



Gesundheitliche Versorgung und ihre Infrastruktur im ländlichen Raum

Prof. Dr. Thomas Elkeles

Vortrag bei „Labor Brandenburg - Diskussionen zur
Bürgergesellschaft in unserem Land“

Heinrich-Böll-Stiftung Brandenburg, Potsdam 20.1.2007



Gliederung

1. Einleitung
2. Planungs- und Steuerungsansätze und –
instrumente
3. Ausgewählte empirische Befunde –
Problemlagen?
4. Mögliche Handlungsoptionen



Einleitung

- **Bisher 2 Zugänge:**
 - **A) Ungleichheit bei der Gesundheit**
- Diskussion in Gesundheits-/Medizinsoziologie und Sozialepidemiologie: Schließt teilweise auch soziale Ungleichheit in Versorgung (soziale Disparitäten im realen Zugang ein):
- Gleichheitsziel und -norm moderner Gesellschaften hat bei Gesundheit besondere Geltung und Anerkennung: praktisch nicht legitimiert, dass Gesundheitsrisiken und Lebenserwartung mit ungleicher Verteilung von Merkmalen des sozialen Status korrespondieren
- Gesundheitliche Versorgung (mit Gütern und Diensten) sollen sich ausschließlich nach Bedarf und Bedürftigkeit richten



Einleitung

- **Bisher 2 Zugänge:**
 - **B) Ungleichheit bei der gesundheitlichen Versorgung**
- Nahe liegende Übertragung auf gesundheitliche Versorgung aus der Sozialstaats-Norm des GG (Art. 2) und daraus abgeleiteter Normen und Instrumente der Raumordnung und -planung:
- Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet (Art. 72, Abs. 2 GG)
- Beseitigung räumlicher Disparitäten bei Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse insbesondere bei „menschlichen Daseinsgrundfunktionen“:
- Arbeiten, Wohnen, Bildung, Erholung, Versorgung, Verkehr, Kommunikation



Einleitung

- **These 1:** Es gibt bei der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere der ambulanten Versorgung, aufgrund der institutionellen Verfasstheit des Gesundheitssystems, kein direktes Instrumentarium der (staatlichen) Steuerung der Versorgungsdichte
- **These 2:** Es existierten auch keine objektiven Kriterien für Bedarf an Versorgung mit gesundheitlichen Diensten



Einleitung



Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit müssen attraktiver gestaltet werden, damit sich junge Menschen wieder stärker für die Tätigkeit in der Patientenversorgung interessieren. Geschieht dies nicht, wird es auf breiter Front zu **Versorgungsengpässen in Deutschland** kommen. Letztlich ist damit die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Gefahr.



Einleitung

- Seit der KBV-Studie (Kopetsch 2001), wonach in Deutschland sich die *hausärztliche Versorgung* als gravierendes und besonders dringliches Problem darstelle und insgesamt ein ‚Kollaps‘ drohe, wird in Presse und Öffentlichkeit vom *drohenden Ärztemangel* insbesondere in ostdeutschen ländlichen Regionen gesprochen.
- Kopetsch (2003): ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Gefahr
- **These 3:** Zur Aufrechterhaltung der aktuellen vertragsärztlichen Versorgung sind bei Hausärzten aus Altersgründen frei werdende Arztsitze v.a. in den neuen Bundesländern neu zu besetzen
- **These 4:** Neben einer konsequenteren Bedarfsplanung und der Prüfung von Versorgungsalternativen kommt es vor allem auf das Standortwahlverhalten und hierbei auch zivilgesellschaftlich zu gestaltende Rahmenbedingungen an.



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

- Eine (staatliche) Bedarfsplanung im engeren Sinne existiert im Gesundheitswesen nicht
- Gesundheitliche Güter werden rein marktwirtschaftlich vertrieben (Apotheken, Heil- und Hilfsmittel)
- Bei gesundheitlichen Diensten existiert eine Trennung in ambulante und stationäre Leistungssektoren mit unterschiedlichen ‚korporatistischen‘ Steuerungsmechanismen:
- Delegation von Steuerungskompetenzen an nachgeordnete Akteure



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

- Krankenhäuser (verschiedener Trägerschaften):
- Krankenhausbedarfspläne der Länder
- Historisch gewachsen aufgrund Zuständigkeit der Länder für die Investitionskosten für in einen Krankenhausbedarfsplan aufgenommene Krankenhäuser oder -abtl. (Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit Kassen)
- D.h. auch anderweitige Versorgung möglich
- Planungskriterien nur sehr bedingt am Bedarf orientiert, eher meist Fortschreibung/-steuerung eines Status quo historisch gewachsener regionaler Krankenhausversorgung



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

- Ambulante medizinische Versorgung
- Sicherstellungsauftrag durch KVen, § 75 Abs.1 SGB V
- „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichnetem Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.“



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

- Schaffung der KVen (Brüningsche Notverordnungen 8.12.1931):
- Bestandteil eines staatliche vermittelten Kompromisses zwischen Kassen und Kassenärzten
- Kassenärzte verzichteten auf Forderung nach Einzelleistungsvergütung, stimmten einer kassenärztlichen Gesamtvergütung auf Basis Kopfpauschale zu und übernahmen damit das Finanzierungsrisiko für die Behandlung von Patienten (Morbiditätsrisiko).
- Im Gegenzug Schaffung der KVen mit Sicherstellungsauftrag, d.h. Vertragsmonopol gegenüber den Kassen
- Eigene Wahrnehmung der Regelung von Standesangelegenheiten (Honorarverteilung, Beaufsichtigung der ärztlichen Tätigkeit)
- 1955 Gesetz über Kassenarztrecht: KVen und KBV werden Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Zwangsmitgliedschaft



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

- Bis 1986 keine Beschränkungen der Zulassung
- 1.1.1987: **Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung: Zulassungsbeschränkungen als Instrument der Mengen- und Ausgabenbegrenzungen** - Annahme: bei steigender Zahl der Ärzte („Ärztenschwemme“) Steigerung der Leistungsvolumina auch unabhängig vom Versorgungsbedarf (Annahme der arztinduzierten Nachfrage von Gesundheitsleistungen); „closed shop“
- **Auslöser der Instrumente zur sog. Bedarfsplanung: Überversorgungssituation**; hierbei Instrument von Zulassungsbeschränkungen auf Grund bzw. Fortschreibung eines historisch gewachsenen status quo zum Zeitpunkt der Einführung ohne inhaltliche Kriterien einer Bedarfsermittlung
- **Regionale Zulassungssperren wurden nun möglich, real jedoch noch lange, z.T. bis heute unterlaufen**



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

- Aufgabe für Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, **Richtlinien zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung** zu erlassen (§ 92 Abs. 1 SGB V)
- Er hat hier unter anderem „**einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad** in der vertragsärztlichen Versorgung“ sowie „Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ festzulegen (§ 101 Abs. 1 SGB V)



Gegliederte Verhältniszahlen in neuer Bedarfsplanung

Raumgliederung	Anästhesisten Einwohner je Arzt	Augen- ärzte Einwohner je Arzt	Chi- rurgen Einwohner je Arzt	Fachärztl. Internisten Einwohner je Arzt	Frauen- ärzte Einwohner je Arzt	HNO- Ärzte Einwohner je Arzt	Haut- ärzte Einwohner je Arzt	Kinder- ärzte Einwohner je Arzt	Nerven- ärzte Einwohner je Arzt	Ortho- päden Einwohner je Arzt	Psychothe- rapeuten Einwohner je Arzt	Radio- logen Einwohner je Arzt	Uro- logen Einwohner je Arzt	Haus- ärzte Einwohner je Arzt
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Große Verdichtungsräume														
1 Kernstädte	25 958	13 177	24 469	12 276	6 916	16 884	20 812	14 188	12 864	13 242	2 577	25 533	26 641	1 585
2 Hochverdichtete Kreise	60 689	20 840	37 406	30 563	11 222	28 605	40 046	17 221	30 212	22 693	8 129	61 890	49 814	1 872
3 Normalverdichtete Kreise	71 726	23 298	44 367	33 541	12 236	33 790	42 167	23 192	34 947	26 854	10 139	83 643	49 536	1 767
4 Ländliche Kreise	114 062	23 195	48 046	34 388	13 589	35 403	51 742	24 460	40 767	30 575	15 692	67 265	53 812	1 752
Verdichtungsansätze														
5 Kernstädte	18 383	11 017	21 008	9 574	6 711	16 419	16 996	12 860	11 909	13 009	3 203	24 333	26 017	1 565
6 Normalverdichtete Kreise	63 546	22 154	46 649	31 071	12 525	34 822	41 069	20 396	28 883	26 358	8 389	82 413	52 604	1 659
7 Ländliche Kreise	117 612	25 778	62 036	44 868	14 701	42 129	55 894	27 809	47 439	34 214	16 615	156 813	69 695	1 629
Ländliche Regionen														
8 Verdichtete Kreise	53 399	19 639	44 650	23 148	10 930	28 859	35 586	20 489	30 339	20 313	10 338	60 678	43 026	1 490
9 Ländliche Kreise	137 442	25 196	48 592	31 876	13 697	37 794	60 026	26 505	46 384	31 398	23 106	136 058	55 159	1 474
Sonderregion														
10 Ruhrgebiet	58 218	20 440	34 591	24 396	10 686	25 334	35 736	19 966	31 373	22 578	8 743	51 392	37 215	2 134

Quelle: Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) Berechnungsgrundlage: BBR-Typisierung 1997, Bevölkerungsstand und Arztzahlen: alle Bundesländer zum 31.12.1990; Anästhesisten (Einwohner- und Arztzahlen: 31.12.1997); Psychotherapeuten (Einwohner: 31.12.1997, Psychotherapeuten: 1.1.1999); Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (Einwohner- und Arztzahlen: 31.12.1995 in der Regionalstruktur vom 31.12.1998), altes Bundesgebiet

Quelle: Kopetsch 2005



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

• Auf dieser Grundlage haben KVen: Aufgabe Bedarfsplan (§ 99 SGB V):

- (1) 1. Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden **nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen** und jeweils der Entwicklung anzupassen. 2. **Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten.**
3. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.
- (2) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht zustande, kann jeder der Beteiligten den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anrufen.
- (3) Die **Landesausschüsse** beraten die Bedarfspläne nach Abs. 1 und entscheiden im Falle des Absatzes 2.



2. Planungs- und Steuerungsansätze und -instrumente: kassenärztliche Bedarfsplanung

- **§ 100 Unterversorgung**
- Bei Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht: Frist für die KVen zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung (vor allem Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten)
- **§ 101 Überversorgung**
- Alle Kriterien der Bedarfs-Richtlinien beruhen letztlich auf Fortschreibungen oder Modifikationen ursprünglicher status quo-Zahlen
- Ab 2006 sollen bei der Besetzung von Hausarztsitzen nur noch Fachärzte für Allgemeinmedizin berücksichtigt werden (§ 103 Abs. 4 SGB V)
- **Definition Überversorgung: Überschreiten des Versorgungsgrades von 110% in einer Facharztgruppe eines Planungsbereiches**
- **Definition Unterversorgung: Unterschreiten des Versorgungsgrades von 75% (Hausärzte) bzw. 50% (Fachärzte)**
- **D.h. Vollversorgung = 100% der historisch gewachsenen Versorgungszahlen**

ABBILDUNG 1

Arztdichte im internationalen Vergleich

Ärzte je 100.000 Einwohner
(alle Werte gerundet)

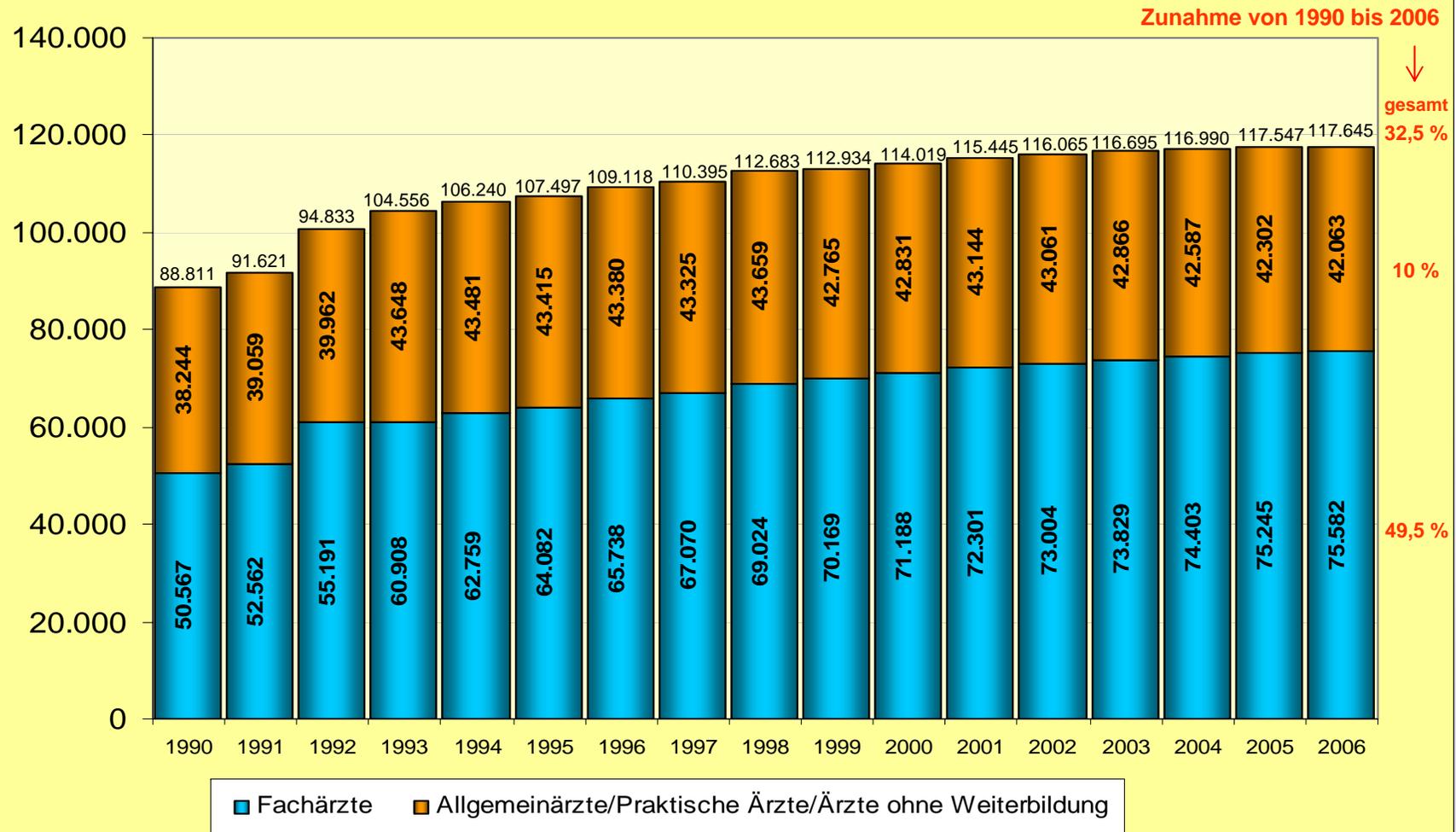
Griechenland	440
Italien	410
Belgien	390
Deutschland	370
Schweiz	360
Österreich	340
Frankreich	340
Schweden	330
Spanien	320
Niederlande	310
Norwegen	310
Finnland	260
USA	230
Großbritannien	220
Japan	200

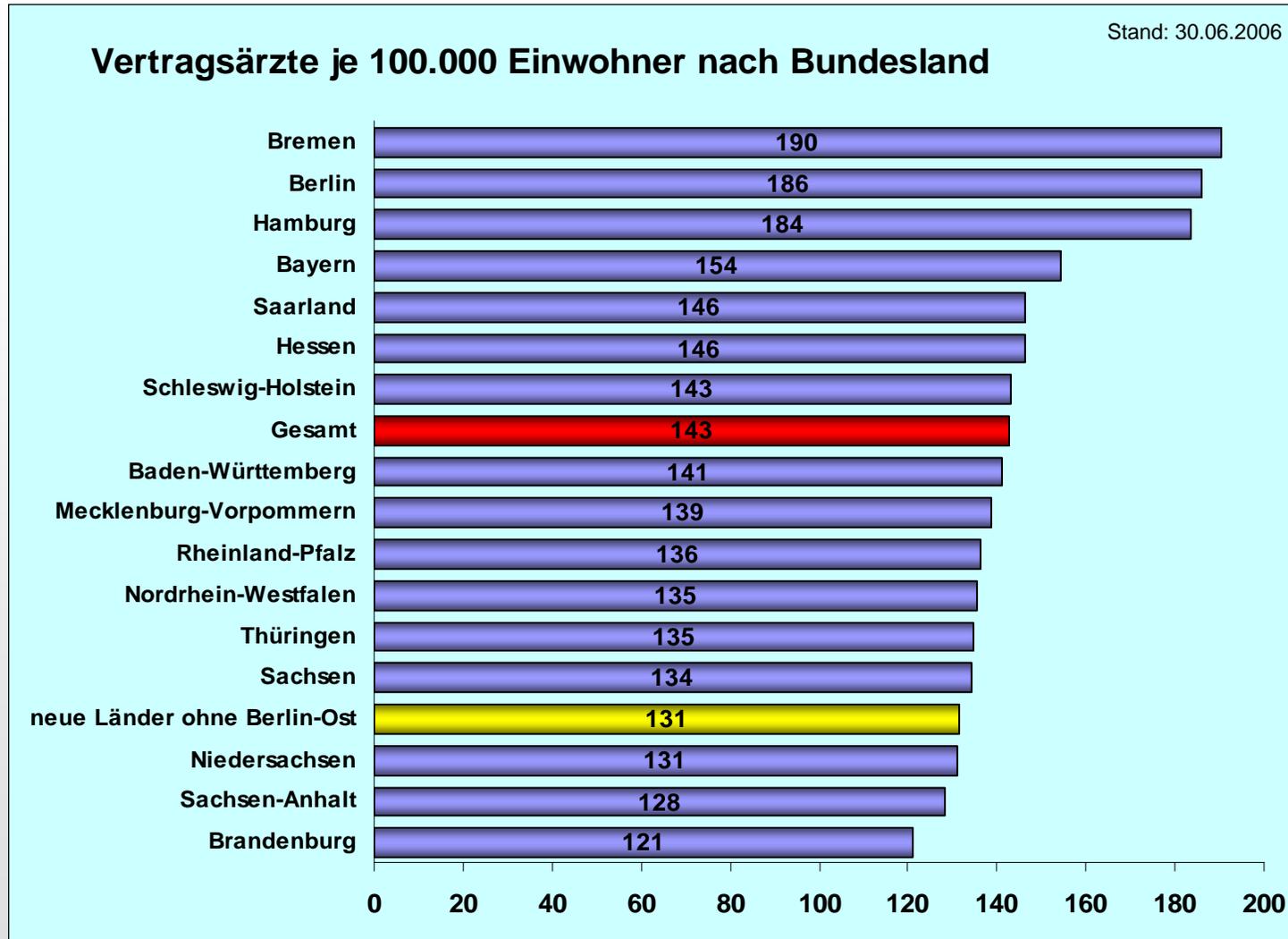
Quelle: OECD Health Data 2005, für Deutschland BÄK und Destatis (Stand: 2003)



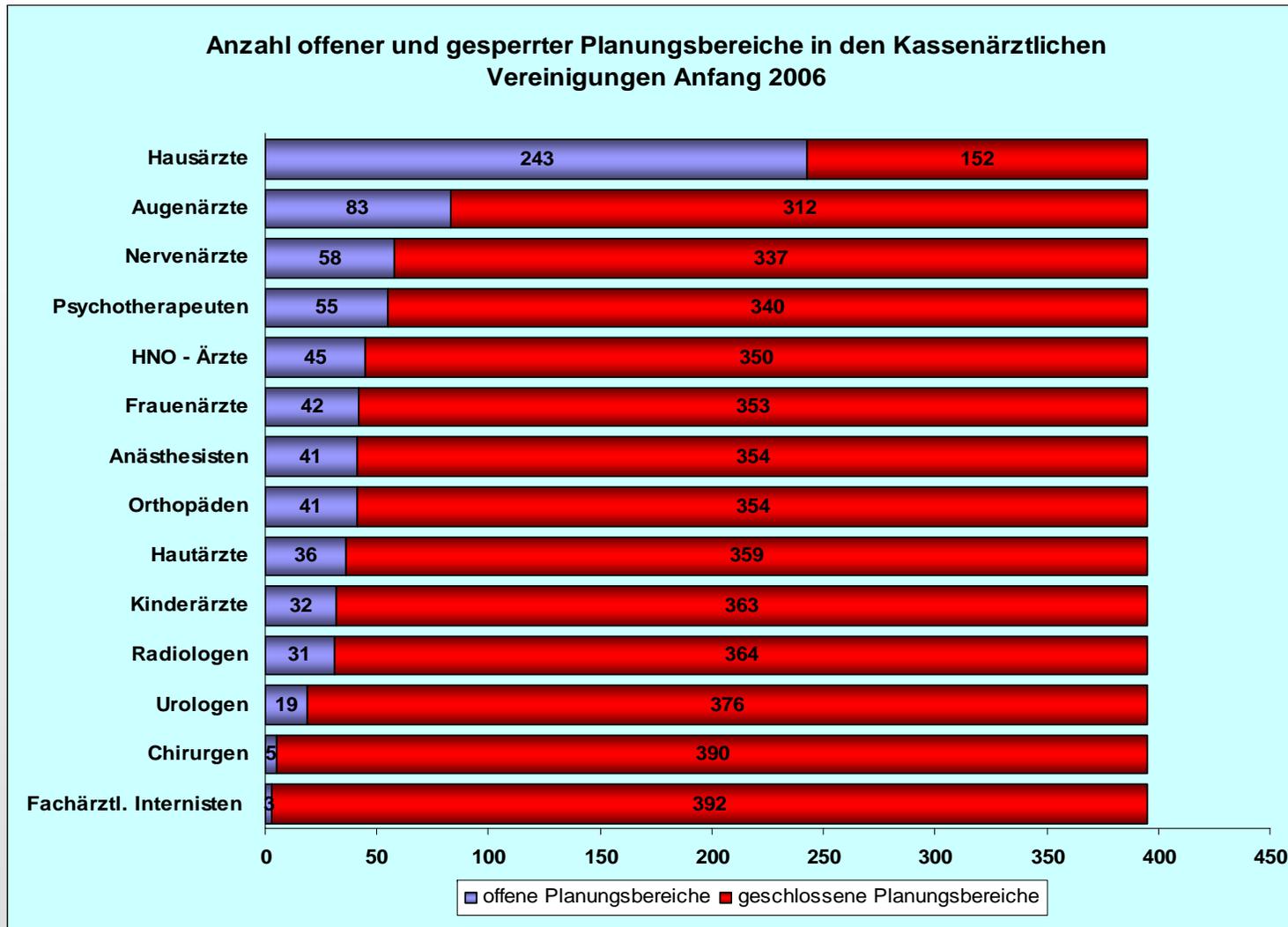
Entwicklung der Vertragsarztzahlen im Zeitverlauf

Stand: 30.06.2006

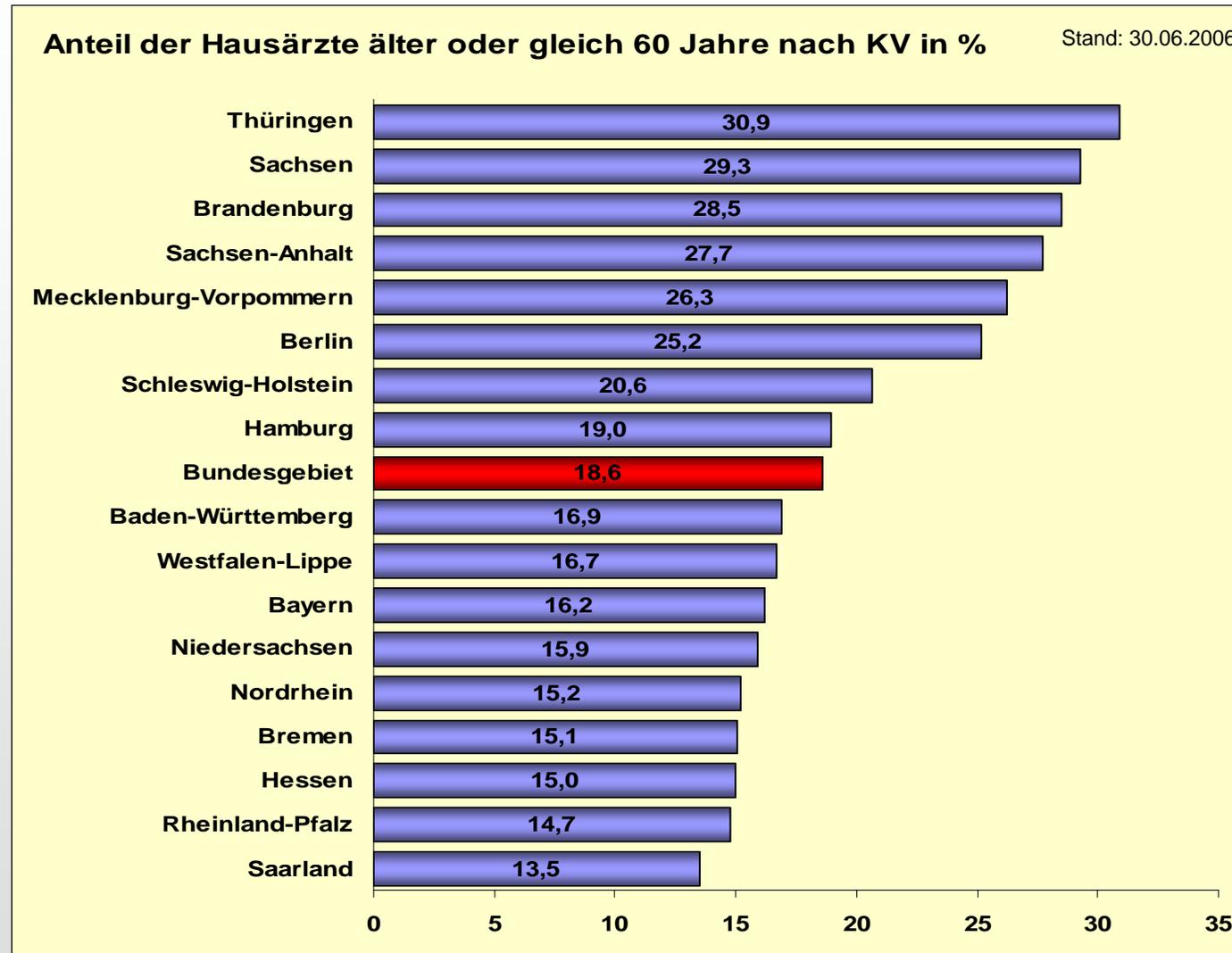




Quelle: Bundesarztregister der KBV, Statistisches Bundesamt



Quelle: Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

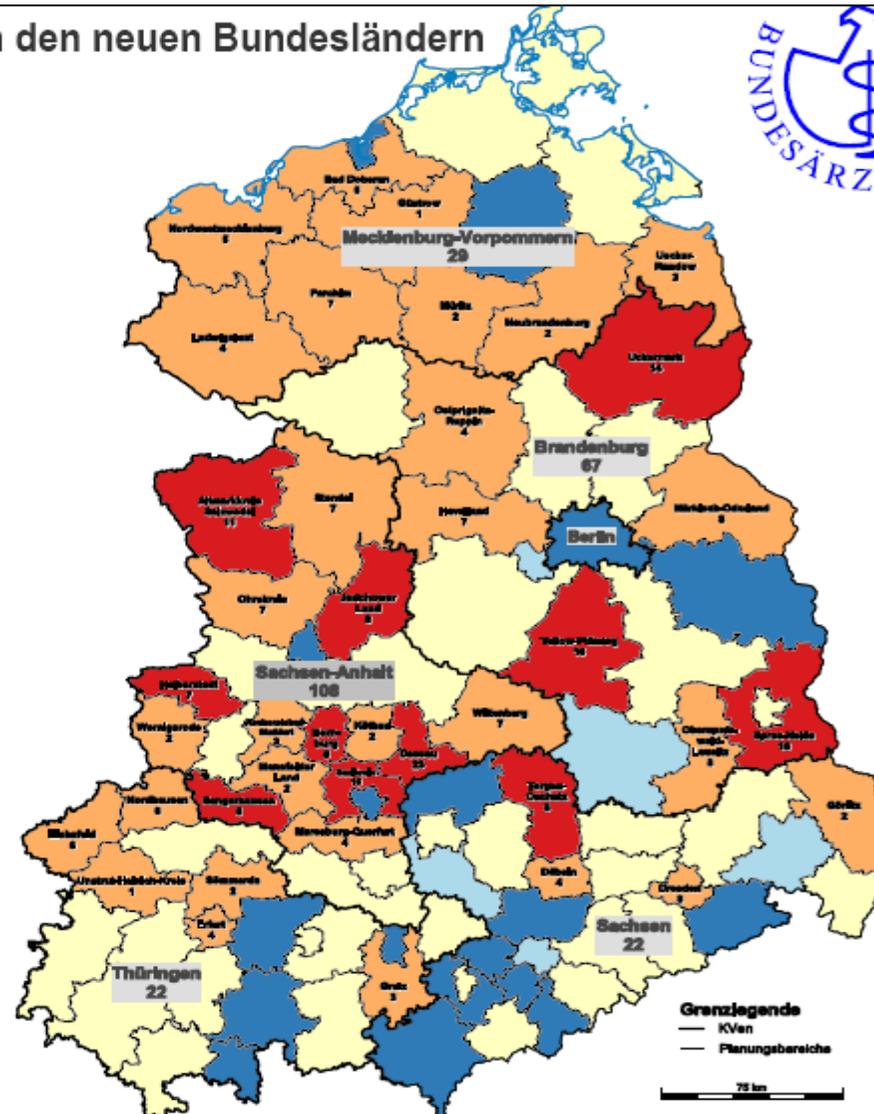


Quelle: Bundesarztregister der KBV



KBV

Fehlende Hausärzte in den neuen Bundesländern Stand: Frühjahr 2005



Hausärztliche Versorgung im Jahre 2005 in ausgewählten Planungsbereichen

Planungsbereich	Zahl der Ärzte absolut		Versorgungsgrad (in %)	Zahl der Ärzte über/unter Soll	
	Soll	Ist			
Bayern	München Stadt	789	1.109,3	140,8	320,3
	Garmisch Partenkirchen Lkr.	59	83,5	141,4	24,5
	Starnberg Lkr.	73	110,0	151,5	37,0
	Regensburg Stadt	83	108,0	131,1	25,0
	Passau Stadt u. Lkr.	161	196,6	122,3	35,6
	Würzburg Stadt	86	103,5	121,3	17,5
	Schweinfurt Stadt u. Lkr.	115	102,8	89,7	-12,2
	Hassberge Lkr.	60	54,0	90,6	-6,0
	Dillingen Lkr.	59	55,0	93,7	-4,0
Sachsen	Plauen Stadt, Vorgtlandkr.	159	181,3	114,6	22,3
	Annaberg	48	60,5	127,1	12,5
	Mittlerer Erzgebirgskreis	52	49,5	96,9	-2,5
	Torgau-Oschatz	56	51,0	91,9	-5,0

Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

© Wido 2005

Workshop "Zukunft der ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz (Ärztemangel?)"

Anmerkung:

- Hohe Überversorgung auch bei Hausärzten insbesondere in attraktiven Regionen



Hausärztliche Versorgung im Jahre 2005 in ausgewählten Planungsbereichen

Planungsbereich	Zahl der Ärzte absolut		Versorgungsgrad (in %)	Zahl der Ärzte über/unter Soll	
	Soll	Ist			
Brandenburg	Frankfurt (O.) Stadt, Oder-Spree	148	173,0	117,2	25,0
	Potsdam	92	99,8	109,1	7,8
	Teltow-Fläming	92	81,0	88,1	-11,0
	Spree-Neiße	87	71,0	82,4	-16,0
	Uckermark	97	84,0	86,8	-13,0
Mecklenburg-Vorp.	Rostock	127	145,0	114,8	18,0
	Demmin	61	69,0	114,0	8,0
	Parchim	72	64,5	90,7	-7,5
	Bad Doberan	74	69,0	93,9	-5,0
Sachsen-Anhalt	Halle	153	180,8	118,6	27,8
	Magdeburg	145	162,3	112,1	17,3
	Jerichower Land	61	52,0	86,0	-9,0
	Saalkreis	48	34,0	71,7	-14,0
	Dessau-Bitterfeld	122	101,0	83,3	-21,0
	Salzwedel	66	53,0	80,4	-13,0

Quelle: Meldungen der KVen

© Wido 2005

Workshop "Zukunft der ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz (Ärztmangel?)"

Anmerkungen:

- Auch in Ostdeutschland auch bei Hausärzten in Städten Überversorgung



Hausärztlicher Versorgungsgrad in Mecklenburg-Vorpommern 2006

	Hausärzte
Rostock	112,4
Bad Doberan	91,2
Demmin	109,6
Güstrow	103,8
Ludwigslust	94
Müritz	94,2
Parchim	92,4
Rügen	108,2
Uecker-Randow	96
Greifswald	118
Ostvorpommern	92,8
Neubrandenburg	110,5
Mecklenburg-Strelitz	88,8
Stralsund/Nordvorpommern	103,4
Schwerin	111,1
Wismar/Nordwestmecklb.	91,1

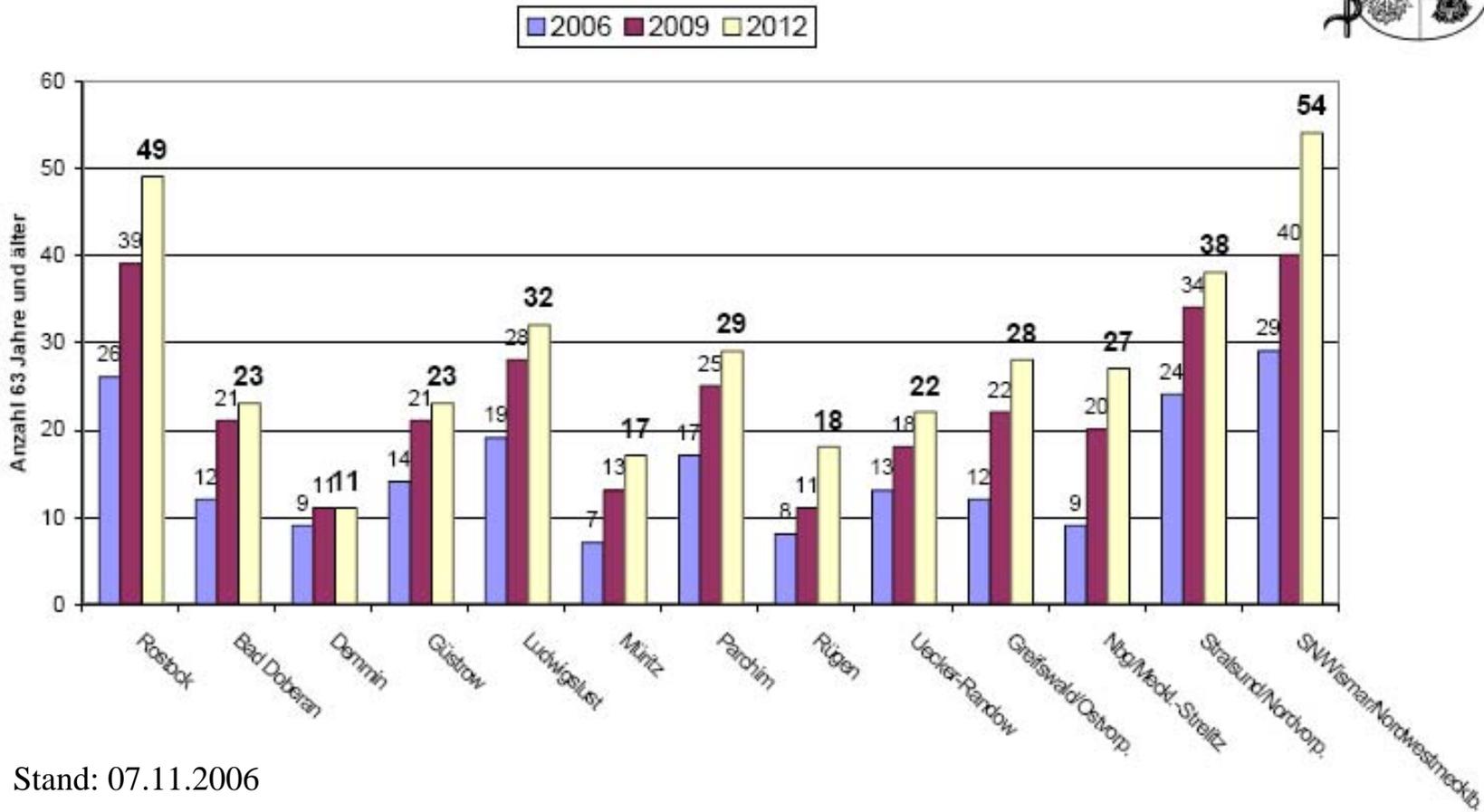
Quelle: KV MV, Stand: 07.11.2006

Anmerkungen:

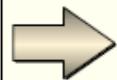
- Aktuell Übersorgung in den Städten (> 110%)
- Aktuell keine Unter-versorgung (< 75%)



Ersatzbedarf an Hausärzten in den kommenden Jahren in Mecklenburg-Vorpommern - absolut -



Stand: 07.11.2006



Brandenburg: Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte



Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch die Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdenden Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden?

■ Überversorgung
■ Unterversorgung

	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad Wiederb. 33 %	Vers.-grad Wiederb. 50 %	Vers.-grad Wiederb. 66 %
Barnim	103,0	29,0	28,2	108,0	77,6	87,6	92,8	97,6
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	178,0	64,0	36,0	108,4	69,4	82,3	88,9	95,2
Cottbus, Stadt	76,0	16,0	21,1	112,0	88,4	96,2	100,2	103,9
Dahme-Spreewald	91,0	25,0	27,5	100,1	72,6	81,7	86,4	90,8
Elbe-Elster	90,0	22,0	24,4	113,6	85,8	95,0	99,7	104,2
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	177,0	47,0	26,6	114,6	84,2	94,2	99,4	104,2
Havelland	80,0	22,0	27,5	93,2	67,6	76,1	80,4	84,5
Märkisch-Oderland	108,0	38,0	35,2	99,8	64,7	76,3	82,2	87,8
Oberhavel	121,0	33,0	27,3	109,6	79,7	89,5	94,6	99,4
Oberspreewald-Lausitz	80,0	28,0	35,0	91,8	59,7	70,3	75,7	80,9
Ostprignitz-Ruppin	70,0	28,0	40,0	91,8	55,1	67,2	73,4	79,3
Potsdam, Stadt	97,0	21,0	21,6	119,2	93,4	101,9	106,3	110,4
Prignitz	62,0	22,0	35,5	97,2	62,7	74,1	80,0	85,5
Spree-Neiße	79,0	30,0	38,0	83,7	51,9	62,4	67,8	72,9
Teltow-Fläming	86,0	32,0	37,2	93,9	59,0	70,5	76,5	82,0
Uckermark	87,0	32,0	36,8	84,5	53,4	63,7	69,0	73,9



4. Mögliche Handlungsoptionen

- 4.1** Bei Unterversorgungslagen: **Temporäre Dienstverpflichtungen** von medizinischem Personal (z.B. wie in Mexiko, China)? In Deutschland so nicht realisierbar.
- 4.2** **Reorganisation institutioneller Regelungen zum Versorgungsangebot**
- Doppelversorgung ambulant/stationär mit Fachärzten
 - Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
 - Family Health Nurse
 - Effektgrößen und Realisierbarkeit z.T. fraglich, z.T. mittel- bis langfristig

4. Mögliche Handlungsoptionen

Das AGnES - Projekt

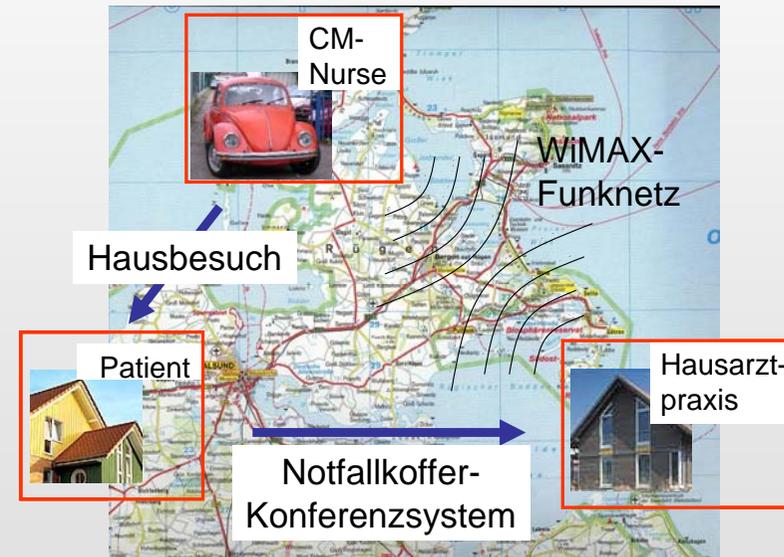
- AGnES

Arztentlastende

Gemeindenahe

E-Health gestützte

Systematische Intervention



Komponenten des AGnES-Projekt (Quelle: Hoffmann, 2006)



4. Mögliche Handlungsoptionen

Das AGnES - Projekt

- Pflegekraft als „verlängerter“ Arm des Hausarztes:
- Hausbesuche/Patientenbetreuung im Auftrag des Hausarztes:
 - Unterstützendes Monitoring
 - Schulung und Betreuung der Patienten bei der Nutzung von
 - Telecare-Geräten
 - Medikamentenkontrolle
 - Prävention, z. B. Sturzprophylaxe



4. Mögliche Handlungsoptionen

4.3 Interne Reorganisation bestehender Versorgungsangebote

- z.B. örtliche Sprechstunden von Hausärzten /Modell ambulante Verkaufsdienste in Lebensmittelversorgung
- Effektgrößen und Realisierbarkeit ?



4. Mögliche Handlungsoptionen

4.4. Reorganisation der bestehenden Bedarfsplanung

- z.B. Verfeinerung der Planungsbereiche (teilweise schon geschehen)
- z.B. Verfeinerung der Planungsbereiche durch Anbindung an die Kriterien der Raumplanung (Beispiel Modellregion Mecklenburgische Seenplatte)
- Effektgrößen und Realisierbarkeit ?



4. Mögliche Handlungsoptionen

4.5 Aktivierung von Potentialen zur Behebung oder Abmilderung kurz- oder mittelfristiger Versorgungsengpässe (im Rahmen der bestehenden Bedarfsplanung)

- **Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG) 2006:**
 - **Aufhebung der Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang** zur vertragsärztlichen Versorgung
 - **Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren für das Ende** der vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen.
 - **Liberalisierung und Flexibilisierung der Berufsausübung der Ärzteschaft** zum Beispiel durch **Voll- oder Teilzulassung** oder das **Arbeiten als angestellte Ärztinnen und Ärzte** dient einer besseren Versorgung.



4. Mögliche Handlungsoptionen

...

- „Mit der jetzt geplanten Gesundheitsreform soll zudem die wenig effektive Bedarfsplanung für Ärzte schrittweise durch finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Regionen ersetzt werden.“

(BMG-Pressemitteilung Nr. 113 vom 27.9.2006)

- Effektgrößen und Realisierbarkeit ?



4. Mögliche Handlungsoptionen

4.6 Aktivierung von Potentialen der Niederlassungsbereitschaft (im Rahmen der bestehenden Bedarfsplanung)

- z.B. „Masterplan zur Sicherung der ärztlichen Versorgung“ M-V 2005

u.a.:

- **Ausfallbürgschaften für Praxisgründung,**
- **Verwaltungsinvestitionen und Praxisübernahmen**
- **Attraktive Arbeit-, Wohn- und Lebensbedingungen schaffen**
- **Einbeziehung der Kommunen**

Effektgrößen und Realisierbarkeit ?



4. Mögliche Handlungsoptionen

Masterplan zur künftigen Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Handlungsfelder:

1. *Imageförderung für den Arztberuf im Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern:*
 - Frühzeitige Bindung von Medizinstudentinnen und -studenten an das Land
 - Gezielte Werbung und Informationsbereitstellung für die Ausübung des Arztes in Mecklenburg-Vorpommern



4. Mögliche Handlungsoptionen

Handlungsfelder des Masterplans:

2. *Gestaltung der Aus- und Weiterbildung:*

- Versorgungsforschung stärken
- Aufwertung des Lehrfachs Allgemeinmedizin
- Praxisnahe Heranführung von Medizinstudenten an den Arztberuf
- Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- Zusammenfassung von Krankenhäusern bei Weiterbildungsmaßnahmen



4. Mögliche Handlungsoptionen

Handlungsfelder des Masterplans:

3. Sicherstellung der ambulanten Versorgung:

- Bildung von Gemeinschaftspraxen und Arztnetzen
- Verbesserung der Möglichkeit zur Einstellung von Ärzten in Niederlassungen
- Medizinische Versorgungszentren
- Alternative Praxismodelle, Ausbau wohnortnaher Angebote
- Zusätzliche finanzielle Anreize
- Ausfallbürgschaften für Praxisgründung, Verwaltungsinvestitionen und Praxisübernahmen
- Überprüfung von Planungskriterien
- Komplementäre niedrigschwellige medizinische Angebote



4. Mögliche Handlungsoptionen

Handlungsfelder des Masterplans:

4. *Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung:*

- Modellprojekte zum Aufbau kooperativer Versorgungsstrukturen
- Weiterentwicklung der Telemedizin

5. *Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen für Ärzte:*

- Attraktive Arbeit-, Wohn- und Lebensbedingungen schaffen
- Einbeziehung der Kommunen
- Ost-West-Angleichung der Verdienstmöglichkeiten
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus
- Optimierung der Organisation im Notdienst



4. Mögliche Handlungsoptionen

Handlungsfelder des Masterplans:

6. *Gewinnung ausländischer Ärzte:*

- Niedrigschwelliges Zulassungsverfahren
- Änderung der Berufsgesetze für akademische Heilberufe
- Gewinnung und Vorbereitung polnischer Ärzte für eine Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern
- Unterstützung von Migranten mit medizinischer Ausbildung



4. Mögliche Handlungsoptionen

4.7 Policymix: Konsequente Verteilungsplanung sowie Aktivierung von Potentialen der Niederlassungsbereitschaft („Feinjustierungen“ der bestehenden Bedarfsplanung)

- **z.B. Vorschläge vom AOK-Bundesverband (Klose/Uhlemann 2006)/ Neues Gesundheitsreformgesetz**
- **Konsequente Bedarfsplanung: Maßnahmen immer dann, wenn Versorgungsrealität vom ‚tatsächlichen Bedarf‘ abweicht (Unterversorgung wie Überversorgung gleichermaßen)**
- **Positive Anreize: Neuer § 105 SGB V: Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Unterversorgung**



4. Mögliche Handlungsoptionen

...

- **Negative Anreize: Zahlung von Sicherstellungsabschlägen für Ärzte, die Praxis in überversorgten Regionen übernehmen**
- **Neuer §105 Abs. 3 SGB V: Prämien für Praxisschließungen („Stillegungsprämien): Finanzielle Förderung des Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt**
- **Effektgrößen und Realisierbarkeit ?**



Fazit

Bei weiter steigender Arztdichte Verteilungsproblem:

- zahlreiche Regionen mit Überversorgung, insbesondere im fachärztlichen, aber auch im hausärztlichen Bereich. Es muss nicht jede frei werdende Praxis wieder besetzt werden, insbesondere dort wo es heute schon zu viele Ärzte gibt.
- einige Gegenden, in denen bei Hausärzten ein Mangel zu erwarten ist, wenn es dort nicht gelingt, freiwerdende Arztpraxen wieder zu besetzen (Ersatzbedarf).

Steuerungsmöglichkeiten sowohl zu Über- als auch drohender Unterversorgung:

- Positive und negative Anreize bei Praxisübernahmen
- *Andere* Versorgungsformen entwickeln und unterstützen

Problem:

- Bedarfsplanung löst nicht Problem mangelnder Ansiedlungsbereitschaft bei „unattraktiver“ Infrastruktur
- kommunales und bürgerschaftliches Engagement gefragt