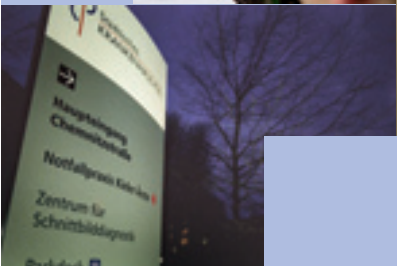
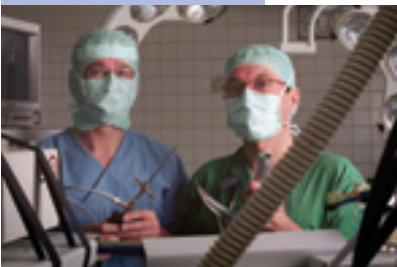


, VERSORGUNGSBERICHT 05



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land





INHALT

EDITORIAL	4
EINFÜHRUNG	6
1 ZAHLEN UND FAKTEN	8
2 HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG	
2.0 DER HAUSARZT	14
2.1 DER LANDARZT	19
2.2 DER INSELARZT	21
3 FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	
3.0 DIE SCHWERPUNKTPRAXEN	22
3.1 BELEGÄRZTE	26
3.2 PSYCHOTHERAPEUTEN	28
3.3 ERMÄCHTIGTE	30
4 NOTDIENST	32
5 KOOPERATIONSFORMEN	
5.0 REGIONALE PRAXISNETZE	34
5.1 ÄRZTLICHE KOOPERATIONEN	36
6 PROGNOSE	
6.0 120 JAHRE BEDARFSPLANUNG	38
6.1 DIE VERSORGUNGSSITUATION IN SCHLESWIG-HOLSTEIN	
GLOSSAR	48
IMPRESSUM	50

EDITORIAL

WER VERSORGT MICH MORGEN, WENN ICH KRANK BIN?

Es ist die entscheidende Frage, die sich jeder Patient oder Versicherte einmal stellt. Dabei schwingt auch immer die Befürchtung mit: Wer und wie wird es sein? Und kann ich es noch bezahlen?

Der Gesundheitssektor ist mit insgesamt 4,2 Millionen Beschäftigten zum größten Arbeitgeber in unserer Volkswirtschaft geworden – noch vor der Automobilindustrie.

Gesundheit und insbesondere die medizinische Versorgung der Menschen sind immer häufiger Themen für die Seite 1 in Tageszeitungen und Magazinen. Der Grund ist einfach: Es betrifft jeden – heute, morgen oder übermorgen. Die Versorgungsfrage beeinflusst mein Leben, das meiner Familie, Freunde. Und sie entscheidet mit zunehmendem Alter oft auch darüber, wo ich meinen Urlaub verbringe.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein steht für die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Menschen im Land. Sie gestaltet und sichert die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung unseres Bundeslandes – jetzt und in der Zukunft.

Diese Aufgabe wird immer schwieriger durch die alternde Gesellschaft, die chronische Unterfinanzierung des Gesundheitssystems und den Mangel an ärztlichem Nachwuchs.

Dieser Versorgungsbericht 2005 – der erste seiner Art – dokumentiert mit Zahlen und Daten die Versorgungssituation in Schleswig-Holstein. Er klärt auf über neue ärztliche Kooperationsformen und berufliche Möglichkeiten und gibt Ihnen Einblick ins ärztliche und psychologisch-psychotherapeutische Tun.

Dieser Versorgungsbericht zeigt zudem auch Szenarien, wie die Versorgungssituation in zehn bis fünfzehn Jahren in Schleswig-Holstein aussehen wird.

Er ist die Grundlage für weitere Informationen zu diesem Thema. Jährlich werden wir Ihnen die aktuellen Zahlen und Trends vorstellen. Damit klar bleibt, wer mich auch morgen versorgt, wenn ich krank bin.

Für die Menschen im Land: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

**R. W. Büchner, Stellvertretender Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**



Deutschland hat auch im internationalen Vergleich ein Gesundheitswesen, das seiner Bevölkerung eine flächendeckende und qualifizierte Gesundheitsversorgung bietet. Prävention und Früherkennung von Krankheiten sind Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Freie Arztwahl und die im internationalen Vergleich geringsten Wartezeiten auf eine Versorgung im Krankheitsfall sind herausragende und von der Bevölkerung geschätzte Merkmale unseres Gesundheitssystems.

Dies alles trifft auch auf Schleswig-Holstein zu. Für unser Land kommt die Attraktivität einer Naturlandschaft zwischen den Meeren hinzu, die das Leben in Schleswig-Holstein so lebenswert macht, die aber auch ein wesentlicher Baustein für das Ferienland Schleswig-Holstein ist. Dies gilt es zu bewahren und auszubauen.

Der hohe Stand unserer Gesundheitsversorgung darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass große Anstrengungen erforderlich sind, um diese Situation aufrechtzuerhalten. Wir müssen erkennen, dass schon heute Defizite in der Finanzierung des Gesundheitswesens bestehen. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist unterfinanziert. Den Krankenhäusern fehlen wegen der desolaten Haushaltssituation der Bundesländer Investitionsmittel. Diese Entwicklung wird sich verschärfen.

Es gibt im Wesentlichen zwei Gründe für die Finanzenge in der Gesetzlichen Krankenversicherung: die Bevölkerungsentwicklung und den medizinischen Fortschritt.

Die Bevölkerungsentwicklung ist zunächst geprägt von der Kinderarmut in Deutschland. Dies bedeutet, dass im Laufe der Jahre der Bevölkerungsanteil im höheren Lebensalter zunehmen und der Bevölkerungsanteil im jüngeren Lebensalter abnehmen wird. Als Konsequenz dieser Entwicklung wird eine immer geringere Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter eine immer größere Zahl von Personen im nicht mehr erwerbsfähigen Alter zu versorgen haben, finanziell und personell. Dies hat weit reichende Auswirkungen auch auf die Gesundheitsversorgung. Ein weiterer Grund ist die steigende Lebenserwartung, eine gewünschte und eine an sich positive Entwicklung. Gerade jetzt hat das Statistische Bundesamt bekannt gegeben, dass nach neueren Berechnungen die Lebenserwartung um neun Jahre höher liegt als bisher angenommen. So wird ein heute geborenes Mädchen im Durchschnitt 90, ein Junge 85 Jahre alt. Die Probleme in der Gesundheitsversorgung werden sich damit verschärfen.

Zu dieser erhöhten Lebenserwartung trägt maßgeblich der medizinische Fortschritt bei. Die Forderung, dass der medizinische Fortschritt allen in unserer Bevölkerung zu Gute kommen muss, ist für eine Kulturnation eine Selbstverständlichkeit. Aber, der medizinische Fortschritt ist teuer.

Was ist zu tun?

Der hohe Stand unserer Gesundheitsversorgung wird erreicht durch ein enges Netz von freiberuflich tätigen Ärzten und Zahnärz-



ten, von Apothekern und von Krankenhäusern. Es ist das Netz von freiberuflich tätigen Allgemeinärzten und Fachärzten, das wie in keinem anderen Land der Welt dieses Maß an freier Arztwahl und an geringen Wartezeiten in der Gesundheitsversorgung bestimmt, wie wir es kennen.

Auf der Bundesebene läuft in der Großen Koalition die Diskussion über ein Konzept zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens und dabei insbesondere zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Ergebnis ist offen. Hoffen wir, dass die Strukturen erhalten bleiben, ja gestärkt werden, die Garanten des hohen Niveaus unserer gesundheitlichen Versorgung sind. Es ist leicht, zu zerstören. Es ist schwer, wieder aufzubauen.

Eine dieser Garanten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Versorgungsbericht 2005 der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) ist ein eindrucksvolles Zeugnis für die vielfältigen Maßnahmen, mit denen der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung erfüllt wird.

Der Weg in die Zukunft, die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, braucht jedoch Unterstützung, und dies zweifach.

Wir stehen vor einem Ärztemangel, besonders in der Allgemeinmedizin, der hausärztlichen Versorgung. Aber auch die Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung ist nicht frei von

Problemen. Die Städte, Kreise und Gemeinden können helfen, die notwendige Versorgung sicherzustellen. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der KVSH ist das Gebot der Stunde. Diese Zusammenarbeit ist auch im Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Versorgung, von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, erforderlich. Die gute Atmosphäre zwischen allen an der Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein Beteiligten bietet unter Einschluss der Krankenkassen hierfür eine gute Basis.

Der zweite Bereich ist die Bevölkerung unseres Landes, ist der Patient. Wir müssen erkennen, dass einem Gesundheitssystem Grenzen gesetzt sind. Kein Gesundheitswesen kann alles leisten, was von der Bevölkerung, was vom Patienten gewünscht wird. Damit ist Eigenverantwortung für die Gesundheit gefordert. Dies beinhaltet eine gesundheitsbewusste Lebensführung. Es erfordert aber auch einen verantwortungsbewussten Umgang mit den Ressourcen unseres Gesundheitswesens. Jeder kann damit dazu beitragen, unser Gesundheitswesen funktionsfähig zu erhalten.

*Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH,
Fritz Beske Institut für Gesundheit-System-Forschung (IGSF), Kiel*



DIE AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Die öffentliche Diskussion um die Reform des Gesundheitssystems wird von vielen subjektiven Wahrnehmungen beeinflusst. Umso wichtiger ist deshalb ein solides Datenfundament, um die bisherige Entwicklung, die aktuelle Situation und die zukünftigen Trends neutral beurteilen zu können.

Für unser Bundesland Schleswig-Holstein wurden stichtagbezogene Auswertungen vorgenommen, die sich zumeist auf den 31. Dezember eines Jahres beziehen. Wenn möglich, werden in 5-Jahres-Schrit-

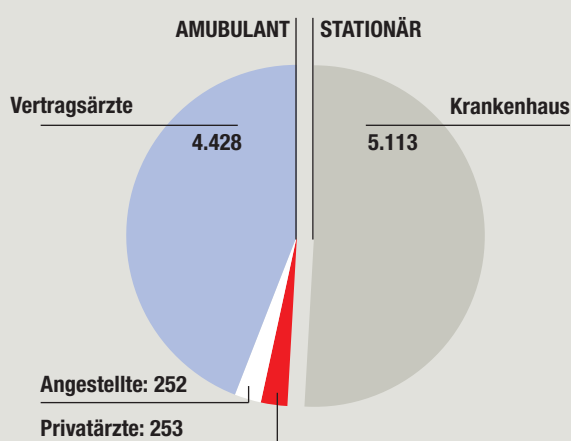
ten die Entwicklungen diverser Bereiche aufgezeigt. Als Datenbasis dienen dabei z. B. die Einträge in das Arztregister der KVSH, die relevanten Abrechnungsunterlagen der Ärzte für bestimmte Quartale oder eigene Berechnungen. Ergänzend wurden Statistiken z. B. der Ärztekammer Schleswig-Holstein oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) etc. herangezogen.

Die Daten beziehen sich auf Angaben der KVSH, soweit nicht anders angegeben.

1. Arztzahlen in Schleswig-Holstein

Ärzte in Schleswig-Holstein (31.12.2005)
Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein und KVSH.

SUMME: 10.046



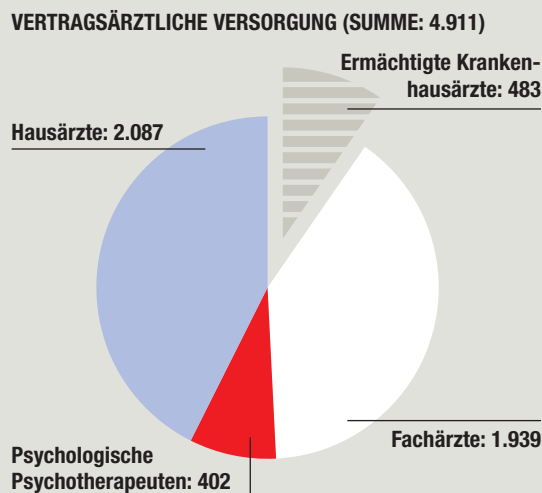
Wenn von Ärzten in Schleswig-Holstein gesprochen wird, ist zunächst zu unterscheiden zwischen den Ärzten, die im ambulanten Bereich tätig sind, und den Ärzten, die im stationären Bereich beschäftigt sind. Insgesamt waren zum 31.12.2005 in Schleswig-Holstein über 10.000 Ärzte berufstätig.

Alle von der KVSH zur Versorgung der Patienten in Schleswig-Holstein zugelassenen Ärzte werden als Vertragsärzte bezeichnet. Hintergrund bilden die zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung ausgehandelten Gesamtverträge, um die ärztliche Versorgung im Lande sicherzustellen.

Die Vertragsärzte untergliedern sich in Hausärzte, Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Außerdem nehmen an der Versorgung der Versicherten die so genannten ermächtigten Ärzte teil. Dabei handelt es sich zumeist um angestellte Krankenhausärzte, die in Ergänzung zu den niedergelassenen Kollegen spezielle Leistungen im Rahmen der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung übernehmen.

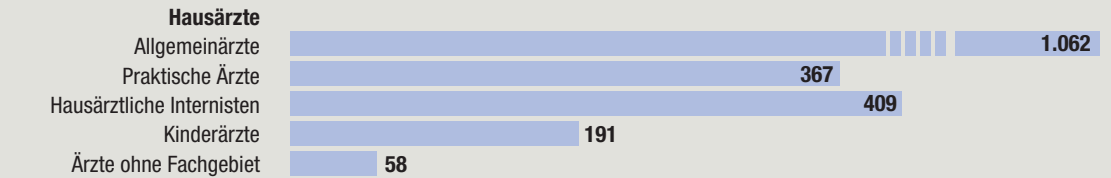
Vertragsärzte und Ermächtigte in Schleswig-Holstein (31.12.2005)

SUMME INKL. ERMÄCHTIGTE: 4.911

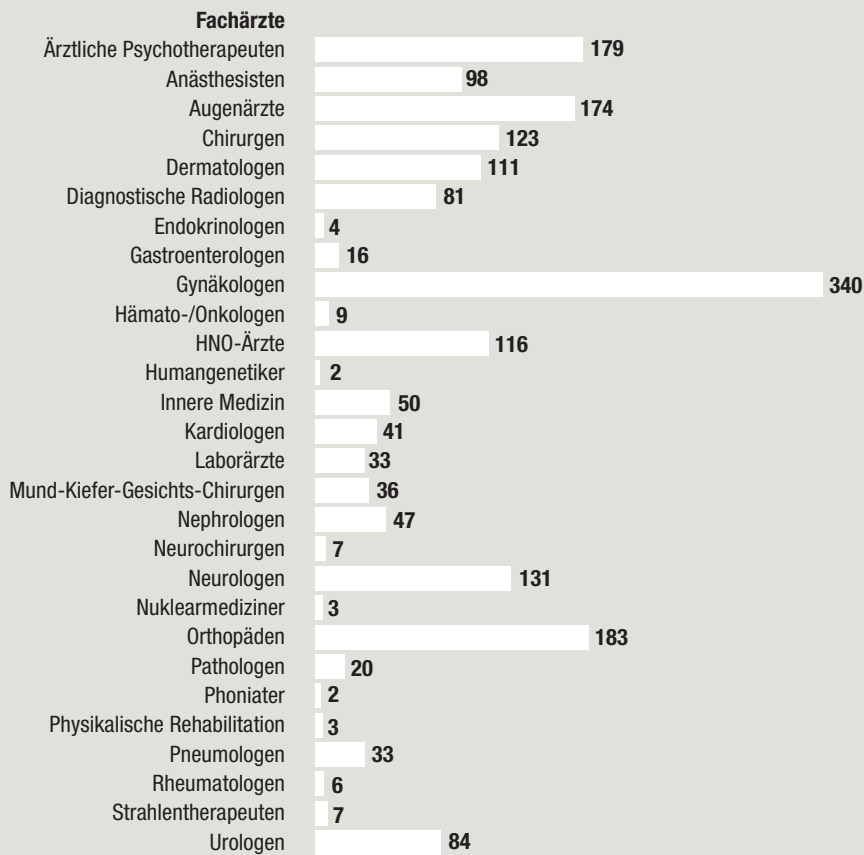


Die Aufteilung der Hausärzte und Fachärzte in Schleswig-Holstein zum 31.12.2005 ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Haus- und Fachärzte in Schleswig-Holstein (31.12.2005)



SUMME: 2.087



SUMME: 1.939

HAUS- UND FACHÄRZTE GESAMT: 3.968



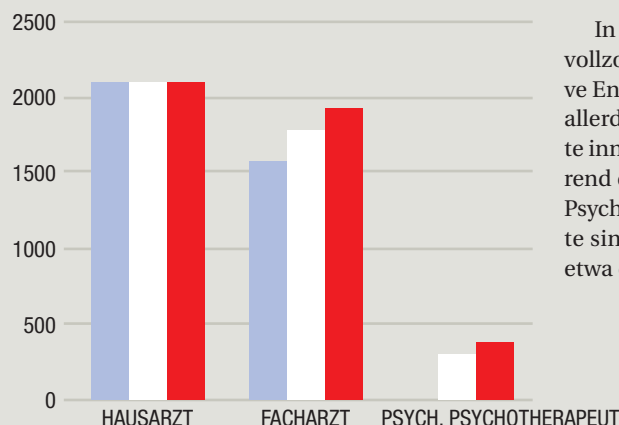
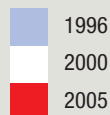
Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein

Innerhalb des Landes ist in den letzten zehn Jahren sowohl die Entwicklung der Arztzahlen als auch die der Bevölkerung gestiegen. Im Vergleich zur Bundesrepublik zählt Schleswig-Holstein zu den wenigen Bundesländern mit einem konstant positiven Bevölkerungswachstum in den letzten Jahren.

JAHR	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
EINWOHNER	2.742.293	2.756.473	2.766.057	2.777.275	2.789.761	2.804.249	2.816.507	2.823.171	2.828.780	2.828.986
%VERÄND.		0,52	0,35	0,41	0,45	0,52	0,44	0,24	0,20	0,01
%VERÄND. 1996					1,73					3,16
%VERÄND. 2000										1,41

(Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein)

Arztzahlentwicklung in Schleswig-Holstein

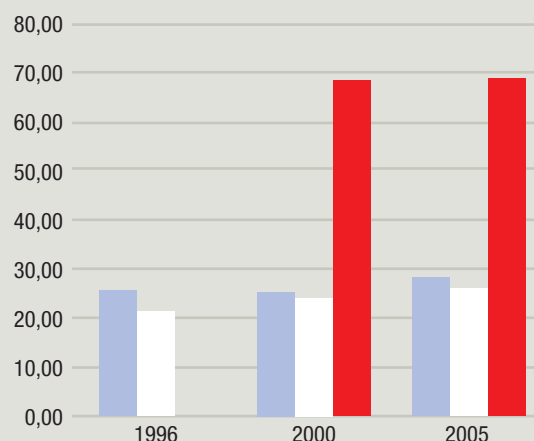
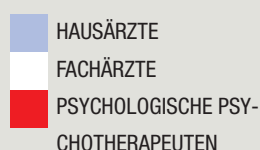


In den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes vollzog sich seit 1996 ebenfalls eine nominal positive Entwicklung der Arztzahlen um ca. 8,9 %. Es wird allerdings festgestellt, dass die Anzahl der Hausärzte innerhalb der letzten zehn Jahre leicht sank, während die Anzahl der Fachärzte und Psychologischen Psychotherapeuten gestiegen ist. Haus- und Fachärzte sind in etwa gleich verteilt (dieses entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt).

Arztzahlentwicklung in den Kreisen und kreisfreien Städten

	HAUSÄRZTE			FACHÄRZTE			PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN	
	1996	2000	2005	1996	2000	2005	2000	2005
FLENSBURG	75	70	73	94	100	106	13	16
KIEL	230	222	208	263	290	334	64	74
LÜBECK	187	178	175	236	269	282	59	73
NEUMÜNSTER	63	62	61	57	65	70	10	14
DITHMARSCHEN	113	106	100	49	53	61	8	11
HERZOGTUM LAUENBURG	124	120	125	73	84	82	15	15
NORDFRIESLAND	136	133	131	57	71	75	7	11
OSTHOLSTEIN	173	166	161	103	119	128	8	10
PINNEBERG	182	175	190	153	165	176	22	40
PLÖN	93	94	95	44	56	58	6	8
RENDSBURG-ECKERNFÖRDE	198	206	211	120	134	144	40	47
SCHLESWIG-FLENSBURG	139	146	144	81	90	92	7	10
SEGEBERG	154	165	168	102	118	128	18	26
STEINBURG	96	97	95	58	73	79	17	20
STORMARN	147	145	150	96	105	124	15	27
SUMME	2.110	2.085	2.087	1.586	1.792	1.939	309	402

Anteil der ärztlich tätigen Frauen in Prozent

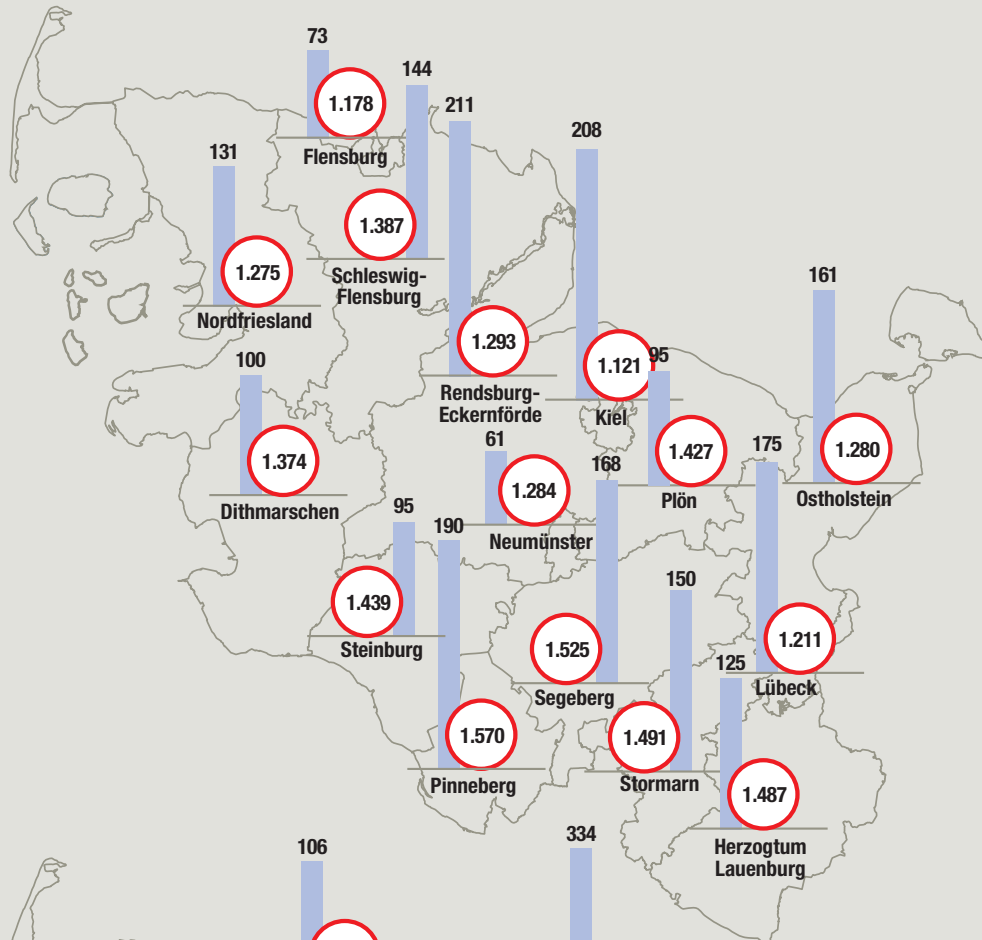


Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich ist bei den Haus- und Fachärzten bislang noch von den Männern dominiert. Allein bei Psychologischen Psychotherapeuten sind die Anteile in etwa umgekehrt.

Für das Jahr 2005 ergab sich für Schleswig-Holstein folgende Verteilung bei den Einwohnern je Arzt:

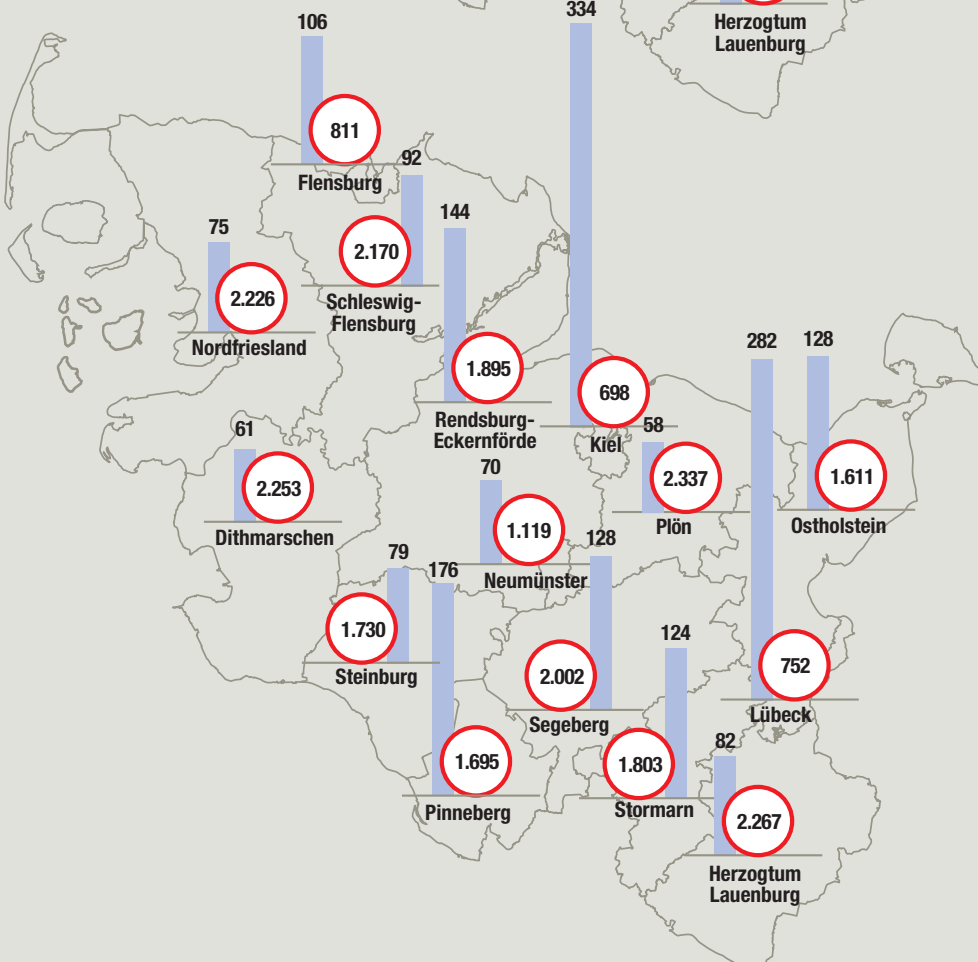
Hausärzte in Schleswig-Holstein im Jahr 2005

- GESAMTZAHL DER IM KREIS TÄTIGEN HAUSÄRZTE
- EINWOHNER JE HAUSARZT



Fachärzte in Schleswig-Holstein im Jahr 2005

- GESAMTZAHL DER IM KREIS TÄTIGEN FACHÄRZTE
- EINWOHNER JE FACHARZT



Von den in Schleswig-Holstein niedergelassenen Ärzten wurden in den letzten Jahren relativ konstante Fallzahlen erbracht, die um 4.000.000 Fälle je Quartal schwanken. Schleswig-Holstein als Urlaubsland hat gerade in den Urlaubszentren entlang der Nord- und Ostseeküste mit saisonal stark schwankenden Fallzahlen zu rechnen.

Die Fallzahlen im zweiten Quartal 2005 verteilen sich auf alle haus- und fachärztlichen Gruppen. Dabei erbringen die Hausärzte etwa 27 %, die hausärztlichen Internisten etwa 7 % und die Kinderärzte etwa 4 % aller Fälle je Quartal. Die übrigen Fälle erbringen die jeweiligen Fachärzte, die teilweise in verschiedenen Disziplinen in Anspruch genommen werden (z. B. erfordern mehrfach erkrankte Patienten Untersuchungen oder Behandlungen bei diversen Fachärzten). Insofern sind zwar Haus- und Fachärzte in Schleswig-Holstein zahlenmäßig gleich verteilt, aber bei den abgerechneten Fällen kommt es aus den genannten Gründen zu einer Verschiebung in Richtung der Fachärzte. Ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus und Leistungen von ermächtigten Krankenhausärzten betragen etwa 6 % aller Fälle.

Altersstruktur der Ärzte in Schleswig-Holstein 1996

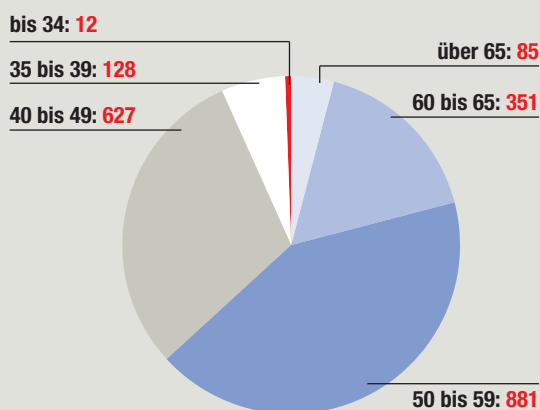
Fachgruppe	Alter												gesamt
	bis 34		35 bis 39		40 bis 49		50 bis 59		60 bis 65		über 65		
	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	
Allgemeinärzte	53	3,5	173	11,4	694	45,8	513	33,8	41	2,7	42	2,8	1.516
Anästhesisten	2	3,8	7	13,2	28	52,8	15	28,3	1	1,9	0	0,0	53
Augenärzte	11	6,3	27	15,3	54	30,7	64	36,4	14	8,0	6	3,4	176
Chirurgen	3	2,3	13	9,8	47	35,3	61	45,9	6	4,5	3	2,3	133
Frauenärzte	9	2,8	27	8,5	126	39,6	131	41,2	16	5,0	9	2,8	318
HNO-Ärzte	4	3,3	19	15,6	37	30,3	48	39,3	7	5,7	7	5,7	122
Hautärzte	8	7,6	13	12,4	37	35,2	38	36,2	8	7,6	1	1,0	105
Internisten	2	0,4	53	10,6	195	38,9	213	42,5	20	4,0	18	3,6	501
Kinder- und Jugendärzte	4	2,2	19	10,4	65	35,7	77	42,3	10	5,5	7	3,8	182
Kinder- und Jugendpsychiater	0	0,0	5	20,0	14	56,0	4	16,0	2	8,0	0	0,0	25
Laborärzte	1	4,2	2	8,3	4	16,7	14	58,3	0	0,0	3	12,5	24
Lungenärzte	1	5,9	2	11,8	6	35,3	7	41,2	0	0,0	1	5,9	17
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	1	0,6	14	9,0	71	45,5	61	39,1	7	4,5	2	1,3	156
Neurochirurgen	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	66,7	0	0,0	1	16,7	6
Orthopäden	5	3,1	28	17,5	60	37,5	56	35,0	7	4,4	4	2,5	160
Pathologen	0	0,0	0	0,0	3	42,9	3	42,9	0	0,0	1	14,3	7
Radiologen	2	3,5	11	19,3	23	40,4	15	26,3	2	3,5	4	7,0	57
Nuklearmediziner	1	5,9	2	11,8	4	23,5	8	47,1	1	5,9	1	5,9	17
Urologen	1	1,4	14	18,9	23	31,1	31	41,9	5	6,8	0	0,0	74
Summe der Ärzte	108	3,0	429	11,8	1.492	40,9	1.363	37,4	147	4,0	110	3,0	3.649

Altersstruktur der Ärzte in Schleswig-Holstein 2005

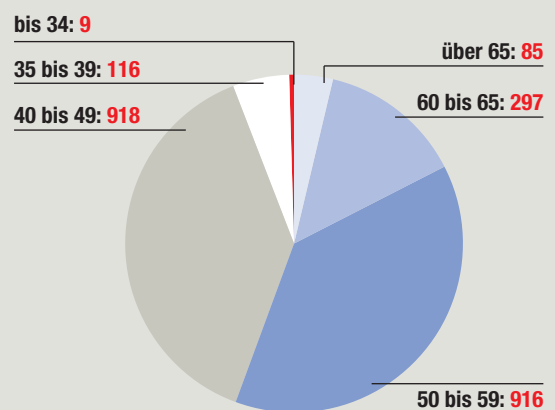
Alter													
	bis 34		35 bis 39		40 bis 49		50 bis 59		60 bis 65		über 65		gesamt
Fachgruppe	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	absolut	proz.	
Allgemeinärzte	12	0,8	99	6,7	437	29,5	648	43,8	229	15,5	54	3,7	1.479
Hausärztliche Internisten	0	0	21	5,1	121	29,7	161	39,5	81	19,9	24	5,9	408
Anästhesisten	1	1	5	5	47	46,5	42	41,6	3	3	3	3	101
Augenärzte	1	0,6	20	11,4	70	40	50	28,6	25	14,3	9	5,1	175
Chirurgen	2	1,6	5	3,9	41	32	53	41,4	21	16,4	6	4,7	128
Frauenärzte	1	0,3	15	4,5	115	34,8	134	40,6	50	15,2	15	4,5	330
HNO-Ärzte	1	0,8	11	9,1	52	43	36	29,8	16	13,2	5	4,1	121
Hautärzte	1	0,8	7	5,9	54	45,8	37	31,4	16	13,6	3	2,5	118
Fachärztliche Internisten	0	0	5	2,2	103	46	79	35,3	32	14,3	5	2,2	224
Kinder- und Jugendärzte	0	0	8	4,1	69	35	72	36,5	41	20,8	7	3,6	197
Kinder- und Jugendpsychotherap.	0	0	2	8,3	9	37,5	9	37,5	3	12,5	1	4,2	24
Lungenärzte	0	0	0	0	3	21,4	6	42,9	4	28,6	1	7,1	14
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	0	0	4	2,8	40	28	70	49	22	15,4	7	4,9	143
Neurochirurgen	0	0	0	0	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	8
Nuklearmediziner & Strahlentherap.	1	4,2	2	8,3	11	45,8	6	25	3	12,5	1	4,2	24
Orthopäden	1	0,6	5	2,9	78	45,1	63	36,4	21	12,1	5	2,9	173
Psychotherapeutisch tätige Ärzte	0	0	3	2,4	32	25,8	66	53,2	18	14,5	5	4	124
Radiologen	0	0	5	7,4	29	42,6	26	38,2	6	8,8	2	2,9	68
Urologen	0	0	7	8	30	34,5	33	37,9	14	16,1	3	3,4	87
Sonstige Fachgruppen	0	0	9	11,5	29	37,2	27	34,6	12	15,4	1	1,3	78
Summe der Ärzte	21	0,5	233	5,8	1.374	34,1	1.621	40,3	618	15,4	157	3,9	4.024
Psychologische Psychotherapeuten	0	0	11	2,7	172	42,8	176	43,8	30	7,5	13	3,2	402
Summe													4.426

Altersstruktur der Hausärzte und Fachärzte in Schleswig-Holstein im Vergleich

HAUSÄRZTE



FACHÄRZTE





DER HAUSARZT GESUNDHEITSMANAGER FÜR SEINE PATIENTEN



*Dr. Martha Noodt (51),
Ärztin in Bissee,
niedergelassen seit 1993.
„Toll ist dieser enge Kontakt
zu den Familien. Wenn ich
das Kind sehe, dann kann
ich dahinter die Mutter
erkennen. Auf den vielen
Hausbesuchen bekomme
ich ein atmosphärisches
Bild der Familie. Das macht
meine Arbeit so reizvoll.“*

Dem Hausarzt kommt in der Gesundheitsversorgung eine zentrale Funktion zu. Er ist die Vertrauensperson und -institution für seine Patienten und ihre Angehörigen in allen Gesundheitsfragen. Diese Funktion ist für ihn Verpflichtung, den Patienten nicht nur im Rahmen seiner medizinischen Möglichkeiten zu behandeln, sondern als Berater und Begleiter bei der Auswahl und Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stehen. Dies insbesondere für Patienten, die auf Grund ihrer chronischen Erkrankungen zusätzlicher fachärztlicher Behandlung bedürfen oder für die auf Grund ihres Alters und der damit einhergehenden vielfachen Erkrankungen mit weiteren Partnern koordinierte Versorgungsangebote zusammengestellt werden müssen.

Für jüngste und jüngere Patienten im Alter bis 18 Jahren ist der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt ebenso Hausarzt. Wie der Allgemeinarzt ist er in der Prävention bei Kindern und Jugendlichen und deren Behandlung der primäre Ansprechpartner.

Die Bezeichnung „Hausarzt“ leitet sich daraus ab, dass der Allgemeinarzt bzw. praktische Arzt die gesamte Familie vom Kleinkind bis zur Großmutter versorgt hat – also das ganze Haus. Er kennt somit die Lebens- und Krankengeschichten des Patienten und seiner Familienangehörigen über mehrere Generationen. Dass er bei schweren und plötzlichen Erkrankungen seiner Patienten auch Hausbesuche macht, versteht sich von selbst.

Das Berufsbild des Hausarztes hat sich jedoch im letzten Jahrzehnt gewandelt. Er wird zunehmend zum Gesundheitsmanager. Koordinierende Aufgaben in einem Versorgungssystem zu übernehmen, das sich immer mehr von der traditionellen Zweidimensionalität ambulant/stationär entfernt, wird für die Hausärzte eine ständige Herausforderung. So sind Kooperationen erforderlich, um akute Krankheiten weiterzubehandeln oder wenn Krankheiten chronisch werden. In der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung ist mit dem Patienten zu entscheiden, ob strukturierte Behandlungsprogramme (DMP nach § 137f SGB V), Integrierte Versorgungsprogramme (§ 140a SGB V) oder besondere Versorgungsverträge (§73c SGBV) für die weitere Behandlung und Betreuung geeignet sind.

Auch ist der Patient hinsichtlich einer ambulanten, teilstationären oder vollstationären Behandlung zu beraten. In Kenntnis des sozialen Umfelds muss der Hausarzt abschätzen, ob durch die Vermittlung häuslicher Krankenpflege oder anderer ergänzender Angebote Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt werden können. Bei Kindern und Jugendlichen sind Entwicklungsstörungen möglichst frühzeitig durch eine konzertierte medizinische Versorgung zu behandeln. Hier hat auch der Kinder- und Jugendarzt die zentrale Rolle der Koordination.

Der Hausarzt unterstützt die Bewältigung von Krankheiten, indem er für seine Patienten Kontakte zu Selbsthilfegruppen herstellt und ggf. in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen an dem Bewälti-

gungsprozess beteiligt ist. Das Erschließen geeigneter Behandlungsmöglichkeiten für seinen Patienten ist die Managementaufgabe des Hausarztes. Sie wird nicht zuletzt durch die sektoralen Grenzen ambulant/stationär, Pflege und Rehabilitation erschwert.

K.O.-Leistungen

Bei dieser zusätzlichen Aufgabenfülle scheint das Behandeln der Patienten in den Hintergrund zu rücken. Zumindest ist es für den hausärztlichen Bereich neu definiert worden. Denn der Gesetzgeber hat in einer seiner vielen vorangegangenen Gesundheitsreformen entschieden, den Hausarzt von bestimmten technischen Leistungen zu „entlasten“. Teilradiologie, Endoskopien und andere Untersuchungen darf er seit dem Jahr 2003 für Kassenpatienten nicht mehr anbieten. Diese Leistungen sollen nur noch von Fachärzten durchgeführt werden. Da in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein die Erreichbarkeit von Fachärzten nicht so ausgeprägt ist, bedeutet es für den Patienten weitere Wege – oder die Leistung privat zu zahlen.

Sofern benachbarte Fachärzte diese Leistungen nicht oder nicht in erforderlichem Maße durchführen, kann der Hausarzt eine spezielle Genehmigung beim Zulassungsausschuss (vgl. Kapitel 6) beantragen. Das ist jedoch mit weiterem bürokratischen Aufwand für den Hausarzt verbunden.

Bürokratie

Strukturierte Behandlungsprogramme, Integrierte Versorgungen und Verordnungen vermehren den Verwaltungsaufwand in der Hausarztpraxis massiv. So gehen Schätzungen davon aus, dass das Führen von Dokumentationen, das Ausfüllen von Anträgen und Gutachten auf bis zu 30 % der hausärztlichen Tätigkeit angewachsen ist (Quelle: Umfrage KBV 2005).

Haftung für andere

Ein Ende dieser Entwicklungen ist nicht in Sicht – im Gegenteil. Es ist zu erwarten, dass die nächsten Gesundheitsreformen diesen Anteil weiter erhöhen. Insbesondere unter dem Aspekt, dass der Hausarzt immer mehr in die finanzielle Verantwortung seiner Tätigkeit genommen wird. Für den dynamischen Arzneimittelmarkt in Deutschland sollen alle niedergelassenen Ärzte mit ihren Arzneimittelverordnungen haftbar gemacht werden, wenn sie eine bestimmte Höhe überschreiten. Für den Allgemeinarzt wird es dabei existenzgefährdend. Denn er hat auf Grund seiner zentralen Funktion bereits heute ein Verordnungsvolumen, das sein Honorar um ein Vielfaches übersteigt. Auf Grund der demografischen Entwicklung der Patienten wird sich die Situation noch verschärfen.

Nachwuchs und Prognose

Kein gutes Omen für den ärztlichen Nachwuchs, der tendenziell immer weniger wird – aber um so dringender gebraucht wird. Zwar können wir in Schleswig-Holstein noch eine ausreichende Versorgung im hausärztlichen Bereich melden. In den vergangenen Jahrzehnten sind die Versorgungszahlen zu Gunsten der Bevölkerung gestiegen. Während ein Hausarzt im Jahr 1996 rund 1.300 Einwohner versorgte, sind dies im Jahr 2005 im Durchschnitt etwa 1.360 Einwohner (vgl. Tabelle S. 9) – ein Rückgang der Versorgungsdichte um ca. 4 %. Insgesamt liegt die hausärztliche Versorgungsdichte in unserem Land auf einem mittleren Rang im Bundesgebiet.

Allerdings beträgt das Durchschnittsalter der schleswig-holsteinischen Hausärzte rund 50,5 Jahre. Mit einem Anteil von 43 % ist die Altersgruppe der 50- bis 59jährigen Hausärzte im Bundesvergleich besonders hoch. Für manche Kreise Schleswig-Holsteins sieht es noch einmal kritischer aus. Bereits heute haben wir einige Landstriche, in denen Hausärzte verzweifelt Nachfolger für ihre Praxen suchen. Nichts ist für einen Hausarzt schmerzlicher als der Gedanke, dass nach ihm niemand seine Patienten weiter betreut.

Hausarztzentrierte Versorgung

Damit der Hausarzt für seinen Patienten sozialmedizinische Netze knüpfen kann, können KV und Krankenkassen eine hausarztzentrierte Versorgung fördern. Dabei sollen die für eine qualitativ hochwertige hausarztzentrierte Versorgung erforderliche Strukturen wie z. B. Qualitätszirkel, interdisziplinäre Konsile oder die ambulante organisierte Notfallversorgung (vgl. S. 32) gestärkt und die hausärztliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein flächendeckend aufrechterhalten werden.



*Dr. Michael Weiß (39),
Allgemeinmediziner
in Gelting, seit 2005
niedergelassen. „Auf dem
Land ist kurative Medizin
noch möglich. Deshalb
fühle ich mich hier sehr
wohl. Als Familiendoktor
diagnostiziere ich nicht nur.
Ich sehe auch immer hinter
der Diganose den Menschen.“*

DER LANDARZT DER BERUF WIRD ZUR BERUFUNG

„Norddeutscher Charme und Witz, die herrliche Landschaft an der Schlei, wunderbare Schauspieler als Deekelsener Originale und ein Landarzthaus voller berührender Geschichten.“ Was hier so berührend daherkommt, beschreibt den Quotenrenner „Der Landarzt“ im ZDF. Leben und Arbeiten eines Landarztes als Stoff einer erfolgreichen Fernsehserie. Gedreht in Schleswig-Holstein.

Die Fernsehserie als Spiegelbild des Arztseins? Der Landarzt als dörfliche Institution, zusammen mit dem Kaufmannsladen, dem Dorfkrug, dem Dorflehrer. Oftmals leistet ihm der Dorfpfarrer Gesellschaft.

Leider sieht die Wirklichkeit wie so häufig gänzlich anders aus. Den Dorfkaufmann und den Dorfkrug können wir bald nur noch im Freilichtmuseum Molfsee bestaunen. Viele Kirchengemeinden teilen sich mittlerweile ihren Pfarrer – Pastortransporte auf dem Land. Die Erosion des sozialen Gefüges ist schleichend. Und der Landarzt nimmt ein ähnliches Schicksal.

Der Landarzt im wahren Leben ist nicht nur allgemeinärztlich tätig, sondern gleichzeitig Kinderarzt, manchmal Geburtshelfer und Chirurg. Außerdem ist er Kummerkasten für die seelischen Nöte seiner Patienten und wird in fast allen Lebenslagen um Rat gefragt. Dieses tiefe Vertrauensverhältnis besteht über mehrere Familiengenerationen hinweg. Und wenn wir zum Fernseh-Landarzt schauen, dann gibt es da keine festen Öffnungszeiten. Der Landarzt lebt eben seinen Beruf: oder besser – seine Berufung. Da ist die Fiktion ganz nah an der Wirklichkeit.

In Schleswig-Holstein ist die Mehrzahl der Ärzte in ländlichen Regionen niedergelassen. Die Betrachtung der Zahlen (vgl. S. 10) erzeugt ein weichgezeichnetes Bild. Wenn wir jedoch in einige Landstriche schauen, wird das Bild schärfer. So suchen z. B. die fünf Büsumer Ärzte schon seit geraumer Zeit einen jungen Kollegen. Interessenten gibt es immer wieder. Doch bei der Frage, wie es denn mit den Notdiensten aussieht, zucken bislang alle zurück. Die Aussicht, in jeder fünften Nacht auch noch neben dem Tag zur Verfügung zu stehen, ist für junge Ärzte und ihre Familien heutzutage kaum noch vorstellbar. Eine Tätigkeit im Ausland wird von vielen als Alternative angesehen. Großbritannien und Norwegen locken mit geregelten Arbeitszeiten und vergleichbar besseren Vergütungen. Der kostspielig und qualitativ bestens ausgebildete Nachwuchs verlässt Deutschland. Die Bundesrepublik wird zum medizinischen Auswanderungsland.

Der Effekt: Die Landärzte werden mit ihren Patienten immer älter. Der Altersdurchschnitt der Ärzte auf dem Land liegt bei etwa 51 Jahren. Doch spätestens mit 68 Jahren muss ein Vertragsarzt in Deutschland immer noch sein Stethoskop an den Nagel hängen. Denn der Gesetzgeber hat dem Freiberufler Arzt diese Altersgrenze verpasst. In Zeiten der Überversorgung zwar gut, aber wie sooft in der Gesundheitspolitik einfach zu kurz gedacht. Zwar soll diese Regelung zukünftig für unterversorgte Regionen aufgehoben werden (vgl. S. 38). Aber was bedeutet das? Die Bevölkerung auf dem Land wird immer älter. Ältere Menschen sind auf Grund ihrer Mehrfach-Erkrankungen die Patienten, die einer intensiveren und aufwändigeren Behandlung bedürfen. Das bedeutet für den Landarzt: längere Behandlungen, mehr Hausbesuche, erhöhte Koordination verschiedenster Leistungen.

Echte medizinische Herausforderungen. Aber die Attraktivität steht und fällt mit den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Persönliche Haftung für verschriebene Arzneimittel, Einengung des Berufsbildes und vermehrte Bürokratie lassen die Attraktivität sinken (vgl. S. 15). Wenn das Bundesgesundheitsministerium dann noch verlauten lässt, 70.000 Arztpraxen haben in Deutschland keine Chance, muss das Fazit für den medizinischen Nachwuchs heißen: Die Bundesrepublik wird zunehmend ein unfreundliches Land.

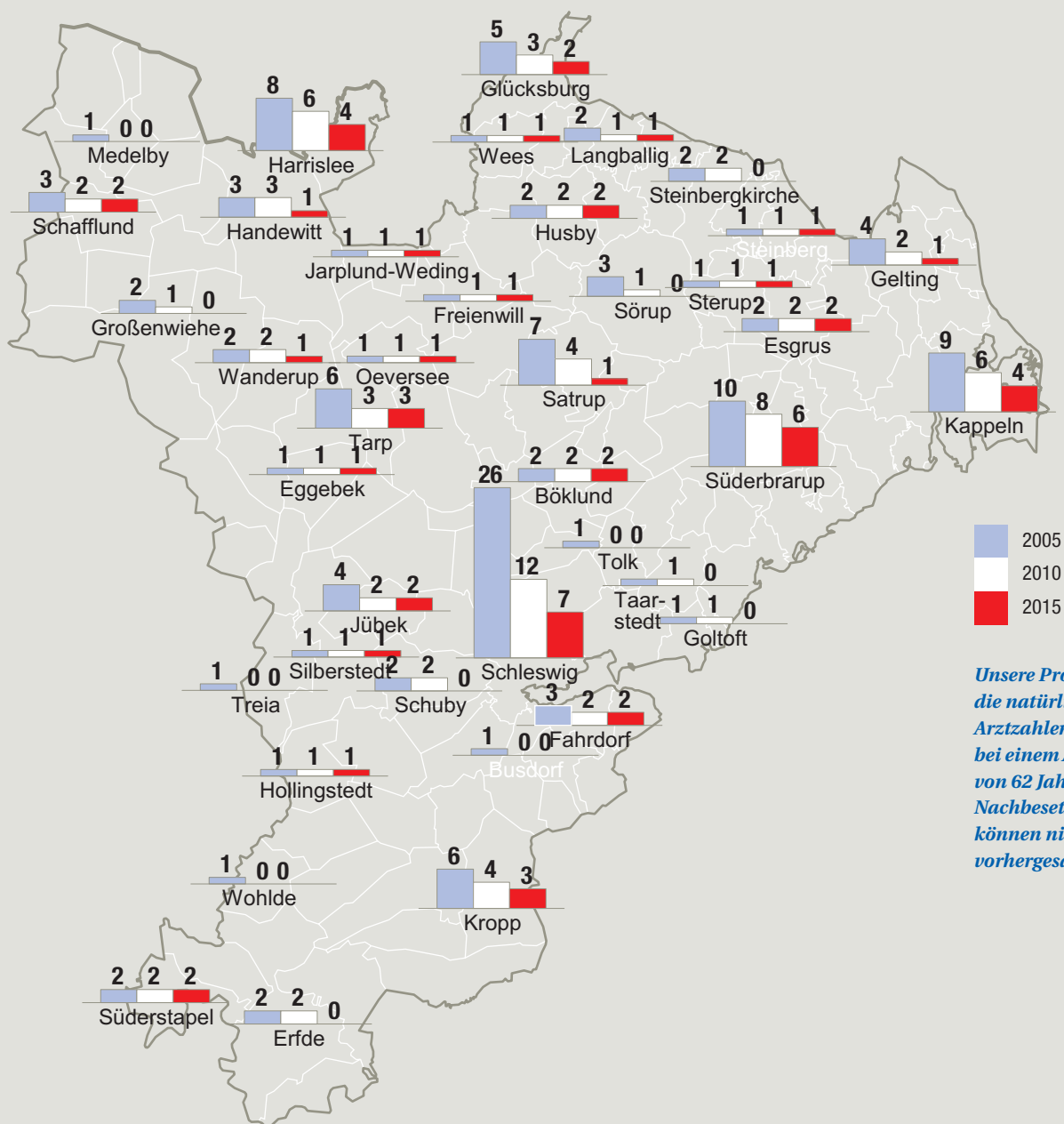
Schnell ist man geneigt, Unterversorgung mit Geld zu beheben. Wenn die KV denn finanzielle Anreize setzt, gibt es kein Problem mehr. So klingt es aus politischen Kreisen. Doch wieder einmal wird zu kurz gedacht. Wirtschaftsförderung funktioniert eben nicht allein mit Geld. Qualität und Attraktivität eines Standortes müssen im Einklang sein.

Schleswig-Holstein ist eines der schönsten Bundesländer der Welt. Aber das Fernseh-Deekelsen hat in seinem wahren Leben als Stadt Kappeln große Probleme zu meistern. Erst ging ein technischer Betrieb, dann schloss ein Nahrungsmittelhersteller seine Pforten. Und die Strukturreform der Bundeswehr lässt die Region wirtschaftlich weiter ausbluten.

Die Gemeinde, das Land, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung stehen hier gemeinsam in der Pflicht und Verantwortung. In der Verantwortung dafür, dass in einigen Jahren der Landarzt nicht nur im Fernsehen Sprechstunde hat.

Arztzahlentwicklung im Kreis Schleswig-Flensburg

Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und Hausärztliche Internisten (Austrittsalter 62 Jahre)



Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.

DER INSELARZT EIN MEHR AN PASSION UND ENGAGEMENT

Wer einmal in Dagebüll auf das Fährschiff nach Föhr oder Amrum steigt und nicht gerade in den Urlaub schippert, sondern berufliche Gründe für die Überfahrt hat, der bekommt automatisch ein Gefühl von Fernweh und Urlaubsstimmung. Die Nordsee mit ihren Inseln und Halligen ist etwas ganz Besonderes. Auch, was die ärztliche Versorgung angeht.

Neben Schleswig-Holstein gibt es nur noch in Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern die Situation, dass die ärztliche Versorgung auch auf Inseln sichergestellt wird. Bei uns auf Fehmarn in der Ostsee sowie auf Amrum, Föhr, Helgoland, Pellworm und auf Sylt in der Nordsee sorgen sich 46 niedergelassene Haus- und 20 niedergelassene Fachärzte um ihre Patienten.

Aber Insel ist nicht gleich Insel. Z. B. Pellworm. Dort ist Dr. Uwe Kurzke einziger Arzt. Jeden Tag rund um die Uhr in Notdienstbereitschaft. Sein Alltag erfordert fundiertes Wissen auch auf fachfremden Gebieten. Oder Föhr. Regelmäßig fliegt Dr. Dr. Heinz-Eberhard Schlaak, Hautarzt aus Schleswig, vom Festland mit dem Flugzeug zur Patientenversorgung auf die Insel. So wie Augenärzte aus Kiel auf Helgoland nach dem Rechten schauen.

Es ist also schon etwas dran: Der Inselarzt ist ein Arzt für alle Fälle. Da ist das Kind mit undefinierten Schmerzen, die spontane Geburt oder eine bedrohliche Augenverletzung, der Inselarzt muss das alles und viel mehr im Griff haben. Überweisungen zum Facharzt aufs Festland müssen gut überlegt sein, denn die Wege zu weiteren Spezialisten sind für die Patienten sehr weit und bedürfen einer längeren Planung.

Inselarzt zu sein erfordert ein besonderes Maß an Engagement und Passion. Die Tatsache, dass hier keiner „runter kommt“, schafft eine besonders intensive

Arzt-Patienten-Beziehung. Die nächste Nähe zu anderen fordert aber auch eine außerordentliche Kooperationsfähigkeit. Wie auf Föhr, Sylt und auf Fehmarn, wo auch Akutkrankenhäuser für die stationäre Versorgung stehen. Und nicht nur für die Insulaner.

Denn die Inseln unseres Landes gehören zu den bedeutendsten touristischen Zentren. Von Frühlingsbeginn bis in den Herbst hinein und zum Jahreswechsel erhöht sich dort die Zahl der Patienten um ein Vielfaches. Feriengäste und Saisonarbeitskräfte wollen und müssen ebenso versorgt werden.

Wobei das Durchschnittsalter der Feriengäste steigt. Ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen suchen sich Urlaubsorte, in denen die gesundheitliche Versorgung noch in Ordnung ist. Orte, in denen auch Rehabilitationseinrichtungen vorhanden sind. Die jedoch auch in ihrem Bestand gefährdet sind, wenn die „normale“ ärztliche Versorgung erodiert. Denn nur auf Wellness zu setzen, ist zu kurz gedacht. Heute können unsere Inseln noch mit ihren medizinischen Standortvorteilen im touristischen Wettbewerb konkurrieren. Aber in wenigen Jahren?



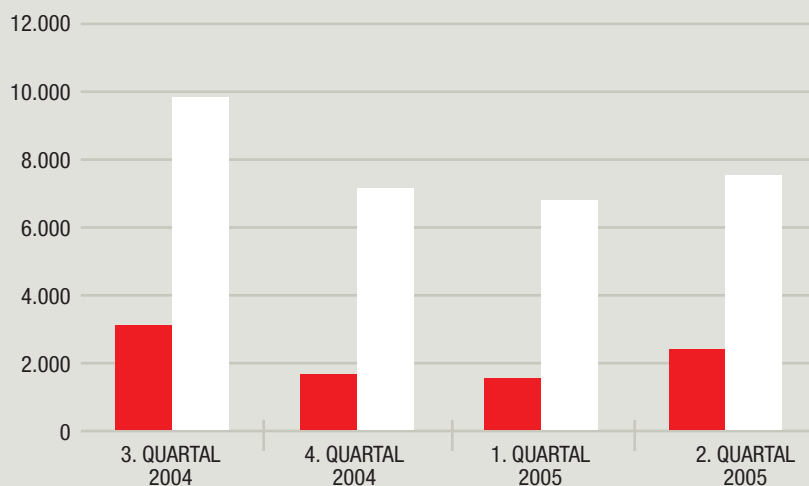
*Helmut Marczinkowski
(49) Allgemeinarzt auf
Föhr seit 1993. „Ich bin
allzeit bereit mit meinen
Fähigkeiten, diese Insel
am Leben zu erhalten.
Ein kleiner Mikrokos-
mos, der es wert ist,
lebenswert zu bleiben.“*



Tourismus in Schleswig-Holstein

*Fallzahlen auf den
Inseln Amrum und Föhr
(Quartale 3/04 bis 2/05)*

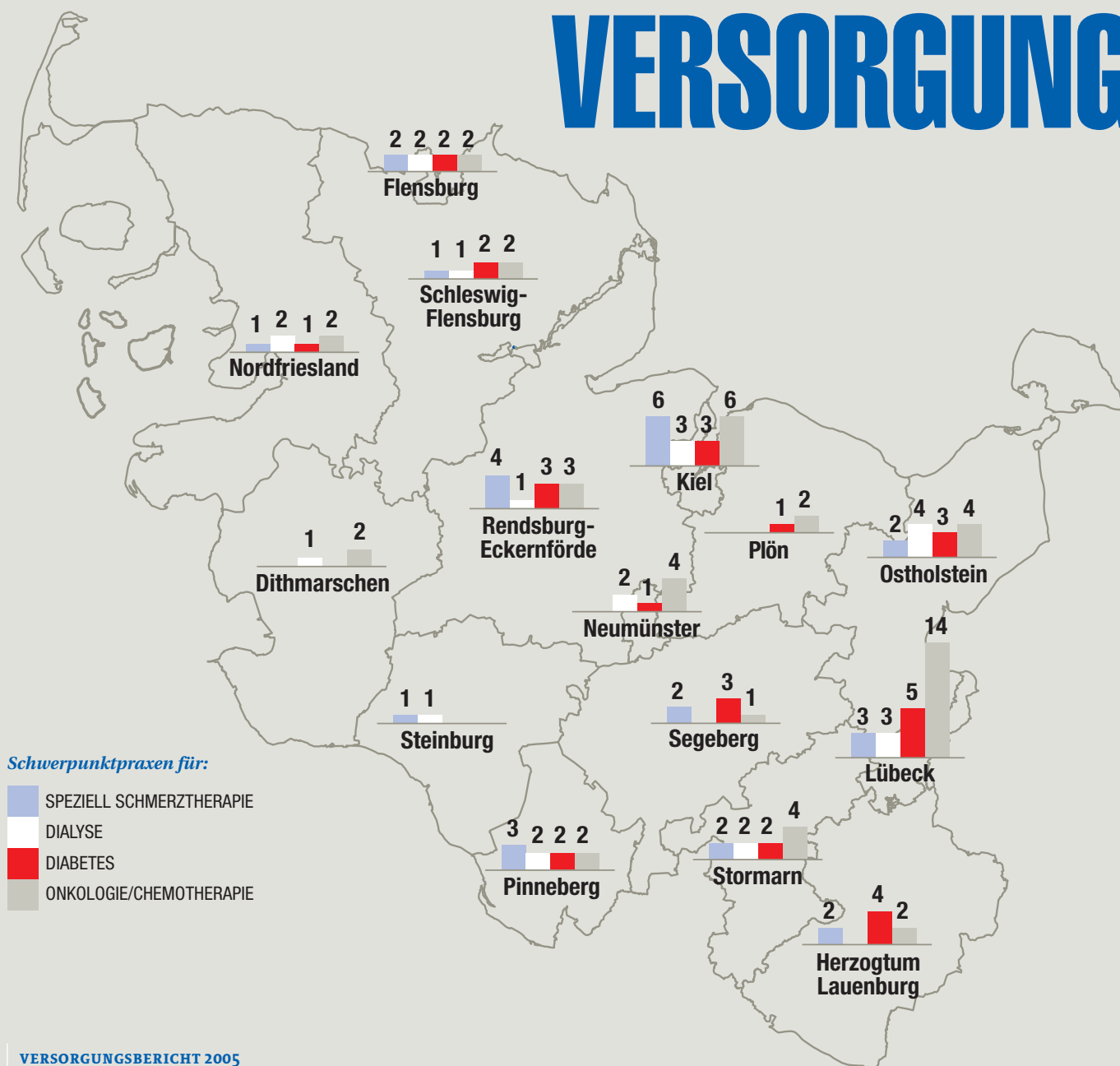
■ AMRUM
■ FÖHR



*Der Tourismus führt zu
saisonal stark schwän-
kenden Fallzahlen.
In der Ferienzeit (2. und
3. Quartal) steigen die
Behandlungen signifi-
kant an.*

ZENTREN & SCHWERPUNKTE

DIE SCHWERGEWICHTE IN DER FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG



Die Medizin hat in den vergangenen Jahren eine Welle der Spezialisierung und Schwerpunktbildung erlebt. Subspezialitäten werden aus dem stationären Bereich in die ambulante Versorgung getragen und von engagierten Fachärzten ambulant erbracht. Dazu zählen z. B. die Behandlung von Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, rheumatischen Krankheitsbildern genau so wie die Dialyse, die Schmerztherapie und viele andere mehr.

So haben sich medizinische Schwerpunkte und Zentren herausgebildet. Sie besitzen den Vorteil, dass die Behandlung effizienter erfolgen kann, weil die Praxis und ihr speziell geschultes Personal auf die Behandlung eines bestimmten Patientenkreises ausgerichtet ist. Meist sind es aufwändige und kostenintensive Therapien, die von den Schwerpunktpraxen angeboten werden.

Wenn sich das Behandlungsangebot jedoch auf eine spezielle Patientengruppe konzentriert, steigt damit auch das wirtschaftliche Risiko der Praxis. Es gibt hier keine Mischkalkulation zwischen leichteren und schwierigeren Fällen. Und es sind zusätzliche Qualifikationen erforderlich (s. KVSH-Qualitätsbericht 2004, Genehmigungsbereiche). Sei es, dass besondere Geräte vorgehalten werden oder möglicherweise speziell geschultes Personal beschäftigt werden muss. In der Onkologie sind z. B. besondere Umweltauflagen zu erfüllen, um Chemotherapien ambulant durchführen zu können. Auch an die medizinische Dokumentation werden besondere Anforderungen gestellt.

In Deutschland wird zunehmend die ambulante fachärztliche Versorgung in Frage gestellt. Es wird behauptet, die „doppelte Facharztschiene“ im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung würde zu Ineffizienzen und doppelter Vorhaltung führen.

Wie sooft haben gerade die niedergelassenen Fachärzte den Beweis angetreten, dass in ambulanten Schwerpunkten die Versorgung flexibler und wirtschaftlicher ist. Sie bieten ihren Patienten eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung.

Dr. Helmut Kleinwechter (54), Internist und Diabetologe, seit 1993 in eigener Praxis in Kiel. Er schätzt die Betreuung der Patienten über längere Zeiträume. „So kann ich evidenzbasiert nach dem neuesten Stand der Medizin arbeiten.“



Dr. Hauke Jensen (49), Orthopäde in Kiel, in eigener Praxis seit 1993 und Dr. Clemens Duyster (47), Anästhesist ebenfalls aus Kiel und seit 1997 niedergelassen. Beide schätzen die enge Kommunikation und Abstimmung, die nötig ist, um den Patienten bestens zu versorgen und schnell wieder „in die Freiheit“ zu entlassen.

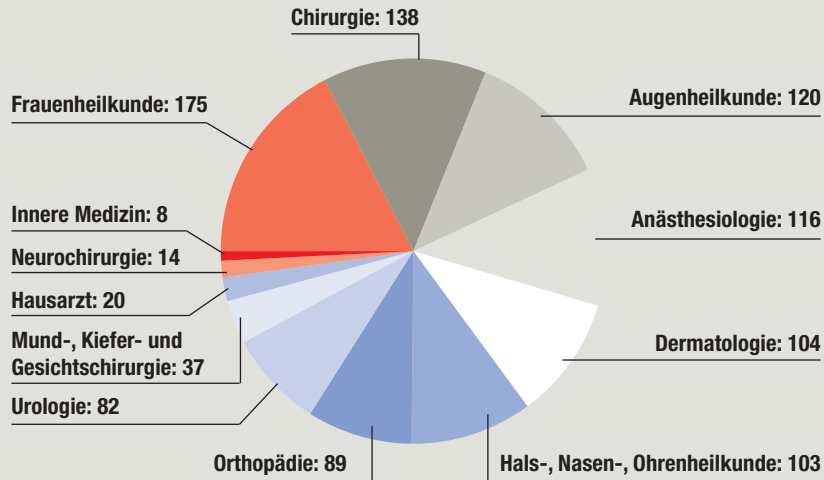


AMBULANTE OPERATEURE ZU JEDER ZEIT CHEFARZTBEHANDLUNG

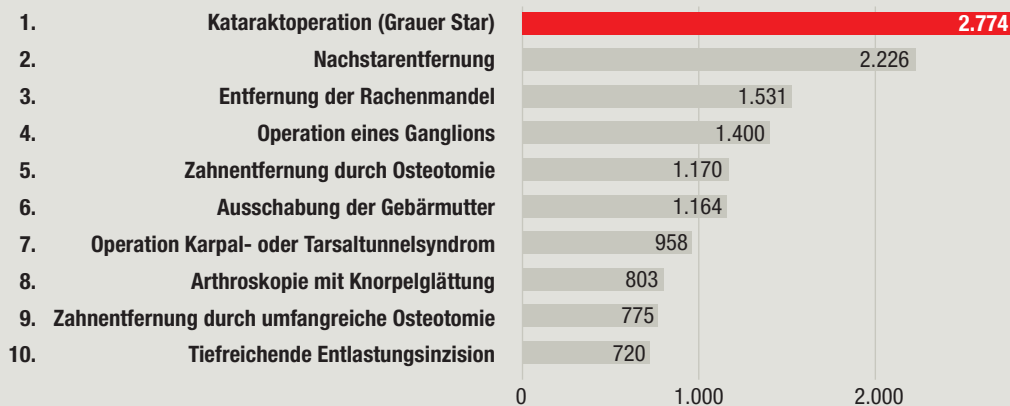
Ambulante Operateure nach Fachgruppen

Genehmigung zum Ambulanten Operieren

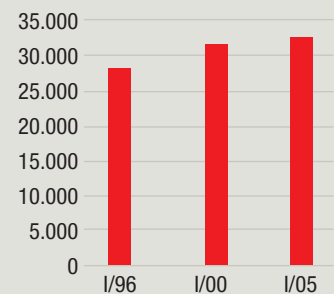
SUMME: 1.006



Top 10 der Ambulanten Operationen (1. Quartal 2005)



Anzahl der Ambulanten Operationen von 1996-2005



Mikrochirurgische Operationstechniken in Verbindung mit risiko- und nebenwirkungsärmeren Anästhesien sind die Voraussetzungen für den einschneidenden Erfolg ambulanter Operationen.

Für den Patienten bietet das ambulante Operieren viele Vorteile. Kein Aufenthalt in einem Krankenhaus. Zu Hause gesund werden – vielen Patienten fällt es mit dieser Vorstellung leichter, sich notwendigen Operationen zu unterziehen. Besonders Eltern schätzen diese Vorteile. Denn der kleine Patient fühlt sich zu Hause wohler, wenn er dort den Eingriff auskurieren kann. Und kein Elternteil muss im Krankenhaus übernachten. Aber auch ältere Menschen erholen sich schneller, wenn das geliebte Haustier in der Nähe ist und die Nachbarn öfter nach dem Rechten schauen können.

Und wie beim Belegarzt gilt: Der ambulante Operateur bespricht im Vorwege mit seinem Patienten den geplanten Eingriff. Der Anästhesist ist ebenfalls mit einbezogenen: zu jeder Zeit Chefarztbehandlung.

Auch Krankenkassen wissen das Ambulante Operieren zu schätzen. Denn im Vergleich zu einer Krankenhausbehandlung mit Übernachtung und Frühstück kostet eine ambulante Operation nur einen Bruchteil.

Seit langem zeigen Vertragsärzte, welches Potenzial im Ambulanten Operieren steckt. Auch hier ist Schleswig-Holstein wieder einmal Spitze. Schon bevor der Gesetzgeber 1993 dem Ambulanten Operieren einen besonderen Stellenwert eingeräumt hat, haben niedergelassene Operateure in Zusammenarbeit mit Anästhesisten in großem Stil operiert – auf Klinikniveau. In entsprechend ausgerüsteten OP-Räumen mit qualifiziertem Personal und Aufwachtbereichen für die Patienten.

Das Ambulante Operieren unterliegt klaren Qualitätskriterien. Was an technischen Geräten vorgehalten werden muss, welche räumlichen und hygienischen Voraussetzungen einzuhalten sind und welche Qualifikation das Personal aufweisen muss, regeln einheitliche Rahmenbedingungen (vgl. Qualitätsbericht 2004 der KVSH, S. 12).

Nur: Qualität hat ihren Preis. Mit der üblichen Vergütung würden sich Investitionen und Aufwand der niedergelassenen Operateure und Anästhesisten nicht rechnen. Deshalb fördern KVSH und Krankenkassen seit 1996 ausgewählte ambulante Eingriffe. Die ambulanten Operateure stehen in direktem Wettbewerb zum Krankenhaus. Um diesen Wettbewerb transparenter zu gestalten, sind vergleichbare Vergütungsbedingungen erforderlich. Fallpauschalierte Behandlungskosten analog zum DRG-System des Krankenhauses.

Dr. Dorette Kinzel-Herwig (46), seit 1994 als Gynäkologin in Neumünster niedergelassen. „Ich habe als Belegärztin eine sehr enge Beziehung zu meinen Patientinnen, die es sehr zu schätzen wissen, dass sie es von der Diagnose über den Eingriff bis zur Nachsorge nur mit einer Ärztin zu tun haben.“



DER BELEGARZT DIE INTEGRIERTE VERSORGUNG IN PERSON

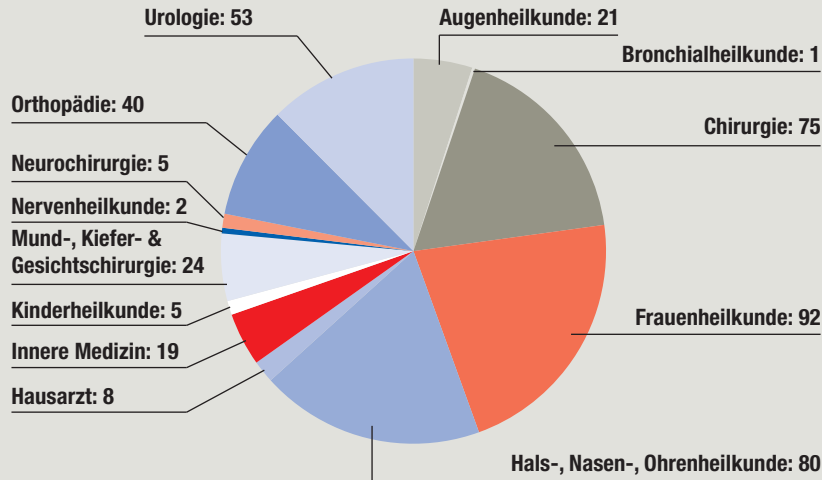
Wenn wir hier die Bandbreite der vertragsärztlichen Versorgung darstellen, stehen wir auch mit einem Bein im Krankenhaus. Denn 425 niedergelassene Ärzte diagnostizieren und operieren nicht nur ambulant in der eigenen Praxis, sondern auch stationär in reinen Belegkrankenhäusern und in den größeren Kliniken des Landes, die Belegabteilungen haben. Der Belegarzt belegt mit seinen Fällen – seinen Patienten – Betten in diesen Krankenhäusern. Seine ärztliche Leistung wird über die Kas-

senärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein vergütet. Das Krankenhaus wird für die Vorhaltung der OP-Einrichtung und der Pflege sowie der so genannten Hotelkosten von den Krankenkassen direkt bezahlt.

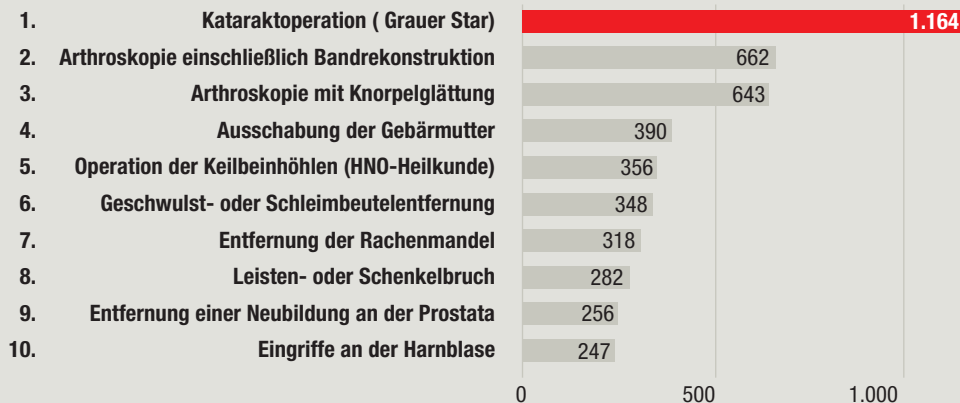
Belegärzte finden wir in fast allen Fachgruppen. Ohne Belegärzte gäbe es Operationen in der Augen- und in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde nur noch in der Universitätsklinik. Ohne Belegärzte wäre die Krankenhausversorgung in Glückstadt, in Kappeln, in Wedel,

Belegärzte je Fachgebiet

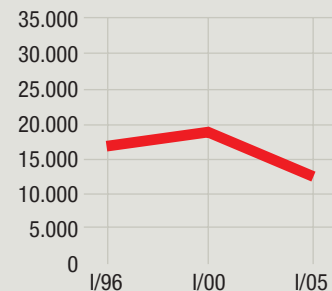
SUMME: 425



Top 10 der belegärztlichen Operationen (1. Quartal 2005)



Anzahl der belegärztlichen Operationen von 1996-2005



in Tönning, in Bad Schwartau nicht mehr vorhanden oder nur sehr schwer vorstellbar.

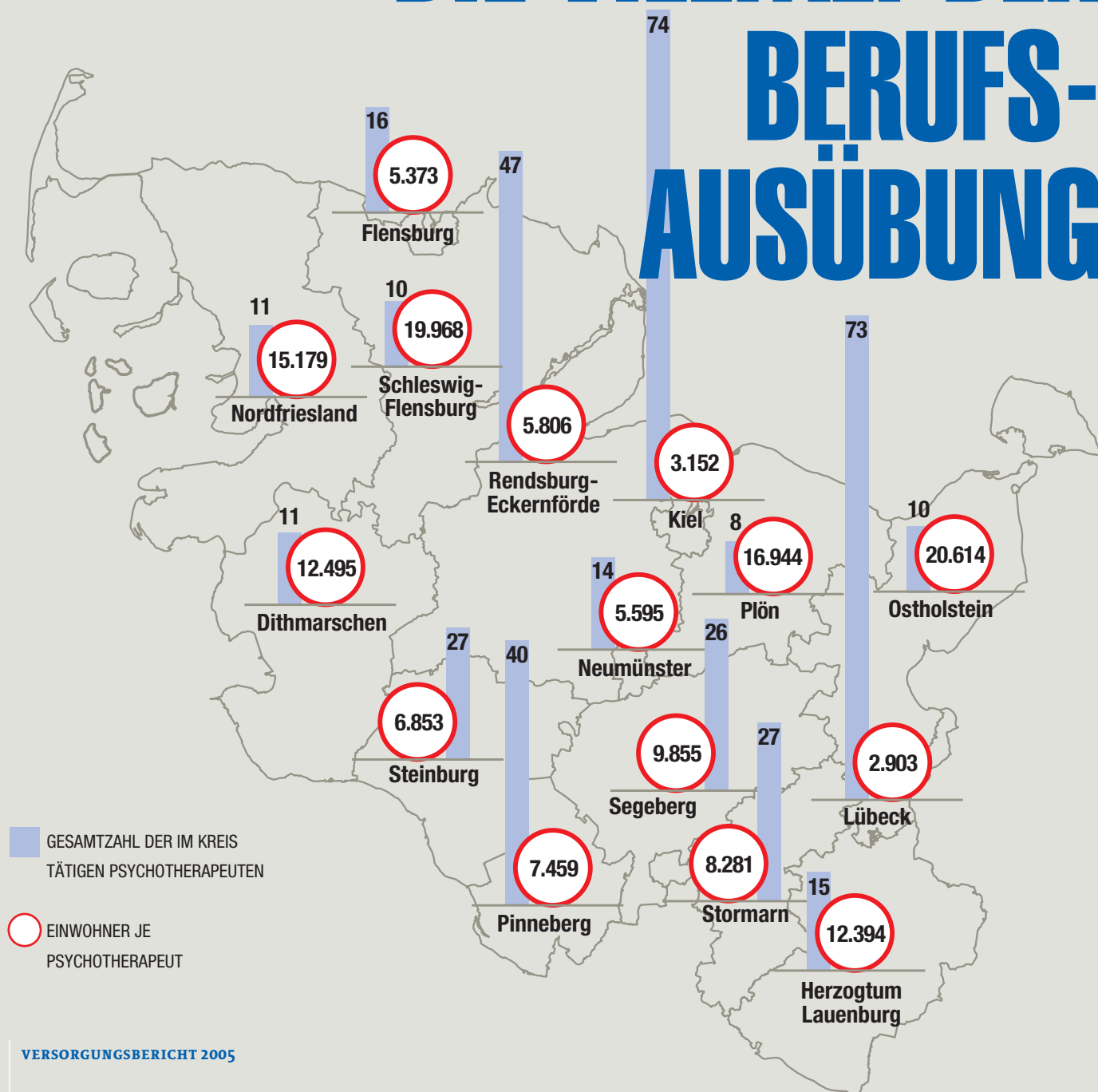
Das System bietet dem Patienten einen großen Vorteil. Er kennt seinen Operateur bereits vor dem geplanten Eingriff. Das schafft Vertrauen und baut Ängste vor einer Operation ab. Die ambulante Nachbehandlung nach Entlassung erfolgt ebenfalls in der Regel durch den operierenden Arzt. Falls nicht, erhält der nachbetreuende Haus- oder Facharzt die notwendigen Informationen sofort vom Operateur. Hier entstehen an der Schnittstelle ambulant/stationär keine Reibungsverluste, wie sie sonst vielfach kritisiert werden.

Deshalb ist der Belegarzt die Integrierte Versorgung par excellence. Was der Gesetzgeber mit der Integrationsversorgung nach § 140b SGB V neu erfinden wollte, gibt es in der vertragsärztlichen Versorgung bereits sehr lange. Doch wie so oft im Leben wird das, was schon immer da war, leicht übersehen. Die politischen Bestrebungen gehen dahin, diese Integrierte Versorgung in Person abzuschaffen. Düstere Wolken nicht nur am Belegarzthorizont. Dem Verlust der Freiberuflichkeit würde eine starre Versorgungsstruktur folgen. Wenn die Vergütung der ärztlichen Leistung an das Krankenhaus gebunden wird, verliert die Versorgung an Flexibilität. Der Rückgang der belegärztlichen Operationen von 19.600 im Quartal 1/2000 auf 12.500 im Quartal 1/2005 ist sowohl auf den Anstieg ambulanter Operationen als auch auf die verschlechterte Vergütungssituation zurückzuführen.

Der Gegenentwurf heißt: Die Vergütungsbedingungen des Belegarztes müssen denen des Krankenhauses vergleichbar gemacht werden. Wie für den ambulanten Operateur fordert die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein fallpauschalierte Behandlungskosten analog zum DRG-System des Krankenhauses. Und der Belegarzt soll dort operieren, wo die Menschen wohnen. Am Montag z. B. an der Westküste, am Dienstag in Flensburg. Mit Sprechstunden für die operative Vor- und Nachbehandlung. Für einen Großteil der belegärztlichen Operationen wäre dies ein sinnvolles und praktikables Modell - für die Menschen im Land.

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN & KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPEUTEN

DIE VIelfALT DER BERUFS-AUSÜBUNG





*Michael Eichberger (56),
Diplompsychologe in
Rellingen, seit 2002 als
psychologischer Psycho-
therapeut niedergelassen.*

Wenn wir von der vertragsärztlichen Versorgung sprechen, ist seit 1999 in gleichem Atemzuge die vertragspsychotherapeutische Versorgung zu nennen. Nicht zu verwechseln mit den Psychiatern und Nervenärzten, die allesamt eine ärztliche Ausbildung besitzen und ein größeres Spektrum von seelischen, nervlichen, psychosomatischen und körperlichen Krankheiten behandeln.

Das Psychotherapeutengesetz hat die psychologischen Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung integriert und zu Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung gemacht. Auch schon vor diesem Datum konnten gesetzlich Krankenversicherte sowohl von ärztlichen als auch nichtärztlichen Therapeuten versorgt werden. Die nichtärztlichen Psychotherapeuten rechneten damals ihre Leistungen jedoch direkt mit den Krankenkassen ab, während die ärztlichen Therapeuten schon immer über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet haben.

Psychotherapie ist nicht gleich Psychotherapie. Wie in der fachärztlichen Versorgung, der die psychologischen Psychotherapeuten angegliedert sind, drückt sich die Berufsausübung in vielen Schwerpunkten und großer Methodenvielfalt aus. Für die besonderen Behandlungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stehen ausgewiesene Fachleute zur Verfügung. Daneben gibt es Psychotherapeuten, die sich auf Einzeltherapien oder Gruppentherapien spezialisiert haben. Für die Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen und speziellen Verfahren müssen die Psychotherapeuten entsprechende Qualifikationen nachweisen und Genehmigungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragen (s. Qualitätsbericht 2005, S. 32).

In Schleswig-Holstein versorgen 402 psychologische Psychotherapeuten die Versicherten. Es gibt auch hier eine Bedarfsplanung. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist jedoch der Bedarf an Therapeuten vielerorts noch nicht gedeckt. Und im Bereich der Erwachsenenbehandlung steigt die Nachfrage stetig. Das hat in den vergangenen Jahren immer wieder zu Versorgungsproblemen geführt. Denn die vorgeschriebene Finanzierung des Psychotherapeutengesetzes hat längst nicht ausgereicht. Erst nach langjährigen Verhandlungen mit den Krankenkassen konnte die Kassenärztliche Vereinigung im Jahr 2005 eine Lösung des Problems erreichen.

Dr. Maya Müller (43), ermächtigt seit 2001 an der Universitätsaugenklinik Lübeck. „Die Arbeit als Ermächtigte erweitert mein ärztliches Spektrum in Abrechnungsfragen und Patientenverwaltung. Das hätte ich sonst nicht.“

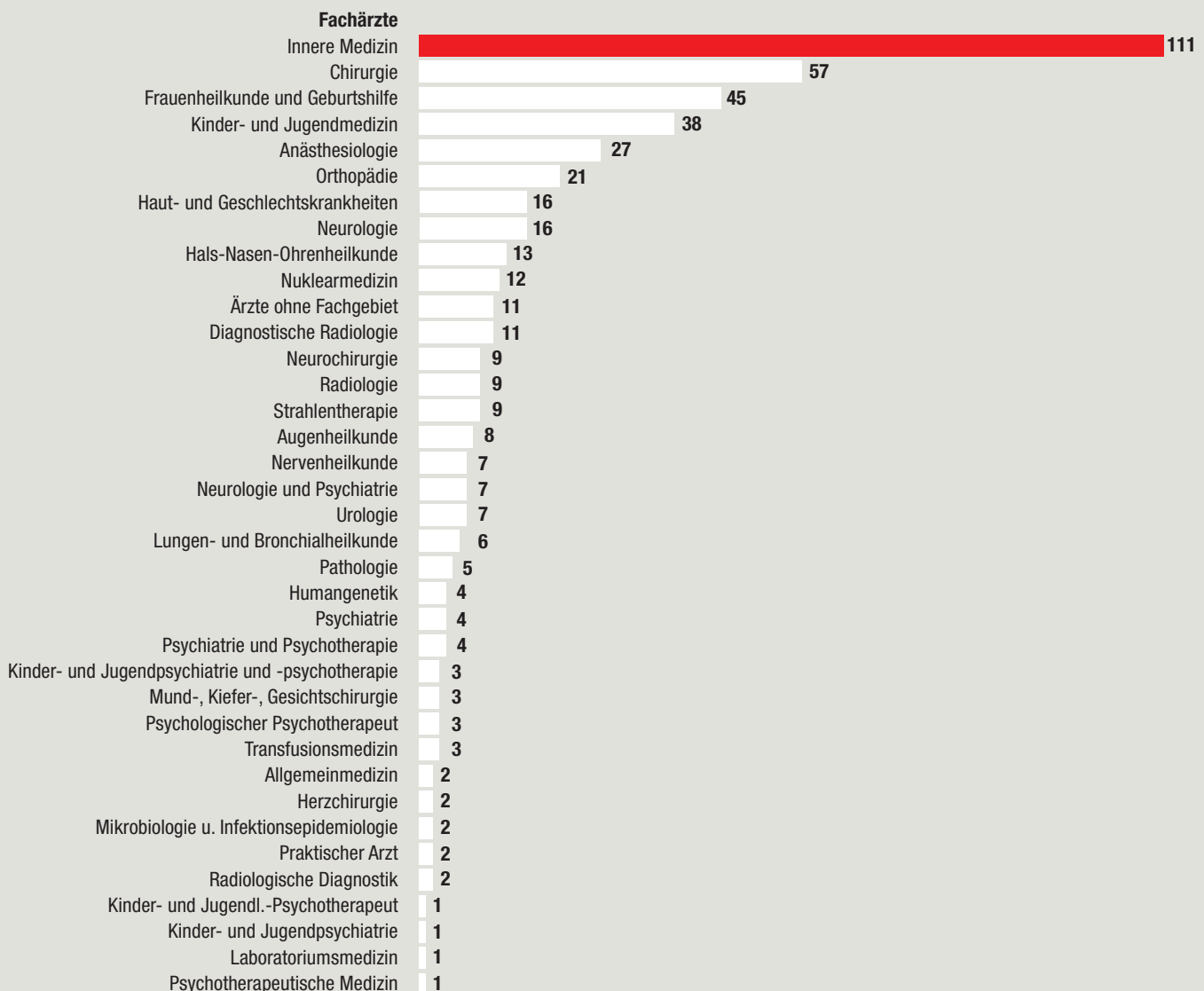


DER ERMÄCHTIGTE ARZT SPAGAT ZWISCHEN AMBULANZ UND KLINIK

Ganz Schleswig-Holstein wird von niedergelassenen Fachärzten versorgt. Ganz Schleswig-Holstein? Nein, denn in einigen Regionen wie z. B. auf den Inseln gäbe es für einen Facharzt überhaupt nicht so viele Patienten, dass sich eine voll ausgestattete Praxis wirtschaftlich führen ließe.

Auch schreitet der medizinische Fortschritt so rasant voran, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nicht sofort in alle ambulanten Praxen übertragen werden können. Und es gibt viele Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankungen einen Krankenhaushintergrund benötigen.

Anzahl ermächtigter Ärzte in Schleswig-Holstein (Stand: 31. Dezember 2005)



SUMME: 483

So denken viele Patienten, sie gingen ins Krankenhaus, wenn ihnen ihr Haus- oder Facharzt eine Überweisung an einen Krankenhausarzt in Schleswig-Holstein ausstellt. Es wird jedoch meist einer der 483 Krankenhausmediziner sein, die an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirken und für die ambulante Behandlung der Patienten ermächtigt sind.

Ermächtigungen werden vom Zulassungsschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein auf Antrag eines Krankenhausarztes ausgesprochen. Der Zulassungsausschuss, ein mit Ärzten und Krankenkassenvertretern paritätisch besetztes Gremium, prüft dabei den Bedarf. Denn niedergelassene Ärzte besitzen einen gesetzlich verankerten Vorrang in der ambulanten Versorgung. Nur wenn sie die speziellen Leistungen nicht oder nur in geringem Umfang anbieten können oder ein entsprechender niedergelassener Facharzt nicht vor Ort vertreten ist, dürfen Ermächtigte „einspringen“.

Der Ermächtigungsumfang ist unterschiedlich. Viele Krankenhausärzte, insbesondere Chirurgen, sind für eine konsiliarische Untersuchung und Erörterung ermächtigt. Sie unterstützen ihre nie-

dergelassenen Fachkollegen, wenn diese vor der Frage „ambulante oder stationäre Behandlung?“ stehen. Krankenhausärzte sind auch für spezielle diagnostische Verfahren ermächtigt oder für die Behandlung komplexer Erkrankungen wie HIV/AIDS oder für die onkologische Versorgung.

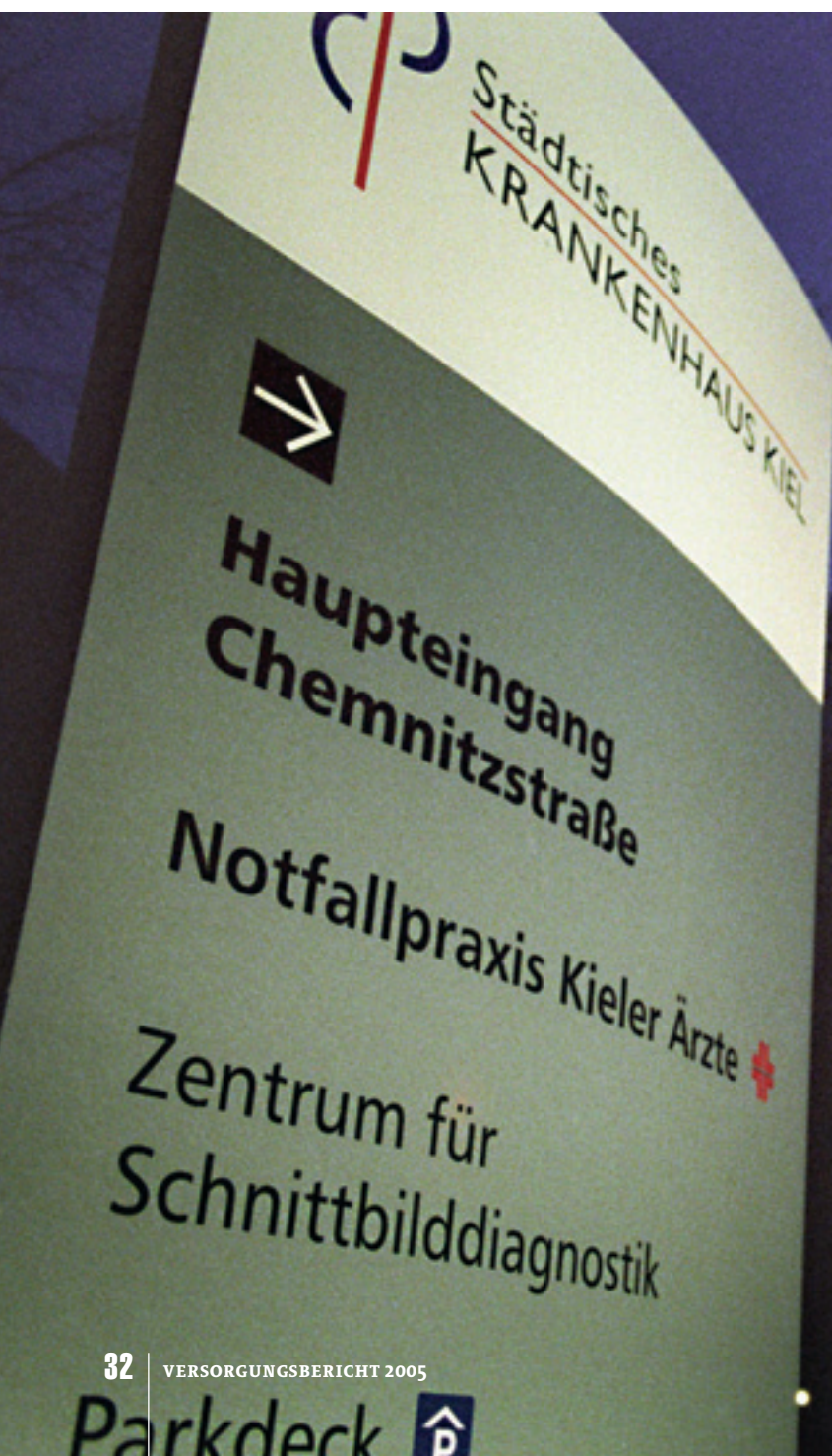
Ermächtigte Ärzte sind ihren niedergelassenen Kollegen ansonsten gleichgestellt. Für sie gelten die gleichen Bedingungen. Ihre Leistungen müssen sie persönlich erbringen. Für besondere Leistungen sind entsprechende Genehmigungen notwendig. Sie müssen sich auch den hohen Qualitätsanforderungen der ambulanten Versorgung stellen (vgl. KVSH-Qualitätsbericht '04, Genehmigungsbereiche).

Dies gilt jedoch nicht für diejenigen ambulanten Leistungen, die das Krankenhaus selbst durchführen kann und direkt mit den Krankenkassen abrechnet. Seit dem Jahr 2004 können in Krankenhäusern auch hochspezialisierte Leistungen ambulant erbracht sowie Patienten mit komplexen Krankheiten und schwierigen Krankheitsverläufen ambulant versorgt werden (§ 116b SGB V).

DER NOTDIENST 150 RINGE SORGEN FÜR DIE MENSCHEN IM LAND

**Ambulante Notfallbehandlungen im organisierten
Notdienst und in Krankenhäusern** (1. Quartal 2005)

	1/2005		
	Krankenhäuser	Ärzte	Gesamt
Dithmarschen	1.565	9.129	10.694
Flensburg	2.561	3.881	6.442
Herzogtum-Lauenburg	1.958	6.040	7.998
Kiel	7.153	9.185	16.338
Lübeck	5.241	10.021	15.262
Neumünster	2.323	4.240	6.563
Nordfriesland	3.135	9.703	12.838
Ostholstein	3.780	8.363	12.143
Pinneberg	4.796	7.472	12.268
Plön	873	2.571	3.444
Rendsburg-Eckernförde	2.115	10.804	12.919
Schleswig-Flensburg	1.535	8.197	9.732
Segeberg	4.041	6.885	10.926
Steinburg	2.330	5.485	7.815
Stormarn	2.775	5.401	8.176



Unter der Regie der KV Schleswig-Holstein wird der Notdienst vor Ort in etwa 150 Notdienststringen organisiert. Das führt vermehrt zu hohen Belastungen einzelner Ärzte. Eine Neuorganisation des Notdienstes soll das 2007 ändern.

In Schleswig-Holstein sorgen regelmäßig etwa 170 Ärzte dafür, dass an den Wochenenden, Feiertagen und in jeder Nacht die medizinische Versorgung aufrechterhalten wird. Sie sind in ca. 150 Notdienststringen unterschiedlicher Größe organisiert. Jeder Arzt eines Notdienststringes ist in regelmäßigen Abständen an der Reihe, den Notdienst auch für seine Kollegen zu übernehmen. Hausärzte und Fachärzte stehen hier gleichermaßen in der Pflicht und vertreten sich gegenseitig.

Für den diensthabenden Arzt bedeutet das in jeder Nacht, mehrfach Patienten zu versorgen. Wenn der Patient mobil ist, oft in der eigenen Praxis. Ansonsten besucht er den Patienten bei Wind und Wetter zu Hause. An Wochenenden ist die Belastung höher als innerhalb der Woche. Hier können schnell über 60 Einsätze zusammenkommen. Und in den Feriengebieten noch einmal mehr.

Im Gegensatz zu anderen Berufen mit ähnlichen Diensten kann sich der Arzt nach einem solchen Wochenende nicht erholen. Denn am Montag erwarten seine Patienten ihn schon wieder wie gewohnt in der Sprechstunde. In der Stadt ist Arbeiten komfortabler. Denn bei rund 400 Ärzten in Kiel und Umgebung gibt es sogar zwischen durch ein dienstfreies Jahr. Doch Kiel ist nicht überall: So ist Dr. Uwe Kurzke der kleinste „Notdienststring“ (s. S. 20), da er auf Pellworm der einzige Arzt weit und breit ist. Viele Notdienststringe auf dem Land weisen nur eine „Größe“ von 4 bis 10 Ärzten auf.

Krankenhaus-Notfallambulanzen

Viele Patienten wählen im Notfall die Klinik. Mit Ausnahme der reinen Belegkrankenhäuser (s. Der Belegarzt, S. 26) befinden sich deshalb in Krankenhäusern und Universitätskliniken Notfallambulanzen. Hier werden Patienten von Krankenhausärzten ambulant versorgt. Diese Notfallbehandlungen rechnen die Krankenhäuser über die Kassenärztliche Vereinigung ab.

Anlaufpraxen

Doppelte Versorgungsstrukturen vorzuhalten, wird in Zeiten knapper werdender Mittel zunehmend problematischer. Dies haben die niedergelassenen Ärzte in Brunsbüttel, Flensburg, Kiel, Rendsburg und Wedel seit längerem erkannt. Sie haben ihre bestehenden Notfallpraxen in die Räume eines Krankenhauses verlegt oder gleich in einem Krankenhaus eingerichtet. In der Notfallpraxis der Kieler Ärzte bieten die Kinderärzte sogar eine eigene Notfallprechstunde an.

So gibt es für den Patienten nur noch eine Anlaufstelle. Sollte der Notfall einmal schwerwiegender sein, stehen Ärzte und Einrichtungen des jeweiligen Krankenhauses bereit. In Lübeck und Neumünster befinden sich die Anlaufpraxen der niedergelassenen Ärzte

an Belegkrankenhäusern. Selbstverständlich steht für Patienten, die nicht eine Anlaufpraxis aufsuchen können, weiterhin ein fahrender Dienst zur Verfügung.

Neustrukturierung

Der Ärztemangel in einigen Regionen unseres Landes wird sich in den kommenden Jahren absehbar dramatisch verschärfen (vgl. S. 41). Damit einher geht eine erhöhte Dienstbelastung der Ärzte. Deshalb entwickelt die Kassenärztliche Vereinigung derzeit ein Konzept für die Neustrukturierung des vertragsärztlichen Notdienstes. Für eine faire, nachhaltige und rasche Lösung der Probleme.

Vorbilder sind dabei die bereits bestehenden Anlaufpraxen in den Krankenhäusern. Es ist das Ziel, die Notdienste der Vertragsärzte in Anlaufpraxen zu konzentrieren und mit dem jeweiligen fahrenden Dienst enger zu verzahnen. Eine landeseinheitliche Rufnummer für den vertragsärztlichen Notdienst sowie die Kooperation mit anderen Einrichtungen wie z. B. dem Rettungsdienst werden angestrebt. Und eine Notfallapotheke neben der Anlaufpraxis würde die Versorgung zusätzlich verbessern.

Dieses Modell ist für Patienten attraktiv, weil im Notfall immer klar ist, wohin sie sich wenden müssen. Und der personelle technische und logistische Hintergrund des Krankenhauses ist in greifbarer Nähe vorhanden, sofern er gebraucht wird. Für das Krankenhaus ist das Modell der Anlaufpraxen attraktiv, weil es einerseits seinen Standort sichert, und andererseits die Bereitschaftszeiten seiner Ärzte besser organisieren kann. Für die Krankenkassen ist das Modell attraktiv, weil ihre Versicherten zunächst durch erfahrene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes untersucht und behandelt werden. Für die Ärztinnen und Ärzte ist das Modell attraktiv, weil die Notdienste gerechter und flexibler gestaltet werden können. Und damit ist das Modell auch attraktiv für die ländlichen Gemeinden unseres Landes. Denn eine Entlastung im Notdienst trägt wesentlich dazu bei, dass der Landarzt auf medizinischen Nachwuchs setzen kann.



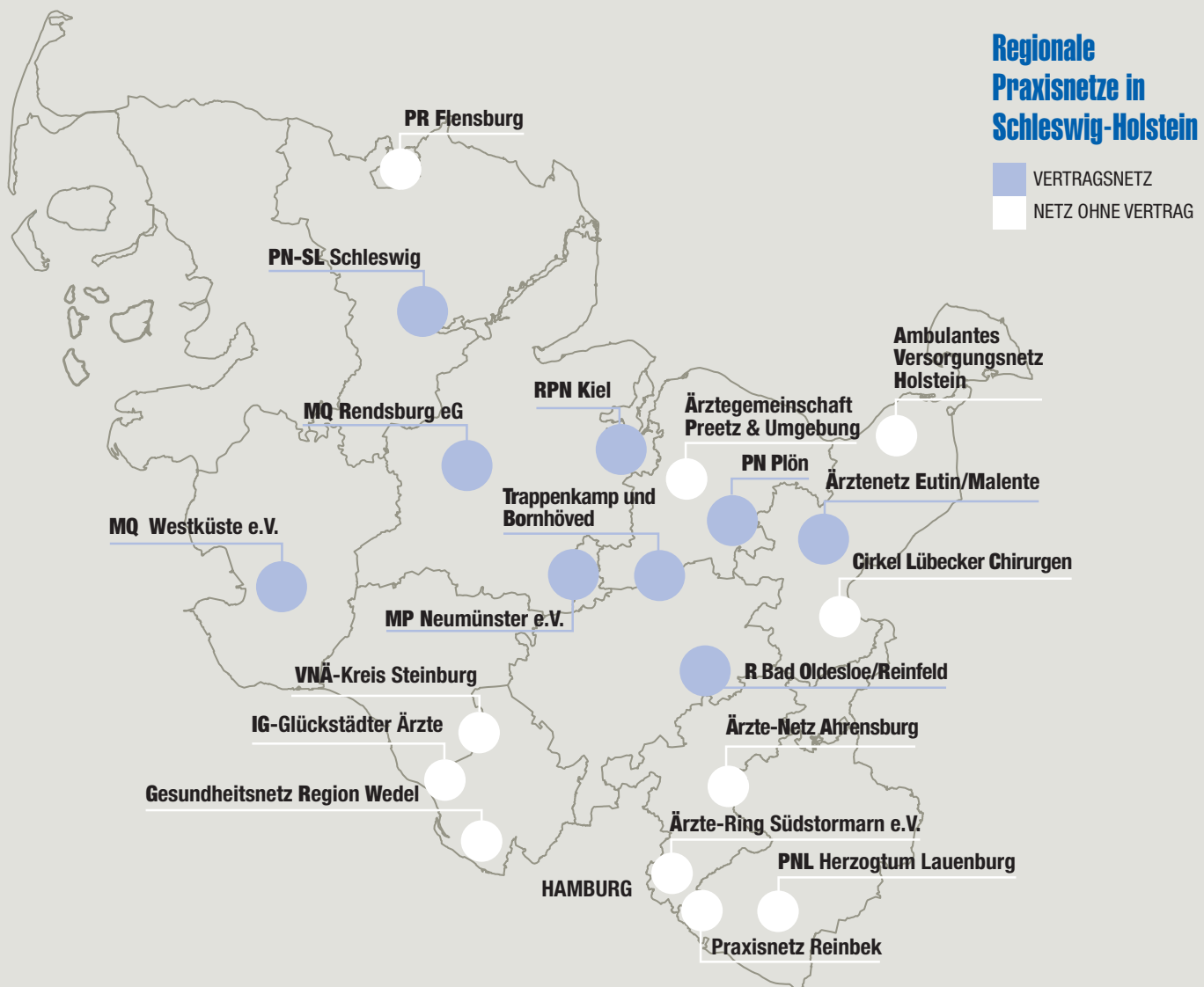
Der Vorstand des Wedeler Praxisnetzes: v. li. Dr. Ulrike Freiwald, Dr. Ute von Hahn, Dr. Achim Hoos, Dr. Peter Pilz, Dr. Joachim Decker. Seit dem das Netz 2000 gegründet wurde, funktioniert die medizinische Landschaft in Wedel noch besser. Besonders die Kommunikation liegt den Mitgliedern am Herzen. An einem Strang ziehen - das Wedeler Praxisnetz machts möglich.

REGIONALE PRAXISNETZE EINER FÜR ALLE, ALLE FÜR EINEN

Schleswig-Holstein ist das Land der Praxisnetze. Rund 1.200 Ärzte und Psychotherapeuten haben sich in 19 Gemeinschaften zusammengefunden. Das ist ein Organisationsgrad von etwa 25 Prozent. Begonnen hat es 1996 mit der Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR), der „Mutter aller Netze“. Damals gefördert von den Ersatzkassen und unterstützt von der Kassenärztlichen Vereinigung, war sie Vorbild für viele andere ärztliche Gemeinschaften. Es folgten 1997 das Regionale Praxisnetz Kiel und das Praxisnetz Plön, beide mit Förderung durch die AOK Schleswig-Holstein.

Regionale Praxisnetze sind freiwillige Zusammenschlüsse. Die Netzmitglieder tauschen sich intensiv aus und fördern die Kollegialität untereinander. Der Patient wird selbstverständlich weiterhin von dem Arzt seines Vertrauens behandelt. Es kann sogar vorkommen, dass der Patient das Netz erst dann wahrnimmt, wenn die Ärzte und Psychotherapeuten an Gesundheitstagen oder ähnlichen Aktionen teilnehmen.

Ein Praxisnetz ist fester Ansprechpartner für alle anderen Partner innerhalb des Gesundheitswesens.



Und sie sind Schutzgemeinschaften. So melden sie sich bei Fragen der örtlichen Versorgung deutlich zu Wort. Und sie besitzen einen großen Anteil daran, dass die Ärzteproteste in Schleswig-Holstein gut organisiert und erfolgreich sind.

Die Regionalen Praxisnetze in Schleswig-Holstein treten den Beweis an, dass die engere Abstimmung unter den Ärzten sowie Kooperationen mit Krankenhäusern und anderen Partnern zu mehr Wirtschaftlichkeit und erhöhter Qualität in der medizinischen Versorgung führt. So hat die MQR die erste Anlaufpraxis (s. Notdienst, S. 33) außerhalb der Großstädte eingerichtet. Ohne das Praxisnetz Region Flensburg wäre Flensburg wohl nicht Pilotregion für den Test der elektronischen Gesundheitskarte geworden. Das Praxisnetz Plön betreibt seit Jahren eine intensive Qualitätszirkelarbeit (s. Qualitätsbericht 2004, S. 44) im Bereich der Arzneimitteltherapie. Das regionale Netz Bad Oldesloe/Reinfeld war eines der ersten Netze, das sich dem elektronischen Datenaustausch mit dem örtlichen Krankenhaus verschrieben hat. Das Regionale Praxisnetz Kiel unterhält eine professio-

nelle Leitstelle, die für die Netzmitglieder gemeinsame Beschaffungen und andere Dienstleistungen organisiert. Das Gesundheitsnetz Region Wedel und das Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg haben jeweils mit einer Krankenkasse Integrierte Versorgung vertraglich vereinbart.

Die Liste der Aktivitäten, Projekte und Ideen ließe sich weiter fortführen, würde jedoch einen eigenen Bericht füllen. Damit nicht jedes Praxisnetz das Rad neu erfindet, tauschen sie sich regelmäßig im Dachverband der Praxisnetze Schleswig-Holstein aus. Neben dem ärztlichen Zusammenschluss übernehmen die Praxisnetze eine weitere wichtige Funktion: In einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem sind sie „kleine“ Forschungs- und Entwicklungslabore, die nach neuen Wegen in der Versorgung suchen. Das sieht die AOK Schleswig-Holstein ebenso, die als einzige Krankenkasse im Land weiterhin – vertraglich mit der Kassenärztlichen Vereinigung – Praxisnetze finanziell unterstützt.

Das größte medizinische Versorgungszentrum im Land, das MVZ Lubinus in Kiel. 11 Kolleginnen und Kollegen versorgen hier fachübergreifend die Patienten. Die Mitglieder wollen so breit wie möglich aufgestellt sein, um umfassende Medizin anzubieten. Das sei für den Patienten besonders lukrativ, weil er nicht lange nach Versorgung suchen muss, sagen die Gesellschafter der GmbH.



GEMEINSCHAFTS- PRAXEN UND MVZ

LET'S WORK TOGETHER

Neben der Einzelpraxis geht der Trend zur Gemeinsamkeit. Dabei sind medizinische Versorgungszentren auf dem Vormarsch

Die klassische Form der ärztlichen Niederlassung ist immer noch die Einzelpraxis. Das ist in der beruflichen Vorstellung und Stellung des Arztes begründet. Hinaus aus der Klinikhierarchie und endlich sein eigener Chef sein. Auch die vertragsärztliche Gebührenordnung mit ihren arztbezogenen Einzelleistungen ist noch immer an diesem Leitbild ausgerichtet.

Daneben gibt es jedoch auch gemeinsame Formen der ärztlichen Berufsausübung wie Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Apparatgemeinschaften.

In einer Praxisgemeinschaft teilen sich zwei oder mehr Ärzte Empfang, Praxispersonal und Geräte. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt für jeden Arzt separat. Die Kassenärztliche Vereinigung überweist das Honorar auf die einzelnen Konten. Eine Apparatgemeinschaft unterhält lediglich für bestimmte Leistungen gemeinsame Geräte.

Eine Gemeinschaftspraxis geht einen großen Schritt weiter. Hier liegt ein echtes Gemeinschaftsprojekt vor. Die Abrechnung erfolgt gemeinsam und die KV überweist das Honorar auf ein gemeinsames Konto. Wenn die Partner einer Gemeinschaftspraxis unterschiedlichen Fachgruppen angehören, sprechen wir von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen. In ihnen haben sich insbesondere Hausärzte und fachärztliche Internisten organisiert, da seit dem Jahr 2003 Hausärzte technische Leistungen nicht mehr erbringen dürfen.

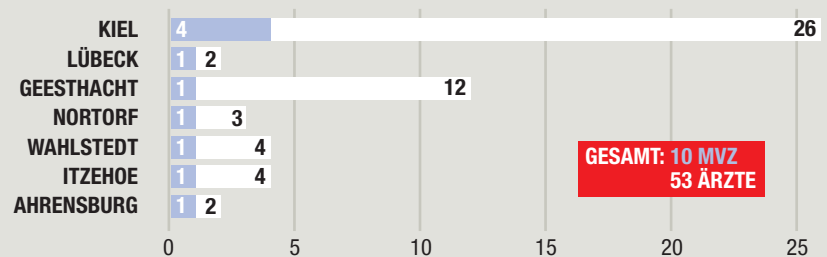
Mit der Novellierung der Berufsordnung für Ärzte sind nun auch ortsübergreifende Gemeinschafts-



Gemeinschaftspraxen in Schleswig-Holstein

Jahr	Anzahl Praxen	davon Gemeinschaftspraxen	davon Einzelpraxen	Anteil Gemeinschaftspraxen
1996	3.428	670	2.758	19,5%
2005	3.547	756	2.791	21,3%
Veränderung	4,8%	12,8%	1,2%	

Anzahl MVZ/Ärzte



praxen durch den Zulassungsausschuss genehmigungsfähig. Das macht beispielsweise dann Sinn, wenn mehrere Ärzte unter einer „Marke“ ihre Leistungen anbieten wollen wie z. B. operierende und nicht operierende Fachärzte. In Schleswig-Holstein sind derzeit 15 (50 Ärzte) ortsübergreifende Gemeinschaftspraxen genehmigt.

Die MVZ stellen seit dem 01.01.2004 eine neue Form der vertragsärztlichen Versorgung dar. Es handelt sich hierbei um „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in ein Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“ – so die gesetzliche Definition. Gründen können ein MVZ alle, die an der medizinischen Versorgung auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen, das heißt beispielsweise Vertragsärzte, Apotheker, Heilmittelerbringer sowie Krankenhausträger. Zum Stichtag 31.12.2005 waren in Schleswig-Holstein zehn MVZ zugelassen, bundesweit waren es 341.

Die in Schleswig-Holstein zugelassenen MVZ wurden zum überwiegenden Teil von Vertragsärzten gegründet. Daneben gibt es aber auch MVZ, die von Krankenhäusern gegründet wurden und in denen Ärzte ausschließlich als Angestellte tätig sind.

Ein MVZ unterliegt ebenso wie die Vertragsärzte der Bedarfsplanung. Es benötigt somit bereits zugelassene Vertragsärzte, die als Vertragsärzte an dem MVZ tätig werden oder zu Gunsten ihrer Anstellung an dem MVZ auf ihre Zulassung verzichten können.

Großer Vorteil eines MVZ ist, dass hier neue Arbeitszeitmodelle für junge Ärzte und Ärztinnen möglich sind. Außerdem sind die in einem MVZ angestellten Ärzte nicht an dem wirtschaftlichen Risiko beteiligt. Der Gesetzgeber hat mit den MVZ einen Gegenentwurf zur Freiberuflichkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung geschaffen. Er erhofft sich damit in erster Linie eine Lösung der Versorgungsprobleme in den östlichen Bundesländern.

Es bleibt abzuwarten, ob die freie Arztwahl in unserem Gesundheitswesen auch in MVZ, die in alleiniger Trägerschaft durch Krankenhäuser, Apotheken u. a. betrieben werden, gewährleistet bleibt.



120 JAHRE BEDARFS- PLANUNG FÜR ÄRZTE IN DEUTSCHLAND

ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT?

Als 1883 im Zuge der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde, war ein Arzt von den Krankenkassen abhängig. Er musste mit ihnen Einzelverträge abschließen. Hatte er keinen entsprechenden Vertrag, blieb der Patient zunächst unversorgt. Einen Sicherstellungsauftrag hatte man damals nicht vorgesehen.

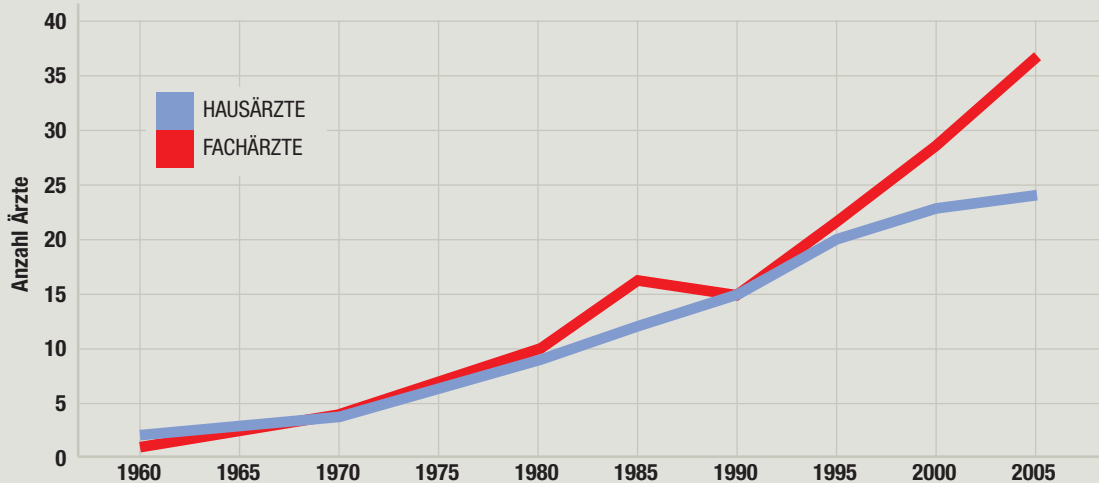
Der kam erst ab 1913. Die Krankenkassen mussten bis zu einem bestimmten Arzt-Versicherten-Verhältnis Verträge mit niederlassungswilligen Ärzten abschließen. Die in einem Bedarfsplanungsverfahren

festgelegten Kassenarztsitze konnten somit ersetzt werden, solange die maßgebliche Verhältniszahl unterschritten blieb.

1960 stellte das Bundesverfassungsgericht jedoch fest, die aus diesem System resultierende Beschränkung der Niederlassung sei verfassungswidrig. Denn wenn rund 90 Prozent der Bevölkerung der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, würde damit die freiberufliche Niederlassung in der Regel von der Kassenarztzulassung abhängen.

Die Niederlassungsfreiheit ging bis zum Jahr 1993. Dann kam die Seehofer'sche Gesetzgebung. Die ver-

Arztzahlentwicklung am Beispiel Bad Segeberg 1960-2005



tragsärztliche Gesamtvergütung wurde budgetiert und die Zahl der niedergelassenen Ärzte beschränkt. Begründung damals, die Kosten des Gesundheitswesens würden „explodieren“. Heute wissen wir besser denn je, dass der demografische Wandel und die Einnahmeprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung die Ursache sind.

Die 1993 drohende Zulassungsbeschränkung rief einen Niederlassungsboom hervor, den so genannten Seehofer-Bauch. Insgesamt stiegen die Arztzahlen um fast 13 Prozent. Die Arztdichte nahm insbesondere in den Städten zu. Jedoch dürfen wir uns nicht in Sicherheit wiegen. Denn die Versorgung erodiert in einigen Landstrichen.

Erfasst werden von der Bedarfsplanung heute alle Arztgruppen, deren Bestand in Deutschland 1.000 Ärzte überschreitet. Keine Zulassungsbeschränkungen gibt es für Laborärzte, Pathologen, Nuklearmediziner oder Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Niederlassungsfreiheit

Ein Arzt, dessen Fachgebiet von der Bedarfsplanung erfasst wird, kann sich heute „frei“ in einem für sein Fachgebiet offenen Planungsbereich niederlassen. In einem gesperrten Gebiet kann er jedoch nur die Praxis eines niedergelassenen Arztes übernehmen, als Job-Sharing-Partner unabhängig von der Bedarfsplanung eine Zulassung erhalten oder sich zukünftig von einem Arzt im Rahmen der bedarfsplanerischen Möglichkeiten anstellen lassen. Ferner ist vorgesehen, den Versorgungsauftrag halbieren zu können (Teilzulassung).

Medizinische Versorgungszentren unterliegen ebenso der Bedarfsplanung. Sie können nur zugelassen werden, wenn die angebotenen Fachgebiete entweder nicht von Zulassungsbeschränkungen bzw. der Bedarfsplanung erfasst sind oder bereits zugelassene Ärzte ihre Zulassung in das Medizinische Versorgungszentrum einbringen.

Bis vor kurzem ging das Zulassungsrecht noch von einem „eindimensionalen“ Kassenarztsitz aus. Zukünftig gibt es aller Wahrscheinlichkeit nach unterschiedliche Möglichkeiten der Niederlassung. So wird ein Arzt Zweigpraxen errichten, eine Gemeinschaftspraxis über Kreisgrenzen hinweg betreiben, in mehreren Berufsausübungsgemeinschaften tätig sein und Ärzte anderer Fachgruppen beschäftigen können. Die Zwangsverrentung mit 68 Jahren soll entfallen, wenn der Arzt seinen Sitz in einem unterversorgten Gebiet hat.

Bedarfsplanung noch zeitgemäß

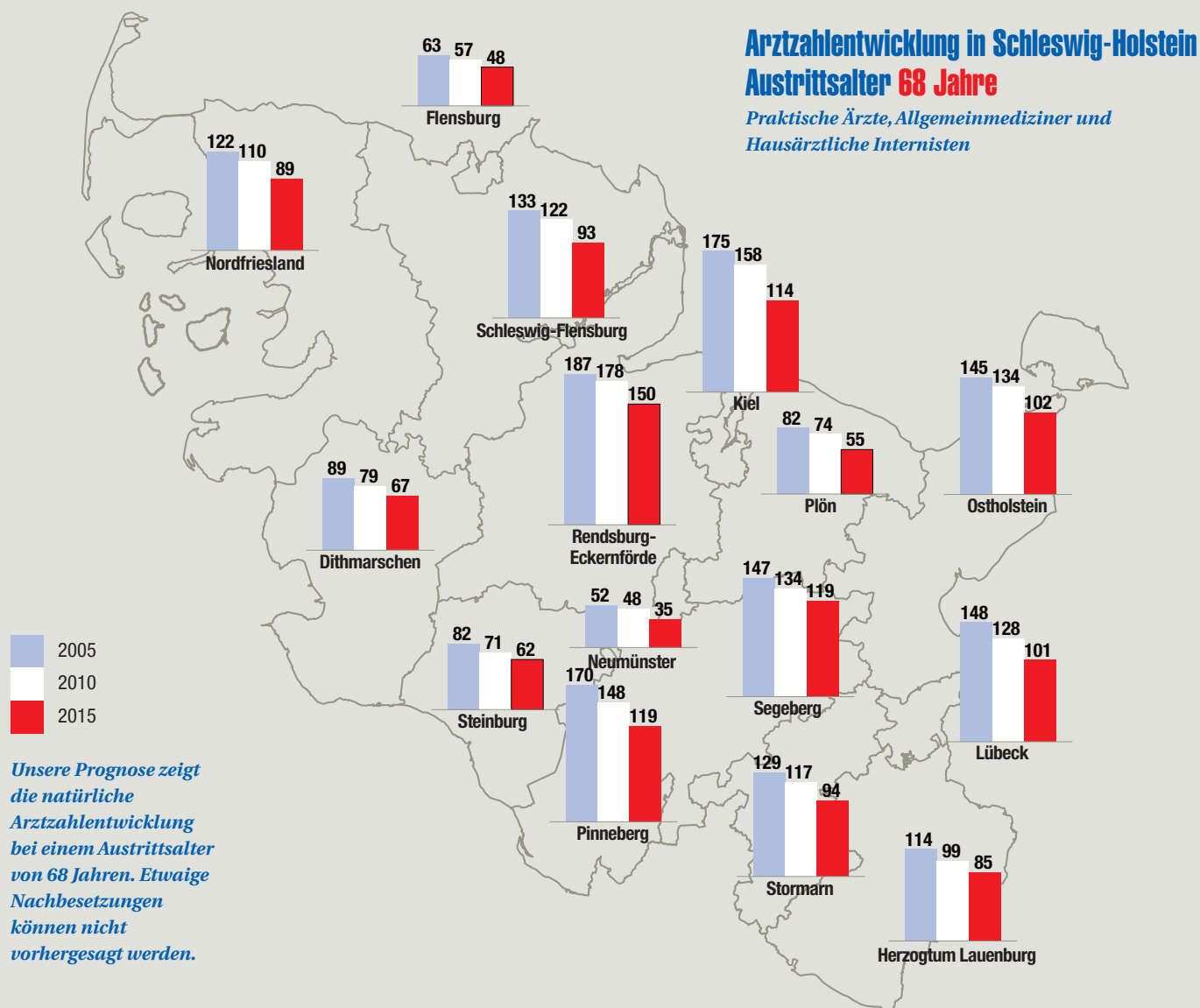
Die Bedarfsplanung steht in der Kritik. Sie hat die bestehende Versorgung insbesondere in den Städten fortgeschrieben und in den ländlichen Räumen die Unterversorgung nicht behoben. Ist die Bedarfsplanung daher noch zeitgemäß?

Manche meinen, eher nicht. Denn mit der Liberalisierung des Vertragsarztrechts scheinen alle Probleme gelöst: Der Markt heilt alles selbst. Die Konditionen für unterversorgte Gebiete müssten nur so attraktiv sein, dass junge Ärzte in Scharen sesshaft werden. Das erinnert ein wenig an die gute alte Zonenrandförderung – die Wiedervereinigung habe sie selig. Finanzielle Anreize für Ansiedlungen in strukturschwachen Gebieten wurden damals gerne „mitgenommen“, eine nachhaltige Belebung der ländlichen Räume fand jedoch nicht statt.

Die Bedarfsplanung wird wohl bleiben. Allerdings plant der Gesetzgeber, bei Unterversorgung den Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen zu übertragen, sofern die Kassenärztliche Vereinigung lokale Versorgungslücken nicht schließen kann. Zu Lasten der noch funktionierenden Versorgung sollen die Krankenkassen dann die entstehenden Kosten der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung stellen. Dies beinhaltet auch die Option zum Abschluss von Einzelverträgen mit niedergelassenen Ärzten.

Fast wie damals bei Bismarck. Also doch zurück in die Zukunft.

Hier werden Entscheidungen getroffen. Der Zulassungsausschuss, paritätisch mit Ärzten und Vertretern von Krankenkassen besetzt, regelt alle Zulassungsfragen – hinter verschlossenen Türen.



DIE VERSORGUNGSSITUATION

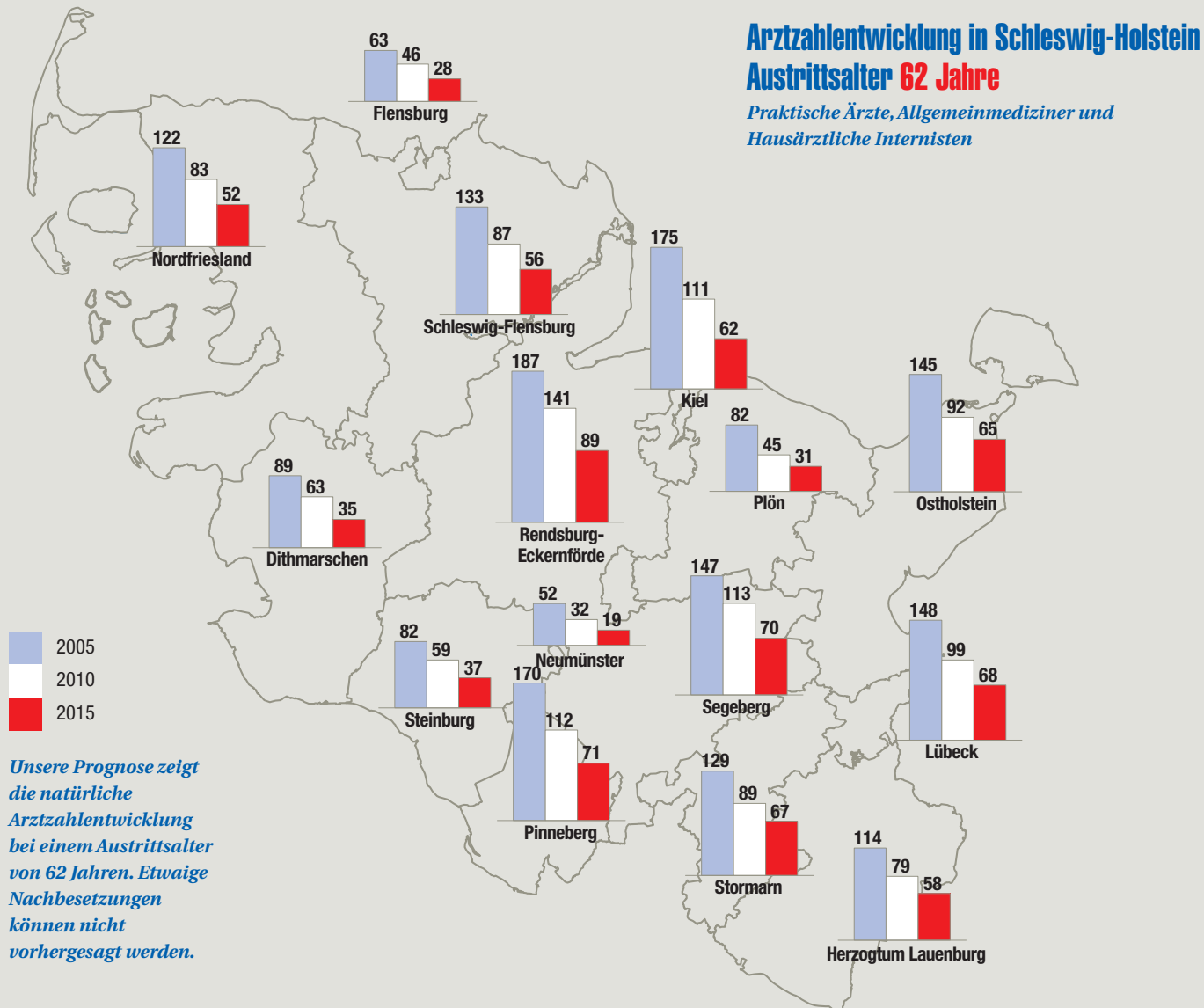
Die Szenarien sprechen eine deutliche Sprache: Ohne geänderte Rahmenbedingungen wird die Versorgung in zehn Jahren ernsthaft gefährdet sein

Zur Zeit wird die hausärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein unter anderem von 1.429 Allgemeinärzten und praktischen Ärzten sichergestellt. Wie im gesamten Bundesgebiet steigt das Durchschnittsalter aller Vertragsärzte auch in Schleswig-Holstein stetig an. Die Altersstruktur der Hausärzte in Schleswig-Holstein liegt höher als im Bundesdurchschnitt. Rund 63 % der Hausärzte in Schleswig-Holstein sind über 50 Jahre alt und wird – bei einem mittleren Eintritt in den Ruhestand mit 62 Jahren – in den nächsten zehn Jahren die Praxis in „jüngere Hände“ abgeben wollen.

Hochrechnung bis 2015

Vorausgesetzt, unser Gesundheitssystem soll den Leistungsstand von heute behalten, bedeutet das ca. 1.000 Praxisabgaben bis zum Jahr 2015. Wir müssen daher von einem Ersatzbedarf von ca. 1.000 Allgemeinärzten in den nächsten zehn Jahren für Schleswig-Holstein ausgehen.

Dieses Problem ist allerdings kein spezifisch Norddeutsches: Bundesweit gibt es ähnliche Analysen, wobei die Situation in den neuen Bundesländern erheblich dramatischer ist. Der durchschnittliche jährliche Rückgang an Hausarztpraxen wird von der



IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit 1,8 % pro Jahr abgegeben.

Es ist folglich von einem erheblichen Versorgungsproblem spätestens im Jahr 2015 auszugehen. Schon in den nächsten Jahren werden diese Veränderungen regional zu erheblichen Verwerfungen führen, da das Versorgungsdefizit sich zunächst in ländlichen Kreisen auswirken wird. Diese Unterversorgung, die teilweise schon heute besteht, wird öffentlich noch nicht wahrgenommen. Die bisher ausreichende Versorgung in den Städten lenkt von dem Problem ab.

Regionale Unterschiede

Unterversorgung zeigt sich bereits jetzt auf dem Land. Hier vor allem an der gesamten Westküste, in Angeln, im Kreis Steinburg sowie im östlichen Kreis Herzogtum Lauenburg. Die Attraktivität der

ländlichen Räume nimmt ab. Daneben sind immer höhere Dienstbelastungen der Landärzte das Haupthindernis für eine Neubesetzung der Praxen. Die Kassenärztliche Vereinigung arbeitet gegen diesen Trend. Sie entwickelt derzeit ein Notdienstsystem, das besonders die Landarztpraxen von zu häufigen Diensten entlastet, damit die Tätigkeit dort wieder attraktiver wird (vgl. S. 17).

Nachwuchsförderung

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat schon vor Jahren eine Reihe struktureller Maßnahmen ergriffen. So fördert sie gemeinsam mit den Krankenkassen pro Jahr 140 Stellen für Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden. Dabei werden monatlich 2.044 Euro pro Weiterbildungsstelle zur Verfügung gestellt. Zur Zeit sind im Jahr ungefähr 100 dieser Stellen besetzt. In zehn Jahren Laufzeit bis 2015

wäre mit 100 Absolventen pro Jahr der Fehlbedarf von 1.000 Hausärzten zu decken.

Abbruch der Ausbildung, Berufsaufgabe, Niederlassung in einem anderen Bundesland oder Abwanderung ins Ausland schaffen einen um 20 % höheren Bedarf. So werden wir am Ende dieser zehn Jahre ein Defizit von etwa 200 Hausärzten aufweisen. Wohlgemerkt: Bei gleichbleibenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Sollte jedoch die ambulante ärztliche Versorgung in Richtung eines Primärarztsystems erfolgen, würde diese „Lücke“ für Schleswig-Holstein im Jahr 2015 einen Fehlbetrag von ca. 1.200 Hausärzten aufweisen.

Eine andere Möglichkeit, auf diesen negativen Trend einzuwirken, liegt in der Ausbildung der Studenten. In der Vergangenheit (1995-2000) lag die Zahl der Studenten, die sich gegen Ende des Studiums vorstellen konnten, Hausarzt zu werden, bei ca. 3 bis 5 % (mündliche Mitteilungen aus den Lehraufträgen in Kiel und Lübeck). Bis zum Jahr 2006 hat sich diese Zahl durch die Stiftungsprofessur in Kiel und die Umstrukturierung des Lehrauftrags in Lübeck auf ca. 15 % (Kiel) und ca. 20 % (Lübeck) deutlich gesteigert (ebenda). Für eine ausreichende Anzahl an Hausärzten müsste die Zahl der Studenten, die am Ende des Studiums angeben, Hausärzte werden zu wollen, aber mindestens 25 % betragen. Hierfür wird die Annahme, dass die Hälfte der Studenten in Klinikbereich tätig werden wird, und dass von der verbleibenden Hälfte wiederum 50 % Hausarzt, die andere Hälfte Gebietsarzt werden wird, zu Grunde gelegt.

Diese Ausbildung kann jedoch nur im richtigen Sinne fortgeführt werden, wenn an beiden Universitäten in Schleswig-Holstein

Abteilungen für Allgemeinmedizin eingerichtet werden. Aus diesem Grund haben Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer und der Berufsverband der Allgemeinärzte (BDA) im Jahr 1994 den „Förderverein zur Errichtung einer Stiftungsprofessur für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein e.V.“ gegründet. Der Verein hat mit 900.000 Euro erhebliche finanzielle Mittel aufgebracht. Gestiftet zu je einem Drittel von der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und von einigen Unternehmen der Pharmaindustrie.

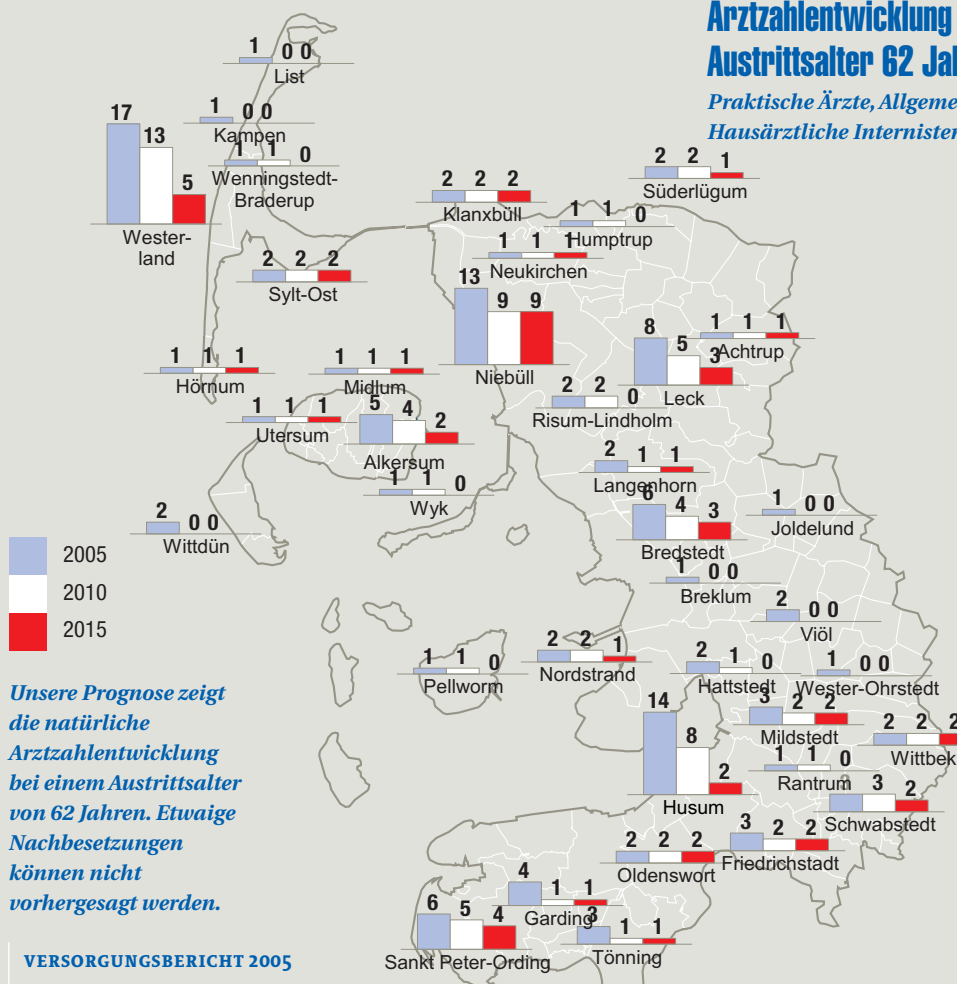
Attraktivität des Hausarztberufes

Die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt bei den Hausärzten zur Zeit 56 Stunden pro Woche, wobei die Arbeitszeit in Landarztpraxen eher noch höher liegt. Daher ist es fast verwunderlich, dass ca. 29 % der Ärzte diesen Beruf ganz sicher wieder und weitere 30 % wahrscheinlich wieder ergreifen würden. Jedoch 41 % der jetzt niedergelassenen Ärzte würden bei der Möglichkeit einer neuerlichen Berufsscheidung nicht wieder ärztlich tätig (Johnsen, L., D. Sattler: Studie zur Berufssituation von Ärzten; Institut für politische Wissenschaften der CAU; 2005).

Neben der Arbeitsbelastung ist ein anderes Hindernis für Berufsanfänger die mangelhafte Honorierung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat errechnet, dass nahezu die Hälfte der Hausärzte in Deutschland von einem monatlichen Nettoeinkommen nach Abzug von Sozialaufwendungen und Steuern von ca. 2.000 Euro leben müssen. Hier muss daher einerseits bei der Arbeitsbelastung, andererseits beim Honorar ein erheblicher Attraktivitätszuwachs erfolgen, um die Versorgung der Bevölkerung durch Hausärzte auf lange Sicht sicherzustellen.

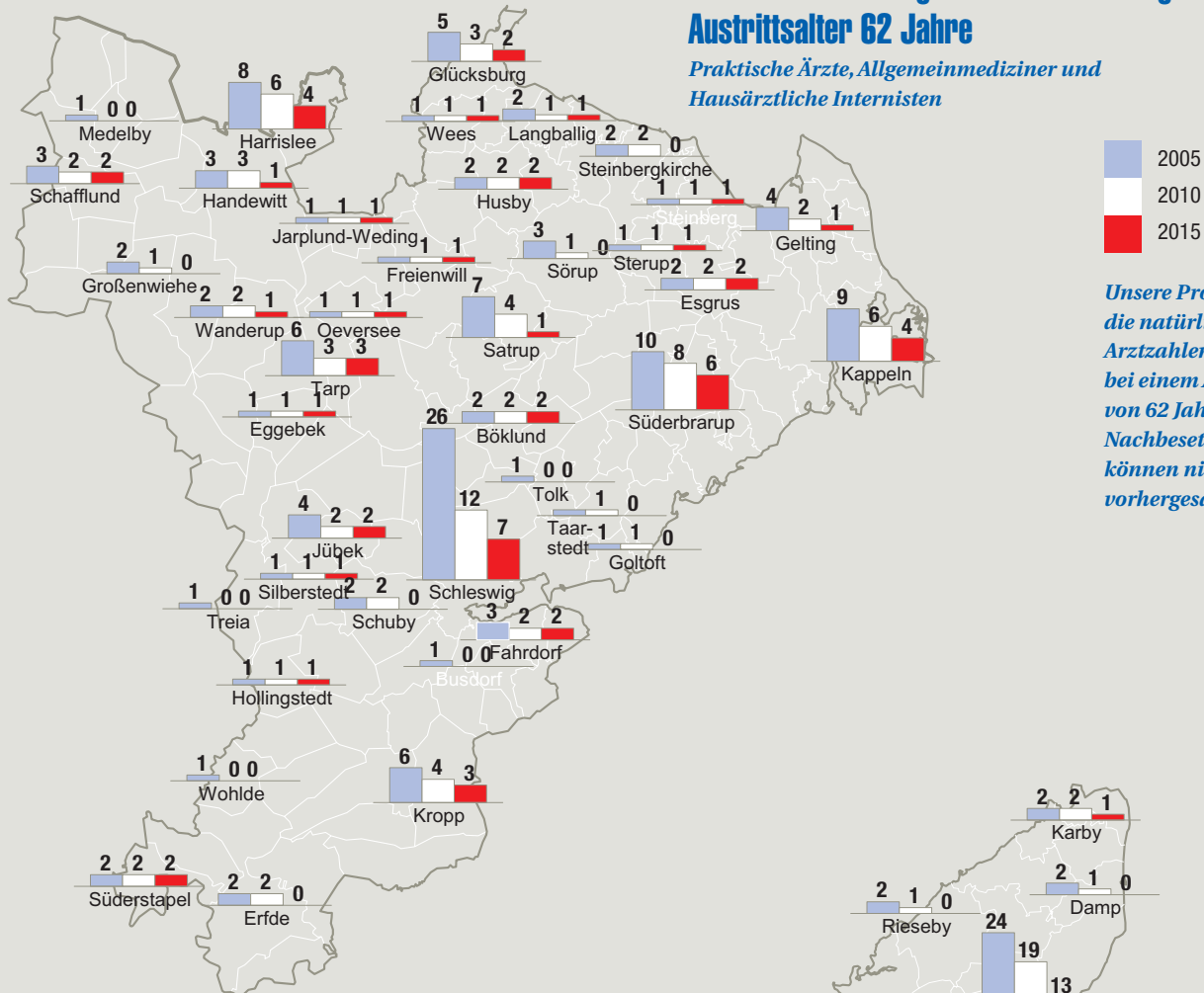
Arztzahlentwicklung im Kreis Nordfriesland Austrittsalter 62 Jahre

Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und
Hausärztliche Internisten



Arztzahlentwicklung im Kreis Schleswig-Flensburg Austrittsalter 62 Jahre

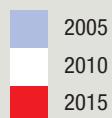
Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und
Hausärztliche Internisten



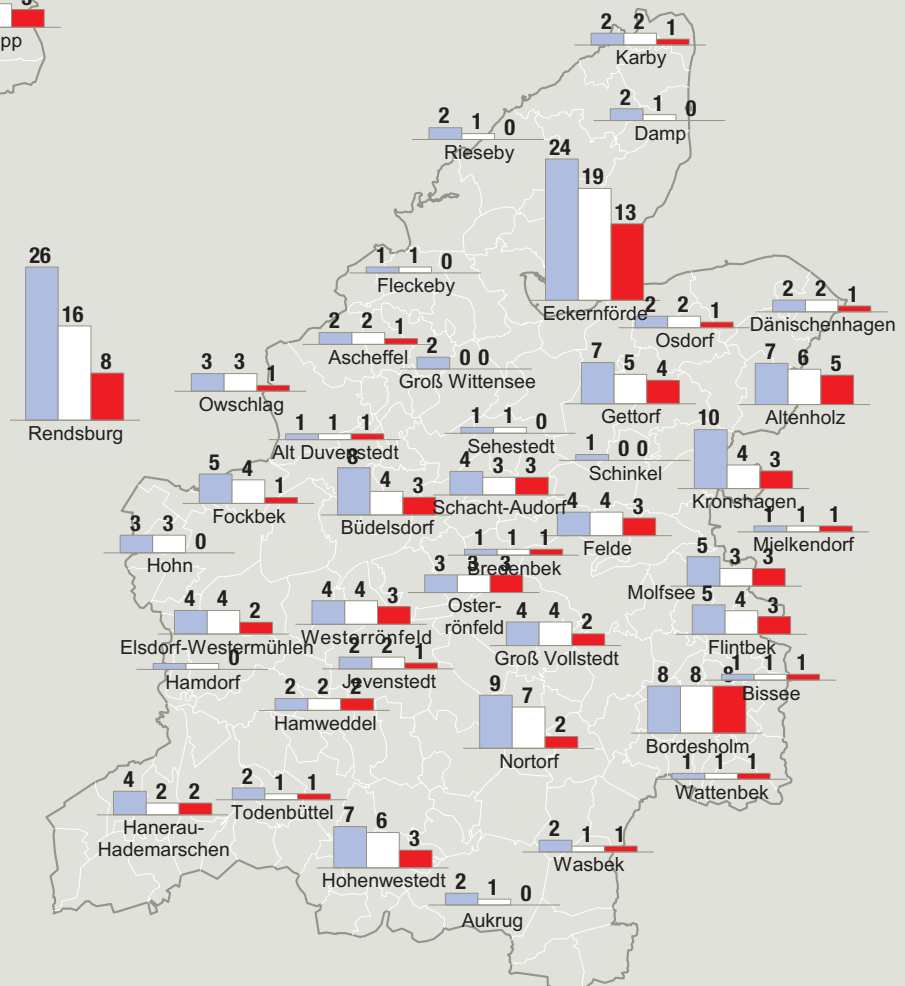
Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.

Arztzahlentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde Austrittsalter 62 Jahre

Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und Hausärztliche Internisten

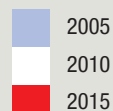
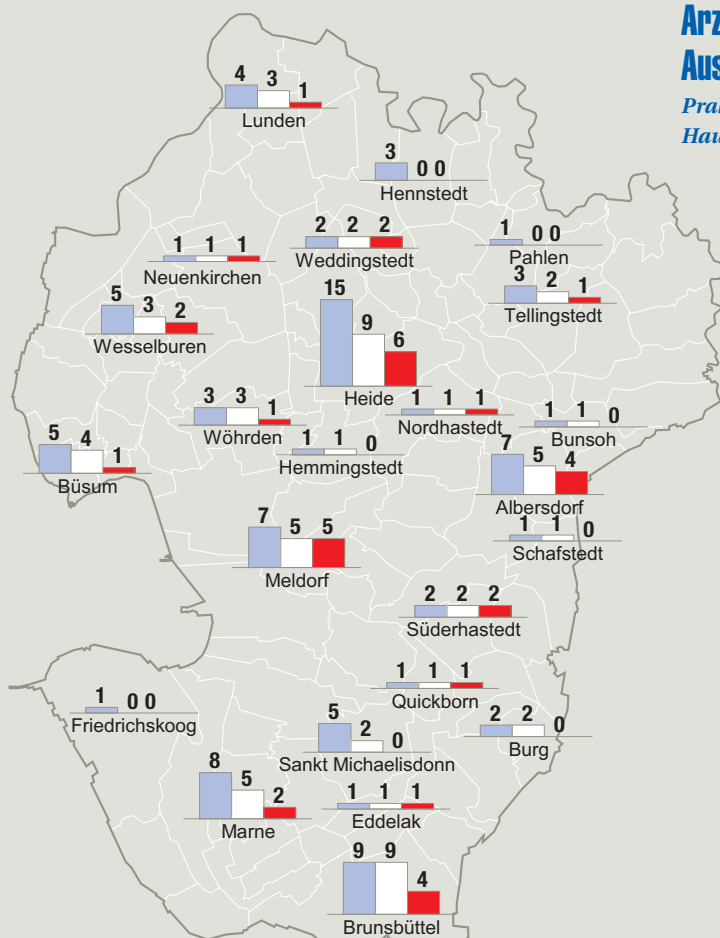


Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.



Arztzahlentwicklung im Kreis Dithmarschen Austrittsalter 62 Jahre

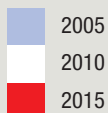
Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und
Hausärztliche Internisten



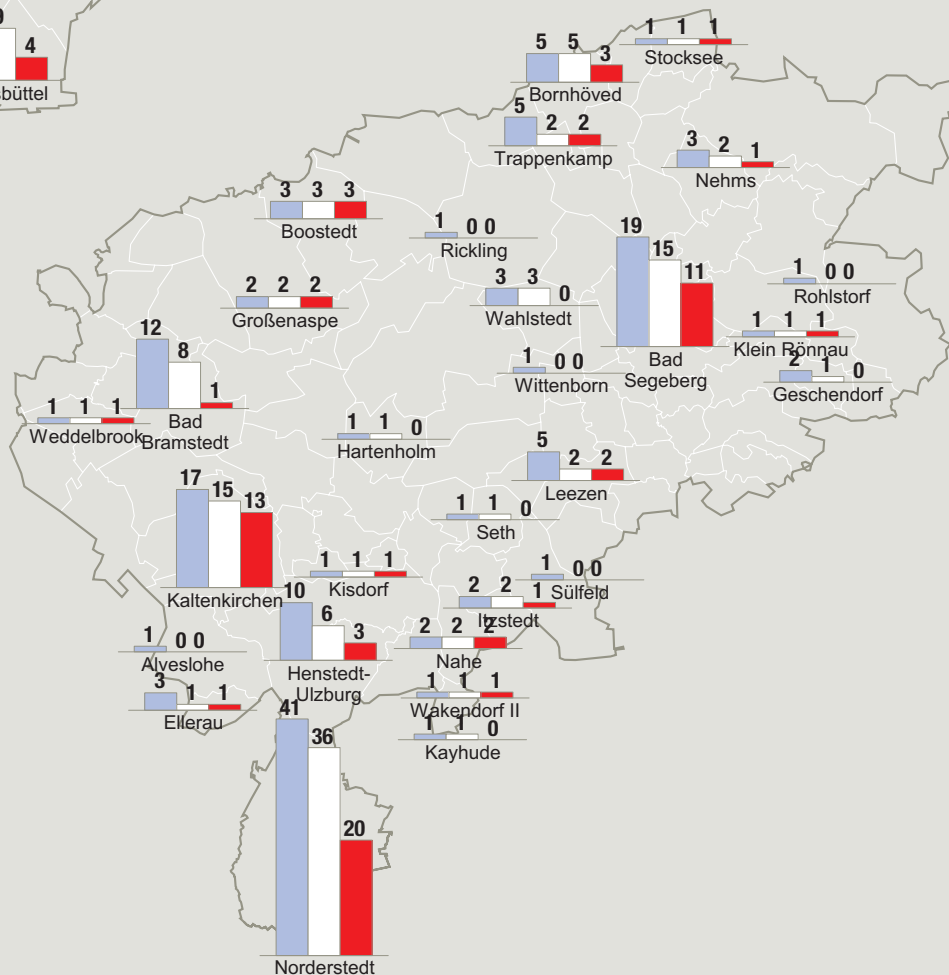
Unsere Prognose zeigt
die natürliche
Arztzahlentwicklung
bei einem Austrittsalter
von 62 Jahren. Etwaige
Nachbesetzungen
können nicht
vorhergesagt werden.

Arztzahlentwicklung im Kreis Segeberg Austrittsalter 62 Jahre

Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner
und Hausärztliche Internisten

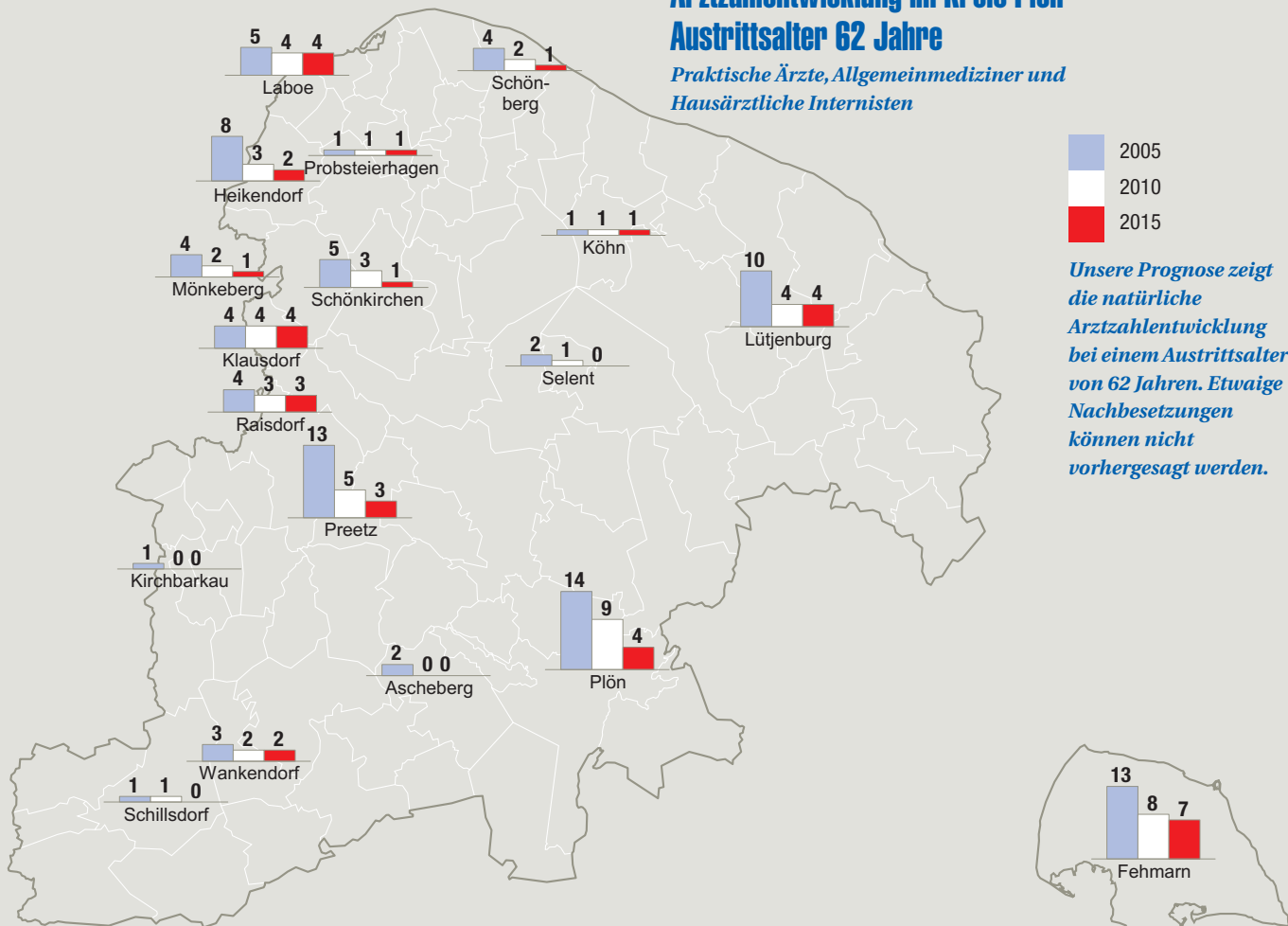


Unsere Prognose zeigt
die natürliche
Arztzahlentwicklung
bei einem Austrittsalter
von 62 Jahren. Etwaige
Nachbesetzungen
können nicht
vorhergesagt werden.



Arztzahlentwicklung im Kreis Plön Austrittsalter 62 Jahre

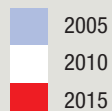
Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und
Hausärztliche Internisten



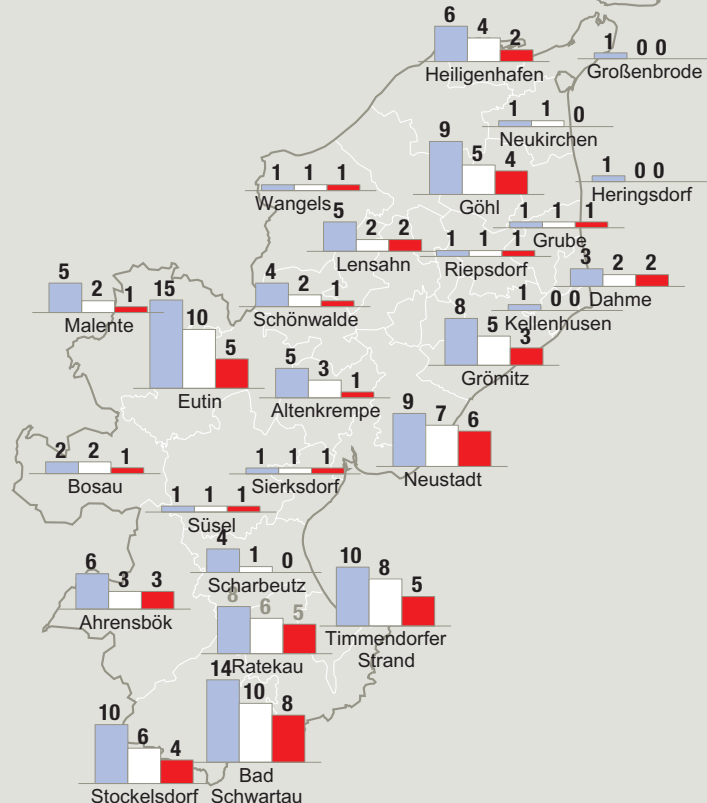
Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.

Arztzahlentwicklung im Kreis Ostholstein Austrittsalter 62 Jahre

Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und Hausärztliche Internisten

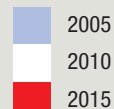
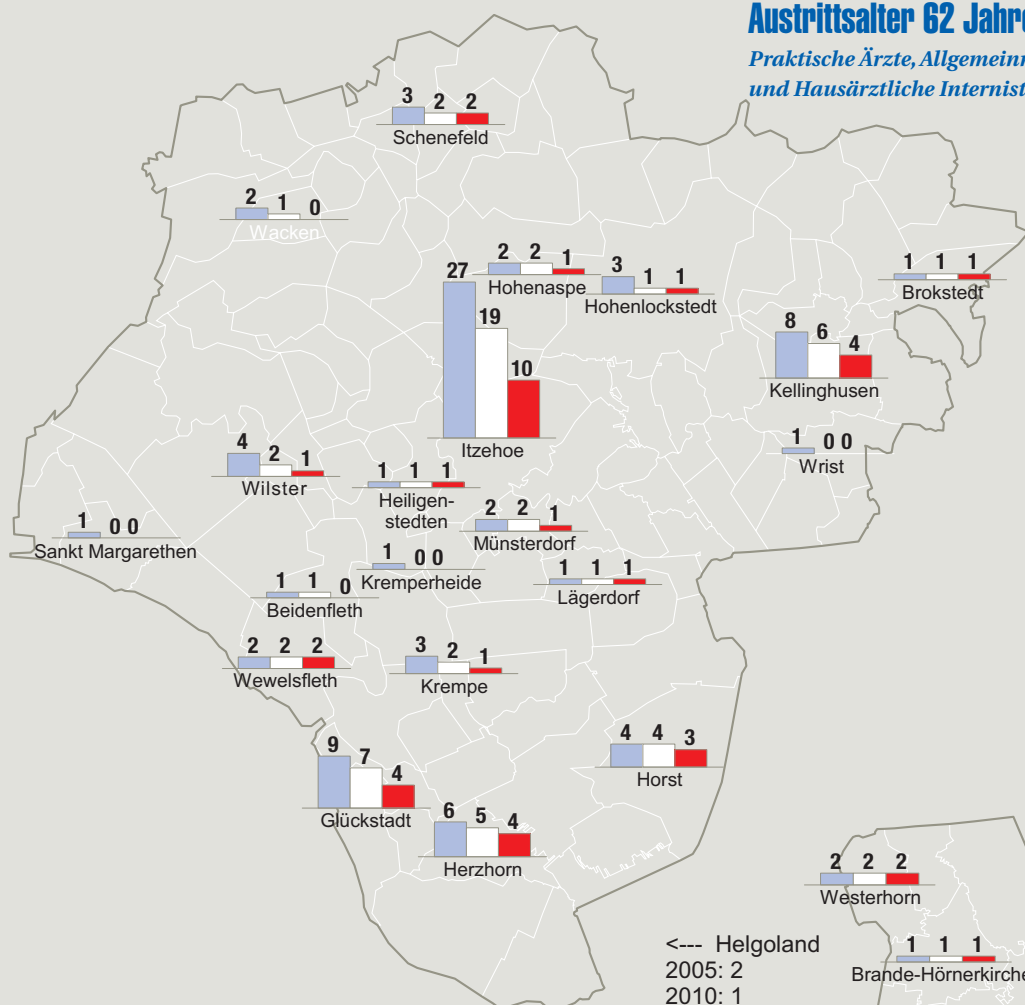


Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.



Arztzahlentwicklung im Kreis Steinburg Austrittsalter 62 Jahre

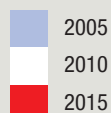
Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner
und Hausärztliche Internisten



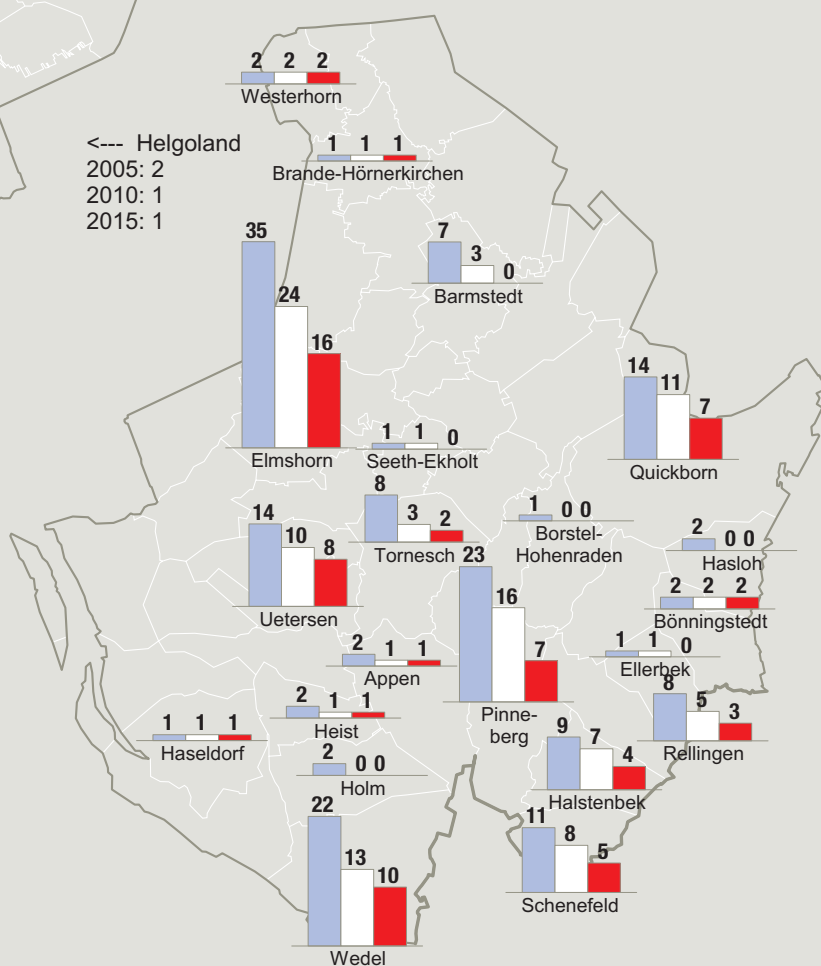
Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.

Arztzahlentwicklung im Kreis Pinneberg Austrittsalter 62 Jahre

Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner
und Hausärztliche Internisten

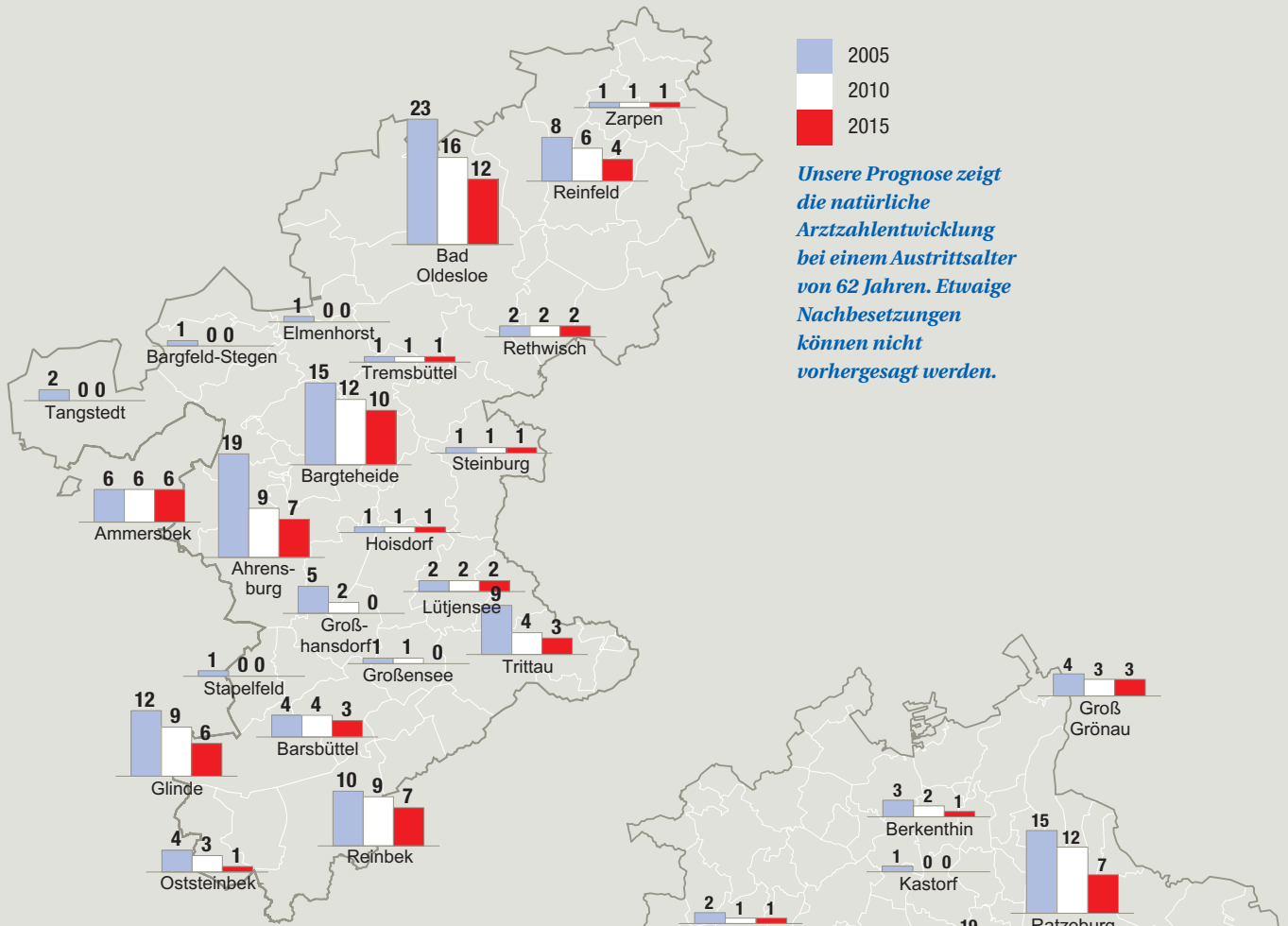


Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.



Arztzahlentwicklung im Kreis Stormarn Austrittsalter 62 Jahre

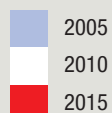
Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner
und Hausärztliche Internisten



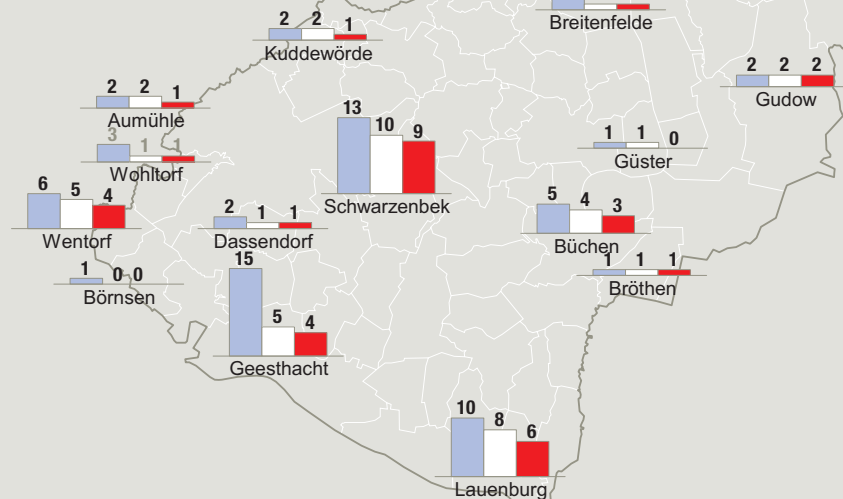
Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.

Arztzahlentwicklung im Kreis Herzogtum Lauenburg Austrittsalter 62 Jahre

Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner
und Hausärztliche Internisten



Unsere Prognose zeigt die natürliche Arztzahlentwicklung bei einem Austrittsalter von 62 Jahren. Etwaige Nachbesetzungen können nicht vorhergesagt werden.



GLOSSAR

ANÄSTHESIE

Allgemeine Bezeichnung für Narkose.

ARZTREGISTER

In jeder Kassenärztlichen Vereinigung wird ein Arztregister geführt. Darin sind alle Ärzte eingetragen, die eine Kassenzulassung besitzen oder diese beantragt haben.

DIABETES MELLITUS

Zuckerkrankheit. Chronische Überzuckerung mit daraus resultierenden Störungen anderer Stoffwechselprozesse. Der Typ-I-Diabetes tritt meist bei Jugendlichen unter 20 Jahren auf; der Typ-II-Diabetes betrifft meist Menschen im höheren Lebensalter.

DIALYSE

Physikalisches Verfahren der Blutreinigung zur Eliminierung von Stoffwechsel-Schlackenstoffen des Organismus und zur Beschleunigung der Ausscheidung zugeführter schädlicher Substanzen.

DRG-SYSTEM

Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind.

EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSTAB (EBM)

Verzeichnis, nach dem ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

ENDOSKOPIE

Diagnostische Betrachtung („Spiegelung“) von Körperhöhlen und Hohlorganen mit einem Endoskop. Gleichzeitig werden häufig kleinere operative Eingriffe durchgeführt.

INTEGRIERTE VERSORGUNGSFORMEN

Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken. Zwischen 2004 und 2006 stehen jährlich bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen als Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung zur Verfügung.

K.O.-LEISTUNGEN

Seit dem 01.01.2003 dürfen die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte so genannte K.O.-Leistungen gegenüber GKV-Patienten nicht mehr als Kassenleistung abrechnen. Möglich ist nur noch die privatärztliche Liquidation dieser Leistungen. Nur in Ausnahmefällen dürfen Hausärzte nach wie vor fachärztliche Leistungen auf Kosten der GKV erbringen.

MEDIZINISCHE QUALITÄTSZIRKEL

Qualitätszirkel gehören zu den Fortbildungsmöglichkeiten der Ärzte. In ihnen treffen sich Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen, um über aktuelle Behandlungsfälle und auch über neue Fachliteratur zu diskutieren. Einige von ihnen haben sich auf ein bestimmtes weitverbreitetes Krankheitsbild spezialisiert, das fachübergreifend am besten anzugehen ist. Andere widmen sich neuen, seltenen oder sich wandelnden Krankheiten.

MIKROCHIRURGIE

Mikrochirurgie ist eine spezielle Methode der Chirurgie, bei der unter dem Mikroskop operiert wird, wenn das bloße Auge nicht mehr ausreicht, die zu versorgenden Strukturen wie Gefäße oder Nerven präzise zu erkennen. Als Methode ist die Mikrochirurgie ein essentieller Bestandteil aller Teilbereiche der Plastischen Chirurgie, vor allem aber der Handchirurgie und der Rekonstruktiven Chirurgie.

ONKOLOGIE

Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Therapie von Krebserkrankungen befasst.

PSYCHOTHERAPIE

Behandlung von psychischen, emotionalen, psychosomatischen oder von Verhaltensstörungen als Einzeltherapie oder in Gruppen. Dabei werden unterschiedliche psychologische Methoden angewandt.

PRIMÄRARZTMODELL

Diese Modelle gibt es in einer Reihe Länder, beispielsweise in Großbritannien. Die Idee: Die Patienten müssen auf jeden Fall erst zu einem Hausarzt, der sie ggf. an einen Spezialisten (Facharzt) überweist. Primärärzte führen im Gegensatz zu deutschen Hausärzten keine detaillierteren Untersuchungen durch.

RADIOLOGIE

Fachgebiet der Medizin, das sich mit der diagnostischen und therapeutischen Anwendung ionisierender Strahlen befasst.

STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME (DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMMS)

Um die medizinische Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern, haben Gesetzgeber, Ärzteschaft und Krankenkassen spezielle Behandlungsprogramme gestartet. Daran teilnehmen können Diabetiker (Typ 1 und 2) sowie Patienten mit Koronarer Herzkrankheit, Asthma oder Brustkrebs. Disease-Management-Programme werden auch strukturierte Behandlungsprogramme oder einfach Chronikerprogramme genannt. Im Rahmen eines DMP-Programms soll eine Krankheit (englisch: Disease) optimal versorgt (gemanaged) werden.

SICHERSTELLUNGSAUFRAG

Jeder gesetzlich Krankenversicherte findet rund um die Uhr in seiner Nähe einen Arzt, der ihn ambulant behandelt. Das gewährleisten die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie haben den so genannten Sicherstellungsauftrag.

ZULASSUNG

Ist ein Arzt im Arztregister eingetragen, kann er Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt stellen. Dazu muss er einen Auszug aus dem Arztregister, Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten, einen Lebenslauf und ein polizeiliches Führungszeugnis vorlegen.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

VERANTWORTLICH:

Ralf W. Büchner (stellv. Vorsitzender, v.i.S.d.P.)

REDAKTION:

Ekkehard Becker
Robert Quentin
Karsten Wilkening

SCHLUSSREDAKTION:

Hildegard Laitenberger, Andrea Podolsky

MITARBEIT:

Bianca Hartz, Manfred Jaspers, Thomas Stefaniw

GRAFIK:

LayoutDeluxe, Hamburg

FOTOS:

Astrid Neumann, Studio für Fotografie, Kiel
(Foto „Inselarzt“: Ekkehard Becker)

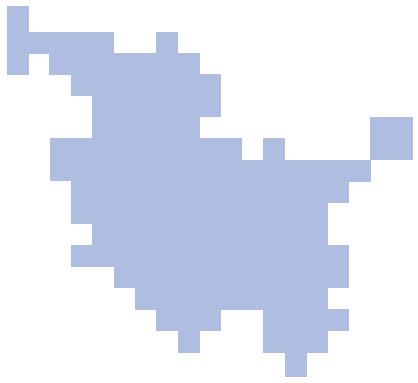
DRUCK:

Grafik + Druck, Kiel
Gesamtauflage: 10.000

Die Publikationen, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.







VERSORGUNGSBERICHT
,05



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
www.kvsh.de