



Prof. Dr. Klaus Stegmüller

## **Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Wegweiser „Versorgungsstrukturgesetz“?**

### **Stadt-Land-Gefälle in der medizinischen Versorgung Ausweg Versorgungsstrukturgesetz?**

Herbstforum 2011 der vdek-Landesvertretungen  
Rheinland-Pfalz und Saarland  
20. Oktober 2011, Mainz-Finthen

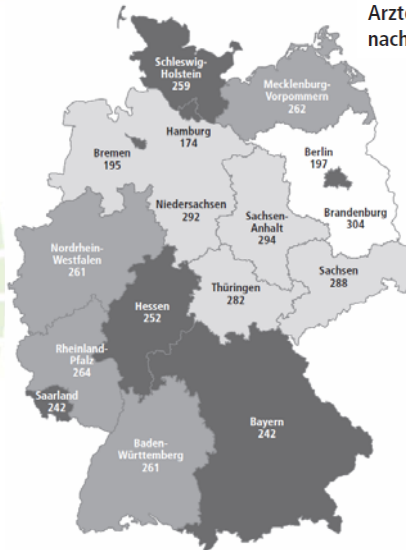


### **Inhalt**

- I. Unterversorgung und Überversorgung**
- II. Ursachenanalyse**
- III. Versorgungsstrukturgesetz**
- IV. Notwendige Reformschritte im Rahmen eines  
Zukunftskonzepts**



Arztdichte (berufstätige Ärztinnen und Ärzte)  
nach Bundesländern 2008



Historisch gewachsene  
länderspezifische  
Unterschiede bei  
Arztdichten  
– Nord-Süd-Gefälle  
– Ost-West-Gefälle

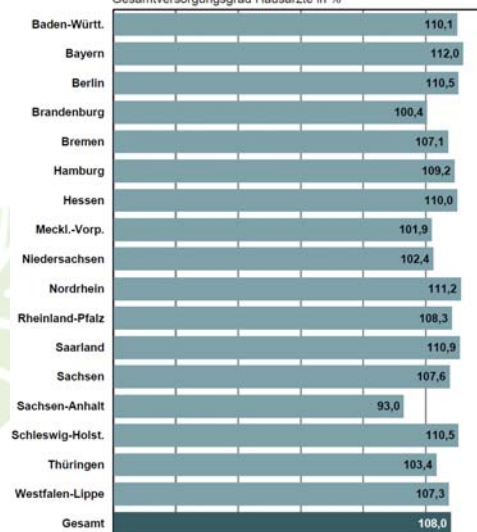
Stegmüller

Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land

3



Gesamtversorgungsgrad Hausärzte in %



Soll-Ist-Vergleich –  
Gesamtversorgungsgrade  
der Hausärzte\* nach  
KVen 2010

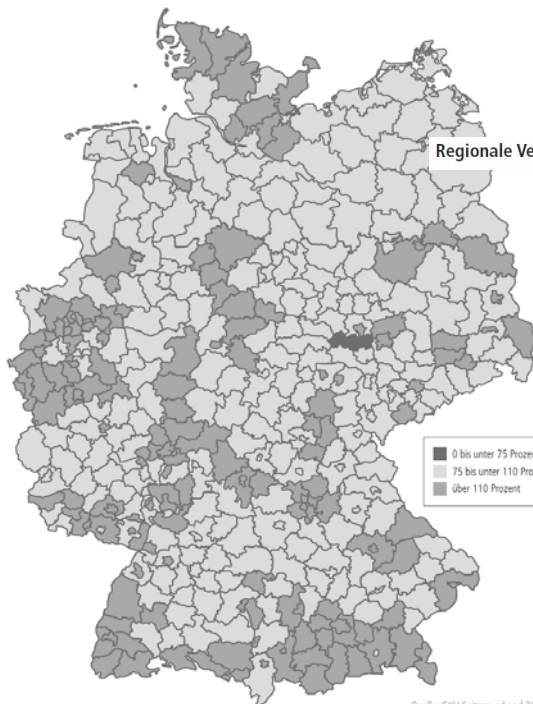
\* Allgemeinärzte, praktische Ärzte,  
nicht fachärztlich tätige Internisten,  
ohne Kinderärzte

Quelle: Ärzteatlas 2011 (WIdO)

Stegmüller

Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land

4



Regionale Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte 2010

**Unterversorgung**  
– vor allem bei der  
gesundheitlichen  
Grundversorgung –  
in vielen ländlichen  
Regionen

Quelle: GKV-Spitzenverband 2011

5



Hausärzte: Planungsbereiche mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsgraden nach KVen 2010

KV	Planungsbereiche mit den höchsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad
Bayern	LK Starnberg	148,4
Baden-Württemberg	SK Freiburg im Breisgau	141,3
Bayern	SK München	130,5
Bayern	LK Garmisch-Partenkirchen	130,4
Westfalen-Lippe	SK Hagen	129,1
KV	Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad
Sachsen-Anhalt	LK Altmarkkreis Salzwedel	80,7
Niedersachsen	LK Sołtau-Fallingb.ostel	80,3
Sachsen-Anhalt	LK Jerichower Land	79,8
Sachsen-Anhalt	SK Dessau/LK Bitterfeld	79,2
Sachsen-Anhalt	LK Saalkreis	64,8

- **Übersversorgung** in einkommensstarken Städten und „attraktiven“ ländlichen Regionen
- **Unterversorgung** in einkommensschwachen, als „unattraktiv“ geltenden (meist ländlichen) Regionen

Quelle: Ärzteatlas 2011 (WIdO)

6

Planungsbereiche mit höchster Arzt/Einwohner-Relation		
Planungsbereich	Ärzte je 100.000 Einwohner	Versorgungsgrad
Freiburg im Breisgau, Stadt	89,9	140,7
Garmisch-Partenkirchen	87,6	129,1
Berchtesgadener Land	84,6	126,0
Passau, Stadt/Passau	82,5	122,9
Starnberg	82,3	145,4
München, Landeshauptstadt	81,0	128,3
Regensburg, Stadt	79,4	124,3
Northeim	79,4	129,3
Demmin	78,1	115,2
Miesbach	77,8	115,9

Planungsbereiche mit niedrigster Arzt/Einwohner-Relation		
Planungsbereich	Ärzte je 100.000 Einwohner	Versorgungsgrad
Saalkreis	39,8	64,8
Jerichower Land	50,1	81,5
Harburg	50,4	89,1
Torgau-Oschatz	50,4	88,4
Aschersleben-Staßfurt	50,6	83,9
Gifhorn	51,1	83,3
Ohrekreis	51,2	83,3
Spree-Neiße	52,0	84,7
Oberhausen, Stadt	52,1	111,2
Vechta	52,1	86,4

Quelle: BMG: Antwort der Bundesregierung vom 18.7.11 auf eine Kleine Anfrage der Abg. Bender et al., BT-Drs. 17/6414

## Unterversorgung in sozialen Brennpunkten der Städte / Ballungszentren (z. B. Haus- und Kinderärzte)

### Arztdichte nach ALG II-Beziehern in Kölner Stadtteilen

Anteil Hilfsbedürftiger nach SGB II (gruppiert)	Hausärzte pro 10.000 Einw.	Kinderärzte pro 10.000 Einw.	N
bis 8,7 %	9,06	32,03	28
8,7 bis 15,5 %	6,67	15,74	30
über 15,5 %	5,69	12,53	28

Quelle: Rauschenbach 2010

### Über-/Unterversorgung am Beispiel Berlins

Einw./Hausarzt	Charlottenburg: 1.059 Neukölln: 1.600
Einw./Gynäkologe	Berlin-Mitte: 4.876 Neukölln: 11.144

Quelle: Berliner Morgenpost 19.1.11



## Gleichzeitigkeit von Unterversorgung und Überversorgung

aktuell: deutlich disparate Versorgungsstruktur

Verstärkende Effekte in der Zukunft:

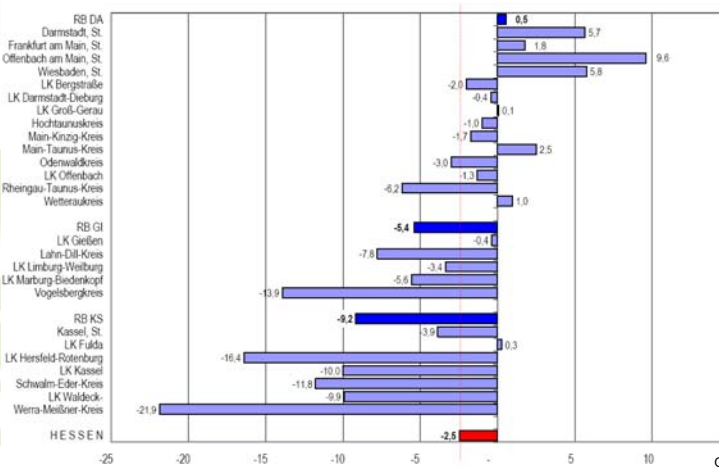
- Regionale demografische Entwicklung (1)
- Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte (2)
- (sozial-)epidemiologische Effekte (3)
- „work-life-balance“
- Erreichbarkeit

➔ Heterogenität der „Versorgungslandschaft“  
wird zunehmen

## Effekt (1): Regionale demografische Entwicklung



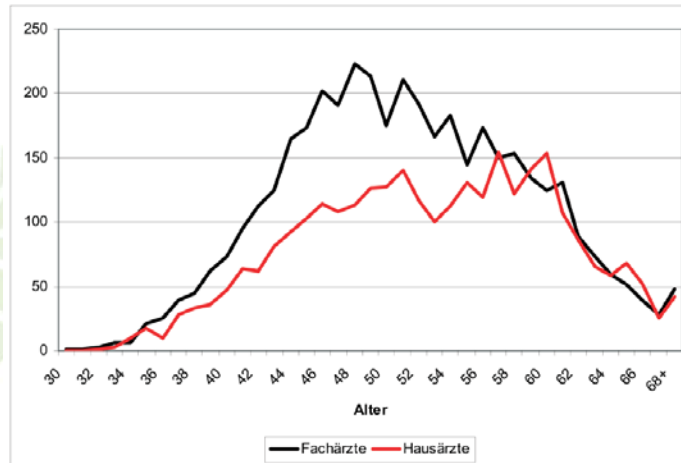
Kleinräumige Bevölkerungsentwicklung in Hessen  
von 2006 bis 2030 (Veränderungen in %)



Quelle: Hessen Agentur 2007

Effekt (2): Altersstruktur der Ärzte

Absolute Altersverteilung der Haus- und Fachärzte in Rheinland-Pfalz 2010



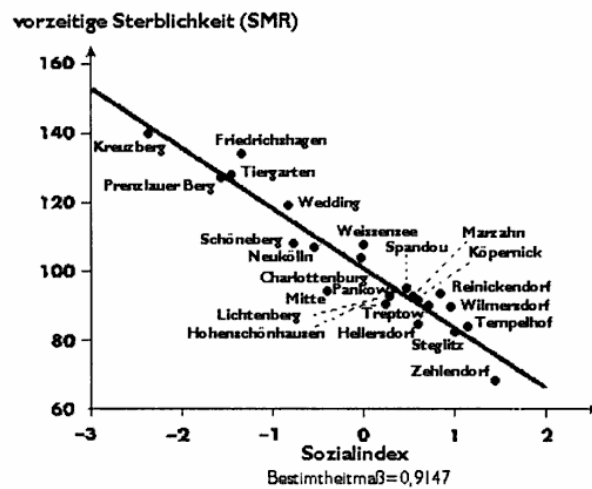
Stegmüller

Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land

Quelle: KV RLP 2010 11

Effekt (3): (Sozial-)Epidemiologie

Korrelation vorzeitige Sterblichkeit und Sozialindex in Berlin



Stegmüller

Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land

Quelle: Walter/Schwartz 2000 12



## II. Ursachenanalyse

- Defizite in der Bedarfsplanung
  - Bedarfsgerechter Versorgungsgrad basiert auf Ist-Erhebung
  - Keine aussagefähigen Versorgungsindikatoren
  - Planungsbereiche für effektive Bedarfsplanung ungeeignet
  - Verhältniszahlen berücksichtigen Erreichbarkeit nicht
  - Bedarfsplanung ist nicht sektorübergreifend
- Instrumente zum Abbau von Unterversorgung
  - Unzureichende Koordination zwischen KVen und Kommunen
  - Finanzielle Anreize alleine nicht wirksam
- Instrumente zum Abbau von Überversorgung
  - Wiederbesetzung verhindert Abbau von Überversorgung
  - Niederlassung in unterversorgten Regionen wenig attraktiv



## III. Versorgungsstrukturgesetz – Bedarfsplanung

- Neufestlegung der Planungsbereiche durch GBA
- Abweichung von Richtlinien des GBA zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten möglich
  - Abweichende Abgrenzungen Planungsbereiche
  - Abweichende Verhältniszahlen
- Schritt in die richtige Richtung
  - Aber: GBA hat bereits den Auftrag zur Anpassung der Verhältniszahlen an bedarfsgerechte Versorgung
  - Aber: Was genau sind regionale Besonderheiten?
  - Aber: Haben die KVen das Instrumentarium und die Ressourcen zur Aufstellung kleinräumiger Bedarfspläne?



### III. Versorgungsstrukturgesetz – Beteiligungsrechte Länder und Kommunen

- Bundesländer
  - Gemeinsames Landesgremium
  - Zustimmung zur Bedarfsplanung
  - Mitberatungsrecht Landesauschüsse und GBA
- Kommunen
  - Sind bei der Bedarfsplanung zu unterrichten und hinzuzuziehen
- Kleiner Schritt in die richtige Richtung
  - Aber: Landesgremium ohne Kompetenzen und ohne Budget
  - Aber: Beteiligungsrechte der Kommunen zu schwach ausgeprägt



### III. Versorgungsstrukturgesetz – Instrumente zum Abbau von Unterversorgung (1)

- Finanzielle Anreize
  - Ausnahmen von der Honorarabstaffelung in strukturschwachen Gebieten
  - Strukturfonds bei den Kassenärztlichen Vereinigungen
- Schritt in die falsche Richtung
  - Finanzielle Anreize haben nur eine eingeschränkte Steuerungswirkung bei der Niederlassungsentscheidung
  - Hohe Gefahr von Mitnahmeeffekten
  - Strukturfonds ist im Grundsatz eine gute Idee – sollten aber bei den Kommunen angesiedelt werden



### III. Versorgungsstrukturgesetz – Instrumente zum Abbau von Unterversorgung (2)

- Förderung von Versorgungskonzepten
  - Erleichterung „mobiler“ Versorgungskonzepte
- Delegation ärztlicher Leistungen
  - Eigeneinrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen
  - Eigeneinrichtungen von Kommunen
  - Sektorübergreifende Organisation des Bereitschafts-/Notdienstes
- Schritt in die richtige Richtung
  - Aber: Teilweise unzureichende Regelungen
  - Aber: Ideologischer Bias (MVZ)



### III. Versorgungsstrukturgesetz – Instrumente zum Abbau von Überversorgung

- Vorkaufsrecht für KVen für frei werdende Arztsitze in  
überversorgten Gebieten
- Schritt in die falsche Richtung
  - Abbau von Überversorgung wird mit einer fakultativen Regelung  
nicht verhindert
  - Anreize zur Niederlassung in überversorgten Gebieten werden  
nicht verringert



## IV. Notwendige Reformschritte: Zukunftskonzept

### Grundsätze:

- Steuerungsziele orientieren sich am gesundheitlichen, regional differenzierten Bedarf der Bevölkerung
- Steuerungsakteure mit öffentlicher Verantwortung / Sicherstellung
- Von der kapazitätsorientierten Bedarfsplanung zur bedarfsorientierten Versorgungsplanung durch eine „intelligente Versorgungssteuerung“



**Intelligente Lösung?**

ÄRZTLICHE VERSORGUNG... DRAMATIK NIMMT ZU!...

Quelle: Frankfurter Rundschau 8.4.2010



## IV. Notwendige Reformschritte: Zukunftskonzept

### **Hauptelemente:**

1. Aussagefähige kleinräumige Versorgungsindikatoren
2. Regionale Versorgungskonferenzen
3. Instrumente zum Abbau von Unterversorgung
4. Instrumente zum Abbau von Überversorgung



## 1. Aussagefähige kleinräumige Versorgungsindikatoren

- Ziel: Aussagefähige, bundeseinheitliche, auf regionaler Ebene obligatorisch einzusetzende Indikatoren
  - Morbidität
  - Alter
  - Sozialstatus
  - bestehende Versorgungsstrukturen / Einrichtungen
- Indikatoren müssen kleinräumig erhoben werden – unterhalb der Ebene des Stadt- bzw. Landkreises (regionaler „Versorgungsatlas“ – regionale „Topografie“)
- Erreichbarkeit von Versorgung unter Berücksichtigung lokaler Verkehrsgegebenheiten
  - Sektorübergreifend
  - Patientenrelevant
- Festlegung von Schwellenwerten



## 2. Regionale Versorgungskonferenzen

- Mitglieder: mindestens Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäuser, Krankenkassen und Kommunen  
optional: therapeutische Berufe, Hebammen, Pflege etc.
- Übernahme der Verantwortung für die sektorübergreifende Sicherstellung der Versorgung
- Ausstattung mit Kompetenz und Entscheidungsbefugnis: Intervention bei Über- bzw. Unterversorgung
- Ausstattung mit eigenem Budget
  - Analog Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung
  - Komplementärfinanzierung durch Kommunen und Krankenkassen
- Aufsichtsfunktion des Landes



## 3. Instrumente zum Abbau von Unterversorgung (1/2)

### Dezentralisierung (allumfassende wohnortnahe Versorgung)

- Finanzielle Anreize zur dezentralen Niederlassung
  - Investitionskostenzuschüsse
  - Subventionierung von Wohn- und Praxisräumen
  - Ausfallbürgschaften
- Aber: Eingeschränkte Wirksamkeit finanzieller Anreize
  - Überwiegend Einzelpraxen
  - Problematische Vertretungsregelungen
  - Erschwerung kollegialen Austauschs
  - Präferenzen der nachwachsenden Medizinergeneration



### 3. Instrumente zum Abbau von Unterversorgung (2/2)

#### Zentralisierung (Versorgung an zentralen Orten)

- Konzentration von kooperierenden Versorgungseinrichtungen zur Entlastung einzelner Leistungserbringer ...
  - Förderung genossenschaftlich organisierter Vernetzungen
  - „Eigeneinrichtungen“ der KVen / der Kommunen
  - Gründung medizinischer / primärärztlicher Versorgungszentren
  - Zentralisierte Bereitschafts- und Notdienste
- ... ohne wohnartnahe Versorgung zu gefährden
  - Einrichtung dezentraler Zweigpraxen
  - Kommunal organisierte Fahrdienste
  - Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen



### 4. Instrumente zum Abbau von Überversorgung

- Verzicht auf Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Regionen
- Aufgabe des Kontrahierungszwangs in überversorgten Regionen
  - Krankenkassen müssen nicht mehr alle zugelassenen Leistungsanbieter unter Vertrag nehmen
  - Regionale Such- und Entdeckungsprozesse zur Optimierung des Versorgungsangebotes
- Vereinheitlichung der Vergütungen im GKV- und PKV-System



## Fazit

- Nebeneinander von Über- und Unterversorgung führt zu zunehmend disparater Versorgungsstruktur
- Derzeitiges Instrumentarium für Bedarfsplanung und Sicherstellung zur Problemlösung ungeeignet
- Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes greifen zu kurz oder gehen in falsche Richtung
- Keine Bezüge zur regionalen Morbidität und keine Berücksichtigung intraregionaler Disparitäten
- Notwendig ist die dezentrale Entwicklung und Umsetzung von regionalen Versorgungsstrategien
- Mit Kompetenzen ausgestattete Regionale Versorgungskonferenzen koordinieren Strategien zum Abbau von Unter- und Überversorgung



## Bezugsquelle

<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf>





**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit –  
ich freue mich auf eine anregende Diskussion!**

[stegmueller@hs-fulda.de](mailto:stegmueller@hs-fulda.de)