



## **Bericht**

der Landesregierung

**Entwicklung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum**

**Antrag der Fraktionen von CDU und SPD**

**Drucksache 16/651**

**Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend  
und Senioren**

Mit Beschluss vom 24.03.06 hat der Landtag auf Antrag der Fraktionen von CDU und SPD vom 07.03.2006 (LT-Drucksache 16/651) die Landesregierung gebeten, zur 12. Tagung einen schriftlichen Bericht über die Entwicklung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum vorzulegen. In dem Bericht soll dargestellt werden,

- wie sich die ambulante Versorgung im ländlichen Raum in den letzten Jahren entwickelt hat,
- ob es eine akute oder drohende Unterversorgung bei Haus- und Fachärzten gibt bzw. aufgrund welcher Umstände geben kann,
- welche Instrumente der Kassenärztlichen Vereinigung aus Sicht der Landesregierung zur Verfügung stehen, um eine Notlage abzuwenden und die ärztliche und fachärztliche Versorgung langfristig sicherzustellen,
- ob und welche politische Entscheidungen erforderlich sind, um den Entwicklungsprozess günstig zu beeinflussen.

### **Vorbemerkung**

In der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil (§ 94 SGB V). Die Entscheidung über die Zulassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten innerhalb des Bezirkes einer Kassenärztlichen Vereinigung ist vom Gesetzgeber einer neutralen Stelle, dem so genannten Zulassungsausschuss, in Widerspruchsfällen dem Berufungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen worden (§§ 96, 97 SGB V). Diese Ausschüsse sind paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung besetzt, die in richterähnlicher Unabhängigkeit weisungsungebunden über die Zulassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entscheiden. Der Berufungsausschuss ist zusätzlich mit einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt besetzt. Die Unabhängigkeit der Ausschüsse ist daran ersichtlich, dass die Beschlüsse der Ausschüsse durch Widerspruch bzw. Klage der Beteiligten (Antragsteller, Kassenverbände, Kassenärztliche Vereinigung) angefochten werden können. Andere Stellen sind am Zulassungsverfahren nicht beteiligt. Die Rechtsaufsicht des Landes (MSGF) erstreckt sich nicht auf die Tätigkeit der Ausschüsse, sondern ist nach § 97 Abs. 5 SGB V auf die Geschäftsführung der Ausschüsse beschränkt.

Grundlage der Zulassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bildet die nach § 98 SGB V erlassene „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ und die nach bundeseinheitlichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 99 SGB V erstellte „Bedarfsplanung“. An den im Bedarfsplan festgestellten Bedarf an Ärzten der verschiedenen Arztgruppen hat sich der Zulassungsausschuss bei seinen Entscheidungen zu halten. Darüber hinaus kann er im Wege der Sonderbedarfsfeststellung weitere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zulassen, wenn dies aus örtlichen oder fachlichen Gründen notwendig ist.

## **Entwicklung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum in den letzten Jahren**

Die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte hat auch in Schleswig-Holstein in den letzten Jahren stetig zugenommen. Entfielen im Jahr 1995 noch 744 Einwohner auf jeden der 3.661 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, waren es zum 31.12.2004 nur noch 694 Einwohner bei 4.076 Vertragsärztinnen und Vertragsärzten.

Die fachärztliche Versorgung ist in Schleswig-Holstein größtenteils durch Überversorgung gekennzeichnet, d. h. es sind überwiegend mehr als 110 v. H. der nach dem Bedarfsplan vorgesehenen Fachärztinnen und Fachärzte zugelassen. Überversorgung ist nach § 101 Abs. 1 Satz 2 SGB V anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. überschritten ist. Aktuell ist in Schleswig-Holstein in sechs Planungsbereichen noch die Zulassung von je einer Fachärztin oder einem Facharzt bis zur Grenze der Überversorgung möglich. Das sind erheblich weniger besetzbare Facharztstellen als vor zehn Jahren.

Die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte hat sich in den letzten zehn Jahren zwar leicht verringert – insbesondere in den ländlichen Planungsbereichen (prinzipiell Kreise und kreisfreie Städte) -, seit drei Jahren jedoch wieder geringfügig verbessert. Bis auf einen Planungsbereich ist im Lande die nach der Bedarfsplanung vorgesehene Anzahl von Hausärztinnen und Hausärzten vorhanden (Kreis Steinburg 93,8 v. H.). Nach einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gefertigten Aufstellung über die in jeweils Zweijahres-Zeiträumen durchgängig vorhandenen Praxen der Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte und hausärztlichen Internistinnen und Internisten ergeben sich für die Jahre

1995/1996: 1.444 Hausärztinnen/Hausärzte,  
1997/1998: 1.789 Hausärztinnen/Hausärzte,  
1999/2000: 1.804 Hausärztinnen/Hausärzte,  
2001/2002: 1.757 Hausärztinnen/Hausärzte,  
2003/2004: 1.768 Hausärztinnen/Hausärzte.

## **Kann es eine akute oder drohende Unterversorgung bei Haus- und Fachärzten geben bzw. aufgrund welcher Umstände?**

Zurzeit ist weder im fachärztlichen noch im hausärztlichen Bereich eine Unterversorgung im Sinne des Gesetzes gegeben. Diese liegt nach der Definition der nach § 92 Abs. 1 Nr. 9 i. V. m. § 101 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erlassenden Bedarfsplanungs-Richtlinien vor, wenn der Versorgungsgrad unter 75 v. H. des vorgesehenen Bedarfs fällt.

Eine Unterversorgung wäre künftig allerdings theoretisch denkbar durch erhöhte Praxis-schließungen aus Altersgründen. Die Altersstruktur zum 31.12.2005 weist bei den Hausärztinnen und Hausärzten einen Anteil von 78 Vertragsärztinnen und Vertragsärzten aus, die über 65 Jahre alt sind, und von 310, die ein Alter von 60 bis 65 Jahre erreicht haben. Selbst für den Fall, dass bei einem Ausscheiden dieser 388 Hausärztinnen und Hausärzte keine Neubesetzung der Praxen möglich wäre, käme es jedoch nur im Planungsbereich Steinburg zu einer Unterversorgung von 71,7 v. H., die durch die Neuzulassung von 3 Hausärztinnen oder Hausärzten bereits wieder

beseitigt wäre. In allen anderen Planungsbereichen würde der Versorgungsgrad auf ca. 80 bis 82 v. H. fallen.

Die stärkste Altersgruppe bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bildet mit gut 30 v. H. die Gruppe der über 57- bis 60jährigen, die in etwa fünf bis zehn Jahren ausscheiden werden. Es kann heute deshalb nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass dann eine entsprechend hohe Zahl von Anträgen auf Neuzulassung vorliegt und die Versorgung ausreicht.

Die regionalen Planungsbereiche sollen nach § 101 Abs. 1 Satz 5 SGB V den Stadt und Landkreisen entsprechen. Innerhalb dieses Planungsbereichs kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt den Ort der Niederlassung frei wählen. Dadurch ist eine gleichmäßige Verteilung der Praxen im Planungsbereich nicht zu erreichen. Dies führt zu einer Konzentration der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an den ihnen attraktiv erscheinenden Orten des Planungsbereichs. Die Kassenärztliche Vereinigung befürchtet, dass diese Tendenz in Zukunft steigen wird und weniger attraktive Orte sowie die Fläche leer ausgehen. Bereits heute finden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in ländlichen Gebieten teilweise keine Nachfolger mehr. Dies führt dazu, dass in ländlichen Bereichen teilweise längere Wege und Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen, was von den Patienten als Mangelversorgung wahrgenommen wird. Durch die Altersstruktur der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und durch die demografische Entwicklung könnten sich diese Effekte verstärken.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren beobachtet die weitere Entwicklung hinsichtlich der für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit großer Aufmerksamkeit und steht in einem engen Dialog hierzu mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein.

### **Welche Instrumente stehen der Kassenärztlichen Vereinigung aus Sicht der Landesregierung zur Verfügung, um eine Notlage abzuwenden und die ärztliche und fachärztliche Versorgung langfristig abzusichern?**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nach § 105 Abs. 1 SGB V mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern; zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung der Unterversorgung getroffen hat. Diese werden gemeinsam durch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung finanziert. Der Gesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen damit einen großen Spielraum für Maßnahmen zur Vermeidung drohender Unterversorgung eingeräumt.

Ein Ansatz ist die gezielte Nachwuchsförderung. Die Kassenärztliche Vereinigung beteiligt sich bereits seit Jahren finanziell am Initiativprogramm zur Förderung der Allgemeinmedizin sowie bei der Finanzierung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Kiel und der Lehrbeauftragten der Medizinischen Universität Lübeck.

Zur Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen gewährt die Kassenärztliche Vereinigung außerdem vereinzelt Darlehen zur Praxisgründung oder Standortförderung. Auch die von der Kassenärztlichen Vereinigung eingeleitete Umstrukturierung des Notdienstes mit zentral aufzustellenden Anlaufpraxen soll die Bereitschaft zur Niederlassung in ländlichen Gebieten fördern. Denkbar wären daneben Umsatzgarantien oder die Gewährung von Zuschüssen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den entsprechenden Gebieten bis hin zur Anstellung eigener Ärztinnen oder Ärzte wie sie zum Teil in den neuen Bundesländern geplant sind. Bei andauernder bestehender oder unmittelbar drohender Unterversorgung können auch andere Planungsbereiche für Zulassungen gesperrt werden.

### **Welche politischen Entscheidungen sind erforderlich, um den Entwicklungsprozess günstig zu beeinflussen?**

Die zuvor dargestellte Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Altersstruktur der zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unterstreicht die Bedeutung der ärztlichen Ausbildung, damit genügend Nachwuchskräfte auch für ausscheidende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ausgebildet werden können. Die Landesregierung misst daher der dauerhaften Einrichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an einem der medizinischen Hochschulstandorte große Bedeutung zu und unterstützt diesbezügliche Bemühungen.

Für die langfristige Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein hält die Landesregierung den weiteren Ausbau integrativer Versorgungsformen für außerordentlich wichtig. Hierzu gehört auch die Schaffung durchlässiger Versorgungsstrukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Im Rahmen des „Zukunftsdialogs Gesundheit“ der Gesundheitsinitiative ist geplant, den Themenkomplex „Vernetzte Servicestrukturen“ aufzugreifen. Dabei sollen Aufgaben und Arbeit von Praxisnetzwerken, die Einbindung von ambulanten Diensten und Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Behandlung behandelt und Empfehlungen erarbeitet werden.

Das Bundesgesundheitsministerium hat Anfang des Jahres Eckpunkte für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts sowie anderer Vorschriften in die öffentliche Diskussion gebracht, nach denen die geltenden Regelungen liberalisiert und flexibler gestaltet werden sollen. Danach soll es künftig ermöglicht werden, dass Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte in ihrer Praxis angestellte Ärztinnen oder Ärzte unter erleichterten Bedingungen beschäftigen, sie an anderen Orten (auch in anderen Planungsbereichen) Zweigpraxen errichten oder die Praxis nicht zwingend in hauptberuflicher Tätigkeit (z. B. als teilzeitbeschäftigte Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte) führen. In Planungsbereichen, in denen eine Unterversorgung festgestellt wird, sollen die Altersgrenzen für die erstmalige Zulassung (55. Lebensjahr) und für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (68. Lebensjahr) außer Kraft gesetzt werden. Weitere diesbezügliche positive Veränderungen werden vermutlich mit der kommenden Gesundheitsreform zu erwarten sein.

Die Landesregierung geht davon aus, dass es mit diesen Maßnahmen gelingt, auch künftig eine qualitativ hochwertige Versorgung überall im Land zu sichern.