

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Versorgungsbericht 2009

Alles Gute.

KVBW 

Inhaltsverzeichnis

- 2 Vorwort des Vorstandsvorsitzenden der KVBW
- 3 Grußwort der Arbeits- und Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg
- 4 Editorial

1. DER RAHMEN DER VERSORGUNG

- 10 Basis der Versorgung in Zahlen und Grafiken
- 19 Finanzielle Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung
- 22 Aktuelle Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung
- 26 Rahmenbedingungen der ambulanten fachärztlichen Versorgung
- 30 Aktuelle Fragen der psychotherapeutischen Versorgung

2. DIE VIELFALT DER VERSORGUNG

- 36 Eine junge Landärztin berichtet
- 38 37 Jahre Erfahrung – ein alteingesessener Landarzt erzählt
- 44 Die pneumologische Versorgung
- 46 Zwischenlandung beim Arzt: Praxis am Flughafen Stuttgart
- 48 Palliativmedizin in der Praxis
- 52 Die heroingestützte Behandlung in der Substitutionsambulanz der AWO Karlsruhe
- 56 Traumatherapie in der psychotherapeutischen Praxis
- 60 Eine tragende Säule der Praxis: Die mitarbeitende Arztfrau

Prävention

- 64 Prävention in der hausärztlichen Praxis
- 66 Prävention in der Praxis – Kinder- und Jugendärzte in der hausärztlichen Versorgung
- 70 Prävention in der gynäkologischen Praxis
- 72 Prävention in der urologischen Praxis

3. NEUE WEGE IN DER VERSORGUNG

- 76 Entwicklung bei den medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
- 77 Überörtliche Praxisausübung – die Liberalisierung macht's möglich
- 79 Der halbe Versorgungsauftrag
- 80 Das Tal der optimierten Versorgung

4. DER ANDERE BLICK AUF DIE VERSORGUNG

- 84 Ein langer Weg zum Vertragsarzt
- 86 Das Programm Verbundweiterbildung^{plus} – ein erfolgreiches Modell gegen den hausärztlichen Nachwuchsmangel
- 88 Basel II – Hindernis oder Chance bei der Praxisgründung

Die Meinung unserer Vertragspartner

- 92 AOK: Erste Erfahrung mit Selektivverträgen
- 93 Gemeinsames Statement von BKK Landesverband Baden-Württemberg, IKK Baden-Württemberg und Hessen, Knappschaft – Regionaldirektion München, Verband der Ersatzkassen Baden-Württemberg (vdek)
- 94 Statement der LKK Baden-Württemberg

-
- 95 Verzeichnis der Grafiken und Tabellen
 - Impressum

Vorwort des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

schon zum dritten Mal gibt der Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) Auskunft über die ambulante medizinische Versorgung in Baden-Württemberg. Aktuell verfügt unser Bundesland über eine überdurchschnittlich gute ambulante medizinische Versorgung. Beweise dafür sind, dass die baden-württembergischen Krankenkassen pro Mitglied mit die niedrigsten Kosten für eine Krankenhausbehandlung haben und wir darüber hinaus in diesem Jahr geringere Ausgabensteigerungen für Arzneimittel haben als andere Bundesländer. Zudem konnten wir in der Vergangenheit beispielgebende Verträge für besonders förderungswürdige Leistungen mit den Krankenkassen aushandeln und auch damit das Versorgungsniveau deutlich verbessern.

Auch der Kollektivvertrag trägt seinen Teil zur bislang noch guten Situation bei. Er sichert die umfassende Versorgung in allen Teilen unseres Landes für alle unsere Mitbürger. Mit der derzeitigen Gesetzgebung wird dies allerdings zunehmend schwieriger. Ob mit Selektivverträgen einzelner Kassen mit einzelnen Ärzten die Versorgung noch weiter verbessert wird, muss erst evaluiert werden. Im Vordergrund muss dabei immer die bestmögliche Qualität stehen und es muss garantiert werden, dass die nicht beteiligten Ärzte nicht zu Verlierern gemacht werden. Für eine ländliche Region ist nach wie vor eine wohnortnahe Versorgung durch einen Hausarzt notwendig. Aber auch eine Kooperation mit dessen niedergelassenen fachärztlichen Kollegen, die gut erreichbar sein müssen, sowie einem Krankenhaus mit entsprechend angepasstem Versorgungsauftrag sind erforderlich.

Doch der jetzige Standard ist in Gefahr. Nicht nur im hausärztlichen, sondern auch im fachärztlichen Bereich zeichnet sich ein enormer Nachwuchsmangel von jungen Kolleginnen und Kollegen ab. In einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung wird sich der Bedarf an flächendeckend und wohnortnahe arbeitenden Ärzten nicht verringern. Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden sich allerdings nur dann niederlassen, wenn sie eine angemessene und planbare Honorierung ihrer Leistungen erwarten können. Viele Gemeinden erkennen inzwischen, dass nicht nur die Förderung des Gewerbes wichtig ist, sondern auch die wohnortnahe ambulante Versorgung zu den maßgeblichen Standortfaktoren zählt. Eine ländliche Gemeinde ohne Arzt in zumutbarer Entfernung verliert an Attraktivität.

Unser Versorgungsbericht zeigt Möglichkeiten auf, wie dem Ärztenachwuchsmangel entgegengewirkt und die ambulante Versorgung im ländlichen Raum optimiert werden kann, aber auch, dass es wichtig ist, das Präventionsbewusstsein bei den Patienten zu fördern.

Wir sind überzeugt, dass die noch bestehende sehr gute ambulante Versorgung nicht selbstverständlich ist. Gemeinsam mit der Politik, mit den Ministerien, Landkreisen und Gemeinden, müssen Lösungsansätze gesucht werden, die die Ausübung des Arztberufs auch zukünftig noch attraktiv machen. Auch die Ausschöpfung aller gebotenen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ist das Gebot der Stunde und Kooperationen sind gerade im Hinblick auf die steigende Zahl von Kolleginnen und der damit einhergehenden Herausforderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine klare Vorgabe. All das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es zukünftig nicht mehr gelingen wird, jeden Arztsitz an jedem Ort nachbesetzen zu können.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Publikation.

Alles Gute



Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer
Vorstandsvorsitzender



Grußwort der Arbeits- und Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

der Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der nun bereits zum dritten Mal erscheint, hat sich inzwischen als willkommenes Nachschlagewerk etabliert. Er bietet eine Reihe bewährter Daten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung im Land und ist nicht ohne Grund auf ein reges Interesse gestoßen.

Als zuständige Ministerin ist mir eine flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung ein besonderes Anliegen. Daher sollten alle Beteiligten ihren Beitrag dazu leisten, um das bislang gute Versorgungsniveau in Baden-Württemberg zu erhalten. Auch der Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg kann hier eine wichtige Rolle einnehmen.

Ein guter Versorgungsbericht muss meines Erachtens drei wichtige Voraussetzungen erfüllen: Er muss erstens eine anschauliche und gut verständliche Bestandsaufnahme enthalten. In unserer schnelllebigen Zeit ist es wichtig, stets aktuelle Zahlen zur Hand zu haben. Über diesen deskriptiven Teil hinaus sollte der Bericht zudem die weitere Entwicklung der Versorgungssituation prognostizieren. Diese Prognose sollte auf einer möglichst validen Datengrundlage beruhen und frei von berufspolitischen Interessen sein. Und drittens sollte ein idealtypischer Versorgungsbericht geeignete Lösungen für sich abzeichnende Versorgungsengpässe aufzeigen. Dabei sollte das Augenmerk vorrangig auf die bereits vorhandenen bedarfsplanerischen Instrumente gelegt werden.

Bei diesem Verständnis – zugegeben, ein hoher Anspruch – wird der Versorgungsbericht zu einem Strategiepapier, das einen hohen Gebrauchswert und ein hohes Maß an Zuspruch haben wird.

Von Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern sowie der Ärzteschaft werde ich immer wieder auf Schwierigkeiten hingewiesen, in ländlichen Gebieten einen Praxismachfolger zu finden. Die Gründe dafür sind vielfältiger Natur. So wird es selbstverständlich nicht möglich sein, für eine unrentabel gewordene Praxis noch einen Nachfolger zu finden. Dennoch bietet sich gerade an dieser Stelle die besondere Chance für die Kassenärztliche Vereinigung und die gemeinsame Selbstverwaltung, die eigene Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Ich denke hier nur an die neu geschaffene Möglichkeit, sogenannte Nebenbetriebsstätten zuzulassen oder Sicherstellungszuschläge bei einem „zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf“ in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zu gewähren. Insofern gibt es sicher Potenzial, das ausgeschöpft werden kann. Daher appelliere ich an Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung, diese flexiblen Instrumente offensiv zu nutzen, damit wir auch zukünftig eine gute und patientennahe ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg haben werden.

Ich danke all denjenigen, die an der Entstehung des diesjährigen Versorgungsberichtes mitgewirkt haben, und gebe meiner Hoffnung Ausdruck, dass die in den Bericht gesetzten Erwartungen auch dieses Mal erfüllt werden.

Ihre



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



Menschen versorgen Menschen – Daten, Fakten, Zahlen

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Bevölkerung und den damit zusammenhängenden strukturellen Herausforderungen, die eine alternde Gesellschaft für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit sich bringt, ergibt sich die Notwendigkeit, über eine Neuordnung der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung und damit auch über eine Neuordnung der Finanzierung dieser Versorgung perspektivisch nachzudenken. Erreicht werden soll die bedarfsgerechte Anpassung an die Erfordernisse, Bedürfnisse und Erwartungen einer alternden Gesellschaft. Das gesellschaftspolitische Leitbild, das sich in der Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenversicherung niederschlägt, ist so in der derzeitigen Situation nicht mehr zeitgemäß.



Dr. med. Gisela Dahl
Mitglied des Vorstandes der
KV Baden-Württemberg,
Ressort: Zulassung/Sicherstellung

Die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems sind nur unzureichend auf die Erfordernisse einer alternden Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität ausgerichtet. Chronisch Kranke müssen sektorübergreifend versorgt, die Besonderheiten geriatrischer Krankheitsbilder müssen berücksichtigt werden. Der Erhalt und die Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter werden zunehmend bedeutsame Versorgungsziele sein. Ältere Menschen stellen bereits heute die Mehrheit der Patienten niedergelassener Ärzte. Auf der anderen Seite sind Hausärzte oft die wichtigsten Vertrauenspersonen älterer Menschen. Somit sind Allgemeinarztpraxen die wichtigsten Orte der Primärversorgung Älterer.

Hier müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um den zahlenmäßigen Rückgang praktizierender Hausärzte zu stoppen sowie die Rahmenbedingungen für junge Ärzte so zu strukturieren, dass die Entscheidung zur Niederlassung als Hausarzt leicht fällt.

Herausforderung häusliche Pflege

Auch der häuslichen Pflege kommt angesichts des zu erwartenden Anstiegs von Pflegefällen eine besondere Bedeutung zu. Nach Berechnung des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg wird die Zahl von 237.000 pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2007 auf 358.000 pflegebedürftige Menschen im Jahr 2031 ansteigen, das ist eine Zunahme um 51 Prozent. Nach dem Pflegereport der GEK (Gmünder Ersatzkasse) muss jeder Zweite im Laufe seines Lebens damit rechnen, pflegebedürftig zu werden. Von den Männern, die 2008 starben, benötigten 42 Prozent regelmäßig Hilfe von anderen. Bei den Frauen waren es sogar 60 Prozent. Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg zuletzt auf 2,4 Millionen. Die statistische Auswertung ergab, dass ein 60-jähriger Mann von durchschnittlich 20,7 Jahren verbleibender Lebenserwartung 1,2 Jahre in Pflegebedürftigkeit verbringt. Eine 60-jährige Frau ist während ihrer restlichen Lebenserwartung von 24,6 Jahren im Durchschnitt rund 2,5 Jahre auf Pflege angewiesen.

Bevölkerung geht zurück

Andererseits hat das Institut für Gesundheitsforschung (IGSF) aus Kiel unter Leitung von Prof. Fritz Beske berechnet, dass die deutsche Bevölkerung von 82,2 Millionen Menschen im Jahr 2007 auf 68,8 Millionen im Jahr 2050 zurückgehen wird, immerhin ein Minus von 13,4 Millionen. Die Altersgruppe der Bundesbürger unter 20 Jahren, die nachwachsende Generation, wird sich in diesem Zeitraum von 15,9 Millionen auf 10,4 Millionen verringern. Bezogen auf die Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter ergibt sich im genannten Zeitraum ein Rückgang von 49,8 Millionen auf 35,5 Millionen, also um 14,3 Millionen. Dies sind die Menschen, die überwiegend das Bruttosozialprodukt erarbeiten. Es sind aber auch die Menschen, die im Ehrenamt bei der Pflege der älteren Bevölkerung bisher mitbeteiligt waren. Die nachwachsende Generation wird prozentual um 35 Prozent und die Zahl der Erwerbsfähigen um 29 Prozent abnehmen. Andererseits wird die Zahl der nicht mehr erwerbsfähigen Personen extrem ansteigen, um 38 Prozent. Und die Zahl der Hochbetagten wird

sich als Ausdruck der weiter steigenden Lebenserwartung sogar um 156 Prozent vergrößern. Zusätzlich werden ab dem Jahr 2020 die geburtenstarken Jahrgänge das Rentenalter erreichen.

Neue Herausforderungen durch veränderte Krankheitsraten

Bei der sich verändernden Altersstruktur kommt der Krankheitsrate, der Zahl der Erkrankten oder der Neuerkrankungen, eine besondere Bedeutung zu. So wird die Zahl der Patienten mit altersbedingter Makuladegeneration von 864 pro 100.000 Einwohnern im Jahr 2007 auf 2327 im Jahr 2050 ansteigen, das entspricht einem prozentualen Wachstum von 169 Prozent. Auch bei den Patienten mit Diabetes mellitus ist eine dramatische Entwicklung zu erwarten. Die Zahl der Neuerkrankten pro 100.000 Einwohnern und Jahr wird sich von 4993 bis 7730 im Jahr 2007 auf 7185 bis 11.287 im Jahr 2050 und damit um etwa 46 Prozent erhöhen. Beim Herzinfarkt ist laut der Morbiditätsstudie von Prof. Beske ein Anstieg der jährlichen Neuerkrankungen von 109 Prozent zu erwarten. Die Schlaganfallrate wird um 94 Prozent ansteigen und wahrscheinlich sind in der genannten Zeitspanne etwa 155 Prozent mehr neue Demenzerkrankungen jährlich zu erwarten. Auch die jährlichen Krebsneuerkrankungen sollen bis zum Jahr 2050 um 52 Prozent ansteigen. Diese Zahlen belegen die Notwendigkeit, im Rahmen der Gesetzgebung sich daran zu orientieren, was an Problemen auf die Gesundheitsversorgung aufgrund der demografischen Entwicklung zukommt. Dies ist bei der jüngsten Gesetzgebung oder den Reformen im Gesundheitswesen stets ignoriert worden.

Versorgungsplanung muss sich der Realität anpassen

Erhalt und Sicherung der ärztlichen Versorgung muss bei Kenntnis dieser Zahlen oberste Priorität haben, die umfassende medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Hier hat die bisherige Bedarfsplanung durch eine der Realität angepasste Versorgungsplanung ersetzt zu werden. Wenn der Ältere mehr ärztliche Versorgung benötigt, dann muss das Verhältnis zwischen Einwohnerdichte und Arztlage mit einem entsprechenden „demografischen Faktor“ angepasst werden. Eine sektorübergreifende Versorgungsplanung muss den Versorgungsbedarf sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich abbilden. Hier soll ein Regionalverbund die Koordination übernehmen, dem neben der Kassenärztlichen Vereinigung und den Ärztekammern die Krankenhausgesellschaften und das Landesministerium angehören. Vertreter von Kassen- und Patientenverbänden sollen lediglich beratende Funktion haben. Die gesundheitliche Primärversorgung wird überwiegend durch die hausärztliche Versorgung gewährleistet. Jedoch sind niedergelassene Fachärzte nach wie vor das wichtigste Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung. Vernetzung und Kooperation wird hier ein Weg sein, um bei gleichwertiger Versorgungsqualität und verringerten Kosten sich den Aufgaben stellen zu können. Mehr Kooperation und mehr Delegation auch an nicht ärztliche Berufsgruppen sind weitere Möglichkeiten – allerdings bleibt ärztliche Verantwortung nie delegierbar.



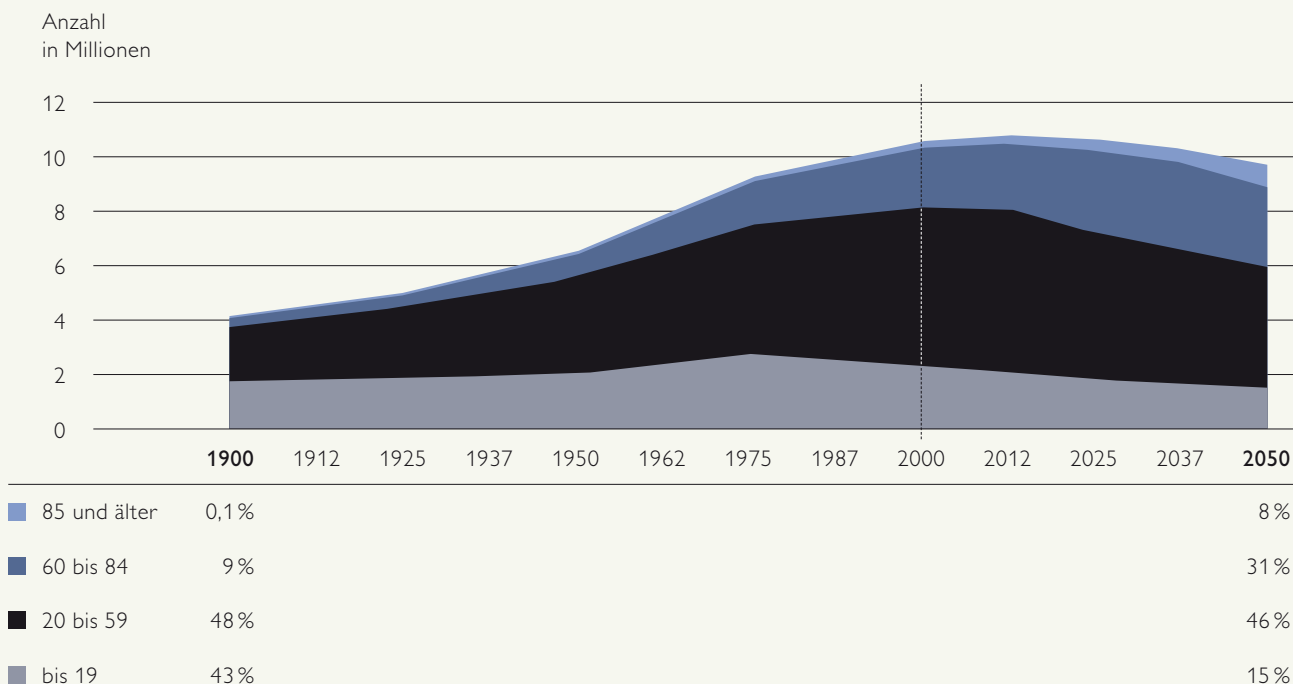
Brennpunkt ländlicher Raum

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in ländlichen Räumen, insbesondere in strukturschwachen Regionen, ist eine weitere Herausforderung. Hier wird man auf die jeweiligen regionalen Besonderheiten mit entsprechend geplanten Lösungen eingehen müssen. Über Kooperationspraxen und Landarztzweige sind dezentrale Konzepte zu ent-

wickeln; in manchen Fällen wird auch die Konzentration an zentralen Orten im Sinne einer weitergehenden Zentralisierung notwendig werden. Vor allem aber unter Berücksichtigung älterer, multimorbider Patienten, die auf eine ortsnahe Versorgung angewiesen sind, muss die Entwicklung entsprechender Strukturen regional und kleinräumig betrachtet werden.

DEMOGRAFISCHER WANDEL

Seit dem Jahr 2000 mehr ältere als jüngere Menschen in Baden-Württemberg*



* Bis 2000 Ist-Werte, danach Voraussrechnung Basis 2005 Variante 1: Wanderungsgewinne von jährlich 17.000 Personen
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Noch ist die aktuelle vertragsärztliche Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg gut. Allerdings eröffnen sich in einigen Gebieten bereits für nicht mobile Patienten „Problemzonen“, vor allem, wenn für in den Ruhestand gehende Ärzte kein Praxismachfolger gefunden werden konnte. Hier werden auch Kommunen mithelfen müssen, Anreize zu setzen, die den jungen Medizinerinnen und Mediziner die Niederlassung im jeweiligen Gebiet machbar erscheinen lässt. Die Rahmenbedingungen einer Praxismachfolger haben nicht nur mit dem finanziellen Anreiz einer mietfreien Praxis oder gar Wohnmöglichkeit zu tun, sondern liegen vielmehr in der Lebensqualität – auch für die Familie –, die auf die junge Ärztin oder den jungen Arzt zukommen wird. Geregelter Notfalldienst, Vertretungsmöglichkeiten, kulturelle Einrichtungen wie z. B. Kindertagesstätte oder Schule sowie gute Einkaufsmöglichkeiten sind häufig viel ausschlaggebender für eine Entscheidung als finanzielle Gesichtspunkte.

Neue Regelungen entspannen die Situation

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat mit seinen Möglichkeiten des Gestaltungsspielraums manche Probleme entschärft. Ob ein halber Versorgungsauftrag, eine Nebenbetriebsstätte oder eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft – dies alles sind Möglichkeiten, der individuellen Planung der jungen Ärzte entgegenzukommen, gerade im Hinblick darauf, dass zunehmend Frauen in der ambulanten Medizin arbeiten. Auch medizinische Versorgungszentren, die

demnächst stets von einem Arzt geleitet werden müssen, sind gerade im ländlichen Bereich Lösungswege. All diese Möglichkeiten werden sich sicher in den nächsten Jahren vor allem bei jungen Mediziner weiterentwickeln. Wenn dann auch noch das Honorar stimmt, wird die Abwanderung junger Ärzte ins Ausland kein Thema mehr sein.

So wären eigentlich genügend Eckpunkte geschaffen, um die Herausforderung der Zukunft im Gesundheitswesen sachgerecht anpacken zu können. Die medizinische Versorgung ihrer Bürger ist die oberste Daseinsfürsorge der Landesregierung. Andererseits ist der Gesundheitssektor der beschäftigungsstärkste Wirtschaftszweig im Land Baden-Württemberg. Medizinische Versorgung auf höchstem Niveau mit freiberuflichen Ärzten und eine funktionierende Gesundheitswirtschaft werden die Probleme der kommenden Jahre lösen helfen.

„Die Zukunft soll man nicht voraussehen wollen, sondern möglich machen!“

Antoine de Saint-Exupéry
(Die Stadt in der Wüste, 1948)



Basis der Versorgung in Zahlen und Grafiken

Wie funktioniert die Bedarfsplanung?

Nach dem Sozialgesetzbuch hat die KV Baden-Württemberg einen Bedarfsplan quasi als quantitativen Maßstab für eine flächendeckende ambulante vertragsärztliche Versorgung aufzustellen und der Entwicklung anzupassen. Dies geschieht im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Der Bedarfsplan legt fest, wie viele Ärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung vorzusehen sind. Dies geschieht unter Anwendung von sog. „Verhältniszahlen“: Für jede Arztgruppe wird für den jeweiligen Planungsbereich (identisch mit dem Stadt- bzw. Landkreis) ein angemessenes Einwohner/Arzt-Verhältnis festgelegt. Die Zahlen spiegeln also die durchschnittliche Versorgungsdichte wider, haben aber bei der regionalen Verteilung der Ärzte innerhalb eines Planungsbereichs keine Steuerungsfunktion.

Wann ist ein Gebiet über- bzw. unterversorgt?

Ausreichend versorgt ist ein Planungsbereich mit einer allgemeinen Verhältniszahl im o. g. Sinne von 100 Prozent. Überversorgt heißt: die Verhältniszahl ist um 10 Prozent-Punkte größer als die tatsächliche örtliche Einwohner/Arzt-Relation. Wenn ein Versorgungsgrad von 110 Prozent erreicht bzw. überschritten wird, ist der Planungsbereich zu „sperrern“. Das heißt, weitere Niederlassungen sind damit ausgeschlossen, abgesehen von Praxisübernahmen und von gesetzlichen Ausnahmeregelungen im Sinne von sog. „Sonderbedarfszulassungen“. Sinkt in einem gesperrten Planungsbereich der Versorgungsgrad unter die 110-Prozent-Grenze, wird die Zulassungsbeschränkung bis zum erneuten Eintritt von Überversorgung wieder aufgehoben.

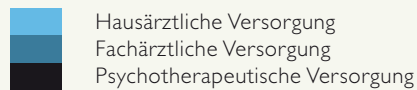
Unterversorgung liegt vor oder droht, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent und den Stand der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 Prozent unterschreitet. Entsprechende Feststellungen erfordern gezielte Sicherstellungsmaßnahmen.

Wer entscheidet?

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg hat in geeigneten Zeitabständen für die jeweiligen Planungsbereiche den Versorgungsstand und ggf. Über- bzw. Unterversorgung festzustellen. In den ca. dreimal jährlich stattfindenden Sitzungen hat der Landesausschuss auch zu prüfen, ob die Voraussetzungen für Zulassungsbeschränkungen weiterhin bestehen, ob einzelne Planungsbereiche für bestimmte Arztgruppen erstmalig bzw. erneut gesperrt werden müssen oder ob die Voraussetzungen für Überversorgung bei bestimmten Arztgruppen weggefallen sind.

VERSORGUNGSDICHTE

nach Bezirksdirektionen (Regierungsbezirken)



VERSORGUNGSTRUKTUR

Hausärztliche Versorgung, gegliedert nach Fachgruppen

Allgemeinärzte	5.686	■
Internisten (hausärztlich)	1.481	■
Kinder- und Jugendärzte	849	■
Gesamtzahl	8.016	

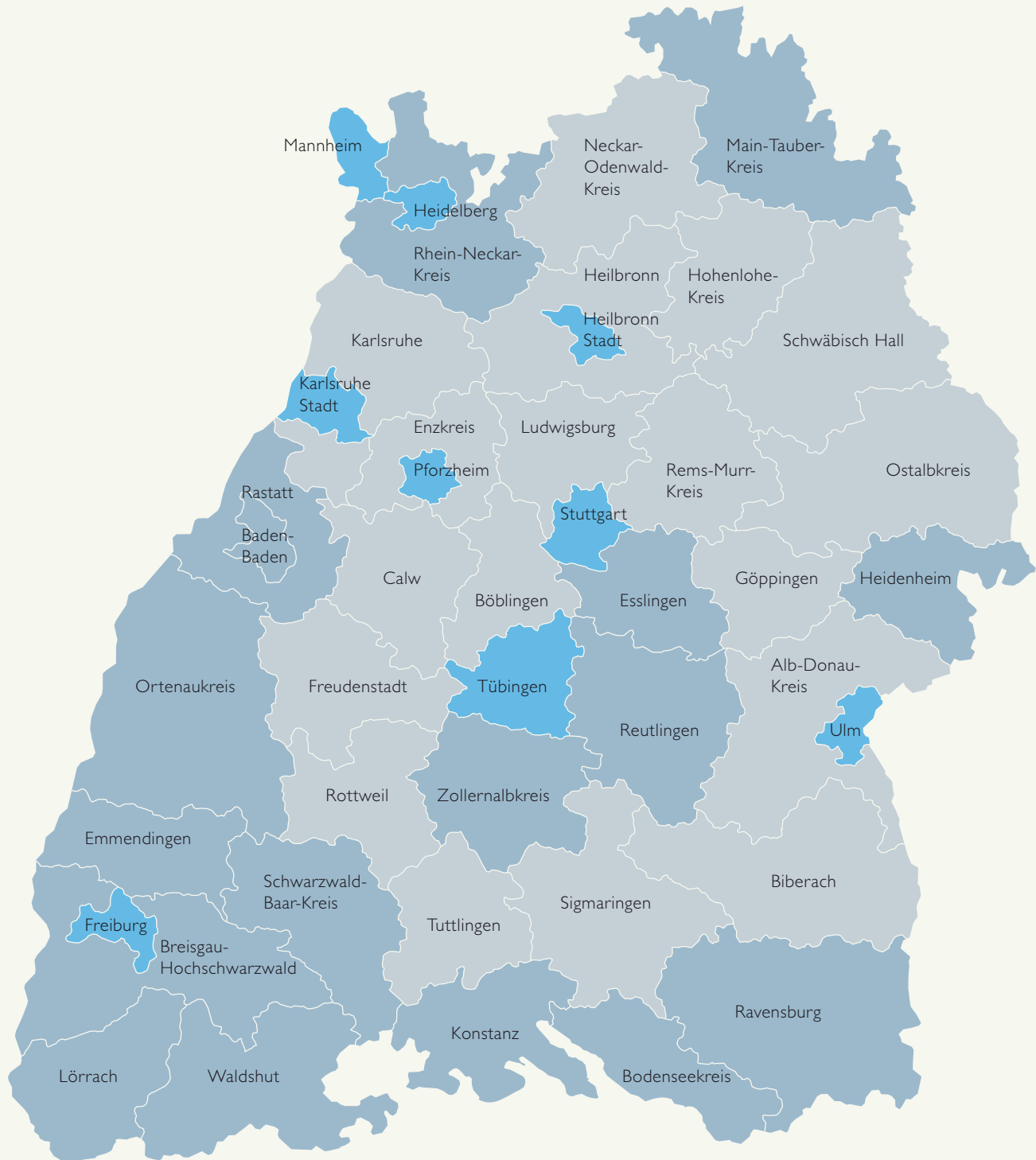
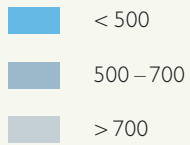
Fachärztliche Versorgung, gegliedert nach Ärzten und Psychotherapeuten

Fachärzte	8.281	■
Psychologische Psychotherapeuten	1.628	■
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten	373	■
Gesamtzahl	10.282	

Bei den Sicherstellungsmaßnahmen hat die Kassenärztliche Vereinigung auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung in den Planungsbereichen hinzuwirken.

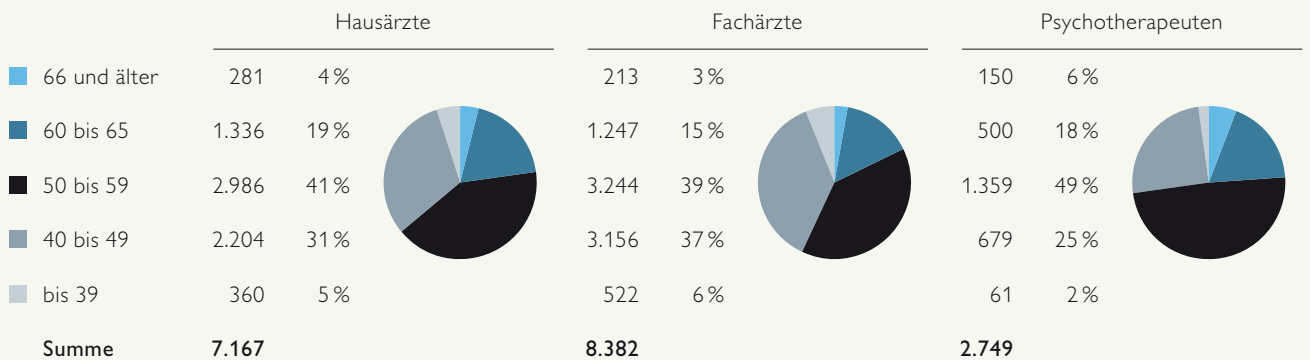
ARZTDICHTE

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



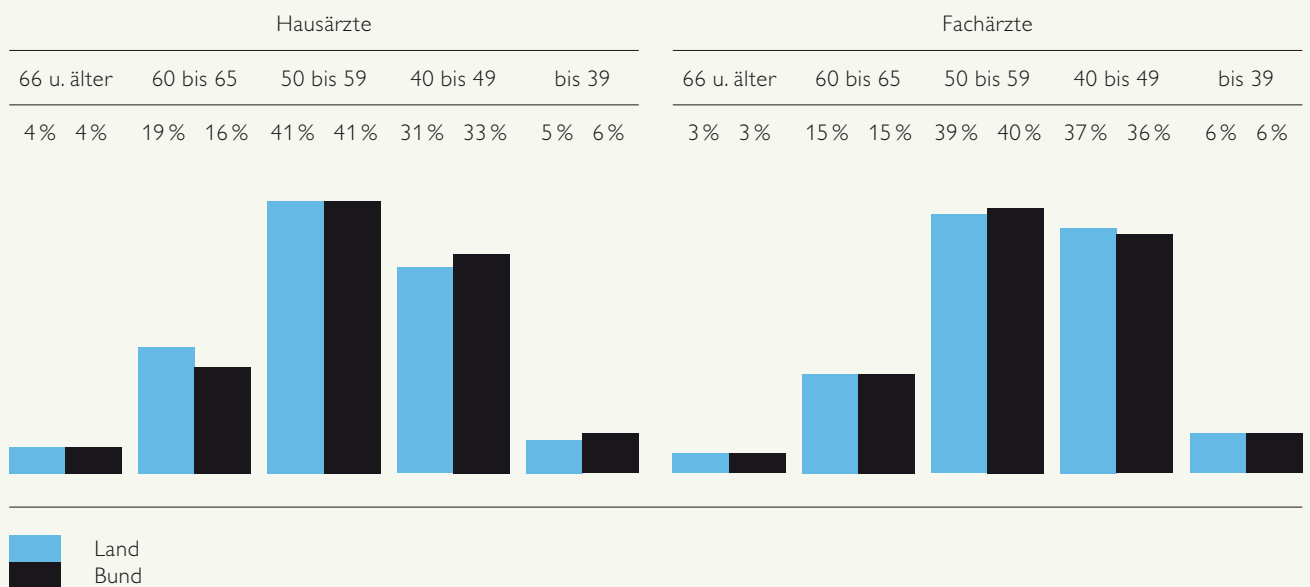
ALTERSSTRUKTUR DER ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

nach Fachgruppen



ALTERSSTRUKTUR DER ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

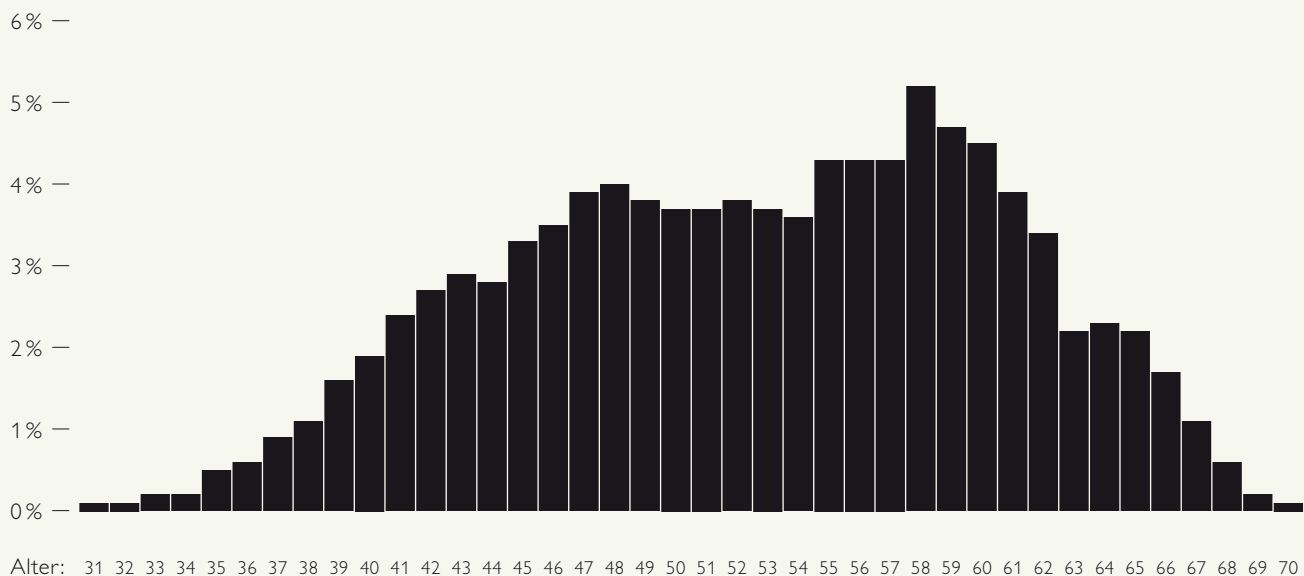
im Vergleich Land – Bund



Fazit: Im Vergleich zum Bundesgebiet ist die Altersstruktur der Ärzte in Baden-Württemberg annähernd kongruent, lediglich der prozentuale Anteil der über 60-jährigen Hausärzte fällt in Baden-Württemberg etwas höher aus (insgesamt 23%).

HAUSÄRZTE ALTERSVERTEILUNG

Anteil der Ärzte in Prozent



Durchschnittsalter: 52,6 Jahre
Gipfel der Altersverteilung: 58 Jahre

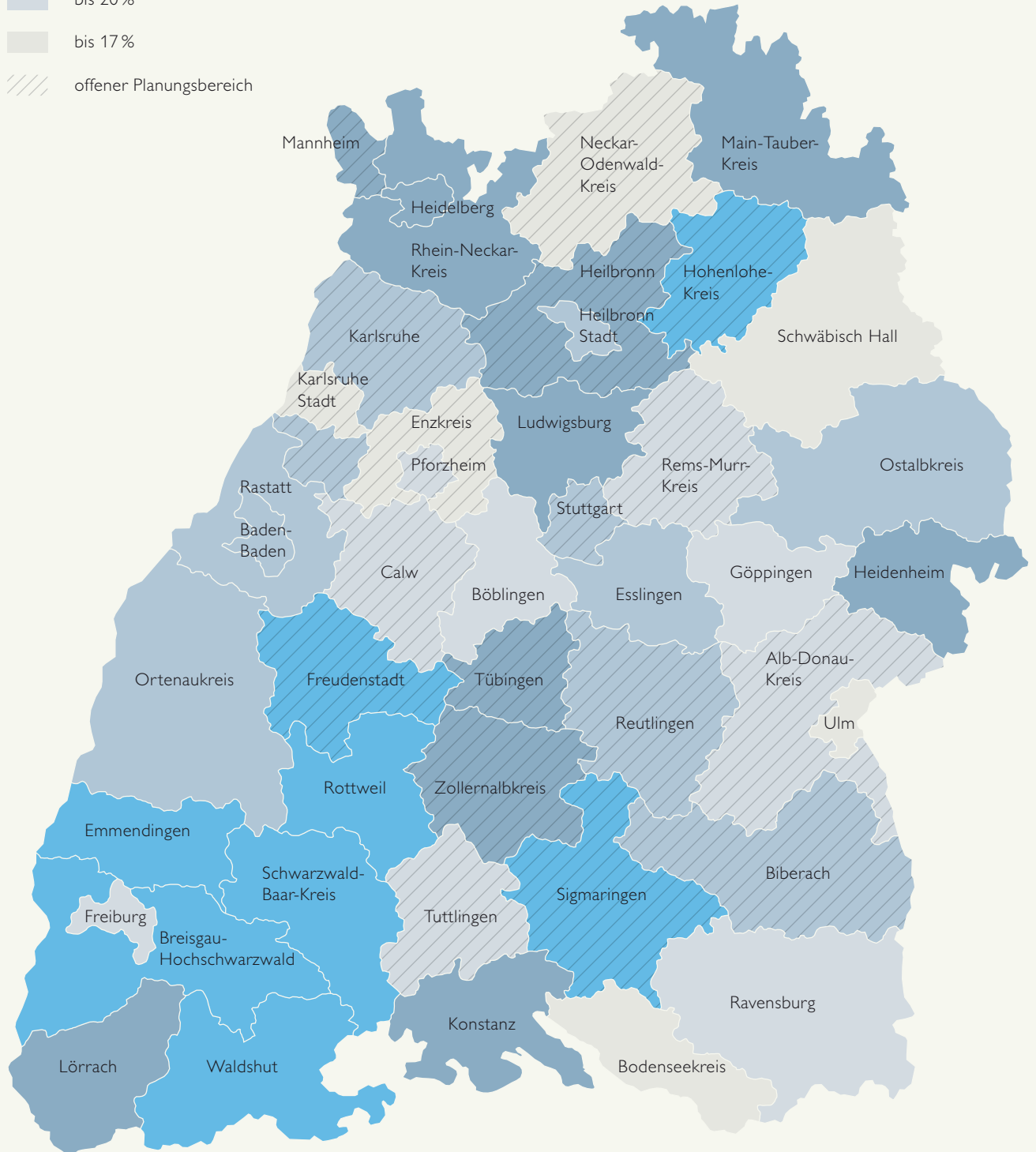
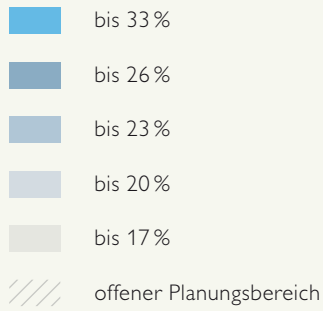
ALTERSSTRUKTUR UND FRAUENANTEIL

in der vertragsärztlichen Versorgung

	Männer	Frauen	Frauenanteil
66 und älter	443	201	31 %
60 bis 65	2.318	765	25 %
50 bis 59	4.895	2.694	35 %
40 bis 49	3.517	2.522	42 %
bis 39	497	446	47 %
Summe	11.670	6.628	36 %

ALTERSSTRUKTUR

Anteil der Hausärzte 60 Jahre und älter in den Stadt- und Landkreisen



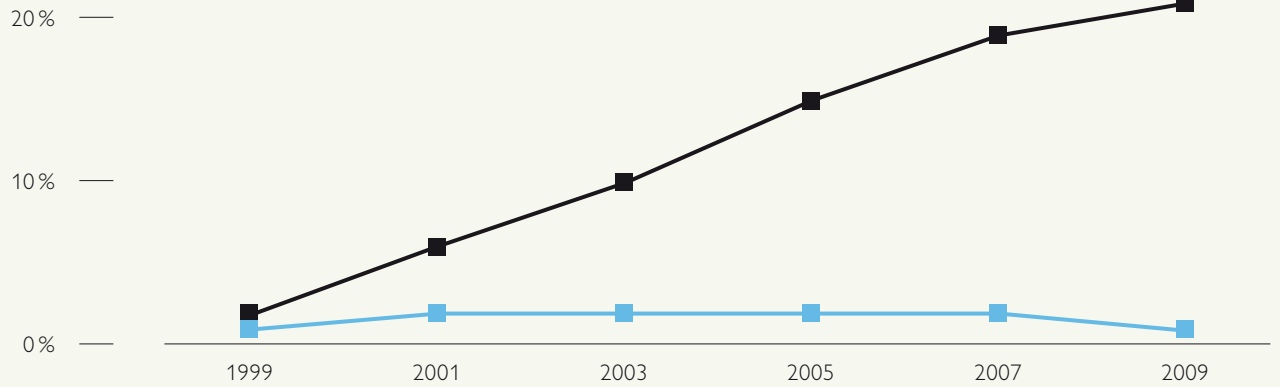
ALTERSSTRUKTUR**Hausärzte nach Stadt-/Landkreisen und Altersklassen**

	bis 39	bis 49	bis 59	über 60		bis 39	bis 49	bis 59	über 60
Alb-Donau-Kreis	8%	24%	48%	20%	Lörrach	3%	28%	45%	24%
Baden-Rastatt	3%	35%	41%	21%	Ludwigsburg	9%	27%	40%	24%
Biberach	2%	34%	42%	22%	Main-Tauber-Kreis	8%	28%	40%	24%
Böblingen	7%	35%	39%	19%	Mannheim (Stadt)	4%	28%	42%	26%
Bodenseekreis	4%	36%	43%	17%	Neckar-Odenwald	8%	32%	44%	16%
Breisgau-Hochschw.	3%	29%	39%	29%	Ortenaukreis	5%	28%	44%	23%
Calw	2%	33%	46%	19%	Ostalbkreis	5%	31%	41%	23%
Emmendingen	7%	24%	36%	33%	Pforzheim (Stadt)	7%	39%	35%	19%
Enzkreis	5%	44%	34%	17%	Ravensburg	2%	28%	51%	19%
Esslingen	7%	34%	38%	21%	Rems-Murr-Kreis	8%	33%	39%	20%
Freiburg (Stadt)	2%	33%	47%	18%	Reutlingen	5%	30%	44%	21%
Freudenstadt	1%	34%	33%	32%	Rhein-Neckar	5%	32%	38%	25%
Göppingen	8%	25%	47%	20%	Rottweil	3%	35%	33%	29%
Heidelberg (Stadt)	5%	26%	43%	26%	Schwäbisch Hall	2%	31%	51%	16%
Heidenheim	8%	28%	39%	25%	Schwarzw.-Baar-Kreis	8%	29%	35%	28%
Heilbronn (Land)	5%	30%	40%	25%	Sigmaringen	5%	31%	35%	29%
Heilbronn (Stadt)	7%	30%	40%	23%	Stuttgart (Stadt)	6%	28%	43%	23%
Hohenlohekreis	5%	34%	33%	28%	Tübingen	3%	28%	43%	26%
Karlsruhe (Land)	6%	35%	37%	22%	Tuttlingen	4%	19%	57%	20%
Karlsruhe (Stadt)	4%	35%	47%	14%	Ulm (Stadt)	3%	33%	52%	12%
Konstanz	3%	32%	41%	24%	Waldshut	1%	25%	43%	31%
					Zollernalbkreis	3%	22%	49%	25%
					KVBW	5%	31%	41%	23%

ENTWICKLUNG ARZTZAHLEN

Veränderung in Prozent

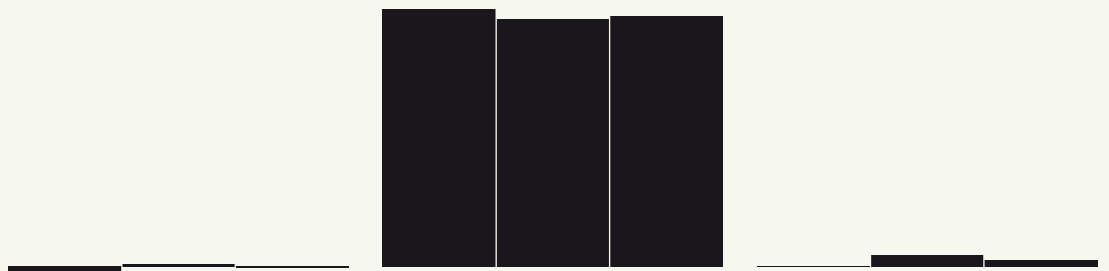
■ Hausärzte	1%	2%	2%	2%	2%	1%
■ Fachärzte	2%	6%	10%	15%	19%	21%



ENTWICKLUNG DER TEILNAHMESTRUKTUR

Veränderungen 2007–2009

	Zugelassene Ärzte/PT			Angestellte Ärzte/PT			Ambulante Versorgung		
	Hausärzte	Fachärzte	Summe	Hausärzte	Fachärzte	Summe	Hausärzte	Fachärzte	KVBW gesamt
2007	6.988	10.274	17.262	185	397	582	7.173	10.671	17.844
2009	6.807	10.374	17.181	360	757	1.117	7.167	11.131	18.298
Veränderung	-2,6%	+1,0%	-0,5%	+94,6%	+90,7%	+91,9%	-0,1%	+4,3%	+2,5%



Fazit: Der Trend der Vorjahre setzt sich fort. Die Negativentwicklung bei den zugelassenen Hausärzten kann auch durch ein leichtes Plus bei den Fachärzten in der Summe nicht ausgeglichen werden. Dies wird jedoch durch eine annähernde Verdoppelung der Beschäftigungsverhältnisse bei den Angestellten überkompensiert, sodass in der Gesamtentwicklung der moderate Zuwachs anhält.

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

	Zugelassen	davon weibl.	Angestellt	davon weibl.	KVBW	davon weibl.	Ermächtigte	davon weibl.
Allgemeinmedizin	5.409	34 %	277	81 %	5.686	36 %	11	55 %
Anästhesiologie	316	40 %	39	59 %	355	42 %	147	12 %
Augenheilkunde	622	38 %	41	59 %	663	40 %	17	18 %
Chirurgie	461	9 %	41	29 %	502	11 %	271	5 %
Frauenheilkunde	1.227	47 %	94	79 %	1.321	49 %	146	24 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	449	21 %	17	53 %	466	22 %	22	14 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	414	36 %	36	78 %	450	40 %	12	17 %
Innere Medizin – Hausärztlich	1.398	22 %	83	60 %	1.481	24 %	7	14 %
Innere Medizin – Fachärztlich	951	15 %	69	41 %	1.020	16 %	362	9 %
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	368	77 %	5	80 %	373	77 %	14	71 %
Kinder- und Jugendmedizin	786	35 %	63	81 %	849	39 %	99	20 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	97	56 %	3	100 %	100	57 %	15	33 %
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	75	24 %	70	37 %	145	30 %	14	21 %
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	136	4 %	2	100 %	138	6 %	5	0 %
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie	651	31 %	55	62 %	706	33 %	88	14 %
Neurochirurgie	52	4 %	10	20 %	62	6 %	9	0 %
Nuklearmedizin	49	27 %	7	14 %	56	25 %	7	14 %
Orthopädie	668	5 %	36	31 %	704	7 %	59	2 %
Pathologie	80	24 %	11	55 %	91	27 %	7	0 %
Physikalische und Rehabilitative Medizin	54	39 %	9	33 %	63	38 %	0	0 %
Psychologische Psychotherapie	1.597	63 %	31	84 %	1.628	63 %	10	60 %
Psychotherapeutische Medizin	736	61 %	12	42 %	748	61 %	15	20 %
Radiologie/Strahlentherapie	281	17 %	91	53 %	372	26 %	119	23 %
Urologie	304	4 %	15	47 %	319	6 %	29	3 %
Summe	17.181	34 %	1.117	63 %	18.298	36 %	1.485	14 %

Fazit: Während bei den Zulassungen – mit Ausnahme der Psychotherapeuten – der männliche Anteil überwiegt, ist dies bei den Anstellungen tendenziell umgekehrt. Frauen beanspruchen dieses Instrument der Flexibilisierung vertragsärztlicher Berufsausübung erwartungsgemäß mehr als ihre männlichen Kollegen. Bei den Ermächtigungen handelt es sich überwiegend um leitende Krankenhausärzte, was den Geschlechterproporz erklärt.

Finanzielle Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

Auf der Grundlage von Artikel 8 Absatz 2 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung, das am 1. Januar 1999 in Kraft getreten ist, wird die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Krankenhäusern zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung finanziell gefördert.

Im Jahr 2008 wurden in Baden-Württemberg 368 Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in 341 Vertragsarztpraxen gefördert. Die Förderung wird als Gehaltskostenzuschuss an den weiterbildenden Vertragsarzt überwiesen. Dieser erhöht den Förderbetrag auf eine angemessene Vergütung nach den Vorgaben der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Weiter übernimmt er die Sozialabgaben für den Förderbetrag. Damit übernimmt der weiterbildende Vertragsarzt auch einen Teil des Arztgehaltes.

Es können Weiterbildungen in Halbtages-, 75-Prozent- oder Ganztagestätigkeit gefördert werden. Die Hälfte des Förderbetrags wird aus dem Honorar der Vertragsärzte finanziert, der andere Teil von den Krankenkassen. Die Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin wird von allen Vertragsärzten (Haus- und Fachärzten) finanziert und dadurch die hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte verbessert.

Für die Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin muss ein Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gestellt werden, bestimmte Vorbedingungen, wie z. B. eine Approbation als Arzt nach deutschen Rechtsvorschriften müssen erfüllt werden.

Das Fördervolumen für 2008 hat insgesamt 5.148.807,00 Euro betragen, der hälftige Anteil der KVBW in Höhe von 2.574.403,50 Euro wurde aus den Honoraren der Vertragsärzte der KVBW finanziert.

FÖRDERUNG

Allein im Jahr 2008 über 5 Millionen Euro in künftige Allgemeinärzte investiert

Förderung insgesamt	5.148.807,00 Euro
Anteil KVBW	2.574.403,50 Euro
Anzahl Ärzte	368
Anzahl Praxen	341
368 Weiterbildungsassistenten erhielten Gehaltszuschüsse	

LEGENDENBILDUNG

Drei Tage lang war einer krank, –
Dann hüpt er wieder, frisch und frank.
Jedoch schon bei den ersten Fragen
Sprach er von acht, ja vierzehn Tagen.
Ward späterhin der Fall besprochen,
Erzählte er von drei, vier Wochen.
Dann gab er an, daß letztes Jahr
Er schwerkrank, siebzehn Wochen war.
In der Erinnerung, längst genesen,
Ist jahrelang er siech gewesen.

Eugen Roth

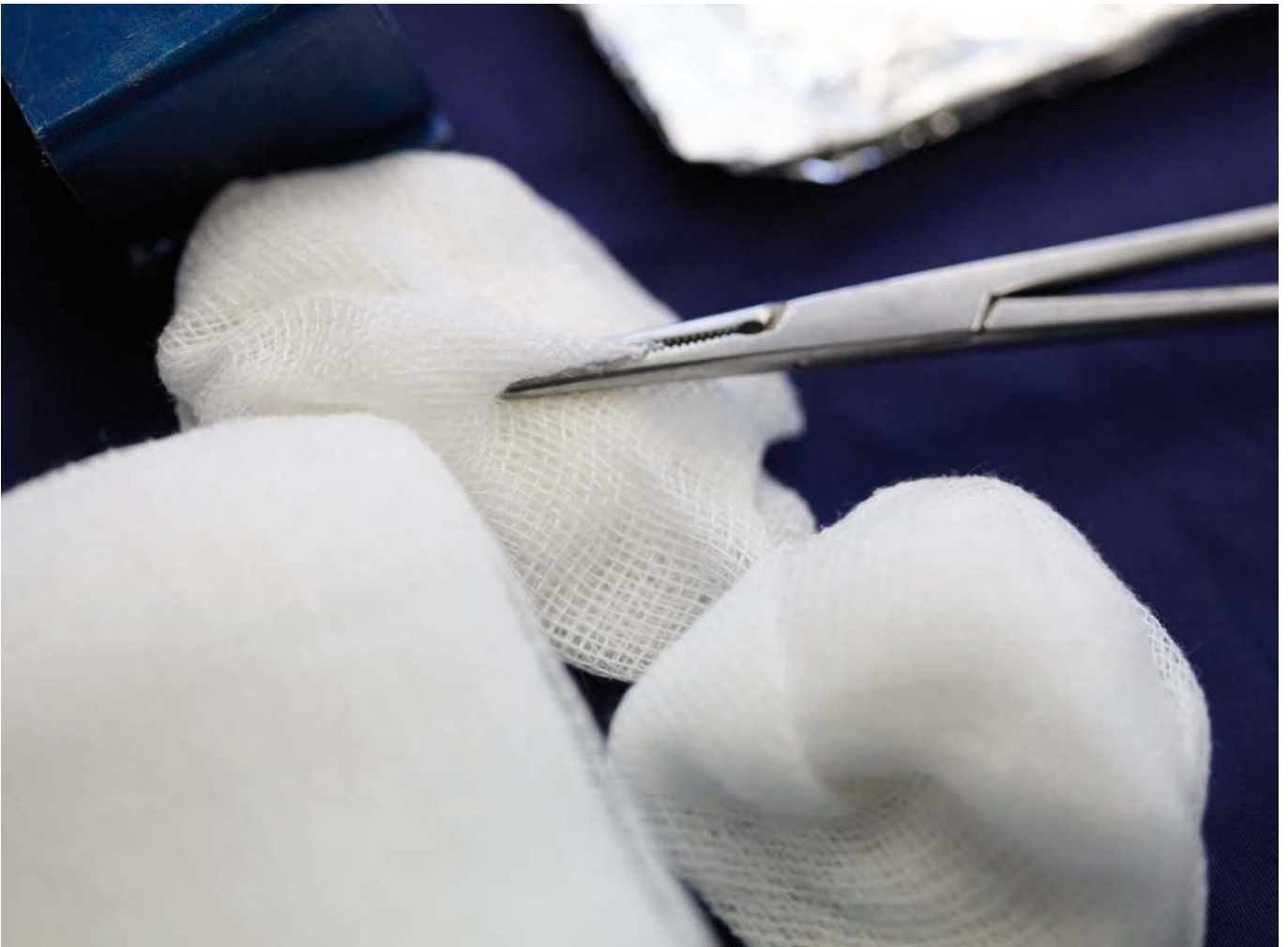


Aktuelle Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung

Die Perspektive der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg ähnelt derzeit einer Zeitbombe, die tickt, ohne dass dies wirklich wahrgenommen wird. Wie den Versorgungsberichten der vergangenen Jahre unschwer zu entnehmen war, ist die Zahl der über 60-jährigen Hausärzte in Baden-Württemberg mittlerweile auf ca. 23 Prozent aller in der Versorgung tätiger Hausärztinnen und Hausärzte angestiegen. Diese werden in den nächsten drei bis fünf Jahren den Altersruhestand erreichen und ihre Praxis abgeben wollen. Fragt man bei den Bezirksärztekammern nach, so erhält man die lapidare Auskunft, dass die Zahl der Facharztprüfungen in Allgemeinmedizin mittlerweile gegen null tendiert. Dies belegt, dass der Nachwuchs an jungen Kolleginnen und Kollegen, die die in den nächsten Jahren frei werdenden Arztsitze übernehmen könnten, nahezu vollständig weg gebrochen ist. Bereits jetzt wird diese Versorgungslücke insbesondere im ländlichen Raum spürbar, aber auch Großstädte wie Stuttgart spüren erste Probleme in der Praxisnachfolge.



Dr. med. Berthold Dietsche
Facharzt für Allgemeinmedizin, Freiburg
Vorsitzender des Beratenden
Fachausschusses für die hausärztliche
Versorgung der KVBW



Mehr Arbeit, weniger Honorar

Die Ursachen dieser Misere sind seit Jahren bekannt und werden doch nicht einmal ansatzweise bekämpft: Ein dramatischer Honorarrückgang in den vergangenen zehn Jahren bei gleichzeitig inakzeptabel ansteigender Arbeitsbelastung der Kolleginnen und Kollegen dürfte hier die entscheidende Ursache des Dilemmas sein. Überbordende Bürokratie, aber auch eine deutliche Umstellung der Lebensplanung der jüngeren Generation verschärfen das Problem. Eine 60-Stunden-Arbeitswoche, 24 Stunden Rufbereitschaft, zusätzliche Bereitschaftsdienste am Wochenende und insbesondere auf dem Land das Fehlen einer urbanen Infrastruktur tun das Ihre zu diesem Versorgungsproblem. Auch wenn zunehmend die Bürgermeister und Landräte außerhalb der Ballungszentren spüren, dass hier eine dramatische Versorgungslücke für ihre Bevölkerung entsteht, so ist aus meiner Sicht bisher außer einigen politischen Willensbekundungen wenig geschehen. Die katastrophale Vergütungsreform mit noch nicht in letzter Konsequenz absehbaren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg tut das Ihre. Neuland wird hingegen betreten mit dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg und mittlerweile rund 60 Betriebskrankenkassen.

Naturgemäß waren die angerissenen Problemkreise im vergangenen Jahr Thema im beratenden Fachausschuss Hausärzte der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese Fachausschüsse wurden vom Gesetzgeber eingerichtet, um die Vorstände der KVen zu den spezifischen fachbezogenen Problemen der Arztgruppen Hausärzte/Fachärzte und Psychotherapeuten zu beraten. Schwerpunkt der Sitzungen im Jahr 2009 waren daher die gravierenden Veränderungen in der Honorarsystematik für Hausärzte. In mehreren Sitzungen wurden seitens der Ausschussmitglieder die zu befürchtenden Auswirkungen auf die Umsätze der hausärztlichen Praxen diskutiert, die durch die Einführung eines zentralen Orientierungspunktwertes drohen. Wie erste Hochrechnungen bereits im Frühjahr des Jahres 2009 gezeigt haben, ist für die einzelnen Praxen mit Honorarverlusten von 10 bis 30 Prozent zu rechnen. Aufgrund der Struktur der Honorarreform trifft dies insbesondere die großen Vollversorgerpraxen, die deutlich über dem Fallzahl-durchschnitt der Arztgruppe liegen und in ihrem Bereich eine entscheidende Versorgungsfunktion wahrnehmen. Eine Abmilderung der wirtschaftlichen Risiken gelang durch die Einführung eines sogenannten Schutzschirms, der zumindest für das Jahr 2009 die Honorarverluste der Praxen auf maximal 5 Prozent begrenzen sollte. Die Umsetzung der Regelung ist äußerst kompliziert und wurde seitens des Fachausschusses intensiv begleitet. Abschließende Ergebnisse der Abrechnung lagen zum Redaktionsschluss noch nicht vor.



Beratungsbedarf rund um Abrechnung steigt stark an

Ein weiteres zentrales Thema der Fachausschussdiskussionen war die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung und der damit entstehenden Probleme der Bereinigung der Gesamtvergütung sowie der Regelleistungsvolumina. Diese hochkomplexe Materie führte zu einem intensiven Beratungsbedarf. Gesetzeslücken, inkompatible Regelungen des erweiterten Bewertungsausschusses sowie durchaus auch politische Fragestellungen zur Honorarverteilung werden noch sehr viel Arbeit für die Organe der Kassenärztlichen Vereinigung bedeuten.

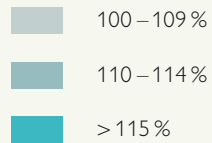
Weitere Themen in der Fachausschussarbeit waren die Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin, die Entwicklung der Richtgrößen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie die Laborreform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der Fachausschuss hat hier wichtige Impulse gegeben und intensive Arbeit geleistet, für die den Mitgliedern an dieser Stelle gedankt werden soll.

Rahmenbedingungen müssen sich ändern

Die starke Zentralisierung von Honorarverteilung, EBM-Regelung und weiteren wichtigen Stellgrößen der hausärztlichen Versorgung engen den Spielraum der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in den letzten Jahren zunehmend ein. Regionale Besonderheiten des Landes, die Finanzstärke der baden-württembergischen Krankenkassen sowie gewachsene Versorgungsstrukturen spielen eine immer geringere Rolle in der Entwicklung der haus- und fachärztlichen Versorgung im Land. Die Gefährdung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung ist mittlerweile Realität und wird spätestens ab 2012 zu einer dramatischen Entwicklung führen. Hier ist die Politik gefordert, wirksam einzugreifen und insbesondere durch schnelle und wirksame Verbesserungen der Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit gegenzusteuern.

VERSORGUNGSGRAD HAUSÄRZTE

in Prozent



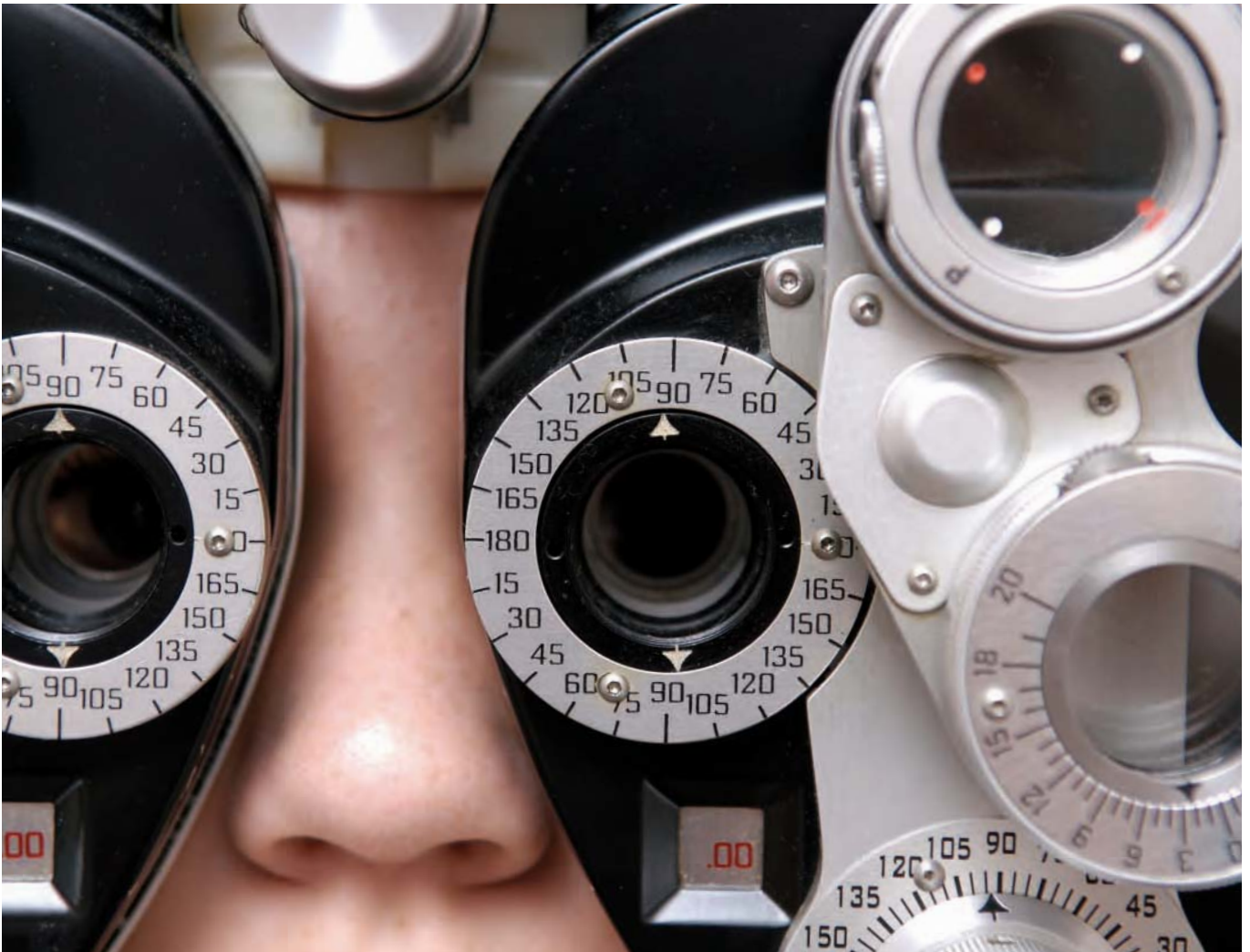
Fazit: Nach den Grundsätzen der Bedarfsplanung (vgl. S. 10) sind zumindest nominell alle Planungsbereiche mindestens ausreichend versorgt (100%). Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Ärzte-/Nachwuchsmangel und damit die Probleme bei der Praxisnachfolge auf den regionalen Versorgungsstand Auswirkungen haben.

Rahmenbedingungen der ambulanten fachärztlichen Versorgung

In Baden-Württemberg gibt es sowohl in Stadtbereichen und in Ballungszentren wie auch in ländlichen Räumen flächendeckend eine fachärztliche Versorgung auf hohem Niveau. Zugleich müssen wir aber feststellen, dass sich eine Reihe von Rahmenbedingungen in raschem Tempo verändern. Zu erwarten ist, dass der gegenwärtige Standard der Patientenversorgung und auch der ärztlichen Berufsbedingungen nicht automatisch so bestehen bleibt, wie er ist. Es lohnt sich daher, einen genaueren Blick auf einige der Bedingungen zu werfen, unter denen die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg gegenwärtig abläuft.



Dr. med. Jürgen Braun
Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin, Mannheim
Vorsitzender des Beratenden
Fachausschusses für die fachärztliche
Versorgung der KVBW



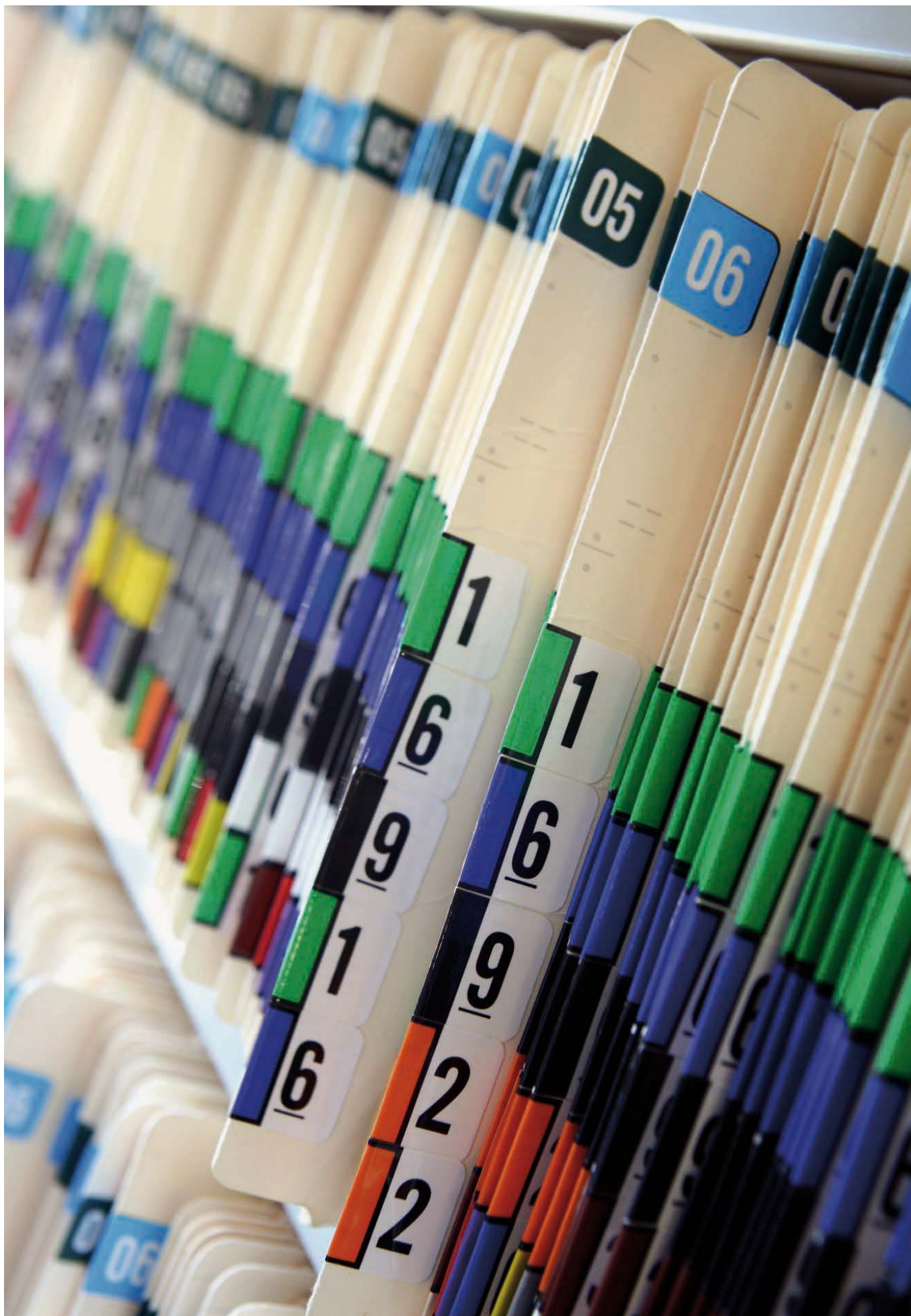
Die Herausforderung einer alternden Gesellschaft

Dass immer mehr Menschen älter werden, ist u. a. eine positive Folge des medizinischen Fortschritts, die aber zugleich gesellschaftliche Herausforderungen mit sich bringt. Dazu gehört nicht nur die Frage nach einer generationengerechten Finanzierung des Gesundheitssystems, sondern auch nach dem öffentlichen und privaten Umgang mit dem Anstieg chronischer Krankheiten und den damit einhergehenden massiven Lebenseinschränkungen und bedrängenden Krankheitserfahrungen der sogenannten „vierten Lebensphase“. Gerade hier spielt eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung durch ambulant tätige Fachärzte in Kooperation mit Hausärzten eine zentrale Rolle. Denn durch sie erspart sich der Patient bzw. seine Angehörigen weite Wege, lange Wartezeiten und damit auch oftmals Kosten.

Fachärztliche Versorgung auf hohem Niveau erhalten

Die vertragsärztliche Versorgung ist in hausärztliche und fachärztliche Versorgung gegliedert. Das spiegelt sich in den derzeit gültigen Regelungen wider, die eine Art künstlicher Trennung zwischen beiden Bereichen aufrechterhalten. Auch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und die Euro-Gebührenordnung sehen weiterhin für den haus- und fachärztlichen Bereich unterschiedliche Pauschalvergütungen vor. Die fachärztliche Versorgung umfasst danach Leistungen in speziali-

sierten Fachgebieten der Medizin (wie z. B. Radiologie, Innere Medizin in den Spezialdisziplinen Kardiologie, Gastroenterologie und Hämatonkologie sowie Orthopädie, Chirurgie, Urologie, HNO, Neurologie und Psychiatrie), die nur von entsprechend qualifizierten Fachärzten erbracht und abgerechnet werden dürfen. Als Folge seiner Facharztanerkennung ist dieser Arzt auf ein spezielles Fachgebiet beschränkt, was auch für die Abrechnung seiner erbrachten Leistungen gilt. Dies führt zu wirtschaftlichen Belastungen bei Fachärzten, die dadurch in ihren Investitionsmöglichkeiten beschränkt sind. Daran ändert auch die Möglichkeit von Zusatzbezeichnungen, die an eine entsprechende Weiterbildungsanerkennung, z. B. durch die Ärztekammer, geknüpft sind, nichts (beispielsweise Psychotherapie, Sportmedizin, Akupunktur, Teilgebetsröntgen). Die mangelnde Bereitschaft approbierter Ärzte, praktisch ärztlich tätig zu sein, wird dazu führen, dass noch weniger Fachärzte bereit sind, das Risiko einer freiberuflichen Tätigkeit in Form einer Niederlassung zu tragen. Wenn die Versorgungsqualität auf dem bisherigen hohen Niveau fortgeführt werden soll – und die niedergelassenen Fachärzte ihre Rolle behalten sollen – dann gilt es, in der Zukunft ihre medizinischen und wirtschaftlichen Wirkungsmöglichkeiten nicht noch weiter einzuengen.



Konzentration der fachärztlichen Versorgung am Krankenhaus?

Die aktuelle Reformgesetzgebung und die Eckpunkte für die Strukturreform im Gesundheitswesen deuten jedoch darauf hin, dass der Druck auf die fachärztliche Versorgung weiter wächst, da diese immer mehr auf das Krankenhaus und auf Behandlungszentren konzentriert wird. Dies lässt befürchten, dass die fachärztliche Versorgung im Bereich der ambulanten Behandlung noch mehr als bisher eingeschnürt wird. In der Konsequenz könnte daraus in absehbarer Zukunft das gestufte Versorgungssystem holländischer Prägung entstehen, das sich auf zwei Ebenen entwickelt: auf der einen Seite die hausärztliche Versorgung in der „ersten Linie“, auf der anderen Seite die fachärztliche Versorgung, die überwiegend auf Krankenhäuser, Behandlungszentren und poliklinische Einrichtungen konzentriert wird. Das würde mit großer Wahrscheinlichkeit zu Problemen wie in Großbritannien oder den Niederlanden führen, bei denen lange Wartelisten und Anfahrtswege an der Tagesordnung sind – eine falsche Antwort auf die Herausforderungen der Demografie.

Die fachärztliche Einzel- oder Gemeinschaftspraxis spürt bereits heute die zunehmende Konkurrenz jener Organisationsstrukturen, die sich um das Gesundheitszentrum Krankenhaus herum als Ambulatorien oder als Praxisverbund mit zugelassenen Fachärzten etablieren. Viele freiberuflich tätige Fachärzte befürchten daher zu Recht, in ein Randalbieterdasein abgedrängt zu werden. Die unter den honorarpolitischen Rahmenbedingungen der Reform für 2009 ungleiche Finanzsituation von Facharztpraxen und Krankenhäusern würde sich noch weiter verschärfen. Die Investitionskosten von Krankenhäusern (rund 10 Prozent der Gesamtkosten) werden im stationären Sektor quasi durch den Staat bezahlt, der niedergelassene Facharzt hingegen muss dies als freier Unternehmer aus seinen Umsatzerlösen bestreiten. Die fehlenden Einzel Leistungsvergütungen und ein niedriger bundeseinheitlicher Punktwert haben in Baden-Württemberg aktuell dazu geführt, dass Arztpraxen in Bezug auf ihre Umsatzerlöse in eine „Absteigerposition“ geraten sind. Tatsächlich müsste die Finanzierungssituation aber unter einheitlichen Kostengesichtspunkten betrachtet und geregelt werden. Ansonsten wären freiberuflich tätige Ärzte in der Zukunft nur noch bedingt einsatz- und existenzfähig.

Gleiche Wettbewerbsbedingungen für unterschiedliche Versorgungssysteme

Zwangsläufig hätte ein Konzentrationsprozess um das Krankenhaus herum noch einen weiteren Effekt. Er würde zu einer Veränderung der Weiterbildungsmöglichkeiten in den Krankenhausabteilungen führen, weil eine durch die Kostensätze bedingte verkürzte Verweildauer eine hohe Mobilität der Fachärzte erforderlich macht. Wenn die Weiterbildungsmöglichkeiten in den Kliniken verknüpft werden, wird auch die Zahl der weitergebildeten Fachärzte sinken und als Ergebnis würden weniger Fachärzte zur Versorgung zur Verfügung stehen. Bereits heute gibt es hochspezialisierte Fachärzte, wie z. B. operativ tätige Chirurgen oder Anästhesisten, die an verschiedenen Einsatzorten arbeiten.

Aber es gibt auch positive Zeichen. Das Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz (VÄndG) erweitert seit dem 1. Januar 2007 die Möglichkeiten, Fachärzte in Praxen anzustellen. Bislang durften die Inhaber lediglich einen ganztags beschäftigten Arzt oder zwei halbtags beschäftigte Ärzte mit dem gleichen Fachgebiet wie der Praxisinhaber anstellen. Jetzt dürfen Vertragsärzte aus anderen Fachgebieten sowie Psychotherapeuten auch in Teilzeit anstellen, wenn der anzustellende Arzt die Facharztanerkennung besitzt, wenn er im Arztregister eingetragen ist und der Zulassungsausschuss die Anstellung genehmigt hat.

Die sich abzeichnenden Reformgesetzgebungen im Gesundheitswesen geben wenig Planungssicherheit. Eine große Zahl der Praxisinhaber, die das 60. Lebensjahr überschritten haben und sich mit den Gedanken tragen, die Praxis abzugeben, finden keine Nachfolger. Dies gilt es als ein Alarmsignal zu verstehen. Grundsätzlich sollte daher die Gesundheitspolitik, will sie den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden, gleiche Wettbewerbsbedingungen für unterschiedliche Versorgungssysteme schaffen.

Hohe Qualität erfordert wettbewerbsgerechte Rahmenbedingungen

Die medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich im internationalen Vergleich auf einem hohen qualitativen Niveau. Im ambulanten Bereich erbringen spezialisierte Ärzte Leistungen in hoher Qualität, die früher nur im Krankenhaus erbracht wurden. Diese Leistungen sind qualitätsgesichert, d. h., es finden vorgeschriebene Stichprobenprüfungen statt, die garantieren, dass Standards eingehalten werden. Um die ambulante Facharztversorgung im Interesse der Patienten qualitativ hochwertig und gleichzeitig wohnortnah und flexibel anbieten zu können, ist das Vorhalten spezieller Geräte notwendig, speziell geschultes Personal ist zu beschäftigen und zu bezahlen. Das geht nur mit wettbewerbsgerechten Rahmenbedingungen.

Entsprechende Sonderverträge mit den Kassenverbänden können die Finanzierungsbasis für eine leistungsgerechte Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten schaffen. Die Fachärzte sowie alle anderen an der Versorgung beteiligten Ärzte geben die Hoffnung nicht auf, dass durch die Verbesserung von Rahmenbedingungen sich die ärztliche Tätigkeit wieder so gestalten lässt, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf mit Freude und Zufriedenheit ausüben können und im Lande bleiben.

Aktuelle Fragen der psychotherapeutischen Versorgung

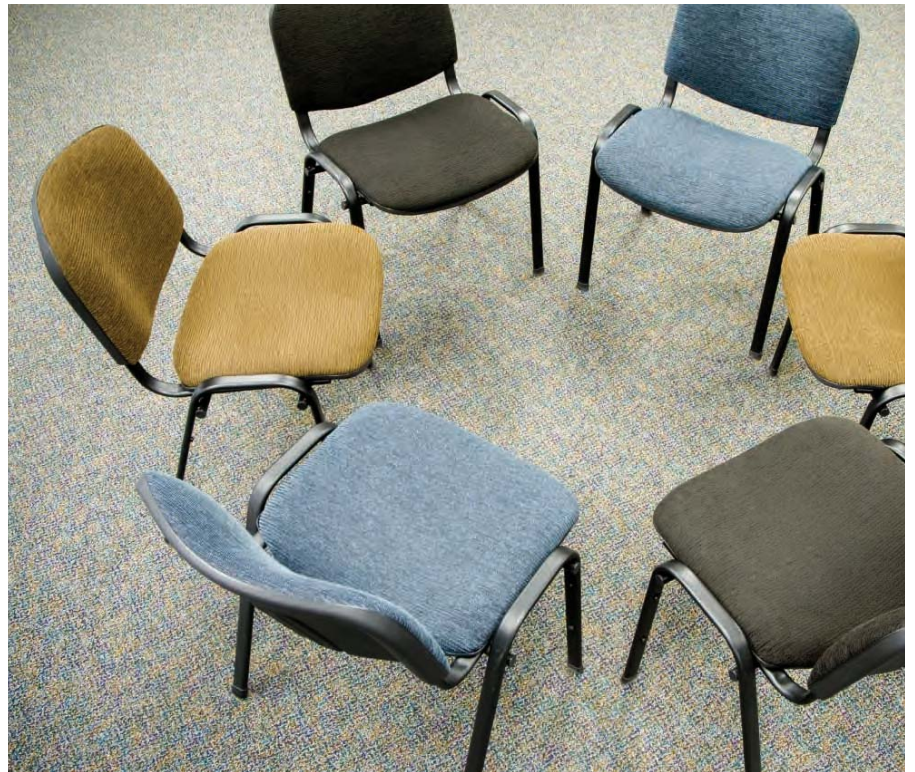
Wenn Patienten dringend einen Behandlungsplatz für eine Psychotherapie suchen, machen sie nicht selten die Erfahrung, dass ihnen eine Wartezeit von mehreren Monaten zugemutet wird. Zwar ist es in einzelnen Fällen möglich, die Intervention auf einige wenige Gespräche zu begrenzen, oftmals ist jedoch eine längere Behandlung indiziert, zu der regelmäßige Termine über einen längeren Zeitraum gehören. Sind diese Behandlungsplätze belegt, kann die Behandlung erst nach einer Wartezeit beginnen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass die bestehende Bedarfsplanung nicht den realen Behandlungsbedarf abbildet, sondern normativ die Anzahl an Psychotherapeuten festlegt. Diese Anzahl würde selbst bei maximaler Auslastung eines jeden Therapeuten den immensen und immer noch zunehmenden Bedarf an der Behandlung psychisch Kranker bei Weitem nicht abdecken.



Dipl.-Psych. Jürgen Doebert
Psychologischer Psychotherapeut,
Reutlingen
Mitglied im Beratenden Fachausschuss
Psychotherapie der KVBW



Dr. med. Michael Knoke
Facharzt für Nervenheilkunde,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Mannheim
Mitglied im Beratenden Fachausschuss
Psychotherapie der KVBW



Maßnahmen des Gesetzgebers

Viele hatten nun schon für das Jahr 2009 eine signifikante Verbesserung erhofft, denn der Gesetzgeber hatte sich dieser Problematik angenommen und mit einem Gesetz (Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung/GKV-OrgWG) mehrere Maßnahmen eingeleitet, die zum Teil von den Psychotherapeuten schon lange gefordert worden waren:

1. Durch die Einführung einer 20-Prozent-Mindestquote von Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln (KJP-Quote), sollten Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche geschaffen werden. Eine erste Übersichtsrechnung für die KV Baden-Württemberg ließ auf die Neuzulassung von circa 60 neuen Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche hoffen.
2. Durch die Senkung der vorhandenen Quote für ärztliche Psychotherapeuten von 40 Prozent auf 25 Prozent ist bundesweit mit mehreren Hundert Niederlassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten zu rechnen. Für Baden-Württemberg ist hier allerdings keine nennenswerte Verbesserung der Versorgung zu erwarten.

Zwei weitere Regelungen des Gesetzgebers, die indirekt miteinander verbunden sind, sind in diesem Zusammenhang bedeutsam: die Aufhebung der Grenze von 68 Jahren für eine Tätigkeit mit GKV-Versicherten und eine Regelung, die Praxisinhabern ermöglicht, die Hälfte ihres Versorgungsauftrags durch die KV ausschreiben zu lassen und diese Hälfte zu verkaufen. In der Kombination finden diese Regelungen reges Interesse bei den Psychotherapeuten, da auf diese Weise älteren Psychotherapeuten die Möglichkeit geboten wird, in ge-

ringem Maße weiterzuarbeiten, ohne aber dabei gegen die Verpflichtung zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung zu verstoßen. Auch bei den Absolventen der aufwendigen Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder zum Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie entstand so die Hoffnung, angesichts nahezu überall geschlossener Bedarfsplanungsbereiche doch einen Schritt zur Teilnahme an der Versorgung im GKV-System tun zu können. Leider zeigte sich, dass vor der Umsetzung all dieser gesetzlichen Regelungen verschiedene Hürden zu nehmen waren oder sind. So musste der Gemeinsame Bundesausschuss als untergesetzlicher Normgeber vor der Umsetzung in den Regionen die näheren Durchführungsbestimmungen für die KJP-Quote erst noch beschließen. Zusammen mit dem aufsichtsrechtlichen Verfahren durch das Bundesministerium für Gesundheit ist inzwischen kaum noch mit einer Umsetzung vor Ende 2009 für die beiden veränderten Quoten zu rechnen. Für 2010 jedoch werden für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mehr Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Etwas anders stellt sich die Situation im Hinblick auf die Teilung von Versorgungsaufträgen dar. Für diese gesetzliche Regelung bedurfte es keiner weiteren Klärungen auf Bundesebene. Allerdings waren sehr viele Psychotherapeuten verunsichert, welche Mengenbegrenzungsmaßnahmen nun für geteilte Versorgungsaufträge gelten würden, sodass sie zögerten, sich auf eine Teilung ihres Sitzes einzulassen.

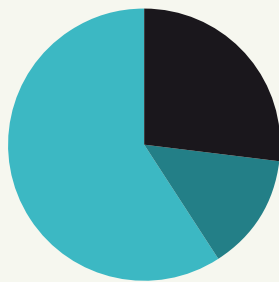
Neue Systematik schafft wichtige Erleichterungen

Zum Januar 2009 ist nun eine von den Psychotherapeuten begrüßte neue Systematik zur Mengenbegrenzung bei ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten eingeführt worden. Ihre versorgungspolitische

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

Gliederung

- Ärztliche Psychotherapeuten
27% (748)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
14% (373)
- Psychologische Psychotherapeuten
59% (1.628*)



* davon 166 auch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen

Fazit: Drei Viertel der psychotherapeutischen Leistungserbringer gehören den vor zehn Jahren in das GKV-System integrierten Psychologischen Psychotherapeuten (davon sind 10% im Besitz einer sog. „Doppelapprobation“) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an.

Besonderheit besteht darin, dass sie dem einzelnen Psychotherapeuten ein gemeinsames Zeitbudget für alle Gesprächsleistungen zur Verfügung stellt. Dies passt insofern zur vertraglichen Tätigkeit der Psychotherapeuten, als diese nahezu ausschließlich über die Zeit definiert ist, die sie für ihre Patienten erbringen. Aufgrund der bisherigen Systematik waren diagnostische Leistungen und Leistungen zur Krisenintervention oder die weitere Betreuung nach einer Psychotherapie äußerst schlecht vergütet. Die neue Systematik schafft hier eine revolutionäre Veränderung, indem sie genügend Zeit für diese Leistungen zur Verfügung stellt und gleichzeitig den gesetzlichen Vorgaben für eine angemessene Vergütung für die entsprechend den Psychotherapierichtlinien durchzuführenden Behandlungen entspricht.

Leider sind auf vielen Ebenen bereits wieder Stimmen zu hören, die dieses Konzept, das die versorgungspolitisch erwünschte Flexibilisierung der Praxisstrukturen ermöglicht, wieder einschränken bzw. ganz infrage stellen wollen. Daran wird deutlich, dass der Bereich der seelischen Krankheiten nicht zuletzt aufgrund von Vorurteilen immer noch einer gewissen Fehleinschätzung unterliegt:

- Das für Psychotherapie ausgegebene Geld wird überschätzt.
- Die Notwendigkeit von Behandlungen wird bezweifelt.

Tatsache ist aber:

- Die absolute Anzahl psychischer Störungen und deren relativer Anteil an der Morbidität der Bevölkerung nehmen zu.
- Jede Behandlung muss vor Beginn durch die Krankenkasse im Rahmen eines Gutachterverfahrens bewilligt werden.
- Für jede Behandlung sind maximale „Kontingente“ an Sitzungszahlen vorgesehen, die für die Behandlung besonders schwerer Erkrankungen oft nicht ausreichen.

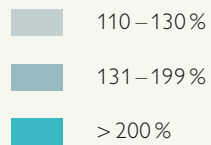
Offene Fragen

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen haben schon lange eine zwiespältige Haltung gegenüber Maßnahmen, die die psychotherapeutische Versorgung verbessern. Zwar kritisieren beide gemeinsam die Psychotherapeuten, die angeblich nicht genug arbeiten. Ist dann aber ein Mehraufwand an psychotherapeutischen Leistungen zu erwarten, wie jetzt durch die gesetzlichen Veränderungen, ist die Klage darüber groß, dass hierfür kein Geld vorhanden sei.

In der Tat hat der Gesetzgeber keinerlei Regelungen dazu getroffen, wer für die Vergütung der neu geschaffenen Praxen zuständig ist. In verschiedenen Reports, die von Krankenkassen herausgegeben werden, wird hingegen ein Ansteigen psychischer Krankheiten und auch an stationären Behandlungstagen konstatiert. In Leitlinien der evidenzbasierten Medizin wird neben der medikamentösen Behandlung eine psychotherapeutische Behandlung alternativ oder zusätzlich für geboten erachtet. Viele früher als rein somatisch betrachtete Krankheiten werden nun unter dem Gesichtspunkt ihrer seelischen (Mit-)Verursachung oder im Hinblick auf ihre seelischen Begleiterscheinungen gesehen. Alle diese Analysen bleiben wirkungslos, solange es keine politische Grundsatzentscheidung gibt, die erforderlichen Finanzmittel für Psychotherapie zu erhöhen. Erst wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, werden sich im Gegensatz zur gegenwärtigen Systematik der ärztlichen Vergütung Wege zu einer höheren Anzahl an Psychotherapeuten und zu mehr Behandlungen mit Psychotherapie finden lassen. Einen ersten Schritt haben Kassen und KBV im Bewertungsausschuss im September 2009 gemacht und für 2010 zusätzliches Honorar für die aus den oben genannten Maßnahmen erwachsenden Mehrausgaben zur Verfügung gestellt.

VERSORGUNGSGRAD PSYCHOTHERAPEUTEN

in Prozent



Fazit: Der abgebildete Versorgungsstand berücksichtigt sowohl die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, als auch die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Den psychotherapeutisch tätigen Ärzten bleibt künftig ein gesetzlicher Mindestversorgungsanteil von 25 %, den ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch Behandelnden ein Anteil von 20 % vorbehalten.



Eine junge Landärztin berichtet

In meinem Sprechzimmer schwebt der mir mittlerweile vertraute Stallgeruch, den meine Patienten, die direkt von ihrer Arbeit zu mir kommen müssen, mitbringen. Seit zwei Jahren gehört er zu meinem Alltag als Allgemeinärztin in ländlichem Gebiet.

Im Jahr 2007 ergab sich für mich die Möglichkeit, einen Kassensitz in einer Gemeinschaftspraxis in St. Märgen im Hochschwarzwald zu übernehmen. Wir zwei Allgemeinmediziner versorgen die Menschen in und vor allem auch um St. Märgen herum medizinisch. Weitere Ärzte am Ort gibt es nicht.



Dr. med. Petra Robben-Bathe
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
St. Märgen



St. Märgen im Schwarzwald

Der Luftkurort St. Märgen mit seinen rund 2000 Einwohnern ist traditionell bäuerlich ausgerichtet, hat aber heute auch einen bedeutsamen touristischen Schwerpunkt. Neben dem alten Kloster bietet der Ort ein vielfältiges naturnahes Angebot wie Langlauf, Wandern, Nordic Walking und schwerpunktmäßig Mountainbiking. Dementsprechend setzt sich unsere Patientenklintel zusammen aus den alteingesessenen Bauern, die das Umland besiedeln, der Ortsbevölkerung und vielen Touristen. Da die nächsten fachärztlichen und stationären Versorgungsmöglichkeiten 20 km entfernt sind und die öffentlichen Nahverkehrsmöglichkeiten nur begrenzt zur Verfügung stehen, sind wir tatsächlich noch bei fast allen Beschwerden erste Anlaufstation, vom Säugling bis zum Greis. Nur die Geburten managt zum Glück die Hebamme. Dementsprechend groß ist auch der Anteil an kleinen chirurgischen Eingriffen und Wundversorgungen, die wir durchführen.

Entlegene Höfe, verschneite Straßen

Neben der abwechselnden Sprechstunde besuchen wir die Höfe im Umland, was besonders im Winter und in der Dunkelheit eine besondere Herausforderung darstellt. In der Anfangszeit benötigte ich öfters eine der medizinischen Fachangestellten als „Guide“, da die Höfe auch mit Navigationssystem sonst nicht zu finden sind. Hier hilft nur gute Ortskenntnis und im Winter entweder ein Allradfahrzeug oder starke Nerven. Denn bis die Zufahrten zu den Höfen geräumt sind, können mitunter Tage vergehen. So musste ich mich schon vom Bauern mit dem Traktor aus dem Schnee ziehen lassen.

Enge Beziehungen nach allen Richtungen

Unterstützt werden wir bei unserer Arbeit durch die ambulanten Pflegedienste, mit denen wir in engem und unkompliziertem Kontakt stehen, sodass wir vieles an sie abgeben können bzw. auch wertvolle Informationen zurückbekommen, ohne immer selbst losfahren zu müssen. Ohne diese Einrichtungen wäre die Versorgung nicht zu leisten. Eine weitere wesentliche Entlastung ist die Anbindung unserer Praxis an die Freiburger Notfallpraxis, die den nächtlichen Notdienst und am Wochenende übernimmt. Regelmäßig leiste ich dort ebenfalls Wochenenddienste ab, brauche dafür aber die anderen Wochenenden nicht zur Verfügung zu stehen.

Obwohl gerade im Winter die Arbeitsbedingungen manchmal widrig sind und ich als gebürtige „Flachlandtirolerin“ schon mit dem Schnee und den Bergen zu kämpfen habe, macht mir die Arbeit auf dem Land sehr viel Freude. Die Patienten wissen es sehr wohl zu schätzen, wenn wir uns für sie einsetzen, und danken es uns durch stabile und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehungen, die sich über Generationen fortsetzen. Und tatsächlich honoriert der eine oder andere statt mit großen Worten den Hausbesuch mit ein paar Eiern.

Gedanken an ein zweites Standbein

Nun ist natürlich auch bei uns nicht alles rosig. Ob wir langfristig so weiterarbeiten können ohne zu große finanzielle Einbußen, ist ja ungewiss. Deshalb plagen wir uns durchaus mit dem Gedanken, den Bereich Sportmedizin, den wir jetzt schon in mäßigem Umfang anbieten, vor allem im privaten Bereich auszubauen, um ein zweites Standbein neben der kassenärztlichen Versorgung zu haben. Insofern hält die allgemeine Entwicklung hin zu Kooperationen auch auf dem Land Einzug und wir werden hoffentlich dabei sein.

37 Jahre Erfahrung – ein alteingesessener Landarzt erzählt

Der malerische und originelle Ort Muggensturm, nicht weit entfernt vom Schwarzwald, von Rastatt und der Bundesautobahn 5, ist ebenso beschaulich wie klein. Seinen Namen verdankt der 6400-Seelen-Ort der Legende, nach der die Belagerer der Burganlage von den Einwohnern des Ortes mit Bienenkörben beworfen wurden und mit dem Hilferuf „Die Mucken stürmen!“ flohen. Heute ist das historische Örtchen Sitz von vier Hausärzten in zwei Gemeinschaftspraxen.

Einer davon ist Richard Barabasch, 68, seit 37 Jahren hier niedergelassen.



Dr. med. Richard Barabasch
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Muggensturm



DR. BARABASCH: Landarzt zu sein war nicht unbedingt ein Traum von mir. Ich hatte eigentlich eine universitäre Laufbahn vor, entschloss mich aber dann, eine internistische Ausbildung zu Ende zu machen. Kurz vor deren Beendigung habe ich bei der KV nachgefragt, ob eventuell ein Arztsitz frei sei. Und eines Tages – es ging ganz plötzlich – kam ein Anruf: „Sie müssen sich innerhalb einer Woche entscheiden, ob Sie nach Muggensturm gehen oder nicht.“ Und das habe ich dann gemacht.

EVA FRIEN (KVBW): *Sie kamen also dazu wie die Jungfrau zum Kind. Haben Sie trotzdem irgendwie eine Leidenschaft für das Landarztsein entwickelt?*

Betreuung, Patientenbetreuung – das war eigentlich schon immer meine Passion und mit neun Jahren wurde ich gefragt: „Was willst Du denn werden, Bub?“ Da habe ich damals schon gesagt: „Pfarrer mit einem Auto.“ Tatsächlich bin ich jetzt heute tatsächlich auch ein bisschen Seelsorger für meine Patienten geworden. Und unterm Strich muss man sagen, dass man diese Arbeit wirklich nur mit der Freude daran, mit einem inneren Bedürfnis dafür tun kann. Wenn ich es nur betriebswirtschaftlich sähe, dann hätte ich natürlich schon längst aufhören müssen.

Was ist denn das Spezielle oder Unterschiedliche zwischen einem Landarzt und einem Stadtarzt?

Das beginnt bei einer größeren Üblichkeit von öffentlichen Verkehrsverbindungen im städtischen Bereich und Ballungsraum und endet an einer ebenso üblichen geringeren Bindung zwischen Hausarzt und Patient infolge stärkerer Beliebigkeit der städtischen Arzt-Patienten-Beziehung. Auf dem Land ist der Patient auf seinen Hausarzt eher angewiesen im Rahmen der Krankenbetreuung oder auch einer „Gesundheits-Partnerschaft“, da die Auswahl begrenzt und die Verfügbarkeit eingeschränkt ist. Der Landarzt lebt in einem Bereich, in dem der Kontakt mit den Patienten, die die Praxis betreut, also deutlich intensiver ist. Man sieht die Patienten auch außerhalb der Praxis schon mal wieder, weil ein so kleines geografisches Gebiet natürlich überschaubar ist und man sich eben kennt. Die Intensität und das Eindringen auch in familiäre Strukturen wird ja vom Patienten auch gewünscht. Man kennt nicht nur den Patienten, sondern auch Sohn, Tochter, Vater, Schwiegertochter und andere Bezugspersonen. Das macht schon ein bisschen Spaß – also die Psychologie in der Patientenbetreuung –, mit den verschiedensten Menschen umzugehen, das ist das eigentlich Wesentliche.

Gibt es etwas Spezielles, das auf dem Land passiert, in der Stadt aber nie vorkäme?

Zum Beispiel, wenn ein Patient seine Dankbarkeit ausdrückt, indem er ein Quittengelee schenkt oder die berühmten im eigenen Hühnerstall gesammelten Eier. Das ist etwas, um dem Doktor einfach die Wertschätzung auszudrücken. Das Wesentliche jedoch liegt schon darin, dass das Vertrauenspotenzial in der Landpraxis im Vergleich zur Stadtpraxis größer zu sein scheint – und insofern ist schon die Spezialität Landpraxis durch die andere Art von Intensität und Vertrautheit mit dem Patienten geprägt. Das ist durchaus kein Klischee, sondern ein Stück weit Wahrheit, auch wenn es klischeehaft klingt.

Wie war damals, als Sie begannen – 1972 –, die Arbeit als Landarzt und was hat sich geändert?

Wesentliches! Zwischen 1976 und 1978 war ich als Arzt alleine in Muggensturm. Ich habe 3000 Patienten abgerechnet pro Quartal. Diese Anzahl könnte ich heute nie mehr bewältigen. Wir sind jetzt zu zweit und liegen mit 2400 Patienten an unserer maximalen Kapazitätsgrenze. 1976 war dies noch möglich, weil die Compliance der Patienten besser war; der Patient hat sich viel mehr leiten lassen, hat weniger über Krankheit und Therapie und den Inhalt des Beipackzettels nachgefragt. Heute ist das Wissen der Bevölkerung viel größer geworden. Mindestens 50 Prozent der Patienten suchen das Gespräch, bei der Verordnung, bei Therapien, auch bei der Weiterüberweisung. Das Gespräch wurde immer bedeutsamer und immer umfangreicher. Und die Bürokratie war natürlich viel, viel weniger.

Also beispielsweise die Anzahl der Formulare?

Genau. Wenn der Patient die Praxis verlassen hat, dann geht die Bürokratie erst richtig los. Und wenn der Sprechstundentag vorbei ist, dann machen wir noch mal Bürokratie. Da ist die Dokumentationspflicht und die juristische Rückversicherung, aber auch die Rückversicherung im Hinblick auf Regressbedrohung, im Hinblick auf Plausibilität, im Hinblick auf Vorschriften, z. B. durch Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Da sind die ständigen Neuerungen in der Abrechnung wie die Regelleistungsvolumen und dergleichen. Das alles nimmt mindestens 50 Prozent von meiner Zeit weg, Zeit, die mir nicht mehr zur Verfügung steht, um die Patienten zu betreuen.

Und wenn Sie auf die Berufstätigkeit zurückschauen, hat sich da etwas geändert?

Eigentlich schon. Vom Medizinischen her hat sich Wesentliches geändert, was doch ganz erheblich den Alltag prägt: in der Endoskopie, in der Diabetologie, in der Therapie ganz allgemein, den Antibiotika oder Antirheumatika. Was in den anderen Fachgebieten geschehen ist: Katarakt, OPs in der Augenheilkunde, in der Gynäkologie oder auch im Bereich Hals-Nasen-Ohren. Die Zusammenarbeit mit der Fachärzteschaft ist wesentlich wichtiger geworden als früher.

Wie war denn früher die Versorgung gestaltet, wenn man zum Beispiel den Notdienst betrachtet und die Vertretungen, hat sich da einiges verändert?

Da ist vieles deutlich besser geworden. In früheren Zeiten hatten wir Landärzte einen Notfalldienstbezirk mit einem Radius von 25 km, der über zwei große Bundesstraßen und zwei Bahnlinien hinweg führte. Durch die Einführung der einheitlichen Telefonnummer und des täglichen Notfalldienstes anstelle der Vertreterregelung ist vieles deutlich besser geworden. Der niedergelassene Vertragsarzt muss sich somit nicht mehr durch nächtliche Anrufe außerhalb seiner Sprechstundenzeiten in Anspruch nehmen lassen.

Wenn Sie auf Ihre 37 Arztjahre zurückblicken, gab es da irgendetwas, das Sie besonders berührt hat?

Sicherlich Begleitungen zum Tod hin, die gerne angenommen wurden. Es gab auch Angehörige, die dieses Angebot aus Angst zurückgewiesen und den Sterbenden in die Klinik gebracht haben. Zum anderen auch diesen und jenen Fehler, der noch rechtzeitig korrigierbar war, bis hin zu Diagnosen, die einem unheimlich viel Freude gemacht haben, weil man Volltreffer gelandet hat. Und wenn so was einmal in der Woche vorkommt, dann hat man im Jahr schon ganz viel Freude gehabt. Und das Lernen überhaupt, die Neugierde aus der alltäglichen Tätigkeit als Arzt, Neues aufzusaugen und Spielarten von Leben kennenzulernen.

Gibt es irgendetwas, das wir noch nicht angesprochen haben, das Ihnen aber noch auf dem Herzen liegt, das Sie gerne sagen würden?

Ich meine, dass auch ein Landarzt sich ein Steckenpferd aussuchen sollte, das er dann gerne reitet, wie ich zum Beispiel die Diabetologie und die Psychosomatik. Damit kann er sozusagen durchhalten, wenn der Alltag gar zu fürchterlich wird, und hat eine ureigene Möglichkeit, sich selber etwas Gutes zu tun innerhalb seiner Profession als Landarzt.

Vielen Dank.





Die pneumologische Versorgung

Die pneumologische Versorgung hat in den letzten 20 Jahren gravierende Umbrüche erfahren. Bis in die 80er-Jahre hinein war die Lungen- und Bronchial-Heilkunde als damals noch operatives Fach im Wesentlichen auf Patienten mit Lungentuberkulose und Tumorerkrankungen der Lunge konzentriert. Erst zu Beginn der 90er-Jahre traten mit Asthma und COPD („Chronic Obstructive Pulmonary Disease“, auf Deutsch: chronisch obstruktive Lungenerkrankung) immer mehr obstruktive Atemwegserkrankungen in den Vordergrund des Geschehens. Diese machen heute ca. 80 Prozent des Patientenaufkommens aus. Die Zahl dieser Patienten, vor allem derer mit COPD, nimmt stetig zu, gleichzeitig nimmt die Zahl der Pneumologen eher ab, was insbesondere am Mangel von Weiterbildungsstätten nach der Schließung vieler Lungenfachkliniken in den letzten Jahrzehnten und fehlender pneumologischer Präsenz im universitären Bereich liegt. Außerdem gelingt es immer weniger, die wenigen jungen Pneumologen für eine ambulante Tätigkeit zu gewinnen.



Dr. med. Michael Barczok
Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie,
Ulm

Somit entsteht eine Schere zwischen Angebot und Bedarf in der pneumologischen Versorgung, die durch die budgetären Probleme in der kassenärztlichen Versorgung noch weiter zugespitzt wird.

Blick in die pneumologische Praxis

Dabei zeichnet sich eine pneumologische Praxis durch ein sehr inhomogenes, spannendes Patientenkollektiv aus. Kinder mit allergischem Asthma, ältere Menschen mit COPD (chronisch obstruktiver Bronchitis = Raucherbronchitis), bei längerem Warten einnickende Patienten mit Schlafapnoe, aber auch Notfälle mit dramatischer, akuter Atemnot, das ist der typische Mix, den der Pneumologe mit seinem Team tagtäglich erlebt. Asthma ist ein in entzündlichen Schüben verlaufendes, meist durch exogene Reize getriggertes Krankheitsbild, das viele Ansätze zur Beteiligung des Patienten an seiner Gesundheit bietet. Eine langfristige Therapieplanung mit klaren, leitliniengestützten Zielen und indikatorgestützter Patientenführung hat die Behandlung dieses Krankheitsbildes in den letzten Jahren auf eine neue Basis gestellt und unter Nutzung innovativer Medikamente dem Krankheitsbild Asthma seinen buchstäblich „atemberaubenden“ Schrecken genommen. Dies gilt leider nicht für die COPD. Auf jeder Zigarettenschachtel werden die Zusammenhänge zwischen inhalativem Rauchen und COPD gebetsmühlenartig wiederholt, jedem Politiker sind die gesundheitsökonomischen Folgen des Rauchens klar. Trotzdem wurde leider auch in Baden-Württemberg die Chance einer rigorosen Anti-Zigaretten-Politik durch allzu viele Kompromisse gegen den Rat der Pneumologen verschenkt. Raucher werden immer jünger, die Zahl der Raucher nimmt insgesamt kaum ab. Die COPD verursacht stetig zunehmende Kosten, vor allem schwere COPD mit intensiver, medikamentöser Therapie, Sauerstoff-Langzeitgabe und entzündlichen Schüben belasten die ambulante Medizin massiv. Auch hier ist eine hervorragende Leitlinie vorhanden, die die Zusammenarbeit von Pneumologe, Hausarzt und Patient in der ambulanten Versorgung strukturiert und den notwendigen Behandlungsrahmen definiert.

Damit lässt sich Entscheidendes erreichen. Asthma, das frühzeitig erkannt und anschließend durch Begrenzung von außen einwirkenden Schadfaktoren einerseits und konsequentes Entzündungs-Controlling andererseits gut eingestellt wird, kann trotz seines chronischen Charakters so gut an die Leine gelegt werden, dass der Patient selbst, aber auch die Gemeinschaft hiervon nur noch sehr begrenzt in Mitleidenschaft gezogen werden. Selbst für die COPD gilt dies, freilich nur in frühen Stadien, was einmal mehr die Bedeutung der hausärztlichen Kontrolle der Lungenfunktion zumindest bei jedem Raucher unterstreicht (wozu dann freilich die Messung der Lungenfunktion konsequenterweise auch in Präventionsprogramme aufgenommen werden muss).

Die Schlafapnoe (Atemstillstände im Schlaf) ist ein Krankheitsbild, das früher als harmloses Schnarchen verkannt wurde, heute aber als ernstzunehmendes Krankheitsbild gesehen werden muss. Immer dann, wenn es über das Schnarchen hinaus auch zu länger anhaltenden Atemaussetzern

kommt (manchmal mehr als eine Minute und das Dutzende Male pro Nacht), ist Gefahr im Verzug. Geschätzt die Hälfte der Verkehrstoten im Lande (durch Sekundenschlafphänomene), Tausende von Herzinfarkten und Schlaganfällen werden dem nächtlichen Sauerstoffmangel zugeschrieben, aber auch Müdigkeit, Leistungseinbrüche und Depressionen durch fehlenden Tiefschlaf führen zu beachtlichen gesundheitsökonomischen Effekten.

Hohe Investitionskosten binden Ressourcen

Nahezu jeder Pneumologe hält die entsprechenden Screening-Geräte vor. In den letzten Jahren ist es gelungen, die früher nur in langen stationären Aufenthalten mögliche Schlaflabor-Diagnostik in den ambulanten Bereich zu verlagern. Hier bewähren sich auch für den Pneumologen die neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes. Die Installation und der Betrieb eines Schlaflabors binden erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen. Durch die Einrichtung einer Nebenbetriebsstätte oder Einrichtung einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft lassen sich Risiken minimieren und die Nutzung kapitalintensiver Diagnostik und Therapie gerade auch im ländlichen Raum verbessern. Nur durch die gemeinsame Nutzung von Versorgungsstrukturen durch mehrere Ärzte und durch niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen im Rahmen ärztlich geleiteter Versorgungszentren werden wir die hoch spezialisierte fachärztliche Medizin auch im ländlichen Bereich erhalten und weiter entwickeln können. Damit können wir auch einen Beitrag zur Kostensenkung leisten, indem teure stationäre Behandlungen reduziert und verkürzt werden. Darüber hinaus ließe sich eine Kostensenkung durch verbesserte Präventivmaßnahmen gerade in der Pneumologie leicht bewerkstelligen, und zwar durch gezielte Einflussnahme auf die Ursachen der besagten Erkrankungen: Umweltbelastungen und Allergien (Asthma), Rauchen (COPD) und Übergewicht (Schlafapnoe), all dies ist durchaus beeinflussbar. Damit ließe sich die Zahl der Patienten verringern und die Schwere des Krankheitsverlaufs mindern. Leider wird in den laufenden DMP-Verhandlungen versucht, die Ansätze zur Einbeziehung der Patienten wie Patientenschulung, Anti-Nikotin-Beratung etc. zu reduzieren, mit denen gerade präventives Verhalten gefördert werden könnte. Hier ist ein Umdenken der Kostenträger dringend erforderlich.

Wartezeiten steigen

Schon heute ist es für viele Patienten in Baden-Württemberg schwierig, in akzeptabler Entfernung und mit vertretbarer Wartezeit einen pneumologischen Termin zu erhalten. Die sogenannte ZASTA-Studie zeigte vor etwa 15 Jahren, dass damals bereits ein Drittel der Patienten in Süd-Württemberg länger als 60 Minuten fahren mussten, um zu einem Pneumologen zu kommen. Angesichts steigender Morbidität und sinkender Budgets, die zudem auf Zahlen der Vergangenheit aufsetzen, wird es für die Pneumologen in Baden-Württemberg immer schwerer, eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung in der geforderten Qualität aufrechtzuerhalten. Hier ist die Bereitstellung weiterer Ressourcen erforderlich.

Zwischenlandung beim Arzt: Praxis am Flughafen Stuttgart

Seit dem 1. Januar 2009 existiert unsere Praxis im Terminal 1 West am Flughafen Stuttgart. Als Allgemeinmediziner besteht hier eine hausärztliche Zulassung. Weiterhin betreibt die Praxis am Flughafen Stuttgart den Flughafenärztlichen Dienst im Auftrag der unteren Gesundheitsbehörde. Ein zusätzliches Spektrum bietet die betriebsärztliche Versorgung für flughafenansässige Firmen und Dienstleister.



Dr. med. Jens Künzel
Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin,
Airport Medical Center, Stuttgart-Flughafen

Gute Englischkenntnisse erforderlich

Im allgemeinmedizinischen Sektor betreut die Praxis vornehmlich Mitarbeiter, die im Bereich des Flughafens arbeiten. Hier sind es hauptsächlich Berufspendler, die aus Zeitgründen einen Hausarzt am Heimatort nicht oder nur eingeschränkt nutzen können. Im Bereich Flughafen und Neue Messe arbeiten rund 9000 Menschen, die zum Patientenkontingent hinzukommen, das sich aus den umliegenden Städten wie Filderstadt, Echterdingen oder Stuttgart rekrutiert.

Zunehmend wird die Praxis auch von Reisenden genutzt, die sich kurz vor dem Abflug oder nach Ankunft in Stuttgart, z. B. vor einer Weiterreise innerhalb Deutschlands, mit meist akuten Gesundheitsproblemen an die Praxis wenden. Damit kommen auch regelmäßig Patienten aus den verschiedensten Ländern der Welt in die Praxis. Für das Praxisteam bedeutet dies, sich auf andere Kulturen und Sprachprobleme einzustellen. Gute Englischkenntnisse sind unumgänglich.

Der Rettungsdienst der Flughafenfeuerwehr bedient sich ebenfalls bei Notfällen unserer Praxis. Es kommt dabei auch vor, dass wir Einsätze in den Rettungswagen auf dem Rollfeld und innerhalb der Flugzeuge begleiten. Dies entlastet zunehmend das Notarztsystem in den angrenzenden Fildergemeinden, das eigentlich ebenfalls für den Flughafen zuständig ist.

Erreger reisen mit

Innerhalb des Flughafenärztlichen Dienstes wird auf die Einhaltung der nationalen und internationalen Gesundheitsvorschriften geachtet und diese werden auch durchgesetzt. Dies war und ist z. B. insbesondere innerhalb der Pandemieabwehr (Neue Influenza) an einem internationalen Flughafen besonders wichtig. Hierbei wird der Flughafenarzt regelmäßig mit den verschiedensten Verdachtsfällen, auch von Tropenkrankheiten, konfrontiert.

Gleiche Regeln auch für Flughafenärzte

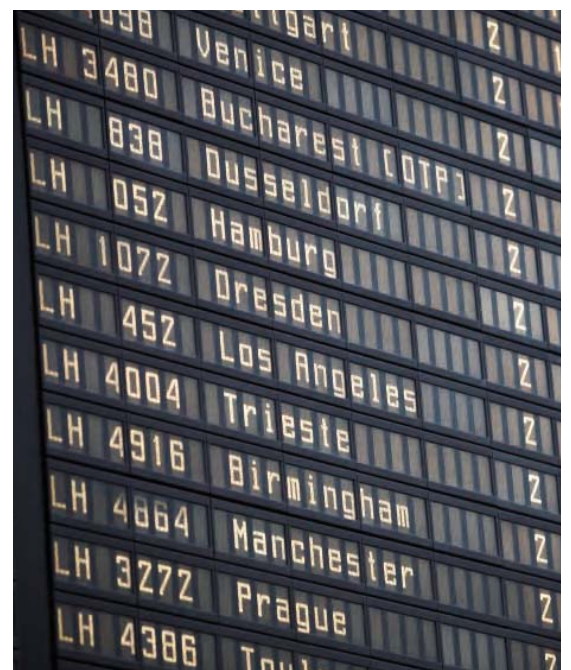
Viel bricht über den Hausarzt herein in diesen Tagen. Gesundheitsfonds, Hausarztverträge oder auch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sind Unsicherheitsfaktoren. Werden wir demnächst im Internet einem Kassenranking ausgesetzt sein? Wer wird in der Fläche unsere ausscheidenden Kollegen ersetzen? Der Patient kann heutzutage allenfalls erahnen, welche Anforderungen außerhalb den Aufgaben im Gesundheitsbereich auf seinen Hausarzt täglich, neben seiner Aufmerksamkeit für seine gesundheitlichen Belange. In den Medien wird zwar regelmäßig berichtet, allerdings oft nicht sachlich korrekt, und damit wird die Lage für den Hausarzt nicht besser. Auch eine Praxis am Flughafen muss sich wie jede andere der Versorgungsrealität stellen: Trotz gesteigerter Gesamtvergütung bringt der Gesundheitsfonds für die Ärzte in Baden-Württemberg ein Minus in der Vergütung. Hier arbeiten also nicht die Gewinner der Reform. Was folgt, ist z. B. ein Investitionsstau in der Praxis, Personalabbau, Umschwenken auf andere Betätigungsfelder, die für das kleine Unternehmen Praxis eventuell die Rettung verheißen, und in letzter Konsequenz vielleicht das Aus bei denjenigen, die ohnehin schon auf der Kippe standen.

Mehraufwand durch Hausarztverträge

Demgegenüber stehen die Hausarztverträge, die laut ihrer Protagonisten die Erlösung aus der Misere verheißen. Ob es hier Nachahmer geben wird, ist noch offen. In diesem Zusammenhang stellt sich dem Praxisinhaber wieder die Frage: Was kommt nun? Benötige ich wieder eine andere Software? Was für Qualitäts- und Ausbildungskriterien muss ich nun wieder erfüllen, um daran teilzunehmen? Ist das organisatorische Handling innerhalb solch vieler Verträge noch zu schaffen? Diese Fragen bleiben zurzeit noch offen, da es noch keine suffizienten Verträge gibt. Auch hier wird der Patient in Zukunft merken, dass er vielleicht eine andere „Behandlung“ bekommt als einer mit einem „anderen Kassenkärtchen“, je nachdem, welche Leistungen in seinem Hausarztvertrag vereinbart sind. Das Praxisteam wird zum Manager in Vertragsfragen werden müssen. Für diese Zukunft ist zu diskutieren, ob eine Vertragsvielfalt wirklich die auf Dauer beste Lösung für den hausärztlichen Bereich darstellt. Diese Forderung beinhaltet natürlich auch jene nach einer leistungsgerechten Vergütung für die Ärzte. Arbeiterleichterungen durch Software- und IT-Lösungen sind sinnvoll und unumgänglich, müssen allerdings auch wohl durchdacht und möglichst kostenneutral umgesetzt werden.

Sorge um den hausärztlichen Nachwuchs

Viele Hausärzte treibt auch die Frage nach der Praxisnachfolge um. Wer wird die in der Fläche ausscheidenden Kollegen ersetzen? Eine strukturierte Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in festen Rotationsstellen mit der tarifüblichen Bezahlung würde sicherlich helfen, wieder mehr Kollegen für diesen Berufsweg zu begeistern. Verbessern sich dann wieder die Rahmenbedingungen für die eigene Niederlassung, ist einem Versorgungsdefizit sicher entsprechend entgegenzuwirken.



Palliativmedizin in der Praxis

Ärztlicher Beistand beim Sterben gehört zu den uren- eigensten Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit. Viel Pionierarbeit ist in den letzten Jahren im Vertragsarzt- sektor in einzelnen Regionen erfolgt, oftmals durch ehrenamtliche Tätigkeit. Jetzt bekommt das „neue“ Fach Palliativmedizin durch den gesetzlichen Anspruch auf Palliativversorgung, insbesondere mit den neuen Strukturen im Zusammenhang mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, eine noch stärkere Bedeutung. Dabei spielt eine große Rolle, dass die Strukturen für die ambulante Palliativversorgung jetzt flächendeckend in Land angeboten werden müssen. Hierbei werden Vertragsärzte sowohl in der Versor- gung von Schwerstkranken wie auch im Aufbau von Versorgungsnetzwerken eine zentrale Rolle spielen.



Dr. med. Torsten Kamp
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie
und Internistische Onkologie,
Palliativmedizin, Wendlingen am Neckar

Palliativmedizin – ein noch junges Fach

Obwohl die Begleitung und Betreuung Sterbender wohl mit zu den wichtigsten und auch ältesten Aufgaben ärztlicher Tätigkeit zählt, hat das Fach Palliativmedizin in Deutschland erst seit den 1980er-Jahren öffentliche Bedeutung und Anerkennung erfahren. Ausgehend von England als Keimzelle und mit der Person Cicely Saunders untrennbar verbunden, wurde 1983 in Köln die erste Palliativstation in Deutschland eröffnet. Seither hat die Palliativmedizin und Palliativpflege hierzulande einen beispiellosen Aufschwung genommen und einen großen Stellenwert erhalten.

Seit 2003 gibt es die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, die 2006 in Baden Württemberg in die derzeit gültige Weiterbildungsordnung aufgenommen wurde. Dabei steht – nach Ablauf der Übergangsbestimmungen zum 31. März 2009 – die Möglichkeit zur Weiterbildung im Fach Palliativmedizin jedem Facharzt offen, der ein klinisches Fach betreut. Für den Erwerb der Zusatzbezeichnung sind entweder zwölf Monate Weiterbildungszeit bei einem Weiterbildungsbefugten oder alternativ dazu (auch anteilig) eine Kursweiterbildung von 40 Stunden sowie die Teilnahme an sogenannten Fallseminaren in drei Modulen à 40 Stunden abzuleisten. In Baden Württemberg haben bislang 687 Ärzte die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben, darunter mehr als die Hälfte aus der ambulanten Versorgung.

Betreuung von Patienten und Angehörigen

Palliativmedizin bedeutet die umfassende, interdisziplinäre und multiprofessionelle Betreuung von Patienten und ihren Angehörigen, die an einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die die Lebenserwartung begrenzt. Dabei geht die Betreuung über den Patienten allein hinaus und bezieht Angehörige mit ein.

Palliativmedizin betreut Patienten sowohl im stationären Sektor wie auch im ambulanten Bereich. Gerade durch Vertragsärzte findet oft eine Betreuung in beiden Sektoren statt, da Ärzte entweder ihre eigenen Patienten in stationären Einrichtungen wie Hospizen, aber auch (spezialisierten) Pflegeheimen betreuen oder aber schwerpunktmäßig die Betreuung z. B. eines Hospizes übernommen haben. Überdies ist die Einrichtung so zahlreicher Hospize in Baden Württemberg ohne das ehrenamtliche Engagement vieler Ärzte gar nicht denkbar. Allerdings wünschen sich die meisten Patienten, die letzte Zeit des Lebens zu Hause verbringen zu dürfen.

Netzwerke sind vielerorts bereits Realität

Die ambulante Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden hat im vertragsärztlichen Bereich aber schon immer stattgefunden. In sehr vielen Landkreisen und Regionen im Land wurden aus und im vertragsärztlichen Sektor Strukturen für eine umfassende Versorgung dank dem unermüdlichen und finanziell oft nicht vergüteten Engagement von Ärzten geschaffen. So bilden sich in manchen Regionen die geforderten Netzwerkstrukturen mit der Integration von Pflegediensten, Hospizdiensten, seelsorgerischer Betreuung und anderer Dis-

ziplinen bereits heute, d. h. vor Einführung einer flächendeckenden spezialisierten Palliativversorgung, ab. Auch sind an vielen Stellen bereits Qualitätszirkel in der Palliativmedizin unter Mitwirkung der und Moderation durch die Vertragsärzte entstanden. Die enge Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und Ärzten hat hier auch die oft geforderte Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bereits erreicht, beispielhaft in der Brücken- und Überleitungspflege der onkologischen Schwerpunkte im Land. Ambulante Palliativmedizin wird dabei aus allen Fachdisziplinen erbracht: von Hausärzten wie von Fachärzten, von Internisten genauso wie von Anästhesisten, Neurologen und anderen Disziplinen.

Auf dem Weg zu einer angepassten Vergütung

Leider wurde weder in der Vergangenheit noch unter der jetzigen Vergütungsstruktur die umfassende, vor allem zeitintensive und nicht apparative Medizin im Vertragsarztsektor adäquat vergütet. Insbesondere die zahlreichen und notwendigen Hausbesuche lassen sich in einem System aus Budgetierung und Regelleistungsvolumina nicht beziehungsweise nur teilweise abbilden. Auch spiegeln sich Grundvoraussetzungen und Strukturen für eine umfassende Betreuung; z. B. die ständige Erreichbarkeit des betreuenden Arztes außerhalb der Sprechstundenzeiten, in der Nacht und am Wochenende – sowie die zeitintensive Betreuung der Patienten und aufwendige Gespräche mit Angehörigen leider nicht im Vergütungssystem für Vertragsärzte wider. Für Qualitätssicherung und Fachkonferenzen stehen im derzeitigen System überhaupt keine Mittel zur Verfügung.

Seit April 2007 besteht in Deutschland für Patienten ein im SGB V gesetzlich verankerter Anspruch auf Palliativversorgung. Im Jahr 2008 wurden die gesetzlichen Grundlagen konkretisiert und die Begriffe SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) und AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) eingeführt und der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen hat Regelungen für eine gesonderte Vergütung verfasst. Dafür sollen und werden auch mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Ein integratives Konzept mit Netzwerken, Kooperationen mit Pflegediensten und anderen Leistungserbringern ist dafür unerlässlich. Teilweise bestehen diese Netzwerkstrukturen bereits, an anderen Orten sind sie – auch und unter Mitwirkung von Vertragsärzten – am Entstehen. Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der SAPV für Vertragsärzte ist der Nachweis der oben bereits erwähnten Zusatzbezeichnung für Palliativmedizin, dazu kommen noch entsprechende Fallzahlen und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Die Leistungen der SAPV werden außerhalb der vertragsärztlichen Honorierung vergütet. Momentan sind Vertragsverhandlungen im Gang, die einen bundeslandweiten Abschluss anstreben. Dies wird in Zukunft möglicherweise auch zu einer angepassteren Vergütung führen.



Die heroingestützte Behandlung in der Substitutionsambulanz der AWO Karlsruhe

Unsere Ambulanz war Teilnehmerin am bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung opiatabhängiger Patienten. Dieses Projekt mündete in eine breit gefächerte Regelbehandlung mit erfolgreichen Hilfsangeboten. Auch wurde die Regelbehandlung auf die Substitution mit Diamorphin, Methadon, Polamidon und Subutex ausgeweitet. Nach der beginnenden Akzeptanz auch auf politischer Ebene und nach diversen kontroversen Auseinandersetzungen mit diesem Thema konnte eine Zäsur in der „harm-reduction-orientierten Strategie“ bei der Behandlung von Suchtkranken festgestellt werden. Die Voraussetzungen für eine Behandlung in unserer Ambulanz bzw. unsere Zielgruppe seien hier kurz vorgestellt: Wir behandeln Patienten, die vom bisherigen Drogenhilfesystem nicht wirksam erreicht werden konnten und durch die Länge der Drogenkarriere sowie gravierende Formen gesundheitlicher, psychischer und sozialer Probleme bis hin zur Verelendung eine intensive Behandlungsbedürftigkeit mitbringen.



Synthetisches Heroin wird unter dem Handelsnamen Diaphin unter Aufsicht an Schwerstabhängige verabreicht

Patienten profitieren auf vielerlei Weise

Unsere Arbeit sei hier näher vorgestellt: Sie erfordert neben der ärztlichen Tätigkeit auch medizinisch geschultes Personal, das sich dem Patienten mit seinem polymorbiden Krankheitsbild bereitwillig zuwendet. Die Abhängigen erfahren in ihrem auch durch andere Erkrankungen belasteten Leben eine für sie zum Teil unbekannte Form von Hilfe. Die mehrmals täglich erforderliche Einnahme der Medikamente in der Ambulanz – auch an Wochenenden und Feiertagen (365 Tage im Jahr) – stellt eine Besonderheit dar. Viele sozial desintegrierte Patienten bekommen dadurch einen festen Rahmen in ihrem Tagesablauf, an dem sie sich aufrichten, orientieren und festigen können. Nach einer gewissen Anlaufzeit empfinden die Patienten unsere Rahmenbedingungen als äußerst hilfreich. Viele erleben einen geregelten Tagesablauf aus eigener Kraft als etwas Neues. Fehlzeiten und Verspätungen sind bei Heroinpatienten (im Unterschied zu anderen Substituierten) sehr selten. Die dadurch gewonnene Stabilisierung greift in viele Felder ein und beeinflusst mehrere Faktoren, die auf den ersten Blick wenig mit dem Suchterkrankten zu tun haben, ihm und der Gesellschaft aber nützen. Es ist an dieser Stelle nicht

möglich, näher auf dieses weitreichende Thema einzugehen, aber einige Beispiele sollen doch genannt werden: So werden durch die stabile Substitution etwa die Kosten der Justiz verringert, ebenso die Beschaffungskriminalität wie auch der Aufenthalt in der Szene der Stadt.

Die weitreichende Betreuung durch unsere Sozialarbeiter/innen und deren Zusammenarbeit mit Ämtern, Betreuern und Justizbehörden erweist sich als unabdingbare Hilfe für unsere Patienten, die aufgrund ihrer oft mangelnden Schul- und Ausbildung solchen Behörden zum Teil hilflos gegenüberstehen. Auch kann der Beikonsum von anderen illegalen Drogen und Alkohol durch intensive Maßnahmen (Alkomat, Urinkontrollen, Psychoedukation, Dosisreduktion etc.) überwacht, deutlich eingeschränkt und sogar überwunden werden. In Form der Psychoedukation bilden wir mit Patienten Selbsthilfegruppen, in denen die Patienten im Austausch untereinander ihre „Drogenkarrieren“, suchtauslösende Faktoren, Vermeidungsstrategien, Lebenswege und -ziele miteinander aufarbeiten. Unsere Sozialarbeiter/innen bieten für die auch an Alkoholsucht Erkrankten speziell zugeschnittene Therapieschritte an.



Substitutionsambulanz der AWO
in Karlsruhe

Vertrauensvolles Miteinander in der Ambulanz

Das medizinische Personal hat durch die tägliche mehrmalige Vergabe einen intensiven und schnellen Blick für den momentanen Zustand der Patienten und kann durch die Möglichkeit der direkten Ansprache eine wichtige und vertrauensvolle Unterstützung und positive menschliche Begegnung bieten. Zum großen Teil erfahren viele so nach langer Zeit erstmals wieder den „normalen“ respektvollen Umgang mit den Mitmenschen. Auch erleben sie an sich eine andere Sichtweise ihrer eigenen Situation und ihres Selbst. Sie erleben sich angenommen als „Suchtkranke“ und nicht als „Junkies“, was einen Schritt in der Therapie bedeuten kann.

Engmaschige Behandlung wird ermöglicht

In der ärztlichen Behandlung erhalten die Patienten neben der Substitutions- und Abstinenztherapie weitere, wenn nötig auch psychiatrische Medikationsverordnungen (s.u.). In der engmaschigen Behandlung kann der Gesundheitszustand gut überwacht und dadurch signifikant verbessert werden. Durch die sterilen und sauberen Vergabemodalitäten werden Infektionen und deren mögliche Folgen vermieden. Bei Auffälligkeiten können wir versuchen, rechtzeitig einzugreifen und die Compliance bezüglich der eigenen Gesundheit bzw. Erkrankung verbessern. Das wiederum wirkt sich auch auf die Kosten der Gesundheitsversorgung positiv aus. Ein Bestandteil unserer Arbeit ist z. B. auch die motivierende Gesprächsführung, um die Veränderungsbereitschaft und die Aktivierung der Ressourcen unserer Patienten zu wecken und zu fördern. So können Defizite und Risiken bearbeitet werden. Die ärztliche Betreuung wird verstärkt durch die 14-tägig erfolgende, nicht selbstverständliche integrierte psychiatrische Versorgung durch einen Oberarzt der psychiatrischen Abteilung des Karlsruher Krankenhauses. Das erleichtert den Zugang von der ambulanten zur stationären Therapie. So können wir z. B. bei einer depressiven bzw. psychiatrischen Krise oder für eine Teil-Entgiftung die stationäre Aufnahme unsere Patienten schneller in die Wege leiten.

Vorteile der stabilen Substitution

Man kann durch die stabile Substitution erreichen, dass die Arbeitsaufnahme zumindest auf dem Zweiten Arbeitsmarkt, bei manchen auch auf dem Ersten, erfolgreich ist. Daraus erfolgt die Reintegration in ein stabileres, z. T. suchtfreies Umfeld, was durch die Vermittlung unserer Sozialarbeiter/innen und unserer Organisation im Hintergrund organisiert und unterstützt wird. Ebenso eröffnet unsere Ambulanz den Weg in eine Arbeitstherapie, z. B. in den Kindergärten und Altersheimen der AWO oder auch in privaten Gärten und der Diabolo-Werkstatt. Wir organisieren außerdem Freizeitangebote und Besuche von Sport- und Kulturveranstaltungen, um die sozialen Kompetenzen und die soziale Gemeinschaft unserer Patienten auszubauen. Diese Bereiche werden auch als Lernfelder eingesetzt.

Aufgaben für die Zukunft

Aufgrund der Erweiterung unserer Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss der Ärzte können wir außer der Heroinbehandlung die anderen Substitutionsbehandlungen von 70 Substitutionspatienten mit den Krankenkassen abrechnen. Unsere Ermächtigung erlaubt uns aber nur, Patienten aufzunehmen, die uns von anderen Substitutionsärzten nach entsprechender Indikationsstellung zugewiesen werden. Zu wünschen wäre eine verbesserte Zusammenarbeit mit Fachkollegen durch eine bessere Aufklärungsmöglichkeit über unsere Patienten wie auch durch eine kollegiale Anbindung an Fachpraxen. Erleichtern würde unsere Arbeit die Berechtigung zur hausärztlichen Tätigkeit (und auch deren Abrechnung). Der Hauptgrund für diesen Wunsch ist primär die spezielle psychopathologische Symptomatik unserer Patienten. Sie scheuen sich, ihre Drogensucht mehreren Ärzten zu offenbaren, befürchten Unverständnis, können sich durch mangelnde Compliance nicht immer zum Arztbesuch aufraffen und verpassen dadurch die rechtzeitige medizinische Versorgung und Abklärung ihrer gesundheitlichen Probleme.

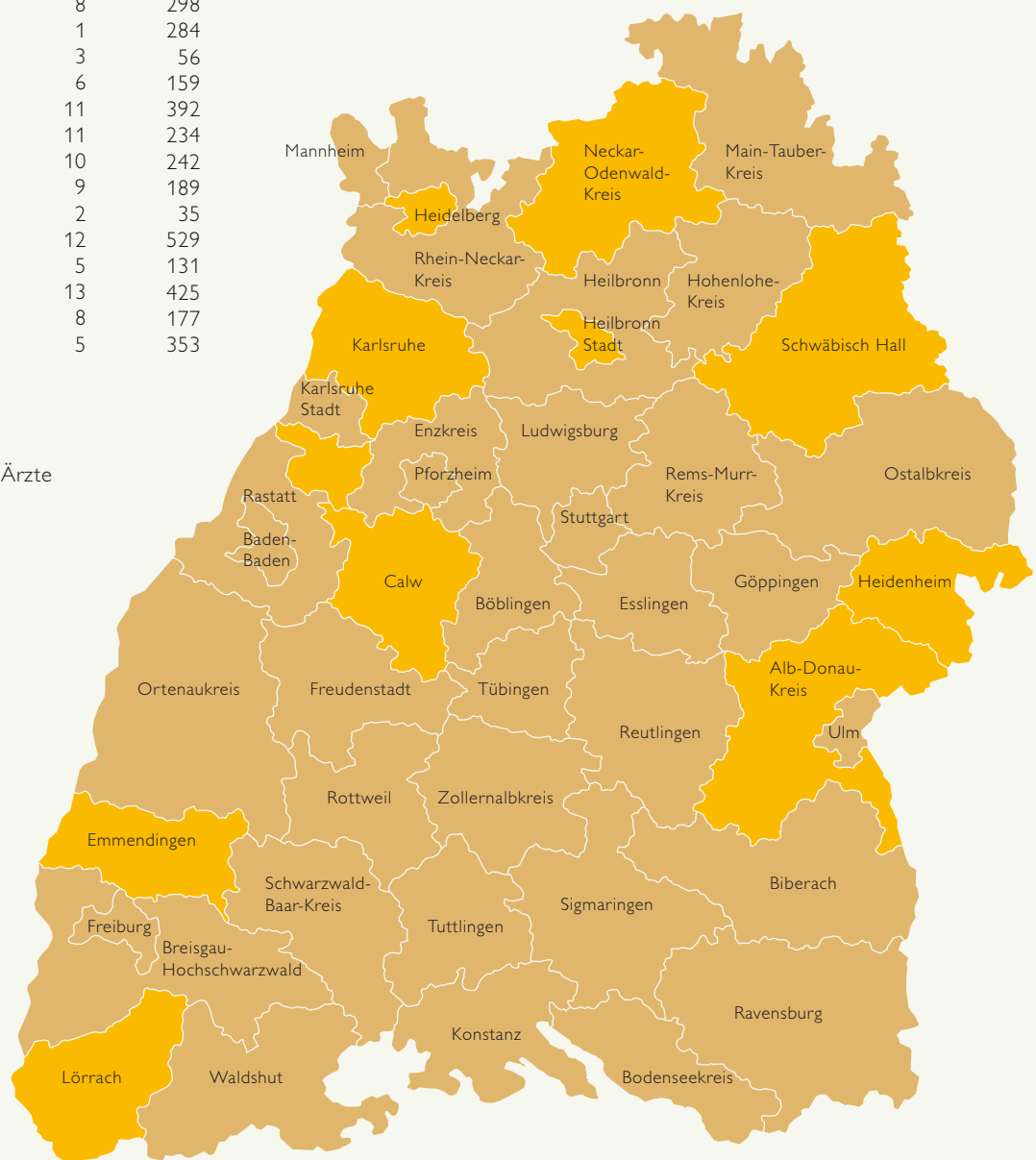
METHADON-SUBSTITUTION

Anzahl Ärzte/Anzahl Patienten in den Stadt-/Landkreisen

	Ärzte	Patienten		Ärzte	Patienten
Alb-Donau-Kreis	2	63	Ravensburg	6	211
Baden-Baden/Rastatt	5	172	Rems-Murr	7	224
Biberach	4	86	Reutlingen	9	162
Böblingen	11	297	Rhein-Neckar-Kreis	9	217
Bodenseekreis	4	105	Rottweil	5	31
Breisgau-Hochschw.	9	132	Schwäbisch Hall	3	53
Calw	2	60	Schwarzwald-Baar-Kreis	9	130
Emmendingen	4	116	Sigmaringen	3	41
Enzkreis	3	28	Stuttgart	17	765
Esslingen	7	225	Tübingen	17	263
Freiburg	15	598	Tuttlingen	1	8
Freudenstadt	2	22	Ulm	5	320
Göppingen	10	164	Waldshut	9	90
Heidelberg	4	128	Zollernalbkreis	4	77
Heidenheim	4	68			
Heilbronn (Land)	8	298			
Heilbronn (Stadt)	1	284			
Hohenlohekreis	3	56			
Karlsruhe (Land)	6	159			
Karlsruhe (Stadt)	11	392			
Konstanz	11	234			
Lörrach	10	242			
Ludwigsburg	9	189			
Main-Tauber	2	35			
Mannheim	12	529			
Neckar-Odenwald	5	131			
Ortenaukreis	13	425			
Ostalbkreis	8	177			
Pforzheim	5	353			

Durchschnittsalter der Ärzte

- 58 – 66 Jahre
- 48 – 57 Jahre



Fazit: Bei der Sicherstellung einer flächendeckenden Substitutionsbehandlung zeichnet sich aufgrund der Rahmenbedingungen ein Nachwuchsproblem ab. Das Durchschnittsalter der substituierenden Ärzte steigt, suchtmmedizinisch qualifizierte Nachfolger fehlen.

Traumatherapie in der psychotherapeutischen Praxis

Psychotraumatologie ist eine verhältnismäßig junge Wissenschaft, deren Erkenntnisse auf dem Gebiet der Hirn- und Psychotherapieforschung Einfluss auf die psychotherapeutische Praxis nehmen. Anhand der Forschungsergebnisse entstanden traumatherapeutische Behandlungsmethoden, die die bestehenden Richtlinienverfahren ergänzen und heute fester Bestandteil des traumatherapeutischen Settings sind. Der Einfluss von Traumata auf die Entstehung psychischer Erkrankungen geriet dadurch auch ins Bewusstsein der Öffentlichkeit, wodurch der konkrete Bedarf an traumatherapeutischen Angeboten in der Praxis ansteigt.



Dipl.-Soz. Päd. (BA) Mirjam Bregenzer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin,
Kirchheim/Teck



Definition und Klassifikation

Der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) definiert Trauma als eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, die bei fast allen tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Im Trauma erlebt das Opfer eine Trias aus überflutender Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht. Dies führt zu einer Blockade der Reaktions- sowie eine Überforderung der Anpassungsmöglichkeiten des psychischen Apparats. Typ-I-Traumata sind von kurzer Dauer und treten einmalig auf, wie Naturkatastrophen oder Unfälle. Typ-II-Traumata sind von längerer Dauer und gekennzeichnet durch wiederholtes Auftreten, wie Folter oder sexuelle Gewalt. Nach Kessler und Breslau erleben etwa 40 bis 90 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens ein relevantes Trauma. Ob es dadurch zu Beeinträchtigungen kommt und wie sich diese zeigen, ist individuell sehr unterschiedlich. „Akute Belastungsreaktionen“ entsprechen einer normalen Verarbeitungsreaktion mit Symptomen wie Bewusstseinsengung oder Desorientiertheit. Sie erscheinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei bis drei Tagen zurück. Wegen ihrer Tendenz zur Spontanremission bedarf es in der Regel allenfalls einer Krisenintervention zur

Abklärung von Suizidalität und der Organisation sozialer Unterstützung. „Anpassungsstörungen“ treten innerhalb eines Monats nach belastenden Lebensereignissen auf, umfassen depressive Stimmungen oder Angst und bestehen in der Regel nicht länger als sechs Monate. Je nach Schweregrad sind die Erhöhung der sozialen Unterstützung sowie die Aktivierung von Bewältigungsstrategien des Opfers erforderlich. Vereinzelt besteht die Indikation einer Kurzzeitpsychotherapie. Für Helfer (etwa Rettungssanitäter und Therapeuten) in traumatisierenden Situationen besteht die Gefahr einer sekundären Traumatisierung. Risikofaktoren hierfür sind z. B. lang andauernde Großkatastrophen oder der Tod anderer Katastrophenhelfer. „Posttraumatische Belastungsstörungen“ (PTBS) entstehen als protrahierte Reaktion auf ein Trauma mit einer Latenz von mehreren Wochen, selten mehr als sechs Monaten. Symptome sind z. B. Intrusionen und Vermeidungsverhalten. Die PTBS kann in eine chronische Form münden – „Anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ –, bei der deutliche Veränderungen der Persönlichkeit hinsichtlich der Vertrauensfähigkeit in andere Menschen zu beobachten sind.

Die Therapie einer Traumafolgestörung

Bei der Behandlung kommen traumaadaptierte Methoden psychodynamischer oder behavioraler Therapie sowie EMDR zum Einsatz. Ziele der Therapie sind die Wiederherstellung des Gefühls von Sicherheit und Kontrolle, die Behandlung bestehender Symptome sowie die Integration der traumatischen Erfahrung. Der eigentlichen Traumabearbeitung geht eine traumaspezifische Stabilisierung voran. Wichtig sind hier unter anderem die frühzeitige Anbindung an einen speziell qualifizierten Psychotherapeuten, die Herstellung einer sicheren Umgebung, die Organisation eines Helfersystems und ressourcenorientierte Interventionen. Da sich Intrusionen geirngphysiologisch niederschlagen und damit retraumatisierend wirken, sind deren Kontrolle und das Erkennen ihrer Trigger vorrangiges Ziel der Stabilisierungsphase. In der Traumabearbeitung findet eine möglichst schonende Konfrontation mit den traumatischen Inhalten durch kontrolliertes Wiedererleben der traumatisierenden Situation unter geschützten therapeutischen Bedingungen statt, wobei ein ausschließlich verbales Vorgehen in der Regel nicht ausreicht. Ziel der Therapie ist, die Informationsverarbeitung im Gehirn zu normalisieren. Die traumatischen Erinnerungsfragmente werden zu einer ganzheitlichen Erinnerung zusammengefügt. Dies wird durch das Einbeziehen der Sinnesqualitäten, z. B. durch imaginative Verfahren, unterstützt.

Aus der Praxis

Konkret sind die Anfragen nach traumatherapeutischer Hilfe vielschichtig, hier einige Beispiele aus meiner Praxis:

Der 8-jährige F., dem ein Fingerglied abgetrennt wurde. Danach fand er den ihm gut bekannten Heimweg von der Schule nicht mehr.

Die 15-jährige T., die dabei war, als ihr Vater einen schweren Herzinfarkt erlitt und reanimiert werden musste. Sie hatte danach massive Ängste alleine zu sein.

Die 4-jährige S., die in ihrer Kleinkindzeit schwere Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen erlitten hat. Sie lebt aktuell in einer Pflegefamilie und gilt als „seelisch behindert“.

Der 12-jährige P., der nur um Haaresbreite einer versuchten Entführung entkommen und danach das Haus nicht mehr verlassen konnte.

Der 19-jährige V., der seine Mutter nach einem Suizid mit Tabletten auffand und danach unter schweren Alpträumen litt.

Rasches Handeln ist gefragt

Bei all diesen Anfragen ging es um umgehende und akute Krisenhilfe. Dies ist jedoch aufgrund der in der Regel sehr langen Wartezeiten in einer psychotherapeutischen Praxis nur möglich, wenn der niedergelassene Psychotherapeut ein Zeitkontingent für flexible Akuthilfe bereithält. Der Praxisalltag einer Bestellpraxis erschwert es, kurzfristige, eng beieinanderliegende Termine zu vergeben, um eine engmaschige Anbindung der Patienten zu gewährleisten. Weiterhin behindert das Fehlen einer zentralen Datenbank für Traumatherapie die Suche nach qualifizierter psychotherapeutischer Hilfe. Schnelle Soforthilfe wird zudem durch das häufig langwierige Gutachterverfahren der Krankenkassen erschwert. Bei Ereignissen wie dem Amoklauf in Winnenden mangelt es noch an einer Art Krisendienst, der die Koordination im Notfall übernimmt und alle akut Traumatisierten umgehend einer Soforthilfe durch qualifizierte Betreuung zuführt. Nicht zuletzt übersteigt die hohe Zahl an Traumaopfern häufig die Kapazitäten niedergelassener Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation. So wurden allein 2007 in Baden-Württemberg 1784 Kinder wegen sexuellen Missbrauchs als Opfer in der polizeilichen Kriminalstatistik erfasst.

Ausblick

Zur Sicherstellung einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung der wachsenden Zahl behandlungsbedürftiger Traumafolgestörungen ist die aktuelle Bedarfsplanung an den geänderten Bedarf anzupassen. Rechtzeitig begonnene Therapien können weitreichendere gesundheitsökonomische Konsequenzen späterer chronifizierter, somatischer oder psychiatrischer Symptomatiken ersparen. Es ist auch anzudenken, Traumatherapie als Zusatzqualifikation in die Suchkriterien der Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung aufzunehmen. Es ist zudem erstrebenswert, traumatherapeutische Hilfsangebote weiter zu vernetzen und den Zugang niederschwellig zu gestalten.



Eine tragende Säule der Praxis: Die mitarbeitende Arztfrau

Die Honorarreform 2009 greift tief in das Praxisgeschehen ein. Aufgrund der herrschenden Unsicherheit sind langfristige Planungen unmöglich geworden, keine Investition kann guten Gewissens getätigt werden. Viele Praxen zögern, jetzt Personal einzustellen, Auszubildende haben das Nachsehen. Die Mitarbeit der Arztfrau wird vor diesem Hintergrund wichtiger denn je: Sie trägt wesentlich zum Erhalt der niedergelassenen Kassenarztpraxis bei. Bereits 1992, als der Verband in Tübingen von zwölf engagierten mitarbeitenden Arztfrauen gegründet wurde, brodelte es im Gesundheitssystem. Das Gesundheitsstrukturgesetz unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer war gerade auf den Weg gebracht worden und mit seinem Inkrafttreten 1993 wurde die Weitergabe der Praxen schwieriger.



Dr. rer. nat. Marita Berger
Vorsitzende Verband in der Praxis
mitarbeitender Arztfrauen e.V. (VmA),
Schmittlen

Arztfrauen im Zwiespalt

Die finanzielle Situation hat sich seitdem stetig verschlechtert – und sie belastet nicht nur die Praxis, sondern die gesamte Arztfamilie: Eine durchschnittliche Kassenarztpraxis sollte den Inhaber nebst Familie ernähren und den Kindern ein Studium ermöglichen können – und nicht nur die Betriebskosten decken, wie es heute bereits Fakt ist. In strukturschwachen Gebieten kann dies nie durch Privatklientel oder IGeL-Leistungen aufgefangen werden. Die arbeitende Arztfrau befindet sich hier oft genug in einem Dilemma: Sie drückt die Betriebskosten – dies jedoch oft auf Kosten der eigenen Versorgungssicherheit. Damit einher geht eine extreme Frustration, gepaart mit gravierenden Existenzängsten.

Was emotional wie real stört, ist die leistungsfeindliche Honorierung der Mediziner sowie die negative Darstellung der Ärzte in den Medien und der damit verbundene Image- und Vertrauensverlust. Mitarbeitende Arztfrauen betreiben aber weiterhin mit ihren Partnern Rationierungsmanagement, weil die Patienten die Versorgung brauchen, weil die Arbeit für und mit den Patienten im Vordergrund steht und trotz allem als sehr positiv und bereichernd empfunden wird.

Ein anderes Problem ist die überbordende Bürokratie: Es werden Dokumentationspflichten eingeführt, die im Einzelfall vielleicht sinnvoll, in der Summe aber kaum zu bewältigen sind. In den Hausarzt-, aber auch in den Facharztpraxen hier in Baden-Württemberg etablieren sich Parallelstrukturen, die EDV-technisch den Benutzern sehr viel Geduld abverlangen, abgesehen von den immensen Geräteinvestitionen. Hinzu kommen die verwirrend zu lesenden Informationen des Gesetzgebers und die Ausführungsbestimmungen der Kammern und KVen. Den Praxen jedoch fehlt schlicht die Manpower, alles zu lesen und umzusetzen – auch wenn wir Arztfrauen unser Möglichstes tun, um hier Klarheit zu schaffen und die Praxisinhaber von diesen Tätigkeiten zu entlasten. Hier erinnere ich an die Laborreform vom Oktober 2008, die bis heute nur Zusatzaufwand beschert hat. Ebenfalls Tribut fordern aus der Sicht der Hausarztpraxen Disease-Management-Programme (DMP) und Einzelverträge (zum Beispiel nach § 73b und c SGB V; § 115 SGB V; IV-Verträge). Höhere Fehlerquoten sind da vorprogrammiert.

VMA

Der Verband in der Praxis arbeitender Arztfrauen e. V. (VmA) sieht sich als Forum und politische Interessenvertretung. Er bietet ein umfangreiches Weiterbildungsprogramm zu fachspezifischen und persönlichkeitsbildenden Themen an.

Als Sprachrohr nutzt der VmA neben seinem Internetauftritt (www.arztfrauen.de) das vierteljährlich erscheinende Verbandsorgan „Die Pastille“.

Rabattverträge sorgen für großen Aufklärungsbedarf













Für zusätzliche Umstände sorgen die Arzneimittel-Rabattverträge der Krankenkassen: Der Patient will „sein“ gewohntes rosa Medikament. Jede Veränderung des Designs der Packung, der Größe und der Farbe „seiner“ Tablette stiftet Verwirrung und bedeutet Aufklärungsbedarf für das Personal. Ebenfalls aus unserer Sicht unnötigen Aufwand verursachen die über 120 verschiedenen Impfciffern. Die arbeitende Arztfrau muss solche Folgen einer Regelungswut übergeordneter Stellen mit ausbügeln. EDV-Firmen kommen mit der Umsetzung der Regeln nicht nach und können oft nur fehlerbehaftete Updates ausliefern. Ausbaden müssen es die Praxismitarbeiterinnen, die auf die Information und Unterstützung von Praxisinhaber und arbeitender Arztfrau angewiesen sind.

Wir wünschen uns wieder mehr Routine in der Verwaltung. Denn Routine macht den Kopf frei für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten und offen für Beziehungen, die in der Medizin immens wichtig sind. Wir wünschen uns weniger Bürokratie, denn der überbordende Papierkram belastet nicht nur die Arbeit in der Praxis, sondern auch die Partnerschaft. Wir wünschen uns auch mehr Anerkennung: Als arbeitende Arztfrau stehen wir zwischen den Praxismitarbeiterinnen und dem Arzt, haben qualifizierte Ausbildungen (mehr als 70 Prozent sind Akademikerinnen) und verzichten auf einen Teil der Alterssicherung, tragen aber zugleich die finanzielle Mitverantwortung für ein mittelständisches Unternehmen – und somit das unternehmerische Risiko. Wir stellen uns jederzeit den veränderten Anforderungen des Gesundheitssystems, lernen mit den uns gegebenen Fähigkeiten für den Praxisalltag, aber wir müssen auch den Sinn dahinter sehen.



Prävention

PRÄVENTIONSLEISTUNGEN KV BW 2008

Früherkennung von Krankheiten und Vorsorge	Anzahl der erbrachten Präventionsleistungen	Inanspruchnahme durch die Berechtigten	Arztgruppe, die diese Leistungen überwiegend erbrachte	Leistungsanteil dieser Arztgruppe
bei Kindern (U 3)	76.879	 92%	Kinder- und Jugendärzte	 92%
bei Jugendlichen (J 1)	55.100	 53%	Kinder- und Jugendärzte	 60%
Krebs bei der Frau	1.923.661	 49%	Frauenärzte	 97%
Krebs beim Mann	494.596	 24%	Hausärzte	 66%
Gesundheits-Check	1.283.528	 43%	Hausärzte	 97%
Mutterschaftsvorsorge	87.517	 100%	Frauenärzte	 98%

Knapp 6 Millionen Präventionsleistungen erbracht und über 5 Millionen mal geimpft

Fazit: Trotz Aufklärungskampagnen und Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins werden die Vorsorgekonzepte von den Männern weiterhin nur sehr unzureichend in Anspruch genommen.

Prävention in der hausärztlichen Praxis

Eigentlich, so lautete die politische Devise der letzten und vorletzten Regierungskoalition auf Bundesebene, hätte sich die Prävention in unserem Gesundheitssystem, neben Kuration, Rehabilitation und Pflege, mithilfe eines Präventionsgesetzes zur vierten tragenden Säule entwickeln sollen.



Dr. med. Johannes Probst
Facharzt für Allgemeinmedizin,
St. Georgen

Nun, es ist still geworden in der politischen Szene, und die Prävention in der Praxis existiert weiterhin auf suboptimalem Niveau, ist aber weiterhin förderungswürdig und prinzipiell ausbaufähig. Derzeit vollzieht sich in aller Stille ein großes Pensum an breit angelegter Präventionsarbeit: ohne Gesetz, ohne Ziffernkatalog – und ohne Entgelt. Rein leistungsziffernbezogen ist das Präventionsspektrum der hausärztlichen Praxis durchaus überschaubar. Neben dem Gesundheitscheck sind dies, zumindest theoretisch, die Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Mannes, bei entsprechender Qualifikation auch die der Frau, die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen, das Hautkrebs-Screening sowie die Impfleistungen. Der Gesundheitscheck, in der Regel zweijährlich möglich, umfasst neben der Anamnese einen Ganzkörperstatus, Cholesterin- und Blutzuckermessung sowie einen Urinstatus – ein Spektrum, das für eine echte Präventionsaussage jedenfalls zu schmal ist. Wo bleibt z. B. der Glucosetoleranztest bei Übergewichtigen und genetisch Belasteten, der allein 10 Prozent der latenten Diabetiker entlarvt? Die spontane Inanspruchnahme ist gering, die Förderung der Krankenkassen zwar erwünscht, aber das Verhältnis der Belohnung des Patienten zur Entlohnung des Arztes häufig nicht zufriedenstellend. Der Gesundheitscheck ist mehr als ein Screening: Er ermittelt die Ressourcen, er vermittelt Informationen, er erstellt das Monitoring des Verlaufs und stellt das Ganze in den Kontext der familiären und beruflichen Bedingungen. Einige Krankenkassen haben diesen Wert erkannt und eine jährliche Wiederholung zugelassen, die Mehrzahl allerdings muss davon erst noch überzeugt werden.

Die Vorsorgeuntersuchungen der Kinder

Die in den letzten Jahren ausgebauten Vorsorgeuntersuchungen der Kinder haben (bis auf die J1, die in Baden-Württemberg 2008 zu 40 Prozent bei den Hausärzten wahrgenommen wurde und bei nur 53 Prozent Inanspruchnahme in beiden Berufsgruppen eine unbedingt verbesserungswürdige Akzeptanz benötigt) einen hohen Stellenwert und ausreichende, wenn gleich soziallagenbezogene differente Wahrnehmung. Der Fachverband der Kinderärzte spricht sich derzeit ausdrücklich gegen die Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen durch die Hausärzte aus. Doch eine flächendeckende Präventionsarbeit ohne die Beteiligung der Hausärzte wäre insbesondere im ländlichen Raum gar nicht möglich. Dass hierfür Erfahrungen vorhanden sein oder Fortbildungsnachweise erworben werden müssen, wird auch von hausärztlicher Seite nicht in Abrede gestellt. In der Hand der erfahrenen Haus- und Familienärzte sind diese Vorsorgeuntersuchungen ein wichtiger Baustein und die Kooperation der Allgemein- und Kinderärzte an der Basis hinreichend bis gut und kollegial.

Krebsfrüherkennung in haus- und fachärztlicher Praxis

Der Nutzen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist belegt für das Mammografie-Screening und den Haemocculttest, er ist wahrscheinlich, wenn auch nicht belegt, bei der Früherkennung des Cervixcarcinoms und für die Koloskopie-Früherkennung. Noch unklar ist er bezüglich des Nutzens für den PSA-Test sowie beim Hautkrebs-Screening. Hierbei gilt aber,

dass der persönliche Nutzen des Patienten, auch bezüglich seiner subjektiven Beruhigung, nicht mit den Maßstäben einer wissenschaftlichen Evaluation gemessen werden kann. Ganz davon abgesehen nutzen wir diese Präventionsleistungen auch, um die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung zu festigen, um die Patientenführung zu bessern und für weitere Präventionsleistungen wie Impfungen, Ernährungs- oder Bewegungsfragen. Die ebenfalls verbesserungswürdige Akzeptanz dieser Präventionsleistungen (49 Prozent der Frauen, 24 Prozent der Männer) könnte durch eine systematische Zusammenarbeit der Haus- mit den Fachärzten zweifelsfrei noch verbessert werden.

Vernetzung mit Betrieben, Kindergärten und Schulen gefordert

Prävention wird, auch wegen der anzweifelbaren Kosteneinsparungen, unter Effizienzgesichtspunkten von Politik und Krankenkassen ambivalent diskutiert. Aus der Sicht von Patienten und Ärzten sind die Präventionsleistungen nicht nur unverzichtbar, sondern sogar dringend ausbaubedürftig. Die auf dem Präventionssektor aktiven Ärzte sind Lebensbegleiter ihrer Patienten. In Zeiten einer zunehmenden Diversifizierung des Gesundheitssystems ist diese Rolle der Ärzte ein Stabilisierungsfaktor und für das Vertrauen der Patienten in das System und in die Politik von großer Bedeutung. Das vom Bundesgesundheitsministerium angedachte Präventionsgesetz, das lediglich einen Umverteilungsprozess und einen neuen bürokratischen Moloch (den Präventionsfond) einrichten sollte, scheint nicht mehrheitsfähig.

Grundsätzlich ist die Prävention an der Basis entschieden mehr zu fördern. Die separaten Präventionsaktivitäten der Ärzte in den Sprechzimmern, der Krankenkassen im Marketingkonzept, der Sportvereine, der Berufsgenossenschaften, der Kindergärten und der Schulen erlangt nur dann Nachhaltigkeit, wenn sie in einem Netzwerk, das aufeinander aufbaut und sich gegenseitig verstärkt, eingebunden ist. Dann hat Prävention eine Chance, in der Gesellschaft gelebt zu werden. Hier liegen die größten Ressourcen zur Entwicklung und Förderung ärztlicher Prävention. Wir erwarten von dem Aktionsplan des Sozialministeriums „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ hier einen positiven Einfluss.

Prävention in der Praxis – Kinder- und Jugendärzte in der hausärztlichen Versorgung

Im Zentrum der pädiatrischen Tätigkeit der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg stehen die präventiven Leistungen. Auch im Bewusstsein der Eltern und der gesamten Öffentlichkeit nehmen die Impfungen und die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche einen hervorragenden Platz ein. Seit in den letzten Jahren einige Fälle von extremer Vernachlässigung in den Medien publik gemacht wurden, gab es eine öffentliche Diskussion darüber, wie diese Früherkennungsuntersuchungen für alle Kinder obligatorisch gemacht werden können.



Dr. med. Harro Sauter
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Leinfelden-Echterdingen

Im Land Baden-Württemberg wie auch in anderen Bundesländern hat der Gesetzgeber rasch reagiert – im neuen „Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg“ (Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg) wurden im März 2009 wichtige Grundsätze der Prävention festgelegt:

1. Die Verpflichtung der Eltern – unabhängig von ihrer Krankenversicherung –, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen.
2. Schutz und Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind Ziel aller Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
3. Vernetzung und Zusammenarbeit der Gesundheitsämter mit Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie letztlich auch den Jugendämtern, um Gefährdungen abzuwenden.
4. Die Eltern werden verpflichtet, versäumte Früherkennungsuntersuchungen nachzuholen. Die Prävention in der Praxis besteht aus Primärprävention (d. h. echter Prophylaxe, Krankheitsverhütung im eigentlichen Sinne) und Sekundärprävention im Sinne von Krankheitsfrüherkennung.

Primärprävention:

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen auf dem Gebiet der Medizin. Dabei gelten glücklicherweise bundesweit die Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut), die von den Gesundheitsbehörden der Bundesländer in der Regel übernommen und dann auch von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Die KVBW propagiert die Impfungen in vielfältigen Aussendungen und Kampagnen sowohl unter ihren Mitgliedern, den niedergelassenen Ärzten, als auch in der Öffentlichkeitsarbeit. In den vergangenen Monaten hat hier die relativ neue Schluckimpfung gegen Rotavirusenteritis zu der erfreulichen Entwicklung geführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen diese Impfung nach und nach schon auch vor der (möglicherweise bevorstehenden) Empfehlung durch die STIKO erstatten. Ein weiteres sehr gutes Beispiel für funktionierende Primärprävention sind die großen Erfolge der Kariesprophylaxe durch konsequente Fluoridzufuhr und Zahnpflegemaßnahmen.

Sekundärprävention:

Sie ist der (bisherige) Hauptinhalt der „Früherkennungsuntersuchungen“, durch die die in den Kinder-Richtlinien ausdrücklich aufgezählten Krankheiten früh erkannt werden sollen, um sie einer adäquaten Behandlung zuzuführen. Hier hat die Einführung der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 im Jahr 1998 und der mit ca. drei Jahren (in der Regel mit dem Eintritt in den Kindergarten) durchgeführten U 7a eine deutliche Erweiterung und Verbesserung des Angebots für die Kinder und Jugendliche gebracht. Weitere zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen sind die U 10 und die U 11, deren Konzept 2007/08 vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte erarbeitet wurde.





Beratungsangebot an drängende Themen der Zeit anpassen

Es wäre sehr wünschenswert, wenn der Wettbewerb unter den Kassen gerade in puncto Prävention – wie oben am Beispiel der Rotavirus-Impfung gezeigt – dazu führt, dass auch andere Anliegen und Maßnahmen der Primärprävention in der Betreuung der Kinder- und Jugendlichen zunehmend in den Leistungskatalog aufgenommen und entsprechend honoriert werden. Beispiele sind die „neuen Vorsorgeuntersuchungen“ U 10 und U 11 sowie J2, die mittlerweile von manchen Krankenkassen erstattet werden. Bereits vor mehreren Jahren haben alle pädiatrischen Fachgesellschaften gemeinsame Vorschläge zur Änderung der „Kinder-Richtlinien“ beim gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingereicht, um mehr primärpräventive Anteile und eine andere Frequenz der Untersuchungen, insbesondere nach dem vollendeten 1. Lebensjahr zu erreichen. Die „neuen“ vom BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte) entwickelten Vorsorgeuntersuchungen U 7a – die mittlerweile vom G-BA in einer weniger ausführlichen Version in den kassenärztlichen Leistungskatalog aufgenommen wurde –, U 10, U 11 und J2 zeigen, welche Inhalte in einem geänderten Früherkennungsprogramm enthalten sein sollten. Aus kinder- und jugendärztlicher Sicht sollten die Beratung zur Ernährung, zur Verhütung von Unfällen und Vergiftungen, zum Stellenwert körperlicher Betätigung, zum Medien-Gebrauch und zu den Themen Gewalt, Drogen, Sexualität, Verhütung und Prävention von Krankheitsübertragung ebenso wie die Impfungen als klassische Maßnahmen der Primärprävention obligatorisch mit den Früherkennungsuntersuchungen kombiniert werden.

Zusätzlich zu diesen Neuerungen ist es aber auch dringend nötig, die Ursachen für die Nicht-Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen zu identifizieren und dagegen anzugehen. Grundsätzlich positiv beeinflusst wird die Teilnehmerate durch Kompetenz und Erfahrung der Untersucherin bzw. des Untersuchers und einen von Geburt an klar definierten Vorsorge- und Impf-„Fahrplan“. Evaluation und Qualitätskontrolle ist auch und gerade hier vonnöten. Die sich immer weiter aufsplittende „Vertragslandschaft“ wird sich hier nicht nur positiv auswirken, sodass meines Erachtens die organisatorischen Möglichkeiten und Erfahrungen der KVBW hier weiterhin gefragt sein werden.

Weiterbildungsstellen für Kinderärzte fehlen

Im Blick auf die zukünftige Entwicklung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin zeichnet sich eine ähnlich bedrohliche Entwicklung ab wie in der Allgemeinmedizin: Den 849 in Baden-Württemberg ambulant in der Praxis tätigen Kinder- und Jugendärzten steht nach einer aktuellen Untersuchung von PädNetzS e. G. (Genossenschaft der fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen) eine durch Umwandlung in Fachassistentenstellen in Zukunft immer weiter abnehmende Zahl von Weiterbildungsstellen in Kinderkliniken und Universitäts-Kinderkliniken gegenüber. Damit wird hier wie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung das Angebot von Weiterbildungsstellen in der pädiatrischen Praxis zunehmend wichtiger. Schließlich garantieren die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte die hausärztliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Analog zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist deshalb eine Förderung solcher Weiterbildungsstellen in der kassenärztlichen Praxis in Zukunft dringend erforderlich. Auch dieser Aufgabe widmet sich die KVBW. Es bleibt zu hoffen, dass die Zukunft der Prävention in Baden-Württemberg, vor allem auch die der Primärprävention der sogenannten Zivilisationskrankheiten im Kindes- und Jugendalter, weder durch die sich immer weiter zersplitternden Einzelverträge mit den verschiedenen Krankenkassen, noch durch eine immer weiter schwindende Zahl qualifizierter Kinder- und Jugendärzte infrage gestellt wird.

Prävention in der gynäkologischen Praxis

Die Prävention nimmt mit der Krebsfrüherkennung und der Schwangerschaftsbetreuung einen großen Bereich in der ambulanten frauenärztlichen Tätigkeit ein. Von daher erscheinen wir als Frauenärzte prädestiniert für eine Ausweitung präventiver Angebote für die Frau – in Anbetracht der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung, einer kontinuierlichen Erweiterung des medizinischen Leistungsangebots und der damit verbundenen Kostensteigerungen ein mehr als sinnvoller Ansatz. Das Präventionsgesetz sieht daher die Prävention als besonders förderungswürdig an, ist aber aus politischen Gründen bisher nicht zustande gekommen. Im Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen von 2007 wird jedoch die bisher geringe Bedeutung bzw. das Fehlen von Prävention in der Gesundheitsversorgung besonders hervorgehoben.



Dr. med. Renate Wiesner-Bornstein
Fachärztin für Gynäkologie und
Geburtshilfe, Tamm

Praktische Erfahrungen im Präventionsprojekt

Von 2006 bis 2009 hat sich unsere Partnerschaft mit drei Frauenärztinnen und einer Hebamme deshalb im Rahmen eines Präventionsprojekts unter Einbezug unserer Mitarbeiterinnen umfassend mit unterschiedlichen Bereichen der Prävention auseinandergesetzt. Dabei sind folgende Themen bearbeitet worden:

- Sekundäre Prävention von Krebserkrankungen
- Prävention in der Schwangerschaft
- Primäre Prävention
- Schutzimpfungen
- Metabolisches Syndrom
- Prävention in der Lebensmitte
- Raucherentwöhnung

Im Laufe des Projekts wurden wichtige Arbeitsmaterialien erstellt, mehrere Aktionen und Veranstaltungen für die Patientinnen durchgeführt und die Praxisorganisation bezüglich der Prävention optimiert. Die Kennzahlen, z. B. die Steigerung der Inanspruchnahme von Impfungen und des Umsatzes bei präventiven Leistungen in der Krebsfrüherkennung und Schwangerschaft, sprechen für eine sehr erfolgreiche Arbeit des Projektteams und eine ausgezeichnete Umsetzung der Vorgaben in der Praxis. Außerdem haben wir die Wichtigkeit von Prävention als einer grundsätzlichen Einstellung in der Medizin beim gesamten Praxisteam deutlich machen können. Wir sind damit unserem Praxisleitbild entsprechend dem strategischen Ziel, ein Kompetenzzentrum für ganzheitliche frauenärztliche Behandlung und Prävention aufzubauen, einen großen Schritt nähergekommen.

Wichtige Aspekte unserer Präventionsarbeit

So weit, so gut. Was fiel uns nun besonders leicht in der Umsetzung? Schwangere investieren sehr viel in ihre (heute selten mehr als zwei) Kinder; hier brauchten wir kaum Überzeugungsarbeit für präventive Angebote zu leisten. Auch beim Thema Impfungen liefen wir offene Türen ein, da dieses Teilprojekt in die Zeit der Einführung der HPV-Impfung fiel. Und in ergänzenden Angeboten zur Früherkennung von Krebserkrankungen war es ebenfalls einfach, zielgruppengerecht Patientinnen zu gewinnen. Schwieriger wurde es schon, Frauen mit Kinderwunsch in eine gute gesundheitliche Verfassung zu bringen, um die sogenannte „Fetale Programmierung“ zu vermeiden. Darunter versteht man die intrauterine Prägung späterer Zivilisationskrankheiten wie metabolisches Syndrom und kardiovaskuläre Erkrankungen, u. a. durch Adipositas, Diabetes mellitus, Rauchen und andere ungünstige Bedingungen bei der werdenden Mutter. Hier kommt den Frauenärzten sicher eine besondere Verantwortung zu. Ein gesunder Lebensstil, eine ausgewogene, mediterran orientierte Ernährung und viel Bewegung bilden hier bei jungen wie auch bei älteren Frauen die Bausteine für jede Art von Prävention – primär, sekundär oder tertiär.

Ist der Begriff Prävention überhaupt „attraktiv“ genug?

Mehrfach war diese Frage Bestandteil der Diskussionen in unseren Projektteam-Sitzungen. Wir suchten nach Alternativen, die vielleicht weniger negativ belastet waren, nannten z. B. un-

ser Angebot für die periklimakterische Patientin „Gesundheitsprechstunde“. Frauen in der Lebensmitte schienen uns besonders offen zu sein, etwas für ihre Gesundheit und ihre Fitness zu tun. In Anbetracht einer hohen Lebenserwartung ist dieses Alter zudem der richtige Zeitpunkt, um die Frau im Sinne der primären Prävention dahin zu bringen, die kommenden Jahrzehnte in guter Verfassung erleben zu können. Die ersten Erfahrungen in dieser Altersgruppe sind denn auch vielversprechend.

Trotzdem bleibt die Motivation zu einer Lebensstiländerung bei Patientinnen schwierig. Das Spannungsfeld aktives eigenes Tun contra passives An-sich-geschehen-lassen (durch Zuhilfenahme von Medikamenten, Akupunktur u. Ä.) spielt hier sicher eine wichtige Rolle – nicht ohne Grund wurden genau diese Aspekte in unseren Teamsitzungen sehr emotional und kontrovers diskutiert und genau diese Ambivalenz ließ sich später auch bei den angesprochenen Patientinnen mit Übergewicht und Nikotinabusus feststellen.

Es stellten sich auch folgende Fragen:

- Sollte eine Patientin gegebenenfalls auch finanzielle Mittel einsetzen, um sinnvolle Präventionsangebote wahrzunehmen, die noch nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt werden?
- Ist der Einzelne dafür verantwortlich, dass er gesund bleibt, oder hat die Gesellschaft dafür zu sorgen?
- Soll der in dieser Hinsicht Erfolgreiche belohnt werden oder soll derjenige, der sich ungesund verhält, bestraft werden?

Diese Fragen aufzuwerfen bedeutet zugleich, sie zu beantworten. So gibt es bereits einige Angebote wie das Projekt „Gesund macht Schule“ in Nordrhein oder die Gewährung von Boni bei Wahrnehmung präventiver Angebote. Die Verantwortung des Individuums für die eigene Gesundheit kann jedoch nicht infrage stehen. Dies umfasst auch den sinnvollen Einsatz eigener Mittel, wo die gesetzlichen Einrichtungen nicht mehr alles leisten können.

Last but not least: Werden wir als Ärzte vielleicht eines Tages dafür honoriert, dass unsere Patienten aufgrund unserer präventiven Arbeit gesund und eben nicht krank sind und damit höhere Folgekosten vermieden werden? Dies käme wohl einem Paradigmenwechsel gleich – in der traditionellen chinesischen Medizin ein schon lange bekanntes Prinzip.

Prävention in der urologischen Praxis

Die ambulante Versorgung im Präventivbereich hat ein hohes qualitatives Niveau, trotz aller Reglementierungen der Politik und Priorisierungsdebatten in der Medizin. Die Präventivmedizin dient der rechtzeitigen Erkennung von Erkrankungen und auch der Vermeidung von Folgeschäden durch Anleitung zur Umstellung der Lebensgewohnheiten. Die exzellente Ausbildung und regelmäßige Fortbildung der Kollegen garantiert auch das Einfließen neuester Studienergebnisse in die tägliche Versorgung. Zwar hat nicht alles, was wünschenswert wäre, Eingang in die gesetzliche Versicherung gefunden, aber eine Aufklärung der Patienten und auch die Beratung zu individuellen Gesundheitsleistungen als Ergänzung zur gesetzlichen Vorsorge wird in der Urologie vor allem in der Prävention des Prostatakarzinoms breit eingesetzt.



Dr. med. Simone Maier
Fachärztin für Urologie,
Reutlingen

In der urologischen Praxis werden verschiedene Bereiche der Prävention abgebildet. Zum einen betreiben immer mehr Urologen Männermedizin, die sich mit verschiedenen Risikofaktoren in Bezug auf die Lebenserwartung des Mannes beschäftigen. Tatsächlich sterben Männer im Durchschnitt fast sieben Jahre früher als Frauen. Dies scheint an einer ungünstigeren Ernährung, dem gesellschaftlich akzeptierten Tabak- und Alkoholkonsum und an einem hormonell bedingten oder kulturell erlernten Risikoverhalten des „starken“ Geschlechts zu liegen. Im Gegensatz zu den Wechseljahren der Frau zeigt der Hormonhaushalt des Mannes während des Älterwerdens keine plötzlichen Veränderungen. Dieser Luxus der Beschwerdefreiheit ist andererseits die Achillesferse des Mannes: Denn während sich Frauen rechtzeitig in ärztliche Behandlung begeben und beginnen, Krankheiten vorzubeugen, entziehen sich viele Männern ab 40 der ärztlichen Versorgung. In 41,5 Prozent aller bösartigen Erkrankungen bei den Männern handelt es sich um urologische Tumore, mit steigender Tendenz. Bei den Frauen liegen immer noch 7 Prozent aller bösartigen Erkrankungen im Urogenitaltrakt. Damit behandeln Urologen ca. 25 Prozent aller malignen Erkrankungen bei Männern und Frauen. Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung des Mannes mit einem Anteil von 25,4 Prozent im Jahr 2004. Dies entspricht einer Neuerkrankungsrate von 59 000 Männern pro Jahr. Die Sterblichkeit liegt immerhin bei 10,1 Prozent. Mit der urologischen Vorsorge stehen den Patienten mehrstufige Konzepte zur Verfügung, die neben der Früherkennung auch helfen sollen, eine invasive Diagnostik zu vermeiden.

Männer nutzen Vorsorgekonzepte zu selten

Die Vorsorgeuntersuchung bei Männern ist trotz aller Aufklärungskampagnen ein Stiefkind, da nur ca. 24 Prozent der Männer das Vorsorgeangebot wahrnehmen. Anders als Frauen, die bereits mit Beginn der Pubertät zur gynäkologischen Untersuchung gehen und somit zur Gesundheitsvorsorge erzogen werden, gibt es zu wenig Präventionskonzepte für den jungen Mann, sodass nach der Untersuchung zur Wehrpflicht eine breite Lücke klafft, bis dann mit 35 Jahren der Gesundheitscheck, ab 45 Jahren die urologische Vorsorge und ab 50 Jahren die Darmkrebsvorsorge zur Verfügung stehen. Verbesserungspotenzial besteht aus urologischer Sicht hier in der Prävention bei jüngeren Männern, da Hodentumoren bereits um das 20. Lebensjahr einen Altersgipfel in der Rate der Erkrankung aufweisen und bei rechtzeitiger Erkennung durch die Abtastung der äußeren Genitale und eine Sonografie der Genitalorgane eine Heilungsrate um 98 Prozent besteht, die bei einer fortgeschrittenen Erkrankung auf 85 Prozent absinkt. Ein zweiter Altersgipfel der Erkrankung liegt zu Beginn des vierten Lebensjahrzehnts.

Erst ab einem Alter von 45 Jahren haben Männer jährlich Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane und der Haut. Zu den Untersuchungen gehören neben einer gezielten Anamnese die Begutachtung der Haut und die Tastuntersuchung der Prostata vom Enddarm aus, die Abtastung der äußeren Genitalorgane und der Lymphknoten in der Leiste. Leider sind bei einer

krebsverdächtigen Verhärtung die so gefundenen Karzinome oft schon in einem fortgeschrittenen Stadium. Eine Lösung für dieses Problem bietet der PSA-Wert im Blut.

Reizthema PSA-Messung

Die PSA-Messung ist der Zankapfel zwischen den Gesundheitsökonomien der gesetzlichen Krankenkassen und den urologischen Fachverbänden. Die Diskussion ist erst jetzt wieder aktuell entfacht, da diverse Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen in Bezug auf den Eingang der PSA-Messung in die Prävention kommen. Da die amerikanische Studie durch einen regen Wechsel der Patienten in den zwei untersuchten Kollektiven mit PSA-Messung versus Vorsorge ohne PSA-Messung nicht aussagekräftig ist, werden wohl zukünftig die im New England Journal of Medicine publizierten Ergebnisse der europäischen Studie von Schröder zu Prävention und Sterblichkeit an Prostatakarzinom hoffentlich zunehmend Eingang finden. In dieser Untersuchung an mittlerweile 182 000 Männern aus sieben europäischen Ländern konnte durch die regelmäßige PSA-Messung im Rahmen der Vorsorge eine Senkung der Sterblichkeit an Prostatakrebs um 20 Prozent nachgewiesen werden. Bisher ist nur die Nachbeobachtungszeit mit neun Jahren für eine Aussage zum Prostatakarzinom noch etwas kurz.

Die PSA-Normwerte sind altersabhängig und werden außerdem von der Prostatagröße beeinflusst. So produziert ein Gramm benignes Prostatagewebe ca. 0,3 ng/ml PSA, während ein Gramm Prostatakarzinomgewebe bei ca. 3 ng/ml liegt. Ein hoher PSA-Wert muss aber nicht unbedingt etwas Schlimmes bedeuten. Besonders Entzündungen im Harntrakt können diesen Wert ebenfalls erhöhen. Auf der anderen Seite darf sich kein Mann mit einem PSA im Normbereich in Sicherheit wiegen, da auch hier bereits teilweise sehr aggressive Tumoren vorhanden sein können. Für eine aussagekräftige Diagnose wäre eine regelmäßige jährliche Kontrolle des PSA-Verlaufs wünschenswert. Das zukünftige Ziel in der Urologie ist, eine individualisierte Prävention anzubieten, die dem individuellen Risiko eines Mannes, an einem Prostatakarzinom zu erkranken, angepasst ist. Dieses Risiko berechnet sich aktuell aus dem vorhandenen PSA-Verlauf über die Zeit in Korrelation zum Alter des Mannes und dem Prostatavolumen. Je nach Anstiegsgeschwindigkeit kann eine differenzierte Aussage zum Erkrankungsrisiko getroffen werden. Eine Veränderung des gewöhnlichen PSA-Anstiegs hin zu einem raschen Anstieg deutet eher auf das Entstehen einer bösartigen Veränderung hin.

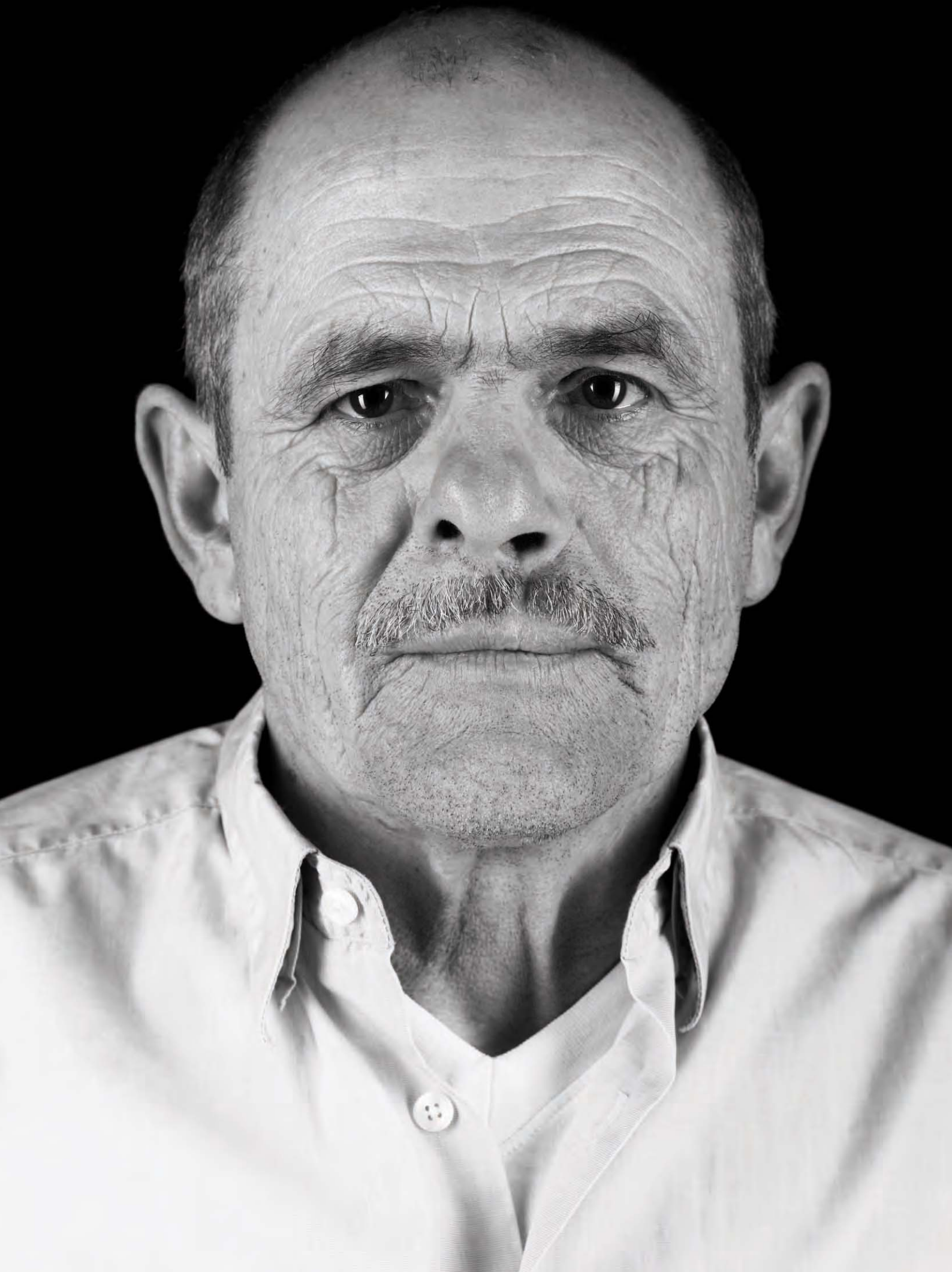
Gesundheitsbewusstsein wecken

Für die Zukunft sehen wir Urologen einen intensiveren Beratungsbedarf der Patienten im Rahmen der Prävention. Das Gesundheitsbewusstsein vor allem der Männer zu wecken und zu formen muss in ärztlicher Hand liegen. Die Aufklärung ist hierbei eine der tragenden Säulen der Vorsorgeuntersuchung. Prävention beinhaltet mehr, als die derzeit gegebenen gesetzlichen Vorgaben implizieren.

ÄRGER

Es gilt, just bei nervösen Leiden,
Aufregung aller Art zu meiden;
Besonders, wie der Doktor rät,
Vorm Schlafengehen, abends spät.
Noch mehr fast, fleht er, gib Dir Müh,
Dich nicht zu ärgern in der Früh.
Und, bitte, ja nicht zu vergessen:
Niemals, vorm, beim und nach dem Essen.
Wer streng zu folgen ihm, bereit,
Hat, sich zu ärgern, kaum mehr Zeit.

Eugen Roth



Entwicklung bei den medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Die Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Baden-Württemberg liegt überwiegend im Bundestrend und lässt sich im Vergleich zu 2008 wie folgt zusammenfassen: Die Anzahl der zu 84 Prozent im städtischen/ großstädtischen Bereich angesiedelten MVZ insgesamt (+ 20 Prozent) und auch die Anzahl der in den MVZ tätigen Ärzte (+ 36 Prozent) steigt kontinuierlich. MVZ firmieren fast ausschließlich in Form der GmbH bzw. GbR. MVZ in Krankenhausträgerschaft (inzwischen 62 Prozent) werden vorrangig als GmbH gegründet.

Die Anzahl der angestellten Ärzte in den MVZ steigt seit Jahren überproportional zur Zahl der in den MVZ tätigen Vertragsärzten (inzwischen 84 Prozent zu: 16 Prozent). Gründer entscheiden sich deutlich weniger dafür, ihr MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten zu betreiben. MVZ, die in der Trägerschaft eines Krankenhauses stehen, arbeiten nahezu ausschließlich mit angestellten Ärzten.

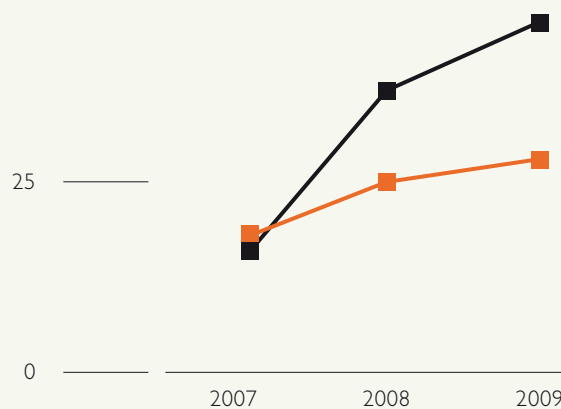
Zwischenzeitlich ist auch bei MVZ unter Vertragsärzten bundesweit ein Trend zur größeren Einheiten erkennbar, denn häufiger als früher wird die GmbH als Gesellschaftsform gewählt und ein kaufmännischer Leiter eingesetzt. Damit kristallisiert sich ein dritter MVZ-Typus heraus: das sich aus Vertragsärzten rekrutierende MVZ, betrieben durch eine Managementgesellschaft, das sich abgrenzt vom MVZ als Variante der Berufsausübungsgemeinschaft.

MVZ

MVZ-GRÜNDER UND -TRÄGER

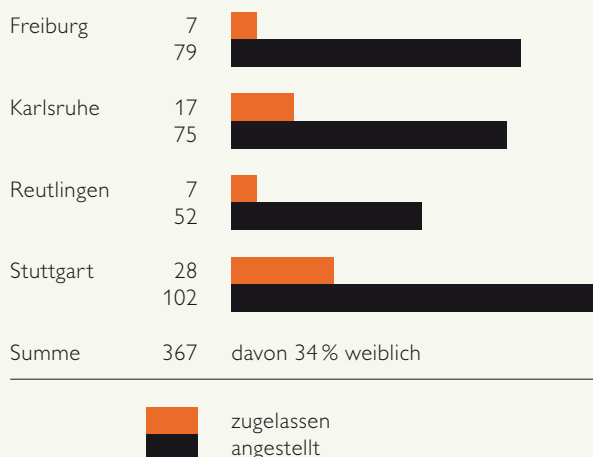
Anzahl 2007 – 2009

	2007	2008	2009
■ Krankenhaus	16	37	46
■ Vertragsärzte	18	25	28



MVZ-TEILNEHMERZAHL

nach Bezirksdirektionen (Regierungsbezirken)



Fazit: Zwei Trendlinien zeigen eine anhaltend überproportionale Entwicklung: die Zahl der Krankenhäuser als Gründer von MVZ und die Zahl der in MVZ tätigen angestellten Ärzte.

Überörtliche Praxisausübung – die Liberalisierung macht's möglich

Noch vor Jahren konnten sich niedergelassene Ärzte nur in Form von weitgehend fachgebietsgleichen Gemeinschaftspraxen unter einem Dach zusammenschließen. Diese – die Berufsausübungsfreiheit begrenzenden – „Klassiker“ gehören spätestens seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztsrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 der Vergangenheit an. Der Gesetzgeber hatte erkannt, dass die bisherigen Sicherstellungsinstrumente zur Behebung von Versorgungsengpässen mittelfristig ergänzt werden müssen, und erschloss im Zuge der Flexibilisierungs- und Liberalisierungsmaßnahmen neue Gestaltungswege in der vertragsärztlichen Versorgung. Konnte bisher eine Gemeinschaftspraxis nur zwischen niedergelassenen Vertragsärzten eingegangen werden, so können nunmehr in einer – die Gemeinschaftspraxis nicht nur begrifflich ablösenden – „Berufsausübungsgemeinschaft“ alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer tätig werden. Es handelt sich dabei um rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und/oder medizinischen Versorgungszentren zur gemeinsamen Ausübung ihrer Tätigkeit unter Beachtung der Grundsätze der freien Arztwahl und des berufsrechtlichen Gebots der Einhaltung der Fachgebietsgrenzen. Gleichzeitig ist es den genannten Akteuren erlaubt, entgegen der bisherigen Verpflichtung zur ausschließlich monolokalen Versorgungspräsenz, auch überörtliche Kooperationen einzugehen. Der dadurch implizierte Leistungstransfer in Versorgungsräume auch außerhalb des eigenen Vertragsarztsitzes gibt im Lichte der Sicherstellungsinteressen Anlass dazu, die verschiedenen Formen bzw. Ausprägungen näher zu beleuchten.

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG)

Mit Genehmigung des Zulassungsausschusses können sich Leistungserbringer im o. g. Sinne mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen. Dies kann nicht nur planungsbereichsübergreifend, sondern sogar über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus geschehen. Die wechselseitige Tätigkeit der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft an den Vertragsarztsitzen der jeweils anderen Mitglieder setzt voraus, dass das jeweilige Mitglied die Versorgungspflicht an seinem Vertragsarztsitz gewährleistet (in Gestalt von mindestens 20 Sprechstunden pro Woche) und die Tätigkeit des Mitglieds am eigenen Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb desselben zeitlich überwiegt.

ÜBAG

VERSORGUNGSSTRUKTUR

fachärztlich	66	■
hausärztlich	18	■
fach- und hausärztlich (d.h. versorgungsbereichsübergreifend)	7	■

ENTFERNUNG

zwischen den am weitesten auseinander liegenden Betriebsstätten

über 50 km	8 % (7)
15 bis 50 km	27 % (25)
im gleichen Einzugsgebiet	65 % (59)



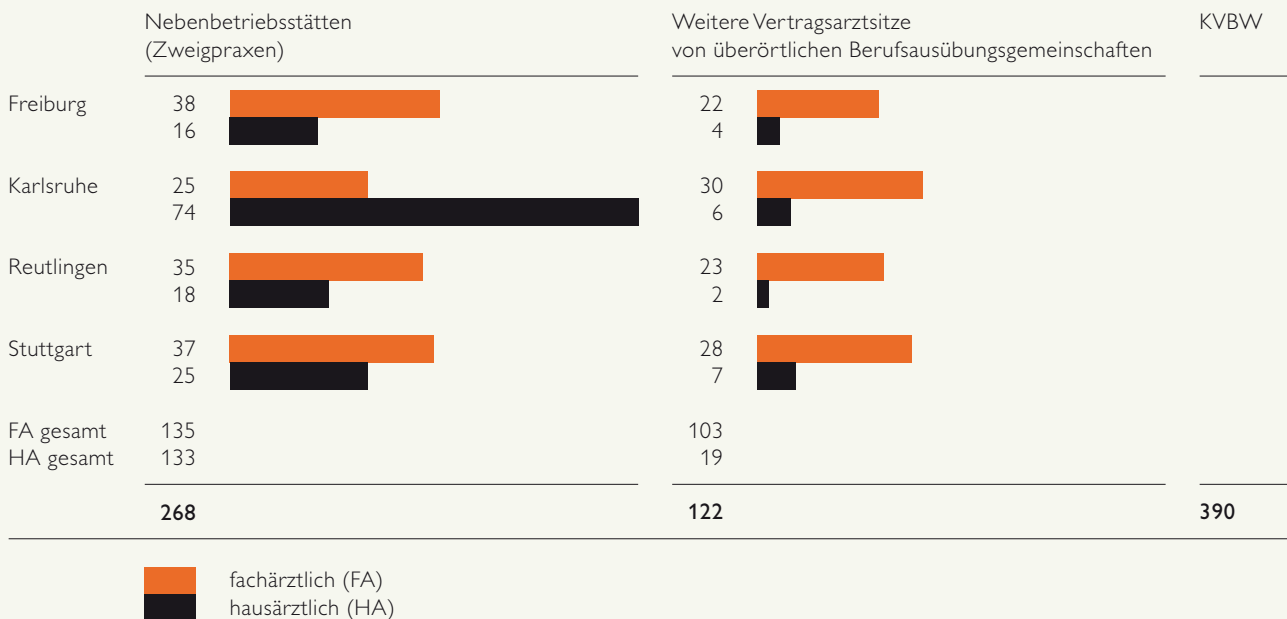
RÄUMLICHE ANSIEDLUNG

innerhalb Baden-Württemberg	84	■
KV-übergreifend in Bayern und Rheinland-Pfalz	7	■
Summe	91	
zugelassene und angestellte Ärzte/PT in ÜBAGs	327	

Fazit: Von den überwiegend fachärztlich dominierten überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften haben sich zwei Drittel im gleichen räumlichen Umfeld/Einzugsgebiet organisiert. Die Zahl der KV-übergreifenden Kooperationen bewegt sich noch im einstelligen Bereich.

ÜBERÖRTLICHE PRAXISAUSÜBUNG

nach Bezirksdirektionen (Regierungsbezirken)



Fazit: Zu den häufig genutzten neuen Möglichkeiten der Niederlassung gehören sowohl die Nebenbetriebsstätten, die der Verbesserung der Versorgung an den weiteren Orten dienen, als auch die Bildung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften mit unterschiedlichen Standorten.

Bei den zu erfüllenden Voraussetzungen sind angestellte Ärzte zu berücksichtigen. Die wechselseitige Leistungserbringung schließt auch die Tätigkeit an Standorten in gesperrten Planungsbereichen ein. Die Akzeptanz und die weitere Entwicklung dieser neuen „Geh-Strukturen“ wird letztendlich durch die Inanspruchnahme der Patienten bestimmt, mithin auch die Nachhaltigkeit einer Angebotsverbesserung in den eher ländlichen Gebieten außerhalb der Städte und Ballungszentren.

Teilberufsausübungsgemeinschaften

Neben den die „Vollversorgung“ bedienenden Berufsausübungsgemeinschaften hat der Gesetzgeber mit dem VÄndG auch überörtliche Gestaltungsvarianten erlaubt. Ziel ist, durch sog. „Teilberufsausübungsgemeinschaften“ die Übernahme spezifischer Behandlungen interdisziplinär organisieren zu können. Kinderarzt und Neurologe können z. B. – parallel zu ihren Einzelpraxen – eine Berufsausübungsgemeinschaft zur Behandlung kinderneurologischer Erkrankungen bilden. Allerdings sind derartige Kooperationsstrukturen nur zulässig, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Behandlung der der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehörenden Ärzte bedürfen. Unter vorstehenden Voraussetzungen hat dieses – auch gesellschaftsrechtlich nicht einfach zu handhabende – Instrument in der neuen Welt der Liberalisierung noch nicht richtig Fuß gefasst.

Nebenbetriebsstätten

Die Nebenbetriebsstätte ersetzt die bisher „bedarfsabhängige Zweigpraxis“. Sie gehört zweifellos zu den „Erfolgsmodellen“ des VÄndG. Diese – auch für medizinische Versorgungszentren geltende – Filialisierungsmöglichkeit bedeutet eine grundsätzliche Abkehr von der bisher geltenden stringenten Residenzpflicht. Das heißt, die Ortsgebundenheit des Arztes wird hier partiell aufgehoben. Die genehmigungspflichtige Nebenbetriebsstätte kann auch planungs- und KV-bereichsübergreifend beantragt werden. Voraussetzung ist, dass sie die Versorgung der Versicherten am Ort der projektierten Filiale verbessert und zugleich die Versorgung von Patienten am Sitz der Hauptpraxis nicht beeinträchtigt wird. Eine zahlenmäßige Beschränkung der Filialbetriebe ist zwar nicht vorgesehen, doch auch hier gilt die Prämisse, dass die Tätigkeit am Sitz der Hauptpraxis alle anderen Tätigkeiten außerhalb derselben zeitlich insgesamt überwiegen muss.

Mit den Nebenbetriebsstätten können nicht nur regionale Allokationsprobleme im Interesse einer wohnortnahen Versorgung gelöst werden. Vielmehr kommt ihnen im Blick auf den sich abzeichnenden Ärzte-/Nachwuchsmangel eine besondere Bedeutung insoweit zu, als dadurch nicht wieder zu besetzende Arztsitze kompensiert werden (können). Die Liste der Beispiele, in denen benachbarte Praxen hinterlassene Versorgungslücken durch ein – wenn auch im Regelfall reduziertes – Sprechstundenangebot vor Ort haben schließen können, wird zunehmend länger.

Der halbe Versorgungsauftrag

Mit dem am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurden die gesundheitspoliti-schen Weichen für die Liberalisierung und Flexibilisierung der (vertrags-)ärztlichen Berufsausübung neu gestellt. Um mehr Gestaltungsfreiheit zu erlauben und um Beruf und Familie bes- ser vereinbaren zu können, ermöglicht es dieses Gesetz, einen vollzeitlichen Versorgungsauftrag zu halbieren. Der Arzt er- hält in diesem Fall eine sog. „Teilzulassung“ mit einem auf die Hälfte beschränkten Versorgungsauftrag, wobei zwischen zwei Umsetzungsoptionen zu unterscheiden ist. Einerseits kann der Arzt gleich bei der Niederlassung von vornherein seine Zulas- sung auf die Hälfte des vollen – die Sprechstundenpflicht auf mindestens zehn Wochenstunden reduzierenden – Versor- gungsauftrags beschränken. Andererseits ist es möglich, dass ein Arzt seinen vollen Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte beschränkt. In einem nicht gesperrten Planungsbereich kann der Arzt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag beantragen. In gesperrten Planungsbereichen hingegen ist die Umwandlung bzw. Rückführung in eine „Vollzulassung“ ausgeschlossen.

Gesetzgeber justiert im gesperrten Planungsbereich nach

Bei der nachträglichen Beschränkung auf einen hälftigen Ver- sorgungsauftrag steht in nicht gesperrten Planungsbereichen die frei werdende Hälfte für eine bedarfsplanungskonforme Zulassung bzw. Anstellung zur Verfügung. In gesperrten Pla- nungsbereichen führte dieser Sachverhalt noch bis Ende 2008 ausnahmslos zur Abschmelzung der Überversorgung, der halbe Versorgungsauftrag fiel also ersatzlos weg. Erst mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organi- sationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zum 1. Januar 2009 hat der Gesetzgeber die Verkehrsfähigkeit konstatiert und damit klargestellt, dass es sich bei einer freiwilligen Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag um einen (Teil-)Verzicht handelt und des- halb eine Nachbesetzung dieser „Teilzulassung“ möglich ist. Die Ärzte, die nur (noch) einen halben Versorgungsauftrag ausfüllen, haben somit die Möglichkeit, die ungenutzte Hälfte der Zulassung an jemanden abzutreten, der sie versorgung- wirksam auszufüllen und damit die Versorgungsrealität im Lichte der Bedarfsplanung (wieder) richtig abzubilden vermag.

Grenzen zwischen Sektoren werden durchlässiger

Die Einführung des hälftigen Versorgungsauftrags hat weitere Gestaltungsoptionen eröffnet: Jetzt wird die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit der Tätigkeit des Vertragsarztes als kompatibel angesehen. Das galt bisher unter dem Aspekt der Interessen- und Pflichtenkol- lision noch als unvereinbar. Durch den Abbau dieser – für eine sektorenübergreifende Tätigkeit bisher unüberwindbaren – Hindernisse hat der Gesetzgeber deutlich seine Bestrebungen

für eine engere Verzahnung zwischen stationärer und ambu- lanter Versorgung unterstrichen. Dabei haben für ihn die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) quasi als Portal zur stationären Versorgung eine besondere Nahtstellenfunktion. Die gesetzlich angebahnte enge Verzahnung durch Trägeriden- tität (Krankenhaus-MVZ) ermöglicht es nun dem Träger, die personellen Ressourcen sowohl im Krankenhaus als auch via Teilzeitanstellung im MVZ optimal einzusetzen.

Weniger kann mehr sein

Diese neue Gestaltungsmöglichkeit einer sektorenübergreifen- den Verzahnung durch ein und denselben Leistungserbringer ist jedoch kein nur als Einbahnstraße angelegter Weg. So ist es dem niedergelassenen Vertragsarzt einerseits erlaubt, neben seiner ambulanten Tätigkeit ein Beschäftigungsverhältnis von bis zu 13 Wochenstunden im stationären Bereich nachzugehen (natürlich unter Berücksichtigung der ihm aus dem vollen Versorgungsauftrag obliegenden Präsenzpflicht). Andererseits kann er durch die Beschränkung auf einen hälftigen Versor- gungsauftrag noch mehr Gestaltungspotenzial für eine gedeih- liche Symbiose von Praxis- und Krankenhaustätigkeit generie- ren. In diesem Sinne sind bereits die ersten Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich über die Halbierung ihrer dortigen Versorgungspräsenz sektorenübergreifend unterwegs in der Absicht: Weniger kann mehr sein.

HALBE VERSORGUNGSaufTRÄGE

	Genehmigt	davon Neuzu- lassungen
Allgemeinmedizin	8	3
Anästhesiologie	5	
Augenheilkunde	1	
Chirurgie	2	
Humangenetik, Labor, Pathologie	7	4
Innere Medizin	3	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2	2
Nervenheilkunde, Neurologie	2	
Psychiatrie und Psychotherapie	2	
Orthopädie, Reha-Medizin	2	2
Radiologische Diagnostik	1	
Psychotherapeutische Medizin	8	1
Psychologische Psychotherapie	6	
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie	2	

Fazit: Die freiwillige Beschränkung der vertragsärztlichen Tätigkeit auf einen halben Versorgungsauftrag hat erst an Bedeutung gewonnen, seit ab 2009 die frei werdende Zulas- sungshälfte an einen anderen Arzt abgetreten werden kann (auch für die in Jobsharing-Gemeinschaft Tätigen).

Das Tal der optimierten Versorgung

Im Kinzigtal, im Schwarzwald zwischen Offenburg und Freudenstadt/Triberg gelegen, werden im Gesundheitswesen neue Wege beschritten. Im Rahmen des Modells der Integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ haben es sich Ärzte und andere Partner in der Gesundheitsversorgung vor Ort zur Aufgabe gemacht, durch die Optimierung der Versorgung heute den Gesundheitsnutzen der Bevölkerung zu erhöhen und damit die Kosten von morgen zu reduzieren. Erste Ergebnisse zeigen, dass dies möglich ist.



Marcus Auel
Vorstands-
vorsitzender
Medizinisches
Qualitätsnetz
Ärzteinitiative
Kinzigtal e.V.,
Hausach



**Helmut
Hildebrandt**
Geschäftsführer
Gesundes
Kinzigtal GmbH
und Vorstand
OptiMedis AG,
Hamburg/Haslach



**Dr. med.
Manfred Richter-
Reichhelm**
Aufsichtsrats-
vorsitzender
OptiMedis AG,
Berlin/Bornholm

Die Partner

Partner des Projekts sind zum einen das Ärztenetzwerk „Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V.“ (MQNK e. V.), ein seit über 17 Jahren bestehendes Ärztenetz aus ca. 45 Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten und Klinikärzten, und zum anderen die OptiMedis AG, eine Management- und Beteiligungsgesellschaft mit gesundheitswissenschaftlichem Hintergrund. An der für die Vertragsabwicklung gegründeten Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH sind die Netzärzte über den e. V. mit 66,6 Prozent und die OptiMedis AG mit 33,4 Prozent beteiligt.

Zunächst mit der AOK Baden-Württemberg, Ende 2006 auch noch mit der LKK Baden-Württemberg, wurde ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V geschlossen. Der langfristig (über neun Jahre) angelegte Vertrag sieht vor, dass die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ investiert, leistet und die Erträge aus ihrem Erfolg erhält. Die Erträge resultieren aus Einsparungen bei den Versorgungskosten, die nach einem festen Schlüssel zwischen den Kassen und der GmbH aufgeteilt werden.

Intensives Gesundheitsmanagement

Folgende Überlegungen haben die Kooperationspartner in diesem Interventionsmodell zusammengeführt: Die zunehmende Prävalenz chronischer und lebensstilbezogener Erkrankungen erfordert ein intensiveres Präventions- und Gesundheitsmanagement auf der lokalen Ebene. Dazu gehört die aktive Beteiligung der niedergelassenen Ärzte und Therapeuten, aber auch der anderen Leistungserbringer sowie die der Patienten selbst. Das wirtschaftliche Interesse der Managementgesellschaft muss dabei so ausgerichtet sein, dass sie im Verbund mit den Primärbehandlern ein maßgebliches Interesse an Prävention hat, da nur der produzierte Gesundheitsnutzen vergütet wird. Für die Berechnung dieses Gesundheitsnutzens muss ein stabiles Referenzsystem über eine hinreichend lange Zeit vereinbart sein, damit die Gesellschaft nachhaltig investiert und die Leistungserbringer ihre Arbeitsweise und Ablaufroutine darauf ausrichten können.

Die Ärzte und Psychotherapeuten entwickeln in ihren Praxen eine bessere Gesundheitsversorgung in Gemeinschaft mit der Managementgesellschaft, anderen medizinischen Leistungspartnern und den Krankenkassen. Für ihren zusätzlichen Zeitaufwand werden die Leistungserbringer durch die GmbH außerbudgetär vergütet. Damit wird ein höheres Zeitkontingent für die Belange der Patienten erreicht sowie die Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien unterstützt. Über 80 Prozent der Praxen haben ein einheitliches Praxisverwaltungssystem, sind über eine Internetverbindung miteinander vernetzt und können so auch mit angeschlossenen Krankenhäusern kommunizieren.

Eine Qualitätssicherung und die Vermeidung von Fehlentwicklungen sind dabei durch mehrere Mechanismen und Institutionen gegeben. Neben der Kombination von Managementwissen und ärztlichem Wissen gibt es die laufende Abstimmung mit den Krankenkassen. Zudem wird über eine

Million Euro in die Evaluation des Projekts über die gesamte Laufzeit hinweg investiert. Die Koordination dafür übernimmt eine eigens dafür geschaffene Stelle an der Medizinsoziologischen Abteilung der Universität Freiburg (www.ekiv.org).

Der Patient selbst nimmt am Projekt „Gesundes Kinzigtal“ teil, indem er sich bei seinem „Arzt des Vertrauens“ einschreibt und dann kostenlose Vorteile wie die Ermittlung des persönlichen Gesundheitsrisikos, einen großen Check-up mit anschließender Zielvereinbarung und die Teilnahme an speziellen Gesundheitsprogrammen nutzen kann. Die freie Arztwahl bleibt gewährleistet. Derzeit haben sich knapp 6000 Personen eingeschrieben (Stand: 1. September 2009).

Erste Ergebnisse

Die Ergebnisse der ersten zwei Jahre zeigen, dass Gesundes Kinzigtal sein Ziel erreicht hat und das Verhältnis der Einnahmen zu den Ausgaben (= Deckungsbeitrag) aller AOK-Versicherten im Kinzigtal (also auch der bei denen nicht interveniert worden war) im zweiten Halbjahr 2007 um 3,38 Prozent positiver gehalten werden konnte als vor dem Beginn der Intervention. Damit haben die Kasse und die Managementgesellschaft allein im 2. Halbjahr 2007 ein Delta von 930.535 Euro erzielt. Noch entscheidender fiel für 2007 die Verbesserung gegenüber der umgebenden Region mit 5,14 Prozent aus. Erwartet waren in dem vom Aufbau geprägten Jahr 2007 wesentlich geringere Zahlen. Erklären können sie sich jedoch aus dem Effekt, dass anfangs insbesondere die chronisch krankeren Patienten eingeschrieben worden sind, denen die präventiven Maßnahmen schneller zugute kommen.

Schon jetzt lässt sich sagen, dass die Kollegen im Kinzigtal eine Reihe von Erfolgen im Versorgungsmanagement insbesondere durch die Verknüpfung mit den Gesundheits- und Sportangeboten in den örtlichen Vereinen, aber auch z. B. im Bereich der Herzinsuffizienz, der Raucherentwöhnung und der Osteoporose verbuchen können. Interessante Werte lieferte eine erste Analyse der Daten des Arzneimittelmanagements, die eine geringere Multimedikationsquote und eine höhere Generikaquote belegen. Mithilfe der Auswertungen der Folgejahre und der wissenschaftlichen Begleitung werden sich die Detailentwicklungen genauer darstellen lassen.

Jahresbericht 2008 unter www.gesundes-kinzigtal.de

ARZTFRAUEN

Die Doktorsfrau ist übel dran:
Der sonst gewissenhafte Mann
Versäumt an ihr just seine Pflicht –
Und „freie Arztwahl“ hat sie nicht.

Eugen Roth



Ein langer Weg zum Vertragsarzt

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Sorge um den ärztlichen Nachwuchs können sich die Verantwortlichen einem Blick auf die diesen Berufsweg säumenden Rahmenbedingungen kaum verschließen. Die sog. „Schwundquote“ bei den Absolventen im Fach Humanmedizin gegenüber einer gleich bleibenden Zahl von Studienanfängern (inzwischen kommen über 40 Prozent der Studierenden nicht in der ärztlichen Versorgung an) und die systembedingten Planungsunsicherheiten erfordern eine strukturelle Weichenstellung mit dem Ziel, attraktivere Rahmenbedingungen für die Niederlassung zu schaffen.

Im Lichte dieser gemeinschaftlich zu lösenden Aufgabe kommt der Frage, wie man Hausarzt oder Facharzt wird, neben den formalen Erfordernissen noch eine andere Bedeutung zu.

TEILNAHME AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG



Aus- und Weiterbildung legen das Fundament

Nach erfolgreichem Abschluss des sechsjährigen Medizinstudiums berechtigt die ausgehändigte Approbationsurkunde zwar dazu, den Beruf des „Arztes“ auszuüben (z. B. bei der Behandlung von Privatpatienten), jedoch noch nicht zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung als niedergelassener Vertragsarzt (früher „Kassenarzt“ genannt). Hierfür bedarf es zusätzlich noch der abgeschlossenen allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Facharztausbildung. Die Gesamtdauer liegt nach der auf dem Kammerrecht basierenden Weiterbildungsordnung bei fünf bis sechs Jahren. Daraus folgt eine Mindestvorlaufzeit für die Niederlassung als Vertragsarzt von insgesamt elf Jahren, ohne den einzuplanenden Zeitbedarf für die etwaige Promotion. Beabsichtigt der Arzt im Zuge der angestrebten Niederlassung eine weitergehende Spezialisierung in einem Schwerpunkt (z. B. Kardiologie/Innere Medizin) oder in einer Zusatzweiterbildung (z. B. Allergologie), verlängert sich die Weiterbildungszeit entsprechend.

Nur unter Prämissen – bedarfsorientiert und qualitätsgesichert

Hat der Arzt alle o. g. Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Eintragung im Arztregister der KV. Über die Zulassung entscheidet dann der Zulassungsausschuss. Prinzipiell hat der Arzt Anspruch auf Zulassung für den Ort seiner Wahl, sofern der maßgebliche Planungsbereich nicht für sein Fachgebiet (Arztgruppe) von Zulassungsbeschränkungen betroffen ist. Ander-

falls wäre der Antrag abzulehnen, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen für eine „Sonderbedarfszulassung“ vor. Weitere gesetzliche Ausnahmeregelungen erlauben in gesperrten Planungsbereichen die Zulassung auch bei Praxisnachfolge im Zuge eines Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens. Ähnliches gilt beim Angebot von Belegbetten durch einen Krankenhausträger. Als weitere Ausnahme kommt die Jobsharing-Gemeinschaft mit einem bereits niedergelassenen „Seniorpartner“ in Betracht. Auch die Tätigkeit in immer mehr an Bedeutung gewinnenden kooperativen Versorgungsstrukturen, wie z. B. in der örtlichen bzw. überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, muss der Zulassungsausschuss genehmigen. Zu den dem Arzt aus der – die KV-Mitgliedschaft begründenden – Zulassung obliegenden Pflichten gehört u. a. auch die Residenz- und Präsenzpflicht, einschließlich der Pflicht zur Teilnahme am Notfalldienst. Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einem richtlinienbasierten Qualifikationsvorbehalt unterliegen (zwischenzeitlich müssen für ca. 50 dieser Leistungen Nachweise über die fachlichen, apparativen und/oder sonstigen Voraussetzungen geführt werden), dürfen erst nach entsprechender KV-Genehmigung erbracht und abgerechnet werden. Kurzum: Der Weg zum Vertragsarzt ist lang und die Tätigkeit mit vielen zusätzlichen Pflichten verbunden, doch das kommt den Patienten als „Endverbraucher“ einer qualitätsgesicherten Medizin sehr zugute.

Das Programm Verbundweiterbildung^{plus} – ein erfolgreiches Modell gegen den hausärztlichen Nachwuchsmangel

Mit dem Ziel, die Bedingungen der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten und damit verstärkt Nachwuchs zu gewinnen, wurde im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg das Programm Verbundweiterbildung^{plus} initiiert.

Dieses Programm sieht die Bildung regionaler Verbünde aus Kliniken, niedergelassenen Hausärzten und dem Kompetenzzentrum als „kooperierenden Weiterbildungsstätten“ vor. Auf diese Weise kann dem allgemeinmedizinischen Nachwuchs eine strukturierte, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Weiterbildung mit Anbindung an die universitären Strukturen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin angeboten werden.



**Prof. Dr. med. Dipl. Soz.
Joachim Szecsenyi**
Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin
Baden-Württemberg,
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Heidelberg

Neben der Etablierung und Koordinierung regionaler Weiterbildungsrotationen bietet das Programm Verbundweiterbildung^{plus} ein übergeordnetes Schulungsprogramm, die Möglichkeit der Vernetzung mit anderen allgemeinmedizinischen Ärzten in Weiterbildung (persönlich und webbasiert) sowie ein Mentoring an. Von zehn zusätzlichen fortbildungsfreien Tagen pro Jahr, die den Ärzten in Weiterbildung im Konsens mit den regionalen Verbundpartnern gewährt werden, sind sechs Tage für das übergeordnete Schulungsprogramm und vier Tage für den Besuch nationaler und internationaler fachspezifischer Kongresse vorgesehen. Mit diesen Maßnahmen soll neben verbesserten Rahmenbedingungen eine nachhaltige Identitätsstiftung, eine Aufhebung der kollegialen Isolation und damit insgesamt eine Steigerung der Attraktivität der Weiterbildung Allgemeinmedizin erreicht werden.

Aktueller Stand des Programms

Bis September 2009 konnten bereits 16 regionale Weiterbildungsverbände in ganz Baden-Württemberg initiiert werden. Darüber hinaus laufen Gespräche mit weiteren interessierten Kliniken. Eine Website informiert unter www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de detailliert zum Programm und zu den einzelnen Verbänden. Über 25 junge Ärzte konnten bislang in das Programm eingeschleust werden und haben ihre Weiterbildung in einem der regionalen Verbände aufgenommen. Im Juli 2009 fand die „Kick-off“-Veranstaltung für das übergeordnete Schulungsprogramm statt, an der 22 Ärzte in Weiterbildung teilnahmen (1. Kohorte). Die erste Veranstaltung stieß auf sehr gute Resonanz bei den Teilnehmern. Neben der inhaltlichen Bereicherung durch die Vorträge sahen die Teilnehmer insbesondere die Möglichkeit der Vernetzung als großen Gewinn dieser Veranstaltung. Es ist geplant, Anfang 2010 eine weitere Kohorte starten zu lassen, um dem steigenden Bedarf gerecht zu werden. Außerdem ist ein Qualifizierungsprogramm für weiterbildungsbefugte Lehrpraxen in Vorbereitung, das die niedergelassenen Ärzte bei den spezifischen Aufgaben als Weiterbilder unterstützen soll.

Um die verschiedenen Perspektiven und Positionen, die mit dem Bereich der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin verknüpft sind, in das Programm einzubeziehen, wird ein Beirat eingerichtet, in dem Vertreter aus Kammer, KV, Kassen, Krankenhausgesellschaft, Ministerien und Gemeindetag vertreten sind.

Ermöglicht wurde das Programm durch Fördermittel vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin. Darüber hinaus erhält das Programm seit 2009 zusätzlich Mittel vom Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg. Diese Förderung beinhaltet eine Schwerpunktsetzung auf den ländlichen Raum. In diesem Rahmen wird eine kommunale Verankerung der regionalen Verbände angestrebt mit dem Ziel, die Nachhaltigkeit des Projekts zu sichern. Diese Verankerung soll durch eine Kooperation mit den jeweiligen Gemeinden der Verbände bzw. regionalen Unternehmen erreicht werden.



Erfolge zeichnen sich ab

Insgesamt erweist sich das Programm Verbundweiterbildung^{plus} als eine erfolgreiche Strategie gegen den Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin. Maßgebliche Erfolgsfaktoren sind neben einer strukturierten Rotationsplanung das übergeordnete Schulungsprogramm, die Möglichkeit zur kollegialen Vernetzung und die Anbindung an die universitären Strukturen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin. Mit diesen Elementen, so scheint es, werden Veränderungsprozesse innerhalb der jungen Ärztegeneration aufgegriffen und wesentliche Barrieren, die einem Weg in die Hausarztmedizin entgegenstehen, abgebaut.

Basel II – Hindernis oder Chance bei der Praxisgründung

Verfolgt man die Presse, scheint „Basel II“ verantwortlich für alle Verschlechterungen zu sein, die den Kreditnehmern durch eine geänderte Kreditvergabepraxis der Banken angeblich drohen. Diese Einschätzung hält sich hartnäckig, ist aber nicht gerechtfertigt. Denn es können viele Heilberufsangehörige von den aus Basel II resultierenden Erleichterungen profitieren. Wie viel Absicherung für einen Kredit erforderlich ist, regelt die Basel-II-Richtlinie. Danach ist ein Kredit nicht mehr pauschal mit 8 Prozent Eigenkapital zu unterlegen. Das erforderliche Eigenkapital hängt vielmehr maßgeblich von der individuellen Ausfallwahrscheinlichkeit des einzelnen Kreditnehmers und der Höhe des Verlusts im Falle eines Ausfalls ab. Dieser ist wesentlich determiniert durch die Besicherung eines Kredits.



Hartmut Paland
Direktor der Filiale Stuttgart,
Deutsche Apotheker- und Ärztebank



Oliver C. Lange
Abteilungsleiter Vertrieb Privatkunden
Produktmanagement,
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Mit Basel II werden die Kreditsicherheiten also bei der erforderlichen Eigenkapitalunterlegung eines Kredits berücksichtigt. Die große Herausforderung besteht aus Sicht der Banken darin, das individuelle Risiko eines Kreditnehmers – also Ausfallwahrscheinlichkeit und Höhe des Verlusts bei Ausfall – „richtig“ einzuschätzen.

Was bedeutet Basel II für Heilberufsangehörige?

In den meisten Fällen werden die freiberuflich tätigen Heilberufler den „kleinen Unternehmen“ oder „Privatkunden“ (Kreditanspruchnahme bis zu einer Million Euro) zugeordnet. Basel II ermöglicht den Kreditinstituten zwei Möglichkeiten zur Ermittlung der erforderlichen Eigenkapitalunterlegung. Gemäß Standardansatz ist ein Einzelrating des Kreditnehmers nicht erforderlich, für die Kredite sind pauschal acht Prozent Eigenkapital vorzuhalten. Wird hingegen der sogenannte „Interne Ratingansatz“ verwendet, basiert die Ermittlung des erforderlichen Eigenkapitals auf der Bonitätsanalyse des einzelnen Kreditnehmers und der Einschätzung der Verlusthöhe bei einem Ausfall. Die hieraus resultierende erforderliche Eigenkapitalunterlegung des gesamten Kreditportfolios der Bank kann bei diesem Verfahren von 1,6 Prozent bis zu 12 Prozent reichen. Bei der Bonitätsanalyse werden betriebswirtschaftliche Aspekte (Einkommen, Umsatz, Vermögensverhältnisse) und qualitative Aspekte (Kontoführung, persönliche Lebenssituation) bewertet. Im Ergebnis liefert dieses Rating eine Einschätzung über die Fähigkeit des Kreditnehmers, seine Verbindlichkeiten in Zukunft vollständig und pünktlich zurückzuzahlen. Darauf basierend wird die Ausfallwahrscheinlichkeit des Kreditnehmers ermittelt. Die Einschätzung der Verlusthöhe bei einem möglichen Ausfall ist im Wesentlichen determiniert durch die Werthaltigkeit der für den jeweiligen Kredit eingesetzten Sicherheiten. Kreditnehmer mit guter Bonität und/oder werthaltigen Sicherheiten profitieren also eindeutig von diesem Ansatz der Basel-II-Richtlinie.

Eingehende Beratung erforderlich

Heilberufsangehörige erfüllen in der Regel diese Anforderungen, daher hat sich die Deutsche Apotheker- und Ärztebank für den „Internen Ratingansatz“ entschieden. Dieser ist aus Sicht der Bank zwar aufwendiger als der Standardansatz, weil Verfahren und Systeme einzusetzen sind, um aus dem Rating eines Kunden das erforderliche Eigenkapital ableiten zu können. Letztlich profitieren aber Bank und Kunde: Die Bank kann ihr Kreditrisiko besser abschätzen und steuern, der Kunde erhält seiner Bonität angemessene Kreditkonditionen. Um diese Vorteile nutzen zu können, sollten Kreditnehmer den Informationsfluss und die Transparenz durch Gespräche mit dem Kundenberater erhöhen und ihre Kreditwürdigkeit (Einkommens- und Vermögenssituation, Sicherheiten etc.) dokumentieren. Sämtliche Kreditentscheidungsprozesse der apoBank sind genau auf die Informationsanforderungen des Internen Ratingansatzes ausgerichtet. Ein strukturierter Datenaufbereitungsprozess hilft den Kreditnehmern, die erforderlichen Informationen bereitzustellen. Schritt für Schritt führen die Kundenberater der apoBank den Existenzgründer bzw. Kreditnehmer somit an „Basel II“ heran.

Neue Anforderungen an die Existenzgründung für Ärzte

Neben „Basel II“ sind aber insbesondere die gravierenden strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen in Deutschland bei der Entscheidung für eine Existenzgründung zu berücksichtigen. Die Flexibilisierung und Liberalisierung der heilberuflichen Tätigkeit zum Beispiel durch das „Vertragsarztrechtsänderungsgesetz“ in Verbindung mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geben die generelle Richtung vor. Die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor verschwimmen immer stärker. Der Trend zur Angestelltentätigkeit sowie die Förderung kooperativer Versorgungsformen werden das Berufsbild der niedergelassenen Heilberufsangehörigen längerfristig prägen. So nimmt der Anteil der Einzelpraxisneugründungen seit den letzten Jahren kontinuierlich ab, während fachgleiche und fachübergreifende Praxisgründungsformen (z. B. Filialpraxen, Facharztzentren, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ) zunehmend attraktiver werden. Hieraus bieten sich für den Arzt vielfältige Chancen in der Berufsausübung, die jedoch besondere Anforderungen an ein Existenzgründungsfinanzierungskonzept stellen. Die Entwicklung innovativer und individuell zugeschnittener Lösungen sind angesichts der veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bei der Existenzgründung immer häufiger der entscheidende Erfolgsfaktor.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass Basel II im Gegensatz zur breiten öffentlichen Meinung gerade für die Heilberufe positive Auswirkungen hat und insbesondere im Zusammenspiel mit den strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen vielseitige Chancen für die heilberufliche Existenzgründung bietet. Aufgrund der Vielzahl der Einflussfaktoren sollten Ärzte hinsichtlich der Entwicklung eines Finanzierungskonzeptes mit einem auf die besonderen Anforderungen des Heilberufemarktes spezialisierten Finanzierungspartner zusammenarbeiten.

ZUM TROST

Leicht sieht ein jeder, der nicht blind,
Wie krank wir, trotz der Ärzte sind.
Doch nie wird man die Frage klären,
Wie krank wir ohne Ärzte wären.

Eugen Roth



AOK: Erste Erfahrung mit Selektivverträgen

Die Neuordnung der ärztlichen Vergütungsstrukturen ab 2009 hat insbesondere in Baden-Württemberg zu erheblicher Verunsicherung und Unruhe in der Ärzteschaft geführt. Obwohl die Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei dieser Neuordnung berücksichtigt wurden und die Auswirkungen der Honorarreform noch nicht bekannt waren, haben zahlreiche Protestveranstaltungen und Praxisschließungen der Ärzteschaft leider allzu oft die Versorgungssituation unserer Versicherten beeinträchtigt. Eine politisch gewollte bundesweite Angleichung der Arzthonorare muss andererseits zwangsläufig eine Nivellierung der Vergütung auf einem bundesweiten Durchschnitt bedeuten. Dass dies in Baden-Württemberg bei der Ärzteschaft auf Unmut stößt, ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, aber dem politischen Willen zur Umsetzung einer bundeseinheitlichen Honorarreform geschuldet.

Mittel sollen gerechter verteilt werden

2008 wurden die bisher höchsten Gesamtvergütungszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bezahlt. Aktuell zeigen die ersten real vorliegenden Abrechnungszahlen für das 1. Quartal 2009, dass das gute und hohe Honorarniveau in Baden-Württemberg weitgehend beibehalten werden konnte. Wir erwarten daher im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine gute, gleichbleibende Versorgung für unsere Versicherten.

Auch der jetzt vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses für das Jahr 2010 bringt nochmals einen deutlichen Honorarzuwachs für die Vertragsärzte. Hier kommt es zu einer deutlichen Steigerung der Arzthonorare um geschätzt bis zu 4 Prozent. Insofern erwarten wir, dass dies zu einer Beruhigung und Versachlichung der Situation beitragen wird. Zentral wesentlich ist dabei nicht eine ständige Ausweitung der Vergütung, sondern die Frage, wie die zur Verfügung stehenden Mittel versorgungsgerechter zu verteilen sind.

Der Selektivvertrag: eine weitere Säule im Versorgungswettbewerb

Der vom Gesetzgeber geforderte Wettbewerb hat zu einer Vielzahl von Selektivverträgen geführt. Hierbei kann man sehen, dass ein Vertragswettbewerb durchaus Bewegung in die bisher starren Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung bringen kann. In diesem Zusammenhang hat die AOK Baden-Württemberg als bundesweit erste Krankenkasse 2008 die Chance ergriffen und mit dem AOK-Hausarztprogramm (HZV) nach § 73b SGB V zusammen mit MEDI und dem Hausärzterverband eine weitere Säule im Versorgungswettbewerb etabliert. Für eingeschriebene Versicherte der AOK Baden-Württemberg haben wir die Sicherstellung in der hausärztlichen Versorgung ab dem 4. Quartal 2008 vollumfänglich übernommen. Die HZV ist darauf angelegt, die Rolle des Hausarztes in der Versorgung langfristig zu stärken und damit die Versorgung über die gesamte Versorgungskette zu optimieren. Hierfür wird den teilnehmenden Ärzten eine gute und angemessene Vergütung von der AOK Baden-Württemberg bezahlt. Nur durch eine verlässliche, qualitativ hochstehende hausärztliche Versorgung sind wir auf Dauer in der Lage, die medizinischen Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft – gerade auch in ländlichen Regionen – zu meistern.

Die HZV wird von den Ärzten und den Versicherten sehr gut angenommen. Bis heute haben bei anhaltend steigenden Teilnehmerzahlen landesweit mehr als 3.300 Hausärzte und über 740.000 Versicherte ihre Teilnahme erklärt.

Der nächste Schritt zur interdisziplinären Versorgungsoptimierung sind Verträge zur fachärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V. Der erste Vertrag wurde am 10.12.2009 für die kardiologische Versorgung geschlossen. Die gastroenterologische Versorgung wird folgen. Wir rechnen für die Zukunft mit einer weiteren Pluralisierung der vertraglichen Beziehungen in der ambulanten Versorgung. Der politisch gewollte Wettbewerb soll in Baden-Württemberg gelebt werden.

Gemeinsames Statement von BKK Landesverband Baden-Württemberg, IKK Baden-Württemberg und Hessen, Knappschaft – Regionaldirektion München, Verband der Ersatzkassen Baden-Württemberg (vdek)

Mit einem fundierten Faktenpapier (Stand Juni 2008) haben die BKK Landesverband Baden-Württemberg, die IKK Baden-Württemberg und Hessen, die Knappschaft – Regionaldirektion München sowie der Verband der Ersatzkassen, Landesvertretung Baden-Württemberg, sowohl die Versorgungssituation als auch die Honorardebatte der Ärzte in Baden-Württemberg mit Experten nicht emotional, sondern sachlich analysiert und näher beleuchtet. Die genannten Kassenarten haben in Baden-Württemberg einen Versichertenanteil von fast 60 Prozent. Im Ergebnis verfügt Baden-Württemberg nach wie vor über eine gute vertragsärztliche Versorgung. Es besteht aktuell keine Unterversorgung, vielmehr sind regional erhebliche Überversorgungen festzustellen. Daher ist in Baden-Württemberg auch in den nächsten Jahren kein Ärztemangel zu erwarten. Nachdem die Gesamtvergütung 2009 in Höhe von 3,7 Milliarden Euro nahezu identisch mit der Gesamtvergütung 2008 ist, sind Honorarverluste eher in der Verteilungsproblematik innerhalb der Ärzteschaft als in zu geringen Zahlungen seitens der Krankenkassen zu suchen.

Konstruktive Zusammenarbeit mit der KVBW

Die Zusammenarbeit mit der KV Baden-Württemberg ist von einer konstruktiven und zielführenden Zusammenarbeit sowohl auf Fachebene als auch auf Vorstandsebene geprägt. Im Mittelpunkt unseres gemeinsamen Interesses stehen die uns anvertrauten Versicherten. Für die Zukunft werden wir die Versorgungsforschung und Versorgungsangebote für eine älter werdende Gesellschaft forcieren. Nach wie vor fehlen im Gesundheitswesen vielfach Erkenntnisse über den Nutzen medizinischer Leistungen. Daher muss künftig mit Unterstützung praxisnaher und methodisch hochwertiger Versorgungsforschung evaluiert werden, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung nachhaltig verbessern.

„Alternde“ Gesellschaft benötigt Veränderung des Versorgungsspektrums

Die demografische Entwicklung wird häufig als eine der Hauptursachen für den Anstieg der Gesundheitsausgaben gesehen. Die kurz- und mittelfristige Kostenentwicklung wird dabei deutlich überschätzt. Eine „alternde“ Gesellschaft benötigt allerdings eine Veränderung des Versorgungsspektrums, da mehr altersassoziierte Erkrankungen (z. B. Hypertonie und Diabetes) sowie mehr chronisch-degenerative Erkrankungen (wie etwa Demenz und Parkinson) eine stärker geriatrisch ausgerichtete Versorgung erfordern. Daher müssen rechtzeitig neue Versorgungskonzepte entwickelt und die Versorgungsstrukturen angepasst werden. Hierzu sind seitens der Versorgungsforschung ebenfalls Erkenntnisse und Vorschläge zu erarbeiten. Dies gilt auch bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal. Hier sollte eine Schwerpunktsetzung für eine altersgerechte medizinische Versorgung erfolgen.

GKV sichert hochwertige medizinische Versorgung

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung sichert allen Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht, individuellem Krankheitsrisiko und den finanziellen Möglichkeiten eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung im Krankheitsfall. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet bleibt, muss das bestehende System gesellschaftliche Veränderungen antizipieren. Der demografische Wandel bewirkt, dass sich die Versorgungsnotwendigkeiten bei der Bevölkerung verändern werden. Dies muss jetzt und in der Zukunft bei den Veränderungsprozessen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Der auf Solidarität basierende umfassende Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein entscheidender Standortfaktor und Garant für die Stabilität der Gesellschaft. Wir treten für eine gerechte und nachhaltige Finanzierung, mehr Wettbewerb sowie eine bessere Versorgung der uns anvertrauten Versicherten ein.

Statement der LKK Baden-Württemberg

Das Jahr 2009 war geprägt von der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung und ihren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung. Während andere Bundesländer – politisch gewollt – deutliche Honorarzuwächse verzeichnen konnten, war in Baden-Württemberg als einzigem Bundesland ein Rückgang der Vergütungen zu beklagen. Hinzu kamen Honorarverschiebungen innerhalb der Ärzteschaft, was zu massiven Protesten einzelner Arztgruppen führte. Wenngleich die Unzufriedenheit und der Unmut teils nachvollziehbar waren, so rechtfertigte dies aus Sicht der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) nicht, dass der Honorarstreit mancherorts auf dem Rücken der Patienten ausgegossen wurde.

Um die ärztliche Versorgung zu gewährleisten, haben Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung einen sogenannten „Rettungsschirmvertrag“ geschlossen. Dieser sieht vor, dass kein Arzt weniger als 95 Prozent seines Honorars aus 2008 erhalten soll, vorausgesetzt, der Umfang seiner Tätigkeit entspricht auch dem des Vorjahres. Mit dieser Vereinbarung haben die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg ihre Handlungsfähigkeit bewiesen und zu einer schnellen Problemschärfung beigetragen.

Ländlicher Raum im Fokus

Die Vertragspartner werden auch künftig alle Anstrengungen unternehmen müssen, um die Versorgung mit ortsnaher medizinischer Dienstleistung nachhaltig sicherzustellen. Die LKK wird ihr Hauptaugenmerk auf den ländlichen Raum richten, auch wenn dort momentan noch keine strukturelle Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung gegeben ist. Nach wie vor weisen die meisten Planungsbereiche Baden-Württembergs einen sehr hohen Versorgungsgrad im Hinblick auf die ärztlichen Leistungen aus.

Erste Zeichen der Veränderung sind jedoch nicht zu übersehen. So konnten in ländlich geprägten Regionen vereinzelt Arztsitze nicht wiederbesetzt oder Nachfolger erst nach einer wiederholten Ausschreibung gefunden werden. Die dort traditionell niedrigere ärztliche Versorgungsdichte droht weiter abzusinken, wenn es nicht gelingt, die hausärztliche Versorgung – zu angemessenen Vergütungen – zu sichern oder nach Möglichkeit zu verbessern. Die LKK Baden-Württemberg hegt allerdings wenig Hoffnung, dass die Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in der derzeitigen Ausgestaltung dem negativen Trend in ländlichen Regionen entscheidend entgegenwirken können.

Daneben bedarf es sicherlich noch weiterer Anreize und attraktiverer Rahmenbedingungen, um junge Ärzte für eine Tätigkeit im ländlichen Raum zu gewinnen, trotz hoher Wegezeiten für Hausbesuche und der erwarteten zeitlich hohen Verfügbarkeit quasi rund um die Uhr. Diesem Aspekt kommt insbesondere im Hinblick auf die Demografie, der stark anwachsenden Zahl älterer Menschen mit altersbedingten Einschränkungen, ein hoher Stellenwert zu. Die vom Kabinettsausschuss „Ländlicher Raum“ beschlossenen Modellprojekte wie z. B. „Landarztpraxis“, „Landarzttaxi“ oder telemedizinische Projekte sind ein erster guter Ansatz. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg wird diese Projekte aktiv begleiten und im Rahmen ihrer Möglichkeiten dazu beitragen, dass auch in Zukunft eine medizinisch hohe Versorgungsqualität im ländlichen Raum gewährleistet ist.

Differenzierte Betrachtung der Planungsbereiche geboten

Geradezu paradox wäre es jedoch, wenn sich die für überversorgte Gebiete vorgesehenen Abschläge bei der Vergütung negativ auch auf die ländlichen Versorgungsstrukturen auswirken würden. Baden-Württemberg gilt auf der Grundlage der vom Gesetzgeber festgeschriebenen Bedarfsplanung als ausreichend und gut mit Ärzten und Psychotherapeuten versorgt oder gar als überversorgt. Wenn nämlich die Überversorgung in den einzelnen Planungsbereichen ausschließlich auf eine Konzentration der Ärzte in den Städten zurückzuführen und der ländliche Teil des Planungsbereichs eigentlich unterversorgt ist, stellt sich die Frage, ob hier nicht eine differenzierte Betrachtung und Abgrenzung der Planungsbereiche geboten ist, um eine nicht gerechtfertigte Absenkung der Vergütungen in ländlichen Teilen zu vermeiden. Die LKK hofft auch hier auf die erfolgreiche Partnerschaft mit der KVBW.

Verzeichnis der Grafiken und Tabellen

- 7 Demografischer Wandel in Baden-Württemberg
- 11 Versorgungsdichte nach Bezirksdirektionen (Regierungsbezirken)
- 11 Versorgungsstruktur
- 12 Arztdichte in den Stadt- und Landkreisen
- 13 Altersstruktur nach Fachgruppen
- 13 Altersstruktur im Vergleich Land – Bund
- 14 Altersverteilung Hausärzte
- 14 Altersstruktur und Frauenanteil in der vertragsärztlichen Versorgung
- 15 Altersstruktur: Anteil der Hausärzte 60 Jahre und älter in den Stadt- und Landkreisen
- 16 Altersstruktur: Hausärzte nach Stadt-/Landkreisen und Altersklassen
- 17 Entwicklung Arztzahlen bei Haus- und Fachärzten
- 17 Entwicklung der Teilnahmestruktur 2007–2009
- 18 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen
- 19 Investitionen in die Förderung und Weiterbildung Allgemeinmedizin
- 25 Versorgungsgrad Hausärzte
- 32 Psychotherapeutische Versorgung
- 33 Versorgungsgrad Psychotherapeuten
- 55 Methadon-Substitution: Anzahl Ärzte/Anzahl Patienten in den Stadt-/Landkreisen
- 64 Präventionsleistungen KVBW 2008
- 76 MVZ-Gründer und-Träger: Anzahl 2007–2009
- 76 MVZ-Teilnehmerzahl nach Bezirksdirektionen (Regierungsbezirken)
- 77 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG): Versorgungsstruktur, Entfernung, räumliche Ansiedlung
- 78 Überörtliche Praxisausübung nach Bezirksdirektionen (Regierungsbezirken)
- 79 Halbe Versorgungsaufträge
- 85 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- 87 Verbundweiterbildung^{plus}

Eid des Hippokrates

„Ich schwöre und rufe Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygeia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde.

Ich werde den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich meinen Eltern achten, ihn an meinem Unterricht teilnehmen lassen, ihm wenn er in Not gerät, von dem Meinigen abgeben, seine Nachkommen gleich meinen Brüdern halten und sie diese Kunst lehren, wenn sie sie zu lernen verlangen, ohne Entgelt und Vertrag. Und ich werde an Vorschriften, Vorlesungen und aller übrigen Unterweisung meine Söhne und die meines Lehrers und die vertraglich verpflichteten und nach der ärztlichen Sitte vereidigten Schüler teilnehmen lassen, sonst aber niemanden.

Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.

Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben.

Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die dieses Handwerk ausüben.

In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgange mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.

Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst voranzukommen, indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und breche, so geschehe mir das Gegenteil.“

(um 400 v. Chr.)

Genfer Gelöbnis

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich:

mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Dies alles verspreche ich feierlich frei und auf meine Ehre.“

(1948, Weltärztebund)

IMPRESSUM

**Versorgungsbericht 2009
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
Dina Stahn

Mitwirkung

Ernst-Otto Weber

Gestaltung

fpm factor product münchen

Fotografie

Denis Pernath (S. 9, 21, 23, 31/l., 35, 41,
43, 47, 51, 57, 59, 63, 68, 75, 83, 91)

Zusätzliches Bildmaterial

iStockphoto (S. 6, 24, 27, 28,
31/r., 37/l., 39, 67)
Tourist Information St. Märgen (S. 37/r.)

Erscheinungstermin

Februar 2010

Auflage

4000

Wenn nicht anders angegeben, stammen die verwendeten Daten und Zahlen von der KVBW (Stand: Juni 2009)

Die Zitate auf den Seiten 8, 20, 34, 42, 50, 62, 74, 82 und 90 stammen aus „Das Eugen Roth Buch“, Carl Hanser Verlag, München 1966

Anmerkung

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

**Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg**

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 07 11 / 78 75-0
Telefax 07 11 / 78 75-3274

www.kvbawue.de

Alles Gute.

