



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gesundheitspolitik – Reformen ohne Ende?

Empfang der Gesundheitsregion Saar e. V. und der Saarländischen Landesvertretung anlässlich des Hauptstadtkongresses Berlin, 14. Juni 2012

Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der KBV

Agenda

1

Allgemeine Trends

2

Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

3

Wirkung von Reformen

4

Fazit und Ausblick

Agenda

1

Allgemeine Trends

2

Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

3

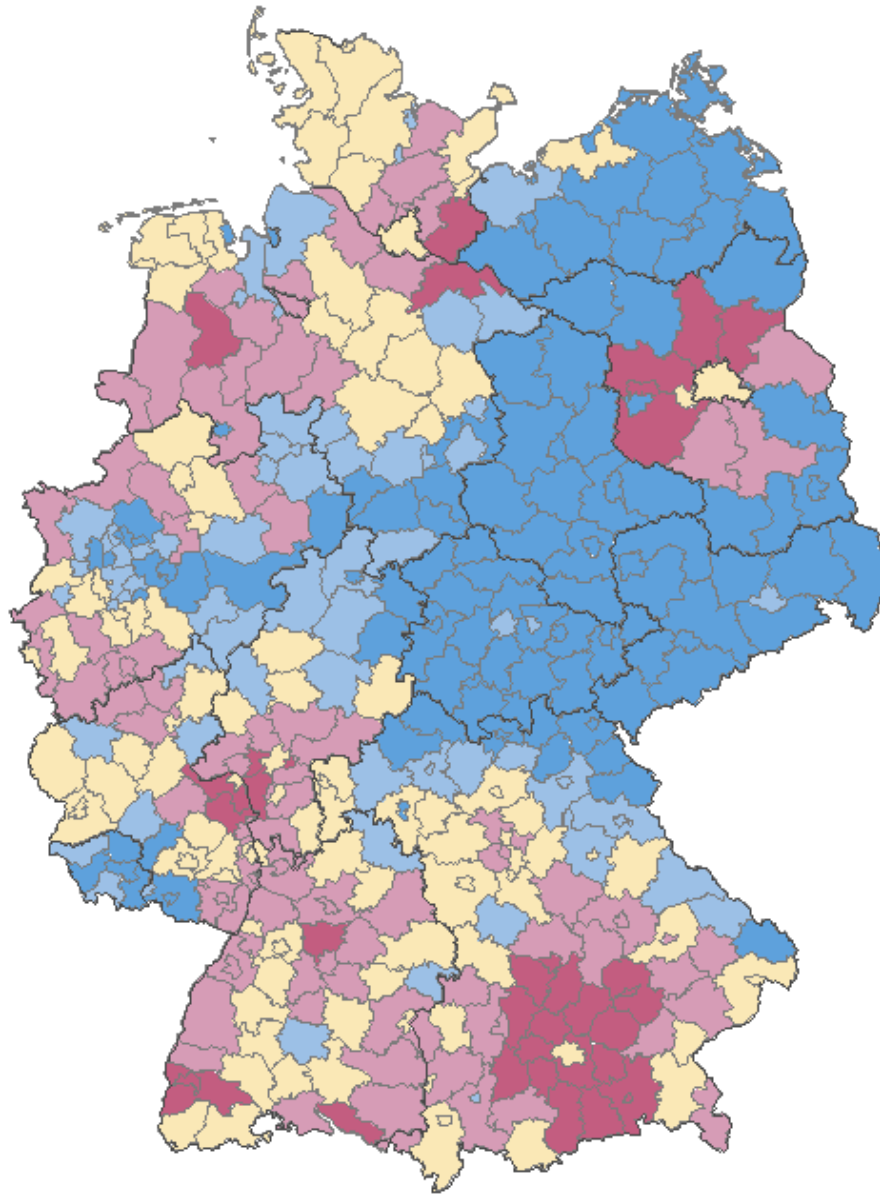
Wirkung von Reformen

4

Fazit und Ausblick

Trend 1: Demografische Entwicklung

Bevölkerungsprognose 2007 bis 2025

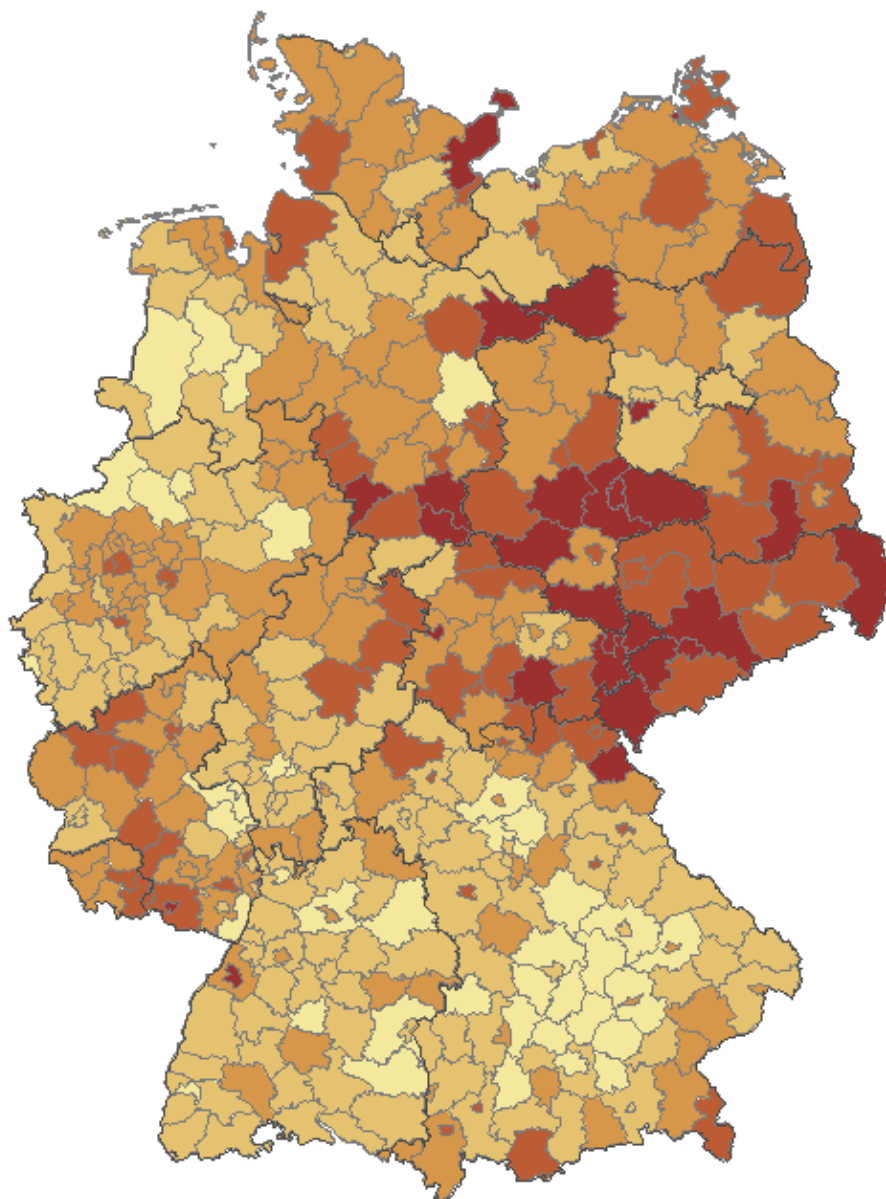


**Veränderung der Bevölkerungszahl
2007 bis 2025 in %**

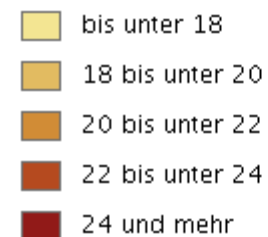
- bis unter -7,5
- -7,5 bis unter -2,5
- -2,5 bis unter 2,5
- 2,5 bis unter 7,5
- 7,5 und mehr

Trend 1: Demografische Entwicklung

Anteil „Hochbetagte“

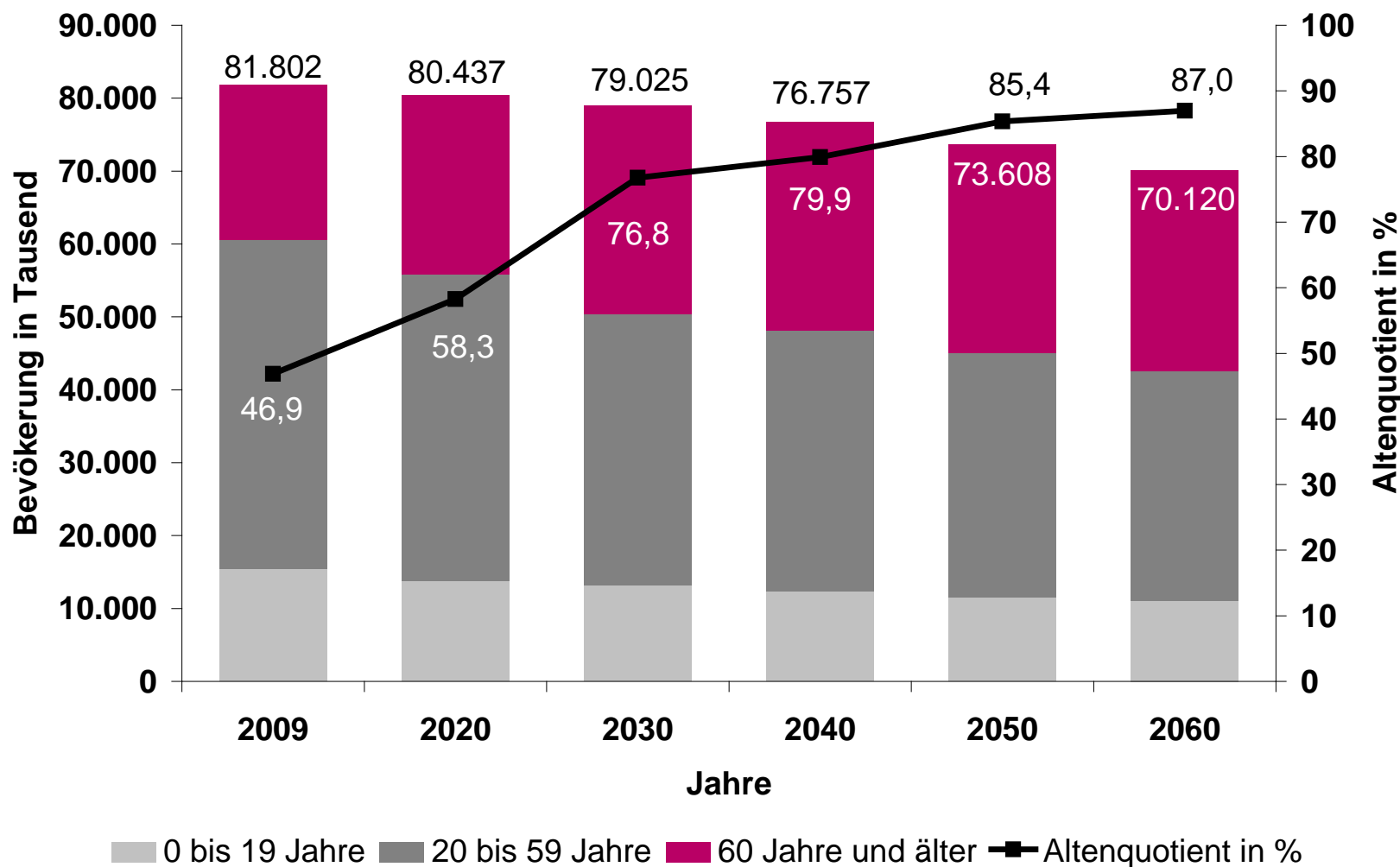


**Einwohner mit 65 und mehr Jahren je
100 Einwohner 2007**



Trend 1: Demografische Entwicklung

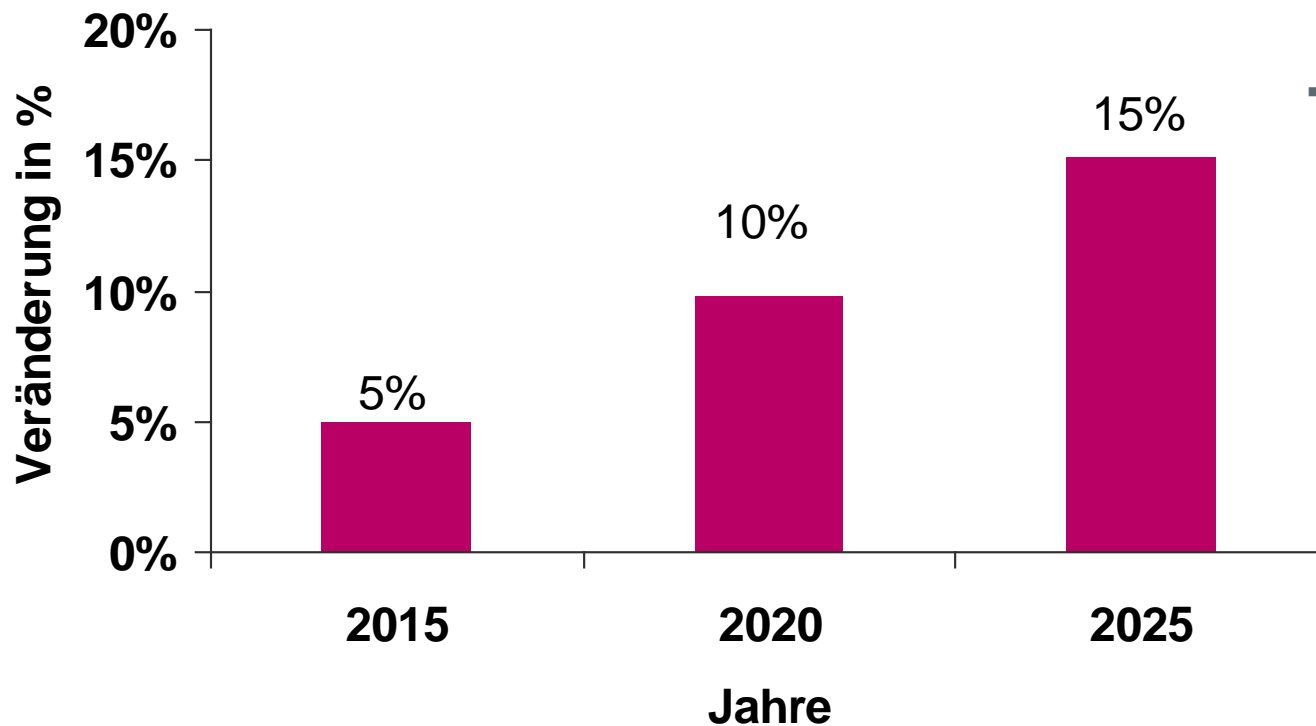
In Zukunft geht die Bevölkerung weiter zurück, der Anteil Älterer steigt.



Trend 2: Entwicklung der Morbidität

Die Morbiditätslast nimmt in den kommenden Jahren zu.

Anstieg der Morbiditätslast der GKV-Versicherten im gesamten Bundesgebiet im Vergleich zum Basisjahr 2010



→ **Auch bei rückläufigen Bevölkerungszahlen bleibt der Bedarf an Ärzten hoch.**

Quelle: ZI-Studie
„Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die MGV - Ergebnisse einer Projektion“

Morbiditätsverdichtung am Beispiel ausgewählter Krankheiten

Die demografische Entwicklung führt zur Veränderung:

1. des Anteils von Erkrankungen an allen Erkrankungen bei Patienten und
2. der Patientenzahl

Die Zunahme dieser Erkrankungen ist im Zusammenhang mit einer Bevölkerungsabnahme mit einem steigenden Versorgungsbedarf pro Patient verbunden.

Veränderung der Patientenprävalenz 2025 zu 2007 in Prozentpunkten (PP)		
TOP	Krankheiten	Gesamt
1	Hypertonie	3,7 PP
2	Ischämische Herzkrankheiten	1,7 PP
3	Diabetes mellitus	1,6 PP
4	Osteoarthritis der großen Gelenke	1,3 PP
5	Herzinsuffizienz	1,0 PP

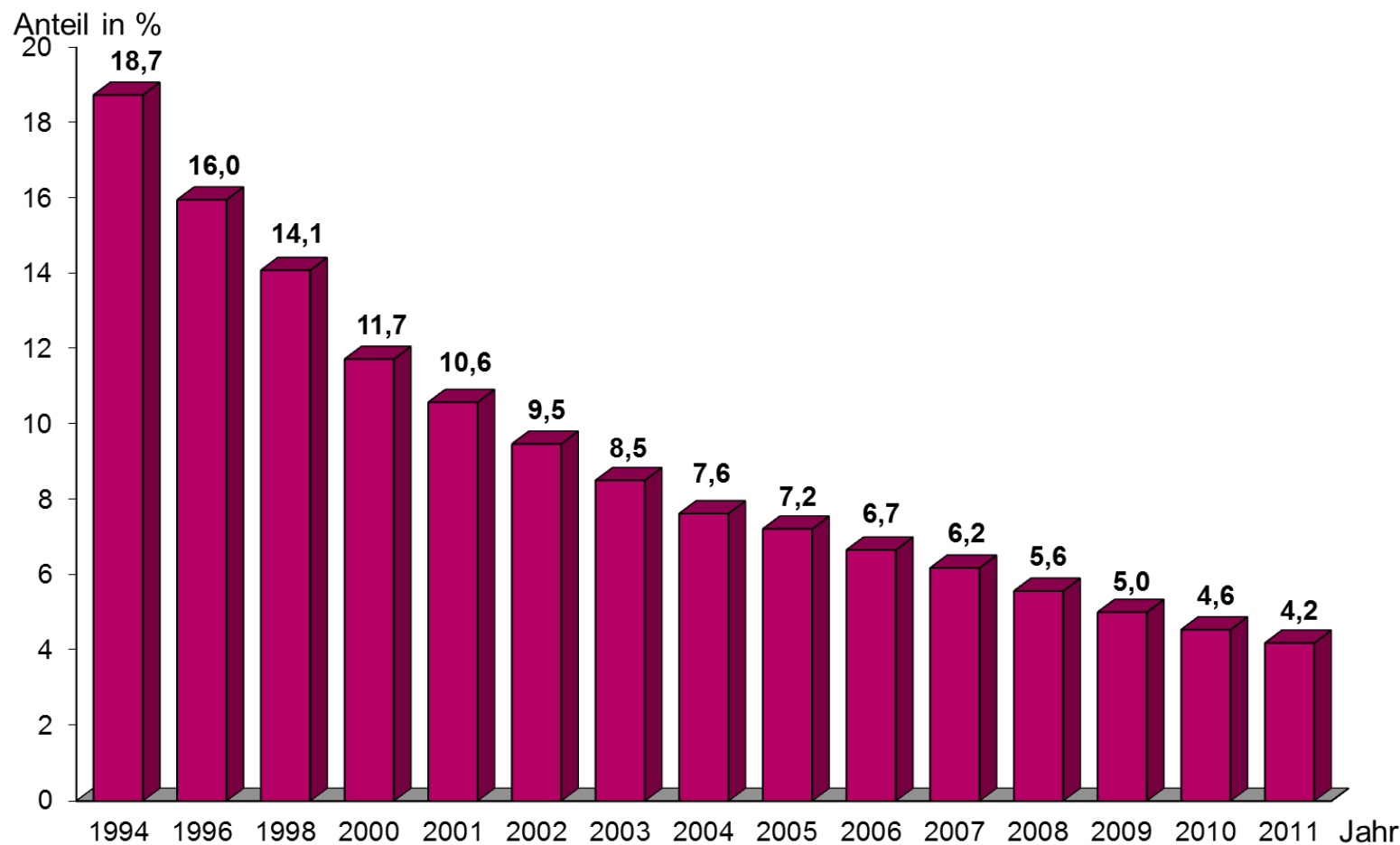
Veränderung der Patientenzahl 2025 zu 2007 in Prozent		
TOP	Krankheiten	Gesamt
1	Demenz	39,6 %
2	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	32,5 %
3	Herzinsuffizienz	31,9 %
4	Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	31,1 %
5	Niereninsuffizienz	27,8 %

Fazit:

Die demografische Entwicklung dürfte aufgrund der altersspezifischen Prävalenz bestimmter Krankheitsbilder zu **regionalen Schwerpunkten** des Versorgungsbedarfs führen.

Trend 3: Ärztemangel

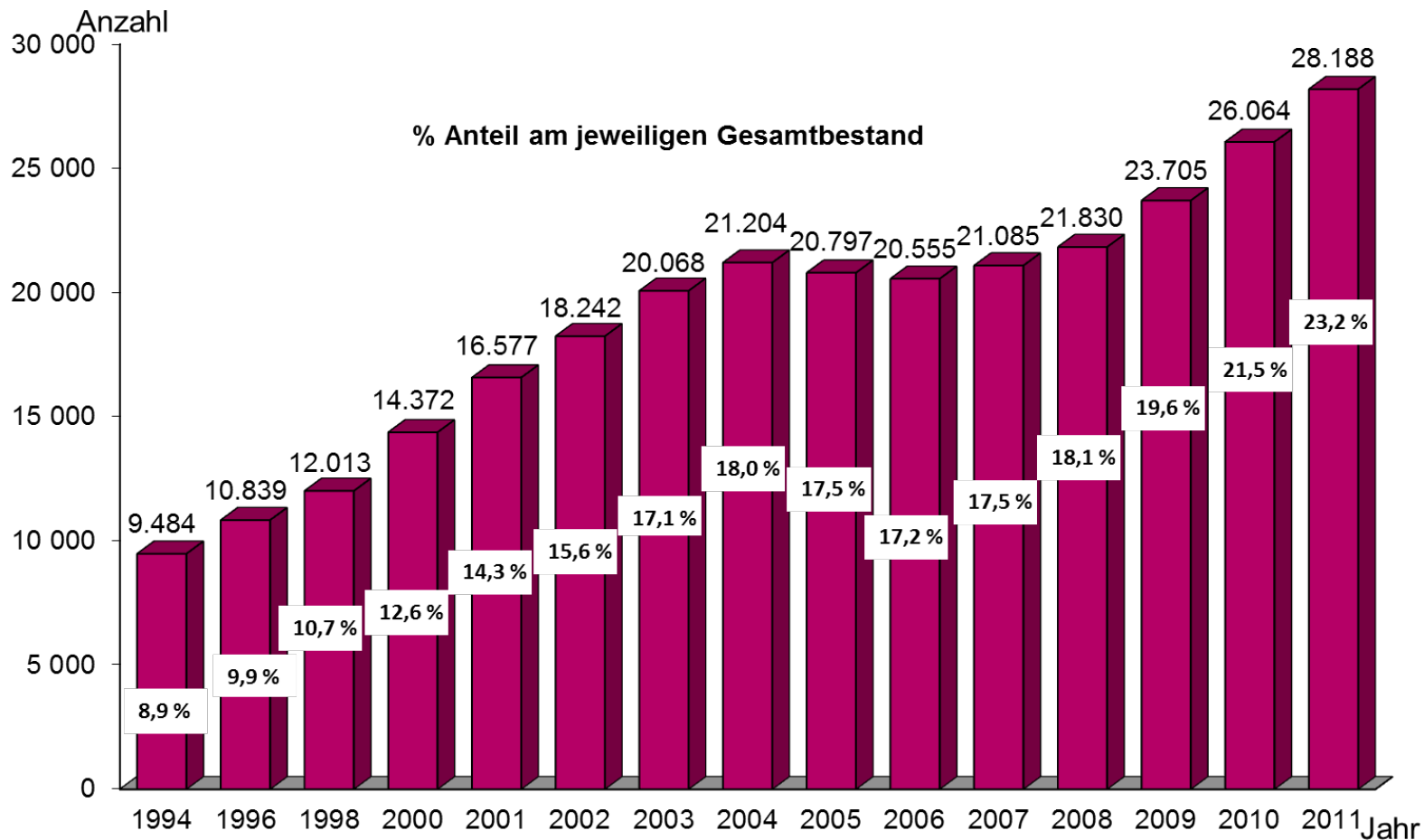
Anteil der unter 40-jährigen Ärzte an allen Vertragsärzten



Quelle: Bundesarztregister der KBV

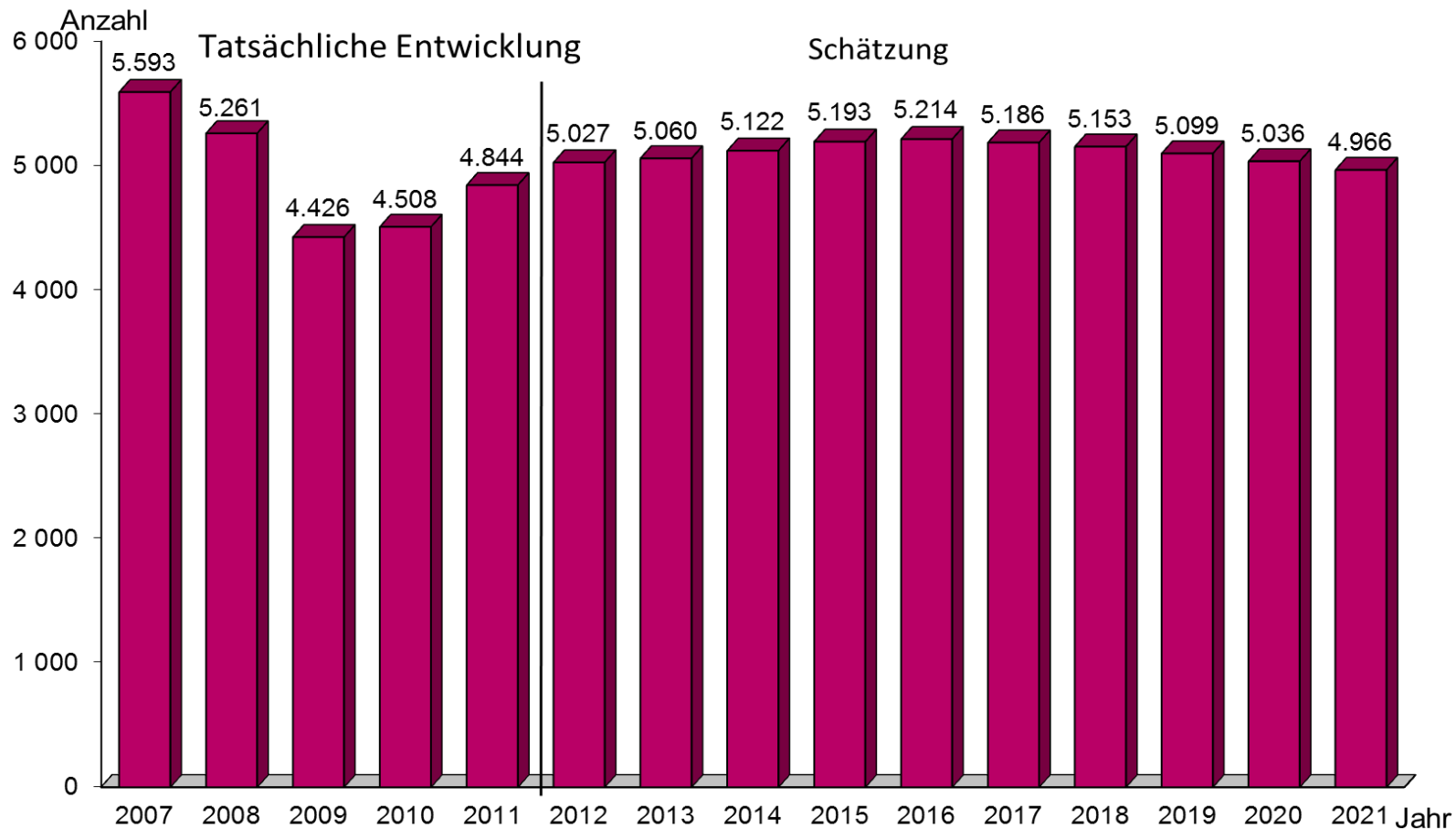
Trend 3: Ärztemangel

Bestand an Vertragsärzten,
die zum jeweiligen Jahresende 60 Jahre oder älter sind



Trend 3: Ärztemangel

Entwicklung der Bruttoabgänge bei Vertragsärzten



Trend 3: Ärztemangel

Ersatzbedarf an Ärzten im deutschen Gesundheitssystem

Arztgruppe	Abgang 2012 bis 2016	Abgang 2012 bis 2021
Krankenhausärzte	7.645	19.560
Vertragsärzte	25.616	51.056
darunter Hausärzte	10.690	21.509
Fachärzte	14.926	29.548
Summe	33.261	70.616



Stichwort Delegation

Pflegeberufe können das Defizit nicht kompensieren:
 Prognose 2025: Bedarf an 940.000 Vollzeitpflegekräften,
 bei einem Defizit von 112.000!

(vgl. Stat. Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 11/2010, S. 997-999)

Agenda

1

Allgemeine Trends

2

Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

3

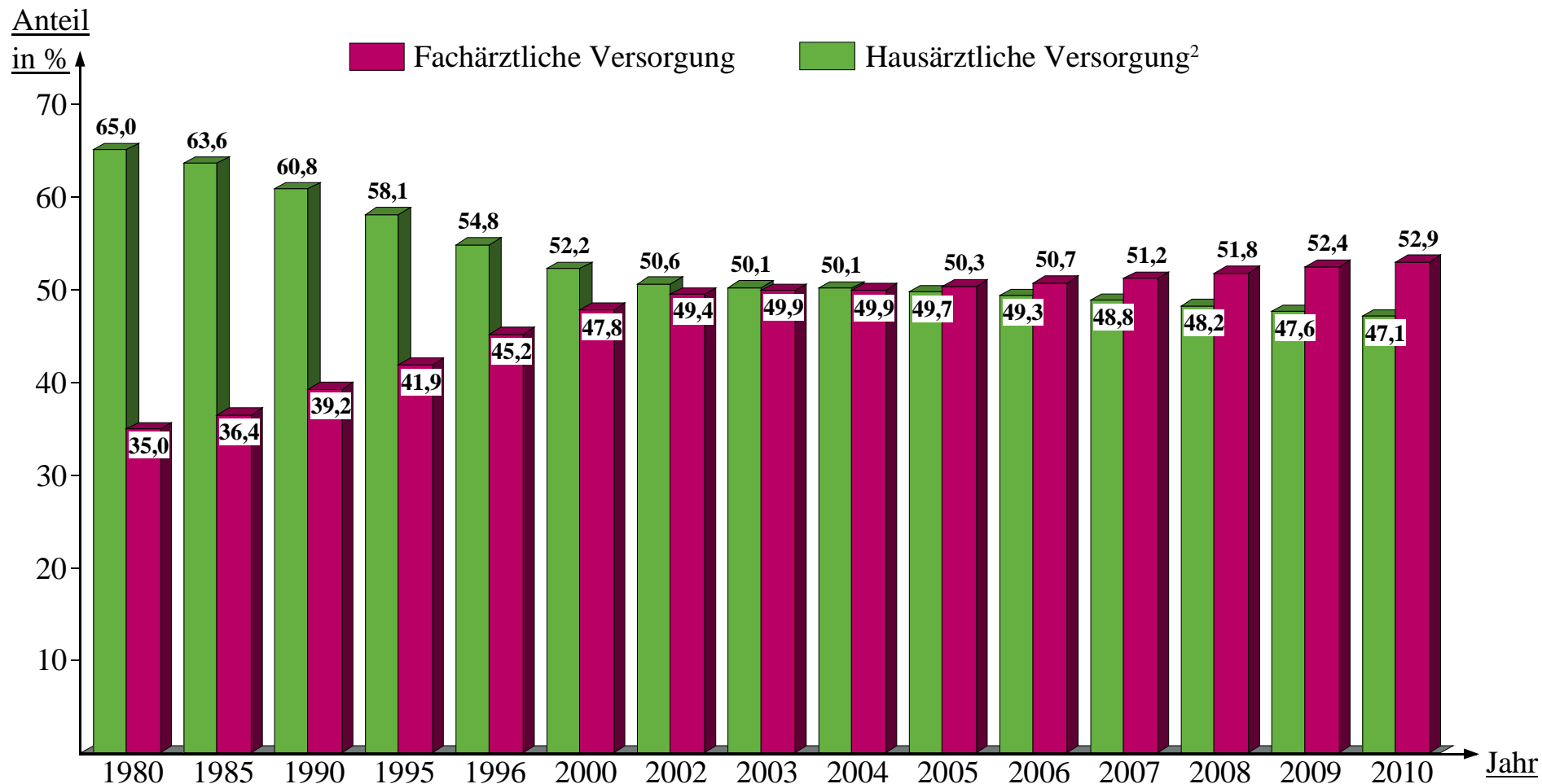
Wirkung von Reformen

4

Fazit und Ausblick

1. Ungleiche Verteilung der Ärzte

a) **fachlich**: zunehmende Spezialisierung, immer weniger Ärzte stehen für die haus- und fachärztliche **Grundversorgung** zur Verfügung



1. Ungleiche Verteilung der Ärzte

b) räumlich: Eine Umfeldbetrachtung von Einzugsgebieten zeigt die regional unterschiedliche Verfügbarkeit von Ärzten. (Stand 2010)

TOP 10 – Höchste Arztdichten

Planungsbereich	EW je Arzt
Fürstenfeldbruck	392,60
Starnberg	392,62
Dachau	396,16
Erding	398,78
Freising	401,41
Ebersberg	404,41
München, Landkreis	409,55
München, Landeshauptstadt	409,99
Lörrach	416,12
Potsdam, Stadt	428,99

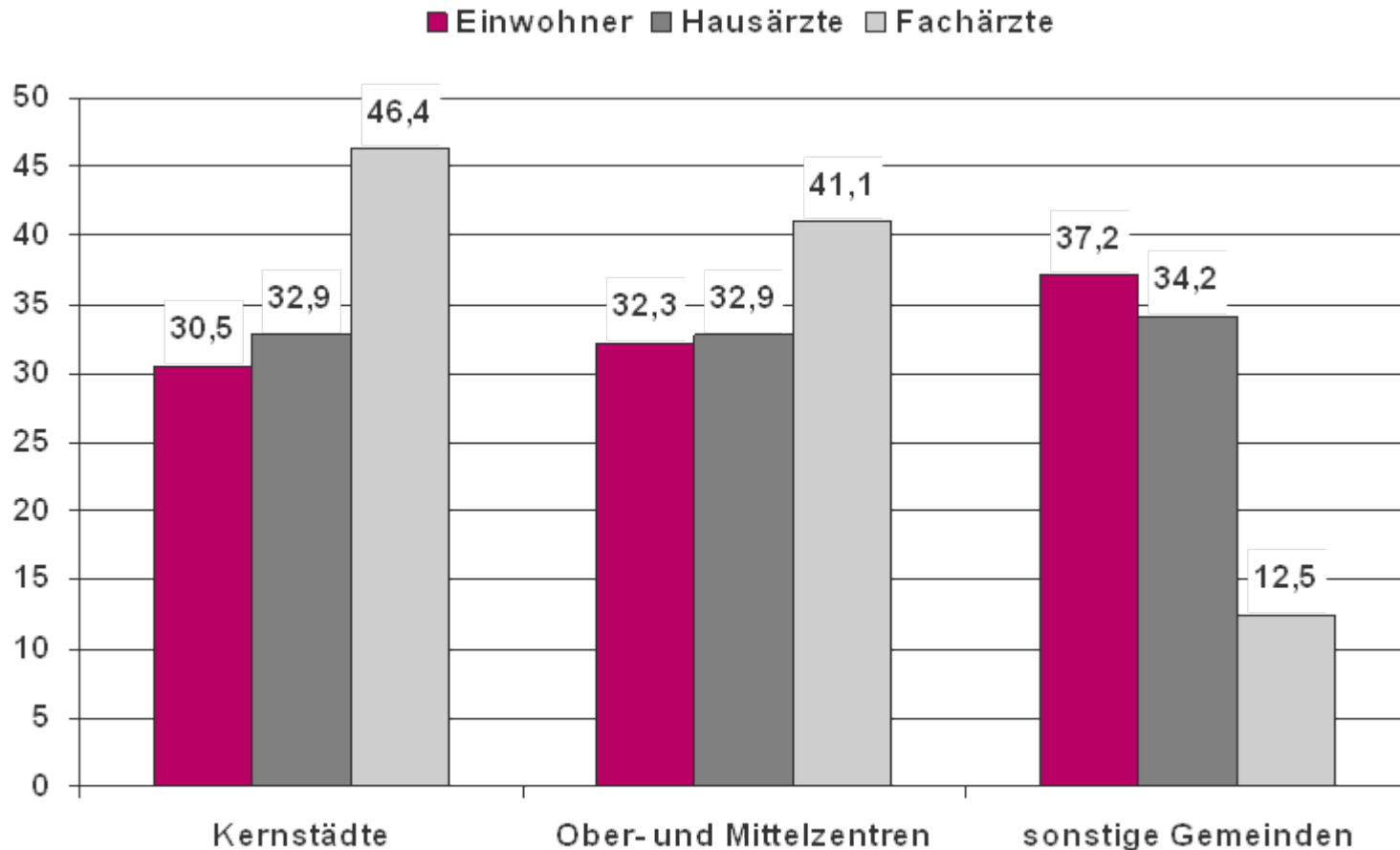
TOP 10 – Niedrigste Arztdichten

Planungsbereich	EW je Arzt
Nordfriesland	809,45
Uecker-Randow	801,03
Donau-Ries	799,17
Birkenfeld	777,09
Torgau-Oschatz	770,86
Cham	764,98
Dahme-Spreewald	755,27
Altmarkkreis Salzwedel	745,87
Lüchow-Dannenberg	740,76
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	725,26

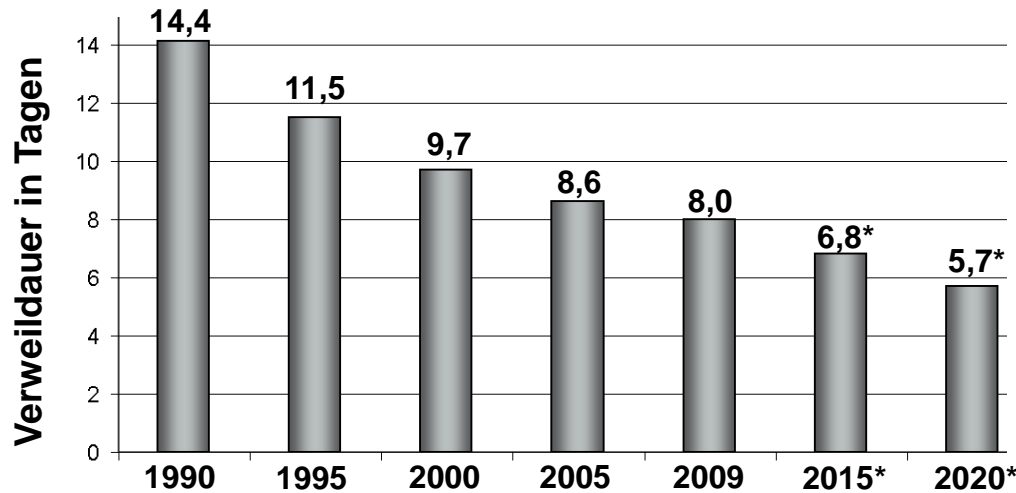
Bei gleichzeitigem demografischen Wandel der Ärzteschaft und der Bevölkerung **muss zusätzlich** noch die **Versorgung** räumlich **gesteuert** werden.

1. Ungleiche Verteilung der Ärzte

b) räumlich: Verteilung der Bevölkerung und der Vertragsärzte auf die Stadt- und Gemeindetypen



2. Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor

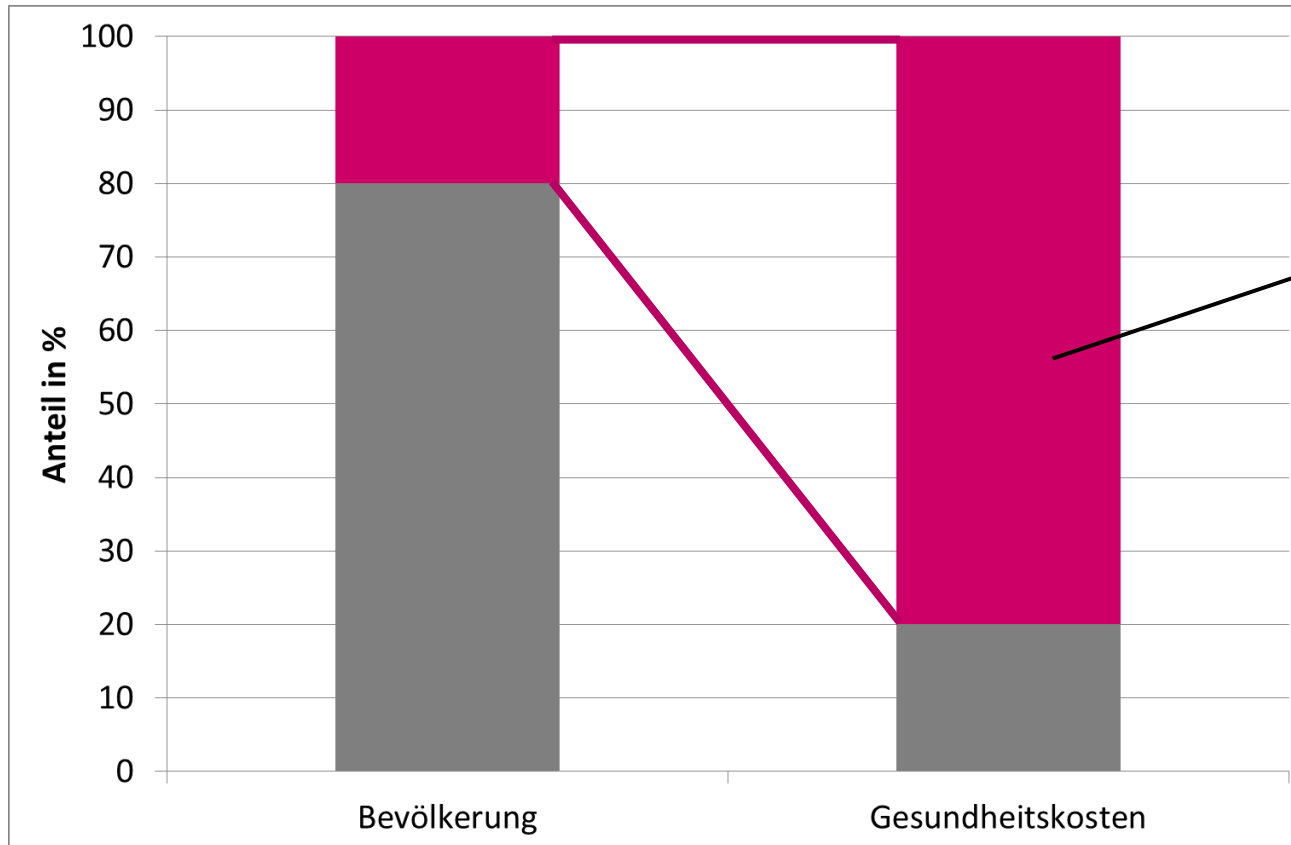


Entwicklung der Verweildauer im Krankenhaus in Deutschland;

Quellen: Destatis.de; * Schätzungen basierend auf Ernst & Young, 2005

- Stationäre Aufenthalte werden kürzer.
- Patienten sind länger und intensiver ambulant behandlungsbedürftig.
- Aber: Geld folgt nicht der Leistung.

3. Finanzierung



Wenige Patienten beanspruchen den Großteil der verfügbaren Ressourcen. Medizinischer Fortschritt vergrößert dieses Gefälle.

Faustformel:

80% der Gesundheitskosten werden durch 20% der Bevölkerung verursacht.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird dieser Anteil langfristig wachsen.

3. Finanzierung

Grundproblem:

Ungebremste Nachfrage stößt auf begrenzte Finanzmittel

- demografische Entwicklung führt zu steigender Nachfrage
- finanzielle Deckelung bleibt bestehen
- Einnahmehasis der GKV langfristig nicht ausreichend
- bislang keine oder zu wenig Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens (Bsp. Praxisgebühr)
- mehr Eigenverantwortung der Versicherten (etwa auch i. S. einer prozentualen Eigenbeteiligung) politisch zurzeit nicht gewünscht

4. Geänderte Ansprüche an den Arztberuf

Berufsmonitoring Medizinstudierende der KBV (2010)

Befragung von 12.500 Medizinstudierenden:

- Vereinbarkeit von **Familie und Beruf** ist wichtig: 96% Zustimmung
- Kinderwunsch: 89%
- **Arbeitszeit** selbst einteilen: 76%
- Teilzeit: 61%

64 % der Medizinstudierenden sind weiblich. Aber: Erwartungen u. Bedürfnisse der Männer gleichen sich an.

4. Geänderte Ansprüche an den Arztberuf

Berufsmonitoring Medizinstudierende der KBV (2010)

Niederlassung: Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis?

- Einzelpraxis: 4%
- Gemeinschaftspraxis: 40%
- beide Optionen: 56%
- nicht attraktiv: hausärztliche Tätigkeit, Landgemeinden

Gründe gegen Niederlassung: Top 4

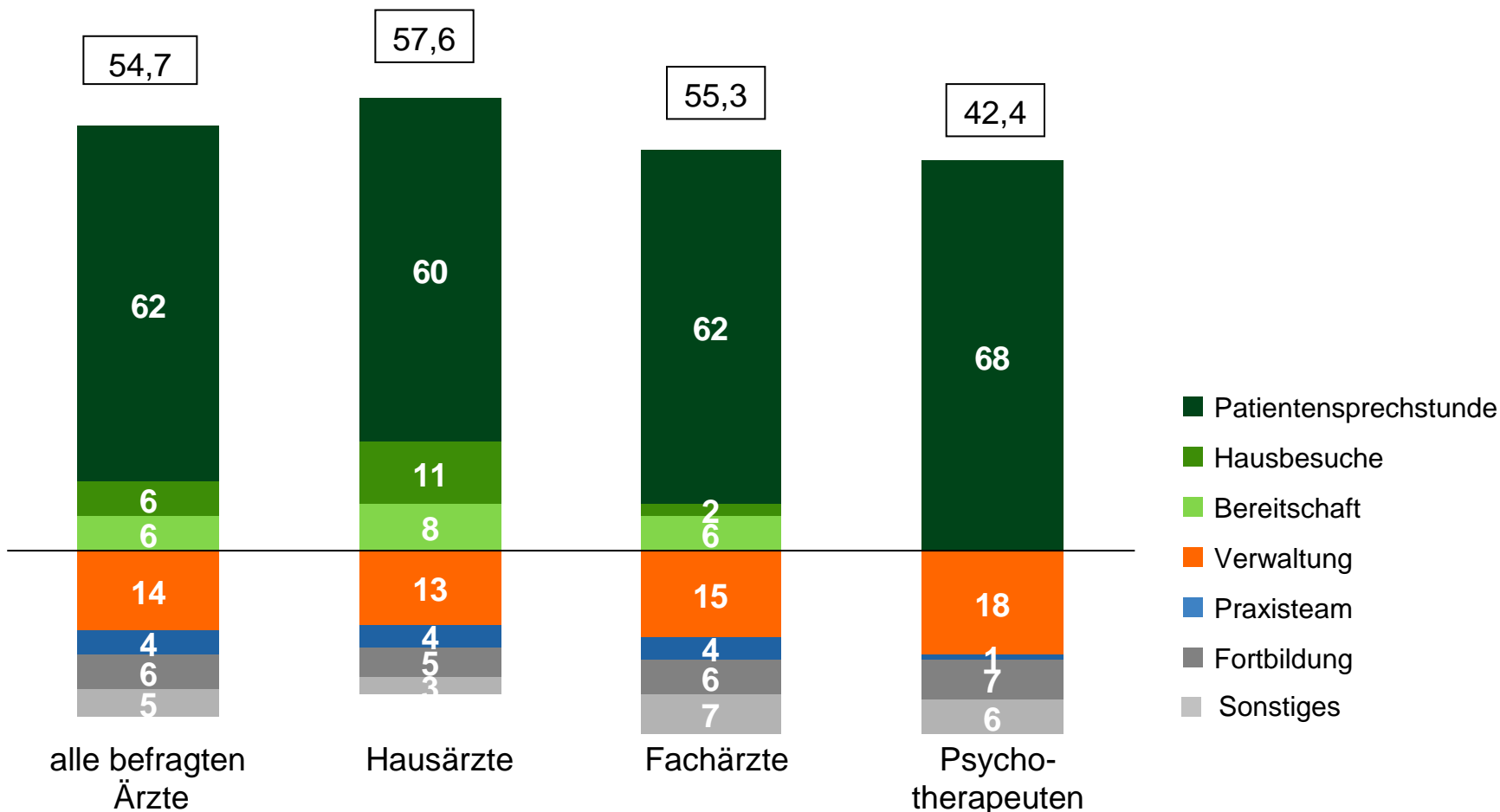
- hohes finanzielles Risiko: 63%
- hohes Maß an Bürokratie: 58%
- unangemessene Honorierung: 53%
- drohende Regressforderungen von Krankenkassen: 50%

4. Geänderte Ansprüche an den Arztberuf

ÄRZTEMONITOR der KBV, des NAV-Virchow-Bundes und der Brendan-Schmittmann-Stiftung (2012), infas-Befragung von netto 10.863 ambulant tätigen Ärzten und PT

Wochenarbeitszeit in Stunden: Verwaltung ist der zweithöchste Posten!

Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, Auswertung für vorab definierte Kategorien



4. Geänderte Ansprüche an den Arztberuf



Verwaltungsarbeit: deutlicher Zusammenhang mit Zufriedenheit und Belastung

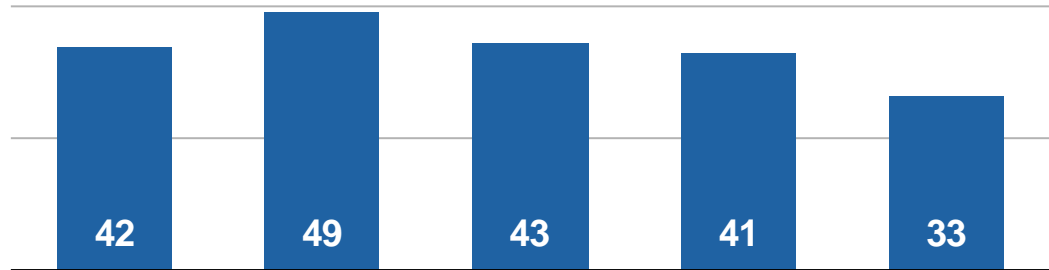
Angaben in Prozent

im Durchschnitt: Ärzte mit geringem Verwaltungsaufwand Ärzte mit hohem Verwaltungsaufwand

←-----→

+7 +1 -1 -9

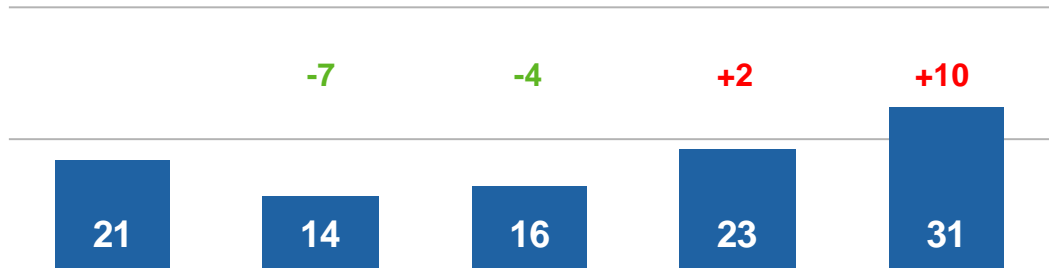
„Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden“
(Anteil: volle Zustimmung)



Einkommenszufriedenheit
(Anteil: sehr zufrieden)



„Am Ende eines Arbeitstages
bin ich völlig erledigt“
(Anteil: volle Zustimmung)



50

4. Geänderte Ansprüche an den Arztberuf



Kurzzusammenfassung der Ergebnisse:

- hohes Arbeitsethos: 81% sehen ihren Beruf als „Berufung“
- überdurchschnittliche Arbeitszufriedenheit (90%)
- Zufriedenheit mit Einkommen (56%) u. wirtschaftlicher Situation der Praxis (59%)
- durchschnittliche Patientenzahl aller Ärzte am Tag: 42 (HA: 53, FA: 41, PT: 7)

ABER:

- Verwaltungsarbeit nimmt nach den Patientensprechstunden die meiste Zeit in Anspruch!
- 57% sagen, dass ihnen für Behandlung der Patienten nicht ausreichend Zeit bleibt!
- Durchschnittlich 14% seiner Wochenarbeitszeit verbringt ein Arzt mit Verwaltung.
- Mehrheit sieht Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben als nicht gegeben.

Agenda

1

Allgemeine Trends

2

Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

3

Wirkung von Reformen

4

Fazit und Ausblick

Wirkung von Reformen: Beispiel Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007)

Ziele des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG):

- Liberalisierung und Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung
 - Zweigpraxen
 - Berufsausübungsgemeinschaften
 - Anstellung
 - Teilzulassung
 - Lockerung der Altersgrenzen
- mehr Möglichkeiten der Kooperation
- bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Vorbeugung gegen Ärztemangel

Wirkung von Reformen: Beispiel Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007)

Vertragsärzte (ohne Jobsharing-Juniorpartner) mit mind. einer Zweigpraxis

Vertragsärzte gesamt	davon mit Zweigpraxis	Anteil in %
120.153	5.296	4,4

Top 5 Arztgruppen	Vertragsärzte gesamt	Vertragsärzte mit Zweigpraxis	Anteil in % an den Ärzten mit Zweigpraxis	Anteil in % an der Arztgruppe
Allgemeinmediziner	33.100	1.276	24,2	3,9
Internisten	19.492	1.132	21,5	5,8
Radiologen	3.043	348	6,6	11,4
Frauenärzte	9.753	335	6,4	3,4
Augenärzte	5.091	332	6,3	6,5

Wirkung von Reformen: Beispiel Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007)

Anzahl der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften

Ärzte	Praxen	Anteil an allen Ärzten in %
5.771	1.449	4,8

Anzahl der Teil-Berufsausübungsgemeinschaften

Ärzte	Praxen	Anteil an allen Ärzten in %
408	106	0,3

Anzahl der Ärzte mit halber Zulassung

Vertragsärzte gesamt	davon mit halber Zulassung	Anteil in %	davon	
			weiblich	männlich
120.153	1.813	1,5	1,9	1,3

Wirkung von Reformen: Beispiel Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007)

In freier Praxis und Einrichtungen angestellte Ärzte unter Berücksichtigung des Geschlechts

Jahr	gesamt	weiblich	in %	männlich	in %
2006	3.704	2.391	64,6	1.313	35,4
2007	5.623	3.234	57,5	2.389	42,5
2008	8.563	4.788	55,9	3.775	44,1
2009	11.786	6.334	53,7	5.452	46,3
2010	14.170	7.491	52,9	6.679	47,1

Wirkung von Reformen: Beispiel Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007)

Fazit:

- Instrumente zur Flexibilisierung werden nur zurückhaltend genutzt.
- Einzige Änderung, die sehr gut angenommen wird: Anstellung (Zahlen innerhalb von vier Jahren fast vervierfacht)
- Aufhebung der Altersgrenzen werden vor allem von älteren Ärzten genutzt, Folge: weiter steigendes Durchschnittsalter

Wirkung von Reformen: Beispiel Versorgungsstrukturgesetz (2012)

Erstes „umfassendes“ Reformgesetz seit Langem:

- Maßnahmen gegen den Ärztemangel (Reform der Bedarfsplanung und Steigerung der Attraktivität des Arztberufes)
- Vergütung: Re-Regionalisierung, KVen erhalten mehr Kompetenzen
- Ambulanten spezialfachärztliche Versorgung als neuer, *sektorenverbindender* Bereich
- Abbau des Regressrisikos, Langfristverordnung Heilmittel
- ...

ABER: Wirkung noch nicht absehbar, Umsetzung wichtiger Bereiche teilweise erst ab 2013, viele Details noch unklar.

Agenda

1

Allgemeine Trends

2

Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

3

Wirkung von Reformen

4

Fazit und Ausblick

Fazit und Ausblick

- Herausforderungen im Gesundheitswesen sind grundlegender, struktureller Natur
- Finanzierungsproblematik nicht langfristig lösbar
- Deshalb: Es gibt nicht DIE Reform, ständiges Nachjustieren bleibt erforderlich („Dauerbaustellen“)
- Ärzteseite: Verbesserung der Rahmenbedingungen der individuellen Berufsausübung dringend erforderlich (Bürokratieabbau!)
- Einnahmenseite: stärkere Eigenverantwortung der Versicherten (auch finanziell, wo leistbar) und Verbreiterung der Einnahmebasis nötig
- Ausgabenseite: bessere Steuerung, ggf. über Reform des Leistungskatalogs (z. B. Grund- und Wahlleistungen)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit