
Konferenz „Kommunales Infrastrukturmanagement“

11. Juni 2010

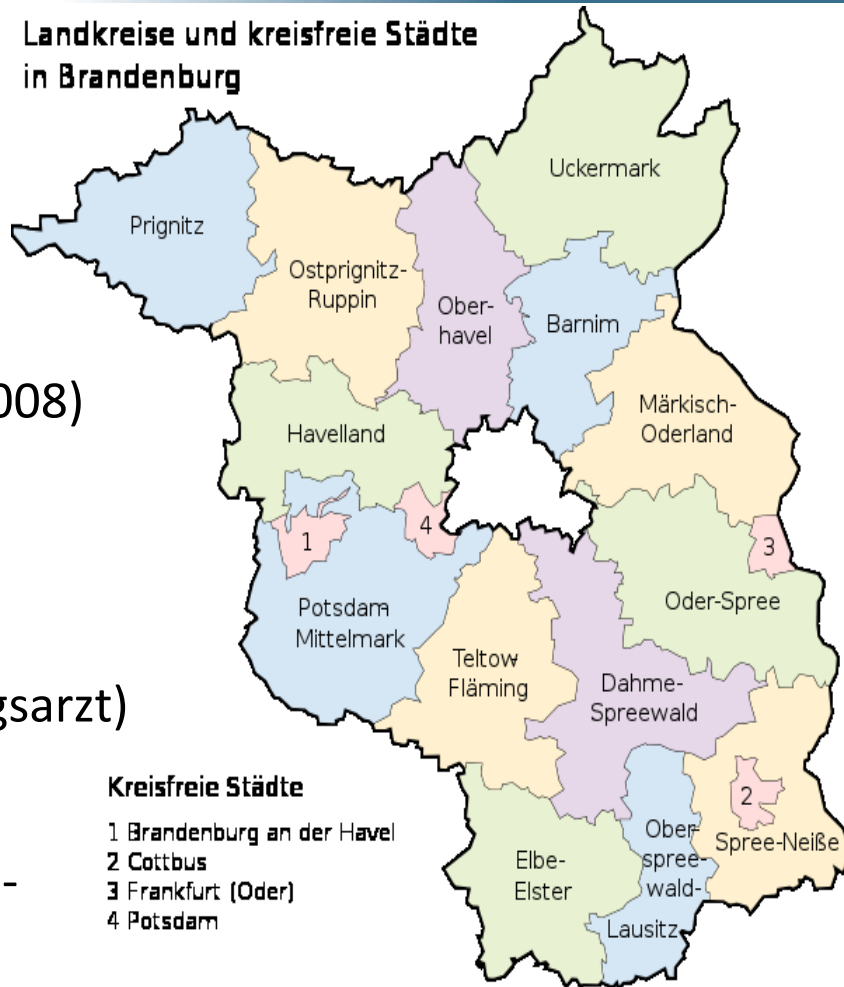
Berlin

Ärztemangel im Land Brandenburg –
Ambulante Versorgung aus wettbewerbsföderalistischer
und ordnungsliberaler Sicht

Gliederung

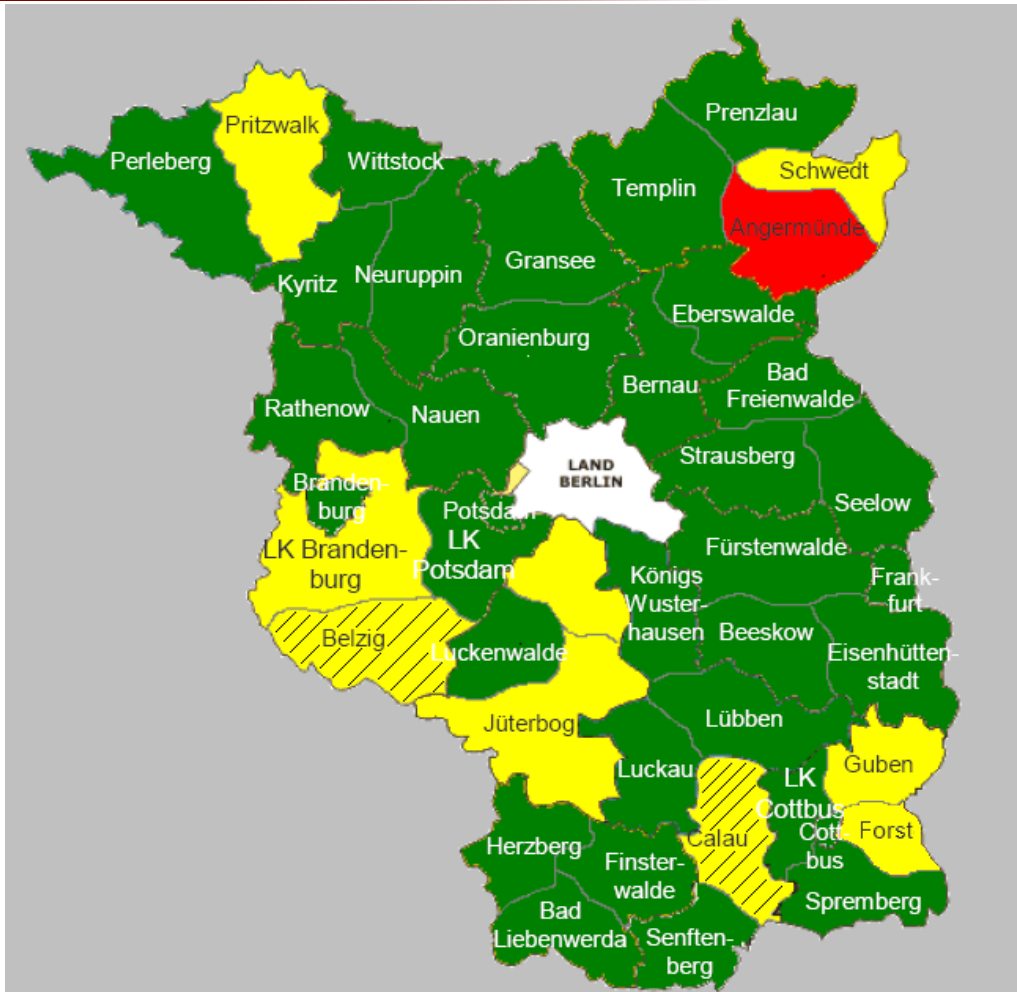
- Ausgangslage (Angebot und Nachfrage)
- Theoretische Ansätze zur flächendeckenden Versorgung:
 - Ausschreibungslösung für eine liberale, regional organisierte flächendeckende Versorgung
 - Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – wettbewerbsföderalistische Sicht
- Rolle der Landesplanung
- Maßnahmen im Status Quo und zukünftig
- Zusammenfassung und Fazit

- **KV Brandenburg:**
 - 3835 Ärzte u. Psychotherapeuten
- **Monetäre Indikatoren**
 - Vergütung:
 - GV im 1. HJ 2009: + 10,2% (Vgl. 1. HJ 2008)
- **Normative Indikatoren:**
 - Vertragsarztdichte:
 - 779 EW / Vertragsarzt
(Bundesdurchschnitt: 677 EW / Vertragsarzt)
 - Versorgungslage gemäß Bedarfsplanung:
 - Niederlassung von 63 Haus- und 5 Fachärzten möglich



	Hausärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherap	Radiologen	Urologen
Barnim	99,6	192,6	117,5	189,3	285,5	122,4	119,6	116,5	110,2	137,7	137,7	141,3	151,5	121,2
Brdg. Stadt/ Potsdam-Mittelmark	104,8	123,6	115,2	190,9	236,1	125,2	127,9	168,2	203,2	125,2	132,6	133,2	121,5	116,6
Cottbus, Stadt	113	144,5	129,9	165,1	216,3	131,9	129	133,6	151,6	108,8	127,8	133,7	119,5	127,8
Dahme-Spreewald	103,6	141,3	129,3	178,5	149,1	117,8	131,5	128,2	151,5	202	113,6	150,6	312,4	133,3
Elbe-Elster	107,8	203,6	133,8	214,7	194,1	152,7	145,8	96,7	120,3	123,2	118,4	143,8	237,5	180,9
Frankfurt, Stadt/ Oder-Spree	117,4	92	149,7	310,2	298,3	164,5	210,7	229,7	217,1	172,7	129,5	183,6	257,8	173,7
Havelland	98,5	147	119,6	216,8	110,8	113,9	136,9	100,1	126,1	144,5	118,2	146,7	130,1	138,7
Märkisch-Oderland	92,8	178,9	121,3	276,4	413,6	56,3	111,1	162,3	159,9	191,9	111,9	143,6	175,9	112,6
Oberhavel	104	225,6	137,6	237,6	187	114,2	113,8	127,9	121	141,1	151,2	159,1	133	133
Oberspreewald-Lausitz	93,7	281,8	144,1	445,9	215	140,9	134,6	178,6	199,9	151,5	136,6	132,7	375,7	167
Ostprignitz-Ruppin	91,1	131,2	120,2	231,9	334,6	143,8	180,3	229,1	177,1	199,2	179,8	209,5	398,5	157,9
Potsdam-Stadt	110,1	118,8	112	192	248,8	113	121,4	122,5	157,7	120,3	112,5	125	183,6	121,9
Prignitz	98,8	326,1	209,3	230,6	170,2	146,3	134,5	71,2	157,2	220,1	186,3	164,5	322,9	130,9
Spree-Neiße	84,5	90	118,4	190	137,4	135,1	161,3	85,6	149	145,3	157,2	152,6	240,1	160,1
Teltow-Fläming	92,4	140,8	100,2	148,2	191	117,4	131,1	159,6	166	125,8	150,9	145,2	124,5	132,8
Uckermark	81,8	206,9	189,7	219,5	335,9	134	184,9	225,9	139,7	174,6	153,6	191,3	307,3	166,1

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Planungsblätter der KV BB zur Feststellung/ Berechnung des Versorgungsgrades (Stand: 31.03.2010)



Bestehende hausärztliche Unterversorgung:
Angermünde

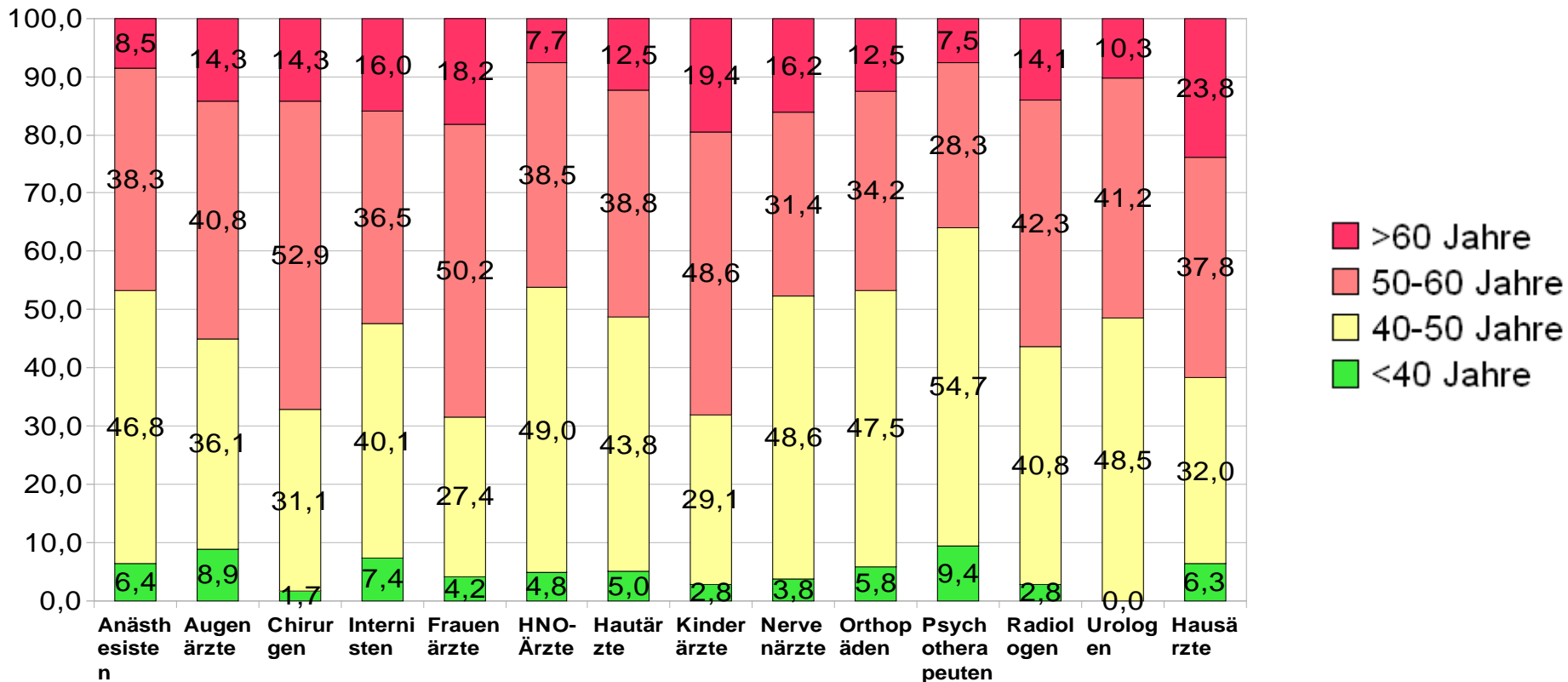
Drohende hausärztliche Unterversorgung:
Brandenburg/ Land
Forst
Guben
Jüterbog
Pritzwalk
Schwedt/ Oder

Hausärztlich versorgungsgefährdete Altkreise:
Belzig
Calau

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Schmidt (2008), LA der Ärzte und Krankenkassen (Beschluss vom 14.09.2009) sowie KV BB.

Demografische Indikatoren

➤ Altersstruktur der Vertragsärzte 2008 in %:

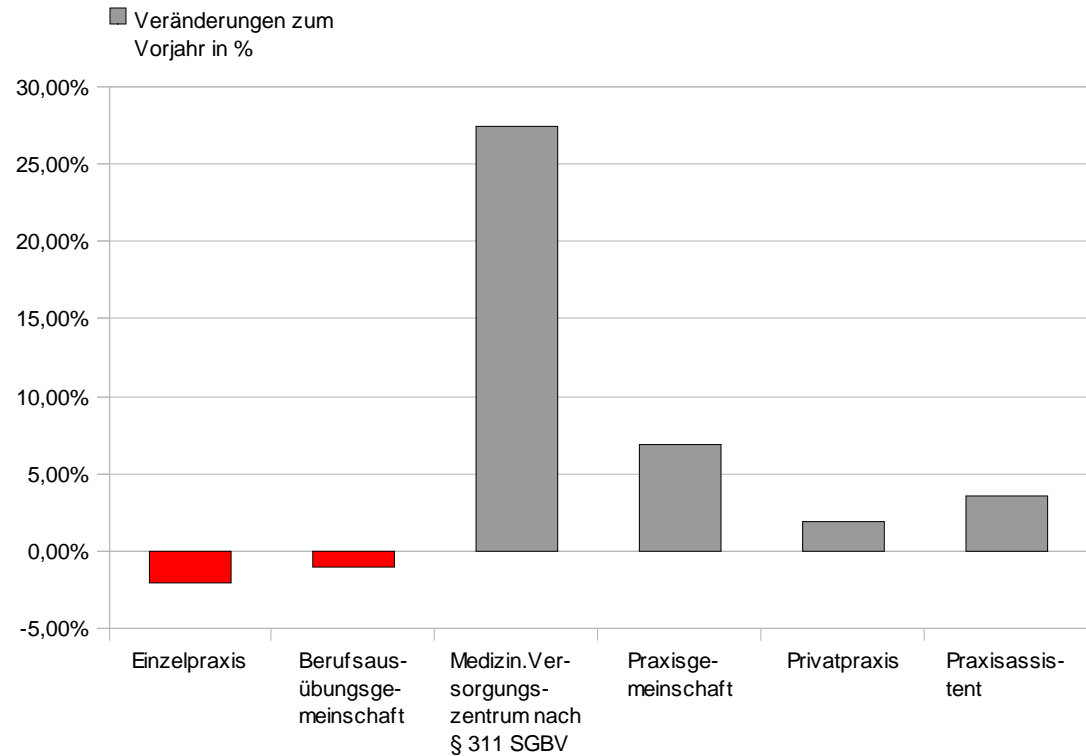
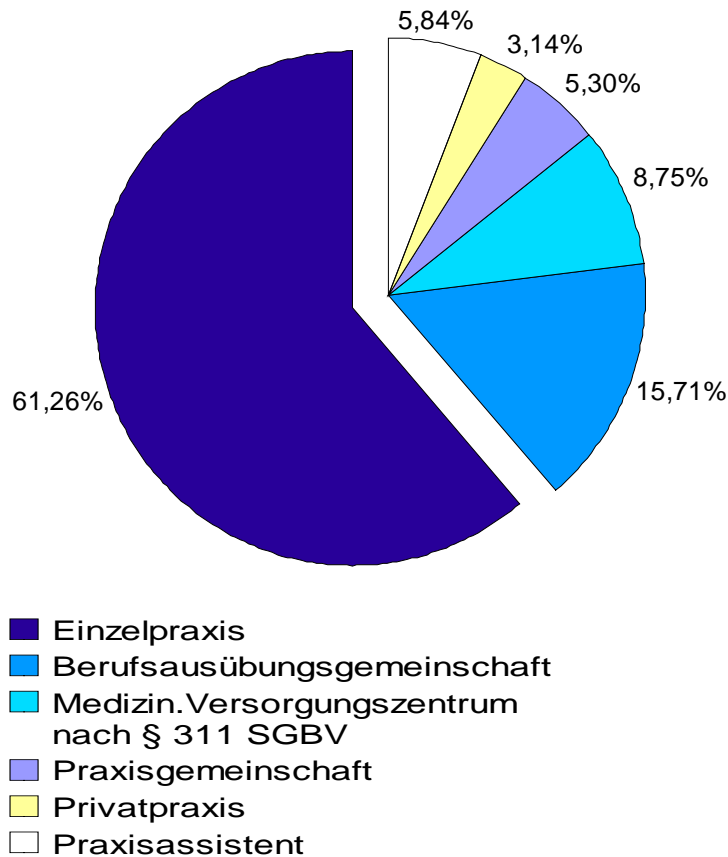


Quelle: Eigene Darstellung nach KV BB:
Altersstruktur der Vertragsärzte, (Stand: 31.12.2008).

Fachgebiet Finanzwissenschaft und
Gesundheitsökonomie

Dipl.-Ing. Sabine Tropsens

■ Angebotsstruktur in 2009 und Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %



Quelle: Eigene Darstellung nach Ärztestatistik der LÄKB, 31.12.2009 .

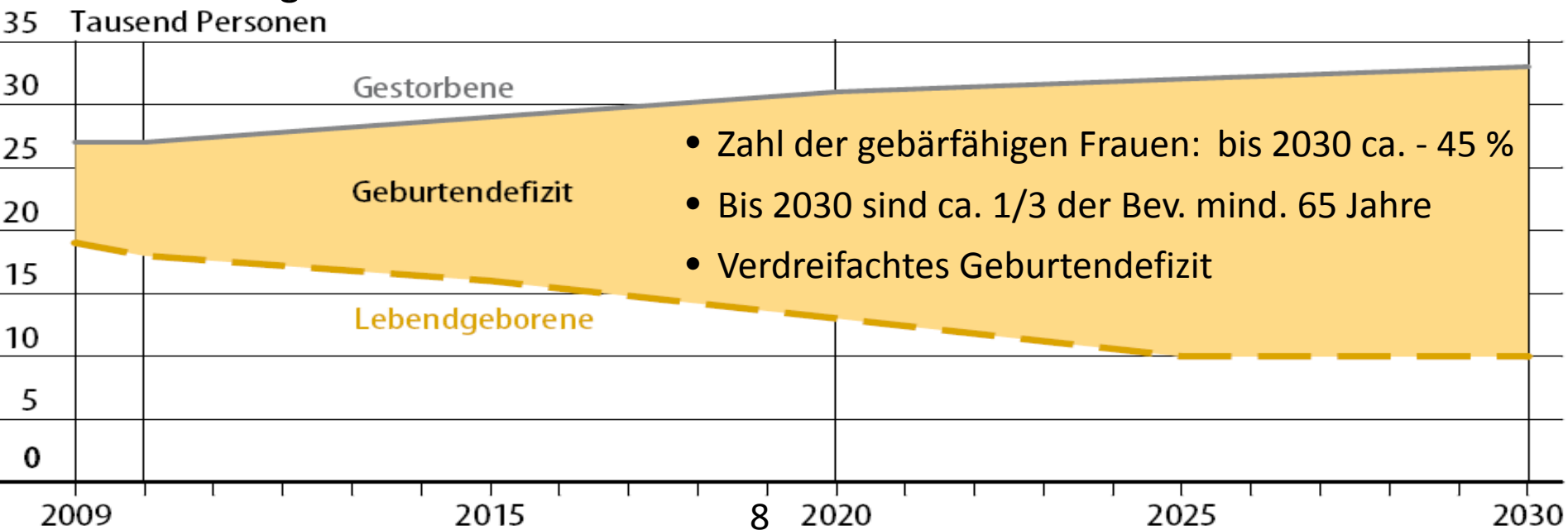
Fachgebiet Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie

Dipl.-Ing. Sabine Troppens

▪ Bevölkerungsbezogene Faktoren

- Regionsspezifische Arbeitsbelastung und Betreuungsintensität:
 - Höhere Morbidität, Prävalenz und Mortalität insb. chronischer Krankheiten in den neuen Bundesländern → Bedeutung der hausärztlichen Versorgung (SVR Gesundheit 2002, Stat. BA 2006, Zenker 2008)

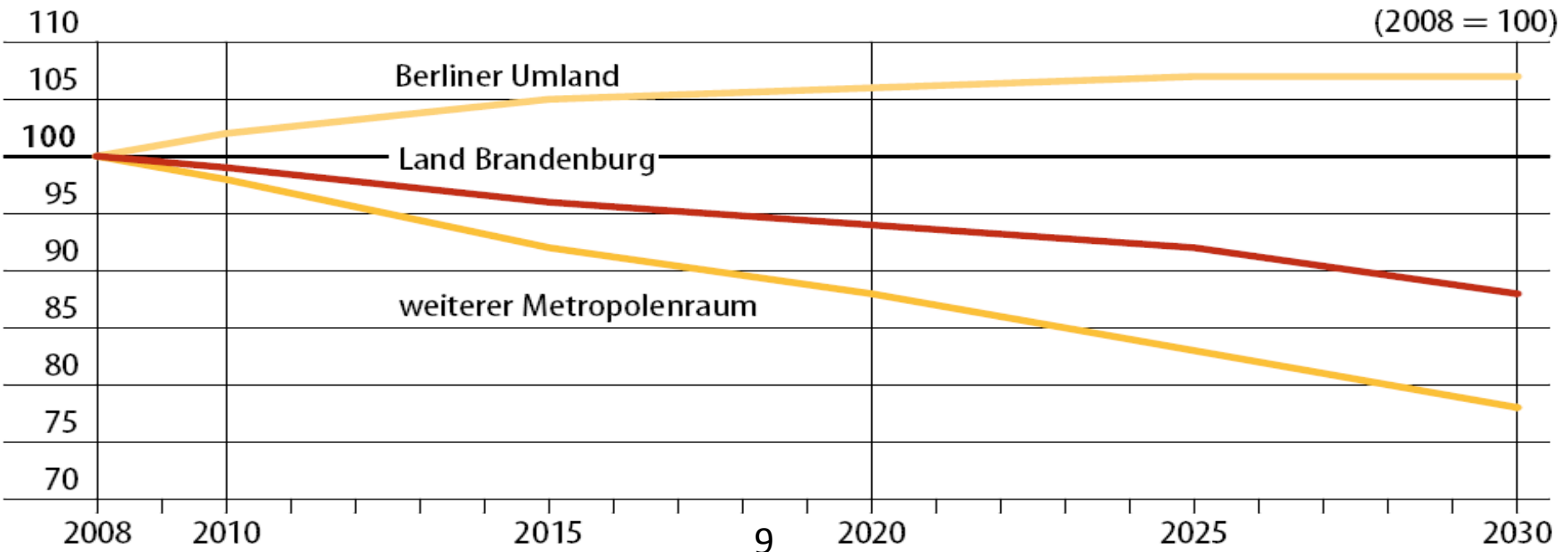
➤ Demografie:



■ Bevölkerungsbezogene Faktoren

➤ Prognose Wanderungsbilanz (2008 – 2030):

- Abwanderung aus peripheren Regionen (überwiegend junge Frauen und Erwerbstätige): - 22%
- Nettozuwanderungsgewinne im Berliner Umland: + 7%
- Bev.-Entwicklung in Brdg. insgesamt: -12%



- Regional unterschiedlich ausgeprägte Angebots- und Nachfragestrukturen (weiterer Metropolenraum vs. Berliner Umland)
- Auch potenzielle Nachfrager ambulanter Leistungen sinken langfristig
- Aber:

Morbiditätseffekt	Mengeneffekt
Arztgruppen, deren Inanspruchnahme mit dem Alter der Bevölkerung steigt	Arztgruppen, deren Inanspruchnahme nur gering vom Alter der Bev. abhängt
z. B. Allgemeinmediziner, Internisten, Augenärzte, Orthopäden, Urologen	z. B. Radiologen, Hautärzte, Chirurgen
wenn Morbiditätseffekt > Mengeneffekt: trotz Bevölkerungsrückgang hoher medizin. Versorgungsbedarf (Andersen u. a. 2005)	

- **Erreichbare hausärztliche, pflegerische und fachärztliche Betreuung auch außerhalb von Ballungsräumen**

Gliederung

- Ausgangslage (Angebot und Nachfrage)
- Theoretische Ansätze zur flächendeckenden Versorgung:
 - Ausschreibungslösung für eine liberale, regional organisierte flächendeckende Versorgung
 - Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – wettbewerbsföderalistische Sicht
- Rolle der Landesplanung
- Maßnahmen im Status Quo und zukünftig
- Zusammenfassung und Fazit

- Ausschreibungslösung für eine liberale, regional organisierte flächendeckende Versorgung

- Zerth (2005)
- **Modell eines liberalisierten Gesundheitssystems**
- Charakteristika (I):
 - Primat der Vertragsfreiheit
 - Maximaler Gestaltungsspielraum bei Gestaltung von Vertrags- und regionalen Kooperationsbeziehungen
 - Rolle des Akteurs Staat:
 - Ordnungspolitisch-dezentrale Steuerung
 - Grobe Sicherstellungs- und Zielvorgabe, z. B. Mindestreichbarkeits- oder Höchsthilfsfristen
 - Mindestkriterium für alle Regionen: Sicherstellung Notfallversorgung
 - Beteiligte organisieren autonom in Einzelverträgen die Versorgung

- Ausschreibungslösung für eine liberale, regional organisierte flächendeckende Versorgung

- Charakteristika (II):

- Festlegung Untergrenzen, Ausgestaltung Sicherstellungsziel, Monitoring: dezentral
 - Präferenzgerechte, regionale Lösungen
- *Institutionelle Gestaltungsvariante: Ausschreibung*
- Bietende übernehmen Versorgungsauftrag:
 - Krankenkassen, Leistungserbringer, Verbände aus horizontaler und vertikaler Integration
 - Regionales, zeitlich begrenztes Angebotsmonopol
- Integrierte Versorgung, räumliche und informationstechnische Mobilität, z. B. Telemonitoring, vergrößern den Radius erreichbarer Angebote.
 - Ende des Ausschreibungsvertrags: Prüfung, ob noch Unterversorgung geg.

- Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – die wettbewerbsföderalistische Sicht

- Tiebout (1956)
- **Modell des Wettbewerbs von Gebietskörperschaften einer Ebene um Produktionsfaktoren**
- Charakteristika (I):
 - Gebietskörperschaften verfügen über Kompetenz in Aufgabenerfüllung u. Besteuerung (dezentral festlegbare Steuersätze)
 - Uneingeschränkte Mobilität, vollständige Information der Bürger / Unternehmen
 - „Abstimmung mit den Füßen“
 - Kriterium: präferenzgerechtestes, kostengünstigstes Angebot öffentlicher Güter (Kosten-Nutzen-Relation aus Angebot öffentlicher Güter und Besteuerung)
→ Wettbewerbsdruck auf den Gebietskörperschaften

- Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – die wettbewerbsföderalistische Sicht

- Übertragung der Annahmen auf die Niederlassungsentscheidung der Ärzte
 - Uneingeschränkt mobile, (vollständig) informierte,
 - die Kosten-Nutzen-Relation vergleichende Personen

- Wettbewerb Brandenburger Gemeinden um Ärzte:
 - Untereinander
 - Mit Gemeinden anderer neuer und alter Bundesländer
 - Mit dem Ausland

- *Standortvorteil* durch „Stellschraube“ im Tieboutschen Modell (noch):
Angebot öffentlicher Güter i. S. e. attraktiven Infrastruktur

Gliederung

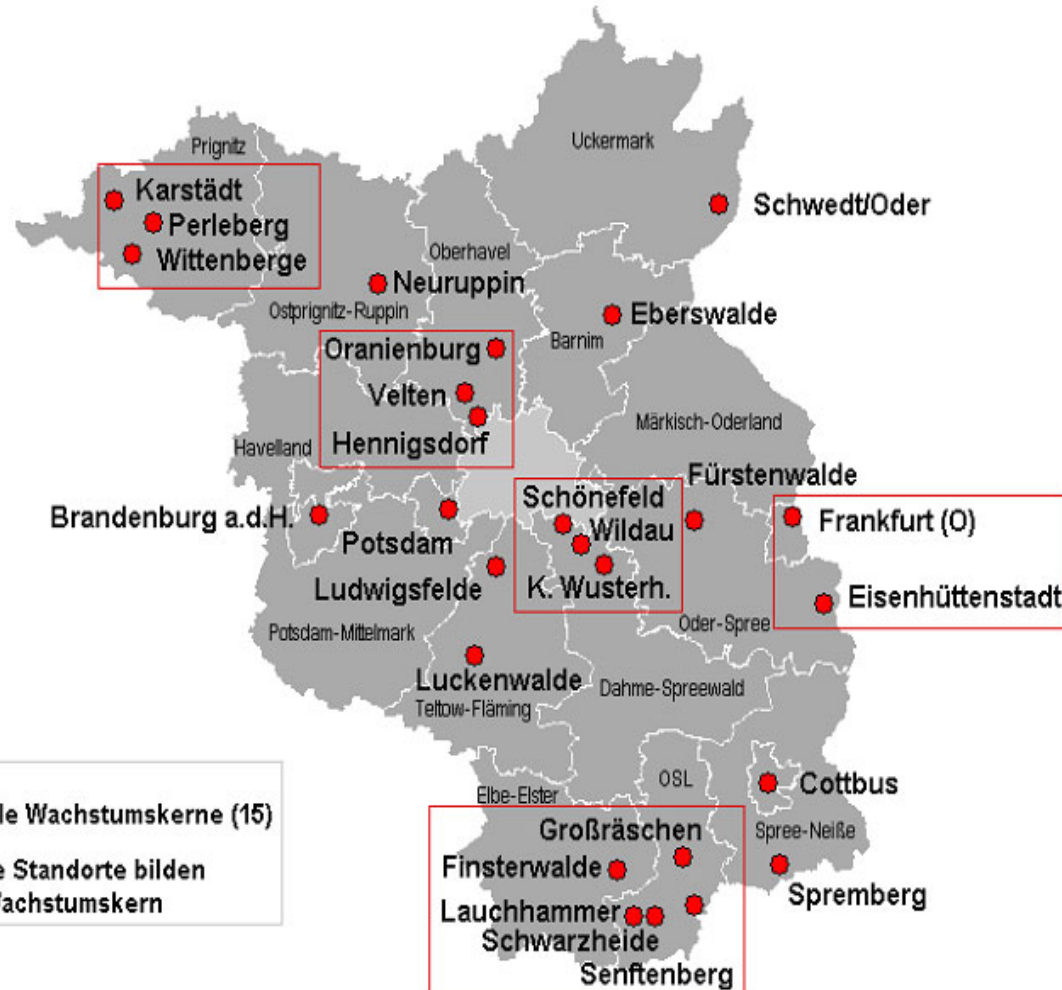
- Ausgangslage (Angebot und Nachfrage)
- Theoretische Ansätze zur flächendeckenden Versorgung:
 - Ausschreibungslösung für eine liberale, regional organisierte flächendeckende Versorgung
 - Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – wettbewerbsföderalistische Sicht
- **Rolle der Landesplanung**
- Maßnahmen im Status Quo und zukünftig
- Zusammenfassung und Fazit



Brandenburger
Finanzausgleichsgesetz (BbgFAG),
§ 14a

Mehrbelastungsausgleich für
Mittelzentren und Kreisstädte

- (1) Die **Gemeinden, die nach der Landesplanung als Mittelzentrum festgestellt worden sind** oder Sitz der Verwaltung eines Landkreises sind, **erhalten als Mehrbelastungsausgleich** einen Ausgleichsbetrag in Höhe von **800 000 Euro**.



BMWI-Richtlinie zur **Förderung der wirtschaftsnahen kommunalen Infrastruktur** i. R. d. Gemeinschaftsaufgabe "Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur"
- GRW - (GA-I) :

„...**prioritär in Regionalen Wachstums-kernen** sowie (...) vorrangig in Kur- und Erholungsorten“

(Stand: 04/2010)

Gliederung

- Ausgangslage (Angebot und Nachfrage)
- Theoretische Ansätze zur flächendeckenden Versorgung:
 - Ausschreibungslösung für eine liberale, regional organisierte flächendeckende Versorgung
 - Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – wettbewerbsföderalistische Sicht
- Rolle der Landesplanung
- Maßnahmen im Status Quo und zukünftig
- Zusammenfassung und Fazit

Maßnahmen im Status Quo und zukünftig



Berufsphase	Berufseintritt	Aus- und Fortbildung		Entscheidung zur Niederlassung
Schlüsselfaktor	Eintrittsbarrieren (Studienplatzvergabe, Zulassung, Bedarfsplanung)	Ausbildung (Anzahl der Studienplätze)	Aus- und Fortbildungsangebot	Förderung der Niederlassung
Maßnahmen in Brdb.	<ul style="list-style-type: none"> • Feststellung von Versorgungsgefährdung / Unterversorgung auf Altkreisebene • Einbeziehung LEP in Bedarfsplanung • Einbeziehung von regionalen bevölkerungsbezogenen Faktoren (Demografie, Morbidität, Wanderung) • Einbeziehung regionaler, auch stationärer Versorgungskapazitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Errichtung einer medizinischen Fakultät 	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschüsse für WB-Assistenten • WB-Börse • WB-Netzwerk • Finanzielle Förderung von Famulaturen • Organisat. Förderung des Praktischen Jahres (auch z. B. Kinderbetreuung) • Kooperation mit Österreichischer Ärztekammer • Kooperation mit Berliner Hochschulen und Kliniken • International ausgerichtete Fortbildung • Ansprache von Abiturienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsatzgarantien, Investitionszuschüsse • Niederlassungsberatung • Praxisabgabebörse • Öffentlichkeitsarbeit (Internetportal z. B.) • Qualifizierungsprojekt für eingewanderte Ärzte • Kommunale Ansiedlungshilfen • Förderung zu Gunsten satellitenhafter Elemente (Zweigpraxen, Mobile Praxen) • Abkehr von Residenzpflicht

Maßnahmen im Status Quo und zukünftig



Berufsphase	Berufsausübung			Austritt
Schlüsselfaktor	Struktur der Ärzteschaft (Alter, Geschlecht, Teilzeit, Arbeitsteilung)	Versorgungsstruktur (sektor-/ gruppenspezifisches Angebot)	Wanderungen	Natürlicher Verlust i.w.S.
Maßnahmen in Brdb.	<ul style="list-style-type: none"> • Befristete Anstellung eines Sicherstellungsassistenten • Modellprojekt AGNES in Regelversorgung • Förderung von Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationären Sektor • Förderung von Teilzeit-, (Teil-) Anstellung 	<ul style="list-style-type: none"> • IGiB (AG von KV BB und Krankenkassen zur Entwicklung innov. Versorgungsmodelle) • IV-Netz Prosper Lausitz • IV Belzig • Regionale, interdisziplinäre IV-Konzepte unter Einbeziehung ambulanter Pflege, Arznei- und Hilfsmittelversorgung • Mobilität medizin. / pflegerisches Betreuungsangebot • Telemedizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierungsprojekt für eingewanderte Ärzte • Kommunale Ansiedlungshilfen • Fahrtkostenzuschuss für Pendler 	

Gliederung

- Ausgangslage (Angebot und Nachfrage)
- Theoretische Ansätze zur flächendeckenden Versorgung:
 - Ausschreibungslösung für eine liberale, regional organisierte flächendeckende Versorgung
 - Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – wettbewerbsföderalistische Sicht
- Rolle der Landesplanung
- Maßnahmen im Status Quo und zukünftig
- Zusammenfassung und Fazit

1) Angebot zukünftig:

- Von medizinischen und räumlichen Zentren ausgehend
- In der Fläche mobil (Medizin und Pflege)
- Unterstützt durch Technologie (Telemedizin, AAL)
- Nachwuchs:
 - Frühzeitige Ansprache
 - Niederlassung vs. Anstellung
- Regional differenziert, interdisziplinär, sektorenübergreifend, nachfrageorientiert, innovativ

2) Nachfrage zukünftig:

- Regional unterschiedlich (Demografie, Wanderung → Bedarf)
- Bedeutung des „Gesundheitsstandortes Haushalt“

3) Rolle der Landesplanung:

- Stärkung leistungsfähiger Raumstrukturen mit Ausstrahlung auf Umland
- Angebotsplanung \leftrightarrow Konzentrationsprozesse im Raum

4) Rolle der Kommunen:

- Wichtige Akteure, im Wettbewerb um Fachkräfte
 - Rahmenbedingungen, insb. Ansiedlungshilfen
 - Mehr Gestaltungskompetenz
 - Prinzip d. fiskalischen Äquivalenz
- Bereitstellung öffentlicher Güter:
 - Rückbau vs. Ausbau
 - Landesplanung \leftrightarrow Umfang, Finanzierung
- „Verlierer“: Versorgung durch Mobilität von Angebot und Nachfrage

Andersen, H. H.; Mühlbacher, A. C. (2005): Morbidität, Bedarf und Vergütung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 59, Heft 5/6, S. 20–30.

Amelung, V. E.; Janus, K. (2006): Veränderte Marktstrukturen für Ärzte im ambulanten Sektor. In: Gesundheit+Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 6, Heft 3/2006, S. 26–35.

Borchardt, K. (2006): Ärztemigration von und nach Deutschland. Theoretische und empirische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der deutsch-polnischen Grenzregion Brandenburg., Nomos.

Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomik. 5. Auflage. Berlin: Springer.

Henke, K.-D. (2008): Neue Berufe im Zweiten Gesundheitsmarkt? In: Public Health Forum, Jg. 16, Heft 58, S. 10–12.

Henke, K.-D. (1977): Gruppenspezifische Gesundheitsindikatoren und regionale Versorgungsunterschiede. In: Hoffmann-Nowotny, H.-J. (Hg.): Politisches Klima und Planung. Frankfurt: Campus-Verlag (Soziale Indikatoren, Band 5), S. 235–262.

Thum, M.; Montén, A. (2008): Aging Municipalities, gerontocracy and fiscal competition. CESIFO Working Paper No. 2469.

Tiebout, C. M. (1956): A pure theory of local expenditures. In: The Journal of Political Economy, Jg. 64, Vol. 5, S. 416–424.

Zerth, J. (2005a): Flächendeckende Versorgung in einem liberalen Gesundheitssystem. Eine institutionenökonomische Analyse der Sicherstellungsgarantie. , Baden-Baden: Nomos .

Zimmermann, H.; Henke, K.-D. (2005): Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft. 9. Auflage. München: Vahlen.

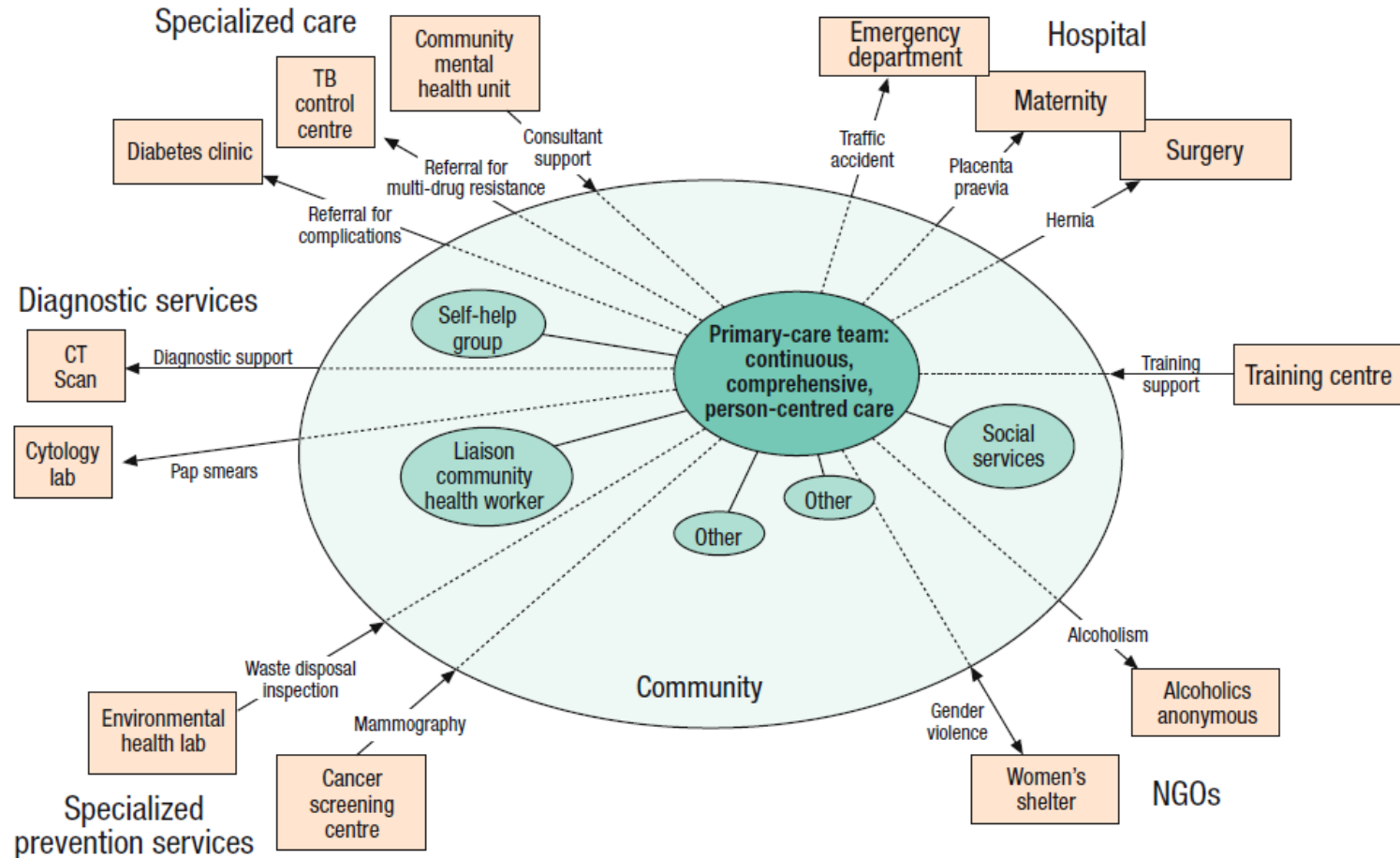
- Standortwettbewerb der Kommunen um das medizinische Angebot – die wettbewerbsföderalistische Sicht

- **Übertragung der Annahmen auf die Niederlassungsentscheidung der Ärzte**
 - Geringe Finanzautonomie der Gemeinden (Hebesätze der Gewerbe- und Grundsteuer)
 - Gewerbesteuerpflicht von Ärzten derzeit nur bei best. Randfällen
 - Aber: Forderung Gewerbesteuerpflicht für Freiberufler

kreisfreie Stadt/ Gemeinde	Landkreis	Grundsteuer B (%)	Gewerbesteuer (%)
kreisfreie Stadt Potsdam		493	450
kreisfreie Stadt Brandenburg		450	350
Angermünde	Uckermark	390	350
Forst	Spree-Neiße	375	350
Guben	Spree-Neiße	340	330
Pritzwalk	Prignitz	370	323
Belzig	Potsdam Mittelmark	370	320
Calau	Oberspreewald-Laus	365	350
Jüterbog	Teltow-Fläming	350	320

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Realsteuersätze der Berlin Brandenburg, L II 6 - j / 09, |

Satellitenmodell der WHO



Quelle: WHO (2008)

Fachgebiet Finanzwissenschaft und
Gesundheitsökonomie

Investitionen lohnen sich:

- **Marke „HealthCapital Berlin-Brandenburg“**
(Masterplan Gesundheit Berlin-Brandenburg (2007))

- **Wirtschaftsfaktor ambulante Medizin in Brdg.:**
 - 10.500 Mitarbeiter in Praxen und MVZ
 - 17 Mio. € zahlte KV BB in 2009 für Löhne und Gehälter
 - 1,6 Mio. € Investitionen der KV BB in 2009

	Brdg.	Berlin
Fläche in km²	29.480	892
Einwohner (EW) in Mio.	2,5	3,4
EW je km²	86	3.849

Quelle: Stat. BA 2010, Stand: 31.12.2008

- unterversorgte Regionen auf Altkreisebene (Beschluss vom 14.10.2009 des LA der Ärzte und Krankenkassen für die KV BB):
- Hausärzte: 7 Altkreise (1 Altkreis: bestehend, 6 Altkreise drohend)
- Frauenärzte: 1 Altkreise (drohend)
- Kinderärzte: 2 Altkreise (drohend)
- Dermatologen: 1 Altkreise (bestehend)
- Augenärzte: 3 Altkreise (1 Altkreis: bestehend, 2 Altkreise drohend)

▪ Monetäre Indikatoren

➤ Vergütung:

- **Honorarreform → Gesamtvergütung 1. HJ 2009: + 10,2% (Vgl. 1. HJ 2008)**
- Unterschiedliche Zuwächse in den einzelnen Arztgruppen:
 - Hausärzte + 10%, Fachärzte + 8%
 - z. B. Orthopäden in Brdg. + 13% (aber dennoch unter Bundesdurchschnitt)
- Pro Quartal ca. 27 Mio. € Fremdkassenzahlungsausgleich, hauptsächlich nach Berlin