

# **Zukunft der Versorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Was bereits jetzt getan werden kann**

**Analysen und Empfehlungen des Sachverständigenrates**

**Mainz, 14. Oktober 2015**  
**Ferdinand Gerlach**

## § 142 SGB V

„(...) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen.

Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat (...) Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf (...)“

*Vor **30** Jahren (am 19. 12. 1985) erstmals als „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ berufen*

- **Ausgaben der GKV 2014: ca. 200 Mrd. €**
- **In den letzten zehn Jahren: jährlich +5 Mrd. €**
- **Hauptkostentreiber:**
  - 1. Fortschritt / Ausweitung des Angebots**
  - 2. Steigerung von Leistungsmengen und Preisen**
  - 3. Demographischer Wandel**
- **Gesundheitsausgaben insgesamt: >300 Mrd. €**



Landarzt Dr. Paul Knapstein mit Schwester Haprilia bei einer Blinddarm-Operation unter Äthernarkose im Krankenhaus Ensheim (Saar) 1965

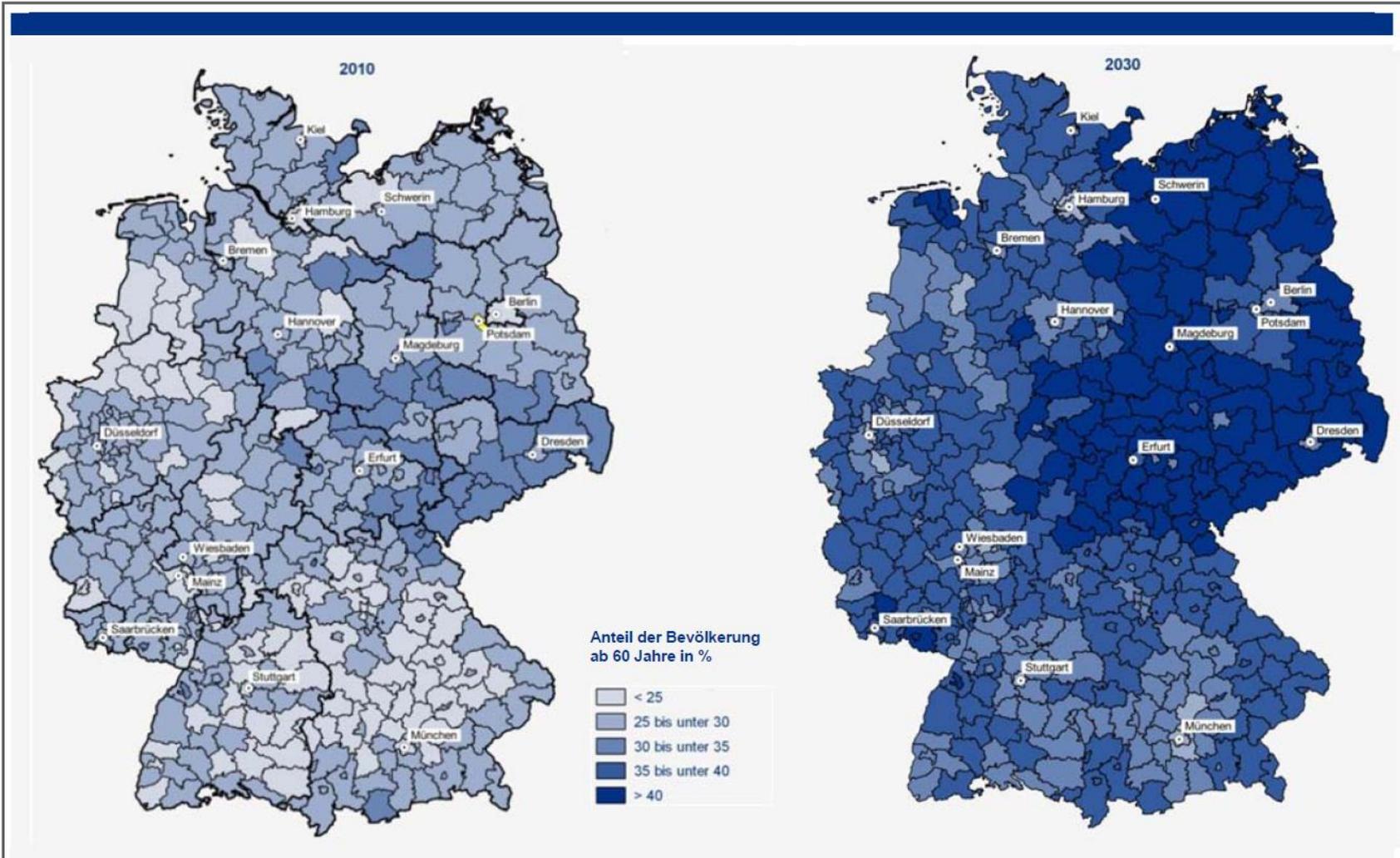
Er (Jahrgang 1901, Kriegsteilnehmer als Arzt in Russland bis Ende 1941) war ein Landarzt der alten Sorte  
(...)

Zusammen mit 5 Nonnen des 25-Betten-Dorfkrankenhauses behandelte er stationär auch schwere internistische Erkrankungen, korrigierte Knochenbrüche, entband jährlich etwa 80 Kinder, führte mittlere Bauchchirurgie (Appendizitis, Gallenblasen, Magenteilresektionen etc.) durch, hielt täglich Sprechstunde (bis zu 80 Patienten), machte Hausbesuche in einem 17-km-Sprengel, eilte zu Verkehrsunfällen, war rund um die Uhr in Rufbereitschaft, wagte es, 3 Wochen im Jahr Urlaub zu machen.  
(...)

- Bundesminister/in für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit in der von Bundeskanzler Helmut Kohl geführten Bundesregierung war:

Prof. Dr. Ursula Lehr, Gerontologin, förderte „Seniorenpolitik“, u.a. 1. Altenbericht der Bundesregierung, forderte Kinderbetreuung schon für über Zweijährige („Krabbelstuben“)

- Volkskammer der damaligen DDR tritt der Bundesrepublik Deutschland bei (3. Oktober 1990)
- Gründung der VdAK-Landesvertretung Rheinland-Pfalz (initial: Gründungen in Hamburg und NRW)
- SVR-Jahresgutachten 1990: „Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung“



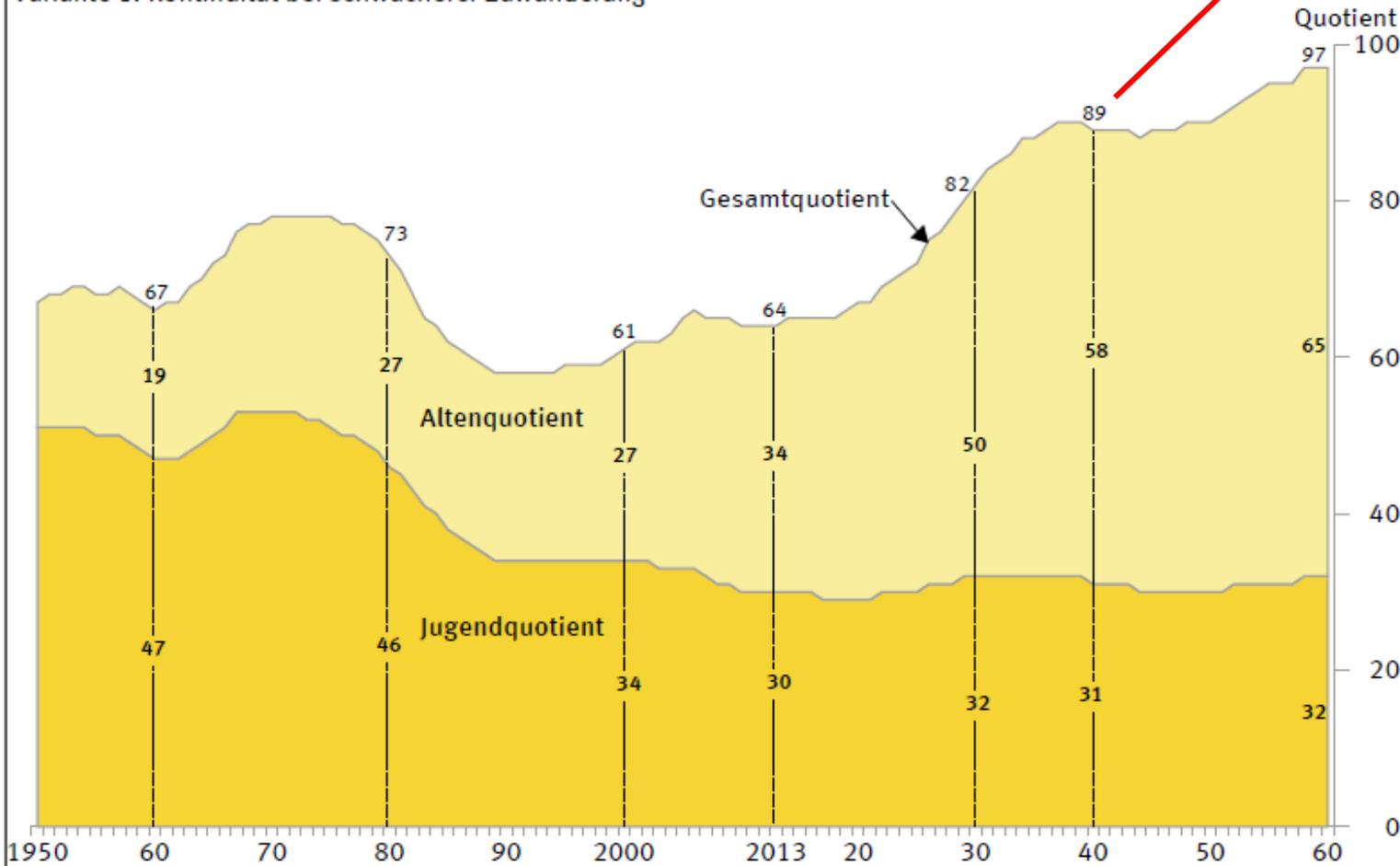
**Abbildung 52: Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahre an der Gesamtbevölkerung 2010 und 2030**

Quelle: BBSR 2014  
Geodaten: BKG

## Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 65 Jahren<sup>1</sup>

Ab 2014 Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Variante 1: Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung



**in 25 Jahren**

<sup>1</sup> Jugendquotient: unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Altenquotient: 65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Gesamtquotient: unter 20-Jährige und ab 65-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren.

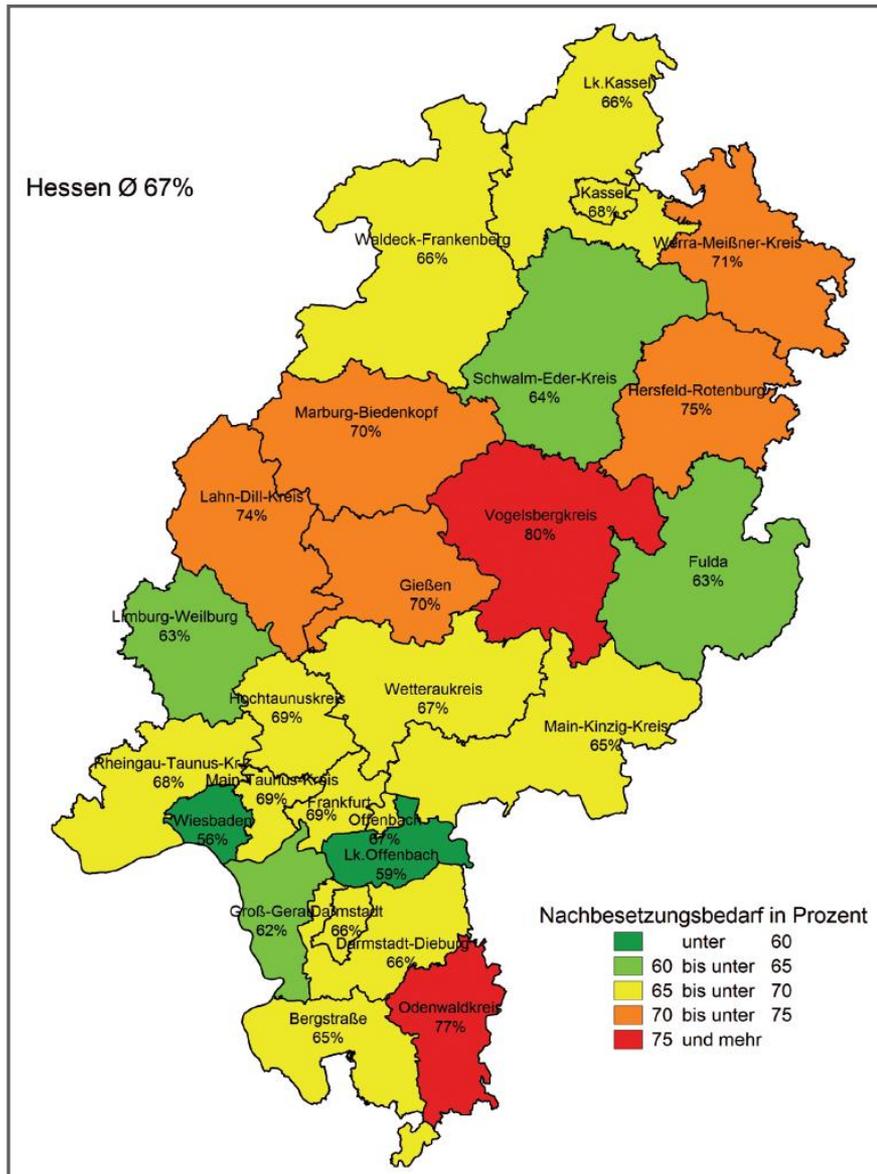
Statistisches  
Bundesamt  
2015

- **Wandel des Morbiditätsspektrums**  
→ **chronische Erkrankungen / Multimorbidität**
- **Veränderte Erwartungen des Nachwuchses**  
→ **u.a. Frauenanteil, Teilzeit- / angestellte Tätigkeit, familienfreundliche Bedingungen**
- **Erhöhte Mobilität, berufliche Flexibilität**  
→ **geringere örtliche Bindung, (Binnen-)Wanderungen**
- **Ländliche Regionen:**  
→ **Entleerung, Alterung, infrastrukturelle Schrumpfung, von gesundheitlicher Unterversorgung bedroht**
- **Ballungsgebiete:**  
→ **fortschreitende Urbanisierung, fachärztlich und akutstationär häufig überversorgt**

Jahr	Hausärzte	Davon:	
		Allgemein-/Praktische Ärzte	Hausärztlich tätige Internisten
2013	2 087	1 662	425
2014	2 145	1 720	425
2015	2 195	1 766	429
2016	2 221	1 792	429
2017	2 213	1 787	425
2018	2 197	1 776	421
2019	2 170	1 751	419
2020	2 134	1 713	421
2021	2 105	1 683	422

**Tabelle 42: Prognostizierte Bruttoabgänge der Hausärzte 2013–2021**

Quelle: Bundesarztregister der KBV (Stand 31. Dezember 2011)



**Nachbesetzungsbedarf  
bis 2025 bei Praxisabgabe  
mit 65 Jahren**

**3.888 Hausärzte/innen  
an 2.780 Standorten**

# Facharztanerkennungen (Bundesärztekammer 2015)

**78 Bezeichnungen**

**1.218 = 10,4%**

**63,7% weiblich**

Tabelle 9: Anerkennung von Facharzt

Facharztbezeichnung	2012		2013		2014	
	Insgesamt	darunter: Ärztinnen	Insgesamt	darunter: Ärztinnen	Insgesamt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Allgemeinmedizin	930	608	998	632	1.134	722
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	267	159	114	72	84	58
Anästhesiologie	1.007	481	1.037	483	1.067	528
Anatomie	3	2	4	1	2	0
Arbeitsmedizin	166	97	172	94	170	93
Augenheilkunde	231	134	265	154	251	133
Biochemie	1	0	0	0	0	0
Allgemeinchirurgie	77	22	133	45	163	59
Allgemeine Chirurgie	182	66	107	39	106	36
Chirurgie	210	70	78	33	32	15
Gefäßchirurgie	117	37	117	43	134	44
Herzchirurgie	49	11	46	7	56	13
Kinderchirurgie	39	22	34	17	36	15
Orthopädie	64	30	23	6	18	6
Orthopädie und Unfallchirurgie	850	177	817	162	775	174
Plastische Chirurgie	45	13	18	6	17	7
Plastische und Ästhetische Chirurgie	62	16	72	22	63	27
Thoraxchirurgie	35	5	35	6	41	8
Visceralchirurgie	247	64	198	47	235	67
Viszeralchirurgie	57	20	115	37	161	63
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	708	586	645	541	700	582
Gynäkologie und Geburtshilfe	0	0	0	0	1	1
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	218	106	176	88	240	122
Phoniatrie und Pädaudiologie	1	1	0	0	0	0
Sprach-, Stimm- u. kindliche Hörstörung.	7	4	13	6	18	13
Haut- und Geschlechtskrankheiten	203	136	178	126	186	132
Humangenetik	19	13	16	11	14	11
Hygiene und Umweltmedizin	12	7	5	1	5	3
Innere Medizin	2.002	1.095	1.586	904	1.603	927
Innere Medizin und Angiologie	25	15	19	5	37	9
Innere Medizin u. Endokrinolog. u. Diabet.	18	11	22	10	16	8
Innere Medizin und Gastroenterologie	107	31	124	47	132	36
Innere Medizin und Geriatrie	13	6	19	9	10	7
Innere Medizin u. Hämatologie u. Onkolog.	67	33	69	34	88	41
Innere Medizin und Kardiologie	225	67	227	62	349	95
Innere Medizin und Nephrologie	70	30	69	25	73	35
Innere Medizin und Pneumologie	68	32	68	25	119	50
Innere Medizin und Rheumatologie	25	17	18	10	47	25
Innere Medizin und SP Angiologie	7	3	8	3	9	2
Innere Medizin u. SP Endokrinol. u. Diabet.	5	2	7	4	4	1

Facharztbezeichnung	2012		2013		2014	
	Insgesamt	darunter: Ärztinnen	Insgesamt	darunter: Ärztinnen	Insgesamt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Innere Medizin und SP Gastroenterologie	51	11	78	22	57	18
Innere Medizin u. SP ges. Innere Medizin	46	23	53	29	53	30
Innere Medizin u. SP Hämatolog. u. Onkol.	34	20	39	17	40	17
Innere Medizin und SP Kardiologie	104	28	162	48	118	32
Innere Medizin und SP Nephrologie	38	21	46	20	15	3
Innere Medizin und SP Pneumologie	32	14	49	17	44	20
Innere Medizin und SP Rheumatologie	2	2	10	4	8	2
Kinderheilkunde	7	6	3	3	0	0
Kinder- und Jugendmedizin	589	421	631	462	683	502
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	0	3	3	2	2
Kinder- u. Jugendpsychiatr. u. -psychoth.	125	88	115	81	123	95
Laboratoriumsmedizin	45	22	33	17	38	14
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	3	2	3	2	3	3
Mikrobiolog., Virol. u. Infektionsepidemiol.	34	16	31	14	35	20
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	55	10	70	10	64	19
Nervenheilkunde	66	26	36	18	5	2
Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)	1	0	1	1	0	0
Neurochirurgie	117	33	110	17	135	40
Neurologie	452	247	479	280	507	292
Nuklearmedizin	52	19	57	29	43	17
Öffentliches Gesundheitswesen	17	4	31	17	31	19
Neuropathologie	2	1	4	1	3	0
Pathologie	69	30	64	31	60	35
Klinische Pharmakologie	13	2	10	5	9	3
Pharmakologie und Toxikologie	4	1	8	1	2	0
Physikalische und Rehabilitative Medizin	84	40	78	46	71	47
Physiologie	9	1	5	3	2	1
Psychiatrie	7	6	8	7	1	1
Psychiatrie und Psychotherapie	570	308	483	313	508	305
Psychosomat. Medizin u. Psychotherapie	105	69	91	63	101	71
Psychotherapeutische Medizin	28	17	11	5	6	3
Diagnostische Radiologie	49	22	24	12	8	6
Radiologie	324	130	324	133	425	185
Radiologische Diagnostik	1	1	0	0	0	0
Rechtsmedizin	14	9	10	5	9	5
Strahlentherapie	69	33	68	37	57	30
Transfusionsmedizin	32	25	28	14	24	12
Urologie	202	61	241	79	240	71
<b>Insgesamt</b>	<b>11.891</b>	<b>5.998</b>	<b>11.149</b>	<b>5.683</b>	<b>11.726</b>	<b>6.090</b>

Jahr	Hausärztliche Versorgung** Allgemein-/Praktische Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Fachärztliche Versorgung Alle anderen Facharztgruppen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991	44 521	60,1%	29 542	39,9 %
1992	45 831	59,3%	31 445	40,7 %
1993	62 375	59,7%	42 181	40,3 %
1994	62 340	58,7%	43 900	41,3 %
1995	62 477	58,1%	45 020	41,9 %
1996	59 828	54,8%	49 290	45,2 %
1997	60 244	54,6%	50 151	45,4 %
1998	59 120	52,5%	53 563	47,5 %
1999	59 290	52,4%	53 891	47,6 %
2000	59 788	52,2%	54 703	47,8 %
2001	59 741	51,5%	56 292	48,5 %
2002	59 075	50,6%	57 762	49,4 %
2003	58 975	50,1%	58 630	49,9 %
2004	59 141	50,1%	58 944	49,9 %
2005	59 076	49,7%	59 892	50,3 %
2006	58 972	49,3%	60 582	50,7 %
2007	58 689	48,8%	61 534	51,2 %
2008	58 095	48,2%	62 377	51,8 %
2009	57 631	47,6%	63 497	52,4 %
2010	57 157	47,1%	64 257	52,9 %
2011	56 654	46,6%	65 007	53,4 %
2012	56 125	45,9%	66 065	54,1 %

Tabelle 39: Verteilung der Vertragsärzte\* auf die haus- und fachärztliche Versorgung

**1993 bis 2012:**  
**Fachärzte: +56,6%**  
**Hausärzte: -10,0%**

**ab 1993: auch neue Bundesländer**  
**ab 1996: Auf Grund der gesetzlich geforderten Entscheidung zur hausärztlichen Versorgung (GSG 1993)**

Quellen:  
 Kopetsch 2010, 50;  
 Bundesarztregister der KBV,  
 eigene Berechnungen

Jahr	Hausärztliche Versorgung (Allgemein-/Praktische Ärzte, (Haus)-Internisten, Kinderärzte)		Fachärztliche Versorgung (Alle anderen Facharztgruppen)	
	Anzahl	In Prozent	Anzahl	In Prozent
2013	55.614	45,5%	66.685	54,5%
2014	54.979	45,0%	67.095	55,0%
Quelle: Bundesarztregister, jeweils zum 31.12.				
Ohne in freier Praxis angestellte Ärzte und ermächtigte Ärzte				

**1993 bis 2015:**

**Fachärzte: + 59,1%**

**Hausärzte: - 11,9%**



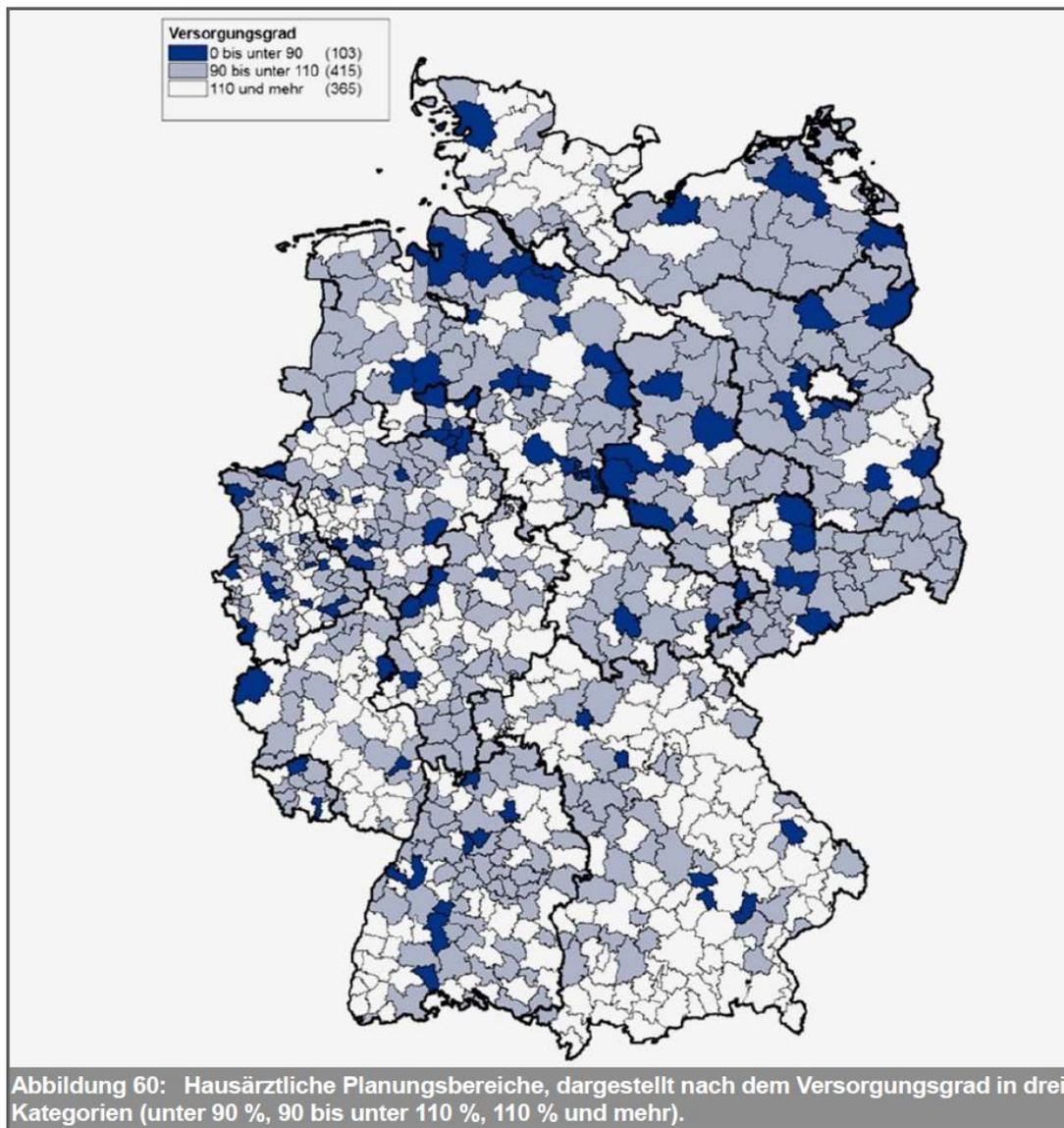
- **Vertragsärzte:** in Kürze **60%** Fachärzte, **40%** Hausärzte
- **Anerkennungen:** **90%** Spezialisten, **10%** Generalisten
- **Hausärzte:** Nur jeder **zweite** findet derzeit einen **Nachfolger**
- **Weiterbildung:** geschätzt **mindestens doppelt so viele** weitergebildete **Fachärzte für Allgemeinmedizin notwendig**
- **Urbanisierung:** zunehmende **Überversorgung in Ballungsgebieten** und (drohende) **Unterversorgung in ländlichen Regionen**
- **Entwicklung:** in Ost- und Westdeutschland, zumeist erst in den nächsten Jahren konkret spürbar

- **Unterversorgung** (Hausärzte, Pflege, ländlicher Raum ...): bisherige **Maßnahmen *nicht* ausreichend**
- **Übersversorgung: bislang *keine* entschlossenen Maßnahmen** (nur 1 Praxissitz in Nordrhein und 11 Psychotherapeutensitze in Bremen aufgekauft)
- **„Landkrankenhäuser“**: kämpfen um ihre Existenz, können (auch wenn bedarfsnotwendig) von der Grundversorgung nicht leben, weiten spezialisierte Leistungen aus
- **Langzeitpflege**: Fachkräftemangel besonders stark, weder Kapazitäten noch Versorgungsformen ausreichend

- Deutlich **stärkere Anreize** für Tätigkeit in ländlichen Regionen
- **Entschlossene Maßnahmen** zum Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten
- **Bündel unterschiedlicher**, sich gegenseitig verstärkender, **Maßnahmen** zur Stärkung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum
- **Abwarten ist keine Option!**

- **Vergütungszuschlag:** (bis zu) **50 %** für Ärzte in Planungsbereichen mit Versorgungsgrad **< 90 % (Hausärzte)** bzw. **< 75 % (grundversorgende Fachärzte)**
- **10 Jahre garantiert**, optional auch in Selektivverträgen
- **Zulasten aller Ärzte**, aller Fachgruppen in *nicht* unterversorgten Bereichen
- **Ziele:** Steigerung der **Attraktivität** einer Tätigkeit in ländlichen Regionen *und* Bereitstellung zusätzlicher Mittel für notwendige **Umstrukturierungen**
- **„Sozialistische Umverteilung“?**  
**Freier Markt:** Landärzte knapp, Nachfrage hoch: Preis steigt!

(Langfassung: Randziffer 466, Seite 373 – 375)



**unter 90 %: 106** von **883**  
 Mittelbereichen / hausärztlichen  
 Planungsbereichen

ca. **12 %** der Planungsbereiche,  
 geschätzt: **< 10 %** d. Hausärzte,  
**< 4 %** aller Vertragsärzte

Darstellung:  
 KBV auf Grundlage der Bedarfspläne der  
 KVen, Stand: 30.06.2013

- **Versorgungsgrad ab 200 %**: obligatorischer **Aufkauf freierwerdender Arztsitze** aller beplanten Gruppen (außer Psychotherapeuten) durch Kassenärztliche Vereinigungen
- Betroffen: **1.739** Fachärzte, **ca. 1,6 %** aller **Ärzte**
- **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)**:  
Einführung einer „Soll-Regelung“ bei Überversorgung  
(ab 140%)

(Langfassung: RZ 467 bis 469, Seite 375 - 377)

- 1. Hochschulzulassung, Hochschulfinanzierung**
- 2. Ausbildung:** mit Blick auf geplanten „Masterplan 2020“  
(Dauer: mindestens **6** Jahre)
- 3. Weiterbildung** zum Facharzt für Allgemeinmedizin  
(Dauer: mindestens **5**, durchschnittlich **8** Jahre)
- 4. Praktische Tätigkeit:** u.a. Image, Attraktivität von  
Rahmenbedingungen / Tätigkeitsmodellen und Honorierung

- **Vorpraktikum zur "Selbstprüfung"**: Erproben inwieweit sechswöchiges Praktikum zur Berufsfelderkundung in ärztlichen Einrichtungen erwünschte Steuerungswirkung hat, obligatorisch bei Studienantritt, auf Pflegepraktikum anrechenbar (RZ 491, Seite 403)
- **Obligatorisches PJ-Quartal** in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen (RZ 481 und 482, Seite 394 - 395)
- **Anreize für Medizinfakultäten** (Hochschulfinanzierung): bei nachhaltiger Förderung des Fachs Allgemeinmedizin (z.B. durch freiwillige Landarzt-Tracks) (RZ 482, Seite 395)

- **Regionale Weiterbildungsverbände:** verlässliche Rotation zwischen Kliniken und Praxen
- **Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin:**
  - **Ziel:** bundesweite **Steigerung von Attraktivität und Qualität** (Vorbilder: Baden-Württemberg, Hessen)
  - **Nahtloser Übergang** zwischen Studium und Weiterbildung durch universitäre Anbindung
  - **Weiterbildungskolleg** mit **Seminarprogramm, Mentoring** und **Train the Trainer**-Angeboten
  - **Rückenstärkung!** Emotionale Heimat
  - **Kontinuierliche Evaluation** und Qualitätssicherung

(RZ 483, Seite 395 – 398)

## Anfragen des Rates:

- **Gesundheitsministerien der Flächen-Bundesländer**  
(13 von 13, *ohne* Berlin, Bremen, Hamburg)
- **Kassenärztliche Vereinigungen** (17 von 17)
- **Landkreistage** (9 von 13)

## Vertiefte Modellanalysen:

- **National: 35 innovative Versorgungsmodelle**  
(Projekt InGe, Robert Bosch Stiftung)
- **International: Staaten mit großen ländlichen Regionen**  
(Kanada, Finnland, Projekt DIVer, Robert Bosch Stiftung)

➔ **über 400** innovative Versorgungsansätze / -modelle



Abbildung 82: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum

(RZ 554 – 558 und 708 bis 710 Seite 448 - 451 und 612 – 614)

Quelle: Eigene Darstellung

- *Kein* Plädoyer gegen Einzelpraxen, aber: **Abstimmung mit den Füßen** und **steigende Komplexität** der Anforderungen
- **Ziel:** effizientere und **leistungsfähigere Strukturen** auf **hohem Qualitätsniveau** in ländlichen Regionen
- **Primärversorgungspraxis der Zukunft = Teampraxis:** (Haus-)Ärzte/innen, Pflege, Versorgungsassistentinnen, MFA
- **Liäson-Sprechstunden** grundversorgender Fachärzte
- **(Teilzeit-)Arbeit, Kinderbetreuung, red. Dienstbelastung**
- **Attraktiv:** junge Ärzte/innen können **in Ballungszentren wohnen** und „**Außeneinsätze**“ in **LGZ** absolvieren
- „**Landarztzuschläge**“: ggf. deutlich **höhere Vergütungen**
- **Innovationsfonds** nutzen

- **Neu im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz:**  
Fachgruppengleiche MVZ  
Gemeinden als Betreiber
  
- **Pioniere in Rheinland-Pfalz:**  
Gesundheitszentrum in Büchenbeuren (GZB),  
Gesundheitszentrum Meisenheim,  
Gemeindeschwester <sup>plus</sup> in sieben Landkreisen / Städten  
...
  
- **Weitere Modelle / Anregungen:**  
[www.innovative-gesundheitsmodelle.de](http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de)





- **Ziele:**
  - **Überkapazitäten** in Ballungsräumen **abbauen**
  - wirtschaftliches **Überleben** bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen **ermöglichen**
  - **höher spezialisierte Leistungen nur in Kliniken, die gebotene Qualität sicherstellen** können
- **Sinnvoll: Sicherstellungszuschlag und Qualitätsentwicklung** (wie Koalitionsvertrag und „Eckpunkte“-Papier)
- **Fonds** für gezielte Übergangszahlungen (wenn weder Deckungsbeiträge noch Qualitätsniveaus erreicht werden)
- **Zuschlag und Fondsmittel** für Landkrankenhäuser einfacher und höher (u. a. zur Attrahierung von Fachkräften)
- **Sektorenübergreifende Bündelung** knapper Ressourcen (LGZ) in ländlichen Regionen noch dringlicher
- **Monistische Finanzierung**

- **Die Ausgaben steigen deutlich schneller als die Einnahmen.**
- **Wenn Finanzmittel und Fachkräfte begrenzt sind, stehen alle Leistungen in Gesundheit und Pflege in Konkurrenz zueinander.**
- **Jeder Euro / jede Fachkraft, der / die nicht bedarfsgerecht eingesetzt wird, fehlt an anderer Stelle!**
- **Ziel muss sein, mit jedem eingesetzten Euro ein Optimum an Qualität bzw. Gesundheit zu generieren.**
- **Sektorale Egoismen und fehlende Verantwortung wirken dabei kontraproduktiv.**

- **„Mehr Geld“ ist allein keine Lösung!**
- **Orientierung am medizinischen Bedarf:** weniger stationär, mehr ambulant, bedarfs- nicht angebotsinduziert
- **Beendigung mengensteigernder Fehlanreize**
- **Abbau eklatanter Überversorgung** im ambulanten fachspezialistischen und stationären Bereich
- **Qualitätswettbewerb statt (unabgestimmter) Subvention von Überkapazitäten**
- **Förderung regionaler, sektorenübergreifend integrierter, populationsbezogener Vernetzung**
- **Gezielte Investition in Unterversorgungsbereiche:** z.B. Pflege, Palliativversorgung, sprechende Medizin ...
- **Statt organisierter Verantwortungslosigkeit: Sicherstellung und Stärkung der Hausarztmedizin!**



**Lang- und Kurzfassungen,  
Zusammenfassungen aller Gutachten,  
weitere Informationen kostenlos  
unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)**