



# Pro ambulant

Informationsdienst über die ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen

## Editorial

# Arztmangel: Eine große Aufgabe liegt vor uns

**Traumberuf Arzt? Das war einmal. Längst wandert ein großer Teil der Absolventen eines Medizinstudiums in die Industrie und Forschung oder gar ins Ausland ab – weil die Bedingungen dort oftmals attraktiver sind. Der ärztliche Nachwuchs bricht in ganz Deutschland weg. Zeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Nordrhein und Westfalen-Lippe, mit Unterstützung der Politik kräftig gegenzusteuern.**

Liegen die Demografen mit ihrer Einschätzung richtig, dann nimmt der Bedarf an ambulanten medizinischen Leistungen künftig zu, obwohl die Bevölkerungszahl sinkt. Gerade bei „Volkskrankheiten“ wie Diabetes, Demenz, Herzinfarkt oder Darmkrebs drohen steigende Fallzahlen. Einer Überalterung der Gesellschaft und der damit verbundenen Multimorbidität stehen aber schon in naher Zukunft nicht mehr genügend niedergelassene Ärzte gegenüber.

Die Ursachen: Aus Altersgründen scheiden bereits in den nächsten fünf Jahren viele Ärzte aus dem aktiven Berufsleben aus. Und es ist mehr als fraglich, ob der Wunsch der Großen Koalition, die Altersgrenze für Kassenärzte abzuschaffen, des Rätsels Lösung ist oder ob sich die Pensionierungswelle dadurch nicht lediglich nach hinten verschiebt. Ärzte könnten demnach ihre Kassenpraxis künftig über das vollendete 68. Lebensjahr hinaus fortführen. Ob die Mehrheit davon Gebrauch macht, bleibt unklar. Klar jedoch ist, dass – egal, ob bei Haus- oder Fachärzten – der Nachwuchs in der ambulanten medizinischen Versorgung fehlt und bald viele Arztpraxen leer stehen könnten.

Ein Problem, das lange Zeit links liegen gelassen wurde. Eines, das die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe aber wahrgenommen haben und längst angehen. Denn eine der Kernaufgaben der KVen ist es, die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen. Darin haben wir jahrelang Erfahrung. Die wichtigsten Punkte, die es zu behandeln gilt: Die ärztliche Leistung muss wieder besser honoriert, der Bürokratieaufwand schleunigst heruntergeschraubt werden. Das Medizinstudium sollte an Attraktivität gewinnen, der Zugang erleichtert werden. Auch eine veränderte Bedarfsplanung ist sinnvoll – denn diese sollte sich nicht länger nur eng an Einwohnerzahlen eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt orientieren, sondern den demografischen Wandel stärker berücksichtigen. Sicherlich müssen in absehbarer Zeit beispielsweise mehr Ärzte in der Geriatrie anstatt als Kinderärzte tätig werden. Ganz gleich, welche Instrumente wir entwickeln: Eine große Zukunftsaufgabe liegt vor uns allen – und nur gemeinsam können wir sie bewältigen.

## Inhalt

### Editorial

**Arztmangel: Eine große Aufgabe liegt vor uns** 1

### Bedarfsplanung Ärzte sterben aus

2

### Fachärzte-Bedarf wird von künftiger Versorgungsentwicklung beeinflusst

4

### Interview

**Hess: Eine zeitgemäße Bedarfsplanung muss neue Kriterien berücksichtigen**

5

### Sicherstellungsauftrag Planungskompetenz

6

### 68-er Regelung

**„Zwangsruhestand“ vor dem Aus?**

7

### Interview-Auszug

**Die alternde Gesellschaft und ihre Folgen**

7

### Impressum

8

# Ärzte sterben aus

**Abwanderung des Nachwuchses, schlechte Arbeitsbedingungen und das altersbedingte Ausscheiden vieler Mediziner: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Nordrhein und Westfalen-Lippe warnen vor immer größer werdenden Versorgungslücken zulasten von Patientinnen und Patienten. Auch in vielen Regionen Westdeutschlands droht bereits heute Ärztemangel - vor allem im hausärztlichen Bereich. Das Problem: Etwa 20 Prozent der derzeit Niedergelassenen scheidet schon bald aus Altersgründen aus dem aktiven Berufsleben aus.**

Nachwuchs ist kaum in Sicht – ein Ergebnis der jahrelangen gesetzlichen Budgetierungspolitik und Bürokratisierung im Bereich der ambulanten Versorgung.

In Westfalen-Lippe fehlen derzeit in allen Regionen Allgemeinmediziner – mit Ausnahme der kreisfreien Stadt Münster und dem Ruhrgebiet. In 15 von insgesamt 27 westfälischen Kreisen sind mehr als 250 Hausarztstellen unbesetzt. Schlimmer noch: Es fehlen nicht nur jetzt schon Ärzte, jeder fünfte Hausarzt geht zudem in den nächsten fünf Jahren auch noch in den Ruhestand, so dass weitere Lücken in der Versorgung drohen. Denn Nachwuchs lässt sich nur mühsam finden. Ein Beispiel: Im ostwestfälischen Kreis Herford sind 26 Prozent der 134 Hausärzte bereits über 60 Jahre alt. Im Nachbarkreis Lippe sind es 24 Prozent der insgesamt 205 Ärzte. Genauso betroffen wie die ländlichen Gebiete sind auch Großstädte wie Herne (mehr als 25 Prozent von 86) und Hagen (26 Prozent von 119). Mit anderen Worten: Hier wird jeder vierte Hausarzt in Kürze seine Praxis schließen. Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 2. Vorsitzender der KVWL: „Allein um die heutige Versorgung aufrecht zu erhalten, müssten sich in den nächsten fünf Jahren knapp 500 neue Allgemeinmediziner in unserem Landesteil niederlassen.“

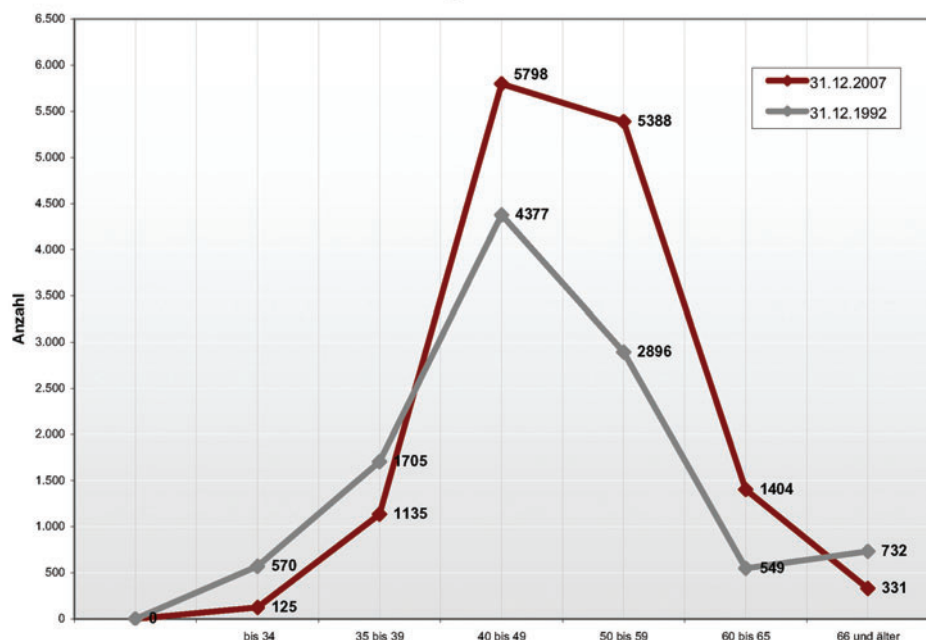
Ähnlich ist das Szenario in Nordrhein. Von den 6.514 Hausärzten sind 1.135 älter als 60 (17,4 Prozent). Simulationsrechnungen der KV Nordrhein zeigen: Wenn diese keine Nachfolger finden, droht in 31

Gemeinden die Unterversorgung in der ambulanten Versorgung. Der Versorgungsgrad würde unter 75 Prozent sinken. Besonders betroffen wären die Kreise Kleve, Euskirchen, Wesel sowie Gemeinden im Oberbergischen und im Rhein-Sieg-Kreis. Extrem hart träfe es dann Ruppichteroth mit gerade einmal zwei Hausärzten für die knapp 11.000 Einwohner. Das entspräche einem Versorgungsgrad von etwa 34 Prozent.

Paradox daran: Auf dem Papier liegt die hausärztliche Versorgung im grünen

Bereich. In 23 von 27 nordrheinischen Kreisen dürfen sich im Moment keine Allgemeinmediziner niederlassen, weil mehr als gesetzlich zulässig dort tätig sind. Also alles nur Augenwischerei? Nein: Dass sich in einem Kreis oder in einer kreisfreien Stadt keine Ärzte mehr niederlassen dürfen, bedeutet im Umkehrschluss eben nicht, dass auch wirklich jede Gemeinde innerhalb dieses Kreises oder jeder Stadtteil innerhalb der kreisfreien Stadt ausreichend versorgt ist. Die Bedarfsplanung, die die Niederlassung von Ärzten regelt,

**Altersstruktur der Vertragsärzte 1992 und 2007 in Nordrhein**



*Alarmierend: Von den 6.514 Hausärzten in Nordrhein sind 1.135 älter als 60 Jahre (17,4 Prozent) und scheidet in den nächsten fünf Jahren aus dem aktiven Berufsleben aus.*

wurde vor 15 Jahren neu geordnet. Jetzt ist sie überholt. Die Planungsbereiche sind zu groß oder orientieren sich zu eng an politischen Verwaltungsgrenzen. Über- und Unterversorgung erscheinen da schnell willkürlich. Die alten, starren Vorgaben passen nicht zu den neuen Freiheiten, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bei der Niederlassung bietet. Das hat die Politik auf Bundesebene erkannt und arbeitet mit Hochdruck an einer bedarfsgerechteren Planung.

Damit nicht genug. Auch auf Landesebene müssen Kräfte gebündelt werden. Der NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann will zum Beispiel mit einer Prämie für junge Ärzte gegen den Ärzteschwund in ländlichen Regionen vorgehen. Demnach sollen Mediziner in den nächsten zwei bis drei Jahren während der Weiterbildung ihrer Assistenten zum Allgemeinmediziner 2.000 Euro Zuschuss pro Monat aus Landesmitteln erhalten – unter der Bedingung, dass die Praxis in einer unterversorgten Gemeinde liegt. Schon seit 1999 fördern die Krankenkassen und die KVen die Weiterbildung junger Allgemeinmediziner mit monatlich 2.000 Euro. Kommt der Minister-Zuschuss nun für einige Assistenten hinzu, hätten die jungen Ärzte eine Vergütung in der Tasche, die auch ein angestellter Kollege in einer Klinik bekäme.

Die KVen begrüßen die zusätzliche Förderung. Sie wollen aber noch einen Schritt weiter gehen. Der Schuh, der am meisten drückt: Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit müssen dringend verbessert werden. „Dazu brauchen wir attraktive Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie und eine leistungsgerechtere Bezahlung ärztlicher Leistung“, fordert Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der KVWL. Auch damit qualifizierte junge Ärzte nicht ins Ausland abwandern. Wichtig ist laut Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein, vor allem, dass die Wertschätzung und die Honorierung stimmt: „Das gilt in Zeiten der Weiterbildung genauso wie bei der Niederlassung selbst.“

Beide KVen in NRW hoffen zudem auf den Nachwuchs im Studium – und sind sich einig: An den Universitäten sollten

### Ansprechpartner

Möchten Sie wissen, wie sich die Arztzahlen in Ihrem Bereich entwickeln? Dann finden Sie hier Hilfe:

#### KV Westfalen-Lippe:

Dirk Seidel  
Bedarfsplanung  
Tel.: 02 31/94 32 32 52  
Fax: 02 31/9 43 28 32 52  
Mail: dirk.seidel@kwwl.de

#### KV Nordrhein:

Ursula Marre  
Sicherstellung  
Tel.: 02 11/59 70 81 62  
Fax: 02 11/59 70 91 62  
ursula.marre@kvno.de

Veronika Schmidt  
Niederlassung  
Tel.: 02 11/59 70 85 17  
Fax: 02 11/59 70 95 17  
veronika.schmidt@kvno.de

mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingeführt werden und der Beruf des Hausarztes muss schon während des Studiums an Attraktivität gewinnen. Leider sinkt der Anteil an Medizin-Absolventen jährlich. Waren es 1994 noch knapp 12.000, schlossen in 2006 nur noch 8.724 ihr Studium erfolgreich ab.

Auch das „unselige Prinzip des Numerus clausus“, so Hansen, gehört als Eingangsvoraussetzung für das Medizinstudium ad acta gelegt. „Die Fähigkeit zur Empathie hängt nicht von der Note des Abiturs ab“, konkretisiert Dryden. Die Förderung von Universitätsabsolventen wirkt sich jedoch erst in rund zwölf Jahren spürbar auf die ambulante medizinische Versorgung aus. Außerdem wandern zu viele frisch Approbierte später ins Ausland ab, weil die Arbeitsbedingungen in Deutschland für sie untragbar sind.

Schneller greifende Lösungen sind nötig. Die KVWL baut deshalb mit Hochdruck die Beratungsschiene aus, hat dazu

ein Service-Center sowie Patenschaftsmodelle für neue Vertragsärzte entwickelt und treibt die Niederlassungs- sowie betriebswirtschaftliche Beratung der Arztpraxen gezielt voran.

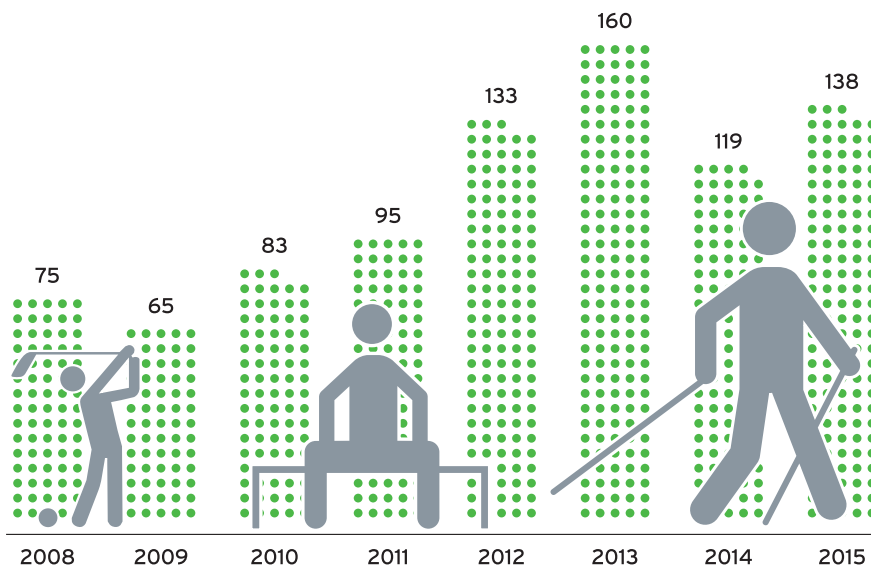
Auch auf der kommunalen Ebene werden Akteure tätig: Als erster von 27 westfälischen Kreisen hat der Hochsauerlandkreis (HSK) die Initiative ergriffen und die Beteiligten an einen Tisch geholt. Neben der KV und der Ärztekammer waren das Vertreter aller Kliniken, das Gesundheitsamt, die Wirtschaftsförderung und die Stabsstelle Kreisentwicklung des HSK. Eine kleine Arbeitsgruppe soll sich nun unter Federführung der Kreisverwaltung um Ansätze kümmern – erstes Projekt: ein Weiterbildungsverbund zwischen Kliniken und Arztpraxen.

Landrat Dr. Karl Schneider dazu: „Die Zukunftsfähigkeit der medizinischen Versorgung ist für uns eine strategische Frage.“ Genauso wie für die KVen in NRW.

Arztgruppe	Abgang 2007 bis 2010	Abgang 2007 bis 2017
Krankenhausärzte	7.598	17.827
Hausärzte	15.376	27.338
Fachärzte	18.158	31.820
<b>Summe</b>	<b>41.132</b>	<b>76.975</b>



Ärztlicher Nachwuchs wird in ganz Deutschland dringend gesucht.  
Quelle: BÄK/KBV



## Hausärzte gehen in den Ruhestand

In den nächsten sieben Jahren werden mehr als 850 Hausärztinnen und Hausärzte in Westfalen-Lippe in den Ruhestand gehen und sich aus dem aktiven Berufsleben zurückziehen.

Für sie entsprechend Nachwuchs zu finden, ist eine schwierige Aufgabe – eine Folge der jahrelangen gesetzlichen Budgetierungspolitik und der Bürokratisierung im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung. Auch der Bedarf an Fachärzten ändert sich bedingt durch den demografischen Wandel.

# Fachärzte-Bedarf wird von künftiger Versorgungsentwicklung beeinflusst

**Die derzeit geltende gesetzliche Bedarfsplanung beruht allein auf der Zahl der Einwohner je Arzt in einer Bezugsregion (Kreis bzw. kreisfreie Stadt). Dabei bleibt unberücksichtigt, ob es sich um Kinder, um junge oder um alte Menschen handelt. Für die Bemessung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs einer Region spielt das Alter der Einwohner jedoch eine entscheidende Rolle.**

Die so genannte Morbidität als Messgröße für den Behandlungsbedarf ist naturgemäß stark vom Alter der Menschen abhängig. Zugespitzt formuliert: Eine alternde Bevölkerung braucht weniger Kinderärzte, dafür mehr Hausärzte, Urologen und Augenärzte.

Anhand von Daten, die bereits heute zur Verfügung stehen, kann die Morbidität einer Region recht genau ermittelt werden. Auf der Basis dieser Methode muss die ärztliche Bedarfsplanung überall in Deutschland neu überdacht und möglichst rasch angepasst werden. Denn aufgrund der sattsam bekannten Alterung der Bevölkerung ist mittel- und langfristig nahezu flächendeckend von einem erhöhten ambulanten Behandlungsbedarf auszugehen.

Dies gilt in besonderem Maße für die hausärztliche Versorgung. Aber auch Ärzte aus anderen Fachgruppen werden künftig stärker nachgefragt, als es in der jetzigen

Bedarfsplanung zum Ausdruck kommt. Stark ausgeprägt dürfte der Mangel neben den erwähnten Urologen und Augenärzten bei Orthopäden, HNO-Ärzten, Neurologen und fachärztlichen Internisten mit den Schwerpunkten Kardiologie und Rheumatologie sein. Hingegen liegt der künftige Bedarf an Kinderärzten prospektiv unter den Vorgaben der „alten“ Bedarfsplanung.

Aufgrund dieser Erkenntnis erscheint auch die Bedarfsplanung in den nordrhein-westfälischen Kreisen und Städten in einem neuen Licht. So steigt der Bedarf an niedergelassenen Ärzten im bevölkerungsreichsten Bundesland noch einmal deutlich gegenüber den bisherigen Berechnungen. Um den Mehrbedarf konkret zu ermitteln, hat die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen für ihr Bundesland eine Berechnungsmethode entwickelt. Angewandt auf die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen ergeben sich folgende Zahlen: Während nach

der aktuellen Bedarfsplanung rund 345 Hausärzte neu zugelassen werden könnten, wären es nach einer demografisch korrigierten Bedarfsplanung 801. Der fachärztliche Mehrbedarf erhöht sich von 14 Ärztinnen und Ärzten nach der jetzigen Planung auf immerhin 104, darunter 58 Augenärzte, 21 Urologen und zwölf Orthopäden. Nur der Bedarf an Kinderärzten könnte nach unten korrigiert werden. Während heute aktuell in NRW vier Kinderärzte neu zugelassen werden können, wären es angepasst an die demografische Entwicklung nur noch zwei.

Eine flexible und modernisierte Bedarfsplanung allein bringt noch nicht die dringend benötigten Ärzte in die künftigen Mangelregionen. Aber sie macht den Mangel sichtbar und signalisiert allen Beteiligten unmissverständlich: Die Zeiger auf der „Uhr“ der ambulanten ärztlichen Versorgung stehen auf fünf vor zwölf.

# Eine zeitgemäße Bedarfsplanung muss neue Kriterien berücksichtigen

**Die vor einigen Monaten in Kraft getretene Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) macht es möglich, neue Berechnungen für den lokalen Versorgungsbedarf in den Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen. Nun werden die paritätisch durch KVen und Krankenkassen besetzten Landesausschüsse deren Ausgestaltung vornehmen. Pro ambulant hat den Vorsitzenden des G-BA, Dr. Rainer Hess, zu der Richtlinie befragt:**

Die gesetzliche Grundlage zur Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung hat der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1993 in eine Richtlinie gefasst. Welches waren die Ziele dieser Richtlinie und wie wurde der Bedarf „geplant“?

Hess: Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Jahres 1993 beinhaltet vor allem Maßnahmen zur Vermeidung steigender Überversorgung insbesondere in Großstädten; vorher war sie auf Maßnahmen gegen Unterversorgung ausgerichtet. Maßnahmen gegen Überversorgung greifen in Besitzstände ein, insbesondere wenn sie Zulassungsbeschränkungen für Neuzulassungen vorschreiben und in § 103 Abs. 4 SGB V das Verfügungsrecht des Praxisinhabers zur Weitergabe seiner Vertragsarztpraxis an einen Praxisnachfolger einschränken. Derartige Eingriffe sind grundrechtsrelevant und bedurften deswegen einer besonderen verfassungsrechtlichen Begründung und einer zur Gewährleistung der Rechtsicherheit eindeutigen Gesetzesgrundlage. Der Bedarf durfte deswegen in den Richtlinien nicht „geplant“ werden; er wurde als „allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad“ nach § 101 SGB V i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes aus Gründen der Rechtssicherheit von Zulassungsbeschränkungen damals mit dem zum 31. Dezember 1980 bestehenden Versorgungsstand gesetzlich vorgegeben. Dieses Datum findet sich noch heute in § 101 Abs. 1 SGB V als fortzuschreibender Ausgangspunkt der Bedarfsplanung.

Welches sind Ihrer Ansicht nach die aktuellen Probleme bei der Bedarfsplanung?

Hess: Es besteht zwar in Großstädten für die meisten Fachgebiete auf Grund der gesetzlichen Kriterien nach wie vor eine Überversorgung mit entsprechenden Zulassungsbeschränkungen für Neuzulassungen. Zunehmend wird jedoch – insbesondere in ländlichen Regionen und hier insbesondere in der hausärztlichen Versorgung – eine drohende und in den neuen Bundesländern eine bereits bestehende Unterversorgung ausgemacht. Sie lässt sich aber wegen der auf Überversorgung ausgerichteten Bedarfsplanungsrichtlinie nur schwer statistisch dingfest machen, da die hierfür festgelegten Grenzwerte (Unterschreitungen des bedarfsgerechten Versorgungsgrades um 25 Prozent für die hausärztliche und um 50 Prozent für die fachärztliche Versorgung) reine Aufgreifkriterien sind, die über die tatsächliche Versorgungssituation wenig aussagen. Hinzu kommt als Problem die bisherige strikte

Bindung der Arztgruppendefinition an die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, die auf die Belange der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung keine Rücksicht nimmt, sondern sich mehr als Bildungsordnung versteht.

Zurzeit wird viel über das Konzept einer „kleinräumigen Bedarfsplanung“ diskutiert. Was beinhaltet dieser Begriff? Was kann dadurch verbessert werden?

Hess: Auch in statistisch überversorgten Planungsbereichen besteht häufig eine Konzentration der Vertragsarztsitze in den Kreisstädten. Die Patienten müssen daher lange Wege in Kauf nehmen, wenn sie nicht ohnehin in die Kreisstadt zu ihrem Arbeitsplatz pendeln. Der von der Kreisstadt aus organisierte Bereitschaftsdienst hat ebenfalls das Problem längerer Anfahrtswege. Der Gesetzgeber hat deswegen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) als Grundlage für auszuschreibende Vertragsarztsitze das Kriterium des „lokalen Ver-



*Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, ist überzeugt, dass die auf Überversorgung ausgerichteten Bedarfsplanungsrichtlinien von 1993 heute wenig aussagekräftig sind.*

sorgungsbedarfs" für nicht unterversorgte, das heißt: überversorgte oder statistisch unauffällige, Planungsbereiche eingeführt. Die Bedarfsplanungsrichtlinie ist entsprechend angepasst worden. Letztlich maßgebend für die Bejahung eines lokalen Versorgungsbedarfs ist danach eine Prüfung anhand bestimmter Kriterien vor Ort.

Eine „kleinräumige Bedarfsplanung“ müsste hierfür statistische Grundlagen, zum Beispiel zur Pendlerbewegung oder zu den Verkehrsverbindungen, liefern, um den lokalen Versorgungsbedarf und die Möglichkeiten seiner Deckung tatsächlich besser beurteilen zu können.

## Sicherstellungsauftrag

# Planungskompetenz

**Ohne Planung und Lenkung ist die flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht zu leisten.**

**Würde allein der Markt das Regularium bilden, konzentrierten sich Kliniken wie Praxen vorwiegend in wirtschaftlich lukrativen großstädtischen Regionen. Das darf nicht sein. Und um dies zu verhindern, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den so genannten Sicherstellungsauftrag.**

Im Moment befinden sich die rechtlichen Grundlagen dieser Versorgungsplanung im Umbruch (siehe Interview mit Dr. Hess). Die bisherige Bedarfsplanung, die allein darauf ausgerichtet war, die Zahl der niedergelassenen Ärzte zu begrenzen, hat sich in der Zeit des drohenden Ärztemangels überlebt. Durch die weitgehende Liberalisierung des Berufsausübungsrechts für Ärzte mit dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrecht-Änderungsgesetz werden zudem eine Reihe von Regelungen faktisch ausgehebelt. Jetzt will sich eine reformierte Bedarfsplanung der kleinräumigen Identifizierung und der Beseitigung

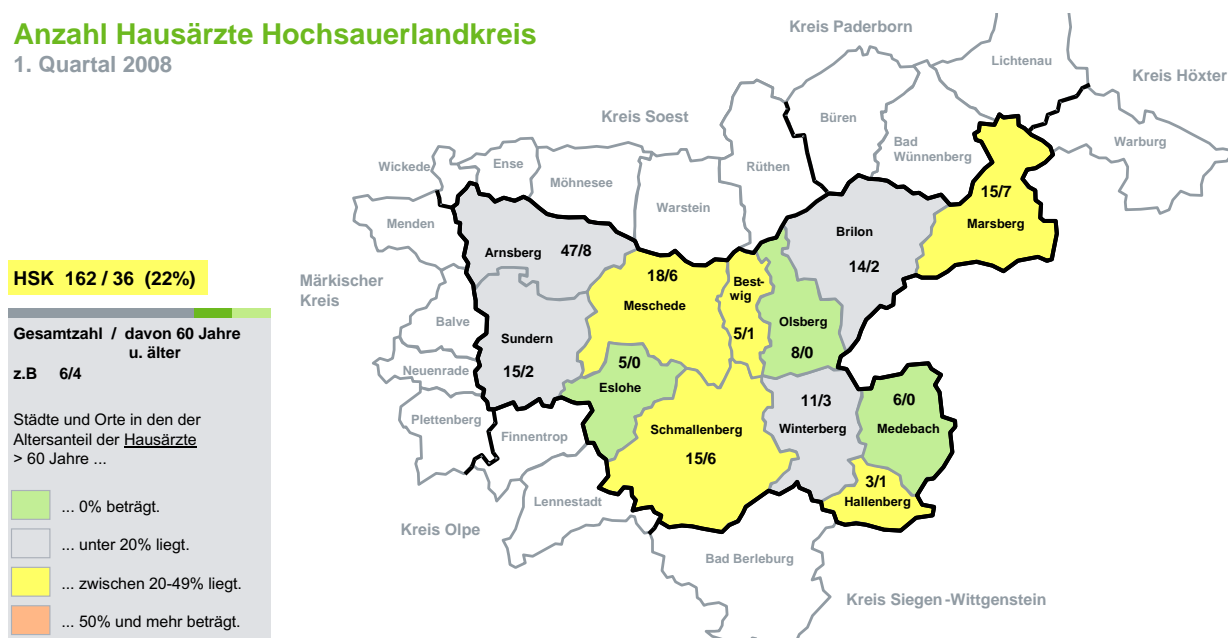
von Unterversorgung zuwenden, unterhalb der Kreisebene. Schon immer stand es den Ärzten weitgehend frei, innerhalb eines Planungsbereichs ihren Standort zu wählen. Mit der reformierten Bedarfsplanung soll vor allem über finanzielle Anreize erreicht werden, dass Ärzte Versorgung auch in unattraktiven Orten anbieten.

Mit finanzieller Unterstützung soll die gewonnene Flexibilität bedarfsgerechter eingesetzt werden. Dazu haben Gesetzgeber und G-BA die Voraussetzungen geschaffen – eigentlich. Denn was die beschlossene Änderung der Bedarfsplanung nun konkret nach sich ziehen wird, weiß

noch niemand. Die Definition der Kriterien, was denn nun unter einer lokalen Unterversorgung zu verstehen ist, wird dem aus Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft gebildeten Landesausschuss übertragen. Gerade in der immer wichtiger werdenden „kleinräumigen Bedarfsplanung“ sehen die KVen in NRW eine ihrer wichtigsten Aufgaben in der Zukunft. Sie verfügen über das Wissen und die Daten der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung. Die einzelnen Regionen werden sich mehr denn je um eine zukunftsfähige medizinische Versorgung kümmern müssen. Die KVen bieten sich da als Partner mit Übersicht an.

## Anzahl Hausärzte Hochsauerlandkreis

1. Quartal 2008



Ein Beispiel für eine veraltete und zu großräumig angelegte Bedarfsplanung ist der Hochsauerlandkreis.

# „Zwangsruhestand“ vor dem Aus?

**Nach Jahren des Zögerns hat die Politik nun das Problem des drohenden Arztmangels erkannt. Manch starre Reglementierung des Arztberufs könnte daher schon bald entfallen. Noch in diesem Jahr soll der „Zwangsruhestand“ für Kassenärzte nach dem 68. Lebensjahr abgeschafft werden.**

Diese Regelung war 1993 unter Minister Horst Seehofer eingeführt worden. Mit dieser Maßnahme sollte wenigstens ein Teil der nachrückenden Mediziner an die seinerzeit begehrten Vertragsarzt-Zulassungen gelangen.

Mittlerweile haben sich die Verhältnisse – zumindest bei den Hausärzten – vielerorts ins Gegenteil verkehrt. Mit zum Teil gravierenden Konsequenzen für die vom Ausscheiden betroffenen Ärztinnen und Ärzte. Gerade in ländlichen und kleinstädtischen Regionen wird es immer schwieriger, einen Praxisnachfolger zu finden. Ein geordneter Übergang der Praxis wird dadurch unmöglich. Den Schaden trägt nicht allein der betreffende Arzt, sondern erst recht die von ihm oft jahrzehntelang betreuten Patienten.

In den vergangenen Wochen haben sich die Signale verdichtet, dass die Große

Koalition die Altersgrenze für Kassenärzte noch im laufenden Jahr streichen wird. So hat die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk, am 26. Juni im Bundestag erklärt: „Passen strikte Altergrenzen, ab wann man nicht mehr beruflich tätig sein darf, eigentlich noch in eine Gesellschaft des längeren Lebens? Wir meinen: Nein. Denn wir brauchen aktive Ältere und ihren gesellschaftlichen Beitrag. Deshalb ist es auch folgerichtig, über die 68er-Regelung für Ärzte und Zahnärzte neu nachzudenken. Wir werden Ihnen deshalb gemeinsam mit den Koalitionsfraktionen vorschlagen, diese Zwangsverrentungsgrenze aufzuheben.“ Dieser Schritt ist überfällig. In einigen Bundesländern, darunter auch NRW, waren die KVen dazu übergegangen, die wegen des Zwangsruhestands drohenden Versorgungslücken in Einzelfällen durch

Ermächtigungen oder andere Sonderregelungen notdürftig zu schließen. Freilich boten diese provisorischen Konstrukte vor Ort kaum die nötige Planungssicherheit für eine zukunftsfähige (haus)ärztliche Versorgung. Der Wegfall der Altersgrenze für Vertragsärzte mag daher lokal zur Entspannung der Versorgungssituation beitragen. Er ist jedoch nicht der Schlüssel zur flächendeckenden Lösung des Haus- und auch des Fachärztemangels.

Es bedarf daher einer koordinierten Strategie, um die Attraktivität des Arztberufs zu steigern. Dies umfasst die Ausbildung in den Universitäten, die Weiterbildung in Klinik und Praxis und schließlich die Bedingungen im ärztlichen Berufsalltag. Neben den ärztlichen Körperschaften sind auch andere Akteure in der Pflicht. Die Zahlen und Analysen liegen auf dem Tisch. Jetzt muss gehandelt werden.

## Interview-Auszug

# Die alternde Gesellschaft und ihre Folgen

**Das Durchschnittsalter in unserer Gesellschaft steigt an. Das liegt an wachsender Lebenserwartung ebenso wie an fehlendem Nachwuchs. Die zunehmend stärkere Besetzung älterer Jahrgänge geht Ärzten ganz besonders an: Sie erleben den demografischen Wandel unmittelbar in ihrem Praxisgeschehen.**

Mehr alte und hoch betagte Menschen bedeuten – ungeachtet individuell bestehender Chancen auf Gesundheit im Alter – unvermeidlich ein Mehr an Versorgungsbedarf. Jeder dritte der derzeit über 70-Jährigen hat mehr als fünf verschiedene Erkrankungen. Prognosen für das Jahr 2025 gehen denn auch von rund 50 Prozent mehr Herzinfarkten im Vergleich zu heute aus. Bei Krebserkrankungen werden

– je nach Art des Krebses – Zuwächse zwischen zehn und 45 Prozent erwartet. Speziell bei Männern wird bis 2025 ein drastischer Anstieg der Demenzen vorhergesagt – knapp 90 Prozent. Anlass zur Sorge gibt vor allem, dass von (Über-) Alterung auch Ärzte betroffen sind. In Zukunft werden deutlich weniger aktiv berufstätige Mediziner zur Verfügung stehen, um die Bevölkerung zu versorgen. Arztmangel-Situatio-

nen sind in vielen Regionen Nordrhein-Westfalens längst manifest geworden.

Mehr alte Menschen, weniger Beitragszahler: Die gesetzliche Krankenversicherung und mit ihr die gesamte Sozialversicherung stehen vor einer gewaltigen Herausforderung. Wir haben dazu beim renommierten Volkswirt und Demografen Herwig Birg nachgefragt:

Mitunter wird von einer Überalterung unserer Gesellschaft gesprochen. Aus Sicht des Demografen eine sinnvolle Wertung?

**Birg:** Alterung ist zunächst einmal etwas Positives. Vor allem die Aussicht, weitgehend gesund altern zu können. Ein Problem wird daraus nur, wenn einer wachsenden Zahl älterer Menschen zugleich eine schrumpfende Zahl mittlerer und jüngerer Jahrgänge gegenübersteht. Die Zahl der 20- bis 40-Jährigen etwa nimmt derzeit jährlich um rund 300.000 ab. Und diese Schrumpfung wird Jahrzehnte weiterlaufen. Das ist für ein umlagefinanziertes Renten-, Gesundheits- und Pflegesystem ausgesprochen ungünstig.

Welche Folgen wird der demografische Wandel für die Sozialversicherungssysteme haben?

**Birg:** Unsere Sozialversicherung beruht auf dem Umlageverfahren – bei ausreichend hoher Geburtenrate das beste System, und das sicherste. Die Grundvoraussetzung eines solchen Systems, eine Geburtenrate von etwa zwei Kindern pro Frau, ist aber bekanntlich seit Jahrzehnten nicht mehr erfüllt. Das System kann nicht repariert werden. Sein Erhalt, das Sichern einer ausreichenden Versorgungsleistung im Alter und bei Krankheit, ist damit zum Dauerproblem geworden. Der demografisch bedingte Lastenanstieg lässt sich auch durch exzellente Sozialpolitik nicht weg reformieren. Er lässt sich nicht im Mindesten verringern. Die Politik kann die Lasten lediglich auf verschiedene Arten verteilen. Sie kann sie etwa von den Bei-



Der Bevölkerungswissenschaftler Prof. Dr. Herwig Birg im Interview



tragszahlern auf die Steuerzahler verlagern. Unter dem Strich bedeutet die zu tragende Versorgungslast zwangsläufig eine Verschlechterung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit. Denn Länder mit günstigeren demografischen Strukturen haben weniger Versorgungslasten zu tragen. Demografie ist ein internationaler Standortnachteil für Deutschland, aber auch für andere europäische Länder. Ist das demografische Problem einmal da, lässt es sich durch Politik nicht mehr aus der Welt schaffen.

Was heißt das für kranke Menschen?

**Birg:** Für sie brauchen wir künftig sehr viel mehr Solidarität. Der Zeitgeist steht dem allerdings entgegen. Wenn sich aber nicht mehr Solidarität realisieren lässt, wenn die Gesellschaft nicht sehr altruistisch wird, dann wird das Versorgungsniveau künftig deutlich absinken. Und das in einem Ausmaß, das extreme Parteien außerordentlich begünstigen könnte.

Das vollständige Interview mit Prof. Dr. Herwig Birg können Sie im Internet nachlesen unter: [www.kvwl.de/politik/lgp/index.htm](http://www.kvwl.de/politik/lgp/index.htm)

#### Sonder-Heft: „Alt, erkrankt, versorgt – auch morgen?“

Die KVWL hat zu ihrem Jahresthema 2008 „Alt, erkrankt, versorgt – auch morgen?“ eine Sonderausgabe ihres Magazins Standpunkt herausgegeben. Sie kann kostenlos beim Stabsbereich Politik bestellt werden:

Tel.: 02 31/94 32 32 33  
oder per E-Mail unter  
[Gesundheitspolitik@kvwl.de](mailto:Gesundheitspolitik@kvwl.de)

## Impressum



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Herausgeber:  
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Tel. 02 11/59 70-0  
[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

Herausgeber:  
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund  
Tel. 02 31/94 32-0  
[www.kvwl.de](http://www.kvwl.de)



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Westfalen-Lippe

Redaktion:  
Andreas Daniel (verantwort.)  
Heike Achtermann  
Ruth Bahners  
Dr. Edith Meier  
Sigrid Müller  
Johannes Reimann  
Ina Retkowitz  
Dr. Michael Wüstenbecker

Druck:  
IVD GmbH & Co. KG  
Wilhelmstraße 240  
49475 Ibbenbüren