

Gutachten

Der Aufkauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung

Auftraggeber:
GKV-Spitzenverband

Ansprechpartner/-innen:
Dr. Ronny Wölbing
Stefan Feuerstein

Mitarbeiter/-innen:
Lisa Krämer

Basel, 30.Mai 2011
11510-27244

Das Unternehmen im Überblick**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Basel-Stadt Hauptregister CH-270.3.003.262-6

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH - 4010 Basel

Telefon +41 61 32 73-200

Telefax +41 61 32 73-300

info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85

D - 10623 Berlin

Telefon +49 30 520059-200

Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D - 40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 887-3131

Telefax +49 211 887-3141

Prognos AG

Sonnenstr. 14

D - 80331 München

Telefon +49 89 515146-170

Telefax +49 89 515146-171

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Str. 5

D - 28359 Bremen

Telefon +49 421 2015-784

Telefax +49 421 2015-789

Prognos AG

Square de Meeûs 37, 4. Etage

B - 1000 Brüssel

Telefon +32 2 791-7734

Telefax +32 2 791-7900

Prognos AG

Friedrichstr. 15

D - 70174 Stuttgart

Telefon +49 711 49039-745

Telefax +49 711 49039-640

Internet

www.prognos.com

Inhalt

Zusammenfassung	1
1 Hintergrund und Zielsetzung der Studie	2
2 Szenarien des Aufkaufs von Arztpraxen in überversorgten Regionen	1
2.1 Die Bedarfsplanung als Grundlage der Berechnungen	1
2.2 Welche Arztpraxen würden mit dem Instrument aufgekauft werden?	2
2.3 Wie viele Arztpraxen könnten in den nächsten fünf Jahren potenziell aufgekauft werden?	4
2.3.1 Die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland	4
2.3.2 Zahl und Struktur potenziell aufgekaufbarer Arztpraxen	5
2.4 Bestimmung des Wertes einer Arztpraxis	16
2.5 Geschätztes Investitionsvolumen des Aufkaufs von Arztpraxen in Deutschland	20
3 Diskussion der Ergebnisse und der möglichen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft	24
3.1 Lokalem Ärztemangel steht Überversorgung in vielen Regionen gegenüber	24
3.2 Das geschätzte Investitionsvolumen liegt zwischen 0,45 und 1,5 Mrd. Euro	25
3.3 Ärzte, Patienten und die Versichertengemeinschaft profitieren vom Abbau der Ungleichverteilung	26
3.3.1 Auswirkungen aus Sicht der Leistungserbringer	26
3.3.2 Auswirkungen aus Sicht der Patienten	27
3.3.3 Auswirkungen aus Sicht der Versichertengemeinschaft	28
3.3.4 Fazit	28

Abbildungen

Abbildung 1: Relative Überversorgung* der Hausärzte (links) und übrigen Fachärzte (rechts) in Prozent (Stand: 2010)**	4
Abbildung 2: Anzahl potenziell aufkaufbarer Praxen nach Altersgruppen über alle Arztgruppen pro Jahr	6
Abbildung 3: Anzahl (links) und Anteil (rechts) potenziell aufkaufbarer Praxen nach Arztgruppen pro Jahr*	7
Abbildung 4: Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Alter von 60 Jahren und älter im Jahr 2010 nach Facharztgruppen	9
Abbildung 5: Relative Überversorgung* der Fachärzte ohne Psychotherapeuten vor (links) und nach (rechts) dem Aufkauf von Praxen auf Kreisebene in Prozent**	11
Abbildung 6: Anteil potenziell aufkaufbarer Facharztpraxen* (ohne Psychotherapeuten) nach Regionstypen**	12
Abbildung 7: Anzahl potenziell aufkaufbarer Facharztpraxen* (ohne Psychotherapeuten) nach Regionstypen**	12
Abbildung 8: Relative Überversorgung* der Psychotherapeuten vor (links) und nach (rechts) dem Aufkauf von Praxen auf Kreisebene in Prozent**	13
Abbildung 9: Anteil potenziell aufkaufbarer Praxen von Psychotherapeuten* nach Regionstypen**	15
Abbildung 10: Anzahl potenziell aufkaufbarer Praxen von Psychotherapeuten* nach Regionstypen**	15
Abbildung 11: Gesamtinvestitionsvolumen über alle Arztgruppen	20
Abbildung 12: Investitionsvolumen nach Arztgruppen und Jahr*	22
Abbildung 13: Gesamtinvestitionsvolumen nach KV-Bezirken*	23

Tabellen

Tabelle 1: Verwendete Szenarien zur Analyse des Instruments	3
Tabelle 2: Planungsbereiche mit dem größten Potenzial an aufkaufbaren Arztpraxen*	10
Tabelle 3: Übernahmekosten von Arztpraxen differenziert nach Facharztgruppen und KV-Bezirken	19

Zusammenfassung

In Deutschland wird trotz steigender Arztzahlen und einer im internationalen Vergleich hohen Arztdichte von einem Ärztemangel berichtet. Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich damit erklären, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sich regional sehr ungleich verteilen.

Eine Möglichkeit diese ungleiche Verteilung abzubauen, besteht darin, Vertragsarztpraxen in den überversorgten Gebieten aufzukaufen und nicht wieder neu zu besetzen. § 105 Abs. 3 SGB V gestattet dies den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute. Das Ziel dieses Gutachtens ist es, dieses Instrument zu analysieren und dabei folgende Fragen zu beantworten: Wie viele Arztpraxen ließen sich prinzipiell nicht wieder neu besetzen, ohne dass die Arztdichte zu stark absinkt? Wie hoch müsste das erforderliche Investitionsvolumen dafür sein? Und welche Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung wären zu erwarten?

Die Analyse führt zu folgenden Ergebnissen: Fast 7.000 Ärztinnen und Ärzte könnten in den nächsten fünf Jahren in den Ruhestand gehen, ohne dass der Versorgungsgrad in einer Region unter 130% sinkt. Nach der heutigen Bedarfsplanung gilt ein Planungsbereich ab einem Versorgungsgrad von 110% als überversorgt. Würde man diesen Maßstab anlegen, könnten nahezu 12.000 Ärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden. Das dafür erforderliche Investitionsvolumen würde die Kassenärztlichen Vereinigungen mit maximal 1,5 Mrd. Euro belasten. Auf die nächsten fünf Jahre verteilt, entspricht dies einem Anteil von unter 1% des jährlichen Honorarvolumens in der ambulanten Versorgung.

In den von Unterversorgung bedrohten Gebieten würde sich die Versorgungslage überproportional verbessern, wenn es gelingt Neuniederlassungen hier anzusiedeln. Dem stehen sehr wahrscheinlich nur geringe Einbußen in den bisher überversorgten Regionen gegenüber. Die Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte würde ebenfalls positiv beeinflusst werden. Zum Teil könnten sie auch finanziell profitieren, da sich u.a. der Verkaufswert ihrer Praxen erhöhen dürfte. Für die Gesetzlichen Krankenkassen ist der finanzielle Gesamteffekt nicht eindeutig zu bestimmen, da mögliche Einsparungen in den bislang überversorgten Gebieten durch Mehrausgaben in den weniger gut versorgten Gebieten ausgeglichen werden.

Den positiven versorgungspolitischen Effekten stehen allerdings die deutlich eingeschränkten Niederlassungsmöglichkeiten für die nachkommende Ärztegeneration gegenüber.

1 Hintergrund und Zielsetzung der Studie

In der ambulanten Versorgung wurde im Jahr 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz die Bedarfsplanung grundlegend neu geregelt. Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung entschied sich die regierende Koalition aus CDU/CSU und FDP zusammen mit der SPD den Zuwachs der Zahl der Ärztinnen und Ärzte stärker zu kontrollieren.¹ Zwischen 1985 und 1992 war im früheren Bundesgebiet die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung von 73.326 auf 86.210 gestiegen. Im Jahr 1993 wurden im gesamten Bundesgebiet 115.469 Vertragsärzte gezählt. Diese Zahl hat sich bis zum Jahr 2010 weiter auf aktuell 138.472 erhöht.²

Trotz dieser Entwicklungen wird in Deutschland über einen zunehmenden Mangel an Ärzten diskutiert. Die Presse berichtet von: „Land ohne Arzt“ (Der Spiegel 18/2011), „Verbände: Ärztemangel in Deutschland spitzt sich zu“ (Ärzte - Zeitung online, 03.09.2010) und „Ärzte warnen vor ‚Wartelisten-Medizin‘“ (Die Welt, 22.04.2009).

Der Anstieg der Ärztezahlen und die Besorgnis über einen sich verschärfenden Ärztemangel stehen jedoch nur auf den ersten Blick im Widerspruch. Beide Phänomene sind parallel in Deutschland zu beobachten. Sie sind ein Zeichen dafür, dass die derzeitige Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht funktioniert: In vielen Regionen ist in nahezu allen Arztgruppen eine sehr hohe Arztdichte zu verzeichnen. Gleichzeitig ist die wohnortnahe hausärztliche und zum Teil fachärztliche Versorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen in den östlichen Bundesländern bedroht. Aber auch in einigen westlichen Bundesländern wird es zunehmend schwerer insbesondere die hausärztliche Versorgung wohnortnah sicherzustellen. So liegt bereits in 8 der 44 niedersächsischen Planungsbereiche die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte zwischen 10 bis 25% unter dem vereinbarten Soll.³

Die derzeitigen Regelungen zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung sind offenbar nicht geeignet dieses Dilemma aufzulösen. Seit fast 20 Jahren gelingt es nicht, die Überversorgung in zahlreichen Regionen abzubauen. Und

¹ Vgl. Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz, Bundestagsdrucksache 12/3608.

² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<http://www.gbe-bund.de>): „An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte“ (Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte insgesamt). Diese Statistik beruht auf dem Bundesarztregister und Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dabei sind in der Gruppe der Psychotherapeuten nur die ärztlichen (ohne die psychologischen) Psychotherapeutinnen und -therapeuten berücksichtigt.

³ WIdO (2011): Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Wissenschaftliches Institut der AOK.

dass obwohl sich dort keine Ärztinnen und Ärzte neu niederlassen dürfen. Allerdings ist es zulässig, die eigene Arztpraxis weiterzuverkaufen, etwa wenn Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen. So ermöglicht dieser Umstand, dass sich die nachfolgende Generation der Ärztinnen und Ärzte weiterhin in den Regionen mit bereits sehr hoher Arztdichte niederlässt, während in anderen Regionen keine Nachfolger für freiwerdende Praxen gefunden werden.

Dabei gestattet der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), „den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an, finanziell [zu] fördern.“⁴ Die KVen wären damit prinzipiell in der Lage, in den stark überversorgten Regionen, Arztpraxen selbst aufzukaufen. Die Zulassung als Vertragsarzt könnte so aufgehoben und die Überversorgung reduziert werden, ohne dass dem Eigentümer der Praxis ein finanzieller Verlust entsteht. Diese Möglichkeit wird jedoch faktisch nicht genutzt.

Mit dem geplanten Versorgungsgesetz beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit den Aufkauf von Arztpraxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erleichtern.⁵ So sollen die KVen zukünftig ein Vorkaufsrecht ausüben können. Allerdings bleibt der Aufkauf von Arztpraxen eine Kann-Bestimmung, das heißt, die KVen sind nicht verpflichtet, der Überversorgung mit diesem Instrument entgegenzuwirken.

Ziel dieses Gutachtens ist es, im Auftrag des GKV Spitzenverbandes den Aufkauf von Arztpraxen als Instrument zur Reduktion der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung zu analysieren. Dabei sollen nur die Arztpraxen aufgekauft werden, deren Inhaber in den Ruhestand gehen und somit ohnehin einen Verkauf planen.

Wie viele Arztsitze könnten prinzipiell in diesen Regionen vom Markt genommen werden, ohne dass die Arztdichte zu stark absinkt? Wie verteilt sich die Überversorgung zwischen den Arztgruppen? Wie hoch ist der Verkaufswert einer Arztpraxis einzuschätzen? Wie groß würde das Investitionsvolumen in Deutschland pro Jahr ausfallen? Welche Auswirkungen auf die vertragsärztlichen Versorgung sind zu erwarten?

Diese Fragen sollen in den nächsten Kapiteln beantwortet werden.

⁴ § 105 Abs. 3 SGB V.

⁵ Bundesministerium für Gesundheit (08.04.2011): Eckpunkte zum Versorgungsgesetz.

2 Szenarien des Aufkaufs von Arztpraxen in überversorgten Regionen

2.1 Die Bedarfsplanung als Grundlage der Berechnungen

Ob in einer Region eine vertragsärztliche Überversorgung oder Unterversorgung vorliegt, kann derzeit nur auf den gültigen gesetzlichen Bestimmungen zur ambulanten Bedarfsplanung festgestellt werden. Diese ist in den §§ 99 bis 105 des fünften Sozialgesetzbuches in ihren Grundzügen geregelt. Danach stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und im Benehmen mit Landesbehörden Bedarfspläne auf Landesebene auf.

Maßgeblich für die Erstellung der Bedarfspläne in den Bundesländern ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.⁶ Darin sind für 14 Facharztgruppen⁷ und 10 Regionstypen so genannte „Allgemeine Verhältniszahlen“ (Einwohner je Arzt) definiert. Mit Hilfe der regionalen Differenzierung sollen die Unterschiede zwischen großstädtischen, städtischen und ländlichen Regionen berücksichtigt werden. Bedarfsgerecht versorgt ist danach ein Planungsbereich, wenn die Einwohner/Arzt-Relation vor Ort in etwa der Allgemeinen Verhältniszahl entspricht. Überversorgung in der jeweiligen Arztgruppe liegt vor, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10% über der Einwohner/Arzt-Relation vor Ort liegt. Dies entspricht dann einem Versorgungsgrad von 110%. Eine Unterversorgung wird dagegen ab einem Versorgungsgrad von 75% (Hausärzte) bzw. 50% (übrige Fachärzte) vermutet.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen basieren auf beobachteten, durchschnittlichen Einwohner/Arzt-Relation der jeweiligen Arztgruppe in den entsprechenden Regionstypen.⁸ Sie orientieren sich somit an einer Versorgungslandschaft, wie sie sich zu einem bestimmten Zeitpunkt dargestellt hat.

Die ambulante Bedarfsplanung weist daher einige Mängel auf, die es bei der Interpretation der Ergebnisse in diesem Gutachten zu

⁶ G-BA (2010): Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, zuletzt geändert am 15. Juli 2010.

⁷ Dazu zählen die Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten (gemäß § 101 Abs. 5 SGB V), Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, ärztl. u. psychol. Psychotherapeuten, Fachärzte für diagnostische Radiologie, Urologen, Hausärzte (gemäß § 101 Abs. 5 SGB V).

⁸ Im Detail wird als Berechnungsgrundlage in der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Seite 20 angegeben: „BBR-Typisierung 1997 [Regionstypen, d. Verf.], Bevölkerungsstand und Arztzahlen: Bundesländer West zum 31. Dezember 1990, Anästhesisten (31. Dezember 1997), Psychotherapeuten (Einw.: 31. Dezember 1997, Psy.: 1. Januar 1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (gültig ab 1. Januar 2001, Einwohner- und Arztzahlen zum 31. Dezember 1995 in der Regionalstruktur vom 31. Dezember 1998): Bundesgebiet insgesamt“

berücksichtigen gilt.⁹ So wurde bis zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie am 15. Juli 2010 die Alterung der Bevölkerung, die die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung steigen lässt, nicht berücksichtigt. Auch sind die Planungsbereiche zum Teil zu groß, da sie sich bislang an den Kreisen und kreisfreien Städten orientieren müssen. Dies kann dazu führen, dass ein Planungsbereich insgesamt als gut versorgt gilt, während lokal tatsächlich ein Mangel an vertragsärztlicher Versorgung besteht. Seit In-Kraft-Treten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) im Jahr 2007 ist es jedoch möglich, lokal eine Unterversorgung festzustellen. Schließlich wird kritisiert, dass die Kapazitäten der Krankenhäuser in der Bedarfsplanung derzeit unberücksichtigt bleiben und keine sektorenübergreifende Betrachtung stattfindet.¹⁰

Um den bestehenden Mängeln der derzeit gültigen Bedarfsplanung gerecht zu werden, folgt die Analyse dem Vorsichtsprinzip.

2.2 Welche Arztpraxen würden mit dem Instrument aufgekauft werden?

Der Schutz des privaten Eigentums gilt natürlich auch für die Inhaber einer Arztpraxis. Einen Zwang zum Verkauf kann es in einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung nicht geben. Daher werden in der Analyse nur diejenigen Arztpraxen berücksichtigt, die von ihren Inhabern zum Verkauf angeboten werden. Zur Operationalisierung wird unterstellt, dass alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis zum Verkauf anbieten, wenn sie ein bestimmtes Alter erreichen. Es werden drei Altersgrenzen betrachtet, um die Sensitivität der Ergebnisse bezüglich der Altersverteilung zu prüfen. Im Detail wird angenommen, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Praxen nach Erreichen des 62., 65. bzw. 68. Lebensjahres verkaufen.

Der Aufkauf der Arztpraxen soll überdies nur in überversorgten Planungsbereichen erfolgen. Nach der vertragsärztlichen Bedarfsplanung gilt ein Planungsbereich ab einem Versorgungsgrad von 110% in der betreffenden Arztgruppe als überversorgt. Um angesichts der beschriebenen Mängel der Bedarfsplanung eine vorsichtige Schätzung vorzunehmen, sollen Arztpraxen in einem Planungsbereich nur solange aufgekauft und der Vertragsarztsitz stillgelegt werden, bis der Versorgungsgrad 110% beträgt.

⁹ Vgl. zu den Mängeln der Bedarfsplanung bspw. auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Ziffer 46ff.

¹⁰ Vgl. bspw. das Positionspapier „Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten – Vorschläge zur Reform der ärztlichen Versorgung“ der vier CDU-Bundestagsabgeordneten Rudolf Henke, Rolf Koschorrek, Maria Michalk und Jens Spahn vom 11./12. März 2010 (<http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=5258>).

Alternativ wird die Berechnung auch für einen Versorgungsgrad von 130% durchgeführt. Demnach würde durch die Anwendung des Instruments in keinem Planungsbereich und in keiner Arztgruppe der Versorgungsgrad unter die Grenze von 110 bzw. 130% sinken.

In der Summe ergeben sich die in Tabelle 1 dargestellten sechs Szenarien, in deren Bandbreite sich die Ergebnisse der folgenden Analyse bewegen.

Tabelle 1: Verwendete Szenarien zur Analyse des Instruments

Altersgrenze, ab der eine Arztpraxis zum Verkauf steht	Versorgungsgrad, bis zu dem Arztpraxen aufgekauft werden	
	110%	130%
62. Lebensjahr	1.	2.
65. Lebensjahr	3.	4.
68. Lebensjahr	5.	6.

Quelle: Prognos AG

Für jedes der Szenarien wird beginnend mit dem Jahr 2012 ermittelt, wie viele Arztpraxen in den nächsten fünf Jahren durch die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft werden könnten. Innerhalb dieser fünf Jahre wird der Einfachheit halber unterstellt, dass die Bevölkerungszahlen in den Planungsbereichen konstant bleiben. Bei einem längeren Zeithorizont müsste diese Annahme aufgegeben und die regional unterschiedlichen Effekte des demografischen Wandels einbezogen werden.

Als Datengrundlage für die Identifikation der potentiell aufkaufbaren Arztpraxen wurden der Prognos vom Auftraggeber die Versorgungsgrade sowie die Altersverteilung der Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2010 zur Verfügung gestellt. Die Versorgungsgrade sind auf der Ebene der Planungsbereiche definiert, die zum Teil noch auf einer älteren Kreisordnung beruhen. Die Altersverteilung der Ärzte basiert dagegen auf der aktuellen Kreisordnung, weshalb die Gebietsreformen bei der Datenzusammenführung berücksichtigt werden mussten.

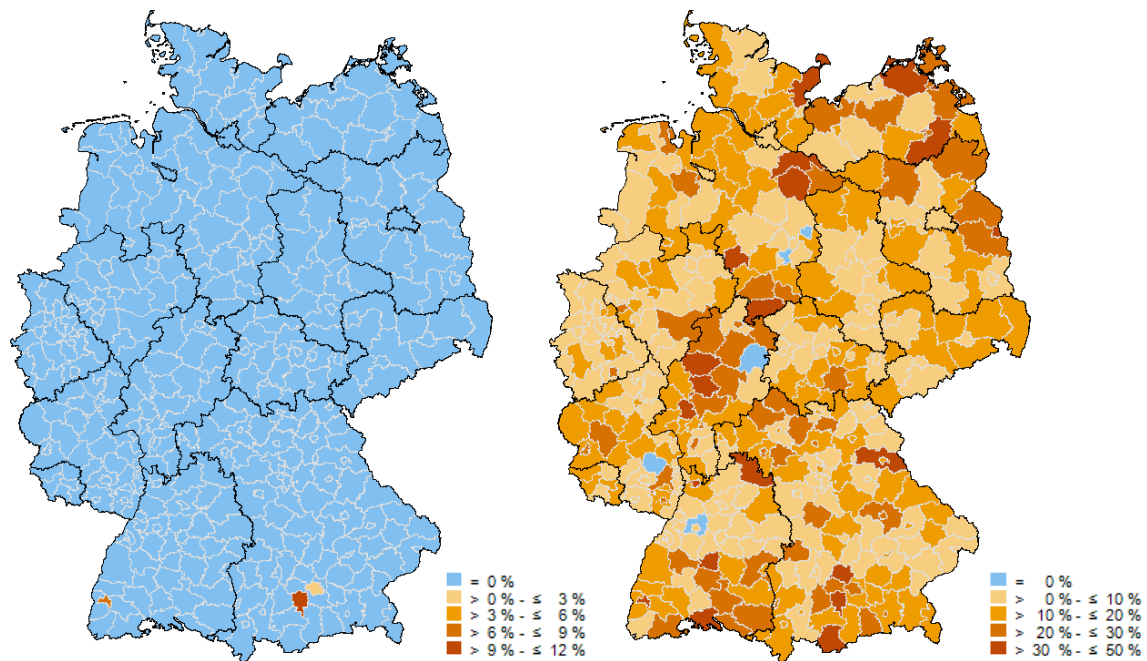
Nicht jeder zugelassene Vertragsarzt ist Inhaber einer Einzelpraxis. Gerade in den letzten Jahren ist die Zahl der Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren deutlich gestiegen. In der Analyse wurde zum Zwecke der Vereinfachung allerdings davon ausgegangen, dass auch Arztsitze aus Gemeinschaftspraxen heraus aufgekauft werden. Diese Arztsitze werden demnach im Folgenden wie Einzelpraxen behandelt.

2.3 Wie viele Arztpraxen könnten in den nächsten fünf Jahren potenziell aufgekauft werden?

2.3.1 Die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland

Die folgenden beiden Karten sollen zunächst einen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland geben. Die Darstellung differenziert zwischen den Haus- und den übrigen Fachärzten.¹¹ Abgebildet ist jeweils die „relative Überversorgung“. Diese ist hier definiert als der prozentuale Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die über einen Versorgungsgrad in Höhe von 130% hinaus in einem Planungsbereich niedergelassen sind.

Abbildung 1: Relative Überversorgung* der Hausärzte (links) und übrigen Fachärzte (rechts) in Prozent (Stand: 2010)**



* Relative Überversorgung = Anzahl der niedergelassenen Ärzte über einen Versorgungsgrad von 130% hinaus / niedergelassene Ärzte insgesamt

** Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

Quelle: Prognos AG

Die Darstellung zeigt zwei Aspekte sehr deutlich:

1. Überversorgung ist ein Phänomen, das nahezu ausschließlich die fachärztliche Versorgung betrifft.

¹¹ Die Fachärzte wurden hier zusammengefasst, um die Darstellung übersichtlich zu halten. Darin enthalten sind auch die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. In der weiteren Analyse wird auf die Unterschiede zwischen den Facharztgruppen eingegangen.

2. Die fachärztliche Überversorgung ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Für die Hausärzte zeichnet sich ein klares Bild: Mit Ausnahme des Landkreises Starnberg und den Stadtkreisen München und Freiburg weisen alle Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 130% auf. Bundesweit wird der Versorgungsgrad von 130% mit lediglich 32 Hausärzten überschritten. Bezieht man die relative Überversorgung auf einen Versorgungsgrad von 110%, würde sich diese Zahl auf 765 Hausärzte erhöhen. Das entspricht bei bundesweit 53.019¹² niedergelassenen Hausärzten einer relativen Überversorgung von rund 1,4%.

Bei den Fachärzten hingegen liegen nur fünf Planungsbereiche (Wolfsburg, Salzgitter, Hersfeld-Rothenburg, Donnersbergkreis und Enzkreis) unterhalb eines (kumulierten) Versorgungsgrades von 130%. Die Mehrheit der Kreise weist eine relative Überversorgung von bis zu 20% auf, wobei diese innerhalb der einzelnen Facharztgruppen durchaus unterschiedlich ausfällt.

Besonders stark ausgeprägt ist die relative Überversorgung im Nordosten Deutschlands, in Nordhessen, im südlichen Niedersachsen sowie im südlichen Baden-Württemberg und Bayern. Insgesamt wird der Versorgungsgrad von 130% in ganz Deutschland mit 9.902 Fachärzten überschritten. Bezieht man auch hier die relative Überversorgung auf einen Versorgungsgrad von 110% erhöht sich diese Zahl auf 16.196 Fachärzte. Das entspricht einer bundesweiten relativen Überversorgung von knapp über 20%, bei insgesamt 79.309 niedergelassenen Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten.

Offenbar besteht vor allem in der fachärztlichen Versorgung ein großes Potenzial, die regionale Ungleichverteilung durch den Aufkauf von Arztpraxen zu reduzieren – selbst, wenn als Ziel lediglich ein Versorgungsgrad von 130% erreicht werden soll.

2.3.2 Zahl und Struktur potenziell aufkaufbarer Arztpraxen

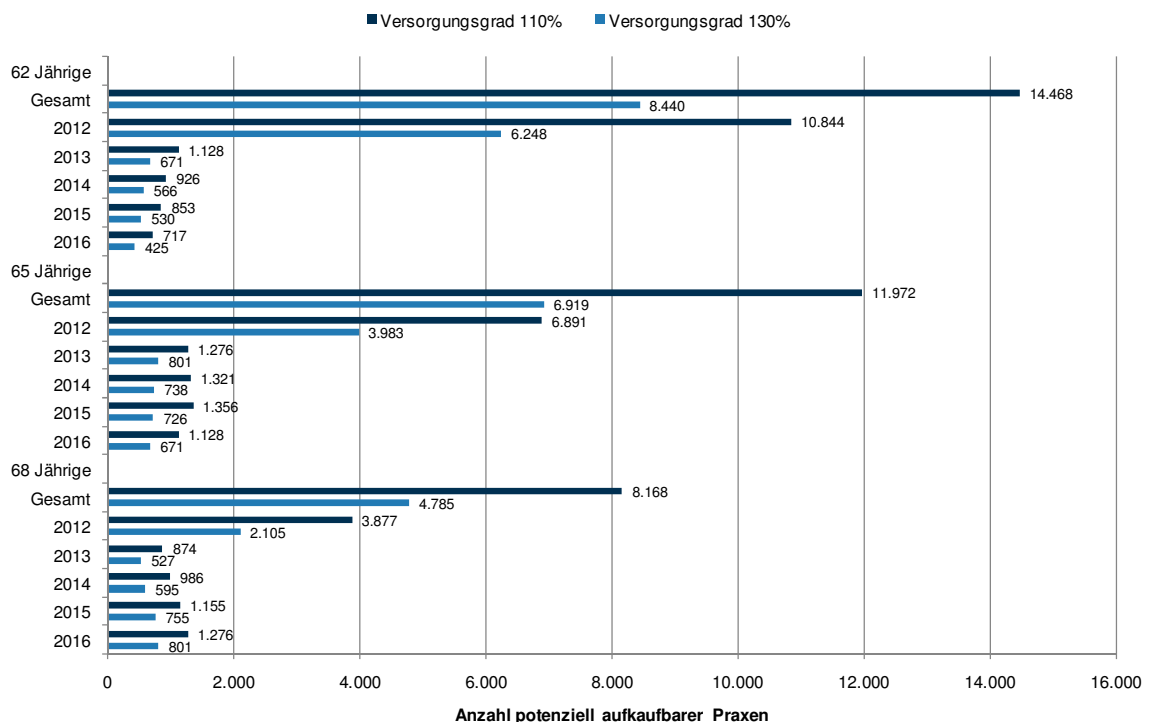
In Gänze wird sich diese Überversorgung in den nächsten Jahren nicht durch den Aufkauf von Arztpraxen abbauen lassen. Denn nur die Ärztinnen und Ärzte, die in Ruhestand gehen, sollen annahmefähig ihre Praxen an die Kassenärztlichen Vereinigungen verkaufen.

In Abbildung 2 ist jeweils für die hier betrachteten sechs Szenarien dargestellt, in welchem Umfang Arztpraxen bundesweit innerhalb der nächsten fünf Jahre potenziell aufgekauft werden könnten.

¹² Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte wurde hier auf der Ebene der Planungsbereiche aus den Versorgungsgraden, der Bevölkerung und den Allgemeinen Verhältniszahlen der Bedarfplanungs-Richtlinie ermittelt. Sie weicht u.a. aufgrund von Rundungsfehlern von den veröffentlichten Gesamtzahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geringfügig ab.

Erwartungsgemäß ist das Aufkaufpotenzial umso höher, je niedriger der angestrebte Versorgungsgrad ist und je jünger die Ärzte beim Verkauf ihrer Praxen sind. Maximal könnten unter den getroffenen Annahmen bis zum Jahr 2016 über alle Arztgruppen hinweg 14.468 Arztpraxen aufgekauft werden (Szenario Altersgrenze 62, Versorgungsgrad 110%). Das entspricht rund 11% aller Arztpraxen. Die untere Grenze stellt das Szenario mit einer Altersgrenze von 68 und einem angestrebten Versorgungsgrad von 130% dar. In diesem Fall liegt die Anzahl der bis zum Jahr 2016 potenziell aufkaufbaren Praxen bei 4.785 bzw. 3,6% aller Arztpraxen, was rund einem Drittel des Maximalszenarios entspricht.

Abbildung 2: Anzahl potenziell aufkaufbarer Praxen nach Altersgruppen über alle Arztgruppen pro Jahr



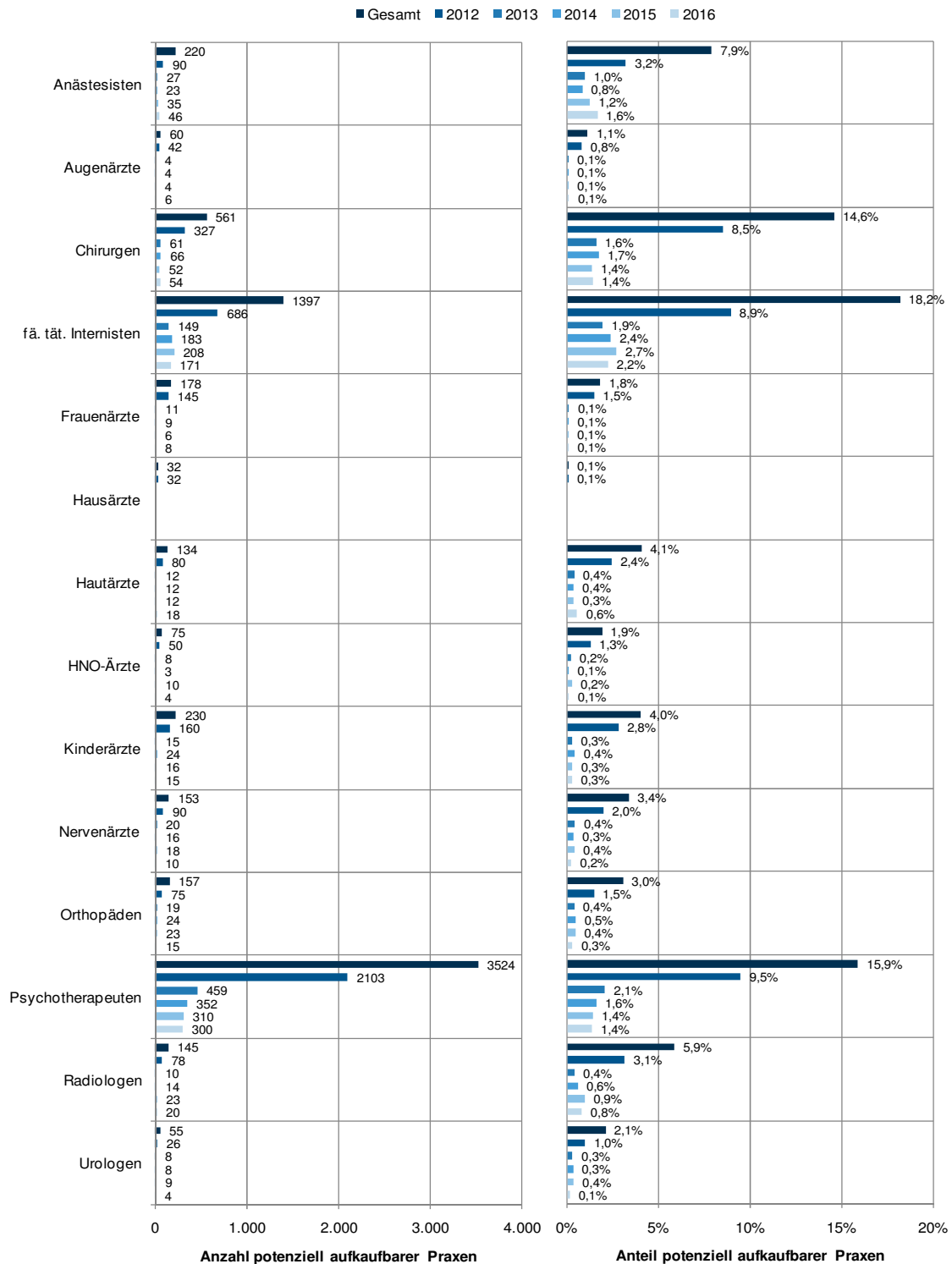
Quelle: Prognos AG

Es wird überdies deutlich, dass bereits im ersten Jahr der Großteil der Arztpraxen aufgekauft werden könnte. Anschließend reduziert sich die Zahl deutlich. Dieser Effekt ergibt sich daraus, dass im ersten Jahr der Anwendung des Instruments *alle* Ärztinnen und Ärzte über der unterstellten Altersgrenze ihre Praxis verkaufen würden. In den Folgejahren ist diese Gruppe kleiner, da jeweils nur ein Jahrgang in das entsprechende Alter vorrückt.

Um die Darstellungen übersichtlich zu halten, werden im Folgenden nur die Ergebnisse des Szenarios mit einer Altersgrenze 65 und einem angestrebten Versorgungsgrad von 130 % in den Abbil-

dungen dargestellt. Die Ergebnisse zu den anderen Szenarien finden sich im Anhang zu diesem Gutachten.

Abbildung 3: Anzahl (links) und Anteil (rechts) potenziell aufkaufbarer Praxen nach Arztgruppen pro Jahr*



* Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

Quelle: Prognos AG

Auswertung nach Facharztgruppen

Die Auswertung nach den einzelnen Facharztgruppen zeigt, dass die Zahl der potenziell aufkaufbaren Praxen bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und den fachärztlich tätigen Internisten am größten ist (Abbildung 3, links).

Im hier dargestellten Szenario mit einer Altersgrenze von 65 Jahren und einem Versorgungsgrad von 130% könnten bei den Psychotherapeuten 3.524 Praxen aufgekauft werden. Bei den fachärztlich tätigen Internisten sind es bis zum Jahr 2016 1.397. Deutlich geringer fallen die Zahlen bei den anderen Facharztgruppen aus.

Allerdings kann die absolute Zahl der potenziell aufkaufbaren Praxen ein verzerrtes Bild liefern, da die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den Facharztgruppen sehr unterschiedlich ausfällt. Bei einer relativen Betrachtung (Abbildung 3, rechts) ist das Aufkaufpotenzial auch bei den Chirurgen verhältnismäßig hoch – 14,6% der chirurgischen Arztpraxen könnten in diesem Szenario aufgekauft werden. Relativ gesehen, besteht das größte Aufkaufpotenzial bis zum Jahr 2016 mit 18,2% unter den fachärztlich tätigen Internisten. Gefolgt von den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten mit 15,9%.

Unter den Hausärzten, Augenärzten, Frauenärzten und HNO-Ärzten ist dagegen der Spielraum für einen Aufkauf von Arztpraxen relativ gering. Dieser liegt bei allen vier Fachgruppen unter 2% aller Arztpraxen der jeweiligen Fachrichtung. Unter den Urologen ist dieser Anteil mit 2,1% ebenfalls recht niedrig.

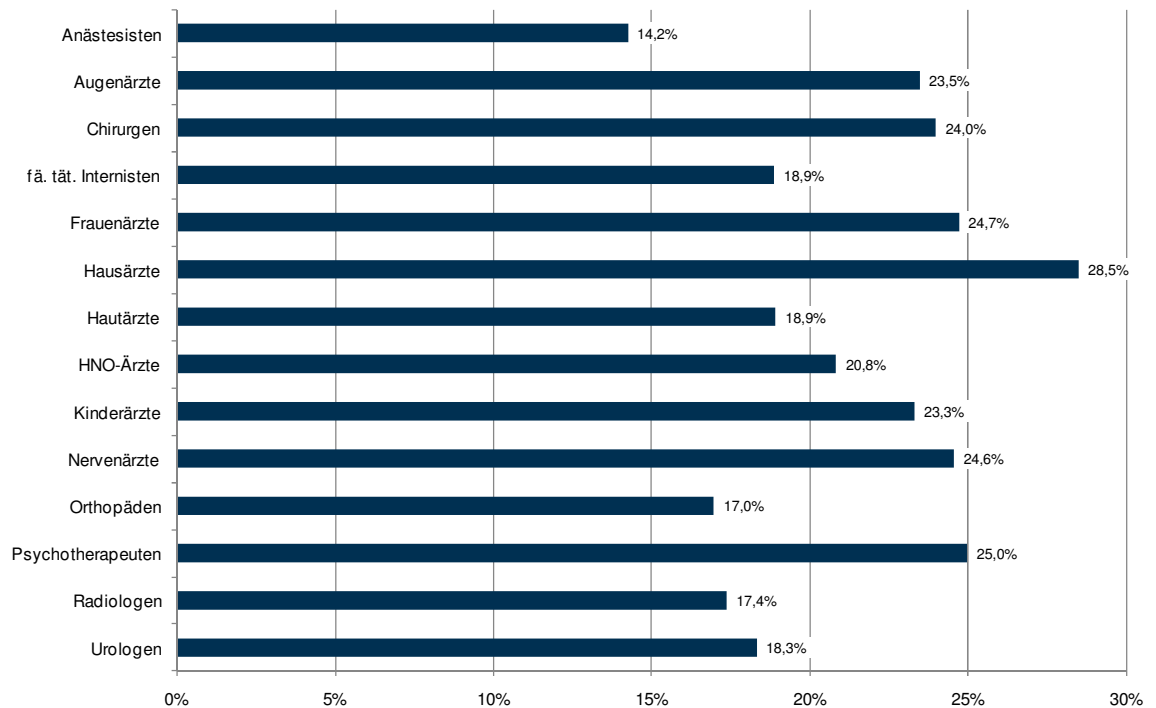
Altersverteilung der Ärztinnen und Ärzte spielt eine Rolle

Neben dem Grad der Überversorgung beeinflusst auch die Altersverteilung in den einzelnen Fachgruppen die Ergebnisse. Je höher der Anteil der älteren Ärztinnen und Ärzte, desto schneller kann mit dem Instrument eine bestehende Überversorgung abgebaut werden. Ist ein Planungsbereich bspw. zwar in hohem Maße überversorgt, aber die Ärztinnen und Ärzte sehr jung, ist die unterstellte Altersgrenze der begrenzende Faktor für die Anzahl der potenziell aufkaufbaren Praxen. Im umgekehrten Fall, bei einem hohen Anteil älterer Ärztinnen und Ärzte und geringer Überversorgung, wird die Versorgung maximal bis zum unterstellten Schwellenwert von 110% bzw. 130% abgebaut. Hier ist demnach der Versorgungsgrad der begrenzende Faktor.

Abbildung 4 zeigt den Anteil der Ärztinnen und Ärzte nach Facharztgruppen, die im Jahr 2010 60 Jahre und älter sind. Den höchsten Anteil älterer Ärzte weisen die Hausärzte (28,5%) auf. Dennoch ist das errechnete Aufkaufpotenzial unter den

Hausärzten sehr gering (Abbildung 3), was folglich auf das geringe Maß an Überversorgung zurückzuführen ist. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Frauen-, Augen- und Nervenärzten ab.

Abbildung 4: Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Alter von 60 Jahren und älter im Jahr 2010 nach Facharztgruppen



Quelle: Prognos AG

Psychotherapeuten und Chirurgen verfügen ebenfalls über einen hohen Anteil älterer Ärzte (25%, 24%) allerdings bei einem gleichzeitig hohen Maß an Überversorgung. Hier bietet das Instrument des Aufkaufs von Arztpraxen eine große Chance, die langjährig bestehende Überversorgung nachhaltig abzubauen.

Auswertung nach Regionen

Regional ist der vertragsärztliche Versorgungsgrad sehr unterschiedlich ausgeprägt. In Tabelle 2 ist für alle Fachgruppen dargestellt, in welchen Planungsbereichen das Aufkaufpotenzial am höchsten ausfallen würde.

Die Planungsbereiche mit der höchsten *Anzahl* potenziell aufkaufbarer Praxen sind erwartungsgemäß in erster Linie sehr große städtische Regionen, wie München und Berlin. Allein in Berlin könnten in dem hier betrachteten Szenario (Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%) 436 psychotherapeutische Praxen

potenziell aufgekauft werden, ohne dass der Versorgungsgrad in Berlin unter 130% sinkt.

Betrachtet man hingegen die Planungsbereiche mit dem höchsten Anteil aufkaufbarer Praxen erscheinen dort bis auf wenige Ausnahmen (Heidelberg, Osterholz und Starnberg) eher ländliche Kreise, in denen jedoch die absolute Zahl relativ gering ausfällt.

*Tabelle 2: Planungsbereiche mit dem größten Potenzial an aufkaufbaren Arztpraxen**

	Planungsbereich (Szenario: 62 Jährige, Versorgungsgrad 110%)	Anzahl Praxen*	Planungsbereich (Szenario: 68 Jährige, Versorgungsgrad 130%)	Anzahl Praxen*
Überversorgung abgebaut	Augsburg (Stadt), Berlin (Stadt), Bielefeld (Stadt), Breisgau-Hochschwarzwald, Bremen (Stadt), Calw, Duisburg (Stadt), Enzkreis, Erfurt (Stadt), Frankfurt am Main (Stadt), Groß-Gerau, Hamburg (Stadt), Havelland, Heilbronn, Heilbronn (Stadt), Hersfeld-Rotenburg, Ingolstadt, Jena (Stadt), Kleve, Köln (Stadt), Kulmbach, Lübeck (Hansestadt), Ludwigsburg, Magdeburg (Stadt), Mittlerer Erzgebirgskreis, Oberbergischer Kreis, Odenwaldkreis, Osterholz, Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Sieg-Kreis, Salzgitter (Stadt), Stollberg, Stuttgart, Tirschenreuth, Tuttingen, Wolfsburg (Stadt),	0	Annaberg, Berlin (Stadt), Dingolfing-Landau, Donnersbergkreis, Enzkreis, Erfurt (Stadt), Heilbronn, Hersfeld-Rotenburg, Kelheim, Kleve, Kulmbach, Kusel, Mainz-Bingen, Oberbergischer Kreis, Remscheid (Stadt), Rhein-Sieg-Kreis, Salzgitter (Stadt), Stuttgart, Wolfsburg (Stadt)	0
Top 10 bestehender Überversorgung nach Abbau	Marburg-Biedenkopf	66	München, Landeshauptstadt	160
	Freiburg im Breisgau	45	Göttingen	111
	Göttingen	44	Freiburg im Breisgau	109
	Gießen	39	Heidelberg	109
	Dachau	36	Marburg-Biedenkopf	100
	Starnberg	35	Gießen	96
	Tübingen	32	Tübingen	92
	München, Landeshauptstadt	31	Münster, Stadt	71
	Offenbach am Main, Stadt	29	Odenwaldkreis	56
	Hamein-Pyrmont	28	Bochum (Stadt)	65

* Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

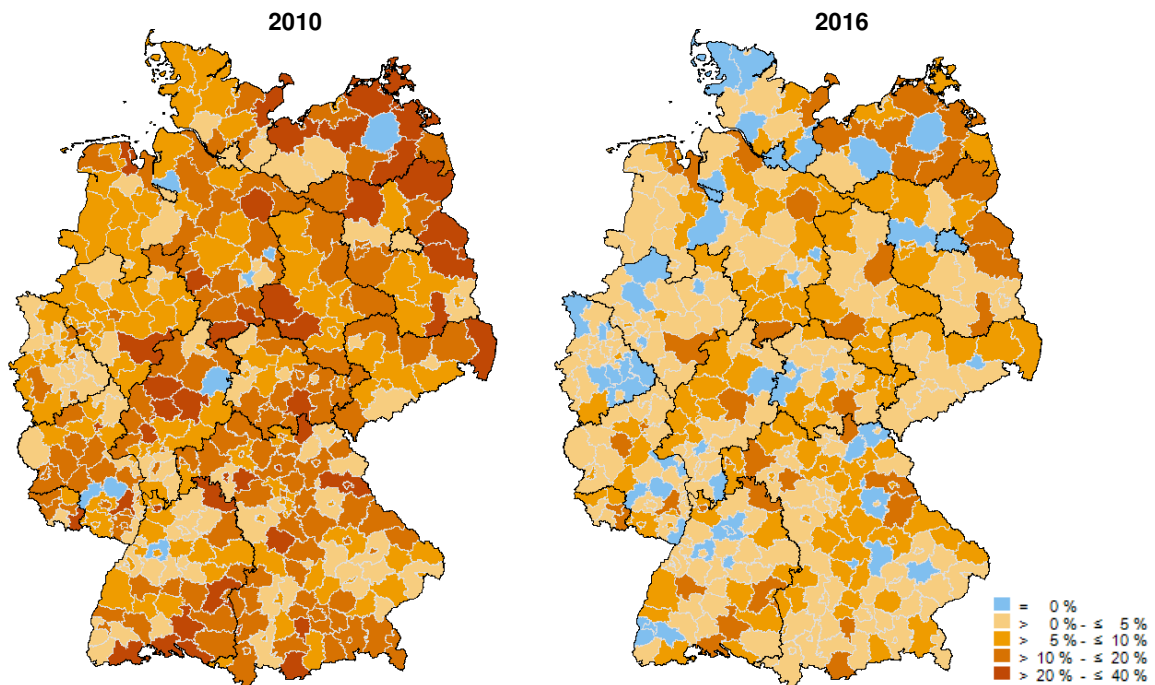
Quelle: Prognos AG

Aufkauf führt zu einer gleichmäßigeren regionalen Verteilung in der fachärztlichen Versorgung

Abbildung 5 zeigt, dass durch den Aufkauf von Facharztpraxen das Maß an Überversorgung sehr gleichmäßig reduziert werden kann und in einigen Regionen der Versorgungsgrad das angestrebte Niveau erreicht. Aufgrund der überdurchschnittlichen Ergebnisse sowohl beim Versorgungsgrad, als auch bei der Altersstruktur, werden hier die Psychotherapeuten aus der Gruppe der Fachärzte herausgenommen und im Anschluss gesondert betrachtet.

Es zeigt sich aber auch, dass fünf Jahre nicht genügen, um durch den Aufkauf von Arztpraxen die fachärztlichen Versorgung bundesweit auf einen durchschnittlichen Versorgungsgrad von 130% zu senken.

Abbildung 5: Relative Überversorgung* der Fachärzte ohne Psychotherapeuten vor (links) und nach (rechts) dem Aufkauf von Praxen auf Kreisebene in Prozent**



* Relative Überversorgung = Anzahl der niedergelassenen Ärzte über einen Versorgungsgrad von 130% hinaus / niedergelassene Ärzte insgesamt

** Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

Quelle: Prognos AG

Da insbesondere die ländlichen Regionen im Nordosten Deutschlands recht hohe Versorgungsgrade aufweisen, sollen diese noch einmal näher untersucht werden. Relativ gesehen scheint die fachärztliche Versorgung in diesen Regionen sehr umfangreich zu sein. Jedoch sind diese Planungsbereiche relativ groß und dünn besiedelt. Daher könnten durch den Aufkauf von Arztpraxen für einzelne Bevölkerungsgruppen recht hohe Wegezeiten entstehen, wenn die Arztsitze nicht neu besetzt werden.

Abbildung 6 stellt die Zusammenhänge für die einzelnen Regionstypen getrennt nach Ost und West dar. Es zeigt sich, dass in der Tat in der fachärztlichen Versorgung in Ostdeutschland relativ betrachtet vor allem in den ländlichen Regionen (Regionstypen 4, 7 und 9) eine hohe relative Überversorgung besteht. Aber auch in den westlichen Bundesländern findet sich dieser Zusammenhang in etwas abgeschwächter Form.

Abbildung 6: Anteil potenziell aufkaufbarer Facharztpraxen* (ohne Psychotherapeuten) nach Regionstypen**

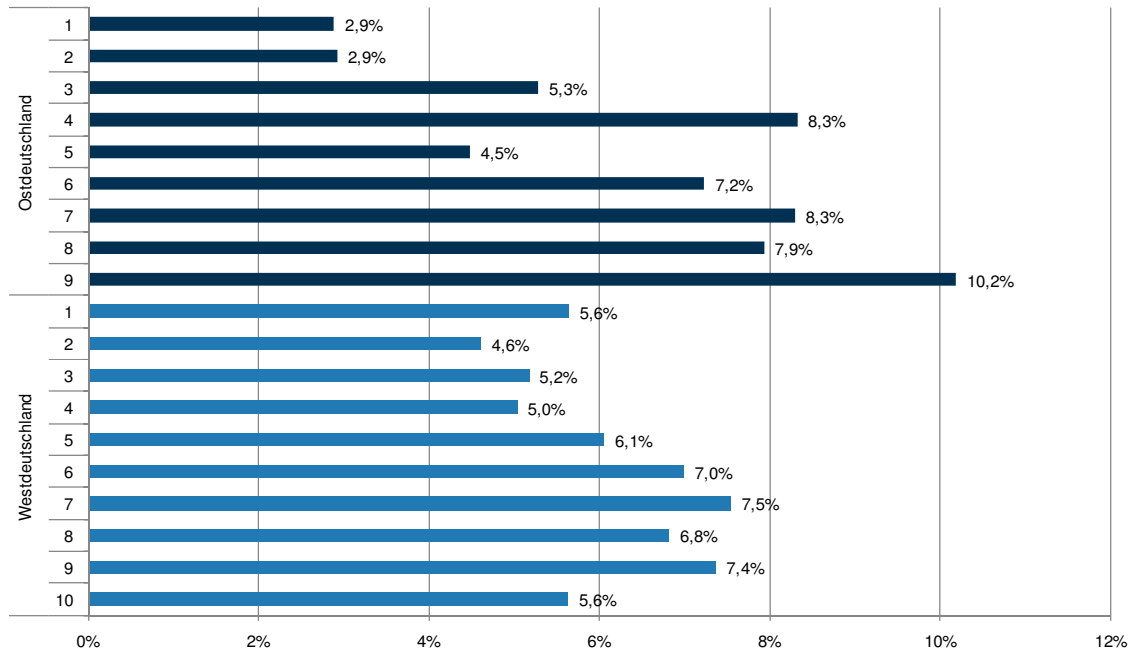
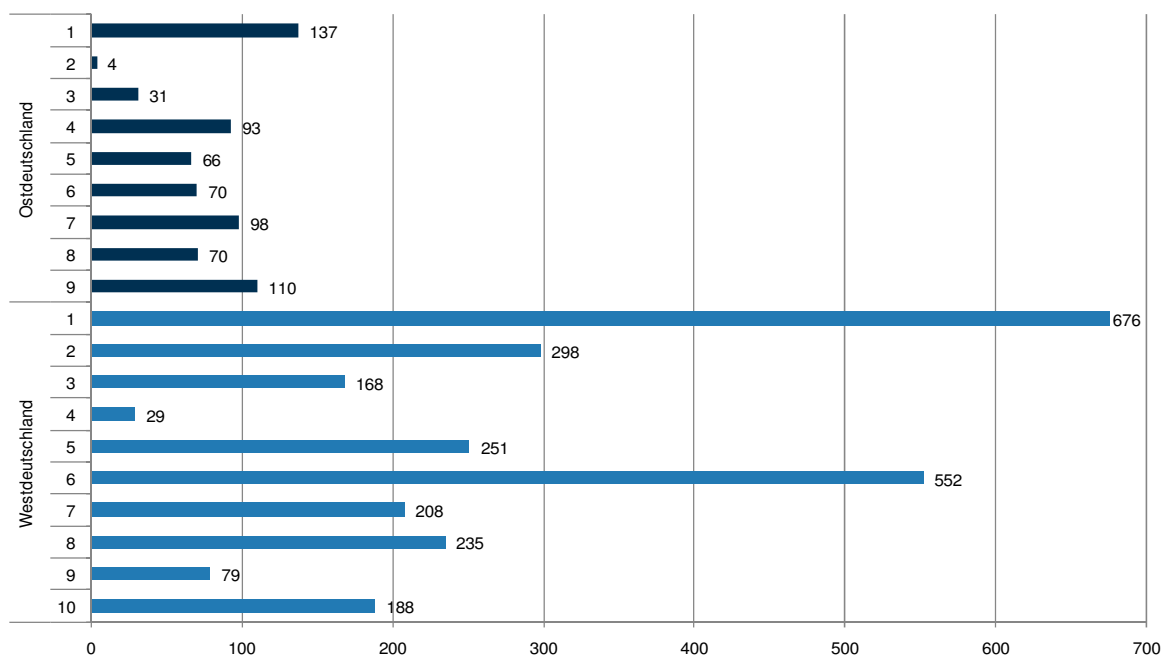


Abbildung 7: Anzahl potenziell aufkaufbarer Facharztpraxen* (ohne Psychotherapeuten) nach Regionstypen**



* Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

** Regionstypen: Große Verdichtungsräume: 1-Kernstädte, 2-Hochverdichtete Kreise, 3-Normalverdichtete Kreise, 4-Ländliche Kreise; Verdichtungsansätze: 5-Kernstädte, 6-normalverdichtete Kreise, 7-ländliche Kreise; Ländliche Regionen: 8-verdichtete Kreise, 9-ländliche Kreise; Sonderregion: 10-Ruhrgebiet.

Quelle: Prognos AG

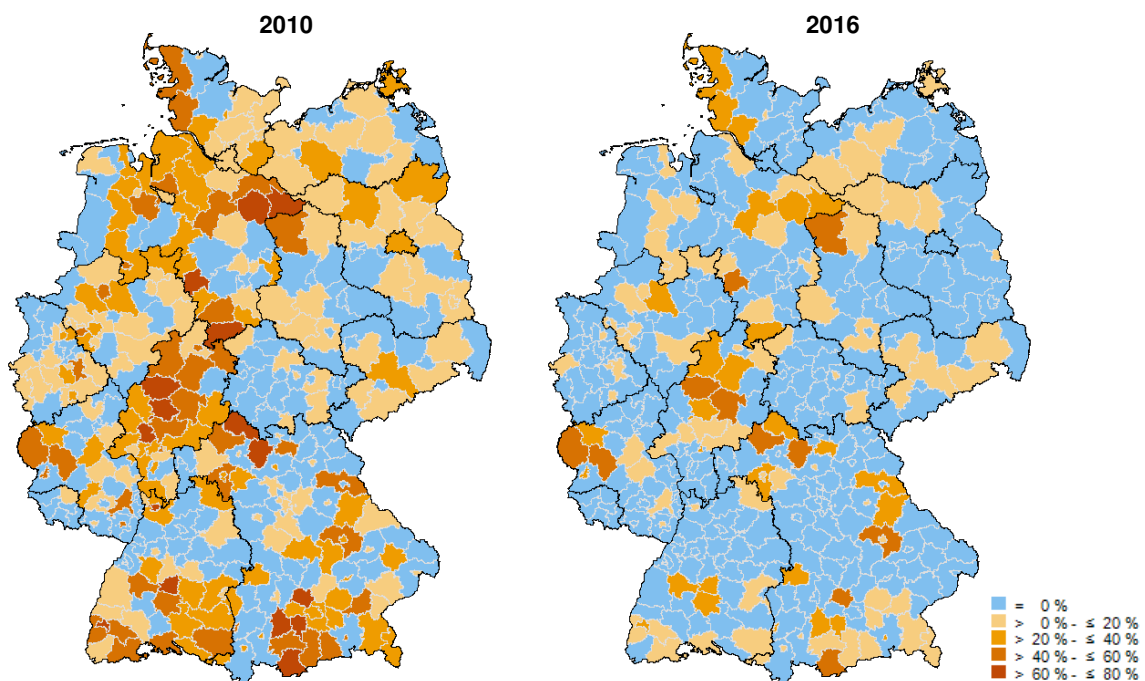
Schaut man sich die dahinter liegenden absoluten Zahlen an (Abbildung 7), zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen Ost und West. In den westlichen Bundesländern ist die Zahl der aufkaufbaren fachärztlichen Praxen in den ländlichen Regionen vergleichsweise gering. Dagegen weisen im Osten nach Berlin (Regionstyp 1) die ländlichen Regionen auch absolut das höchste Aufkaufpotenzial auf.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass vor allem in den ländlichen Regionen nicht allein auf die Höhe des Versorgungsgrades geschaut werden darf. Vielmehr sind die lokalen Gegebenheiten zu berücksichtigen, bei der Entscheidung, ob eine fachärztliche Praxis aufgekauft und nicht wieder neu besetzt wird.

Hohe regionale Ungleichverteilung in der psychotherapeutischen Versorgung kann reduziert werden

Unter den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ist derzeit eine besonders ausgeprägte regionale Ungleichverteilung festzustellen (Abbildung 8, links).

Abbildung 8: Relative Überversorgung* der Psychotherapeuten vor (links) und nach (rechts) dem Aufkauf von Praxen auf Kreisebene in Prozent**



* Relative Überversorgung = Anzahl der niedergelassenen Ärzte über einen Versorgungsgrad von 130% hinaus / niedergelassene Ärzte insgesamt

** Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

Quelle: Prognos AG

In vielen Kreisen liegt der Versorgungsgrad unter 130%, während in anderen Kreisen (wie Tübingen, Dachau oder Garmisch-Patenkirchen) die Zahl der Psychotherapeuten, mit denen der Schwellenwert von 130% überschritten wird, bis zu 78% der bestehenden Versorgung ausmacht. Das heißt in diesen Regionen könnten fast 80% aller niedergelassenen Psychotherapeuten ihre Praxis aufgeben, ohne dass der Versorgungsgrad unter einen Wert von 130% sinkt.

Wie bereits gezeigt, treffen bei den Psychotherapeuten zwei Phänomene aufeinander: Zum einen ist der Anteil älterer Psychotherapeuten vergleichsweise hoch. Und zum anderen liegt in vielen Regionen der Versorgungsgrad weit über 130%. Der Aufkauf psychotherapeutischer Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bietet unter diesen Bedingungen somit die Chance, die regionale Ungleichverteilung zu reduzieren und neue Niederlassungen in den weniger gut versorgten Regionen zu fördern. Wie aus dem Vergleich der Karten in Abbildung 8 ersichtlich wird, würde es unter den getroffenen Annahmen in der Tat gelingen, den Versorgungsgrad in vielen Regionen auf 130% zu senken.

In den folgenden beiden Abbildungen (Abbildung 9 und Abbildung 10) sind die Ergebnisse für die Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf der Ebene der Regionstypen und unterteilt nach Ost und West dargestellt. Betrachtet man den *Anteil* der potenziell aufkaufbaren an allen Praxen ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei den anderen Fachgruppen: In den ländlichen Regionen ist die relative Überversorgung vergleichsweise hoch (Regionstypen 4, 7 und 9). *Absolut* gesehen zeigt sich jedoch, dass vor allem in den Kernstädten (Regionstyp 1) und den normalverdichteten Kreisen (Regionstyp 6) eine hohe Anzahl potenziell aufkaufbarer Praxen stehen.

Auch bei den Psychotherapeuten sollte ganz besonders in den ländlichen Regionen die Versorgungssituation vor Ort genauer untersucht werden, bevor einzelne Praxen nicht wieder neu ausgeschrieben werden. Andernfalls könnte der Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung für einen Teil der Bevölkerung zu stark eingeschränkt werden.

Bei der hohen Zahl der Psychotherapeuten in den dichter besiedelten Regionen könnte auch gut auf einen Aufkauf der Praxen in den ländlichen Regionstypen 4, 7 und 9 verzichtet werden. Selbst in diesem Fall könnten noch immer 3.158 Praxen aufgekauft und nicht wieder neu besetzt werden, ohne dass der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 130% sinkt (Szenario Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%).

Abbildung 9: Anteil potenziell aufkaufbarer Praxen von Psychotherapeuten* nach Regionstypen**

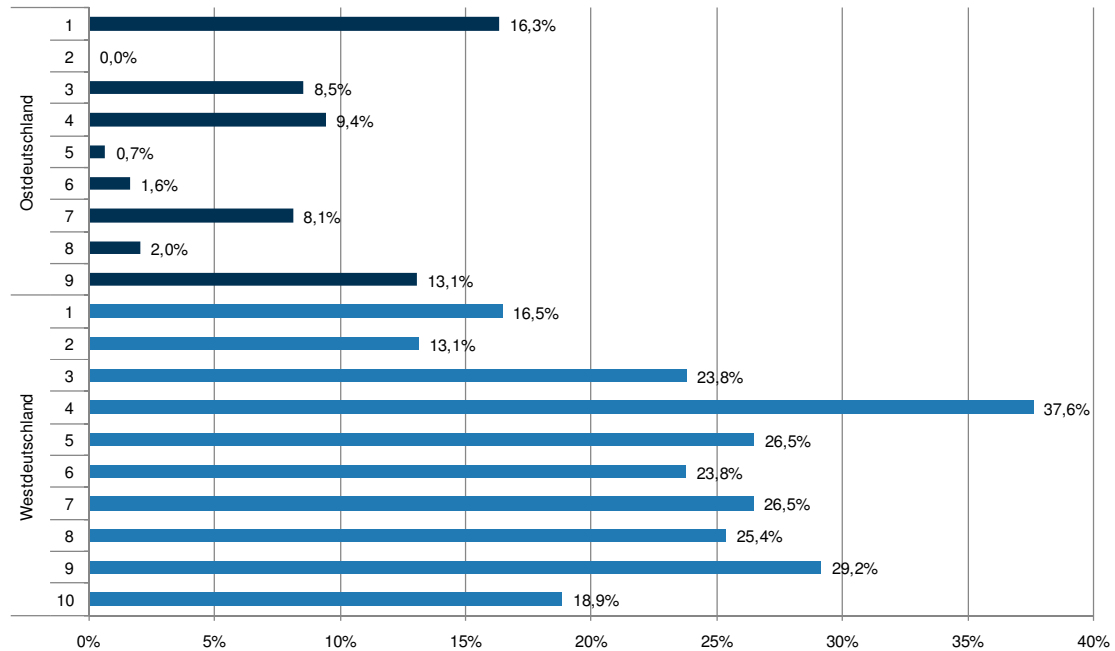
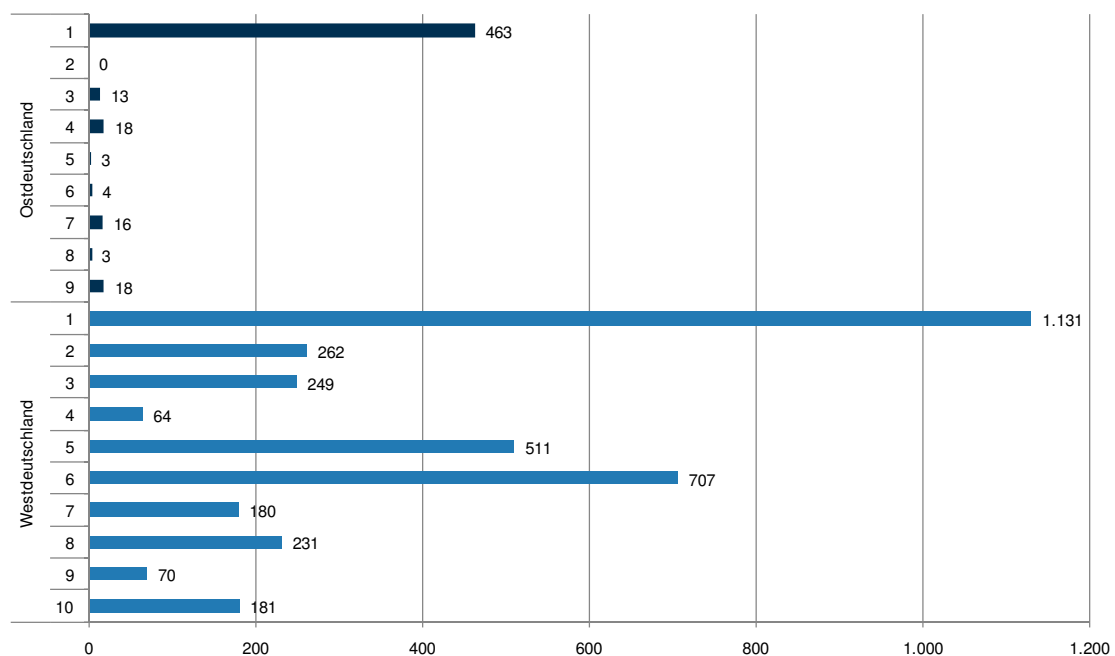


Abbildung 10: Anzahl potenziell aufkaufbarer Praxen von Psychotherapeuten* nach Regionstypen**



* Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

** Regionstypen: Große Verdichtungsräume: 1-Kernstädte, 2-Hochverdichtete Kreise, 3-Normalverdichtete Kreise, 4-Ländliche Kreise; Verdichtungsansätze: 5-Kernstädte, 6-normalverdichtete Kreise, 7-ländliche Kreise; Ländliche Regionen: 8-verdichtete Kreise, 9-ländliche Kreise; Sonderregion: 10-Ruhrgebiet

Quelle: Prognos AG

2.4 Bestimmung des Wertes einer Arztpraxis

Nachdem im vorangegangenen Schritt die *Menge* der Praxen bestimmt wurde, die prinzipiell von den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft werden könnten, bedarf es im Folgenden der Bestimmung der *Preise*. Diese sollen in etwa den Preisen auf einem regulären Markt entsprechen.

Um die Höhe des erforderlichen Investitionsvolumens zu bestimmen, ist somit eine valide Schätzung der Marktpreise von Praxen vorzunehmen. Diese sollten die Unterschiede in den Facharztgruppen sowie der geografischen Lage berücksichtigen.

Der Preis wird insbesondere durch zwei Parameter determiniert: Dies ist zum einen der so genannte *Substanzwert*, der die materiellen Werte widerspiegelt, die in der Praxis gebunden sind. Hierzu zählen in erster Linie die vorhandenen Ausstattungen und die (medizinisch-technischen) Geräte, die bei der Übernahme in das Eigentum des neuen Besitzers übergehen.

Zum anderen wird der Preis durch den so genannten *ideellen Wert* bestimmt. Dieser hat eher immateriellen Charakter und beinhaltet etwa den Wert, der sich aus der Übernahme der Zulassung und dem Patientenstamm ergibt. Dabei ist der ideelle Wert in hohem Maße abhängig von der Fachrichtung und der geografischen Lage der Praxis, da diese Parameter die wesentlichen Determinanten des zukünftig zu erzielenden Umsatzes sind. Folglich wird – einer statistisch belegten Empfehlung der Bundesärztekammer zufolge – als Richtwert für den ideellen Wert ein Drittel des Jahresumsatzes (GKV und PKV-Erlöse) einer Praxis angesetzt.¹³

Die Bestimmung des Substanzwertes

Die Schätzung der Preise wird, dieser Differenzierung folgend, auf Basis unterschiedlicher Datengrundlagen vorgenommen.

Der Substanzwert fußt auf statistischen Erhebungen, die der Prognos AG vorliegen. Dabei handelt es sich um Durchschnittswerte von real abgewickelten Praxisübernahmen. Die vorliegenden Daten differenzieren nach der ärztlichen Fachrichtung sowie regional nach West- und Ostdeutschland.

Die Facharztbezeichnungen unterscheiden sich in dieser Statistik teilweise von denen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Deshalb werden die folgenden Anpassungen vorgenommen:

¹³ Vgl. Empfehlung der Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt; wiedergegeben im Beratungsservice für Ärzte, Bd. 5, des Zentralinstituts mit dem Titel: „Rechtsfragen beim Verkauf und Erwerb einer Arztpraxis“; dort heißt es: „Der ideelle Wert einer Arztpraxis kann mit einem Drittel des ermittelten Jahresumsatzes dieser Arztpraxis angenommen werden“).

Psychotherapeuten Die vorliegenden Durchschnittskosten einer Übernahme liegen nur für die Gruppe der „Psychotherapeuten/ Psychiater“ vor. Da die Anzahl der „Psychiater“ innerhalb dieser Gruppe jedoch wesentlich geringer ist als die der „Psychotherapeuten“ – und somit auch deren Auswirkungen auf den durchschnittlichen Substanzwert – wird für die Fachrichtung „Psychotherapeuten“ der Substanzwert gleich der Gruppe „Psychotherapeuten/ Psychiater“ angesetzt.

Hausärzte Die Gruppe der Hausärzte existiert in der Datengrundlage nicht. Daher werden für „Hausärzte“ die Substanzwerte der Gruppe der „Allgemeinärzte“ angesetzt.

Radiologen Für die Fachrichtung der Radiologen liegen nur Werte für das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen¹⁴ vor, jedoch keine Substanzwerte. Hier wird über alle Fachrichtungen hinweg der durchschnittliche Anteil des Substanzwertes am Gesamtfinanzierungsvolumen errechnet und so mittels des Gesamtfinanzierungsvolumens für Radiologen der entsprechende Substanzwert gebildet.

Für alle weiteren Fachrichtungen liegen entsprechende Werte vor, die in die Kalkulation einfließen können.

Die Bestimmung des ideellen Wertes

Der ideelle Wert der Arztpraxen wird auf Basis von Umsatzwerten kalkuliert, die im Bereich der GKV durchschnittlich erzielt werden. Diese liegen differenziert nach Fachrichtungen und Schwerpunktbezeichnungen sowie nach den einzelnen KV-Bezirken vor, und wurden der Prognos AG vom GKV-Spitzenverband für das Jahr 2009 zur Verfügung gestellt.

Diese Umsätze werden erhöht um die Umsatzerlöse, die im Bereich der PKV erzielt werden, um so den Gesamtumsatz der Arztpraxen zu ermitteln. Zwecks valider Abschätzung der PKV-Umsätze werden (der Prognos AG vorliegende) Daten genutzt, die den PKV-Anteil am Gesamtumsatz enthalten – differenziert nach Fachrichtungen. Eine regionale Differenzierung kann aufgrund fehlender Daten, die etwa die regionalen Unterschiede in der Struktur der Versicherten (Anteil PKV-Versicherte) aufzeigen, nicht durchgeführt werden. Es besteht somit bei der Auswertung der Ergebnisse auf KV-Ebene die Möglichkeit, dass es stellenweise zu Verzerrungen kommen könnte, die sich jedoch statistisch im Hinblick auf das bundesweite Gesamtinvestitionsvolumen ausgleichen.

¹⁴ Das Gesamtfinanzierungsvolumen spiegelt die durchschnittlichen Gesamtkosten wider, die bei einer Neugründung oder Übernahme einer Arztpraxis dieser Fachrichtung aufzubringen sind bzw. im Rahmen der Praxisfinanzierung anfallen. Sie entsprechen somit der Summe aus Substanz- und ideellem Wert.

Von den so ermittelten Gesamtumsätzen (nach Fachrichtungen) wird ein Drittel (vgl. oben) als ideeller Wert der jeweiligen Praxen zugrunde gelegt.

In den vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellten Umsatzwerten ist die Fachgruppe „Innere Medizin“ in zehn Untergruppen bzw. Schwerpunktbezeichnungen gegliedert. Diese Differenzierung erfolgt in der Bedarfsplanungs-Richtlinie jedoch nicht. Um für die fachärztlich-tätigen Internisten trotzdem einen ideellen Praxiswert ermitteln zu können, wird folgendermaßen vorgegangen:

- Zunächst wird die Anzahl der Internisten mit den entsprechenden Schwerpunktbezeichnungen differenziert nach Bundesländern ermittelt.¹⁵
- Aufgrund der sehr geringen Anzahl an Ärzten werden die Schwerpunkte „Geriatric“ und „Infektiologie“ nicht berücksichtigt. Des Weiteren wird aufgrund z.T. fehlender Umsatzwerte der Schwerpunkt „Endokrinologie“ in der Berechnung ebenfalls nicht berücksichtigt.¹⁶
- Anschließend wird die Verteilung der Internisten in jedem Bundesland nach den Schwerpunktbezeichnungen berechnet.
- Aus dieser Verteilung ergeben sich die Gewichte, um den gewichteten GKV-Umsatzwert je Bundesland eines fachärztlich tätigen Internisten zu errechnen. Schließlich wird der PKV-Umsatz, der für die Gruppe aller Internisten vorliegt, hinzuaddiert, woraus sich der ideelle Wert ergibt.¹⁷

Ergebnisse

Somit ergibt sich eine Differenzierung der Substanzwerte nach Fachrichtungen und nach West- und Ostdeutschland sowie eine Differenzierung der ideellen Werte nach Fachrichtungen und nach den KV-Bezirken. Die Ergebnisse dieser Schätzungen, die als Basis für die Bestimmung des erforderlichen Investitionsvolumens dienen, sind in der folgenden Tabelle 3 dargestellt.

¹⁵ Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung (2009); Quelle: Ärztestatistik, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern).

¹⁶ Drittkleinste Gruppe nach den beiden o.g. Gruppen.

¹⁷ Da die Anzahl an Internisten mit Schwerpunktbezeichnung nach Bundesländern vorlag, wurde für die KV-Bezirke Nordrhein und Westfalen-Lippe die gleiche Verteilung angesetzt.

Tabelle 3: Übernahmekosten von Arztpraxen differenziert nach Facharztgruppen und KV-Bezirken

	Baden-Württ.	Bayern	Brandenburg	Berlin	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen.-Vorpom.	Niedersachsen
Anästhesisten	114.915 €	109.940 €	124.253 €	102.741 €	129.655 €	126.400 €	112.301 €	143.750 €	116.073 €
Augenärzte	157.615 €	156.165 €	122.040 €	116.719 €	190.402 €	153.745 €	117.082 €	133.555 €	165.507 €
Chirurgen	172.859 €	162.151 €	136.715 €	105.268 €	162.136 €	174.665 €	178.694 €	145.418 €	182.215 €
fä. tät. Internisten	245.431 €	200.925 €	160.981 €	157.434 €	239.043 €	181.552 €	164.913 €	211.910 €	246.239 €
Frauenärzte	122.354 €	122.083 €	91.998 €	92.431 €	130.396 €	132.973 €	119.149 €	100.253 €	130.073 €
Hausärzte	86.426 €	84.475 €	97.748 €	75.073 €	87.263 €	86.850 €	99.331 €	98.435 €	107.127 €
Hautärzte	132.315 €	119.829 €	114.112 €	102.801 €	117.485 €	143.483 €	125.529 €	132.001 €	129.604 €
HNO-Ärzte	110.907 €	113.095 €	78.343 €	75.087 €	103.993 €	123.828 €	103.414 €	87.870 €	130.538 €
Kinderärzte	109.410 €	112.388 €	75.873 €	77.872 €	109.409 €	127.004 €	117.916 €	80.318 €	124.143 €
Nervenärzte	87.366 €	95.560 €	65.953 €	74.248 €	114.645 €	103.263 €	75.474 €	96.007 €	102.135 €
Orthopäden	157.991 €	150.711 €	98.065 €	107.794 €	185.971 €	166.810 €	148.511 €	119.197 €	162.260 €
Psychotherapeuten	39.017 €	41.460 €	38.576 €	31.625 €	41.471 €	41.634 €	40.257 €	34.579 €	41.099 €
Radiologen	268.740 €	300.457 €	223.587 €	211.530 €	229.304 €	324.344 €	244.570 €	274.649 €	300.277 €
Urologen	143.547 €	142.856 €	158.907 €	126.905 €	155.419 €	147.221 €	135.228 €	156.640 €	156.243 €

	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schlesw.-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe
Anästhesisten	104.884 €	101.999 €	108.691 €	117.621 €	111.202 €	110.548 €	113.752 €	122.329 €
Augenärzte	141.300 €	148.212 €	141.791 €	139.557 €	123.799 €	127.688 €	117.837 €	163.141 €
Chirurgen	164.515 €	151.596 €	168.003 €	128.762 €	134.712 €	163.168 €	134.604 €	180.334 €
fä. tät. Internisten	190.739 €	190.272 €	187.368 €	164.241 €	217.339 €	108.284 €	198.436 €	224.378 €
Frauenärzte	115.181 €	115.317 €	126.033 €	101.954 €	94.192 €	127.540 €	94.953 €	126.591 €
Hausärzte	92.003 €	93.576 €	97.252 €	92.203 €	100.571 €	86.892 €	96.149 €	94.080 €
Hautärzte	118.309 €	106.896 €	123.609 €	124.783 €	123.489 €	121.465 €	114.317 €	127.929 €
HNO-Ärzte	101.295 €	101.380 €	114.612 €	81.350 €	87.171 €	110.091 €	83.179 €	114.141 €
Kinderärzte	110.741 €	106.814 €	108.754 €	75.288 €	76.799 €	106.685 €	90.846 €	115.897 €
Nervenärzte	87.274 €	87.153 €	123.950 €	73.529 €	87.299 €	96.468 €	76.329 €	96.116 €
Orthopäden	153.706 €	151.290 €	142.967 €	96.113 €	106.549 €	149.214 €	99.544 €	172.560 €
Psychotherapeuten	42.306 €	42.825 €	44.002 €	35.477 €	36.259 €	42.105 €	39.238 €	42.409 €
Radiologen	236.134 €	251.865 €	259.801 €	249.689 €	239.477 €	270.032 €	254.023 €	287.173 €
Urologen	132.634 €	134.210 €	128.981 €	144.505 €	142.269 €	135.582 €	131.657 €	143.573 €

Quelle: Prognos AG

Mit Blick auf die Fachrichtungen weisen die *Radiologen* die höchsten Übernahmekosten auf. Die Spannweite reicht hier von 211 Tsd. Euro in Berlin bis 324 Tsd. Euro in Hamburg. Ursächlich hierfür sind einerseits die hohen Ausstattungskosten einer radiologischen Praxis sowie andererseits die hohen Umsätze, die erzielt werden können.

Die Gruppe mit den nächsthöheren Übernahmekosten ist die der *Internisten*. Hier sind Übernahmeentgelte von 108 Tsd. Euro (Schleswig-Holstein) bis hin zu 246 Tsd. Euro (Niedersachsen) zu entrichten. Mit deutlichem Abstand sind über alle KV-Bezirke hinweg Praxisübernahmen von *Psychotherapeuten* am kostengünstigsten, die in einer Spannweite von 31 Tsd. Euro in Berlin bis 44 Tsd. Euro im Saarland liegen.

Im Hinblick auf die KV-Bezirke zeigt sich, dass die Übernahmekosten in Westdeutschland tendenziell (dies gilt nicht für jeden Einzelfall) über denen in Ostdeutschland liegen, was letztlich insbesondere am höheren immateriellen Wert der Praxen (größeres Patientenpotenzial etc.) in Westdeutschland liegt.

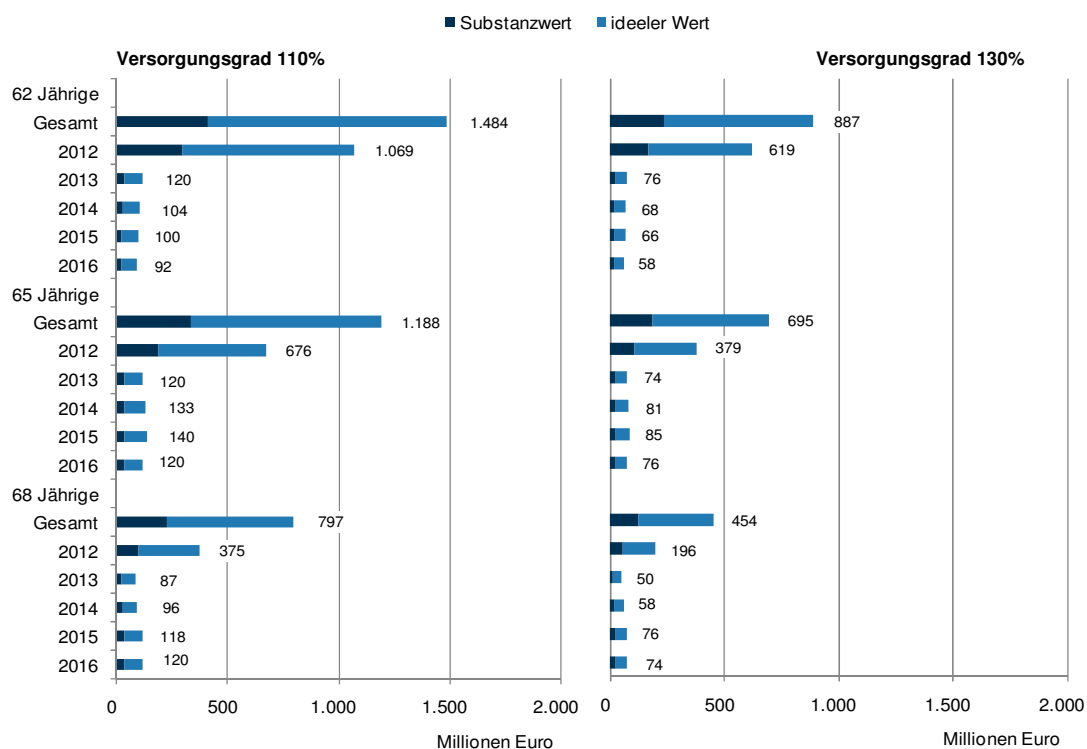
2.5 Geschätztes Investitionsvolumen des Aufkaufs von Arztpraxen in Deutschland

Nach der Bestimmung der Menge und des Preises kann nun die Frage beantwortet werden, wie hoch der Investitionsbedarf in Deutschland sein wird, wenn die Arztpraxen in den überversorgten Regionen sukzessive bis zum Jahr 2016 aufgekauft würden.

Entwicklung des Gesamtinvestitionsbedarfs

In dem Maximalszenario mit einer unterstellten **Altersgrenze von 62** und einem angestrebten Versorgungsgrad von 110% wäre bundesweit in den nächsten fünf Jahren ein Investitionsvolumen von insgesamt rund **1,5 Mrd. Euro** erforderlich (Abbildung 11).¹⁸ Bei einem Versorgungsgrad von 130% würde sich die Summe auf rund **0,9 Mrd. Euro** reduzieren. Dabei fiel der Großteil bereits im ersten Jahr 2012 mit rund 1,1 Mrd. Euro (110%) bzw. mit ca. 0,6 Mrd. Euro (130%) an. Von 2013 an gehen die Volumina kontinuierlich zurück, bedingt durch den Rückgang der potenziell aufkaufbaren Praxen. Im Jahr 2016 fallen noch 92 Mio. Euro (110%) bzw. 58 Mio. Euro (130%) an.

Abbildung 11: Gesamtinvestitionsvolumen über alle Arztgruppen



Quelle: Prognos AG

¹⁸ Die Werte beinhalten alle Arztgruppen und alle Planungsbezirke.

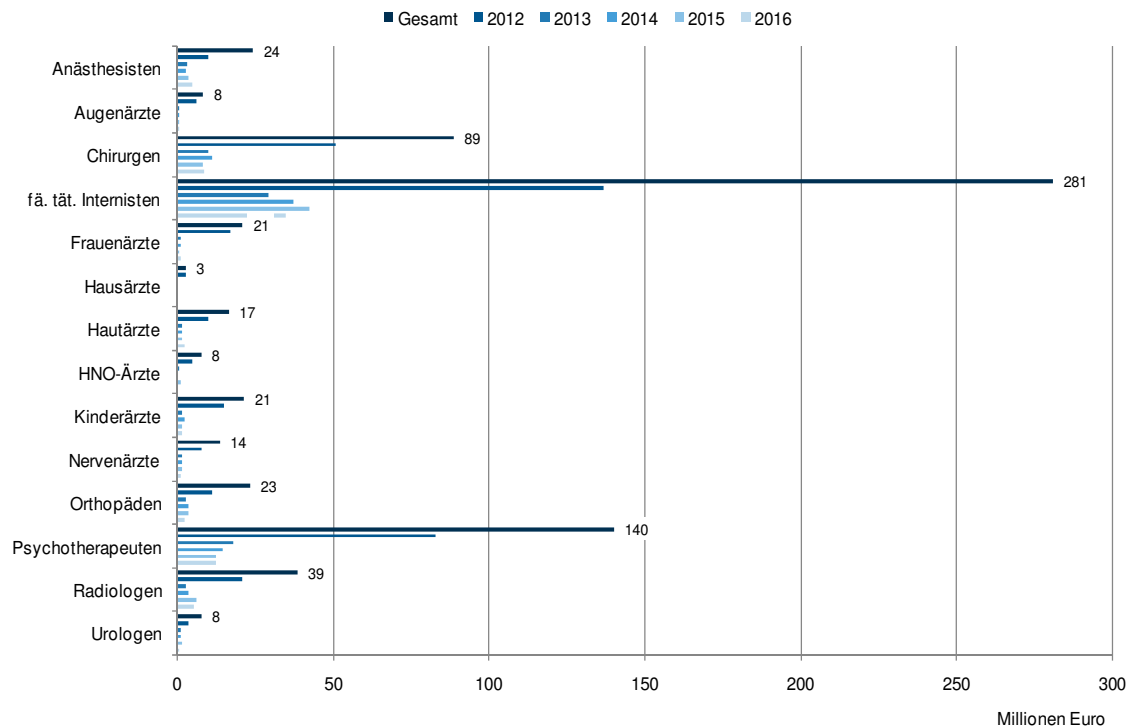
Unterstellt man, dass die Ärztinnen und Ärzte erst mit Erreichen des **65. Lebensjahres** in den Ruhestand gehen und ihre Praxen verkaufen, fallen in der Summe Kosten in Höhe von **1,2 Mrd. Euro** (110%) bzw. rund **0,7 Mrd. Euro** (130%) an. Aufgrund des höheren Alters und der damit einhergehenden Berücksichtigung von weniger Jahrgängen liegen die Werte entsprechend unter dem Szenario der 62 Jährigen. In 2012 belaufen sich die Kosten auf 0,7 Mrd. Euro (110%) bzw. 0,4 Mrd. Euro (130%). Von 2013 bis 2015 steigen im Gegensatz zum vorangegangenen Szenario die Kosten leicht an, gehen jedoch in 2016 wieder moderat zurück. Dies liegt insbesondere in der Struktur und weniger in der absoluten Höhe der zur Übernahme zur Verfügung stehenden Praxen begründet. D.h. dass von 2013 bis 2015 bspw. relativ viele radiologische Praxen auf dem Markt sind, die aufgrund der hohen Übernahmekosten die Werte ansteigen lassen. Folglich steigen im 110%-Szenario die Übernahmen bis 2015 nur leicht, im 130%-Szenario gehen sie sogar moderat zurück.

In den Szenarien mit einer Altersgrenze von **68 Jahren** fallen schließlich Gesamtinvestitionen von **0,8 Mrd. Euro** (110%) bzw. **0,45 Mrd. Euro** (130%) an. Dabei fällt auch hier im Jahr 2012 mit 375 Mio. Euro (110%) bzw. 196 Mio. Euro (130%) der Großteil der Kosten an. Im Szenario 110% steigen von 2012 bis 2016 die Kosten moderat aber kontinuierlich an: Bedingt wird dies sowohl durch einen Anstieg der zur Übernahme zur Verfügung stehenden Praxen, wie auch durch eine entsprechende Entwicklung der Struktur (vgl. oben; u.a. Anstieg der kaufbaren radiologischen Praxen). Im 130%-Szenario steigen die Kosten nur von 2013 bis 2015 und gehen in 2016 leicht zurück. Die Ursachen für den Rückgang von 2015 auf 2016 liegen nicht im Potenzial der aufkaufbaren Praxen – dies steigt moderat aber kontinuierlich an – sondern ausschließlich in der Struktur der Praxen. So geht bspw. die Anzahl der (relativ gesehen) teureren chirurgischen und radiologischen Praxen in 2016 zurück, die der günstigeren psychotherapeutischen Praxen hingegen nimmt deutlich zu.

Auswertung nach Facharztgruppen

Wie in Kapitel 2.3.2 erläutert, ist die Zahl der aufkaufbaren Praxen bei den ärztlichen und psychologischen *Psychotherapeuten* und den fachärztlich tätigen *Internisten* am größten. Trotz der deutlich höheren Anzahl der psychotherapeutischen Praxen (im Vergleich zur Gruppe der *Internisten*) zeigt sich in dem hier dargestellten Szenario (Altersgrenze: 65 Jahre; Versorgungsgrad 130%), dass das Investitionsvolumen für die *Internisten* deutlich über dem für die *Psychotherapeuten* liegt. Bedingt wird dies durch Unterschiede in den Übernahmekosten, die für *Internisten* um ein Vielfaches höher liegen (vgl. Tabelle 3).

Abbildung 12: Investitionsvolumen nach Arztgruppen und Jahr*



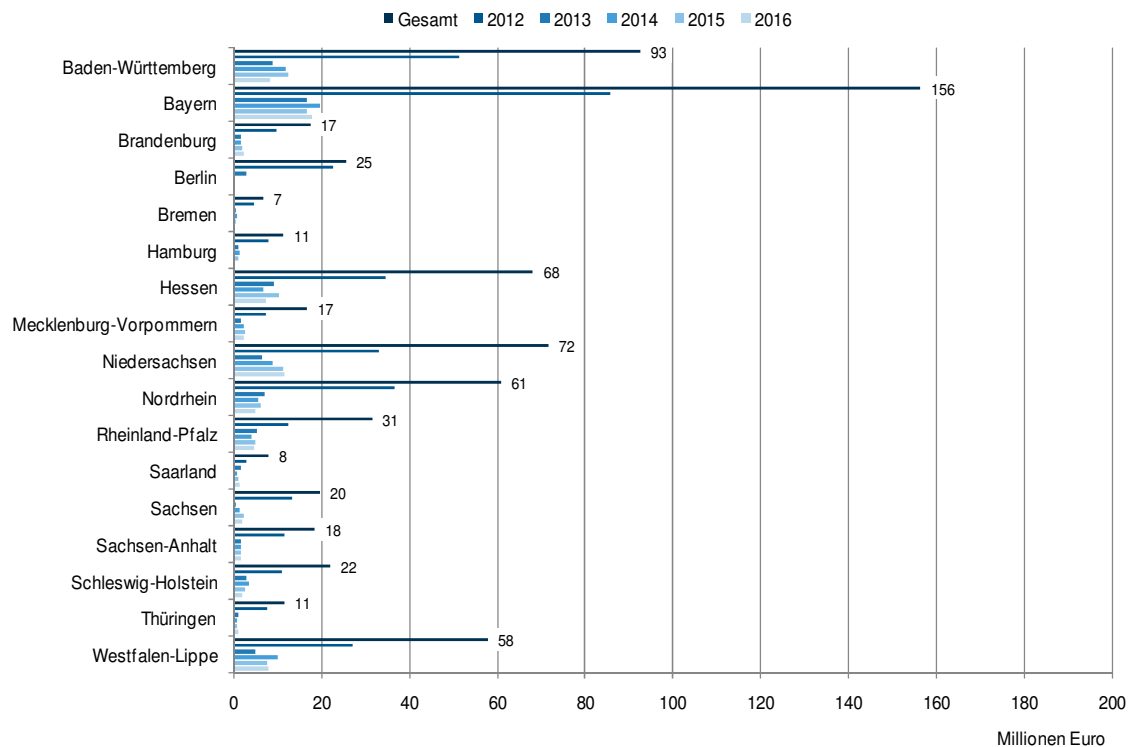
* Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%
Quelle: Prognos AG

Ebenso wie bei der reinen Mengenbetrachtung fallen auch bei den Investitionskosten die Werte der anderen Facharztgruppen deutlich niedriger aus. Nur die Gruppe der *Chirurgen* fällt mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von ca. 89 Mio. Euro im Vergleich zu den Übrigen stärker ins Gewicht. Mit Blick auf die Gruppe der *Hausärzte*, die die geringsten Übernahmekosten verursachen würden, zeigt sich, dass aufgrund der Altersverteilung das gesamte Investitionsvolumen von rund 3 Mio. Euro bereits im ersten Betrachtungsjahr anfällt.

Auswertung nach KV-Bezirken

Ein (beispielhafter) Blick auf die KV-Ebene zeigt im Szenario Altersgrenze 65 und Versorgungsgrad 130%, dass die höchsten Gesamtkosten mit rund 156 Mio. Euro in Bayern anfallen, gefolgt von Baden-Württemberg mit insgesamt 93 Mio. Euro für den gesamten Betrachtungszeitraum. Die Kosten liegen darüber hinaus in Westdeutschland – mit Ausnahme der eher kleinen Bundesländer bzw. Stadtstaaten – über denen in Ostdeutschland. In der Tendenz gelten diese Aussagen für alle sechs Szenarien, wobei es in Einzelfällen zu Abweichungen kommen kann. Zu berücksichtigen ist überdies, dass es aufgrund des Umsatzpotenzials von PKV-Patienten (vgl. oben) zu gewissen Verzerrungen auf der KV-Ebene kommen kann.

Abbildung 13: Gesamtinvestitionsvolumen nach KV-Bezirken*



* Szenario: Altersgrenze 65, Versorgungsgrad 130%

Quelle: Prognos AG

Fazit

Insgesamt ergibt sich über alle geschätzten Szenarien hinweg eine Spanne von **mindestens 0,45 Mrd. bis maximal 1,5 Mrd. Euro**, die für einen Aufkauf der Arztpraxen in den derzeit überversorgten Regionen bis zum Jahr 2016 erforderlich wären, um den jeweils angestrebten Versorgungsgrad zu erreichen.

Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass in Bayern mit Abstand die höchsten Ausgaben anfallen würden, gefolgt von Baden-Württemberg. Bei einem West-Ost-Vergleich zeigt sich, dass die Kosten in Westdeutschland zwischen den KV-Bezirken recht heterogen ausfallen. In den ostdeutschen Bundesländern ist das erforderliche Gesamtinvestitionsvolumen hingegen relativ gleich verteilt, wobei in Berlin die höchsten Investitionen getätigt werden müssten.

3 Diskussion der Ergebnisse und der möglichen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft

3.1 Lokalem Ärztemangel steht Überversorgung in vielen Regionen gegenüber

Auf der Basis der derzeit gültigen ambulanten Bedarfsplanung lässt sich bislang nur in vereinzelt Regionen eine lokale Unterversorgung attestieren. Diese liegen nahezu ausschließlich in den östlichen Bundesländern, wobei vor allem die Gruppe der Hausärzte und hausarztnahen Fachärzte betroffen sind. So wurde bspw. in Brandenburg in zehn Regionen eine lokale hausärztliche Unterversorgung festgestellt. Bei den Kinderärzten gelten drei und den Frauen- sowie Augenärzten jeweils eine Region als lokal unterversorgt.¹⁹

Zur gleichen Zeit wird aus den deutschen Krankenhäusern von zunehmenden Stellenbesetzungsproblemen berichtet. Nach Berechnungen des Deutschen Krankenhausinstituts können derzeit bundesweit rund 5.000 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden.²⁰

Demgegenüber stehen die Ergebnisse der vorliegenden Studie:

Fast 7.000 Ärztinnen und Ärzte könnten in der ambulanten Versorgung bis zum Jahr 2016 in den Ruhestand gehen und deren Arztsitze nicht wieder neu besetzt werden, ohne dass in einer Region der Versorgungsgrad unter 130% sinkt.

Dabei wird ein Renteneintrittsalter von 65 Jahren unterstellt. Nach der heutigen Bedarfsplanung gilt ein Planungsbereich bereits ab einem Versorgungsgrad von 110% als überversorgt. Würde man diesen Maßstab anlegen, könnten nahezu 12.000 Ärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden.

Die Bedarfsplanung ist allerdings in Teilen umstritten. Die Berücksichtigung der Altersverteilung der Bevölkerung in den Planungsbereichen steht noch am Anfang und es bleibt abzuwarten, wie sich durch das geplante Versorgungsgesetz die verwendeten Maßstäbe zur Beurteilung von Über- und Unterversorgung ändern werden. Sehr wahrscheinlich wird die Grenze erhöht, ab der von einer Überversorgung ausgegangen wird. Aus diesem Grunde wurden die Schätzungen nicht auf der Basis eines heute als bedarfsgerecht angesehenen Versorgungsgrades von

¹⁹ Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg: <http://www.kvbb.de> (Stand: 4. Mai 2011).

²⁰ Blum, K., Offermanns, M. (2009): Krankenhaus-Barometer. Umfrage 2009, Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Stand: 2009)

100% durchgeführt, sondern mit 110% bzw. 130%. So verbleibt ein Spielraum für die erwarteten Anpassungen der Bedarfsplanung.

Fazit

Ein genereller Ärztemangel lässt sich in Deutschland nicht konstatieren. Vielmehr gelingt die regionale Verteilung in der ambulanten Versorgung nur unzureichend.

3.2 Das geschätzte Investitionsvolumen liegt zwischen 0,45 und 1,5 Mrd. Euro

Die Analyse zeigt, dass der Kauf von Arztpraxen ein Instrument ist, mit dessen Hilfe die Kassenärztlichen Vereinigungen wirksam und nachhaltig die langfristig bestehende Überversorgung in Deutschland abbauen können. Das dafür erforderliche Investitionsvolumen ist abhängig von den zu Grunde gelegten Annahmen. Im Maximalszenario, in dem alle Ärztinnen und Ärzte mit Erreichen des 62. Lebensjahres ihre Praxis verkaufen und gleichzeitig ein Versorgungsgrad von 110% angestrebt würde, läge das Investitionsvolumen geschätzt bei nicht ganz 1,5 Mrd. Euro. Bei einer Altersgrenze von 68 und einem Versorgungsgrad von 130% wären dagegen nur noch rund 0,45 Mrd. notwendig. Die Kosten für den Kauf würden in allen Szenarien zu einem Großteil bereits im ersten Jahr anfallen.

Nach einer Schätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden die Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung im Jahr 2011 circa 32,4 Mrd. Euro für ihre Leistungen von den Gesetzlichen Krankenkassen erhalten.²¹ Im Maximalszenario müsste im ersten Jahr etwas mehr als eine Mrd. Euro für den Kauf der Arztpraxen in den überversorgten Regionen ausgegeben werden. Das entspräche demnach einem Anteil von rund 3,3% des jährlichen Honorarvolumens. In den Folgejahren wäre in diesem Szenario im Durchschnitt nur noch ein jährliches Investitionsvolumen von ca. 104 Mio. Euro bzw. rund 0,32% des Honorarvolumens erforderlich.

Fazit

Das erforderliche Investitionsvolumen zum Abbau der vertragsärztlichen Überversorgung würde die Kassenärztlichen Vereinigungen unter den getroffenen Annahmen mit maximal 1,5 Mrd. Euro belasten. Das entspricht für die nächsten fünf Jahre einem Anteil von unter 1% des gesamten Honorarvolumens in der ambulanten Versorgung.

²¹ KBV (2011): Honorar, siehe: <http://www.kbv.de/37883.html> (Zugriff: 26.05.2011).

3.3 Ärzte, Patienten und die Versichertengemeinschaft profitieren vom Abbau der Ungleichverteilung

Der Aufkauf von Arztpraxen hat nur mittelbar das Ziel, die vertragsärztliche Überversorgung in den betroffenen Regionen zu reduzieren. Es stellt vielmehr ein Instrument dar, um mittel- bis langfristig die regionale Ungleichverteilung in Deutschland abzubauen. Denn die Verteilungsprobleme können nicht allein durch eine finanzielle Förderung der Niederlassung in schlechter versorgten Regionen gelöst werden. Der Anteil der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahren geht schon aus demographischen Gründen in den nächsten Jahren weiter zurück. In derselben Zeit werden die geburtenstarken Jahrgänge der heute noch praktizierenden Ärzte in den Ruhestand treten.²² Umso dringender stellt sich die Aufgabe, die nachkommende Ärztesgeneration in den Versorgungsregionen mit dem höchsten Bedarf zum Einsatz zu bringen, statt Praxen in den bereits überversorgten Regionen wiederzubesetzen.

Im Folgenden werden die Auswirkungen beschrieben, die der Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Regionen nach sich ziehen könnte.

3.3.1 Auswirkungen aus Sicht der Leistungserbringer

Die heute überversorgten Gebiete würden bei einem Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung, das konsequent angewandt wird, nicht nur für Neuniederlassungen sondern faktisch auch für Wiederbesetzungen gesperrt sein.

Die in der Studie vorgestellten Szenarien zeigen auf, in welchem Umfang und in welchen Regionen sich die Möglichkeiten zur Niederlassung reduzieren würden. Für die nachkommende Ärztesgeneration wäre dies ein starkes Signal, sich in weniger gut versorgten Regionen niederzulassen bzw. im stationären Sektor einer ärztlichen Tätigkeit nachzugehen. Den KVen dürfte es so leichter gelingen, die ambulante Versorgung regional sicherzustellen. Die berichteten Stellenbesetzungsprobleme in Krankenhäusern könnten möglicherweise ebenfalls gemildert werden.

Langfristig dürfte unter den Medizinstudierenden auch die Attraktivität der Allgemeinmedizin steigen. Wie die Analyse gezeigt hat, besteht in dieser Fachrichtung eine weitgehende Niederlassungsfreiheit. In den nächsten Jahren dürften zudem die Möglichkeiten zur Niederlassung auch in anderen hausarztnahen Fachgruppen, wie den Frauen- und Augenärzten, weiter steigen.

²² Vgl. bspw. die jüngste Studie zur Arztzahlentwicklung von Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung, 5. Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.

In den derzeit überversorgten Gebieten würde sich durch den Aufkauf von Arztpraxen der Anteil aus der Gesamtvergütung für die verbleibenden Ärzte erhöhen, da sich die Gesamtvergütung nicht an der Zahl der praktizierenden Ärzte orientiert. Überdies werden in den nächsten Jahre überdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen, was das Angebot an zu verkaufenden Arztpraxen deutlich steigert und den erwarteten Verkaufswert entsprechend senkt. Ein Verkauf an die Kassenärztlichen Vereinigungen bietet den ausscheidenden Ärztinnen und Ärzten somit eine gewisse Planungssicherheit.

In den von Unterversorgung bedrohten Gebieten könnte sich die Arbeitsbelastung der Ärzteschaft verringern, wenn sich dort zukünftig mehr Ärzte niederlassen. Die Sorge, keinen Nachfolger für die eigene Praxis und die betreuten Patienten zu finden, würde so gemildert und der Verkaufswert der Praxis gesteigert werden.

Insgesamt ist aus Sicht der Leistungserbringer festzuhalten, dass für die nachkommende Ärztegeneration die Niederlassungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt würden. Profitieren würden in erster Linie die derzeit praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowohl in den schlechter versorgten als auch in den überversorgten Gebieten.

3.3.2 Auswirkungen aus Sicht der Patienten

Wenn sich die nachkommende Ärztegeneration verstärkt in Regionen mit geringeren Versorgungsgraden niederlässt, verbessert dies die Versorgungssituation der dort ansässigen Bevölkerung. Die Wegezeiten zur nächsten Arztpraxis würden reduziert und die Wartezeiten auf einen Termin verkürzt. Insbesondere in strukturschwachen Regionen trägt eine verbesserte ärztliche Versorgung dazu bei, die lokale Infrastruktur aufzuwerten und einer weiteren Abwanderung der jüngeren Bevölkerung entgegenzuwirken.

In den heute überversorgten Gebieten dürften sich die Wegezeiten geringfügig erhöhen. In sehr großen bzw. dünn besiedelten Planungsbereichen sollte jedoch die lokale Situation evaluiert werden, bevor ein Praxissitz nicht wieder neu ausgeschrieben wird.

Gleiches gilt für die Wartezeiten auf einen Termin. Diese dürften sich in diesen Regionen ebenfalls leicht erhöhen. Im internationalen Vergleich weist Deutschland jedoch nach wie vor mit die geringsten Wartezeiten auf einen Facharzttermin auf,²³ wobei innerhalb Deutschlands regional signifikante Unterschiede der

²³ Koch, K., Schürmann, C., Sawicki, P. (2010): Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Patienten, Deutsches Ärzteblatt 107(24), 427-434.

Wartezeiten beobachtet werden.²⁴ Der Kauf von Arztpraxen in den überversorgten Gebieten könnte demnach einen Beitrag leisten, diese Unterschiede abzubauen.

Schließlich wird sich auch die Qualität der stationären Versorgung aus Sicht der Patienten verbessern, wenn es gelingt, die offenen Stellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser zu besetzen. Die hohe Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte würde reduziert, wodurch mehr Zeit für die Patientenbetreuung verbleibt.

3.3.3 Auswirkungen aus Sicht der Versichertengemeinschaft

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung blieben in den überversorgten Regionen zunächst unverändert, da diese sich nicht an der Zahl der praktizierenden Vertragsärzte orientiert. Lediglich bei den Leistungen, die nicht aus der Gesamtvergütung finanziert werden, könnte es zu einem Rückgang der GKV-Ausgaben kommen. Dazu zählen bspw. die veranlassten Leistungen oder die Versorgung mit Arzneimitteln. Das setzt jedoch voraus, dass ein Teil der Versicherten sich nicht sofort einen neuen Arzt sucht, wenn der bisherige Arzt seine Praxis schließt.

Des Weiteren würde die mehrfache Vorhaltung hochspezialisierter medizinischer Geräte in der fachärztlichen Versorgung auf ein zweckmäßigeres Maß reduziert werden. Dadurch könnte die Auslastung der verbleibenden Geräte gesteigert und diese somit effizienter eingesetzt werden. Mittelfristig ließen sich so möglicherweise Kostenvorteile erzielen.

In den schlechter versorgten Regionen dürften die Ausgaben der GKV dagegen steigen, wenn ein bislang nicht gedeckter Behandlungsbedarf zukünftig versorgt werden könnte. In welchem Umfang dies geschieht, bleibt jedoch abzuwarten.

In der Summe lässt sich für die Gesetzlichen Krankenkassen nicht eindeutig bestimmen, wie hoch der finanzielle Gesamteffekt durch einen Kauf von Arztpraxen in den überversorgten Gebieten ausfällt.

3.3.4 Fazit

Aus der Diskussion der möglichen Auswirkungen lässt sich ein überwiegend positives Fazit ziehen:

Der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung würde insgesamt gesteigert, wenn es gelingt die regionale Ungleichverteilung abzubauen. In den von

²⁴ KBV (2010): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage mit Details zu den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, Mai/Juni 2010.

Unterversorgung bedrohten Gebieten würde sich der Zugang überproportional verbessern. Dem stehen sehr wahrscheinlich nur geringe Einbußen in den bisher überversorgten Regionen gegenüber. Überdies könnte die angespannte Personalsituation in den Krankenhäusern gemildert werden.

Die Arbeitssituation der Ärztinnen und Ärzte würde ebenfalls positiv beeinflusst werden. Zum Teil könnten sie auch finanziell profitieren, da sich der Verkaufswert ihrer Praxen erhöhen dürfte.

Für die Versichertengemeinschaft der Gesetzlichen Krankenkassen ist der Gesamteffekt derzeit nicht eindeutig zu bestimmen.

Den positiven versorgungspolitischen Effekten steht gegenüber, dass sich die regionalen Niederlassungsmöglichkeiten für die nachkommende Ärztegeneration deutlich einschränken würden. Es verbleibt die Aufgabe der Politik, diese Effekte gegeneinander aufzuwiegen.