



## Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung in Baden–Württemberg

Hofmann R. <sup>1</sup>, Philipp C. <sup>2</sup>, Willkomm N. <sup>3</sup>, Winkler F. <sup>4</sup>

Stand August 2010

<sup>1</sup> Rolf Hofmann, IKK Baden–Württemberg und Hessen

<sup>2</sup> Carlos Philipp, BKK Landesverband Baden–Württemberg

<sup>3</sup> Nina Willkomm, Knappschaft

<sup>4</sup> Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden–Württemberg

## 1. Ziel des Faktenpapiers

Ziel des vorliegenden Faktenpapiers ist es, Zahlen, Daten und Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg sachgerecht darzustellen. Gleichzeitig sollen Aussagen zum Grad der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg getroffen werden. Damit soll auch die Frage beantwortet werden, ob wir im Lande zu wenig Ärzte haben.

## 2. Aktuelle vertragsärztliche Versorgungssituation

### 2.1 Bundesweit

In Deutschland wird immer wieder kontrovers darüber diskutiert, ob es dem deutschen Gesundheitssystem an Ärzten fehlt. Fakt ist, nie zuvor gab es mehr Ärzte in Deutschland als heute. Noch Mitte der achtziger Jahre warnten die ärztlichen Landesvertreter vor einer „Ärztenschwemme“. Seitdem sind die Arztzahlen kontinuierlich angestiegen. Unter diesen Umständen vor einem flächendeckend drohenden Ärztemangel zu warnen, ist unangemessen. Ein Blick auf die Zahlen zeigt, dass die reale Versorgungssituation insgesamt deutlich besser ist, als die aktuell geführte Diskussion um einen potentiellen Ärztemangel befürchten lässt.

Ein Schreckgespenst geistert durch die Medien – es verunsichert Versicherte, Patienten – die Rede ist vom angeblichen Ärztemangel. Die Ärzteverbände schlagen Alarm, behaupten, dass insbesondere Hausärzte vom Aussterben bedroht seien. Allerdings versäumen Sie dabei eines: Auf eine massive Überversorgung in vielen Gebieten hinzuweisen! Einen Mangel an Ärzten gibt es nicht, aber ein Verteilungsproblem!

Allein im ambulanten Bereich ist die Zahl der Ärzte seit 1990 um 50 Prozent gestiegen (Quelle: Statistik der Bundesärztekammer für 2008); kontinuierliche Steigerungen gibt es auch hinsichtlich der Arztdichte. Es darf uns aber nicht nur um die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung gehen, sondern auch um eine qualitativ hochwertige Versorgung. Qualität lässt sich fördern und steigern, wenn Leistungen

entsprechend belohnt werden. Die Einführung einer qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütung ist eine Zielsetzung, damit eine gute Qualität in der ärztlichen Versorgung auch beim Patienten ankommt.

Während die Ärztevertreter den Ärztemangel verkünden, sieht sich die Bundesregierung bei einem Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung von 4 Mrd. Euro in 2010 und voraussichtlich 11 Mrd. Euro Defizit im Jahr 2011 zu Maßnahmen gezwungen, um künftig die medizinische Versorgung auf dem derzeitigen Niveau zu finanzieren. So soll der Beitragsatz um 0,6 Prozent erhöht (+6 Mrd. EUR), durch Einsparungen die Ausgaben stabilisiert (+3,5 Mrd. EUR) und der Steuerzuschuss um 2 Mrd. EUR angehoben werden (Saldo: +0,5 Mrd. EUR).

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Stabilität der Steuerzuschüsse zweifelhaft ist. Hinzu kommt, dass nun weitere Defizite allein von den Versicherten zu tragen sein werden. Die Umsetzung konsequenter und umfassender Sparbemühungen aller Akteure im Gesundheitswesen hätte eine zusätzliche finanzielle Belastung der Versicherten vermieden.

#### **Forderungen der Verbände der Krankenkassen an die Politik:**

##### **Richtig sparen und faire Wettbewerbsbedingungen**

Die Politik hätte zunächst alle Sparmöglichkeiten ausschöpfen sollen, bevor es zu weiteren Belastungen der Versicherten und Arbeitgeber kommt. Sparvorschläge hierzu wurden gemacht. Neben dem Solidaritätsbeitrag der Leistungserbringer wären eine Reform der Mehrwertsteuer und höhere Beiträge für Arbeitslosengeld II-Empfänger von der Bundesagentur für Arbeit dringend notwendig. Würde man den abgesenkten Mehrwertsteuersatz bei Arzneimitteln ansetzen, wie bei Hundefutter, Schnittblumen und bei Trüffeln, könnten 2,8 Milliarden Euro eingespart werden. Durch höhere Beiträge für Arbeitslosengeld II-Empfänger könnten weitere 4,3 Milliarden Euro in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gespült und die jahrelang betriebene Verschiebepolitik zu Lasten der GKV endlich beendet werden. Zusammen mit den Solidaritätsbeiträgen der Leistungserbringer wären dann weitere Belastungen der Versicherten und Arbeitgeber vermeidbar.

Wenn allerdings die Beiträge – wie jetzt beschlossen – steigen, dann wäre es konsequent, auch die Arbeitgeber mit in die Verantwortung zu nehmen und nicht allein die Versicherten mit steigenden Beiträgen und einem steigenden Zusatzbeitrag zu belasten. Wenn die Politik den Zusatzbeitrag fort entwickeln möchte, dann wäre es besser und gerechter, diesen komplett prozentual im bewährten Quellenabzugsverfahren einzuziehen. Dadurch könnten Bürokratiekosten in Millionenhöhe und Beitragsausfälle vermieden werden. Außerdem würde der Sozialausgleich ohne Aufwand gleich mit organisiert.

Grundsätzlich gilt: Die Zahl der Ärzte in Deutschland ist ausreichend, um eine ärztliche Versorgung sicherzustellen. Insgesamt gibt es in Baden-Württemberg und auch bundesweit erhebliche Kapazitäten. Handlungsbedarf besteht darin, die Verteilung der Ärzte insgesamt besser zu steuern. Im Rahmen der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten sollten hier die Weichen in diese Richtung gestellt werden. Insbesondere strukturschwache Regionen haben Nachwuchssorgen bei der Besetzung freier Arztsitze. Diese regionalen Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung zeigen, dass es nicht gelungen ist, zumindest einen Teil der Überkapazitäten abzubauen und in Regionen umzuleiten, wo Bedarf besteht.

### **Von 1990 bis 2008 ist die Zahl der Ärzte um 50 Prozent gestiegen**

Die Statistik der Bundesärztekammer weist für das Jahr 2008 in Deutschland insgesamt 421.700 Ärzte aus. Davon waren 319.700 Ärzte tatsächlich behandelnd tätig. Im stationären Bereich waren 153.800 Ärzte tätig. 138.300 davon im ambulanten Bereich, 9.800 in Behörden oder Körperschaften und 17.800 Ärzte in anderen Bereichen. Allein im ambulanten Bereich ist die Zahl der Ärzte in den letzten Jahren um 50 Prozent gestiegen. Und zwar von etwa 92.200 im Jahr 1990 auf über 138.300 im Jahr 2008.

Eine kontinuierliche Steigerung gibt es auch hinsichtlich der Arztdichte. Musste im Jahr 1997 in Baden-Württemberg ein Arzt noch 725 Einwohner versorgen, waren es 2006 nur noch 706. Auch in anderen Bundesländern spiegelt sich diese Entwicklung wieder. Auch im internationalen Vergleich

nimmt Deutschland hinsichtlich der Arztdichte eine Position im vorderen Mittelfeld ein. Auf 100.000 Einwohner kommen nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 345 Ärzte.

**Die Behauptung, dass zunehmend Ärzte in nicht-kurative Tätigkeitsfelder abwandern, wird durch die Statistik der Bundesärztekammer widerlegt**

Entgegen immer wieder geäußerten Behauptungen ist die Zahl der berufstätigen Ärzte außerhalb der kurativen Versorgung über die Jahre konstant geblieben und hat zuletzt sogar abgenommen. Die Behauptung, dass zunehmend Ärzte in nicht-kurative Tätigkeitsfelder abwandern, wird durch die Statistik der Bundesärztekammer widerlegt.

**Eine Tatsache: Die Gesamtzahl der abgewanderten Ärzte ist niedriger als die Gesamtzahl der nach Deutschland zugewanderten Ärzte**

Auch die Abwanderung von bislang in Deutschland tätigen Ärzten ist kein Massenphänomen und war zuletzt sogar rückläufig – von 2575 Ärzten im Jahr 2006 auf 2439 Ärzten im Jahr 2007. Nach wie vor ist zudem die Gesamtzahl der abgewanderten Ärzte niedriger als die Gesamtzahl der nach Deutschland zugewanderten Ärzte.

**Absolventenzahl im Fach Humanmedizin ist seit 10 Jahren auf dem höchsten Wert**

Die Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin liegen seit Jahren relativ konstant. Zuletzt sind sie sogar auf den höchsten Wert seit 10 Jahren gestiegen. Von 8.724 im Jahr 2006 auf 9.574 im Jahr 2007. Wenn die Entwicklung anhält, stehen dem Arbeitsmarkt in den nächsten 10 Jahren bis zu 90.000 Absolventen zur Verfügung.

Die Bevölkerungszahlen in Deutschland stagnieren bzw. gehen seit einigen Jahren leicht zurück. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl der Einwohner in Deutschland bis zum Jahr 2050 deutlich zurückgehen: Nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes von derzeit etwa 81,4 Mio. Einwohner – je nach Höhe der Zuwanderung – auf etwa 69 bis 74 Mio. Einwohner. Selbst wenn die Zahl der berufstätigen Ärzte nicht weiter wächst, sondern konstant bleibt, würde allein der Effekt

einer sinkenden Bevölkerung weiterhin zu einer steigenden Arztdichte führen.

## 2.2 Aktuelle Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Nachfolgende Zahlen und Fakten belegen eine ausreichende Anzahl von Vertragsärzten in Baden-Württemberg. So hat sich die Arztdichte, also die Zahl der Einwohner für die ein Vertragsarzt zur Verfügung steht, in den letzten 30 Jahren nahezu verdoppelt

### Arztdichte in Baden-Württemberg

Jahr	Einwohner je Vertragsarzt
1980	994
1990	851
1995	739
2000	700
2006	673
2008	583

Quelle: KVBW Versorgungsbericht 2008

**Fazit:** Die Arztdichte ist stetig gestiegen und befindet sich auf einem hohen Niveau.

### Anzahl Einwohner je Vertragsarzt in Baden-Württemberg

Stadt-/Landkreis	2006	2008
Tuttlingen	815	753
Hohenlohekreis	801	800
Ostalb	732	724
Stuttgart	489	447
Freiburg (Stadt)	265	253
Heidelberg (Stadt)	256	241

Quelle der Zahlen: Versorgungsbericht KV BW 2008

**Fazit:** Die Arztdichte ist in den Städten wesentlich höher als in ländlichen Gebieten.

Das primäre Problem liegt daher nicht an einer zu geringen Anzahl von Ärzten, sondern vielmehr an einer ungleichmäßigen Allokation der zur Verfügung stehenden Arztkapazitäten. Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Versorgungsgrade insbesondere in den urbanen Räumen, also den verdichteten Kreisen und Städten, besonders hoch ist, während in ländlichen und strukturschwachen Regionen die Versorgungsgrade unterschiedlich sind.

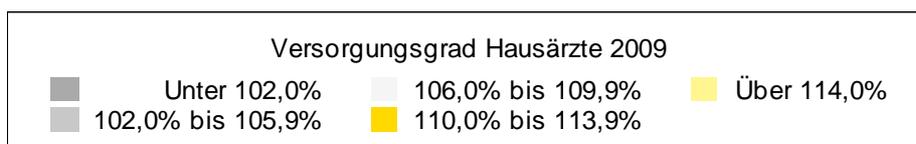
**Definition Versorgungsgrad / Über- bzw. Unterversorgung:**

Wie sich die Struktur einer Region hinsichtlich der ärztlichen Versorgung darstellt, erkennt man am so genannten ärztlichen Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent bedeutet, dass die Zahl der Vertragsärzte dem bedarfsplanerischen Soll entspricht, welches turnusmäßig und bundeseinheitlich durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wird (Verhältniszahlen, unterschieden nach Planungsbereich und Arztgruppe).

Von einer Überversorgung spricht man bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent oder mehr. Unterversorgt mit Vertragsärzten einer Arztgruppe ist ein Planungsbereich bei einem Versorgungsgrad von 75 Prozent bei Hausärzten und 50 Prozent bei Fachärzten.

## Versorgungsgrad der Hausärzte in Baden-Württemberg (2009)

Betrachtet man die Situation der Hausärzte in Baden-Württemberg, ist auch hier festzustellen, dass in allen Landkreisen die Versorgung absolut sichergestellt ist. Alle Landkreise erreichen einen Versorgungsgrad von über 100 Prozent. Für 92 Prozent der Planungsbezirke wurden Zulassungssperren erteilt.



Quelle: Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in BW/Stand Juni 2010

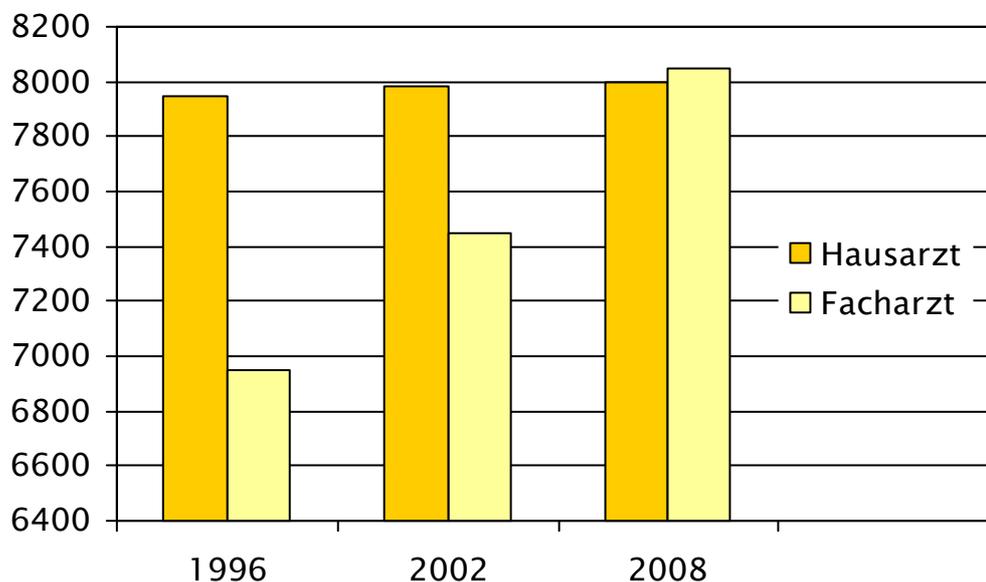
## Vergleich Anzahl der Vertragsärzte in Bundesländern

Bundesland	1997	2001	2006
Baden-Württemberg	14.339	14.840	15.208
Bayern	17.867	18.728	19.438
Hessen	8.201	8.725	8.923
Sachsen	5.729	5.864	5.815
Thüringen	3.173	3.241	3.165

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

**Fazit:** In den alten Bundesländern stiegen die Arztzahlen kontinuierlich an. Die ärztliche Versorgung verbesserte sich in diesem Zeitraum.

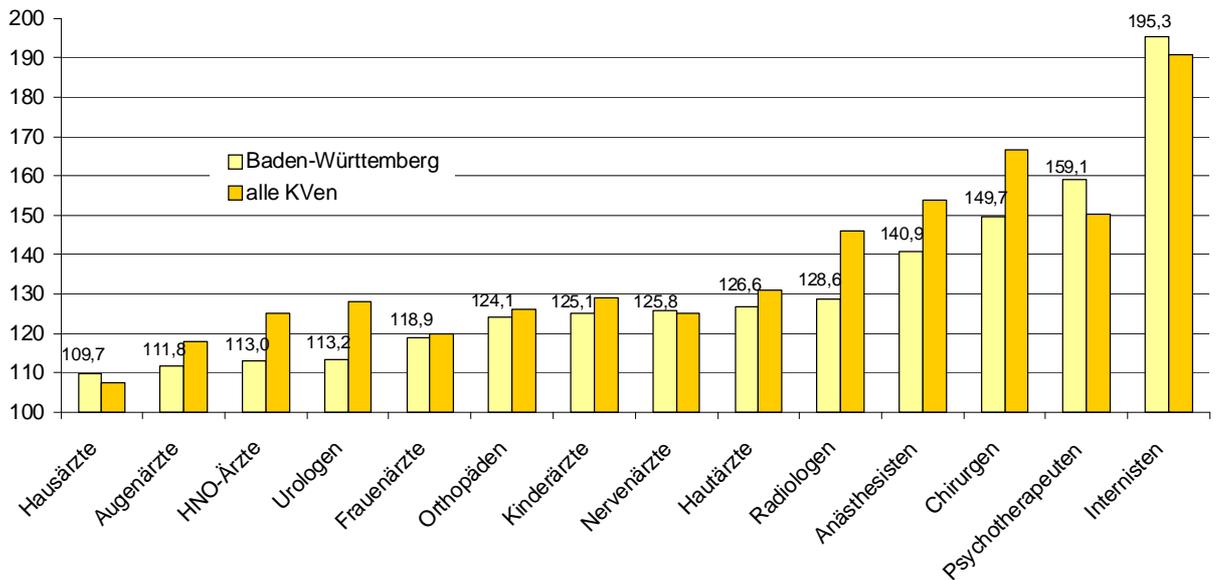
## Entwicklung Hausarzt und Facharzt im Vergleich in Baden-Württemberg



Quelle: Versorgungsbericht KV BW 2008

**Fazit:** Baden-Württemberg verzeichnet eine Zunahme bei den Hausärzten, sowie einen exorbitanten Anstieg bei den Fachärzten um ca. 15 Prozent von 1996 bis 2008. Von Versorgungsnotstand kann keine Rede sein.

## Ärztliche Versorgungsgrade nach Facharztgruppen-Vergleich (in Prozent)



Quelle: Meldungen KVen nach WIdO 2007\* (Daten für 2006); eigene Darstellung

\* Klose J, Rehbein I, Uhlemann T. Ärzteatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn

## Versorgungsgrade der Hausärzte in Baden-Württemberg

Regierungsbezirk	Niedrigster Versorgungsgrad in Prozent	Höchster Versorgungsgrad in Prozent
Nordwürttemberg	102,7 in Stuttgart	111,6 in Heidenheim
Südwestwürttemberg	100,3 im Zollernalbkreis	116,1 in Ulm
Nordbaden	101,7 in Freudenstadt	120,7 im Rhein-Neckar-Kreis
Südbaden	100,8 in Tuttlingen	141,9 in Freiburg

Quelle: Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in BW/ Stand Juni 2010

**Fazit:** Von einer hausärztlichen Unterversorgung (75 Prozent) kann in Baden-Württemberg bisher keine Rede sein. Im hausärztlichen Bereich ist Baden-Württemberg ausreichend versorgt.

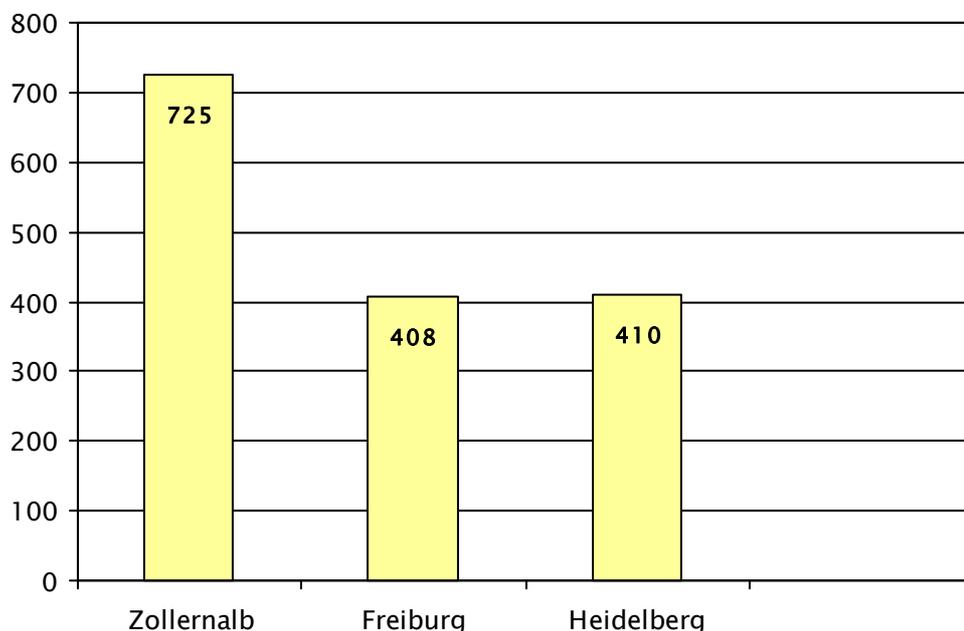
### 2.3 Hohe Mobilität im ländlichen Regionen durch PKW

Für die Erreichbarkeit der Arztpraxen spielt die Mobilität der Versicherten eine wesentliche Rolle. In den Städten ist der Motorisierungsgrad niedriger als im ländlichen Bereich aufgrund der besseren Ausstattung des öffentlichen Personen- und Nahverkehrs. So kommen viele Personen in den Städten, insbesondere Studenten, ohne Motorisierung aus.

Anders im ländlichen Bereich: der Motorisierungsgrad ist deutlich höher, da die verschiedenen Ziele räumlich naturgemäß weiter auseinander liegen. Wenn dann auch eine Arztpraxis wie andere Ziele oftmals nur per PKW erreichbar ist, ist dies nichts Außergewöhnliches.

Der PKW-Bestand wird in Baden-Württemberg von 5,55 Mio. PKW (2006) bis 2025 noch um ca. 13 % zunehmen. Erst danach erfolgt statistisch ein Bruch.

#### PKW je 1000 erwachsene Personen im Landkreis (Stand 2006)



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

### 3. Versorgungssteuerung – Lösungsansätze

In Baden-Württemberg ist die ambulante ärztliche Versorgung mehr als ausreichend sichergestellt – die in diesem Faktenpapier aufgeführten Zahlen untermauern dies und widerlegen zugleich Aussagen wonach die Zahl der Ärzte die Versorgung der Patienten nicht mehr zulasse.

Die Alterstruktur der niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg zeigt, dass sich die aktuelle Situation schon in 8 bis 10 Jahren verändern kann und die Weichen gestellt werden müssen, damit eine flächendeckende Versorgung gesichert bleibt. Rund 60 Prozent der Hausärzte in Baden-Württemberg haben derzeit ein Alter zwischen 50 und 65 Jahren. Wenn diese Ärzte ihre ärztliche Tätigkeit aus Altersgründen einstellen, müssen insbesondere in ländlichen Regionen für junge Ärzte Anreize geschaffen werden, diese Arztsitze nach zu besetzen. Gleichzeitig muss aber in stark überversorgten Regionen alles getan werden, um die vorherrschende Überversorgung abzubauen. In der Regel wird davon ausgegangen, dass jeder frei werdende Arztsitz auch wirklich wieder besetzt werden muss. Dabei muss es aber das Ziel sein, nur solche Arztsitze nach zu besetzen, wo auch faktisch die zwingende Notwendigkeit und ein Bedarf bestehen.

Der Gesetzgeber hat versucht, in verschiedenen Reformen der letzten Jahre die bestehenden Versorgungsunterschiede zu beseitigen. Insgesamt wurden damit die Rahmenbedingungen für die Vertragsärzte deutlich liberalisiert und vor allem flexibilisiert. So wurden mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die Anstellung von Ärzten zur Besserung der vertragsärztlichen Versorgung erleichtert, Teilzulassungen ermöglicht, die parallele Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich erlaubt und die Einrichtung von Zweigpraxen an verschiedenen Orten zugelassen. Gleichzeitig wurde die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften neu eingeführt, die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in unterversorgten Planungskreisen geregelt und hierzu auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen in nicht unterversorgten Planungskreisen optional ermöglicht. Ferner wurden die Grundlagen für die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin neu gefasst.

Zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten Planungskreisen oder bei drohender Unterversorgung wurden mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz arztentlastende Strukturen aufgebaut. Ärztliche Leistungen können im Rahmen von Modellprogrammen substituiert und an Praxisassistenten delegiert werden.

Mit dem Ziel einer monetär steuernden Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten wurden im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes regionale Differenzierungen von Orientierungswerten entsprechend der jeweiligen Versorgungssituation eingeführt. Danach sind differenzierte Punktwerte für den Regelfall, bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung sowie bei der Feststellung von Überversorgung festzulegen. Damit existieren schon heute geeignete Steuerungsinstrumente zur Beseitigung der regionalen Versorgungsunterschiede, die allerdings auch konsequent angewendet werden müssen.

### **Zu guter Letzt: Ärzte verbuchen Honorarplus von 1,314 Milliarden Euro**

Das Honorar der Vertragsärzte in Deutschland ist in den ersten drei Quartalen 2009 um 6,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gestiegen. Das geht aus Zahlen des GKV-Spitzenverbands hervor. Danach betrug das GKV-Honorar von Januar bis Ende September bundesweit 22,8291 Milliarden Euro. Das entspricht einem Plus von 1,314 Milliarden Euro im Vergleich zum gleichen Zeitraum 2008. Im Vergleich zu den ersten 3 Quartalen 2007 beläuft sich das Wachstum auf 2,323 Milliarden Euro.

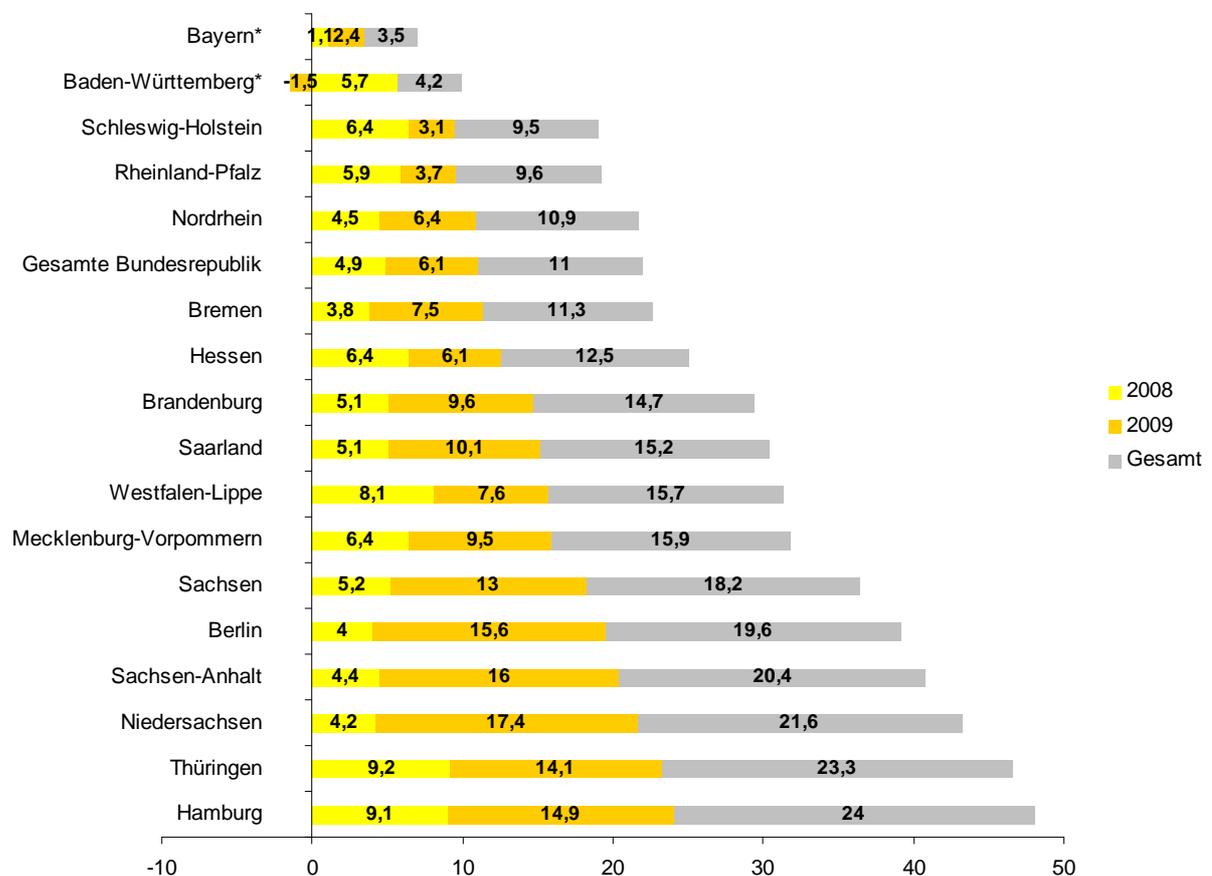
Den stärksten Zuwachs verbuchen Ärzte in Niedersachsen mit 17,4 Prozent. Auf weiteren Plätzen folgen Sachsen-Anhalt (16 Prozent), Berlin (15,6 Prozent) und Hamburg (14,9 Prozent). Überdurchschnittlich schneiden ebenfalls alle Ost-KVen ab. Dort stieg die Vergütung in Thüringen um 14,1, in Sachsen um 13,0, in Brandenburg um 9,6 und in Mecklenburg-Vorpommern um 9,5 Prozent. Allein Baden-Württemberg musste sich mit einem Minus von 1,5 Prozent begnügen; allerdings ist hier das bestehende hohe Vergütungsniveau zu berücksichtigen. In Bayern

und Baden-Württemberg wurden die Bereinigungssummen in Folge der Hausarztverträge den jeweiligen KV-Regionen wieder zugerechnet. Mit den neuen Zahlen bestätigt sich weitgehend der Honorartrend des 1. Halbjahres 2009. Im Februar hat die KBV für diesen Zeitraum Zahlen vorgestellt und dabei bundesweit ein Plus von im Schnitt 6,4 Prozent errechnet. Damals war für Bayern noch ein Minus von 0,5 Prozent berechnet worden, für Baden-Württemberg sogar ein Minus von 4,1 Prozent.

Arztbezogene Auswertungen für die ersten 3 Quartale liegen der KBV bislang nicht vor. In Medienberichten hat es geheißen, der durchschnittliche Überschuss je Kassenarzt sei im Westen auf 74.403 Euro (+5,3 Prozent), im Osten um 8,3 Prozent auf 82.822 Euro gestiegen.

Während die Arzthonorare seit 2007 um bis zu 25 Prozent gestiegen sind, wuchs das Einkommen der Versicherten um fünf Prozent.

### Honorarentwicklung der Ärzte (Prozent)



Quelle: GKV Spitzenverband

## **Zusammenfassung:**

In Baden-Württemberg ist die Zahl der Ärzte so hoch wie nie zuvor, um alle hier lebenden Menschen zu versorgen. Es gibt keinen Ärztemangel, im Gegenteil in 92 Prozent der Planungsbezirke wurde eine Überversorgung festgestellt und Zulassungsbeschränkungen erlassen.

Deutschland und Baden-Württemberg leiden nicht, wie vielfach suggeriert, an einem Mangel an Ärzten, sondern vielmehr an deren Fehlallokation. Gerade strukturschwache, ländliche Regionen sind von dieser Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung am stärksten betroffen. Primäres Ziel muss zukünftig sein, bestehende Überkapazitäten abzubauen und in schlechter versorgte Regionen umzuleiten. Hierfür müssen bedarfsgerechte Steuerungselemente eingesetzt werden.

Das bedeutet die Förderung der Vertragsarztsitze in Regionen und Gegenden, in denen ein tatsächlicher Versorgungsbedarf besteht, und Abbau von Überversorgung in den entsprechenden Regionen. Hauptgrund für das Problem unterversorgter Regionen bleibt deren mangelnde Attraktivität. Denn nur wenn die Regionen insgesamt attraktiv und lebenswert erscheinen, wird es gelingen, dort die Niederlassungsentscheidungen von Ärzten positiv zu beeinflussen. Auch die Politik ist gefordert, parallel an dem Ziel zu arbeiten, schlecht versorgte Regionen im Rahmen der Regionalentwicklung und Raumplanung insgesamt zukunftsfähig zu gestalten.