

# Versorgungsbericht 2010

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg



Alles Gute.

**KVBW** 

# Inhalt

■	Vorwort .....	2
■	Grußwort .....	4
■	Editorial .....	6
■	Statement AOK zur ärztlichen Versorgung. ....	14
■	Statement der LKK zum Ärztemangel. ....	18
■	Gemeinsames Statement der BKK Landesverband Baden-Württemberg, der IKK classic, der Knappschaft – Regionaldirektion München und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg. ....	20
■	Ärztemangel zentrales Thema für den Beratenden Fachausschuss Fachärzte. ....	22
■	Bericht aus dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie. ....	24
■	Handlungsfelder hausärztlicher Versorgung in Baden-Württemberg. ....	30
■	Ambulante Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg. ....	36
■	Eine Einrichtung der KVBW: Die Notfallpraxis Karlsruhe. ....	44
■	Auf ärztliche Initiative: Die Notfallpraxis Rastatt. ....	46
■	Ambulante Versorgung von pflegebedürftigen Kindern. ....	52
■	„Mein MVZ“. ....	58
■	Ambulante Diabetesbetreuung türkischer Patienten. ....	62
■	Junger Arzt, Niederlassung – trotz allem. ....	64
■	Engagiert in der Ausbildung. ....	66
■	Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. ....	70
■	Wo der Arzt jeden Patienten persönlich kennt. ....	74
■	Übernahme einer Landarztpraxis. ....	78
■	Neue Wege der Vernetzung bei Kinder- und Jugendärzten. ....	80
■	Qu@linet. ....	84
■	Ein Meilenstein: Der ADHS-Vertrag in Baden-Württemberg. ....	90
■	Teuer, aber effizient: Humangenetik. ....	94
■	Die Arztpraxis als Wirtschaftsfaktor und Jobmotor in der Gesundheitswirtschaft. ....	98
■	Alles Gute und danke für den Fisch. Ärztliche Versorgung von Binnenschiffern. ....	102
■	Geburtshilfe und Belegungshaftungsproblematik. ....	106
■	Palliativmedizin im Aufbruch. ....	108

# Vorwort

Es ist in der Zwischenzeit bereits Tradition geworden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ihren Versorgungsbericht veröffentlicht. Die Zeit dafür könnte kaum passender sein. Denn in der öffentlichen Diskussion ist die Gewährleistung der wohnortnahen ambulanten ärztlichen wie psychotherapeutischen Versorgung zu einem der Top-Themen in der Gesundheitspolitik geworden. Bemerkenswert ist, wie sich die Zeiten ändern: Es ist noch nicht lange her, da wurde intensiv darüber nachgedacht, wie der „Ärztenschwemme“ begegnet werden könnte. Und heute vergeht kaum ein Tag, an dem die KVBW nicht von Bürgermeistern, Landräten oder Landtagsabgeordneten angesprochen wird, die sich Sorgen um ihren Arztsitz vor Ort machen. Die Sorge ist begründet, merken wir doch heute bereits, dass es für die Kolleginnen und Kollegen immer schwerer wird, für ihre Arztpraxis einen Nachfolger zu finden – von akzeptablen Konditionen für die Übergabe einer Praxis ganz zu schweigen. Dies trifft übrigens keineswegs nur den ländlichen, sondern auch den städtischen Raum. Die KV steht hier mitten im Geschehen, der Sicherstellungsauftrag, den das Gesetz den KVEn zur Aufgabe gemacht hat, ist so aktuell wie nie zuvor.

*Herr Dr. Hoffmann-Goldmayer für den Versorgungsbericht 2010  
der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*



Jeder, der sich mit dem Thema beschäftigt, merkt sehr schnell, dass es ausgesprochen vielschichtig ist. Mit einfachen Lösungen ist hier nichts zu gewinnen. Dies ist sehr deutlich geworden bei einer Veranstaltung, die die KVBW im Oktober 2010 in der Landesvertretung Baden-Württembergs in Berlin durchgeführt hat. Eine Vielzahl von Experten aus der Politik, der Ärzteschaft, den Kommunen und den Krankenkassen haben über Lösungsmöglichkeiten diskutiert und unterschiedliche Wege aufgezeigt. Dabei ist einmal mehr deutlich geworden, dass es eine ganze Reihe von Ansätzen gibt. Klar hat sich aber auch herausgestellt, dass die Probleme vor Ort teilweise sehr unterschiedlich sind. Dies bedeutet, dass es wichtig ist, dass die Beteiligten einen Entscheidungsspielraum haben und nicht von zentraler Seite pauschale Lösungen vorgegeben werden, die dann für alle gelten. Wenn es schon innerhalb Baden-Württembergs Unterschiede gibt, die unterschiedliche Ansätze erfordern, dann gilt das über ganz Deutschland gesehen umso mehr. Klar ist darüber hinaus geworden, dass die Zahl der Beteiligten deutlich steigt und keine andere Institution in der Lage ist, die ganzen Prozesse durchzuführen und zu moderieren, als die KV. Natürlich hat sich auch die Politik dieses Themas angenommen. Das Bundesgesundheitsministerium hat für das kommende Jahr ein Versorgungsgesetz angekündigt. Zu hoffen bleibt hier nur, dass das Prozedere von der Bedarfsplanung bis zur Zulassung nicht nur enorm komplizierter wird, sondern die Maßnahmen dazu führen, dass sich wieder mehr Ärztinnen und Ärzte niederlassen.

Dieser Versorgungsbericht zeigt ein weiteres Mal, wie vielschichtig die Versorgung im Land ist. Erneut haben die Leistungserbringer in den Praxen in ihren Beiträgen die unterschiedlichsten Formen der Versorgung angesprochen. Bemerkenswert ist, dass zum ersten Mal ein Beitrag eines Bürgermeisters enthalten ist, der zeigt, wie wichtig die Initiative vor Ort ist, damit eine Arztpraxis nachbesetzt werden konnte. Gerade hier zeigt sich, wie sehr der Arzt vor Ort zum wichtigen Infrastrukturfaktor geworden ist! Der Beitrag von Staatssekretär Ernst Burgbacher aus dem Bundeswirtschaftsministerium macht deutlich, welchen Beitrag die ambulante Versorgung für die Wirtschaftskraft unseres Landes leistet. ■

# Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch der diesjährige Versorgungsbericht ist kein trockenes und langweiliges Zahlenwerk, sondern eine höchst interessante Wissensquelle zur derzeitigen Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg, die dem Leser in einer sehr ansprechenden Weise präsentiert wird.

Statistische Daten über die Arztdichte oder die Altersstruktur von Vertragsärzten sowie die von praxiserfahrenen Autoren gewährten Einblicke in die vielschichtige Realität der ambulanten ärztlichen Versorgung im Lande sind mehr denn je gefragt, um in der politischen Debatte über die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung seriös argumentieren zu können. In der Tat hat diese Debatte seit der Veröffentlichung des letzten Versorgungsberichts an landespolitischer Bedeutung gewonnen. Obwohl die Zahlen der Bedarfsplanung für Baden-Württemberg weiterhin eine ausreichende Versorgung mit Haus- und Fachärzten ausweisen, wird die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zum Teil als unzureichend wahrgenommen. Dort wird es auch zunehmend schwieriger, Praxisnachfolger für niedergelassene Ärzte zu finden. Vereinzelt kommt es vor, dass der Nachfolger die nächstgelegene Stadt als seinen Praxissitz wählt und dadurch für nicht mobile Patienten die Wege unzumutbar lang erscheinen. Im Ergebnis haben wir somit ein zunehmendes Stadt-Land-Gefälle, jedoch keinen generellen Ärztemangel.

Diese lokalen Versorgungsengpässe finden große mediale und kommunalpolitische Resonanz und führen bei der Bevölkerung der betroffenen Gebiete zu der Befürchtung, künftig nicht mehr ausreichend versorgt zu sein. Hinzu kommt, dass sich die in Baden-Württemberg derzeit grundsätzlich stabile Situation langfristig durch die demographische und gesellschaftliche Entwicklung verschärfen kann. So führt auch der an sich erfreuliche Umstand, dass immer mehr Frauen den Arztberuf wählen, dazu, dass Versorgungsstrukturen, die auf den in Vollzeit freiberuflich tätigen männlichen „Landarzt“ zugeschnitten sind, überdacht werden müssen.

Alle Verantwortlichen im Land haben die Aufgabe, bereits jetzt die richtigen Weichen zu stellen, damit sich für die Bevölkerung im ländlichen Raum die ambulante ärztliche Versorgung nicht verschlechtert, wenn die Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung eines Arztsitzes mit einem hohen Durchschnittsalter noch praktizierender Ärzte zusammenfallen.

*Frau Ministerin für den Versorgungsbericht 2010  
der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*



Die Landesregierung plant daher im Rahmen eines Aktionsprogramms, die flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung nachhaltig zu sichern. Neben bundes- sowie landespolitischen Lösungsansätzen sollen auch mit einem Förderprogramm besonders drängende Probleme im Land zielgerichtet angegangen werden. Ein Patentrezept zur Lösung der Probleme kann es allerdings nicht geben. Dazu sind die Ursachen zu vielschichtig. Es vermischen sich gesellschaftliche Entwicklungen – wie etwa Fragen der Demographie, der Mobilität und des langsamen Verschwindens der Infrastruktur in dünn besiedelten Räumen – mit der Organisation und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ich bin davon überzeugt, dass es der Selbstverwaltung dank ihrer Nähe zu den Menschen, die sich in unserem komplexen Gesundheitssystem als Patienten und Leistungserbringer bewegen, gelingen wird, innovative Ansätze zur nachhaltigen Sicherung der Versorgung zu entwickeln. Mir ist jedoch bewusst, dass die Selbstverwaltung hierzu die Unterstützung der Bundes- und Landespolitik braucht. Hier denke ich beispielsweise an eine Reform der Bedarfsplanung. Es wäre aber vermessen zu glauben, dass über den Sicherstellungsauftrag auch gesamtgesellschaftliche Probleme, wie etwa die mangelnde Attraktivität bestimmter ländlicher Regionen, gelöst werden können.

Alle Verantwortlichen im Lande, die Selbstverwaltung, die Kommunen und auch das Land selbst, müssen sich in einer konzertierten Aktion um die richtigen Weichenstellungen bemühen, um die flächendeckende Versorgung in Baden-Württemberg dauerhaft zu sichern.

Ich danke all diejenigen, die an der Entstehung des diesjährigen Versorgungsberichts mitgewirkt haben. Ich hoffe, dass der Bericht einen wertvollen Beitrag zur politischen Diskussion aktueller Fragestellungen leisten wird.

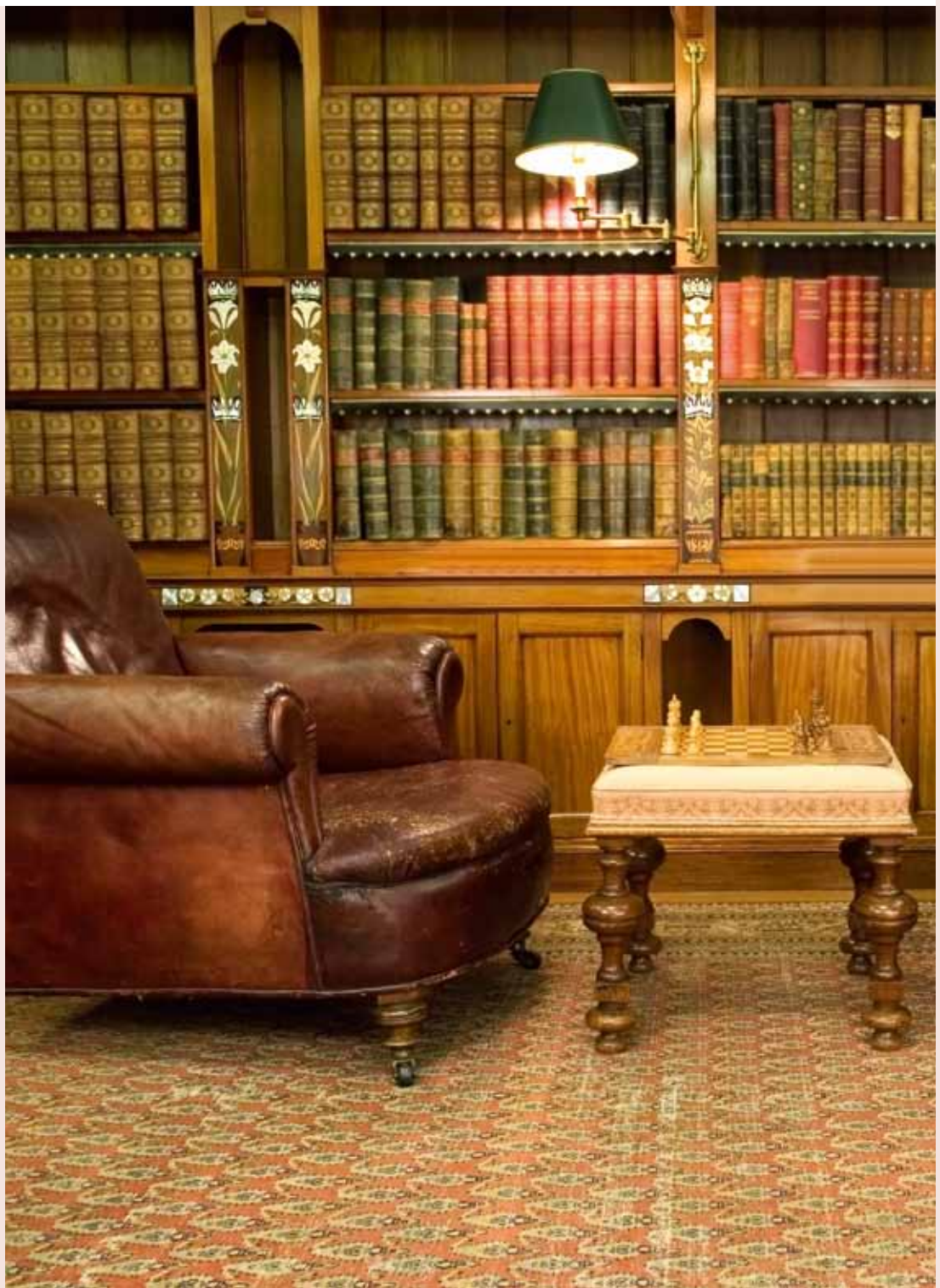
Ihre

A handwritten signature in black ink that reads "Monika Stolz". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Dr. med. Monika Stolz MdL  
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,  
Familien und Senioren des Landes Baden-Württemberg



# Editorial





*Dr. med. Gisela Dahl für den Versorgungsbericht 2010  
der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*



Wer heutzutage in Deutschland krank wird, kann auf die Versorgung in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt vertrauen. Das dieses System auch teuer ist, kann man jeden Tag lesen oder hören. Chronisch Kranke und Schwerkranke finden dieses akzeptabel, wenn man mit (noch) Gesunden diskutiert, wird dies oft in Frage gestellt. Andererseits hat bereits Arthur Schopenhauer befunden: „Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Neunzehntel unseres Glücks beruhen allein auf der Gesundheit. Mit ihr wird alles eine Quelle des Genusses.“ Die Bevölkerung ist mit der Gesundheitsversorgung jedenfalls auch durchaus zufrieden und verteilt mehrheitlich gute Noten. Dies geht aus einer Umfrage des Instituts für Demoskopie in Allensbach hervor, deren Ausarbeitung von der Bundesärztekammer mit unterstützt wurde.

70% der Deutschen bewerten die Gesundheitsversorgung als gut oder sehr gut, bei den Ärzten sind es sogar 88%. Damit ist das Zutrauen in das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren wieder gestiegen. Vor 2 Jahren glaubten nur noch 59% der Bürger und 80% der Ärzte an ein gutes Gesundheitssystem. Allerdings sind mehr als 80% der Bevölkerung der Studie zufolge skeptisch, dass die Gesundheitsversorgung in Zukunft dauerhaft so gesichert werden kann, 66% der Ärzte befürchten vor allem einen steigenden Kostendruck und damit eine Beeinträchtigung der Qualität der medizinischen Versorgung.

Die Güte des Systems wird nicht unwesentlich von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten getragen, und auch die Ärzteschaft unterliegt der Entwicklung des demografischen Faktors. Bis zum Jahre 2020 müssen allein im ambulanten Bereich 51.774 Ärzte ersetzt werden, darunter 23.768 Hausärzte. Diese Prognose ergibt sich unter anderem aus dem Durchschnittsalter der Ärzte, das im Erhebungsjahr 2009 bei 51,9 Jahren lag. Wenn man die Zahl der Abgänge den voraussichtlichen Zahlen der Zugänge bis zum Jahr 2020 gegenüberstellt, könnte es dann in Deutschland knapp 7.000 Hausärzte weniger geben als bisher.

Auf der anderen Seite steht der medizinische Fortschritt, der mehr Leistungen bedingt, weil früher nicht bekannte oder nicht mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden mit zunehmendem Fortschritt durchführbar werden. Allein dieses erfordert bereits mehr Personal. Verstärkt wird die Situation durch die demografischen Veränderungen, die ebenfalls erhebliche Auswirkungen nach sich ziehen. Der Anteil der über 59-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ist von 1991 bis 2008 von 20 % auf rund 25,6 % gestiegen. Die durchschnittliche Anzahl von Krankheiten liegt bei 20 bis 30-Jährigen bei 1,04 %, bei 70 bis 80-Jährigen bei 3,4 %, infolgedessen nimmt die Behandlungsintensität erheblich zu.

Für Professor Dr. med. Fritz Beske ist unbestreitbar: „Die Medizin ist in der Lage, mehr zu leisten, als die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen kann, dies ist heute schon Realität. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge in etwa 10 Jahren in den Ruhestand gehen, werden die Auswirkungen für das Gesundheitswesen gravierend sein.“ Spätestens dann wird nach seiner Meinung das in der GKV zur Verfügung stehende Finanzvolumen den Leistungsumfang bestimmen. Immer weniger Beitragszahler werden für immer mehr ältere Menschen mit einem hohen Versorgungsbedarf Beiträge entrichten. Andererseits wird die Morbidität ansteigen. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen von Herzinfarkten wird (hochgerechnet) ein Plus von 75 % aufweisen, Schlaganfällen werden um 62 % zunehmen. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an allen Krebsformen wird um ein Plus von 27 % wachsen. Gleichzeitig steigt die Zahl der Demenzpatienten hochgerechnet auf ein Plus von 100 % auf etwa 2,2 Millionen Menschen. Die Zahl der Pflegebedürftigen von heute rund 2 Millionen soll (hochgerechnet) auf rund 4,4 Millionen Menschen anwachsen. Wenn dann die gleichen Leistungen wie heute finanziert werden sollten, müssen die Beiträge oder aber die Steuerzuschüsse erheblich steigen.

Um die Versorgung gewährleisten zu können, müssen aber gleichzeitig entsprechend junge Ärztinnen und Ärzte und andere Fachkräfte entsprechend nachwachsen. Gerade hier aber tun sich derzeit große Probleme auf. Allein im Jahr 2009 wandern 2.486 deutsche Mediziner in andere Länder aus, insgesamt sind gegenwärtig rund 17.000 deutsche Ärzte im inner- und außereuropäischen Ausland tätig. Das Hauptargument dieser Kollegen für den Wegzug sind die Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland.

Bereits bei den Medizinstudenten sinkt die Gesamtzahl der Studenten fast kontinuierlich. Im Jahre 2008 gab es insgesamt 76.042 Medizinstudenten, über 60 % von ihnen waren weiblich. Zwar haben sich auf die rund 10.000 freien Studienplätze in Deutschland

im vergangenen Jahr etwa 50.000 Abiturienten beworben. Doch nicht alle der Studenten beenden ihr Studium. Im Zeitraum von 2003 bis 2008 haben etwa 18 % das Studium nicht abgeschlossen. Doch auch von den Studenten mit abgeschlossenem Studium sind etwa 11 % nach dem Studium nicht im Arztberuf angekommen oder ins Ausland gegangen. Das häufigste Argument sind die zum Teil unzumutbaren Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und damit die häufige Unvereinbarkeit von Beruf und Familie. Hinzu kommt ein Übermaß an bürokratischen und administrativen Aufgaben, die abschreckend wirken. Vor allem aber die Arbeitsverdichtung bei Personalmangel und die mangelnde Wertschätzung des Arztberufes durch die Gesellschaft führt zur Demotivation und lässt Freude und Engagement im Beruf verlieren. Vor allem die Vorstellung einer Niederlassung in „Freier Praxis“ war bei einer Umfrage unter Medizinstudenten nicht sehr ausgeprägt. Lediglich 38 % können sich vorstellen, sich als Hausarzt niederzulassen, die Niederlassung als Facharzt erschien für mehr als die Hälfte der Medizinstudenten wesentlich attraktiver. Die Tätigkeit als angestellter Arzt wird aber eindeutig bevorzugt.

Kurz zusammengefasst war der Wunschjob: Angestellter Facharzt in der Großstadt. 6 % der befragten Medizinstudenten könnten sich vorstellen, ein angestellter Arzt bei einer Krankenkasse zu sein, 13 % könnten sich in der Pharmaindustrie eine Beschäftigung vorstellen und 19 % könnten sich vorstellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten. Immerhin 24 % der Medizinstudenten würden auch gern als angestellter Arzt in der Forschung arbeiten. Die häufigsten Gründe gegen eine Niederlassung sind das hohe finanzielle Risiko, das hohe Maß an medizinischer Bürokratie und drohende Regressforderungen der Kassen bei verordneten Leistungen. Aber auch bei dieser Umfrage war die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei den Zukunftswünschen stets an erster Stelle, gefolgt von der Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten und sich die Arbeitszeit selbst einteilen zu können. Vor allem aber wünschen sie sich Kooperation mit anderen Kollegen.

Der Anteil der Frauen in der Medizin wird in absehbarer Zeit auf rund 70 % steigen. Ärztinnen haben oftmals einfach andere Lebensentwürfe und stellen sich intensiver familiären Aufgaben. Nach dem Studium lassen sie sich im Schnitt sechs Jahre zu Fachärzten ausbilden. Genau dann aber kommt die Phase der Familiengründung im Alter zwischen Ende 20 Jahren und Anfang 30 Jahren. Wer zwei Jahre oder länger mit der Ausbildung aussetzt, muss dies später (und dann mit Kindern) nachholen. Wissenschaftlerinnen, die zwei Jahre oder länger nicht forschen, sind sozusagen aus dem Rennen. Heutzutage sind viele Ärztinnen dann auch nicht mit Arztkollegen verheiratet, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zunehmend erschweren kann. So müssen familienfreundliche Arbeitsbedingungen nicht nur in Krankenhäusern geschaffen werden, sondern auch im niedergelassenen Bereich Umdenkprozesse eingeleitet werden. Neben Betreuungsplätzen, Kooperationsmöglichkeiten, hälftigem Versorgungsauftrag und flexibler Dienstzeitenregelungen gibt es hier viele Ansatzpunkte.

Hier hat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG) von 2008 natürlich eine ganze Menge von Möglichkeiten eingeführt. Aber insgesamt halten auch die unsicheren Honoraraussichten Ärzte nicht davon ab, sich selbstständig zu machen. Hier hat die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) gemeinsam mit dem Zentralinstitut (ZI) für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland eine Auswertung der Existenzgründungen von Ärzten in den Jahren 2008 und 2009 erhoben. Dreiviertel aller von der apoBank begleiteten Existenzgründer haben sich in den Neuen Bundesländern für eine Einzelpraxis entschieden, in den alten Bundesländern waren es 53%. Dabei waren 45% im Westen, 56% im Osten eine Übernahme von schon bestehenden Einzelpraxen. Der Anteil der Einzelpraxis Neugründungen liegt im Westen bei 7%, im Osten bei 19%. In den Jahren 2008 und 2009 ging fast jeder zweite Niederlassungswillige in den Alten Bundesländern eine Kooperation ein. In den Neuen Bundesländern entschied sich nur jeder Vierte dafür.

Allerdings ist bei dieser apoBank-Analyse nur ein kleiner Ausschnitt der Existenzgründungen sichtbar. Das Problem, dass immer mehr Ärzte ihre Praxis schließen, ohne einen Nachfolger gefunden zu haben, wird in dieser Analyse nicht beleuchtet. Aber genau diese Probleme gilt es für den ländlichen Raum für die Zukunft engagiert anzugehen. Hier soll nun zunächst auf Basis einer kleinräumigen Versorgungsanalyse der regionale Bedarf erstmals sektorübergreifend geplant werden, um Wege in integrierte und kooperative Versorgungsmodelle speziell für den ländlichen Raum anzudenken und umzusetzen. Die strikte Trennung zwischen Klinik und Praxis wird einer flexibleren Versorgung vor allem in medizinisch schlecht versorgten Gebieten weichen müssen. Versorgungskonzepte mit Behandlungspfaden, Behandlungsleitlinien sowie einem Vergütungsmodell werden mit Sicherheit in der Zukunft zunehmen.

Ärztennetze werden das Modell der Zukunft als Kooperationsform sein. Bereits jetzt entstehen Netzwerke mit klaren Zielen – von lockeren regionalen Ärzteverbänden bis hin zu Dienstleistern, die Ärztenetze im Rahmen der integrierten Versorgung bilden und verwalten. Nach Einschätzung von Experten gibt es derzeit rund 300 bis 400 Netze in Deutschland. Ein verbessertes Patientenmanagement, eine wirtschaftliche Leistungserbringung und eine hohe medizinische Behandlungsqualität sind die typischen Kennzeichen dieser Netzwerke. Vor allem können sie den regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen hervorragend angepasst werden und sehr individuell gestaltet werden, sowie viele Probleme der derzeitigen ärztlichen Versorgungsrealität mit auffangen helfen.

„Die Krise ist ein produktiver Zustand –  
man muss ihr nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen“.

Max Frisch, Schweizer Architekt und Schriftsteller

Nicht nur in Deutschland, im nächsten Jahrzehnt drohen in ganz Europa zum Teil dramatische Engpässe in der Gesundheitsversorgung. Nach Schätzung der EU-Kommission könnten im europäischen Gesundheitssystem 2020 bis zu 2 Millionen Arbeitskräfte fehlen. Derzeit machen Gesundheitsberufe mit 10% der Beschäftigten eines der größten Segmente des europäischen Arbeitsmarktes aus. Nach Einschätzung der EU-Kommission handelt es sich hier um einen der zukunftsträchtigsten und innovativsten Sektoren mit sehr viel Jobpotential.

Eingefahrene Strukturen im Gesundheitswesen erfordern in Zukunft auch unkonventionelle Lösungen. Hier ist auch die Telemedizin und Telematik ein großes Thema für Ärzte und ärztliche Versorgung. In den vergangenen Jahren hat das Bundesforschungsministerium über 27 Millionen Euro für telemedizinische Förderprogramme ausgegeben. Die meisten Projekte sind in den Bereichen Kardiologie, Homecare und Pflege. In Baden-Württemberg werden derzeit 39 Projekte gefördert. Mit der schnellen Entwicklung moderner Information und Kommunikationstechnologien sowie der Installation leistungsstarker Netzinfrastrukturen besteht die Möglichkeit, medizinisches Spezial- und Expertenwissen auch in medizinisch unterversorgte Gebiete weit ab der medizinischen Hochburgen und Ballungsgebiete zu transferieren.

Hier sind nicht nur qualitative Versorgungsvorteile für die Patienten, sondern darüber hinaus auch Einsparpotentiale zu erreichen. Der Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, möchte auch für zukünftige Generationen „ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbles und transparentes Gesundheitssystem“ erhalten. Vor den Herausforderungen, die aus dem demografischen Wandel und den medizinisch technologischen Fortschritt folgen, wird man viele unterschiedliche kleine und große Mosaiksteine zusammentragen müssen, die wie in einem Puzzle ineinandergreifen müssen, um flächendeckend zu sein, um für die Menschen auch in Zukunft im Krankheitsfall eine sehr gute medizinische Versorgung erhalten zu können. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von Kommunalverwaltungen, Bürgern, Krankenkassen und der Politik angegangen werden muss, um die vor Ort möglichen Versorgungsstrukturen konkret zu benennen und zu unterstützen. Die Ärzteschaft wird ihren Teil dazu beitragen und den Wandel des Gesundheitswesens zukunftsorientiert und engagiert mit vorbereiten. Die Fakten in diesem Versorgungsbericht, wie auch die kollegialen Berichte, beweisen dies. ■

*Dr. Gisela Dahl*

Dr. med. Gisela Dahl,

Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

*SEELN-SANITÄTER.*

DER ARZT ALS FREUND – DAS LÄSST MAN GELTEN.  
DER FREUND ALS ARZT BEHAGT UNS SELTEN.  
MIT HEILSTOFF, WENN AUCH ZIEMLICH BITTER,  
VERSORGT UNS IMMER GERN EIN DRITTER.  
ER TUT'S AUS REINER NÄCHSTENPFLICHT:  
DIE MILDEN SALBEN HELFEN NICHT!  
SCHMERZHAFT AUS UNS ZU ZIEHN DAS LASTER,  
STREICHT ER UNS SEINEN SENF AUFS PFLASTER;  
GESCHICKT SUCHT ER WAS HINZUREIBEN,  
UM FALSCHER HOFFNUNG AUSZUTREIBEN.  
DIE LIEBESWUNDE SCHMERZT VERTEUFELT –  
SCHON HAT ER SIE MIT JOD BETRÄUFELT.  
WAS AN UNS SELBST WIR ÜBERSCHÄTZEN,  
WEISS ER MIT HÖLLENSTEIN ZU ÄTZEN.  
BESONDERS GERN STICHT ER DEN STAR  
UND SAGT, WAS TRAUERIG, ABER WAHR.  
KURZ – ER IST OFT NICHT SEHR BEQUEM.  
DOCH WIR VERMISSEN IHN TROTZDEM,  
SEIT WIR SO EINSAM SIND ZU HAUS:  
HAUSFREUND, WIE HAUSARZT, STERBEN AUS.



# Statement AOK zur ärztlichen Versorgung.

## **Ärztemangel ist nur mit Umverteilung beizukommen**

Das Jahr 2010 stand aus dem Blickwinkel der ambulanten ärztlichen Versorgung insbesondere im Fokus von drei Themen: Der zukünftigen Bedarfsplanung zur Sicherung der Versorgung, des Scheiterns der zentralistischen Honorarpolitik und der Weiterentwicklung der Selektivverträge, insbesondere der HZV. Wenngleich die Themen in der öffentlichen Diskussion meist isoliert dargestellt werden, hängen sie gleichwohl eng zusammen.

## **Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung**

Zunächst ist festzuhalten, dass auch im Jahr 2010 die ambulante ärztliche Versorgung der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg auf hohem Niveau sichergestellt ist. Es ist weder eine planerische noch eine faktische Unterversorgung im Zugang zu Vertragsärzten aufgetreten. Das gilt auch für die häufig problematisierte hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum. Dennoch ist es richtig und wichtig, dass bereits jetzt eine breite Diskussion zur zukünftigen Sicherstellung der Versorgung gestartet wurde.

Nicht zuletzt aufgrund des für nun fast eine Million Versicherte übernommenen Sicherstellungsauftrags für die hausärztliche Versorgung nach § 73b SGB V, hat die AOK ein großes Interesse daran, eine wohnortnahe qualifizierte hausärztliche Versorgung dauerhaft vorzuhalten. Somit lehnt die AOK die Forderungen der KBV zum institutionellen Setting für die zukünftige Bedarfsplanung entschieden ab – dort sind die Krankenkassen als mitverantwortliche Akteure nicht mehr vorgesehen. Richtig sind Forderungen nach einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung, die zum einen auch das ambulante Leistungsspektrum an Krankenhäusern berücksichtigt und zum anderen die Gebietskörperschaften problemlösend einbindet.

Die Voraussetzungen sind gut, schließlich gibt es mehr Ärzte denn je. Die zentralen Herausforderungen sind somit der Abbau der Überversorgung an der einen Stelle zugunsten der Verhinderung von Unterversorgung an der anderen Stelle sowie die Umkehr der immer weitergehenden ambulanten fachärztlichen Subspezialisierung zulasten einer ausreichenden und barrierefrei zugänglichen allgemeinärztlichen Grundversorgung. Letztere erscheint zwingend notwendig, um den demografischen und soziokulturellen Herausforderungen mit veränderten (chronischen) Krankheitsspektren effektiv und effizient gerecht werden zu können. Vielleicht werden in der Bedarfsplanung auch unterschiedliche Instrumentarien für die haus- beziehungsweise fachärztliche Versorgung benötigt?

## Arztdichte

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

- < 500
- 500 – 700
- > 700



### Fazit

Nach wie vor hat Baden-Württemberg landesweit eine dichte ambulante Versorgung mit ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen.

Zumindest für den fachärztlichen Bereich erscheint eine Verkleinerung der Planungsregionen wenig sinnvoll und dem Ziel des Abbaus von Überversorgungen nicht dienlich. Für den hausärztlichen Bereich gilt es insbesondere dafür zu werben, dass genügend Medizinstudenten sich der Allgemeinmedizin zuwenden. Dies hat natürlich auch mit der faktischen und gefühlten (relativen) Attraktivität des Berufes zu tun. Während hierbei der AOK-Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung positive Signale setzt, scheint die zentralistische Honorarpolitik Gegenteiliges zu bewirken.

#### **Scheitern der zentralistischen Honorarpolitik**

Der Vorstandsvorsitzende der KBV bewertet die aktuelle Honorarpolitik als gescheitert indem er ausführt, dass das Vergütungssystem auf völlig neue Füße gestellt werden müsse und weitere Korrekturen des Systems nur noch ins totale Chaos führen könnten (Quelle: „Standpunkt Amtliches Bekanntmachungsorgan der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe“ Ausgabe 4 Seite 7). Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Allerdings erstaunt, dass die für dieses gescheiterte Vergütungssystem vorrangig verantwortliche Institution für sich einen Arbeitsauftrag abzuleiten scheint, einen neuen zentralistischen Versuch unter dem Motto „Mehr Geld ins System und frisch verteilt“ unternemen zu dürfen.

Dabei ist es vielmehr an der Zeit die Frage zu stellen und zu beantworten, ob der zentralistische Planungs- und Gleichmacheranspruch überhaupt angebracht ist. Wohl nicht, zu unterschiedlich sind die regionalen und lokalen Versorgungsstrukturen hinsichtlich Arztdichte, Leistungsspektren und Umfang alternativer Leistungserbringer wie Hochschulambulanzen, SPZ, PIA, Krankenhausambulanzen, 115b und 116b-Einrichtungen, als dass von einheitlichen über die KVen zu finanzierenden Versorgungsaufträgen auszugehen wäre, die sich bestmöglich noch in einheitlichen Fallwerten oder Behandlungsbedarfen je Versicherten niederschlagen sollen.

Erinnert sei daran, dass die mit der letzten zentralistischen Honorarreform einhergegangene über 10-prozentigen Vergütungserhöhung und der damit politisch gewollten Vergütungsangleichung weder zu der versprochenen Transparenz, Kalkulierbarkeit oder Gerechtigkeit geführt hat. Von damit verbundenen Lösungsperspektiven für strukturelle Versorgungsprobleme ganz zu schweigen. Allen verantwortlich handelnden Akteuren im Gesundheitswesen muss bewusst sein, dass ein zentralistisches „Weiter so“ mit neuer asymmetrischer Vergütungserhöhung nach dem Gießkannenprinzip in die Irre und Ineffizienz führt. Vielmehr sind die Strukturen der Zusammenarbeit rationaler und verbindlicher zu gestalten und auf regionaler Ebene zu koordinieren.

### Weiterentwicklung der Selektivverträge

Der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung sowie die Facharztverträge nach § 73c SGB V der AOK Baden-Württemberg zeigen auf, wie eine verbindlichere Zusammenarbeit zwischen den Fachgruppen ausgestaltet werden kann. Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit ist die Bereitschaft und Befähigung der koordinierenden Hausärzte dies auch umzusetzen – vertraglich gestärkt durch die freiwillige Entscheidung der Versicherten, sich dieser rationalen koordinierten Versorgung anzuvertrauen und unterstützt durch vielfältige technische, organisatorische und fortbildungsmäßige Anstrengungen der Vertragspartner.

Auf der Grundlage rationaler Versorgungsgestaltung hinsichtlich Pharmakotherapie und Über- beziehungsweise Einweisungssteuerung sowie entsprechender Kommunikation der Beteiligten untereinander kann auch eine sich selbst tragende Vergütungsstruktur etabliert werden, die näher am individuell morbiditätsbezogenen Leistungsbedarf ausgerichtet ist, wie dies etwa beispielgebend in den 73er-Verträgen der AOK zur Kardiologie und Gastroenterologie umgesetzt wurde. Eine solchermaßen gestaltete Vergütung kommt dann auch ohne Budgetierungen und Abstaffelungen in dem Sinne aus, dass das arztindividuelle Honorar aktuell oder im Zeitverlauf nicht mehr abhängig von der gesamten Leistungsmengenentwicklung der jeweiligen Arztgruppe ist. Damit wird dann tatsächlich die in der Regelversorgung nur versprochene Transparenz, Kalkulierbarkeit und Leistungsgerechtigkeit erreicht. Darüber hinaus wird über den Morbiditätsbezug der patientenindividuellen Vergütung eine Verbindung zur Einnahmenseite bei der Krankenkasse in Form der Zuweisungen durch den Gesundheitsfonds hergestellt.

Die freie vertragliche Gestaltung des skizzierten auf Verbindlichkeit basierten Vertrags- und Versorgungskonzeptes durch die regionalen Akteure erscheint hinsichtlich seiner Effektivität und Effizienz hoffnungsvoll als Zukunftsszenario und einer zentralistischen Planungshybris deutlich überlegen. Voraussetzung für das weitere Gelingen ist ein souveräner und entspannter Umgang mit dem Wettbewerb um die besten Vertrags- und Versorgungskonzepte. Diesen auch für die Ärzte sehr chancenreichen Prozess zu unterstützen, müsste – losgelöst von Organisationsinteressen – auch im Interesse der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen, schließlich sind sie selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Ordnungsfunktion und ärztlicher Interessenwahrnehmung gleichermaßen. Dieser Auftrag steht einer Unterstützung des dargestellten pluralistisch wettbewerblichen Vertrags- und Versorgungskonzeptes nicht entgegen. ■

*Dr. Rolf Hoberg, Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg*

# Statement der LKK zum Ärztemangel.

## **Drohender Ärztemangel erfordert politische Gesamtstrategie und Erneuerung der Bedarfsplanung**

Die demografische Entwicklung wird von vielen Experten als „die“ große Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum gesehen. Die Probleme werden auch in einem relativ dicht besiedelten Bundesland wie Baden-Württemberg spürbar werden – trotz zuletzt steigender Arztzahlen und immer höherer Ausgaben für die ärztliche Versorgung. Sicher ist, dass in ganz Deutschland die Bevölkerungszahl langfristig sinkt und der Anteil der älteren Menschen zunimmt. Der Bevölkerungsrückgang wiederum führt zu einer Verringerung der Effizienz und der Auslastung der medizinischen Infrastruktur im ländlichen Raum. Darüber hinaus führt die Alterung der Bevölkerung zu einer verstärkten Nachfrage nach medizinischer Versorgung, bei gleichzeitig geringerer Mobilität der Patienten. Dies gibt – zusammen mit der Alterstruktur der Landärzte – Anlass zur Forderung, dass umgehend wirksame Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Verteilungsprobleme sind mit Appellen an Ärzte, sich in strukturschwachen Regionen niederzulassen, nicht zu lösen.

## **Bedarfsplanung modernisieren**

Ein erster Schritt könnte in einer veränderten Bedarfsplanung bestehen, die sich nicht mehr an den Stadt- und Landkreisen ausrichtet, sondern kleinere Planungsbereiche vorsieht und einen Demografiefaktor beinhaltet. Auch das Thema „Pflege“ ist bei der Planung einzubeziehen. Zudem muss die Arbeitsbelastung der Ärzte im ländlichen Bereich (durch die größere Morbidität der älteren Bevölkerung, die weiteren Wege und häufigen Notdienste) in der Vergütungsverteilung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden. Darüber hinaus müssen die vorhandenen Ressourcen und auch die wachsenden Möglichkeiten (Stichwort: telemedizinische Anwendungen) sowohl im

stationären als auch im ambulanten Bereich im Sinne einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sinnvoll genutzt werden. Wenn beispielsweise die Schweden viel seltener zum Arzt gehen als die Deutschen, so könnte dies daran liegen, dass vor der Arztkonsultation in dem skandinavischen Land der Besuch bei einer ausgebildeten „paramedizinischen“ Kraft steht. Durch eine neue Rollenverteilung zwischen Ärzten und anderen Fachkräften ließe sich auch einem eventuellen Ärztemangel begegnen. Allerdings ist zu beachten, dass die Bereitschaft junger Ärzte, aufs Land zu gehen, auch von allgemeinen strukturellen Voraussetzungen abhängig ist, die nicht von der Gesundheitspolitik gesteuert werden. Gerade die junge Generation von Ärzten erwartet eine gute Infrastruktur für sich und ihre Familien mit weiterführenden Schulen, guter Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten und kulturellem Angebot. Trotz einiger Vorteile bietet der ländliche Raum diese Strukturen oft nicht in dem erwarteten Umfang.

### **Gesamtstrategie notwendig**

Deshalb ist eine Gesamtstrategie für den ländlichen Raum über mehrere Politikbereiche notwendig. Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg ist hierzu ein erster Ansatz. Neben einer Gesamtpolitik mit dem Ziel, durch Prävention und Gesundheitsförderung chronische Krankheiten zu vermeiden oder zumindest abzumildern, sollte die Politik aber endlich auch bereit sein, Budgetierungen für Rehabilitationsmaßnahmen aufzugeben. Dies wäre nicht nur im Sinne einer verbesserten Kosteneffizienz, sondern trüge auch zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen in Baden-Württemberg bei und würde nicht zuletzt auch die Gesundheitswirtschaft im Bäderland Baden-Württemberg stärken. ■

*Reinhold Knittel, LKK Baden-Württemberg*

# Gemeinsames Statement

der BKK Landesverband Baden-Württemberg, der IKK classic, der Knappschaft – Regionaldirektion München und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg.

Der BKK Landesverband Baden-Württemberg, die IKK classic, die Knappschaft – Regionaldirektion München und der Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg, beteiligen sich an der direkten Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg, weil es für die Verbände und ihre Kassen triftige Gründe gibt.

Die heutige Gesellschaft in den Industrieländern ist im Vergleich zu früher durch tief greifende Änderungen des Lebensstils, einen Wandel des Krankheitsspektrums und der demografischen Altersstruktur sowie durch vielfältige gesundheitliche Belastungen aus der Umwelt geprägt. Dies hat zu einem Wandel der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung und zu neuen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme geführt. Mit der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg sollen diese Herausforderungen aufgegriffen und wichtige Ziele und Umsetzungsstrategien definiert werden.

Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg macht sich vor allem für die Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung stark. Viele der Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben, sind gestaltbar. So müssen Prävention und Gesundheitsförderung unserer Meinung nach auch zentraler Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung sein. Dabei steht für die Verbände und ihre Kassen die Förderung gesunder Lebenswelten, der so genannte Setting-Ansatz, im Mittelpunkt.

## **Herausforderungen unseres Gesundheitswesens annehmen**

Heute stellen chronische Erkrankungen die größte Herausforderung für unser Gesundheitswesen dar. Um chronischen Erkrankungen wirksamer begegnen zu können, ist eine Neuausrichtung der gesundheitspolitischen Maßnahmen notwendig: Prävention und Gesundheitsförderung müssen gestärkt werden. Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg greift diesen Gedanken auf und formuliert konkrete Handlungsfelder sowie Strukturen zur Umsetzung der Gesundheitsstrategie im Rahmen des Gesundheitsforums Baden-Württemberg. Bekanntlich sind im Gesundheitsforum Baden-Württemberg alle maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens wie KV, Ärztekammer, Pharma, DRV, Liga der freien Wohlfahrtspflege, die Selbsthilfe, die Kassen und viele mehr im Land vertreten. Von daher sind alle beteiligt, was wir nachdrücklich begrüßen. Wir setzen auch für die Zukunft auf eine flächendeckende gesundheitliche, qualitativ hochwertige Versorgung in Baden-Württemberg. Dies kann uns nur mit der KV Baden-Württemberg gelingen und diese Erwartungshaltung haben wir auch.

Chronische oder nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus, chronische Atemwegserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind mittlerweile die Hauptgründe für vorzeitig verlorene gesunde Lebensjahre. Neben den klassischen medizinischen Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Bluthoch-



druck oder ungünstige Ernährung und Übergewicht gewinnen psychosoziale Belastungen etwa aus der Arbeitswelt sowie soziale Unterschiede immer stärker an Bedeutung für chronische Erkrankungen. Die WHO erwartet, dass in den nächsten Jahrzehnten Depressionen zur bedeutendsten Ursache für den Verlust an gesunden Lebensjahren werden. Hier ergibt sich ein Handlungsbedarf insbesondere auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insgesamt kommt der Prävention in Betrieben und der Vermeidung von Krankheiten eine große Bedeutung zu. Der Leitfaden Prävention zeigt Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V auf. Die aktuelle Fassung ist Ende August 2010 erschienen.

### **Wir sind für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik**

Die wachsenden Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung erfordern einen langfristigen strategischen Ansatz. Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg skizziert eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und betrachtet die Gesundheitsstrategie als eine gesamtgesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe. Die Gesundheitsstrategie zielt darauf ab, den Gesundheitsstatus der Bevölkerung Baden-Württembergs auf hohem Niveau zu erhalten und weiter zu verbessern. Die größte Herausforderung sind dabei die chronischen Erkrankungen. Es geht darum, ihr Auftreten so weit wie möglich zu vermeiden und, ist dies nicht möglich, ihren Beginn in eine spätere Lebensphase zu verschieben. Damit soll die Lebensphase mit einschränkender Krankheit oder sogar Pflegebedürftigkeit verkürzt werden, um bei steigender Lebenserwartung möglichst viele beschwerdefreie Lebensjahre zu gewinnen. Die Gesundheitsstrategie setzt sowohl bei der Verantwortung und Entscheidung des Einzelnen an, als auch bei den Lebenswelten der Menschen, wie zum Beispiel der Schule oder dem Betrieb sowie bei den politischen Rahmenbedingungen. Wenn die Lebenswelten gesundheitsfördernd sind, dann fällt es auch dem einzelnen leichter, „gesunde Entscheidungen“ zum Beispiel für mehr Bewegung und für Rauchverzicht zu treffen. Die Verbände und ihre Kassen sind davon überzeugt, dass eine auf präventive und gesundheitsfördernde Lebenswelten ausgerichtete Strategie die Voraussetzung für gleiche Gesundheitschancen für alle Bürgerinnen und Bürger im Land schafft.

Einen wesentlichen Beitrag in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Land haben wir dann geleistet, wenn es durch Prävention und Gesundheitsförderung gelingt, den Beginn chronischer Krankheiten an das Lebensende zu verschieben und ihre Schwere zu mildern. Dadurch gewinnen die Menschen in Baden-Württemberg an Lebensqualität, außerdem wird dadurch im Übrigen auch die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Baden-Württemberg gestärkt. Um die Ziele der Gesundheitsstrategie nachhaltig unterstützen zu können, setzen die Partner der Verbändekooperation B 52 auch für die Zukunft auf eine hochwertige vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg. Dies wird und kann uns nur mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gelingen. ■

# Ärztemangel zentrales Thema für den Beratenden Fachausschuss Fachärzte.

## **Nachwuchsproblem muss durch bessere Rahmenbedingungen für den Arztberuf gelöst werden**

Der Ärztemangel, besonders auf dem Land, war 2010 das beherrschende Thema in der Politik. Diskutiert wurde dieses Thema in erster Linie für den hausärztlichen Bereich. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass die Fachärzte dieses Problem gleichermaßen betrifft – möglicherweise nur um ein oder zwei Jahre versetzt. Schon heute berichten Kollegen, dass es immer schwieriger wird, für ihre Praxen einen Nachfolger zu finden. Die Aufrechterhaltung unseres weltweit einmaligen Standards an hochqualifizierter ambulanter fachärztlicher Versorgung ist ein Faktor unseres Gesundheitssystems, der nicht häufig genug betont werden kann. Er ist für die Patienten wichtig, weil sie die Versorgung über kurze Wege sicherstellt und sie nicht ins Krankenhaus für eine fachärztliche Behandlung fahren müssen. Der demografische Wandel wird in allen Bereichen häufig zitiert. Man möge sich nur vorstellen, wie die vielen multimorbiden älteren Patienten, die wir künftig bekommen werden, in stationären Einrichtungen versorgt werden müssten, da viele Behandlungen von Fachärzten durchgeführt werden müssen. Die ambulante fachärztliche Versorgung leistet damit auch einen wichtigen Baustein für die Effizienz unseres Gesundheitssystems – und das immer mehr, da in verstärktem Maße Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Zentrales Thema für den Beratenden Fachausschuss der Fachärzte bestand im Jahr 2010 denn auch die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Fachärzte.

## **Honorar**

Die Honorarreform 2009 hatte für die niedergelassenen Fachärzte gravierende Verwerfungen zur Folge. Durch die Änderung des EBM hat es massive Verwerfungen zwischen und innerhalb der Fachgruppen gegeben. Kollegen mussten nur aufgrund der Änderung der Berechnungssystematik mit Umsatzverlusten im zweistelligen Prozentbereich fertig werden. In einigen Facharztgruppen mussten mehr als 90% der Praxen mit Verlusten klarkommen. Klar ist, dass dies viele Kollegen an den Rand der Existenz gebracht hat. Die KVBW hatte daher zwar einen innerärztlichen „Rettungsschirm“ aufgespannt, um wenigstens die heftigsten Auswirkungen etwas abzumildern, gelöst werden konnte das Problem damit jedoch nicht. Ganz im Gegenteil: Da dieser Rettungsschirm sich in die Komplexität der Honorarsystematik eingliedern musste, war die Berechnung teilweise so kompliziert, dass es für den einzelnen Arzt kaum mehr nachvollziehbar war, warum er nun Empfänger oder Geber gewesen ist, geschweige denn dass er hätte planen können, mit welcher Stützung oder welcher Einzahlungsleistung er rechnen konnte. Da dieser Rettungsschirm bis Mitte 2010 unverändert in Kraft war, hatte er die Honorarsystematik für die Fachärzte erheblich beeinflusst.

*Dr. med. Jürgen Braun*



Diese Honoraränderungen hatten erhebliche Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten. Da einige Fachgruppen bestimmte Leistungen im Rahmen der pauschalierten Vergütung nicht mehr erbringen können, können diese an die Patienten nur noch gegen unmittelbare Abrechnung geleistet werden. Und andere Angebote können von vielen Fachärzten nur noch sehr eingeschränkt aufrechterhalten werden. So schränken immer mehr Fachärzte ihre Sprechstunde für GKV-Patienten ein und bieten verstärkt Privatsprechstunden an. Diese Entwicklung ist ausgesprochen bedauerlich, ist jedoch eine Reaktion auf die erheblichen Honorareinbußen, die sich bei den Fachärzten gezeigt haben.

Betroffen von Leistungseinschränkungen waren auch die Bewohner in Alten- und Pflegeheimen. In der öffentlichen Diskussion hat dieser Bereich einigen Raum eingenommen. Deutlich ist dabei zu Tage getreten, dass Fachärzte derartige (Haus-) Besuche kaum mehr wirtschaftlich darstellen können. Die Folge ist eine erhebliche Verschlechterung der Versorgung der älteren Menschen in den Heimen. Umso ärgerlicher ist, dass dieser Umstand keineswegs überraschend ist, haben doch die KV und die Fachgruppen auf diesen Umstand ausdrücklich hingewiesen, als die derzeitige Honorarsystematik ausgearbeitet wurde. Erfreulich ist hier, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Initiative ergriffen haben und den Krankenkassen Vorschläge unterbreitet haben, wie hier Abhilfe geschaffen werden kann.

### **Honorarsystematik**

Zur Jahresmitte 2010 wurde eine erneute Änderung der Honorarsystematik durchgeführt. Um dem Verfall der Fallwerte in den Regelleistungsvolumina entgegenzuwirken, wurden die sogenannten freien Leistungen ebenfalls einer Budgetierung unterworfen sowie Qualitätsbedingte Zusatzvolumina (QZV) eingeführt. Vor allem für die Fachärzte hatte dies einige Auswirkungen, da hier eine Vielzahl der Leistungen erbracht werden, die darunter fallen. Der Beratende Fachausschuss hat hierbei im Vorfeld der Einführung mit dem Vorstand die Systematik festgelegt. Gleichwohl hatte dies erneut zur Folge, dass sich die Rahmenbedingungen für die Fachärzte noch einmal geändert haben, was für viele Kolleginnen und Kollegen zur Folge hatte, dass ihre Planungen obsolet geworden sind.

### **Regress für Verordnungen von Heil- und Arzneimitteln**

Neben der Honorarsystematik stellen die drohenden Regresse für Arznei- und Heilmittel eine erhebliche Beeinträchtigung für die niedergelassenen Fachärzte dar. Bislang ist es für die Ärzte nicht kalkulierbar, welche Verordnungen von Heil- oder Arzneimitteln bei welchen Indikationen als Praxisbesonderheiten anerkannt werden. Die Folge ist, dass Ärzte aus nachvollziehbaren Gründen einzelne Behandlungen nicht mehr durchführen können – mit entsprechenden Folgen für die Patienten. ■

# Bericht aus dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie.

## Versorgungsbericht Psychotherapie 2010

Laut Statistik der Krankenkassen hat die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in ganz Deutschland weiterhin dramatisch zugenommen. Das erklärt, warum auch in Baden-Württemberg psychisch Kranke, trotz der noch im Wachsen begriffenen Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten, vielerorts immer noch längere Wartezeiten für einen Behandlungstermin in Kauf nehmen müssen. Allerdings gibt es keine differenzierenden Statistiken darüber, in welchen Regionen Patienten aus welchen Gründen wie lange auf ein Erstgespräch beziehungsweise wie lange sie auf einen Behandlungsplatz in eigener Sache warten müssen.

Einige Anzeichen sprechen dafür, dass für ein Erstgespräch bei einem Psychiater mittlerweile in vielen Regionen Baden-Württembergs längere Wartezeiten bestehen als für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte der Nachwuchsmangel sein, der nicht nur die Hausärzte, sondern auch die Psychiater (in dramatischem Ausmaß auch die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) betrifft. Dagegen lässt sich auf Grund des kontinuierlich ansteigenden Nachwuchses an psychologischen Psychotherapeuten ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten in vielen Zulassungsbezirken kurzfristig bewerkstelligen. Im Übrigen sehen die Psychotherapierichtlinien, welche für die psychotherapeutische Versorgung maßgeblich sind, für die meisten Verfahren neben einem Erstgespräch bis zu fünf probatorische Sitzungen vor, die dazu dienen sollen, zu erkennen, ob bei einem Patienten eine Kurzzeittherapie oder eine Langzeittherapie indiziert ist oder eben auch keine Psychotherapie. Im Gegensatz zu manchen Modellen zur Verbesserung der Akutversorgung mit weniger als zehn Sitzungen gehen die Richtlinien aber nicht davon aus, dass es sich bei den probatorischen Sitzungen bereits um Therapieleistungen handelt, die per se zum Erfolg führen.

Der Hauptengpass in der psychotherapeutischen Versorgung i.e.S. macht sich trotz des auch in Baden-Württemberg weiter wachsenden Anteils an Kurzzeitpsychotherapie (bis zu 25 Sitzungen) in der Regel erst nach erfolgter Indikationsstellung für eine Psychotherapie bemerkbar. Dies gilt trotz Anhebung der Zulassungsquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten leider auch weiterhin für den Sektor der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Denn die Behandlung psychischer Erkrankungen lässt sich nicht mit der Behandlung akuter somatischer Erkrankungen vergleichen und benötigt ihre Zeit, während der die Kapazitäten der zugelassenen Psychotherapeuten gebunden sind. Der

*Autor: Dr. med. Michael Knoke,  
Amtierender Ärztlicher Vorsitzender des Beraten-  
den Fachausschusses Psychotherapie;  
Co-Autor: Dipl.-Psych. Jürgen Doebert  
Psychologischer Vorsitzender des Beratenden  
Fachausschusses Psychotherapie*



Grund hierfür liegt unter anderem darin, dass die Wurzeln psychischer Erkrankungen bis meist weit vor den Zeitpunkt des Ausbruchs der Symptome zurückreichen. Insofern wäre es eine Illusion zu glauben, verkürzte Behandlungsverfahren könnten den beschriebenen Engpass in der psychotherapeutischen Versorgung ohne nachteilige Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess beseitigen.

Gleichwohl verfolgen maßgebliche Kassen bundesweit das Ziel, den Versorgungsengpass mit auf Diagnosen ausgerichteten normierten Behandlungseinheiten zu beheben, deren Umfang deutlich unter den von den Psychotherapierichtlinien seit Jahrzehnten vorgegebenen Standards liegen.

Die Kassen bedienen sich dabei des durch die Reformgesetze der letzten Jahrzehnts eingeführten Instruments der sogenannten Selektivverträge, welches ihnen erlaubt, mit einzelnen oder Gruppen von Leistungsanbietern Verträge zur Verbesserung der Versorgung ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen. Von weitreichender Tragweite ist hierbei die Möglichkeit, nicht nur Zusatzverträge zur Regelversorgung im Kollektivvertragssystem abzuschließen, sondern auch solche Verträge, welche die gesamte Regelversorgung aus dem Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen in die der selektivvertraglichen Gestaltung überführen.

Vorreiter der neuen Versorgungswelt in Baden-Württemberg ist die AOK BW, die vor zwei Jahren mit dem Ärzteverband MEDI BW und dem Hausärzterverband BW einen Vertrag zur hausärztlichen Versorgung abgeschlossen hat, in dem bisher bereits eine Vielzahl an Versicherten und Hausärzten eingeschrieben sind. Die AOK BW arbeitet daran, an diese besondere Form der hausärztlichen Versorgung selektivvertragliche Regelungen für die gesamte fachärztliche Versorgung anzukoppeln. Hierbei stößt sie auf das Interesse zahlreicher Fachärzte, die ihre Leistungen im Kollektivvertrag immer schlechter und unübersichtlicher vergütet sehen.

Für die Psychotherapie, die – wegen der Besonderheiten ihrer Rahmenbedingungen – durch die Psychotherapierichtlinien, gesetzliche Regelungen und durch die Rechtsprechung des Bundes-Sozialgerichts eine gewisse Sonderrolle im GKV-System inne hat, steht allerdings bei den Selektivverträgen besonders viel auf dem Spiel, wenn die Versicherten

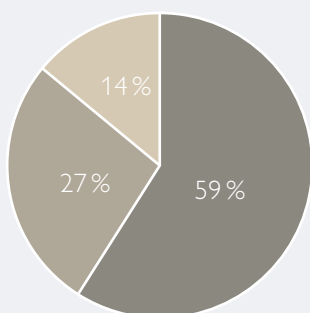
mit ihrem Beitritt zur selektivvertraglichen Versorgung den freien Zugang zum Psychotherapeuten oder gar zu einer Behandlung gemäß den Psychotherapierichtlinien aufgeben sollen. Ein flächendeckender Ausbau einer selektivvertraglichen Versorgung, die an die Stelle der Regelversorgung im Kollektivvertrag tritt, könnte dann zu ähnlichen Verhältnissen führen wie in der Privatversicherung, in der viele Versicherte aus kurzfristigem Beitragsvorteil unterversichert sind, das heißt Vertragsformen wählen, die einen viel geringeren Umfang an psychotherapeutischen Leistungen beinhalten als GKV-Versicherte in der Regelversorgung im KV-System beanspruchen können.

Eine weitere bedenkliche Begleiterscheinung von Selektivverträgen in der Psychotherapie ist der in solchen Verträgen oft geregelte und ausgeweitete Einfluss der Krankenkassen auf die Inhalte der Behandlung. Dabei werden eingeschriebene Patienten nicht selten in ein Set von Therapiemodulen mit Behandlern unterschiedlicher Professionen eingebunden, das von einem „Case-Manager“, der womöglich von der Krankenkasse gestellt wird, überwacht wird. Es stellt sich die Frage, wie sich solche Konzepte mit dem Postulat des mündigen Patienten vereinbaren lassen und wie solche Konzepte die Intimität der therapeutischen Beziehung wahren können, wenn der Psychotherapeut Teil eines administrativ verordneten Behandlungsteams ist. Zu befürchten ist jedoch, dass eine große Anzahl von Patienten von den Krankenkassen und interessierten Kreisen zur Einschreibung in ein solches Vertragsmodell gedrängt wird oder an ihnen automatisch partizipiert, weil die betroffenen Versicherten sich vormals in hausarztzentrierte Vertragsmodelle eingeschrieben haben, die mit fachärztlicher Selektivversorgung gekoppelt sind.

Dagegen können Selektivverträge als Ergänzung der bisherigen Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit bieten, Modelle für eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung zu erproben, ohne dadurch den Zugang zur Richtlinienpsychotherapie zu versperren beziehungsweise die Kapazitäten für Richtlinienpsychotherapie allzu sehr zu reduzieren. Um dies zu gewährleisten, muss in erster Linie darauf geachtet werden, dass der Beitritt der Versicherten zu einer selektivvertraglichen Versorgung nicht deren Anrecht auf die Behandlung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie untergräbt. Bedauerlicher Weise haben die Krankenkassen in Baden-Württemberg ein entsprechendes Vertragsmodell zur schnelleren Erstversorgung psychisch Kranker abgelehnt, das ihnen von der KV Baden-Württemberg im Auftrag der

## Anteile der psychotherapeutischen Versorgung

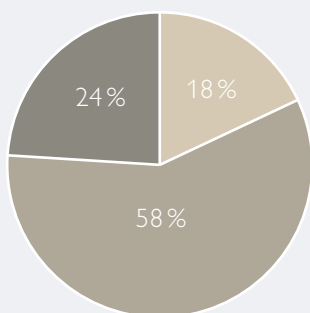
Gliederung der psychotherapeutischen Versorgung



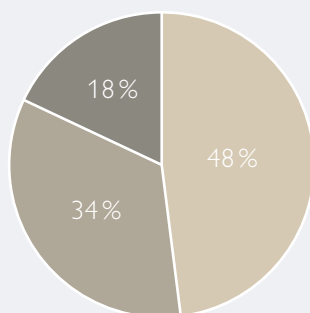
■ Psychologische Psychotherapeuten *	1.672
■ Ärztliche Psychotherapeuten	788
■ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	389

\* davon 166 auch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen

Behandlungsverfahren



Ärztliche Psychotherapeuten



Psychologische Psychotherapeuten  
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie



maßgeblichen Psychotherapeutenverbände bereits im vergangenen Jahr angeboten wurde. Stattdessen verhandelt die AOK BW seit Juni diesen Jahres einen Selektivvertrag zur „flächendeckenden neurologischen, psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung“ ihrer Versicherten, die an die Stelle der bisherigen Regelversorgung im KV-System treten soll.

Unter diesen Vorzeichen ist die Befürchtung vieler Psychotherapeuten in Baden-Württemberg nachvollziehbar, dass die weltweit einmalige ambulante psychotherapeutische Versorgung der deutschen Bevölkerung, die im Rahmen einer geschützten therapeutischen Beziehung die jeweilige Einzigartigkeit des Patienten im Blick hat, hierzulande zu einer zwar flächendeckenden, aber normierten Minimalversorgung verkümmern könnte, die nur noch das Ziel verfolgt, Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verringern, möglicherweise obendrein unter der Ägide einer Psychiatrie, für die Psychotherapie nur ein Anhängsel darstellt. Umso dringender bedarf es der breiten Diskussion und Erarbeitung eines Gesamtkonzepts der ambulanten Versorgung psychisch Kranker, das die Eigenständigkeit der psychiatrischen, der psychosomatischen und der psychotherapeutischen Versorgung respektiert, je nach Erfordernis aber auch eine Kooperation der Versorgungsbereiche ermöglicht. ■

#### Fazit

Die psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg erbringen die Psychologischen Psychotherapeuten, die ärztlichen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In jedem Planungsbezirk sieht die Bedarfsplanung einen Mindestversorgungsanteil vor. Diese Quote gibt ärztlichen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einigen Stadt- und Landkreisen noch die Möglichkeit, sich frei niederzulassen.



# Handlungsfelder hausärztlicher Versorgung in Baden-Württemberg.

Kaum eine Woche verging 2010, in der von den unterschiedlichen Beteiligten in der Gesundheitspolitik nicht die Bedeutung des Hausarztes für die Versorgung der Patienten betont wurde. So langsam schien es jedem gedämmert zu haben, dass ein Einbruch bei der Zahl der hausärztlichen Praxen erhebliche Konsequenzen für die Versorgung der Patienten nach sich ziehen wird. In der Tat: Die Zahl der Hausarztpraxen ist rückläufig, immer mehr Kollegen beklagen, dass es kaum mehr möglich ist, ihre Praxen an einen Nachfolger zu übergeben. Aus Altersgründen wird in den kommenden Jahren eine Vielzahl von Kollegen ihre Praxen nicht mehr weiterführen. Die wenig attraktiven Rahmenbedingungen lassen es für den ärztlichen Nachwuchs als kaum erstrebenswert erscheinen, sich als Hausarzt niederzulassen: Honorierung, Arbeitsbelastung, Notfalldienste und Bürokratie stellen eine große Hürde für die Niederlassung dar.

Vor allem die Honorarsituation hat 2010 keine Entspannung mit sich gebracht. Viele Kollegen berichten über einen nochmaligen Rückgang der Vergütung im Vergleich zu 2009 – einem Jahr, in dem auch die Hausärzte bereits deutliche Umsatzeinbußen zu verzeichnen hatten.

Erfreulich ist, dass die Politik inzwischen erkannt hat, dass hier ein Problem auf uns zukommt. Allerdings ist bislang nicht zu erkennen, dass wirklich die Ursachen dieser Situation angegangen werden. Viele gutgemeinte Aktionen, die aber letztendlich ins Leere laufen, aber auch viel Unkenntnis über die eigentlichen Probleme vor Ort, sind hier zu spüren. Positiv ist hier freilich hervorzuheben, dass die Landkreise, Städte und Gemeinden sich in der Zwischenzeit mit viel Engagement diesem Thema annehmen und so eine gemeinsame Vorgehensweise ermöglicht wird. Endlich wird auch erkannt, dass der Arzt vor Ort nicht nur für die Versorgung der Patienten eine wichtige Rolle spielt, sondern auch ein bedeutender Wirtschafts- und Infrastrukturfaktor ist.

Im Mittelpunkt der Beratungen des Beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung standen denn auch die dringlichsten Themen, die für die Kolleginnen und Kollegen von besonderer Bedeutung sind.

## **Bereinigung Selektivverträge**

Da ist zunächst die Bereinigung der Selektivverträge. Die Zahl der eingeschriebenen Ärzte und Patienten in den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V hat sich auch 2010 noch einmal deutlich erhöht. Zum Jahresende werden es rund 4.000 Hausärzte und 1,3 Millionen Patienten sein. Führend ist nach wie vor die AOK in Baden-

*Dr. med. Berthold Dietsche*



Württemberg, mit einer Reihe anderer Krankenkassen, vor allem aus dem Bereich der Betriebskrankenkassen sowie der IKK Classic konnten ebenfalls Verträge abgeschlossen werden. Die Selektivverträge haben sich damit zu einem ernst zu nehmenden Pfeiler der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg entwickelt, der nicht mehr weg zu diskutieren ist.

Große Probleme bereitete 2010 jedoch die Bereinigung der Verträge, die erst in diesem Jahr für das Jahr 2009 zwischen der KV und den Krankenkassen im Land vereinbart werden konnte. Dies hatte viel Unsicherheit unter den Kolleginnen und Kollegen hervorgerufen. Erst Mitte des Jahres konnten die vorläufigen Honorarbescheide 2009 korrigiert werden. Ob damit die Bereinigung abgeschlossen ist, bleibt anzuwarten. Denn eine Vielzahl von Widersprüchen zeigt, dass in Zukunft noch einiges an Klärungsbedarf auf die Gremien der KV zukommen wird. Bedauerlich auch, dass der Gesetzgeber den Selektivverträgen offensichtlich keine Chance geben möchte. Die Gesetzesänderung in der zweiten Jahreshälfte lässt die Zukunft der 73b-Verträge auf einem unsicheren Terrain zurück. Nicht einmal ein Jahr hatte der Koalitionsvertrag hier Bestand! Mit zunehmender Zahl an Selektivverträgen bleibt das Thema Bereinigung nach wie vor eines der wichtigen Themen auch für den Beratenden Fachausschuss.

#### **Honorarsystematik**

Nur noch für Experten nachzuvollziehen ist die aktuelle Systematik für die Honorierung. Nach Einführung der RLV 2009 und der EBM-Reform, nach Gesundheitsfonds und Mittelverteilung zwischen den KVen, wurde 2010 erneut eine Änderung in der Systematik vorgenommen: Zur Jahresmitte wurden qualifikationsbedingte Zusatzvolumina (QZV) eingeführt, die teilweise die freien Leistungen abgelöst und die Budgetierung insgesamt auf fast alle Bereiche der Honorierung ausgedehnt haben. Für die Praxen im Land hatte dies eine erneute Veränderung ihrer Berechnungsgrundlage zur Folge, die ebenfalls zu großer Verunsicherung geführt hat. Die Einführung der QZV war eine bundesweit vorgegebene Änderung, an der die KVBW daher nicht vorbeikam. Der Beratende Fachausschuss war hierbei im Vorfeld durch den Vorstand in die Systematik der Berechnung der QZV involviert.

Großen Raum in den Beratungen des Ausschusses nahmen auch die Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin, die Entwicklung der Richtgrößen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie die Laborreform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein. Der Fachausschuss hat hier wichtige Impulse gegeben und intensive Arbeit geleistet, für die den Mitgliedern an dieser Stelle gedankt werden soll.

Auch im Jahr 2010 hat sich gezeigt, dass es nach wie vor nicht gelingt, Stabilität ins System zu bringen. Permanente Änderungen an der Honorarsystematik und an der Berechnung der Vergütung lassen für den Arzt vor Ort eine sinnvolle und langfristig ausgelegte Planung kaum mehr zu. Wie soll der Arzt Investitionen planen, wenn er nicht weiß, wie sich die Vergütung der Leistung, die er damit erbringen soll, in den kommenden Jahren entwickelt? Prognosen, wie sie andere Berufsgruppen vornehmen, sind hier kaum durchführbar, da kontinuierliche Wegänderungen der Politik nicht mehr vorhersehbar sind. ■

## Impfungen im Quartal 2/2010

<b>Impfung</b>	<b>Anzahl</b>
Influenza	609
Pneumokokken	9.410
Pneumokokken bis 24 Monate	62.242
TD	24.840
Tetanus	10.400
FSME	265.929
DTaP-IPV-Hib-HepB (6fach-Impfung)	73.128
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis	52.924
Diphtherie, Pertussis, Tetanus	4.826
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis	28.437
Tdpa (3 fach-Impfung)	26.747
Meningokokken	28.466
MMRV	30.628
MMR	11.110
HPV	12.078
Hepatitis B	13.587
Hepatitis A + B	64.477
Masern	206
Poliomyelitis	9.904
Varizellen	15.698
Diphtherie	2.264
Sonstige	8.443
<b>Gesamt</b>	<b>756.353</b>

756.000 Impfungen in einem Quartal – Die Ärzte in Baden-Württemberg sind intensiv im Bereich der Prävention tätig. In Zeiten von Pandemien wie der „Schweinegrippe“ kann sich diese Zahl auch schnell verdoppeln.

### Fazit

Die Karte mit der hausärztlichen Versorgungsdichte zeigt, dass auch in vielen ländlichen Gebieten mehr Hausärzte für die Versorgung zur Verfügung stehen als im Landesdurchschnitt. Freilich darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass es innerhalb der Landkreise auch zu Ballungen kommen kann.

## Hausarzt-Versorgungsdichte



- 1.500 bis 1.700 Einwohner je Hausarzt, mit Versorgungsgraden von 100 % bis 109 % = ausreichend versorgt
- 1.500 bis 1.700 Einwohner je Hausarzt, aber Versorgungsgrad ab 110 % = rechnerisch übertversorgt
- 1.300 bis 1.500 Einwohner je Hausarzt und Versorgungsgrad von 100 % bis 109 % = rechnerisch gut versorgt
- 1.300 bis 1.500 Einwohner je Hausarzt und Versorgungsgrad ab 110 % = überdurchschnittlich gut versorgt

Hausarzt-Dichte = Einwohner je Hausarzt / Baden-Württemberg: 1.508 Einwohner je Hausarzt

*WETTRÜSTEN.*



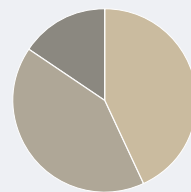
DIE FÜRCHTERLICH DAS LAND DURCHSCHNAUBT,  
MANCH BLÜHEND LEBEN UNS GERAUBT:  
DIE FINSTRE ALTE DRACHENBRUT –  
WEISS MAN JETZT AUSZUSCHWEFELN GUT!  
DENN KOMMT MAN IHR SULFONAMIDLICH,  
DANN WIRD SIE HARMLOS, FRIEDLICH-NIEDLICH.  
DOCH LEIDER HAT DER THERAPEUT  
SICH DES ERFOLGS ZU FRÜH GEFREUT:  
DIE KEIME, MIT MODERNSTEN MITTELN  
VERTRIEBEN, SCHEINBAR, AUS DEN SPITTELN,  
SIE LASSEN SICH NICHT FÜRDER LOCKEN.  
GEHARNISCHT WARTEN VIREN, KOKKEN  
UND BRECHEN PLÖTZLICH, MIT GEWALT,  
HERVOR AUS IHREM HINTERHALT.  
MIT PANZERBRECHEND-NEUEN WAFFEN  
HOFFT WIEDER ES DER ARZT ZU SCHAFFEN.  
UND NIEDERLAGEN GIBT'S UND SIEGE,  
ABWECHSELND IN DEM ZÄHEN KRIEGE.  
GUT, WENN WIR AN DER REIHE SIND,  
WENN GRAD DIE WISSENSCHAFT GEWINNT!

# Ambulante Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg.

## Versorgungsbereiche/-struktur

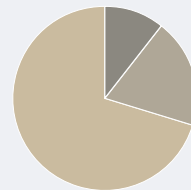
Anzahl ambulanter Behandler

■ Hausärztliche Versorgung	7.979
■ Fachärztliche Versorgung	7.648
■ Psychotherapeutische Versorgung	2.849



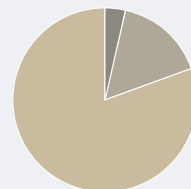
Hausärztliche Versorgung, gegliedert nach Fachgruppen

■ Allgemeinärzte	5.600
■ Internisten (hausärztlich)	1.524
■ Kinder- und Jugendärzte	855

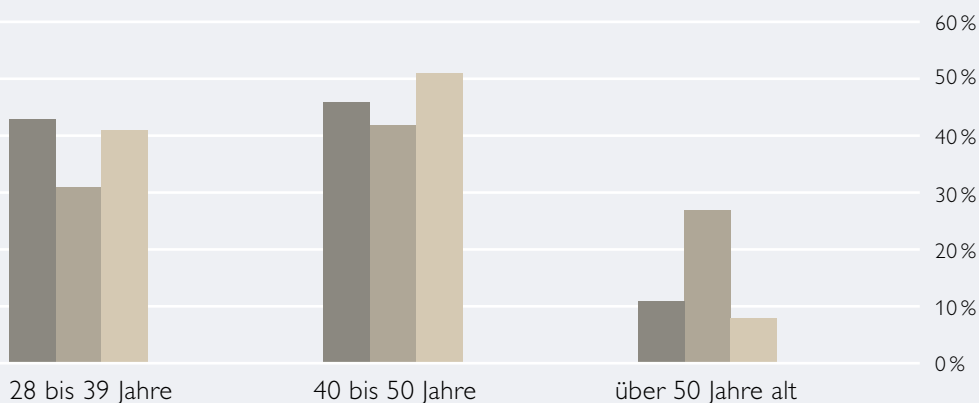


Fachärztliche Versorgung, gegliedert nach Ärzten und Psychotherapeuten

■ Fachärzte	8.436
■ Psychologische Psychotherapeuten	1.672
■ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	389

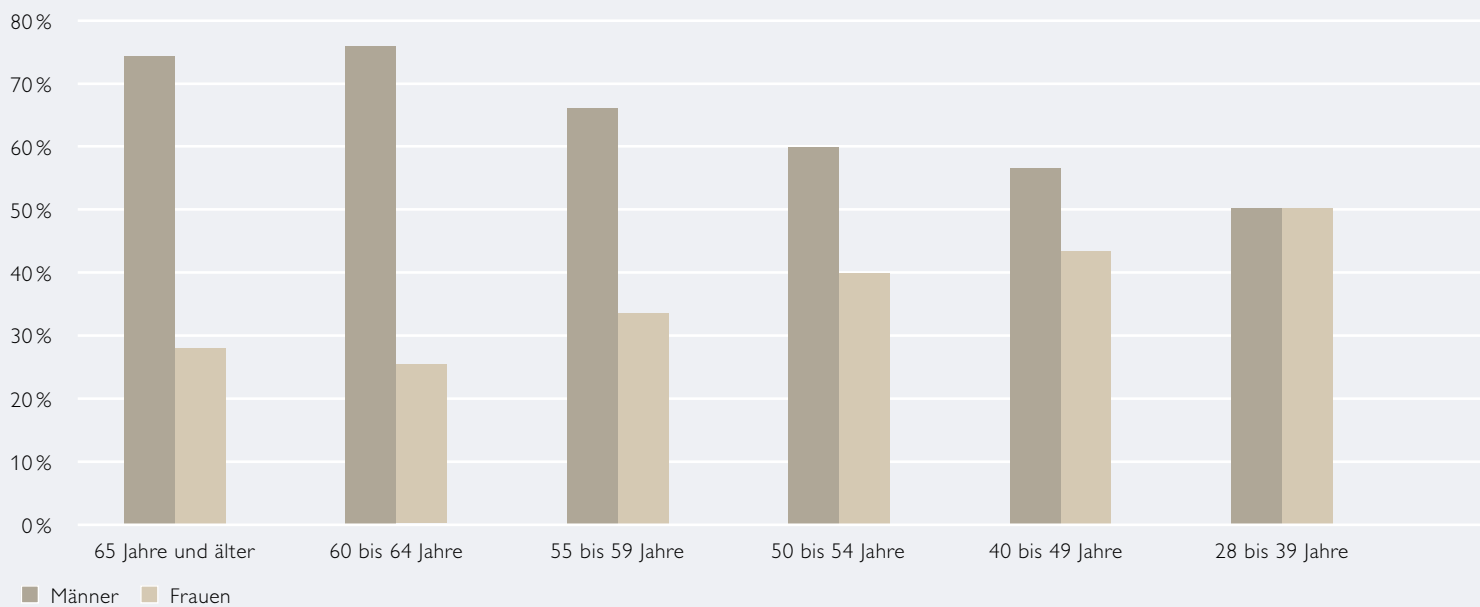


## Neueinsteiger – Alter bei Tätigkeitsbeginn



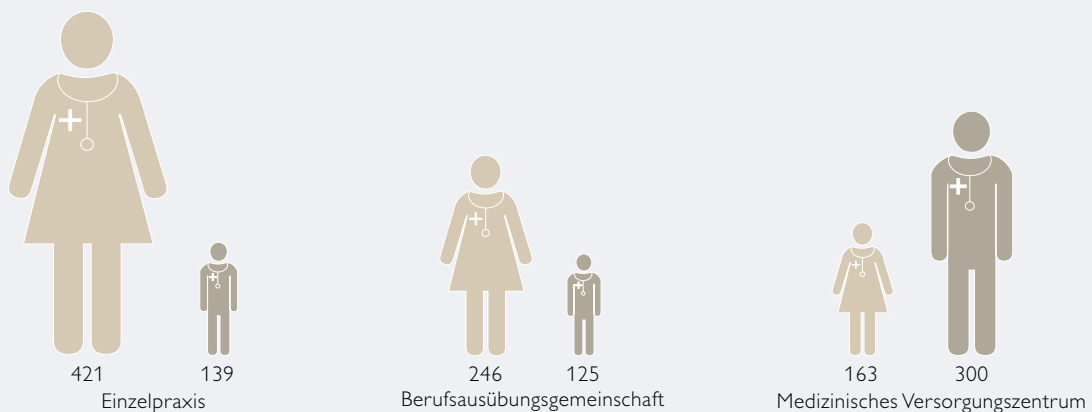
■ Angestellte in Praxen
■ Angestellte in Medizinischen Versorgungszentren
■ Als Zugelassene selbstständig tätig

## Altersstruktur und Frauenanteil in der vertragsärztlichen Versorgung



	28 bis 39	40 bis 49	50 bis 54	55 bis 59	60 bis 64	über 65	Gesamt
Frauen	448	2.472	1.493	1.310	764	338	6.825
Männer	442	3.331	2.246	2.514	2.263	855	11.651
Frauen-Anteil	50%	43%	40%	34%	25%	28%	37%

## Wo sind die Angestellten beschäftigt?



## Teilnahmestruktur Entwicklung 2007 bis 2010

### Zugelassene Ärzte / Psychotherapeuten

	in 2007	in 2010	Veränderung in Prozent
Hausärzte	6.988	6.695	-4,2 %
Fachärzte	10.274	10.387	+1,1 %
KVBW	17.262	17.082	-1,0 %

### Angestellte Ärzte / Psychotherapeuten

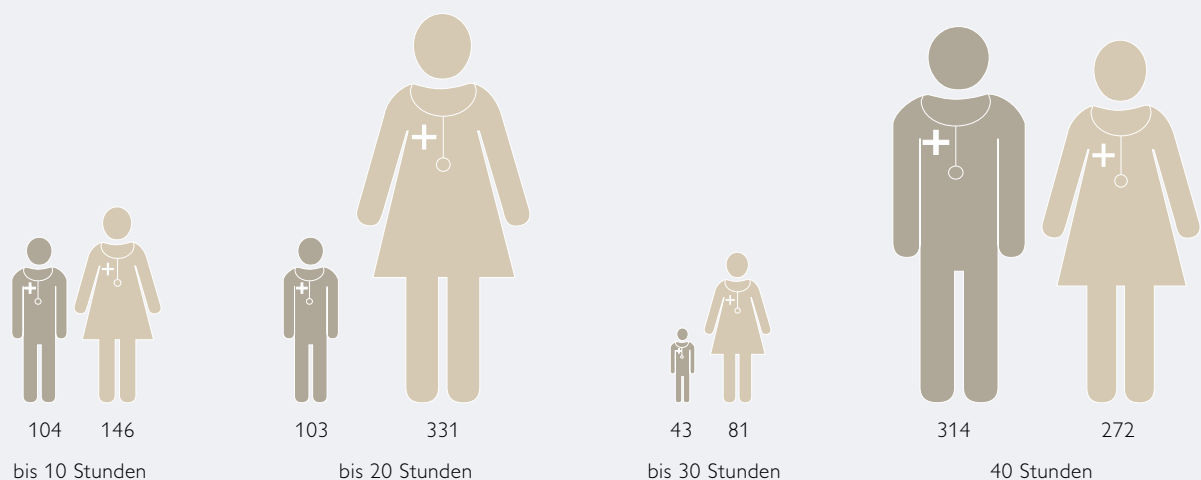
	in 2007	in 2010	Veränderung in Prozent
Hausärzte	185	429	+131,9 %
Fachärzte	397	965	+143,1 %
KVBW	582	1.394	+139,5 %

### Ambulante Versorgung

	in 2007	in 2010	Veränderung in Prozent
Hausärzte	7.173	7.124	-0,7 %
Fachärzte	10.671	11.352	+6,4 %
KVBW	17.844	18.476	+3,5 %

## Arbeitszeiten der Angestellten Ärzte / Psychotherapeuten pro Woche

Bei Frauen überwiegt Halbtags-Beschäftigung



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

Fachgebiet	Zugelassen		Angestellt		KVBW		Ermächtigt	
	Gesamt	davon weibl.	Gesamt	davon weibl.	Gesamt	davon weibl.	Gesamt	davon weibl.
Allgemeinmedizin	5.273	34%	327	78%	5.600	36%	13	54%
Anästhesiologie	310	40%	53	49%	363	42%	136	13%
Augenheilkunde	616	39%	51	65%	667	41%	14	14%
Chirurgie	450	6%	58	24%	508	11%	262	5%
Frauenheilkunde	1.212	49%	131	79%	1.343	52%	142	26%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	446	21%	23	65%	469	23%	27	15%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	413	36%	43	74%	456	40%	14	21%
Innere Medizin – Hausärztlich	1.422	22%	102	62%	1.524	25%	4	0%
Innere Medizin – Fachärztlich*	945	15%	88	36%	1.033	17%	359	10%
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	383	77%	6	50%	389	77%	12	75%
Kinder- und Jugendmedizin	779	35%	76	76%	855	39%	104	19%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	95	55%	6	67%	101	55%	13	31%
Laboratoriumsmedizin / Mikrobiologie	68	25%	94	36%	162	31%	10	30%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	136	4%	2	100%	138	6%	5	0%
Nervenärzte, Neurologie und Psychiatrie**	647	31%	63	59%	710	34%	81	14%
Neurochirurgie	52	6%	20	15%	72	8%	6	0%
Nuklearmedizin	58	26%	11	27%	69	26%	6	17%
Orthopädie	654	5%	41	17%	695	6%	74	3%
Pathologie	77	22%	14	57%	91	27%	8	0%
Physikalische u. Rehabilitative Medizin	49	39%	13	31%	62	37%		
Psychologische Psychotherapie***	1.646	63%	26	85%	1.672	63%	10	70%
Psychotherapeutische Medizin	773	62%	15	47%	788	62%	15	27%
Radiologie / Strahlentherapie	273	18%	114	49%	387	27%	125	23%
Urologie	305	4%	17	47%	322	7%	28	4%
<b>Summe</b>	<b>17.082</b>	<b>35%</b>	<b>1.394</b>	<b>60%</b>	<b>18.476</b>	<b>37%</b>	<b>1.468</b>	<b>14%</b>

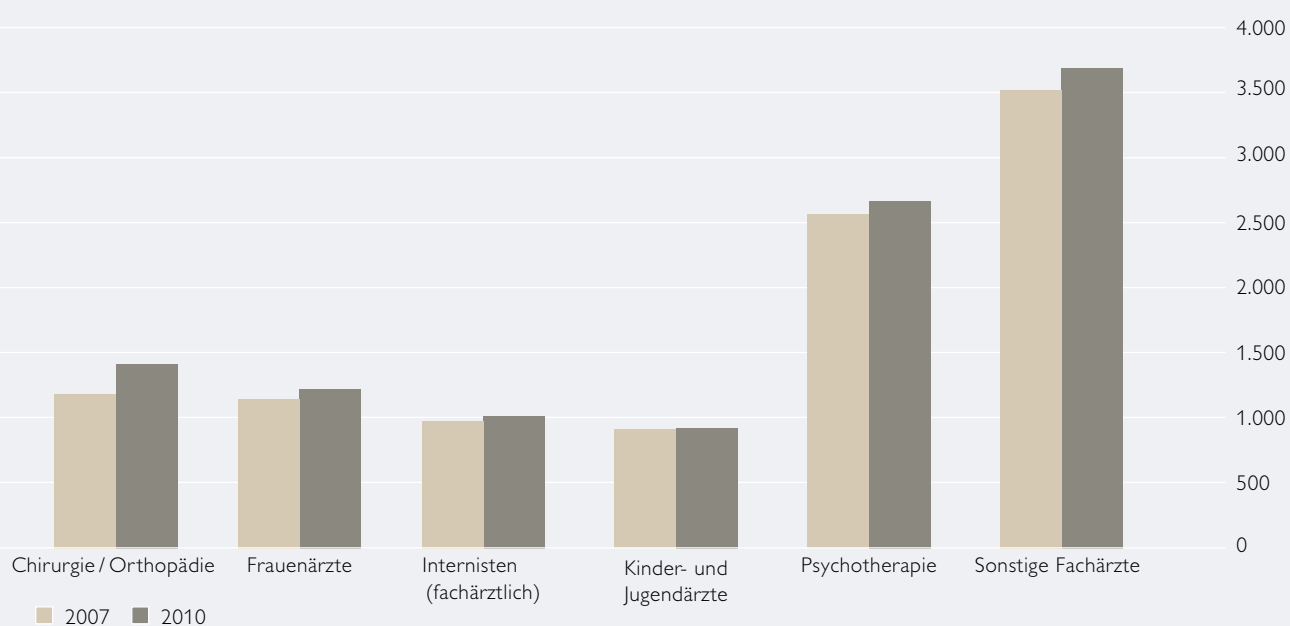
\* 1.033 = 123 Gastroenterologen, 212 Kardiologen, 144 Nephrologen, 110 Pneumologen, 444 andere oder ohne Schwerpunkt

\*\* 710 = 361 Nervenärzte (Neurologie und Psychiatrie), 218 Psychiatrie und Psychotherapie, 131 Neurologie

\*\*\* 1.672 = davon 166 auch zugelassen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

## Facharztzahlen Entwicklung 2007 bis 2010

Nur noch leichter Facharztanstieg von 2007 bis 2010

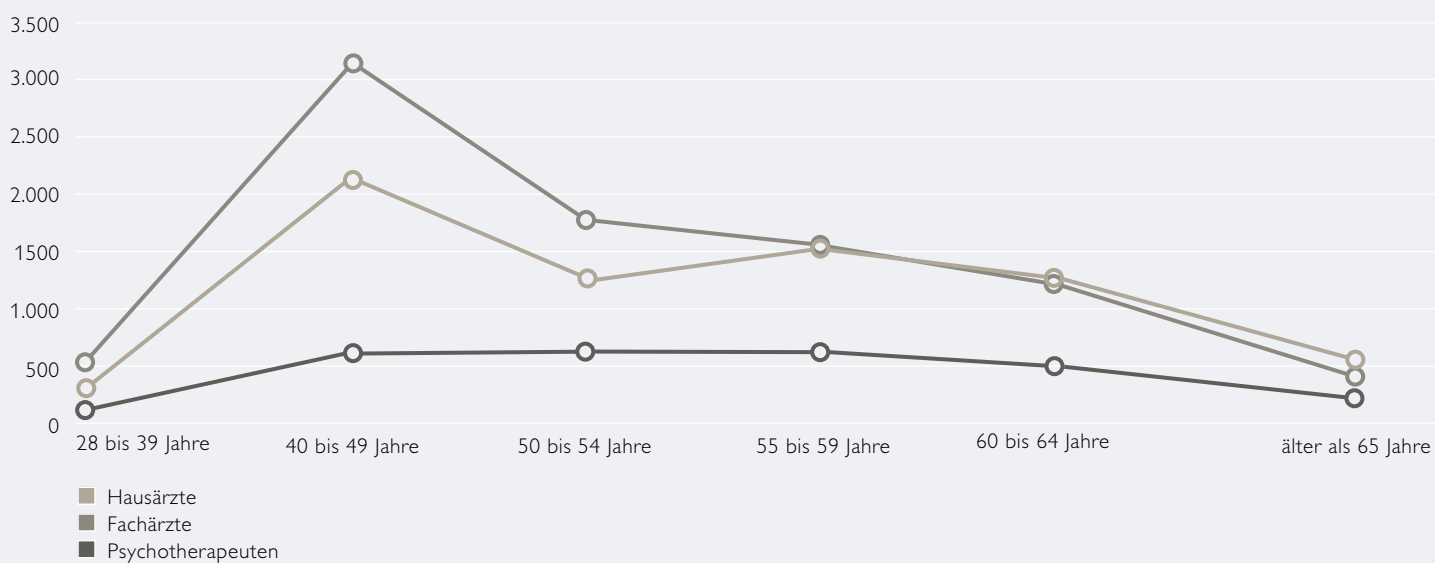


	2007	2010	in Prozent	in Zahlen
Chirurgie / Orthopädie	1.375	1.475	7,5 %	103
Frauenärzte	1.296	1.343	3,6 %	47
Internisten (fachärztlich)	967	1.033	6,8 %	66
Kinder- und Jugendärzte	832	855	2,8 %	23
Psychotherapie	2.640	2.849	7,9 %	209
Sonstige Fachärzte	3.564	3.797	6,5 %	233

## Arztzahlen Entwicklung 2007 bis 2010

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

## Altersstruktur der Vertragsärzte/-psychotherapeuten (KVBW)



### Durchschnittsalter

	28 bis 39	40 bis 49	50 bis 54	55 bis 59	60 bis 64	über 65	Gesamt
Hausärzte	329	2.106	1.325	1.552	1.298	514	7.124
Fachärzte	482	3.093	1.717	1.561	1.223	427	8.503
Psychotherapeuten	79	604	697	711	506	252	2.849

Fachärzte 53,3 Jahre

Hausärzte 52,1 Jahre

Psychotherapeuten 55,0 Jahre

### Altersstruktur in Prozent

	28 bis 39	40 bis 49	50 bis 54	55 bis 59	60 bis 64	über 65
Hausärzte	5	30	18	22	18	7
Fachärzte	6	37	20	18	14	5
Psychotherapeuten	3	21	24	25	18	9

*ARZTWECHSEL.*



DER HAUSARZT, TÜCHTIG UND BESCHIEDEN,  
WAR EINST DER HÜTER UNSRER LEIDEN.  
ER WARD UNS HELFER, WARD UNS FREUND. –  
JETZT WIRD NUR NOCH HERUMGESTREUNT.  
HALF NICHT DER ERSTE HERR PROFESSOR,  
DANN IST GEWISS DER ZWEITE BESSER,  
UND BALD – DAS IST BEI UNS SO SITTE –  
DENKT MAN, DER BESTE SEI DER DRITTE.  
EIN JEDER FÄNGT VON VORNE AN,  
TUT, WAS DIE ANDERN SCHON GETAN:  
SOLLT ER SICH FREMDER EINSICHT BEUGEN?  
NEIN, ER MUSS SICH SELBST SCHON ÜBERZEUGEN!  
ER LÄSST DEN GANZEN HEILTUMSCHATZ,  
VOM EKG BIS GRUNDUMSATZ,  
FRISCH AUF UNS LOS; UND WENIG GILT  
DAS JÜNGST ERSTELLTE RÖNTGENBILD.  
NACH MANCHER MESSUNG UND VERBUCHUNG  
SIND WIR JETZT REIF ZU UNTERSUCHUNG,  
BEI DER WIR WIEDER NEU ERFAHREN,  
WAS MAN UNS SCHON GESAGT VOR JAHREN,  
UND WOFÜR WIR AUCH DANKEN, KINDLICH:  
DASS UNSRE GALLE REIZEMPFINDLICH,  
UND UNSER HERZ EIN BISSCHEN GROSS –  
DASS ABER SONST NICHT RECHT VIEL LOS.  
WIR TRAGEN LEICHTER UNSRE QUAL  
EIN JAHR LANG – BIS ZUM NÄCHSTENMAL...

Eine Einrichtung der KVBW:  
Die Notfallpraxis Karlsruhe.





*Dr. med. Adrian Schäfer,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Karlsruhe*

Im Jahre 2004 entschloss sich die Notfalldienstkommission der Bezirksdirektion Karlsruhe, den organisierten ärztlichen Notfalldienst in der Stadt Karlsruhe auszubauen und zu sprechstundenfreien Zeiten eine umfangreiche ärztliche Versorgung auch an Wochentagen einzuführen.

Die bisherigen Räumlichkeiten im Erdgeschoss der KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe waren dazu jedoch äußerst ungeeignet, da zu abgelegen und verkehrstechnisch schlecht erreichbar. In der nun anschließenden Planung entschloss man sich, mit den in Karlsruhe zentral gelegenen Kliniken Kontakt aufzunehmen, auch vor dem Hintergrund, eine Kooperation mit dem Krankenhaus hinsichtlich der schnellen Befundung zum Beispiel durch schnelle Röntgenaufnahmen oder eventuell erforderliche Laboruntersuchungen zu schließen. Rasch war man sich mit dem zentral gelegenen und verkehrstechnisch gut erreichbaren St. Vincentius Krankenhaus einig, welches bereit war, der KV für den Notfalldienst eine ganze Etage zur Verfügung zu stellen.

Zu den Räumlichkeiten der Notfallpraxis Karlsruhe gehören neben der Anmeldung vier Behandlungs- und Untersuchungsräume, zwei Schlaf- und Ruheräume für die Dienst habenden Ärzte sowie eine Telefonzentrale, von welcher die Ambulanz und Hausbesuchsanforderungen organisiert werden.

Das Einzugsgebiet der Notfallpraxis Karlsruhe erstreckt sich über die Stadtgrenzen Karlsruhes hinaus und versorgt sowohl am Wochenende als auch an Wochentagen gleichfalls im Süden die Gemeinde Rheinstetten und im

Nordosten die Gemeinde Pfinztal. Die Versorgung der circa 332.000 Einwohner am Wochenende ab Freitag 19.00 Uhr bis Montag 7.00 Uhr erfolgt in 12 Stunden Schichten durch vier Ärzte, wovon ein Arzt ausschließlich die Versorgung in der Ambulanz der Notfallpraxis sicherstellt.

Die drei zum Fahrdienst eingeteilten Ärzte werden durch die Telefonzentrale der Notfallpraxis zu ihren jeweiligen Einsatzorten geleitet. An Wochentagen übernehmen zwei Ärzte die Versorgung der Bevölkerung in Karlsruhe und Umgebung.

Bei der Notfallpraxis Karlsruhe handelt es sich um eine Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg, die dort tätigen nichtärztlichen Mitarbeiter sind Angestellte der KV. Die Qualifikation der insgesamt 38 nichtärztlichen Mitarbeiter reicht von der Medizinischen Fachangestellten bis hin zur Krankenschwester. Die Tätigkeitsschwerpunkte liegen zum einen in der Ambulanztätigkeit und zum anderen in der Koordination der Patientenrufe in der Telefonzentrale. Die ärztliche Versorgung der Patienten übernehmen derzeit 34 Ärzte, welche zum Teil niedergelassene Vertragsärzte, niedergelassene Privatärzte und Klinikärzte sind. Monatlich werden in der Ambulanz der Notfallpraxis circa 800 Patienten untersucht und behandelt, die Zahl der Hausbesuche liegt bei circa 850 Behandlungsfällen.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Notfallpraxis in Karlsruhe bezogen auf die Ambulanzpatienten über ein großes Einzugsgebiet verfügt, welches auch über die Grenze des Notfalldienstbezirkes hinaus Patienten anzieht. ■

Auf ärztliche Initiative:  
Die Notfallpraxis Rastatt.





*Dr. med. Jörg R. Engelhardt,  
Rastatt*

### **Anbindung an Krankenhaus sichert optimale Patientenversorgung**

Schon 1996, also lange bevor die KV einheitliche Notrufnummern für den ärztlichen Bereitschaftsdienst einführte, hatte die Ärzteschaft Rastatt mit einer PC-gesteuerten Rufweiterleitung eine Notrufnummer zum diensthabenden Arzt geschaltet. Diesem sollten damit die Kontakte mit Patienten im Dienst erspart werden, welche die Dienstbereitschaft ihres Hausarztes regelmäßig in Anspruch nahmen und davon ausgingen, dass er gerade dann besonders viel Zeit für sie hätte und durch die Beschäftigung mit ihren Dingen gut die Langeweile des Dienstes vertreiben könne.

Allerdings war in der Folgezeit zu beobachten, dass immer mehr Patienten im Notfall den direkten Weg in die Krankenhausambulanzen nahmen, weil wahrscheinlich eine Krankenhausambulanz für sie weniger anonym war als eine namenlose Telefonnummer. Außerdem nahm die Qualität des Bereitschaftsdienstes deutlich ab, weil immer mehr Kollegen ihre Dienste an teuer bezahlte Vertreter abgaben ohne sich um deren Einsatzbereitschaft und Arbeitswillen zu kümmern. Dem niedergelassenen Arzt fehlten im Dienst zunehmend Patienten und damit Geld, das Krankenhaus war überlastet, weil die Ambulanzen auf die wachsende Patientenzahl räumlich und vor allem personell nicht eingestellt waren.

So begann der Vorstand der Ärzteschaft mit der Planung, das Problem durch eine Notdienstzentrale in den Griff zu bekommen. Diese Notdienstzentrale müsse sich im Eingangsbereich des Krankenhauses etablieren, um die Patienten „einzufangen“, die dem allgemeinärztlichen Dienst zuzuordnen sind und die schweren Fälle für die Krankenhausambulanzen heraus zu filtern und der fachärztlichen Behandlung zuzuführen.

Deshalb fanden ab 2002 erste Verhandlungen mit der Krankenhausverwaltung über ein solches Projekt statt. Von dort wurde große Bereitschaft zur Zusammenarbeit signalisiert, weil die ambulanten Notfälle für das Krankenhaus finanziell kein Geschäft wären und die Krankenhausärzte im Dienst sowieso schon überlastet seien. Widerstand kam erstaunlicherweise von den niedergelassenen Ärzten, welche die großzügigen Angebote als Versuch werteten, die Krankenhausverwaltung wolle auf diesem Weg Einfluss auf die ambulante ärztliche Versorgung gewinnen. Es dauerte über 3 Jahre, bis im Jahr 2005 eine Mehrheit der Ärzteschaft Rastatt diese Bedenken abgelegt hatte und die Entscheidung für die Einrichtung einer Notdienstzentrale im Krankenhausbereich zustande kam.

Anfragen bei KV und Ärztekammer bezüglich der erforderlichen Genehmigungen eines solchen Vorhabens wurden positiv beschieden, sofern die Organisation und die Durchführung der Dienste sich streng an den Vorgaben der Notfalldienstordnung orientieren würden.



Im Spätjahr 2005 gründeten alle in Rastatt zum allgemeinärztlichen Notfalldienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte einen Verein mit dem Ziel, die ärztliche Notfallversorgung in Rastatt zu verbessern. Er nennt sich „ÄRA“, Ärzte für Rastatt, ist im Vereinsregister eingetragen und als gemeinnützig anerkannt. Der Verein gab sich eine Satzung und eine Geschäftsordnung und wählte einen Vorstand, der mit Kammer und KV eine vertragliche Vereinbarung bezüglich der Übernahme von Pflichten und Rechten bei der Durchführung des organisierten Bereitschaftsdienstes unterschrieb und mit dem Krankenhaus einen Mietvertrag und eine Kooperationsvereinbarung abschloss. Die Tatsache, dass dieses komplizierte Vertragsgeflecht zwischen den verschiedenen Partnern mit unterschiedlichen Interessen ohne Notwendigkeit einer Korrektur oder Nachbesserung bis heute Bestand hatte, spricht für die Qualität der verschiedenen Vereinbarungen. Dieser Verein „ÄRA“ betreibt seit dem 1. April 2006 die Notdienstzentrale am Kreiskrankenhaus Rastatt.

Die Öffnungszeiten der Notdienstzentrale (NDZ) orientieren sich vertragsgemäß an den Vorgaben der Notfalldienstordnung. Bis zum 30. September 2010 war die NDZ im Erdgeschoss des Kreiskrankenhauses Rastatt in unmittelbarer Nähe zu den Fachambulanzen der inneren und der chirurgischen Abteilung mit zwei Räumen (Anmeldung und Untersuchungsraum) untergebracht. Werktags ist von 19.00 Uhr bis 22.00 Uhr eine Arzthelferin anwesend, ebenso an

Wochenend- und Feiertagen von 8.00 Uhr bis 22.00 Uhr. Bis zum 30. September 2010 war während der Öffnungszeiten der NDZ ständig ein Arzt anwesend, der sich nur zur Durchführung von Hausbesuchen zwischenzeitlich entfernte.

Seit dem 1. Oktober 2010 hat sich die von der NDZ Rastatt betreute Einwohnerzahl von etwas mehr als 30.000 auf 68.000 Einwohner rund verdoppelt, weil die Mitgliederversammlung der ÄRA einem Antrag der zum Dienst verpflichteten Ärzte der Umlandgemeinden gefolgt ist und die Kollegen in den Verein aufgenommen hat. Grund für diesen Antrag war die Erkenntnis, dass für die Praxen in diesen Gemeinden keine Nachfolger zu finden sind, wenn alle drei Wochen Bereitschaftsdienste für den jeweiligen Sprengel anstehen. Und es stehen wegen der Altersstruktur sehr viele Praxen in diesen Gemeinden in nächster Zeit zum Verkauf an, welche wegen der häufigen Dienstverpflichtung und der ständigen Präsenzpflicht unter der Woche nicht zu veräußern sind.

Aus diesem Grund hat sich auch die personelle Belegung der NDZ geändert: Weiterhin ist zu den oben genannten Zeiten eine Arzthelferin anwesend. Das scheint zumindest für den Augenblick ausreichend zu sein. Von Freitagabend bis Montag früh und an Feiertagen sind zwei Ärzte präsent, ein sogenannter Sitz- und ein Fahrdienst. Werktags ist zu den Dienstzeiten ein Kollege anwesend, er versorgt die ambulanten Fälle und erledigt die Hausbesuche im Bereich der Kernstadt. Kommt die Anforderung



derung eines Hausbesuchs aus den Umlandgemeinden, ruft der diensthabende NDZ-Arzt einen dienstbereiten Kollegen in diesem Sprengel an, welcher den Besuch dann erledigt.

Am 1. Oktober 2010 ist die NDZ aus Platzgründen in die leer stehende Hausmeisterwohnung des dem Krankenhaus benachbarten Personalwohnheims umgezogen. Jetzt stehen eine große Wartezone, eine Anmeldung, drei Untersuchungszimmer, ein Sozialraum mit Schlaf- und Kochgelegenheit zur Verfügung, ebenso eigene Toiletten und Dusche. Die ÄRA zahlt an das Kreiskrankenhaus derzeit monatlich 1.100,- Euro Miete, daran sind Reinigung der Räume und regelmäßiger Wechsel der Bettwäsche enthalten.

Die Arzthelferinnen bekommen im Rahmen eines 400-Euro-Jobs 15,- Euro/ Stunde (netto), jeder Arzt hat eine Einkommensgarantie von 300,- Euro an Werktagen, 600,- Euro an Wochenend- und Feiertagen, sind aber an den Umsätzen in ihrem Dienst beteiligt. Sie müssen ihr Einkommen selber versteuern und sich auch selbst mit einer Berufshaftpflichtversicherung schützen.

Die Mitglieder der ÄRA zahlen einen jährlichen Beitrag von 1.000,- Euro. Sie können sich diesen Betrag durch Teilnahme am Dienst wieder verdienen. Die Kollegen, welche keine Dienste machen wollen, buchen die Mitgliedsbeiträge als Verlust; wobei bisher alle niedergelassenen Kollegen mit dieser Regelung einverstanden

waren. Es sind auch nur etwa 20 von etwas mehr als 70 zum Dienst verpflichteter Kollegen, die sich zum Dienst einteilen lassen. Überwiegend werden die Dienste von niedergelassenen Kollegen aus der weiteren Umgebung, von arbeitslosen Ärzten oder Assistenzärzten aus den umliegenden Krankenhäusern gemacht.

#### Fazit

Vor allem für die älteren niedergelassenen Ärzte mit Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst ist die NDZ ein wahrer Segen und sie zahlen auch bereitwillig den Jahresbeitrag von 1.000,- Euro, um sich dieser Pflicht zu entledigen. Die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus funktioniert hervorragend. Die Patienten haben die NDZ angenommen, wir versorgen zum Beispiel an einem einzigen Wochenendtag etwa 70 bis 80 Patienten, davon sind etwa 12 bis 15 Kontakte Hausbesuche.

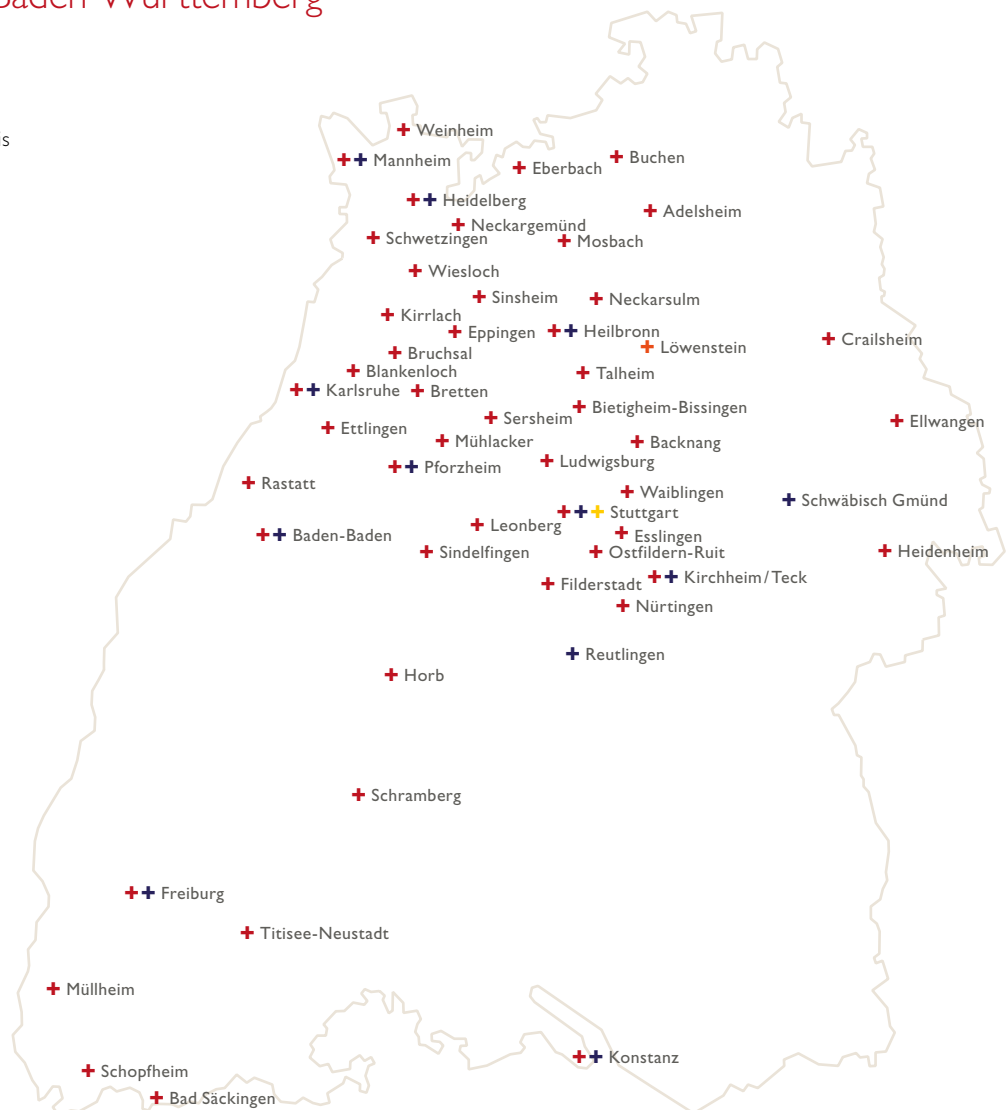
Wir haben nur ein einziges Problem: Weil die überwiegende Mehrheit der dienstverpflichteten Ärzte sich zurückzieht und lieber zahlt als die Wochenende und Nächte in der NDZ zu verbringen, haben wir permanent ein Personalproblem. Es melden sich auf Anzeigen in Fachzeitschriften und Umfragen in Krankenhäusern nur sehr wenig interessierte Ärzte, und bei einigen, welche an einer Beschäftigung interessiert sind, stellen sich bereits bei den ersten abgeleiteten Diensten ganz erhebliche Qualitätsmängel heraus. Der Mangel an gutem ärztlichem Personal mit halbwegs realistischen Gehaltsvorstellungen sowie die völlig überzogenen Erwartungen vieler Patienten, was ein allgemeinärztlicher Notdienst zu leisten habe, werden wahrscheinlich die einzigen aber schwerwiegenden zukünftigen Probleme bleiben. ■





## Notfallpraxen in Baden-Württemberg

- + Allgemeine Notfallpraxis
- + Kindernotfallpraxis
- + Psychiatrische Notfallpraxis



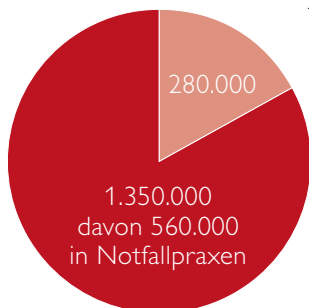




## Notfalldienst – über 1,6 Millionen Mal notfallmäßig gut versorgt

1.350.000 Notfälle im organisierten Notfalldienst  
davon 560.000 Notfälle durch Notfallpraxen behandelt

280.000 Notfallbehandlungen in Krankenhäusern



### Fazit

Die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes / Notfalldienstes gehört zu einer der wichtigsten Aufgaben der KV. Die Strukturen hierfür sind im Land vielfältig: Vor allem im nordbadischen Raum gibt es viele zentrale Notfallpraxen, meist an Krankenhäusern, bei denen die KVBW Betreiber ist. In anderen Bezirken gibt es wiederum zentrale Notfallpraxen, die von den Ärzten vor Ort betrieben werden. Häufig wird der Notfalldienst aber auch vom Bereitschaftsarzt in seiner Praxis durchgeführt. In vielen Bereichen gibt es zusätzliche fachärztliche Notfalldienste, etwa im Bereich der Kinderärzte, der Gynäkologen oder Augenärzte. Übrigens: Jeder niedergelassene Arzt, unabhängig von seiner Fachrichtung, ist grundsätzlich zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet – auch die niedergelassenen Privatärzte.

Ambulante Versorgung von  
pflegebedürftigen Kindern.





*Dr. med. Thomas-C. Wunberg,  
Reutlingen*

### **Pflegebedürftigkeit im Wandel – Notwendigkeit einer Neubewertung**

Über die Versorgung pflegebedürftiger Kinder in Heimen ist bereits viel geschrieben worden, im Wesentlichen handelt es sich dabei um Berichte, Statistiken, Konzepte und Modelle, die sich mit der gut etablierten Versorgung geistig- beziehungsweise körperbehinderter Kinder beschäftigen. Hier nun soll es um eine ganz neue, in der Entstehung befindliche Pflegeform gehen.

Von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt hat sich in den vergangenen Jahren ein spürbarer Wandel hinsichtlich der ambulanten Pflegebedürftigkeit von Kindern vollzogen, der es notwendig macht, über die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Kinder neu nachzudenken. Gründe sind neben einer Zunahme der absoluten Patientenzahlen auch eine erhebliche Intensivierung des Pflegeaufwandes infolge „neuer“ Krankheitsbilder. Wie kommt es dazu? Was ist damit gemeint?

Zu den einschneidenden Folgen der Gesundheitspolitik gehört unstrittig der massive Bettenabbau an Kliniken und die damit einhergehende Verlagerung großer Patientenströme von den Kliniken in die ambulante Betreuung. So kam es laut Berechnungen des Statistischen Bundesamts zu einem Abbau von mehr als 30% allein pädiatrischer Betten in den vergangenen Jahren bei gleichzeitig ansteigenden Patientenzahlen.

Als notwendig erachtet und begründet wurde dies mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot, ermöglicht freilich nur aufgrund des großen medizinischen Fortschrittes: Verbesserte stationäre Behandlungskonzepte und -techniken verkürzen die „Liegezeiten“ der Patienten, andererseits steigen die Überlebensraten Frühgeborener oder Schwersttraumatisierter, welche Dank hochqualifizierten Personals und moderner apparativer Ausstattung auf eine suffiziente Fortführung der zuvor eingeleiteten Therapien im ambulanten Sektor vertrauen können, der so die vormals stationären Aufgaben zu kompensieren versucht. Mit Folgen allerdings, die auch im ambulanten Pflegebereich spürbar geworden sind – und eine neue Herausforderung bedeuten.



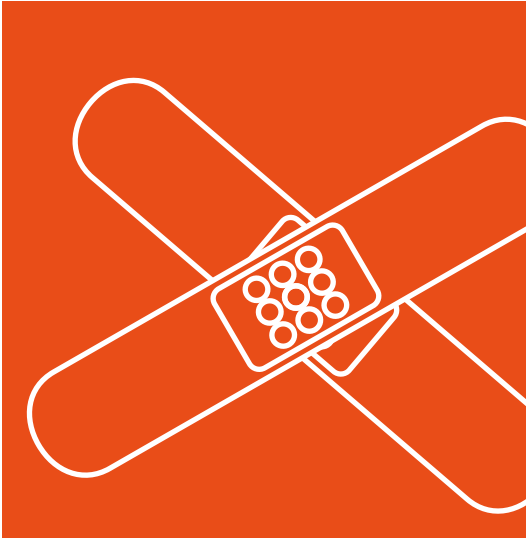
### **Das Kinderzimmer als Intensiveinheit – eine ernsthafte Option?**

Auch weil sie überwiegend zuhause betreut werden konnten, fiel bisher die Heimunterbringung pflegebedürftiger Kinder gegenüber der Heimunterbringung Erwachsener schon rein zahlenmäßig nicht ins Gewicht (circa 1.300 Pflegeheime für Erwachsene in Baden-Württemberg, versus ein vergleichbares Heim für Kinder. Nicht einbezogen: die Heime für Geistig-/Körperbehinderte), dennoch muss man mittlerweile feststellen, dass nicht nur mehr Kinder in die häusliche Pflege entlassen werden, sondern dass die Kinderzimmer heutiger Pflegebedürftiger immer öfter wie kleine Intensivstationen ausgestattet sind. Wie kommt es dazu, dass sich Patienteneltern immer häufiger mit intensivmedizinischen Themen auseinandersetzen, Regler und Knöpfe bedienen müssen, anstatt sich auf ihre genuine Aufgabe als Eltern konzentrieren zu können? Da muss die Frage erlaubt sein: Wer ist eigentlich für was zuständig und vor allem kompetent? Können und dürfen wir diese Eltern in Zukunft mit ihren schwerstkranken Kindern alleine lassen und uns der Verantwortung entziehen?

### **Ambulante Intensivmedizin – eine neue Entität in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Kinder**

Hier wird klar: Die ambulante Pädiatrie sieht sich einer zunehmend veränderten Klientel gegenüber. Schon längst geht es nicht mehr nur um eine Begleitung in der Grundversorgung Pflegebedürftiger, also Patienten die „gesund“ oder zumindest „stabil“ entlassen wurden, die „nur“ gepflegt, gewickelt, gefüttert werden müssen, sondern – im Gefolge der oben genannten Umwälzungen – vielmehr um ein Zunahme behandlungsbedürftiger schwerstkranker, zum Teil beatmungspflichtiger Kinder zuhause beziehungsweise in hierfür geeigneten Heimen, eine Aufgabe also, die noch bis vor kurzem hochspezialisierten Intensivstationen vorbehalten war.

Ein erster Schritt, diesem Wandel in der Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden, ist die Anerkennung einer neuen Pflegeform, die die Vorteile der ambulanten Versorgung mit der fachlichen Qualifikation einer Intensivbetreuung in geeigneter Weise verbindet, im Heim aber auch zuhause. Nur so ist eine verantwortungsvolle Pflege durchführbar. Wie unvorbereitet wir sind – ob Leistungserbringer oder Kostenträger – zeigte sich unlängst in den mühsamen Vorarbeiten und Verhandlungen zur Gründung einer Einrichtung, die gerade diesen Patienten eine angemessene medizinische Versorgung außerhalb der Klinik anbieten kann.



#### Ambulante Intensivmedizin – wie es funktioniert:

##### Ein Beispiel

Die bisher einzige (sic!) Einrichtung in Baden-Württemberg, welche eine annähernd ideale Verbindung zwischen moderner intensivmedizinischer und heimtypischer Behandlung mit großem Erfolg durchführt, ist die „Arche-Regenbogen“ in Mähringen, im Landkreis Tübingen. Mit großem privaten Engagement der Initiatorin, Frau Christiane Miarka-Mauthe gegründet und aufgebaut, können mittlerweile bis zu zwölf dauerbeatmete beziehungsweise intensivpflegebedürftige Patienten in hierfür speziell eingerichteten Intensiveinheiten rund um die Uhr von Fachkräften versorgt und gleichzeitig von niedergelassenen Pädiatern ärztlich betreut werden. Auch die umliegenden Kinderkliniken wurden mit eingebunden.

Das offene Konzept beinhaltet die enge Einbeziehung der Eltern mit Unterbringungsmöglichkeit vor Ort, ferner eine Vernetzung mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Kunsttherapeuten und Pädagogen, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden. Aber nicht nur Dauerpatienten, auch „Kurzzeitgäste“ erhalten hier die Möglichkeit, beispielsweise zur passageren Entlastung der Familie für einen, oder auch mehrere Tage untergebracht und gegebenenfalls intensivmedizinisch betreut zu werden (Kurzzeitpflege). Ferner werden Palliativpflege sowie die Verhinderungspflege angeboten.

Einem durchdachten Konzept mit viel Liebe zum Detail, großem Enthusiasmus des Pflegeteams, einer prominenten Schirmherrschaft, der Bereitschaft von Kostenträgern, sowie dem hohen Spendenaufkommen sind es zu verdanken, dass eine solche Einrichtung zur Verfügung steht.





### Ambulante Versorgung pflegebedürftiger Kinder heute – die Konsequenzen

Beschäftigt man sich heute mit der Versorgungssituation pflegebedürftiger Kinder, so muss man feststellen, dass sich auf diesem Sektor in den vergangenen Jahren ein wesentlicher Wandel vollzogen hat, der zur Etablierung einer neuen Pflegeform geführt hat: der ambulanten Intensivpflege. Sie dient der Sicherstellung und Fortsetzung vormals stationärer intensivmedizinischer Therapien im ambulanten Sektor für eine zahlenmäßig wachsende neue Patientengruppe. Ohne Erschließung weiterer Ressourcen werden die Folgen der zunehmenden Verlagerung medizinischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich auch hier nicht bewältigbar sein, denn, wenn sich eines aus den praktischen Erfahrungen der vergangenen Jahre ableiten lässt: Mit hohem persönlichem Engagement allein kann eine moderne und qualifizierte ambulante Intensivbetreuung nicht funktionieren.

Zu hoch erscheinen schon jetzt manchem der Beteiligten die Risiken fachlicher, aber auch haftungsrechtlicher Art.

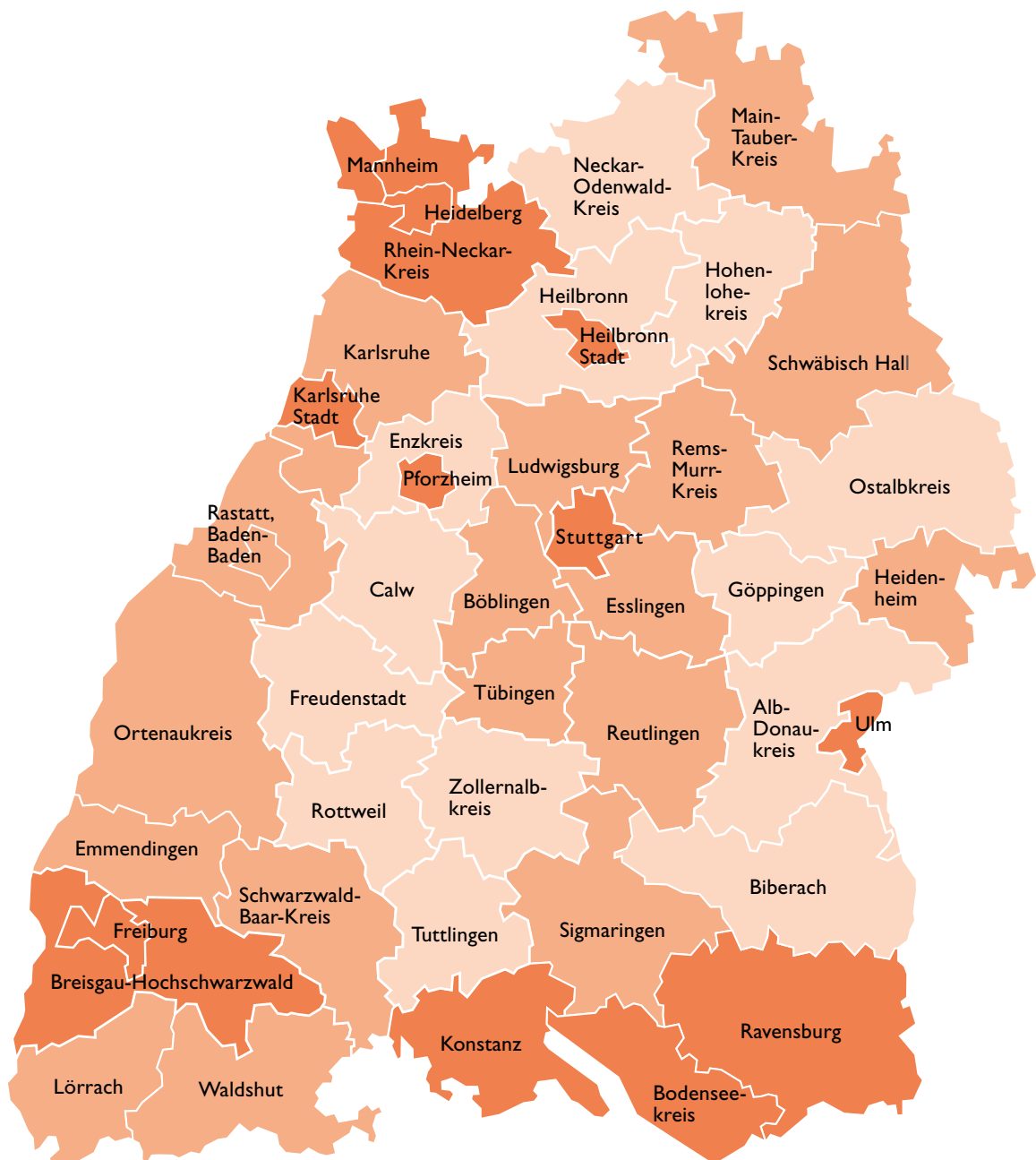
Wieder einmal ist es eine private Initiative, die zu einem wichtigen gesundheitspolitischen Thema den Anfang gemacht hat und in Vorleistung gegangen ist. Unsere gesellschaftliche Aufgabe wird es sein, diesen Weg gemeinsam weiterzugehen. Essentielle Voraussetzungen sind:

- Anerkennung der ambulanten Intensivmedizin als neuer Behandlungsauftrag
- Rechtssicherheit für alle Beteiligten
- Solide Finanzierung (durch Umverteilung frei gewordener Gelder aus dem stationären Bereich)
- Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten fach- und hausärztlichen Pädiatrie ■

## Versorgungsdichte mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

Einwohner (Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren) je Kinderarzt

- Über 3.000 Einwohner/Kinderarzt
- 2.000 bis 3.000 Einwohner/Kinderarzt
- Unter 2.000 Einwohner/Kinderarzt



„Mein MVZ“.







*Dr. med. Christoph Altmann,  
MVZ Ortenau, Offenburg*

### **Warum? Wie läuft es? Perspektiven?**

Anfang 2009 war es so weit – die Idee dafür bestand schon länger – die MVZ (Medizinische Versorgungszentren) GmbH des Ortenaukreises erwarb in Offenburg neben einer etablierten Allgemeinarztpraxis von ausscheidenden Kollegen zwei Nervenarztsitze. Damit ergab sich für mich die Chance einer wohnortnahen, ambulanten Tätigkeit, die ich als Oberarzt der Neurologischen Klinik nach fast 20 Jahren Klinik­tätigkeit gesucht hatte. Bei den unsicheren gesundheitspolitischen Vorgaben der letzten Jahre hatte ich insbesondere das finanzielle Risiko einer eigenen Praxis gescheut.

Von der beruflichen Veränderung versprach ich mir noch mehr eigenverantwortliches Arbeiten in einem kleineren Team, mehr Einfluss auf Arbeitsinhalte und Arbeitstempo, eine bessere längerfristige Betreuungsmöglichkeit der Patienten und nicht zuletzt – oder vor allem – auch mehr Zeit für meine Familie.

Die Teilzeitanstellung als Neurologe erfolgte für mich in unserem MVZ mit einer vertraglich festgelegten Wochenarbeitszeit von 30 Stunden, der Rest meiner Arbeitszeit blieb in der Neurologischen Abteilung. Hierbei hatte sich im Verlauf der ersten Monate eine Aufteilung von vier Tagen Praxis und einem Tag Klinik pro Woche bewährt. So ergab sich die Chance, die gewohnten Strukturen und Aufgaben nicht ganz zu verlassen – und der Klinikarbeitsgeber kann weiterhin von der Erfahrung und Routine eines langjährigen Mitarbeiters profitieren. Die Stelle im MVZ teile ich mir mit dem Chefarzt der

hiesigen Neurologie. Den anderen Arztsitz hat eine ehemalige Kollegin aus der Klinik übernommen und betreut als Nervenfachärztin überwiegend Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Für die Praxiseinsteiger vorteilhaft war, dass die mit der Betreuung weiterer MVZ befasste Geschäftsführung der GmbH den wesentlichen Teil der Verwaltungsaufgaben der Praxis übernehmen sollte.

Der Anfang war nicht einfach und eigentlich ein kompletter Neuanfang: Der Patientenstamm der übernommenen Nervenarztpraxen war klein, ein gemeinsames Konzept mit der Allgemeinärztin musste gefunden werden und es galt, den Umzug in ein neu errichtetes Ärztehaus auf dem Klinikgelände zu meistern. Ein gemeinsames Team der Medizinischen Fachangestellten war zu entwickeln, nur eine der zur Verfügung stehenden Helferinnen hatte bereits Erfahrung mit nervenärztlichen Krankheitsbildern. Die Kombination von offener Sprechstunde der Allgemeinmedizin und überwiegender Terminvergabe in den beiden Nervenarztpraxen führte neben den für die jeweiligen Helferinnen ungewohnten Erkrankungen, Fragestellungen und Abläufen nicht selten zu Verzögerung und Verwunderung bei allen Beteiligten.

Nach über einem Jahr stellen sich nun alle besser aufeinander ein. Das spiegelt sich auch in wachsenden Patientenzahlen. Gut, dass das Konzept der „Jungpraxen“ bis zu zwölf Quartale Zeit zum Praxisaufbau lässt. Die Anlaufzeit bis zum Erreichen einer gewissen Soll- Auslastung dauert



bei der zugrunde liegenden 40 Stunden-Woche eines Angestellten wahrscheinlich doch länger als in einer freiberuflichen Praxis.

Überrascht hat auch die Arbeitsverdichtung der Praxistätigkeit im Vergleich zur Klinik – trotz der dortigen Spitzenbelastungen in Notaufnahme, Schlaganfall- und Intensivstation! Wo sind die von der Klinik gewohnten kleinen, unbemerkten „Pausen“ bei den zahlreichen Besprechungen, Visiten, und Kurz-Gesprächen auf dem Flur? Wo sind die Gedanken-Pausen auf den langen Wegen einer fast 500-Betten-Klinik? Wie lange war doch Zeit für ein umfangreiches Neurologisches Konsilium im Vergleich zu neuen Patienten in der Praxis.

An den Praxistagen warten dazu die in der Klinik liegen gebliebenen Aufgaben und die Rufbereitschaft – und am Abend des Kliniktages erinnern die noch ausstehenden Berichte der Neurologischen Praxis. Was als ideale Ergänzung gedacht war, entwickelt sich speziell hier zu einem zusätzlichen Belastungsfaktor. Arbeitskraft und Kreativität lassen sich in diesem Fall nicht so einfach aufteilen. Der Neuaufbau einer Praxis braucht eben mehr als die bisherigen 30 Stunden pro Woche. Das zeigt auch, dass erst dann, wenn die Abläufe in einem MVZ funktionieren, Kollegen mit kleinerer Teilzeitanstellung gut in die Praxis integriert werden können. Dies entspricht einer zusätzlichen Berufsperspektive, auch für die in Zukunft circa 60% Frauen im Arztberuf. Oder all diejenigen, die nach der Facharztausbildung nach Teilzeitleösungen mit einer dem jeweiligen Lebensabschnitt angepassten Wochenarbeitszeit suchen.

So warten noch weitere Projekte im MVZ: Meine Zusatzweiterbildung – die Geriatrie – sollte besser eingebracht werden. Leider ist der hierfür notwendige Mehraufwand bei den hochbetagten, multimorbiden und gebrechlich langsamen Patienten mit oft auch deutlichen kognitiven Störungen aus meiner Sicht im ambulanten Sektor, zumindest bei den Fachärzten, bei den Regelleistungsvolumina nicht ausreichend abgebildet. Wann wird es eine angesichts der demografischen Entwicklung notwendige ambulante Ergänzung zu den positiven Entwicklungen der Geriatrie im Stationären Sektor geben? Werden sich die für die „reinen“ Neurologen ungünstig unterschiedlichen Regelleistungsvolumina im Vergleich zu den Nervenfachärzten wieder ausgleichen lassen?

Es bleiben viele Aufgaben, die sich auch in unserem MVZ erst zunehmend herauskristallisieren. Diese zu erkennen und zu lösen wird dazu beitragen, neben Vollzeitanstellung auch eine familienfreundliche Teilzeitanstellung zu ermöglichen und sich auch als angestellter Arzt mit der Praxis und dem MVZ zu identifizieren. Wenn dann noch erkennbar wird, dass neben den Patienten auch die niedergelassenen Kollegen mit freiberuflicher Praxis diese neue Form der Tätigkeit für uns Ärzte als Alternative und Ergänzung zur bewährten und weiterhin notwendigen Freiberuflichkeit akzeptieren, dann wird es ja vielleicht trotz Anstellung noch irgendwie ein bisschen mehr „Mein MVZ“... ■

## MVZ Standorte

Aalen	2	Eppelheim	1	Kirchheim unter Teck	1	Schwäbisch Gmünd	1
Achern	2	Esslingen am Neckar	3	Konstanz	1	Sindelfingen	1
Bad Dürrenheim	1	Ettenheim	1	Lahr/Schwarzwald	3	Sinsheim	1
Bad Krozingen	1	Ettlingen	1	Leinfelden-Echterdingen	1	Stühlingen	1
Bad Saulgau	2	Fellbach	1	Ludwigsburg	2	Stuttgart	8
Bad Wildbad	1	Freiburg im Breisgau	5	Mannheim	2	Talheim	1
Baden-Baden	3	Freudenstadt	1	Niefern-Öschelbronn	1	Tettngang	2
Balingen	1	Friedrichshafen	1	Nürtingen	1	Tübingen	1
Biberach an der Riß	1	Gaggenau	1	Oberkirch	1	Ulm	4
Blaustein	1	Gammertingen	1	Offenburg	5	Villingen-Schwenningen	2
Böblingen	1	Heidelberg	1	Ostfildern	1	Waldshut-Tiengen	2
Breisach am Rhein	2	Heidenheim an der Brenz	1	Pforzheim	3	Wangen im Allgäu	1
Buchen (Odenwald)	1	Heilbronn	1	Rastatt	1	Weinsberg	1
Donaueschingen	1	Horb am Neckar	1	Ravensburg	2	Wiesloch	1
Edingen-Neckarhausen	1	Isny im Allgäu	1	Reutlingen	1		
Ehingen (Donau)	1	Karlsruhe	8	Schopfheim	1		
Engen	1	Kernen im Remstal	1	Schrozberg	1		

108 MVZ in 65 Orten

### Versorgungsbereiche

61 % der MVZ bieten keinen Hausarzt.

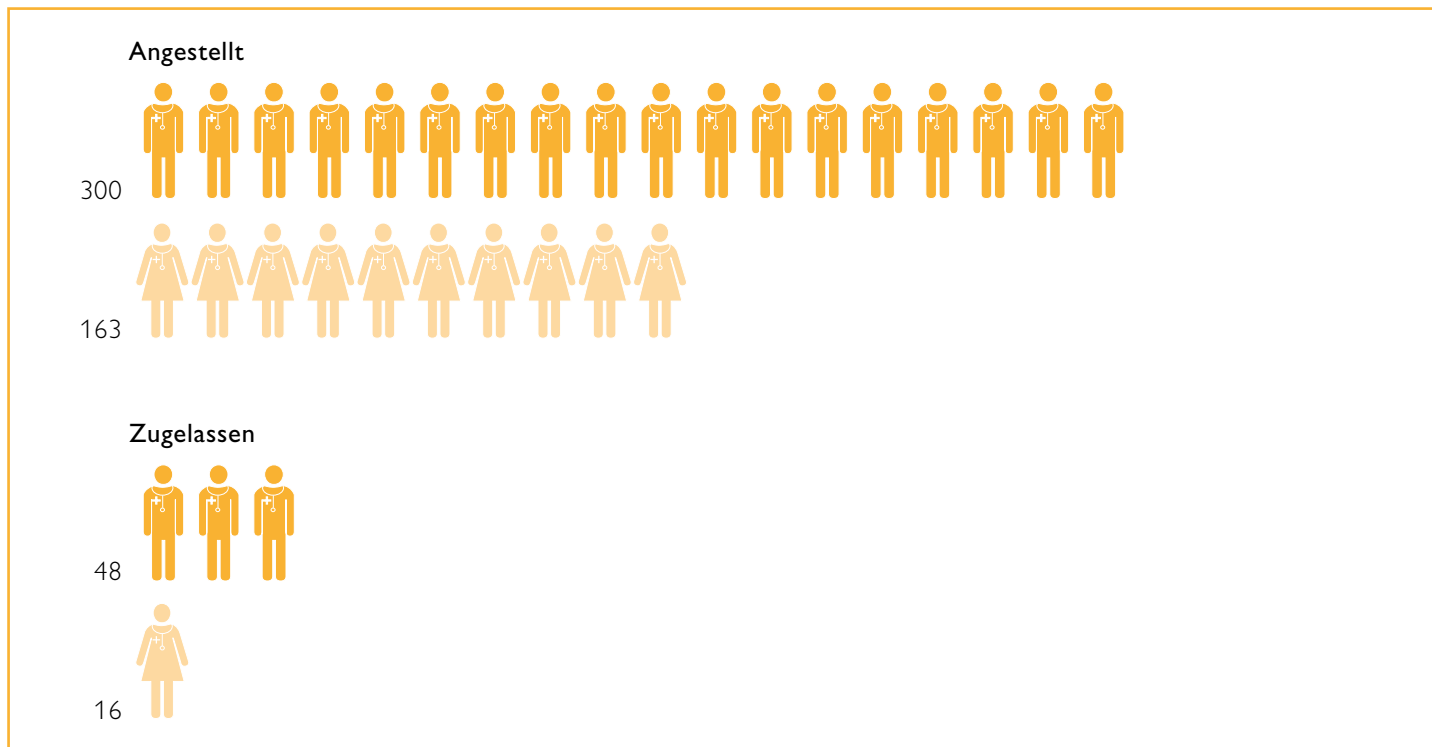
Nur jedes dritte MVZ in der Hand von Vertragsärzten.

68 % Krankenhaus

32 % Vertragsärzte

### Teilnehmer

88 % arbeiten als Angestellte im MVZ.



### Fazit

Deutlich zeigt sich, dass in den MVZ überwiegend angestellte Ärzte tätig sind. Das Konzept der MVZ hat in den vergangenen Jahren starken Zulauf erhalten.

# Ambulante Diabetesbetreuung türkischer Patienten.





## Diabetes

164	Ärzte haben die Zusatzbezeichnung „Diabetologie“
6.077	Ärzte haben einen Fachkundenachweis für Diabetologie
67.535	Patienten haben sich in 2009 neu ins DMP eingeschrieben
250.000	Patienten werden pro Quartal im DMP „Diabetes“ betreut

*Autor: Tip Dr. Ismet Yigit, Mannheim*

Wir haben eine allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis in Mannheim, wo überwiegend türkischsprachige Patienten aus Mannheim und der Umgebung betreut werden. Wir haben vor einigen Jahren große Informationsdefizite bei unseren Patienten über Diabetes festgestellt. Aus diesem Grund haben wir mit Diabetes-Schulungen angefangen. Die Schulungen werden von unseren dafür ausgebildeten Helferinnen ausgeführt und anschließend von unserer fest eingestellten Diabetesassistentin, die für DMP-Programme zuständig ist, betreut. Wir mussten feststellen, dass die türkischstämmigen Patienten, die bei uns geschult werden, meist fehlende oder sehr geringe Informationen über Diabetes haben, da sie kaum die Möglichkeit haben, an Informationen in türkischer Sprache zu gelangen.

In letzter Zeit wird in den türkischen Medien zwar vermehrt über Krankheiten, insbesondere über Diabetes beziehungsweise Prävention und Früherkennungsmaßnahmen berichtet. Diese sind aber meist nicht ausreichend und stark werbeorientiert. In dieser Hinsicht sind natürlich Arztpraxen die zuverlässigen Informationsquellen. Wir bräuchten, um eine bessere Versorgung gewährleisten zu können, mehr Personal und Räumlichkeiten sowie mehr finanzielle Mittel. Aufgrund der Abrechnungstechnik können wir Patienten von anderen Praxen leider keine Schulung anbieten. Wir haben bisher mit Diabetes-Schulungen gute Erfolge erzielen können, die leider nur unseren eigenen Patienten zu Gute kamen.

Eine Schulung in türkischer Sprache ist für die Patienten mit geringen Deutschkenntnissen von großer Bedeutung und sehr hilfreich, da auch kulturelle Aspekte zu berücksichtigen sind. Dafür müssen wir die Patienten öfters persönlich ansprechen. Das kostet uns Zeit und Personal. Wir müssen die kulturellen Essgewohnheiten ändern und die Menschen dazu motivieren. Wir nehmen

sehr viel kohlenhydrathaltige Nahrung zu uns auf, wie zum Beispiel Baklava, Gebäck, Kartoffeln, Reis und als Hauptnahrungsmittel Weißbrot! Es wird kulturbedingt überwiegend abends viel in Gesellschaft gegessen. Natürlich gibt es um diese Zeit auch kaum mehr Bewegung.

Wir versuchen mit den Schulungen auf diese Gewohnheiten aufmerksam zu machen und diese zu verändern. Wir weisen die Patienten darauf hin, dass das Gewicht eine große Rolle spielt und regen die Patienten an, sich mehr zu bewegen und sich gesund und ausgewogen zu ernähren. Jedoch gibt es relativ viele schwierige Patienten, die ihren alten Gewohnheiten nachgehen und auch während der Schulung kein Interesse zeigen diese zu ändern. Diese Patienten beanspruchen sehr viel Geduld, Zeit und Energie unsererseits. Auch Kongresse in türkischer Sprache sowie Anzeigen in Zeitungen würden dazu beitragen, die betroffenen Menschen aufmerksam zu machen beziehungsweise zu erreichen.

Wir sind der Meinung, dass wir dieses Patientenkontingent in Deutschland durch türkischsprachiges, medizinisches Personal am besten erreichen können. Nach unseren Erfahrungen zufolge können wir diese Patienten am meisten durch das türkische Fernsehen und durch Zeitungsartikel beeinflussen und sie dazu bewegen zum Arzt zu gehen. Dafür brauchen wir spezielle Unterstützung, zum Beispiel eine extra Budgetierung, jedoch haben wir bis jetzt dafür keine Hilfe bekommen. Diese Patienten werden in Deutschland weiterleben und mit den entsprechenden Folgeschäden (kardiovaskuläre, neurologische, nephrologische und ophthalmologische) die deutschen Versicherungen deutlich belasten. Um die stark zunehmenden gesundheitsbezogenen Ausgaben zu verhindern beziehungsweise zu minimieren und in Grenzen zu halten, sollte von politischer Seite schnell etwas unternommen werden. ■

Junger Arzt, Niederlassung – trotz allem.





*Dr. med. Marco Stuber,  
Hausarzt, Karlsruhe*

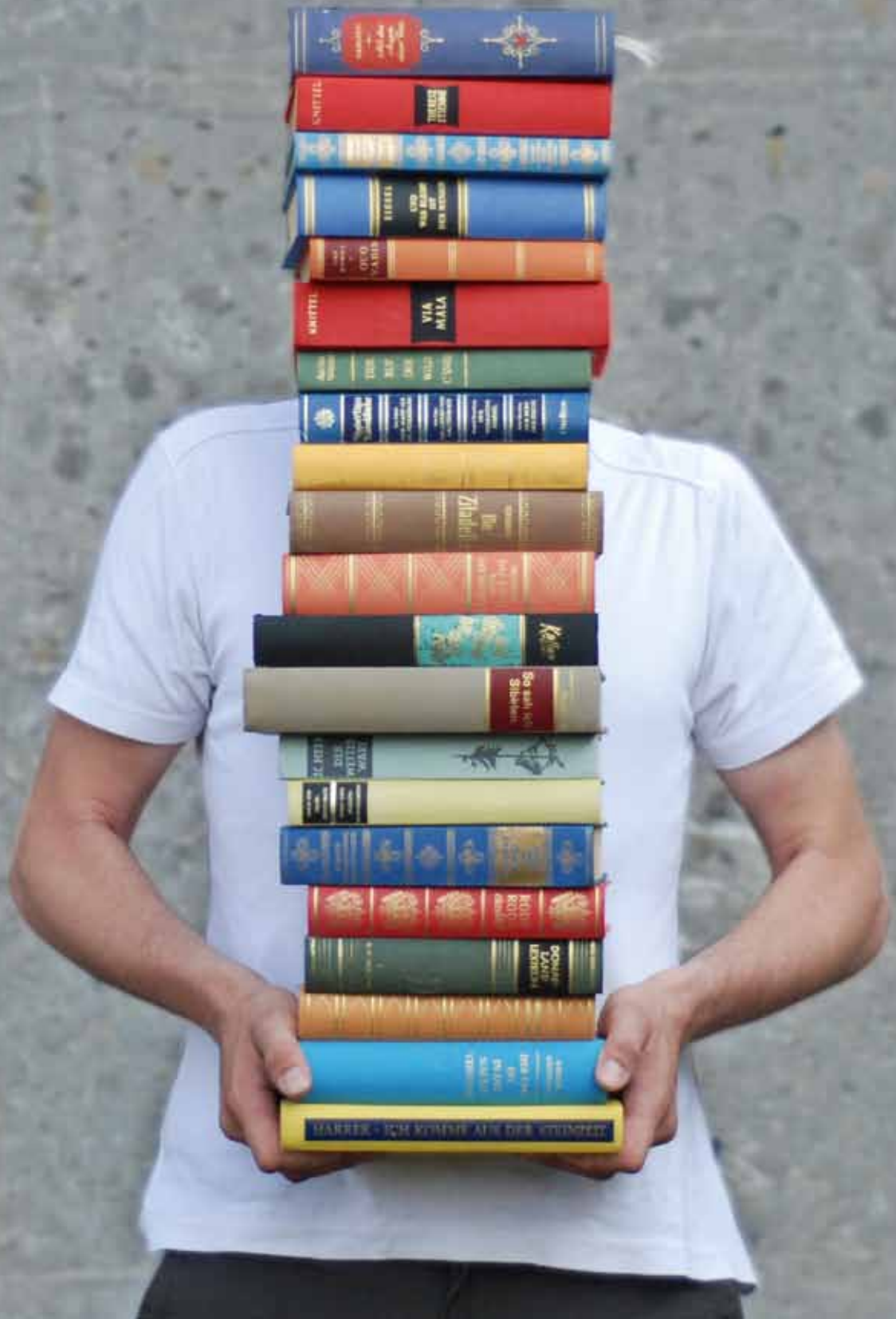
Immer wieder wird einem als junger niederlassungswilliger Arzt die Frage gestellt: „Warum willst du dich in der heutigen Zeit noch hausärztlich niederlassen?“ Ein signifikanter Honorarrückgang bei gegenläufig ansteigender Arbeitsbelastung scheint hierfür offensichtlich ursächlich. Ernüchternd auch die Ungewissheit, was die nächste Vergütungsreform an Widrigkeiten mit sich bringt. Ungewissheit und erheblichen bürokratischen Aufwand beschert auch die von den Kassen entwickelte hausarztzentrierte Versorgung. Vielerorts fehlen außerdem die Strukturen für einen organisierten Notdienst, was für den Hausarzt oft einen 24-Stunden-Rufdienst bedeutet, täglich, auch am Wochenende. Dies ist nicht mehr kongruent zu der Lebensplanung der jungen Generation, welche neben der Profession noch Zeit haben möchte für Familie und Freizeit.

Es ist in der Tat keine leichte Entscheidung. Hilfreich für meine Entscheidung für die Niederlassung war die Einrichtung eines zentral geregelten Notdienstes vor Ort und die Möglichkeit von überörtlichen Kooperationen und Vertretungen. Entscheidend waren auch die positiven Erfahrungen während der Zeit als Weiterbildungsassistent in einer großen hausärztlichen Gemeinschaftspraxis, die modern und ökonomisch organisiert ist. Außerdem hat man als Hausarzt ein abwechslungsreiches Tätigkeitsfeld mit Interaktion und Koordination

fachübergreifender Untersuchungen und Therapieabläufen. Man ist als Gesundheitsmanager gefordert, den einzelnen Patienten individuell zu beraten und zu begleiten. Ich freue mich auf eine patientennahe Betreuung unterschiedlicher Menschen in fast allen Lebenssituationen. Sie ist im niedergelassenen Bereich etwas ganz besonderes, weil die Arzt-Patienten-Beziehung über lange Jahre gefestigt wird. Neben zufriedenen Patienten muss aber nicht zuletzt ein adäquates Honorar die erbrachte medizinische Versorgung widerspiegeln. Hier sind die Gesundheitspolitik und die Kassen gefordert, weitere Anreize für eine Niederlassung zu schaffen. Es muss den Vertragsärzten möglich sein, auch ohne IGEL und den Ausbau des privaten Abrechnungsbereiches genügend Zeit für jeden einzelnen Patienten (auch den Kassenpatienten) zu haben, eine gute, individuelle Medizin zu gewährleisten und gleichzeitig solide und wirtschaftlich praktizieren zu können.

Solange das von der Politik und den Kassen nicht langfristig klar geregelt wird – bleibt der Schritt in die Selbstständigkeit ein großes Wagnis, das eben nicht mehr alle bereit sind, einzugehen. Ich selbst bin gespannt auf diese Herausforderung – bin zuversichtlich aufgrund der Erfahrungen, die ich bisher in der Praxis machen durfte und bin mir aber gleichzeitig sicher, dass dieser Schritt mir noch einige unruhige Nächte bereiten wird. ■

Engagiert in der Ausbildung.







*Dr. med. Wolfgang Hüther,  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Lehrbeauftragter Uni Freiburg*

### Weiterbildungsassistenten in der Arztpraxis gefragt

Im Kollegenkreis, wenn das Gespräch auf die Beschäftigung und Ausbildung von Weiterbildungsassistenten kommt, werde ich oft gefragt: Warum machst Du das? Ist es nicht sehr zeitintensiv, Weiterbildungsassistenten zu beschäftigen? Wie reagieren die Patienten? Wie reagiert das Team? Und schon mehr als Befürchtung: Sind die denn genügend ausgebildet oder vorbereitet?

### Warum ich das mache:

1992 hatte ich mich nach erfreulichen klinischen Jahren in Freiburg als Facharzt für Allgemeinmedizin in einer zunächst sehr kleinen Einzelpraxis (heute ziemlich großen Gemeinschaftspraxis) niedergelassen. Vor Niederlassung und Facharztprüfung war ich ein halbes Jahr „Weiterbildungsassistent“ bei dem leider schon verstorbenen Kollegen Carl Napp in Waldkirch. Er war mit Wissen, Genauigkeit und Hingabe Hausarzt und gab dies bei unzähligen Gelegenheiten an mich weiter.

Diese persönlichen Anregungen und die eigene Entwicklung von einem internistisch geprägten Krankenhausarzt (mit einigem Misstrauen gegenüber den „hausärztlichen Praktikern“) zum überzeugten „Allgemeinmediziner“ bildete die Motivation zur Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten ab 1996.

An der eigenen Erfahrung anknüpfend war es mir ein besonderes Anliegen, den jeweiligen Assistenten die Besonderheiten der Allgemeinmedizin brühwarm und

nachhaltig zu vermitteln: Nach einer Kennenlern- und Aufwärmphase konnten sie in der Praxis möglichst viel selbstständig, mit guter Rückkopplung/gutem Feedback arbeiten. Dies ermöglichte, die Besonderheiten der primärärztlichen Versorgung in eigener Entscheidungsfindung zu erleben und anzuwenden: die Vielzahl der Diagnosen, der hohe Wert der Anamnese und körperlichen Untersuchung, Umgang mit abwartendem, aber beobachtendem Offenhalten und abwendbar gefährlichem Verlauf.

Entscheidend dabei fand ich, Weiterbildungsassistenten – die im Übrigen immer gut ausgebildet, vorbereitet und motiviert waren – dort abzuholen, wo sie stehen. Elementar dafür ist, sie initial mit der Geschwindigkeit/Langsamkeit arbeiten zu lassen, die ihnen entspricht, mit der sie sich einfinden und Fortschritte und eigene Erfahrungen machen können. Nützlich dazu ist ein gut und gleichwertig (PC, Telefon, Drucker et cetera) ausgestatteter Arbeitsraum. Die Weiterbildungsassistenten können so autark und autonom und ungestört arbeiten. Dies entlastet auch den Praxisbetrieb: Der Praxisinhaber kann mit seiner Geschwindigkeit arbeiten und so werden die notwendigen gemeinsamen Gespräche, Konsultationen und Untersuchungen mit den Weiterbildungsassistenten handhabbarer.



Von Anfang an und spätestens nach dieser Einarbeitungsphase hatte ich enorme qualitative Vorteile durch die Weiterbildungsassistenten: Deren Blick, deren (Vor-)Erfahrung, deren Ausbildungsspezifika brachten immer zusätzliche, nützliche Einschätzungen, Anregungen und auch überraschende Wendungen. Immer wieder erfrischend dabei: Vier Augen sehen mehr als zwei, und wer ausbildet, wird selbst ausgebildet oder wer gefragt wird, hat gute Antworten oder arbeitet daran.

In den Konsultationen zu zweit oder den Feedback-Gesprächen lernte ich zu begründen, was ich tat und auch was ich nicht tat. Diese Eigenreflektion in ruhigem Klima war für mich immer sehr belebend und gegen den Trott wirkend. In der Regel sind Weiterbildungsassistenten spätestens nach wenigen Wochen in großem Umfang zu eigenständiger und sicherer Arbeit unter den Bedingungen der Primärversorgung in der Lage, so dass ein ausgeglichenes Verhältnis von Belastung und Entlastung für den Weiterbildungsarzt und die Weiterbildungsassistenten entsteht.

#### Und was sagen die Patienten dazu?

In unserer Praxis besteht die wichtige Regel, dass alle Patienten gefragt werden, ob Sie zum Weiterbildungsassistenten wollen! Dabei konnten wir die erfreuliche Erfahrung machen, dass die Patienten, bis auf wenige Ausnahmen, es sehr schätzen, dass „weitergebildet“ wird; sie gehen gerne zu den jeweiligen Assistenten und es bilden sich nach kurzer Zeit viele feste, kontinuierliche Arzt-Patientenbeziehungen heraus.

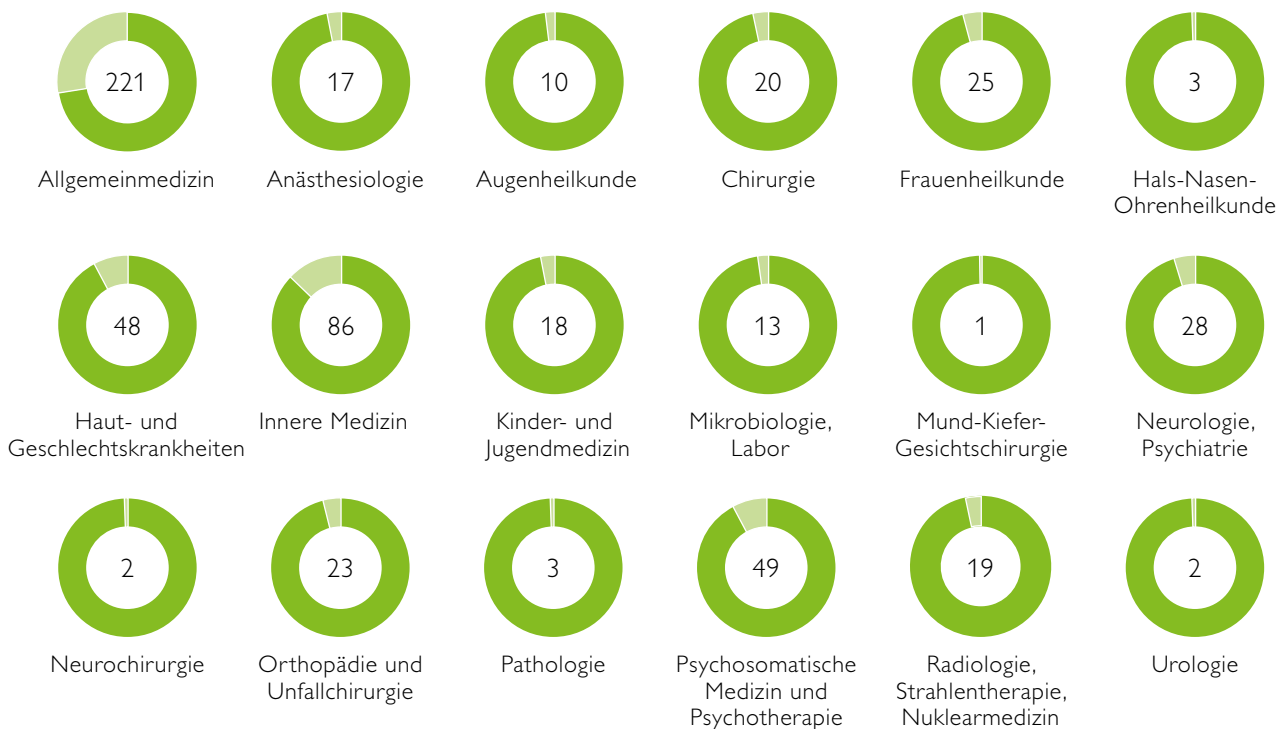
Und auch für das gesamte Team der Medizinischen Fachangestellten waren die Weiterbildungsassistenten eine Bereicherung durch gegenseitige Hilfe, durch unhierarchischen Austausch. Kurzum: Ich kann nur empfehlen Weiterbildungsassistenten einzustellen. Für die Interessierten, aber Skeptischen: Den Vertragsspassus mit der in der Probezeit möglichen Kündigung haben wir noch nie anwenden wollen oder müssen! Obwohl durch die Erhöhung der Förderungen und den Aufbau von Weiterbildungsverbänden weiter Fortschritte für unseren Nachwuchs gemacht wurden, bleibt es grundlegend, den Weiterbildungsassistenten in unseren Praxen auch die letztendlich gute Lebbarkeit unseres Berufes zu zeigen, gerade auch für Frauen und Familien! ■



## Weiterbildungsbefugnis

Damit Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt tätig werden dürfen, benötigen sie eine Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer. In den Arztpraxen findet in erster Linie die Weiterbildung zum Allgemeinarzt statt, für die Ausbildung in den anderen Fachrichtungen sind die Krankenhäuser zuständig. Darüber hinaus gibt es Schwerpunktweiterbildungen, zum Beispiel in gynäkologischer Onkologie oder eine Zusatzqualifikation zum Facharzt etwa in den Bereichen Allergologie, Naturheilverfahren oder Psychotherapie.

Insgesamt sind 588 Weiterbildungsbefugte zugelassen in folgenden Fächern:



Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.







*Dr. med. Brigitte Grossart, Freiburg*

Schon immer war es mein Ziel als Allgemeinmedizinerin zu arbeiten – am liebsten in eigener Praxis. Jetzt arbeite ich schon über zwanzig Jahre im Gesundheitswesen und wie das Leben so spielt, wurde es bis heute nichts mit meinem Ziel. Als ich mein Studium beendete, gab es die so genannte „Ärztenschwemme“ und ich war froh, in der Pathologie eine AIP-Stelle zu ergattern. Aber schnell merkte ich, dass ich lieber mit lebenden Menschen zu tun hatte, so dass ich in die Chirurgie wechselte. Nach einigen Jahren der Weiterbildung in diesem interessanten Fachbereich in großen Kliniken, unter anderem in Berlin-Kreuzberg, absolvierte ich meinen Facharzt für Chirurgie, um anschließend die gefäßchirurgische Weiterbildung anzustreben. Aus vielerlei Gründen, die auch damit zu tun hatten, dass Frauen in der Herz- und Gefäßchirurgie eher Exoten waren, wechselte ich in ein theoretisches Fach. In Freiburg an der Uniklinik wurden Fachärzte zum Aufbau eines Hygiene-Beratungszentrums gesucht. So arbeitete ich in diesem Bereich mehrere Jahre, gründete eine Familie und beendete die Weiterbildung mit dem Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. Aber auch das war auf die Dauer nicht das Richtige und ich kehrte zu meinem Erstwunsch Allgemeinmedizin zurück. Allerdings musste ich fast die komplette Weiterbildung absolvieren, das heißt die komplette Innere Medizin und die Praxiszeit, von der Chirurgie wurde mir nur ein Jahr angerechnet.

Da es keine Verbundweiterbildung zu dieser Zeit im Raum Freiburg gab, musste ich mir meine Stellen zusammensuchen. Dabei lag meine erste klinische Stelle über 80 km von Freiburg entfernt, die ich jeden Tag zurücklegen musste. Dabei musste ich täglich vor 5 Uhr aufstehen und kam erst in den Abendstunden nach Hause.



Von meinen drei kleinen Kindern habe ich in dieser Zeit nicht viel mitbekommen. Nach einem Jahr fand ich eine räumlich näher gelegene Stelle, aber auch hier waren die Arbeitszeiten und -bedingungen nicht mit einem Leben mit Familie kompatibel.

Im Vergleich zu meiner klinischen Tätigkeit in den 90er Jahren hat sich inzwischen viel in den Krankenhäusern geändert. Insbesondere die Arbeitsverdichtung, der Personalabbau, die Dokumentation und viele Nachtdienste lassen eine Arbeit auf Dauer in der Klinik sehr unattraktiv erscheinen. Eine dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung kann man insbesondere durch die Wechselschichten nicht aufbauen. Gab es in meiner ersten klinischen Zeit etliche Facharztkollegen, die eine dauerhafte Tätigkeit als Facharzt in der Klinik anstrebten, ist diese Spezies nahezu ausgestorben. Das macht sich auch in der Weiterbildung der jungen Kollegen bemerkbar, es gibt kaum Ärzte, die auf Facharztniveau arbeiten und ausbilden. Den so genannten „Altassistenten“ gibt es so gut wie nicht mehr. Das wirkt sich ebenfalls auf die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner negativ aus. Mir wurde deutlich, dass auf Dauer (für die nächsten 20 Jahre) für mich nur der Weg in die eigene Praxis – trotz Honorar- und Gesundheitsreform – in Frage kommt.

Jetzt befinde ich mich in der letzten Phase der Weiterbildung in einer Stadtpraxis und stehe kurz vor dem Abschluss. Zunächst habe ich meine Praxiszeit in einer großen Landarztpraxis verbracht und habe dort die feste Arzt-Patienten-Beziehung kennen und schätzen gelernt.

Insbesondere die Familienmedizin mit Betreuung aller Familienmitglieder – vom Baby bis zum Greis – macht mir viel Freude. Auch die unmittelbare Dankbarkeit der Patienten kann man nie so in der Klinik erleben. Außerdem konnte ich in Teilzeit arbeiten und somit Beruf und Familie viel besser unter einen Hut bringen. Nach wie vor fasziniert mich die Vielfältigkeit der Tätigkeit eines Allgemeinarztes. Das Spektrum reicht von Notfallmedizin über Psychosomatik, Pädiatrie und diversen kleineren Fächern, wie HNO, Augenheilkunde und Dermatologie bis zu den großen Fächern Innere Medizin und Chirurgie. Auch dies steht im deutlichen Gegensatz zur klinischen Tätigkeit, dort ist die Konzentration auf wenige Teilbereiche der Medizin erwünscht. Allrounder sind dort Fehl am Platz. In der Allgemeinmedizin kann ich mein ganzes Wissen und Können sinnvoll einbringen.

Die Tätigkeit in einer Stadtpraxis im Vergleich zur Landarztpraxis unterscheidet sich erheblich. Die Bindung der Patienten an einen Arzt besteht zwar auch, erscheint mir aber nicht so intensiv wie auf dem Land. Auch das so genannte Ärztehopping ist weiter verbreitet. Ich empfinde es als deutlich schwerer, eine feste Arzt-Patienten-Beziehung in der Stadt aufzubauen, was bei mir natürlich auch an der relativ kurzen Tätigkeit dort liegen kann. Stabile Arzt-Patienten-Beziehungen brauchen eben Zeit.

Zum Glück habe ich zurzeit einen guten Weiterbilder, der mir mit Rat und Tat zur Seite steht, mich aber auch selbstständig arbeiten lässt. Wir beraten uns gegenseitig und besprechen interessante oder schwierige Fälle. Sehr



positiv für mich ist zurzeit auch der sehr nahe Arbeitsweg mit familienfreundlichen Arbeitszeiten, so dass ich mich vermehrt um meine Kinder kümmern kann. Rückblickend auf meine Weiterbildungszeit in Allgemeinmedizin muss ich sagen, dass sie sehr anstrengend war und oft bis an die Grenzen des Zumutbaren ging. Insbesondere die übergangslose Organisation guter Weiterbildungsstellen mit den damit verbundenen Wechseln der Arbeitsstellen und die finanziellen Einbußen gerade im Praxisbereich machten mir zu schaffen. Des Weiteren fehlt auch eine Vernetzung der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsassistenten, so dass man sich mehr als Einzelkämpfer fühlt und bei Problemen alleine da steht. Ein sehr guter Ansatz ist die inzwischen geplante Verbundweiterbildung auch im Freiburger Raum und auch die Erhöhung der Entlohnung in der Praxis für Weiterbildungsassistenten.

So werde ich hoffentlich Ende des Jahres die Facharztprüfung bestehen und im nächsten Jahr mit einer Kollegin im Raum Freiburg in einer großen allgemeinmedizinischen Praxis zusammen arbeiten. ■

Wo der Arzt jeden Patienten persönlich kennt.







*Reinhold Schnell, Bürgermeister Gemeinde Neukirch*

### **20.000-Euro-Spritze von der Gemeinde Neukirch**

Die Gemeinde Neukirch (Bodenseekreis) mit ihren 2.700 Einwohnern liegt zwischen Bodensee und Allgäu, 20 Kilometer von Friedrichshafen und Lindau entfernt. Neben der Bewirtschaftung der 27,58 km<sup>2</sup> große Fläche durch landwirtschaftliche Betriebe gibt es einige mittelständische Unternehmen mit knapp 500 Arbeitsplätzen. Im Hauptort Neukirch selbst ist eine gute Infrastruktur für die Bürgerinnen und Bürger vorhanden.

Im Herbst 2008 berichtete der langjährige Allgemeinarzt im Rentenalter Dr. Michael List von seiner bis dato seit gut einem Jahr erfolglosen Suche nach einem Nachfolger für seine gut gehende Landarztpraxis mit großem Patientenstamm. Weiter eröffnete er, dass er noch bis Juni 2009 praktizieren wird. Sollte sich bis dato kein Nachfolger gefunden haben, ist er gezwungen, aus gesundheitlichen Gründen seine Praxis zu schließen.

Bürgermeister, Gemeindeverwaltung und Gemeinderat versuchten ihrerseits über Gespräche mit Bundes- und Landespolitikern, dem Landrat des Bodenseekreises, Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und des Hausärzteverbandes im Bodenseekreis und mit Ärzten aus der Nachbarschaft händeringend, die Aufgabe der vakant zu werdenden Landarztpraxis zu verhindern. Für den Gemein-



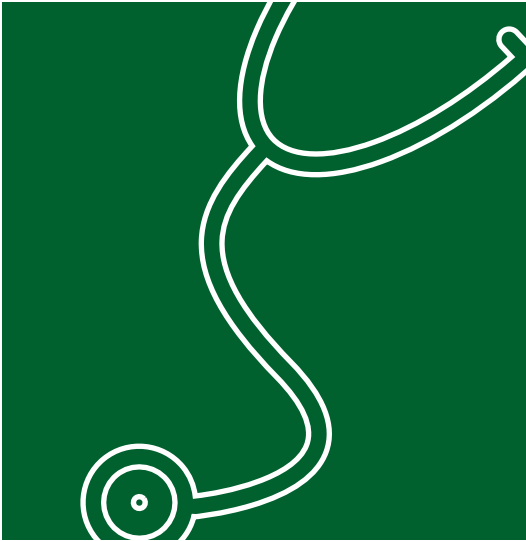
derat ist eine Landarztpraxis in einer selbstständigen Gemeinde wie Neukirch ein wichtiger Infrastrukturbau-stein. Zugleich erhöht eine Arztpraxis die Attraktivität einer Gemeinde, so die Meinung des Gemeinderats.

Obwohl die Besetzung einer Arztstelle nicht zu den ursächlichen Aufgaben einer Gemeinde gehört, stellte die Gemeinde die Übernahme von zum Beispiel Umzugskosten bis hin zur Zahlung der 20.000 Euro Ablöse aus Steuermitteln (anstatt 80.000 Euro wie der von der Kassenärztlichen Vereinigung ermittelte Wert) in Aussicht, um die Nachfolge zu sichern. Diese unkonventionelle Finanzhilfe könnte zwar einen „Rattenschwanz“ nach sich ziehen und andere Nachahmer finanzielle Unterstützung einfordern. Doch die Arztpraxis im Dorf ist Daseinsvorsorge für die Bürger im Besonderen und nicht gleichzustellen mit anderen Dienstleistern, so der Grundtenor des Gemeinderates.

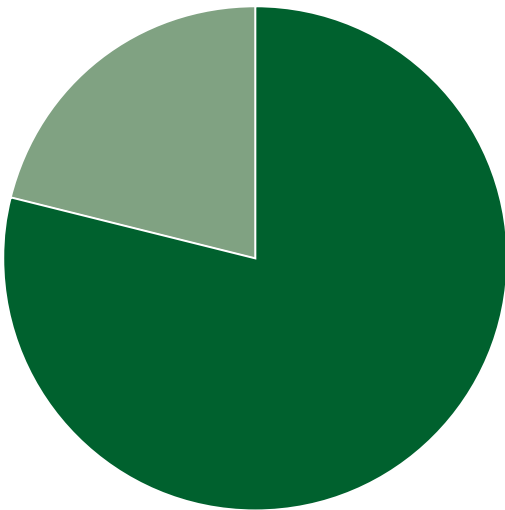
Dennoch stellte sich die Suche nach einem geeigneten Nachfolger, trotz dieser sehr guten Rahmenbedingungen der Gemeinde als schwierig heraus. Als besonders unerfreulich für Bürgermeister, Verwaltung und Gemeinderat

kam hinzu, dass die Bevölkerung vor Ort der Gemeinde und hier dem Gemeinderat und Bürgermeister die Schuld an einer Nichtbesetzung der Arztstelle gaben. Die Aufgabe der Wiederbesetzung der Landarztpraxis war in den Augen der Bürgerinnen und Bürger Aufgabe der Gemeinde, trotz Erklärungen über die Niederlassungsfreiheit von Ärzten. Dies wurde von den Bürgerinnen und Bürgern den Verantwortlichen von Rat und Verwaltung bei jeder sich bietenden Möglichkeit mitgeteilt.

Schlussendlich hat man dann mit Frau Dr. Erika Kipp eine kompetente Nachfolgerin gefunden, die selbst schon lange nach einer „freien“ Praxis in der Region Ausschau gehalten hatte. Mit dazu beigetragen hat sicherlich, dass die Nachfolgerin von Dr. Michael List keine Ablösezahlung an ihren Vorgänger bezahlen musste. Die finanzielle Belastung mit der Übernahme einer Landarztpraxis ist mitunter ein Grund, weshalb sich immer weniger Mediziner um eine eigene Praxis auf dem Land bemühen. Der Ärztemangel auf dem „flachen“ Land wird auch im „gelobten“ Süden der Republik weitergehen, sollten sich die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Mediziner nicht grundlegend ändern. ■



Über 6 Millionen Hausbesuche jährlich



■ Hausbesuche am Tag	5.034.000
■ Bei Nacht und am Wochenende	1.345.000



Autorin: Dr. Erika Kipp, Neukirch

## Übernahme einer Landarztpraxis.

### Leidenschaftliches Plädoyer für die Landarztpraxis

Zum 1. Oktober 2009 übernahm ich eine Landarztpraxis im äußersten Zipfel des Bodenseekreises im oberschwäbischen Hinterland. Da die Umstände der Praxisübernahme ungewöhnlich waren – siehe hierzu den Bericht von Herrn Bürgermeister Schnell der Gemeinde Neukirch – bat mich die KV meine Beweggründe darzulegen. Ohne lange zu zögern willigte ich ein, nur um festzustellen, dass es mir sehr schwer fällt, diesen Schritt genau zu erläutern, ohne meine gesamte Vita darzulegen.

Hierzu sei nur kurz angemerkt, dass ich in der Gegend aufwuchs, zunächst in der Kreisstadt wohnte, ab meinem neunten Lebensjahr in einem Dorf, auch wenn ich weiterhin in der Kreisstadt die Schule besuchte. Von 1985 an lebte ich für 15 Jahre in einem Dorf in Oberbayern. Die Besonderheiten einer landwirtschaftlich geprägten dörflichen Gemeinde sind mir also hinlänglich bekannt.

Den Wunsch, als Ärztin tätig zu sein, hatte ich schon seit der Grundschule, auch wenn ich das Studium – eher unüblich – erst nach der Kinderphase begann. Das Nadelöhr war die Ausbildungsphase in der Praxis, die nur durch massive Einschränkungen und das Aufzehren sämtlicher Ersparnisse finanziell überlebt werden konnte.

Nach der Facharztprüfung 2005 gab es allerlei Praxen zu übernehmen, allerdings zu Preisen, bei denen damals schon abzusehen war, dass ein Return on Investment nicht, oder nur sehr schwer zu erreichen war. Daher blieb ich dem Krankenhaus treu, allerdings war ich betriebswirtschaftlich tätig als Leiterin einer Abteilung Case Management, wobei ein berufsbegleitend erworbener MBA nützlich war. Ärztlich war ich in dieser Zeit nur als Notärztin tätig, was auf Dauer zunehmend unbefriedigend war.

Als eine Praxis in der Gegend, in welcher ich aufgewachsen war zu Konditionen angeboten wurde, bei denen abzusehen war, dass sie kein allzu großes finanzielles Risiko bedeuteten, habe ich mich innerhalb weniger Tage entschlossen, den Sprung in die Selbstständigkeit zu wagen.

Der Entschluss mag spontan wirken, ist es aber in Wahrheit nicht. Im Gegenteil ist er das Ergebnis eines langjährigen Wunsches nach einer Praxis im ländlichen Gebiet, der Frustration mit der nicht-ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus, der noch größeren Frustration mit der zuvor erlebten ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und den akzeptablen wirtschaftlichen Bedingungen. Hier ist besonders zu erwähnen, dass der Vorgänger wegen Nichtveräußerbarkeit mit der Ablöse erheblich nach un-



ten von der KV-Kalkulation abwich und die Gemeinde Neukirch am Ende diese Ablöse komplett übernahm. Dennoch waren zusätzliche Investitionen von circa 50.000 Euro notwendig. Ein weiterer wichtiger Faktor war, dass in dem Dienstkreis der Praxis nur wenige Dienste anfallen und dass keine Residenzpflicht mehr herrscht. Zudem bin ich kein Alleinverdiener, so dass das wirtschaftliche Risiko insgesamt nicht so hoch ist. Man könnte kurz formulieren: die richtige Praxis am richtigen Ort zum richtigen Preis.

Warum Landarzt? Da ich die meiste Zeit meines Lebens in dörflichen Gemeinschaften gelebt habe, ist mir das Leben auf dem Land nicht fremd. So gelten bestimmte Gebote, die in der Stadt vielleicht nicht so wichtig sind. Fast jeder weiß über den anderen alles. Man tut viele Dinge gemeinsam und man begreift sich in aller Regel noch als Gemeinschaft, was zum Beispiel in den Vereinen, den Dorffesten, Theateraufführungen oder der freiwilligen Feuerwehr zum Ausdruck kommt. Ich kann mich mit einer solchen Gemeinde gut identifizieren und fühle mich dort wohl, auch wenn ich nicht direkt in „meinem“ Dorf wohne. Landwirtschaftliche Belange sind mir nicht fremd und interessieren mich wirklich. Hinzu kommt, dass ich den lokalen Dialekt beherrsche, was die Kommunikation und Akzeptanz erheblich erleichtert.

Ich arbeite nun sicherlich noch mehr als im Krankenhaus, aber die Arbeit ist sehr befriedigend. Viel „Bürokratie“ gibt es jetzt auch, aber hier helfen mir mein betriebswirtschaftliches Studium und die Ausbildung zur Arzthelferin, welche ich nach dem Abitur absolvierte. Die Probleme, mit denen ich täglich zu tun habe, sind sehr unterschiedlich: von Blutdruck- und Ehekrisen über einen Sturz vom Pferd bis hin zu „die Kühe haben Flechte und ich glaube wir haben uns angesteckt“. Natürlich gibt es auch noch Hausbesuche, aber nicht mehr so häufig wie das früher der Fall war. Aber gerade wenn ich bei Föhnlage Hausbesuche fahre und die wunderbare Gegend, den schönen Ausblick und die herzlichen Patienten erlebe, freue ich mich, trotz aller wirtschaftlichen Unwägbarkeiten den Schritt getan zu haben. ■



Neue Wege der Vernetzung bei Kinder-  
und Jugendärzten.





*Dr. Rudolf von Butler,  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,  
Neonatologie, Umweltmedizin, Esslingen,  
Vorstandsvorsitzender von PädNetzS eG,  
Genossenschaft der fachärztlichen  
Versorgung von Kindern und Jugendlichen*

### **Neue Wege der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg**

Im April 2008 wurde in den Räumen der Stuttgarter Bezirksdirektion der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg die PädNetzS eG, Genossenschaft der fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, gegründet. Rund 70 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderchirurgen diskutierten den Satzungsentwurf und trugen sich in die Liste der Gründungsmitglieder ein.

Die Initiative zur Gründung der PädNetzS eG entstand aus der Sorge um die Zukunft der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten zunehmender Umbrüche im Gesundheitswesen. Angesichts der begrenzten ökonomischen Ressourcen im Gesundheitssystem drohen Leistungseinschränkungen, denen Kinder aus Familien an oder unter der Armutsgrenze nicht mit privaten Geldmitteln entfliehen können. In der Präambel zur Satzung der PädNetzS eG ist die Einforderung der Verantwortung von Staat und Gesellschaft zur bestmöglichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufgenommen.

Die Vorbereitungen zur Gründung hatten im Sommer 2007 begonnen und wurden vom Baden-Württembergischen Genossenschaftsverband e.V. tatkräftig begleitet und unterstützt. Durch die Gründung als Genossenschaft konnte eine transparente und demokratische Organisationsform realisiert werden, welche jedem Mitglied umfassende Rechte und Informationsmöglichkeiten einräumt. Gleichzeitig



kann die Genossenschaft voll kaufmännisch zum Wohl und Vorteil ihrer Mitglieder tätig werden. Die kontinuierliche Betreuung und Überprüfung durch den Baden-Württembergischen Genossenschaftsverband e.V. garantiert den Mitgliedern sowie allen Geschäftspartnern korrekte formale, inhaltliche und finanzielle Verhältnisse und Verhaltensweisen. Die Mitgliederzahl ist inzwischen auf über 240 angestiegen. Jedes Mitglied hat mindestens einen Genossenschaftsanteil in Höhe von 500 Euro gezeichnet; damit ist eine solide finanzielle Grundlage für die gemeinsamen Aktivitäten geschaffen worden. Die PädNetzS eG beschäftigt derzeit 4 Mitarbeiter in Teilzeit und plant für 2010 einen Jahresumsatz in Höhe von 100.000 Euro.

#### Die Aktivitäten der PädNetzS eG befassen sich mit:

1. Vernetzung der Mitglieder, vor allem auf regionaler Ebene, durch Informationsweitergabe und -austausch, Organisation von Fortbildungen und Arbeitsgruppen zu aktuellen Themen. Darüber hinaus erfolgt eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit durch Herausgabe einer Zeitschrift (PädNetzS Info) sowie Betrieb einer Homepage ([www.paednetzs.de](http://www.paednetzs.de)). Es existiert ein eigenes Forum im Intranet (Pädinform).
2. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Mitgliedspraxen durch gemeinsamen Einkauf von Verbrauchsgüterartikeln und Dienstleistungen. Die Jobbörse für Ärzte und Praxismitarbeiter wird über die Homepage der Genossenschaft betrieben. Die Grundlagen für regionale Selektivverträge werden derzeit erarbeitet.
3. Fortentwicklung der Qualität der Patientenversorgung durch Forschung und Evaluation von Versorgungsstandards sowie der Entwicklung effektiver Behandlungspfade. Hier wird mit der Universität Tübingen kooperiert, darüber hinaus organisiert die PädNetzS eG die bundesweite Studie zur Wirksamkeit verschiedener Hyposensibilisierungslösungen ([www.paednetzs.de](http://www.paednetzs.de), dort „Gräser-Dschungel“).
4. Berufspolitisches Engagement zusammen mit dem Landesverband des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V. und dem Paednet Südbaden e.V. durch gute und zeitnahe Öffentlichkeitsdarstellung der Situation von Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinderchirurgen im Kinderland Baden-Württemberg. Hierzu gehören Informationen, Diskussionen und Verhandlungen mit Entscheidungsträgern aus Politik, öffentlicher Verwaltung, Kostenträgern und Medien.





5. Verbesserung der Weiterbildungssituation im kinder- und jugendärztlichen Fachbereich durch Erfassung der Ist-Situation. Zusammen mit Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Baden-Württemberg wird an der Errichtung von regionalen Fortbildungsverbänden gearbeitet. Entscheidend wird die Lösung der bislang ungeklärten Finanzierung der Weiterbildungskosten sein.



Weitere Informationen auf [www.paednetzs.de](http://www.paednetzs.de) oder unter [info@paednetzs.de](mailto:info@paednetzs.de). ■



Qu@linet.







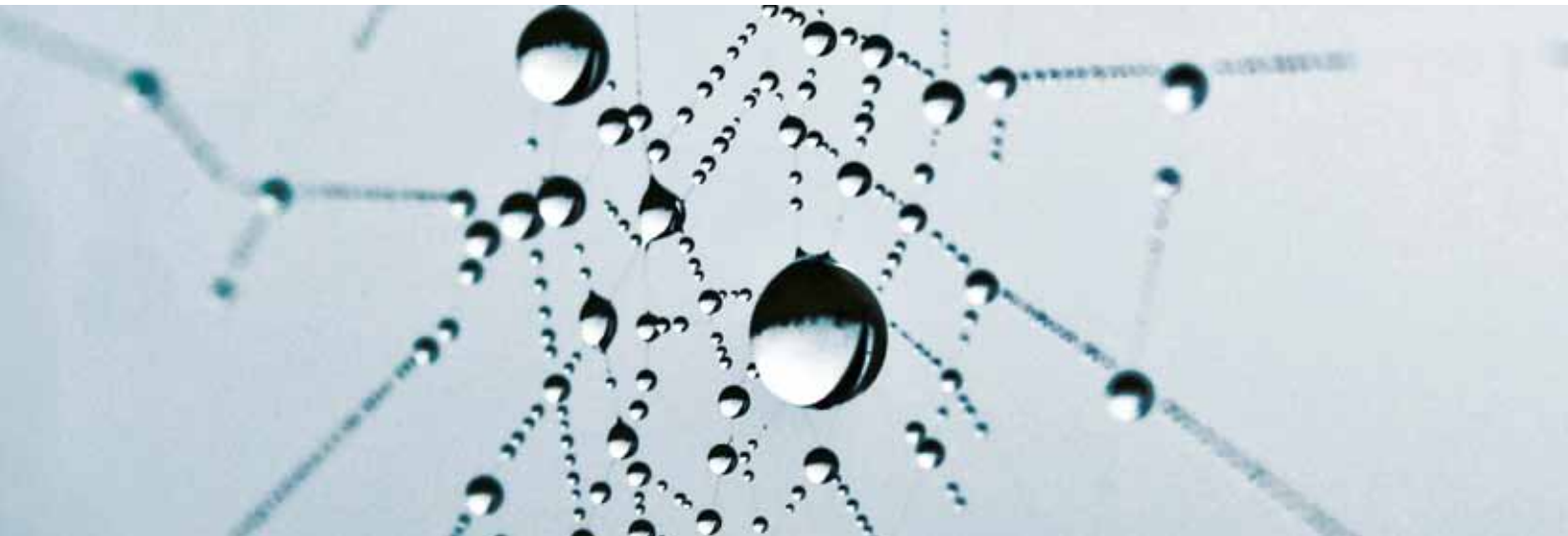
*Autor: Dr. med. Werner Besier,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Mannheim*

### Qualitäts- und Kooperationsmodell in der hausärztlichen Versorgung

Am 8. April 2003 wurde zwischen dem Ärztenetz Qu@linet e.V., der AOK Baden Württemberg und der KV Nordbaden (jetzt die KV Baden Württemberg) ein Modellvertrag nach § 63 SGBV geschlossen. Dieser Vertrag war in knapp zweijährigen Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern ausgearbeitet worden. Hier war das Netz eher lernend, die AOK und die KV in Vertragsverhandlungen professionell. Aber wir haben schnell gelernt! Insbesondere die fachliche Umsetzung war für uns eine große Herausforderung. Hier sollte ein Modell entstehen, das die nächsten acht Jahre unsere tägliche Arbeit mit den eingeschriebenen Patienten der AOK Rhein Neckar grundlegend beeinflussen sollte. Hier war uns auch eine hohe Verantwortung für unsere Kolleginnen und Kollegen auferlegt worden.

#### Hier ein Auszug aus der Präambel:

Mit dem hausärztlichen Qualitäts- und Kooperationsmodell wollen die AOK Baden-Württemberg – Die Gesundheitskasse und die Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden gemeinsam mit dem Mannheimer Hausärztenetz Qu@linet die Zukunft gestalten und durch dieses innovative Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung beitragen. So wird im Rahmen einer Weiterentwicklung und Intensivierung der ambulanten Versorgung der Hausarzt in seiner besonderen Vertrauensstellung als erster Ansprechpartner, Lotse und Koordinator bei gesundheitlichen Problemen gefördert und gestärkt.



### Und weiter:

Im Hausarztmodell soll eine Versorgung geschaffen werden, die auf einem ständigen, von Vertragspartnern gemeinsam gesteuerten qualitativen Verbesserungsprozess basiert.

Der Vertrag umfasst eine Vielzahl von Vereinbarungen, die die bereits hohe Qualität in der hausärztlichen Praxis noch verbessern soll. Qualitätsindikatoren mussten erarbeitet werden, um die Qualität des Netzes abbilden zu können. Abläufe mussten entwickelt werden und Kontrollmechanismen erstellt werden. Schwerpunkte in der Versorgung mussten gesetzt werden und wie schlussendlich durch die Übernahme der Ergebnisverantwortung die Wirtschaftlichkeit eines solchen Modells den beteiligten Praxen und der AOK zugutekommen.

### Anforderungen an die Akteure im Netz

#### 1. Praxisausstattung und -organisation

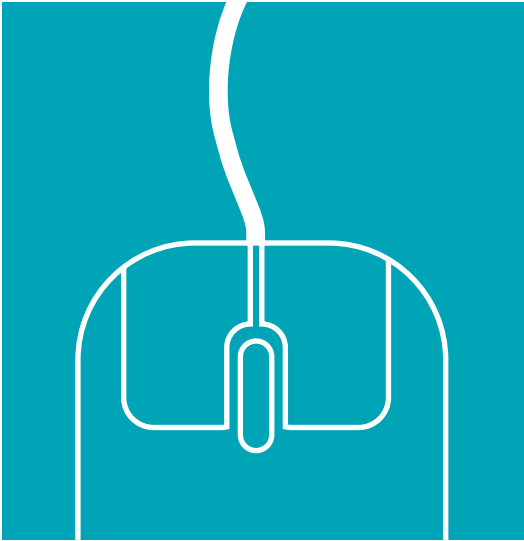
- Mindeststandard Praxisausstattung zur Diagnostik (EKG, Spirometrie, Sonographie optional),
- Praxisausstattung mit Faxgerät und mit EDV (E-Mail),
- Bereitschaft zur Teilnahme an einem zeitnahen Befundaustausch (innerhalb von drei Tagen),
- Teilnahme an regelmäßiger ärztlicher Fortbildung nach den Vorgaben der Landesärztekammer mit Zertifizierungsnachweis,
- Schulung des Praxispersonals, einmal pro Quartal.

#### 2. Persönliches Miteinander und Kundenorientierung

- Bereitschaft zu gewinnender Interaktion zwischen Arztpraxis und Versicherten, zum Beispiel Herstellung eines guten Gesprächsklimas zwischen Praxispersonal und Patient,
- Mitwirkung bei Motivationsanreizen für AOK-Versicherte, zum Beispiel
  - a) Einführung eines Terminvergabesystems in der Praxis bei Überweisung/Einweisung zum Facharzt/Krankenhaus,
  - b) Informationsabende für Patienten,
  - c) Systematisches Beschwerdemanagement,
- Bereitschaft zu regelmäßigen Patientenbefragungen (Einzelheiten werden vom Projektbeirat mit der evaluierenden Stelle abgestimmt).

#### 3. Bereitschaft zur Erfüllung medizinischer Qualitätsvorgaben

- Durchführung einer Eingangsuntersuchung und Erstellung eines Präventionsplans,
- Teilnahme an Präventionskonzepten – soweit vereinbart,
- Teilnahme an geriatrischem Versorgungsmodell – soweit vereinbart,
- Durchführung von akkreditierten DMP's,
- Implementierung von jährlich mindestens einer, vom Qu@linet festgelegten, evidenzbasierten medizinischen Leitlinie ab dem zweiten Projektjahr,
- Ausfüllen von Dokumentationsbögen gemäß Vereinbarung,



- Teilnahme an Qualitätszirkeln, mindestens sechsmal jährlich,
- Teilnahme an Netz-Konferenzen, mindestens dreimal jährlich.

#### **4. Anforderungen an das Versorgungsmanagement**

- Bereitschaft zur Teilnahme an Zielvereinbarungsprozessen – bezogen auf veranlasste Leistungen,
- Durchführung von Qualitätscontrolling nach vertraglichen Vorgaben,
- Durchführung von Kostencontrolling nach vertraglichen Vorgaben; Bereitschaft zur Mitarbeit im Qu@linet,
- Anerkennung der vereinbarten Satzung gemäß Anlage 5a.

#### **5. Qualitätsberichterstattung und -analyse mittels Qualitätsindikatoren**

- Bereitschaft zur Dokumentation von Qualitätsindikatoren und Qualitätsanalyse mittels Controllingverfahren (Qualitätsbericht, Controllingbericht),
- Bereitschaft zur Berichterstattung von Qualitätsindikatoren auf Netzebene (jährlicher QM-Report),
- Bereitschaft zur laufenden Qualitätsverbesserung auf der Basis von QM-Report oder QM-Controlling-Bericht.

Nun, da das Modell fast zu Ende ist, blickt man auf eine Zeit zurück, die geprägt war von sehr viel Arbeit. Hier waren alle Vertragspartner mit viel Herzblut engagiert.

Manche Konflikte wurden ausgetragen. So drohte das Modell zwischenzeitlich zu scheitern. Aber alle Beteiligten waren sich über die Einmaligkeit und die hohe Kompetenz in diesem Modell bewusst und so konnten die Konflikte aus der Welt geschaffen werden. Manches ist in den acht Jahren nicht gelungen, was wir uns vorgenommen haben. Dies lag nicht an unserer Untätigkeit, sondern wir hatten uns einfach zu viel vorgenommen. Schlussendlich war und ist dieses Modell aber ein Beispiel für eine sehr gute Zusammenarbeit und eine Erfolgsgeschichte. Es wurden wegweisende Strukturen für die Versorgung in der hausärztlichen Praxis erarbeitet, die Kooperation unter den Leistungserbringern in Mannheim deutlich verbessert und die Zusammenarbeit der hausärztlichen Praxen auf eine Ebene gehoben, die gekennzeichnet ist durch ein fast freundschaftliches, kollegiales Miteinander ohne Neiddiskussion. Leider hat dies ein Teil der Umgebung des Netzes nicht gerne gesehen.

In der Präambel des Vertrags steht, dass Qu@linet getragen wird von einer neuen Kultur der Zusammenarbeit. Dies in die Tat umzusetzen war nicht immer leicht. Zu unterschiedlich sind häufig die Anforderungen an ein solches Modell, aber der Erfolg hat gezeigt, dass es funktioniert. Insbesondere in den Projektteams – sozusagen die Arbeitsausschüsse des Modells – konnte immer wieder auch nach heißen Diskussionen die inhaltliche Ebene sachlich erreicht werden.



Das Kernstück des Modells ist die Qualität. Diese transparent zu machen und immer wieder neu zu definieren, hat alle Beteiligte vor eine sehr große Aufgabe gestellt. Die 111 Ärztinnen und Ärzte (100 hausärztliche Internisten, Allgemeinmediziner und 11 Kinder- und Jugendärzte) zusammen mit 10.000 Patientinnen und Patienten müssen die Vorgaben des Netzes befolgen und dies wird anhand von Qualitätsindikatoren überprüft. Es wurde eine Fülle von Qualitätsindikatoren (QI) eingeführt. So gibt es allgemeine QI wie zum Beispiel Teilnahme an Qualitätszirkeln (sechs Zirkel pro Jahr), QI Prävention, QI Pharmakotherapie, krankheitsbezogene QI und so weiter. Im Controllingbericht wird regelmäßig die Umsetzung dieser QI überprüft.

Ein weiteres Qualitätsmerkmal ist die Einführung von Leitlinien. Nach einer Anfangsphase wurde jedes Jahr eine Leitlinie eingeführt, in den Qualitätszirkeln und der Qu@lineWS, dem Informationsblatt des Qu@linet, den Mitgliedern vorgestellt und die Umsetzung anhand von QI überprüft.

Da ein solches Modell von hoher Transparenz und einer guten Evaluation lebt, wird regelmäßig auf unserer Internetseite ([www.qualinet.org](http://www.qualinet.org)) ein Qualitätsbericht veröffentlicht. Die Evaluation hat die Prognos AG, Basel übernommen.

Dies alles erfordert ein hohes Maß an Organisation, Dokumentation (zwischenzeitlich elektronisch), Aufarbeitung der Daten und immer wieder der Motivation der Mitglieder. Hierzu bedarf es eines professionellen Netzmanagement. Frau Dr. med. Mohr Pennert leistet hier eine hervorragende Arbeit. Ihr ist es auch zu verdanken, dass wir 2006 und 2008 in einer Praxisnetzstudie des Lehrstuhls für Wirtschaftsinformatik der Universität Erlangen-Nürnberg unter den drei besten Netzen aller untersuchten Netze lagen. Qu@linet wurde auch im Wettbewerb 1. Berliner Gesundheitspreis 2004 am 2. Mai 2005 als innovative zukunftsweisende Versorgungsform ausgezeichnet.

Da wir frühzeitig feststellten, dass wir durch unsere intensive Betreuung der Patienten deutlich Kosten einsparen, nicht zuletzt durch weniger Krankenhauseinweisungen, waren wir bereit, Ergebnisverantwortung zu übernehmen.



Die Datenermittlung gestaltete sich also von Anfang an als sehr schwierig. Obwohl die Berechnungsgrundlage geändert wurde, ist auch heute noch die Datenlage bei der AOK, bei der KV und bei uns nicht deckungsgleich. Hier ist immer wieder eine große Bereitschaft zum Kompromiss gefordert. Begonnen haben wir mit der Übernahme der Kosten für Arzneimittel und Krankenhaus ab September 2007. 2009 kamen Hilfsmittel dazu und ab 2010 haben wir die Ergebnisverantwortung für die gesamten Kosten außer AU übernommen.

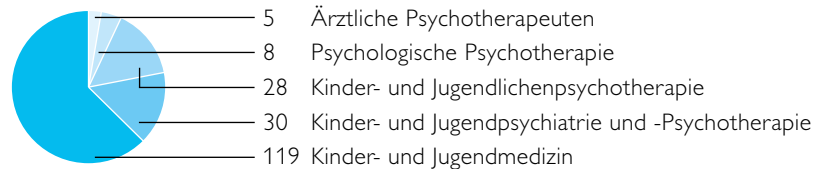
Zusammenfassend hat dieses Modell allen Beteiligten die Möglichkeit gegeben, neue Versorgungsformen zu erarbeiten, die dann in anderen Projekten umgesetzt werden konnten. Auch konnte gezeigt werden, dass manche Theorie nur ganz schlecht in die Praxis umzusetzen ist, wobei aber durch neue Lösungsansätze viele Probleme aus dem Weg geräumt werden konnten. An der neuen Kultur der Zusammenarbeit muss weiter gearbeitet werden, ebenso an der Verbesserung der Datenlage. Vielleicht wäre ein neues Modell, welches die Erfahrungen aus Qu@linet als Grundlage einer neuen Versorgungsstruktur nutzen könnte, sinnvoll. Das Ärztenetz Qu@linet e.V. steht zur Verfügung. ■



# Ein Meilenstein: Der ADHS-Vertrag in Baden-Württemberg.



## ADHS Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung



190 Teilnehmer am ADHS-Vertrag

Autor: Dr. Matthias Gelb, Kinder- und Jugendarzt, Bretten

### Der Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS

ADHS/ADS ist ein Krankheitsbild, welches zum „täglichen Brot“ des Kinder- und Jugendarztes zählt. Rund 5% der Patienten leiden an diesem Störungsbild, das sich in den Kernsymptomen Hyperaktivität, Konzentrationsproblemen und Impulskontrollschwäche äußert. Auffälligkeiten finden sich häufig bereits im Säuglings- und Kleinkindalter; die Problematik verschärft sich aber mit Schulbeginn. Neben der ADHS-Symptomatik finden sich häufig Komorbiditäten, welche diese noch zusätzlich verschärfen. Schulversagen, Abbruch von Schule oder Ausbildung, Substanzmissbrauch, delinquentes Verhalten sind dann möglicherweise die Folge. Daher ist es enorm wichtig, früh- und rechtzeitig die Verdachtsdiagnose beziehungsweise Diagnose zu stellen.

Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie (siehe auch [www.ag-adhs.de](http://www.ag-adhs.de)) ist jedoch umfangreich und zeitintensiv und wird unter den aktuellen Rahmenbedingungen, zumindest für die Kinder- und Jugendärzte, im aktuellen EBM nicht adäquat abgebildet.

Nach langem Ringen in der Vertragswerkstatt der KBV haben die Kinder- und Jugendpsychiater (KJP), die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (KPT/PT) und die Kinder- und Jugendärzte (KIÄ), erstmals einen Vertrag nach 73 c SGB V geschlossen, der die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS fachübergreifend und interdisziplinär regelt. Hier ist insbesondere der Kollegin Dr. Christa Schaff, Kinder- und Jugendpsychiaterin aus Weil der Stadt, die initiativ diesen Vertrag auf den Weg gebracht hat, zu danken.

Und konsequenterweise, wenn schon Primär-Initiative aus dem „Ländle“ kommt, war und ist Baden-Württemberg das erste und bisher einzige Bundesland, in dem dieser Vertrag seit 2009 zur Umsetzung kommt. Die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft wagte von Seiten der GKV als Vorreiter den Schritt, diesen Vertrag zu übernehmen.

Das ist ein Quantensprung in der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit der Verdachtsdiagnose und Diagnose ADHS oder ADS. Damit ist es auch endlich möglich, eine einigermaßen adäquate Honorierung für die sehr zeit- und arbeitsaufwändigen Leistungen bei diesen Patienten zu erhalten.

Das hieß in 2010, dass das Zusatzhonorar aus dem Morbi-RSA-Topf von den beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurde. Im Morbi-RSA 2011 ist ADHS bedauerlicherweise nicht mehr aufgelistet, trotzdem wird der Vertrag 2011 weiterlaufen, da alle Beteiligten die Bedeutung des Vertrags erkannt haben.

Die Teilnahme am Vertrag ist an Qualifikationsnachweise geknüpft, es gibt aber auch für „Neu-Einsteiger“ ausdrücklich die Möglichkeit, zu partizipieren und die Qualifikationen nach der Einschreibung zu erwerben und nachzureichen. Die Anforderungen sind aus meiner Sicht moderat und lassen sich ohne großen Aufwand erbringen, siehe auch Homepage der KV Baden-Württemberg ([www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)).



### Wie sehen nun die aktuellen Zahlen aus?

Insgesamt gibt es circa 1,8 Millionen BKK-Versicherte in Baden-Württemberg, 1,3 Millionen davon sind in der Vertragsarbeitsgemeinschaft, davon sind rund 200.000 Kinder und Jugendliche. Bedauerlicherweise fehlen einige große BKKs, wie die BKK Siemens oder Bosch. Wenn man von einer Prävalenz des ADHS von rund 5% ausgeht, sind in den teilnehmenden BKKen weit mehr betroffene Kinder und Jugendliche versichert, also die bis dato eingeschriebenen 1.206 Patienten.

Insgesamt sind 190 Kollegen in den Vertrag eingeschrieben, davon haben 90 aktiv Patienten in den Vertrag eingeschrieben. Die Spitze halten die KIÄ mit 119 eingeschriebenen Kollegen, gefolgt von den KPT/PT mit 41 und den KJP mit 30 Teilnehmern. Mehr als der Hälfte der eingeschriebenen Kollegen ist jedoch inaktiv, hat also keine Patienten eingeschrieben. Anteilig besonders viel trifft das bei den KJP zu.

Führend bei der Einschreibung sind die KIÄ mit 756 Patienten, dann die KJP mit 361 und die KPT/PT schließlich mit 89 Patienten. Bei den einzelnen Fachgruppen ist wiederum bemerkenswert, dass der Durchschnitt der eingeschriebenen Patienten sehr unterschiedlich ist: Sind es bei den KJP im Schnitt 22,5 Patienten, haben die KIÄ 11,6 und die KPT/PT neun Patienten im Durchschnitt eingeschrieben. In den einzelnen Praxen gibt es gleichzeitig eine enorme Streuung der eingeschriebenen

Patienten, so gibt es bei den KJP etwa Praxen mit 110 Patienten, die an dem Vertrag teilnehmen, bei den KIÄ Praxen mit 75 und den KPT/PT mit 32 eingeschriebenen Patienten.

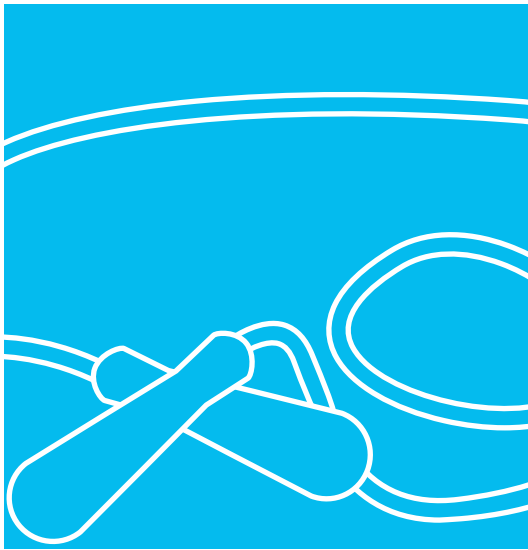
### Probleme des Vertrags:

- Verwaltungsaufwand
- Geringe Beteiligung der KollegInnen der beteiligten Fachgruppen
- Organisationsprobleme bei Teamfindung, Fallgesprächen, Abrechnung, Bereinigung etc.

### Ausblick:

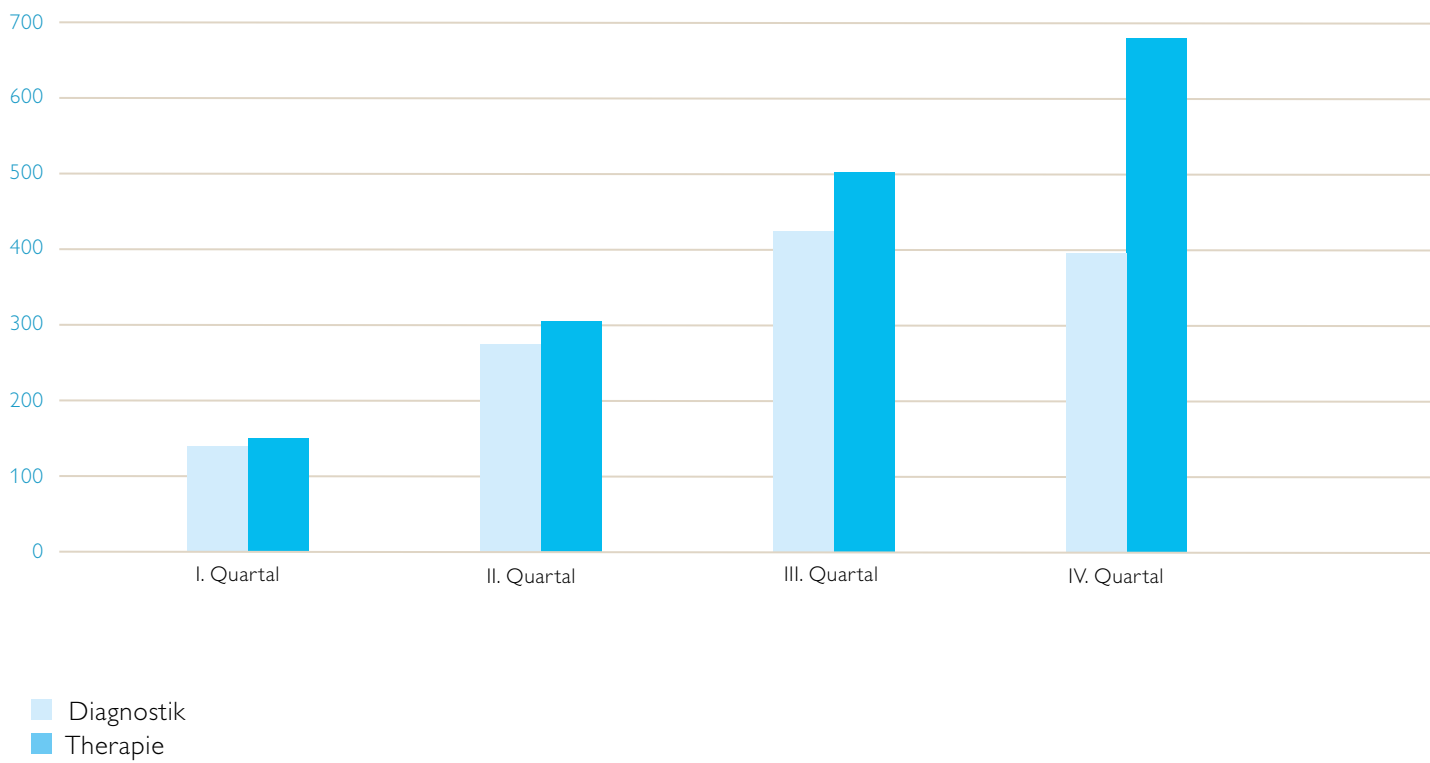
Trotz aller Widrigkeiten ist der KBV-ADHS-Vertrag für die Patienten und die beteiligten Fachgruppen ein interessantes Projekt in vielerlei Hinsicht. Andere Krankenkassen, andere KVen beobachten die Entwicklung in Baden-Württemberg mit Interesse, in einigen KV-Bereichen gibt es Vorgespräche und Verhandlungen zur Einführung. Eine wissenschaftliche Versorgungsstudie ist geplant und wird 2011 den Vertrag voraussichtlich begleiten und evaluieren. Es gibt Bestrebungen auf Landes- und Bundesebene, den Vertrag weiter zu entwickeln.

Trotz dieser Widrigkeiten wünsche ich dem Vertrag ein „langes Leben“ und eine „hohe Infektionsrate“ in Bezug auf die Teilnehmer, andere Krankenkassen und andere Bundesländer. ■



## ADHS-Vertrag im ersten Jahr erfolgreich gestartet

Anzahl betreute Patienten





Teuer, aber effizient: Humangenetik.





*Dr. med. Gabriele du Bois,  
Fachärztin für Humangenetik,  
Böblingen und Stuttgart*

### Neue Diagnosetechniken helfen Humangenetikern bei der Erforschung von Erbkrankheiten

In die Humangenetik kommen Patienten – meistens werden sie geschickt wenn sie sich Sorgen machen, dass eine Störung oder Erkrankung bei ihnen oder in der Familie erblich bedingt oder mitbedingt ist. Oft tritt diese Frage auf, wenn man an eigene Kinder denkt. Die Patienten sind nicht akut krank, sondern suchen Beratung. Wir nennen sie daher lieber Ratsuchende. Sie brauchen Informationen, um eine Entscheidung treffen zu können. Sie sind oft in großer Not. Es geht um klassische Erbkrankheiten wie Chorea Huntington, Mukoviszidose, Muskeldystrophie Duchenne, aber auch um Probleme der Fortpflanzung wie ungewollte Kinderlosigkeit, gehäufte Fehlgeburten, weiterhin um Fehlbildungssyndrome, Chromosomenanomalien und neuerdings immer mehr um erblich mitbedingte Tumorerkrankungen wie erblicher Brustkrebs oder Darmkrebs. Psychisch sehr belastend für beide Seiten sind die Beratungen nach Feststellung eines pathologischen Befundes im Rahmen der Pränataldiagnostik.

Ein Facharzt für Humangenetik ist in Gesprächsführung besonders ausgebildet, braucht viel Empathie und sollte psychosoziale Kenntnisse aufweisen. Er benötigt oft viel Zeit bei der detektivischen Recherche nach Befunden von Patienten und Angehörigen, um der Diagnose einer bestimmten Störung auf die Spur zu kommen. Auch

die Literatur in den Datenbanken zu durchforsten, kann manchmal sehr aufwendig sein. Humangenetiker müssen sich weiterhin mit den Methoden der genetischen Diagnostik auskennen wie der Chromosomenanalyse, den molekulargenetische Techniken und seit kurzem auch mit der so genannten „Chip-Diagnostik“. Wegen dieser naturwissenschaftlichen Techniken arbeiten in der Humangenetik viele Biologen, die übrigens ebenfalls eine fünfjährige Weiterbildung zum „Fachhumangenetiker“ durchlaufen (Ausbildung und Prüfung durch die Gesellschaft für Humangenetik). Sie erhalten während der Ausbildung ebenso wie die Mediziner in ihrer fünfjährigen Facharztausbildung ein solides Wissen über die Symptomatik und spezifische Ätiologie der verschiedenen genetischen Erkrankungen sowie über die Techniken, mit denen die Diagnostik erfolgen kann. Die Techniken werden immer ausgefeilter und reichen von der Zytogenetik, bei der Chromosomen im Lichtmikroskop untersucht werden, über die Molekulargenetik, bei der mit DNA-Analysetechniken wie PCR, Sequenzierung, MLPA, Southern-Blots und so weiter. Veränderungen (Mutationen) in Genen erkannt werden, zur Chipdiagnostik (Microarray), mit der submikroskopische Veränderungen in der DNA durch Vergleichsanalysen mit Kontroll-DNA erkannt werden können. Für alle diese Techniken braucht man kostspielige Geräte und hochspezialisiertes Personal. Das macht die Humangenetik teuer.



Begonnen hat die Patientenversorgung mit humangenetischen Leistungen in den Universitätsinstituten für Humangenetik. In Baden-Württemberg gibt es diese Institute an allen vier Universitäten. Aus diesen Instituten heraus haben sich Fachärzte für Humangenetik (in Baden-Württemberg wurde 1995 der Facharzt für Humangenetik eingeführt) niedergelassen mit der Absicht, die Routineversorgung für Chromosomenuntersuchungen, DNA-Analysen und genetische Beratungen zu übernehmen und den Universitäten Forschung und Lehre zu überlassen. Da die Universitäten aber die Facharztausbildung mit übernehmen müssen, wird immer noch ein Teil der Routinediagnostik auch dort durchgeführt. In Baden-Württemberg sind neben den vier universitären Instituten sechs Praxen mit niedergelassenen Humangenetikern an der Patientenversorgung beteiligt. Weiterhin gibt es eine Abteilung für Klinische Genetik im Klinikum Stuttgart und einzelne Humangenetiker in größeren klinisch-chemischen Laboren. Dazu gibt es einige Kollegen mit der früher üblichen Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, die meist einen anderen Facharzt (Gynäkologie oder Pädiatrie) haben und die meist nur genetische Beratungen anbieten, die sie aber nur unter Schwierigkeiten vergütet bekommen.

Der Genetischen Beratung kommt eine außerordentlich wichtige Funktion zu, die auch im so genannten Gendiagnostikgesetz (GenDG), das zum 1. Februar 2010 in Kraft getreten ist, betont wird. Vor allen prädiktiven genetischen Untersuchungen und nach allen pathologischen Ergebnissen bei genetischen Untersuchungen ist eine Genetische Beratung vorgeschrieben. Das bedeutet, dass in der Pränataldiagnostik alle Schwangeren genetisch beraten werden müssen. Der Gesetzgeber hat vor, die gynäkologischen Pränataldiagnostiker in einer noch festzulegenden Form fortbilden zu lassen, damit sie diese Aufgabe übernehmen können. Abrechnungsmöglichkeiten dafür sind bisher nicht vorgesehen.

Die derzeitige Anzahl der Humangenetiker in Baden-Württemberg zeigt an, dass sie allein diesen Beratungsbedarf nicht leisten können. Dazu kommt, dass die Vergütung der Genetischen Beratung nicht dazu ausreicht, dass ein Humangenetiker sich allein mit dieser Tätigkeit finanzieren könnte. Um mit einer Praxis für Humangenetik überleben zu können, muss man die dazugehörigen genetischen Untersuchungstechniken anbieten können. Dass diese Laborleistungen gut bezahlt werden, haben aber auch die Labormediziner erkannt und versuchen, an diesem Markt teilzuhaben. Vor allem genetischen Untersuchungen, die häufig nachgefragt werden wie zum Beispiel die Molekulargenetik auf Thrombophilie, Hämochromatose oder Lactose-Intoleranz gehen den ausschließlich humangenetischen Laboren verloren. Hier sollen wegen der hohen Kosten jetzt Pauschalpreise vereinbart werden, was sich aber hoffentlich für die





Humangenetiker nicht negativ auswirkt, weil bei ihnen in der Regel seltene Gene in Einzeluntersuchungen abgeklärt werden müssen. Wie in anderen Fachbereichen auch, schließen sich die niedergelassenen Humangenetiker vermehrt zu überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zusammen, um die humangenetische Versorgung durch Synergieeffekte zu verbessern.

Als positiv muss vermerkt werden, dass die Zusammenarbeit der Humangenetiker untereinander, aber auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kollegen aus anderen Fachgebieten (Gynäkologen, Pädiatern, Onkologen, Neurologen und so weiter) sehr gut läuft. Auch mit anderen Professionen wie zum Beispiel den psychosozialen Beratungsstellen gibt es enge Beziehungen. An den Universitätsinstituten in Heidelberg, Ulm und Freiburg wirken schon seit vielen Jahren eigene Sozialarbeiterinnen beziehungsweise Sozialpädagoginnen an der Betreu-

ung der Ratsuchenden mit. Das seit Anfang 2010 in Kraft getretene veränderte Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) fordert bei der Beratung von Schwangeren mit Verdacht oder bestätigten Befund einer Störung der Gesundheit des Feten das Angebot einer psychosozialen Beratung. Es gibt daher auch im ambulanten Bereich inzwischen eine gute Zusammenarbeit zwischen Pränataldiagnostikern, Humangenetikern und psychosozialen Beratungsstellen.

In Stuttgart gibt es seit einem Jahr einen interdisziplinären Qualitätszirkel zum Thema Pränataldiagnostik mit Vertreterinnen der Beratungsstellen, Pränataldiagnostikern, Humangenetikern und niedergelassenen FrauenärztInnen. Ein weiteres Beispiel für Interdisziplinarität findet sich in Tübingen, wo es seit Kurzem ein „Zentrum für seltene Erkrankungen“ am Universitätsklinikum gibt. Dort wird gesammelt, welche Spezialisten für welche seltenen Krankheiten an welchen Kliniken zu finden sind. Dabei wird auch der Kontakt zu Selbsthilfegruppen genutzt. Es soll dort weiterhin die Erforschung seltener Erkrankung vorangetrieben sowie die Fortbildung von Ärzten auf diesem Gebiet verbessert werden. ■

## Anzahl der zugelassenen und angestellten Humangenetiker

Die Anzahl der Fachärzte für Humangenetik hat sich in drei Jahren von 11 auf 20 erhöht.

Die Zahl der niedergelassenen Humangenetiker hat sich in den letzten Jahren nahezu verdoppelt.

Die Hälfte der Humangenetiker ist in MVZ tätig.

Die Arztpraxis als Wirtschaftsfaktor und  
Jobmotor in der Gesundheitswirtschaft.





*Ernst Burgbacher, MdB,  
Parlamentarischer Staatssekretär  
beim Bundesminister für Wirtschaft und Technologie,  
Beauftragter der Bundesregierung für Mittelstand  
und Tourismus*

Regelmäßig bringen es Umfragen an den Tag: Nichts ist den Deutschen wichtiger als die eigene Gesundheit und die Gesundheit ihrer Familie. Gesundheit ist also ein ganz besonderes Gut und die Gesundheitswirtschaft eine ganz besondere Branche. Sie ist einer der ganz wenigen Wirtschaftszweige, der nicht nur stetig wächst und somit Arbeitsplätze schafft, sondern dessen Wachstum in den vergangenen Jahren auch regelmäßig über dem Wachstum der Gesamtwirtschaft lag. Heute beträgt der Anteil der Gesundheitswirtschaft am deutschen Bruttoinlandsprodukt bereits circa 10 Prozent.

Addiert man alle Beschäftigten in den verschiedenen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft, neben den Ärzten auch das nichtärztliche Personal in der stationären und ambulanten Versorgung sowie die Beschäftigten in der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie, im Handel, bei den Krankenversicherungen und in Verbänden und staatlicher Verwaltung, kommt man 2008 auf 4,6 Millionen Menschen.

Und wenn man den Zweiten Gesundheitsmarkt, dessen Bio-, Fitness- und Wellnessprodukte ja auch zur Gesunderhaltung beitragen, noch berücksichtigt, dann sind es sogar deutlich mehr als fünf Millionen Menschen, die in dieser Branche tätig sind. Wenn die Entwicklung anhält, woran ich aufgrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins in der deutschen Bevölkerung keinen Zweifel habe, dann könnte ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt bis 2020 auf fast 14 Prozent und die Zahl der Beschäftigten auf 6,6 Millionen ansteigen.

Diese Zahlen sind Ergebnisse einer Berechnung im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten ist dabei im Dienstleistungsbereich tätig. Die Dienstleistungsbereiche tragen, das zeigen die Statistiken, am deutlichsten zur steigenden Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft bei. Doch gibt es auch hier signifikante Unterschiede.

Der eigentliche Beschäftigungsmotor ist, neben der Pflege, der ambulante Bereich. Wenn es um die Arztpraxis als Jobmotor geht, dann reicht es nicht, nur die Zahl der Ärzte zu betrachten. Vielmehr muss die Arztpraxis als Unternehmen, der Arzt als Arbeitgeber betrachtet werden.

#### **Die Zahlen sind eindrucksvoll:**

2009 wurden in deutschen Arztpraxen (ohne Zahnarztpraxen) mit circa 30 Prozent der Erwerbstätigen auch rund 30 Prozent der Bruttowertschöpfung des Gesundheits- und Sozialwesens erwirtschaftet. Das durchschnittliche Wachstum der Bruttowertschöpfung in Arztpraxen seit 1996 lag dabei mit einem jährlichen Anstieg von 2,6 Prozent über dem der Gesundheitswirtschaft insgesamt.

Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Erwerbstätigen in Arztpraxen kontinuierlich von 530.000 auf 710.000 gestiegen. Seit 1996 wurden somit pro Jahr durchschnittlich 2,3 Prozent mehr Erwerbstätige in Arztpraxen eingestellt (im Vergleich zu +1,2 Prozent in der Gesundheitswirtschaft).



schaft insgesamt). 121.128 Vertragsärzte waren Ende 2009 im gesamten Bundesgebiet tätig. Das ist eine stattliche Zahl, auch wenn die regionale Verteilung nicht überall gleich ist. 12,8 Prozent der Vertragsärzte hatten ihre Praxis in Baden-Württemberg.

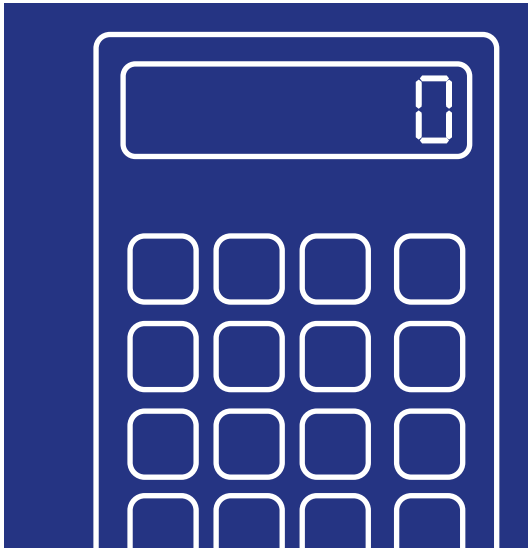
Zur Erreichung von Gesundheit als oberstem Ziel der ärztlichen Tätigkeit sind auch die anderen Bereiche der Gesundheitswirtschaft, die Physiotherapeuten, Apotheken sowie die Unternehmen der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie unabdingbar. Ich freue mich, sagen zu können, dass Baden-Württemberg auch in dieser Hinsicht gut aufgestellt ist.

Denkt man in Kategorien der Gesundheitswirtschaft, kann aus einem vordergründig nur als Problem wahrgenommenen Faktum auch ein wirtschaftlicher Impuls folgen. In dem Fall der ungleichen regionalen Verteilung der Arztpraxen im Bundesgebiet zum Beispiel ein Innovationsimpuls. Denn eine Antwort könnte die Verbesserung der telemedizinischen Versorgung, insbesondere des Telemonitoring, sein. Die ärztliche Überwachung des Patienten erfolgt dabei durch einen Arzt aus der Ferne, und bei einer kritischen Verände-

rung der sogenannten „Vitaldaten“ kann dieser entscheiden, ob der Patient selbst etwas tun kann, zum Beispiel ein Medikament nehmen, oder ob er den Arzt aufsuchen muss.

Telemonitoring ersetzt also nicht die ärztliche Tätigkeit, sondern verringert die Anwesenheit des Patienten in der Praxis, was das Problem von Regionen mit geringer Arztdichte deutlich mildern kann. Das Bundeswirtschaftsministerium fördert telemedizinische Projekte dieser Art wie zum Beispiel zusammen mit der Charité das Projekt „Partnership for the Heart“. Dieses Projekt dient der Überwachung von Patienten mit Herzinsuffizienz.

Insgesamt plädiere ich für eine Gesundheitswirtschaft, die einerseits die notwendige Grundversorgung gewährleistet, aber dem Patienten auch Wahlfreiheit lässt. Dazu ist mehr Wettbewerb in allen Bereichen notwendig. Bundesminister Brüderle hat dies zuletzt beim 2. Gesundheitswirtschaftskongress des Bundeswirtschaftsministeriums am 4. Oktober 2010 in Berlin deutlich zum Ausdruck gebracht. Hieran wird das Bundeswirtschaftsministerium zusammen mit den anderen beteiligten Ministerien weiterarbeiten. ■



## Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor

6.100	Medizinische Fachangestellte in der Ausbildung
36	davon sind männlich (=0,6%)
42.000	Beschäftigte in Praxen
600	Assistenten in der Weiterbildung
1.400	Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten
17.100	Selbstständige Ärzte und Psychotherapeuten
67.200	Arbeitsplätze in der vertragsärztlichen Versorgung
14.400	Praxen in Baden-Württemberg bieten über 50.000 Arbeitsplätze



Alles Gute und danke für den Fisch.  
Ärztliche Versorgung von Binnenschiffern.



*Autor: Dr. Rainer Bindert, Mannheim*

#### **Ankern beim Doc – wo Binnenschiffer kostenlos verarztet werden**

Sie kommen aus den Niederlanden, Rumänien, Bulgarien, Ungarn oder Belgien. Ihr Beruf ist der Transport von Waren auf dem Wasser und nicht selten verbringen sie nicht nur ihre ganze Arbeits-, sondern auch Freizeit auf den Wasserwegen Europas – die Binnenschiffer. Doch was als Berufsbild so romantisch klingt, ist in der Realität oft harte Arbeit. Und was tun, wenn man dann als Binnenschiffer krank wird? Falls man gerade am Mannheimer Hafen vorbeifährt, kann man ein paar Meter weiter in die Praxis zu Dr. Rainer Bindert gehen. Der Hausarzt hat seit vielen Jahren neben seinen „normalen Patienten“ auch Binnenschiffer als Klientel. Und die können kommen, wenn sie etwas auf dem Herzen haben, zur Not auch ohne Voranmeldung, ohne europäische Krankenversichertenkarte und ohne Bargeld.

Binnenschiffer haben spezielle Krankheiten. Sie leiden besonders an Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane – laut Studien von Krankenkassen. Meist gehen sie erst spät mit ihren Beschwerden zum Arzt: zu wenig Zeit und überhaupt muss man ja sowieso gleich wieder weiter. Etwa fünf Binnenschiffer kommen wöchentlich in die Praxis von Dr. Rainer Bindert. Der 63jährige Hausarzt ist seit 17 Jahren in Mannheim niedergelassen. Die Binnenschiffer kamen eines Tages einfach vorbei, eben weil seine Praxis so praktisch am Rhein lag, mit Problemen wie Bluthochdruck beispielsweise oder Diabetes. Die Behandlung, sagt Bindert, ist bei diesem „Fahrenden Volk“ oft problematischer als bei seinen anderen Patienten: „Wenn man einen Diabetes entdeckt oder findet, kann man den oft überhaupt nicht entsprechend einstellen, weil man die Leute nicht überwachen kann.“





Seine Patienten sieht er nach einem Behandlungstermin nur sehr unregelmäßig wieder, mal nach 14 Tagen, mal nach einem halben Jahr oder manchmal überhaupt nicht mehr. Schon am nächsten Tag ziehen sie weiter, die Zeit reicht für Blutsenkung, Quicktest oder Urinstatus. Zeit für ausführliche Diagnosen bleibt keine, Langzeitblutdruckmessen oder Blutergebnisse dauern tagelang – die Schiffer sind dann längst im nächsten Hafen, in Dr. Binderts Praxis bleiben Gegenstände aus der Schifffahrt: Angel, Schifffahrtsmodell und vor allem immer wieder Fische, über die sich besonders seine Katze freut. Binnenschifferbehandlung ist Behandlung im Schnelldurchlauf: Anamnese, Diagnose, Therapie, auf Wiedersehen, alles Gute und danke für den Fisch!

Er kann nichts anderes tun, als ihnen zu raten, schnellstmöglich zu ihrem Hausarzt zu gehen. Das können sie aber erst dann, wenn die Besatzung des Schiffs komplett wechselt – meist erst nach 14 Tagen im Heimathafen. Für den Arzt ist es ein schlechtes Gefühl, jemanden einfach weiterziehen zu lassen, besonders, wenn es dem Patienten offensichtlich schlecht geht, er beispielsweise

mit einem Zucker von 300 in die Praxis kommt. Oder wenn der Mediziner zum Beispiel einen Typ 2 Diabetiker behandelt, von dem er genau weiß, er hat zu wenig Bewegung, weil er jeden Tag und Nacht am Steuerrad sitzt – als Binnenschiffer kann man die Anweisungen des Arztes nicht so einfach befolgen.

Auch krankschreiben kann man die Binnenschiffer schlecht, sagt Dr. Bindert. Sie würden sich schlichtweg weigern, denn ein Ausfall eines solchen Schiffes kostet viel Geld. „Man muss sich deshalb mit den Gegebenheiten arrangieren“, erzählt der Arzt, „weil man schlecht sagen kann, kommen Sie nach 14 Tagen wieder oder in acht Tagen oder legen Sie sich jetzt bitte mal eine Woche ins Bett, das geht einfach nicht.“

Urwaldmedizin nennt er seine Arbeit deshalb, wie er bedauernd erläutert: „Man muss immer das Medikament nehmen, das mehr oder weniger sicher wirkt und das ist natürlich ein anderes, als wenn man sich vorsichtig an eine Diagnose rantastet. Über die Therapie sagt er: „Du musst einfach einsteigen und hoffen, dass Du punktgenau triffst.“



Im Zweifelsfall wird dann – sicherheitshalber – eher ein Antibiotikum verschrieben statt Naturheilmedizin. Apropos verschreiben: Auch der Gang zur Apotheke wäre manchmal zu viel des Aufwands, ein Grund, weswegen er den Patienten häufig mitgibt, was er an Arzneimitteln in der Praxis hat. Auch ansonsten gibt er sich unbürokratisch, selbst wenn so mancher Schiffer nicht krankensichert ist oder die Legitimation unklar ist. „Das muss drin sein, dass man den einen oder anderen mal ohne Honorar behandelt.“

Für die Zukunft würde er sich wünschen, dass es eine internationale Chipkarte gäbe, auf der die Diagnosen und Krankheitsverläufe abgespeichert wären, das würde seine Arbeit deutlich erleichtern. Und wenn die Binnenschiffer nachts, wenn seine Praxis geschlossen ist, ins Krankenhaus gehen müssen, wäre es schön, wenn sie auch ohne Krankenkassenzugehörigkeit behandelt würden.

Auf die Frage, was man als Schiffsarzt für eine Qualifikation haben muss, schmunzelt Bindert: „Die einzige Qualifikation wäre, holländisch zu lernen.“ Aber das braucht er nicht, in der Praxis finden sich immer Menschen, die übersetzen, andere Patienten oder Arzthelferinnen, die sprechen türkisch oder bulgarisch – für die Kommunikation hat's jedenfalls immer gereicht. Ein Arzt für Binnenschiffer, so sagt er, ist einfach einer, der am Flussrand liegt und sonst genau so einer wie alle anderen Hausärzte auch. ■

# Geburtshilfe und Belegungshaftungsproblematik.



## Teurere Geburtshilfe führt zum Rückgang der Belegärzte um 15 Prozent

	2007	2008	2009	2010
alle Frauenärzte	1.296	1.305	1.321	1.343
davon Belegärzte	203	196	187	172

Autorin: Johanna Stork, Frauenärztin, St. Leon Rot

### Welche Rolle spielen die Belegärzte im Jahr 2011 noch in Baden-Württemberg?

Durch eine Erhöhung der Berufshaftpflichtversicherung der Belegärzte auf durchschnittlich 18.000 Euro im Jahr entsteht in weiten Teilen Baden-Württembergs eine neue Baustelle, die zu einem weiteren Abschmelzen der vielfältigen ärztlichen Tätigkeiten in der Breite und vor allem auf dem Lande führen wird. Bei einer zur Zeit noch gültigen Vergütung von 149,63 Euro EBM Ziffer 08411, plus rund 80 Euro ab 1. Oktober 2010 (rund 230 Euro) fragt man sich, warum sich die Belegärzte die Nächte um die Ohren schlagen.

Damit die Kosten für die Versicherung erarbeitet werden, muss jeder Belegarzt (18.000/230 Euro) 78 Geburten pro Jahr durchführen. Damit er ein persönliches Einkommen für jede Geburt von 230 Euro hat, muss er also im Jahr 160 Geburten durchführen. Einkommen bedeutet in diesem Fall vor Steuer und Abgaben, eventuell muss noch aus diesem Einkommen eine Pauschale an das Krankenhaus abgegeben werden. Viele Gynäkologen überlegen sich deshalb in nächster Zeit ihre belegärztliche Tätigkeit aufzugeben. Bei Chefärzten in der Klinik übernimmt normalerweise das Krankenhaus beziehungsweise das Land Baden-Württemberg die Kosten für die Versicherungsprämie. Es wird hier also mit sehr ungleichen Gewichten gearbeitet. Wie viel hat bei den Frauen die letzte Dauerwelle gekostet und wie viel die letzte Inspektion ihres Autos?

In Baden-Württemberg gibt es Belegkliniken die etwa 1.200 Geburten pro Jahr durchführen und Unikliniken, die unter dieser Geburtenzahl liegen.

Die Patientinnen haben bisher mit den Füßen abgestimmt und sind in die belegärztlichen Abteilungen gegangen. Dort haben sie sich wohl gefühlt und waren gut versorgt. In der Geburtshilfe ist seit langem ein ausgeprägtes Qualitätsmanagement eingeführt. Es ist das in Deutschland seit längstem bekannte Qualitätsregister, dem sich alle Kliniken unterziehen müssen.

Des Weiteren kommt hinzu, dass der Belegarzt normalerweise ein erfahrener Facharzt ist, der häufig seit 20 Jahren und länger in der Geburtshilfe tätig ist.

Das heißt, hier findet sich keine doppelte Facharztschleife. Welche Klinik kann in ihrem Oberarztbereich solche Erfahrung noch bieten? Zudem sind die Belegärzte üblicherweise sehr gut vernetzt mit den niedergelassenen Gynäkologen, denn nur wer mit Ihrer Arbeit zufrieden ist, wird seinen Patientinnen einen bestimmten Belegarzt empfehlen. Hier findet eine viel unmittelbare Selektion statt. In größeren Kliniken versteckt sich so etwas in der Anonymität. Auch bezüglich der Kosten, die hier im Krankenhaus verursacht werden, dürfte sich eine deutliche Differenz finden. Warum soll also ein gut funktionierendes System insbesondere in unserem Lande durch sträfliche Unterbezahlung zu Fall gebracht werden und nicht diese kostengünstige Möglichkeit der Entbindung mit allen möglichen medizinischen zur Verfügung stehenden Mitteln verfeinert und erweitert werden. Die Universitätsfrauenklinik Heidelberg geht bereits diesen Weg und lagert die normalen Geburten in das Salem-Krankenhaus aus. ■

# Palliativmedizin im Aufbruch.







*Dr. med. Peter Engeser,  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Palliativmedizin, Umweltmedizin;  
Pforzheim*

Die palliativmedizinische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen hat in den letzten Jahren immer mehr Beachtung in der Bevölkerung gefunden. Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist ein zunehmend wichtiger gesellschaftlicher Prozess. Die Betreuung und Begleitung von schwerstkranken Menschen, die an unheilbaren Krankheiten leiden, wird wieder als wichtige menschliche Aufgabe erkannt. Sie wird nicht mehr an den Rand der Gesellschaft gedrängt und auch nicht mehr nur in eigenständige Institutionen verlagert. Sterben zu Hause ist für viele Menschen immer mehr ein erstrebenswertes Ziel. In vielen Pflegeheimen und Betreuungseinrichtungen entwickelt sich langsam eine Kultur der Begleitung. Die ambulanten Hospizdienste sind eine bemerkenswerte Bürgerbewegung mit tatkräftigem Engagement für ein Sterben in Würde. Es gibt kreative Unterstützung von vielen Organisationen. Die Stuttgarter Robert-Bosch-Stiftung geht hier mit gutem Beispiel im Lande voran.

Am 8. September 2010 wurde in Berlin die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ präsentiert. Diese wurde unter Moderation der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft

für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes in Kooperation von über 200 Organisationen erstellt. Die Charta formuliert noch einmal das Recht jedes Menschen auf ein Sterben in Würde.

#### **Woher wir kommen**

Die Ursprünge der Palliativversorgung gehen auf die christlichen Hospize in Nordspanien entlang des Jakobsweges nach Santiago de Compostella im Mittelalter zurück. Die moderne Palliativbetreuung, die sogenannte „palliative care“, wurde in England, speziell im St. Christopher's Hospiz, der ersten modernen Hospizeinrichtung im Süden von London, begründet. Diese Einrichtung wurde im Jahre 1967 von Dame Cicely Saunders, einer Krankenschwester und Ärztin, die im Jahre 2005 an den Folgen eines Krebsleidens verstarb, eröffnet. Forschungsfragen im Zusammenhang mit Sterben, Tod und Trauer sind seit den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts untrennbar mit dem Namen der Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross verbunden, die als erste Forscherin diesbezügliche Untersuchungen durchführte. Zum damaligen Zeitpunkt waren das ungeheuerliche Projekte vor dem Hintergrund eines gesellschaftlichen Fehlbildes des „Verdrängen und Vergessens“ des Todes.





Schon seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt sich die Palliativmedizin in Deutschland. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin wurde im Jahre 1994 als wissenschaftliche Fachgesellschaft in Bonn gegründet und verzeichnet seitdem einen starken Mitgliederzuwachs. Auf dem Deutschen Ärztetag 2003 in Rostock wurde das Fach Palliativmedizin als Zusatzbezeichnung in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen und dieses wurde mittlerweile flächendeckend umgesetzt. Im Jahre 2007 wurde der Anspruch auf ambulante Palliativversorgung im Sozialgesetz verankert. Seit dem Jahr 2009 ist Palliativmedizin auch als eigenständiges Fach in der Approbationsordnung für Ärzte verankert.

#### **Wohin wir gehen**

Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat schon im Jahre 2008 den Landesbeirat Palliativmedizin gegründet. Dort sind alle für die Palliativversorgung relevanten Gruppen und Strukturen repräsentiert. Er soll die möglichst rasche Umsetzung der flächendeckenden Palliativversorgung begleiten und befördern. Diese soll bis zum Ende des Jahres 2011 umgesetzt sein und dann eingehend evaluiert werden.

Zunächst wurde eine umfangreiche Bestandsaufnahme durchgeführt. Hierbei wurden alle Formen der Palliativversorgung (ambulant-teilstationär-stationär; Erwachsene und Kinder) erfasst. Bisher wird die ambulante Palliativversorgung als allgemeine Palliativversorgung aus den bestehenden Strukturen der niedergelassenen Ärzteschaft in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und ambulanten Hospizdiensten sichergestellt. Eine Baden-Württembergische Besonderheit sind seit vielen Jahren die Brückenpflege, die an die Onkologischen Schwerpunkte und Tumorzentren angeschlossen sind. Durch diese Pflegefachkräfte werden die onkologischen Patienten intensiver ambulant betreut und der Kontakt zwischen ambulantem und stationärem Bereich intensiviert. Die nächsten Aufgaben des Landesbeirates müssen nun die Bedarfsanalyse und die Entwicklung der Palliativversorgung mit einer Zielbeschreibung für Baden-Württemberg sein.

Durch die Einführung des § 37b in das SGB V wurde jedem Versicherten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigt, der Anspruch auf



eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung zugebilligt. Analog gilt diese Regelung auch für Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Die besonderen Bestimmungen wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert und festgelegt. Die besondere Schwierigkeit hierbei ist die Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung, die wie bisher durch die Teilnehmer der Regelversorgung erbracht werden soll. Da hierin die Vergütung aber völlig unzureichend geregelt ist, drohen wie in vielen anderen Bereichen des Sozialstaates unüberschaubare Verschiebebahnhöfe und zunehmende Bürokratisierung.

Im Jahr 2009 wurde die Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung gegründet. In Verhandlungen mit den Krankenkassen wurde zu Beginn dieses Jahres ein Mustervertrag für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung abgeschlossen, der die Versorgung der 10,8 Millionen Einwohner in neun Stadtkreisen und 35 Landkreisen in Baden-Württemberg sicherstellen soll. Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind gültige Verträge in sechs Regionen für nahezu 2 Millionen Einwohner abgeschlossen. Weitere Verträge werden und müssen baldmöglichst folgen. Eine Kooperation der neuen Strukturen mit den bestehenden Netzwerken ist für eine flächendeckende

nachhaltig funktionierende Palliativversorgung besonders wichtig. Die Kooperation mit den ambulanten Hospizdiensten sowie den stationären Hospizen im Land wird für die Betreuung der Menschen eine wachsende Aufgabe sein. Wir alle müssen daher in naher Zukunft sehr viel dafür tun, um das ehrgeizige Ziel der Landesregierung bis zum Ende des kommenden Jahres umsetzen zu können. Es muss uns Ansporn sein, die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und flächendeckend sicherzustellen. ■

# Impressum

■ **Versorgungsbericht 2010**

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

■ **Herausgeber**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

■ **Redaktion**

Dr. med. Gisela Dahl (verantwortlich)  
Dr. Peter Hinz  
Kai Sonntag

■ **Statistik**

Ernst-Otto Weber  
Walter Schenk

■ **Erscheinungstermin**

Dezember 2010

■ **Auflage**

4.000 Exemplare

■ **Fotos**

photocase: Seiten 52 leicagirl, 56 jala, 60 NickDaVinci, 66 luxuz:.,  
76 sandrobrezger, 78 A.P., 84 seraph, 86 David Dieschburg, 90 jala,  
92 mojitoweb, 98 misterQM  
istockphoto: Seiten 6, 58  
fotolia: alle weiteren Fotos

■ **Gedichte**

aus „Das Eugen Roth Buch“, Carl Hanser-Verlag, München 1966

■ **Daten und Zahlen**

Wenn nicht anders angegeben, stammen die verwendeten Daten  
und Zahlen von der KVBW (Stand von Juni 2010).

■ **Gestaltung und Realisierung**

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

■ **Anmerkung**

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

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

Alles Gute.

**KVBW** 