

# Ärzte meist besser verteilt als Schulen und Supermärkte

Warum steht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem so engen Kontakt zu Gesundheitsminister Spahn? Ist die flächendeckende ärztliche Versorgung in Deutschland gewährleistet - und ist sie auch gerecht? Was haben geografische Informationssysteme und das Datenmanagement mit der KBV zu tun?

**Neun Fragen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Ein Interview mit Pascal Schöpe, Senior-Referent bei der KBV im Dezernat Versorgungsmanagement, beleuchtet das Vorgehen der Institution und die Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung im Bundesgebiet.

Das Interview führte Ira Steinhoff, PR & Marketing Managerin bei der PTV Group, im Oktober 2020.

1

**PTV Group:** Herr Schöpe, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2017 beliefen sich auf rund 230 Milliarden Euro – rund 38 Milliarden entfielen davon auf Honorare für die ambulante ärztliche Behandlung. Welche Rolle spielt dabei das System der Kassenärztlichen Vereinigungen?

**P. Schöpe:** Die KBV fungiert auf Bundesebene als Dachverband der insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder. Das wohl sichtbarste Ergebnis der täglichen Arbeit der KBV ist, dass die rund 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherten deutschlandweit die gleiche hochwertige und wohnortnahe medizinische Betreuung erhalten. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts haben wir dazu einen gesetzlich verankerten Sicherstellungsauftrag. Wo und unter welchen Bedingungen dürfen sich Ärzte im Bundesgebiet niederlassen? Das regelt die sogenannte Bedarfsplanungsrichtlinie, die wir im Gemeinsamen Bundesausschuss mitverhandeln.

Neben dieser Aufgabe sind wir vor allem die politische Interessenvertretung der rund 175.000 ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Genauso sitzen wir bei Verhandlungen zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen und zur Honorierung der Ärzte immer mit am Tisch.

Die KVen hingegen setzen die Bedarfsplanung um: Sie sorgen dafür, dass überall eine ausreichende Zahl von Ärzten für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht und die Qualität der Leistungen stimmt. Und da Sie das Honorar angesprochen haben: Sie prüfen zudem die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und verteilen dann entsprechend das Honorar.



**PTV Group:** Sie sprachen den Sicherstellungsauftrag an. Wie viele Ärzte braucht man denn pro Einwohner?

**P. Schöpe:** Die Frage nach dem Bedarf kann Ihnen weder die WHO noch die OECD beantworten. Darüber gibt es ganz unterschiedliche Ansichten, die aber immer systemabhängig sind. In Deutschland gibt es einen Konsens mit den gesetzlichen Krankenkassen, dass bspw. auf ungefähr 1.600 Einwohner ein Allgemeinmediziner kommen sollte. Geht man von 83 Millionen Einwohnern aus, ergibt das aktuell fast 52.000 Hausärzte. Für andere Arztgruppen gelten andere Zahlen. Hier wird deutlich: Es handelt sich also eher um eine Kapazitäts- und Verteilungsplanung als um eine Bedarfsplanung. Die reinen Messzahlen verbergen jedoch vieles. Mit Blick auf die Verteilung

des knappen Guts ‚Arzt‘ monitoren wir inzwischen kontinuierlich die ganze Republik. Wir berücksichtigen dabei viele Faktoren, darunter die Bevölkerungsdichte, die Verkehrsanbindung, die funktionalräumlichen Beziehungen und nicht zuletzt das lokale Krankheitsgeschehen. Um die Versorgung ‚bedarfsgerecht‘ zu steuern, können wir Gebiete für Zulassungen sperren. Da darf dann keiner mehr hin. Meist sind das Städte, die für junge Ärzte deutlich attraktiver zu sein scheinen. Die Versorgung auf dem Land hingegen wird gerade in peripher gelegenen und strukturschwachen Gebieten zunehmend zu einer Herausforderung.



## PTV Group: Das hört sich im Ansatz gerecht an. Ist es das?

**P. Schöpe:** Als Herr Seehofer als damaliger Gesundheitsminister 1993 die Bedarfsplanung einführte, war sie eher eine Art ‚Verhinderungsplanung‘. Man befürchtete eine Ärzteschwemme. Es gab genügend Ärzte, die wir auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte einfach mit der Prämisse zuordnen konnten: nicht zu viele Mediziner auf einem Fleck. Es existierte eher eine ‚Kannibalisierungsangst‘, die auch der Einzelhandel bei Standortplanungen kennt. Mittlerweile hat sich das – zumindest bei bestimmten Arztgruppen – umgekehrt. Heute ist eine umfassende Planung zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe gefordert. Zu wissen, wo genau sich die Ärzte niedergelassen haben und wo ein Bedarf an medizinischer Versorgung besteht, ist dabei die erste Fragestellung. Der Planungsansatz wird dabei auch zunehmend kleinräumiger. Dabei möchte ich betonen, dass Gerechtigkeit nicht automatisch gleichzusetzen ist mit Gleichheit. Nicht in jedem Dorf gibt es ein Kino – und die Zentralität von Orten spielt natürlich auch bei Standortentscheidungen in der ambulanten Versorgungsplanung eine Rolle.

Wir erkennen hier ein klassisches statistisches Phänomen: Selbst wenn in einem sog. Planungsbereich statt auf 1.600 Einwohner bereits auf 1.500 Einwohner ein Arzt kommt, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass die Ärzte aus Sicht der Patienten ideal im Raum verteilt sind. Umgekehrt bedeutet es auch nicht, dass man bei 1 zu 1.700 automatisch unterversorgt ist. Auch in der ambulanten Versorgung gibt es Mitversorgereffekte, die wir berücksichtigen. Ab hier kommen Karten und Daten ins Spiel. Über das Geocodieren und über die Herstellung eines Raumbezugs lässt sich feststellen, ob Praxen hinreichend gut verteilt sind: Dabei sind wir von internen wie externen Daten abhängig.

## PTV Group: Also greifen ab hier moderne Analysetools. Welche unterschiedlichen Daten fließen in Ihre Planung ein und was sind die Ergebnisse?

**P. Schöpe:** Zulassungsentscheidungen müssen rechtssicher getroffen werden; keiner möchte Auseinandersetzungen vor den Sozialgerichten. Wichtig ist, dass sich unsere verwendeten Daten immer auf Einwohner beziehen und nicht auf Patienten – und aktuell sind. Das sieht die Bedarfsplanungsrichtlinie aus gutem Grund so vor, denn Patientendaten können saisonal stark schwanken. Inzwischen verwenden wir Einwohnerdaten in sehr hoher Granularität bezogen auf sog. Mikrozellen, also kleinste Gebietseinheiten. Wir möchten nicht nur wissen, wie hoch die Zahl der Einwohner einer Gemeinde ist, sondern auch, wie sie sich verteilen, wie alt sie sind und welches soziale Setting dominiert. Man spricht vom sozialen Gradienten. Kombiniert man nun diese Daten mit Routingdaten, können wir u. a. zielgruppenspezifische Erreichbarkeitsanalysen vornehmen.

Natürlich fließen auch eigene Daten der KBV in Analysen ein: Durch die Abrechnungen der Ärzte sehen wir, wo und in welcher Häufigkeit bestimmte Krankheiten vorherrschen. Damit lässt sich auch erfassen, welche Faktoren welche



Krankheiten bedingen – oder zumindest begünstigen. Die Visualisierung von Daten in hoher räumlicher Granularität ist Grundvoraussetzung für solche Aussagen. Im Bereich der sog. Versorgungsforschung, einem stark expandierenden Zweig innerhalb der öffentlichen Gesundheitsforschung, ist das gerade sehr ‚en vogue‘. Eine mögliche Fragestellung wäre z. B. der Zusammenhang zwischen Single-Haushalten und dem Auftreten von Depressionen.

3

**PTV Group:** Das klingt interessant. Gibt es noch mehr Einsatzmöglichkeiten von georeferenzierten Analysemethoden und damit geografischen Informationssystemen (GIS)?

**P. Schöpe:** Ja, eindeutig: In letzten Jahren hat sich die Verfügbarkeit von Daten enorm verändert. Daraus ergeben sich auch für uns neue Möglichkeiten rund um das Thema Versorgungsanalyse. Uns steht ein immer größer werdender ‚Werkzeugkasten‘ für alle wissenschaftlichen Fragestellungen zur Verfügung. Früher hat man Choroplethenkarten angefertigt. Heute kommen Gravitationsmodelle zum Einsatz, finden Location-Allocation Berechnungen statt, um optimale Standorte zu suchen, werden geostatistische Berechnungen durchgeführt, um räumliche Cluster zu identifizieren.

Besonders die geanalytisch flankierte Standortplanung gewinnt in unserem Bereich an Bedeutung. Nehmen wir an, eine ausreichend große Gruppe von Internisten befindet sich bereits in einer Region. Die einzelnen Ärzte konzentrieren sich jedoch auf verschiedene Schwerpunkte und haben daher unterschiedliche Einzugsgebiete. Die Frage nach der Bedarfsabdeckung wird dadurch komplexer. Erst mit dem richtigen Datenmaterial und den entsprechenden Tools können Sie hier klären, ob sich ein weiterer Internist mit einem bestimmten Schwerpunkt, z. B. Rheumatologie, ansiedeln darf.

**PTV Group:** Weltweit steht das Gesundheitswesen derzeit vor ganz besonderen Anforderungen. Herr Schöpe, wie sehen die aktuellen Fragestellungen an die KBV aus?

**P. Schöpe:** Das Thema COVID-19 beschäftigt uns in der KBV natürlich sehr – eine Task-Force trifft sich regelmäßig. Ohne die einzelnen tragischen Schicksale ausblenden zu wollen: Wir sind in Deutschland bisher noch vergleichsweise gut weggekommen. Minister Spahn benennt klar die Gründe: neben den hohen Laborkapazitäten ist es vor allem der starke ambulante Bereich. Immerhin werden 19 von 20 Corona-Patienten ambulant behandelt. Damit konnten Krankenhäuser entlastet und Patienten mussten nicht dem dort herrschenden hohen Infektionsrisiko ausgesetzt werden.

Diskutiert wird derzeit der Aufbau von Impfzentren. Diese zunächst politische Entscheidung betrifft bei der Umsetzung die Themen Gebietsabdeckung und Kapazität. Sollten Zentren notwendig werden, stellt sich die Frage nach ihrem optimalen Standort. Am Ende also ein klassisches GIS-Thema.



Auch zum Thema Krankenhäuser gibt es genug zu analysieren: Kleine Krankenhäuser auf dem Land werden zunehmend unrentabel. Mit einhergehenden geringen Behandlungszahlen leidet leider signifikant die Qualität. Führt ein Arzt täglich oder jährlich eine Knorpeltransplantation durch, ist der Unterschied nachvollziehbar. Braucht es wirklich weit mehr als 1.200 Standorte in Deutschland? Ich meine: nein. Wir konnten aus einer reinen Erreichbarkeitsanalyse heraus berechnen, dass bereits rund 400 ausreichen würden. Die Bettenzahl bleibt davon unberührt, die Behandlungsqualität würde sicher profitieren. Leider wird in politisch aufgeladenen Debatten um jedes Bett und jeden Standort gekämpft, obwohl viele kleine Krankenhäuser der Grundversorgung inzwischen nicht einmal mehr über die benötigten Facharztentitäten verfügen. Zur Versachlichung der Diskussion können GIS-Analysen wertvolle Beiträge liefern.

Ob mit oder ohne Coronapandemie: Die Dimension der Fragestellungen an uns und an das Gesundheitswesen in Deutschland und natürlich auch weltweit sind enorm vielfältig und komplex.

## PTV Group: Ihre Einrichtung trägt eine große Verantwortung. Das heißt, GIS und Daten sind für Sie eher Segen, denn Fluch?

**P. Schöpe:** Definitiv ja. Geografische Informationssysteme sind an unendlich vielen Stellen im Gesundheitswesen einsetzbar. Auch für wirtschaftliche Fragestellungen. Dabei versuchen wir zunehmend Daten nutzbar zu machen, die nicht direkt aus dem KV-System kommen. Beispielsweise Basisdaten wie die bereits erwähnten Demografiedaten. In Gemeinden an der polnischen Grenze kann sich, was die Nachfrage an ärztlichen Leistungen angeht, ein völlig anderes Bild ergeben als im Emsland. Zur Abschätzung, ob wir eher Geriater oder Kinderärzte brauchen, reichen die Daten des Statistischen Bundesamtes oft nicht aus.

Und: Planung ist das eine - Interpretation und Rückschlüsse sind das andere. Es ist mir möglich, mithilfe von Planung und Monitoring Hotspots zu identifizieren, wo Hausärzte jetzt oder künftig fehlen. Da man bekannter Weise keine Ärzte ‚backen‘ kann, heißt das noch lange nicht, dass sich dort auch Ärzte ansiedeln. Hier ist oftmals eine aus meiner Sicht viele zu hohe Erwartungshaltung an die Planung vorhanden, während ich das eher als Ampelsystem verstehe. Als Wirtschaftsgeograf kann ich mit meinen Karten dennoch einen Beitrag für objektive Entscheidungen leisten.



## PTV Group: Was hat sich in Deutschland unabhängig von der aktuellen Pandemiesituation geändert, wenn man die Entwicklung der vergangenen Jahre betrachtet?

**P. Schöpe:** Jetzt aus dem Bereich ambulante Sicherstellung? Die befürchtete Ärzteschwemme ist nicht nur ausgeblieben – das Gegenteil ist der Fall. Eine Bevölkerung, die immer älter wird und dabei auch nicht mehr im klassischen Familiengefüge zusammenlebt, nimmt immer mehr ärztliche Leistungen in Anspruch. Niedergelassene Mediziner betreuen ihre Patienten bis ins hohe Lebensalter – und ersetzen oft den Familienverbund. Diese Situation spüren wir alle bereits bei der Vergabe von Terminen. Aber ich möchte auch betonen: Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten in Deutschland ist einmalig in der Welt. Das bestätigen mir viele Gespräche mit Delegierten aus dem Ausland. Bis auf wenige ‚Wetterecken‘ planen wir eigentlich ganz gut. *(Ergänzt Pascal Schöpe lächelnd).*



## PTV Group: Welche Themen stehen für Sie im Fokus, wenn Sie an die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung denken?

**P. Schöpe:** Zukünftig geht es insbesondere um das Thema Patientensteuerung. Die Notfallnummer 116 117 liefert jetzt schon einen wertvollen Beitrag bei der Terminsuche. Unser Fokus liegt ganz klar auf der nachhaltigen Sicherung der Versorgung. Für mich erscheint Deutschland dabei wie ein Schachbrett, auf dem man immer wieder Felder strategisch richtig besetzen muss. So kann der Zustrom an Flüchtlingen bspw. nicht allein zu Änderungen an der Altersstruktur von Patienten, sondern – mit Blick auf mögliche Traumata – auch am Behandlungsspektrum führen.



Ein großes Thema für uns ist weiterhin das ‚Leerlaufen‘ von Gebieten. Das macht sie für Ansiedlungen von Ärzten nicht unbedingt ‚attraktiver‘. Und dann natürlich die systemverändernden Faktoren wie Delegation von Leistungen und Telemedizin. Und nicht zuletzt hängt die Verfügbarkeit ambulanter Einrichtungen auch von der Patientensteuerung ab. In Deutschland ‚gönnen‘ wir uns derzeit überdurchschnittlich hohe Arztkontaktzahlen, was Kapazitäten bindet.

Aber eines freut mich: Selbst das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung kommt zu dem Ergebnis, dass der Zugang der Bevölkerung zu Hausärzten in Deutschland im Vergleich zu den meisten anderen Einrichtungen der Daseinsvorsorge wie Grundschulen oder Supermärkten um ein Vielfaches besser ist!

**PTV Group: Herr Schöpe, wir danken Ihnen für das Gespräch.**



Pascal Schöpe

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat Versorgungsmanagement,  
Abteilung Sicherstellung  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)