

Ambulante ärztliche Versorgung – Ärztemangel und Zugangshürden

Axel Kortevoß und Thomas Krafft

Niedergelassene Ärzte – Hausärzte und Fachärzte – bilden in Deutschland das Rückgrat der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung und stellen für Patienten in der Regel die erste Anlaufstelle innerhalb der medizinischen Versorgung dar. Dem wohnortnahen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung kommt damit eine hohe Bedeutung zu. Von den ärztlichen Standesorganisationen wird darauf hingewiesen, dass die Verfügbarkeit von Ärzten seit Jahren insgesamt rückläufig ist (KOPETSCH 2005). Dieses wird sowohl auf eine kontinuierliche Zunahme des altersbedingten Ausscheidens als auch auf einen Rückgang der Absolventenzahlen im Studienfach Humanmedizin zurück-

geführt **6**. Als Gegenposition wird vertreten, dass ein regionaler Ärztemangel auf Fehlanreize innerhalb der ambulanten Bedarfsplanung und -steuerung zurückzuführen sei und dass beispielsweise fachärztliche Leistungen in begrenztem Umfang auch durch geeignete Krankenhäuser ergänzt bzw. im Bedarfsfall (zeitweise) übernommen werden könnten (BMGS 2005).

Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung durch Haus- und Fachärzte liegt in der Sicherstellungsverantwortung der 17 regionalen **Kassenärztlichen Vereinigungen** und wird über die ambulante

Bedarfsplanung umgesetzt. Grundsätze und Planungsparameter werden von dem sog. Gemeinsamen Bundesausschuss in den „Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte“ festgelegt. Für die Planungsgebiete sind „allgemeine Verhältniszahlen“ festgelegt, die das Verhältnis von Einwohnern pro Arzt nach Fachgruppen vorgeben. Unterschieden wird bei der Zuordnung dieser Verhältniszahlen nach der Eingruppierung des jeweiligen Planungsgebietes in die Kreistypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (**Beitrag Priebs, Bd. 1, S. 67**). Die Höhe der den einzelnen Kreistypen zugeordneten allgemeinen Verhältniszahlen ergibt sich aus der Festsetzung des zum Stichtag 31. Dezember

Kassenärztliche Vereinigung (KV) – (Zwangs-)Vereinigung aller in einer Region tätigen niedergelassenen Ärzte, die zur ambulanten Leistungserbringung für gesetzlich versicherte Patienten zugelassen sind. Die KV'en regeln u.a. auch die Abrechnung der Leistungen mit den Krankenkassen.

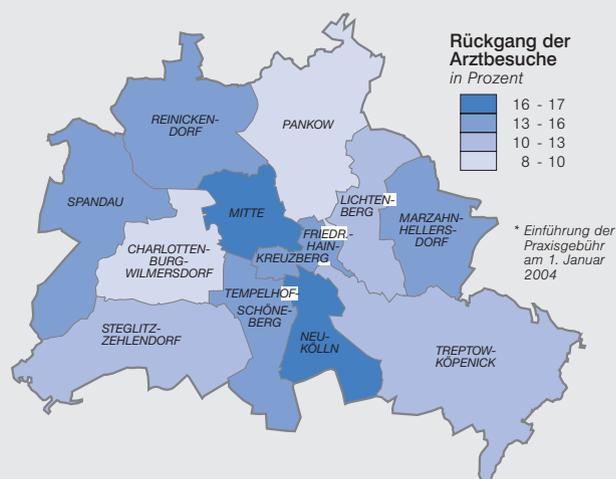
Sozialindex – aus 25 Indikatoren der Bereiche Demographie, Haushaltsstruktur, Bildung, Erwerbsleben, Einkommen und Gesundheitszustand für jeden Stadtbezirk Berlins gebildeter Index für den Sozialstrukturatlas Berlin 2003 (SEN-GesSozV 2004), der die relative Position des jeweiligen Stadtbezirks im Verhältnis zu allen anderen abbildet

1990 vorhandenen tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses. Als bedarfsgerecht gilt die Arztverfügbarkeit dann, wenn das tatsächliche Verhältnis von Einwohnern pro Arzt die für diese Planungsregion zugeordnete allgemeine Verhältniszahl erreicht. Überschreitet die tatsächliche die allgemeine Verhältniszahl, so liegt eine Überversorgung vor, und der Planungsbezirk kann unter bestimmten weiteren Voraussetzungen für die Niederlassung weiterer Ärzte der Fachgruppe gesperrt werden. Unterschreitet die tatsächliche die allgemeine Verhältniszahl, müssen vor der formalen Feststellung einer Unterversorgung erst weitere Detailuntersuchungen durchgeführt werden (**Beitrag Kistemann/Schweikart, Bd. 7, S. 144**).

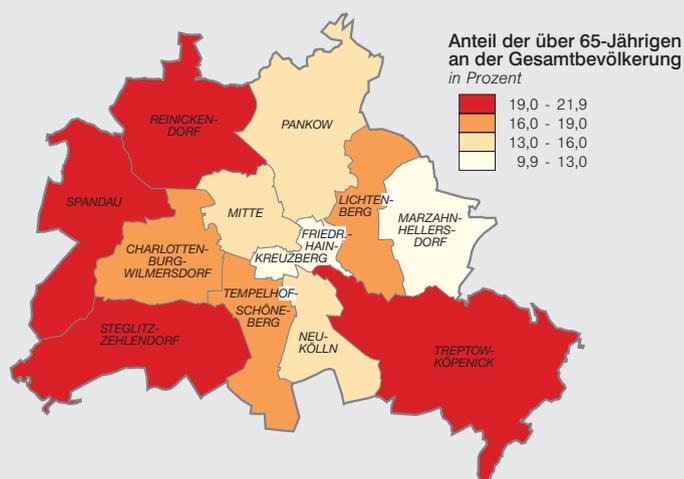
Eine Auswertung der Daten zur ambulanten Versorgung für das Frühjahr 2005 am Beispiel der Hausärzte zeigt, dass – gemessen an den allgemeinen Verhältniszahlen – erhebliche regionale Disparitäten bei der ambulanten Versorgung bestehen **7**. Dabei gilt, dass besonders in ländlich-peripheren Planungsbereichen im Nordosten der Bundesrepublik tendenziell eher ein Unterschreiten der Planzahlen zu beobachten ist. Für die Patienten bedeutet das einen eingeschränkten Zugang zur ambulanten Versorgung, da sich mit abnehmender Ärztedichte insbesondere im ländlichen Raum die Entfernungen zum nächsten Arzt deutlich verlängern. Für die KV'en ergibt sich daraus theoretisch die Notwendigkeit, insbesondere für Hausärzte in ländlich-peripheren Ge-

Berlin nach Stadtbezirken Rückgang der Arztbesuche nach Einführung der Praxisgebühr und ausgewählte Sozialindikatoren

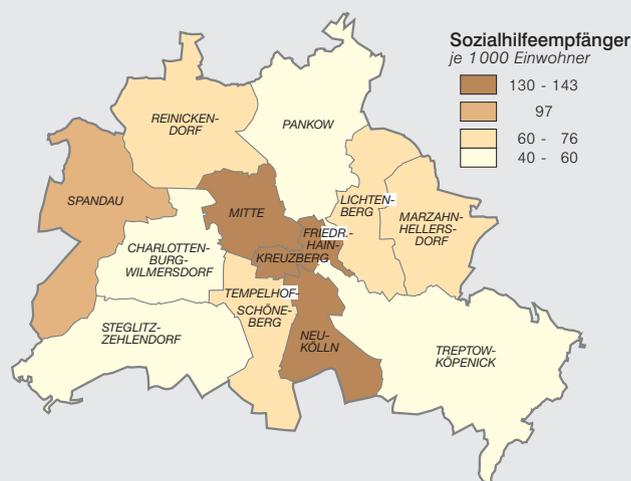
1 Arztbesuche Quartal I/2003-Quartal I/2004*



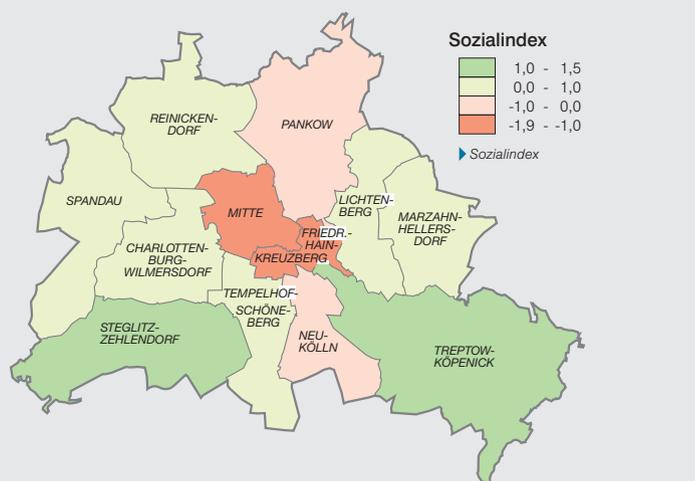
2 Über 65-Jährige 2004



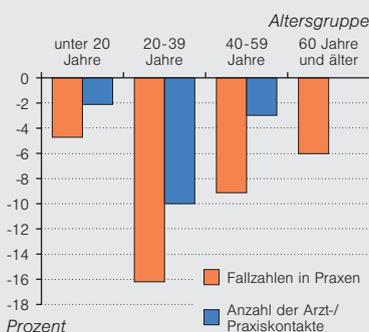
3 Sozialhilfeempfänger 2004



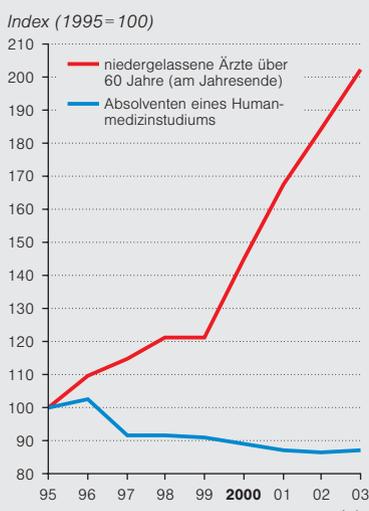
4 Sozialindex 2003



5 Entwicklung der Fallzahlen und Arztbesuche 2003-2004 nach Altersgruppen



6 Ärzte über 60 Jahre und Absolventen in der Humanmedizin 1995-2003



bieten bei der Vergütungsregelung und/oder bei der Existenzgründung Anreize vorzusehen. In Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden bereits entsprechende sog. Sicherstellungszuschläge an niedergelassene Ärzte gezahlt (MERTEN 2006).

Steuerungsinstrumente für die Leistungsnachfrage

Mit der Gesundheitsreform 2003 wurde zum 1. Januar 2004 als neues Steuerungsinstrument für die ambulante Versorgung die sog. Praxisgebühr in Höhe

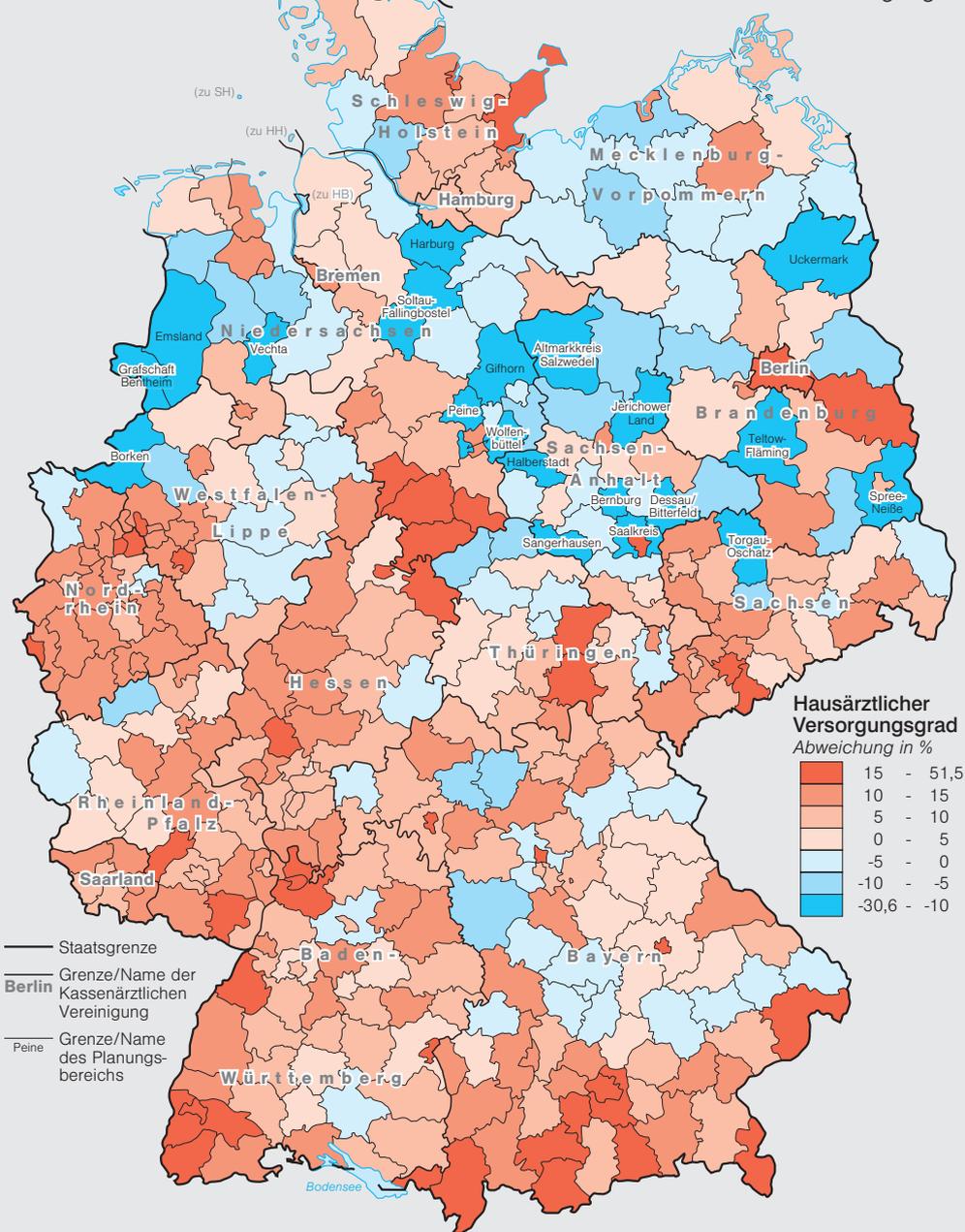
von 10 Euro eingeführt, die von den Patienten quartalsweise direkt an den niedergelassenen Arzt zu zahlen ist (von Härtefällen abgesehen). Erklärtes Ziel dieser Praxisgebühr ist es, zur Vermeidung unnötiger Arztbesuche beizutragen. Schon im Vorfeld der Einführung wurden die möglichen Auswirkungen dieser zusätzlichen Kostenbelastung der Versicherten kontrovers diskutiert. Kritiker weisen auf die Gefahr, dass sozial schwache und ältere Patienten von der Inanspruchnahme notwendiger Behandlungen abgehalten werden könnten. Der von den Standesorganisationen der Ärzte darüber hinaus angeführte höhere Verwaltungsaufwand, der in den Praxen durch die Verpflichtung zum Einzug der Praxisgebühr entsteht, kann dagegen eher vernachlässigt werden.

Nach einer Stichprobenerhebung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung zeichnet sich ein dauerhafter Rückgang der Arztbesuche seit Einführung der Praxisgebühr ab (KOCH/BRENNER 2005). Aus dieser Untersuchung ergeben sich aber auch erhebliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen differenziert nach Altersgruppen (5). Dabei werden die festgestellten deutlich geringeren Rückgänge bei der jüngsten und bei der ältesten Altersgruppe auch durch abweichende Zuzahlungstatbestände mit beeinflusst.

Eine erste sozialräumlich orientierte Abschätzung der Effekte der Praxisgebühr hat die KV Berlin für die Entwicklung der Arztbesuchszahlen im Vergleich der Jahre 2003 und 2004 vorgelegt (SCHLITT 2004). Neben einem generellen Rückgang der Arztbesuche (1) wurde festgestellt, dass von diesem Rückgang insbesondere diejenigen Stadtbezirke von Berlin überdurchschnittlich betroffen waren, die auf der Grundlage einer Einstufung des Berliner Sozialstrukturatlas (SENGESOZV 2004) sowie weiterer Merkmale einen hohen Anteil einer sozial benachteiligten Bevölkerung aufweisen. Der deskriptive Vergleich der Entwicklung der Arztbesuchszahlen mit drei von der KV Berlin angeführten Sozialindikatoren (2, 3, 4) deutet auf einen Zusammenhang zwischen dem vorherrschenden Sozialmilieu des jeweiligen Bezirks und der Frequenz der Arztbesuche hin (1). Eine ausreichende Erklärung für die Entwicklung der Arztbesuchszahlen liegt hingegen zur Zeit nicht vor, da die individuellen Verhaltensweisen und der Gesundheitsstatus der Patienten bzw. Bewohner in der Berliner Untersuchung nicht erfasst wurden. In anderen Untersuchungen zu den Auswirkungen der Praxisgebühr (GRABKA u.a. 2005; GEBHARDT 2005) wird darauf hingewiesen,

dass eine Ausgrenzung bestimmter Bevölkerungsgruppen empirisch nicht nachweisbar ist. Vielmehr wurde festgestellt, dass bei chronisch Erkrankten oder Personen mit schlechtem Gesundheitszustand durch die Praxisgebühr keine Verhaltensänderung in Bezug auf Arztbesuche ausgelöst wurde, während besonders Personen mit sog. Bagatellerkrankungen eher geneigt seien, Arztbesuche zu unterlassen. ♦

7 Hausärztliche Versorgung im Frühjahr 2005 nach Planungsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen



Die normative Festlegung dessen, was als Über- oder Unterversorgung mit Ärzten eines Fachgebietes – hier Hausärzten – eingestuft wird, richtet sich nach dem zum Stichtag 31.12.1990 tatsächlich gegebenen Einwohner-Arzt-Verhältnis, das als **allgemeine Verhältniszahl** bezeichnet wird. Diese wurde nach den vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung definierten siedlungsstrukturellen Kreistypen erfasst, d.h. gesondert für Agglomerationsräume, für verstädterte Räume und für ländliche Räume. Der Versorgungsgrad gibt für den jeweiligen Planungsbereich der KV die Abweichung von der allgemeinen Verhältniszahl an. Auf der Karte sind jene Planungsbereiche mit ihren Namen beschriftet, bei denen dieser Normwert um 10% oder mehr unterschritten wird.