

A young girl with dark, curly hair is smiling and holding a brown teddy bear. She is wearing a light blue long-sleeved shirt. The background is a soft-focus indoor setting, likely a bedroom.

Versorgungsbericht 2012

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

Inhalt

4	Grußwort der Ministerin
6	Editorial des Vorstands
10	Überblick
18	Hausärztliche Versorgung
22	Fachärztliche Versorgung
26	Psychotherapeutische Versorgung
32	Unternehmen
40	Regiopraxis
46	Pflegeheime
50	Koordinierungsstelle
56	Migration
60	Notfalldienst
64	Statements der Krankenkassen
70	Daten und Fakten

Kennzahlen über die Versorgung,
viele interessante Details und Berichte
– der Versorgungsbericht spiegelt
die Aktivitäten der KVBW und ihrer
Mitglieder in der Sicherstellung der
Versorgung wider.

Liebe Leserinnen und Leser,

der Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), der nun bereits zum sechsten Mal erscheint, hat sich als willkommene Informationsquelle etabliert. Er bietet eine Reihe bewährter Daten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung im Land und stößt damit nicht ohne Grund auf ein reges Interesse bei allen Beteiligten und Interessierten. Darüber hinaus werden jährlich aktuelle Themen aufgegriffen und detailliert beleuchtet.

Bei der Themenauswahl kommt aus meiner Sicht in diesem Jahr besonders gut zum Ausdruck, dass es für eine gute Versorgung im Land nicht nur wichtig ist, die Perspektive der Patientinnen und Patienten einzubeziehen, sondern auch den Blick auf die Nachwuchsärzteschaft zu richten.

Weder die KVBW noch die Politik können Ärztinnen und Ärzte herbeizaubern, die die notwendigen Leistungen für unsere Bevölkerung verrichten. Auch ist es nicht zielführend, einfach Geld mit der „Gießkanne“ über das Land zu verteilen.

Zwar hat die Landesregierung das Förderprogramm „Landärzte“ reformiert und fördert gezielt die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten. Auch die KVBW strebt mit ihrem Regiopraxis-Modell die Entstehung sinnvoller Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen an. Dies allein ist aber nicht ausreichend, um die Versorgung dauerhaft und verlässlich sicherzustellen. Vielmehr ist es erforderlich, dass alle Beteiligten mit vereinten Kräften daran arbeiten, dass bereits in der ärztlichen Ausbildung die richtigen Weichen gestellt werden, dass an der richtigen Stelle gute Versorgungsstrukturen entstehen und die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten sich an den Bedürfnissen der nachwachsenden Generation orientieren.

Gerade das Beispiel der Reform des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes zeigt, in welchem Spannungsfeld wir uns dabei bewegen: die Reform des Notfalldienstes hat zum Ziel, die Belastung der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes zu reduzieren, da eine starke Inanspruchnahme von Notdiensten für viele junge Ärztinnen und Ärzten ein Niederlassungshemmnis darstellt. Die KVBW plant die Änderungen mit Blick auf eine sichere Versorgung der Bevölkerung insgesamt, also auch während der üblichen Sprechstundenzeiten. So sollen Strukturen für die Bürger entstehen, die insgesamt verlässlich sind und flächendeckend gewährleisten sollen, dass jeder rund um die Uhr versorgt ist. Durch die Vergrößerung der Notfalldienstbezirke und die angestrebte Zentralisierung der Dienste an Krankenhäusern kann es jedoch zu Veränderungen in den gewohnten Versorgungsstrukturen für die Bevölkerung kommen, die nicht immer positiv aufgenommen werden.

Aus meiner Sicht sind Spannungsfelder wie dieses nur aufzulösen, indem man den Dialog mit allen Beteiligten sucht und ein Kommunikationsprozess entsteht, der auch vom Verständnis für „die andere Seite“ geprägt ist. Wichtig in diesem Zusammenhang ist es natürlich, die kommunale Ebene über die anstehenden Veränderungen zu informieren und in den Prozess einzubinden. Darüber hinaus scheint mir aber die Einbeziehung derjenigen, die die Gesundheitsversorgung am meisten betrifft, nämlich der Patientinnen und Patienten bzw. der Bürgerinnen und Bürger selbst, zentrales Element einer gelungenen Kommunikation zu sein. Daher hat die Landesregierung in der Koalitionsvereinbarung auch eine bessere Einbindung der Bürgerinnen und Bürger in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung beschlossen. Zur Umsetzung dieses Ziels haben wir vor kurzem die Grundsteine für den strukturierten Gesundheitsdialog gelegt und damit neues Terrain betreten. Dieser Dialog gewährleistet, dass die Bürgerinnen und Bürger besser informiert werden, sich aber auch selbst besser einbringen können. Erste Maßnahmen – wie die konsequente Einbeziehung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in die Landesgremien – wurden bereits ergriffen.

Auch der von der KVBW veröffentlichte Versorgungsbericht trägt nicht unwesentlich dazu bei, dem Interesse der Bürgerinnen und Bürger an Information über die Versorgungsstruktur im Land gerecht zu werden.

Hierfür möchte ich mich ausdrücklich bei der KVBW bedanken.



Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren Baden-Württemberg

A handwritten signature in black ink that reads "Katrin Altpeter". The script is cursive and fluid.

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

Bis 2016 können in Baden-Württemberg nach optimistischer Schätzung etwa 500 hausärztliche Praxen vor allem im ländlichen Raum nicht nachbesetzt werden. Damit werden insgesamt etwa 1.000 Hausärzte fehlen, da rund 450 zusätzliche Hausärzte nötig wären, um die steigenden Versorgungsanforderungen zu erfüllen. Die haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung, wie wir sie heute kennen – wohnortnah und flächendeckend – wird sich wandeln. Schon heute zeichnen sich in einigen Regionen Lücken ab. Wir werden künftig nicht mehr in jeder Gemeinde einen eigenen Arzt haben. Bei den Fachärzten hält sich das Problem zwar noch in Grenzen, doch auch hier sind erste Warnsignale zu vernehmen. Immer weniger junge Mediziner wollen Freiberufler werden. Selbstständige Ärzte fordern daher schon lange bessere Rahmenbedingungen für die ärztliche und psychotherapeutische Tätigkeit.

Das vergangene Jahr hat gezeigt, dass die Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen härter werden. Ausgangspunkt war eine nie dagewesene Kampagne der Krankenkassen auf Bundesebene gegen die niedergelassenen Ärzte. Ziel war die Diskreditierung des Berufsstandes, um in den Honorarverhandlungen für das Jahr 2013 Vorteile zu erlangen. Die Folgen waren gravierend: Massive Auseinandersetzungen, Praxisschließungen, Proteste.

Selbst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde diskutiert, worauf die KBV mit einer Umfrage unter allen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten reagierte. Und die hatte bei hoher Beteiligung ein klares Ergebnis: Ärzte und Psychotherapeuten zeigten Kassen und Politik die gelbe Karte. Vor allem verlangten sie feste Preise für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, diagnostische und therapeutische Freiheit und ein Ende der Regresse. All dies sei nötig, damit Ärzte und Psychotherapeuten den Sicherstellungsauftrag auch in Zukunft wahrnehmen könnten, so die Befragten.

Im Fokus müssen vor allem die Bedürfnisse der jungen Mediziner stehen. Ein Angestelltenverhältnis mit klaren Arbeitszeiten, wenig Bürokratie und festem Einkommen ist heute mehr denn je gefragt. Zuletzt waren bereits 60 Prozent der Medizinstudierenden Frauen und der Anteil der Ärztinnen an der Zahl der Ärzte lag bei 42 Prozent – Tendenz steigend. Dadurch wächst der Bedarf an Teilzeitstellen und flexiblen Arbeitszeiten. Dies kann nur erreicht werden, wenn alle Beteiligten – KVBW, Krankenkassen und öffentliche Hand – ihren Beitrag leisten.

Die Politik hat vor langer Zeit die Beteiligten im Gesundheitswesen in die Pflicht genommen und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen Körper-

schaften des öffentlichen Rechts gebildet. Sie unterliegen damit klar definierten, gesetzlich vorgegebenen Spielregeln. Beide Lager haben die gemeinsame Aufgabe, die erforderlichen Strukturen bereitzuhalten, um die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Das ist ein hoher Vertrauensbeweis – gleichzeitig aber auch eine große Verpflichtung. In Baden-Württemberg hat die Selbstverwaltung gezeigt, dass sie in schwierigen Zeiten vernünftige Kompromisse erreichen kann.

Mit dem Versorgungsbericht 2012 wollen wir Ihnen einen Überblick über das exzellente Leistungsspektrum unserer Mitglieder sowie die aktuelle Situation und die wichtigsten Handlungsfelder der KVBW geben. Denn:

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“



Dr. Johannes Fechner
Vorstand, Stellvertretender Vorsitzender







Wer sich um die Zukunft der ambulanten Versorgung Gedanken macht, der kommt nicht an der Überprüfung der Rahmenbedingungen für die Ärzte und Psychotherapeuten vorbei.

1. Schweizer Ärzte gegen Ärztemangel

2. KVBW for Students

3. Neue Bedarfsplanung

Um einen belastbaren Überblick über die Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu erhalten, hat die KBV gemeinsam mit dem NAV Virchow-Bund Ende 2012 eine Umfrage durchgeführt. Die Ergebnisse sprechen eine klare Sprache: Ärzte und Psychotherapeuten betrachten ihren Beruf als Berufung, insgesamt herrscht eine hohe Zufriedenheit. Ärzten und Psychotherapeuten macht ihr Beruf Spaß.

Ärzten und Psychotherapeuten macht ihr Beruf Spaß, doch das ist nur die halbe Wahrheit. Zwar herrscht insgesamt eine hohe Zufriedenheit: Ärzte und Psychotherapeuten betrachten ihren Beruf als Berufung, so eine gemeinsame Umfrage der KBV und des NAV Virchow-Bundes. Jedoch wurde auch Kritik laut: Beide Berufsgruppen nennen in erster Linie die hohe Arbeitsbelastung, die kaum Zeit für die Familie lasse. An zweiter Stelle der Negativliste steht der große bürokratische Aufwand. Mehr als sieben Stunden pro Woche brauchen Ärzte und Psychotherapeuten laut Umfrage zur Bewältigung der Bürokratie – dabei sind die Tätigkeiten zur Führung der Praxis nicht eingerechnet.

Diese Zahlen sind erschreckend, schließlich stehen die Ärzte in dieser Zeit nicht für ihre Patienten zur Verfügung. Und das haben die befragten Ärzte besonders beklagt.

Um einen belastbaren Überblick über die Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu erhalten, hatten die KBV und der NAV Virchow-Bund Ende 2012 die vorliegende Umfrage gestartet. Insgesamt wird darin deutlich, dass die Ärzte zu viel Zeit für Tätigkeiten aufwenden, die eigentlich nicht zu ihren Aufgaben gehören. Der Gesetzgeber hat das erkannt und im Versorgungsstrukturgesetz festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss künftig die Kosten seiner Regelungen zur Bürokratie in den Praxen berechnen und offenlegen muss. Transparenz ist der einzige Weg, um unnötige Bürokratie zu erkennen und abzuschaffen.

Wer sich mit der Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung beschäftigt, der muss neben der Jobzufriedenheit auch die Stellung der Ärzte in Gesellschaft und Gesundheitssystem betrachten. So steht aktuell zur Diskussion, ärztliche Leistungen durch andere Berufsgruppen zu ersetzen, was große Auswirkungen auf die Versorgungssituation hätte. Es gibt Untersuchungen aus anderen Staaten, die dadurch deutlich höhere Kosten festgestellt haben. Die Substitution ärztlicher Leistung wäre daher eine falsche Maßnahme, die sich negativ auf die Versorgung auswirken würde. Gleichwohl gilt es darüber nachzudenken, inwieweit nicht-ärztliche Berufe in die Versorgung mit einbezogen werden können. Allerdings muss der (Haus-)Arzt die Koordination der Behandlung übernehmen und damit auch die Verantwortung. Das VERAH-Programm des Hausärzteverbandes hat gezeigt, wie das in der Praxis realisiert werden kann.

Wer sich Gedanken über die Zukunft der ambulanten Versorgung macht, der kommt schließlich nicht an den Berufserwartungen vorbei, die die jungen Medizinerinnen und Mediziner heute haben. Das beginnt mit dem Wunsch, in kooperativen Formen zu arbeiten. Das kann in einer Gemeinschaftspraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft, im Angestelltenverhältnis oder freiberuflich sein. Hinzu kommen wirtschaftliche Vorteile, da größere Organisationseinheiten günstiger sind. Noch ist die Einzelarztpraxis das vorherrschende Modell – doch wer weiß, wie lange noch...

Die Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft werden erheblich sein. Größere Praxen setzen ein größeres Patientenumfeld voraus, das es jedoch auf dem Dorf nicht gibt. Diese Praxen werden sich also eher in den Städten konzentrieren. Eine Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der Versorgung in den kleinen Gemeinden ist die Gründung von Nebenbetriebsstätten. Die größeren Praxen können so in die Peripherie „ausstrahlen“. Schon jetzt nehmen solche Modelle in Baden-Württemberg deutlich an.

1. Schweizer Ärzte gegen Ärztemangel

Die Sicherstellung der Versorgung erfordert von den Kassenärztlichen Vereinigungen immer größere Anstrengungen. Sie müssen den Ärztemangel ausgleichen. Hierfür sind innovative Ideen und Maßnahmen gefragt. Beispiel ausländische Konkurrenz: Die Schweiz wirbt jedes Jahr zahlreiche Ärzte aus Deutschland ab, weil sie selbst nicht so viele Ärzte ausbildet, wie sie benötigt. Sie lockt dafür mit einer höheren Vergütung und attraktiveren Arbeitsbedingungen. Die KVBW hat nun dagegen gehalten und hat in der Schweiz Flagge gezeigt. In einer Anzeige in der Schweizer Ärztezeitung hat sie für eine Niederlassung in Baden-Württemberg geworben. Und tatsächlich: Es gab positive Reaktionen. Einige Ärzte aus der Schweiz haben sich gemeldet und Interesse gezeigt. Die Niederlassungsberatung der KVBW ist mit den Interessenten im Gespräch und es ist durchaus realistisch, dass dies Erfolg haben wird.



kvbwawue.de

Arztkarriere in Baden-Württemberg

Niedrigere Berge, bessere Perspektiven

Sie haben einige Jahre als Arzt oder Ärztin in der Schweiz gearbeitet. Nun planen Sie den nächsten Karriereschritt.

Wir bieten Ihnen eine Karriere als niedergelassener Arzt in Baden-Württemberg. Sie haben die Wahl: Anstellung in einer Praxis, Teilzeitarbeit, Kooperation oder die Übernahme einer eigenen Arztpraxis. Bei uns gibt es viele Möglichkeiten, als Arzt zu praktizieren. Mit Sicherheit auch eine, die ganz genau zu Ihnen passt.

Wenn Sie mehr über Ihre Perspektiven als Arzt oder Ärztin in Baden-Württemberg wissen wollen, rufen Sie uns an. Sie erreichen Ihren Berater der KV Baden-Württemberg unter Telefon 0049 761 884-4220

Alles Gute.

Bei uns sind Sie herzlich willkommen!

www.kvbawue.de

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

2. KVBW for Students

Der niedergelassene Bereich hat einen klaren Wettbewerbsnachteil gegenüber den Krankenhäusern, wenn es darum geht, Nachwuchs zu gewinnen. Das gesamte Medizinstudium ist bis auf wenige Ausnahmen klinisch geprägt, die Facharztausbildung findet in erster Linie im stationären Bereich statt. Umso wichtiger ist es, bereits frühzeitig Kontakt zu den Studierenden aufzubauen, um so das Interesse für eine spätere Niederlassung zu wecken. Die KVBW hat daher 2011 das Programm „KVBW for Students – Karriere in der Arztpraxis“ gestartet. Niederlassungsberater der KVBW sind mit Informationsständen bei geeigneten Veranstaltungen der medizinischen Hochschulen in Baden-Württemberg präsent. Neu geknüpfte Kontakte werden dann bei eigens für Studenten ausgerichteten Infoveranstaltungen vertieft und im Socialweb auf Facebook wach gehalten. Unter www.allgemeinmedizin-bw.de informiert ein Portal von KVBW, Landesärztekammer und Krankenhausgesellschaft rund um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg.

3. Neue Bedarfsplanung

Das Versorgungsstrukturgesetz hat eine Reihe von Änderungen für den Bereich der ambulanten Versorgung mit sich gebracht. So auch für die Bedarfsplanung. Ende 2012 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss die dafür erforderliche Richtlinie verabschiedet. Das Ergebnis für Baden-Württemberg: Es wird alleine rund 450 neue Hausarztsitze geben. Die Planung wurde an die Versorgungserfordernisse angepasst. Für den hausärztlichen Bereich wurden die Planungsbezirke kleiner, für einige Facharztgruppen größer. Außerdem wurden alle Fachgruppen in die Bedarfsplanung mit einbezogen.

Doch auch wenn die Planung nun weniger starr, dafür deutlich versorgungsgerechter und besser an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtet ist, sind die Probleme in der Versorgung damit noch nicht gelöst. Denn freie Arztsitze sorgen nicht für den dringend nötigen Nachwuchs. Dafür muss an anderen Stellschrauben gedreht werden.





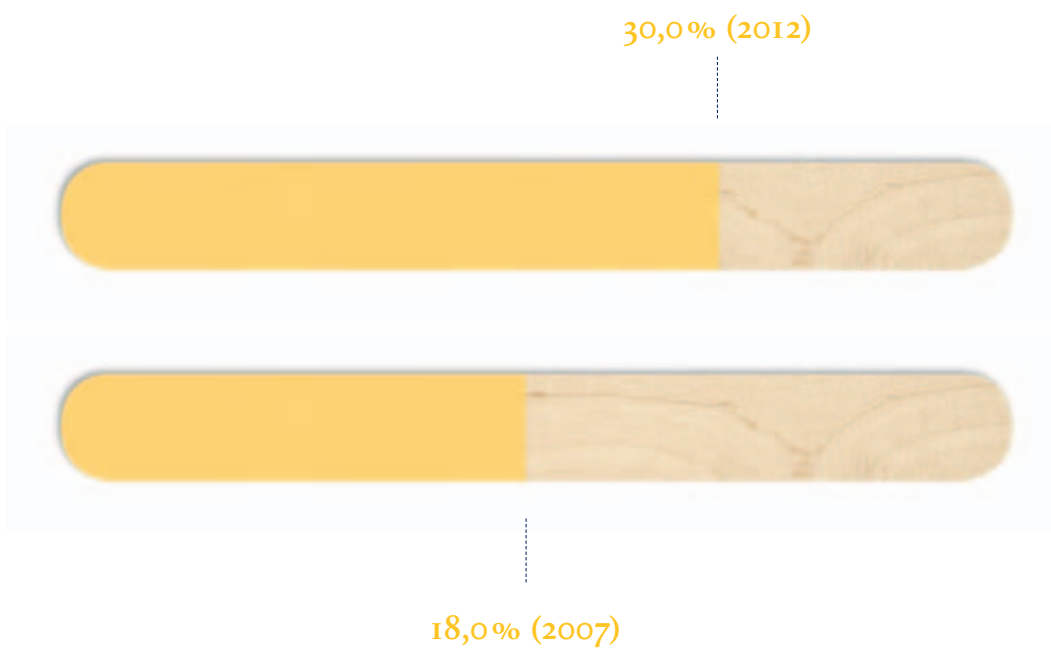
Für die Hausärzte in Baden-Württemberg ist die Situation angespannt. Der Trend der vergangenen Jahre hat sich unverändert fortgesetzt: Hausärzte haben es schwer einen Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Inzwischen betrifft das nicht nur Praxen auf dem Land, sondern auch in städtisch geprägten Regionen.



„Hausarzt ist der schönste und vielfältigste Beruf, den ich mir vorstellen kann. Wir müssen intensiv daran arbeiten, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um die Attraktivität für die jungen Mediziner zu steigern.“

Dr. Berthold Dietsche

Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Hausärztliche Versorgung, Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW



Prozent-Anteil der über 60-jährigen Hausärzte (Stand: 1. Juli 2012)

Hausärzte

Selbst in attraktiven Innenstadtlagen ist nicht mehr gewährleistet, dass eine Praxis durch einen Nachfolger weitergeführt werden kann. Zwar steigt die Zahl an Hausärzten statistisch leicht an, aber das Bild täuscht: In vielen Fällen arbeiten die jungen Medizinerinnen und Mediziner nur in Teilzeit oder mit wesentlich kürzeren Öffnungszeiten als die bisherigen Ärzte. Trotz steigender Zahlen sinken damit die Kapazitäten.

Auch der Wert der Praxen sinkt weiter. Viele Hausärzte, die ihre Praxen an einen Nachfolger übergeben wollen, müssen weit unter Wert verkaufen. In einigen Fällen werden die Praxen sogar kostenlos abgegeben, um sicherzustellen, dass die Praxis weitergeführt wird. Für betroffenen Hausärzte ist dies eine Katastrophe, denn der Wert der Praxis ist für sie fester Bestandteil der Altersvorsorge.

Einen kleinen Lichtblick gibt es aber: Zwar reicht der Nachwuchs noch bei weitem nicht aus, doch die Zahl der jungen Mediziner, die sich für die Facharztausbildung Allgemeinmedizin gemeldet haben, stieg in jüngster Zeit leicht an. Die Bemühungen von KVBW und Hausärzterverband scheinen Früchte zu tragen, die Allgemeinmedizin stärker ins Bewusstsein der jungen Mediziner zu rücken und für den Beruf des Hausarztes zu werben. Wichtig war sicher auch die Änderung im Ablauf des Medizinstudiums, wonach die Medizinstudenten nun eine Pflichtfamulatur in einer Allgemeinarztpraxis absolvieren müssen. Dies gibt den Allgemeinmedizinern in ihren Praxen die Möglichkeit zu zeigen, wie interessant, anspruchsvoll und vielfältig der Beruf des Hausarztes ist. Und an den Hochschulen setzt sich die Erkenntnis durch, dass dringend weitere Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet werden müssen. Schade nur, dass dies so lange gedauert hat.

Erhebliche Bedeutung hat für die Hausärzte die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die vor allem die Kollegen auf dem Land entlasten soll. Notfalldienstbezirke, in denen sich nur wenige Kollegen den Dienst teilen, sind auf Dauer nicht tragbar. Wenn es hier möglich ist zu einer echten Entlastung zu kommen, wird dies für die Hausärzte eine große Erleichterung sein.

Unverändert problematisch ist für die Hausärzte das Honorarsystem. Durch die steigenden Patientenzahlen – verstärkt durch den Ärztemangel – machen sich die Mengengrenzungen deutlich nachteilig bemerkbar. Es bleibt ein Grundproblem des Systems, dass die Ärzte nicht alle Leistungen, die sie erbringen, bezahlt bekommen. Umso wichtiger war es dem KVBW-Vorstand, mit der neuen Honorarverteilung Stabilität und Kalkulations-sicherheit für die Praxen zu erreichen. Speziell für die Hausärzte konnten hier einige Erleichterungen vorgenommen werden.

Stabilität für die Hausärzte bringen nach wie vor die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V. Die Verträge, in denen die Vergütung deutlich höher ist als im Kollektivvertrag und in denen es keine Mengengrenzungen gibt, haben sich zu einem festen Standbein der Versorgung in Baden-Württemberg entwickelt. Durch eine Evaluation hat sich nun gezeigt, dass sie in Bezug auf die Versorgung ihren Beitrag leisten. Besonders die chronisch kranken Patienten und Patienten mit einem großen Behandlungsaufwand, etwa in den Pflegeheimen, profitieren von den Bedingungen.

Kein anderes Land auf der Welt hat ein derart ausgeprägtes, dichtes Netz an ambulant tätigen Fachärzten wie Deutschland. Gemeinsam mit den Hausärzten bieten sie ein hohes Versorgungsniveau, das in Baden-Württemberg in einigen Bereichen seine Spitze erreicht, etwa bei den ambulanten Operationen.



„Kein anderes Land auf der Welt hat ein derart enges Netz an hochqualifizierten ambulant tätigen Fachärzten. Ohne die Fachärzte würde das Gesundheitswesen entscheidend an Attraktivität verlieren.“

Dr. Rolf Stiasny

Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Fachärztliche Versorgung



Baden-Württemberg

Fachärzte

Doch die Fachärzte müssen aufpassen, dass sie nicht Opfer ihres eigenen Erfolges werden. Denn erfolgreiche fachärztliche Leistung hat viele Neider. Dazu gehören beispielsweise die Krankenhäuser, die die Diskussion um die Aufgabenverteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor immer wieder befeuern. Denn inzwischen wird eine Vielzahl von Leistungen ambulant erbracht, für die Patienten bis vor einigen Jahren noch ins Krankenhaus mussten. Das spart dem Gesundheitssystem Geld und ist angenehmer für die Patienten. Es vereinfacht die Nachsorge, weil es keine Kommunikationsschnittstellen zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt gibt. Auch ist das Risiko, an einem multiresistenten Keim zu erkranken, im ambulanten Bereich wesentlich geringer als im Krankenhaus. Aber es nimmt den Krankenhäusern natürlich Patienten weg. Daher gibt es deutliche Bestrebungen, die Krankenhäuser für ambulante Leistungen stärker zu öffnen. Doch die Versorgung der Patienten würde dadurch nicht verbessert

Die fachärztliche Versorgung ist insgesamt noch ausgezeichnet und doch kommt der Ärztemangel inzwischen auch im fachärztlichen Bereich an. Viele „Grundversorger“ haben Schwierigkeiten, ihre Praxen an einen Nachfolger zu übergeben: Augenärzte, Hautärzte, Gynäkologen und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte sind vor allem betroffen.

Die Fachärzte waren in den vergangenen Jahren von Änderungen der Honorarsystematik und damit von Umverteilungen betroffen, die einige an den Rand der Existenz gebracht haben. Umso mehr hat sich der Vorstand der KVBW darum bemüht, das Prinzip der Kalkulationssicherheit und der Stabilität zum Maßstab des neuen Honorarverteilungsmaßstabes zu machen.

In einem anderen Bereich dagegen hat es deutliche Erleichterungen gegeben: bei den Heilmittelverordnungen. Bisher hatte der Gesetzgeber die niedergelassenen Ärzte mit einem Netz an Wirtschaftlichkeitsanforderungen überzogen, wodurch es zu deutlichen Einschränkungen in der Versorgung kam. Die Angst vor einem Regress führte zu einer großen Zurückhaltung der Ärzte bei der Verordnung von Arznei- oder Heilmitteln. Das neu geschaffene gesetzliche Prinzip, wonach nach der ersten Auffälligkeit eine Beratung erfolgen muss und erst bei weiteren Auffälligkeiten ein Regress erfolgt, ist außerordentlich zu begrüßen. Es zeigt, dass der Gesetzgeber verstanden hat, dass die bisherigen Regelungen sich negativ auf die Niederlassungsbereitschaft von jungen Medizinern ausgewirkt haben. Auch die neue Heilmittelrichtlinie unterstützt diese Entwicklung: Das Regressrisiko bei der Verordnung von Heilmitteln für schwer kranke Patienten ist praktisch abgeschafft. Das hilft nicht nur den Ärzten, sondern auch den Patienten.

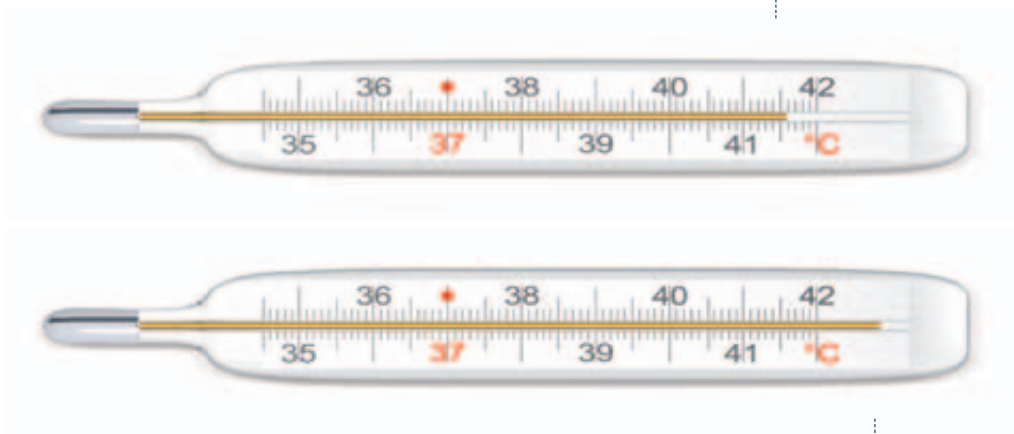
Gespannt sind die Fachärzte auf die neue ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber hat hier eine neue Versorgungsebene geschaffen, in der Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte unter gleichen Bedingungen schwer kranke Patienten behandeln können. Mit den Details befasst sich der Gemeinsame Bundesausschuss, 2013 sollen die ersten Richtlinien greifen und damit der Startschuss für diese Versorgungsebene gegeben werden.

Die Häufigkeit psychischer Krankheiten nimmt in ganz Deutschland weiterhin zu. Diese zunehmende Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen hat Auswirkung auf deren Sicherstellung, wie auf die Wartezeiten.



Diplom-Psychologe Rolf Wachendorf
Vorstandsbeauftragter Psychotherapie,
Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW

486.980 (2009)



523.749 (2011)

Innerhalb von 2 Jahren nahm die Zahl an psychischen Erkrankungen um 7,55% zu.

Psychotherapeuten

Speziell die Möglichkeit einer zeitnahen Versorgung akuter Versorgungsbedürfnisse und die niederfrequente Versorgung chronisch Kranker gehören zu den zu lösenden Problemen.

Die bundesweiten Vorgaben, an welche die KVBW gebunden ist, erschweren solche Lösungen deutlich. So führt die derzeitige Vergütungssystematik dazu, dass der Therapeut für die zeitnahe Versorgung psychisch Kranker wirtschaftlich bestraft wird. Die Differenz zwischen der Akutversorgung und der langfristigen Therapie beträgt mit allen Faktoren rund 80%! In der Folge solcher jahrelanger Fehlsteuerungen verschwand ein niederschwelliger Zugang zum Psychotherapeuten. Vor allem für sozial schwache oder wenig strukturierte Menschen oder krankheitsbedingt eingeschränkt durchsetzungsfähige Kranke wirken die Wartezeiten und Anrufbeantworter als effektive Zugangshürde. Insofern hat diese Systematik ausgrenzende asoziale Auswirkungen.

Trotz der begrenzten rechtlichen Möglichkeiten der KVBW zu Sicherstellungsverbesserungen gelang es die Anzahl der versorgten Patienten ab 2011 um ca. 6% zu erhöhen.

Im Jahr 2012 gab es drei wesentliche Versorgungsentwicklungen:

- I. Mit positiver Begleitung der KVBW startete der PNP-Facharztvertrag mit der AOK und BKK-Bosch. Zu den wesentlichsten Versorgungsverbesserungen gehört die akute Versorgung mit einem niederschweligen Zugang, die unbegrenzte niederfrequente Therapie, sowie der Wegfall des zeitraubenden Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Vollversorgungsvertrag wurde von den Niedergelassenen sehr gut angenommen. Die Versorgungserwartungen zum Vertragsstart wurden übererfüllt. Auch zeigte sich, daß mit dem niederschweligen, zeitnahen Zugang das o.g. vorher wenig versorgte Klientel auch in die Praxen kam. Somit hat der Vertrag zusätzlich eine soziale Sicherstellungsauswirkung. Bei vielen beteiligten Praxen erfolgte eine versorgungsrelevante Kapazitätserweiterung. Mit verbesserten therapeutischen Möglichkeiten und gerechterer Honorierung können offenbar mehr Kranke versorgt werden.

2. Der zunehmende Verkauf von ungenutzten halben Praxissitzen führte zu einer entsprechenden Erhöhung der versorgten Patienten. Diese im Grunde positive Versorgungszunahme erzeugte Unruhe bei den Psychotherapeuten, weil ein Teil der Mengenausweitung von ihnen selbst durch Honorarquotierung getragen wurde. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe die zunehmende Morbidität zu finanzieren, nicht die der Niedergelassenen.
3. Ein großer Fortschritt für die Rahmenbedingungen der Psychotherapeuten stellt die 2012 beschlossene Ausbudgetierung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen dar – eine Forderung, für die sich die Vertreter auch gerade aus Baden-Württemberg intensiv eingesetzt haben. In einem wichtigen Bereich der Versorgung ist damit die Mengengrenzung aufgehoben und das Risiko steigender Patientenzahlen dorthin verlagert worden, wo es hingehört: zu den Krankenkassen. Allerdings zeigen die Honorarhöhen die Einflusslosigkeit der psychotherapeutischen Vertreter in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf. Dass bereits 2005 in Württemberg höhere Honorare existierten, als selbst mit der 0,9%igen Honorarerhöhung für 2013, bewerten die Niedergelassenen als skandalös. Die Zuständigkeit der KBV zur bundesweiten Honorarfestlegung bei den Psychotherapeuten ist objektiv nicht in der Lage auch nur den Anschein eines Inflationsausgleiches zu bewirken. Mit dem Wegfall der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze und dem PNP-Vertrag können künftig die durch den EBM 2009 blockierten Versorgerpraxen, wie die halbe Praxen, ihrem Versorgungswillen besser nachkommen.

Mit der Haltung „was sich selektiv bewährt, ist kollektiv zu übernehmen“ fördert die KVBW Versorgungsverbesserungen. Die vom Vorstandsbeauftragten entwickelten Steuerungen im PNP-Vertrag eignen sich für weitere Verträge mit Sicherstellungsverbesserungen. Denn eine geänderte Bedarfsplanung mit mehr Zulassungen bessert erfahrungsgemäß nichts an der Wartezeitenproblematik. Wir können, angesichts der fehlsteuernden bundesweiten Rahmenbedingungen, eine bessere Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung in der KVBW nur mit der Unterstützung der Niedergelassenen erreichen.





Wer heute eine Praxis eröffnet, der ist nicht nur als Arzt seiner Patientinnen und Patienten gefordert, sondern auch als Unternehmer. Beim Thema medizinische Versorgung wird immer wieder vergessen, dass ein Arzt ein kleines oder mittelständisches Unternehmen leitet und wirtschaftlich denken muss. Die daraus resultierenden Herausforderungen haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen.



Doppelbelastung: Ärzte müssen Patienten versorgen und zugleich ein Unternehmen führen

Wer heute eine Praxis eröffnet, der ist nicht nur als Arzt seiner Patientinnen und Patienten gefordert, sondern auch als Unternehmer. Beim Thema medizinische Versorgung wird immer wieder vergessen, dass ein Arzt ein kleines oder mittelständisches Unternehmen leitet und wirtschaftlich denken muss. Die daraus resultierenden Herausforderungen haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen.

Die vielen Sparrunden der Gesundheitsreformen der zurückliegenden 25 Jahre haben das wirtschaftliche Risiko einer Praxisgründung deutlich erhöht. Die Rahmenbedingungen verzeihen heute keine unternehmerischen Fehler mehr. Das ist in vielen anderen Dienstleistungsberufen nicht anders. Und doch gibt es einige gravierende Unterschiede.

Dazu gehört, dass der Arzt unwirtschaftliche Patienten nicht ablehnen darf. Auch haben Ärzte kaum Möglichkeiten, Kosten einzusparen. Fixkosten – Praxispersonal, Miete und Geräte – sind zwingend notwendig, um die Praxen aufrechtzuerhalten. Hinzu kommt, dass die Ärzte in den vergangenen Jahren kaum Kalkulationssicherheit hatten. Die Honorargesetzgebung ändert sich ständig mit der Folge, dass die Geschäftsgrundlage des Arztes schwankt. Eine Leistung, die er heute noch außerhalb seines Budgets abrechnen kann, wird morgen wieder in die Gesamtvergütung eingegliedert und pauschaliert.

Durch die letzte große Honorarreform 2008/2009 haben viele Ärzte in Baden-Württemberg Einbußen von bis zu 30 Prozent hinnehmen müssen – hervorgerufen allein durch die Änderung der Vergütungssystematik und die Verteilung der Mittel zwischen den Fachgruppen. Es gibt wohl kaum einen anderen Beruf, in dem es solch starke Schwankungen gibt. Verstärkt wird das wirtschaftliche Risiko durch hohe Investitionskosten. Für die Praxisausstattung muss ein Hausarzt heute etwa 125.000 Euro investieren, ein Orthopäde 320.000 Euro, ein Gynäkologe 190.000 Euro und ein Radiologe eine Million. Das sind Summen, die erst einmal finanziert werden müssen.

Außerdem dient eine Praxis nicht nur zur Sicherung des Lebensunterhalts. Sie ist auch Teil der Finanzierung des Ruhestands. Zwar verfügen die Ärzte über das Versorgungswerk der Ärzte eine Grundsicherung, doch spielt in der Kalkulation der Altersvorsorge der Wert der Praxis eine große Rolle. Beim heutigen Ärztemangel geht diese Rechnung jedoch häufig nicht mehr auf. Junge Mediziner können unter vielen Praxen auswählen, es

herrscht ein Käufermarkt – und damit niedrigere Preise. Dies erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Praxen, da sie im laufenden Betrieb einen höheren Ertrag für die Altersvorsorge erwirtschaften müssen.

Die Veränderung der Rahmenbedingungen wird den Druck auf die Praxisinhaber weiter erhöhen. Der Trend geht zu größeren Organisationseinheiten: Die Zahl der Einzelarztpraxen ist rückläufig, die von Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren steigt an. Größere Einheiten bieten einerseits die Möglichkeit für Einsparungen bei den Fixkosten, andererseits bedingen sie größere Investitionsvolumina und damit ein größeres unternehmerisches Engagement des Arztes. Die größeren Einheiten aber sind wichtig, weil sie die Versorgung sichern. Zahlreiche Praxen im ländlichen Raum können nur nachbesetzt werden, indem bestehende Praxen eine Nebenbetriebsstätte gründen. Aus zwei Praxen kann damit eine gemacht – mit allen organisatorischen und unternehmerischen Konsequenzen für den Praxisinhaber.

Ein weiterer Trend ist, dass es immer mehr angestellte Ärzte gibt. Viele junge Ärzte scheuen das Risiko einer eigenen Praxis. Doch muss es zu jedem angestellten Arzt auch ein unternehmerisch tätigen Arzt geben, der bereit ist, das wirtschaftliche Risiko zu tragen – inklusive ärztlicher Angestellter.

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder bei all diesen Herausforderungen. So hat der Vorstand der KVBW im Zuge der wiedererlangten Zuständigkeit in Honorarfragen durch das Versorgungsstrukturgesetz größten Wert auf Kontinuität, Stabilität und Kalkulations-sicherheit gelegt. Der Honorarverteilungsmaßstab, der die Honorarverteilung in Baden-Württemberg ab Juli 2012 festlegt, folgt diesem Grundsatz konsequent.

Die KVBW unternimmt erhebliche Anstrengungen, um die Ärzte in ihrer unternehmerischen Kompetenz zu stärken – beispielsweise durch die Kurse der Management Akademie (MAK). Diese KVBW-Einrichtung veranstaltet Fortbildungen für Mitglieder und Praxispersonal. 2012 hat die MAK in 315 Kursen 7.564 Teilnehmer fortgebildet. Die Kurse sind zu 97 Prozent ausgelastet. Das Themenangebot ist vielfältig und reicht von Abrechnung, Betriebswirtschaft und Kommunikation über Praxisorganisation, Selbst- und Qualitätsmanagement bis hin zur Qualitätssicherung und -förderung.

Umfangreiche Leistungen erbringt auch die betriebswirtschaftliche Beratung der KVBW. Die Beraterinnen und Berater stehen den Mitgliedern in allen betriebswirtschaftlichen Fragen zur Verfügung. Pro Jahr führt die betriebswirtschaftliche Beratung rund 4.123 Gespräche.

Interview

Herr Pfennig, worin bestehen heute die größten wirtschaftlichen Risiken für Ärzte?

Viele Nachwuchsärzte empfinden den Schritt in die wirtschaftliche Selbständigkeit als riskant. Oft werden in diesem Zusammenhang die notwendigen Investitionen für die Neugründung oder Übernahme einer Praxis ins Feld geführt. Richtig ist, dass je nach Fachrichtung recht hohe Investitionsvolumina gestemmt werden müssen – das gilt insbesondere bei geräteintensiven Fachrichtungen wie z.B. bei Radiologen, Chirurgen oder Orthopäden. Aber egal wie hoch das Investitionsvolumen ist – ein Risiko besteht nur dann, wenn die wirtschaftliche Tragfähigkeit nicht gegeben ist. Mit anderen Worten: Wer sich selbständig macht, sollte einen guten Plan haben, wie die notwendigen Umsätze erzielt werden, um die Anfangsinvestitionen im Zeitverlauf wieder rückführen zu können.

Hat sich dies in den vergangenen Jahren geändert?

Wir beobachten, dass seit einigen Jahren immer weniger Nachwuchsärzte in die Selbständigkeit gehen. Neben dem vermeintlichen wirtschaftlichen Risiko spielt vor allem eine Rolle, dass jüngere Generationen ganz andere Ansprüche an ihren Beruf stellen als ältere Kollegen. Ein immens wichtiger

Punkt ist hier z.B. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Viele Nachwuchsmediziner sind überzeugt, dass sich eine Work-Life-Balance eher in der Anstellung als in der Selbständigkeit realisieren lässt. Hinzu kommt der steigende bürokratische Aufwand, der von vielen Medizinerern sehr skeptisch gesehen wird. Daher steht immer häufiger die Frage im Raum, ob sich die Niederlassung unter finanziellen und beruflichen Aspekten überhaupt lohnt. Die Antwort der apoBank lautet ganz klar: Ja!

Denn der Gesundheitsmarkt ist und bleibt ein Wachstumsmarkt. Die Nachfrage nach medizinischen und pharmazeutischen Leistungen wird weiterhin steigen. Zudem hat der Sozialgesetzgeber in den letzten Jahren verschiedenste Maßnahmen ergriffen, um die Attraktivität und Flexibilität der Niederlassung wieder zu erhöhen – z.B. mit Teilzulassungen oder durch erweiterte Möglichkeiten zur Kooperation. So können Selbständige Arbeit und Privatleben in Einklang bringen. Wer mit anderen Heilberufsangehörigen kooperiert, verteilt außerdem die wirtschaftliche Belastung auf mehrere Schultern. In einer Praxis mit verschiedenen Ärzten lassen sich beispielsweise die Räumlichkeiten, Geräte und auch das Personal gemeinsam nutzen sowie Behandlungen koordinieren. Dadurch entstehen wertvolle Synergieeffekte.

Was empfehlen Sie heute jungen Ärzten, die sich niederlassen wollen, in Bezug auf die Minimierung der wirtschaftlichen Risiken?

Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Planung. Deshalb bieten wir unseren Kunden eine umfangreiche betriebswirtschaftliche Beratung an und prüfen gemeinsam, wie sich das Vorhaben wirtschaftlich auf gesunde Füße stellen lässt. Dabei berücksichtigen wir die Investitionen in die Praxisgrundausstattung ebenso wie die laufenden Kosten des Praxisbetriebs – also Personal-, Miet- und Materialkosten – und die Aufwendungen für die private Lebenshaltung. So lässt sich feststellen, welchen Umsatz ein Arzt erzielen muss, damit sich die Praxis trägt, und ob dies realistisch ist. Wichtig ist darüber hinaus eine detaillierte Standort-

analyse. Wie ist die Wettbewerbssituation vor Ort? Wie ist die Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel? Wie gestaltet sich das sozioökonomische Umfeld?

Hier sind der Anteil von PKV-Versicherten und soziodemografische Faktoren wie Alter, Kaufkraft etc. entscheidend. Außerdem ist die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung im Einzugsgebiet von entscheidender Bedeutung. Handelt es sich um einen „sterbenden“ Stadtteil bzw. Gemeinde oder gibt es positive Prognosen, etwa durch neu ausgewiesene Baugebiete?

Unsere Empfehlung lautet daher: Ausreichend Zeit für die Planung einkalkulieren und das Vorhaben mit Experten diskutieren. So lässt sich das Risiko erheblich minimieren.



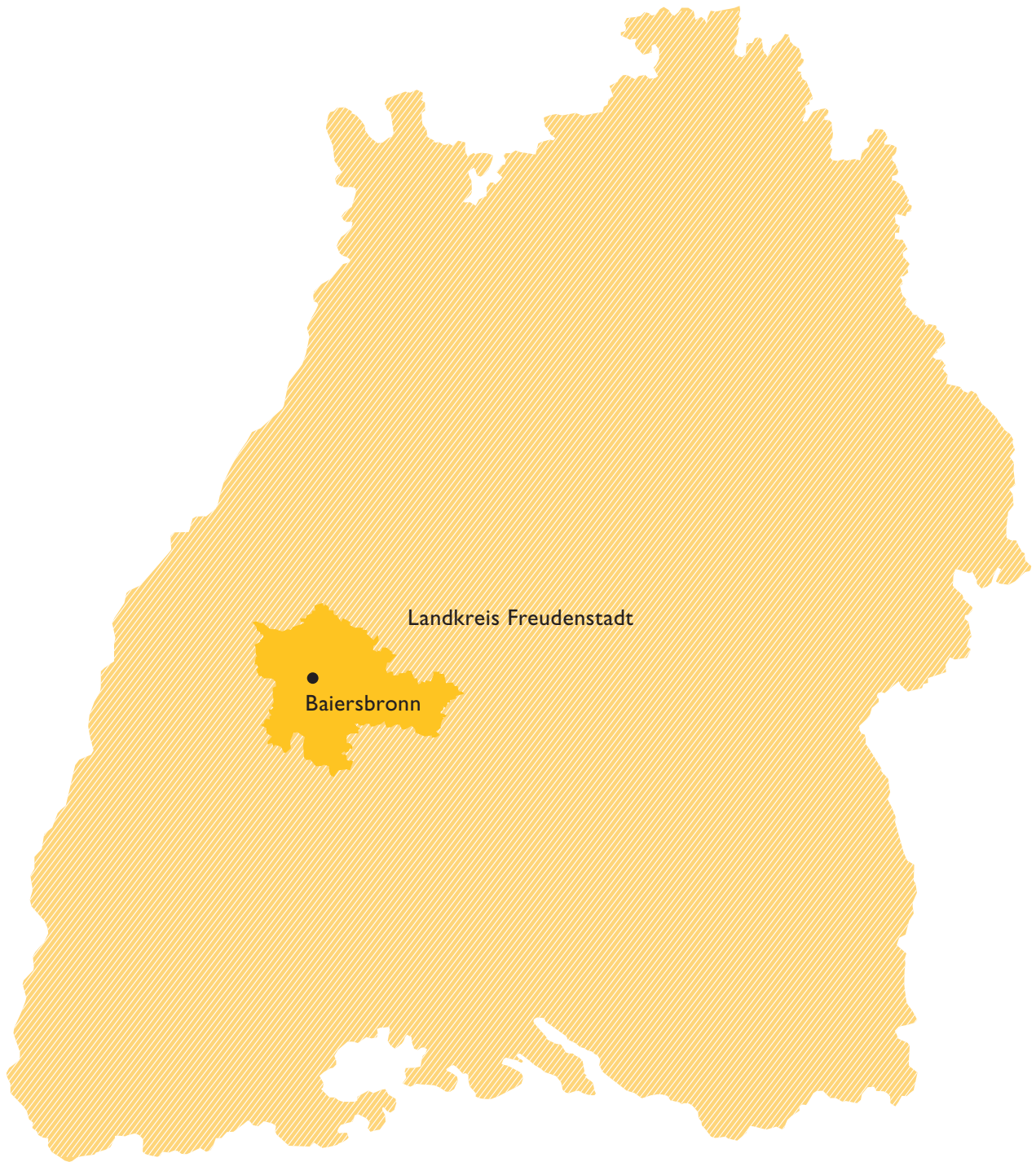
Herbert Pfennig

Sprecher des Vorstands der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf





Nicht die berühmten Gastronomen, sondern die Ärzte haben diesmal in Baiersbronn im Rampenlicht gestanden. Denn dort eröffnete im September die erste RegioPraxis BW. Mit dem Modell hat die KVBW ein Zukunftskonzept für die Versorgung auf dem Land vorgelegt.



Baden-Württemberg

Zukunftssicherung in Baiersbronn.

Im Kern ist die RegioPraxis ein hausärztlich geführtes Ärztezentrum in einer Region mit bestehender oder drohender Unterversorgung. Diese Zentren sind hausärztlich orientiert, bieten aber auch Fachärzten – wie etwa Frauenärzten oder Orthopäden – die Möglichkeit, im Rahmen einer Nebenbetriebsstätte tätig zu werden.

Das Konzept orientiert sich an den Bedürfnissen junger Ärztinnen und Ärzte. Sie müssen in der RegioPraxisBW die finanzielle Verantwortung für die Praxis nicht mehr alleine übernehmen, sondern können diese mit anderen teilen. In der RegioPraxis können auch angestellte Mediziner und Ärzte in Weiterbildung arbeiten. Mehrere Hausärzte sind dort unter einem Dach in einem neuen Zentrum tätig, an das auch eine Apotheke, Facharztpraxen und weitere Gesundheitsdienstleistungen angegliedert sind. Für einen jungen Arzt, der eine Niederlassung plant, gibt es kaum idealere Startbedingungen: Eine erstklassig ausgestattete Praxis, Arbeiten im Team und attraktive Arbeitsbedingungen. Für die Patienten ist das Zentrum ebenfalls ein Gewinn: So können beispielsweise die Öffnungszeiten weit großzügiger gestaltet werden als in einer Einzelpraxis.

Das Konzept RegioPraxisBW bietet zunächst zwei Varianten mit unterschiedlichen Integrationsstufen an:

Franchising: Die KVBW übernimmt bei der Praxisgründung eine Moderatorenrolle und stellt bestimmte Dienstleistungen zur Verfügung. Die beteiligten Ärzte müssen nach dem Kodex der KVBW für die RegioPraxisBW handeln und bestimmte Kriterien nach Sicherstellungsgesichtspunkten erfüllen.

Beteiligungsmodell: Die KVBW ist aktiver Organisator und fördert die Gründung der Praxis auch finanziell. Gleichzeitig koordiniert sie die Förderung durch Land und Gemeinden, die beispielsweise geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stellen.

Der Regio-PraxisBW-Kodex beschreibt die Mindestanforderungen an Ausstattung und Führung, um als RegioPraxisBW anerkannt und auch gefördert zu werden. Die KVBW fördert die Einrichtung und den Betrieb einer RegioPraxisBW zunächst für vier Modellprojekte in den Jahren 2012 und 2013. Nach Baiersbronn wurde die nächste Praxis im Frühjahr 2013 in Bad Schussenried in Oberschwaben eröffnet.

Die KVBW sieht in der RegioPraxis in Baiersbronn ein Zukunftsmodell für die Versorgung. Denn der Trend geht klar hin zu größeren Einheiten, seien es Ärztezentren, Medizinische Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen. Arbeitsbedingungen und Kosteneffizienz sind hier deutlich besser.

Allerdings können sich solche Zentren eher in Kerngemeinden gründen, da dort die erforderliche Patientenzahl und Infrastruktur vorhanden ist. Die KVBW versucht dies auszugleichen, indem Nebenbetriebsstätten in der Peripherie unterstützt werden. Alleine 2012 wurden über 50 Zweigpraxen in Baden-Württemberg genehmigt.







Der demografische Wandel wird große Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben. Die medizinische Versorgung von älteren Menschen gerät zu einer immensen Herausforderung für den ambulanten Sektor. Nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes wird die Bevölkerung in Deutschland bis zum Jahr 2050 auf rund 70 Mio. Personen sinken. Davon werden rund 22 Mio. 65 Jahre und älter sein.



Der demografische Wandel in Deutschland.

Demografischer Wandel – Herausforderung für das Gesundheitssystem

Die Lebenserwartung ist den in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen, auch dank einer immer besseren medizinischen Versorgung. Daher darf auch nicht der Fehler begangenen werden, Alter mit Krankheit gleichzusetzen. Es gab noch nie so viel ältere Menschen, die sich bester Gesundheit erfreuen und ihren Lebensabend genießen können wie heute. Gleichwohl dürfen die Herausforderungen für die medizinische Versorgung einer alternden Gesellschaft nicht unterschätzt werden.

Weniger Menschen bedeuten zunächst einmal einen geringeren Bedarf an ärztlicher Versorgung. Allerdings wird das für den ambulanten Bereich nicht gelten. Denn die Zahl der multimorbiden Patienten wird steigen, so dass für eine größere Anzahl an Patienten der medizinische Versorgungsaufwand steigen wird. Nach Berechnungen der KBV steigt die Zahl der Patienten mit Demenzerkrankungen bis 2025 im Vergleich zu 2007 um knapp 40%, mit Herzinsuffizienz um 32% und mit Niereninsuffizienz um 28%. Ebenfalls werden deutlich mehr Patienten an Diabetes Mellitus und Bluthochdruck erkrankt sein. Wer sich nur vor Augen hält, dass diese Erkrankungen häufig mit Folgeerkrankungen einhergehen, der kann sich leicht die Herausforderungen an das Gesundheitssystem, vor allem im ambulanten Bereich vorstellen.

Dennoch ist eine differenzierte Betrachtung angebracht. Denn das sind Zahlen für den Bund. Für die ambulante Versorgung ist jedoch die regionale Verteilung von entscheidender Bedeutung. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung geht davon aus, dass die veränderte Demografie in Deutschland zu Wanderungsbewegungen führen wird. Vor allem die jungen, mobilen Familien werden sich auf wenige Regionen konzentrieren. Das hat zur Folge, dass in Teilen Deutschlands der Einwohnerverlust und der Altersdurchschnitt besonders hoch sein wird, vor allem in den östlichen Bundesländern – mit allen Auswirkungen auf die Infrastruktur und die medizinische Versorgung. Baden-Württemberg wird hingegen voraussichtlich eher davon profitieren. Die Berechnungen sehen für Baden-Württemberg in zahlreichen Regionen eine gleichbleibende, in einigen sogar steigende Einwohnerzahlen voraus.

Dennoch wird es natürlich auch in Baden-Württemberg eine steigende Zahl an multimorbiden Patienten geben. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes waren 2009 2,34 Mio. Personen in Deutschland pflegebedürftig. Davon wurden 69% zu Hause versorgt, 31% wohnten in einem Pflegeheim. Auch hier werden die Zahlen steigen.

Für die niedergelassenen Ärzte bedeutet das eine höhere Anforderung, sowohl quantitativ als auch qualitativ in den Pflegeheimen. Der Aufwand, den sie dafür betreiben müssen, ist hoch. Denn ein Besuch in einem Pflegeheim kostet verhältnismäßig viel Zeit, die zudem nicht entsprechend vergütet wird. Hinzu kommt, dass der Arzt dafür nicht seine anderen Patienten vernachlässigen darf. Desweiteren wirkt sich die Personalknappheit in den Heimen zu Lasten der Ärzte aus. Aus medizinischer Sicht und vor dem Hintergrund des Zustandes der Bewohner wäre es durchaus denkbar, dass sie zur Behandlung in die Praxis kommen. Allerdings wäre dafür die Begleitung durch eine Pflegekraft erforderlich. Vergessen werden darf nicht, dass für die Versorgung zwar in erster Linie der Hausarzt zuständig ist, aber auch Fachärzte notwendig sind: Urologen, Gynäkologen, Dermatologen und Neurologen (für die an Demenz oder Parkinson erkrankten Bewohner). Für die sind die Rahmenbedingungen aber noch schlechter und demnach die Motivation eher noch geringer.

Es würde aber ein falsches Bild vermittelt werden, wenn die Probleme rein auf die finanzielle Ebene gebracht werden würden. Für viele niedergelassene Ärzte sind die Strukturen in den Heimen schwierig für ihre Tätigkeit: Die Prozesse sind nicht abgestimmt, das Pflegepersonal ist zu stark mit Bürokratie beschäftigt, oft können die Wünsche der Heime nach bestimmten Uhrzeiten für die Besuche nicht erfüllt werden oder auch die Medikation erfordert immer wieder einen großen Aufwand. Trotz aller Schwierigkeiten widmen sich die Ärzte mit großem Engagement der Versorgung der Bewohner in den Pflegeheimen und versuchen, so gut es geht, die Situation aufrecht zu erhalten.

Wer die Versorgung in den Heimen verbessern möchte, was zweifellos notwendig ist, muss daher an mehreren Punkten ansetzen. Beispielhaft dafür ist ein Vertrag, den die KVBW mit der BarmerGEK geschlossen hat, um die Behandlung der Patienten in den Pflegeheimen zu optimieren. Weiter soll erreicht werden, durch eine intensivere Betreuung und durch eine engere Koordination zwischen Hausarztpraxis und Pflegeheim die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren und die Behandlung der Patienten vorrangig auf ambulanter Ebene zu erhalten. Der Hausarzt übernimmt die Verantwortung für die medizinisch notwendige Versorgung, er koordiniert die Behandlung und den gezielten Einsatz seiner nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und die fachärztliche Behandlung.

Dieser Vertrag ist richtungsweisend, denn er umfasst nicht nur die Haus-, sondern auch Fachärzte. Hierdurch sollen insbesondere unnötige Krankentransporte zu den Arztpraxen und Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Auf ein neues Feld begeben sich die Vertragspartner weiter durch den gezielten Einsatz nicht-ärztlicher Mitarbeiterinnen in die medizinische Versorgung. Dadurch soll der behandelnde Hausarzt entlastet werden, indem er Aufgaben auf diese übertragen kann (Delegation). Insbesondere kann durch nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen eine höhere Besuchsfrequenz und intensivere Patientenbetreuung im Pflegeheim erreicht werden.

Koordinierungsstelle Allgemein- medizin in Baden-Württemberg.

Neue Hausärzte braucht das Land, auch das „Ländle“. Vielfältige Maßnahmen existieren mittlerweile, um den Weg zum Allgemeinmediziner einfacher und attraktiver zu gestalten. Eine Maßnahme davon ist die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin.

Anfang 2010 wurde die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV Spitzenverband geschlossene „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ verabschiedet. Ziel ist die langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Neu an dieser Vereinbarung sind u. a. die Erhöhung der Förderbeiträge während der Weiterbildung sowie die Schaffung von „Koordinierungsstellen“ auf Landesebene.

In Baden-Württemberg waren sich die Beteiligungspartner, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und die Landesärztekammer einig, diese Koordinierungsstelle gemeinsam zu gründen. Die Geschäftsstelle der Koordinierungsstelle hat aktuell ihren Sitz bei der KVBW. Wesentlich ist die Beteiligung des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, das mit der VerbundweiterbildungPlus viel Vorarbeit geleistet hat.

Was sind die Aufgaben und Zielgruppen der Koordinierungsstelle?

Aus den Hauptzielgruppen wird bereits die Vielseitigkeit der relevanten Themen erkennbar.

1. Studierende, Ärzte in Weiterbildung (AiW), Wiedereinsteiger.



3. Krankenhäuser,
die einen Weiter-
bildungsverbund
gründen möchten,
oder einen AiW
anstellen möchten.

2. Weiterbilder, die einen AiW anstellen möchten.

Diese Hauptzielgruppen werden von der Koordinierungsstelle informiert, beraten und vermittelt.

Um dieser Aufgabe auch über die Landesgrenzen hinweg gerecht zu werden, wurde eine neue Internet-Seite ins Leben gerufen. Seit April 2012 ist es erstmals möglich, sich über www.allgemeinmedizin-bw.de über alle existierenden Weiterbildungsverbände in Baden-Württemberg zu informieren.

Weiterbildungsverbände bieten die verschiedenen Abschnitte der allgemeinmedizinischen Weiterbildung aus einer Hand an. Dazu schließen sich Klinik(en) und niedergelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin, sowie andere zur Weiterbildung befugte Fachärzte zu einem regionalen Weiterbildungsverbund zusammen. Somit erhöht sich die Planungssicherheit für ÄiW, bisher notwendige Ortswechsel und Umzüge fallen weg. Schließlich erhöht sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Mittlerweile liegt der Frauenanteil der ÄiW bei 75%.

Die Stellenbörsen für ambulante Stellenangebote und -gesuche sowie für stationäre Stellenangebote werden mittlerweile sehr gut nachgefragt. Abgerundet wird die Internet-Präsenz mit Informationen zu den Förderverfahren, FAQ's, Erfahrungsberichten, und natürlich den Kontaktinformationen. Denn das persönliche Gespräch kann und soll so eine Web-Präsenz nicht ersetzen.

Wie gut die Webpräsenz nachgefragt wird, bestätigen die Aufrufe der Seite. Pro Monat werden im Durchschnitt 5.000 Klicks verzeichnet.

Aus den persönlichen Gesprächen und Anfragen wird deutlich, wie wichtig die übergreifende Aufgabe der Koordinierungsstelle ist. Zum Beispiel suchen Ärzte in Weiterbildung nicht nur einen Weiterbilder in regionaler Nähe, der ein breites Spektrum von Behandlungsfällen bietet, sondern auch jemanden, der in dem motivierten AiW auch einen potentiellen Nachfolger sieht. Die Zeit der Weiterbildung bietet beiden Partnern meist ausreichend Zeit, sich darüber klar zu werden, ob auch die „Chemie“ für eine Nachfolge stimmt. Die Koordinierungsstelle kann helfen, beide „Suchende“ zusammen zu bringen.

Für die nähere Zukunft sind folgende Tätigkeitsschwerpunkte der Koordinierungsstelle geplant:

Obwohl die Anzahl der existierenden Weiterbildungsverbände in Baden-Württemberg sicherlich überdurchschnittlich im Vergleich zu anderen Bundesländern ist, gilt es zu prüfen, ob in einigen Regionen noch ein Bedarf an weiteren Kooperationen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Weiterbildern besteht.

Mittlerweile gibt es auch einen „grenzüberschreitenden“ Austausch zwischen anderen Koordinierungsstellen, der zunehmend ausgebaut wird.

In 2013 wird begonnen, auf Initiative der Bundesebene, eine Evaluation der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von jedem einzelnen Weiterbildungsabschnitt durchzuführen.

Ausgebaut werden die Kooperationen mit den Lehrbereichen der Allgemeinmedizin in Heidelberg, Freiburg, Mannheim, Tübingen und Ulm mit gemeinsamen Veranstaltungen für Studenten.



Mehr Informationen:
www.allgemeinmedizin-bw.de





Die medizinische Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund stellt ganz eigene Anforderungen an Ärzte und Psychotherapeuten. Größte Herausforderung dabei sind die Sprachbarrieren. Beschwerden können vom Patienten oft vielleicht noch durch einfache Zeichen oder durch das Zeigen der betroffenen Stelle am Körper verdeutlicht werden.



2,8 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund (Gesamt)

Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund.

Aber sobald der Arzt dann Rückfragen hat, fängt es an schwierig zu werden. Das setzt sich fort, wenn die Therapie muss dann dem Patienten erklärt werden muss. Es ist problematisch, wenn dem Patienten nicht verdeutlicht werden kann, wie viele Tabletten er zu welcher Tageszeit nehmen muss oder worauf er bei der weiteren Therapie achten muss.

Vor nahezu unlösbaren Problemen stehen die Psychotherapeuten bei der Behandlung ausländischer Patienten. Gerade in der Psychotherapie, wo das Gespräch zwischen Therapeut und Patient den Kern der Behandlung darstellt, sind Sprachbarrieren nicht zu überbrücken. Denn auch ein Dolmetscher hilft hier nur wenig weiter. Sicherlich ist dies ein Grund, warum die ausländischen Patienten in Psychotherapie deutlich unterrepräsentiert sind. Ein anderer wird darin liegen, dass es eine psychotherapeutische Versorgung in vielen anderen Ländern gar nicht gibt. Aber auch die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, die heute noch vielerorts außerhalb Deutschlands besteht, ist eine Ursache hierfür. Aber nicht nur die Zahl der Patienten ist gering, auch die der Psychotherapeuten aus dem Ausland. Auch hier wird eine Rolle spielen, dass viele Länder gar keine psychotherapeutische Ausbildung nach deutschem Muster haben. Die wenigen Therapeuten aus dem Ausland ermöglichen es dann aber doch zumindest teilweise, dass ausländische Patienten in ihrer Muttersprache behandelt werden können.

Kulturelle und religiöse Probleme

Neben den Sprachbarrieren sind die kulturellen oder religiös bedingten Unterschiede nicht zu unterschätzen. Viele Migranten kennen ein Gesundheitssystem, wie wir es in Deutschland haben, aus ihrem Heimatland nicht – weder eine so umfassende medizinische Versorgung noch ein so vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis. Von den Ärzten erfordert dies viel Sensibilität im Umgang mit den Patienten.

Viele Arztpraxen haben sich inzwischen gut auf die Patienten mit schlechten oder gar keinen Deutschkenntnissen eingestellt. In vielen Praxen werden Fremdsprachen gesprochen. Insgesamt 58 Sprachen auf Behandlungsniveau bieten niedergelassene Praxen an. 9.400 Praxen geben an, Patienten auch in einer Fremdsprache behandeln zu können. Das ist deutlich mehr als die Hälfte der Praxen im Land. Oft sind auch die medizinischen Fachangestellten behilflich oder die Patienten bringen einen Familienangehörigen als Dolmetscher mit.

Gezielte Praxissuche mit der KVBW

Die KVBW bietet über ihre Homepage HYPERLINK „<http://www.kvbawue.de/Arzt-suche>“ www.kvbawue.de/Arzt-suche und ihr Patiententelefon medcall die Möglichkeit an, gezielt nach Praxen zu suchen, die Behandlungen in den einzelnen Fremdsprachen anbieten.

Ein Drittel der Bevölkerung hat Migrationshintergrund

In Baden-Württemberg hat etwa ein Drittel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Dieser Personenkreis ist der jedoch keineswegs einheitlich. Von den etwa 2,8 Mio. Einwohnern mit Migrationshintergrund haben knapp 1,3 Mio. eine ausländische und knapp 1,6 Mio. die deutsche Staatsbürgerschaft. Die größte Gruppe stellt mit Abstand die türkisch-stämmige Bevölkerung, gefolgt von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Italienern und Griechen. Hinzu kommen die Aussiedler aus den Gebieten der früheren Sowjetunion. Die Verteilung innerhalb von Baden-Württemberg ist übrigens ungleich, in den Städten leben wesentlich mehr Menschen mit Migrationshintergrund als auf dem Land. In Stuttgart sind es beispielsweise knapp 40 Prozent. Die Migranten in Baden-Württemberg leben teilweise schon seit vielen Jahren hier, viele sind sogar hier geboren.

Ärzte und Pfleger aus dem Ausland

Aber nicht nur von Patientenseite spielt Migration inzwischen eine zentrale Rolle: Viele Kliniken und Pflegeeinrichtungen müssten ohne ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Ausland schließen. Und das betrifft keineswegs nur das Pflegepersonal, die Krankenschwestern oder Arzthelferinnen, sondern auch die Ärzte. Eine erhebliche Anzahl von Ärzten mit ausländischen Wurzeln ist in Baden-Württemberg tätig, nicht nur in den Kliniken, sondern auch im ambulanten Bereich. Derzeit sind rund 444 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten aus 53 Ländern in Baden-Württemberg niedergelassen, die eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen.

Für die KVBW ist es aktuell das Vorhaben mit den vielleicht größten Auswirkungen überhaupt: Die Rede ist von der Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Dieser Notfalldienst ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.



Reform des Bereitschaftsdienstes.

Wenn die KVen den Notfalldienst nicht mehr erfüllen, würde er von einem anderen Player im Gesundheitswesen übernommen. Folge wäre eine erhebliche Schwächung der niedergelassenen Ärzte, weil andere Beteiligte diese Aufgabe nur zu deutlich höheren Kosten bewältigen könnten, was den Ärzten wiederum nach geltender Rechtslage von der Gesamtvergütung abgezogen würde.

Die Versorgung der Bevölkerung rund um die Uhr ist ein Kernbereich unseres Gesundheitssystems. Dieser Service ist weltweit einzigartig. Aber er erfordert einen enormen Aufwand. Der Ärztemangel hat zur Folge, dass dieser Aufwand landesweit mit weniger Ärzten zu leisten ist. Die aktuelle Struktur mit Dienstbezirken, in denen die Belastung für die Ärzte extrem unterschiedlich ist, wird auf Dauer nicht aufrecht zu erhalten sein. Die Reform des Bereitschaftsdienstes reduziert die Belastung auf etwa sieben Dienste jährlich pro Arzt.

Gestartet 2011, wurde das Vorhaben 2012 wesentlich fortentwickelt. Anlass war der Wunsch der Mitglieder, die KVBW solle sich stärker bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes engagieren. Der Grund dafür ist einfach: Die Gründung zentraler Notfallpraxen an Krankenhäusern ist aufwändig. Es müssen Verträge mit dem Krankenhaus und mit Praxispersonal geschlossen werden. Buchhaltung und IT sind zu organisieren.

Weitere Fragen im Zusammenhang mit Notfallpraxen sind: die Gründung eines Vereins oder die Führung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), die Erhebung der Umlagen, aus denen sich die Praxis finanziert, die Abrechnung und Verteilung der Honorare sowie sämtliche (haftungs-)rechtlichen Belange. Mit all dem sollte die Ärzteschaft nicht belastet werden. Deren Aufgabe ist die Versorgung der Patienten und nicht die Organisation von Notfallpraxen.

Die Kassenärztliche Vereinigung, so die Haltung der Mitglieder, hat sowohl das Know-How als auch die organisatorische Stärke, eine solche Aufgabe zu erfüllen. Zu den bereits bestehenden Notfallpraxen müssen noch einmal etwa 28 neu gegründet, sodass der Bereitschaftsdienst künftig in etwa 95 Notfallpraxen geleistet werden kann. Hinzu kommt: Die KV kann günstigere Konditionen für die Ausstattung und die IT aushandeln.

Weiteres wichtiges Element der Reform ist die Vergrößerung der Bereitschaftsdienstbezirke. Diese hat zur Folge, dass sich für Ärzte bei Hausbesuchen zum einen die Wege verlängern, zum anderen mehr Patienten zu versorgen sind. Die KVBW wird daher auch für die Ärzte einen Fahrservice anbieten. Die Reform des Bereitschaftsdienstes führt damit zu einer wesentlichen Entlastung der Ärzte vor Ort – nicht nur bei der Dienstbelastung, sondern auch in organisatorischer Hinsicht.

In mehreren Sitzungen hat sich die Vertreterversammlung dem Reformthema gewidmet und jeweils nahezu einstimmig den Vorstand in seinem Vorhaben unterstützt. In vielen Gesprächen mit den Mitgliedern vor Ort wurden die Pläne ausgearbeitet. Die Bürgermeister und Landräte sowie die Mitglieder des Landtages wurden informiert und hatten die Möglichkeit zur Stellungnahme. Den Medien wurde in Seminaren die Hintergründe und die Maßnahmen der Reform ausführlich erläutert. Insgesamt hat die KVBW die organisatorischen Voraussetzungen dafür geschaffen, dieses Projekt erfolgreich umzusetzen.

Um die künftige Struktur – vor allem die Notfallpraxen – zu finanzieren, wird eine Umlage unter den Mitgliedern der KVBW erhoben. Damit beteiligen sich auch die psychologischen Psychotherapeuten und die ermächtigten Ärzte solidarisch an der Finanzierung, obwohl diese nicht am Bereitschaftsdienst teilnehmen. Auch hierzu hat die Vertreterversammlung grünes Licht gegeben. Gleichzeitig ist es gelungen, dass sich die Krankenkassen mit einem signifikanten Beitrag an den Kosten beteiligen.

Um der Leistung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ein Gesicht zu geben, hat die KVBW eine eigene Marke dafür entwickelt. Das Logo wird auf allen Publikationen aufgedruckt sein und auch im Beschilderungssystem der Krankenhäuser prominent auftauchen.

Die neue Struktur soll Anfang 2014 umgesetzt sein.

Interview

Sie haben die Reform des Bereitschaftsdienstes bereits abgeschlossen. Was war Gegenstand der Reform?

Wir haben den Bereitschaftsdienst grundlegend reformiert. Ziel war es, die Dienstbelastung zu reduzieren und gleichzeitig die Möglichkeit für die Aufhebung der Residenzpflicht zu schaffen. Wir haben daher völlig neue Strukturen geschaffen, die bisherigen sehr regional gegliederten Dienstbezirke aufgehoben, neue größere Bezirke geschaffen und das Land mit einem Netz an Notfallpraxen an Krankenhäusern überzogen.

Wer ist Träger der Notfallpraxen?

Träger ist die KV. Es gibt keine Praxen mehr, die in der Hand von lokalen Ärzteorganisationen sind, seien es Vereine oder ähnliches.

Wie ist der Fahrdienst organisiert?

Die KV hat eine Vereinbarung mit der Johanniter Unfallhilfe geschlossen, die für den Fahrdienst Autos und Fahrer zur Verfügung stellt. Das ist flächendeckend in jedem Notfalldienstbezirk der Fall.

Wie finanzieren Sie diese Strukturen?

Die Finanzierung läuft über eine landesweite Umlage erhoben, die derzeit pro Mitglied bei 135 Euro pro Monat liegt. Mit dieser Umlage haben wir alle bisherigen regionalen Umlagen abgelöst.

Seit wann ist die Reform umgesetzt?

Wir arbeiten seit 1.2.2011 in dieser neuen Struktur.

Wie sind die Erfahrungen heute?

Wir hatten großen und heftigen Widerstand aus der Ärzteschaft und der Politik dagegen. Heute aber können wir eine Zufriedenheit von 95% unserer Mitglieder verzeichnen – trotz der Tatsache, dass die Umlage teilweise höher ist als sie früher war. Vor allem die Entlastung bei den Diensten und der Fahrdienst stoßen auf große Zustimmung.

Es gibt keinen Wunsch aus der Ärzteschaft, in die alte Struktur zurückzukehren?

Nein. Wir hören unisono, dass dies die beste Entscheidung war, die die KV Westfalen-Lippe je getroffen hat. Selbst die schärfsten Kritiker der Reform damals, die uns am heftigsten bekämpft haben, konstatieren uns heute, dass dieser Weg mit dieser neuen Reform genau richtig gewesen ist. Wir haben heute übrigens auch keinerlei Akzeptanzprobleme bei der Bevölkerung.

Dr. Gerhard Nordmann

Stellvertretender Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe



Regionale Verantwortung bringt die bessere Versorgung.

Ein verfassungsrechtliches und finanzwissenschaftliches Prinzip ist das der Konnexität. Es wird mit der notwendigen Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung aus einer Hand begründet. Nicht umsonst legt auch die Landesverfassung fest, dass die vom Land den Kommunen übertragenen Aufgaben entsprechend finanziell hinterlegt sein müssen. Die Versorgungsverantwortung für die gesetzlich Versicherten in Baden-Württemberg tragen die jeweiligen Krankenkassen gemeinsam mit der Ärzteschaft und weiteren Partnern, gleichwohl werden viele Entscheidungen primär auf Bundesebene getroffen und entfalten faktische Wirkung für die regional Verantwortlichen. Hier fallen Verantwortung und Gestaltungskraft auseinander und bewirken somit letztlich vielfach eine Art organisierter Verantwortungslosigkeit. Zu Viele regeln irgendetwas, aber das Gesamtergebnis kann keinem zugeschrieben werden.

Auswege aus dieser Situation bieten zwei Wege: Zum einen im Bereich der Kollektivversorgung eine wirkliche Regionalisierung der Entscheidungs- und Verhandlungsstrukturen zu etablieren, nicht nur das detaillierte Umsetzen von Vorfestlegungen. Dazu gehört selbstverständlich der Abschied vom zwangsweise gemeinsamen und einheitlichen Handeln der Krankenkassen. Dazu muss der Gesetzgeber tätig werden. Als Königsweg zur beiderseitigen Befreiung aus der zentralistischen Regulierungsfalle haben sich jedoch die Selektivverträge bewährt: Bessere Versorgung, stabile höhere Vergütung, höhere Zufriedenheit, mehr Perspektive, solide Finanzierung. Das sind schlagwortartig die Ergebnisse der im Jahr 2012 durchgeführten und veröffentlichten ersten Evaluation zum Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg – diesen Weg werden wir gemeinsam mit unseren ärztlichen Partnern unbeirrt weiter beschreiten.

Dr. Christopher Hermann

Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg
für den Versorgungsbericht 2012 der
KV Baden-Württemberg

Entscheidend ist der Nutzen für die Patienten und die Versicherten.

Die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen im Land ist kein Selbstzweck, sondern muss auch in Zeiten des gesellschaftlichen und demografischen Wandels eine flächendeckende medizinische Versorgung zu bezahlbaren Preisen sicherstellen. Darüber hinaus ist im Interesse der Beitragszahler und der Patienten die Effizienz und die Qualität der Leistungen weiter zu steigern.

Für die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg bleibt immer die Patientenorientierung der entscheidende Gradmesser. Die Umsetzung des GKV-VStG bietet diesbezüglich gute Chancen: Durch eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung kann die Versorgung passgenau gestaltet werden. Alle Beteiligten haben hier jedoch eine besondere Verantwortung, weil das Gesetz vergleichsweise wenig Instrumente zur Bekämpfung der massiven Überversorgung in den städtischen Ballungsgebieten und deren Speckgürteln bereit stellt. Die Überarbeitung der Arzt-Einwohner-Relationen darf daher nicht dazu führen, dass sich Überversorgung durch neue Arztsitze in Überversorgungsgebieten weiter verstärkt.

Zur Bekämpfung von Unterversorgung enthält das GKV-VStG demgegenüber vielversprechende Ansätze. Durch die Lockerung der Residenzpflicht können Ärzte Beruf und Familie besser vereinbaren. Auch ist die Überwindung der Sektorengrenzen und die Schaffung eines einheitlichen Wettbewerbsrahmens für die B 52-Verbändekooperation Richtungweisend. Jeder Arzt und jedes Krankenhaus kann grundsätzlich an der neuen Versorgung teilnehmen, wenn die Qualifikation und die Qualitätsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Mengenentwicklung gilt es zu beobachten. Positiv zu bewerten ist außerdem die strengere Verpflichtung der Leistungserbringer, für nahtlose Übergänge an den Schnittstellen der Versorgung Sorge zu tragen.

Das Prinzip der Selbstverwaltung gründet auf der Einsicht, dass der Staat sich auf eine ausreichende Rahmensetzung beschränkt und der gemeinsamen Selbstverwaltung die Gestaltung der Versorgungswirklichkeit überlässt. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Land ist unerlässlich, weil dieses wesentliche Aufgaben der Daseinsvorsorge zu erfüllen hat. Die gewählten Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Kranken- und Pflegekassen verstehen sich als Sachwalter der gesundheitlichen Interessen der Versicherten und Patienten und ihrer Rechte.

Walter Scheller

B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg
für den Versorgungsbericht 2012 der
KV Baden-Württemberg

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

Die Landwirtschaftliche Krankenkasse hatte in den vergangenen Jahren immer wieder mit Sorge auf die medizinische Versorgungssituation im ländlichen Bereich hingewiesen. Obwohl statistisch beinahe alle Regionen in Baden-Württemberg noch ausreichend ärztlich versorgt sind, gibt es in einigen ländlichen Gegenden schon jetzt einen Mangel an Hausärzten. Hinzu kommt, dass in den nächsten Jahren viele Ärzte aus Altersgründen aus dem Beruf ausscheiden werden. Da junge Ärzte sich aus den unterschiedlichsten Gründen nur selten auf dem Land niederlassen wollen, besteht die Gefahr, dass der Bedarf einer alternden Landbevölkerung an Gesundheitsleistungen nicht mehr ausreichend gedeckt werden kann.

Diese Gefahren wurden auch von der Politik erkannt. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 wurden durch einen breiten Maßnahmenkatalog die Voraussetzungen dafür geschaffen, den Arztberuf wieder attraktiver zu machen und durch verschiedene Anreize die Ärzte auch dazu zu bewegen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen und damit für eine Entschärfung der Versorgungsprobleme auf dem Land zu sorgen.

So wurde die Bedarfsplanungsrichtlinie geändert, um durch eine neue und feingliedrigere Planung Versorgungslücken schneller erkennen und beheben zu können. Eine Konzentration von Ärzten in attraktiven Städten wird insbesondere im hausärztlichen Bereich nicht mehr möglich sein. Um den Anreiz für die Ärzte zu erhöhen, sich auch tatsächlich in unterversorgten ländlichen Gebieten niederzulassen, wurden zudem die Fallzahlbegrenzung und die Budgetierung aufgehoben, das heißt, diese Ärzte bekommen alle ihre erbrachten Leistungen auch vergütet. Es wurde auch die sogenannte Residenzpflicht für die Ärzte aufgehoben, was bedeutet, dass der Arzt nicht mehr zwingend am Ort seiner Praxis wohnen muss. Er kann auch von der Stadt in seine auf dem Land gelegene Praxis pendeln.

Ein weiterer Hinderungsgrund, sich in einer ländlichen Gegend niederzulassen war für viele Ärzte auch die häufige Inanspruchnahme beim ärztlichen Notfalldienst. Um auch hier für eine Entlastung zu sorgen, haben sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen auf eine Neuordnung des Notfalldienstes verständigt. Das neue Konzept sieht vor, dass die Patienten durch ca. 70 Bereitschaftsdienstpraxen versorgt werden. Diese werden in der Regel an einem Krankenhaus angesiedelt und von den Patienten gut erreichbar sein.

Der niedergelassene Arzt wird dadurch vollständig von seiner Notfalldienstverpflichtung entbunden. Für die Umsetzung dieser Neuorganisation, die im Jahr 2013 abgeschlossen sein soll, stellen sowohl Kassenärztliche Vereinigung als auch Krankenkassen erhebliche Mittel zur Verfügung.

Erwähnt werden müssen auch die Bemühungen des Landes Baden-Württemberg, das mit seiner Gesundheitsstrategie eine Plattform für neue Ansätze und Programme zur Vermeidung von insbesondere chronischen Krankheiten geschaffen hat, und damit ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zur Lösung der bestehenden und zukünftigen Probleme leistet.

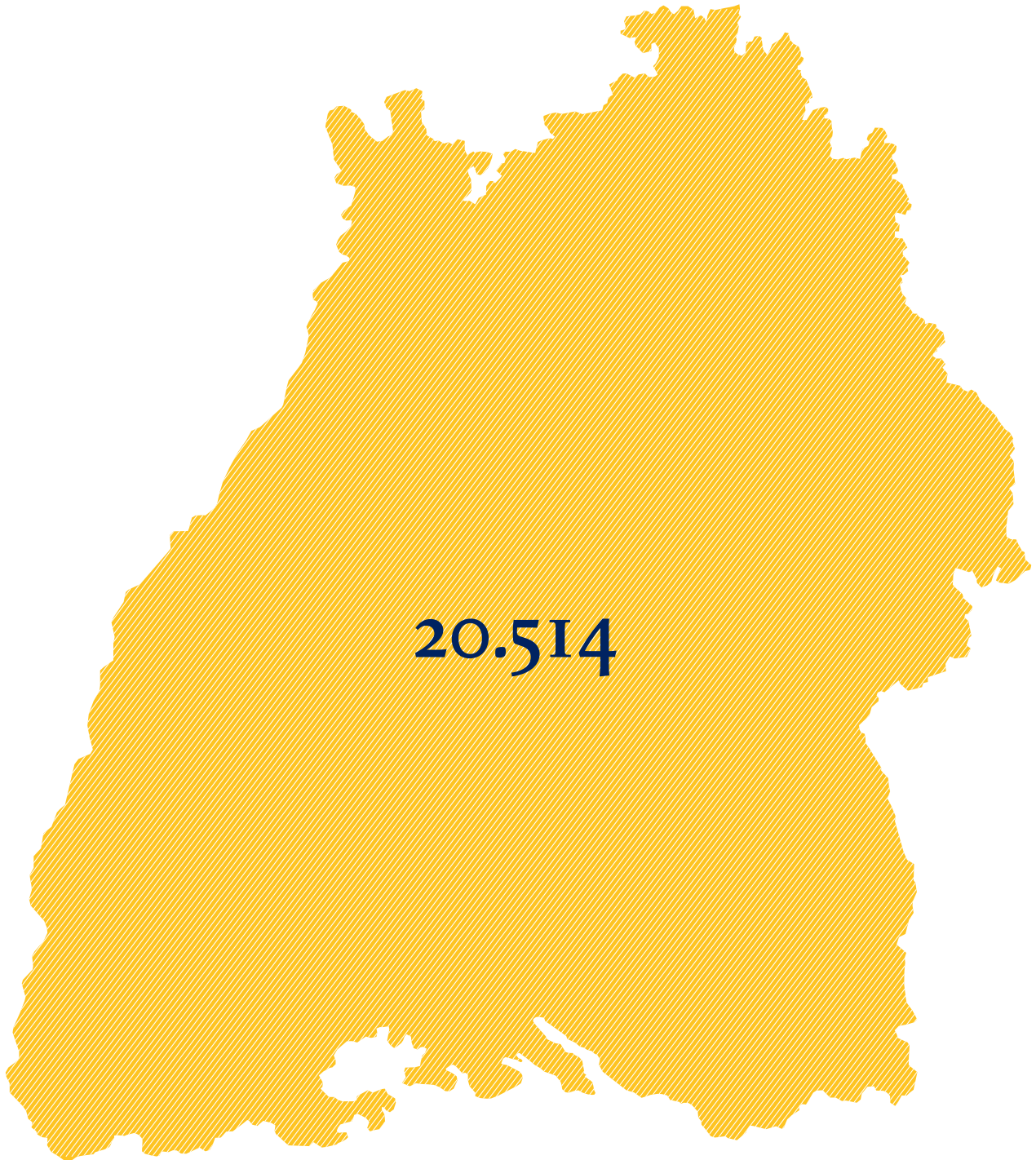
Alle diese Maßnahmen sind ein Schritt in die richtige Richtung und auch dazu geeignet, die Versorgung der Menschen auf dem Lande zu stabilisieren. Ob diese aber auch dazu führen werden, die Versorgung der Landbevölkerung langfristig sicherzustellen oder gar zu verbessern, wird sich noch zeigen müssen. Jedenfalls dürfen all die für das Gesundheitswesen Verantwortlichen nicht in ihren Bemühen nachlassen, eine gute, flächendeckende und bezahlbare ärztliche Versorgung für die Bevölkerung in unserem Land zu erhalten.

Claudia Lex

Geschäftsführerin der Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
für den Versorgungsbericht 2012 der
KV Baden-Württemberg







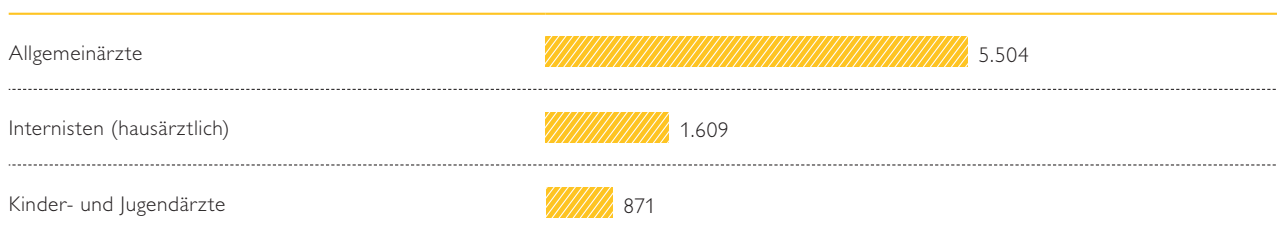
20.514 Ambulante Behandler in Baden-Württemberg

Versorgungsbereiche/-strukturn

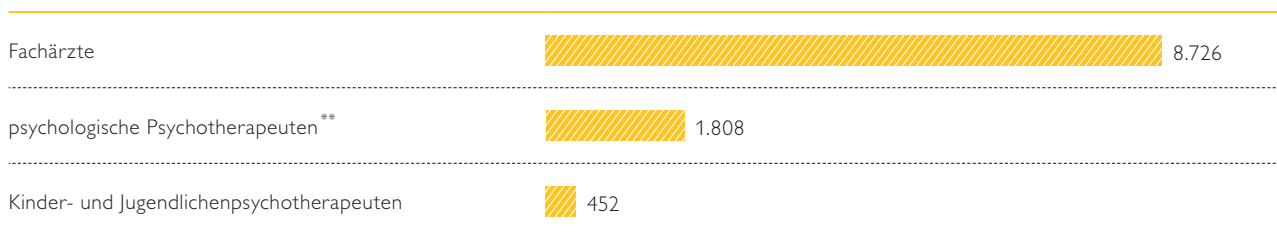
Anzahl ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten*



Hausärztliche Versorgung, gegliedert nach Fachgruppen



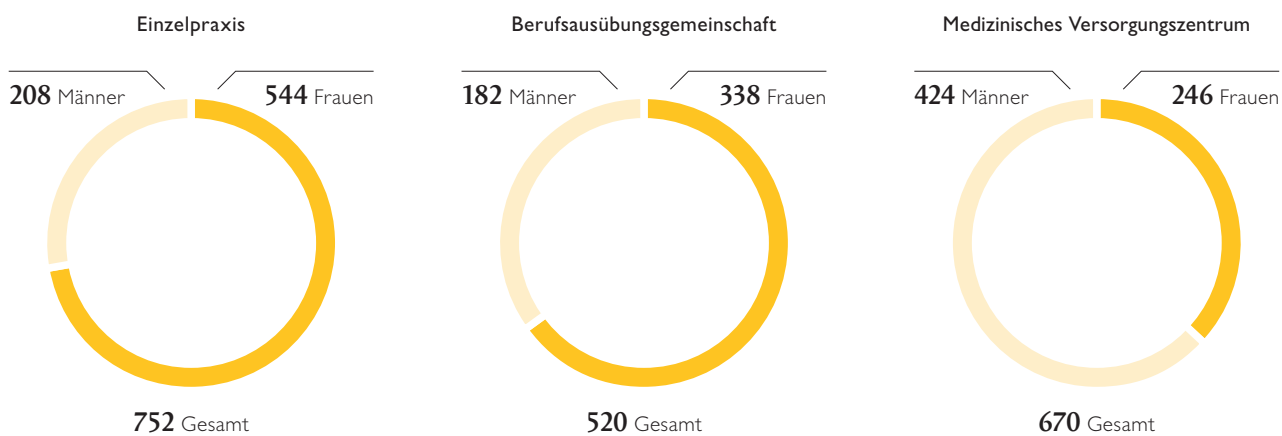
Fachärztliche Versorgung, gegliedert nach Ärzten und Psychotherapeuten



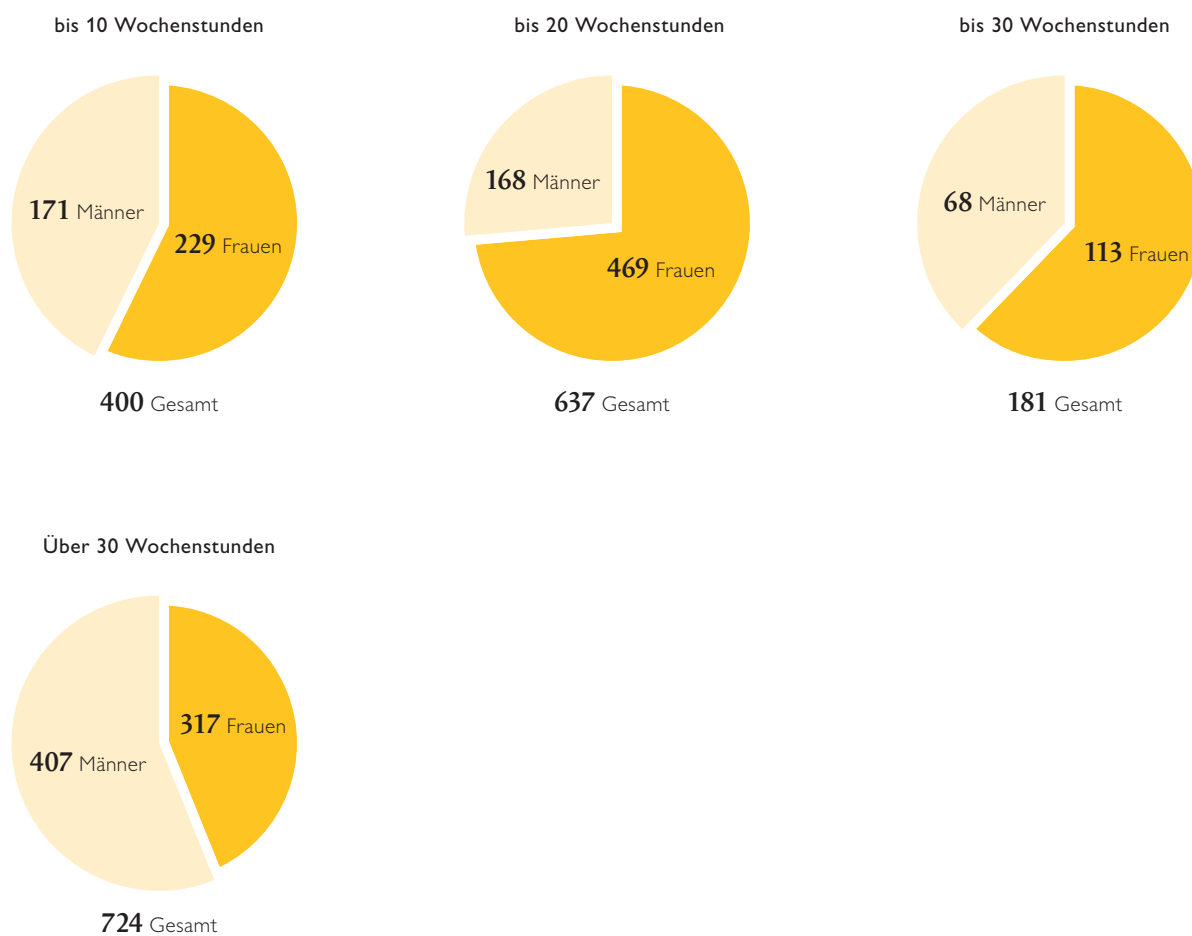
* Zuzüglich 1.544 ermächtigte Krankenhausärzte.

** Davon 159 auch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen.

Wo sind Angestellte beschäftigt?



Arbeitszeiten der Angestellten Ärzte/Psychotherapeuten



Altersstruktur und Frauenanteil in der vertragsärztlichen Versorgung

Alter in Jahren	Frauen	Männer	Frauenanteil
28 bis 39	475	422	53%
40 bis 49	2.431	2.915	45%
50 bis 54	1.605	2.357	41%
55 bis 59	1.413	2.236	39%
60 bis 64	984	2.539	28%
65 bis 88	456	1.137	29%
Gesamt	7.364	11.606	39%

Teilnahmestruktur 2007 bis 2012

	Zugelassene Ärzte/Psychotherapeuten			Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten			Ambulante Versorgung		
	2007	2012		2007	2012		2007	2012	
Hausärzte	6.988	6.518	-6,7%	185	595	221,6%	7.173	7.113	-0,8%
Fachärzte	10.274	10.510	2,3%	397	1.347	239,3%	10.671	11.857	11,1%
KVBW	17.262	17.028	-1,4%	582	1.942	233,7%	17.844	18.970	6,3%

Arztzahlentwicklung 2007 bis 2012 im Vorjahresvergleich

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
Hausärztliche Versorgung	8.005	8.031	+0,3%	8.016	-0,2%	7.979	-0,5%	7.979	-0,0%	7.984	+0,1%	
Fachärztliche Versorgung	9.839	10.056	+2,2%	10.282	+2,2%	10.497	+2,2%	10.747	+2,4%	10.986	+2,2%	
Ermächtigte	1.403	1.461	+4,1%	1.485	+1,6%	1.468	-1,1%	1.461	-0,5%	1.544	+5,7%	
Alle in der KVBW	19.247	19.548	+1,6%	19.783	+1,2%	19.944	+0,8%	20.187	+1,2%	20.514	+1,6%	

Entwicklung: Niedergelassene und angestellte Vertragsärzte/-psychotherapeuten

	2007	2012	Veränderung	in Prozent
Chirurgen/Orthopäden	1.375	1.528	153	11%
Frauenärzte	1.296	1.372	76	6%
Internisten (fachärztlich)	967	1.069	102	11%
Kinderärzte	832	871	39	5%
Psychotherapeuten	2.640	3.102	462	18%
sonstige Fachärzte	3.564	3.915	351	10%

Fachgebiet	2007	2012	Zuwachs	
Psychotherapeutische Medizin	742	842	100	+13,5%
Psychologische Psychotherapie	1.537	1.808	271	+17,6%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	361	452	91	+25,2%
Psychotherapeuten insgesamt	2.640	3.102	462	+17,6%
Anästhesiologie	341	376	35	+10,3%
Augenheilkunde	662	690	28	+4,2%
Chirurgie	470	523	53	+11,3%
Frauenheilkunde	1.296	1.372	76	+5,9%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	460	469	9	+2,0%
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	439	457	18	+4,1%
Innere Medizin – Fachärztlich	967	1.069	102	+10,5%
Kinder- und Jugendmedizin	832	871	39	+4,7%
Neurologie und Psychiatrie	709	703	-6	-0,8%
Orthopädie	676	710	34	+5,0%
Radiologie	322	344	22	+6,8%
Urologie	313	325	12	+3,8%
„Klassische“ Facharztgruppen	7.487	7.909	422	+5,6%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	77	113	36	+46,8%
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	114	179	65	+57,0%
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	128	149	21	+ 16,4%
Neurochirurgie	53	82	29	+ 54,7%
Nuklearmedizin/Strahlentherapie	58	149	91	+156,9%
Pathologie	69	110	41	+59,4%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	45	64	19	+42,2%
„Weitere“ Facharztgruppen	544	846	302	+55,5%
Fachärzte (mit PT) insgesamt	10.671	11.857	1.186	+11,1%
Allgemeinmedizin	5.745	5.504	-241	-4,2%
Innere Medizin – Hausärztlich	1.428	1.609	181	12,7%
Hausärzte insgesamt	7.173	7.113	- 60	-0,8%

Durchschnittsalter der Vertragsärzte/-psychotherapeuten

Alter in Jahren	Hausärzte	Fachärzte	Psychotherapeuten	Gesamt
28 bis 39	292	489	116	897
40 bis 49	1.902	2.878	556	5.346
50 bis 54	1.385	1.913	664	3.962
55 bis 59	1.365	1.541	743	3.649
60 bis 64	1.491	1.396	636	3.523
65 bis 88	678	538	377	1.593
Gesamt	7.113	8.755	3.120	18.970
Durchschnittsalter	54,6	52,8	55,9	54,0

Altersstruktur

Alter in Jahren	Hausärzte	Fachärzte	Psychotherapeuten	Gesamt
28 bis 39	4%	6%	4%	5%
40 bis 49	27%	33%	18%	28%
50 bis 54	19%	22%	21%	21%
55 bis 59	19%	18%	24%	19%
60 bis 64	21%	16%	21%	19%
65 bis 88	10%	6%	12%	8%

Fachgruppen

Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen

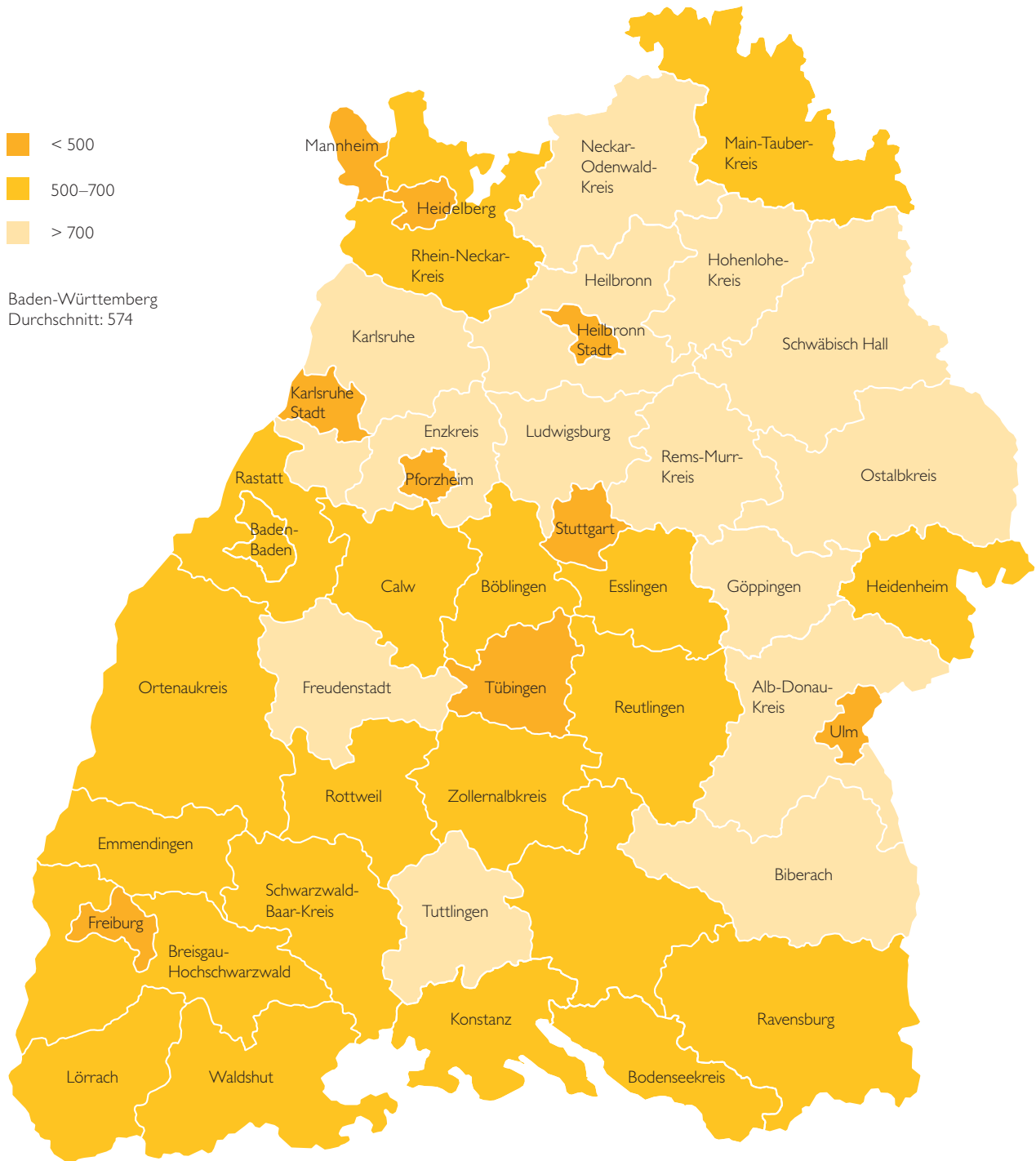
Fachgebiet	Zugelassen	davon weibl.	Angestellt	davon weibl.	KVBW	davon weibl.	Ermächtigt	davon weibl.
Allgemeinmedizin	5.084	35%	420	80%	5.504	38%	16	50%
Anästhesiologie	309	37%	67	46%	376	39%	138	14%
Augenheilkunde	603	41%	87	52%	690	42%	16	13%
Chirurgie	450	11%	73	26%	523	13%	284	7%
Frauenheilkunde	1.197	52%	175	78%	1.372	56%	169	30%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	441	21%	28	61%	469	23%	27	15%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	397	36%	60	80%	457	42%	15	27%
Innere Medizin – Hausärztlich	1.434	24%	175	61%	1.609	28%	4	25%
Innere Medizin – Fachärztlich*	949	16%	120	31%	1.069	17%	369	10%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	442	76%	10	70%	452	76%	10	90%
Kinder- und Jugendmedizin	770	36%	101	71%	871	41%	101	5%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	103	55%	10	80%	113	58%	11	36%
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	61	31%	118	36%	179	34%	9	22%
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	141	4%	8	25%	149	5%	2	
Nervenärzte, Neurologie und Psychiatrie**	609	31%	94	55%	703	34%	79	13%
Neurochirurgie	56	5%	26	27%	82	12%	7	14%
Nuklearmedizin	58	26%	16	38%	74	28%	4	25%
Orthopädie	639	5%	71	17%	710	6%	96	4%
Pathologie	79	23%	31	42%	110	28%	6	
Physikalische und Rehabilitative Medizin	48	38%	16	13%	64	31%		
Psychologische Psychotherapie***	1.755	65%	53	83%	1.808	65%	11	64%
Psychotherapeutische Medizin	823	63%	19	63%	842	63%	13	15%
Radiologie	257	18%	87	47%	344	25%	112	23%
Strahlentherapie	21	29%	54	46%	75	41%	9	44%
Urologie	302	5%	23	35%	325	7%	36	6%
Summe	17.028	37%	1.942	58%	18.970	39%	1.544	16%

* = 131 Gastro, 226 Kardio, 158 Nephro, 110 Pneumo, 444 and./ohne Schwerpunkt.

** = 269 Nervenärzte (Neurologie u. Psychiatrie), 228 Psychiatrie u.PT, 206 Neurologie.

*** = 159 davon auch zugelassen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Arztdichte



Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt und -psychotherapeut in den Stadt- und Landkreisen

KVBW 1.7.2012

Anzahl der zugelassenen und angestellten Vertragsärzte und -psychotherapeuten
 (Kopfzahl, einschließlich Menschen im „Job-Sharing“ und mit halben Versorgungsaufträgen)

Landkreis	Allgemein- ärzte, hausä. Internisten	alle Psycho- therapeuten	Anästhe- sisten	Augen- ärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hals-Nasen- Ohrenärzte	Hautärzte
Alb-Donau-Kreis	128	26	3	9	13	17	5	8
Baden-Baden/Rastatt	181	44	8	19	15	38	14	11
Biberach	131	21	3	9	5	21	6	5
Böblingen	227	69	7	20	13	39	17	13
Bodenseekreis	140	46	10	14	10	32	9	14
Breisgau-Hochschwarzwald	188	80	12	14	9	24	10	11
Calw	104	34	4	10	4	20	4	4
Emmendingen	113	38	4	9	6	24	6	8
Enzkreis	126	29	4	6	5	19	4	2
Esslingen	304	109	14	30	25	63	20	18
Freiburg	213	298	19	26	26	51	17	24
Freudenstadt	75	22	5	7	4	8	4	4
Göppingen	144	40	7	14	12	27	9	8
Heidelberg	114	221	18	15	16	36	11	16
Heidenheim	95	19	5	7	4	13	4	5
Heilbronn, Land	204	49	6	14	10	34	11	10
Heilbronn, Stadt	80	37	10	14	9	21	9	12
Hohenlohekreis	71	12	3	4	3	9	2	3
Karlsruhe, Land	259	61	8	25	16	50	17	14
Karlsruhe, Stadt	193	154	18	27	18	51	19	22
Konstanz	195	89	8	21	13	38	12	13
Lörrach	154	41	3	13	7	24	7	7
Ludwigsburg	311	79	14	31	26	59	20	16
Main-Tauber-Kreis	90	16	3	8	5	14	4	6
Mannheim	222	185	15	28	22	57	21	19
Neckar-Odenwald-Kreis	87	12	3	5	4	13	4	4
Ortenaukreis	282	89	8	22	22	47	16	16
Ostalbkreis	205	44	6	21	10	32	11	10
Pforzheim	83	54	11	14	14	23	8	8
Ravensburg	192	84	7	16	12	32	12	12
Rems-Murr-Kreis	251	66	14	23	15	42	17	13
Reutlingen	192	64	11	16	19	35	13	13
Rhein-Neckar-Kreis	377	131	13	30	21	60	27	19
Rottweil	88	24	4	11	7	11	5	5
Schwäbisch Hall	134	16	3	11	4	16	5	3
Schwarzwald-Baar-Kreis	132	43	4	13	9	30	8	6
Sigmaringen	97	14	1	6	3	14	4	4
Stuttgart	386	302	37	55	49	109	43	38
Tübingen	145	166	14	13	13	29	8	11
Tuttlingen	77	17	3	8	4	15	5	3
Ulm	94	65	19	13	11	34	11	10
Waldshut	112	29	3	9	5	20	5	4
Zollernalbkreis	117	63	4	10	5	21	5	5
Baden-Württemberg	7.113	3.102	376	690	523	1.372	469	457
Ermächtigte BW gesamt	20	34	138	16	284	169	27	15

* EW zum 30.06.2012

Internisten (fachärztlich)	Kinder- und Jugendärzte	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	Orthopäden	Radiologen	Urologen	Weitere (Labor, MKG, Pathologen, u.a.)	Gesamt	EW/HA	Einwohner *
10	11	10	8	3	5	1	257	1.486	190.182
28	21	12	16	15	9	19	450	1.557	281.826
12	9	9	11	4	3	5	254	1.450	189.908
28	27	19	20	12	9	17	537	1.647	373.762
20	22	15	18	10	10	19	389	1.508	211.070
16	24	18	14	4	6	11	441	1.355	254.646
7	9	10	10	4	4	1	229	1.508	156.815
13	16	16	9	3	5	4	274	1.409	159.179
8	11	9	9	7	5		244	1.542	194.256
35	37	25	28	27	13	39	787	1.706	518.698
46	21	54	34	37	11	39	916	1.083	230.582
9	6	5	5	2	2	2	160	1.582	118.676
23	16	11	13	9	7	5	345	1.752	252.229
47	18	32	28	18	7	33	630	1.316	150.022
13	10	8	5	3	3	4	198	1.376	130.702
13	19	17	14	12	8	3	424	1.615	329.508
22	16	21	12	7	10	13	293	1.561	124.897
8	5	4	4	1	3		132	1.539	109.265
36	29	22	24	8	11	9	589	1.676	434.125
47	30	43	29	37	13	45	746	1.547	298.489
33	26	36	25	13	7	18	547	1.445	281.712
13	18	10	10	7	8	8	330	1.453	223.759
33	48	25	29	13	11	28	743	1.683	523.361
21	10	6	13	7	3	6	212	1.475	132.776
55	36	38	28	17	14	16	773	1.422	315.769
8	7	8	6	5	4	3	173	1.677	145.928
48	35	31	21	16	9	13	675	1.484	418.515
24	17	18	15	13	7	10	443	1.514	310.362
25	15	16	14	8	6	15	314	1.458	121.022
27	28	23	23	13	8	31	520	1.456	279.635
36	35	19	24	12	11	5	583	1.659	416.435
25	21	14	13	11	9	11	467	1.465	281.238
53	49	33	31	17	15	21	897	1.432	539.677
8	8	7	9	10	3	1	201	1.574	138.536
14	14	11	7	7	3	7	255	1.412	189.194
21	18	17	15	7	6	14	343	1.565	206.515
14	9	5	9	5	3	4	192	1.338	129.821
73	55	71	58	54	26	62	1.418	1.596	616.137
20	16	19	13	10	6	17	500	1.534	222.482
10	9	6	8	5	3	4	177	1.745	134.393
34	17	29	13	12	7	17	386	1.316	123.735
15	13	4	6	4	7	2	238	1.485	166.284
18	10	10	9	4	5	2	288	1.602	187.480
1.069	871	816	710	493	325	584	18.970	1.520	10.813.603
369	101	90	96	125	36	24	1.544		

„Wir gestalten und sichern die
medizinische Versorgung der
Menschen in Baden-Württemberg!“



Impressum

Versorgungsbericht 2012

Herausgeber	KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Albstadtweg 11 70567 Stuttgart
Redaktion	Dr. med. Johannes Fechner (verantwortlich) Dr. Peter Hinz Kai Sonntag
Mitwirkung	Walter Schenk Tina Möckel
Gestaltung	VISCHER&BERNET GmbH Mittelstraße 11/1, 70180 Stuttgart
Erscheinungstermin	August 2013
Auflage	500
Anmerkung	Die Begriffe „Arzt“ und „Therapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Berufsbezeichnung. Wenn nicht anders angegeben, stammen die verwendeten Zahlen und Daten von der KVBW (Stand Juli 2012).

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung

Baden-Württemberg

Albstadtweg 11

70567 Stuttgart

Telefon 0711 7875-0

Telefax 0711 7875-3274