

Zur regionalen Ungleichverteilung von Ärzten in Deutschland – eine Frage der Privaten Krankenversicherung?*

CHRISTINE ARENTZ

Dr. Christine Arentz
ist Projektleiterin beim
WIP – Wissenschaftliches
Institut der Privaten
Krankenversicherung, Köln

Die regionale Ungleichverteilung von Ärzten ist nicht nur in Deutschland ein Thema, das immer wieder Gegenstand der politischen und wissenschaftlichen Diskussion ist. Auch international wird seit Jahren über die Ursachen und mögliche Maßnahmen diskutiert. Deutschland nimmt aber eine Sonderstellung ein, weil hier ein duales System aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung existiert. Daher wird die Rolle der Privaten Krankenversicherung thematisiert. Sie sei mit dafür verantwortlich, dass sich Ärzte eher in Städten als auf dem Land niederließen. Der folgende Beitrag setzt sich mit dieser These auseinander.

1. Einführung

Ein guter Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Bürger unabhängig von ihrem Wohnort ist nicht nur in Deutschland ein Ziel der Gesundheitspolitik. Daher wird seit Jahren auf nationaler und internationaler Ebene über die regionale Verteilung von medizinischen Leistungserbringern diskutiert. In Deutschland wird insbesondere im Hinblick auf die hohe Zahl von Ärzten, die in den nächsten Jahren in Rente gehen werden, auf die Gefahr eines Engpasses in der Versorgung hingewiesen. Dieser droht insbesondere in ländlichen Gebieten, da nicht ausreichend jüngere Mediziner bereit sind, die frei werdenden Praxissitze zu übernehmen.¹ Mit der sinkenden Zahl von Ärzten geht gleichzeitig eine alternde Bevölkerung einher, die einen erhöhten Versorgungsbedarf aufweist.

Die regionale Ungleichverteilung von Ärzten ist kein deutsches Phänomen: Der Blick ins Ausland zeigt, dass es unabhängig von der durchschnittlichen Anzahl von Ärzten in vielen OECD-Ländern regionale Unterschiede in der Verteilung dieser Ärzte gibt. Ärzte arbeiten deutlich häufiger in urbanen als in ländlichen Regionen und innerhalb der Städte lassen sie sich eher in besser situierten Stadtteilen nieder als in sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen. Diese Ungleichverteilung findet man in den unterschiedlichsten Gesundheitssystemen vor, unabhängig von der Finanzierungsweise der Gesundheitsausgaben und der Vergütung der

* Die Ausführungen in diesem Artikel basieren auf Arentz (2017).

¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), S. 345.

Leistungserbringer.² Betrachtet man OECD-Länder, die von der Wirtschaftskraft her mit Deutschland vergleichbar sind, zeigt sich, dass die Ärztedichte in Deutschland überdurchschnittlich und die regionale Ungleichverteilung nicht außergewöhnlich hoch ist.³

Trotzdem wird in Deutschland in Bezug auf die regionale Ungleichverteilung die Rolle der Privaten Krankenversicherung hervorgehoben. Sie sei mit dafür verantwortlich, dass sich Ärzte eher in urbanen bzw. sozioökonomisch attraktiven Regionen niederlassen.⁴ Diese These soll im vorliegenden Artikel kritisch beleuchtet werden.

2. Strukturelle Faktoren für die regionale Verteilung von Ärzten

Regionale Unterschiede in der Verteilung von Ärzten können unterschiedliche Ursachen haben. Sowohl strukturelle als auch institutionelle Faktoren bedingen eine bestimmte Verteilung, zudem spielen die Niederlassungsentscheidung der Leistungserbringer sowie Patientenpräferenzen eine Rolle. Diese unterschiedlichen Faktoren sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

Demografie und medizinischer Fortschritt

Demografie und medizinischer Fortschritt sind zwei Determinanten, die die Verteilung von Ärzten unabhängig von den sonstigen Gegebenheiten eines Gesundheitssystems beeinflussen. Zum einen steigt durch die Alterung der Bevölkerung in den Industrienationen tendenziell auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen.⁵ Diese Alterung fällt zudem regional unterschiedlich stark aus, was sowohl international⁶ als auch für Deutschland gilt: Hier sind die neuen Bundesländer stärker und schneller von der Alterung betroffen als die alten Bundesländer, zudem ist sie in ländlichen, strukturschwachen Gebieten größer als in wirtschaftlich starken Regionen.⁷

Durch die demografische Entwicklung sinkt gleichzeitig die Zahl der potentiellen Leistungsanbieter. Ein besonders großes Ungleichgewicht zwischen Patienten als Nachfragern und Ärzten als Anbietern von Gesundheitsversorgung dürfte somit in ländlichen Räumen entstehen, wo sich die Alterung im Zuge der Abwanderung der jüngeren Generationen schneller vollzieht. Potentielle Landärzte stehen dort einer

größeren Zahl von älteren Patienten gegenüber, wodurch die Arbeitsbelastung steigt und gleichzeitig sinken mit abnehmender Bevölkerungszahl das Infrastrukturniveau und damit die Attraktivität des Standorts (vgl. untenstehende Ausführungen). Die beschleunigte Vergreisung ländlicher Regionen hat damit auch negative Auswirkungen auf das Angebot ärztlicher Dienstleistungen.⁸

Neben der Demografie hat der medizinische Fortschritt durch seinen Einfluss auf die Ausbildung der Ärzte Ungleichgewichte in der Ärzteverteilung zur Folge. Der medizinische Fortschritt zieht eine immer spezialisiertere Aus- und Weiterbildung nach sich, während die hausärztlichen Tätigkeiten in der Aus- und Weiterbildung in den letzten Jahren einen geringeren Stellenwert eingenommen haben.⁹ Durch die immer wei-

In Bezug auf die regionale Ungleichverteilung von Ärzten wird die Rolle der Privaten Krankenversicherung hervorgehoben – sie sei mitverantwortlich.

tergehende Spezialisierung und höhere Arbeitsteilung zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten könnten insbesondere in ländlichen Räumen Versorgungsprobleme auftreten: Aufgrund der hohen Fixkosten lohnt sich das fachärztliche Angebot in ländlichen Gebieten kaum. Es fehlt angesichts der geringen Bevölkerungsdichte die kritische Masse für die wirtschaftliche Erbringung spezialisierter fachärztlicher Versorgung.¹⁰

Regulierung der Niederlassung

Die staatliche Regulierung der Niederlassung ist ein weiterer Faktor für die regionale Verteilung von Ärzten. Nicht in allen Ländern können Ärzte nach ihrer Zulassung als Arzt frei wählen, wo sie sich niederlassen möchten. So bestehen bspw. in Deutschland, Dänemark und Norwegen Bedarfsplanungen, die anhand von zentralen Planungsrichtwerten durchgeführt werden. In anderen Ländern gibt es Beschränkungen bei der Zulassung auf regionaler oder kommunaler Ebene.¹¹ Sind Ärzte Angestellte des nationalen Gesundheitssystems¹², wird

die Niederlassungsentscheidung durch die Anzahl der freien Stellen in bestimmten Regionen beschränkt.¹³

Allerdings zeigt sich, dass auch in den Ländern mit (de facto) Bedarfsplanung weiterhin Ungleichgewichte in der regionalen Verteilung bestehen. Insbesondere ländliche oder sozioökonomisch benachteiligte Gebiete sind bei der Gewinnung von Ärzten im Nachteil, denn auch bei einer expliziten Bedarfsplanung ist es nicht möglich, Ärzte zu einer Niederlassung in bestimmten Gebieten zu verpflichten.

3. Angebots- und nachfrageseitige Faktoren für die Verteilung von Ärzten

Neben den strukturellen Gründen bedingen Faktoren auf der Seite von Ärzten und Patienten die regionale Verteilung.

Für die Entscheidung über politische Maßnahmen ist es notwendig, zwischen angebots- und nachfrageseitigen Faktoren zu unterscheiden, da diese Unterscheidung eine unterschiedliche Einschätzung der Ungleichverteilung von Ärzten zur Folge hat: Gehen regionale Unterschiede in der Ärztedichte auf unterschiedliche Patientenpräferenzen und somit auf eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen zurück, besteht kein politischer Handlungsbedarf. Salm/Wübker (2017) gehen bspw. davon aus, dass der Großteil der Unterschiede in der regio-

2 Vgl. Ono u.a. (2014), S. 14, Arentz (2017).

3 Vgl. Arentz (2017).

4 Vgl. bspw. Sundmacher/Ozegowski (2016).

5 Vgl. hierzu Niehaus (2006).

6 Vgl. für die Europäische Union: Gløersen u.a. (2016).

7 Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016).

8 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), S. 561.

9 Vgl. Berchtold u.a. (2015).

10 Vgl. Ono u.a. (2014), S. 13.

11 Vgl. Gerlinger/Küpper (2015), S. 11.

12 Bei den in Arentz (2017) betrachteten Ländern arbeiten in Finnland und Schweden sowohl Allgemeinärzte als auch Fachärzte als Angestellte des staatlichen Gesundheitssystems. In Island sind die Allgemeinärzte beim staatlichen Gesundheitssystem angestellt. Fachärzte im ambulanten Bereich sind in Dänemark, Irland, Italien, Neuseeland, Norwegen und UK staatlich angestellt. Vgl. Ono u.a. (2014), S. 16.

13 Eine ausführliche Darstellung der Niederlassungsregulierungen findet sich in Arentz (2017).

nen Inanspruchnahme in Deutschland nicht auf Angebotsfaktoren zurückgeht, sondern auf die unterschiedlichen Präferenzen der Patienten.

Ist eine regional unterschiedliche Verteilung von Ärzten hingegen auf angebotsseitige Faktoren zurückzuführen, könnte dies ggf. zu Versorgungsproblemen führen.¹⁴ In diesem Fall wären Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer gleichmäßigeren Verteilung der Ärzte und damit ggf. zu einer gleichmäßigeren Versorgung der Patienten führen. In der Folge konzentriert sich die politische Diskussion weitgehend auf die angebotsseitigen Gründe, weshalb diese hier ausführlicher besprochen werden sollen.

Angebotsseitige Faktoren: Sind Privateinnahmen ausschlaggebend?

Im Folgenden werden die Faktoren betrachtet, die in der Literatur am häufigsten als entscheidend für die Niederlassung angesehen werden. Hierbei wird ein besonderer Fokus auf die Rolle der Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten (Selbstzahler oder Privatversicherte) gelegt, weil die Ungleichverteilung von Ärzten in Deutschland verschiedentlich auf die Existenz der Privaten Krankenversicherung zurückgeführt wird.¹⁵ Diese These soll hier kritisch beleuchtet werden.

In der internationalen Literatur wird die bei Ärzten übliche Praxis, sowohl Einnahmen aus der Behandlung von Patienten aus der staatlichen Versicherung als auch Einnahmen durch Privatbehandlungen zu erzielen, „dual practice“ genannt, weil Ärzte sowohl im staatlichen als auch im privaten Sektor tätig sind.

Diese „dual practice“ ist in vielen Ländern weit verbreitet, wobei keine offiziellen Zahlen über das tatsächliche Ausmaß vorliegen. Für das Vereinigte Königreich, das die Gesundheitsversorgung über einen steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdienst (NHS) sicherstellt, wird der Anteil der Ärzte, die neben ihrer Tätigkeit im NHS noch in privaten Krankenhäusern arbeiten, auf 50-60 % geschätzt.¹⁶ In der jüngeren Vergangenheit eröffnen zudem immer mehr NHS-Krankenhäuser Privatstationen, um mit deren Einnahmen die Defizite aus der NHS-Sparte zumindest teilweise zu kompensieren.¹⁷ In Norwegen sind etwa ein Viertel der männlichen Ärzte

im öffentlichen und dem privaten Sektor tätig, sowie ca. 14 % der weiblichen Ärzte.¹⁸ Auch in Schweden und Finnland arbeiten Ärzte verbreitet im privaten und öffentlichen Bereich. In Australien, Neuseeland und Irland arbeiten zwischen 80 und 90 % der Ärzte in beiden Sektoren.¹⁹

Auch wenn die „dual practice“ international weit verbreitet ist, nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein, weil hier ein duales Krankenversicherungssystem existiert. In der Folge wird in der Diskussion um die Ungleichverteilung von Ärzten auch immer wieder die Rolle der Privaten Krankenversicherung in den Fokus gerückt. In der wissenschaftlichen Diskussion spielen hier bspw. zwei neuere Studien eine Rolle, zum einen von Sundmacher/Ozegowski (2016) und zum anderen von Vogt (2016). Beide Studien analysieren anhand von Regressionsmodellen die Einflussfaktoren für die Verteilung von Ärzten in Deutschland.

Gemäß Sundmacher/Ozegowski (2016) spielt der Anteil an PKV-Versicherten bei der Verteilung von Ärzten eine höhere Rolle für Fach- als für Hausärzte. Nach ihren Ergebnissen führt ein Prozent mehr PKV-Versicherte in einer Region zu 2,1 % mehr Fachärzten und 1,3 % mehr Hausärzten in dieser Region. Die Studie arbeitet zudem einen negativen Zusammenhang zwischen dem Einkommen aus GKV-Tätigkeit und der Vertragsarztdichte für Fachärzte heraus. Dies wird durch einen Substitutionseffekt durch die Existenz von Privatversicherten erklärt: Fachärzte verdienen weniger in den urbanen Gebieten, wo sie mit mehr Kollegen um GKV-Patienten konkurrieren, als auf dem Land, wo sie weniger Konkurrenz hätten. Der Einkommensnachteil beträgt laut der Studie ca. 20.000 Euro. Dieser monetäre Nachteil könne aber in städtischen Gebieten durch Privatpatienten ausgeglichen werden, so dass die höhere Vergütung auf dem Land keinen Anreiz darstelle, in ländliche Regionen umzuziehen. Diese These sehen Sundmacher/Ozegowski von Gunther u. a. (2010) gestützt: In dieser Studie ergibt sich ein Betrag von knapp 109.000 Euro/Jahr, der notwendig ist, um den negativen Nutzen für Ärzte, auf dem Land tätig zu sein, auszugleichen. Diese hohe Kompensationsforderung könnte allerdings auch darauf zurückzuführen sein, dass Ärzte eine sehr hohe Präferenz für das Leben in Städten haben, die unab-

hängig von der Anzahl der Privatpatienten dazu führt, dass ein Umzug aufs Land mit erheblichen Nutzeneinbußen verbunden wäre. Zudem ist die reine Betrachtung des absoluten Gehaltsunterschieds zwischen Stadt und Land nicht ausreichend. Vielmehr müsste auch die unterschiedliche Arbeitsbelastung berücksichtigt werden.

Zudem könnten eventuelle Einkom-

Auch ohne Privatversicherte würden sich Ärzte eher in attraktiven städtischen Regionen niederlassen als in strukturschwachen Gebieten.

mensnachteile in der Stadt nicht nur durch Privatversicherte, sondern auch durch Selbstzahler oder IGeL²⁰-Leistungen für GKV-Versicherte ausgeglichen werden. Diese Leistungen werden vor allem von Fachärzten angeboten, wie Zok (2015) zeigt. So bieten Augenärzte pro Jahr mehr als 7 Mal so viele IGeL-Leistungen an wie Allgemeinmediziner, Frauenärzte mehr als 5 Mal und Orthopäden knapp 4 Mal.²¹ Gleichzeitig werden IGeL-Leistungen eher GKV-Versicherten mit höherem Haushaltsnettoeinkommen und höherem Bildungsgrad angeboten.²² Diese GKV-Versicherten dürften wiederum eher in wirtschaftlich starken Regionen als in wirtschaftlich schwächeren Regionen zu

14 Vgl. auch Salm/Wübker (2017), S. 4-5. Einen Überblick über international ergriffene Maßnahmen findet sich in Arentz (2017). Dazu gehören bspw. die verstärkte Nutzung von telemedizinischen Angeboten, neue Praxis- bzw. Niederlassungsformen oder die Arbeitsteilung mit anderem medizinischen Personal. Auch in der Ausbildung werden in verschiedenen Ländern Anreize in Richtung Hausarztstätigkeit auf dem Land gesetzt.

15 Für eine ausführliche Diskussion der anderen Faktoren siehe Arentz (2017).

16 Vgl. García-Prado/González (2011) und <http://www.bbc.com/news/health-37379464>, abgerufen am 17.7.2017

17 Vgl. bspw. http://www.rbch.nhs.uk/our_services/support_services/communications/latest_news/2017/16032017, abgerufen am 17.7.2017.

18 Vgl. Johannessen/Hagen (2014).

19 Vgl. Garcia-Prado/Gonzalez (2011), S. 273-274.

20 IGeL: Individuelle Gesundheitsleistungen. Diese Leistungen werden von den Krankenkassen nicht übernommen, sondern müssen von den Patienten selbst bezahlt werden.

21 Vgl. Zok (2015), S. 6.

22 Vgl. ebd., S. 4.

finden sein. Ohne die Berücksichtigung von Selbstzahlerleistungen dürfte der Einfluss des Anteils der Privatversicherten auf die Niederlassungsentscheidung der Ärzte überschätzt werden.

Darüber hinaus signalisieren die sonstigen Ergebnisse der Autorinnen, dass andere Faktoren, wie die Mitversorgungsfunktion von Regionen, der Urbanitätsgrad oder demografische Aspekte eine höhere Relevanz für die Erklärung der Ärztedichte haben als der Anteil der Privatversicherten.

Vogt (2016) führt hingegen unter Verwendung der gleichen Datengrundlage wie Sundmacher/Ozegowski an, dass der Anteil von Privatpatienten für die Verteilung der Hausärzte ausschlaggebender sei als für die Verteilung der Fachärzte. Die Niederlassungsentscheidung von Fachärzten sei weniger durch finanzielle Erwägungen bedingt, sondern durch andere Faktoren, wie die Attraktivität einer Region und Lebensqualitätsaspekte.²³

Eine Erklärung für die vergleichsweise geringen Auswirkungen des Anteils von Privatversicherten für die Niederlassungsentscheidung von Fachärzten könnte aber wiederum in der besseren Möglichkeit liegen, IGeL-Leistungen abzurechnen. Damit wären sie weniger auf die Einnahmen aus der Behandlung von Privatversicherten angewiesen als Hausärzte.

Die Studie von Vogt (2016) ist allerdings ebenfalls vorsichtig zu interpretieren, da bei allen (Facharzt)-Richtungen der Anteil, der durch das Modell nicht erklärt werden kann, sehr hoch ist. Bei Hausärzten beträgt dieser Anteil 67 %, bei den Fachärzten bewegt sich dieser zwischen 33 % und 50 %. Das Modell ist also nicht in der Lage, alle für die Niederlassung relevanten Faktoren zu berücksichtigen.²⁴

Für Deutschland existieren zudem mehrere andere (Befragungs-)Studien, die die Niederlassungsentscheidung von deutschen (angehenden) Ärzten beleuchten. Diese zeigen, dass finanzielle Anreize zwar eine Rolle spielen, aber andere Faktoren einen größeren Einfluss haben. Berchtold u.a. (2015) geben an, dass Freizeit gerade für junge Ärzte wichtiger wird als das erzielbare Einkommen.²⁵ Auch Gibis u. a. (2012) arbeiten heraus, dass eine ausgeglichene Arbeit-Freizeit-Bilanz für junge Ärzte wichtig ist und urbane Regionen sowie ein Angestelltenverhältnis bevorzugt werden. Steinhäuser u.a.

(2011) geben ein familienfreundliches Umfeld, die Attraktivität des Ortes und die Zusammenarbeit mit Kollegen als die drei wichtigsten Einflussfaktoren für die Niederlassung an. Roick u.a. (2012) zeigen, dass das Umfeld für die Familie und die Arbeitsbedingungen (Bereitschaftsdienste) am wichtigsten bei der Entscheidung für oder gegen eine Niederlassung sind. In der Studie von Schmidt u.a. (2017) ist das Umfeld für die Familie ebenfalls der wichtigste Entscheidungsfaktor. Auch Gunther u. a. (2010) führen an, dass eine gute Kinderbetreuung und die Arbeitsbedingungen neben finanziellen Erwägungen wichtig sind. Natanzon u.a. (2010) gehen davon aus, dass finanzielle Anreize allein nicht ausreichen, um Ärzte zu einer Niederlassung auf dem Land zu bewegen. Hansen u. a. (2017) argumentieren, dass die Attraktivität der ländlichen Regionen durch eine Verbesserung der Infrastruktur (kulturelle Angebote und Kinderbetreuung) erhöht werden muss.

Monetäre Anreize spielen auch international nicht die entscheidende Rolle

Ähnliche Präferenzen der Ärzte sind auch auf internationaler Ebene zu finden. Der Blick in andere OECD-Staaten zeigt, dass Ärzte unabhängig von der Finanzierung und Organisation der staatlichen Krankenversicherung eher in urbanen und/oder sozioökonomisch attraktiven Gebieten tätig sind und ein geringeres Interesse an einer Niederlassung im ländlichen Raum aufweisen.²⁶ Die Bevorzugung urbaner Gebiete lässt sich auch durch finanzielle Anreize nicht umkehren.²⁷

Das Niederlassungsverhalten von Ärzten in anderen Gesundheitssystemen offenbart also, dass Ärzte auch ohne die Existenz eines dualen Systems mit einer privaten Krankenvollversicherung eher in Regionen mit attraktiver Infrastruktur, Jobs für den Ehepartner und Bildungsangeboten für Kinder arbeiten würden als in ländlichen/strukturschwachen Regionen, die neben der geringeren Infrastruktur auch eine höhere Arbeitsbelastung mit sich bringen. In ländlichen Regionen arbeiten die Ärzte in der Regel allein und länger als in der Stadt, dazu kommen Bereitschaftsdien-

te. Je weniger Ärzte vor Ort ansässig sind, desto weniger kann Entlastung für den Einzelnen geschaffen werden.²⁸ Da die jüngeren Ärztegenerationen nicht nur in Deutschland mehr Wert auf eine ausgeglichene Arbeits- und Freizeitbilanz legen, ist eine Tätigkeit auf dem Land aufgrund dieser höheren Belastung weniger attraktiv.²⁹

Zudem: Selbst wenn die Einkommenserzielungsmöglichkeiten für Ärzte die

Die deutsche Diskussion um die Private Krankenversicherung als einer der Hauptfaktoren für die Ungleichverteilung von Ärzten ist nicht zielführend.

höchste Priorität hätten, ergäbe sich auch ohne Private Krankenversicherung eine Ungleichverteilung von Ärzten. Denn höhere Einkommen wären auch dann in wirtschaftlich stärkeren Regionen besser zu realisieren, weil das Angebot von Selbstzahlerleistungen auf eine kaufkräftigere Patientenschaft und damit mehr Nachfrage stoßen würde als in eher strukturschwachen Regionen.

Im Kern lässt sich also feststellen: Eine Abschaffung Privater Krankenversicherungen würde nichts an der Ungleichverteilung von Ärzten ändern. Ist die Ungleichverteilung zumindest in Teilen auf unterschiedliche Einnahmemöglichkeiten zurückzuführen, ändert sich nichts an der Attraktivität von Ballungsräumen bzw. wirtschaftlich prosperierenden Regionen,

23 Vgl. Vogt (2016), S. 203.

24 Zudem muss beachtet werden, dass der regionale Anteil der Privatversicherten geschätzt werden musste, da es keine offiziellen Statistiken hierzu gibt. Sundmacher/Ozegowski (2016) geben dies selbst als eine der Limitationen ihrer Studie an, weil sich verzerrte regionale Werte ergeben können (S. 450). Vogt (2016) übernimmt die Schätzung von Sundmacher/Ozegowski (2016).

25 Vgl. Berchtold u.a. (2015), S. 29.

26 Vgl. Ono u.a. (2014) und Ono u.a. (2016); Krishnan (1997).

27 Vgl. Bärnighausen/Bloom (2009), Ono u. a. (2016): „Financial incentives are no game changer“ (S. 146).

28 Vgl. Ono (2014), S. 19. Auch in Deutschland ist die Arbeitsbelastung in ländlichen Gebieten höher, so arbeiten Ärzte dort etwa 4 Stunden mehr pro Woche als ihre Kollegen in städtischen Gebieten. Vgl. Steinhäuser u.a. (2011).

29 Vgl. Ono (2014), S. 18.

denn hier ließen sich Zusatzeinnahmen auch ohne Private Krankenversicherung weiterhin besser erzielen als in strukturschwachen Gebieten.

Liegt diese Ungleichverteilung an Unterschieden in der Attraktivität der örtlichen Infrastruktur, ziehen Ärzte auch in einem einheitlichen Gesundheitssystem und selbst bei finanzieller Kompensation nicht in unattraktive Regionen, wie der Blick ins Ausland zeigt.

Letztendlich ist eine gleichmäßigere Verteilung von Ärzten somit nicht nur eine Aufgabe, die in das Feld der Gesundheitspolitik bzw. der Finanzierung des Gesundheitssystems fällt, sondern auch die regionale Arbeitsmarkt- und Infrastrukturpolitik berührt.³⁰ Es muss daher auf politischer Ebene geklärt werden, wie viel gesellschaftliche Ressourcen in die Daseinsvorsorge fließen sollen. Strukturschwache Regionen, die bereits von Abwanderung und Alterung betroffen sind, dürften Schwierigkeiten haben, selbst genug finanzielle Ressourcen aufzubringen, um eine attraktive Infrastruktur für die Bevölkerung und Ärzte aufrecht zu erhalten oder wieder aufzubauen. Bei den politischen Entscheidungen sollte indes auch berücksichtigt werden, dass eine stärkere Zentrenbildung, also eine Konzentration (fach-)ärztlicher Versorgung an einem Ort, nicht zum Nachteil der Patienten sein muss. Zwar erhöhen sich die Fahrtwege, allerdings kann sich aus einer stärkeren Konzentration an weniger Standorten auch eine koordiniertere und qualitativ hochwertigere Versorgung ergeben.³¹

4. Fazit

Der internationale Vergleich zeigt, dass regionale Unterschiede in der Anzahl von Ärzten überall vorzufinden sind. Dies gilt unabhängig von der Finanzierungsart der Gesundheitsausgaben oder der Form der Ärztevergütung. Bei der Niederlassungsentscheidung von Ärzten spielen sowohl in Deutschland als auch international viele Faktoren eine Rolle, die mit der jeweiligen regionalen Infrastruktur zusammenhängen. Wie andere Berufsgruppen auch, leben und arbeiten Ärzte lieber in Regionen mit guter Infrastruktur, d.h. mit vielfältigen Job- und Bildungsmöglichkeiten, Betreuungsangeboten für die Familie sowie einer guten Verkehrsinfrastruktur. Zudem ist eine ausgeglichene Work-Life-Balance für jüngere Ärztegenerationen ein entscheidender Faktor, darüber hinaus ist ihnen der Austausch mit Kollegen und teambasiertes Arbeiten wichtig. Ländliche bzw. sozioökonomisch benachteiligte Regionen sind daher bei der Gewinnung von Ärzten im Nachteil, weil eine Tätigkeit in diesen Gebieten neben der schwächeren Infrastruktur mit einem höheren Arbeitsumfang und einem schwierigeren Arbeitsumfeld für die Ärzte verbunden ist.

Daraus lässt sich ableiten, dass die deutsche Diskussion um die Private Krankenversicherung als einer der Hauptfaktoren für die Ungleichverteilung von Ärzten nicht zielführend ist. Auch ohne die Existenz von Privatversicherten würden sich Ärzte eher in attraktiven städtischen

Regionen niederlassen als in strukturschwachen Gebieten, die auch ansonsten von Abwanderung betroffen sind. Hier werden finanzielle Kompensationen der Ärzte nicht ausreichen. Diese sind heute schon möglich, ändern aber nicht viel an der Bereitschaft, im strukturschwachen Raum zu arbeiten. Vielmehr gilt es, eine abgestimmte Infrastrukturpolitik zu betreiben, um die Attraktivität der Region und damit die Niederlassungsanreize zu erhöhen. Zudem könnten neue Versorgungskonzepte, die u. a. durch E-Health ermöglicht werden, auch in strukturschwachen Gebieten eine ärztliche Versorgung aufrechterhalten, ohne dass sich Ärzte dort zwingend niederlassen müssen. ■

30 Zu diesem Schluss kommt auch der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, von Stillfried: „Auch Ärzte folgen diesem Trend und lassen sich eher dort nieder, wo es sich insgesamt gut leben und arbeiten lässt.“ In ländlichen Regionen fehle die Betreuungsinfrastruktur und die schulischen Angebote für Kinder sowie Arbeitsplätze für den Ehepartner, was die Bereitschaft zur Niederlassung auf dem Land beeinträchtigt. „Daseinsvorsorge ist ein Gesamtkonzept (...). Vielmehr müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, die es den Ärzten insgesamt leichter machen, sich für einen Sitz auf dem Land zu entscheiden“ (Zitiert nach o.V. (28.06.2017)).

31 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), S. 448.

Literatur

Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. WIP-Diskussionspapier 2/2017. URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Regionale_Verteilung_von_Aerzten_in_Deutschland.pdf, Stand: 30. November 2017.

Bärnighausen, Till/Bloom, David E. (2009): Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review, in: *BMC health services research*, Vol. 9, p. 86.

Berchtold, Peter/Schmitz, Christof/Reichert, Anika/Amelung, Volker E. (2015): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung und Berufsausübung in Zeiten von „Arztknappheit“, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 69. Jg., Nr. 5, S. 27–36.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016): Regionale Aspekte des demografischen

Wandels, URL: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/regionale_aspekte_2015.pdf;jsessionid=AE8D88B2F7C4B5BF0F165193DE81D1B2.1_cid380?__blob=publicationFile&v=6, Stand: 7. Juli 2017.

García-Prado, Ariadna/González, Paula (2011): Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 36, No. 2, pp. 265–294.

Gerlinger, Thomas/Küpper, Barbara (2015): Bedarfsplanung und Planungsrichtwerte in der ambulanten Versorgung – eine Analyse von Regelungen in ausgewählten europäischen Gesundheitssystemen, URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.616919&version=1427183303>, Stand: 24. Mai 2017.

Gibis, Bernhard/Heinz, Andreas/Jacob, Rüdiger/Müller, Carl-Heinz (2012): The career expectations of medical students. Findings of a nationwide survey in Germany, in: *Deutsches Arzteblatt international*, Vol. 109, No. 18, pp. 327–332.

Gloersen, Erik/ Dragulin, Marius/Hans, Sebastian/Jiannis Kaucic, Schuh, Bernd/Keringer, Florian/Celotti, Pietro (2016): The impact of demographic change on European regions. URL: http://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/The%20impact%20of%20demographic%20change%20on%20European%20regions/Impact_demographic_change_european_regions.pdf, Stand: 26.7.2017.

Gunther, Oliver H./Kurstein, Beate/Riedel-Heller, Steffi G./König, Hans-Helmut (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*, Vol. 45, No. 1, pp. 212–229.

Hansen, H./Pohontsch, N. J./Bole, L./Schäfer, I./Scherer, M. (2017): Regional variations of perceived problems in ambulatory care from the perspective of general practitioners and their patients – an exploratory focus group study in urban and rural regions of northern Germany, in: *BMC family practice*, Vol. 18, No. 1, p. 68.

Johannessen, Karl-Arne/Hagen, Terje P. (2014): Physicians' engagement in dual practices and the effects on labor supply in public hospitals: results from a register-based study, in: *BMC health services research*, Vol. 14, p. 299.

Krishnan, V. (1997): A macro approach to the explanation of physician distribution in Canada, in: *Journal of health & social policy*, Vol. 9, No. 1, pp. 45–61.

Natanzon, I./Szecsenyi, J./Ose, D./Joos, S. (2010): Future potential country doctor: the perspectives of German GPs, in: *Rural and Remote Health*, 10. Jg., Nr. 1347.

Niehaus, Frank (2006): Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Supplement der Jahrestagung 2006, S. 333–356.

o.V. (28.06.2017): Versorgungsdichte: Ärzte näher als Supermärkte und Apotheken, in: *Ärztblatt.de* vom 28.6.2017.

Ono, Tomoko/Schoenstein, Michael/Buchan, James (2014): Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses, URL: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5jz5sq5ls1wl-en.pdf?expires=1501666616&id=id&accname=guest&checksum=594>

9438F32A98890A9ED1D01A6C39EC6, Stand: 2. August 2017.

Ono, Tomoko/Schoenstein, Michael/Buchan, James (2016): Geographic imbalances in the distribution of doctors and health care services in OECD countries, in: OECD (Hrsg.): *Health workforce policies in OECD countries. Right jobs, right skills, right places*, Paris, S. 129–162.

Roick, C./Heider, D./Günther, O. H./Kürstein, B./Riedel-Heller, S. G./König, H. H. (2012): Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland, in: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 74. Jg., Nr. 1, S. 12–20.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Versorgungsbereiche, URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf, Stand: 23. Juni 2017.

Salm, Martin/Wübker, Ansgar (2017): Causes of regional variation in healthcare utilization in Germany, URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/155284/1/880695056.pdf>, Stand: 19. Juli 2017.

Schmidt, Katharina/Marten, Ole/Kühne, Christian/Zeidler, Jan/Frank, Martin (2017): Einflussfaktoren auf die Standortwahl von hausärztlichen Land- und Stadtärzten in Niedersachsen, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, e-first, S. 1–10.

Socha, Karolina Z./Bech, Mickael (2011): Physician dual practice: a review of literature, in: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, Vol. 102, No. 1, pp. 1–7.

Steinhaeuser, Jost/Joos, Stefanie/Szecsenyi, Joachim/Götz, Katja (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 89. Jg., Nr. 1, S. 10–15.

Steinhaeuser, Jost/Joos, Stefanie/Szecsenyi, Joachim/Miksch, Antje (2011): A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey, in: *BMC family practice*, Vol. 12, p. 112.

Steinhäuser, J./Annan, N./Roos, M./Szecsenyi, J./Joos, S. (2011): Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 136. Jg., 34–35, S. 1715–1719.

Straume, Karin/Shaw, Daniel M. P. (2010): Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county, in: *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88, No. 5, pp. 390–394.

Sundmacher, Leonie/Ozegowski, Susanne (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany, in: *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, Vol. 17, No. 4, pp. 443–451.

Vogt, Verena (2016): The contribution of locational factors to regional variations in office-based physicians in Germany, in: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, Vol. 120, No. 2, pp. 198–204.

Zok, Klaus (2015): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten, in: *Wlido Monitor*, 12. Jg., Nr. 1, S. 1–12.



Stammzellforschung

Aktuelle wissenschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen

Herausgegeben von Prof. Dr. Martin Zenke, Dr. Lilian Marx-Stölting und Hannah Schickl

2018, ca. 260 S., geb., ca. 52,- €

ISBN 978-3-8487-4606-4

eISBN 978-3-8452-8772-0

Erscheint ca. März 2018

nomos-shop.de/31024

Stammzellen sind große Hoffnungsträger für die Medizin. Aber wie weit ist die Stammzellforschung heute? Der Band der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Gentechnologiebericht der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften diskutiert den heutigen Sachstand sowie ethische und rechtliche Aspekte.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

