

# 2007 Versorgungsbericht

Alles Gute.

**KVBW** 

# V ERSORGUNGSBERICHT 2007

## Inhalt

<b>Einleitung</b>	
Vorwort des Vorstandsvorsitzenden der KVBW .....	2
Grußwort der Arbeits- und Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg ....	3
Editorial: Warum ein Versorgungsbericht? .....	4
Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg .....	5
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	
Hausärzte in Baden-Württemberg: Situation, Probleme und Perspektiven .....	16
Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg: Was kann geleistet werden? Wo liegen die Probleme in der Zukunft? .....	22
<b>Fachärztliche Versorgung</b>	
Die ambulante fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg: Doppelte Facharztschiene – Fakt oder Fiktion? .....	28
Ambulantes Operieren – Zeitgemäße Patientenversorgung .....	31
Belegärzte – die ambulante und stationäre Verzahnung in Person .....	32
Prävention am Beispiel Mammographie-Screening .....	36
Der „Dialysearzt“ .....	40
<b>Psychotherapeutische Versorgung</b>	
Psychotherapeuten in Baden-Württemberg: Therapie mit besonderem persönlichem Einsatz .....	44

<b>Ermächtigte Ärzte</b>	
Persönlich ermächtigte Krankenhausärzte ergänzen im Bedarfsfall die ambulante Versorgung .....	48
<b>Kooperative Berufsausübung</b> .....	50
<b>Bedarfsplanung</b>	
Bedarfsplanung versus Versorgungsplanung .....	54
<b>Auch das ist ambulante Medizin</b>	
Notfallversorgung auf hohem Niveau .....	58
Die etwas andere Praxis: Eine Schwerpunktpraxis für Drogenabhängige stellt sich vor .....	62
Der organisierte ärztliche Leichenschauendienst Stuttgart .....	66
Die ärztliche Betreuung der Zentralen Ausnüchterungseinheit (ZAE) beim Polizeipräsidium Stuttgart .....	68
<b>Die Meinung unserer Vertragspartner</b> .....	72
<b>Ausblick</b>	
Ärztliches Ethos unter Kostendruck .....	74
Verzeichnis der Diagramme .....	80
Impressum .....	81



# VORWORT

des Vorstandsvorsitzenden der  
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

**Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

dieser Bericht ist eine Premiere. Er dokumentiert zum ersten Mal die hervorragende vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg. Es vergeht fast kein Tag, an dem nicht Nachfragen in der KVBW erfolgen, die sich auf die vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Versorgung in unserem Bundesland beziehen. Also nach dem, was zu gestalten und sicherzustellen unsere Aufgabe ist. Diese Fragen stellen Mitbürger, Patienten, Krankenkassenvertreter, Politiker und Journalisten.

Ginge es aber alleine darum, statistisches Material für die Archivierung aufzubereiten, hätten wir diesen Bericht nicht geschrieben. Vielmehr erscheint es uns wichtig unsere tägliche Herausforderung – die Erfüllung unseres Auftrages unter den gegenwärtigen und künftigen Rahmenbedingungen – darzustellen.

Es soll auch nicht verschwiegen werden, dass unsere Aufgabe sich immer schwieriger gestaltet. Das bedeutet in erster Linie, der Herausforderung des demographischen Wandels unserer Bevölkerung gerecht zu werden. Und diese Veränderung sehen wir natürlich auch bei den heute niedergelassenen Ärzten wie Psychotherapeuten. Erschwerend kommt hinzu: Immer weniger junge ausgebildete Mediziner sind bereit, sich überhaupt und wenn denn doch, in Deutschland niederzulassen. Der Ärztemangel ist keine Vision, er beginnt

auch in Baden-Württemberg schiere Realität zu werden. Sisyphos ist auferstanden!

Was wir heute erstmals dokumentieren, ist dennoch eine respektable Bilanz: Flächendeckende ambulante Versorgung auf einmalig hohem Qualitätsniveau. Dies ist nur durch den tagtäglichen unermüdlichen Einsatz unserer Mitglieder möglich. Und dieses trotz Budgetkürzung, einer enormen Bürokratie in unseren Praxen und einer auf der Welt einmaligen, allerdings unerträglichen finanziellen Verantwortung für veranlasste Leistungen, also unter dem Damoklesschwert eines Regresses.

Um diesen unseren essenziellen Auftrag dauerhaft erfüllen zu können, gibt es nur einen Lösungsweg: In einem kontinuierlichen Prozess die Grenzen des Machbaren auszuloten, politisches Wunschdenken an die tatsächlichen Bedingungen anzupassen, um strategisch begründet die richtigen Weichen im Interesse und zum Wohle aller Beteiligten, Patienten wie Ärzten zu stellen. Wir sind dazu bereit – dieser Versorgungsbericht ist ein Teil davon.

Alles Gute

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Achim Hoffmann-Goldmayer'. The signature is fluid and cursive, written over a light-colored background.

Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer  
Vorsitzender des Vorstandes der KVBW

# G RUSSWORT

der Arbeits- und Sozialministerin  
des Landes Baden-Württemberg

**Meine sehr geehrten Damen und Herren,** erstmals veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg einen Versorgungsbericht. Darin werden auf der Grundlage aktueller Zahlen verschiedene Aspekte der ambulanten, ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg dokumentierend dargestellt und von namhaften Experten aus der Praxis und aus der Wissenschaft erläutert. Auch wenn wegen der enormen Vielfalt der Versorgungsangebote nicht alle Facetten beleuchtet werden können, ergeben die aufgegriffenen Themen in der Gesamtschau ein sehr gutes Bild über die Versorgungslage in unserem Land. Hierfür möchte ich der Kassenärztlichen Vereinigung im Namen der Landesregierung herzlich danken.

Gesundheit und Versorgung sind herausragende Themen für jeden Einzelnen. Baden-Württemberg besitzt strukturell ein hervorragendes Versorgungsnetz, das eine umfassende medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Dabei spielen die freiberuflichen Haus- und Fachärzte eine ganz entscheidende Rolle. Ihr enges Netz und ihre beruflich hohe Qualifikation sorgen für eine gute Qualität in der Behandlung und relativ geringe Wartezeiten in den Arztpraxen. Die Kassenärztliche Vereinigung bildet hierfür einen Rahmen, der in Bezug auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und eine steuerbare Ausgabenentwicklung eine sehr wichtige Funktion wahrnimmt.

Wir dürfen uns aber auf der Erkenntnis einer guten Versorgungslage nicht ausruhen, sondern müssen uns ständig und konstruktiv mit den dynamischen Entwicklungsprozessen im Gesundheitswesen auseinander setzen. Krankenhausschließungen, Weiterbildung und Finanzierung der Hausärzte oder auskömmliche

Budgets für Fachärzte sind nur einige der Fragestellungen, die konkreten Einfluss auf die Versorgungslage besitzen. Die Probleme, die ein so komplexes System aufwirft, müssen rechtzeitig erkannt und beim Namen genannt werden. Nur so können wir gemeinsam an Lösungen arbeiten. Daher begrüße ich ausdrücklich auch die kritischen Anmerkungen der Autoren, beispielsweise im Bereich der Zukunft der hausärztlichen Versorgung oder die Schwierigkeiten bei der Versorgung der Kinder und Jugendlichen – auch im Bereich der Psychotherapie – oder im Belegarztwesen.

Medizinischer Fortschritt und demografische Entwicklung sind nur zwei der wesentlichen Komponenten, die vor allem im Bereich der Finanzierung aufzeigen, dass ständige Reformen unentbehrlich sind. Das Gesundheitsreformgesetz der Großen Koalition enthält Weichenstellungen für notwendige Weiterentwicklungen. Ich will hier nur die Neukonzeption der ärztlichen Vergütung ab 2009 und die bereits zuvor verabschiedeten Reformen im Vertragsarztrecht nennen. Sie bieten aus meiner Sicht eine Möglichkeit, um bei sich bereits heute abzeichnenden Fehlentwicklungen gegensteuern zu können. Selbstverwaltung und Politik stehen hier in einer großen Verantwortung. Ich denke, der Werkzeugkoffer ist soweit gepackt – jetzt heißt es, das Erforderliche umzusetzen. Für diese Diskussion bildet der Versorgungsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eine hervorragende Grundlage.

Ihre

*Monika Stolz*

Dr. med. Monika Stolz MdL  
Ministerin für Arbeit und Soziales  
des Landes Baden-Württemberg



# E

## DITORIAL

### Warum ein Versorgungsbericht?

Mitglied des Vorstandes  
der KV Baden-Württemberg,  
Ressort: Sicherstellung/Zulassung



Von Dr. med. Gisela Dahl

„Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“ so ist es in der Berufsordnung für Ärzte festgelegt. Gesundheit ist ein hohes Gut. Die Sicherheit, bei Problemen im medizinischen Bereich auf kompetente Hilfe rechnen zu können, ist ein Grundbedürfnis des Menschen für jede weitere Aktivität in seinem Leben. Der Gesundheitssektor ist mit über vier Millionen Beschäftigten zum größten Arbeitgeber in unserer Volkswirtschaft geworden. Auch dies zeigt die Wichtigkeit dieser Branche.

Hier steht die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, hervorgegangen durch Fusion der KV Nordbaden, KV Südbaden, KV Nord-Württemberg, KV Südwürttemberg im Jahre 2005, für die flächendeckende wohnortnahe ambulante Versorgung der Menschen in Baden-Württemberg, die wir effizient und professionell sichern und gestalten.

Bis ins 19. Jahrhundert hinein wurde die Heilkunde durch eine Vielfalt eigenständiger Berufsgruppen (zum Beispiel Bader, Dentist, Geburtshelfer oder Wundarzt) ausgeübt. Gesetzlich geschützt wurden die Berufsbezeichnungen Arzt und Zahnarzt durch das Gesetz des norddeutschen Bundes zur Gewerbeordnung vom 21. Juni 1869. Zuvor war der berufliche Werdegang eines Arztes zwar über eine Universitätsausbildung mit abschließendem Examen festgelegt, die Legitimation zur Berufsausübung jedoch nicht an einen gesetzlich

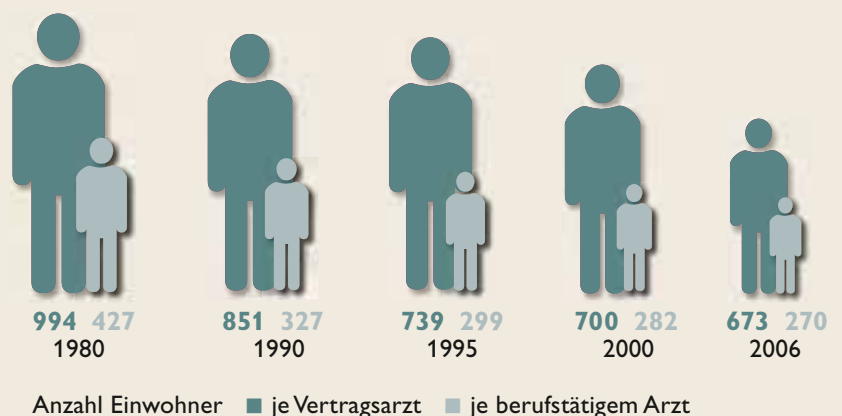


geregelten Sachkundenachweis und die staatliche Anerkennung (Approbation) gebunden. Nach der Approbation erfolgt eine Weiterbildung, die je nach Gebiet zwischen vier und sechs Jahren dauert und zu der Bezeichnung Facharzt führt. Derzeit ist eine Weiterbildung in 32 Gebieten möglich, dazu kommt die Zusatzqualifikation in Teilgebieten- und Bereichsbezeichnungen oder in Schwerpunkten, die in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer geregelt sind. Die Landesärztekammern halten am Ende der Weiterbildung Prüfungen ab und verleihen die Anerkennung zur Führung einer speziellen Gebiets- oder Bereichsbezeichnung. So kann ein Arzt sich seinem eigenen Interesse folgend mit einer sehr ausgeprägten Spezialisierung den Erfordernissen der modernen Medizin anpassen und auch Entwicklungen in der Volksgesundheit mit Kompetenz entsprechen. Neben dieser geregelten Weiterbildung findet auch eine lebenslange Fortbildung statt: an Wochenenden auf Kongressen und Seminaren oder auch abends nach Praxisschluss, um die zur Ausübung des Arztberufes erforderlichen Fachkenntnisse stets auf dem neuesten Stand zu halten. So kann jeder Erkrankte sicher sein, einen Fachmann für sein ganz spezielles Problem finden zu können. Im deutschen Gesundheitssystem besteht neben der stationären

Behandlung im Krankenhaus oder in Rehabilitationskliniken die Möglichkeit der ambulanten Behandlung in Arztpraxen. Aus Kostengründen wie aber auch aus humanitären Gründen gilt die Regel: „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationäre Behandlung wie notwendig“.

Bei dem qualitativ sehr hohen Ausbildungsniveau der ambulant tätigen Ärzte lassen sich heutzutage viele Patientenprobleme schon in der Praxis lösen, eine kontinuierliche Betreuung und Überwachung ist am Wohnort machbar, so dass die teuren Krankenhausbetten wirklich nur noch für ganz spezielle Krankheitsfälle vorgesehen sind. Dies erfordert dann natürlich auch die Einbindung und Mithilfe von Angehörigen.

#### ENTWICKLUNG DER ARZTDICHTE



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg und KVBW

Wenn ein Arzt seine Weiterbildung abgeschlossen hat, kann er sich um eine Zulassung zur so genannten vertragsärztlichen Versorgung bewerben. Alle Vertragsärzte in jedem Bundesland haben sich zu „Kassenärztlichen Vereinigungen“ zusammengeschlossen. Im Rahmen dieser Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es „Zulassungsausschüsse“, die paritätisch mit Vertretern der Vertragsärzte und der Krankenkassen sowie neuerdings auch mit Patientenvertretern besetzt sind. Diese Ausschüsse entscheiden über die Zulassung als Vertragsarzt. Er ist nun berechtigt, aber auch verpflichtet, zur Behandlung von Kassenpatienten. Bei dieser vertragsärztlichen Tätigkeit hat er sich an das so genannte Wirtschaftlichkeitsgebot zu halten, die Behandlung des Patienten muss zweckmäßig, notwendig, ausreichend und wirtschaftlich sein. Hier gibt es manchmal Diskrepanzen zwischen dem Wunsch des Erkrankten und den Rahmenbedingungen der Kassenmedizin.

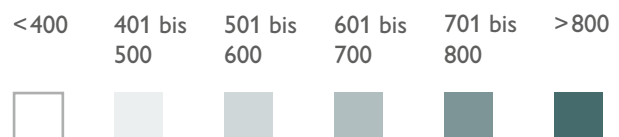
Auch im internationalen Vergleich hat das deutsche Gesundheitswesen für seine Bevölkerung eine qualifizierte und flächendeckende Gesundheitsversorgung im Angebot. Von Früherkennung und Vorsorge über rehabilitative Maßnahmen sind alle Facetten

der Versorgung vorhanden. Notwendige Versorgung im Krankheitsfall mit nur geringen Wartezeiten sowie die freie Arztwahl sind Merkmale des hohen Standes unseres Versorgungssystems. Dies wird erreicht durch eine enge Vernetzung von freiberuflich tätigen Allgemeinärzten und Fachärzten, die den Sicherstellungsauftrag der ambulanten ärztlichen Versorgung übernommen haben. Im Rahmen des ab 1. Januar 2007 geltenden Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes sind in diesem Netz weitere Liberalisierungen geschaffen worden, so dass durch Kooperation in vielfältiger Form eine Weiterentwicklung der ambulanten Medizin aus der Einzelpraxis zu vielen denkbaren Alternativen möglich ist.

Bis 1993 gab es eine Niederlassungsfreiheit. Der Arzt konnte die Praxis dort eröffnen, wo er für sich einen Bedarf sah. Dann kam im Rahmen der Seehoferschen Gesetzgebung die so genannte Bedarfsplanung. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte wurde beschränkt, es gab und gibt genaue Berechnungen, wo wie viele Ärzte in ihrem Fachgebiet zugelassen werden können, um die Sicherstellung zu garantieren, ohne eine für das System schwer tragbare Zahl von Ärzten zuzulassen.

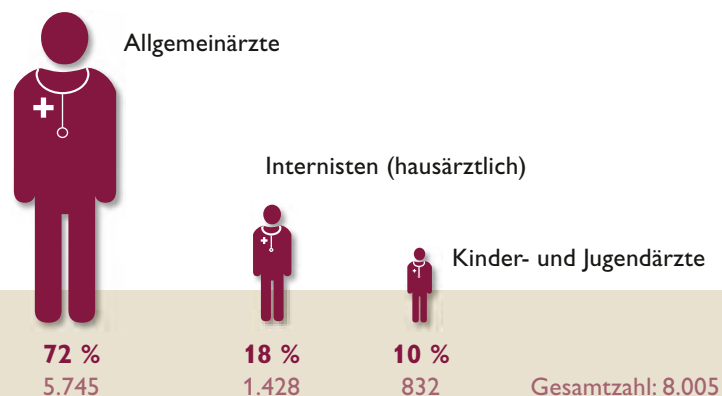


ANZAHL DER EINWOHNER JE  
VERTRAGSARZT UND -PSYCHOTHERAPEUT  
IN DEN STADT- UND LANDKREISEN



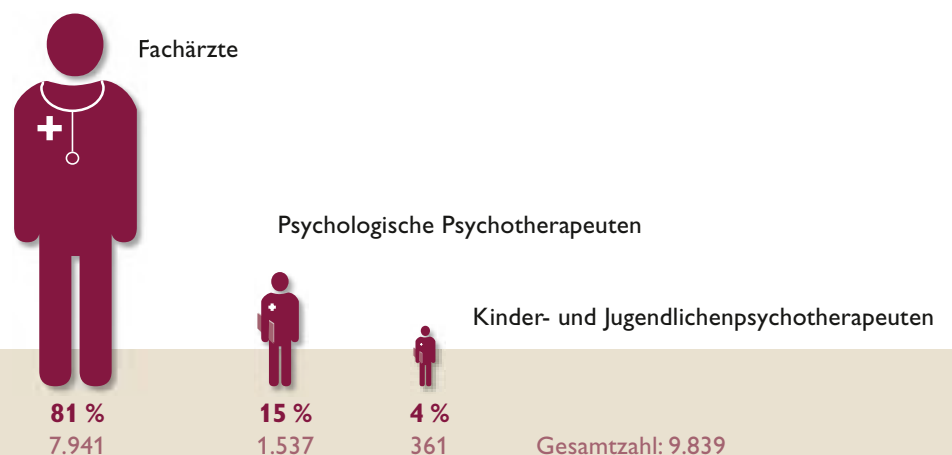
Nun gibt es offene Planungsbereiche, in denen sich Ärzte niederlassen könnten, aber aus unterschiedlichen Gründen oft nicht wollen. Es gibt gesperrte Bereiche, in denen ein Arzt sich mit einer speziellen Qualifikation gern niederlassen würde, auch die Bevölkerung würde sich dieses wünschen, aber es ist über die Planung nicht möglich, eine Zulassung zu erhalten. Diese Bedarfsplanung steht derzeit stark in der Kritik. Seit 1993 hat sich doch manches in der Gesellschaft verändert. Der so genannte demografische Wandel, die älter werdende Menschheit, die Abnahme der Kinderzahlen, die Auflösung von Familienverbänden und die Zunahme von Single-Haushalten sind alles Faktoren, die in der medizinischen Versorgung eine große Rolle spielen. Vor allem im ländlichen Raum könnte sich

hier in der Zukunft ein großes Problem auf-tun. Derzeit ist die Versorgung noch flächen-deckend gesichert. Aber bei zunehmender Zentrenbildung können die Wege zum Arzt deutlich weiter und beschwerlicher werden. Hier werden auch die Kommunen zu Lösungen aufgerufen sein. Letzten Endes ist die Absiche-rung im Erkrankungsfall eines der existenzi-ellen Bedürfnisse des Menschen. Wer gesund ist, ist auch arbeitsfähig und erfolgreich bei der Arbeitssuche. Um die Sicherstellung und die medizinische Versorgung für die Zukunft auf diesem hohen Qualitätsniveau halten zu kön-nen, wird man die Finanzierung des Gesund-heitswesens noch mal kritisch überdenken und weiterentwickeln müssen. Die Bevölkerungs-entwicklung und der medizinische Fortschritt sind wohl die zwei wichtigsten Gründe für die



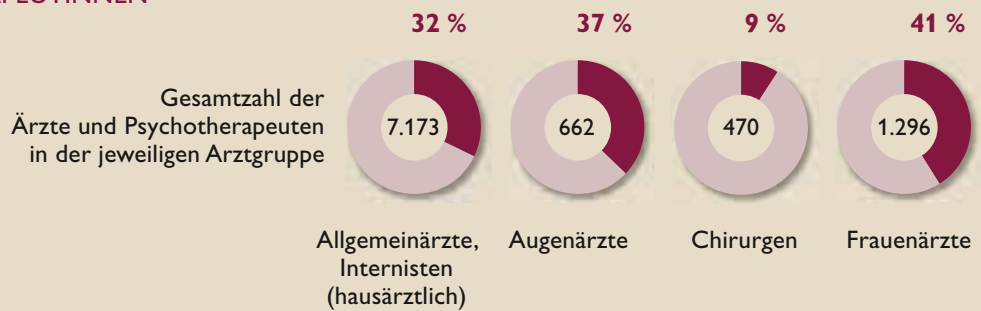
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG GEGLIEDERT  
NACH FACHGRUPPEN

Defizite in der Finanzierung des Systems. Wenn eine immer kleinere Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter eine immer größere Zahl von Personen im nicht erwerbsfähigen Alter zu versorgen hat, wird es finanziell und personell zu verschärften Problemen in der Gesundheitsversorgung kommen. Die erhöhte Lebenserwartung ist maßgeblich durch den medizinischen Fortschritt mit erzeugt. Dass der medizinische Fortschritt allen in unserer Bevölkerung zugute kommen muss, ist bei einer kulturell hoch stehenden Gesellschaft eine Selbstverständlichkeit. Zwischen diesen Polen wird man mit allen an der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg Beteiligten in gemeinsamen Anstrengungen und vertrauensvollem Zusammenwirken eine Basis für die Zukunft suchen müssen. Ein verantwortungsbewusster Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens sowie eine gesundheitsbewusste Lebensführung sind hier die Schritte auf dem richtigen Weg. ■

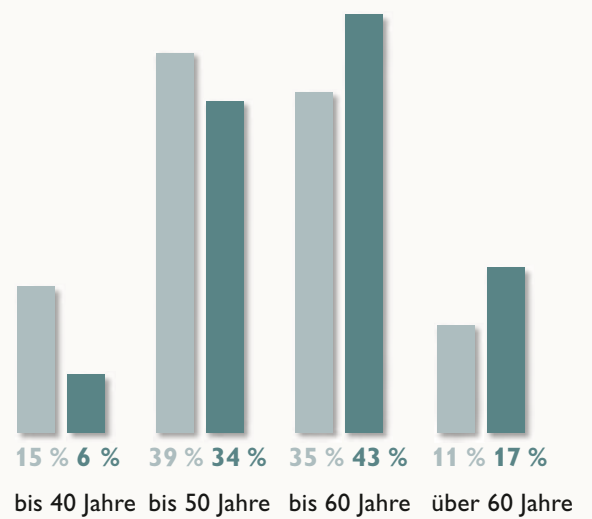


FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG GEGLIEDERT NACH ÄRZTEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN

**ANTEIL DER ÄRZTINNEN  
UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN  
IN PROZENT**



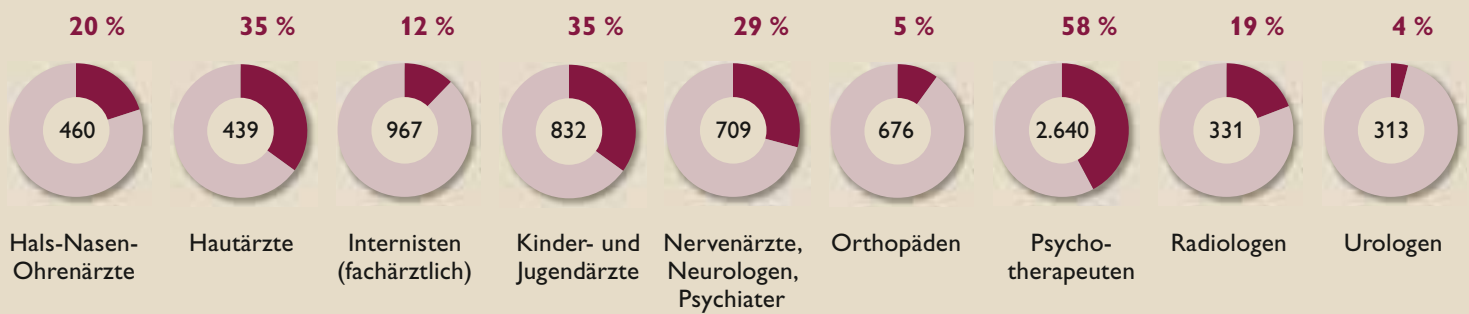
**ENTWICKLUNG DER ALTERSSTRUKTUR  
ALLER ÄRZTE**



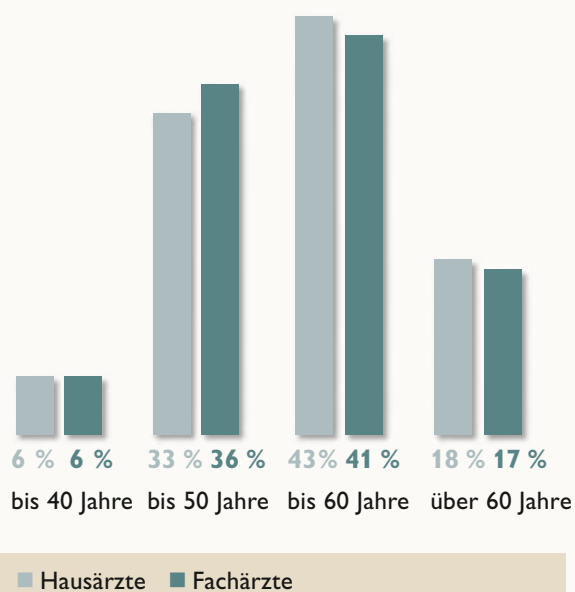
■ vor 10 Jahren ■ heute

vor 10 Jahren: 50,9 Jahre  
**Durchschnittsalter heute: 52,2 Jahre**





UNTERSCHIEDUNG DER ALTERSSTRUKTUR NACH HAUS- UND FACHÄRZTEN



Quelle Seiten 10 bis 12:  
Bundesarztregister und KVBW

## ALTERSSTRUKTUR DER ÄRZTE

Arztgruppe	Alter					Anteil der über 60-jährigen
	bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 65	über 65	
Allgemeinärzte, Internisten (hausärztlich)	395	2.261	3.079	1.093	146	17,8 %
Kinder- und Jugendärzte	52	279	308	124	14	17,8 %
Augenärzte	63	224	227	109	15	19,4 %
Chirurgen	5	151	221	61	5	14,9 %
Frauenärzte	67	415	517	204	29	18,9 %
Hals-Nasen-Ohrenärzte	46	177	160	60	10	15,5 %
Hautärzte	50	176	135	49	6	13,2 %
Internisten (fachärztlich)	42	377	369	109	16	13,7 %
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	20	194	327	99	19	17,9 %
Orthopäden	45	269	246	83	9	14,1 %
Psychotherapeuten (Ärzte)	2	224	355	136	27	21,9 %
Radiologen	10	118	123	28	7	12,2 %
Urologen	24	130	105	33	5	12,8 %
<b>Hausärzte</b>	<b>447</b>	<b>2.540</b>	<b>3.387</b>	<b>1.217</b>	<b>160</b>	<b>17,8 %</b>
<b>Fachärzte</b>	<b>374</b>	<b>2.455</b>	<b>2.785</b>	<b>971</b>	<b>148</b>	<b>16,6 %</b>

Mittelwert 17,2 %

## ARZTZAHLENTWICKLUNG IM LANDKREIS FREUDENSTADT UND IM STADTKREIS STUTTGART

Freudenstadt				Stuttgart		
1997	2002	2007		1997	2002	2007
83	83	78	Allgemeinärzte, Internisten (hausärztlich)	381	389	382
6	6	6	Kinder- und Jugendärzte	49	50	47
6	6	5	Augenärzte	49	49	50
3	3	4	Chirurgen	32	32	40
9	10	9	Frauenärzte	98	97	96
4	4	4	Hals-Nasen-Ohrenärzte	38	39	39
4	4	4	Hautärzte	32	32	32
7	7	8	Internisten (fachärztlich)	69	69	69
4	4	4	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	46	54	55
5	5	5	Orthopäden	48	55	56
*	19	22	Psychotherapeuten	*	251	251
1	2	2	Radiologen	22	26	26
2	2	2	Urologen	27	25	25
<b>89</b>	<b>89</b>	<b>84</b>	<b>Hausärzte</b>	<b>430</b>	<b>439</b>	<b>429</b>
<b>45</b>	<b>66</b>	<b>69</b>	<b>Fachärzte</b>	<b>461</b>	<b>729</b>	<b>739</b>
<b>134</b>	<b>155</b>	<b>153</b>	<b>Summe</b>	<b>891</b>	<b>1.168</b>	<b>1.168</b>

\* Die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden erst nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 Gegenstand der Bedarfsplanung.

## ANZAHL DER ZUGELASSENEN UND ANGESTELLTEN ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN NACH FACHGRUPPEN

<b>Fachgebiet</b>	<b>Zugelassen</b>	<b>Angestellt</b>	<b>Gesamtzahl</b>
Allgemeinmedizin	5.584	161	<b>5.745</b>
Anästhesiologie	316	25	<b>341</b>
Augenheilkunde	640	22	<b>662</b>
Chirurgie	446	24	<b>470</b>
Frauenheilkunde	1.242	54	<b>1.296</b>
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	452	8	<b>460</b>
Haut- und Geschlechtskrankheiten	421	18	<b>439</b>
Innere Medizin (hausärztlich)	1.404	24	<b>1.428</b>
Innere Medizin (fachärztlich)	926	41	<b>967</b>
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	361		<b>361</b>
Kinder- und Jugendmedizin	785	47	<b>832</b>
Kinder- und Jugendpsychiatrie	77		<b>77</b>
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	84	30	<b>114</b>
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	127	1	<b>128</b>
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	682	27	<b>709</b>
Neurochirurgie	47	6	<b>53</b>
Nuklearmedizin	44	5	<b>49</b>
Orthopädie	659	17	<b>676</b>
Pathologie	67	2	<b>69</b>
Physikalische und Rehabilitative Medizin	44	1	<b>45</b>
Psychologische Psychotherapie	1.526	11	<b>1.537</b>
Psychotherapeutische Medizin	738	4	<b>742</b>
Radiologie/Strahlentherapie	286	45	<b>331</b>
Urologie	304	9	<b>313</b>
<b>Gesamtzahl</b>	<b>17.262</b>	<b>582</b>	<b>17.844</b>

# HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG







## WARTEZIMMER

Der Hausarzt kommt nicht mehr wie früher.

Du bist ein Selbst-Dich-hin Bemüher.

Im Wartezimmer – lang kanns dauern! –

Mußt Du auf den Herrn Doktor lauern,

Der, wie ´s der Reihe nach bestimmt,

Den einen nach dem anderen nimmt – (...)

Dortselbst, in schweigend stumpfem Ernst,

Du warten kannst – wenn nicht, es lernst.

Dann endlich trifft Dich ein beseeltes:

„Der Nächste, bitte! Na, wo fehlt es?“ (...)

Eugen Roth

# H

## AUSÄRZTE IN BADEN-WÜRTTEMBERG

### Situation, Probleme und Perspektiven

Von Dr. med. Berthold Dietsche

#### **Hausärztliche Versorgung – wie leistungsfähig ist sie?**

Nach den jüngsten Analysen besteht derzeit in Baden-Württemberg in allen Planungsbe-  
reichen eine ausreichende Versorgungssitu-  
ation mit hundert oder mehr Prozent der  
Planzahlen. Bei genauer Analyse zeigt sich  
allerdings, dass hier regional erhebliche Un-  
terschiede bestehen. So ist in Ballungszentren  
wie Heidelberg und Freiburg eine deutliche  
Überversorgung zu verzeichnen. Im ländli-  
chen Raum kehrt sich diese Situation um, hier  
zeigen sich bereits jetzt eine Reihe von nicht  
gesperrten Planungsbereichen.

Die Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Ver-  
sorgung in Baden-Württemberg ist hoch, dies  
beweist sich in der Zufriedenheit der Patien-  
tinnen und Patienten, die sie im Rahmen  
mehrerer Umfragen und Untersuchungen  
bestätigen. Nach Untersuchungen

mehrerer Krankenkassen geben bis  
zu 90 Prozent der Versicherten  
an, einen Hausarzt zu haben. Zur  
Frage der Primäranspruchnahme  
des Hausarztes im akuten Erkran-  
kungsfall liegen nach meiner

Kenntnis derzeit keine validen Zahlen vor,  
hier scheint auch ein erhebliches Stadt-Land-  
Gefälle zu bestehen.

#### **Hausärztliche Versorgung – und die gefühlte Realität?**

Die morbiditätsbedingte starke Zunahme chro-  
nischer komplexer Erkrankungen ist sicher in  
der heutigen Zeit ein Problem in der Ver-  
sorgungsrealität. Nach Einführung des DRG-  
Systems im stationären Bereich kommt eine  
große Zahl schwerstkranker Patienten („blu-  
tige Entlassung“) mit intensivem ambulantem  
Betreuungsbedarf auf den Hausarzt zu, die  
insbesondere im ländlichen Raum zu einer  
immensen Arbeitsbelastung großer Versorger-  
praxen führt. Im städtischen Bereich zeigt sich  
eine Morbiditätskonzentration in der haus-  
ärztlichen Praxis, so dass trotz vergleichsweise  
niedriger Fallzahlen hier ebenso eine starke  
Zunahme der Arbeitsbelastung zu beobachten  
ist. Als Folge dieser Entwicklung steigt die Zahl  
der Hausbesuche neben der täglichen Arbeit.

Alle Versuche der Politik, durch die Gesund-  
heitsreform mit Gesetzen ordnungspolitisch  
einzugreifen, haben in den vergangenen Jahren  
lediglich zu einer immensen Zunahme der Bü-  
rokratie in der hausärztlichen Praxis geführt.  
Eine Vielzahl neuer Formulare führen zu einer





Facharzt für Allgemeinmedizin  
in Freiburg  
Vorsitzender des Beratenden  
Fachausschusses für die haus-  
ärztliche Versorgung der KVBW

unerträglichen Belastung des Praxisalltages, die neben der Patientenversorgung einen hohen Teil der Zeitressourcen beansprucht. Es liegen Untersuchungen vor, die bis zu 30 Prozent der Arbeitszeit für die Erledigung bürokratischer Arbeiten in einer Durchschnittspraxis ansetzen. Auch die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) trägt hier einen wesentlichen Anteil bei. Nicht zuletzt: Auch die praxisferne Ausgestaltung der Dokumentationsformulare zu den DMPs hat wesentlich zum zögerlichen Start der eigentlich durchaus sinnvollen Behandlungsprogramme geführt. Die Krankenkassen verstärken diese Tendenz durch eine schnell anschwellende Flut von Anfragen über ihre Mitglieder, um so insbesondere zu Lasten der Hausärzte kasseninterne Arbeitsvorgänge zu erleichtern.

### **Hausärztliche Versorgung – gerät die Berufszufriedenheit aus dem Lot?**

Einige Umfragen der letzten Zeit zeigen eindeutig, dass zwar die Zufriedenheit der Hausärzte in Baden-Württemberg mit ihrem Beruf nach wie vor hoch ist. Eine Mehrzahl gibt an, sie würden grundsätzlich erneut die hausärztliche Tätigkeit wählen. Die derzeitigen Rahmenbedingungen lassen diesen Wunsch aber überdenken. Dies und die sozialpolitische Entwicklung führen in der Summe dazu, dass sich die

Arbeitszufriedenheit der Hausärzte in Baden-Württemberg ständig verschlechtert. Bei Umfragen zeigt sich immer deutlicher, dass Kolleginnen und Kollegen, die älter als 55 Jahre alt sind, ihre Praxis zum nächstmöglichen Zeitpunkt gerne abgeben würden. Die hohe Arbeitsbelastung, Nacht- und Wochenenddienste sowie die überbordende Bürokratie stehen in keinem vernünftigen Verhältnis mehr zu der durch Behandlung von GKV-Patienten erzielbaren Vergütungen.

### **Hausärztliche Versorgung – auch in der Zukunft sichergestellt?**

Die Perspektiven der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg sind ernüchternd und geben Anlass zur Sorge. Nach einer aktuellen Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) liegt der Anteil der über 55-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte in Baden-Württemberg am 31. Dezember 2006 bei 41,5 Prozent. In den nächsten fünf bis zehn Jahren werden also nahezu die Hälfte der Kollegen nach den gesetzlichen Vorschriften in den Ruhestand gehen müssen.

Gleichzeitig bleibt der Nachwuchs im hausärztlichen Bereich aus. Im Jahr 2006 erreichte die Zahl der Gebietsanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin mit 1.385 bundesweit einen

Tiefstand. Diesen Trend konnten auch die bisher aufgelegten Förderprogramme für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin nicht stoppen, wobei allerdings davon auszugehen ist, dass ohne diese Förderprogramme die Zahlen noch wesentlich schlechter ausgesehen hätten. Nach einer Universitätsuntersuchung liegt der Anteil der Medizinstudentinnen bei 62 Prozent. Da Ärztinnen aufgrund der Schwierigkeiten bei Familienplanung mit Kinderpause und familiärer Doppelbelastung tendenziell das Risiko einer freiberuflichen Niederlassung eher scheuen werden, entsteht hier ein zusätzliches Problemfeld. Hohe Arbeitsbelastung mit

umfassenden Präsenzzeiten bei völlig unzureichender Honorierung sind ohne jeden Zweifel die größten Hemmnisse für eine Zukunftsplanung als Hausarzt.

### **Hausärztliche Versorgung – was muss sich verändern?**

Die aktuell noch ausreichende Versorgungsdichte und Versorgungsqualität der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg täuscht darüber hinweg, dass bereits in wenigen Jahren ein Besorgnis erregender Hausarztmangel in erster Linie im ländlichen Bereich entstehen wird. Selbst eine sofortige umfangreiche Verbesserung der Nachwuchsförderung im hausärztlichen Bereich kann dieses Problem allenfalls lindern, es jedoch mit Sicherheit nicht verhindern. Die ärztliche Selbstverwaltung verfügt nur über bescheidene Möglichkeiten hier gegenzusteuern. Entscheidende Bedeutung kommt der Politik zu, die durch eine Reihe von Maßnahmen für eine auch künftig ausreichende Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung sorgen muss.

Hier sind folgende Schwerpunkte zu nennen:

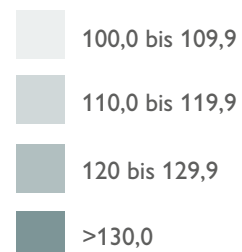
- Die Möglichkeiten, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) geschaffen hat, müssen großzügig ausgelegt und intensiv genutzt werden. Gerade der ansteigende Anteil von Hausärztinnen erfordert neue Kooperationsformen und Arbeitsmöglichkeiten. Beispielhaft seien hier ortsübergreifende Gemeinschaftspraxen aber insbesondere auch die Möglichkeit eine Angestelltentätigkeit in Praxen oder medizinischen Versorgungszentren. Eine schnelle flächendeckende Etablierung hausarztzentrierter Versorgungsmodelle verbunden mit einem leistungsgerechten Honorar sind neben einer Flexibilisierung der hausärztlichen Tätigkeit im genannten



ALLGEMEINÄRZTE UND INTERNISTEN  
IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG



Versorgungsgrad in Prozent



Sinne die einzigen Möglichkeiten, die Tätigkeiten als Hausärztin und Hausarzt wieder zu einem attraktiven Berufsziel zu machen.

- Die hausärztliche Tätigkeit muss wieder leistungsgerecht vergütet werden. Die Einführung der geplanten neuen Gebührenordnung mit entsprechend erhöhten Fallwerten geht hier in die richtige Richtung.
- Flankiert werden müssen diese Maßnahmen von einer einschneidenden Rückführung der Bürokratie in der ärztlichen Praxis sowie einer Intensivierung der hausärztlichen Weiter- und Fortbildung.
- Eine weitere wichtige Zukunftsperspektive wird im Ausbau der elektronischen Infrastruktur gesehen. Diese elektronische Vernetzung der Praxen muss jedoch der Erleichterung und Förderung der Patientenversorgung dienen und darf nicht wie vielfach befürchtet zu einem neuen bürokratischen Hemmnis in der ärztlichen Praxis werden. ■





### **Zusammenfassung**

Um die derzeit noch zufriedenstellende hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg auch für die Zukunft abzusichern, müssen jetzt und mit ausreichenden Mitteln seitens der Politik und der Krankenkassen die richtigen Weichen gestellt werden, um einer absehbaren Verschlechterung der Versorgung gegenzusteuern. Eine intensive Förderung der Weiterbildung zum Beispiel auch mit Einführung strukturierter Weiterbildungscurricula, eine Flexibilisierung der Tätigkeit im hausärztlichen Bereich und nicht zuletzt eine schnelle und ausreichende Verbesserung der Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit sind zwingend notwendig.

# KINDER- UND JUGENDÄRZTE IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Was kann geleistet werden?

Wo liegen die Probleme in der Zukunft?

Von Dr. med. Roland Freßle



Facharzt für  
Kinder- und  
Jugendmedizin,  
Freiburg

Die kinder- und jugendärztliche Versorgung in Baden-Württemberg wird flächendeckend überwiegend von haus- und fachärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzten durchgeführt. Von der Basisversorgung bis zur Maximalversorgung wird dies von niedergelassenen Pädiatern, Kollegen in Kinder- und Jugendkliniken sowie von Kinder- und Jugendärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet.

Es besteht ein Mehrbedarf an Kinder- und Jugendpsychiatern, an für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen qualifizierten, vor allem verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kinder- und Jugendpsychologen und an Kinder- und Jugendgynäkologen.

Das Arbeitsspektrum der Pädiater ist einem Wandel unterworfen. War es noch vor wenigen Dekaden überwiegend unsere Aufgabe, somatische und psychische Krankheiten zu behandeln, sind wir jetzt in deutlich zunehmendem Maß sozialpädiatrisch tätig und niederschwellige Anlaufstellen auch für emotionale und psychosoziale Probleme: Familienkrisen, Erziehungsprobleme, Armut, Verlust sozialer Strukturen (Großfamilie versus Alleinerziehende), Ess- und Schlafstörungen, Missbrauch

psychoaktiver Substanzen inklusive Alkohol, Angststörungen und Depressivität bis hin zur Suizidalität um nur einige zu nennen. Schulprobleme wie Legasthenie, Lese-Rechtschreibschwäche, Dyskalkulie, Leistungsdruck, Mobbing, Gewalterfahrung und Perspektivlosigkeit nehmen ebenfalls einen immer größer werden den (Zeit-) Rahmen unserer täglichen Arbeit ein.

Bei einem OECD-Ranking (materieller Wohlstand, Gesundheit, Sicherheit, Erziehung, Beziehung zu Familie und Peers, sowie Risikoverhalten) zur Lage der Kinder nimmt Deutschland unter den Industrienationen allenfalls einen mittleren Platz ein. Innerhalb Deutschlands belegt Baden-Württemberg dabei einen vorderen Platz (Hans Bertram, Unicef-Studie 2006).

Konzepte von Frühwarnsystemen zur Identifikation und Betreuung von Kindern und Jugendlichen aus psychosozialen Risikokonstellationen sollen zur gezielten qualifizierten Förderung von Risikogruppen von Geburt an führen. Dies wird mehr und besser fokussiert werden müssen und sollte zu einer zunehmenden Vernetzung der Pädiater mit sozialen Diensten, Sozial- und Jugendämtern, öffentlichem Gesundheitsdienst, Geburtskliniken, (Familien-) Hebammen, Pädagogen, Erziehern



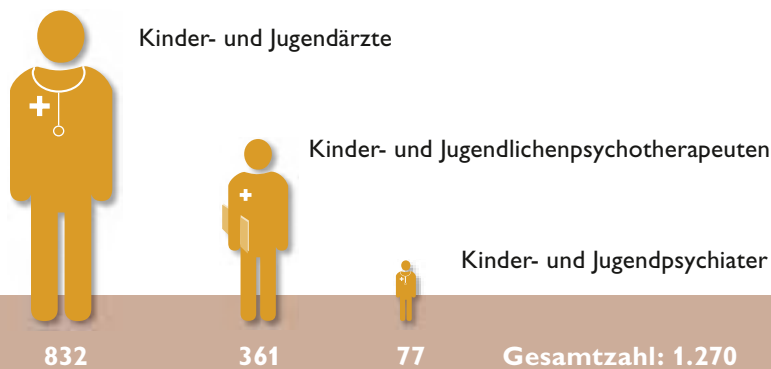


und Frühförderung führen (vergleiche das Dörmagener oder auch Finnische Modell der „aufsuchenden Hilfe“).

Kinder- und Jugendvorsorgen enthalten eine ganze Menge primärpräventiver und gesundheitsfördernder Elemente. Hier könnte aber noch wesentlich mehr an Primärprävention stattfinden, wenn dem nicht gesetzliche Bestimmungen entgegenstünden.

Kinder- und Jugendvorsorgen müssen ausgeweitet werden. Es darf nicht sein, dass zwischen dem zweiten und vierten Geburtstag keine Vorsorge stattfindet. Ebenso wird zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr nur eine einzige Gesundheitsvorsorgeuntersuchung angeboten. Der aktuelle Paragraph 26 im SGB V ist deshalb dringend überholungsbedürftig.





#### SPEZIELLE VERSORGUNGSANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Die Gesundheitsministerkonferenz hat schon in ihrer Sitzung 2002 einstimmig einen Antrag zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Prävention, Früherkennung und Frühförderung müssen gestärkt werden“ beschlossen. Darin heißt es unter anderem: „Dabei muss ein Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten verstärkt auf den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühförderung liegen und vor allem auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher ausgerichtet sein.“

Erklärtes Ziel muss es sein, die Impfraten zu erhöhen und Impflücken zu schließen. Dies ist eine sozialpolitische Aufgabe. Die Impfaufklärung gestaltet sich immer aufwändiger durch (sinnvolle und gewünschte) neue Impfungen. Bei allen Fortschritten bezüglich der Ausrichtung an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission der WHO ist ein nationales Impfkonzept anzustreben.

Die erzieherische Kompetenz der Eltern sollte im Rahmen von „Elternschulen“ und „Familienzentren“ gestärkt werden. Thematisiert werden müssten zusätzlich Bereiche wie gesunde Ernährung inklusive Stillen, Bewegungsmangel, Sexualerziehung, Medien- und Drogenkonsum.

Bildungsangebote sollte es im Sinne von Bildungskommunen außer für Eltern auch für andere Fachkräfte aus dem medizinischen und pädagogischen Bereich geben.

Ein großes sozialpolitisches Problem ist die fast exponentielle Zunahme des Übergewichts und der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland von 3 bis 17 Jahren sind übergewichtig. 6,3 Prozent aller 3- bis 17-Jährigen leiden unter Adipositas.

Die Primärprävention des Übergewichts muss bereits vom Neugeborenen- bis hin zum Kindergartenalter erfolgen. Mehr Bewegung sollte gefördert werden. Die Zahl der Sportstunden in den Schulen sollte erhöht werden. Kinder und Jugendliche die nicht regelmäßig Sport machen, kommen häufig aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund (vergleiche KIGGS-Studie). Diese beschäftigen sich auch weitaus häufiger und länger mit elektronischen Medien insbesondere Fernsehen/Video, Spielkonsolen und Handy.

Im derzeitigen soziodemographischen Wandel, in dem es durch geburtenschwache Jahrgänge immer weniger Kinder und Jugendliche gibt,



die aber immer häufiger gravierende Probleme haben, gilt es diese rechtzeitig zu erkennen, sie zu beurteilen und dann entsprechend zu handeln.

Viele wichtige Arzneimittel, die auch in der Behandlung von Kindern mit schweren und/oder chronischen Erkrankungen Standard sind haben für diese Altersgruppe keine Zulassung.

Hier muss sich die Forschung mehr mit der medikamentösen Behandlung von Kindern mit speziellen Kinderpräparaten befassen.

Durch rechtzeitige und qualifizierte Fördermaßnahmen in den Kindergärten und Schulen kann die erhebliche Zunahme der Delegation eigentlich pädagogischer Aufgaben in den GKV-finanzierten medizinischen Therapiebereich gebremst werden. Darüber hinaus ist eine flächendeckende Umsetzung einer sinnvollen Frühförderverordnung nach Paragraph 30 des SGB IX mit einer klaren Regelung der Kostenübernahme durch die Kostenträger überfällig.

Die Politik ist gefordert, die wirtschaftliche Zukunft der Kinder- und Jugendarztpraxen durch leistungsgerechte Vergütung zu sichern. Etwa 20 Prozent aller Kinder- und Jugendärzte in den alten Bundesländern sind zum Stichtag 31. Dezember 2006 älter als 60 Jahre (in den neuen Bundesländern 30 Prozent) und werden sich schwer tun, unter diesen Rahmenbedingungen

Nachfolger zu finden. Die Sicherung der Weiterbildung im Fach Pädiatrie in Klinik und Praxis muss analog der (finanziellen) Förderung des Fachs Allgemeinmedizin erfolgen.

Die Sicherung von Spezialambulanzen für viele Kinder und Jugendliche mit chronischen und seltenen Erkrankungen sowie bessere Möglichkeiten für tagesstationäre Behandlungen muss angegangen werden.

Zukunftsfähige Kooperationen sehen wir in Zusammenschlüssen von Praxen in regionalen und überregionalen Berufsausübungsgemeinschaften sowie durch eine enge Vernetzung in der Arbeitsteilung und Kooperation der Kinder- und Jugendkliniken und der Kinder- und Jugendarztpraxen – Stichwort „Pädnetze“. Beim „Paednet Südbaden“ zum Beispiel handelt es sich um den Zusammenschluss von derzeit 117 Kinder- und Jugendärzten, welcher der Qualitätssicherung sowie der Erhaltung und Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen dienen soll. ■





FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG



## KLARE ENTSCHEIDUNG

Ja, der Chirurg, der hat es fein:

Er macht Dich auf und schaut hinein.

Er macht Dich nachher wieder zu –

Auf jeden Fall hast Du jetzt Ruh.

Wenn *mit* Erfolg, für längere Zeit,

Wenn *ohne* – für die Ewigkeit.

Eugen Roth

# DIE AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG

## Doppelte Facharztschiene – Fakt oder Fiktion?

Von Dr. med. Jürgen Dahl

In Deutschland gibt es auf der Grundlage von OECD-Daten eine relativ hohe Dichte an Ärzten, besonders an Fachärzten. Nach diesen Daten kommen auf 1.000 Einwohner 2,4 Fachärzte. Diese Zahlen lassen sich allerdings nur nachvollziehen, wenn sämtliche im stationären Sektor tätigen Ärzte den Fachärzten zugeordnet werden. Jedoch sind hier knapp die Hälfte der im Krankenhaus tätigen Ärzte solche Ärzte, die sich in der Facharztausbildung befinden. Wird die Zahl dieser Ärzte nicht den Fachärzten zugerechnet, ergibt sich nur noch eine Facharztdichte im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland von 1,6 Ärzten je 1.000 Einwohner. Mit dieser Dichte an Fachärzten befindet sich Deutschland im

internationalen Mittelfeld. Von den insgesamt 308.000 berufstätigen Ärzten arbeiteten Ende 2005 rund 154.000, also etwa 50 Prozent, als weitergebildete Fachärzte außerhalb der allgemeinmedizinischen Versorgung, davon 56.000 in Arztpraxen, 69.000 in Krankenhäusern, 8.000 in Vorsorge- und Reha-Kliniken und 21.000 in anderen Einrichtungen. Würde man die Zahl der Fachärzte im ambulanten Sektor bei der Berechnung der Facharztdichte ausklammern, ergäbe sich mit 0,9 auf 1.000 Einwohner eine weit unterdurchschnittliche Facharztdichte. Deutschland fällt im internationalen Vergleich also nicht durch eine besonders hohe Facharztdichte auf, auch nicht im ambulanten Bereich.





Facharzt für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe in Stuttgart  
Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses  
für die fachärztliche Versorgung der KVBW

In den Krankenhäusern hat die Zahl der Ärzte mit 8,0 Prozent stark zugenommen, während sie in den Arztpraxen um 0,8 Prozent zurückgegangen ist. Bei den niedergelassenen Fachärzten betrug der Rückgang sogar 2,0 Prozent. Die so genannte „doppelte Facharztschiene“ – also die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung – wird häufig als Ursache für eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung genannt. In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird sie häufig als Grund für Ressourcenvergeudung und Unwirtschaftlichkeit gesehen. Es wird unterstellt, dass Patienten mehrere ambulante Fachärzte in Anspruch nehmen, die dieselbe Diagnostik ohne Koordination betreiben. Dies konnte durch empirische Untersuchungen, wie die Rürup-Studie, widerlegt werden.

#### **Trend zur Spezialisierung hält an**

In den vergangenen Jahren hat es in der Medizin eine große Entwicklung im Sinne der Spezialisierung und Schwerpunktbildung gegeben. Ärzte erbringen im ambulanten Bereich in hoher Qualität Leistungen, die früher nur stationär leistbar erschienen. Zusätzliche Qualifikationen wurden erforderlich, aber auch geleistet. Spezielle Geräte werden vorgehalten, speziell geschultes Personal wird beschäftigt und bezahlt.

Hier zählen als Beispiel die Dialyse, die Schmerztherapie, die Behandlung von Krebserkrankungen und Chemotherapie oder die moderne Radiologie. So haben sich Zentren und medizinische Schwerpunkte entwickelt, in denen die Praxis und das Personal auf die Behandlung eines bestimmten Patientenkreises ausgerichtet sind und daher eine effiziente Behandlung erbracht werden kann. Diese ambulante fachärztliche Versorgung ist qualitativ hochwertig und gleichzeitig wohnortnah und flexibel im Interesse des Patienten.

#### **Chancengleichheit für beide Sektoren**

Die ambulante fachärztliche Versorgung hat als Scharnier zwischen der „unspezifischen“ primär ärztlichen Therapie und der hoch spezialisierten stationären Versorgung eine wichtige Schnittstellen- und Koordinationsfunktion. Solange aber weiterhin Leistungen aus dem Krankenhaus in den ambulanten Sektor transferiert werden, und das bei strikter Budgetierung, herrscht ein Ungleichgewicht in den Sektoren des Gesundheitswesens. Solange vergleichbare Leistungen, die sowohl im niedergelassen Bereich als auch im Krankenhaus erbracht werden können, teilweise ganz unterschiedlich vergütet werden, muss es zu einer Allokationsverzerrung und ineffizienter Leistungserstellung kommen.

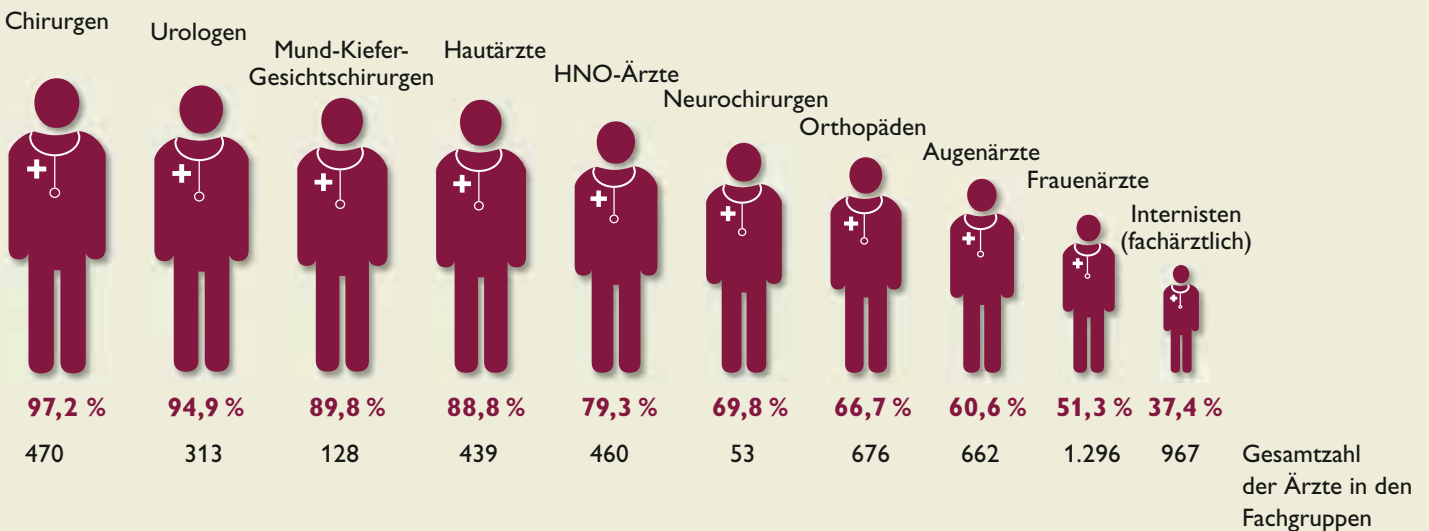
Hier muss die Gesundheitspolitik die Voraussetzungen dafür verbessern, die fortschrittsinduzierte zunehmende Arbeitsteilung im Gesundheitswesen mit ihren Vorteilen zu fördern. Ein Wettbewerb, der die Suche nach optimalen Versorgungsformen für die Zukunft stärkt, erfordert gleiche Chancen für alle Leistungserbringer.

**Versorgung auch in der Fläche auf hohem Niveau**

Stadtgebiete und Ballungsräume sowie der ländliche Raum sind flächendeckend fachärztlich versorgt. Neben den klassischen Fachbereichen ist eine sehr gute Versorgung mit Zusatzbereichen wie zum Beispiel Handchirurgie, Behandlung von Stimm- und Sprachstörungen, spezielle Ultraschalluntersuchungen oder auch ambulante Operationsangebote als vertragsärztliche Besonderheiten in ausreichendem Maße zu finden. Betreuung und Schulung von Diabeteserkrankten des Typs 1 und 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind flächendeckend zu verzeichnen. Moderne

medizinische Diagnostik und Therapie, wie bei Schlafapnoe, ist ebenfalls ambulant zu finden und wird derzeit weiter ausgebaut. Schwangerschaftsbetreuung, inklusive Risikobetreuung, ist ausreichend vorhanden (gerne würden Ärzte wesentlich mehr Schwangerschaften betreuen!). Krebsprävention wie zum Beispiel Nachsorgemaßnahmen durch Onkologen und Rehabilitationsmediziner ist in Zusammenarbeit mit den Hausärzten ein Angebot an alle Menschen in Baden-Württemberg, das leider – von der Prävention her gesehen – noch viel zu wenig angenommen wird. In der sprechstundenfreien Zeit finden sich in weiten Teilen von Baden-Württemberg fachärztliche Notdienste, die auch hier eine hohe Qualität in der Notfallversorgung anbieten können. Insgesamt besteht in Baden-Württemberg eine hervorragende ambulante fachärztliche Versorgung, die es zu erhalten gilt, um in der Zukunft mit den demographischen Veränderungen der modernen Medizin und dem Menschen gerecht zu werden. ■

**ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG FÜR AMBULANTE OPERATIONEN**







# A MBULANTES OPERIEREN – ZEITGEMÄSSE PATIENTENVERSORGUNG

Die Entwicklung des ambulanten Operierens gleicht im Lichte der gesundheitspolitischen Forderung an die medizinische Versorgung, so viel ambulant wie möglich, einer Erfolgsstory. Darüber geben nicht nur die statistischen Zahlen Aufschluss, sondern auch die Umfrageergebnisse über die Zufriedenheit ambulant operierter Patienten. Möglich gemacht haben dies insbesondere mikrochirurgische und die als so genannte „Schlüssellochchirurgie“ bezeichneten endoskopischen Operationstechniken sowie die damit einhergehende Entwicklung moderner Anästhesieverfahren.

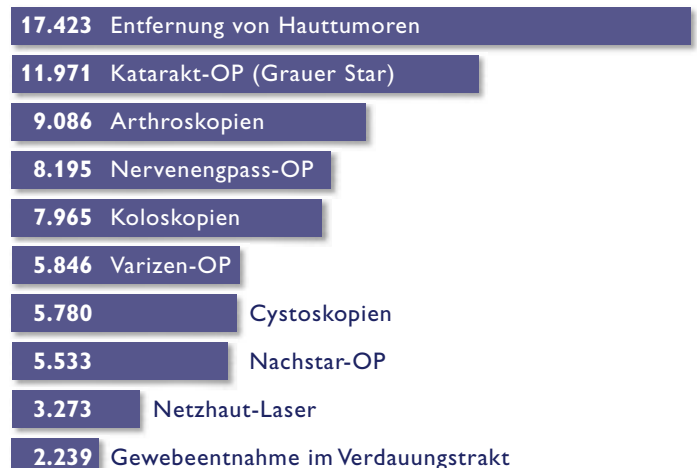
Die Vorteile des ambulanten Operierens erschöpfen sich für die Patienten nicht nur in der Tatsache, dass sie vom Arzt ihres Vertrauens operiert werden. So entfallen auch die häufig manifesten psychischen Belastungen, die bei mehrtägigen Klinikaufenthalten ausgelöst werden können. Gerade ältere Menschen und Kinder sind davon besonders stark betroffen. Der Genesungsprozess findet in familiärer Atmosphäre und in bekannter häuslicher Umgebung statt. Durch Verzicht auf das fremde und steril wirkende Krankenhausinterieur kann die Heilung oft besser, schneller und komplikationsloser verlaufen. Selbstverständlich nimmt sich der ambulante Operateur unter Einbeziehung des Anästhesisten die Zeit, um den geplanten Eingriff und mögliche Komplikationsszenarien im Vorfeld rechtzeitig zu erörtern.

Für die selbstverständlich nach Facharztstandard durchzuführenden Eingriffe gelten bundesweit einheitliche Qualitätsnormen. Unabhängig von der Verpflichtung des ambulanten Operateurs, im Einzelfall zu prüfen, ob Art

und Schwere des Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten die ambulante Durchführung der Operation oder der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben, sind neben der Qualifikation der ärztlichen Assistenz zum Beispiel auch organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Mindestvoraussetzungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum des durchzuführenden Eingriffs sicherzustellen.

Ambulante Eingriffe sind nach allem die kostengünstigere Alternative zu Operationen unter stationären Voraussetzungen – ohne Verlust von Sicherheit und Qualität. Doch Qualität nach Maßgabe der zu tätigen Investitionen beziehungsweise zu leistenden Aufwendungen können die im Wettbewerb zum Krankenhaus stehenden frei praktizierenden Operateure und Anästhesisten nur unter adäquaten Vergütungsstrukturen anbieten. Dem trägt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg durch garantierte „Festpreise“ Rechnung. ■

## TOP 10 DER AMBULANTEN OPERATIONEN (I/2007)





# *B*ELEGÄRZTE – DIE AMBULANTE UND STATIONÄRE VERZAHNUNG IN PERSON

Von Dr. med. Michael P. Jaumann

In Deutschland hat sich im internationalen Vergleich eine in Teilen anders strukturierte Versorgung der Bevölkerung mit Fachärzten in niedergelassenen Praxen entwickelt. Die Besonderheit in Deutschland ist, dass wir eine flächendeckende Versorgung wohnortnah durch Fachärzte haben, die allen Versicherten zur Verfügung steht.

Zur Verfügung stehen auch die so genannten Belegärzte, die sowohl in der niedergelassenen Praxis als auch im Krankenhaus tätig sind. Diese sind in der Regel Fachärzte (Orthopäden, HNO, Urologen et cetera). Die Belegärzte sind gewissermaßen die ambulante/stationäre Verzahnung in Person und erfüllen als in der niedergelassenen Praxis tätige Fachärzte das Qualitätskriterium „Facharzt-Standard“. Dies bedeutet, dass jeder Patient, der sich bei einem solchen Facharzt behandeln lässt und eine stationäre Behandlung notwendig ist, die qualifizierte fachärztliche Behandlung in Praxis und Klinik erhält.

In den Krankenhäusern ist in der Regel eine Großzahl der Ärzte noch in Ausbildung. So sind in Belgien und den USA beispielsweise die in Ausbildung befindlichen Ärzte im

Krankenhaus angestellt und die fertig ausgebildeten Fachärzte (zum Beispiel Oberarzt und Chefarzt) sind freiberuflich tätig, sowohl in der Praxis als auch im Krankenhaus.

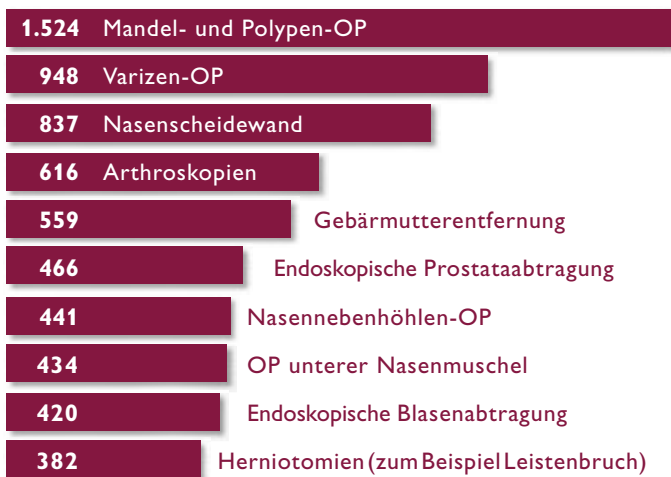
Die freiberufliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte ist ein wichtiger Pfeiler der erfolgreichen und Kosten sparenden Facharztversorgung (ein deutsches Modell für Europa). Durch freiberufliche Tätigkeit wird die Motivation begünstigt, der Wettbewerb möglich, die freie Arztwahl sichergestellt und eine hohe Qualität gewährleistet.

## **Vorteile ambulant tätiger Fachärzte**

1. Facharzt-Standard bei allen Behandlungen
2. Persönliche Zuwendung und Betreuung anstatt wechselnder Ärzte (Poliklinik)
3. Hohe Qualität, auch durch moderne Technik (Innovation)
4. Kurze Wartezeiten
5. Wohnortnahe Behandlung und Betreuung
6. Deutlich geringere Infektionsrate nach den Operationen

Diese wohnortnahe, flächendeckende Versorgung ermöglicht den gewünschten Wettbewerb („Abstimmung mit den Füßen“).

TOP 10 DER BELEGÄRZTLICHEN OPERATIONEN (I/2007)



**Wer und was sind Belegärzte?**

In Baden-Württemberg sind 738 niedergelassene Ärzte nicht nur ambulant in ihrer Praxis diagnostisch und therapeutisch tätig, sondern arbeiten auch im Krankenhaus. Dort behandeln sie und operieren gegebenenfalls ihre eigenen Patienten. Der Belegarzt belegt mit seinen Patienten Betten in diesen Krankenhäusern.

Die ärztlichen Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg abgerechnet und vergütet. Das Kranken-

haus wird für die Vorhaltung der Operationseinrichtung und der Pflege sowie der so genannten Hotelkosten von den Krankenkassen direkt bezahlt (Fallpauschale).

Belegärzte finden sich in fast allen fachärztlichen Fachgruppen, vereinzelt auch bei Hausärzten. Ohne die Belegärzte für HNO-Heilkunde beziehungsweise Urologie wären in vielen Regionen nur noch Universitätskliniken die Anlaufstelle. Ohne Belegärzte wäre in vielen Städten und Regionen Baden-Württembergs – in manchen Fachgebieten – keine stationäre fachärztlich operative Versorgung möglich.

**Vorteile der Belegärzte**

Einer der ganz großen Vorteile belegärztlicher Tätigkeit ist, dass der Patient nach freier Arztwahl seinen Facharzt bereits im Rahmen der Untersuchungen und Beratungen seiner Gesundheitsprobleme in der Praxis kennen gelernt hat. Im gemeinsamen Gespräch wird die operative Behandlung geplant und dies schafft schon im Vorfeld Vertrauen und baut Ängste vor einer notwendigen Operation ab. Die ambulante nachstationäre Behandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt ebenfalls durch den Facharzt der Wahl,

der die Operation durchgeführt hat. Falls nicht, erhält der nachbetreuende Haus- oder Facharzt umgehend die notwendigen Informationen vom Operateur persönlich.

Aufgrund dieser Gegebenheiten ist der Belegarzt die ambulante/stationäre Versorgung in Person und er verknüpft in nahezu idealer Weise das Krankenhaus mit der ambulanten Versorgung.

**Zwischen heute und morgen – die Zukunft der Belegärzte?**

Im Jahr 2006 haben Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, der Bundesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Deutsche Belegarztverband nach mehreren Gesprächen klar festgestellt, dass die belegärztliche Tätigkeit ein förderungswürdiger Tatbestand ist. So ist dies auch im Sozialgesetzbuch V festgehalten.

Trotz diesem klaren Bekenntnis zur Förderung der Belegärzte und der Bereitstellung von zusätzlichen Finanzmitteln in Höhe von fast 80 Millionen Euro, weigern sich die Krankenkassen diese Finanzmittel zu zahlen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen haben für die Förderung der belegärztlichen Tätigkeit ein neues Kapitel 36

des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM 2000plus) angefertigt. Leider ist festzustellen, dass die Krankenkassen bei der entsprechenden Umsetzung Schwierigkeiten haben. Dies, obwohl allen Beteiligten an den oben genannten Gesprächen klar ist und war, dass eine Abschaffung der Belegärzte oder eine Bezahlung gemäß der fallpauschalierten Behandlungskosten der Krankenhäuser (DRG-System) etwa 200 Millionen Euro jährliche Mehrkosten auslösen würde.

Angesichts der unzureichenden Vergütung dieser zwar tagtäglich sehr verantwortungsvollen, anregenden und die Menschen verbindenden Tätigkeit eines Belegarztes, haben in den letzten Jahren einige Belegärzte ihre Tätigkeit eingestellt.

Die Belegärzte operieren ihre Patienten und besuchen diese täglich im Krankenhaus (Visite), um entsprechende Nachbehandlungen durch-

HNO-Ärzte



46,3 %  
460

Urologen



21,1 %  
313

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

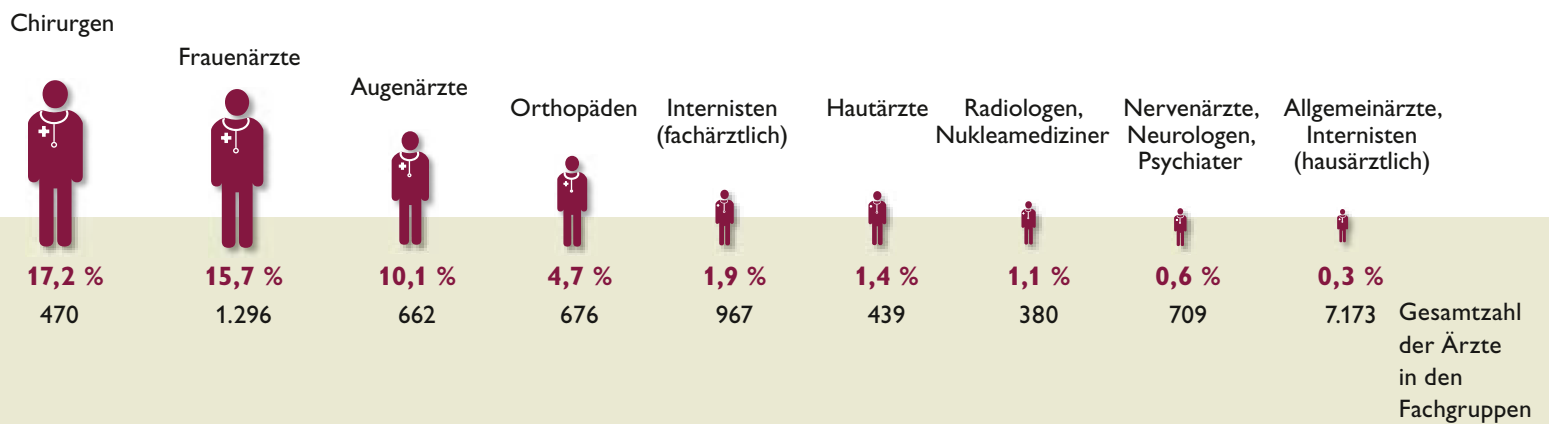


19,5 %  
128

ÄRZTE MIT BELEGÄRZTLICHER ANERKENNUNG

zuführen. Neben dieser kontinuierlichen ambulanten, stationären und später erneut ambulanten Behandlung des Patienten durch einen Arzt, kann der stationäre Aufenthalt in der Regel deutlich kürzer sein als in normalen Krankenhäusern. Die Belegärzte leisten in der Regel auch organisierte Hintergrunddienste und Notfalldienste: 24 Stunden am Tag, an Werktagen, Sonn- und Feiertagen. Damit wird die Behandlung – zum Beispiel bei Notfällen – bei ihren belegärztlichen Patienten rund um die Uhr sichergestellt.

Angesichts der aktuellen Anforderungen durch die gesundheitspolitischen Reformen werden möglicherweise neue kooperative Modelle strukturierter belegärztlicher Tätigkeit erarbeitet werden müssen. Wir scheuen uns nicht, denn Wandel bedeutet Fortschritt und Fortschritt ermöglicht Neues. ■



# P

## RÄVENTION AM BEISPIEL MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Von Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener



Facharzt für  
Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Universitäts-  
Frauenklinik,  
Tübingen

Die Brustkrebsfrüherkennung durch die Mammographie im Rahmen eines qualitätsgesicherten Screeningprogrammes kann Leben retten. Dies wurde durch die Arbeit von Götzsche und Nielsen belegt. Brustkrebs ist die häufigste Krebsform der Frau in Deutschland. Bereits jede zehnte Frau wird in ihrem Leben mindestens einmal mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert.

Im Dezember des Jahres 2006 wurde die erste Mammographie-Screeningeinheit in Baden-Württemberg eröffnet. Die Grundlage hierfür bildete der Bundestagsbeschluss vom 21. Juli 2002 mit dem Ziel, ein Mammographie-Screening nach europäischen Leitlinien in Deutschland aufzubauen.

Das Programm steht Frauen zwischen dem 50. bis 69. Lebensjahr offen. In diesem Lebensabschnitt ist das Mammographie-Screening besonders sinnvoll. Eine Reduktion der Brustkrebssterblichkeit zwischen 15 bis 20 Prozent ist realistisch. Brustkrebs kann nicht verhindert, aber er kann rechtzeitig erkannt werden. Im Frühstadium ist die Erkrankung heilbar. Die bisherigen Strukturen der Früherkennung wurden durch das Mammographie-Screening zum Nutzen der Patientinnen und im Kampf gegen den Krebs ergänzt.

Damit aber das hohe Ziel der Reduktion der Brustkrebssterblichkeit erreicht werden kann, werden große Qualitätsansprüche an eine Screeningeinheit gestellt. Die Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität muss stimmen. Im deutschen Mammographie-Screening ist dies auch klar definiert. So ist zum Beispiel die Doppelbefundung der Mammographien Bestandteil des Programms. Über die Diagnose auffälliger Brustbefund mit der Konsequenz einer Gewebeprobe entscheidet also nicht nur ein Arzt allein. Teamarbeit und Zweitmeinungen sind Qualitätsmerkmale des Programms. Werden auffällige Befunde entdeckt, werden

diese im Rahmen von interdisziplinären Konferenzen besprochen und die weiteren Schritte in Anwesenheit des gesamten Ärzteteams beschlossen. So kommt der Frau das gesamte Know-how zu Gute.

Aber auch die Gerätetechnik ist im Mammographie-Screening auf dem neuesten Stand. In standardisierten Aufnahmetechniken werden die Mammographien angefertigt. Dadurch wird das Auffinden kleinster nur Millimeter messender Befunde ermöglicht. Die Verantwortlichen stellen sich aber auch der Qualitätsüberprüfung. Dafür wurde eine spezielle Dokumentationssoftware entwickelt, die die Ergebnisse transparent darstellen kann.

In Baden-Württemberg ist die flächendeckende Einführung des Mammographie-Screenings 2008 abgeschlossen. Entsprechend der Programmrichtlinien sind Versorgungsregionen mit etwa einer Million Einwohnern gebildet worden. In einer Screeningeinheit leben rund 120.000 Frauen. Diese sind berechtigt, sich alle zwei Jahre durch das Mammographie-Screening untersuchen zu lassen. In Baden-Württemberg gibt es zehn Einheiten. Als

übergeordnetes Referenzzentrum wurde Baden-Württemberg das Referenzzentrum in Marburg zugeordnet. Die Qualität wird von dort aus zentral überwacht und koordiniert.

Die Akzeptanz in der Bevölkerung wurde bereits durch die Modellprojekte in Wiesbaden, Weser-Ems und Bremen bestätigt. In den meisten Regionen der bereits am Mammographie-Screening teilnehmenden Screeningzentren konnte eine Beteiligung von über 50 Prozent erreicht werden. Das Mammographie-Screening ergänzt die bestehenden und bewährten Strukturen der Früherkennung. Es komplettiert die diagnostischen Möglichkeiten in der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren.





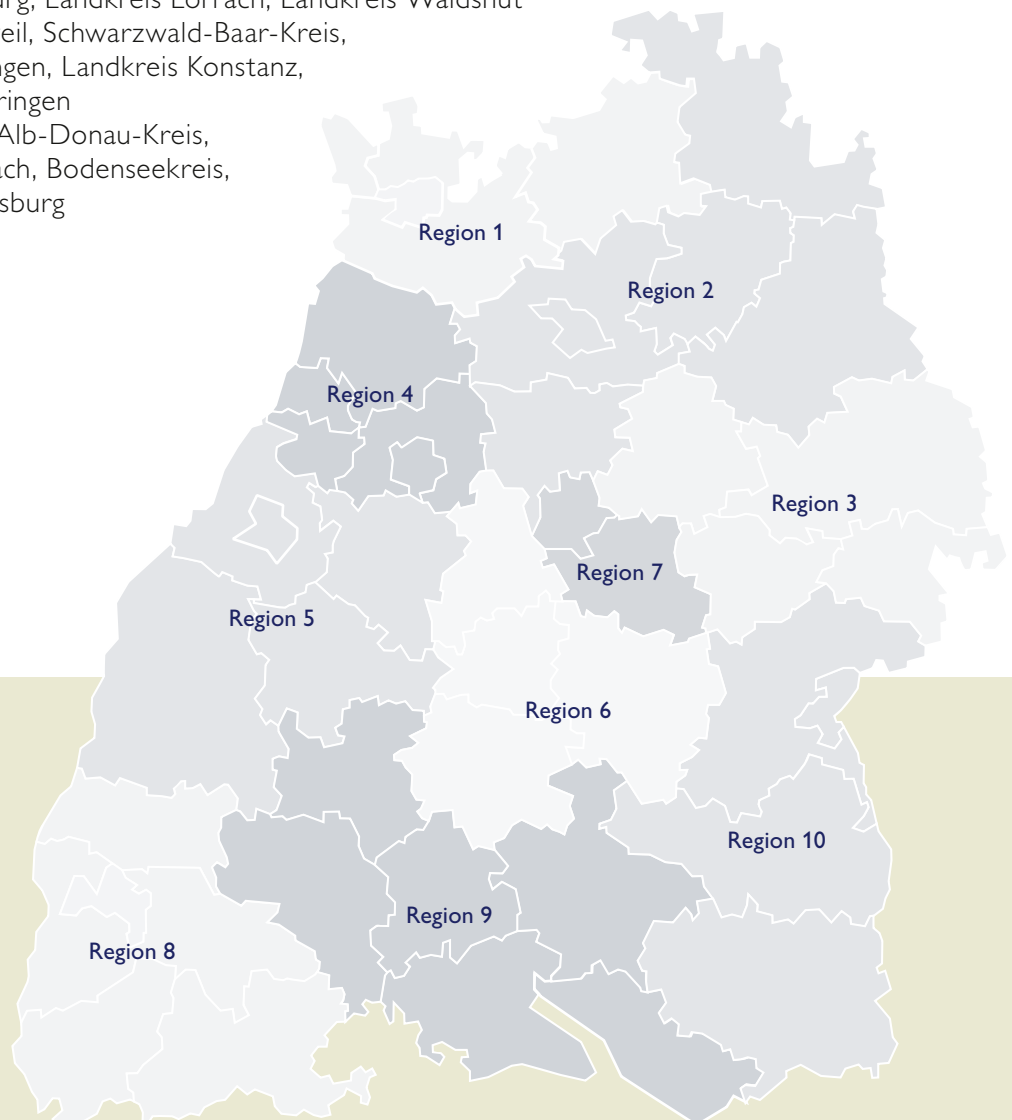
Für Patientinnen, die spezielle Symptome in der Brust haben, wie tastbarer Knoten, Schmerzen oder Rötung, ist weiterhin der Frauenarzt der richtige Ansprechpartner. In diesen Fällen wird die Mammographie nicht über das Screening laufen. Durch die enge Kooperation der Screeningeinheiten mit qualitätsgesicherten Brustzentren, zertifiziert nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der deutschen Gesellschaft für Senologie, wird die Qualität auch im Falle eines entdeckten Brustkrebses weiter garantiert.

Nachdem die Strukturen in Baden-Württemberg nun aufgebaut werden konnten, kann man von einer bestmöglichen Versorgung im Kampf gegen den Brustkrebs ausgehen. Die enge Zusammenarbeit bei Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms unter Qualitätssicherung werden in Zukunft die Sterblichkeit dieser Erkrankung deutlich reduzieren und viele Menschenleben retten können. ■



**MAMMOGRAPHIE-SCREENINGEINHEITEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG:**

- Region 1: Neckar-Odenwaldkreis, Stadtkreise Mannheim und Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis
- Region 2: Landkreis Ludwigsburg, Stadtkreis Heilbronn, Landkreis Heilbronn, Hohenlohekreis, Landkreis Schwäbisch Hall, Main-Tauber-Kreis
- Region 3: Rems-Murr-Kreis, Ostalbkreis, Landkreis Göppingen, Landkreis Heidenheim
- Region 4: Landkreis Karlsruhe, Stadtkreis Karlsruhe, Enzkreis, Stadtkreis Pforzheim
- Region 5: Landkreis Calw, Stadtkreis Baden-Baden, Landkreis Rastatt, Landkreis Freudenstadt, Landkreis Ortenaukreis
- Region 6: Landkreis Böblingen, Landkreis Tübingen, Landkreis Reutlingen, Zollernalbkreis
- Region 7: Stadtkreis Stuttgart, Landkreis Esslingen
- Region 8: Landkreis Emmendingen, Landkreis Breisgau/Hochschwarzwald, Stadtkreis Freiburg, Landkreis Lörrach, Landkreis Waldshut
- Region 9: Landkreis Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis, Landkreis Tuttlingen, Landkreis Konstanz, Landkreis Sigmaringen
- Region 10: Stadtkreis Ulm, Alb-Donau-Kreis, Landkreis Biberach, Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg



# D ER „DIALYSEARZT“

Von Dr. med. Jörg Meinshausen



Facharzt für  
Innere Medizin,  
Stuttgart

Ein niedergelassener Nephrologe betreut – meist in Kooperation mit anderen Kollegen, oft auch in großen Gemeinschaftspraxen – chronisch nierenkranke Menschen. Neben der Dialysetätigkeit – der Durchführung und Überwachung der künstlichen Nierenbehandlung – werden in der angeschlossenen Internistischen Praxis auch Patienten mit ganz unterschiedlichen Nierenerkrankungen und Menschen nach Nierentransplantation betreut. Wichtigstes Ziel ist hierbei ein Aufschieben der Dialysepflichtigkeit beziehungsweise ein möglichst langes Transplantatüberleben. Da zum Nierenversagen oft chronische Allgemeinerkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder Gefäßerkrankungen führen, sind nierenkranke Menschen meist nicht nur nierenkrank. Der Dialysearzt als hochspezialisierter Facharzt übernimmt daher zusätzliche Aufgaben. Er wird zum Ansprechpartner in vielen medizinischen, psychosozialen und organisatorischen Fragen. Nephrologie kann daher auch nur in guter Kooperation mit vielen anderen medizinischen Fachdisziplinen ausgeübt werden. Von seiner Ausbildung hat der Nephrologe die Facharztkompetenz Innere Medizin und Nephrologie und hat nach dem Studium nach neuer Weiterbildungsordnung sechs Jahre Weiterbildung hinter sich und davon den Großteil der Zeit im Krankenhaus verbracht.

Als Vertragsarzt hat der Dialysearzt einen Versorgungsauftrag mit den Krankenkassen abgeschlossen zur Betreuung chronisch niereninsuffizienter Patienten. Im Rahmen des Versorgungsauftrags müssen bestimmte Qualitätsmaßstäbe und Wirtschaftlichkeitskriterien erfüllt werden. Im Rahmen des Versorgungsauftrages müssen die zeitgerechte Kooperation mit dem Hausarzt gepflegt und die Indikationsstellung zur Dialyse vorgenommen werden. Eine wichtige Aufgabe des Dialysearztes ist, zusammen mit den Patienten, das individuell geeignete und wirtschaftliche Dialyseverfahren aus Bauchfelldialyse, Hämodialyse und den Sonderformen apparative Bauchfelldialyse, Heimhämodialyse, zentralisierter Heimdialyse und Übernachtdialyse auszuwählen. Besondere Herausforderungen stellen sich in der Auswahl des Verfahrens bei jungen und berufstätigen Menschen und bei sehr alten und mehrfach Kranken. Kinderdialyse findet nur in sehr spezialisierten Bereichen statt mit speziellen altersgerechten Unterstützungsmaßnahmen.

In Baden-Württemberg sind momentan etwa 7.000 Patienten an der Dialyse. In ganz Deutschland geht man etwa von 60.000 Dialysepatienten aus, davon sind 250 junge Menschen unter 18 Jahren. Bei den meist eingesetzten Zentrumsdialyseverfahren, die vier



bis fünf Stunden dreimal pro Woche bei jedem Patienten durchgeführt werden, sind ein Arzt und Pflegepersonen immer anwesend.

Bei den auch zukünftig zu fördernden Heimdialyseverfahren hingegen führt der Patient, eventuell unterstützt von Angehörigen, die Dialyse zuhause selbst durch. Somit ist viel mehr Unabhängigkeit für den Patienten vorhanden, der Lebensablauf ist weniger durch das Nierenersatzverfahren beeinflusst. Auch eine gute Dialysequalität ist mit Heimverfahren leichter zu erreichen.

Die größte Lebensqualität und Lebenserwartung verspricht aber eine Nierentransplantation. Der Dialysearzt meldet zeitgerecht den Patienten einem der fünf Transplantationszentren in Baden-Württemberg. Trotz Transplantationsgesetz ist in Baden-Württemberg die Spenderzahl aber nur auf 15 pro eine Million Einwohner gestiegen. Eine wichtige Alternative für nierenkranke Menschen ist daher die Lebendspende durch einen nahe stehenden Menschen geworden. Rund 10.000 Patienten warten in Deutschland auf eine Nierentransplantation. Für ältere Menschen wurde ein „old for old“ Nierentransplantationsprogramm aufgebaut. Sehr alte und sehr kranke Dialysepatienten können aber nicht transplantiert werden, da das Risiko zur Erleidung von Herz-, Gefäß- oder Infektkomplikationen zu groß ist.

Eine besondere Herausforderung ist für alle Mitarbeiter in Dialysezentren der Umgang mit sehr kranken multimorbiden Menschen mit vielen psychischen und sozialen Problemen. Diese Patientengruppe nimmt auch durch unsere Bevölkerungsentwicklung mit der Zunahme alter Menschen leider weiter zu und stellt für Dialyseeinrichtungen eine manchmal nur schwer befriedigend zu lösende Aufgabe dar. Daher wäre es wünschenswert, in Zukunft ältere Menschen vermehrt mit Heimdialyseverfahren zu behandeln.

Nachdem eine flächendeckende Dialyseversorgung in Baden-Württemberg vorhanden ist, liegen sicher in Zukunft die größten Verbesserungsmöglichkeiten in der adäquaten Versorgung der polymorbiden älteren Kranken mit Nierenschwäche. Hierzu werden ärztliche Netzwerke gebraucht mit Unterstützung durch zahlreiche nicht ärztliche Medizinbereiche. Auch spezialisierte nephrologische Krankenhausabteilungen mit Dialyse sind im Rahmen solcher Netzwerke unverzichtbar für die Fälle der Nierenkanken, die vorübergehend ambulant nicht weiter betreut werden können. Die Betreuung von chronisch Nierenkranken und von Dialysepatienten ist daher ein Musterbeispiel der absoluten Notwendigkeit von persönlich guten Kontakten und großer Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und stationären Medizin. ■

A close-up photograph of a person's face, focusing on the eye and cheek area. A bright, golden highlight is visible on the cheek, suggesting a reflection or a specific lighting effect. The background is dark and out of focus.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG



## PSYCHOANALYSE

Ein kluger Seelen-Wurzelgraber

Weiß viel ans Licht zu bringen – aber

Vergeßt dabei das eine nicht:

Die Wurzeln sterben ab im Licht!

Eugen Roth

# P SYCHOTHERAPEUTEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

## Therapie mit besonderem persönlichem Einsatz



Von Dipl.-Psych. Jürgen Doebert

Psychologischer  
Psychotherapeut in  
Reutlingen  
Vorsitzender des Beratenden  
Fachausschusses für  
Psychotherapie der KVBW

### **Weltweit einmalig**

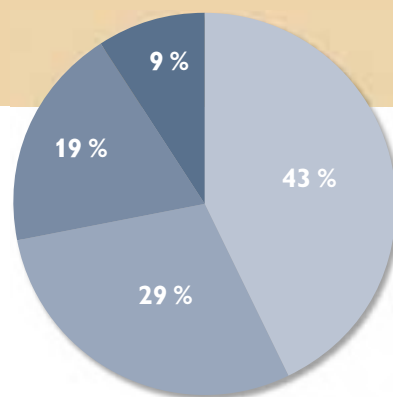
Seit 1967 ist die Behandlung von psychischen Krankheiten mit Psychotherapie als eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung im Sozialgesetz verankert. Für diese Behandlungen wurden damals Richtlinien erlassen, die den besonderen Gegebenheiten der Behandlung mit Psychotherapie gerecht werden. Deutschland hatte damit den Grundstein für ein weltweit beneidetes Modell der Behandlung mit Psychotherapie gelegt.

### **Kleine Berufskunde**

Wenn ich im Folgenden von „Psychotherapeut“ spreche, meine ich alle Psychotherapeuten. Dies muss gesagt werden, weil der

Gesetzgeber eine Sprachverwirrung geschaffen hat, indem er im Jahr 1999 bei der Schaffung der beiden neuen Heilberufe „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ für diese beiden Berufe die Kurzbezeichnung „Psychotherapeut“ einführte. Dabei übersah er, dass es mehrere Arztgruppen gibt, die auch über psychotherapeutische Ausbildungen verfügen und daher natürlich auch „Psychotherapeuten“ sind: die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie viele weitere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Fach- und Hausärzte. Dies ist für Patienten leider schwer zu durchschauen. Diese Verwirrung wird noch größer durch einen Beschluss der Bundesärztekammer: Mit der an sich wünschenswerten Absicht, psychotherapeutische Kompetenz bei möglichst vielen Fachärzten zu verankern, wurde die so genannte Fachgebundene Psychotherapie eingeführt, also ein Vorgehen, bei dem sich die psychotherapeutische Behandlung innerhalb der Grenzen des

DIFFERENZIERUNG DER PSYCHOTHERAPEUTEN NACH BEHANDLUNGSVERFAHREN



- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie

jeweiligen Fachgebiets bewegen muss. Abgesehen davon, dass die Seele sich nicht an die Fachgebietsgrenzen hält, sind außerdem in der Musterweiterbildungsordnung (M-WBO) die Ausbildungsanforderungen dermaßen niedrig definiert, dass sie in keinem Verhältnis zu den Anforderungen für psychologische und ärztliche Psychotherapeuten stehen und somit Zweifel erlaubt sind, ob hier „Psychotherapie drin ist, auch wenn Psychotherapie drauf steht“. Immerhin hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg lobenswerterweise hier abweichend von der M-WBO die Anforderungen so weit heraufgesetzt, dass sie denen für die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ungefähr entsprechen.

**Überversorgt?**

In Baden-Württemberg gibt es 1.537 Psychologische Psychotherapeuten und 361 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 742 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Hinzu kommen alle die Haus- und Fachärzte, die in geringem Umfang psychotherapeutische Leistungen erbringen. Nominell herrscht in Baden-Württemberg eine Überversorgung





mit Psychotherapie. Trotzdem finden viele Patienten keinen Behandlungsplatz oder müssen lange darauf warten. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche. Die Bedarfsplanung ist ein formales Rechenwerk, das nicht am realen Bedarf, wie zum Beispiel der Auftretenshäufigkeit von Krankheiten orientiert ist. Daher der Mangel.

### Der persönliche Einsatz

Im Gegensatz zu allen anderen Arztgruppen schöpfen Psychotherapeuten kaum je die durch Budgets vorgegebenen Obergrenzen für ihre Tätigkeit aus. Deswegen sehen viele eine Lösung der Versorgungsprobleme darin, dass Psychotherapeuten eben mehr arbeiten sollen. Psychotherapeuten wollen wie alle anderen Menschen auch gern viel Geld verdienen. Dass

sie diese gebotene Chance nicht in größerem Umfang nutzen, liegt an der Art der Arbeit: Psychotherapie kann nicht ohne persönliche Beteiligung des Psychotherapeuten wirken. Das Ausmaß an erbrachten Leistungen muss als das gesehen werden, was es ist: das Menschenmögliche. Die Versorgung kann also langfristig nur durch weitere Zulassungen von Psychotherapeuten verbessert werden. Es ist eine grundlegende gesundheitspolitische Frage, ob die Krankenkassen hierfür das Geld zur Verfügung stellen. ■

## GLIEDERUNG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG NACH FACHGRUPPEN



\* Davon 168 auch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen.

Mehrere hundert Ärzte anderer Fachgruppen (zum Beispiel Nervenärzte, Hausärzte) ergänzen die psychotherapeutische Versorgung.





PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG  
IN DEN STADT- UND LANDKREISEN  
(PLANUNGSBEREICHE)

Versorgungsgrad in Prozent

- 110,0 bis 149,9
- 150,0 bis 199,9
- 200,0 bis 249,9
- 250,0 bis 299,9
- >300

# PERSÖNLICH ERMÄCHTIGTE KRANKENHAUS- ÄRZTE ERGÄNZEN IM BEDARFSFALL DIE AMBULANTE VERSORGUNG

Ambulante ärztliche Versorgung findet in den Sprech- und Behandlungszimmern der niedergelassenen Haus- und Fachärzte statt. So wollen es die Spielregeln. Richtig ist, dass der niedergelassene Vertragsarzt nach geltendem Recht quasi der Prototyp und die Schlüsselfigur der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist, der uneingeschränkt alle Kassenpatienten behandeln darf, die ihn aufsuchen oder ihm überwiesen werden und deren Behandlung in sein Fachgebiet fällt, für das er zugelassen ist. Denn erst, und nur dann, wenn die niedergelassenen Vertragsärzte dem Versichertenanspruch nach ausreichender Versorgung in zumutbarer Entfernung nicht beziehungsweise nicht voll entsprechen können, dürfen Krankenhaus-(Chef-)Ärzte subsidiär in die

ambulante Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung eingebunden werden. Hierüber entscheidet der mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen paritätisch besetzte Zulassungsausschuss nach eingehender Bedarfsprüfung unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums und der Behandlungskapazitäten der im Planungsbereich niedergelassenen Fachkollegen. Festgestellte Versorgungslücken werden durch die vier Zulassungsausschüsse in Baden-Württemberg über so genannte Ermächtigungen geschlossen, das heißt leitende Krankenhausärzte ergänzen beziehungsweise komplettieren in dem jeweils gebotenen Umfang das regionale Leistungsangebot ihrer niedergelassenen Fachkollegen, zum Beispiel auf Überweisung zur OP-Indikation, zur





konsiliarischen Beratung, zur Durchführung spezieller diagnostischer Verfahren oder nach Leistungskatalog. Nach allem kommt dem ermächtigten Krankenhausarzt im Rahmen dieser Nebentätigkeit eine ähnlich präponderante Rechtsstellung, über die sein niedergelassener Fachkollege verfügt, nicht zu. Für ihn gelten jedoch ansonsten die gleichen Bedingungen: Persönliche Leistungserbringung, Qualifikationsnachweis bei unter Genehmigungsvorbehalt stehenden Leistungen, Wirtschaftlichkeitsgebot und so weiter.

Darüber hinaus ermächtigen die Zulassungsausschüsse unter bestimmten Voraussetzungen auch ärztlich geleitete Einrichtungen wie zum Beispiel sozialpädiatrische Zentren oder psychiatrische Institutsambulanzen, die ihre Leis-

tungen jedoch direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Einen Sonderstatus nehmen die Universitätskliniken des Landes ein. Die Ermächtigungen für deren Hochschulambulanzen sind jeweils so zu gestalten, dass ihnen für die Untersuchung und Behandlung in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ausreichend Patienten zur Verfügung stehen.

In welchem Maße künftig Krankenhäuser nach neuem Recht zur ambulanten Behandlung für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ihre Türen öffnen dürfen, bleibt abzuwarten. ■

Kinder- und  
Jugendärzte



88

Orthopäden



47

Urologen



28

HNO-Ärzte



23

Laborärzte,  
Mikrobiologen,  
Pathologen



23

Psychotherapeuten (Ärzte)



19

Augenärzte



14

Hautärzte



12



# KOOPERATIVE BERUFSAUSÜBUNG

Es wird ihn auch weiterhin geben (müssen), den klassischen „Einzelkämpfer“ in seinen vier Praxiswänden, um insbesondere auch in den vorwiegend ländlich geprägten Räumen die ambulante Versorgung auch in Zukunft flächendeckend und wohnortnah sicherstellen zu können. In Zeiten knapper Ressourcen und begrenzter Mittel gehört die Zukunft jedoch den sich für kooperative Versorgungsstrukturen öffnenden beziehungsweise sich bereits darin bewegendem Ärzten, welche die auf dem „Unternehmen Arztpraxis“ lastenden ökonomischen Risiken in fachgleicher beziehungsweise interdisziplinärer Partnerschaft miteinander teilen. Bei stagnierender oder gar rückläufiger Honorarentwicklung unter Budgetbedingungen einerseits und ständig steigenden Kosten der Praxisführung andererseits haben sich in den vergangenen Jahren immer mehr niedergelassene Ärzte in Kooperationen zusammengeschlossen. Triebfeder war dabei nicht nur das Diktat der Ökonomie, sondern auch medizinische sowie der Verbesserung der Lebensqualität dienende Überlegungen. Dieser anhaltende Trend wird durch den inzwischen erreichten und weiter zunehmenden Organisationsgrad nachhaltig belegt. Traditionelle Formen der ärztlichen Zusammenarbeit, wie Apparategemeinschaften, Praxisgemeinschaften und

Gemeinschaftspraxen, standen dabei bisher im Vordergrund. Während Praxisgemeinschaften primär unter betriebswirtschaftlichen Aspekten zur gemeinschaftlichen Nutzung von Räumen, Einrichtung und Geräten sowie zur gemeinsamen Anstellung und Beschäftigung von nichtärztlichem Praxispersonal bei ansonsten getrennter Praxisführung gebildet werden, handelt es sich bei der Gemeinschaftspraxis um die verbindlichste Form der ärztlichen Kooperation. Unter Aufgabe der rechtlichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit (zum Beispiel gemeinsamer Behandlungsvertrag mit den Patienten, gemeinsame Patientenkartei, gemeinsame Abrechnung über die KV, gesamtschuldnerische Haftung) stehen die sich so organisierenden Ärzte für eine Leistungsgemeinschaft mit in der Regel hohem Veränderungspotential. Zu den Vorteilen einer Gemeinschaftspraxis gehören insbesondere:

- Verteilung der wirtschaftlichen Risiken
- Optimierte Raum-, Geräte- und Personalauslastung
- Umfassenderes Leistungsangebot
- Erschließung neuer Versorgungsaufgaben
- Größere Sicherheit in Diagnostik und Therapie
- Intensiver fachlicher Austausch
- Verringerung von Wartezeiten

MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)



Gesamtzahl der MVZ

davon



144

Gesamtzahl der in MVZ tätigen Ärzte



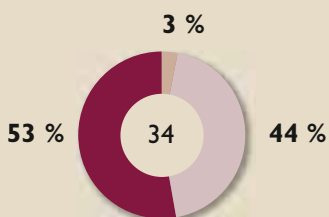
104

Ärzte im Anstellungsverhältnis

davon

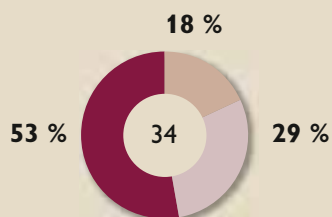
Davon am häufigsten beteiligte Facharztgruppen:  
19 Strahlentherapeuten, 17 Laborärzte, 16 Anästhesisten  
15 Hausärzte

In Trägerschaft von



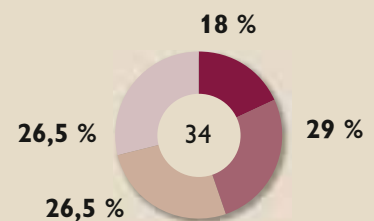
- Vertragsärzten
- Krankenhäusern
- sonstigen Trägern

Standorte



- Großstädtisch
- Städtisch
- Ländlich

Regionale Verteilung nach Regierungsbezirken

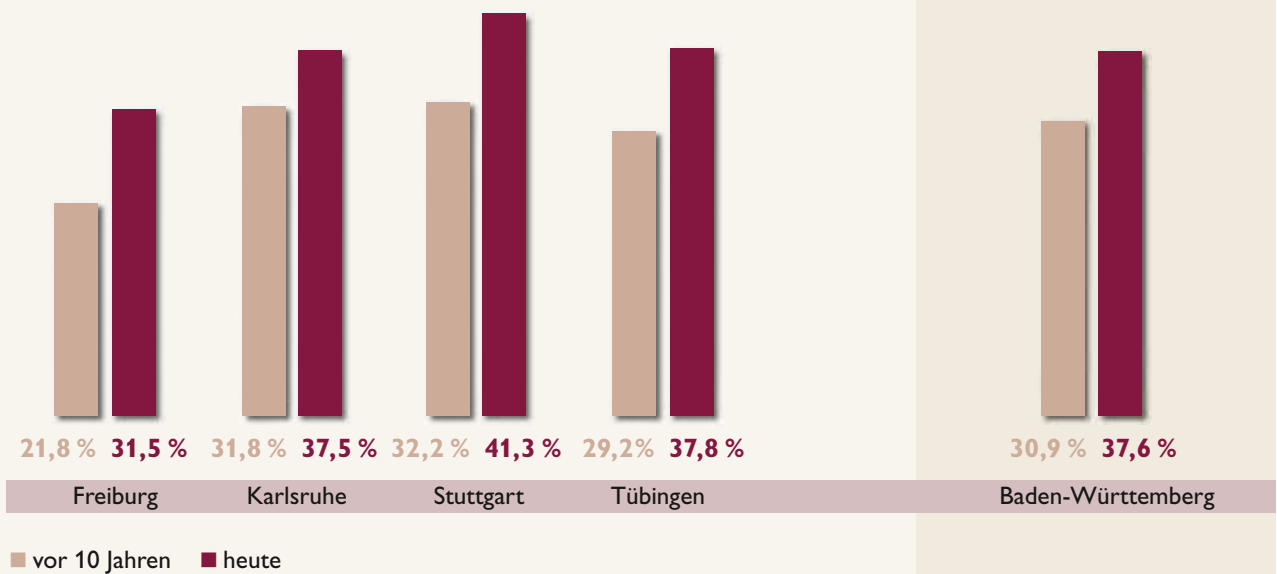


- Freiburg
- Karlsruhe
- Stuttgart
- Tübingen



Während sich unter den bisherigen Rahmenbedingungen das Kooperationsmodell Gemeinschaftspraxis an der Monolokalität des ärztlichen Tuns auszurichten hatte (unter einem Dach beziehungsweise unter einer Praxisanschrift), können dank der liberalisierenden Regelungen durch das am 1. Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz künftig auch Kooperationen durch Teilnehmer an unterschiedlichen Praxisstandorten eingegangen werden. Es handelt sich dann um eine überörtlich eingerichtete Berufsausübungsgemeinschaft (hat im Vertragsarztrecht den Begriff Gemeinschaftspraxis abgelöst). Auch Teilberufsausübungsgemeinschaften, beschränkt auf die Erbringung einzelner Leistungen für

ÄRZTE IN GEMEINSCHAFTSPRAXEN GEGLIEDERT NACH REGIERUNGSBEZIRKEN (EINSCHLIESSLICH JOB-SHARING-PRAXEN)



ein begrenztes Zusammenwirken mit Ärzten anderer Fachdisziplinen zur gemeinschaftlichen Versorgung von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, sind neuerdings möglich. Ebenso können Ärzte im gesperrten Planungsbereich auf ihre Zulassung verzichten und sich in der Praxis eines Kollegen anstellen lassen.

Neue Wege der kooperativen Berufsausübung wurden vom Gesetzgeber auch schon zum 1. Januar 2004 mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als neue Form der Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung angebahnt. Hierbei handelt es sich um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein können. Die ebenso wie Vertragsärzte der Bedarfsplanung unterliegenden MVZ können von allen Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen, im Rahmen der zulässigen Organisationsformen gegründet werden, somit zum Beispiel auch durch Apotheker, Heilmittelerbringer oder Krankenhausträger. MVZ sollen nach den Vorstellungen des

Gesetzgebers der Idee einer integrierten Versorgung mit enger Kooperation ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer und kurzen Wegen für die Patienten entsprechen, mithin einer Versorgung „aus einer Hand“. Darüber hinaus soll insbesondere jungen Ärzten durch die Angestelltentätigkeit der Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung ohne wirtschaftliches Risiko einer Praxisgründung erleichtert werden.

In Baden-Württemberg liegt die Trägerschaft bei den inzwischen 34 gegründeten MVZ (Tendenz steigend) noch überwiegend in den Händen von Vertragsärzten. Nach der Intention des Gesetzgebers, ambulante und stationäre Versorgung durch die Zusammenführung von MVZ und Krankenhaus besser zu verzahnen, bleibt jedoch hier die weitere Entwicklung abzuwarten. ■



# BEDARFSPLANUNG VERSUS VERSORGUNGSPLANUNG



Als die Politik im Jahre 1977 im Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Bedarfsplanungs-Richtlinien ein neues Planungsinstrumentarium zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages an die Hand gab, geschah dies vor dem Hintergrund der sich durch das Niederlassungsverhalten der Ärzte abzeichnenden Fehlallokationen zu Lasten der Versorgung in überwiegend ländlichen und strukturschwachen Gebieten. Zur Beseitigung partieller Unterversorgung wurde die Zulassungssperre für ausreichend versorgte Regionen als Werkzeug zur Verteilungssteuerung eingesetzt. Heute, 30 Jahre nach Einführung der Bedarfsplanungs-Richtlinien, konzentrieren sich die Sicherstellungsbemühungen im Zuge der Diskussion über Ärztemangel beziehungsweise nicht wieder zu besetzende Arztpraxen häufig auf die gleichen „schwächelnden“ Versorgungsregionen, jedoch unter anderen Vorzeichen. So wurde bereits ab dem Jahre 1993 die Unterversorgungsplanung angesichts des unlösbaren Zusammenhangs zwischen Arztzahlentwicklung und Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Überversorgungsplanung abgelöst, um bei begrenzten Honorarvolumen einem weiteren Anstieg der Arztzahlen entgegen zu wirken. Die Situation hatte sich nach allem ins Gegenteil verkehrt: Eine Überversorgung mit Ärzten war plötzlich das Problem.

## **Konventionelle Planungsinstrumente**

Heute drängt sich jedoch angesichts der aktuellen Herausforderungen mit Blick auf den sich abzeichnenden demographischen und strukturellen Wandel die Frage auf, welche wirkungsvollen Planungsinstrumente im Einsatz gegen diese längst nicht mehr nur



latentem Gefahren zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt auch im Interesse des im Leitbild der KV Baden-Württemberg kodifizierten Anspruchs, die wohnortnahe ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in eigener Praxis zu erhalten und auszubauen. Dies erfordert einen Blick auf die Regelungen und Wirkungen der vertragsärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Bedarfsplanung.

Grundlage der Verteilungsdichte von Ärzten und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich sind die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten so genannten Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Sie wurden aus dem Verhältnis Einwohner je Arzt in nach Raumordnungskriterien gleichartigen Planungsbereichen (identisch mit den Stadt/Landkreisen), differenziert nach Arztgruppen ermittelt. Aus den so entstandenen bundeseinheitlichen Verhältniszahlen für gleichartige Regionen ergibt sich für jede Arztgruppe in jedem Planungsbereich ein Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent bedeutet, dass die Zahl der Vertragsärzte beziehungsweise Vertragspsychotherapeuten dem Soll-Bedarf im Sinne einer ausreichenden Versorgung entspricht. Bei einem Versorgungsgrad ab 110 Prozent hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, das heißt diese Planungsbereiche sind für neue Niederlassungen gesperrt. Die Grenze zur Unterversorgung liegt für Hausärzte bei 75 Prozent, für die der Bedarfsplanung unterliegenden Facharztgruppen bei 50 Prozent.

### **Zahlen lügen nicht, aber sie können täuschen**

Noch sind in Baden-Württemberg 94 Prozent aller arztgruppenbezogenen Planungsbereiche wegen Überversorgung gesperrt, noch ist die medizinische Versorgung, auch im Bereich der hausärztlichen Versorgung in sämtlichen Planungsbereichen ausreichend sichergestellt und noch bedurfte es keiner einzuleitenden Sicherstellungsmaßnahmen wegen drohender oder gar bestehender Unterversorgung. Trotz dieses zumindest nominell noch beruhigenden Versorgungsstandes darf man die Augen vor den ersten Anzeichen einer zumindest partiell erodierenden ambulanten Versorgung in der Fläche nicht verschließen, wonach entweder vereinzelt Arztsitze nicht wiederbesetzt werden können oder Praxen erst nach wiederholter Ausschreibung einen Nachfolger finden. Auch wird man im Zusammenhang mit dem vom Gesetzgeber definierten Ausstiegsalter aus der vertragsärztlichen Versorgung (Vollendung des 68. Lebensjahres) die sich auch in Baden-Württemberg immer weiter zu den älteren Jahrgängen verschiebende Altersstruktur hinsichtlich des Ersatzbedarfs wachsam und initiativ beobachten müssen. Das sich aus dem Sicherstellungsauftrag ableitende Postulat einer wohnortnahen, flächendeckenden ambulanten Versorgung wird sich nach der – nur Köpfe zählenden – Bedarfsplanung alter Provenienz, die nicht den tatsächlichen Bedarf, sondern überwiegend nur die regionale Verteilung der Ärzte steuert, auf Dauer nicht mehr darstellen lassen. So machen die neuen Flexibilisierungs- und Liberalisierungsinstrumente des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes mit Blick auf die Ziele der Bedarfsplanung Handlungsbedarf erforderlich, denn mit der Bildung von – jeweils auch planungsbereichs-

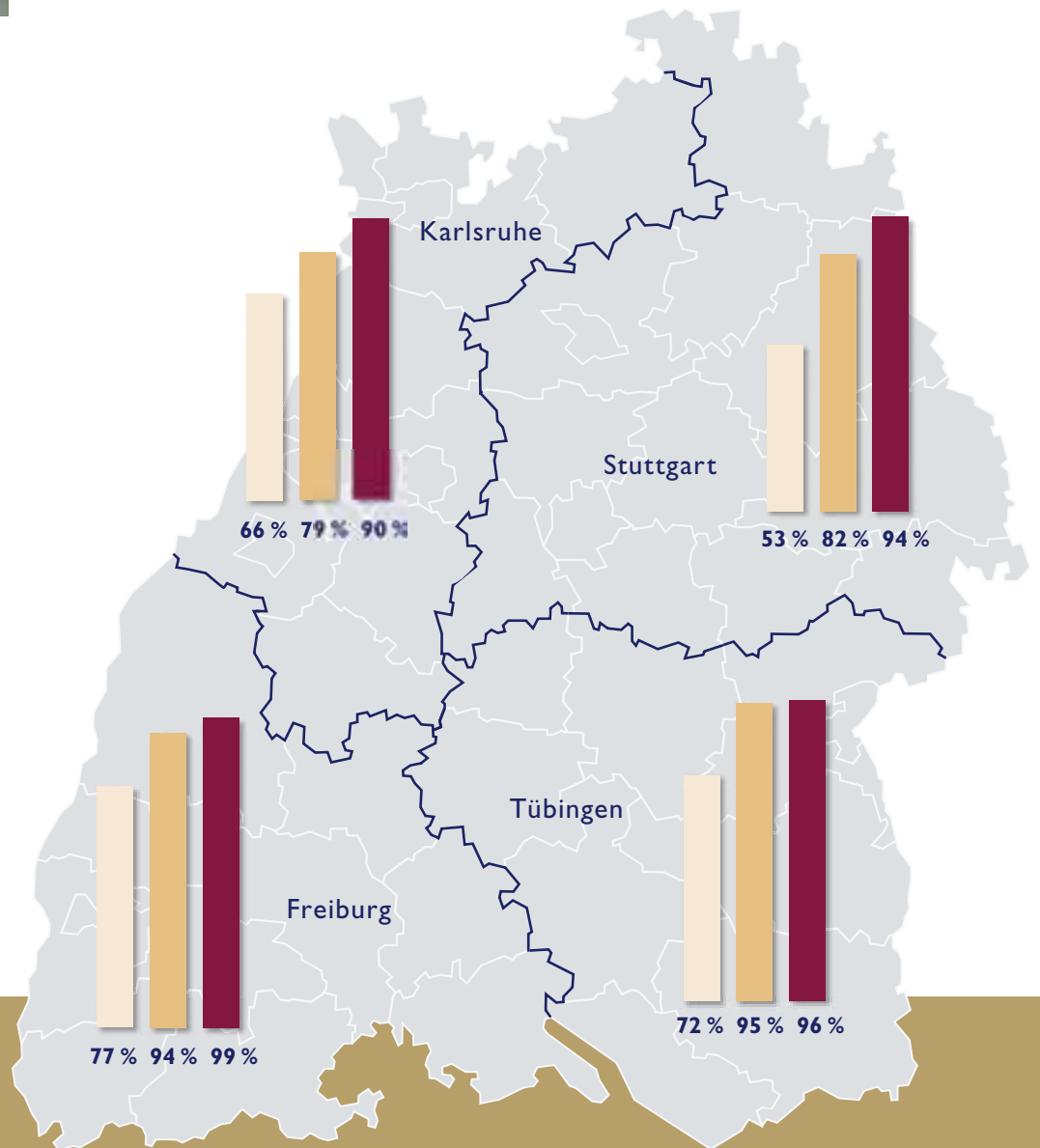


beziehungsweise KV-übergreifend möglichen – überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften und Nebenbetriebsstätten wird situativ ein Leistungstransfer ausgelöst, den die konventionelle Bedarfsplanung nicht mehr abbilden kann. Diese Ausprägungen der „Filialisierung“ erschließen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten somit auch neue „Gehstrukturen“, deren Akzeptanz durch das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten im zu erwartenden (Verdrängungs-) Wettbewerb die weitere Entwicklung bestimmen wird, mit hin auch die Nachhaltigkeit einer Angebotsverbesserung in den eher ländlichen Gebieten außerhalb der Städte und Ballungszentren.

#### **Quo vadis Bedarfsplanung?**

Auch wenn bisher schon in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen weitere Niederlassungen unter bestimmten qualitätsbezogenen Voraussetzungen durch die Zulassungsausschüsse ermöglicht werden konnten und nach neuem Recht künftig auch Ausnahmen bei Vorliegen der noch zu entwickelnden Kriterien für einen so genannten „zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf“ zulässig sind, handelt es sich bei allen Maßnahmen im Ergebnis

nur um die flächendeckende Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten. Diesbezüglich bleiben jedoch die Steuerungsmöglichkeiten begrenzt. Daran werden auch die im Wettbewerbsstärkungsgesetz bei festgestellter oder drohender Unterversorgung gesetzten Anreize nach Maßgabe einer differenzierten Honorarverteilung vermutlich nichts ändern. Unabhängig davon bleibt festzustellen, dass unter gleich bleibenden insuffizienten Budgetbedingungen und ohne spürbare Verbesserung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (zum Beispiel kommen inzwischen 40 Prozent der Absolventen des Medizinstudiums nicht in der Patientenversorgung an) das Nachwuchsproblem nicht gelöst werden kann. Wettbewerbliche Elemente allein können wegen ihrer Zentralisierungstendenzen auf Dauer den Zielen der Bedarfsplanung nicht gerecht werden. Unter diesen Umständen erscheint es nach allem opportun darüber nachzudenken, die konventionelle Bedarfsplanung durch eine Modifizierung der Instrumente, welche den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung mehr Rechnung tragen müssen, im Sinne einer innovativen Versorgungsplanung weiterzuentwickeln. ■



ENTWICKLUNG GESPERRTER PLANUNGSBEREICHE  
IN DEN REGIERUNGSBEZIRKEN

- 1993
- 2000
- 2007

# N

## OTFALLVERSORGUNG AUF HOHEM NIVEAU

Da sich Krankheit nicht auf Praxisöffnungszeiten beschränken lässt, umfasst der den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegende Sicherstellungsauftrag auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Hierbei handelt es sich um den insbesondere an Wochenenden und Feiertagen zu gewährleistenden Notfalldienst, der „kein regelmäßiger Kundendienst“ an arbeitsfreien Tagen zur beliebigen Inanspruchnahme durch die Bevölkerung zu sein beansprucht, sondern vielmehr die Fälle der „Ersten Hilfe“ abdecken soll, in denen die Behandlung nicht ohne Gefahr für Leib oder Leben des Patienten verzögert werden darf. Der im Notfalldienst tätige Arzt muss daher für die typischen Notfallsituationen

des medizinischen Alltags gewappnet sein. Organisation und Durchführung des für alle niedergelassenen Ärzte obligatorischen Notfalldienstes in den flächendeckend eigens dafür eingerichteten Notfalldienstbezirken sind in der Notfalldienstordnung normativ verankert. Neben dem allgemeinärztlichen Notfalldienst sind in vielen Regionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zusätzlich fachgebundene Dienste, zum Beispiel durch Augenärzte, HNO-Ärzte oder Kinderärzte eingerichtet.

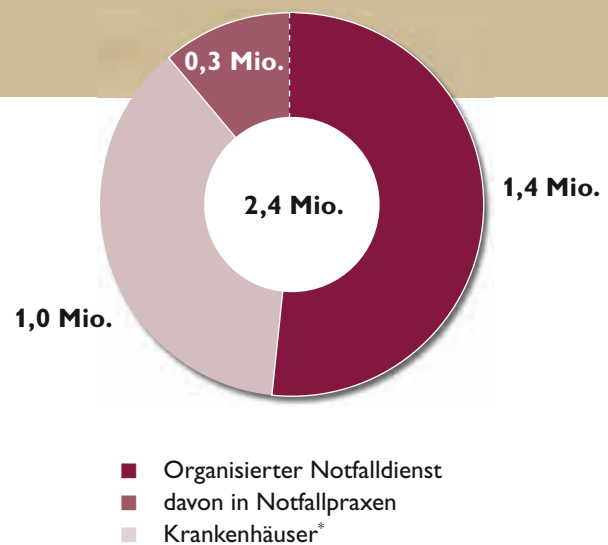
### Optimierung der Erreichbarkeit

Die konventionellen Strukturen hinsichtlich der Veröffentlichung und Erreichbarkeit des Notfalldienstes (Tagespresse) wurden zeitlich vielfach durch zeitgemäße beziehungsweise innovative Organisationshilfen abgelöst. Beispielfähig hierfür stehen folgende Modelle:

Das System der einheitlichen Rufnummer im Notfalldienst (jeder Notfalldienst erhält eine eigene Rufnummer) optimiert die Erreichbarkeit für den Patienten und die Flexibilität des diensthabenden Arztes. Die kontinuierliche Weiterentwicklung dieses automatischen Ansage- und Vermittlungssystems hat durch seine Vorteile zu hoher



### NOTFALLBEHANDLUNGEN IM ORGANISIERTEN NOTFALLDIENST UND IN KRANKENHÄUSERN



\* Krankenhäuser müssen im Rahmen ihrer Aufnahme- und Dienstbereitschaft eine „rechtzeitige ärztliche Hilfeleistung gewährleisten“.

Akzeptanz sowohl in den Anwenderpraxen als auch bei den Patienten geführt.

Neue Wege wurden auch durch die Vermittlung des vertragsärztlichen Notfalldienstes durch örtliche Rettungsleitstellen eingeschlagen. Dieser Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass eine engere Zusammenarbeit des vertragsärztlichen Notfalldienstes mit der Rettungsleitstelle bei der Vermittlung von Einsätzen in Notfällen wegen der erleichterten Zuordnung durch den Disponenten zu einer Qualitätsverbesserung in beiden Bereichen und wegen der Möglichkeit einer einheitlichen Rufnummer zu einer größeren Bürgerfreundlichkeit sowie wegen der Vermeidung von doppelten Organisationsstrukturen insgesamt zu einer verbesserten Wirtschaftlichkeit führt.

#### Notfallpraxen an Krankenhäusern

Die Notfallambulanz am Krankenhaus steht als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht erst seit heute im Fokus der Bemühungen zur Vermeidung von doppelten Versorgungsstrukturen in der Notfallversorgung. Längst haben die Leistungserbringer der unterschiedlichen Sektoren





die Profitabilität von verzahnten Angebotsstrukturen erkannt und sich auf den Weg gemacht, vorhandene Kooperationspotentiale im Interesse einer Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung auszuschöpfen. Für Notfallpraxen bedeutet dies, vorhandene Ressourcen nutzen zu können und die logistisch-organisatorische Infrastruktur, einschließlich der diagnostischen Möglichkeiten zur ambulanten Notfallversorgung (Ultraschall, Röntgen, Labor) in den Dienst der Patienten zu stellen. Die KVBW unterstützt daher die Einrichtung von Notfallpraxen an Krankenhäusern, stehen sie doch – auch durch die temporäre Einbindung von Ärzten des Krankenhauses – als ein Beispiel für echte integrierte Versorgung, aus dem alle Beteiligten Vorteile ziehen können.

Modellhaft wird an dieser Stelle auf die nun seit über zehn Jahren existierende Notfallpraxis am Marienhospital in Stuttgart verwiesen. Sie dokumentiert die Bedeutung für die ambulante Notfallversorgung und die „Filterfunktion“ an der Nahtstelle zur stationären Versorgung. Die nachstehenden Zahlen und Fakten über diese Einrichtung im Ballungszentrum Stuttgart können jedoch nicht repräsentativ für vergleichbare – zum Teil unterschiedliche Fachgebietsstrukturen

aufweisende – Einrichtungen in Baden-Württemberg sein: Am Dienst in der Notfallpraxis Stuttgart nehmen 332 Vertragsärzte (einschließlich psychiatrischer Dienst) teil. Die Notfallpraxis ist mit einem Allgemeinarzt oder Internisten und einem Chirurgen oder Orthopäden kontinuierlich doppelt besetzt. An Wochenenden und Feiertagen ist zusätzlich ein HNO-ärztlicher und ein gynäkologischer Dienst eingerichtet. Im Jahr 2006 wurden in der an Werktagen von 19 Uhr bis 7 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen durchgehend geöffneten Notfallpraxis 32.680 Patienten ambulant ärztlich versorgt.

Parallel zum Betrieb der Notfallpraxis ist im Bereich der Ärzteschaft Stuttgart ein Fahrdienst als Komplementärdienst eingerichtet. Die Einsätze werden über eine zentrale Rufnummer von der integrierten Leitstelle Stuttgart durch Mitarbeiter des DRK-Rettungsdienstes disponiert und die Einsatzfahrten über die Auto-Taxi-Zentrale Stuttgart durchgeführt. Im Jahr 2006 erfolgen so insgesamt 21.720 notfallbedingte Fahrdiensteinsätze.

Die Ärzteschaften in Südbaden und Südwürttemberg haben sich, wie aus der Grafik ersichtlich, bisher – von wenigen Ausnahmen abgesehen – für andere Organisationsstrukturen bei der Durchführung des Notfalldienstes entschieden. ■



ORTE MIT NOTFALLPRAXEN

- <sup>1</sup> zwei Notfallpraxen, davon eine Kindernotfallpraxis
- <sup>2</sup> drei Notfallpraxen, davon eine psychiatrische Notfallpraxis, eine Kindernotfallpraxis
- <sup>3</sup> Kindernotfallpraxis



Facharzt für Psychiatrie in Freiburg,  
Leiter der Schwerpunktpraxis für  
Drogenabhängige

# DIE ETWAS ANDERE PRAXIS

Eine Schwerpunktpraxis für Drogenabhängige

Von Dr. med. Rüdiger Gellert

Vor der Praxistür tummelt sich ein kleines Rudel Hunde, das sich nicht immer gut versteht und dies zum Ärger der Nachbarn auch lautstark kundtut. Daneben unterhält sich rauchend eine bunte Mischung unterschiedlichster Menschen: die 19-jährige Lehrertochter mit der 25-jährigen, obdachlosen Punk-Frau, der grellrot gefärbte Haarbüschel wild aus dem ansonsten kahlrasierten Kopf sprießen.

Die Szenerie ist geprägt von großflächigen Tätowierungen, Piercings an den unmöglichsten Stellen, daneben aber auch modern-schickes Outfit bis hin zum schon lange nicht mehr gewaschenen Straßenlook des obdachlosen AIDS-Patienten. Das Spektrum reicht vom niedergelassenen Arzt bis zum Analphabeten, von der 17-Jährigen bis zum ergrauten 59-Jährigen. Unterschiedlicher könnten diese Menschen kaum sein, und dennoch haben sie einiges gemeinsam: den Zwang und die Last, täglich Opiate einnehmen zu müssen, ohne die sie nicht in der Lage sind, das Leben zu meistern. Auch der Schmerz, meist seelischer Art, den die Opiate zumindest etwas lindern, verbindet sie.

Viele unserer Patientinnen haben sexuelle Gewalt und Missbrauch erlebt, die Männer eher körperliche Gewalt und Vernachlässigung. Alkohol hat die meisten Herkunftsfam-

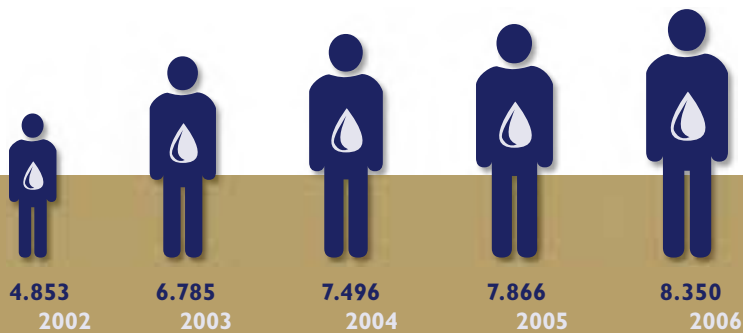
ilien dominiert und geprägt. 80 Prozent leiden an einer chronischen Hepatitis C, die Zähne sind selbst bei den jungen Patienten in einem katastrophalen Zustand, das Venensystem bis hin zu den Leistenvenen durch jahrelanges Injizieren ruiniert.

## **Was, um Himmels willen, bringt einen 35 Jahre alten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie dazu, eine Schwerpunktpraxis für Drogenabhängige aufzubauen und zu leiten?**

Diese Frage wurde mir oft gestellt und in ganz schwierigen Zeiten habe ich sie mir auch selbst gestellt. Dennoch, auch nach elf Jahren Arbeit mit diesen Menschen fällt die Antwort immer noch eindeutig positiv aus.

Die Möglichkeit, in einem gut funktionierenden Team von Arzthelferinnen, Krankenschwestern und Sozialarbeitern sich für eine Randgruppe dieser Gesellschaft zu engagieren, ist sinnvoll und schafft Befriedigung. Durch einfachste Maßnahmen kann großes Leid oft schnell gelindert werden. Der enge, meist tägliche Kontakt, zuweilen über Jahre, lässt eine Nähe zu Menschen entstehen, die ansonsten häufig nur als ausgegrenzte Schreckgespenster der Gesellschaft wahrgenommen werden. Wie Entwicklungsdienst im eigenen Land





#### ENTWICKLUNG DER IN DER GKV MIT METHADON SUBSTITUIERTEN PATIENTEN

erscheint diese Arbeit immer wieder. Wir sehen Menschen, die Bewunderung verdienen, dass sie es schaffen, auf der Schattenseite unserer Wohlfühlgesellschaft mit weniger als nichts zu überleben.

#### Wie sieht unsere Arbeit aus?

Zunächst gilt es, die Möglichkeit zu schaffen, dem erbarmungslosen Druck der Drogenszene zu entkommen. Dies gelingt durch den Ersatz des verunreinigten illegalen Straßenheroins durch ärztlich verordnete apothekenreine Opiate, das heißt Methadon oder Buprenorphin.

Durch die jetzt entstehende Ruhe kann Aufräum- und Aufbauarbeit geleistet werden. Somatische Diagnostik und Behandlung, Impfungen, Zahnbehandlungen, psychiatrische Diagnostik und Behandlung (weit über die Hälfte der Patienten leiden neben der Sucht an anderen schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen) werden möglich. Und natürlich kann begonnen werden, den Riesenberg an sozialen Problemen abzutragen und sei es, die Post aus seit Monaten nicht mehr geöffneten Briefkästen abzuarbeiten.

Was auch uns oft an die Grenze der emotionalen Belastbarkeit bringt, ist der tägliche

Umgang mit schwangeren Drogenabhängigen und den vielen Kindern unserer Patienten. Wir erfahren hautnah, wie deren „Mangelbiographien“ teilweise eine eigene Psychiatrie- oder Suchtkarriere fast unumgänglich erscheinen lassen. Vor allem hier ist die Ohnmacht und Hilflosigkeit des Hilfesystems schwer zu ertragen.

#### Was ist unsere Burn-out-Prophylaxe?

Ein freundschaftliches, wenig hierarchisches und gut strukturiertes Arbeiten im Team, ausreichend Freizeit, viel Sport, Durchmischung des Arbeitsalltages mit unterschiedlichen Tätigkeiten und immer wieder das Einhalten von klaren Regeln und Grenzen.

Wir dürfen nicht darauf angewiesen sein, unsere Arbeitszufriedenheit durch Anerkennung unserer Patienten zu bekommen, die aufgrund ihrer spezifischen Psychopathologie (Beziehungsstörungen, Unehrlichkeiten, pathologische Übertragungsmuster) hierzu nicht wirklich in der Lage sind. Aber auf die Anerkennung und Wertschätzung der Gesellschaft, der Fachwelt, der politischen Verantwortlichen und nicht zuletzt durch die Kassenärztliche Vereinigung sind wir existentiell angewiesen. Bisher war diese öffentliche Anerkennung durch die Tatsache gegeben, dass unsere Praxis



durch eine Kooperation des Sozialministeriums Baden-Württemberg, der KV Südbaden und der Stadt Freiburg 1996 als Modellprojekt initiiert wurde. Die anfänglich durchgeführte Begleitevaluation hat den Erfolg der Arbeit auch wissenschaftlich untermauert.

**Wo stehen wir aktuell?**

Mittlerweile arbeiten neben dem Arzt vier festangestellte Arzthelferinnen und Krankenschwestern, vier Aushilfskräfte, drei Sozialarbeiterinnen sowie mehrere Vertretungsärzte im Team. Die Praxis hat sich aufgrund ihres spezifischen Schwerpunktes auf so genannte „Problempatienten“ oder auch „Schwerstabhängige“ spezialisiert, oft die so genannten „nicht wartezimmerfähigen“ Patienten. Etwa 125 bis 130 Drogenabhängige befinden sich kontinuierlich in Substitutionsbehandlung.

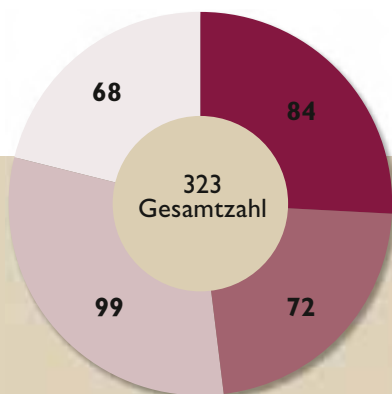
Mittlerweile haben wir knapp drei Tonnen Methadon ausgeschenkt, was Schwarzmarktheroin im Wert von circa 20 Millionen Euro ersetzt hat. Stabilisierte und unkomplizierte Patienten werden an Hausärzte weiterver-

mittelt, nur so können monatelange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz vermieden werden. Neben den Opiatabhängigen suchen zunehmend Konsumenten anderer Drogen (Cannabis, Alkohol, Gammahydroxybuttersäure und so weiter) die Praxis auf.

**Wo klemmt es?**

Die Medizin musste sich immer wieder im bis dahin sozialarbeiterisch geprägten ambulanten Suchthilfesystem behaupten und um Vertrauen und Anerkennung bemühen. Sozialpolitische Machtverhältnisse und Spielregeln mussten ausgesprochen schmerzhaft erlebt und der Umgang damit gelernt werden. Insbesondere in diesem Bereich war Frustrationstoleranz, Stehvermögen und Lernbereitschaft gefragt, und es zeigte sich die Wichtigkeit, verlässliche Koalitionspartner zu haben.

Belastend ist immer wieder die Unsicherheit, ob sich diese Arbeit auch wirtschaftlich trägt. Wird uns der neue EBM den Todesstoss versetzen?



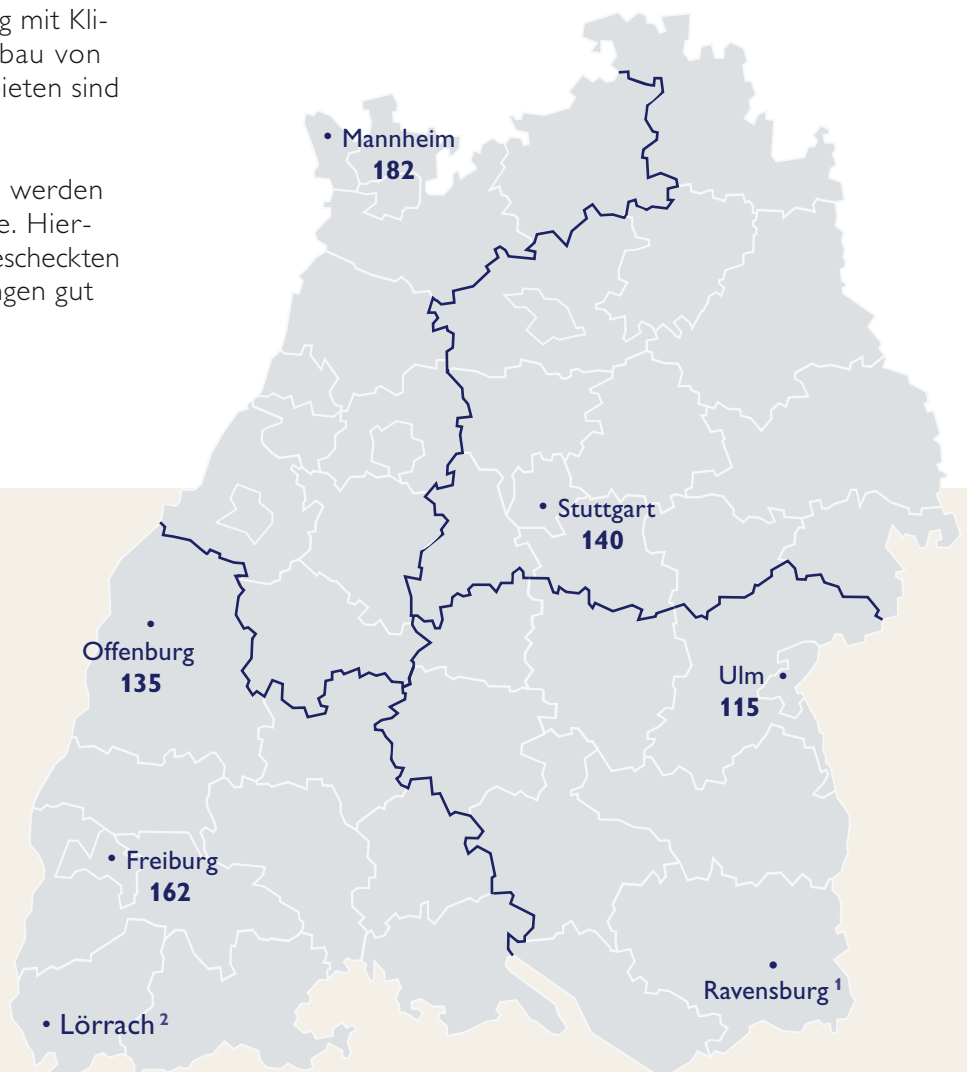
ANZAHL DER SUBSTITUIERENDEN VERTRAGSÄRZTE GEGLIEDERT NACH REGIERUNGSBEZIRKEN

- Freiburg
- Karlsruhe
- Stuttgart
- Tübingen

**Ausblick:**

Da durch eine Vielfalt neuer Aufgaben (Interferonbehandlung, Vortragstätigkeit, Tätigkeit in der Fort- und Weiterbildung, Kammer- und KV-politische Aktivitäten) das Arbeitspensum maximal überschritten ist, ist die Anstellung eines weiteren Arztes erforderlich. Der Aufbau einer fachübergreifenden Kooperation mit anderen Praxen, eine noch engere Vernetzung mit Kliniken und möglicherweise der Aufbau von Praxisfilialen in unterversorgten Gebieten sind zukünftige Aufgaben.

Ein Problem hatten wir noch nie und werden wir wohl auch nie haben: Langeweile. Hierfür sorgen nicht zuletzt unsere bunt gescheckten Patienten, die immer für Überraschungen gut sind. ■



#### ORTE MIT METHADON-SCHWERPUNKTPRAXEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Die Zahlen geben die aktuelle Anzahl substituierter Patienten in der jeweiligen Praxis wieder.

In den fünf bisher eingerichteten Schwerpunktpraxen werden insgesamt circa 9 Prozent aller Substitutionsbehandlungen in Baden-Württemberg durchgeführt.

<sup>1</sup> Beginn: September 2007

<sup>2</sup> Projektiert

# D ER ORGANISIERTE ÄRZTLICHE LEICHENSCHAUDIENST STUTTGART

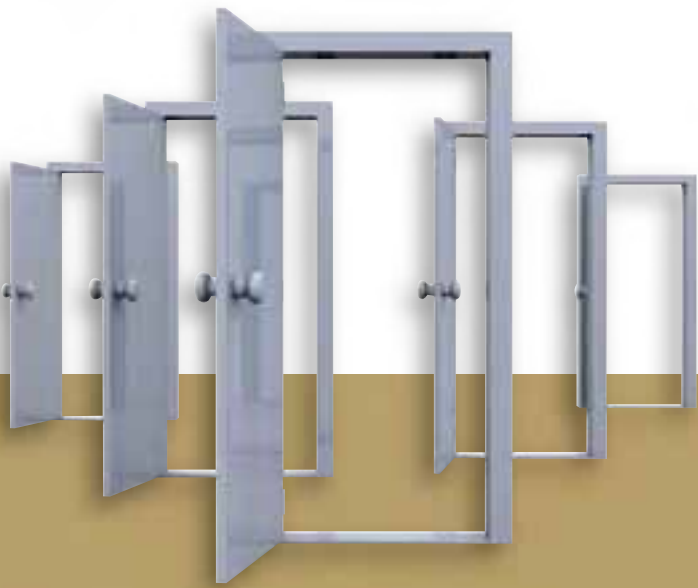
Nach den gesetzlichen Vorgaben hat die Leichenschau unverzüglich stattzufinden. Sie ist im ärztlichen Alltag nicht immer einfach darzustellen. Um hier eine Verbesserung für alle Seiten herbeizuführen, wurde Ende Januar 2006 im Rahmen der Notfallversorgung der KV Baden-Württemberg ein Projekt begonnen mit einer Gruppe von Ärzten auf freiwilliger Basis zur Organisation des ärztlichen Leichenschaudienstes.

Die Situation bei Leichenschauen, die unter Beteiligung der Polizei durchgeführt werden müssen, betrifft grundsätzlich alle Todesfälle, die sich in der Öffentlichkeit ereignen. Außerdem muss bei allen nicht natürlichen oder ungeklärten Todesfällen die Polizei hinzugezogen werden. Einen ganz erheblichen Anteil an Leichenschaufällen mit Polizeibeteiligung haben die so genannten Fundleichen, das heißt Verstorbene, die vorwiegend in Wohnungen aufgefunden werden. Letzteres nimmt in Stuttgart ebenso wie in den übrigen Großstädten in der Bundesrepublik mit der ständig steigenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten kontinuierlich zu. Nach geltender Rechtslage ist jeder Arzt zur Durchführung der Leichenschau

verpflichtet. Für die Stuttgarter Polizei hat sich allerdings in der Vergangenheit sehr häufig die Problematik ergeben, dass erst nach zeitaufwendiger Suche ein Arzt zur Durchführung der Leichenschau auffindig gemacht werden konnte. Im Einzelfall erforderliche kriminalpolizeiliche Todesermittlungen konnten dadurch zum Teil erst mit erheblicher Zeitverzögerung eingeleitet werden. Außerdem war die Durchführung der Leichenschau je nach durchführendem Arzt qualitativ sehr unterschiedlich.

Außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte bei Nacht und an Wochenenden und Feiertagen wurden in Stuttgart Leichenschauen außerhalb von Krankenhäusern vom ärztlichen Notfalldienst (Fahrdienst) durchgeführt. Hierbei war klar geregelt, dass lebende Patienten immer vorrangig versorgt wurden und so bei einem hohen Patientenaufkommen im Notfalldienst entsprechende Wartezeiten für die Leichenschau unvermeidlich waren.

Nach einem entsprechenden Aufruf im Baden-Württembergischen Ärzteblatt nehmen zur Zeit 24 Ärzte freiwillig am organisierten



ärztlichen Leichenschauendienst Stuttgart teil. Bei der Neueinrichtung dieses Dienstes wurde in Zusammenarbeit mit dem Polizeipräsidium Stuttgart ein Einführungsseminar veranstaltet, bei welchem von der Leitung des für Todesermittlungen zuständigen Dezernats der Kriminalpolizei eingehende Hinweise zur Leichenschau aus kriminologischer Sicht vermittelt wurden. Von ebenfalls anwesenden Mitarbeitern des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg wurden im Rahmen des Einführungsseminars Erläuterungen zur korrekten und vollständigen Dokumentation von Todesfällen gegeben.

Zwischenzeitlich hat auch eine zertifizierte Fortbildungsveranstaltung für die am Leichenschauendienst teilnehmenden Ärzte mit dem Leiter des Rechtsmedizinischen Instituts an der Universität Tübingen, Prof. Dr. med. Wehner, stattgefunden. Weitere Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Institut sind bereits in Planung. Die Vermittlung von Einsätzen des Leichenschauendienstes erfolgt über die Integrierte Leitstelle Stuttgart (ILS) durch die Mitarbeiter des Rettungsdienstes.

Der 24-Stunden-Rufdienst wird ganzjährig täglich jeweils von einem Arzt in der Zeit von 7 Uhr bis 7 Uhr durchgeführt. Ausgenommen von diesem organisierten Dienst sind in Stuttgart die Leichenschauen in Krankenhäusern und die Leichenschauen durch behandelnde Ärzte bei eigenen Patienten.

Nach Ablauf der einjährigen Pilotphase wurde der organisierte ärztliche Leichenschauendienst Stuttgart im Januar 2007 im Sinne einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung bei der Leichenschau als ständige Einrichtung etabliert.

Im Rahmen dieses organisierten Dienstes wurden 952 Leichenschauen im zweiten Halbjahr 2006 und 581 im ersten Halbjahr 2007 durchgeführt. ■



# DIE ÄRZTLICHE BETREUUNG DER ZENTRALEN AUSNÜCHTERUNGSEINHEIT (ZAE) BEIM POLIZEIPRÄSIDIUM STUTTGART

Im Bereich der Landeshauptstadt Stuttgart werden jährlich circa 2.000 so genannte hilflose Personen in polizeilichen Gewahrsam genommen, die sich in Folge von Alkohol- oder Drogenkonsum in einem Zustand befinden, der die freie Willensbestimmung ausschließt. Auf Grund der bei diesen Personen nicht selten bestehenden verdeckten Erkrankungen oder Verletzungen gehört die Betreuung dieser Personen zu den besonders risikobehafteten Aufgaben des Polizeivollzugsdienstes.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass sich der gesundheitliche Zustand der hilflosen Personen, die von der Polizei zur Ausnüchterung in Gewahrsam genommen werden, nicht selten während des Gewahrsamsaufenthaltes verschlechtert. Da die medizinisch nicht ausgebildeten Polizeibeamten die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Gewahrsamsinsassen im Rahmen ihrer regelmäßigen Kontrollen nicht immer (rechtzeitig) erkennen können, ergibt sich diesbezüglich ein entsprechendes Risikopotenzial. Dies wird deutlich bei Betrachtung der Situation in der Vergangenheit. So waren im Zeitraum der Jahre 1986 bis 2000 im zentralen Polizeigewahrsam des Polizeipräsidiums Stuttgart insgesamt 19 Todesfälle zu verzeichnen, von denen 14 Fälle im Zusammenhang mit Alkoholkonsum und ein Fall mit Drogenkonsum standen.





Das Polizeipräsidium Stuttgart hat unter der Leitung des damaligen Polizeipräsidenten Dr. Martin Schairer auf Grund dieser Erfahrungen seit 1. November 2001 im Gebäude des Polizeigewahrsams eine zentrale Ausnüchterungseinheit (ZAE) eingerichtet. Die Einrichtung umfasst insgesamt 15 videoüberwachte Ausnüchterungsplätze, die sich wie folgt aufteilen:

- 2 Gemeinschaftszellen für Männer zur Unterbringung von jeweils 4 Personen
- 1 Doppelzelle für Frauen
- 5 Einzelzellen zur Unterbringung von erregten Personen

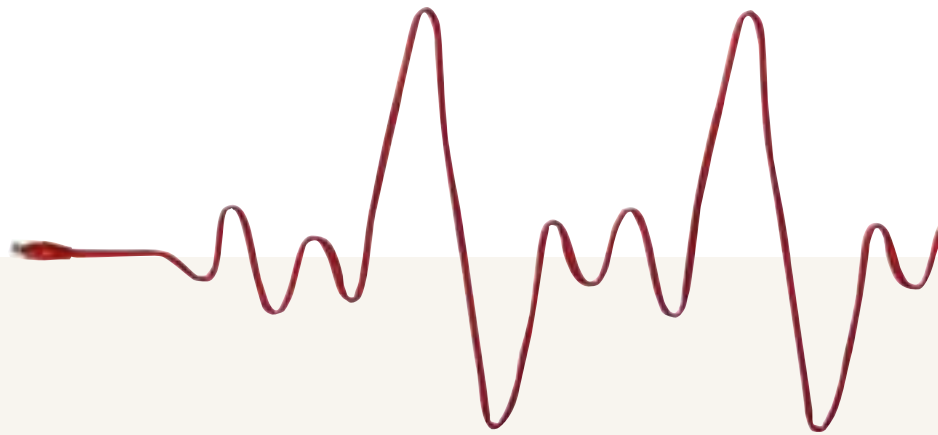
Um eine hochqualitative medizinische Betreuung der in der ZAE untergebrachten Personen zu gewährleisten, hat sich die Ärzteschaft Stuttgart unter der Leitung ihrer damaligen Vorsitzenden Dr. med. Gisela Dahl bereit erklärt, im Rahmen einer Kooperation mit dem Polizeipräsidium Stuttgart die ärztliche Betreuung dieser Einrichtung sicherzustellen.

Die Ärzteschaft Stuttgart zeichnet hierbei nicht nur für die permanente ärztliche Besetzung während der ganzjährig täglichen Betriebszeiten der ZAE von 19 Uhr bis 7 Uhr, sondern auch für die medizintechnische und pharmakologische Ausstattung dieser Einrichtung verantwortlich.

Zurzeit beteiligen sich 20 Ärzte freiwillig am Dienst in der ZAE, der hohe Anforderungen an die physische und psychische Belastbarkeit dieser Ärzte stellt. Hierbei ist zu erwähnen, dass in den meisten Fällen die teilnehmenden Ärzte diesen belastenden überwiegenden Nachtdienst zusätzlich zu ihrer hauptberuflichen ärztlichen Tätigkeit durchführen.

Zu den wesentlichen Aufgaben des diensthabenden Arztes in der ZAE gehören die Durchführung der Aufnahmeuntersuchung (Haftfähigkeitsuntersuchung) bei allen zur Ausnüchterung in die ZAE eingelieferten Personen, die Leitung der medizinischen Überwachung der Insassen der ZAE unter Mitwirkung des diensthabenden Pflegepersonals und erforderlichenfalls die Durchführung von medizinischen Behandlungsmaßnahmen.

Zur Erstversorgung bei akut auftretenden lebensbedrohlichen Zuständen haben die Ärzte alle notwendigen medizinischen Geräte, wie zum Beispiel ein Beatmungsgerät mit Sauerstoffversorgung, ein Pulsoximeter zur Bestimmung der Sauerstoffsättigung im Blut und ein portables EKG-Gerät angeschafft und zum Einsatz bereit gestellt. Damit können vom Dienst habenden



Arzt bei lebensbedrohlichen Notfällen bis gegebenenfalls zur Übernahme des Notfallpatienten durch den Notarzt im Rettungsdienst alle erforderlichen medizinischen Sofortmaßnahmen unverzüglich eingeleitet werden.

Beispielhaft für die Notwendigkeit einer medizinischen Überwachung der Insassen in der ZAE sind zwei nachstehend aufgeführte Fälle:

Im ersten Fall versuchte ein 46-jähriger Mann zweimal während seines Aufenthalts zur Alkoholausnüchterung sich mit Kleidungsstücken zu strangulieren. Beide Versuche wurden im Zuge der Videoüberwachung rechtzeitig entdeckt. Nach dem ersten Strangulationsversuch, der ohne Folgen blieb, wurden dem Mann alle größeren Kleidungsstücke abgenommen. Dieser hat jedoch einige Zeit später erneut versucht, sich mit den nicht abgenommenen Socken den Hals zu strangulieren. Der Dienst habende Arzt hat nach dem zweiten Strangulationsversuch wegen der weiter bestehenden starken Suizidgefährdung die stationäre Einweisung der Person in eine psychiatrische Klinik veranlasst.

Im zweiten Fall hat sich eine 25-jährige alkoholisierte Frau während des Aufenthalts in

der ZAE in dem mit der Videokamera nicht vollständig einseharen Toilettenbereich der Ausnüchterungszelle ihren Büstenhalter um den Hals gewickelt, eine BH-Trägeröse an der Toilettenspülung eingehängt und so versucht sich zu erhängen. Dem Dienst habenden Pfleger fiel bei der Videoüberwachung auf, dass mit der Person im teilweise sichtgeschützten Toilettenbereich etwas nicht stimmt und hat daraufhin die Situation vor Ort überprüft. Die Frau wurde strangulationsbedingt mit bereits erheblichen Störungen ihrer Vitalfunktionen bewusstlos aufgefunden. Nach sofortiger Einleitung von Reanimationsmaßnahmen durch den Dienst habenden ZAE-Arzt wurde die Frau unter Hinzuziehung des Notarztes im Rettungsdienst nach erfolgreicher Reanimation mit dem RTW in ein Krankenhaus verbracht.

Im ersten Halbjahr 2007 wurden 1.008 Personen nach Alkohol- oder Drogenkonsum in der ZAE Stuttgart unter ärztlicher Betreuung ausgenüchtert. Hierbei war in 238 Fällen eine kurative ärztliche Behandlung während des Aufenthaltes in der ZAE durch den Dienst habenden Arzt erforderlich. Die Ärzteschaft Stuttgart leistet mit dieser in der Bundesrepublik Deutschland bisher einmaligen Kooperation mit



der Polizei seit November 2001 einen beispielhaften Beitrag zu einer deutlich qualitätsverbesserten medizinischen Versorgung von Personen, die sich in Folge von Alkohol- oder Drogenkonsum in einer die freie Willensbestimmung ausschließenden Lage befinden und aus diesem Grund vorübergehend in polizeilichen Schutzgewahrsam genommen wurden. Gleichzeitig wird der Polizeivollzugsdienst von den erheblichen Risiken, die sich bei solchen Personen durch eine akute Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes während des Gewahrsamsaufenthaltes ergeben können, deutlich entlastet.

Das Projekt „Ärztliche Betreuung der Zentralen Ausnüchterungseinheit Stuttgart“ wurde von der Jury des Gesundheitsforums Baden-Württemberg im Rahmen der Auslobung des

Qualitätsförderpreises Gesundheit Baden-Württemberg 2002 mit einem Sonderpreis prämiert. ■



# DIE MEINUNG UNSERER VERTRAGSPARTNER

**Dr. Rolf Hoberg**  
**Vorstandsvorsitzender der**  
**AOK Baden-Württemberg**

Die ambulante ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg ist flächendeckend sichergestellt. Die Tatsache, dass die überwiegende Mehrzahl der Planungsbereiche überversorgt und deshalb gesperrt ist, beweist dies. Sonderbedarfszulassungen waren nur in sehr wenigen Fällen erforderlich, um lokale Lücken zu schließen. Für die Zukunft leiten wir daraus ab, dass ein Ärztemangel in Baden-Württemberg nicht zu erwarten ist. Mit der Versorgungssituation auf hohem Niveau gehen weit überdurchschnittliche Honorare der in Baden-Württemberg niedergelassenen Ärzte einher. Trotz in den letzten Jahren stetig steigender Arztzahlen ist das durchschnittlich ausgezahlte Honorar je Arzt angewachsen. Die Ausbudgetierung von Leistungen und zusätzliche Vergütungen in den Disease Management Programmen (DMPs) haben dazu wesentlich beigetragen. Die gesetzlich vorgesehenen Veränderungen der Vergütungsstruktur und mögliche Zu- und Abschläge in Abhängigkeit von der Versorgungssituation werden mit dazu beitragen, dass die Versorgungssituation flächendeckend, das heißt auch in ländlichen Regionen, auf hohem Niveau bleibt. Die Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die ambulante Versorgung in

Baden-Württemberg sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt schwer einzuschätzen. Die im Auftrag der Landesregierung im Januar dieses Jahres vorgelegte Studie von Herrn Prof. Wasem zu den finanziellen Auswirkungen des GKV-WSG machte deutlich, dass in Baden-Württemberg mit Einführung des Gesundheitsfonds weniger Geld zur Verfügung stehen wird als bisher. Zukünftig wird es daher noch wichtiger, die zur Verfügung stehenden Mittel effektiv und zielgenau einzusetzen, um auch weiterhin eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zu garantieren.





**Gemeinsames Statement von BKK  
Landesverband Baden-Württemberg,  
IKK Baden-Württemberg und Hessen,  
VdAK/AEV Landesvertretung  
Baden-Württemberg, Knappschaft  
Verwaltungsstelle München**

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg steht mit ihren Haus- und Fachärzten sowie den Psychologischen Psychotherapeuten für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen im Land. Dabei nimmt neben der kurativen Tätigkeit auch die Prävention und Früherkennung einen immer höheren Stellenwert ein.

Diesen hohen Stand zu erhalten wird durch die höhere Lebenserwartung und den medizinischen Fortschritt immer schwieriger. Eine Herausforderung wird hierbei auch die neu geregelte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Sollten danach die Zuweisungen aus dem geplanten Gesundheitsfonds nicht ausreichend sein um die Leistungsausgaben zu decken, müssen die Krankenkassen zusätzliche Kopfprämien von ihren Mitgliedern erheben. Diese Kopfprämien werden ab 2009 der wesentliche Wettbewerbsparameter sein. Es zeichnet sich daher ab, dass die bislang für die ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg aufgebrachtten Geldmittel geringer ausfallen werden.

Derzeit sehen die Krankenkassen in Baden-Württemberg jedoch keine Probleme bei der Versorgung ihrer Versicherten mit ärztlichen

Leistungen. Eine ausreichende medizinische Versorgung ist gewährleistet, teilweise liegen sogar Überversorgungen vor. Auch mittelfristig sind größere Versorgungsdefizite in Baden-Württemberg nicht in Sicht. Dies können nicht alle Bundesländer von sich behaupten. Inwieweit dies so bleiben wird, muss vor dem Hintergrund der ebenfalls neu eingeführten gesetzlichen Strukturvorgaben im Vertragsbereich bewertet werden. Fakt ist, dass die bundeseinheitlichen Regulierungen für die Verhandlungspartner in den Ländern zunehmen und regionale Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt werden.

Gerade unter diesen Prämissen gilt es zukünftig Wege und Lösungen zu finden um eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung für die Versicherten auch weiterhin zu gewährleisten. Mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg als starkem und zuverlässigem Partner in der ambulanten Gesundheitsversorgung sind die Ersatzkassen, BKK, IKK und die Knappschaft in Baden-Württemberg zuversichtlich, auch unter den erschwerten Rahmenbedingungen positive Ergebnisse für alle Beteiligten zu erzielen. ■

# ÄRZTLICHES ETHOS UNTER KOSTENDRUCK

Von Prof. Dr. med. Georg Marckmann

Die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns sind in den letzten Jahren nicht einfacher geworden. Kaum ist eine „Gesundheitsreform“ in Kraft getreten, befindet sich schon das nächste Gesetz in Planung. Ein Hauptziel dieser gesundheitspolitischen Steuerungsversuche liegt darin, die zunehmende Kluft zwischen steigenden Ausgaben und stagnierenden oder sogar sinkenden Einnahmen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verringern. Es überrascht wenig, dass viele dieser Maßnahmen – Budgets, Vergütungssysteme, Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen – tief

in das ärztliche Denken und Handeln eingreifen, schließlich gehören Ärzte zu denjenigen Akteuren im Gesundheitswesen, die über die Indikationsstellung wesentlich die Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen steuern. Dass viele Ärzte auf diese politisch gewollte Einschränkung ihrer (Be-)Handlungsfreiheit mit Unmut reagieren, ist durchaus verständlich.

Auch aus ethischer Sicht wäre es zu bevorzugen, wenn Ärzte keine Kostenerwägungen bei ihren Entscheidungen berücksichtigen müssten und sich – wie dies das traditionelle ärztliche Ethos von ihnen verlangt – ganz auf das Wohlergehen und den Willen ihrer jeweils individuellen Patienten konzentrieren könnten. Leider werden

medizinischer Fortschritt und demographischer Wandel die finanzielle Situation in der GKV weiter verschärfen, so dass es auch bei Mobilisierung zusätzlicher Finanzierungsquellen unrealistisch erscheint, Ärzte aus der Verantwortung für die Zuteilung knapper Gesundheitsressourcen zu entlassen. In den folgenden Abschnitten möchte ich deshalb aufzeigen, wie sich das ärztliche Ethos weiterentwickeln





Institut für Ethik  
und Geschichte  
Universität Tübingen

muss, um angemessen auf die Herausforderungen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen reagieren zu können. Eine Ausrichtung allein auf das Wohlergehen und den Willen des einzelnen Patienten scheint nicht mehr vertretbar; Ärzte haben darüber hinaus die ethische (!) Verpflichtung, verantwortungsvoll mit knappen Gesundheitsressourcen umzugehen.

### **Ethische Verpflichtung oder ökonomischer Zwang?**

Vordergründig scheint es sich dabei um ein Ergebnis ökonomischer Sachzwänge zu handeln. Dies verkennt aber, dass die Berücksichtigung von Kostenaspekten im Einzelfall eine Voraussetzung dafür ist, dass die knapp verfügbaren Ressourcen gerecht auf die bedürftigen Patienten verteilt werden. Wenn bei einer geringfügigen Gesundheitsstörung eine sehr teure Therapie mit nur geringem Nutzensgewinn durchgeführt wird, so fehlen diese Ressourcen – bei einem insgesamt begrenzten Gesundheitsbudget (und hiervon müssen wir derzeit ausgehen) – für die Versorgung anderer Patienten, die möglicherweise bedürftiger gewesen wären oder mehr von den verfügbaren Ressourcen profitiert hätten.

Die Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses medizinischer Maßnahmen kann folglich dazu beitragen, dass knappe Mittel nicht nur effizienter, sondern auch gleichmäßiger

und damit gerechter auf die Patienten verteilt werden. Eine Erweiterung des Arztethos um die Verpflichtung, verantwortungsvoll mit den knappen Gesundheitsressourcen umzugehen, ist folglich unter den Bedingungen der Mittelknappheit ethisch geboten.

Der Grundkonflikt liegt dabei nicht zwischen Ethik und Ökonomie, sondern zwischen zwei ethischen Verpflichtungen: Die Verpflichtungen gegenüber dem aktuellen Patienten müssen mit den Verpflichtungen gegenüber anderen Patienten abgewogen werden. Ein Arzt, der unter den Bedingungen insgesamt begrenzter Mittel die Kostenimplikationen seines Handelns nicht berücksichtigt, nimmt in Kauf, dass er (oder ein Kollege) bei anderen Patienten nicht mehr genug Ressourcen zur Verfügung hat, um diesen so effektiv helfen zu können, wie es sein traditionelles Arztethos von ihm verlangt.

### **Warum sich die Ärzteschaft beteiligen sollte**

Während traditionell die Sorge um den einzelnen Patienten im Vordergrund stand, wird sich die Ärzteschaft heute auch um den wirtschaftlichen Einsatz und die gerechte Verteilung der knappen Mittel im Gesundheitswesen kümmern müssen. Bislang steht die Ärzteschaft diesen Aufgaben aus nachvollziehbaren Gründen skeptisch gegenüber.

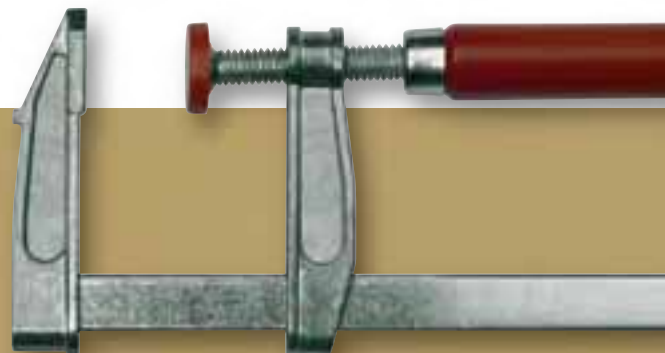
Vor allem drei Gründe sprechen jedoch für eine Beteiligung der ärztlichen Profession beim Ringen um eine medizinisch sinnvolle und gerechte Mittelverwendung im Gesundheitswesen:

- Rationalisierungen wie Rationierungen erfordern vor allem medizinisches Fachwissen. Ob eine Maßnahme tatsächlich für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung geeignet ist, setzt eine sorgfältige Prüfung von Wirksamkeit, Nutzen und Risiken und damit ärztlichen Sachverstand voraus. Eine Weigerung der Ärzteschaft führt folglich zu medizinisch irrationalen und damit ethisch unververtretbaren Verteilungsentscheidungen.
- Im Bemühen um eine evidenzbasierte Abschätzung von Nutzen und Risiken medizinischer Maßnahmen im Rahmen von Rationalisierungsmaßnahmen nimmt die Ärzteschaft eine Aufgabe wahr, die ohnehin durch das traditionelle ärztliche Ethos geboten ist: Ärzte sind dazu verpflichtet, diejenigen Maßnahmen zu ergreifen, die dem Patienten am meisten nutzen und möglichst wenig Schaden zufügen. Die Mittelknappheit bietet damit einen Anlass, zentrale Aufgaben der Ärzteschaft neu zu akzentuieren – zum Wohle jedes einzelnen Patienten!
- Wenn sich die Ärzteschaft an der Entwicklung von Strategien zum Umgang mit der

Mittelknappheit beteiligt, stärkt dies die Autonomie der ärztlichen Profession gegenüber staatlicher Einflussnahme. Angesichts der Unausweichlichkeit von steuernden Eingriffen würde eine Blockade der Ärzteschaft Rationalisierungen und Rationierungen nicht verhindern können. Im Gegenteil: Die notwendigen Maßnahmen würden – wie in der Vergangenheit bereits oft geschehen – von staatlicher Seite den Ärzten verordnet, was die ärztliche Berufsfreiheit (noch mehr) einschränken würde. Die Ärzteschaft sollte deshalb die Chance nutzen, durch eine konstruktive Mitwirkung bei der Verteilung knapper Gesundheitsressourcen die eigenen Entscheidungsspielräume selbst zu gestalten und – im Hinblick auf die eigene Profession – möglichst offen zu halten.

#### **Aufgaben der Ärzteschaft**

Welche Aufgaben sollte die Ärzteschaft nun konkret wahrnehmen? Sie sollte sich aktiv an der Entwicklung von Modellen zur Rationalisierung und Rationierung medizinischer Leistungen beteiligen. Dies erfordert vor allem eine systematische Aufarbeitung der verfügbaren wissenschaftlichen und – hilfsweise – erfahrungsgestützten Evidenz zu Wirksamkeit, Nutzen und Risiken medizinischer Maßnahmen.





Auch wenn die Entwicklung von Rationierungskriterien nicht die primäre Zuständigkeit der Ärzteschaft ist, so wäre dennoch zu fordern, dass sich der einzelne Arzt wie auch die ärztliche Profession mit politischen Verteilungsentscheidungen auseinandersetzen und diese gegebenenfalls auch kritisieren. Die Kritik muss sich zum einen auf die Frage der Evidenzbasierung, also die medizinische Rationalität, richten.

Zum anderen sollten Ärzte vor allem im Blick haben, dass das Kriterium der medizinischen Bedürftigkeit bei der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen einen besonderen Stellenwert genießt. Denn auch die Bedürftigkeit von Patienten, gemessen am Schweregrad der Erkrankung und der Dringlichkeit der Behandlung (akute Gesundheits- oder Lebensgefahr),

lässt sich nur auf der Grundlage medizinisch-ärztlicher Expertise feststellen. Überdies entspricht das Kriterium der Bedürftigkeit am ehesten der zentralen ärztlichen Verpflichtung, an Krankheiten leidenden Patienten zu helfen. Die Ärzteschaft kann damit im politischen Diskurs die wichtige Rolle

als Anwalt der Patienten wahrnehmen, die aufgrund ihres eingeschränkten Gesundheitszustands und ihrer eingeschränkten Kenntnisse weniger wirksam ihre eigenen Interessen vertreten können.

#### **Akzentuierung traditioneller ärztlicher Verpflichtungen**

Welche neuen Anforderungen sind nun an das Ethos des einzelnen Arztes gestellt? Zunächst seien diejenigen Anforderungen erwähnt, die sich ohnehin bereits aus dem traditionellen ärztlichen Ethos ergeben und unter Bedingungen der Mittelknappheit über die individual-ethische eine zusätzliche gerechtigkeitsethische Bedeutung gewinnen. Hierzu gehört zum Beispiel die Forderung der evidenzbasierten Medizin, im Einzelfall konsequent die verfügbaren Studienergebnisse zu Wirksamkeit und Nutzen



der medizinischen Verfahren zu berücksichtigen und wenig wirksam erscheinende Maßnahmen zu unterlassen. Dies ist nicht nur durch das Prinzip des Nichtschadens im Hinblick auf den einzelnen Patienten geboten, sondern spart überdies Ressourcen, die dann anderen Patienten zugute kommen können. Patientenwünschen nach nicht medizinisch indizierten Leistungen muss mit der ganzen Kompetenz des Arztes entgegengetreten werden. Überzogene Erwartungshaltungen von Patienten werden sich besser korrigieren lassen, wenn hierbei alle Ärzte an einem Strang ziehen. Nicht unerwähnt bleiben sollte in diesem Zusammenhang aber, dass – wie empirische Studien belegen – die konsequente Berücksichtigung von Patientenpräferenzen am Lebensende durchaus Ressourcen einsparen kann.

### **Ärzte als „Spar-Agenten“?**

Aber auch die Berücksichtigung von Kostenaspekten steht nicht notwendig im Konflikt zum traditionellen Arztethos. Wenn zwei vergleichbar effektive Verfahren zur Verfügung stehen, sollte der Arzt das kostengünstigere Verfahren bevorzugen, auch wenn dies dem Patientenwunsch widerspricht. Damit kommt der Arzt seinen traditionellen ärztlich-ethischen Verpflichtungen nach, das Wohlergehen des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu fördern und kann gleichzeitig Ressourcen einsparen und damit einen Beitrag zu einer gerechteren Mittelverteilung leisten. Eine größere Herausforderung liegt jedoch vor, wenn der Arzt im Einzelfall dem Patienten eine nützliche Maßnahme vorenthalten muss, weil diese ein schlechtes Kosten-Nutzen-Profil aufweist. Damit gerät er nicht nur in Konflikt mit seinem

traditionellen ärztlichen Ethos, sondern muss überdies entscheiden, wann das Kosten-Nutzen-Profil einer Maßnahme so schlecht ist, dass diese nicht mehr erbracht werden sollte. Einen allgemein verbindlichen Grenzwert gibt es hierfür nicht; einen festen Grenzwert vorzugeben, wäre ethisch auch kaum zu vertreten, da dann das Kriterium der Nutzenmaximierung alle anderen ethischen Überlegungen der Verteilungsgerechtigkeit dominieren würde. Ohne verbindliche Vorgaben ist es aber wahrscheinlich, dass die Bewertung der Kosteneffektivität von Arzt zu Arzt und auch von Patient zu Patient variiert, was zu einer problematischen Ungleichbehandlung der Patienten führen kann. Insofern wäre es wünschenswert, wenn es explizite Vorgaben oberhalb der einzelnen Arzt-Patient-Beziehung gäbe, die – zumindest für den Bereich der GKV – festlegen, welcher Patient in welcher Situation welche Leistungen erhält.

### **Ethisch vertretbare Rationierung im Einzelfall**

Wenn sich Rationierungen auf Einzelfallebene nicht vermeiden lassen – und davon müssen wir leider ausgehen –, sollten diese zwei Anforderungen genügen, um Konflikte mit der traditionellen Grundausrichtung ärztlichen Handelns zu minimieren. Erstens sollte der Einfluss auf das Wohlergehen des Patienten möglichst gering bleiben: Der Arzt sollte zunächst solche Maßnahmen vorenthalten, die dem Patienten nur einen geringen oder unwahrscheinlichen Nutzen bei vergleichsweise hohen Kosten bieten. Je kleiner der vorenthaltene Nutzen ist, desto weniger weicht der Arzt von seiner ethischen Verpflichtung ab, die



optimale Therapie für seinen individuellen Patienten auszuwählen. Dieses Vorgehen scheint aber nur dann vertretbar, sofern dem Patienten eine andere Behandlung mit einem günstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis angeboten werden kann. Wenn eine entsprechende Alternative fehlt, ist das Vorenthalten einer sehr teureren, medizinisch wirksamen Maßnahme ethisch kaum vertretbar, da das Wohlergehen des Patienten erheblich beeinträchtigt würde.

Zweitens sollten bei der impliziten Rationierung prozedurale Mindeststandards eingehalten werden, wie sie auch für andere Bereiche gefordert werden:

- **Transparenz:** Die Patienten sollten über Rationierungen informiert werden.
- **Konsistenz:** Nach Möglichkeit sollten Ärzte bei allen Patienten die gleichen Zuteilungskriterien und Bewertungsstandards anwenden, sodass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen auch die gleiche Behandlung erhalten, sofern dem nicht individuelle Patientenpräferenzen entgegenstehen.
- **Begründung:** Jede Rationierung sollte auf einer nachvollziehbaren Begründung beruhen, die den betroffenen Patienten zugänglich zu machen ist.
- **Evidenzbasierung:** Zuteilungsentscheidungen sollten die verfügbare Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der zu erwartenden Kosten berücksichtigen.
- **Widerspruchsmöglichkeiten:** Patienten, denen der Zugang zu einer gewünschten Leistung verwehrt wird, sollten Widerspruchsmöglichkeiten offen stehen.

Die Einhaltung dieser Verfahrensvorgaben dient als wichtige Voraussetzung dafür, dass Patienten auch dann noch ihren Ärzten vertrauen können, wenn diese Verantwortung für Zuteilungsentscheidungen übernehmen müssen. ■



## Verzeichnis der Diagramme

Entwicklung der Arztdichte .....	5
Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt und -psychotherapeut in den Stadt- und Landkreisen .....	7
Hausärztliche Versorgung gegliedert nach Fachgruppen .....	8
Fachärztliche Versorgung gegliedert nach Ärzten und Psychotherapeuten .....	9
Anteil der Ärztinnen und Psychotherapeutinnen .....	10
Entwicklung der Altersstruktur aller Ärzte .....	10
Unterscheidung der Altersstruktur nach Haus- und Fachärzten .....	11
Altersstruktur der Ärzte .....	12
Arztzahlentwicklung im Landkreis Freudenstadt und im Stadtkreis Stuttgart .....	12
Anzahl der zugelassenen und angestellten Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen .....	13
Allgemeinärzte und Internisten in der hausärztlichen Versorgung .....	19
Spezielle Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg .....	24
Ärzte mit Genehmigung für ambulante Operationen .....	30
Top 10 der ambulanten Operationen .....	31
Top 10 der belegärztlichen Operationen .....	33
Ärzte mit belegärztlicher Anerkennung .....	34
Mammographie-Screeningeinheiten in Baden-Württemberg .....	39
Differenzierung der Psychotherapeuten nach Behandlungsverfahren .....	45
Gliederung der psychotherapeutischen Versorgung nach Fachgruppen .....	46
Psychotherapeutische Versorgung in den Stadt- und Landkreisen .....	47
Persönlich ermächtigte Ärzte nach Fachgruppen .....	48
Medizinische Versorgungszentren (MVZ) .....	51
Ärzte in Gemeinschaftspraxen gegliedert nach Regierungsbezirken .....	52
Entwicklung gesperrter Planungsbereiche in den Regierungsbezirken .....	57
Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst und in Krankenhäusern .....	59
Orte mit Notfallpraxen .....	61
Entwicklung der in der GKV mit Methadon substituierten Patienten .....	63
Anzahl der substituierenden Vertragsärzte gegliedert nach Regierungsbezirken .....	64
Orte mit Methadon-Schwerpunktpraxen in Baden-Württemberg .....	65

## **Impressum**

### **Versorgungsbericht 2007**

der Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg (KVBW)

### **Herausgeber**

Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

### **Redaktion**

Dr. med. Gisela Dahl (verantw.)  
Dr. jur. Peter Hinz  
Ernst-Otto Weber  
Carmen Gonzalez  
Martina Tröscher

### **Erscheinungstermin**

November 2007

### **Gestaltung und Realisation**

C hoch 3, Stuttgart  
[www.c-hoch-3.de](http://www.c-hoch-3.de)

### **Auflage**

5.000

Wenn nicht anders angegeben,  
stammen die verwendeten Daten  
und Zahlen von der KVBW  
(Stand: Juni 2007).

Die Zitate auf den Seiten 15, 27 und 43  
stammen aus „Das Eugen Roth Buch“,  
Carl Hanser Verlag, München, 1966.

### **Anmerkung**

Die Begriffe „Arzt“ und „Psycho-  
therapeut“ im Text stehen immer  
sowohl für die männliche als auch  
für die weibliche Berufsbezeichnung.