

**Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Kommissionsvorlage 17/19**

An den  
Vorsitzenden der Enquetekommission  
„Chancen einer verstärkten norddeutschen Kooperation“  
des Schleswig-Holsteinischen Landtages  
Herrn Markus Matthießen, MdL  
Düsterbrooker Weg 70  
24105 Kiel

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

**Vorstandsvorsitzende**

Datum  
29. September 2010

Ansprechpartner:  
Delf Kröger

Sehr geehrter Herr Matthießen,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 7. September, in dem Sie der KVSH die Gelegenheit geben, eine schriftliche Stellungnahme für die 6. Sitzung der Enquetekommission „Chancen einer verstärkten norddeutschen Kooperation“ abzugeben.

Gern machen wir von diesem Angebot Gebrauch. Beigefügt sende ich Ihnen unsere Stellungnahme, in der wir auf die Herausforderungen eingehen, vor denen die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung als Folge der demographischen Entwicklung steht, sowie einen Überblick über die Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen im Norden geben.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Ingeborg Kreuz

Bad Segeberg, 29. September 2010

**Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein  
für die 6. Sitzung der Enquetekommission „Norddeutsche Kooperation“  
des Schleswig-Holsteinischen Landtages am 4. Oktober 2010**

**Themenfeld: Gesundheitswirtschaft / Gesundheitsversorgung**

Dr. Ingeborg Kreuz  
Vorstandsvorsitzende  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein  
Bismarckallee 1-6  
23795 Bad Segeberg

## **Vorbemerkung**

In jedem Bundesland der Bundesrepublik Deutschland existiert eine Kassenärztliche Vereinigung (KV), lediglich Nordrhein-Westfalen bildet mit zwei KVen (KV Westfalen-Lippe mit Sitz in Dortmund und KV Nordrhein mit Sitz in Düsseldorf) eine Ausnahme. Diese im Wesentlichen die Länderstruktur abbildende Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen ist gesetzlich festgelegt:

„Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung.“ (§ 77 Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unterliegen der Rechtsaufsicht des jeweiligen Landesgesundheitsministeriums. Länderübergreifende Kassenärztliche Vereinigungen sind weder im Sozialgesetzbuch V vorgesehen noch gab es in den zurückliegenden Jahren in der Politik oder innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen Überlegungen in diese Richtung.

Die heutige Struktur wurde mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) geschaffen. Zuvor gab es in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg jeweils vier eigenständige regionale KVen, die im Januar 2005 aufgrund der gesetzlichen Vorgabe zu Landes-KVen fusionierten. Den nordrhein-westfälischen KVen wurde aufgrund ihrer hohen Mitgliederzahlen ein Bestandsschutz gewährt.

## **I. Demographischer Wandel stellt ambulante Versorgung vor Herausforderungen**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den gesetzlichen Auftrag, die haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen – überall im Land, flächendeckend und wohnortnah und 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.

### **Demographischer Wandel**

Schleswig-Holstein sieht sich mit dramatischen Änderungen 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.

### **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 Arzt-Patienten-Kontakten. Mit der Zunahme der absoluten Zahl der Senioren ist zudem mit einer deutlichen Zunahme 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 demografisch nachvollziehbaren Morbiditätsentwicklung und der daraus abgeleiteten zusätzlichen Belastungen der Primärversorgung insgesamt von einer um mindestens 20 Prozent erhöhten Arbeitslast für die Primärversorgung, allen voran für die hausärztliche Versorgung, im Jahre 2020 ausgegangen werden. Diese demografische Entwicklung wird sich bis zum Jahr 2050 fortsetzen.“<sup>1</sup>

Auch anhand der Leistungsausgaben je Versichertem lässt sich dieser Zusammenhang zwischen Alter und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen belegen. So betragen 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.<sup>2</sup>

### **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 gehören der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen an. Nur jeder fünfte hausärztlich tätige Vertragsarzt in Schleswig-Holstein ist hingegen jünger als 45 Jahre alt, die unter 40-Jährigen bilden mit einem Anteil von 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 2025 rund 900 Ärzte entschließen, eine Hausarztpraxis in Schleswig-Holstein zu übernehmen oder neu zu eröffnen.

Auch bei den Fachärzten drohen spürbare Versorgungsengpässe, wie beispielhaft an zwei ausgewählten Fachgruppen dargelegt werden kann. Praktizierten Anfang 2008 noch 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 annähernd 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 unmit-

---

<sup>1</sup>„Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“, Stand: 11. März 2008, Anlage zu TOP 5.1 der 81. Gesundheitsministerkonferenz (GMK), [http://www.gmkonline.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_81-GMK\\_Top0501\\_Anlage\\_AOLG-Bericht.pdf](http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf)

<sup>2</sup> 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>

telbar nach dem Studium gegen eine ärztliche Tätigkeit entscheiden.<sup>3</sup> 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. Hinzu kommt, dass derzeit rund 17.000 deutsche Ärzte im Ausland arbeiten.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup> 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 das hohe finanzielle Risiko, das hohe Maß an Bürokratie, die unangemessene Honorierung und drohende Regressforderungen von Krankenkassen.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die geänderte Einstellung jüngerer Ärztinnen und Ärzten zur Vereinbarkeit von 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.

## **Maßnahmen der KVSH gegen einen drohenden Ärztemangel**

### Versorgungsmanagement / Zweigpraxen

Geht ein Praxisinhaber in den Ruhestand und die Arztstelle kann nicht nachbesetzt werden, betreibt die KVSH ein aktives Versorgungsmanagement, wenn es sich um Arztsitze handelt, die für Versorgung unverzichtbar sind. Diese Standorte werden als Zweigpraxis ausgeschrieben. Ziel ist es, einen Arzt zu finden, der den Standort als „Filiale“ erhält, sei es, indem er selbst stundenweise in der Zweigpraxis Sprechstunden anbietet, sei es, indem er einen jungen Arzt anstellt, der in der Zweigpraxis die Versorgung der Patienten übernimmt. Dies kann gerade vor dem Hintergrund, dass junge Mediziner vielfach den Schritt in die Selbständigkeit zunächst scheuen, ein guter Weg sein, Ärzte 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.

### 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. Für die Ärzte ist die Arbeitsbelastung durch die Teilnahme am Notdienst geringer geworden, weil sie jetzt auf freiwilliger Basis teilnehmen können. Diese Neuorganisation ist ein Beitrag zu einer höheren Attraktivität der

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

<sup>4</sup> KBV-Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung, <http://www.kbv.de/presse/36943.html>

<sup>5</sup> Vgl. „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010“, <http://www.kbv.de/publikationen/37141.html>

Landarztstätigkeit, da gerade die niedergelassenen Ärzte in ländlichen Gebieten in der Vergangenheit überdurchschnittlich viele Notdienste in den Nachtstunden und an Wochenenden leisten mussten.

#### 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.

#### Verbundweiterbildung

Zusammen mit den Krankenhäusern im Land strebt die KVSH eine Verbundweiterbildung für angehende Allgemeinmediziner an. Mit einer Reihe von Krankenhäusern konnten Kooperationsabkommen unterzeichnet werden. Ziel ist, 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 eigens eine Koordinierungsstelle eingerichtet.

#### 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 um Ärzte zu werben. 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 diskutieren.

#### 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

Die KVSH setzt sich mit anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen in einem Förderverein für einen eigenen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein ein. Eine entsprechende Professur bietet die Chance, mehr angehende Mediziner mit der hausärztlichen Tätigkeit vertraut zu machen. Mittlerweile hat die Universität zu Lübeck eine Professur für Allgemeinmedizin ausgeschrieben.

#### **Herausforderungen in der ambulanten Versorgung – ein Blick über die Landesgrenze**

Die beschriebene Entwicklung ist nicht auf Schleswig-Holstein beschränkt, sondern bundesweit zu beobachten. Mecklenburg-Vorpommern sieht sich mit ähnlichen Problemen wie Schleswig-Holstein, allerdings stärker ausgeprägt, konfrontiert. Über 100 Hausarztstellen sind nach Angaben der KV Mecklenburg-Vorpommern derzeit unbesetzt, in sechs Landkreisen droht eine hausärztliche Unterversorgung.

Hamburg als hochattraktiver großstädtischer Standort ist weniger betroffen. Gegen den Bundestrend hat sich das Durchschnittsalter der in Hamburg zugelassenen Vertragsärzte in den vergangenen zehn Jahren sogar von rund 58 auf 52 Jahre verringert.<sup>6</sup>

Es findet zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen der norddeutschen Bundesländer ein regelmäßiger Austausch über diese Fragen statt (s. „III. Norddeutsche Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen“).

## **II. Versorgung über Landesgrenzen hinweg**

### **Länderübergreifende ambulante Versorgung**

Patienten, die im schleswig-holsteinischen Umland von Hamburg wohnen, suchen auch Ärzte im benachbarten Hamburg auf, gleiches gilt für Patienten aus der Hansestadt, die Ärzte in den schleswig-holsteinischen Nachbargemeinden aufsuchen. Auch über die Landesgrenze zwischen Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern hinweg suchen Patienten im jeweils anderen Bundesland niedergelassene Ärzte auf, insbesondere in Lübeck mit einem breiten auch fachärztlichen Angebot werden viele Patienten aus dem westlichen Mecklenburg behandelt.

Die finanzielle Dimension dieser Wanderungsbewegung über Ländergrenzen ist durch den sog. Fremdkassenzahlungsausgleich geregelt (§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V). Der Fremdkassenzahlungsausgleich ist ein abgestimmtes Verfahren über den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Er wird dann wirksam, wenn z. B. ein Versicherter der AOK Rheinland/Hamburg einen Arzt in Schleswig-Holstein aufsucht. Der Fremdkassenzahlungsausgleich stellt – vereinfacht formuliert – sicher, dass die Behandlung dieses Patienten nicht aus dem Gesamtbudget, das für die schleswig-holsteinischen Versicherten zur Verfügung steht, honoriert werden muss, sondern eine „Erstattung“ aus dem für GKV-Versicherte in Hamburg zur Verfügung stehenden Gesamtbudget erfolgt.

### **Länderübergreifende Kooperation von Praxen**

Mit dem im Januar 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurden neue Möglichkeiten für ambulant tätige Ärzte geschaffen, über Landesgrenzen hinweg tätig zu werden.

So muss die Kooperation in einer Berufsausübungsgemeinschaft („Gemeinschaftspraxis“) nicht auf einen Ort beschränkt sein, sie kann an verschiedenen Vertragsarztsitzen erfolgen. Diese Vertragsarztsitze können in verschiedenen KV-Bereichen und damit Bundesländern liegen („KV-bereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft“). Solche in verschiedenen Bundesländern aktiven Berufsausübungsgemeinschaften müssen einen sog. „maßgeblichen Vertragsarztsitz“ im Zuständigkeitsbereich einer der KVen benennen, die für alle vertragsärztlichen Angelegenheiten zuständig ist. Im Bereich der KVSH existieren derzeit neun KV-bereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften.

Auch sog. Zweigpraxen können außerhalb des eigenen KV-Bereichs und damit in anderen Bundesländern betrieben werden. Möchte ein Arzt eine Zweigpraxis in einem anderen KV-Bereich eröffnen, so ist hierfür eine Entscheidung des für diesen Bereich zuständigen Zulassungsausschusses notwendig. Derzeit gibt es in Schleswig-Holstein drei Zweigpraxen von Vertragsärzten, die außerhalb Schleswig-Holsteins ihren Hauptstandort haben. Ein Vertragsarzt aus Schleswig-Holstein führt eine Zweigpraxis in Niedersachsen, sieben schleswig-holsteinische Ärzte führen eine Zweigpraxis in Mecklenburg-Vorpommern.

<sup>6</sup> Vgl. „Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 2008“, [http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/09/28/versorgungsbericht\\_internet.pdf](http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/09/28/versorgungsbericht_internet.pdf)

Die KVSH begrüßt grundsätzlich die neuen Möglichkeiten und sieht im liberalisierten Vertragsarztrecht perspektivisch Chancen für neue Wege zum Erhalt der flächendeckenden Versorgung. Denkbar wäre, dass Ärzte aus der Großstadt Hamburg mit Zweigpraxen in ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins einen Beitrag zum Erhalt der wohnortnahen Versorgung leisten.

### **III. Norddeutsche Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein pflegt mit den KVen der Nachbarländer Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Dadurch, dass der Raum Hamburg/Süd-Schleswig-Holstein ein Ballungsgebiet ist, ergeben sich vielfach Abstimmungsnotwendigkeiten, da für Patienten bei der Wahl ihres Arztes Landesgrenzen keine Rolle spielen. In geringerem Umfang gilt dies auch für die Grenzregionen zwischen Schleswig-Holstein und Mecklenburg. Mit der KV Mecklenburg-Vorpommern verbindet die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein zudem, dass die KVSH nach der politischen Wende in der damaligen DDR die ambulant tätigen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern umfassend beim Aufbau einer eigenen Selbstverwaltung unterstützt hat.

#### **Gemeinsame Vorstandssitzungen**

Mehrfach im Jahr kommen die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern zu gemeinsamen Vorstandssitzungen zusammen. Diese Runden dienen dem allgemeinen Austausch über die aktuelle Lage in den einzelnen Ländern sowie der Abstimmung in Fragen, in denen die KVen der genannten Länder gemeinsame Interessen verfolgen. Dieser regelmäßige Austausch der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen aus Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein hat sich bewährt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass das Gewicht des Nordens auch im KV-System im Vergleich zu den mitgliederstarken KVen der wirtschaftlich starken süddeutschen Bundesländern geringer ist und es deshalb sinnvoll ist, in Angelegenheiten, in denen gemeinsame Interessen verfolgt werden, gemeinsam aufzutreten.

Zu den wesentlichen Fragen mit Blick auf die Gestaltung der ambulanten Versorgung, in denen Einigkeit besteht, gehört die Reform der Bedarfsplanung. Die bisherigen rechtlichen Grundlagen der Bedarfsplanung im Sozialgesetzbuch V (mit ergänzenden Richtlinien des G-BA) sind nicht geeignet, den Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft zu beschreiben. Insbesondere sind die gegenwärtigen Planungsbereiche keine sinnvolle Planungseinheit, um die Versorgung bedarfsgerecht sicherzustellen. Während die Planungsbereiche in den Flächenländern Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern weitgehend identisch mit den Landkreisen sind, die in beiden Ländern eine große Ausdehnung haben, bildet die gesamte Hansestadt Hamburg einen einzigen Planungsbereich, was eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung in allen Bereichen der Stadt erschwert. Auch berücksichtigt die bisherige Bedarfsplanung die Mitversorgung des Umlandes durch große Städte nicht ausreichend, was mit Blick auf die Metropolregion Hamburg, aber auch die Bedeutung z.B. Lübecks für die Versorgung Nordwestmecklenburgs, nachteilig ist, weil diese Orientierung an Verwaltungsgrenzen nicht der Versorgungsrealität entspricht.

#### **Länderübergreifende Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung**

Im März 2008 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern die „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung“ der Nord-KVen ins Leben gerufen, um im Bereich der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung, einer der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, künftig eng zusammenzuarbeiten. Ziele der Kooperation sind u.a. die weitere Optimierung der Qualitätssicherungsverfahren, die weitere Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Patientenversorgung sowie ggf. auch die Senkung der Kosten durch Synergieeffekte.

Unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft wurden in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg Kompetenzzentren für ausgewählte genehmigungspflichtige Leistungsbereiche eingerichtet, die jeweils die Qualitätssicherung für die Ärzte in allen drei Länder übernehmen.

- KV Schleswig-Holstein: Kompetenzzentren für Kernspintomographie und Akupunktur,
- KV Hamburg: Kompetenzzentren für Schmerztherapie, Photodynamische Therapie und Dialyse,
- KV Mecklenburg-Vorpommern: Kompetenzzentrum für die Koloskopie.

Für die Praxen bedeutet die Kooperation, dass Dokumentationen, die für die Stichprobenprüfungen erforderlich sind, nicht mehr von der regional zuständigen KV, sondern vom zuständigen Kompetenz-Center angefordert werden. Die Überprüfung der erbrachten Leistung anhand feststehender Kriterien erfolgt durch neu eingerichtete überregionale Qualitätssicherungskommissionen, denen jeweils Ärzte aus allen drei Ländern als Mitglieder angehören. Die Auswahl der Stichproben erfolgt weiterhin durch die jeweils regional zuständige KV. Diese teilt dem zuständigen Kompetenz-Center die zu prüfenden Vertragsärzte mit. Die Prüfungsergebnisse mit dem Entwurf eines Bescheids übermittelt die Qualitätssicherungskommissionen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, da aus rechtlichen Gründen der Bescheid selbst nur von der KV, der der Arzt als Mitglied angehört, erteilt werden kann.

Die Vorstände der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen lassen sich in ihren gemeinsamen Sitzungen regelmäßig Bericht über die Kooperation erstatten, um zu prüfen, ob diese ggf. auf weitere Bereiche der Qualitätssicherung ausgeweitet werden könnte.

#### **Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst**

Die gesetzliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die ambulante Versorgung wohnortnah und flächendeckend sicherzustellen, umfasst auch, durch den ärztliche Bereitschaftsdienst der KVSH ambulante ärztliche Hilfe in der Nacht und an Feiertagen landesweit vorzuhalten. Außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Arztpraxen stehen ambulant tätige Mediziner in rund 30 Anlaufpraxen an Krankenhäusern zur Verfügung. Hinzu kommen eine zentrale Leitstelle in Bad Segeberg sowie Ärzte im Fahrdienst, die Patienten, die aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sind, in eine Anlaufpraxis zu kommen, aufsuchen.

Die Wege der Patienten richten sich nicht nach Landesgrenzen. Gerade in Fällen, in denen nachts oder am Wochenende ein Arzt aufgesucht werden muss, ist es wichtig, dass die Anlaufpraxis gut erreichbar ist. Deshalb stimmen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Schleswig-Holstein eng ab. So besteht unter der Leitung der KVSH eine Anlaufpraxis in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg-Heidberg, die vor allem von Patienten aus Norderstedt genutzt wird.

Die schleswig-holsteinischen Anlaufpraxen, die eine große Nähe zu Hamburg haben (z.B. Reinbek, Groshansdorf, Geesthacht) werden regelmäßig auch von Patienten aus Hamburg genutzt. Die Leitstelle verfügt über Informationen über die Struktur der Bereitschaftsdienste in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, um ggf. Anrufern aus dem Grenzgebiet mit entsprechenden Informationen weiterhelfen zu können. Für die KVSH gilt: Der Patient steht im Mittelpunkt, nicht das „Gebiet der Körperschaft“.

#### **IV. Fazit**

Grundsätzlich ist die Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen – eine KV pro Bundesland – durch das Sozialgesetzbuch V vorgegeben. Durch eigenes Handeln ist den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Änderung dieser Struktur nicht möglich. Käme es zu einer Fusion mehrerer Bundesländer in Norddeutschland, wäre davon auszugehen, dass dies Auswirkungen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen hätte.

Unabhängig von diesem gesetzlichen Rahmen hat sich aus Sicht der KVSH die regelmäßige Zusammenarbeit mit den benachbarten Kassenärztlichen Vereinigungen bewährt. Die Abstimmungen von Positionen und Vorgehensweisen hat sich als Vorteil erwiesen, um gemeinsamen Anliegen auf der Bundesebene Gehör zu verschaffen. Das zwischen den drei Nord-KVen herrschende Vertrauen ermöglicht es auch, in Fragen, in denen gegensätzliche Interessen bestehen, diese zu vertreten, ohne dass die Zusammenarbeit dadurch beeinträchtigt wird.

Die Kooperation in der Qualitätssicherung zeigt, dass eine enge Zusammenarbeit auch in ganz konkreten Handlungsbereichen funktioniert. Gleichwohl sorgt die Komplexität und Regelungsdichte im Gesundheitswesen auch bei diesem guten Beispiel dafür, dass die Ausgestaltung der Kooperation einen hohen Arbeitsaufwand mit sich bringt und Einsparungen durch Synergieeffekte allenfalls langfristig zu erwarten sind. Einer Zusammenarbeit auf weiteren Gebieten stehen vielfach die umfassenden und sehr kleinteiligen gesetzlichen Regelungen, die den Alltag im Gesundheitswesen bestimmen, entgegen. Weniger staatliche Vorgaben und mehr Vertrauen in die Selbstverwaltung (nicht nur auf Seiten der Leistungserbringer, sondern auch auf Seiten der Krankenkassen) würden neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit eröffnen.

Zu den Vorteilen der gegenwärtigen Strukturen gehört, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg gerade deshalb, weil sie im Bundesvergleich zu den kleineren KVen gehören, sehr nah an den Mitgliedern sein können. Die Versorgungsstrukturen in den drei Ländern sind sehr heterogen (Stadtstaat, West-Flächenland, neues Bundesland), so dass einheitliche Lösungen für alle drei Länder schnell an ihre Grenzen stoßen würden.