



Industrie- und Handelskammer  
Schwarzwald-Baar-Heuberg



# Ärztliche Gesundheitsversorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg

Aktuelle Situation, Prognosen und Handlungsempfehlungen



## Inhaltsverzeichnis

Impressum .....	4
Gemeinsam für die Region .....	5
Abstract .....	6
1. Einführung in die Thematik .....	8
1.1 Definition und Grundparameter der medizinischen Versorgung .....	8
1.2 Bevölkerungsentwicklung und Prognosemethodik .....	11
2. Aktuelle medizinische Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg .....	12
2.1 Basismedinische Versorgung .....	12
2.1.1 Gemeinden im Landkreis Rottweil .....	14
2.1.2 Gemeinden im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis.....	14
2.1.3 Gemeinden im Landkreis Tuttlingen .....	17
2.2 Fachärztliche Versorgung .....	17
2.2.1 Allgemein fachärztliche Versorgung auf Landkreisebene .....	18
2.2.2 Spezialisierte fachärztliche Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg .....	18
2.2.3 Krankenhäuser und Kliniken .....	19
2.3 Haus- und fachärztliche Versorgung in Schwarzwald-Baar-Heuberg im Überblick .....	19
2.4 Beispielhafte Gesundheitsnetze und Initiativen .....	22
3. Bevölkerungsvorausrechnung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg .....	24
4. Prognosen haus- und fachärztlicher Versorgung .....	29
4.1 Arztbedarf zur Bestandssicherung .....	29
4.1.1 Gemeinden im Landkreis Rottweil .....	29
4.1.2 Gemeinden im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis .....	31
4.1.3 Gemeinden im Landkreis Tuttlingen .....	32
4.2 Arztbedarf 2025 und 2035 .....	32
4.2.1 Landkreis Rottweil .....	33
4.2.2 Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis .....	33
4.2.3 Landkreis Tuttlingen .....	33
4.3 Hausarztbedarf zur Bestandssicherung in Schwarzwald-Baar-Heuberg im Überblick .....	37
5. Handlungsempfehlungen .....	38
6. Tabellenverzeichnis .....	40
7. Abbildungsverzeichnis .....	41
8. Glossar .....	41
9. Literatur- und Quellenverzeichnis .....	43

# Impressum

## Herausgeber

Industrie- und Handelskammer  
Schwarzwald-Baar-Heuberg  
Standortpolitik

Romäusring 4  
78050 Villingen-Schwenningen

## IHK-Projektleitung

Anne Lena Spreitzer  
Tel.: +49 7721 922-156  
Fax: +49 7721 922-9156  
spreitzer@vs.ihk.de

## Ihre Ansprechpartner

Gabriele Dostal  
(Projektleitung)

Richard J.H. Dostal  
(Bearbeitung)

dostal & partner management-beratung gmbh  
Bahnhofstraße 5  
84137 Vilsbiburg  
Deutschland

Tel.: +49 8741 96 78 90  
Fax: +49 8741 96 78 929  
g.dostal@dostal-partner.de

## Stand statistisches Datenmaterial: Januar 2016

© dostal & partner management-beratung gmbh

Der Auftraggeber kann die vorliegende Unterlage für Druck und Verbreitung innerhalb seiner Organisation verwenden; jegliche – vor allem gewerbliche – Nutzung darüber hinaus ist nicht gestattet.

Diese Entwurfsvorlagen und Ausarbeitungen usw. fallen unter § 2, Abs. 2 sowie § 31, Abs. 2 des Gesetzes zum Schutze der Urheberrechte. Sie sind dem Auftraggeber nur zum eigenen Gebrauch für die vorliegende Aufgabe anvertraut. Weitergabe, Vervielfältigungen und Ähnliches, auch auszugsweise, sind nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung des Verfassers gestattet. Sämtliche Rechte, vor allem Nutzungs- und Urheberrechte, verbleiben bei der dostal & partner management-beratung gmbh.

## Gemeinsam für die Region



Dieter Teufel  
Präsident  
IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg



Thomas Albiez  
Hauptgeschäftsführer  
IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg



Dr. Wolf-Rüdiger Michel  
Landrat  
Landkreis Rottweil



Sven Hinterseh  
Landrat  
Schwarzwald-Baar-Kreis



Stefan Bär  
Landrat  
Landkreis Tuttlingen

## Abstract

- Die IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg trägt im Rahmen ihrer Standortpolitik eine zentrale Mitverantwortung für die regionale Entwicklung. Die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg befindet sich derzeit in vielen Bereichen im Umbruch. Dies trifft auch für die ärztliche Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu. Die von der IKH gemeinsam mit den Landkreisen Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis und Tuttlingen in Auftrag gegebene Studie soll als Grundlage für die Sicherung der zukünftigen ärztlichen Versorgung dienen.
- Die vorliegende Studie stellt nach einer Einführung in die Thematik die aktuelle medizinische Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg dar. Auf Basis der aktuellen Bevölkerungsvorausrechnung vom Dezember 2015 wird diese bis zum Jahr 2035 weitergeschrieben. Vor diesem Hintergrund und erster bereits vorhandener Gesundheitsnetzwerke und Initiativen werden Handlungsempfehlungen für das weitere gemeinsame Vorgehen entwickelt.
- Durch die historisch gewachsene Reglementierung und durch die Selbstverwaltung geschaffenen und sich immer wieder im Detail verändernden Parameter sind die Regularien in der Regel kaum mehr durch einzelne Akteure bzw. auch Mandatsträger zu durchschauen. Die folgende Darstellung versucht hier die notwendige Transparenz sicherzustellen.
- Dazu wurde insbesondere der seit Jahrzehnten hochgradig reglementierte Bereich der ambulanten haus- und fachärztlichen *Versorgung der Bevölkerung* untersucht. Diese Rahmenbedingungen sind durch einzelne regionale Akteure nur schwer beeinflussbar.<sup>1</sup> Hierzu gehören vor allem:
  - die festgelegten Verhältniszahlen Einwohner/Arztstz pro Arztgruppe und deren regionale Anpassung,
  - die für die kassenärztliche Bedarfsplanung festgelegten *Sperrgrenzen* von 110 bzw. 140 Prozent und
  - die Methodik der Bevölkerungsvorausrechnung und Häufigkeit der Vorausrechnung.
- Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass im untersuchten Gebiet Schwarzwald-Baar-Heuberg keine Region existiert, in der die aktuelle haus- und fachärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Jede Gemeinde mit statistischer „Unterversorgung“ grenzt mindestens an eine Gemeinde mit „Voll- bzw. Überversorgung“ (Abbildung 1). Insoweit „funktionieren“ aktuell die Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung für die IST-Bedarfe.

<sup>1</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2013

- In vier von fünf *Mittelbereichen* (Ausnahme Schramberg) stellt jedoch der altersbedingte Rückzug von Ärzten für die Bestandssicherung der nächsten zehn Jahre eine mehr oder weniger große Herausforderung dar. Besonders betroffen ist der Mittelbereich Rottweil mit der aktuell niedrigsten Arztdichte. Aber auch im Landkreis Tuttlingen steht erkennbar jeder zweite Hausarztsitz zur Disposition, im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis in etwa zwei von fünf Hausarztsitzen.
- Auf Basis der insgesamt bis dato stagnierenden Bevölkerungsentwicklung, die mit der Hauptvariante der Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes per 10.12.2015 fortgeschrieben wird, sind von 2025 bis 2035 außer der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte kaum zusätzliche Herausforderungen zu erkennen. Dies stellt sich jedoch deutlich anders dar, wenn für die Mittelbereiche die ansteigenden Flüchtlingszahlen berücksichtigt werden. Dies geschieht mit Hilfe der „Oberen Variante“ der Bevölkerungsvorausrechnung.
- Nimmt man beide Faktoren (Altersstruktur und Zuwanderung) für 2035 zusammen, ist die medizinische Versorgung massiv gefährdet. Um diese erkennbare Versorgungslücke schließen zu können, muss in den nächsten Jahren gehandelt werden.
- Internationale Gremien (z. B. WHO<sup>2</sup>), namhafte Experten (z. B. Kickbusch<sup>3</sup>) und erste beispielhafte Initiativen vor Ort zeigen, dass für eine zukünftige wohnortnahe Sicherstellung der haus- und allgemein-einfachärztlichen Versorgung der ausschließliche Blick auf das Gesundheitswesen (Versorgungssystem für Krankheiten) nicht mehr ausreicht. Dies rückt insbesondere alle Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Prävention neu in den Fokus, um bereits im Vorfeld den Druck von einer übermäßigen Inanspruchnahme des ärztlichen Versorgungssystems zu nehmen.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Vgl. WHO, Beijing Declaration 2008

<sup>3</sup> Vgl. Kickbusch, I., Hartung, S., 2014

<sup>4</sup> Vgl. Dostal, A., Dostal, G., 2015, S. 239ff.

# 1. Einführung in die Thematik

Gerade in ländlichen Regionen in Deutschland wird auf Basis bisheriger Regularien für die nahe Zukunft bereits vielerorts eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung vorhergesagt. Dies betrifft insbesondere den Hausarztsektor, aber auch im fachärztlichen Bereich ist für einige Regionen eine drohende Unterversorgung zu erkennen. „Der demografische Wandel sorgt im Jahr 2023 trotz einer insgesamt kleiner werdenden Bevölkerung [...] für einen geringfügig erhöhten Bedarf an hausärztlicher Versorgung von 0,6 Hausärzten [Anm.: in Deutschland]. Deutlich stärker fällt hingegen das voraussichtliche altersbedingte Ausscheiden von bis zu 32 Hausärzten (37%) ins Gewicht“.<sup>5</sup> Dieser hohen Zahl an altersbedingten Praxisaufgaben stehen deutlich weniger junge Ärzte gegenüber. Diese drängen zudem eher in die Städte, da hier auch die Chancen auf eine angestellte Tätigkeit bzw. eine Teilzeittätigkeit höher sind. Inwieweit die von den *Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)* angebotenen finanziellen Förderungen für Praxisübernahmen oder –neugründungen im ländlichen Raum ausreichende positive Effekte liefern, ist abzuwarten.

Die vorliegende Studie soll für die drei Landkreise Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis und

Tuttlingen eine fundierte Entscheidungsbasis für die künftige Entwicklung der regionalen medizinischen Gesundheitsversorgung liefern. Sie konzentriert sich dabei auf die medizinische (Daseins-)Versorgung (*Gesundheitswesen*), die staatlicherseits über das Sozialgesetzbuch (SGB) definiert, reguliert und geplant wird und deren Finanzierung überwiegend über die *Kostenträger* erfolgt. Der seit langem stetig wachsende und überwiegend privat finanzierte sogenannte *Zweite Gesundheitsmarkt* steht nicht im Mittelpunkt der Darstellung. Dies gilt auch für bereits erkennbare innovative Lösungen aus anderen Politikfeldern, die teilweise massiv auf die Gesundheitsversorgung und deren Logistik einwirken. Zu erwähnen sind hier: niederschwellige (ÖPNV-)Mobilität, Telemedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement und das Aufgreifen traditionellen Gesundheitswissens wie z. B. die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).<sup>6</sup> Das Gesundheitswesen wird nach Einschätzung namhafter Experten immer mehr zum Nebenschauplatz.<sup>7</sup>

## 1.1 Definitionen und Grundparameter der medizinischen Versorgung

Nahezu das wichtigste Instrument für die Steuerung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist die kassenärztliche Bedarfsplanung. Diese legt seit 1977 fest,

<sup>5</sup> Stock, C. et al., 2015, S. 939ff.

<sup>6</sup> Vgl. WHO, Beijing Declaration 2008

<sup>7</sup> Vgl. Kickbusch, I., 2014, S. 20, 25, 54, 151

wie viele *Kassenärzte*<sup>8</sup> je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen. „Nach den damaligen Bedarfsplanungs-Richtlinien wurde zum jeweiligen Stichtag die Zahl der Einwohner der Bundesrepublik Deutschland durch die Zahl der Vertragsärzte dividiert und so die Verhältniszahl, folglich die auf das ganze Bundesgebiet bezogene durchschnittliche Einwohnerzahl je Arztgruppe, ermittelt. Die Verhältniszahlen spiegelten lediglich die durchschnittliche Versorgungsdichte im Bundesgebiet wider – unabhängig davon, ob in einer Fachgruppe zu wenig oder zu viele Ärzte vorhanden waren. Es handelte sich also weniger um die Planung eines ‚Bedarfs‘ als vielmehr um die Verteilung der Ärzte.“<sup>9</sup>

„Die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung der Bevölkerung liegt in den Händen der Selbstverwaltung. In § 99 SGB V heißt es zur Bedarfsplanung Ärzte: Die *Kassenärztlichen Vereinigungen* haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom *Gemeinsamen Bundesausschuss* erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und

jeweils der Entwicklung anzupassen. Kassen und Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen sind damit letztlich gemeinsam für die Bedarfsplanung zuständig. Dabei müssen sie sich an Richtlinien orientieren, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erarbeitet und erlässt. Diese Richtlinien bedürfen zu ihrem Wirksamwerden der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.“<sup>10</sup>

Die bis dato gültige Richtlinie zur Planung des kassenärztlichen Bedarfs „stammte aus dem Jahr 1993, aus einer Zeit der Ärzteschwemme. Sie verfolgte daher vor allem das Ziel, die Zahl der Niederlassungen zu begrenzen. Ihre Instrumente waren sehr starr und nicht ausreichend geeignet, auf den lokalen Bedarf der Menschen nach Ärzten in ihrer nahen Umgebung zu reagieren. Die alte Bedarfsplanung nahm auch kaum Rücksicht auf das Bedürfnis der Versicherten, den Hausarzt schneller erreichen zu können als zum Beispiel den Radiologen. Die Soll-Zahlen von Ärzten im Verhältnis zur Einwohnerzahl waren für alle Fachgruppen je Kreis beziehungsweise der kreisfreien Stadt festgelegt.“<sup>11</sup>

Der G-BA passte daher die aktuelle Richtlinie zur Bedarfsplanung der Ärzte zum 1. Januar 2013 entsprechend an. Die Bedarfsplanung ori-

<sup>8</sup> Zur leichteren Lesbarkeit wird – wie auch in den Dokumenten zur Bedarfsplanung – jeweils von Arzt und Ärzten gesprochen, selbstverständlich sind damit auch Ärztin und Ärztinnen gemeint.

<sup>9</sup> [https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/versorgungssituation/,Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg \(KVBW\)](https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/versorgungssituation/,Kassenärztliche_Vereinigung_Baden-Wuerttemberg_(KVBW)), Abruf 25.1.2016

<sup>10</sup> <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/bedarfsplanung/bedarfsplanung.htm>, Abruf 24.1.2016

<sup>11</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/Bedarfsplanung\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Bedarfsplanung_broschuere_web.pdf), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), S. 2, Abruf 25.1.2016

entiert sich seitdem an vier Versorgungsebenen:

1. Hausärztliche Versorgung (Fachärzte für Allgemeinmedizin, *Praktische Ärzte*)
2. Allgemeine fachärztliche Versorgung (Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Kinderärzte, Chirurgen, Hautärzte, HNO-Ärzte, *Nervenärzte*, Orthopäden, Urologen)
3. Spezialisierte fachärztliche Versorgung (Anästhesisten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen) und
4. Gesonderte fachärztliche Versorgung (Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner).<sup>12</sup>

Für jede diese Versorgungsebenen wird eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl festgelegt.

Zu 1. Für die **Hausärzte** wurde dabei auf die bundesweit 883 definierten *Mittelbereiche* des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zurückgegriffen. Es gilt die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1.671 Einwohner. Diese kann in ge-

ringem Umfang an die regionalen Besonderheiten angepasst werden.

Zu 2. Für die **allgemeine fachärztliche** Versorgungsebene wurden fünf Kreistypen definiert, die auf dem Umfang der Mitversorgung des Umlandes basieren. Diese wird für Großstädte stärker in die Berechnungen einbezogen als für ländliche Kreisstädte.

Zu 3. Für die **spezialisierte fachärztliche** Versorgung bestehen bundesweit 96 Planungsregionen. Hier wird auf die Sollzahlen der bisherigen Versorgung zurückgegriffen. Neu hinzukommen die, bisher in der Bedarfsplanung nicht gesondert berücksichtigten Kinder- und Jugendpsychiater.

Zu 4. Die **gesonderte fachärztliche** Versorgung wurde neu in die Bedarfsplanung aufgenommen. Sie wird aufgrund des bundesweiten Planungsansatzes im Folgenden nicht weiter berücksichtigt.

Neu einbezogen in die Versorgungsplanung wurden außerdem die folgenden vier Aspekte:

- Demographiefaktor
- Berücksichtigung von *ermächtigten Ärzten* und Psychotherapeuten bei der Berechnung des Versorgungsgrades
- Abweichung aufgrund *regionaler Besonderheiten* wie z. B. Demographie, Morbidität, sozioökonomische Faktoren

<sup>12</sup> <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/>, Gemeinsamer Bundesausschuss, Abruf 24.1.2016

- *Sonderbedarfszulassungen* z. B. aufgrund einer ungleichen regionalen Verteilung der Ärzte innerhalb eines Planungsbereichs, der rein rechnerisch als ausreichend versorgt gilt.<sup>13</sup>

Eine regionale medizinische Über- bzw. Unterversorgung kann nur in Relation zur jeweiligen Bevölkerung und der bereits angesprochenen Verhältniszahl (z. B. 1.671 Einwohner pro Hausarzt) festgestellt werden. Ist das tatsächliche rechnerische Verhältnis Hausarzt zu Einwohnern niedriger als 1.671 wird der Planungsbereich gesperrt, da mehr Hausärzte als im Bedarfsplan definiert zur Verfügung stehen. Der Zuzug eines neuen Kassenarztes aus der betroffenen Arztgruppe in diesen Bereich wird nicht genehmigt. Reine *Privatärzte* fallen nicht unter diese Regelung.

Die Regelungen für die zahnärztliche Versorgung sind deutlich offener. Auch hier werden von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) für Versorgungsbereiche *Bedarfspläne* aufgestellt. Diese Versorgungsbereiche basieren auf den Regierungsbezirken (hier: Regierungsbezirk Freiburg) und stimmen damit nicht mit denen der kassenärztlichen Versorgung überein. Gesetzliche Zulassungsbeschränkungen in Folge einer festgestellten Überversorgung –

wie im kassenärztlichen Bereich – gibt es für den zahnärztlichen Bereich nicht. Auf eine Darstellung der Planzahlen wird aus diesen Gründen verzichtet.

## 1.2 Bevölkerungsentwicklung und Prognosemethodik

Für die vorliegende Studie wurde auf die Zahlen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zurückgegriffen. Die aktuellen Bevölkerungszahlen basieren dabei auf dem Zensus vom 9.5.2011. Die Daten der Bevölkerungsvorausrechnung stehen auf Gemeindebasis von 2015 bis 2035 zur Verfügung. Zur gesamten Methodik der Bevölkerungsvorausrechnung sei dabei auf die Seite des Statistischen Landesamtes verwiesen.<sup>14</sup>

Aus aktuellem Anlass muss hier jedoch der Einbezug der Zuwanderung aus der EU und der Flüchtlingsströme kurz beschrieben. Dabei geht das Statistische Landesamt Baden-Württemberg von einem baldigen Sinken des hohen Zuwanderungsniveaus von 2015 aus. „Für diese Annahme spricht zum einen, dass nach rund zwei Jahrzehnten mit zum Teil hohen Wanderungsgewinnen (Anm.: von BaWü) gegenüber dem übrigen Bundesgebiet (Anm.: Binnenwanderung) diese Quelle praktisch völlig versiegt ist, und zum anderen, dass aus den europäischen Hauptherkunftsgebieten die besonders

<sup>13</sup> Weitere Informationen hierzu auch unter KBV, Die neue Bedarfsplanung Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten, November 2013 sowie „Durchbruch: Sektorübergreifender Landesbeirat beschließt flexiblere hausärztliche Bedarfsplanung“, Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 4.12.2015

<sup>14</sup> <http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/Methode.jsp>, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Abruf 12.2.2016

»wanderungsaktive« junge Bevölkerung aufgrund der Altersstruktur zahlenmäßig zurückgehen wird.

Besonders schwierig ist eine Einschätzung, wie sich künftig die Zahl der Flüchtlinge entwickeln wird und welcher Anteil später wieder in ihre Heimatländer zurückkehren könnte. Angesichts der politischen Diskussion im Herbst 2015 wurde unterstellt, dass im Jahr 2016 nicht mehr ganz so viele Flüchtlinge nach Baden-Württemberg kommen wie 2015. Mittelfristig wird auch ein deutlicher Rückzug in die Herkunftsländer erwartet. Tempo und Ausmaß dieses Rückgangs sind allerdings insbesondere aufgrund der weiteren Entwicklung des Zustroms an Flüchtlingen ungewiss.

Aus diesem Grund wurde mit unterschiedlichen Annahmen gerechnet: In der Hauptvariante wurde für den gesamten Voraussrechnungszeitraum (2015 bis 2060) ein positiver Saldo von 1,26 Millionen Personen unterstellt, in der Unteren Variante von ca. 0,96 Millionen und in der so genannten Oberen Variante von 1,95 Millionen Personen. Für das Jahr 2015 beginnt die Hauptvariante mit einem positiven Wanderungssaldo von rund 125 000, die obere Variante bei 140 000 und die untere Variante bei 110 000 Personen Wanderungsgewinn. Alle drei Varianten wurden bis zum Jahr 2035 auf Gemeindebasis prognostiziert. Unterstellt ist, dass der Spitzenwert von 2015 mit unterschiedlicher Dynamik zurückgeht. Bei Städten

und Gemeinden mit Landeserstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (LEA) kann es durch die hohe Zahl an Zu- und Fortzügen zu verfahrensbedingten Schwankungen in der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung und der Ermittlung der amtlichen Einwohnerzahl kommen.<sup>15</sup>

Gleichzeitig ist anzumerken, dass die Bevölkerungsvorausrechnung natürlich nur auf die Zahlen von registrierten Flüchtlingen zurückgreifen kann. Die gerade in 2015 berichtete hohe Anzahl an nicht registrierten, aber trotzdem in den Flüchtlingseinrichtungen lebenden und medizinisch zu versorgenden Personen, ist nicht einbezogen.

## 2. Aktuelle medizinische Versorgung

### 2.1 Basismedinizinische Versorgung

Unter dem Begriff basismedinizinische Versorgung werden die hausärztliche Versorgung mit den Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH), die zahnärztliche Versorgung, Hebammen und Apotheken zusammengefasst. Wie in Kapitel 1.1 beschrieben, fokussiert die Darstellung aufgrund der Niederlassungsfreiheit der Zahnärzte vor allem die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung.

<sup>15</sup> <http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/Methode.jsp>, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Abruf 12.2.2016

Gemeinden im LK Rottweil	Haus-ärzte	Einw. 2015 <sup>a</sup>	Einw./Arzt IST	Einw./Arztsitz PLAN <sup>b</sup>	VERAH <sup>c</sup>	Zahn-ärzte / KfO	Hebam-men <sup>d</sup>	Apothe-ken <sup>e</sup>
<b>Mittelbereich Schramberg</b>								
Aichhalden	1,75	3.930	2.246	1.651		1	-	1
Dunningen	4	5.986	1.497	1.651		2	1	1
Hardt	1,75	2.489	1.422	1.651		1	-	1
Lauterbach	2	2.886	1.443	1.651		1	-	1
Schenkenzell	0,5	1.738	*	1.651		1	-	1
Schiltach	3	3.736	1.245	1.651		2	-	1
Schramberg	17	20.553	1.209	1.651		12	1	7
Eschbronn	3,25	2.025	623	1.651		-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>33,25</b>	<b>43.343</b>	<b>1.304</b>	<b>1.651</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>13</b>
Versorgungsgrad	120,7%							
<b>Mittelbereich Rottweil</b>								
Böisingen	1	3.316	3.316	1.681		1	-	-
Deißlingen	4	5.986	1.497	1.681		1	-	2
Dietingen	1	4.026	4.026	1.681		1	-	-
Dornhan	1	5.886	5.886	1.681		3	1	1
Epfendorf	2	3.254	1.627	1.681		1	-	-
Fluorn-Winzeln	-	3.048	-	1.681		2	-	1
Oberndorf a. N.	10	13.612	1.361	1.681		12	3	4
Rottweil	16	24.645	1.540	1.681		30	3	7
Sulz a. N.	7	12.005	1.715	1.681		4	1	2
Villingendorf	1,75	3.229	1.845	1.681			2	1
Vöhringen	4	4.343	1.086	1.681		2	1	1
Wellendingen	3	3.064	1.021	1.681		1	1	-
Zimmern o. R.	2,5	5.987	2.395	1.681		2	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>53,25</b>	<b>92.401</b>	<b>1.735</b>	<b>1.681</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>20</b>
Versorgungsgrad	90,8%							
<b>LK Rottweil</b>	<b>86,5 Ärzte</b>	<b>135.744</b>	<b>1.569</b>	<b>85 Arztsitze</b>	<b>43</b>	<b>80</b>	<b>14</b>	<b>33</b>
Davon > 60 J.	33					16		

<sup>a</sup> Die Vorausrechnung der Einwohnerzahl 2015 basiert auf dem Jahr 2014 gem. Zensus 2011.

<sup>b</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>c</sup> Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, nur auf Mittelbereichsebene verfügbar

<sup>d</sup> Eigene Recherchen

<sup>e</sup> <http://www.apotheken-in-deutschland.de>, Abruf Februar 2016

\* Nicht auswertbar

Quelle: KVBW 2015, KZBV 2015, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Recherchen (Stand Febr. 2016)

**Tabelle 1: Basismedizinische Versorgung in den Gemeinden des Landkreises Rottweil**

### 2.1.1 Gemeinden im Landkreis Rottweil

Der Landkreis Rottweil wurde für die Bedarfsplanung der Hausärzte in die beiden *Mittelbereiche* Schramberg und Rottweil unterteilt (Tabelle 1). Die planerische Verhältniszahl (Spalte 5, Einw./Arzt PLAN) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) für die hausärztliche Versorgung im Mittelbereich Schramberg liegt bei 1.651, für den Mittelbereich Rottweil mit 1.681 etwas höher.

Im Mittelbereich Schramberg stechen die beiden Gemeinden Aichhalden und Schenkenzell mit einer statistischen Unterversorgung hervor. Bei allen anderen Gemeinden liegen die IST-Verhältniszahlen (Spalte 4, Einw./ Arzt IST) jedoch deutlich über der angepassten Planzahl Einwohner/Arzt (Spalte 5). Dies spiegelt sich auch im Versorgungsgrad wider, der bei Hausärzten bei insgesamt 120,7 Prozent liegt. Der Mittelbereich Schramberg ist damit durch die KVBW „gesperrt“. Es dürfen sich vorerst keine neuen Hausärzte niederlassen. Die Übernahme von Hausarztpraxen bei altersbedingter Praxisaufgabe ist aber (bis zu einer Überversorgung von 140 Prozent) normalerweise möglich. Im Mittelbereich Rottweil liegt die hausärztliche Versorgung bei 90,8 Prozent des Bedarfsplans. Hier wären aktuell elf zusätzliche Hausarztsitze bis zur Sperrgrenze von 110 Prozent möglich.

Insgesamt konnten im Landkreis Rottweil 86,5 Hausärzte identifiziert werden.<sup>16</sup> Rund 33 davon werden in den nächsten zehn Jahren ihre Praxis altersbedingt aufgeben. Von den 80 Zahnärzten im Landkreis Rottweil werden sich 16 Zahnärzte altersbedingt zurückziehen.

### 2.1.2 Gemeinden im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis

Die Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis ist ebenfalls in zwei Mittelbereiche untergliedert (Tabelle 2). Im Mittelbereich Donaueschingen liegt der Versorgungsgrad bei 88,6 Prozent zu niedrig, im Mittelbereich Villingen-Schwenningen mit 106,5 Prozent im Soll. In beiden Mittelbereichen könnten sich sechs bzw. vier zusätzliche Hausärzte niederlassen, bevor die Sperrgrenze von 110 Prozent erreicht ist. Von den insgesamt 137,5 Hausärzten werden in den nächsten zehn Jahren rd. 52 ihren Arztsitz altersbedingt aufgeben. Von den 154 Zahnärzten im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis werden sich rd. 30 altersbedingt zurückziehen.

<sup>16</sup> Eigene sekundär- und primärstatistische Analysen, Stand Januar/Februar 2016

Gemeinden LK Schwarzwald- Baar-Kreis	Haus- ärzte	Einw. 2015 <sup>a</sup>	Einw./Arzt IST	Einw./ Arztsitz PLAN <sup>b</sup>	VERAH <sup>c</sup>	Zahn- ärzte /KfO	Hebam- men <sup>d</sup>	Apothe- ken <sup>e</sup>
<b>Mittelbereich Donaueschingen</b>								
Blumberg	7,5	9.847	1.313	1.701		4	-	2
Bräunlingen	2,5	5.710	2.284	1.701		2	-	-
Donaueschingen	14	21.517	1.537	1.701		13	4	5
Hüfingen	2	7.603	3.802	1.701		4	2	2
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>44.677</b>	<b>1.718</b>	<b>1.701</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
Versorgungsgrad	88,6%							
<b>Mittelbereich Villingen-Schwenningen</b>								
Bad Dürkheim	9	13.021	1.447	1.636		6	4	4
Brigachtal	2	5.027	2.514	1.636		2	-	1
Dauchingen	1	3.644	3.644	1.636		1	-	1
Furtwangen	6	9.115	1.519	1.636		5	1	3
Gütenbach	-	1.163	-	1.636		-	-	-
Königsfeld i.S.	4	5.914	1.479	1.636		6	3	1
Mönchweiler	2	2.988	1.494	1.636		2	1	1
Niedereschach	4	5.896	1.474	1.636		2	-	1
Schönwald i.S.	1,5	2.349	1.566	1.636		1	1	1
Schonach i.S.	1	3.938	3.938	1.636		1	-	1
St-Georgen	10	12.795	1.280	1.636		5	1	3
Triberg	4	4.739	1.185	1.636		4	1	1
Tuningen	2	2.942	1.471	1.636		1	-	1
Unterkirnach	1	2.499	2.499	1.636		1	1	1
Villingen- Schwenningen	61	82.943	1.360	1.636		57	8	22
Vöhrenbach	3	3.744	1.248	1.636		1	1	-
<b>Gesamt</b>	<b>111,5</b>	<b>162.717</b>	<b>1.459</b>	<b>1.636</b>	<b>30</b>	<b>135</b>	<b>21</b>	<b>40</b>
Versorgungsgrad	106,4							
LK Schwarzwald- Baar-Kreis	137,5 Ärzte	207.394	1.508	134 Arztsitze	34	154	27	49
Davon > 60 J.	52					30		

<sup>a</sup> Die Vorausrechnung der Einwohnerzahl 2015 basiert auf dem Jahr 2014 gem. Zensus 2011.

<sup>b</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>c</sup> Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, nur auf Mittelbereichsebene verfügbar

<sup>d</sup> Eigene Recherchen

<sup>e</sup> <http://www.apotheken-in-deutschland.de>, Abruf Februar 2016

Quelle: KVBW 2015, KZBV 2015, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Recherchen (Stand Febr. 2016)

**Tabelle 2: Basismedizinische Versorgung in den Gemeinden des Landkreises Schwarzwald-Baar-Kreis**

Gemeinden im LK Tuttlingen	Haus- ärzte	Einw. 2015 <sup>a</sup>	Einw./Arzt IST	Einw./ Arztstz PLAN <sup>b</sup>	VERAH <sup>c</sup>	Zahn- ärzte/KfO	Hebam- men <sup>d</sup>	Apothe- ken <sup>e</sup>
<b>Mittelgebiet Tuttlingen</b>								
Aldingen	6	7.467	1.245	1.697		3	-	1
Balgheim	-	1.219	-	1.697		-	-	-
Bärenthal	-	474	-	1.697		-	-	-
Böttingen	1	1.385	1.385	1.697		-	-	-
Bubsheim	-	1.287	-	1.697		-	-	-
Buchheim	-	669	-	1.697		-	-	-
Deilingen	1	1.753	1.753	1.697		-	-	-
Denkingen	1	2.534	2.534	1.697		2	1	1
Dürbheim	-	1.608	-	1.697		-	-	-
Durchhausen	-	939	-	1.697		-	-	-
Egesheim	-	642	-	1.697		-	-	-
Emmingen-Liptingen	1	4.679	4.679	1.697		1	-	1
Fridingen a. D.	4	3.149	787	1.697		1	-	1
Frittlingen	1	2.057	2.057	1.697		1	0,5	1
Geisingen	3	6.057	2.019	1.697		2	1	2
Gosheim	3	3.840	1.280	1.697		2	-	1
Gunningen		711	-	1.697		-	-	-
Hausen o. V.	-	772	-	1.697		-	-	-
Immendingen	4	6.306	1.577	1.697		2	-	1
Irndorf	-	696	-	1.697		1	1	-
Kolbingen	1	1.218	1.218	1.697		1	-	-
Königsheim	-	543	-	1.697		-	-	-
Mahlstetten	-	775	-	1.697		-	-	-
Mühlheim a. D.	3	3.618	1.206	1.697		2	-	1
Neuhausen o. E.	3	3.784	1.261	1.697		1	-	1
Reichenbach	-	508	-	1.697		-	-	1
Renquishausen	-	747	-	1.697		-	-	-
Rietheim-Weilheim	1	2.693	2.693	1.697		-	-	-
Seitingen-Oberflacht	3	2.323	774	1.697		1	-	-
Spaichingen	9	12.678	1.409	1.697		9	3,5	4
Talheim	-	1.182	-	1.697		-	-	-
Trossingen	9	16.043	1.783	1.697		9	1	4
Tuttlingen	19	34.169	1.798	1.697		31	4	9
Wehingen	2	3.619	1.810	1.697		1	-	1
Wurmlingen	3	3.738	1.246	1.697		1	0,5	1
Versorgungsgrad	90,8%							
<b>LK Tuttlingen</b>	<b>78 Ärzte</b>	<b>135.882</b>	<b>1.742</b>	<b>75 Arztstz</b>	<b>27</b>	<b>73</b>	<b>13</b>	<b>30</b>
Davon > 60 J.	34					15		

<sup>a</sup> Die Vorausrechnung der Einwohnerzahl 2015 basiert auf dem Jahr 2014 gem. Zensus 2011.

<sup>b</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>c</sup> Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, nur auf Mittelbereichsebene verfügbar

<sup>d</sup> Eigene Recherchen

<sup>e</sup> <http://www.apotheken-in-deutschland.de>, Abruf Februar 2016

Quelle: KVBW 2015, KZBV 2015, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Recherchen (Stand Febr. 2016)

**Tabelle 3: Basismedizinische Versorgung in den Gemeinden des Landkreises Tuttlingen**

### 2.1.3 Gemeinden im Landkreis Tuttlingen

Der Landkreis Tuttlingen wurde für die Bedarfsplanung der hausärztlichen medizinischen Versorgung nicht in Mittelbereiche untergliedert (Tabelle 3). Er hat mit seiner kleinteiligen Gemeindestruktur eine besondere Herausforderung bei der medizinischen Basisversorgung zu bewältigen. Mit einem rechnerischen Versorgungsgrad von nur 90,8 Prozent wären aktuell 15,5 neue Hausarztsitze bis zur Sperrgrenze von 110 Prozent möglich.

### 2.2 Fachärztliche Versorgung

Generell wird die fachärztliche Versorgung – wie in Kapitel 1.1 bereits dargestellt – in drei Versorgungsebenen gegliedert: allgemeine, spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung. Entsprechend der Planungsebenen der KVBW (siehe Kapitel 1.1) werden im Folgenden die allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung dargestellt. Auf eine Darstellung der gesonderten fachärztlichen Versorgung wird verzichtet, da diese auf der Ebene des Bundeslandes geplant wird.

	Augen- ärzte	Chirur- gen	Haut- ärzte	HNO- Ärzte	Nerven- ärzte	Ortho- päden	Psycho- thera- peuten	Urolo- gen	Frauen- ärzte	Kinder- ärzte
<b>Landkreis Rottweil</b>										
Arztsitze*	8	7	5	5	8	7	27	3,5	12,75	8
Einw. 2014**	135.912								68.523	25.530
Einw./Arztsitz PLAN***	20.664	39.711	40.042	31.768	31.183	23.813	5.953	47.189	6.037	3.859
Über-/Unter- versorgung****	+0,8	+3,2	+1,3	+0,3	+3,2	+0,7	+1,9	+0,3	+0,3	+0,7
<b>Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis</b>										
Arztsitze*	11	8,75	7	8	11,5	16,75	42,5	6	21	14,5
Einw. 2014**	206.116								104.598	35.394
Einw./Arztsitz PLAN***	20.083	39.529	39.722	31.653	30.960	23.592	6.023	45.984	6.074	3.859
Über-/Unter- versorgung****	-0,5	+3,0	+1,3	+0,8	+4,2	+7,1	+4,9	+1,1	+2,1	+4,4
<b>Landkreis Tuttlingen</b>										
Arztsitze*	7	4,5	3,75	5	5,5	7	25	3,5	14	7,5
Einw. 2014**	134.607								67.474	25.469
Einw./Arztsitz PLAN***	21.396	39.929	40.427	31.904	31.451	24.079	5.873	48.698	5.965	3.859
Über-/Unter- versorgung****	+0,1	+0,8	+0,1	+0,4	+0,8	+0,9	-0,5	+0,5	+1,6	+0,2

\* Gerade im Facharztbereich können sich hinter einem Arztsitz 2, 3 oder sogar 4 teilzeitarbeitende Ärzte verbergen.

\*\* Für 2014 Daten der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.; Basis Zensus 2011

\*\*\* Angepasste Verhältniszahl, Stand der Bedarfsplanung, 21.10.2015, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

\*\*\*\* „+“ = Anzahl der Arztsitze über Sperrgrenze, „-“ = Anzahl der Arztsitze, die bis zur Sperrgrenze noch frei sind

Quelle: KVBW 2015, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Zusammenstellung

Tabelle 4: Aktuelle allgemeine fachärztliche Versorgung in den Landkreisen Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis und Tuttlingen

Werden die Zahlen der Bedarfsplanung der allgemeinen fachärztlichen Bedarfsplanung durch die niedergelassenen Ärzte nicht erreicht, decken ermächtigte Krankenhausärzte diese Lücke ab. Sie agieren im Überweisungsfall wie ein niedergelassener Facharzt und werden somit auch in die Versorgungsstatistik einbezogen.

### 2.2.1 Allgemeine fachärztliche Versorgung auf Landkreisebene

Die allgemeine fachärztliche Versorgung in den drei Landkreisen des IHK-Bezirks Schwarzwald-Baar-Heuberg zeigt rechnerisch eine ausreichende Versorgung (Tabelle 4). Lediglich bei Augenärzten im Landkreis Schwarzwald-Baar und bei Psychotherapeuten im Landkreis Tuttlingen können bis zur *Sperrgrenze* noch jeweils 0,5 Arztsitze genehmigt werden.

### 2.2.2 Spezialisierte fachärztliche Versorgung im Planungsgebiet Schwarzwald-Baar-Heuberg

Die spezialisierte fachärztliche Versorgung in den vier Arztgruppen erfolgt auf Basis des großräumigen Versorgungsgebiets Schwarzwald-Baar-Heuberg (Tabelle 5). Mit 40 fachärztlichen Internisten (=39,25 Arztsitzen) ist der Bedarfsplan mit 176,9 Prozent deutlich übertroffen. 14,8 Arztsitze liegen über der Sperrgrenze. Da ab einer Sperrgrenze von 140 Prozent nur in Ausnahmefällen wegfallende Arztsitze nachbesetzt werden dürfen, ist hier mittelfristig mit einem Rückgang der Arztsitzen zu rechnen. Die hohe rechnerische Überversorgung dürfte auf § 73 SGB V (Gesundheitsstrukturgesetz) beruhen. Zum 1.1.2001 mussten sich internistisch tätige Ärzte entscheiden,

	Anästhesisten	Fachärztliche Internisten	Radiologen	Kinder- und Jugendpsychiater
<b>Region Schwarzwald-Baar-Heuberg</b>				
Arztsitze*	17	40	16	19
Einw. 2014**	476.635			86.393
Einw./Arzt PLAN***	46.897	21.482	49.076	16.909
Laut KV	12	39,25	12,25	4,5
Über-/Unterversorgung**	+0,8	+14,8	+1,6	-1,5

\* Gerade im Facharztbereich können sich hinter einem Arztsitz 2, 3 oder sogar 4 teilzeitarbeitende Ärzte verbergen.

\*\* Für 2014 Daten der Bevölkerungsforschreibung zum 31.12.; Basis Zensus 2011

\*\*\* Angepasste Verhältniszahl, Stand der Bedarfsplanung, 21.10.2015, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

\*\*\*\* „+“ = Anzahl der Arztsitze über Sperrgrenze, „-“ = Anzahl der Arztsitze, die bis zur Sperrgrenze noch frei sind

Quelle: KVBW 2015, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

**Tabelle 5: Aktuelle spezialisierte fachärztliche Versorgung im Planungsgebiet Schwarzwald-Baar-Heuberg**

ob dies haus- und fachärztlich erfolgte. Da fachärztliche Internisten einen erweiterten Leistungsbereich haben, entschieden sich anscheinend überdurchschnittlich viele hausärztlich tätige Internisten für den fachärztlichen Bereich.

### 2.2.3 Krankenhäuser und Kliniken

Die stationäre medizinische Versorgung in den drei Landkreisen ruht auf breiten Säulen mit einer Mischung aus öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft.<sup>17</sup> Der Krankenhausplan des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg legt in der Regel den Standort, die Gesamtplanbettenzahl, die bedarfsgerechten Fachabteilungen und die Leistungsschwerpunkte der Krankenhäuser fest. Nur wenige Fachgebiete werden detailliert geplant und ausgewiesen. Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind, haben Anspruch auf Förderung. Nicht im Plan aufgenommen stationäre Einrichtungen – in der Regel sind dies Reha-Kliniken (Tabelle 6) – haben keinen Förderanspruch.

## 2.3 Hausärztliche Versorgung in Schwarzwald-Baar-Heuberg im Überblick

Einen Überblick über die medizinische Versorgung in Schwarzwald-Baar-Heuberg liefert die Karte des Gesamtgebietes (Abbildung 1 auf Seite 21). Um die tatsächlich erlebte Versorgungssituation widerzuspiegeln, wurden die jeweiligen Planzahlen für die Mittelbereiche mit der „gemeindespezifischen IST-Situation“ verglichen und farblich dargestellt. Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass dies eine rein rechnerische Darstellung ist, da die Planung der hausärztlichen Versorgung eben auf Basis von Mittelbereichen und nicht Gemeinden erfolgt. Die Darstellung unterstellt auch, dass der Patienten-/Arztkontakt ausnahmslos innerhalb einer Gemeinde erfolgt bzw. auch so erwünscht ist. In Baden-Württemberg müssen nach einer landesweiten Erreichbarkeitsanalyse 50 Prozent der Einwohner rund einen Kilometer zum nächsten Hausarzt zurücklegen.<sup>18</sup> Nach einer empirischen Studie aus dem Jahr 2012 ist aus Sicht der Bürgermeister eine 15 minütige Anfahrt zum Hausarzt zumutbar.<sup>19</sup> In der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg ist erkennbar, dass alle „roten“ und „orangenen“ Gemeinden mit einer rechnerisch unter Plan liegenden Versorgung an Gemeinden grenzen, die entweder im Plan (gelb) oder über Plan (grün) liegen.

<sup>17</sup> <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung/>, Abruf 16.02.2016

<sup>18</sup> Vgl. IGES, Berlin, 2014, S. 46-47

<sup>19</sup> Vgl. Steinhäuser J, Scheidt L, Szecsenyi J, Götz K, Joos S., 2012, S. 612ff.

	Planbetten Stand 1.4.2015	Gemeinde	Anmerkung
<b>Rottweil</b>			
HELIOS Klinik	275	Rottweil	Krankenhaus
SRH Krankenhaus Oberndorf a.N. GmbH	120	Oberndorf a.N.	Krankenhaus
Vinzenz von Paul Hospital gGmbH	467	Rottweil	Krankenhaus
Fachklinik Wittichen	15	Schenkenzell	Krankenhaus
<b>Schwarzwald-Baar-Kreis</b>			
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH	1.000	Villingen-Schwenningen und Donaueschingen	Krankenhaus
Luisenkl. Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Gesundheitsforschung AG	59	Bad Dürkheim	Krankenhaus, Reha
Vital-Kliniken GmbH	-	Bad Dürkheim	Reha
MediClin Klinik am Vogelsang	104	Donaueschingen	Reha
MediClin Albert-Schweitzer Klinik/ MediClin Baar Klinik	-	Königsfeld	Reha
Reha-Klinik Sonnhalde, Fachklinik für Orthopädie und Innere Medizin	-	Donaueschingen	Reha
Geriatrische Rehabilitationsklinik Am Klosterwald GmbH	-	Villingen-Schwenningen	Reha
Michael-Balint-Klinik i.IN. (geht in priv. Eigentümerschaft über, ggf. ASKLEPIOS)	42	Königsfeld	Krankenhaus, Reha
Vinzenz von Paul Hospital	25	Villingen-Schwenningen	Tagesklinik
Klinik Limberger GmbH & Co. KG	-	Bad Dürkheim	Reha
Hänslehof	-	Bad Dürkheim	Reha
Waldeck Klinik GmbH & Co. KG	-	Bad Dürkheim	Reha
Klinik Hüttenbühl	-	Bad Dürkheim	Reha
MEDIAN Klinik St. Georg	-	Bad Dürkheim	Reha
ESPAN-Klinik	-	Bad Dürkheim	Reha
Tagesklinik Prof. Burrer	-	Bad Dürkheim	Privat-, Tagesklinik
<b>Tuttlingen</b>			
Klinikum Landkreis Tuttlingen gGmbH	324	Tuttlingen und Spaichingen	Krankenhaus, MVZ
Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kreis Tuttlingen	43	Spaichingen	Tagesklinik
Suchtmedizinische Tagesklinik	-	Spaichingen	Tagesklinik
Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen gGmbH	-	Trossingen	Reha

Quellen: Krankenhausplan 2014, eigene Recherchen

**Tabelle 6: Krankenhäuser und Kliniken in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg**



## 2.4 Beispielhafte Gesundheitsnetze und Initiativen

### Landkreis Rottweil

- Kommunale Gesundheitskonferenzen mit jährlich wechselnden Schwerpunkten: Gesundheitliche Situationsanalyse im Kreis, Adipositas und Demenz, Bewegungsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Jungen- und Männergesundheit.
- Ärzteverbund Schramberg und Umgebung (AVS) mit über 20 Praxen, Aichhalden, enge Zusammenarbeit, Austausch medizinischen Wissens und Angebote außerhalb der Kassenleistungen.
- JUKS HOCH 3 - Jugend- und Kinderbüro Schramberg, arbeitet seit 1991 in den Bereichen bürgerschaftliches Engagement, Integration und gesellschaftliche Teilhabe.
- Stiftung St. Franziskus Heiligenbronn, Schramberg. Über 30 Standorte, über 2.000 Mitarbeiter, betreuen und begleiten rund 5.500 Menschen ambulant und stationär bei Behindertenhilfe, Altenhilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe.
- REGIODOCS, überörtliche (hausärztliche) Gemeinschaftspraxis Dres. Argast und Kollegen (7 Ärzte), Aichhalden, Eschbronn und Hardt.

- Landkreisübergreifende psychiatrische Institutsambulanzen der Vinzenz von Paul Hospital gGmbH.
- MEDZENTRUM Schramberg, entsteht zum 3. Quartal 2017: „Neben fachärztlichen Kompetenzen aus den Bereichen der Urologie, HNO, Gynäkologie, Dermatologie, Kardiologie und Kinderheilkunde werden am Standort auch eine Apotheke, eine physiotherapeutische Praxis mit Krankengymnastik und medizinischer Fitness sowie allgemeinmedizinische Hausarztpraxen zu finden sein.“<sup>20</sup>

### Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis

- Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar mit über 20 Vertretern von Gesundheitsanbietern (Gesundheitswesen und Kur-/Gesundheitstourismus), Kostenträgern, Kommunen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen und ehrenamtlich tätigen Arbeitsgruppen, Themen u.a. ärztliche Versorgung im ländlichen Raum, Kooperationen, Gesundheitstourismus, Messen, chronisch kranke und ältere Menschen. Aufgrund des neuen gesetzlichen Auftrags für Landkreise zum Thema Gesundheitskonferenzen sollen die Inhalte zumindest in Teilen „überführt“ werden.

<sup>20</sup> Vgl. Rath, Volker, Medzentrum steht kurz vor Baustart, in: Schwarzwälder Bote, 17.12.2015

- Kommunale Gesundheitskonferenzen mit den folgenden Handlungsfeldern und Aktivitäten<sup>21</sup>:
  - Medizinische Versorgung/Pflege
  - Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum
  - Modellprojekt: Ambulante Versorgung
  - Arbeitskreis Pflege
  - Gesundheitsförderung/Prävention
    - Arbeitskreis Demenz
    - Woche der pflegenden Angehörigen
    - Thema Bewegung
    - Gesundheitsvorträge
    - Seniorentage
    - 7. Gesundheitskongress
    - Gesundheits- und Vitalmesse.
- Wellness- und Gesundheitszentrum Solemar der Kur und Bäder GmbH Bad Dürrenheim mit BGM-Angeboten.
- Einige firmenbezogene BGM-Netzwerke, teilweise mit Unterstützung der Kostenträger, auch BKK, sind aufgebaut.
- Innovationsnetzwerk Schwarzwald-Baar-Heuberg (SBH) e.V. mit z. Zt. zwei innovativen Anbietern aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt, Villingen-Schwenningen
- Weitere Angebote und Initiativen im Rahmen landes- bzw. bundesweiter Programme, darunter z. B. Netzwerkkoope-

ration Frühe Hilfen, Stadtverwaltung Villingen-Schwenningen.

#### Landkreis Tuttlingen

- Kommunale Gesundheitskonferenzen zu den Themen:
  - Ärztliche Versorgung
  - AG Diabetes mit Bewegung contra Diabetes, Impuls Diabetes, „DiaWalk“
  - Arbeitsplatzassoziierte psychische Erkrankungen.
- DonauDoc - Eine Initiative aus Ärzteschaft und Lokalpolitik im Landkreis Tuttlingen gegen den Ärztemangel mit breitgefächerten Serviceangeboten rund um das Thema Arztniederlassung, Stadt Tuttlingen.
- MedicalMountains AG, Clustermanagement im Bereich Medizintechnik. Ist eine gemeinsame Gesellschaft der IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg, des Landkreises Tuttlingen, des Naturwissenschaftlichen und Medizinischen Instituts an der Universität Tübingen (NMI), der Landesinnung für Chirurgiemechnik, der Hahn-Schickard-Gesellschaft für angewandte Forschung e.V., der Handwerkskammer Konstanz und der Stadt Tuttlingen, Tuttlingen.
- Senioren-Netzwerk Tuttlingen, Kreisdiakoniestelle Tuttlingen.

<sup>21</sup> Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Übersicht Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg, Stand Dezember 2015

### 3. Bevölkerungsvorausrechnung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg

Jede Diskussion über medizinische Versorgungsgrenzen basiert auf den Arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen Einwohner/Arzt (vgl. Tabellen 1-3). Gerade eine Vorausschau, also ein Abschätzen des möglichen Bedarfs an Ärzten basiert auf der Zuverlässigkeit der Bevölkerungsvorausrechnung. Insofern ist es erfreulich, dass aktuelle Daten der Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg mit Stand 10.12.2015 vorliegen.

Der erkennbar anhaltende Flüchtlingszustrom floss in die Vorausrechnung mit ein. Nach dem *Königsteiner Schlüsse*<sup>22</sup> werden 12,86456 Prozent der in Deutschland registrierten Flüchtlinge dem Bundesland Baden-Württemberg zugewiesen. Anschließend werden rd. 1,9 bis 2,0 Flüchtlinge pro 1.000 Einwohner auf die Landkreise verteilt. In die Bevölkerungsvorausrechnung flossen die Flüchtlinge ein, die bereits mit ihrem Wohnsitz in den Gemeinden gemeldet sind. Nicht mit einbezogen werden die noch nicht registrierten bzw. noch nicht den Gemeinden zugewiesenen Flüchtlinge.

Auch ist der weitere Zustrom an Flüchtlingen ab 2016 und den Folgejahren kaum abschätz-

bar. Legt man die rd. 52.000 Asylanträge zugrunde, die im Januar 2016 neu eingingen und rechnet diese auf zwölf Monate hoch, ist mit mindestens 620.000 neuen Asylanträgen in 2016 zu rechnen. Dazu kommt der aufgelaufene Altbestand von 345.126 Personen.<sup>23</sup>

Insgesamt stellt die medizinische Erstuntersuchung<sup>24</sup> der Flüchtlinge eine enorme zusätzliche Belastung für die medizinischen Gesundheitsanbieter dar. Die hierfür herangezogenen medizinischen Arztkapazitäten können weder hinsichtlich ihres Umfangs<sup>25</sup> und ihrer Herkunft (z. B. niedergelassener Arzt, angestellter Arzt in Privatpraxis, Krankenhaus, Klinik) konkret benannt werden. Hiervon sind besonders die beiden Landeserstaufnahmeeinrichtungen in Villingen-Schwenningen (Belegung 140 Personen) und Donaueschingen (Belegung 1.855 Personen) betroffen.<sup>26</sup>

Wie in Kapitel 1.2 dargestellt, liegt die Bevölkerungsvorausrechnung auf Gemeindebasis in den drei Varianten Hauptvariante, Untere Variante und Obere Variante vor, auf Landkreisebene dagegen lediglich in der Hauptvariante.

<sup>23</sup> Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Asylgeschäftsstatistik für den Monat 2016

<sup>24</sup> Gem. § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylG)

<sup>25</sup> Hier ist nach Aussage von betroffenen Ärzten mit rd. einer halben Stunde pro Erstuntersuchung zu rechnen, vgl. <http://www.sz-online.de/nachrichten/asyl-erstuntersuchung-in-arnsdorf-3207767.html>, Abruf 29.2.2016

<sup>26</sup> <http://www.integrationsministerium-bw.de/pb/Lde/Startseite/Fluechtlingspolitik/Belegung+von+Erstaufnahme-einrichtungen>, Abruf 19.2.2016

<sup>22</sup> <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung.html>, Abruf 18.2.2016

## Landkreis Rottweil

Im Landkreis Rottweil mit seinen 21 Gemeinden weist die Bevölkerungsvorausrechnung mit Stand 10.12.2015 für 2025 einen vorläufigen Einwohnerrückgang von rd. 2.800 Personen auf 133.100 Einwohner aus (Tabelle 7). Hiervon sind alle Gemeinden des Mittelbereichs Schramberg betroffen (Tabelle 8). Für sieben Gemeinden aus dem Mittelbereich Rottweil wird dagegen ein Wachstum prognostiziert: Deißlingen, Dietingen, Rottweil, Sulz am Neckar, Vöhringen, Wellendingen und Zimmern ob Rottweil. Die vorausgesagten Wachstumsraten reichen von rd. 50 (Deißlingen) bis rd. 500 Einwohnern (Zimmern o. R.). Von 2025 bis 2035 gehen die Bevölkerungszahlen wieder leicht zurück.

## Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis

Der Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis mit seinen 20 Gemeinden wächst bis 2025 vorläufig um rd. 3.400 Einwohner (Tabelle 7). Dies liegt derzeit vor allem an Villingen-Schwenningen mit einem prognostizierten Wachstum in der Hauptvariante von rd. 3.600 Einwohnern (Tabelle 9). Die anderen Wachstumsgemeinden sind Donaueschingen, Bad Dürkheim, Königsfeld, Niereschach, Tuningen und Unterkirchach. Bis auf Donaueschingen liegen alle wachsenden Gemeinden im Mittelbereich Villingen-Schwenningen. Von 2025 bis 2035 bleiben hier die Bevölkerungszahlen relativ stabil.

Landkreise	Einwohner 2015*	Einwohner 2025**	Einwohner 2035**
Rottweil	135.912	133.100	132.400
Schwarzwald-Baar	206.116	209.500	209.100
Tuttlingen	134.607	139.900	140.000
Insgesamt	476.635	482.400	481.600

\* Einwohnerzahlen auf Basis Zensus 2011

\*\* Prognosezahlen jeweils mit Zuwanderung; zur Methodik der Bevölkerungsvoraussage siehe Kapitel 1.2

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Darstellung

**Tabelle 7: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 – 2035 (Hauptvariante) in den drei Landkreisen der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg (absolut)**

Gemeinden im LK Rottweil	Einwohner 2015*	Einwohner 2025**			Einwohner 2035**		
		Hauptvar.	Untere Var.	Obere Var.	Hauptvar.	Untere Var.	Obere Var.
<b>Mittelbereich Schramberg***</b>							
Aichhalden	3.930	3.590	3.095	4.223	3.548	2.411	4.285
Dunningen	5.986	5.825	5.348	6.449	5.808	4.727	6.572
Hardt	2.489	2.310	2.007	2.701	2.292	1.606	2.750
Lauterbach	2.886	2.785	2.602	3.005	2.729	2.370	3.005
Schenkenzell	1.738	1.581	1.352	1.878	1.565	1.058	1.908
Schiltach	3.736	3.449	3.040	3.988	3.418	2.483	4.052
Schramberg	20.553	19.169	16.782	22.356	19.034	13.532	22.765
Eschbronn	2.025	1.859	1.610	2.165	1.838	1.263	2.198
<b>Mittelbereich Rottweil</b>							
Bösingen	3.316	3.049	2.619	3.597	3.035	2.061	3.674
DeiBlingen	5.986	6.030	5.761	6.390	6.023	5.489	6.511
Dietingen	4.026	4.255	3.897	4.703	4.234	3.842	5.221
Dornhan	5.886	5.354	4.615	6.303	5.292	3.599	6.399
Epfendorf	3.254	3.091	2.786	3.469	3.063	2.379	3.519
Fluorn-Winzeln	3.048	2.794	2.414	3.279	2.765	1.900	3.330
Oberndorf a. N.	13.612	13.126	11.980	14.572	13.060	10.466	14.833
Rottweil	24.645	24.979	24.193	26.125	24.925	23.360	26.582
Sulz a. N.	12.005	12.403	11.952	13.032	12.416	11.892	13.562
Villingendorf	3.229	3.170	2.924	3.478	3.162	2.612	3.547
Vöhringen	4.343	4.664	4.315	5.112	4.689	4.303	5.751
Wellendingen	3.064	3.135	2.991	3.321	3.115	2.953	3.377
Zimmern o. R.	5.987	6.433	5.910	7.067	6.426	5.852	7.916

\* Einwohnerzahlen auf Basis Zensus 2011

\*\* Prognosezahlen jeweils mit Zuwanderung; zur Methodik der Bevölkerungsvoraussage siehe Kapitel 1.2

\*\*\* Das Aggregieren der Gemeindewerte zu höheren Gebietseinheiten bzw. zum Landeswert ist methodisch nicht sinnvoll und ergibt nicht die obere bzw. untere Variante der Landesvorausrechnung, da unterschiedliche Modelle zur Berechnung des Entwicklungskorridors herangezogen wurden.

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Darstellung

**Tabelle 8: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 –2035 in den drei Varianten des Entwicklungskorridors für Gemeinden im Landkreis Rottweil (absolut)**

Gemeinden im LK Schwarzwald- Baar-Kreis	Einwohner 2015*	Einwohner 2025**			Einwohner 2035**		
		Hauptvar.	Untere Var.	Obere Var.	Hauptvar.	Untere Var.	Obere Var.
<b>Mittelbereich Donaueschingen ***</b>							
Blumberg	9847	9355	8395	10596	9284	7047	10771
Bräunlingen	5710	5305	4612	6222	5270	3684	6337
Donaueschingen	21517	21990	21493	22796	21951	21151	23202
Hüfingen	7603	7553	7063	8189	7559	6486	8368
<b>Mittelbereich Villingen-Schwenningen***</b>							
Bad Dürreim	13.021	13486	12836	14526	13495	12787	15189
Brigachtal	5027	4914	4515	5439	4890	3967	5533
Dauchingen	3644	3619	3426	3863	3592	3164	3915
Furtwangen i.S.	9115	8663	7746	9982	8661	6628	10228
Gütenbach	1163	1118	1017	1249	1113	895	1272
Königsfeld i.S.	5914	6123	5775	6570	6099	5709	7077
Mönchweiler	2988	2881	2622	3206	2854	2288	3249
Niedereschach	5896	5999	5833	6251	5983	5710	6356
St. Georgen i.S.	12795	12437	11530	13636	12369	10275	13869
Schönwald i.S.	2.349	2397	2292	2537	2378	2260	2586
Schonach i.S.	3938	3588	3076	4266	3540	2380	4321
Triberg i.S.	4739	4655	4376	5029	4637	4031	5119
Tuningen	2942	3003	2896	3143	3002	2837	3203
Unterkirnach	2499	2554	2448	2701	2549	2378	2749
Vöhrenbach	3744	3386	2874	4069	3379	2219	4164
Villingen- Schwenningen	82943	86452	83578	90688	86540	83174	93739

\* Einwohnerzahlen auf Basis Zensus 2011

\*\* Prognosezahlen jeweils mit Zuwanderung; zur Methodik der Bevölkerungsvoraussage siehe Kapitel 1.2

\*\*\* Das Aggregieren der Gemeindewerte zu höheren Gebietseinheiten bzw. zum Landeswert ist methodisch nicht sinnvoll und ergibt nicht die obere bzw. untere Variante der Landesvorausrechnung, da unterschiedliche Modelle zur Berechnung des Entwicklungskorridors herangezogen wurden.

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Darstellung

Tabelle 9: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 – 2035 in den drei Varianten des Entwicklungskorridors für Gemeinden im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis (absolut)

## Landkreis Tuttlingen

Der Landkreis Tuttlingen mit seinen 35 Gemeinden wächst bis 2025 prognostiziert um rd. 5.300 Einwohner (Tabelle 7). Dieses Wachstum wird vor allem von Trossingen und Tuttlingen

getragen (Tabelle 10). Weiteres Wachstum tragen Immendingen, Spaichingen, Bubsheim, Emmingen-Liptingen, Mühlheim und Balgheim. Von 2025 bis 2035 bleiben die Einwohnerzahlen relativ stabil.

Gemeinden im LK Tuttlingen	Einwohner 2015*	Einwohner 2025**			Einwohner 2035**		
		Hauptvar.	Untere Var.	Obere Var.	Hauptvar.	Untere Var.	Obere Var.
<b>Mittelbereich Tuttlingen***</b>							
Aldingen	7.467	7.525	7.231	7.912	7.520	6.955	8.067
Balgheim	1.219	1.309	1.199	1.440	1.312	1.192	1.593
Bärenthal	474	496	454	545	493	448	579
Böttingen	1.385	1.280	1.121	1.473	1.263	907	1.490
Bubsheim	1.287	1.500	1.224	1.849	1.514	1.220	2.408
Buchheim	669	670	620	729	667	572	742
Deilingen	1.753	1.804	1.707	1.927	1.796	1.688	1.986
Denkingen	2.534	2.500	2.329	2.712	2.495	2.121	2.766
Dürbheim	1.608	1.546	1.393	1.735	1.535	1.194	1.762
Durchhausen	939	923	848	1.011	912	777	1.019
Egesheim	642	640	582	710	638	526	722
Emmingen-Liptin.	4.679	4.878	4.643	5.174	4.875	4.609	5.411
Fridingen	3.149	3.205	3.065	3.384	3.176	3.018	3.441
Frittlingen	2.057	1.984	1.797	2.217	1.975	1.551	2.259
Geisingen	6.057	6.047	5.666	6.548	6.073	5.207	6.714
Gosheim	3.840	3.841	3.602	4.147	3.854	3.357	4.247
Gunningen	711	731	693	778	731	684	789
Hausen o.V.	772	816	731	917	809	718	1.018
Immendingen	6.306	7.115	6.239	8.226	7.181	6.234	9.968
Irndorf	696	636	554	737	628	448	746
Kolbingen	1.218	1.140	1.019	1.286	1.120	847	1.294
Königsheim	543	501	428	588	494	344	593
Mahlstetten	775	829	737	942	822	723	1.085
Mühlheim	3.618	3.805	3.543	4.138	3.799	3.509	4.549
Neuhausen	3.784	3.646	3.304	4.063	3.617	2.872	4.121
Reichenbach	508	545	501	598	554	506	648
Renquishausen	747	790	714	882	788	706	967
Riethheim-Weilh.	2.693	2.699	2.538	2.897	2.690	2.381	2.945
Seitingen-Oberfl.	2.320	2.269	2.107	2.467	2.258	1.921	2.508
Spaichingen	12.678	13.227	12.589	14.073	13.221	12.499	14.850
Talheim	1.182	1.160	1.071	1.270	1.156	968	1.292
Trossingen	16.043	17.140	16.151	18.492	17.288	16.183	20.029
Tuttlingen	34.1697	35.528	34.243	37.345	35.560	34.065	38.718
Wehingen	3.619	3.637	3.443	3.888	3.643	3.279	3.973
Wurmlingen	3.738	3.556	3.240	3.948	3.516	2.787	3.998

\* Einwohnerzahlen auf Basis Zensus 2011

\*\* Prognosezahlen jeweils mit Zuwanderung; zur Methodik der Bevölkerungsvoraussage siehe Kapitel 1.2

\*\*\* Das Aggregieren der Gemeindewerte zu höheren Gebietseinheiten bzw. zum Landeswert ist methodisch nicht sinnvoll und ergibt nicht die obere bzw. untere Variante der Landesvorausrechnung, da unterschiedliche Modelle zur Berechnung des Entwicklungskorridors herangezogen wurden.

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Darstellung

**Tabelle 10: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 – 2035 in den drei Varianten des Entwicklungskorridors für Gemeinden im Landkreis Tuttlingen (absolut)**

## 4. Prognose der haus- und fachärztlichen Versorgung

### 4.1 Arztbedarf zur Bestandssicherung

Die Schätzung des künftigen Arztbedarfs erfolgt in zwei Schritten. Im ersten Schritt wird der Arztbedarf zur Bestandssicherung dargestellt. Dabei wird von einer gleichbleibenden Bevölkerungsdichte ausgegangen, jedoch ggf. offene Arztsitze und vor allem die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte berücksichtigt. Im zweiten Schritt wird die in Kapitel 3 bereits dargestellte Bevölkerungsvorausrechnung zugrunde gelegt. Nicht berücksichtigt wird dabei eine mögliche leicht höhere Kontaktrate aufgrund der demographischen Entwicklung.

Dabei muss im Vorfeld der oftmals in der Öffentlichkeit nicht bekannte oder berücksichtigte Unterschied zwischen niedergelassenem Arzt und Arztsitz angesprochen werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen planen Arztsitze. Über die Arztsitze erfolgt die Abrechnung mit den Kostenträgern. Einen Arztsitz können sich auch mehrere Ärzte teilen. So etwas war früher nicht üblich, nimmt jedoch gerade im fachärztlichen Bereich deutlich zu. Dies zeigt sich durch die zunehmende Zahl an angestellten Ärzten in Arztpraxen, gerade in Kombination mit (auch überregionalen) *Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)*.

In den folgenden Tabellen 11–13 finden sich beide Determinanten. „Ärzte im IST“ führt die aktuell niedergelassenen Ärzte in den Gemeinden an, wie auch die über 60-Jährigen. In der Spalte „noch mögliche Arztsitze“ werden die Arztsitze aufgeführt, die laut Kassenärztlicher Vereinigung in einem Planungsbereich bis zur Sperrgrenze von 110 Prozent noch zusätzlich besetzt werden können. Die Kassenärztliche Vereinigung errechnet auf Basis der Verhältniszahl für den Planbereich die Anzahl der Arztsitze.

#### 4.1.1 Landkreis Rottweil

Ein Blick auf Tabelle 11 zeigt den grundsätzlichen Unterschied der beiden Mittelbereiche Schramberg und Rottweil. Der Mittelbereich Schramberg ist wegen einer zu hohen Anzahl an Arztsitzen (> 140 Prozent) gesperrt. Dies bedeutet auch, dass nicht alle Hausärzte, die ihren Arztsitz in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis altersbedingt aufgeben, an einen Nachfolger verkaufen dürfen. Daher stehen in Tabelle 11 den rd. zwölf Ärzten über 60 Jahren lediglich ca. zehn Ärzte zur Bedarfssicherung gegenüber.

Im Mittelbereich Rottweil sind jedoch auch schon jetzt elf Arztsitze bis zur Sperrgrenze offen. Bei altersbedingten Aufgaben von Praxissitzen können diese also formal verkauft werden. Die Nachbesetzung könnte auch durch einen angestellten Arzt in einer (anderen) Einzel- oder Gemeinschaftspraxis erfolgen. Hier

attraktive Lösungen und Angebote für junge „neue“ Ärzte zu schaffen, dürfte eine der wichtigsten Herausforderungen für alle beteiligten Akteure sein.

Im Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung im Landkreis Rottweil liegt die Versorgung mit Chirurgen/Orthopäden und Nervenärzten jeweils über 140 Prozent. Auch hier können vorerst keine Arztsitze nachbesetzt werden.

	Ärzte im IST*	Davon > 60J.*	Noch mögliche Arztsitze**	Arztbedarf zur Bestandssicherung
<b>Mittelbereich Schramberg</b>				
Hausärzte	33,25	12	>140%	ca. 10
<b>Mittelbereich Rottweil</b>				
Hausärzte	53,25	21	11	21
<b>Landkreis Rottweil</b>				
Zahnärzte/KfO	80	16	-	16
Augenärzte	10	4	-	4
Chirurgen/Orthopäden	21	2	>140%	-
Frauenärzte	14	3	-	3
Hautärzte	5	1	-	1
HNO-Ärzte	5	1	-	1
Kinderärzte	8	3	-	3
Nervenärzte	9	2	>140%	-
Psychotherapeuten	32	10	-	10
Urologen	4	1	-	1

\* Basis: pauschalisierte Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), ergänzt durch eigene empirische Erhebungen

\*\* Anzahl der erforderlichen und noch möglichen neuen Arztsitze bis zur Sperrgrenze, Versorgungsgrad <100 Prozent

Quelle: KVBW 2015, KZBV 2015, eigene empirische Erhebungen (Stand Febr. 2016)

**Tabelle 11: Rechnerischer Arztbedarf zur Bestandssicherung im Landkreis Rottweil bei gleichbleibender Bevölkerung**

#### 4.1.2 Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis

In beiden Mittelbereichen des Landkreises Schwarzwald-Baar-Kreis bestehen noch offene Sitze bis zur Sperrgrenze von 110 Prozent (Tabelle 12). Diese könnten ebenso besetzt werden, wie die Arztsitze, die altersbedingt aufge-

geben werden. Mit den rd. 52 „neuen“ Hausärzten zur Bestandssicherung in den nächsten rd. zehn Jahren steht der Landkreis vor einer deutlichen Herausforderung. Nennenswert besser ist die allgemeine fachärztliche Versorgungssituation auf der gesamten Landkreisebene. Neben drei gesperrten Facharztberei-

	Ärzte im IST*	Davon > 60J.*	Noch mögliche Arztsitze**	Arztbedarf zur Bestandssicherung
<b>Mittelbereich Donaueschingen</b>				
Hausärzte	26	10	6	10
<b>Mittelbereich Villingen-Schwenningen</b>				
Hausärzte	111,5	42	4	42
<b>Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis</b>				
Zahnärzte/KfO	154	30	-	30
Augenärzte	15	3	0,5	3
Chirurgen/Orthopäden	34	6	>140%	-
Frauenärzte	27	6	-	6
Hautärzte	7	2	-	2
HNO-Ärzte	7	2	-	2
Kinderärzte	21	2	>140%	-
Nervenärzte	8	2	>140%	-
Psychotherapeuten	65	15	-	15
Urologen	12	3	-	3

\* Basis: pauschalierte Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), ergänzt durch eigene empirische Erhebungen

\*\* Anzahl der noch möglichen neuen, d.h. zusätzlichen Arztsitze bis zur Sperrgrenze

Quelle: KVBW 2015, KZBV 2015, eigene empirische Erhebungen (Stand Febr. 2016)

Tabelle 12: Rechnerischer Arztbedarf zur Bestandssicherung im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis bei gleichbleibender Bevölkerung

chen steht hier vor allem die Nachbesetzung von Frauenärzten und Psychotherapeuten im Raum.

#### 4.1.3 Landkreis Tuttlingen

Die hausärztliche Versorgung im Landkreis Tuttlingen wird eine der großen Herausforderungen der Zukunft sein (Tabelle 13). Aktuell noch 15,5 mögliche neue Arztsitze und rd. 50 Prozent der Ärzte über 60 Jahren lassen die Dimension erkennen. Fachärztlich stehen vor allem die Frauen-, Kinderärzte und Psychothe-

rapeuten im Fokus.

#### 4.2 Arztbedarf 2025 und 2035

Für die zahlenmäßigen Prognosen der Versorgungssituation in den Jahren 2025 und 2035 wird, wie in Kapitel 3 dargestellt, auf die Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zurückgegriffen. Diese stellt auf Gemeindeebene als Entwicklungskorridor jeweils eine Hauptvariante, eine „Untere“ und eine „Obere“ Variante dar. Für die Schätzung des künftigen Arztbe-

	Ärzte im IST	Davon > 60J.*	Noch mögliche Arztsitze	Arztbedarf zur Bestandssicherung
<b>Mittelbereich / Landkreis Tuttlingen</b>				
Hausärzte	78	34	15,5	34
Zahnärzte/KfO	73	15	-	15
Augenärzte	9	1	-	1
Chirurgen/Orthopäden	15	1	-	1
Frauenärzte	18	7	-	7
Hautärzte	5	1	-	1
HNO-Ärzte	5	1	-	1
Kinderärzte	9	3	-	3
Nervenärzte	5	1	-	1
Psychotherapeuten	33	6	0,5	6
Urologen	4	1	-	1

\* Basis: pauschalisierte Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), ergänzt durch eigene empirische Erhebungen

\*\* Anzahl der noch möglichen neuen, d.h. zusätzlichen Arztsitze bis zur Sperrgrenze

Quelle: KVBW 2015, KZBV 2015, eigene empirische Erhebungen (Stand Febr. 2016)

Tabelle 13: Rechnerischer Arztbedarf zur Bestandssicherung im Landkreis Tuttlingen bei gleichbleibender Bevölkerung

darfs wird hier auf die Hauptvariante (Tabellen 14a, 15a und 16a) und die obere Variante (Tabellen 14b, 15b und 16b) zurückgegriffen. Dabei wird der Hinweis des Statistischen Landesamtes, die Zahlen des Entwicklungskorridors auf Gemeindeebene nicht auf Landkreisebene zu addieren, für die Darstellung der hausärztlichen Versorgungssituation in den Mittelbereichen nicht berücksichtigt, da ansonsten die Entwicklung in der Oberen Variante auf Mittelbereichsebene in der Aggregation nicht deutlich wird. Die Darstellung der fachärztlichen Versorgung erfolgt ausschließlich auf Basis der Hauptvariante.

Zu beachten ist hierbei, dass im Gegensatz zur Darstellung der aktuellen Arztsituation (Tabellen 11 bis 13), welche sich auf „Ärzte im IST“ bezieht, in den folgenden Tabellen ausschließlich Arztsitze angegeben sind. Wie in Kapitel 4.1 dargestellt, können beide Zahlen voneinander abweichen.

#### 4.2.1 Landkreis Rottweil

Im Mittelbereich Schramberg ist vor dem Hintergrund einer statistischen Überversorgung in 2015 (Tabelle 11) auf Basis der Hauptvariante der Bevölkerungsvorausrechnung 2025 und 2035 die hausärztliche Versorgung der Ein-

wohner nicht gefährdet (Tabelle 14a). Dies trifft auch für die hausärztliche Versorgung auf Basis der „Oberen Variante“ der Bevölkerungsvorausrechnung zu (Tabelle 14b).

Demgegenüber verschärft die Bevölkerungsentwicklung die Situation der hausärztlichen Versorgung 2025 und 2035 im Mittelbereich Rottweil. Noch deutlicher wird der Bedarf an Hausärzten bei der Oberen Variante.

#### 4.2.2 Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis

Die oben geschilderte Herausforderung für den Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis (Tabelle 12), gerade im Mittelbereich Villingen-Schwenningen bleibt in der Hauptvariante bis 2025 und 2035 bestehen (Tabelle 15a). Auf Basis der Oberen Variante verschärft sich in diesem Zeitraum der statistische Hausarztbedarf deutlich (Tabelle 15b).

#### 4.2.3 Landkreis Tuttlingen

Die oben geschilderte Herausforderung bei der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Tuttlingen (Tabelle 13) wird sich 2025 und 2035 noch verschärfen (Tabelle 16a). So sind auf Basis der Hauptvariante 2025 und 2035 rechnerisch 82,5 Hausarztsitze erforderlich. Auf Basis der Oberen Variante sind dies 89 bzw. 94.

	IST		2025		2035	
	Einw./ Arztstz PLAN <sup>a</sup>	Arztstz im IST 2015	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>
<b>Mittelbereich Schramberg</b>						
Hausärzte	1.651	32	40.568	25,5	40.232	24,5
<b>Mittelbereich Rottweil</b>						
Hausärzte	1.681	49,75	92.483	55	92.205	55
<b>Landkreis Rottweil</b>						
Augenärzte	20.664	8	133.100	6,5	132.400	6,5
Chirurgen	39.711	7		3,5		3,5
Orthopäden	23.813	7		5,5		5,5
Hautärzte	40.042	5		3,25		3,25
HNO-Ärzte	31.768	5		4,25		4,25
Nervenärzte	31.183	8		4,25		4,25
Psychotherapeuten	5.953	27		22,5		22,25
Urologen	47.189	3,5		3		3
Frauenärzte	6.037	12,75	67.110	11	66.801	11
Kinder-/Jugendärzte	3.859	8	25.168	6,5	25.047	6,5

<sup>a</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>b</sup> Gemäß Bevölkerungsvorausrechnung Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hauptvariante, bzw. vorausgerechnete Altersgruppen im Kreisvergleich; Bevölkerung 2012 und 2030 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

<sup>c</sup> Arztbedarf bei sich ändernder Bevölkerungszahl aber gleichbleibender Verhältniszahl

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 14a: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Hauptvariante) im Landkreis Rottweil**

	IST		2025		2035	
	Einw./ Arztstz PLAN <sup>a</sup>	Arztstz im IST 2015	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>
<b>Mittelbereich Schramberg</b>						
Hausärzte	1.651	32	46.765	28,25	47.535	28,75
<b>Mittelbereich Rottweil</b>						
Hausärzte	1.681	49,75	100.448	61	104.222	63

<sup>a</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>b</sup> Gemäß Bevölkerungsvorausrechnung Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hauptvariante, bzw. vorausgerechnete Altersgruppen im Kreisvergleich; Bevölkerung 2012 und 2030 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

<sup>c</sup> Arztbedarf bei sich ändernder Bevölkerungszahl aber gleichbleibender Verhältniszahl

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 14b: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Obere Variante) im Landkreis Rottweil**

	IST		2025		2035	
	Einw./ Arztstz PLAN <sup>a</sup>	Arztstz im IST 2015	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>
<b>Mittelbereich Donaueschingen</b>						
Hausärzte	1.701	23,25	44.203	26	44.064	26
<b>Mittelbereich Villingen-Schwenningen</b>						
Hausärzte	1.636	105	165.275	101	165.081	101
<b>Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis</b>						
Augenärzte	20.083	11	209.500	10,5	209.100	10,5
Chirurgen	39.529	8,75		5,25		5,25
Orthopäden	23.592	16,75		9		9
Hautärzte	39.722	7		5,25		5,25
HNO-Ärzte	31.653	8		6,75		6,75
Nervenärzte	30.960	11,5		6,75		6,75
Psychotherapeuten	6.023	42,5		34,75		34,75
Urologen	45.984	6		4,5		4,5
Frauenärzte	6.074	21		106.007		17,5
Kinder-/Jugendärzte	3.859	14,5	34.736	9	31.765	8

<sup>a</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>b</sup> Gemäß Bevölkerungsvorausrechnung Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hauptvariante, bzw. vorausgerechnete Altersgruppen im Kreisvergleich; Bevölkerung 2012 und 2030 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

<sup>c</sup> Arztbedarf bei sich ändernder Bevölkerungszahl aber gleichbleibender Verhältniszahl

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 15a: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Hauptvariante) im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis**

	IST		2025		2035	
	Einw./ Arztstz PLAN <sup>a</sup>	Arztstz im IST 2015	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>
<b>Mittelbereich Donaueschingen</b>						
Hausärzte	1.701	23,25	47.803	28	48.678	28,5
<b>Mittelbereich Villingen-Schwenningen</b>						
Hausärzte	1.636	105	177.155	108,25	182.269	111,5

<sup>a</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>b</sup> Gemäß Bevölkerungsvorausrechnung Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hauptvariante, bzw. vorausgerechnete Altersgruppen im Kreisvergleich; Bevölkerung 2012 und 2030 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

<sup>c</sup> Arztbedarf bei sich ändernder Bevölkerungszahl aber gleichbleibender Verhältniszahl

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 15b: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Obere Variante) im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis**

	IST		2025		2035	
	Einw./ Arztstz PLAN <sup>a</sup>	Arztstz im IST 2015	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>
<b>Landkreis / Mittelbereich Tuttlingen</b>						
Hausärzte	1.697	72	139.918	82,5	139.973	82,5
Augenärzte	21.396	7		6,5		6,5
Chirurgen	39.929	4,5		3,5		3,5
Orthopäden	24.079	7		5,75		5,75
Hautärzte	40.427	3,75		3,5		3,5
HNO-Ärzte	31.904	5		4,5		4,5
Nervenärzte	31.451	5,5		4,5		4,5
Psychotherapeuten	5.873	25		23,75		23,75
Urologen	48.698	3,5		3		3
Frauenärzte	5.965	14		70.099		11,75
Kinder-/Jugendärzte	3.859	7,5	24.993	6,5	21.577	5,5

<sup>a</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>b</sup> Gemäß Bevölkerungsvorausrechnung Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hauptvariante, bzw. vorausgerechnete Altersgruppen im Kreisvergleich; Bevölkerung 2012 und 2030 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

<sup>c</sup> Arztbedarf bei sich ändernder Bevölkerungszahl aber gleichbleibender Verhältniszahl

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 16a: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Hauptvariante) im Landkreis Tuttlingen**

	IST		2025		2035	
	Einw./ Arztstz PLAN <sup>a</sup>	Arztstz im IST 2015	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>	Einwohner <sup>b</sup>	Rechnerisch notwendige Arztstz <sup>c</sup>
<b>Landkreis / Mittelbereich Tuttlingen</b>						
Hausärzte	1.697	72	151.048	89	159.297	94

<sup>a</sup> Angepasste Verhältniszahl, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

<sup>b</sup> Gemäß Bevölkerungsvorausrechnung Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hauptvariante, bzw. vorausgerechnete Altersgruppen im Kreisvergleich; Bevölkerung 2012 und 2030 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

<sup>c</sup> Arztbedarf bei sich ändernder Bevölkerungszahl aber gleichbleibender Verhältniszahl

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016, eigene Zusammenstellung

**Tabelle 16b: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Obere Variante) im Landkreis Tuttlingen**



## 5. Handlungsempfehlungen

- Isolierte regionale Kleinstlösungen sind aufgrund der bestehenden Regelungen, der Finanzierungs- und Handlungsbedarfe und dem effektiven Patientenverhalten nicht zielführend.<sup>27</sup> Für die Lösungserarbeitung und -umsetzung sollte deshalb landkreisübergreifend agiert und koordiniert werden.
- Eine besondere Chance besteht durch die Unterschiede in den bereits gemachten Erfahrungen und entwickelten Lösungskompetenzen der Landkreise, die ein zukünftiges gemeinsames Vorgehen auf Basis von best practices ermöglichen. Hier kann auch das Instrument „Gesundheitskonferenzen“ genutzt werden. Allerdings können diese nicht formell in die bedarfsplanerischen Zuständigkeiten eingreifen.<sup>28</sup>
- Die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg sollte deshalb konzeptionell landkreisübergreifend ansetzen und sich gleichzeitig auf Machbares vor Ort konzentrieren. Hierzu müssen u. a. folgende zentrale Fragen beantwortet werden:
  1. Wie kann die Erreichbarkeit der weniger werdenden Ärzte für die Patienten erleichtert werden?

2. Wie können junge Ärzte für eine Niederlassung in der Region gewonnen werden?
3. Welche sonstigen Möglichkeiten außerhalb der Bedarfsplanung und sonstiger formaler Regularien gibt es, um die medizinische Krankheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen?
4. Welche Initiativen zur individuellen und betrieblichen Gesundheitsvorsorge und Prävention können im Vorfeld mittelfristig den Druck und damit Kapazitätsbedarfe auf die medizinische Krankheitsversorgung nehmen?

Erste Lösungsansätze sind wie folgt erkennbar:

- Zu 1. Stichworte wie Weiterentwicklung ÖPNV, Ruftaxi, Dorf 2.0 aber auch Telemedizin, Homecare und VERAH können überregionale Lösungsmöglichkeiten darstellen.
- Zu 2. Zusätzliche Förder- und Anwerbeprogramme zur Gewinnung von jungen niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Bedarfsplanung und der KV-Regularien bieten Möglichkeiten.
- Zu 3. Es ist über den Aufbau und die finanzielle Förderung von größeren überregionalen medizinischen Einheiten (z. B. MVZ, überregionale BAG) durch (infrastrukturelle) Maßnahmen in einzelnen Gemein-

<sup>27</sup> Vgl. Sachverständigenrat 2014, Ziff. 242ff.

<sup>28</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), 2015, S.12

den nachzudenken, die gleichzeitig auch dem vermehrten Wunsch junger Ärzte nach einem Angestelltenverhältnis entgegenkommen.

- Zu 4. Eine Ausweitung der Maßnahmen zur gesundheitlichen Bewusstseinsbildung, der Mobilisierung und der vermehrten Angebote von GKV-unabhängigen Leistungen insbesondere der Gesundheitsvorsorge und Prävention ist anzudenken.<sup>29</sup> Damit besteht die Möglichkeit, die Gesunderhaltung zu fördern.
- Allerdings wird dies erfahrungsgemäß ohne zielorientierte Koordinierung und Steuerung für die Gesamtregion nicht nachhaltig organisierbar sein. Insbesondere kann das Management zur Umsetzung eines solchen Maßnahmenpakets nicht ehrenamtlich erfolgen, sondern bedarf eines sachkundigen und erfahrenen Personals mit entsprechender Finanzierung. Zu beachten ist dabei, dass die vertiefende Arbeit und konkrete Umsetzung in den dazu einzurichtenden Arbeitsgruppen mit entsprechenden Ressourcen unterstützt werden sollte.
  - Ein lediglich geförderter Aufbau wird, wie zahlreiche Beispiele aus der Praxis zeigen, nicht zum dauerhaften Erfolg führen, da
- nach Wegfall von Stellenförderungen Netzwerke oftmals drohen zusammenzubrechen.<sup>30</sup> Es sind deshalb nachhaltige Netzwerk- und Kooperationsstrukturen aufzubauen und zu unterhalten.
- Eine Mischung zwischen privatwirtschaftlichen Akteuren und öffentlicher Hand ermöglicht es, insbesondere kleinere Gesundheitsanbieter mitzunehmen und zu motivieren. Dazu gehören insbesondere Anbieter aus den Bereichen individuelle und betriebliche Gesundheitsvorsorge sowie Prävention.
  - Durch die absehbar dynamische Bevölkerungsentwicklung (Sichtwort „Obere Variante“) und der KV-Datenbasis sollte nach jeweiligem Vorliegen einer aktualisierten Bevölkerungsvorausrechnung bzw. KV-Datenbasis eine Neuberechnung der Bedarfe für die medizinische Versorgung stattfinden, um notwendige Maßnahmen planen und anpassen zu können. Hierzu wäre der Aufbau eines permanenten Controllings innerhalb der Netzwerkstruktur zielführend.
  - Um die oben dargestellten Lösungsansätze systematisch anzugehen, könnte beispielsweise nach folgendem „Masterplan“ in drei Stufen vorgegangen werden:
    1. Die Erfahrungen und Kompetenzen regional bestehender Netzwerke müssen inhaltlich aufgegriffen und einge-

<sup>29</sup> Zum Nutzen vgl. BASYS, 2015, S. 44ff.

<sup>30</sup> Vgl. Teller, M., Longmuß, J., 2007, S. 78 f.

bunden werden. Dazu werden die Kompetenzträger in zwei Workshops mit Werkstatt-Charakter unter der Mitwirkung der IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg zusammengeführt. Im Rahmen dessen werden neben der Verabschiedung von Zielen und Vorgehensweisen auch mögliche regional passende Formen eines professionalisierten und institutionalisierten Netzwerkes erarbeitet.

2. In einem zweiten Schritt werden alle an dem Thema Gesundheit im ländlichen Raum Interessierten zu einer regionalen Netzwerkkonferenz eingeladen.

Hier werden

- die Ergebnisse aus den Workshops kommuniziert,
- die präferierten Netzwerkmodalitäten ausgewählt,
- die nächsten Schritte zur Professionalisierung und Institutionalisierung festgeschrieben und
- eine breite Basis engagierter Akteure für die Umsetzung gewonnen.

3. Als Ergebnis dieser ersten beiden Stufen sollte ein finanzierbares Management-Modell zur Umsetzung der einzelnen Arbeitspakete ab 2017 stehen.

## 6. Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Basismedizinische Versorgung in den Gemeinden des Landkreises Rottweil
- Tabelle 2: Basismedizinische Versorgung in den Gemeinden des Landkreises Schwarzwald-Baar-Kreis
- Tabelle 3: Basismedizinische Versorgung in den Gemeinden des Landkreises Tuttlingen
- Tabelle 4: Aktuelle allgemeine fachärztliche Versorgung in den Landkreisen Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis, Tuttlingen
- Tabelle 5: Aktuelle spezialisierte fachärztliche Versorgung im Planungsgebiet Schwarzwald-Baar-Heuberg
- Tabelle 6: Krankenhäuser und Kliniken in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg
- Tabelle 7: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 – 2035 (Hauptvariante) in den drei Landkreisen der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg (absolut)
- Tabelle 8: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 – 2035 in den drei Varianten des Entwicklungskorridors für Gemeinden im Landkreis Rottweil (absolut)
- Tabelle 9: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 – 2035 in den drei Varianten des Entwicklungskorridors für Gemeinden im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis (absolut)
- Tabelle 10: Bevölkerungsvorausrechnung 2015 – 2035 in den drei Varianten des Entwicklungskorridors für Gemeinden im Landkreis Tuttlingen (absolut)
- Tabelle 11: Rechnerischer Arztbedarf zur Bestandssicherung im Landkreis Rottweil bei gleichbleibender Bevölkerung
- Tabelle 12: Rechnerischer Arztbedarf zur Bestandssicherung im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis bei gleichbleibender Bevölkerung
- Tabelle 13: Rechnerischer Arztbedarf zur Bestandssicherung im Landkreis Tuttlingen bei gleichbleibender Bevölkerung
- Tabelle 14a: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Hauptvariante) im Landkreis Rottweil
- Tabelle 14b: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Obere Variante) im Landkreis Rottweil
- Tabelle 15a: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Hauptva-

riante) im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis

Tabelle 15b: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Obere Variante) im Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis

Tabelle 16a: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Hauptvariante) im Landkreis Tuttlingen

Tabelle 16b: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausrechnung (Obere Variante) im Landkreis Tuttlingen

## 7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hausärztliche Ist-Versorgung in den Gemeinden der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg

Abbildung 2: Hausarztbedarf zur Bestandssicherung der Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg im Überblick

## 8. Glossar

### Arztsitz:

Um einen Arztsitz können sich Ärzte bewerben, die in der eigenen Praxis, in einer Praxisgemeinschaft, in einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) oder als freiberuflicher Arzt in einem MVZ arbeiten wollen. Der Vertragsarztsitz kann an eine einzelne Person, aber auch an eine Ärztegemeinschaft oder an ein MVZ mit angestellten Ärzten vergeben werden. Wer einen Vertragsarztsitz erhält, entscheidet für den Bereich jeder *Kassenärztlichen Vereinigung* (KV) ein Zulassungsausschuss (mit drei Vertretern der Ärzteschaft und drei Vertretern der Krankenkassen). Dieser Ausschuss muss bei seinen Entscheidungen die KV-Bedarfsplanung beachten. Für die Planung sind Ärzte, Krankenkassen und Landesregierungen gemeinsam verantwortlich. Die vom *GB-A* verabschiedete Bedarfsplanungs-Richtlinie für Ärzte gibt Messwerte für das Verhältnis der jeweiligen Facharztgruppe zur Einwohnerzahl eines Planungsbereiches vor.<sup>31</sup>

### Bedarfsplan:

Der Bedarfsplan richtet sich ab dem 1. Januar 2013 nach der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie des *Gemeinsamen*

*Bundesausschusses* (G-BA). Er dient dazu eine Über- und Unterversorgung zu vermeiden und die Versorgung in allen Landesteilen gleichmäßig verteilt zu organisieren. Um den Bedarf an ärztlichen Leistungen möglichst regional zu decken, sind die KV-Regionen in sogenannte Planungsbezirke unterteilt. Pro Planungsbereich und Arztgruppe gibt es eine Verhältniszahl, die über den aktuellen Zustand der Versorgung informiert. Um die Verhältniszahl zu ermitteln, werden die bereits zugelassenen Mediziner in Relation zur Einwohnerzahl gesetzt.

### Berufsausübungsgemeinschaften

(früher: Gemeinschaftspraxis) werden üblicherweise in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer Partnerschaftsgesellschaft gegründet. Hier sind besonders überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zu nennen, die jetzt auch in einem Bezirk einer anderen *Kassenärztlichen Vereinigung* liegen können. Ferner können seit dem 1. Januar 2007 auch Teilberufsausübungsgemeinschaften gegründet werden. Hier können *Vertragsärzte* ausgewählte Teilbereiche ihrer ärztlichen Tätigkeiten gemeinsam anbieten.

### Beschäftigungsfähigkeit,

auch als Arbeitsmarktfähigkeit bezeichnet, ist die Fähigkeit zur Teilnahme am Arbeits- und Berufsleben. Die individuelle Beschäftigungsfähigkeit ist das Ergebnis der Übereinstimmung bzw. Differenz zwischen den Anforderungen der Arbeitswelt einerseits und den persönlichen, fachlichen und gesundheitlichen Kompetenzen. Die Beschäftigungsfähigkeit ist dabei in Summe auch das Ergebnis des individuellen Lebensstils.

### Daseinsvorsorge

umschreibt die staatliche Aufgabe zur Bereitstellung der für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Leistungen (Grundversorgung). Dazu gehören u.a. die Gesundheitsversorgung (Gesundheitssystem) sowie die Bereitstellung öffentlicher Einrichtungen für die Allgemeinheit z. B. Verkehrs-/Beförderungswesen, Gas-/Wasser-/Elektrizitätsversorgung, Müllabfuhr, Abwasserbeseitigung, Bildungs- und Kultureinrichtungen, Bäder usw.

### Ermächtigte Ärzte

sind Ärzte die aufgrund einer Ermächtigung (Genehmigung) des Zulassungsausschusses an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies können zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte sein, die in Krankenhäusern oder in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angestellt sind. Solche Ermächtigungen sind auf Leistungen beschränkt, die über die niedergelassenen Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden.

### Erster Gesundheitsmarkt -> Gesundheitswesen

### Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen

<sup>31</sup> [http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index\\_13049.html](http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index_13049.html)

Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitswesens in Deutschland. Er legt u.a. fest, welche Gesundheitsleistungen von den Gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen sind.

#### *Gesundheitswirtschaft*

ist ein Sammelbegriff für alle Wirtschaftszweige, die etwas mit Gesundheit auch im weiteren Sinne zu tun haben. Sie schließt also den Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt sowie alle relevanten Zuliefer-/Outsourcing- und Dienstleistungsbereiche mit ein. Nach Auffassung des BMG besteht es im Kernbereich nur aus dem Bereich der „klassischen“ Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch die GKV, die PKV, den Staat und weitere Sozialversicherungsträger geprägt ist.

#### *Gesundheitswesen,*

auch Gesundheitssystem oder Erster Gesundheitsmarkt umfasst alle Einrichtungen, welche die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Hierzu gehören auf der einen Seite die Erbringer der medizinischen Leistungen wie Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte. Auf der anderen Seite auch die Kostenträger, welche die Kosten der medizinischen Behandlung tragen.

#### *Kassenärzte -> Vertragsärzte*

#### *Kassenärztliche Vereinigung (KV)*

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigung (KBV) sind gesetzlich verpflichtet, die ambulante ärztliche Versorgung aller gesetzlich Versicherten in Deutschland sicherzustellen. Neben diesem sogenannten Sicherstellungsauftrag ist ihre Aufgabe vor allem die politische Interessenvertretung der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Genauso sitzt sie bei Verhandlungen zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen und zur Honorierung der Ärzte immer mit am Tisch.

#### *Königsteiner Schlüssel:*

Verteilungsquote für Flüchtlinge, wird für jedes Jahr entsprechend der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Länder berechnet.

#### *Kostenträger:*

Übernehmen die krankheitsbedingten Kosten ganz oder teilweise. Hierzu gehören die u.a. die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungen und die Berufsgenossenschaften

#### *Mittelbereiche*

bilden die Verflechtungsbereiche für die Versorgung mit Gütern des gehobenen Bedarfs ab und sind in der Regel einem Mittelzentrum oder einem mittelzentralen Verbund bzw. höherrangigen zentralen Ort zugeordnet. In ihrer Abgrenzung orientieren sich die Mittelbereiche an den Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsanbindungen und traditionellen Bindungen zwischen Gemeinden

und damit an dem zu erwartenden Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge.

#### *Nervenärzte*

sind Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie.

#### *Praktische Ärzte*

Seit der Weiterbildungsordnung von 1992 nicht mehr neu vergebene Berufsbezeichnung. Wurde ersetzt durch den Facharzt für Allgemeinmedizin.

#### *Privatärzte*

rechnen, im Gegensatz zu den Vertragsärzten (Kassenärzten), die erbrachten Leistungen direkt mit dem i.d.R. Privatpatienten ab.

#### *Regionale Besonderheiten*

„Mit der neuen Bedarfsplanung sind einige grundlegende Änderungen im Vergleich zu alten Systematik verbunden. Neben den neuen Bundesvorgaben in der Planungssystematik sind nun vor allem umfangreiche Abweichungsmöglichkeiten auf regionaler Ebene vorgesehen. Dadurch wird der Handlungsspielraum der KVen vor Ort deutlich erweitert. Allerdings sind damit auch gesteigerte Anforderungen an die Analyse und Bewertung der Versorgungssituation verbunden, um mögliche regionale Abweichungen gerichtsfest begründen zu können.

Das Spektrum der Abweichungsmöglichkeiten ist insgesamt sehr groß. Das vorliegende Papier gibt einen ersten Überblick über die Spielräume und benennt mögliche Szenarien einer Anwendung. Die Konkretisierung und Umsetzung dieser Maßnahmen wird in den KVen mit umfangreichen Verhandlungen verbunden sein, bei denen die KBV Sie gerne unterstützt.“ (Quelle: KBV, 2013)

#### *Selbstzahler*

sind Verbraucher die im Gesundheitsmarkt für medizinische (z. B. IGeL-Leistungen beim Arzt) und sonstige gesundheitsbezogene Leistungen (z. B. Sport, Fitness, Wellness usw. im Zweiten Gesundheitsmarkt) selbst aufkommen. Der Begriff wird aber nur im Gesundheitswesen und deren Branchen (Sektoren) verwendet um dem Verbraucher deutlich zu machen, dass die Krankenkassen die jeweilige Leistung nicht bezahlen.

#### *Sonderbedarfszulassungen*

„Bereits mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden Sonderregelungen für den Fall eingeführt, dass in einer bestimmten Region ein zusätzlicher Bedarf an ambulanter ärztlicher Versorgung besteht. Hintergrund war die Beobachtung, dass es aufgrund einer ungleichen Verteilung der Ärzte innerhalb eines Planungsbereiches zu einer regionalen Unterversorgung auch in solchen Bereichen kommen kann, die rein rechnerisch als ausreichend versorgt beziehungsweise als überversorgt gelten.“ (Quelle: <https://www.gba.de/institution/themen/schwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/>, Abruf 3.3.2016)

*Sperrgrenze:*

Die Sperrgrenze definiert auf Basis der kassenärztlichen Bedarfsplanung die Höchstgrenze der in einem Planungsgebiet zulässigen Vertragsärzte. Sie wird für jeden Planungsbereich in Prozent angegeben und liegt gemäß GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), in Kraft getreten am 1. Januar 2013, bei 110 Prozent. Liegt die Anzahl der Ärzte in einem Planungsbereich über diesem Prozentsatz kann einer Nachbesetzung des Arztsitzes von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (Anm.: in Ausnahmefällen) widersprochen werden (= Kannregelung). Nach einer ergänzten Fassung des GKV-VStG vom 23. Juni 2015 muss ab einer Überversorgung von 140 Prozent der Nachbesetzung eines Arztsitzes widersprochen werden (= Mussregelung).

*Versorgung der Bevölkerung*

Im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge liegt auch die ärztliche Versorgung der Bevölkerung im Verantwortungsbereich eines Landkreises. Dies umfasst z. B. Krankenhäuser sowie den Rettungsdienst, Sozial-, Alten- und Jugendhilfe und auch die Wirtschaftsförderung.

*Vertragsärzte*

(auch Kassenarzt genannt) sind niedergelassene Ärzte mit einem Vertragsarztsitz. Die Zulassung als Vertragsarzt setzt den Eintrag in ein Arztregister voraus, das von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wird.

*Wertschöpfungskette:*

Die Wertschöpfungskette bzw. Wertkette (Value Chain) stellt die Stufen der Produktion bzw. Leistungserstellung als eine geordnete Reihung von Tätigkeiten dar. Die gleiche Wertschöpfungsebene ist demnach die gleiche Stufe z. B. bei einer medizinischen Behandlung (OP im Krankenhaus) mit anschließender Anschlussheilbehandlung auf einer folgenden, d.h. anderen Wertschöpfungsebene.

*Zweiter Gesundheitsmarkt:*

Als Zweiter Gesundheitsmarkt werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet. Dabei hängt die Zuordnung, welche Waren und Dienstleistungen einen Bezug zur Gesundheit aufweisen vom einzelnen Verbraucher und Unternehmen (Arbeitgeber) ab. Er ist daher nicht einheitlich definiert und teilweise, insbesondere bei Anbietern aus dem Gesundheitswesen, umstritten. Der Zweite Gesundheitsmarkt umfasst nach allgemeinem Verständnis u.a. freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen von Ärzten (IGeL), Schönheitsoperationen, die Bereichen Fitness und Wellness, Ernährung, Homöopathie und Naturheilkunde, Gesundheitstourismus sowie – zum Teil – die Bereiche Sport/Bewegung/Wandern Freizeit und Wohnen. Auch Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gehören im Wesentlichen dazu.

## 9. Literatur- und Quellenverzeichnis

### Literatur

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), Modellprojekt Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern. Endbericht. Erlangen, Juni 2015.

BASYS (Hrsg.), Schneider, M. et al., Die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung für die wirtschaftliche Entwicklung Baden Württembergs. Eine Argumentationshilfe auf Landes- und Kreisebene. Augsburg, 2015.

Dostal, A., Dostal, G., Deutscher Gesundheitsmarkt bis 2020: Innovationen, Herausforderungen, Trends und Potentiale für die Akteure. Ergebnisse einer Online-Umfrage vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes, Vilsbiburg, 2016.

Dostal, A., Dostal, G., Produktivitätsfaktor Gesundheit: Märkte, Trends und Potentiale für Prävention, individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung, Vilsbiburg 2015.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf, 16. Mai 2013

IGES, Weiterentwicklung des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg zur vertragsärztlichen Versorgung, Ergebnisbericht für das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren des Landes Baden-Württemberg, Berlin, 2014.

KBV, Die neue Bedarfsplanung Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten, November 2013

Kickbusch, I., Hartung, S., Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, 2., vollst. überarb. Aufl., Bern, 2014.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Übersicht Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg, Stand Dezember 2015

Rath, Volker, Medzentrum steht kurz vor Baustart, in: Schwarzwälder Bote, 17.12.2015, Abruf unter <http://www.schwarzwaelder-bote.de/inhalt.schramberg-medzentrum-steht-kurz-vor-baustart.48a2af9a-d817-4164-8f78-21e60a875d6b.html>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.), Bedarfsge-

rechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin. Juni 2014.

Steinhäuser J, Scheidt L, Szecsenyi J, Götz K, Joos S. Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg, in: Das Gesundheitswesen 2012; 74. Jg., S. 612-617.

Stock, C. et al., Projektion des Bedarfs an hausärztlicher Versorgung auf Gemeindeebene, in: Das Gesundheitswesen 2015, 77. Jg., S. 939 – 946.

Teller, M., Longmuß, J.: Netzwerkmoderation. Netzwerke zum Erfolg führen. Augsburg, 2007.

WHO (Hrsg.), Peking Deklaration "Traditionelle Medizinsysteme" vom 8. November 2008 in Peking, China.

## Internetquellen

[http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index\\_13049.html](http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index_13049.html), Abruf 22.2.2016

<http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung.html>, Abruf 18.2.2016

<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/>, Gemeinsamer Bundesausschuss, Abruf 24.1.2016

<http://www.integrationsministerium-bw.de/pb/Lde/Startseite/Fluechtlingspolitik/Belegung+von+Erstaufnahmeeinrichtungen>, Abruf 19.2.2016

<https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/versorgungssituation/>, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Abruf 25.1.2016

[http://www.kbv.de/media/sp/Bedarfsplanung\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Bedarfsplanung_broschuere_web.pdf), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), S. 2, Abruf 25.1.2016

<http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/Methode.jsp>, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Abruf 12.2.2016

<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung/>, Abruf 16.2.2016

[http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM\\_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1), Abruf: 22.2.2016

<http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/bedarfsplanung/bedarfsplanung.htm>, Abruf 24.1.2016



Für Ihre Notizen



Für Ihre Notizen





Industrie- und Handelskammer  
Schwarzwald-Baar-Heuberg



Mehr Positionen der Wirtschaft und  
Informationen rund um die Arbeit der  
IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg finden  
Sie online auf diesen Seiten:

[www.schwarzwald-baar-heuberg.ihk.de](http://www.schwarzwald-baar-heuberg.ihk.de)  
[www.ihkademie-sbh.de](http://www.ihkademie-sbh.de)

**IHK Schwarzwald-Baar-Heuberg**  
Romäusring 4  
78050 Villingen-Schwenningen  
Tel. 07721 922-0  
Fax 07721 922-193  
[info@villingen-schwenningen.ihk.de](mailto:info@villingen-schwenningen.ihk.de)