

Versorgungsbericht 2008

Alles Gute.

KVBW 

Inhaltsverzeichnis

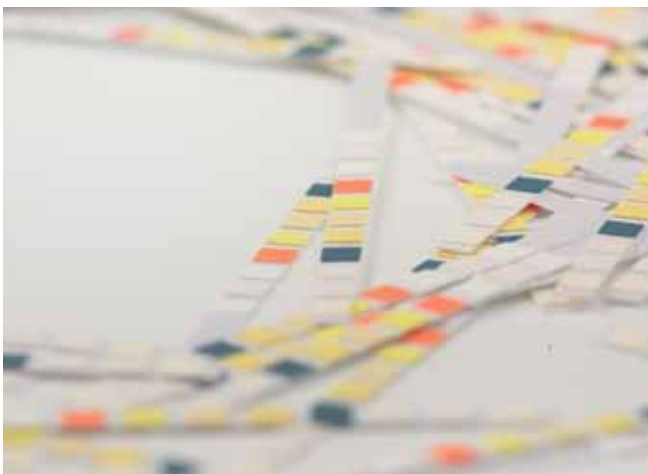
Einleitung

- 2** Grußwort der Arbeits- und Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg
- 4** Vorwort des Vorsitzenden der KVBW
- 5** Editorial
- 10** Daten zur ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg



Hausärztliche Versorgung

- 16** Hausärzte mit vielfältigen und qualifizierten Aufgaben
- 18** Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg
- 20** Stetten am kalten Markt profitiert von guter Ärzteversorgung
- 22** Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin



Fachärztliche Versorgung

- 28** Die ambulante fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg
- 32** Zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg
- 36** Ambulante onkologische Versorgung im vertragsärztlichen Bereich
- 39** Ausschreibungs- und Auswahlverfahren für die Praxisnachfolge in gesperrten Planungsbereichen
- 42** Praxisnachfolge bei Augenärzten – ein schwieriges Problem
- 44** Sprache und Stimme: Instrumente des Erfolgs

Psychotherapeutische Versorgung

- 50** Aktuelle Fragen der psychotherapeutischen Versorgung

Kooperative Berufsausübung

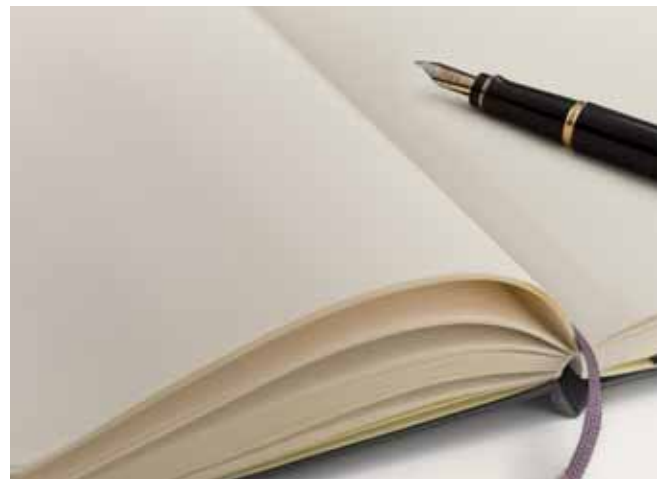
- 56** Alternatives Versorgungsmodell „Medizinisches Versorgungszentrum“
- 59** Zwei Jahre Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in Kirchheim

Ambulante Medizin in ihrer Vielfalt

- 62** Selbsthilfegruppen – ein weiterer „Player“ im Gesundheitssystem
- 66** Musikermedizin – eine neue Disziplin mit wachsender Bedeutung
- 68** Substitutionsbehandlung – Weg aus der Drogenabhängigkeit
- 70** Versorgung am Feldberg – Interview mit Dr. Ibrahim Boolakee

- 73** Ambulant – stationär: eine Schnittstelle mit Zukunft
- 76** Die Meinung unserer Vertragspartner
- 79** Weshalb Ökonomie in der Medizin

- 84** Verzeichnis der Diagramme
Impressum



Grußwort der Arbeits- und Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

das Schicksal manch eines umfangreichen Jahresberichts besteht darin, dass er zunächst pressewirksam präsentiert wird und danach weitgehend unbeachtet in der Versenkung verschwindet. Beim Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der nun zum zweiten Mal herausgegeben wird, ist das völlig anders. Das Erstlingswerk, das Ende 2007 vorgelegt wurde, ist auf sehr großes Interesse gestoßen und hat den Informationsbedarf für alle an der vertragsärztlichen Bedarfsplanung Beteiligten und Interessierten befriedigt. Daher nochmals mein herzlicher Dank der Kassenärztlichen Vereinigung und allen Autoren, die auch dieses Mal an der Entstehung dieses praktischen Nachschlagewerks mitgewirkt haben.

Wenn es den Versorgungsbericht nicht gäbe, müsste man ihn erfinden. Das zunehmend bedeutsame Thema der vertragsärztlichen Bedarfsplanung – insbesondere im ländlichen Raum – kann ohne eine verlässliche und kontinuierlich fortgeschriebene Datengrundlage nicht in seriöser Weise behandelt werden. Die öffentliche Diskussion in dieser wichtigen Frage sollte nicht auf der Basis gefühlter Eindrücke und autobiographischer Erfahrungen

geführt werden. Gefragt ist vielmehr eine Versachlichung der Thematik. Hier schließt der Versorgungsbericht eine klaffende Lücke, indem er für die interessierte Öffentlichkeit und die Gesundheitspolitik Fakten liefert und diese zugleich auch bewertet.

Gefragt ist eine Versachlichung der Thematik.

Der Gesetzgeber weist den Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung der Selbstverwaltung und dort vorrangig der Kassenärztlichen Vereinigung zu. Das bedeutet aber nicht, dass sich diesbezüglich alle übrigen Akteure des Gesundheitswesens untätig zurücklehnen sollten. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist von derart hoher Bedeutung, dass hier die Gesundheitspolitik ebenso gefordert ist wie die Gesundheitswissenschaft, die Krankenkassen und die Fachöffentlichkeit. Der aktuelle Versorgungsbericht wird viele wichtige Impulse für eine konstruktive Diskussion beisteuern. Dies ist auch dem Umstand zu verdanken, dass alle aktuellen Problembereiche thematisiert und zum Teil auch kritisch beleuchtet wurden. Ärztlicher Nachwuchsmangel, neue vertragsärztliche Kooperationsformen und die spezielle Versor-

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



gungssituation im ländlichen Raum sind hier nur beispielhaft zu nennen.

Entscheidend für eine gute ambulante Versorgung wird sein, ob eine vertragsärztliche Tätigkeit auch in Zukunft für junge Humanmediziner attraktiv bleibt. Dabei geht es auch, aber nicht ausschließlich, um ökonomische Perspektiven. Ob die aktuelle Honorarreform ausreicht, um insoweit neue Anreize zu setzen, gilt es abzuwarten. Die baden-württembergische Landesregierung hat sich stets für eine angemessene Vergütung der niedergelassenen Ärzte stark gemacht. Dies wird auch künftig der Fall sein. Daneben werden sicherlich noch viele andere Weichenstellungen, zum Beispiel in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, vonnöten sein.

Der aktuelle Versorgungsbericht wird viele wichtige Impulse für eine konstruktive Diskussion beisteuern.

Ab 2009 beginnt eine neue Zeitrechnung für das GKV-System in ganz Deutschland. Es wird sicher einige Zeit dauern, sich in der „neuen Welt“ des Gesundheitsfonds und der Honorar-

reform zurechtzufinden. Im Laufe des Jahres werden wir erfahren, welche genauen Auswirkungen der zum 1. Januar 2009 wirksam werdende Gesundheitsfonds für Baden-Württemberg haben wird. Diese Entwicklung wird die Landesregierung mit wachem Auge beobachten und sich weiterhin für die Interessen der baden-württembergischen Ärzteschaft und Versicherten einsetzen.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist eine ständige Herausforderung für Selbstverwaltung und Politik. Der aktuelle Versorgungsbericht zeigt hier die wichtigen Problemfelder auf und liefert zugleich innovative Lösungsvorschläge – Grund genug, den Bericht immer wieder in die Hand zu nehmen.

Ihre



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

Vorwort des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Gesundheitswesen verändert sich in einem rasanten Tempo. Dies gilt auch für die gesetzlichen Rahmenbedingungen, unter denen Ärzte ihre immer schwieriger werdende Berufstätigkeit ausüben. Ob wir es wollen oder nicht, die Versorgung unserer Patienten gerät zunehmend in ein vom Wettbewerb geprägtes Umfeld.

Die angesprochenen Veränderungen in der Berufstätigkeit unserer Mitglieder sind nicht zuletzt auf das am 1. Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz zurückzuführen. Nachdem es viele Schwierigkeiten in der Umsetzung der uns vorgegebenen Richtlinien und gesetzlichen Vorschriften gegeben hat, können wir heute auf erste dadurch erzielte Verbesserungen in der Versorgung hinweisen. Dies trifft sowohl zu für die Möglichkeit der Nebenbetriebsstätten als auch für überörtliche Gemeinschaftspraxen.

Wesentliche Akzente hat zudem die nunmehr für die KVBW einheitlich geltende Notfalldienstordnung gesetzt, die von unserer Vertreterversammlung verabschiedet worden ist. Diese Vereinheitlichung stellt weiterhin flächendeckend den ärztlichen Notfalldienst in allen Regionen unseres Landes sicher. Die in Baden-Württemberg überdurchschnittlich gute und flächendeckende ambulante Versorgung ist

heute noch sichergestellt, was durch die Zahlen und Analysen auch bewiesen wird.

Auch wenn uns dieses jetzt mit Stolz erfüllt, dürfen wir nicht darüber hinwegsehen, dass der derzeitige Standard nicht automatisch derjenige der Zukunft sein wird. Nicht nur im hausärztlichen, sondern auch im fachärztlichen Bereich zeichnet sich die Tatsache des Nachwuchsmangels von jungen Kolleginnen und Kollegen ab.

Dieser Situation haben wir uns zu stellen. Bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung wird sich der Bedarf an Ärzten flächendeckend und wohnortnah keinesfalls verringern. Um Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für eine Niederlassung zu gewinnen, bedarf es einer soliden Honorierung der angebotenen Leistungen. Fortschrittliche Kommunen erkennen zunehmend mehr, dass ihr Heil nicht nur in einer Förderung der Industrieansiedlung liegt, vielmehr gilt es entsprechende Anreize zu schaffen, um die wohnortnahe ambulante Versorgung attraktiv zu ermöglichen.

Alles Gute



Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Achim
Hoffmann-Goldmayer
Vorstandsvorsitzender
der Kassenärztlichen
Vereinigung
Baden-Württemberg



Editorial

Staatliche Daseinsvorsorge zielt primär darauf, soziale Gerechtigkeit zu gewährleisten im Verhältnis zwischen Starken und Schwachen, zwischen Menschen, die von gesellschaftlichen Risiken betroffen sind, und solchen, die es nicht sind.

Auf soziale Sicherheit ist der Bürger angewiesen, gerade dann, wenn Eigenvorsorge und Selbsthilfe vom Einzelnen nicht dargestellt werden können. Die Gewährleistung von Einkommen und Gesundheit durch die Rechtsordnung schafft das Vertrauen in soziale Sicherheit. Die Verbürgung sozialer Leistungen bildet eine entscheidende Grundlage einer Lebensplanung.

Soziale Sicherheit, die auch die Gesundheit betrifft, ist eine wichtige Bedingung der Selbstbestimmung und damit der persönlichen Freiheit. 81 Prozent der Europäer geben an, dass Gesundheit in puncto Lebensqualität für sie eine sehr wichtige Rolle spielt. Hier ist die ambulante medizinische Versorgung angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung von ausschlaggebender Bedeutung.

Mit dem Alter steigt die Zahl der chronisch Kranken und Multimorbiden. Nur gut ein Drittel der 40- bis 54-Jährigen hat keine chronische Krankheit, in der Altersklasse der 55- bis 64-Jährigen sind nur noch 14 Prozent gesund und bei den über 70- bis 84-Jährigen nur sieben Prozent. Mehr als eine chronische Krankheit haben bei den 40- bis 54-Jährigen immer-

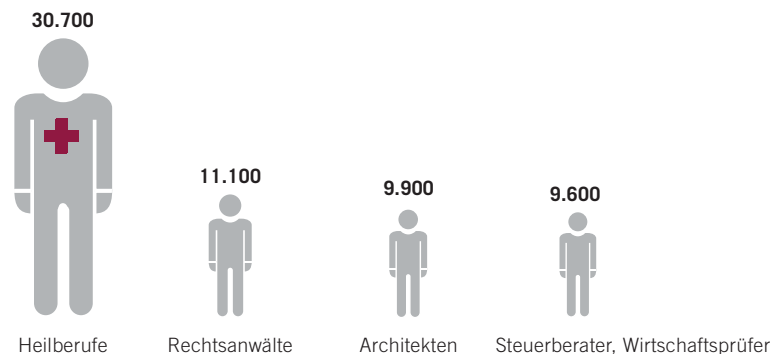
hin 35 Prozent, bei den 55- bis 69-Jährigen ist es bereits die Hälfte und bei den über 70-Jährigen sind es 56 Prozent.

Hier kann man bei dem demografischen Faktor den zukünftig steigenden Bedarf an ambulanter Medizin leicht hochrechnen. Diese steigende Zahl chronisch Kranker und Multimorbider braucht auch zukünftig eine verlässliche, flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung mit hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen. Dafür werden unsere heutigen Versorgungsstrukturen so sicher nicht ausreichen; in einigen strukturschwachen Gebieten fehlen bereits Hausärzte und wohnortnah tätige Fachärzte. Gleichzeitig fehlt es an ärztlichem Nachwuchs, insbesondere an Nachwuchs, der in die ambulante Versorgung eintreten möchte. Andererseits sind Ärzte grundsätzlich verpflichtet, ärztliche Leistung im Rahmen des Dienstleistungsverhältnisses mit ihren Patienten persönlich zu erbringen, was auch im Berufsrecht so festgeschrieben ist. Eine Delegation von ärztlichen Leistungen an andere Ärzte oder andere Personen ist zwar grundsätzlich möglich, wenn sie seiner Aufsicht und fachlichen Weisung unterstehen. Der Arzt ordnet die Leistungen an,

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



Freiberufler in Baden-Württemberg



er verantwortet sie aber auch. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Interesse ihrer Patienten ist Grundlage jeder erfolgreichen Behandlung. Auch erweiterte Delegationsmöglichkeiten können in der Zukunft sinnvoll und notwendig sein. Hier wird mit aber Sicherheit die Entwicklung der Qualifizierung der medizinischen Fachangestellten in der Praxis eine wichtige Rolle spielen. Eine Substitution ärztlicher Leistungen durch auch noch so gut ausgebildete andere Fachberufe ist aber keinesfalls möglich. Der Arztvorbehalt bei Leistungen, die aufgrund ihres Gefährdungspotenzials ärztliche Fachkenntnisse erfordern, besteht aus gutem Grund.

Zur flächendeckenden Versorgung allerdings benötigen wir unsere Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Hier könnte sich in der Zukunft ein neues Problem auftun. Nur neun Prozent der 4.000 befragten Medizinstudierenden in Deutschland planen, definitiv in Deutschland zu bleiben. Knapp 73 Prozent beabsichtigen als mögliche individuelle Folge der Veränderung im Gesundheitssystem, nach dem Studium ins Ausland auszuwandern, um dort als Ärztin oder Arzt zu arbeiten. Im Jahr 2007 haben 2.439 Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen. Das beliebteste Auswanderungsland war die Schweiz. Noch kommen Ärztinnen und Ärzte (vor allem aus Österreich und Osteuropa) zu uns. Den Meldungen der Ärztekammern zufolge wanderten im Jahr 2007 rund 1.700 Ärztinnen

und Ärzte nach Deutschland ein. Jedoch ist die Einbahnstraße ins Ausland bereits Realität. Es gilt also, hier umzusteuern und Anreize zu setzen für junge Ärzte, indem die Rahmenbedingungen so optimiert werden, dass es eine Arztzufriedenheit und damit eine Perspektive geben kann.

Wenn einerseits die Mittel im Gesundheitswesen immer knapper werden und andererseits dem nur mit Budgets und Rationierungen begegnet wird, verliert der Arzt die Lust, nach dem aufwendigen Studium dem Patienten nur zu erklären, was er nicht bekommt und warum er es nicht bekommt, anstatt seiner eigentlichen Profession des Kurativen nachzugehen.

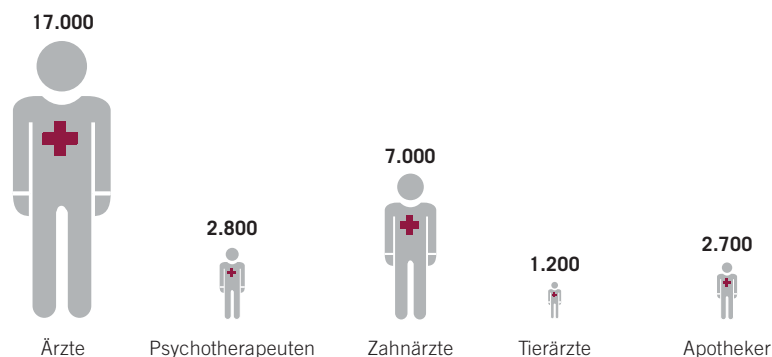
Fingerspitzengefühl und Weitblick

Sicher sollte man den Arztberuf nicht schlechtreden. Dieser Beruf bietet nach wie vor hervorragende Chancen für ein erfülltes Berufsleben. Doch mit Weitblick und Fingerspitzengefühl sollte hier in die Zukunft gedacht werden.

Ein Beispiel dafür ist der Bologna-Prozess, der – so wie grundsätzlich vorgesehen – in die medizinische Ausbildung nicht übernommen werden kann. Sowohl die Vertreter der französischen als auch die Vertreter der deutschen Ärzteschaft befürchten bei Einführung von Bachelor- und Masterabschlüssen im Medizinstudium erhebliche Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung. Die Mobilität von Studierenden ist natürlich grundsätzlich zu unterstützen. Doch

Selbstständige in Heilberufen

Quelle: Institut für Freie Berufe, 2007



auf eine einheitliche, mit dem Staatsexamen abschließende Gesamtausbildung zur Ärztin oder zum Arzt sollte nicht verlassen werden. Zwei Drittel der Studienanfänger sind inzwischen Frauen. Aufgrund der Lebensplanungen mit Familiengründung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie könnte sich der Ärztemangel zunehmend weiter verschärfen. Hier müssen die Rahmenbedingungen den Bedürfnissen der Familien und der Ärztinnen angepasst werden.

Der 26. Deutsche Ärztetag im Juni 1898 in Wiesbaden hatte damals festgestellt, dass Frauen im Medizinstudium kein erheblicher Nutzen für die Kranken seien, keinen Nutzen für die Deutschen Hochschulen und die Wissenschaftsbestände hätten – und das Medizinstudium bringe mehr Schaden als Nutzen für die Frauen selbst. Der Widerstand der ärztlichen Standesvertreter erwies sich allerdings als zwecklos. Gut 100 Jahre später nehmen mehr Frauen als Männer am Medizinstudium teil. Der Frauenanteil im Studium liegt bei etwa 64 Prozent. Inzwischen sind auch 40 Prozent der berufstätigen Ärzte weiblich. Ärztinnen müssen Wert legen auf geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle.

So gehen Ärztinnen oft auch lieber in Anstellungsverhältnisse, weil dies die Vereinbarkeit mit der Familie und dem Beruf erleichtert. Mittlerweile gehen aber auch mehr ärztliche Kollegen in die Anstellung, auch außerhalb der Klinik. Die wirtschaftliche Unsicherheit

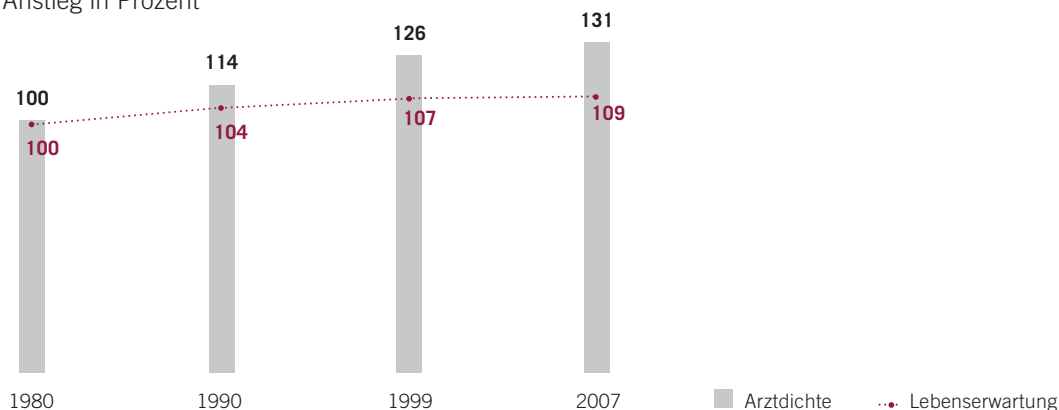
und das Risiko der freien Niederlassung werden zunehmend gescheut. Hier bedarf es oft einer intensiven Beratung. Fast 48 Prozent der Ärzte arbeiten im Krankenhaus. Dabei sind etwa 30 Prozent der Krankenhausärzte jünger als 35 Jahre, über 59 Jahre alt sind knapp fünf Prozent, das Durchschnittsalter der Krankenhausärztinnen und -ärzte liegt bei 41 Jahren. Von den Ärzten, die ihren Beruf nicht ausüben, befinden sich 59 Prozent im Ruhestand, fünf Prozent befinden sich in der Elternzeit, 2,6 Prozent sind berufsfremd tätig. Die Zahl der arbeitslosen Ärzte ist gegenüber dem Vorjahr um 20 Prozent zurückgegangen. Insgesamt sind 1,2 Prozent der Ärztinnen und Ärzte arbeitslos. Dabei beträgt der Anteil der Ärztinnen an den arbeitslosen Medizinerinnen – mit einer leichten Steigerung gegenüber dem Vorjahr – 63,4 Prozent. Im ambulanten Bereich stieg die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Vorjahr um knapp 15 Prozent auf jetzt 10.406 Ärztinnen und Ärzte. Damit hat sich die Zahl seit 1993 fast verdoppelt.

Insgesamt zeigen diese Zahlen, dass ein großer kollegialer Beratungsbedarf besteht, um dem drohenden Ärztemangel der Zukunft bei der demografischen Entwicklung entgegenzuwirken. Flexibilität und Mobilität sowie innovatives Denken sind sicher die Forderungen der Zukunft, um drohende Probleme zu bewältigen.

Mit dem 1. Januar 2009 ist auch die Zwangsbeendigung der Kassenärztlichen Zulassung mit

Lebenserwartung steigt mit Arztdichte

Anstieg in Prozent



68 Jahren wieder rückgängig gemacht worden. Dies war schon lange eine Forderung aus der Ärzteschaft. Nun wird manch eine Kollegin oder ein Kollege in Ruhe einen Nachfolger für die Praxis suchen können. Manche Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetzes werden auch zum Tragen kommen. In Kooperation wird der Übergang mit dem Praxismachfolger in Ruhe angegangen werden können. Auch die Kassenärztliche Bedarfsplanung muss unter dem Eindruck des demografischen Faktors hinterfragt werden. Es gibt sie seit 1977; sie legt fest, wie viele Kassenärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen.

Damit wird aber nicht der tatsächliche Bedarf gesteuert, sondern überwiegend die regionale Verteilung der Ärzte. Bereits 1977 gab es einen Ärztemangel, zumeist in ländlichen Regionen. Nach den damaligen Bedarfsplanungsrichtlinien wurde zum jeweiligen Stichtag die Zahl der Einwohner der Bundesrepublik Deutschland durch die Zahl der Vertragsärzte dividiert. So wurde die Verhältniszahl – folglich die auf das ganze Bundesgebiet durchschnittliche Einwohnerzahl je Arztgruppe – ermittelt. Diese Verhältniszahlen spiegeln lediglich die durchschnittliche Versorgungsdichte im Bundesgebiet wider. Hier handelte es sich also eher um eine Verteilung der Ärzte als um die Planung eines Bedarfs. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zum 1. Januar 1993 kam es zu einer völligen Neuordnung der Bedarfsplanung. Hier wurde die Überversorgung definiert und

die daraus resultierende arztgruppenbezogene Sperrung von Planungsbereichen vorgenommen. Diese verschärfte Form der Bedarfsplanung wurde als unverzichtbar angesehen, um die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten!

Der Gesetzgeber ging davon aus, dass die steigende Zahl der Vertragsärzte maßgeblich die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beeinflusst. Hier sollte die Bedarfsplanung gewährleisten, dass sich weniger Ärzte als in der Vergangenheit niederlassen können. Die aktuelle, zum Stichtag festgestellte Einwohner-Arzt-Relation des jeweiligen Planungsbereiches – bezogen auf die Arztgruppe – wird vom zuständigen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit der allgemeinen Verhältniszahl verglichen. Daraus ergibt sich der Versorgungsgrad in Prozent. Wenn ein Versorgungsgrad von über 110 Prozent vom zuständigen Landesausschuss errechnet wird, ist im Gesundheitsstrukturgesetz festgelegt, dass der Planungsbereich für jede weitere Niederlassung zu sperren ist. Hier gibt es dann nur die Möglichkeit für qualitätsbezogene Sonderbedarfs-Feststellung bei nachweislich bestehendem lokalen Versorgungsbedarf in Teilen des Planungsbereichs oder der Nachweis, dass in einem ansonsten Überversorgten Bereich ein spezielles ärztliches Leistungsangebot nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht. Allerdings kommt mit der Sonderbedarfsfeststellung kein weiteres Geld ins System!

Notfalldienstordnung bringt Probleme in dünn besiedelten Gebieten

Wenn nun weiterhin von einer Überversorgung mit Ärzten in Deutschland gesprochen wird, wird übersehen, dass sich das Bild komplett gewandelt hat und Deutschland in einen Ärztemangel hineingleitet. Die Altersstruktur der Ärzte wie auch ein zeitgleiches Wegbrechen des medizinischen Nachwuchses kennzeichnet diese Entwicklung. Die Niederlassung als Vertragsarzt erscheint jungen Medizinerinnen zunehmend unattraktiv. Die Bereitschaft junger Ärzte, im kurativen Bereich tätig zu werden, sinkt. Hier wird es in erster Linie zunächst zu einem Hausärztemangel kommen, dem vor allem in Anbetracht der alternden Gesellschaft durch entsprechende Maßnahmen unbedingt Einhalt geboten werden muss.

Die bestehenden Regelungen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung werden geändert und verbessert werden müssen mit dem Ziel, dass sich auch in Zukunft genügend junge Ärztinnen und Ärzte für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden. Nach dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen hausarztzentrierte Verträge nun für alle Krankenkassen verpflichtend sein. Auch hierfür wird man natürlich erst die sich daran beteiligenden Ärzte haben müssen. Auch die neue Notfalldienstordnung, die jetzt bei der KVBW gilt, hat große Probleme in dünn besiedelten Gegenden wie auf der Schwäbischen Alb oder im Ostalbkreis. Praxen, die jedes zweite Wochenende Dienst

haben, finden keine Nachfolger, und ältere Kollegen geben vorzeitig ihre Praxistätigkeit auf. Hier wird mittelfristig auch zu überlegen sein, die Dienstbezirke durch Zusammenlegung zu vergrößern, um die Dienstplangestaltung noch machbar zu erhalten. Dabei werden dann die Patienten durchaus weitere Anfahrtswege zum Arzt in Kauf nehmen müssen.

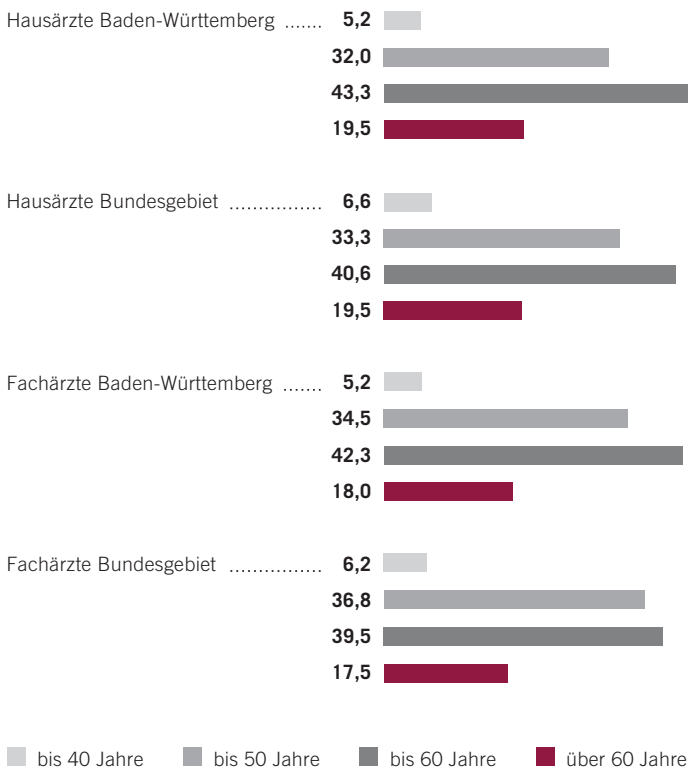
Zu den unverzichtbaren Säulen in der Gesundheitsversorgung gehört die Patientenselbsthilfe. Das Engagement und die Kompetenz der „Experten in eigener Betroffenheit“ helfen bei vielen Diskussionen weiter, sei es, Forderungen an die Politik mit Nachdruck weiterzugeben, sei es, patientengerechte Lösungen gemeinsam zu finden und zu gestalten.

Alle diese Probleme sind einzelne Module, die in der Gesamtheit die Versorgungslandschaft der Kassenärzte derzeit äußerst schwierig gestalten. Noch ist der Ärztemangel in Baden-Württemberg nur an wenigen Orten Realität. Rahmenbedingungen, die durch Konstrukte, wie Gesundheitsfonds, den keiner will, oder eine Honorarreform, die ein Chaos auslöst, führen zu einer tiefen Verunsicherung in der Ärzteschaft, die vor allem bei jungen Medizinerinnen ganz schnell zu einer Neuorientierung weg von der kurativen Medizin führen könnte. Aber auch mithilfe dieses Berichtes sollen rechtzeitig Entwicklungen aufgezeigt werden, die hoffentlich nicht unvermeidlich sind und durch Gegenmaßnahmen abgemildert oder abgefangen werden können.

Daten zur ambulanten Versorgung

Vergleich Altersstruktur Land-Bund

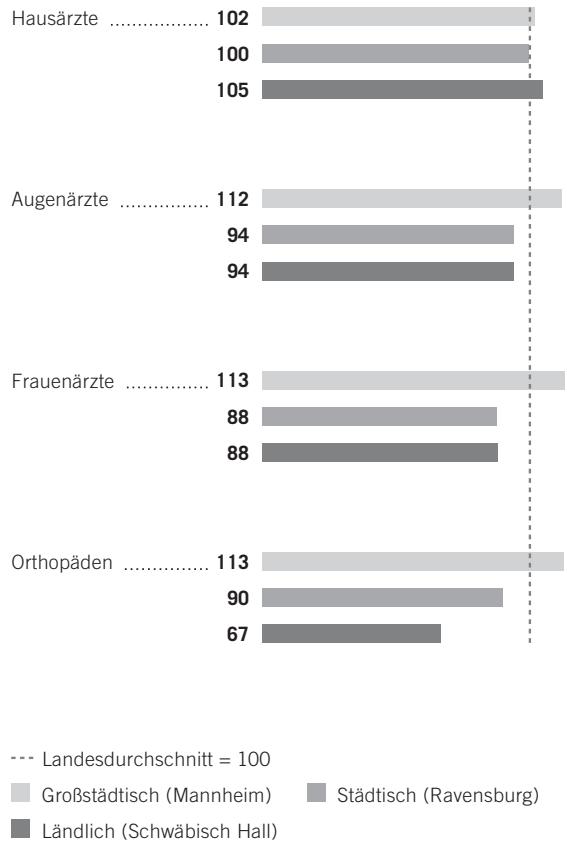
in Prozent



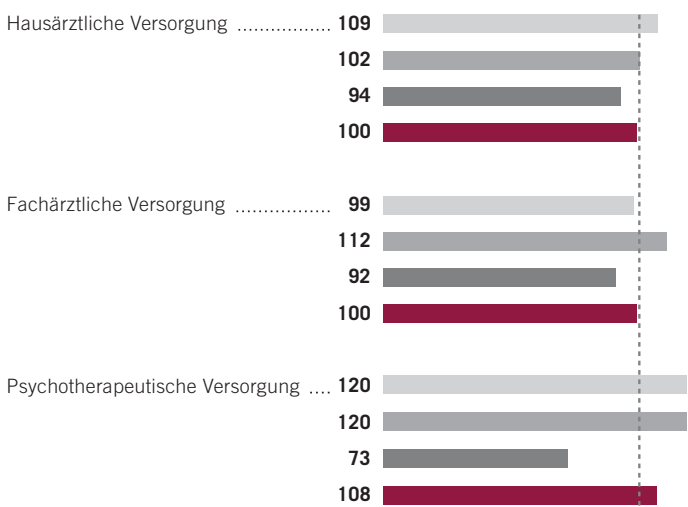
■ bis 40 Jahre ■ bis 50 Jahre ■ bis 60 Jahre ■ über 60 Jahre

Beispiele für die Versorgungsdichte

Einwohner je Arzt im Vergleich



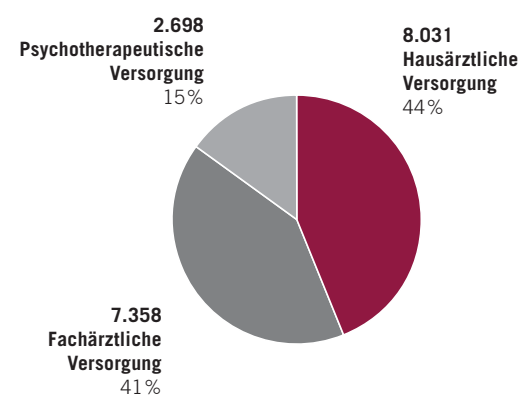
Versorgungsdichte nach Regierungsbezirken



--- Landesdurchschnitt = 100

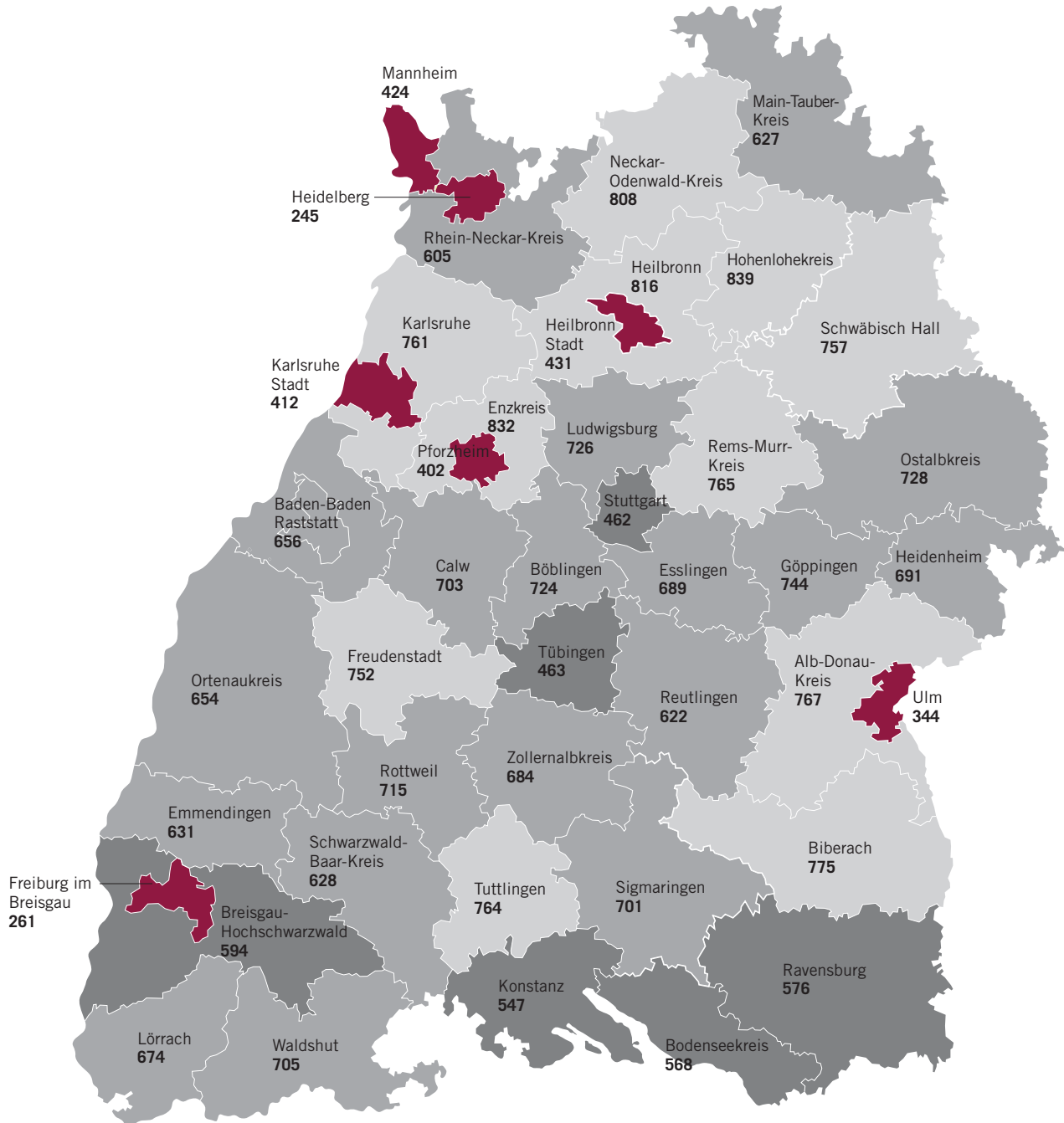
■ Freiburg ■ Karlsruhe ■ Stuttgart ■ Tübingen

Versorgungsbereiche



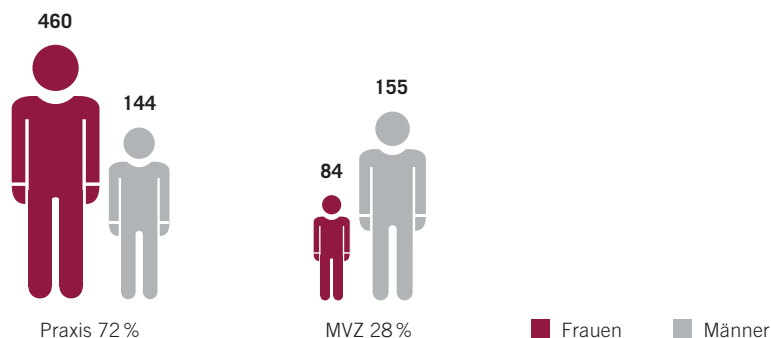
Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt und -psychotherapeut in den Stadt- und Landkreisen

> 750
 749 bis 600
 599 bis 450
 < 449



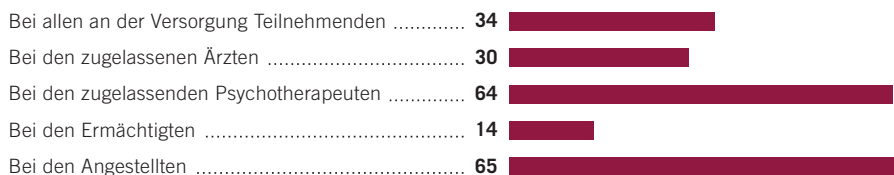
Frauenanteil bei Angestellten in Praxen am höchsten

Anzahl weibliche und männliche Angestellte



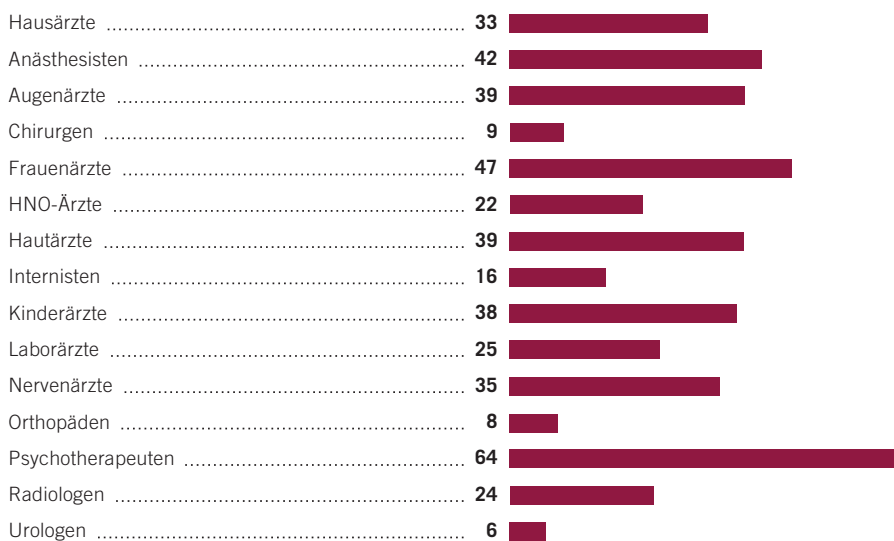
Anteil der Ärztinnen und Psychotherapeutinnen

Frauenanteil unterschiedlich ausgeprägt in Prozent

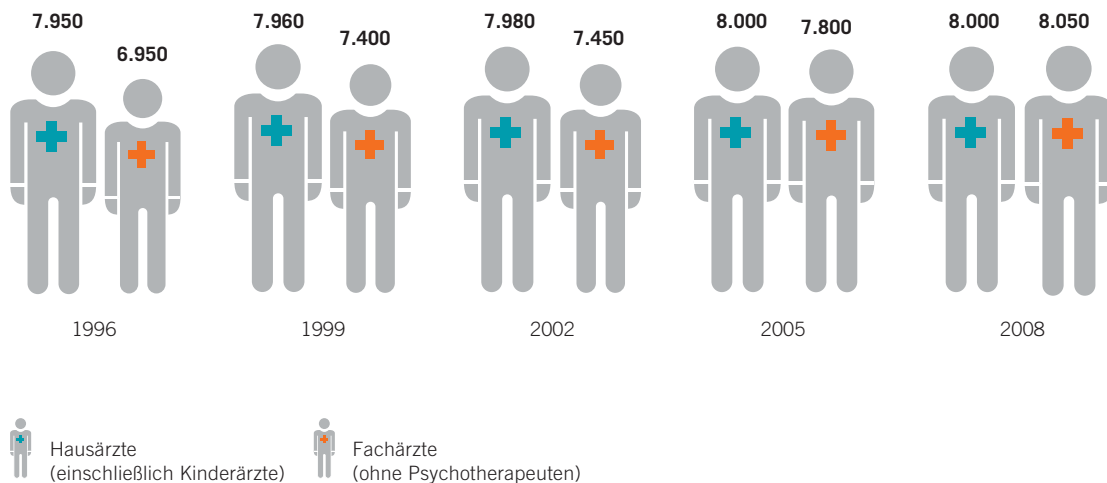


Frauenanteil in den Fachgruppen

in Prozent



Hausarzt-Facharztentwicklung im 10-Jahres-Vergleich



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

Fachgebiet	Zugelassen	Angestellt	Summe	Ermächtigt*
Allgemeinmedizin	5.513	233	5,746	18
Anästhesiologie	315	34	349	152
Augenheilkunde	627	27	654	15
Chirurgie	446	32	478	260
Frauenheilkunde	1.236	69	1.305	140
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	453	14	467	21
Haut- und Geschlechtskrankheiten	416	29	445	12
Innere Medizin – hausärztlich	1.399	45	1.444	6
Innere Medizin – fachärztlich	940	59	999	359
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	366	3	369	14
Kinder- und Jugendmedizin	790	51	841	97
Kinder- und Jugendpsychiatrie	93	3	96	13
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	78	47	125	14
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	136	0	136	5
Neurochirurgie	50	9	59	8
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	655	43	698	81
Nuklearmedizin	53	5	58	9
Orthopädie	667	25	692	55
Pathologie	75	8	83	8
Physikalische und Rehabilitative Medizin	47	5	52	0
Psychologische Psychotherapie	1.567	25	1.592	12
Psychotherapeutische Medizin	729	8	737	17
Radiologie/Strahlentherapie	287	55	342	115
Urologie	306	14	320	30
Gesamtzahl	17.244	843	18.087	1.461

*Ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten ergänzen im Bedarfsfall die ambulante Versorgung

Hausärztliche Versorgung

Blutdruck

Obzwar wir sonst es gar nicht schätzen,
Wenn andre uns heruntersetzen,
So sind wir doch dem Arzte gut,
Der solches mit dem Blutdruck tut.

Eugen Roth





Hausärzte mit vielfältigen und qualifizierten Aufgaben

Zu Beginn des Jahres 2008 stand die Diskussion um die Problematik der Hausarztverträge im Vordergrund der Beratungen. Die freien Verträge sind ein Novum, die Umsetzung bedarf noch vieler klärender Gesprächsrunden auch bei den Hausärzten an der Basis. Insgesamt erscheint die hausarztzentrierte Versorgung ein Weg in die richtige Richtung, um die Rahmenbedingungen hausärztlicher Versorgung zu verbessern und für die Zukunft auszurichten.

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



Insgesamt ist die Situation für Hausärzte derzeit aus verschiedenen Gründen schwierig. Vor allem im ländlichen Bereich lassen sich schwer Nachfolger finden, wenn die Praxis aus Altersgründen abzugeben ist. Dabei ist vor allem eben der Bereitschaftsdienst ein wichtiges Argument. In dünn besiedelten Gebieten ist die Diensthäufigkeit sehr hoch, was für junge Ärzte und Ärztinnen – wie auch für deren Partner – oft so nicht tolerabel ist. Einerseits wird damit die zusätzliche Absicherung der Altersrente sehr fraglich, wenn die Praxis nicht veräußert werden kann. Andererseits sind die Patienten nicht versorgt und vor allem Bürgermeister und Landräte wie auch die Patienten sind oft sehr besorgt. Gerade im Hochschwarzwald, auf der Schwäbischen Alb oder im Ostalbkreis sind dann die Wege zur hausärztlichen Versorgung extrem weit. Hier muss über die Gründung von Notfallpraxen nachgedacht werden, ebenso allerdings auch über die Vergrößerung von Bereitschaftsdienstbezirken.

Die Förderung zur Weiterbildung für Allgemeinmedizin muss intensiviert werden. Aber es müssen über weitere Anreize nachgedacht werden, um bei jungen Medizinerinnen und Medizinern die Freude an der Allgemeinmedizin möglichst früh zu wecken. Hier sollten schon am besten im praktischen Jahr die ersten Verbindungen zu entsprechenden Weiterbildungspraxen geschaffen werden. Andererseits wird man darüber nachdenken müssen, schon in der Ausbildung an der Universität die Wichtigkeit der hausärztlichen Versorgung klar darzustellen.

Innovationsgeist ist gefragt

Auch die Qualifizierung der medizinischen Fachangestellten ist ein wichtiges Thema insbesondere für Hausärzte und ihre Arbeit bei bettlägerigen Patienten. Die Zahl der chronisch Kranken nimmt im Rahmen der demografischen Entwicklung laufend zu. Die Zahl der Hausärzte nimmt ab. Hier werden örtliche und



überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, Nebenbetriebstätten und entsprechende ärztliche Zentren zur Kooperation im Sinne des Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetzes eventuell ein Weg in die Zukunft sein. Hier gibt es auch ein Konzept zur vertraglichen Regelung zur Versorgung pflegebedürftiger Patienten mit den Krankenkassen, das vom Ausschuss zustimmend zur Kenntnis genommen wurde und dessen Weiterentwicklung auf der Basis der vorliegenden Eckpunkte empfohlen wurde. Insgesamt wird man sich mit viel Innovationsgeist den Herausforderungen der ärztlichen Versorgung bei zu knappem Budget und einer zunehmenden Zahl von schwer Erkrankten stellen müssen.

Palliativmedizin als wichtiges Ressort der hausärztlichen Versorgung sollte im EBM einen besseren Niederschlag finden.

Ein wichtiges Thema waren die Impfvereinbarungen, wobei Impfung als präventive Leistung selbstverständlich aus hausärztlicher Sicht selbstverständlich sehr begrüßt wird. Die Neuregelung nach Bundesvorgaben war zunächst

verwirrend, mittlerweile hat es sich eingespielt. Das Hautkrebs-Screening ist ebenfalls eine wichtige neue Präventionsleistung, die auf großes Interesse bei vielen Hausärzten traf. Darüber hinaus ist die Palliativmedizin ein wichtiges Ressort der hausärztlichen Versorgung und sollte deshalb im EBM einen besseren Niederschlag finden.

Insgesamt sind die Aufgaben der Hausärzte vielfältig und anspruchsvoll. Durch eine oftmals langjährige therapeutische Beziehung ist der Hausarzt Ansprechpartner für viele Menschen, gemeinsam mit den Fachärzten und Spezialisten sorgen die Hausärzte für die hohe Qualität der ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg.

Bereitschaftsdienste in dünn besiedelten Gebieten führen zu hoher Diensthäufigkeit und schmälern auch den Verkaufswert der Praxen. Auf eine verstärkte Förderung der Weiterbildung muss besonderer Wert gelegt werden. Überörtliche und örtliche Kooperationen im Sinn des Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetzes können Wege in die Zukunft öffnen.



Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg

Mit der AOK Baden-Württemberg konnte als erster Kasse ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen werden. Ziel ist die Sicherung der exzellenten hausärztlichen Versorgung im Land.

Die gesetzlichen Grundlagen sind im Paragraphen 73b SGB V geregelt. Danach müssen die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung, HzV) anbieten. Die Anforderungen an die teilnehmenden Hausärzte werden im Gesetz um folgende Pflichten erweitert:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach Paragraph 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie oder Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für Ärzte und Versicherte freiwillig.

Die AOK Baden-Württemberg ist als erste Kasse diesem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und hat am 8. Mai 2008 mit dem Deutschen Hausärzteverband und dem MEDI-Verbund einen solchen Vertrag mit Bereinigung der Gesamtvergütung abgeschlossen. Oberstes Ziel dieses Vertrages ist die Sicherung unserer exzellenten hausärztlichen Versorgung im Land.

Die strukturierte hausärztliche Fortbildung, wie im Paragraphen 73b SGB V gefordert, ist obligater Vertragsbestandteil. Dazu werden die Vertragspartner die notwendige Infrastruktur aufbauen beziehungsweise erweitern. Die wissenschaftliche Begleitung ist ebenfalls sichergestellt.

Für die flächendeckende Versorgung ist eine Teilnahme von mindestens 3.000 Hausärzten vereinbart. Das Ziel der Vertragspartner bis Ende 2009 sind 5.000 teilnehmende Hausärzte und 1.000.000 AOK-Versicherte.

Dr. med. Frank-Dieter Braun
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Biberach a.d.R.



Allgemeinärzte und Internisten in der hausärztlichen Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent



Stetten am kalten Markt profitiert von guter Ärzteversorgung

In einer schönen Landschaft, im Herzen des Naturparks „Obere Donau“, liegt die Gemeinde Stetten am kalten Markt mit den Ortsteilen Frohnstetten, Glashütte, Nusplingen und Storzigen. Die nächstliegenden Städte Albstadt und Sigmaringen sind jeweils 16 km entfernt. Die im Zuge der baden-württembergischen Gebietsreform neu entstandene Gemeinde Stetten am kalten Markt liegt auf der Hochfläche des Heubergs zwischen dem romantischen Donau- und dem Schmeiental.

Erreichbar ist Stetten über die B 463 und mit der Deutschen Bahn. Mit aktuell 5.200 Einwohnern zählt Stetten zu den großen Gemeinden im Landkreis Sigmaringen. Als einer der größten und bedeutendsten Militärstandorte im Süden Deutschlands bietet Stetten eine gute infrastrukturelle Ausstattung und ist im Regionalplan Bodensee-Oberschwaben als Kleinzentrum ausgewiesen. Mit der Nachbargemeinde Schwenningen ist eine Verwaltungsgemeinschaft vereinbart.

Neben einem guten Kindergarten- und Schulangebot verfügt Stetten über ein ausgezeichnetes Angebot für Freizeit, Spiel und Sport. Im Bereich der Erwachsenenbildung leistet das Bildungswerk der Gemeinde mit einem breiten Angebot eine gute Arbeit. Alle erforderlichen Sporteinrichtungen, vom Hallenbad über Tennisanlage, Tennisplätze, Skilift und Loipen bis zu

den Einrichtungen für Trendsportarten, sind vorhanden. Mehr als 70 Vereine und Institutionen sorgen ganzjährig für ein vielseitig kulturelles Programm.

Gut ausgebautes Gesundheitswesen

Am Ort befinden sich alle notwendigen privaten und gewerblichen Infrastruktureinrichtungen zur Versorgung mit den Waren und Gütern des täglichen Bedarfs. Besonders gut aufgestellt ist die Gemeinde im Bereich des Gesundheitswesens:

- 3 Praxen mit 5 Ärzten
- 1 Zahnarztpraxis mit 3 Zahnärzten
- 1 Tierärztin
- 1 Apotheke
- 3 Praxen für Krankengymnastik
- 1 Massagepraxis
- 1 Rettungswache des Deutschen Roten Kreuz

Gregor Hipp
Bürgermeister
der Gemeinde Stetten
am kalten Markt



Stetten am kalten Markt und Nachbargemeinden



Weitere Einrichtungen sind:

- das Alten- und Pflegeheim Haus Silberdistel mit 68 Betten
- das Seniorenwohn- und Pflegeheim Mauritius mit 12 Betten
- das Sozialstation mit angegliederter Dorfhelferinnenstation

Patienten aus den Umlandgemeinden frequentieren zunehmend die Arztpraxen.

Dank der Anwesenheit des französischen Militärs und der Stationierung großer Einheiten der Bundeswehr konnte sich Stetten über viele Jahre hinweg sehr gut entwickeln. In dieser Zeit wurde auch das Gesundheitswesen stark ausgebaut. Infolge des Zusammenbruchs des Kommunismus und der Wiedervereinigung Deutschlands veränderte sich die Sicherheitslage unseres Landes grundlegend. Die französische Garnison wurde 1997 aufgelöst. 2000 Menschen (Soldaten und Familienangehörige) mussten Stetten verlassen. Der Transformationsprozess der Bundeswehr hat zu weiteren gravierenden Reduzierungen am Standort geführt.

Starke Umsatzeinbrüche bei Handel und Gewerbe führten in verschiedenen Bereichen zu Betriebsaufgaben und zu Betriebsverlagerungen. Trotz eines engagierten Marketingprozesses und großer Anstrengungen von Handel und Dienstleistung konnte der Attraktivitätsverlust nicht verhindert werden. Allein das Stettener Gesundheitswesen hat weitere Verluste verhindert. Während militärische und zivile Dienstposten wegfielen, Einkaufsströme sich in Umlandgemeinden verlagerten, freuen sich unsere Arztpraxen nach wie vor über einen starken Patientenzulauf aus den Umlandgemeinden.

Das mit jungen Ärzten zumindest langfristig gesicherte, gute medizinische Angebot in Stetten ist zu einem wichtigen und konstanten Frequenzbringer für Handel und Dienstleistung geworden. Ohne die große Zahl auswärtiger Patienten wäre die wirtschaftliche Situation unserer Gemeinde problematisch. Wenn, wie derzeit sehr stark diskutiert, die Nachfolge für viele Arztpraxen in den Umlandgemeinden nicht gelingen sollte, wird sich dies auf unsere Arztpraxen und unsere Gemeinde positiv auswirken.

Mit der familienfreundlichen Ausrichtung und einer guten medizinischen Versorgung hat Stetten günstige und entscheidende Voraussetzungen für eine vorteilhafte Entwicklung.

Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin

Vor dem Hintergrund eines – je nach Region – prognostizierten oder bereits bestehenden Mangels an Hausärzten fördert das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Baden-Württemberg seit dem 1. Juli 2007 das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin (AM) als netzwerkartigen Zusammenschluss der fünf allgemeinmedizinischen Universitätsstandorte (Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm).

Dr. med. Stefanie Joos
Kompetenzzentrum
Allgemeinmedizin,
Abteilung Allgemein-
medizin und Ver-
sorgungsforschung,
Universitätsklinikum
Heidelberg



Übergeordnetes Ziel des Kompetenzzentrums ist eine verstärkte Gewinnung von hausärztlichem Nachwuchs und damit die Zukunftssicherung der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg. Das Kompetenzzentrum wird von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg koordiniert (Leiter: Professor Joachim Szecsenyi; Koordination/wissenschaftliche Projektleitung: Dr. Stefanie Joos)

Eine wesentliche Grundlage für die Erreichung dieses Ziels wird von den Beteiligten des Kompetenzzentrums AM in einer Steigerung der Attraktivität der Hausarztmedizin in den Augen von Studierenden, Weiterbildungsassistenten, medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen und in der öffentlichen Wahrnehmung gesehen. Eine Attraktivitätssteigerung der Allgemeinmedizin soll über gezielte Aktivitäten und eine standortübergreifende Koordination in den Bereichen Forschung, Lehre,

Weiter- und Fortbildung im Rahmen des Kompetenzzentrums AM erreicht werden.

Fortbildungsveranstaltungen für wissenschaftliche Mitarbeiter der fünf beteiligten Standorte finden einmal monatlich statt.

Als inhaltliche Kernthemen des Kompetenzzentrums AM wurden die Bereiche Identität/Berufsfeld, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie das Thema Koordinierung der Versorgung definiert. Zur Bearbeitung dieser Kernthemen wurden standortübergreifende Arbeitsgruppen (AGs) gebildet (Abb. 1). Übergreifende Kernstruktur des Kompetenzzentrums ist ein cur-

Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin

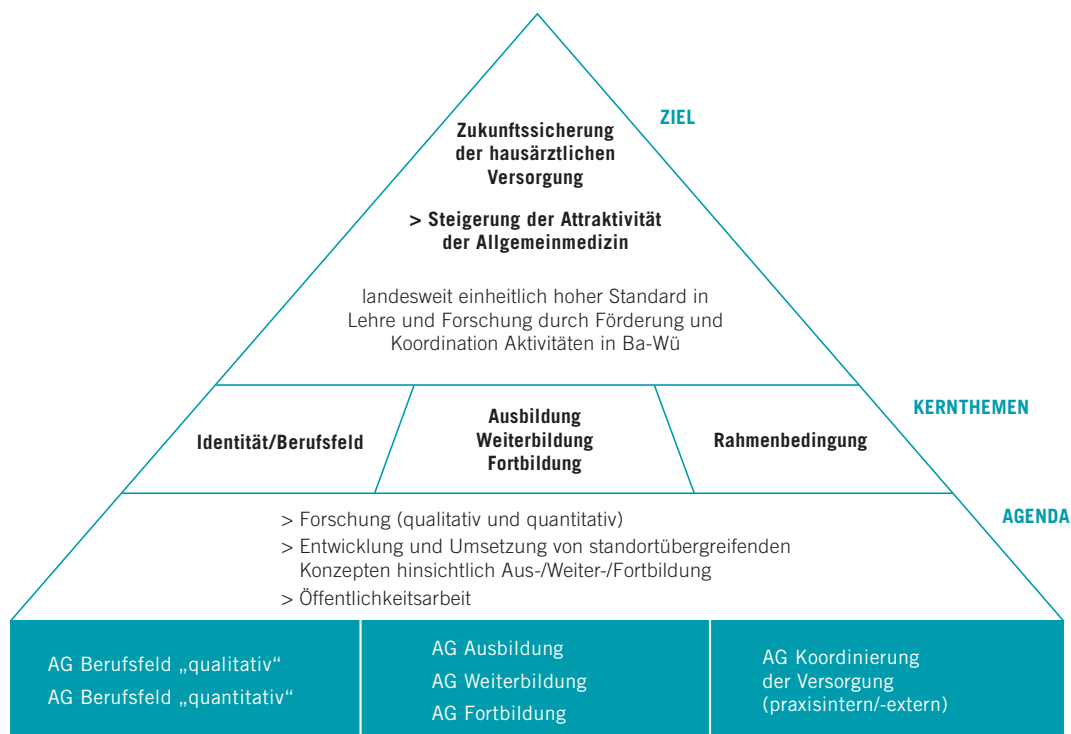


Abb. 1: Ziele und organisatorische Umsetzung innerhalb des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin

riculares Fortbildungsprogramm (Heidelberger Trainingsprogramm HeiTrain®), welches das Ziel hat insbesondere Nachwuchswissenschaftler rasch für die spezifischen Anforderungen in der allgemeinmedizinischen Forschung und Lehre zu qualifizieren.

Die Fortbildungsveranstaltungen finden einmal monatlich an wechselnden Standorten in Baden-Württemberg statt und richten sich an alle wissenschaftlichen Mitarbeiter der fünf beteiligten Standorte. Im Anschluss an die Fortbildungsveranstaltung treffen sich die Wissenschaftler/innen aus den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften zu themenbezogener Projektarbeit.

Weitere Forschungsprojekte in Planung

An den verschiedenen Standorten des Kompetenzzentrums wurden bereits zahlreiche Forschungsprojekte zu den einzelnen Kernthemen begonnen, weitere sind in Planung. Ein Über-

blick über die gesamten Forschungsaktivitäten des Kompetenzzentrums findet sich unter www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de.

Quantitative Studien analysieren die wesentlichen Einflussfaktoren auf die Berufswahl Allgemeinmedizin.

Im Rahmen qualitativer Projekte (Interviews, Fokusgruppen) mit Medizinstudierenden, Weiterbildungsassistenten/innen, Haus- und Fachärzten/innen soll die Sichtweise der jeweiligen Zielgruppe auf das Fach Allgemeinmedizin beziehungsweise das hausärztliche Berufsfeld erfasst werden. Darüber hinaus werden im Rahmen quantitativer Studien wesentliche Einflussfaktoren auf die Berufswahl Allgemeinme-

Verbundweiterbildung



Abb. 2: Konzept der Verbundweiterbildung des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin (modifiziert nach dem Konzept der Dt. Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM))

dizin und die Arbeitszufriedenheit von Hausärzten analysiert. Zufriedenheit und Motivation von Weiterbildungsassistent/innen werden in einer webbasierten, ländervergleichenden Studie in Kooperation mit einer Arbeitsgruppe der Internationalen Vereinigung der Hausärzte (Vasco da Gama Movement VdGM) untersucht. Nähere Informationen und die Möglichkeit zur Teilnahme an der Befragung unter <http://vdgm-fragebogen.competence-base.net>.


Im Rahmen des Kompetenzzentrums wird angestrebt, das schon jetzt gute Niveau der Lehre in der Allgemeinmedizin durch stetigen Austausch, Harmonisierung von Lehrinhalten und Qualifizierung der akademischen Lehrpraxen an den fünf Universitätsstandorten weiter zu verbessern und fortzuentwickeln. Dies soll über regelmäßige Treffen auf der Ebene der Lehrkoordinatoren und Dozenten erreicht werden. In diesem Rahmen wurde eine Übersicht über die Lehraktivitäten an den fünf Standorten des Kompetenzzentrums erstellt (abrufbar unter <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/ausbildung.shtml>).

Außerdem wurde im Rahmen des Kompetenzzentrums ein Schulungsprogramm für PJ-Praxen erarbeitet, das in regelmäßigen Abständen kostenfrei interessierten Lehr-Praxen aus Baden-Württemberg angeboten wird.

Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin übernimmt eine übergeordnete koordinierende Funktion.

Strukturierte Weiterbildungsrotationen

Mit dem Konzept der Verbundweiterbildung verfolgt das Kompetenzzentrum AM das Ziel, flächendeckend in Baden-Württemberg Weiterbildungsverbünde aufzubauen beziehungsweise deren Bildung zu unterstützen, um zukünftigen Hausärzten/innen, eine strukturierte, kontinuierliche, praxisnahe Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu ermöglichen. Das Konzept der Verbundweiterbildung beinhaltet neben der Etablierung von strukturierten Weiterbildungsrotationen ein begleitendes überregionales Weiterbildungsangebot sowie die Begleitung der Weiterbildungsassistenten/innen durch Mentoren (Abb. 2). Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin übernimmt dabei eine übergeordnete, koordinierende Funktion Erste Stellenbesetzungen für die Verbünde Mittelbaden, Heidelberg, Villingen-Schwenningen und Kinzigtal sind avisiert (nähere Informationen unter www.verbundweiterbildung-allgemeinmedizin.de).



Bei einer Fachtagung zum Thema „Zukunft der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg“ im Oktober 2008, die das Kompetenzzentrum gemeinsam mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst veranstaltete, wurden erstmals Beteiligte aus Politik, ärztlicher Selbstverwaltung, Verbänden, von Kostenträgern und Universitäten zusammengebracht. In diesem Rahmen informierten sich die Beteiligten gegenseitig über laufende und geplante Aktivitäten betreffs der Zukunft der hausärztlichen Versorgung und diskutierten Lösungsansätze und mögliche Kooperationen. Hinsichtlich der Initiative der Verbundweiterbildung fand sich eine breite Zustimmung unter den Beteiligten, wobei die weitere Entwicklung nun auch von den gesetzlichen Rahmenbedingungen und deren Auslegung abhängen wird.



Im Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin haben sich fünf allgemeinmedizinische Universitätsstandorte zusammengeschlossen. Ziel ist die Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses. Entwickelt wurden Programme, um Nachwuchswissenschaftler zu qualifizieren, Analysen zur Arbeitszufriedenheit von Hausärzten und Konzepte zur Weiterbildung. Im Rahmen quantitativer Studien werden zudem die Einflussfaktoren für die Berufswahl Allgemeinmedizin analysiert. Das gute Niveau der Lehre soll auch durch Austausch und Harmonisierung von Lehrinhalten an den fünf Universitätsstandorten noch weiter verbessert werden.

Fachärztliche Versorgung

Einsicht

Der Kranke traut nur widerwillig
Dem Arzt, der schmerzlos macht und billig.
Laßt nie den alten Grundsatz rosten:
Es muß a) wehtun, b) was kosten.

Eugen Roth



Die ambulante fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

Bekanntermaßen gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung in die haus- und fachärztliche Versorgung. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und die vorgesehene Euro-Gebührenordnung sehen auch weiterhin für den haus- und fachärztlichen Bereich unterschiedliche Pauschalvergütungen vor. Die fachärztliche Versorgung umfasst die Leistungen in spezialisierten Fachgebieten der Medizin (wie zum Beispiel Radiologie, Orthopädie, Chirurgie, Urologie, HNO, Neurologie, Psychiatrie und andere), die nur von entsprechend qualifizierten Fachärzten erbracht und abgerechnet werden dürfen.

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

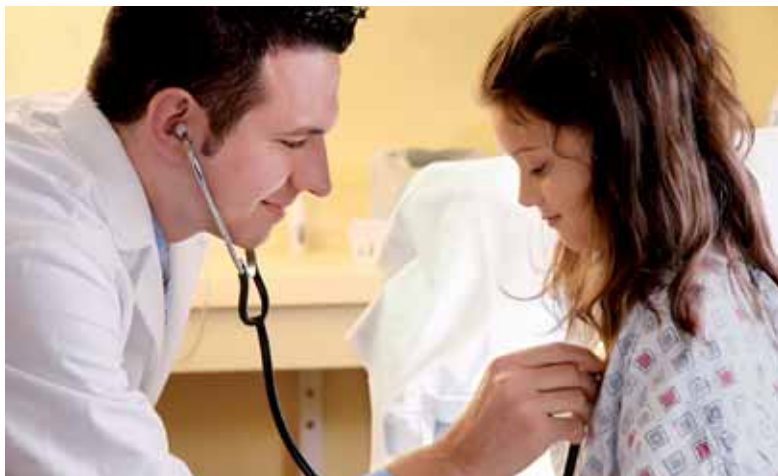
Regelmäßig wird behauptet, in Deutschland gebe es zu viele Ärzte, insbesondere zu viele niedergelassene Fachärzte. Namentlich die „doppelte Facharztschiene“ in Kliniken und Praxis sei ein wichtiger Grund für Ressourcenverschwendung und Unwirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitswesens, vor allem aufgrund von überflüssigen Doppeluntersuchungen.

Empirische Belege für diese Thesen sind jedoch außerordentlich spärlich. Tatsächlich steigt die Zahl der Fachärzte stärker im stationären Bereich und etwaige fachärztliche Überkapazitäten sind eher im Krankenhaus zu vermuten. Die empirische Analyse zeigt darüber hinaus, dass das Problem unnötiger Wiederholungsuntersuchungen zumindest im ambulanten Bereich stark überschätzt wird.

Zumindest solange die Evidenzlage zur ärztlichen Versorgung so unzureichend ist, wie sie sich gegenwärtig darstellt, sollte die Gesundheitspolitik gleiche Wettbewerbsbedingungen für unterschiedliche Versorgungssysteme schaffen. Die Weiterbildung und die Anerkennung als Facharzt richten sich nach den kammer- beziehungsweise Heilberufsgesetzen der Länder und den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern. Es dürfen nur Fachgebietsbezeichnungen entsprechend den Weiterbildungsordnungen geführt werden.

Als Folge seiner Facharztanerkennung ist der Arzt bei seiner Tätigkeit auf sein spezielles Fachgebiet beschränkt, diese Beschränkung gilt grundsätzlich auch für die Abrechnung der erbrachten Leistungen.





Neben der Facharztanerkennung gibt es auch Zusatzbezeichnungen, die ebenfalls eine entsprechende Weiterbildung und Anerkennung zum Beispiel durch die Ärztekammer voraussetzen (beispielsweise Psychotherapie, Sportmedizin etc.).

Es scheint das gesundheitspolitische Ziel zu sein, die fachärztliche Versorgung an den Krankenhäusern zu konzentrieren.

Das Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz erweitert seit dem 1. Januar 2007 die Möglichkeiten, Fachärzte in Praxen anzustellen. Bislang durften die Inhaber lediglich einen ganztags beschäftigten Arzt oder zwei halbtags beschäftigte Ärzte mit dem gleichen Fachgebiet wie der Praxisinhaber anstellen.

Jetzt gilt: Vertragsärzte dürfen auch Ärzte aus anderen Fachgebieten sowie Psychotherapeuten auch in Teilzeit anstellen, wenn der anzustellende Arzt die Facharztanerkennung besitzt, wenn er im Arztregister eingetragen ist und der Zulassungsausschuss die Anstellung genehmigt hat.

Die fachärztliche Versorgung steht allerdings ständig und immerwährend vor neuen Belastungen. Die aktuelle Reformgesetzgebung und die Eckpunkte für die Strukturreform im Gesundheitswesen deuten darauf hin, dass der Druck auf die fachärztliche Versorgung wächst und diese immer mehr auf das Krankenhaus und an Behandlungszentren konzentriert wird. Die sich anbahnenden Entwicklungstendenzen im Rahmen der Strukturreform im Gesundheitswesen lassen befürchten, dass die fachärztliche Versorgung im Bereich der ambulanten Behandlung noch mehr als bisher eingeschnürt wird. Die fachärztliche Einzel- oder Gemeinschaftspraxis dürfte kurzfristig die zunehmende Konkurrenz jener Organisationsstrukturen spüren, die sich um das Gesundheitszentrum Krankenhaus herum als Ambulatorien oder als Praxisverbund mit zugelassenen Fachärzten etablieren. Viele freiberuflich tätigen Fachärzte befürchten, in ein Randanbieter-Dasein abgedrängt zu werden, wenn sich die fachärztliche Versorgung tatsächlich immer mehr auf das Krankenhaus, Behandlungszentren und in poliklinischen Einrichtungen neuer Prägung zentrieren sollte.

Wenn das Bestreben anhält, das Krankenhaus mittelfristig zu einem zentralen Versorgungs- und Vertragsfaktor aufzuwerten, dann werden freiberuflich tätige Ärzte nur noch bedingt einsatz- und existenzfähig sein.



Schon bald könnte das gestufte Versorgungssystem in Deutschland holländische Strukturen übernehmen und sich auf zwei Ebenen entwickeln: auf der einen Seite die hausärztliche Versorgung in der „ersten Linie“, auf der anderen Seite die fachärztliche Versorgung, die überwiegen auf das Krankenhaus zentriert wird und teilweise deckungsgleich mit der fachärztlichen stationären Versorgung ist.

Zwangsläufig wird dieser Konzentrationsprozess im Krankenhaus zu einer Verringerung der Weiterbildungsmöglichkeiten in den Krankenhausfachabteilungen führen, weil eine verkürzte Verweildauer mit einer Konzentration der stationären Behandlung auf wenige Krankenhäuser eine stärker fachärztlich orientierte Behandlung erfordert.

Unter honorarpolitischen Rahmenbedingungen der Reform für 2009 werden die ungleichen Finanzsituationen von Facharztpraxen und Krankenhäusern besonders deutlich.

Wie steht es dann mit dem Facharztstandard als Haftungsmaß nach höchstrichterlicher

Rechtsprechung? Wenn die Weiterbildungsmöglichkeiten verknappt werden, sinkt die Zahl der weitergebildeten Fachärzte, falls die Weiterbildung nicht im ambulanten Sektor aufgefangen werden kann. Dies wird aber mangels „finanzieller Masse“ kaum möglich sein.

Gerade jetzt unter den honorarpolitischen Rahmenbedingungen der Reform für das Jahr 2009 zeigt sich die ungleiche Finanzierungssituation von Facharztpraxen und Krankenhäusern und die Benachteiligung der niedergelassenen Fachärzte. Die Investitionskosten von Krankenhäusern (rund zehn Prozent der Gesamtkosten) werden im stationären Sektor durch den Staat bezahlt, der niedergelassene Facharzt als risikotragender Unternehmer muss diese aus seinen Umsatzerlösen bestreiten. Die fehlenden Einzelleistungsvergütungen und der bundeseinheitliche Orientierungswert werden sich gerade in Baden-Württemberg sehr ungünstig auf die Umsatzerlöse der Facharztpraxen auswirken.

In Baden-Württemberg gibt es sowohl in Stadtbereichen und Ballungsräumen als auch im ländlichen Raum flächendeckend eine fachärztliche Versorgung auf hohem Niveau. Es bleibt zu hoffen, dass auch die Patienten (die Nutzer im Gesundheitssystem) eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung durch ambulant tätige Fachärzte in Kooperation mit den Hausärzten erhalten wollen, denn sonst würden ihnen mit sehr großer Wahrrscheinlich-



keit niederländische beziehungsweise englische Verhältnisse mit langen Wartelisten drohen.

Versorgungsqualität auf hohem Niveau

Noch ein Wort zur Qualität: Die medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich im internationalen Vergleich auf einem hohen qualitativen Niveau. Im ambulanten Bereich erbringen spezialisierte Ärzte Leistungen in hoher Qualität, die früher nur stationär erbracht wurden. Diese Leistungen sind qualitätsgesichert. Um die ambulante fachärztliche Versorgung qualitativ hochwertig, und gleichzeitig wohnortnah und flexibel im Interesse der Patienten anbieten zu können, ist das Vorhalten spezieller Geräte notwendig, speziell geschultes Personal ist zu beschäftigen und zu bezahlen.

und den Menschen gerecht wird, ist es notwendig, dass auch nach der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 die Qualitätsinitiativen für die ärztliche Versorgung durch entsprechende Verträge mit den Kassenverbänden finanziell gefördert werden. Damit kann auch eine Finanzierungsbasis geschaffen werden, die eine leistungsgerechte Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten sicherstellt.

Im Rahmen dieser Möglichkeiten und durch die Verbesserung der Rahmenbedingungen kann sich die ärztliche Tätigkeit dann hoffentlich erneut wieder so gestalten, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf wieder mit Freude und Zufriedenheit ausüben können.

Entsprechende Verträge mit den Kassenverbänden können die Finanzierungsbasis für eine leistungsgerechte Bezahlung für Ärztinnen und Ärzte schaffen.

Damit die hervorragende ambulante fachärztliche Versorgung erhalten werden kann und in der Zukunft mit den demographischen Veränderungen sowie der modernen Medizin wächst

Der immer wieder vorgetragene Vorwurf, es gebe zu viele Fachärzte in Deutschland, ist nicht zu belegen. Die gesetzlichen Voraussetzungen führen zu einer Konzentration fachärztlicher Behandlungen an den Krankenhäusern. Hier muss gegengesteuert werden, um „holländische Verhältnisse“ zu vermeiden.



Zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg

Im Jahr 2007 lebten 10.749.755 Menschen in Baden-Württemberg, davon 18,4 Prozent im Alter unter 18 Jahren. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen wird in den nächsten Jahren stark abnehmen. Verglichen mit der Gruppe der heute 15 bis 20-jährigen (632.668 Personen) ist die Anzahl der bis Fünfjährigen um 24,5 Prozent geringer (477.271 Personen; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2007).

Zehn bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind untersuchungs- oder behandlungsbedürftig (Steinhausen: Lehrbuch der Kinder und Jugendpsychiatrie: 20 Prozent Prävalenz von Störungen, 2006). Das wären mindestens 198.000 (bis 395.500) Patienten pro Jahr in Baden-Württemberg (ca. 2.400 Patienten/Jahr/Arzt). Tatsächlich liegt die durchschnittliche Patientenzahl pro Arzt bei etwa 334 Patienten (zum Vergleich: Die durchschnittliche Zahl der Patienten bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten liegt bei rund 30-50).

Dennoch gehen KVen und Krankenkassen davon aus, dass die Basis-Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und Erkrankungen in Baden-Württemberg seit einigen Jahren im Wesentlichen gesichert ist. Allerdings bestehen nach wie vor große Unterschiede in der Versorgung zwischen ländlichen und städtischen Regionen.

In Baden-Württemberg sind derzeit 96 Ärztinnen und Ärzte als Kinder- und Jugendpsy-

chiatern niedergelassen. Davon sind drei angestellt. 55 dieser Kollegen/innen nehmen an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil. Fast alle Praxen sind inhabergeführt von klassisch allein arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiatern. Ein gewisser Anteil der Kollegen/innen arbeitet in Teilzeit, wobei der überwiegende Anteil der sozialpsychiatrisch arbeitenden Kollegen/innen ganztags tätig ist. Es finden sich jedoch auch Ausnahmen in beiden Arbeitsfeldern. Im bundesweiten Durchschnitt haben die Praxen mit Sozialpsychiatrie (SPV) 2,5 fachlich qualifizierte Mitarbeiter/innen mit Fachhochschul- oder Universitätsabschlüssen. Zudem werden Mitarbeiterinnen in der Anmeldung beschäftigt. Größere Praxen arbeiten mit bis zu 20 Teilzeitkräften.

Die Versorgung in Baden-Württemberg

Regionale Häufungen von Praxen bestehen im Umfeld der ausbildenden Universitätskliniken Heidelberg/Mannheim, Freiburg, Tübingen und Ulm, während die ländlichen Regionen deutlich schlechter versorgt sind. Der größte Flächenlandkreis des Landes Baden-Württem-

Dr. med. Dipl. Psych.
Martin Teichert
Facharzt für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie,
Offenburg





berg (Ortenau) wird von lediglich einer Praxis versorgt. Zwei der vier angrenzenden Landkreise verfügen über keine eigenen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen. Auch in der Region Waldshut/Lörrach und in Nordwürttemberg besteht noch immer ein deutlicher Versorgungsbedarf.

Die Delegation von Aufgaben an qualifizierte Mitarbeiter/innen ermöglicht einen höheren Grad an Versorgung.

Im Jahr 2008 werden zwei Einzelpraxen schließen, da kein Nachfolger zu finden war. In einem Fall handelt es sich um eine Praxis mit Sozialpsychiatrie in Heidelberg, im anderen Fall um eine ländliche Praxis. Beide Kollegen/innen berichteten übereinstimmend, dass potenzielle Interessenten das Anforderungsprofil für zu schwierig hielten, einerseits inhaltlich gute Behandlungen durchzuführen, andererseits die Ansprüche an betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Kompetenz einer kassenärztlichen Praxis unter wechselnden Bedingungen und ungenügender Finanzierung zu erfüllen.

Übliche Arbeitsweisen

Die Arbeitsweise von Kinder- und Jugendpsychiatern hat sich aufgrund der Sozialpsych-

iatrie-Vereinbarung (seit 1994) grundlegend verändert. Einem einzelnen Kinder- und Jugendpsychiater gelingt seither ein wesentlich höherer Versorgungsgrad als vorher, weil spezifische Aufgaben an qualifizierte Mitarbeiter/innen delegiert werden können. Die personelle Notlage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat somit eine moderne Form der Medizin mit persönlicher Zuwendung entwickelt, die aus der Not eine Tugend macht und für das Fach in der Zukunft ein Leitbild darstellen könnte.

Diese positive Entwicklung ist durch die Kündigung der Sozialpsychiatrieverträge seitens der Ersatzkassen zum 31. Dezember 2008 und die weiterhin nur auf Diagnostik beschränkten Verträge der Primärkassen (eine Spezialität nur in Baden-Württemberg!) akut gefährdet.

Die Tätigkeit von Kinder- und Jugendpsychiatern unterscheidet sich grundsätzlich wenig von anderen ärztlichen Arbeitsfeldern. Nach einer gründlichen Erhebung der Anamnese auch mithilfe der begleitenden Eltern ist die Erstellung einer gesicherten Diagnose notwendig. Wesentlich ist die Unterscheidung zwischen beklagten Symptomen und einer gesicherten Diagnose des Krankheitswerts nach ICD 10. Die Differentialdiagnose von körperlichen Erkrankungen (Epilepsien, Funktionsstörungen der Schilddrüse und andere) wird immer miteinbezogen. Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert werden in den Praxen nicht behandelt. Ein dennoch bestehender Beratungsbedarf wird in



den Beratungsstellen der Landkreise und Städte oder durch die Jugendämter (bei Bedarf an Hilfe zur Erziehung) geleistet.

Die therapeutischen Ansätze

Differenzierte Therapieansätze ergeben sich aus der exakten Diagnosestellung und der Planung der Therapie mit den real verfügbaren Ressourcen. Hierbei kommen verschiedenste therapeutische Ansätze zum Einsatz. Die Behandlungsmethoden unterscheiden sich nach lokaler Verfügbarkeit von indizierten Maßnahmen. Die Sozialpsychiatrie implementiert und koordiniert alle notwendigen Diagnose- und Behandlungselemente und überwacht den Behandlungsverlauf. Häufig werden Einzel- oder Gruppentrainings durchgeführt, die spezifische Defizite bearbeiten, die zur Entstehung der Störung geführt haben. Medikamente kommen bei einzelnen Störungsbildern zum Einsatz. Psychotherapie wird in Einzelfällen angewendet, wenn weniger (kosten-)intensive Verfahren nicht zur Verfügung stehen und ein Psychotherapieplatz in der Region vorhanden ist. Begleitpersonen werden im notwendigen Umfang ebenfalls über die Störung informiert, beraten und instruiert.

Entstehende Kosten

Die Gesamtkosten der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie belaufen sich auf etwa 0,2 Prozent der Gesamtvergütung. Wir haben es mit einer Patientengruppe zu tun, die bereits jetzt um 25 Prozent schrumpft. Die sozialpsy-

chiatrische Versorgung eines Kindes kostet durchschnittlich die Hälfte der Versorgung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder rund ein Viertel der Summe, die eine Psychotherapie kosten würde. Die täglichen Behandlungskosten einer teilstationären oder stationären Behandlung übersteigen die Kosten einer sozialpsychiatrischen Behandlung im Verlauf eines Quartals. Wir stellen daher mit großem Abstand das deutlich günstigste diagnostische und therapeutische Angebot dar.

Erfreuliche Entwicklung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in den vergangenen 14 Jahren eine erfreuliche Entwicklung genommen. Durch die auf Paragraph 85a SGB V basierende Möglichkeit, nichtärztliche Mitarbeiter zu beschäftigen, erlebte das Fach eine Differenzierung und Wirkungsbreite, die zuvor undenkbar war (etwa vergleichbar mit der Einführung von CT oder MRT in der Radiologie). Trotzdem blieb die Entwicklung des Fachs hinter den Notwendigkeiten und den Erwartungen zurück. Jährliche Resolutionen des Deutschen Ärztetages zur Förderung des Fachs haben daran so wenig geändert wie Bemühungen von Sozialpolitikern aller Fraktionen. Die besonders hohe Frauenquote in diesem Fachgebiet fand keine Unterstützung in Form von geförderten Assistentinnenstellen oder Wiedereinstiegsprogrammen. Praxen wurden reguliert, budgetiert und leistungsbeschränkt wie in anderen (übersorgten) Fachgebieten. Auch aktuell Anfang 2009 geht



es um die Form des weiteren Bestehens der Praxen mit Sozialpsychiatrie: Sollte der Spitzenverband der Krankenkassen sich erneut nicht entschließen, die vergleichsweise geringe Summe zur Finanzierung der Sozialpsychiatrie zu beschließen, wird eine qualitative und quantitative Versorgungslücke entstehen. Dies würde einem Versorgungsrückgang auf den Stand vor 1994 entsprechen.

Die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit erfordern kompetente Hilfe, um eine Chronifizierung zu vermeiden.

Psychische Erkrankungen machen einen bedeutenden Anteil der Krankschreibungen und Berentungen bei Erwachsenen aus. Die Entstehung dieser Störungen liegt sehr häufig im Kindes- und Jugendalter. Sie sind teilweise rasch und günstig behandelbar.

Von Kindern und Jugendlichen wird heute mehrheitlich gesellschaftlich erwartet, gesund und leistungsfähig die Arbeitsleistung der Zukunft zu sichern und die Renten- und Sozialversicherungsbeiträge zu finanzieren, von denen eine zunehmende Zahl von Erwachsenen lebt. Unter diesen Voraussetzungen wäre es sinnvoll zu erwarten, dass psychisch kranken Kindern

und Jugendlichen so rasch, so kompetent und so nachhaltig wie möglich geholfen wird, dass die akute Störung behoben, eine Chronifizierung vermieden sowie zukünftige Fehlentwicklungen und psychische Probleme „in statu nascendi“ erkannt und behandelt werden.

Untersuchungen in den USA belegen einen hohen „return of investment“ für Investitionen im Bildungswesen von 1:7, das heißt, jeder Dollar lohnt sich sieben Mal. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es keine entsprechenden Untersuchungen. In Deutschland besteht eine gewisse Scheu, Sozialinvestitionen durchzurechnen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater hat in einer Studie klar zeigen können, welche deutliche Auswirkungen die sozialpsychiatrische Behandlung auf die psychische Gesundheit der Kinder sowie auf das Wohlbefinden der gesamten Familie hat. Wir fördern und behandeln genau diejenigen unserer Gesellschaft, die anderen Hilfeformen nicht zugänglich sind und die in besonderem Maße unsere individualisierten Diagnostik- und Förderprogramme brauchen.



Die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wird von 106 zugelassenen und ermächtigten Kinder- und Jugendpsychiatern sichergestellt. Schwerpunkte bestehen im Bereich der ausbildenden Universitätskliniken. Die positive Entwicklung wird durch die Kündigung der Sozialpsychiatrievereinbarung seitens der Ersatzkassen und die auf Diagnostik beschränkten Verträge der Primärkassen gefährdet.

Ambulante onkologische Versorgung im vertragsärztlichen Bereich

Bis in die 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts war die Diagnose Krebs oder Leukämie beinahe gleichgestellt mit der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung. Mit der Entwicklung besserer diagnostischer Methoden, aber auch vor allem besserer therapeutischer Möglichkeiten ist es ab den 90er-Jahren zunehmend möglich geworden, bösartige Erkrankungen auf hohem Niveau ambulant zu behandeln. Heute geht man davon aus, dass über 90 Prozent aller Malignome ambulant und somit im niedergelassen Bereich behandelt werden können.

Parallel zum medizinischen Fortschritt hat sich die Versorgungsstruktur auch in Baden-Württemberg eingehend geändert. So sind hier mittlerweile über 60 internistische Onkologen in onkologischen Schwerpunktpraxen tätig. Diese versorgen jährlich rund 50.000 bis 60.000 Menschen mit Tumorerkrankungen oder hämatologischen Neoplasien.

Die Betreuung der Patienten erfolgt in der Regel umfassend, beginnend bei der Diagnostik über die Tumorthherapie bis hin zur Nachsorge und in den letzten Jahren deutlich zunehmend auch im palliativen Setting. Die Schwerpunktpraxen sind oftmals das Koordinationszentrum eines interdisziplinären Netzwerks von Hausärzten, Fachärzten, klinischen Einrichtungen, Sozialarbeitern und Brückenschwestern. Es existieren mittlerweile schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit forschenden Zentren wie zum Beispiel dem nationalen Zentrum für

Tumorthherapie in Heidelberg und dem Comprehensive Cancer Center in Ulm.

In den Vereinbarungen ist unter anderem festgeschrieben, dass die Grund und Regelversorgung Aufgabe der Schwerpunktpraxen ist und auch Phase II/III-Studien wenn möglich immer in den Praxen durchgeführt werden sollen. Die Beziehung zum forschenden Zentrum ist nicht hierarchisch sondern kooperativ im Sinne unterschiedlicher Tätigkeitsschwerpunkte gestaltet. Weiterhin sind die onkologischen Schwerpunktpraxen integraler Bestandteil der vom Sozialministerium geförderten onkologischen Schwerpunkt- beziehungsweise Tumorzentren.

Somit sind in Baden-Württemberg im vertragsärztlichen Bereich Strukturen für eine weitestgehend flächendeckende wohnortnahe und individuelle Versorgung für Patienten mit Malignomen auf hohem Niveau vorhanden.

Dr. med. Franz A. Mosthaf
Facharzt für Innere Medizin, Karlsruhe





Tätigkeitsschwerpunkte der onkologischen Praxis

Oft werden Patienten mit soliden Tumoren bereits vordiagnostiziert zum Hämato-Onkologen überwiesen, oft wird aber auch die Diagnostik im Vorfeld von diesem bereits koordiniert.

Die hämatologischen Neoplasien werden allerdings in der Regel in der Schwerpunktpraxis abgeklärt. Hierzu ist meist eine Knochenmarkbiopsie nötig, die aufgrund verbesserter Techniken beinahe schmerzfrei aus dem Beckenkamm gewonnen wird. Fast regelhaft wird die histologische und zytologische Untersuchung durch Techniken wie Immunphänotypisierung und molekulargenetische Untersuchungen ergänzt, sodass eine genaue differentialdiagnostische Einordnung und oft auch prognostische Aussage im Hinblick auf die einzelnen Lymphom – beziehungsweise Leukämieentitäten gemacht werden kann. Auf dieser Basisdiagnostik kann dann eine klare Aussage über die Notwendigkeit und gegebenenfalls Art der Hämoblastosetherapie gemacht werden.

Eine Krankenhauseinweisung wird heutzutage nur noch notwendig, wenn Hochdosistherapien durchgeführt werden sollen oder aber wenn der Patient so schwer krank ist, dass er nicht in der Lage ist, in die Praxis zu kommen.

Von wesentlich größerer zahlenmäßiger Bedeutung als die Hämoblastosen sind mittlerweile allerdings die soliden Tumorerkrankungen

geworden. Oft stellen sie den allergrößten Teil der Patienten in der Schwerpunktpraxis dar. So ist die ambulante intravenöse und auch orale Chemotherapie eine der Hauptaufgaben des niedergelassenen Onkologen.

Hauptaufgaben sind die intravenöse und die orale Chemotherapie.

Die Therapien – einschließlich aller Supportivtherapien – werden im kurativen, adjuvanten, neoadjuvanten und palliativen Setting durchgeführt. Voraussetzung hierfür ist die Kooperation mit einer Zytostatikum zubereitenden Apotheke, die über ein Reinraumlabor der notwendigen Güteklasse verfügen muss.

Qualifizierte medizinische Fachangestellte

Zu den strukturellen Voraussetzungen der Praxis gehört die Beschäftigung von onkologisch qualifizierten medizinischen Fachangestellten beziehungsweise Onkologie-Schwestern. Diese haben wie in der Onkologie-Vereinbarung gefordert, eine mindestens dreijährige berufsbegleitende Weiterbildung abgeschlossen und müssen mindestens zwei jährliche onkologische Fortbildungen absolvieren. Im ärztlichen Bereich sind bei den internistischen Onkologen aufgrund der Weiterbildung die Anforderungen der Onkologie-Vereinbarung Stufe 1 und 2 erfüllt.



Zu den räumlichen Voraussetzungen gehört das Vorhandensein einer entsprechenden Anzahl von Therapieplätzen. Gefordert ist weiterhin der barrierefreie Zugang für rollstuhlpflichtige oder liegende Patienten. Diese notwendigen Voraussetzungen erfordern einen deutlich erhöhten finanziellen Aufwand. Da in einer onkologischen Praxis in einem hohen Maße auf eine gute Struktur- und Prozessqualität geachtet werden muss, haben sich viele Praxen in Baden-Württemberg bereits bevor dies gefordert wurde, nach DIN EN ISO zertifiziert.

Zur umfassenden Versorgung der Patienten gehören auch die tumorspezifische Schmerztherapie und insbesondere die Palliativversorgung bis hin zur Sterbebegleitung. Palliativmedizin ist aus diesem Grund schon immer Ausbildungsinhalt der Zusatzbezeichnung „Hämatologie und Onkologie“. Viele Onkologen in Baden-Württemberg sind deswegen auch schon seit Jahren aktiv als Fortbildende in der Palliativmedizin tätig. Sowohl in Baden als auch in Würt-

temberg wurden frühzeitig – in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin – Curricula aufgebaut und Fortbildungen angeboten. Die Mehrzahl der baden-württembergischen internistischen Onkologen besitzt die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“.

Blick in die Zukunft

Trotz dieser gewaltigen Fortschritte im Bereich der Versorgung von Tumorpatienten im ambulanten Sektor blicken die Onkologen sorgenvoll in die Zukunft, da sie um ihre wirtschaftlichen Grundlagen fürchten:

Zum einen ist beim Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels nicht klar, wie die Onkologievereinbarung fortgeführt wird. Zum anderen droht mit dem Paragraphen 116 b SGB V die Öffnung der Krankenhausambulanzen ohne Berücksichtigung einer Bedarfsplanung. Diese wird von den Krankenhausträgern vor allem wegen des gespaltenen Arzneimittelmarktes forciert, der den Kliniken erlaubt, hochpreisige Medikamente deutlich günstiger als die niedergelassenen Apotheken zu beziehen und Teile dieser Rabatte den Kassen weiterzureichen. Dies dürfte wiederum die Kassen ermuntern, nichts gegen die Öffnung der Krankenhausambulanzen zu unternehmen. Dass die onkologischen Schwerpunktpraxen hierdurch einem massiven Wettbewerbsnachteil unterliegen und vielleicht in ihrer Existenz gefährdet sind, ist offensichtlich außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs kaum von Interesse.



Dank besserer therapeutischer Möglichkeiten können heute Malignome zu mehr als 90 Prozent ambulant im niedergelassenen Bereich behandelt werden. In Baden-Württemberg sind über 60 internistische Onkologen in Schwerpunktpraxen tätig. Voraussetzung ist die Beschäftigung qualifizierten medizinischen Fachpersonals. Eine Öffnung der Krankenhausambulanz ohne Berücksichtigung der Bedarfsplanung gefährdet allerdings die wirtschaftliche Existenz der onkologischen Praxen.

Ausschreibungs- und Auswahlverfahren für die Praxisnachfolge in gesperrten Planungsbereichen

Auf den ersten Blick scheint das gesetzlich reglementierte Verfahren über die Nachfolgeregelung bei Praxisabgabe nicht so richtig zur gefühlten Versorgungsrealität zu passen. Diese ist in dem sich abzeichnenden demographischen und strukturellen Wandel dadurch geprägt, dass sich die Anzeichen einer zumindest partiell erodierenden ambulanten Versorgung mehren, wonach entweder vereinzelt Arztsitze nicht wieder besetzt werden können oder Praxen erst nach längerer Vakanz einen Nachfolger finden.

Auch die politische Begründung für die ersatzlose Aufhebung der bisherigen „Zwangspensionierung“ mit Vollendung des 68. Lebensjahres durch das am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), das in dieser Form bestehende Berufshindernis sei aufgrund der Entwicklungen nicht mehr sachgerecht und daher im Interesse der sich nach mehr Planungssicherheit und mehr Gestaltungsspielraum bei der Organisation der Praxisnachfolge sehnenen Ärzte abzuschaffen, mag diesen ersten Eindruck erhärten.

Doch die Bedarfsplanung alter Provenienz, mit der weder die Morbidität noch die Ausprägungen der „Filialisierung“ im Sinne eines Leistungstransfers durch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften oder Nebenbetriebsstätten abgebildet werden können, und die daher mittelfristig durch eine innovative Ver-

sorgungsplanung weiterentwickelt werden soll, dokumentiert den Status quo der Planungsrealität. Danach sind in Baden-Württemberg 94 Prozent aller – differenziert nach Fachärzten (97 Prozent) und Hausärzten (60 Prozent) – arztgruppenbezogenen Planungsbereiche wegen Überversorgung von Zulassungsbeschränkungen betroffen.

Dies hat zur Folge, dass nur in nicht gesperrten Planungsbereichen der abgebende Arzt bei der Organisation der Praxisnachfolge freie Hand hat. In allen anderen Planungsbereichen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ex officio Überversorgung festgestellt (Versorgungsgrad 110 Prozent und mehr) und für die Zulassungsausschüsse mit verbindlicher Wirkung Zulassungsbeschränkungen angeordnet hat, kann der bisherige Praxisinhaber den Nachfolger nicht mehr selbst frei auswählen. Vielmehr muss der Arzt im Falle der beabsichtigten Praxisfortführung

durch einen Nachfolger unter Aufgabe seiner Zulassung das verfahrensrechtliche Prozedere der Übergabe an den gesetzlichen Regelungen ausrichten

Ausschreibungs- und Auswahlverfahren

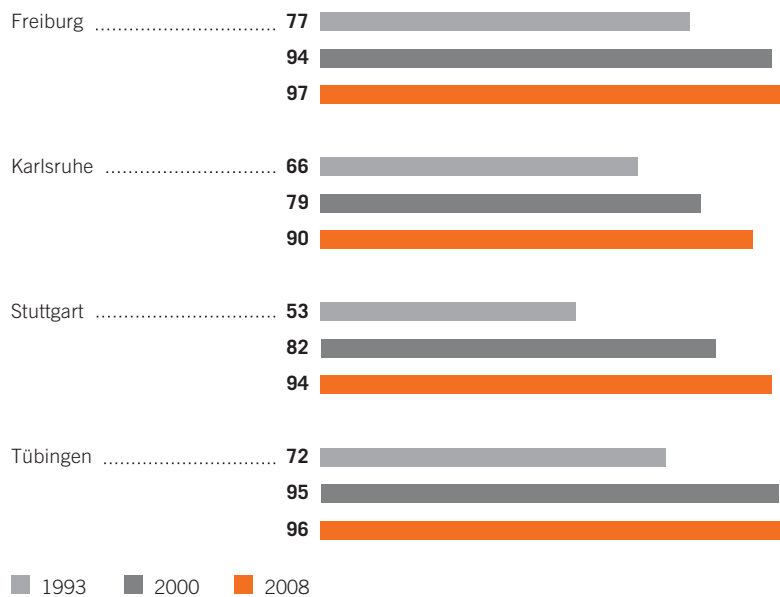
Das gesetzlich normierte Ausschreibungs- und Auswahlverfahren hat folgende Chronologie (und gilt für Psychotherapeuten entsprechend):

1. Der die Praxis beziehungsweise den Praxisanteil abgebende Vertragsarzt oder die zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben beantragen bei der KV zur Fortführung der Praxis deren Ausschreibung unter der Voraussetzung, dass die Zulassung im Planungsbereich durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet.
2. Die KV schreibt den Vertragsarztsitz in ihrem amtlichen Mitteilungsblatt (Ärzteblatt Baden-Württemberg) aus.
3. Der abgebende Arzt beziehungsweise seine Erben und der Zulassungsausschuss erhalten von der KV eine Liste mit den innerhalb der Bewerbungsfrist eingegangenen Bewerbungen.
4. Die Bewerber klären mit dem abgebenden Arzt beziehungsweise den Erben die Modalitäten der Praxisfortführung/-übernahme, einschließlich Kaufpreis.
5. Der Zulassungsausschuss wählt den Praxisnachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen aus, dabei hat er folgende Auswahlkriterien zu berücksichtigen:
 - Berufliche Eignung
 - Approbationsalter
 - Dauer der bisher ausgeübten ärztlichen Tätigkeit
 - Dauer der Eintragung in die Warteliste
 - Die Tatsache, ob es sich bei dem Bewerber um den Ehegatten, ein Kind, einen angestellten Arzt oder einen bisherigen Gemeinschaftspraxispartner des die Praxis abgebenden Arztes handelt
 - Die Interessen des oder der in der Gemeinschaftspraxis verbleibenden Gesellschafter

Die Praxis kann auch alternativ in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der MVZ-Einrichtung weiterführt.

Anteil gesperrter Planungsbereiche in den Regierungsbezirken

Angaben in Prozent



6. Der vom Zulassungsausschuss ausgewählte Nachfolger erhält die Kassenzulassung bzw. das MVZ die Genehmigung zur Fortführung der Vertragsarztpraxis durch den vom Zulassungsausschuss ausgewählten angestellten Arzt am Sitz der MVZ-Betriebsstätte.

Die Regelungen des skizzierten Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens gelten mit Inkraft treten des GKV-OrgWG zum 1. Januar 2009 auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung. Der Gesetzgeber sieht damit auch in einer nachträglichen freiwilligen Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag einen (Teil-)Verzicht, der sowohl in diesem Fall als auch bei der hälftigen Entziehung der Zulassung eine Ausschreibungspflicht der KV für die freiwerdende „Teilzulassung“ auslöst.

Praxisnachfolge bei Augenärzten – ein schwieriges Problem

In den vergangenen Jahren hat die Augenheilkunde kontinuierlich Umstrukturierungen erfahren. Im stationären Bereich sind die Bettenzahlen extrem zurückgeführt worden und der überwiegende Teil der Operationen wird heute ambulant erbracht. So hat zum Beispiel die Universitäts-Augenklinik Freiburg durchschnittliche Liegezeiten von zwei bis drei Tagen, sodass die sehr viel aufwendiger gewordene Nachsorge im ambulanten Bereich extrem angewachsen ist.

Ich sehe in wenigen Jahren einen Kollaps des stationären Bereiches kommen, weil die Nachsorge fehlt und weil die Honorierung der Nachsorge im ambulanten Bereich überhaupt nicht im Verhältnis zu den gestiegenen Operationszahlen und der dortigen Vergütung steht. Die Kliniken versuchen unter allen Umständen eine suffiziente Nachsorge aufzubauen. Das bedeutet, dass die Nachsorge im ambulanten Bereich auf jeden Fall besser dotiert werden sollte.

Durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hat sich die Zahl der niederlassungswilligen Augenärzte so verringert, dass wir selbst in überversorgten, attraktiven Bereichen kaum noch Nachfolger für unsere augenärztlichen Facharztpraxen finden.

Rückzug aus dem ländlichen Bereich

Wie auch in anderen Fachgebieten sehe ich in den ländlichen Strukturen weitestgehend

einen Schwund der Augenarztpraxen. Wir müssen hier Problembewusstsein zeigen, da selbst in Bereichen wie zum Beispiel in Freiburg eine Ausdünnung denkbar wäre. Ein konkretes Beispiel ist die Situation im Elztal und im südlichen Bereich Freiburg, in dem große Schwierigkeiten bestehen, Praxen nachzubersetzen. Hier wird gegenwärtig versucht, durch Gemeinschaftspraxen mit Teilzeittätigkeiten die Attraktivität in der augenärztlichen Versorgung zu steigern. Es wird aber wohl nicht mehr möglich sein, die Leistungsfähigkeit früherer konservativ tätiger augenärztlicher Praxen in dem Maße zu erreichen, wie diese in der Vergangenheit arbeiten konnten.

Eine weitere Schwierigkeit Nachfolger für augenärztliche Praxen zu finden ist die erhebliche Pauschalierung meines augenärztlichen Fachs mit einem Termin pro Quartal im Schnitt mit 20 Euro. Die Vergütung der erbrachten Leistungen steht daher in einem ganz erheblichen Miss-

Dr. med. Christoph Hallermann
Facharzt für Augenheilkunde, Freiburg





verhältnis zu den Kosten in unseren Praxen. Hier sind Fehlentwicklungen vorprogrammiert. Der Patient zahlt insgesamt für das Sinnesorgan Auge wesentlich mehr. Wir Augenärzte gehen davon aus, dass etwa 50 Prozent, nach einer kassenärztlichen Versorgung pro Quartal, zum Optiker gehen und eine Gleitsichtbrille für mehrere Hundert Euro kaufen. Deshalb wäre unter diesem Aspekt genügend Geld vorhanden, um eine suffiziente medizinische augenärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten beziehungsweise wieder aufzubauen.

Kassenleistungen schrumpfen

Die nach angloamerikanischem Vorbild immer wieder angeführte hilfsmittelmedizinische Optometristen-Tätigkeit wird in dem schwierigen Nachsorgebereich im Anschluss an die ambulanten Operationen völlig versagen und uns eher mehr Probleme bringen. Weltweit hatten wir früher die beste flächendeckende konservativ-fachärztliche Versorgung in der Augenheilkunde. Mit einer Mischkalkulation zwischen Brillenpatient, Bagatellfall und ambulanter Nachsorge sowie Lasertherapie konnte eine moderne Augenheilkunde erbracht werden. Um das Fachgebiet am Leben zu erhalten, wird das System – möglicherweise auch der Patient – mehr übernehmen müssen und es muss weniger Geld im Brillenkonsum landen. Es ist bekannt, dass dieses berufspolitisch heiße Eisen ungern angefasst wird und in der Regel der GKV-Bereich hier kein großes Interesse zeigt, weil die Brillenversorgung – bis auf

die Kinder – bereits aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen wurde.

Insgesamt ist ein Trend zu erkennen, dass in der GKV die Finanzierung flächendeckend über die Gesamtvergütung aus der GKV rückläufig ist. Gleichzeitig nimmt der GKV-Bereich aber bei Kontaktlinsen, medikamentöser Macula-Therapie, Sicca-Therapie, Einfachbrillen und Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zu. Diese Verschiebung in der Finanzierungsstruktur der augenärztlichen Praxen hin zum PKV-Bereich zieht die Gefahr der Rückgabe von Kassenzulassungen nach sich. Das sollte aus Versorgungsgründen verhindert werden. Anderenfalls wird man mit einer erheblich verminderten Zahl an Facharztpraxen leben müssen, die sich zudem in den Ballungsräumen etablieren. Die Auswirkungen solcher Konzentrationsentwicklungen sind noch nicht vollständig erkannt. Sollte die Zahl der Privatpraxen noch weiter ansteigen, werden die Probleme aus dem abgespeckten stationären Bereich, insbesondere in der Nachsorge, exponentiell zunehmen.



Schrumpfende Kassenleistungen und eine Verschiebungsstruktur der augenärztlichen Praxen hin zum PKV-Bereich erhöht die Gefahr der Rückgabe von Kassenzulassungen. Selbst in überversorgten attraktiven Bereichen sind kaum noch Praxisnachfolger zu finden.

Sprache und Stimme: Instrumente des Erfolgs

In den vergangenen Jahren des sozioökonomischen Wandels hin zu einer Kommunikations- und Informationsgesellschaft haben Sprache und Stimme immer mehr an Bedeutung gewonnen. Dies zeigt sich sowohl in einer deutlichen Zunahme von sprechintensiven Berufen als auch in der Zunahme beruflicher Situationen, in denen eine hohe kommunikative Kompetenz erfolgsbestimmend ist. Man geht davon aus, dass 90 Prozent aller Kommunikation per Stimme erfolgt.

Während früher beispielsweise ein Handwerksmeister vor allem sein Handwerk perfekt beherrschen musste, um erfolgreich zu sein, muss er heute einen Großteil seiner Arbeitszeit darauf verwenden, seine Produkte möglichst eloquent anzubieten. Und nicht nur die klassischen Stimmberufe wie Sänger und Schauspieler, auch Manager, Politiker, Juristen und vor allem Lehrer hängen mit ihrem beruflichen Erfolg wesentlich von sprachlichen Fähigkeiten und stimmlicher Qualität ab.

Grundvoraussetzungen für Erfolg in der von sprachlicher Kommunikation dominierten Gesellschaft mit ihren Bildungseinrichtungen sind sowohl eine gute Sprachentwicklung auf der Basis guten Hörens bereits ab dem frühesten Kindesalter als auch eine wohltonende und belastbare Stimme.

Wie hoch die frühe Diagnose und Therapie von Hörstörungen und das Erkennen und Behan-

deln von Sprachentwicklungsstörungen auch aus gesundheitspolitischer Sicht bewertet wird, zeigt sich nicht zuletzt in der gesetzlichen Verankerung des Neugeborenen-Hörscreenings bundesweit und in der Einführung einer neuen Form der Einschulungsuntersuchung mit Sprachstandsdiagnosen in Baden-Württemberg im 4. Quartal 2008. Störungen des Hörens, der Stimme, der Sprache und des Sprechens sind nach dem ICD-10 als Erkrankungen klassifiziert, beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit und sind deshalb unbedingt behandlungsbedürftig.

Gesetzlich vorgeschriebenes Hörscreening

Als medizinisch-wissenschaftliche Disziplin beschäftigt sich die Phoniatrie und Pädaudiologie mit der Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen und organischen Erkrankungen, die zu Kommunikationsstörungen führen. Zu den Aufgaben zählen im Wesentlichen die Diagnostik und Therapie von Hörstörungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, Störun-

Dr. med. Christine Schmitz-Salue
Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie, Reutlingen





gen der Sprachentwicklung im Kindes- und Jugendalter, Störungen der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung, Stimmstörungen, erworbenen Sprech- und Sprachstörungen bei Erwachsenen (beispielsweise Aphasien) sowie des Globus pharyngis und Schluckstörungen.

Gesetzlich vorgeschrieben seit dem 1. Januar 2009, dass im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings bei einem auffälligen Befund in der Kontroll-AABR eine umfassende pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bis zur 12. Lebenswoche erfolgen soll.

Es gibt eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten, die keiner adäquaten Stimm-, Sprech- und Schluckdiagnostik zugeführt werden können.

Als medizinisches Fachgebiet hat die Phoniatrie und Pädaudiologie ihre Wurzeln in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und war viele Jahre ein „Teilgebiet“. 1992 wurde die Phoniatrie und Pädaudiologie durch einen Beschluss der Bundesärztekammer zum „jüngsten“ selbstständigen Fachgebiet in Deutschland. Durch Änderung der Weiterbildungsordnung 2003 wurden die beiden Fachgebiete „Phoniatrie und Pädaudiologie“ und „HNO-Heilkunde“

zu dem „Gebiet Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ zusammengefasst. Seitdem trägt der Facharzt den Namen „Facharzt für Stimm-, Sprach- und kindliche Hörstörungen“. Die Facharztausbildung dauert wenigstens fünf Jahre und beginnt mit einem gemeinsamen zweijährigen Truncus mit dem „Facharzt für HNO-Heilkunde“. Die Phoniatrie und Pädaudiologie ist ein chirurgisch-konservatives Fach, wobei aber die operative Tätigkeit in der Regel nicht im Vordergrund steht.

Enge Kooperation mit Kinder- und Jugendärzten

Im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie Patienten mit genannten Erkrankungen. Alleinstellungsmerkmal ist, dass nur die Phoniatrie und Pädaudiologie sämtliche (mit Ausnahme der radiologischen Diagnostik) im Heilmittelkatalog zur Verordnung von Stimm-, Sprach- und Sprechtherapien vorgeschriebenen Untersuchungen auf der Basis der Weiterbildungsordnung vollständig erbringen kann. Im Alltag führen die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie die Indikationsstellung, Verlaufs- und Erfolgskontrolle von logopädischen Therapien durch. Aufgrund dieser Tätigkeit besteht meist eine sehr enge Kooperation mit Kinder- und Jugendärzten, Sozialpädiatern und Entwicklungsneurologen sowie Kinder- und Jugendpsychiatern. Da in diesem Fachgebiet die interdisziplinäre Zusammenarbeit einen hohen Stellenwert besitzt, bestehen auch gute Kon-



takte zu HNO-Ärzten, Internisten, Neurologen, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden und anderen Fachärzten. Darüber hinaus bestehen enge Kooperationen mit der Psychologie, Sonderpädagogik und Hörgeräteakustik.

In Baden-Württemberg gibt es laut Ärztestatistik (Stand 31. Dezember 2007) 25 Phoniater. Davon sind acht Kollegen niedergelassen. Diese geringe Zahl an niedergelassenen Kollegen bedeutet leider, dass sehr viele Patienten lange Wartezeiten für einen Termin sowie weite Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen. Und es gibt vermutlich auch eine leider nicht unerhebliche Zahl von Patienten, vor allem im Erwachsenenalter, die aufgrund begrenzter Versorgungskapazität keiner adäquaten Stimm-, Sprech- und Schluckdiagnostik zugeführt werden können. Dies ist problematisch für alle Beteiligten vor allem bei der Verordnung von Stimm-, Sprach- und Sprechtherapien.

Bisher gehen sowohl unsere Patienten und insbesondere die Eltern unserer kleinen Patienten als auch wir Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie davon aus, dass die Notwendigkeit fachärztlicher phoniatriisch-pädaudiologischer Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung gesundheits-, aber auch gesellschaftspolitischer Konsens ist.

Deshalb müssen zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungssituation von phonia-

trisch-pädaudiologischen Patienten in Baden-Württemberg vorrangig zwei Punkte in Angriff genommen werden.

Ungenügende Honorierung

Als Erstes und Wichtigstes muss die Honorierung durch die KV die wirtschaftliche Existenz der Praxen ermöglichen. Mit den derzeitigen Honoraren sind in den meisten Praxen noch nicht einmal die hohen Betriebskosten zu decken. Diese werden vor allem durch hohe Personalkosten verursacht, die wiederum durch die fachgerechte Leistungserbringung entstehen und deshalb nicht zu vermeiden sind. Die geringe Honorierung resultiert aus den viel zu geringen Fallpunktzahlen vor allem für die Altersgruppen der fünf- bis 59-jährigen und der über 60-Jährigen. Hinzukommt, dass, auch aufgrund der geringen Facharztdichte, fast ausschließlich Patienten mit komplexen Fragestellungen vorgestellt werden. Da die Untersuchungen alle sehr kosten- und zeitintensiv sind und wenige sogenannte Verdünnerscheine vorkommen, kann der weit über die Fallpunktzahlen des HVVs hinausgehende Leistungsbedarf nicht abgepuffert werden.

Als Zweites müssten die Zulassungsgremien im Land ihre Verfahren überdenken. Die derzeit übliche Vorgehensweise, dass ein HNO-Sitz erworben werden muss, würde vor allem in ländlichen Regionen zwangsläufig zu einer Unterversorgung für HNO-Patienten führen,

da Phoniater und Pädaudiologen keine HNO-Regelversorgung durchführen.

Sollte durch die Kassenärztliche Vereinigung vor allem das Honorierungsproblem nicht gelöst werden, bedeutet dies, dass ab 2009 phoniatisch-pädaudiologische Praxen weder als Einzelpraxis noch als fachübergreifende Gemeinschaftspraxen wirtschaftlich existieren können, da durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008 auch die Querfinanzierungsmöglichkeit in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen wegfällt.



Sprach- und Stimmbildung sind in einer Kommunikationsgesellschaft von besonderer Bedeutung. Das jüngste Fachgebiet der Phoniatrie und Pädaudiologie beschäftigt sich mit der Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen und organischen Erkrankungen in enger Zusammenarbeit vor allem mit Kinder- und Jugendärzten sowie Sozialpädiatern und Entwicklungsneurologen. Allerdings gefährdet die ungenügende Honorierung die Zukunft dieser niedergelassenen Fachärzte.

Psychotherapeutische Versorgung

Übergescheit

Klug maßt ein Psychologe mut,
Warum man dies und jenes tut.
Und er sucht Gründe, immer tiefer,
Als wohlgeübter Seelenschliefer.
Wie er sich auch den Kopf zerbricht:
An schlichte Dummheit denkt er nicht.

Eugen Roth



Aktuelle Fragen der psychotherapeutischen Versorgung

Im vorjährigen Bericht über die psychotherapeutische Versorgung hat mein Kollege Jürgen Doebert die wichtigsten Eckdaten der psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg dargelegt und kommentiert. Als diesjähriger Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses möchte ich seine Ausführungen um aktuelle Gesichtspunkte in Hinsicht auf die im Umbruch befindliche ambulante Versorgung ergänzen.

Dr. med. Michael Knoke
Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Mannheim,
Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KVBW

Seit ihrer Aufnahme in den Katalog der ambulanten Versorgung innerhalb der GKV wird die psychotherapeutische Regelversorgung weitgehend durch Richtlinienpsychotherapie repräsentiert. Deren Modalitäten werden durch Vorgaben (Richtlinien) des höchsten Organs der Selbstverwaltung, des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen definiert. Sie bestimmen, welche psychotherapeutischen Verfahren aufgrund ihrer wissenschaftlichen Fundierung als Kassenleistung anerkannt sind, welche Anforderungen an die Psychotherapeuten und deren Ausbildungsinstitute zu stellen sind, wenn sie zur Behandlung von Kassenpatienten zugelassen werden wollen, und in welchem Umfang psychotherapeutische Leistungen im jeweiligen Verfahren von den Krankenkassen bewilligt werden können.

Neue Spielräume nutzen

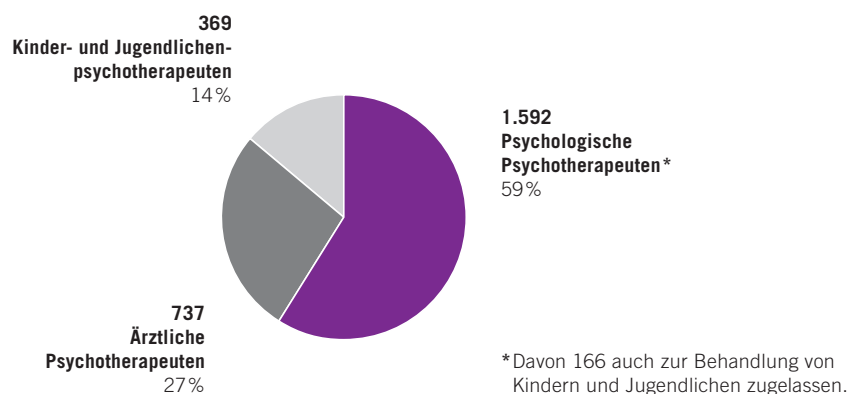
Zunehmend werden nun die neuen Spielräume, welche die letzten Reformgesetze zu Gestaltung und Abschluss von Verträgen zwischen

Krankenkassen und sogenannten „Leistungsanbietern“ außerhalb des Kollektivvertragssystems eröffnen, auch für die Behandlung psychisch Kranker genutzt. Die Motive, sich an solchen Verträgen zu beteiligen, sind vielfältig. Auf der Kassenseite stehen sicher an vorderster Stelle der besorgniserregende Anstieg psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Nachdem schon bisher trotz des gegenteiligen Anscheins die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten nicht ausgereicht hat, um dem tatsächlichen Bedarf an Psychotherapie gerecht zu werden, stellt sich die Frage noch dringender, wie die Sicherstellung der Versorgung gewährleistet werden kann.

Prinzipiell bieten sich zwei Wege an. Der eine läuft darauf hinaus, die psychotherapeutischen Ressourcen zu erweitern, der zweite darauf, die Leistungen zu rationieren. Für beide Wege scheinen die neuen Vertragsmöglichkeiten geradezu prädestiniert zu sein, da sie erlauben,



Gliederung der psychotherapeutischen Versorgung



über die neuen Vertragspartner auch neue Behandler an der ambulanten Versorgung zu beteiligen sowie anstelle von Richtlinienpsychotherapie minder umfängliche Behandlungskonzepte zu realisieren.

Die Öffnung des ambulanten Sektors darf nicht dafür genutzt werden, die Kurzzeittherapie zum Standard zu erheben.

Tatsächlich ermöglicht auch Richtlinienpsychotherapie kürzere Behandlungen, aus gutem Grund allerdings nur, insoweit Art und Schwere der Erkrankung diese Variante der Richtlinienpsychotherapie zulassen. Die Versorgungsengpässe in der Regelversorgung wurden im Übrigen auch dadurch verschärft, dass die Honorarverteilungsverträge der letzten Jahre so genannten „Sprechstundenpraxen“, die auf minder umfangreiche Behandlungen spezialisiert waren, die Existenzgrundlage entzogen haben.

So begrüßenswert einerseits die Öffnung des ambulanten Sektors erscheinen mag, weil sich dadurch Spielräume für ein breiteres Spektrum angewandter Psychotherapie ergeben, so bedenklich ist es andererseits, wenn diese Öffnung nur dafür genutzt wird, zur Beseiti-

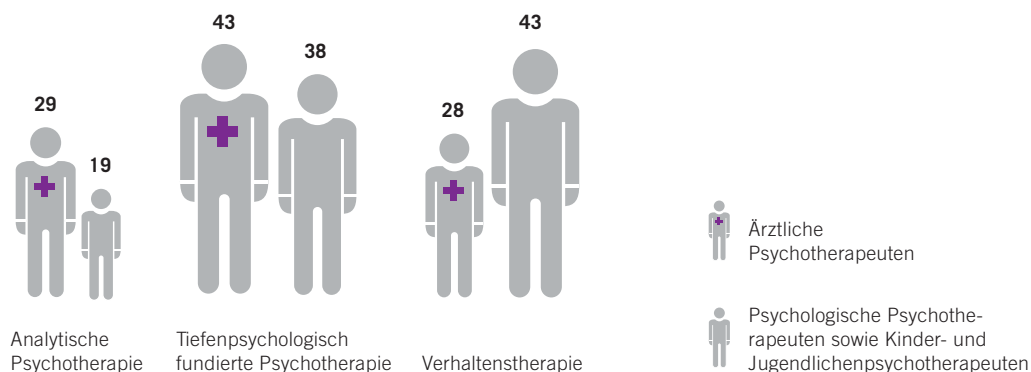
gung von Versorgungsengpässen normierte Behandlungseinheiten mit weit weniger als den 25 Stunden, die bei der Kurzzeittherapie der Psychotherapie-Richtlinien zur Verfügung gestellt werden, zum Standard zu erheben. Die Gefahr dabei ist, dass die Patienten in ein Prokrustes-Bett gezwängt werden, anstatt die Dauer der Behandlung – wie in den Psychotherapie-Richtlinien vorgegeben – primär an den Erfordernissen des jeweiligen Patienten auszurichten. Solche genormten ultrakurzen Behandlungseinheiten lassen sich allenfalls im Rahmen einer Akutversorgung rechtfertigen, die dazu dient solchen Patienten ein rasches Angebot zu einer Erstversorgung zu machen, die sie – ausgenommen die wenigen Patienten, die tatsächlich nicht mehr an Therapie benötigen – in den Stand versetzen kann, ohne Gefahr der Verschlimmerung ihres Leidens auf einen Behandlungsplatz in der Richtlinienpsychotherapie zu warten.

Psychotherapie bedarf ausreichend langer Behandlung

Psychotherapie ist mehr als alle medizinischen Disziplinen eine Erfahrungswissenschaft, und die Erfahrung der in der realen psychotherapeutischen Versorgung tätigen Psychotherapeuten ist, dass psychische Erkrankungen in der Regel komplex sind und daher einer ausreichend langen Behandlung bedürfen. In nicht wenigen Fällen ist die Psyche der Patienten sogar derart beeinträchtigt, dass sie auf lange Zeit nicht in der Lage ist, die permanenten Anforderungen,

Behandlungsverfahren

Anteile in Prozent



denen sie in der Auseinandersetzung mit der Umwelt ausgesetzt ist, ohne psychotherapeutische Hilfe zu „verdauen“ beziehungsweise die beim Versuch der „Verdauung“ entstandenen schädigenden „Stoffwechselprodukte“ zu „entgiften“. Manche sind sogar, vergleichbar Patienten mit irreparablen Nierenschäden, mitunter lebenslang auf psychotherapeutische Hilfe angewiesen, was ihnen aber selbst die jetzt zunehmend in Frage gestellten Regularien der Richtlinienpsychotherapie verweigern. Leider steht eben der Erfahrung der Psychotherapeuten die Erwartung vieler Gesunder, aber auch nicht weniger der Kranken, entgegen, dass ausgerechnet das komplexe Gebilde der menschlichen Psyche, deren somatisches Substrat das gesamte hochdifferenzierte Nervensystem ist, Dauerbelastungen aller Art problemlos meistern soll. Soviel Robustheit wird dem eigenen Automobil in den seltensten Fällen zugetraut.

Wie lässt sich nun der Konflikt zwischen dem Gebot einer auf die möglichst vollständige Heilung der seelisch Kranken ausgerichteten Psychotherapie und den beschriebenen Versorgungsengpässen meistern? Sollen wirklich alle seelisch Kranken kürzer behandelt werden, wie es manche Kassenvertreter propagieren? Ein solches Vorgehen wäre vergleichbar mit der Forderung, bei der operativen Versorgung von Knochenbrüchen nur noch eine geringere Anzahl von Schrauben zu verwenden, als es dem wissenschaftlichen Standard entspricht, in der Hoffnung darauf, dass die Knochen schon halten werden. Das Gebot der Stunde lautet dagegen, für die Psychotherapie ein umfassendes und differenziertes Versorgungskonzept zu entwerfen, das Richtlinienpsychotherapie und neue Modelle ambulanter Psychotherapie sowie stationäre Psychotherapie in sinnvoller Weise aufeinander abstimmt und dabei Patienten und Behandlern in Praxen und anderen Institutionen den notwendigen Schutz- und Spielraum einräumt. Dazu bedarf es der sorgfältigen Diskussion und Kooperation aller in der Psychotherapie beteiligten Professionen, nicht zuletzt der mit dem Alltag ihrer Patienten wirklich befassten Vertragsbehandler in der ambulanten Psychotherapie. Weit schwieriger wird es nämlich sein, den sich anbahnenden Wildwuchs an Konzepten und Verträgen im Nachhinein zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen.



Die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten reicht nicht aus, um dem tatsächlichen Bedarf gerecht zu werden. Durch die Öffnung des ambulanten Sektors ergeben sich neue Spielräume, die nicht dazu genutzt werden sollten, die Kurzzeittherapie zum Standard zu erheben. Die Psychotherapie benötigt ein umfassendes und differenziertes Versorgungskonzept, das Richtlinienpsychotherapie und neue Modelle ambulanter sowie stationärer Psychotherapie aufeinander abstimmt.

Kooperative Berufsausübung

Gleichgewicht

Was bringt den Doktor um sein Brot?

a) die Gesundheit, b) der Tod.

Drum hält der Arzt, auf das er lebe,
Uns zwischen beiden in der Schweben.

Eugen Roth





Alternatives Versorgungsmodell „Medizinisches Versorgungszentrum“

Fünf Jahre nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) sind die als Zukunftsmodell einer neuen Versorgungsform apostrophierten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Teil der Versorgungsrealität auch in Baden-Württemberg. Bei der politischen Implementierung dieser organisationsrechtlichen Innovation in die vertragsärztliche Versorgung hat sich der Gesetzgeber von der Philosophie der Versorgung „aus einer Hand“ leiten lassen, die mit der Vorstellung korrespondiert, in der Endausbauphase idealtypisch quasi einen „ganzheitlichen“ Versorgungsanspruch bedienen zu können.

Der unvermindert anhaltende Trend in diese kooperative Versorgungsstruktur dokumentiert die bundesweit auf inzwischen über 1.100 angewachsene Zahl der zugelassenen MVZ. Nach der Regelungsnorm handelt es sich bei Medizinischen Versorgungszentren um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen sind, als angestellte oder Vertragsärzte tätig sein können. Dies gilt entsprechend für Psychotherapeuten. Nach der gesetzlichen Definition sind somit für ein MVZ drei mögliche Grundkonstellationen denkbar:

- Freiberufler-Variante: Ein MVZ arbeitet ausschließlich mit Vertragsärzten
- Angestellten-Variante: Ein MVZ arbeitet ausschließlich mit angestellten Ärzten

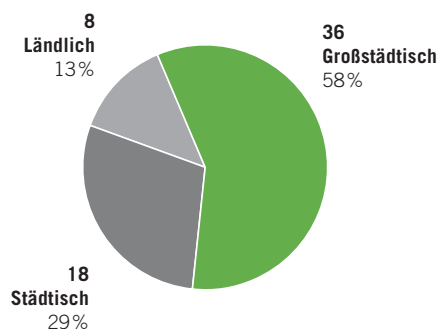
- Misch-Variante: Ein MVZ arbeitet sowohl mit Vertragsärzten als auch mit angestellten Ärzten.

War die MVZ-Landschaft anfangs noch von Umwandlungen fachübergreifender Gemeinschaftspraxen zu einem MVZ geprägt, werden diese Einrichtungen zunehmend von der Angestellten-Variante dominiert, dem von der Politik intendierten Prototyp.

Jede zulässige Rechtsform ist möglich

Fachübergreifend ist nach dem Willen des Gesetzgebers ein MVZ dann, wenn mindestens zwei Ärzte mit unterschiedlicher Fachgebiets-/Schwerpunktbezeichnung tätig werden. MVZ können von jedem Leistungserbringer, der aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der

Räumliche Ansiedelung der MVZ

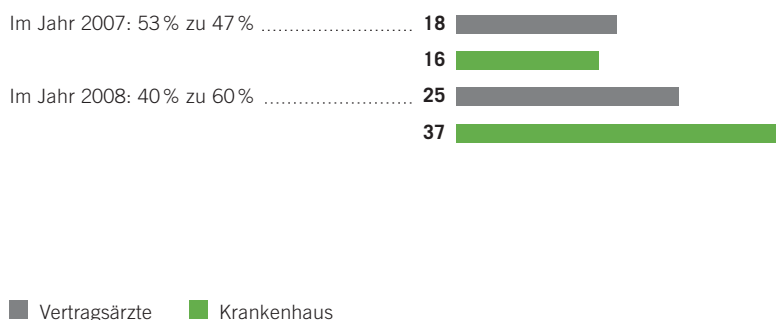


Versicherten teilnimmt, gegründet werden. Gründungs berechtigt sind somit zum Beispiel Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, ermächtigte Krankenhausärzte, zugelassene Krankenhäuser, ermächtigte Hochschulambulanzen, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer oder Apotheker.

Ein MVZ kann sich jeder zulässigen Rechtsform bedienen. Als mögliche Gesellschaftsformen kommen sowohl Personengesellschaften, wie die Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine Partnerschaftsgesellschaft gemäß Partnerschaftsgesellschaftsgesetz, als auch Kapitalgesellschaften, wie zum Beispiel GmbH oder Aktiengesellschaft, in Betracht. Die Wahl der Rechtsform wird weiterhin determiniert von der Entscheidung, in welcher Grundkonstellation das MVZ betrieben werden soll.

Bei der Gliederung nach Ertrags- und Aufwandspositionen hinsichtlich des ökonomischen Nutzens liegen die wesentlichen Effekte auf der Ausgabenseite, das heißt bei der Optimierung des unternehmerischen Aufwands und damit der betriebswirtschaftlichen Kosten. Der Trend zur räumlich konzentrierten Kooperation bietet Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich des Personals, der Geräteausstattung sowie des Flächenbedarfs und der Praxisprozesse, da Ineffizienzen gerade bei der Raum- und Prozessgestaltung bis zu 20 Prozent des Umsatzes ausmachen können.

MVZ überwiegend in Krankenhaus-Trägerschaft

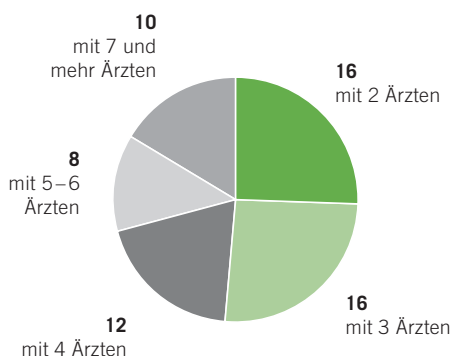


In einem gesperrten Planungsbereich kann ein Arzt zugunsten einer Anstellung in einem MVZ auf seine Zulassung verzichten.

Da sowohl die Zulassung eines MVZ als auch die Genehmigung der darin tätigen angestellten Ärzte durch den Zulassungsausschuss nur bedarfsplanungskonform erfolgen kann, hat der Gesetzgeber in von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen – neben der jederzeit möglichen Nachbesetzung der bereits vorhandenen Arztstellen – zusätzliche Ausbaumechanismen zur Ansiedlung weiterer Fachdisziplinen geschaffen.

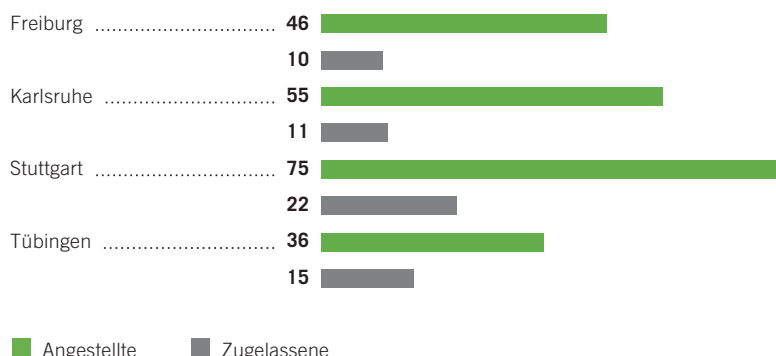
So kann in einem gesperrten Planungsbereich ein Arzt auf seine eigene Zulassung zugunsten der Anstellung in einem MVZ verzichten. Auch kann das MVZ im Falle eines so genannten Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens den Arztsitz übernehmen und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführen. Darüber hinaus gelten für die MVZ auch die Vorschriften für die Errichtung von Nebenbetriebsstätten an weiteren Orten sowie die Regelungen für die Bildung von örtlichen beziehungsweise über-

Größe der MVZ im Land



78 Prozent der MVZ-Teilnehmer sind angestellt

Anzahl nach Regierungsbezirken



örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften mit den sich daraus eröffnenden Möglichkeiten der wettbewerblichen Positionierung.

Gefahr für wohnortnahe Versorgung

Vor dem Hintergrund der politisch gewollten und forcierten Weichenstellung lässt sich nach allem jedoch die Befürchtung nicht verdrängen, dass die MVZ-Gründungswelle im überwiegend städtisch geprägten Umfeld zur Ausdünnung insbesondere der fachärztlichen Versorgung in den eher ländlich strukturierten Räumen führt und dadurch mittel bis langfristig eine bisher flächendeckende und wohnortnahe Versorgung gefährden könnte.

Es bleibt zu hoffen, dass sich unter Beachtung der wettbewerblichen Spielregeln ein Nebeneinander der Versorgungsformen entwickeln kann und überall dort, wo sich die Möglichkeiten zum Miteinander bieten, diese konstruktiv und innovativ genutzt werden. Nach jüngsten Umfrageergebnissen zwingt die Konkurrenzsituation in den Ballungsräumen aber eher zu Kooperation und Kommunikation und damit zu vernetzten Versorgungsstrukturen.



Die Philosophie der „Versorgung aus einer Hand“ korrespondiert mit dem Trend zu den „ganzheitlichen“ Versorgungsstrukturen der MVZ. Mindestens zwei Ärzte müssen fachübergreifend tätig werden. Der ökonomische Nutzen liegt vor allem in der Optimierung des unternehmerischen Aufwands. Allerdings ist auch die Gefahr gegeben, dass insbesondere im ländlichen Raum die wohnortnahe fachärztliche Versorgung ausgedünnt wird.

Zwei Jahre Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in Kirchheim

Das GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 hat 13 niedergelassene Ärzte und vier nichtärztliche Leistungserbringer inspiriert, in Kirchheim ein Ärztezentrum mit 5500 Quadratmetern Nutzfläche ohne Fremdinvestor zu errichten. Mieter sind ein Sanitätshaus, eine Apotheke, ein Therapiezentrum mit Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Massage und MTT, eine Pflegestation mit ambulanten Diensten sowie Praxen für Zahnmedizin, MKG-Chirurgie, Allgemeinmedizin, Orthopädie, Anästhesie, Psychotherapie, Sportmedizin und ein MVZ mit den Fachrichtungen Chirurgie, Neurologie/Psychiatrie und Dermatologie.

Das MVZ Kirchheim hat am 1. Januar 2007 mit drei chirurgischen, einem neurologischen Kassensitz und mit insgesamt sechs angestellten Ärzten seine Arbeit aufgenommen. Heute vereint es zwölf Ärzte im neuen Ärztezentrum: Vier chirurgische, zwei nervenärztliche und einen dermatologischen Kassensitz. Es zählt damit bereits zu den größeren MVZ Deutschlands.

Politische Aspekte

Der Gesetzgeber formulierte im GKV-Modernisierungsgesetz für die MVZ das Vorbild der Polikliniken der ehemaligen DDR und als Ziel die Förderung des Wettbewerbs auf dem ambulanten Gesundheitsmarkt. Seither wurden über 1.000 MVZ gegründet, mehrheitlich von Krankenhäusern. Die Gründungen durch Krankenhäuser erfreuen sich nach wie vor der höchsten Wachstumsrate. Trotz EuGH-Urteil

sind die Finanzierungen durch Krankenhäuser intransparent und die Wettbewerbsbedingungen bleiben ungleich. Viele Krankenhaus-MVZ erbringen vorwiegend spezialisierte Leistungen, die vorher im Rahmen von Ermächtigungen erbracht wurden. Dies schätzen wir aus Versorgungsgründen kritisch ein.

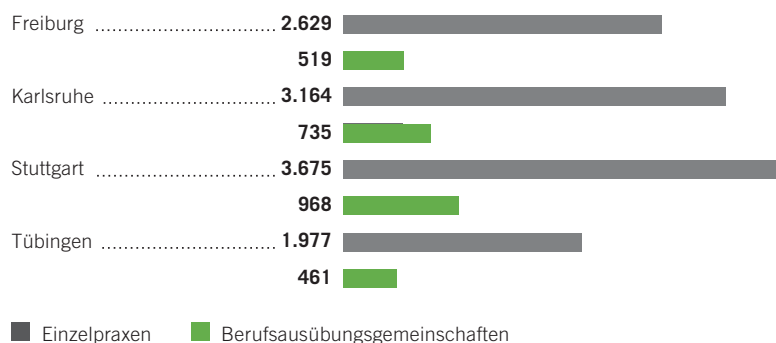
Die Versorgungsstruktur einer Poliklinik ist nicht Ziel unseres relativ großen MVZ. Auch fast fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes dürfte die Versorgungsstruktur einer Poliklinik nur ganz vereinzelt zu erahnen sein. Wieder einmal war es leichter, eine bewährte und beliebte Struktur zu zerschlagen als eine neue aufzubauen. Auch eine tief greifende Evaluation der einschneidenden gesetzgeberischen Maßnahmen muss von allen Betroffenen gefördert werden.

Dr. med. Friedrich Fink
Facharzt für Chirurgie,
Kirchheim/Teck



(Kooperative) Berufsausübung nach Regierungsbezirken

Zahl der Praxen



Gesellschaftsrechtliche Aspekte

Kleinere Berufsausübungsgemeinschaften werden häufig als GbR gegründet. Jeder Gesellschafter vertritt die Gesellschaft nach außen, das Haftungsrisiko ist hoch, die Verlässlichkeit gegenüber Dritten gering, die vermeintliche Freiheit des Einzelnen hoch, die Stabilität der Gemeinschaft problematisch.

Als größere Organisation haben wir die Möglichkeiten der Kapitalgesellschaft als Vorteil angesehen. Die schriftlichen Beschlüsse einer Gesellschafterversammlung sind für alle verbindlich und werden durch den Geschäftsführer mit einer Stimme nach außen vertreten. Diese Disziplinierung entspricht nicht unbedingt der Psychologie der meisten niedergelassenen Kollegen, wir sehen dies aber im Kern für eine größere Gemeinschaft als unabdingbar an. Die Kapitalgesellschaft ist aufgrund der Definition durch den schnöden Mammon in der Ärzteschaft emotional negativ belegt, obwohl per se kein Zusammenhang zwischen der Gesellschaftsform und der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit besteht. Wir schätzen die klaren Verhältnisse. Im Rahmen einer GbR hätten die Projekte „Ärztzentrum“ und „MVZ“ nie gestemmt werden können.

Für die Bildung größerer Unternehmen muss hier im Denken der Ärzte ein Paradigmenwechsel stattfinden. Da ist der Beratungsbedarf, zum Beispiel durch die KV, noch immer groß.

Betriebswirtschaftliche Aspekte

Vorteile entstehen durch Mehrfachnutzung von Räumen, Geräten und Personal, müssen aber auch organisatorisch realisiert werden. Vorteile entstehen auch durch Arbeitsteilung in der Verwaltung, die Aufgaben Kassenabrechnung, Privatabrechnung, Interessenvertretung gegenüber Dritten, innerbetriebliche Organisation und andere sind relativ weniger aufwendig als in Einzelpraxen. Die Delegation von Aufgaben an entsprechend ausgebildete nichtärztliche Mitarbeiter beginnt sich zu lohnen und entlastet die Ärzte. Andererseits entstehen bei schlechter Organisation rasch hohe Komplexkosten, die nicht vernachlässigt werden dürfen.

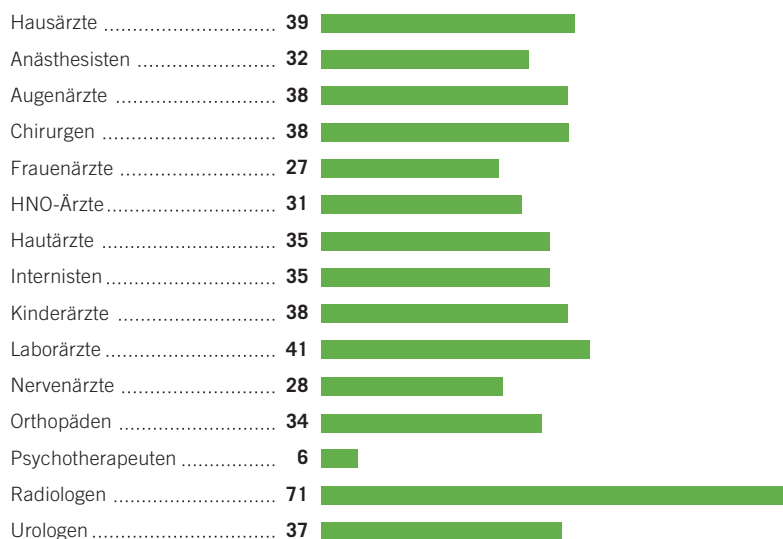
Die wirtschaftliche Förderung fachübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften durch eine höhere Fallpunktzahl als Ausgleich für die Entstehung gemeinsamer Fälle provoziert die Kombination von Fachrichtungen mit wenigen gemeinsamen Patienten und benachteiligt Gemeinschaften mit natürlicherweise eng zusammenarbeitenden Fachrichtungen. Dies ist für die Entstehung von vielen sinnvollen Gemeinschaften kontraproduktiv. Blicke jedoch ein Patient in einer Berufsausübungsgemeinschaft in jeder Fachrichtung ein Behandlungsfall, wäre das Risiko des Missbrauchs hoch – eine Patientlösung sehen wir nicht.

Beziehungen zum stationären Sektor

Vonseiten der niedergelassenen Ärzte war in Kirchheim beabsichtigt, das Ärztzentrum auf

Ein Drittel der Ärzte arbeitet in Berufsausübungsgemeinschaften

Anteile in Prozent



dem Grundstück des Krankenhauses zu errichten. Die für die enge Kooperation unabdingbare komplementäre Marktabsprache ist nicht gelungen und beide Strukturen sind bis heute im ambulanten Bereich Wettbewerber geblieben.

Andererseits ist es inzwischen gelungen, als erster zarter vertikaler Vernetzungsversuch aus verschiedenen benachbarten Krankenhäusern einen leitenden Kinderchirurgen und einen Neurologen in Teilzeit anzustellen. Die Krankenhäuser haben hiermit eine enge Beziehung zu ihren Zuweisern, das MVZ hat ein qualitativ hochwertiges, erweitertes fachliches Angebot.

Beziehung zum niedergelassenen Sektor

Die neue Struktur wird von vielen Kollegen kritisch verfolgt und auch emotional abgelehnt. Andererseits wird das verbesserte Versorgungsangebot dankbar angenommen und der fachärztliche Wettbewerb der starken niedergelassenen Struktur mit dem stationären Sektor von vielen Hausärzten positiv bewertet. Da nur lokale Kassensitze ins MVZ eingebracht wurden und wir Fusionen prinzipiell offen gegenüberstehen, ist die Konkurrenzsituation innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft unproblematisch geblieben.

Beziehung zu den Krankenkassen

Mit dem zunehmenden Wettbewerb unter den

Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsfonds werden die Kassen ihr Angebot diversifizieren und vermehrt Selektivverträge anbieten. Wir sehen im ambulanten Bereich kein ausreichend großes MVZ oder Netze von MVZ, die hier flächendeckende Versorgungsstrukturen anbieten können. Das möglicherweise entstehende Vertragschaos ist unter organisatorischen und bürokratischen Gesichtspunkten kritisch zu betrachten.

Wir hoffen, dass nach einer Zeit der Deregulierung die Vertragspartner die ordnende Hand einer öffentlichrechtlichen Organisation und deren betriebswirtschaftlichen Vorteile wieder schätzen lernen und die KV diese Aufgabe wieder professionell und kompetent ausfüllen kann.



Wir würden den gleichen Weg wieder gehen und haben die Vorteile einer größeren Gemeinschaft schätzen gelernt. Diese sind nicht an die Organisation MVZ gebunden, wohl aber an die korrekte Umsetzung einer verbindlichen Gesellschaftsstruktur. Hier sehen wir in der niedergelassenen Ärzteschaft erheblichen Bedarf an Lernen und Umdenken im unternehmerischen, betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Bereich. Im Wettbewerb mit großen stationären Strukturen werden wir zumindest im fachärztlichen Bereich nur bestehen können, wenn wir uns dieser Aufgabe stellen. Wir wünschen uns, dass die KV diesen Wandel beratend konstruktiv und mit intensiven Weiterbildungsangeboten begleitet.

Selbsthilfegruppen – ein weiterer „Player“ im Gesundheitssystem

Schätzungsweise drei Millionen Menschen engagieren sich in Selbsthilfegruppen, deren Zahl bundesweit auf rund 100.000 geschätzt wird. Von Alleinerziehenden bis Zwillingsealtern und von Allergie bis Zöliakie gibt es praktisch keine belastende Situation oder chronische Erkrankung, für die sich nicht Selbsthilfegruppen gebildet haben. In regelmäßig stattfindenden Gruppensitzungen, in gemeinsamen Gesprächen teilen sie ihre Sorgen mit Gleichgesinnten und bieten sich gegenseitige Hilfe. Selbsthilfegruppen haben als Ziel eine Veränderung der persönlichen Lebensumstände ihrer Mitglieder und häufig auch ein Hineinwirken in das soziale und politische Umfeld.

Chronische Krankheiten, Behinderungen, psychische Störungen und Suchterkrankungen sind die wichtigsten Themenfelder der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen unterstützen Betroffene bei krankheitsbedingten Krisen und fördern deren Lebensmut. Durch die niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit und den direkten Austausch zwischen Betroffenen wird eine gegenseitige Hilfe geleistet, die weder Ärzte und Psychotherapeuten noch deren Personal erbringen kann. Selbsthilfegruppen werden nicht von Professionellen (zum Beispiel Ärzten oder Vertretern anderer Medizin- oder Sozialberufe) geleitet, doch gelegentlich ziehen sie Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu. Mit ihrer Arbeit wollen sie keinen materiellen Gewinn er-

wirtschaften. Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe nimmt inzwischen sowohl für erkrankte Menschen als auch für deren Angehörige einen festen Platz in der Gesundheitsversorgung ein. Selbsthilfe erfreut sich immer größerer Beliebtheit und hat sich zu einer weiteren Säule in unserem Gesundheitswesen entwickelt.

Verlässliche Kooperationen mit der Ärzteschaft

Auf der Bundesebene vertreten die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE, Paritätischer Gesamtverband, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und die DAG SHG) die Selbsthilfe in politischen und gesellschaftlichen Belangen. Auf Landesebene befassen sich die Selbsthilfeorganisationen vor allem mit



der Aufbereitung und Verbreitung von Informationen für Patienten und der Weiterbildung ihrer Mitglieder; auch sie kümmern sich um die politische Interessenvertretung, nämlich im jeweiligen Bundesland. Auf regionaler und lokaler Ebene sorgen die Kontakt- und Informationsstellen für die notwendige hauptamtliche Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements in den Selbsthilfegruppen. Sie informieren über bestehende Selbsthilfegruppen in ihrer Region, vermitteln Kontakte zu Selbsthilfegruppen, unterstützen die Suche nach Mitbetroffenen und sind bei der Gründung neuer Selbsthilfegruppen behilflich. Viele Selbsthilfekontaktstellen organisieren Veranstaltungen, die einen Rahmen geben, um über bestimmte Aspekte der Selbsthilfegruppenarbeit zu diskutieren oder die Arbeit von Selbsthilfegruppen nach außen darzustellen. Mit der Ärzteschaft und zunehmend auch mit Krankenhäusern gehen die Kontaktstellen und die Vertreter der Selbsthilfe verlässliche Kooperationen ein, um so wichtige Multiplikatoren für ihre Arbeit zu erreichen.

Selbsthilfeorganisationen sind als „sachkundige Personen“ im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten.

Bezogen auf gesundheitliche Themen gibt es in Baden-Württemberg mindestens 5.000 Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene, andere Schätzungen gehen von annähernd 7.000 regionalen Gruppen aus. Etwa die Hälfte gehört bundesweiten Zusammenschlüssen an, wie etwa der Deutschen Rheuma-Liga, dem Deutschen Diabetiker-Bund, den Guttemplern oder dem Bundesverband der Angehörigen psychischer Erkrankungen. Zur wirksameren Vertretung ihrer gemeinsamen Anliegen haben sich bereits vor mehr als zwanzig Jahren zahlreiche Landesverbände in der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter Menschen Baden-Württemberg e. V. (LAG SELBSTHILFE) zusammengeschlossen. Daneben sind viele Verbände Mitglied beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. Die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg vertritt die Sucht-Selbsthilfe und bündelt diese. Die Landesarbeitsgemeinschaft Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen Baden-Württemberg (LAG KISS) ist ein loser Verbund von Fachkräften aus lokalen und regionalen Einrichtungen, die in der Selbsthilfeunterstützung tätig sind.

Seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Jahr 2004 sind Selbsthilfeorganisationen als „sachkundige Personen“ nicht stimmberechtigte Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Gre-

Kontakte der KISS Stuttgart im Jahr 2007

BEREICH	SELBSTHILFE- INTERESSIERTE	FACHLEUTE	SUMME
Information und Beratung	1.470	288	1.758
Verwaltung	141	2.432	2.573
Summe	1.611	2.720	4.331

mium der Selbstverwaltung unseres Gesundheitswesens. Sachkundige Personen sind auch vertreten im Landesausschuss sowie in den Zulassungsausschüssen. Damit hat Selbsthilfe in Deutschland deutlich an politischem Gewicht gewonnen. Sie wird auch wie in keinem anderen Land finanziell gefördert. Die Förderung der hauptsächlich vom ehrenamtlichen bürgerschaftlichen Engagement getragenen Selbsthilfe wird als eine Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand, der Krankenkassen und aller Sozialleistungsträger gewertet. Paragraph 20c SGB V legt fest, dass jede Krankenkasse pro Versichertem, und Jahr einen Betrag von 0,56 Euro zur Förderung von Selbsthilfegruppen einsetzt. Insgesamt stehen damit für Baden-Württemberg rund 4,5 Millionen Euro zur Verfügung. Davon werden zwei Millionen Euro durch die Gemeinschaftsförderung aller Kassen zur Verfügung gestellt, weitere 2,5 Millionen Euro stellen die Kassen für sogenannte „individuelle Projekte“ zur Verfügung.

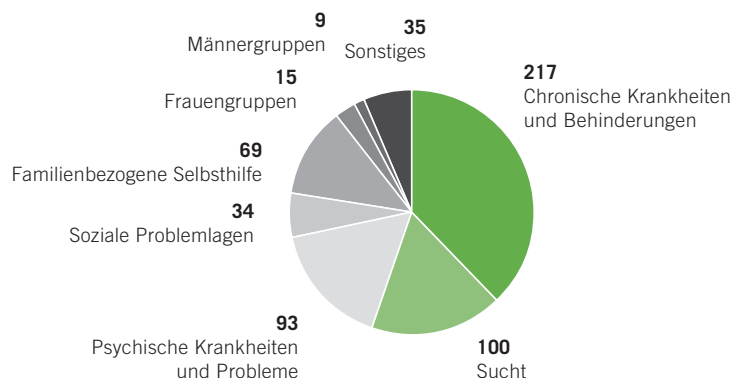
„Erlebte Kompetenz“ ist Gewinn für die ärztliche Behandlung

Die Einstellung der Selbsthilfegruppen zu den Ärzten und die der Ärzte zu den Selbsthilfegruppen haben sich weitgehend hin zu einer kooperativen Grundhaltung gewandelt. Ärzte sehen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen heute meist als hilfreich an. Denn Patienten berichten von Erfahrungen und Strategien der Alltagsbewältigung, die in keinem Lehrbuch stehen. Selbsthilfegruppen bieten heute – auf Erfahrungswissen basierende – Informationen zu fast jedem medizinischen und psychosozialen Thema an. Darüber hinaus vermitteln sie auch ein systematisch zusammengetragenes Fachwissen; nicht nur über traditionelle Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch über neueste Erkenntnisse in einem spezifischen therapeutischen Segment. Die Verknüpfung der „erlernten Kompetenz“ der Vertragsärzte und der „erlebten Kompetenz“ der Teilnehmer von Selbsthilfegruppen ist ein Gewinn für die ärztliche Behandlung.

Vor diesem Hintergrund empfehlen viele Ärzte ihren Patienten mit chronischen Erkrankungen die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Häufig erfahren sie dabei, dass Selbsthilfegruppen auch die ärztliche Arbeit unterstützen können. Und dass eine Kooperation im Sinne einer psychosozialen Arbeitsteilung zu einer Entlastung

KISS Stuttgart hat 572 Selbsthilfegruppen

KISS Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen e. V. Stuttgart



des Arztes führen kann. Nach verbreiteter Auffassung liegen in einer verstärkten Kooperation von Ärzten mit Selbsthilfegruppen Potenziale für die weitere Verbesserung der Qualität der somatischen und psychosozialen Versorgung der Patienten. Um solche Kooperationen noch besser unterstützen zu können, hat die KVBW eine Kooperationsberatungsstelle für ihre Mitglieder und für Selbsthilfegruppen sowie organisierte Patientenvertreter eingerichtet. Zu den Angeboten der Kooperationsberatung werden unter anderem gemeinsame Fachtagungen, ärztliche Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vermittlung von Referenten an Selbsthilfegruppen gehören.

Die finanzielle Förderung ist beispielhaft für andere Länder.

Organisationsstrukturen der Selbsthilfe

Bundesebene

- Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)
- Forum „Chronisch kranke und behinderte Menschen im PARITÄTISCHEN-GESAMTVERBAND e.V.“
- Deutscher Behindertenrat (DBR)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren e.V. (DHS)
- Bundesverbände der Selbsthilfe
- Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (NAKOS)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG-SHG) – Fachverband
- Allianz chronischer seltener Erkrankungen e.V. (ACHSE)
- Sonstige Selbsthilfeorganisationen

Länderebene

- Landesarbeitsgemeinschaften Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (LAGen SELBSTHILFE)
- Landesstellen für Suchtfragen
- Landesverbände der Selbsthilfe
- Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen

Regionale/örtliche Ebene

- Örtliche Arbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe von Menschen
- mit Behinderung und chronischer Erkrankung
- Selbsthilfekontaktstellen (KISSen)
- Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen

Musikermedizin – eine neue Disziplin mit wachsender Bedeutung

Professor Dr. med.
Claudia Spahn
Professor Dr. med.
Bernhard Richter
Freiburger Institut
für Musikermedizin,
Freiburg



Obwohl berufsbedingte gesundheitliche Risiken bei Musikern schon lange bekannt sind, ist die Musikermedizin eine junge Disziplin, die sich vornehmlich erst in den letzten drei Jahrzehnten entwickelt hat.

In Deutschland gründete sich in den Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts die Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin (DGfMM), die heute etwa 300 Mitglieder hat. In ihr sind Berufsgruppen wie Ärzte verschiedener Fachrichtungen (beispielsweise Psychosomatik, Neurologie, Orthopädie, Handchirurgie, HNO und Phoniatrie), Psychologen, Physiotherapeuten und Logopäden sowie Musikpädagogen und Musiker zusammengeschlossen. Neben den Lehrstühlen an der Hochschule für Musik und Theater Hannover und dem Freiburger Institut für Musikermedizin (FIM) an der Hochschule für Musik Freiburg wurden aktuell an den Musikhochschulen Dresden und Berlin neue Lehrstühle für Musikermedizin eingerichtet beziehungsweise besetzt.

Das Patientenspektrum umfasst Sänger, Angehörige stimmintensiver Berufe – wie beispielsweise die zahlenmäßig große Gruppe der Lehrer – und Instrumentalisten aus dem professionellen und dem Freizeitbereich. Hier besteht ein großer Bedarf, da in Deutschland al-

lein im Bereich der klassischen Musik mehr als 40.000 Musiker in professionellen Strukturen tätig sind und nach derzeitigem Kenntnisstand davon auszugehen ist, dass über die Hälfte der professionellen Musiker unter spielbedingten gesundheitlichen Einschränkungen leiden.

**Singen und Musizieren
sollten im Bewusstsein der
Bevölkerung den gleichen
positiven Gesundheitswert
haben wie Joggen.**

Musizieren ist gesundheitsfördernd

Es ist zu beobachten, dass im heutigen gesellschaftlichen Bewusstsein die Verbindung von Sport mit „gesund und fit“ wesentlich stärker verankert ist als die gesundheitsfördernden Aspekte des Musizierens. Musizieren stellt eine der ältesten und ursprünglichsten Formen menschlichen Ausdrucks und zwischen-



menschlicher Kommunikation dar und wurde bereits in der Antike mit Gesundheit in Verbindung gebracht.

Aktuell konnte in einer Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen belegt werden, dass Musik allgemein und insbesondere aktives Musizieren gesundheitsfördernde Wirkungen haben. Kulturelle Aktivitäten wirken sich günstig auf die Gesundheit und Lebenserwartung aus: Menschen, die häufig an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen, haben eine signifikant höhere Lebenserwartung als Menschen, die dies nicht tun. Bei Menschen, die aktiv singen, steigt zudem die Abwehrkraft des Immunsystems, und Singen führt zu vermehrter Ausschüttung von „Glückshormonen“, den Endorphinen. Singen wirkt sich darüber hinaus positiv auf den ungestörten Ablauf und die Regulierung von wichtigen Körperfunktionen wie Atmung, Körperhaltung und Muskeltonus aus.

Sportlich nicht aktive Menschen setzen sich heute unweigerlich der Frage aus, ob sie sich gesundheitsbewusst verhalten. Hierbei ist interessant, dass auch extreme sportliche Aktivitäten wie beispielsweise Marathonlaufen, die aus medizinischer Sicht für die Gesundheit durchaus fragwürdig sein können, als gesund gelten. Es wäre sehr wünschenswert, wenn Singen und Musizieren im Bewusstsein der Bevölkerung den gleichen positiven Gesundheitswert hätten wie Joggen.

Vor diesem Hintergrund ist zu verstehen, dass sich das neue Fach Musikermedizin zum Ziel gesetzt hat – neben seinen Aufgaben in der Kuration und Rehabilitation von erkrankten Musikern – im gesamtgesellschaftlichen Diskurs zu versuchen, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung durch Musik zu leisten. Auch die Gründung des FIM mit Unterstützung des Landes Baden-Württemberg ist Ausdruck dafür, dass das Thema „Musizieren und Gesundheit“ hierzulande ernst genommen wird.



Das neue Fach Musikermedizin behandelt vorrangig erkrankte Musiker. Darüber hinaus trägt es aber auch zum gesamtgesellschaftlichen Diskurs bei und leistet einen Beitrag zur Gesundheitsförderung durch Musik.

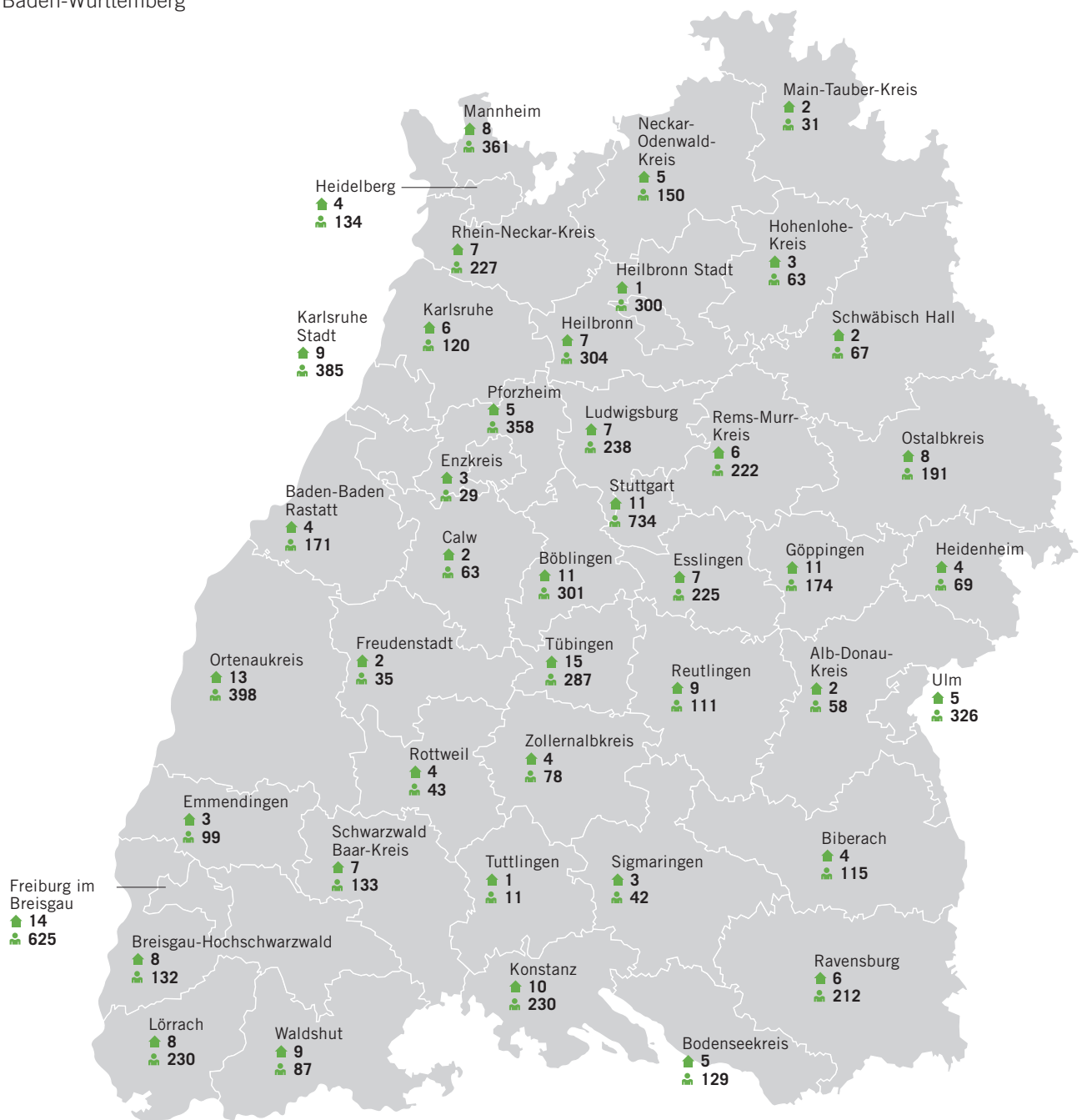
Substitutionsbehandlung – Weg aus der Drogenabhängigkeit

Die Krankenbehandlung umfasst auch die Behandlung von Suchterkrankungen mit dem obersten Ziel der Suchtmittelfreiheit. Im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung regelt eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung bei manifest Opiatabhängigen, unabhängig davon, mit welchen nach dem Betäubungsmittelrecht zugelassenen Substitutionsmitteln die Behandlung durchgeführt wird. Dabei korrespondiert die Bereitschaft der sich für die – durch Maßnahmen der psychosozialen Betreuung begleitete – Substitutionsbehandlung zur Verfügung stellenden Ärzte mit dem nachhaltigen Bemühen der KV, landesweit ein flächendeckendes Praxisnetz zur Sicherstellung der erforderlichen Behandlungskapazitäten vorzuhalten. Die Karte dokumentiert den Versorgungsstand zum 1. Oktober 2008, ausweislich der Anzahl der in den jeweiligen Stadt- und Landkreisen substituierenden (Schwerpunkt-)Praxen sowie der jeweils als Gesamtzahl ausgewiesenen Substitutionspatienten. Danach verteilen sich die insgesamt 8300 Substitutionspatienten auf 265 Praxen mit insgesamt 300 substituierenden Ärzten.



Methadon

Anzahl der Praxen und der Substitutionspatienten in Baden-Württemberg



Anzahl der Praxen
 Anzahl der Substitutionspatienten

Versorgung am Feldberg – Ein Interview mit Dr. Ibrahim Boolakee

Wie kamen Sie auf die Idee, am Feldberg zu arbeiten?

In Freiburg habe ich studiert und dort den Facharzt für Anästhesie gemacht. Ich hatte die Möglichkeit, direkt im Umkreis von Titisee-Neustadt eine Stelle in der „Inneren“ zu bekommen, wo ich also nicht nur Anästhesie machte.

Später bin ich dann zur Chirurgie gewechselt und war neun Jahre lange dort. Ich habe dabei viel Notfallmedizin und auch viele Notfalleinsätze gemacht. Und dann 1991 oder 1992, als der Praxisvorgänger altersbedingt aufhören wollte, hatte ich das Gefühl, die Praxis sei von der Ausbildung her auf mich zugeschnitten.

Seit wann sind Sie in diesen Räumen tätig?

Ich habe 2001 diese große Praxis übernommen, die es auch ermöglicht, Knochen einzurichten, da ein kompletter Gipsraum existiert. Insgesamt bin ich seit 15 Jahren hier oben am Feldberg tätig. Die jetzige Praxisgröße beträgt rund 250 Quadratmeter. Die Wundversorgung und auch kleinere Operationen sind hier möglich, EKG und Ultraschall haben wir zudem.

Wie üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

Die Arbeit sieht so aus, dass ich im Winter – geschätzt sicherlich 80 bis 90 Prozent fachärztlich tätig bin, also unfallchirurgisch. Der Rest ist Allgemeinmedizin. Es kommen immer wieder Grippeerkrankungen, Herzpatienten oder wie auch immer, das muss man hier mitversorgen.

Für den Rest des Jahres ist die Praxis stark chirurgisch ausgerichtet, weil ich die Röntgenanlage habe. Die Leute kommen hierher, weil sie zum Knochenspezialisten wollen, was ich zwar nicht bin, aber dieser Ruf hat sich verbreitet.

Wie haben Sie Ihre Praxis organisiert?

Ich mache alles allein. Das Problem ist, dass die Praxis abseits vom bewohnten Gebiet mitten im Skigebiet liegt.

Die geografische Lage ist schon ein Handicap, denn hier wohnt kein Mensch. Alle Leute, die ins Skigebiet kommen, nehmen meine spezielle Versorgung am Feldberg in Anspruch. In den anderen Praxen haben sie Schwierigkeiten in der Versorgung. Die Praxis existiert seit über 40 Jahren und wurde von zwei Kollegen vor mir betrieben.

Zunächst haben sie die Erste-Hilfe-Station mit einer Krankenstation im Hotel „Feldberger Hof“ eingerichtet. Ich habe mittlerweile investiert, in die Praxis und in eine Röntgenanlage. Dadurch kann ich Unfälle versorgen und bin der „Knochendoktor auf dem Feldberg“ geworden.

Die Ausbildung als Allgemeinarzt und die lange Tätigkeit in der Chirurgie hat mich für den Mischbetrieb hier prädestiniert.

Das Problem ist, dass die Gesundheitspolitik Ärzte, die einen solchen Mischbetrieb führen, nicht unterstützt. Entweder soll man Hausarzt

Dr. med. Ibrahim
Boolakee
Facharzt für Allgemein-
medizin, Feldberg





oder Facharzt sein. Als Allgemeinarzt kann man am Feldberg grundsätzlich nicht existieren, da hier niemand wohnt. Allein als Fachchirurg kann aber auch niemand existieren.

Mit welchem Personal arbeiten Sie?

Ich musste aufgrund des Allgemeinkosten-drucks das Personal auf zwei Arzthelferinnenstellen reduzieren. Die Personalbesetzung ist sehr wichtig: Wir bieten eine Dauerpräsenz an, das heißt, je nachdem ab wann morgens die Lifte laufen, sind wir manchmal ab Anfang Dezember bis Ende der Saison immer jedes Wochenende und jeden Feiertag rund um die Uhr hier, bis die Lifte abgeschaltet werden.

Ich bin dies mittlerweile so gewohnt, aber für die Mitarbeiterinnen ist dies eine große Belastung, turnusmäßig jeden Samstag und Sonntag arbeiten zu müssen – und dies nach einer ganzen Woche.

Dabei habe ich trotzdem Glück, denn die Arzthelferinnen sind immer sehr, sehr lange bei mir. Die Atmosphäre in der Praxis ist auch sehr angenehm. Wir arbeiten eng mit der Bergwacht und den Skiliftbetreibern zusammen, was auch meinen Arzthelferinnen Spaß macht. Die Patientenklientel besteht zumeist aus jungen Leuten. Dabei sind viele Snowboarder und das ist teilweise schon richtiger Stress. Aber man hat mit jungen Leuten zu tun und das schafft dann eine ganz andere Atmosphäre in der Praxis.

Wie ist die Organisation bei Unfällen?

Wenn ein Unfall geschieht, ist zunächst die Bergwacht zuständig. Sie bringt die Verletzten von der Piste bis an den Straßenrand. Wir haben hier eine Regelung, dass die Patienten auch direkt in die Praxis gebracht werden dürfen. Die Bergwacht ist so lange zuständig, bis der Arzt kommt. Die Übernahme in einen Krankenwagen, wie sie eigentlich erforderlich wäre, wird aufgrund des kurzen Weges hier nicht praktiziert. Die Anfahrtszeiten bei hohem Schnee wären auch zu lang. Die Bergwacht darf also hier auch kurze straßengebundene Transporte übernehmen. Die Bergwacht bringt die meisten Verletzten liegend hier in die Praxis. Schwere Fälle werden auch direkt von der Piste mit dem Hubschrauber transportiert.

Wie beginnen Sie Ihren Praxistag?

Mein Tag fängt im Winter so an, dass ich um 5.30 Uhr aufgestanden sein sollte, weil auf dem Parkplatz der Praxis Schneemassen liegen, die ich erst räumen muss. Beim liegenden Transport muss die ganze Schneemasse vor dieser Praxiseinfahrt geräumt werden. Zwischen 6.00 Uhr und 6.30 Uhr kommt dann die große Gemeindefräse und räumt den restlichen Schnee. Wenn ich die Schneewege außerhalb des Wendekreises der Fräse nicht vorher räume, funktioniert das nicht.

Danach frühstücke ich schnell und dann geht es hier um 8.00 Uhr los, bis die Lifte um 17.00



Uhr wieder still stehen. Sprechstunde haben wir durchgehend und bis 18.00 Uhr täglich.

Wie ist Ihr Verhältnis zur KV?

Mit meinem Mischbetrieb habe ich immer ein Problem hier, egal was kommt. Ich kann beispielsweise diese Hausarztvertragsregelung nicht machen, weil ich hier oben nicht die Patienten habe. Ich habe die Struktur nicht und dann gibt es keine Ziffern für meine Röntgenleistungen. Ich sehe daher auch große Probleme für die Zukunft, hier den Betrieb aufrechtzuerhalten. Die Stadt und die Hotels wollen das zwar wegen des Wintersports. Möglicherweise muss ich mir aber Kooperationsmöglichkeiten suchen, um weitermachen zu können. Die Praxis ist gut angenommen worden vom ganzen Skibetrieb, es wird auch damit geworben. Patienten kommen aus der ganzen Bundesrepublik und aus dem Ausland. Insoweit ist die Praxis schon eine Institution. Viele Gäste kommen dann auch gern, weil es ein sehr schönes und das größte Skigebiet in Baden-Württemberg ist. Und wenn sie erkranken, setzen sie darauf, dass es unmittelbar an der Piste eine Praxis gibt. Es ist hier schon eine einmalige Situation. Ich glaube, in der ganzen Bundesrepublik gibt es so was nicht. Zusammen haben wir die Infrastruktur für den Wintersport und auch für die Versorgung der Verletzten immer wieder verbessert. Der Bürgermeister ist von der Struktur auch begeistert. Ich wäre wirklich traurig, wenn

mein Werk hier in der Zukunft nicht weitergeführt werden könnte. Aber da wird es noch viele Probleme geben. Das fängt bereits damit an, wie die Praxis ausgeschrieben werden darf. Dazu haben wir hier noch eine Überversorgung und es sind genug Ärzte da. Aber die Landschaft und die Politik sind hier sensibel. Aber nicht nur die reine Nachfolgefrage ist ein Problem, sondern auch, wer die Räumlichkeiten übernimmt. Wer hat schon das Geld dafür und kauft sich hier eine Praxis?

Fahren Sie denn selbst Ski?

Ich fahre selbst gerne Ski. Aber im Winter kann ich nicht fahren. Ich muss ja hier sitzen und arbeiten. Ich könnte ja auch mal fahren, ich habe ja mein Funkgerät dabei, aber ich komme einfach nicht dazu.

Ist der Wegfall der Altersgrenze eine Zukunftsoption?

Das weiß man nicht. Die Tatsache, dass viele Ärzte Praxisimmobilien haben, die abzuzahlen sind, kann dazu führen, länger als bis 68 zu arbeiten. Ich will mir jetzt nicht schon quasi so früh mit meinen 62 Jahren Gedanken darüber machen. Wenn ich eine günstige Situation habe und sich die Sache mit der Praxis regelt, dann wäre das eine Option, genauso wie der Eintritt in eine Kooperation. Das wird die Zukunft zeigen.

Ambulant – stationär: eine Schnittstelle mit Zukunft

Für den Gesetzgeber steht fest: In der Schnittstelle ambulant-stationär liegt noch ein großes und bisher nicht ausgeschöpftes Potential. Im Rahmen der Reformen wurden immer wieder Neuregelungen erdacht.

Zwei Welten im Konkurrenzkampf oder im Zusammenspiel? Je nach Vorzeichen wird an der Schnittstelle ambulant-stationär eine Reibungsfläche oder eine Chance zu kooperativen Versorgungsformen gesehen. Die Augen des Gesetzgebers sehen an dieser Schnittstelle vor allem eins: ein noch unausgeschöpftes Potenzial zu verbesserter Qualität, optimaler Arbeitsteilung und Patientenorientierung in der Versorgung. Im Rahmen der Reformen der letzten Jahre hat der Gesetzgeber immer wieder mit ungebrochenem Enthusiasmus Neuregelungen für die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erdacht. Damit sollten Ideen der „koordinierten Versorgung aus einer Hand“, der „besseren Verzahnung der einzelnen Sektoren“ oder auch der „Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung“ und der „optimalen Versorgung der Versicherten“ sowie ein „Wettbewerb, der vor allem den Versicherten nützt“ realisiert werden.

Neben einigen schon seit Jahren bewährten Versorgungsformen an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Arztpraxis wie den Belegärzten oder dem Ambulanten Operieren

gab es in den letzten Jahren zahlreiche Gesetzesinitiativen zu neuen Versorgungsformen: die Integrierte Versorgung nach Paragraph 140a ff SGB V, das Medizinische Versorgungszentrum, hochspezialisierte ambulante Leistungen des Krankenhauses nach Paragraph 116b SGB V und nicht zuletzt die durch das Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz eingeleitete Möglichkeit für Vertragsärzte zu einer gleichzeitigen Tätigkeit in einem Krankenhaus. Trotz dieser Vielzahl von Möglichkeiten sind die Auswirkungen in der Realität der Versorgungspraxis verschwindend gering. Nur sehr wenige Patienten können bisher von einem verbesserten Schnittstellenmanagement an der Sektorengrenze profitieren. Nur bei wenigen Vertragsärzten und wenigen Krankenhäusern haben schnittstellenübergreifende Tätigkeiten im Vergleich zum Kerngeschäft eine nennenswerte Bedeutung. Wie kommt es zu dieser Diskrepanz zwischen politisch bekundetem Willen und der Realität?

Betrachtet man die verschiedenen Varianten der Leistungserbringung an der Sektorengrenze, so findet man eine bemerkenswerte Vielzahl von Regelungen. Dies betrifft sowohl die Zulas-

Dr. Josef Siebig
Verbandsdirektor
Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft (BWKG),
Stuttgart





sung zur Leistungserbringung, die Vergütung, als auch die Qualitätsanforderungen. Diese fast verwirrende Vielfalt lenkt ab von der nüchternen Tatsache, dass die derzeitigen Rahmenvorgaben für den ambulanten Sektor einerseits und den stationären Sektor andererseits kaum Bewegungsspielraum für eine sektorübergreifende Zusammenarbeit lassen.

Land hat Verantwortung für stationäre Versorgung

Während die Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung gewährleisten und hierzu eine Bedarfsplanung durchführen, liegt die Letztverantwortung für die Sicherstellung und die Planungskompetenz für die stationäre Versorgung in der Hand des Landes. Auch bei der Finanzierung von Investitionen, der Vergütung und der Qualitätssicherung sind die grundsätzlich verschiedenen Ansätze bekannt. Bei jeder kooperativen Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg steht daher zur Debatte, wessen Regelungen denn nun angewandt werden sollen oder ob eine gemeinsame dritte Variante entwickelt wird. Bei der Integrierten Versorgung nach Paragraph 140a ff SGB V erlaubt der Gesetzgeber den Vertragspartnern ausnahmsweise weitgehende Freiheiten, um aus diesem Dilemma herauszukommen. Losgelöst von Bedarfsplanung und Sicherstellung können hier neue Versorgungsformen entwickelt werden. In der Regelversorgung ändert sich dadurch allerdings nichts.

Der große Schritt über die Sektorengrenze hinweg ist nur dann möglich, wenn die Fragen der Bedarfsplanung, der Sicherstellung der Versorgung, der Vergütungssysteme und der Qualität nicht ausgeklammert werden. Die große Brücke über die Sektorengrenze kann nur aus einheitlich definierten Rahmenbedingungen gebaut werden. Wegen der strittigen Frage nach dem richtigen Architekten sind Planungen hierzu bisher nicht über Skizzen hinausgekommen. Dies ist aus Sicht der Krankenhäuser und der Vertragsärzte auch gut so, denn wer kann dieser große Einheitsarchitekt sein wenn nicht eine Einheitskrankenkasse oder der Staat selbst? Den einen großen Schritt über die Sektorengrenze wird es daher auch in absehbarer Zeit nicht geben. Sie bleibt trotz vielfacher Bemühungen des Gesetzgebers und exzellenter Projekte einzelner Leistungserbringer eines der langlebigsten und prägendsten Merkmale des deutschen Gesundheitswesens.

Bleibt daher an der Sektorengrenze auch in Zukunft alles beim Alten? Mit Sicherheit nicht, denn auf der Suche nach Verbesserungspotenzialen für Qualität und eine optimale Arbeitsteilung in der Versorgung hat nicht nur der Gesetzgeber, sondern haben alle Akteure im Gesundheitswesen Interesse daran, ein Brückenstück über die Schnittstelle ambulanzstationär zu bauen. Eine neue Bewegung an der Sektorengrenze ist das Zusammenführen von Teilbereichen der ambulanten und der stationären Versorgung in neu definierte Ver-



sorgungsbereiche. Das ambulante Operieren nach Paragraph 115b SGB V und die hochspezialisierten ambulanten Leistungen nach Paragraph 116b SGB V stehen für diese Entwicklung. Eine Harmonisierung der Rahmenbedingungen in einem so neu abgesteckten Teilversorgungsbereich kann realisiert werden und einen fairen Wettbewerb, neue Kooperationsformen und eine verbesserte Patientenorientierung ermöglichen. Die Krankenhausseite und die Vertragsärzte sind dabei als Mitgestalter gefragt.

Versorgungsbereiche werden neu definiert

Am Horizont sind schon jetzt weitere Entwicklungen erkennbar, die noch mehr Flexibilität ins System bringen werden. Neue, zusätzliche Schnittstellen werden entstehen. Beispielsweise wird eine Abgrenzung zwischen Notfallleistung und elektiven Leistungen diskutiert oder eine neue Abgrenzung von Versorgungsebenen wie etwa die wohnortnahe fachärztliche Versorgung im Vergleich zur spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgung.

Neue Grenzziehungen werden Versorgungsbereiche neu definieren und Versorgungsformen flexibler machen. Es wird mehr Chancen für sektorübergreifende Kooperationen und mehr Variationen von Brücken von einem Versorgungsbereich zum nächsten geben. Vor diesem Hintergrund wird die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten in der Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Je

flexibler das Umfeld, desto wichtiger sind partnerschaftliche Kooperationen. Nur gemeinsam kann eine umfassende Versorgung der Versicherten auf hohem qualitativem Niveau geleistet werden. Die Vielzahl von Projekten an der Sektorengrenze – von gemeinsamen Weiterbildungskonzepten bis zur der elektronischen Vernetzung zwischen Praxis und Krankenhaus – zeugen von der hohen Motivation aller Beteiligten und den unausgeschöpften Potentialen an der Schnittstelle.

In Baden-Württemberg haben die KVBW und die BWKG bereits in zahlreichen Verträgen und Projekten die Übergänge in der Sektorengrenze mitgestaltet. Der nächste zukunftsweisende Baustein könnte der Aufbau einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung werden, die sich derzeit unter Beteiligung der KVBW, der BWKG und der Landesverbände der Krankenkassen in der Planungsphase befindet.



Noch immer können nur wenige Patienten von einem verbesserten Schnittstellenmanagement an der Sektorengrenze zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern profitieren. Ein Grund ist sicherlich die unterschiedliche Verantwortung für und die Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Meinung unserer Vertragspartner

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

Für die absehbare Zukunft ist in Baden-Württemberg die ambulante ärztliche Versorgung flächendeckend sichergestellt und ein Ärztemangel nicht zu erwarten. In der Bedarfsplanung gibt es nur geringe Veränderungen, da die Mehrzahl der Planungsbereiche überversorgt ist und Sonderbedarfszulassungen kaum auszusprechen sind.

Die schwerwiegenden Veränderungen der neuen Vergütungsregelungen sind in ihren möglichen Auswirkungen auf die Versorgung zu prüfen. Um insbesondere die hausärztliche Versorgung unserer Versicherten dauerhaft zu sichern, hat die AOK den Weg in einen Hausarztvertrag beschritten. Wir erwarten uns davon, dass dies flächendeckend – also auch in ländlichen Regionen – die Versorgungsqualität auf hohem Niveau erhält und verbessert. Eine Ergänzung zur hausarztzentrierten Versorgung sind Facharztverträge, mit denen die Qualität in der Versorgungskette zusätzlich aktiv unterstützt wird. So kann unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds ein wichtiger Beitrag zum Erhalt der hohen Versorgungsqualität in Baden-Württemberg geleistet werden.

Neben der Sicherung der Qualität sollen diese neuen Vertragsformen auch ganz wesentlich

zur Steigerung der Effizienz in der Gesamtversorgung beitragen. Die neuen Verträge der AOK und ihrer Partner werden zukünftig neben dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung das Versorgungsangebot bereichern.

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

Die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg ist bisher flächendeckend sichergestellt. In vielen Stadt- und Landkreisen liegen sogar Überversorgungen vor. Mit einem strukturierten Versorgungsnetz begegnet die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg den Herausforderungen des demografischen Wandels in hervorragender Weise.

Gewährleistet wird die qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung im Land über die Finanzierung überdurchschnittlich hoher Honorare durch die Krankenkassen. Neben den budgetierten vertragsärztlichen Behandlungen gilt dies insbesondere für eine Palette schwerpunktmäßig geförderter Leistungen. Exemplarisch sei hier auf die Bereiche Ambulantes



Operieren, Notfalldienste, Prävention und begleitende Leistungen verwiesen.

Mit der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung zum 1. Januar 2009 kommt diese Finanzausstattung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gehörig unter Druck. So liegt der bundeseinheitlich vorgegebene – und somit auch in Baden-Württemberg verbindliche – Orientierungswert des Erweiterten Bewertungsausschusses deutlich unter dem bisherigen Punktwertniveau im Land. Regionale Anpassungen dieses Werts zur Berücksichtigung besonderer Versorgungs- und Kostenstrukturen werden genauso verneint wie eine Erweiterung des Katalogs der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu finanzierenden Leistungen. Diese Beschränkungen der kollektivvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten gehen einher mit den bundesweit vorgegebenen Mittelzuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds.

Ob und inwieweit diese Mittelzuweisungen ausreichen, um über zusätzliche Selektivverträge bestehende – oder gar neue – Versorgungsverträge abschließen zu können, bedarf gründlicher Prüfungen.

Mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg als starkem und zuverlässigem

Partner sind die Ersatzkassen, BKK, IKK und die Knappschaft in Baden-Württemberg jedoch zuversichtlich, auch mit den nun deutlich eingegrenzten Finanzmitteln zu vertretbaren Ergebnissen für alle Beteiligten zu kommen.

Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg

Beinahe 70 Prozent der Fläche Baden-Württembergs entfallen auf den ländlichen Raum. Dort wohnen 35 Prozent der Bevölkerung. Durch die Wanderbewegung von jungen Menschen in die Ballungsräume kommt es zu einem Bevölkerungsrückgang des ländlichen Raums und gleichzeitig zu einer Entwicklung der ländlichen Bevölkerungsstruktur hin zu einer immer älteren Gesellschaft. So wird sich nach den Erhebungen des Statistischen Landesamts die Zahl der über 60-Jährigen bis 2025 im ländlichen Raum um über 40 Prozent erhöhen, in den städtischen Bereichen aber um weniger als 30 Prozent. Bei den über 85-Jährigen fällt die Entwicklung noch drastischer aus. Hier wird von einer Zunahme von 130 Prozent im ländlichen Raum ausgegangen, wobei dies in einigen Regionen auch bis zu 200 Prozent sein können, während die Zunahme in den Ballungsräumen bei unter 100 Prozent liegen wird. Mit diesen Entwicklungen verbunden ist die Gefahr der sukzessiven Ausdünnung der Infrastruktur an Dienst- und Versorgungsleistungen.

Ein besonderes Augenmerk wird auf das künftige Angebot medizinischer Leistungen zu richten sein. So zeichnet sich in stark ländlich geprägten Regionen der Trend ab, dass Arztsitze wegen der schwierigen Arbeitsbedingungen und auch wegen fehlender Wirtschaftlichkeit nicht wieder besetzt werden. Auch in der stationären Versorgung wird sich der Trend zu einer Konzentration fortsetzen. So werden auch in Zukunft kleinere ländliche Krankenhäuser wegen fehlender Wirtschaftlichkeit ihren Betrieb nicht mehr aufrechterhalten können. Bei der Arzneimittelversorgung ist, nicht zuletzt aufgrund des zunehmenden Versandhandels, ebenfalls von einer Ausdünnung des Netzes der öffentlichen Apotheken im ländlichen Raum auszugehen.

Dieses eingeschränkte Angebot von medizinischen Leistungen trifft dann den erhöhten Bedarf einer immer älter werdenden ländlichen Bevölkerung gegenüber. Diese steht zukünftig vor dem Problem, dass zur gesundheitlichen Versorgung immer weitere und beschwerlichere Wege und längere Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Dieser Entwicklung sieht die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg, deren Versicherten ganz überwiegend im ländlichen Raum wohnen, mit Sorge entgegen. Da die Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum

auch eine Frage der vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten ist, wird sich durch den Gesundheitsfonds, der Baden-Württemberg nicht unerhebliche Finanzmittel entziehen dürfte, sicherlich keine Verbesserung dieser Situation ergeben.

Die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg sieht diese Probleme als große Herausforderung für die Zukunft an und wird sich zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg dafür einsetzen, dass für die Bevölkerung im ländlichen Raum auch weiterhin eine gute Struktur für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung steht.

Weshalb Ökonomie in der Medizin?

Ökonomie ist medizinischen Handelns unwürdig! Ethisch, so wird stets argumentiert, verbiete es sich, dass Ärzte bei Entscheidungen Kosten in Erwägung ziehen. Ärzte müssen sich ganz auf das Wohlergehen ihrer Patienten konzentrieren. Dabei sei angemerkt, dass Ökonomie im Kern nichts mit Geld zu tun hat. Ökonomisch handeln heißt schlicht Wahlentscheidungen treffen. Und: entscheiden heißt verzichten.

So wird eigentlich stets verkannt, dass jeder Mensch in jeder Lebenslage ökonomisch handelt, ja sogar handeln muss. Warum ist jeder – auch ein Arzt – gleichsam qua Geburt Ökonom? Einfache Antwort: weil jeder mit knappen Mitteln haushalten muss. Und davor ist ärztliches Handeln nicht gefeit. Auch Ärzte müssen Entscheidungen treffen, wenngleich ihre Ziel das Wohl des Patienten ist und nicht unbedingt die Maximierung von Einkommen oder Gewinn. Allerdings gilt auch für Ärzte über die verfügbaren, knappen Ressourcen zu entscheiden, d.h. knappe Mittel bestmöglich einzusetzen und dabei nicht nur das Wohl des einzelnen Patienten sondern das aller ihrer Patienten im Blick zu haben.

Und unabweisbare Realität ist auch: gleichsam seit der Vertreibung aus dem Paradies, wo Milch und Honig fließen, sind die Ressourcen knapp. Dies wird besonders deutlich an den Beispielen Erdöl, sauberes Wasser, saubere Luft und auch (Arbeits-)Zeit.

Aber auch ärztliches Wissen und Können sind nicht im Überfluss vorhanden. So würde sich im „Idealfall“ jeder Bürger die beste ärztliche Versorgung qualitativ und quantitativ wünschen. So wäre doch ein „höchstqualifizierter“ Leibarzt, der stets zur Stelle wäre, wenn man ihn benötigte, für jeden Bürger die ideale Versorgung. Mit diesem „holzschnittartig“ gefassten Beispiel kann illustriert werden, dass ökonomisches Denken auch in der Medizin bereits besteht. An dem Bild der Leibärzte für die Bevölkerung wird unmittelbar deutlich, dass es so viele gar nicht geben kann, da die Ausbildungskapazitäten beschränkt sind und die Menschen, die Leibärzte würden, keine anderen Berufe ergreifen und keine anderen Aufgaben übernehmen könnten. Doch diese anderen Aufgaben sind ebenso geschätzt und benötigt. So gäbe es weniger Physiker, Diplomaten, Piloten, Bauarbeiter, Pflegekräfte, Versicherungsmakler und auch weniger produzierte Güter wie Autos, Kaffee, Kartoffeln, Golfschläger und Golfplätze. Und dies alles

Professor Dr. rer. pol.
Axel Olaf Kern
Gesundheits- und
Sozialmanagement
Hochschule
Ravensburg-
Weingarten



deshalb, weil die eingesetzten (finanziellen) Mittel für die Ausbildung und Bezahlung der Leibärzte dann nicht mehr für andere Dinge verfügbar sind.

Leibarzt auf eigene Rechnung

Diese geringere Produktion anderer Güter wäre so lange kein Problem, wie die Präferenzen, die Wünsche und Vorstellungen der Bürger so geartet wären, dass sich alle einen Leibarzt an ihrer Seite wünschten und zur Seite stellten. Und dies wäre ferner auch so lange kein gesellschaftlicher Diskussions- oder Streitpunkt, wie alle die Kosten für „ihren“ Leibarzt aus eigenen Mitteln finanzierten. Dann bedeutete dies nur, dass die Leistung eines Arztes als relativ wichtiger betrachtet würde als andere Dinge wie die Leistungen der anderen Berufe oder andere Güter und Dienstleistungen.

Erst wenn die Situation eintritt, dass jeder Bürger einen Leibarzt haben soll oder haben möchte, stellt sich die Frage, wie dies finanziert werden kann, da nicht jeder Einzelne über so viele Eigenmittel verfügt, den Leibarzt selbst zu bezahlen. Dann muss entschieden werden, ob die Gesellschaft bereit ist, zugunsten der Finanzierung von Leibärzten auf andere Dinge zu verzichten und allen Gesellschaftsmitgliedern einen Leibarzt aus Steuergeldern zu finanzieren. Und damit geht unmittelbar die Frage einher, wie die Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen gestaltet sein soll, welche die Gesellschaft für alle ihre Mitglieder für sinnvoll

erachtet und aus gemeinschaftlichen Mitteln (Steuern) zu finanzieren gedenkt?

Im Sinne rationalen Handelns wird nur die Maßnahme finanziert, die den besten Kosten-Nutzen-Quotienten vorweisen kann.

An dieser Stelle kommt die Kosten-Nutzen-Analyse zum Tragen, da die Gesellschaft vor der Entscheidung steht: a) sollen Leibärzte beziehungsweise die medizinische Versorgung aus öffentlichen Mitteln finanziert werden und b) wie viele beziehungsweise in welchem Umfang? Diese Fragen können nur beantwortet werden, wenn geklärt ist, welchen Nutzen die Gesellschaftsmitglieder aus Leibärzten ziehen im Vergleich zu anderen Berufen oder Dingen wie Kartoffeln oder Autos, wenn die Mittel nicht für Leibärzte verwendet würden.

Hier wird deutlich, dass Kosten-Nutzen-Analysen nur erforderlich sind, wenn entschieden werden muss, für welche Zwecke öffentliche Mittel, also Steuermittel, eingesetzt werden sollen. Nur dann ist herauszustellen, in welcher Verwendung die eingesetzten Steuermittel welchen Nutzen stiften – für die Gesellschaft. Im Sinne rationalen Handelns wird das Pro-

jekt beziehungsweise diejenige Maßnahme durchgeführt, die den besten Kosten-Nutzen-Quotienten aller zu einem Zeitpunkt einander gegenübergestellten Möglichkeiten aufweist. Dabei kann es durchaus dazu kommen, dass Gesellschaftsmitglieder Einbußen erdulden müssen. Die Einbuße kann darin bestehen, dass deren Wünsche und Präferenzen zugunsten der Meinung beziehungsweise Auffassung der Mehrheit nicht beachtet werden. Hier stellt sich die Frage, wie diese kollektiven Entscheidungen zustandekommen? Sind diejenigen, welche die Umfänge öffentlicher Leistungen bestimmen, also diejenigen, die den Bedarf an Gesundheitsleistungen für die Bürger bestimmen, dazu legitimiert? Bleibt da nicht dem Arzt die Aufgabe, seine Funktion als Anwalt des Patienten mit dessen individuellen Bedürfnissen stärker in das Blickfeld zu rücken?

Zahlungsbereitschaft spiegelt den Nutzen wider

Um knappe Ressourcen optimal einzusetzen zu können, muss klar sein, an welcher Stelle sie den größten Nutzen stiften. Im Falle vollständig privater Finanzierung von (Gesundheits-)Leistungen sind keine methodisch aufwendigen Kosten-Nutzen-Analysen erforderlich. Jedes Individuum und jedes Unternehmen entscheidet dann am Markt allein aufgrund des Preises (was kostet ein Leibarzt?) und der individuellen Zahlungsbereitschaft, ob eine Dienstleistung oder Sache genutzt oder erworben werden soll. Die Zahlungsbereitschaft spiegelt den

Nutzen beziehungsweise den Wert wider, den eine Person der Dienstleistung oder Sache zumisst. Ist die Zahlungsbereitschaft geringer als der Preis, so kommt das Individuum nicht zum Zuge. Ist die Zahlungsbereitschaft größer oder entspricht sie dem Preis, so erwirbt der Nachfrager die Sache beziehungsweise kann die Dienstleistung in Anspruch nehmen. Der Preis ist das Rationierungsinstrument, also das Zuteilungskriterium, in der Marktwirtschaft.

Wird aus gesellschaftlicher Perspektive abgelehnt, Gesundheitsleistungen dem privaten Marktgeschehen zu überlassen, dann muss eindeutig definiert werden, welches die Ziele der Gesundheitsversorgung sind. Ohne eindeutige Zielsetzung kann nicht beurteilt werden, ob die vorgesehenen Mittel optimal eingesetzt werden. So muss im Falle des Maximalprinzips mit gegebenen Ressourcen das bestmögliche Ergebnis erzielt werden. Entsprechend dem Minimalprinzip ist ein gegebenes Ziel mit so wenigen Ressourcen als möglich zu erreichen. Dementsprechend muss das Ziel präzise und somit möglichst detailliert definiert werden. Diese Zieldefinition ist sowohl hinsichtlich Menge als auch Qualität zu treffen. Dabei müssen Ziele nicht nur für gesundheitspolitische Überlegungen definiert zu werden.

Ärzte in anwaltlicher Funktion

Auch für die individuelle Patientenbetreuung sind Ziele notwendig, um beurteilen zu können, ob effektiv und effizient gehandelt worden ist.

So kann nur überprüft werden, ob mit geringstmöglichem Mitteleinsatz behandelt wurde. Dies bedeutet, Ressourcen zu schonen. Und dies ist deshalb von solch großer Bedeutung für den einzelnen Menschen und den einzelnen Arzt und für die Volkswirtschaft insgesamt, weil die nicht ver(sch)wendeten Mittel für andere Zwecke verwendet werden können. Im Mittelpunkt aller Überlegungen muss allerdings der Patient stehen. Dessen Bedürfnisse müssen befriedigt werden, weshalb dem Arzt eine anwaltliche Funktion zukommt, da der Patient stets über weniger Information und Wissen in Bezug auf seine eigene Krankenversorgung verfügt als der Arzt. Dabei ist die umfassende Patientenbegleitung von großer Bedeutung, da die ärztliche Versorgung nur dann ihre volle Leistung entfalten kann, wenn die Vor- und Nachbetreuung ebenso professionell vonstatten geht.

Zu lösen ist die knifflige Aufgabe, wie mit knappen Mitteln möglichst viele Menschen versorgt werden können.

Ökonomie bedeutet für die Medizin somit natürlich sparen, nämlich sparsam, sinnvoll und zielorientiert mit Ressourcen umzugehen, um die „knifflige“ Aufgabe zu lösen, wie mit knappen Mitteln die Gesundheitsversorgung

bestmöglich gestaltet werden kann, um möglichst viele Menschen versorgen zu können. Ökonomie hilft das Knappheitsproblem zu lösen! Das heißt das Problem zu lösen, wofür die verfügbaren, knappen Ressourcen eingesetzt werden sollen, um ein bestmögliches Ergebnis, das heißt die größtmögliche Befriedigung der Bedürfnisse aller, erreichen zu können.

In der individuellen Perspektive kann der Arzt auch nur feststellen, ob die Versorgung sinnvoll war, wenn zu Beginn der Therapie ein Ziel und/oder mehrere Teilziele bestimmt waren. Ziele sind zeitlich und räumlich zu bestimmen. Für die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung bedeutet dies zum Beispiel: „Sie werden in sechs Wochen wieder schmerzfrei gehen können.“ Dazu kann die SMARTe Zielformulierung (spezifisch, messbar, aktiv, realistisch, terminierbar) dienen, um den Versorgungsprozess nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Arzt zu optimieren. Eine valide Anamnese ist hierfür ebenso von Bedeutung wie ein Maßnahmenplan und eine Evaluation der erfolgten Therapieschritte. Daraus ergibt sich natürlich, dass der Arzt kontrollierbar wird hinsichtlich des Behandlungsergebnisses. Diese Ergebnisorientierung wird beeinflusst vom Handeln des Arztes, der Güte seiner Diagnose und Therapiemaßnahmen sowie der Wirksamkeit zugezogener Leistungen und der Compliance des Patienten. Somit ist medizinische Versorgung immer ein komplexer Handlungs- bzw. Produktionsprozess, dessen Erfolg neben ärztlichem



Handeln von verschiedenen weiteren Einflussfaktoren mitbestimmt wird. Jedoch kann erst so über Rationalisierung und Rationierung auch in der Praxis sinnvoll nachgedacht werden. Und Rationalisierung bedeutet für die Medizin dann, das gesetzte Behandlungsziel durch den verbesserten Einsatz von Ressourcen (zum Beispiel ärztliche und nichtärztliche Arbeitszeit, Materialien, Konsultardienste) zu erreichen.

Eindeutige Definition des Behandlungsergebnisses

Wenn auch Unsicherheiten über den direkten Zusammenhang zwischen dem Behandlungsergebnis und der Bedeutung der Einflussfaktoren bestehen, so ist es dennoch unerlässlich, Ziele zu formulieren. Nur so kann die Zeit des Arztes, dessen Wissen, weitere medizinische Hilfsleistungen und Güter sinnvoll eingesetzt werden. Sinnvoll bedeutet, das formulierte Behandlungsziel mit möglichst geringem Aufwand an Personal- und Sachmitteln zu realisieren. „Formuliertes Behandlungsziel“ bedeutet auch, dass die Qualität und somit das Ergebnis eindeutig definiert ist.

Anlass zur Kritik dieser ökonomischen Betrachtung liefert die Frage: wo bleibt der Patient. Muss nicht einem Patienten die ihm zustehende Versorgung unbedingt zuteil werden ohne Rücksicht auf die „Kosten“? In Bezug auf die Gesetzliche Krankenversicherung wirft das Thema „Ökonomie in der Medizin“ insbe-

sondere die Frage auf, weshalb medizinische Versorgung gesamtgesellschaftlich finanziert, organisiert und bereitgestellt werden soll und darf. Wozu soll die medizinische und ärztliche Versorgung überhaupt dienen und wie soll sie ausgestaltet sein? Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, ob eine Institution wie das IQWiG oder der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage von Studien und Experteneinschätzungen den Bedarf der medizinischen Versorgung für die Bürgern benennen kann, der dann vom Staat für alle Bürger verbindlich als Anspruch definiert wird. Bei einem individuellen Verständnis von Gesundheitsversorgung ist gerade aufgrund aller Realitäten der Ökonomie der Nutzen des Patienten, das Ziel der Bedürfnisbefriedigung in den Mittelpunkt zu stellen. Und der Arzt spielt als Sachwalter des Patienten hier eine entscheidende Rolle für die Realisierung patientenorientierter Gesundheitsversorgung und als Korrektiv kollektiver Entscheidungen, welche die Individualperspektive systematisch außer Acht lässt.



Gesundheitsleistungen, die nicht dem privaten Marktgeschehen überlassen werden sollen, müssen sich auf Maßnahmen konzentrieren, die den besten Kosten-Nutzen-Quotienten aufweisen. Dem Arzt wird dabei die Rolle als Sachwalter des Patienten übertragen.

Verzeichnis der Diagramme

- 6** Freiberufler in Baden-Württemberg
- 7** Selbständige in Heilberufen
- 8** Lebenserwartung steigt mit Arztdichte
- 10** Vergleich Altersstruktur Land-Bund
- 10** Beispiele für die Versorgungsdichte
- 10** Versorgungsdichte nach Regierungsbezirken
- 10** Versorgungsbereiche
- 11** Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt und -psychotherapeut in den Stadt- und Landkreisen
- 12** Frauenanteil bei Angestellten
- 12** Anteil der Ärztinnen und Psychotherapeutinnen
- 12** Frauenanteil in den Fachgruppen
- 13** Hausarzt-Facharztentwicklung im 10-Jahres-Vergleich
- 13** Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen
- 19** Allgemeinärzte und Internisten in der hausärztlichen Versorgung
- 23** Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin
- 24** Verbundweiterbildung – Weiterbildungsassistenten/in
- 41** Anteil gesperrter Planungsbereiche in den Regierungsbezirken
- 51** Gliederung der psychotherapeutischen Versorgung
- 52** Psychotherapeutische Behandlungsverfahren
- 53** Psychotherapeutische Versorgung in den Stadt- und Landkreisen
- 57** Räumliche Ansiedelung der MVZ
- 57** MVZ überwiegend in Krankenhaus-Trägerschaft
- 58** Größe der MVZ im Land
- 58** 78 Prozent der MVZ-Teilnehmer sind angestellt
- 60** (Kooperative) Berufsausübung nach Regierungsbezirken
- 61** Arztanteil in Berufsausübungsgemeinschaften
- 64** Kontakte der KISS Stuttgart im Jahr 2007
- 65** KISS Stuttgart hat 572 Selbsthilfegruppen
- 69** Methadon: Anzahl der Praxen und Anzahl der Substitutionspatienten in Baden-Württemberg

Impressum

Versorgungsbericht 2008 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Redaktion

Dr. med. Gisela Dahl (verantw.)
Dr. jur. Peter Hinz
Dina Stahn
Rolf Sievers

Erscheinungstermin

April 2009

Fotografie und Bildmaterial

Niels Schubert (Seiten 14 f., 26 f., 48 f., 54 f.)
Stockxpert (Seiten 17, 35, 38, 43, 74)
Fotolia (Seiten 33, 45, 83)
iStockphoto (Seiten 29, 30, 31, 46, 63, 71, 72, 75)
Photocase (Seiten 58)
Pixelio (Seiten 37, 68, 77)

Auflage

4.000

Wenn nicht anders angegeben, stammen die verwendeten
Daten und Zahlen von der KVBW (Stand: Juni 2008)

Die Zitate auf den Seiten 14, 26, 48, 54 stammen aus
„Das Eugen Roth Buch“, Carl Hanser Verlag, München 1966

Anmerkung

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

Kassenärztliche Vereinigung

Baden-Württemberg

Albstadtweg 11

70567 Stuttgart

Telefon 0711/78 75 - 0

Telefax 0711/78 75 - 3274

www.kvbawue.de

Alles Gute.

