtigung von Fachgruppen, die bislang vor allem aufgrund ihrer Größe (< 1000 Ärzte) nicht der Bedarfsplanung unterlagen. Für diese Fachgruppen ist das dynamischste Wachstum zu verzeichnen, weshalb Niederlassungssperren (z.B. der Labormedizin) Folge der eingeführten Bedarfsplanung sind. Für die spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung sind jeweils fachgruppenspezifische bundesweit einheitliche Verhältniszahlen vorgesehen, da hier die Mitversorgung zwischen Stadt und Land durch die großen Planungsräume abgebildet ist.

Nachdem die Richtlinienveränderungen zum 1. Januar 2013 verabschiedet wurden, verblieb der Landesebene sechs Monate Zeit, die Bedarfsplanung umzusetzen. Dies ist in allen Bundesländern zeitgerecht gelungen. Teil der Reform war auch, ein höheres Maß an Versorgungsorientierung zu etablieren. Die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene hat sog. Bedarfspläne aufzustellen, in denen die aktuelle Versorgungssituation und vor allem auch die künftigen Ziele der Versorgung dargestellt werden sollen und die durch einen paritätisch besetzten Landesausschuss verabschiedet werden. Konkret heißt dies, dass z.B. bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande explizit angesprochen werden soll, welche Probleme vorliegen und wie man diese zu beheben gedenkt. Insofern war dies nicht nur eine 1:1-Umsetzung einer bundesweiten Vorschrift, sondern auch mit eigenen Ausgestaltungsmaßnahmen verbunden. Den Landesministerien kommt dabei eine Aufsichtsfunktion zu – mit der Möglichkeit, Bedarfsplanung abzulehnen oder mit der Auflage der Nachbesserung zu genehmigen. Umso mehr ist die Leistung zu würdigen, innerhalb von einem halben Jahr Bedarfspläne in allen Bundesländern aufgestellt zu haben. Gleichwohl ist festzustellen, dass viele Reformvorhaben und konkretere Ausgestaltungen, so wie sie der Gesetzgeber wünscht, auf das Jahr 2014 verlegt worden sind und zunächst die rechtssichere Umsetzung der neuen Infrastruktur im Vordergrund stand. Parallel hierzu wurde auf Bundesebene erneut beraten, wie die Feststellung einer drohenden Unterversorgung oder ein sog. zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf so umsetzbar in der Richtlinie verankert werden kann, dass tatsächlich auch Fördermaßnahmen ergriffen werden. Planung alleine bringt noch keinen einzigen neuen Arzt hervor. Nur durch Anreizsysteme, die oft nicht alleine nur mit Geld ausgestattet sein müssen, sind junge Kolleginnen und Kollegen zu bewegen, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen. Diese verbesserten Anerkennungsbedingungen für zusätzlichen Versorgungsbedarf konnten Mitte letzten Jahres verabschiedet werden. Gleichwohl ist aus Sicht der Ärzteschaft festzustellen, dass diese noch nicht weitgehend genug sind, um junge Akademiker für eine Versorgung auf dem Lande begeistern zu können. Weiterhin wird durch die Kostenträger unter Verweis auf den allgemeinen Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzte die Zusage von Fördergeldern restriktiv gehandhabt.

### 3. Erste Ergebnisse der Bedarfsplanung

Nach Umsetzung der Bedarfsplanung im Jahre 2013 kann festgestellt werden, dass das Ziel einer transparenteren Ausweisung von unterversorgten Gebieten, insbesondere im hausärztlichen Bereich, erreicht wurde. So ist im Rahmen der neuen Bedarfsplanung in der hausärztlichen Versorgung ein Gebiet als unterversorgt ausgewiesen, jedoch 49 Gebiete wurden mit dem Status der drohenden Unterversorgung belegt, so dass zusätzliche Maßnahmen greifen können (Niederlassungshilfen, Stützung der Vergütung, Aufhebung von mengenbegrenzenden Regelungen etc.). Gleichwohl muss festgestellt werden, dass in der Gesamtbetrachtung bei über 50.000 Hausärzten bislang nur ca. 2.600 offene Stellen zu verzeichnen sind. In absoluten Zahlen gesehen ist das Problem zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch umschrieben und dies nicht zuletzt auch deshalb, da Bevölkerungskonzentrationen vor allem in Städten und Verdichtungsgebieten und nicht in ländlichen Gebieten zu verzeichnen sind. Im Hinblick auf die Bedeutung der jeweilig betroffenen Gebiete sind die Auswirkungen jedoch sehr groß. Auch dies spricht dafür, dass für die Behebung der Probleme nicht alleine der Gesundheitssektor verantwortlich gemacht werden kann, vielmehr müssen alle Beteiligten, also Kommunen, Land sowie auch Ärzteschaft, gemeinsam Wege entwickeln, wie eine ärztliche Versorgung auch noch dort aufrechterhalten werden kann, wo sich ansonsten die Gesellschaft mit ihren Infrastrukturmaßnahmen schon längst zurückgezogen hat. Hinzu kommt, dass die Ansiedlung in einem Gebiet, in dem aufgrund des demografischen Wandels ein erheblicher Bevölkerungsrückgang erwartet wird, Kolleginnen und Kollegen nicht guten Gewissens empfohlen werden kann. Umso mehr werden Möglichkeiten der mobilen Versorgung sowie der Zentralisierung geprüft werden müssen (z.B. Patientenfahrdienste, mobile Arztpraxen, Möglichkeit der Telemedizin).

Wesentliche Veränderungen haben sich auch für die psychotherapeutische Versorgung ergeben, die Leistungsbestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Finanzierung von 1.300 neuen Stellen, insbesondere für die ländliche Versorgung, wurde nicht zuletzt auf gesetzgeberischen Druck hin durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen, so dass die bisher bestehende erhebliche Ungleichverteilung von Psychotherapeuten zwar nicht ganz aufgelöst, zumindest jedoch reduziert werden kann. Für die bislang nicht beplanten Fachgebiete sind bis auf wenige Ausnahmen (Kinder- und Jugendpsychiater, Rehabilitationsmediziner) die erwarteten Sperrungen eingetreten, so dass Wachstumspotenzi-

ale insbesondere in der beständig wachsenden hochspezialisierten Versorgung begrenzt werden können.

## 4. Zusammenfassung

Planung aus sich heraus ist immer ein insuffizientes Instrument, um Versorgungsrealität wirklich abbilden und lenken zu können. Sie stellt allenfalls einen Korridor dar, dessen Hauptziel vergleichbare Versorgungsverhältnisse für alle GKV-Versicherten ist. Damit ist eine Bedarfsplanung auch ein Informationssystem. Es zeigt an, wo überdurchschnittlich viele Ärzte schon niedergelassen und weitere Niederlassungen nicht erforderlich sind; und im Umkehrschluss zeigt es an, wo eine unterdurchschnittliche Versorgungslage vorliegt. Dies ist insbesondere im ländlichen Raum derzeit zu verzeichnen. Mit der letzten Bedarfsplanungsreform wurde durch die Kleinräumigkeit der Bedarfsplanung konkreter sichtbar, wo Versorgungslücken bestehen. Gefüllt werden diese aus der Planung heraus alleine nicht. Es bedarf weitgehender Anreize, Kolleginnen und Kollegen für die Versorgung auf dem Lande gewinnen zu können. Dabei spielt die ausgelobte Vergütung eine sehr wichtige Rolle, ist aber nicht alleine entscheidend. Die Vorhaltung von Schulplätzen für die Kinder von Ärzten, das Kulturangebot oder auch die Möglichkeit einer adäquaten Beschäftigung für den oft auch akademischen Ehepartner sind oft gleichbedeutend mit den erzielten Einkommensverhältnissen. So gesehen ist die Bedarfsplanungsreform allenfalls ein Baustein im Konzert vielfältiger Bemühungen, lokal, regional wie auf Bundesebene, dem sich abzeichnenden Ärztemangel auf dem Lande entgegenzutreten. Deutlich wird hierbei auch, dass das einmal gewohnte Versorgungsniveau in Zeiten der Ärzteschwemme nicht mehr 1 : 1 wird aufrechterhalten werden können. Hierin spielt auch die Frage der Praxisform. Während auch heute noch viele Landarztpraxen Einzelpraxen sind, ist heute bereits zu beobachten, dass der Trend zu größeren Organisationseinheiten mit gegenseitigen Vertretungsmöglichkeiten führt. Insofern besteht auch noch eine Effizienzreserve in der weiterentwickelten Organisationsform von Arztpraxen. Es ist zu erkennen, dass sich gerade in ländlichen Gebieten Großpraxen herauskristallisieren, die größere Einzugsgebiete versorgen. Und dies zur Zufriedenheit aller Beteiligten, von Patienten genauso wie von Ärzten. Um unter erschwerten Bedingungen weiterhin die Versorgung aufrecht zu erhalten, erweist sich der ländlichen Raum als Innovationsmotor. Dies betrifft auch neue Wege der Delegation von Leistungen an qualifizierte Praxismitarbeiter, wie sie vor allem im ländlichen Raum erprobt wurden und zur Entlastung der Ärzte erfolgreich angewendet werden.

Die Diskussion um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sollte jedoch nicht über Sicherstellungsprobleme in Städten hinwegtäuschen. Die fehlende Attraktivität sozial schwacher Räume bringt auch hier mit sich, dass Niederlassungen für Ärztinnen und Ärzte zurückgehen. Es wäre deshalb nicht weiter verwunderlich, wenn in einigen Jahren eine ähnlich gelagerte Diskussion über die Versorgungsprobleme in Städten, insbesondere in den sogenannten „Problem“-Stadtteilen, die Diskussion um den Landarztmangel begleitet oder gar ablöst.

Wie in anderen Ländern auch, haben die Sicherstellungsprobleme in ländlichen Gebieten zu einer grundsätzlichen Diskussion um die bestehenden Aus- und Weiterbildungssysteme der Ärzteschaft geführt.<sup>66</sup> Beklagt wird die fehlende Abstimmung von Aus- und Weiterbildung und Arbeitsmarkt. Die immer weitergehende Spezialisierung führt zu einer Fragmentierung der Versorgung bei gleichzeitiger Vernachlässigung der weniger technisierten, „sprechenden“ Fachgebiete. Diese Entwicklung beginnt während des Studiums an Kliniken der Supramaximalversorgung (Universitätskliniken) und setzt sich in der Weiterbildung an Krankenhäusern fort, deren Angebot von Weiterbildungsstellen oft von der Profitabilität einzelner DRG-Positionen bestimmt wird. Die engere Abstimmung von Aus- und Weiterbildung mit den Erfordernissen für die Versorgung der Bevölkerung ist deshalb Gegenstand der Koalitionsvereinbarung der neuen Bundesregierung geworden, die hierzu einen Masterplan Medizinstudium zusammen mit den Landesministerien erstellen möchte.

Damit wird einmal mehr die grundsätzliche Frage aufgeworfen, inwieweit durch eine verbesserte Planung die Versorgung der Bevölkerung so gestaltet und verbessert werden kann, dass genügend qualifizierte Ärzte aller erforderlichen Fachrichtungen zur Verfügung stehen. Die Freiheit von Forschung und Lehre sowie die Autonomie der ärztlichen Profession wurden jedoch bewusst zur Eingrenzung von Befugnissen des Staates und damit der Gesellschaft etabliert, nachdem staatlicher Missbrauch gerade in der Gesundheitsversorgung in totalitären Regierungsformen die Schattenseiten von Planungssystemen überdeutlich gemacht haben. Somit schließt sich der Kreis: Planung und freies Spiel der Kräfte sind für sich alleine genommen nicht in der Lage, Antworten auf die Versorgungsherausforderungen der nächsten Jahre liefern zu können. Das Ringen um die richtige Balance beider Elemente ist dabei keine mit einer Reform abschließend zu bewältigende Aufgabe, sondern wird immer wieder im demokratischen Diskurs neu bewertet und entschieden werden müssen.

---

66 Frenck, 2010

## Danksagung

Dank geht für hilfreiche Hinweise an Herrn Sebastian John, Herrn Dr. Thomas Kopetsch und Herrn Pascal Schöpe.

## Anhang: Tabellen

	<b>Hausärztliche Versorgung</b>	<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>	<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>	<b>Gesonderte fachärztliche Versorgung</b>
Raumeinheit	Mittelbereich	Kreis	Raumordnungsregion	Kassenärztliche Vereinigung
<b>Anzahl</b>	883	372	97	17
Verhältniszahlen	Eine	Fünf je Fachgruppe	Eine je Fachgruppe	Eine je Fachgruppe
Arztgruppen	Haus-ärzte	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Orthopäden Urologen Kinderärzte	Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater	<i>Physikalisch- und Rehabilitativmediziner Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner</i>

*Die bisher nicht geplanten Arztgruppen sind hier kursiv dargestellt*

Tabelle 1: Versorgungsebenen in der ambulanten Bedarfsplanung

<b>Versorgungstyp</b>	<b>Rolle in der Versorgung</b>
stark mitversorgend	Größere Städte in zentraler Lage, die eine erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen erbringen.
Dual-Versorgung	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in anderen Regionen (i.d.R. Kernstädte) wahr. Gleichzeitig erbringen die Dual-Versorger Mitversorgungsleistungen für das Umland.
stark mitversorgt	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein erheblicher Anteil der Bevölkerung wird durch die Kernstadt mitversorgt.
mitversorgt	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise wird die Bevölkerung hier mitversorgt. Ansonsten findet Eigenversorgung statt.
Eigenversorgung	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig/keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Versorgung findet hier aus der Region heraus statt.

Tabelle 2: Kreisdifferenzierung nach Mitversorgungsfunktion

## Literaturverzeichnis

Frenck J, Chen L, Bhutta Z. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376, 9756: 1923–1958