



Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg

vor dem Hintergrund des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes

Autoren:

Rolf Hofmann, IKK classic

Carlos Philipp, BKK Landesverband Baden-Württemberg

Bettina Uhrmann, IKK classic

Nina Willkomm, Knappschaft Regionaldirektion München

Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen (vdek) Baden-Württemberg

Stand Juni 2012

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1. Ziel des Faktenpapiers	3
2. Ausgangssituation	3
3. Bedarfsplanung / Versorgungsgrade	4
3.1 Überkapazitäten abbauen	9
3.2 Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung	9
3.3 Vergütung	10
4. Sektorenübergreifender Landesbeirat	11
4.1 Organisatorische Ausgestaltung	11
4.2 Ständige Mitglieder	12
4.3 Aufgaben und Ziel	13
5. Verbesserung der Versorgung	14
5.1 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	14
5.2 Weitere Leistungen	15
6. Fazit	15

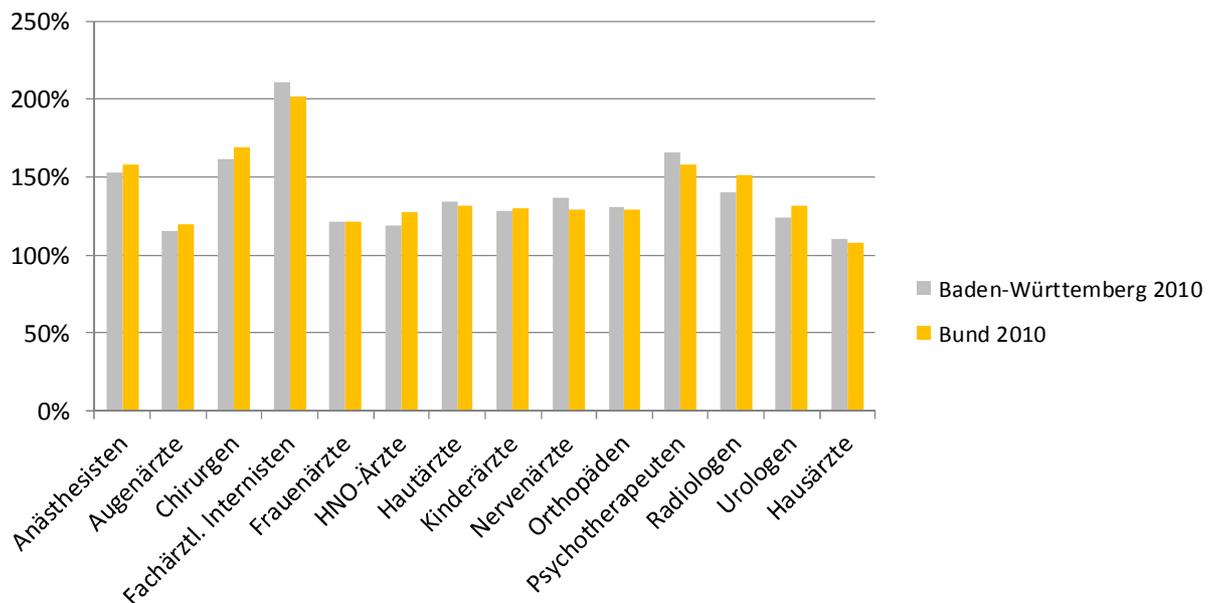
1. Ziel des Faktenpapiers

Ziel des vorliegenden Faktenpapiers ist es, analog zu den Faktenpapieren der Vorjahre, Zahlen, Daten und Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Situation und Gesetzgebung sachgerecht darzustellen. Das Augenmerk wird insbesondere auf die Umsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in Baden-Württemberg gerichtet.

2. Ausgangssituation

Die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg ist unverändert gut. Das Land weist derzeit einen hohen Versorgungsgrad der Bevölkerung mit ambulanten ärztlichen Leistungen auf. Fakt ist: In den meisten Planungsgebieten herrscht aktuell Überversorgung – konkret sind über 95 Prozent der Planungsbezirke überversorgt und mit Zulassungsbeschränkungen versehen. Nur in Einzelfällen kommt es im ländlichen Raum lokal begrenzt zu Versorgungsengpässen.

Versorgungsgrade im Vergleich Baden-Württemberg – Bund (2010)



Quelle: WIdO, Ärzteatlas 2011

Es gilt nun, Überkapazitäten abzubauen und die Unterversorgung, wo sie nachweislich besteht, auszugleichen. Instrumente dazu liefert das GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Bundesregierung, das seit dem 1. Januar 2012 wirksam ist. Dieses Gesetz enthält gute Ansätze zur Steuerung, die vor dem Hintergrund der überdurchschnittlichen Versorgungssituation in Baden-Württemberg betrachtet werden sollen.

3. Bedarfsplanung / Versorgungsgrade

Aktuelle Situation in Baden-Württemberg

Die aktuell vorliegenden Daten aus der Bedarfsplanung zeichnen für Baden-Württemberg ein differenziertes Bild. Im fachärztlichen Bereich gibt es bei einer Durchschnittsbetrachtung der Versorgungsgrade über alle Facharztgruppen hinweg lediglich einen Landkreis, bei dem der Versorgungsgrad nicht über 110 Prozent (ab 110 Prozent besteht Überversorgung) liegt.

Bei den Hausärzten stellt sich die Situation etwas anders dar. Hier wurde bei zwölf Landkreisen eine Überversorgung festgestellt. Bei zwei Planungsbezirken liegt der Versorgungsgrad unter 100 Prozent. Bemerkenswert ist hierbei, dass einer davon der Stadtkreis Stuttgart ist. In der Landeshauptstadt liegt der Versorgungsgrad bei nahezu 100 Prozent. Offensichtlich werden hier Fachärzte von der Bevölkerung stärker frequentiert. In den übrigen städtischen Zentren ist ein Überangebot an Medizinern zu konstatieren (siehe Landkarte Seite 6 und 7).

Versorgungsgrade der Hausärzte in Baden-Württemberg (Februar 2012)

Regierungsbezirk	Niedrigster Versorgungsgrad in Prozent	Höchster Versorgungsgrad in Prozent
Nordwürttemberg	97,7 in Stuttgart	110,8 in Heidenheim
Südwestfalen	100,6 im Zollernalb-kreis	114,2 in Ulm
Nordbaden	100,6 in Freudenstadt	120,1 im Rhein-Neckar-Kreis
Südbaden	92,9 in Tuttlingen	138,0 in Freiburg

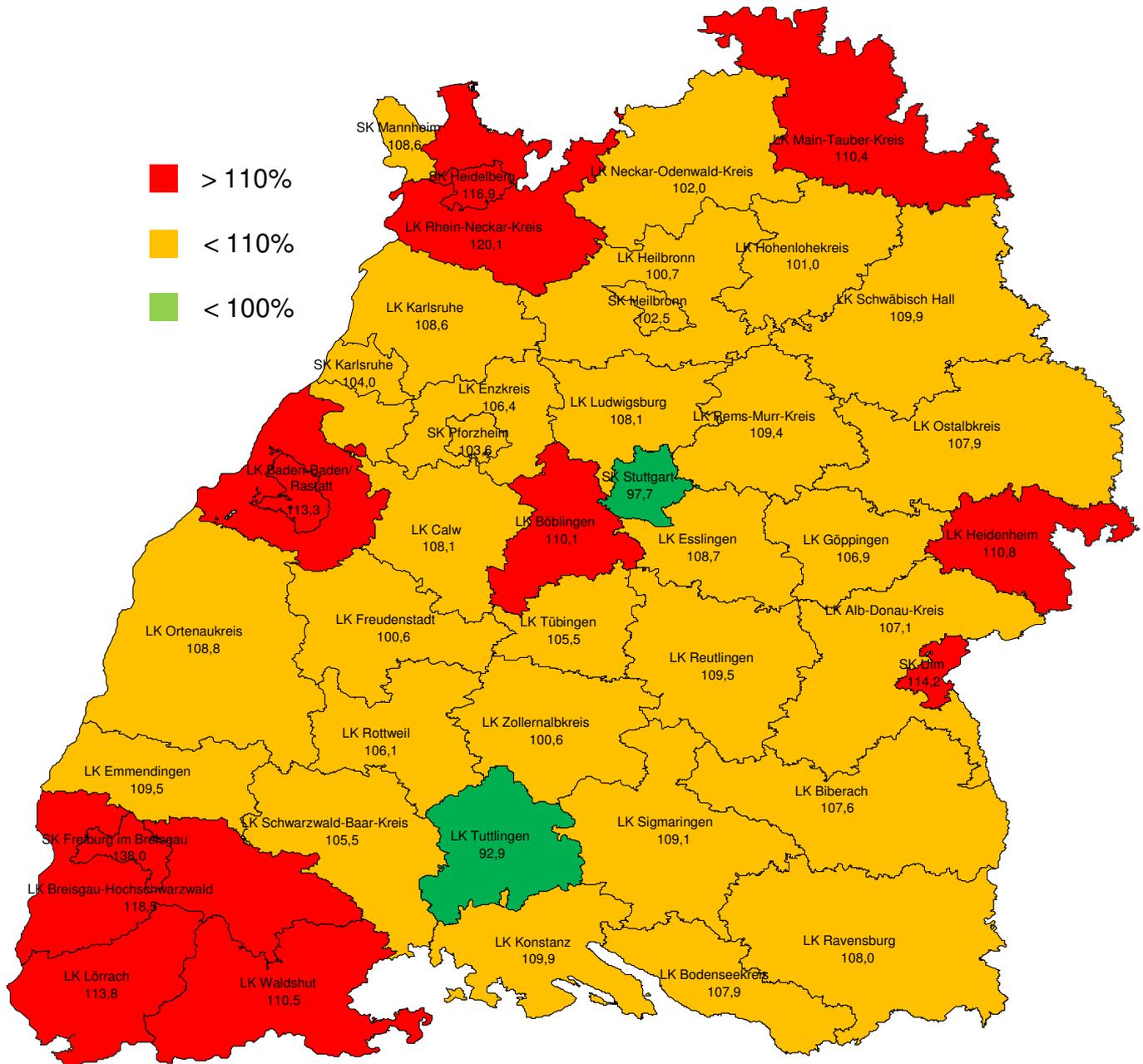
Quelle: Landesauschuss Ärzte und Krankenkassen, Februar 2012

Auf der anderen Seite sind die Landkreise Heidenheim und Main-Tauber, beide ländliche Landkreise, mit Hausärzten mehr als gut versorgt. Aber gerade in solchen Landkreisen kann es sein, dass nicht in allen Gemeinden/Gebieten eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung gegeben ist. Dies bildet aber die derzeitige Form der Bedarfsplanung nicht ab.

Genau hier liegt die Herausforderung. In den Fällen, in denen in einzelnen Gemeinden/Gebieten ein offensichtlicher Bedarf an hausärztlicher Versorgung besteht, müssen Lösungen gefunden werden, um diesen Bedarf zu decken.

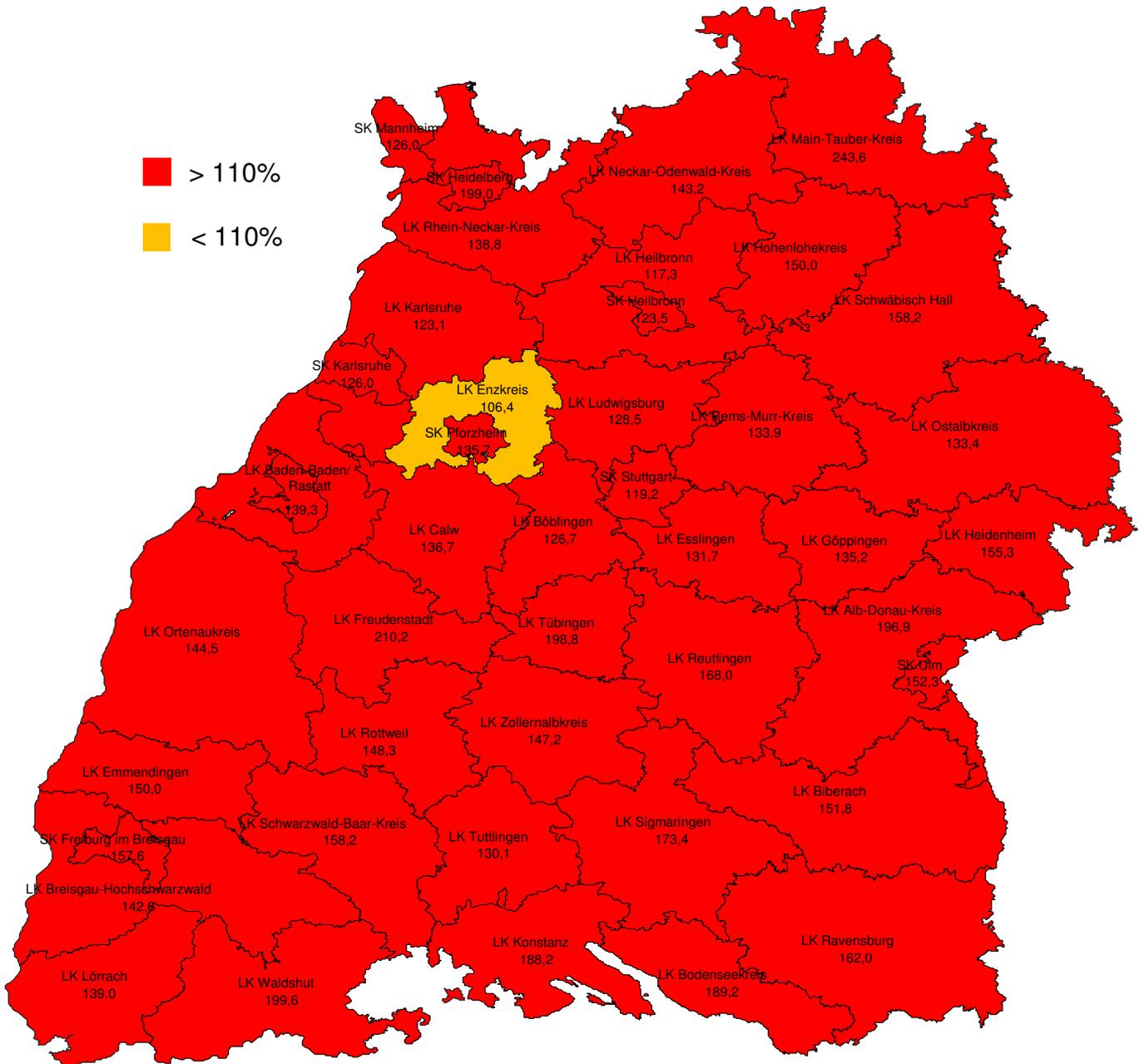
Die Rahmenbedingungen für die künftige Bedarfsplanung, die derzeit auf Bundesebene erörtert und verhandelt werden, müssen in diese Richtung abzielen. Es sollte kein Gießkannenprinzip gelten, sondern flexible Lösungsmöglichkeiten eröffnet werden, die dem tatsächlichen lokalen Bedarf an ärztlicher Versorgung gerecht werden.

Versorgungsgrade der Hausärzte in Baden-Württemberg



Quelle: Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen, Februar 2012

Durchschnittliche Versorgungsgrade der Fachärzte in Baden-Württemberg



Quelle: Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen, Februar 2012

Ärzeschaft und Krankenkassen erarbeiten derzeit Konzeptionen für eine Reform der Bedarfsplanung. Fakt ist: Die bisher praktizierte Bedarfsplanung ist zu starr und unflexibel und wird mit der aktuellen Erhebung der Verhältniszahlen und den festgelegten Planungsbezirken (Stadt- und Landkreise) dem tatsächlichen Bedarf an ärztlicher Versorgung nicht gerecht.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ein erstes Konzept für eine mögliche Struktur der Bedarfsplanung entworfen. Danach soll vor allem bei der hausärztlichen Versorgung wesentlich kleinräumiger als bei den Fachärzten geplant werden.

Um eine flächendeckende ärztliche Versorgung auch künftig sicherstellen zu können, ist es sinnvoll, zwischen den einzelnen Versorgungsebenen zu unterscheiden. Eine kleinräumige Planung darf jedoch nicht dazu führen, dass zusätzliche Arztsitze in ohnehin bereits attraktiven Regionen ausgewiesen und dort auch besetzt werden, während die vorhandenen – freien – Arztsitze in schlechter versorgten Regionen nicht nachbesetzt werden können.

Im Gegenteil – eine neue Bedarfsplanung muss es ermöglichen, Überkapazitäten in einigen Gebieten abzubauen und in Richtung der von Unterversorgung bedrohten Räume zu leiten. Es besteht im Land die Aufgabe und Herausforderung, die Verteilung der Ärzte vertragspolitisch intelligent und nachhaltig zu lösen.

Eine Unterscheidung bei der Planung der Versorgungsdichte zwischen Haus- und Fachärzten ist dabei logisch und sinnvoll: Hausärzte sollen wohnortnah erreichbar sein. Hier kommt der Lotsenfunktion des Hausarztes eine besondere Bedeutung zu, da er im Bedarfsfall auch durch eine Überweisung an einen weiter entfernten Facharzt die Behandlungsqualität sichern kann. Bei Fachärzten ist die Wohnortnähe nicht für alle Facharztgruppen zwingend erforderlich, zumal in ländlichen Regionen nachgewiesenermaßen eine hohe Mobilität durch PKW und gut ausgebauten ÖPNV-Verbindungen gegeben ist (siehe Faktenpapier 2010, S. 11).

3.1 Überkapazitäten abbauen

Die im Land in vielen Regionen bestehende Überversorgung muss abgebaut werden. Hier ist die KVBW gefordert, von ihrem Vorkaufsrecht für Arztpraxen gemäß § 105 Abs. 3 SGB V Gebrauch zu machen und so die Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen abzubauen.

Doch auch wenn die ärztliche Versorgung flexibler gestaltet wird – bekanntlich sind Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 4 SGB V möglich – fehlen trotzdem geeignete Steuerungsinstrumente, um die Überversorgung in Ballungsgebieten abzubauen. Insbesondere der Verzicht auf preisbezogene Steuerungsinstrumente (Über-/Unterversorgungspunktwerte) verhindert, dass Geld aus überversorgten Gebieten in Regionen mit Unterversorgung fließt. Auch der Aufkauf von Arztpraxen wird sich vermutlich als stumpfes Schwert erweisen, weil die KVen nicht verpflichtet sind, von dieser Regelung Gebrauch zu machen. Zum Abbau der Überversorgung braucht es wirkungsvollere Instrumente.

3.2 Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Ob sich aufgrund einer neu gestalteten Bedarfsplanung Ärzte in ländlichen Gebieten niederlassen werden, in denen vereinzelt Versorgungslücken bestehen, bleibt abzuwarten. Den Akteuren im Gesundheitswesen allein wird es nicht möglich sein, strukturelle Defizite wie etwa Verkehrsanbindung, Bildungs- und Kulturangebote in einzelnen Regionen zu beseitigen. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Anreize zur Niederlassung – insbesondere von Hausärzten – müssen auch verstärkt von den Kommunen kommen. Hier gibt es bereits erste positive Ansätze. Insofern kann eine Reform der Bedarfsplanung nur ein Baustein von vielen sein.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht verschiedene Maßnahmen zur Bekämpfung der Unterversorgung vor: Bessere Vertretungsmöglichkeiten erleichtern die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Residenzpflicht wurde gelockert. Darüber hinaus sind Preiszuschläge, Zweigpraxen, die Ermächtigung von Ärzten in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie Eigeneinrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) oder Kommunen vorgesehen.

Für unterversorgte Gebiete können zudem Strukturfonds gebildet werden, aus denen zum Beispiel Investitionshilfen bei Neuniederlassungen und Gründungen von Zweitpraxen, Vergütungszuschläge, Zuschläge für Ausbildung oder die Vergabe von Stipendien bezahlt werden.

Um den Nachwuchs im Hausarztbereich zu sichern, sollte die Ausbildung stärker am Bedarf ausgerichtet sein: Jahr für Jahr nehmen über 10.000 junge Frauen und Männer deutschlandweit ein Medizinstudium auf, davon schließen zwei Drittel erfolgreich ab. Leider wird der Indikationsbereich der Allgemeinmedizin in der Ausbildung zu wenig berücksichtigt.

Außerdem müssen mehr Arzt entlastende Instrumente wie zum Beispiel das Projekt „Schwester AGnES“ etabliert werden. Die Bereitstellung eines wohnortnahen ärztlichen Angebots in strukturschwachen Gebieten erfordert neue Ansätze. In diesem Wandel muss auch darüber nachgedacht werden, ob die Fixierung auf Einzelpraxen in Zukunft noch zeitgemäß ist oder ob die Einrichtung von Gesundheitszentren, ergänzt durch mobile Versorgungseinheiten, die Versorgung verbessern könnte. Auch die Trägerschaft solcher Einrichtungen muss hierbei ein Thema sein. Die KVBW hat mit ihrem Modell der RegioPraxis bereits einen Vorstoß in diese Richtung gemacht. Es bleibt abzuwarten, in wie weit sich dieses Modell zum „Erfolgsmodell“ entwickelt.

3.3 Vergütung

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz stärkt die Verhandlungskompetenzen im Bereich der ärztlichen Vergütung auf Landesebene. Die Veränderungsrate zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wird den Gesamtvertragspartnern nicht mehr bindend durch den Bewertungsausschuss vorgegeben. Vielmehr erhalten die Vertragsparteien vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2013 je eine Veränderungsrate für Demografie und Morbidität. Diese Veränderungsrate sind nicht bindend, bilden aber die Verhandlungsgrundlage für die Vergütungsverhandlungen im vertragsärztlichen Sektor.

Die KVen können ihre Kernaufgabe – die Honorarverteilung – bereits seit diesem Jahr wieder selbständig vornehmen. Für die Erstellung des

Honorarverteilungsmaßstabes ist nicht mehr das Einvernehmen mit den Krankenkassen herzustellen, sondern lediglich das Benehmen. Die KVBW hat diesen Schritt begrüßt.

4. Sektorenübergreifender Landesbeirat

4.1 Organisatorische Ausgestaltung

Unabhängig von dem im GKV-Versorgungsstrukturgesetz neu eingeführten gemeinsamen Landesgremium hatte das Land Baden-Württemberg bereits im Jahr 2010 die Einführung eines sektorenübergreifenden beratenden Landesbeirats beschlossen. Dieser ist Teil des im Aufbau befindlichen umfassenden Gesundheitsdialogs, der Gegenstand des Koalitionsvertrages ist und der Vernetzung aller im Gesundheitswesen Beteiligten dienen soll. Ziel ist es, im Dialog u. a. der Leistungserbringer, Kostenträger und ggf. weiterer Beteiligter, die gute medizinische Versorgung im Land sicherzustellen.

Zur Unterstützung und Koordination des sektorenübergreifenden Landesbeirats wurde eine Geschäftsstelle beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren eingerichtet.

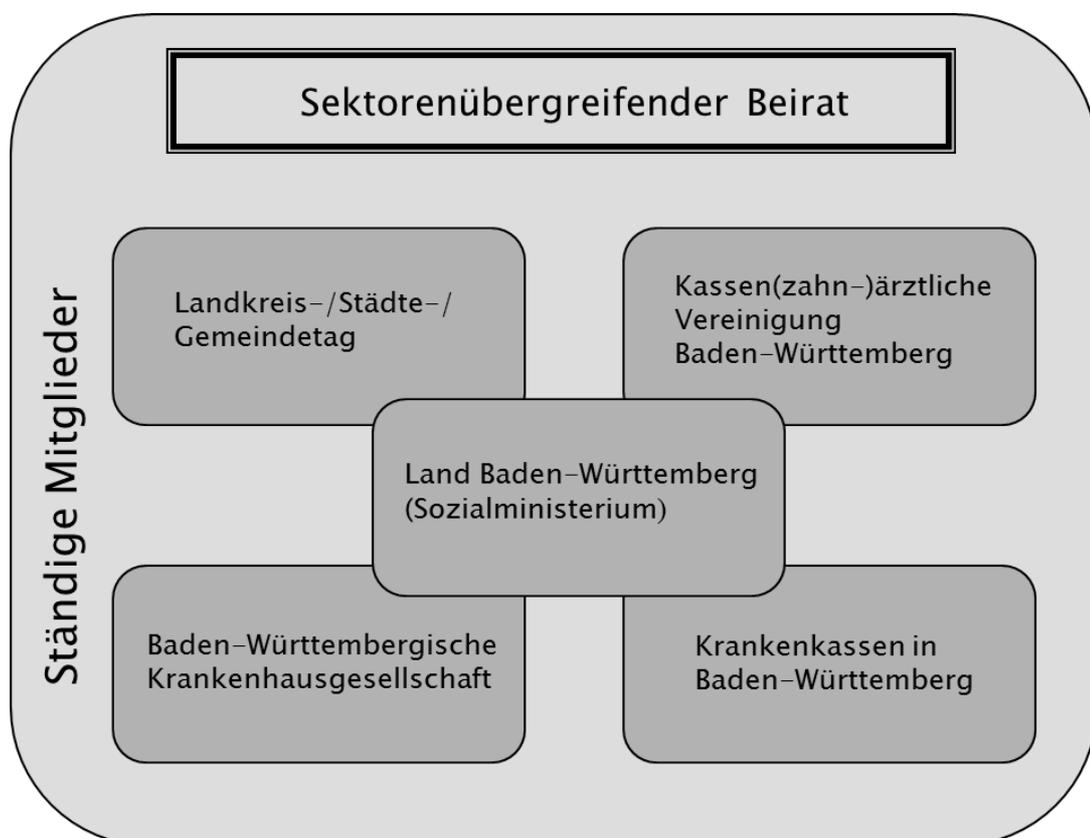
Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V, der sektorenübergreifende Landesbeirat, hat bereits seine Arbeit aufgenommen und erste Empfehlungen für eine Neustrukturierung und Organisation des Notfalldienstes erarbeitet. Vom Sozialministerium moderierte Arbeitsgruppen „Gesetzliche Regelung“, „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, „Grundsatz“ sowie die Arbeitsgruppe „Gesundheitsdialog, Gesundheitskonferenzen, Kreisstrukturgespräche“ tagen bereits.

4.2 Ständige Mitglieder

Im Landesbeirat sind folgende Organisationen vertreten:

- Krankenkassen bzw. -verbände in Baden-Württemberg
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Landkreistag Baden-Württemberg
- Städtetag Baden-Württemberg
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

Den Vorsitz im Landesbeirat hat das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren als übergeordnete und für die gesundheitliche Daseinsvorsorge der Bevölkerung verantwortliche Gebietskörperschaft. Die Vorsitzende ist Frau Ministerin Katrin Altpeter, MdL. Ihr Vertreter ist Herr Ministerialdirektor Jürgen Lämmle.

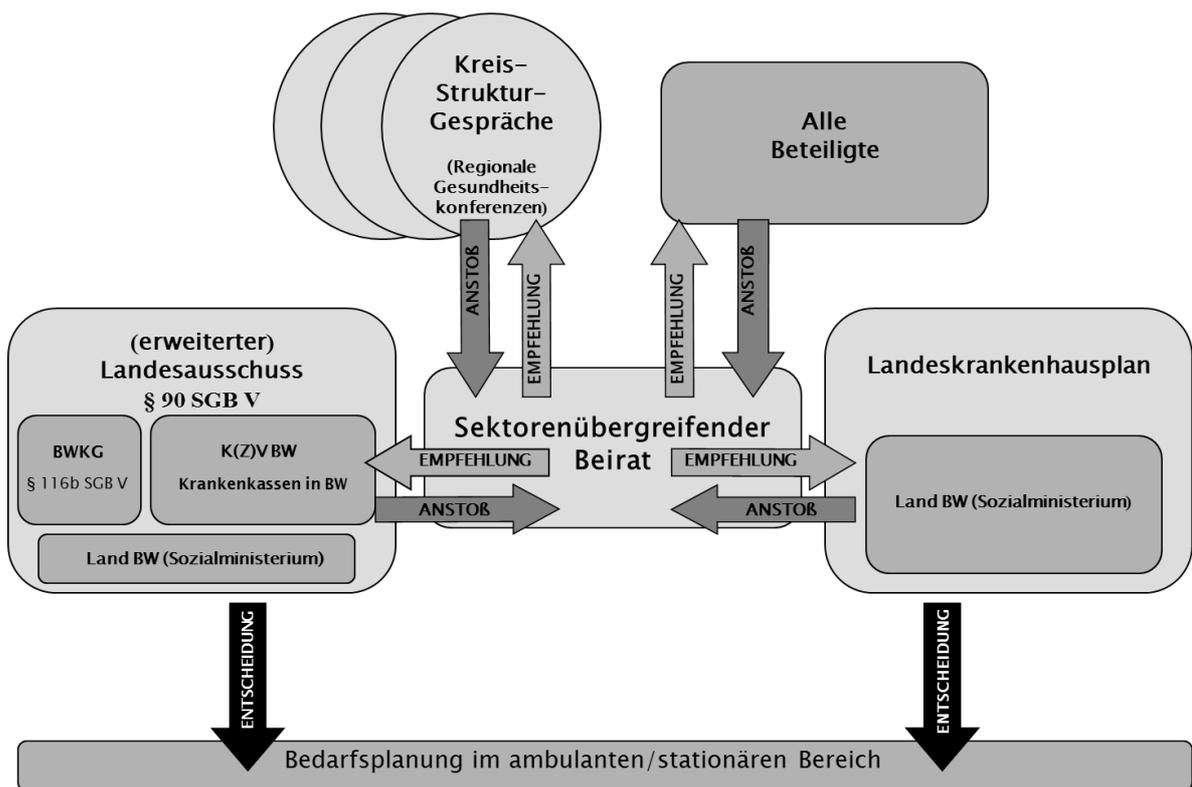


Quelle: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg; eigene Darstellung

4.3 Aufgaben und Ziele

Der sektorenübergreifende Landesbeirat hat drei wesentliche Aufgaben zu erfüllen:

- Beratende Mitwirkung bei Entscheidungen der Bedarfsplanungsgremien an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor
- Vernetzung der Kreisstrukturgespräche auf Landesebene in Bezug auf die Versorgungsplanung
- Unterstützung des Landes bei der Wahrnehmung seiner neuen Funktion im Bereich der Bedarfsplanung



Quelle: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg; eigene Darstellung

5. Verbesserung der Versorgung

5.1 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Zur Behandlung von bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen wie HIV/Aids, Krebs oder Multiple Sklerose oder seltenen Krankheiten wie Tuberkulose oder Mukoviszidose sowie für hochspezialisierte Leistungen wird mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz stufenweise die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ eingeführt. Neben dem ambulanten und stationären Sektor wird das Versorgungsangebot dadurch um einen dritten Bereich erweitert.

Das Ziel, bei den niedergelassenen Ärzten die gleichen Rahmenbedingungen zu schaffen wie bei den Krankenhäusern, ist vom Grundgedanken her zu begrüßen. Jeder Arzt und jedes Krankenhaus ist grundsätzlich berechtigt, an der neuen Versorgung teilzunehmen, wenn die Qualifikations- und Qualitätsvoraussetzungen erfüllt werden.

Die Rahmenbedingungen sind allerdings problematisch: Keine Bedarfsprüfung, keine Vereinbarung von Leistungsmengen, keine Abrechnungsbeschränkungen. Es ist daher mit Qualitätsdefiziten und unkontrollierbaren Kostenentwicklungen zu rechnen. Auch die unterschiedlichen Finanzierungsformen von ambulantem und stationärem Sektor sind für die Frage einer einheitlichen Vergütung problematisch.

Sehr kritisch ist auch der so genannte Verbotsvorbehalt zu sehen. Bislang sind in Vertragsarztpraxen nur Leistungen erlaubt, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zugelassen hat. Krankenhäuser hingegen können alle Leistungen erbringen, die nicht ausdrücklich vom G-BA ausgeschlossen wurden. Diese Regelung gilt nun auch für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Im ambulanten Versorgungsbereich ist dies ein Alleinstellungsmerkmal, das auch innerhalb der Vertragsärzteschaft für Diskussionsstoff sorgen dürfte.

Der G-BA ist aufgefordert, bis Ende 2012 in Richtlinien Präzisierungen zu den Krankheitsbildern, den fachlichen Anforderungen und zu Kooperationsnotwendigkeiten vorzunehmen. Die Umsetzung im Land erfolgt ab 2013. Erste Anträge von Leistungserbringern wurden bereits gestellt.

5.2 Weitere Leistungen

Mit einem Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt sollen Probleme beim Übergang in eine ggf. notwendige weitere Behandlung (z. B. Rehabilitation, Pflege, ambulante ärztliche Behandlung) behoben werden. Damit haben alle Patienten, die einen nachstationären Pflege- oder Hilfebedarf haben, einen gesetzlichen Anspruch auf ein individuell angepasstes Entlassmanagement. Die strengere Verpflichtung der Krankenhäuser, für nahtlose Übergänge an den Schnittstellen der Versorgung zu sorgen, wird von den Krankenkassen positiv gesehen.

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, über Satzungsregelungen ihr Leistungsportfolio weiter zu Gunsten des Wettbewerbs zu differenzieren. So können zusätzliche Leistungen für die Versicherten in den Bereichen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern angeboten werden.

6. Fazit

Das seit dem 1. Januar 2012 geltende GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird sich daran messen lassen müssen, inwieweit sich für die Patienten und Versicherten eine qualitativ und spürbar verbesserte Gesundheitsversorgung ergibt. Hierzu muss das Versorgungsstrukturgesetz zunächst seine Wirkung in der Umsetzung entfalten. Entscheidend bleibt hierbei immer die Patientenorientierung.

Die Umsetzung des GKV-Versorgungsgesetzes in Baden-Württemberg bietet Chancen für eine weitere Verbesserung der Patientenversorgung. Eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung kann helfen, die Versorgung passgenauer zu gestalten. Hier ist das Verantwortungsbewusstsein bei allen Akteuren gefragt. Die Überarbeitung der Arzt-Einwohner-Relationen darf aber nicht dazu führen, dass sich die vielerorts bestehende massive Überversorgung weiter verstärkt, indem auch in Überversorgungsgebieten neue Arztsitze geschaffen werden. Da die Länder

wesentliche Aufgaben der Daseinsvorsorge zu erfüllen haben, müssen sie an den Gestaltungsfragen der gesundheitlichen Versorgung beteiligt sein.

Das Gesetz enthält vielversprechende Ansätze zur Bekämpfung von Unterversorgung. Die Lockerung der Residenzpflicht birgt für Ärzte die Chance, Beruf und Familie besser vereinbaren zu können. Gegen die massive Überversorgung in den städtischen Ballungsgebieten hält das Gesetz jedoch vergleichsweise wenig bereit.

Die Überwindung der Sektorengrenzen und die Schaffung eines einheitlichen Wettbewerbsrahmens sind richtungsweisend. Jeder Arzt und jedes Krankenhaus ist grundsätzlich berechtigt, an der neuen Versorgung teilzunehmen, wenn die Qualifikation und die Qualitätsvoraussetzungen erfüllt sind. Positiv zu bewerten ist die strengere Verpflichtung der Leistungserbringer, für nahtlose Übergänge an den Schnittstellen der Versorgung beizutragen.

Ein konstruktiver Anfang ist gemacht, weitere Schritte müssen folgen.