

Timo Michael Stukenberg

**Hausarztversorgung in Deutschland – eine ökonomische Analyse ausgewählter
Maßnahmen im GKV-VStG und GKV-VSG**

Bachelorarbeit

Themensteller: Dr. S. Roth

Vorgelegt in der Bachelorprüfung
im Studiengang Volkswirtschaftslehre

der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln

Köln, Juli 2016

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	II
1. Einleitung	1
2. Institutionelle Rahmenbedingungen der Hausarztversorgung	3
<i>2.1 Bedarfsplanung und Niederlassung von Hausärzten</i>	3
<i>2.2 Vergütung hausärztlicher Leistungen</i>	7
2.2.1 Vertragsärztliche Vergütung	7
2.2.2 Nicht-vertragsärztliche Leistungsvergütung	12
3. Die hausärztliche Versorgung – Problemdefinition und Ursachen	13
<i>3.1 Unterversorgung auf Basis der staatlichen Definition</i>	13
<i>3.2 Ursachen disparater Versorgungsgrade</i>	15
3.2.1 Charakteristika unterversorgter Regionen und Ansprüche an das Arbeitsumfeld	16
3.2.2 Nachwuchsproblematik der Fachgruppe Hausärzte	17
4. Maßnahmen gegen Unterversorgung im GKV-VStG und GKV-VSG	18
<i>4.1 Ausgleich von Über- und Unterversorgung durch Begrenzung der Arztsitze</i>	20
<i>4.2 Mengensteuerung (Aussetzung von Regelleistungsvolumina)</i>	25
<i>4.3 Subventionierung der Niederlassung</i>	29
5. Fazit und Ausblick	34
Literaturverzeichnis	38
Erklärungen	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vereinfachte Darstellung eines Bedarfsplans für zwei Mittelbereiche

Tabelle 2: Abstufung der hausärztlichen Vergütung nach Überschreitung des RLV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eigene, schematische Darstellung der RLV

Abbildung 2: Eigene, schematische Darstellung des Umsatzes mit und ohne RLV, mit reduzierter Kapazitätsgrenze

Abkürzungsverzeichnis

EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
PKV	Private Krankenversicherung
RLV	Regelleistungsvolumen/ Regelleistungsvolumi

1. Einleitung

Niedergelassene Hausärzte spielen im deutschen Gesundheitswesen eine herausragende Rolle. Die Gesundheitspolitik verfolgt seit den späten 1980er Jahren das Ziel, die Rolle von Allgemeinmedizinerinnen und Praktischen Ärzten zu stärken. Dem Patienten sollen sie als „Lotse im Gesundheitswesen“ dienen. Darunter versteht man den Anspruch an die Mediziner, Befunde und Therapien unter Einbeziehung der Lebensrealität des Patienten zusammenzuführen und zu koordinieren (Dieser Absatz folgt Rosenbrock/ Gerlinger 2014, S. 172-174).

Dieser Anspruch setzt nicht nur voraus, dass in Deutschland ausreichend Kapazitäten zur hausärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen, sondern auch, dass diese in der unmittelbaren Wohnumgebung der Patienten verfügbar sind. Die hausärztliche Versorgung ist seit 2013 räumlich in sogenannten Mittelbereichen organisiert, die vom Bundesamt für Bau- Stadt- und Raumforschung definiert sind. Sie orientieren sich an der erwarteten Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch die Bevölkerung und an bestehenden administrativen Grenzen wie Gemeindegrenzen (vgl. BBSR 2013). Die Kassenärztlichen Vereinigungen können diese Grenzen anpassen. Die hausärztliche Versorgung in Deutschland ist derzeit in 879 Mittelbereiche gegliedert (vgl. GKV 2016a).

In einigen dieser Gebiete haben die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung mit Hausärzten festgestellt. Laut der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt eine Unterversorgung dann vor, wenn der Versorgungsgrad 75 Prozent unterschreitet. Das heißt, dass die vorgeschriebene Zahl an Hausärzten in dem jeweiligen Mittelbereich um mehr als 25 Prozent unterschritten wird. Eine drohende Unterversorgung besteht, wenn dies abzusehen ist (Dieser Absatz folgt Klose/ Rehbein 2015, S. 12).

Seit 2012 sind zwei Gesetze in Kraft getreten, die die Unterversorgung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung verringern sollen. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), sollte eine wohnortnahe Versorgung von Patienten mit vertragsärztlichen Leistungen sicherstellen. Es sollte unter anderem finanzielle Anreize für Niederlassungen in strukturschwachen Gebieten schaffen. Das

Gesetz trat am 1. Januar 2012 in Kraft (Dieser Absatz folgt Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Etwas mehr als drei Jahre später, am 23. Juli 2015, trat das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), in Kraft. Auch dieses Gesetz soll Ärzte mit finanziellen Anreizen zu einer Niederlassung auf dem Land bewegen. In diesem Zusammenhang sollen beide Gesetze auch Überkapazitäten abbauen (Dieser Absatz folgt Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Welche Wirkung die beiden Gesetze entfaltet haben oder entfalten können, ist bislang wissenschaftlich noch kaum untersucht worden. Langer et al. kommen in ihrer Literaturübersicht zu dem Schluss: „Generell fehlen ökonomische Begleitevaluationen, die Interventionen zur Förderung der Niederlassung analysieren“ (Langer/ Ewert/ Holleeder/ Geuter 2015, S. 17). Die Studienautoren führen lediglich eine Untersuchung mit einer ökonomischen Herangehensweise an. In dieser Studie wurden Opportunitätskosten von monatlich 9044 Euro, die eine Niederlassung in einer Landpraxis im Vergleich zur Stadtpraxis mit sich brächte, ermittelt (vgl. Günther/ Kürstein/ Riedel-Heller/ König 2010, S. 223). Umfangreicher als die Wirkung finanzieller Anreize sind die Präferenzen angehender Mediziner erforscht. In zahlreichen Umfragen wurden die Ansprüche von Mediziner an ihr zukünftiges Arbeitsumfeld ermittelt (vgl. Langer/ Ewert/ Holleeder/ Geuter 2015, S. 13-14).

Die vorliegende Arbeit soll drei ausgewählte Maßnahmen aus dem GKV-VStG und dem GKV-VSG ökonomisch analysieren: der Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten, die Aussetzung der Mengenbeschränkung für Hausärzte und Subventionen wie Investitionskostenzuschüsse. Dazu wird in Kapitel 2 zunächst ein Überblick über die institutionellen Rahmenbedingungen der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung gegeben. Relevant sind in diesem Zusammenhang Bedarfsplanung, Zulassung und das Vergütungssystem von Hausärzten. Anschließend wird die gesetzlich vorgegebene Definition von Unterversorgung diskutiert. Darüber hinaus wird die sehr unterschiedliche hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland und deren Ursachen dargelegt. Die gesetzlichen Maßnahmen werden anschließend jeweils auf ihre Effektivität und ihre Auswirkungen auf die Kosten der Hausarztversorgung hin analysiert. Dabei stehen zwei Fragen im Vordergrund: Können die zu analysierenden Maßnahmen den

Versorgungsgrad in unterversorgten Gebieten erhöhen? Und welche Auswirkungen haben die Maßnahmen auf die Gesamtkosten der Hausarztversorgung?

87,1 Prozent der Versicherten in Deutschland sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (vgl. GKV-Spitzenverband 2016b, S. 24). Der Stoßrichtung der beiden genannten Gesetze folgend, wird sich diese Arbeit auf die Analyse der Anreizwirkung auf die Vergütung von Vertragsärzten konzentrieren. Die Behandlung von Privatversicherten und die entsprechende Vergütung wird an den Stellen problematisiert, an denen sie einen Einfluss auf die Anreizstruktur von Vertragsärzten haben kann. Gleiches gilt für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die nicht Teil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung sind, sondern von den Patienten direkt bezahlt werden.

2. Institutionelle Rahmenbedingungen der Hausarztversorgung

2.1 Bedarfsplanung und Niederlassung von Hausärzten

Niedergelassene Ärzte gelten in Deutschland als Freiberufler. Das umfasst auch den Großteil der Mediziner, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (vgl. Simon 2013, S. 299). Sie genießen grundsätzlich Niederlassungsfreiheit (vgl. Simon 2013, S. 270). Diese ist jedoch seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (vgl. Deutschland 1992, S. 2282) durch die Bedarfsplanung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland eingeschränkt. Ärzte konnten bis dahin in Deutschland weitgehend unbeschränkt den Ort ihrer Niederlassung wählen, unabhängig von dem örtlichen Bedarf an medizinischen Leistungen (vgl. Rosenbrock, S. 186). Die folgenden Ausführungen zu Bedarfsplanung und Zulassung gelten für alle niedergelassenen Ärzte unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer Fachgruppe.

Von der Bedarfsplanung zur Niederlassung

Die Bedarfsplanung der 17 KVen in Deutschland stellt die Grundlage für die Niederlassung von Ärzten dar. Die KVen stellen dafür im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Vertretungen der Ersatzkassen auf Landesebene einen Bedarfsplan für jeden Planungsbereich (Mittelbereich, etc.) auf. Der Bedarfsplan soll „eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ (§101 Abs. 1 SGB V) sicherstellen.

Die Bedarfspläne der KVen geben das zahlenmäßige Verhältnis von Einwohnern pro Arzt wieder, bei dem der Versorgungsgrad ideal ist. Wie das ideale Verhältnis berechnet werden soll und welche Aussagen über Über- und Unterversorgung daraus abgeleitet werden können, wird ausführlicher in Kapitel 3.1 behandelt. Der bundesweit gültige Orientierungswert – die allgemeine, bedarfsgerechte Verhältniszahl - liegt seit 2013 standardmäßig für die vertragsärztliche Hausarztversorgung bei 1671 Einwohnern pro Arzt (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S.11). Dieses Verhältnis kann für jeden Planungsbereich von der zuständigen KV angepasst werden. Neben dem Bedarf an Medizinern geben die Bedarfspläne außerdem das tatsächliche Verhältnis wieder. Der Vergleich dieser beiden Verhältniszahlen bestimmt, ob und wie viele offene Arztsitze zu besetzen sind, um den Idealzustand einer 100-prozentigen Versorgung zu erreichen.

Die Zulassung von Hausärzten

Bevor sich Mediziner mit ausreichender fachlicher Qualifikation niederlassen können, müssen sie ein zweistufiges Verfahren durchlaufen. Im ersten Schritt tragen sie sich im Arztregister der jeweiligen KV ein. Im zweiten Schritt beantragen sie eine Zulassung. Über die Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss, der auf KV-Ebene von KVen und den Landesvertretern der Krankenkassen paritätisch besetzt ist. Die Zulassung gilt jeweils nur für einen Vertragsarztsitz in dem jeweiligen Planungsbereich. Die Zulassungsausschüsse entscheiden außerdem über Nachbesetzungen bereits bestehender Arztsitze. Hat der Arzt eine Zulassung erhalten, darf er sich niederlassen.¹

Als Grundlage für die Entscheidung des Zulassungsausschusses dient die Versorgungssituation in dem jeweiligen Planungsbereich, die im Bedarfsplan der betreffenden KV dargelegt ist. Entscheidend sind der Versorgungsgrad und die daraus resultierende Zahl der offenen Stellen (Dieser Abschnitt folgt Simon 2013, S. 300-301).

Versorgungsgrad und Zulassungsbeschränkung

Wird das ideale Verhältnis von Ärzten zu Einwohnern um 10 Prozent überschritten, stellt der Zulassungsausschuss eine Überversorgung fest. Der Ausschuss muss dann eine Zulassungsbeschränkung für die entsprechende Fachgruppe (z.B. Hausärzte) anordnen (§

¹ Will sich ein bereits niedergelassener Arzt in einem anderen Planungsbereich niederlassen, muss er eine neue Zulassung beantragen. Liegt der neue Planungsbereich in einem fremden KV-Gebiet, muss er zusätzlich die Aufnahme in das entsprechende Arztregister beantragen.

16b Abs. 2). Der Planungsbereich wird daraufhin gesperrt. Ärzte der entsprechenden Fachgruppe werden dort nur noch zugelassen, wenn sie eine bestehende Praxis übernehmen oder sich einer Gemeinschaftspraxis anschließen. (Dieser Absatz folgt Simon 2013, S. 290) Diese Beschränkung sollte die Menge an medizinischen Leistungen und in der Folge die Ausgaben dafür beschränken (vgl. Rosenbrock, S. 186).

Tabelle 1: Vereinfachte Darstellung eines Bedarfsplans für zwei Mittelbereiche

Name des Planungsbereichs	Zuständige KV	Allg. bedarfsgerechte Verhältniszahl (nach Anpassung)	Verhältnis Arzt pro Einwohner	Versorgungsgrad	Offene Stellen	Gesperrt/ Unterversorgung festgestellt?
Feuchtwangen	Bayern	1/1702,64	1/2325,8	73,2 %	5,50	Unterversorgt
Garmisch-Partenkirchen	Bayern	1/1561,82	1/1059,61	147,4 %	0	Gesperrt

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von KVB 2016, S. 45, 163; eigene Berechnung.

Seit Inkrafttreten des GKV-VStG haben Zulassungsausschüsse in gesperrten Planungsbereichen (ab 110 Prozent) zwei „Kann“-Möglichkeiten. Erstens, der Ausschuss kann die Nachbesetzung eines bestehenden Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn er aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (§103 Abs. 3a SGB V). Zweitens, der Ausschuss kann den freiwilligen Verzicht auf eine bestehende Vertragsarztzulassung finanziell fördern. Außerdem kann die KV Nachbesetzungsanträge für freiwerdende Arztpraxen ablehnen und die entsprechende Praxis aufkaufen (§105 Abs. 3 SGB V) (vgl. Kapitel 4.1). Seit Inkrafttreten des GKV-VStG „sollen“ die KV Arztpraxen ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent aufkaufen (vgl. Deutschland 2015, S. 1225).

Die Niederlassungsentscheidung aus Sicht der Ärzte

Zwar können die Zulassungsausschüsse Medizinern die Niederlassung als Vertragsarzt in bestimmten Mittelbereichen verbieten. Um das Verhältnis von Ärzten und Einwohnern vor Ort dem in der Bedarfsplanung festgestellten Bedarf anzupassen, können aber weder KVen noch Krankenkassen die Ärzte dazu zwingen, sich in einem bestimmten Bereich niederzulassen. Selbst dann nicht, wenn dort Unterversorgung festgestellt wurde. Der

Gesetzgeber versucht daher mit dem GKV-VStG und dem GKV-VSG, Mediziner mit finanziellen Anreizen in unterversorgte Bereiche zu locken.

Zahlreiche Untersuchungen haben in den vergangenen Jahren versucht zu zeigen, auf welche Faktoren Mediziner bei der Wahl ihres Praxisstandorts achten. Langer et al. haben zehn relevante Studien aus dem Zeitraum zwischen 2007 und 2013 identifiziert, in denen niedergelassene Ärzte, Ärzte in Weiterbildung und Medizinstudierende nach Anreizen und hemmenden Faktoren für die Niederlassung befragt wurden (vgl. Langer/ Ewert/ Holleederer/ Geuter 2015, S. 15).

Das Ergebnis des Literaturüberblicks zeigt, dass Hausarztmangel in unterversorgten Regionen ein multidimensionales Problem ist. Es kann weder von einem einzigen Akteur noch mit einer einzigen Maßnahme behoben werden. Vielmehr müssen die Verantwortlichen 1. die Rahmenbedingungen für die Familie der Ärzte (z.B. Schul- und Kinderbetreuungsangebote), 2. die allgemeinen Lebensbedingungen in dem betroffenen Planungsbereich (z.B. Verkehrsanbindung, Kulturangebot) und 3. die finanziellen Bedingungen verbessern, um den Wünschen der Ärzte zu entsprechen. Dabei sind nicht nur die KVen, sondern auch Bund, Länder und Kommunen gefordert (Dieser Absatz folgt Langer/ Ewert/ Holleederer/ Geuter 2015, S. 15).²

Da die Studie von Günther et al. die einzige ökonomische Analyse des Phänomens darstellt, soll sie näher beleuchtet werden. Die Studie basiert auf einem Discrete Choice-Fragebogen (Best Worst-Scaling), der auf Grundlage von 22 qualitativen Interviews erstellt wurde. Darin geben 5026 Mediziner, die vor der Niederlassungsentscheidung stehen, an, wie sie die folgenden Charakteristika eines Praxisstandorts bewerten:

- Kooperationsmöglichkeiten innerhalb der Berufsgruppe,
- Einkommen,
- Karrieremöglichkeiten des Partners,
- Verfügbarkeit von Kinderbetreuung,
- Freizeitaktivitäten und

² Die Autoren des Literaturüberblicks weisen daraufhin, dass die meisten Studien geschlossene Fragen verwenden, um die Vorstellungen der Befragten zu ermitteln. Dabei wurden Einflussfaktoren für die Niederlassungsentscheidung von Ärzten möglicherweise außer Acht gelassen. (vgl. Langer/ Ewert/ Holleederer/ Geuter 2015, S. 16)

- Bereitschaftsdienste.

Die Autoren berechneten, dass ein zusätzliches monatliches Nettoeinkommen von 9044 Euro den Negativnutzen eines tendenziell unattraktiveren Arztsitzes auf dem Land gegenüber einer Stadtpraxis aufwiegt. Diese Summe kann verringert werden, wenn nicht-monetäre Charakteristika wie Kinderbetreuung und weniger Bereitschaftsdienste vor Ort erfüllt sind (Dieser Absatz folgt Günther/ Kürstein/ Riedel-Heller/ König 2010).

GKV-VStG und GKV-VSG sollen gezielt die Niederlassung von Ärzten zugunsten unterversorgter Gebiete und nur nachrangig die Attraktivität der Region allgemein fördern. Die in Kapitel 4 untersuchten Maßnahmen aus den beiden Gesetzen liegen im Zuständigkeitsbereich von KVen und Zulassungsausschüssen. Der Gesetzgeber versucht die Niederlassungsentscheidung nicht nur durch veränderte Zulassungsvorschriften, sondern insbesondere durch die von Langer et al. als Einflussfaktoren identifizierten finanziellen Anreize zu beeinflussen. Daher werden im folgenden Schritt die relevanten ökonomischen Zusammenhänge des Vergütungssystems für Hausärzte dargelegt.

2.2 Vergütung hausärztlicher Leistungen

2.2.1 Vertragsärztliche Vergütung

Das Verständnis, wie Honorare für hausärztliche Leistungen zustande kommen und wodurch sie beeinflusst werden können, bildet die Grundlage für die Analyse in Kapitel 4. Im Mittelpunkt steht die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Diese erhalten die KVen von den gesetzlichen Krankenkassen. Es handelt sich um das Geld der Beitragszahler. Nicht in der Gesamtvergütung enthalten sind privatärztliche und individuelle Gesundheitsleistungen, sog. IGeL. Sie gehören zu den Selbstzahlerleistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden.

In Deutschland gibt es ein zweistufiges **Honorarverfahren**. Ärzte erhalten ihre Honorare von der je nach Region für sie zuständigen KV. Diese wiederum erhält Geld von den Krankenkassen und damit letztendlich von den Versicherten. Die KV fungiert hier als Clearingstelle, die das Geld nach einem eigenen Maßstab, der sogenannten **Honorarform**, verteilt. Anders gesagt, die KV entscheidet selbst, wie sie die Gesamtvergütung auf ihre Mitglieder aufteilt. Der **Honorartarif** legt letztlich fest, wie

das Einkommen des Arztes berechnet wird (Dieser Absatz folgt Breyer, Zweifel, Kifmann 2013, S. 438-440).

Honorarverfahren: Von der Gesamtvergütung zum Ärztehonorar

Jede KV vereinbart für ihren Zuständigkeitsbereich mit den Landesverbänden der Primärkassen und den Landesvertretungen der Ersatzkrankenkassen ein Budget für die medizinischen Leistungen niedergelassener Ärzte: die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Sie soll den Behandlungsbedarf der Versicherten im kommenden Abrechnungszeitraum abbilden. Die Höhe berechnet sich auf Grundlage der Leistungen des vergangenen Abrechnungszeitraums. Die Rahmenbedingungen für diese Verträge werden in einem „Manteltarifvertrag“ zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt (Dieser Absatz folgt Simon 2013, S. 309).

Bevor die jeweilige KV die MGV an ihre Mitglieder, die Ärzte, verteilt, zieht sie davon Verwaltungsausgaben und Rückstellungen ab. Aus den Rückstellungen werden unter anderem Arztpraxenkäufe, Leistungen, die das Regelleistungsvolumen überschreiten, und Subventionen wie Sicherstellungszuschläge (vgl. Kapitel 4) finanziert. Was von der MGV übrig bleibt, ist die sogenannte trennungsrelevante Gesamtvergütung. Diese wird als Honorare getrennt an Hausärzte und Ärzte aller anderen Fachrichtungen ausgezahlt. 2014 wurde allen Hausärzten in Deutschland Honorare in Höhe von 12,479 Milliarden Euro gezahlt (zum Vergleich 2013: 12,196 Mrd. Euro) (eigene Berechnung auf Basis von KBV 2016a).

Über alle Fachgruppen hinweg erhielten niedergelassene Ärzte 2013 22,929 Milliarden Euro aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl. KBV 2014b, S. 101). Darüber hinaus erhalten sie Honorare aus der extrabudgetären Vergütung (EGV). Diese belief sich 2013 auf 10,235 Milliarden Euro (vgl. KBV 2014b, S. 101). Diese Honorare verhandeln Krankenkassen mit KVen bzw. mit den Leistungserbringern direkt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Zu diesen extra zu verhandelnden Leistungen gehört laut Gesetz zum Beispiel die Drogensubstitution mittels Methadon. Einige Krankenkassen und KVen haben außerdem für ambulante Operationen vertraglich vereinbart, die behandelnden Ärzte außerhalb der Gesamtvergütung zu bezahlen. Einzelne Arztgruppen haben mit Krankenkassen Selektivverträge abgeschlossen. Durch sein großes Vergütungsvolumen ist die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) das wohl bedeutendste Beispiel (vgl. Simon 2013, S. 315).

Honorarform: Maßstab für die Honorarverteilung

Bei der Verteilung der Honorare müssen die KVen gesetzliche Vorgaben einhalten. So darf der Honorarverteilungsmaßstab (HVM), den die KVen seit 2012 eigenständig bestimmen, keine Anreize zu medizinisch unnötigen Leistungen enthalten. Außerdem muss die Verteilung der Honorare seit 2000 in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich getrennt werden (vgl. § 85 SGB V). Dies sollte die Rolle der Hausärzte stärken. In der Regel liegt das Verhältnis der Honoraranteile von Haus- und Fachärzten, der sogenannte Trennungsfaktor, bei 40 zu 60 Prozent (vgl. Simon 2013, S. 325).

Die Honorarform, nach der Hausärzte in Deutschland vergütet werden, entspricht weitgehend einer Einzelleistungsvergütung. Sie basiert auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und unterliegt einer Mengenbeschränkung, den Regelleistungsvolumina (RLV). Diese zwei maßgeblichen Faktoren sollen im Folgenden dargestellt werden.

1. Vergütung von Einzelleistungen nach EBM und Punktwert

Der EBM gewichtet jede hausärztliche Leistung nach einem bundesweit gültigen Punktwert. Er ist die Grundlage für alle Abrechnungen innerhalb der Gesamtvergütung. Der EBM wird auf Bundesebene im Bewertungsausschuss vereinbart, in dem jeweils drei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands sitzen. Der EBM-Punktwert wird mit dem Auszahlungspunktwert multipliziert. Letzterer wird auf KV-Ebene zwischen KV-Vertretern und Landesvertretern der Krankenkassen ausgehandelt und in Cent angegeben. Er richtet sich nach einem bundeseinheitlichen Orientierungswert. Nach einem Anstieg von 1,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr liegt der Wert 2016 bei 10,4361 Cent (vgl. KBV 2016b).

2. Das RLV des Arztes

Regelleistungsvolumina (RLV) haben zwei Auswirkungen auf das ärztliche Leistungsgeschehen. Erstens bieten sie den Ärzten Kalkulationssicherheit, weil sie vereinfacht als „im Voraus festgesetzte Anteile eines Arztes oder einer Praxis an der Gesamtvergütung der KV“ begriffen werden können (vgl. Simon 2013, S. 321). Zweitens dienen sie als Mengenbeschränkung. Sie stellen die Grenze dar, bis zu der hausärztliche Leistungen nach EBM und Punktwert vergütet werden. Die RLV werden durch

Multiplikation der Fallzahl des Vertragsarztes im Vorjahresquartal und der durchschnittlichen Vergütung der Arztgruppe pro Fall (Fallwert der Arztgruppe) berechnet. Sie werden als Honorarsumme angegeben. Dabei orientiert sich die Höhe der RLV an dem angemeldeten Arbeitsumfang des Arztes. Mit zunehmendem Arbeitsumfang steigen auch die RLV (vgl. KBV 2016g).

Überschreitet ein Arzt gegen Ende des Quartals sein Regelleistungsvolumen, wird jede weitere Leistung mit einem geringeren EBM-Punktwert vergütet, wodurch sich der Zahlungsbetrag verringert. Das RLV gilt dann als überschritten, wenn die Fallzahl mindestens 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe erreicht. In Tabelle 2 ist die Abstufung der KV Bayern dargestellt.

Tabelle 2: Abstufung der hausärztlichen Vergütung nach Überschreitung des RLV für die KV Bayern

Prozent der durchschnittlichen Fallzahl in Prozent	Fallwertminderung in Prozent
150 – 170	25
170 – 200	50
>200	75

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von KV Bayern 2015, S.22.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Gesamtvergütung gedeckelt ist. Zwar können KVen und Krankenkassen bei einem unerwartet starken Anstieg des Behandlungsbedarfs die Gesamtvergütung nachverhandeln. Geschieht dies jedoch nicht, bleibt die Gesamtvergütung unabhängig von der Ausweitung der Leistungsmenge. Überschreitet ein Arzt sein RLV, werden die abgestaffelten Honorare aus den Rückstellungen der KVen finanziert.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird auf Basis des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs pro Versicherten (im Vorjahresquartal), der Zahl der Versicherten und des Punktwerts je EBM-Punkt berechnet. Eine Mengenausweitung, im Sinne einer RLV-Überschreitung, wirkt sich daher auf den durchschnittlichen Behandlungsbedarf pro

Versicherten aus und erhöht damit die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im kommenden Abrechnungszeitraum.

Honorartarif: Wie viel verdienen Hausärzte?

Ein Hausarzt hat 2014 im Durchschnitt einen Honorarumsatz von 218.477 Euro erwirtschaftet. Andere Fachgruppen liegen deutlich darüber. Radiologen erzielten im Durchschnitt einen Honorarumsatz von 368.825 Euro (eigene Berechnungen auf Basis von KBV 2016a). Honorare für ärztliche Leistungen werden nach der folgenden Formel berechnet.

$$\text{EBM-Punktwert} * \text{Auszahlungspunktwert} = \text{Auszahlungsbetrag}$$

Behandelt ein Hausarzt zum Beispiel einen 40-jährigen Patienten, rechnet er im Anschluss die „Hausärztliche Versichertenpauschale für Versicherte ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahres (03000)“ ab (vgl. KBV 2016c). Diese legt für die Leistung des Arztes einen EBM-Punktwert von 122 fest. Dieser wird multipliziert mit dem Auszahlungspunktwert. Der Orientierungspunktwert³ in Deutschland liegt 2016 bei 10,4361 Cent (vgl. KBV 2016b). Als Auszahlungsbetrag für die Leistung ergibt sich ein Betrag von 12,73 Euro.

Erreicht die Anzahl der Behandlungen des Hausarztes 150 Prozent der durchschnittlichen Leistungsmenge seiner Fachgruppe, wird der Auszahlungsbetrag verringert. Liegt die durchschnittliche Leistungsmenge für die EBM-Leistung 03000 aus dem oben genannten Beispiel bei 500 pro Quartal und der Arzt behandelt seinen 751. Patienten in diesem Quartal, wird die Berechnungsformel um einen Abstufungsfaktor ergänzt.

$$\text{EBM-Punktwert} * \text{Abstufungsfaktor} * \text{Auszahlungspunktwert} \\ = \text{Auszahlungsbetrag}$$

Der EBM-Punktwert der Versichertenpauschale 03000 liegt weiterhin bei 122 Punkten. Dieser Wert wird ab einer Leistungsmenge zwischen 150 und 170 Prozent über dem Durchschnitt aller Hausärzte mit dem Abstufungsfaktor 75 Prozent multipliziert.

³ Jede KV hat die Möglichkeit davon abzuweichen.

Dieser geminderte Fallwert wird im Beispiel wiederum mit einem Auszahlungspunktwert von 10,4361 multipliziert. Hieraus ergibt sich nun nur noch ein Betrag von 9,55 Euro.

2.2.2 Nicht-vertragsärztliche Leistungsvergütung

Eine weitere Einkommensquelle für Ärzte sind nicht-vertragsärztliche Leistungen. Das schließt die Behandlung von privat Krankenversicherten und die Empfänger von Selbstzahlerleistungen, sogenannte IGeL, ein. Rechnungsempfänger sind in diesem Fall nicht die Krankenkassen, sondern der Patient selbst.

Die privatärztlichen Leistungen werden auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), vergleichbar mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der vertragsärztlichen Versorgung, abgerechnet. Die Ärzte können ihr in der GOÄ festgelegtes Honorar erhöhen, indem sie einen Steigerungsfaktor auf den Betrag anwenden. Auf vom Arzt persönlich erbrachte Leistungen kann beispielsweise ein Multiplikationsfaktor von bis zu 2,3 angewendet werden (vgl. Simon 2013, S.327). „Im Ergebnis liegen die Vergütungen für identische Leistungen in der privatärztlichen Versorgung erheblich über den Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Rosenbrock, Gerlinger, S. 443). Außerdem unterliegen die nicht-vertragsärztlichen Leistungen keiner Mengenbeschränkung, einen Mechanismus wie die RLV gibt es nicht. Lag der Reinertrag pro Praxis 2011 bei Kassenpraxen ohne privatärztliche Tätigkeit bei 163.000 Euro, war er bei Praxen, die zwischen 50 und 75 Prozent ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit generierten, mit 321.000 Euro fast doppelt so hoch (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b, S. 2).

Es ist daher zu erwarten, dass die Art der Versicherten und deren Bereitschaft „Selbstzahlerleistungen“ in Anspruch zu nehmen, einen finanziellen Anreiz auf Ärzte ausübt. Die Anreizwirkung der Patientenstruktur auf die Niederlassungsentscheidung wird ausführlicher in Kapitel 3.2.1 behandelt.

3. Die hausärztliche Versorgung – Problemdefinition und Ursachen

3.1 Unterversorgung auf Basis der staatlichen Definition

Die allgemeine, bedarfsgerechte Verhältniszahl und ihre Anpassung

Die allgemeine, bedarfsgerechte Verhältniszahl ist ein Orientierungswert für den idealen Versorgungsgrad mit Ärzten. Sie dient bundesweit⁴ als Maßstab bei der Bedarfsplanung und bei der Feststellung von Unter- und Überversorgung. Der Bedarf an Hausärzten ist definiert als 1 Arzt pro 1671 Einwohner (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S.11).

Die allgemeine, bedarfsgerechte Verhältniszahl kann seit 2013 für jeden Planungsbereich von der zuständigen KV angepasst werden, etwa wenn Demografie und Morbidität einen höheren Behandlungsbedarf erwarten lassen. Der Demografiefaktor errechnet sich aus dem Anteil der unter 65-Jährigen bzw. der 65-Jährigen und älteren (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 10). Wie unterschiedlich der Demografiefaktor ausfällt, zeigen die Mittelbereiche Bad Harzburg und Freising. Dort waren die Demografiefaktoren 2014 mit 16,7 bzw. -6,8 am unterschiedlichsten (vgl. KBV 2015a).

Der Versorgungsgrad als Grundlage der Bedarfsplanung ist in der Vergangenheit immer wieder kritisiert worden. Es besteht der Vorwurf, dass die allgemeine, bedarfsgerechte Verhältniszahl in ihrer gültigen Form nicht zeitgemäß oder gar willkürlich festgelegt ist. Sie wurde in der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA aus den Vorgaben des GSG aus dem Jahr 1992 übernommen, obwohl sich der Anwendungsbereich der Verhältniszahl (im Fall der Hausärzte von Kreisen zu kleinräumigeren Mittelbereichen) geändert hat. „Bei den bisherigen Bedarfsplanungen im Sinne von Versorgungsgraden handelt es sich um arbiträre Größen, die in einem letztlich unbestimmten Zusammenhang mit dem realen klinischen Bedarf stehen.“ (Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S. 370)

⁴ Für einige gesonderte Gebiete hat der G-BA die Verhältniszahl in seiner Richtlinie abweichend von der allgemeinen, bedarfsgerechten Verhältniszahl definiert. So liegt die bedarfsgerechte Verhältniszahl im Ruhrgebiet bei 2134 Einwohnern pro Hausarzt (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 39). Trotz der Anpassungsmöglichkeiten der KVen spricht der SVR von einem „relativ starren Versorgungskonzept“ (vgl. Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S.354).

Außerdem entbehre die Berechnung der allgemeinen, bedarfsgerechten Verhältniszahl jeglicher empirischer Grundlage, bemängelt der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2014. Für die Seite der Leistungserbringer, die Hausärzte, fehlen Zahlen darüber, inwieweit die Arztstühle wirklich mit der angesetzten Arbeitszeit genutzt werden. Auf der Seite der Leistungsempfänger fehle eine fundierte, empirische Bedarfsermittlung. „[...] es gibt keine Daten, die zeigen, wie viele Versorgungsstunden eines Hausarztes, eines Augenarztes oder eines Kardiologen ein beispielsweise 65-Jähriger im Schnitt für eine ausreichende und angemessene Versorgung benötigt“ (Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S. 356).

Kritisch zu bewerten ist auch die Aussagekraft des Versorgungsgrads in Ballungszentren. Die Planungsbereiche großer Städte wie Berlin und Hamburg gelten jeweils als ein einziger Mittelbereich. Dabei verdeckt der Versorgungsgrad möglicherweise Versorgungsdefizite in strukturschwachen Stadtteilen. Überversorgung in strukturstarken Stadtteilen könnte die Unterversorgung andernorts im Mittelbereich ausgleichen. Seit 2013 haben die KVen die Möglichkeit zur Anpassung ihrer Planungsbereiche (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 9). Davon Gebrauch gemacht haben die KVen zumindest in den deutschen Großstädten mit mehr als einer Million Einwohnern (Berlin, Hamburg, München, Köln) bislang nicht. Ob dadurch tatsächlich das Ziel verfehlt wird, eine „ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ (§101 Abs. 1 SGB V) zu erreichen, ist an anderer Stelle zu prüfen.

Unterversorgung und Strukturfonds

Ein Mittelbereich gilt dann als unterversorgt, wenn für die Patienten „[...] eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt [...]“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 22). Das ist in Deutschland dann der Fall, wenn der Versorgungsgrad unter 75 Prozent liegt.⁵

Stellen KVen und Krankenkassen eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich formal fest, können sie verschiedene

⁵ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schlägt alternativ vor, die formale Unterversorgungsgrenze bei 90 Prozent anzusetzen. (vgl. Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S. 373-374)

Maßnahmen ergreifen, um diese Unterversorgung zu beseitigen. So können die KVen einen Strukturfonds einrichten, die Landesausschüsse können Sicherstellungszuschläge zahlen. Mit diesen Mitteln können KVen und Landesausschüsse die Niederlassung von Hausärzten in unterversorgten Planungsbereichen subventionieren. Mittlerweile hat sich eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen herausgebildet. Laut einer Umfrage der KBV unter den KVen wurden 2013 in vier KV-Bereichen Sicherstellungszuschläge gezahlt. In weiteren vier KVen wurden Umsatzgarantien gewährt. Und fünf KVen haben sich an der Finanzierung von Lehrstühlen bzw. Stiftungsprofessuren beteiligt (Dieser Absatz folgt Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S. 367).

Laut Gesetz entscheiden die KVen mittels der Bedarfsplanung über die Zulassung von Vertragsärzten. Die Zahlungsbereitschaft der Versicherten für medizinische Leistungen äußert sich daher nicht in einer Marktsituation. Dazu kommt, dass die Preise für medizinische Leistungen (die Ärztehonorare) ebenfalls zentral festgelegt ist. Ein Wettbewerbsszenario, in dem die Anbieter medizinischer Leistungen ihren Standort nach dem Preis für ihre Leistungen bestimmen, ist ausgeschlossen. Eine ökonomische Bewertung der 75 Prozent-Grenze ist daher nicht möglich. Die vorliegende Arbeit bedient sich dennoch dieser Grenze, um der aktuell gültigen Rechtslage Rechnung zu tragen.

3.2 Ursachen disparater Versorgungsgrade

Der Begriff „Hausarztmangel“, der immer wieder in der öffentlichen Debatte angeführt wird, ist als Ursache für die Unterversorgung in der jetzigen Situation irreführend. Zwar sinkt die Zahl der niedergelassenen Hausärzte in Deutschland. Doch bundesweit überstieg die Zahl der Hausärzte im Jahr 2014 die laut Bedarfsplanung geforderte Zahl um 10,4 Prozentpunkte. Als einzige KV meldete Sachsen-Anhalt für 2014 einen durchschnittlichen Versorgungsgrad von weniger als 100 Prozent (99,6 Prozent) (Dieser Absatz folgt Klose/ Rehbein 2015, S. 21).

In Deutschland gab es 2014 11 Mittelbereiche, in denen der Versorgungsgrad bei weniger als 75 Prozent liegt (vgl. KBV 2015b). In fünf Fällen wurde eine Unterversorgung formal festgestellt. In 61 Mittelbereichen wurde eine „drohende Unterversorgung“ festgestellt, die KVen und Landesausschüssen ebenfalls ermöglicht, Niederlassungen zu subventionieren (vgl. KBV 2015c).

Dementsprechend hoch ist die Anzahl der überversorgten Mittelbereiche in Deutschland. In 445 Mittelbereichen lag der Versorgungsgrad 2014 bei über 110 Prozent (vgl. KBV 2015b). Damit weist nahezu jeder zweite Mittelbereich in Deutschland Überversorgung auf. „Gegenwärtig besteht im ambulanten Bereich ein Ungleichgewicht zwischen überversorgten und unterversorgten Gebieten. Wünschenswert ist daher eine regionale Umverteilung der Ärzte.“ (Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2012, S. 40)

Was häufig verkürzt als Hausarztmangel dargestellt wird, ist demnach vielmehr ein Verteilungsproblem. Ebenso verkürzt ist die Annahme, dass die Unterschiede in der Versorgungslandschaft nur entlang der Trennlinie Stadt und Land bestehen. Häufig ziehen sich die Trennlinien entlang der sozioökonomischen Struktur der Patientenschaft, zum Beispiel zwischen ost- und westdeutschen Bundesländern oder Stadtteilen mit höheren und niedrigeren Einkommensschichten. (vgl. Klose/ Rehbein 2015, S. 7). Im Folgenden sollen zwei Entwicklungen aufgezeigt werden, die maßgeblich zur Entstehung der unterschiedlichen Versorgungssituation beigetragen haben und beitragen.

3.2.1 Charakteristika unterversorgter Regionen und Ansprüche an das Arbeitsumfeld

Die Ansprüche, die Mediziner an ihr Arbeitsumfeld stellen, wurden in Kapitel 2.1 beschrieben. Relevant sind vor allem die allgemeinen Lebensbedingungen, die Rahmenbedingungen für die Familie der Ärzte und die finanziellen Bedingungen. Häufig sind diese Anforderungen in unterversorgten Gebieten nur unzureichend erfüllt.

Viele unterversorgte Regionen, vor allem im ländlichen Bereich, sind von Abwanderung betroffen. Größtenteils Menschen jungen und mittleren Alters verlassen die Region. Die Geburtenrate geht zurück, die Bevölkerungszahl sinkt und der Altenanteil steigt. Insbesondere junge und qualifizierte Personen, darunter ein verhältnismäßig hoher Anteil an zahlungskräftigen GKV- und PKV-Patienten, wandern ab. Im Ergebnis wird die soziale, ökonomische und kulturelle Infrastruktur vor Ort von Medizinern als verhältnismäßig schlechter bewertet (vgl. Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2012, S. 35). Dazu trägt auch bei, dass es in unterversorgten Regionen tendenziell schwieriger ist, eine Arbeitsstelle für den Partner und Betreuungsangebote für die eigenen Kinder zu finden. Das führt zu einem Teufelskreis, in dem die Region immer schwieriger junge, qualifizierte Menschen anlocken kann (Dieser Absatz folgt Rosenbrock 2014, S. 442).

Abwanderung verschlechtert Patientenstruktur

Der Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit und sonstigen Tätigkeiten lag 2011 für Hausärzte im Durchschnitt bei 18,4 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a, S. 37). Es ist davon auszugehen, dass der Anteil an den Einnahmen der Hausärzte in Gebieten mit mehr Privatversicherten und Selbstzahlern darüber liegt, in Gebieten, die von Abwanderung betroffen sind, darunter.

Wie in Kapitel 2.2 gezeigt, liegen die Honorare für Behandlungen Privatversicherter über denen für eine identische Behandlung von GKV-Patienten. Wandern Privatpatienten und Selbstzahler ab, sinken also die Verdienstmöglichkeiten für Ärzte in diesem Gebiet. Die Patientenstruktur vor Ort wird dadurch für Ärzte unattraktiver. Das stellt für Hausärzte einen negativen Anreiz dar, sich in einer solchen Region niederzulassen. Die Zuwanderung solcher Versicherten hingegen stellt einen Anreiz für Ärzte dar, sich niederzulassen (vgl. Vogt 2015, S.2; Rosenbrock/ Gerlinger 2014, S.443). Inwiefern die unterschiedliche Patientenstruktur den Maßnahmen gegen Unterversorgung aus dem GKV-VStG und dem GKV-VSG entgegenwirkt oder sie verstärkt, wird in Kapitel 4 diskutiert.

3.2.2 Nachwuchsproblematik der Fachgruppe Hausärzte

Auch wenn es in Deutschland bislang nicht zu wenige Hausärzte gibt, werden es doch seit Beginn der Neunzigerjahre weniger. 2014 nahmen 54.003 Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teil (vgl. KBV 2016d, S. 51). 1994 waren es noch 62 340 (vgl. Kopetsch 2010, S. 50). Der Anteil der Vertragsärzte, die 65 Jahre und älter sind und damit kurz vor Erreichen des Rentenalters stehen, ist von 4,9 Prozent im Jahr 1996 auf 10,5 Prozent im Jahr 2014 gestiegen (vgl. Thust 1997, S.11; Klose/ Rehbein 2015, S. 26).

Gleichzeitig ist der Beruf des Allgemeinmediziners gegenüber anderen Fachgruppen unattraktiver geworden. Entsprechend dem Verhältnis von Haus- zu Fachärzten innerhalb der deutschen Ärzteschaft im Jahr 1991 noch 60,1 zu 39,9 Prozent, hat sich das Verhältnis beinahe umgekehrt (2012: 45,9 % Hausärzte, 54,1 % Fachärzte) (vgl. Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S. 379). Grund für den Attraktivitätsverlust ist das Bild der Allgemeinmedizin, das im Vergleich zu fachärztlichen Bereichen weniger anspruchsvoll oder interessant erscheint. Auch besondere Belastungen durch lange Arbeitszeiten und geringere Verdienstmöglichkeiten machen den Beruf für angehende Mediziner unattraktiver (vgl. Rosenbrock, Gerlinger 2014, S. 443). Bis 2020 ist gegenüber dem Jahr

2010 mit einem tatsächlichen Rückgang der Hausarztzahl in Deutschland von 13,3 Prozent zu rechnen (vgl. Kopetsch 2010, S. 65).

Die sinkende Zahl der Hausärzte verringert die Nachfrage nach Vertragsarztsitzen für Hausärzte über alle Mittelbereiche hinweg. Für Hausärzte, die aus dem Berufsleben ausscheiden, wird es dadurch schwieriger, einen Nachfolger für ihre Praxis finden. In den Mittelbereichen, in denen Überversorgung besteht, führt das zu einer Annäherung an die allgemeine, bedarfsgerechte Verhältniszahl. In bereits unterversorgten Bereichen verringert das den Versorgungsgrad weiter.

4. Maßnahmen gegen Unterversorgung im GKV-VStG und GKV-VSG

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sollen die Hausarztversorgung in unterversorgten Bereichen verbessern. In der Praxis heißt das, dass mehr Ärzte in unterversorgten Regionen arbeiten sollen. In dieser Analyse werden exemplarisch drei Maßnahmen aus den genannten Gesetzen auf ihre Effektivität und ihre Auswirkungen auf die Gesamtkosten der Hausarztversorgung hin untersucht. Zu den Maßnahmen gehören

- der Kauf von Arztpraxen in überversorgten Bereichen (4.1),
- die Regelung zur Mengensteuerung in Arztpraxen (4.2) und
- direkte finanzielle Anreize wie Subventionen für Praxisneugründungen und Umsatzgarantien (4.3).

Auswirkung auf Niederlassungsentscheidung des Hausarztes

Als Maßstab für eine effektive Bekämpfung von Unterversorgung wird, wie in Kapitel 3.1 erwähnt, der formale Versorgungsgrad herangezogen. Eine Maßnahme gilt als effektiv, wenn sie den Versorgungsgrad in einem unterversorgten Bereich erhöhen kann. Der Versorgungsgrad erhöht sich, wenn die Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Zahl der

Einwohner steigt. Alternativ kann der Versorgungsgrad auch steigen, wenn ein Arzt seinen Teilnahmeumfang an der vertragsärztlichen Versorgung erhöht.⁶

Um den Versorgungsgrad zu erhöhen, müssen die analysierten Maßnahmen die Niederlassungsentscheidung von Medizinern zugunsten unterversorgter Gebiete beeinflussen. Die Maßnahmen sollen dabei einen Umverteilungseffekt zur Folge haben. Dies geschieht, in dem die Attraktivität unterversorgter Bereiche aus Sicht der Ärzte erhöht wird. Wie in Kapitel 3.2 gezeigt, bemisst sich die Attraktivität eines Arztsitzes maßgeblich an den Verdienstmöglichkeiten (vgl. Rosenbrock 2013, S. 198). Im Folgenden wird gezeigt, ob und wie die Maßnahmen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass sich Ärzte in unter- im Gegensatz zu nicht-unterversorgten Bereichen niederlassen und so den Versorgungsgrad erhöhen.⁷ Dabei werden die Maßnahmen jeweils einzeln unter der Annahme analysiert, dass alle anderen Bedingungen gleich bleiben (ceteris paribus-Annahme).

Entwicklung der Gesamtkosten für die hausärztliche Versorgung

Im Anschluss wird für jede Maßnahme abgeschätzt, inwiefern sie die Gesamtkosten der hausärztlichen Versorgung erhöht oder senkt. Die Kosten werden in dieser Arbeit über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für Hausärzte operationalisiert. Wie in Kapitel 2.2 dargelegt, orientiert sich die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung am Behandlungsbedarf der Versicherten. Für die analysierten Maßnahmen müssen die KVen jedoch teilweise Ausgaben leisten, die nur mittelbar auf den Behandlungsbedarf zurückzuführen sind. Zum Beispiel, wenn sie Stipendien für angehende Mediziner finanzieren oder Arztpraxen in überversorgten Gebieten aufkaufen.

Darüber hinaus sind die Verteilungsmechanismen zwischen Rückstellungen und trennungsrelevanter Gesamtvergütung innerhalb der Gesamtvergütung von Bedeutung. Diese können die Anreizwirkung der jeweiligen Maßnahme verstärken oder ihr entgegenwirken.

⁶ An einigen Stellen bildet der formale Versorgungsgrad eine bessere Versorgung der Versicherten aufgrund seiner Berechnungsgrundlage (Arzt/ Einwohner) womöglich nicht ab. Wo dies der Fall ist, wird gesondert darauf hingewiesen.

⁷ Es ist denkbar, dass ein Umzug von einem KV-Bereich in einen anderen aufgrund bürokratischer Hürden prohibitiv hohe Transaktionskosten mit sich bringt. Inwieweit dies die Umverteilung zwischen verschiedenen KV-Bereichen beeinträchtigt, muss an anderer Stelle untersucht werden.

4.1 Ausgleich von Über- und Unterversorgung durch Begrenzung der Arztsitze

Gibt ein Arzt seine Zulassung zurück, kann er ein Nachbesetzungsverfahren beim Zulassungsausschuss beantragen, um seinen Vertragsarztsitz an einen Nachfolger zu übergeben. Das GKV-VSG schreibt den Zulassungsausschüssen aus KVen und Krankenkassen auf Landesebene vor, Nachbesetzungsanträge für Vertragsarztsitze in Gebieten mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent abzulehnen. Seit Inkrafttreten des GKV-VSG „sollen“ die Zulassungsausschüsse derartige Anträge ablehnen⁸. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent „kann“ der jeweilige Zulassungsausschuss den Antrag ablehnen. Im Anschluss gilt: „Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen (§ 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V).“

Damit sind die KVen dazu gezwungen, Arztpraxen aufzukaufen. Der Verkehrswert einer Praxis bestimmt sich durch die materiellen Wirtschaftsgüter und den ideellen Wert der Praxis. Zu letzterem zählen nicht nur die vertragsärztlichen Verdienstmöglichkeiten, sondern auch der privatärztliche Teil. Welche Bewertungsmethode dabei angewendet werden soll, ist umstritten. (Dieser Absatz folgt Bridts 2014, S. 168).

Üblicherweise dürfen Praxisverkäufer und -käufer vom Verkehrswert abweichen. Zwar darf die Zulassung offiziell nicht in den Kaufpreis einfließen. „De facto kann die Zulassung aber den Kaufpreis erhöhen“ (vgl. Nies 2016). Das liegt an der begrenzten Zahl von Arztsitzen in gesperrten Gebieten (vgl. Beispiel in Tabelle 2). Diese Verknappung führt dazu, dass Praxiskäufer im Wettbewerb um abzugebende Arztsitze stehen. Je höher die Nachfrage nach Vertragsarztsitzen im Verhältnis zum Angebot ist, desto höher ist der sogenannte Verknappungszuschlag, den die Käufer als Aufpreis zum Verkehrswert der Praxis zahlen. Kauft die KV die Arztpraxis auf, fällt der Verknappungszuschlag weg, weil sie als privilegierter Nachfrager nicht im Wettbewerb steht. Die Entschädigung dürfte damit unter dem „Marktwert“ liegen.

⁸ Bestimmte Personenkreise sind von dieser Regelung ausgenommen. Ärzte können außerdem einen besonderen Versorgungsbedarf im Einzug ihrer Praxis geltend machen, der das Fortbestehen ihres Vertragsarztsitzes trotz Überversorgung rechtfertigen kann.

Die Möglichkeit des „Arztpraxenkaufs“ durch die KV besteht schon seit 2012, jedoch wurde davon kaum Gebrauch gemacht. Seit Einführung der Kann-Regelung 2012 wurde erst eine Arztpraxis von einer KV aufgekauft (vgl. Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S. 369). Der potenzielle Umfang der Regelung ist jedoch ungleich größer. Deutschlandweit gibt es 11.969 Vertragsarztpraxen, die in einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent liegen. Hausärzte machen mit 68 Praxen nur einen geringen Teil davon aus (vgl. Czihal/ Leibner/ von Stillfried 2015, S. 2).

Für den zögerlichen Einsatz der Maßnahme gibt es mehrere Erklärungen. Zum einen ist bislang noch nicht geklärt, aus welchem Topf die KVen die Entschädigungssumme für Arztpraxen finanzieren soll. Zum anderen gibt es eine Reihe von Ausnahmen, die eine Weitergabe der Zulassung in überversorgten Mittelbereichen ermöglicht. Für die weitere Analyse gilt daher die Annahme, dass eine Niederlassung in nicht-unterversorgten Regionen generell noch möglich ist.

Angesichts der Altersstruktur der Hausärzteschaft (vgl. Kapitel 3.2) dürften die Zulassungsausschüsse in Zukunft wesentlich häufiger mit der Frage konfrontiert sein, ob sie einen Nachbesetzungsantrag ablehnen. Wie konsequent sie die Maßnahme umsetzen, bleibt abzuwarten.

Auswirkung auf relative Investitionskosten

Die Ablehnung von Nachbesetzungsanträgen wirkt sich auf das Angebot an Niederlassungsmöglichkeiten in überversorgten Planungsbereichen aus. Hierbei handelt es sich um einen statischen Effekt. Angenommen, die Zahl der Hausärzte auf der Suche nach einem Vertragsarztsitz ist konstant, ergeben sich daraus zwei Konsequenzen.

In überversorgten Gebieten sinkt das Angebot an verfügbaren Vertragsarztsitzen. Dadurch steigt die Nachfrage im Verhältnis zum Angebot. Der Verknappungszuschlag in der betroffenen überversorgten Region steigt dadurch. Für niederlassungswillige Mediziner steigen die Investitionskosten (in Form des Kaufpreises für die Arztpraxis). Das wiederum verringert den Reinertrag des Praxisinhabers, da er die verhältnismäßig höheren Kosten im vertragsärztlichen Vergütungssystem nicht an seine Patienten weiterreichen kann. Die Niederlassung in einem überversorgten Bereich wird dadurch unattraktiver.

In unterversorgten Gebieten hingegen verändert sich das absolute Angebot an Vertragsarztsitzen durch die Maßnahme nicht. Das Angebot an verfügbaren Arztsitzen steigt jedoch im Verhältnis zu überversorgten Mittelbereichen. Die relativen Investitionskosten in unterversorgten Gebieten sinken. Damit sinken ebenfalls die Opportunitätskosten für eine dortige Niederlassung. Diese Maßnahme kann demnach einen Anreiz schaffen für eine Niederlassungsentscheidung zugunsten unter- statt überversorgter Planungsbereiche.

Investitionsunsicherheit beeinflusst Niederlassungsentscheidung

Für 20 Prozent der Ärzte ist der Verkauf der eigenen Praxis vor dem Ruhestand ein Mittel der Altersvorsorge (vgl. KBV 2014a, S. 49). Für einen Teil der niederlassungswilligen Ärzte führt der Arztpraxenkauf daher zu **Investitionsunsicherheit**. Der Verkaufspreis (und damit die Höhe der Altersvorsorge) bestimmt sich durch Verkehrswert und Verknappungszuschlag. Letzterer wiederum hängt davon ab, wie hoch der Versorgungsgrad zum Zeitpunkt der Praxisaufgabe ist.

Seit die KVen Arztpraxen in überversorgten Gebieten aufkaufen sollen, muss sich ein Arzt vor der Wahl seines Niederlassungsstandortes fragen: Wird die KV Nachbesetzungsanträge in dem Mittelbereich ablehnen, wenn ich meine Praxis verkaufen will? Ist das der Fall, erhielte der Arzt lediglich den Verkehrswert seiner Praxis, da die KV keinen Verknappungszuschlag zahlt. Ohne diesen Aufpreis ist sein „Return on Investment“ bzw. seine Altersvorsorge geringer. Überversorgte Gebiete ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent werden also aus Perspektive niederlassungswilliger Mediziner unattraktiver.

Es ist allerdings unwahrscheinlich, dass sich ein Arzt im Umkehrschluss für einen unterversorgten Bereich entscheidet. Denn dort entgeht ihm der Verknappungszuschlag ebenfalls. Mögliche Nachfolger sind in unterversorgten Gebieten nicht auf die Übernahme eines Vertragsarztsitzes (und der dazugehörigen Praxis) angewiesen und zahlen dementsprechend keinen Aufpreis für die Zulassung.

Gegen die Niederlassung in einem unterversorgten Bereich spricht mit Blick auf den Verkauf der eigenen Praxis ein weiterer Grund. 59 Prozent der befragten Hausärzte gaben im Ärztemonitor 2014 an, dass es „sehr schwierig“ sei, einen Praxisnachfolger zu finden (vgl. KBV 2014a, S. 12). Das betrifft vor allem Regionen, die aus Ärztesicht als

unattraktiv gelten, also unterversorgte Gebiete. Um die Attraktivität ihres Vertragsarztsitzes zu steigern, können die Praxisinhaber lediglich den Verkaufspreis senken. Damit verringern sie für potenzielle Nachfolger die Opportunitätskosten der Niederlassung, schrumpfen aber gleichzeitig ihre Altersvorsorge.

Mit Blick auf die eigene Altersvorsorge stellen sich für Ärzte gesperrte Planungsbereiche, deren Versorgungsgrad zwischen 100 und 140 Prozent liegen, am attraktivsten dar. In diesem Bereich erhalten sie zusätzlich zum Verkehrswert ihrer Praxis einen Verknappungszuschlag und erzielen damit den höchsten Kaufpreis für ihre Praxis. Einen Anreiz für eine Umverteilung zugunsten unterversorgter Gebiete schafft der Arztpraxenkauf mit Blick auf die Zukunftserwartungen der Ärzte also nicht.

Gegenläufige Anreizwirkung durch Finanzierung über Rückstellungen

Aus Sicht der KVen bemisst sich der monetäre Aufwand für diese Maßnahme an der Summe der Entschädigungen, die sie den Praxisinhabern zahlt. Der Kaufpreis wird aus den Rückstellungen der Gesamtvergütung entrichtet. Planen die KVen die Kosten dieser Maßnahme ein, dürften die Rückstellungen dadurch erheblich steigen. Die Gesamtvergütung orientiert sich allerdings am Behandlungsbedarf der Versicherten und ist gedeckelt. Die Ausgaben der KV für den Kauf einer Arztpraxis fließt in die Berechnung des Behandlungsbedarfs nicht ein. Eine Erhöhung der Rückstellungen für die Finanzierung des Arztpraxenkaufs senkt bei gleichbleibender Gesamtvergütung die Ärztehonore.

Sinkende Honorare können unabhängig vom Standort die Zahl der Hausärzte verringern, die zu einer Niederlassung bereit sind. Entweder Hausärzte lassen sich gar nicht erst nieder und ziehen ein Angestelltenverhältnis, zum Beispiel im Krankenhaus, vor. Oder angehende Ärzte verzichten auf eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner und entscheiden sich für eine Facharztausbildung, weil dort der Reinertrag je Praxis höher ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b, S. 2). Oder sie wenden sich vollends von der kurativen Tätigkeit ab.⁹ Im Folgenden wird daher angenommen, dass die Zahl der niedergelassenen Hausärzte mit sinkenden Honoraren ebenfalls sinkt.

⁹ Denkbar wäre auch, dass sich Hausärzte aufgrund der Maßnahme ausschließlich von der vertragsärztlichen Versorgung abwenden. Sie müssten sich dann vollständig über Privatleistungen der Versicherten finanzieren. Zwar liegt der Anteil der Privatpatienten und potenziellen Selbstzahler in

Wie in 3.b gezeigt, mangelt es in Deutschland (noch) nicht an Hausärzten. Dennoch kann sich ein allgemeiner Attraktivitätsverlust des Berufs auf die Versorgungssituation auswirken. Das betrifft insbesondere unterversorgte Gebiete. Dort haben Ärzte aufgrund der vorherrschenden Patientenstruktur weniger Möglichkeiten, ein niedrigeres Honorar durch die Behandlung von PKV-Patienten und GKV-Selbstzahlern auszugleichen. Um ein annähernd gleichbleibendes Honorar zu erzielen, müssten Hausärzte sich in solchen Gebieten niederlassen, in denen eine lukrativere Patientenstruktur vorliegt. Das sind in der Regel nicht-unterversorgte Bereiche. Die Art der Finanzierung des Arztpraxenkaufs kann einem höheren Versorgungsgrad in unterversorgten Gebieten also entgegenwirken.

Sinkende Ärztehonorare wirken dem Anreiz des Arztpraxenkaufs entgegen

Der Arztpraxenkauf soll eine Umverteilung von über- in unterversorgte Gebiete bewirken. Aus der Annahme, dass sich als Folge daraus weniger Mediziner für die Niederlassung als Hausarzt entscheiden, folgt jedoch, dass die Nachfrage nach verfügbaren Arztsitzen in allen Mittelbereichen sinkt. Das wirkt dem Ziel des Arztpraxenkaufs entgegen. Denn je weniger Mediziner sich um einen verfügbaren Arztsitz in einem überversorgten Gebiet bewerben, desto niedriger fällt der Verknappungszuschlag aus. Je niedriger der Verknappungszuschlag, desto niedriger sind auch die Investitionskosten im Verhältnis zu unterversorgten Gebieten. Das senkt die Opportunitätskosten für eine Niederlassung in überversorgten Gebieten und schwächt damit den Anreiz für Hausärzte, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen. Der Umverteilungseffekt wird also durch die sinkenden Honorare geschmälert.

Die Annahme, dass die Kosten der gesetzlichen Maßnahmen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entrichtet werden, basiert auf den aktuell gültigen, gesetzlichen Vorgaben. Um die daraus resultierende sinkende Attraktivität des Hausarztberufs auszugleichen, wird an anderer Stelle bereits gegengesteuert. Die Spitzenverbände im Gesundheitswesen haben sich darauf geeinigt, dass die Krankenkassen und KVen mindestens 7500 Weiterbildungsstellen für Hausärzte fördern

überversorgten Bereichen höher als in unterversorgten Regionen. Da im Durchschnitt aber weniger als ein Fünftel des Praxisumsatzes von Hausärzten aus privatärztlicher Leistung erwirtschaftet wird, ist diese Annahme wenig plausibel.

(vgl. KBV 2016e, S. 3). Das könnte den Attraktivitätsverlust ausgleichen und die Kosten für die Hausarztversorgung in Deutschland erhöhen.

4.2 Mengensteuerung (Aussetzung von Regelleistungsvolumina)

Hausärztliche Leistungen sind einem Instrument der Mengensteuerung unterworfen, den sogenannten Regelleistungsvolumina (RLV, vgl. Kapitel 2.2). Die Einzelleistungsvergütung der Vertragsärzte (Honorar pro Behandlung bzw. Behandlungsfall) setzt einen Anreiz zur Mengenausweitung. Je mehr Behandlungsfälle und Leistungen pro Fall der Arzt erbringt, desto mehr verdient er. Die RLV begrenzen diesen Anreiz bis zu einer Fallzahl von 150 Prozent über dem Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe.¹⁰ Hat ein Arzt diese Schwelle erreicht, wird jede weitere Leistung im laufenden Quartal abschlägig vergütet. Abbildung 1 zeigt, dass sich eine Mengenausweitung über ein bestehendes Regelleistungsvolumen hinaus nicht lohnt. Für ein leichteres Verständnis des grundlegenden Wirkmechanismus der RLV und zur besseren Übersicht wurde bei der Darstellung auf die verschiedenen Stufen der Fallwertminderung verzichtet.

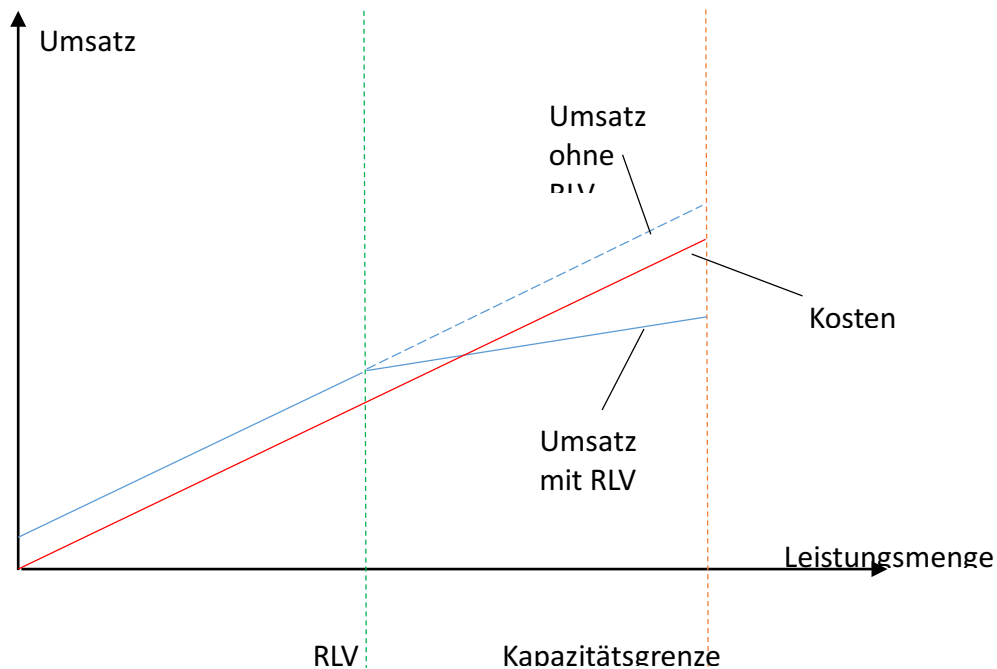


Abbildung 1: Eigene, schematische Darstellung der RLV

¹⁰ Bestimmte Leistungen wie zum Beispiel Notfälle im Bereitschaftsdienst fließen nicht mit in die Berechnung ein.

In nicht-unterversorgten Bereichen (mit bestehenden RLV) kann die Kostengerade die Umsatzfunktion übersteigen, wenn die RLV-Grenze erreicht ist. Der ökonomisch rationale Arzt würde dann seine Arbeit für den laufenden Abrechnungszeitraum einstellen. Übersteigen die Kosten den Umsatz schon vorher, ist es für den Arzt ökonomisch rational, seine Arbeit gar nicht erst aufzunehmen.

Mit der Aussetzung der Regelleistungsvolumina ermöglicht der Gesetzgeber Ärzten in unterversorgten Regionen, ihre Leistungsmenge auszuweiten. Der Arzt erhält dann für den letzten Patienten im Quartal das gleiche Honorar wie für den ersten. Der Arzt soll durch diese Re-Regulierung mehr Umsatz erwirtschaften können. Dadurch sollen in unterversorgten Gebieten mehr Patienten vertragsärztlich behandelt werden.

Diese Überlegung setzt voraus, dass wir es mit gleichbleibender Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen zu tun haben. Allerdings ist auch denkbar, dass die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen mit dem Angebot steigt. Anlass zu dieser Annahme gibt die Doppelrolle, die der Hausarzt einnimmt. Er ist nicht nur Berater des Versicherten bei der Auswahl der richtigen Therapie (was auch eine Nicht-Behandlung sein kann), sondern gleichzeitig Anbieter von Therapien. Empfiehlt der Arzt in seiner Rolle als Berater Versicherten, sich mehr behandeln zu lassen, steigt deren Nachfrage nach seinem medizinischen Leistungsangebot. In diesem Fall handelt es sich um „angebotsinduzierte Nachfrage“ (Dieser Absatz folgt Breyer/ Zweifel/ Kifmann 2013, S. 353).

Es ist davon auszugehen, dass eine Mengenausweitung lediglich einen bestehenden Nachfrageüberhang abbaut. Allerdings ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine Aussetzung der RLV Ärzte dazu veranlasst, ihre Leistungsmenge ohne medizinische Notwendigkeit zu erhöhen. Beide Varianten sind möglich (vgl. Breyer/ Zweifel/ Kifmann 2013, S. 371). Weil dieser Effekt nicht abzuschätzen ist, gilt im Folgenden die Annahme, dass die Nachfrage konstant bleibt.

Weitet ein Arzt seine Leistungsmenge aus, werden mehr Patienten mit hausärztlichen Leistungen oder eine gleiche Anzahl von Patienten mit mehr Leistungen pro Abrechnungszeitraum abgedeckt. Versicherte müssen dadurch zum Beispiel weniger lang auf einen Arzttermin warten oder sie müssen kürzere Wege auf sich nehmen, weil bei einem nähergelegenen Arzt Kapazitäten frei werden. Nachfrage nach und Angebot von hausärztlichen Leistungen gleichen sich im Ergebnis an. Aus Sicht der Hausärzte steigen mit der Leistungsmenge auch die Verdienstmöglichkeiten in unterversorgten Regionen.

An dieser Stelle ist zu prüfen, ob Ärzte ihre Leistungen tatsächlich ausweiten, wenn sie dazu die Möglichkeit haben. Denkbar wäre, dass Ärzte in unterversorgten Regionen angesichts der schlechten Versorgungslage bereits bis zu ihrer Kapazitätsgrenze arbeiten, um für möglichst viele Versicherte eine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Unterstellen wir dem Arzt, der als Freiberufler das finanzielle Risiko seiner Unternehmertätigkeit allein trägt, jedoch, dass er rational ökonomisch handelt, muss man davon ausgehen, dass er seine (vertrags-)ärztliche Tätigkeit einstellt, sobald die Kosten der Behandlung das abgestaffelte Honorar übersteigen. Daher können wir davon ausgehen, dass bei den meisten Ärzten nach Erreichen der RLV-Grenze noch Kapazitäten frei sind. Eine Mengenbeschränkung (in Form von RLV) wäre andernfalls gar nicht erst eingeführt worden.

Unklar ist, wie groß die Kapazitätsreserven der Hausärzte in unterversorgten Gebieten sind. Im Durchschnitt liegt die Wochenarbeitszeit von Hausärzten bei 55,7 Stunden (vgl. KBV 2014a, S.28). Der häufige Wunsch nach Teilzeit und die steigende Anzahl von Frauen unter Ärzten (vgl. Kopetsch 2010, S. 135) sprechen dafür, dass die Kapazitätsgrenze tendenziell sinkt. Dadurch verringert sich die Leistungsmenge der Ärzte, wie Abbildung 2 zeigt. Nähert sich die Kapazitätsgrenze der RLV-Grenze an, findet keine Mengenausweitung statt.

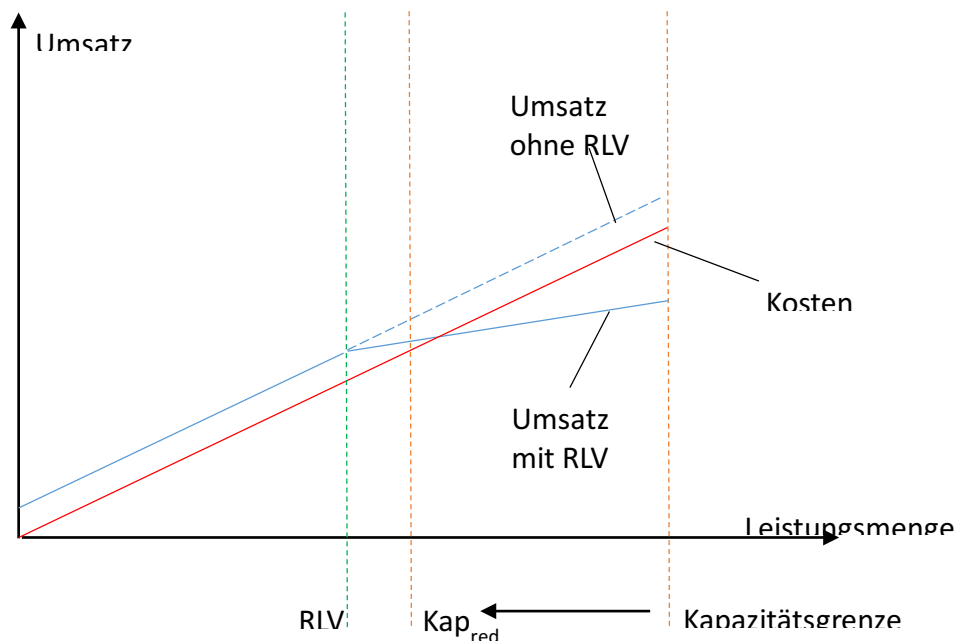


Abbildung 2: Eigene, schematische Darstellung des Umsatzes mit und ohne RLV, mit reduzierter Kapazitätsgrenze Kap_{red}

Unter der Annahme, dass Hausärzte ohne RLV freie Kapazitäten nutzen, können wir davon ausgehen, dass sie in unterversorgten Gebieten mehr verdienen werden als mit RLV. In nicht-unterversorgten Bereichen ändert sich durch die Maßnahme unmittelbar nichts an den Verdienstmöglichkeiten. Sie bleiben konstant. Im Verhältnis steigen daher die Verdienstmöglichkeiten in unterversorgten gegenüber nicht-unterversorgten Bereichen. Das stellt einen finanziellen Anreiz für eine Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet dar. Umgekehrt können diese zusätzlichen Verdienstmöglichkeiten als Opportunitätskosten einer Niederlassung in einem nicht-unterversorgten Bereich betrachtet werden, die durch die Maßnahme steigen.

Wie hoch diese Opportunitätskosten tatsächlich ausfallen, ist abhängig von der Kapazitätsgrenze des einzelnen Mediziners. Wird seine Leistungsmenge durch die RLV stark eingeschränkt, kann es umso attraktiver sein, einen Mittelbereich ohne RLV für seine Niederlassung zu wählen. Anders gesagt, je mehr ungenutzte Kapazitäten ein Arzt hat, desto größer ist für ihn der finanzielle Anreiz, den die Maßnahme für eine Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet schafft. Nähert sich seine Kapazitätsgrenze jedoch der RLV-Grenze an, sinken die zusätzlichen Verdienstmöglichkeiten. Die Opportunitätskosten für eine Niederlassung in einem nicht-unterversorgten Mittelbereich sinken dadurch.

Keine Umverteilung zwischen Ärztehonoren wegen steigender Gesamtvergütung

Erbringen Hausärzte mehr Leistungen, weil für sie keine RLV gelten, werden diese zusätzlichen Leistungen (anders als bei geltenden RLV) aus der trennungsrelevanten Vergütung entrichtet. Durch die zusätzlichen Leistungen steigt der durchschnittliche Behandlungsbedarf der Versicherten, auf dem die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung basiert (vgl. Simon 2013, S. 311). Daher steigt die Gesamtvergütung mit den zusätzlichen Leistungen – und damit die Kosten der Hausarztversorgung für die Gesamtheit der Beitragszahler.

Da diese Maßnahme durch eine Erhöhung der Gesamtvergütung finanziert wird, findet keine Umverteilung zwischen den Einkommen der Hausärzte in unter- und nicht-unterversorgten Gebieten statt. Die Ärztehonore in nicht-unterversorgten Regionen bleiben unberührt. Diese Maßnahme reduziert also lediglich die Opportunitätskosten einer Niederlassung in unterversorgten Bereichen, indem sie die Verdienstmöglichkeiten dort erhöht.

Verdeckte Mengenausweitung

Die Aussetzung der RLV kann eine „verdeckte Mengenausweitung“ bewirken. Die Ärzte gehen mit ihrem Bedarfsplanungsgewicht entsprechend ihres Arbeitsumfangs in die Berechnung des Versorgungsgrades ein. Der Arbeitsumfang ist zwischen 0 und 1 definiert und kann gestaffelt in 0,25-Schritten angemeldet werden (vgl. KBV 2016g).

Will ein Arzt in einem unterversorgten Bereich mehr GKV-Patienten betreuen, kann er seinen Arbeitsumfang und damit sein RLV erhöhen. Daher ist eine Aussetzung des RLV erst ab einem Teilnahmeumfang von 1 relevant, weil sich das RLV dann nicht erhöhen lässt und damit als Obergrenze fungiert. Liegt der Leistungsumfang des Arztes bei der formalen Obergrenze von 1 und er weitet seine Leistungsmenge darüber hinaus aus, wird diese Leistungsausweitung vom formalen Versorgungsgrad nicht mehr erfasst. Zwar steigt die Menge der hausärztlichen Leistungen, was den Zugang zu hausärztlichen Leistungen für die Versicherten verbessert. Gemessen an der allgemeinen Verhältniszahl steigt der Versorgungsgrad allerdings nicht zwangsläufig.

4.3 Subventionierung der Niederlassung

Neben den Instrumenten zur Mengensteuerung und dem Aufkauf von Arztpraxen subventionieren die KVen die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Bereichen. Als Instrumente dafür dienen die sogenannten Sicherstellungszuschläge und die Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds. Beide Maßnahmen speisen sich hälftig aus dem Budget der Krankenkassen und der KVen. Die jeweilige KV finanziert den Strukturfonds mit einem Betrag von 0,1 Prozent der Gesamtvergütung, die Sicherstellungszuschläge sind nicht gedeckelt.

Ob die genannten Maßnahmen daraus vollständig finanziert werden können, hängt im Wesentlichen davon ab, in welchem Umfang die Maßnahmen in Anspruch genommen werden. Das Beispiel der KV Bayern zeigt, dass das bislang der Fall ist. Die KV Bayern hat zwischen 2013 und 2016 mehr als 2,6 Millionen Euro an Fördermitteln aus dem Strukturfonds investiert (vgl. Schramm 2016, S. 18). Dem gegenüber steht eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der KV Bayern von 3,4645 Milliarden Euro (vgl. KBV 2014b, S. 101).

Bei den KVen werden beide Maßnahmen aus den Rückstellungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gespeist. Sie unterscheiden sich lediglich darin,

dass die Ausgestaltung der Subvention unterschiedlich sein kann. Ferner werden Sicherstellungszuschläge vom zuständigen Landesausschuss bewilligt, während die Einrichtung und Förderung aus dem Strukturfonds auf einer Entscheidung der KV beruht. Da beide Maßnahmen nach dem gleichen Mechanismus funktionieren, wird der Übersicht halber im Folgenden von Subventionen gesprochen.¹¹

Die Subventionen reichen von Investitionszuschüssen und Umsatzgarantien bei Praxisgründung oder -übernahme bis zur Förderung der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Um eine solche Förderung in Anspruch zu nehmen, müssen sich Ärzte in der Regel dazu verpflichten, sich in einem unterversorgten Gebiet für einen Mindestzeitraum niederzulassen. Da die Subventionen in Richtlinien von örtlichen KVen und Krankenkassen ausgearbeitet werden, gibt es deutschlandweit eine unübersichtliche Anzahl unterschiedlich ausgestalteter Maßnahmen. Systematische Evaluationen solcher Maßnahmen fehlen bislang. „Einstweilen geschieht auf diesem Feld noch vieles nach dem Muster ‚trial and error‘“ (Rosenbrock, S. 448). Im Folgenden sollen drei Subventionen untersucht werden, die weit verbreitet sind.

Drei Beispiele für Subventionen und deren Höhe

1. Die Spitzenverbände im Gesundheitswesen haben vereinbart, die hausärztliche Weiterbildung allgemein zu fördern. Krankenkassen und KVen sollen mindestens 7500 Weiterbildungsstellen für niedergelassene Allgemeinmediziner mit monatlich jeweils 2400 Euro fördern. Ausbildungsstellen in (drohend) unterversorgten Gebieten sollen aus den Strukturfonds der KVen zusätzlich bezuschusst werden. Hausärzte in Weiterbildung erhalten in unterversorgten Gebieten monatlich 500 Euro mehr als in nicht-unterversorgten Bereichen, in drohend unterversorgten Gebieten sind es 250 Euro (vgl. KBV 2016e, S. 6). 2014 haben die Kostenträger im Gesundheitswesen 116,3 Millionen Euro für die Weiterbildungsförderung ausgegeben. 282.410 Euro davon entfielen allein auf (drohend) unterversorgte Bereiche (vgl. KBV 2016f, S. 5).
2. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern bietet Ärzten, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen, eine Umsatzgarantie an. Zwei Jahre lang wird die Differenz zwischen dem individuellen Honorar und 85 Prozent des

¹¹ Daneben bestehen zahlreiche Fördermaßnahmen, die durch Bund, Länder und Kommunen finanziert werden.

durchschnittlichen Umsatzes der Fachgruppe gezahlt. Im Gegenzug verpflichten sich die jeweiligen Ärzte zu einer Mindestfallzahl, die die Ärzte erfüllen müssen. Die Maßnahme gilt für die ersten beiden Jahre der Niederlassung (Dieser Absatz folgt Schramm 2016, S. 18-19).

3. In Brandenburg können Ärzte (wie in einigen anderen KV-Bereichen) einen Investitionskostenzuschuss beantragen. Bei Übernahme einer Praxis bekommen Ärzte dort einmalig 25.000 Euro von der KV bezahlt. Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Ärzte mindestens fünf Jahre ihren Vertragsarztsitz halten (vgl. KVBB 2016). Für solche Investitionskostenzuschüsse wurden 2013 knapp 1,5 Millionen Euro an bundesweit insgesamt 51 Ärzte ausgezahlt, was einem durchschnittlichen Betrag von knapp 29000 Euro pro Arzt entspricht (vgl. Gerlach/ Greiner/ Haubitz 2014, S. 367).

Diese drei Beispiele für Subventionen haben das gleiche Ziel: einen Anreiz für Hausärzte schaffen, sich in einem unterversorgten Gebiet niederzulassen. Die KVen übernehmen zu dem Zweck Kosten der Ärzte bzw. garantieren ihnen wie im Fall der Umsatzgarantie einen Mindestverdienst.

Die Subventionen unterscheiden sich jedoch in einigen Punkten. Zielen Investitionskostenzuschuss und Umsatzgarantie in erster Linie auf die Übernahme einer Praxis in einem unterversorgten Gebiet, soll die Weiterbildungsförderung zusätzlich die Zahl der Allgemeinmediziner allgemein erhöhen.

Diese finanziellen Förderungen senken die Opportunitätskosten für eine Niederlassung in unterversorgten Bereichen, indem sie die Investitionskosten für die ärztliche Tätigkeit dort im Vergleich zu nicht-unterversorgten Gebieten senken. In letzteren bleiben die Investitionskosten von der Maßnahme unberührt. Damit wirkt die **Bezuschussung der Weiterbildung** im Ergebnis wie der **Investitionskostenzuschuss** für eine Praxisübernahme. Beide Maßnahmen stellen einen Anreiz zur Niederlassung in einem unterversorgten Bereich dar, indem sie die Opportunitätskosten senken. Zusätzlich stellt die Zuschussung der Weiterbildung einen Anreiz für Ärzte dar, sich zum Allgemeinmediziner ausbilden zu lassen, indem sie die Opportunitätskosten für eine Ausbildung zum Hausarzt im Vergleich zu anderen Fachgruppen senkt. Erhöht die Maßnahme die Zahl der Hausärzte, die sich niederlassen wollen, steigt der Verknappungszuschlag für Arztpraxen in nicht-unterversorgten Regionen (vgl. Kapitel

4.1). Dadurch sinken die relativen Investitionskosten in unterversorgten Regionen und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sich Ärzte für eine unterversorgte Region entscheiden.

Die **Umsatzgarantie** sichert Ärzten in unterversorgten Regionen für zwei Jahre einen Umsatz von mindestens 85 Prozent des durchschnittlichen Verdienstes ihrer Fachgruppe zu. Diese Maßnahme ist dann wirksam, wenn das Honorar andernfalls darunterläge. Dies kann in folgenden exemplarischen Fällen passieren.

Entweder ein Arzt hat eine neue Praxis in einer unterversorgten Region gegründet und braucht zwei Jahre, um sich einen Patientenstamm aufzubauen. In dieser Anfangszeit kann der Umsatz ohne Umsatzgarantie wegen geringer Fallzahlen die 85 Prozentschwelle unterschreiten. Die Subvention wirkt hier als Starthilfe. Sie gleicht die Transaktionskosten der Niederlassung aus, etwa die Arbeitszeit, in der der Arzt Werbung für sein Angebot macht oder bürokratische Aufgaben erledigt, bis seine Praxis ausgelastet ist. Nach zwei Jahren müsste der Verdienst dann bei mindestens 85 Prozent des Fachgruppen-Durchschnitts liegen, um die Verdienstsituation des Arztes im Anschluss an die Maßnahme nicht zu verschlechtern. Geht der Arzt davon aus, stellt die Umsatzgarantie einen positiven finanziellen Anreiz dar.

Oder der Arzt übernimmt eine Praxis mit einem Patientenstamm. In einem unterversorgten Gebiet dürfte eine solche Praxis von Anfang an ausgelastet sein, weil die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen das Angebot übersteigt. Die Transaktionskosten des Arztes sind in diesem Szenario deutlich geringer als bei einer Praxisneugründung. Eine Umsatzgarantie braucht er nur dann, wenn Nachfrage und Patientenstruktur in seinem Mittelbereich keinen Verdienst von 85 Prozent des hausärztlichen Einkommensdurchschnitts ermöglichen. Nach Ablauf der Förderung muss er daher mit geringeren Einnahmen rechnen.

In die Niederlassungsentscheidung des Arztes fließen die zukünftigen Einnahmen seiner Tätigkeit ein. Wählt der Arzt bei der Entscheidung einen Betrachtungszeitraum von wenigen Jahren (etwa, weil er plant, in fünf Jahren ins Ausland zu ziehen), kann die finanzielle Förderung der ersten beiden Niederlassungsjahre seine Verdienstaussichten entscheidend erhöhen – selbst wenn diese nach Ablauf der Förderung unter 85 Prozent des Fachgruppendurchschnitts liegen. Plant der Arzt jedoch bis zu seinem Ruhestand an dem Ort seiner Niederlassung zu bleiben, erhöht die Umsatzgarantie in den ersten beiden Jahren die Verdienstmöglichkeiten bis zum Ruhestand nur geringfügig.

Unabhängig davon, wie hoch die zusätzlichen Verdienstmöglichkeiten durch die Umsatzgarantie sind, stellt diese Maßnahme einen positiven Anreiz für eine Niederlassung in unterversorgten Bereichen dar. Sie verringert die Differenz zwischen den Verdienstmöglichkeiten in unter- und nicht-unterversorgten Gebieten. Allerdings ist es fraglich, ob ein Umsatz von 85 Prozent des Fachgruppendurchschnitts ausreicht, um die Niederlassungsentscheidung signifikant zugunsten unterversorgter Regionen zu beeinflussen. Der Verdienst in nicht-unterversorgten Gebieten dürfte tendenziell eher über dem Durchschnitt liegen.

Dazu kommt, dass die Subventionen auf solche Ärzte keinen Einfluss haben, die sich bereits aus nicht-finanziellen Gründen für eine Niederlassung in einem unterversorgten Bereich entschieden haben. Da die Anreizwirkung in diesem Fall mit der bereits getroffenen Entscheidung gleichgerichtet ist, ist die Subvention nicht effektiv. Eine Unterscheidung zwischen Ärzten, die sich erst durch die Subventionen zur Niederlassung in einem unterversorgten Bereich bewegen lassen und solchen, die die Förderung lediglich „mitnehmen“, ist wohl kaum möglich.

Geringfügige Umverteilungswirkung auf die Ärztehonore

KVen und Krankenkassen können sogenannte Sicherstellungszuschläge an Ärzte zahlen oder Maßnahmen aus den Strukturfonds finanzieren. Relevant für die Analyse sind die Auswirkungen auf das Budget der KVen, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Deren Anteil an Strukturfonds und Sicherstellungszuschlägen wird aus den Rückstellungen der Gesamtvergütung erbracht. (vgl. Kap. 2.2.1)

Die Einrichtung eines Strukturfonds (als Teil der Rückstellungen) und die Bewilligung von Sicherstellungszuschlägen verringern die trennungsrelevante Vergütung, aus der die Ärzte ihre Honorare beziehen. Anders als beim Arztpraxenkauf (vgl. Kapitel 4.1), ist die Erhöhung der Rückstellungen im Fall des Strukturfonds jedoch bei 0,1 Prozent gedeckelt. Die Honorare sinken dadurch in diesem KV-Bereich für alle Hausärzte geringfügig. Das verringert die Attraktivität des Hausarztberufs, wenn auch wahrscheinlich nur zu einem geringen Teil.

Die Subventionen bewirken aufgrund ihrer Finanzierungsquelle Umverteilungseffekte sowohl zwischen nicht-unterversorgten und unterversorgten als auch zwischen den unterversorgten Bereichen. Der Teil der Gesamtvergütung, der anstatt für Ärztehonore

für Fördermaßnahmen ausgegeben wird, kommt den Empfängern der Subventionen zugute. Es handelt sich hierbei um eine Umverteilung von der Gesamtheit der Hausärzte zu einzelnen Hausärzten. Unter den Empfängern sind ausschließlich solche, die sich seit Einführung der Maßnahme in unterversorgten Gebieten niedergelassen haben. Durch den Strukturfonds finanzieren also Ärzte aus größtenteils nicht-unterversorgten Gebieten mit einem Teil ihres Honorars die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten.

Unter den Zahlern für den Strukturfonds sind allerdings alle Hausärzte des jeweiligen KV-Bereichs, also auch solche, die bereits in unterversorgten Gebieten eine Praxis betreiben. Für diese Ärzte sinken die Verdienstmöglichkeiten genauso wie für alle anderen Ärzte. Im Gegenzug wächst der Anreiz, entweder selbst von den Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds zu profitieren (etwa durch den Umzug in einen anderen unterversorgten Mittelbereich) oder sich in einem nicht-unterversorgten Bereich niederzulassen, um durch die dort höheren Verdienstmöglichkeiten den Einkommensverlust auszugleichen. In unterversorgten Bereichen schafft die Maßnahme einen negativen finanziellen Anreiz, als Hausarzt zu arbeiten. Eine Erhöhung des Versorgungsgrades durch neue Hausärzte könnte durch einen Wegzug von bereits bestehenden Ärzten geschmälert oder gar ins Negative verkehrt werden.

Das Problem einer verdeckten Mengenausweitung (vgl. Kap. 4.2) stellt sich bei dieser Maßnahme nicht, weil die Subventionen nur gezahlt werden, wenn es zu einer Niederlassung kommt und somit vom Versorgungsgrad abgebildet wird.

5. Fazit und Ausblick

In Deutschland besteht offiziell in einigen Mittelbereichen eine Unterversorgung an Hausärzten. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen hat die Fachgruppe der Hausärzte ein Nachwuchsproblem. Immer weniger angehende Mediziner entscheiden sich für eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Der Beruf hat unter anderem aufgrund geringerer Verdienstmöglichkeiten gegenüber anderen medizinischen Fachgruppen an Attraktivität verloren. Gleichzeitig erreichen doppelt so viele Hausärzte in Kürze das Renteneintrittsalter wie noch vor zwanzig Jahren. Die nachkommenden Mediziner können diese Lücke nicht füllen. Deshalb sinkt die Zahl der Hausärzte in Deutschland perspektivisch.

Zum anderen sind die Hausarztsitze in Deutschland ungleich besetzt. Regionen, die aus Sicht der Ärzte wegen ihrer sozialen, kulturellen und ökonomischen Infrastruktur schlechter bewertet werden, weisen eine Unterversorgung auf. Gleichzeitig besteht in für Ärzte attraktiven Gebieten eine Überversorgung. Die Vergütung pro Behandlung ist zwar grundsätzlich in jedem KV-Bereich einheitlich. Doch hängen die Verdienstmöglichkeiten von der Patientenstruktur ab.

Mit dem GKV-VStG und dem GKV-VSG will der Gesetzgeber dieses Verteilungsproblem lösen. Da beide Gesetze erst wenige Jahre alt sind, gibt es bislang kaum empirische Nachweise über die Kosten und Auswirkungen der monetären und nicht-monetären Anreize der darin enthaltenen Maßnahmen. Die vorliegende Arbeit hat drei Maßnahmen untersucht. Der Aufkauf von Arztpraxen soll die Zahl der Arztsitze in überversorgten Planungsbereichen verringern. Die Aussetzung der Regelleistungsvolumina und die Subventionen aus Sicherstellungszuschlägen und Strukturfonds sollen in unterversorgten und drohend unterversorgten Gebieten finanzielle Anreize für eine Niederlassung schaffen.

Der Arztpraxenkauf hat im Gesetzgebungsprozess wohl für die größte Kritik gesorgt. Die KVen werden durch diese Maßnahme dazu verpflichtet, Nachbesetzungsanträge in überversorgten Regionen ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent abzulehnen und den Praxisinhaber mit dem Verkehrswert seiner Praxis zu entschädigen. Faktisch kaufen sie die Praxis. Dies kann zu einer Reduzierung der Überversorgung führen. Die Maßnahme erhöht dadurch die Wahrscheinlichkeit, dass sich niederlassungswillige Hausärzte für einen unterversorgten Bereich entscheiden. Die Maßnahme kann also einen Umverteilungseffekt herbeiführen.

Allerdings gibt es bei der Ausgestaltung der Maßnahme noch etliche Unklarheiten. Zum einen ist nicht klar, woraus die KVen die voraussichtlich beträchtlichen Entschädigungssummen finanzieren sollen. Unter der Annahme, dass sie aus den Rückstellungen der KV-Budgets gezahlt werden, dürfte dies zu einer Reduzierung der Ärztehonoreare führen. Das wiederum würde die Attraktivität des Hausarztberufs schmälern und dem Ziel eines relativ geringeren Angebots an Arztsitzen in überversorgten Gebieten entgegenwirken. Zudem könnte es die hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland allgemein verschlechtern.

Zum anderen ist nicht klar, wie konsequent die KVen von der Möglichkeit des Arztpraxenkaufs Gebrauch machen. Eine Reihe von Ausnahmeregelungen hat dazu geführt, dass es bislang nur einen dokumentierten Anwendungsfall gibt. Darüber hinaus tritt die Verpflichtung zum Aufkauf erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent anstatt wie im Gesetzesentwurf angedacht, ab 110 Prozent in Kraft. Das betrifft in Deutschland 68 Hausarztpraxen. Der Umverteilungseffekt dürfte damit sehr gering ausfallen.

Mit der Aussetzung der Regelleistungsvolumina ermöglicht der Gesetzgeber Ärzten in unterversorgten Gebieten ihre Leistungsmenge auszuweiten. Diese war zuvor begrenzt. Mit der Re-Regulierung steigen die Verdienstmöglichkeiten von Hausärzten in unterversorgten Bereichen. Die Maßnahme erhöht daher die Wahrscheinlichkeit, dass sich Ärzte in einem unterversorgten Bereich niederlassen. Ob sich Mediziner von der möglichen Leistungsausweitung anziehen lassen, hängt davon ab, ob sie über das RLV hinaus freie Kapazitäten haben. Aufgrund der Berechnung des formalen Versorgungsgrades wird eine Mengenausweitung von Ärzten, die bereits in unterversorgten Gebieten praktizieren, nicht dargestellt. Die Maßnahme kann also zu einer verdeckten Mengenausweitung führen.

Die zusätzlichen Leistungen, die in unterversorgten Regionen erbracht werden, erhöhen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die die Kassen an die KVen zahlen. Die Mengenausweitung wird also durch die Beitragszahler finanziert. Eine Umverteilung der Honorare von Ärzten in nicht-unterversorgten zu Ärzten in unterversorgten Gebieten findet daher nicht statt. Gleichzeitig steigen dadurch die Beiträge für die Versicherten.

Die untersuchten Subventionen (Umsatzgarantien und Zuschüsse zu Investitionskosten und Weiterbildung) schaffen Anreize für eine Niederlassung in einem unterversorgten Bereich. Durch eine direkte oder indirekte Finanzierung der Niederlassung senken sie die Investitionskosten im Verhältnis zu nicht-unterversorgten Bereichen. Die Bezuschussung der Weiterbildung, mit zusätzlich 500 Euro monatlich in unterversorgten Bereichen, erhöht außerdem die Attraktivität des Hausarztberufs.

Finanziert werden die Maßnahmen unter anderem aus den Rückstellungen der KVen. Das führt innerhalb der Ärzteschaft zu einem Umverteilungseffekt zugunsten von Ärzten, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen. Die Honorare von bereits niedergelassenen Ärzten sinken. Dadurch werden nicht nur nicht-unterversorgte Gebiete im Verhältnis

unattraktiver. Auch für Ärzte, die bereits in einer unterversorgten Region praktizieren, wird ihre Tätigkeit unattraktiver. Ob letzteres Ärzte dazu bewegt, aus der bestehenden Vertragsarztstätigkeit auszusteigen, muss an anderer Stelle geklärt werden.

Das hausärztliche Vergütungssystem ist durch eine Vielzahl von finanziellen Anreizen gekennzeichnet. Ob die untersuchten Maßnahmen eine signifikante Zahl an Ärzten zu einer Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet bewegen können, bleibt abzuwarten. Es ist ebenso denkbar, dass sie von Anreizen des PKV-Systems überlagert werden.

Literaturverzeichnis

Breyer F./ Zweifel P./ Kifmann M. (2013): Gesundheitsökonomik, Berlin, Heidelberg, 6. Auflage.

Bridts W. (2014): Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen, Wiesbaden, 1. Auflage.

Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2013): Laufende Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen. Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe – Mittelbereiche, Bonn, <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html>, abgerufen am 24.1.2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG, Berlin, http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html, abgerufen am 23.5.2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2016): GKV-Versorgungstärkungsgesetz, Berlin, <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz/gkv-vsg.html>, abgerufen am 26.6.2016.

Czihal, T./ Leibner, M./ von Stillfried, D. (2015): Update: Anhebung der Sperrgrenze auf 140%, Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/10, Berlin.

<http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=4&uid=56>, abgerufen am 20.7.2016.

Deutschland, Bundesrepublik (1992): Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz-GSG), in: Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 59, S. 2266-2334.

Deutschland, Bundesrepublik (2011): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), in: Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 70, S. 2983-3022.

Deutschland, Bundesrepublik (2015): Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 30, S. 1211-1244.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, Berlin.

Gerlach, F. M./ Greiner, W./ Haubitz, M. (2012): Sondergutachten 2012, Kurzfassung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf, abgerufen am 18.11.2015.

Gerlach, F. M./ Greiner, W./ Haubitz, M. (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2016a): Thema: Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung, Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp, abgerufen am 26.7.2016.

GKV-Spitzenverband (2016b): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, zuletzt aktualisiert: März 2016, Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp, abgerufen am 26.7.2016.

Günther, O. H./ Kürstein, B./ Riedel-Heller, S. G./ König, H. H. (2010): The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany, in: Health services research, Jg. 45, Heft 1, S. 212-229.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014a): Tabellenband Ärztemonitor 2014 – Ergebnisse für Haus- und Fachärzte, Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014b): Honorarbericht für das vierte Quartal 2013, Zahlen und Fakten, Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2015a): Demografiefaktor nach Planungsregion 2014, Berlin, <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17014.php>, abgerufen am 26.7.2016.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2015b): Versorgungsgrad in % nach Planungsregion, 2014. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>, abgerufen am 27.7.2016.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2015c): Beschlüsse der Landesausschüsse nach Planungsregion, 2014. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17018.php>, abgerufen am 27.7.2016.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016a): Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2014 (Stand: 4.5.2016), Berlin, http://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Tabellen.xls, abgerufen am 15.6.2016.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016b): Orientierungswert steigt um 1,6 Prozent – Honorarverhandlungen für 2016 beendet, Berlin, <http://www.kbv.de/html/2054.php>, abgerufen am 15.6.2016.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016c): 03000 Versichertenpauschale nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab, http://www.kbv.de/tools/ebm/html/03000_2901600461203648222176.html, abgerufen am 26.7.2016.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016d): Geschäftsbericht 2015, Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016e): Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 27–28, A1330 – A1353, Köln.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016f): Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung, Evaluationsbericht für das Jahr 2014, Berlin. http://www.kbv.de/media/sp/2015_11_26_Evaluationsbericht_Foerderung_Weiterbildung_2014_fin.pdf, abgerufen am 22.7.2016.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016g): Gesundheitsdaten - Bedarfsplanungsgewicht berücksichtigt Teilnahmeumfang der Ärzte, Berlin, <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17015.php>, abgerufen am 22.7.2016.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2015): Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2016, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2016): Versorgungsatlas Hausärzte, Februar 2016, München.

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) (2016): Investitionskostenzuschuss, Potsdam,

<http://www.kvbb.de/praxis/zulassung/foerdermoeglichkeiten/investitionskostenzuschuss/>, abgerufen am 13.7.2016.

Klose J./ Rehbein I. (2015): Ärzteatlas 2015, Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin.

Kopetsch T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!, Studie zur Altersstruktur- und Arztlahentwiclung, Berlin, 5. Auflage.

Langer A./ Ewert T./ Holleder A./ Geuter G. (2014): Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und –hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Jg. 20, Heft 1, S. 11-18.

Nies, Katja (2016): Verkauf einer Arztpraxis in Zeiten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, 19.05.2016. <http://www.iww.de/pfb/steuern-und-recht-aktuell/10-iww-kongress-praxis-aerzteberatung-verkauf-einer-arztpraxis-in-zeiten-des-gkv-versorgungsstaerkungsgesetzes-f95215>, abgerufen am 27.7.2016.

Rosenbrock R./ Gerlinger T. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern. 3. Auflage.

Schramm, Laura (KVB) (2016): Förderprogramme in unterversorgten Gebieten, in: KVB FORUM 1-2/2016, München.

Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern. 4. Auflage.

Statistisches Bundesamt (2013a): Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2011, in: Fachserie 2 Reihe 1.6.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013b): Einnahmen und Reinerträge von Kassenpraxen: Privateinnahmen machen den Unterschied, Wiesbaden.

Thust, Wolfdieter (1997): Jetzt 343 556 Ärztinnen und Ärzte, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 1996, in: Deutsches Ärzteblatt Jg. 94, Heft 19, Supplement.

Vogt V/ Siegel M/ Sundmacher L (2015): Welchen Beitrag leisten Standortfaktoren zur Erklärung der regionalen Ungleichverteilung niedergelassener Vertragsärzte?, Berlin.

[https://www.mig.tu-](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Bielefeld_2015.03.17.vv_DGGOE_Standortfaktoren.pdf)

[berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Bielefeld_2015.03.17.vv_DGGOE_Standortfaktoren.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Bielefeld_2015.03.17.vv_DGGOE_Standortfaktoren.pdf) , abgerufen am 24.1.2016.