

## Aktuelles Thema – Ärztemangel

### Sachsen lockt!

Über den Ärztemangel haben wir an dieser Stelle aus unterschiedlichen Blickwinkeln schon öfter berichtet. Das wird auch so bleiben, denn das Thema bleibt brandaktuell. Ab Seite 6 werden noch einmal Ursachen des Ärztemangels dargestellt und dabei die Rolle der KVen speziell unter die Lupe genommen.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten versucht die KV Sachsen, mit eigenen Aktivitäten dem Ärztemangel entgegenzuwirken und beteiligt sich auch an der folgenden Fördermaßnahme. Schon seit einiger Zeit drängt sie auf eine realistischere Bedarfsplanung mit dem Einbau eines Demographiefaktors, um ein weiteres Beispiel zu nennen. Viele Ärztinnen und Ärzte sind ebenfalls sehr aktiv, indem sie sich z. B. intensiv dem ärztlichen Nachwuchs widmen (lesen Sie dazu „Wir stellen vor“, Seite 16).

### Die beste Altersvorsorge ist eine Investition in die Kinder

Diese Weisheit aus dem monetären Bereich gilt analog auch für die Gesundheit. Um junge Mediziner anzulocken bzw. zu halten, gilt es, weiter und verstärkt positive Signale zu setzen. Eines dieser Signale wurde am 22. Mai „auf Grün“ gesetzt. Es handelt sich um die „Förderung von Medizinstudenten zur Steigerung der Bereitschaft zur Niederlassung in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten Sachsens“.

Die Sächsische Sozialministerin **Helma Orosz** betonte den Willen der am Projekt beteiligten gesundheitspolitischen Akteure im Freistaat, „einem drohenden Mangel an Hausärzten – vor allem in den ländlichen Regionen Sachsens – erfolgreich entgegen zu wirken.“ Sie erinnerte an die bisherigen Bemühungen und stellte das aktuelle Förderprogramm vor (siehe S. 5). Da nicht nur Geld allein wichtig ist, um Studierende möglichst frühzeitig für den schönen Beruf des Hausarztes zu begeistern, ist „an die gesamte Dauer der Förderung die verbindliche Teilnahme an einer Patenschaft mit einem Hausarzt in Sachsen“ geknüpft.



Präsidium v. l. Rolf Steinbronn, Helma Orosz, Dr. Klaus Heckemann

Für die Krankenkassen lobte der Vorsitzende des Vorstandes der AOK PLUS, **Rolf Steinbronn**, die Fördermaßnahme als weiteren ganz praktischen Versuch, „den Ärztemangel, der uns in absehbarer Zeit Probleme bereiten wird, abzumildern.“ Im gleichen Atemzug verwies er auf die bereits laufenden Projekte, wie „die Extra-Förderung von niederlassungswilligen Ärzten im Raum Torgau/Oschatz oder finanzielle Anreize für Kinderärzte, die bereit sind, eine Praxis in Zwickau zu übernehmen.“

Rolf Steinbronn fasste das Anreizsystem kurz zusammen: „Geld geben und als Gegenleistung die Zusage bekommen, nach Beendigung des Medizinstudiums und der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin vier Jahre hier im Lande zu bleiben und als Arzt in freier Niederlassung oder angestellt in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer Vertragsarztpraxis zu arbeiten.“ Jungen Leuten soll die Perspektive als „Landarzt in Sachsen“ schmackhaft gemacht werden. „Die Früchte werden wir frühestens in sechs, sieben Jahren ernten. Aber dann beneiden uns vielleicht andere darum, dass wir schon 2008 angefangen haben, diese Idee zu verwirklichen.“

Der Vorstandsvorsitzende der KV Sachsen, **Dr. med. Klaus Heckemann**, hatte schon in der Vergangenheit immer wieder auf die

Ursachen des drohenden, gefühlten und tatsächlichen Ärztemangels hingewiesen. So wird auch an die-sem Tag klar, dass es sich um eine Maßnahme eines ganzen Paketes handelt, das geeignet ist, Schmerzen zu lindern.

„Aus der Demografie der Hausärzte ergibt sich eine sich abzeichnende Mangelsituation“, nannte Dr. Heckemann als Hauptmotiv für die KV, sich hier aktiv einzubringen. Dabei geißelte er wiederholt die immer noch gültige Regelung, „wonach als Unterversorgung gilt, wenn nur noch weniger als 75 % der Hausärzte da sind“. Der KV-Vorsitzende verwies auf den Hauptgrund des Ärztemangels: „Weil es für die Ärzte nach wie vor in den alten Ländern ein höheres Honorar gibt, wenn sie eine Niederlassung übernehmen, ist das der Grundkonflikt.“ Er habe schon vor fünf Jahren auf dem Ärztetag in Rostock „die Forderung gestellt, dass man für die Hausärzte in den neuen Ländern den Betrag zur Förderung von Weiterbildungsassistenten (WBA) verdoppeln möge und daran die Bedingung knüpft, dass sie in den neuen Ländern eine Praxis übernehmen.“ So werden bislang die hausärztlichen WBA mit je 1.020 € von der KV und den Kassen gefördert, die fachärztlichen WBA nur mit 1.020 € von der KV Sachsen.

„Jetzt gehen wir einen Schritt weiter“, richtet der Dresdner Allgemeinmediziner seinen Blick nach vorn. „Wir wollen Haus-

ärzte vordringlich für Gebiete gewinnen, die von Unterversorgung bedroht sind. Wer sein Physikum hat, kann sich bewerben.“ Er/sie muss die Praxistätigkeit in einem für sächsische Verhältnisse unterdurchschnittlich versorgten Gebiet aufnehmen und ist rückzahlpflichtig für den Fall, dass die Bedingungen nicht (mehr) erfüllt sind, aber ohne Zinsen. Das sind pragmatische Lösungen, bislang einzigartig in Deutschland. „Jetzt müssen wir erst mal abwarten, denn es dauert einige Jahre, bis wir Erfolge messen können.“



*Journalisten und Gäste bei der Vorstellung des Förderprogramms*

### So sieht die Regelung im Detail aus:

#### **Zielgruppe:**

Die Förderung richtet sich an Studierende des Studiengangs Medizin, die an einer Universität in Deutschland eingeschrieben sind.

#### **Beginn der Förderung:**

2009 (ggf. schon zum Beginn des Wintersemesters 2008/2009)

#### **Laufzeit der Förderung:**

2009 (ggf. schon zu Beginn des Wintersemesters 2008/2009), 2010 und 2011 sollen jeweils bis zu 50 Studierende über einen Zeitraum von maximal 48 Monaten eine gestaffelte Förderung erhalten. Insgesamt können also maximal 150 Studierende eine Förderung erhalten. Die Gesamtlaufzeit des Projekts geht damit voraussichtlich bis 2014.

#### **Umfang der Förderung:**

Die Studierenden sollen im ersten und zweiten Jahr der Förderung jeweils zum Monatsersten einen Betrag von monatlich 300 Euro erhalten. Dieser Betrag erhöht sich im dritten Jahr der Förderung auf monatlich 400 Euro und im vierten Förderjahr auf monatlich 600 Euro.

Insgesamt werden also bis zu 2.880.000 Euro in die Förderung von Studierenden des Studiengangs Medizin investiert.

#### **Finanzierung:**

Die Finanzierung des Projekts erfolgt gemeinschaftlich durch die gesetzlichen Krankenkassen (AOK PLUS, IKK Sachsen, Ersatzkassen, Knappschaft, BKK MEDICUS), die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) sowie durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS). Es ist beabsichtigt, dass die Kassen 60 %, die KVS 25 % und das SMS 15 % der Kosten des Projekts tragen. Die Kostenbeteiligung durch das SMS erfolgt vorbehaltlich des Vorhandenseins von Haushaltsmitteln.

#### **Vollzug der Förderung:**

Die Förderung wird durch die KVS abgewickelt/vollzogen.

#### **Zugangsvoraussetzungen für eine Förderung:**

Der/die Studierende muss den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte bestanden haben. Der Zugang zur Förderung ist also frühestens ab dem dritten Studienjahr möglich.

Sollte es mehr Bewerber um eine Förderung geben, als finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, entscheidet der Zeitpunkt der Antragstellung. Ein Anspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht.

#### **Verpflichtung, als Hausarzt/Hausärztin an der vertragsärztlichen Versorgung in einem unterdurchschnittlich versorgten Gebiet Sachsens teilzunehmen:**

Der/die Studierende muss sich verpflichten, unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums eine Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin erfolgreich zu absolvieren.

Darüber hinaus besteht die Pflicht, nach erfolgreicher Facharztweiterbildung für die Dauer von mindestens vier Jahren als Hausarzt/Hausärztin an der vertragsärztlichen Versorgung in einem unterdurchschnittlich versorgten Gebiet oder Teilen von Gebieten in Sachsen teilzunehmen (in eigener Niederlassung oder als angestellte/r Allgemeinarzt/-ärztin in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einer Vertragsarztpraxis). Die Niederlassung bzw. die Anstellung in einem MVZ oder einer Vertragsarztpraxis muss nach den Bedarfsplanungsrichtlinien i. V. m. dem SGB V möglich sein.

#### **Pflicht zur Eingehung einer Patenschaft:**

Der/die Studierende verpflichtet sich, während der Dauer der Förderung eine Patenschaft mit einem/einer Arzt/Ärztin mit der Weiterbildungsbefugnis zum/zur Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin zur hausärztlichen Versorgung, der/die zugleich Mitglied der KVS ist, einzugehen, welche die fachspezifische Begleitung während des Studiums an in der Regel einem Tag pro Monat zum Inhalt hat. Ziel der Patenschaft ist es, die Studierenden bereits frühzeitig und kontinuierlich an das Fachgebiet der Allgemeinmedizin heranzuführen und Einblicke in den Arbeitsalltag eines Hausarztes zu gewähren.

#### **Rückzahlung der Förderung:**

Die Förderung ist nicht zurückzuzahlen, es sei denn, der/die Studierende erfüllt seine/ihre mit der Förderung verbundenen Pflichten nicht. Die Rückzahlungspflicht besteht bereits dann, wenn eine der Pflichten nicht erfüllt wird.

#### **Sonstiges:**

Ziel, Gegenstand und Inhalte der Förderung, generelle Voraussetzungen für eine Förderung (Zugangskriterien, Ausschlusskriterien) etc. wird die KVS öffentlich bekannt geben. Die Einzelheiten der Förderung werden darüber hinaus zwischen der KVS und den geförderten Studierenden vertraglich geregelt.

Interessenten melden sich bitte schriftlich bei der KV Sachsen, Fördermittelbeauftragter, 01099 Dresden, Schützenhöhe 12, bzw. per Mail unter [foerderung@kvs-1gst.de](mailto:foerderung@kvs-1gst.de).

– Öffentlichkeitsarbeit/im –

## Ärztmangel – Hilfllosigkeit der KV oder grundsätzliches strukturelles Problem?

Eine Mitteilung aus einer Veranstaltung des Presseclubs Dresden am 14.04.2008 hat vor einigen Wochen zu einer massiven Verärgerung den KVen Sachsen und Thüringen geführt. Die Mitteilung beinhaltete einen Passus, wonach der (Ärzte)mangel eine „Hilfllosigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen“ darstelle. Die Meldung zum Ärztemangel verweist auf ein grundsätzliches Problem, das nachfolgend beleuchtet werden soll.

### Sicherstellungsauftrag der KV

Die Aufgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung sind im § 75 SGB V geregelt. Danach obliegt ihr die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Aufgabe wird mit Hilfe des § 105 SGB V ergänzend konkretisiert und ausgeführt. Danach hat die Kassenärztliche Vereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Im § 105 SGB V ist dazu zusätzlich die Möglichkeit von Sicherstellungszuschlägen auf Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bei entsprechender Kostentragung durch die regionalen Verbände der Krankenkassen (in den Jahren 2007 bis 2009) formuliert. Soweit die gesetzlichen Regelungen.

Die Frage ist, inwieweit diese Vorgaben vor dem Hintergrund der tatsächlichen

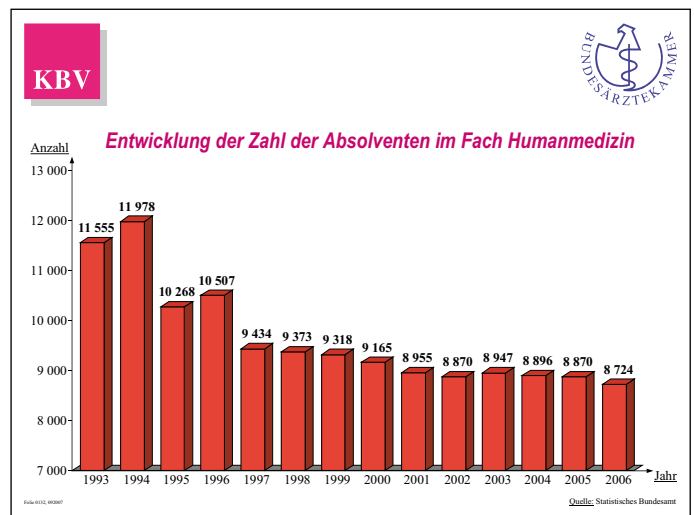
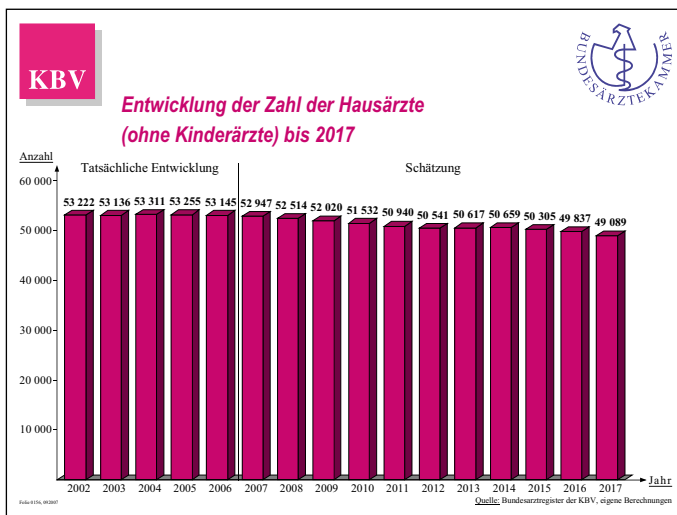
Entwicklung bei der Zahl der Medizinstudenten einerseits und bei der Zahl der approbierten und weitergebildeten Ärzte andererseits überhaupt umsetzbar sind. Bildlich gesprochen: Was nutzen der Feuerwehr die Rechte, die beste Ausstattung vorzuhalten, wenn kein Löschwasser bereitgestellt wird?

### Ursachen der Entwicklung

Umfangreiche Analysen auf Bundes- und Landesebene zeigen sehr deutlich, dass es bereits jetzt, zum großen Teil punktuell, in Zukunft jedoch auch in größeren Bereichen erhebliche Probleme geben wird, frei werdende Arztsitze mit jungen Kolleginnen und Kollegen zu besetzen. Forscht man nach den Ursachen, so ist sehr schnell feststellbar, dass unattraktive Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel fehlende Planungssicherheit für Praxisaufbau und Praxisentwicklung, aber auch die nahezu permanente Verunglimpfung der Berufsgruppe der Ärzte – oft auch durch hochrangige Politiker – maßgeblich dazu beitragen, dass das Interesse an einer Niederlassung in freier Praxis in den letzten Jahren nachhaltig geschwunden ist. Eine Arztpraxis ist ein Unternehmen, das auch betriebswirtschaftlich geführt werden muss. Ohne Planungssicherheit und ausreichende betriebswirtschaftliche Grundlagen ist heutzutage keine Bank mehr bereit, Kredite auch nur im kleineren Rahmen zu gewähren. Die Anforderungen aus der Kreditvergabe-Richtlinie „Basel 2“ kann und darf keine Bank vernachlässigen.

In den neuen Bundesländern kommt hinzu, dass neben den fehlenden finanziellen Rahmenbedingungen als Planungsgrundlage zusätzlich oftmals ein attraktives Umfeld fehlt, mit dem sich auch eine Familie überzeugen lässt, sich außerhalb eines Ballungszentrums und damit auf dem Lande niederzulassen. Von dem Problem, dass eine Praxis in freier Niederlassung nur selten geregelte Arbeitszeiten hat, sei an dieser Stelle nur am Rande gesprochen.

Von Seiten der Krankenkassen und auch vieler Politiker wird in dieser Situation die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eingefordert. Doch was können die KVen tun, wenn nicht genügend Ärzte zur Verfügung stehen? Zuerst einmal werden sie gewollt oder ungewollt in ein Gerangel um die in zu geringer Zahl ausgebildeten Ärzte getrieben. Unter dem Gesichtspunkt des Anspruchs einer qualitativ hoch stehenden flächendeckenden ambulanten Versorgung in ganz Deutschland ist dies kontraproduktiv, und sollte politisch verhindert werden. Doch das Gegenteil wird politisch befördert. Punktuell mag sich diese Problematik vielleicht durch finanzielle Starthilfen oder Sicherstellungszuschläge über einen begrenzten Zeitraum lösen lassen. Flächendeckende Niederlassungsprobleme lassen sich jedoch damit nicht lösen, zumal bereits erkennbar wird, dass einzelne Regionen schon jetzt in eine Art Wettbewerb um Ärzte eintreten. Im Ergebnis bedeuten solche Schritte nur ein Kurieren an Symptomen. Wie kann jedoch eine Lösung aussehen?





Ersatzbedarf an Ärzten im deutschen Gesundheitssystem		
Arztgruppe	Abgang 2007 bis 2012	Abgang 2007 bis 2017
Krankenhausärzte	7 598	17 827
Hausärzte	15 376	27 338
Fachärzte	18 158	31 820
Summe	41 132	76 975

**Planungssicherheit**

Allen voran ist die Politik gefordert. Das Kleinunternehmen „Arztpraxis“ braucht ausreichende und längerfristige Planungsgrundlagen. Klare Gebührenordnungsstrukturen und mit EURO-Sätzen bewertete Leistungspositionen sind dabei ebenso wichtig wie Kontinuität in den Gebührenordnungsstrukturen. Jährliche Verhandlungen zu Punktwerten, die oftmals erst mit großem Zeitverzug und im Einzelfall sogar erst mit bzw. nach Ablauf des Vertragszeitraumes zum Abschluss kommen, können eine solche Planungssicherheit nicht garantieren.

Neben finanzieller Planungssicherheit, die letztlich nur durch gesetzliche Rahmenbedingungen hergestellt werden kann, spielt bei der Frage, ob sich ein Arzt in freier Praxis – gerade auch auf dem Lande – niederlässt, zusätzlich auch die Unsicherheit über die zukünftige Politik eine Rolle. Hier könnten Bekenntnisse des Gesetzgebers zu seinen Absichten und Überlegungen für eine zukünftige Organisationsstruktur der ärztlichen Versorgung nachhaltig helfen, Unsicherheiten zu beseitigen.

**Reduzierung der Bürokratie**

Ein weiterer Punkt ist die Bürokratie. Sicherlich findet sich für jedes Formular, das in einer Arztpraxis als Begründung

für die Leistungsabrechnung, zur Dokumentation oder auch als Antrag für Leistungen für den Versicherten zur Verwendung kommt, eine Begründung. Wenn jedoch der bürokratische Aufwand mittlerweile nachweislich einen erheblichen Umfang der Arbeitszeit eines Arztes ausmacht und in größeren Praxen sogar Praxismitarbeiter für diese Arbeit abgestellt werden müssen, so ist dies eher ein Punkt, der (noch) niederlassungswillige Ärzte vor einer Niederlassung zurückschrecken lässt. Der Gesetzgeber und die von ihm beauftragten Institutionen, wie zum Beispiel der Gemeinsame Bundesausschuss, sind nachhaltig gefordert, hier Abhilfe zu schaffen und mit dazu beizutragen, dass das Interesse an einer Tätigkeit in freier Praxis wieder zunimmt anstelle einer Angestelltentätigkeit an einem Krankenhaus oder auch einem stadtnahen großen MVZ. Beim Versuch Bürokratie abzubauen, sollte man nicht vergessen, dass ein großer Teil der bürokratischen Regelungen ausschließlich der Begrenzung des Leistungsanspruchs der Patienten dient.

zusätzlich einen erheblichen Umfang der Arbeitszeit eines Arztes ausmacht und in größeren Praxen sogar Praxismitarbeiter für diese Arbeit abgestellt werden müssen, so ist dies eher ein Punkt, der (noch) niederlassungswillige Ärzte vor einer Niederlassung zurückschrecken lässt. Der Gesetzgeber und die von ihm beauftragten Institutionen, wie zum Beispiel der Gemeinsame Bundesausschuss, sind nachhaltig gefordert, hier Abhilfe zu schaffen und mit dazu beizutragen, dass das Interesse an einer Tätigkeit in freier Praxis wieder zunimmt anstelle einer Angestelltentätigkeit an einem Krankenhaus oder auch einem stadtnahen großen MVZ. Beim Versuch Bürokratie abzubauen, sollte man nicht vergessen, dass ein großer Teil der bürokratischen Regelungen ausschließlich der Begrenzung des Leistungsanspruchs der Patienten dient.

**Aufgabenstellung für Bundes- und Landespolitik**

Der Bund und die Länder sind im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten für die Schaffung ausreichender Ausbildungskapazitäten alleinig verantwortlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Ausbildung eines Arztes in der Regel mindestens 11 bis 12 Jahre dauert. Die Kapazitäten von heute bestimmen also

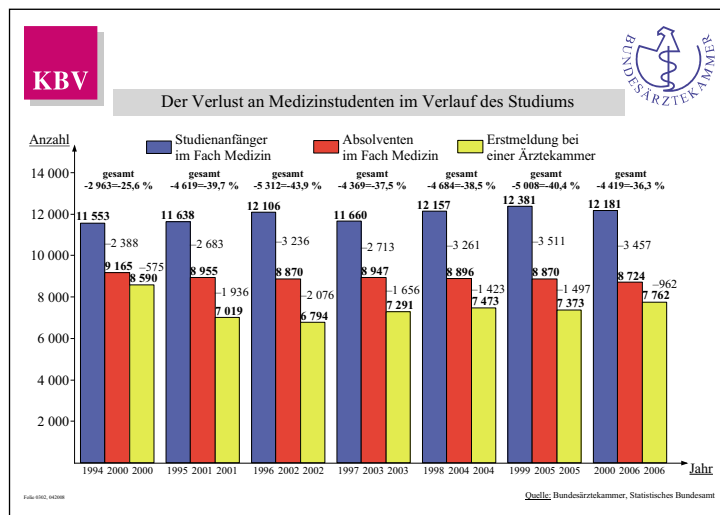
darüber, ob in ca. 1,5 Jahrzehnten ausreichend Ärzte für die Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen. Sicherlich eine anspruchsvolle Aufgabe, bedenkt man, dass Faktoren wie Altersstruktur der Ärzte und der Bevölkerung, die Veränderungen im Krankheitsspektrum, die voraussichtlich zu versorgenden Bürger, der medizinische Fortschritt, Anspruchsveränderungen und Veränderungen in den Behandlungsmöglichkeiten der einzelnen Versorgungsebenen bei der Planung angemessen berücksichtigt werden müssen.

Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass in Zeiten des klar erkennbaren Ärztemangels Schuldzuweisungen an die KV, sie könne nicht die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung gewährleisten, von wem auch immer geübt, nicht zur Lösung der Probleme beitragen. Die bestehenden Konflikte sind grundsätzlicher Art, sodass ein Kurieren an Symptomen – und dies kann die Medizin an vielen Beispielen gut belegen – die Ursachen nicht beseitigt. Gefordert sind primär der Gesetzgeber und die handelnden Politiker.

Und ein Letztes: Die KVen werden unter den gegebenen Rahmenbedingungen versuchen, bestmögliche Lösungen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu finden, wenn Hilferufe regionaler Politiker über die Gefährdung der ärztlichen Versorgung in ihrem Ort, ihrer Stadt oder ihrem Landkreis laut werden. Dazu stehen sie mit ihren Mitgliedern in einer gesetzlich verankerten sozialen Verantwortung.

**Doch wie oben ausgeführt nicht nur die KVen!**

– Strategie und Grundsatzfragen/DG –



Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland	
Jahr	Anzahl
2001	1 437
2002	1 691
2003	1 992
2004	2 731
2005	2 249
2006	2 575

Quelle: Bundesärztekammer, 2006