Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/1355

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
23782 Bad Segeberg
04551 883-454
04551 883-396
delf.kroeger@kvsh.de

An den
Vorsitzenden des Sozialausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtages
Herrn Christopher Vogt, MdL
Düsterbrooker Weg 70
24105 Kiel

Vorstandsvorsitzende

Datum
20. Oktober 2010

Ansprechpartner:
Delf Kröger

Anhörung des Sozialausschusses am 28.10.2010

Sehr geehrter Herr Vogt,

beigefügt sende ich Ihnen, ergänzend zur unserer schriftliche Stellungnahme zur Verbesserung der Kooperation der Sektoren vom 22. September, die Stellungnahme der KVSH zur flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein, dem zweiten Thema der Anhörung des Sozialausschusses am 28. Oktober.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Ingeborg Kreuz

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Bad Segeberg, 20. Oktober 2010

„Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen"

- Antrag der Fraktionen von CDU und FDP, Drs. 17/261 (neu)
- Bericht der Landesregierung, Drs. 17/443

Ergänzende Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zur Anhörung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages am 28. Oktober 2010

Dr. Ingeborg Kreuz
Vorsitzende des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Zusammenfassung

I. Herausforderungen

- **Alterung der Gesellschaft.** Die Zahl der Einwohner im Alter von 60 Jahre und darüber steigt in Schleswig-Holstein von ca. 750.000 (2006) auf knapp 1 Millionen (2025).
- **Steigender Behandlungsbedarf.** Deutliche Zunahme altersbedingter Erkrankungen, z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Demenz, Diabetes. 20 Prozent erhöhte Arbeitslast für die Primärversorgung, vor allem für Hausärzte, im Jahr 2020 (AOLG-Bericht, 2008).
- **Ärzte vor Ruhestandswelle.** Fast jeder vierte Hausarzt in Schleswig-Holstein ist älter als 60 Jahre, die Hälfte älter als 55 Jahre. Nahezu jeder zweite Hausarzt im Norden geht, das durchschnittliche Ruhestandsalter von 62 Jahren zugrundegelegt, bis 2015 in den Ruhestand (ca. 900 Hausärzte). Bis 2020 werden bundesweit 15.000 Hausärzte fehlen (AOLG). Nachwuchs in gleicher Größenordnung ist nicht in Sicht.
- **Neue Generation von Ärzten.** Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird wichtiger. Auch, aber nicht nur durch die Feminisierung des Arztberufs. Jüngere Ärzte scheuen die Niederlassung (hohe Investition, Bedrohung durch Regresse, wenig Planungssicherheit durch schnelle Abfolge von Gesundheitsreformen, Honorarsituation) und bevorzugen Tätigkeiten im Krankenhaus, in der Industrie, im Ausland.

II. Lösungsansätze

- **Zweigpraxen.** Es wird zunehmend schwieriger, Nachfolger für große Landarztpraxen zu finden. Die KVSH setzt deshalb verstärkt auf Zweigpraxen, um die Versorgung vor Ort zu erhalten. Der übernehmende Arzt bietet stundenweise Sprechstunden an oder beschäftigt in der Zweigpraxis einen angestellten Arzt. Dies kommt jungen Ärzten entgegen, die den Schritt in die Niederlassung scheuen. Die KVSH bewirbt dieses Modell im Fall von Praxen, die für die Versorgung unverzichtbar sind, aktiv. Eine finanzielle Förderung durch die KVSH ist möglich.
- **4-Säulen-Modell von KVSH und Krankenkassen zur Stabilisierung der Versorgung auf dem Lande.** Abschaffung der Abstaffelung der Vergütung bei großen Landarztpraxen; Garantie, dass keine Mittel aus dem ländlichen Raum abfließen; Marketing für ländliche Praxisstandorte (Imagekampagne, Zweigpraxenmanagement); paritätisch finanzierter Sicherstellungsfonds für die Versorgung in den ländlichen Räumen. Die Ausgestaltung wird derzeit verhandelt.
- **Einzelmaßnahmen.** Finanzielle Förderung von Weiterbildungsassistenten, Verbundweiterbildung, reformierter Bereitschaftsdienst, Beratungsangebote für Niederlassungsinteressenten u.v.m.

III. Forderungen

- **Bedarfsplanung.** Eine grundlegende Reform ist unverzichtbar. Morbiditätsorientierung, Kleinräumigkeit und regionale Flexibilität müssen die Eckpunkte einer neuen Bedarfsplanung sein.
- **Honorar.** Nur ein verlässliches und transparentes Honorarsystem, das die ärztliche Leistung angemessen vergütet, macht den Arztberuf attraktiv. Die KVSH setzt sich für eine Einzelleistungsvergütung ein. Intelligente Formen der Eigenbeteiligung der Patienten zur Steuerung der Inanspruchnahme dürfen – ergänzt um eine soziale Abfederung – kein Tabu sein.
- **Mehr Freiheit.** Reduzierung der Bürokratie, Wegfall der Bedrohung durch Regresse, Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken (§ 116 b SGB V, MVZ) tragen dazu bei, die Niederlassung für jüngere Ärzte wieder erstrebenswert zu machen.

Vorbemerkung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den gesetzlichen Auftrag, die haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen – überall im Land, flächendeckend und wohnortnah, auch in sprechstundenfreien Zeiten. In Schleswig-Holstein sind über 5.000 Ärzte und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung tätig. Dieses dichte Netz an Praxen zu erhalten, wird in den nächsten Jahren absehbar schwieriger. Verantwortlich hierfür sind eine Reihe von Entwicklungen, die auf den demographischen Wandel zurückzuführen sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein begrüßt deshalb, dass sich der Landtag intensiv mit den Perspektiven der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere der hausärztlichen Versorgung, in Schleswig-Holstein befasst, da die Lösung der Probleme in der Gesundheitsversorgung – nicht nur in der ambulanten Versorgung –, die sich als Folge des demographischen Wandels abzeichnen, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, an der sich alle, die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung tragen, beteiligten müssen.

I. Herausforderungen – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die ambulante Versorgung

Demographischer Wandel

Schleswig-Holstein sieht sich mit gravierenden Verschiebungen in der Alterszusammensetzung seiner Bevölkerung konfrontiert. Zwar wird die Zahl der Einwohner nach Prognosen des Statistikamtes Nord bis zum Jahr 2025 geringfügig sinken – von 2006 bis 2025 um 2,5 Prozent –, zugleich aber wird sich die Zahl der Älteren in Schleswig-Holstein deutlich erhöhen. Lebten Ende 2006 rund 745.000 Menschen in Alter von 60 Jahren und darüber in Schleswig-Holstein (Anteil an der Gesamtbevölkerung: 26,3 Prozent), so werden es im Jahr 2025 fast 1 Millionen Menschen sein (978.080, Anteil: 35,3 Prozent). Während die Einwohnerzahl des Landes leicht rückläufig ist, steigt zugleich die Zahl der Senioren um mehr als 31 Prozent.[1]

Morbiditätsentwicklung in einer alternden Gesellschaft

Die Zunahme von Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber bleibt nicht ohne Auswirkungen auf den Behandlungsbedarf. Mit zunehmendem Alter steigt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen.

So sind erfahrungsgemäß ältere und hochbetagte Personen die Patientengruppen mit der höchsten Zahl an Arztkontakten. Mit der Zunahme der absoluten Zahl der Senioren ist zudem mit einem deutlichen Anstieg altersbedingter Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Demenz oder Diabetes zu rechnen. Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) stellte vor zwei Jahren in einer im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz erstellten Studie 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 demographisch 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 demographische Entwicklung wird sich bis zum Jahr 2050 fortsetzen."[2]

---

[1] Vgl. Statistikamt Nord: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein bis 2025, November 2007

[2] „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.

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 auf rund 558 Euro.[3]

Ruhestandswelle in der ambulanten Versorgung

Der steigenden Nachfrage nach ambulanten ärztlichen Leistungen steht ein Rückgang der Zahl der Haus- und Fachärzte in Schleswig-Holstein gegenüber. Schon jetzt wird in einigen Landesteilen – vor allem an der Westküste – spürbar, dass die Arztdichte abnimmt. 22 Prozent der Hausärzte in Schleswig-Holstein sind 60 Jahre und älter und werden in wenigen Jahren in den Ruhestand treten. Ein Viertel der Hausärzte gehört 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 fünf Prozent eine kleine Minderheit. Ein Blick zurück verdeutlicht die Entwicklung: 1996 waren noch 14,9 Prozent der Vertragsärzte jünger als 40 Jahre und nur 5,5 Prozent 60 Jahre oder älter.

Das durchschnittliche Praxisabgabealter von rund 62 Jahren zugrundegelegt, wird bis 2015 fast jeder zweite Hausarzt in Schleswig-Holstein seine Praxis aus Altersgründen aufgeben. Sollen keine größeren Versorgungslücken entstehen und die heutige Hausarztdichte erhalten bleiben, müssten sich bis 2015 rund 900 Ärzte entschließen, eine Hausarztpraxis in Schleswig-Holstein zu übernehmen oder neu zu eröffnen.

Die Entwicklung ist nicht auf die Hausärzte beschränkt. Auch bei den Fachärzten drohen spürbare Versorgungsengpässe, wie beispielhaft an zwei ausgewählten Fachgruppen dargelegt werden kann. Praktizierten Anfang 2008 fast 330 Gynäkologen in Schleswig-Holstein, ist davon auszugehen, dass 130 dieser Fachärzte bis 2015 in den Ruhestand treten werden. Ähnlich sieht es bei den Augenärzten aus. Bis 2015 müssten, soll die Zahl von fast 180 Augenärzten in Schleswig-Holstein annährend konstant bleiben, rund 70 neue Augenärzte in Schleswig-Holstein tätig werden.

Nachwuchs bleibt Mangelware

Zunehmend erweist es sich als schwierig, junge Mediziner für eine Tätigkeit als niedergelassener Arzt zu gewinnen, vor allem für Praxisstandorte in ländlichen Regionen.

Ein Faktor ist, dass junge Ärzte heute neben einer Tätigkeit in der ambulanten Versorgung oder im Krankenhaus vielfältige berufliche Möglichkeiten haben – und diese auch nutzen. Dies zeigen u.a. Zahlen der Bundesärztekammer, wonach sich allein zwischen der Zahl der Absolventen des Faches Humanmedizin und der Zahl der Erstanmeldungen bei einer Ärztekammer eine Differenz von fast 1.000 Ärzten ergibt, die sich schon unmittelbar nach dem Studium gegen eine ärztliche Tätigkeit entscheiden.[4] Insgesamt ist zu beobachten, dass Ärzte zunehmend in anderen Bereichen tätig werden, z.B. in der Wirtschaft, der Wissenschaft oder in Verwaltungen. Im Deutschen Ärzteblatt wurde im Januar 2008 die Schätzung veröffentlicht, dass sich nahezu die Hälfte aller Medizinstudierenden für einen Beruf im nicht kurativen Bereich entscheidet. Zudem ist

---

Gesundheitsministerkonferenz (GMK), http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf

[3] 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, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Analyse-Kopetsch.pdf

[4] Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2008. Vgl. KBV-Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, vorgestellt am 3. September 2010 in Berlin, http://www.kbv.de/presse/36943.html

der Gang ins Ausland im zusammenwachsenden Europa, aber auch drüber hinaus, eine immer leichter zu realisierende berufliche Option. Rund 17.000 deutsche Ärzte arbeiten derzeit im Ausland.[5]

Von den Absolventen, die sich für eine Tätigkeit in der inländischen Patientenversorgung entscheiden, lassen sich immer weniger als Haus- oder Facharzt nieder. Eine Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Universität Trier unter 12.000 Medizinstudierenden verdeutlicht diesen Trend.[6] Demnach können sich nur 38 Prozent der angehenden Mediziner vorstellen, später als Hausarzt zu arbeiten. Insbesondere ländliche Regionen, so ein weiteres Ergebnis der Umfrage, betrachten die Medizinstudenten als unattraktiv. Gegen eine Niederlassung sprechen aus Sicht der Befragten zudem das hohe finanzielle Risiko, das hohe Maß an Bürokratie, die unangemessen niedrige Honorierung und drohende Regressforderungen von Krankenkassen.

Erwartungen jüngerer Ärzte an ihren Beruf im Wandel

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die veränderte Einstellung jüngerer Ärztinnen und Ärzten zur Balance zwischen Familie und Beruf. In der Umfrage gaben 96 Prozent der Befragten an, dass sie sich eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie wünschen. Schul- und Betreuungsangebote für die Kinder, die beruflichen Möglichkeiten der Partners oder der Partnerin, die berufliche Kooperation mit Kollegen und die Freizeitangebote werden für die Wahl eines Ortes und für die Frage, Niederlassung oder Tätigkeit als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt, immer wichtiger. Dies auch, weil der Anteil der Ärztinnen stetig steigt. Schon heute sind 36 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Schleswig-Holstein weiblich, die Studienanfänger im Fach Humanmedizin sogar zu zwei Dritteln.

Gerade jüngere Ärztinnen und Ärzte scheuen vielfach eine Niederlassung in eigener Praxis (oder Gemeinschaftspraxis) und favorisieren zum Berufseinstieg eine angestellte Tätigkeit. Um diese jungen Mediziner für die ambulante Versorgung zu gewinnen, bedarf es neuer Möglichkeiten, die diese Erwartungen einer neuen Ärztegeneration berücksichtigen. Es steigt die Nachfrage nach flexiblen Modellen der Berufsausübung.

II. Lösungsansätze

Erweiterte Möglichkeiten der Berufsausübung

Die Struktur der Versorgung ändert sich. Neben die klassische Einzelpraxis sind neue Formen der Berufsausübung getreten: Berufsausübungsgemeinschaften, Teilzulassungen, Anstellungen in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Zweigpraxen. Nicht zuletzt durch die Liberalisierung des Vertragsarztrechts stehen Ärzten mittlerweile eine ganze Reihe von Modellen kooperativer Berufsausübung zur Verfügung. Diese werden mittlerweile umfassend genutzt und bedeuten gerade für jüngere Ärzte, dass ihnen mehr Möglichkeiten offen stehen, in der ambulanten Versorgung tätig zu werden, z.B. auch in Angestelltenverhältnissen in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren. Auch Zweigpraxen, in denen jüngere Ärzte angestellt werden, bieten eine gute Möglichkeit, Nachwuchsärzte für die ambulante Versorgung zu gewinnen, weil sie zunächst nicht das wirtschaftliche Risiko einer Praxisübernahme eingehen müssen und sich als Angestellte nicht sofort dauerhaft an eine Region binden.

Die KVSH wertet diese Entwicklung positiv, zumal sie eine „Marktentwicklung" darstellt, d.h. freiberufliche Ärzte bzw. angestellte Ärzte wählen die Form der Kooperation oder Berufsausübung, die nach ihrer eigenen

[5] KBV-Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, http://www.kbv.de/presse/36943.html
[6] Vgl. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010", http://www.kbv.de/publikationen/37141.html

Abwägung am geeignetesten ist, eine optimale Patientenversorgung sicherzustellen, und zugleich eigene Präferenzen und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen bei der Wahl der Form der Berufsausübung berücksichtigt.

Auch MVZ 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 gegründet worden. MVZ in ärztlicher Hand stellen sicher, dass die Therapie- und Behandlungsfreiheit gewahrt bleiben. Skeptisch sieht die KVSH die Auswirkungen auf die Versorgung, die durch eine Zunahme von MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser und nicht-ärztliche Investoren verursacht werden können. So stellen MVZ, die durch die Verlagerung von aufgekauften Vertragsarztzulassungen zu Sicherstellungsproblemen vor allem in ländlichen Gebieten führen, keinen Beitrag zum Erhalt einer wohnortnahen ambulanten Versorgung dar. Ebenso sieht die KVSH in Krankenhaus-MVZ, die an bereits gut vertragsärztlich versorgten Standorten entstehen und daher in Konkurrenz zu den vorhandenen Praxen gegründet werden, eine Schwächung der bewährten Strukturen der flächendeckenden Versorgung ohne erkennbaren Nutzen.

Die vom Gesetzgeber stets als Argument für die Zentren genannte „Versorgung aus einer Hand" bieten die in Schleswig-Holstein bestehenden MVZ 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 Gründung für die Krankenhäuser erheblich erleichtern.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein beobachtet mit Sorge, dass durch das Vordringen von MVZ in Krankenhausträgerschaft zudem jenen Nachwuchsmedizinern, 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 begrenztere finanzielle Ressourcen verfügen. Die KVSH spricht sich für eine Änderung der gesetzlichen Gründungsvoraussetzungen aus, die sicherstellt, dass MVZ künftig nur gegründet werden können, wenn sie sich mehrheitlich in ärztlicher Hand befinden.

Versorgungsmanagement / Zweigpraxen

Als Reaktion auf die zunehmenden Schwierigkeiten von Praxisinhabern in ländlichen Regionen, Nachfolger zu finden, hat die KVSH ein neues, aktives Versorgungsmanagement ins Leben gerufen. Nach dreimonatiger erfolgloser Ausschreibung einer Praxis erfolgt eine obligatorische Prüfung, ob der Arztsitz aus Sicherstellungsgründen erforderlich ist. Kriterien hierfür sind u.a. die Zahl der versorgten Patienten sowie die Lage und Größe benachbarter Praxen der gleichen Fachrichtung.

Handelt es sich um einen Arztsitz, der für Versorgung unverzichtbar ist, wird die Praxis als Zweigpraxis ausgeschrieben. Ziel ist es, einen Arzt zu finden, der den Standort als „Filiale" fortführt, sei es, indem er selbst stundenweise in der Zweigpraxis Sprechstunden anbietet, sei es, indem er einen Arzt anstellt, der in der Zweigpraxis die Versorgung der Patienten übernimmt. Teil der Ausschreibung ist der Hinweis, dass der Vorstand grundsätzlich für diese Praxis eine Zweigpraxisgenehmigung erteilen würde. Auch eine finanzielle Förderung ist möglich, entsprechende Maßnahmen sind im Sicherstellungsstatut der KVSH verankert.

Gerade vor dem Hintergrund, dass junge Mediziner vielfach den Schritt in die Selbständigkeit zunächst scheuen, ist es ein vielversprechender Weg, Nachwuchsärzte über eine Anstellung bei einem freiberuflichen Arzt für die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung und ggf. auch für eine spätere eigene Tätigkeit als freiberuflicher Arzt zu gewinnen. Insbesondere entfällt in diesem Modell für den jungen Arzt zunächst eine eigene Investitionen, auch kann die Entscheidung für eine dauerhafte Bindung an eine Region, die eine Nie-

derlassung in eigener Praxis bedeutet, später fallen (z. B. wenn Berufstätigkeit des Partners/der Partnerin geklärt ist).

Findet sich für einen Standort, der für die Versorgung unverzichtbar sind, kein Betreiber für eine Filialpraxis, ist die KVSH zur Gründung eines Eigenbetriebs bereit, um den vorübergehenden Weiterbetrieb der Praxis mit einem bei der KVSH angestellten Arzt zu ermöglichen. Ziel ist nicht der dauerhafte Betrieb einer Eigeneinrichtung durch die KVSH, sondern die unterbrechungsfreie Sicherstellung der Versorgung. Die KVSH würde sich in diesen Fällen weiter bemühen, einen Nachfolger zu gewinnen, der den Standort als Haupt- oder Zweigpraxis übernimmt.

4-Säulen-Modell zur Stabilisierung der Versorgung auf dem Lande

Die Kassenärztliche Vereinigung ist mit den Krankenkassen und dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit im Gespräch darüber, einen gemeinsamen „Solidarpakt" zu schließen, um die wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung in den ländlichen Ragionen Schleswig-Holstein zu stabilisieren.

Die Einzelheiten dieses „4-Säulen-Modells" werden derzeit verhandelt. Grundsätzliche Einigkeit besteht über die vier Handlungsfelder:

- Abschaffung der Abstaffelung der Vergütung bei großen Landarztpraxen. Gerade größere „Versorgerpraxen" auf dem Lande mit hohen Patientenzahlen sind vielfach davon betroffen, dass das derzeitige Honorarsystem ärztliche Leistungen bei der Überschreitung bestimmter Mengengrenzen nur noch mit hohen Abschlägen vergütet. Dies benachteiligt vor allem Landärzte, die aufgrund des großen Einzugsgebietes ihrer Praxis vielfach eine höhere Zahl an Patienten behandeln als der Durchschnitt der Hausärzte.
- Garantie, dass keine Mittel aus dem ländlichen Raum abfließen. KVSH und Krankenkassen werden sicherstellen, dass auch künftig keine Mittel aus den ländlichen Regionen abfließen und ggf. in Verträgen entsprechende Vorkehrungen treffen, um ungewollte Effekte zu verhindern.
- Marketing für ländliche Praxisstandorte (Imagekampagne, Zweigpraxenmanagement). Die positiven Aspekte der Tätigkeit auf dem Lande sollen stärker herausgestellt, der Informationsaustausch mit den Kommunen intensiviert werden. Die Möglichkeit, die Versorgung vor Ort durch Zweigpraxen zu erhalten, wird in der Ärzteschaft noch stärker bekannt gemacht.
- Paritätisch finanzierter Sicherstellungsfonds. Für die gemeinsamen Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgung im ländlichen Raum richten Kassen und KVSH einen paritätisch finanzierten Sicherstellungsfonds ein.

Weitere Maßnahmen der KVSH gegen einen drohenden Ärztemangel

Neustrukturierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ("Notdienst")

Mit Beginn des Jahres 2007 hat die KVSH den ärztlichen Bereitschaftsdienst, der die Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Sprechstundenzeiten sicherstellt, umfassend neuorganisiert. Ein Ziel der Umstrukturierung war es, eine geringere Arbeitsbelastung für die Ärzte im Bereitschaftsdienst zu erreichen. Im Mittelpunkt der neuen Struktur stehen rund 30 Anlaufpraxen, die an Krankenhäusern mit Regelversorgung angesiedelt sind.

Da die neue Struktur des Bereitschaftsdienstes so angelegt ist, dass die Zahl der freiwillig teilnehmenden Ärzte ausreichend ist, bedeutetet dies eine Verringerung der Arbeitslast vor allem für Ärzte im ländlichen Raum. Insbesondere kommt die neue Struktur jüngeren Ärzten mit Familie entgegen, da derzeit kein

Gebrauch von der Verpflichtung zur Teilnahme gemacht werden muss. Diese Neuorganisation ist deshalb ein Beitrag zu einer höheren Attraktivität der Landarzttätigkeit, da gerade die niedergelassenen Ärzte in ländlichen Gebieten in der Vergangenheit überdurchschnittlich viele Notdienste in den Nachtstunden und an Wochenenden leisten mussten. Auch Umfragen unter Patienten belegen eine hohe Zufriedenheit mit dem reformierten Bereitschafsdienst.

Förderung von Weiterbildungsassistenten

Gemeinsam mit den Krankenkassen fördert die KVSH junge Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden. Allein in den Jahren 2006 und 2007 betrug der Anteil der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein an den Zuschüssen mehr als 2,1 Millionen Euro.

Zum Jahresbeginn 2010 wurde die Förderung pro Weiterbildungsassistent als Ergebnis einer Vereinbarung auf Bundesebene erhöht, um ein Niveau vergleichbar des Entgeldes im Krankenhaus zu erreichen. Dies ist ein weiteren Schritt, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin attraktiver zu machen.

Verbundweiterbildung

Zusammen mit den Krankenhäusern im Land strebt die KVSH eine Verbundweiterbildung für angehende Allgemeinmediziner an. Ziel der Zusammenarbeit ist es, dass sich Weiterbildungsassistenten in ihrer fünfjährigen Weiterbildungszeit ganz auf ihren Beruf konzentrieren können und davon entlastet werden, die einzelnen Ausbildungsabschnitte, vor allem den Übergang vom Krankenhaus in die Arztpraxis, selbst organisieren zu müssen. Die KVSH stellt sicher, dass der Nachwuchsmediziner seine Weiterbildung nach dem stationären Abschnitt ohne Unterbrechung in einer Praxis fortsetzen kann und hat hierfür eigens eine Koordinierungsstelle eingerichtet.

Kooperationsverträge zur Verbundweiterbildung hat die KVSH mit folgenden Krankenhäusern im Land abgeschlossen: Sana Kliniken Lübeck GmbH, Asklepios Klinik GmbH, Bad Oldesloe, Segeberger Kliniken GmbH, DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg GmbH, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH, Schlei-Klinikum Schleswig MLK GmbH, Sana Kliniken Ostholstein. Die KVSH strebt den Abschluss weiterer Abkommen zur Zusammenarbeit in diesem wichtigen Bereich an.

Engagement der Kommunen

Kassenärztliche Vereinigung, Land und Kommunen haben ein gemeinsames Interesse an einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung. Gefragt sind deshalb Zusammenarbeit, Engagement und neue Ideen aller Beteiligten. Auch Städte und Gemeinden müssen ihren Beitrag leisten, attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen und mit kreativen Ideen Ärzte in der Region zu halten. Dies auch deshalb, weil für jüngere Ärzte bei der Wahl des Ortes zunehmend Faktoren eine Rolle spielen, die die KVSH nicht beeinflussen kann, zum Beispiel ein ausreichendes Kinderbetreuungsangebot oder Anforderungen an die örtliche Infrastruktur. Hier sind Städte und Gemeinden gefordert. Die KVSH ist deshalb mit den Kreisen, Kommunen und den kommunalen Landesverbänden im Gespräch, um die Vertreter der kommunalen Seite für das Thema zu sensibilisieren und gemeinsame Lösungen zu finden.

Beratungsangebote

Die KVSH bietet sowohl für Ärzte mit Interesse an einer Niederlassung als auch für Mediziner, die bereits in ihrer eigenen Praxis tätig sind, umfangreiche Service- und Beratungsangebote an. Die KVSH führt regelmäßig Seminare und Workshops zu verschiedenen Themen und für unterschiedliche ärztliche Zielgruppen durch. Ergänzt wird dieses Angebot durch Einzelberatungen.

Lehrstuhl für Allgemeinmedizin / Universitätsmedizin

Da der sich abzeichnende Ärztemangel ist kein reines Verteilungsproblem mehr, sondern auch ein Mengenproblem. Es werden zu wenig Mediziner an unseren Universitäten ausgebildet.

Die KVSH begrüßt deshalb, dass die Ausbildungskapazitäten für angehende Ärzte in Schleswig-Holstein durch die gefundene Finanzierungslösung für die Medizinische Fakultät in Lübeck, die wie auch die Medizinische Fakultät in Kiel junge Menschen auch aus anderen Regionen an Schleswig-Holstein bindet, im bisherigen Umfang erhalten bleiben. Vor dem Hintergrund eines steigenden Behandlungsbedarfs sind ausreichende medizinische Ausbildungskapazitäten eine Investition zum Erhalt der ärztlichen Versorgung.

Der Fortbestand der Medizinischen Fakultät in Lübeck ist auch deshalb von Bedeutung, weil die KVSH sich mit anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen in einem Förderverein für einen eigenen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein einsetzt und die Universität zu Lübeck mittlerweile eine solche Professur ausgeschrieben hat. Ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin bietet die Chance, mehr angehende Mediziner mit der hausärztlichen Tätigkeit vertraut zu machen.

III. Forderungen

Reform der Bedarfsplanung

Während der Altersaufbau der Bevölkerung sich verändert und der Beruf des Arztes im Wandel ist, sind die Grundlagen der Bedarfsplanung seit fast zwei Jahrzehnten unverändert und damit anachronistisch. Sie sind im Sozialgesetzbuch V und ergänzenden Richtlinien des G-BA verbindlich festgelegt. Die Hauptdefizite der gegenwärtigen Rechtsgrundlagen:

- Der Bedarfsplanung liegen Planungsbereiche zugrunde, die mehrheitlich mit den Landkreisen identisch sind. Eine kleinräumige Betrachtung der Versorgungssituation in einzelnen Städten, Stadtteilen oder Gemeinden ist nicht vorgesehen. Innerhalb der Kreise erfolgt keine Steuerung der Niederlassung, was zu regionalen Unausgewogenheiten führt. Darüber hinaus verhindert die Orientierung an Verwaltungsgrenzen, dass die Versorgungssituation im Umfeld größerer Städte sinnvoll abgebildet wird (Mitversorgung des Umlandes).
- Die Zahl der im jeweiligen Planungsgebiet zuzulassenden Ärzte errechnet sich nach starren Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen, die seit Anfang der neunziger Jahre im Wesentlichen statisch sind. Die Verhältniszahlen wurden mit der Einführung der Zulassungssperren für niedergelassene Ärzte auf Basis der damals vorhandenen Ärztedichte festgeschrieben.
- Die Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt nicht die Spezialisierung der ärztlichen Leistungserbringung. Beispiel: Die fachärztlich tätigen Internisten sind in einer Gruppe zusammengefasst, während den Versorgungsalltag weitreichende Spezialisierungen prägen (z. B. Rheumatologen, Gastroenterologen, Kardiologen, Pneumologen, Onkologen).
- Ein grundsätzliches Problem ist die zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unabgestimmte Planung.

Eckpunkte einer neuen Bedarfsplanung

Eckpunkte einer neuen Bedarfsplanung könnten aus Sicht der KVSH sein:

- Einwohnerzahl, Altersstruktur, Morbidität der Bevölkerung,
- lokale bzw. regionale Versorgungssituation unterhalb der Kreisebene, orientiert an Siedlungszusammenhängen (statt Verwaltungsgrenzen); Berücksichtigung der Mitversorgung des Umlands durch städtische Praxen,
- Form der Berufsausübung bisheriger und neu zuzulassender Ärzte (Vollzeit, Teilzeit, Versorgerpraxis, Spezialist, Zweigpraxis),
- Vorhandensein anderer Versorgungsangebote (Zahnärzte, Apotheken, Einzelhandel),
- Berücksichtigung von Krankenhausstandorten, vor allem für die fachärztlichen Versorgung im ländlichen Raum.

Erforderlich sind zudem zusätzliche regionale Handlungsmöglichkeiten, die eine flexible Gestaltung der spezifischen Versorgungssituation in den einzelnen Regionen des Landes erlauben.

Die KVSH wertet es positiv, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 15. Juli 2010 die Ergänzung der bisherigen Bedarfsplanung um einen Demographiefaktor beschlossen hat.[7] Ziel dieser Ergänzung ist es, den erhöhten Versorgungsbedarf von über 60-Jährigen besser als bisher zu berücksichtigten. Diese Änderung ist allerdings noch nicht in Kraft getreten, da die Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium nicht abgeschlossen ist. Deshalb sind Aussagen, wie sich diese Ergänzung der Bedarfsplanungsrichtlinie auf die Versorgungsplanung in Schleswig-Holstein konkret auswirken könnte, zur Zeit noch nicht möglich.

Perspektivisch spricht sich die KVSH für die Entwicklung eines gemeinsamen Konzepts unter Einbeziehung aller Beteiligten mit dem Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung aus. Die künstliche Trennung der Versorgungsbereiche entspricht immer weniger der gelebten Versorgungsrealität.

Honorar

Auch mit Blick auf drohende haus- und fachärztliche Versorgungslücken im ländlichen Raum gilt unverändert: Ein verlässliches und transparentes Honorarsystem, das die ärztliche Leistung angemessen vergütet, leistet einen entscheidenden Beitrag, den Arztberuf attraktiv zu machen.

Die KVSH setzt sich deshalb für eine Einzelleistungsvergütung ein. Ergänzend ist eine Diskussion erforderlich, wie mit intelligenten Formen der Eigenbeteiligung der Patienten – ergänzt um eine soziale Abfederung – eine Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erreicht werden kann. Neben einer Kostenkontrolle, die mit einem solchen System verbunden wäre, würden Ärzte bei einer geringeren Inanspruchnahme wieder mehr Zeit für den einzelnen Patienten haben.

Insgesamt gilt, dass der freie Beruf des niedergelassenen Arztes wieder mehr Handlungsfreiheit benötigt. Die KVSH setzt sich deshalb für eine Reduzierung der Bürokratie und einen Wegfall der Bedrohung durch Regresse ein. Notwendig ist zudem eine Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken (§ 116 b SGBV, MVZ).

---

[7] G-BA-Beschluss und ergänzende Unterlagen: http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1166/