

Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung – droht in Deutschland eine Unterversorgung?

von Joachim Klose und Thomas Uhlemann*

ABSTRACT

Droht Deutschland ein Ärztemangel? Insgesamt zeigt sich eine im internationalen Vergleich sehr hohe Arztdichte. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind – abgesehen von der sehr hohen Arztdichte in den Stadt-Staaten – nicht gravierend. Dies gilt auch für die Vertragsarztdichte: Hier zeigt sich in vielen Regionen und Fachgruppen Überversorgung. In den neuen Bundesländern findet man allerdings bei Hausärzten einen hohen Anteil von älteren Ärzten, die in den nächsten Jahren ausscheiden werden. Ergebnisse von differenzierten Regionalauswertungen (am Beispiel Sachsen) zeigen: Die These vom generell im Osten drohenden Ärztemangel lässt sich nicht begründen. Die aktuelle Situation ist in vielen Facharztgruppen von Überversorgung geprägt, die nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten teilweise abgebaut wird; unterversorgte Regionen lassen sich nach einem Ausscheiden nur vereinzelt erkennen. Bei Hausärzten herrscht derzeit in einigen Gebieten Überversorgung. Allerdings scheidet altersbedingt in regional unterschiedlichem Ausmaß bis 2010 eine große Zahl von Ärzten aus. Um Engpässe in der Versorgung zu vermeiden, müsste durchschnittlich ein Drittel der frei werdenden Hausarztsitze wieder besetzt werden. Die Dringlichkeit der Wiederbesetzung gestaltet sich regional unterschiedlich.

Auch um den medizinischen Nachwuchs in Deutschland steht es nicht schlecht. Von einem permanenten Anstieg der Studienabbrecher kann nicht ausgegangen werden. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen: Das Studienfach Medizin weist nach wie vor sehr hohe Erfolgsquoten auf.

Schlüsselworte: Ärztemangel, Überversorgung, Hausärzte, Bedarfsplanung

Is there an imminent lack of physicians in Germany?

Compared with other countries, the physician density is altogether very high. Apart from very high numbers of physicians in the city states, the differences between the federal Laender are not significant. This applies also to the density of SHI physicians: in many regions and specialties, an overservicing can be observed. In the new federal Laender, however, the proportion of elderly GPs is high and many of these will retire within the next few years. Results of differentiated regional evaluations (by the example of Saxonia) show: The assumption of a general lack of physicians in Germany's East cannot be substantiated. The actual situation in various specialties is featured by overservicing which will be only partially reduced by retirements due to old age, whereas underserviced regions in consequence of retirements can be found only sporadically. In several regions, there is presently an overservicing of GPs. However, a great number of GPs – in different dimensions, depending on the region – will have retired due to old age by 2010. In order to avoid a shortage in the supply of GPs, a third of the free posts would on average have to be reassigned. How urgent such a reassignment is differs from region to region.

Regarding the next medical generation in Germany, matters are not going badly either. There is no such thing as a permanently rising number of university dropouts. Current research results show: The academic subject of medicine still exhibits very high success ratios.

Keywords: lack of physicians, overservicing, general practitioners, SHI-physician planning

1. Ausgangslage

Die neueste Diskussion um die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung wurde forciert mit einer Studie der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung (Kopetsch 2001). Seitdem wird in Deutschland drohender Ärztemangel kolportiert. Regionale wie überregionale Medien greifen das Thema immer wieder auf. Berichte münden zusammengefasst immer wieder in folgende Beschreibungen:

*Joachim Klose und Dr. Thomas Uhlemann
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn · Tel.: (0228) 84 3 41 · Fax: (0228) 84 31 44
E-Mail: wido@wido.bu.aok.de · Internet: www.wido.de

- Überalterung der deutschen Ärzteschaft,
- mangelnder Medizinernachwuchs (weniger Studenten, hohe Studienabbrecherzahlen, rückläufige Zahl an Absolventen, alternative Berufsfelder),
- drohende Unterversorgung durch Ärztemangel.

Die zentrale Aussage der KBV-Studie liegt in der Prognose einer nicht ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in den östlichen Bundesländern vor allem aufgrund von Altersabgängen. Die hausärztliche Versorgung wird in der aktuellen Debatte um Ärztemangel herausgehoben und als zukünftig besonders problematisch thematisiert. Während lange Zeit von einem Überangebot an Ärzten, von einem Karrierestau bei jungen Ärzten oder gar einer „Ärztenschwemme“ die Rede war, werden nun drohende Mangerscheinungen prognostiziert.

Hinweise auf Versorgungsmängel im Gesundheitssystem sollten ernst genommen und geprüft werden. Im vorliegenden Beitrag erfolgt deshalb eine Analyse der Fakten. Dies geschieht ausgehend von der allgemeinen Arztdichte im internationalen Vergleich bis hin zu regionalspezifischen Analysen der vertragsärztlichen Versorgung am Beispiel des Bundeslandes Sachsen. Außerdem wird die Situation im Bereich des medizinischen Nachwuchses betrachtet.

■ 2. Allgemeine Arztdichte

Die Statistik weist für das Jahr 2001 mit 297.893 berufstätigen Ärzten eine neue Rekordzahl für Deutschland aus. Sowohl die Zahl der ambulant als auch die Zahl der stationär tätigen Ärzte hat sich seit vielen Jahren kontinuierlich erhöht. Seit Beginn der 70er Jahre hat sich die Arztdichte in Deutschland mehr als verdoppelt.

Die Diskussion um eine „optimale“/ „vernünftige“/ „angemessene“ Arztdichte ist schwierig (siehe Kasten „Bedarf“) und soll an dieser Stelle nicht explizit geführt werden. Um zu einer Bewertung bzw. Einschätzung des Versorgungsniveaus zu kommen, wenn, wie derzeit in Deutschland, von Unterversorgung oder Ärztemangel gesprochen oder Derartiges prognostiziert wird, lohnt ein Blick über die Grenzen. Legt man den internationalen Vergleich als Maßstab für die Arztdichte an, so findet sich Deutschland weltweit mit an der Spitze (siehe Abbildung 1). Im Jahre 2000 praktizierten in Deutschland 358 Ärzte je 100.000 Einwohner. In Großbritannien beispielsweise, das innerhalb der EU-Länder das Schlusslicht bildet, sind es mit 180 gerade einmal halb so viele. Aber auch die Mehrheit der übrigen Länder liegt z.T. deutlich unter den Werten für Deutschland. Höher ist die Arztdichte lediglich in Belgien, Griechenland und Italien. Für die beiden letztgenannten Staaten werden die in den Statistiken ausgewiesenen Daten von Experten angezweifelt. Um ein Gefühl für die Größenordnung zu geben: 10 Ärzte je 100.000 Einwohner mehr oder weniger machen bezogen auf heutige Verhältnisse in Deutschland eine absolute Zahl von ca. 8.200 Ärzten aus. Um bspw. in Deutschland eine Arztdichte auf

B E D A R F

Der Begriff „Bedarf“ hat nicht nur eine zentrale Bedeutung in der Diskussion um die Struktur, Gestaltung und Dimensionierung medizinischer Leistungsangebote, er gehört auch zu den schillerndsten Begriffen der Gesundheitssystemforschung.

Folgt man dem Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dann lässt sich Bedarf verkürzt definieren als ein Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt. Gesundheitlicher Nutzen ist wiederum denkbar als Verbesserung des Gesundheitsstatus von Individuen, bestimmten Gruppen von Betroffenen oder aber der Gesellschaft insgesamt.

Bedarf kann durch die subjektive und objektive Morbidität Einzelner, aber auch durch individuelle Werte, Präferenzen, durch Wissen, Vorerfahrungen und die Struktur und Zugänglichkeit des Angebotes beeinflusst werden. Der tatsächlich realisierte Bedarf der Patienten wird auch noch durch die Finanzierbarkeit und durch Anreize des Versicherungssystems bestimmt. Der von Anbietern ausgehende Bedarf orientiert sich an professionellen Werten, ist aber auch durch die Allokation und Amortisation von Ressourcen und gesundheitspolitische bzw. gesellschaftliche Rahmensetzungen geprägt. Hinzu kommt der wissenschaftliche Bedarf, der ebenfalls durch professionelle Wertorientierungen, aber auch durch disziplinäre Paradigmen und wissenschaftliche Ressourcenallokation geprägt wird. Der politische Bedarf schließlich wird durch sozialpolitische Präferenzen, durch den Druck, der von den Medien, Wählern und Lobbyisten ausgeht, aber auch durch Wahltaktiken und politisches Krisenmanagement bestimmt (Feuerstein/Kollek/Uhlemann 2002).

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist „Bedarf“ eine Setzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im rechtlichen Rahmen von § 101 Abs. 1 SGB V. Die Feststellung des bestehenden Versorgungsgrades, des Bedarfs und die Versorgungsplanung erfolgen auf der Grundlage von Verhältniszahlen, Planungskreisen und Bevölkerungszahlen.

Der Bedarf an Gesundheitsleistungen hat demnach nicht nur viele Wurzeln und Begründungszusammenhänge, er ist auch eine ausgesprochen beliebige Größe, die im Wesentlichen durch das Anspruchsverhalten und die Durchsetzungsfähigkeit unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen auf Anbieter- und Nachfrageseite bestimmt wird. Schwartz (1993: 26) zieht daraus den Schluss, dass der Bedarf an medizinischen Leistungen letztlich das ist, was von den „bedarfsdefinierenden Gruppen“ ausgehandelt wird.

dem Niveau von Österreich (310) oder Frankreich (300) zu erreichen, käme man zahlenmäßig mit ca. 45.000 bis 50.000 praktizierenden Ärzten weniger aus. Von einer Unterversorgung wäre in diesem Szenario sicherlich auch in Deutschland keine Rede. Bei einer Arztdichte von ca. 300 Ärzten je 100.000 Einwohnern handelt es sich um das deutsche Versorgungsniveau für den Zeitraum 1990/1991, also um eine Zeit, in der von Versorgungsengpässen keine Rede war. Im Gegenteil, die Diskussion beschäftigte sich in dieser Zeit eher mit Überversorgung. Der Begriff der „Ärztenschwemme“ erlangte in den 80er Jahren Konjunktur.

Die Arztdichte in Deutschland ist regional unterschiedlich ausgeprägt (siehe Tabelle 1). Im Vergleich der Bundesländer sind die Stadt-Staaten an der Spitze zu finden. Mit 527 (Hamburg),

ABBILDUNG 1

Berufstätige Ärzte je 100.000 Einwohner im internationalen Vergleich im Jahre 2000 (Werte sind gerundet)

Italy	600	Iceland*	340	Czech Republic	310	United States*	280	Japan	190
Greece*	440	Spain	330	Finland	310	Australia**	250	United Kingdom	180
Belgium	390	Hungary*	320	Luxembourg	310	Ireland*	230	Mexico	180
Germany	358	Netherlands	320	France**	300	Poland	220	Korea	130
Switzerland	350	Portugal	320	Norway	290	New Zealand	220	Turkey	130
Denmark*	340	Austria	310	Sweden*	290	Canada	210		

* Werte für 1999 ** Werte für 1998

Quelle: OECD HEALTH DATA 2002

517 (Berlin) und 478 (Bremen) Ärzten je 100.000 Einwohner findet sich hier im Jahre 2000 die höchste Arztdichte. Am Ende der Rangskala finden sich einige der neuen Bundesländer aber auch Flächenländer wie Niedersachsen. Insgesamt scheint die Situation, zieht man hier die internationalen Kennzahlen zum Vergleich heran, bezüglich einer drohenden Unterversorgung keineswegs kritisch. Die außerordentlich hohe Arztdichte in den Stadt-Staaten kann zum Teil durch eine Umlandversorgung mit erklärt werden. Die unterdurchschnittliche Arztdichte in Brandenburg kann durch die Nähe zu Berlin relativiert werden.

Im Zeitverlauf der letzten Jahre findet sich in allen Bundesländern ein kontinuierlicher Anstieg der Arztdichte. Während von 1991 bis 2000 die Arztdichte bundesweit um 18,1 Prozent gestiegen ist, zeigt sich für die neuen Bundesländer eine durchgängig über dem Bundesdurchschnitt liegende prozentuale Zunahme der Arztdichte. Sachsen-Anhalt (+27,3 Prozent), Thüringen (+26,7 Prozent) und Brandenburg (+26,1 Prozent) weisen die höchsten Steigerungsraten auf.

3. Die Entwicklung im vertragsärztlichen Bereich

Die Entwicklung in den 90er Jahren zeigt bereits für 1991 und 1992 kräftige Wachstumsraten der Vertragsarztzahlen von 3,2 Prozent bzw. 3,6 Prozent. Für 1993 ist dann aufgrund der gesetzlichen Neuregelung der Bedarfsplanung und damit verbundener Übergangsregelungen ein Nettozuwachs bei Vertragsärzten von 9.600 zu verzeichnen. Dies entspricht einer prozentualen Steigerung von +10,2 Prozent in dem genannten Jahr und schlägt sich mit ähnlicher Intensität bei Allgemeinärzten und bei Fachärzten nieder, fällt allerdings in den alten Bundesländern deutlicher aus als in den neuen Bundesländern. Wichtig ist die Berücksichtigung dieser Niederlassungswelle vor allem, weil die Entwicklung in den Folgejahren vor diesem Hintergrund des sehr hohen Niveaus der Arztlizenzen nach 1993 beurteilt werden muss. Die Vertragsarztzahlen in Deutschland haben sich von 1990 bis 2001 um insgesamt 27.222 erhöht, dies entspricht einer prozentualen Steigerung von +30,7 Prozent. Dabei hat sich die Zahl der Fachärzte um 22.506 (+44,5 Prozent) und die der Allgemeinärzte um 4.716 (+12,3 Prozent) erhöht.

Die Statistik weist für Deutschland insgesamt eine Zahl von 154 Vertragsärzten je 100.000 Einwohner auf (Stand: 2000). Die Unterschiede zwischen den Bundesländern ähneln im Wesentlichen den Unterschieden bei der Gesamtarztdichte. An der Spitze finden sich wiederum die Stadt-Staaten Bremen (200) Berlin (194) und Hamburg (187), gefolgt von Bayern (165). In den neuen Bundesländern findet sich im Schnitt eine Dichte von 144 Vertragsärzten je 100.000 Einwohner; den höchsten Wert hat hier Mecklenburg-Vorpommern mit 153, womit dieses Land nahezu im Bundesdurchschnitt liegt. Die niedrigste Dichte hat Brandenburg mit 133.

Insgesamt ist die Versorgungssituation vor allem von Überversorgung geprägt. Im fachärztlichen Bereich sind die meisten Planungsbereiche gesperrt¹, im hausärztlichen Bereich zu mehr als einem Drittel (*Kopetsch 2002*). Die Anzahl der Vertragsärzte, die in gesperrten Regionen über der Sperrungsgrenze zugelassen sind, beträgt 9.466 (Stand: Anfang 2000, ohne Psychotherapeuten) (*Thust 2000*).

TABELLE 1

Arztdichte und Vertragsarztdichte nach Bundesländern im Jahre 2000 (Stand: 31.12.2000)

Land	Berufstätige Ärzte je 100.000 Einw.	Vertragsärzte je 100.000 Einwohner
Baden-Württemberg	357	154
Bayern	386	165
Berlin	517	194
Brandenburg	279	133
Bremen	478	200
Hamburg	527	187
Hessen	371	159
Mecklenburg-Vorpommern	339	153
Niedersachsen	307	144
Nordrhein-Westfalen	349	146
Rheinland-Pfalz	333	150
Saarland	376	157
Sachsen	312	145
Sachsen-Anhalt	309	143
Schleswig-Holstein	359	152
Thüringen	316	149
Neue Länder ohne Berlin-Ost	310	144
Deutschland	358	154

Quelle: Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Destatis

Betrachtet man allerdings die Zahl der zukünftig aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsärzte differenziert nach Arztgruppen, so deutet sich ein strukturelles Problem an, welches sich zukünftig für die neuen Bundesländer ergeben kann. Dieses Problem betrifft insbesondere die Gruppe der Hausärzte. Hier zeigt sich eine Altersstruktur, die in der Altersklasse „60 Jahre und älter“ verhältnismäßig hohe Raten aufweist. Der Anteil liegt in den neuen Bundesländern mit Werten zwischen 22,5 Prozent und 26,9 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt (14,9 Prozent) und etwa doppelt so hoch wie in den meisten der alten Bundesländern. Es ist deshalb davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren der sog. „Ersatzbedarf“ für Hausärzte in den neuen Bundesländern relativ hoch sein wird.

■ 4. Vertragsärztliche Versorgung am Beispiel Sachsens

Das WIdO analysiert derzeit, wie sich die Zahl der Ärzte perspektivisch in den nächsten Jahren in den neuen Bundesländern entwickeln wird. Dies geschieht in verschiedenen Schritten²:

- Beschreibung der aktuellen vertragsärztlichen Versorgungssituation (regional- und arztgruppenspezifisch)
- Beschreibung der Versorgungssituation ohne Ärzte „60+“ und Errechnung von Differenzen zu Mindest- und Vollversorgung
- Modellrechnungen für unterschiedliche Wiederbesetzungsquoten bei frei werdenden Arztsitzen von 33 Prozent, 50 Prozent und 66 Prozent
- Beispielhafte Betrachtung von Problemregionen.

Bei den WIdO-Berechnungen werden sowohl regionale Bevölkerungszahlen³ als auch die geltenden Verhältniszahlen der Bedarfsplanung als konstant angenommen.

Im Folgenden wird die Versorgungssituation in Sachsen beispielhaft in den Blick genommen. Sachsen steht dabei für die Ost-Länder insgesamt, in denen ein besonderer Problemdruck in der ambulanten Versorgung aufgrund überproportionaler Altersabgänge an Vertragsärzten in den nächsten Jahren prognostiziert worden war. Die Hauptaufmerksamkeit in der aktuellen Diskussion richtet sich auf die Frage der Altersabgänge in den nächsten Jahren; fokussiert wird damit auf die Gruppe der Ärzte, die heute 60 Jahre oder älter sind. Wegen des Erreichens der Altersgrenze scheidet diese Gruppe innerhalb der nächsten 8 Jahre aus der vertragsärztlichen Versorgung aus; viele Praxen werden deshalb vakant.⁴

Ein nach Arztgruppen über die Planungsbereiche hinweg summierter Soll-Ist-Vergleich für Sachsen zeigt, dass im Jahr 2002 – abgesehen von den Anästhesisten – in jedem Fachgebiet insgesamt mehr Ärzte tätig sind als notwendig/geplant. Die Ermittlung von arztgruppenspezifischen Versorgungsgraden für ganz Sachsen

ist nicht möglich, weil Versorgungsgrade je nach Kreistypen unterschiedlich berechnet werden.

Tabelle 2 zeigt die aktuelle (Stand: April 2002) Versorgungssituation in den Planungskreisen. Sie ist in fast allen Facharztgruppen von Überversorgung geprägt. Ausnahmen bilden lediglich Radiologen und Anästhesisten; letztere spielen aus verschiedenen Gründen eine Sonderrolle. Im Mittleren Erzgebirgskreis fehlen 2 Internisten, um von einer Unterversorgung zu einem Versorgungsgrad von 100 Prozent zu kommen. Für Kinderärzte sind derzeit sämtliche Planungsbereiche wegen Überversorgung für Neuniederlassungen gesperrt. Auch bei den Hausärzten findet sich in 14 von 26 Planungsbereichen Überversorgung, der Versorgungsgrad liegt hier in kaum einer Region unter 100 Prozent.

Um den Effekt eines altersbedingten Rückgangs der Ärztezahlen auszuloten, wird im Weiteren der Versorgungsanteil betrachtet, der von solchen Ärzten erbracht wird, die das 60ste Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Altersverteilung der Ärzte in den einzelnen Arztgruppen kommt hierbei unmittelbar zum Tragen; es wird simuliert, wie die Versorgung ohne die im Jahre 2010 aus Altersgründen ausgeschiedenen Ärzte aussehen würde (siehe Tabelle 3).

Bei Fachärzten zeigt sich in dieser Simulation eine ausreichende bis zur Überversorgung reichende Versorgungslage. Bei mehreren Facharztgruppen liegt der Versorgungsgrad in vielen Planungsbereichen über dem als Grenze zur Überversorgung markierten Grad von 110 Prozent. Bei vielen ärztlichen Fachgruppen bliebe damit die aktuelle Überversorgung auch dann bestehen, wenn alle älteren Ärzte ausscheiden würden und die frei werdenden Sitze nicht wieder besetzt würden. Derartige, wenig sinnvolle und kostentreibende Überkapazitäten können jedoch nicht als „gute Versorgung“ bezeichnet werden. Unterversorgung gäbe es – Ausnahmen bilden lediglich Anästhesisten und Radiologen – nur vereinzelt.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung würde im Falle einer Nichtbesetzung die derzeitige Überversorgung abgebaut, außerdem gerieten 10 von 26 Planungskreise in eine Situation der Unterversorgung. Werden grenzwertige Kreise einbezogen, dann gäbe es ohne die 60jährigen und älteren Ärzte eine Unterversorgung in der Hälfte der sächsischen Planungskreise.

Gemessen am Bedarfsplanungsziel einer allgemeinen bedarfsgerechten Versorgung sind in Sachsen in den nächsten Jahren kreisübergreifende Versorgungsentpässe in nennenswertem Umfang lediglich für die Leistungen der Hausärzte zu erwarten. Dies gilt auch nur dann, wenn es – was nicht realistisch erscheint – nicht gelingt, frei werdende Praxen wieder zu besetzen.

4.1 Wiederbesetzungsszenarien

Ob und wie weit es gelingen wird, Vertragsarztsitze wieder oder neu zu besetzen, ist nicht nur eine Frage der Bedarfsplanung. Wirksam wird in jedem Fall die jeweilige Marktsituation für Ärzte, d.h., je nach Angebot und Attraktivität von Alternativen zu einer

Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung

TABELLE 2

Aktueller Versorgungsgrad (in Prozent) in den Planungskreisen (Stand: April 2002)

Quelle: WIdO 2002

Planungsbereich	Hausärzte	Internisten	Frauen-ärzte	Kinder-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Ortho-päden	Radiologen	Urologen
Annaberg	127,2	114,9	125,8	132,5	81,9	133,1	101,4	192,7	57,9	122,7	95,5	113,2
Aue-Schwarzenberg	111,1	89,5	117,2	146,8	137,2	127,6	285,4	177,4	150,4	132,8	178,0	151,5
Bautzen	109,5	59,7	120,4	130,7	81,4	113,6	269,0	131,6	133,9	101,3	158,4	134,8
Chemnitz, Stadt	112,4	162,6	94,3	149,3	80,9	107,8	147,8	97,3	108,5	103,2	99,5	119,4
Chemnitzer Land	109,5	174,4	96,1	159,7	86,6	118,9	213,5	142,8	163,2	97,1	132,4	142,1
Delitzsch	111,5	216,2	117,5	192,2	0,0	145,8	264,3	203,3	139,1	192,2	158,6	169,1
Döbeln	96,5	305,2	127,2	150,7	93,2	121,1	144,2	164,4	87,8	139,6	0,0	161,0
Dresden, Stadt	99,8	138,7	108,5	166,2	54,3	110,3	125,4	121,9	109,5	116,4	106,8	108,7
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	101,1	163,8	143,1	287,7	214,7	156,9	377,5	170,1	179,4	104,1	95,4	212,0
Hoyerswerda, Kamenz	101,8	167,8	116,8	140,2	93,6	119,6	183,2	141,1	136,7	116,4	121,4	129,1
Leipzig, Stadt	111,7	133,3	109,5	164,2	94,9	117,7	141,6	114,1	118,3	110,2	127,0	110,9
Leipziger Land	109,9	186,7	120,2	151,9	140,9	137,3	116,2	138,1	132,8	105,5	27,4	97,3
Löbau-Zittau	114,9	162,4	114,6	133,3	83,1	144,8	213,4	134,2	136,5	86,1	53,9	137,5
Meißen-Radebeul	110,2	132,1	112,4	213,1	141,2	122,3	320,3	166,1	155,3	123,4	219,6	162,6
Mittlerer Erzgebirgskreis	107,4	35,8	117,4	148,4	0,0	99,4	141,9	89,9	144,1	114,5	0,0	158,4
Mittweida	112,1	97,8	116,0	169,1	52,3	101,9	194,1	123,0	147,9	58,8	122,0	72,3
Muldentalkreis	102,1	177,5	100,2	153,3	168,2	119,7	177,1	152,6	130,5	112,7	99,2	119,0
Plauen, Vogtlandkreis	113,4	137,0	142,6	157,4	23,3	122,1	222,8	166,0	204,7	135,6	181,7	154,6
Riesa-Großenhain	102,3	263,5	101,2	191,8	118,6	134,8	183,4	104,6	139,7	66,6	172,9	122,9
Sächsische Schweiz	113,9	183,9	125,8	270,3	49,2	111,8	212,9	115,6	162,1	110,5	114,7	101,9
Stollberg	116,5	98,3	120,4	147,8	130,2	134,1	160,5	128,9	122,7	121,7	0,0	53,4
Torgau-Oschatz	102,5	204,7	121,3	145,6	113,2	115,1	143,0	256,6	140,5	91,0	200,2	160,1
Weißeritzkreis	106,1	80,6	117,5	167,1	229,7	111,9	142,1	101,3	108,2	129,0	133,9	119,0
Zwickau, Stadt	115,1	112,6	111,8	138,7	54,1	118,8	164,8	116,6	144,9	102,0	143,1	153,0
Zwickauer Land	113,9	127,5	121,5	152,2	71,1	115,7	208,8	122,5	155,9	137,6	184,4	117,7
Freiberg	112,8	110,4	120,8	152,7	94,4	107,4	204,5	166,6	133,5	106,1	165,2	163,1

Hausärzte: ■ = Überversorgung (> 110%) ■ = Unterversorgung (< 75%) ■ = bedarfsgerechte Versorgung (>75% <110%)
 Fachärzte: ■ = Überversorgung (> 110%) ■ = Unterversorgung (< 50%) ■ = bedarfsgerechte Versorgung (>50% <110%)

TABELLE 3

Aktueller Versorgungsgrad (in Prozent) in den Planungskreisen ohne Ärzte älter oder gleich 60 Jahre

Quelle: WIdO 2002

Planungsbereich	Hausärzte	Internisten	Frauen-ärzte	Kinder-ärzte	Anästhe-sisten	Augen-ärzte	Chirurgen	Hautärzte	HNO-Ärzte	Ortho-päden	Radiologen	Urologen
Annaberg	98,9	114,9	83,9	106,0	81,9	133,1	50,7	144,5	57,9	122,7	95,5	113,2
Aue-Schwarzenberg	75,2	67,1	90,2	73,4	137,2	79,7	151,1	147,8	125,3	113,8	178,0	151,5
Bautzen	75,5	59,7	104,3	117,7	81,4	71,0	239,2	131,6	111,6	84,5	158,4	134,8
Chemnitz, Stadt	87,1	114,8	82,2	132,7	70,8	71,9	109,6	40,5	88,8	103,2	79,6	109,0
Chemnitzer Land	81,5	152,6	88,1	122,8	86,6	89,2	106,7	114,3	122,4	97,1	132,4	142,1
Delitzsch	82,6	162,1	74,7	153,8	0,0	109,4	188,8	81,3	111,3	120,1	158,6	169,1
Döbeln	68,9	305,2	111,3	90,4	93,2	90,8	115,3	109,6	43,9	69,8	0,0	161,0
Dresden, Stadt	62,3	128,4	82,5	136,6	54,3	74,4	84,5	95,8	77,7	102,5	96,2	97,5
Görlitz, Nieder. Oberl.kreis	76,3	136,5	125,2	203,1	143,1	125,5	339,7	136,0	76,9	104,1	95,4	169,6
Hoyerswerda, Kamenz	78,2	137,3	92,2	80,1	93,6	108,7	160,3	120,9	136,7	103,5	121,4	103,3
Leipzig, Stadt	79,5	110,9	102,5	118,1	89,6	77,6	126,7	105,6	84,0	99,5	121,8	105,5
Leipziger Land	77,5	186,7	88,1	91,1	140,9	76,3	87,2	82,8	110,6	70,3	27,4	97,3
Löbau-Zittau	83,5	101,5	81,9	93,3	83,1	130,3	121,9	80,5	91,0	68,9	53,9	103,1
Meißen-Radebeul	75,4	110,1	64,3	106,6	141,2	91,8	203,9	138,4	133,1	88,1	219,6	162,6
Mittlerer Erzgebirgskreis	71,6	35,8	104,4	148,4	0,0	49,7	94,6	89,9	72,0	114,5	0,0	158,4
Mittweida	67,0	97,8	98,2	169,1	52,3	101,9	161,8	123,0	123,2	58,8	61,0	72,3
Muldentalkreis	65,9	152,1	90,2	108,2	168,2	102,6	141,7	152,6	130,5	90,2	99,2	79,4
Plauen, Vogtlandkreis	73,1	91,3	92,0	82,4	23,3	89,5	137,1	135,8	121,5	106,5	121,1	77,3
Riesa-Großenhain	65,7	249,6	80,9	134,2	118,6	96,3	146,7	69,7	83,8	66,6	138,3	81,9
Sächsische Schweiz	77,5	183,9	100,7	190,8	49,2	79,9	152,1	115,6	162,1	110,5	114,7	101,9
Stollberg	78,3	65,6	108,3	92,4	130,2	134,1	160,5	128,9	92,0	121,7	0,0	53,4
Torgau-Oschatz	48,7	170,6	107,8	97,1	0,0	46,0	95,3	205,3	70,2	91,0	200,2	160,1
Weißeritzkreis	72,1	80,6	98,0	55,7	229,7	74,6	106,6	67,5	81,2	129,0	133,9	79,3
Zwickau, Stadt	75,2	84,5	92,1	88,2	36,0	86,4	103,0	66,6	80,5	76,5	119,3	102,0
Zwickauer Land	84,2	127,5	112,1	136,9	71,1	115,7	139,2	122,5	77,9	78,6	184,4	117,7
Freiberg	72,1	110,4	88,6	122,1	94,4	92,0	175,2	138,8	133,5	88,4	110,1	130,4

Hausärzte: ■ = Überversorgung (> 110%) ■ = Unterversorgung (< 75%) ■ = bedarfsgerechte Versorgung (>75% <110%)
 Fachärzte: ■ = Überversorgung (> 110%) ■ = Unterversorgung (< 50%) ■ = bedarfsgerechte Versorgung (>50% <110%)

TABELLE 4

Sachsen: Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte

Quelle: WIdO 2002

Planungsbereich	Anzahl Gesamt 2002	Alter 60+ in %	Versorgungsgrad 2002 in %	Versorgungsgrad in % ohne 60+	Versorgungsgrad in % Wiederbesetzung 33%	Versorgungsgrad in % Wiederbesetzung 50%	Versorgungsgrad in % Wiederbesetzung 66%
Annaberg	63	22	127,2	98,9	108,2	113,0	117,6
Aue-Schwarzenberg	93	32	111,1	75,2	87,1	93,1	98,9
Landkreis Bautzen	103	31	109,5	75,5	86,7	92,5	97,9
Chemnitz Stadt	182	23	112,4	87,1	95,4	99,7	103,8
Chemnitzer Land	82	26	109,5	81,5	90,7	95,5	100,0
Delitzsch	81	26	111,5	82,6	92,1	97,1	101,7
Döbeln	42	29	96,5	68,9	78,0	82,7	87,1
Dresden Stadt	301	38	99,8	62,3	74,7	81,1	87,1
Stadt Görlitz & Niederschl.	102	25	101,1	76,3	84,5	88,7	92,7
Hoyerswerda & Kamenz	125	23	101,8	78,2	86,0	90,0	93,8
Leipzig Stadt	347	29	111,7	79,5	90,1	95,6	100,7
Leipziger Land	95	29	109,9	77,5	88,2	93,7	98,9
Löbau-Zittau	106	27	114,9	83,5	93,9	99,2	104,2
Meißen	95	32	110,2	75,4	86,9	92,8	98,4
Mittlerer Erzgebirgskreis	57	33	107,4	71,6	83,4	89,5	95,2
Mittweida	87	40	112,1	67,0	81,9	89,6	96,8
Muldentalkreis	79	35	102,1	65,9	77,8	84,0	89,8
Plauen Stadt & Vogtland	186	35	113,4	73,1	86,4	93,2	99,7
Riesa-Großenhain	70	36	102,3	65,7	77,8	84,0	89,9
Sächsische Schweiz	94	32	113,9	77,5	89,5	95,7	101,5
Stollberg	58	33	116,5	78,3	90,9	97,4	103,5
Torgau-Oschatz	59	53	102,5	48,7	66,4	75,6	84,2
Weißeritzkreis	75	32	106,1	72,1	83,3	89,1	94,6
Zwickau Stadt	75	35	115,1	75,2	88,3	95,1	101,5
Zwickauer Land	92	26	113,9	84,2	94,0	99,0	103,8
Freiberg	97	36	112,8	72,1	85,6	92,5	99,0

■ = Überversorgung (> 110%) ■ = Unterversorgung (< 75%) ■ = bedarfsgerechte Versorgung (>75% <110%)

Niederlassung in den offenen Planungskreisen, werden berufliche, finanzielle und soziale Aussichten von den Ärzten bewertet, die eine Niederlassung in Erwägung ziehen.

Eingeschlossen in solche Erwägungen sind auch Einschätzungen der zukünftigen Patienten. Sind Patientengruppen mit bestimmten Erkrankungen besonders vertreten? Gibt es attraktive Möglichkeiten zu privater Liquidation oder eher nicht? Ist die Arbeit mit besonderen Belastungen wie etwa häufigen Nacht- und Bereitschaftsdiensten oder vielen Hausbesuchen verbunden? Auf welche Möglichkeiten stationärer Versorgung und Behandlung kann im Notfall zurückgegriffen werden?

Die Schwierigkeit einer Wiederbesetzung frei werdender Vertragsarztsitze beruht demnach auf einem ganzen Ursachenbündel. Vor allem wegen der Bevorzugung von Städten und stadtnahen Praxisorten bei der Entscheidung von Ärzten für eine Niederlassung dürfte es problematischer sein, Interessenten für ländliche Arztsitze zu gewinnen (vgl. hierzu auch: Preusker 2002). Allerdings gibt es keinen Hinweis darauf, von einer generellen Nicht-Wiederbesetzung auszugehen. In den folgenden Wiederbesetzungsszenarien ist die Wahrscheinlichkeit variiert, aufgrund von Altersabgängen frei werdende Praxen wieder zu besetzen. Berechnet und dargestellt werden Auswirkungen einer Nichtbesetzung solcher Arztsitze bzw. einer nur teilweisen Möglichkeit der Wiederbesetzung (zu 33 Prozent, 50 Prozent und 66 Prozent).

Hausärzte

Bei den Hausärzten ergeben sich folgende Situationen (siehe Tabelle 4): Falls keiner der in den nächsten acht Jahren aufgrund von Altersabgängen in Sachsen frei werdenden hausärztlichen Vertragsarztsitze wieder besetzt werden könnte, käme es in 10 von 26 Planungskreisen zu einer rechnerischen Unterversorgung; in vier weiteren Planungskreisen wäre die Versorgung grenzwertig. Falls jeder dritte frei werdende Sitz wieder besetzt werden könnte, gäbe es lediglich noch in Dresden Stadt (sehr knapp mit 74,7 Prozent Versorgungsgrad) und in Torgau-Oschatz (mit 66,4 Prozent) eine hausärztliche Unterversorgung. Könnte dagegen für jeden zweiten aus Altersgründen ausscheidenden Vertragsarzt ein Nachfolger gefunden werden, so wäre die Versorgung in allen Städten und Planungskreisen Sachsens gesichert. Wäre es möglich, jeweils zwei von drei frei werdenden Hausarztsitzen gleichermaßen in allen Kreisen wieder zu besetzen, dann wären die meisten sächsischen Planungskreise eher im Bereich der Vollversorgung, denn nahe der Unterversorgungsgrenze.

Da mit den Altersabgängen die in einigen Planungskreisen bestehende Überversorgung abgebaut würde, würde es – absolut gesehen – ausreichen, insgesamt 92 Hausärzte anzuwerben, um die Altersabgänge bis 2010 soweit auszugleichen, bis eine rechnerisch und gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausreichende Versorgung sichergestellt ist. Von diesen wären allein 39 für Dresden notwendig.

Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung

Insgesamt gilt: Wiederbesetzungen von frei werdenden Kinderarztpraxen würden in vielen Regionen Sachsens wieder zu einer Ausweitung der Überversorgung führen. Selbst wenn nur jede zweite Praxis wieder besetzt würde, wäre erneut eine flächendeckende Überversorgung mit Kinderärzten gegeben.

Gynäkologen

Die gynäkologische Versorgung im Jahre 2002 ist in 20 von 26 Planungsbereichen durch Überversorgung gekennzeichnet. Auch ohne Ärzte, die 60 Jahre oder älter sind, wäre die frauenärztliche Versorgung in Sachsen im Jahr 2010 gesichert, wobei der Versorgungsgrad in Meißen mit 64,3 Prozent am niedrigsten und in Stadt Görlitz und Niederschlesischer Oberlausitzkreis mit 125 Prozent am höchsten läge. In keinem Kreis würde der Grad der notwendigen Mindestversorgung unterschritten. Bei einer Wiederbesetzung von ca. einem Drittel der frei werdenden Sitze wären bereits 13 von 26 Planungskreisen zu mehr als 100 Prozent versorgt. In fünf Kreisen käme es bereits wieder zu einer Überversorgung, nirgendwo läge der Versorgungsgrad unter 80 Prozent.

Identifizierung problematischer Regionen

Alles in allem fällt die Heterogenität der Versorgung in den einzelnen Planungskreisen auf. Eine Typisierung ist nur schwer spezifischen sozialen, sozio-ökonomischen oder verwaltungstechnischen Kategorien zuzuordnen. Dennoch lassen sich problematische Regionen identifizieren.

Als Beispiel für eine problematische Versorgungsperspektive fällt der Kreis Torgau-Oschatz ins Auge. Ausgehend von einem Versorgungsgrad im Jahre 2002 von 102,5 Prozent im hausärztlichen Bereich, würde aufgrund der Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Hausärzte 60 Jahre oder älter sind, eine ausreichende Versorgung ab 2010 nur dann gewährleistet, wenn mindestens jede zweite hausärztliche Praxis wieder besetzt würde. Die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Planungskreisen ist bei isolierter Betrachtung eines Kreises allerdings nur bedingt einzuschätzen. Unklar bleibt vor allem, ob und inwieweit Patienten Versorgungsangebote in benachbarten Kreisen nutzen. Gleiches gilt auch für diese, d.h., es bleibt ungeklärt ob sich Versorgungsdefizite mit ähnlichen Defiziten in den benachbarten Kreisen addieren oder ob Defizite durch ein gutes Angebot der Nachbarkreise teilweise kompensiert werden können. Mögliche Lösungen der Versorgungsprobleme müssen die jeweilige regionale Spezifität solcher Defizite berücksichtigen; zentrale Maßnahmen dürften sich als wenig effektiv und als nicht sinnvoll erweisen.

Bei der Identifizierung von Versorgungsproblemen im fachärztlichen Bereich ist die isolierte Betrachtung der ambulanten Versorgung wenig sinnvoll. Hier muss mitbedacht werden, welche Versorgungsleistungen im stationären Bereich erbracht werden bzw. erbracht werden können, wenn vereinzelt Engpässe in der vertragsärztlichen Versorgung absehbar sind.

Fachärztlich tätige Internisten

Ausgehend von einer Situation im Frühjahr 2002, in der in 21 von 26 Planungsbereichen eine Überversorgung bei den fachärztlich tätigen Internisten besteht, ergibt sich folgendes Bild:

Entsprechend den Bedarfsplanungsrichtlinien für die fachärztliche Versorgung kommt es in keinem Versorgungskreis in Sachsen zu einer Unterversorgung aufgrund von Altersabgängen in den nächsten acht Jahren (bis 2010). Dies gilt auch dann, wenn keine in diesem Zeitraum frei werdende Stelle wieder besetzt werden könnte; in 17 von 26 Planungskreisen setzt sich sogar die bestehende Überversorgung fort.

Lediglich im Mittleren Erzgebirgskreis bliebe die schon aktuell vorhandene Unterversorgung (35,8 Prozent) bestehen, falls die zwei ohnehin freien internistischen Sitze nicht besetzt werden können. Ausreichend aber im Vergleich zu den meisten anderen Planungskreisen nicht gerade gut ausgestattet ist der Landkreis Bautzen. Drei (junge) fachärztliche Internisten sind zur Zeit hier niedergelassen; drei weitere wären für eine Vollversorgung (100 Prozent) notwendig. Wie im Mittleren Erzgebirgskreis wird es hier aufgrund des niedrigen Alters der Ärzte keine Altersabgänge in den nächsten Jahren geben. Daher greifen Wiederbesetzungsszenarien in diesen beiden Kreisen nicht. Ansonsten würden Wiederbesetzungen von frei werdenden internistischen Praxen in vielen Regionen wieder zu einer Ausweitung der Überversorgung führen.

Kinderärzte⁵

Charakteristisch für die kinderärztliche Versorgung in Sachsen ist zunächst einmal der außerordentlich hohe Versorgungsgrad: In sämtlichen Planungskreisen besteht aktuell eine Situation der Überversorgung, d.h., in allen 26 Planungskreisen gibt es einen Versorgungsgrad von jeweils über 110 Prozent. In mehreren Kreisen finden sich mehr als doppelt so viele Kinderärzte wie laut Bedarfsplanung vorgesehen (Stadt Görlitz/Niederschlesischer Oberlausitzkreis, Meißen, Sächsische Schweiz).

Trotz des in vielen Planungskreisen sehr hohen Anteils an Ärzten im Alter von 60 Jahren und mehr – allein in 20 von 26 Kreisen ist dieser Anteil älterer Ärzte größer als 20 Prozent – führen Altersabgänge bis 2010 nicht zu Unterversorgung, auch wenn kein kinderärztlicher Vertragsarztsitz wieder besetzt werden könnte. Aufgrund von Altersabgängen werden vielmehr Überkapazitäten abgebaut. Immerhin noch in 13 Planungskreisen bleibt eine Situation der Überversorgung trotz der Altersabgänge bestehen; in der Sächsischen Schweiz sowie in Stadt Görlitz und Niederschlesischer Oberlausitzkreis liegt dann die Überversorgung immer noch bei ca. 200 Prozent. Eine Ausnahme bildet lediglich der Weißeritzkreis. Hier liegt der Anteil der über 60jährigen Ärzte aktuell bei 67 Prozent (sechs von insgesamt neun Ärzten). Ohne Wiederbesetzung sinkt der Versorgungsgrad von aktuell 167 Prozent auf knapp 56 Prozent im Jahr 2010. Mit Unterversorgung wäre also auch hier nicht zu rechnen, aber zum Erreichen der Vollversorgung müssten zwei Kinderarztstellen wieder besetzt werden.

Anmerkung zur Bevölkerungsentwicklung

Obwohl die Bevölkerungsentwicklung, insbesondere deren Prognose, in den aktuellen Berechnungen nicht berücksichtigt wurde, sind an dieser Stelle dazu dennoch einige Anmerkungen angebracht.

Die Bilanz der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen ist negativ, d.h., Geburten und Zuzüge können Sterbefälle und Abwanderungen nicht aufwiegen. Für ca. zwei Drittel der Verluste ist die natürliche Entwicklung verantwortlich; ein Drittel ist durch Abwanderungen bestimmt. Dabei gilt: je kleiner die räumliche Einheit eines Planungskreises ist, desto größer ist das Gewicht von Wanderungen für die Bevölkerungsentwicklung. Per Saldo ergibt sich über die letzten zehn Jahre ein Wanderungsverlust von ca. einem Prozent der sächsischen Bevölkerung pro Jahr; alles in allem (natürliche Bevölkerungsentwicklung und Wanderungen) reduzierte sich die Bevölkerung zwischen 1990 und dem Jahr 2000 um sieben Prozent.

Auf den Bedarf an medizinischer Versorgung hat die zukünftige Entwicklung einen unmittelbaren Einfluss. In den Planungsbereichen, in denen sich für die Zukunft eine negative Bevölkerungsentwicklung ergibt, würde sich per Definition ein höherer Versorgungsgrad für alle Arztgruppen ergeben, da für das jeweilige Jahr (also bspw. 2010) die Bevölkerungszahl in die Berechnung eingeht; selbstverständlich gilt auch der umgekehrte Fall.

4.2 Gesamtergebnis

Gemessen am Ziel einer hausärztlichen Vollversorgung (Versorgungsgrad 100 Prozent) arbeiten in Sachsen derzeit über die Vollversorgung hinaus weitere 220 Hausärzte (ca. 8,5 Prozent mehr als geplant). Bei fachärztlichen Internisten, Kinder- und Frauenärzten ist die Situation noch deutlich stärker durch Überversorgung bestimmt; die meisten Planungskreise sind derzeit für weitere Zulassungen gesperrt. Auch auf der Ebene der einzelnen Planungskreise bestätigt sich das Bild einer derzeit völlig ausreichenden, häufig sogar durch Überversorgung geprägten Versorgung.

Die Simulation der zukünftigen Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung bei den vier (zahlenmäßig) wichtigsten Arztgruppen mit verschiedenen Wiederbesetzungsoptionen und einem „Worst-Case-Szenario“ führt zu folgendem Ergebnis: Die These eines im Osten drohenden Arztmangels lässt sich im Hinblick auf die zukünftige Situation in Sachsen nicht begründen. Auch ohne Einbeziehung kleinräumiger Bevölkerungsprognosen, die vermutlich nahe legen würden, den zukünftigen Bedarf aufgrund des Bevölkerungsrückgangs rechnerisch noch niedriger anzusetzen, kann eine ausreichende bis sehr gute Versorgung durch Hausärzte, fachärztliche Internisten, Kinderärzte und Frauenärzte insgesamt bis ins Jahr 2010 dann gesichert werden, wenn es gelingt, jeweils einen von drei frei werdenden Hausarztsitzen in Sachsen wieder zu besetzen. Eine Wiederbesetzung bedarf in der zur Zeit vergleichsweise entspannten Marktsituation für Ärzte, die eine Niederlassung planen,

in bestimmten Regionen besonderer Anstrengungen aller beteiligten Institutionen des Gesundheitswesens und auch der Kommunen. Aber es gilt auch: Nicht jede frei werdende Arztpraxis muss wieder besetzt werden. Angesichts des derzeit hohen Versorgungsgrades muss die Notwendigkeit arztgruppen- und regional-spezifisch bewertet werden. In bestimmten Regionen ergibt sich allerdings die dringende Notwendigkeit, zumindest einen Teil der Arztsitze wieder zu besetzen. Die aktuell 60 Jahre und älteren Ärzte scheiden jedoch nicht von heute auf morgen aus, es bleibt Zeit, rechtzeitig entsprechende zielgerichtete Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.

5. Der medizinische Nachwuchs

Wie sieht es mit dem medizinischen Nachwuchs in Deutschland aus? Die Zahl der Studienplätze für das Fach Humanmedizin ist in Deutschland seit etwa 10 Jahren mit ca. 10.500 relativ konstant. Zuvor hatte eine Novellierung der Approbationsordnung mit dem Ziel der Verbesserung der medizinischen Ausbildung im Wintersemester 1990/91 zu einem Absenken der Studienplatzzahl um etwa 20 Prozent geführt. Dieses deutliche Absenken der Studienplatzzahl ist der wesentliche Grund dafür, dass es im Verlauf der 90er Jahre sukzessive zu einem Rückgang der Zahl der Studierenden kam. Der in der KBV-Studie formulierte Erklärungsversuch der permanent steigenden Zahl von Studienabbrechern bzw. -wechslern ist nicht nachvollziehbar. Gleiches gilt für die zurückgegangenen Absolventenzahlen des Studienfaches Humanmedizin in Deutschland. Hier wirkt sich ebenfalls mit einem Zeitverzug von fünf bis sechs Jahren das zu Beginn der 90er Jahre abgesenkte Niveau der Studienanfängerzahlen (infolge der geringeren Studienplatzzahl) aus. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre kommt erstmals eine zahlenmäßig kleinere Generation von Studenten zum Abschluss ihres Studiums. Im weiteren Verlauf der Kohorten schlägt sich dies auch in der Entwicklung der Zahl der Ärzte im Praktikum und der Zahl der Approbationen nieder.

Die jüngste Studie des Hochschul-Informations-Systems (HIS) (Heublein u.a. 2002) weist nach wie vor außerordentlich niedrige Studienabbrecher und -wechslerszahlen im Fach Medizin aus. Im Vergleich mit anderen Fächergruppen und Studienbereichen sind die Schwundquoten äußerst niedrig (siehe Abbildung 2).

Beim Übergang vom Studium in den Beruf dürften auch die Mitte der 90er Jahre als düster dargestellten Berufsaussichten für praktizierende Mediziner Auswirkungen gehabt haben. Damals warnten Politiker und Ärztefunktionäre davor, dass zu viele Mediziner ausgebildet würden. Zur Jahrtausendwende sei mit Massenarbeitslosigkeit unter Ärzten zu rechnen, hieß es. Prognosen gingen von 60 000 und mehr Medizinern ohne Job aus⁶. Insbesondere die deutlich eingeschränkten Möglichkeiten einer Niederlassung als Vertragsarzt und die seinerzeit prognostizierte hohe Arbeitslosigkeit

Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung

keit von Ärzten haben sicherlich einen Teil der Absolventen des Medizinstudiums dazu bewogen ihre medizinischen Qualifikationen in Berufsfeldern zu nutzen, in denen sie nicht als behandelnde Ärzte tätig werden. Immerhin hatte die Bundesanstalt für Arbeit (*Bundesanstalt für Arbeit 2000*) noch bis zum Jahre 2000 ausdrücklich auf die Notwendigkeit alternativer Berufsfelder für Medizinabsolventen hingewiesen. Auf diese Weise ist medizinische Fachkompetenz auch in anderen Bereichen des Gesundheitssystems, aber auch des Beschäftigungssystems insgesamt nutzbar geworden (vgl. hierzu: *Bludau 2002*).

Wie sich das Verhalten zukünftiger Absolventen des Medizinstudiums darstellen wird, kann nur gemutmaßt werden. Verhalten ist immer von den Rahmenbedingungen und Zukunftsaussichten beeinflusst. Insbesondere der heute prognostizierte regional z.T. umfangreiche Ersatzbedarf im vertragsärztlichen Bereich mit den sich (infolge der Altersstruktur periodisch) bietenden Möglichkeiten einer Niederlassung, aber auch verbesserte Anstellungs- und Karrieremöglichkeiten im stationären Bereich, dürften nicht ohne Auswirkungen auf das Entscheidungsverhalten und die Berufsorientierung von Studienabsolventen bleiben. Allerdings ist es wichtig, dass derartige Fakten transparent gemacht werden und in Berufsberatungsaktivitäten einfließen.

Fakt ist: Der Arbeitsmarkt bietet jungen Medizinerinnen zukünftig neue Chancen, als praktizierende Ärzte tätig zu werden. Das was vor wenigen Jahren noch als Perspektivlosigkeit beklagt und als Schlag ins Gesicht für junge Kollegen bezeichnet wurde, dürfte es in den nächsten Jahren nicht geben. Perspektiven sind vorhanden, aber auch hier gilt: Sie bieten sich arztgruppen- und regionalspezifisch.

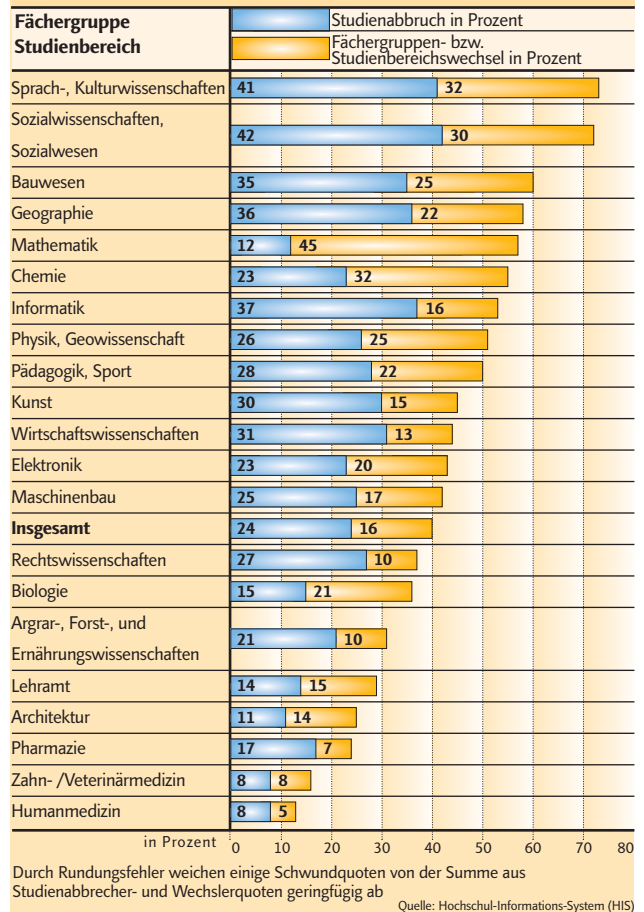
6. Abschließende Bemerkungen

Im WIdO werden derzeit auch für andere Bundesländer genaue Analysen analog dem Beispiel Sachsen durchgeführt. Die Ergebnisse werden in Kürze im Rahmen der WIdO-Materialien-Reihe publiziert. Die bislang vorliegenden Ergebnisse zeigen für Thüringen und Sachsen-Anhalt ähnliche Tendenzen. Die Auswertungen für Bayern zeigen ein stark von Überversorgung geprägtes Bild, und zwar fast flächendeckend. Wiederbesetzungen von frei werdenden Arztsitzen wären nur sehr vereinzelt notwendig; in Bayern gibt es nur in geringerem Maß die Alterstrukturprobleme, wie sie in den Ostländern zu finden sind.

Anzumerken bleibt, dass selbstverständlich auch andere Formen als die Bedarfsplanung denkbar sind, um die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Die völlige Niederlassungsfreiheit dürfte allerdings die Probleme eher verschärfen und zu noch mehr Überversorgung in bestimmten Regionen zu Lasten von kritischen

ABBILDUNG 2

Schwundquoten für deutsche Studierende an Universitäten nach Fächergruppen und ausgewählten Studienbereichen in Prozent



Regionen führen. Die ebenfalls diskutierte Variante, den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, mit Leistungsanbietern (auch niedergelassenen Ärzten) selektive Verträge zu schließen, würde eine grundsätzlich andere Form darstellen, deren Vor- und Nachteile es gründlich abzuwägen gilt.

Es wird sich zeigen, ob die Bedarfsplanung das richtige Instrument darstellt, die bestehenden oder zu erwartenden Fehlallokationen zu beseitigen. Es werden bereits Maßnahmenbündel (in Form gezielter Unterstützungen und Anreize) entwickelt. Kreativität bei der Umsetzung ist gefragt. Ein entscheidendes Problem der derzeitigen Versorgungsplanung ist jedenfalls insbesondere das „Zementieren“ von Überversorgung, dadurch dass frei werdende Arztsitze in Überversorgten Regionen nach wie vor immer wieder besetzt werden dürfen und, weil es sich zumeist um attraktive Regionen handelt, oft auch wieder besetzt werden.

Fußnoten

- 1 Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den einzelnen Planungsbereichen Überversorgung feststellen und ggf. Zulassungsbeschränkungen anordnen (Abs. 1) oder solche aufheben (Abs. 3). Überversorgung liegt in der Regel dann vor, wenn der örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. überschreitet; dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 Prozent größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation.
- 2 Angesichts der Datenlage können sich kleinere Abweichungen zur tatsächlichen Versorgungssituation ergeben; für Nervenärzte und Psychotherapeuten konnten keine Berechnungen vorgenommen werden.
- 3 Für die Frage des (zukünftigen) Versorgungsbedarfs hat die Bevölkerungsentwicklung eine große Bedeutung. Die Entwicklung in den einzelnen Ländern, Städten und Kreisen wird bestimmt durch Wanderungen (Zu- und Fortzüge) und die natürliche Entwicklung (Geburten und Sterbefälle). Während sich die natürliche Bevölkerungsentwicklung aufgrund stabiler reproduktiver Verhaltensmuster vergleichsweise gut prognostizieren lässt, sind Wanderungen – zumal auf Kreisebene – viel schwieriger vorauszusagen. Nicht vorhersehbare Ereignisse, wie etwa der Fall der Mauer, oder politische und wirtschaftliche Entscheidungen, wie etwa der Zu- oder Wegzug eines großen Arbeitgebers, können die Situation in einem einzelnen Kreis sehr schnell und tiefgreifend verändern.
- 4 Auf die prinzipiell vorgesehenen Ausnahmen von dieser „68er-Regelung“ gerade für Ärzte in den Beitrittsgebieten wird hier nicht näher eingegangen. Die Ausnahmen werden in den folgenden Berechnungen vernachlässigt.
- 5 Kinderärzte nehmen zwar entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil, werden aber in der Bedarfsplanung als eigenständige Gruppe gezählt.
- 6 1994 verabschiedete der Deutsche Ärztetag eine Entschließung zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von Ärztinnen und Ärzten und empfahl, die Ausbildungskapazitäten möglichst schnell herunterzufahren, da im Jahr 2000 mit ca. 60.000 arbeitslosen Ärzten gerechnet werden müsse. Der Marburger Bund prognostizierte bis zum Jahr 2005 ein Überangebot von ca. 50.000 Ärzten. Er machte folgende Rechnung auf: Ende 1997 seien 11.000 arbeitslose Ärzte gemeldet gewesen. Rund 5.000 weitere Ärzte seien bei den Arbeitsämtern nicht erfasst. Derzeit studierten rund 85.000 Studenten das Fach Medizin. Sie würden innerhalb der nächsten sechs Jahre ihre Ausbildung beenden. Das „Stellenangebot“ schätzte der Verband dagegen nur auf rund 50.000.

Literatur

- Ballast T/Rauffauf P (2002):** Arztzahlenentwicklung – Kein Kollaps der Versorgung; in: Die Ersatzkasse 6/2002: 223-226.
- Bundesanstalt für Arbeit (ZAV) (2000):** Ärztinnen und Ärzte; in: Arbeitsmarktinformation 3/2000, Bonn.
- Bundesanstalt für Arbeit (ZAV) (2002):** Ärztinnen und Ärzte; in: Arbeitsmarktinformation 3/2002, Bonn.
- Bludau H-B (2002):** Alternative Berufsfelder: Was tun Hippokrates?; in: Deutsches Ärzteblatt 3/2002: 100-102.
- Feuerstein G/Kollek R/Uhlemann T (2002):** Gentechnik und Krankenversicherung. Neue Leistungsangebote im Gesundheitssystem, Baden-Baden.
- Heublein U/Schmelzer R/Sommer D/Spangenberg H (2002):** Studienabbruchstudie 2002. Die Studienabbrucherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Fachhochschulen; in: HIS Kurzinformation A5/2002, Hannover.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2000):** Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung:** Bundesarztregister.
- Kopetsch T (2001):** Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus? Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung. KBV, Köln.
- Kopetsch T (2002):** Großer Bedarf an Hausärzten; in: Deutsches Ärzteblatt, 38/2002, 2097-2098.
- Preusker U K (2002):** Aufs platte Land zieht's wenig Nachwuchs; in: Gesundheit+Gesellschaft, 2/2002, 36-39.
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen** über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte); Stand: 3. Juni 2001.
- Schwartz F W (1993):** Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen; in: Nagel E/Fuchs C (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Berlin et al.: Springer, 21-44.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001):** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Statistisches Bundesamt:** Gesundheitswesen, Fachserie 12; verschiedene Reihen und Jahrgänge.
- Statistisches Bundesamt:** www.destatis.de.
- Thust W (2000):** Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen 2000; in: Suppl. zum Deutschen Ärzteblatt 25/2000, 12-15.

DIE AUTOREN



Joachim Klose (Jg. 1958), Diplom-Soziologe, Forschungsbereichsleiter „Ambulante Versorgung/Pflege“ im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Arbeitsschwerpunkte: Vertragsärztliche Versorgung, Pflegeversicherung, Gesundheitssystemfragen, Evaluationsprojekte. Studium an der Universität

Bamberg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Duisburg im Rahmen der Berufsbildungsforschung. Seit 1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO.



Dr. disc. pol. Thomas Uhlemann M.A. (Jg. 1954), Medizin-Soziologe; nach Forschungs- und Lehrtätigkeit zu Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Gesundheitssicherung im internationalen Vergleich an der Universität Göttingen und am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-

Eppendorf, seit Anfang 2002 im WIdO tätig im Bereich Ambulante Versorgung (Leistungs-Informationssystem-Ärzte, Arztmangel-Projekt, EBM-Reform).