



# Evaluation der Bedarfsplanung für Ärzte des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anhand des Vergleichs einer Stichprobe aus dem Landkreis Kleve vs. Düsseldorf

*In einer Telefonumfrage der Elterninitiative wurden Arzttermine in drei Fachgruppen im Kreis Kleve als ländlicher Region und der Stadt Düsseldorf als Großstadtbereich erfragt. Der Vergleich der Wartezeiten ergab Unterschiede in der Region Kleve im Vergleich zu Düsseldorf. Dies steht im Gegensatz zur gleichen Bewertung im Rahmen der Bedarfsplanung als überversorgte Regionen.*

## **1. Ausgangssituation:**

Die gesetzliche Zielsetzung der Bedarfsplanung ist nach Aussage des G-BA „*allen GKV-Versicherten – unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderen Faktoren – einen gleichmäßigen Zugang zur ambulanten Versorgung zu sichern.*“ (Quelle: Homepage des G-BA). Die negativen eigenen Erfahrungen mit der ärztlichen Versorgung im Kreis Kleve haben die Mitglieder der Elterninitiative dazu veranlasst, die Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrags konkret zu überprüfen. Dazu wurde in einer Stichprobe ein Vergleich der Zugangssituation exemplarisch für einige Fachgruppen zwischen dem Kreis Kleve (als Beispiel für einen ländlich strukturierten Planungsbereich, Kreistyp 5) und der Innenstadt von Düsseldorf (als Beispiel für einen großstädtischen Planungsbereich, Kreistyp 1) durchgeführt. Die untersuchten Planungsbereiche weisen nach den Bedarfsplanungsrichtlinien (BedPRL) nahezu gleiche Versorgungsgrade auf und sollten daher bei korrekter Beurteilung durch den G-BA auch vergleichbare Verhältnisse im Zugang zur ärztlichen Versorgung aufweisen.

## **2. Hypothese:**

Die *Elterninitiative für eine bessere ärztliche Versorgung im Kreis Kleve* (in der Folge nur noch „Elterninitiative“ genannt) geht davon aus, dass die in den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA vorgegebenen Verhältniszahlen zu einer regional ungleichmäßigen ärztlichen Versorgung unter erheblicher Benachteiligung ländlicher Regionen führen. Die Versorgungsgrade der BedPRL geben die tatsächliche Versorgungssituation der Patienten zumindest auf dem Land nicht zutreffend wieder.

### **3. Methode:**

Mitglieder der Elterninitiative haben für fiktive Patienten in Kassenarztpraxen der Fachgruppen Pädiatrie, Orthopädie und Augenheilkunde einerseits im Kreis Kleve und andererseits in Düsseldorf mit jeweils gleichen fingierten fachtypischen Krankengeschichten Termine vereinbart. Die Wartezeit zwischen Anfragedatum und dem jeweiligen Termin wurde protokolliert und im Vergleich Kleve/Düsseldorf gegenüber gestellt und ausgewertet\*. Die Termine wurden kurz darauf wieder abgesagt.

\* Die Wartezeit auf einen Termin gilt als unmittelbares und relevantes Maß für die Zugänglichkeit der ambulanten medizinischen Versorgung. Nach Aussage des G-BA wird sie allein aus Praktikabilitätsgründen nicht zur Prüfung der Zugangssituation angewendet.

#### **Stichprobe:**

Anschriften bzw. Telefonnummern der Praxen wurden der offiziellen Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV-NO) entnommen. Es wurden möglichst alle Praxen der jeweiligen Fachgruppe im Kreis Kleve und eine mindestens gleich große Zahl Praxen in Düsseldorf angerufen.

Die Umfrage erfolgte zwischen Anfang November bis Mitte Dezember 2015.

Es wurde um einen Termin bei den Kinderärzten für ein fast vierjähriges Kind für die Vorsorge U8 nach Umzug gebeten. Bei den Orthopäden wurde ein Untersuchungstermin für einen achtjährigen Jungen mit Knie- und Hüftschmerzen erfragt. Im Rahmen der Augenarzttermine wurde um eine Untersuchung der Augen nach einem auffälligen Sehtest bei der U8 gebeten.

Der Abstand zwischen Terminanfrage und vergebenem Termin wurde in vollendete Wochen umgerechnet und für den Kreis Kleve und die Stadt Düsseldorf nach den Fachgruppen differenziert verglichen.

Eine Praxis wurde als „nicht erreichbar“ bewertet, wenn es bei fünf Anrufversuchen innerhalb der Praxisöffnungszeiten nicht gelang, eine Terminanfrage an die Mitarbeiterinnen zu stellen.

Für eine Praxis wurde „Aufnahmestopp“ eingesetzt, wenn eine Terminvergabe wegen Überlastung völlig abgelehnt wurde.

Die in den BedPRL aufgeführten Versorgungsgrade für die jeweiligen Fachgruppen und Planungsbereiche wurden der Homepage der KV-NO entnommen.

Aus den Angaben der Versorgungsgrade (VG), der Gesamtzahl Ärzte (AZ) und der Einwohnerzahl (EW) in den BedPRL auf der Homepage der KV-NO wurden die angewandten Verhältniszahlen (VZ) nach folgender Formel berechnet:

$$VZ = EW/AZ \times VG/100 \quad (= \text{Arzt-Verhältniszahl-soll})$$

Zusätzlich wurde die tatsächliche Verhältniszahl berechnet:

$$\text{Arzt-Verhältniszahl-ist} = EW/AZ$$

Die Ergebnisdarstellung erfolgt jeweils nach Fachgruppen getrennt in tabellarischer Gegenüberstellung und in graphischer Form.

In den **Tabellen** werden die tatsächlichen Verhältniszahlen und die Planungszahlen nach BedPRL aufgeführt.

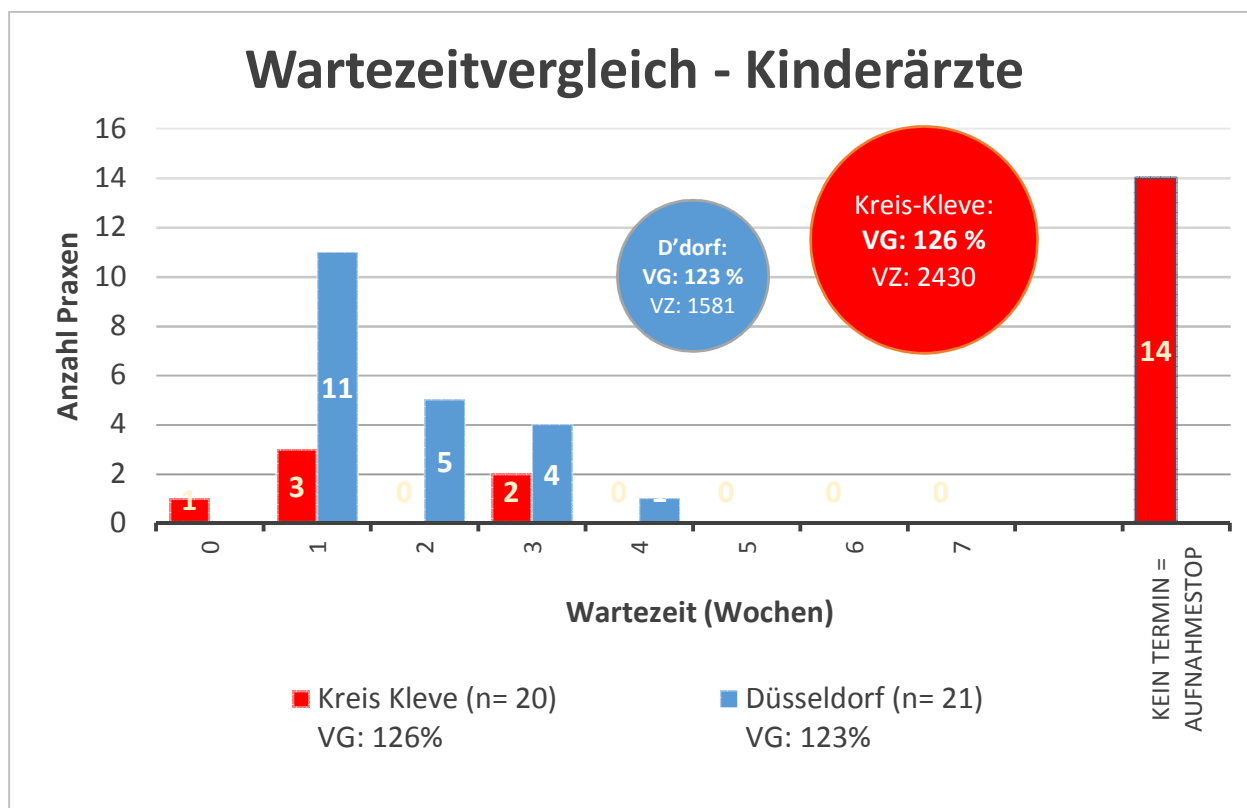
In der **Graphik** werden die tatsächlichen Verhältniszahlen als gefüllter Kreis dargestellt, wobei der Durchmesser etwa maßstabgerecht das Verhältnis der jeweils unterschiedlichen Einwohnerzahlen wiedergibt, deren Versorgung ein Kassenarzt in der jeweiligen Region Kleve bzw. Düsseldorf sicherstellen soll (Verhältniszahl-ist).

## 4. Ergebnisse:

### a.) Kinderärzte:

Fachgruppe: <b>Kinderärzte</b>		
	<b>KLE</b>	<b>D</b>
<b>n = Anzahl Ärzte</b>	<b>20</b>	<b>21</b>
<b>Arzt-Verhältniszahl-Ist (VZ-ist)</b> <small>(Relation zu Düsseldorf)</small>	<b>2430</b> <small>(+53%)</small>	<b>1581</b>
<b>Arzt-Verhältniszahl-soll (VZ)</b>	<b>3857</b>	<b>2398</b>
<b>Versorgungsgrad (VG)</b>	<b>126,1 %</b>	<b>123,3 %</b>
Studienergebnisse		
<b>Wartezeit (Wochen)</b>	<b>Anteil Praxen</b>	
<b>0 - 1</b>	<b>20 %</b>	<b>52 %</b>
<b>2 - 3</b>	<b>10 %</b>	<b>43 %</b>
<b>4 - 6</b>	<b>0 %</b>	<b>5 %</b>
<b>Stopp</b>	<b>70 %</b>	<b>0 %</b>

Graphische Darstellung: die Kreisdurchmesser geben annähernd die Relationen der tatsächlichen Verhältniszahlen (VZ-ist) wieder. Zusätzlich ist der Versorgungsgrad (VG) gem. BedPRL, Stand 11/2015, angegeben.



### **Ergebnisse - Kinderärzte:**

Der Vergleich der Verhältniszahlen Kleve = 3850 / Düsseldorf = 2430 (1,6/1) zeigt, dass die Kinderärzte in Kleve nach den Planungsvorgaben des G-BA ca. 60% mehr Bewohner versorgen sollen, als die Pädiater in Düsseldorf. Diese Relation ist nicht nur in den Planungsvorgaben enthalten, sie findet sich auch in den realen Verhältniszahlen (2430/1581, = 1,5/1) fast unverändert wieder.

Die ungleichen Berechnungsgrundlagen führen trotz der erheblich geringeren Kinderärztdichte im Kreis Kleve zu einer fast gleichen Bewertung bei den Versorgungsgraden, wonach Kleve mit 126% sogar noch stärker mit Kinderärzten überversorgt sein soll, als Düsseldorf (123%).

In der Zugänglichkeit bzw. den Wartezeiten auf Kinderarzttermine wurden zwischen den beiden untersuchten Regionen allerdings erhebliche Unterschiede gefunden. Im Kreis Kleve hatten 14 (70%) der Kinderarztpraxen einen Aufnahmestopp und boten überhaupt keinen Termin an.

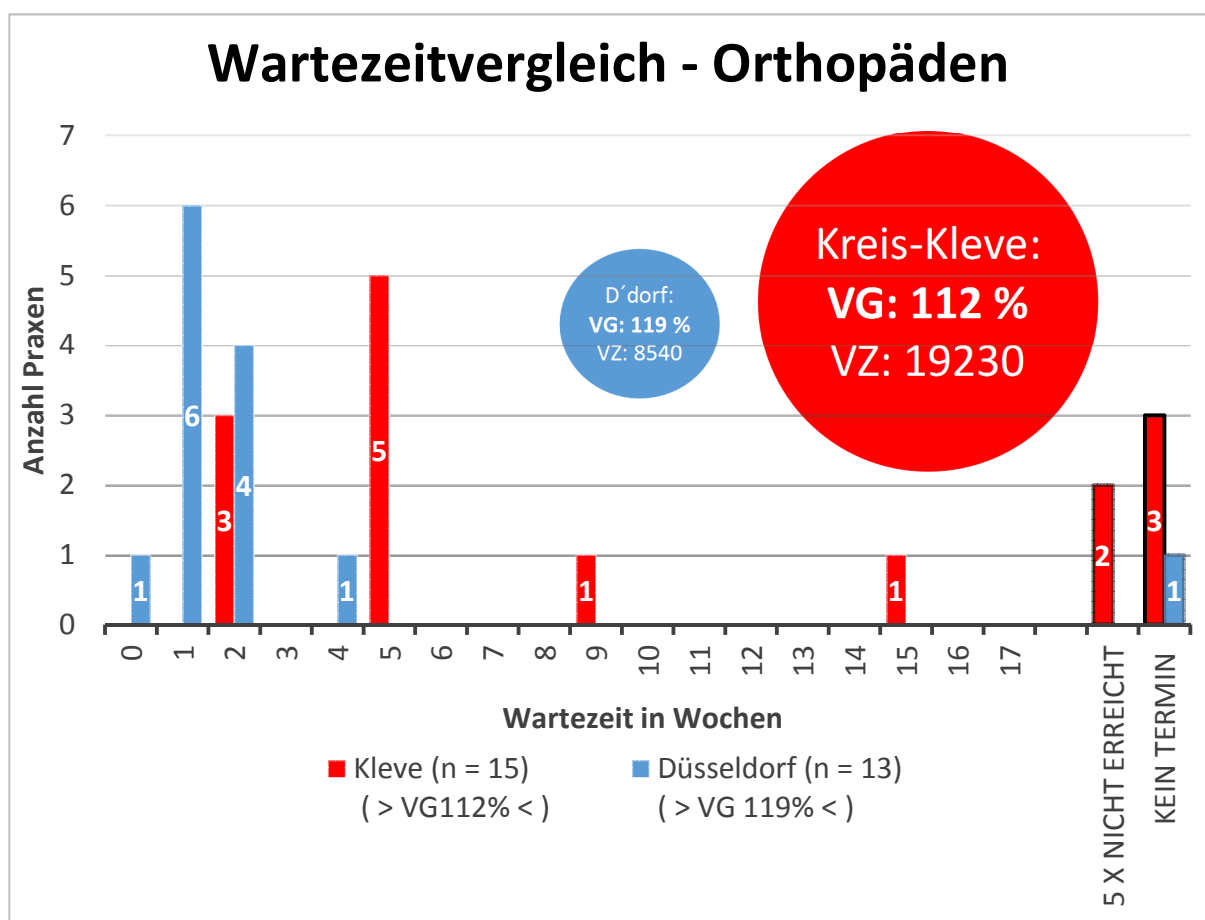
Alle Praxen mit freien Kapazitäten liegen im südlichen Teil des Kreises Kleve.

In Düsseldorf konnten dagegen fast alle Praxen (95%) Termine innerhalb der üblicherweise als noch zumutbar angesehenen Wartezeit von vier Wochen vergeben.

**b.) Orthopäden:**

Fachgruppe: Orthopäden		
	KLE	D
<b>n = Anzahl Ärzte</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
<b>Arzt-Verhältniszahl-Ist (VZ-ist)</b> <small>(Relation zu Düsseldorf)</small>	<b>19230</b> <small>(+125%)</small>	<b>8540</b>
<b>Arzt-Verhältniszahl-soll (VZ)</b>	<b>24113</b>	<b>10162</b>
<b>Versorgungsgrad (VG)</b>	<b>112 %</b>	<b>119 %</b>
Studienergebnisse		
Wartezeit (Wochen)	Anteil Praxen	
<b>0 - 2</b>	<b>0 %</b>	<b>54 %</b>
<b>2 - 3</b>	<b>20 %</b>	<b>31 %</b>
<b>4 - 6</b>	<b>33 %</b>	<b>8 %</b>
<b>&gt; 7</b>	<b>13 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Stopp/nicht erreichbar</b>	<b>33 %</b>	<b>8 %</b>

Graphische Darstellung: die Kreisdurchmesser geben annähernd die Relationen der tatsächlichen Verhältniszahlen (VZ-ist) wieder. Zusätzlich ist der Versorgungsgrad (VG) gem. BedPRL, Stand 11/2015, angegeben.



### **Ergebnisse - Orthopäden:**

Wie bei den Kinderärzten haben die Planungsvorgaben der BedPRL auch bei den Orthopäden die tatsächliche Arztdichte offenbar bestimmt: die Relation der Planungsvorgaben für Kleve gegenüber Düsseldorf ( $24113 / 10162 = 2,4/1$ ) stimmt mit der tatsächlichen Relation ( $19230 / 8540 = 2,3/1$ ) mit jeweils +137% (-Planung) bzw. +125% (-ist) als Mehrbelastung der Ärzte im Kreis Kleve gegenüber Düsseldorf jedenfalls recht gut überein.

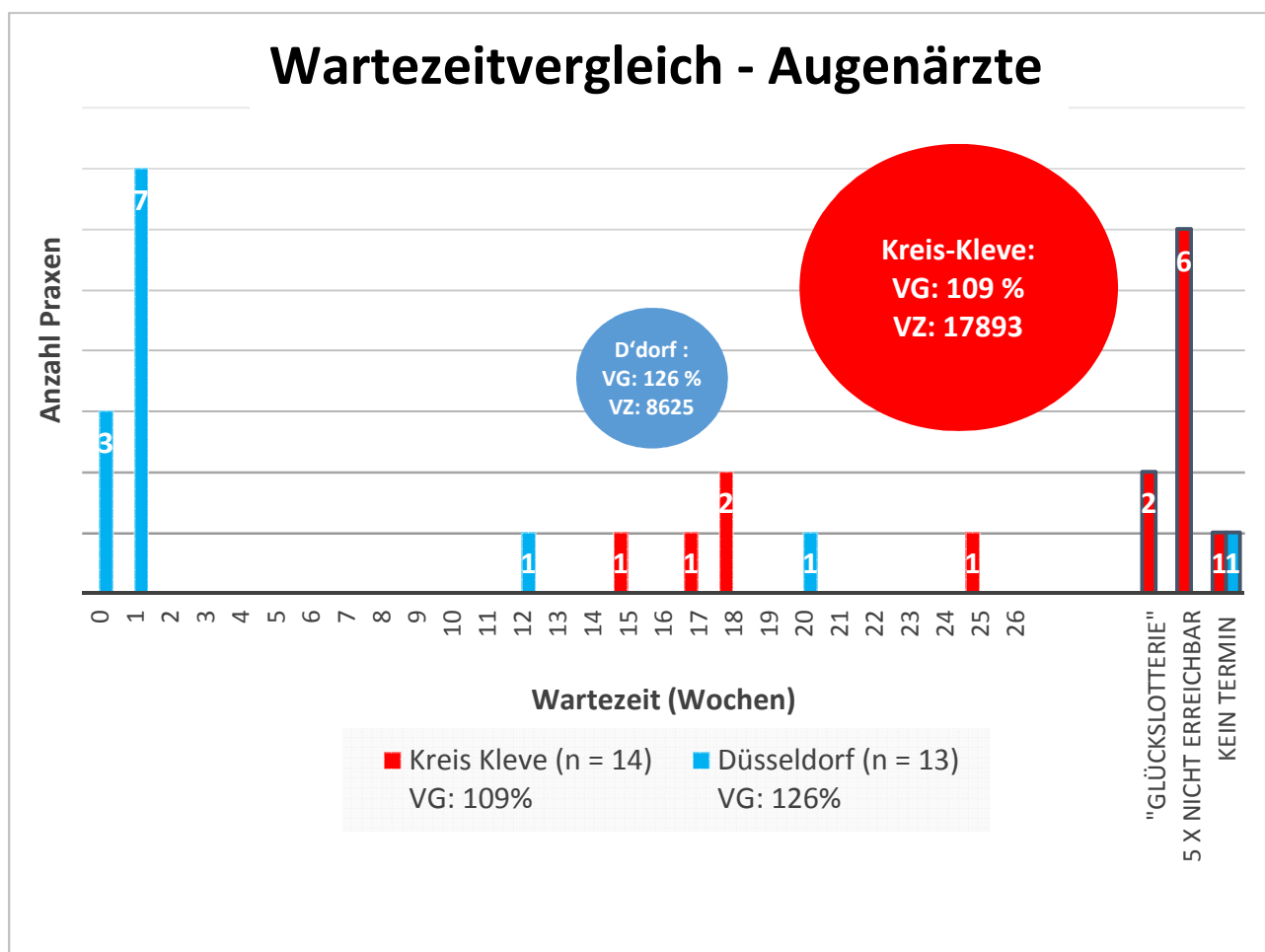
Die unterschiedlichen Grundannahmen bei den Verhältniszahlen führen auch in dieser Fachgruppe zu einem annähernd gleichen Versorgungsgrad (112% bzw. 119%), ungeachtet der erheblich geringeren Zahl von Orthopäden pro Einwohner im Kreis Kleve. Beide Bereiche gelten damit in etwa gleichem Maße als überversorgt mit Orthopäden.

Während in Kleve fünf Praxen (30%) keinen Termin vergaben oder nicht erreichbar waren, traf dies in Düsseldorf nur für eine Praxis (8%) zu. Während in Düsseldorf 11 von 13 Praxen (85%) Termine innerhalb von drei Wochen anbieten konnten, waren im Kreis Kleve nur drei Praxen (20%) dazu in der Lage. Überlange Wartezeiten über einem Monat traten in Düsseldorf überhaupt nicht auf, im Kreis Kleve waren es sieben Praxen (47%) mit teils mehrmonatiger Wartezeit.

**c.) Augenärzte:**

Fachgruppe: Augenärzte		
	KLE	D
<b>n = Anzahl Ärzte</b>	<b>14</b>	<b>13</b>
<b>Arzt-Verhältniszahl-Ist (VZ-ist)</b> <small>(Relation zu Düsseldorf)</small>	<b>17893</b> <small>(+107%)</small>	<b>8625</b>
<b>Arzt-Verhältniszahl-Soll (VZ)</b>	<b>19503</b>	<b>10867</b>
<b>Versorgungsgrad (VG)</b>	<b>109 %</b>	<b>126 %</b>
Studienergebnisse		
Wartezeit (Wochen)	Anteil Praxen	
<b>0 – 1</b>	<b>0 %</b>	<b>77 %</b>
<b>10 – 14</b>	<b>0 %</b>	<b>8 %</b>
<b>15 - 20</b>	<b>29 %</b>	<b>8 %</b>
<b>21 - 25</b>	<b>7 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Glückslotterie</b>	<b>14 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Stopp/nicht erreichbar</b>	<b>50 %</b>	<b>8 %</b>

Graphische Darstellung: die Kreisdurchmesser geben annähernd die Relationen der tatsächlichen Verhältniszahlen (VZ-ist) wieder. Zusätzlich ist der Versorgungsgrad (VG) gem. BedPRL, Stand 11/2015, angegeben.





### **Ergebnisse - Augenärzte:**

Nach den tatsächlichen Verhältniszahlen sind die Augenärzte im Kreis Kleve für etwa doppelt so viele Einwohner zuständig, wie die Ärzte in Düsseldorf (+107%). Dies ist noch etwas ungünstiger, als in den BedPRL vorgesehen, wo eine Mehrbelastung von ca. + 80% für Augenärzte auf dem Land gegenüber Großstädten eingeplant wird.

Auch in diesem Vergleich liegen die angegebenen Versorgungsgrade mit 109% für Kleve und 126% für Düsseldorf nahe beieinander, für beide Bereiche wird nach den BedPRL damit eine erhebliche Überversorgung festgestellt.

Während in Düsseldorf 10 von 13 Praxen (77%) innerhalb von zwei Wochen Termine vergeben konnten, war der erste kreisweit in Kleve erreichbare Termin nach 15 Wochen zu erhalten. Einen sicheren Termin mit 3-13 Monaten Wartezeit gab es im Kreis Kleve überhaupt nur bei 35% der Augenarztpraxen, die anderen 65% waren nicht erreichbar oder vergaben kurzfristige Termine nach Art einer Lotterie (14%).

## 5. Diskussion:

### 1. Bewertung der gemessenen Wartezeiten

Die Wartezeiten auf Arzttermine liegen im Kreisgebiet Kleve bei den untersuchten drei Fachgruppen meist weit außerhalb der Zumutbarkeitsgrenze von etwa vier Wochen, die vom Gesetzgeber selber (z.B. im neuen Versorgungsstärkungsgesetz) angegeben wird. Die Praxen im Kreis Kleve, die innerhalb dieses noch akzeptablen Zeitfensters von ca. ein bis vier Wochen einen Termin vergeben, stehen in allen untersuchten Fachgruppen in der Minderheit. Im Kreis Kleve nehmen bis zu 75 % einer Fachgruppe überhaupt keine neuen Patienten mehr auf. Demgegenüber ist es in Düsseldorf in allen untersuchten Fachgruppen problemlos möglich, Termine innerhalb von drei Wochen zu bekommen (77% bis 95%). Das Ziel der Bedarfsplanung eines „gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung“ wird in unserem Studienrahmen in allen drei Fachgruppen einseitig zu Lasten der Bevölkerung im Kreis Kleve weit verfehlt.

### 2. Validität der Untersuchung

- Das in der Untersuchung angewandte Kriterium (Wartezeit auf einen Termin) wird vom G-BA als Maß für den Zugang zur ärztlichen Versorgung selbst anerkannt.
- Die Umfrage hat in den untersuchten Fachgruppen (Ausnahme: Orthopäden 70%) 100% der gemeldeten Kassenärzte im Kreis Kleve erfasst und ist damit für Kleve repräsentativ. In Düsseldorf wurde aus der viel größeren Zahl der Praxen eine etwa gleich große Stichprobe aus jeder Fachgruppe für den Vergleich untersucht. Die in den Daten gefundenen großen Unterschiede zwischen Kleve und Düsseldorf lassen keinen Grund erkennen, dass bei einer Ausweitung der Stichprobe in Düsseldorf eine Annäherung der Ergebnisse an die Situation in Kleve zu erwarten wäre.
- Die Ergebnisse stehen in völliger Deckung mit den persönlichen Erfahrungen der Mitglieder der Elterninitiative hinsichtlich der lokalen ärztlichen Versorgung.
- Die Ergebnisse replizieren auch die Befunde einer Umfrage aus dem Jahr 2014 (mündlich dem KVNO -Landesvorstand vorgetragen am 16.6.2014), in der Dr. Brüninghaus die Kinderarztpraxen aus dem Nordkreis um Mitteilung ihrer Terminwartezeiten und Aufnahmemöglichkeiten gebeten hatte.
- Die gewählten Vorstellungsgründe (Vorsorge U8, Hüftschmerzen, auffälliger Sehtest bei U8) sind alltagsrelevante Indikationen für die jeweilige Fachgruppe, die einen unbestreitbaren Versorgungsanspruch des GKV-Patienten auslösen. Teils werden sie sogar extrabudgetär vergütet (Vorsorge) und es gibt keine Regressrisiken hinsichtlich Arznei- oder HM-Budgetierung, die als Terminhinderungsgrund fungieren könnten. Die Vorstellungsgründe stellen keine Notfallindikation dar, allerdings gibt es gesetzliche Fristsetzungen (U8) die im Kreis Kleve teils nicht einzuhalten waren. Bei dem orthopädischen Fall sind aus medizinischer Sicht Bedenken über Folgeschäden bei überlanger Wartezeit auf die Behandlung vorstellbar.

### **3. Gültigkeit der Ergebnisse für andere Fachgruppen und Regionen (Übertragbarkeit)**

In den Planungsbereichen aller Facharztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden ähnlich hohe Abstufungen für ländliche Versorgungsbereiche in der Bedarfsplanung des G-BA vorgegeben, wie in den hier untersuchten Fachgruppen. Daher ist es berechtigt, aus diesen Ergebnissen auf ähnliche Versorgungsmängel im Kreis Kleve auch in den anderen Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu schließen. Es sind keine Gründe erkennbar, dass die hier aufgezeigte erhebliche Benachteiligung in der tatsächlichen Patientenversorgung ländlicher Regionen durch die derzeitige Bedarfsplanung des G-BA nicht auch bei anderen Fachgruppen und in anderen Regionen mit vergleichbaren Planungsvorgaben bzw. Verhältniszahlen nachweisbar sein wird.

### **4. Die Definition der Überversorgung benachteiligt die Landregionen**

Für alle hier untersuchten Fachgruppen ist nach den Bedarfsplanungsrichtlinien der Status einer „Überversorgung“ (gem. §8 BedPRL) festgestellt worden. Die jeweilige Überschreitung der Verhältniszahlen ist dabei in etwa vergleichbar (s. Auswertung). Keinesfalls begründen die vorliegenden geringen Unterschiede der jeweiligen Überschreitungen der Verhältniszahlen Stadt / Land die enormen Differenzen im hier konkret gemessenen Zugang zu den Ärzten zwischen Land- und Stadtregion.

Obwohl die tatsächlichen Verhältniszahlen zwischen 10 und 26% über den Planungsvorgaben liegen, wurden in der Untersuchung in allen untersuchten Fachgruppen teils nur noch als kurios zu bewertende Verfahren („Terminlotterie“), aber auch rigorose Ausgrenzungen (Aufnahmestopp, Telefonblockaden) in großem Umfang nachgewiesen, die nicht mit den gesetzlichen Anforderungen an eine ausreichende Versorgung der Patienten vereinbar sind und fast ausschließlich im Kreis Kleve beobachtet wurden. Sie können nur als verzweifelte Abwehrversuche der Praxen gegen völlige Überlastung gewertet werden. Der große Anteil von überlasteten Praxen (36-75%) in der Region Kleve legt nahe, dass es sich nicht um Einzelentscheidungen der Ärzte handelt, sondern dass der Punkt der „Vollauslastung des Systems“ im Kreis Kleve schon längst überschritten wurde. Die in dieser Studie beschriebenen Mangelzustände im Kreis Kleve erfüllen aus unserer Sicht alle Kriterien einer bereits bestehenden Unterversorgung.

Die vom G-BA in den BedPRL vorgegebene Definition der „Überversorgung“ steht für die hier untersuchte ländliche Region Kleve nach den Ergebnissen dieser Untersuchung im deutlichen Widerspruch zur Realität.

### **5. Die Definition der Unterversorgung (-50% besetzte Arztsitze) benachteiligt die ländlichen Regionen**

In ländlichen Regionen liegt der Grundwert der Verhältniszahl in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung regelmäßig um 40% bis 70% über dem der

Großstadtregionen. Nach der Definition der „Unterversorgung“ (Abschnitt 7 §29 BedPRL) müssen die Bürger und Ärzte eine weitere Absenkung der Arztdichte um 50% hinnehmen, ehe z.B. Unterstützungsmaßnahmen vom Landesausschuss Ärzte-Krankenkassen genehmigt werden können.

Die Studienergebnisse zeigen, dass die ungleichen Verhältniszahlen dazu führen, dass schon unter den aktuellen Bedingungen einer vermeintlichen Überversorgung im Kreis Kleve erhebliche Versorgungsprobleme auftreten, die weder für die Patienten noch für die Ärzte zumutbar sind. Die Mitglieder der Elterninitiative haben große Angst davor, dass die Versorgung bei einer weiteren Reduktion der Arztzahlen auf 50% des heutigen Standes völlig zusammenbrechen wird. Es ist unter diesen Perspektiven kaum vermittelbar, dass in den besser versorgten Großstadtregionen nach den aktuellen Regelungen der Status der „Unterversorgung“ angeblich schon erreicht sein soll, wenn eine Arztdichte besteht, die etwa dem heutigen Versorgungstand in Kleve entspricht.

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass eine angemessene Versorgung in ländlichen Regionen schon weit vor der vom G-BA gesetzten Grenze zur Unterversorgung nicht gegeben ist und die aktuelle Definition einer Unterversorgung durch den G-BA die berechtigten Versorgungsinteressen der Patienten in ländlichen Regionen grob verletzt.

#### **6. Die Patienten der Landregionen sind durch die Planungsvorgaben des G-BA zu den ersten Opfern der Nachfolgerproblematik bei Kassenärzten vorbestimmt**

Die Untersuchung lässt erwarten, dass in Großstadtregionen mit relativ hoher tatsächlicher Arztdichte zumindest noch einige Reserven in der Versorgung zur Verfügung stehen. Dadurch können Patienten von durch Nachfolgeprobleme wegfallenden Kassenarztpraxen zumindest in zahlenmäßig kleinerem Umfang durch benachbarte Praxen versorgt werden. Die höhere Arztdichte in Großstädten erleichtert dabei die Verteilung auf viele Schultern. In Landregionen führen die dort um ca. 40% bis 60% niedrigeren Planungsvorgaben dagegen auch beim Wegfall von nur wenigen Praxen sofort zu Versorgungsengpässen. Nach den Ergebnissen dieser Studie muss davon ausgegangen werden, dass die umliegenden Restpraxen in Landregionen im Gegensatz zur theoretischen Einschätzung durch den G-BA bereits fast alle an der Kapazitätsgrenze arbeiten. Die Patienten der Landregionen sind durch die Planungsvorgaben des G-BA also zu den ersten Opfern der Nachfolgerproblematik bei Kassenärzten vorbestimmt.

#### **7. Verdichtungseffekte verschlechtern die Attraktivität von Landpraxen im Wettbewerb um Nachfolger zusätzlich**

Da die Fachgruppen Orthopädie und Augenheilkunde der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in ihrem Versorgungsauftrag gut von anderen Arztgruppen abgegrenzt sind, führt ein zu knappes Versorgungsangebot bei diesen Fachgruppen zunächst „nur“ zu verlängerten Wartezeiten auf Termine für die Patienten. Sekundär ergibt sich daraus allerdings eine Mehrbelastungen bei den Allgemein- und Kinderärzten, die in ihrer hausärztlichen Funktion genötigt sind, für die fehlenden Fachärzte einzuspringen und die Notlage der Patienten irgendwie abzufangen.

Für die Kinderärzte gilt, dass es bei den Allgemeinärzten ein vordergründig ähnliches Versorgungsangebot für Kinder gibt. Im Falle der Verknappung der Zugangsmöglichkeiten zu den Kinderärzten werden daher Eltern mit anscheinend gesunden Kindern eher dazu neigen, den einfacheren und schnelleren Weg zum

Allgemeinarzt zu wählen. Dies führt zu einer Verdichtung schwerst- und chronisch kranker Patienten bei den Kinderärzten. Entsprechend der hier gezeigten schlechteren Versorgungssituation ist dieser Effekt zu allererst in den kinderärztlichen Landpraxen zu erwarten. Die in dieser Studie aufgezeigten Wartezeiten und Aufnahmebegrenzungen lassen den Schluss zu, dass die Konzentration schwer erkrankter Kinder bei den Kinderärzten im Kreis Kleve schon weit fortgeschritten ist. Dies mag unter medizinischen Versorgungsgesichtspunkten wünschenswert erscheinen, führt für die betroffenen Kinderärzte aber zu zunehmend prekären Konflikten mit sämtlichen Budgetierungen und ihrem Honorar (RLV). Alle diese Regelungen gehen nämlich aus den eigenen Definitionen und Anwendungsregelungen heraus von einem (landes-) durchschnittlichen „Patientenmix“ mit schwer- und leicht erkrankten Patienten aus.

Bei einem überdurchschnittlichen Anteil Schwerkranker steigt der Behandlungsaufwand pro Patient und die Leistungsgrenze des Arztes wird früher erreicht. Dadurch können nur geringere Patientenzahlen erreicht werden, was nicht nur in den Budgets Probleme auslöst, sondern die Praxen auch wirtschaftlich schlechter stellt.

Eine überdurchschnittliche Belastung mit schwerkranken Kindern hat weitere Folgen für die Praxen, da die Annahme eines „landesdurchschnittlichen Patientenstamms“, auch Grundlage aller Entscheidungen der Prüfungsgremien in Regressverfahren ist. Landpraxen werden auch in dieser Hinsicht im System der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber Stadtpraxen benachteiligt.

Die These eines überdurchschnittlichen Anteils schwerkranker Kinder in pädiatrischen Landpraxen kann mit den Möglichkeiten der Patienteninitiative nicht überprüft werden. Sie ist aber unmittelbar naheliegend und es stellt sich eigentlich nur die Frage, ab welchem Grad der Zugangsverknappung (= Wartezeit auf Termine, evtl. auch nur der tatsächlichen Verhältniszahl) der hier postulierte Verdichtungsprozess einsetzt bzw. nachweisbar wird.

Die Verknappung des pädiatrischen Behandlungsangebots führt daher zumindest als zusätzlicher Faktor gemeinsam mit den Effekten aus dem vorangegangenen Abschnitt zu vergleichsweise höheren Konfliktrisiken bis hin zu Honorarverlusten in pädiatrischen Landpraxen im Vergleich zu Großstadtpraxen.

Im Ergebnis stellt sich die aktuelle Bedarfsplanung als wichtiger Faktor in der Benachteiligungen von Kassenarztpraxen im ländlichen Umfeld bei der Nachfolgersuche dar. Die Folgen sind im Kreis Kleve schon seit Jahren spürbar und konnten in dieser Studie belegt werden.

Bei unveränderten Bedingungen der Bedarfsplanung muss für die nächste Zukunft mit einer weiteren Zuspitzung der Versorgungsproblematik insbesondere in ländlichen Regionen gerechnet werden.

### **Zusammenfassung:**

Ein Vergleich der Wartezeiten auf Arzttermine in drei Fachgruppen zwischen dem Kreis Kleve als ländlicher Region und der Stadt Düsseldorf als Großstadtbereich hat große Unterschiede bis hin zu einem völligen Aufnahmestopp bei bis zu 70% der Praxen einer Fachgruppe in der Region Kleve ergeben, während in Düsseldorf moderate Wartezeiten bis zu maximal vier Wochen bei der großen Mehrzahl der Praxen auftraten.

Im Rahmen der Bedarfsplanung für Ärzte durch den G-BA werden beide verglichenen Regionen allerdings fast gleichermaßen als ärztlich überversorgt eingestuft. Nach den Ergebnissen der Studie ist diese Beurteilung nicht aufrecht zu erhalten. Die Versorgungssituation im Kreis Kleve wurde dramatisch schlechter vorgefunden, als in Düsseldorf.

Die tatsächlichen Arztzahlen innerhalb der untersuchten Fachgruppen entsprechen in ihrer Relation Land / Stadt weitgehend den Planungsvorgaben des G-BA. Die Planungsvorgaben der BedPRL sind damit als wesentliche Ursache für das aufgefundene Versorgungsungleichgewicht zu erkennen, da die darauf fußende Niederlassungssperre jede Fördermaßnahme einer einzelnen Region für Niederlassungen unwirksam macht.

Die zu prüfende Hypothese wurde damit uneingeschränkt bestätigt, es wurden schwerwiegende Benachteiligungen bei der ambulanten Versorgung der ländlichen Regionen am Beispiel des Kreises Kleve gegenüber der Großstadtregion Düsseldorf nachgewiesen.

Die auf der Grundlage der Verhältniszahlen festgelegten Grenzen für Über- und Unterversorgung halten der Überprüfung in unserer Untersuchung nicht stand und benachteiligen sowohl die Patienten als auch die Ärzte in Landregionen.

Zusätzlich sind im Rahmen der Diskussion einige Gedanken angeführt worden, die eine weitere Zunahme der Versorgungsnachteile für Versicherte in Landregionen in der Folge der sich aktuell zuspitzenden Nachfolgeproblematik bei Kassenärzten erwarten lassen.

**Schlussbemerkung:**

Die Mitglieder der Elterninitiative Kleve sehen sich in ihren persönlichen Erfahrungen mit der Versorgungsrealität im Kreis Kleve im Sinne einer deutlichen Mangelversorgung durch die konkreten Zahlenergebnisse dieser Studie in vollem Umfang bestätigt. Wir empfinden es als Verstoß gegen unsere Interessen und die unserer Kinder, wenn der G-BA angesichts dieser Ergebnisse an der Feststellung einer Überversorgung für den Kreis Kleve festhält. Wir fordern für unsere Kassenbeiträge die gleichen Versorgungsansprüche, wie sie Versicherten in Düsseldorf zugestanden werden.

Wir erwarten von den Entscheidungsträgern der Bedarfsplanung, dass den hier aufgezeigten konkreten Benachteiligungen unserer Region nachgegangen wird und rasch geeignete Maßnahmen zur Abhilfe ergriffen werden – und bitte nicht erst, wenn unsere Kinder erwachsen sind!

Kleve, September 2016

Für die  
Elterninitiative  
für eine bessere ärztliche Versorgung im Kreis Kleve:



gez. Kathrina Schmink,  
Sprecherin

als beratender Arzt:



gez. Dr. med. W. Brüninghaus  
Kinder- und Jugendarzt