NEUE VERSORGUNG
Gesund in Baden-Württemberg

Juli 2017

Bundestagswahl 2017 – Vorfahrt für mehr Versorgungswettbewerb

Seite 6

Hausärztlicher Nachwuchs – es geht voran, aber zu langsam

Seite 8

VERAHs weiter auf dem Vormarsch

Seite 12

Drei Jahre Orthopädievertrag: Paradigmenwechsel gelungen

Seite 14

Inhalt Ausgabe 01/2017

Editorial
- Eine Schwalbe macht noch keinen Sommer 3

Aktuelles
- Neuer Facharztvertrag Diabetologie gestartet 4
- Honorarplus in der HZV 4

Kaleidoskop
- Selektive(s) Wahrheiten, Weisheiten und Wissen 5

Brennpunkt
- Bundestagswahl 2017: Vorfahrt für mehr Versorgungswettbewerb 6

Reportage
- Hausärztlicher Nachwuchs – es geht voran, aber zu langsam 8

Im Dialog
- VERAHs weiter auf dem Vormarsch 12

Aus den Verträgen
- Drei Jahre Orthopädievertrag: Paradigmenwechsel gelungen 14
- Durchstarten für Neurologen 16
- Erstmals ambulante Implantation von Defibrillatoren 17

Auf den Punkt gebracht
- Fünf Fragen an Dr. Werner Baumgärtner 18

Impressum 19

Liebe Leserinnen und Leser,

eine Schwalbe macht noch keinen Sommer …

… und funktionierende Hausarzt- und Facharztverträge im Südwesten allein ergeben noch keinen bundesweiten Versorgungswettbewerb. Aber Schwalben sind Zugvögel, und wenn die erste in Sicht ist, kommen auch bald die nächsten …

Die Monopolkommission beklagt in ihrem Sondergutachten vom März 2017 nach wie vor wettbewerbliche Defizite, die die Effizienz der Krankenversicherung vermindern und zu unnötigen Kosten für die Beitragszahler führen. Nach Ansicht der Regierungsberater konnten sich Selektivverträge bundesweit noch nicht durchsetzen, weil Voraussetzung für deren Gelingen sei, dass sich die Vertragspartner gegenüber dem Kollektivvertrag besserstellen. Klar ist auch: Wenn man Selektivverträge lediglich als punktuelle Ergänzung und nicht als Vollversorgungsverträge außerhalb des KV-Systems konzipiert, kann man auf echten Versorgungswettbewerb vermutlich lange warten.

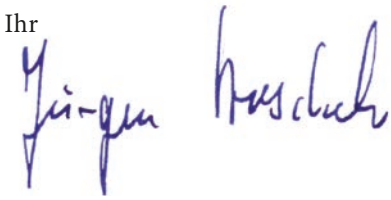
Sind die Verantwortlichen mit dem Status Quo wirklich zufrieden? Will man gar keine echte Konkurrenz zum zentralistisch gesteuerten Kollektivvertragssystem? Zugegeben, eine wichtige Hürde, die Refinanzierungsklausel im § 73b SGB V, ist weg. Aber das reicht nicht. Nach der Bundestagswahl sollte der Gesetzgeber klare Signale für echten Versorgungswettbewerb setzen. Sonst warten wir noch vergebens auf die nächste Schwalbe.

Die Vertragspartner in Baden-Württemberg, die beteiligten Hausärzte und Fachärzte und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben die vergangenen vier Jahre der zu Ende gehenden Legislaturperiode genutzt, um die alternative Regelversorgung zum Wohle der Patienten weiter auszubauen. Nach dem HZV-Modul für Kinder- und Jugendärzte und dem Vertrag für Orthopäden und Unfallchirurgen im Jahr 2014 startete 2016 bereits der fünfte Facharztvertrag im Bereich Urologie. Dieses Jahr folgt ein weiterer im Fachbereich Diabetologie.

Ihnen wünschen wir eine interessante Lektüre und einen richtig schönen Sommer. Für Anregungen und Kritik schreiben Sie uns unter:

redaktion@neue-versorgung.de

Ihr



Jürgen Stoschek
Chefredakteur

+++ Neuer Facharztvertrag Diabetologie gestartet +++

Für viele Diabetiker, die eine intensivierte konventionelle Insulinbehandlung benötigen, können Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung die Versorgung verbessern. Bislang ist jedoch das von vielen Patienten und Ärzten bevorzugte Flash Glukose Messsystem (FGM) keine GKV-Leistung. Ein neuer Facharztvertrag nach § 140a SGB V schafft jetzt im AOK-FacharztProgramm erstmalig Abhilfe. Auch die Versorgung mit rtCGM-Systemen und Insulinpumpen sowie die Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes in qualifizierten diabetologischen Schwerpunktpraxen deckt der Vertrag ab. Vertragspartner auf Ärzteseite ist MEDI Baden-Württemberg in Kooperation mit der Genossenschaft der „Diabetologen Baden-Württemberg eG“. Der Vertrag wird rückwirkend zum 1. April in Kraft gesetzt.

Hoher Qualitätsanspruch

Teilnehmen können Ärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Endokrinologie bzw. Diabetologie, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen: dazu zählen der Nachweis zur qualifizierten Patientenschulung, die Beschäftigung einer Diabetesberaterin sowie die Teilnahme an DMP zu Diabetes mellitus Typ 1 und 2. Dr. Richard Daikeler, Sprecher der Diabetologen eG Baden-Württemberg ist überzeugt: „Dieser Facharztvertrag ist ein Meilenstein in der deutschen Diabetologie. Es wird erstmalig der erforderliche Aufwand für eine optimierte diabetologische Betreuung beschrieben und vergütet.“ Insbesondere im High-end-Technologiebereich der interstitiellen Glukosemessung (FGM und rtCGM) und der Insulinpumpentherapie werde dadurch eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung für die betroffenen Menschen mit Diabetes erreicht. Das FGM-System ist ausgesprochen beliebt, einfacher zu handhaben als ein rtCGM-System und hilft dank lückenloser Glukosekurven sowie Trendanzeigen ebenfalls dabei, Hypoglykämien frühzeitig zu erkennen. Erfahrungsgemäß empfinden viele Patienten die Alarmfunktion eines rtCGM-Systems sogar als störend. Der neue Vertrag kommt daher den Bedürfnissen vieler Patienten und ihrer Diabetesteams entgegen“, so Daikeler.

Ganzheitliche und rechtssichere Versorgung

Nach Rezeptausstellung kümmert sich ein externer Dienstleister um die komplette Abwicklung. Für Übergabe und Einweisung ist allein der behandelnde Arzt zuständig. Damit schaffen die Vertragspartner eine rechtliche Grauzone ab. Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, erklärt dazu: „Derzeit ist der FGM-Bezug nur über den Online-Shop des Anbieters und entsprechende Registrierung der Patienten möglich. Optimale Versorgung und Datenschutz stehen in Frage. Diese Lücken schließen wir jetzt mit unserem FacharztProgramm.“ Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland, betont: „Den Ärzten bietet der Vertrag mit der Laufzeit von mindestens vier Jahren auch genügend Kalkulationssicherheit zur Qualifizierung und Anpassung ihrer Praxisorganisation.“

+++ Honorarplus in der HZV +++

Mit Wirkung zum 1. Oktober wird die Vergütung der Hausärzte im AOK-Hausarztvertrag strukturell um rund 6,5 Prozent erhöht. Dazu zählen unter anderem Anhebungen der kontaktunabhängigen Grundpauschale, der Pflegeheimpauschale und der Krebsfrüherkennung beim Mann. Hinzu kommen neue Leistungen, vor allem die Förderung eines angemessen honorierten Palliativmoduls.

Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzteverbands Baden-Württemberg, zeigt sich sehr zufrieden mit den Ergebnissen – auch mit Blick auf die Entwicklung versorgungsrelevanter Neuerungen der letzten Jahre wie etwa der VERAH oder des praxisorientierten Fall-Managements (PraCMan): „Wir liegen mit einem durchschnittlichen Fallwert von etwa 94 Euro nach wie vor deutlich über der KV-Regelversorgung mit rund 65 Euro.“ Der Grund für den Erfolg liege in einer komplett anderen Honorarordnung in Verbindung mit einer wirksamen Form der Versorgungssteuerung. „Und damit spielt die HZV versorgungs- und vergütungsmäßig de facto in einer ganz anderen Liga“, so Dietsche.

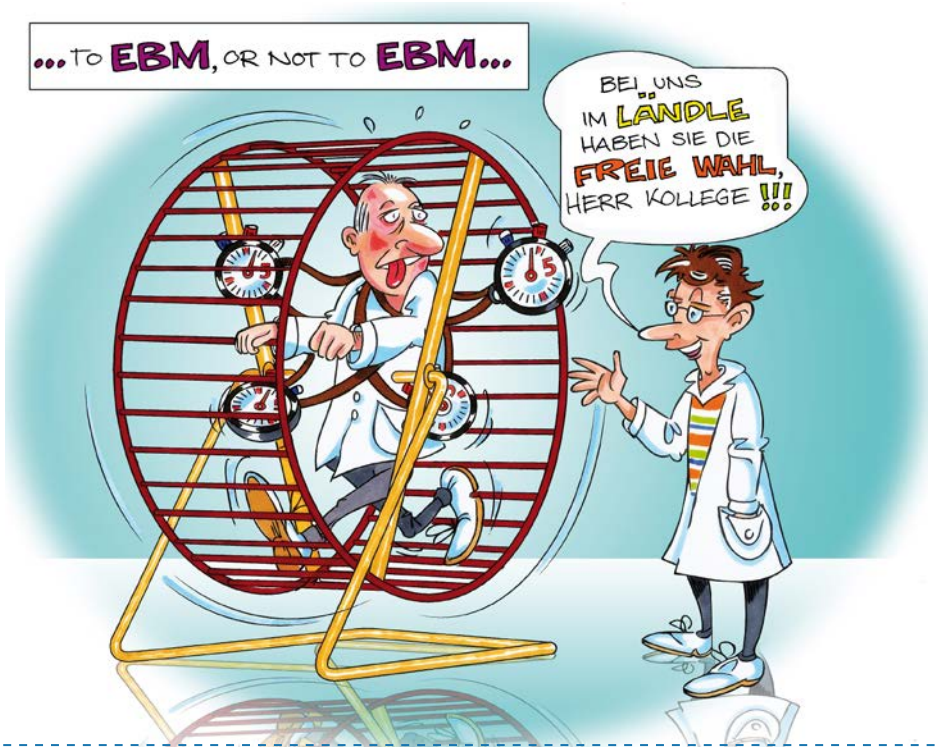
Selektive(s)...

...Wahrheiten

Über 500 Millionen Vergütung

Die Gesamtvergütung der mittlerweile über 5.600 teilnehmenden Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten überschritt 2016 die 500-Millionen-Euro-Marke. Vier Fünftel davon entfallen auf den AOK-Hausarztvertrag, mehr als 100 Millionen Euro auf die dynamisch wachsenden Facharztverträge von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK. Die Vertragspartner erwarten auch 2017 eine kontinuierliche Steigerung der teilnehmenden Versicherten und Ärzte.

...Weisheiten



...Wissen

Die neue Quizfrage lautet:
Wieviel VERAHs gibt es derzeit in Baden-Württemberg?
a) 2.124 b) 1.651 c) 1.150

Bitte geben Sie Ihre Antwort ein auf:
www. neue-versorgung.de

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir wieder ein „gesundes und erholsames Wochenende“ für zwei Personen in einem Top-Wellness-Hotel in Baden-Württemberg.
Teilnahmeschluss ist Montag, der 18. September 2017.
Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AOK, der Bosch BKK sowie der Ärzteverbände sind nicht teilnahmeberechtigt.
Der Gewinner wird schriftlich benachrichtigt und in der nächsten Ausgabe der NEUEN VERSORGUNG bekannt gegeben.

Der Quiz-Gewinner der letzten Ausgabe ist: Dr. med. Oliver W. Niemeyer, Offenburg – Herzlichen Glückwunsch!

Bundestagswahl 2017: Vorfahrt für mehr Versorgungswettbewerb

Jürgen Stoschek

Während die Politik beklagt, dass gerade die Versorgung älterer Patienten mit chronischen Erkrankungen verbessert werden muss und dazu eine koordiniertere Betreuung nötig sei, zeigen die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg seit fast neun Jahren, dass und wie eine strukturierte Versorgung erfolgreich sein kann – zum Nutzen der Patienten und Ärzte.

Bundesweit gibt es jedoch zu wenig Nachahmer, und es bestehen immer noch einige Hürden. Deshalb lautete das Credo anlässlich der Vorstellung eines gemeinsamen Positionspapiers der Vertragspartner zur Bundestagswahl: Wir brauchen klare Signale des Gesetzgebers für echte Alternativen zum KV-System!
„Das zentralistisch gesteuerte Kollektivvertragssystem besitzt eine Monopolstruktur, die man nicht von innen heraus erneuern kann – dazu braucht es wie in anderen Branchen Konkurrenz von außen", so Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Die Krankenkassen müssen durch die richtigen Anreize nachhaltig dafür interessiert werden, selektivvertragliche Alternativen zu entwickeln und ihren Versicherten auf freiwilliger Basis anzubieten", so Hermann.

Ein Wettbewerb um eine bessere Qualität in der Versorgung findet praktisch nicht statt.

Dr. Christopher Hermann

Echte Alternativen zur Regelversorgung sind möglich

Dass die alternative Regelversorgung auf freiwilliger Grundlage zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung führt, ist durch mehrere wissenschaftliche Evaluationen inzwischen zweifelsfrei belegt. Und davon profitieren vor allem die chronisch kranken, älteren und multimorbiden Patienten, die eine intensive Versorgung benötigen – derzeit 1,5 Millionen Versicherte der AOK und der Bosch BKK in Baden-Württemberg. Rund 4.000 Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte und über 1.700 Fachärzte und Psychotherapeuten stellen diese bessere Versorgung sicher. Den teilnehmenden Praxen bieten die Verträge mit festen Preisen und besserer Bezahlung Planungssicherheit: Eine alleinige Rückkehr ins KV-System ist für die meisten von ihnen kaum vorstellbar. „Unsere langjährigen gemeinsamen Anstrengungen beim Aufbau patientenorientierter Strukturen und besserer Arbeitsbedingungen für die ambulante Ärzteschaft tragen auch finanziell jedes Jahr mehr Früchte", betonte Hermann. „Die Investitionen in die Verträge liegen jetzt nach einer mehrjährigen Investitionsphase merklich niedriger als es die Ausgaben in der Regelversorgung gewesen wären."

HZV muss Kassenpflicht bleiben

Eine Voraussetzung für stabile Rahmenbedingungen ist, dass das Recht der Versicherten auf eine hausarztzentrierte Versorgung (HZV) durch den Fortbestand der Kassenpflicht zum Angebot von Hausarztverträgen gesichert bleibt. „Wir haben in Baden-Württemberg mit der HZV auf freiwilliger Grundlage erstmals ein verbindliches Einschreibesystem etabliert. Das muss nun auch im ganzen Bundesgebiet umgesetzt werden", forderte Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg.
Rund 35 Prozent der deutschlandweit rund 4,35 Millionen in Vollversorgungsverträgen eingeschriebenen Versicherten entfallen auf den AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg. Die schleppende Umsetzung im übrigen Bundesgebiet läge unter anderem daran, dass es häufig noch ein zu starkes Beharrungsvermögen einzelner Krankenkassen gibt, so Dietsche. Deren Versicherten wüssten oftmals nichts von einem Hausarztvertrag der eigenen Kasse. Das bestätigt eine repräsentative Bevölkerungsumfrage des Institutes Kantar TNS im Auftrag der Vertragspartner. Mehr als 93 Prozent der Baden-Württemberger halten die bestehende Verpflichtung der Krankenkassen zu einer HZV für sinnvoll. Auch in den übrigen Teilen der Republik sind 87 Prozent der Befragten dieser Meinung. Dort weiß jedoch nur weniger als die Hälfte (41,5 Prozent) überhaupt, dass auch ihre Krankenkasse einen Hausarztvertrag anbietet – in Baden-Württemberg sind es zwei von drei Befragten.
„Und einzelne KVen erschweren die Umsetzung, indem sie das notwendige Bereinigungsverfahren auf Arztebene zum Nachteil der ärztlichen Teilnehmer an den Selektivverträgen durchführen. Auch einige Anbieter von Arztinformationssystemen behindern die Umsetzung, indem sie die notwendige Vertragssoftware nicht oder nicht vorschriftsmäßig anbieten", kritisierte Dietsche.

Gerade die multimorbiden Patienten profitieren von der besseren Versorgungssteuerung.

Dr. Berthold Dietsche

Facharztverträge sollen Pflicht für Krankenkassen werden

Auch die bereits seit 2004 bestehenden Möglichkeiten, Verträge zur besonderen fachärztlichen Versorgung abzuschlie-

ßen werden kaum genutzt, rügte Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland. Dabei halten laut Umfrage 95 Prozent der Bevölkerung gerade eine gute und wohnortnahe Versorgung durch qualifizierte Hausärzte und Fachärzte für persönlich wichtig oder sehr wichtig.

Wir brauchen dringend mehr Anreize für den Abschluss von Facharztverträgen.

Dr. Werner Baumgärtner

„Es gibt zu wenige Anreize für die Krankenkassen, Verträge nach § 140a SGB V abzuschließen, weil es in der ‚Hängematte Kollektivvertrag' sehr bequem ist. Mit den jetzigen Rahmenbedingungen wird es ausgesprochen schwierig, überhaupt irgendeinen Selektivvertrag außerhalb von Baden-Württemberg abzuschließen", so Baumgärtner. Der Gesetzgeber müsse daher auch Facharztverträge für Krankenkassen verpflichtend machen oder zumindest eine Bonifizierung für diejenigen Krankenkassen vorsehen, die Verträge freiwillig abschließen. „Auch Bestrebungen zu weiteren unkoordinierten Subspezialisierungen im ambulanten Bereich, wie die aktuell zum Thema Geriatrie diskutierten, sind kontraproduktiv. Insbesondere für die Versorgung multimorbider älterer Patienten", so Baumgärtner. Stattdessen sollte der Gesetzgeber verstärkt Delegation und Teamstrukturen unter ärztlicher Leitung unterstützen, um damit die Koordinationsfunktion des Arztes zu stärken und die Versorgungsqualität zu sichern!

Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag

Die zwangsweise gemeinsame und einheitliche Vertragsgestaltung in der KV-Regelversorgung erschwert die Berücksichtigung spezifischer Versorgungsanliegen einzelner Krankenkassen. Sie wirkt außerdem kontraproduktiv zu den Hausarzt- und Facharztverträgen, insbesondere dann, wenn einzelne Leistungen im KV-System bewusst attraktiver vergütet werden. Die ärztlichen Vergütungsverträge müssen daher wieder auf Ebene der Krankenkassen bzw. deren Verbände einzeln mit den KVen vereinbart werden können, fordern die Vertragspartner.

Mehr Freiräume für Selektivverträge – insbesondere im Klinikbereich

Damit gerade die wichtige Abstimmung zwischen Krankenhaus und weiterbehandelnden Ärzten besser funktioniert, seien auch hier Selektivverträge das Mittel der Wahl, so die Vertragspartner: „Bislang gibt es keine Verträge mit Kliniken, die gesicherte Qualitätsstandards für bestimmte Eingriffe gewährleisten oder ein koordiniertes Entlassmanagement mit den ambulanten Ärzten ermöglichen", so AOK-Chef Hermann. Deshalb müsse jetzt auch der Ordnungsrahmen im Klinikbereich konsequent auf einen funktionalen Versorgungswettbewerb ausgerichtet werden, der die selektivvertraglichen Spielräume für Krankenkassen und Krankenhäuser deutlich erweitert. Die Bevölkerungsumfrage unterstreicht auch die Bedeutung dieser Forderung: Danach wären 50 Prozent der Befragten bereit, die Krankenkasse zu wechseln, wenn diese mit besonders qualitätsorientierten Ärzten und Krankenhäusern eng zusammenarbeitet. ■

Das vollständige Positionspapier befindet sich unter:

www. neue-versorgung.de

DIE SECHS FORDERUNGEN IM ÜBERBLICK:

1. Hausarztverträge müssen Kassenpflicht bleiben.
2. Blockaden von Hausarztverträgen und Facharztverträgen durch einzelne KVen und AIS[1]-Anbieter müssen unterbunden werden.
3. Delegation von Leistungen und Aufbau von Teamstrukturen unter ärztlicher Leitung müssen weiter unterstützt werden.
4. Facharztverträge sollen Pflicht für Krankenkassen werden.
5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag.
6. Mehr Freiräume für Selektivverträge – insbesondere im Klinikbereich.

1 Arzt-Informations-System

Hausärztlicher Nachwuchs – es geht voran, aber zu langsam

Ruth Auschra, Michael Reischmann, Jessica Rettig

Gut ist: Es gibt immer mehr junge Ärzte und Ärztinnen – leider wollen zu wenige Hausarzt werden. Und viele präferieren eine Festanstellung auf Teilzeitbasis. Das erhöht die Zahl der benötigten Ärzte weiter und erfordert neue Arbeitsstrukturen. Wo steht das Ländle im Buhlen um den begehrten Nachwuchs?

Im Südwesten werden in den nächsten fünf Jahren weitere 1.600 Hausärzte aus dem Berufsleben ausscheiden. Diese Zahlen sind nicht neu. Und neu ist auch nicht die Erkenntnis, dass der Anteil der Facharztprüfungen im Bereich Allgemeinmedizin nach wie vor zu niedrig ist, um diese altersbedingten Abgänge zu kompensieren. Ein übergeordnetes Ziel lautet daher: Deutlich mehr Facharztabschlüsse in der Allgemeinmedizin, auch wenn Baden-Württemberg sogar etwas über dem bundesweiten Durchschnitt liegt.

„Die HZV ist enorm wichtig für die Aufwertung des Hausarztberufs und die Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen“, so Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzteverbands Baden-Württemberg. Und Konzepte, wie die unserer speziell qualifizierten VERAHs, entlasten die Ärzte auf dem Land zusätzlich. Aber wir brauchen schlicht mehr Studienabgänger mit dem Berufswunsch Hausarzt, die auch bereit sind, in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu arbeiten, ob selbstständig oder angestellt.“ Hier konkurrieren wir auch zunehmend mit anderen Bundesländern. „Neben der universitären Stärkung der Allgemeinmedizin müssen deshalb alle Beteiligten ihre Anstrengungen erhöhen und gerade für die kritischen Regionen maßgeschneiderte Nachfolgelösungen erarbeiten “, so Dietsches Appell. Diesbezüglich sei es sehr wichtig, dass sich auch die Gemeinden noch mehr engagieren.

Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, kommentiert: „Es bedarf neuer Konzepte, die die Kompetenz in die Versorgung der Patientinnen und Patienten lenken und gleichzeitig der Lebenswirklichkeit der jungen Ärzte gerecht werden. Ärztinnen und Ärzte, die zu einer 70-Stunden-Woche dauerhaft bereit sind, gibt es weniger. Daher lautet die Perspektive eher: Arzt oder Ärztin wohnen in der Stadt, fahren 30 Kilometer zu einem Teilzeitarbeitsplatz und leisten dort moderne Medizin auf höchstem Niveau. Für solche Konzepte sind wir auch in Baden-Württemberg in der Breite noch nicht ausreichend aufgestellt.“

Anerkennung von Facharztbezeichnungen: zu wenig Allgemeinmediziner!

Baden-Württemberg	2014	2015	2016
Allgemeinmedizin[1]	167	198	188
insgesamt	1.549	1.535	1.665
Anteil Allgemeinmedizin in %	**10,8**	**12,9**	**11,3**
bundesweit	**2014**	**2015**	**2016**
Allgemeinmedizin[1]	1.218	1.337	1.321
insgesamt	11.726	12.231	12.763
Anteil Allgemeinmedizin in %	**10,4**	**10,9**	**10,4**

1 inkl. Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) *Quelle: Bundesärztekammer (Stand: 25.4.2017)*

Förderprogramme alleine reichen nicht aus

Dort, wo die Versorgungslage besonders bedrohlich ist, versuchen nahezu alle KVen mit Fördermaßnahmen entgegenzuwirken. Die KVBW startete 2015 mit ihrem Programm „Ziel und Zukunft“ zur Unterstützung von Praxisneugründungen und -übernahmen, Filialpraxen oder der Anstellung von Medizinern. Sie betont in ihrem Versorgungsbericht 2016, dass die Förderung in unterversorgten Gebieten gut angelaufen sei. Bereits seit 1998 gibt es das bestehende Förderprogramm Allgemeinmedizin, das die Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung finanziell attraktiver macht. „Das sind notwendige, aber noch nicht hinreichende Maßnahmen, um den rückläufigen Hausarztzahlen wirksam zu begegnen“, so Dr. Frank-Dieter Braun, Vize-Chef des Hausärzteverbands und Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung. Und er weiß auch, dass der monetäre Anreiz nicht immer den Ausschlag dafür gibt, dass jemand aufs Land gehen will.

Der Liebe und der HZV wegen von München aufs Land

Mit Anfang 50 kann man einen Standortwechsel durchaus noch wagen, findet

Hausarzt Dr. Thomas Bethke. Den Ausschlag für seinen Wechsel gaben zunächst private Gründe, nämlich die Lebenspartnerin, die aus Baden-Württemberg stammt. Er verlässt den Speckgürtel Münchens und beginnt im Sommer im Zollernalbkreis von vorne. Der Verkauf seiner Praxis in Gilching im Landkreis Starnberg war für den Allgemeinarzt kein Problem, es fand sich rasch ein passender Interessent. In Geislingen (etwa 60 Kilometer südlich von Stuttgart) übernimmt Dr. Bethke keine bestehende Praxis, sondern er bezieht neue Wohn- und Praxisräume. Sein Leistungsangebot wird dem in Gilching ähneln; vier Helferinnen werden mitarbeiten. Seine 14-jährige Tochter zieht ebenfalls gerne mit, nachdem sie festgestellt hat, dass man auch auf der Schwäbischen Alb gut leben kann. Kommentar des Arztes: „Ich freue mich."

Die Niederlassung wird vom Land mit bis zu 30.000 Euro gefördert. Angeboten wird ferner die Vermittlung von Praxisräumen in zentraler Lage, qualifiziertem Personal sowie „Wohnraum/günstige städtische Bauplätze in sehr attraktiver Lage". Unterstützung im Zulassungsverfahren und in der Öffentlichkeitsarbeit gibt es dazu. Auch die Hausarztverträge haben den Wechsel leichtgemacht. Bethke hält sie für günstiger als die bayerische Variante: Es gebe fast 20 Prozent mehr pro Schein. Von zehn Hausärzten in seiner Umgebung in Gilching mache nur einer bei der bayerischen HZV mit. Der Vertrag des Bayerischen Hausärzteverbandes war jahrelang durch die AOK, der fast 50 Prozent der GKV-Versicherten im Freistaat angehören, blockiert worden. Als er bei einer Prüfung der ärztlichen Versorgung vor Ort feststellte, dass er sich in Geislingen als Hausarzt deutlich besserstellen würde als in Bayern, war die Entscheidung gefallen: In Gilching mit 18.000 Einwohnern kämpfen zehn Hausärzte um die Patienten, in Geislingen mit 6.000 Einwohnern gibt es nur einen, der die Versorgung sichert. „Für mich gibt es dabei kein Risiko. Für alle Beteiligten ist es eine Win-win-Situation, alle sind zufrieden", so Bethke. Gute Bedingungen für die eigene Praxis auf dem Land. Es sei ihm schleierhaft, sagt er, warum junge Ärzte sich so ungern auf dem Land niederlassen. Eine Erklärung dafür ist deren Herkunft und das Geschlecht (siehe Kasten).

Perspektive Hausarzt: Praxisbörse und Winterschool

Seit fünf Jahren engagiert sich der Hausärzteverband mit der Initiative „Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg". Herzstück ist eine zeitgemäße Informations- und Dialogplattform für Studierende und Ärzte in Weiterbildung (www.perspektive-hausarzt-bw.de). Dort können in der Stellen- und Praxisbörse auch Ärzte auf Nachfolgersuche gehen und sich Gemeinden und Landkreise präsentieren. Ein Beispiel ist die 9.200-Einwohner-Gemeinde Dettingen an der Erms, die im Oktober 2014 initiativ wurde – zwölf Monate später hatte Bürgermeister Michael Hillert so viele Anfragen, dass alle Nachfolgen geregelt werden konnten. Sein damaliger Kommentar: „Wenn wir nochmals Bedarf hätten, dann würden wir denselben Weg wieder gehen." Gesagt, getan: Seit Oktober 2016 sind die Dettinger zum zweiten Mal in der Praxisbörse aktiv.

Fernab des Unialltags und unter der Leitung erfahrener Ärzte erleben, wie Allgemeinmedizin in der Praxis funktioniert – das ist die Idee hinter der Schwarzwälder Winterschool Allgemeinmedizin. Seit 2014 gibt es die Veranstaltungsreihe, die gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Freiburg ins Leben gerufen wurde. Teilnehmen können jeweils 24 Studierende ab dem fünften Semester aus ganz Deutschland. „Die positive Resonanz der Teilnehmer zeigt, dass die Winterschool den Nerv der angehenden Ärzte trifft, und wir das Interesse am Hausarztberuf schon frühzeitig wecken können", so Prof. Dr. Wilhelm Niebling, Leiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Universität Freiburg.

Präferenzen von Studierenden – Pluspunkte für Baden-Württemberg

In einer Untersuchung bei über 20.000 Medizinstudierenden zeigte sich – ebenso wie bei der Wahl des Studienortes – eine ausgeprägte Heimatorientierung. Für über die Hälfte der Befragten kam die nähere Heimatregion als Arbeitsort auf jeden Fall infrage (52,2 %), für knapp die Hälfte (49,7 %) das eigene Bundesland und für knapp ein Drittel (28,0 %) auch ein anderes Bundesland. Die Heimatbindung war am stärksten in Süddeutschland ausgeprägt (93,1 %), gefolgt von den Stadtstaaten (91,8 %), Schlusslicht ist Ostdeutschland (76,7 %). Favoriten für eine mögliche Tätigkeit in anderen Bundesländern sind Hamburg (63,1 %) vor Bayern (57,2 %) und Baden-Württemberg (55,2 %). Und ländlich sozialisierte Studierende würden häufiger auch auf dem Land leben und arbeiten – Frauen noch signifikant eher als Männer.

Quelle: Dt. Ärzteblatt, Heft 18; 2012

Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium war überfällig

Niebling findet selbstverständlich auch die zu erwartende Stärkung der Allgemeinmedizin sehr erfreulich, insbesondere mit der Anerkennung der Allgemeinmedizin als verpflichtendes Prüfungsfach und dem ambulanten PJ-Abschnitt. „Der Weg bis zur Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 war lang und hatte unerwartet hohe Hürden“, erinnert Niebling, „nicht nur finanzielle“.

Die Landarztquote beurteilt er dagegen auch kritisch. Kann und soll ein Studierender mit 18 oder 20 Jahren schon die Entscheidung treffen, später Hausarzt in einem strukturschwachen Gebiet zu werden? Dr. Klaus Böhme, Koordinator der allgemeinmedizinischen Lehre in Freiburg, sieht auch die Gefahr, damit unbeabsichtigt ein Negativimage zu transportieren: Ist die Hausarzttätigkeit auf dem Land etwa eine Strafe für schlechtere Abiturnoten? Böhme leitet das Projekt ‚Erhöhung der Sichtbarkeit des Faches Allgemeinmedizin durch longitudinale Präsenz im Studium der Humanmedizin (AmiS)’. Auslöser dafür war eine Umfrage: Zwei Drittel der Studienanfänger konnten sich eine Hausarzttätigkeit vorstellen, dieses Interesse ging im Lauf der Studienzeit aber zurück. AmiS setzt hier an: Durch ein breit gefächertes Angebot von allgemeinmedizinischen, kompetenzorientiert ausgerichteten Unterrichtsveranstaltungen vom 1. Semester bis zum Praktischen Jahr soll das positive Image der Allgemeinmedizin während des gesamten Medizinstudiums aufrechterhalten werden.

> *Wir dürfen die Studierenden nicht von der hausärztlichen Tätigkeit entfremden.*
> **Dr. Klaus Böhme**

Basisdiagnostik im SkillsLab des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Universität Freiburg: Dr. Böhme und Studierende während der Winterschool 2017 – einer Maßnahme der Perspektive Hausarzt

Vorteile durch Verbundweiterbildung Plus

Die Facharztausbildung Allgemeinmedizin hat bundesweit strukturelle und inhaltliche Probleme. Vereinfacht gesagt, wird sie im Vergleich zu anderen Disziplinen als zu lang, zu unorganisiert und zu unattraktiv bewertet. Dr. Johanna Fahrbach-Veeser hat verschiedene Weiterbildungsstellen kennengelernt: Sie fing in Ludwigsburg an, dann zog es sie nach Berlin, und nach einem halben Jahr ging sie zurück nach Baden-Württemberg. „In Ludwigsburg war alles gut organisiert“, beschreibt sie, „ich wusste immer, an wen ich mich mit Fragen wenden konnte, und auch das Rotieren innerhalb des Hauses funktionierte einfach.“ In Berlin war dann plötzlich alles anders. „Die Ärztin war nett, die Praxis spannend und die Patienten eine angenehm vielfältige Mischung, aber ich musste mich um alles selbst kümmern“, berichtet sie.

Konkret heißt das zum Beispiel: Wenn die jeweilige KV lange braucht, um über die Förderung zu entscheiden, wartet der Arzt auf sein Geld. Ortswechsel sind häufig unvermeidbar und zwischen zwei Stellen kommt es oft zu arbeitsfreien Zeiten, die man irgendwie überbrücken muss. Das verlängert die Weiterbildungszeit unnötig und sorgt für Verunsicherung. Solche Organisationsmängel sind für die jungen Ärzte ganz sicher nicht motivierend, im Gegenteil.

Das Projekt Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg macht den Unterschied aus. Seit 2007 wird es von dem KompetenzZentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg organisiert, einem netzwerkartigen Zusammenschluss der fünf allgemeinmedizinischen Fakultäten im Ländle. Die einzelnen Abschnitte werden genau aufeinander abgestimmt, sodass eine aufwendige Stellensuche oder Phasen ohne Tätigkeit vermieden werden. Das entlastet den ärztlichen Nachwuchs und bietet ihm Planungssicherheit. Diese gut organisierte Weiterbildung ist für Fahrbach-Veeser ein klarer Vorteil. Noch ist offen, ob sie nach der Facharztprüfung gleich die Niederlassung anstrebt oder noch eine Zeit lang als Angestellte arbeitet. „Erstmal arbeite ich auf die Prüfung hin“, sagt sie.

Ein Vorteil für Ärzte: Exklusiv im AOK-Hausarztvertrag wird die Beschäftigung einer Ärztin oder eines Arztes in Weiterbildung mit einem Zuschlag von drei Euro auf die P1 gefördert. Seit Start wurden rund 730 angehende Hausärztinnen und Hausärzte in das Programm eingeschlossen.

Neu – Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg

Ab 1. Juli soll die Verbundweiterbildung^{plus} durch neue regionalisierte und interdisziplinäre Strukturen noch mehr Aufschwung erhalten und auf eine breitere Basis gestellt werden, um die Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung weiter zu stärken.

Basis ist das neue Förderprogramm für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gemäß § 75a SGB V. Das integrierte Konzept sieht vor, dass pro KV-Bezirk ein Kompetenzzentrum Weiterbildung betrieben wird. Auf dieser Grundlage wurden Kooperationsverträge zwischen den universitären allgemeinmedizinischen Einrichtungen in Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm sowie zwischen der KVBW, der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft und dem Universitätsklinikum Heidelberg ausgehandelt. Zu den zukünftigen Aufgaben gehören unter anderem die Entwicklung und Durchführung qualitätsgesicherter Maßnahmen wie Seminare, Schulungen sowie Trainings, Mentoringprogramme und Curricula. Derzeit (Stand: Juni) läuft das Verfahren zu Beantragung der notwendigen Fördergelder. Professor Joachim Szecsenyi, Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg, zeigt sich optimistisch: „Zukünftig ziehen alle Kooperationspartner landesweit an einem Strang, wodurch wir in den nächsten fünf Jahren eine Verdoppelung der aktiven Teilnehmerzahlen erwarten“.

Trend zur Anstellung

32.350 im ambulanten Bereich angestellte Ärztinnen und Ärzte weist die Statistik der Bundesärztekammer für 2016 aus.

Das sind mehr als doppelt so viele wie 2009 und sechsmal so viele wie 1993.

Eine Praxis muss sich heute viel einfallen lassen

Wie schwierig es derzeit selbst für sehr willige Praxen sein kann, einen geeigneten Arzt in Weiterbildung oder einen angestellten Arzt zu finden, zeigt ein Beispiel aus dem Landkreis Hohenlohe:

Hausärztin Dr. Susanne Bublitz ist froh, dieses „Riesenproblem“ vorerst gelöst zu haben. Dr. Bublitz (41), die seit 2011 eine Gemeinschaftspraxis mit Dr. Petra Sandig in Pfedelbach, 25 Kilometer östlich von Heilbronn, betreibt, ist überzeugte HZV-Ärztin. Die beiden Hausärztinnen haben etwa 1.300 ihrer 2.300 Patienten in die HZV eingeschrieben, davon sind gut 1.000 bei der AOK versichert.

Dieser Vertrag überzeugt Dr. Bublitz am meisten: Der Spruch von der Bierdeckelabrechnung stimme, in zwei Stunden sei die Quartalsabrechnung erledigt, erzählt sie. Auch die zwei „VERAHs“ der Praxis kommen bei den Patienten gut an; eine kümmert sich im Fallmanagementprogramm „PraCMan“ speziell um multimorbide Patienten. Dass sie bei rabattierten Generika keine Zuzahlung leisten müssen, macht die HZV für AOK-Versicherte grundsätzlich attraktiv, erklärt Dr. Bublitz. Zwar findet sie nicht alles in der HZV vorteilhaft geregelt, doch sie schätzt es, nicht überlegen zu müssen, welche Einzelleistung noch „sinnvoll“ erbracht werden könnte.

Angestellte Ärztin gesucht

Das Praxis-Duo ist kein Beispiel für Teilzeit arbeitende Ärztinnen. Im Gegenteil: Sie und ihre Kollegin arbeiten etwa 50 bis 60 Stunden die Woche, berichtet Dr. Bublitz. Als Mutter von drei Kindern kann sie auf die Unterstützung ihrer Mutter zählen. Wenn nötig, arbeitet sie per sicherer Datenverbindung von zu Hause aus. Sie ist froh darüber, dass ab Juli wieder eine Ärztin in Weiterbildung mitarbeiten wird. Es sei nicht einfach, Verstärkung zu finden, erzählt Dr. Bublitz. Mit Anzeigen und Headhuntern suchte die Praxis lange intensiv und erfolglos, bis sich endlich eine Kollegin meldete, die eingestellt wurde. Als sie nach einem dreiviertel Jahr wegen Elternzeit ausschied, ging die Suche wieder von vorne los, auch über die Plattform „Perspektive Hausarzt“. Es hagelte keine Bewerbungen, aber eine Ärztin konnte nun doch wiedergewonnen werden. Dabei ist der Kontakt zur Universität Heidelberg vielleicht ein Vorteil. Denn die Praxis ist dort als akademische Lehrpraxis registriert und bietet zum Beispiel im Winter dreimal zweiwöchige Blockpraktika für Studierende an. Die Rückmeldungen auf diese Praxiserfahrung seien sehr positiv, berichtet Dr. Bublitz. ■

> *Blockpraktika sollen auch helfen, den Nachwuchs auf uns aufmerksam zu machen.*
> **Dr. Susanne Bublitz**

teilweise © Medical Tribune

VERAHs weiter auf dem Vormarsch

Katja Ewers

Die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) trägt maßgeblich zur besseren Versorgung in der HZV bei; mit Zusatzmodulen im Rahmen von VERAH Plus und umfangreichen Aufgaben im praxisbasierten Case Management wird das Erfolgskonzept laufend weiterentwickelt. Davon profitieren Patienten, Ärzte und nicht zuletzt die MFAs selbst. Das bestätigen drei engagierte VERAHs im Gespräch.

Aycan Schock, Hannelore Seidl und Nicole Wöhr sind drei von 2.124 in Baden-Württemberg (bundesweit fast 9.500[1]) Medizinischen Fachangestellten (MFA), die die Weiterbildung zur VERAH absolviert haben. Der Aufwand der insgesamt 200-stündigen Fortbildung hat sich gelohnt: Ihr Beruf, so die einhellige Meinung der drei langjährigen MFAs, hat durch die VERAH eine extreme Aufwertung erfahren – in der Außenwirkung und auch innerhalb des Praxisteams. „Man bekommt eine ganz andere Bindung an die Patienten. Es entsteht ein Vertrauensverhältnis, das absolut erfüllend ist“, beschreibt Aycan Schock ihre Erfahrungen beim Hausbesuch. Bei ihren Patienten sei sie komplett akzeptiert. Und Nicole Wöhr betont: „Mein Chef schätzt meine Arbeit sehr, ich kann ihn im Praxisalltag entlasten.“

Arztentlastung bei Hausbesuchen und in der Patientenversorgung

Die drei VERAHs berichten ausführlich von alternierenden Haus- und Heimbesuchen durch sie und den betreuenden Arzt und der Routinebetreuung stabiler Patienten in der Langzeitversorgung. „Wenn ein Akutfall eintritt, dann geht der Chef raus, da dürfen wir nicht hin“, erläutert Hannelore Seidl und ergänzt: „Wenn irgendein Punkt vor Ort unklar ist, halte ich telefonisch Rücksprache mit meinem Chef.“ Diabetesassistentin Seidl betreut vor allem chronisch kranke Ältere. Blutdruck- und Blutzuckermessungen, Medikamentenmanagement oder auch der Kontakt zu Angehörigen sind nur einige der Aufgaben, die anfallen.

Um Hausbesuche effektiv in den Praxisalltag zu integrieren, müssen nach Ansicht der erfahrenen VERAHs drei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Eine Praxisorganisation, die es der VERAH erlaubt, der Sprechstunde in der Praxis fernzubleiben. Das funktioniert nur in detaillierter Absprache mit dem Arzt und dem gesamten Team. Im Alltag müssten Aufgaben, die während der Zeit der Hausbesuche in der Sprechstunde anfallen, von anderen Kolleginnen aufgefangen werden können.
2. Eine VERAH, die den sozialen Kontakt mit den Patienten in ihrem häuslichen Umfeld nicht scheut – muss auch über etwaige Unordnung oder mangelnde Sauberkeit hinwegsehen können.
3. Ein Vorgesetzter, der auch bereit ist, den Hausbesuch und die damit verbundenen Tätigkeiten zu delegieren.

In der Praxis belegt und durch die wissenschaftliche Evaluation des AOK-Hausarztvertrags in Baden-Württemberg bestätigt: Ärzte stellen Entlastungen nicht nur bei Hausbesuchen, sondern bei der Patientenversorgung insgesamt fest. Besonders hohe zeitliche Entlastungen ergeben sich durch die Übernahme des Medikamentenmanagements. Die Daten zeigen, dass hier 33 Prozent[2] der Tätigkeiten wie Bestandsaufnahme oder Abgleich des Medikationsplans länger als 10 Minuten oder sogar bis zu 50 Minuten dauern. Aufwendig ist auch das Wundmanagement sowohl durch den Verbandwechsel selbst, der häufig zwei bis drei Mal pro Woche anfällt, als auch für die Dokumentation der Wundphasen. „Dafür ist eine Fotodokumentation notwendig und alles muss schriftlich festgehalten werden. Das ist wirklich nicht die Arbeit des Arztes“, ist Schock überzeugt.

Wenn ein Patient mit einem ganzen Stapel alter Medikamentenpläne kommt, dann kostet dies eine Menge Zeit.

***Nicole Wöhr**, VERAH in Brackenheim*

Damit schaffen VERAHs Zeitfenster, die der Arzt beispielsweise in der Präventivarbeit für Gesundheitschecks, zur Betreuung von Krebspatienten oder für längere Beratungsgespräche einsetzen kann. Und natürlich kommt die von der VERAH investierte Zeit direkt den Patienten zugute, etwa wenn sie gezielt über die richtige Einnahme von Medikamenten informiert.

VERAH Plus bietet viele Optionen

Um dem Wunsch vieler VERAHs nachzukommen, sich medizinisch weiterzuqualifizieren, bietet das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) e.V. mittlerweile 14 VERAH-Plus-Module an. Dazu zählen etwa Arzneimittelversorgung, Burnout, Demenz, Herzinsuffizienz oder Ulcus Cruris/Dekubitus. VERAHs können sich so je nach Neigung auf freiwilliger Basis gezielt medizinsch weiterbilden. „Somit wird das Feld delegierbarer Leistungen in der Hausarztpraxis erweitert“, sagt Christine Wollmetshäuser, Leiterin Team Praxisberatung bei der HÄVG, und ergänzt: „Das ist der Anfang, in diese Richtung soll es weitergehen.“ Für alle motivierten VERAHs eine gute Nachricht. Konkret wünscht sich Wöhr hier

ein Modul zum Thema Erkältungs- oder Lungenerkrankungen, in dem auch das Abhören gezeigt wird.

Positive PraCMan-Erfahrungen

Das Tätigkeitsfeld der VERAH entwickeln die Vertragspartner beständig weiter. So etwa mit dem praxisbasierten Case-Management-Programm (PraCMan) im AOK-Hausarztvertrag. „Eine mögliche Aufgabenerweiterung wäre hier zum Beispiel die verstärkte Einbindung der VERAH im Bereich Einweisungs- und Entlassmanagement“, meint Tanja Rommelfangen, Geschäftsführerin der HÄVG Regionaldirektion Süd. „Wichtig ist auch, die Rolle der VERAH als Schnittstellenmanagerin und ihre Netzwerkpartnerkompetenz weiter zu stärken.“

Wenn es noch mehr Fortbildungsmodule gäbe, würde ich die auch noch machen.

***Hannelore Seidl**, VERAH in Biberach*

Aycan Schock und Nicole Wöhr haben die Voraussetzungen zur Betreuung chronisch kranker Patienten erworben: eine vierstündige Einsteigerschulung und mindestens zwei MFA-Qualitätszirkel mit dem PraCMan-Modul pro Jahr. Schock, die gerade die Weiterbildung zur Diabetesberaterin absolviert, und Wöhr, die diverse Fortbildungen im Bereich Asthma, COPD und Diabetes absolvierte, erstellen Hilfepläne und führen mit der PraCMan-Software das Monitoring durch. Hier wird unter anderem nach Wohlbefinden, Depressivität, Sturzrisiko oder Ernährung gefragt. „Für diese Tätigkeiten nehme ich mir viel Zeit, um zu hören, wo etwas fehlt und in welchen Punkten etwas optimiert werden kann“, sagt Schock. Die Lebensqualität erhöhe sich in jedem Fall, weil man Hilfestellungen im Alltag geben könne, sei es nun zum Thema Rollator, Pflegedienst oder Reha-Maßnahmen.

Ich finde es jammerschade, dass das PraCMan-Programm nur für AOK-Patienten läuft.

***Aycan Schock**, VERAH in Laufen am Neckar*

So profitieren ihre COPD-Patienten in jedem Fall durch die engmaschige Betreuung und viele telefonische Kontakte auch jenseits des Monitorings. Durch rechtzeitige Einbestellungen könnten so häufiger Akutsituationen vermieden werden. ■

1 Institut für hausärztliche Fortbildung im deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V. (Stand 15.5.2017)
2 Publikation zur Evaluation der Hausarzt-zentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg – Ausgabe 2016 (www.neue-versorgung.de)

KOMMENTAR

***Dr. Berthold Dietsche**, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg*

NäPa grundsätzlich ja – aber richtig!

VERAHs in der HZV decken ein sehr umfangreiches Tätigkeitsfeld ab. Dabei finden die Haupttätigkeiten – so zeigen es die Erfahrungen des Hausärzteverbandes – tatsächlich überwiegend in der Praxis statt: die Betreuung chronisch Kranker bei der DMP-Betreuung, bei Aufklärungsgesprächen und natürlich insgesamt bei der Praxiskoordination. Auch die Nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (NäPas), die ja ursprünglich fachgruppenübergreifend zur Unterstützung von Praxen in Gebieten mit relativem Ärztemangel, speziell in den neuen Bundesländern, eingeführt wurden, unterscheiden sich hinsichtlich Tätigkeitspektrum in der Praxis und Ausbildung nicht sonderlich stark von der VERAH. Mit ihrer Regelung hat die KBV das VERAH-Konzept ohne Sinn und Verstand aus dem Gesamtzusammenhang der HZV herausgelöst und als schlechte Kopie in das Kollektivvertragssystem eingefügt. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einzelleistungsvergütung im EBM, insbesondere die der Hausbesuchstätigkeiten, strikt ab, weil diese völlig falsche Anreizmechanismen setzt. Dieses Grundproblem behebt auch eine höhere Vergütung, wie sie seit Anfang des Jahres festgeschrieben ist, nicht. Tatsächlich liegt der Erfolg der HZV in einer völlig anderen Gebührenordnung und in einer wirksamen Form der Versorgungssteuerung.

Für die Regelversorgung heißt das Ziel ganz klar: Einen Zuschlag auf die Chronikerziffern, der als Pauschale ausgezahlt wird – ähnlich wie die Regelung in den Selektivverträgen. Wenn eine solche Übernahme in den Kollektivvertrag stattfindet, sehe ich darin keine Konkurrenz, sondern eine Möglichkeit, ausgelobtes Honorar eben auch für kollektivvertragliche Patienten abzurufen, und zwar ohne multiple Abrechnungsausschlüsse und Mindestpatientenzahlen.

Drei Jahre Orthopädievertrag: Paradigmenwechsel gelungen

Susanne Wetterich

Eine durchweg positive Bilanz ziehen die Beteiligten drei Jahre nach Start des Facharztvertrags für Orthopäden, Unfallchirurgen und Chirurgen im gemeinsamen FacharztProgramm von AOK Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg und Bosch BKK. Aber es gibt noch Entwicklungspotential.

Als die Vertragspartner zusammen mit dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) und dem Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschlands e.V. (BNC) 2014 den vierten Facharztvertrag ins Leben riefen, formulierten sie klare Ziele: „Wir wollten weg von der ‚Fünf-Minuten-Spritzen-Medizin' und legen zentralen Wert auf eine ganzheitliche Behandlung", fasst Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, zusammen. „Dazu gehört auch, dem Arzt ausreichend Zeit zu geben. So kann er gemeinsam mit dem Patienten abstimmen, wie dieser durch sein Verhalten einen aktiven Part bei seiner Genesung übernehmen kann", ergänzt Dr. Gertrud Prinzing, Vorständin der Bosch BKK.
Der Paradigmenwechsel in der Versorgung scheint gelungen. „Der Vertrag ist sehr erfolgreich – mittlerweile erreichen wir fast alle Orthopäden im Land", erklärt Dr. med. Burkhart Lembeck, Sprecher des BVOU in Baden-Württemberg. „Die Teilnehmerzahlen steigen weiter, obwohl der Vertrag ja nun schon drei Jahre existiert – auch dies ist ein Beleg für den Erfolg", so Lembeck.

> *Im Facharztvertrag rückt die ‚sprechende Medizin' wieder in den Mittelpunkt.*
> **Dr. med. Burkhart Lembeck**

Mehr Zeit für individuelle Beratung und Information

„Durch die deutlich höheren Fallwerte ermöglicht der Vertrag den Ärzten eine ganz andere Behandlungsintensität und -qualität, von der unsere Patienten nachhaltig profitieren", bilanziert Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland und auch Dr. med. Uwe de Jager, stellvertretender Landesvorsitzender Baden im BVOU, betont die bessere Versorgung der Patienten: „Wir können uns mehr Zeit für sie nehmen und damit besser in sie reinhören. Wir können sie so häufig behandeln, wie wir es für notwendig halten und bekommen das entsprechend vergütet. Dies ist ganz besonders für jüngere Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, aber natürlich auch für ältere und multimorbide Patienten ein großer Vorteil."
„Auch für die teilnehmenden Chirurgen bedeutet der Vertrag einen großen Versorgungsfortschritt", so Dr. Frido Mütsch, BNC-Landesvorsitzender für Baden-Württemberg Nord. Er hebt unter anderem hervor, dass es bei operativen Fällen keine Mengenbegrenzung gäbe und insbesondere die Nachbehandlung gut abgebildet sei. „Das ist gerade bei langwierigen Wundheilungen, zum Beispiel bei Patienten mit Pilonidalsinus, wichtig", so Mütsch.

… im Orthopädievertrag erlaubt eine umfassende biopsychosoziale Anamnese. Und die Patienten profitieren von fundierter und ganzheitlicher Beratung, beispielsweise zur Entstehung von Rückenschmerzen. Weniger unnötige apparative Diagnostik und Therapie sind die Folge. Zudem erhalten sie individuelle Tipps zu Gesundheitsangeboten und zur Selbsthilfe im Alltag.

> *Auch wir Chirurgen schätzen den Versorgungsfortschritt im Vertrag sehr.*
> **Dr. med. Frido Mütsch**

> *Der Orthopädievertrag bietet keine falschen Honorierungsanreize.*
> **Dr. med. Markus Klett**

Aus hausärztlicher Sicht bescheinigt Dr. med. Markus Klett, Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorsitzender der Ärzteschaft Stuttgart, dem Vertrag eine „gute Akzeptanz, vor allem, weil es mit den verkürzten Wartezeiten für die Patienten gut klappt." Die Facharztverträge setzten zudem auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit – „das hatten wir vorher in dieser Intensität nicht", so Dr. Klett, „vor allem aber werden falsche Honorierungsanreize beseitigt, die bei-

spielsweise dazu geführt haben, dass in der Orthopädie überproportional oft operiert wurde und die konservative Behandlung hierbei weitgehend in Vergessenheit geraten ist."

Weiteres Entwicklungspotential

Die Richtigkeit des neuen Weges bestätigen auch zwei Patientenbefragungen[1]: „91 Prozent sagen, sie werden gut betreut, der Zufriedenheitswert liegt bei circa 90 Prozent", fasst Dr. Lembeck zusammen. Lediglich in punkto Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen der Krankenkassen ergab sich noch Luft nach oben. „Wenn sich 72 Prozent in Bezug auf Prophylaxe und Selbsthilfe gut beraten fühlen, ist das zunächst ja nicht eigentlich schlecht, fällt jedoch gegenüber den anderen hervorragenden Werten ab", so Dr. Lembeck. Er regt daher an, in den Qualitätszirkeln noch deutlicher auf die vertragsspezifischen Angebote einzugehen.

Entwicklungspotenzial wird darüber hinaus im Zusammenspiel zwischen Haus- und Facharzt gesehen: „Ich würde mir viel, viel mehr Kontakte zwischen Hausarzt und Facharzt sowie auch zwischen den verschiedenen Facharztdisziplinen wünschen. Vor allem brauchen wir eine deutlich effizientere Informationsvermittlung", so Dr. de Jager, und Hausarzt Dr. Klett fände es gut, „noch mehr und schnellere Informationen vom Facharzt" zu erhalten. Auch für die Qualitätszirkel regt Dr. Lembeck „eine bessere Koordination mit den Hausärzten bezüglich der Versorgungsthemen, der Prophylaxe und der Medikamentierung" an, und sein Kollege Dr. de Jager schlägt vor, die Qualitätszirkel interdisziplinär anzubieten. ■

> *Den Vertrag wirklich leben: Hier gibt es immer noch Entwicklungsmöglichkeiten.*
> ***Dr. med. Uwe de Jager***

1 Publikation in Vorbereitung

Der Orthopädie-Vertrag in Zahlen (Ende 2016)

- Teilnehmende Orthopäden/Unfallchirurgen: über **550**
- Abgerechnete Patienten: über **340.000 Versicherte,** über **85.000 pro Quartal**
- Ausgezahltes Honorar: rund **36,5 Millionen Euro**

Fallwerte im vierten Quartal 2016:

- für ausschließlich konservativ tätige Ärzte: **88 Euro** und
- für operativ tätige Ärzte: rund **111 Euro**

Schwerpunktdiagnosen:

- Unspezifischer Rückenschmerz: **48 Prozent**
- Spezifischer Rückenschmerz: **33 Prozent**
- Gon- und Koxarthrose: **37 Prozent**
- Osteoporose: **9 Prozent**
- Rheumatoide Gelenkerkrankungen: **3 Prozent**

KOMMENTAR

***Dr. med. Norbert Metke**, Vorsitzender des Vorstands der KV Baden-Württemberg zum Stellenwert der Selektivverträge*

Jährlich rund 80 Millionen Behandlungsscheine bei circa 9 Millionen GKV-Versicherten in Baden-Württemberg sind medizinisch von der Morbiditätsentwicklung her kaum nachvollziehbar. Eine bezahlbare und optimale Versorgung der Versicherten scheint zukünftig nur durch ein Mehr an hausärztlicher koordinierter Versorgung möglich zu sein, wie dies in den Selektivverträgen geregelt ist. Dies sind die Ergebnisse der Gutachten des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen von 2009 und 2014, in dem die Systeme im internationalen Vergleich zwischen hausärztlich-koordinierten und nicht hausärztlich-koordinierten verglichen werden, insbesondere aber auch die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung der Selektivverträge in Baden-Württemberg. Eine koordinierte, strukturierte Patientenversorgung ermöglicht höhere Honorare bei einer durch die Beteiligten als verbessert empfundenen Arbeitssituation in der Arztpraxis und damit eine auskömmliche Vergütung. Die Ergebnisse der Selektivverträge können Vorlage für notwendige Strukturveränderungen auch in der kollektiven Versorgung durch die KVen darstellen. Und hierdurch ergeben sich die Einsparungen vor allem bei Klinikeinweisungen und Arzneimitteln, die deutlich höhere Honorare ermöglichen. Nur gemeinsam mit den Facharztverträgen kommt der Arzt so auf eine auskömmliche Vergütung. Ich bin froh, dass wir durch diese freiwilligen Vereinbarungen mit den Krankenkassen in dieser privilegierten Situation sind.

Durchstarten für Neurologen

Susanne Wetterich

Seit 2013 gibt es den PNP-Vertrag für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie. Im Modul Neurologie waren die ärztlichen Teilnehmerzahlen bisher noch nicht zufriedenstellend. Der Vertrag wurde gleichwohl sukzessive weiterentwickelt. Zum 1. Juli treten weitere Änderungen in Kraft. Wir haben nachgefragt.

„Der Vertrag war nicht für alle Neurologen gleichermaßen lohnend, da er sich vor allem auf die Behandlung chronischer Erkrankungen wie MS oder Parkinson konzentriert hat“ so Birgit Imdahl, Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN) in Baden-Württemberg. Damit war die Versorgungswirklichkeit vieler neurologischer Praxen nur zum Teil abgebildet. Prof. Dr. Wolfgang Freund, Landessprecher Baden-Württemberg des Berufsverbands Deutscher Neurologen (BDN) ergänzt: „Auf neurologischem Gebiet haben wir es einerseits mit Patienten zu tun, die an einer chronischen Erkrankung leiden. Für deren Versorgung ist der PNP-Vertrag sehr gut. Gemessen an der Gesamtzahl der Patienten ist ihr Anteil jedoch gering: Bei der überwiegenden Zahl der Krankheiten, die in unseren Praxen behandelt werden, handelt es sich um relativ kurze Erkrankungen. Nehmen wir als Beispiele den unklaren Kopfschmerz oder ein Karpaltunnelsyndrom: In der weit überwiegenden Zahl erfordern diese Fälle keine längerfristige Therapie – sie diagnostisch abzuklären ist jedoch vergleichsweise aufwendig. Diesem Aufwand wurde bisher im PNP-Vertrag zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet.“

Wichtige Vertragsänderungen

„Der PNP-Vertrag ist nicht statisch und wir haben ihn gemeinsam mit MEDI

Baden-Württemberg, der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK immer wieder konstruktiv nachjustiert“, erläutert Imdahl. In den letzten zwei Jahren wurde so die Vergütungsstruktur der rein neurologisch tätigen Ärzte in mehreren Schritten noch genauer an deren Bedürfnisse angepasst. Dazu zählen unter anderem die parallele Abrechenbarkeit von Zusatzpauschalen und Beratungszuschlägen für wichtige Co-Morbiditäten, um speziell die Versorgung multimorbider Patienten weiter zu stärken. Zudem wurde die Grundpauschale mit Wirkung zum 1. Juli 2017 angehoben. Das geschah mit Koppelung an die Überweisung des HZV-Hausarztes, um dessen Koordinationsrolle noch besser zu gewährleisten. Freund schätzt gerade diese Änderungen als sehr wichtig ein, um den Vertrag auch für ausschließlich neurologisch tätige Praxen“ als Ganzes noch attraktiver zu gestalten.

Vorteile des Vertrags nutzen

Der PNP-Vertrag hat das Potenzial, die Patienten schneller in die Behandlung zu bringen und damit unnötige Krankenhausaufenthalte und Drehtüreffekte zu reduzieren. Daneben zielt der Vertrag insbesondere durch die schnellere Patientenannahme darauf ab, Arbeitsunfähigkeitstage und Chronifizierungen zu reduzieren. Als weitere praktische Vorteile für ihre neurologischen Patienten heben die beiden Fachärzte hervor, dass es für AOK-Teilnehmer keine Zuzahlungen für rabattierte Arzneimittel gibt und durch den Einsatz der Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis, der EFA®, eine intensivere Betreuung möglich ist. Neurologischen Praxen, die sich mit der Abrechnung noch schwertun, empfiehlt Imdahl, sich bei MEDI Baden-Württemberg genauer zu informieren. Letztlich sei der diesbezügliche Aufwand erheblich geringer als in der Regelversorgung. Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland, resümiert. „In Gesprächen stellt sich immer wieder heraus, dass wichtige Aspekte des Vertrags nicht bekannt sind. Vor allem wundert mich, dass die Kollegen die Fallzahlen in der KV steigern. Das hat dann zwei Konsequenzen: Erstens sinken die Regelleitungsvolumina für alle und zweitens werden immer mehr Fälle nicht bezahlt.“ Baumgärtner berichtet auch von Praxen, die eingeschriebene Patienten behandeln, obwohl sie nicht am PNP-Vertrag teilnehmen: „Diese Ärzte schaden sowohl ihrer eigenen Praxis, weil sie viele dieser Fälle gar nicht bezahlt bekommen, als auch den Kollegen, die am Vertrag teilnehmen, und die von der AOK und der Bosch BKK für jeden Fall eine viel bessere Bezahlung bekommen hätten.“ Ärzte, die die Vorteile des Vertrags aus erster Hand erfahren möchten, sollen sich direkt an MEDI Baden-Württemberg wenden. „Die Vertragspartner gehen davon aus, dass sich jetzt noch weitere neurologische Praxen für eine Vertragsteilnahme entscheiden werden“, so Baumgärtner. ■

Erstmals ambulante Implantation von Defibrillatoren

Jürgen Stoschek

Mit den Facharztverträgen werden Innovationen schneller in die Versorgung gebracht. Seit April 2017 können Kardiologen erstmals die ambulante Implantation von Defibrillatoren vornehmen – eine Therapieoption, die in der ambulanten Regelversorgung nicht erstattet wird.

Mit jährlich rund 66.000 Fällen gehört der plötzliche Herztod zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland.[1] In über 80 Prozent der Fälle sind schnelle Rhythmusstörungen der Herzkammer oder Kammerflimmern die Ursache. Der implantierbare Cardioverter-Defibrillator (ICD) ist die einzige Möglichkeit, diese lebensbedrohlichen Störungen zu erkennen und zu beenden. Mittlerweile ist durch zahlreiche Studien ein signifikanter Überlebensvorteil einer Elektrostimulation oder Schockabgabe bei Patienten mit Herzinsuffizienz belegt. Rund 30.000 dieser Geräte werden hierzulande jährlich implantiert oder ausgetauscht.[2] Diese Leistung konnte bisher nur in spezialisierten Kliniken erbracht werden.

Qualifizierte Kardiologen erforderlich

Seit dem 1. April 2017 ist dies bundesweit erstmalig auch ambulant möglich. Davon profitieren können Versicherte, die am gemeinsamen FacharztProgramm von AOK Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg und Bosch BKK teilnehmen. Vergütet wird die Neu- bzw. Erstimplantation sowie der Aggregatwechsel von Defibrillatoren. Erstere für 1- oder 2-Kammer-Systeme, letzterer zusätzlich auch für 3-Kammer-Systeme. Die vertraglichen Voraussetzungen für die Durchführung entsprechen den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Dazu zählt insbesondere der Nachweis, dass in den letzten Jahren kontinuierlich implantiert wurde. Etwa 17 der rund 200 am Kardiologievertrag teilnehmenden Ärzte erfüllen derzeit die erforderlichen Qualifikationskriterien.

Dr. Bosch mit seinem ersten Patienten im AOK-FacharztProgramm

> *Ich bin sehr froh, dass der Eingriff ambulant durchgeführt wurde.*
> *Patient* ***Hamdija Zaimovic***

Der Patient bleibt beim Arzt seines Vertrauens

Vorteile der Neuerung für die Patienten: Sie müssen nicht in die Klinik, sondern bleiben weiterhin bei „ihrem“ Arzt, dem alle Befunde vorliegen. Eine geregelte Nachsorge ist so gewährleistet. Und der Eingriff in der Klinik inklusive der notwendigen Voruntersuchungen dauert oft länger. „Etwa 95 Prozent der Patienten bevorzugen einen ambulanten Eingriff in vertrauter Umgebung beim Arzt ihres Vertrauens“, so PD Dr. Ralph Bosch, MEDI-Sprecher und 1. Regionalvorsitzender des BNK Baden-Württemberg. Für die ambulante ICD-Implantation wurden Pauschalen vereinbart, die im Vergleich zur Klinik knapp unterhalb der Ein-Tages-DRGs liegen. Der Ludwigsburger Kardiologe weist noch auf einen weiteren Vorteil hin: „Bei den verfügbaren Aggregaten gibt es erfahrungsgemäß deutliche Qualitätsunterschiede. Die ausgehandelte Vergütungspauschale erlaubt es, technisch höherwertige Geräte zu verwenden”.

Weitere Innovationen im Kardiologie-Vertrag

„Mit unseren Innovationen im Kardiologievertrag sind wir Vorreiter, wenn es darum geht, bei hoher Versorgungsqualität unnötige Ausgaben für stationäre Behandlungen einzusparen“, betont auch Dr. Winfried Haerer, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und Geschäftsführer der Herzklinik Ulm. So wurde bereits 2012 bundesweit erstmalig die ambulante Implantation eines Ereignisrekorders vertraglich vereinbart. Mit deren Hilfe wird innerhalb von drei Jahren der Anteil der Patienten, bei denen nach einem unklaren Schlaganfall Vorhofflimmern diagnostiziert werden kann, verzehnfacht – der häufigsten Ursache des Schlaganfalls. Seit Herbst 2016 können auch Ereignisrekorder der neuesten Generation verwendet werden, die für den Patienten noch komfortabler sind. Im Vergleich zu herkömmlichen Geräten seien diese wesentlich kleiner und leichter implantierbar, so Haerer weiter.

Seit 2013 werden auch die Materialkosten für die Druckdrahtmessung bei einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung übernommen. Das erlaubt den Nachweis, ob die durch eine angiographisch nachgewiesene Stenose hervorgerufene Minderdurchblutung des Herzmuskels tatsächlich so gravierend ist, dass ein Stent eingesetzt werden muss. ■

1 Europace (2014) 16, 1752–1758 doi:10.1093/europace/euu153
2 Jahresbericht 2014 des Deutschen Herzschrittmacher- und Defibrillatorregisters

Auf den Punkt gebracht

Fünf Fragen an Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland.

Wie sieht Ihre Zwischenbilanz für die Selektivverträge im Südwesten aus?
Es gibt endlich kalkulierbare Rahmenbedingungen für die Praxen, feste Preise und keine Budgets. Und die Haus- und Fachärzte arbeiten eng zusammen und machen eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung überflüssig. Aber es bleibt noch einiges zu tun.

Was hat Sie in den letzten Jahren besonders positiv überrascht?
Wie gut alle Vertragspartner in der schwierigen Anfangsphase zusammengearbeitet haben. Uns wurde unterstellt, dass wir die KVen zerstören. De facto geht es den Niedergelassenen hierzulande dank der Selektivverträge besser denn je!

Welche Herausforderungen stehen noch für die nächsten Jahre an?
Die Umsetzung der elektronischen Vernetzung, sonst bleiben unsere Praxen nicht wettbewerbsfähig. Wir müssen weg vom Faxstandard! Dabei haben wir viel aus unserem Vernetzungsprojekt in Heilbronn gelernt. Wir müssen aber noch viel Überzeugungsarbeit leisten und brauchen auch einen finanziellen Ausgleich für den höheren Aufwand, gerade in den Anfängen der IT-Vernetzung.

Ist die baden-württembergische Erfolgsgeschichte auch in anderen Bundesländern vorstellbar?
Grundsätzlich ja. Aber für die meisten Kassen ist der Kollektivvertrag zu bequem: Selektivverträge machen viel Arbeit und brauchen auch eine Anschubfinanzierung. Die KVen unterstützen diese Verträge nicht, weil sie von der Gesamtvergütung nichts abgeben möchten. Aber ich bin optimistisch, spätestens 2018 die ersten Facharztverträge außerhalb von Baden-Württemberg verhandeln zu können.

Bekommen die Selektivverträge genug Unterstützung von der Politik?
Die Hausarztverträge ja. Die Facharztverträge leider noch nicht. Deshalb fordern wir auch hier eine Kassenpflicht oder wenigstens Anreize für deren Abschlüsse. Dem Bundesgesundheitsministerium liegen dazu konkrete Vorschläge vor und wir hoffen sehr, dass sie baldmöglichst berücksichtigt werden.

Impressum Ausgabe 01/2017

Herausgeber und Verantwortliche i.S.d.P.
AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

Bosch BKK
Dr. Gertrud Prinzing
Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart

Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Dr. med. Berthold Dietsche
Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart

MEDI Baden-Württemberg e.V.
Dr. med. Werner Baumgärtner
Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

Autoren: Ruth Auschra, Katja Ewers, Michael Reischmann, Jessica Rettig,
Jürgen Stoscheck, Susanne Wetterich
Layout: Miriam Bussmann
Produktion und Druck: Offizin Scheufele Druck und Medien GmbH & Co. KG, Stuttgart

Bildnachweise:
Fjodor Zarmutek (Karikatur Seite 5),
Horst Rudel (Seiten 6/7, Seite 12/13 und Seite 17),
shutterstock (Seite 14),
Perspektive Hausarzt (Seite 8 und Seite 10),

Weiterführende und aktuelle Informationen über die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg finden Sie unter:

www.neue-versorgung.de
www.aok-gesundheitspartner.de/bw
www.bosch-bkk.de
www.hausarzt-bw.de
www.medi-verbund.de