



Foto: Bernhard Noll

Dr.ⁱⁿ Martina
Hasenhüdl

Ärztemangel bekämpfen - medizinische Versorgung optimieren

Sind die Ansätze in Baden-Württemberg auf NÖ übertragbar?

Auf Einladung der Landtagsabgeordneten Dr. Gabriele Von Gimborn und Dr. Herbert Machacek (BürgerLandtag) konnte ich mir Anfang Oktober ein sehr gutes Bild über die Situation in Bezug auf die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg machen. Das süddeutsche Bundesland ist flächenmäßig nicht ganz halb so groß wie Österreich, hat aber um rund 20 Prozent mehr Einwohner. Die Bevölkerungsdichte ist daher etwa dreimal so hoch wie in Österreich. So gibt es auch kaum extrem ländliche, mit Niederösterreich vergleichbare Strukturen. Während in Niederösterreich rund 40 Prozent der Bevölkerung in Gemeinden mit weniger als 3.000 Einwohnern leben, sind es in Baden-Württemberg noch nicht einmal sechs Prozent. Das hat natürlich auch Auswirkungen auf die notwendige medizinische Versorgungsstruktur.

Die Reise war ganz bewusst in Regionen geplant, die noch am ehesten mit Niederösterreich vergleichbar sind. Und zwar im Bezirk Rottweil am Fuß der Schwäbischen Alb sowie im Tal des Flusses Kinzig, die in der Gegend um Freudenstadt im Schwarzwald entspringt und bei Straßburg/Kehl an der deutsch-französischen Grenze in den Rhein mündet. Die Ausgangssituation in Baden-Württemberg bzw. Deutschland ist eine ganz andere als in Niederösterreich bzw. Österreich: Die Krankenkassen sind im Prinzip frei wählbar. Der „Normalbürger“ hat eine ganze Anzahl an gesetzlichen Krankenkassen zur Auswahl, wobei die „Allgemeine Ortskrankenkasse“ AOK mit einem Marktanteil von etwa 40 Prozent in Baden-Württemberg die größte ist. Die gesamte Anzahl der Krankenkassen ist größer als in Österreich und auch nicht so ohne Weiteres zu eruieren. Tatsache ist jedoch, dass alle Krankenkassen mit den gleichen Positionsnummern abgerechnet werden. Der abrechnende Arzt spürt den Wildwuchs daher viel weniger als in Österreich.

Hausarztmodell ist mehr als nur das Vorhandensein von Hausärzten: Beidseits verpflichtende Betreuung, mehr Aufgaben, mehr Honorar

Die Abrechnung wird in Baden-Württemberg nicht über jede einzelne Kasse durchgeführt, sondern über die so genannte „Kassenärztliche Vereinigung“, die ihrerseits dann das Geld von den Kassen holt und auf die Ärzteschaft verteilt. Der Hauptunterschied zu Österreich: In Deutschland gibt es die „Finanzierung aus einer Hand“. Das bedeutet, dass die Gesundheitsversorgung

fast ausschließlich über die Krankenkassenbeiträge finanziert wird, und die Krankenkassen alle Kosten für ihre Patienten nach Aufwand zu tragen haben. Also auch die Kosten im Krankenhaus. Und dies wiederum führt dazu, dass die Krankenkassen ein natürliches Interesse haben, Behandlungen im Spital wenn möglich zu vermeiden bzw. in den extramuralen Bereich zu verlagern. Und das ist ein wesentlicher Unterschied zu Österreich, wo die Kassen nur einen Pauschalbetrag für die Spitalsversorgung bezahlen und bei Behandlung keine unmittelbaren Kosten mehr für die Kassen anfallen.

Diese zweifellos bessere Grundvoraussetzung für eine effiziente Steuerung hat in Baden-Württemberg einige interessante Ansätze hervorgebracht. So gibt es dort ein Modell der „Hausarztzentrierten Versorgung“, also ein Hausarztmodell. Wir konnten uns bei Dr. Jochen Scherler, einem praktizierenden Hausarzt in Dietingen bei Rottweil ein Bild machen, wie das in der Praxis abläuft. Zunächst muss sich einmal der Arzt dieser Versorgungsart auf freiwilliger Basis anschließen. Mit der Folge, dass sich sein Aufgabengebiet für bestimmte Patienten ausweitet, er aber ein gesondertes Honorar dafür bezieht. Wenn ein Arzt nun bei diesem Modell mitmacht, haben auch seine Patienten auf freiwilliger Basis die Möglichkeit mitzumachen. Der Patient bindet sich (bei freier Wahl seines Hausarztes) für eine bestimmte Zeit an seinen Arzt und verpflichtet sich mit Ausnahmen, den Einstieg ins System über diesen Arzt zu wählen. Der Arzt erhält ein

Fakten Hausarztmodell „Hausarztzentrierte Versorgung“ in Baden-Württemberg

- 1,4 Millionen Versicherte eingeschrieben
- 4.000 Hausärzte beteiligt
- Apparative Mindestausstattung notwendig
- DMP-Programme obligatorisch
- Besondere Fortbildungsverpflichtung
- Eine verpflichtende Abendordination bis 20 Uhr
- Facharztüberweisung „unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach Durchführung aller dem Hausarzt möglichen und notwendigen Abklärungen“
- Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller relevanten Befunde im Rahmen von Überweisungen
- Vergütung: Ein Jahrespauschale (kontaktunabhängig) von 65 Euro pro Patient, je Quartal 40 Euro pauschal pro Patient (kontaktabhängig), Chronikeraufschlag (mind. 25 Euro pro Quartal, kontaktabhängig), Zuschläge für Einzelleistungen und „Ergebnisqualität“



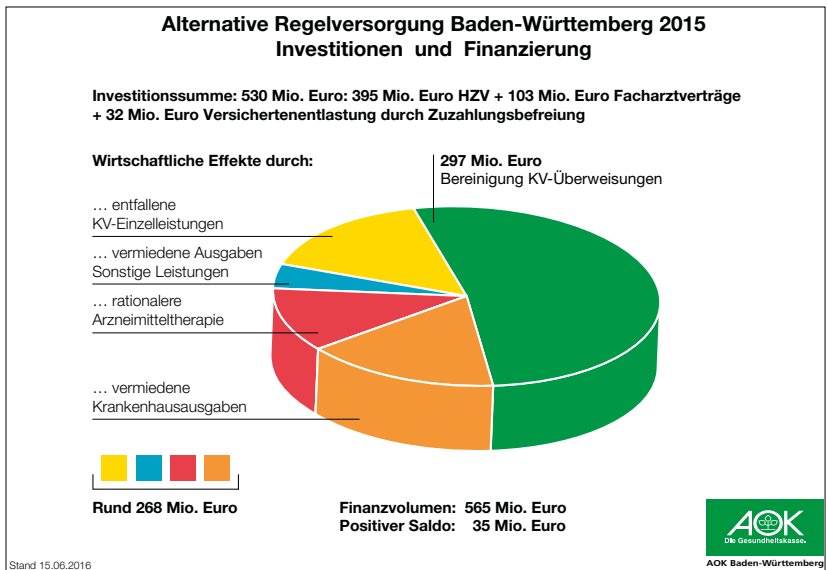
Zu Gast bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg: Dr. Johannes Fechner (stellvertretender Vorstandsvorsitzender KVBW, links), Dr. Gabriele Von Gimborn und Dr. Herbert Machacek (Landtagsabgeordnete BürgerLandtag, mitte) und Dr.in Martina Hasenhündl (Kurienobmann-Stellvertreterin der niedergelassenen Ärzte der NO Ärztekammer, rechts)

kontaktunabhängiges Grundpauschale sowie Pauschalzahlungen plus „Chronikeraufschlag“ plus bestimmte Sonderleistungen als Honorar (siehe Kasten „Fakten Hausarztmodell“).

Mehr Honorarvolumen, bessere Versorgung und trotzdem Geld gespart. Wie geht das?

Die Resultate können sich sehen lassen: Rund 35 Millionen Euro werden in Baden-Württemberg jährlich eingespart, und das bei einer Ausweitung des Honorarvolumens für Hausärzte um rund 30 Prozent. Nachweislich rechnet sich das auch medizinisch. Fehl- und Unterversorgung konnten abgebaut werden, gerade bei chronischen und Volkskrankheiten konnten messbare Versorgungsverbesserungen erreicht werden. Eingespart wird vor allem bei Medikamenten, bei vermiedenen Krankenhausaussparungen sowie bei Facharztüberweisungen. Was aber die Fachärzte nicht ärmer macht, sondern lediglich für kürzere Wartezeiten sorgt.

Auch in Baden-Württemberg gibt es eine Bedarfsplanung, diese ist allerdings großmaschiger angelegt als in Niederösterreich. Im „Mittelbereich“ Rottweil, zu dem die Ordination von Dr. Scherler zählt, müssen etwa 90.000 Menschen versorgt werden. Derzeit gibt es dort etwa 50 „vollzeitäquivalente“ Allgemeinmediziner, was einem Versorgungsgrad von etwa 90 Prozent entspricht. Etwa fünf Allgemeinmediziner würden noch für die Vollversorgung gebraucht, wobei ein Niederlassungsstopp erst bei 110 Prozent des gewünschten Versorgungsgrads erfolgen würde. Dort kann man sich also jederzeit im Rahmen der Bedarfsplanung als Kassenarzt für Allgemeinmedizin niederlassen, und zwar frei wählbar überall im Bezirk. Die Problematik der Stellennachbesetzung ist also vorhanden. In Baden-Württemberg weiß man



aber, dass Ordinationen ohne Hausarztmodell kaum noch Nachfolger finden. Quasi als Nebeneffekt wird durch das Hausarztmodell die Attraktivität der Ordinationen bzw. des Berufsbildes Allgemeinmediziner gesteigert.

Sparen kann sich für alle rechnen und die Versorgung trotzdem verbessern

Die zweite Station der Reise war die Modellregion „Gesundes Kinzigtal“. Das Hausarztmodell in Baden-Württemberg stellt eine zwar zeitgemäße, jedoch recht einfach gehaltene Form



Hausarzt Dr. Jochen Scherler betreibt in seiner Praxis das Hausarztmodell „Hausarztzentrierte Versorgung“. Dies gibt ihm die Möglichkeit, seine Patienten in einer typischen ländlichen Gegend am Fuß der Schwäbischen Alb optimal zu versorgen.



In das Konzept zur Optimierung der integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ sind auch die Krankenhäuser eingebunden, etwa das Ortenau Klinikum Wolfach am östlichen Ende des Tals.

eines Steuerungsmodells für ambulante medizinische Leistungen dar. Das Gesunde Kinzigtal geht in Bezug auf Steuerung noch viel weiter und sieht sich selbst als Entwicklungslabor für Vergütungselemente im deutschen Gesundheitssystem. Hierbei versucht man die Frage zu klären, wie man eine Leistungsreduktion erreicht bzw. eine unnötige Leistungsvermehrung verhindert und gleichzeitig den Patientennutzen, den gesellschaftlichen Nutzen und den wirtschaftlichen Nutzen der Leistungserbringer erhält bzw. sogar erhöht.

Und das geht so: Das Kinzigtal beherbergt etwa 70.000 Menschen, von denen etwa die Hälfte bei der AOK versichert ist. Man kennt dort genau den Betrag, den diese Versicherten pro Jahr an Gesundheitskosten verursachen. Die „Flucht“ aus dem Kinzigtal ist schwierig, rechts und links von Bergen eingeschlossen kann man unter Laborbedingungen genau beobachten, wie welche Maßnahmen wirken. Und dort hat man vor etwa zehn Jahren mit der AOK eine Art „Wette“ gemacht. Man hat behauptet, dass sich durch sinnvolle finanzielle Steuerungsmechanismen die Gesamtkosten auch wirklich verringern lassen. Wenn man etwa für eine vernünftige Diabetikerbetreuung dem niedergelassenen Arzt Geld gibt, schlägt sich das in Bezug auf die Gesamtkosten positiv durch. Es gibt seither eine Vereinbarung, wonach die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ die Hälfte des eingesparten Geldes bekommt. Die andere Hälfte des eingesparten Betrags verbleibt bei der AOK. Nach Deckung der Organisationskosten der Akteure im Kinzigtal verbleibt ein stattlicher Gewinn bei der Gesellschaft, der an die Eigentümer ausgeschüttet wird. Was zu zwei Drittel die an der Gesellschaft beteiligten Ärzte sind. Es profitieren daher alle Beteiligten.

Neben einer Steuerung durch die Optimierung des Honorarsystems werden im Kinzigtal alle Maßnahmen durchgeführt, die ein Gesundheitssystem mit Weitblick auszeichnen: Prävention, Zusammenarbeit mit Betrieben und mit speziellen Programmen für bestimmte Patientengruppen. Im Kinzigtal hat man begriffen, dass es sowohl menschenfreundlicher als auch kostengünstiger ist, wenn man beispielsweise „Hochkostenpatienten“ mit Vernunft durch das System führt anstatt den Behandlungsweg dem Zufall zu überlassen. „Gut beraten“ ist ein bemerkenswertes individuell gestaltbares Beratungs- und Unterstützungsprogramm für Menschen, die sich in einer überfordernden gesundheitlichen Situation befinden. Dieses Programm optimiert das

Schnittstellenmanagement unter Zusammenarbeit mit vielfältigen Beratungseinrichtungen. In der Ordination von Marcus Auel und im Krankenhaus Wolfach konnten wir das theoretische Bild des Gesunden Kinzigtals wunderbar abrunden.

Gezielte Förderprogramme gegen den Ärztemangel

So wie im kompletten deutschsprachigen Europa macht der strukturelle Ärztemangel auch vor dem Kinzigtal nicht halt. Im Unterschied zu Niederösterreich hat man jedoch schon begriffen, dass man gegen diesen Mangel etwas tun muss und auch etwas tun kann. Im Kinzigtal hat man ein eigenes Förderprogramm für Allgemeinmediziner aufgelegt: Bis zu fünf Jahre strukturierte und zielgerichtete Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, Mitwirken in einem patientennahen, international beachteten Integrierten Vollversorgungsprojekt, medizinische und unternehmerische Zusatzqualifikationen, ein Mentor aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte, Mitarbeit an neuen Präventions- und Versorgungskonzepten, Studienreisen, die Möglichkeit eines Praktikums bei der AOK Baden-Württemberg, eine durchgängige Vergütung auf Klinikniveau und Unterstützung durch die Gemeinden - von der Wohnungssuche bis zur Kinderbetreuung. Mit jeder einzelnen Maßnahme wird Jungärzten signalisiert, dass sie von unschätzbarem Wert für die Gesellschaft sind und dass sie eine berufliche Perspektive haben, die man in eine adäquate Lebensplanung integrieren kann. Der Allgemeinmediziner im Kinzigtal spürt, dass er gebraucht wird, dass seine Leistung etwas wert ist und dass man ihm dort die Möglichkeit gibt, eine interessante Tätigkeit bis zum Ende des Berufslebens auszuüben.

Die letzte Station der Reise führte uns in die Zentrale der Kassenärztlichen Vereinigung für Baden-Württemberg. Dort werden rund 21.000 Kassenärzte „verwaltet“. Die Kassenärztliche Vereinigung hat einen Versorgungsauftrag. Sie bekommt ein definiertes Finanzvolumen und hat damit die ambulante Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner erläuterte uns hierbei aus seiner Sicht die notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung des strukturellen Ärztemangels. Dr. Fechner bestätigte hierbei unsere Vermutung, wonach sich die Jungärzte unter anderem von der Vorstellung abhalten ließen, Allgemeinmedizin in der Niederlassung wäre zwingend mit einem „Rund-um-die-Uhr-Job“



Die „Sympathieerklärung“ einer kleinen Patientin für ihren Hausarzt Dr. Scherler: Unverzichtbar für die medizinische Nahversorgung auf dem Land.



Hausarzt Marcus Auel aus Hausach im Kinzigtal erläuterte die Vorzüge des Modells „Gesundes Kinzigtal“. Das Leistungs- und Honorarsystem der Krankenkassen ist aus seiner Sicht viel zu kompliziert und führt zu Fehlsteuerung und Fehlbehandlungen.

verbunden. In Deutschland besteht eine große Nachfrage nach Teilzeitjobs bzw. arbeiten in der ärztlichen Niederlassung, und zwar als angestellter Arzt ohne wirtschaftliche Gesamtverantwortung für die Ordination.

Versorgungszentren nach vernünftigem Zuschnitt ohne teure Subventionen: Optionen statt Pflichten sowie in Stellenplan und Leistungskatalog integriert

Und diesen Vorstellungen kann man in Deutschland auch problemlos entsprechen, da die Mitarbeit als Teilhaber oder als Angestellter in den Ordinationen möglich ist. Natürlich auch nur im Rahmen der Bedarfsplanung, die jedoch in größeren Regionen angelegt ist. Unser Hausarzt Dr. Scherler könnte also problemlos einen Jungarzt in beliebigem zeitlichen Ausmaß in seiner Ordination anstellen, obwohl er seine Ordination in einer kleinen Landgemeinde hat. Und genau diese flexiblen Möglichkeiten

Fakten „Gesundes Kinzigtal GmbH“

- Managementgesellschaft, 2005 gegründet
- Ziel: Verbesserung der Gesundheitsversorgung in einer definierten Region im Kinzigtal bei gleichzeitiger Kostenersparnis
- Eigenes integriertes Versorgungsmodell, vor Ort entwickelt und umgesetzt
- Versorgungsgebiet: Kinzigtal ab Ohlsbach flussaufwärts inklusive der Nebentäler bis an die Grenze des Ortenaukreises in Baden-Württemberg, 70.000 Menschen
- Größter Gesellschafter und Impulsgeber der Gründung von Gesundes Kinzigtal ist das regionale Ärztenetz MQNK
- Diese Ärzteinitiative beschäftigt sich seit der Gründung 1993 mit Fragen rund um eine bessere, innovative, sektorenübergreifende Versorgung
- Die Gesundes Kinzigtal GmbH ist heute mehr als ein Anbieter von integrierter Versorgung. Unter dem Dach der Gesellschaft haben sich eine Gesundheitsakademie, eine „Trainings- und Kurswelt“ sowie mit „Gesunde Betriebe“ ein Anbieter für betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert
- Dabei stehen alle Aktivitäten in einem direkten Zusammenhang mit dem als „Triple Aim“ bezeichneten Ziel, das eine bessere Versorgungsqualität, eine hohe Patientenzufriedenheit und ein höheres Gesundheitsbewusstsein in der Gesellschaft miteinander verbindet

fehlen bei uns. In Deutschland gibt es aus diesem Grund auch einen entstehenden Trend zu so genannten „Medizinischen Versorgungszentren“. Diese MVZ werden gerne als Vorbilder für unsere geplanten PVE oder PVC verwendet. Sie sind jedoch etwas völlig Anderes, da durch sie weder eine andere medizinische Leistung als in einer Ordination angeboten, noch die Bedarfsplanung unterlaufen wird. MVZ sind interdisziplinär und ärztlich geführt, rechnen nach den Kassentarifen ab und sind in den Stellenplan integriert. So funktioniert das auch sehr gut, ohne dass man damit die niedergelassenen Ärzte ausrottet.

Mein Resümee: Im „Gesunden Kinzigtal“ wird vorgeführt, wie vernünftige Gesundheitspolitik aussehen kann. Ich halte die Umsetzung in Österreich jedoch aus heutiger Sicht leider für utopisch, denn die Finanzströme in unserem Gesundheitssystem sind unüberschaubar verschachtelt und daher als Grundlage für eine Steuerung mit Vernunft unbrauchbar. Problemlos umsetzbar und auch absolut notwendig wäre ein Hausarztmodell, hier bedarf es aber der Einigung zwischen Land und Gebietskrankenkasse. Denn durch ein Hausarztmodell würde die Versorgung im (getrennt abgerechneten) niedergelassenen Bereich teurer, während die Gesamtkosten - vor allem durch geringere Spitalskosten - geringer würden, was aber in Österreich leider keine Rolle spielt. Dass man damit vor allem Patientennutzen generiert, muss daher das Hauptargument sein. In Bezug auf Versorgungszentren brauchen wir genauso wie in Deutschland neue Möglichkeiten zur Zusammenarbeit, aber keine Restriktionen oder abstrakte, staatliche Versorgungszentren, die unangemessen teuer sind und die Versorgung durch niedergelassene Ärzte aufgrund von Wettbewerbsverzerrung zerstören.

DR.^{IN} MARTINA HASENHÜNDL

Kurienobmann-Stellvertreterin der niedergelassenen Ärzte