

Hartmut Reiners ¹

DIE GRENZEN DES WETTBEWERBS: MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DÜNN BESIEDELTEN REGIONEN

Vortrag auf der Selbstverwaltertagung des DGB am 30. August 2005 in Berlin

Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 hat der Wettbewerb Schritt für Schritt Einzug in das Gesundheitswesen gehalten. Es begann mit der freien Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten und wurde fortgesetzt mit Lockerungen des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen mit den Plankrankenhäusern. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 wurde das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in der ambulanten Versorgung aufgeweicht mit der Perspektive, es endgültig zu brechen. Die Krankenkassen können nunmehr in der ambulanten Versorgung Verträge mit integrierten Versorgungsnetzen, Gesundheitszentren und auch Krankenhäusern an den KVn vorbei schließen. Zuvor konnten derartige Regelungen nur mit Zustimmung der jeweiligen KV als „Strukturverträge“ vereinbart werden.

Es kann hier keine Grundsatzdebatte über Sinn und Zweck von Wettbewerb im Gesundheitswesen geführt werden, zumal diese nur zu oft als eher ideologisches Scharmützel geführt wird. Klar sollte nur sein, dass Wettbewerb kein Selbstzweck ist, sondern sich durch Verbesserungen in der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu legitimieren hat. In dieser Beziehung steht die Wettbewerbsphilosophie im Gesundheitswesen vor einem grundsätzlichen Problem. Wettbewerb kann ex definitionem nur dann funktionieren, wenn Anbieter und Nachfrager auch wirklich wählen können. Das ist sowohl für die Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten als auch für die Vertragspartner bei den Krankenkassen und Anbietern medizinischer Leistungen in größeren Städten und Ballungsgebieten auch der Fall. Wenn dort eine Krankenkasse z. B. nur mit bestimmten Krankenhäusern oder Ärztenetzen Verträge schließt, schränkt dies zwar die freie Arztwahl ihrer Versicherten ein, deren medizinische Versorgung aber ist absolut gesichert, womöglich sogar auf einem höheren Qualitätsniveau als zuvor. In vielen ländlichen Regionen hingegen haben die Menschen keine wirkliche Wahl. Dort gibt es in zumutbarer Entfernung oft nur ein Krankenhaus oder einen Facharzt in bestimmten Disziplinen; und wenn es zwei oder drei Hausärzte in einem Ort gibt, ist diese Versorgungsdichte kaum die Basis für einen vernünftigen Wettbewerb. Kurzum, in dünn besiedelten Regionen greift keine Wettbewerbsstrategie; hier provoziert der Wettbewerb wegen unattraktiver Arbeits- und Lebensbedingungen eher die Gefahr der Unterversorgung mit Ärzten und medizinischen Fachberufen.

Mittlerweile ist dies keine Theorie mehr, sondern ein kurzfristig vor der Tür stehendes Problem, das sich am Beispiel des Landes Brandenburg illustrieren lässt. Dort ist man mit einer zwischen dem Umland von Berlin, den größeren Städten wie Potsdam und Cottbus auf der einen, den peripheren Regionen auf der anderen Seite sich spreizenden Entwicklung in der ambulanten medizinischen Versorgung konfrontiert. Brandenburg insgesamt hat mit 122 pro 100.000 Einwohner schon die mit Abstand niedrigste Vertragsarztdichte in Deutschland. Zum Vergleich: Sie liegt in Deutschland im Schnitt bei 156, in Schleswig-Holstein bei 158 und in Sachsen bei 146 pro 100.000 Einwohner. Ein Vertragsarzt muss erheblich mehr Patienten versorgen als in

¹ Diplom-Volkswirt, Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg

anderen Ländern, ohne dass sich dies in einem höheren Einkommen niederschlägt. Dieses liegt nach Abzug der Praxiskosten etwas unter dem Bundesdurchschnitt, bei einigen Arztgruppe auch in etwa auf diesem Niveau. Verteilt man das Honorarbudget der ostdeutschen KVn auf die Zahl der Versicherten, kommt man auf ca. 73 % des westdeutschen Niveaus. Schon diese Relation macht die Tätigkeit als Vertragsarzt in Brandenburg nicht gerade attraktiv, weil er oder sie für das gleiche Geld mehr Patienten als in anderen Ländern versorgen muss. Berücksichtigt man noch die relativ ungünstige Alters- und Morbiditätsstruktur in Brandenburg, erhält dieser Nachteil ein noch höheres Gewicht.

Darin liegt jedoch nicht das eigentliche Problem. Man könnte ja auch davon ausgehen, dass nicht Brandenburg unterversorgt ist, sondern die anderen Länder überversorgt sind (vgl. Klose u. a. 2003, S. 95 ff.). In keinem der 16 Planungsbereiche des Landes unterschreitet z. B. der Versorgungsgrad (Einwohner pro Arzt) bei Hausärzten die kritische Grenze von 75 % der Vorgaben der Zulassungsverordnung, ab der eine Region als unterversorgt gilt (Fachärzte: 50 %). In 5 Bezirken (Potsdam-Stadt, Cottbus-Stadt, Oberhavel, Elbe-Elster, Frankfurt-O./Oder-Spree) liegt er sogar über der Grenze von 110 %, ab der Zulassungssperre gilt. Den niedrigsten Wert hat die um Cottbus herum liegende Planungsregion Spree-Neiße mit 85,7 %; den höchsten Wert hat Frankfurt/O. – Oder-Spree mit 118,5 % (vgl. Tabelle 1).

Man nähert sich dem Problem schon eher, wenn man sich die Verteilung der Arztsitze innerhalb der Planungsbereiche anschaut. Erfasst man diese für die ehemaligen Altkreise des Landes Brandenburg², kommt man zu einem realistischeren Bild als bei den jetzt bestehenden Verwaltungseinheiten. Die KV Brandenburg hat daher in ihrem Sicherstellungsstatut festgelegt, dass bei der Feststellung von Unterversorgung für Hausärzte, Pädiater und Gynäkologen die Altkreise als Referenzgrößen gelten. Demnach gelten

- bei den *Hausärzten* die Altkreise Angermünde (Versorgungsgrad: 60,4 %), Cottbus/Land (68,8 %) und Eisenhüttenstadt/Land (75,1 %),
- bei den *Gynäkologen* die Altkreise Eisenhüttenstadt/Land (0,0 %), Brandenburg/Land (33,3 %) und Cottbus/Land (56,4 %) sowie
- bei den *Kinderärzten* die Altkreise Eisenhüttenstadt/Land (0,0 %), Gransee (65,5 %) und Seelow (66,1 %)

bereits heute als unterversorgt.

Ein geradezu dramatisches Bild ergibt sich, wenn man sich die Altersstruktur der Vertragsärzte anschaut, insbesondere bei den für die Primärversorgung zuständigen Hausärzten. Berechnet man die Versorgungsdichte ohne die Ärztinnen und Ärzte, die älter oder gleich 60 Jahre alt sind, lag im Jahr 2003 in keinem der Planungsbereiche der Versorgungsgrad über 90 %. Nur 6 Bezirke hatten mit zwischen 76,6 % (Barnim) und 89,5 % (Potsdam/Stadt) eine über der Unterversorgungsgrenze liegende Relation (vgl. Tabelle 1). In allen anderen Planungsbereichen ist eine Unterversorgung mit Hausärzten binnen weniger Jahre absehbar, wenn es nicht kurzfristig gelingt, die frei werdenden Praxen wieder zu besetzen. Betroffen sind davon insbesondere die ländlichen Regionen. In 20 der 47 Altkreise sind mehr als 35 % der Hausärzte 60 Jahre und älter. In den Altkreisen Cottbus/Land (59,4 %),

² Eine Verwaltungsreform in den 90er Jahren hat die ehemals 47 Stadt- und Landkreise der DDR-Bezirke Potsdam, Cottbus und Frankfurt/Oder zu 14 Landkreisen und 4 kreisfreien Städten zusammengelegt. Zwei kreisfreie Städte (Brandenburg/Havel und Frankfurt/Oder) wurde der vertragsärztlichen Bedarfsplanung mit einem benachbarten Landkreisen zusammengelegt.

Jüterbog (58,4 %), Angermünde (56,8 %), Guben (54,5 %) und Schwedt (52,8 %) sind es sogar mehr als die Hälfte. Die Kritik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Wido-Studie (Klose u. a.) würde diese regionalen Differenzierungen in einem großen und dünn besiedelten Flächenland wie Brandenburg vernachlässigen, ist daher berechtigt (Kopetsch, S. 94 ff.)

Brandenburg hat in der medizinischen Versorgung ein doppeltes demografisches Problem. Zum einen wandern junge Menschen aus den ländlichen Regionen ab, entweder nach Westdeutschland oder nach Berlin und dessen umliegende Gemeinden, weil sie nur dort eine berufliche Perspektiven haben. Zurück bleiben ältere und sozial schwache Menschen mit einem überdurchschnittlich hohen sozialen und medizinischem Betreuungsbedarf. Dem steht eine überalterte Ärzteschaft gegenüber, insbesondere bei den Hausärzten. Sie müssen immer mehr Menschen versorgen; Ihre Arbeitsbelastung steigt, ohne dass sich das im gleichen Maß in der Vergütung äußert. Dementsprechend unattraktiv ist es für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die Praxen von in den Ruhestand gehenden Kolleginnen und Kollegen zu übernehmen. Sie arbeiten lieber als Praxisvertretungen oder in Bereitschaftsdiensten der KV in Berlin, wo sie weniger verdienen, aber vergleichsweise geregelte Arbeitsbedingungen und ihr gewohntes Umfeld haben. Dieses Dilemma zeigt sich aktuell zwar vor allem in Brandenburg und anderen dünn besiedelten Regionen der neuen Länder. Es droht über kurz oder lang aber auch in bestimmten Gebieten anderer Länder. Es wäre daher ausgesprochen fahrlässig, es als ein Spezifikum der ehemaligen DDR zu bewerten.

Wie lässt sich dieses mittlerweile drängende Problem lösen? Der Präsident der Bundesärztekammer Hoppe hat jüngst den Vorschlag gemacht, die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten praxisähnlich ausgestattete Busse mit Ärzten über die Dörfer schicken, um dort so die medizinische Versorgung sicher stellen zu können. Wie stellt er sich das vor? Sollen Ärzte demnächst wie rollende Bäckerläden oder Lebensmittelhändler auf dem Dorfanger stehen und mit einer Glocke den Leuten anzeigen, dass der Doktor jetzt da ist? Wie soll da eine gerade in der hausärztlichen Versorgung erforderliche stetige Arzt-Patient-Beziehung entstehen? Sollte Herr Hoppe diesen Vorschlag wirklich ernst gemeint haben, müsste er zudem umgehend eine Revision der Berufsordnung für Ärzte einleiten, die die Ausübung des Arztberufes als ambulantes Gewerbe ausdrücklich untersagt. Man hält sich wohl besser an wirklich seriöse Konzepte als an solche eher beiläufig in die Debatte geworfenen Patentrezepte.

Die KV Brandenburg hat ein nach ihren Angaben in Deutschland einmaliges Sicherstellungsstatut beschlossen mit folgenden Punkten:

- Niederlassungswilligen Ärzten wird in unterversorgten Gebieten ein Mindestumsatz in Höhe des durchschnittlichen Praxisbudgets ihrer Kolleginnen und Kollegen garantiert.
- Die KV wird ggf. die im § 105 SGB V vorgesehene Option nutzen, frei werdende Arztpraxen zu übernehmen und befristet mit angestellten Ärztinnen und Ärzten besetzen.
- Für Haus-, Kinder- und Frauenärzte wird die Planungsregion von Land- auf Altkreise umgestellt, um so eine bessere Verteilung der Arztpraxen in den Regionen zu gewährleisten.
- Die Notfall- und Bereitschaftsdienste werden besser ausgestattet und neu organisiert, um die Belastungen unter den Vertragsärzten besser zu verteilen.

- Mit den Kassenverbänden wurden verbesserte Wegpauschalen für Hausbesuche vereinbart.

Dieses Sicherstellungsstatut kann nur ein erster Schritt sein, der aber deutlich macht, dass in den KVn ein Umdenkungsprozess begonnen hat. Hatte man im Einigungsvertrag noch darauf gedrängt, die Einzelpraxis zur Regelform der ambulanten Versorgung zu machen, dämmert es KV-Funktionären mittlerweile, dass diese Orientierung auf ein in jeder Hinsicht antiquirtes Modell und die damit einhergehende Zerschlagung der vernetzten Versorgungsstrukturen des DDR-Gesundheitswesens ein schwerer Fehler war. Mal abgesehen davon, dass die Einzelpraxis mit ihrem relativ hohen Betriebskostenanteil schon aus wirtschaftlichen Gründen als Regelmodell keine Zukunft hat, lassen sich die Versorgungsprobleme auf dem Land damit erst recht nicht lösen.

Nachhaltige Lösungen des Ärztemangels in den neuen Ländern müssen von zwei Sachverhalten ausgehen, die wesentlich dazu beitragen, dass die Tätigkeit als Arzt in den betroffenen Regionen offenkundig unattraktiv geworden ist:

- Der ambulanten Versorgung steht in den neuen Ländern deutlich weniger Geld zur Verfügung als in Westdeutschland. 2004 lagen die GKV-Ausgaben für Vertragsärzte im Osten je GKV-Mitglied bei knapp 73 % des West-Niveaus (348 gegenüber 479 €). Hinzu kommt, dass das vor allem in westlichen Ballungsgebieten oft üppige Zubrot durch Privatpatienten im Osten deutlich geringer ist, wenn es denn überhaupt anfällt.
- Die Arbeitsbedingungen insbesondere für Hausärzte sind auf dem Land generell härter als in der Stadt. Dies gilt insbesondere in den dünn besiedelten Regionen in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern, die mit weiten Wegen bei Hausbesuchen und faktischer Dauerbereitschaft verbunden sind, ohne dass diese Belastung entsprechend vergolten würde.

Daraus folgt für die Problemlösung zweierlei. Zum einen müssen die Krankenkassen sich darauf einstellen, in diesen Regionen mehr Geld in die ambulante Versorgung investieren zu müssen. Dazu der Hinweis, dass in der DDR Ärzte für eine Tätigkeit in Orten unter 10.000 Einwohnern eine Gehaltszuschlag von 10 % bekamen. Klar sollte aber auch sein, dass es mit einer entsprechenden Punktwert- oder Budgetanhebung nicht getan sein kann. Monetäre Anreize sind eine Sache, attraktive Arbeitsbedingungen eine ganz andere. Weshalb wohl gehen junge deutsche Ärzte nach Skandinavien und arbeiten dort als angestellte Ärzte in Gesundheitszentren? Es ist kaum anzunehmen, dass ihr Gehalt die 80.000 € brutto wesentlich übersteigt, die einem Hausarzt in Deutschland gegenwärtig nach Abzug der Praxiskosten im Schnitt als Überschuss verbleiben. Aber sie haben geregelte Arbeitszeiten, weniger Stress und eine bessere Infrastruktur in der medizinischen und sozialen Betreuung, als sie etwa in der Lausitz oder Nordost-Vorpommern vorfindbar ist.

Vor diesem Hintergrund können nachhaltige Problemlösungen nur darin bestehen, die im GKV-Modernisierungsgesetz eröffneten Chancen zu nutzen und integrierte Versorgungsnetze oder Gesundheitszentren aufzubauen, die sowohl die haus- als auch die fachärztliche Versorgung in einer Region sicherstellen und eng mit den örtlichen Krankenhäusern zusammenarbeiten. Die Hausärzte könnten durch ein eng mit ihnen zusammenarbeitendes Netz von Gemeindefachkräften entlastet werden, eine Tätigkeit bzw. Funktion, die man im Einigungsvertrag ignoranterweise für überflüssig erklärte. Es ist freilich nicht zu erwarten, dass man derartige Modelle quasi aus dem Boden stampfen kann. Zunächst bedarf es konzeptioneller

Vorarbeiten und der Erprobung von Modellen, die ohne eine gründliche Managementberatung nicht auskommen wird. Dabei müssen alle verantwortlichen Institutionen an einem Strang ziehen, also die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausträger und die staatliche Administration (Land, Kommunen).

Um das Erreichen zu können, müssen wohl alle Beteiligten über ihren Schatten springen. Eine Schlüsselrolle spielen dabei die Krankenkassen. Sie müssen gemeinsam handeln, was angesichts der wettbewerblichen Strukturen der gegliederten GKV alles andere als ein Selbstläufer ist. Ich habe eingangs bereits darauf hingewiesen, dass der Wettbewerb auf dieser Ebene eher kontraproduktiv ist. Umso wichtiger ist die Rolle der Versichertenvertreter in den Verwaltungsräten der Kassenverbände. Was hindert sie eigentlich daran, ihre Verantwortung für die Versichertengemeinschaft der GKV wahrzunehmen und ein gemeinsames Konzept aller Kassen für die Versorgung in dünn besiedelten Regionen voranzutreiben? Im § 1 des SGB V ist eindeutig festgehalten, dass die GKV *eine* Solidargemeinschaft ist und keine Assoziation von nur in sich solidarischen Kassen. Es würde der politischen Legitimation der gegliederten GKV nur nützen, wenn ihre Selbstverwaltungsorgane in dieser Frage an einem Strang ziehen und die Probleme nicht bei den Kassen abladen würden, die in den betroffenen Regionen einen hohen Marktanteil haben.

Dieser Vortrag erscheint in Kürze in der Zeitschrift "Soziale Sicherheit" und wird hier mit Zustimmung des Verfassers vorveröffentlicht

Tabelle 1:
Versorgungsgrad mit Haus-, Frauen und Kinderärzten in Brandenburg nach
Planungsbereichen in v. H. – insg. und ohne Ärzte 60 und älter (2003)

Planungsbereich	Hausärzte		Frauenärzte		Kinderärzte	
	insg.	ohne 60 u. ä.	insg.	ohne 60 u. ä.	insg.	ohne 60 u. ä.
Potsdam/Stadt	112,9	89,5	128,9	95,0	173,2	162,4
Brandenburg/St. – Potsdam-Mittelm.	107,5	68,6	122,4	108,3	129,8	152,6
Havelland	97,5	69,7	117,2	99,2	129,8	97,4
Oberhavel	110,0	80,2	111,9	90,9	113,3	88,1
Ostprignitz-Ruppin	95,6	60,8	135,1	86,0	166,4	142,6
Prignitz	102,5	64,6	131,9	102,6	155,9	85,1
Teltow-Fläming	92,9	59,0	118,7	101,7	183,1	106,8
Cottbus/Stadt	113,4	89,5	121,5	83,2	232,9	171,6
Dahme-Spreewald	103,2	73,6	110,7	102,2	153,3	122,7
Elbe-Elster	114,3	86,3	137,5	91,7	173,4	130,1
Oberspreew.-Laus.	92,6	60,2	125,4	94,0	217,4	177,9
Spree-Neiße	85,7	54,3	127,3	97,9	203,8	129,7
Frankfurt/O.-Oder/Spree	118,5	86,1	154,1	128,4	203,4	147,9
Barnim	106,2	76,6	126,8	87,1	114,1	114,1
Märkisch-Oderland	98,8	65,5	157,5	107,4	186,9	116,0
Uckermark	89,0	57,0	120,8	102,2	161,9	125,9

Quelle: KV Brandenburg

Zitierte Literatur

Klose. J., T. Uhlemann, Swen Gutschmidt: Ärztemangel – Ärzteschwemme?
 Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung,
 WidO 48, Bonn 2003

T. Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! – Studie zur
 Altersstruktur- und Arztlzahlenentwicklung, 2. Auflage, Köln 2003.