

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Versorgungsbericht 2011

Alles Gute.

KVBW 

Versorgungsbericht 2011

—

Inhalt

| | |
|----------------------------------|----|
| Grußwort der Ministerin | 4 |
| Editorial des Vorstands | 6 |
| Überblick | 10 |
| Daten und Fakten | 16 |
| Hausärztliche Versorgung | 28 |
| Fachärztliche Versorgung | 32 |
| Psychotherapeutische Versorgung | 36 |
| Aufrechterhaltung der Versorgung | 40 |
| Notfalldienst | 44 |
| Innovative Versorgungsformen | 50 |
| Neue Rahmenbedingungen | 54 |
| Arzt als Standortfaktor | 60 |

Grußwort der Ministerin



Lieber Leserinnen und Leser,

jährlich veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg einen Versorgungsbericht, der wichtige Aspekte der ambulanten ärztlichen Versorgung aufzeigt und aktuelle Fragen beleuchtet. Auch im politischen Umfeld ist dieser Bericht als Informationsquelle und aktuelles Stimmungsbarometer unentbehrlich.

In diesem Jahr ist die Themenauswahl auch für mich als Ministerin besonders interessant. Immer häufiger bekomme ich insbesondere von Bürgermeistern kleinerer Gemeinden, aber auch von besorgten Bürgern berichtet, wie schwierig es ist, Nachfolger für ausscheidende Ärzte vor Ort zu finden und die wohnortnahe Versorgung sicher zu stellen.

In diesem Heft werden die Fragen, die Bürger und Politik besonders intensiv beschäftigen, aufgegriffen und aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft dargestellt. Dafür bin ich dankbar, denn nur wenn eine hohe Transparenz der Informationen besteht, kann ein Gesundheitsdialog, wie ihn die Landesregierung anstrebt, gelingen. Das betrifft natürlich besonders die Themen, die den Patienten unmittelbar berühren, wie die Notfallversorgung oder aber die ambulante ärztliche Versorgung von geriatrischen Patienten.

Über diese wichtigen Einzelfragen hinaus sind aber auch die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen von zentraler Bedeutung dafür, dass die ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg gesichert bleibt. Ich denke dabei vor allem an die bundesgesetzlichen Änderungen durch das Versorgungsstrukturgesetz, von denen wir uns insbesondere mehr Regionalisierung und Flexibilisierung der Bedarfsplanung erhoffen. Nicht in allen Punkten bin ich mit dem neuen Gesetz einverstanden. Aber bei der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, wird es zu mehr Gestaltungsspielraum führen und uns im Land in die Lage versetzen, zielgenauer reagieren zu können.

Aus meiner Sicht haben auch alle Beteiligten in Baden-Württemberg ihre Hausaufgaben gemacht:

Die Kassenärztliche Vereinigung hat mit ihren Initiativen, wie zum Beispiel mit dem Regio-Praxis-Modell, die Bedürfnisse junger Ärztinnen und Ärzte aufgegriffen und versucht, für Nachwuchsärzte neue Wege der Niederlassung zu eröffnen und sie tatkräftig dabei zu unterstützen.

Auf kommunaler Ebene wird das Thema in so genannten Gesundheitskonferenzen aufgegriffen, auf denen nach passgenauen Lösungen gesucht wird.

Auf Landesebene haben wir in Baden-Württemberg einen sektorenübergreifenden Landesausschuss für die Bedarfsplanung eingerichtet, der alle an der Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Sektor Beteiligten zusammenführt. Damit sind wir bundesweit Vorreiter und werden insbesondere Schnittstellenprobleme der Versorgung zeitnah und unbürokratisch angehen können.

Hinzu kommt eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Modellprojekte, die im Land angestoßen wurden, um die Versorgung der Bevölkerung im Allgemeinen aber auch im Besonderen sicherzustellen. Nennen möchte ich hier nur – auch weil der Versorgungsbericht sich mit dem Thema der Versorgung geriatrischer Patienten explizit befasst – die Modelle zur ärztlichen Versorgung von Patienten in Heimen. Diese in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg initiierten Projekte sollen Beispiel dafür sein, wie eine Versorgung auch dieser Personengruppe in der Zusammenarbeit zwischen Heim und Ärzten positiv gestaltet werden kann.

Natürlich ist unsere Arbeit damit nicht beendet. Sie fängt vielmehr erst an, und alle an der Versorgung Beteiligten, seien es die Ärzteschaft, die Kostenträger, aber auch das Land und die Kommunen, müssen weiterhin an einem Strang ziehen, damit unsere Bürger, ob in der Stadt oder auf dem Land, gut versorgt sind.



Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren
Baden-Württemberg

Editorial des Vorstands

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist die Kernaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Die Gewährleistung der Patientenversorgung steht daher im Mittelpunkt der Tätigkeit von Vorstand und Vertreterversammlung.

Veränderte Rahmenbedingungen machen diese Aufgabe heute schwieriger. Was das konkret bedeutet, stellen wir im Versorgungsbericht 2011 und dem Anhang dar. Sie erhalten einen differenzierten Überblick über die aktuelle Situation in den einzelnen Versorgungsbereichen.

Seit Jahren warnt die Ärzteschaft vor einem Ärztemangel, vor allem auf dem Land, aber auch immer mehr in den städtischen Ballungsgebieten. Selbst florierende Hausarztpraxen in den Großstädten finden heute keinen Nachfolger mehr. Heute zeigt sich: Dies ist daher keine Panikmache, sondern Realität. Dies ist die Antwort der Ärzte auf die uns politisch vorgegebenen Rahmenbedingungen. Es ist absehbar, dass wir in einigen Regionen in den kommenden Jahren keinen Hausarzt mehr haben werden, wenn wir nicht gegensteuern.

Umso mehr freuen wir uns, dass die Politik diese Realität wahrnimmt und versucht zu reagieren. Das zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz trägt diesem Anspruch Rechnung. Hier werden überfällige und veraltete Strukturen neu geordnet. Dazu gehört etwa die Bedarfsplanung oder die Aufhebung der Residenzpflicht. Man erkannte, dass die Lösung von Versorgungsengpässen nur durch die Beteiligten vor Ort zu erreichen ist.

Für die KVBW ist die Sicherstellung der Versorgung Verpflichtung, mit kreativen Ideen dem drohenden Mangel an Ärzten in den Regionen entgegenzutreten. Mit dem Projekt RegioPraxisBW betreten wir neue Wege und haben ein Konzept entwickelt, das den Bedürfnissen der jungen Ärztinnen und Ärzte entgegenkommt. In hausärztlich orientierten Ärztezentren besteht die Möglichkeit, in einem Team oder auch in Teilzeit zu arbeiten. Weiter ist die Option gegeben, sowohl als „angestellter“ als auch „selbstständiger“ Mediziner tätig zu sein. Die KVBW fördert die Gründung dieser Praxen großzügig und liefert damit eine wichtige Entscheidungshilfe für die Niederlassung. Die Reaktionen aus der Ärzteschaft waren ausgesprochen positiv. Einem entsprechenden Aufruf im baden-württembergischen und Deutschen Ärzteblatt sind viele Kolleginnen und Kollegen gefolgt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Maßnahmen der KVBW ist die Neustrukturierung des Bereitschaftsdienstes. Mit unserer Reform stabilisiert die KVBW die laufende Versorgung und betreibt echte Zukunftssicherung. Ohne einen gut geregelten und funktionierenden Bereitschaftsdienst mit einer niedrigeren Dienstfrequenz und einer angemessenen Vergütung werden wir keine jungen Ärzte für eine Niederlassung gewinnen können.



Wir sprechen erstmals gezielt auch die Medizinstudentinnen und -studenten im Land an, um für eine spätere Niederlassung zu werben.

Vorstand und Vertreterversammlung legen ihr Hauptaugenmerk darauf, die Attraktivität des Arztberufes in allen Bereichen zu vergrößern. Das fängt bei der Honorarsystematik an und hört bei den Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf. Wir sind hier auf einem guten Weg.

Dr. Norbert Metke
Vorstand,
Vorsitzender

Dr. med. Frank-Dieter Braun
Vertreterversammlung,
Vorsitzender

Dr. Johannes Fechner
Vorstand,
Stellvertretender Vorsitzender

Dr. med. Anne Gräfin Vitzthum
Vertreterversammlung,
Stellvertretende Vorsitzende





Der Sicherstellungsauftrag –
nur durch ehrenamtliche Mitarbeit der Ärzte
und Psychotherapeuten leistbar

**Die Kassen-
ärztlichen
Vereinigungen
gehören zu
den wichtigsten
Beteiligten in
der Gesetzlichen
Kranken-
versicherung.**

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, der sich direkt aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V ableitet, gibt ihnen die Verantwortung für die Organisation der wohnortnahen, ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung.

§ 72 SGB V stellt klar: Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

Außerdem ist das Angebot eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes Bestandteil des Sicherstellungsauftrages. Seit der Formulierung dieses Gesetzestextes sind die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen allerdings deutlich schwieriger geworden.

Rahmenbedingungen schwieriger

Die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten, die heute die Versorgung übernehmen, ist rein statistisch gesehen leicht angestiegen. Gleichwohl stellen die knapperen Ressourcen und steigenden Ansprüche von Seiten der Patienten sowie der demographische Wandel und ein verändertes Berufsbild bei jungen Medizinern heute eine immer größere Herausforderung für die Kassenärztliche Vereinigungen in Bezug auf den Sicherstellungsauftrag dar.

In einigen Gemeinden gibt es inzwischen keinen Arzt mehr. Die Ärzte dort fanden keinen Nachfolger und mussten ihre Praxen daher schließen. Zu leiden haben darunter vor allem die Patienten: Sie müssen aufgrund der nicht vorhandenen Versorgung, soweit nicht durch Nebenbetriebsstätten regional ansässiger Ärzte kompensiert, weitere Wegstrecken in Kauf nehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg weiß aus Gesprächen mit ihren Mitgliedern, dass viele Ärzte sich längst aus dem Berufsleben zurückgezogen hätten, wenn sie einen Nachfolger für ihre Praxen finden würden.

Versorgungslücken zeichnen sich in einigen Regionen schon jetzt deutlich ab. Im Bereich der Fachärzte hält sich das Problem zwar noch in Grenzen, doch auch hier sind erste Warnsignale zu vernehmen. Psychotherapeuten, insbesondere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können lange Wartezeiten kaum mehr vermeiden.

Ehrenamtliche Mitarbeit

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann ihren Sicherstellungsauftrag auch und insbesondere nur erfüllen, wenn möglichst viele Mitglieder neben ihrer Praxistätigkeit ehrenamtlich in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung tätig sind. Die Ärzte und Psychotherapeuten bringen dort vor allem ihre Basisnähe, ihren Sachverstand, ihr Engagement und die regionale Kompetenz mit ein. Auf andere Weise wären die vielen komplexen Aufgabenstellungen weder qualitativ noch quantitativ zu bewältigen. Diese Gremien setzen sich sowohl aus gesetzlichen Einrichtungen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Krankenkassen als auch aus Institutionen, die aus der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hervorgehen, zusammen.

Landes- und Zulassungsausschuss

Zu den gesetzlich vorgeschriebenen Gremien gehört der Landesausschuss, der sich aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie paritätisch aus Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusammensetzt. Der Landesausschuss spielt in der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags eine maßgebliche Rolle: Er berät und entscheidet ersatzweise über den Bedarfsplan, ordnet Zulassungsbeschränkungen an oder hebt diese auf. Der Landesausschuss hat zu prüfen, ob in den Planungsbereichen ärztliche Überversorgung vorliegt, ob eine ärztliche Unterversorgung besteht oder droht und entscheidet über einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf.

Das Sozialministerium bekommt eine neue Rolle im Landesausschuss. Neben den Vertretern der Patienten wird das Ministerium stärker in die Beratungen mit einbezogen und erhält zusätzlich ein Beanstandungsrecht.

Künftig werden weitere Beteiligte in die Bedarfsplanung einbezogen. So hat die Landesregierung einen sektorenübergreifenden Landesbeirat gegründet, der zwar kein Entscheidungsrecht hat, dessen Beschlüsse zur Bedarfsplanung aber Empfehlungscharakter haben. Gesundheitskonferenzen auf Landkreisebene bringen in den Landesbeirat regionale Komponenten mit ein.

Gesetzlich vorgeschrieben sind zudem die Zulassungsausschüsse, die ebenfalls paritätisch von den Krankenkassen und der Ärzte-/Psychotherapeutenschaft besetzt sind. In jedem Regierungsbezirk besteht ein Zulassungsausschuss, der in allen Angelegenheiten der Teilnahme an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung entscheidet: Zulassungen, Berufsausübungsgemeinschaften, Ermächtigungen oder die Anstellung von Ärzten sind nur einige der vielen Sachverhalte, mit denen sich die Zulassungsausschüsse befassen. Nur wer einmal die Berge von Akten gesehen hat, die in einer Sitzung eines Zulassungsausschusses behandelt werden, kann ermessen, welche Leistungen die ehrenamtlich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten erbringen: In 73 Sitzungen wurden 2010 etwa 8.000 Tagesordnungspunkte abgearbeitet!

Satzungsbedingte Ausschüsse

Zu den eigenen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gehören in jedem Regierungsbezirk der Plausibilitätsausschuss und der Sicherstellungsausschuss. Hier sind ebenfalls Vertreter der Ärzte und Psychotherapeuten Mitglieder. Der Sicherstellungsausschuss berät über lokale Versorgungsfragen und gibt für die Kassenärztliche Vereinigung als Verfahrensbeteiligte Empfehlungen an den jeweiligen Zulassungsausschuss ab. Wertvoll ist hier das Wissen um die Versorgungslage vor Ort, das die Mitglieder in die Entscheidungen einbringen. Der Plausibilitätsausschuss prüft die Honorarabrechnung der Ärzte und Psychotherapeuten auf rechtliche und sachliche Richtigkeit. Damit unterstützt der Ausschuss die korrekte Umsetzung der Honorarverteilung.

Darüber hinaus bearbeiten Widerspruchsausschüsse die Widersprüche gegen die Honorarbescheide und andere Bescheide, bei denen die Kassenärztliche Vereinigung Entscheidungsträger der Beschlüsse ist. Rund 8.000 Tagesordnungspunkte wurden hier 2011 behandelt. In den Qualitätssicherungskommissionen sind Mitglieder in ihren jeweiligen Fachgebieten tätig und kümmern sich um die Weiterentwicklung der Behandlungsqualität und die Aufrechterhaltung der Qualitätsstandards. Die Beschwerdeausschüsse schließlich entscheiden über Widersprüche bei Arznei- und Heilmittelregressen und ärztlicher Behandlungsweise.

Die Bezirksbeiräte, die von den Mitgliedern gewählt werden, haben eine beratende Funktion für den Vorstand inne und fungieren zudem als verlängerter Arm des Vorstandes in den Regionen. In jedem Regierungsbezirk besteht der Bezirksrat aus zwei Mitgliedern der Hausärzte, zwei der Fachärzte und einem Psychotherapeuten.

Aufgeführt wurden nur beispielhaft einige Gremien, die aber zeigen: Die (gemeinsame) Selbstverwaltung funktioniert hervorragend. Die Gremien sind tief in der Ärzte- und Psychotherapeutenchaft verankert und leisten mit unglaublichem Einsatz eine exzellente Arbeit. Ihnen gebührt daher großer Dank und hohe Anerkennung. Die komplexer werdenden Rahmenbedingungen stellen eine große Belastung für die Gremien dar. Ihre Aufgaben wachsen stetig an, sie stoßen immer häufiger an ihre Kapazitätsgrenzen. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg sieht es daher als ihre Aufgabe an, die Gremien so weit es geht zu unterstützen, um deren Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten.





Flächendeckende Versorgung



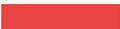
Versorgungsbereiche/-struktur

Anzahl ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten

| | | |
|---------------------------------|-------|--|
| Hausärztliche Versorgung | 7 979 |  |
| Fachärztliche Versorgung | 7 757 |  |
| Psychotherapeutische Versorgung | 2 990 |  |

Zuzüglich 1 461 ermächtigte Krankenhausärzte.

Hausärztliche Versorgung,
gegliedert nach Fachgruppen

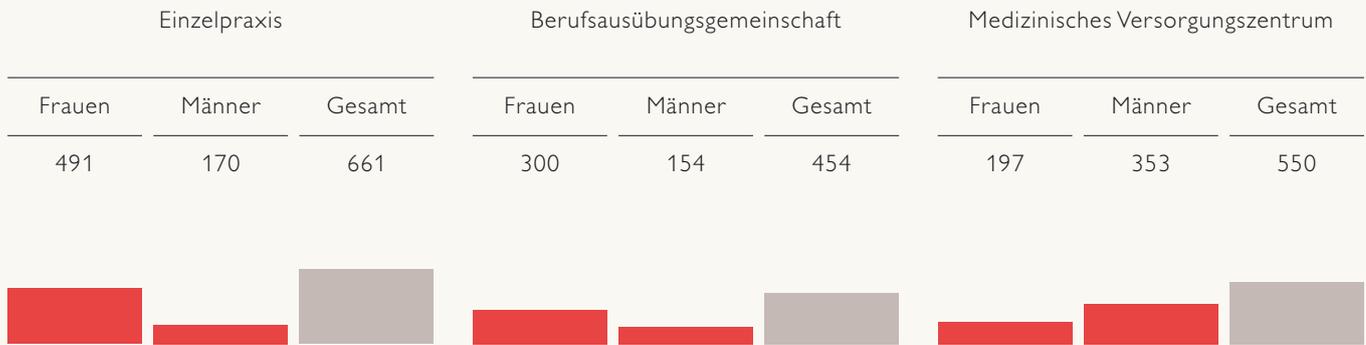
| | | |
|----------------------------|-------|--|
| Allgemeinärzte | 5 551 |  |
| Internisten (hausärztlich) | 1 572 |  |
| Kinder- und Jugendärzte | 856 |  |

Fachärztliche Versorgung,
gegliedert nach Ärzten und Psychotherapeuten

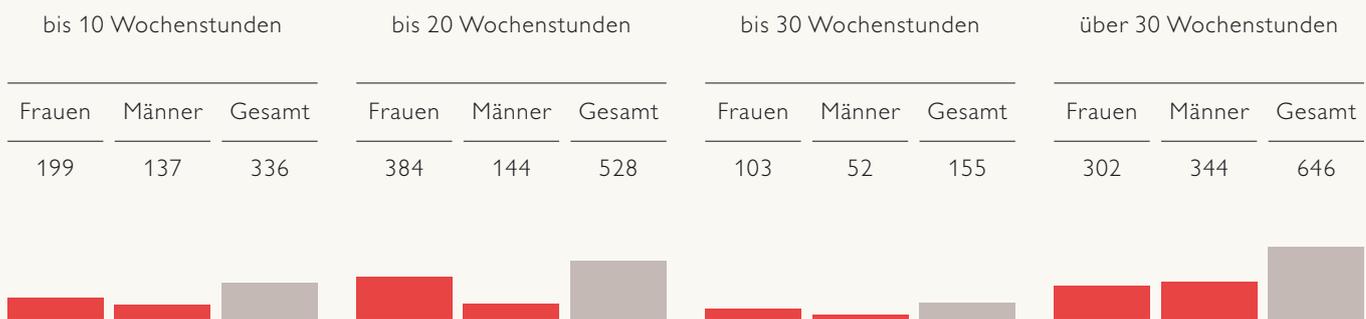
| | | |
|---|-------|--|
| Fachärzte | 8 576 |  |
| psychologische Psychotherapeuten ¹ | 1 741 |  |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | 430 |  |

¹ – Davon 164 auch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen.

Wo sind angestellte Ärzte beschäftigt?



Arbeitszeiten der angestellten Ärzte/Psychotherapeuten

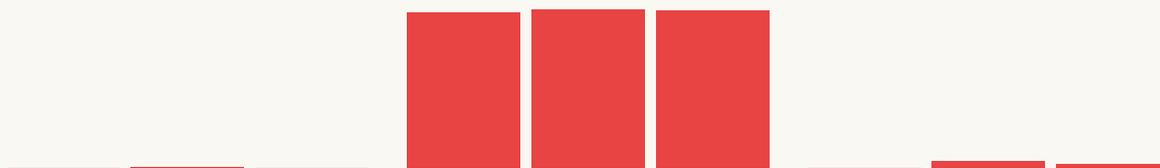


Altersstruktur und Frauenanteil in der vertragsärztlichen Versorgung

| Alter in Jahren | Frauen | Männer | Frauenanteil | |
|-----------------|--------|--------|--------------|---|
| 28 bis 39 | 464 | 418 | 53 % |  |
| 40 bis 49 | 2 470 | 3 111 | 44 % |  |
| 50 bis 54 | 1 549 | 2 311 | 40 % |  |
| 55 bis 59 | 1 362 | 2 342 | 37 % |  |
| 60 bis 64 | 896 | 2 485 | 27 % |  |
| 65 bis 88 | 380 | 938 | 29 % |  |
| Gesamt | 7 121 | 11 605 | 38 % |  |

Teilnahmestruktur 2007 bis 2011

| | Zugelassene Ärzte/PT | | | Angestellte Ärzte/PT | | | Ambulante Versorgung | | |
|---------------------------|----------------------|-----------|--------|----------------------|-----------|---------|----------------------|-----------|--------|
| | Hausärzte | Fachärzte | KVBW | Hausärzte | Fachärzte | KVBW | Hausärzte | Fachärzte | KVBW |
| 2007 | 6 988 | 10 274 | 17 262 | 185 | 397 | 582 | 7 173 | 10 671 | 17 844 |
| 2011 | 6 597 | 10 464 | 17 061 | 526 | 1 139 | 1 665 | 7 123 | 11 603 | 18 726 |
| Veränderung in Prozent | - 5,6 | + 1,9 | - 1,2 | + 184,3 | + 186,9 | + 186,1 | - 0,7 | + 8,7 | + 4,9 |



Arztzahlentwicklung 2007 bis 2011 im Vorjahresvergleich

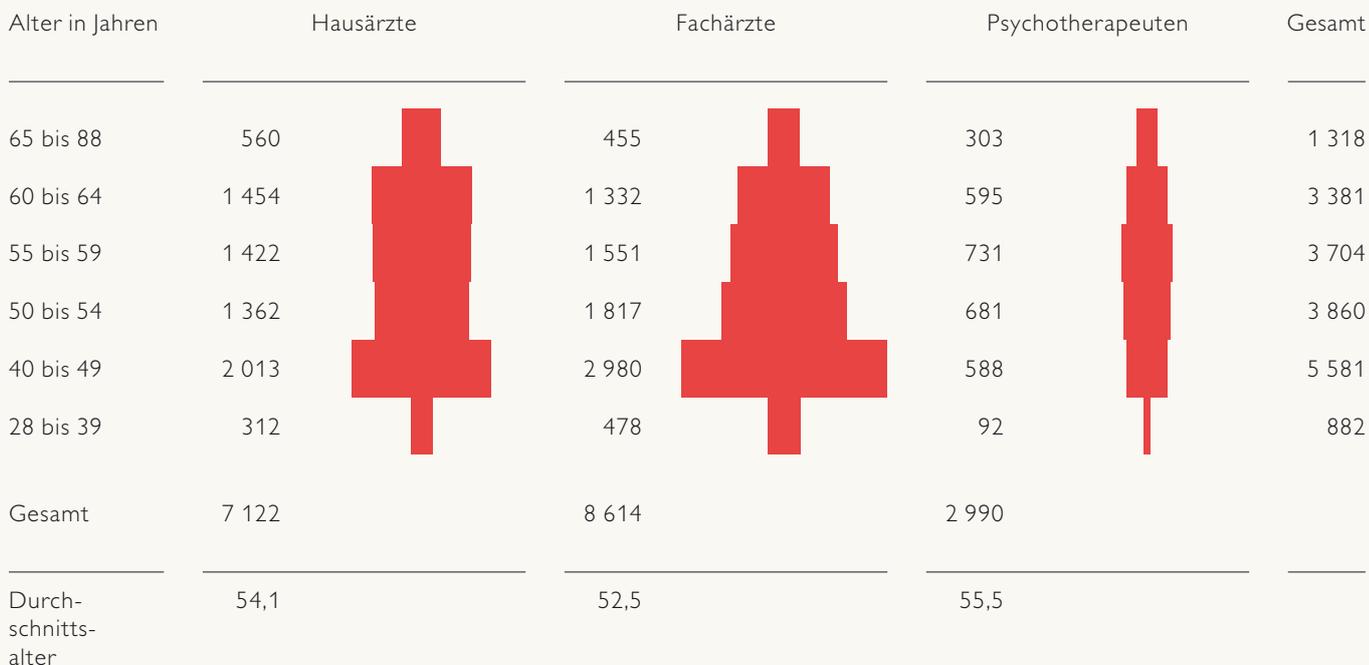
| | 2007 | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|--------------------------|--------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| Hausärztliche Versorgung | 8 005 | 8 031 | + 0,30 % | 8 016 | - 0,20 % | 7 979 | - 0,50 % | 7 979 | - 0,01 % |
| Fachärztliche Versorgung | 9 839 | 10 056 | + 2,20 % | 10 282 | + 2,20 % | 10 497 | + 2,20 % | 10 747 | + 2,39 % |
| Ermächtigte | 1 403 | 1 461 | + 4,10 % | 1 485 | + 1,60 % | 1 468 | - 1,10 % | 1 461 | - 0,48 % |
| Alle in der KVBW | 19 247 | 19 548 | + 1,60 % | 19 783 | + 1,20 % | 19 944 | + 0,80 % | 20 187 | + 1,22 % |

Entwicklung der fachärztlichen Versorgung 2007 bis 2011

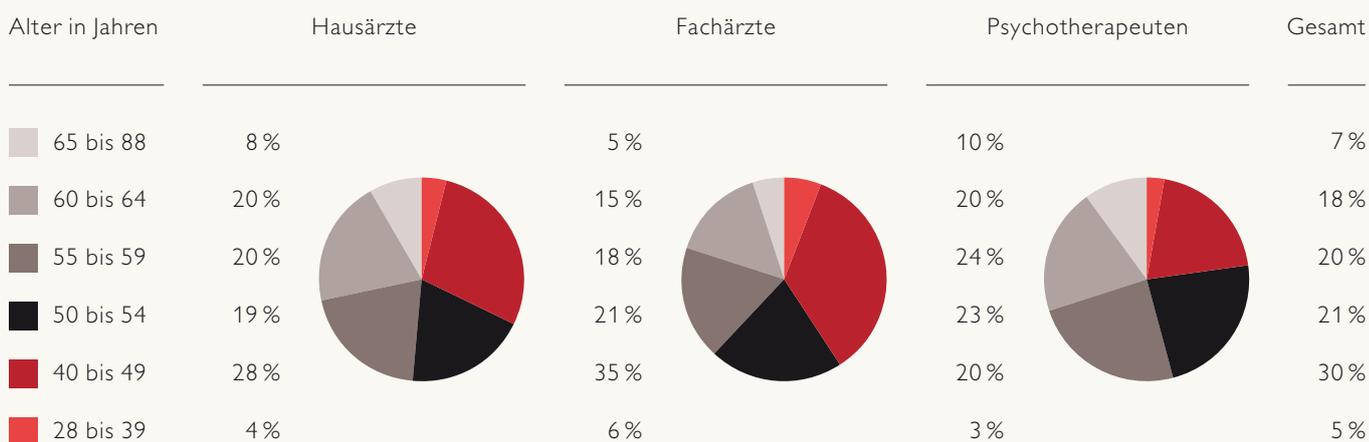
| | Chirurgie/ Orthopädie | Frauenärzte | Internisten (FÄ) | Kinder- und Jugendärzte | Psychotherapie | sonstige Fachärzte |
|------------------------|--------------------------|-------------|---------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|
| 2007 | 1 375 | 1 296 | 967 | 832 | 2 640 | 3 564 |
| 2011 | 1 491 | 1 358 | 1 051 | 856 | 2 990 | 4 133 |
| Veränderung in Zahlen | 116 | 62 | 84 | 24 | 350 | 569 |
| Veränderung in Prozent | + 8 | + 5 | + 9 | + 3 | + 13 | + 16 |



Durchschnittsalter der Vertragsärzte/-psychotherapeuten



Altersstruktur



Fachgruppen

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

| | zugelassen | davon weibl. | angestellt | davon weibl. | nieder- gelassen insgesamt | davon weibl. | ermächtigt | davon weibl. |
|--|------------|-----------------|------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|------------|-----------------|
| Allgemeinmedizin | 5 172 | 35 % | 379 | 78 % | 5 551 | 38 % | 18 | 50 % |
| Anästhesiologie | 306 | 39 % | 64 | 44 % | 370 | 39 % | 134 | 13 % |
| Augenheilkunde | 611 | 40 % | 68 | 63 % | 679 | 43 % | 14 | 7 % |
| Chirurgie | 451 | 11 % | 60 | 28 % | 511 | 13 % | 268 | 6 % |
| Frauenheilkunde | 1 207 | 51 % | 151 | 77 % | 1 358 | 54 % | 136 | 27 % |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 443 | 21 % | 29 | 62 % | 472 | 24 % | 29 | 14 % |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 404 | 37 % | 54 | 74 % | 458 | 41 % | 14 | 21 % |
| Innere Medizin – Hausärztlich | 1 425 | 23 % | 147 | 63 % | 1 572 | 26 % | 5 | 40 % |
| Innere Medizin – Fachärztlich ¹ | 946 | 15 % | 105 | 39 % | 1 051 | 18 % | 367 | 9 % |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | 424 | 76 % | 6 | 67 % | 430 | 76 % | 10 | 90 % |
| Kinder- und Jugendmedizin | 778 | 36 % | 78 | 74 % | 856 | 39 % | 96 | 20 % |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | 96 | 55 % | 7 | 86 % | 103 | 57 % | 12 | 33 % |
| Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie | 71 | 28 % | 103 | 37 % | 174 | 33 % | 10 | 30 % |
| Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | 140 | 4 % | 2 | 50 % | 142 | 5 % | 2 | 0 % |
| Nervenärzte, Neurologie und Psychiatrie ² | 621 | 31 % | 74 | 58 % | 695 | 34 % | 79 | 10 % |
| Neurochirurgie | 53 | 4 % | 22 | 18 % | 75 | 8 % | 7 | 0 % |
| Nuklearmedizin | 59 | 24 % | 15 | 40 % | 74 | 27 % | 4 | 25 % |
| Orthopädie | 648 | 5 % | 56 | 21 % | 704 | 7 % | 85 | 4 % |
| Pathologie | 79 | 22 % | 23 | 48 % | 102 | 27 % | 5 | 0 % |
| Physikalische und Rehabilitative Medizin | 47 | 38 % | 13 | 23 % | 60 | 35 % | | |
| Psychologische Psychotherapie ³ | 1 698 | 64 % | 43 | 81 % | 1 741 | 64 % | 10 | 70 % |
| Psychotherapeutische Medizin | 801 | 63 % | 18 | 50 % | 819 | 62 % | 13 | 15 % |
| Radiologie/Strahlentherapie | 278 | 18 % | 127 | 46 % | 405 | 27 % | 108 | 21 % |
| Urologie | 303 | 5 % | 21 | 33 % | 324 | 6 % | 35 | 3 % |
| Summe | 17 061 | 36 % | 1 665 | 59 % | 18 726 | 38 % | 1 461 | 14 % |

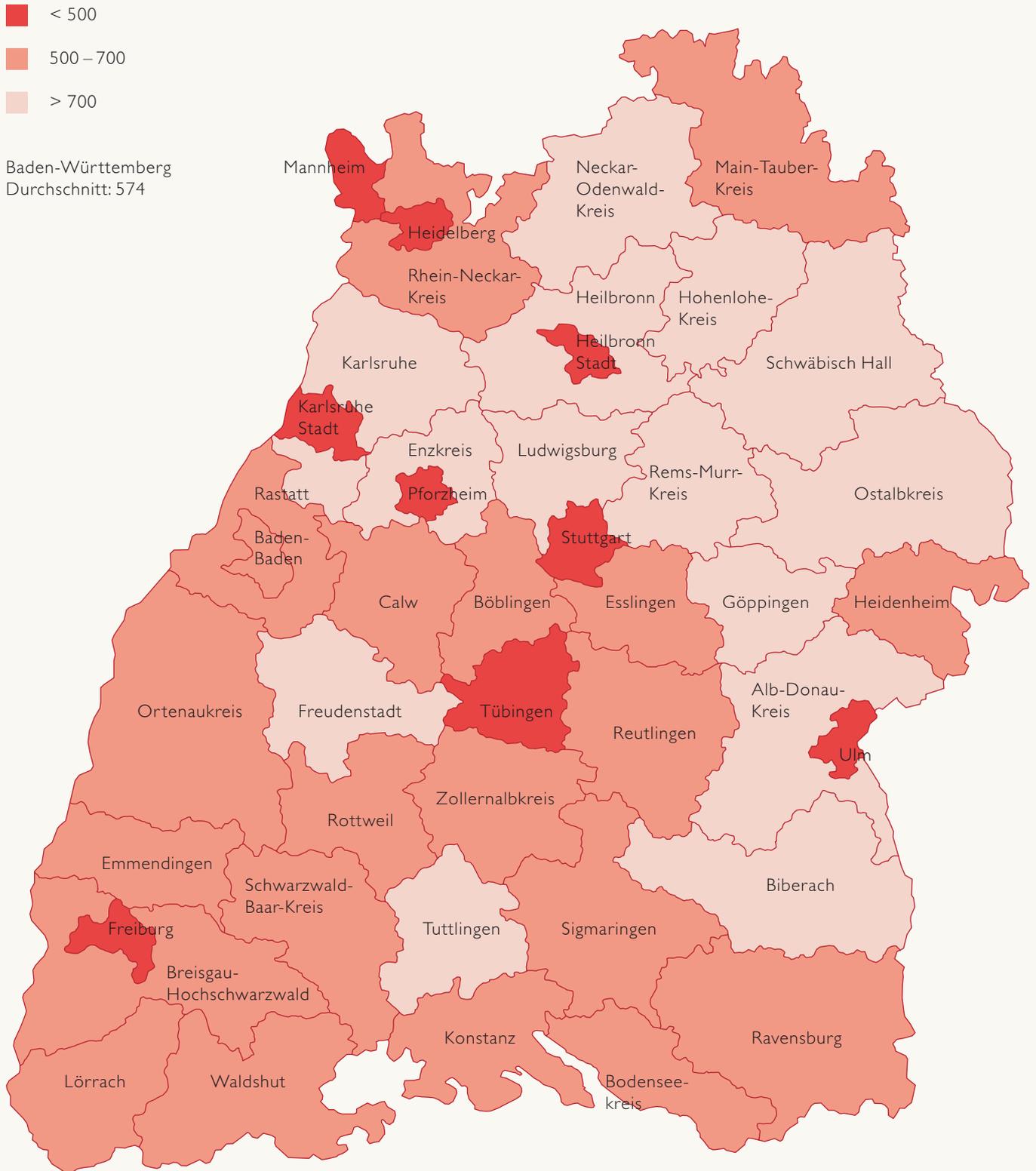
1 – 1 051 = 127 Gastroenterologen, 214 Kardiologen, 148 Nephrologen, 109 Pneumologen, 453 andere oder ohne Schwerpunkt

2 – 695 = 369 Nervenärzte (Neurologie und Psychiatrie), 206 Psychiatrie und Psychotherapie, 120 Neurologie

3 – 1 741 = 164 auch zugelassen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Arztdichte

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



Anzahl der zugelassenen und angestellten Vertragsärzte und -psychotherapeuten

(Kopfzahl, einschließlich Mitglieder im „Job-Sharing“ und mit halben Versorgungsaufträgen)

| Ort | Hausärzte | Psycho- therapeuten, alle | Anästhe- sisten | Augenärzte | Chirurgen | Frauenärzte | Hals-Nasen- Ohrenärzte | Hautärzte |
|--------------------------|-----------|---------------------------------|--------------------|------------|-----------|-------------|---------------------------|-----------|
| Alb-Donau-Kreis | 127 | 24 | 3 | 9 | 14 | 17 | 5 | 7 |
| Baden-Baden/Rastatt | 183 | 44 | 7 | 19 | 13 | 38 | 15 | 11 |
| Biberach | 127 | 20 | 3 | 10 | 5 | 21 | 6 | 5 |
| Böblingen | 227 | 67 | 7 | 20 | 13 | 38 | 17 | 15 |
| Bodenseekreis | 142 | 45 | 10 | 12 | 8 | 31 | 9 | 14 |
| Breisgau-Hochschwarzwald | 188 | 79 | 10 | 13 | 9 | 23 | 10 | 11 |
| Calw | 104 | 34 | 4 | 9 | 4 | 17 | 5 | 5 |
| Emmendingen | 110 | 36 | 4 | 9 | 4 | 25 | 6 | 8 |
| Enzkreis | 129 | 28 | 5 | 8 | 5 | 19 | 4 | 2 |
| Esslingen | 303 | 101 | 13 | 29 | 25 | 62 | 21 | 18 |
| Freiburg | 214 | 283 | 23 | 26 | 25 | 48 | 17 | 24 |
| Freudenstadt | 75 | 22 | 5 | 6 | 4 | 9 | 4 | 4 |
| Göppingen | 147 | 39 | 7 | 14 | 12 | 26 | 10 | 9 |
| Heidelberg | 112 | 208 | 17 | 14 | 16 | 36 | 10 | 17 |
| Heidenheim | 93 | 18 | 5 | 7 | 3 | 13 | 4 | 5 |
| Heilbronn, Land | 206 | 43 | 5 | 15 | 10 | 33 | 11 | 10 |
| Heilbronn, Stadt | 82 | 35 | 10 | 14 | 9 | 21 | 9 | 11 |
| Hohenlohekreis | 70 | 11 | 3 | 4 | 3 | 9 | 2 | 4 |
| Karlsruhe, Land | 260 | 59 | 8 | 25 | 16 | 49 | 16 | 14 |
| Karlsruhe, Stadt | 200 | 146 | 19 | 27 | 18 | 51 | 19 | 22 |
| Konstanz | 194 | 85 | 6 | 21 | 13 | 36 | 13 | 14 |
| Lörrach | 159 | 40 | 4 | 11 | 6 | 25 | 7 | 7 |
| Ludwigsburg | 309 | 80 | 14 | 28 | 25 | 59 | 20 | 16 |
| Main-Tauber-Kreis | 94 | 15 | 3 | 9 | 5 | 14 | 4 | 6 |
| Mannheim | 220 | 179 | 15 | 27 | 22 | 57 | 21 | 18 |
| Neckar-Odenwald-Kreis | 87 | 14 | 3 | 6 | 4 | 14 | 4 | 4 |
| Ortenaukreis | 283 | 87 | 8 | 23 | 18 | 45 | 16 | 15 |
| Ostalbkreis | 202 | 40 | 6 | 21 | 10 | 33 | 11 | 10 |
| Pforzheim | 82 | 52 | 10 | 13 | 14 | 24 | 8 | 8 |
| Ravensburg | 190 | 81 | 7 | 16 | 11 | 30 | 12 | 13 |
| Rems-Murr-Kreis | 245 | 68 | 14 | 23 | 15 | 42 | 17 | 13 |
| Reutlingen | 187 | 61 | 11 | 17 | 19 | 36 | 13 | 12 |
| Rhein-Neckar-Kreis | 376 | 126 | 13 | 29 | 23 | 61 | 27 | 19 |
| Rottweil | 91 | 24 | 4 | 11 | 8 | 12 | 5 | 4 |
| Schwäbisch Hall | 134 | 16 | 3 | 10 | 4 | 16 | 5 | 3 |
| Schwarzwald-Baar-Kreis | 138 | 39 | 4 | 11 | 9 | 30 | 8 | 7 |
| Sigmaringen | 93 | 14 | 2 | 5 | 3 | 14 | 4 | 4 |
| Stuttgart | 387 | 293 | 33 | 55 | 48 | 108 | 42 | 36 |
| Tübingen | 144 | 163 | 12 | 14 | 12 | 29 | 8 | 11 |
| Tuttlingen | 79 | 16 | 3 | 7 | 4 | 15 | 5 | 3 |
| Ulm | 94 | 65 | 20 | 13 | 11 | 31 | 11 | 9 |
| Waldshut | 117 | 30 | 3 | 9 | 6 | 19 | 5 | 4 |
| Zollernalbkreis | 119 | 60 | 4 | 10 | 5 | 22 | 6 | 6 |
| Baden-Württemberg | 7 123 | 2 990 | 370 | 679 | 511 | 1 358 | 472 | 458 |
| Ermächtigte | 23 | 33 | 134 | 14 | 268 | 136 | 29 | 14 |

| Internisten, fachärztlich tätig | Kinder- u. Jugendärzte | Nervenärzte, Neurologen, Psychiater | Orthopäden | Radiologen | Urologen | Weitere (Labor, MKG u.a.) | Gesamt | EW/HA | Einwohner ¹ |
|---------------------------------------|---------------------------|---|------------|------------|----------|---------------------------------|--------|-------|------------------------|
| 10 | 11 | 10 | 8 | 3 | 5 | 1 | 254 | 1 493 | 189 670 |
| 28 | 21 | 12 | 17 | 15 | 9 | 19 | 451 | 1 537 | 281 234 |
| 12 | 10 | 9 | 10 | 5 | 3 | 5 | 251 | 1 491 | 189 312 |
| 26 | 27 | 19 | 21 | 14 | 9 | 17 | 537 | 1 636 | 371 396 |
| 20 | 22 | 17 | 19 | 10 | 8 | 18 | 385 | 1 467 | 208 367 |
| 16 | 23 | 16 | 13 | 5 | 6 | 11 | 433 | 1 337 | 251 266 |
| 8 | 9 | 11 | 10 | 5 | 4 | 1 | 230 | 1 512 | 157 271 |
| 14 | 13 | 15 | 8 | 3 | 5 | 3 | 263 | 1 439 | 158 342 |
| 8 | 11 | 9 | 9 | 6 | 5 | | 248 | 1 503 | 193 913 |
| 35 | 36 | 27 | 27 | 28 | 13 | 32 | 770 | 1 699 | 514 830 |
| 47 | 23 | 51 | 34 | 38 | 11 | 39 | 903 | 1 048 | 224 191 |
| 9 | 6 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 159 | 1 598 | 119 878 |
| 18 | 14 | 11 | 13 | 9 | 7 | 5 | 341 | 1 718 | 252 548 |
| 45 | 17 | 33 | 28 | 19 | 6 | 34 | 612 | 1 315 | 147 312 |
| 14 | 10 | 8 | 5 | 3 | 3 | 3 | 194 | 1 410 | 131 116 |
| 13 | 19 | 16 | 14 | 12 | 8 | 3 | 418 | 1 594 | 328 364 |
| 22 | 15 | 19 | 11 | 7 | 9 | 15 | 289 | 1 499 | 122 879 |
| 8 | 6 | 5 | 4 | 1 | 3 | | 133 | 1 556 | 108 913 |
| 36 | 31 | 22 | 23 | 8 | 10 | 9 | 586 | 1 663 | 432 271 |
| 46 | 28 | 41 | 29 | 35 | 13 | 44 | 738 | 1 474 | 294 761 |
| 32 | 26 | 36 | 26 | 13 | 8 | 22 | 545 | 1 438 | 278 983 |
| 13 | 18 | 9 | 10 | 7 | 7 | 3 | 326 | 1 400 | 222 650 |
| 34 | 47 | 23 | 29 | 12 | 12 | 26 | 734 | 1 676 | 517 985 |
| 21 | 10 | 5 | 11 | 7 | 3 | 7 | 214 | 1 419 | 133 351 |
| 58 | 36 | 35 | 29 | 15 | 14 | 15 | 761 | 1 424 | 313 174 |
| 8 | 7 | 8 | 6 | 4 | 4 | 1 | 174 | 1 690 | 147 006 |
| 39 | 35 | 30 | 21 | 13 | 10 | 12 | 655 | 1 475 | 417 513 |
| 25 | 19 | 16 | 14 | 12 | 7 | 9 | 435 | 1 538 | 310 733 |
| 25 | 12 | 16 | 17 | 7 | 6 | 15 | 309 | 1 461 | 119 781 |
| 29 | 28 | 22 | 20 | 11 | 8 | 30 | 508 | 1 458 | 276 965 |
| 34 | 32 | 19 | 24 | 11 | 11 | 5 | 573 | 1 696 | 415 448 |
| 25 | 21 | 14 | 12 | 11 | 10 | 9 | 458 | 1 502 | 280 931 |
| 50 | 49 | 34 | 33 | 16 | 16 | 21 | 893 | 1 430 | 537 625 |
| 7 | 8 | 8 | 9 | 10 | 3 | 1 | 205 | 1 531 | 139 316 |
| 15 | 15 | 10 | 7 | 7 | 4 | 7 | 256 | 1 406 | 188 420 |
| 22 | 18 | 17 | 16 | 7 | 6 | 14 | 346 | 1 497 | 206 535 |
| 14 | 9 | 5 | 9 | 4 | 3 | 3 | 186 | 1 400 | 130 215 |
| 73 | 53 | 69 | 57 | 52 | 25 | 54 | 1 385 | 1 567 | 606 588 |
| 18 | 16 | 19 | 12 | 10 | 6 | 14 | 488 | 1 537 | 221 304 |
| 10 | 8 | 7 | 7 | 6 | 3 | 4 | 177 | 1 699 | 134 189 |
| 32 | 14 | 25 | 12 | 10 | 7 | 16 | 370 | 1 306 | 122 801 |
| 14 | 13 | 4 | 6 | 3 | 7 | 2 | 242 | 1 420 | 166 140 |
| 18 | 10 | 11 | 9 | 4 | 5 | 2 | 291 | 1 583 | 188 393 |
| 1 051 | 856 | 798 | 704 | 479 | 324 | 553 | 18 726 | 1 510 | 10 753 880 |
| 367 | 96 | 91 | 85 | 112 | 35 | 24 | 1 461 | | 1 461 |





Hohes Versorgungsniveau
unter schwierigen Voraussetzungen

**Ohne Hausarzt
geht es nicht. Er
ist der primäre An-
sprechpartner für
die allermeisten
Patienten.**

94 Prozent der Versicherten suchen zuerst ihren Hausarzt auf, wenn sie krank sind oder ärztlichen Rat suchen. Das Vertrauensverhältnis zu ihrem Hausarzt bezeichnen 91 Prozent der Versicherten als sehr gut oder gut. Gleiches gilt für seine Fachkompetenz. Werte, von denen andere Berufsgruppen nur träumen können. Die Patientenumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) belegt die hohe Zufriedenheit der Patienten mit ihren Hausärzten. Das Vertrauensverhältnis ist ungebrochen. Der Hausarzt bleibt Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Versorgung im Land.

Erfreulicherweise hat sich die Situation vieler Hausarztpraxen im Jahr 2011 stabilisiert. Die Umsätze aus den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (Selektivvertrag) sowie die deutlich um vier Prozent gestiegene Vergütung in 2011 (1,25 Prozent im Bund) haben vielen Praxen wieder Luft verschafft. Die Ambulanten Kodierrichtlinien, die vor allem für die Hausarztpraxen einen enormen Bürokratiewachstum mit sich gebracht hätten, sind gestoppt worden – insbesondere dank der Initiative der Ärzteschaft aus Baden-Württemberg.

Ein Grund zur Entwarnung ist das noch nicht. Nach Berechnungen der KVBW wird sich bis 2016 für etwa 500 Praxen in Baden-Württemberg kein Nachfolger finden. Weiße Flecken in der hausärztlichen Versorgung sind zu befürchten. Schon heute lässt sich prognostizieren, dass es in einigen Jahren Regionen ohne Hausarzt geben wird. Und das wird keineswegs nur auf dem Land der Fall sein. Selbst für einige städtische Bereiche ist dies ein realistisches Szenario – wenn es nicht gelingt, rechtzeitig gegenzusteuern.

Die KVBW arbeitet mit Hochdruck an Lösungen, um dieser Herausforderung zu begegnen. Bekanntestes Beispiel ist das Modell RegioPraxisBW. 2012 initiiert die KVBW die ersten hausärztlich orientierten Ärztezentren in ländlichen Regionen. Welche Konzepte die KVBW hat, um das hohe Versorgungsniveau langfristig aufrechtzuerhalten, und wie sie innovative Versorgungsformen auf den Weg bringt, lesen Sie in den folgenden Kapiteln.

STATEMENT

Die Hausärzte konnten 2011 ihre Einkommenssituation stabilisieren, zum einen durch einen Honorarzuwachs aus der GKV-Vergütung, zum anderen durch den weiteren Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung. So erfreulich dies ist, zeigt sich gleichzeitig, dass der Ärztemangel im hausärztlichen Sektor immer deutlichere Formen annimmt. Wenn es nicht gelingt, hier wirksam gegenzusteuern, werden wir in absehbarer Zeit echte Versorgungslücken in einigen Regionen des Landes haben.

Dr. med. Berthold Dietsche
 Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses
 Hausärztliche Versorgung,
 Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW



Auch der Gesetzgeber will mit dem Versorgungsstrukturgesetz mehr Ärzte dazu motivieren sich niederlassen – am besten in Gebieten mit Mangelversorgung. Der Beiname „Landarztgesetz“ kommt nicht von ungefähr. Zwar betreffen die Neuregelungen Haus- wie Fachärzte gleichermaßen. Gleichwohl sind sie vor allem mit Blick auf den drohenden Hausärztemangel eingeführt worden. Dazu gehört etwa die Aufhebung der Residenzpflicht.

Die KVen bekommen neue Spielräume, um finanzielle Anreize für Ärzte in unterversorgten Gebieten zu setzen. Die Rückkehr zur regionalen Honorarverantwortung zählt ebenso dazu wie eine flexiblere Bedarfsplanung, die neue Parameter wie Demografie und Morbidität berücksichtigt. Die KVBW wird die neuen Möglichkeiten gemeinsam mit ihren Partnern auf Seiten der Krankenkassen optimal nutzen.

HAUSBESUCHE IM JAHR 2010

Bei ihren Hausbesuchen umrunden die baden-württembergischen Ärzte jeden Tag ein Mal die Erde.

Über 3 Millionen Hausbesuche im ganzen Land; knapp 2 Millionen Besuche in Pflegeheimen.

Die niedergelassenen Ärzte haben mehr als 1,3 Millionen Notfälle behandelt und rund 450 000 dringende Hausbesuche durchgeführt.

STATEMENT

„Wie steht es um die aktuelle Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg?“

Die jüngsten Zahlen des Ärzteatlas 2011 verdeutlichen, dass die meisten Planungsbezirke in Baden-Württemberg derzeit (noch) von einer ärztlichen Überversorgung gekennzeichnet sind. Von einer generellen Unterversorgung kann somit aktuell nicht die Rede sein, allerdings liegt regional ein räumliches Verteilungsproblem von Arztstellen vor. Zudem werden viele der momentan praktizierenden Ärzte in den kommenden Jahren in den Ruhestand treten. Daher müssen kurzfristig Anreize für Mediziner greifen, sich in zukünftig möglicherweise unterversorgten Regionen niederzulassen. Hierbei sind alle für die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger vor Ort Verantwortlichen in der Pflicht. Einen nachhaltigen Anreiz bietet die AOK Baden-Württemberg insbesondere mit ihrem Hausarzt- und Facharzt-Programm, das teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen ein attraktives und planbares Honorar bietet. Im Gegenzug erhalten die Patientinnen und Patienten eine intensivere Betreuung. Um auch in Zukunft eine wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu sichern, steht für die AOK Baden-Württemberg außerdem die weitere stärkere Vernetzung von Haus- und Fachärzten sowie der Ausbau regional integrierter Versorgungskonzepte im Vordergrund.

Dr. Christopher Hermann
Vorstandsvorsitzender
der AOK Baden-Württemberg



Hausarztichte

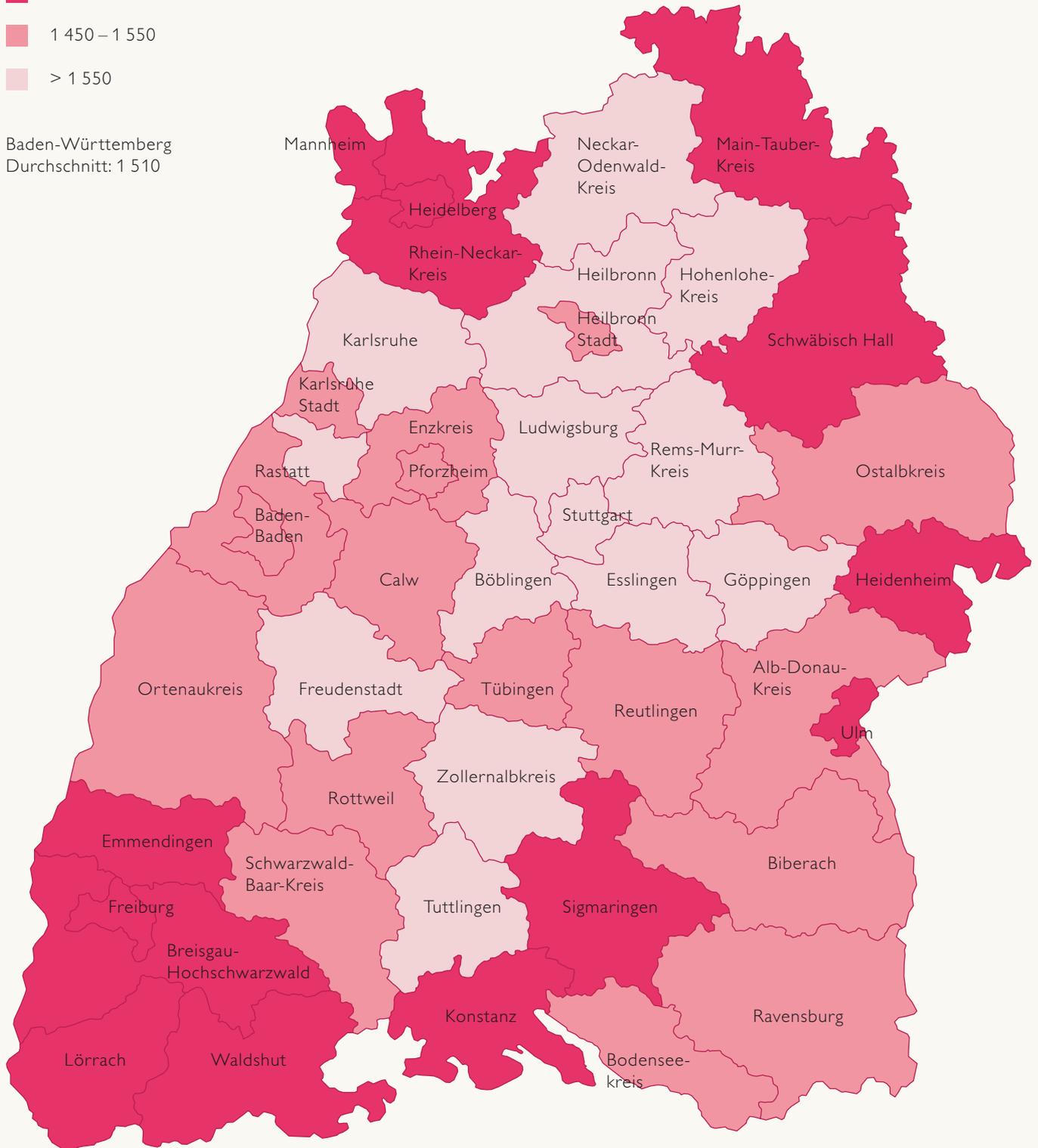
Anzahl der Einwohner je Hausarzt in den Stadt- und Landkreisen

< 1 450

1 450 – 1 550

> 1 550

Baden-Württemberg
Durchschnitt: 1 510



Wartezeiten und Überversorgung –
eine absurde Diskussion

Zwei Lieblingsthemen bestimmten die gesundheitspolitische Diskussion im Jahr 2011: Der Abbau angeblicher Überversorgung im Zuge des Versorgungsstrukturgesetzes und die Diskussion um Wartezeiten bei den Fachärzten. Zwei gegensätzliche Themen, die miteinander verknüpft zu absurden Diskussionen führten.

Übersorgung

Wer die reinen Zahlen der Bedarfsplanung betrachtet, muss Baden-Württemberg als das Paradies auf Erden in Bezug auf die fachärztliche Versorgung ansehen. Für ganze Fachgruppen sind sämtliche Planungsbezirke wegen Übersorgung gesperrt, andere lediglich partiell geöffnet. Ein Versorgungsgrad von mehreren hundert Prozent ist zwar nicht die Regel, aber auch nicht die Ausnahme. Ist das Bild, das durch die Zahlen vermittelt wird, richtig? Wer einen genaueren Blick darauf wirft, wird schnell zu einem anderen Ergebnis kommen. So existiert – auf dem Papier – eine rechnerische Übersorgung vor allem im ländlichen Raum. Der Grund dafür ist ganz einfach und rein statistischer Natur: Viele Facharztgruppen sind relativ klein. Bei hohen Verhältniszahlen kommt es dann in den dünner besiedelten ländlichen Räumen häufig bereits bei zwei Ärzten pro Landkreis zur rechnerischen Übersorgung. Außerdem stimmen die Verhältniszahlen, die auf dem Stand 31.12.1990 basieren, nicht mehr mit der heutigen Versorgungsrealität überein. Zum einen sind Entwicklungen der Morbidität, Demografie oder sozio-ökonomische Faktoren nicht berücksichtigt, zum anderen hat sich vor allem bei den Fachärzten das Berufsbild deutlich gewandelt. Eine ganze Reihe heutiger Behandlungen gab es damals noch nicht.

| Leistung | 1990 | 2010 |
|--|------|---------|
| Ambulante Katarakt-OP | 0 | 92 594 |
| Ambulante MRT-Untersuchung | 0 | 799 893 |
| Ambulante Strahlentherapie..... | 0 | 723 021 |
| Ambulant eingesetzte Koronarstents | 0 | 2 069 |

Wer fordert, Übersorgung abzubauen, gefährdet die Versorgung. In einer Zeit, in der die ambulante Versorgung auf einen Ärztemangel hinsteuert, ist dies nur schwierig zu vermitteln – zumal durch den Abbau von Übersorgung in einem Landkreis noch kein einziger zusätzlicher Arzt in einen anderen Landkreis mit mangelnder Versorgung kommt.

STATEMENT

Der signifikanteste Unterschied zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und allen anderen auf der Welt ist die flächendeckende ambulante fachärztliche Versorgung. In keinem anderen Land können die Patienten auf ein derart dichtes Netz an hochqualifizierten Fachärzten aller Fachrichtungen zurückgreifen. Aufgabe der Politik und der Kassenärztlichen Vereinigungen muss es daher sein, diese Versorgung aufrechtzuerhalten und weiter zu verbessern.

Dr. Rolf Stiasny
Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses
Fachärztliche Versorgung



Wartezeiten

Ein weiteres Thema stellten Teile der Politik auf die Tagesordnung: die angeblich viel zu langen Wartezeiten bei Fachärzten. Im Versorgungsstrukturgesetz wurde die Gewährleistung angemessener ambulanter Wartezeiten bei den Fachärzten in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgenommen. Was darin „angemessen“ bedeutet, kann unterschiedlich interpretiert werden und sollte vom medizinischen Einzelfall abhängig gemacht werden: Welche Behandlung ist akut notwendig, welche nicht? Schließlich sind vor allem bei Fachärzten viele Termine reine Vorsorgeuntersuchungen, bei denen Wartezeiten aus medizinischer Sicht völlig unkritisch sind. Darüber hinaus ist der KVBW bislang kein Fall bekannt, in dem ein Patient in einer bedrohlichen gesundheitlichen Situation nicht schnell behandelt wurde. Denn die Fachärzte im Land sind gut.

STATEMENT

Hoher Versorgungsgrad

Baden-Württemberg weist derzeit einen hohen Versorgungsgrad der Bevölkerung mit ambulanten ärztlichen Leistungen auf. Die Versorgung ist gut. In den meisten Planungsregionen herrscht Überversorgung – konkret sind über 95 Prozent der Planungsbezirke überversorgt und mit Zulassungsbeschränkungen versehen; nur in Einzelfällen kommt es im ländlichen Raum lokal begrenzt zu Versorgungsengpässen. Die neue Bedarfsplanung muss es ermöglichen, Überkapazitäten in einigen Gebieten abzubauen und in Richtung der von Unterversorgung bedrohten Räume umzulenken. Leider gibt uns das verabschiedete Versorgungsstrukturgesetz keine geeigneten Steuerungsinstrumente an die Hand. Es besteht sowohl für den Bund als auch für das Land die Aufgabe und Herausforderung die Verteilung der Ärzte gemeinsam versorgungspolitisch intelligent zu lösen. Grundsätzlich ist anzumerken, dass es sich in den strukturschwachen ländlichen Regionen im Land nicht um ein originäres Problem der gesetzlichen Krankenversicherung handelt; vielmehr ist hier von einem gesamtgesellschaftlichen Phänomen auszugehen, denn in diesen ländlichen Regionen ist nicht nur die Versorgung mit Ärzten unterdurchschnittlich, sondern auch die übrige Infrastruktur wie Schulen, Kinos, Arbeitsplätze, Einkaufsmöglichkeiten. Insofern kann eine Reform der Bedarfsplanung nur ein Baustein von vielen sein. Wir müssen hier ganz neu denken und sollten unsere Aktivitäten nicht darauf beschränken, mehr Ärzte für das Landleben zu interessieren. Wer die ärztliche Versorgung auf dem Land verbessern will, muss auch darauf hinwirken, das Leben auf dem Land attraktiver zu machen. Dies ist eine Aufgabe für kreative kommunale und regionale Akteure, an der wir uns als regional gut vernetzte Krankenkassen gern beteiligen: mit Ideen, nicht nur mit Finanzspritzen. Konstatiert werden muss auch, dass die Medizin weiblich wird. In den vergangenen Jahren waren bereits 60 Prozent der Medizinstudenten Frauen und der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte lag bei 42 Prozent – Tendenz steigend. Um der Familienplanung der Ärztinnen gerecht zu werden, sollten Ideen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf entwickelt werden.



Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestätigt dies in einer Patientenumfrage. Danach bekommen 80 Prozent der Patienten innerhalb von drei Wochen einen Termin bei den Fachärzten. Noch schneller fänden viele Patienten einen Arzt, wenn sie bereit wären, einen anderen als ihren Wunscharzt zu wählen.

Absurd wird die Diskussionen, wenn man beide Themen miteinander verknüpft. Abbau der Überversorgung und Schließen von Facharztpraxen auf der einen Seite und Abbau der Wartezeiten auf der anderen Seite – wie soll das gehen? Schließlich können nicht weniger Facharztpraxen mehr Patienten aufnehmen und darüber hinaus kürzere Wartezeiten garantieren.



Konrad Ehing
Vorsitzender des Vorstands des BKK
Landesverbandes Baden-Württemberg

Frank Hippler
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
der IKK Classic

Anton Haupenthal
Leiter der Regionaldirektion München
der Knappschaft

Walter Scheller
Leiter der Landesvertretung
Baden-Württemberg des Verbands
der Ersatzkassen e.V.

Fehlsteuerungen verhindern –
zeitnahe Versorgung

Die Häufigkeit psychischer Krankheiten nimmt in ganz Deutschland weiterhin zu.

Diplom-Psychologe Rolf Wachendorf
Vorstandsbeauftragter Psychotherapie,
Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW



Wer sich mit Maßnahmen der KVBW zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung in der Zukunft befasst, der muss zunächst analysieren, auf welche Wirkungsfaktoren überhaupt Einfluss genommen werden kann.

Zu den Dauerbrennern der psychotherapeutischen Versorgung gehören: die langen Wartezeiten, verbunden mit dem Fehlen einer akuten Versorgung, die eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten chronisch Kranker und eine geringe Kommunikation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten.

Auf die wachsende Morbidität von psychischen Krankheiten, eine der Hauptursachen langer Wartezeiten, haben die Akteure im Gesundheitswesen keinen Einfluss. Für die KVBW stellt sich die Aufgabe, mit einer durch die Bedarfsplanung festgelegten Anzahl von Psychotherapeuten und begrenzten Geldmitteln eine optimale Versorgung zu erreichen. Trotz der Neuzulassung von Therapeuten im Zuge der Quote für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben sich angesichts der Masse von notwendigen Therapien die Klagen über Wartezeiten nicht vermindert. Dies aktuelle Beispiel zeigt, dass der Ruf nach Neuzulassungen nur eine Teillösung darstellen kann.

Schwierige Rahmenbedingungen

Erschwerend für eine bessere Versorgungssicherstellung ist die eingeschränkte zeitliche Präsenz vieler Niedergelassener in der Versorgung gesetzlich Versicherter. Durch den immer höheren Anteil an Frauen in dem Beruf, die häufig andere und flexiblere Tätigkeitsformen wahrnehmen, sind die Regularien der bisherigen Bedarfsplanung ohnehin obsolet geworden. Zudem ist der Beruf zunehmend wirtschaftlich unattraktiv geworden. Diese Entwicklung zeigt beispielhaft, welche Sicherstellungsprobleme für alle Arztberufe entstehen werden, wenn über Jahre hinweg förderliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen, wie auch Planungssicherheit, politisch ignoriert werden.

Weiterhin erschwerend für eine bessere Versorgungssicherstellung sind jahrelange EBM-Fehlsteuerungen, die die Therapeuten benachteiligt, die Akutversorgung anbieten. Dabei ist gerade diese besonders wichtig. Gleichzeitig sieht der EBM nicht die Versorgung von chronisch kranken Patienten vor, die manchmal über mehrere Jahre hinweg begleitet werden müssen.

Der EBM vermittelt: „Wer Kranke zeitnah versorgt, wird wirtschaftlich bestraft“. Diese EBM-Steuerungswirkung wurde in der letzten EBM-Reform noch verstärkt, als die nicht genehmigten Leistungen zusätzlich der Konvergenz unterzogen und dann quotiert wurden. Ca. 40 Prozent Honorarunterschied zur genehmigten Leistung bestrafen jede zeitnahe Versorgung. Wegen den unzumutbaren Wartezeiten werden über die Bedarfsplanung zusätzliche Therapeuten gefordert, wobei gleichzeitig diese Neuzugelassenen dieselben Vorgaben bekommen sollen, welche eine zeitnahe Versorgung unterbinden. Mit welchem Ziel 2009 ausgerechnet den Versorgerpraxen eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze gesetzt wurde, wissen nur Eingeweihte. Diejenigen, welche seither hauptsächlich die Versorgung sicherstellten, werden nun für ihre Versorgungshaltung bestraft. Hinzu kommt ein zeitraubendes Antrags-Gutachterverfahren, das weniger eine Steuerungswirkung entfaltet als vielmehr zur Frustration bei den Therapeuten führt.

Der 2011 neu konstituierte beratende Fachausschuss Psychotherapie bat den Vorstand der KVBW um politische Einflussnahme in den Beratungen zum Versorgungsstrukturgesetz, das zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getreten ist. Dabei ging es darum, analog zu den ärztlichen Honoraren, auch die Vergütung der Psychotherapeuten auf regionaler Basis festzulegen. Alle anderen bundesweiten Psychotherapeutenvertreter sprachen sich bedauerlicherweise für die Haltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus, womit für die Psychotherapeuten als einziger Berufsgruppe weiterhin die bundeseinheitliche Honorierung gilt. Aus Sicht der Therapeuten in Baden-Württemberg hat sich dies deutlich negativ auf die hiesigen Honorare ausgewirkt. Kaum zwei Wochen nach Verabschiedung des Gesetzes hatte die KBV Pläne vorgelegt, wonach künftig die Psychotherapeuten Mengensteigerungen selber finanzieren sollen. Die Mittel für die Heilung psychischer Krankheiten aufzubringen ist eine gesellschaftliche Aufgabe, nicht die der Psychotherapeuten! Eine solche verschärft nur die aktuelle Situation, weil der Beruf weiterhin finanziell unattraktiv bleibt. 2004 hatten bereits zwei Kassenärztliche Vereinigungen in Baden-Württemberg höhere Stundenhonorare als heute. Eine Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung der KVBW ist bei den vorgegebenen Fehlsteuerungen der Bundesebene nicht erreichbar. Die nach dem neuen Versorgungsstrukturgesetz bestehende Verpflichtung der KVBW die Wartezeiten zu verringern, könnte nur über Umgehung des EBM, sprich Selektivverträgen, geschehen. Steigende Morbidität und geringe zeitliche Versorgungspräsenz erschweren diese Aufgabe. Anstellungen bei Versorgerpraxen stehen zudem vor bürokratischen Erschwernissen.

Viele haben als Folge im KV-System individuelle Lösungen gefunden. Es ist eine spannende Frage, ob diese Niedergelassenen wieder für den umfassenden Versorgungsgedanken in der KVBW gewonnen werden könnten, wenn die Rahmenbedingungen verbessert würden.

Große Hoffnung für die langfristige Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung in der KVBW bieten Selektivverträge, analog des AOK-BKK-Bosch Vertrages. Hier wurden Steuerungen und andere Möglichkeiten gefunden, welche die Versorgung Kranker in den Mittelpunkt stellen. Vor allem aber werden die Rahmenbedingungen für Therapeuten deutlich erleichtert.

Zu den künftigen Maßnahmen zur Sicherstellung gehören eigene Wege, neue Werkzeuge und eine andere Handhabung bestehender Mittel in der KVBW zu obigen Faktoren. In der KVBW beobachten wir genau, welche Versorgungswirkungen dieser Selektivvertrag hat und welche dieser Komponenten wir auch in den Kollektivvertrag übernehmen könnten. Wenn sich dieser Vertrag als erfolgreich erweist, wären weitere Krankenkassen eher bereit über attraktivere Verträge mit der KVBW zu verhandeln. Wir können, angesichts der bundesweit vorgegebenen Rahmenbedingungen, eine bessere Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung in der KVBW nur mit der Unterstützung der Niedergelassenen erreichen und mit deren Akzeptanz für Selektivverträge.

Nachwuchsgewinnung ist Zukunftssicherung

Ohne Nachwuchs gibt es keine Sicherstellung. Diese fast schon provozierend einfache Bestandsaufnahme hat in der aktuellen Situation der ärztlichen Versorgung weitreichende Konsequenzen. Denn der Nachwuchs an Ärzten kommt spärlicher als erforderlich.

Zwar ist das Interesse an einem Medizinstudium nach wie vor ungebrochen, doch schließen immer weniger Studentinnen und Studenten das Studium ab. Und noch weniger sind bereit sich später niederzulassen. Für die KVBW hat daher die Nachwuchswerbung eine große Bedeutung, auch wenn sie nur einen Teil der Entscheidungskriterien selbst beeinflussen kann.

Niederlassungsberatung

Die Niederlassungsberatung der KVBW berät niederlassungsinteressierte Ärztinnen und Ärzte umfassend und kompetent. An allen Standorten angesiedelt, kennen die Berater die Strukturen vor Ort, sind eng mit der betriebswirtschaftlichen Beratung der KVBW vernetzt und können so Hilfestellung bei der Neugründung oder der Übernahme einer Praxis leisten. 128 Arztpraxen und 21 Praxen im Bereich der Psychotherapie wurden 2011 unter Beteiligung der Niederlassungsberatung neu gegründet, 373 Arztpraxen und 82 Psychotherapeutenpraxen übernommen.

Ärztepool

Schon seit Jahren führt die KVBW eine Kartei für Vertretungen im Notfalldienst. Diese Kartei ist nun erweitert worden auf einen Ärztepool, der für unterschiedliche Einsatzgebiete genutzt werden soll. Hier können sich Ärzte melden, die Interesse an der Mitarbeit in einer RegioPraxisBW haben, oder die bereit sind eine Krankheitsvertretung zu übernehmen. Außerdem werden Ärzte aufgenommen, die als Mentoren für junge Ärztinnen und Ärzte tätig sein möchten und ihnen im Zuge einer Praxisneugründung oder -übernahme zur Seite stehen. Im baden-württembergischen Ärzteblatt wurde dafür mit einem Flyer geworben. Die Reaktionen waren erfreulich: Mehr als 400 Ärztinnen und Ärzte haben sich gemeldet.

Weiterbildung/Koordinierungsstelle

Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin, eine gemeinsame Einrichtung von KVBW, Landesärztekammer und baden-württembergischer Krankenhausgesellschaft, hat 2011 ihre Arbeit aufgenommen. Mit Unterstützung durch das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin an der Universität Heidelberg hat die Koordinierungsstelle die einzelnen Weiterbildungsverbände im Land analysiert und miteinander abgestimmt. Für 2012 ist ein gemeinsamer Internetauftritt geplant, der auch eine Börse für Weiterbildungsstellen beinhalten soll: www.allgemeinmedizin-bw.de

KVBW for Students

Der niedergelassene Bereich hat einen klaren Wettbewerbsnachteil gegenüber den Krankenhäusern in Bezug auf die Nachwuchswerbung. Das gesamte Medizinstudium ist bis auf wenige Ausnahmen klinisch geprägt, die Facharztausbildung findet in erster Linie im stationären Bereich statt. Umso wichtiger ist es, bereits frühzeitig einen Kontakt zu den Studierenden aufzubauen, um so das Interesse für eine spätere Niederlassung zu wecken. Die KVBW hat daher 2011 das Programm KVBW for Students gestartet, das eine Reihe von Maßnahmen enthält, um für die Niederlassung zu werben.



Großer Andrang auf den KVBW-Stand auf einer Informationsveranstaltung für Medizinstudenten

Ganz oben auf der Liste steht die finanzielle Förderung für Famulaturen. Famulaturen stellen eine gute Möglichkeit dar, den medizinischen Nachwuchs für eine Tätigkeit in einer ambulanten Praxis zu interessieren. Zur Unterstützung hat der KVBW-Vorstand einen monatliche Betrag in Höhe von 160 Euro pro Monat für jeden Famulanten in einer Praxis beschlossen.

Das KVBW-For-Student-Programm beinhaltet weiter eine deutlich stärkere Präsenz an den Hochschulen. Auf den Informationsveranstaltungen für die Studenten zum Praktischen Jahr ist die KVBW mit einem eigenen Stand präsent. Interessierte Studenten werden zu einer Folgeveranstaltung eingeladen, auf denen speziell für die Niederlassung geworben wird. Die Resonanz im Jahr 2011 war so gut, dass dieses Programm fortgesetzt und weiter ausgebaut wird.

Und schließlich hat die KVBW 2011 noch ein Novum in der KV-Welt realisiert: eine eigene Facebook-Seite als Kommunikationsplattform ausschließlich für die Studenten.



Mehr Informationen:
www.facebook.com/KVBWforstudents

NACHWUCHS- THESEN

50 Prozent der jungen Hausärzte sind Frauen

2 von 3 des weiblichen Nachwuchses arbeiten angestellt

Jede zweite Angestellte arbeitet halbtags

80 Prozent der Hausarzt-Abgeber sind männlich

Jeder dritte Hausarzt-Abgeber wird ohne Übernehmer schließen müssen

ALLGEMEINER BEWERBER- MANGEL?

Durchschnittliche Bewerberzahl je ausgeschriebener Praxis:

Hausärzte
weniger Bewerber als Angebote

Augen-/HNO-Ärzte
ausgeglichen

Übrige Fachärzte
1 bis 2 Bewerber

**Anästhesisten/
Psychotherapeuten**
mehr als 2 Bewerber



INTERVIEW

Frau Dr. Fräulin, wann haben Sie sich niedergelassen?

Ich habe seit 1. Oktober 2011 eine eigene Praxis als Allgemeinärztin in Bad Krozingen – nicht gerade auf dem Land aber auch kein Ballungsgebiet. Ich habe schon vor zehn Jahren die Facharztausbildung absolviert, und mich immer wieder mit dem Gedanken beschäftigt, eine eigene Praxis zu gründen. Zunächst war ich fünf Jahre als Job Sharer in einer Praxis angestellt, wurde dann Mutter und habe in dieser Zeit die Weiterbildung zur fachgebundenen Psychotherapie abgeschlossen.

Warum wollten Sie eine eigene Praxis haben?

Ich wollte selbstständig sein, mich nicht nach den Vorgaben anderer richten müssen, um so arbeiten und die Patienten behandeln zu können, wie ich mir das vorstelle.

Wie sind die Bedingungen für jemanden, der sich als Allgemeinmedizinerin neu niederlässt?

Es stürmt natürlich vieles auf einen ein, man muss zu Beginn vieles organisieren, aber es macht viel Spaß, ich habe ein prima Team und konnte in etwa die Patientenzahlen meines Vorgängers halten. Ein paar sind hinzugekommen, ein paar auch abgewandert. Heute ist die unternehmerische Herausforderung wesentlich höher, als das früher der Fall gewesen ist. Der Arzt muss ebenso ein guter Arzt wie ein guter Unternehmer sein. Ich plane bereits, jemanden mit reinzunehmen, um im Team zu arbeiten und sich gegenseitig vertreten zu können.

Warum lassen sich so wenige junge Allgemeinmediziner aus Ihrer Sicht nieder?

Ich glaube, dass die Zugangsvoraussetzungen zum Studium mit dem starken Fokus auf die Abiturnote falsch sind. Viele der 1er-Abiturienten haben wahrscheinlich höhere Ziele und denken kaum daran, Allgemeinarzt zu werden. Dabei ist das Spektrum des Allgemeinmediziners ungeheuer groß und interessant. Meines Erachtens stellt auch der Bereitschaftsdienst eine Hürde für die Niederlassung dar – die Präsenzzeiten sind zwar deutlich weniger geworden, aber die Patienten denken noch oft, dass der Hausarzt immer für sie erreichbar sein sollte.

Dr. med. Andrea Fräulin
ist niedergelassene Ärztin in Bad Krozingen

Organisation des Bereitschaftsdienstes
ist Zukunftssicherung

Zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der KVBW – dem Fundament ärztlicher Freiberuflichkeit im Land – gehört als maßgeblicher Bestandteil der organisierte Bereitschaftsdienst.

24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr: Wohl in kaum einem anderen Land der Welt leisten die niedergelassenen Ärzte einen derartigen Dienst und gewährleisten damit eine solch umfassende Versorgung der Patienten. Aber auch hier macht sich der zunehmende Ärztemangel bemerkbar und gefährdet die Aufrechterhaltung des Bereitschaftsdienstes. Darüber hinaus ist aus Untersuchungen bekannt, dass die Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst eines der wichtigsten Niederlassungskriterien für den medizinischen Nachwuchs darstellt. Weniger Ärzte in einem Bezirk bedeuten eine höhere Dienstbelastung, wodurch sich noch weniger Ärzte dort niederlassen. Grund genug, eine Reform des Bereitschaftsdienstes durchzuführen. Ziel der Reform ist eine für alle Ärzte gleich verteilte niedrigere Dienstbelastung sowie die Schaffung wirtschaftlich tragfähiger Strukturen. Etwa 1,35 Mio. Patienten werden jedes Jahr in Baden-Württemberg im Bereitschaftsdienst behandelt. Jeder Baden-Württemberger nimmt damit statistisch etwa alle fünf Jahre einmal den Bereitschaftsdienst in Anspruch.

Reduzierung der Zahl der Bereitschaftsdienstbezirke

Kern der Reform des Bereitschaftsdienstes ist die Reduzierung der Zahl der Bezirke. Die bisherige Struktur mit nahezu 400 Bereitschaftsdienstbezirken ist auf Dauer nicht mehr aufrechtzuerhalten. Ziel sind rund 70 Bereitschaftsdienstbezirke. Idealerweise werden gleichzeitig – wo möglich – zentrale Bereitschaftsdienstpraxen an den Krankenhäusern gegründet. Die bisherigen Erfahrungen mit derartigen Praxen sind ausgesprochen gut. Die Krankenhäuser profitieren davon, weil ihre Ambulanzen entlastet werden. Aus diesem Grund stellen die Krankenhäuser die Räumlichkeiten zumeist unentgeltlich zur Verfügung. Insgesamt führt dies zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem, weil die bisherigen teuren Doppelstrukturen zwischen dem ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Ambulanzen der Krankenhäuser aufgehoben werden.

Für die Ärzte haben die Bereitschaftsdienstpraxen den Vorteil, dass die Dienstbelastung reduziert wird und sie nicht das eigene Praxispersonal vorhalten müssen. Und die Patienten profitieren, da sie immer eine feste Anlaufstelle haben. Für sie entfällt die Suche nach dem Dienst habenden Arzt. Sie wissen immer, wo sie den Bereitschaftsdienst erreichen. Zudem werden die Kompetenzen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten gebündelt, so dass dem Bereitschaftsdienst die Ausstattung des Krankenhauses zur Verfügung steht.

Andere Vergütungsstruktur

Die Reduzierung der Zahl der Bereitschaftsdienstbezirke ist gleichzeitig die Voraussetzung für die Bezahlung einer Präsenzpauschale, so dass der Bereitschaftsdienst aus finanzieller Sicht für die Ärzte wieder attraktiver wird. Mit den Krankenkassen konnte im Jahr 2011 eine Stützung des Bereitschaftsdienstes in den zentralen Bereitschaftsdienstpraxen an den Krankenhäusern vereinbart werden. In gleicher Weise bezuschusst die KVBW den übrigen Bereitschaftsdienst aus eigenen Mitteln.

STATEMENT

Als Krankenkasse, deren Versicherte fast ausschließlich im ländlichen Raum arbeiten und wohnen, liegt der LKK die flächendeckende Grundversorgung besonders am Herzen. Deshalb begrüßen wir den „neuen Schwung“ der KV Baden-Württemberg, mit dem sich abzeichnende Probleme beherzt angegangen werden. Als Beispiel hierfür möchte ich den Abschluss einer gemeinsamen Vereinbarung von KVBW, AOK Baden-Württemberg und LKK Baden-Württemberg im Juli 2011 nennen, mit der die Finanzierung der 43 Notfallpraxen im Land auf eine bessere Basis gestellt wurde.

Rund 560.000 medizinische Notfälle werden in Baden-Württemberg jährlich in Notfallpraxen behandelt – das sind über 40 Prozent aller Notfälle im Land. Mit der vereinbarten finanziellen Unterstützung stellen wir nicht nur sicher, dass die Menschen auch zukünftig eine Notfallpraxis in ihrer Nähe haben; wir sorgen auch mit entsprechenden Ausstattungsanforderungen für eine hohe Qualität. Da die Frage der Organisation des Notfalldienstes zudem eines der wichtigsten Entscheidungskriterien für junge Medizinerinnen und Mediziner für eine Niederlassung darstellt, leisten wir mit der guten Organisation und Finanzierung des Notfalldienstes auch einen kleinen Baustein zur dauerhaften Niederlassung von jungen Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum.

Reinhold Knittel

Geschäftsführer der
Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Baden-Württemberg





INTERVIEW

Herr Dr. Probst, was hat den Ausschlag gegeben, im Landkreis Schwarzwald-Baar eine Bereitschaftsdienstpraxis am Krankenhaus einzurichten?

Wir hatten ein immenses Ungleichgewicht in der Dienstbelastung der Ärzte, die sich daraus ergab, dass sich in einem Bezirk nur sechs, in einem anderen 80 Ärzte den Bereitschaftsdienst geteilt haben. Diese Diskrepanz hat sich über die Jahre hinweg aufgebaut, weil auf dem Land einige Praxen weggefallen sind und damit auch nicht mehr für den Bereitschaftsdienst zur Verfügung standen.

Wie war denn die Reaktion des Krankenhauses?

Natürlich gab es zu Beginn einige Widerstände, die sich aber in der Zwischenzeit erledigt haben. Jetzt, ein halbes Jahr nach der Eröffnung sind uns die Oberärzte ausgesprochen dankbar, weil sie merken, dass ihre eigene Ambulanz hierdurch entlastet wird. Wir bekommen jetzt die Anfrage, ob wir die Bereitschaftsdienstpraxis nicht auch unter der Woche und nicht mehr nur am Wochenende öffnen wollen.

Und was sagten die Ärzte dazu?

Auch hier waren die Reaktionen natürlich unterschiedlich. Bei einigen hatte dies mehr Dienste zur Folge als bisher. Auch der Fahrdienst, der die Hausbesuche abwickelt, muss nun weitere Wege zurücklegen. Wir haben dies aber in sehr konstruktiven Gesprächen behandelt und in einigen Punkten nachjustiert. Auch die Ärzte in Bezirken, die damals nicht mitmachen wollten, haben uns inzwischen signalisiert, dass sie sich uns anschließen wollen.

Wie reagieren die Patienten darauf?

Klar ist, dass die Patienten weitere Wege zurücklegen müssen. Bislang aber haben wir keine einzige Beschwerde erhalten. Uns wird sogar signalisiert, dass es begrüßt wird, einen festen Standort zu kennen.

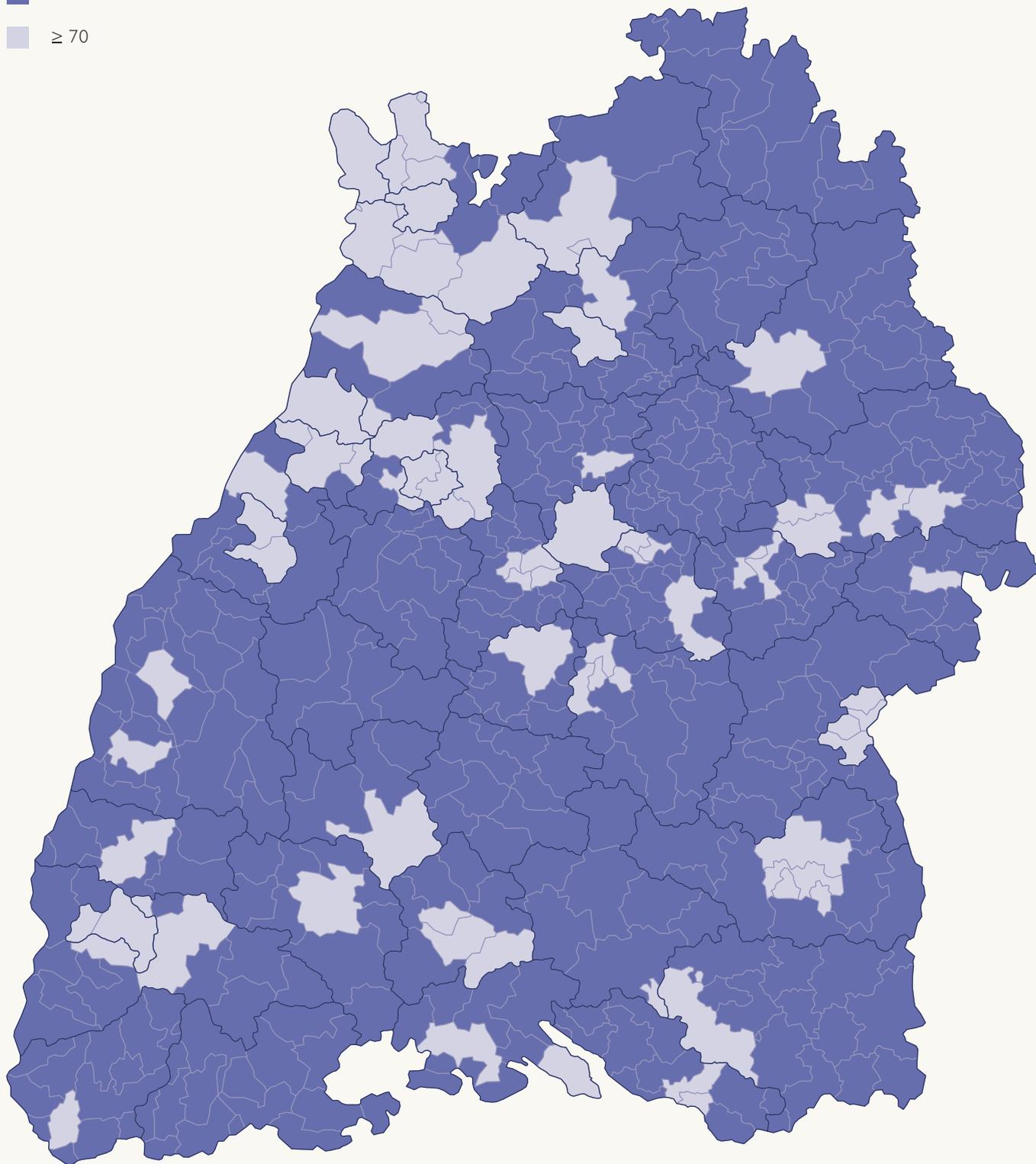
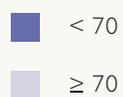
Dr. med. Johannes Probst

ist niedergelassener Allgemeinarzt in St. Georgen, Kreisbeauftragter für den Bereitschaftsdienst im Schwarzwald-Baar-Kreis und Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW



Bereitschaftsdienstbezirke KV Baden-Württemberg

Anzahl der Ärzte in einem Bereitschaftsdienstbezirk



Um die Dienstbelastung für die Ärzte im Bereitschaftsdienst zu senken, streben wir eine Größenordnung von etwa 70 Ärzten pro Bereitschaftsdienstbezirk an.

Neue Ideen als Antwort auf geänderte
Rahmenbedingungen

Geänderte Rahmenbedingungen erfordern neue Ideen und innovative Maßnahmen. Die Vorstellungen junger Mediziner von ihrer beruflichen Tätigkeit wandeln sich.

Der Trend geht klar weg von der Einzelarztpraxis und hin zu kooperativen Formen. Ein Grund dafür ist, dass kooperative Formen in der Regel deutlich geringere Kosten haben. Immer weniger junge Mediziner streben eine Freiberuflichkeit an. Ein Angestelltenverhältnis mit festen Arbeitszeiten, wenig Bürokratie und festem Einkommen ist heute mehr denn je gefragt. Planbare Arbeitsbelastung – inklusive des Bereitschaftsdienstes – spielt eine wichtige Rolle. Alles, was unter das Stichwort Work-Life-Balance fällt, hat große Bedeutung. Hinzu kommt: Immer mehr Frauen streben in den Arztberuf. Wir werden zukünftig deutlich mehr Ärztinnen in der Niederlassung haben als Ärzte. Dadurch steigt der Bedarf an Teilzeitstellen oder Stellen mit flexibler Arbeitszeitgestaltung.

RegioPraxisBW

Eine Antwort der KVBW insbesondere auf die Landentwicklung – und als Gegenentwurf zu den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an Kliniken – ist das Projekt RegioPraxisBW. Ein ambulantes ärztliches Zentrum, das in erster Linie hausärztlich orientiert ist. Als Standort wird eine Region gesucht mit einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung im hausärztlichen Bereich. In einem Radius von circa 10 km um den Standort sollten 12.000 bis 15.000 Einwohner zu versorgen sein. Die Konzeption für die RegioPraxisBW enthält drei Varianten mit unterschiedlichen Integrationsstufen:

Franchising: Diese Variante ist für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder MVZ gedacht. Die KVBW übernimmt bei der Praxisgründung eine Moderatorenrolle und stellt bestimmte Dienstleistungen zur Verfügung. Die beteiligten Ärzte müssen nach dem Kodex der KVBW für die RegioPraxisBW handeln und bestimmte Kriterien nach Sicherstellungsgesichtspunkten erfüllen.

Beteiligungsmodell: Diese Variante ist ebenfalls für zugelassene oder künftig zugelassene freiberufliche Vertragsärzte in einer BAG oder einem MVZ gedacht. Die KVBW fördert hier die Gründung der Praxis über Gründungspauschalen und den Betrieb über eine Strukturpauschale. Gleichzeitig engagieren sich die Gemeinden, etwa indem sie geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Zudem sollen Mittel aus Förderprogrammen des Landes genutzt werden.

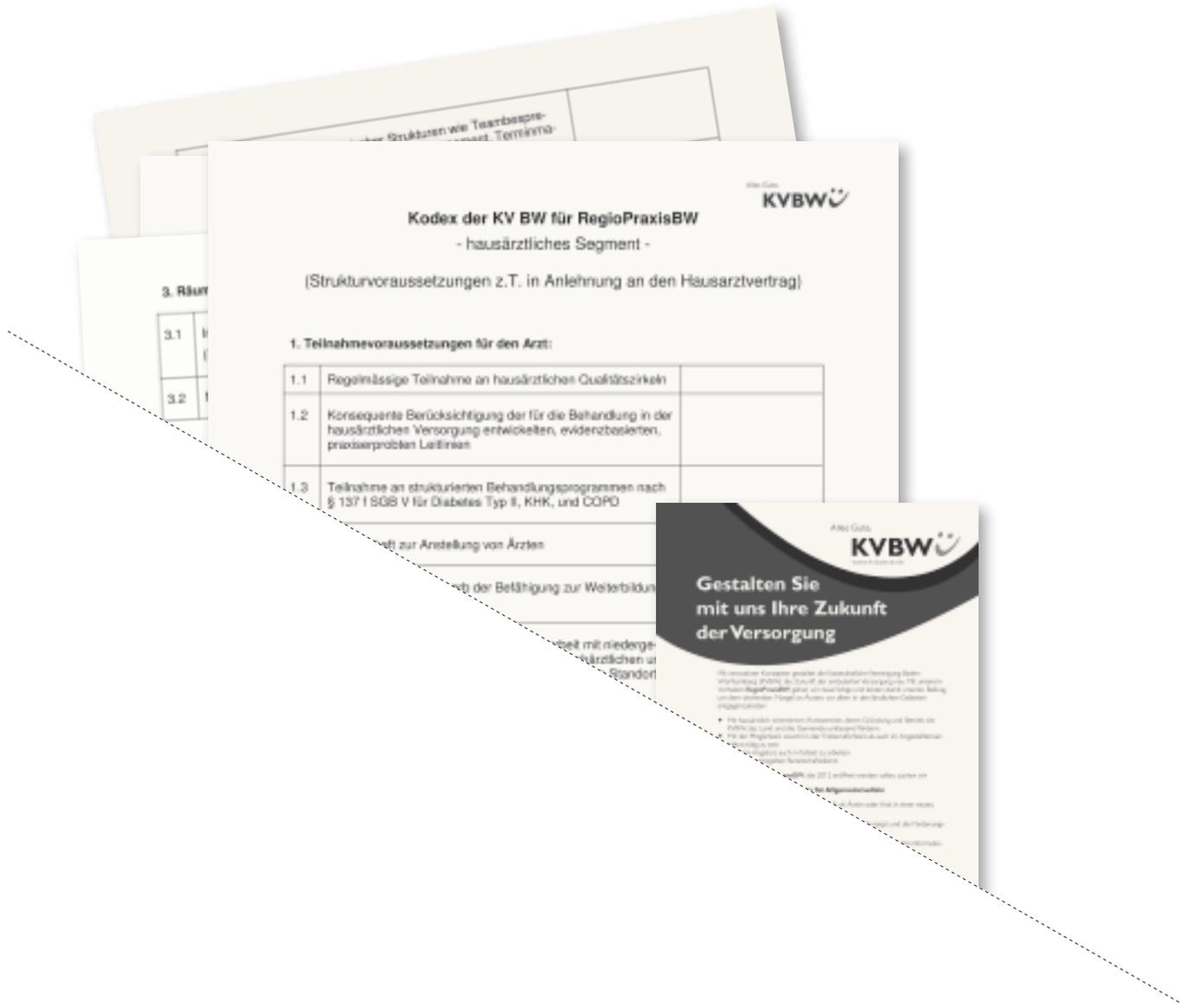
Betreibermodell: Die höchste Integrationsstufe hat das Betreibermodell. Hier entsteht temporär eine Eigeneinrichtung der KVBW, in der die Ärzte – ebenfalls temporär – bei der KVBW angestellt sind. Die KVBW möchte damit die Gründung anstoßen und für eine befristete Zeit die Verantwortung übernehmen. Die Praxis wird danach an die beteiligten Ärzte oder ein Ärztenetzwerk übergeben („Niederlassungsfahrschule“). Die Freiberuflichkeit für Ärzte ist weiterhin oberstes Ziel. Die Vertreterversammlung der KVBW hat der Finanzierung der einzelnen Modelle zugestimmt. Vorgesehen ist, dass die ersten Praxen im Franchise- oder Betreibermodell 2012/2013 eröffnet werden.

Großes Interesse

Das Modell RegioPraxisBW ist auf großes Interesse gestoßen. Mit einer Reihe von weiteren Bürgermeistern und Landräten wurden bereits Gespräche über die Eröffnung einer neuen Praxis geführt. Bemerkenswert ist auch die Zustimmung unter den Ärzten. Zahlreiche Ärzteschaften haben sich an die KVBW gewandt, um vor Ort eine RegioPraxisBW zu verwirklichen. Einige Betreiber eines Ärztehauses oder MVZ haben bereits die Kooperationsvereinbarung mit dem Kodex unterschrieben. Die KVBW wird in 2012 voraussichtlich zwei RegioPraxenBW eröffnen.

MVZ-VERSORGUNGSBEREICHE

Rund zwei Drittel aller MVZ bieten fachärztliche, aber keine hausärztliche Versorgung an.



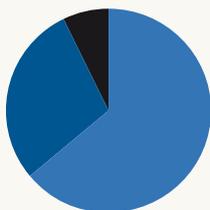
Anteil der Fachgruppen in Medizinischen Versorgungszentren

| | Gesamt | in MVZ | Anteil in Prozent |
|---|---------------|------------|-------------------|
| Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten | 7 123 | 82 | 1,2 % |
| alle Psychotherapeuten | 2 990 | 17 | 0,6 % |
| Anästhesisten | 370 | 40 | 10,8 % |
| Augenärzte | 679 | 11 | 1,6 % |
| Chirurgen | 511 | 31 | 6,1 % |
| Frauenärzte | 1 358 | 45 | 3,3 % |
| Hals-Nasen-Ohrenärzte | 472 | 7 | 1,5 % |
| Hautärzte | 458 | 9 | 2,0 % |
| Internisten (fachärztlich) | 1 051 | 61 | 5,8 % |
| Kinder- und Jugendärzte | 856 | 16 | 1,9 % |
| Nervenärzte, Neurologen, Psychiater | 798 | 46 | 5,8 % |
| Orthopäden | 704 | 22 | 3,1 % |
| Radiologen | 479 | 73 | 15,2 % |
| Urologen | 324 | 3 | 0,9 % |
| Weitere (Labor, MKG, Pathologen u.a.) | 553 | 147 | 26,6 % |
| Gesamtergebnis | 18 726 | 610 | 3,3 % |

Fazit: Besonders sind Laborärzte, Strahlentherapeuten und Anästhesisten im Rahmen eines MVZ tätig.

MVZ-Gründer

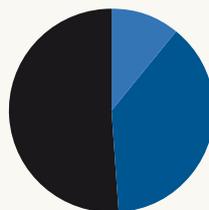
| | |
|--|------|
| ■ Krankenhaus | 64 % |
| ■ Vertragsärzte | 29 % |
| ■ Sonstige | 7 % |



Fazit: Immer weniger MVZ in der Hand von Vertragsärzten.

MVZ-Standorte 2011

| | | |
|--|----|------|
| ■ ländlich ¹ | 13 | 11 % |
| ■ verdichtet ² | 44 | 38 % |
| ■ städtisch ³ | 59 | 51 % |



- 1 – geringe Bevölkerungsdichte
- 2 – Baden-Württemberg-Durchschnitt
- 3 – mehr als 50 000 Einwohner

MVZ-Teilnehmer

| Angestellt | | Zugelassen | |
|------------|--------|------------|--------|
| Frauen | Männer | Frauen | Männer |
| 198 | 354 | 16 | 42 |

Fazit: 90 % arbeiten als Angestellte im MVZ.

Ärztmangel –
Versorgungssteuerung durch Bedarfsplanung?

Die Erkenntnis, dass in der reichen Bundesrepublik in immer mehr Regionen die ambulante Versorgung gefährdet ist, hat sich herumgesprochen. Als Reaktion darauf hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz wesentliche Regelungen neu gefasst.

Zwar werden die Änderungen erst 2012 oder 2013 wirksam, aber sie zeigen deutlich, in welche Richtung sich das Gesundheitswesen entwickelt. So werden die Regionen mehr Entscheidungsspielraum erhalten. Die Zeiten der Zentralisierung scheinen zumindest vorerst vorbei zu sein. Der Gesetzgeber hat die Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich gestärkt.

Ein Schwerpunkt des Versorgungsstrukturgesetzes ist die Überarbeitung der 20 Jahre alten Bedarfsplanungsrichtlinie, damals geboren aus der gefühlten „Ärztenschwemme“. Die neue Richtlinie soll dem sich abzeichnenden Ärztemangel entgegensteuern.

Eine gute ärztliche Versorgung ist für die Gemeinden wichtiger Standortfaktor für die Ansiedlung von Gewerbebetrieben und nachfolgend jungen Familien. Fehlen Ärzte der Primärversorgung, wird der Trend zur Landflucht beschleunigt. So ist es nicht verwunderlich, dass beunruhigte und aufgeschreckte Bürgermeister und Landräte direkt oder über ihre Organe, den Städte- und Gemeindegremien und den Landkreistag, die Verantwortung für die größer werdende Lücken in der ärztlichen Versorgung den Zulassungsgremien und insbesondere den KVen geben. Durchaus verständlich und nachvollziehbar, sieht sich die kommunale Ebene in der Pflicht, hier steuernd einzugreifen. Mit Nachdruck wird ein gesetzlich festgeschriebenes Mitsprache- und Entscheidungsrecht bei der Planung der Versorgung oder auch des Notfalldienstes eingefordert.

Die Vorstellung, dass sich Versorgungslücken durch gesetzmäßige Einbindung der Kommunen in die Bedarfsplanung und in den Zulassungsprozess schließen lassen, ist nicht realistisch. Die berechtigten Forderungen von Bürgermeistern in Kreisstrukturgesprächen, die Beteiligung der Bürger in Kreiskonferenzen werden uns keine neuen Ärzte nach Baden-Württemberg zaubern. Die noch so filigrane Bedarfsplanung mit kleinräumiger Betrachtung der ambulanten Versorgung bringt keine neuen Ärzte in die Niederlassung – völlig unabhängig, ob die Selbstverwaltungsgremien (GKV und KV) oder kommunale Entscheidungsträger die Bedarfsplanung bestimmen und umsetzen.

Die Vertragsärzte sind aus vielen guten Gründen freiberuflich tätige Ärzte, dazu gehört die freie Wahl des Praxissitzes. Wurden vor wenigen Jahren noch für viele Arztgruppen Wartelisten je Planungsbereich geführt, wird den Niederlassungswilligen zukünftig die Entscheidung zwischen Niederlassung auf dem Land oder Praxisübernahmen in städtischen Regionen offen stehen.

Welche Beweggründe beeinflussen die Entscheidung junger Arztfamilien? In einer Umfrage unter 9.000 jungen Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung werden für die Entscheidung des Praxisortes als wichtigste Kriterien die Arbeitsmöglichkeit für den Lebenspartner, die Kinderbetreuung und die schulische Versorgung genannt. An vierter Stelle steht die Notdienstbelastung und erst an fünfter Stelle die Verdienstaussichten. Die Möglichkeiten zur Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen eröffnen sich für die Kassenärztlichen Vereinigungen nur für den letzten und vorletzten Punkt – die KVBW hat sich mit der tiefgreifenden Reform des Notfalldienstes dieser Aufgabe angenommen. Die Ausgestaltung der ersten drei Kriterien obliegt allein den Kommunen – hier sind sie hilfreich, ja unverzichtbar und deswegen herzlich zum kreativen Wettbewerb um die Ärztinnen und Ärzte eingeladen.

Die KVBW führt mit der kommunalen Ebene hierzu intensive Gespräche. So hat der für Sicherstellung zuständige Geschäftsbereichsleiter gemeinsam mit dem Vorstand und dem Abteilungsleiter im Sozialministerium zu Regionalkonferenzen in die einzelnen Landkreise eingeladen. Vor allem bei den Bürgermeistern stieß die Veranstaltungsreihe auf großes Interesse. Die Tour durch die Landkreise mündete schließlich in eine Kooperationsvereinbarung zwischen der KVBW und dem Landkreistag, in der die weitere Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Versorgung geklärt wird.

Mehr Informationen:
www.kvbawue.de

Deutscher Bundestag
17. Wahlperiode

Drucksache 17/6906
05.09.2011

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

A. Problem und Ziel

Die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Dabei gehört das deutsche Gesundheitssystem sicher zu den besten der Welt und erbringt auf hohem Niveau flächendeckend gute Leistungen. Um dieses hohe Niveau zu halten und zu verbessern gibt es angesichts der demographischen Entwicklung, der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsplätzen und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt mit sich bringt, gesetzlichen Handlungsbedarf.

Es sollen Maßnahmen getroffen werden, in deren Folge sich in konkreten Versorgungsbereichen die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar verbessert, etwa indem bürokratische Hürden abgebaut, der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt und die Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abgestimmt werden.

Schwerwiegende chronische Erkrankungen und Multimorbidität sind zunehmend zu. Dies führt zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen. Gleichzeitig sinkt tendenziell aufgrund der demographischen Entwicklung auch das Nachwachspotential in medizinischen Berufen. Werden die Rahmenbedingungen nicht gelockert, werden insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten, Diagnostik- und Therapieeinrichtungen, deren Versorgung direkt aus. Dies führt zu Versorgungsengpässen auf unterschiedlichen Ebenen, die zeitlich zu begegnen.

Mit dem Gesetz sollen die Rahmenbedingungen für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessert werden.

BEITRAG

Einbeziehung der Landkreise, Städte und Gemeinden in die Versorgungsplanung

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor immensen Herausforderungen. Stichworte sind demographische Entwicklung, die Zunahme chronischer und Mehrfacherkrankungen in einer immer älter werdenden Gesellschaft, Fachkräftemangel, Strukturwandel im ländlichen Raum – und bei allem die Frage, wie das Gesundheitssystem finanzierbar bleibt.

Die Kommunen speziell müssen eine schlüssige Antwort auf die Frage geben, wie auch in Zukunft eine flächendeckende qualitativ gute medizinische Infrastruktur gewährleistet werden kann. Eine funktionierende medizinische Versorgung ist Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge, ist ein wichtiger Standortfaktor und von erheblicher struktureller politischer Bedeutung.

Wie den Herausforderungen zu begegnen ist, hat der Sachverständigenrat für Gesundheitsfragen im Titel seines jüngsten Gutachtens auf den Punkt gebracht: durch „Koordination und Integration“ der Gesundheitsversorgung. Ein Gesundheitswesen, das auf Koordination, Integration und Vernetzung setzt, muss sich freilich von der Top-down-Steuerung verabschieden, wie sie für das deutsche Gesundheitssystem bislang prägend ist. Nur eine dezentralisierte, regionalisierte Gesundheitsversorgung vermag die notwendigen Koordinations- und Integrationsleistungen hervorzubringen, um den regional differenzierten Wandel der Versorgungs- und Morbiditätsstrukturen erfolgreich zu bewältigen.

Das heißt nichts anderes als: Die Kommunen müssen zwingend in die Versorgungsplanung einbezogen werden. Sie sind die „Experten“, wenn es um die Bedürfnisse vor Ort geht und um passgenaue Lösungen – wer sonst? Kreise, Städte und Gemeinden sind vielfach Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen; die Landratsämter und einige Städte fungieren als untere Gesundheitsbehörden. Die Kommunen sind also unmittelbar in die regionale Gesundheitsversorgung eingebunden, die einen Schwerpunkt immer mehr im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung setzen wird und muss.

Noch bedeutsamer ist ein weiterer Aspekt: Wenn die Gesundheitsversorgung zunehmend auf regionaler Ebene koordiniert und integriert wird, führt dies zu einer neuen Qualität örtlicher Betroffenheit bei den Bürgerinnen und Bürgern. Denn sie werden in der Folge sowohl unmittelbarer als auch intensiver von Entscheidungen der Versorgungsplanung betroffen. Damit tut sich eine Legitimationslücke auf, die nur dadurch geschlossen werden kann, dass die Kommunen und ihre demokratisch gewählten Organe verstärkt in die Versorgungsplanung eingebunden werden.



Das Einbeziehen der Landkreise, Städte und Gemeinden in die Versorgungsplanung erweist sich als „alternativlos“, wenn die Zukunft richtigerweise der koordinierten und integrierten, mithin zwingend regionalisierten Gesundheitsversorgung gehören soll. Bedauerlich, dass diese Chance beim GKV-Versorgungsstrukturgesetz vertan wurde. Immerhin: Es ermöglicht die von den Kommunen schon lange geforderte kleinräumige Versorgungsplanung. Sinnvoll wäre aber eine Länderöffnungsklausel gewesen, nach der in die für die vertragsärztliche Bedarfsplanung zuständigen Landesausschüsse auch Vertreter der Kommunen als stimmberechtigte Mitglieder berufen werden können. Der kommunale Sachverstand ist schlichtweg unverzichtbar, wenn eine auf die örtlichen Verhältnisse passgenau abgestimmte Versorgung mit Ärzten erreicht werden soll.

Entmutigen lassen sich die Kommunen von solchen Rückschlägen aber nicht. Die überwiegende Zahl der Landkreise hat inzwischen kommunale Gesundheitskonferenzen ins Leben gerufen, in denen regionale Gesundheitsversorgung konzipiert wird. Die Kommunen werden sich unter anderem dafür einsetzen, dass die Ergebnisse der dortigen Erörterungen in rechtsförmigen Verfahren in die Prozesse der Versorgungsplanung eingespeist werden. Daher setzt sich der Landkreistag etwa auch dafür ein, dass der in Baden-Württemberg unter Einbindung der kommunalen Seite neu geschaffene sektorenübergreifende Landesbeirat gesetzlich dazu ermächtigt wird, routinemäßig Stellung zu nehmen zur Aufstellung und Anpassung von Bedarfsplänen sowie zur Feststellung der Unter- und Überversorgung.

Ein gutes und wichtiges Zeichen ist die Kooperationsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und dem Landkreistag Baden-Württemberg. Die Landkreise versprechen sich davon ein gemeinsames Vorgehen auf vielen Gebieten, etwa wenn es um die flächendeckende ambulante Versorgung geht, um die sektoren-übergreifende medizinische Versorgung oder die Förderung des medizinischen Nachwuchses.

Landrat Thomas Reumann,
Landkreis Reutlingen
Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des
Baden-Württembergischen Landkreistags und des
Deutschen Landkreistags

Städte und Gemeinden als Partner der
ärztlichen Versorgung

Die Sicherstellung einer qualitativ guten, flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen auch der Kommunalpolitik.

Johannes Stingl
Beigeordneter Gemeindetag Baden-Württemberg



Es ist inzwischen in jedem Rathaus unumstritten, dass die ortsnahe medizinische Versorgung ein entscheidender Standortfaktor für die Zukunftsfähigkeit der Städte und Gemeinden ist. Die Gesundheitsversorgung nimmt dabei in der Rangfolge der kommunalen Topthemen neben Bildung und Betreuung von Kindern, Energiewende/Klimaschutz, Breitband und Integration von Migranten sicherlich einen vorderen Platz ein, an dem sich auch der Wettbewerb um Arbeitsplätze und Einwohner entscheiden wird. Probleme bei der Nachbesetzung von Arztsitzen in ländlichen Regionen oder schwindendes Interesse des ärztlichen Nachwuchses an der hausärztlichen Tätigkeit lassen vor Ort die Besorgnis wachsen, dass der eigene Standort wegen der unter Umständen problematischen Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen an Attraktivität für die Einwohner, Arbeitgeber und Investoren verliert.

Der wohnortnahen ambulanten ärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum kommt vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung eine besondere Bedeutung zu. Obwohl die Einwohnerzahl in Baden-Württemberg von 1996 bis 2009 um 3,9 Prozent angewachsen ist, mussten 257 überwiegend im ländlichen Raum gelegene Städte und Gemeinden bereits einen Einwohnerrückgang von über 58.000 hinnehmen, der zum Teil leider noch durch den Wegzug junger Bevölkerung überlagert wurde. Der stark anwachsende Anteil betagter Menschen führt zu einem größeren Bedarf in der wohnortnahen und auf einer persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung beruhenden hausärztlichen Versorgung.

Viele der für den Hausarzt im ländlichen Raum zum Teil schwierigen Rahmenbedingungen, wie die hohe Arbeitsbelastung bei gegebenenfalls geringeren Verdienstmöglichkeiten, kann die Stadt oder Gemeinde für „ihren“ Hausarzt nicht beeinflussen. Die Kommunalpolitik kann im Rahmen ihrer Möglichkeiten geeignete Rahmenbedingungen zur Unterstützung der Niederlassung von Ärzten schaffen wie beispielsweise gute Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und umfassende schulische Angebote, um jungen Familien die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern. Städte und Gemeinden unterstützen in enger Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen, der Verbundweiterbildung, den Landkreisen und den Krankenhäusern, den Aufbau von lokalen medizinischen und pflegerischen Versorgungsnetzen auf der Grundlage interkommunal abgestimmter Konzepte. Der Gemeindetag hofft, dass auch das Aktionsprogramm „Landärzte“ des Sozialministeriums innovative Konzepte zur Ansiedlung von Arztpraxen unterstützen wird.





Impressum

**Versorgungsbericht 2011
der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg (KVBW)**

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Redaktion

Dr. Johannes Fechner (verantwortlich)
Dr. jur. Peter Hinz
Kai Sonntag

Mitwirkung

Ernst-Otto Weber
Walter Schenk

Gestaltung

fpm factor product münchen

Erscheinungstermin

August 2012

Auflage

1000

Wenn nicht anders angegeben, stammen die verwendeten Daten und Zahlen von der KVBW (Stand: Juli 2011).

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

**Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg**

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711/7875-0
Telefax 0711/7875-3274

www.kvbawue.de

Alles Gute.

