



## **Bericht**

der Landesregierung

**Flächendeckende hausärztliche Versorgung**

**Federführend ist das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit**

**INHALTSVERZEICHNIS**

	Seite
<b>I. Einführung</b>	
1. Auftrag	4
2. Demografische Entwicklung	4
<b>II. Grundsätze und Rahmenbedingungen</b>	
1. Ärztliche Versorgung in Deutschland	5
2. Datenlage in Schleswig-Holstein	5
3. Zuständigkeiten	6
3.1 Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung	7
3.2 Bedarfsplanung	8
4. Honorarsituation	9
5. Sonstige Rahmenbedingungen	10
6. Rollen der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten	11
6.1. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein	11
6.1.1. Neuorganisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes	11
6.1.2. Beratungs- und Serviceangebote der KVSH	12
6.1.3. Sicherstellungsstatut	12
6.1.4. Eigenbetriebsgründung	13
6.2. Krankenkassen/-verbände	13
6.3. Hausärzteverband Schleswig-Holstein	13
6.4. Ärztegenossenschaft	14
6.5. Politik	15
<b>III. Neue Ansätze für die Versorgung in Schleswig-Holstein</b>	
1. Projekte	15
1.1. Projekt „HELVER“	16
1.2. Modellregion „Dithmarschen“	16
1.3. Projekt „Ambulante geriatrische Versorgung“	17
1.4. Die Gesundheitsregion NORD	18
1.5. Modellprojekt „Einzelleistungsvergütung“	18
2. Verzahnung ambulant – stationär	18
3. Formen der ambulanten Versorgung	20
3.1. Medizinische Versorgungszentren	20
3.2. Zweigpraxen	21

---

<b>IV.</b>	<b>Handlungsfelder/Handlungsbedarf aus Sicht der Landesregierung</b>	
1.	Attraktivität der Regionen steigern	22
2.	Regionale Angebote erhalten, Strukturen zukunftsfest verbessern	23
3.	Ausbildung – Weiterbildung	23
3.1.	Koordinierungsstellen	24
3.2.	Verbundweiterbildung	25
3.3.	Finanzielle Förderung der Weiterbildung im ländlichen Raum	25
4.	Reformbedarf	26
4.1.	Reform der Bedarfsplanung notwendig	26
4.2.	Bedeutung der Honorarsituation	27
5.	Selektivverträge	28
6.	Rolle des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein	29
<b>V.</b>	<b>Fazit und Ausblick</b>	30
<b>VI.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	32

## **I. Einführung**

### **1. Auftrag**

Der Landtag hat am 25. Februar 2010 auf Antrag von CDU und FDP beschlossen, die Landesregierung aufzufordern einen schriftlichen Bericht zur flächendeckenden hausärztlichen Versorgung zu geben.

Dargestellt werden sollen die neuen Formen und Kooperationen, die die Partner der Selbstverwaltung bisher ergriffen haben bzw. planen, um dem Mangel niedergelassener Ärzte in Schleswig-Holstein - insbesondere in ländlichen Räumen - wirkungsvoll zu begegnen.

Mit dem vorliegenden Bericht kommt die Landesregierung dem Auftrag des Landtages nach.

Einbezogen wurden die Krankenkassen, die KVSH, die Ärztekammer und die Ärztenossenschaft. Die dem MASG übermittelten Stellungnahmen sind in dem Bericht berücksichtigt.

Die Landesregierung räumt der Gesundheitspolitik und der regionalen Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert ein und wird die bereits bestehenden Strukturen zukunftsfähig zu machen. Sie setzt dabei auf Kooperation mit den beteiligten Akteuren und auf Moderation der unterschiedlichen Interessen.

Alle gesundheitspolitischen Maßnahmen stehen in einem engen Kontext zum demografischen Wandel, der die Anforderungen an die Daseinsvorsorge maßgeblich verändern wird.

### **2. Demografische Entwicklung**

Die ambulante medizinische Versorgung steht vor großen Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt, um den Menschen in Schleswig-Holstein auch in Zukunft eine gute wohnortnahe ärztliche Versorgung zu sichern. Eine der größten Herausforderungen ist es, angemessen auf den demografischen Wandel zu reagieren.

Die demografische Entwicklung in Schleswig-Holstein hat zur Folge, dass die Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zunehmend schwieriger werden wird. Die Nachfrage nach medizinischen aber auch pflegerischen Leistungen wächst im Zuge der Alterung der Gesellschaft kontinuierlich. Der medizinische Fortschritt wird zugleich die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verändern. Bisher stationär erbrachte Leistungen werden zum Teil ambulant erbracht werden können. Die Altersstruktur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und parallel die Alterung der Bevölkerung bedeuten, dass vor allem im hausärztlichen Bereich Wiederbesetzungen von Arztsitzen zur besonderen Aufgabe werden. Das betrifft insbesondere den ländlichen Raum.

Die Anpassung der sozialen Daseinsvorsorge an den demografischen Wandel bedarf neuer und innovativer Versorgungskonzepte mit dem Ziel, die wohnortnahe (fach-)ärztliche Versorgung mit ambulanten und stationären medizinischen Leistungen für eine immer älter werdende, multimorbide und weniger mobile Bevölkerung auf hohem Niveau nachhaltig sicherzustellen.

## **II. Grundsätze und Rahmenbedingungen**

### **1. Ärztliche Versorgung in Deutschland**

Die Arztlzahlstudie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2007 weist einen Mangel an hausärztlichen Nachwuchs aus, nicht nur in den neuen Bundesländern. Vor allem sind ländliche Gegenden, auch in Schleswig-Holstein, besonders betroffen. Als Ursachen für die mangelnde Nachbesetzung von Hausarztsitzen werden schlechte Arbeitsbedingungen, zu wenig Vergütung für die geleistete Arbeit, schlechtere Umfeldbedingungen für Familien wie z.B. Schulen, Freizeitaktivitäten und anderes mehr genannt. Nicht jeder, der in einem solchen Gebiet eine allgemeinmedizinische Praxis verkaufen möchte, findet auch einen Nachfolger. Jeder potenzielle Nachfolger stellt sich die Frage, ob die demographische Entwicklung mit häufig überalterter Bevölkerungsstruktur, fehlenden Kollegen zur Bedienung des Notdienstes und einer mangelhaften Infrastruktur dauerhaft den Lebensunterhalt seiner Familie sichern kann.

Bis 2012 werden deutschlandweit insgesamt 15.376 Hausärzte in den Ruhestand gehen. Bei den Fachärzten sind dies 18.851. Zählt man die ausscheidenden Krankenhausärzte mit hinzu, ergibt sich, dass insgesamt 41.132 Ärzte in den nächsten fünf Jahren aus der kurativen Patientenversorgung ausscheiden.

Die Zahl der Nachwuchskräfte reicht nach Auffassung der Ärzteschaft nicht aus, diesen Verlust zu kompensieren, zumal der Verlust an Medizinstudenten durch Abgang in andere Berufe ca. 37,7% beträgt (Quelle: Bundesärztekammer: Studie zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends, Oktober 2007).

Die Arbeitsbedingungen sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung scheinen immer unattraktiver zu werden. Im Gegensatz dazu scheint das Ausland an Attraktivität zu gewinnen: Derzeit arbeiten ca. 16.000 deutsche Ärztinnen und Ärzte im Ausland.

Die Zahlen der Arztlzahlstudie weisen auch aus, dass die Überalterung der Ärzteschaft im ambulanten Bereich, die seit Jahren eklatant zugenommen hat, im Jahr 2006 das erste Mal leicht zurückgegangen ist. Waren im Jahr 2005 noch 20.797 Ärzte 60 Jahre oder älter, sind es 2006 20.555. Die problematische Nachwuchsentwicklung bleibt weiterhin bestehen, der Anteil der unter 40-jährigen Vertragsärzte ist von 7,2 % im Jahre 2005 auf 6,7 % im Jahre 2006 zurückgegangen.

Dem gegenüber stehen erhöhte Patienten-Arztkontakte. Aus dem Barmer GEK Arztlreport 2010 geht hervor, dass mit rund 18 Praxisbesuchen im Jahr die Deutschen besonders häufig zum Arzt gehen. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit bei den Arztbesuchen an der Spitze.

### **2. Datenlage in Schleswig Holstein**

Nach der Ärztestatistik Schleswig-Holstein 2009 sind über 10.700 Ärzte und Ärztinnen berufstätig. Davon hauptberuflich in freier Praxis tätig 4.823, darunter niedergelassene Ärztinnen und Ärzte 4.311, darunter Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin 1.278. In Krankenhäusern tätig sind 5.417 Ärzte und Ärztinnen, in sonstiger ärztli-

cher Tätigkeit sind es 409. Zugelassene Psychotherapeuten sind dabei nicht berücksichtigt.

Die Alterstruktur der Vertragsärzte in Schleswig-Holstein stellt sich nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) wie folgt dar: Nahezu 22% der hausärztlich tätigen Mediziner sind 60 Jahre oder älter. Ein Viertel der Hausärzte gehört der Altersgruppe der 55- bis 59- jährigen an. Nur jeder fünfte hausärztlich tätige Vertragsarzt ist jünger als 45 Jahre, die unter 40-jährigen bilden mit einem Anteil von nur 5% eine kleine Minderheit.

Wird das durchschnittliche Praxisabgabealter von ca. 62 Jahren zugrunde gelegt, wird bis 2015 fast jeder zweite Hausarzt seine Praxis aus Altersgründen aufgeben. Soll die heutige Hausarzt-dichte erhalten bleiben, müssten sich in den nächsten Jahren ca. 900 junge Ärztinnen und Ärzte entschließen, eine Hausarztpraxis in Schleswig-Holstein zu übernehmen oder neu zu eröffnen.

Dem Rückgang der Zahl der Hausärzte steht ein zu erwartender erhöhter Versorgungsbedarf gegenüber, bedingt durch die Zunahme des Anteils der Älteren an der Gesamtbevölkerung.

Nach Angaben des Statistikamtes Nord zum Stichtag 31. Dezember 2006 lebten 2.834.254 Menschen in Schleswig-Holstein. Davon waren ca. 750.000 Schleswig-Holsteiner 60 Jahre oder älter. Prognosen zufolge werden 2017 eine Million Menschen über 60 Jahre in Schleswig-Holstein leben.

Das Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel hat die mittel- und langfristig zu erwartenden Auswirkungen der demografischen Veränderung auf die Gesundheitsversorgung und die Versorgung im Pflegefall untersucht.

Im Ergebnis hat es festgestellt, dass - bei allen Unbekannten, die prognostische Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung beinhalten - eines deutlich wird: Die gute ärztliche Versorgung droht in den nächsten Jahren wegzubrechen.

### **3. Zuständigkeiten**

In der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (§ 94 SGB V) teil.

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt grundsätzlich eine entsprechende Berechtigung voraus, entweder in Form einer Zulassung oder einer Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Vertragsärzte hinaus im Bedarfsfall Krankenhausärzte mit Facharztausbildung oder in besonderen Fällen weitere ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen.

Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt

und verpflichtet ist und zwar in dem Umfang, der seitens des Zulassungsausschusses bestimmt worden ist.

Infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes können seit dem 1. Januar 2004 „medizinische Versorgungszentren“ (MVZ) als „fachübergreifende“ Einrichtungen unter ärztlicher Leitung gleich einem einzelnen Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden (§ 95 Abs. 1 SGB V). Die Zulassung setzt neben der Eintragung aller dort angestellten Ärzte in das Arztregister (§ 95 Abs. 2 SGB V) auch einen Bedarf für weitere Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung voraus.

Grundlage der Zulassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bildet die nach § 98 SGB V erlassene Zulassungsordnung Ärzte und die nach bundeseinheitlichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 99 SGB V erstellte Bedarfsplanung. An den im Bedarfsplan festgestellten Bedarf an Ärzten der verschiedenen Arztgruppen hat sich der Zulassungsausschuss bei seinen Entscheidungen zu halten. Darüber hinaus kann er im Wege der Sonderbedarfsfeststellung weitere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zulassen, wenn dies aus örtlichen oder fachlichen Gründen notwendig ist.

Für die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist die Kassenärztliche Vereinigung zuständig (§105 Abs. 1 SGB V). Nach § 105 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern. Das Sozialministerium ist Oberste Gesundheitsbehörde des Landes Schleswig-Holstein und Rechtsaufsichtsbehörde über die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften. Als Rechtsaufsicht kann die Oberste Gesundheitsbehörde allerdings nicht Gestaltungssachverhalte beanstanden, sondern nur festgestellte Verstöße gegen geltendes Recht.

### **3.1. Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung**

Den Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltungskörperschaft der Vertragsärzteschaft obliegt der so genannte Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs.1 SGB V. Sie haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Diese Gewährleistungspflicht ist das Gegenstück zur Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Kassenärztlichen Vereinigungen, da die Krankenkassen auch bezüglich der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber ihren Versicherten zuständige Leistungsträger bleiben und der Anspruch der Versicherten auf ärztliche Behandlung sich daher gegen die Krankenkassen und nicht gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen richtet.

*Gesetzliche* Mitwirkungsrechte oder -pflichten der Landesregierung bestehen hier nicht. Nur wenn die KVSH ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nicht bzw. nicht mit dem gebotenen Einsatz wahrnimmt und damit gegen gesetzliche Vorgaben verstößt, kann die Aufsichtsbehörde tätig werden. Hierfür steht ihr ein gestaffelter Katalog an Aufsichtsmitteln zur Verfügung.

Das SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern. Dies trifft insbesondere Regionen, in denen eine Unterversorgung vorliegt oder droht. Die Feststellung, ob in absehbarer Zeit Unterversorgung droht oder bereits eingetreten ist, trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Grundlage der Bedarfsplanung.

### 3.2. Bedarfsplanung

Die gesetzliche Grundlage zur Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung hat der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1993 in eine Richtlinie gefasst. Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Jahres 1993 beinhaltet vor allem Maßnahmen zur Vermeidung steigender Überversorgung insbesondere in Großstädten; vorher war sie auf Maßnahmen gegen Unterversorgung ausgerichtet.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen im Einvernehmen mit den Krankenkassen sowie im Benehmen mit den Ländern gemäß § 99 SGB V die Bedarfspläne in der vertragsärztlichen Versorgung. Grundlage ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassene „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)“, zuletzt geändert am 19. Februar 2009. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu berücksichtigen.

Wird der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 % überschritten, ist Überversorgung anzunehmen, wodurch nach § 103 SGB V für diese Arztgruppe im entsprechenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen anzuordnen sind. Unterversorgung wird dagegen vermutet, wenn der Versorgungsgrad um 25 % in der hausärztlichen bzw. um 50 % in der fachärztlichen Versorgung unterschritten wird. Zuständiges Gremium für die Feststellung von Über- oder Unterversorgung ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V, der von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für jedes Land gebildet wird. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder führen Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse.

Nach diesen Kriterien ist in den 13 Planungsbereichen derzeit die Versorgung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sichergestellt.

Zur *fachärztlichen* Versorgung des Landes ist festzustellen, dass gegenwärtig fast alle Planungsbereiche gesperrt sind. Offen ist ein Arztsitz in Steinburg für Haut- und Geschlechtskrankheiten und in Nordfriesland ein Arztsitz für Augenheilkunde.

Im *hausärztlichen* Bereich sind in drei Planungsbereichen Zulassungen möglich: In Dithmarschen (9 freie Hausarztstellen) ,in Steinburg (12 freie Hausarztstellen) und in der Kreisregion Flensburg/Kreis Schleswig-Flensburg (1 freie Hausarztstelle). Zudem gibt es aktuell zwei Nachbesetzungserfordernisse in Nordfriesland.

Da sich die Bedarfsplanung und die Zulassung von Vertragsärzten auf die Kreise und kreisfreien Städte beziehen, ist nicht immer eine Gleichverteilung der Ärzte im Pla-

nungsbereich (Kreis, kreisfreie Stadt) gegeben. Insbesondere Fachärzte haben ihren Sitz zumeist in größeren Städten des Planungsbereichs.

Zu bedenken ist, dass nicht jeder Arzt an jedem beliebigen Ort niederlassungswillig ist und dass unter Umständen in bestimmten Regionen eine ausreichende Patientenzahl für eine betriebswirtschaftlich auskömmliche Praxis nicht vorhanden ist.

Bereits heute muss von Patientinnen und Patienten ein gewisser Zeit- und Wegeaufwand in Kauf genommen werden. Wo dies nicht mehr tragbar ist, besteht die Möglichkeit einer Zulassung im Wege der Feststellung eines Sonderbedarfs oder einer Feststellung nach § 100 Abs. 3 SGB V.

Nach einem Urteil des BSG (Az: B 6 KA 2/03 R vom 5.11.2003) ist von einer Gefährdung der Versorgung der GKV-Versicherten nicht auszugehen, wenn eine Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von 30 Minuten möglich ist.

#### **4. Honorarsituation**

Das Jahr 2009 war geprägt von der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung. Im Januar 2009 erfolgte die Einführung des neuen Honorarsystems. Die Leistungen der Vertragsärzte werden innerhalb der so genannten Regelleistungsvolumen in Euro-Preisen bezahlt, die in großen Teilen für das gesamte Bundesgebiet einheitlich sind. Zudem geht das Morbiditätsrisiko stärker auf die Krankenkassen über. Das politische Ziel, die Honorare der Ärzte in den östlichen Bundesländern an das West-Niveau anzugleichen, wurde erreicht.

Während andere Kassenärztliche Vereinigungen deutliche Honorarzuwächse bekamen, ist das in Schleswig-Holstein nach Aussage der KVSH nicht der Fall (ähnlich Bayern, Baden-Württemberg, Westfalen-Lippe).

Aus einer Studie des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse geht hervor: Die Honorarsituation hat sich, bezogen auf die jeweiligen Fallkosten, zum Nachteil für die niedergelassene Ärzteschaft in Schleswig-Holstein ausgewirkt.

Danach stand den Ärzten in Schleswig-Holstein im 1. Quartal 2009 trotz einer geringfügigen Steigerung des Gesamthonorarvolumens weniger Honorar pro Patientin/Patient zur Verfügung. Ursache hierfür sei, dass die Zahl der zu versorgenden Patienten deutlich zugenommen habe. Dieser Trend werde sich als Folge des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Zunahme altersbedingter Krankheiten in den nächsten Jahren noch verstärken.

Der Verfasser der Studie bezeichnet die Honorarreform als „Staatsversagen“. Zu viele Gestaltungsmöglichkeiten lägen auf Bundesebene und zu wenig dort, wo die Umsetzung stattfindet. Durch den zentralen Regulierungsanspruch werde das Vergütungssystem zudem immer weniger steuerbar und intransparenter. Es sei unmöglich, die Finanzmittel in den Regionen gerecht dorthin zu verteilen, wo sie benötigt würden: Zielgenau zur Versorgung der Patienten.

Um die ärztliche Versorgung zu gewährleisten und die Honorarverschiebungen innerhalb der Ärzteschaft aufzufangen, hat die KVSH die sog. Konvergenzregelung bis Mitte 2010 beschlossen. Diese sieht vor, dass der maximale Verlust bei Haus- und

Fachärzten zwölf Prozent betragen, der zulässige Gewinn bei Fachärzten sechs und bei Hausärzten zwölf Prozent betragen soll. Vorläuferregelungen begrenzten Verluste und Gewinne noch höher. Mit dieser Lösung, die mit den Krankenkassen abgestimmt ist, hat die KVSH vorerst zu einer Problementschärfung beigetragen.

## **5. Sonstige Rahmenbedingungen**

Neben dem noch nicht genügend berücksichtigten demografischen Wandel gibt es weitere Entwicklungsfaktoren, die in den letzten Jahren noch keine so große Rolle gespielt haben. Hierzu gehört als wichtigster Faktor die „Feminisierung des Arztberufes“.

Der Trend, dass immer mehr junge Frauen den Arztberuf ergreifen möchten, wird sich nach allen Prognosen in Zukunft noch verstärken. Wichtig werden dann familienfreundlichere Strukturen, die "Ärztin und Mutter sein" nicht gegenseitig ausschließen.

Speziell für die Bedürfnisse der Frauen werden insbesondere Arbeitszeiten, die flexibel auf die verschiedenen Lebensabschnitte Rücksicht nehmen, zu regeln sein. Flexible Arbeitsplätze, flexible Arbeitszeitmodelle, mehr Teilzeitausbildungsstellen und mehr Kinderbetreuungsplätze sind notwendig, um Frauen entsprechend für den Arztberuf und die Niederlassung zu motivieren.

Von Vertretern der Ärzteschaft wird darüber hinaus der stetig steigende Verwaltungsaufwand als demotivierende Belastung für die Ausübung des ärztlichen Berufes genannt.

Erschwerend kommt hinzu, dass immer mehr junge niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte strukturschwache Regionen meiden, weil Infrastruktur und Lebensqualität nicht ihren Bedürfnissen bzw. Erwartungen entsprechen und ggf. Wegezeiten zur Arztpraxis nicht akzeptiert werden.

Es darf auch nicht verkannt werden, dass das Berufsbild des Landarztes, der sich als vor Ort wohnender stets ansprech- und hilfebereiter Anwalt „seiner“ Patienten versteht, zunehmend nicht mehr dem Bild entspricht, das junge Menschen mit ihrem Arztbild verbinden. Gemeinschaftspraxen in größeren Einzugsbereichen und Spezialisierungswunsch bzw. –notwendigkeit fördern diesen Prozess zusätzlich.

Ohne Zweifel müssen sich junge Medizinerinnen und Mediziner heute vermehrt als „Ärztliche Unternehmer“ verhalten, um für Investitionen in die eigene Praxis und für das Familieneinkommen eine stabile nachhaltige Basis zu erzeugen.

Zu den sich verändernden Rahmenbedingungen gehört aber auch die Tatsache, dass sich für qualifizierte Medizinerinnen und Mediziner breitere Chancen beruflicher Entwicklung außerhalb der klassischen Einsatzbereiche im Krankenhaus oder mit der Niederlassung auftun und junge Menschen Auslandserfahrungen verstärkt auch beruflich nutzen oder in veränderte Lebensplanung einbauen. So sind „Konkurrenzbereiche“ entstanden, die ohne Frage bereits heute Einfluss auf die Nachwuchsgewinnung entwickeln.

## **6. Rollen der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten**

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den damit zusammenhängenden strukturellen Herausforderungen, die eine alternde Gesellschaft für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit sich bringt, ist ein Zusammenwirken aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligter selbstverständliche Voraussetzung für die Neuordnung der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Die Landesregierung hat dabei die Aufgabe, die unterschiedlichen Interessen zu moderieren und lösungsbezogen neue Strukturen zu befördern. Die in Teilen durchaus unterschiedlichen Anschauungen dokumentiert dieser Bericht als Zwischenstand der aktuellen Diskussion.

### **6.1. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein**

Seit dem Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955 wirken die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hierbei verpflichtet, für alle Versicherten in allen Gebieten und zu allen Zeiten die erforderliche vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten; die Krankenkassen entrichten hierfür auf der Grundlage von Gesamtverträgen eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung (§ 85 SGB V).

Auf Grundlage der Aufgabenzuweisung für die Kassenärztlichen Vereinigungen kann festgestellt werden, dass die KVSH ein Garant für den Sicherstellungsauftrag ist. Aus diesem Grund sollte auch zukünftig am Prinzip der Selbstverwaltung festgehalten werden. Durch eine Zersplitterung der vertragsärztlichen Versorgung auf verschiedenen Organisationen kann eine umfassende und alle Anbieter berücksichtigende Sicherstellung der Versorgung nicht gewährleistet werden, insbesondere, da die KVSH umfangreiche strukturelle und organisatorische Konzeptvorschläge erarbeitet und umsetzt.

#### **6.1.1. Neuorganisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes**

Mit Beginn des Jahres 2007 hat die KVSH den ärztlichen Bereitschaftsdienst, der die Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Sprechstundenzeiten sicherstellt, umfassend neu organisiert. Ein Ziel der Umstrukturierung war es, eine geringere Arbeitsbelastung für die Ärzte im Bereitschaftsdienst zu erreichen und dadurch vor allem Ärzte in ländlichen Regionen zu entlasten. Das zuvor existierende Netz von rund 150 regionalen Notdienststringen unterschiedlicher Größe wurde durch eine Struktur abgelöst, in deren Mittelpunkt rund 30 Anlaufpraxen stehen, die an Krankenhäusern mit Regelversorgung angesiedelt sind.

Da die Teilnahme am neu organisierten Bereitschaftsdienst auf freiwilliger Basis geschieht, ist diese Reform ein Beitrag zu einer höheren Attraktivität der Landarztstätigkeit. Denn gerade die niedergelassenen Mediziner in ländlichen Gebieten mussten in der Vergangenheit überdurchschnittlich viele Dienste in den Nachtstunden und an Wochenenden leisten. Nach Feststellungen der KVSH war dies ein Aspekt, der junge Medizinerinnen und Mediziner von einer Niederlassung abhielt. Die KVSH hat mit der Neuorganisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes früh Maßstäbe für andere KV-Bezirke gesetzt, die auch dort dazu dienen sollen, Niederlassungshemmnisse zu beseitigen.

### **6.1.2. Beratungs- und Serviceangebote der KVSH**

Die KVSH bietet ein umfangreiches Beratungsangebot insbesondere auch für niederlassungswillige Ärzte an. Das Angebot reicht von individuellen Beratungen einzelner Ärzte bis zu großen Seminaren und Workshops.

Auf eine positive Resonanz stießen auch die von der KVSH bereits mehrfach angebotenen „Wiedereinsteigerinnen-Workshops“, die sich gezielt an Ärztinnen richten. Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass sich der Frauenanteil in der Medizin erhöht. Frauen stehen aber in besonderer Weise vor dem Problem der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie, vor allem, wenn sie sich als Vertragsärztin niederlassen wollen. Als Reaktion auf diese Entwicklung hat die KVSH dieses neue Angebot entwickelt.

Zu den Angeboten der KVSH gehören auch Informationsveranstaltungen, die gezielt niederlassungswillige Ärzte mit Vertragsärzten zusammenführen, die ihre Praxis in absehbarer Zeit abgeben wollen. Das gleiche Ziel verfolgt auch die unbürokratische und kostenfreie Praxisbörse auf der Homepage der KVSH. Dort finden sich Abgabeangebote, aber auch Einträge von Ärzten, die eine Niederlassungsmöglichkeit in Schleswig-Holstein suchen.

### **6.1.3. Sicherstellungsstatut**

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

So besteht z.B. die Möglichkeit, bei dringlich zu besetzenden Vertragsarztsitzen für eine Übergangszeit eine Umsatzgarantie zu gewähren. Das Sicherstellungsstatut eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, Arztpraxen, die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unentbehrlich sind, bei Bauvorhaben mit einem Darlehen zu unterstützen. Die Entscheidung über die Gewährung dieser Unterstützung trifft der KVSH-Vorstand im Zusammenwirken mit den betroffenen Kreisstellen. Bei jeder Bewilligung einer Förderung ist sorgfältig abzuwägen, ob hierdurch ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung geleistet werden kann, da zugleich vermieden werden muss, durch die Förderung den Wettbewerb unter den Praxen einer Region zu verzerren. Ein Rechtsanspruch auf die Bewilligung einer Förderung besteht nicht. Die Mittel, die die KVSH für diese Maßnahmen zur Verfügung stellt, sind umlagefinanziert, d. h. sie werden ausschließlich von den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten aufgebracht.

Die im Sicherstellungsstatut vorgesehenen Maßnahmen ermöglichen der KVSH, bei besonderen örtlich begrenzten Sicherstellungsproblemen zu reagieren. Sie sind allerdings auf Einzelfälle ausgerichtet und stellen - nicht zuletzt wegen der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel - kein geeignetes Instrumentarium dar, die in Teilen des Landes drohenden Versorgungsprobleme umfassend anzugehen.

#### **6.1.4. Eigenbetriebsgründung durch die KVSH**

Kassenärztliche Vereinigungen haben die Möglichkeit, aus Sicherstellungsgründen einen so genannten Eigenbetrieb zu gründen (§ 105 Abs. 1 SGB V).

Momentan verschärft sich die Versorgungssituation insbesondere im ländlichen Bereich teilweise dadurch, dass noch vorhandene Vertragsarztsitze seit längerer Zeit zur Übergabe ausgeschrieben sind, weil die Praxisinhaber in den Ruhestand treten möchten, aber keine Interessenten für ihre Praxis finden. In diesen Fällen prüft die KVSH zurzeit, ob bzw. wo die Gründung eines Eigenbetriebs erforderlich werden könnte, um die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Im Falle einer Eigenbetriebsgründung würde die KVSH, nachdem der Vertragsarzt nach erfolgloser Ausschreibung auf seine Zulassung verzichtet hat, einen oder mehrere Ärzte anstellen, um die Praxis fortzuführen und die Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

#### **6.2. Krankenkassen/-verbände**

Aus Sicht der Krankenkassen/-verbände (AOK; LKK; BKK Landesverband Nord; Verband der Ersatzkassen e.V.; IKK Landesverband Nord; Knappschaft) kann zum aktuellen Zeitpunkt keine bestehende oder drohende hausärztliche Unterversorgung im ländlichen Bereich festgestellt werden. Die Berücksichtigung und Würdigung dieser aktuellen Rechtsgrundlagen zur Erfassung und Bewertung der vertragsärztlichen Versorgungssituation ließe auch die Schlussfolgerung einer drohenden Unterversorgung nicht zu.

Unabhängig davon seien Vertreter der Partner der Selbstverwaltung im Landesausschuss für die vertragsärztliche Versorgung aktuell mit dieser Thematik befasst. Dort sei die Diskussion über die Ermittlung und Berechnung der Bedarfsplanung anzusetzen, um drohende Engpässe rechtzeitig zu erkennen, die zu einer Unterversorgung führen könnten.

Darüber hinaus sehen sich die Partner der Selbstverwaltung der Beschlusslage des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichtet. Sollten nach Abschluss der Beratungen auf der Bundesebene für Schleswig-Holstein ergänzende oder anders strukturierte Maßnahmen ergriffen werden müssen, würden sich die Partner der Selbstverwaltung auf der Ebene des Landesausschusses für die vertragsärztliche Versorgung damit beschäftigen und nötigenfalls die erforderlichen Maßnahmen auf den Weg bringen.

#### **6.3. Hausärzterverband Schleswig-Holstein**

Ein wesentlicher ergänzender Ansatz des Hausärzterverbandes zu den Maßnahmen der KVSH sieht dieser in der Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V. Grundprinzip ist die Einschreibung eines Patienten bei seinem Hausarzt, der ihm auch als Lotse durch das immer schwieriger zu durchschauende System der medizinischen Versorgung zur Seite steht. Dafür verzichtet der Patient auf Besuche anderer Ärzte ohne Überweisung. Der Besuch eines weiteren Hausarztes löst keinen neuen Fall aus. Damit bleibt die Anzahl der denkbaren Fälle auf die Zahl der eingeschriebenen Patienten beschränkt. Die Vergütung ist weitgehend nach Qualitätsgesichtspunkten pauschaliert, also durch Einzelleistungen nicht beliebig vermehrbar. Dies komme tendenziell den Ärzten zugute, die sich dort niederlassen, wo die geringste Konkurrenz und der größte Mangel herrschen, also in den ländlichen Gebieten. Das Einkommen werde damit für den Arzt nach der Zahl seiner Pati-

enten planbar. Das gelte genauso für die Krankenkassen, da auch die Zahl der Versicherten feststehe und damit eine Ausgabenobergrenze besteht.

Der Hausärzteverband sieht dringenden Bedarf bei der Stärkung des Faches Allgemeinmedizin in der Forschung und Lehre. Hier beabsichtigt der Bundesverband noch in diesem Jahr die Gründung einer Stiftung, aus der auch die Gründung und Etablierung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin gefördert werden soll.

Das Institut für hausärztliche Fortbildung, IHF, das ebenfalls vom Bundesverband betrieben wird, biete schon jetzt eine bundesweite Vermittlung von Weiterbildungsstellen für angehende Allgemeinmediziner.

#### **6.4. Ärztegenossenschaft**

Die Ärztegenossenschaft sieht den Ärztemangel nicht nur auf Schleswig-Holstein begrenzt, sondern dieser gelte für viele andere Bundesländer. Daraus könne sich ein zunehmender Wettbewerb um Ärzte entwickeln, der nicht zuletzt durch die Attraktivität des Standortes entschieden würde.

Bei der Standortfrage ginge es nicht nur um wirtschaftliche Interessen, sondern um das Umfeld, also die Gemeinde, die Stadt, den Kreis und das Land. Von Bedeutung seien die Rahmenbedingungen, aber auch die Frage, ob der Arzt in ein funktionierendes Versorgungskonzept eingebunden werde. Die Standortfrage sei insbesondere für Ärztinnen mit Kindern oder Kinderwunsch von großer Bedeutung.

Die Ärztegenossenschaft geht davon aus, dass zukünftig zwischen den Sektoren abgestimmte regionale Versorgungskonzepte benötigt werden, um bei sinkenden Arztzahlen eine flächendeckende Versorgung aufrechterhalten zu können.

Sie sieht hierfür in Schleswig-Holstein durch die ausgeprägte Netzlandschaft gute Voraussetzungen, allerdings mit derzeit meist noch unzureichenden Managementstrukturen. Um Abhilfe zu schaffen, müsse zum einen in den Netzstrukturen unternehmerischer gedacht und gehandelt werden, um das einzelne Netzmitglied bei der Bewältigung der bürokratischen Last zu unterstützen. Zum anderen bedürfe es einer Verbesserung der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, auch unterschiedlicher Leistungssektoren, um Ressourcen sowohl durch strukturierte Abläufe als auch durch gemeinsame wirtschaftliche Aktivitäten zu heben. Hierbei will die Ärztegenossenschaft die Praxisnetze unterstützen.

Ihr Anliegen sind regionale Versorgungsstrukturen, die sich deutlich von denen in anderen Bundesländern abheben. Dies funktioniere allerdings nur mit einer Weiterentwicklung der Optionen der Selektivverträge und mit stärker ausgeprägter regionaler Verantwortung.

Eine weitere Idee der Ärztegenossenschaft ist die Weiterentwicklung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten. Bürgerinnen und Bürger sollten Genossenschaften oder einen Interessensverbund gründen können, um die Strukturen in den Kommunen weiterzuentwickeln. Regional organisierte vom Bürger getragene Strukturen könnten in Abstimmung und mit Unterstützung durch Kommunen vielerlei Aufgaben übernehmen, die eine Region für einen Arzt attraktiv mache. In enger Zusammenarbeit

mit den Praxisnetzen könnten die Ärzte z.B. durch ein gemeinsames Case-Management-System entlastet werden, so die Ärztegenossenschaft.

### **6.5. Politik**

Auch die Politik hat sich des Themas Hausärztemangel angenommen. Im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2008 ein Konzept zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung vorgelegt. Die Autoren gehen davon aus, dass in zehn bis 15 Jahren in Deutschland 15 000 Hausärzte fehlen. Da es insbesondere in strukturschwachen Gebieten nicht gelingen werde, die Primärversorgung allein mithilfe von Hausärzten sicherzustellen, müssten neue Wege beschritten werden, um diese Herausforderung zu bewältigen. Das Länder-Papier sieht dabei besondere Fördermaßnahmen für unterversorgte und strukturschwache Gebiete vor, wie sie zum Teil heute bereits praktiziert werden. Dazu gehören Sicherstellungszuschläge, besondere Vergütungsanreize für niederlassungswillige Hausärzte sowie die gezielte Förderung des Nachwuchses in der Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Damit auch in Zukunft die flächendeckende medizinische Versorgung - vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung - sichergestellt werden kann, sind weitere Schritte erforderlich. Dazu gehört, dass genügend junge Menschen den Arztberuf ergreifen wollen und eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten dazu bereit ist, diesen Beruf auszuüben.

Weitere Maßnahmen, die derzeit diskutiert werden, um auch mittelfristig Ärztinnen und Ärzte gewinnen zu können, sind:

- Abkehr vom Wunsch einer zentralen und staatszentrierten Steuerung der medizinischen Versorgung. Stattdessen müssen den Ländern wieder mehr Handlungs-, Gestaltungs- und Entscheidungskompetenzen eingeräumt werden.
- Reduzierung der bürokratischen Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte.
- Schaffung einer leistungsgerechten Vergütung im Rahmen eines einfachen und transparenten Rahmens.
- Attraktive Gestaltung der Arbeitsbedingungen und flexiblere Arbeitszeitmodelle im ambulanten und im stationären Sektor.
- Eine noch differenziertere Auswahl der Medizinstudenten nicht nur anhand des numerus clausus, sondern durch eine Neugewichtung des Auswahlgesprächs und des Medizinerntestes.
- Einführung einer Landarztquote, die ggf. in Kombination mit einem Stipendientensystem für Studierende den Arztberuf auf dem Land attraktiver werden lässt.
- Verbesserung der Koordinierung der Weiterbildungsabschnitte in Klinik und Praxis.

## **III. Neue Ansätze für die Versorgung in Schleswig-Holstein**

### **1. Projekte**

Schleswig-Holstein hat gute Voraussetzungen, um auch zukünftig die medizinische Versorgung im Land auf hohem Niveau zu sichern. Insbesondere schafft Schleswig-Holstein mit der guten Infrastruktur im Gesundheitswesen jungen Medizinerinnen von

ihrer Ausbildung an sehr gute Chancen. In einem Flächenland wie Schleswig-Holstein werden aber auch innovative Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung benötigt. Mit Modellprojekten werden diese Kooperationsformen erprobt, um diese in geeigneter Weise in den Versorgungsalltag zu überführen.

### **1.1. Projekt „HELVER“**

Aus dem Schleswig-Holstein-Fonds wurde das Projekt „Betreuung chronisch kranker Patienten durch speziell qualifizierte Arzthelferinnen zur Entlastung von Hausärzten – Implementierung und Evaluierung eines Fortbildungs- und Versorgungskonzeptes (HELVER)“ im Jahr 2009 mit insgesamt 52.806 Euro unterstützt.

Gegenstand des von der Ärztekammer initiierten Projektes ist die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten des Flächenlandes Schleswig-Holstein, indem Hausärzte definierte Aufgaben an entsprechend zu qualifizierende Fachkräfte ihrer Praxis delegieren, die diese dann vor allem im Rahmen von Hausbesuchen bei chronisch Kranken eigenständig wahrnehmen. In der kontinuierlichen Betreuung sollen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen vermittelt, regelmäßig die Medikation überprüft sowie bei der praktischen Einübung der Änderung von Verhaltensweisen Unterstützung gegeben werden.

In dem Projekt soll die bewährte und funktionierende Dienstleistungseinheit des Vertragsarztes mit seinen Fachangestellten weiter entwickelt werden.

Für bestimmte Gruppen chronisch kranker Patienten soll gesundheitspolitisch die medizinische Versorgung optimiert werden. Unter Mangelbedingungen ist dies aber bei herkömmlicher Arbeitsteilung nicht realisierbar. Ziel ist, mit der Übertragung zusätzlicher Aufgaben der Betreuung und Beratung chronisch kranker Patienten an Arzthelfer/-innen das Krankheitsverhalten und die Compliance chronischer Patienten zu verbessern. Gleichzeitig soll das Ziel angestrebt werden, den Versorgungsradius von Praxen zu erhöhen.

Es soll erprobt werden, inwieweit qualifiziertes Praxispersonal befähigt werden kann, gewisse Versorgungsaufgaben im Auftrag und unter Leitung der Praxisinhaber, ggf. im Rahmen von Hausbesuchen, wahrzunehmen, um so den Arzt zeitlich zu entlasten. Allerdings muss die Verantwortung letztlich immer die Ärztin oder der Arzt tragen. Daher kann es sich stets nur um arztentlastende bzw. -unterstützende Tätigkeiten handeln.

An die Arzthelferinnen werden die Aufgaben übertragen, die vom jeweiligen Arzt als delegationsfähig identifiziert werden. Die begleitende Evaluation im Rahmen dieses Modellprojektes soll ermitteln, inwieweit diese Aufgaben tatsächlich zielgerichtet eigenständig wahrgenommen werden und inwieweit sie zu einer Verbesserung der Patientenversorgung sowie zu einer Entlastung des Arztes/der Ärztin führen. Die Projektdauer beträgt insgesamt 21 Monate.

### **1.2. Modellregion „Dithmarschen“**

Das Projekt „Dithmarschen“ wurde mit Landesmitteln in den Jahren 2008/2009 in Höhe von 200.000 Euro aus dem Schleswig-Holstein-Fonds unterstützt, ergänzt durch Eigenmittel aus der Region in Höhe von 100.000 Euro. Der konzeptionelle Anstoß zu diesem Projekt kam aus der Region Dithmarschen/Steinburg vor dem Hinter-

grund der dort altersbedingt langsam wegbrechenden ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich, der traditionell geringen Arztdichte in ländlichen Regionen und der kompensatorisch steigenden Inanspruchnahme notärztlicher Versorgung in den Krankenhäusern.

Alle Akteure (Ministerium, Kliniken, Ärztegenossenschaft, KVSH, Krankenkassen) wurden von Anfang an in den Prozess mit einbezogen. Das Projekt wird seit Beginn konzeptionell und moderierend von einem externen Dienstleister betreut. Ziel des Modellprojekts ist es, ausgehend von konkret greifbaren Versorgungsproblemen im ländlichen Raum und unter Ausnutzung der bereits heute im bestehenden Gesundheitssystem vorhandenen regionalen Gestaltungsoptionen wie z.B. innovativen Versorgungs- und Gestaltungsformen (Strukturverträge, DMPs, Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren u.a.) ein regional abgestimmtes Konzept für eine sektorenübergreifende Versorgung im Bereich der besonders betroffenen Kreise Steinburg und Dithmarschen zu erarbeiten.

Dieses soll sich vor allem dadurch auszeichnen, dass eine sektorenübergreifende Organisationsstruktur auch gesellschaftsrechtlich ausgestaltet wird und mit leistungs- bzw. qualitätsorientierten Vergütungsanreizen für die Leistungserbringer verbunden ist.

Es soll letztendlich einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die medizinische Versorgung für die Bevölkerung genauso wie die Perspektive von Ärzten, Kliniken und anderen Leistungserbringern dauerhaft sicherzustellen. Das für die benannten Kreise an der Westküste zu erarbeitende Konzept soll zudem so ausgestaltet werden, dass es in seiner Grundausrichtung auch für vergleichbare ländliche Regionen innerhalb und außerhalb von Schleswig-Holstein Anwendung finden kann.

Ziel ist es, die derzeitigen Budgetanteile der Region Dithmarschen für die ambulante Versorgung in der Region zu halten. Einspareffekte der unterschiedlichen Budgetanteile sollen gegenseitig deckungsfähig gemacht werden. Dadurch können gemeinsame Leistungserbringungen ermöglicht werden und für den Fall, dass Budgetanteile eingespart werden, diese den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

Entstanden ist ein sektorenübergreifendes Konzept, das sich spezifisch an den Gegebenheiten im Kreis Dithmarschen orientiert.

### **1.3. Projekt „ambulante geriatrische Versorgung“**

Am 19.04.2010 wurde die "Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein" unterschrieben - ein Meilenstein und eine Verbesserung der Versorgungsqualität der immer älter werdenden Bevölkerung unseres Landes. Dieser Vertrag ist bundesweit einmalig und führt das in den Jahren 2007 und 2008 durchgeführte Modellprojekt ambulante geriatrische Versorgung weiter in die Regelversorgung.

Von den bestehenden voll- und teilstationären geriatrischen Krankenhausstrukturen aus wird die ambulante geriatrische Versorgung mit den niedergelassenen Ärzten der Region geplant und koordiniert. Im Zuge der hierdurch entstehenden Kooperationsmöglichkeiten werden qualitativ hochwertige und ganzheitliche Behandlungsstra-

tegien entwickelt und umgesetzt. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird dabei Rechnung getragen. Dabei gilt es insbesondere, Entwicklungen der Über-, Fehl- und Unterversorgung entgegenzuwirken.

Der Vertrag ist ein weiterer Baustein in der flächendeckenden gestuften medizinischen Versorgung von älteren Menschen.

#### **1.4. Die Gesundheitsregion NORD**

Die Gesundheitsregion NORD ist ein Zusammenschluss von Gesundheitsakteuren aus den Kreisen Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und der kreisfreien Stadt Flensburg. Ziel der Gesundheitsregion NORD ist die Bildung einer Gesundheitsregion, in der durch zielgerichtete Vernetzung der Akteure langfristig die Gesundheit und damit auch die Lebensqualität der Bevölkerung verbessert und gleichzeitig die wirtschaftliche Entwicklung in der regionalen Gesundheitswirtschaft befördert wird. Die 60 Partner der Gesundheitsregion NORD kommen aus den Bereichen Forschung und Wissenschaft, Dienstleistungen (u.a. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Ärzte), Finanzierung, Unternehmen, Krankenkassen, Politik und Verwaltung, Vereine und Verbände und Wirtschaftsförderung.

#### **1.5. Modellprojekt Einzelleistungsvergütung**

Einen weiteren wichtigen Baustein, um die Attraktivität der Tätigkeit als niedergelassener Arzt vor allem in ländlichen Gebieten zu erhöhen, sieht die KVSH in einer grundlegenden Änderung der Honorierung der Ärzte.

Die KVSH hat deshalb angeregt, in einem Landkreis Schleswig-Holsteins modellhaft eine neue Honorierung zu erproben. An die Stelle der bisherigen weitgehend pauschalisierten Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen soll in diesem Modellprojekt eine Einzelleistungsvergütung treten.

Bestandteil des Modellvorhabens muss nach Auffassung der KVSH auch eine Eigenbeteiligung der Patienten sein, um eine gezieltere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu erreichen. Dies vor allem, damit die Ressourcen zielgerichteter als bisher denen zur Verfügung stehen, die tatsächlich ärztlicher Behandlung bedürfen. Das heutige Honorierungssystem setze in dieser Hinsicht vielfach falsche Anreize.

Mit den großen in Schleswig-Holstein vertretenen Krankenkassen haben konstruktive Gespräche über die Ziele und eine mögliche Umsetzung eines solchen Pilotprojekts stattgefunden. Mittlerweile haben die KVSH und die an den Gesprächen beteiligten Krankenkassen Arbeitsgruppen zu Fachfragen eingesetzt. Weitere Gespräche auf Vorstandsebene sind in Planung.

## **2. Verzahnung ambulant - stationär**

Das GKV-Modernisierungsgesetz hat Möglichkeiten zur Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung geschaffen bzw. bestehende Regelungen ausgebaut:

- Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V
- Integrierte Versorgung § 140a-d SGB V
- Disease-Management-Programme § 137 SGB V i.V.m. § 116b Abs. 1 SGB V
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung bei Unterversorgung § 116a SGB V

- Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser § 116b Abs. 2. SGB V.

Für die Krankenhausversorgung selbst werden verstärkt die inzwischen vorhandenen Instrumente der integrierten Versorgungsformen genutzt. Schleswig-Holstein war das erste Bundesland, in dem mit einem Regionalbudget ein modernes Versorgungskonzept ermöglicht wurde, indem die Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung aufgehoben wurden.

Die positiven Erfahrungen sollen in der zukünftigen Krankenhausversorgung verstärkt auch in den Regionen genutzt werden, die bisher noch keine Regionalbudgets vereinbart haben. Die Träger der Krankenhäuser und die Krankenkassen erarbeiten Konzepte zur weiteren Integration der Versorgung als langfristiges Ziel. Die bisher etablierten Modelle der Regionalen Versorgungsbudgets in der Psychiatrie sind dazu ein richtiger Schritt.

Die von der Landesregierung zwischen November 2007 und Oktober 2009 erteilten Genehmigungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V sind unter Beachtung wirtschaftlicher Leistungserbringung ein Schritt zur Stabilisierung der Versorgung in den ländlichen Regionen. Dabei wurde von allen Krankenhäusern der Abschluss von Kooperationsverträgen mit dem niedergelassenen Bereich verlangt.

Kooperationen z.B. in den Fachbereichen Geburtshilfe/ Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin, Onkologie, Geriatrie, Augenheilkunde sowie in der notärztlichen Versorgung werden ausdrücklich begrüßt.

Um die Sektoren übergreifende medizinische Behandlungskette für die Patientinnen und Patienten effektiv und ohne unnötige Unterbrechungen zu organisieren, ist jedes Krankenhaus gehalten, ein umfassendes Entlassungsmanagement aufzubauen. Die Landesregierung unterstützt die Weiterentwicklung dieser Regelungen zu einem - den gesamten Heilungsprozess umfassenden - Vertragswerk. Dabei können weitere ambulante Versorgungsformen eine wichtige Aufgabe übernehmen, wie insbesondere die Integrierte Versorgung und indikationsspezifische Ärztenetze.

Die Landesregierung hat dazu beigetragen, dass ein flächendeckendes Angebot an Brustzentren auf hohem Niveau entstanden ist, das den aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts darstellt. Jede an Brustkrebs erkrankte Patientin soll eine zeitgemäße Versorgung erhalten können, die die bestmöglichen Heilungschancen gewährleistet und mit den geringst möglichen Beeinträchtigungen verbunden ist. Ein im Krankenhausplan ausgewiesenes Brustzentrum erfüllt - entweder als einzelnes Krankenhaus (= Brustzentrum mit einem Standort) oder in vertraglich geregelter Kooperation mehrerer Krankenhäuser (= Brustzentrum mit mehreren Standorten) - die aktuellen in der Vereinbarung nach §137 g SGB V i.V. mit § 140 b SGB V über ein strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm DMP - Brustkrebs festgelegten „Qualitätsanforderungen“, sowie die Qualitätskriterien für die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Die im Traumanetzwerk Schleswig-Holstein unterzeichnenden Kliniken vereinbaren eine Kooperation in Bezug auf die Verletztenversorgung. Das gemeinsame Interesse aller beteiligten Kliniken ist die adäquate Versorgung von Unfallverletzten. Ziel der

Vereinbarung ist die Optimierung der Versorgungsqualität von Schwerverletzten rund um die Uhr und flächendeckend in der Region Schleswig-Holstein und die Verbesserung der Effizienz vorhandener Ressourcen.

### **3. Formen der ambulanten Versorgung**

Das im Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat die Möglichkeiten der Berufsausübung erweitert und durch die Erweiterung des Gestaltungsspielraumes Probleme entschärft.

Ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten haben mehr Wahlmöglichkeiten, in welcher Form sie ihren Beruf ausüben möchten: Ein Arzt kann an mehreren Orten gleichzeitig tätig werden, sei es in eigener Praxis oder als Angestellter. Er darf als Angestellter sowohl im Krankenhaus als auch in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten. Zusammenschlüsse über Orts-, Praxis- und Fachgebietsgrenzen hinweg werden möglich.

Dies alles sind Möglichkeiten, der individuellen Planung der jungen Ärzte entgegenzukommen, gerade im Hinblick darauf, dass zunehmend Frauen in der ambulanten Medizin arbeiten.

Das VÄndG hat als weitere Neuerung die Möglichkeit für Vertragsärzte geschaffen, andere Ärzte auf einer Arztstelle, das heißt budgetrelevant, anstellen zu können. Insgesamt gibt es in Schleswig-Holstein 284 angestellte Ärzte, wovon 105 bei Vertragsärzten angestellt sind, und ein großer Teil in Teilzeit arbeitet.

Wenig Gebrauch gemacht wurde bisher von der Regelung, eine „halbe“ Zulassung in Anspruch nehmen. In Schleswig-Holstein gibt es 22 solcher (Teilzeit-)Zulassungen.

#### **3.1. Medizinische Versorgungszentren**

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurde mit dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) eine neue Form der Leistungserbringung in die vertragsärztliche Versorgung implementiert. Erklärtes Ziel war es, die Versorgung der Patienten „aus einer Hand“ zu ermöglichen.

Die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren als ärztlich geleitete Einrichtungen in beliebiger Trägerschaft mit der Beschäftigung von angestellten Ärzten geht dabei über die bisherigen Einrichtungen und Zusammenschlüsse von Arztpraxen hinaus, wie die Regelung zu den Zulassungsbeschränkungen in § 103 Abs. 4a SGB V erkennen lassen. Im Gegensatz zu den bisher bekannten Formen der Zusammenarbeit ist es bei dieser Form der Leistungserbringung nicht mehr zwingend notwendig, dass dabei freiberuflich handelnde Ärzte tätig sind. Es steht für die Behandlung der Patienten nicht mehr die handelnde Person im Vordergrund – also der Arzt des Vertrauens – sondern eine Institution.

Nach Auskunft der KVSH waren in Schleswig-Holstein Ende Juni 2009 insgesamt 231 Ärzte in 48 MVZ überwiegend als Angestellte tätig. Von den 48 MVZ befindet sich die Hälfte in den Händen von Krankenhäusern. Lediglich 40 Hausärzte sind entweder als angestellte Ärzte oder als Vertragsärzte in einem MVZ tätig, neun dieser Hausärzte gehen ihrer Tätigkeit in einem MVZ in Krankenhausträgerschaft nach.

Ambulante Leistungserbringer sehen die MVZ deshalb mit großer Skepsis. Die Kritik entzündet sich dabei daran, dass MVZ als Einfallstor für Gesundheitskonzerne in die

ambulante Versorgung gesehen werden. Insbesondere wird aus ihrer Sicht die Freiberuflichkeit als ein wesentliches Element unseres Gesundheitswesens durch die Bevorzugung institutioneller Lösungen untergraben – mit Folgen für die zukünftige ambulante Versorgung in der Fläche.

Die KVSH kritisiert vor allem, dass die Versorgungszentren dadurch entstünden, dass mehrere Arztsitze aufgekauft und an einem Standort – meistens in Ballungsgebieten – konzentriert würden. Dadurch entstünden in gut versorgten Zentren weitere Kapazitäten zu Lasten der dezentralen Versorgung. In letzter Konsequenz bedeute dies, dass eine regional ausgewogene medizinische Versorgung im bisherigen Umfang künftig nicht mehr gegeben sein würde – vor allem dann, wenn die demografische Entwicklung in der Ärzteschaft mit berücksichtigt würde.

Aus Sicht der Landesregierung können MVZ eine sinnvolle Ergänzung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung sein. Sie sollen die ambulante Versorgung ergänzen – aber nicht ersetzen. Es spricht nichts dagegen, wenn Ärzte verschiedener Fachrichtungen sich unter dem Dach eines MVZ zusammenschließen. Es muss aber sichergestellt sein, dass Ärzte nicht durch andere Kapitalgeber majorisiert werden und die Patientenversorgung ausschließlich unter Wertschöpfungsprämissen erfolgt. Das ist nur dann gewährleistet, wenn Ärzte die Mehrheitsentscheidungen treffen können.

Neue Kooperationen zwischen den einzelnen Sektoren dürfen nicht als politisches Instrument eingesetzt werden, den freiberuflich tätigen Arzt abzuschaffen. Der Koalitionsvertrag der regierungstragenden Bundestagsfraktionen sieht deshalb vor, dass MVZ nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden können, indem Geschäftsanteile nur von zugelassenen Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte den Ärzten zusteht und das MVZ von diesen verantwortlich geführt wird. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.

### **3.2. Zweigpraxis**

Die Möglichkeit, Arztpraxen als Zweigpraxen fortzuführen, leistet insbesondere in ländlichen Gebieten einen Beitrag, Versorgungsengpässe abzuwenden.

Dieses Modell - die Fortführung einer Praxis als Zweigpraxis mit einem angestellten Arzt - ist auch eine Antwort darauf, dass viele junge Ärzte zwar Interesse an einer vertragsärztlichen bzw. ambulanten Tätigkeit haben, jedoch die mit Investitionen und einem wirtschaftlichen Risiko verbundene Niederlassung als freiberuflicher Arzt zumindest in einer ersten Phase ihrer Tätigkeit scheuen. Auch für Frauen kann dieses Modell eine attraktive Alternative zur Niederlassung sein.

Die Entscheidung über die Genehmigung von Zweigpraxen obliegt dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung. Bei dieser Entscheidung ist der Vorstand an rechtlichen Bestimmungen gebunden, die u.a. festlegen, dass eine Genehmigung erteilt werden darf, wenn sich mit der Zweigpraxis die Versorgung der gesetzlich Versicherten am Ort der Zweigpraxis verbessert und zugleich die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am eigentlichen Vertragsarztsitz des Antrag stellenden Arztes nicht beeinträchtigt wird.

Die Verbesserung der Versorgung ist nach Auffassung der KVSH in den geschilderten Fällen gegeben, da eine Verschlechterung durch Schließung eines Praxisstandortes verhindert werden kann. Mittlerweile hat sich dieses innovative Modell in zahlreichen Fällen verwirklichen lassen, eine spürbare Verschlechterung der Versorgung konnte so in vielen Orten Schleswig-Holsteins vermieden werden.

In Fällen, in denen sich die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes besonders schwierig gestaltet, z. B. wenn ein Vertragsarztsitz bereits über einen längeren Zeitraum zur Nachbesetzung ausgeschrieben ist und sich kein Nachfolger findet, macht die KVSH benachbarte Ärzte aktiv auf die Möglichkeiten, den Standort als Zweigpraxis fortzuführen, aufmerksam. Die KVSH plant darüber hinaus, das Modell der Zweigpraxis künftig verstärkt zu bewerben, u.a. indem Praxen, für die sich kein Nachfolger findet, als potentielle Zweigpraxen ausgeschrieben werden.

#### **IV. Handlungsfelder/Handlungsbedarf aus Sicht der Landesregierung**

##### **1. Attraktivität der Regionen stärken**

Das größte Problemfeld hinsichtlich einer drohenden Unterversorgung ist die ambulante Versorgung im hausärztlichen Bereich und in ländlichen Regionen.

Ziel muss es deshalb sein, in Schleswig-Holstein Strukturen zu schaffen, die so attraktiv sind, dass sich Hausärzte dazu ermutigt sehen sich niederzulassen. Dabei ist großes Augenmerk auf familienfreundliche Rahmenbedingungen zu legen, um insbesondere Ärztinnen mit Kindern eine berufliche Tätigkeit im hausärztlichen Bereich zu ermöglichen.

Um eine flächendeckende ärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein zu erhalten, ist eine enge und konstruktive Kooperation aller Akteure notwendig. Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit mit den Kreisen, Ämtern, Städten und Gemeinden. Gefragt sind Zusammenarbeit, Engagement und der Wille, neue Wege zu gehen.

Die Kommunen in Schleswig-Holstein müssen ein besonderes Interesse daran haben, dass ihre Bürgerinnen und Bürger wohnortnah niedergelassene Ärzte vorfinden. Um eine flächendeckende Versorgung zu erhalten, werden auch die kommunalen Gebietskörperschaften ihren Beitrag leisten müssen, um mit attraktiven Standortbedingungen und kreativen Ideen um neue Ärzte zu werben.

Die Möglichkeiten sind vielfältig, sie können von Instrumenten der Wirtschaftsförderung bis zur Unterstützung bei der Kinderbetreuung reichen. Dies sind Maßnahmen, die nur die Kommunen selbst leisten können.

Die KVSH führt regelmäßig Gespräche mit Vertretern der kommunalen Landesverbände, der Kreise und vieler Ämter, Städte und Gemeinden um ein gemeinsames Bewusstsein für die künftigen Herausforderungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu schaffen und gemeinsame Lösungen zu erarbeiten.

Die KVSH erörtert im Sinne eines Monitorings in regelmäßigen Gesprächen mit der Landesregierung die Lage der ambulanten medizinischen Versorgung.

## **2. Regionale Angebote erhalten, Strukturen zukunftsfest verbessern**

Die Gesundheitspolitik ist in den letzten Jahren durch die Fokussierung der Diskussion auf Kosten, Beiträge, Leistungskatalog und institutionelle Strukturen von stark zentralisierenden Effekten geprägt worden. Zum Teil wurde bewusst und gezielt auf zentrale bzw. zentralstaatliche Lösungen hingearbeitet. Dieses hat zu einer weiteren Schwächung von gesundheitspolitischen Länderkompetenzen geführt.

Bürgerinnen und Bürger messen die Qualität ihrer Versorgung aber an dem, was sie erreichbar vorfinden - in ihrer Region. Beschwerdeinstanz für die Menschen ist in Sachen Gesundheit zuerst Kiel, nicht Berlin. Auch in der Diskussion um die Vergütung der niedergelassenen Ärzte wurde von der Landesregierung eine Rolle als politische „Anwältin der Region“ eingefordert.

Ebenso ist die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft bis auf wenige Ausnahmen von Standort typischen Chancen und damit regional zu gewichtenden bzw. zu verfolgenden Interessen geprägt. Vernetzungen zur Effizienzsteigerung der Akteure, zur Qualitätsverbesserung in der Versorgung oder in organisatorischen Fragestellungen haben überall so gut wie ausschließlich regionale Aspekte.

Gesundheitspolitik in der Region war und ist Moderation, Förderung und Ermutigung zur Gestaltung. Eine Landesgesundheitspolitik hat Zielkonflikte und Konkurrenz der Interessen zu moderieren und zu kanalisieren.

Kommunale Ebene und Land pflegen trotz machen Unstimmigkeiten ein besonders direktes Verhältnis und haben gerade bei der Gesundheitsversorgung viele gleiche Interessen und (Mit-)Verantwortung. Aus unterschiedlichen Motiven bilden sich auf regionaler Ebene in allen Bereichen Netzwerke, deren Ziel eine „bessere“ Organisation von Gesundheitsprojekten oder Dienstleistungen ist.

Die absehbare Konzentration bisher regionaler Krankenkassen und die Ausrichtung auf konzernartige Bundesstrukturen bei den Kassen aber auch im Bereich der Anbieter bedeuten daher für die Länder in der nahen Zukunft ein erhebliches politisches Risiko für eine aktive regionale Beteiligung, die sich traditionell in ihren Erkenntnissen und Motiven zuerst aus der Verwurzelung in der Region speist, aber auch finanziell und personell/ideell. Die anstehende Diskussion um die Fortentwicklung des Gesundheitssystems auf Bundesebene ist ein Ansatzpunkt für neue Formen föderaler Verantwortung für die Gestaltung der Strukturen auf Landesebene. Hier wird sich die Landesregierung für mehr dezentrale Verantwortung einsetzen.

## **3. Ausbildung - Weiterbildung**

Angehende Mediziner müssen mit der hausärztlichen Tätigkeit vertraut gemacht werden und das Interesse für eine Niederlassung als Allgemeinmediziner muss geweckt werden. Eine wichtige Quelle für die Gewinnung ärztlichen Nachwuchses sind attraktive Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Deswegen müssen die Chancen für junge Mediziner im Gesundheitsland Schleswig-Holstein gezielt dargestellt werden.

Im Hinblick auf sektorale bzw. regionale Defizite in der ärztlichen Versorgung muss auch die Mediziner Ausbildung in die Betrachtung von Handlungsbedarf und Lösungsansätzen einbezogen werden. Dabei ist indessen zu berücksichtigen, dass die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten einen Zeitrahmen von etwa 10 bis

12 Jahren ausfüllt, so dass von etwaigen Veränderungen in diesem Bereich kurz- und mittelfristige Effekte nicht zu erwarten sind.

Mit der letzten umfassenden Novelle zur Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) haben allgemeinmedizinische Inhalte seit 2003 einen höheren Stellenwert in der Ausbildung erhalten. Danach müssen die Studierenden einen Leistungsnachweis in Allgemeinmedizin erbringen und an einem Blockpraktikum in Allgemeinmedizin teilnehmen.

Diese Ausbildungsinhalte werden bundesweit seit einigen Jahren durch die Errichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin befördert. Zurzeit laufen in Lübeck die Vorbereitungen für den Aufbau eines neuen Lehrstuhls (die Stelle ist ausgeschrieben und soll demnächst besetzt werden). In das Berufungs- und Auswahlverfahren ist der Vorstand des Fördervereins zur Errichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Person seines Vorsitzenden Dr. Eckhard Weisner und des Geschäftsführers Dr. Karl-Werner Ratschko eingebunden. Der Förderverein ist seit 1993 sowohl finanziell als auch ideell maßgeblich an der Errichtung zunächst des Lehrstuhls in Kiel und nunmehr an dem Vorhaben in Lübeck beteiligt.

Nicht zuletzt mit einer solchen institutionellen Schwerpunktsetzung sollen bereits die Studienanfänger motiviert werden, sich später für eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin zu entscheiden und damit den Weg für eine Niederlassung als Hausärztin oder Hausarzt vorzuzeichnen. Diese Weiterbildung wird seit 1999 im Rahmen des „Initiativprogramms zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ finanziell gefördert (zur Finanzierung haben die KBV, die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende Rahmenverträge abgeschlossen).

Dieses Programm geht auf einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 1998 zurück. Zum 1. Januar 2010 ist bundesweit eine neue Vereinbarung zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Kraft getreten. Der Förderbetrag im ambulanten Bereich ist auf 3.500,- € monatlich erhöht worden, wobei in unterversorgten Gebieten ein Aufschlag von 500,- €, in von Unterversorgung bedrohten Gebieten von 250,- € gewährt wird.

### **3.1. Koordinierungsstellen**

In der Vereinbarung zwischen KBV, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist auch vorgesehen, dass so genannte Koordinierungsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landeskrankenhausgesellschaften eingerichtet werden. Die KVSH hat eine derartige Koordinierungsstelle bereits im Jahr 2008 als eine der ersten Kassenärztlichen Vereinigungen aus eigener Initiative geschaffen.

Ziel dieser Koordinierungsstelle ist es, die Vermittlung von Weiterbildungsassistenten an weiterbildende Vertragsärzte zu erleichtern. Die KVSH hofft, dass die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. damit einverstanden ist, dass die bereits vorhandene Koordinierungsstelle den neuen Gegebenheiten angepasst werden kann, da die KVSH für diese Koordinierungsfunktion hervorragend geeignet ist.

Die Erhöhung der Förderung der Weiterbildungsassistenten und die Einrichtung einer Koordinierungsstelle, die den Weiterbildungsassistenten beim Übergang vom stationären zum ambulanten Weiterbildungsabschnitt hilfreich zur Seite steht, sind konkrete Maßnahmen, um mehr Nachwuchsmediziner zunächst für eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und nach der Weiterbildung für eine Niederlassung in Schleswig-Holstein zu gewinnen.

### **3.2. Verbundweiterbildung**

Die KVSH hat mit einer Reihe von Krankenhäusern in Schleswig-Holstein Kooperationsverträge zur Verbundweiterbildung für junge Mediziner und Medizinerinnen unterzeichnet.

Mit der Verbundweiterbildung wird angestrebt, dass ein Weiterbildungsassistent in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bereits zu Beginn seiner fünfjährigen Weiterbildungszeit die Sicherheit hat, die Weiterbildung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nahtlos in einer Region absolvieren zu können. Ziel ist es, dass mehr Ärzte die Facharztanerkennung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erwerben und sich in Schleswig-Holstein niederlassen.

Der erste Kooperationsvertrag zur Verbundweiterbildung wurde zwischen der KVSH und der Sana Kliniken Lübeck GmbH geschlossen und trat am 1. September 2008 in Kraft.

Inzwischen gibt es landesweit sieben Abkommen zur Verbundweiterbildung. Kooperationspartner sind folgende Krankenhäuser:

- 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

Wie aus der Übersicht hervorgeht, haben insbesondere Kliniken Interesse an dieser Zusammenarbeit, die zumindest an ländliche Bereiche angrenzen. Die Kliniken versprechen sich hierdurch ebenso wie die KVSH, dass vorhandene Hausarztstühle in den betreffenden Regionen besser nachbesetzt werden können. Die KVSH strebt den Abschluss weiterer Abkommen zur Zusammenarbeit in diesem wichtigen Bereich an.

### **3.3. Finanzielle Förderung der Weiterbildung im ländlichen Bereich**

Die KVSH stellt zusätzliche Mittel für die Förderung von Nachwuchsmedizinerinnen und -medizinern in ländlichen Gebieten bereit. In den Jahren 2009 bis 2011 stehen weitere 1,05 Mio. € für die strukturierte Weiterbildung angehender Haus- und Fachärzte zur Verfügung.

Ziel der Förderung ist, dass junge Ärztinnen und Ärzte im Zuge ihrer Weiterbildung insbesondere die Tätigkeit als „Landarzt“ kennen lernen und sich zu einem späteren Zeitpunkt in ländlichen Gemeinden niederlassen oder die Praxis, in der sie ihre Weiterbildung absolviert haben, nach dem Ausscheiden des Praxisinhabers übernehmen.

Voraussetzung für eine Förderung ist deshalb, dass der weiterbildende Arzt mindestens 58 Jahre alt ist und seine Praxis nicht in einer der vier kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins liegt.

Bewilligt wurde im Rahmen dieses Programms die Förderung von Weiterbildungsassistenten in elf hausärztlichen Praxen.

Niedergelassen sind die bezuschussten Hausärzte in folgenden Landkreisen:

- Dithmarschen (1)
- Herzogtum Lauenburg (1)
- Nordfriesland (2)
- Pinneberg (3)
- Plön (1)
- Rendsburg-Eckernförde (1)
- Schleswig-Flensburg (4).

#### **4. Reformbedarf**

Die aufgezeigten Zusammenhänge machen deutlich, dass Versorgungsqualität nicht verordnet werden kann. Sie muss Gegenstand gemeinsamer Ziele und flankierter Entwicklung sein. Das Gesundheitssystem braucht flexible Strukturen und innovative Ideen, um die drohende Versorgungslücke zu schließen.

Versorgung geht alle Akteure an: politische Moderation, Impulse für Innovation und Förderung von Kooperation und Vernetzung müssen den gesundheitspolitischen Kurs bestimmen. Die Akteure müssen ihr Hauptaugenmerk insbesondere auf den ländlichen Raum richten. Die niedrige ärztliche Versorgungsdichte droht weiter abzusinken, wenn es nicht gelingt, die hausärztliche Versorgung - zu angemessener Vergütung – zu verbessern.

Daneben bedarf es weiterer Anreize und attraktiver Rahmenbedingungen, um junge Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit im ländlichen Raum zu gewinnen. Das bedeutet auch, so viel gesetzliche Flexibilität wie möglich, Abbau von Bürokratie und Überregulierung und insbesondere regional zugeschnittene Lösungen.

Dazu gehört die Reform und Anpassung der Bedarfsplanung ebenso die Einbeziehung von Selektivverträgen, auch wenn z.B. die Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in der derzeitigen Ausgestaltung den negativen Trend in ländlichen Gebieten zwar abschwächen, ihm aber nicht entgegenwirken können.

##### **4.1. Reform der Bedarfsplanung notwendig**

Die heutigen Zahlen suggerieren eine gute Versorgung. Tatsächlich besteht aber bereits in bestimmten Regionen Schleswig-Holstein ein Mangel bzw. ein regionales Verteilungsproblem.

Die starre Orientierung an einer nur beschränkt aussagekräftigen Einwohner-Ärzte-Relation führt dazu, dass die tatsächliche Versorgungssituation verzerrt wahrgenommen wird. So werden zum einen weder die Verlagerung von vormals stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor noch die neuen Möglichkeiten der ambulanten Behandlungen im Krankenhaus z.B. bei hoch spezialisierten Leistungen oder seltenen Erkrankungen berücksichtigt. Das bedeutet, dass tatsächlich keine

aufeinander abgestimmte Bedarfsplanung existiert, obwohl fachärztliche Leistungen zunehmend auch in Krankenhäusern wahrgenommen werden.

Auch die KVSH hält die derzeitige Bedarfsplanung für nicht mehr geeignet, die tatsächliche Versorgungssituation abzubilden. Sie stelle keine geeignete Grundlage mehr dar, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Obwohl die KVSH den gesetzlichen Auftrag hat, die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein sicherzustellen, bleiben tatsächliche Möglichkeiten oft begrenzt, da die KVSH bei der Bedarfsplanung an die bundesweit verbindlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches V und des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden bleibt. Deshalb wirbt die KVSH intensiv für eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung.

Nach ihrer Auffassung ist eine Ablösung der bisherigen Vorgaben durch eine kleinräumige und morbiditätsorientierte Bedarfsplanung dringend erforderlich. In den Mittelpunkt einer künftigen Planung gehörten präzise Analysen der regionalen Versorgungssituation, orientiert an Siedlungszusammenhängen und nicht an Verwaltungsgrenzen, die die Altersstruktur und Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung einbeziehen.

Eine an solchen Kriterien orientierte Bedarfsplanung könne aber nur dann erfolgreich sein, wenn zugleich die regionalen Gestaltungsspielräume für die Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert würden. Die KVSH begrüßt deshalb ausdrücklich, dass sich die neue Landesregierung für eine Neufassung der Bedarfsplanung ausgesprochen hat.

Positiv gesehen wird ebenfalls, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss und sein Unterausschuss Bedarfsplanung zurzeit mit der Einführung eines Demografiefaktors befassen, um die Bedarfsplanung schrittweise der Versorgungsrealität anzupassen. Darüber hinaus ist es nach Auffassung der KVSH erforderlich, zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung überzugehen. Eines der grundsätzlichen Probleme in der Gegenwart sei die unabgestimmte Planung im stationären und ambulanten Bereich. Diese künstliche Trennung entspreche immer weniger der (gelebten) Versorgungsrealität.

#### **4.2. Bedeutung der Honorarsituation**

Angemessene Verdienstmöglichkeiten sind wichtige Voraussetzung dafür, dass junge Medizinerinnen und Mediziner die Entscheidung treffen, sich in freier Tätigkeit niederzulassen. Gerade Unsicherheiten auskömmlicher Vergütung der ärztlichen Tätigkeit kann die Aufnahme einer Berufstätigkeit in freier Niederlassung behindern.

Die neue Honorarordnung betrifft tendenziell aufgrund der Abstufung der Fallzahlen die großen Landarztpraxen und aufgrund des niedrigen Punktwertes auch die hoch spezialisierten niedergelassenen Fachärzte negativ. Die neuen Regelleistungsvolumina lassen in vielen Fällen keinen Spielraum mehr für ausdifferenzierte individuelle Versorgungsschwerpunkte einzelner Praxen zu.

Zukünftig sollte es wieder zu einer stärkeren Flexibilisierung beim Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede kommen.

Die Gestaltung auskömmlicher und auch sonst attraktiver Rahmenbedingungen und die Orientierung des Vergütungssystems an der erbrachten Leistung ist ein politisches Anliegen, das nur durch Bundesgesetzgebung erfüllt werden kann - nicht regional.

### **5. Selektivverträge**

Basis der ambulanten ärztlichen Versorgung ist der Kollektivvertrag, der allen gesetzlich Versicherten eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung gewährleistet.

An die Seite des Kollektivvertrags trat mit dem GKV-WSG ein System von selektiven Verträgen. Krankenkassen können mit Anbietern unterschiedlichster Art (in den gesetzlichen Bestimmungen jeweils festgelegt) Verträge abschließen, die von den Bestimmungen des 4. Kapitels des SGB V - das sind die §§ 69 bis 140h - abweichen können.

Solche Einzelverträge können die Krankenkassen - nicht nur ihre Landesverbände - abschließen, um ihren Versicherten eine

- hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V),
- eine besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)
- eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende beziehungsweise interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung gem. § 140a ff SGB V) sowie
- hoch spezialisierte Leistungen an Krankenhäusern (§ 116b SGB V) anzubieten.

Um ihre Versicherten zu motivieren, an solchen Verträgen teilzunehmen, können die Krankenkassen ihnen entsprechende Anreize bieten.

Die Krankenkassen müssen zur flächendeckenden Sicherstellung ihres Angebotes Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V abschließen. Der Abschluss von Verträgen nach § 73c und § 140a ff SGB V ist den Krankenkassen hingegen freigestellt.

Unabhängig davon, ob die Krankenkasse zum Abschluss eines Selektivvertrages verpflichtet ist oder nicht, ist die Mitwirkung für die Leistungserbringer beziehungsweise die Teilnahme für die Versicherten freiwillig.

Auch hierin liegt ein Unterschied zur kollektivvertraglich organisierten Versorgung, an der der zugelassene oder ermächtigte Leistungserbringer teilnehmen muss.

Während der Kollektivvertrag zwingend zwischen den (Gesamtvertrags-)partnern KV und Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen wird, können die Krankenkassen Einzelverträge mit Leistungserbringern, Gemeinschaften von Leistungserbringern, Trägern von Einrichtungen mit einem entsprechenden Versorgungsangebot und bei der integrierten Versorgung auch stationären beziehungsweise Reha- und Pflegeeinrichtungen schließen.

Die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, Vertragspartner von Selektivverträgen zu sein, ist unterschiedlich ausgestaltet: Während die Kassenärztliche

Vereinigung (uneingeschränkt) Partner eines Vertrags nach § 73c SGB V sein kann, ist dies bei Verträgen nach § 73b SGB V nur möglich, soweit Gemeinschaften von Leistungserbringern sie hierzu ermächtigt haben. Bei Verträgen zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner nicht vorgesehen.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Vertragsvarianten sollte das Ziel aller Akteure sein, gemeinsame Perspektiven für eine Wahrnehmung und Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu entwickeln.

Die Beseitigung des kollektivvertraglichen Systems ist aus versorgungspolitischen Gründen nicht empfehlenswert. Soweit möglich soll auch in Zukunft auf bestehende Strukturen und Institutionen zurückgegriffen werden.

## **6. Rolle des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein**

Da bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wie auch bei der Ausbildung der Mediziner die Zuständigkeiten der Selbstverwaltungsorgane betroffen sind, ist der Handlungsspielraum des Ministeriums begrenzt.

Aufgrund der Vielzahl der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten kommt dem Ministerium insgesamt jedoch eine Schlüsselrolle zu. Als Moderator und Koordinator kann es die Beteiligten zu Gesprächsrunden einladen, um Maßnahmen zu steuern und weiterzuentwickeln.

Hiervon hat es in den letzten Jahren immer öfter Gebrauch gemacht. Im Rahmen der Auswirkungen der neuen Honorarreform auf Schleswig-Holstein sind umfangreiche Gespräche mit der KVSH, mit den Krankenkassen und mit den Ärzten geführt worden. Es ist dem Ministerium gelungen, gemeinsam mit der KVSH, auf Bundesebene für die schleswig-holsteinischen Ärzte Übergangsfristen und größere regionale Spielräume zu erreichen.

Die Versorgung für den ambulanten aber auch stationären Bereich wird durch die hierfür zuständigen Verbände und Institutionen gewährleistet. Aufgabe der Landesregierung ist, die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer, Leistungsträger, Körperschaften und Verbände zu unterstützen, Prozesse zu initiieren und zu Problemlösungen beizutragen. Die von den Beteiligten bereitgestellten Informationen sowie deren Bewertung durch die Beteiligten bleiben die Grundlagen für Entscheidungen der Landesregierung.

Unterstützend tätig ist die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein, die im März 2001 gegründet wurde, um die Potentiale des Zukunftsmarktes Gesundheit für Schleswig-Holstein offensiv zu nutzen. In der Gesundheitsinitiative arbeitet die Landesregierung eng mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärzte und Krankenhäuser, von Krankenkassen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, wissenschaftlichen Einrichtungen, Kammern und Verbänden daran, die Kompetenzen und Qualitäten des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein auszubauen und zu vermarkten. Seit dem 1. Juni 2005 liegt die Federführung für die Gesundheitsinitiative innerhalb der Landesregierung beim Gesundheitsministerium.

Im Internet gibt es Informationen und Service zu den Themen Gesundheit, Gesundheitsinitiative und Gesundheitsland Schleswig-Holstein im Themenportal Gesundheit: [www.gesundheit.schleswig-holstein.de](http://www.gesundheit.schleswig-holstein.de).

Das Portal bietet unter anderem Suchmöglichkeiten nach Ärzten und Zahnärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, Notdienstnummern und Notdienstkalendern, Patientenberatung, Kammern und Organisationen im Gesundheitswesen.

## **V. Fazit und Ausblick**

Der Bericht zeigt auf, dass Schleswig-Holstein nach wie vor über eine gute vertragsärztliche Versorgung verfügt und auf einem guten Weg ist, auch zukünftig die flächendeckende medizinische Versorgung zu sichern. Es besteht aktuell keine Unterversorgung. Erste Anzeichen der Veränderung sind jedoch nicht zu übersehen. So konnten in einigen Regionen vereinzelt Arztsitze nicht wiederbesetzt werden.

Auch wenn momentan noch keine strukturelle Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung gegeben ist, stehen alle Akteure in der Verantwortung, für eine immer älter werdende, multimorbide und weniger mobile Bevölkerung eine flächendeckende, wohnungsnahе Versorgung mit ambulanten und stationären medizinischen Leistungen zu sichern.

Insbesondere die Gewinnung von ausreichend Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums für die Weiterbildung als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin mit dem Ziel, als Hausarzt in Schleswig-Holstein zu arbeiten, muss im Focus der Bemühungen stehen.

Daher kann nur mit gezielten Anreizen versucht werden, Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung dort zu gewinnen, wo sie gebraucht werden. Hier muss das Ziel der Regionalentwicklung und Raumplanung sein, bisherige Planungsräume in Beziehung zum Gesamtangebot medizinischer Versorgung vor Ort neu zu definieren und zukunftsfähig zu gestalten.

Dazu gehören neben der Entlastung von übermäßiger Bürokratie im Praxisablauf, um den Ärztinnen und Ärzten mehr Arbeitszeit für die unmittelbare Arbeit mit den Patientinnen und Patienten zu gewähren, auch familienfreundliche Arbeitsbedingungen und angemessene Verdienstmöglichkeiten, verbesserte Kooperationsformen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bis hin zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifiziertes Praxispersonal, Gemeindefachkräften und Telemedizin. Insbesondere eine angemessene Honorierung der Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, gerade in ländlichen Gebieten, ist ein wesentlicher Faktor für die Attraktivität des Arztberufes

Das traditionelle System der einzelnen Praxisniederlassung in der ambulanten medizinischen Versorgung wird künftig nicht mehr den Anforderungen einer flächendeckenden und wohnortnahen qualitativ hochwertigen Versorgung gerecht werden können. Die durch Abwanderung und Zunahme der Lebenserwartung veränderten Bevölkerungsstrukturen erfordern neue Formen der gesundheitlichen Daseinsvor-

sorge. Eine zunehmend intensiviertere sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist eine zentrale Voraussetzung für die weitere Verbesserung der Versorgung.

Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf. Die Tätigkeit als Vertragsarzt ist nur eine Ausübungsform des Berufs des frei praktizierenden Arztes, allerdings wird diese freiberufliche Unabhängigkeit immer stärker durch gesetzliche Rahmenbedingungen, Verträge und Richtlinien reglementiert und eingeschränkt. Zu bedenken ist, dass in einem weiterhin vom Leitbild des freiberuflich tätigen Arztes geprägten Gesundheitswesen niemand gezwungen werden darf, sich an einem bestimmten Ort niederzulassen. Niederlassung bedeutet neben steuernden Rahmenbedingungen eben auch immer eine persönliche Entscheidung, die mit Risiko und der Frage der individuellen Bonität gegenüber Banken und Sparkassen verbunden ist.

Mit der Diskussion um eine flächendeckende (haus-)ärztliche Versorgung wird nicht nur ein gesundheitspolitisches Ziel verfolgt. Gesundheitsversorgung und ihre Qualität sind auch ein wesentlicher Standortfaktor, zudem mit besonderer und zusätzlicher Ausstrahlung auf den für Schleswig-Holstein wichtigen Wirtschaftsfaktor Fremdenverkehr.

**VI. Literaturverzeichnis**

Barmer GEK Arztreport, Januar 2010

Bundesärztekammer: Studie zur Alterstruktur und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends, September 2007

Drabinski, Thomas: Auswirkungen der Honorarreform auf die vertragsärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein, September 2009

Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel: Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein, September 2007

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein: Die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein 2009

Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden  
„Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland-  
Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“, September 2008