

Das Thema „Die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum“ kann man nicht mit ein paar allgemeinen Sätzen zufriedenstellend beschreiben, dafür ist die Materie zu umfangreich. Der Vortrag beschränkt sich deshalb auf einen Überblick über die momentane Situation und wird auf Vorschläge eingehen, die zu einer Verbesserung der Lage führen können. Hierzu gehört auch das Verständnis, wie der Bedarf an Ärzten in einem Bereich ermittelt wird.

### Ausgangslage

Die demographische Entwicklung wird in den nächsten Jahrzehnten unsere Gesellschaft radikal verändern. Die Verschiebung der Altersstrukturen, insbesondere der stark anwachsende Anteil hochbetagter Menschen, führt zu einer steigenden Nachfrage nach allgemeinen Gesundheitsdienstleistungen. Den größten Bedarf an hausärztlicher Versorgung hat dabei die Patientengruppe der über 65-jährigen. Diese älteren Patienten wünschen sich, auch aufgrund von Mehrfacherkrankungen, eine wohnortnahe medizinische Fürsorge und eine auf Dauer ausgerichtete persönliche Arzt-Patienten-Beziehung. Für junge Familien gilt dasselbe. Sie wollen nicht auf das Gefühl von Sicherheit verzichten und erwarten im Ernstfall eine schnelle Hilfe.

Bereits heute besteht im ländlichen Raum ein Mangel an Hausärzten. Besonders in den von Abwanderung stark betroffenen Regionen nimmt das medizinische Grundangebot immer weiter ab, während es in den Ballungsräumen ein Überangebot von Ärzten aller Fachrichtungen gibt.

### Gründe

Die Attraktivität, sich als Hausarzt, zunehmend aber auch als Facharzt, im ländlichen Raum niederzulassen, hat wegen der schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem aber auch in Anbetracht der Arbeitsbedingungen stark abgenommen.

Hierzu zählen:

- Eine hohe Arbeitsbelastung durch zusätzliche administrative Aufgaben.
- Aufwendige Betreuung von vielen alten und chronisch-kranken Patienten.
- Häufige Wochenenddienste, bedingt durch die Rufbereitschaft, die sich wenige Ärzte teilen.
- Im Vertretungsfall sind Engpässe zu überwinden.
- Hausbesuche mit längeren Anfahrtswegen bei nur geringfügiger Vergütung.
- Geringere Verdienstmöglichkeiten als in Ballungsräumen.
- Mangels ausreichender Praxen sind an manchen Standorten Hausärzte gezwungen, mehr Patienten zu versorgen als von den Leistungsträgern anerkannt und abgerechnet werden, d.h. der Arzt, der verantwortlich handelt, bestraft sich selbst.

- Keine verlässliche Lebensplanung. Bei den Hausarzt- und Facharztpraxen bestehen aus Altersgründen zahlreiche ungeklärte Nachfolgeregelungen. Zurzeit findet nur jeder zweite Hausarzt einen Nachfolger. In Hessen entsteht bis 2025 ein Nachbesetzungsbedarf von 3388 Hausärzte/Innen um zumindest den Versorgungsstand von heute zu halten. Bundesweit schätzt man, werden es ca. 20.000 sein.
- Sinkende Praxiswerte. Verlust der Alterssicherung (Vermögensanteil), wenn die Praxis nicht übergeben werden kann.
- Die Entscheidung, sich als junger Hausarzt bzw. Hausärztin in dünnbesiedelten strukturschwachen Gebieten niederzulassen, ist in hohem Maße auch abhängig von der vorhandenen Infrastruktur wie z.B.
  - Breitbandzugang als Bedingung für die digitale Vernetzung der Praxis.
  - Fürsorge- und Bildungseinrichtungen wie Kinderbetreuung, Spielplätze, Grund- und weiterführende Schulen, Sport- und Freizeiteinrichtungen, kulturelle Angebote.
  - Versorgung des täglichen Bedarfs, allgemeine Dienstleistungen und Anbindung an den ÖPNV.

### Maßnahmen

Seit dem 1.1.2013, zuletzt geändert am 16.6.2016 gibt es eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie mit einer Reihe von Veränderungen. Die neuen Regeln sind flexibler als die alten. Sie sollen dafür sorgen, dass die hausärztliche Versorgung möglichst vor Ort gewährleistet werden kann, während Fachärzte umso größere Einzugsgebiete versorgen können, je größer ihre Spezialisierung ist. Das neue Verfahren sieht deshalb eine Differenzierung der Planungsbereiche vor. Ihnen werden die unterschiedlichen Arztgruppen in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Spezialisierungsgrad zugewiesen. Die vorherige Orientierung des Planungsverfahrens an den Grenzen der Landkreise und der kreisfreien Städte wird damit aufgegeben und durch 4 Planungsbereiche ersetzt.

1. Der Mittelbereich für die hausärztliche Versorgung.
2. Die kreisfreien Städte, Landkreise oder die Kreisregion für die fachärztliche Versorgung.
3. Die Raumordnungsregion für die spezialisierte fachärztliche Versorgung.
4. Der KV-Bezirk für die gesonderte fachärztliche Versorgung.

Der Mittelbereich entspricht dem Bereich der mittleren und großen kreisangehörigen Städte, ist also kleinräumiger als die zuvor zugrunde gelegten Landkreise und kreisfreien Städte. Durch die neue Einteilung stiegen die Planungsbereiche bundesweit von 398 auf jetzt 886. Hessen wurde z. B. in 67 Mittelbereiche aufgeteilt.

Regionale Anpassungen sind jetzt möglich. So kann zum Zweck einer homogenen und stabilen Versorgung auch eine abweichende Raumgliederung - wie z. B. eine Zusammenlegung oder weitere Untergliederung in Stadtteile, Ortsbereiche oder die Anpassung von Verhältniszahlen - vorgenommen werden. Sie bedürfen der Zustimmung des jeweiligen Landesausschusses.

Zur Gruppe der Hausärzte gehören die Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die sich für die hausärztliche Versorgung entscheiden. In Hessen gibt es ca. 4000 Hausärzte aber nur 410 Kinderärzte. Notgedrungen übernehmen wegen der langen Anfahrtswege oft Hausärzte auch die medizinische Versorgung von Kleinkindern.

Die kreisfreien Städte, Landkreise oder die Kreisregion sind jetzt die Planungsbereiche für die fachärztliche Versorgung. Zur Gruppe der erfassten Fachärzte gehören die Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen und die Kinderärzte. Die Zugangsberechtigung wird für weitere Disziplinen geöffnet, damit auch in diesen Arztgruppen eine gleichmäßigere Versorgung gewährleistet werden kann.

Um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden, wurde der Planungsbereich in drei Schritten nach festgelegten Kriterien typisiert, um eine eindeutige Zuordnung aller kreisfreien Städte, Landkreise oder Kreisregion zu 5 Typen zu ermöglichen.

Wer es genauer wissen will. In der Richtlinie Anlage 3.2 sind die Bezeichnungen zu den einzelnen Typen aufgeführt. Ein Beispiel: Frankfurt am Main Typ1, Lahn-Dill-Kreis Typ 5. Im Anhang 6 wird die Methodik der Typisierung erklärt und ein Rechenbeispiel aufgeführt.

Die Raumordnungsregion umfasst mehrere Landkreise und kreisfreie Städte. Hierbei handelt es sich um große Raumeinheiten, die häufig durch ein ökonomisches Zentrum und dessen Umland beschrieben sind. Der Planungsbereich ist vorgesehen für die spezialisierte fachärztliche Versorgung. Hierzu gehören die Anästhesisten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Radiologen.

Durch den neuen Zuschnitt haben sich bundesweit die Planungsbereiche von 395 auf 97 verringert (ohne Hamburg und Berlin).

Hessen wurde aufgeteilt in die Raumordnungsregion Nordhessen, Mittelhessen, Osthessen, Rhein-Main und Starkenburg.

Die jeweils zugeordneten Kreise findet man im Anhang 3 der Richtlinie.

Der KV-Bezirk ist mit den Grenzen der Bundesländer bis auf eine Ausnahme (NRW hat 2) identisch, sodass sich hieraus 17 Planungsbereiche für die

gesonderte fachärztliche Versorgung ergeben. Darunter fallen Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner, also zahlenmäßig jeweils kleine Arztgruppen.

Grundsätzlich werden bei der Bedarfsplanung in allen Bereichen auch die persönlich ermächtigten Ärzte mit angerechnet und die Institutsambulanzen mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 je Einrichtung. Angestellte Ärzte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit  $\geq 30$  Std. werden mit dem Faktor 1, sonst mit dem Faktor 0,5 erfasst.

### Zuständigkeit

Zuständig für die Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Kassenärztliche Vereinigung. Sie ist auch verantwortlich für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung an Wochenenden und in den sprechstundenfreien Zeiten. In Hessen wurden dafür 58 Bereitschaftsdienstzentralen eingerichtet. Ergänzt wurde das Angebot an 9 Standorten mit einer kinderärztlichen Bereitschaft. Für den Fall, dass die Stelle wegen eines Einsatzes nicht besetzt ist, kann man die zentrale Rufnummer 116 117 wählen und um Rat fragen. Liegt ein Notfall vor, sollte man keine Zeit verlieren und sofort die Notfall-Rufnummer 112 wählen. An mehreren Stützpunkten innerhalb eines Versorgungsgebiets stehen Rettungswagen und Notärzte bereit, die innerhalb von 10 Minuten vor Ort sind.

### Versorgungsgrad.

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (100 %) repräsentiert das Verhältnis einer Arztgruppe zu der Einwohnerzahl der Bundesrepublik zu einem bestimmten Stichtag. Für die Gruppe der Hausärzte wurde einheitlich das Verhältnis 1 Hausarzt auf 1.671 Einwohner festgelegt. Stichtag war der 31.12.1995. Dieser Wert dient als Referenz zu der ermittelten Verhältniszahl aus einem lokalen Planungsbereich, um eine Über- oder Unterversorgung feststellen zu können.

Die allgemeinen Verhältniszahlen für die Fachärzte nach Typ 1 bis 5 können der Richtlinie Abschnitt 4 Seite 13 entnommen werden. Die der spezialisierten Fachärzte auf Seite 14 und die der gesonderten fachärztlichen Versorgung auf Seite 16.

Die lokale Verhältniszahl bezieht sich auf die zum Zeitpunkt der Erhebung erfassten niedergelassenen Vertragsärzte und angestellten Ärzte einer Arztgruppe im Verhältnis zu der Einwohnerzahl nach dem letzten Stand.

### Demografiefaktor.

Um Altersstrukturen besser berücksichtigen zu können, wird bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs in einem Planungsbereich ein Demografiefaktor mit einbezogen. Dabei unterscheidet man zwischen dem Bedarf der Versicherten, die 65 Jahre alt oder älter sind, sowie dem Bedarf der unter 65-Jährigen. Der errechnete Demografiefaktor modifiziert die allgemeinen Verhältniszahlen für die jeweilige Arztgruppe. Wenn z. B. der Altersanteil der Bevölkerung hoch ist, sinkt entsprechend der Versorgungsgrad.

Ein Rechenbeispiel kann der Richtlinie Anlage 4.2 Seite 107 entnommen werden. Die Modifikation wird im § 9 Seite 10 beschrieben.

### Wie stellt man eine Über- oder Unterversorgung fest?

Eine Überversorgung liegt vor, wenn das festgestellte Verhältnis Arzt zur Einwohnerzahl um **10%** über dem festgelegten allgemeinen Verhältniswert liegt. Die Überversorgungsgrenze liegt also bei **110%** d.h. ab diesem Wert kann eine Sperrung für Neuzulassungen ausgesprochen werden.

Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als **25 %**, in der fachärztlichen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung um mehr als **50%** unterschreitet.

Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung führen würde.

### Beispiele. Stand 30.6.2013

In den 883 Mittelbereichen der 17 KV-Bezirke wird in 106 Mittelbereichen (12 %) nur ein Versorgungsgrad unter 90 % erreicht. Davon sind ca. 10 % der Hausarztstühle und mit ca. 4 % alle Vertragsärzte betroffen.

Zur hausärztlichen Versorgung hat der Sachverständigenrat 9 Monate nach Einführung der Richtlinie festgestellt:

Es bestehen deutliche regionale Unterschiede des Versorgungsgrads innerhalb von KV-Bezirken. Insgesamt weist knapp ein Drittel der Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 100 % auf. Bundesweit gibt es nur **ein** Mittelbereich (Hausärzte), für den eine bestehende Unterversorgung gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie festgestellt wurde, nämlich in **Hessen mit einem Versorgungsgrad von 63,6 %**. 52 Mittelbereiche in acht KVen werden als drohend unterversorgt ausgewiesen, wobei besonders ostdeutsche KVen betroffen sind.

Bei den Fachärzten fällt in keiner KV die Versorgung unter 100%. Den höchsten Versorgungsgrad erreichen die Chirurgen mit 170 %, das wären 60 % über der

Toleranzgrenze. Maßnahmen zum Abbau der Überversorgung wurden aber bisher keine getroffen. Hierzu fehlen in der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie die nötigen Regeln. Für gesetzliche Rahmenvorgaben fehlte bisher der politische Wille.

Was auffiel!

Die Kriterien zur Berechnung drohender Unterversorgung unterscheiden sich im KV-Vergleich deutlich und mehrere Zulassungsausschüsse stellten bisher gar keine Berechnungen an. Ein verlässlicher Vergleich ist daher nicht möglich. Man muss den nächsten Bericht abwarten.

Mit den Mitteln der Bedarfsplanungsrichtlinie allein lässt sich die Lücke der Versorgung nicht schließen. Es gibt nicht genügend Hausärzte.

Im Jahr 2013 wurden 11.149 Anerkennungen bei den Fachärzten ausgesprochen. Darunter die Gruppe der Hausärzte mit 1.112. = 9,97 %. Hiervon sind 63,3 % weiblich, d. h. der Beruf des Hausarztes wird zunehmend von Ärztinnen ausgeübt. 90 % der Anerkennungen entfielen auf die Fachärzte.

Das Verhältnis von Hausärzten zu den Fachärzten lag im Jahr 1993 noch bei rund 60% zu 40% und galt als ausgewogen (siehe Richtlinie § 48). Infolge der unvermindert anhaltenden Dynamik bei der Zunahme der Spezialisierung zum Facharzt wird sich dieses Verhältnis in Kürze umkehren. Auch wenn die KV keinen Einfluss auf die Studienabgänge hat, so ist sie in der Pflicht.

Weicht nämlich die Versorgungsstruktur wesentlich vom ausgewogenen Verhältnis ab, sollen die KVs im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages bei der Niederlassungsberatung oder bei der Durchführung von Sicherstellungsmaßnahmen gemäß § 105 Absatz 1a SGB V auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken (Richtlinie § 49).

---

### **Vorschläge zur Weiterentwicklung.**

- Mit Blick auf die räumliche Fehlverteilung und die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wird empfohlen, deutlich stärkere Anreize als bisher zu setzen und in die medizinische Nachwuchsförderung zu investieren.
- Einführung eines Vergütungszuschlags gleitend nach Versorgungsgrad oder ein Festbetrag von 50 % auf alle in einer unterversorgten Region erbrachten ärztlichen Grundleistungen. Abweichend von der Bedarfsrichtlinie sollte schon bei einer Unterversorgung von 90 % bei Hausärzten und 75 % bei grundversorgenden Fachärzten dieser Landarztzuschlag gezahlt werden.
- Die Übernahme des KV- Sicherstellungsauftrags an die Krankenkassen, wenn eine KV bei einer Unterversorgung von 50 % in der ambulanten

Versorgung keine Abhilfe schaffen kann. Die Krankenkassen behalten die dafür vorgesehenen Vergütungen aus dem Kollektivvertrag zurück und können damit die Versorgung selbst in Eigeneinrichtungen übernehmen oder Verträge mit Leistungserbringern abschließen.

- Die Attraktivität der Standorte in unterversorgten Regionen ist dringend zu erhöhen, damit Anreize auch für junge Arztfamilien entstehen. Einige Kriterien hatte ich eingangs schon genannt. Für die Verbesserung der Infrastruktur sollte das Land Mittel bereitstellen, damit die Landflucht an Fahrt verliert und der ländliche Raum wieder eine Chance hat.
- Die Länder sind für die stationäre Versorgung verantwortlich, die KVen für den ambulanten Bereich. Warum sollten in unterversorgten Planungsbereichen nicht die Länder und KVen sich gemeinsam auf eine sektorenübergreifende Lösung verständigen, um Engpässe zu überwinden. Krankenhäuser in der Nähe könnten grundsätzlich, und nicht nur in Notfällen, eine ambulante Versorgung mitübernehmen.
- Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren sollte weiterentwickelt werden. Sie wären eine gute Alternative. Hier könnten sowohl freie, als auch angestellte Ärzte tätig werden, die z. B. Wert auf eine geregelte Arbeitszeit legen.
- Landkreise und Kommunen können junge Ärzte unterstützen, indem man ihnen praxistaugliche Räume zur Verfügung stellt und auch einmal auf eine 100 prozentige Umsetzung von kommunalen Satzungen wie z. B. der Nachweis von Stellplätzen verzichtet.

### **Masterplan von Rheinland-Pfalz eine Zwischenbilanz**

- Einrichtung einer internetbasierenden Praxisabgabebörse. dadurch soll die Wiederbesetzung erleichtert werden.
- Kursangebote zur Vorbereitung des Wiedereinstiegs in den Praxisalltag für Ärztinnen nach der Kindererziehungspause.
- Zahlung von Sicherstellungszuschlägen. Es wurde die Möglichkeit geschaffen, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in rechnerisch nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen zu können. Diese Feststellung ermöglicht die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen durch die Krankenkassen.
- Sicherstellung der ambulanten Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten durch Bereitschaftsdienstzentralen. In Rheinland-Pfalz sind alle Bereitschaftsdienste einheitlich organisiert. Sofern Bereitschaftsdienstzentralen an Krankenhäusern eingerichtet werden, fördert das Land die Bau, Umbau, und Einrichtungskosten.

- Niederlassungsförderung durch die Investitions- und Strukturbank. Auch niedergelassene Ärzte haben Zugang zum Mittelstandsförderprogramm und können ein verbilligtes Darlehen beziehen.
- Das Auswahlverfahren für Medizinstudentinnen und Medizinstudenten wird neben der durchschnittlichen Abiturnote um einen Studierfähigkeitstest ergänzt, damit auch Bewerber/innen mit einer schlechteren Abiturnote die Chance auf einen Medizinstudienplatz erhalten.
- Nachwuchsinitiative bei Medizinstudentinnen und Medizinstudenten. Beratung und Veranstaltungen zur Praxisneugründung.
- Im letzten Studienjahr kann die praktische Ausbildung zu einem Drittel auch im Wahlfach Allgemeine Medizin abgeleistet werden. Sie findet in geeigneten Praxen statt.

Anhang.

Zur Auswertung wurden folgende Unterlagen herangezogen:

- Die gesetzlichen Vorgaben im SGB V.
- Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung, sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung vom 1.1.2013, zuletzt geändert am 16.6. 2016 und seit dem 15.9.2016 in Kraft.
- Der Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Stand vom 1.10.2014.
- Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-VSG vom 16.7.2015. Betrifft Änderungen im SGB V.
- Auszug aus dem Gutachten des Sachverständigenrats von 2014 über „Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen“. Aufgaben des SVR: § 142 im SGB V.
- Das Positionspapier „Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum“, vom Deutscher-Städte und Gemeindeverband (DStGB) vom 22.4.2010.
- Der Masterplan von Rheinland Pfalz.
- Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den gemeinsamen Bundesausschuss, von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger.