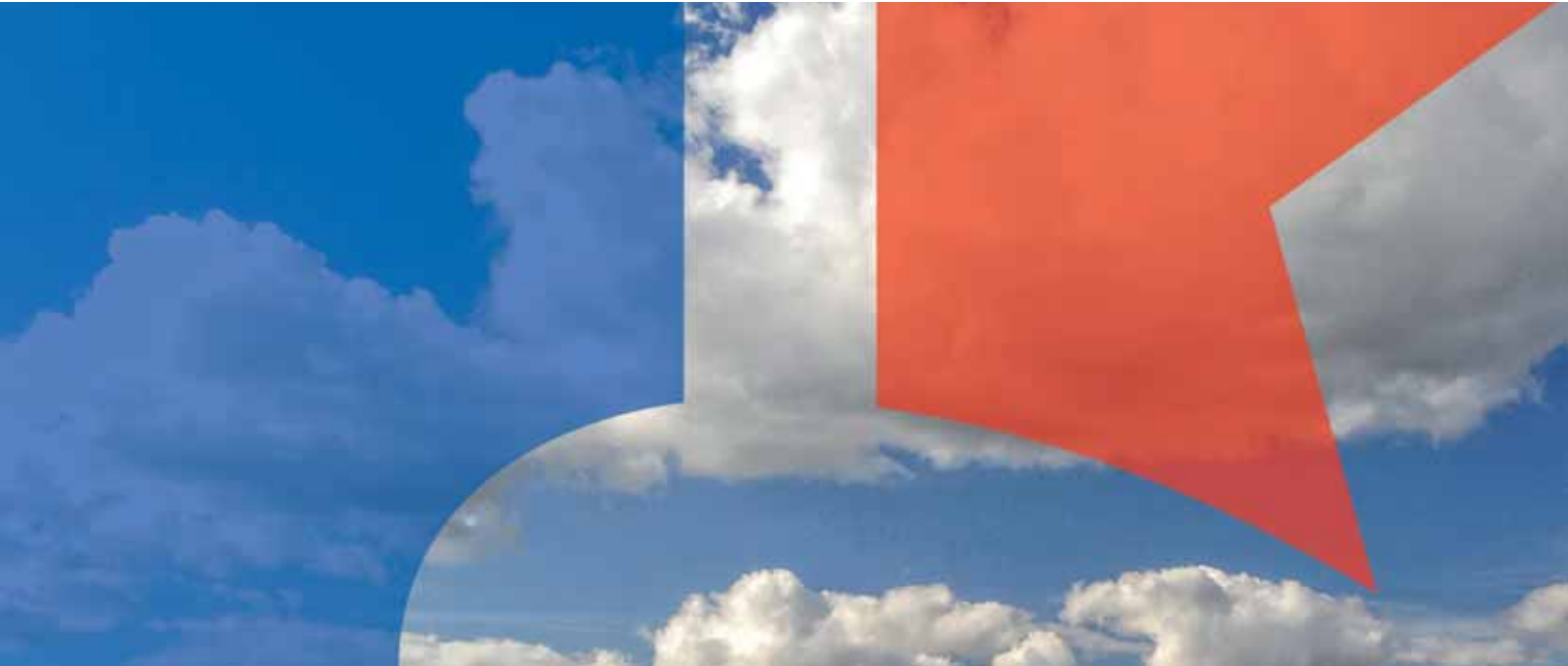




DIE AMBULANTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

BESTANDSAUFNAHME, HERAUSFORDERUNGEN UND PERSPEKTIVEN



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land.

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Verantwortlich (v.i.S.d.P.)

Dr. Ingeborg Kreuz, kommissarische Vorstandsvorsitzende der KVSH

Redaktion: Abteilung Gesundheitspolitik und Kommunikation

Satz & Layout: LayoutDeluxe, Hamburg

Druck: Grafik & Druck, Kiel

Fotos: Christian Bittmann; istockphoto.com (2)

Die Publikation, 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 gemeint („die Ärztin“). 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.

GELEITWORT	5
EINLEITUNG	7
VERSORGUNG BRAUCHT EINEN KLAREN KURS	8
Auswirkungen der Form der Honorierung auf die vertragsärztliche Versorgung	9
VERSORGUNG SETZT WEITBLICK VORAUS	12
Arztzahlentwicklung in Schleswig-Holstein	13
Medizin wird weiblich	14
Absehbare Versorgungslücken: ein bundesweites Problem	15
Gesundheitsminister der Länder warnen vor hausärztlichen Versorgungsengpässen	16
Ärztenschwemme – ein Problem der Vergangenheit	17
Schleswig-Holstein wird älter	17
Morbiditätsentwicklung in einer alternden Gesellschaft	18
Nur 15 Prozent der GKV-Ausgaben fließen in die ambulante Versorgung	20
Niederlassungshindernisse	20
VERSORGUNG BRAUCHT PERSPEKTIVEN	22
Sicherstellungsauftrag – der gesetzliche Rahmen	23
Heutige Bedarfsplanung – keine Antwort auf Probleme von morgen	23
Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen ist keine Alternative	27
Zulassungsregeln schützen die Unabhängigkeit des Arztes – im Interesse der Patienten	28
Kleinräumige Bedarfsplanung als Kern eines modernen Versorgungsmanagements	29
Modernes Versorgungsmanagement braucht aktive Kommunen	31
Vor der großen Reform: Notwendige kurzfristige Korrekturen	31
VERSORGUNG ERFORDERT KREATIVITÄT	32
Liberalisierung des Vertragsarztrechts	33
Beispiel für neue Möglichkeiten – Zweigpraxis als Beitrag zur wohnortnahen Versorgung	34
Medizinische Versorgungszentren – Bedrohung der Freiberuflichkeit oder Zukunft der Versorgung?	35
Medizinische Versorgungszentren in Schleswig-Holstein – Daten und Fakten	36
Medizinische Versorgungszentren und Bedarfsplanung – Sonderrechte erschweren die flächendeckende Versorgung	36
Gründungsfähigkeit auf angestellte Ärzte erweitern	37
Medizinische Versorgungszentren in Schleswig-Holstein – eine Bewertung	37
Eigenbetriebe der Kassenärztlichen Vereinigung als Antwort auf Versorgungslücken	39
Sicherstellungsstatut	40
Antrag auf drohende hausärztliche Unterversorgung im Kreis Steinburg	40
Blick in die Zukunft: Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit „mobil“?	41
Arztentlastende Strukturen	41

VERSORGUNG MUSS GRENZEN ÜBERWINDEN	42
Schnittstellen nicht nur im OP	43
Ermächtigungen	43
Belegarzt	43
Konsiliararzt	44
Teilstationär, Paragraf 115a und Paragraf 115b SGB V	44
Kooperation statt Konfrontation, Paragraf 116b SGB V	44
Finanzielle Grenzen bleiben	45
VERSORGUNG BRAUCHT KOMPETENZ	46
Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVSH	47
Beratungsangebote der KVSH	48
Patientenversorgung auf hohem Niveau: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung	49
Ärztliche Selbstverwaltung und ärztliches Know-how im Dienste der Versorgung	50
VERSORGUNG BRAUCHT ENGAGIERTE PARTNER	52
Zuschuss für Weiterbildungsassistenten	53
Verbundweiterbildung	53
Medizinstudium in Schleswig-Holstein	53
Landesseniorenrat	54
Versorgung geht uns alle an – KVSH im Dialog mit Kreisen, Städten und Gemeinden	54
VERSORGUNG BRAUCHT FRISCHE IDEEN	56
Wissen weitergeben – Ein Landarzt engagiert sich in der Weiterbildung	57
Ärztliche Kooperation im ländlichen Raum – MVZ Gorch Fock in Kropp	58
Ärzte ergreifen die Initiative – Paracelsus-Gesundheitszentrum in Lübeck-Moisling	60
VERSORGUNG BRAUCHT NEUE REGELN	62
Wettbewerb braucht Ordnung – Wie wir unser Gesundheitswesen weiterentwickeln können –	
Gastbeitrag von Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV	63
VERSORGUNG BRAUCHT FREIRÄUME	66
VERSORGUNGSGRUNDSÄTZE	71
QUELLENVERZEICHNIS	72
ANHANG Arztzahl- und Bevölkerungsprognosen	74

Geleitwort

*Prof. Günther Jansen
Vorsitzender des Patientenombudsvereins
in Schleswig-Holstein*

Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) ist für den Bericht über die ambulante medizinische Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein Anerkennung auszusprechen.

Der Patientenombudsverein in Schleswig-Holstein setzt sechs ehrenamtlich tätige Ombudsleute ein, um bei Problemen zwischen Patienten, Ärzten, den Krankenkassen, in der Pflege und anderen Institutionen unseres Gesundheitswesens zu vermitteln, Streit zu schlichten und berechnete Ansprüche der Patienten durchzusetzen.

Der Verein arbeitet „an der Front“ unseres Gesundheitssystems und registriert sehr früh, wo sich soziale Ungerechtigkeiten abzeichnen, wenn Ärzte ihren vertraglichen Pflichten aus dem Kollektivvertrag und der vereinbarten Gesamtvergütung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung aller GKV-Versicherten nicht nachkommen, wenn es Behandlungs- oder Pflegefehler gibt und wo Versicherte überhöhtes Anspruchsdenken durchzusetzen versuchen.

Bei dieser Arbeit stellt sich auch heraus, wie die Menschen durch niedergelassene Ärzte versorgt sein möchten und welche Verwerfungen durch eine ständige Reformgesetzgebung in Richtung „Staatsmedizin“, das heißt Zentralisierung und Bürokratisierung von Entscheidungsabläufen und Strukturen, entstehen.

Die ganz große Mehrheit der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung – aber auch der Privatversicherten – wünscht sich und fordert eine wohnortnahe ärztliche Versorgung, und zwar durch selbstständig tätige niedergelassene Ärzte, sodass ein auf Dauer angelegtes Arzt-Patienten-Verhältnis entstehen kann. Hier geht es um Vertrauen bis zu sehr persönlichen Problemen und diese können viele nicht bei einer medizinischen Institution abladen, in der im Zweifel bei jedem erforderlichen Arztbesuch ein anderer angestellter Arzt zur Verfügung steht. Die feste Arzt-Patienten-Beziehung ist ein Teil der Therapie. Wer die freiberufliche Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte in der ambulanten Versorgung der Bevölkerung in Frage stellt, legt Feuer im Haus unseres seit über 125 Jahren vereinbarten GKV-Systems.

In Schleswig-Holstein hat die Kassenärztliche Vereinigung in Bad Segeberg als zuständige Organisation die Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten im Spektrum von Sicherstellungsauftrag, Zulassungsverfahren, Niederlassungsfreiheit und Niederlassungsänderungen kooperativ mit den Krankenkassen auf der Basis ärztlicher Selbstverwaltung hervorragend gelöst.

Es gibt keinen Grund daran etwas zu ändern, weder durch die Zersplitterung des Sicherstellungsauftrages, zum Beispiel durch Selektivverträge mit gesetzlich aufgewerteten zusätzlichen Ärzteorganisationen noch über ein zurzeit durch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Prüfung befindliches Verfahren, das den Ländern den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung entsprechend den Regelungen für Krankenhäuser übertragen soll.

Warum begreifen die Staatsfetischisten in den Parteien nicht, dass der Staat – außer der Gestaltung gesetzlicher Grundsätze und der Rahmenbedingungen – in der Selbstverwaltung unseres Gesundheitswesens nichts zu suchen hat?

Die aus der Praxis abgeleitete Erfahrung, die Innovationsfähigkeit verbunden mit der Interessengestaltung aller Beteiligten wie zum Beispiel Patienten, Ärzten und Krankenkassen, findet man bei den Experten in den regionalen Ärzte- und Krankenkassenorganisationen und nicht in erster Linie in den Ministerien und schon gar nicht bei der Mehrheit der Abgeordneten.

Natürlich sind die Parlamente und deren Abgeordnete für eine soziale Demokratie von allergrößter Bedeutung und es gilt für uns alle, damit pfleglich und nicht abwertend umzugehen. Aber es gibt Politikfelder und Fachbereiche, die sind in der Umsetzung vor Ort so schwierig und bedürfen so breiter Flexibilität, dass weder Parlament noch Ministerium, weder ein zentraler gesetzlich gefesselter Spitzenverband noch ein Bundesbewertungsausschuss – auch wenn es hier noch Ansätze der Selbstverwaltung gibt – die ambulante ärztliche Versorgung in den Regionen der Bundesrepublik sicherstellen kann. Dieses funktioniert nur dezentralisiert und insbesondere die Gestaltung und Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist etwas, an dem die Menschen und die Selbstverwaltungen in den Bundesländern nicht nur beteiligt, sondern wo ihnen – durchaus unter staatlicher Rechtsaufsicht – die Entscheidungen überlassen werden müssen.

Wer den Versorgungsbericht genau durchliest stellt fest, dass die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein eine Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unseres Landes unter Einbeziehung zahlreicher neuer Gestaltungsmöglichkeiten anbietet. Diese Flexibilität mag in der Vergangenheit nicht immer vorhanden gewesen sein und es gilt auch erst zu beweisen, dass man das schafft.

Aber wer anderes als die regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – noch als Zusammenschlüsse aller niedergelassenen Ärzte – und das in konstruktiver Kooperation mit den Kostenträgern des GKV-Systems – den Krankenkassen – soll eine so wichtige und schwierige Aufgabe denn sonst schaffen?

Auch wenn der Bericht nachdrücklich auf den Behandlungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft hinweist und vorrechnet, dass insbesondere für die Besetzung der Hausarztpraxen im ländlichen Bereich, wo

viele Ärzte in den nächsten Jahren ausscheiden, Nachwuchsprobleme und eine fehlende Niederlassungsbereitschaft bestehen, wird es zu patientenorientierten Lösungen kommen. Dieses wird aber nur in Verantwortung einer qualifizierten und erfahrenen Organisationsstruktur, wie sie die KVSH bietet, erreicht werden; wobei der Kostenaufwand dieser Institution natürlich einer ständigen rationellen Beobachtung bedarf.

Auf jeden Fall sind für den Sicherstellungsauftrag der Zukunft weder neue Akteure in der Ärzteschaft und schon gar nicht ausgebaute staatliche Kompetenzen erforderlich.

Noch gibt es in der bisherigen Bedarfsplanung in den meisten Regionen von oben her Spielräume bis zu einer 100-prozentigen Versorgung. Aber es bedarf dringend und bald neuer kleinteiliger Planungsbezirke und Berechnungsverfahren, die auch die Altersstrukturen der Bevölkerung berücksichtigen.

Politik, Selbstverwaltung und die Universitäten in Kiel und Lübeck haben gemeinsam die Aufgabe, unter Berücksichtigung der bundesweiten Entwicklung der Studentenzahlen, den erforderlichen Platzbedarf an den beiden medizinischen Fakultäten zu klären, endlich eine sachlich gut ausgestattete Professur für Allgemeinmedizin zu realisieren und Weiterbildungskonzepte für junge Ärzte, die an einer Niederlassung als Haus- oder Facharzt interessiert sind, aufzubauen.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mit der Möglichkeit der Anstellung von Ärzten in den Praxen der Vertragsärzte und die Einrichtung von Zweigpraxen, beispielsweise aus den Städten heraus ins flache Land, muss gestaltet und gefördert werden. Ärzte, die hier als Angestellte mitwirken, um die Versorgung zu sichern, müssen sich aber jederzeit wieder selbst niederlassen dürfen.

Medizinische Versorgungszentren sollten ausschließlich in der Hand freiberuflich tätiger Ärzte und nur dort aufgebaut werden, wo die Zusammenarbeit verschiedener Arztpraxen die Behandlungsqualität und die Serviceleistungen für Patienten verbessert und die Kosten verringert, ohne dass sich dadurch noch mehr Praxen aus der Fläche zurückziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer in Schleswig-Holstein finden hier ein breites Feld der Unterstützung der Ärzte bei der Planung, der Finanzierung und für einen sich betriebswirtschaftlich rechnenden Betrieb solcher neuen Formen ärztlicher ambulanter Versorgung.

Diese Positionen und weitere strukturelle und organisatorische Konzeptvorschläge finden sich im Versorgungsbericht der KVSH machbar und ausgewogen, um möglichst viele Ärztinnen und Ärzte auf diesem Weg mitzunehmen und um Politik und Krankenkassen die Zusammenarbeit im Interesse einer guten Versorgung der Versicherten und aller Patienten anzubieten. Es ist der Ärzteschaft zu empfehlen, sich geschlossen hinter dieses Konzept zu stellen und daran mitzuarbeiten. Die Krankenkassen werden für ihre Mitglieder Interesse bekunden und sich an erforderlichen Lösungen beteiligen. Die Parteien, die Parlamente und die Regierungen haben einen verfassungsrechtlich formulierten Sozialstaatsauftrag und können ihre Positionen nicht gegen die Interessen der Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger entwickeln.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat jedenfalls ihre Pflichten aus dem Sicherstellungsauftrag und im Rahmen der Bedarfsplanung mit diesem Versorgungsbericht erfüllt.

Gratulation!



Prof. Günther Jansen

Einleitung

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Demografischer Wandel, der auch vor den Ärzten nicht Halt macht, damit verbundene Morbiditätssteigerung und fehlender Nachwuchs sind die größten Dollpunkte, für die es eine Lösung zu finden gilt.

Schleswig-Holstein bildet dabei keine Ausnahme, sondern liegt voll im Trend. Hier werden in den nächsten sechs Jahren 900 Hausärzte – das ist fast die Hälfte der heute niedergelassenen Allgemeinmediziner – in den Ruhestand gehen. Kaum vorstellbar, dass man sie in gleicher Größenordnung ersetzen könnte. Denn leider ist der Beruf des niedergelassenen Arztes für junge Mediziner immer unattraktiver geworden. Hohe Investitionskosten, die Unberechenbarkeit der Verdienstmöglichkeiten aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzgebung und die Überregulierung im Gesundheitswesen halten viele davon ab, sich niederzulassen. Zu verlockend sind im Vergleich andere Möglichkeiten wie eine Beschäftigung im Ausland, in der Industrie, der Verwaltung oder im Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund wird es immer schwieriger, den Auftrag zur Sicherstellung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung zu erfüllen, den die Kassenärztlichen Vereinigungen vom Gesetzgeber übertragen bekommen haben.

Aber Not macht ja bekanntlich erfinderisch, und so hat die KVSH eigene Vorstellungen entwickelt, wie die ambulante medizinische Versorgung auch in einem Flächenland wie unserem langfristig und nachhaltig auf hohem Niveau gesichert werden kann. Dieser Bericht erklärt, wo regionale Spielräume zurückerobert werden müssen, die durch die Gesetzgebung der vergangenen Jahre verloren gegangen sind – sei es durch die Aushöhlung des Kollektivvertrages durch Selektivverträge und das Ausschließen der Kassenärztlichen Vereinigungen vom Vertragswettbewerb, sei es durch die Bevorzugung des Krankenhaussektors durch die gesetzlich geförderte Ausdehnung des ambulanten Leistungsspektrums der Kliniken, sei es durch den ermöglichten Aufkauf von Arztpraxen durch Klinikketten und die damit verbundene Verlegung des Arztsitzes in Kliniknähe. Der Bericht beinhaltet darüber hinaus Vorschläge zur Einführung einer flexibleren und kleinräumigeren Versorgungsanalyse, die das Ziel haben, Versorgungsbedarf und tatsächliche Versorgung besser in Einklang zu bringen. Auch zum Thema ärztliche Vergütung präsentieren wir eigene Vorstellungen, die sich vom gegenwärtigen System komplett abkehren und in eine völlig neue Richtung weisen. Unsere jahrzehntelange Erfahrung bei der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung gibt uns das Vertrauen, gemeinsam mit Partnern in Kommunen und Politik Irrwege zu verlassen und eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Für die Menschen im Land.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an dieser Publikation und wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!

Dr. Ingeborg Kreuz

Dr. Ralph Ennenbach

Versorgung braucht einen klaren Kurs



Die zu Jahresbeginn in Kraft getretene bundesweite Honorarreform hat in Schleswig-Holstein hohe Wellen geschlagen. Es ist erkennbar geworden, dass das System der Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten eine Komplexität erreicht hat, die nicht mehr vermittelbar ist. Ohne ein neues System der Honorierung, das verlässlicher und einfacher ist, die regionalen Gestaltungsmöglichkeiten wieder stärkt und die ärztliche Leistung angemessen vergütet, werden alle anderen Maßnahmen zur Lösung der sich abzeichnenden Versorgungsprobleme Stückwerk bleiben.

Auswirkungen der Form der Honorierung auf die vertragsärztliche Versorgung

Aus Erfahrung heraus sind freiberufliche Systeme produktiver als solche, die auf Angestelltenbasis aufgebaut sind. Die ernüchternden Erfahrungen von Krankenhausträgern in der Ausgestaltung von Medizinischen Versorgungszentren sind nur ein weiterer Beleg, der sich in dem spitzen Bonmot „was für den Freiberufler am Ende eine Rechnung ist, ist für den angestellten Arzt ein Brief“ ausdrückt. Wenn also in den nächsten Jahren der Arzt zum Mangelobjekt wird, darf man diese Prämisse nicht verlassen. Im Gegenteil, man sollte die Anreize für freiberufliche Betätigung stärken.

Es geht dabei nicht nur, aber auch um die Frage der Honorierung der erbrachten Leistungen. Es darf nicht verwundern, wenn die Vorgabe von Abstaffelungen und Begrenzungen des vergüteten Leistungsvolumens die Bereitschaft hemmen, darüber hinaus tätig zu werden. Ärzte gehen meistens dennoch darüber hinaus. Dabei spielt die ärztliche Ethik und das persönliche Vertrauensverhältnis gegenüber den versorgten Patienten eine wichtige Rolle, aber es sollte der gesellschaftlichen Verantwortung für das Funktionieren eines Gesundheitssystems entspringen, dass man diese Haltung nicht überstrapazieren darf.

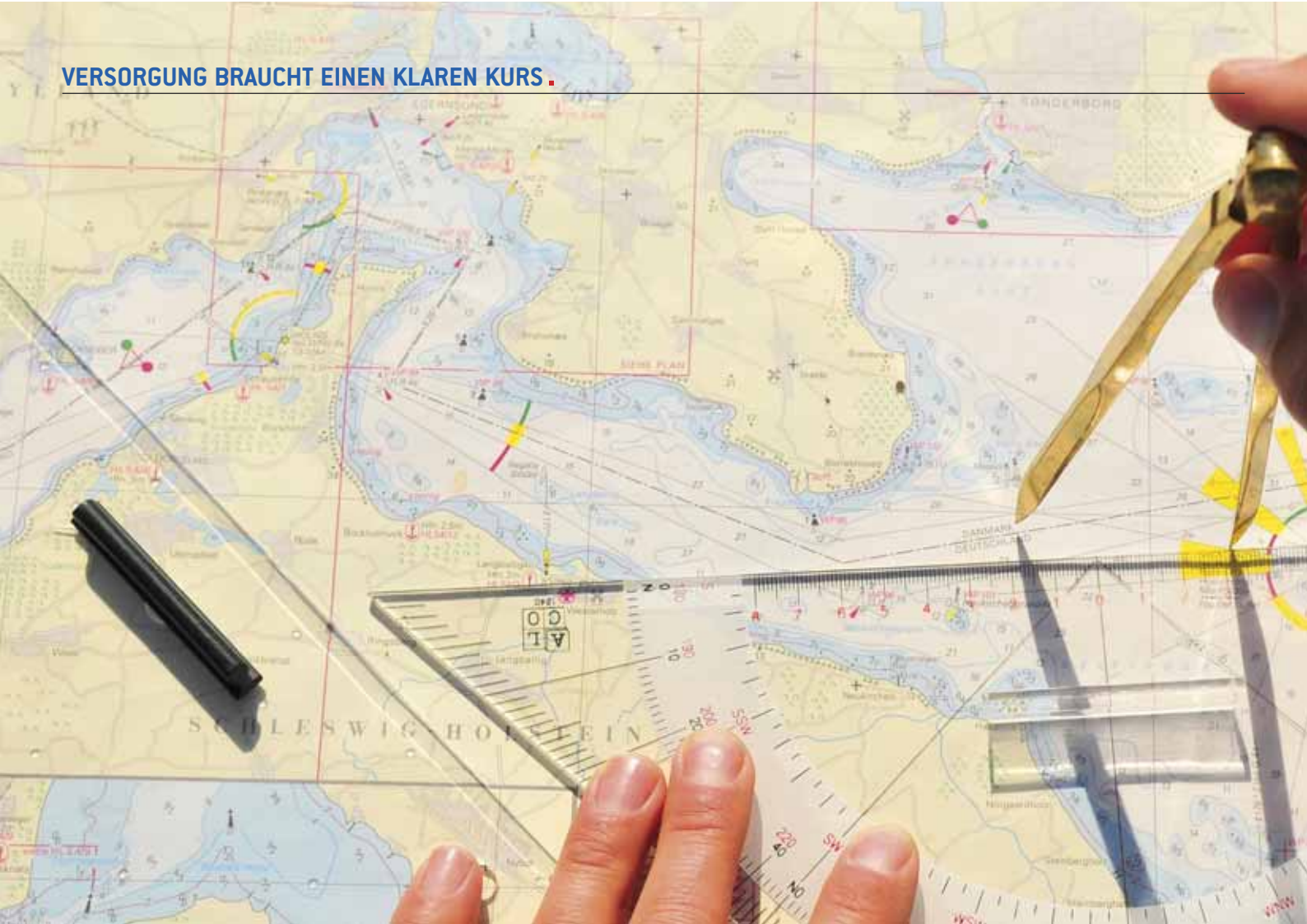
Neben der absoluten Höhe der Honorierung („Gesamtumsatz“) und dem Preis der einzelnen Leistung spielt für den Freiberufler die Stabilität und die Transparenz des Systems eine überragende Rolle. Es kann nicht Aufgabe eines Versorgungsberichts sein, auf die ersten beiden Aspekte einzugehen. Der dritte Aspekt zielt jedoch direkt auf das Kernthema. Und hier gilt das Fazit, dass die Reformen der letzten Jahre die Berechenbarkeit zumindest erheblich verschlechtert haben, nach unserer Auffassung sogar unterminiert haben. Dieses steht im Gegensatz zum Bewusstsein und den Verlautbarungen der Gesundheitspolitik und muss daher nachfolgend gut begründet werden.

Die einem Arzt vergütete Leistungsmenge war seit etwa 2000 zunehmend und dann fast flächendeckend im Sinne eines vorab bereitgestellten Volumens vergütet worden. Federführend für die Festsetzung waren jeweils die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. In Schleswig-Holstein wurden dabei 2003 Volumina gebildet, die dem vorherigen individuellen Leistungsvolumen der Ärzte entsprachen. Sieht man von den Spezialfällen neuer Praxen und den Regelungen für Verlagerungen ab, so zielte dieses Modell auf den Bestand der vorliegenden Praxen im Verhältnis zueinander ab. Der Vorteil dieses Systems war, dass den Patienten praktisch ungeändert die alte Versorgungsstruktur offen stand wie zuvor. Dem steht die Honorarreform aus 2008 gegenüber. Diese legt den Gestaltungsprozess für die Mechanik der so genannten „Regelleistungsvolumina“ zentral auf die Bundesebene. Die dort bestimmten Parameter ergeben sich aus Durchschnittsgrößen der Region, individuell geht nur die Arztfallzahl ein. Festgehalten wurde dabei für die zum 1. Januar 2009 in Kraft getretene Reform, dass gegen Jahresende 2010 über die Struktur neu entschieden würde. Zwar führt die Reform bundeseinheitliche Preise ein, diese gelten jedoch nur innerhalb der jeweils zugebilligten Volumina, die direkt für die Leistungsmenge



des Arztes und damit der erwarteten Versorgungsleistung stehen sollen.¹ Die Konstruktion unterhöhlt die Stabilität des Systems in mehrfacher Hinsicht:

- **Erstens** führen die individuell deutlich abweichenden Leistungsvolumina der Ärzte zu veränderten Leistungsangeboten vor Ort, was die Versicherten per se als Veränderung erfahren. Da zunächst auch keine Übergangsregelung vorgesehen wurde, wurde dies auch öffentlich unmittelbar spürbar.
- **Zweitens** beinhaltet die neue Vorgabe eine Umverteilung zu Gunsten derer, die im Fall unterproportional Leistungen erbracht haben gegenüber denen, die bei weniger Fällen leistungsintensiver tätig waren. Beides kann übrigens objektiv „richtig“ im Sinne von wirtschaftlich und zweckmäßig sein, eine Beurteilung setzt die Analyse jeder einzelnen Konstellation voraus. Aus Sicht eines Freiberuflers ist die Vorgabe ex cathedra jedenfalls untragbar: Ohne mittelfristige Ankündigung dieser spezifischen Reformziele (wenn sie denn als solche benannt werden können) kann der Arzt sich nicht innerhalb weniger Wochen umstellen, zumal der historische individuelle Faktor Fallzahl unveränderbar in die Bildung des aktuellen Regelleistungsvolumens einfließt. Der Spezialist steht also vor einem kaum lösbaren Problem.
- **Drittens** ist alleine schon die Ankündigung, dass – nachdem man ein grundsätzlich andere Anreize setzendes Vergütungssystem neu geschaffen hat – womöglich nach Jahresfrist ein wiederum neues folgen könnte, ein grundsätzliches Problem. Damit kann keine Investitionsentscheidung getroffen werden. Da nicht einmal eine Aussage vorliegt, inwieweit die im Reformjahr vorherrschende Arztfallzahl diejenige ablöst, die in die Volumina eingegangen war, bleibt für den Arzt die reine Unkalkulierbarkeit zurück.
- **Viertens** ist das Prinzip derart kompliziert und arztfern, dass die Verständnissfähigkeit überfrachtet wird. Ein System muss kommunizierbar sein, wenn es Wärme ausstrahlen soll.
- **Fünftens** fühlt sich der Arzt zum Bittsteller degradiert, wenn er gegenüber der KV einen Härtefallantrag stellen darf, in dem er seine individuelle Sicht darlegt und um Abhilfe bittet.²



Inwieweit die gesetzliche Regelung auf Dauer Bestand hat, ist unklar. Aber auch dies steht im Gegensatz zu den Notwendigkeiten eines Wirtschaftsbetriebes, den eine Arztpraxis darstellt. Die Reformen der letzten Jahre haben insbesondere bei den Fachärzten (die wegen der höheren Spezialisierung tendenziell stärker betroffen sind) den Druck verstärkt, sich entweder zusammenzuschließen, oder aber eine Kooperationsbeziehung mit den Krankenhäusern zu suchen. Dies klingt nur auf den ersten Blick positiv. Im zweiten Fall geht Freiberuflichkeit verloren, in jedem Fall ist eine Ausdünnung der Versorgung in der Fläche wahrscheinlich. Auch sind die Zusammenschlüsse nicht notwendigerweise medizinisch intendiert und vielfach auf reine Abrechnungsvorteile abzielend.

Flächige Versorgung braucht eine mittel- bis langfristige Stabilität und die ist unter den jetzigen Rahmenbedingungen nicht gegeben. Die KVSH ist der Ansicht, dass die Verlagerung von Kompetenzen der Honorarverteilung und damit der regionalen Leistungsverteilung auf die Bundesebene ein Fehler ist. Es bedarf einer unmittelbaren regionalen Zuständigkeit über die Festsetzung von Härtefallkompetenzen und sonstigen zähl umsetzbaren Korrekturverfahren hinaus. Ein bundesweites System kann regionale Unterschiede nur begrenzt berücksichtigen. Öffnungsklauseln sind aufgrund der parallel stattfindenden Reformen der Krankenkassenfinanzgrundlagen aber meistens Makulatur. Die Krankenkassen reagieren auf Öffnungsklauseln – aus ihrer Sicht berechtigt – derzeit mit einer noch größeren Sperrigkeit. Im Ergebnis haben die wiederholten Reformen im Umfeld des Vergütungssystems (vorwiegend EBM, nun auch HVM) wie auch die vielen kurzfristigen Nachkorrekturen ein weit verbreitetes Entfremden auf der Ärzteseite ausgelöst, was keinem Vertreter einer ärztlichen Selbstverwaltung im klassischen Verständnis eines selbstverantworteten Miteinanders recht sein kann. Nach wie vor produziert das deutsche ambulante System viele Leistungen. Vergleicht man etwa die Arztkontakte, so liegen die im Durchschnitt jährlich stattfindenden 18 Arzt-/Versichertenkontakte weltweit an der Spitze. In der Schweiz sind es beispielsweise etwas über fünf, in Frankreich um die sieben und in nordischen – arztfernen Ländern –

kommt man offenbar auf unter drei. Qualitativ lässt sich dieses Phänomen gut erklären: Das System kennt auf der Ebene der Arztkontakte wenige Zuzahlungen, beinhaltet weltweit den größten Leistungskatalog, setzt mit der Förderung von Prävention Anlässe, gesund zum Arzt zu gehen, und auch die Krankschreibung beim Arzt ist eine deutsche Besonderheit. Für den Arzt ist die Erbringung von Leistungen ohnehin erstrebenswert, sonst wäre er von der Mentalität kein Freiberufler. Da die Honorarreform auf der kollektiven Leistungsmenge in 2007 aufsetzt, lebt diese Leistungsmenge derzeit weiter, wenngleich erheblich umverteilt (siehe oben).

Die Honorierung ärztlicher Leistungen muss einfach und transparent gestaltet werden. Jeder Arzt und jeder Bürger muss das System verstehen können. Es muss Anreize bieten, sich auf eigene Beine zu stellen und eine Versorgung in den Regionen als Verantwortung auf sich zu nehmen. Und in der Fläche muss es möglich sein, dies als Einzelpraxis zu tun, weil der räumliche Abstand zu den anderen Ärzten zu groß ist. Wenn denn die Finanzierbarkeit unstrittig wäre, hätte man in einer reinen Einzelleistungsvergütung die alleinige Antwort. Es ist die Sorge vor der





Die Honorierung ärztlicher Leistungen muss einfach und transparent gestaltet werden.

Leistungsmenge, die dieses System politisch ausschließt. Ausgangspunkt ärztlicher Leistungen ist die Entscheidung des Versicherten, den Arzt aufsuchen zu müssen. Es fehlt – mit Ausnahme der „Flatrate“ Praxisgebühr – jeder systemische Anreiz, sich die Notwendigkeit vor Augen zu führen. Es fehlt auch der Blick auf die Konsequenzen, nämlich ausgelöste Kosten. Es fehlt auch das Interesse, diese überhaupt zu erfahren. Da der Wunsch auf Nachfrage eines Gutes üblicherweise einhergeht mit der individuellen Abwägung von Kosten, und genau dieses stabilisierende Element in der GKV fehlt, muss eine Zuzahlung oder Eigenbeteiligung bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen Ausgangspunkt aller Überlegungen für ein derartiges Modell sein. Es ist nicht Aufgabe des Versorgungsberichts, ein konkretes Honorarmodell politisch einzufordern. Es mag grundlegend andere Ansätze, etwa im Sinne von Einschreibemodellen, geben. Wichtig ist, dass der Arzt seine Einkommensvorstellung im Wesentlichen mit seinem Einsatz korreliert sehen kann. Das ist derzeit nicht der Fall. Die KVSH ist der Ansicht, dass man die Debatte zur langjährigen Stabilität der regionalen Versorgung von einer Antwort auf diese Frage nicht abkoppeln kann.



Versorgung setzt Weitblick voraus



Auf die ambulante medizinische Versorgung kommen große Herausforderungen zu. In Schleswig-Holstein wird bis 2015 fast jeder zweite Hausarzt seine Praxis aus Altersgründen aufgeben. Nachwuchs in der gleichen Größenordnung ist nicht in Sicht. Dem steht eine Bevölkerung gegenüber, deren Alterszusammensetzung sich dramatisch ändert. Der Anteil der über 60-Jährigen steigt zwischen Nord- und Ostsee von heute 26 Prozent auf 35 Prozent im Jahr 2025. Entsprechend wird der ambulante Versorgungsbedarf spürbar steigen.

Arztzahlentwicklung in Schleswig-Holstein

„Ärzte-Schwund im Norden: Da tickt eine Zeitbombe“, titelten die Husumer Nachrichten im Februar 2008, die Norddeutsche Rundschau warnte schon ein Jahr zuvor, im März 2007: „Zunehmender Ärztemangel auf dem Land“ und im Juni 2008 erneut: „Steinburg gehen die Hausärzte aus“. „Immer weniger Ärzte“ meldete die Sylter Rundschau im Februar 2008 und selbst in der Metropole Hamburg zeichnen sich Probleme ab: „Im Hamburger Süden werden die Ärzte knapp“, berichtete das Hamburger Abendblatt im März 2008.

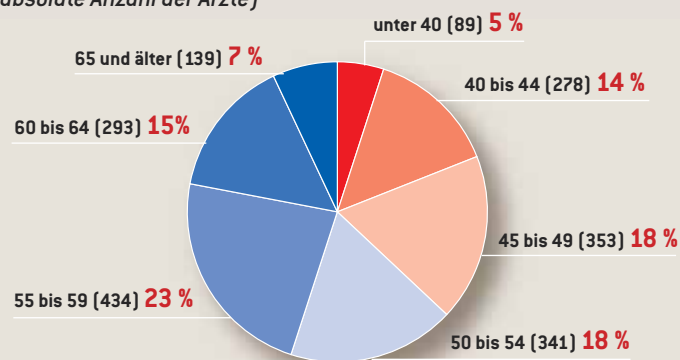
Der Blick in die regionale Presse zeigt: Das Fehlen des ärztlichen Nachwuchses und die Auswirkungen des demografischen Wandels sind längst nicht mehr nur in Studien nachzulesen, sie werden zunehmend im Land spürbar. Dabei ist die Zahl zunächst beeindruckend: Rund 4.500 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten versorgen die Patienten in Schleswig-Holstein.³ Zwischen Flensburg im Norden und Lauenburg im Süden, auf den Nordfriesischen Inseln ebenso wie in den großen Städten des Landes. Heute ist die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein noch gesichert. In allen Teilen des Landes sind Hausärzte wohnortnah zu finden, die Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten ist flächendeckend.

Ein Blick in die Statistik zeigt aber untrügerisch, dass dies in Zukunft nicht so bleiben wird. Bereits heute sind 22 Prozent der hausärztlich tätigen Mediziner im nördlichsten Bundesland 60 Jahre und älter – und werden in wenigen Jahren in den Ruhestand treten. Ein Viertel der Hausärzte gehören der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen an. Nur jeder fünfte hausärztlich tätige Vertragsarzt in Schleswig-Holstein ist hingegen jünger als 45 Jahre alt, die unter 40-Jährigen bilden mit einem Anteil von nur fünf Prozent eine kleine Minderheit.⁴

Das durchschnittliche Praxisabgabalter von rund 62 Jahren zugrundegelegt, wird bis 2015 fast jeder zweite Hausarzt seine Praxis aus Altersgründen aufgeben. Sollen keine größeren Versorgungslücken entstehen und die heutige Hausarztpraxis erhalten bleiben, müssten sich in den nächsten sechs Jahren rund 900 junge Ärzte entschließen, eine Hausarztpraxis in Schleswig-Holstein zu übernehmen oder neu zu eröffnen – und 400 davon müssten schon bis 2012 gefunden werden. Das scheint illusorisch.

ÜBERALTERUNG DER ÄRZTESCHAFT

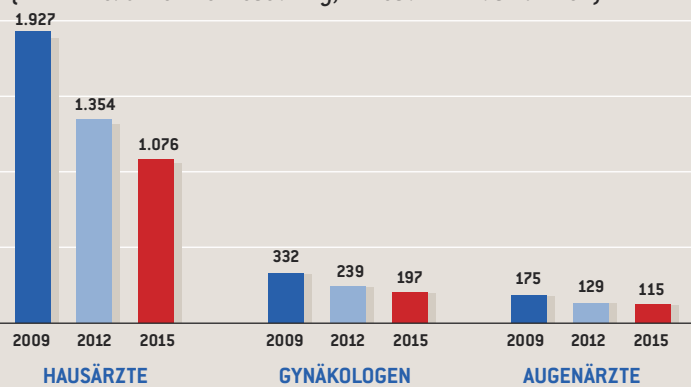
am Beispiel der Hausärzte (in Klammern absolute Anzahl der Ärzte)



QUELLE: KVSH, Stand 1. Januar 2009

ARZTZAHLPROGNOSE IN SH

(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62 Jahren)



Auch bei den Fachärzten steuert Schleswig-Holstein auf spürbare Versorgungsengpässe zu, wie der beispielhafte Blick auf zwei ausgewählte Fachgruppen zeigt, die zur Primärversorgung gerechnet werden können. Praktizierten Anfang 2008 noch fast 330 Gynäkologen in Schleswig-Holstein, ist davon auszugehen, dass 130 dieser Fachärzte bis 2015 in den Ruhestand treten werden – und einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin brauchen. Ähnlich sieht es bei den Augenärzten aus. Bis 2015 müssten sich, soll die Zahl von fast 180 Augenärzten in Schleswig-Holstein annähernd konstant bleiben, rund 70 Mediziner dieser Fachgruppe neu für eine Tätigkeit im Norden entschließen. Noch ist die Situation nicht dramatisch. Ein Blick auf die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte in Schleswig-Holstein zeigt aber sehr deutlich, dass wir uns in einigen Jahren erheblichen Versorgungs-

problemen gegenübersehen werden. Schon jetzt wird in einigen Landesteilen – vor allem an der Westküste – spürbar, dass die Arztdichte abnimmt. So sind die Planungsbereiche Steinburg, Dithmarschen und Flensburg/Schleswig-Flensburg derzeit für weitere hausärztliche Zulassungen geöffnet.⁵ Auch zeigt sich zunehmend, dass in einigen, insbesondere ländlichen Gebieten Hausärzte über längere Zeiträume vergeblich versuchen, einen Nachfolger zu finden. Es wird bereits erkennbar, dass es des aktiven Handelns aller Beteiligten bedarf, wollen wir künftig eine hochwertige ambulante Versorgung auch jenseits der wenigen Ballungszentren Schleswig-Holsteins erhalten.

Die Statistiken und Prognosen zur Arztzahlentwicklung machen deutlich: Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, die der Gesetzgeber in die Hände der Kassenärztlichen Vereinigungen gelegt hat, wird eine zunehmend anspruchsvolle Aufgabe, die erhebliche Anstrengungen, neue Wege und eine stärkere Kooperation der Beteiligten im Gesundheitswesen und der Politik erfordert. Deshalb macht die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein bereits heute auf die auf uns zukommenden Probleme aufmerksam und sucht gemeinsam mit allen Interessierten nach Lösungen – denn noch haben wir Zeit, den Wandel zu gestalten. Warten wir weitere fünf oder zehn Jahre, werden wir nur noch kurzatmig auf immer neue Versorgungslücken reagieren, ohne das Problem insgesamt noch beherrschen zu können.

Medizin wird weiblich

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer weisen auf eine weitere Entwicklung hin, die für die künftige Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Bedeutung ist: Der Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Medizinerinnen nimmt bundesweit zu und lag im Jahr 2008 bereits bei annähernd 41,5 Prozent.⁶ Im niedergelassenen Bereich hat sich der Anteil der weiblichen Ärzte deutschlandweit von 29,6 Prozent (1991) auf 35,3 Prozent im Jahr 2006 erhöht, wobei der weibliche Anteil an den niedergelassenen Ärzten in den westlichen Bundesländern bei 32,2 Prozent (2006) und in den neuen Bundesländern sogar bei 54,6 Prozent lag. In einigen Fachgebieten beträgt der Anteil der Ärztinnen bereits 50 Prozent und mehr, beispielsweise in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie in der Kinder- und Jugendmedizin. In Schleswig-Holstein beträgt der Frauenanteil bei den Hausärzten 33,4 Prozent, bei den Fachärzten 29 Prozent und bei den Psychotherapeuten 68,5 Prozent.⁷

Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen: Fast zwei Drittel der Erstsemester in der Humanmedizin sind weiblich. Frauen stehen aber in besonderer Weise vor dem Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, vor allem, wenn sie sich als Vertragsärztin niederlassen wollen. Vom im Januar 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das die Berufsausübung flexibilisiert und liberalisiert hat, können gerade Frauen profitieren und so verstärkt für eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereich interessiert werden. Der vermehrte Wiedereinstieg von Ärztinnen in ihren Beruf nach einer Unterbrechung kann einen Beitrag leisten, die absehbaren Probleme in der am-



bulanten Versorgung in Schleswig-Holstein zu mindern. Der sich erhöhende Anteil der Ärztinnen hat aber auch Auswirkungen auf das angebotene Arbeitsvolumen. So ist einer aktuellen Auswertung der Bundesärztekammer zu entnehmen, dass der Ärztinnen-Anteil bei denjenigen, die unter 32 Stunden in der Woche arbeiten, „überproportional hoch“ und bei denjenigen, die 45 Stunden und mehr arbeiten, „überproportional niedrig“ ist.⁸ Die geringeren Arbeitszeiten von Ärztinnen werden in einigen europäischen Nachbarländern bereits bei der Planung der medizinischen Versorgung berücksichtigt, wie die Bundesärztekammer in derselben Analyse berichtet: „Bei der Kapazitätsbestimmung ärztlicher Ressourcen im Rahmen der niederländischen Bedarfsplanung steht die Ermittlung des Angebots an Ärzten, untergliedert in Teil- und Vollzeitkräfte unter Berücksichtigung der effektiven Stundenzahl je Arzt (unterschieden nach Männern und Frauen), im Mittelpunkt. Dabei wird mit Vollzeitäquivalenten gerechnet, deren Wert für Ärztinnen um 25,5 Prozent unter dem der Ärzte liegt.“⁹

Das Kieler Fritz Beske Institut wies bereits 2007 in seiner Studie zur Gesundheitsversorgung 2050 darauf hin, dass „Ärztinnen aufgrund der Vereinbarung von Familie und Beruf weniger Patienten in ihren Praxen behandeln als ihre männlichen Kollegen. In der Altersgruppe der bis 44-Jährigen liegt die durchschnittliche Fallzahl der Hausärztinnen (707 Fälle) um 25,6 Prozent unter denen der Hausärzte (949 Fälle). In der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen beträgt der prozentuale Unterschied 27,6 Prozent bei 668 Fällen in Praxen von Hausärztinnen und bei 923 Fällen in Praxen von Hausärzten.“¹⁰

Die bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf ist notwendig, um die ärztliche Tätigkeit attraktiver zu machen. Dies wird aber auch zur Folge haben, dass Ärztinnen – und in einer sich wandelnden Gesellschaft auch zunehmend Ärzte – nach einer Phase, in der sie sich der Betreuung ihrer Kinder widmen, mit reduzierter Stundenzahl wieder in den Beruf einsteigen. Dies ist bei der Planung des künftigen Ärztebedarfs stärker als bisher zu berücksichtigen, d. h. es wird nicht reichen, nur die Zahl der Ärzte in der Planung zu berücksichtigen, auch das Arbeits- bzw. Stundenvolumen muss einbezogen werden.

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung erfordert neue Wege sowie eine stärkere Kooperation der Beteiligten im Gesundheitswesen und der Politik.

Absehbare Versorgungslücken: ein bundesweites Problem

Schleswig-Holstein steht mit dem Problem des sich abzeichnenden Ärztemangels keineswegs allein. In den neuen Ländern, gerade auch bei unseren Nachbarn in Mecklenburg-Vorpommern, sind die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die ärztliche Versorgung schon deutlicher sichtbar. So hat der Landesausschuss, das zuständige mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft besetzte Gremium, in zehn Planungsbereichen Mecklenburg-Vorpommerns eine drohende Unterversorgung im hausärztlichen Bereich festgestellt. In diesen Regionen greifen großzügige Förderungen für die Niederlassung.¹¹ In den anderen neuen Bundesländern stellt sich die Situation ähnlich dar. So standen 2005 in Thüringen 103 Praxisaufgaben nur 66 Neuzulassungen gegenüber, in Sachsen-Anhalt folgten 76 in den Ruhestand tretenden Hausärzten nur 42 neue Praxisinhaber.¹²

In Niedersachsen prognostizierte die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen im Sommer 2008, dass besonders die hausärztliche Versorgung im Bundesland mit der zweitgrößten Ausdehnung nach Bayern gefährdet ist. Soll ein hausärztlicher Versorgungsgrad von 100 Prozent in allen Teilen des Landes gehalten werden, benötigte Niedersachsen, so die Berechnungen der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung, rund 3.300 hausärztliche Neuzulassungen bis zum Jahr 2020. Schon heute können sich in 32 der 44 niedersächsischen Planungsbereiche zusätzliche Hausärzte niederlassen, weil der Versorgungsgrad unter 110 Prozent und damit unter der vom Gesetzgeber vorgesehenen Grenze für eine Zulassungssperre liegt.¹³

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sorgt sich um die ärztliche Versorgung. So wies die Körperschaft im vergangenen Jahr darauf hin, dass in 15 von insgesamt 27 westfälischen Kreisen insgesamt mehr als 250 Hausarztstellen unbesetzt seien und zudem aufgrund des





Durchschnittsalters der Hausärzte eine Ruhestandswelle bevorstehe. Dr. Wolfgang-Axel Dryden, zweiter Vorsitzender der KVWL, warnte: „Allein um die heutige Versorgung aufrechtzuerhalten, müssten sich in den nächsten fünf Jahren knapp 500 neue Allgemeinmediziner in unserem Landesteil niederlassen.“¹⁴

Eine weitere Zahl verdeutlicht die Entwicklung: Das bundesweite Durchschnittsalter der Vertragsärzte steigt seit gut eineinhalb Jahrzehnten ununterbrochen. Noch 1993 lag das durchschnittliche Alter der deutschen Vertragsärzte bei rund 46,5 Jahren, im Jahr 2000 wurde bereits die Grenze von 50 Jahren überschritten, 2007 gibt die Statistik der Bundesärztekammer den Durchschnittswert bereits mit 51,35 Jahren an.¹⁵ Eine Trendumkehr ist nicht in Sicht. Die Beispiele belegen, dass die Tendenz überall ähnlich ist. Die Ärzteschaft überaltert, Nachwuchs in gleicher Größenordnung ist nicht in Sicht, weder bei den Haus- noch bei den Fachärzten.

Gesundheitsminister der Länder warnen vor hausärztlichen Versorgungsgespässen

Auf ihrer Konferenz im Juli 2008 haben sich die Gesundheitsminister der Länder intensiv mit der zukünftigen hausärztlichen Versorgung befasst. Grundlage ihrer Diskussion war ein „Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“ (AOLG-Bericht).

Die Prognose der AOLG für die hausärztliche Versorgung ist düster: Nicht alle Arztsitze, so die Einschätzung der obersten Landesgesundheitsbehörden, werden in Zukunft neu besetzt werden können. Diesem Rückgang der Zahl der Hausärzte stehe aber ein zu erwartender erhöhter Versorgungsbedarf, bedingt durch die Zunahme des Anteils der Älteren an der Gesamtbevölkerung, gegenüber.

Um diesen Mehrbedarf, auf den an anderer Stelle noch einzugehen sein wird, bewältigen zu können, bräuchte es zusätzliche Hausärzte, so die AOLG, die in ihrem Bericht deutlich macht, dass die Folgen der Alte-

rung der Gesellschaft schon mit einer gleichbleibenden Zahl von Hausärzten nicht zu bewältigen wäre: „Es ist bekannt, dass das gegenwärtige System der hausärztlichen Versorgung keine wesentlichen zeitlichen Reserven mehr aufweist. Insofern ist dieser Mehrbedarf nicht durch Arbeitsverdichtung aufzufangen, sondern es bedarf, wenn man als Ausgangslage von einer zu den heutigen Verhältnissen gleichen Betreuungsintensität der hausärztlich versorgten Patienten ausgeht, zusätzlicher hausärztlich tätiger Ärztinnen.“¹⁶

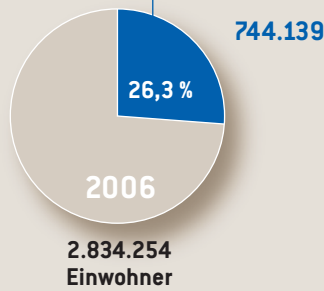
Die Aussichten, dass es zum benötigten Zuwachs der Zahl der Ärzte kommt, beurteilen die Autoren der Studie jedoch als schlecht. Sie verweisen auf eine Hochrechnung der KBV, die vielmehr sinkende Zahlen voraussagt: Die KBV hat 2007 eine neue Prognose für die Entwicklung der Hausärztezahl bis zum Jahre 2017 vorgelegt. Danach wird auf der Basis der prognostizierten Abgänge und tatsächlichen Zugänge von Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bundesweit ein Rückgang von gut 4.000 Hausärzten (7,5 Prozent) zum Bestand des Jahres 2006 berechnet.

Als Ergebnis dieser Entwicklung – mehr Versorgungsbedarf bei rückläufiger Tendenz zur Niederlassung – befürchtet die AOLG in ihrem Bericht an die Landesgesundheitsminister bereits für das nicht mehr ferne Jahr 2020 eine gravierende hausärztliche Versorgungslücke: „Um das heutige Niveau der hausärztlichen Versorgung aufrechtzuhalten, fehlen in 10 bis 15 Jahren bis zu ca. 15.000 Hausärzte in Deutschland.“

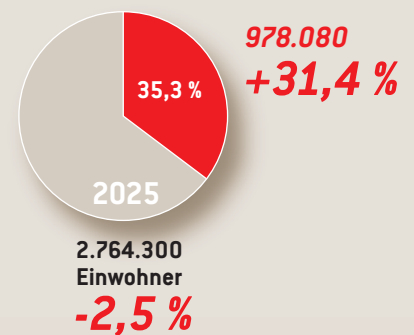
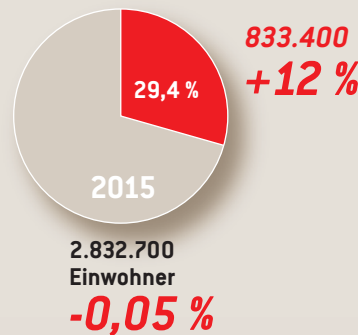
Darüber hinaus sorgen sich die Autoren der amtlichen Bestandsaufnahme der hausärztlichen Versorgung, dass es eine fortgesetzte ungleiche Verteilung von Allgemeinmediziner zwischen Ost und West und zwischen Stadt und Land gebe. Ende 2006 seien bereits in rund einem Viertel der Planungsbereiche in Deutschland Versorgungsgrade von unter 100 Prozent ausgewiesen worden. Diese Zahlen stimmen die AOLG wenig optimistisch: „Insofern wird sich die Versorgung mit Hausärzten in den bereits heute nicht optimal versorgten Gebieten bis 2020 im Vergleich zu den gut versorgten Gebieten besonders verschlechtern. [...] Allerdings werden selbst in heute noch hausärztlich gut versorgten Gebieten, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg, von den ärztlichen Kör-

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN¹⁹

60 Jahre und älter



Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord; November 2007

perschaften insbesondere im ländlichen Raum ähnliche Probleme für eine bedarfsnotwendige Rekrutierung von Hausärzten bereits in naher Zukunft gesehen.“

Spätestens mit dem umfassenden AOLG-Bericht hat die Sorge um die künftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auch die Politik erreicht. Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung ist allerdings darauf hinzuweisen, dass sich auch bei den niedergelassenen Fachärzten vergleichbare Nachwuchssprobleme abzeichnen – ein Thema, das ebenfalls auf die Tagesordnung der Gesundheitsministerkonferenz gehört.

Ärztenschwemme – ein Problem der Vergangenheit

Längst vorbei sind die Zeiten, als der Begriff der Ärzteschwemme Konjunktur hatte. So warnte der damalige Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Wolf Muschalik, im August 1979 im Hamburger Abendblatt, Anfang der 1980er Jahre werde die „erwartete Ärzteschwemme“ in „voller Stärke“ einsetzen. Seine düstere Prognose damals: 1982 würden fast 14.000 Absolventen auf den Arbeitsmarkt drängen, aber nur 6.000 gebraucht.¹⁷ Und auch zehn Jahre später beschäftigte das Thema noch die Presse. „Anfänger ohne Chance“ überschrieb das Hamburger Abendblatt im Mai 1989 einen Beitrag über die Sorgen junger Mediziner und berichtete, dass auf dem Deutschen Ärztetag die Schätzung zu hören gewesen sei, dass es bis zum Jahr 1995 zwischen 40.000 und 55.000 arbeitslose Ärzte in Deutschland geben werde. Auch die aktuelle Lage im Mai 1989 war bereits dramatisch, so der Pressebericht: „Zurzeit sind von 177.000 deutschen Ärzten zwischen 10.000 und 15.000 arbeitslos.“¹⁸

Wer diese Schlagzeilen noch vor Augen hat, mag kaum glauben, wie dramatisch sich die Situation in den vergangenen zwei Jahrzehnten geändert hat. Auf die Schwemme folgte der Mangel. Der Ärzteschwemme ist so wirkungsvoll begegnet worden, dass sich die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin seit Anfang der 1990er Jahre deutlich reduziert hat – was sich immer stärker in den Praxen und Krankenhäusern bemerkbar macht. Zählte die amtliche Statistik im Jahr 1994 bundesweit noch fast 12.000 Absolventen im Fach Humanmedizin, so waren es zehn Jahre später bereits weniger als 9.000 – ein Rückgang um rund 25 Prozent. Etwa seit der Jahrtausendwende hatte sich die Zahl der Absolventen bei unter 9.000 Absolventen pro Jahr eingependelt, im Jahr 2007 stieg die Zahl der Absolventen leicht auf 9.574 (2006: 8.724). Auch die Entwicklung der Gesamtzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin weist einen Rückgang auf. Waren 1993 noch gut 90.000 Medizinstudenten an deutschen Universitäten eingeschrieben, sank die Zahl ab Mitte der 1990er Jahre auf unter 80.000 und hat sich seither auf diesem Niveau stabilisiert. Nach Angaben der Bundesärztekammer studierten im Jahr 2007 bundesweit 75.555 junge Menschen Medizin.¹⁹ Soll ein Mangel an Ärzten, der nicht nur der ambulanten Versorgung, sondern auch den Krankenhäusern zunehmend Sorgen bereitet, nicht zum Dauerzustand werden, müssen sich mehr junge Menschen für ein Studium der Humanmedizin entscheiden – und nach dem Studium für eine ärztliche Tätigkeit.

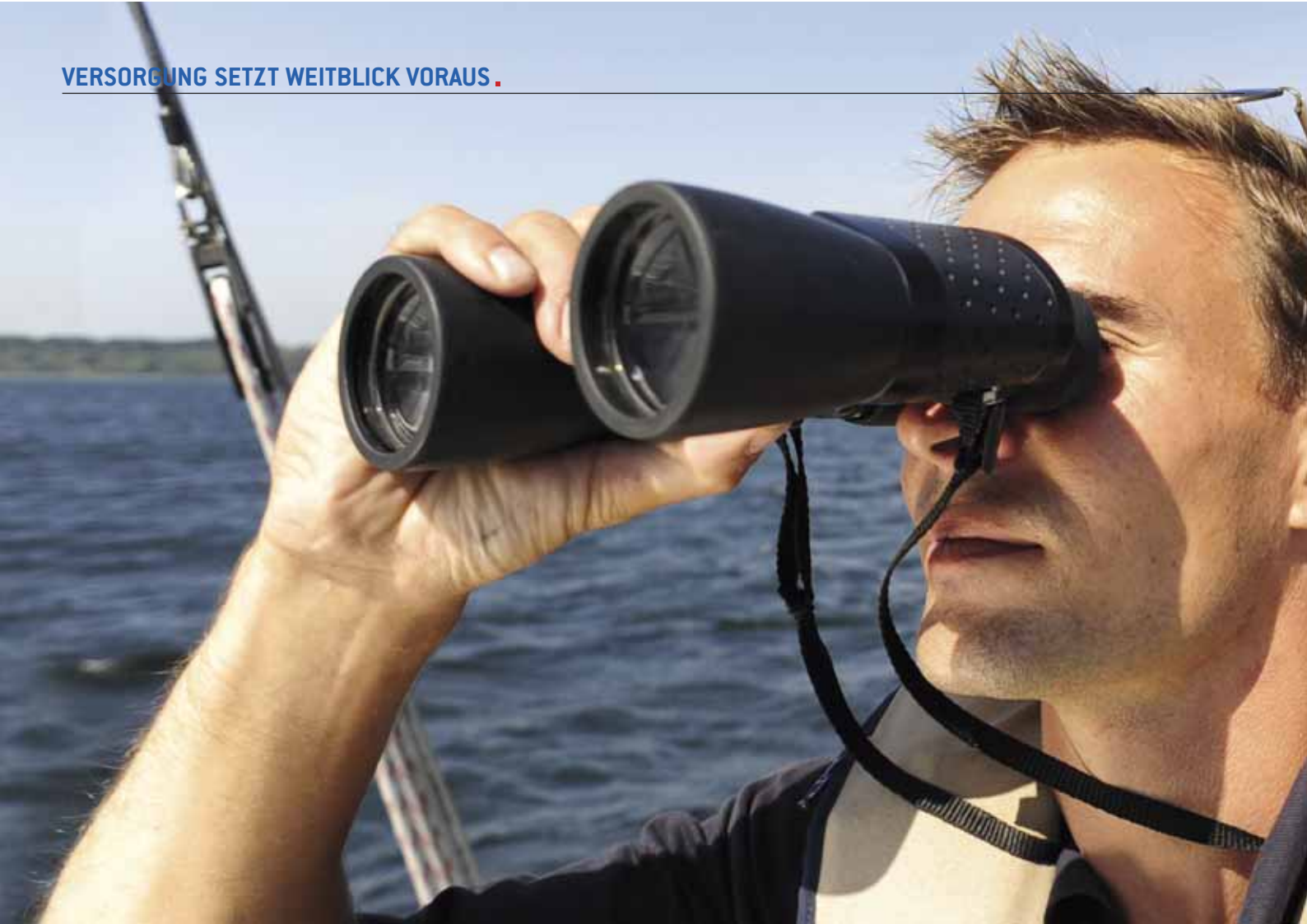
Schleswig-Holstein wird älter

Dass es durch die absehbare Bevölkerungsentwicklung zu einer höheren Nachfrage nach ärztlichen Leistungen kommen wird, liegt vor allem an der sich deutlich verändernden Alterszusammensetzung der Bevölkerung. Während der demografische Wandel in manchen Schlagzeilen auf den Rückgang der Einwohnerzahl Deutschlands und Schleswig-Holsteins in den vor uns liegenden Jahrzehnten reduziert wird, ist es für die medizinische Versorgung vor allem bedeutsam, dass der Abnahme der Gesamteinwohnerzahl eine deutliche Zunahme – nicht nur relativ, sondern auch absolut – der Menschen über 60 Jahre entgegensteht und damit ein deutlicher Zuwachs in jenen Altersgruppen, die stärker auf ärztliche Versorgung angewiesen sind, weil der Behandlungsbedarf mit zunehmendem Alter steigt, das belegen alle Statistiken.

Auf den ersten Blick scheint die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein bis 2025 wenig spektakulär. Lebten nach Angaben des Statistikamtes Nord zum Stichtag 31. Dezember 2006 genau 2.834.254 Menschen im nördlichsten Bundesland, sagen die amtlichen Schätzer bis zum Jahr 2015 lediglich einen Rückgang um rund 1.500 Einwohner voraus – ein Minus von 0,05 Prozent. Auch zehn Jahre später wird sich die Zahl der Schleswig-Holsteiner nur geringfügig verringert haben. Das Statistikamt Nord geht in seiner Prognose davon aus, dass auch im Jahr 2025 noch 2.764.300 Menschen in den Städten und Gemeinden im Norden leben, gegenüber 2006 ein Rückgang um rund 70.000 Einwohner oder 2,5 Prozent.

Erheblich aussagekräftiger ist aber eine nach Altersgruppen differenzierte Betrachtung der Entwicklung. Die Alterszusammensetzung wird sich in den nächsten 15 bis 20 Jahren, so sagen es die Statistiker voraus, dramatisch verschieben. Waren Ende 2006 knapp 750.000 Schleswig-Holsteiner 60 Jahre und älter, wächst ihre Zahl bis 2015 auf 833.000 an. Und weitere zehn Jahre später werden im Land zwischen den Meeren knapp eine Million Menschen leben, die dieser Altersgruppe angehören. Ein absoluter Zuwachs um fast eine Viertelmillion Menschen (und ein Plus von 31 Prozent gegenüber dem Basisjahr 2006) bei gleichzeitig leicht abnehmender Gesamtbevölkerung.

Deutlich werden die Auswirkungen dieser gegenläufigen Entwicklungen beim Blick auf den Anteil der Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung. War 2006 nur gut ein Viertel der Einwohner des Landes 60 Jahre und älter, wird der Anteil dieser Altersgruppe im Jahr 2025 einen Anteil von mehr als 35 Prozent erreichen. Eine Entwicklung, die in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten leicht variiert. Lediglich den beiden Städten Kiel und Flensburg, die als Universitätsstandorte einen regelmäßigen Zuzug junger Menschen verzeichnen können, wird für das Jahr 2025 ein deutlich unter dem Landesschnitt liegender Anteil der über 60-Jährigen prognostiziert (Kiel: 29,5 Prozent; Flensburg: 28,8 Prozent). Einen besonders hohen Anteil an Senioren erwartet das Statistikamt Nord hingegen im gleichen Jahr im Landkreis Ostholstein. Hier werden nach der Vorausberechnung des Amtes die Einwohner im Alter von 60 Jahren und darüber rund 42 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen.



Und auch über das Prognosejahr 2025 hinaus ist mit einer Trendumkehr nicht zu rechnen. Das Statistische Bundesamt ging bereits im Jahr 2004 in einer Bevölkerungsvorausberechnung davon aus, dass sich der Anteil der Einwohner in Schleswig-Holstein, die 60 Jahre und älter sind, auch im Zeitraum von 2030 bis 2050 bei rund 35 Prozent einpendeln wird.²⁰ Mit dem weiter steigenden Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung setzt sich im Übrigen eine Entwicklung fort, die – von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen – seit rund 15 Jahren zu beobachten ist. Lag der Anteil der Einwohner Deutschlands, die 60 Jahre und älter waren, Anfang der 1990er Jahre bei rund 20 Prozent (1991: 20,4 Prozent), stieg er seit Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich an und überschritt 2006 erstmals die 25-Prozent-Marke (2006: 25,0 Prozent; 2007: 25,3 Prozent).²¹

Morbiditätsentwicklung in einer alternden Gesellschaft

Die AOLG macht in ihrem Bericht zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung sehr deutlich, dass der Behandlungsbedarf in Deutschland in den nächsten Jahren altersbedingt wachsen wird:

- Erfahrungsgemäß seien die über 65-jährigen bzw. die über 80-jährigen Personen die Patientengruppen mit den höchsten Kontaktzahlen in der hausärztlichen Versorgung. Zudem hänge der hausärztliche Betreuungsbedarf von chronisch Kranken auch von deren persönlichem Umfeld ab. Vor allem in heute schon dünn besiedelten Gebieten, die einen anhaltenden Wegzug der erwerbstätigen Bevölkerung und dadurch bedingt einen steigenden Anteil der verbleibenden älteren Bevölkerung aufweisen, sei mit besonders steigenden Anforderungen an die Primärversorgung zu rechnen.
- Bis 2020 (Vergleichsbasis 2000) würden die (absoluten) Prävalenzraten für chronische Erkrankungen (wie Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, z. B. Schlaganfall) zwischen 16 und 40 Prozent (je nach Krankheit) steigen. Bezogen auf 100.000 Einwohner ein Zuwachs von 30 bis 50 Prozent.

- Die Entwicklung bei der Demenz sei besonders hervorzuheben. Im Zeitraum von 2000 bis 2020 wurde eine Steigerungsrate bei den Erkrankungen von über 50 Prozent prognostiziert (bezogen auf 100.000 Einwohner eine Steigerung um 61 Prozent).

Die stärkere Betonung der präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen führe, so die AOLG in ihrem Bericht, zwar zu einer Zunahme der gesunden Lebensjahre, löse das Problem aber nicht, da davon auszugehen sei, dass sich der Gesundheitszustand der einzelnen Altersjahrgänge entsprechend der steigenden Lebenserwartung verbessere, sich die Morbidität aber nur ins höhere Lebensalter verschiebe. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung resultiere dann vor allem aus einer stärkeren Besetzung der höheren Altersklassen. Die AOLG stellt zusammenfassend fest:

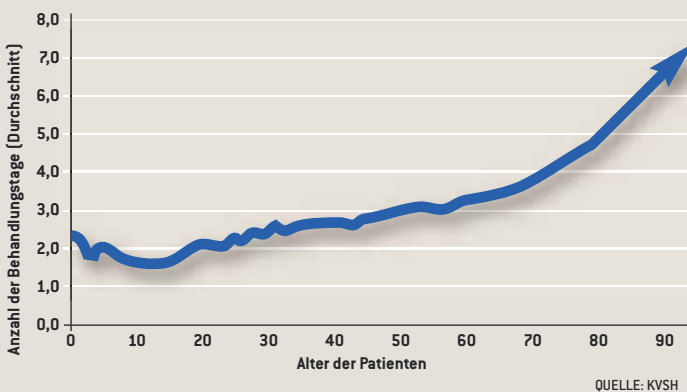
„Auch wenn eine genaue Prognose nicht zuletzt aufgrund der nicht absehbaren Fortschritte in der Medizin mit hohen Unsicherheiten behaftet ist, kann aufgrund der demografisch nachvollziehbaren Morbiditätsentwicklung und der daraus abgeleiteten zusätzlichen Belastungen der Primärversorgung insgesamt von einer um mindestens 20 Prozent erhöhten Arbeitslast für die Primärversorgung, allen voran für die hausärztliche Versorgung, im Jahre 2020 ausgegangen werden. Diese demografische Entwicklung wird sich bis zum Jahr 2050 fortsetzen.“²²

Diese Einschätzung wird auch von anderen Experten bestätigt. So haben Forscher der Universitäten Greifswald und Rostock gemeinsam mit dem Rostocker Zentrum zur Erforschung des demografischen Wandels untersucht, welche Auswirkungen die Zunahme älterer Patienten auf die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern haben wird.²³ Die Studie geht von einem deutlichen Anstieg bei den altersbedingten Krankheiten aus. Nach Hochrechnungen der Wissenschaftler wird die Zahl der nicht tödlich verlaufenden Herzinfarkte im Nordosten Deutschlands von 2005 bis 2020 um rund 28 Prozent zunehmen,



BEHANDLUNGSTAGE JE PATIENT (I/2008)

Arztgruppe: Hausärzte



die Zahl der an Diabetes mellitus leidenden Einwohner des Bundeslandes wird im selben Zeitraum um über 20 Prozent steigen, die Zahl der Demenzerkrankten wird sich bis 2020 beinahe verdoppeln. Auch zur Zunahme der mit steigendem Alter häufigeren Arztbesuche äußerten sich die Wissenschaftler aus Mecklenburg-Vorpommern. So habe die SHIP-Studie²⁴ eine starke Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Hausärzten sowie bestimmter Facharztgruppen wie Internisten und Urologen nachgewiesen. Ein Ergebnis der Studie: Während nur 58,3 Prozent der 25- bis 29-Jährigen angaben, im letzten Jahr einen Hausarzt aufgesucht zu haben, stieg die Zahl bei den 80- bis 84-Jährigen auf 84,1 Prozent. Darüber hinaus, so die Studie, betrug die „durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte [...] bei den 80- bis 84-Jährigen 9,4 gegenüber 2,2 Arztkontakten pro Jahr bei den 25- bis 29-Jährigen. Insgesamt wird somit die Anzahl der Arztkontakte bei den Allgemeinärzten bis 2020 um 8,4 Prozent zunehmen.“²⁵ Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein bestätigen die Tendenz dieser Aussagen.

Auch anhand der Leistungsausgaben je Versichertem lässt sich dieser Zusammenhang zwischen Alter und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen belegen. So betrugen die Leistungsausgaben in der ambulanten Versorgung für einen unter 60-jährigen Versicherten im Bundesschnitt im Jahr 2007 rund 281 Euro, in der Altersgruppe 60 Jahre und älter verdoppelte sich die Summe nahezu auf rund 558 Euro.²⁶ Der Behandlungsbedarf und die Nachfrage nach medizinischen Leistungen werden, darin sind sich Fachleute einig, in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stark zunehmen – und damit auch die Kosten. Diese Entwicklung stellt, gerade vor dem Hintergrund der sich verschiebenden Alterszusammensetzung der Bevölkerung, die Finanzierung des Gesundheitswesens vor große Herausforderungen. Das Grundproblem benannte Professor Fritz Beske in einer Studie deutlich: „Der Anteil derjenigen, von denen die Leistungen zu finanzieren und personell zu erbringen sind, nimmt ab, der Anteil derjenigen, die diese Leistungen nachfragen, nimmt zu.“ Diese Verschiebung, so Beske, habe einen direkten Einfluss auf die Finanzierung im Gesundheitswesen.²⁷

Trotz einer rund 30-jährigen Reformgeschichte, auf die die Gesundheitspolitik zurückblickt, bleibt die zentrale Frage, die sich mit Blick auf künftige gesundheitliche Versorgung einer alternden Gesellschaft stellt, unbeantwortet: Wie kann eine Finanzierung aussehen, die den Ärzten eine angemessene Vergütung – eine Vergütung, die das wirtschaftliche Führen einer modernen Praxis sichert – die aber zugleich die Beitragszahler nicht überfordert und auch künftig die Grundrisiken zuverlässig für alle absichert. Zahlreiche Experten und Praktiker aus dem Gesundheitswesen haben wiederholt auf die einfache Wahrheit hingewiesen, dass mit begrenzten Mitteln nicht unbegrenzt Leistungen erbracht werden können. Vor dem Hintergrund der Prognosen wird sich dieser bereits heute existierende Widerspruch weiter verschärfen.

GKV-AUSGABEN 1970 UND 2008



Nur 15 Prozent der GKV-Ausgaben fließen in die ambulante Versorgung

Die ambulant tätigen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten sind in aller Regel die erste Anlaufstation für die Patienten, sie bilden das Rückgrat der medizinischen Versorgung in Deutschland. Trotz dieser zentralen Bedeutung der ambulanten Medizin für die Versorgung der Menschen fließt nur ein vergleichsweise geringer – und seit Jahrzehnten rückläufiger – Anteil der Gesamtausgaben der GKV in diesen Bereich. So entfielen 1970 rund 25 Prozent der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung auf den stationären Sektor, ähnlich hoch war der Anteil der Mittel, der für die ambulante Versorgung ausgegeben wurde: knapp 23 Prozent. Die Ausgaben für Arzneimittel machten damals 17,7 Prozent der GKV-Ausgaben aus.

In den folgenden Jahrzehnten haben sich die Gewichte deutlich zu Gunsten der Kliniken verschoben. Im Jahr 2008 entfiel ein Drittel (32,9 Prozent) der Ausgaben der GKV auf die Krankenhausversorgung, für die ambulante Medizin wurde nicht einmal halb soviel ausgegeben: Lediglich 15,1 Prozent der GKV-Ausgaben standen dem ambulanten Sektor mit seinen fast 150.000 niedergelassenen Haus- und Fachärzten für die Versorgung der Patienten zur Verfügung. In absoluten Zahlen: Ausgaben in Höhe von 52,6 Milliarden Euro für die stationäre Versorgung standen lediglich 24,3 Milliarden Euro für die ambulante Medizin entgegen – selbst für die Arzneimittelversorgung gaben die gesetzlichen Krankenkassen 2,7 Milliarden Euro im Jahr 2008 mehr aus als für die haus- und fachärztliche Versorgung (Arzneimittelausgaben 2008: 27,0 Milliarden Euro, Anteil an den GKV-Ausgaben: 16,8 Prozent).²⁸

Niederlassungshindernisse

Mit Sorge ist auch zu betrachten, dass die Tätigkeit als niedergelassener Arzt an Attraktivität deutlich eingebüßt hat.²⁹ Dies hat eine ganze Reihe von Gründen. Die Zeiten haben sich geändert: Es gibt heute für junge Mediziner mehr berufliche Möglichkeiten jenseits der kurativen Tätigkeit. Der Gang ins Ausland ist im zusammenwachsenden Europa eine weitere und immer leichter zu realisierende Option. Und schließlich haben sich die Erwartungen junger Mediziner – und Medizinerinnen – an ihren Beruf gewandelt. In einem solchen Umfeld fällt es schwerer, für die Tätigkeit als niedergelassener Arzt, gerade in ländlichen Gebieten, Interesse zu wecken. Viele junge Absolventen assoziieren eine Tätigkeit als freiberuflicher Haus- oder Facharzt mit einer unbefriedigenden Honorarsituation, einer überbordenden Bürokratie und einer mangelnden Planungssicherheit. Nachdem 30 Jahre eine Reform im Gesundheitswesen der nächsten folgte, ist das Vertrauen auf verlässliche Rahmenbedingungen und eine Planbarkeit über ein oder zwei Quartale hinaus vielfach nicht mehr vorhanden.

Das Urteil des Hamburger Staatsrechtlers Professor Ulrich Karpen zur Dauerreform in der Gesundheitspolitik ist wenig schmeichelhaft. In einer Studie der Großen Koalition zur Gesetzgebung seit Herbst 2005 stellt er fest, „dass die permanente Reformtätigkeit mancher Ressorts wie etwa des [...] Gesundheitsministeriums dazu führt, dass die Auswirkungen neuer Regelungen überhaupt nicht mehr festgestellt werden können. Die Neuordnungsdynamik überrollt die Wirkungsanalyse.“³⁰ Vor diesem Hintergrund sich stetig ändernder gesetzlicher Rahmenbedingungen, die zu einer mangelnden Planungssicherheit führen, scheuen viele junge Ärzte den Schritt in die Selbstständigkeit, zumal dieser mit großen unternehmerischen und finanziellen Risiken verbunden ist. Nach einer Erhebung der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, für die in den Jahren 2004/2005 rund 2.900 von der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer durchgeführte Finanzierungen von Praxisgründungen ausgewertet wurden, lag das mittlere Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxis in Westdeutschland im Untersuchungszeitraum bei 184.106 Euro.³¹

Eine zunehmende Zahl von Medizinern ist mittlerweile jenseits der Grenzen tätig. Nach einer im Oktober 2007 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer vorgelegten Studie arbeiten derzeit rund 16.000 deutsche Ärzte im Ausland.³² Mediziner sind auch in anderen Bereichen, z. B. der Industrie, gefragt. Nahezu die Hälfte aller Medizinstudierenden entscheidet sich für einen Beruf im nichtkurativen Bereich, berichtete das Deutsche Ärzteblatt im Januar 2008.³³

Die anhaltende Unterfinanzierung der ambulanten Medizin ist seit Jahren ein Hindernis für junge Ärzte, eine eigene haus- oder fachärztliche Praxis zu gründen oder zu übernehmen.

Bei der Forderung nach einer angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen geht es in erster Linie darum, Ärzten zu ermöglichen, ihre Pra-



GESUNDHEITSREFORMEN

- 2008** Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)
- 2007** GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)
- 2007** Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)
- 2004** Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)
- 2002** Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)
- 2002** Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)
- 2001** Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)
- 2000** GKV-Gesundheitsreform 2000
- 1999** GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)
- 1998** GKV-Finanzstärkungsgesetz (GKVFG)
- 1997** 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (NOG)
- 1996** Beitragsentlastungsgesetz
- 1993** Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
- 1989** Gesundheitsreformgesetz (GRG)
- 1982** Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG)
- 1977** Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)

xis wirtschaftlich zu führen. Nur eine Arztpraxis, die wirtschaftlich auf einem soliden Fundament steht, ermöglicht es dem Praxisinhaber, sich auf die Versorgung der Patienten zu konzentrieren und hochwertige medizinische Leistungen anzubieten. Seit Jahren sehen sich die Praxen mit einer strikten Budgetierung – das heißt faktischen Umsatzbegrenzung – konfrontiert. Diese Budgets spiegeln nicht den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten wieder.

In vielen Fällen bedeutet dies für Haus- und Fachärzte, dass die eigene Arztpraxis zum wirtschaftlichen Risiko für ihren Inhaber wird, denn laufende Kosten entwickeln sich unabhängig von der Honorierung der Ärzte. Personalkosten, Raten für die Zurückzahlung von Krediten für die Praxis und medizinische Geräte, notwendige Versicherungen, Praxismiete und -betriebskosten, die Kosten für das erforderliche Fahrzeug für Hausbesuche, die Kosten für die eigene Altersvorsorge und für gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungen nehmen keine Rücksicht auf gedeckelte Budgets. Eine hochwertige ambulante Versorgung, wohnortnah und flächendeckend, kann nicht funktionieren, wenn die Einnahmen aus der Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten kaum die Betriebskosten der Arztpraxis decken. Und im Gegensatz zu Inhabern von Unternehmen kann der Arzt weder mit einer Leistungsausweitung noch mit höheren Preisen auf die Entwicklung seiner Kosten reagieren.

Vor diesem Hintergrund sind geregelte Arbeitszeiten in einem schwedischen Provinzkrankenhaus oder lukrative Tätigkeiten außerhalb der Medizin vielfach attraktiver als die Niederlassung mit ihrer Bürokratie und ihrem finanziellen Risiko aufgrund der mangelnden Planungssicherheit.

Versorgung braucht Perspektiven



Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden von der Politik und den Medien immer wieder öffentlich in die Pflicht genommen, für eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte im Land zu sorgen, verfügen aber tatsächlich nur über sehr eingeschränkte Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheiten.

Die geltenden Regeln der Bedarfsplanung, die sich auf Kreisebene am Verhältnis zwischen Ärzten und Einwohnern orientieren, liefern ein Zerrbild. Rein statistisch scheint es in manchen Kreisen eine Überversorgung zu geben – die Wahrnehmung vor Ort ist vielfach eine andere. Den Kassenärztlichen Vereinigungen sind diese Mängel der überholten Bedarfsplanung bewusst, doch sind sie an den geltenden Rechtsrahmen gebunden. Um dieses Dilemma aufzulösen und die ambulante ärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein aktiv gestalten zu können, fordert die KVSH eine Ablösung der geltenden Richtlinien und gesetzlichen Vorgaben durch eine zeitgemäße kleinräumige Bedarfsplanung, die sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert und die Handlungsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen stärkt.

Sicherstellungsauftrag – der gesetzliche Rahmen

Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherstellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenkassen haben, so sieht es das SGB V vor, zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenzuwirken. Dies bedeutet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den so genannten Sicherstellungsauftrag durch ihre Mitglieder erfüllen, das heißt insbesondere die zugelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten oder die in diesen Praxen angestellten Ärzte und Psychotherapeuten, die zugelassenen MVZ und die ermächtigten Krankenhausärzte. Sie alle erfüllen den Sicherstellungsauftrag mit Leben.

War die Sicherstellungsverantwortung der KVen für die ambulante Versorgung jahrzehntelang eine gesetzliche „Exklusivaufgabe“, für die die Mediziner u. a. auf ihr Streikrecht verzichtet haben, so hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren eine Reihe von neuen Versorgungsformen ins Leben gerufen, die Auswirkungen auf die Sicherstellung haben. Beispiele hierfür sind die so genannte Integrierte Versorgung, die Hausarztzentrierte Versorgung, MVZ in Krankenhausträgerschaft, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung im Rahmen von Paragraph 116b SGB V.

Das SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Dies betrifft vor allem Regionen, in denen eine Unterversorgung vorliegt oder droht. Zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen offiziell festgestellt hat, dass eine Unterversorgung in absehbarer Zeit droht oder bereits eingetreten ist. In Schleswig-Holstein ist dies derzeit in keinem Planungsbereich der Fall.



Heutige Bedarfsplanung – keine Antwort auf die Probleme von morgen

Der Beruf des niedergelassenen Arztes zählt zu den freien Berufen – und unterliegt doch einem dichten Netz aus Vorschriften, das kaum mit anderen freien Berufen oder gar kleinen oder mittleren Unternehmen vergleichbar ist. Nicht nur sind Leistungsmengen reguliert und Budgets vorgegeben, auch bei seiner Standortwahl hat der Praxisinhaber eine Fülle von Vorgaben und Vorschriften zu beachten.

Die Bedarfsplanung, mit der gewährleistet werden soll, dass in allen Teilen des Landes eine ausreichende Zahl von Haus- und Fachärzten vorhanden ist, hat ihre gesetzliche Grundlage im SGB V, weiterführende Regelungen zur Umsetzung fallen in die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Ihm gehören neben einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern Vertreter der Krankenkassen und der Leistungserbringer mit Stimmrecht an.

Der Feststellung, ob in einem Planungsbezirk eine Über- oder Unterversorgung besteht, liegt eine starre Arzt-Einwohner-Verhältniszahl zu Grunde, die für verschiedene Typen von Planungsbezirken (z. B. städtisch, ländlich) und für die verschiedenen Arztgruppen bereits in den Anfängen der Bedarfsplanung festgeschrieben wurde. Ausgehend von diesen statistischen Soll-Werten lassen sich Über- und Unterversorgung errechnen. Nach den einschlägigen Paragraphen des SGB V und den Vorgaben des G-BA ist z. B. die Landeshauptstadt Kiel ausreichend hausärztlich versorgt, wenn für jeweils 1.565 Einwohner ein Allgemeinmediziner zur Verfügung steht, d. h. 152 Hausärzte in Kiel entsprechen einem Versorgungsgrad von 100 Prozent.³⁴ Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent, so sehen es die rechtlichen Grundlagen vor, ist eine Neuzulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr möglich. Auf diese Weise soll eine Überversorgung verhindert werden. Da es in Kiel rund 180 Hausärzte gibt (Versorgungsgrad: 117 Prozent), können sich

Die heutige Bedarfsplanung muss grundlegend reformiert werden. Sie liefert ein Zerrbild des tatsächlichen Versorgungsbedarfs.

derzeit in der Landeshauptstadt keine zusätzlichen Hausärzte niederlassen. Ausnahme ist allerdings die Nachbesetzung frei werdender Arztsitze. Geht ein Praxisinhaber in den Ruhestand oder gibt seine Tätigkeit aus anderen Gründen auf, kann ein Nachfolger die Zulassung übernehmen, auch wenn der Planungsbereich aufgrund des Überschreitens der 110-Prozent-Marke für Neuzulassungen gesperrt ist.

In gesperrten Regionen kann es nur in Ausnahmefällen zu weiteren Zulassungen kommen. Möglich ist eine so genannte „Sonderbedarfszulassung“ in Fällen, in denen sich z. B. ein antragstellender Arzt auf bestimmte Leistungen spezialisiert hat, die andere niedergelassene Mediziner nicht oder nicht in ausreichendem Umfang erbringen können. Die Finanzierung dieser Sonderbedarfszulassung erfolgt allerdings aus dem vorhandenen Gesamthonorar, d. h. zu Lasten der bereits vorhandenen niedergelassenen Ärzte, da die Krankenkassen für den neu hinzukommenden Mediziner keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung stellen.

Auch für das Vorliegen einer Unterversorgung hat der Gesetzgeber, ergänzt durch Richtlinien des G-BA, feste Grenzen definiert: Sinkt der Versorgungsgrad bei den Hausärzten auf unter 75 Prozent – bei den fachärztlichen Fachgebieten liegt die Grenze bei 50 Prozent – gilt ein Planungsbereich im rechtlichen Sinne als unterversorgt. In Schleswig-Holstein ist dies heute in keinem der 13 Planungsbereiche, die weitgehend identisch mit den Landkreisen sind, der Fall.

Den niedrigsten Versorgungsgrad weist die hausärztliche Versorgung im Kreis Steinburg auf. Hier liegt der hausärztliche Versorgungsgrad bei rund 98 Prozent und damit deutlich unter der 110-Prozent-Grenze, die zur Sperrung des Kreises für hausärztliche Neuzulassungen führen würde. Im Kreis Steinburg können deshalb derzeit elf weitere Hausärzte zugelassen bzw. entsprechende Stellen mit angestellten Allgemeinmedizinern besetzt werden.³⁵ Die Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung dieser freien Arztsitze sind ein Indiz, dass es schon heute großer





Anstrengungen bedarf, um Nachwuchsmediziner für eine Tätigkeit als Landarzt zu gewinnen. Trotz aller Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigung und anderer Akteure fällt es schwer, Interessenten für die Neugründung oder Fortführung einer hausärztlichen Praxis im Kreis Steinburg zu gewinnen.

Dass es heute übertensorgte Planungsgebiete mit Versorgungsgraden weit über der 110-Prozent-Grenze gibt, mag verwundern, greift doch ab dieser Marke eine Sperrung für Neuzulassungen. Die Erklärung liefert ein Blick in die frühen 1990er Jahre. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das im Januar 1993 in Kraft trat, wurde die Bedarfsplanung reformiert. Dies betraf vor allem die Definition von Übertensorgung sowie die daraus resultierende Möglichkeit der Sperrung von Planungsgebieten für Neuzulassungen. Hintergrund der Regelung war die Sorge, dass eine steigende Zahl von Kassenärzten mitverantwortlich für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sei. Gleichwohl wurde den bestehenden Zulassungen, auch über die 110-Prozent-Grenze hinaus, Bestandsschutz zugesichert. Die verschärfte Form der Bedarfsplanung wurde also im Wesentlichen als ein Instrument der Kostendämpfung eingeführt.

Gut eineinhalb Jahrzehnte später wird immer deutlicher, dass die bisherige Form der Bedarfsplanung ihrem eigenen Anspruch nur noch unzureichend gerecht wird. Gerade die Kassenärztlichen Vereinigungen, die immer wieder öffentlich in die Pflicht genommen werden, für eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte im Land zu sorgen, verfügen nur über sehr eingeschränkte Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheiten. Das Sozialgesetzbuch und die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA regeln die Zulassungsfragen zentral und sehr detailreich. Zudem obliegen Entscheidungen über Zulassungen keineswegs den Kassenärztlichen Vereinigungen allein. Immer sind, so hat es der Gesetzgeber gewollt, die Krankenkassen mit im Boot.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob ein Verteilungsmechanismus, der seit Anfang der 1990er Jahre vor allem dem Ziel diente, eine Übertensorgung, d. h. einen Anstieg der Zahl der niedergelassenen Ärzte zu begrenzen, geeignet sein kann, das gänzlich anders gelagerte Problem

einer zunehmenden Unterversorgung im ländlichen Raum zu lösen. Und so steht die Bedarfsplanung seit Jahren verstärkt in der Diskussion:

- Ein wesentlicher Kritikpunkt ist, dass die starre Einwohner-Arzt-Verhältniszahl, die der Bedarfsplanung zu Grunde liegt, den Versorgungsbedarf in einer älter werdenden Gesellschaft nicht mehr abbildet. Die Morbiditätsentwicklung und der sich verändernde Altersaufbau der Bevölkerung werden in diesen Zahlen nicht berücksichtigt, die statischen Grundlagen der Bedarfsplanung geben nicht den tatsächlichen Versorgungsbedarf wieder, sie liefern ein Zerrbild.
- Die Universitäten Rostock und Greifswald haben zusammen mit Experten des Rostocker Zentrums zur Erforschung des demografischen Wandels für Mecklenburg-Vorpommern den hausärztlichen Bedarf unter Berücksichtigung der Alterung der Bevölkerung und der altersbedingten höheren Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen errechnet. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich in Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung dieser Entwicklung ein Wiederbesetzungsbedarf von insgesamt 553 Hausärzten ergeben würde, während nach der herkömmlichen Bedarfsplanungs-Richtlinie ohne Berücksichtigung des demografischen Faktors nur 372 Hausärzte notwendig wären.³⁶ Die Berechnungen verdeutlichen, weshalb selbst in Gebieten, in denen statistisch eine Übertensorgung herrscht, die Versorgungssituation von Ärzten, Patienten und Kommunalpolitikern vor Ort anders empfunden wird.
- Zu dieser Wahrnehmung trägt auch bei, dass die Verteilung der niedergelassenen Ärzte in einem Planungsgebiet bzw. Landkreis nicht gleichmäßig sein muss. Selbst wenn statistisch in einem Landkreis eine ausreichende Zahl an Haus- oder Fachärzten vorhanden ist, sagt dies wenig über deren regionale Verteilung aus. Denn die Planungsbereiche können, gerade in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein, groß sein und ein niedergelassener Arzt kann sich innerhalb des Planungsbezirks den Ort, an dem er tätig werden will, frei wählen. So könnten theoretisch alle Chirurgen, Augenärzte oder

Kinderärzte, die in Ostholstein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, ihre Praxis in Bad Schwartau eröffnen, ganz im Süden des Kreises, direkt an der Grenze zur benachbarten Hansestadt Lübeck. Den Anforderungen des Gesetzes wäre genüge getan, eine Unterversorgung auf dem Papier nicht gegeben, obwohl für die Patienten auf Fehmarn, fast 100 Kilometer nördlich, aber zum selben Landkreis gehörend, wenig gewonnen wäre.

- Auch berücksichtigt die heutige Bedarfsplanung nicht die tatsächlichen Wege der Patienten. Starr an den Kreisgrenzen orientiert, kann nach heutiger Bedarfsplanung die Versorgung über diese Verwaltungsgrenzen hinaus nicht berücksichtigt werden. Möglicherweise aber versorgt ein Ort aufgrund seiner geografischen Lage und günstigen Verkehrsanbindung Teile eines Nachbarkreises mit, weshalb ein weiterer Arzt im Ort notwendig wäre – nur erfasst die heutige Bedarfsplanung nicht, dass sich Menschen bei der Wahl ihres Arztes nicht an kommunale Verwaltungsgrenzen halten. So würde sich bei einer präziseren Erfassung der tatsächlichen Wege der Menschen vielleicht auch manche Überversorgung relativieren, da vielfach auch Patienten aus Nachbarkeisen mitversorgt werden.
- Auch regionale Besonderheiten, beispielsweise ein erhöhter ambulanter Versorgungsbedarf durch besondere medizinische Einrichtungen, wie etwa spezielle Fachkliniken, wird in der derzeit geltenden Bedarfsplanung nicht berücksichtigt.

Dass die heutige Bedarfsplanung zumindest einer gründlichen Reform bedarf, ist mittlerweile weitgehender Konsens. Sie ist nicht mehr zeitgemäß und schreibt tendenziell die bestehende gute ärztliche Versorgung in den Städten fort, ohne entstehende Unterversorgungssituationen in ländlichen Räumen beseitigen zu können. Die Vorschläge, auf welcher Planungsgrundlage die Sicherstellung der ambulanten Versorgung künftig erfolgen könnte, sind sehr verschieden.



Im Bundesgesundheitsministerium gibt es Überlegungen, ganz auf die bisherige Bedarfsplanung zu verzichten. Die Lösung des Problems wird in ökonomischen Anreizen gesehen. So soll es ab 2010 möglich sein, in Gebieten, in denen Ärztemangel droht, eine höhere Vergütung zu zahlen als in Städten mit hoher Ärztedichte. In der Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz deutet die Bundesregierung an, dass sich für sie mit der neuen Möglichkeit von Zu- und Abschlägen beim Honorar die Perspektive der Abschaffung der heutigen Bedarfsplanung eröffnet: „Mit der neuen Regelung wird nunmehr ein finanzielles Anreizsystem zum Abbau von Über- und Unterversorgung etabliert, das die Perspektive eröffnet, die Sicherstellung der bedarfsgerechten, flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung künftig gegebenenfalls ohne die gegenwärtigen Zulassungssperren bewirkte regionale Umverteilungsplanung gewährleisten zu können.“³⁷

Mit der letzten Gesundheitsreform hat der Deutsche Bundestag beschlossen, dass die Bundesregierung dem Parlament bis zum 30. Juni 2012 zu berichten hat, ob die Versorgungsteuerung durch Honorarzu- und -abschläge so erfolgreich war, dass auf die Bedarfsplanung verzichtet werden kann. Für Zahnärzte hat der Gesetzgeber die Bedarfsplanung mit Zulassungsbeschränkungen bereits mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes abgeschafft. Die Gesetzesbegründung legt, ebenso wie ähnlich lautende öffentliche Äußerungen von Ministeriumsoffiziellen in den vergangenen Monaten, die Vermutung nahe, dass Gleiches auch für den vertragsärztlichen Bereich angestrebt wird. Ob die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Teil der Daseinsvorsorge ist, gänzlich ohne eine Planung auskommen kann, ist umstritten. Ebenso ungewiss ist, ob finanzielle Anreize allein Standortnachteile wie beispielsweise fehlende Bildungs- oder Kulturangebote ausreichend kompensieren und die ärztliche Standortwahl in der gewünschten Weise beeinflussen können. Diskutiert wird, auch innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen, eine kleinräumigere Bedarfsplanung, die die Defizite beheben könnte, die sich aus der Größe der heutigen Planungsbereiche und aus der fehlenden Berücksichtigung der Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung ergeben.



Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen ist keine Alternative

Das Wort „Planung“ löst häufig Vorbehalte aus, da erscheint das Gegenmodell der uneingeschränkten Niederlassungsfreiheit unter der Überschrift „Wettbewerb“ zunehmend attraktiv. Übersehen wird, dass es sich bei der ambulanten medizinischen Versorgung nicht um eine beliebige Dienstleistung handelt, sondern einen Teil der so genannten Daseinsvorsorge, der für die Bevölkerung eine existenzielle Bedeutung hat. Eine gänzliche Aufhebung der Bedarfsplanung und der Zulassungssteuerung in der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie von Teilen der Politik favorisiert wird und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz als Option angelegt ist, stellt nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein keine Lösung der sich abzeichnenden Probleme in der ambulanten Versorgung dar. Im Gegenteil: Bei einem völligen Verzicht auf die Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung wäre sogar zu befürchten, dass die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung vor allem in den ländlichen Gebieten Schleswig-Holsteins gefährdet wäre. Allein mit Honorarzuschlägen für eine Tätigkeit jenseits der Städte wird sich der Wegfall einer Versorgungsplanung nicht kompensieren lassen.

Die Aufhebung der Zulassungsplanung hätte eine Reihe von absehbaren Konsequenzen. So lässt die Erfahrung der Vergangenheit Zweifel aufkommen, ob eine uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit das Problem der drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen lösen könnte. Auszugehen ist sogar eher von einer Verschärfung der Unterversorgung. Vor Einführung der ersten Zulassungssperren haben Vertragsärzte den Ort ihrer Niederlassung in aller Regel aus persönlichen Motiven oder wirtschaftlichen Überlegungen heraus gewählt und nur selten, weil an einem Ort ein bestimmter Versorgungsbedarf bestanden hätte. Es bleibt fraglich, ob sich bei einer völligen Niederlassungsfreiheit junge Mediziner ausgerechnet in ländlichen Regionen niederlassen werden.

Die Erfahrungen mit den in den vergangenen Jahren insbesondere in den neuen Bundesländern angebotenen Fördermaßnahmen für junge Ärzte, die sich in Gebieten mit drohenden Versorgungsengpässen niederlassen, sind zwiespältig. Mag auch eine finanzielle Förderung in Einzelfällen Einfluss auf neue Niederlassungen gehabt haben, so bleibt eine mögliche finanzielle Besserstellung bei der Übernahme oder Eröffnung einer Praxis in einer unterversorgten Region immer nur ein Aspekt. Andere Faktoren, von persönlichen Bindungen bis hin zu Bildungs-, Kultur- und Einkaufsmöglichkeiten, fließen wesentlich in die Entscheidung ein. Auch bleibt die Wirkung einer Anschubfinanzierung begrenzt, wenn die Vergütung der ärztlichen Leistung dauerhaft zu niedrig bleibt. Ohne eine Bedarfsplanung und damit ohne eine Regulierung der Zahl der Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung könnte beispielsweise auch jedes Krankenhaus neue Medizinische Versorgungszentren mit allen gewünschten Fachgebieten eröffnen, sofern die personellen Ressourcen vorhanden oder finanzierbar sind. Zwar könnten sich auch Ärzte überall dort mit einer eigenen Praxis niederlassen, wo sie dies aus unterschiedlichen Gründen möchten, die Krankenhäuser würden aber klar gegenüber Medizinerinnen bevorteilt, die eine freiberufliche Tätigkeit als Haus- oder Facharzt anstreben. Sie könnten vielfach auf ihre bestehende Infrastruktur und vorhandenes Personal zurückgreifen, um die ambulanten Angebote auszuweiten. Gerade in städtischen Bereichen mit einer guten Krankenhausinfrastruktur würde ein Wegfall der Zulassungssperren ohne neue Wettbewerbsregeln zu einer starken Konkurrenz für die vorhandenen Fachärzte durch die ambulante Betätigung von Krankenhäusern führen. Für jüngere Mediziner würde es noch unattraktiver, sich als Facharzt niederzulassen.

Bei einem Wegfall jeglicher Zulassungsbeschränkungen könnten zudem sowohl Vertragsärzte als auch Medizinische Versorgungszentren zusätzliche Ärzte „budgetwirksam“ anstellen, während dies heute nur unter Beachtung der geltenden Bedarfsplanung und ihrer Regeln möglich ist. Noch gilt, dass der Vertragsarzt, der angestellt werden soll, auf seine Zulassung zu Gunsten der Anstellung verzichten muss, sofern der Planungsbereich nicht für weitere Zulassungen geöffnet ist. Alter-



nativ kann ein bisher in eigener Praxis tätiger Arzt unter der Bedingung angestellt werden, dass sich sein neuer Arbeitgeber mit einer Leistungsbeschränkung einverstanden erklärt.

Zur prinzipiellen Frage, wie eine budgetierte Gesamtvergütung mit der Möglichkeit der unbeschränkten Niederlassungsfreiheit für Vertragsärzte zu vereinbaren wäre, ist bislang von den Verfechtern des Wegfalls der Bedarfsplanung wenig zu hören gewesen.

Da es nach den Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte unwahrscheinlich ist, dass die zur Verfügung stehenden Mittel für die ambulante Versorgung mit der Zahl der neu niedergelassenen Ärzte wachsen würden, wäre die Konsequenz ein harter Konkurrenzdruck innerhalb der Ärzteschaft und zwischen Ärzten und ambulant tätigen Krankenhäusern um Patienten und Honoraranteile. Dies wäre der Weg in einen Preiswettbewerb, bei dem eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung und die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung auf der Strecke bliebe.

Zulassungsregeln schützen die Unabhängigkeit des Arztes – im Interesse des Patienten

Eine ambulante medizinische Versorgung, die sich nur nach Wettbewerbskriterien organisiert, wäre weder im Interesse einer ärztlichen Tätigkeit, bei der der Patient im Mittelpunkt steht, noch im Interesse der Patienten selbst. Dabei geht es nicht um den Schutz der niedergelassenen Ärzteschaft vor dem vermeintlich rauen Wind des Wettbewerbs. Die freie Arztwahl und die Tatsache, dass im System des Kollektivvertrags jeder gesetzlich Versicherte jeden Vertragsarzt als „seinen“ Arzt wählen kann, geben dem Patienten die Freiheit, unter den Ärzten auszuwählen. Keine Krankenkasse kann ihm bisher vorschreiben, welchen Hausarzt er wählen soll, es sei denn der Patient verzichtet durch die Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen (z. B. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung) auf dieses Recht.

Die 150.000 ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland stellen sich diesem Wettbewerb um die Patienten. Dieses System

stellt den Patienten und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt, es ist kein Wettbewerb um den niedrigsten Preis und die billigste Leistung.

Ein bedarfsgeplantes Kollektivvertragssystem als Basis der gesundheitlichen Versorgung bildet sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch für die Patienten einen Schutzschirm dagegen, dass nicht-medizinische Überlegungen noch stärker Einzug in den Praxisalltag halten und die Behandlung der Patienten dominieren. Im „Ulmer Papier“, einem Grundsatzpapier der deutschen Ärzteschaft, verabschiedet auf dem Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm, wird daran erinnert, dass das ärztliche Handeln keine beliebige Dienstleistung ist:

„Für die Patientinnen und Patienten steht die individuelle Zuwendung des Arztes im Vordergrund. Sie erwarten nicht nur Fachkompetenz und eine dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechende Anwendung medizinischer Möglichkeiten und Erkenntnisse bei Diagnostik und Therapie in ihrem persönlichen Krankheitsfall, sondern vor allem auch Zeit und Menschlichkeit in ihrer Begegnung mit dem Arzt. Gute Medizin ist kein Industrieprodukt, sondern eine individuelle Dienstleistung, deren Ergebnis maßgeblich von der Interaktion zwischen den beiden Akteuren Patient und Arzt bestimmt wird – basierend auf dem Vertrauen des Patienten in den Arzt sowie der Empathie des Arztes für den Patienten.“³⁸

Diesen Besonderheiten, die das Arzt-Patienten-Verhältnis auszeichnen, wird die Tätigkeit des freiberuflichen Haus- und Facharztes gerecht. Denn die Freiberuflichkeit des Arztes bedeutet mehr, als nur selbstständiger Unternehmer zu sein. Sie garantiert vor allem ein hohes Maß an Unabhängigkeit. Diese Unabhängigkeit ist die Basis für ein ärztliches Handeln, welches sich auf die Bedürfnisse des Patienten konzentrieren kann und frei ist von Weisungen eines Arbeitgebers, der andere Interessen verfolgt und dessen Handeln einer anderen ökonomischen Rationalität unterliegt. Im Ulmer Papier wird auf die hohe Bedeutung der Unabhängigkeit für das ärztliche Handeln hingewiesen:

Die Freiberuflichkeit des Arztes bedeutet mehr, als nur selbstständiger Unternehmer zu sein. Sie garantiert vor allem ein hohes Maß an Unabhängigkeit.

„Aus der Individualität jeder Erkrankungssituation und aus der Notwendigkeit einer auf jeden einzelnen Menschen ausgerichteten Form der Begegnung resultiert eben die Notwendigkeit der Freiberuflichkeit, da nur der in Fragen der Therapie freie Arzt die jeweils angemessene Therapieform wählen kann.“³⁹

Das bewährte Handeln des freiberuflichen Arztes gerät unter Druck, wenn durch die neuen gesetzlichen Möglichkeiten verstärkt Anbieter in den Markt drängen, denen es nicht um die wirtschaftliche Unabhängigkeit im Interesse des Patienten geht, sondern um Marktanteile und neue Unternehmensfelder. Ein modernes Zulassungsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung als Alternative zur völligen Marktöffnung verhindert, dass Ärzte gezwungen werden, das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis zu einem Arzt-Kunden-Verhältnis umdeuten zu müssen. Im Ulmer Papier der deutschen Ärzteschaft wird darauf hingewiesen, dass

„das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind“ und „dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen.“⁴⁰

Kleinräumige Bedarfsplanung als Kern eines modernen Versorgungsmanagements

Die ambulante ärztliche Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein ist ein elementarer Bestandteil der medizinischen Daseinsvorsorge. Sie gehört zu jenen Bereichen der Infrastruktur, die für die Sicherheit der Bevölkerung unverzichtbar sind und eignen sich deshalb nicht für Experimente. Wie auch im Bereich der Feuerwehr oder der Rettungsdienste kann es nicht dem Zufall überlassen werden, ob die Menschen in ihrer Nähe einen Arzt vorfinden und im Notfall Hilfe bekommen. Deshalb bekennt sich die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein zu einem modernen Versorgungsmanagement. Für eine an der Versorgung orientierte Bedarfsplanung sind jedoch neue Grundlagen und Regeln erforderlich, die die Kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt erst in die Lage versetzen, die vertragsärztliche Versorgung tatsächlich aktiv und flexibel mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung zu steuern.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein spricht sich für eine kleinräumigere Bedarfsplanung aus, bei der anders als bisher die tatsächliche Versorgungssituation vor Ort ausschlaggebend für die Möglichkeit zur Niederlassung sein sollte. Notwendig ist eine politische Grundsatzentscheidung auf Bundesebene, um diese neue Form des Zulassungsmanagements zu ermöglichen.

Zur Umsetzung eines Versorgungsmanagements, das sich nicht an starren Kreisgrenzen oder veralteten Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen orientiert, sind neue Kriterien erforderlich:

- Neben der Einwohnerzahl muss auch die Altersstruktur der Bevölkerung Grundlage der Beurteilung des Versorgungsbedarfs sein.
- Für ein realistisches Bild des regionalen Versorgungsbedarfs ist zu berücksichtigen, wie und in welchen Formen die vorhandenen Ärzte arbeiten: Sind sie ausschließlich an ihrem Vertragsarztsitz tätig oder nutzen sie neue Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und sind z. B. auch in einer Zweigpraxis tätig. Üben sie ihre Tätigkeit in Vollzeit oder Teilzeit aus?
- Ein neues Versorgungsmanagement muss sich von der Fixierung auf starre und an kommunale Verwaltungsgrenzen orientierte Planungsbereiche lösen. Notwendig sind präzise Analysen der regionalen Versorgungssituation, auch unterhalb der Kreisebene, einschließlich einer genaueren Kenntnis der „Patientenwanderungen“ über Gemeinde- und Kreisgrenzen hinweg.
- Gerade für die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung im ländlichen Raum gewinnt die Zusammenarbeit des ambulanten und des stationären Bereichs an Bedeutung. Deshalb müssen auch die Standorte der Krankenhäuser in die Planung einbezogen werden.
- Ferner ist auch die geografische Verteilung der anderen Versorgungsangebote in einer Region (Apotheken, Zahnärzte, Sozialstationen, Alten- und Pflegeheime) zu berücksichtigen.

Um die Datengrundlage für eine neue Bedarfsplanung zu schaffen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Programm zur kleinräumigen Versorgungsanalyse entwickelt. Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund,



Die Lösung künftiger Versorgungsprobleme erfordert eine enge und konstruktive Zusammenarbeit von KVSH, Krankenkassen, Land und Kommunen.

dass schon heute in ländlichen Gebieten, vor allem in den neuen Bundesländern, Lücken in der medizinischen Versorgung sichtbar werden, obwohl die Versorgungsgrade zum Teil noch weit über der „Unterversorgungsgrenze“ liegen. Eine isolierte Betrachtung der Versorgungsgrade reicht nicht mehr aus, um eine an der Versorgung orientierte Bedarfsplanung durchzuführen. Eine siedlungsflächenbezogene Datenbank, wie im Modell der KBV vorgesehen, kann deshalb ein wichtiger Baustein einer künftigen Versorgungsplanung sein.

Die KVSH arbeitet, unterstützt von einem wissenschaftlichen Institut, an der Erarbeitung einer Datengrundlage, die es erlaubt, anhand von Modellrechnungen, die unter anderem Alter und Geschlecht der Patienten berücksichtigen, den hausärztlichen Versorgungsbedarf präziser beschreiben zu können. Angestrebt wird, den Versorgungsbedarf auch unterhalb der Kreisebene darstellen zu können. Ein solches Prognosemodell wäre die Voraussetzung für ein aktives Versorgungsmanagement. Strategisches Ziel der KVSH ist es, Versorgung aktiv zu steuern,

was auf Grundlage der bisherigen Bedarfsplanung in dieser Form nur sehr eingeschränkt möglich ist. In einem weiteren Schritt wäre zu klären, inwieweit eine Kombination mit dem bereits vorhandenen KBV-Programm möglich ist.

Die präzisere Kenntnis des Versorgungsbedarfs auch unterhalb der Ebene der gegenwärtigen Planungsbereiche ist nicht nur ein Vorteil für die Sicherstellung einer guten ambulanten Versorgung in einem schwieriger werdenden Umfeld, sondern würde die KV besser in die Lage versetzen, an der Niederlassung interessierten Mediziner konkret Empfehlungen für einen Standort geben zu können, der auch wirtschaftlich attraktiv ist.

In der Vergangenheit trat der Widerspruch zwischen dem gesetzlich den KVen übertragenen Sicherstellungsauftrag – und der damit verbundenen Erwartung der Politik, aber auch der Patienten und der Medien – und den tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten der KVen immer stärker zu Tage. Der sich abzeichnende Ärztemangel, die zunehmen-





de Unattraktivität der Tätigkeit als niedergelassener Arzt in Folge von politischen Richtungsentscheidungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zu verantworten haben, lassen die Mängel der bisherigen Bedarfsplanung immer offener zutage treten. Den Kassenärztlichen Vereinigungen sind diese Mängel bewusst, doch fehlen ihnen die rechtlichen Möglichkeiten, diese abzustellen.

Die KVSH fordert deshalb Rahmenbedingungen, die ihr eine Erfüllung des Sicherstellungsauftrages auch tatsächlich ermöglichen. Wie in vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens auch, sollte mehr Verantwortung in die Hände jener Organisationen gelegt werden, die in den vergangenen 60 Jahren unter Beweis gestellt haben, dass sie in der Lage sind, die ambulante medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland kompetent und zuverlässig zu managen: die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Modernes Versorgungsmanagement braucht aktive Kommunen

Auch mit einer kleinräumigeren Bedarfsplanung lösen sich die Probleme der Zukunft nicht von allein. Gesetze und Richtlinien können immer nur einen Rahmen vorgeben und Möglichkeiten eröffnen. Denn kein Arzt kann verpflichtet werden, sich in einer bestimmten Stadt oder Gemeinde niederzulassen. In Zeiten der rückläufigen Arzttzahlen gibt es ausreichend berufliche Alternativen. Deshalb ist es die Aufgabe aller, die das Interesse an einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein eint, im Interesse der Menschen zwischen Nord- und Ostsee und ihrer medizinischen Versorgung die Kräfte zu bündeln. Ohne eine enge und konstruktive Kooperation von Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen, Land und Kommunen werden wir die Probleme, die auf uns zukommen, nicht lösen können. Gefragt sind Zusammenarbeit, Engagement und neue Wege.

Die Kreise, Städte und Gemeinden in Schleswig-Holstein haben ein besonderes Interesse daran, dass ihre Bürger wohnortnah niedergelassene Ärzte vorfinden. Um eine flächendeckende Versorgung zu

erhalten, werden auch die kommunalen Gebietskörperschaften ihren Beitrag leisten müssen, um mit attraktiven Standortbedingungen und kreativen Ideen um neue Ärzte für ihre Region zu werben. Die Möglichkeiten sind vielfältig, sie können von Instrumenten der Wirtschaftsförderung bis zur Unterstützung bei der Kinderbetreuung reichen.

Die KVSH hat in den vergangenen Monaten mit Vertretern der kommunalen Landesverbände und fast aller Kreise konstruktive Gespräche geführt, um ein gemeinsames Bewusstsein für die künftigen Herausforderungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu schaffen (siehe auch Abschnitt „Versorgung geht uns alle an – KVSH im Dialog mit Kreisen, Städten und Gemeinden“).

Vor der großen Reform: Notwendige kurzfristige Korrekturen

Als ein besonderes Problem der Bedarfsplanung hat sich die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen mit angestellten Ärzten herausgestellt. Immer häufiger verzichten Vertragsärzte zu Gunsten einer Anstellung bei einem anderen Vertragsarzt – beispielsweise ihrem ehemaligen Berufsausübungsgemeinschaftspartner – auf ihre Zulassung. Der ehemalige Praxispartner wird Arbeitgeber des verzichtenden Arztes. Vielfach kommt dieses Modell zur Anwendung, um einen gleitenden Übergang in den Ruhestand zu ermöglichen, d. h. der nunmehr angestellte Arzt scheidet nach einer Übergangsfrist aus dem Anstellungsverhältnis aus. Der Zulassungsausschuss genehmigt dann die Beschäftigung eines angestellten Nachfolgers. Nach der geltenden Rechtslage bleibt es diesem Nachfolger allerdings verwehrt, nach einer Probezeit zum Partner des anstellenden Arztes aufzusteigen, da die Umwandlung der Arztstelle endgültig ist und nicht rückgängig gemacht, d. h. in eine Zulassung umgewandelt werden kann. Möchte der neue Arzt nicht weiter als Angestellter tätig sein, bleibt ihm nur der Weg, sich für weitere Zulassungen des Fachgebietes zu bewerben, wenn der Planungsbereich geöffnet ist, oder sich um einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz zu bemühen.

Die KVSH fordert deshalb, Vertragsärzten – aber auch MVZ – die Möglichkeit zu eröffnen, eine Arztstelle, die mit einem angestellten Arzt besetzt ist, wieder in eine Zulassung umwandeln und zur Nachbesetzung mit einem zugelassenen Arzt ausschreiben lassen zu können. Dies würde angestellten Ärzten die Perspektive eröffnen, in einem MVZ in den Gesellschafterstatus aufzusteigen oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft nach einer Phase der Tätigkeit als Arbeitnehmer Praxispartner zu werden. Eine solche Flexibilisierung der Vorschriften würde einen Beitrag leisten, jungen Medizinern den Einstieg in die ambulante Versorgung zu erleichtern, wäre es doch möglich, zunächst als angestellter Arzt zu arbeiten und in einem nächsten Schritt für die Praxis, in der bereits Berufserfahrung als Arbeitnehmer erworben wurde, Verantwortung als Mitinhaber zu übernehmen.

Versorgung erfordert Kreativität



Um die vor uns liegenden Herausforderungen zu meistern, bedarf es größerer Freiheiten und weniger Regulierung, um auch kreative Lösungen zuzulassen. Denn es gibt mehr als eine Antwort auf die Frage, wie die Versorgung von morgen und übermorgen aussehen wird. Für alle Formen der Ausübung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit gilt aber: Der Patient und seine qualitativ hochwertige Versorgung in erreichbarer Nähe müssen Ausgangspunkt aller Überlegungen sein. Medizinische Versorgungszentren können, vor allem als vertragsärztliche Gründung, einen Beitrag zur Versorgung in Schleswig-Holstein leisten. Die KVSH bleibt aber bei ihrer ablehnenden Haltung, wenn sie von nicht ärztlichen Investoren ins Leben gerufen werden, denen es weniger um die Menschen bei uns im Land als um Marktanteile und Geschäftsmodelle geht.

Liberalisierung des Vertragsarztrechts

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgte bis vor einigen Jahren zum ganz überwiegenden Teil in Einzelpraxen oder in kleineren Gemeinschaftspraxen. Für die Genehmigung der gemeinsamen Berufsausübung war lange Zeit Voraussetzung, dass die Ärzte, die sich zusammenschließen wollten, dem gleichen Fachgebiet angehören bzw. sich gegenseitig vertreten können. Gegenwärtig sind von den insgesamt 4.466 für Schleswig-Holstein zugelassenen Vertragsärzten 2.543 in einer Einzelpraxis und 1.820 in Berufsausübungsgemeinschaften tätig.⁴¹

Der Begriff der „Berufsausübungsgemeinschaft“ wurde mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄnDG) im Januar 2007 neu eingeführt. War eine Gemeinschaftspraxis nur zwischen zugelassenen Vertragsärzten möglich, kann eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen allen Leistungserbringern gegründet werden, das heißt beispielsweise auch zwischen zwei Medizinischen Versorgungszentren. Ebenfalls erst seit dem Jahresbeginn 2007 haben Vertragsärzte die Möglichkeit, im Rahmen einer Teilberufsausübungsgemeinschaft mit anderen Ärzten gemeinsam einzelne Leistungen zu erbringen. Der Anwendungsbereich ist jedoch durch die Bundesmantelverträge sehr stark eingegrenzt worden. Sie geben vor, dass eine Teilberufsausübungsgemeinschaft nur dann zulässig ist, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Versorgung der der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehörenden Ärzte bedürfen, und die Ärzte gemeinschaftlich in dem zulässigen zeitlichen Umfang zur Verfügung stehen. Die Teilberufsausübungsgemeinschaft ist daher in Schleswig-Holstein sehr selten genehmigt worden.

Schon vor dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hatten Vertragsärzte die Möglichkeit, eine Zweigpraxis zu gründen. Dies war allerdings lediglich in den Bundesmantelverträgen geregelt und erst seit Januar 2007 stellt die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte klar, welche Voraussetzungen für eine Zweigpraxis erfüllt sein müssen. Die Versorgung der Versicherten muss durch die Zweigpraxis verbessert werden und gleichzeitig darf die Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt werden. Insgesamt gibt es in Schleswig-Holstein bereits 79 Zweigpraxen von Vertragsärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat als weitere Neuerung die Möglichkeit für Vertragsärzte geschaffen, andere Ärzte auf einer Arztstelle, das heißt budgetrelevant, anstellen zu können. Diese Möglichkeit hatten zuvor nur Medizinische Versorgungszentren und Vertragsärzte konnten nur in für weitere Zulassungen gesperrten Planungsbereichen Ärzte des gleichen Fachgebietes anstellen, wobei sie eine Punktzahlbergrenze akzeptieren mussten. Seit dem 1. Januar 2007 können in nicht gesperrten Planungsbereichen Ärzte angestellt werden, und zwar auch solche eines anderen Fachgebietes. Zudem haben Vertragsärzte seitdem die Möglichkeit, zu Gunsten einer Anstellung bei einem



Vertragsarzt auf ihre Zulassung zu verzichten. Vorher konnte nur zu Gunsten der Anstellung bei einem Medizinischen Versorgungszentrum auf die Zulassung verzichtet werden, um die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren in den zumeist übertensorgten, das heißt für weitere Zulassungen gesperrten Planungsbereichen, zu ermöglichen. Insgesamt gibt es in Schleswig-Holstein 284 angestellte Ärzte, wovon 105 bei Vertragsärzten angestellt sind, das heißt nicht in Medizinischen Versorgungszentren, und ein großer Teil in Teilzeit arbeitet.

Wenig Gebrauch gemacht wurde bisher von einer weiteren Regelung, die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft getreten ist. Seitdem können Ärzte ihren Versorgungsauftrag auf einen halben Versorgungsauftrag beschränken, also nur eine halbe Zulassung in Anspruch nehmen. In Schleswig-Holstein gibt es 22 halbe Zulassungen. Interessant ist diese Möglichkeit insbesondere dann, wenn entweder aus familiären Gründen eine Berufstätigkeit nur in geringerem Umfang möglich ist oder neben der vertragsärztlichen Tätigkeit im größeren Umfang eine Tätigkeit als angestellter Arzt an einem Krankenhaus oder einer Reha-Klinik ausgeübt werden soll. Dies ist seit dem 1. Januar 2007 möglich. Seit Januar 2009 ist klaggestellt, dass ein Vertragsarzt mit einer vollen Zulassung die Möglichkeit hat, eine halbe Zulassung aus-schreiben zu lassen. Von dieser Möglichkeit wurde in Schleswig-Holstein bislang wenig Gebrauch gemacht.

Mehr Freiheiten und weniger Regulierung – nur so lassen sich die künftigen Herausforderungen mit kreativen Lösungen meistern.

Beispiel für neue Möglichkeiten – Zweigpraxis als Beitrag zur wohnortnahen Versorgung

Eine neue Möglichkeit, die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz geschaffen wurde, ist es, einen ehemaligen Vertragsarztsitz, der nicht nachbesetzt werden konnte, als Zweigpraxis weiter zu betreiben. Dieses Modell hat sich in Schleswig-Holstein bereits an einigen Orten etabliert. Eine Reihe von hausärztlichen Praxen, für die sich kein Nachfolger gefunden hat, werden mittlerweile von benachbarten Praxen als Zweigpraxis fortgeführt.

Die Eröffnung einer Zweigpraxis bedarf der Genehmigung durch den Vorstand der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Dieser hat bei seiner Entscheidung allerdings klare rechtliche Vorgaben zu beachten. So darf der Vorstand der zuständigen KV nur grünes Licht geben, wenn die geplante Filiale die Versorgung der Versicherten am Ort

der Zweigpraxis verbessert und zugleich die Versorgung der Patienten am Sitz der Hauptpraxis nicht beeinträchtigt wird.

In der Regel verzichtet der Vertragsarzt zu Gunsten seiner Anstellung bei einem anderen Vertragsarzt auf seine Zulassung und sein neuer Arbeitgeber lässt sich den ehemaligen Arztsitz des verzichtenden Kollegen als Zweigpraxis vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein genehmigen. Oft wird dieses Modell als gleitender Übergang in den Ruhestand genutzt. Der in das Anstellungsverhältnis gewechselte Mediziner beendet nach einem Übergangszeitraum seine Tätigkeit, ihm folgt ein jüngerer angestellter Arzt als Nachfolger, der ausschließlich in der Zweigpraxis arbeitet. Das „Budget“ des ausscheidenden Vertragsarztes bleibt beim anstellenden Vertragsarzt. Denkbar ist diese Variante auch, ohne dass ein Nachfolger für den ausscheidenden Vertragsarzt angestellt wird und die Zweigpraxis allein von den benachbarten Ärzten weiterbetrieben wird.





Zweigpraxen sind nicht nur als Übernahme von bisher eigenständigen Praxen möglich, das SGB V erlaubt ebenso Neugründungen. Die schleswig-holsteinischen Vertragsärzte haben zunehmend Interesse daran, eine Zweigpraxis zu eröffnen. Als wesentliches Problem stellt sich jedoch immer wieder heraus, dass in diesen Fällen – bis auf wenige Ausnahmen – das Budget des Arztes nicht für den Betrieb der Zweigpraxis erweitert werden kann.

Medizinische Versorgungszentren – Bedrohung der Freiberuflichkeit oder Zukunft der Versorgung?

Kaum eine Neuerung im Bereich der ambulanten Versorgung sorgt für vergleichbar heftige Diskussionen wie die Medizinischen Versorgungszentren, die die rot-grüne Bundesregierung mit dem im Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) geschaffen hat. Was für die einen der große Schritt Richtung Vernetzung und moderne Behandlungsabläufe ist, heißt für andere der Einstieg in eine Versorgung, in der die bewährte und von den Patienten geschätzte Struktur der niedergelassenen Haus- und Fachärzte in eigener Praxis durch unpersönliche Polikliniken nach DDR-Vorbild ersetzt werden sollen. Das Sozialgesetzbuch formuliert es nüchtern. In Paragraph 95 Absatz 1 SGB V heißt es:

„An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. [...] Die Medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen,

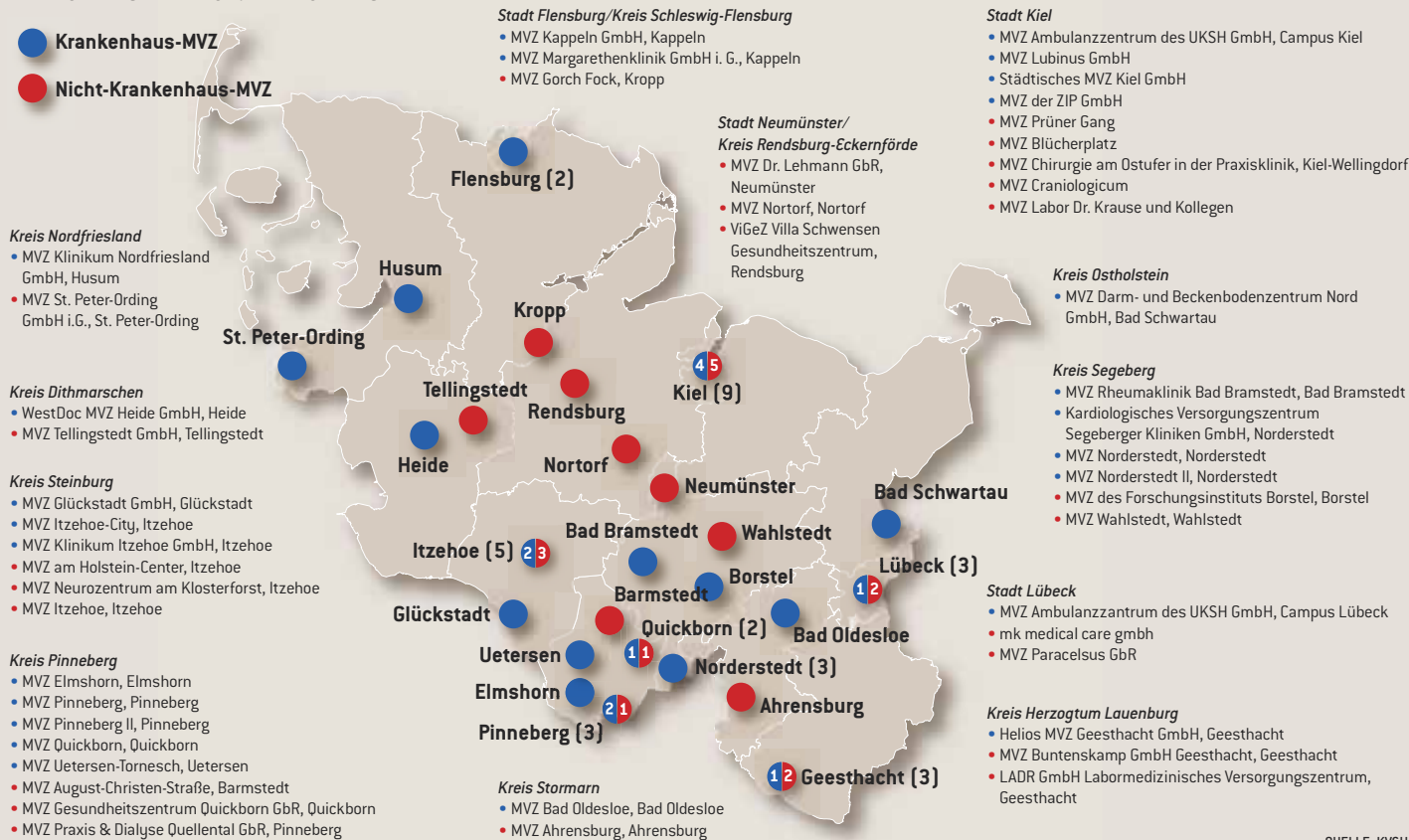
gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als Medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).“

Mit der Schaffung der MVZ brach der Gesetzgeber erstmals deutlich mit einer Reihe bis dahin geltender Regeln, die seit Jahrzehnten kennzeichnend für die ambulante Versorgung waren. So galt bis Ende 2003, dass die Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen im Wesentlichen nur durch niedergelassene Ärzte in eigener Praxis möglich war. Die Anstellung von Ärzten war nur in einem sehr engen Rahmen und ohne eigene Arztstelle gestattet. Mit den neuen durch das GMG in das SGB V aufgenommenen Regelungen war es nun erstmals erlaubt, in größerem Umfang angestellte Mediziner in der ambulanten ärztlichen Versorgung einzusetzen. Wesentlich an der Neuordnung war zudem, dass es zur Gründung eines MVZ nicht erforderlich war, Vertragsarzt zu sein. Vielmehr ist es seither allen Leistungserbringern gestattet, Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Diese Regelung eröffnete vor allem den Krankenhäusern, verstärkt über eigene Versorgungszentren, in die ambulante Versorgung, die zuvor den niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzten vorbehalten war, einzusteigen. Einige „Privilegien“ der MVZ, etwa die Möglichkeit, angestellte Ärzte zu beschäftigen, bestehen seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das Anfang 2007 in Kraft trat, nicht mehr. Seither können Ärzte auch bei niedergelassenen Mediziner als Arbeitnehmer beschäftigt werden.

Entsprechend der Vorgabe des SGB V, dass es ausreiche, Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu sein, um ein Versorgungszentrum ins Leben zu rufen, ist heute die Landschaft der MVZ-Betreiber bunt. So existieren von Vertragsärzten gegründete MVZ ebenso wie Zentren, die sich in der Trägerschaft von privaten, freigemeinnützigen oder öffentlichen Krankenhäusern befinden, in denen angestellte Ärzte vertragsärztliche Leistungen erbringen, die zugleich auch im stationären Bereich tätig sind. Auch in der Rechtsform gibt es Unterschiede. Während Ärzte zumeist die Rechtsform der Gesellschaft des bürgerlichen Rechts wählen, gründen Krankenhäuser in der Regel die MVZ als GmbH bzw. sie grün-

MVZ-STANDORTE IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Krankenhaus- und Nicht-Krankenhaus-MVZ



QUELLE: KVSH

den eine Betriebsgesellschaft in der Rechtsform der GmbH, die mehrere Versorgungszentren betreibt.

Die vom Gesetzgeber stets als Argument für die Zentren genannte „Versorgung aus einer Hand“ bieten die in Schleswig-Holstein bestehenden MVZ allerdings nur in eingeschränktem Umfang, da sie mit einer Durchschnittsgröße von nur drei bis vier Arztsitzen vergleichsweise klein sind und die MVZ in Krankenhausträgerschaft vielfach mit Laborärzten und Pathologen gegründet wurden, weil diese Fachgebiete nicht der Bedarfsplanung unterliegen und somit die MVZ-Gründung für die Krankenhäuser erheblich erleichtern.⁴²

Medizinische Versorgungszentren in Schleswig-Holstein – Daten und Fakten

In den 48 schleswig-holsteinischen Medizinischen Versorgungszentren waren Ende Juni 2009 insgesamt 231 Ärzte tätig, nicht alle in Vollzeit, sodass die Zahl der Arztstellen geringer ist.⁴³

Während bundesweit Hausärzte stark in Medizinischen Versorgungszentren vertreten sind, gilt dies nicht für Schleswig-Holstein. Lediglich 40 Hausärzte sind im nördlichsten Bundesland entweder als angestellte Ärzte oder als Vertragsärzte in einem MVZ tätig. Nur neun dieser Hausärzte gehen ihrer Tätigkeit in einem MVZ in Krankenhausträgerschaft nach. Zu berücksichtigen ist auch bei dieser Zahl, dass es sich um „Kopfzahlen“ handelt. Da einige angestellte Hausärzte in Teilzeit tätig sind, handelt es sich tatsächlich um weniger als neun Hausarztsitze. Noch geht von den Krankenhaus-MVZ keine Gefährdung der bestehenden guten hausärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein aus.

Von den 48 Medizinischen Versorgungszentren befindet sich die Hälfte in Händen von Krankenhäusern. Damit ist der Anteil der krankenhauseigenen MVZ im nördlichsten Bundesland deutlich höher als im bundesdeutschen Durchschnitt. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung befinden sich bundesweit 37,4 Prozent der MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern, Vertragsärzte betreiben 54,1 Prozent der Versorgungszentren.⁴⁴

Auffällig ist, dass die von den Kliniken betriebenen MVZ kaum in der Fläche zu finden sind, sie bevorzugen mehrheitlich Standorte in der Landeshauptstadt, den Kreisstädten sowie im Hamburger Umland.

Medizinische Versorgungszentren und Bedarfsplanung – Sonderrechte erschweren die flächendeckende Versorgung

Die wachsende Zahl von Medizinischen Versorgungszentren bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgungssituation vor Ort. Zu befürchten ist nicht nur, dass die Zunahme der Zentren zur Konzentration der Standorte in den Städten und damit zu einer Gefährdung der Versorgung in den ländlichen Gebieten führen wird, auch gelten für Medizinische Versorgungszentren Sonderregelungen, die in der Praxis die Versorgungsplanung erheblich erschweren.

Eine wesentliche Folge der an Planungsbereichen orientierten Bedarfsplanung ist, dass ein Vertragsarzt seinen Sitz allenfalls innerhalb eines Planungsbereiches verlegen kann. Über einen Verlegungsantrag hat der zuständige Zulassungsausschuss zu entscheiden. Ablehnen darf er das Ansinnen des Vertragsarztes nur, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung gegen eine Verlegung der Praxis an einen anderen Ort im selben Planungsbereich sprechen.

Für die Anstellung von Ärzten hingegen gelten andere Vorschriften. Wird ein Vertragsarzt von einem anderen Vertragsarzt oder an einem MVZ beschäftigt und verzichtet dieser Arzt zu Gunsten der Anstellung auf seine Zulassung, ist dies zu genehmigen, auch wenn hiermit ein Ortswechsel verbunden ist. Auch aus Sicherstellungserwägungen kann die Genehmigung nicht verwehrt werden. Zu beachten ist lediglich, dass der anstellende Vertragsarzt bzw. das MVZ seinen Sitz bzw. seine Praxis im selben Planungsbereich wie der potenzielle Angestellte hat. Es findet de facto eine Verlegung statt, die aber durch die Anstellungs-genehmigung abgedeckt und nicht gesondert genehmigungspflichtig ist. Diese Rechtslage hat in einigen großen Planungsbereichen bereits zu Problemen geführt. In Hamburg hatte die Gründung eines MVZ zur Folge, dass Arztsitze an die neue Einrichtung in der City verlegt wurden,



während sich an den bisherigen Standorten in Folge des Wegzugs Versorgungslücken auftaten. In Hamburg sind diese Auswirkungen besonders deutlich sichtbar, weil die gesamte Stadt einen einzigen Planungsbereich bildet, ohne weitere regionale Differenzierungen. Um diesen Trend zu stoppen, fordert die KVSH eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen. Künftig muss einheitlich gelten, dass Arzt-sitze generell nicht ohne Berücksichtigung der regionalen Versorgungslage verlagert werden dürfen. Die Auswirkungen einer Verlagerung müssen zwingend Beachtung finden, gleich, ob ein Arztsitz an ein MVZ in einem anderen Ort verlegt werden soll oder ein niedergelassener Mediziner seine Praxis verlagern möchte – hier darf nicht mit zweierlei Maß gemessen werden. Die KVSH hat das Bundesministerium für Gesundheit auf diese Schieflage und die Folgen für die wohnortnahe Versorgung hingewiesen und eine Änderung der rechtlichen Bestimmungen angeregt.

Gründungsfähigkeit auf angestellte Ärzte erweitern

An Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte sind nicht gründerfähig, d. h. sie können keine MVZ gründen und nicht Gesellschafter der MVZ-Trägersgesellschaft sein. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein vertritt die Auffassung, dass es nicht systemwidrig wäre, wenn Ärzte solange gründerfähig sind, wie sie selbst in einem MVZ als Angestellte tätig sind, und fordert eine entsprechende Gesetzesänderung.

Eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen würde es Vertragsärzten, die ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH gründen wollen und anstreben, zugleich in diesem MVZ als Arzt zu arbeiten, erleichtern, eigene Medizinische Versorgungszentren zu gründen, die nicht von Krankenhäusern oder anderen Kapitalgebern abhängig sind, und so einen Beitrag zu einer verlässlichen ambulanten Versorgung auch jenseits der Ballungszentren zu leisten.



Medizinische Versorgungszentren in Schleswig-Holstein – eine Bewertung

Für die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein bleiben freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten das Rückgrat der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein. Freiberufliche Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten in Einzelpraxen ebenso wie in Berufsausübungsgemeinschaften, sei es in Vollzeit oder Teilzeit. Sie nutzen mit kreativen Ideen und unternehmerischem Mut die neuen Möglichkeiten, die der Gesetzgeber eröffnet hat, erweitern ihr Angebot für die Patienten z. B. durch zusätzlich angestellte Kollegen in der eigenen Praxis oder eine Zweigpraxis.

Auch Medizinische Versorgungszentren können einen Beitrag zur Sicherstellung leisten und zugleich eine Antwort auf veränderte Erwartungen junger Mediziner an ihren Beruf sein. Vertragsärzte nutzen die Chancen, die diese neue Versorgungsform bieten kann. So sind fast 55 Prozent der MVZ in Deutschland von Vertragsärzten ins Leben gerufen worden. MVZ in ärztlicher Hand stellen sicher, dass die Therapie- und Behandlungsfreiheit im Interesse der Patienten gewahrt bleiben. Die Kassenärztliche Vereinigung weist aber auf mögliche Auswirkungen auf die Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein hin, wenn MVZ zunehmend durch Krankenhäuser, auch solche, die bisher nicht in Schleswig-Holstein tätig waren und durch nicht ärztliche Investoren gegründet werden. MVZ, die durch die Verlagerung von aufgekauften Vertragsarztzulassungen zu Sicherstellungsproblemen vor allem in ländlichen Gebieten führen, sind kein Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen, vor denen die ambulante Versorgung steht. Ebenso sieht die KVSH in Krankenhaus-MVZ, die an bereits gut versorgten Standorten entstehen und daher in Konkurrenz zu den vorhandenen Vertragsarztpraxen gegründet werden, eine Schwächung der bewährten Strukturen der flächendeckenden Versorgung ohne erkennbaren Nutzen für die Menschen im Land. Wettbewerb gilt als neue Zauberformel in der ambulanten Versorgung. Ob sich die ambulante Grundversorgung der Bevölkerung für den Wett-



bewerb eignet, bleibt zweifelhaft. Wenn aber die ambulante Versorgung zu einem Markt werden soll, auf dem niedergelassene Haus- und Fachärzte in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften oder in eigenen Medizinischen Versorgungszentren mit MVZ der Krankenhäuser konkurrieren, dürfen Regelungen keinen Bestand haben, die den Wettbewerb zwischen beiden Seiten verzerren.

MVZ in Krankenhausträgerschaft haben eine Reihe von „Wettbewerbsvorteilen“. Insbesondere ergeben sich Kostenvorteile durch die Einsetzbarkeit von Ärzten sowohl im MVZ als auch im stationären Bereich sowie durch die im Krankenhaus vorhandene und bereits finanzierte Ausstattung, die vom MVZ zu günstigen Mietkonditionen mitgenutzt werden kann. Mit einer flexiblen Einsetzbarkeit der angestellten Ärzte je nach Bedarf im krankenhauseigenen MVZ oder im stationären Betrieb will der Gesetzgeber die angestrebte enge Verzahnung von Krankenhaus und MVZ erleichtern. Diese Expansion ist für den Klinikbetreiber unter anderem deshalb wirtschaftlich sinnvoll, weil es ihm gestattet ist, seine personellen Ressourcen optimal zu nutzen. Darüber hinaus ergeben sich auch in anderen Bereichen, z. B. der Verwaltung oder der Nutzung von Räumlichkeiten des Krankenhauses für das MVZ, weitere Synergieeffekte. Zunehmend stellen aber auch Krankenhäuser fest, dass sich aufgrund der schlechten vertragsärztlichen Vergütung die Kaufpreise für die erforderlichen Arztstellen mit dem MVZ nicht erwirtschaften lassen. Ein Vertragsarzt, der einen anderen Arzt anstellen will, ist gegenüber dieser Praxis der Krankenhäuser deutlich im Nachteil. Er muss sich vor einer Anstellung eines Kollegen, mit der er das Angebot für seine Patienten ausweiten und optimieren kann, sehr genau überlegen, ob er den neuen Mediziner aus den zur Verfügung stehenden gedeckelten Budgets auch bezahlen kann. Den Ausweg, den Arzt in anderen Bereichen einzusetzen und so die Effizienz zu steigern, hat er nicht. Dies gilt in gleicher Weise für von Vertragsärzten gegründete MVZ.

Ein Szenario, in dem vermehrt Krankenhäuser und nicht ärztliche Investoren MVZ betreiben, würde auch Auswirkungen auf die Entwicklung haben, dass ein benachbarter Kollege die Praxis eines in den Ruhestand tretenden Vertragsarztes als Zweigpraxis fortführt, wenn sich

kein Nachfolger findet. Dieses sinnvolle Modell ermöglicht es, der Ausdünnung der ambulanten Versorgung in der Fläche entgegenzuwirken. Dieser Weg des Erhalts einer wohnortnahen Versorgung ist jedoch nicht mehr realisierbar, wenn Krankenhäuser einen höheren Kaufpreis bieten können als der benachbarte Vertragsarzt – mit der Folge, dass der Arztsitz verlegt wird und es statt einer Zweigpraxis keine ambulante Versorgung mehr im Ort gibt.

Insgesamt beobachtet die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein mit Sorge, dass durch das Vordringen von MVZ in Krankenhausträgerschaft jungen Nachwuchsmediziner, die eine Praxis übernehmen und fortführen wollen, der Einstieg in die freiberufliche Tätigkeit erschwert wird. Diese Form des Verdrängungswettbewerbs ist weder im Interesse der Patienten noch der Nachwuchsmediziner, die als junge Existenzgründer über begrenzte finanzielle Ressourcen verfügen. Diese jungen und engagierten Ärzte, die von Investoren überboten werden, die von regionalen oder bundesweiten MVZ-Ketten träumen, werden der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein auf Dauer fehlen.

Die Anstellung in einem MVZ ist für junge Ärzte, die in der ambulanten Versorgung tätig werden wollen, aber das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Praxis scheuen, zwar interessant, aber letztlich nur begrenzt eine Alternative zur eigenen Praxis, da es angestellten Ärzten nach derzeitiger Rechtslage nicht möglich ist, aus dem Angestelltenverhältnis zum MVZ-Mitgesellschafter aufzusteigen. Die Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung als freiberuflicher Arzt ist rechtlich nicht möglich. Dieser Weg des „sanften Einstiegs“ in die ambulante Versorgung mit der Option, nach einer Zeit als Angestellter selbst Mitinhaber des MVZ zu werden, sollte der Gesetzgeber zulassen, um einen für Nachwuchsmediziner mit Interesse an der ambulanten Tätigkeit attraktiven Weg des Berufseinstiegs zu ermöglichen. Dies fordert die KVSH allerdings nicht vorrangig für MVZ: Insbesondere Berufsausübungsgemeinschaften sollte es ermöglicht werden, einen Arzt zunächst für eine Probezeit anstellen zu können, um ihn später als Partner aufzunehmen.

Kritisch sieht die KVSH zudem die Tendenz von Krankenkassen, Exklusivverträge abzuschließen, die eine bevorzugte Behandlung der

Für die KVSH bleiben freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten das Rückgrat der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein.

eigenen Versicherten in einem MVZ vorsehen – vielfach in einem MVZ, dass durch die Verlagerung bestehender Arztsitze aus anderen Bereichen des Planungsbereiches erst möglich wurde. In Hamburg gibt es Beispiele für eine solche Entwicklung. Diese Geschäftspolitik gefährdet die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung, da sie die große Errungenschaft der Versorgung im Kollektivvertrag in Frage stellt, dass jeder gesetzlich Versicherte von jedem Vertragsarzt behandelt wird, also die freie Arztwahl hat. Versicherte einer anderen Krankenkasse würden in einem vertraglich gebundenen MVZ zum Beispiel durch verschiedene Wartezimmer und -zeiten für die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen zu Patienten zweiter Klasse – und faktisch dazu gedrängt, sich unter Inkaufnahme verlängerter Anfahrtswege einen neuen Arzt zu suchen.

Gegenwärtig haben die in Schleswig-Holstein gegründeten MVZ – auch die in Krankenhausträgerschaft – noch nicht zu größeren Sicherstellungsproblemen geführt. Allerdings ist erkennbar, dass bei Gründun-

gen durch Kliniken der Erhalt und die Schaffung von Zuweiserverstrukturen eine große Rolle spielen, weniger die vom Gesetzgeber ursprünglich mit der Schaffung der MVZ bezweckte Versorgung der gesetzlich Versicherten „aus einer Hand“.

Die KVSH sieht sowohl die Chancen als auch die Risiken der Medizinischen Versorgungszentren. Deshalb sollte bei der Bewertung einer Neugründung stets im Einzelfall betrachtet werden, welche konkreten Ziele hinter einer geplanten MVZ-Eröffnung stehen, statt vorschnelle Urteile in die eine oder andere Richtung zu fällen. Dies gilt auch für Krankenhaus-MVZ.

Das Engagement der freiberuflich tätigen Vertragsärzte sichert die bisherige ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein auf ihrem hohen qualitativen Niveau. Wir werden auch künftig den Hausarzt auf dem Lande, der in kleinen Strukturen tätig ist, vielleicht einen Arzt angestellt hat, eine Zweigpraxis betreibt und seine Patienten gewissenhaft und zuverlässig vor Ort versorgt, genauso benötigen wie große fachärztliche Berufsausübungsgemeinschaften in den Städten. Die bewährten Strukturen gilt es zu erhalten und zu stärken. Medizinische Versorgungszentren werden künftig ebenfalls ihren Platz in der Versorgungslandschaft haben und können – insbesondere als vertragsärztliche Gründung – einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung leisten. Das gemeinsame Interesse aller an der ambulanten Versorgung Beteiligten muss es aber sein, die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein zu erhalten. Der Patient und nicht der Gewinn von Marktanteilen muss im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen.

Eigenbetriebe der Kassenärztlichen Vereinigung als Antwort auf Versorgungslücken

Kassenärztliche Vereinigungen haben nicht die Möglichkeit, ein MVZ zu gründen oder zu betreiben. Die KVSH wirbt für eine Gesetzesänderung, die ihr ermöglicht, Versorgungszentren als einen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Regionen zu gründen, in denen Sicherstellungsprobleme auftreten, die nicht kurzfristig durch andere Maßnahmen beseitigt werden können. Ziel der KV ist es nicht, auf Dauer Medizinische Versorgungszentren zu betreiben, sondern die Möglichkeit zu erhalten, mit der Gründung solcher „Ärztlicher Versorgungszentren“ die Versorgung der Menschen in der betreffenden Region sicherzustellen und zugleich Ärzten, die die hohen Investitionskosten einer Praxisübernahme scheuen, den Einstieg in die ambulante Versorgung zu ebnen.

Während Kassenärztliche Vereinigungen keine Medizinischen Versorgungszentren gründen können, ist ihnen jedoch erlaubt, aus Sicherstellungsgründen einen so genannten „Eigenbetrieb“ zu errichten. Findet beispielsweise ein in den Ruhestand tretender Arzt mit hohen Fallzahlen für seinen Vertragsarztsitz weder einen Nachfolger noch einen anderen Arzt oder ein Medizinisches Versorgungszentrum, das seine Praxis als Zweigpraxis fortführen kann, so bestünde für die KVSH unter Umständen Handlungsbedarf. In solchen Fällen wäre es denkbar, die Praxis in enger Zusammenarbeit mit dem Landesausschuss der Ärzte und





Krankenkassen sowie dem Zulassungsausschuss als Eigenbetrieb der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mit einem angestellten Arzt vorübergehend fortzuführen. Ziel wäre es, einen Arzt anzustellen, der die Praxis nach einer Übergangszeit übernimmt und so dauerhaft die Versorgung der Patienten sicherstellt.

Die an enge Bedingungen geknüpfte Möglichkeit für KVen, einen so genannten Eigenbetrieb aus Sicherstellungsgründen zu betreiben, ist allerdings voraussichtlich nicht ausreichend, um den sich abzeichnenden Versorgungsproblemen wirkungsvoll begegnen zu können.

Sicherstellungsstatut

Die KVSH verfügt über ein „Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein“. Es sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, die zur Anwendung kommen können, um die vertragsärztliche Versorgung in Gebieten, in denen Versorgungsprobleme drohen, sicherzustellen. Auch deren Finanzierung regelt das „Sicherstellungsstatut“.

So besteht die Möglichkeit, für dringlich zu besetzende Vertragsarztsitze eine Umsatzgarantie bis zur Höhe von zwei Dritteln des Durchschnittsumsatzes der jeweiligen Fachgruppe pro Jahr für die Dauer von ein oder zwei Jahren zu gewähren. Die Entscheidung hierüber hat der Vorstand der KVSH im Zusammenwirken mit den betroffenen Kreistellen zu treffen. Das Sicherstellungsstatut eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, Arztpraxen, die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unentbehrlich sind, bei Bauvorhaben mit einem Darlehen von bis zu 102.000 Euro zu unterstützen. Für die Praxiseinrichtung sind Kredite von bis zu 31.000 Euro möglich. Der Vorstand kann zudem auch für Sonderbauvorhaben mit Modellcharakter besondere Regelungen treffen.

Zinslose Kredite mit einer maximalen Höhe von 21.000 Euro kann die KVSH zur Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen bzw.

von Maßnahmen zur rationellen und wirtschaftlichen Leistungserbringung des Vertragsarztes bewilligen. Eine weitere Maßnahme, die das Sicherstellungsstatut vorsieht, sind Mietzuschüsse für Arztpraxen, deren Mietbelastung unangemessen hoch ist. Auch kann die KVSH in Orten, in denen ein Arztsitz mit besonderer Dringlichkeit zu besetzen ist, eigene Mietpraxen vorhalten. Bei der Bewilligung jeder dieser möglichen Maßnahmen hat die KVSH sorgfältig abzuwägen, ob hierdurch ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung erbracht werden kann, da zugleich vermieden werden muss, durch diese Förderung den Wettbewerb unter Praxen einer Region zu verzerren. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung von Umsatzgarantien, Darlehen oder Mietzuschüssen besteht nicht.

Die im Sicherstellungsstatut vorgesehenen Maßnahmen ermöglichen der KVSH, bei besonderen örtlich begrenzten Sicherstellungsproblemen zu reagieren. Sie sind auf Einzelfälle ausgerichtet und stellen nicht das geeignete Instrumentarium dar, die in Teilen des Landes drohenden Versorgungsprobleme zu lösen.

Antrag auf drohende hausärztliche Unterversorgung im Kreis Steinburg

Der Kreis Steinburg ist das Sorgenkind in der hausärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein. In keinem Planungsbereich im nördlichsten Bundesland gibt es unbesetzte Arztstellen: elf neue Hausärzte könnten sich in eigener Praxis niederlassen oder in bestehenden Praxen oder MVZ angestellt werden.⁴⁵ Deshalb und weil der Altersdurchschnitt der in Steinburg tätigen Hausärzte bereits vergleichsweise hoch ist, hat die KVSH beim Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein, dem paritätisch besetzten zuständigen Gremium, beantragt, für den Planungsbereich eine drohende Unterversorgung für den Bereich der hausärztlichen Versorgung festzustellen. Die KVSH erwartet von den Krankenkassen, dass diese sich der Verantwortung für die Versorgung ihrer Versicherten in Steinburg stellen und dem Antrag der Ärzteseite zustimmen werden.

Die Feststellung des Landesausschusses, dass eine Unterversorgung droht oder bereits besteht, eröffnet für die KVSH die Möglichkeit, die Ansiedlung neuer Ärzte durch eine Reihe von Maßnahmen zu fördern, aber auch die dort bereits tätigen und besonders stark belasteten Ärzte zu unterstützen (z. B. durch Sicherstellungszuschläge, Vergütung arztentlastender Strukturen etc.).



Blick in die Zukunft: Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit „mobil“?

Die älteren Schleswig-Holsteiner erinnern sich noch an die früheren „Röntgenreihenuntersuchungen“, die in umgebauten Omnibussen durchgeführt wurden, die durch das Land fuhren. Derzeit ist in Schleswig-Holstein das so genannte „Mammobil“ unterwegs, in dem das Mammographie-Screening angeboten wird. Bestimmte Untersuchungen an wechselnden Standorten mit einem eigens hierfür umgebauten Fahrzeug durchzuführen, ist somit nichts völlig Ungewöhnliches. Ob die gelegentlich auch in der Öffentlichkeit diskutierte Variante der Versorgung im ländlichen Raum durch „fahrende Zweigpraxen“ allerdings ein geeigneter Weg ist, möglichen Versorgungsengpässen zu begegnen, ist zweifelhaft. Vor dem Hintergrund rückläufiger Arztzahlen sollte sich der Mediziner auf seine ärztliche Tätigkeit konzentrieren können und nicht wertvolle Arbeitszeit am Steuer verbringen. Modelle, bei denen Patienten zum Beispiel durch einen „Patientenbus“ zur Praxis gebracht werden oder Hausärzte in Zweigpraxen an ausgewählten Wochentagen Sprechstunden in kleineren Orten anbieten, erscheinen zielführender.

Arztentlastende Strukturen

Die KVSH begrüßt eine Entlastung von Hausärzten durch qualifizierte Gesundheitsberufe. Bei solchen neuen Modellen kann es aber nicht um die Substitution ärztlicher Leistungen gehen, sondern stets nur um die Entlastung des Arztes durch die Delegation von klar definierten Aufgaben an besonders aus- bzw. fortgebildete Mitarbeiter. Die Letztentscheidung über Diagnostik und Therapie muss stets eine ärztliche Aufgabe bleiben. Die Abrechnung dieser Leistungen muss über die Vertragsärzte erfolgen, die KVSH sieht keine Notwendigkeit für eine eigenständige Vertragsebene zwischen Krankenkassen und Gesundheitsfachberufen. Ein Beispiel für die erweiterte Einbindung speziell geschulter Medizinischer Fachangestellter ist das von der Ärztekammer Schleswig-Hol-

stein durchgeführte Projekt „HELVER“ (ArztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung), das sich mit der arztentlastenden Delegation von Aufgaben bzw. Hausbesuchen an Mitarbeiterinnen des Praxisteam besetzt. Bis zu 25 Hausarztpraxen aus Schleswig-Holstein können ihre Mitarbeiterinnen im Rahmen dieses Vorhabens kostenfrei weiterbilden lassen. Das wissenschaftlich begleitete Projekt wird vom Land Schleswig-Holstein gefördert und im Rahmen der Initiative „Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer evaluiert. Die KVSH unterstützt dieses Projekt aktiv.

Im März 2009 haben die Vertreter der KBV und der Krankenkassen im Bewertungsausschuss einen Beschluss über die Vergütung der Delegation von Hausbesuchen an geschulte medizinische Fachangestellte gefasst, nachdem der Gesetzgeber mit der Pflegereform im Sommer 2008 diese Möglichkeit eröffnet hatte. Der erste Besuch wird mit 17 Euro vergütet, Folgebesuche mit 12,50 Euro.

Der Bewertungsausschuss hat allerdings eine Reihe von Rahmenbedingungen festgelegt, die gegeben sein müssen, um Hausbesuche an nicht ärztliches Fachpersonal zu delegieren. So müssen die Mitarbeiterinnen, die für diese neue Möglichkeit der Entlastung des Arztes eingesetzt werden sollen, entsprechend fachlich weitergebildet werden, bevor sie diese Leistungen erbringen dürfen. Auch beschlossen die Ärzte- und Krankenkassenvertreter, dass sie nur ärztliche Routinearbeiten übernehmen können, beispielsweise das Messen von Puls und Blutdruck oder die Kontrolle der Arzneimittelaufnahme. Weitere Einschränkung: Dieses Modell soll nur in jenen Regionen zur Anwendung kommen, in denen der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein eine tatsächliche oder drohende Unterversorgung festgestellt hat. Diese Bedingung wurde jedoch gegen die Stimmen der Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossen. Ob sich die neuen Regelungen bewähren, muss die Praxis zeigen. Aus ärztlicher Sicht ist zu kritisieren, dass die Vergütung auch mit Blick auf die notwendigen Weiterbildungserfordernisse des Praxispersonals zu niedrig ist.

Versorgung
muss Grenzen
überwinden



Die Zusammenarbeit zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und den Krankenhäusern hat sich seit Jahrzehnten bewährt. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind eine Reihe von sinnvollen, neuen Optionen geschaffen worden, die bei uns in Schleswig-Holstein zunehmend mit Leben erfüllt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein begrüßt diese Entwicklung und spricht sich für eine noch engere Zusammenarbeit aus. Im Mittelpunkt dieser vertieften Kooperation darf aber nicht die Konkurrenz beider Sektoren mit ihren unterschiedlichen Aufgaben und Stärken stehen, sondern das gemeinsame Interesse an einer hochwertigen Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein.

Schnittstellen nicht nur im OP

Über Jahrzehnte hinweg war die Trennung von ambulant und stationär die von allen Seiten akzeptierte Aufgabenteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die niedergelassenen Vertragsärzte sind für die ambulante Versorgung der Patienten zuständig, die Krankenhäuser konzentrieren sich auf die stationäre Behandlung. Diese Zuständigkeiten haben viel mit der Systematik der Finanzierung des Gesundheitswesens zu tun. Sie waren nie und sind in der Gegenwart noch viel weniger eine unüberwindliche Mauer in der Patientenversorgung. Jene, die sich vor allem in der Politik auf die Fahnen geschrieben haben, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuweichen, wollen bisweilen den Eindruck erwecken, als sei die Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern neu. Dabei wird gern übersehen, dass es seit Langem Krankenhäuser und Krankenhausärzte gibt, die ambulant behandeln, und Vertragsärzte, die stationäre Patienten versorgen. Eine starre Abgrenzung zwischen den Sektoren, eine Mauer zwischen den Niedergelassenen und den Kliniken, existierte auch in der Vergangenheit nicht. Eine ganze Reihe von Formen der ambulant-stationären Zusammenarbeit haben sich fest etabliert und sind aus der Versorgung der Patienten nicht mehr wegzudenken. All diese Formen der sektorenübergreifenden Kooperation verbindet, dass im Zentrum der Zusammenarbeit das Miteinander, ein sich Ergänzen im Interesse des Patienten steht – und nicht ein Wettbewerb um Marktanteile. Ein politisch initiiert Konkurrenzkampf zwischen den Krankenhäusern und Niedergelassenen kann aus Sicht der Ärzte in beiden Bereichen, denen die bestmögliche und reibungslose Versorgung ihrer Patienten über Sektorengrenzen hinweg am Herzen liegt, hingegen kein Beitrag zur Behebung noch existierender Schnittstellenprobleme sein.

Ermächtigungen

Zulassungsausschüsse können Krankenhausärzte zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn die Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt werden kann (Paragraf 116 SGB V). In Schleswig-Holstein sind insgesamt 416 Krankenhausärzte zur ambulanten Behandlung ermächtigt (Stand 30.06.2009).



Belegarzt

Umgekehrt führen auch niedergelassene Ärzte Behandlungen im Krankenhaus durch. Klassisches Beispiel hierfür ist der Belegarzt. Er ist niedergelassener Vertragsarzt, der nicht am Krankenhaus angestellt ist, besitzt aber die Berechtigung, seine Patienten im Krankenhaus zu behandeln. Von der Klinik erhält er keine Vergütung, das Honorar für seine Leistungen erhält der Belegarzt über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kosten für die Krankenhausversorgung rechnet das Krankenhaus mit den Krankenkassen direkt ab.

In Schleswig-Holstein wäre eine wohnortnahe stationäre Behandlung in der Augenheilkunde oder der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ohne Belegärzte nicht denkbar. In Schleswig-Holstein besitzen 370 Ärzte eine Anerkennung als Belegarzt.



Konsiliararzt

Ebenfalls eine sehr alte und bewährte Form der Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ist der Konsiliararzt. Wenn ein Krankenhauspatient eine Begleiterkrankung aufweist, die in dem betreffenden Krankenhaus nicht behandelt werden kann, versichert sich die Klinik der Unterstützung niedergelassener Fachärzte. Diese behandeln die Begleiterkrankung des stationären Patienten und rechnen ihre Leistungen direkt mit dem Krankenhaus ab. Denn die Krankenhausbehandlung umfasst – so will es der Gesetzgeber – alle Leistungen, die für die Versorgung des Patienten erforderlich sind. Der Konsiliararztvertrag ist ein Dienstleistungsvertrag zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Arzt – und ein gelebtes Beispiel, wie sich niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sinnvoll ergänzen können.

Teilstationär, Paragraph 115a und Paragraph 115b SGB V

Seit Beginn der 1990er Jahre hat der Gesetzgeber die Krankenhaustüren immer weiter für ambulante Behandlungen geöffnet. Um Krankenhausbehandlungen wirtschaftlicher zu machen, konnten Krankenhäuser teilstationär behandeln. Bei dieser Form entfallen Unterbringung und auch ein Teil der Verpflegung, sodass das Kostengewicht auf der medizinischen Leistung liegt. Ebenso verhält es sich mit ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Leistungen, zu denen ein Krankenhaus zugelassen werden kann (Paragraph 115b SGB V). Krankenhäuser besitzen ebenfalls die Möglichkeit, ambulante vor- und nachstationäre Behandlungen durchzuführen (Paragraph 115a SGB V). Damit sollen der zwingend stationäre Teil der Behandlung auf das notwendige Maß reduziert und die Krankenhausbehandlung insgesamt wirtschaftlicher werden.

Kooperation statt Konfrontation, Paragraph 116b SGB V

Mit der Neugestaltung des Paragraphen 116b SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden im Jahr 2007 die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser ausgeweitet. Für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen kann ein zugelassenes Krankenhaus vom Land zur ambulanten Behandlung bestimmt werden, wenn es die erforderlichen personellen und sachlichen Ausstattungen nachweist. Die vertragsärztliche Versorgung soll bei der Bestimmung eines Krankenhauses Berücksichtigung finden.

Diese „Berücksichtigung“ der vertragsärztlichen Versorgung bei der Entscheidung über Anträge von Kliniken nach Paragraph 116b SGB V ist im Gesetz nicht näher präzisiert. Eine Bedarfsprüfung wie bei den Ermächtigungsanträgen findet nicht statt, auch muss die KV nicht einbezogen werden. Dies führte nach Inkrafttreten des mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, der Gesundheitsreform der Großen Koalition aus dem Frühjahr 2007, neugefassten Paragraph 116b SGB V zu erheblichen Problemen.

Niedergelassene Onkologen und Kinderkardiologen befürchteten, dass Krankenhäuser ihre ambulanten Versorgungsaufträge ausweiten und es zum Vorhalten kostspieliger Doppeleinrichtungen kommen könnte. Krankenhäuser als öffentlich geförderte Einrichtungen würden hier einen enormen Wettbewerbsvorteil erlangen.

Die KVSH hat daher darauf gedrängt, dass die Interessen niedergelassener Spezialisten berücksichtigt werden und der neue Paragraph 116b SGB V in Schleswig-Holstein so umgesetzt wird, dass die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gefördert wird, statt beide Seiten in einen ruinösen Wettbewerb gegeneinander zu treiben. Bevor ein Krankenhaus die Bestimmung für die beantragten ambulanten Leistungen erhält, soll es sich möglichst mit den niedergelassenen Ärzten auf eine Zusammenarbeit geeinigt haben.

In Schleswig-Holstein haben sich alle Beteiligten gemeinsam dafür entschieden, bei der Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Leis-





tungserbringung nach Paragraph 116b SGB V auf konsensuale Lösungen zu setzen. Nach dem Motto „Kooperation statt Konfrontation“ wird ein einvernehmliches Vorgehen zwischen Sozialministerium, Krankenhäusern, Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung unter Beteiligung der betroffenen Vertragsärzte praktiziert.

Teil dieses konsensorientierten Weges, bei dem die Versorgung der Menschen im Mittelpunkt steht, sind von der KVSH unterstützte Kooperationsvereinbarungen zwischen den Kliniken und den niedergelassenen Fachärzten vor Ort. Für ein faires Miteinander sorgen u. a. folgende Kooperationsgrundsätze:

- Krankenhaus und Vertragsärzte arbeiten in gemeinsamen Qualitätszirkeln.
- Ambulante Behandlungen nach Paragraph 116b SGB V treten an die Stelle von Ermächtigungen.
- Das Krankenhaus trägt die Verantwortung für seine Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen.
- Die Beteiligten vor Ort bekennen sich zu einer gemeinsamen Behandlung und sinnvollen Aufgabenteilung.

Auf dieser Basis gibt es in Schleswig-Holstein bereits neun Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Vertretern der niedergelassenen Ärzteschaft. Diese Abkommen sind ein erfolgreicher Beitrag zu einer konstruktiven und auf das Miteinander im Interesse des Patienten angelegten Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Die 2007 in Kraft getretenen umfangreichen Änderungen im Vertragsarztrecht eröffneten auch für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit neue Möglichkeiten. Die alte Regelung, wonach jede Nebentätigkeit eines Vertragsarztes im Krankenhaus mit seiner Zulassung als Vertragsarzt kollidiert, wurde geändert. Nunmehr dürfen Vertragsärzte pro Woche bis zu 13 Stunden in der Klinik oder einer Reha-Einrichtung angestellt sein.

Dies kann für Krankenhäuser aufgrund des sich abzeichnenden Ärz-

temangels sehr interessant sein. Der Vertragsarzt kann mit einem Dienstleistungsvertrag dem Krankenhaus helfen, personelle Engpässe zu vermeiden und die Kooperation von ambulant und stationär weiter stärken. In Schleswig-Holstein gibt es bereits Vertragsärzte, die zugleich als Angestellte in einem Krankenhaus tätig sind, zum Teil auch, um für Krankenhäuser Leistungen nach Paragraph 116b SGB V zu erbringen.

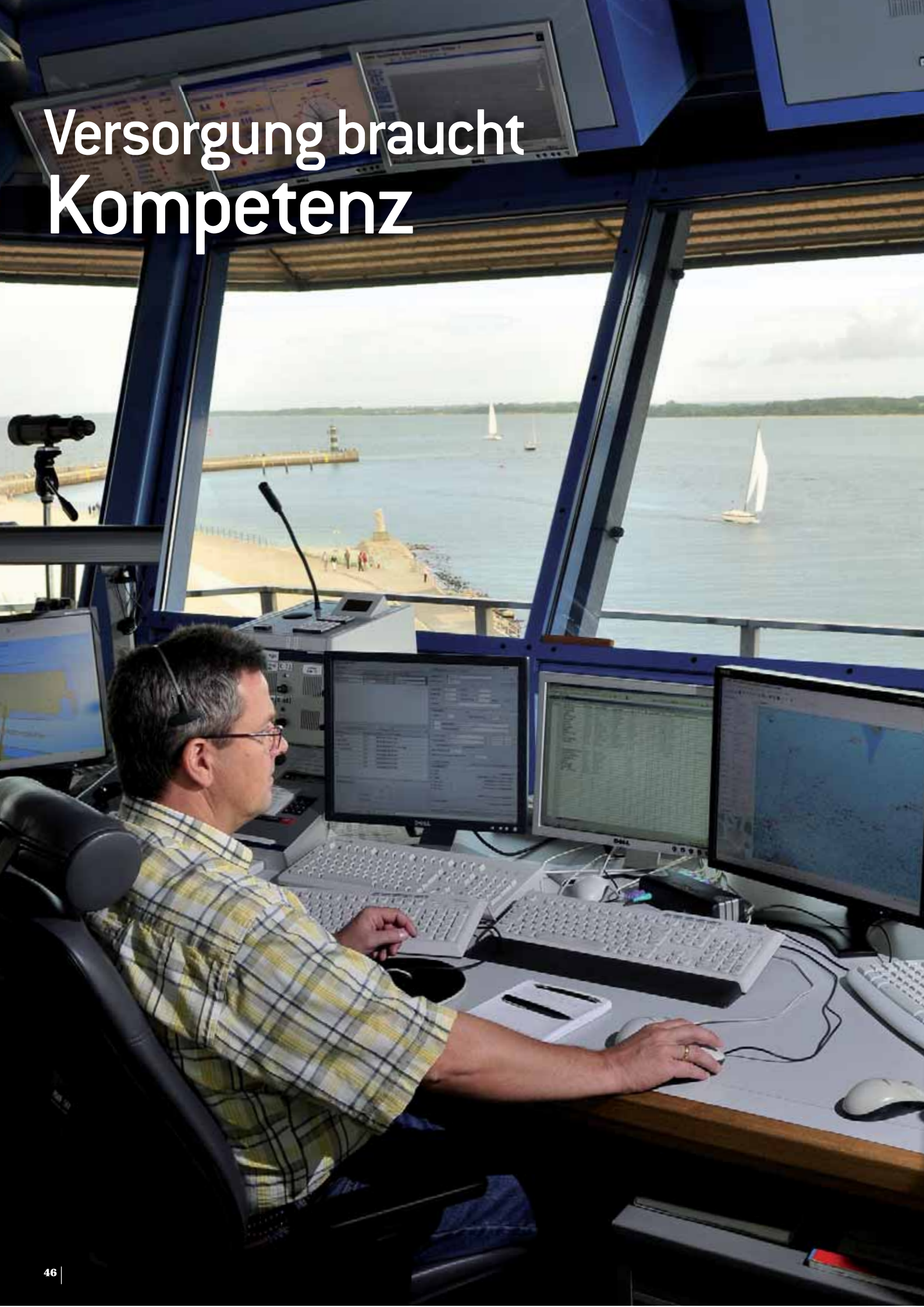
Finanzielle Grenzen bleiben

Während die Grenze zwischen ambulant und stationär an vielen Stellen durch politische Entscheidungen der vergangenen Jahre geöffnet wurde, bleibt die Mauer zwischen den Finanzierungstöpfen. Koordinierte oder gar sektorenübergreifende Versorgungspfade brauchen jedoch eine entsprechende Finanzierung. Solange aber die monetäre Trennung weiter aufrechterhalten bleibt, ändert sich an der Schnittstelle wenig. Bei weiterhin gedeckelten Krankenhausentgelten und einer budgetierten Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich wird es immer wieder Versuche geben, Kosten in den jeweils anderen Sektor zu verschieben bzw. von Vergütungsanteilen des anderen Sektors zu profitieren.

Die vielgepriesene integrierte Versorgung (IV), die mit dem Paragraphen 140a ff SGB V gesetzlich das Licht der Welt erblickte, kann nicht das Allheilmittel sein. Seit dem Jahr 2000 rechtlich möglich, kam erst etwas Schwung in die IV-Vertragslandschaft, als im Jahre 2004 den Krankenkassen eine Anschubfinanzierung zugesichert wurde. Mit dem Fortfall der Finanzierungsmöglichkeit im Jahr 2009 ist dieses Vorzeigemodell gesundheitspolitischer Träume wieder in der Realität angekommen. Mit Blick auf das Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2008 wurde ein erheblicher Teil der Verträge gekündigt.

Dies war zu erwarten, werden doch mit solchen Besonderheiten Insellösungen konstruiert. Losgelöst von den Wirklichkeiten der Krankenhausfinanzierung und der vertragsärztlichen Gesamtvergütung besteht die Gefahr ewiger Modelle. Werden sie jedoch sinnvoll in die bestehende Vertragswelt integriert, können sie ihre effizienzsteigernden und qualitätsfördernden Wirkungen auf die Versorgung entfalten.

Versorgung braucht Kompetenz



Die kompetente Sicherstellung der ambulanten Versorgung bedeutet mehr als nur die flächendeckende Präsenz haus- und fachärztlicher sowie psychotherapeutischer Praxen. So sorgt der Ärztliche Bereitschaftsdienst der KVSH dafür, dass ambulante ärztliche Hilfe auch in der Nacht und an Feiertagen landesweit zur Verfügung steht. Ein weiteres Beispiel ist die Qualitätssicherung: Die KVSH arbeitet Hand in Hand mit den Ärzten, um sicherzustellen, dass die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein qualitativ höchsten Anforderungen genügt. Darüber hinaus unterstützt die KVSH ihre Mitglieder mit vielfältigen Beratungsangeboten – von der IT-Beratung bis zum Telefontraining für das Praxispersonal.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVSH

Stark ansteigende Ausgaben im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und Probleme in der Nachbesetzung hausärztlicher Praxen in ländlichen Regionen machten eine Neustrukturierung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes in Schleswig-Holstein notwendig. Die Struktur der Notdienstversorgung in Schleswig-Holstein war in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich und abhängig von den Gegebenheiten „vor Ort“ gewachsen, eine landesweit einheitliche Struktur fehlte. Dabei hatten sich ganz unterschiedliche Modelle entwickelt – von kleinen Zweier- oder Dreier-Notdienststringen mit sehr geringem Vertretungsangebot bis zu den großen Städten, in denen die Versorgung gesichert war.

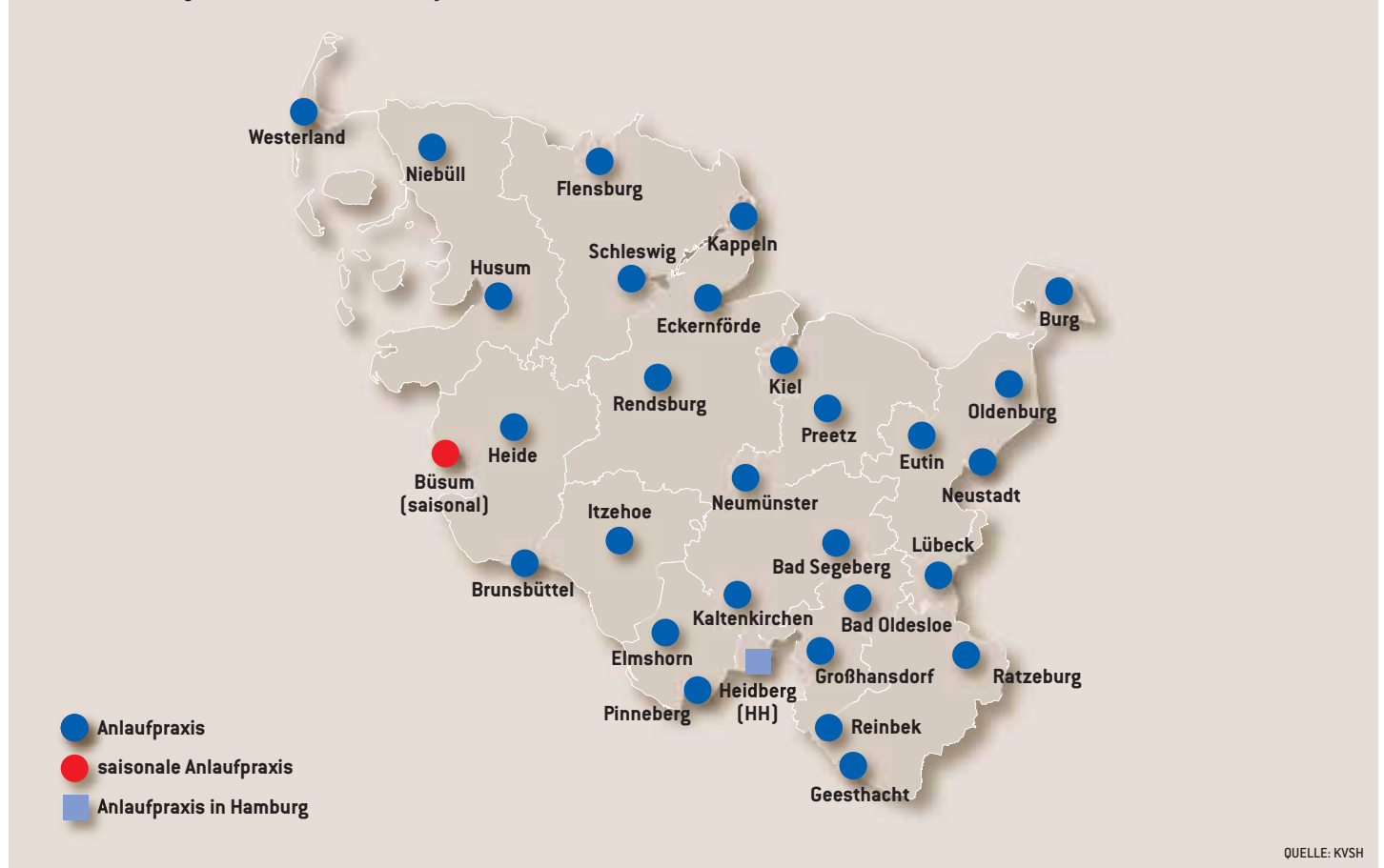
Zum 1. Januar 2007 wurden aus ehemals rund 140 unterschiedlich großen Notdienstbezirken 27 Notdienstregionen, die nunmehr eine gleichmäßige Versorgung der Menschen im nördlichsten Bundesland

gewährleisten. Im „Zentrum“ der Bezirke, bei deren Zuschnitt die Bevölkerungsdichte und die Größe des zu versorgenden Gebietes berücksichtigt wurden, stehen Anlaufpraxen (Bereitschaftspraxen), die bevorzugt an Krankenhäusern der Regelversorgung eingerichtet wurden. Patienten, die aus medizinischen Gründen nicht die Anlaufpraxen aufsuchen können, werden vom „fahrenden Dienst“ zu Hause versorgt. Der Bereitschaftsdienst steht außerhalb der Sprechstundenzeiten zur Verfügung.

Außer den mittlerweile 30 Anlaufpraxen für die allgemeinmedizinische Grundversorgung stehen den Patienten in sprechstundenfreien Zeiten zusätzlich elf Anlaufpraxen für die kinderärztliche Versorgung zur Verfügung. Für Fälle, die die Fachgebiete HNO und Augenkrankheiten betreffen, werden flächendeckend in fünf Regionen Schleswig-Holsteins Spezialsprechstunden angeboten, die jedoch auf das Wochenende beschränkt sind.

STANDORTE DER ANLAUFPRAXEN DES BEREITSCHAFTSDIENSTES DER KVSH

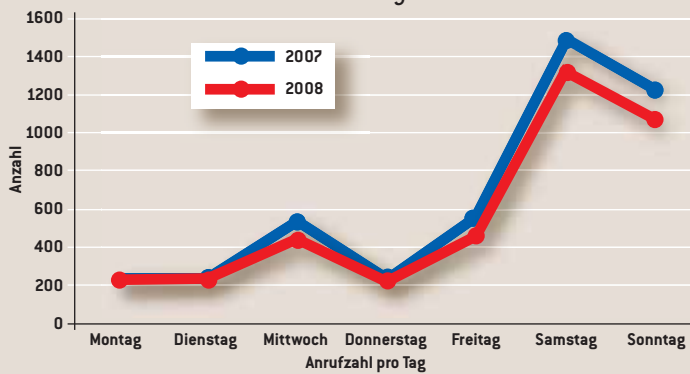
Neustrukturierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes



QUELLE: KVSH

ANZAHL DER ANRUFE BEREITSCHAFTSDIENST

Aktuelle Leitstellensituation in Schleswig-Holstein



Die Leitstelle des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes ist über die landesweit einheitliche Rufnummer 01805 119292 zu erreichen. Liefen diese Anrufe in den ersten beiden Jahren seit Umsetzung der neuen Struktur noch in elf unterschiedlichen Arztzrufzentralen im ganzen Land auf, so werden diese jetzt durch eine für das gesamte Land zentrale Leitstelle in Bad Segeberg ersetzt. Sie stellt das entscheidende Bindeglied zwischen der hilfesuchenden Bevölkerung und der ärztlichen Versorgung dar und ist dafür ausgelegt, über 260.000 Anrufe im Jahr an 15 bis 20 Arbeitsplätzen zu bearbeiten. An Wochenendtagen gehen in der Leitstelle des Bereitschaftsdienstes durchschnittlich 1.400 Anrufe ein. Da häufig bereits eine ärztliche Beratung den anrufenden Patienten und vor allem Pflegekräften aus Heimen weiterhilft, setzt die KVSH mittlerweile auch einen Arzt in der Leitstelle ein. Die telefonische Klärung, etwa von Fragen von Mitarbeitern von Seniorenheimen zu Arzneimitteln, entlasten die Ärzte in den Anlaufpraxen und im „fahrenden Dienst“.

Das medizinisch geschulte Fachpersonal der Leitstelle entscheidet auch, ob dem Patienten empfohlen wird, die nächste Anlaufpraxis aufzusuchen, ob der in jeder Notdienstregion vorhandene Fahrdienst den Patienten zu Hause oder im Pflegeheim aufsuchen sollte oder ob es sich um einen Fall für den über die Rufnummer 112 erreichbaren Notarzt handelt.

Die Bilanz des neuen Bereitschaftsdienstes ist positiv: Die neue Struktur hat der KVSH landesweit und über die Grenzen hinaus ein eigenes Profil gegeben und die Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Praxen verbessert.

Beratungsangebote der KVSH

Die KVSH hält umfangreiche Service- und Beratungsangebote bereit, sowohl für Ärzte mit Interesse an einer Niederlassung als auch für Mediziner, die bereits in ihrer eigenen Praxis tätig sind.

So führt die KVSH regelmäßig Seminare und Workshops durch. Ein Blick in den Seminar kalender demonstriert die thematische Breite des Angebots. Die Fragestellungen sind so vielfältig wie der ärztliche Alltag. Es gibt Kurse zu den Themen Kooperationen, Niederlassung, Praxisabgabe und Jobsharing ebenso wie Seminarangebote für das Praxispersonal zum Thema „Telefont raining“ oder Veranstaltungen unter dem Motto „Die Arzt abrechnung - Sie fragen, wir antworten.“

Darüber hinaus stehen die Mitarbeiter der Fachabteilungen auch für Einzelberatungen zur Verfügung. Diese Angebote reichen von einer betriebswirtschaftlichen Hilfestellung bis zu Beratungen zur Verordnungsweise von Arzneimitteln. Die KVSH bietet darüber hinaus eine spezielle IT-Beratung an. Der Einsatz von Computern ist aus den Arztpraxen nicht mehr wegzudenken, die Online-Anbindung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Der EDV-Einsatz in der Arztpraxis stellt aber besondere Anforderungen an die Datensicherheit. Die Fachleute der KVSH helfen in persönlichen Beratungsgesprächen bei der Auswahl einer geeigneten Praxissoftware und bei weiteren Fragen rund um den EDV-Einsatz im ärztlichen Alltag.

Hinzu kommen besondere Veranstaltungen zu Schwerpunktthemen, etwa EDV-Messen für Ärzte oder Informationsveranstaltungen, die gezielt niederlassungswillige Ärzte mit Vertragsärzten, die ihre Praxis in absehbarer Zeit abgeben wollen, zusammenführen.

Als Reaktion auf die seit einigen Jahren zu beobachtende Entwicklung, dass sich der Frauenanteil in der Medizin kontinuierlich erhöht, hat die KVSH erstmalig 2007 und erneut im Jahr 2009 spezielle „Wiedereinsteigerinnen-Workshops“ für Ärztinnen angeboten, die nach einer Familienpause wieder in ihrem Beruf arbeiten und gern in die ambulante Versorgung einsteigen wollen. Das im Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das die Berufsausübung flexibilisiert und liberalisiert hat, bietet neue Möglichkeiten, von denen gerade Frauen, die keine eigene Praxis führen oder gern in Teilzeit arbeiten wollen, profitieren können. Dies bietet die Chance, Wiedereinsteigerinnen verstärkt für eine Tätigkeit auch im vertragsärztlichen Be-





reich zu gewinnen. Zu diesen Workshops wurden Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeladen, die zwar im Arztregister eingetragen und damit „zulassungsfähig“ sind, derzeit aber keine ambulante Tätigkeit ausüben. Die Resonanz auf dieses neue Angebot ist sehr positiv. Allein an drei im Frühjahr 2009 angebotenen Workshops – zwei für Ärztinnen, einer für Psychotherapeutinnen – haben insgesamt 62 Interessentinnen teilgenommen.

Patientenversorgung auf hohem Niveau: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein bieten ihren Patienten eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung – auch unter immer schwierigeren gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Überprüft und garantiert wird diese Qualität von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Kaum eine andere Berufsgruppe muss so häufig Belege für das Erfüllen strenger Qualitätsanforderungen erbringen wie die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. In Schleswig-Holstein unterliegen rund zwei Drittel aller diagnostischen und therapeutischen Kassenleistungen einer besonderen Qualitätssicherung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie – in mittlerweile mehr als 30 Bereichen bieten die Ärzte und Psychotherapeuten des Landes für ihre Patienten qualitätsgesicherte Leistungen an. Dass sich dieser Einsatz auszahlt, zeigt auch eine Patientenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Danach schneidet Schleswig-Holstein sehr gut ab: Rund 92 Prozent aller Patienten sind mit ihrem Arzt zufrieden.⁴⁶

Ein jährlich erscheinender Bericht informiert über die umfassenden Prüfmaßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität – wie Hygienekontrollen, Praxisbegehungen oder Überprüfung von Behandlungsdokumentationen – und stellt deren Ergebnisse dar.

Bestimmte Leistungen können vom Arzt bzw. Psychotherapeuten nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Genehmigung durch die KVSH erteilt wurde. Im Jahr 2008 wurden bei der KVSH etwa 2.400 Anträge auf Genehmigung gestellt. Davon konnten 96 Prozent positiv beschieden und eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden. Nur vier Prozent der Anträge wurden abgelehnt, weil die Voraussetzungen für die Genehmigung nicht erfüllt waren.

Somit lagen zum Stichtag 31. Dezember 2008 insgesamt circa 21.000 arztbezogene Genehmigungen vor. In neun Fällen musste die Genehmi-

VORTEILE FÜR PATIENTEN:

- Flächendeckende Verteilung der Anlaufpraxen in Schleswig-Holstein
- Krankenhausanbindung der Anlaufpraxen
- Saisonale Anlaufpraxen in touristischen Gebieten
- Einheitliche Bereitschaftszeiten über die ganze Woche
- Eine Rufnummer für ganz Schleswig-Holstein: 01805 - 11 92 92

VORTEILE FÜR ÄRZTE:

- Verdichtete Inanspruchnahme in den Anlaufpraxen
- Weitergehende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- Reduzierung der persönlichen Notfallbereitschaften (von der Qual zur Wahl)
- Kalkulierbare pauschalisierte Vergütung
- Entlastung der Ärzte insbesondere im ländlichen Raum

VORTEILE FÜR KRAKENHÄUSER:

- Entlastung der Klinikärzte
- Engere Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Chancen für die Weiterbildung (ambulante Luft „schnuppern“)
- Sicherung des Krankenhausstandorts

Die KVSH steht für ein überprüfbares, transparentes und staatsfernes Handeln.

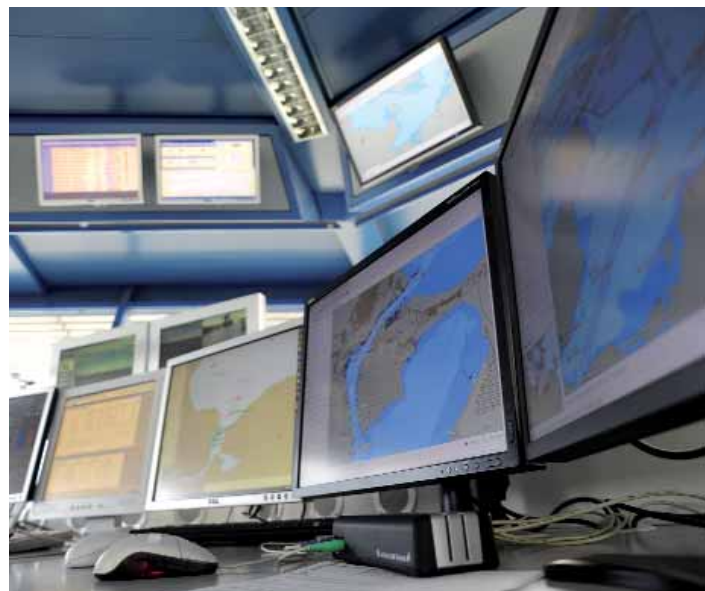
gung wegen unzureichender Qualität widerrufen werden. Außerdem wurden 1.250 Genehmigungen zurückgegeben, beispielsweise weil die vertragsärztliche Tätigkeit endete.

Die guten Ergebnisse zeigen, dass qualitätssichernde Maßnahmen zu einer hochwertigen Medizin beitragen. Vor allem am Verhältnis der vielen neu erteilten Genehmigungen zu den wenigen Ablehnungen wird deutlich, dass Ärzte einen hohen Qualitätsanspruch an ihre Arbeit haben und überwiegend sehr genau prüfen, ob sie die Voraussetzungen für eine Genehmigung erfüllen.

Nicht nur die KVSH, auch die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten selbst sorgen in Eigeninitiative und mit viel ehrenamtlichem Engagement dafür, dass die Qualität ihrer Tätigkeiten gesichert und ständig verbessert wird. Sei es, dass sie sich regelmäßig fort- und weiterbilden, sich in Qualitätszirkeln mit Kollegen fachlich austauschen und ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen oder aber in ihrer Praxis ein Qualitätsmanagement einrichten und weiterentwickeln: All das sind wesentliche Merkmale der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung, die auf einer Verknüpfung ärztlichen Sachverstands und professioneller Verwaltung basieren.

Ärztliche Selbstverwaltung und ärztliches Know-how im Dienste der Versorgung

Die KVSH ist Teil der ärztlichen Selbstverwaltung. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts steht sie für ein überprüfbares, transparentes und staatsfernes Handeln. Ihr oberstes Organ ist die Abgeordnetenversammlung, die sich aus 30 gewählten Vertretern der schleswig-holsteinischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten zusammensetzt. Zu



den Aufgaben der Abgeordneten gehört die Wahl des Vorstandes sowie die Beschlussfassung über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die KVSH und die ambulante medizinische Versorgung.

Neben der Abgeordnetenversammlung existieren weitere ehrenamtlich besetzte Gremien, um den Sachverstand der Mitglieder der KVSH in die Diskussions- und Entscheidungsprozesse einzubinden. Zu nennen sind zuvorderst die beratenden Fachausschüsse

- für die hausärztliche Versorgung,
- für die fachärztliche Versorgung und
- für die psychotherapeutische Versorgung.

Sie unterstützen und beraten den Vorstand und die Abgeordnetenversammlung in grundlegenden Fragen zur Sicherung der ambulanten Versorgung.

Die Kassenärztliche Vereinigung arbeitet darüber hinaus eng mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbänden und den Praxisnetzen im Land zusammen. Sie sind ein wichtiger Ansprechpartner für Fragen der ambulanten Versorgung, die einzelne Fachgruppen oder Regionen des Landes betreffen.

Die KVSH ist zudem in jedem der schleswig-holsteinischen Landkreise und in allen kreisfreien Städten mit einer Kreisstelle präsent. Der Kreisstellenvorsitzende, ein ortsansässiger Arzt, der diese Funktion ehrenamtlich ausübt, ist bestens mit den lokalen Gegebenheiten vertraut und daher häufig erster Ansprechpartner für seine Kollegen, aber auch für die politisch Verantwortlichen vor Ort.

Mit ihrem ehrenamtlichen Engagement in den Gremien der KVSH und den Berufsverbänden leisten Ärzte einen wichtigen Beitrag zu einer Weiterentwicklung einer ambulanten Versorgung, die die Erfahrung all jener einbezieht, die den Sicherstellungsauftrag täglich mit Leben erfüllen: den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein.

BUNDESWEITE QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNGEN & - RICHTLINIEN

QUELLE: KVSH-Qualitätsbericht 2008

Entwicklung der Genehmigungsbereiche 1989-2008

- Chirotherapie
- Kernspintomographie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Onkologie
- Psychotherapie
- Röntgen
- Ultraschall
- Zytologie

1989

- Apherese
- Chirotherapie
- Dialyse
- Herzschrittmacher
- Kernspintomographie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Mammographie
- Onkologie
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

1990-1993

- Ambulantes Operieren
- Apherese
- Arthroskopie
- Chirotherapie
- Dialyse
- Herzschrittmacher
- Kernspintomographie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Onkologie
- Otoakustische Emissionen
- Physik. med. Leistung
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

1994-1997

- Ambulantes Operieren
- Apherese
- Arthroskopie
- Chirotherapie
- Dialyse
- Herzschrittmacher
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Onkologie
- Otoakustische Emissionen
- PDT
- Physik. med. Leistung
- Psychotherapie
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

1998-2001

- Ambulantes Operieren
- Apherese
- Arthroskopie
- Chirotherapie
- Diabetischer Fuß
- Dialyse
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes Typ 2
- DMP KHK
- Handchirurgie
- Herzschrittmacher
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Koloskopie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Onkologie
- Otoakustische Emissionen
- PDT
- Physik. med. Leistung
- Psychotherapie
- Rehabilitation
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

2002-2005

- Ambulantes Operieren
- Apherese
- Arthroskopie
- Chirotherapie
- Diabetischer Fuß
- Dialyse
- DMP Asthma/COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes Typ 1
- DMP Diabetes Typ 2
- DMP KHK
- Handchirurgie
- Herzschrittmacher
- Intervent. Radiologie
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Koloskopie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- Onkologie
- Otoakustische Emissionen
- PDT
- Physik. med. Leistung
- Psychotherapie
- Rehabilitation
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

2006

- Akupunktur
- Ambulantes Operieren
- Apherese
- Arthroskopie
- Chirotherapie
- Diabetischer Fuß
- Dialyse
- DMP Asthma/COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes Typ 1
- DMP Diabetes Typ 2
- DMP KHK
- Handchirurgie
- Herzschrittmacher
- Intervent. Radiologie
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Koloskopie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- MR-Angiographie
- Onkologie
- Otoakustische Emissionen
- PDT
- Physik. med. Leistung
- Psychotherapie
- PTK
- Rehabilitation
- RL Stichproben
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

2007

- Akupunktur
- Ambulantes Operieren
- Apherese
- Arthroskopie
- Chirotherapie
- Diabetischer Fuß
- Dialyse
- DMP Asthma/COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes Typ 1
- DMP Diabetes Typ 2
- DMP KHK
- Handchirurgie
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Hautkrebs-Screening
- Herzschrittmacher
- Intervent. Radiologie
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Koloskopie
- Labor
- Langzeit-EKG
- Lithotripsie
- Mammographie
- Mammographie-Screening
- MR-Angiographie
- Onkologie
- Otoakustische Emissionen
- PDT
- Physik. med. Leistung
- Psychotherapie
- PTK
- Rehabilitation
- RL Stichproben
- Röntgen
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Substitution
- Ultraschall
- Zytologie

2008

Versorgung braucht engagierte Partner



Die wesentlichen Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Tätigkeit sind durch die Bundesgesetzgebung einheitlich geregelt. Die Möglichkeiten, in Schleswig-Holstein durch regionale Maßnahmen die Versorgung zu gestalten, haben durch die vergangenen Gesundheitsreformen sogar noch weiter abgenommen, die zu Jahresbeginn 2009 in Kraft getretene Honorarreform ist ein Beispiel hierfür. Gleichwohl leistet die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren ihren Beitrag, Ärzten in Schleswig-Holstein attraktive Bedingungen zu schaffen und unter jungen Mediziner für eine Niederlassung in Schleswig-Holstein zu werben.

Zuschuss für Weiterbildungsassistenten

Gemeinsam mit den Krankenkassen fördert die KVSH junge Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden. Allein in den Jahren 2006 und 2007 zahlte die KVSH mehr als 2,1 Millionen Euro an Zuschüssen.

Darüber hinaus hat die Abgeordnetenversammlung der KVSH im November 2008 beschlossen, zusätzliche Mittel für die Förderung von Nachwuchsmedizinern bereitzustellen. Damit wird die KVSH in den Jahren 2009 bis 2011 weitere 1,05 Millionen Euro für die strukturierte Weiterbildung angehender Haus- und Fachärzte zur Verfügung stellen.

Verbundweiterbildung

Die KVSH unterstützt Weiterbildungsassistenten nicht nur finanziell, sondern hat eine Initiative gestartet, jungen Mediziner in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern den Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin durch die Schaffung einer „Verbundweiterbildung“ zu erleichtern.

Die Idee: Der Weiterbildungsassistent soll sich in seiner fünfjährigen Weiterbildungszeit ganz auf seinen Beruf konzentrieren können und davon entlastet werden, die einzelnen Weiterbildungsabschnitte, vor allem den Übergang vom Krankenhaus in die Arztpraxis, selbst organisieren zu müssen. Eine erste Kooperationsvereinbarung hat die KVSH im Jahr 2008 mit den Sana-Kliniken in Lübeck abgeschlossen. Die Sana-Kliniken garantieren den nahtlosen Übergang zwischen den einzelnen stationären Weiterbildungsabschnitten. Die KVSH stellt im Zuge der Kooperation sicher, dass der Nachwuchsmediziner seine Weiterbildung nach dem stationären Abschnitt ohne Unterbrechung in einer Praxis in räumlicher Nähe zum Krankenhaus fortsetzen kann. Ziel ist, mit möglichst vielen Krankenhäusern in Schleswig-Holstein vergleichbare Kooperationsvereinbarungen abzuschließen. Mittlerweile

konnte die KVSH Vereinbarungen zur Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin auch mit der Asklepios-Klinik in Bad Oldesloe, den Segeberger Kliniken, dem DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg und dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster abschließen. Die KVSH führt mit weiteren Krankenhausbetreibern Gespräche, um jungen Mediziner möglichst landesweit eine koordinierte Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anbieten zu können.

Um die Betreuung der angehenden Allgemeinmediziner kümmert sich bei der KVSH eine eigens eingerichtete Koordinierungsstelle. Sie stellt eine Schnittstelle zwischen Ärzten, die eine Weiterbildungsstelle suchen, und weiterbildungsberechtigten Vertragsärzten, die eine Assistentenstelle anbieten, dar.

Medizinstudium in Schleswig-Holstein

Allgemeinärzte werden knapp – doch im Studium kommt diesem wichtigen Feld der Medizin nicht der Platz zu, der ihm gebührt. Deshalb setzt sich die KVSH zusammen mit anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen in einem Förderverein seit Jahren für einen eigenen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein ein. Eine entsprechende Professur bietet die Chance, mehr angehende Mediziner mit der hausärztlichen Tätigkeit vertraut zu machen und das Interesse zu wecken, die Niederlassung als Allgemeinmediziner anzustreben – vorzugsweise in Schleswig-Holstein. Die Einrichtung eines solchen Lehrstuhls in Schleswig-Holstein macht Fortschritte: Mittlerweile hat die Universität zu Lübeck eine Professur für Allgemeinmedizin ausgeschrieben, in absehbarer Zeit ist mit der Besetzung dieser Stelle zu rechnen – ein weiterer Baustein, um angehende Mediziner schon im Studium mit der Allgemeinmedizin vertraut zu machen.

Schleswig-Holstein verfügt in Kiel und in Lübeck über zwei bundesweit anerkannte medizinische Fakultäten. Die so genannte „Erichsen-Kommission“ hatte in ihrem Abschlussbericht im März 2003 eine Reduzierung des Studienangebots an beiden Standorten empfohlen. Die Landesregierung hat diese Empfehlung in Teilen umgesetzt, allerdings in geringerer Größenordnung als von der Kommission vorgeschlagen. Dies kritisiert der Rechnungshof in seinen „Bemerkungen 2009“ deutlich und fordert eine weitere Reduzierung der Medizinstudienplätze in Kiel und Lübeck.⁴⁷ Schleswig-Holstein bilde, so der Landesrechnungshof, 3,8 Prozent aller Medizinstudierenden in Deutschland aus, auch bei der Zahl der Studienanfänger betrage der schleswig-holsteinische Anteil von 3,8 Prozent im Studienjahr 2008/2009. Dies sei deutlich mehr, als der Anteil Schleswig-Holsteins an der Gesamtbevölkerung Deutschlands, der lediglich 3,45 Prozent betrage, kritisiert der Rechnungshof und ermahnt die Landesregierung zum weiteren Abbau von Medizinstudienplätzen. Diese Betrachtung lässt jedoch außer Acht, dass der Bedarf an Mediziner in den vor uns liegenden Jahren als Folge der Alterung der Gesellschaft steigen wird. Schon heute wird ersichtlich, dass es an Nachwuchsmedizinern fehlt, um frei werdende Arztpraxen fortzuführen. Auch die Krankenhäuser klagen, dass die Besetzung von offenen Stellen kontinuierlich schwieriger wird. Sinkt die Zahl der Medizinstudierenden und -absolventen durch einen Abbau von Studienplätzen weiter, droht sich





das Nachwuchsproblem zu verschärfen. Deshalb ist es fraglich, ob der Vergleich des Anteils der schleswig-holsteinischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung mit dem Anteil der hier studierenden Mediziner an der Gesamtzahl aller Medizinstudenten im Bundesgebiet der geeignete Maßstab zur Festlegung der Zahl der Studienplätze an den Hochschulen des Landes sein kann. Da die Studienanfänger von heute aufgrund der sehr qualifizierten und deshalb langen Aus- und Weiterbildung erfahrungsgemäß erst in mehr als zehn Jahren für die Versorgung zur Verfügung stehen werden, sollte bei jeder Entscheidung über Ausweitung oder Einschränkung der Kapazitäten der medizinischen Fakultäten in Kiel und Lübeck der künftige Bedarf an Ärzten zu Grunde gelegt werden. Ergänzend regt die Kassenärztliche Vereinigung an, dass alle Verantwortlichen sich Gedanken machen, wie es künftig besser gelingen kann, die Absolventen der schleswig-holsteinischen Universitäten in diesem Studienfach auch für eine spätere Tätigkeit bei uns im Land zu gewinnen. Dafür gibt es aus anderen Bundesländern verschiedene Beispiele, Medizinstudenten finanziell zu unterstützen, wenn sie sich verpflichten, nach Abschluss ihrer Weiterbildung in ländlichen Gebieten in der ambulanten Versorgung tätig zu werden.

Landesseniorenrat

Die ambulante Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein lässt sich nicht am grünen Tisch planen. Der KVSH ist deshalb die Meinung all jener Organisationen und Vereinigungen wichtig und willkommen, die sich ebenfalls Gedanken über die Zukunft der ambulanten Versorgung in unserem Bundesland machen.

Da die wohnortnahe ärztliche Versorgung gerade für ältere Menschen von großer Bedeutung ist, hat insbesondere der Austausch mit dem Landesseniorenrat für die KVSH einen hohen Stellenwert. Gern hat die KVSH deshalb das Angebot der Vertretung der Seniorinnen und Senioren im Land Schleswig-Holstein angenommen, auf regionalen Fachtagungen der Organisation die Herausforderungen, die in einer alternden Gesellschaft auf die ärztliche Versorgung zukommen, darzulegen und gemeinsam über

neue Lösungen für die sich abzeichnenden Probleme zu diskutieren. Auf Vorstandsebene findet zudem mehrfach im Jahr ein intensiver Meinungsaustausch zwischen der KVSH und dem Landesseniorenrat statt.

Versorgung geht uns alle an – KVSH im Dialog mit Kreisen, Städten und Gemeinden

Das grundsätzliche Problem, dass die Zahl der Ärzte abnimmt, während die Zahl der Behandlungsfälle steigt, ist mit dem bloßen Hinweis auf die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung für den Sicherstellungsauftrag nicht zu heilen. Vielmehr muss es darum gehen, das Problembewusstsein insbesondere dort zu stärken, wo diejenigen Menschen wohnen, die von der Verschlechterung des medizinischen Angebots zuerst betroffen sein werden. Das sind in erster Linie die Menschen im ländlichen Raum. Daher hat die KVSH das Gespräch zu den kommunalen Landesverbänden gesucht und die Problematik intensiv mit ihnen erörtert. Mit Unterstützung des Schleswig-Holsteinischen Landkreistages und des Schleswig-Holsteinischen Gemeindetages haben Vertreter der KVSH in den Kreisen jeweils kreisspezifische Daten zur Entwicklung der Arztzahlen und der Bevölkerung präsentiert (siehe Anhang). Ziel war es, die kommunalpolitisch Verantwortlichen für die sich abzeichnenden Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung zu sensibilisieren und gemeinsame Lösungsansätze zu diskutieren.

Für einige Kreise war dies die erste persönliche Begegnung mit Vertretern der KVSH. Aber hiervon unabhängig fielen die Gespräche allorts auf fruchtbaren Boden: Die Landkreise messen einer guten, flächendeckenden ambulanten Versorgung einen hohen Stellenwert bei. Obwohl selbst für den stationären Bereich verantwortlich, brachten sie auch der ambulanten Problematik großes Interesse und die Bereitschaft zur Kooperation und Mitverantwortung entgegen. Neben den schulischen Angeboten im Amt oder einer Gemeinde und einer zukunftsweisenden Bauleitplanung gehörten – so ein Argument – zu deren Attraktivität und zu einer vorausschauenden kommunalen Planung auch eine gute und sichere ambulante ärztliche Versorgung.

INTERVIEW

Der Amtsdirektor des Amtes Nortorfer Land, Dieter Staschewski, zu seinen Erwartungen an eine von seinem Amt initiierte Fragebogenaktion unter den niedergelassenen Ärzten in der Region Nortorf.

Wie ist es aus Ihrer Sicht um die ambulante Versorgung in Ihrer Region bestellt?

Dieter Staschewski: Derzeit ist zumindest in unserer Region, auch wenn sie überwiegend ländlich strukturiert ist, die ambulante Versorgung zufriedenstellend. Probleme gibt es sicherlich im Bereich des Beförderungswesens, da gerade die älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger Probleme haben, „ihren“ Hausarzt aufzusuchen. Die derzeitigen Beförderungsmöglichkeiten im Rahmen des öffentlichen Personenverkehrs lassen manchen Arztbesuch zur „Tagestour“ werden. Die Anzahl der ausgebildeten Ärzte wird drastisch sinken. Wenn man dann noch den demografischen Wandel und die Morbiditätsentwicklung betrachtet, ist davon auszugehen, dass der ländliche Bereich zukünftig der große Verlierer der medizinischen Versorgung sein wird. Dies wird nicht spurlos an uns vorbeigehen.

Aufgrund der finanziellen Situation im Gesundheitswesen ist auch davon auszugehen, dass immer mehr eigentlich erforderliche stationäre Behandlungen in den ambulanten Bereich verlegt werden, ohne dass parallel eine Budgetverlagerung angedacht ist. Welcher ausgebildete Arzt ist dann noch motiviert, im ländlichen Bereich eine Praxis zu führen, zumal ja auch die Überalterung der Ärzteschaft eine besondere Rolle spielt? Zusammenfassend kann ich also sagen, dass ich erhebliche Sorge trage, dass in unserer Region zukünftig eine ausreichende ambulante Versorgung sichergestellt ist.

Was versprechen Sie sich von der Fragebogenaktion?

Staschewski: Der Kreis Rendsburg-Eckernförde sorgt sich gemeinsam mit den Städten, Ämtern und Gemeinden im Kreis um die wohnortnahe und flächendeckende ambulante Versorgung seiner Bürger. Wie schon bei der vorherigen Frage erläutert, wird die zu befürchtende abnehmende Zahl von Ärzten bei einer wachsenden Zahl von Behandlungsfällen uns vor eine große Herausforderung stellen. Vor diesem Hintergrund wollen wir uns ein konkretes Bild von der Patientenversorgung vor Ort machen (Ist-Analyse). Hierzu möchten wir die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten befragen, um anschließend nach Auswertung der Fragebögen gegebenenfalls im Gespräch nach konkreten und zielorientierten Lösungsansätzen zu suchen.

Welche Rolle kommt den Gemeinden und Kommunen künftig bei der Gestaltung der ambulanten Patientenversorgung zu?

Staschewski: Es kann nicht Aufgabe der Kommunen sein, mit großen finanziellen Anstrengungen das Gesundheitswesen zu reformieren. Denkbar wären Hilfestellungen bei der Anpassung des öffentlichen Personenverkehrs oder die kommunale Unterstützung, z. B. im Rahmen des Bauplanungsrechtes, bei der Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren. Sinnvoll wäre es nach meiner Auffassung auch, einen so genannten „Runden Tisch“ mit Vertretern der niedergelassenen Ärzte, der KVSH, dem Kreis, dem Gemeindetag und Vertretern des Seniorenrates einzurichten, um eine engere Kooperation gewährleisten zu können.

Dabei sprach sich eine ganze Reihe von Kreisen für eine Einführung und Stärkung der Verbundweiterbildung aus. Hierzu sollten die Krankenhäuser von den Kreisen zum Abschluss von entsprechenden Vereinbarungen mit der KVSH ermuntert werden. Die Kreise versprechen sich hiervon ein Verbleiben der jungen Mediziner im Kreisgebiet, da die Erfahrung gezeigt hat, dass Ärzte sich häufig in der Umgebung des Krankenhauses niederlassen, in dem sie ihre Facharztausbildung gemacht haben. Angeregt wurde, Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer nicht nur in Bad Segeberg sondern auch dezentral im Land durchzuführen. Das Engagement, die angehenden Fachärzte vor Ort zu halten, geht bis hin zu einer finanziellen Unterstützung auch des ambulanten Teils der Weiterbildung durch die örtliche Klinik. Auch eine „Landeskinderregelung“, die eine Quote für Studienplatzbewerber aus Schleswig-Holstein vorsieht, stellt aus Sicht der Kreise einen weiteren Baustein zur Bindung des medizinischen Nachwuchses an das Land dar. Konsens besteht außerdem in der Beurteilung, dass die geltende Bedarfsplanung ein Zerrbild der tatsächlichen Versorgungssituation liefert. Die Landkreise sprechen sich für eine kleinräumigere Bedarfsplanung aus, die es ermöglicht, auch gezielt auf lokale Versorgungsengpässe zu reagieren.

Mit dem Ziel, die vorhandene ambulante Versorgung zu sichern (Bestandsschutz) und ein „Frühwarnsystem“ aufzubauen, haben Kreise die Lage der ambulanten medizinischen Versorgung in ihren Fachausschüssen zum Thema gemacht. Einige Landkreise haben bereits in dem regelmäßig stattfindenden Austausch mit den Bürgermeistern, Amtsvorstehern und -direktoren über Ansätze gesprochen, wie die Kommunen die Ärzte und Psychotherapeuten im Kreis halten und Zeitpunkt und Gründe für eine mögliche Abwanderung frühzeitig im Gespräch erkennen können, um rechtzeitig und wirksam gegenzusteuern. Die dezentrale Struktur der KVSH mit ihrer Präsenz in jedem Kreis ermöglicht kurze Wege und einen direkten Austausch über lokale Versorgungsengpässe.

Die in den Gesprächen mit den Kreisen erhaltenen wertvollen Anregungen sind ein Beleg dafür, dass die Akteure vor Ort die Probleme am

besten kennen und im Stande sind, gemeinsam mit der Ärzteschaft spezifische Lösungen zu erarbeiten und anzubieten. Einige Beispiele sollen dies belegen:

- Auf Anregung einiger Vertreter von Ämtern und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde hat die KVSH einen Fragebogen erstellt, mit dessen Hilfe sie sich ein Bild von der Entwicklung der haus- und fachärztlichen medizinischen Versorgung in ihrem jeweiligen Amts- oder Gemeindegebiet machen können. Auf dieser Grundlage wollen die kommunalen Vertreter im Gespräch mit den Ärzten vor Ort gemeinsam nach individuellen Lösungen suchen. Dabei rangiert die Bandbreite der Möglichkeiten vom Angebot eines günstigen Mietzinses für Praxisräume oder der finanziellen Unterstützung bei dem Erwerb eines Grundstücks bis hin zur Vermittlung von Kinderbetreuungsangeboten.
- Der Kreis Plön strebt gemeinsam mit der Entwicklungsgesellschaft Ostholstein die Realisierung eines länderübergreifenden Projektes an, von dem besonders die Landärzte im dänischen Seeland und in den gegenüberliegenden schleswig-holsteinischen Kreisen Plön und Ostholstein, profitieren sollen. Ziel ist es, Mittel aus dem EU-Strukturfonds INTERREG IV A zu akquirieren, mit denen speziell die elektronische Vernetzung von Landarztpraxen gefördert werden soll. Dies würde eine schnellere Befundung und einen barrierefreien Austausch von Patientendaten mit dem Krankenhaus ermöglichen.
- Im Kreis Herzogtum Lauenburg bereitet vor allem die fachärztliche Versorgung Sorge. Eine dauerhafte Lösung sieht man hier in einer engeren Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus. Dies soll ein Modellprojekt unter Beweis stellen, das ein vom Krankenhaus erstelltes Ärztehaus vorsieht, in dem niedergelassene Fachärzte tätig sein sollen. Die Planungen laufen auf Hochtouren.

Versorgung braucht
frische Ideen



Schleswig-Holsteins Ärzte wollen, dass ihre Patienten auch morgen noch eine gute medizinische Infrastruktur vorfinden. Deshalb gestalten die niedergelassenen Ärzte die Zukunft der Versorgung aktiv mit – mit großem Engagement, unternehmerischem Mut und frischen Ideen. Drei Beispiele:

Wissen weitergeben – Ein Landarzt engagiert sich in der Weiterbildung

Die Gemeinde Wöhrden im Kreis Dithmarschen liegt in der fruchtbaren Nordermarsch. Hier leben rund 1.300 Menschen. Die Nordseeküste ist nur wenige Kilometer entfernt. Grüne Wiesen, Felder und zahlreiche Windkraftanlagen prägen das Landschaftsbild. „Urlaub – so weit das Auge reicht“, dieser Slogan kommt einem sofort in den Sinn, wenn man diese Ecke Schleswig-Holsteins besucht.

Mitten in Wöhrden liegt die Berufsausübungsgemeinschaft von Hausarzt Dr. Johann Kielholz, seiner Kollegin Dr. Wiebke Jungjohann und Praxispartner Karsten Tretow. Am längsten dabei ist der 58-jährige Kielholz, der sich 1984 in Wöhrden niederließ.

„25 Jahr Praxis op de Swienweid“ steht auf einem Schild über der Eingangstür.

Kielholz bezeichnet sich selbst als klassischen Landarzt mit Leib und Seele. In seiner Praxis werden im Quartal rund 2.500 Patienten behandelt – Säuglinge, Kinder, Erwachsene und ältere Menschen. Auch das Leistungsspektrum ist breit: Es werden allgemeine Vorsorgeuntersuchungen vom Säugling bis zum Rentner angeboten, kleine chirurgische Eingriffe durchgeführt, Unfälle – auch Arbeitsunfälle – versorgt, es gibt viele postoperative Nachbehandlungen, allgemeine Infekte bis hin zu Schwerstkranken und oft auch Sterbebegleitung. Immer öfter werden außerdem psychosomatische und psychiatrische Krankheitsbilder behandelt. In der Praxis stehen ein EKG-, ein Sonographie- und ein Röntgengerät. Hausbesuche und die Betreuung von Altenheimen im Umkreis der Praxis gehören genauso dazu wie die Versorgung von Patienten außerhalb der Sprechstunde. „Wir behandeln keine Krankheiten, sondern Menschen“ – lautet das Motto von Kielholz und seinen Praxispartnern.

Neben seinen Patienten liegt Kielholz aber auch noch etwas anderes am Herzen und das ist die Ausbildung von Weiterbildungsassistenten zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Bisher hat er 15 angehende Hausärzte in seiner Praxis ausgebildet, zurzeit sind es zwei: Dr. Ulrike Anders und Daniel Weiss.

Die beiden Rheinländer sind seit März 2008 bzw. Januar 2009 in Wöhrden. Auf die Frage, warum sie sich gerade diese Praxis für ihre Weiterbildungszeit ausgesucht haben, antworten beide spontan: „Dr. Kielholz hat einen ausgezeichneten Ruf, wenn es um die Weiterbildung des medizinischen Nachwuchses geht.“ Beide betonen, dass sich Kielholz und seine Praxispartner viel Zeit für sie nehmen, sie intensiv betreut werden und somit den Beruf des Hausarztes von der Pike auf lernen. Die beiden Weiterbildungsassistenten dürfen ihm nicht nur über die Schulter schauen, sie sind fast gleichwertig in die Behandlung der Patienten eingebunden. Im Unterschied zum Krankenhaus sei die Arbeit in der Praxis zwar eine „völlig andere Welt“, beide hätten aber in Wöhrden genau das gefunden, was sie immer wollten: Spaß und Freude am Beruf des Hausarztes und die Möglichkeit, auf die individuellen Bedürfnisse eines Patienten einzugehen.

„Wir sind momentan rundum zufrieden und glücklich“, so Anders und

Weiss „und das motiviert uns bei der Arbeit mit den Patienten jeden Tag aufs Neue.“ Kielholz schätzt den Einsatz seiner Weiterbildungsassistenten und honoriert diesen mit einer Bezahlung, die in etwa das Niveau einer gleichwertigen Position am Krankenhaus hat. Neben dem Zuschuss im Rahmen der Förderung der Allgemeinmedizin von Krankenkassen und KVSH in Höhe von 2.040 Euro monatlich stockt Kielholz das Gehalt entsprechend auf. Das sei absolut ungewöhnlich, unterstreichen Anders und Weiss. Andere Weiterbildungsassistenten bekämen nur den Zuschuss und darüber hinaus nichts.

2010 endet ihre Weiterbildungszeit in Wöhrden. Wie es danach weitergeht, wissen beide noch nicht. Sie scheuen sich ein wenig, sich als Hausärzte in einer Praxis niederzulassen und denken eher darüber nach, sich als niedergelassene Ärzte anstellen zu lassen. Das finanzielle und wirtschaftliche Risiko in der Freiberuflichkeit sei einfach zu groß. Der Einstieg in eine Praxis sei in der Regel mit der Aufnahme eines hohen Kredits verbunden. „Die Zukunftsaussichten sind aber gerade wegen der Honorarreform alles andere als rosig – nicht nur bei uns, sondern auch bei vielen Kolleginnen und Kollegen sorgen solche Perspektiven für Unsicherheit.“

Für weiteres Nachdenken über die berufliche Zukunft bleibt den beiden Weiterbildungsassistenten allerdings kaum Zeit. Es warten schon die nächsten Patienten und später stehen dann noch einige Hausbesuche auf dem Programm.



INTERVIEW

mit Dr. Johann Kielholz, weiterbildungsberechtigter Allgemeinarzt aus Wöhrden

Dr. Kielholz, nach welchen Kriterien suchen Sie sich Ihre Weiterbildungsassistenten aus?

Dr. Johann Kielholz: Die Chemie muss stimmen und die Weiterbildungsassistenten müssen bereit sein, unsere Praxis-Philosophie anzunehmen und umzusetzen. Bei uns steht der Patient im Mittelpunkt. Gerade ein Landarzt ist rund um die Uhr für seine Patienten da. Das bedeutet hohe Einsatzbereitschaft, bietet gleichzeitig aber auch die Chance einer umfassenden Ausbildung zum Hausarzt. Kein anderer medizinischer Beruf ist so anspruchsvoll und abwechslungsreich zugleich. Wenn ein Weiterbildungsassistent zu uns kommen möchte, läuft er vorher für zwei Tage bei uns mit. So können beide Seiten feststellen, ob es passt. Meistens passt es.

Warum engagieren Sie sich so stark für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin?

Kielholz: Besonders in Regionen wie Dithmarschen brauchen wir auch in Zukunft Hausärzte, die so wie wir für die ganze Familie da sind. Gerade auf dem Land kommt es darauf an, dass die Menschen einen Arzt in ihrer Nähe haben und diesen möglichst ohne lange Anfahrtswege erreichen können. Wir steuern aber auf ein Nachwuchsproblem zu und das hat nicht zuletzt auch etwas mit der Honorarreform zu tun. Schon jetzt sind immer weniger Mediziner bereit, sich als Landarzt niederzulassen – das finanzielle Risiko ist ihnen einfach zu groß. Die Vergütungsreform wird diesen Trend meiner Meinung nach weiter verschärfen. Bei solch schlechten Honoraraussichten überlegt doch jeder dreimal, ob er einen hohen Kredit aufnimmt und sich dann niederlässt.

Was muss sich Ihrer Meinung nach ändern?

Kielholz: Vorweg möchte ich betonen: Hausarzt ist für mich immer noch der schönste Beruf der Welt, das sage ich auch meinen Weiterbildungsassistenten. Er macht allerdings weniger Spaß als noch vor 25 Jahren, als ich in Wöhrden anfang. Die Honorarreform mit ihren budgetierten Regelleistungsvolumina sorgt dafür, dass Mehrarbeit bestraft wird. Für die Grundversorgung eines Patienten bekomme ich gerade einmal rund 36 Euro im Quartal, ob ich ihn nun einmal oder zwanzigmal behandle. In unserer Landarztpraxis erwarten die Patienten eine umfangreiche Basisversorgung und nicht gleich eine Überweisung zum Facharzt, der oft kilometerweit entfernt ist. Hierbei möchte ich aber betonen, dass die Zusammenarbeit mit den umliegenden Fachkollegen sehr gut klappt. Bei einer breiten Basisversorgung, die wir gerne selbst übernehmen, bekommen wir allerdings nicht das adäquate Honorar, weil wir unsere Belastungsobergrenze weit vor Quartalsende überschritten haben. Die Politik hat die Hausärzte in die Pfanne gehauen. Sie muss darum endlich dafür sorgen, dass ärztliche Tätigkeit angemessen vergütet wird.

Welche Konsequenzen ziehen Sie aus der aktuellen Entwicklung?

Kielholz: Noch ist es mir möglich, meinen Weiterbildungsassistenten, zusammen mit dem Zuschuss der KVSH, ein angemessenes Honorar zu zahlen. Unter den neuen desaströsen Honorarbedingungen wird mir dies in Zukunft wohl nicht mehr möglich sein. Ich hoffe, dass die Gesundheitspolitik doch noch aufwachen und eine Änderung herbeiführen, bevor vor allem in ländlichen Regionen für den „Hausarzt vor der Tür“ das Licht ausgeht.

Ärztliche Kooperation im ländlichen Raum – MVZ Gorch Fock in Kropp

Jedes Jahr vergibt die KfW-Mittelstandsbank den Unternehmenspreis „GründerChampions“ für erfolgreich umgesetzte neue Geschäftsideen. Landessieger in Schleswig-Holstein wurde im Jahr 2009 das MVZ Gorch Fock in Kropp – der einzige Preisträger des Wettbewerbs aus dem Bereich der ambulanten Medizin. Die Ausrichtung des im Juli 2007 eröffneten MVZ ist ein Beispiel dafür, wie die medizinische Versorgung in einer ländlichen Region auch in Zukunft gesichert werden kann. Aus jedem Bundesland wurde von einer unabhängigen Jury mit Vertretern aus Politik, Wirtschaft, Landesförderinstituten und Industrie- und Handelskammern das erfolgreichste Jungunternehmen ausgewählt. Die Bewerbungen wurden nach den Kriterien Innovationsgehalt und Tragfähigkeit der Geschäftsidee, erfolgreicher Markteintritt und gute Umsatzentwicklung, Schaffung und Erhalt von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie dem nachhaltigen unternehmerischen Handeln beurteilt.

Das innovative Versorgungskonzept des MVZ Gorch Fock in Kropp wurde belohnt: Das medizinische Angebot umfasst sowohl eine Verknüpfung von haus- und fachärztlicher Versorgung als auch eine Kombination aus traditioneller Medizin und Naturheilkunde. Ein Ergotherapeut, ein Logopäde und ein Hörgeräteakustiker befinden sich ebenfalls im Haus. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf Präventionsmaßnahmen gelegt. Mit einem klaren Erscheinungsbild präsentiert sich das MVZ nach außen. Im Mittelpunkt des Praxis-Marketing-Konzepts steht die Kommunikation mit dem Patienten. Information und Aufklärung über die Praxis und über Therapiemöglichkeiten – ganz gezielt auch über die Praxis-Website – machen das Medizinische Versorgungszentrum bekannt und sorgen für eine positive Arzt-Patienten-Beziehung. Das MVZ hat starken Zulauf über die Grenzen der 6.500-Einwohner-Gemeinde Kropp hinaus und sichert in diesem ländlichen Bereich die medizinische Betreuung.



Die Entwicklung des MVZ in Kropp ist aber längst noch nicht abgeschlossen. Im April 2009 hat sich eine hausärztlich tätige Internistin dem Ärzteteam angeschlossen, ab Januar 2010 soll eine psychotherapeutische Kollegin dazu kommen. Eine Erweiterung mit weiteren Fachärzten ist geplant, um die ambulante Rundumversorgung für alle Patienten in der Region um Kropp sicherzustellen.

INTERVIEW

mit Dr. Siegfried Bethge, Allgemeinmediziner, ärztlicher Leiter des MVZ Gorch Fock in Kropp

Was waren für Sie die ausschlaggebenden Motive, ein MVZ gerade in Kropp zu gründen?

Dr. Siegfried Bethge: Meine Frau und ich sind hier seit 2007 vertragsärztlich niedergelassen und leben seit 2000 in Kropp. Vorher war ich bereits vier Jahre lang in Kropp bei der Bundeswehr stationiert und bin jahrelang ärztlichen Bereitschaftsdienst gefahren. Ich kenne also die lokalen Strukturen gut. Wir haben dann Rücksprache mit der KVSH gehalten, um den Bedarf an Ärzten in der Region auszuloten. Als wir aus der Zulassungsabteilung die Rückmeldung bekamen, dass zwei bis drei Sitze zur Neuniederlassung möglich sind, haben wir uns entschlossen in Kropp zu bleiben.

Welches Praxiskonzept haben Sie gewählt?

Bethge: Die Patienten stehen im Mittelpunkt. Sie sollen sich bei uns rundum gut aufgehoben fühlen. Wir bieten ein gutes Zeitmanagement mit sehr kurzen Wartezeiten. Unsere Terminsprechstunden mit maximalen Wartezeiten von 15 Minuten bieten immer noch genügend Zeit, um Akutpatienten einzuschieben. Wir sind im MVZ langfristig für sechs Kollegen ausgelegt, um dann auch im Schichtbetrieb arbeiten zu können. Dann werden wir auch jeden Wochentag durchgängig geöffnet haben. Momentan haben wir noch eine Mittagspause. Mittwoch- und Freitagnachmittag ist aber schon jetzt geöffnet. Wir bieten haus- und fachärztliche Versorgung mit einem großen Zusatzangebot wie z. B. Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur, Chirotherapie, Sportmedizin, Ernährungsmedizin und DMP-Schulungen.

Wer nutzt das MVZ?

Bethge: Es handelt sich bei uns um eine echte Neugründung. Wir haben vielleicht gerade deshalb viele jüngere Patienten, die auch gerne bestimmte Zusatzleistungen in Anspruch nehmen, auf die Gesundheitsvorsorge achten und auch die entsprechenden Gesundheits-Checks machen. Aber es kommen auch immer mehr Ältere. Es spricht sich langsam herum, dass es uns gibt.

Wie viele Ärzte sind in Ihrem MVZ tätig und welche Fachgruppen sind vertreten?

Bethge: Zum MVZ gehören momentan vier Ärzte: Meine Frau und ich als Allgemeinmediziner, Frau Dr. Marquardt als hausärztlich tätige Internistin und Frau Velthaus als physikalisch-rehabilitativ tätige Kollegin. Dann kommen zwei externe, eigentlich in Flensburg ansässige HNO-Ärzte dazu. Zweimal in der Woche stößt noch eine augenärztlich tätige Kollegin dazu. Momentan arbeiten wir an einem Konzept, das darauf abzielt, noch weitere Fachärzte aus der Region ans MVZ zu bekommen. Bei unserem Konzept kommt der Facharzt zum Patienten aufs Land.

Das wäre ja ein Weg, mehr Fachärzte aufs Land zu bekommen.

Lohnt sich das? Wie hoch ist bei Ihnen denn der Privatpatientenanteil?

Bethge: Er liegt bei ca. 20 Prozent. Das liegt zum einen an der günstigen Altersstruktur unserer Patienten, aber auch an den vielen Bundeswehrstandorten in der Nähe.

Haben Sie in Ihrem MVZ einen kaufmännischen Geschäftsführer?

Bethge: Nein, aber wenn wir weiter wachsen, wird irgendwann der Punkt gekommen sein, an dem wir einen kaufmännischen Geschäftsführer brauchen.

Es fällt auf, dass es bisher relativ wenig Ärzte gibt, die ein MVZ gegründet haben.

Warum haben Sie diesen Schritt gewagt?

Bethge: Wir wollten immer selbstständig arbeiten, das war für uns das Hauptmotiv, in die Niederlassung zu gehen. Dann haben wir uns für die Form MVZ entschieden, weil wir es als strategischen Vorteil ansehen. Die Zukunft wird so aussehen, dass die Einzelpraxen langfristig dezimiert werden. Als MVZ können wir als größere Einheit bes-

ser überleben und den Krankenkassen besser gegenüberstehen, mit Strukturverträgen, Einzelverträgen und im Rahmen der integrierten Versorgung. Außerdem haben auch die Patienten Vorteile: Wenn die HNO-Ärzte oder die Augenärztin da sind, können wir aus der Sprechstunde heraus die Patienten sofort zu ihnen schicken, wenn das nötig ist. Die kurzen Wege und die innerbetriebliche Kommunikation sind ein starkes Argument.

Viele Ärzte sagen, dass die Bedarfsplanung modernisiert und flexibler gemacht werden muss. Wie sehen Sie das?

Bethge: Ich sehe dort viel Reformbedarf. Die Zulassungsabteilung der KVSH hat uns schon sehr gut beraten, aber eine Neugründung wird einem in Deutschland schon sehr schwer gemacht. Viele alte und manchmal auch überholte Strukturen werden gepflegt und geschützt. Im Gegensatz dazu gibt es wenig Anreize für neues konstruktives Denken.

Welche Rolle spielte die Kommune bei der Neugründung?

Bethge: Wir haben in Kropp einen sehr engagierten Bürgermeister. Er hat erkannt, dass eine gute ärztliche Versorgung auch ein Standortvorteil für seine Gemeinde ist. Jeder Bürger kann mit dem Taxi von jedem Ort im Großraum Kropp für 1,65 Euro zu uns fahren. Den Restbetrag übernimmt die Gemeinde. Er muss das Taxi mindestens 30 Minuten vorher bestellen, um jeweils zur vollen Stunde transportiert werden zu können. Außerdem kam man uns bei der Ausgestaltung des Bebauungsplanes für das MVZ sehr entgegen.

Viele Ärzte haben immer noch das Schreckgespenst der alten DDR-Poliklinik im Kopf, wenn sie an MVZ denken. Was entgegnen Sie?

Bethge: Diese Kollegen sind wenig innovativ und risikofreudig. Wir nutzen zusammen mit einem Zahnarzt 732 Quadratmeter Raum und kein Patient fühlt sich von unserem Konzept oder den Räumlichkeiten abgeschreckt. Es kommt natürlich immer auf das Team an. Die Mitarbeiter sind immens wichtig. Bei uns ist die ärztliche Verzahnung optimal und wir haben alle verschiedenen Schwerpunkte. Der Patient findet alle wichtigen Bausteine ärztlicher Leistung vor mit einem individuellen, auf den jeweiligen Patienten zugeschnittenen Behandlungskonzept.

Müssen Sie als ärztlicher Leiter eines MVZ nicht auch strategisch denken?

Bethge: Sicher. Wir haben hier von Anfang an relativ viel Geld in die Hand genommen und unwahrscheinlich viel aus dem Bauch heraus gemacht. Wie sich im Nachhinein herausstellt, wohl auch weitgehend richtig. Der Unternehmensberater, der jetzt seit einem dreiviertel Jahr mit im Boot ist, bestätigt uns in unserem Vorhaben und hält uns jetzt weiter auf Kurs.

Wie sieht es mit der finanzierenden Bank aus? Apobank oder Hausbank?

Bethge: Wir haben mit beiden gesprochen, uns dann aber letzten Endes für die ortsansässige Bank entschieden. Hier hat man schnell reagiert und finanziert.

Was raten Sie einem Arzt, der sich mit dem Gedanken trägt, ein MVZ zu gründen?

Bethge: Er sollte eine genaue Standortanalyse vornehmen und das kann er eigentlich nur über die KVSH machen. Natürlich muss er sich vor Ort umschaun, was dort für Möglichkeiten bestehen und er sollte sich gleich verschiedene Kooperationspartner suchen. Erst einmal aus dem eigenen Fachbereich, allein würde ich nicht starten. Dann braucht er mindestens zwei bis zweieinhalb KV-Sitze, um die laufenden Kosten decken zu können. Außerdem sollten Zusatzqualifikationen vorliegen oder erworben werden. Noch ein Tipp: Der Gründer sollte rechtzeitig das örtliche Gesundheitsamt informieren und einbinden. Sonst kann es passieren, dass das gesamte Projekt beispielsweise an einer zu kleinen Behindertentoilette scheitert oder in Verzug gerät.

Ärzte ergreifen die Initiative – Paracelsus-Gesundheitszentrum in Lübeck-Moisling

Der als strukturschwach geltende Stadtteil Lübeck-Moisling ist sicher kein Standort, an dem man ein modernes Gesundheitszentrum erwarten würde. Dennoch entstand hier auf Initiative Moisliger Ärzte ein Großprojekt mit 20 niedergelassenen Ärzten, einer Apotheke und einem integrierten Pflegedienst zur Sicherung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vor Ort.

Allgemeinmediziner Dr. Harald Buermann ist einer der Ärzte, die sich vor zwei Jahren entschlossen, das Projekt „Paracelsus-Gesundheitszentrum“ ins Leben zu rufen. Er berichtet im Interview über seine Erfahrungen mit diesem ärztlichen Kooperationsmodell.



INTERVIEW

mit Dr. Harald Buermann, Allgemeinmediziner, Paracelsus-Gesundheitszentrum Lübeck

Moisling hat als Stadtteil ja nicht den allerbesten Ruf.

Lohnt sich der Bau eines modernen Gesundheitszentrums mit 20 Ärzten, Apotheke und Pflegedienst an diesem Standort überhaupt?

Dr. Harald Buermann: Moisling ist deutlich besser strukturiert als sein Ruf. Es gibt hier auch viele Bahn- und Postbeamte, viele Dörfer in unmittelbarer Umgebung und attraktive Neubaugebiete mit Einfamilienhäusern. Insofern ist die Struktur des Stadtteils relativ gut gemischt. Andere soziale Brennpunkte in Lübeck wie etwa Buntekuh sind sicherlich schwierigere Standorte. Das Gesundheitszentrum hat außerdem ein Einzugsgebiet von ca. 20.000 Patienten und wir müssen täglich mehr als 1.000 Patienten versorgen. Arbeit haben wir also genug.

Wie kam es zur Gründung des Gesundheitszentrums?

Buermann: Die „Grundausstattung“ des Hauses besteht im Prinzip aus ganz alten, in den 60er Jahren gegründeten Arztpraxen. Die drei Hausarztpraxen fusionierten dann zu einer hausärztlich-internistischen Gemeinschaftspraxis. Im ersten Stock arbeiten sechs Ärzte seit zwei Jahren sozusagen als „Fusionspraxen“ zusammen. Und auch der fachärztlich-internistische Teil war ursprünglich eine alteingesessene Praxis.

Wie entstand die Idee, etwas ganz Neues aufzubauen?

Buermann: Eigentlich entstand die Idee am „Stammtisch“. Wir Moisliger Ärzte haben uns regelmäßig getroffen und kommen schon seit über zehn Jahren in einem fachübergreifenden Qualitätszirkel zusammen. Irgendwann kam die Idee auf, dass wir auch räumlich gern enger zusammenarbeiten wollen. Mit Hilfe einer Beratungsfirma haben wir zwei Jahre lang regelmäßig Treffen mit einer externen Moderation durchgeführt und in diesen Moderationsprozess ist

schließlich auch ein Investor eingestiegen. Er hat uns gesagt, wenn ihr euch entschließt, in Moisling ein Gesundheitszentrum zu schaffen, dann stelle ich die Finanzierung auf die Beine und besorge euch ein passendes Grundstück in zentraler Lage. Danach haben wir die Architekten darüber informiert, was wir uns wünschen. Nach unseren Vorstellungen ist dann dieses Haus geplant und gebaut worden.

In so einer großen Einheit werden auch große Summen umgesetzt.

Wie dividieren Sie das alles auseinander?

Buermann: Jeder macht noch seine eigene Verwaltung. Wenn man so will, seine eigene Praxis. Das muss bei der Vielzahl von Organisations- und Kooperationsformen auch sein. Der Chirurg, der Neurologe und die Apotheke sind ein medizinisches Versorgungszentrum, die gynäkologische Praxis ist eine Gemeinschaftspraxis, der fachärztliche Internist mit seiner Frau hat eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis, von den Hausärzten sind sechs in einer Gemeinschaftspraxis und es gibt noch einen angestellten Vertragsarzt. In unserer hausärztlichen Praxis haben wir uns die Arbeit zum Teil auch nach Schwerpunkten aufgeteilt.

In welcher Phase hat Sie die KVSH begleitet?

Buermann: Insbesondere als es um das Thema „Zusammenschließen ja, aber in welcher Form?“ ging. Da hat sich herausgestellt, dass es für uns nicht sinnvoll ist, die Form einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zu wählen, weil dann für die Fachärzte der Punktwert im Gegensatz zu den Hausärzten nach unten ginge. Wie sich das allerdings in Zukunft entwickelt, steht in den Sternen.



Wie hat sich Ihre Arbeit in einer größeren Einheit verändert?

Buermann: Ich habe jetzt zu allen Fachkollegen ein persönliches und direktes Verhältnis. Die Kommunikation funktioniert viel besser. Früher kannte ich viele Facharztkollegen ja nur vom Telefon. Dazu kommen die vielen Synergieeffekte: Wir benutzen ein Labor. Wir haben einen Raum, um EKG-Lungenfunktionsuntersuchungen zu machen. Wir können attraktive Öffnungszeiten anbieten. Die Hausarztpraxis ist jeden Wochentag von 7.30 Uhr bis 18.30 Uhr besetzt. Die Patienten treffen dann allerdings nicht immer den Arzt an, an den sie gewöhnt sind. Wir bitten dann um Terminabsprache. Außerdem sind wir bei unserer Urlaubs- und Wochenendplanung großzügiger geworden, weil wir wissen, es ist ja jemand vor Ort. Das Leben wird ziemlich vereinfacht und durch besseres Zeitmanagement arbeiten wir insgesamt effektiver.

Die Einzelpraxen sind durch eine größere Einheit ersetzt worden. Wie hat sich das persönliche Verhältnis zu den Patienten verändert?

Buermann: Am Anfang gab es schon Bedenken wie etwa „Oh, die alten kleinen gemütlichen Praxen waren doch so schön, jetzt ist alles so groß und unübersichtlich“. Doch die Meinung der Patienten hat sich schnell verändert. Sie haben gemerkt, dass die Ärzte natürlich die gleichen geblieben sind. Auch die Helferinnen sind die gleichen. Die freie Arztwahl ist natürlich selbstverständlich. Es ist wichtig, das persönliche Verhältnis zu den Patienten aufrechtzuerhalten, trotz aller technischen Neuerungen, wie z. B. dem Wartezimmerfernsehen oder dem elektronischen Melde-Chip für Patienten, die sich nicht im Wartebereich, sondern im Café aufhalten möchten.

Was raten Sie einem Arzt, der sich auch in einem Gesundheitszentrum niederlassen möchte?

Buermann: Er sollte seine eigenen Qualitäten hinsichtlich Teambildung überprüfen und sich nach anderen Kollegen umgucken, die mitmachen wollen. Dann muss er sich noch zwischen Stadt und Land entscheiden. Im städtischen Bereich wird es sicher darauf hinauslaufen, dass es Stadtteilzentren wie unseres geben wird. Die kleinen Praxen werden es sehr schwer haben. Wahrscheinlich wird es so sein, dass Sana oder Asklepios das in die Hand nehmen. Diese Unternehmen werden die Ärzte aber nicht einladen, als Selbstständige in diesen Gesundheitszentren zu arbeiten.

Die niedergelassenen Ärzte werden also mittelfristig zu Angestellten?

Buermann: Genau. Wer jetzt nicht die Initiative ergreift und sich einer größeren Einheit anschließt, der wird über kurz oder lang ein angestellter Arzt sein. Wir werden das vielleicht auch irgendwann, aber als größere Einheit sind wir nicht so leicht zu schlucken und auch nicht so erpressbar wie kleine Einzelpraxen.

Versorgung braucht neue Regeln

Wettbewerb war der Leitbegriff vieler gesundheitspolitischer Entscheidungen der vergangenen Jahre. Und doch wuchs der Staatseinfluss erheblich. Bewährte Strukturen und die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung wurden zurückgedrängt. Weitere Experimente am Patienten „Gesundheitssystem“, ohne Fallschirm und Rückversicherung, verträgt die ambulante Versorgung nicht mehr, ohne dauerhaft Schaden zu nehmen. Dringend notwendig ist ein Ordnungsrahmen, der den Leistungserbringern ebenso wie den Versicherten und allen anderen Beteiligten Verlässlichkeit, Planungssicherheit und Berechenbarkeit gibt. Für eine neue Wettbewerbsordnung, die den Erhalt der flächendeckenden, wohnortnahen, qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung in den Mittelpunkt stellt, plädiert Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in seinem Gastbeitrag.

Wettbewerb braucht Ordnung – Wie wir unser Gesundheitswesen weiterentwickeln können

Von Dr. Andreas Köhler

Das Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Einerseits nimmt der Bedarf an medizinischen Leistungen stetig zu. Andererseits geht uns der Nachwuchs bei den Ärzten und anderen Gesundheitsberufen aus. Es braucht ein ganzes Bündel an Maßnahmen, um das Gesundheitswesen für die Zukunft fit zu machen. Wenn wir als Gesellschaft weiterhin diesen über Jahrzehnte hinweg gewollten und geschätzten Wert einer flächendeckenden, wohnortnahen, qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung erhalten wollen, müssen wir ein ganzes Bündel an Maßnahmen umsetzen:

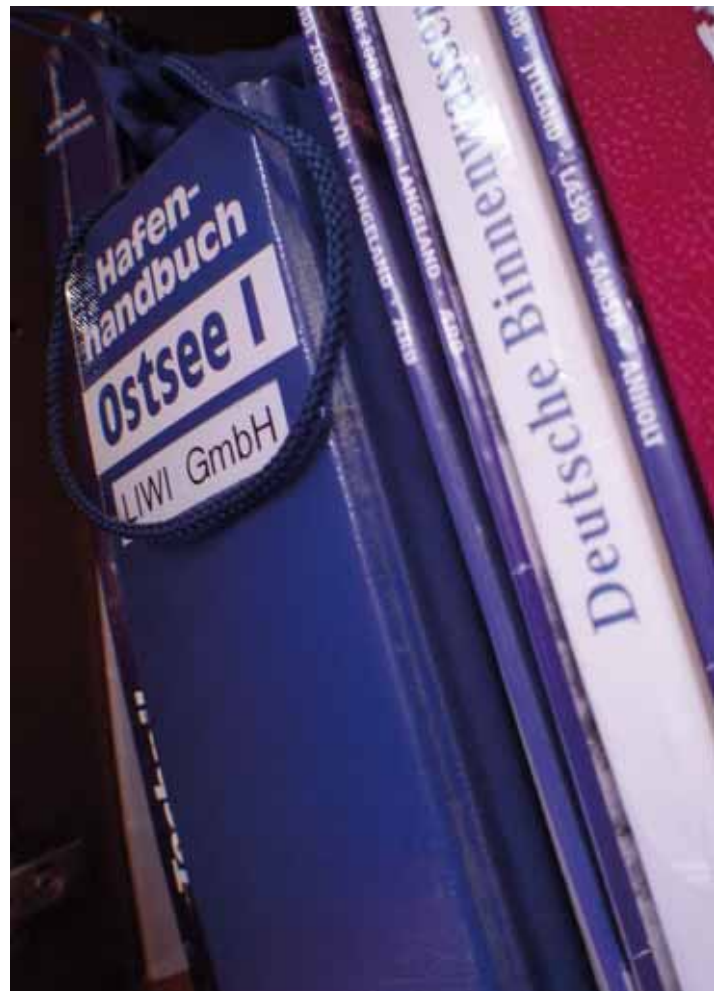
Dazu gehören unter anderem:

- die Steigerung der Attraktivität des Arztberufs
- die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, die auch den regional unterschiedlichen Bedingungen gerecht wird
- eine Wettbewerbsordnung, die sinnvollen Wettbewerb fördert und gleichzeitig den Anforderungen einer solidarischen Krankenversicherung an Versorgungssicherheit und Versorgungsgerechtigkeit entspricht
- Patientenschutz, Transparenz und Qualitätsförderung

Wettbewerb um die beste Versorgung ist sinnvoll

Die Politik muss nun entscheiden, was sie wirklich will. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat sich in ihren Gremien und gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie den Berufsverbänden intensiv mit der notwendigen Modernisierung des Gesundheitswesens beschäftigt. Wir haben ein Konzept erarbeitet, das aufzeigt, was nötig ist, um Versorgungssicherheit und Versorgungsgerechtigkeit zu erhalten beziehungsweise wiederherzustellen.

Um es deutlich zu sagen: KBV und KVen lehnen den Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht ab. Im Gegenteil! Ein Wettbewerb um die beste Versorgung für die Patienten ist sinnvoll und zu begrüßen. Doch ein solcher Wettbewerb braucht eine Ordnung.





In unserem Modell bleibt die Basis der ambulanten ärztlichen Versorgung der Kollektivvertrag. Dieser wird differenziert und ergänzt durch Einzelverträge. Funktionieren kann dies nur mit einem ungeteilten Sicherstellungsauftrag für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Wir sind bereit, diesen zu übernehmen. Unser Konzept sieht eine Aufteilung in verschiedene Versorgungsebenen vor. Die Grundversorgung ist weiterhin wohnortnah kollektivvertraglich zu regeln. Sie umfasst sowohl die hausärztliche als auch die wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene.

Darüber steht die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene. Sie arbeitet eng mit der Grundversorgungsebene und dem stationären Bereich zusammen und erbringt in einem Katalog definierte Leistungen. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen wie Qualität, Vergütung und Bedarfsplanung ist die spezialisierte fachärztliche Ebene dem Krankenhaus gleichgestellt. Zudem stellen wir uns sektorübergreifende Versorgungsketten vor, die die Versorgung insbesondere chronisch Kranker verbessern. Denn es ist völlig falsch, immer nur im Sektor ambulante Versorgung zu denken. Unser Anspruch geht weiter: Wir wollen die gesamte Versorgungskette einbeziehen. Doch auch dann brauchen die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte einen klaren Auftrag, der gesetzlich definiert werden muss.

Versicherte können zwischen drei Tarifen wählen

Der Wettbewerb soll natürlich auch für die gesetzlich Versicherten spürbar sein. Sie haben laut dem Konzept künftig die Wahl zwischen drei Kollektivtarifen. Der erste entspricht der heutigen Regelversorgung mit freier Arztwahl und freiem Zugang zur nächsten Versorgungsebene im Sachleistungsprinzip. Kollektivtarif II ist stärker gesteuert, der Versicherte verpflichtet sich, die nächste Versorgungsebene nur auf Überweisung eines weiterhin frei wählbaren Hausarztes aufzusuchen. Hier gilt ebenfalls das Sachleistungsprinzip. Tarif III basiert auf Kostenerstattung. Auf allen Ebenen sind zudem ergänzende Verträge möglich. Sie setzen auf den Kollektivverträgen auf und dienen vorrangig der Verbesserung

des sektoren- und fachübergreifenden Versorgungsgeschehens bei chronischen Erkrankungen. Vertragspartner können je nach Ausgestaltung einzelne Kassen oder Kooperationspartner von Kassen und Arztgruppen, Ärzte und Berufsverbände sowie die KVen sein. Nachgewiesene Versorgungsverbesserungen sind in den Kollektivvertrag einzubeziehen. Die Versorgungssteuerung erfolgt rational durch Überweisungsvorbehalte, Eigenbeteiligung der Patienten und eine Vertragspolitik von Ärzten und Krankenkassen, die dem Ziel der Versorgungsverbesserung verpflichtet ist.

Auch ein solches System kann nur funktionieren, wenn es Planungssicherheit für Versicherte, Patienten, Vertragsärzte und Krankenkassen gibt. Aus diesem Grund müssen in Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene Pflichtinhalte der Gesamtverträge und verbindliche Versorgungsziele vorgegeben werden.

Nach Auffassung der KBV bietet dieses Modell gute Voraussetzungen, die Anforderungen an eine gute ambulante Versorgungsstruktur zu erfüllen. Versicherte und Patienten haben weiterhin die Gewähr einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Versorgung, unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit oder ihrem sozialen Status. Gleichzeitig gewinnen sie an Entscheidungsfreiheit.

Vertragsärzten sowie -psychotherapeuten bietet das Modell gute Zukunftsperspektiven. Sie haben mittelfristige Planungssicherheit und können die Chancen des Wettbewerbs für ihre Patienten und ihre Arbeitszufriedenheit nutzen. Ihre Arbeit richtet sich stärker an Qualitätskriterien aus. Qualitätssicherung und -förderung bleiben in der Hand der ärztlichen Selbstverwaltung und werden weiterentwickelt. Wir setzen dabei auf der bereits sehr erfolgreichen Qualitätszirkelarbeit auf. Obwohl es mittlerweile schon über 8.000 strukturiert arbeitende Qualitätszirkel gibt, muss diese Arbeit weiter ausgebaut werden. Das gilt auch für das Qualitätsmanagement und die bewährten Instrumente der Qualitätssicherung.



DREI TARIFE FÜR GKV-VERSICHERTE: DAS NEUE VERSORGUNGSMODELL DER KBV

Im Mittelpunkt des KBV-Konzepts steht nach wie vor der Kollektivvertrag – allerdings differenzierter und mit Ergänzungen. Die Grundversorgung soll weiterhin wohnortnah kollektivvertraglich geregelt werden, wobei die fachärztliche Ebene erhalten bleiben soll. Eine „spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene“ soll eng mit der Grundversorgung einerseits und dem stationären Bereich andererseits zusammenarbeiten.

Diese Struktur wird in drei unterschiedliche Tarifoptionen gegliedert. Jeder gesetzlich Krankenversicherte soll sich entscheiden können zwischen:

- **Option I**, die der heutigen Regelversorgung entspricht, mit freier Arztwahl und freiem Zugang zur nächsten Versorgungsebene im Sachleistungsprinzip,
- **Option II**, die stärker gesteuert ist und in dem der Versicherte sich verpflichtet, die nächste Versorgungsebene nur auf Überweisung eines weiterhin frei wählbaren Hausarztes aufzusuchen, ebenfalls im Sachleistungsprinzip,
- **Option III**, die auf Kostenerstattung basiert.

Daneben soll es auf allen Ebenen Selektivverträge geben. Partner der Krankenkassen können neben den KVen auch andere ärztliche Verbände und Organisationen sein.

Qualität und Transparenz werden wichtiger

Qualitätsdarlegung und Versorgungsforschung tragen zu einer ständigen Verbesserung bei. Im Vergütungssystem wollen wir Anreize für mehr Qualität und Transparenz setzen. Beides wird immer wichtiger. Qualität und Transparenz müssen deshalb immer im Fokus der Aufmerksamkeit und aller Konzepte stehen.

Der wichtigste Bestandteil einer solchen Überarbeitung des Gesundheitssystems ist und bleibt aber die Freiberuflichkeit der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Sie müssen wir schützen und stärken, denn sie ist unverzichtbar für eine gute Patientenversorgung und den Patientenschutz. Nur wenn Ärzte und Psychotherapeuten sich weiterhin als Angehörige eines freien Berufs fühlen können, können sie auch die damit verbundene Verantwortung übernehmen. Ihre hohe Selbstmotivation, ihr Engagement, ihr Verantwortungsgefühl wurzelt darin. In der Bezeichnung selbst steckt schon das wichtigste Element, das zur Sicherung der Freiberuflichkeit notwendig ist: Freiheit. Diese Freiheit meint, dass Ärzte in medizinischen Fragen unabhängig sind und keinen Anweisungen von Nicht-Ärzten unterliegen dürfen. Diese Freiheit meint nicht, dass sie keinen Regeln unterliegen. Aber die Regeln müssen ärztliches Handeln unterstützen, nicht über Gebühr einschränken. Daraus folgt zwingend, dass die derzeit herrschende Überregulierung abgebaut werden muss. Für Ärzte folgt daraus wiederum die Verpflichtung, ihr Handeln transparent zu machen. Versicherte, Patienten und Krankenkassen haben einen Anspruch darauf, die Qualität des Angebotes zu kennen und auf dieser Basis Entscheidungen über die Inanspruchnahme zu treffen.



Versorgung braucht Freiräume



Die Regelungsdichte im Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahrzehnten von Reform zu Reform zugenommen. Gerade durch die jüngste Gesundheitsreform weht ein zentralistischer Geist, der bewährte regionale Selbstverwaltungsstrukturen geschwächt hat. Um aber künftig die ambulante Versorgung bei uns in Schleswig-Holstein gestalten zu können, müssen mehr Entscheidungen in der Region getroffen werden. Das gilt für die Honorarverteilung ebenso wie für die Bedarfsplanung. Einheitslösungen aus Berlin werden dem regionalen Versorgungsbedarf nicht gerecht.

Eine haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung, die sich nicht auf wenige Ballungszentren beschränkt, sondern auch jenseits der Städte flächendeckend vorzufinden ist, ist keine Selbstverständlichkeit. Die heutige auch im internationalen Vergleich sehr gute und qualitativ hochwertige Versorgung steht vor großen Herausforderungen: Die Zunahme älterer Menschen wird einen höheren Behandlungsbedarf zur Folge haben, zugleich droht ein Ärztemangel, geht doch ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Nachwuchs in gleicher Größenordnung ist nicht in Sicht. Schon heute spüren Ärzte, die in ländlichen Regionen einen Nachfolger suchen, wie schwierig es ist, einen Arzt für die Übernahme der eigenen Praxis zu finden. Der Beruf des niedergelassenen Arztes ist für junge Mediziner zunehmend unattraktiv geworden. Gründe sind die anhaltende Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung, eine zunehmende Bürokratie und ein Mangel an Planungssicherheit nach mehr als einem Dutzend großer Gesundheitsreformen in den letzten 30 Jahren.

Deshalb fordert die KVSH einen Kurswechsel hin zu einer Politik, die unsere hochwertige ambulante Versorgung in der Fläche nicht durch weitere Experimente gefährdet. Die Probleme, die vor uns liegen, sind nicht unlösbar. Wollen wir aber das ehrgeizige Ziel nicht aufgeben, die ärztliche Versorgung für die Bürger Schleswig-Holsteins – auch und gerade außerhalb der größeren Städte – dauerhaft und flächendeckend sicherzustellen, ist eine Gesundheitspolitik erforderlich, die wieder mehr Freiräume für die Gestaltung der Versorgung bei uns in der Region ermöglicht, statt ein zentralistisches und staatsnahes Gesundheitssystem zu schaffen. Das System der vertragsärztlichen Versorgung und die in ihm tätigen Ärzte und Psychotherapeuten brauchen wieder Luft zum Atmen. Nur mit weniger Vorschriften und mehr Freiheiten können wir den Herausforderungen der Zukunft begegnen.

Unterfinanzierung

Die Gesundheitspolitik muss sehr schnell auch eine Antwort auf den Widerspruch zwischen den begrenzten Mitteln, die in unserem budgetierten System für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehen, und dem nahezu unbegrenzten Leistungsversprechen in der Gesetzlichen Krankenversicherung finden. Dieser Spagat ist eine wesentliche Ursache für die gewachsene Komplexität und Regelungsdichte der ärztlichen Honorarverteilung. Die niedergelassenen Ärzte spüren in ihrer täglichen Arbeit, dass dieses Ungleichgewicht zwischen Anspruch und Wirklichkeit an seine Grenzen stößt. Eine versteckte Priorisierung oder Rationierung kann aber nicht die Aufgabe der Ärzte sein. Deshalb gehört auch der GKV-Leistungskatalog auf den Prüfstand. Um auch weiterhin mit begrenzten Mitteln die Grundrisiken für alle Menschen zuverlässig absichern zu können, muss über eine stärkere Differenzierung des Leistungskataloges nachgedacht werden. Es bedarf eines neuen gesellschaftlichen Konsenses, welche Leistungen auch weiterhin aus gesundheits- und sozialpolitischen Erwägungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden und in welchem Umfang Selbstbeteiligungen notwendig sind. Ein klarer und transparenter

Leistungskatalog ist einer schleichenden Rationierung vorzuziehen. Zu einer offenen Diskussion über die Finanzierung der ambulanten Versorgung gehören auch unpopuläre Themen wie eine sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch eine sozial gestaffelte Eigenbeteiligung der Versicherten. Vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland signifikant höher ist als in vergleichbaren Industrienationen, ohne dass aber der Gesundheitszustand der hiesigen Bevölkerung wesentliche Unterschiede zu unseren Nachbarländern aufweist, könnte ein besseres Steuerungssystem bewirken, dass Ärzte wieder mehr Zeit für die Patienten haben, die auf ärztliche Hilfe und Beratung angewiesen sind. Dies wäre auch ein Beitrag zum effizienten Umgang mit den begrenzten Mitteln im Gesundheitswesen, ist doch der Arzt die in der Verfügbarkeit seltenste und in der Ausbildung teuerste Ressource des Systems.

Honorarreform

An der jüngsten Honorarreform lassen sich die gegenwärtigen Kernprobleme des Gesundheitswesens verdeutlichen, die den Ärzten ihre tägliche Arbeit erschweren: Überregulierung, zunehmender Zentralismus, Staatseinfluss, Budgetierung. Immer neue Nachbesserungen der aktuellen Vergütungsreform können nicht die Lösung sein, sie würden nur die Komplexität des Systems weiter erhöhen. Der gegenwärtige Verteilungsmechanismus ist selbst Fachleuten kaum mehr zu vermitteln und sorgt weder für Transparenz noch für eine gerechte Verteilung der Honorare – die mit der Honorarreform im bescheidenen Umfang hinzugewonnenen Mittel kommen in der Basisversorgung nicht an. Diese Verwerfungen sind auch Folge von Vorgaben der Bundesebene, die für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich sind und deshalb der KVSH kaum Möglichkeiten lassen, im Interesse der Versorgung in Schleswig-Holstein abweichende Regelungen zu treffen. Gescheitert ist mit dieser Reform deshalb auch der Glaube, von Berlin aus könne die Honorierung bundesweit, bis auf die kleinste Hallig und unter weitgehender Umgehung der Kompetenz der regionalen Verhandlungspartner, detailliert geregelt werden. Letztlich konnte nur durch einen zeitlich befristeten Solidarakt der Ärzteschaft, der eine erneute Umverteilungswelle ausgelöst hat, verhindert werden, dass Praxen durch die Auswirkungen der Honorarreform in ihrer Existenz bedroht wurden.

Deshalb spricht sich die KVSH für eine grundlegende Neugestaltung der Honorierung der ärztlichen Leistung aus. Das derzeitige planwirtschaftliche Mengensteuerungssystem muss abgelöst werden durch ein neues System, das transparent und verlässlich ist, wieder deutlich mehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten zulässt und die ärztliche Leistung angemessen vergütet – damit die eigene Praxis nicht zum betriebswirtschaftlichen Blindflug wird. Denn nur eine Praxis, die wirtschaftlich auf einem soliden Fundament steht, ermöglicht es dem niedergelassenen Arzt, sich auf die Versorgung seiner Patienten zu konzentrieren. Wir brauchen deshalb ein System, bei dem der Arzt seine erbrachte ärztliche Leistung vollständig vergütet bekommt und nicht einen Teil seiner Arbeit zu Dumpingtarifen erbringen muss.

Auch gehört die Frage auf die Tagesordnung, in welchem Umfang die Kostenerstattung das bisherige Sachleistungsprinzip ergänzen oder ablösen könnte, um eine direktere Abrechnung zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse zu ermöglichen. In einem neuen System muss es selbstverständlich werden, dass der Patient die Kosten seiner Behandlung erfährt. Dies würde die Transparenz erheblich steigern – für alle Beteiligten.

Eine neues Honorarsystem, das die Eigenverantwortung stärker betont, ist aus Sicht der KVSH keine Aufkündigung der Solidarität, sondern eine Voraussetzung, um unter schwieriger werdenden Bedingungen das erfolgreiche deutsche Modell eines solidarischen Gesundheitswesens erhalten zu können. Die Grundrisiken sollen auch künftig zuverlässig für alle abgesichert sein. Das Solidarprinzip beinhaltet aber auch, dass jeder zunächst eine Verantwortung für sein eigenes Handeln hat und die Gemeinschaft dort unterstützend (und solidarisch) wirkt, wo die eigene Leistungsfähigkeit zur Absicherung der Lebensrisiken nicht ausreicht. Solidarität und Eigenverantwortung sind zwei Seiten einer Medaille.

Von einer an diesen Eckpunkten orientierten Neugestaltung der ärztlichen Honorare würden alle profitieren: die Ärzte, die wieder mehr Freiräume haben, um sich ihren Patienten zu widmen ohne ständig an Budgetgrenzen und betriebswirtschaftliche Kennzahlen denken zu müssen; die Patienten, die auf Ärzte treffen, die Zeit für sie haben; die Versicherten, weil sie wissen, dass ihnen auch morgen noch geholfen wird – und die Gesellschaft insgesamt, weil ohne eine verlässliche und leistungsfähige ambulante Versorgung das gesamte Gesundheitswesen in eine Schieflage gerät.

Wettbewerbsordnung

Was für die Vergütung gilt, gilt für die Versorgungslandschaft insgesamt. Mehr Regionalität, weniger Vorschriften und weniger Staatseinfluss gehören auf die gesundheitspolitische Tagesordnung. Das Gesundheitswesen braucht einen Ordnungsrahmen, der allen Beteiligten Verlässlichkeit, Planungssicherheit und Berechenbarkeit gibt. Der Gesetzgeber muss sich künftig auf die Vorgabe von Rahmenbedingungen beschränken.

Ein Beispiel für eine Politik der vergangenen Jahre, die das Gegenteil von Verlässlichkeit und Berechenbarkeit war, ist die zunehmende Durchlöcherung des Kollektivvertrags. Vor allem durch die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wurde der Kollektivvertrag unter dem Stichwort „Wettbewerb“ geschwächt. War es zunächst den Kassenärztlichen Vereinigungen unter bestimmten Bedingungen möglich, diese Verträge für ihre Mitglieder mit den Krankenkassen abzuschließen, beschloss der Bundestag trotz aller Wettbewerbsrhetorik im vergangenen Jahr ein faktisches HzV-Vertragsmonopol für freie Verbände – und dies, obwohl die Kassenärztlichen Vereinigungen alle in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte repräsentieren. Dieser Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen von selektiven Verträgen darf keinen Bestand haben. Das Beispiel der Verträge zur hausarztzentrierten



Versorgung zeigt einmal mehr, wie überfällig eine faire und verlässliche Wettbewerbsordnung zur Vereinbarkeit von Kollektiv- und Selektivverträgen ist, die zugleich die Regelungsdichte reduziert und der Selbstverwaltung vor allem in den Regionen wieder mehr Freiheiten zur Gestaltung der Versorgung gibt.

Der Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen von Selektivverträgen gefährdet die flächendeckende ambulante Versorgung. Verträge, an denen Kassenärztliche Vereinigungen nicht beteiligt sind, führen zu einer nicht kalkulierbaren „Bereinigung“ der Gesamtvergütung (Herausrechnung z. B. der Patienten im Hausarztvertrag aus dem Gesamtbudget) und stellt damit die finanzielle Grundlage für die Erfüllung von wichtigen, im Interesse der Allgemeinheit liegenden Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage: die flächendeckende und wohnortnahe Sicherstellung einer ambulanten Versorgung, die Organisation des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, der auch in der tiefen Nacht und am Wochenende erreichbar ist, die Sicherung einer hohen Qualität in der ambulanten Versorgung. Eine weitere Schwächung der Selbstverwaltung ließe die wichtige Frage unbeantwortet, wer diese Aufgaben, die den Kassenärztlichen Vereinigungen vom Gesetzgeber übertragen worden sind, in gleicher Weise erfüllen könnte. Wer würde sich der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und der Qualitätssicherung annehmen, wer die Interessen der Mitglieder, nicht nur durch den Abschluss von Verträgen, sondern auch durch das Zusammenwirken mit Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten?

Die KVSH betrachtet den Kollektivvertrag als alternativlose Basis der ambulanten medizinischen Versorgung sowohl für die hausärztliche als auch die wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene. Nur ein intakter Kollektivvertrag schützt die Grundversorgung vor einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft. Ein unkoordinierter Mix aus Selektivverträgen, geschwächtem Kollektivvertrag und durchlöcherter Sicherstellungsauftrag gefährdet die wohnortnahe ärztliche Versorgung, wie wir sie bisher kennen. Der Kollektivvertrag, der die Unteilbarkeit des Sicherstellungsauftrages voraussetzt, schützt auch vor neuen



Unübersichtlichkeiten im Praxisalltag, denn in einer Welt der Einzelverträge könnte nicht mehr jeder Vertragsarzt jeden Kassenpatienten behandeln. Mehr Bürokratie wäre die Folge. Dies wäre auch das Ende der freien Arztwahl. Selektivverträge können dann einen sinnvollen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten, wenn sie den Kollektivvertrag ergänzen, nicht aber wenn sie ihn ersetzen. Die KVSH unterstützt die Initiative der KBV zu einer Neuordnung der Versorgungsebenen, die einen verlässlichen Wettbewerbsrahmen schafft und die Grundversorgung im Kollektivvertrag im Interesse der Patienten wieder stärkt (vergleiche den Gastbeitrag „Wettbewerb braucht Ordnung – Wie wir unser Gesundheitswesen weiterentwickeln können“ von Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, Seite 63).

Miteinander statt Gegeneinander

Zu einer neuen Wettbewerbsordnung gehört ein kooperatives Miteinander der Sektoren. Im Mittelpunkt muss das gemeinsame Interesse an einer hochwertigen Versorgung der Patienten stehen. Ein politisch geförderter Konkurrenzkampf zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen dient diesem Ziel nicht. Die KVSH betrachtet deshalb mit Sorge, dass dem Krankenhaussektor in den vergangenen Jahren durch den Gesetzgeber zunehmend Möglichkeiten zur Ausdehnung der ambulanten Leistungserbringung eingeräumt wurden. Diese Politik stellt bewährte Strukturen in Frage und beschädigt das gewachsene Vertrauen zwischen den Sektoren, das Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit im Interesse der Patientenversorgung ist.

Vor allem die durch den Gesetzgeber den Krankenhäusern eröffnete Möglichkeit, über die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren ihre Aktivitäten im Bereich der ambulanten Versorgung deutlich auszuweiten, führt zu einer Wettbewerbsverzerrung. Es ist zu beobachten, dass MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser und nicht ärztliche Investoren zunehmen, die ihre eigenen spezifischen Interessen verfolgen und weniger die Versorgung in der Fläche im Blick haben. Insbesondere die Verlagerung von aufgekauften Vertragsarztzulassungen

durch MVZ-Betreiber kann zu Versorgungslücken in ländlichen Gebieten führen. Dies wird dadurch begünstigt, dass die Verlegung eines Arztsitzes bei Anstellung eines Arztes einfacher möglich ist, als bei selbstständig tätigen Vertragsärzten. Die KVSH fordert, die gesetzlichen Bestimmungen zu vereinheitlichen. Im Interesse des Erhalts einer flächendeckenden Versorgung muss generell gelten, dass die Auswirkungen einer Verlagerung auf die regionale Versorgungslage Beachtung finden muss, unabhängig davon ob der Arztsitz an ein MVZ verlegt werden soll oder ein niedergelassener Mediziner einen Ortswechsel innerhalb eines Planungsbereiches plant. Die KVSH lehnt grundsätzlich eine Bevorzugung Medizinischer Versorgungszentren ab und fordert, Schieflagen im Gesetz zu beseitigen, die eine Verzerrung der Wettbewerbsbedingungen zu Lasten der freiberuflichen Ärzte darstellen.

Die Fokussierung auf die Medizinischen Versorgungszentren verstellt zudem den Blick auf die neuen und flexiblen Möglichkeiten der Berufsausübung, die das zu Jahresbeginn 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz niedergelassenen Mediziner eröffnet hat. Unter anderem sind Anstellungen nun einfacher möglich, Zweigpraxen können eröffnet werden, die Ausübung des Berufes in Teilzeit wurde erleichtert. Die Liberalisierung des Vertragsarztrechts ist eine Antwort auf die absehbaren Probleme in der ambulanten Versorgung und zugleich eine Antwort auf die sich ändernden Erwartungen junger Mediziner an ihren Beruf. Die schleswig-holsteinischen Vertragsärzte nutzen die neuen Möglichkeiten, die der Gesetzgeber eröffnet hat und erweitern das Angebot für die Patienten.

Es ist eine grundsätzliche politische Frage, ob die bestehenden und bewährten Strukturen der ambulanten Versorgung weiterentwickelt werden sollen – das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist ein Beispiel hierfür – oder ob künftig die Krankenhäuser eine wachsende Rolle in der ambulanten Versorgung spielen sollen. Die KVSH sieht die in den vergangenen Jahren zu beobachtende politische Tendenz, die Freiberuflichkeit zu schwächen und das Ausüben der ambulanten Tätigkeit im Angestelltenverhältnis zu begünstigen, mit Sorge. Eine krankenhauszentrierte und staatsnahe Versorgungslandschaft wird, das bele-

gen nicht zuletzt Beispiele aus dem europäischen Ausland, zu mehr Wartezeiten, längeren Wegen und einer insgesamt schlechteren Versorgung führen. Die KVSH vertritt die Auffassung, dass die Freiberuflichkeit das Rückgrat der Unabhängigkeit des Arztes ist und das Arzt-Patienten-Verhältnis schützt. Weder ein System, in dem Ärzte in die Rolle des Kaufmanns und Patienten in die Rolle des Kunden gedrängt werden, noch eine Versorgung, die vor allem durch angestellte Ärzte erfolgt, die den spezifischen Interessen ihres Arbeitgebers verpflichtet sind, können im Interesse der Patienten sein.

Bedarfsplanung

Eine wesentliche Voraussetzung, um die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein künftig besser am tatsächlichen Bedarf orientiert gestalten zu können, ist die Ablösung der bisherigen Vorgaben zur Bedarfsplanung durch eine kleinräumigere Betrachtung der Versorgungssituation, die auch die Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung sowie weitere Faktoren einbezieht.

Eine präzisere Kenntnis der Versorgungssituation löst noch nicht das generelle Problem eines sich abzeichnenden Ärztemangels, ist aber ein wichtiger Baustein, um durch die Identifizierung regionaler Versorgungsengpässe auch unterhalb der Kreisebene nach Lösungswegen suchen zu können, die auf die konkrete örtliche Situation zugeschnitten sind. Die bisherigen starren, bundesweit einheitlichen Vorgaben zur Bedarfsplanung haben dazu geführt, dass von den KVen erwartet wird, dass sie für eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte im Land sorgen. Tatsächlich aber verfügen sie – zusammen mit den in allen Gremien vertretenen Krankenkassen – nur über sehr eingeschränkte Entscheidungsfreiheiten. Eine aktive Gestaltung der Versorgung, das Ausprobieren neuer Wege, auch zusammen mit Partnern wie den Kommunen, ist bisher kaum möglich.

Eine kleinräumige Bedarfsplanung wird deshalb nur dann einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung leisten können, wenn zugleich die Gestaltungsspielräume für die KVen erweitert werden. Die Einführung einer kleinräumigen Bedarfsplanung darf nicht heißen, dass künftig von Berlin aus bis auf die Gemeindeebene hinunter detaillierte Vorgaben gemacht werden, wie die örtliche Versorgung auszusehen hat. Ein neues System der Bedarfsplanung muss vielmehr den Akteuren vor Ort mehr Freiheiten einräumen, regionale Lösungen zu finden. Diese Gestaltungsfreiheit ist auch mit Blick auf die künftig wichtiger werdende Zusammenarbeit mit Partnern wie den Städten und Gemeinden unverzichtbar.

Selbstverwaltung statt staatsnaher Medizin

Die Gesundheitspolitik der zurückliegenden Jahre ist von einer Tendenz zur staatsnahen Medizin durchzogen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltung mit öffentlich-rechtlichem Status stehen hingegen für den Grundgedanken einer staatsfernen Medizin, in deren Mittelpunkt der freiberuflich tätige Arzt steht. Die Erfahrung der ver-



gangenen Jahrzehnte beweist, dass das Prinzip der Selbstverwaltung einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet hat, dass wir in Deutschland – bei allen Schwierigkeiten – eine nach wie vor und auch im Vergleich zu vielen unserer Nachbarländern (vielfach mit einem staatlichen Gesundheitswesen) qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung haben.

Dass die gemeinsame Selbstverwaltung in Schleswig-Holstein in der Lage ist, im Sinne einer guten Versorgung der Menschen im Lande erfolgreich zu arbeiten, wenn die Politik ihr die erforderlichen Handlungsmöglichkeiten nicht verwehrt, zeigt beispielhaft die mit den regionalen Krankenkassen geschlossene Vereinbarung zum ambulanten Operieren. Wir sind uns mit den regionalen Krankenkassen in Schleswig-Holstein einig, dass eine gemeinsame Selbstverwaltung ohne tatsächliche regionale Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten zur Farce wird. Eine Zentralisierung der Entscheidungsprozesse auf Bundesebene, die einhergeht mit einem wachsenden Staatseinfluss auf das Gesundheitswesen, wird uns nicht helfen, unsere regionalen Probleme im Sinne der Versorgung der hier lebenden Menschen zu lösen. Bundesweite Standardregelungen passen selten auf spezifische regionale Probleme, das zeigen die Defizite der jüngsten Honorarreform ebenso wie die Unzulänglichkeiten der heutigen Bedarfsplanung.

Mehr Gestaltungsmöglichkeiten für die KVSH

Auf die absehbaren Herausforderungen in der ambulanten Versorgung wird es nicht die eine Antwort geben, die alle Probleme löst. Gefordert ist das Engagement aller, die Verantwortung für die Menschen im Land tragen. Notwendig werden viele kleine Schritte sein, eine Vielzahl einzelner Maßnahmen und die Bereitschaft, auch neue Wege zu gehen. Grundvoraussetzung für den Erfolg all dieser Einzelschritte ist es aber, dass jene, die für die Gestaltung der Versorgung unverzichtbar sind, die Ärzte und ihre Selbstverwaltung, mehr Gestaltungsmöglichkeiten erhalten. Alles, was die Kassenärztliche Vereinigung derzeit kann, sind Maßnahmen im Einzelfall, das Kurieren am einzelnen Ergebnis. Der heutige gesetzliche Rahmen ermöglicht weder eine umfassenden Änderung der Honorarverteilung noch ein aktives Gestalten der Versorgung. Die KVSH kann immer nur punktuell handeln. Das ist zu wenig. Ohne Freiräume kann die Versorgung von morgen nicht gestaltet werden.

Versorgungsgrundsätze

Neue Wege

Die künftige Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein erfordert eine ergebnisoffene Diskussion neuer Wege – ohne prinzipienlos zu werden. Um die haus- und fachärztliche Versorgung dauerhaft auch in den ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins sicherstellen zu können, bedarf es eines flexiblen und dynamischen Systems. Voraussetzung einer auch künftig hochqualifizierten Patientenversorgung ist eine angemessene Honorierung von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen.

Kleinräumige Bedarfsplanung

Für die künftige bedarfsgerechte Sicherstellung der ambulanten Versorgung ist eine morbiditätsorientierte und kleinräumige Bedarfsplanung erforderlich. Die der heutigen Bedarfsplanung zu Grunde liegende einfache Arzt-Einwohner-Relation bildet weder die zunehmende Alterung der Gesellschaft noch die Morbiditätsentwicklung ab. Die Orientierung der Planungsbereiche an den Kreisgrenzen hat eine ungleiche Verteilung der Haus- und Fachärzte insbesondere innerhalb der Kreise nicht verhindern können. Die bisherigen starren Vorgaben werden einer sich wandelnden Versorgungswirklichkeit nicht mehr gerecht und verhindern ein modernes, am Versorgungsbedarf der Patienten in Schleswig-Holstein orientiertes Zulassungsmanagement.

Sektorenübergreifende Kooperation

Notwendig sind sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen, die ein Miteinander im Interesse der Patienten ermöglichen. Die Kooperation der KVSH mit den Krankenhausträgern im Lande sowie die Zusammenarbeit bei der Öffnung der Kliniken für hochspezialisierte ambulante Behandlungen nach Paragraph 116 b SGB V stehen exemplarisch für diese konstruktive Kooperation. Ziel muss die bestmögliche Versorgung der Patienten sein. Die Schnittstellen zu Pflege, Reha, Arzneimittelversorgung müssen weiter ausgebaut und auf eine solide Grundlage gestellt werden.

Pluralität der Organisationsformen

Rückgrat der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein bleibt der freiberuflich tätige niedergelassene Haus- und Facharzt. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können, wie andere neue Formen der Berufsausübung auch (Zweigpraxen, Teilzulassungen, Anstellung in der Arztpraxis), einen ergänzenden Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung leisten und zugleich eine Antwort auf sich ändernde Erwartungen junger Mediziner an ihren Beruf sein. Die Steigerung der Attraktivität der haus- und fachärztlichen Tätigkeit und der Ausbau der Förderung der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner bleiben unverzichtbare Voraussetzungen.

Arztentlastende Strukturen

Der prognostizierte Rückgang der Zahl der niedergelassenen Ärzte macht neue, arztentlastende Strukturen erforderlich. Die erweiterte und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe kann bei klarer Definition der Verantwortlichkeiten neue Chancen und Perspektiven für die Konzentration auf die ärztliche Tätigkeit eröffnen. Auch die Telemedizin und der Ausbau des IT-Einsatzes in den Praxen können zur Entlastung der Ärzte beitragen. Die Letztentscheidung über Diagnostik und Therapie muss eine ärztliche Aufgabe bleiben.

Quellenverzeichnis

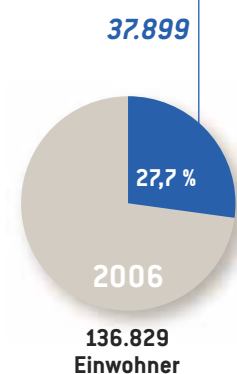
- 1 Dieser Gedanke wird vom Gesetzgeber dadurch unterstrichen, dass er im Wortlaut von Paragraph 87 SGB V von dem Zweck der Einführung von Regelleistungsvolumina spricht, der darin besteht, unwirtschaftliche Leistungsausweitungen der Ärzte zu begrenzen.
- 2 Angemerkt sei, dass die Krankenkassen eine Mitarbeit in der Härtefallkommission der KV abgelehnt haben. Die KVSH entscheidet über diese Anträge. Den Vertragspartnern KV und Krankenkassen obliegt es, das zugebilligte Volumen in der Folgezeit vom Volumen der anderen Ärzte kollektiv in Abzug zu bringen.
- 3 Quelle: KSVH, Stand: 30. Juni 2009. Nicht berücksichtigt sind die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausärzte (vgl. Abschnitt „Versorgung muss Grenzen überwinden“)
- 4 Quelle: KVSH, Stand: 1. Januar 2009
- 5 Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein vom 25. August 2009
- 6 Bundesärztekammer: „Analyse: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist.“, vorgestellt auf der Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land“ am 21. April 2009 in Berlin, www.bundesaerztekammer.de
- 7 Quelle: KVSH, Stand: 31. Dezember 2008
- 8 Bundesärztekammer: „Analyse: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist.“, vorgestellt auf der Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land“ am 21. April 2009 in Berlin, www.bundesaerztekammer.de
- 9 Bundesärztekammer: „Analyse: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist.“, vorgestellt auf der Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land“ am 21. April 2009 in Berlin, www.bundesaerztekammer.de
- 10 Beske, Becker, Krauss, Katalinic, Pritzkeleit: „Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein, Kiel 2007
- 11 Zuschüsse gegen drohenden Ärztemangel, Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern vom 17. Juli 2008
- 12 Vergleiche „Der Osten fordert attraktivere Bedingungen für Praxischefs“, in: Ärzte Zeitung vom 3. November 2008
- 13 KV Pro Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Ausgabe 14, Juli 2008
- 14 Pro ambulant Informationsdienst über die ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen (Herausgeber: KVWL und KVNo), Ausgabe 2/2008
- 15 Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2008, www.bundesaerztekammer.de
- 16 „Ärztenschwemme Anfang 1980“, in: Hamburger Abendblatt vom 23. August 1979
- 17 „Anfänger ohne Chance“, in: Hamburger Abendblatt vom 06./07. Mai 1989.
- 18 Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31. Dezember 2008, www.bundesaerztekammer.de
- 19 Sommer, Bettina: „Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern bis 2050“, in „Wirtschaft und Statistik“ (Zeitschrift des Statistischen Bundesamtes), Ausgabe 08/2004, www.destatis.de
- 20 Zahlen des Statistischen Bundesamtes, zitiert nach: Bundesärztekammer: „Analyse: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist.“, vorgestellt auf der Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land“ am 21. April 2009 in Berlin, www.bundesaerztekammer.de
- 21 „Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“, Stand: 11. März 2008, Anlage zu TOP 5.1 der 81. Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
- 22 „Demografischer Faktor muss integriert werden. Immer mehr ältere Patienten und altersbedingte Krankheiten.“ Universitätsklinikum Greifswald, Medieninformation, 16. Juli 2008
- 23 Study of Health in Pomerania
- 24 „Demografischer Faktor muss integriert werden. Immer mehr ältere Patienten und altersbedingte Krankheiten.“ Universitätsklinikum Greifswald, Medieninformation, 16. Juli 2008
- 25 Bundesärztekammer: „Analyse: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist.“, vorgestellt auf der Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land“ am 21. April 2009 in Berlin, www.bundesaerztekammer.de
- 26 Beske, Becker, Krauss, Katalinic, Pritzkeleit: „Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein, Kiel 2007
- 27 Quelle: BMG/KBV, www.kbv.de
- 28 Dies belegen auch aktuelle demoskopische Untersuchungen. Beispielhaft sei genannt: Institut für Demoskopie Allensbach: „Der Arztberuf verliert für Ärzte an Attraktivität“, Allensbacher Berichte Nr. 12 / 2009, www.mlp-gesundheitsreport.de
- 29 Karpen, Ulrich: Die Gesetzgebung der Großen Koalition in der ersten Hälfte der Legislaturperiode des 16. Deutschen Bundestages (2005-2007), veröffentlicht auf der Homepage der „Deutschen Gesellschaft für Gesetzgebung e. V.“, www.dggev.de

- 30 „Existenzgründungsanalyse von Ärzten 2004/2005“, Eine Untersuchung der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer und des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Düsseldorf/Berlin, September 2006
- 31 KBV, Bundesärztekammer (Herausgeber): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus, 4. Auflage, Oktober 2007
- 32 „Alternativen zur kurativen Tätigkeit. Unternehmen locken Ärztinnen und Ärzte mit außergewöhnlichen Annehmlichkeiten.“, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 1–2, 7. Januar 2008
- 33 Quelle: KVSH, Stand November 2008
- 34 Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein vom 25. August 2009
- 35 Vergleiche „Demografischer Faktor muss integriert werden. Immer mehr ältere Patienten und altersbedingte Krankheiten.“ Universitätsklinikum Greifswald, Medieninformation, 16. Juli 2008
- 36 Bundestagsdrucksache 16/3100, Seite 128
- 37 Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier), Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008
- 38 Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier), Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008
- 39 Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier), Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008
- 40 Quelle für alle Zahlen in diesem Abschnitt: KVSH, Stand: 30. Juni 2009
- 41 Der Bedarfsplanung unterliegen nur Fachgruppen, die bundesweit mehr als 1.000 zugelassene Ärzte zählen.
- 42 Quelle: KVSH, Stand 30. Juni 2009
- 43 KBV, Kennzahlen Medizinische Versorgungszentren, Aktuelle Entwicklung im 4. Quartal 2008, <http://www.kbv.de/7178.html>
- 44 Stand August 2009. Aktuelle Angaben zu freien Arztsitzen unter www.kvsh.de.
- 45 Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008
- 46 Vergleiche „Bemerkungen 2009 des Landesrechnungshofes Schleswig-Holstein“, Kiel, 22. April 2009, und dazugehörige Pressemitteilung, www.landesrechnungshof-sh.de

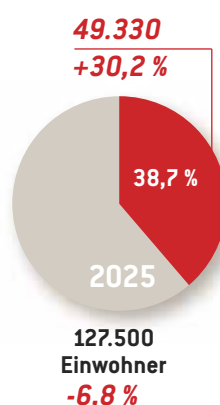
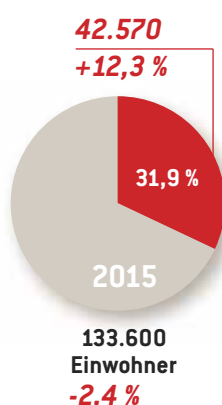
KREIS DITHMARSCHEN

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



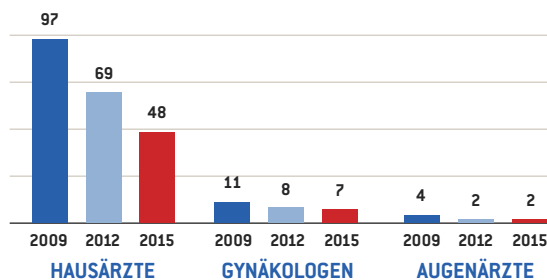
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

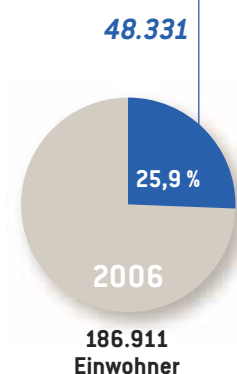
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



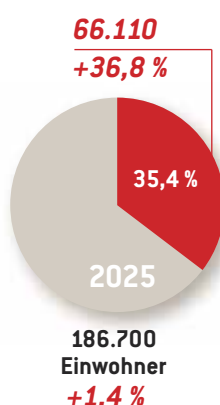
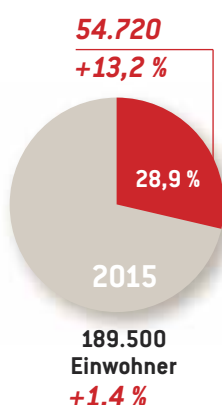
KREIS HERZOGTUM LAUENBURG

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



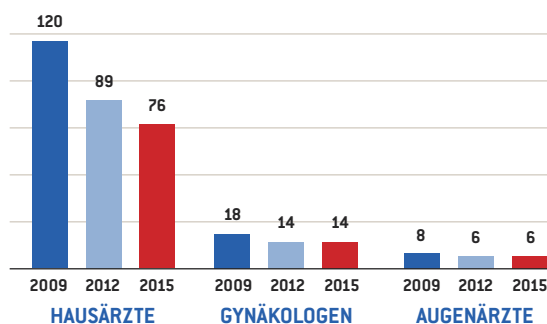
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

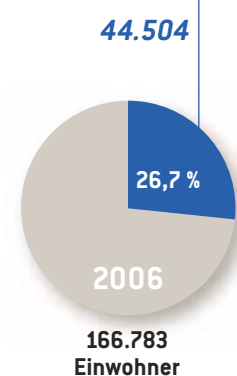
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



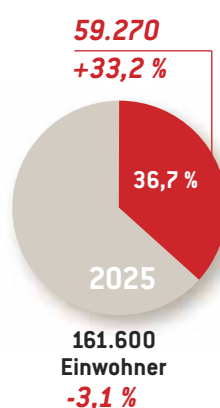
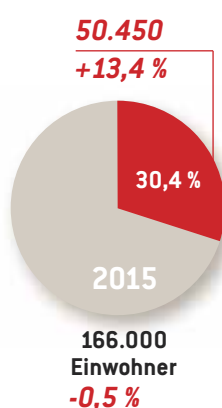
KREIS NORDFRIESLAND

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



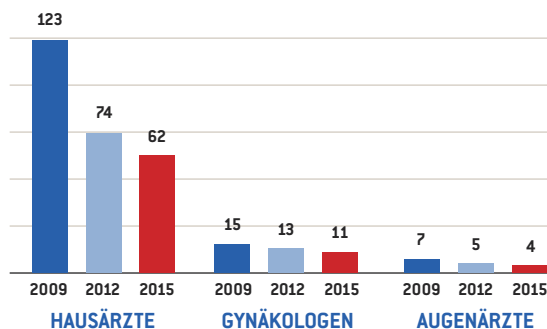
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

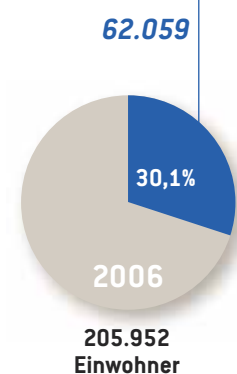
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



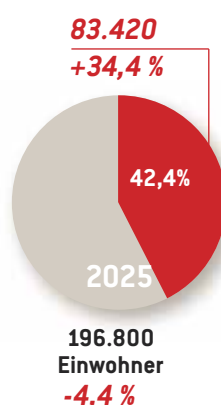
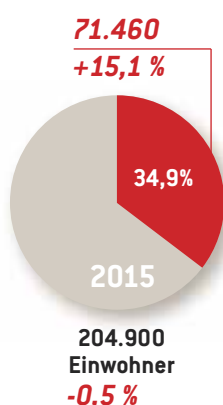
KREIS OSTHOLSTEIN

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



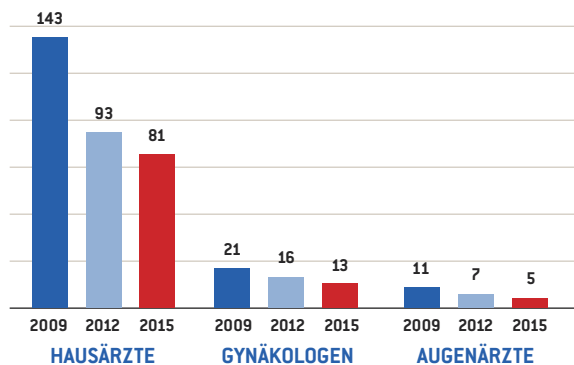
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

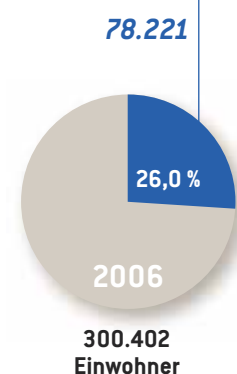
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



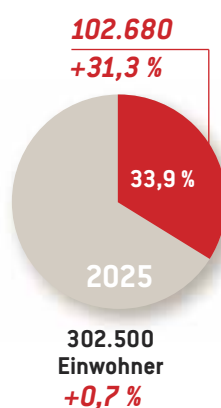
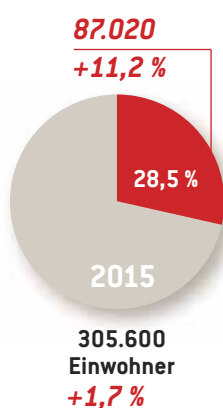
KREIS PINNEBERG

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



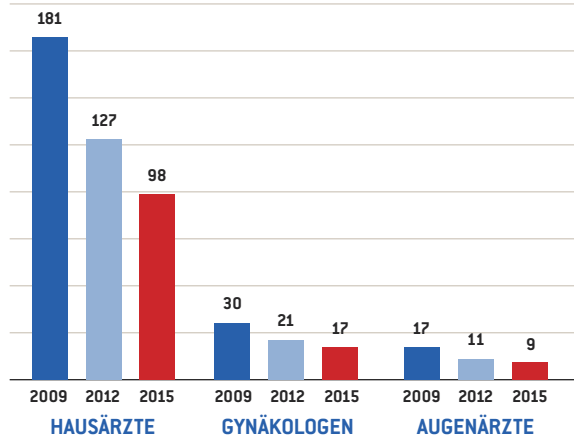
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

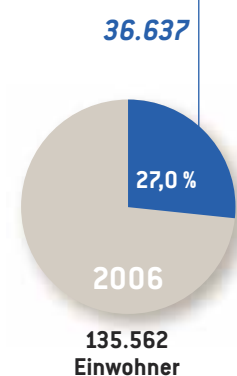
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



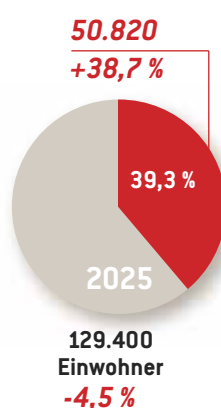
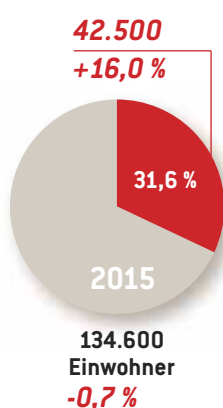
KREIS PLÖN

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



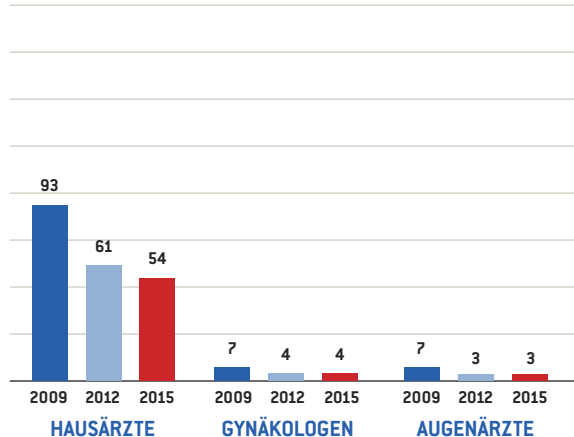
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

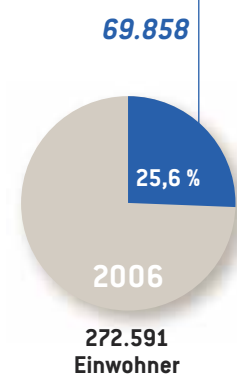
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



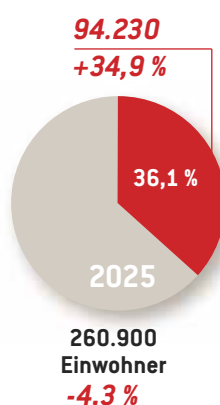
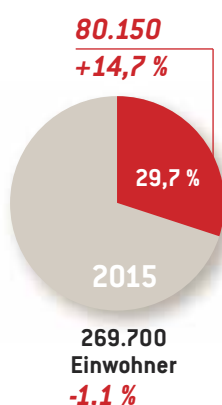
KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



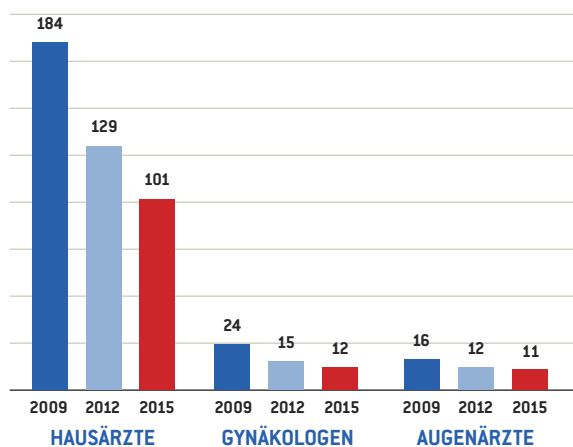
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord; November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

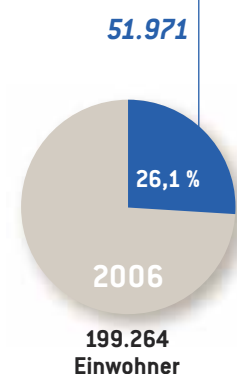
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



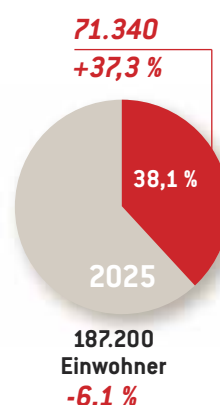
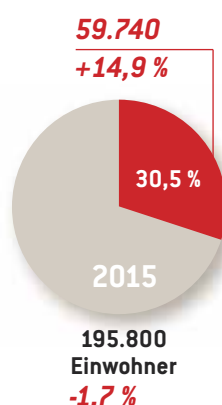
KREIS SCHLESWIG-FLENSBURG

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



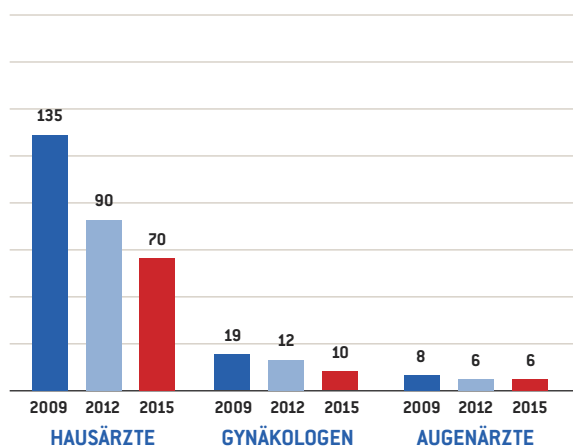
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord; November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

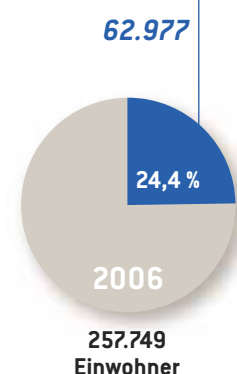
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



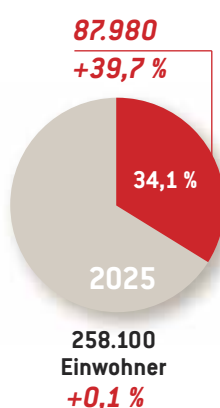
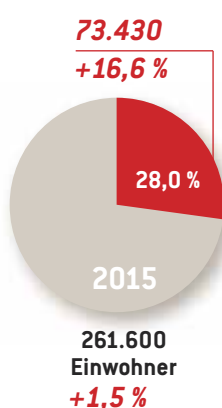
KREIS SEGEBERG

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



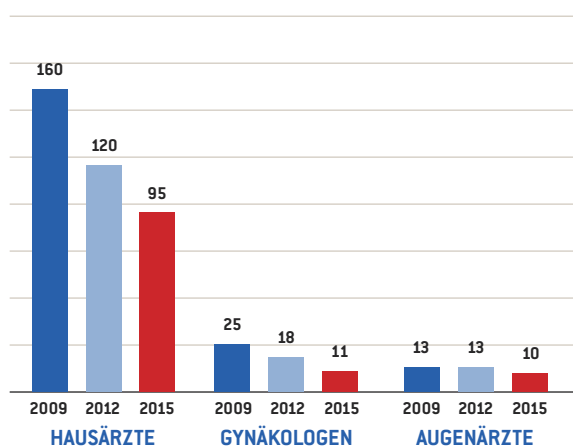
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord; November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

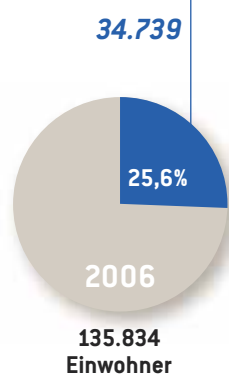
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



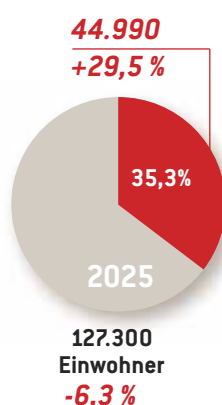
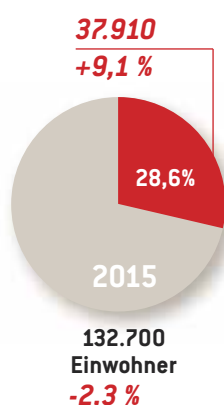
KREIS STEINBURG

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



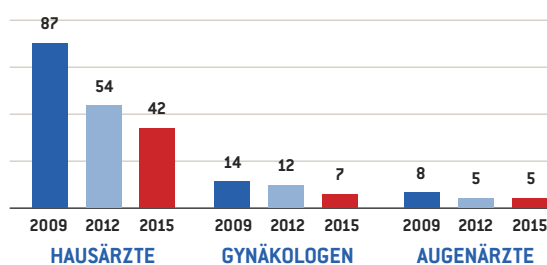
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

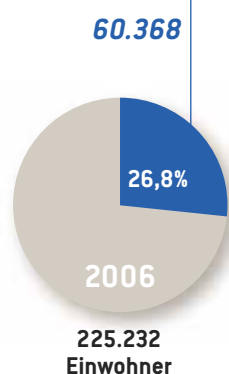
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



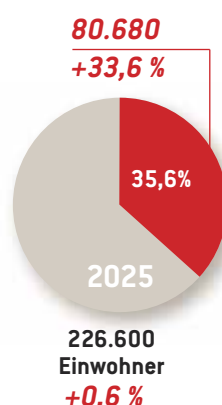
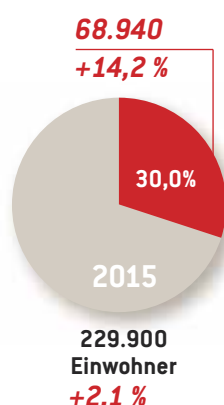
KREIS STORMARN

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



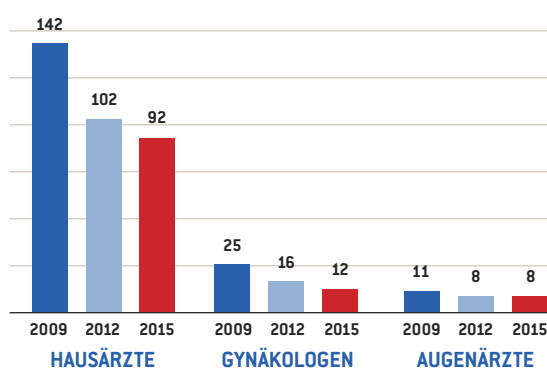
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

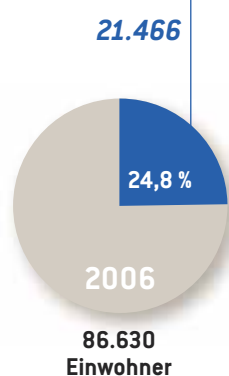
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



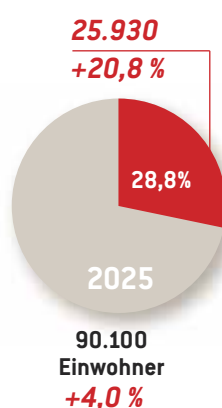
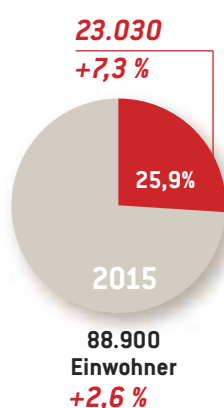
FLENSBURG

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



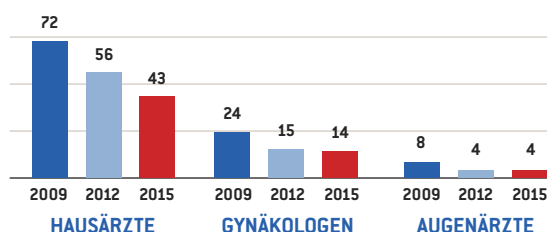
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord, November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

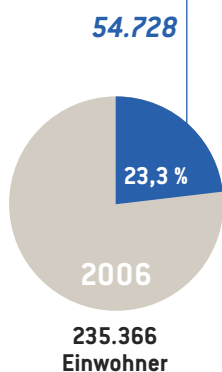
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



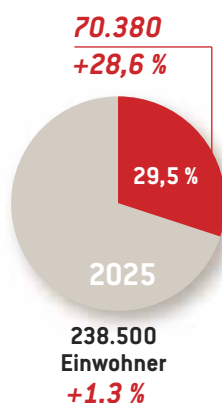
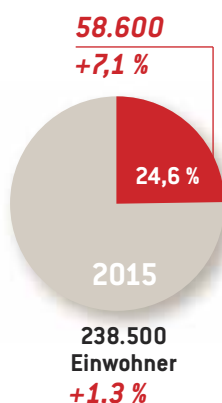
KIEL

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



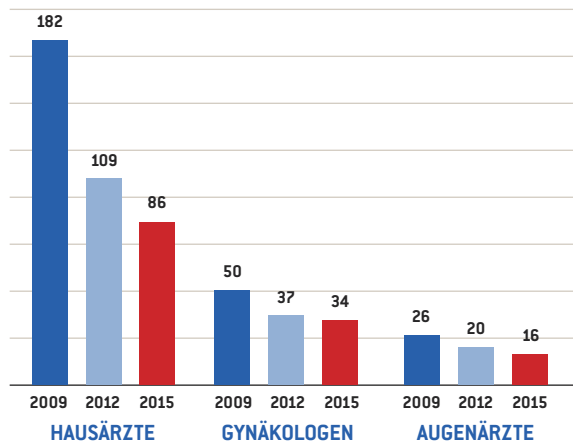
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord; November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

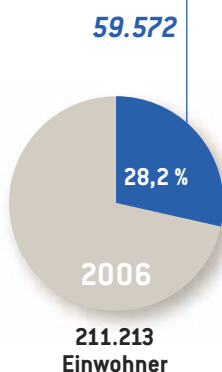
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



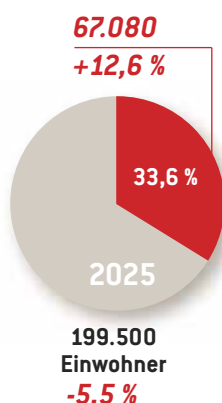
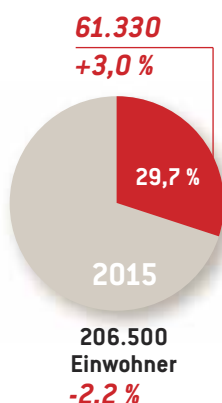
LÜBECK

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



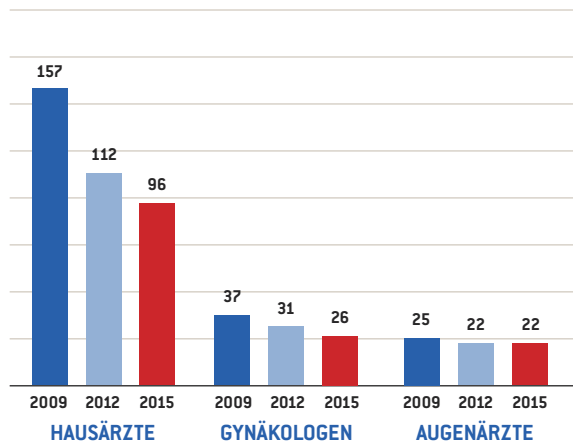
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord; November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

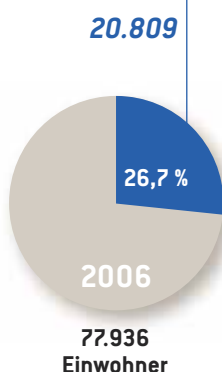
(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



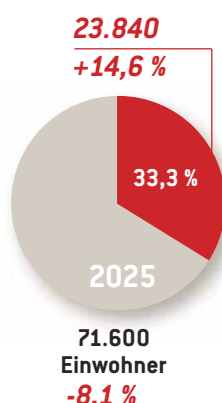
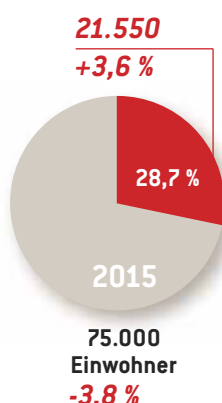
NEUMÜNSTER

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

60 Jahre und älter



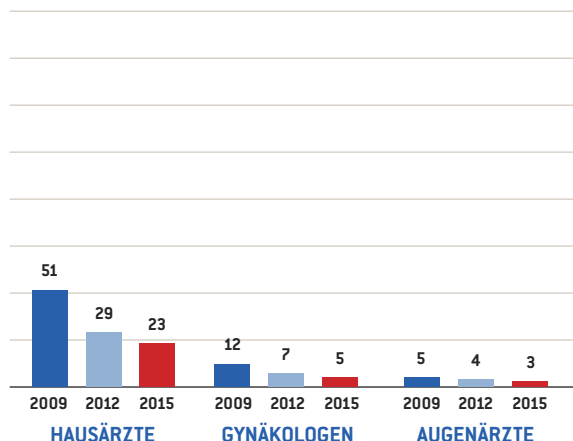
Veränderung gegenüber 2006



QUELLE: Statistikamt Nord; November 2007

ARZTZAHLPROGNOSE

(Annahme: ohne Nachbesetzung, Ruhestand mit 62)



DANK

Unser Dank für die freundliche Unterstützung bei den Fotoproduktionen geht an

- *den Yachthafen Marina Minde, Klaus Hamann, Claus Boysen*
- *die Sirius Werft Plön, Torsten Schmidt und Mitarbeiter*
- *die Verkehrszentrale Travemünde, Gerhard Müller-Hagen, Mario Mortega, Erhard Rapsch, Stephan Wollnik*
- *das Schiffshebewerk Scharnebek, WSV Uelzen*
- *die Fotomodelle Ramona Michael und Michael Sohre*

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

Weitere Informationen im Internet unter
www.kvsh.de



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land.