Eine Langzeitbetrachtung

Warum gibt es in Deutschland ein Problem in der ambulanten Versorgung?

Trotz steigender Arztzahlen und Arztdichte im ambulanten Bereich hat sich in Deutschland in den vergangenen Jahren ein Versorgungsproblem entwickelt. Offensichtlich wird es für Patienten immer schwerer, einen Termin bei einem Facharzt zu bekommen oder einen Haus- oder einen Kinderarzt zu finden. Demgegenüber klagen Ärzte über eine zunehmende Inanspruchnahme, die sie nicht mehr leisten könnten. Viele Presseartikel, politische und berufspolitische Stellungnahmen und wissenschaftliche Arbeiten gibt es dazu [1, 2, 3]. Als Ursache werden z. B. genannt: der Hausarztmangel, die zunehmende Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aufgrund der Demografie, zu wenig Medizinstudienplätze, die Work-Life-Balance der jungen Generation und anderes. Beim Gesundheitssystem generell und speziell auch der ambulanten Versorgung handelt es sich um ein System mit langen zeitlichen Latenzen in Bezug auf die verschiedenen (berufs-) politischen Maßnahmen und Steuerungsversuche, die in der Vergangenheit stattgefunden haben. Deshalb wird hier die zeitliche Entwicklung verschiedener Kennzahlen über mehrere Jahrzehnte dargestellt und analysiert in Bezug auf die heutigen Versorgungsprobleme.

>> Anhand von öffentlich zugänglichen Daten, insbesondere den Honorarberichten der KBV [4] und den Ärztestatistiken der BÄK [5], wird die Entwicklung der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung der letzten Jahrzehnte aufgearbeitet und dargestellt. Zur Vereinfachung wird im Folgenden vom Hausarzt(HA)-Bereich und vom Facharzt(FA)-Bereich gesprochen, obwohl auch alle hausärztlich tätigen Ärzte seit 1996 die Facharztanerkennung haben müssen.

Neben der Entwicklung der Arztzahlen insgesamt und dem Vergleich der Arztzahlen im stationären Bereich zum ambulanten Bereich ist vor allem die Entwicklung der Arztzahlen im HA-Bereich im Vergleich zum FA-Bereich seit 1980 ein aufschlussreicher Parameter. Weitere wichtige Parameter sind die Entwicklung der Arztdichte, die Fallzahlentwicklung, speziell die Fallzahl pro Arzt, wobei den Auswertungen soweit möglich die Arztzahlen nach Teilnahmeumfang und nicht die Arztzahlen nach „Köpfen" zugrunde gelegt werden.

In den Honorarberichten der KBV werden diese erst ab 2013 aufgeführt. Allerdings ist davon auszugehen, dass davor der Unterschied nur marginal sein dürfte. Ferner wird die Honorarentwicklung im Vergleich der beiden Bereiche betrachtet. Zu den Fallzahlentwicklungen werden die historischen (berufs)-politischen Entscheidungen und Maßnahmen dargestellt, die möglicherweise einen Einfluss auf die Arztzahlentwicklung in dem jeweiligen Bereich gehabt haben könnten. Ferner werden die verschiedenen Maßnahmen, die das Ziel hatten und haben, die hausärztliche Versorgung zu stärken, aufgeführt und ein möglicher Zusammenhang diskutiert. So wird versucht, Ursachen für die derzeitigen Probleme in der ambulanten Versorgung herauszuarbeiten.

Ergebnisse

Die Gesamtzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte hat sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich erhöht (Abb.1). Kamen 1960 noch 786 Einwohner auf einen Arzt, so sind das 2023 nur noch 197.

Ab 2010 steigen die Arztzahlen im stationären Bereich stärker als im ambulanten Bereich (Abb.1). D. h., ab 2010 sind relativ mehr Ärzte und Ärztinnen im stationären Bereich verblieben und weniger häufig in den ambulanten Bereich gewechselt. Der Anteil der Ärztinnen hat deutlich zugenommen von ca. 10 Prozent 1960 auf derzeit über 50 Prozent. Im ambulanten Bereich hat sich in den letzten Jahrzehnten eine dramatische

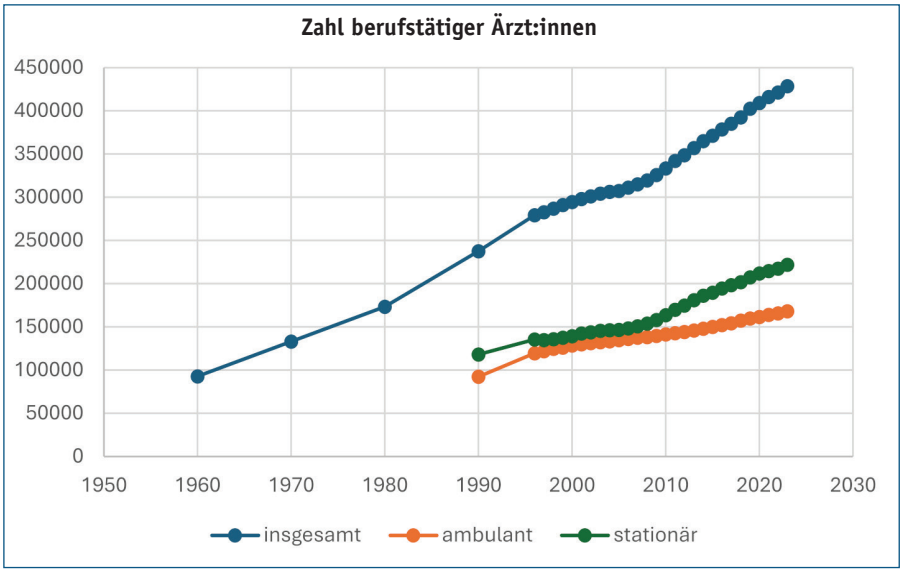


Abb. 1: Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte insgesamt und nach Tätigkeitsort stationär oder ambulant (Quelle: eigene Darstellung).

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

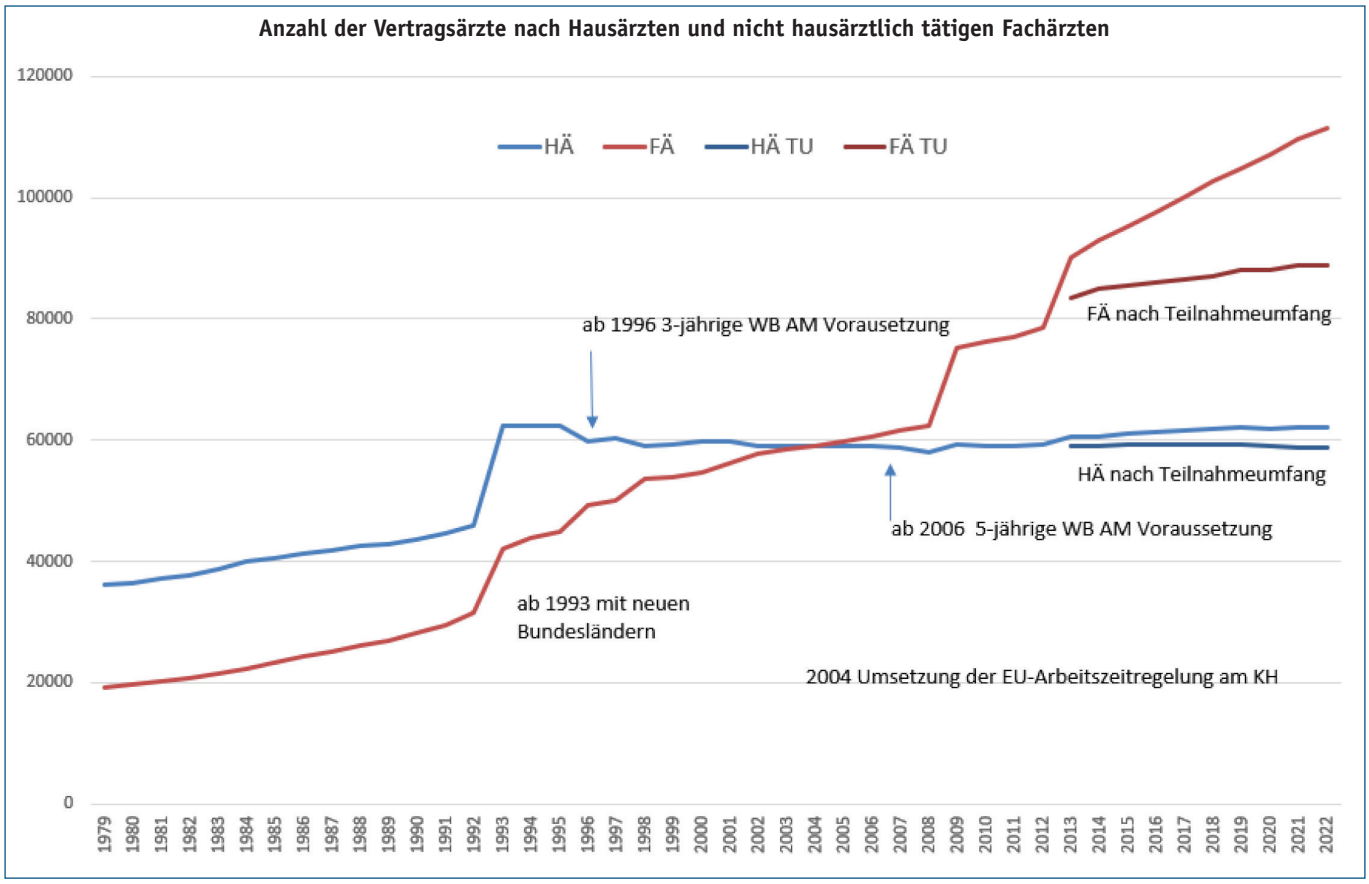


Abb. 2: Anzahl der Vertragsärzte nach Hausärzten und nicht hausärztlich tätigen Fachärzten. (Quelle: eigene Darstellung).

Entwicklung abgespielt: Wie Abb. 2 zeigt, betrug 1980 der Anteil der Hausärzte (HÄ) 65 Prozent und der Anteil der Fachärzte (FÄ) lag bei 35 Prozent. Im Jahr 2022 beträgt der Anteil der HÄ 40 Prozent und der Anteil der FÄ liegt bei 60 Prozent. Bis 1993 verlief die Zunahme bei den HÄ und FÄ ziemlich parallel. Nach einer kurzen Plateau-Phase kam es 1996 dann allerdings zu einer Verringerung der Zahl der HÄ, die sich in den Folgejahren noch fortsetzt. Erst ab 2012 ist ein leichter Anstieg zu beobachten, allerdings nur in Bezug auf die Anzahl der „Köpfe". Betrachtet man den Teilnahmeumfang an der Versorgung, so sind die Zahlen bei den HÄ weiter rückläufig, während sie bei den FÄ weiter ansteigen. Seit 1996 entscheiden sich also immer mehr Ärztinnen und Ärzte, die in den ambulanten Bereich gehen, für eine Facharzttätigkeit und gegen die Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin. Dies spiegelt sich auch in dem Anteil der Facharztanerkennungen für das Fach Allgemeinmedizin an allen Facharztanerkennungen (Abb. 3).

Diese Entwicklung wurde bereits im Gutachten des SVR 2014 [6] beschrieben, ohne dass nachhaltige Maßnahmen ergriffen wurden. Ein wichtiger Parameter in Bezug auf die Versorgung ist die Anzahl der Behandlungsfälle. Diese steigt kontinuierlich an mit einem Knick während der Corona-Pandemie, in den letzten zehn Jahren um 7,2 Prozent. Der Anstieg liegt deutlich über der Zunahme der Bevölkerung von 4,3 Prozent im gleichen Zeitraum.

Differenziert man nach HÄ und FÄ, so zeigt Abbildung 4, dass bei den HÄ trotz stagnierender Arztzahlen die Zahl der Behandlungsfälle je Arzt (nach Teilnahmeumfang) eine steigende Tendenz aufweist, während die Zahl der Behandlungsfälle bei den FÄ (ohne die Behandlungsfälle der Laborärzte und Radiologen) tendenziell eher rückläufig ist. Betrachtet man die Honorarentwicklung,

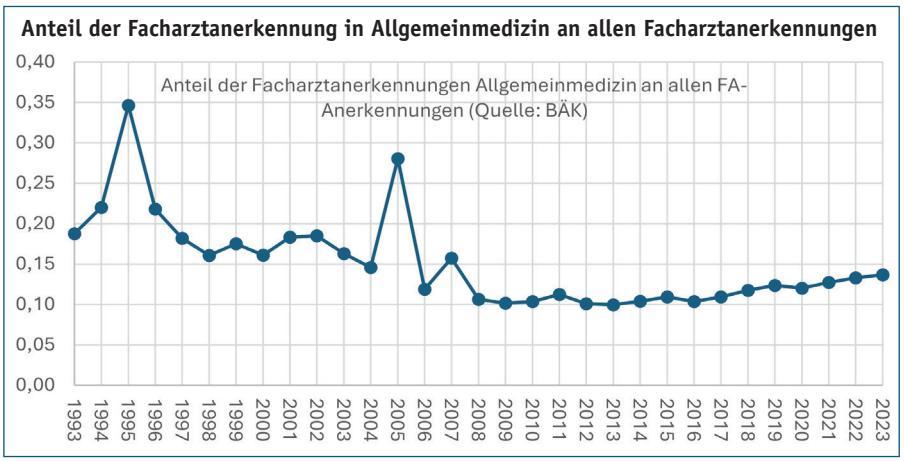


Abb. 3: Anteil der Facharztanerkennung in Allgemeinmedizin an allen Facharztanerkennungen (Quelle: eigene Darstellung).

so zeigt sich, dass die fachärztlichen Honorare in den letzten zehn Jahren etwas stärker angestiegen sind als im hausärztlichen Bereich. Allerdings konnte die zunehmende Honorierung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nicht berücksichtigt werden, da es dazu keine öffentlich zugänglichen Daten gibt. Geschätzt dürfte die Mehrhonorierung im Rahmen der HZV derzeit bundesweit im Durchschnitt noch unter 4 Prozent des KV-Honorars liegen. Dabei ist zu bedenken, dass die Praxiskosten insbesondere bei den FÄ sehr unterschiedlich sind. Auch die Einnahmen außerhalb des KV-Bereichs sind sehr unterschiedlich, über alle Fachgruppen machen die KV-Honorare ca. 72% der Praxiseinnahmen aus, bei den Hausarztpraxen beträgt dieser Anteil ca. 90% [7].

Relevante berufspolitische Entscheidungen wurden in Abb. 2 eingefügt:

- 1992 Gesundheitsstrukturgesetz „Lahnstein“: Einführung von Zulassungsbeschränkungen, Altersgrenze für Kassenärzte (68 Jahre, später wieder aufgehoben), Facharzt Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt [8].
- Ab 1993 3-jährige Weiterbildungszeit für den FA in Allgemeinmedizin.
- Ab 2004 Umsetzung der neuen EU-Arbeitszeitregelungen an den Krankenhäusern.
- Ab 2006 5-jährige Weiterbildungszeit für den FA in Allgemeinmedizin.

Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin:

- Auf- und Ausbau des Faches Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten, Errichtung von Lehrstühlen.
- Änderungen der Approbationsordnung: seit 2004 2-wöchiges Pflicht-Blockpraktikum Allgemeinmedizin, Famulatur in Allgemeinmedizin, Wahlfach Allgemeinmedizin, PJ-Tertial in AM.
- Finanzielle Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin seit 2010, bisherige Gesamtfördersumme ca. 2,1 Milliarden Euro (bis inkl. 2022).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Bis 1992 verlief die Entwicklung der Anzahl der HÄ und der FÄ in etwa parallel, der Anteil der HÄ betrug konstant ca. 65 Prozent, der Anteil der FÄ 35 Prozent (Abb. 2). Ab dem Jahr 1993 ist eine drastische Änderung bei der Entwicklung der Zahl der HÄ zu beobachten. Nach einer kurzen Plateau-Phase kommt es zu einem leichten Rückgang, der mit geringen Schwankungen bis heute anhält. Die Zahl der FÄ steigt dagegen weiterhin konstant an. Wurde die HA-Medizin unattraktiver oder die FÄ-Tätigkeit attraktiver? Welche Faktoren könnten diese Entwicklung bestimmt haben [9, 10, 11]?

Trotz der vielfältigen, zahlreichen und kostenintensiven Maßnahmen (siehe oben) ist es nicht gelungen, seit 1993 die Anzahl der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte relevant zu erhöhen. Inwieweit diese Maßnahmen einen weiteren Rückgang verhindert haben, muss spekulativ bleiben. Die Einführung der Regelung, dass man sich nur noch als Facharzt/Fachärztin niederlassen kann im GSG 1992 und den nachfolgenden Beschlüssen der Ärztekammern, dass die Weiterbildungszeit in Allgemeinmedizin ab 1996 drei Jahre und ab 2006 fünf Jahre beträgt, könnte eine wesentliche Ursache dafür sein, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte gegen eine Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin entschieden haben und auch heute noch entscheiden.

Dafür spricht auch die Entwicklung bei den Facharztanerkennungen (Abb. 3), die jeweils einen Peak in dem Jahr vor der Einführung der 3-jährigen bzw. 5-jährigen Weiterbildung als Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt zeigen und dann in den Folgejahren bis 2013 weiter rückläufig sind. Danach steigen die Zahlen wieder langsam an, allerdings

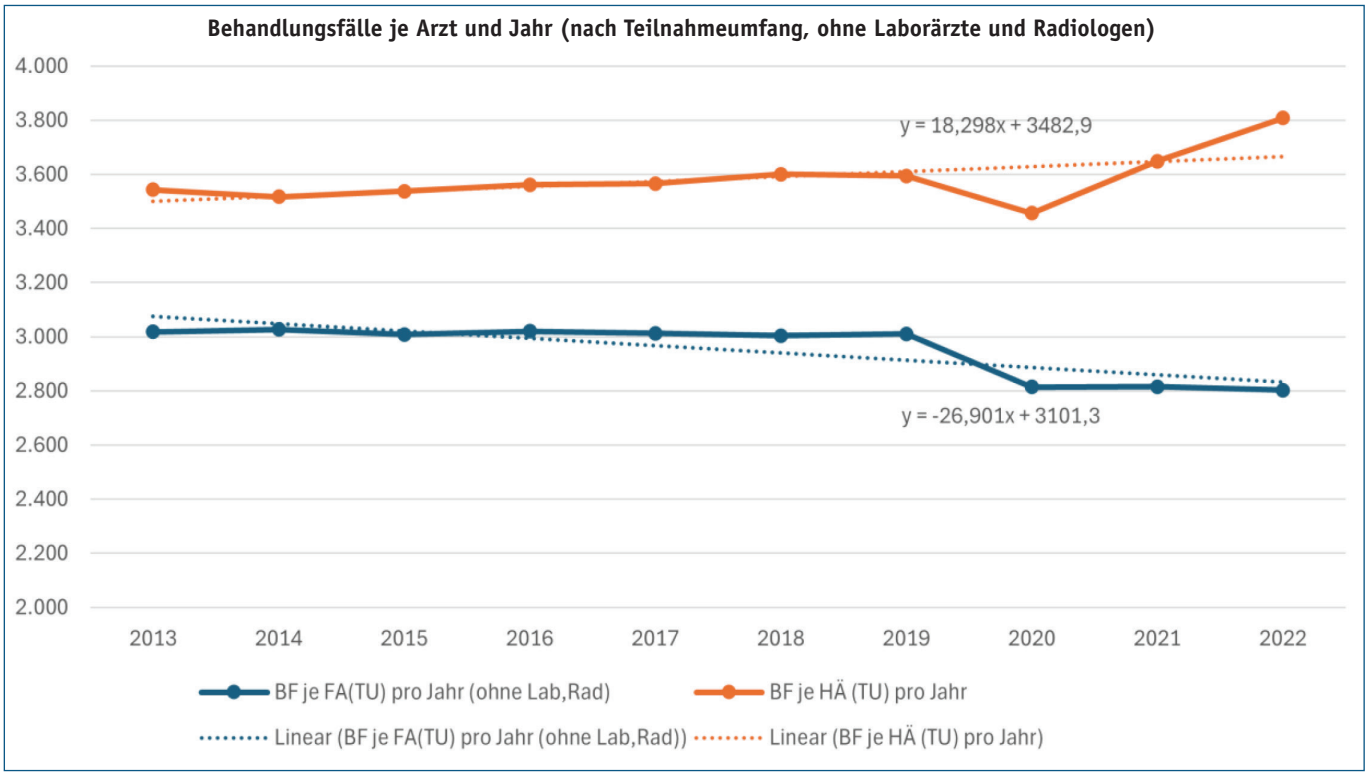


Abb. 4: Behandlungsfälle je Arzt und Jahr (nach Teilnahmeumfang, ohne Laborärzte und Radiologen). (Quelle: eigene Darstellung).

Zitationshinweis

Eissler, M.: „Warum gibt es in Deutschland ein Problem in der ambulanten Versorgung?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 40–43. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2720

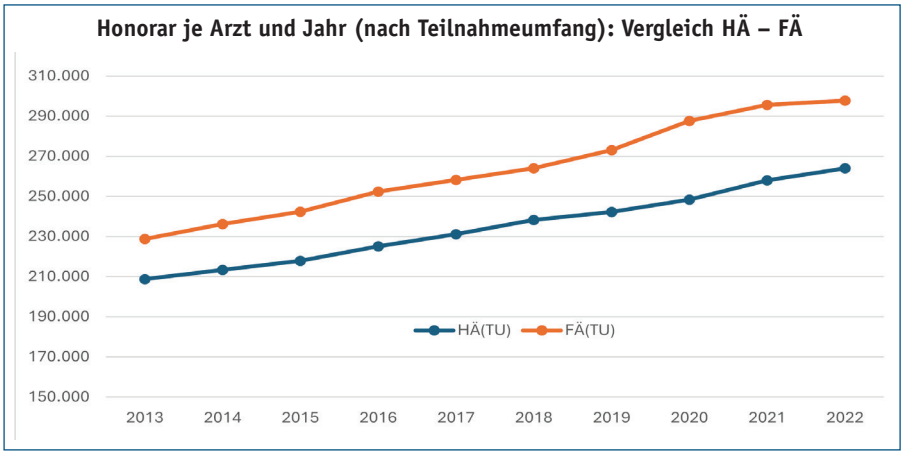


Abb. 5: Honorar je Arzt und Jahr (nach Teilnahmeumfang): Vergleich HÄ – FÄ. (Quelle: eigene Darstellung).

ohne dass sich das bei den Zahlen der hausärztlichen Vertragsärzte in einer Zunahme bemerkbar macht. Entweder bleiben diese FÄ für Allgemeinmedizin an den Kliniken, an denen es zunehmend Stellen für Allgemeinärzte gibt, oder sie arbeiten in Teilzeit im ambulanten Bereich (oder zeitweise gar nicht).

Dabei ist zu beachten, dass mit diesen Maßnahmen auch positive Effekte verbunden waren: Die Reputation des Fachgebiets Allgemeinmedizin und die Qualität der hausärztlichen Tätigkeit haben sicherlich zugenommen.

Die unterschiedliche Entwicklung in der Honorierung (Abb. 5) dürfte bei gleich langer Weiterbildungszeit ebenfalls die Entscheidung für eine fachärztliche Weiterbildung und gegen die Niederlassung als HA beeinflussen. Die Tatsache, dass die Zahl der Hausärzte in den letzten 20 Jahren stagnierte, ist sicherlich ein wesentlicher Grund für die aktuellen Versorgungsprobleme, da im hausärztlichen Bereich ein großer Teil der akuten ambulanten Versorgung, aber auch die kontinuierliche Langzeitbehandlung von chronisch kranken Patienten stattfindet und die Nachfrage nach ambulanten Versorgungsleistungen aus verschiedenen Gründen zugenommen hat.

Diese Nachfrage kann durch die deutliche Zunahme der Arztzahlen im FA-Bereich offensichtlich nicht kompensiert werden. Ein weiterer Aspekt ist die Frage, inwieweit aufgrund der Zunahme von regelmäßig durchzuführender Programme wie der Gesundheitsuntersuchung, weiterer Präventionsprogramme, der DMPs, der Kindervorsorgeuntersuchungen u. ä. die Termine für die Akutpatienten „verstopft“ werden. Diese Programme sollten – soweit noch nicht geschehen – einer kritischen Evaluation unterzogen werden. Auch die Wiedereinbestellungspraktiken in manchen FA-Gebieten sollten bezüglich ihrer Sinnhaftigkeit hinterfragt und soweit möglich anhand der Daten von KBV und Krankenkassen evaluiert werden.

Da die vielfältigen Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung bisher nicht den gewünschten Effekt hatten, sollte über neue Konzepte nachgedacht werden, wie die Entscheidung für die Allgemeinmedizin und die Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin attraktiver gemacht werden können. Ein Ansatz könnte sein, die Voraussetzungen für eine Zulassung als Vertragsarzt so zu ändern, dass bereits nach einer Weiterbildung von 3 Jahren, eventuell mit einem „Facharzt Hausarztmedizin“, eine Zulassung möglich wäre. Dies wäre europarechtlich unproblematisch, da in einigen europäischen Ländern die Weiterbildungszeit auch nur drei Jahre beträgt. Nach einer Tätigkeit von weiteren 2 Jahren in der Hausarztpraxis unter Supervision könnte dann der „Facharzt Allgemeinmedizin“ erworben werden.

Ein anderer Ansatz wäre, für alle Facharztgebiete ein obligates „Hausarztjahr“ einzuführen, d. h. ein Jahr Pflichtweiterbildung in einer Hausarztpraxis, ähnlich einem „Landarztjahr“, wie es das schon einmal vor vielen Jahrzehnten gab. Allerdings stellt sich hier die Frage der Finanzierung. Alternativ oder ergänzend sollten die Abrechnungsregeln so novelliert werden, dass die Akutversorgung im hausärztlichen Bereich attraktiver wird. Auf jeden Fall sind neue Ideen gefragt, da offensichtlich die bisherigen Ansätze keine Verbesserung der Versorgung gebracht haben und Ansätze wie die „Landarztquote“ frühestens nach 12 oder 15 Jahren sich in der Versorgung werden auswirken können. <<

von: Dr. med. Manfred Eissler[1]

1: Facharzt für Allgemeinmedizin, ZB Umweltmedizin (ORCID: 0000-0002-0174-6678)

Literatur

1. Bundesgesundheitsministerium. Ärztliche Versorgung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html. Stand 17.11.2024
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die ambulante Versorgung in Deutschland – Hochgeschätzt und doch in Gefahr. https://www.kbv.de/html/68886.php. Stand 17.11.2024
3. Ärzteblatt. Weiter steigende Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. 07.11.2023. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147167/Weiter-steigende-Inanspruchnahme-ambulanter-Leis. Stand 17.11.2024
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Honorarberichte. https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php; Stand: 12.09.2024
5. Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik. https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023. Stand 28.08.2024
6. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Sachverständigenrat zur Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf; Stand 12.11.2024
7. DESTATIS. Arztpraxen erzielten 2021 knapp 72% ihrer Einnahmen aus Kassenabrechnung. Pressemitteilung Nr. 346 vom 31. August 2023. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/08/PD23_346_52911.html. Stand 17.11.2024
8. AOK. Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). https://www.aok.de/pp/reform/gsg/#c18634. Stand 07.11.2024
9. Schäfer M, Donnachie E, Gerlach R et al. Entwicklung der hausärztlichen Versorgung innerhalb der letzten Jahrzehnte – eine Analyse des Basisdatensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Das Gesundheitswesen 2022; 84(04): 326 – 332. DOI: 10.1055/a-1330-7969
10. van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt 2019; 9: https://www.springermedizin.de/allgemeinmedizin/die-zukunftsprobleme-der-hausaerztlichen-versorgung-in-deutschla/17075924; Stand 15.11.2024
11. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J. et al. Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? DMW 2010; 135: 1011-1015