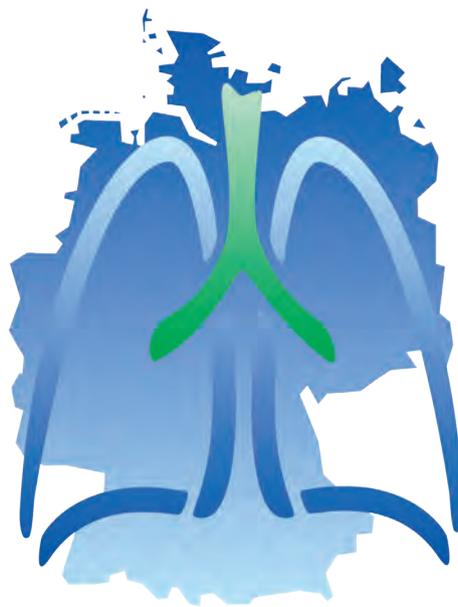


Weißbuch
Ambulante Pneumologie 2017



Weißbuch Ambulante Pneumologie 2017

Bestandsaufnahme, Perspektiven, Ausblicke und Kommentare



1. Auflage
September 2017

Herausgeber:
Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP)

verantwortlich Andreas Hellmann
mit den Co-Autoren Michael Barczok, Frank Friedrichs, Christian Franke, Thomas Hering,
Michael Horst, Jens Steiß, Michael Weber.

Unter Mitwirkung von Jörg Andres, medWiss GmbH, Graz und Michael Erhart, ZI, Berlin.

Disclaimer

Die im Weißbuch Ambulante Pneumologie veröffentlichten Stellungnahmen geben die konsentierete fachliche Meinung des Autorenteams wieder. Jede Aussage wurde vor Drucklegung vom Autor nochmals auf Aktualität überprüft und entspricht somit dem derzeitigen Stand des Wissens. Dies entbindet den Leser aber nicht von seiner Verpflichtung, die Diagnostik und Therapie in eigener Verantwortung vorzunehmen.

Impressum

Herausgeber: Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner
c/o med info GmbH | Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim | Tel.: 07321 946910 | Fax: 07321 9469130

E-Mail: medinfo@pneumologenverband.de | **Internet:** www.pneumologenverband.de

Verlag: med info GmbH | Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim

Satz & Layout: med info GmbH

Inhalt

Vorwort	7
Vorwort Dr. Andreas Gassen	8
Vorwort Dr. Dominik Graf von Stillfried	9
Morbidität und pneumologische Versorgung	11
Fallzahl und case-mix	12
Verlagerung stationär-ambulant	15
Verschiebung der Versorgungsebenen	16
Herausforderungen durch Migration	16
Sozialer Status und Inanspruchnahme	17
Pneumologische Versorgungsstruktur – oder schaffen wir das?	20
Gegenwärtiger Stand der Versorgung mit Pneumologen	20
Regionale Verteilung	23
Behandlungsfälle	25
Regionale Entwicklungen (Wille Gutachten 2012)	27
ALT / NEU Konzept	28
WINPNEU Daten zu ALT/NEU Patienten	28
Unterschiede der Leistungserbringung bei ALT/NEU Patienten	29
Röntgen bei ALT/NEU	33
Fazit zu ALT/NEU	35
Erreichbarkeit des Pneumologen	36
Wartezeiten	37
Stationäre Versorgung	39
Sicherstellung pneumologischer Versorgung	41
Wirtschaftliche Aspekte der pneumologischen Versorgung	42
Leistungsbedarf und budgetiertes Honorar	42
Kann intensive ambulante pneumologische Versorgung stationäre Fälle verhindern?	45
Zusammenhang von ambulantem pneumologischem Leistungsbedarf und Krankenhausfällen	45
Fazit zu Leistungsgeschehen und Honorar	47

Praxisstrukturen	48
Altersstruktur der Pneumologen	50
Szenarien zukünftiger Entwicklungen	51
Haben wir überhaupt genügend Nachwuchs?	53
Weiterbildung	54
Die Weiterbildungszeiten zum „Pneumologen“	54
Weiterbildungsbefugte in der pneumologischen Praxis und Klinik	54
Sektorübergreifende Weiterbildung	56
Pneumologen als Belegärzte	58
Fallzahl der einzelnen Praxen	59
Leistungsspektrum der pneumologischen Praxen	60
Pneumologische Versorgungsbereiche	62
COPD	62
Schweregrade der COPD in der ambulanten Betreuung	63
COPD und ALT/NEU	65
Respiratorische Insuffizienz (J96.xx)	66
COPD und Aufwand in der Praxis	68
Regionale Unterschiede	70
Prävalenz COPD) in der ambulanten Versorgung mit Pneumologenkontakt	71
COPD in der stationären Versorgung	72
Sozialstatus und Prävalenz der COPD	72
Zusammenhang zwischen COPD-Prävalenz und SBG-II-Quote (Hartz IV)	73
COPD im DMP	75
Asthma	76
Leistungserbringung durch Pneumologen im Vergleich bei Asthma, COPD und Schlafapnoe	77
Asthmaformen	79
Asthma bei „ALT / NEU“ Patienten	81
Asthmaprävalenz in pneumologischen Praxen	82
Regionale Verteilung	84
Zukünftige Entwicklungen im Management des Asthma bronchiale	85
Allergologie	86
Kosten allergischer Erkrankungen	92
Handlungsbedarf in der Allergologie	93
Schlafmedizin	94
Rolle der Schlafmedizin in der pneumologischen Versorgung	94
Regionale Unterschiede	97
Wo findet Schlafmedizin statt?	98
Zukunft der Schlafmedizin	99

Bronchialkarzinom	100
Disease management Programm Asthma / COPD	103
DMP – Geschichte und Entstehung	103
Beginn im Jahr 2005	103
DMP: teilnehmende Praxen	104
Zahl eingeschriebener Patienten	104
DMP hilft	106
Tabakentwöhnung jetzt im DMP COPD	108
Stellenwert der Tabakentwöhnung	108
Tabakentwöhnung rechnet sich für die Krankenkassen!	109
Was macht der BdP?	110
Was muss weiter passieren?	111
Neue DMP Programme	111
Das Praxisteam	113
Pneumologische Assistentin	115
Pneumologische Fachsistentin	116
Umfeld der pneumologischen Praxen	118
Kooperationspartner	118
Direkte Inanspruchnahme, Überweisung, Originalfälle	120
Wer behandelt wen?	124
Patientensteuerung durch sinnvolle Kooperation	125
Versorgungslandschaft Atemwege	125
Projekt „Hausärztlich pneumologische Praxisassistentin“ (HPPA)	126
Qualitätsmanagement in der Pneumologie	127
Kinderpneumologie	129
Versorgungsauftrag der Kinderpneumologen	133
Selbstverständnis der BAPP	134
Epilog	135

Vorwort

Pneumologie ist weit mehr als Lungenheilkunde, ja der Begriff Lunge kommt in der Bezeichnung des Faches gar nicht vor. Das griechische *Pneuma* bedeutet viel mehr als Luft, es deutet hin auf den „Geist“, die „Seele“, den Hauch, der alles durchdringt, der kosmische Macht hat – also auf das Schicksal selbst.

Es gilt aber in dieser Monographie keine Kulturgeschichte des Odems, des indischen Prana oder des chinesischen Qi zu schaffen, sondern viel prosaischer den Stand und die Zukunft eines Faches zu skizzieren, das sich wie kaum ein anderes in den letzten Jahren verändert und entwickelt hat.

Ist die Zeit der „Phtisiologie“ nur in den Erzählungen einer Generation wach geblieben, die noch Sauerbruch persönlich erlebt hatte, so bekommt die Tuberkulose, die Mutter aller Krankheiten, durch die Migrationsströme neue Aktualität. Gleichzeitig verlieren die anderen Volkskrankheiten der Pneumologen, das Asthma und die COPD, keineswegs an Bedeutung. Das Lungenkarzinom ist inzwischen die Tumorerkrankung mit der größten Dynamik, sowohl bezüglich der Mortalität wie der Innovationen in der Onkologie.

In den letzten 25 Jahren hat sich die Schlaf- und Beatmungsmedizin zu einem wichtigen und starken Teil der Pneumologie entwickelt. Die Allergologie ist weiter essenzieller Bestandteil der pneumologischen Versorgung, die Dynamik der individuellen Therapie des Asthmas wird uns in den nächsten Jahren erheblich beschäftigen.

Ist die Pneumologie diesen Herausforderungen gewachsen?

Die Beschränkungen eines budgetierten Finanzrahmens, die Fesseln des Erlaubnisvorbehaltes, des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der unregelmäßige und chaotische Schnittstellenkorridor ambulant/stationär, die Ausdünnung der hausärztlichen Versorgung, der behinderte Zugang von Innovationen in den ambulanten Bereich, die Öffnung der Krankenhäuser sowie die Substitution ärztlicher Leistungen durch Nichtärzte erfordern neue Ideen und Konzepte. Wir müssen uns wohl von gewohnten und auch angenehmen Denkgewohnheiten verabschieden.

Dies wird im Hinblick auf die Nachwuchsproblematik und das Geschlechterverhältnis des Nachwuchses alles andere als ein Selbstläufer.

Aber nichts in der Politik geschieht einfach so! Alles muss gedacht, konzipiert und umgesetzt werden. Wir Pneumologen haben in der Vergangenheit bewiesen, dass wir Versorgung können, dass wir innovativ sind, dass wir vom Patienten aus denken und Visionen für die Zukunft haben.

Diese Monographie soll dazu beitragen, dass die Pneumologie auch in Zukunft bestehen kann.

Ich möchte mich bei allen bedanken, die an der Entstehung dieser Schrift mitgewirkt haben. Zuallererst bei Herrn Dr. Michael Erhart und seinen Mitarbeitern vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Berlin, für die aufopfernde Bereitschaft, alle unsere absonderlichen Ideen und Fragestellungen abzuarbeiten. Dank auch an den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung, Herrn Dr. Andreas Gassen, und den Leiter des ZI, Herrn Dr. Dominik von Stillfried, für die Unterstützung des Projektes.

Gleichzeitig gilt mein Dank dem Autorenteam des BdP, der Betreuung durch Johanna Andres von med Info und Jörg Andres, med wiss, Graz.

Dr. Andreas Hellmann

Vorsitzender des
Bundesverbands der Pneumologen, Schlaf- und
Beamtungsmediziner

Vorwort Dr. Andreas Gassen

Die Menschen in Deutschland profitieren von einem Gesundheitssystem auf sehr hohem Niveau. Das Rückgrat dafür ist die ambulante medizinische Versorgung, die mit ihren mehr als 500 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr auch die gute Qualität dieser Versorgung garantiert. Damit das so bleibt, sucht das KV-System den permanenten Erneuerungsprozess. Auch die Pneumologie entwickelt sich in diesem Sinne weiter. So hat beispielsweise die Schlaf- und Beatmungsmedizin in den vergangenen Jahren einen großen Schub erfahren. Nur wer sich bewegt und Altes hinterfragt, hält sich bereit für die Zukunft.

Wir Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten lassen uns dabei nicht von kurzlebigen Modeerscheinungen beeinflussen: Wenn Altes geprüft und für gut befunden wird, dann werden wir es erhalten. Zu diesem guten Alten gehört zum Beispiel die Ausrichtung der ambulanten Versorgung auf wirtschaftlich selbständige Arztpraxen, in welcher Gesellschaftsform auch immer. In der Lungenheilkunde sehen wir, dass die Zahl der niedergelassenen Pneumologen in den vergangenen Jahren beinahe konstant geblieben ist – ein gutes Zeichen! Die Prinzipien des Arztes als Vertreter eines freien Berufes gilt es genauso zu bewahren wie eine Versorgung, die auf dem direkten Arzt-Patienten-Kontakt beruht. Nicht umsonst zeigen die jährlichen Patientenbefragungen der KBV hohe Zufriedenheits- und Vertrauenswerte für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Die Anforderungen an das Neue, das wir gestalten wollen, ergeben sich aus den Rahmenbedingungen, die auf unser Gesundheitssystem wirken. Die Menschen werden immer älter, es gibt mehr multimorbide Patienten und mehr Chroniker. In diesem Sinne sind Asthma, COPD und Allergien Volkskrankheiten, die einen stetigen pneumologischen Behandlungsbedarf darstellen. Aber auch wir Ärzte selbst sind von der demografischen Entwicklung nicht ausgeschlossen. Dazu entwickelt sich die Medizin in Sieben-Meilen-Stiefeln und bietet immer mehr Behandlungsmöglichkeiten, die wiederum mit deutlichen Kostensteigerungen einhergehen.

Und schließlich sehen wir eine rasante technische Entwicklung in allen Bereichen. Auf all das braucht es neue Antworten und neues Denken. Die KBV und die KVen haben mit der Strategie KBV 2020 ihre Vorstellungen dazu gebündelt. Wir fordern eine echte sektorenübergreifenden Weiterbildung und die Weiterentwicklung der Honorarstruktur. Sehr wichtig ist uns die koordinierte Behandlung von Chronikern über Case Management und DMP, wofür es gerade im Bereich der Lungenheilkunde vielversprechende Initiativen gibt. Auch die engere Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen, intelligente Maßnahmen der Sicherstellung vor allem auch im ländlichen Raum, eine Kooperation auf Augenhöhe mit dem stationären Bereich und nicht zuletzt eine sinnvolle Nutzung der Digitalisierung gehören dazu. Und wir wollen neue Impulse für das Belegarztwesen setzen: In der Pneumologie hat das Relevanz zum Beispiel beim Schlaflabor. Für die Umsetzung all dieser Themen ist die Selbstverwaltung im Ganzen gefordert – und mit ihr die Berufsverbände. Denn die besondere Stärke unseres Gesundheitssystems ist es, dass die versorgungsrelevanten Entscheidungen nicht am grünen Tisch getroffen werden, sondern von Praktikern, die wissen, wie Versorgung in der Realität aussieht. Deshalb sind die Impulse, die Initiativen und das Engagement der Kolleginnen und Kollegen in den Berufsverbänden für uns so wichtig. Der Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner ist hierfür ein wichtiger und zuverlässiger Partner. In diesem Sinne freue ich mich auf die weitere Zusammenarbeit. Denn es gibt, wie das Weißbuch ambulante Pneumologie 2017 eindeutig zeigt, jede Menge zu tun.

Ihr
Dr. Andreas Gassen
Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Vorwort Dr. Dominik Graf von Stillfried

Versorgungsforschung muss der Praxis dienen. Der Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner hat diesen Grundsatz aufgegriffen und mit dem Weißbuch ambulante Pneumologie 2017 einen aktuellen Überblick über Sachstand, Herausforderungen und Entwicklungstendenzen des eigenen Fachgebiets vorgelegt, der vor allem die fachliche Diskussion in den eigenen Reihen bewegen soll. Trotz einer insgesamt rückläufigen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist aufgrund der Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur in der ambulanten Pneumologie mit einem steigenden Versorgungsbedarf zu rechnen. Hinzu tritt ein zusätzlicher Versorgungsbedarf aufgrund von Verlagerungen bzw. einem Verlagerungspotenzial aus dem stationären Bereich und der fortschreitenden Spezialisierung in der Medizin. Allerdings entwickeln sich die Bevölkerung, der Versorgungsbedarf und die Zahl der niedergelassenen Pneumologen regional sehr unterschiedlich.

Regionale Besonderheiten prägen auch die Praxis- und Leistungsstrukturen in der ambulanten Versorgung. Dementsprechend gestaltet sich die Arbeitsteilung zwischen den pneumologischen Praxen und dem hausärztlichen Versorgungsbereich sowie zwischen der ambulanten und stationären pneumologischen Versorgung regional unterschiedlich. Diese Befunde liefern erste Ansatzpunkte für eine kritische fachinterne Diskussion zur Definition von Versorgungszielen und regionalen Behandlungsbedarfen anhand derer eine überregionale Positionierung des Faches für die nächsten Jahre entwickelt werden kann. Aus Sicht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) sind es gerade die regionalen Unterschiede der Versorgung, an denen wir erkennen können, was unter den gegebenen Rahmenbedingungen geleistet werden kann (Best-Practice-Beispiele), in welchen Regionen Handlungsbedarf zur Verbesserung der pneumologischen Versorgung besteht und welche Maßnahmen dazu geeignet sein könnten.

Der Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner setzt mit seiner Initiative daher auch ein gutes Beispiel für alle anderen Fachgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung. Besonders interessant werden die weitere Nutzung des Weißbuchs und die sich daraus ergebenden Fragen sein. Gerne unterstützt das Zi diesen fachinternen Diskurs zur Stärkung der ambulanten Pneumologie in Deutschland auch weiterhin mit Daten, Auswertungen und Analysen.

Dr. Dominik Graf von Stillfried,
Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

Diesem Grundsatz folgt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung für die Praxis

Morbidität und pneumologische Versorgung

In den Versorgungsauftrag Pneumologie fallen sämtliche Atemwegs- und Lungenerkrankungen, einschließlich der extrathorakalen Atmungsstörungen, wie der Schlafapnoe. Die Hauptaufgabe der Pneumologen ist die Diagnostik und Therapiesteuerung von Patienten mit Asthma und COPD. Damit

fallen zwei große „Volkskrankheiten“ in die Verantwortung dieser Facharztgruppe. Zusätzlich zu diesen Hauptindikationen gilt es, seltenere Erkrankungen zu identifizieren und adäquat zu versorgen.

Die 10 häufigsten Todesursachen 2014

ICD 10-Code	Todesursache	Anzahl Gestorbene	Anteil in %
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	69 890	8,0%
I21	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	48 181	5,5%
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Lungen- und Bronchialkrebs)	45 049	5,2%
I50	Herzinsuffizienz (Herzschwäche, Herzmuskelschwäche)	44 551	5,1%
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	27 008	3,1%
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	24 867	2,9%
I11	Hypertensive Herzkrankheit	22 859	2,6%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Brustdrüsenkrebs (Mamma))	17 804	2,1%
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	16 899	1,9%
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	16 753	1,9%

Tabelle 1: Die 10 häufigsten Todesursachen 2014

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Die Todesursachenstatistik untermauert die große Verantwortung des Faches hinsichtlich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Unter den 10 häufigsten Todesursachen 2014 finden sich zwei pneumologische Indikationen (Bronchialkarzinom und COPD). Die Pneumonie liegt mit 15.992 Verstorbenen nur knapp dahinter.

Für die beiden Erkrankungen Bronchialkarzinom und COPD sind die Einflussmöglichkeiten auf Vermeidung bzw. Prognose durch die Pneumologie eminent. Allein die Vermeidung des Tabakkonsums könnte das Entstehen von Bronchialkarzinom und COPD in entscheidender Weise ausschalten. Insbesondere das Abwenden schwerer Verlaufsformen ist das hohe Potenzial, das die pneumologische Versorgung in der Hand hat, wenn man sie nur lässt.

Die Verteilung der Mortalität weist aber den Weg, den die Pneumologie gehen muss. Die Beschäftigung mit einer der häufigsten Todesursachen, dem Bronchialkarzinom, muss Schwerpunkt der zukünftigen Tätigkeit des Pneumologen werden. Die Komplexität des Verlaufes und der Behandlung des Lungenkarzinoms erzwingt die Kooperation über Gebietsgrenzen hinweg. Gleichzeitig eröffnen die bereits etablierten immunologischen Therapien und die anstehenden Innovationen neue Tätigkeitsfelder der nicht-invasiven Behandlung.

Für die Volkskrankheiten Asthma und COPD haben die Disease-Management-Programme zu einem nachhaltigen und kontinuierlichen Bedeutungszuwachs geführt. Gleichzeitig erfordern die Prävention (Tabakentwöhnung) und maschinelle Beatmung vermehrte Anstrengungen in der Betreuung von Patienten mit Atemwegserkrankungen.

Die Pneumologie behandelt Volkskrankheiten, mit schweren, oft tödlichen Verläufen und zunehmender Morbidität sowie hoher volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Die Morbiditätslast steigt!

So geringfügig die Tuberkulose in der Todesstatistik auftaucht, so massiv wird uns diese Krankheit in Zukunft fordern. Der ungebrochene Zustrom aus Hochprävalenzländern wird unseren Umgang mit dieser Krankheit ändern. Wir müssen uns fragen, ob die gültigen nationalen Leitlinien geeignet sind, mit diesem gesundheitspolitischen Problem umzugehen.

Fallzahl und case-mix

Zum 31. Dezember 2014 gab es in Deutschland 147.948 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte. Der Anteil ambulant tätiger Pneumologen (934) an der Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte beträgt damit im Jahr 2014 0,63 %.

Etwa 2,4 Mio. GKV-Versicherte suchen binnen eines Jahres mindestens einmal eine pneumologische Praxis auf. Damit werden ca. 3,5 % aller Versicherten in den Praxen der Lungenärzte behandelt. Die Gesamtfallzahl und die durchschnittliche Fallzahl je Patient zeigen steigende Tendenz. Der Zuwachs beträgt durchschnittlich ca. 1 % pro Jahr.

Jahr	Pneumologen	Patienten mit Pneumologenkontakt	Durchschnittliche Patientenzahl je Pneumologe	Durchschnittliche Fallzahl je Pneumologe	Durchschnittliche Fallzahl je Patient in Pneumologischer Praxis
2010	916	2 664 790	2909.160	5068.160	1.742
2011	916	2 732 113	2982.656	5210.287	1.747
2012	903	2 751 077	3046.597	5328.703	1.749
2013	913	2 809 231	3076.923	5389.210	1.751
2014	910	2 846 053	3127.531	5485.010	1.754

Tabelle 2: Anzahl Patienten in pneumologischen Praxen 2010 bis 2014;

Berechnungen des ZI auf Basis der Bundesweiten Abrechnungsdaten der KBV.

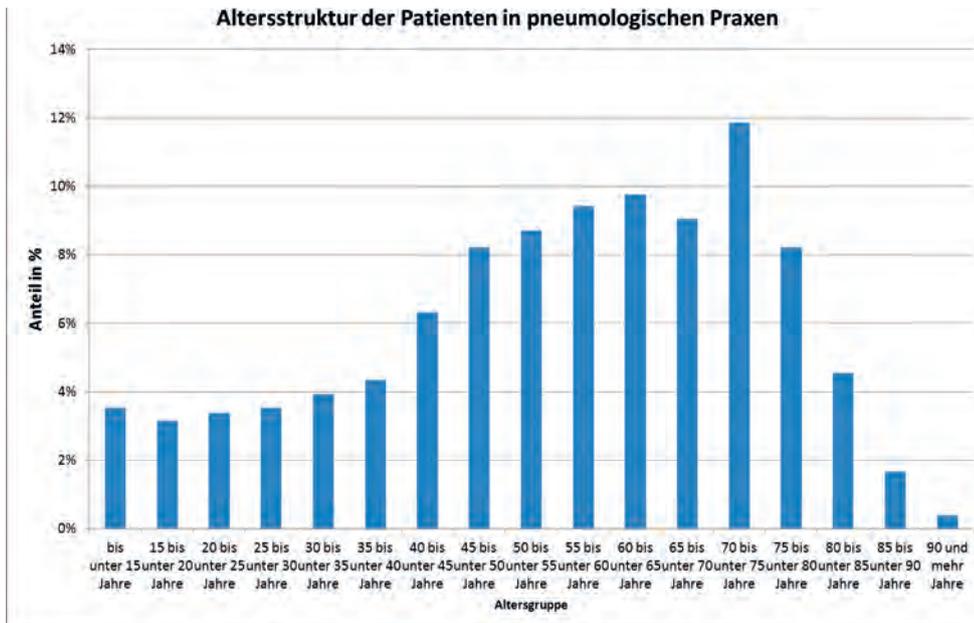


Abbildung 1: Altersstruktur der Patienten in pneumologischen Praxen;
Quelle: Berechnungen des ZI auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten der KBV, Datenjahr 2011

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird der Anteil der Patienten, die in kontinuierlicher Betreuung beim Pneumologen sind, ebenso wachsen wie die Gesamtzahl der Patienten.

Ältere Menschen benötigen mehr ärztliche Leistungen. Der demografische Wandel führt deshalb schon allein zu einer steigenden Nachfrage nach ärztlichen Leistungen.

Eng an der demografischen Entwicklung verläuft auch die Zunahme der Inzidenz und Mortalität des Lungenkarzinoms. Die schon im Moment bestehenden Möglichkeiten der nicht-parenteralen Behandlung in first line werden wahrscheinlich zunehmen und es sollte die Bemühung aller Pneumologen sein, sich nicht nur in der Diagnostik, sondern (wieder) vermehrt in der Behandlung bösartiger Tumore der Atemwege zu engagieren.

Pneumologen sind 0,63 % aller niedergelassenen Ärzte und sehen 3,5 % der Versicherten.

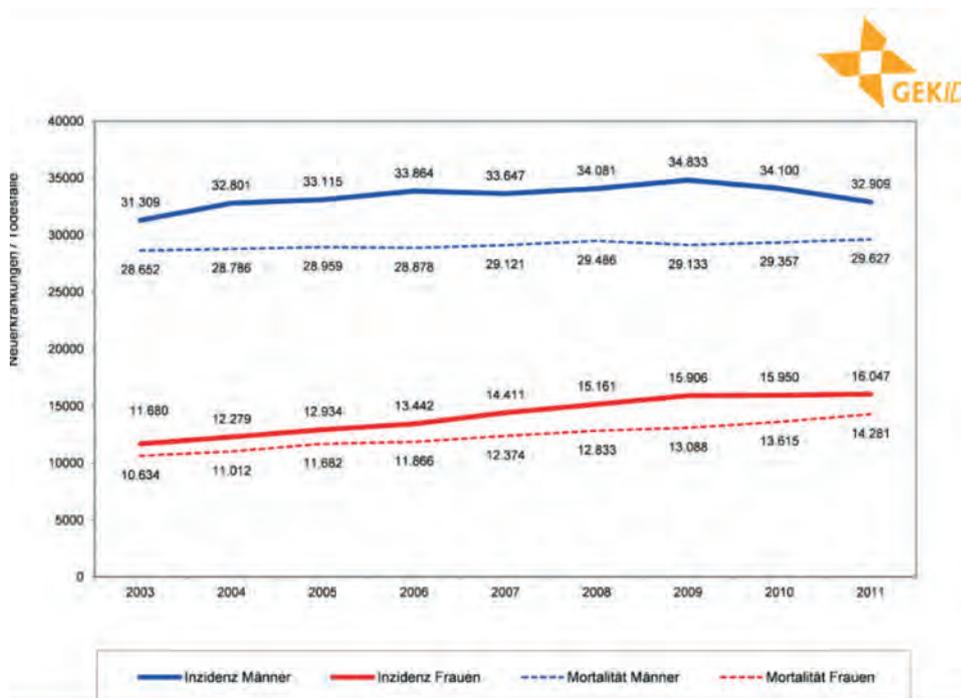


Abbildung 2: Inzidenz und Mortalität des Lungenkarzinoms in Deutschland (Neuerkrankungen/Todesfälle), Leitlinie: Empfehlungen der Fachgesellschaft zur Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen ICD10: C34.

Allein die Demografie führt zu einem deutlichen Zuwachs an Morbidität, besonders auch von bösartigen Lungenkrankheiten.

Verlagerung stationär-ambulant

Eine wesentliche Dynamik wird die Verlagerung von stationären Leistungen in die ambulante Versorgung darstellen. Es handelt sich um sog. „ambulant-sensitive Krankenhausfälle“.

	Anteil 2008	Anteil 2010	Veränderung geg. 2008 in %
Stundenfall	2,8%	2,8%	5,19%
1 Tag	12,4%	13,8%	14,61%
2 Tage	12,4%	12,7%	5,53%
3 Tage	11,4%	11,8%	6,94%
4 Tage	9,8%	9,9%	4,96%
5 Tage	7,8%	7,8%	2,24%
6 Tage	6,5%	6,3%	-0,39%
7 Tage	5,9%	5,6%	-1,25%
8-9 Tage	8,4%	8,1%	-1,11%
10-12 Tage	7,7%	7,4%	-0,86%
13-14 Tage	4,0%	3,6%	-5,33%
15-21 Tage	6,4%	5,8%	-6,82%
22-28 Tage	2,3%	2,1%	-3,60%
29-35 Tage	1,0%	0,9%	-4,87%
36-42 Tage	0,5%	0,5%	-3,65%
43-70 Tage	0,6%	0,6%	-2,51%
71-182 Tage	0,2%	0,2%	0,85%
183-365 Tage	0,0%	0,0%	4,34%
über 365 Tage	0,0%	0,0%	0,00%
insgesamt	100,0%	100,0%	3,01%

Abbildung 3: Veränderung der Liegezeiten im stationären Bereich 2008 bis 2010 (KBV)

Im Jahr 2010 betrug die Verweildauer bei mehr als einem Drittel aller im Krankenhaus erbrachten stationären Fälle höchstens drei Tage, d.h. über 6 Millionen stationäre Fälle gelten aktuell als sogenannte Kurzlieger. Wengleich sicher nicht sämtliche dieser Fälle ambulant hätten erbracht werden können und die Verweildauerverkürzung z. T. auch mit Leistungsverdichtungen begründet werden kann, zeigen die

kontinuierlich sinkende Gesamtverweildauer, die Zunahme von Kurzliegern und die Existenz vieler Stundenfälle das erhebliche Potenzial einer zunehmenden ambulanten Leistungserbringung auf. (SVRG 2012)

Schon in einer kurzen Beobachtungszeit von gerade mal 2 Jahren kommt es zu einer deutlichen Ausweitung von Kurzliegerfällen, die zumindest oft ambulant zu versorgen wären.

Dazu gehört sicher auch das weite und bisher brachliegende Feld der ausserklinischen Beatmung, das bis heute noch nicht im Fokus der ambulanten pneumologischen Versorgung steht.

Zahlreiche Versorgungsforschungsstudien, darunter z. B. ein IGES Gutachten (Albrecht et al. 2014) im Auftrag des BMG, haben festgestellt, dass in Regionen mit einer überdurchschnittlichen Haus- und Facharzttdichte die Zahl vermeidbarer Krankenhausfälle reduziert ist. Je besser die vertragsärztliche Versorgungsstruktur und je intensiver die ambulante Versorgung in einer Region, desto weniger teure stationäre Aufenthalte sind notwendig (zitiert nach: Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen! G. Neubauer, IFG, Neuherberg).

Die Verlagerung aus dem Krankenhaus führt zu einer weiteren Nachfrage ambulanter pneumologischer Leistungen.

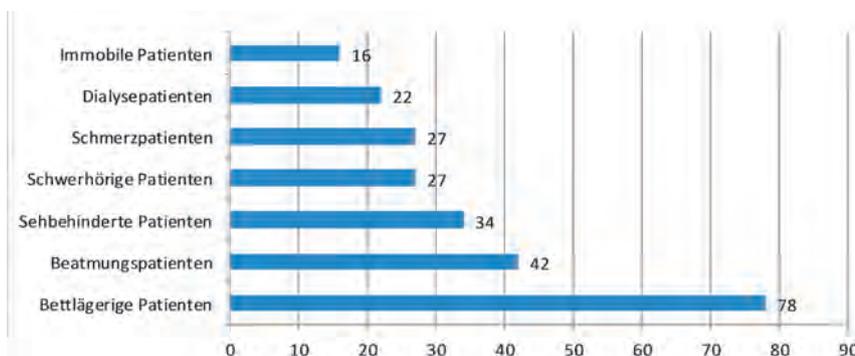


Abbildung 4: Prognostizierter Zuwachs der Patienten ausgewählter Krankheiten in Deutschland nach Art der Einschränkung bis 2050 in Prozent <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/248103/umfrage/zuwachs-der-patientenzahlen-in-deutschland-nach-art-der-einschraenkung>

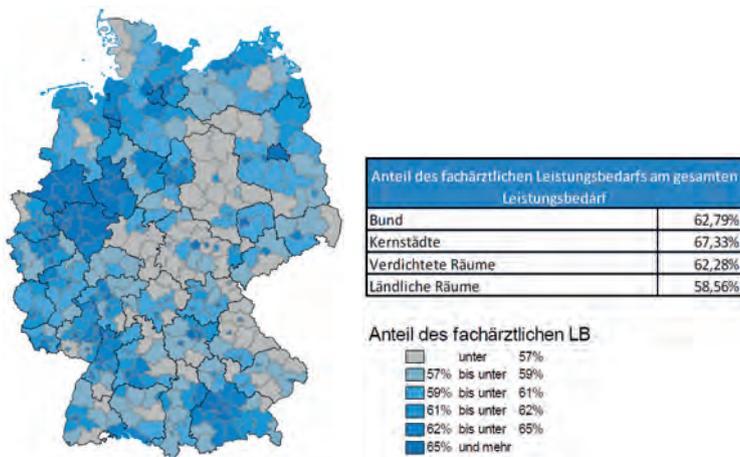


Abbildung 5: Anteil des fachärztlichen Leistungsbedarfes am gesamten Leistungsbedarf 2012 (KBV, ZI)

Verschiebung der Versorgungsebenen

Der Anteil der hausärztlichen Leistungen an der Gesamtversorgung ist kontinuierlich schrumpfend. Schon jetzt werden mehr als 60 % des Leistungsbedarfes fachärztlich erbracht, mit steigender Tendenz. Dieser Trend wird sich wahrscheinlich fortsetzen, sieht man die aktuellen Zahlen der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte an. Der Anteil an Patienten, die eigentlich in der hausärztlichen Primärversorgung besser aufgehoben wären, als in einer spezialisierten Fachpraxis, wird ansteigen.

Diese Tatsache wird uns in Zukunft vermehrt beschäftigen; hier sind ein völlig neues Denken ohne Blockaden und Lagerdenken und ein nachhaltiges Management notwendig. Die Hauptherausforderung liegt hier im Kommunikationsmanagement, der Datenübermittlung und der Validierung dieser Daten.

Herausforderungen durch Migration

Die Weiche für die weitere ambulante Pneumologie der Zukunft wird in der Gegenwart gestellt. Wie schnell sich aber angeblich gesicherte Entwicklungen ändern können, zeigt der Zustrom von Patienten aus Hochprävalenzländern mit Tuberkulose, der durchaus das pneumologische Leistungs-geschehen der nächsten Jahre verändern wird.

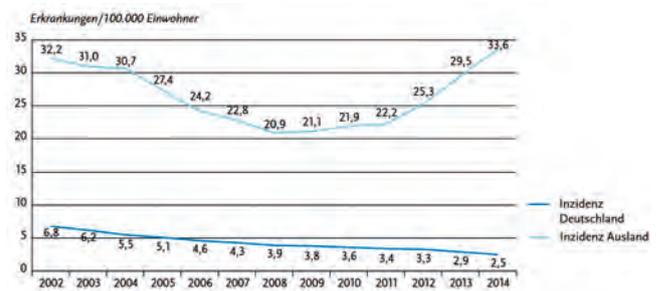


Abbildung 6: Zeitlicher Verlauf der Tuberkulose-Inzidenz von 2002 – 2014, getrennt nach deutschen und nicht deutschen Staatsbürgern, <http://www.rki.de/tuberkulose>

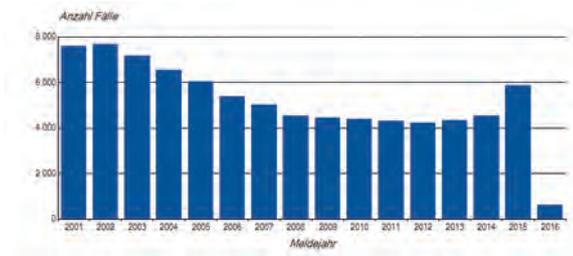


Abbildung 7: Patientenzuwachs mit behandlungsbedürftiger Lungentuberkulose pro Meldejahr.

Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 02.03.2016

Im Jahr 2015 ist es zu einem sprunghaften Anstieg der Neuerkrankungen von mehr als 1000 Fällen gekommen. Mit dem Rückgang der Zuwanderung im Jahr 2016 ist mittelfristig wieder mit einem Rückgang zu rechnen.

Sozialer Status und Inanspruchnahme

Auch die wirtschaftliche Gesamtentwicklung in Deutschland spielt für den zukünftigen Behandlungsbedarf eine Rolle. Lungenerkrankungen scheinen mit niedrigem Sozialstatus einherzugehen. Da es eine ähnliche, aber stärkere Korrelation bei der COPD gibt, dürfte die COPD maßgeblich an diesem Zusammenhang beteiligt sein. Denk- und wünschbar wäre, dass die abnehmende Zahl von rauchenden Jugendlichen mittel- und langfristig zu einer abnehmenden Zahl von pneumologischen Behandlungsfällen führt, und sich möglicherweise die folgende Korrelation auflöst.

Die sog. SGB II Quote entspricht dem Anteil der ALG-II-(Hartz 4)-Empfänger in der Bevölkerung.

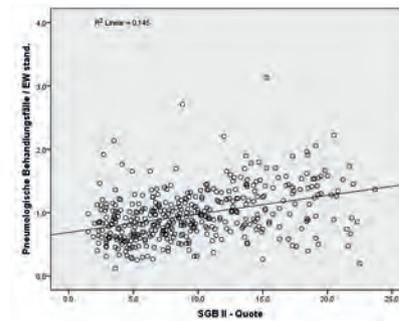


Abbildung 8: Zusammenhang von Häufigkeit pneumologischer Behandlungsfälle und SGB II-Quote

In der Senkrechten ist die durchschnittliche Anzahl pneumologischer Behandlungsfälle dargestellt (bei niedergelassenem Pneumologen, ohne Kinderpneumologen, ohne Ermächtigte) je GKV-Versicherten 2011, die mindestens einen Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt / Psychotherapeuten in 2011 hatten, d.h. die Darstellung bezieht sich auf die Grundgesamtheit aller Patienten / Versicherten). Die Anzahl der Behandlungsfälle wurde alters- und geschlechtsstandardisiert, indem die alters- und geschlechtsgruppenspezifischen mittleren Fallzahlen aus jedem Kreis auf die Alters- und Geschlechtsproportionen der bundesweiten Standardbevölkerung hochgerechnet wurden. Die Angaben über die Kreise sind damit vergleichbar. In der Waagerechten dargestellt ist der prozentuale Anteil der Bevölkerung im Erwerbstätigenalter (15-65) die Leistungen nach dem SGB-II beziehen (Hartz-IV-Empfänger).

Die Darstellung der gesamtgesellschaftlichen Einflussfaktoren auf den ambulanten pneumologischen Behandlungsbedarf soll keineswegs vollständig sein. Auch haben die einzelnen Treiber durchaus unterschiedliche Bedeutung. Trotzdem ist damit zu rechnen, dass in der Summe der Versorgungsbedarf in der ambulanten Pneumologie kontinuierlich steigen wird.

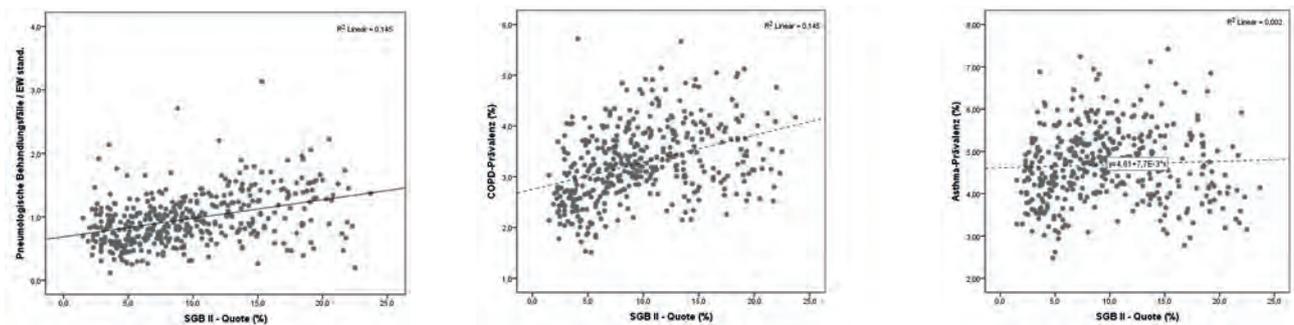


Abbildung 9: Status Bedeutung sozio regionaler Belastungen für pneumologische Behandlungsfälle, COPD- und Asthmaprävalenz
Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2014)

Asthma spielt für diese Korrelation nur eine untergeordnete Rolle. Für die COPD besteht aber ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem wirtschaftlichen Status (SGB II Quote) und der Krankheitshäufigkeit. Ursächlich dürfte die gut belegte Beziehung zwischen Tabakkonsum und niedrigem Sozialstatus sein: Die Raucher-Prävalenz in unteren Sozialschichten ist besonders hoch.

Pneumologische Erkrankungen stehen in engem Zusammenhang mit dem Sozialstatus.

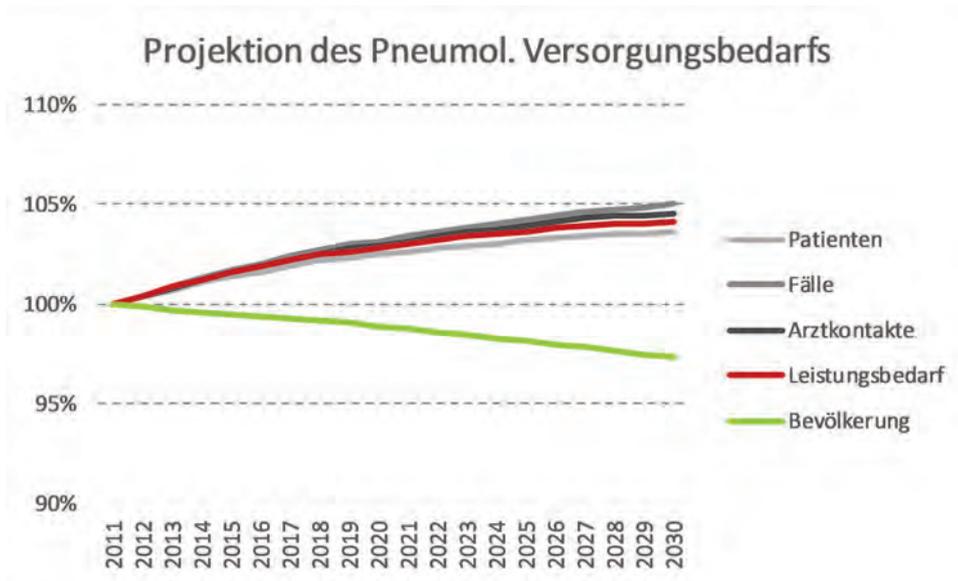


Abbildung 10: Status Quo-Hochrechnung auf Basis der Bevölkerungsprognosen des Raumordnungsprognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, vorhergesagte relative Entwicklung Berechnungen des Zentralinstituts für ärztliche Versorgung (ZI)

Insgesamt wird es allein durch die demografische Entwicklung bis 2030 eine Zunahme des Leistungsbedarfes um ca. 5 % geben. Einen größeren Hebel wird aber die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich und die Übernahme vormals hausärztlicher pneumologischer Leistungen in die Facharztpraxen darstellen. Dazu kommen noch unkalkulierbare Entwicklungen durch die Migration.

Treiber des pneumologischen Bedarfs: Demografie, Verlagerung, Migration, Sozialstatus, Morbidität (BC), Innovationen, Hausärztemangel

Pneumologische Versorgungsstruktur – oder schaffen wir das?

Aufgrund der Herausforderungen des demografischen Wandels, natürlich auch in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, des Verlagerungseffekts, der technischen Innovation und der schwindenden hausärztlichen Basis stellt sich die Frage, ob die Pneumologie für die Zukunft gerüstet ist.

Gegenwärtiger Stand der Versorgung mit Pneumologen

Auch wenn die Extrapolation aus der Vergangenheit keine sichere Voraussage erlaubt, ist es doch hilfreich, den Verlauf von Versorgungsdaten in der Vergangenheit zu analysieren.

Die Abbildung zeigt die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte mit der Fachgebietsbezeichnung Pneumologie nach den letzten beiden Stellen der LANR (aus dem Bundesarztregister) ohne ermächtigte Ärzte und ohne Kinder-Pneumologen.

Die Anzahl der Pneumologen in städtischen Regionen (Kernstädte nach der Systematik des BBSR) ist von 718 auf 707 zurückgegangen, die Anzahl der Pneumologen in ländlichen Regionen von 202 auf 223 angestiegen. Dies ist im Prinzip ein erfreulicher Trend, der auf eine bessere Flächenversorgung hindeuten könnte.

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pneumologen	930	932	943	950	941	948	946	941	935
Pneumologen pro 100 000 Einwohner	1,13	1,13	1,15	1,16	1,15	1,16	1,16	1,15	1,14
Pneumologen Stadt	718	721	719	721	713	720	721	718	707
Pneumologen Land	202	199	214	219	218	219	216	214	223
Pneumologen in Einzelpraxen	652	589	574	646	539	543	521	517	503
Pneumologen in Gemeinschaftspraxen	193	243	265	207	286	290	307	308	326
Pneumologen in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen	86	99	104	97	116	115	118	116	110

Tabelle 3: Kennzahlen zur Versorgungsstruktur (ohne Ermächtigte und Kinderpneumologen) 2005 – 2013 (KBV)

Von 2005 bis 2013 ist nur eine geringe Veränderung der Gesamtzahl niedergelassener Pneumologen von 930 auf 950 in 2008 und 935 im Jahr 2013 zu beobachten. Damit ist die Anzahl der ambulant tätigen Pneumologen praktisch konstant geblieben. Der Zuwachs an Morbidität und die zunehmenden Leistungen (insbesondere Schlafmedizin) haben sich nicht in der Anzahl der Leistungserbringer widerspiegelt. Während die Zahl der Niedergelassenen stagniert und tendenziell fällt, gibt es eine deutliche Zunahme der Ermächtigten. Zwar werden von den Ermächtigten in der Regel nur Teile des Leistungskatalogs erbracht, aber offenbar besteht eine Tendenz, komplexere und aufwendigere ambulante Leistungen an die Krankenhäuser zu verlagern.

Die Zahl der ambulant tätigen Pneumologen stagniert bzw. geht leicht zurück, obwohl die Morbiditätslast steigt.

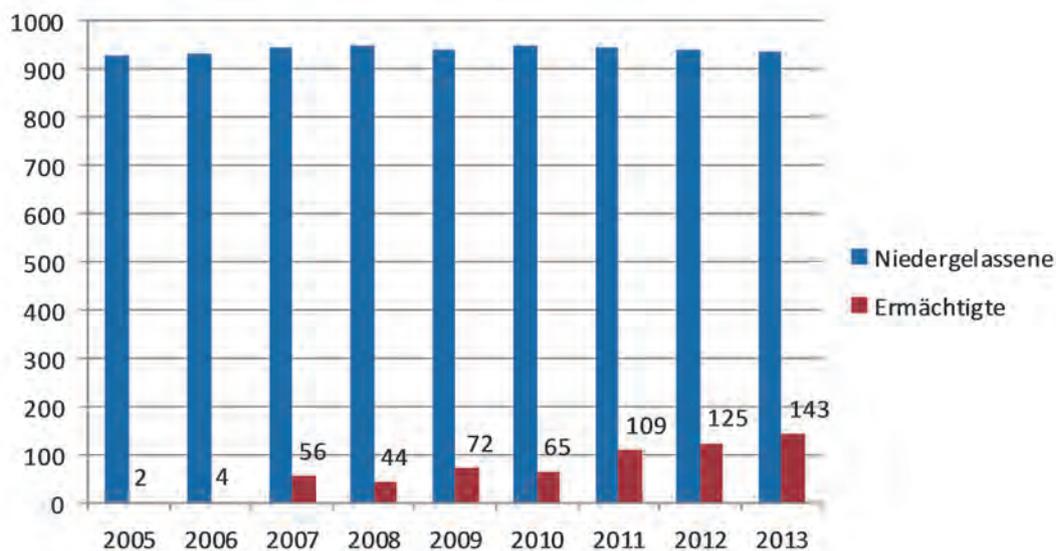


Abbildung 11: Entwicklung niedergelassener Pneumologen und ermächtigter Ärzte 2005 – 2013 (KBV)

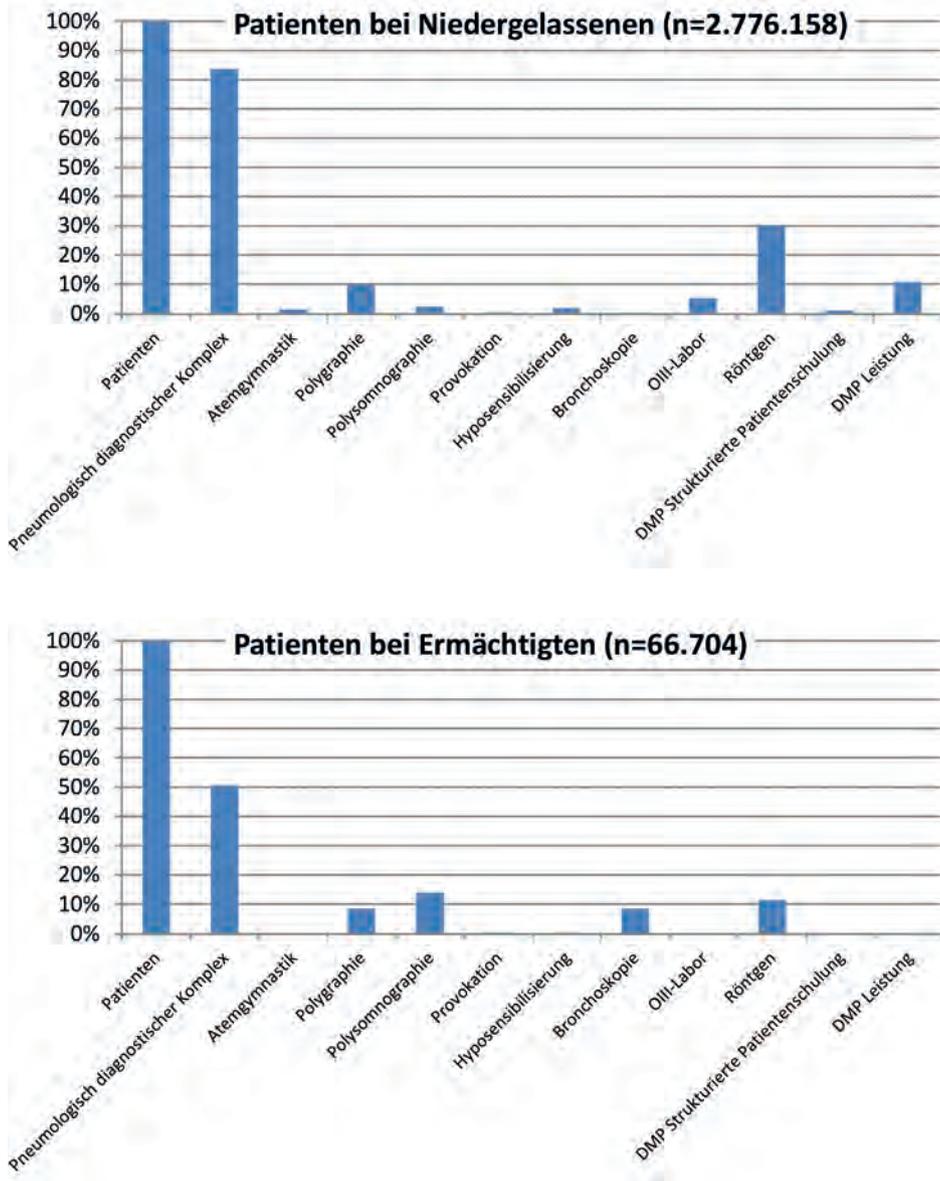


Abbildung 12: Patientenversorgung bei Niedergelassenen versus Ermächtigten (2014),
Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2014)

Es stellt sich tatsächlich die Frage, ob die Aufgaben der Zukunft, die Morbiditätsverdichtung, die zunehmende Übernahme hausärztlicher Leistungen und der medizinische Fortschritt von den niedergelassenen Pneumologen zu schultern sind. Eine geregelte Kooperation mit dem Krankenhaus ist auf jeden Fall notwendig, um den Versorgungsauftrag der Zukunft erfüllen zu können.

Die steigende Zahl der Ermächtigungen zeigt das Dilemma: Komplexe und komplizierte Leistungen werden in den Praxen immer weniger erbracht. Es besteht die Gefahr der Konzentration auf einfache und leichte Krankheitsbilder. Es droht die Banalisierung der pneumologischen Praxis.

Regionale Verteilung

Wie sieht die pneumologische Versorgungsstruktur aus? Gibt es eine Relation zwischen Bedarf und Leistungsangebot? Lässt sich eine „optimale“ Versorgungsstruktur formulieren. Oder: Wie viele Pneumologen hat und braucht das Land?

Die Einwohner-Pneumologen-Relation variiert zwischen 50 Tsd. in Bremen und 120 Tsd. Einwohner je Pneumologen in Rheinland-Pfalz. Eine Bewertung dieser Unterschiede ist schwierig, eine qualitative Beschreibung pneumologischer Versorgung daraus abzuleiten, ist zumindest gewagt.

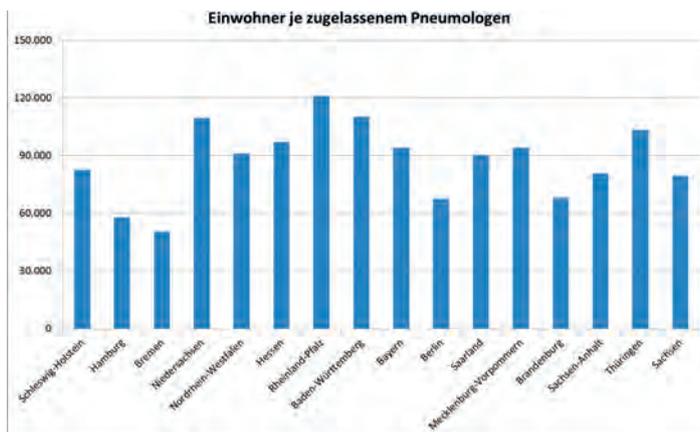


Abbildung 13: Berechnungen des ZI auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten der KBV und den Einwohnerzahlen des StBA, 2013

Die Dichte der ambulanten pneumologischen Praxen folgt nicht unbedingt der Morbidität. Aufgrund der strikten Regelungen zur Zulassung und der Nichtberücksichtigung des Schwerpunktes Pneumologie in der Bedarfsplanung ist eine Änderung auch in Zukunft nicht zu erwarten.

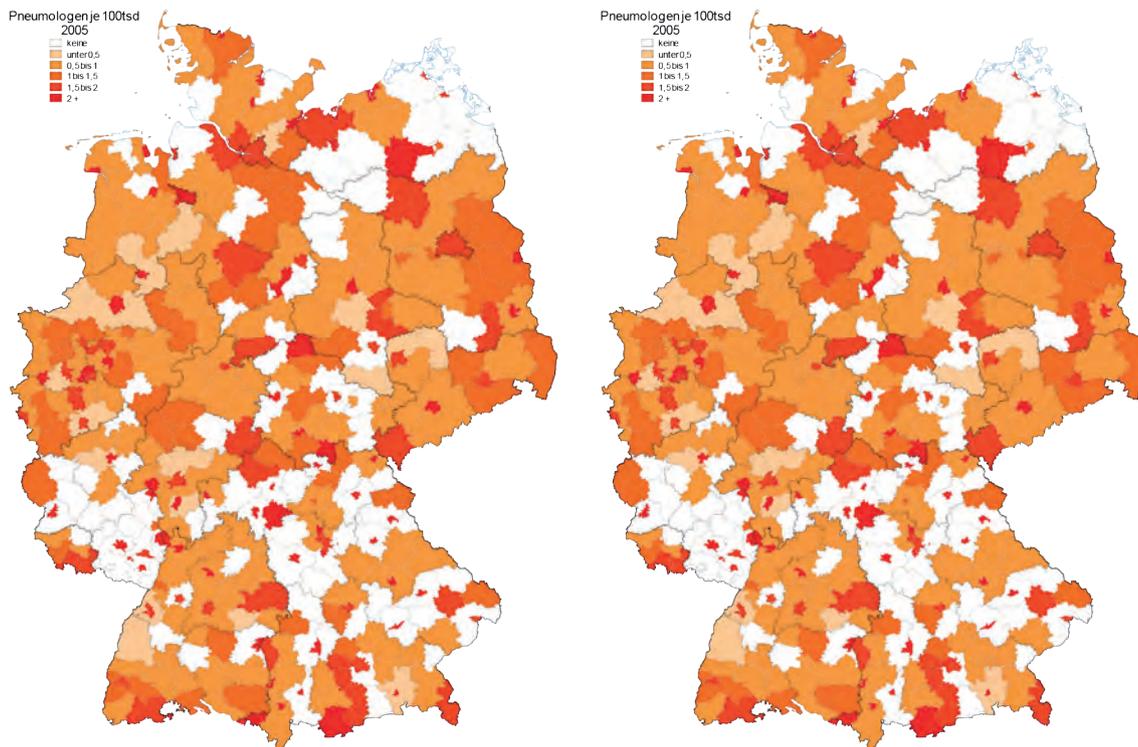


Abbildung 14: Versorgungsdichte ambulanter Pneumologen auf Kreisebene 2008 – 2013

Umgebungsbedingungen, regionale Unterschiede und historische Entwicklungen haben den Istzustand herbeigeführt. Trotzdem fällt auf, dass die Versorgung in den „neuen“ Bundesländern nicht schlechter ist als in den „alten“, sieht man von Thüringen ab. Von 2005 bis 2013 ist es nicht zu einer grundlegenden Änderung der Pneumologendichte gekommen. Aus der Grafik ist zu erkennen, dass die pneumologischen Praxen eher in Ballungszentren zu finden sind – was nicht überrascht – und dass es ein schwaches Nord-Süd Gefälle gibt.

Behandlungsfälle

Trotzdem besteht zwischen der relativen Pneumologendichte und der Fallzahl kein starker, positiver Zusammenhang.

Die Zahl der betreuten Patienten ist zwar auf Länderebene relativ homogen, auf der Ebene der Kreise aber sehr unterschiedlich. Ein Nord/Ost – Süd/West Gefälle ist sichtbar. Die Unterschiede sind nicht angebotsinduziert. Ein ähnliches Gefälle findet sich bei der Versorgungsdichte nicht.

Die linke Karte in Abbildung 15 zeigt die Wohnorte der versorgten Patienten. Rechts die Praxissitze der Pneumologen. Es gibt eine nicht unerhebliche Zahl „weißer“ Kreise, die Pneumologen in den Nachbarkreisen bzw. den zentralen Orten müssen die Patienten mitversorgen.

	Einwohner je Pneumologen	Fallzahl je Pneumologen
Schleswig-Holstein	82.544	1.061
Hamburg	57.810	982
Bremen	50.369	1.112
Niedersachsen	109.563	1.310
Nordrhein-Westfalen	90.955	1.238
Hessen	97.040	1.145
Rheinland-Pfalz	120.918	1.030
Baden-Württemberg	110.095	1.122
Bayern	94.132	1.074
Berlin	67.504	1.297
Saarland	90.391	1.176
Mecklenburg-Vorpommern	94.135	1.244
Brandenburg	68.042	1.300
Sachsen-Anhalt	80.693	1.361
Thüringen	103.357	1.564
Sachsen	79.416	1.359
Bund	91.608	1.218

Abbildung 15: Berechnungen des ZI auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten der KBV und den Einwohnerzahlen des StBA, modifiziert KVT, 2013

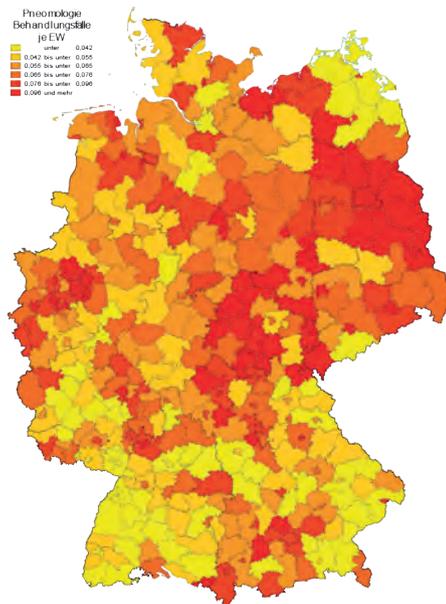
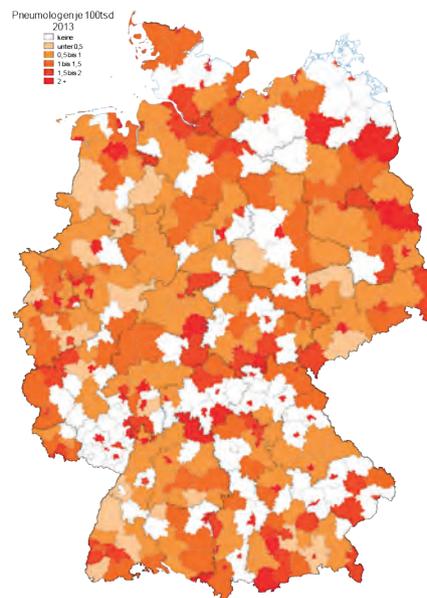


Abbildung 16: Behandlungsfälle je Pneumologe 2014



Versorgungsdichte Pneumologen auf Kreisebene 2013

Die Versorgungsleistung der einzelnen Praxen und Strukturen folgt nicht einem einheitlichen Muster. Offenbar spielt die Angebotsstruktur eine untergeordnete Rolle. Die Einbindung in das Umfeld, die Versorgungserwartung der Bevölkerung, die Zugänglichkeit (Termine) und historische Entwicklungen haben wahrscheinlich größeren Einfluss.

Regionale Entwicklungen (Wille Gutachten 2012)

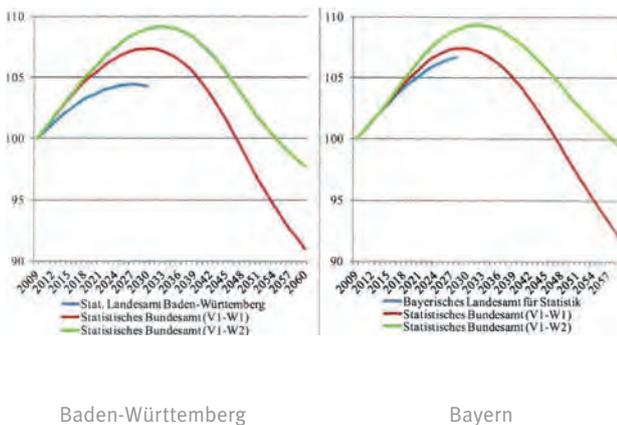


Abbildung 17: Entwicklung des Versorgungsbedarfs: Pneumologen. Wille/Erdmann: Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung, Entwicklung, Stand, Perspektiven. Nomos 2012

Aus Abbildung 16 geht hervor, dass sich die Nachfrage nach niedergelassenen Pneumologen in Baden-Württemberg im Szenario des Landesamtes bis zum Jahr 2030 um 4,3 % erhöht. Auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnungen des statistischen Bundesamtes ergeben sich Nachfragezuwächse in Höhe von 7,4 % bzw. 9,00 %. Damit verändert sich die Nachfrage in allen drei Szenarien mittelfristig im vergleichbaren Maße wie die der Vertragsärzte insgesamt.

Auch in Bayern führt die zunehmende Alterung der Bevölkerung zu einem Anstieg der Nachfrage bis zum Jahr 2028. Falls die Annahmen des Statistischen Landesamtes bezüglich der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung zutreffen, steigt die Nachfrage nach Pneumologen demografisch bedingt um 6,7 % bis zum Jahr 2028. Dadurch, dass sich die Annahmen der bayerischen Statistiker weniger stark von denen der Bundesstatistiker unterscheiden als im Falle Baden-Württembergs, liegen die Prognosen auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nicht weit von diesem Wert entfernt.

Nicht mit einbezogen ist das schwierig vorhersagbare Wachstum der Gesamtbevölkerung durch Zuwanderung. Diese war schon vor Beginn der Flüchtlingsbewegung in den einzelnen Bundesländern inhomogen und hat besonders in den südlichen Bundesländern zu einem Zuwachs an Einwohnern geführt. Dieser Trend wird sich durch die Flüchtlingswanderung tendenziell verstärken.

Der Mehrbedarf entsteht durch das Zusammenspiel aus hohen Bevölkerungswachstumsraten in den für die Nachfrage nach Pneumologen besonders relevanten Altersgruppen der 60 bis 75 Jahre alten Versicherten und der bezogen auf den Kreistyp 4 überdurchschnittlich hohen Nachfrage nach pneumologischen Leistungen in dieser Altersgruppe.

Die grenzüberschreitend vergleichsweise niedrigen Zuwachsraten in den Großstädten des Typ I erklären sich u. a. durch die dort unterdurchschnittlich hoch ausfallende Zunahme an älteren Einwohnern. Eine genau entgegengesetzte Entwicklung weisen die ländlichen Kreise des Typs 7 in beiden Bundesländern auf. Aufgrund der überdurchschnittlich hohen Zunahme der Bevölkerung in diesen Altersklassen ergibt sich für diesen Kreistyp eine bezogen auf den Landesdurchschnitt überdurchschnittlich hohe Nachfragesteigerung (+ 15,5 % in Baden-Württemberg bzw. 21,4 % in Bayern).

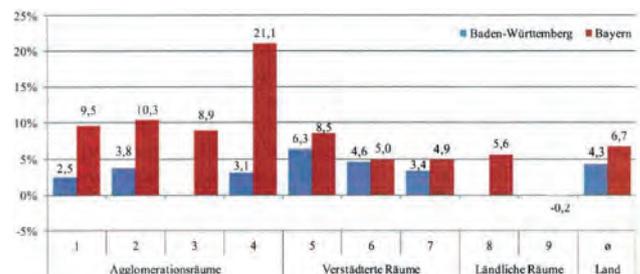


Abbildung 18: Regionale Verteilung der Nachfrage nach Pneumologen.

Wille/Erdmann: Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung, Entwicklung, Stand, Perspektiven. Nomos 2012

Es gibt keine „optimale“ pneumologische Versorgungsstruktur!

ALT / NEU Konzept

Die Fallzahl ist nur ein sehr unscharfer Indikator für die tatsächliche Arbeit in der pneumologischen Praxis. Nicht nur das Leistungsangebot, sondern die Einbindung in das versorgende Umfeld spielt eine Rolle. Ein Indikator dafür, ob in der Praxis eher chronisch kranke Patienten kontinuierlich betreut werden oder ob die Praxis eine eher supervidierende Funktion für betreuende Hausärzte darstellt, ist das Verhältnis zwischen Patienten, die schon länger in Betreuung der Praxis sind, und Patienten, die zum ersten Mal in der Praxis untersucht werden.

WINPNEU Daten zu ALT/NEU Patienten

Im WINPNEU Netzwerk wurden die GKV-Abrechnungen aus 46 Praxen mit 82 PneumologInnen analysiert. Betrachtet wurden die Quartale 1 – 4/2013. Mit Basis Quartal 4/2013 wurden 1216 GKV-PatientInnen je Pneumologe abgerechnet. Insgesamt waren es ca. 100.000 PatientInnen je Quartal.

Durch eine Pseudonymisierung wurde eine anonymisierte Längsschnittuntersuchung möglich.

Die Auswertung erfolgt nach:

- Neupatienten = keine abgerechneten Leistungen in den drei Vorquartalen
- 1X = abgerechnete Leistung(en) in einem der drei Vorquartale,
- 2X = abgerechnete Leistung(en) in zwei der drei Vorquartale und
- 3X = abgerechnete Leistung(en) in allen drei der drei Vorquartale

Demografiebereinigt ist die Inanspruchnahme der Pneumologen sehr inhomogen.

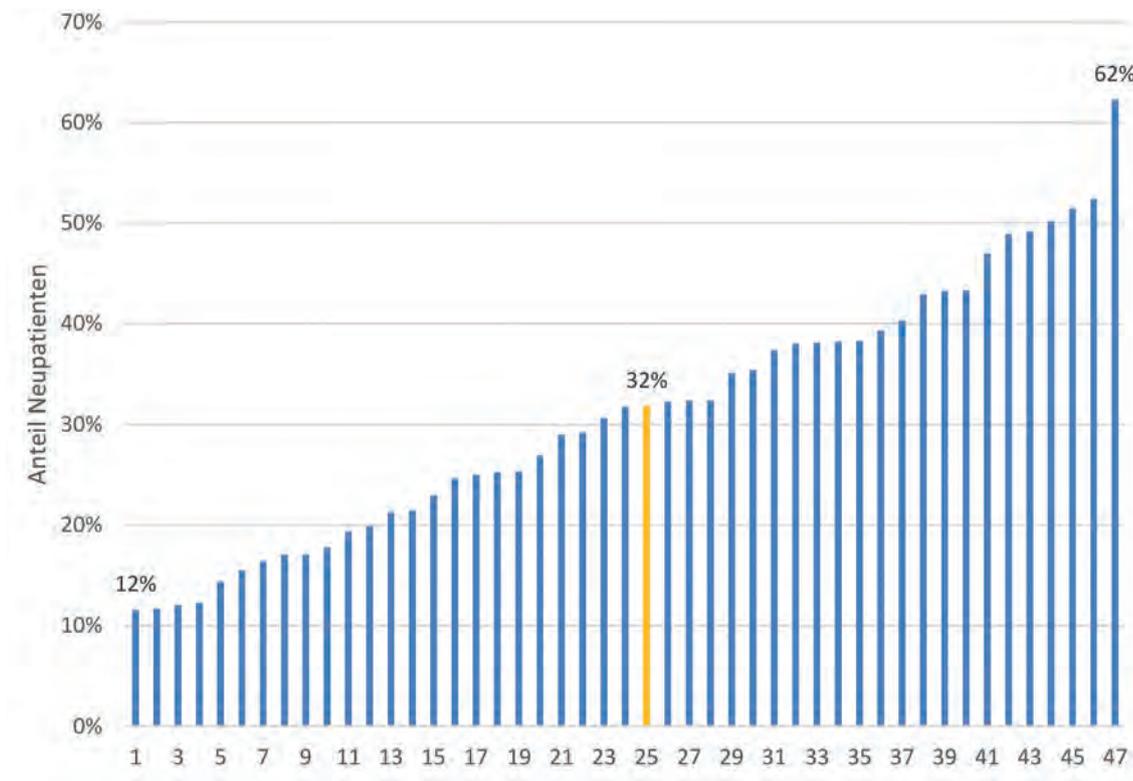


Abbildung 19: Anteil von NEU-Patienten pro Praxis.

WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP; Analyse der GKV-Abrechnungen 1. Bis 4. Quartal 2013

Im Durchschnitt liegt das Verhältnis bei $\frac{2}{3}$ ALT zu $\frac{1}{3}$ NEU. Die Spreizung ist aber sehr hoch; der Aufwand für die betreute Patientenklientel ist somit ebenfalls sehr unterschiedlich.

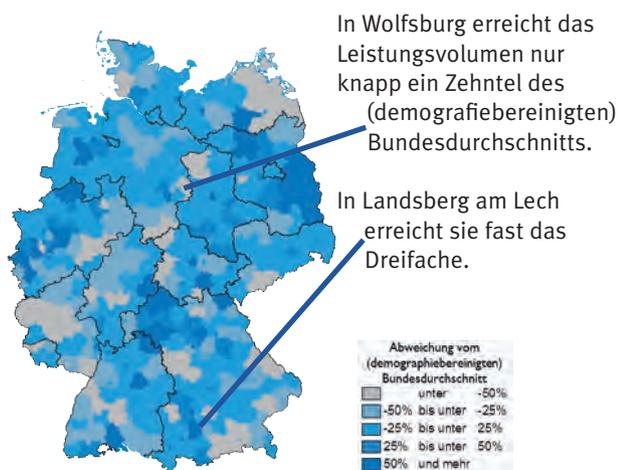


Abbildung 20: Dargestellt ist das Leistungsvolumen Absolute Anzahl an pneumologischen Behandlungsfällen (ohne Ermächtigte und ohne Kinderpneumologen) bezogen auf den Standort der Leistungserbringung in den KV Bezirken

Aufgrund der überwiegend pauschalierten Vergütung stellt sich der vermehrte Aufwand nur ungenügend in der Abrechnung und damit in der Vergütung dar. Trotzdem zeigen sich die Unterschiede auch in der aktuell geltenden Abrechnungssystematik.

Unterschiede der Leistungserbringung bei ALT/NEU Patienten

Die Unterschiede zeigen sich auch schon im Verhältnis ALT/NEU Patienten. Insgesamt stellt sich der Anteil NEU und ALT Patienten in den Folgequartalen folgendermaßen dar:

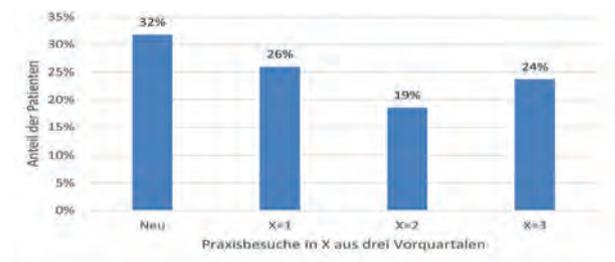


Abbildung 21: Anteil der Patienten in % nach unterschiedlicher Inanspruchnahme

aufgeteilt nach NEU Patienten und Inanspruchnahme in einem, zwei oder allen drei Vorquartalen (WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Analyse der GKV-Abrechnungen 1. Bis 4. Quartal 2013)

32% der Patienten in den analysierten Praxen sind Neupatienten nach der Definition „keine abgerechneten Leistungen in den drei Vorquartalen“. Bei 26% der Patienten wurden Leistungen in einem der drei Vorquartale abgerechnet und bei 19% in zwei der drei Vorquartale. 24% der Patienten suchten die pneumologische Praxis jedes Quartal auf.

Dies führt zu einem unterschiedlichen Aufwand bei der Betreuung dieser Patienten. Beispielhaft sei hier der Unterschied in der Leistungsdichte von ALT/NEU Patienten anhand der unspezifischen Inhalativen Therapie und der Allergietestung dargestellt.

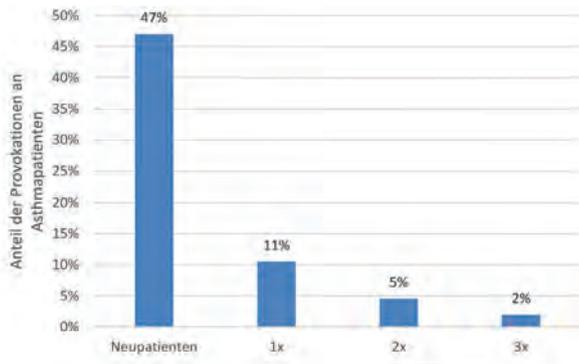


Abbildung 22: Prozentualer Anteil von Patienten mit bronchialer Provokation an jenen mit Asthma bronchiale aufgeteilt nach NEU Patienten und Inanspruchnahme in einem, zwei oder allen drei Vorquartalen (WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Analyse der GKV-Abrechnungen 1. Bis 4. Quartal 2013)

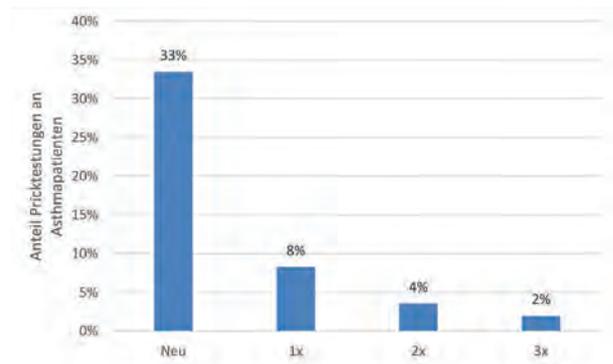


Abbildung 23: Prozentualer Anteil von Patienten mit Allergietestung an jenen mit Asthma bronchiale aufgeteilt nach NEU Patienten und Inanspruchnahme in einem, zwei oder allen drei Vorquartalen (WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Analyse der GKV-Abrechnungen 1. Bis 4. Quartal 2013)

Es ist aber nicht nur die Tatsache, ob ein Patient ein ALT- oder ein NEU-Patient ist, leistungsrelevant. Auch die Diagnose, der Schweregrad und die (Multi-)Morbidity spielen eine entscheidende Rolle.

Asthma	Neupatient 2011	Patient seit mind. 2008
N	54.277	2.394.364
% mit Pneumologenkontakt 2011	41,55%	22,94%
LB bei Pneumologen in € 2011 (Patienten mit Pneumologenkontakt)	66,16	32,79
COPD	Neupatient 2011	Patient seit mind. 2008
N	79.762	1.557.145
% mit Pneumologenkontakt 2011	36,20%	26,56%
LB bei Pneumologen in € 2011 (Patienten mit Pneumologenkontakt)	54	40,46
Schlafapnoe	Neupatient 2011	Patient seit mind. 2008
N	29.812	390.384
% mit Pneumologenkontakt 2011	59,81%	26,61%
LB bei Pneumologen in € 2011 (Patienten mit Pneumologenkontakt)	177,82	43,1

Tabelle 4: Pneumologisches Inanspruchnahmeprofil von Neu und Altpatienten (2011 - 2008)

Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2011, 2008)

Dargestellt ist die Inanspruchnahme von Patienten im Jahr 2011: Anteil der Patienten mit Kontakt zu einem Pneumologen und Pneumologischer Leistungsbedarf. Unterschieden werden die Patienten danach, ob die Diagnose erst in 2011 oder bereits 2010 / 2009 oder schon seit mindestens 2008 kodiert wurde (von einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt. Patienten mit Diagnosen aus mehr als einer der Erkrankungsgruppen werden mehrfach dargestellt).

Unterschiede finden sich aber auch innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen in Abhängigkeit vom Schweregrad. Dies wurde beispielhaft für die COPD im Rahmen der Versorgungsforschung WINPNEU untersucht:

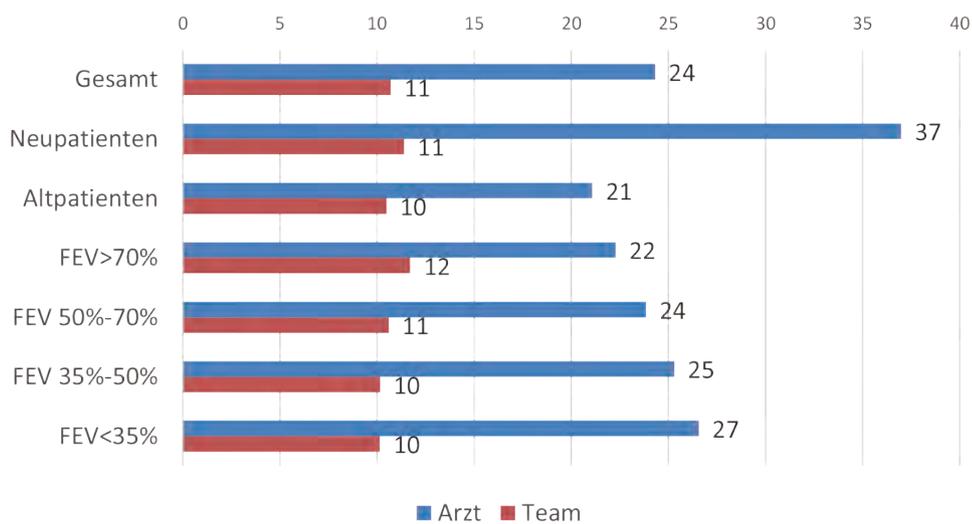


Abbildung 24: Zeitaufwand (Minuten) bei Neu-/Altpatienten und bei den vier Schweregraden der COPD von Arzt und Team. Aufwand bei der Betreuung von COPD-Patienten nach 1. Alt- / Neu-Patienten, 2. Schweregrad Versorgungsforschung des BdP – WINPNEU, 2016

Schon allein bei der Betrachtung des Zeitaufwands des Arztes für die Betreuung eines Patienten mit COPD ergeben sich signifikante Unterschiede, abhängig vom ALT/NEU-Status aber auch von der Schwere der COPD Erkrankung.

Leistungsunterschiede lassen sich auch bei den unterschiedlichen Schweregraden der COPD finden.

Röntgen bei ALT/NEU

Auch bei Röntgenleistungen zeigt sich eine ähnliche Verteilung, obwohl bereits eine nicht geringe Zahl von pneumologischen Praxen nicht mehr über ein eigenes Röntgengerät verfügt.

Röntgenuntersuchungen des Thorax sind nicht angebotsinduziert!

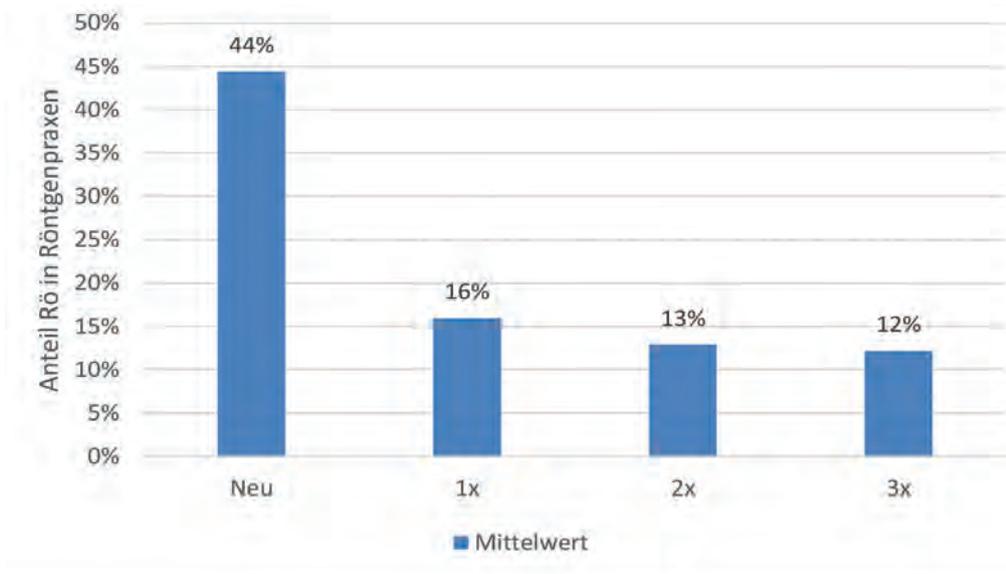


Abbildung 25: Prozentualer Anteil von Patienten mit Röntgenleistung, aufgeteilt nach NEU- Patienten und Inanspruchnahme in einem, zwei oder allen drei Vorquartalen (nur Praxen mit eigenem Röntgengerät)
WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Analyse der GKV-Abrechnungen 1. bis 4. Quartal 2013

Ohne Zweifel ist die Versorgungstiefe unterschiedlich.

Dies zeigt die nächste Abbildung. Sie zeigt die Anzahl über alle Patienten, die im Jahr 2011 Kontakt zu einem niedergelassenen Pneumologen (ohne Ermächtigte, ohne Kinderpneumologen) hatten und eine Röntgenuntersuchung des Thorax erhalten haben. Dargestellt sind die regionalen Variationen über die Kreise / kreisfreien Städte.

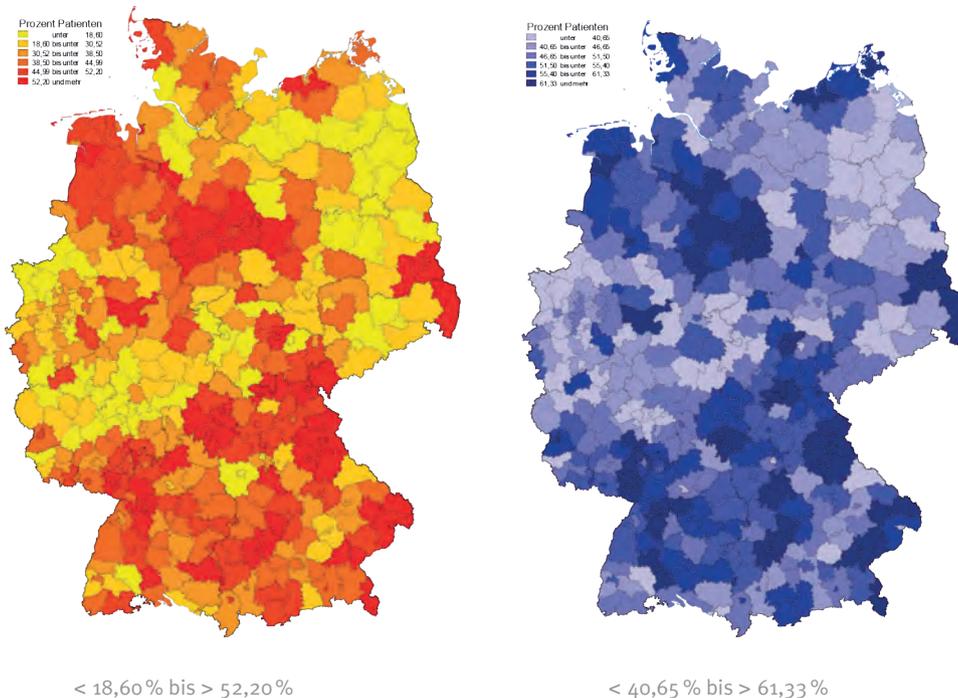


Abbildung 26: Thoraxaufnahmen bei Pneumologen mit Röntgen Thoraxaufnahmen bei allen pneum. Patienten (ZI)

Für dieses Patientenkollektiv wird in der linken Abbildung dargestellt, bei wie viel Prozent eine Röntgen-Thoraxuntersuchung durch einen niedergelassenen Pneumologen (ohne Ermächtigte, ohne Kinderpneumologen) durchgeführt wurde. In der rechten Abbildung dargestellt ist der prozentuale Anteil an Patienten, die eine Röntgenaufnahme der Lunge generell im System, z.B. beim Radiologen, erhalten haben. Die Spreizung von Röntgenuntersuchungen zwischen Praxen, die selbst über Röntgenmöglichkeit verfügen, und Praxen, die über keine Röntgenmöglichkeit verfügen, ist relativ

hoch (zwischen 18,6 % bis 52,20 %). Betrachtet man aber die Gesamtzahl in Prozent, so verringert sich die Spreizung deutlich (nur noch 40 bis 61 %)

Somit wird das Argument, dass Röntgenaufnahmen angebotsinduziert sind, deutlich abgeschwächt. Ein Unterschied kann auch dadurch erklärt werden, dass die unterschiedliche technische Ausstattung auch zu einer Selektion des Patientengutes führt.

Fazit zu ALT/NEU

Sogar die sehr stark pauschalierte derzeit gültige Gebührenordnung liefert deutliche Hinweise darauf, dass der Aufwand in der pneumologischen Praxis bei der Diagnostik und Behandlung von Neupatienten erheblich höher ist als bei Patienten, die bereits in den Vorquartalen in der Praxis waren. Gleiches gilt für den Aufwand bei unterschiedlichen Schweregraden pneumologischer Erkrankungen. Geht man davon aus, dass die Neudiagnostik ein wichtiger Teil des pneumologischen Versorgungsauftrages ist, werden ausgerechnet die Pneumologen, die diese Aufgabe erfüllen, benachteiligt. Denn man darf unterstellen, dass die bei Einzelleistungen aufgezeigten Unterschiede zwischen der Versorgung von Neupatienten und denen mit Vorkontakten bzw. bei unterschiedlichen Schweregraden auch innerhalb der Grundpauschale und beim pauschalierten pneumologisch-diagnostischen Komplex bestehen.

Pervers: Eine „erfolgreiche“ pneumologische Praxis ist im 4. Stock ohne Lift und bestellt Patienten. immer wieder ein!



Erreichbarkeit des Pneumologen

Für die folgende Darstellung wurden die Patienten nach Wohnort dargestellt, nicht nach Behandlungsort. Die Graphik der Versorgungsdichte zeigt relativ viele „weiße“ Kreise (siehe Abb. 15). Dabei stellt sich die Frage nach der Erreichbarkeit und den Fahrstrecken, die Patienten beim Besuch ihres Facharztes zurücklegen müssen.

Untersucht wurde im kleinräumigen Maßstab (25 qkm-Raster) die Erreichbarkeit vom Zentroid eines Rasters zum

nächstgelegenen Pneumologen / Lungenarzt (Quelle: BAR 31.12.2014; Bedingung: Arzt wird in der Bedarfsplanung angerechnet) auf Basis des digitalen vollständigen Straßennetzes mit festgelegten Durchschnittsgeschwindigkeiten für kleinräumig erfasste Straßensegmente. Die Arztsitze wurden hausnummerngenau erfasst.

Fast 90 % der Bevölkerung erreichen demnach den nächstgelegenen Pneumologen in 30 Minuten (reiner!) Fahrzeit.

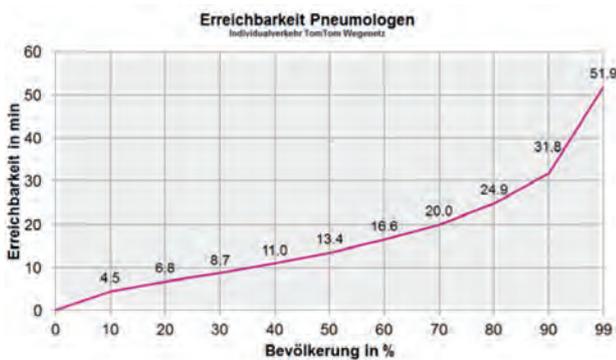
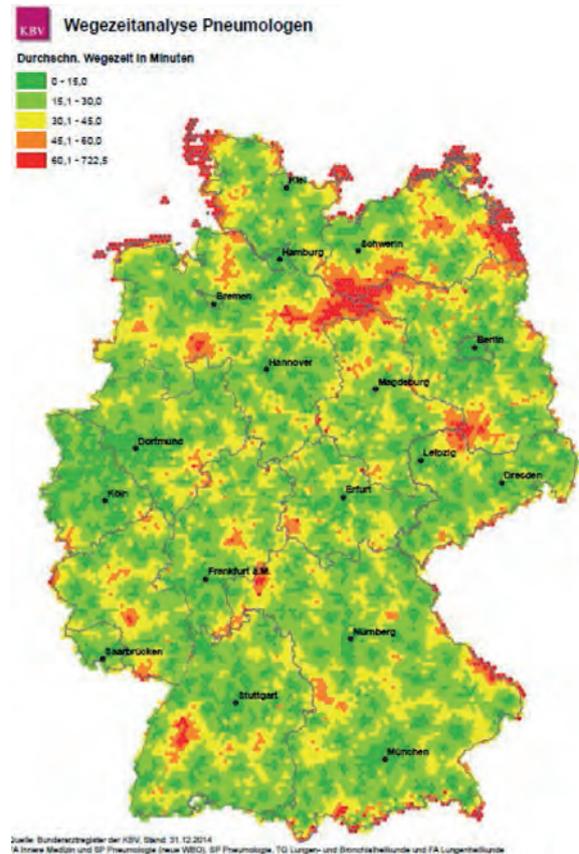


Abbildung 27: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2014



Wartezeiten

Eine kurze Fahrzeit ist aber nur hilfreich, wenn auch Termine vergeben werden.

Eine Umfrage innerhalb des BdP im dritten Quartal 2014 hat gezeigt, dass die Terminvergabe in den Praxen sehr rational organisiert ist (Tab. 4). Es wird deutlich nach der medizinischen Dringlichkeit unterschieden. Patienten mit Blut im Auswurf, mit Thoraxschmerzen, COPD-Patienten mit einer Exazerbation und Patienten mit Atemnot in Ruhe erhalten kurzfristig, meist im Mittel von einem auf den anderen Tag, einen Termin. Das gilt sowohl, wenn der Patient selbst sich in der Praxis vorstellen möchte, als auch wenn ein Hausarzt die Praxis kontaktiert.

Je unspezifischer die Symptome sind, desto größer wird der „Hausarztbonus“. Bei Husten seit 1 oder 8 Wochen, allergischen Beschwerden und Atemnot unter Belastung verlängert sich die routinemäßige Wartezeit auf zirka 3 Wochen, wenn der Patient den Terminwunsch äußert. Wünscht der Hausarzt den Untersuchungstermin, verkürzt das die Wartezeit deutlich, zum Teil um mehr als 50 %.

Patienten mit Verdacht auf nächtliche Atemstörungen wegen Schnarchens haben aber durchaus längere Wartezeiten auf einen Termin. Wenn der Patient selbst die Untersuchung wünscht, sind das im Mittel 36 Tage, auf Initiative des Hausarztes immerhin noch 30 Tage.

Ca. 80 % bzw. 90 % der Praxen wären damit von der Terminregelung des Gesetzgebers (4 Wochen) betroffen. Aber bei nahezu alle Praxen, nämlich ca. 90 %, halten Reservetermine für besonders dringliche Fälle vor.

Die Verfügbarkeit von Behandlungsterminen hat möglicherweise auch mit der Vergütung der erbrachten Leistung zu tun. Deshalb wurden die Pneumologen gebeten, anzugeben, wie viel Prozent ihrer Leistung trotz Restriktionen wie der HVM vergütet werden. Der Mittelwert betrug 71 % vergütete Leistung.

Die Reaktion auf die Vergütungssituation ist dennoch moderat (Abb. 27). 35 % der Praxen reagieren auf Honorarrestriktionen überhaupt nicht mit Terminrestriktionen. Ein Teil dieser Pneumologen ist auch von den Honorareinschränkungen nicht oder kaum betroffen. Grundsätzlich geht Leistungs-

Wartezeiten (in Tagen) auf Termin bei...	Terminanfrage von Patient	Terminanfrage vom Hausarzt
mit Blut im Auswurf	1	1
mit akuten Thoraxschmerzen	1	1
Bekannter COPD Patient mit Exazerbation	2	1
mit Atemnot in Ruhe	3	1
mit Husten seit 8 Wochen	20	9
mit Husten seit 1 Woche	22	9
mit allergischen Beschwerden	22	18
mit Atemnot unter Belastung	24	12
mit Schnarchen	36	30
Bekannter Patient zur Kontrolle	54	41

Tabelle 5: Wartezeiten auf Termin nach Dringlichkeit
WINPNEU; eigene Befragung niedergelassener Pneumologen 2014; n=102

ausdünnung vor Terminreduzierungen. Praxisschließungen in Form von Urlaub sind mit 16 % eher selten.

Bei bedrohlichen Symptomen sind somit Termine bei den Pneumologen nahezu immer zeitnah verfügbar. Unspezifische pneumologische Symptome werden bei einem großen Anteil von Praxen mit deutlicher Verzögerung abgeklärt. Eine Besserung dieser Situation wäre mit einer besseren Bezahlung gerade für diese Patienten zu erreichen. Allerdings würde das vermutlich zu einer Ausdünnung der routinemäßigen Kontrolltermine führen.

Gerade bei der Abklärung von Apnoe-Patienten gibt es einen terminlichen Engpass. Hier zeigen sich eventuell die Auswirkungen der Honorarpolitik, die die Schlafmedizin vernachlässigt hat.

Auf die mengenmäßigen Honorarrestriktionen reagieren die Pneumologen aber nur moderat. Nur die wenigsten reduzieren die Behandlungstermine deutlich (6 %) oder schließen die Praxis für Urlaub (16 %).

Insgesamt ist die ambulante Pneumologie nicht nur flächendeckend präsent, sondern sie ist auch in der Lage, allen Patienten, an die Krankheitsschwere angepasst, unverzüglich Termine zu geben.

Akut kranke Patienten bekommen in pneumologischen Praxen sofort Termine. Bei Kontrollen oder zur Abklärung der Schlafapnoe kann es länger dauern.

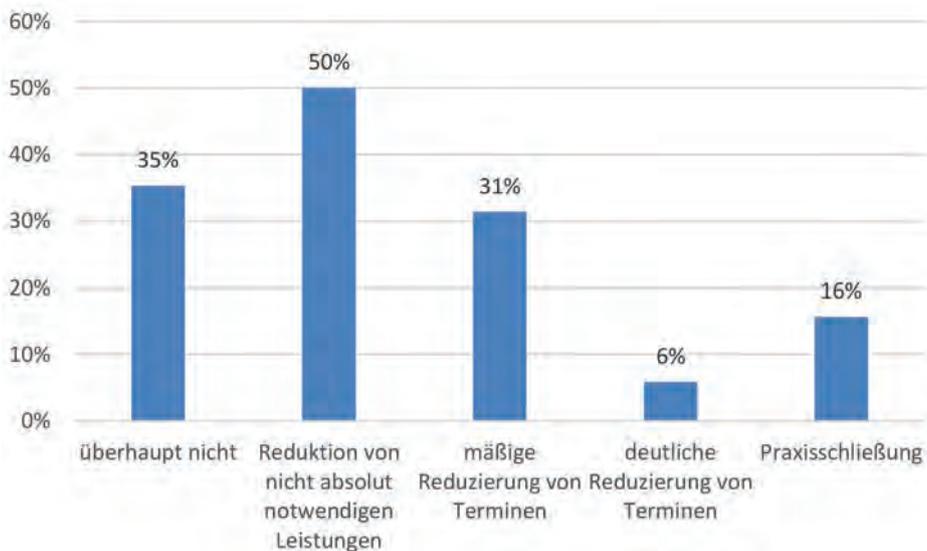


Abbildung 28: Reaktion auf Restriktionen bei der Vergütung (Mehrfachnennung)
WINPNEU; eigene Befragung niedergelassener Pneumologen 2014; n=102

Stationäre Versorgung

Die Strukturen der stationären pneumologischen Versorgung zeigen die bekannte Lokalisation der pneumologischen Kliniken außerhalb der Ballungszentren. Pneumologen an Krankenhäusern sind zwar besser verteilt als ambulant, eine flächendeckende stationäre Präsenz existiert in Deutschland jedoch (noch) nicht.

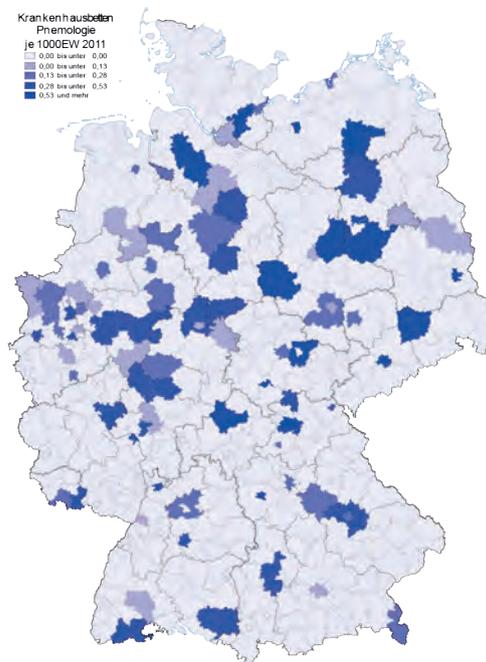
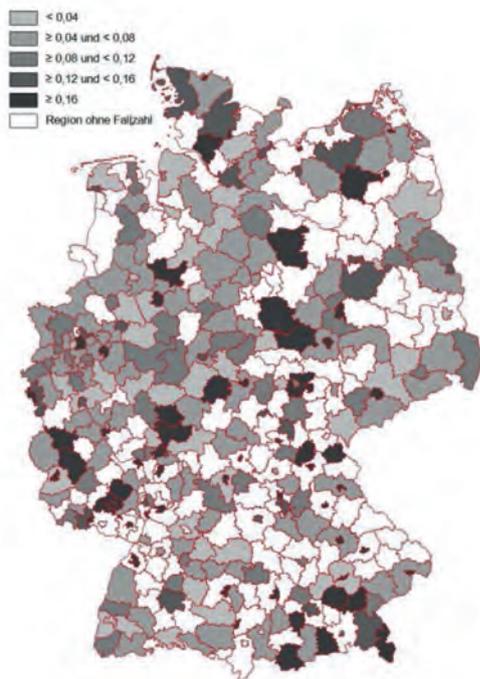


Abbildung 29: Krankenhausärzte
Krankenhausärzte mit Fachexpertise Pneumologie je 1.000 EW (aus strukturierten Qualitätsberichten Krankenhäuser)

Krankenhausärzte in Pneumologischer Abteilung je 1.000 EW (aus Deutschem Krankenhausverzeichnis)

Auch in der stationären Versorgung gibt es deutliche regionale Unterschiede: In Baden-Württemberg ist die Inanspruchnahme ca. 20% geringer als der demografiebereinigte Bundesdurchschnitt, in Westfalen-Lippe liegt sie 20% über dem Schnitt. Eine eindeutige Korrelation mit der Dichte der pneumologischen Praxen findet sich aber nicht.

Eine vertiefende Analyse für die doch nicht unerheblichen Unterschiede wäre hilfreich.

Die restriktive Zulassung und der Aufkauf von pneumologischen Praxissitzen aus überversorgten Gebieten verschlechtert die Versorgung und erzeugt höhere stationäre Behandlungskosten.

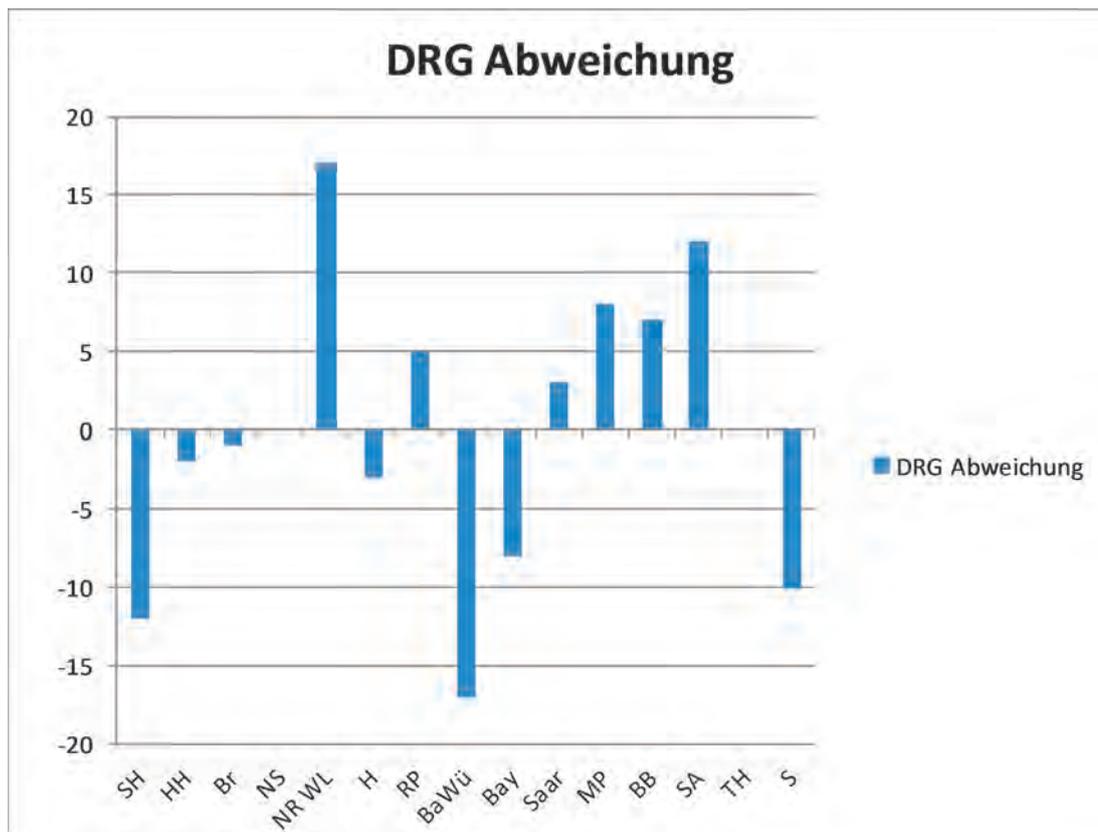


Abbildung 30: Abweichung der DRG Belegungstage mit Hauptdiagnose J00 – J99 (Krankheiten des Atmungssystems) vom demografiebereinigten Bundesdurchschnitt (ZI)

Sicherstellung pneumologischer Versorgung

Wie reagieren die Pneumologen auf die großen Probleme der nächsten 20 Jahre, die demografische Entwicklung der Wohnbevölkerung in Deutschland, den Fachkräftemangel, den strukturellen Ärztemangel, die Morbiditätsverdichtung, die Verlagerung, den technischen Fortschritt – auch in der Pneumologie? Wie wird die Gesellschaft damit umgehen? Wie reagieren wir darauf?

Auf die Politik zu setzen wird nicht ausreichen. Es wird nicht die entscheidende Gesundheitsreform geben! Das Gesundheitswesen bleibt eine Reformdauerbaustelle, auf der Ausgabe - und Einnahmenseite. Gerade kleine Fachgruppen werden sich schwertun neben den Tankern der hausärztlichen Versorgung und den großen Fachgruppen wie Gynäkologen, Augenärzten oder Anästhesisten.

Eine Abkehr vom Sachleistungssystem ist in den nächsten 10 bis 20 Jahren unwahrscheinlich. Die bisherigen Bemühungen, das Vergütungssystem grundlegend zu reformieren, sind gescheitert. Die Kostenerstattung ist weiter entfernt als je zuvor. Es wird keine Abkehr von ambulanten kollektivvertraglichen Versorgungsstrukturen geben.

Damit wird es beim Verteilungskampf zwischen GKV und PKV, ambulant und stationär und leider auch zwischen den Arztgruppen bleiben.

Die Pneumologen können diese Auseinandersetzung nur bestehen, wenn sie beweisen, dass sie die notwendige Versorgung auch sicherstellen können. Eine Verweigerung von Leistungen und eine Verminderung der Versorgungsqualität würden zu einer Marginalisierung der noch bestehenden Strukturen führen und Ausweichstrategien der Patienten und Kostenträger induzieren. Die Hoffnung, so lange Leistung zu verweigern, bis die Gesellschaft endlich das notwendige Geld zur Verfügung stellt, ist trügerisch. Die Pneumologie ist (leider) nicht systemrelevant.



Wirtschaftliche Aspekte der pneumologischen Versorgung

Leistungsbedarf und budgetiertes Honorar

Die Inanspruchnahme in der ambulanten Versorgung wird vornehmlich durch die Morbidität beeinflusst. Dadurch entsteht in den pneumologischen Praxen eine unterschiedliche Anzahl von Fällen, hier dargestellt als pneumologische Fälle/1000 Versicherte (Abb. 31). Diese Fallzahl schwankt in Flächenstaaten zwischen 53 in Baden Württemberg und 116 in Brandenburg.

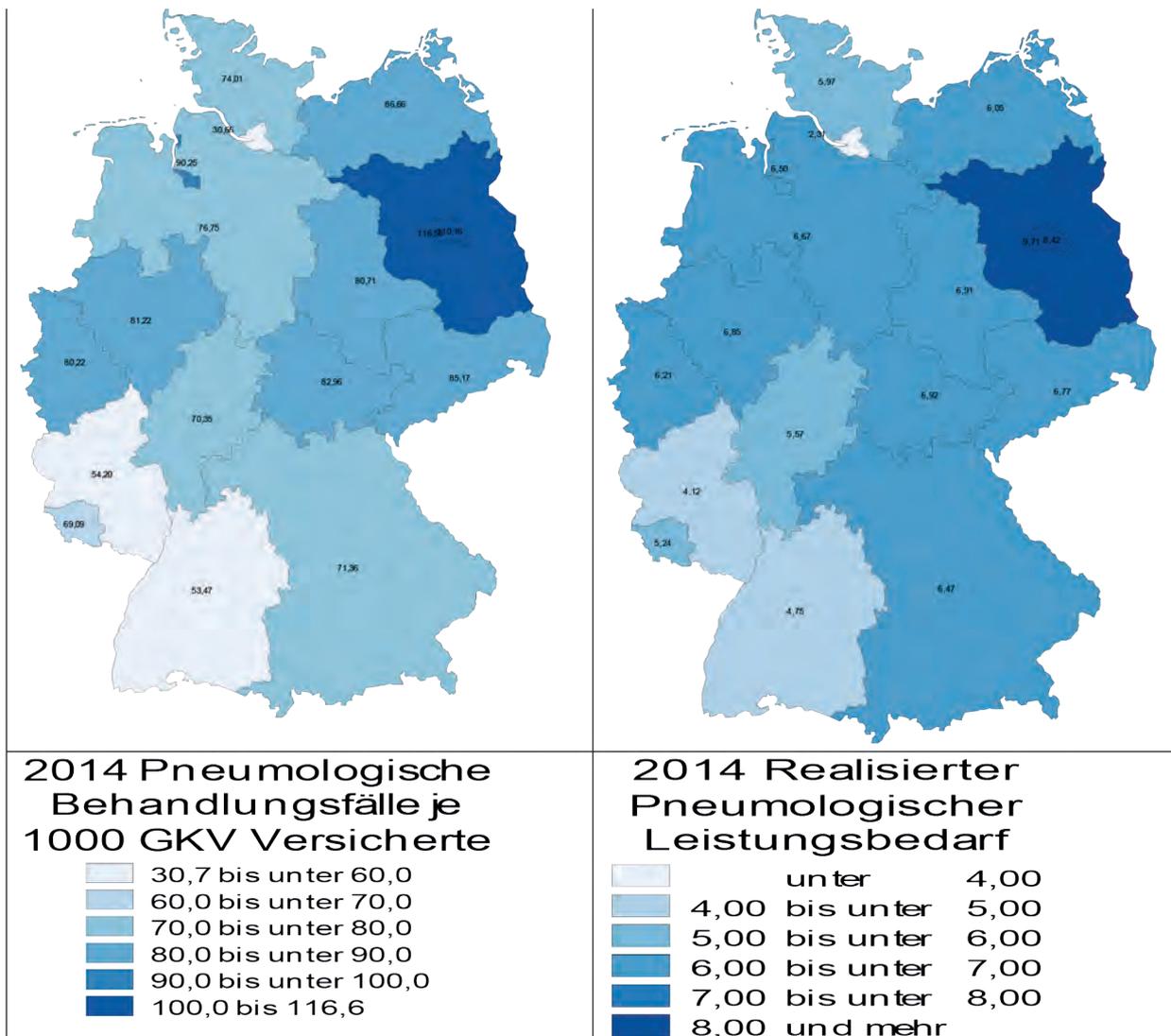


Abbildung 31: pneumologische Fälle/1000 Versicherte (links) und realisierter pneumologischer Leistungsbedarf in pneumologischen Praxen

Der Fallwert und damit auch zumindest zum Teil der Leistungsbedarf für die Versorgung dieser Patienten schwankt von Bundesland zu Bundesland. Die Spreizung geht von 69 € in Mecklenburg-Vorpommern bis 90 € in Bayern. Dafür sind verschiedene Ursachen denkbar, wie die unterschiedliche Krankheitslast, die Auslastung der Praxen, die Anzahl der Ermächtigungen, die Formen der ärztlichen Kooperationen, die Dichte pneumologischer Kliniken, die Arbeitsteilung ambulant-stationär, die Versorgungstiefe der einzelnen Praxen u.v.m.

Die budgetierte Vergütung ärztlicher Leistungen führt dazu, dass nur ein Teil des erforderlichen Leistungsumfanges honoriert wird. Der Anteil nichtvergüteter Leistungen schwankt in den Flächenländern zwischen 8 % in Brandenburg und 32 % im Saarland. Der nichtgewichtete Mittelwert beträgt 17 % (vgl. Abbildung 32: prozentualer Anteil an nichtvergüteten Leistungen in der Pneumologie nach KV Bezirken 2014; Tabelle 7: Datengrundlage der Berechnung der nichtvergüteten Honoraranteile).

**Tabelle 49: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Pneumologie 2013 und 2014
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	2013	2014	absolut	in %	2013	2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	293.154	307.101	13.947	4,8%	67,64	69,03	1,39	2,1%
Hamburg	270.507	283.541	13.034	4,8%	65,70	68,91	3,21	4,9%
Bremen	309.629	324.219	14.590	4,7%	68,33	70,10	1,77	2,6%
Niedersachsen	350.325	338.838	-11.487	-3,3%	66,01	64,13	-1,88	-2,8%
Westfalen-Lippe	401.892	393.270	-8.622	-2,1%	72,37	70,48	-1,89	-2,6%
Nordrhein	330.985	318.790	-12.195	-3,7%	67,32	62,60	-4,72	-7,0%
Hessen	297.259	288.837	-8.422	-2,8%	64,65	61,64	-3,01	-4,7%
Rheinland-Pfalz	272.895	269.557	-3.338	-1,2%	70,06	67,21	-2,85	-4,1%
Baden-Württemberg	342.265	343.194	929	0,3%	78,01	77,22	-0,79	-1,0%
Bayerns	331.951	330.111	-1.840	-0,6%	77,46	77,34	-0,12	-0,2%
Berlin	355.516	342.010	-13.506	-3,8%	68,37	68,18	-0,19	-0,3%
Saarland	317.259	326.777	9.518	3,0%	65,99	66,48	0,49	0,7%
Mecklenburg-Vorp.	268.007	281.087	13.080	4,9%	51,94	52,58	0,64	1,2%
Brandenburg	381.127	415.207	34.080	8,9%	75,92	76,39	0,47	0,6%
Sachsen-Anhalt	342.891	332.209	-10.682	-3,1%	63,99	58,34	-5,65	-8,8%
Thüringen	435.436	406.511	-28.925	-6,6%	49,14	61,25	12,11	24,6%
Sachsen	331.022	345.189	14.167	4,3%	60,14	60,11	-0,03	0,0%
Bund	339.036	336.801	-2.235	-0,7%	68,87	68,08	-0,79	-1,1%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik, Praxen mit zugelassenen Ärzten

Tabelle 6: Honorarumsatz Pro Arzt und Fall 2014, nach KV Bezirken,

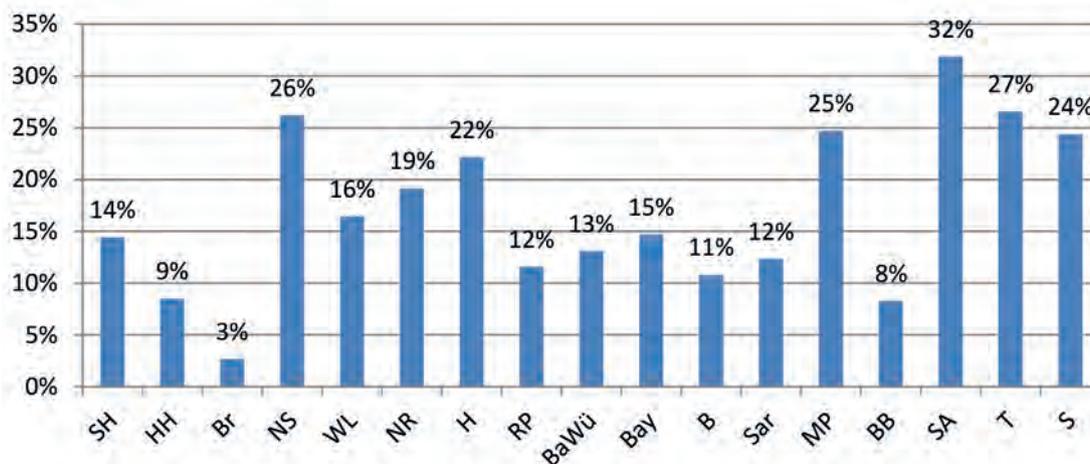


Abbildung 32: prozentualer Anteil an nichtvergüteten Leistungen in der Pneumologie nach KV Bezirken 2014

	LB 2014	pro 1000 Vers	angef. LB	Honorarumsatz	angef. - ausgezahlt	% nicht vergütet
SH	5970	74.01	80.66 €	69.03 €	11.63 €	14%
HH	2310	30.66	75.34 €	68.91 €	6.43 €	9%
Br	6500	90.25	72.02 €	70.10 €	1.92 €	3%
NS	6670	76.75	86.91 €	64.13 €	22.78 €	26%
WL	6850	81.22	84.34 €	70.48 €	13.86 €	16%
NR	6210	80.22	77.41 €	62.60 €	14.81 €	19%
H	5570	70.35	79.18 €	61.64 €	17.54 €	22%
RP	4120	54.2	76.01 €	67.21 €	8.80 €	12%
BaWü	4750	53.47	88.83 €	77.22 €	11.61 €	13%
Bay	6470	71.36	90.67 €	77.34 €	13.33 €	15%
B	8420	110.16	76.43 €	68.18 €	8.25 €	11%
Sar	5240	69.09	75.84 €	66.48 €	9.36 €	12%
MP	6050	86.66	69.81 €	52.58 €	17.23 €	25%
BB	9710	116.58	83.29 €	76.39 €	6.90 €	8%
SA	6910	80.71	85.62 €	58.34 €	27.28 €	32%
T	6920	82.96	83.41 €	61.25 €	22.16 €	27%
S	6770	85.17	79.49 €	60.11 €	19.38 €	24%
					Mittelwert	17%

Tabelle 7: Datengrundlage der Berechnung der nichtvergüteten Honoraranteile

Kann intensive ambulante pneumologische Versorgung stationäre Fälle verhindern?

Zusammenhang von ambulantem pneumologischem Leistungsbedarf und Krankenhausfällen

Über die 412 Landkreise und kreisfreien Städte wurde die Anzahl der stationären Fälle mit Hauptdiagnose Asthma / COPD / Schlafapnoe je 1000 Einwohner aus der DRG-Statistik ermittelt. Aus den ambulanten Abrechnungsdaten wurde für die einzelnen Kreise die (ambulante) Prävalenz der Er-

krankungen Asthma / COPD / Schlafapnoe ermittelt. Diese Prävalenzen wurden alters- und geschlechtsstandardisiert. Der durchschnittliche ambulante Pneumologische Leistungsbedarf in Euro wurde über alle GKV-Patienten in dem entsprechenden Kreis ermittelt.

Für jede Erkrankung separat wurde eine multiple lineare Regression gerechnet, bei der die Unterschiede in der stationären Fallzahl je Einwohner über Variationen in der Inten-

Abhängige Variable	Prädiktoren	Regressions Koeffizient	Standardisierter Koeffizient Beta	Signifikanz (p Wert)	Multipl. R-square
Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose Asthma je 1.000 EW	Konstante Ambulante	0,213		<.001	0,033
	Prävalenz Asthma	0,021	0,165	.001	
	Pneumologischer Leistungsbedarf in € je GKV-Versicherten	0,003	0,065	.203	
Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose COPD je 1.000 EW	Konstante	0,569		<.001	0,444
	Ambulante Prävalenz COPD	0,631	0,687	<.001	
	Pneumologischer Leistungsbedarf in € je GKV-Versicherten	-0,057	-0,162	<.001	
Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose Schlafapnoe je 1.000 EW	Konstante	0,364		.035	0,221
	Ambulante Prävalenz Schlafapnoe	1,646	0,493	<.001	
	Pneumologischer Leistungsbedarf in € je GKV-Versicherten	-0,111	-0,229	<.001	

Tabelle 8: „Lineare Regression stationärer Fallzahlen je Einwohner auf ambulante pneumologische Versorgungsintensität über die Kreise (2011)

Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2011) DRG-Statistik des Stat. Bundesamts (2011)

sität der ambulanten pneumologischen Versorgung erklärt wurden. Diese Analyse wurde kontrolliert für die ambulante Prävalenz der jeweiligen Erkrankung. Der Regressionskoeffizient für die Intensität der ambulanten pneumologischen Versorgung gibt damit Auskunft über die Bedeutung einer intensiven ambulanten Versorgung für die Verringerung (negativer Koeffizient) des Risikos für stationäre Aufnahmen von Patienten mit den entsprechenden Krankheitsbildern.

In den zweidimensionalen Diagrammen wird die originäre Bedeutung einer intensiven ambulanten Versorgung für die Verringerung (negativer Koeffizient) des Risikos für stationäre Aufnahmen von Patienten mit den entsprechenden Krankheitsbildern noch einmal für die Krankheitsbilder COPD und Schlafapnoe grafisch dargestellt. Über die Kreise und Kreisfreien Städte geht eine Steigerung der ambulanten pneumologischen Versorgungsintensität um 1 € je GKV-Versicherten mit 0,057 weniger stationären COPD-Fällen und 0,111 weniger stationären Schlafapnoe-Fällen je 1.000 Einwohner einher. Die Konstante von 0,569 für COPD und 0,364 für Schlafapnoe stellt eine Art Grundrate stationärer Fälle je 1000 Einwohner der jeweiligen Erkrankung dar (genauer genommen für Kreise mit mittlerer Ausprägung auf den beiden Faktoren Erkrankungsprävalenz und ambulanter pneumologischer Behandlungsintensität). Dazugerechnet werden müssen jeweils 0,631 stationäre COPD-Fälle je 1.000 Einwohner bzw. 1,646 stationäre Schlafapnoe-Fälle je 1.000 Einwohner mehr mit jedem Prozentpunkt Prävalenz der Erkrankungen mehr im Vergleich zum Durchschnitt.

Auch wenn die direkte Rechnung (1000 € mehr ambulante Versorgungsintensität = 504 € [0,168-mal Basisfallwert von ca. 3000 €] weniger stationäre Versorgungskosten) keine direkte Kostenersparnis aufzeigt, dürfte eine intensive ambulante pneumologische Versorgung auch Krankenhausfälle mit anderen Hauptdiagnosen und pneumologischer Komorbidität vermeiden (mit den vorliegenden Daten nicht analysierbar). Jedoch sollten diese Modellkoeffizienten nicht wortwörtlich genommen werden, da sie lediglich Bestimmungsstücke einer Schätzgleichung sind.

Dennoch lässt sich das Gesamtmodell wie folgt interpretieren:

- Je höher die Prävalenz von COPD bzw. Schlafapnoe in der Bevölkerung ist, desto mehr stationäre Fälle je 1.000 Einwohner sind zu verzeichnen.
- Eine intensive ambulante pneumologische Versorgung ist dabei mit (relativ) weniger stationären Fällen je 1.000 Einwohner assoziiert.

Intensive ambulante pneumologische Behandlung kann stationäre Behandlung vermeiden!

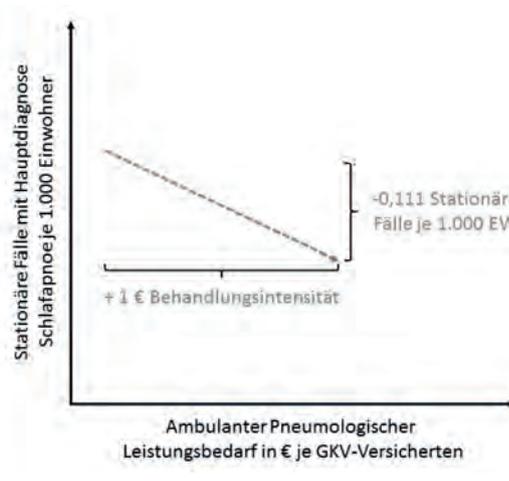
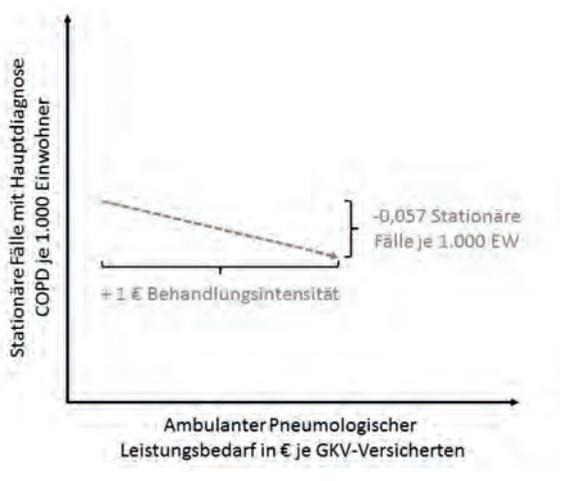


Abbildung 33: „Kann die intensive ambulante pneumologische Versorgung stationäre Fälle von Asthma, COPD und Schlafapnoe verhindern?“

Fazit zu Leistungsgeschehen und Honorar

In allen pneumologischen Praxen werden Leistungen ohne Honorar erbracht (zwischen 3 und 32 %). Wie weit die Pneumologen bereit sind, kostenlos zu arbeiten oder noch weitere Leistungssteigerungen zu erbringen, ist offen. Es kann aber von einer asymptotischen Annäherung an eine Obergrenze ausgegangen werden.

Der ethische Zwang zur vergütungsfreien Leistungsausweitung, sei es durch neue Leistungen (wie z.B. Nursing), durch Zunahme der Morbidität oder durch Verlagerung, wird nicht stark genug sein, darauf die zukünftige Sicherstellung aufzubauen.

Eigentlich müssten die Kostenträger auf uns zukommen und den Ausbau ambulanter pneumologischer Strukturen fordern, da durch intensivierte ambulante pneumologische Behandlung Kosten gesenkt werden können.



Praxisstrukturen

Die pneumologischen Praxisstrukturen sind nicht homogen. Obwohl es unbestreitbare Vorteile einer kooperativen Tätigkeit gibt, entwickelt sich die Zahl der Gemeinschaftspraxen nur sehr zögernd. Immer noch sind fast 500 Pneumologen allein ihrer Praxis tätig.

Offenbar wird die einmal gewählte Praxisform während der gesamten Niederlassungszeit beibehalten. Dies ist auch plausibel, da die Investitionen zu Beginn der Praxistätigkeit

Die pneumologischen Praxisstrukturen sind nicht homogen. Obwohl es unbestreitbare Vorteile einer kooperativen Tätigkeit gibt, entwickelt sich die Zahl der Gemeinschaftspraxen nur sehr zögernd. Immer noch sind fast 500 Pneumologen allein ihrer Praxis tätig.

Offenbar wird die einmal gewählte Praxisform während der gesamten Niederlassungszeit beibehalten. Dies ist auch plausibel, da die Investitionen zu Beginn der Praxistätigkeit hoch sind und in der ersten Praxisphase getilgt werden müssen. Erst nach Abschreibung der Investition kann ein merkbarer Unternehmensgewinn erzielt werden.

Da die Vergütungsstruktur in den deutschen Praxen aber festzementiert ist, lohnt sich eine (neue) Investition nur, wenn dadurch auch mehr Umsatz/Gewinn generiert werden kann.

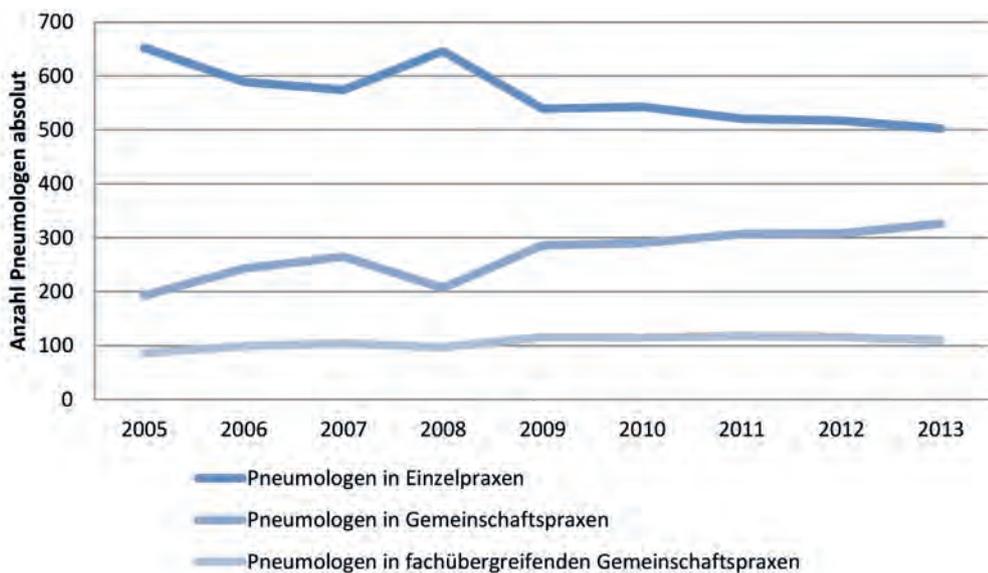


Abbildung 34: Ambulante Pneumologie nach Praxisstrukturen 2005 bis 2013 (ZI)

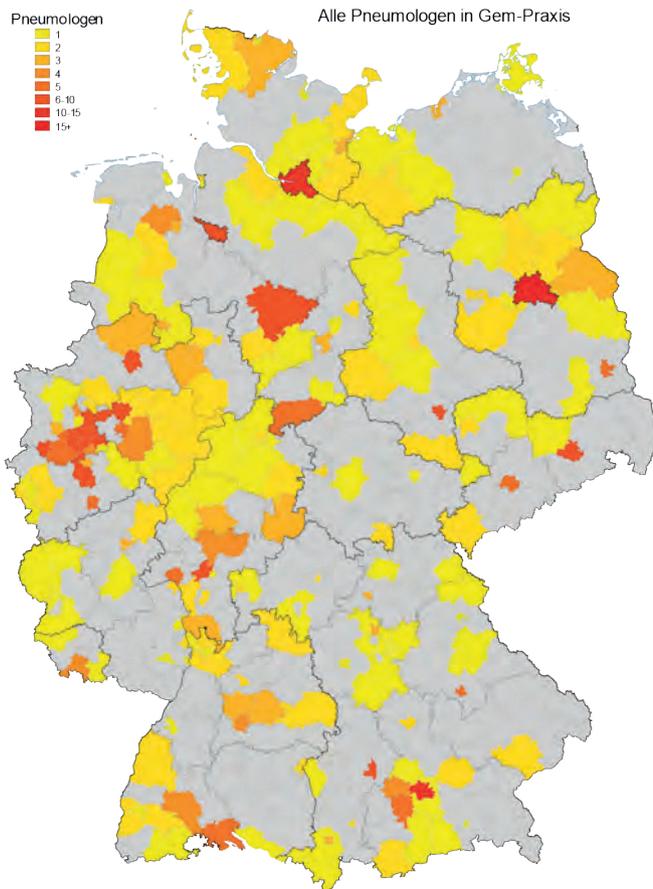


Abbildung 35: Regionale Verteilung Pneumologen in Gemeinschaftspraxen (2013)

Die Zahl der Gemeinschaftspraxen ist in den Ballungszentren erwartungsgemäß höher. Das dürfte ganz banal an der höheren Verfügbarkeit von Partnerpraxen in den Ballungszentren liegen. Geht man davon aus, dass sämtliche Planungsbezirke in Deutschland nach den geltenden Regelungen zur Überversorgung als Überversorgt gelten, dann besteht die reale Gefahr, dass eine flächendeckende ambulante pneumologische Versorgung in Zukunft nicht mehr gewährleistet werden kann, da Einzelpraxen leichter vom Markt genommen werden könnten.

Die Einzelpraxis ist immer noch die überwiegende Organisationsform. Gemeinschaftspraxen entwickeln sich nur langsam.

Einzelpraxen werden langfristig aus dem Markt gedrängt werden.

Altersstruktur der Pneumologen

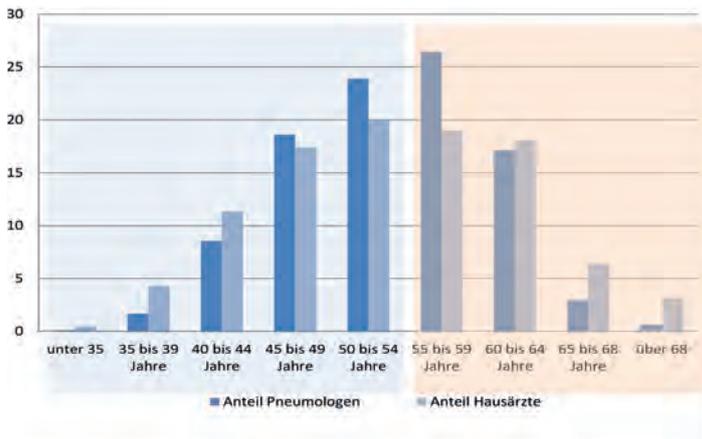
Fast 50 % aller Pneumologen in der Praxis sind über 55 Jahre alt. Der Anteil der jüngeren Kollegen ist bei den Pneumologen niedriger als bei den Hausärzten, dies könnte auch mit der längeren Weiterbildungsdauer zum Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie zusammenhängen.

Auf jeden Fall muss man davon ausgehen, dass die Hälfte aller niedergelassenen Pneumologen in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand geht.

Ob es gelingen wird, für alle einen entsprechenden Nachfolger zu finden, muss bezweifelt werden. Kommt es aber zu einer substantziellen Reduktion des pneumologischen Versor-

gungsangebotes, insbesondere in der Fläche, dann besteht die Gefahr, dass Teile der Versorgung von anderen Leistungserbringern übernommen werden oder auch verschwinden.

Das Angebot an übergabewilligen Praxen dürfte die Nachfrage deutlich übersteigen. Dies dürfte auch nicht ohne Folgen für die zu erzielenden Preise sein. Viele Pneumologen werden keinen Nachfolger finden. Diese Tendenz wird eine flächendeckende pneumologische Versorgung erschweren, da die Praxen in den Zentren für Nachfolger attraktiver sind.



Pneumologen absolut	Anteil Pneumologen %		Anteil Hausärzte %	
	Hausärzte absolut			
unter 35	2	249	0.2	0.46
35 bis 39 Jahre	25	2,309	2.4	4.30
40 bis 44 Jahre	107	6,091	10.1	11.33
45 bis 49 Jahre	201	9,329	19.1	17.36
50 bis 54 Jahre	246	10,718	23.3	19.95
55 bis 59 Jahre	257	10,214	24.4	19.01
60 bis 64 Jahre	171	9,704	16.2	18.06
65 bis 68 Jahre	32	3,425	3.0	6.37
über 68	14	1,698	1.3	3.16

Abbildung 36: Altersstruktur der Pneumologen im Vergleich zu Hausärzten (2013)

Die Hälfte der im Moment niedergelassenen Pneumologen geht in den nächsten 10 Jahren in Ruhestand.

Szenarien zukünftiger Entwicklungen

Versorgungsgrad auf Raumordnungsregion (abgeleitet von der Bedarfsplanungs-Richtlinie für Fachinternisten):

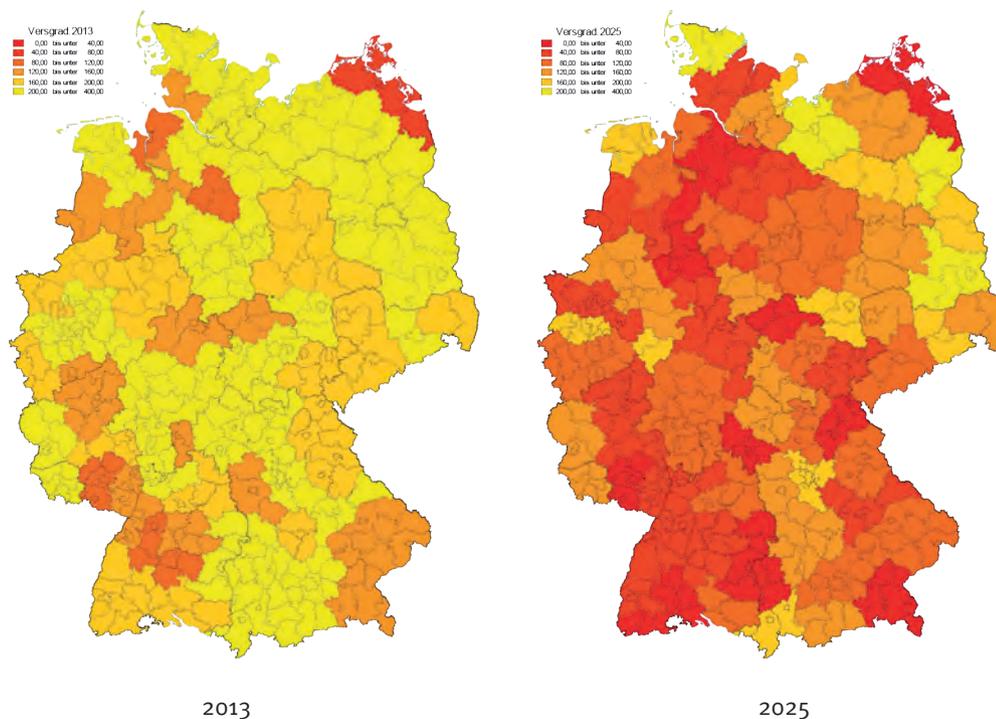


Abbildung 37: Versorgungsgrad 2013, 2025 unter der Annahme keiner Nachbesetzung

Bei Annahme einer fehlenden Nachbesetzung, wie durch die Systematik der „Übersversorgung“ vorgesehen, droht innerhalb von 12 Jahren eine massive Versorgungslücke praktisch in ganz Deutschland.

Ein solches Szenario ist nicht ganz auszuschließen. Die Risiken liegen in der Übernahme pneumologischer Praxen durch andere Schwerpunkte der inneren Medizin und evtl. durch mangelnden Nachwuchs.

Ausgehend von den Verhältniszahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie für Fachinternisten (Pneumologen werden nicht separat beplant) werden Verhältniszahlen für die Pneumologen abgeleitet (Berücksichtigung des Verhältnisses von Pneumologen zu Fachinternisten). Auf Basis dieser Verhältniszahlen wird der Versorgungsgrad entsprechend

dem Rechenweg der Bedarfsplanungsrichtlinie für die Raumordnungsregionen (regionale Einheit für die Beplanung der Fachinternisten) errechnet, für 2013 sowie für 2020 und 2025. Dabei werden die bis zu dem jeweiligen Zeitpunkt aus Altersgründen ausscheidenden Pneumologen subtrahiert. Die so dargestellten Zahlen stellen somit Kennwerte unter der Annahme keiner Nachbesetzung freierwerdender Arztstühle dar.

Ohne Investitionssicherheit wird die inhabergeführte selbstständige Arztpraxis langfristig verschwinden.

Alle, die sich mit der neuen Bedarfsplanung befassen, haben das gleiche Problem: niemand weiß, wie viele Ärzte, oder gar, wie viele Pneumologen das Land wirklich braucht.

Die Terminservicestellen für Facharzttermine sind ein Zeichen, dass die Politik eine Minderversorgung unterstellt. Die Regelung im Gesetz, Überversorgung anzunehmen, wenn 140 % überschritten sind, und die KV zu zwingen, die Sitze aufzukaufen, suggeriert aber Überversorgung.

Was können wir denn tun? Als Vertragsärzte eigentlich nur das, was wir wirklich können: unsere Patienten gut versorgen. Und das oft gegen jegliche ökonomische Vernunft, gegen unsere eigenen Freizeitinteressen und unter Gefährdung unserer Gesundheit; nur dann haben wir die Chance, eine Perspektive für unsere Praxen zu erarbeiten. Wir brauchen immer so viele Pneumologen, wie es gibt. Die Menschheit ist nicht ausgestorben in den Zeiten, in denen es keine Pneumologen gab, auch jetzt gibt es viele Patienten mit Lungenerkrankungen, die nicht von uns betreut werden. Deshalb müssen wir jedem Patienten, der Öffentlichkeit und der Politik immer wieder neu beweisen, welcher herber Verlust es wäre, auf uns verzichten zu müssen.

Bei fehlender Nachbesetzung entwickelt sich der Versorgungsdruck für die verbliebenen Vertragsärzte unterschiedlich, die Zuwächse sind inhomogen, von doppelt bis achtmal so viel. Tatsache bleibt aber, dass eine schon marginale Reduktion der Zahl der Pneumologen zu einer Verschlechterung der Versorgung führen wird. Vorhersagen sind aber unsicher, denn die betroffenen Strukturen werden reagieren.

Wenn das System der KV aber langfristig überleben will, muss es Investitionssicherheit gewährleisten. Niemand wird in eine Unternehmung investieren, für die der return of investment derart unsicher ist wie in der vertragsärztlichen Versorgung. Der kontinuierlich steigende Anteil der Kolleginnen und Kollegen in abhängiger, angestellter Position ist das erste Zeichen dieses Wandels.

Aber abgesehen davon, dass weder die Servicestellen noch das Rauskaufen ihre Ziele erreichen werden, woher weiß die Politik, dass die richtige Zahl von Ärzten da wäre, wenn ihre Gesetze funktionieren würden? Wie kommt sie auf die Idee, wenn ich in München am Sendlingertorplatz eine Praxis schließe, dass dann eine andere in Anklam West entsteht?

Machen wir uns nichts vor. Eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung, in der jeder Patient, der das will, sofort einen Termin bekommt, gibt es nicht. Ganz unabhängig vom System, von der Vergütung, von der Morbidität. Aber bis diese Erkenntnis Allgemeingut ist, eignet sich die Nichterfüllung dieses Anspruches, Schritt für Schritt den selbstständigen Arzt zu entmündigen, den Sicherstellungsauftrag zu zerstückeln, die Kontrolle selbst zu übernehmen.

Die Politiker glauben das selber nicht, es geht nur um etwas ganz anderes. Die KVen werden für den Unsinn der Gesetzgebung in Haftung genommen, der Druck wird erhöht, die Planungstiefe gesteigert, das Versagen der Selbstverwaltung wird neue Gängelung provozieren – Bürokratie, die ebenso nutzlos wie aufwendig sein wird.



Haben wir überhaupt genügend Nachwuchs?

Die Anzahl der Facharztanerkennungen Innere Medizin und Pneumologie betrug:

Facharztbezeichnung	2012		2013		2014	
	insgesamt	davon: Ärztinnen	insgesamt	davon: Ärztinnen	insgesamt	davon: Ärztinnen
Innere Medizin u. SP Pneumologie	32	14	49	17	44	20
Innere Medizin und Pneumologie	68	32	68	25	119	50
Gesamt	100	46	117	42	163	70

Tabelle 9: Facharztanerkennungen Pneumologie: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Die Zahl der Facharztprüfungen in den letzten Jahren zeigt das Dilemma. Wenn auch die Zahl der Prüfungen anzusteigen scheint, so reicht diese Zahl nicht annähernd aus, den notwendigen Ersatz zu stellen. Immer mehr Fachärzte gehen nicht in die ambulante Patientenarbeit, viele bleiben in den Kliniken, manche gehen in den öffentlichen Dienst, die Teilzeitarbeit nimmt zu.

Um die Zahl der Pneumologen konstant halten zu können, sind ca. doppelt so viele Facharztanerkennungen notwendig.

Weiterbildung

Die Weiterbildungszeiten zum „Pneumologen“

Nach der gültigen Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer umfasst die Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie (Pneumologe/ Pneumologin) folgende Mindest-Weiterbildungszeiten:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, 36 Monate Weiterbildung in Pneumologie, davon 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können, davon können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden.

Einzelheiten der Ausgestaltung, zum Erhalt der Befugnis als Weiterbilder und die Zulassung als Weiterbildungsstätte sind der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer zu entnehmen

Weiterbildungsbefugte in der pneumologischen Praxis und Klinik

Obwohl für das gesamte Bundesgebiet 210 befugte Pneumologen im ambulanten Sektor vorhanden sind, wird die pneumologische Weiterbildung bisher vorwiegend im stationären Sektor geleistet. Dies liegt in erster Linie an der ungeklärten Vergütung der Assistenten im ambulanten Bereich.

Weiterbildungsbefugte Innere Medizin und Pneumologie ambulanter Bereich / lt. Landesärztekammern									
Praxis / MVZ (Monate)	6 M	9 M	12 M	18 M	24 M	30 M	36 M	>36 M	Summe
Baden-Württemberg	2		12	13					27
Bayern	4	1	16	7	1				29
Berlin	1		13	8					22
Brandenburg			4	2					6
Bremen			2						2
Hamburg			4	2					6
Hessen	2		4	8					14
Mecklenburg-Vorpommern				1					1
Niedersachsen			4	7					11
Nordrhein			5	21					26
Rheinland-Pfalz*				2					2
Saarland				1					1
Sachsen			3	10					13
Sachsen-Anhalt				3					3
Schleswig-Holstein	1		3						4
Thüringen			1		1		2		4
Westfalen-Lippe			25	14					39
Summen	10	1	96	99	2	0	2	0	210

Tabelle 10: Weiterbildungsbefugte „Pneumologie“ im ambulanten Bereich; Erhebung bei allen Landesärztekammern 2015.

Von 291 Befugten im stationären Sektor haben nur 168 die volle Weiterbildungsberechtigung (ca. 58 %). Und da an einigen Weiterbildungsstätten mehrere Befugte vorhanden sind, ist davon auszugehen, dass weniger als die Hälfte aller pneumologischen Kliniken/Abteilungen die volle Weiterbildung von 36 Monaten ermöglichen können.

Stationär (Monate)	6 M	9 M	12 M	18 M	24 M	30 M	36 M	>36 M	Summe
Baden-Württemberg			9	2	7		12		30
Bayern	1		5	5	6	2	21		40
Berlin				1	2	1	1	6	11
Brandenburg				2		1	5		8
Bremen							2		2
Hamburg					2	3	3		8
Hessen			4	2	4		16		26
Mecklenburg-Vorpommern	1		7		2		6		16
Niedersachsen			2		2	1	10		15
Nordrhein			1	4	3		31		39
Rheinland-Pfalz*	1		6		5		3		15
Saarland			3		1		2		6
Sachsen					1		14		15
Sachsen-Anhalt			1		3	2	6		12
Schleswig-Holstein			1						1
Thüringen			1				6	1	8
Westfalen-Lippe			1	2	6		30		39
Summen	3	0	41	18	44	10	168	7	291

*keine Angaben der Bezirksärztekammer Rheinhessen

Tabelle 11: Weiterbildungsbefugte „Pneumologie“ im stationären Bereich (Erhebung bei allen Landesärztekammern 2015)

In den Jahren 2012 bis 2014 ist eine Steigerung bei den Anerkennungen zum Facharzt festzustellen. Somit sind durchschnittlich in den letzten drei Jahren 127 Anerkennungen pro Jahr ausgesprochen worden. Davon sind 53 Ärztinnen (ca. 42 %). Die im Augenblick nicht zu beantwortende Frage ist, wo bleiben diese Fachärzte/-innen – in der Versorgung, im Ausland, in der Wissenschaft, in der Industrie, im Medienbereich usw. oder privatisieren sie?

Es gibt genügend Weiterbildungsbefugte, aber zu wenig Ärzte in Weiterbildung!

Sektorübergreifende Weiterbildung

Überall da, wo bereits engere Kooperationen in Detailfragen der Versorgung zwischen pneumologischer Praxis und pneumologischer Klinik gelebt werden, besteht heute schon die Möglichkeit, die Weiterbildung sektorübergreifend zu organisieren. Dies soll beispielhaft an folgenden Modellprojekten in der Pneumologie aufgezeigt werden:

Projekt Berlin

Kooperation zwischen der Gemeinschaftspraxis Berlin-Lichterfelde, bestehend aus vier zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Pneumologen und der Lungenklinik Heckeshorn im Helios-Klinikum Emil von Behring, Berlin:

- Der Weiterbildungsassistent wird für 6 Monate von der Klinik freigestellt.
- In der Regel befindet sich der Assistent im 5. bis 6. Jahr der Weiterbildung.
- Das Gehalt wird in gleicher Höhe von der Praxis weiterbezahlt.
- Nach kurzer intensiver Einarbeitungszeit ist er eine Entlastung für die Vertragsärzte im normalen Alltagsbetrieb.
- Die Rückkehr in die Klinik ist garantiert.

Projekt Wuppertal

Kooperation zwischen der überörtlichen Gemeinschaftspraxis „aeroprax“, Standort Barmen, mit fünf zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Pneumologen und dem Helios Klinikum Wuppertal GmbH:

- Der Weiterbildungsassistent bleibt weiterhin Angestellter der Klinik.
- Ein Weiterbildungs-Curriculum legt fest, welche Weiterbildungsinhalte u. a. in der Praxis vermittelt werden sollen.
- Jeweils am Nachmittag (von Montag bis Donnerstag) über 6 Monate rotiert der Assistent in die Praxis.
- Wegen des beiderseitigen Interesses an einer umfassenden Weiterbildung teilen sich Praxis und Klinik ebenso die Personalkosten.

Projekt Essen

Das „Ambulante Lungenzentrum Essen“ ist eine fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zwischen einer Partnerschaftsgesellschaft niedergelassener Pneumologen und dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Ruhrlandklinik, Westdeutsches Lungenzentrum – Universitätsklinik:

- Es besteht eine enge Kooperation zwischen dem Ambulanten Lungenzentrum und der Ruhrlandklinik.
- Die Weiterbilder im Ambulanten Lungenzentrum haben eine Weiterbildungsermächtigung in der Allergologie von 18 Monaten und in der Pneumologie von 24 Monaten.
- Regelmäßig rotieren Weiterzubildende von der Klinik in die BGA und zurück.
- Während der Rotationsphase im Ambulanten Lungenzentrum sind die Weiterzubildenden zu gleichen Teilen in der Partnergesellschaft und MVZ tätig.
- Die Finanzierung erfolgt paritätisch.
- Es besteht die Garantie, dass der Weiterzubildende nach dieser Weiterbildungsphase wieder in die Klinik zurückwechseln kann.

Win-win-Situation:

Für die Praxis:

- Nach einer kurzen Einarbeitungszeit ist der Assistent eine Entlastung für den normalen Alltagsbetrieb.
- Somit ergibt sich ein Zeitgewinn, der für extrabudgetäre Tätigkeiten oder persönliche Angelegenheiten während der Praxisöffnungszeiten genutzt werden kann.
- Persönlicher Gewinn durch den direkten Gedankenaustausch mit dem Assistenten am Patienten im Alltagsbetrieb.
- Bei einem geplanten Ausstieg aus der Praxistätigkeit oder beim Ausscheiden eines Praxispartners kann man aus dem Pool der ehemaligen Assistenten den geeigneten Nachfolger zielsicher rekrutieren.

Für den Assistenten:

- Er lernt den Praxisalltag bei Anwesenheit eines erfahrenen Kollegen kennen.
- Er erhält eine umfassende Weiterbildung besonders von Tätigkeiten, die in dem Umfang in der klinischen Versorgung nicht möglich sind.

- Er lernt die weit verbreiteten pneumologischen Volkskrankheiten in der Akut- und Langzeitversorgung kennen.
- Bei den chronisch Kranken (Asthma, COPD...) bekommt er eine differenzierte Einstellung zur medikamentösen Therapie.
- Er lernt die Asthma- / COPD-Schulung und Raucherentwöhnung kennen.
- Er kann sich nach der Praxisphase leichter entscheiden, ob er zukünftig selbstständig oder angestellt, in Klinik oder Praxis und hier in Einzel- oder Gruppenpraxis tätig werden möchte.

Die Zukunft der Pneumologie wird sich auch durch die Weiterbildungsordnung entscheiden. Im Moment wird die Muster-WBO innerhalb der Bundesärztekammer beraten. Seit vielen Jahren wird auf Ärztetagen debattiert und es werden Beschlüsse gefasst, mehrfach wurde die Systematik geändert. Offenbar ist durch die verstärkten Bemühungen das Ziel aus den Augen verschwunden. Eine grundlegende Vereinfachung ist nicht geplant und solange die Weiterbildung 8 – 10 Jahre dauert, bevor eine Niederlassung möglich ist, solange werden wir die jungen Kollegen schwer von der Attraktivität des Faches Pneumologie überzeugen können.

Ziel sollte sein, dass nach einer 6-jährigen Weiterbildung alle Leistungen der ambulanten Pneumologie beherrscht werden. Dazu müssen die Möglichkeiten der ambulanten, berufsbegleitenden Weiterbildung ausgeweitet werden. Dies in einem in Jahrzehnten gewachsenen System mit vielen claims und Besitzständen umzusetzen, ist wahrlich eine herkulische Aufgabe.

Die Weiterbildung zum Pneumologen dauert zu lange!



Pneumologen als Belegärzte

Die Anzahl der belegärztlich tätigen Pneumologen ist zwar zwischen 2005 und 2014 von 15 auf 23 angestiegen. Trotzdem bleibt die Zahl insgesamt bundesweit gering. Insbesondere vergleicht man diese Zahl mit anderen Fachgruppen.

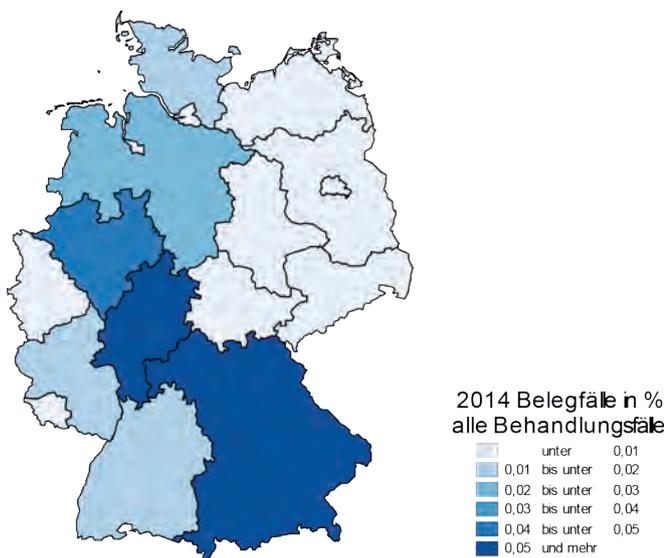


Abbildung 38: Pneumologische Behandlungsfälle in % an der Gesamtfallzahl in unterschiedlichen KV Bezirken

Die ca. 23 belegärztlich tätigen Pneumologen erreichen nicht einmal 10 % der internistischen Belegärzte, der Anteil unter allen Belegärzten liegt bei weniger als 0,15 %.

Auch unter den Pneumologen sind Belegärzte nur mit einem Anteil von deutlich unter 3 % vertreten.

HNO-Ärzte	1532 (39,3)	Augenärzte	594 (11,7)
Frauenärzte	1077 (11,0)	Urologen	535 (20,3)
Orthopäden	688 (13,1)	Internisten	356 (1,8)
Chirurgen	605 (15,3)	MKG-Chirurgen	214 (20,3)

Tabelle 12: Belegärzte ausgewählter Fachgruppen (Anteil an Fachgruppe in %), KBV 2012

Für alle internistischen Fächer gilt, dass es keine klassisch stationär verorteten Leistungen gibt, wie in traditionell chirurgischen Fächern, in Gynäkologie oder HNO. Ein Grund ist

aber sicher auch das enge Betätigungsfeld zwischen der immer leistungsfähigeren ambulanten Pneumologie und den hochspezialisierten Leistungen einer Fachklinik.

Das Korsett des Kapitels 36 des EBM lässt eine moderne Pneumologie im belegärztlichen Bereich nicht zu. Wie der gesamte ambulante Bereich leidet der belegärztliche Sektor unter der langsamen und zögerlichen Umsetzung von Innovationen aus dem stationären Bereich. Moderne Endoskopie, EBUS oder andere interventionelle Maßnahmen sind ebenso wenig belegärztlich darstellbar wie alle Formen der Beatmungsmedizin.

Eine Analyse der belegärztlichen Tätigkeit zeigt, dass die Schlafmedizin, hier die Polysomnographie, den Schwerpunkt darstellt.

Entgegen vielfacher Zusagen aus der Politik, entgegen auch der erklärten Absicht der deutschen Ärzteschaft, das Belegarztwesen zu stützen und zu entwickeln, findet sich in den aktuellen Gesetzesinitiativen dieser Legislaturperiode kein Hinweis auf das Belegarztssystem. Im Gegenteil. Damit fehlt auch der wirtschaftliche Anreiz, sich belegärztlich zu engagieren. Die begrenzten Möglichkeiten der Leistungsabrechnung (siehe hierzu auch die Leistungsliste) machen belegärztliche Tätigkeit zu einer Liebhaberei, die man sich aus der ambulanten Tätigkeit querfinanzieren muss.

Im Gegenteil hat die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, dass allgemeine Krankenhausleistungen auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte erbracht werden dürfen, dafür gesorgt, dass Krankenträger leichter ihre Belegabteilungen zu Lasten der Belegärzte in Hauptabteilungen umwandeln können.

Der Bundesverband der Pneumologen hat zusammen mit dem Berufsverband der Belegärzte einen Vorschlag zur Erweiterung des Kapitel 36 EBM eingebracht. Damit wäre ein Schritt in eine moderne und differenzierte Belegpneumologie möglich. Dafür gilt es jetzt in den nächsten Monaten bis zur Veröffentlichung des EBM NEU zu kämpfen.

Die meisten pneumologischen Belegärzte betreiben ein Schlaflabor. Die PSG ist die häufigste belegärztliche pneumologische Leistung.

Fallzahl der einzelnen Praxen

Es ist wenig erstaunlich, dass aufgrund der strukturellen Unterschiede die Arbeitsweise der pneumologischen Praxen nicht homogen ist. Schon die schiefe Anzahl in den Praxen erfordert ein unterschiedliches Herangehen an die Versorgungsanforderungen. Es dürfte sich auch um historisch gewachsene Unterschiede in der Inanspruchnahme pneumologischer Leistungen handeln.

Die durchschnittliche Fallzahl in den unterschiedlichen Regionen sagt nichts über die tatsächliche Arbeitsleistung einzelner Pneumologen aus.

Die Festlegung einer optimalen Fallzahl oder gar einer Obergrenze, bis zu der ein einzelner Pneumologe Patienten versorgen kann, ist weder sinnvoll noch möglich. Dass aber eine solche Grenze besteht, ist anzunehmen, die erhobenen Daten rechtfertigen aber nicht die Festlegung einer solchen Grenze. Definitiv gibt es keine Hinweise, dass die Zahl der betreuten Patienten die Versorgungsqualität beeinflusst.

Die unterschiedliche Zahl lässt eher die Vermutung zu, dass das Management und die Organisation in den einzelnen Praxen sehr unterschiedlich sind.

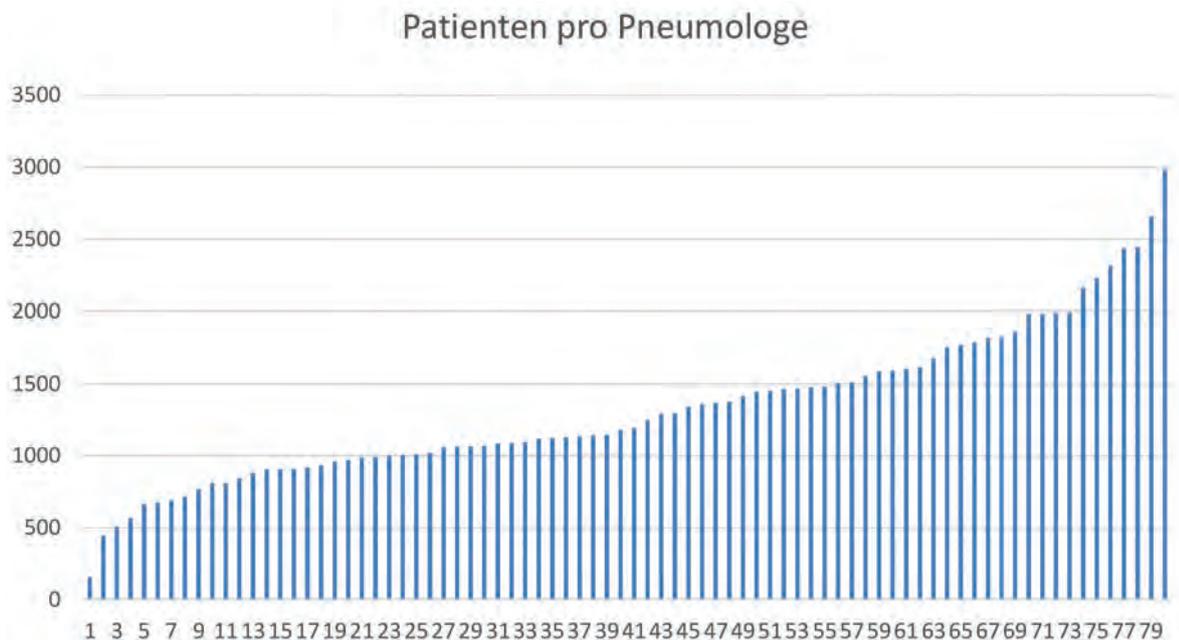


Abbildung 39: Patienten pro Pneumologe

Versorgungsforschung WINDPNEU des Bundesverbandes der Pneumologen Arztbezogene Auswertung 1. Quartal 2013

Die durchschnittliche Fallzahl zeigt eine extreme Spreizung. Die Bestimmung eines Durchschnittes wäre möglich. Es wurde aber bewusst auf die Darstellung eines Mittelwertes verzichtet, weil dadurch dieser Mittelwert mit einer optimalen Fallzahl gleichgestellt werden könnte.

Die Fallzahl in pneumologischen Praxen schwankt erheblich. Mehr als zwei Drittel haben mehr als 1000 Fälle.

Leistungsspektrum der pneumologischen Praxen

Das Leistungsspektrum in den pneumologischen Praxen ist nicht homogen. Die in der Strukturbefragung erhobenen Leistungen spiegeln nicht unbedingt die Frequenz der einzelnen Leistungen wider.

Trotzdem ist es erfreulich, dass z.B. die Bronchoskopie von deutlich mehr als der Hälfte aller pneumologischen Praxen angeboten wird. Auch der Anteil an Lungensportgruppen mit über 30 % ist erfreulich hoch.

Trotzdem gehören die OIII Genehmigung, die Polysomnographie oder die Tabakentwöhnung nicht zum Standardrepertoire einer pneumologischen Praxis.

Fast alle Pneumologen bieten allergologische Leistungen an. Röntgenleistungen nehmen ab.

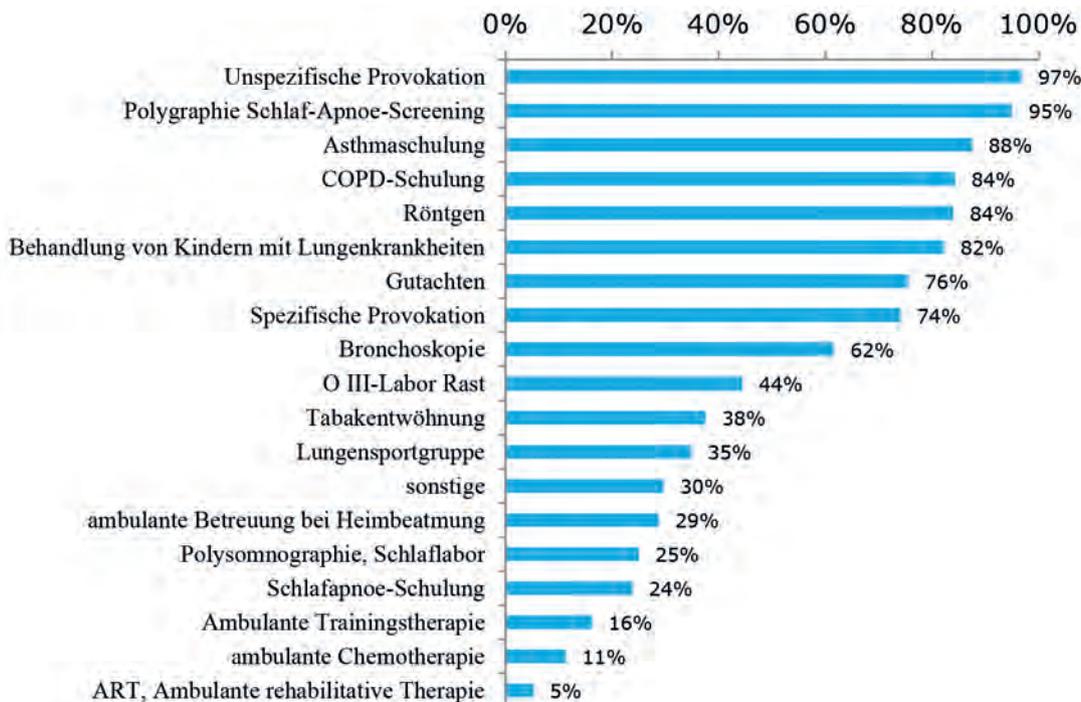


Abbildung 40: Strukturbefragung pneumologischer Praxen, J. Andres 2010

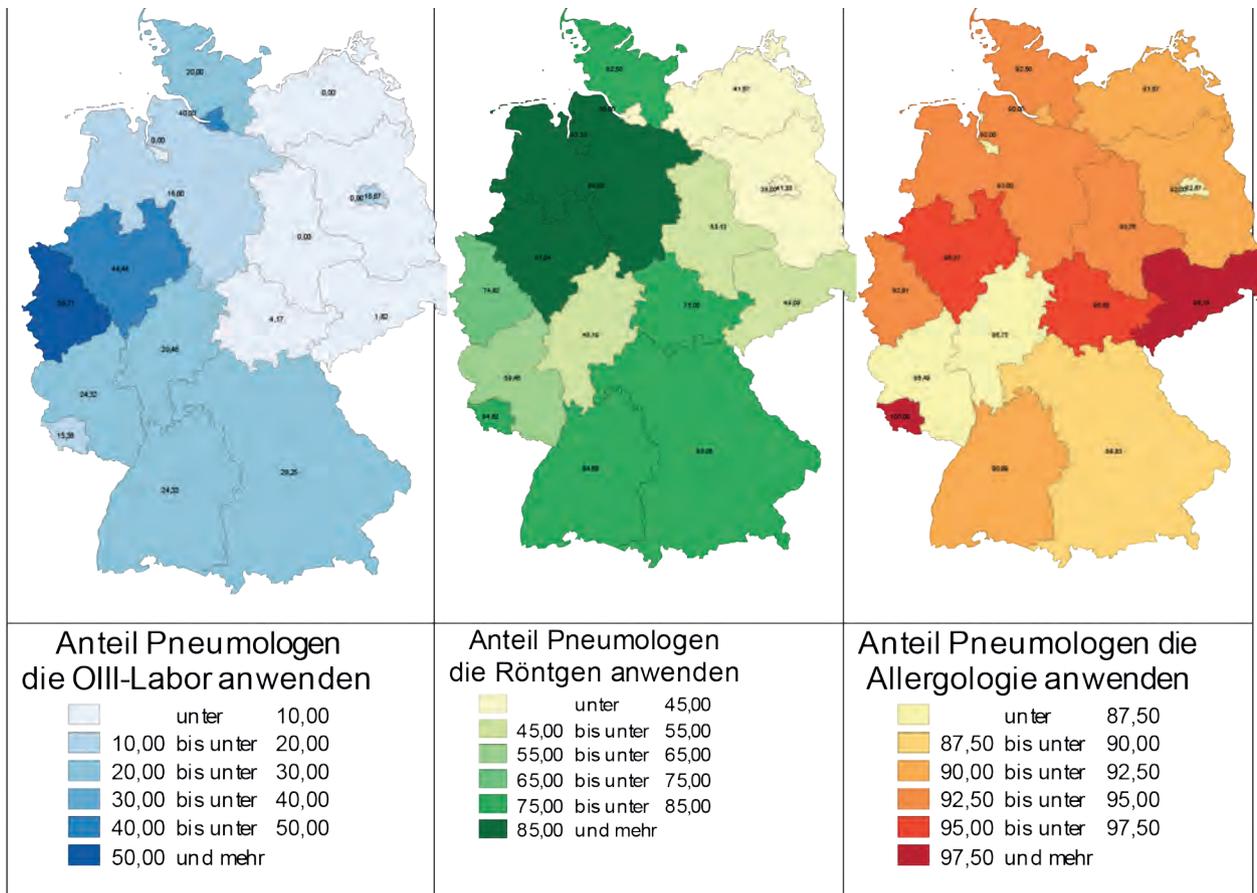


Abbildung 41: Anwendung diagnostischer Verfahren in Pneumologenpraxen 2014, Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2014)

Dargestellt ist der Anteil der Pneumologen (Leistungserbringer / Ärzte, ohne Ermächtigte und Kinderpneumologen) in den Kreisen / kreisfreien Städte, die die entsprechende Leistung erbringen. Der Standort der Leistungserbringung bzw. der Praxis (Kreis / kreisfreie Stadt) kann nur geschätzt werden nach dem Wohnort-Kreis, der den größten Anteil an Patienten in der entsprechenden Praxis stellt.

OIII Labor-Leistungen werden vermehrt in den westlichen Bundesländern erbracht und hier auffällig häufig in Nordrhein-Westfalen. Dies hat wahrscheinlich mit der dort vor einigen Jahren praktizierten kompletten Deckelung der üblichen pneumologischen Leistungen zu tun. Es erfolgte daher vermehrt die Erbringung von Laborleistungen, die zusätzlich vergütet wurden. Im Osten wurden möglicherweise weniger Laborleistungen selbst erbracht, da die Praxen mit höheren Scheinzahlen wahrscheinlich weitgehend ausgelastet waren und somit keine Motivation bestand, weitere Leistungsbereiche zu erschließen.

Bei der Röntgendiagnostik, die in den Praxen selbst erbracht wird, ergibt sich ebenfalls ein auffälliges Ost-West Gefälle sowie Schwerpunkte in Nord- und Süddeutschland. Im Osten erbringen 45 % und weniger Pneumologen selbstständig Röntgenleistungen, im Westen liegen die Zahlen bei 70 % bis über 85 %. Eine mögliche Erklärung wäre, dass im Westen selbstständig niedergelassene Lungenärzte früher grundsätzlich mit Röntgen ausgestattet waren und in Ostdeutschland Kollegen bei neuer Niederlassung in den 90er-Jahren häufiger die zusätzliche Investition vermeiden wollten.

Bei den allergologischen Leistungen fällt ein gewisses Nord-Süd Gefälle auf, wobei die Unterschiede insgesamt nicht sehr groß sind. Die Schwankungsbreite liegt zwischen 87 % und 100 % der Pneumologen, die allergologische Leistungen erbringen.

Pneumologische Versorgungsbereiche

COPD

Die COPD ist die Krankheit, die in der ambulanten Praxis einen wesentlichen Teil der Leistungen verursacht. Der Anteil unter den Versicherten wächst mit dem Alter der Patienten, ebenso wie der pneumologische Versorgungsanteil.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Anteil an Patienten mit COPD weiter wachsen und damit der Bedarf an pneumologischen Leistungen mitwachsen.

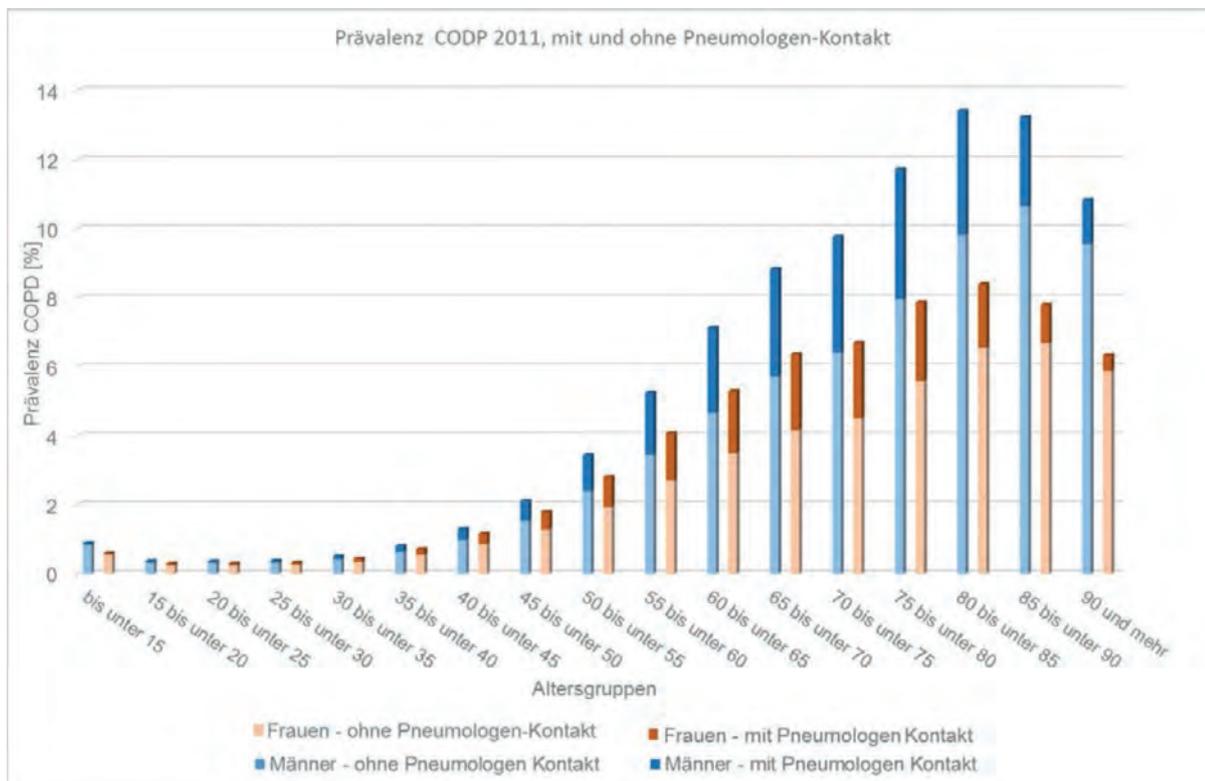


Abbildung 42: Altersstratifizierte Darstellung der COPD-Prävalenz (COPD-Diagnose in mindestens 2 Quartalen von einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt kodiert). Anteil der Patienten mit Pneumologen-Kontakt (COPD-Diagnose kann auch von einem Nicht-Pneumologen gestellt worden sein)

Schweregrade der COPD in der ambulanten Betreuung

Die Übersicht der Kodierung nach Schweregrad in pneumologischen Praxen zeigt, dass bei 86 % der Patienten ein Schweregrad definiert wurde. Die leichte COPD mit einem FEV₁ > 70 % vom Sollwert ist mit 16 % eher selten. Die größte Gruppe der Patienten mit 36 % sind diejenigen mit einer FEV₁ von 50 % bis 70 % vom Sollwert. Die schweren Stadien folgen mit 22 % und 12 %.

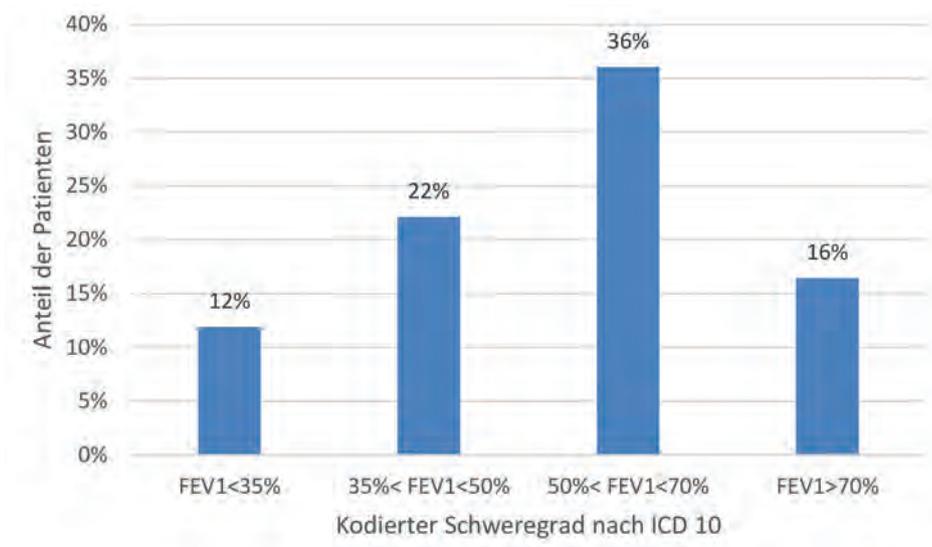


Abbildung 43: Kodierung der Schweregrade der COPD, Analyse der Gesamtdaten aus 46 Praxen mit 95777 Patienten, Aus der Versorgungsforschung des Bundesverbandes der Pneumologen – WINPNEU Abrechnungsdaten als Marker für die pneumologische Versorgung, W. Petro, J. Andres, A. Hellmann, T. Hering, M. Weber, Der Pneumologe 2014

Die Prävalenz der COPD-Schweregrade in einer Bevölkerungsstichprobe (BOLD Studie) mit GOLD Schweregrad \geq I in der zugrundeliegenden Stichprobe von Personen \geq 40 Jahren lag bei 13,2%. Die Kriterien für GOLD Stadium I wurden von 7,4% der Teilnehmer erfüllt. Bei 5,0% der Probanden lag GOLD Stadium II vor, und 0,8% der Teilnehmer litten an schwerer oder schwerster COPD im GOLD Stadium III oder IV. Zwar im Jahr 2005, die Verteilung dürfte sich aber in der Zeit nicht grundlegend geändert haben.

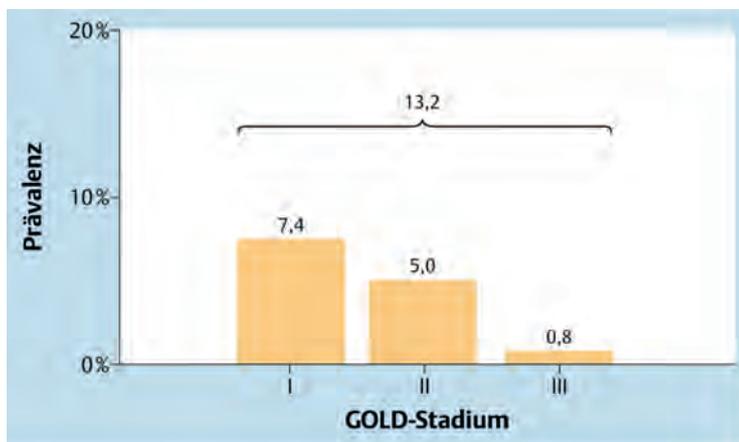


Abbildung 44: Prävalenz der COPD nach GOLD-Schweregrad. Dargestellt ist die Häufigkeit der verschiedenen GOLD-Stadien in der untersuchten Stichprobe, n = 683.

Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland, Ergebnisse der BOLD-Studie, The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Germany, Results of the BOLD Study, H. Geldmacher et al.

Betrachtet man das Verhältnis der Schweregrade untereinander, so zeigt sich, dass der Schweregrad der betreuten Patienten mit COPD in pneumologischen Praxen um ein Vielfaches höher ist als die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Machen COPD Patienten mit Schweregrad 3 und 4 ca. 34 % der betreuten COPD Patienten aus, so beträgt der Anteil in der BOLD Stichprobe knapp 6 %.

COPD und ALT/NEU

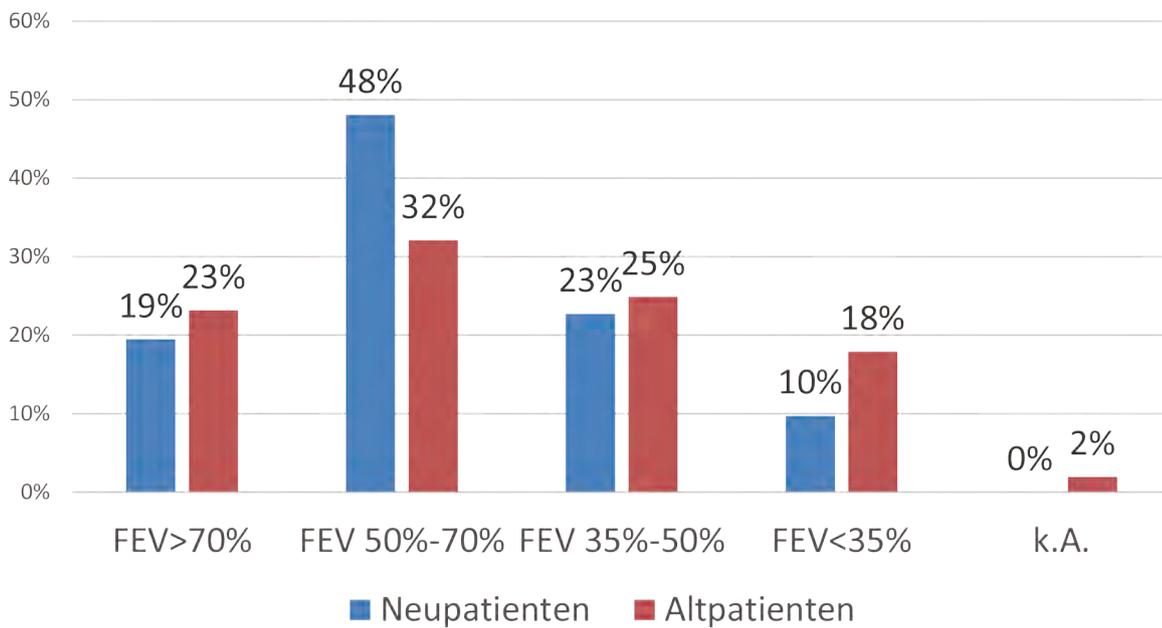


Abbildung 45: Anteil der Schweregrade an Neu-/Altpatienten, Versorgungsforschung des BdP – WINPNEU, 2016

Patienten mit schwereren Formen der COPD werden vermehrt kontinuierlich durch Pneumologen betreut. Ist der Anteil von NEU Patienten bei den leichteren Formen überwiegend, so ist das Verhältnis bei den schweren Formen umgekehrt. Dieser Trend entspricht dem Versorgungsauftrag der Pneumologen; leichtere Fälle werden von Hausärzten betreut.

Pneumologen betreuen die schwerkranken COPD Patienten.

Respiratorische Insuffizienz (J96.xx)

Unter diesen Patienten sind vermehrt Patienten mit respiratorischer Insuffizienz zu erwarten. Patienten mit respiratorischer Insuffizienz sind offenbar aufwendiger. Sie stehen in meist kontinuierlicher Betreuung durch den Pneumologen.

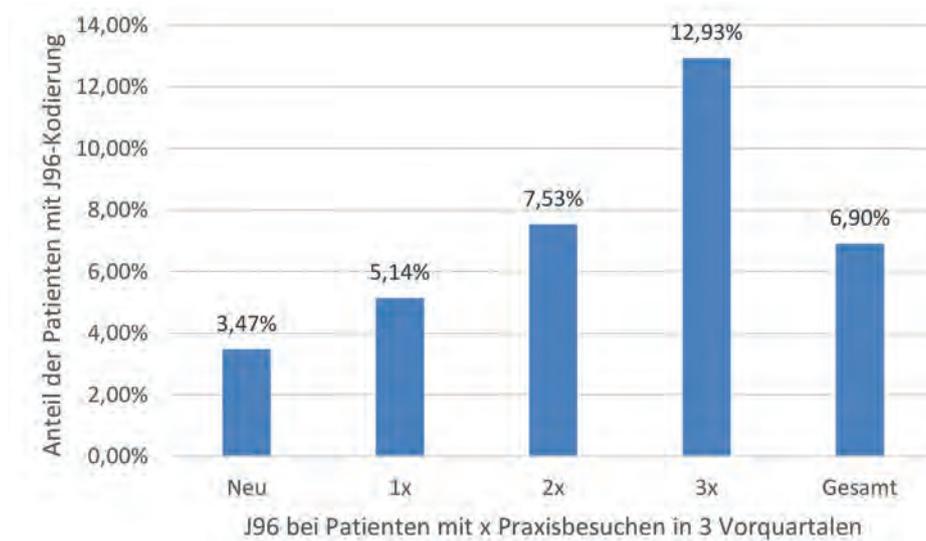


Abbildung 46: Häufigkeit der Kodierung J96.xx, respiratorische Insuffizienz.

Aufgeteilt nach Neupatienten und solchen mit 1, 2 oder 3 Praxisbesuchen in den 3 Vorquartalen. Zusätzlich ist die Gesamtquote für alle Patienten ausgewiesen.

WINPNEU, Analyse Abrechnungsdaten 1. bis 4. Q 2013

Der Anteil an Patienten in den pneumologischen Praxen schwankt erheblich zwischen 21 % in Bayern und 46 % in Schleswig Holstein. Die ICD 10 J96.xx ist eine zusätzliche Codierung zu unterschiedlichen pneumologischen Erkrankungen. Somit stellt sich die Frage nach der einheitlichen Codierung. Der Zusammenhang zur Morbidität der COPD ist nicht eindeutig, es könnten auch unterschiedliche Versorgungswege in den einzelnen Bundesländern vorliegen.

Die Kodierung der respiratorischen Insuffizienz ist inhomogen!

	KV	Patienten mit Respiratorischer Insuffizienz - Insgesamt	Patienten mit Respiratorischer Insuffizienz - in Pneumologischer Praxis	Behandlungsfälle mit Anlass Respiratorischer Insuffizienz - Insgesamt	Behandlungsfälle mit Anlass Respiratorischer Insuffizienz - in Pneumologischer Praxis	Anteil Patienten in Pneumologischer Praxis	Anteil Behandlungsfälle in Pneumologischer Praxis
Gesamt		309954	115900	816097	256125	37.39%	31.38%
1	Schleswig-Holstein	6686	3053	18287	7250	45.66%	39.65%
2	Hamburg	4518	1352	11382	2970	29.92%	26.09%
3	Bremen	2146	718	4760	1835	33.46%	38.55%
17	Niedersachsen	23913	10555	60804	21997	44.14%	36.18%
20	Westfalen-Lippe	26213	11104	67343	24849	42.36%	36.90%
38	Nordrhein	33415	14254	88787	32611	42.66%	36.73%
46	Hessen	27344	7094	66170	15018	25.94%	22.70%
51	Rheinland-Pfalz	12490	4406	31348	9652	35.28%	30.79%
52	Baden-Württemberg	28084	11251	66790	22469	40.06%	33.64%
71	Bayerns	60521	16784	154122	33410	27.73%	21.68%
72	Berlin	12844	5641	36745	14963	43.92%	40.72%
73	Saarland	3418	1232	8728	2769	36.04%	31.73%
78	Mecklenburg-Vorpommern	7069	2559	19401	5889	36.20%	30.35%
83	Brandenburg	14794	5990	45173	15982	40.49%	35.38%
88	Sachsen-Anhalt	13655	4926	42675	10642	36.07%	24.94%
93	Thüringen	15782	7106	45577	15030	45.03%	32.98%
98	Sachsen	17062	7875	48005	18789	46.16%	39.14%

Tabelle 13: Patienten mit respiratorischer Insuffizienz in pneumologischer Praxis – Patienten und Behandlungsfälle mit Behandlungsanlass Respiratorische Insuffizienz (2014), ZI

COPD und Aufwand in der Praxis

Die weitgehende Pauschalierung des Honorars führt zu einer Gleichbewertung unterschiedlicher Aufwände in der Praxis, mit der Folge, dass ein betriebswirtschaftlicher Erfolg einer Praxis davon abhängt, inwieweit es gelingt, möglichst wenig aufwendige Patienten zu behandeln. Oder anders ausgedrückt: Je gesünder ein Patient ist, desto interessanter ist er für eine Praxis. Schwere Fälle werden so weit als möglich vermieden (Terminverknappung) oder in den stationären Bereich verlagert.

Dadurch kommt es zu Fehlallokation und Ressourcenvergeudung. Auch der Gesetzgeber hat dieses Problem erkannt und

im § 87 SGB V 2c reagiert: „[...] die Grundpauschalen sollen dabei soweit möglich und sachgerecht einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, sowie nach insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, differenziert werden [...]“

Die tatsächlichen Unterschiede bedingt durch Schweregrad und Alt / Neu in der Versorgung unter Alltagsbedingungen sind aber nicht bekannt.

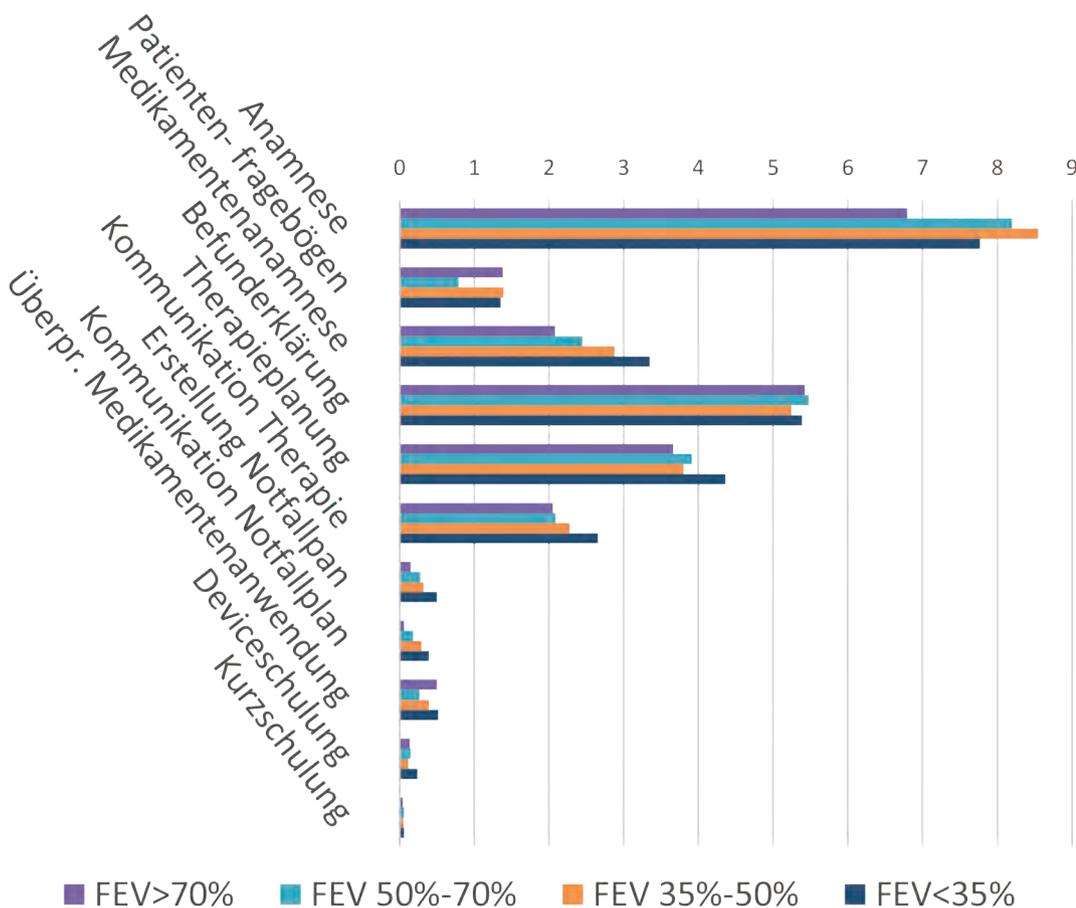


Abbildung 47: Arztzeit (Minuten) nach Tätigkeit bei vier Schweregraden
WINPNEU 2016, noch nicht veröffentlicht

Honoraraufsplittungen nach ALT / NEU oder nach Schweregrad ähneln somit einem honorarpolitischem Blindflug.

Im 2. und 3. Quartal 2016 wurde deshalb im Rahmen von WINPNEU der Versorgungsforschung des Berufsverbandes der Aufwand in 11 pneumologischen Praxen bei 870 dokumentierten Patienten, davon 39 mit 2. Kontakt im Folgequartal, erhoben.

Der höhere Schweregrad der COPD Erkrankung erfordert einen größeren Zeitaufwand des Arztes. Die Unterschiede mögen sich marginal darstellen, bei der großen Anzahl von Patienten mit COPD spielt dies aber in der täglichen Praxis eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Trotzdem sollten noch vor der Einführung eines Honorarsplittings weitere Untersuchungen erfolgen.

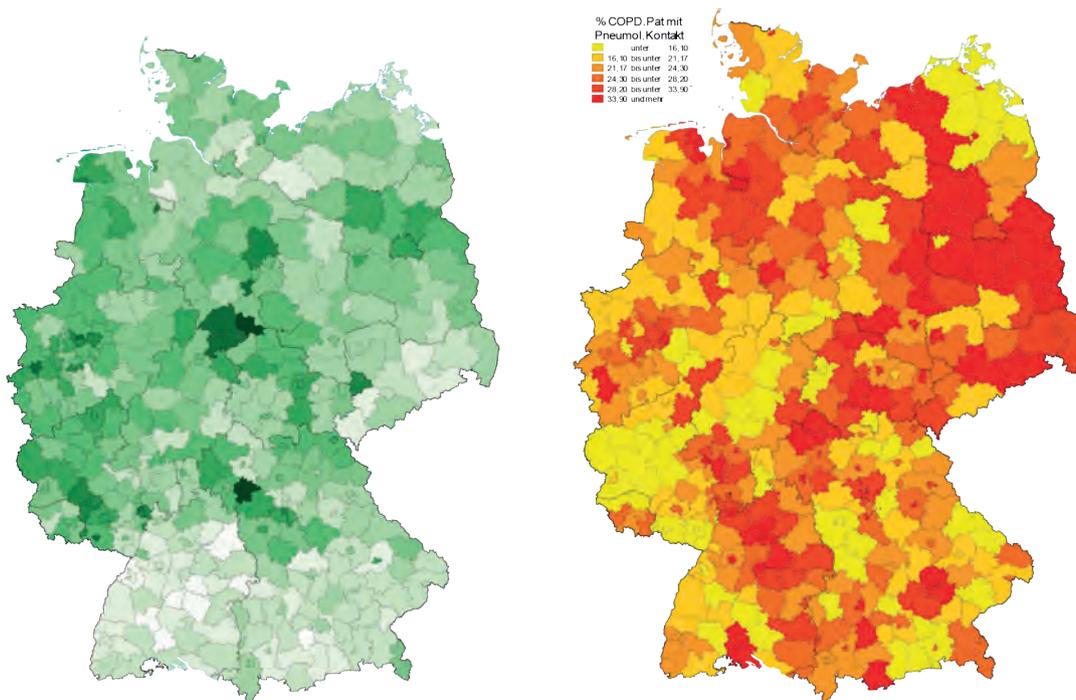
Insgesamt geht es aber nicht nur um eine gerechte und leistungsangepasste Honorierung, sondern auch um einen Steuerungseffekt. Es muss wieder interessant werden, unbekannte Patienten und Schwerkranke zu versorgen und nicht umgekehrt.

Der Schweregrad der COPD korreliert mit dem Behandlungsaufwand!



Regionale Unterschiede

Auffallend sind die großen regionalen Unterschiede aller Versicherten. Die Prävalenz zeigt ein Nord/Süd Gefälle.



COPD - Gesamt

unter	1,93
1,93 bis unter	2,35
2,35 bis unter	2,77
2,77 bis unter	3,19
3,19 bis unter	3,61
3,61 bis unter	4,04
4,04 bis unter	4,46
4,46 bis unter	4,88
4,88 bis unter	5,30
5,30 und mehr	

% COPD.Pat mit Pneumol.Kontakt

unter	16,10
16,10 bis unter	21,17
21,17 bis unter	24,30
24,30 bis unter	28,20
28,20 bis unter	33,90
33,90 und mehr	

Abbildung 49: Ambulante Prävalenz von Patienten mit COPD, Verteilung bundesweit und mit Kontakt zum Pneumologen, ZI

Eine Korrelation der Behandlungsdichte mit Pneumologen in Deutschland zur Prävalenz der COPD findet sich nicht. Somit ist nicht davon auszugehen, dass es sich bei der COPD-Prävalenz um eine angebotsgesteuerte Diagnose handelt. Trotz einer niedrigen Morbidität besteht ein hoher Anteil von Patienten mit Pneumologenkontakt in Baden-Württemberg, aber auch in den östlichen Bundesländern. Trotz hoher Prävalenz ist aber der Anteil in Rheinland Pfalz gering.

Bei einer Mittelverteilung der Versichertengelder aus dem Gesundheitsfonds nach Morbidität ergeben sich Geldströme in Regionen, die die Morbidität gar nicht adressieren oder umgekehrt. Die Verteilung sollte zumindest die Versorgungsrealität abbilden.

Prävalenz COPD) in der ambulanten Versorgung mit Pneumologenkontakt

Der Anteil an COPD-Patienten ist in den östlichen Bundesländern etwas höher als im Westen. Dies lässt sich nicht mit einer erhöhten Prävalenz erklären. Im Osten und Norden machen die Patienten mit COPD knapp ein Drittel der Patienten in den pneumologischen Praxen aus.

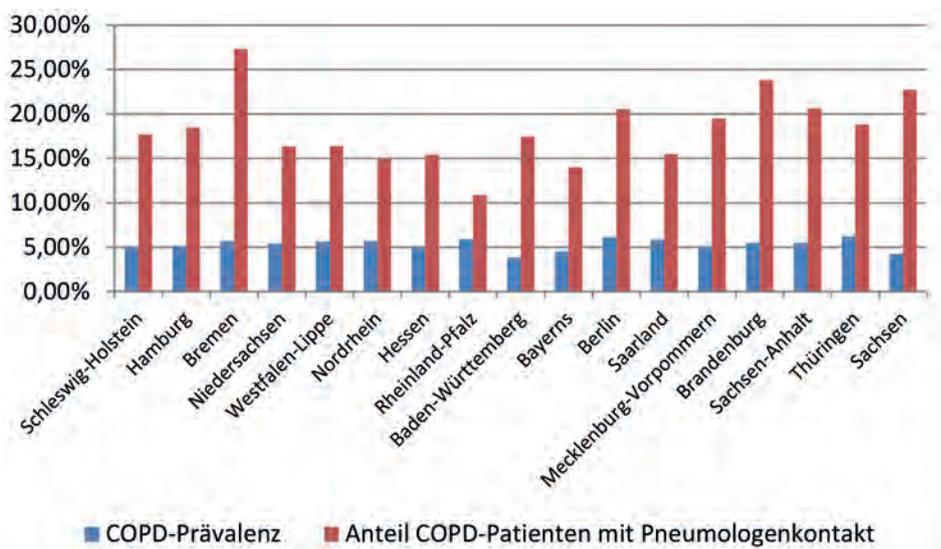


Abbildung 50: Patienten mit COPD in Pneumologischer Praxis nach Kven (2014)

COPD in der stationären Versorgung

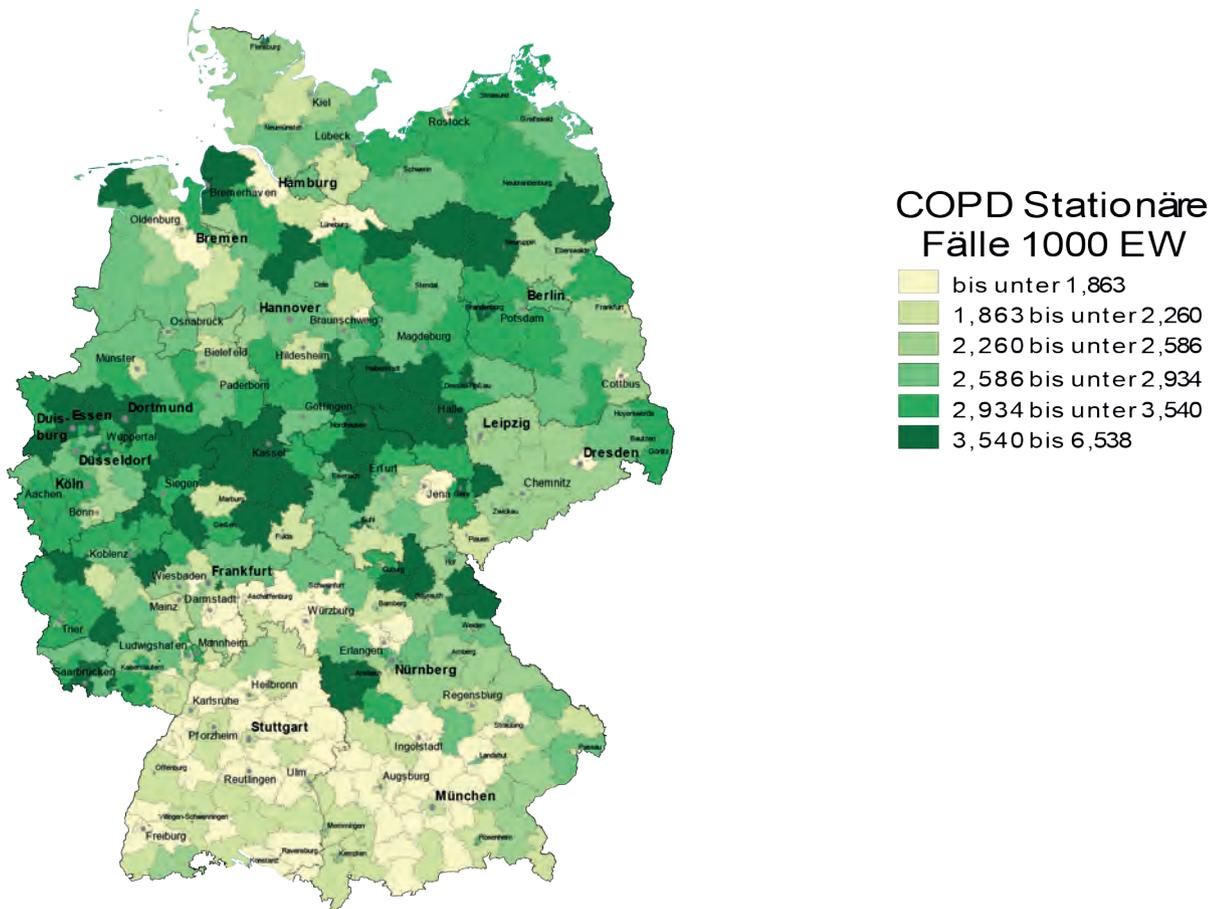


Abbildung 51: Stationäre Fälle mit Hauptdiagnose COPD je 1.000 Einwohner (2014)

Die stationäre Behandlung der COPD-Patienten folgt in etwa der Morbidität. Deutlich geringere Häufigkeit im Süden Deutschlands. Hier ist der Zusammenhang zur Morbidität deutlicher als in der ambulanten Versorgung.

Sozialstatus und Prävalenz der COPD

Eine Korrelation findet sich zwischen dem Sozialstatus und der Prävalenz der COPD, die auch für die Korrelation pneumologischer Krankheitsbilder insgesamt verantwortlich ist.

Zusammenhang zwischen COPD-Prävalenz und SGB-II-Quote (Hartz IV)

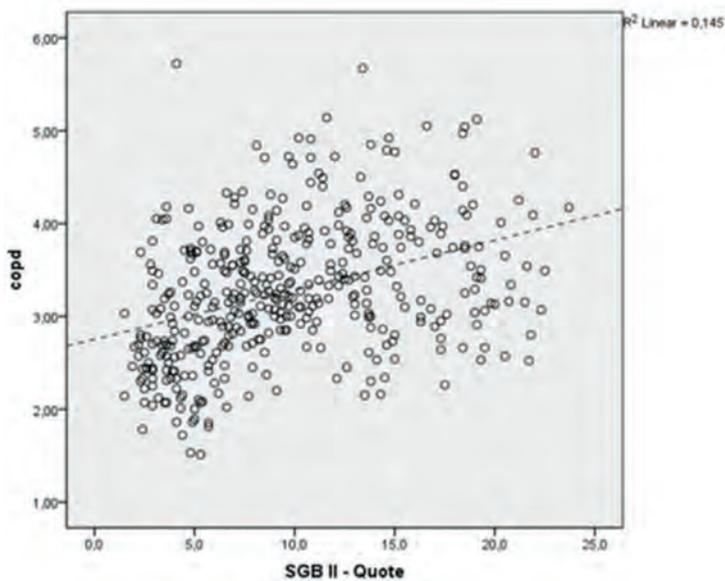


Abbildung 52: Zusammenhang zwischen COPD-Prävalenz und SGB-II-Quote

Jeder Punkt im zweidimensionalen Streudiagramm entspricht einem Kreis / kreisfreier Stadt. In der Horizontalen dargestellt ist der Anteil der erwerbsfähigen und nicht erwerbsfähigen Personen im SGB II (Bezug von Leistungen nach SGB-II (Hartz-IV)) an den unter 65-jährigen.

In der Senkrechten dargestellt sind die Prävalenzen von COPD über die 412 Kreise und kreisfreien Städte (Anteil der Patienten mit mindestens einer gesicherten Diagnose bei einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt).

Es findet sich ein klarer Zusammenhang zwischen Sozialstatus (SGB-II-Quote) und COPD. Der Zusammenhang besteht im Wesentlichen aufgrund des gesteigerten Tabakkonsums in Bevölkerungsschichten mit niedrigem Sozialstatus

Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen COPD und Sozialstatus.

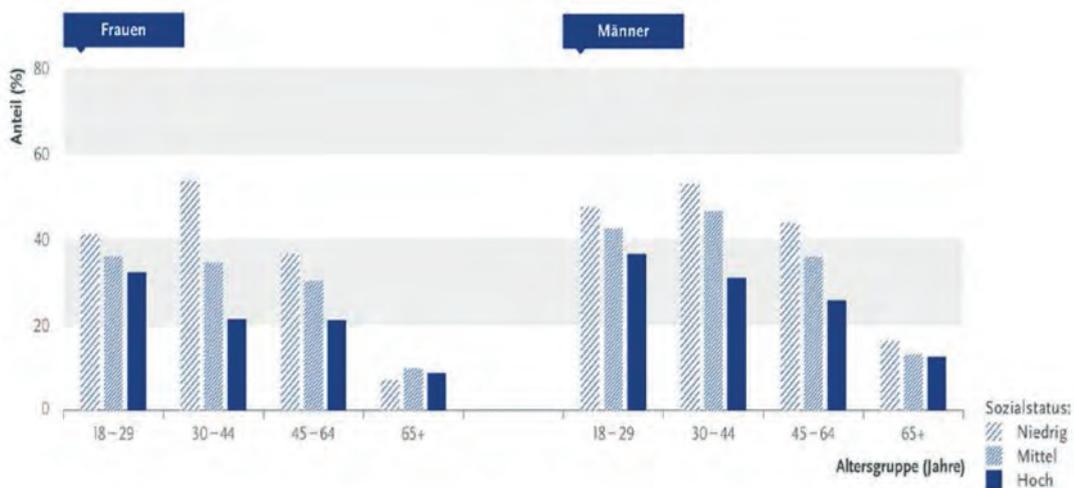


Abbildung 53: Rauchen und Sozialstatus
(Abb. entnommen aus: RKI (2015) Gesundheit in Deutschland. online)

Die Lokalisation einer Praxis entscheidet somit auch über die dort zu betreuende Morbidität. In sozial schwächeren Gebieten ist ein größerer Anteil an chronisch pneumologisch kranken und zu behandelnden Patienten zu erwarten.

COPD im DMP

Einen interessanten Einblick geben bei der COPD die Auswertungen des DMP COPD.

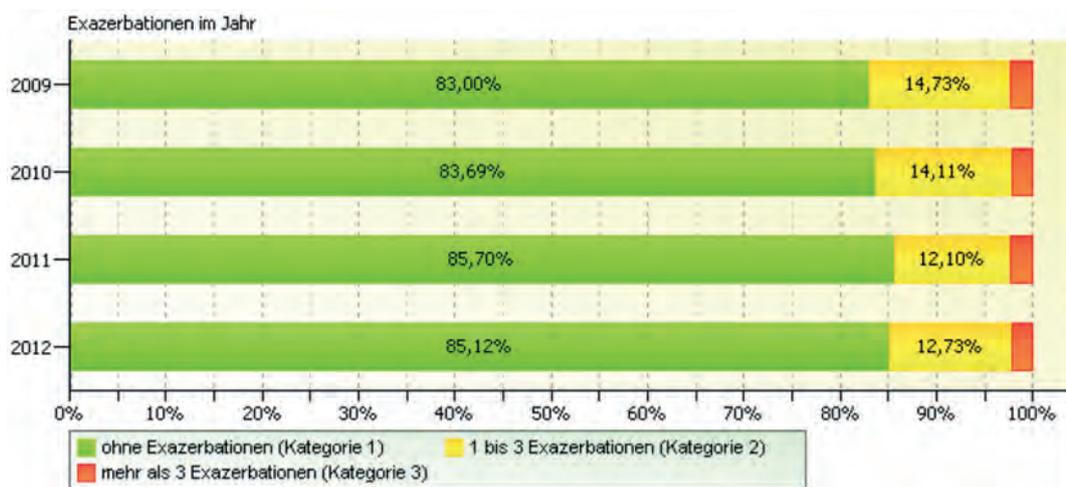


Abbildung 54: Disease-Management-Programm COPD, Ergebnisbericht zum Disease-Management-Programm COPD zum 31. März 2014

Herausgeber Evaluationsgruppe Medical Contact, MNC-Medical Netcare GmbH, Autoren Dr. Christof Münscher, Frank Potthoff, Wolfgang Weber, Alexandra Berendes, Anschrift: MNC-Medical Netcare GmbH, Mendelstraße 11, 48149 Münster

Zumindest im DMP COPD zeigt sich, dass die Zahl der Patienten, die keine (oder sehr selten) Exazerbationen haben, stark überwiegt. Das beleuchtet das Problem, dass evtl. in den Studien die falschen Patienten eingeschlossen werden. Eine nicht unerhebliche Zahl von Medikamenten beruft sich in ihrer Wirksamkeit bei der COPD auf die Reduktion von Exazerbationen. Ist es dann zulässig, alle diese Patienten, die gar keine Exazerbationen haben, mit diesen Medikamenten zu behandeln?

Die Anzahl von Patienten mit COPD, die häufig exazerbieren, ist gering!

Asthma

Den größten Anteil unter den Patienten in pneumologischen Praxen stellen mit Abstand Patienten mit Asthma bronchiale dar.

Asthma ist die häufigste Diagnose in pneumologischen Praxen.

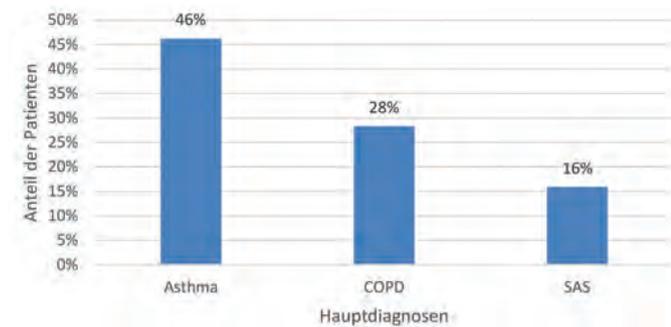


Abbildung 55: Anteile der Hauptdiagnosen in pneumologischen Praxis. WINPNEU Analyse der Abrechnungsdaten 1. Q 2013

Im Schnitt bedeutet das, dass knapp die Hälfte aller Patienten in den pneumologischen Praxen Asthma haben. Das sind im Schnitt mehr als 500 Patienten / Quartal.

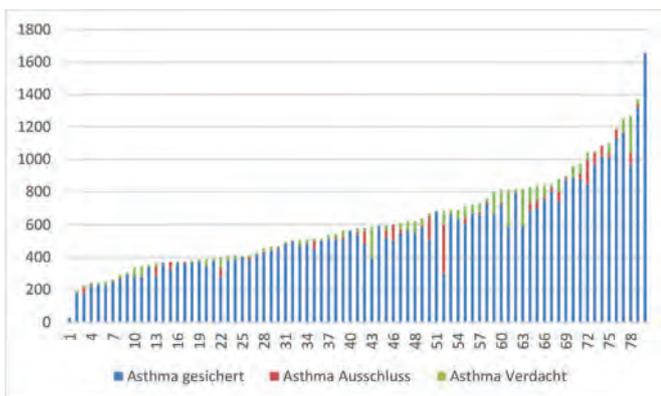


Abbildung 56: Asthmapatienten (gesichert, Ausschluss von und Verdacht auf...) je pneumologische Praxis. Mittelwert 611, WINPNEU Versorgungsforschung des Bundesverbandes der Pneumologen, Analyse der Abrechnungsdaten 1.Q. 2013

Leistungserbringung durch Pneumologen im Vergleich bei Asthma, COPD und Schlafapnoe

Patienten mit Asthma werden häufiger diagnostiziert und behandelt als Patienten mit COPD. Gefühlt, sagen aber viele Pneumologen, beanspruchen COPD-Patienten deutlich mehr Zeit. Das liegt wahrscheinlich daran, dass die Therapiemöglichkeiten für Asthma deutlich besser sind, dass die Krankheit häufig gut zu kontrollieren ist, COPD-Patienten viel häufiger mit ihren nur schwer zu lösenden Problemen der persönlichen Zuwendung der Pneumologen bedürfen.

	Patienten	% Anteil Patienten mit Pneumol. Kontakt	% Anteil LB Pneumologen	% Anteil LB Hausärzte
Asthma 2011	4.719.448	22,98	5,28	32,76
Asthma 2008	4.290.342	23,80	6,18	36,68
COPD 2011	3.265.941	25,34	4,63	32,38
COPD 2008	3.023.434	25,85	5,07	36,22
Schlafap 2011	974.382	33,18	8,00	24,93
Schlafap 2008	697.693	34,99	7,74	29,39

	Patienten	% Anteil Patienten mit Pneumol. Kontakt
Asthma 2011-2008 min. 1x jährlich kodiert	2.394.364	39,69
COPD 2011-2008 min. 1x jährlich kodiert	1.557.145	43,15
Schlafap 2011-2008 min. 1x jährlich kodiert	390.384	49,57

Tabelle 14: Anteil von Patienten mit Asthma, COPD; Schlafapnoe mit Pneumologenkontakt (ZI), alle Patienten in VDX-Abrechnungsdaten.

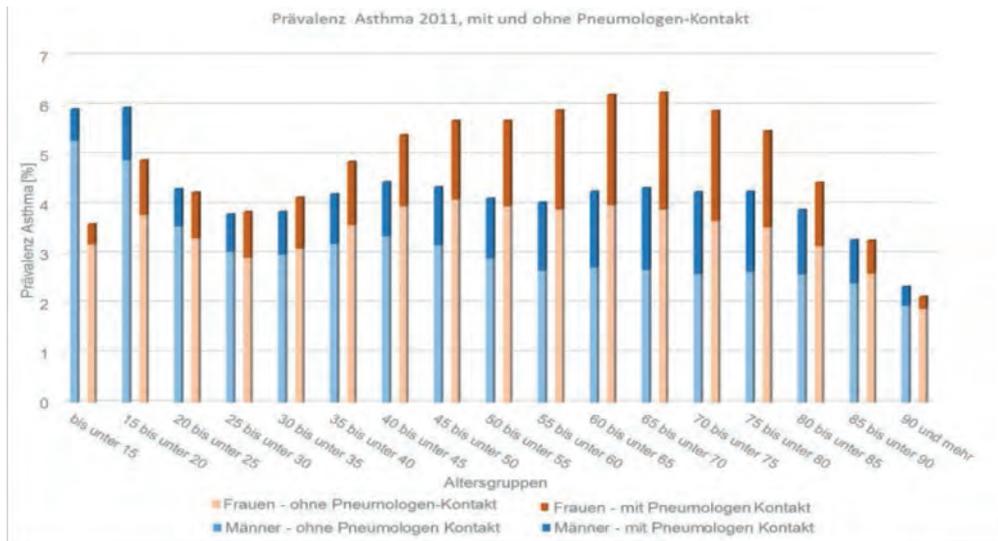


Abbildung 57: Anteile von allergischem, gemischtförmigem und nicht allergischem Asthma (alle und mit Pneumologenkontakt)

Die Verteilung der Patienten mit Asthma bronchiale folgt einer unterschiedlichen Altersverteilung als die der übrigen Patienten in einer ambulanten Praxis. Der Anteil älterer Patienten ist geringer, der der jüngeren höher. Trotzdem befinden sich vermehrt die älteren Asthmatiker in fachärztlicher Behandlung, was mit der Komorbidität zusammenhängen könnte. Insgesamt ist aber der Anteil älterer Asthmatiker deutlich größer als der der jüngeren Asthmapatienten.

Asthmaformen

Asthmapatienten insgesamt						
	KV-Bereich	Asthmapatienten (J45, J46)	Patienten mit allergischem Asthma (J450)	Patienten mit nichtallergischem Asthma (J451)	Patienten mit Mischform Asthma (J458)	Allergikeranteil
Gesamt		5284323	1754315	651563	585707	33.20%
1	Schleswig-Holstein	195686	51948	26853	20187	26.55%
2	Hamburg	143836	41667	20012	18865	28.97%
3	Bremen	49590	14964	4693	7175	30.18%
17	Niedersachsen	568705	158467	67498	62172	27.86%
20	Westfalen-Lippe	597773	188779	80466	62889	31.58%
38	Nordrhein	647506	237860	71377	67355	36.73%
46	Hessen	421601	143151	38826	41271	33.95%
51	Rheinland-Pfalz	268496	97175	25894	22857	36.19%
52	Baden-Württemberg	583955	210585	80125	57871	36.06%
71	Bayern	742404	247109	92729	77826	33.28%
72	Berlin	238432	82451	24528	29352	34.58%
73	Saarland	78972	28952	8927	11428	36.66%
78	Mecklenburg-Vorpommern	84734	23721	9633	10944	27.99%
83	Brandenburg	140141	42862	21280	16858	30.58%
88	Sachsen-Anhalt	124511	43928	18482	14961	35.28%
93	Thüringen	152886	49266	26210	28649	32.22%
98	Sachsen	245095	91430	34030	35047	37.30%

Tabelle 15: Asthmaformen bei Patienten ohne Pneumologenkontakt, 2014 nach KV-Bereichen

Asthmapatienten mit Pneumologenkontakt						
	KV Bereich	Asthmapatienten (J45, J46)	Patienten mit allergischem Asthma (J450)	Patienten mit nichtallergischem Asthma (J451)	Patienten mit Mischform Asthma (J458)	Allergikeranteil
Gesamt		895996	251349	210395	210841	28.05%
1	Schleswig-Holstein	33067	6305	9345	6347	19.07%
2	Hamburg	29175	8556	8047	6304	29.33%
3	Bremen	10679	3178	936	2984	29.76%
17	Niedersachsen	86027	16608	18332	19665	19.31%
20	Westfalen-Lippe	95980	23627	26709	20214	24.62%
38	Nordrhein	91242	34245	16954	23874	37.53%
46	Hessen	63246	16666	12412	15238	26.35%
51	Rheinland-Pfalz	30898	9685	6663	6311	31.35%
52	Baden-Württemberg	87298	27160	23366	16972	31.11%
71	Bayern	124196	31808	28039	25550	25.61%
72	Berlin	50521	15122	7917	11710	29.93%
73	Saarland	12051	2859	2443	4975	23.72%
78	Mecklenburg-Vorpommern	19288	5884	4116	6147	30.51%
83	Brandenburg	38486	9164	11200	9202	23.81%
88	Sachsen-Anhalt	28561	8366	8004	7318	29.29%
93	Thüringen	31461	9054	9474	8770	28.78%
98	Sachsen	63820	23062	16438	19260	36.14%

Tabelle 16: Asthmaformen bei Patienten mit Pneumologenkontakt, 2014 nach KV-Bereichen

Asthma bei „ALT / NEU“ Patienten

Der Anteil der betreuten Patienten mit Asthma (J45) liegt, wie oben gezeigt bei beinahe 50 %. Bei Neupatienten liegt er mit etwas über 30 % deutlich niedriger. Bei allen „ALT“-Patienten beträgt er dann ca. 50 %.

Der Anteil von COPD-Patienten (J44) an allen Patienten beträgt 28 %. Bei den Neupatienten erreicht er 17 % und steigt mit der erforderlichen Betreuungsintensität auf 25 %, 33 % und schließlich 43 % bei denjenigen, die die Praxis jedes Quartal aufsuchen.

Beim Emphysem (J43) ist ebenfalls eine Zunahme des Anteils mit der Betreuungsintensität zu beobachten.

Insgesamt ist der Anteil der Hauptdiagnosen bei Neupatienten im Vergleich zu nicht neuen Patienten niedriger. Das dürfte daran liegen, dass ein Teil der wegen einer Verdachtsdiagnose zugewiesenen Patienten eben nicht an Asthma oder COPD leidet.

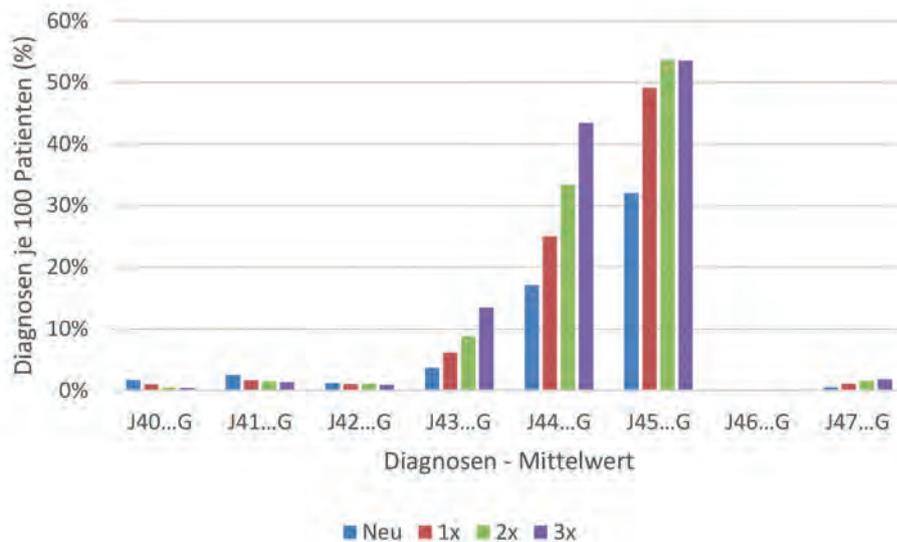


Abbildung 58: Anteil exemplarischer pneumologischer Diagnosen unterteilt nach Neupatienten und solchen, die in 1, 2 oder 3 der drei Vorquartale die Praxis aufgesucht haben.

WINPNEU Versorgungsforschung des BdP, Analyse der Abrechnungsdaten 1. – 4. Q 2013

Asthmaprävalenz in pneumologischen Praxen

Betrachtet man die Gesamtzahl von Patienten mit Asthma in Deutschland bzw. derjenigen, die in ärztlicher Behandlung sind und bei denen eine ICD 10 Verschlüsselung vorgenommen wurde, so beträgt der Anteil der von Pneumologen mitbetreuten Patienten an der Gesamtzahl 18,03 %. Der Anteil an nichtklassifizierten Asthmapatienten liegt mit 26,4 % bei den Pneumologen deutlich niedriger als im Gesamtkollektiv (45,3 %). Dies deutet auf eine höhere Kodierqualität infolge der intensiveren Diagnostik der Pneumologen hin.

Pneumologen kodieren besser und vollständiger; es gibt aber noch Verbesserungspotential

Population	Asthmapatienten insgesamt	Allergisch J45.0	Nichtallergisch J45.1	Mischform J45.8	n.n. b. J45.9
mit Pneumologenkontakt	852.356	243.255	195.843	188.239	225.019
		28,54%	22,98%	22,08%	26,4 %
Alle Patienten	4.725.869	1.568.804	534.038	481.215	2.141.812
		33,20%	11,30%	10,18%	45,3 %

Tabelle 17: Zahl der Asthmapatienten nach ICD 10 Kodierung (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9) in pneumologischen Praxen im Vergleich zu allen Asthmapatienten 2011

Z1

Der Anteil von Patienten mit allergischem Asthma liegt in pneumologischen Praxen niedriger als im Gesamtkollektiv. In der Tendenz stellen die nichtallergischen und gemischt-förmigen Asthmatiker den Hauptteil der von Pneumologen betreuten Asthmatiker dar.

Asthmapatienten werden praktisch ausschließlich ambulant behandelt

Die Asthmaprävalenz liegt insgesamt zwischen unter 2,97 % bis knapp 7 % der Patienten. Man erkennt eine gewisse Häufung in den westlichen Bundesländern, eine geringere Prävalenz im Osten und Süden Deutschlands.

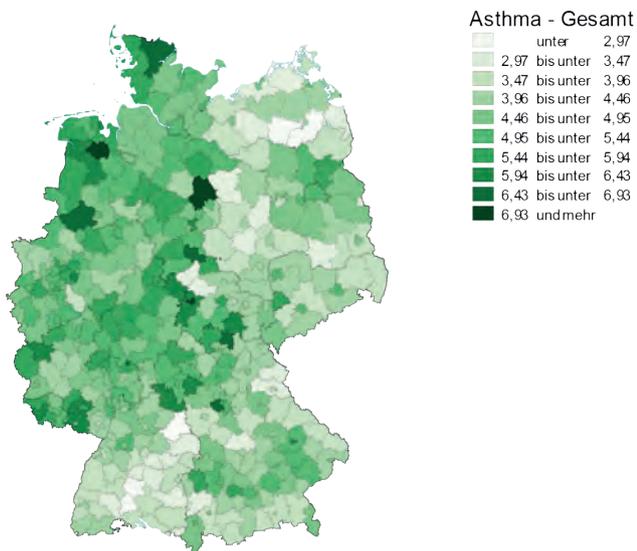


Abbildung 59: Prävalenz Asthma bronchiale 2011 in Prozent, Gesamtbetrachtung aller Versicherten (ZI)

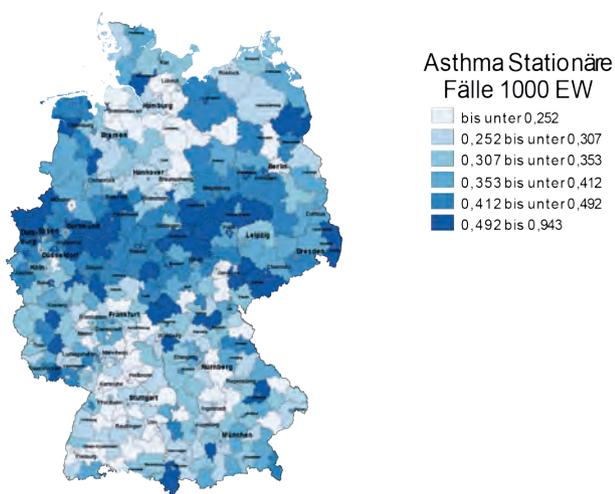


Abbildung 60: Stationäre Fälle mit Hauptdiagnose Asthma, je 1.000 Einwohner (2014)

Die stationäre Behandlung des Asthma bronchiale folgt nicht unbedingt der Prävalenz der Erkrankung. Insgesamt ist aber die Gesamtzahl der stationären Fallzahlen beim Asthma bronchiale sehr gering. Bei einer Prävalenz von ca. 5 – 6 % in der Gesamtbevölkerung liegt der Anteil der stationär behandelten Fälle unter 1 Promille, d.h. auf 100.000 Versicherte kommen 5000 bis 6000 Asthmapatienten, davon werden ca. 50 stationär behandelt.

Regionale Verteilung

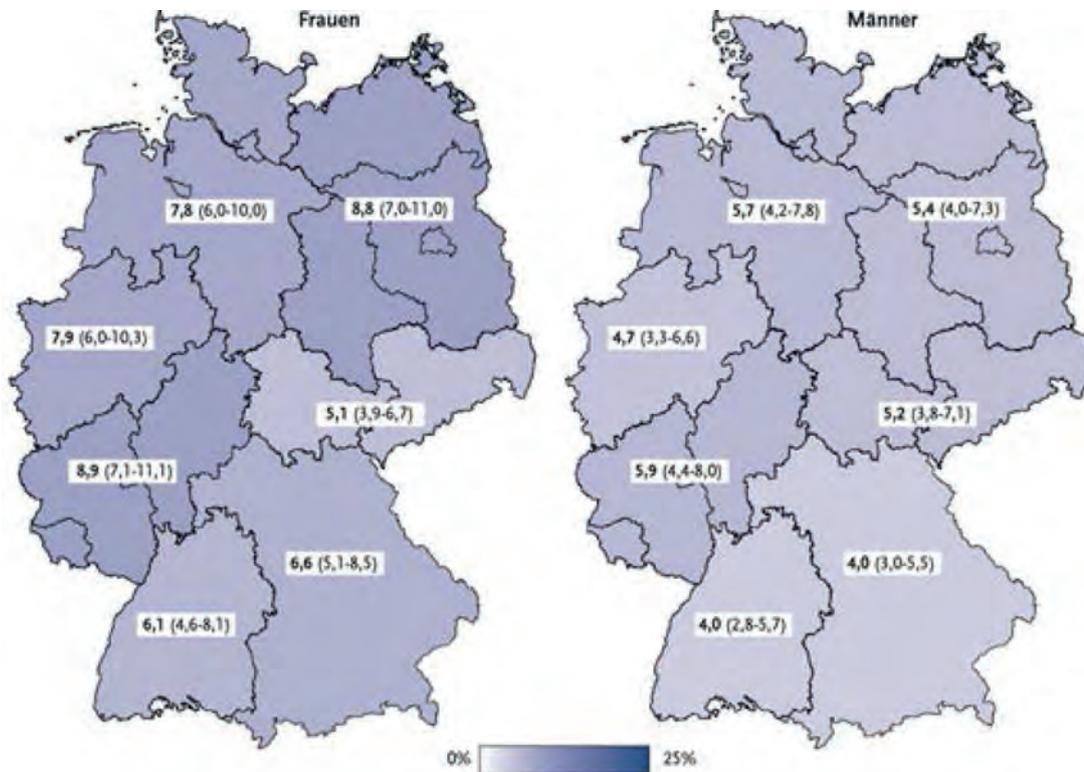


Abbildung 61: Regionale Verteilung, Anteil der Frauen und Männer mit Asthma bronchiale (12 Monats-Prävalenz), Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“

Ähnlich wie bei der COPD ergibt sich auch beim Asthma ein Nord-Süd-Gefälle mit signifikant niedrigerer Inzidenz in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Sachsen. Die vom RKI (Bevölkerungsbefragung) ausgewiesene Häufung im Nord-

osten lässt sich in den KV-Daten (Patienten in Arztpraxen) nicht in gleichem Maße nachvollziehen. Es kommt also in diesem Bereich zu einer geringeren Inanspruchnahme ambulanter Ärzte.

Zukünftige Entwicklungen im Management des Asthma bronchiale

Anders als die COPD ist das Asthma bronchiale medikamentös sehr gut zu beeinflussen, sodass der größte Teil der Patienten ohne wesentliche Einschränkungen leben kann. Diese Entwicklung verstärkt sich noch dadurch, dass nach dem bereits seit 10 Jahren verfügbaren Anti IgE Antikörper (Omalizumab) weitere Antikörper verfügbar sind (Mepolizumab, Reslizumab) oder kurz vor der Zulassung stehen. Auf diese Weise wird es möglich sein, auch den geringen Prozentsatz von Patienten, die an einem schweren Asthma leiden, immer besser zu behandeln. Für die ambulante Pneumologie ergibt sich dadurch die Herausforderung, mit diesen anspruchsvollen und teuren Medikamenten verantwortungsvoll die Asthma-Therapie zu verbessern. Ähnlich wie die Rheumatologen werden wir zunehmend hoch wirksame Medikamente in die Hand bekommen. Dies bedeutet aber auch erhebliche Anstrengungen, den zielgerechten Einsatz in der Breite der pneumologischen Praxen zu unterstützen und zu organisieren.

Der Bundesverband der Pneumologen plant dazu ein umfassendes Programm Dokumentation seltener und schwerer Krankheitsverläufe in der Pneumologie. Dazu werden Register entwickelt. Der Bundesverband stellt das Register ZAR (Zentrales Asthma Register) zur Verfügung, um das case management dieser Erkrankungsformen zu optimieren.



Allergologie

In Deutschland wie auch in anderen westlichen Industriestaaten haben sich Allergien über Jahrzehnte in einer rasanten Form entwickelt. Bis zu 30 Millionen Bundesbürger sind im Verlauf ihres Lebens von allergischen Erkrankungen mit zum Teil lebensbedrohlichen Folgen betroffen, bereits ca. ein Drittel der Deutschen ist für eine Allergie sensibilisiert.

Die Schwere allergischer Erkrankungsformen nimmt zu, besonders im Bereich der Atemwege, die Krankheitsverläufe werden immer komplexer. Sehr häufig führt die anfänglich als Bagatellerkrankung vernachlässigte Allergie zu einer lebenslangen chronischen Krankheit.

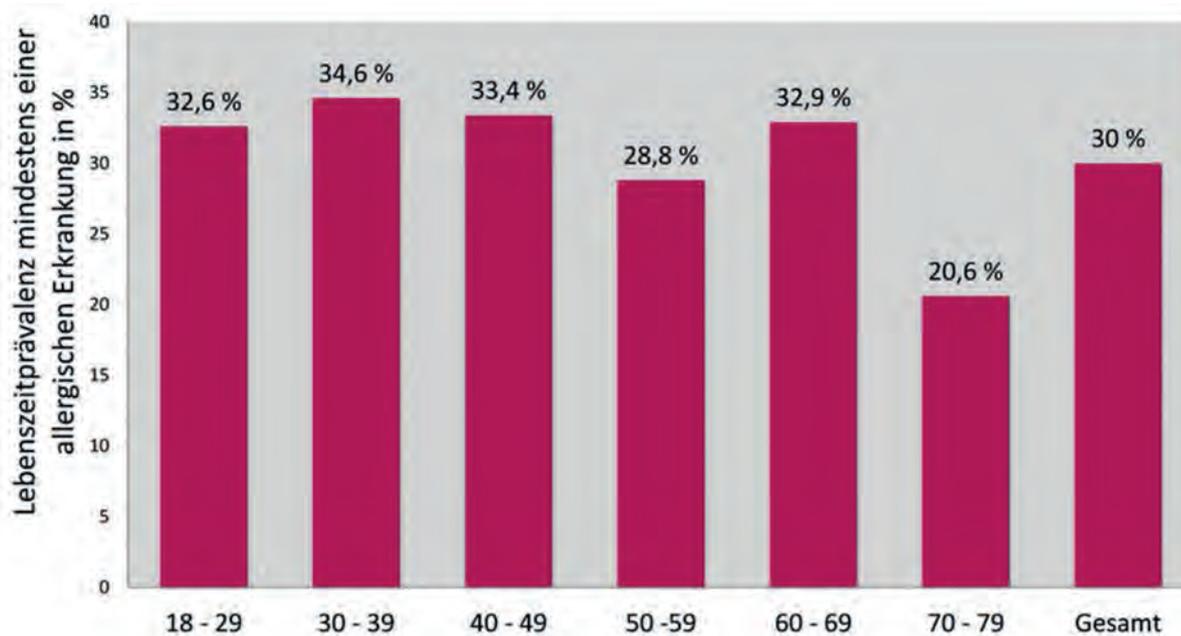
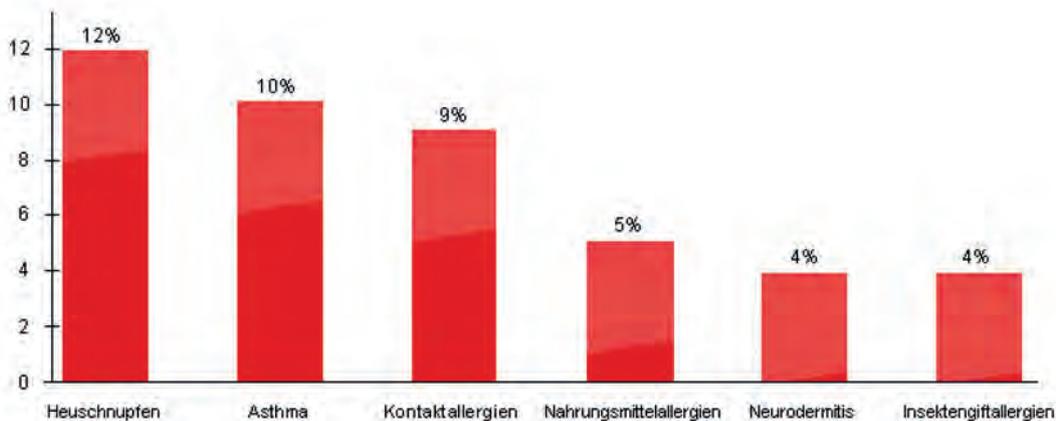


Abbildung 62: Lebenszeitprävalenz mindestens einer allergischen Erkrankung in Abhängigkeit vom Alter.

Langen, U., Schmitz, R. und H. Steppuhn (2013): Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Springer-Verlag (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Volume 56, 5-6. Berlin, 698-706



Quelle: vgl.: Spindler, T. und Liekfeld, H. (2011), Allergien

Abbildung 63: Häufigkeit und Manifestation allergischer Erkrankungen
Spindler, T., Liekfeld, H.: Allergien (2011)

Wer bei dem Begriff „Allergie“ noch von einer „Befindlichkeitsstörung“ oder bagatellisierend von „Heuschnupfen“ spricht, übersieht, dass allergische Erkrankungen inzwischen weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen gehören – und dies mit erheblichen Folgen. Allergien sind eine Volkserkrankung mit stetigem Wachstumspotential. Millionen Menschen leiden täglich, büßen Lebensqualität im hohen Maße ein. Sie können beruflich nicht mehr den vollen Umfang leisten, werden nur zu einem kleinen Teil (ca. 10 % der Allergiker in Deutschland und der gesamten EU) angemessen therapiert und verursachen somit auch hohe indirekte Kosten: Aktuelle Analysen gehen von 55 bis 151 Milliarden Euro indirekten Kosten durch Fehltage und Produktivitätsausfälle während Anwesenheitstagen im Krankheitszustand in der europäischen Union aus. Das entspricht Kosten von 2.405 Euro je unbehandeltem Patienten pro Jahr. Angesichts der Tatsache, dass die durchschnittlichen Kosten für die angemessene Therapie eines Allergiepatienten in der Europäischen Union bei 125 Euro im Jahr liegen, ergäbe sich ein sozioökonomisches Einsparpotenzial von bis zu 142 Mrd. Euro.

Übertragen auf Deutschland (ca. 15,84 % der Einwohner Europas) kann von bis zu 23 Mrd. Euro realisierbarer Einsparungen bei den indirekten Kosten durch angemessene Therapie von Allergien ausgegangen werden (Zuberbier, T. / Lötvall, J. / Simoens, S. et. Al., Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union:

aGA2LEN Review, European Journal of Allergy and Clinical Immunology 2014, sowie Aufruf zum Nationalen Aktionsplan Allergie, August 2014).

Die Entwicklung wurde bereits vor zehn Jahren im Weißbuch „Allergien in Deutschland“ erläutert. Zwischenzeitlich ist auf der medizinisch-wissenschaftlichen Seite viel geschehen: Die immunologischen Mechanismen, die zu Allergien führen, sind weiter erforscht worden und es wurden große Fortschritte bei der Identifikation der beteiligten Gene gemacht. Sowohl in der Allergiediagnostik wie auch in der Pharmakotherapie und der spezifischen Immuntherapie (wie z. B. injizierbare sowie sublingual applizierbare Immuntherapeutika) zeichnen sich relevante Neuerungen ab.

Die Prävalenz allergischer Erkrankungen hat in den letzten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen, wenn sich auch der Zuwachs abgeflacht hat.

Allergie ist keine Bagatellerkrankung, sondern oft eine lebenslange chronische Erkrankung mit großer volkswirtschaftlicher Bedeutung.

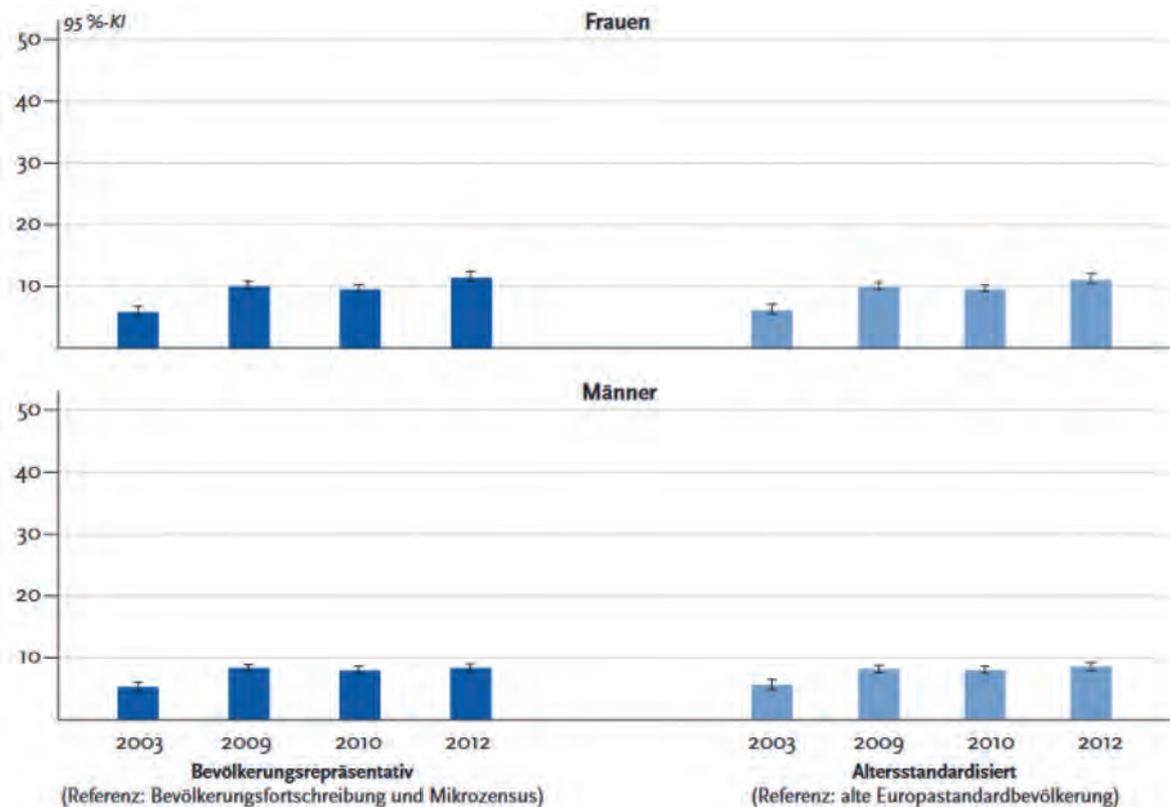


Abbildung 64: Lebenszeitprävalenz des Asthma bronchiale bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012, Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Umso verwunderlicher stimmt im Rückblick, dass sich in dieser Dekade für die Versorgung der Patienten so gut wie nichts verbessert hat. Im Gegenteil: Es ist in der praktizierten Früherkennung, der Diagnose und der Therapie zu einem Stillstand gekommen, der bedenklich ist. In einer großangelegten, jüngeren Studie am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, wurde auf Basis einer Stichprobe von 9 Millionen Patienten belegt, dass die Gesamtzahl der allergischen Patienten zwar steigt, aber im Gegensatz dazu scheint „der Anteil der Patienten, die z.B. eine spezifische Immuntherapie erhalten, unterproportional“ zuzunehmen. (Biermann J.,

Merk H., Wehrmann W., Klimek L., Wasem J., Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, *Allergo J* 2013; 22(6) 366 – 73)

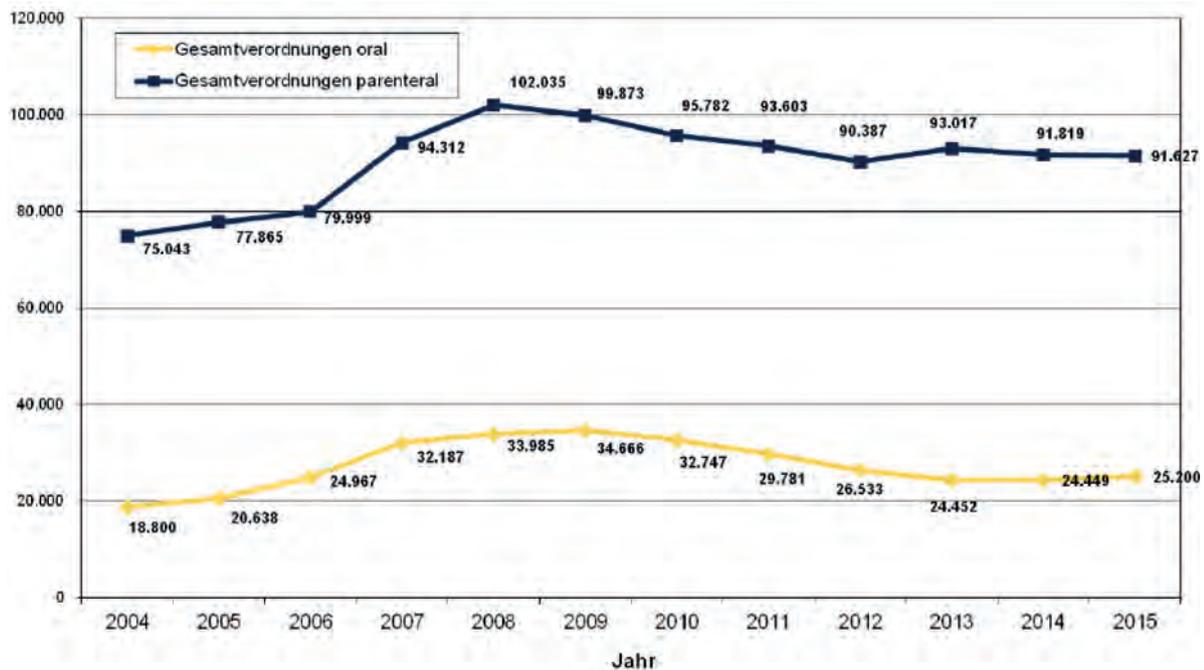


Abbildung 65: Entwicklung der Gesamtkosten (Alle Fachgruppen) von sublingualer und parenteraler Immuntherapie 2004 – 2015. J. Fischalek, Runder Tisch Allergologie – Die Versorgung von Allergikern aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 26. 2. 2016

Daten der KV Bayerns belegen ebenfalls die stagnierenden Ausgaben für die antiallergische Therapie in den letzten Jahren, trotz steigender Prävalenz und steigenden Preisen für die Therapielösungen.

Obwohl die Zahl der allergologisch tätigen Pneumologen hoch ist, ist die Zahl der Pneumologen, die eine Zusatzbezeichnung Allergologie erwerben, seit Jahren rückläufig.

Die allergische Morbidität steigt, die Zahl der Allergologen sinkt!



Abbildung 66: „Regionale Verteilung der Allergologie“ zeigt die Verteilung von insgesamt 560 Pneumologen mit der Zusatzbezeichnung Allergologie. Dies entspricht bei ca. 870 niedergelassenen Pneumologen in ca. 670 Praxen einer Durchdringung von mehr als 60 % allergologischer Kompetenz in der ambulanten pneumologischen Versorgung.

Die Verteilung der Pneumologen mit der Zusatzbezeichnung Allergologie zeigt eine relativ homogene Verteilung innerhalb Deutschlands. Die Anteile von Pneumologen an der allergologischen Diagnostik schwankt aber regional unterschiedlich. Offenbar existieren unterschiedliche Versorgungswege in der Allergologie, die sich eher kleinräumig darstellen. Die Zusatzbezeichnung weist nicht unbedingt auf einen hohen Anteil an der allergologischen Versorgung hin.

Die fachärztliche Versorgung im Erwachsenenbereich ist dabei in Deutschland in einzelne, organzentrierte Disziplinen zerlegt. So diversifiziert wie die Ausprägungen der Allergien, so breit gefächert sind die medizinischen Ansprechpartner für die Patienten: Sie wenden sich an Hausärzte, an Dermatologen, an HNO-Ärzte, Pneumologen, Pädiater, aber auch an Umwelt- und Arbeitsmediziner.

Die spezifische Immuntherapie (SIT) wird in 60 % der Praxen (Quelle Lungenatlas 09.08.2016) durchgeführt. Pneumologen leisten in der Praxis dementsprechend einen wichtigen Beitrag bei der Prävention und Versorgung von allergiekranken Erwachsenen.

Asthma, die chronische Entzündung der Atemwege mit einer bronchialen Obstruktion, ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen bei etwa 5 % der Erwachsenen und 10 % der Kinder (vgl. Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. überarbeitete Auflage) in Deutschland. Die anfallsweise auftretende Luftnot führt zu einer dramatischen Beeinträchtigung der Lebensqualität z. B. durch ein gestörtes Schlafverhalten und eine verminderte Leistungsfähigkeit in Schule oder Beruf.

Allergien sind hier nachweislich der primäre krankheitsverursachende Faktor für die Entstehung eines Asthma bronchiale. Bis zu 10 % der Asthmaerkrankungen der erwachsenen Bevölkerung (Aufruf zum Aktionsplan Allergie, 2014) gehen dabei auf berufliche Faktoren zurück.

Über 20 % der Bundesbürger sind von einer Rhinitis betroffen – mit steigender Tendenz.

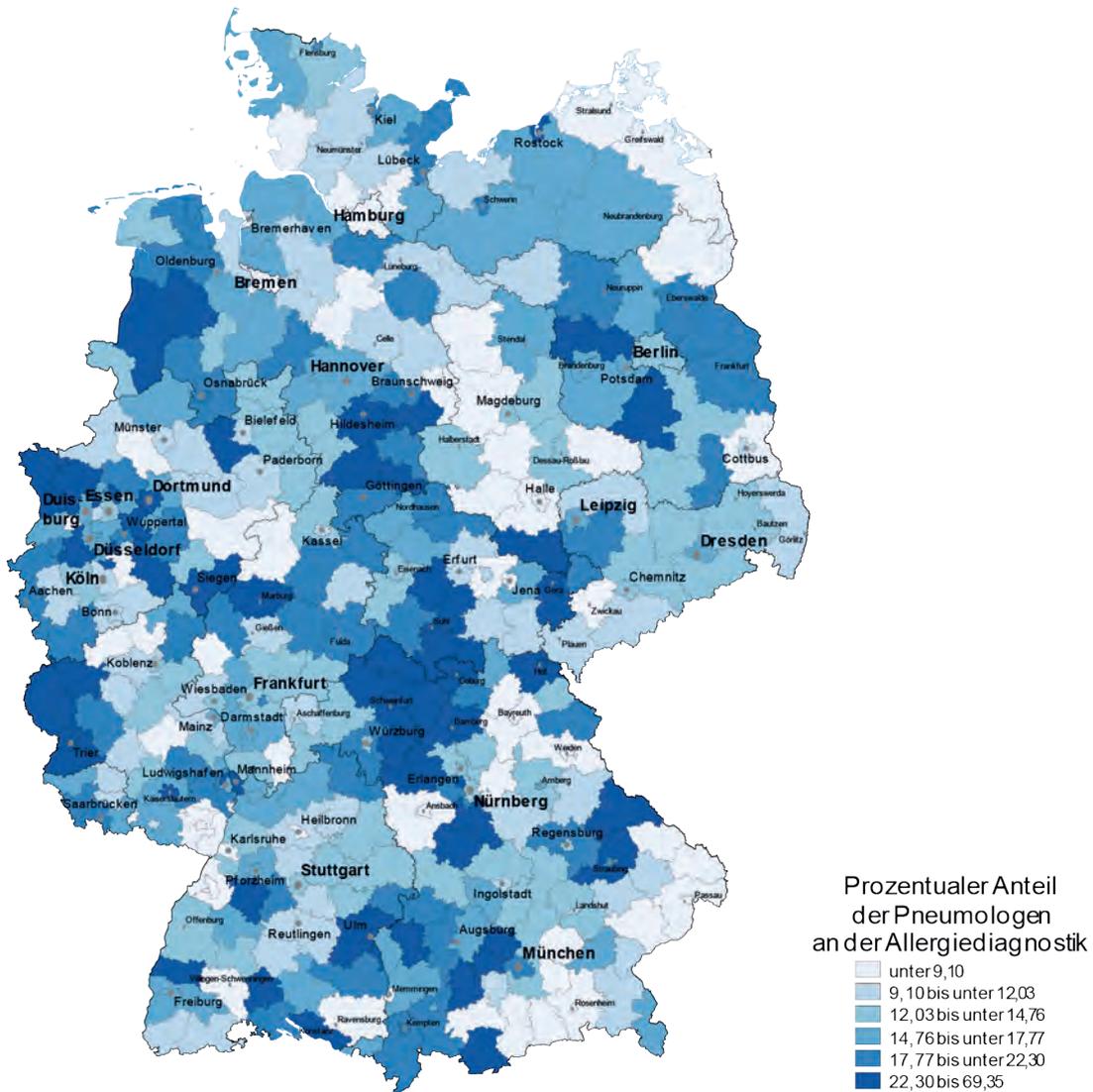


Abbildung 67: Prozentualer Anteil der Allergiediagnostik durch Pneumologen (2014)

Kosten allergischer Erkrankungen

Dabei werden die gesellschaftlichen Kosten völlig unterschätzt. In der Europäischen Union leiden zwischen 44 und 76 Millionen von insgesamt 217 Millionen Berufstätigen an allergischen Beschwerden der Atemwege oder der Haut. Bis zu 90 % dieser Personengruppe werden nicht oder nur unzureichend behandelt. Neueste Analysen gehen von indirekten Kosten je unbehandeltem Patienten in Höhe von 2405 Euro in der Europäischen Union aus. Der ökonomische Verlust an Produktivität könnte in der EU durch die Investition von 5 – 8,5 Mrd. Euro in verbesserte Diagnosen und Therapien vermieden werden. Dazu kommen die nur schwer in Zahlen abzubildenden, gesellschaftlichen Opportunitätskosten der Allergien auf das kindliche Lernverhalten und die Leistungen in den Schulen. Die wahren Kosten, die durch Allergien verursacht werden, liegen vermutlich deutlich über 100 Mrd. Euro.

Allergische Erkrankungen verursachen somit einen immer größer werdenden Anteil der direkten (Arztbesuch, Arzneimittel, Kuren und Krankenhaus) und indirekten (Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Tod) volkswirtschaftlichen Kosten im Gesundheitsbereich.

Im Blick auf diese eindeutige Datenlage ist es mehr als erstaunlich, dass Deutschland innerhalb Europas ein Schlusslicht bei den Ausgaben für die essenzielle Allergiediagnostik ist: Nur etwa 25 Euro werden im Durchschnitt pro Einwohner aufgewendet; weniger als die Hälfte von den allergiediagnostischen Ausgaben je Einwohner in den Niederlanden oder der Schweiz. Budgetäre Zwänge sind der Grund dafür, dass hierzulande nur etwa 1/20 der Allergiepateinten einer umfassenden, allergologischen und leitliniengerechten Diagnostik unterzogen werden.

In Deutschland werden Patienten mit allergischen Erkrankungen im Vergleich zum europäischen Ausland schlecht versorgt.

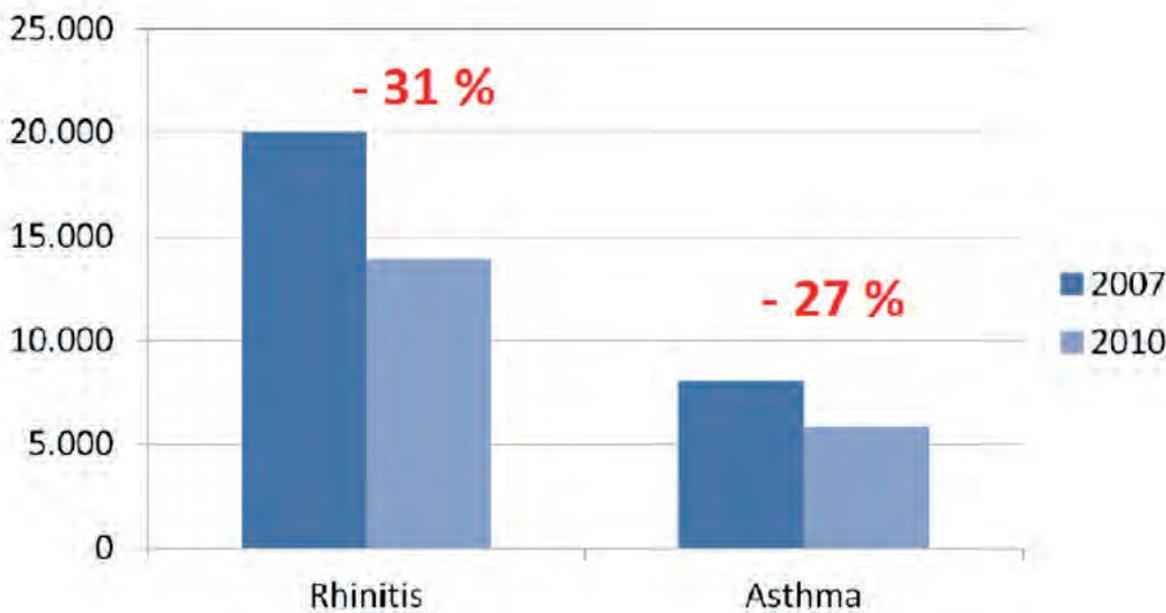


Abbildung 68: Allergieziffern des Kapitel 30.1 EBM

Biermann J., Merk H., Wehrmann W., Klimek L., Wasem J., Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, Allergo J 2013; 22(6) 366 - 73

Dabei vergibt Deutschland ein großes Sparpotenzial, da keine Langfriststrategie verfolgt wird.

Anstelle von unüberlegten Einsparungen ist es aus ärztlicher und aus sozioökonomischer Sicht sinnvoll und geradezu verpflichtend, in einem ersten Schritt deutlich mehr zu investieren: So sind sich die Fachleute einig, dass der systematische Einsatz der spezifischen Immuntherapie (SIT) auf lange Sicht sogar Kosten einsparen würde. Würden alle 250.000 neu erkrankten Patienten/Jahr mit allergischer Rhinitis einer SIT unterzogen, kann von einem Einsparpotenzial in Milliardenhöhe ausgegangen werden.

Handlungsbedarf in der Allergologie

Angesichts dieser volkswirtschaftlich relevanten, budgetären Dimension kann mit Fug und Recht behauptet werden, dass die Volkskrankheit Allergie auch aus sozioökonomischer Sicht völlig unterschätzt wird. Und man bedenke: Die notwendige Therapiemöglichkeit, die zu den Einsparungen führen kann, liegt ausgereift und einsatzbereit vor. Die Wirkung ist nachgewiesen. Der Effekt wäre – für das Leben aller Betroffenen und für die Kostensituation – eindeutig positiv. Kurz gesagt: Investitionen heute, sparen Kosten morgen.

Aus diesen Tatsachen und Entwicklungen ergeben sich folgende Forderungen:

- Allergologie muss Inhalt der ärztlichen Weiterbildung sein
- Schaffung von angemessenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für Diagnostik und Therapie
- Keine durch die Patienten finanzierte Selbstzahlermedizin in der Allergologie!
- Stärkung der Patientenaufklärung über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken von unbehandelten Allergien
- Erarbeitung einer einheitlichen bundesweiten Präventionsstrategie für Menschen, die von der Volkskrankheit Allergie betroffen sind
- Neue Lösungsansätze für die Nachwuchsgewinnung bei den Allergologen



Schlafmedizin

Traditionell konzentriert sich die Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen auf das Fachgebiet Pneumologie. Das ist aus mehrerlei Gründen plausibel.

1. Schlafmedizinische Leistungen werden gleichgesetzt mit den Prozeduren kardiorespiratorische Polygraphie und Polysomnographie.
2. Schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS) stellen zwar nur einen Ausschnitt aus den möglichen Diagnosen von Erkrankungen des Schlafes dar. Sie repräsentieren allerdings unter den behandlungsbedürftigen und potentiell bedrohlichen Krankheiten den größten Teil.
3. Charakteristische Muster der gestörten Atmung sind Apnoen und Hypopnoen mit oder ohne pharyngeale Obstruktion und Hypoventilationen. Je nach Art der vorliegenden Atmungsstörungen gehen sie mit Hypoxämie einher bzw. verursachen Hyperkapnie und Azidose – pathophysiologisch dem Fachgebiet der Pneumologie zugehörig.

4. Die Übergänge zur chronischen ventilatorischen Insuffizienz mit Indikation zur intermittierenden oder Dauerbeatmung sind fließend.

Rolle der Schlafmedizin in der pneumologischen Versorgung

Es erscheint folgerichtig, dass eine bedeutende Anzahl von Pneumologen die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ erworben hat und deren Anteil steigt.

Wie die folgende Grafik jedoch zeigt, ist eine gewisse Abflachung des Zuwachses der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin unter den Pneumologen zu verzeichnen, während sich andere Fachgebiete deutlich schneller schlafmedizinisch nachqualifizieren.



Tabelle 18: Ärzte mit Zusatzbezeichnung Schlafmedizin (2005 – 2013), Bundesarztregister

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pneumologen mit Zusatzbezeichnung Schlafmedizin	12	56	92	120	132	148	158	161	174
Nichtpneumologen mit Zusatzbezeichnung Schlafmedizin *	16	79	133	180	211	240	255	263	293

* davon HNO 52, Nervenheilkunde 27, Hausärzte 32, Kardiologen 7

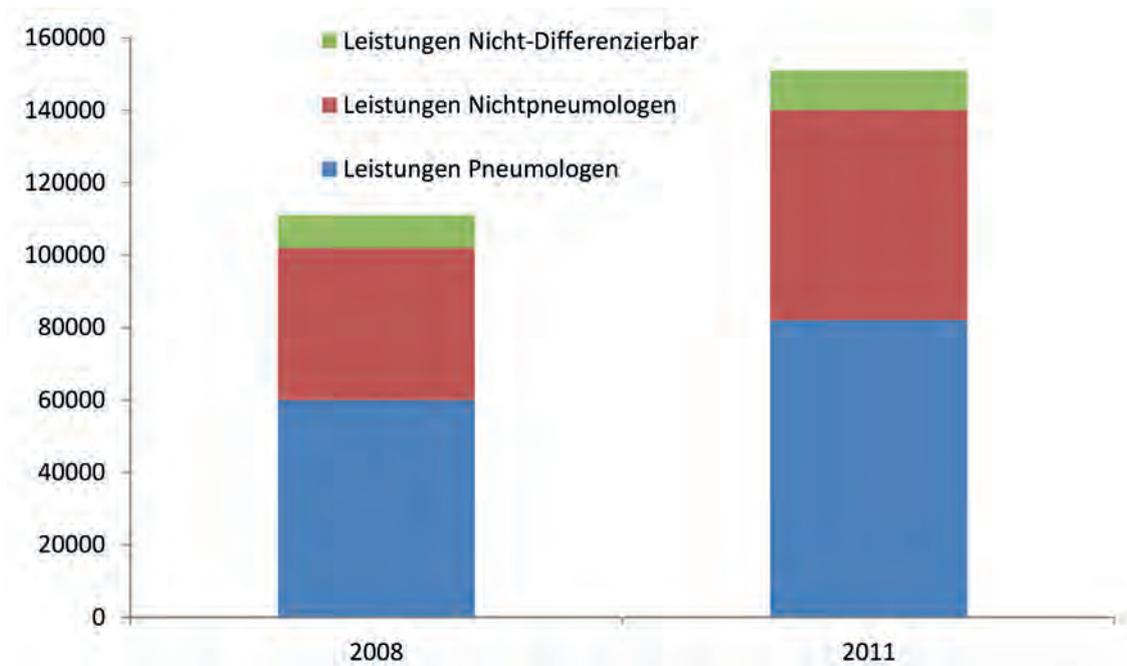


Abbildung 69: Polysomnographie: Entwicklung der Leistungen (2008, 2011)

Dargestellt sind die Durchführung von Polysomnographien durch niedergelassene Pneumologen vs. Nichtpneumologen. Dargestellt werden die Menge der Leistungen, der Behandlungsfälle, in denen die Leistung erbracht wurde, und die Anzahl der Patienten, die die Leistung erhalten haben.

Auch hier erkennt man den schwindenden Anteil der Pneumologen in der Schlafmedizin.

Die folgende altersstratifizierte Darstellung der Schlafapnoe-Prävalenz (Schlafapnoe-Diagnose in mindestens 2 Quartalen von einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt kodiert) zeigt den zwar großen, aber nur teilweisen Versorgungsanteil der Pneumologen. Die Schlafapnoediagnose kann auch von einem Nichtpneumologen gestellt worden sein.

Pneumologen stellen den größten Anteil unter den Schlafmedizinern. Die anderen Fachgruppen holen aber auf!

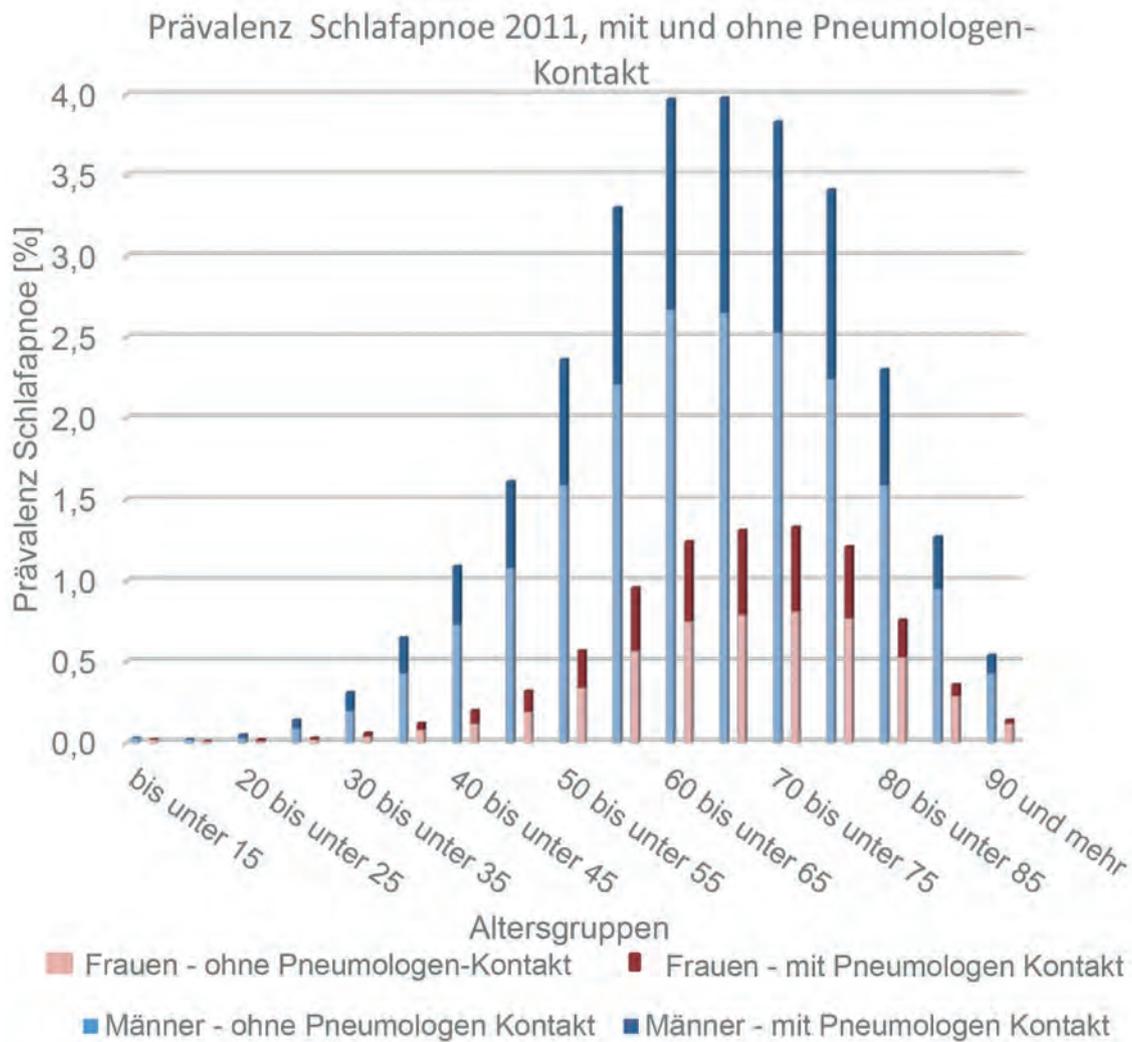


Abbildung 70: Schlafapnoe - Prävalenz nach Altersgruppen und Geschlecht; Versorgungsanteil Pneumologie (2011),
Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2011)

Regionale Unterschiede

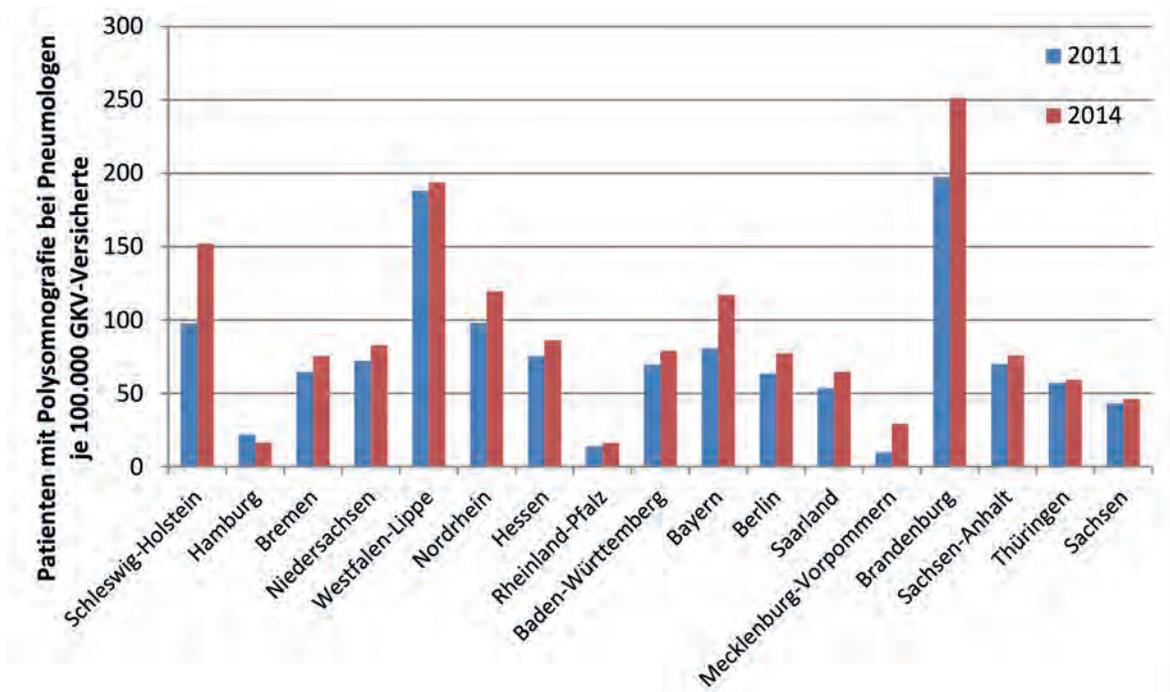


Abbildung 71: Entwicklung schlafmedizinischer Inanspruchnahme (Polysomnografie) (2011 - 2014),
Quelle: Bundesweite Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (2014, 2011)

Die Leistungserbringung ist regional sehr unterschiedlich und spiegelt nicht unbedingt die Morbidität wider.

Wo findet Schlafmedizin statt?

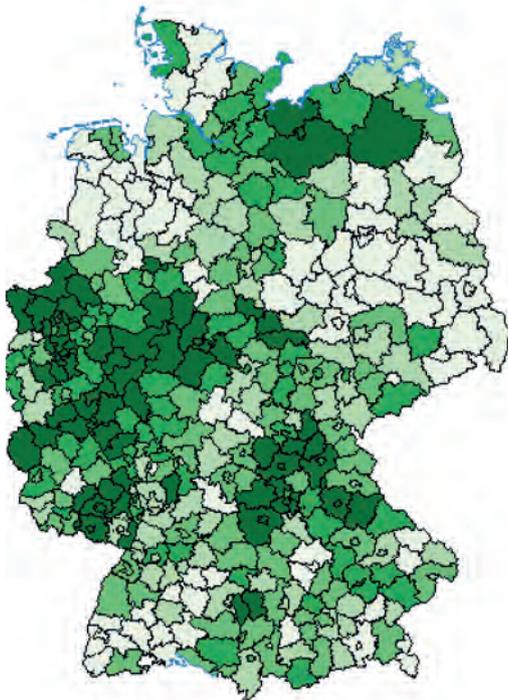


Abbildung 72: Krankenhausfälle 2011 mit Hauptdiagnose Schlafapnoe nach Kreisen gesamt standardisiert

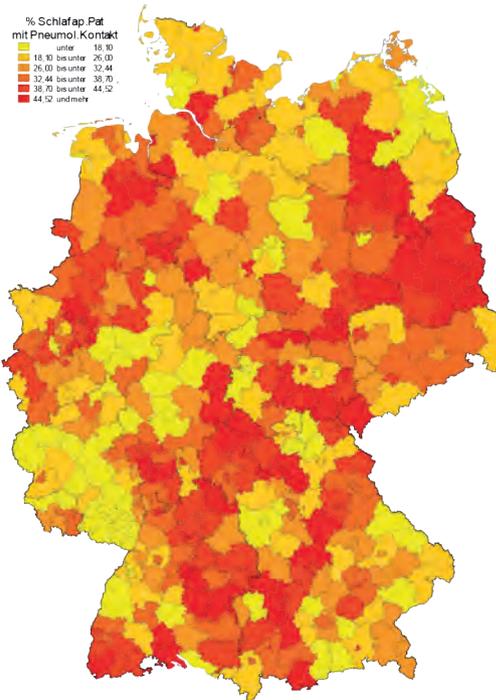
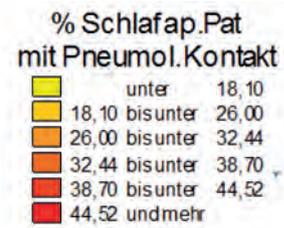


Abbildung 73: Schlafapnoepatienten mit Pneumologenkontakt

Vergleicht man die stationären Fälle mit der Diagnose G47, Schlafstörungen, so fällt durchgehend eine inverse Beziehung auf, d.h. einer geringen ambulanten Leistungshäufigkeit steht eine erhöhte stationäre Häufigkeit gegenüber. Ausnahme ist Nordrhein-Westfalen. Hier fällt eine hohe Inanspruchnahme beider Versorgungsbereiche auf. Erklärung dürfte die historische Entwicklung der Schlafmedizin in diesen KV-Bezirken sein. Hier haben sich schon frühzeitig, vor der Übernahme der PSG in die ambulante Versorgung, dichte Versorgungsstrukturen gebildet.

Dies ist ein Hinweis auf die noch nicht der tatsächlichen Morbidität entsprechenden Leistungsstrukturen in den übrigen Bundesländern.

Die Polysomnographie wird noch in erheblichem Maße stationär erbracht. Die ambulante PSG kann stationäre Behandlungen ersetzen.

Zukunft der Schlafmedizin

Für den Erhalt und den Ausbau der schlafmedizinischen Expertise der ambulanten Pneumologie wird von entscheidender Bedeutung sein, ob die nachwachsende Generation der Pneumologen die Qualifikation zur Abrechnung der GOP 30900 und 30901 während ihrer Ausbildung in Klinik und Praxis erwerben kann.

Zudem sollte in der berufspolitischen Arbeit darauf geachtet werden, dass die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Weiterbildungscurriculum Pneumologie enthalten sind und nachfolgend vor den Qualitätssicherungskommissionen zu Anerkennung gelangen können ohne eine weitere Zusatzbezeichnung wie die Schlafmedizin erwerben zu müssen. Ebenso sollte es auch nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit möglich sein, derartige Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben.

Bronchialkarzinom

Lungenkrebs gehört zu den häufigeren Krebserkrankungen in Deutschland. Durch seine ungünstige Prognose ist er auch mit Abstand die häufigste Krebstodesursache bei Männern (mit einem Anteil von 25 Prozent) und die dritthäufigste bei Frauen (15 Prozent).

Die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterberaten entwickeln sich bei beiden Geschlechtern gegenläufig. Seit Ende der 1990er-Jahre stiegen sie bei den Frauen kontinuierlich an, wohingegen die Raten der Männer im gleichen Zeitraum zurückgingen.

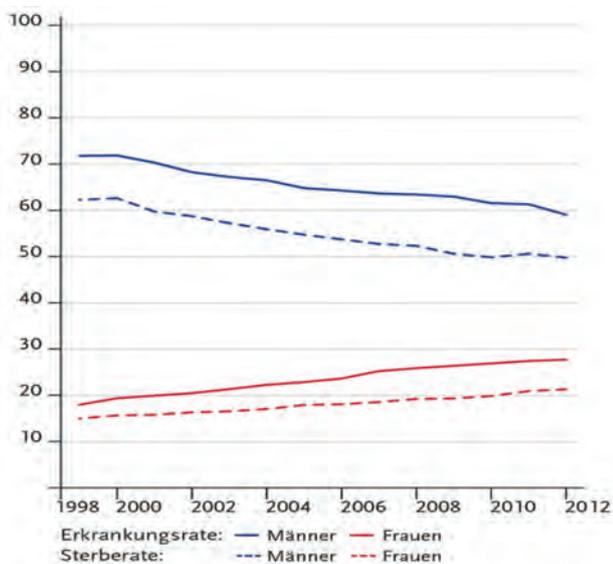


Abbildung 74: Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, nach Geschlecht, ICD-10 C33 – C34, Deutschland 1999 – 2012, je 100.000 (Europastandard)

Dieser Trend kann auf die bereits seit längerem andauernde Veränderung der Rauchgewohnheiten bei beiden Geschlechtern zurückgeführt werden und wird sich vermutlich noch weiter fortsetzen. Er spiegelt den leicht rückläufigen

Zigarettenkonsum bei Männern sowie den zunehmenden Zigarettenkonsum bei Frauen in den letzten Jahrzehnten wider (Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut, Berlin).

Immer noch ist der Lungenkrebs eine Tumorart mit sehr schlechter Prognose. Die neueren Therapieformen, die im Moment auch in der first-line-Behandlung zugelassen werden erwecken, die Hoffnung auf eine Besserung der seit Jahrzehnten weitgehend unverändert schlechten Prognose.

Beim lokal fortgeschrittenen/metastasierten NSCLC ist die Chemotherapie weiterhin die Hauptsäule der Therapie. Mit zunehmender Kenntnis der Molekularpathologie erlangen zielgerichtete Substanzen immer größere Bedeutung. In Abhängigkeit von Treibermutationen können individuelle Therapiekonzepte entwickelt werden. Dabei ist eine präzise morphologische, immunhistochemische und molekularpathologische Diagnostik unerlässlich.

Nationale und internationale Leitlinien empfehlen inzwischen bei Nicht-Plattenepithel-NSCLC vor Therapiebeginn die Durchführung der molekularen Diagnostik für EGFR und ALK. Eine Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten kann durch den Einsatz von sog. „Checkpoint-Antikörpern“ erwartet werden. Dieses Behandlungsprinzip rückt die immunologische Tumorthherapie in den Fokus klinischer Forschung. (G. Schlimok, BDP, Pneumo Journal 2,2014)

Bei der Behandlung des Lungenkrebs besteht im Moment eine ungeheure Dynamik. Die neuen Therapien verbessern die Prognose erheblich und sind einfacher anzuwenden.

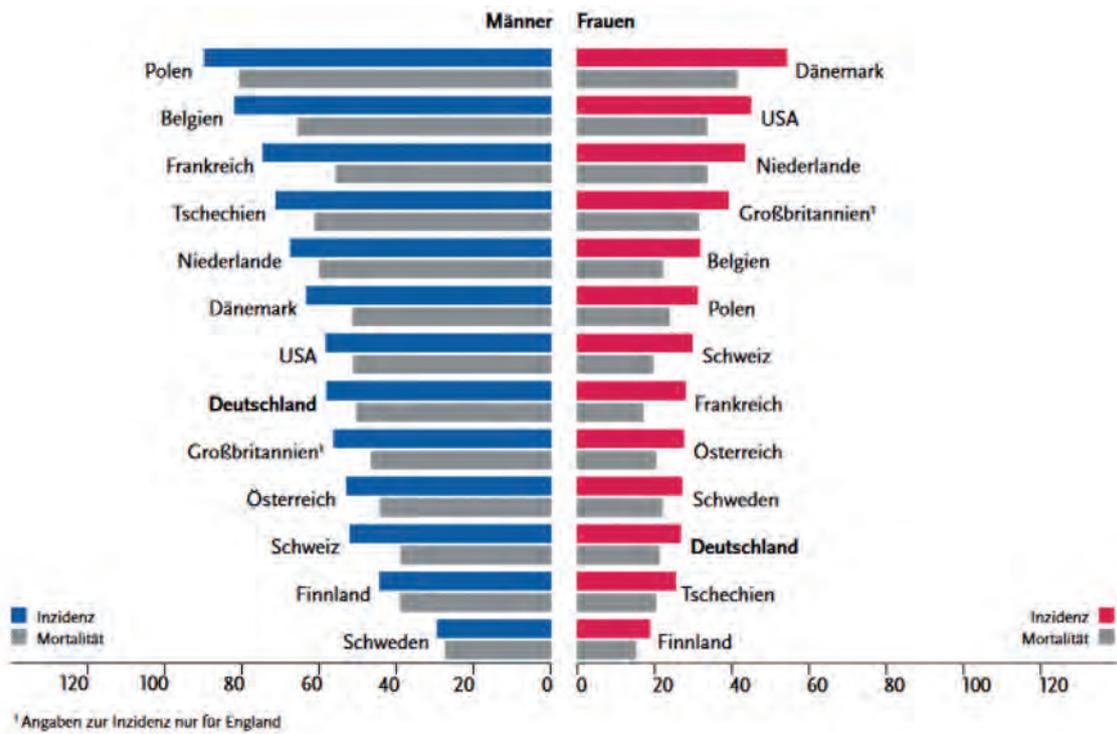


Abbildung 75: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten im internationalen Vergleich, nach Geschlecht, ICD-10 C33 – C34, 2011 – 2012 oder letztes verfügbares Jahr je 100.000 (Europastandard)

Deutschland nimmt im internationalen Vergleich einen unteren Mittelplatz im Hinblick auf Neuerkrankungs- und Sterberaten ein.

Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)

ICD-10 C33–34

	2012	
	Männer	Frauen
Neuerkrankungen	34.490	18.030
standardisierte Erkrankungsrate ¹	59,1	27,7
Sterbefälle	29.713	14.752
standardisierte Sterberate ¹	49,8	21,3
5-Jahres-Prävalenz	49.000	29.200
relative 5-Jahres-Überlebensrate	16 %	21 %
relative 10-Jahres-Überlebensrate	12 %	16 %

¹) je 100.000 Personen, altersstandardisiert nach altem Europastandard

Tabelle 19: Robert Koch-Institut, Zentrum für Krebsregisterdaten

Durch diese Entwicklung der „personalisierten“ Therapie hat sich der Aufwand im Hinblick auf das prätherapeutische staging massiv erhöht. Eine Therapieplanung erfordert praktisch immer die Abklärung der molekularen Signatur des Tumors, damit die Notwendigkeit einer histologischen Gewebegewinnung. Dazu sind oft neben der einfachen Bronchoskopie mit Schleimhautbiopsie weiterführende endoskopische Maßnahmen (EBUS) oder operative Gewebentnahmen notwendig.

Die Entwicklung und die Verteilung der Patienten mit Lungenkarzinom zeigt die Zunahme der Patientenzahlen, mitbedingt durch die zunehmend längere Überlebenszeit der Patienten. Gleichzeitig aber stagniert die Zahl der Patienten mit Lungentumor in der pneumologischen Praxis.

Offenbar sind die pneumologischen Praxen nicht die primären Ansprechpartner in der Versorgung von Patienten mit Lungentumoren. Es sind deshalb vermehrte Anstrengungen

notwendig, um hier verlorenes Terrain wiederzugewinnen. Die Möglichkeit der oralen Therapie des Lungenkarzinoms in der first-line-Behandlung sollte unsere Anstrengungen befördern.

Die notwendige Versorgungsstruktur wird sich aber nur zusammen mit anderen Fachgruppen realisieren lassen. (Onkologie, Pathologie, Radiologie, Thoraxchirurgie), sowie in enger Zusammenarbeit mit pneumologischen Kliniken.

Die Zunahme an Morbidität des Lungenkrebses führt nicht zu einer Steigerung der Zahl der Tumorpatienten in den pneumologischen Praxen.

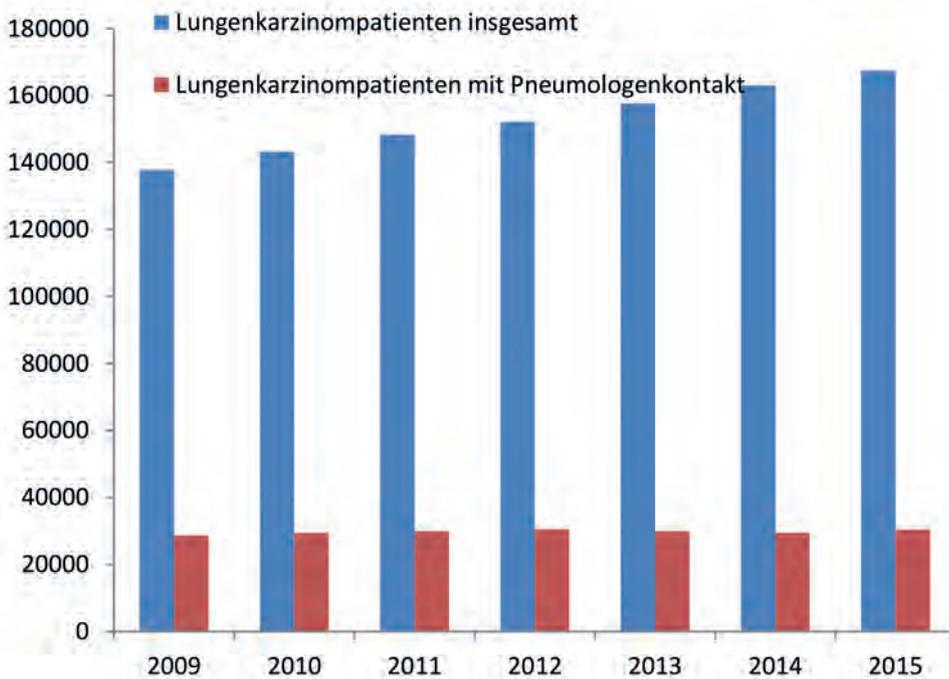


Abbildung 76: Patienten mit Lungenkarzinom in Pneumologischer Praxis - Patienten mit Behandlungsanlass Lungenkarzinom 2009 – 2015

Disease management Programm Asthma / COPD

DMP – Geschichte und Entstehung

In den 90er-Jahren wurden erste Ansätze für die systematische Einbeziehung von erwachsenen Patienten in die Krankheitsbewältigung chronischer Atemwegserkrankungen entwickelt. Damals wurden die Schulungsprogramme NASA und COBRA entwickelt und evaluiert. Die Schulung wurde in vielen Praxen auf Selbstzahlerbasis eingeführt, zum Teil gab es kleinere regionale Verträge mit Krankenkassen auf der Basis des § 43 SGB V.

Im Jahr 1999 gelang der erste Vertrag zur Asthmaschulung in Bayern, der immer noch die Grundlage für die Schulungsverträge in DMP darstellt. So richtig in Gang kam die Diskussion zu strukturierten Behandlungsprogrammen im Jahr 2000 durch das Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.

In diesem Gutachten wurde festgestellt, dass beim Asthma bronchiale ein hoher Anteil an verborgener Morbidität (> 50 %), Unterversorgung (ICS und SIT) und Überversorgung (Xanthine, Beta-Mimetika, Sekretolytika), fehlende Abstimmung (Reha), fehlende Behandlungsstrukturen (Schulung) und mangelnde Professionalisierung (Allergologie) vorliegt.

So schmerzlich für die pneumologische Community diese Feststellungen waren, so hilfreich waren sie in der nachfolgenden Diskussion zur Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen. Die Qualität des deutschen Gesundheitssystems wurde grundsätzlich in Frage gestellt, dabei wurden besonders die Defizite bei der Behandlung von „Volkserkrankungen“, wie Bluthochdruck, Diabetes, aber auch Asthma bronchiale betont. Damals äußerte sich auch Prof. Karl Lauterbach, damals noch Direktor des Institutes für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der

Uni Köln: „Evidenzbasierte Medizin führt wahrscheinlich zu Mehrbedarf im ambulanten Sektor, der langfristig zur Senkung des Kostenanstiegs im stationären Sektor und im Gesamtbudgetbedarf führen kann“ und „Evidenzbasierte Medizin ist wichtigstes Instrument für die Beseitigung von Fehlallokationen im ambulanten und stationären Sektor“.

In den folgenden Jahren führte dies zur Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen, sog. Disease Management Programmen (DMP) für verschiedene chronische Erkrankungen. Die Berücksichtigung des Asthmas schon in der ersten Welle der Entwicklung war nicht unumstritten, konnte aber mit Hilfe der wissenschaftlichen Gesellschaft gegen die Konkurrenz u.a. von Depression, Rückenschmerz und Adipositas durchgesetzt werden. Im Folgenden konnte der Koordinierungsausschuss überzeugt werden, dass ein Asthmaprogramm ohne COPD zu einer einschreibemotivierten Morbiditätsverschiebung führen würde, sodass ein Doppelprogramm Asthma/COPD entwickelt wurde.

Asthma und COPD waren von Anfang an bei den DMP dabei!

Beginn im Jahr 2005

Am 22.12.2004 trat die elfte Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung in Kraft. Am 1.4.2006 starteten die ersten Programme in Bremen, Bayern und Schleswig-Holstein. Seit dieser Zeit sind die DMP integraler Bestandteil der Versorgung von Patienten in den pneumologischen Praxen.



Abbildung 77: Anzahl der eingeschriebenen Patienten Asthma/COPD 2006 bis 2015

DMP: teilnehmende Praxen

Für die pneumologischen Praxen bedeutet das, dass ein Großteil der Patienten, nämlich 75 %, im Rahmen von DMP behandelt werden können.

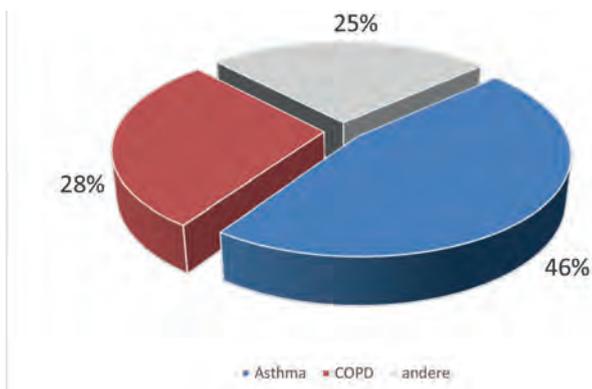


Abbildung 78: Anteil Asthma- und COPD-Patienten WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Analyse der Abrechnungsdaten 1.Quartal 2013

Insgesamt nehmen ca. 45.000 Ärzte in Deutschland am DMP Asthma/COPD teil. Asthma und COPD Schulungen werden in fast allen pneumologischen Praxen angeboten. Da dies nur im Rahmen von DMP Verträgen möglich ist, ist davon auszugehen, dass von den ca. 880 niedergelassenen Pneumologen annähernd alle als koordinierende Ärzte teilnehmen. Eine Besonderheit innerhalb der DMP ist erwähnenswert: Nur bei Asthma und COPD können Fachärzte auch koordinierende Ärzte sein. 73 % der eingeschriebenen Patienten werden von Hausärzten / Allgemeinmedizineren betreut, 14 % von Pneumologen, 9 % von hausärztlich tätigen Pädiatern, 3 % von fachärztlich tätigen Pädiatern und 1 % von sonstigen fachärztlichen Internisten (Mutschler).

Über die wirtschaftliche Bedeutung der Programme in den Praxen liegen keine gesicherten Daten vor. Für die teilnehmenden Praxen dürfte der Umsatz durch DMP-Leistungen zwischen 5 % und 10 % liegen. Wenn man die Gesamtumsätze betrachtet, dann tragen mit ca. 25 % Umsatzanteil die Programme einen nicht unwesentlichen Teil zum wirtschaftlichen Gesamtergebnis der pneumologischen Praxen bei.

Zahl eingeschriebener Patienten

Die Aktivitäten beim DMP Asthma/COPD sind aber durchaus unterschiedlich. Die Inanspruchnahme schwankt sicher zwischen den Praxen erheblich, aber auch zwischen den Regionen.

Die Gesamtzahl eingeschriebener Patienten lässt keinen Rückschluss auf die Zahl der vom Pneumologen eingeschriebenen und tatsächlich im DMP vom Pneumologen geführten Patienten zu. Wenn man aber die Gesamtzahl auf die Pneumologen umlegt, zeigen sich doch deutliche Unterschiede, wenn auch die unterschiedliche Kooperationstiefe keinen sicheren Vergleich zulässt.

Die unterschiedliche Einschreibequote spiegelt aber auf keinen Fall die tatsächliche Morbidität an COPD wider. Evtl. spielen auch unterschiedliche Vergütungsstrukturen in den Bundesländern eine Rolle für den unterschiedlichen Einsatz bei der Einschreibung. Auf jeden Fall werden die Möglichkeiten der Programme regional deutlich unterschiedlich ausgeschöpft.

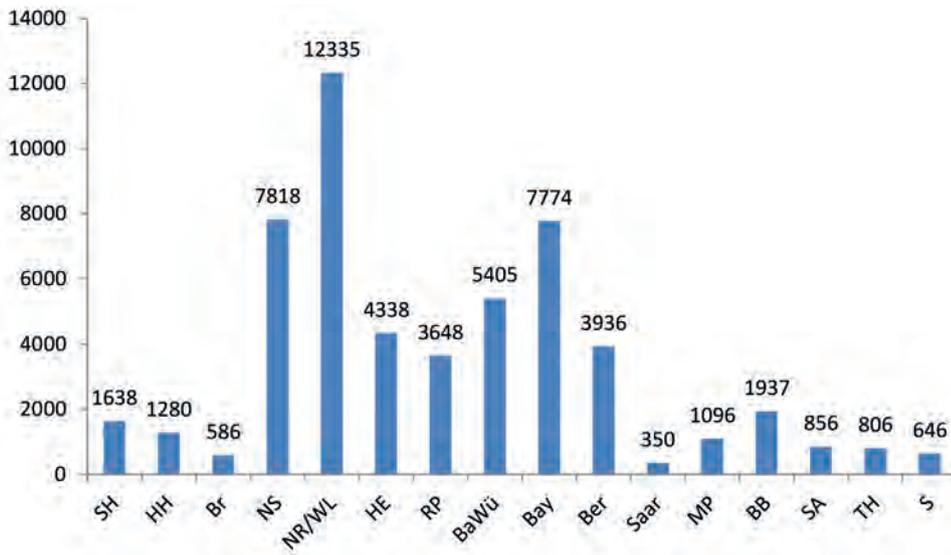


Abbildung 79: Disease-Management-Programm COPD

Einschreibungen DMP COPD 2013, Ergebnisbericht zum Disease-Management-Programm COPD zum 31. März 2014, Herausgeber Evaluationsgruppe Medical Contact, MNC-Medical Netcare GmbH Autoren Dr. Christof Münscher, Frank Potthoff, Wolfgang Weber, Alexandra Berendes

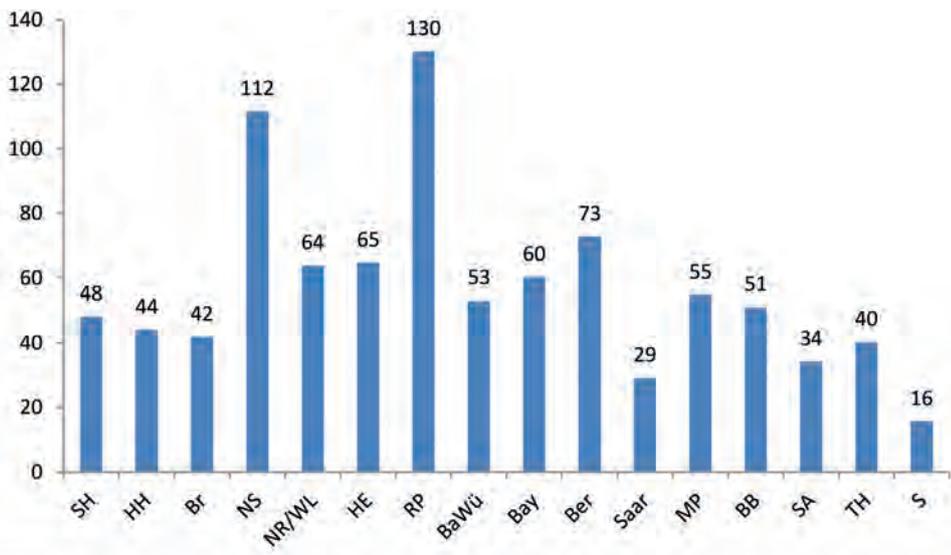


Abbildung 80: Eingeschriebene Patienten im DMP COPD/Pneumologie 2013 nach Bundesländern

DMP hilft

Denn an erster Stelle profitieren doch die Patienten, die im DMP betreut werden, von den Programmen. Trotzdem müssen noch weitere Anstrengungen unternommen werden, möglichst allen Patienten eine leitliniengerechte und umfassende Behandlung zu ermöglichen.

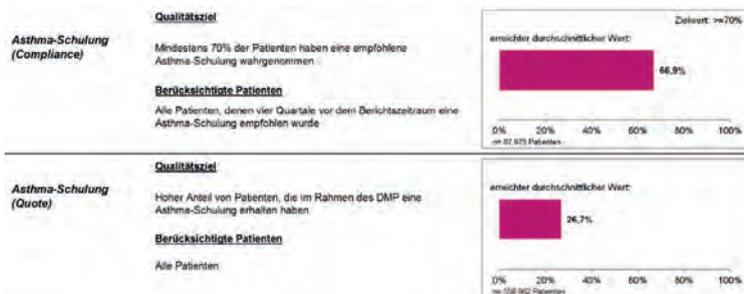


Abbildung 81: Qualitätszielerreichung im DMP Asthma, KBV, Indikationsspezifische Berichte für die gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsbericht aus 15 kassenärztlichen Vereinigungen, 2014

Robert Mutschler hat in seiner Dissertation eine Fünf-Jahres-Bilanz des DMP Asthma aus den Jahren 2006 bis 2010 gezogen: „In den ersten vier Jahren ist eine Verbesserung der Pharmakotherapie und des Selbstmanagements der Patienten zu verzeichnen.“

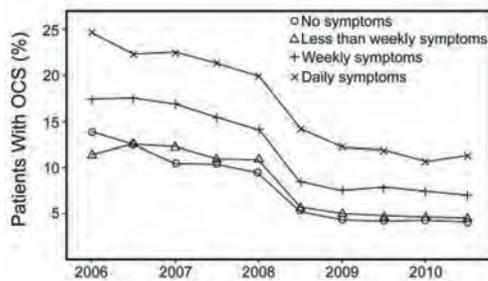


Abbildung 82: Proportion of subjects with oral corticosteroid (OCS) therapy, grouped by symptom frequency (Mehring M et al)

Es scheint, dass das DMP Asthma im Hinblick auf die Leitlinien-treue zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt. Dies geht mit einer Reduktion der Hospitalisierung einher. Ursächlich hierfür könnten die Notwendigkeit der Dokumentation einer evidenzbasierten Therapie, die Schulungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und die flankierende Einführung der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma sein, was unter Umständen zu einer Sensibilisierung beigetragen hat. Einschränkend muss gesagt werden, dass definitive Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Effektivität schwierig sind, da die breitflächige Einführung des DMPs keinen Vergleich mit einer Kontrollgruppe ermöglicht hatte. Beispielsweise ist eine Reduktion der Hospitalisierung auch durch Veränderungen des Abrechnungswesens im Krankenhausbereich durch Einführung der DRGs denkbar.“ (Mehring M, Donnachie E, Mutschler R, Hofmann F, Keller M, Schneider A. Disease management programs for patients with asthma in Germany: a longitudinal population-based study. *Respir Care* 2013;58:1170-7.)

Im Rahmen dieser Arbeit wurden in einer ersten Analyse Untergruppen gebildet (siehe Abbildung), um das Risiko von stationären Notfalleinweisungen je nach Symptomstärke, Therapieform oder Begleiterkrankung genauer quantifizieren zu können. Hierbei zeigt sich, dass es signifikante Unterschiede bei den Hospitalisierungsquoten verschiedener Patientengruppen gibt:

Das höchste Risiko tragen Patienten, die gleichzeitig an der Begleiterkrankung COPD leiden. Zu Beginn der Untersuchung 2006 wurden 9,6% aller DMP-Patienten mit COPD und Asthma mindestens einmal jährlich wegen dieser Diagnose ins Krankenhaus eingewiesen. Bis zum 2. Halbjahr 2010 konnte dieser prozentuale Anteil auf 2,8 % reduziert werden. Ein vergleichbares Risiko tragen Patienten unter systemischer Glukokortikoidtherapie (2006 H1:10,5 %; 2010 H2: 2,5 %).

Das niedrigste Risiko zeigt die Gruppe der Patienten ohne Symptome. Auch hier reduzierte sich der Anteil der Hospitalisierungen über den Beobachtungszeitraum von 1,7 % (2006H1) auf 0,2 % (2010H2).

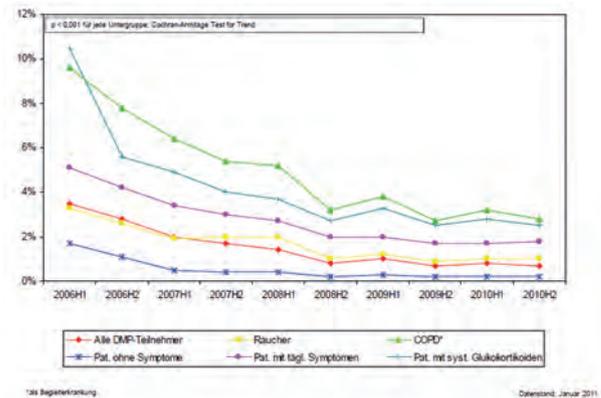


Abbildung 83: Risiko der Hospitalisierung für DMP Teilnehmer Risiko bei Begleiterkrankungen a.o.o. (Mehring M, Donnachie E, Mutschler R, Hofmann F, Keller M, Schneider A. Disease management programs for patients with asthma in Germany: a longitudinal population-based study. *Respir Care* 2013;58:1170-7

Tabakentwöhnung jetzt im DMP COPD

COPD-Patienten, die „noch-Raucher“ sind, stellen für die Pneumologen eine der größten Herausforderungen in der Behandlung der COPD dar. Gleichzeitig sehen die Pneumologen hier die größte Behandlungspriorität: an erster Stelle müssen die Bemühungen stehen, dem Raucher den Weg in die Tabak-Abstinenz zu ebnen. Dieses Statement ist dem „Pneumologen-Barometer“ (im Druck: „Pneumologen-Barometer“ in „Der Pneumologe“/Springer-Verlag), mit dem erstmals im Mai 2017 Einschätzungen, Haltungen und Positionierung der deutschen Lungen Ärzte erfasst wurden, in eindeutiger Weise zu entnehmen: an vorderster Stelle wird die Tabakentwöhnung gesehen, gefolgt vom Bewegungstraining und danach dem Einsatz der medikamentösen Therapie und schließlich der Rehabilitation.

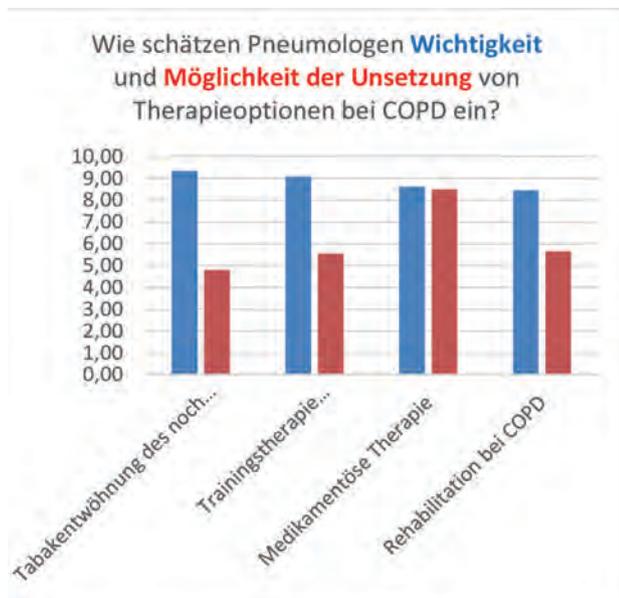


Abbildung 84: Rangfolgeneinschätzung der Wichtigkeit der Therapieoptionen bei COPD und Abschätzung der Umsetzungsmöglichkeiten („Pneumologen-Barometer“ in „Der Pneumologe“/Springer-Verlag)

Gleichzeitig bewerten die Pneumologen in der „Pneumologen-Barometer“-Befragung ihre Möglichkeiten für die Umsetzung der Tabakentwöhnung im klaren Kontrast zu deren Notwendigkeit.

Aktuell werden allerdings immerhin die DMP-Richtlinien für COPD erneuert. Es ist davon auszugehen, dass die Program-

me auch in nächster Zukunft weiter bestehen werden. Die erneuerte Richtlinie zur COPD wurde bereits veröffentlicht und muss jetzt auf Länderebene vertraglich umgesetzt werden. Nach jahrzehntelangen Bemühungen ist es gelungen, die Tabakentwöhnung als Programmbestandteil zu verankern.

Beschluss des gBA zum 21.7.2016 Änderung der DMP-Anforderungen Richtlinie (Ausschnitt):

- Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten werden.
- Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente.
- Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten

Dies ist ein Meilenstein für die Pneumologie und für die Patienten. Mehr als 10 Jahre intensive Arbeit hat sich letztendlich gelohnt. Es gilt jetzt, dass wir diese Möglichkeit flächendeckend umsetzen.

Stellenwert der Tabakentwöhnung

Die zentrale Bedeutung der Tabakentwöhnung für Patienten in der Pneumologie liegt auf der Hand und obwohl die S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung bei COPD (S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Pneumologie, 2014. 68(4): p. 237-58) fordert, allen noch rauchenden Lungen-Kranken soll eine strukturierte Tabakentwöhnung angeboten werden, stehen der Umsetzung immer noch beträchtliche Barrieren entgegen.

Für pneumologische Patienten ist die Entwöhnung nicht im eigentlichen Sinne Prävention, sondern vielmehr entscheidende Behandlung/Therapie. Die zur Behandlung zu zählende medikamentöse Unterstützung, die die Mehrheit der zu entwöhnenden Tabakabhängigen erhalten soll um die langfristige Abstinenz zu steigern, wird im SGB V in § 34 entgegen der Evidenzlage als „Lifestyle“-Leistung eingestuft und abgewertet. Im Ergebnis findet sich eine im Vergleich zur Indikation nur geringe Aktivität für die Entwöhnung, da dem Schritt zur Entwöhnung die genannten Hürden entgegenstehen und potenzielle Leistungserbringer für die Entwöhnung keine Anreize vorfinden, effektive Strukturen zu entwickeln.

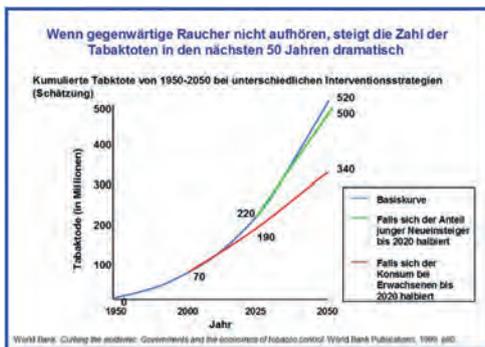


Abbildung 85: Tabakentwöhnung – Stellenwert und Umsetzung in der ambulanten Pneumologie

Tabakentwöhnung rechnet sich für die Krankenkassen!

Die ökonomische Bedeutung der Tabakentwöhnung bzw. der Tabakkontrolle-Politik spricht eine ganz klare Sprache: Aktuelle Berechnungen zeigen, dass rauchende Patienten gegenüber nichtrauchenden Patienten für die Krankenkassen nahezu doppelt so teuer in ihren Fallpauschalen zu Buche schlagen. Aus der Perspektive der Unternehmen/Arbeitgeber sind rauchende Arbeitnehmer unproduktiver und kostenträchtiger. Tatsächlich zeigt allerdings die Haltung der Krankenkassen, die als Kostenträger für die Entwöhnungsmaßnahmen primär in Frage kommen, dass diese in einer kurzfristig orientierten Betrachtungsweise die Mehrkosten durch die Tabakentwöhnung fürchten und deswegen im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess gegen die Umsetzung votieren. Die Perspektive des Staates lässt erkennen, dass dieser über eine Reduktion des Tabakkonsums langfristig Verluste im Hinblick auf die Steuereinnahmen hätte: Die Steuereinnahmen aus Tabaksteuern betragen jährlich etwa 40 Milliarden Euro (Gewinne der Tabakindustrie im gleichen Zeitraum aus Verkauf der Tabakprodukte: ca. 3,5 Milliarden).

Tabakentwöhnung jetzt im DMP!



Was macht der BdP?

In der aktuellen Versorgungslandschaft ist es den pneumologischen Versorgern überlassen, dennoch Angebote bereitzustellen, die der gebotenen Leitlinien-Lage für die Behandlung pneumologischer Erkrankungen gerecht werden. Der Bundesverband der Pneumologen hat sich hier klar positioniert, indem er langfristig Schulungsangebote für pneumologische Praxen und Kliniken zur Motivation und Durchführung der Tabakentwöhnung bereitstellt.

- „Strukturierte Raucherberatung und Tabakentwöhnung (BdP) – Programm zu Einzeltherapie“
- Schulungen gemäß dem Bundesärztekammer-Curriculum Tabakentwöhnung

Es wurde zuletzt ein, auf die Anwendung in der pneumologischen Praxis adaptiertes und optimiertes Gruppen-Entwöhnungsprogramm entwickelt und zur Schulung angeboten („Mein Nichtraucherprogramm“), das durch ein begleitendes Patientenmanual ergänzt wurde („Mein Nichtraucherbuch“). Ebenso das Qualitätsmanual Tabakentwöhnung, das Orientierung für Entscheidungsfinder/Politik bzw. Kostenträger geben kann.

Von den 771 Mitgliedern des Bundesverbandes der Pneumologen, die ambulant in Praxen aktiv sind, haben 119 an Schulungen teilgenommen, die der Berufsverband selbst in den vergangenen Jahren bereitgestellt hat (Programm „Strukturierte Raucherberatung und Tabakentwöhnung“ (BdP), Bundesärztekammer-Curriculum, „Mein Nichtraucherprogramm“ (BdP)). 262 Mitglieder bieten die Tabakentwöhnung regelmäßig in ihren Praxen an und teilen dies als Angebot öffentlich in der Datenbank des Berufsverbandes der Pneumologen mit (www.lungenatlas.de).



Abbildung 86: Regionale Verteilung der Tabakentwöhnung
Quelle: www.lungenatlas.de (Stand 25.07.2016), insgesamt 274 Pneumologen

Was muss weiter passieren?

In der aktuell gegebenen Situation ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Maßnahmen zur Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung für die Versorgung pneumologischer Patienten höchsten Dringlichkeitsrang haben, nichtsdestoweniger aber nur in begrenztem Umfang und entgegen den beschriebenen Barrieren bereitgestellt werden können, so dass nur ein Bruchteil derjenigen Patienten, die ein Entwöhnungsangebot benötigen, tatsächlich in den Genuss eines solchen Angebotes kommt.

Der BdP wird deshalb nicht ruhen, nur weil Tabakentwöhnung jetzt endlich suchtkranken Patienten im DMP COPD zur Verfügung steht.

Der BdP unterstützt eine Initiative, die Motivation und Einleitung der Tabakentwöhnung im stationären Bereich durch Einführung einer OPS zu verankern. Die Struktur der vorgesehenen stationären Regelung sieht es vor, dass die Motivation und Einleitung stationär erfolgen, die Vergütung dann an die dokumentierte Übergabe der Fortsetzung der Entwöhnungsmaßnahme im ambulanten Bereich (Krankenhausentlassung) gebunden ist und so ihre tatsächliche Umsetzung sichergestellt wird.

Der Bundesverband der Pneumologen beteiligt sich maßgeblich an einer Klageinitiative der einschlägig betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, Herzstiftung, Psychiatrische Gesellschaften etc.). Diese Klageinitiative hat zum Ziel, den Staat leitlinien- und evidenzadäquat in die Lage zu versetzen, die Tabakentwöhnung den Kostenträgern verpflichtend zur Erstattung vorzuschreiben und hierbei insbesondere die beiden Kernelemente der Verhaltenstherapie und der medikamentösen Unterstützung einzubeziehen (www.wat-ev.de/klageinitiative).

Neue DMP Programme

Dem G-BA wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Aufgabe übertragen, weitere geeignete chronische Krankheiten festzulegen, für die DMP entwickelt werden sollen. Er beschloss daraufhin die Einleitung eines öffentlichen Vorschlagsverfahrens. Nach einer Bekanntmachung im Bundesanzeiger gingen im Frühjahr 2014 beim G-BA insgesamt 33 Vorschläge zu Krankheiten ein, die für die Entwicklung von neuen DMP infrage kommen.

Sie wurden auf Basis eines zuvor entwickelten strukturierten Priorisierungsverfahrens und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben geprüft. Im August 2014 beschloss der G-BA, zu vier chronischen Krankheiten Beratungen aufzunehmen, die unter den zur Auswahl stehenden Krankheiten für die Entwicklung von DMP am geeignetsten schienen:

- Rheumatoide Arthritis
- Chronische Herzinsuffizienz
- Osteoporose
- Rückenschmerz

Die Pneumologie ist weit entfernt von einem neuen DMP. Die Indikationen ausserklinische Beatmung, Allergie und Schlafapnoe konnten sich bei dem Wettrennen um neue DMP nicht durchsetzen. Bis die jetzt beschlossenen vier Indikationen umgesetzt sind, wird aber mindestens ein Jahrzehnt verstreichen.

Für die Vertragsärzte gilt es, die Programme selbstbewusst und verantwortungsvoll umzusetzen. Das bedeutet auch, auf die noch vergeudeten Möglichkeiten hinzuweisen, die solche Programme liegenlassen. Dazu gehören Module für Schwerkranken, Berücksichtigung der Sauerstofflangzeittherapie, der frühzeitigen Diagnose, insbesondere der COPD.

Osteoporose
Chronische Herzinsuffizienz
Aufmerksamkeits - Defizit- Hyperaktivitäts - Störung
Chronische Sinusitis
Stürze
Allergie
Muskoskeletale Erkrankungen mit unspezifischem Rückenschmerz
Psoriasis
Rheumatoide Arthritis
Demenz
Adipositas
Schizophrenie
Alkoholabhängigkeit
Chronische persistierende, chronisch wiederkehrende und lumbale Rückenschmerzen
Arterielle Hypertonie
Chronische Kreuzschmerzen
Prostatakrebs
Chronische Niereninsuffizienz
Obstruktive und zentrale Schlafapnoe
Kreuzschmerz
Anorexia nervosa
Adipositas
Somatoforme Störung
Parkinson
Periphere arterielle Verschlusskrankheit
Chronische ventilatorische Insuffizienz mit invasiver außerklinischer Beatmung
Nebennierenrindeninsuffizienz

Tabelle 20: Krankheiten, die für die Entwicklung von neuen DMP in Frage kommen.

Das Praxisteam

Das Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiter-Team setzt sich klassischerweise zusammen aus

- der Medizinischen Fachangestellten – MFA,
- der Pneumologischen Assistentin – PA,
- der Pneumologischen Fachassistentin – PFA

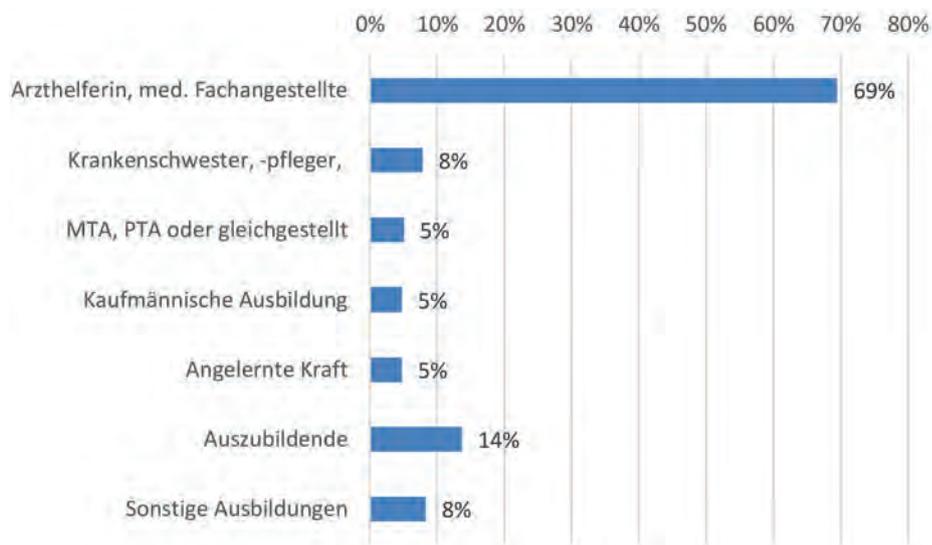


Abbildung 87: Qualifikation Mitarbeiterinnen pneumologischer Praxen, Strukturbefragung 2010

Insgesamt arbeiten in den pneumologischen Praxen ca. 4000 Mitarbeiterinnen (Ergebnis der Strukturbefragung 2010). Das entspricht 4,3 Mitarbeiterinnen pro Arzt.

Daneben werden „Quereinsteiger“-Mitarbeiter aus anderen Bereichen (Dienstleistung, Hotel-Gewerbe, kaufmännischer Bereich, Büro- und Sekretariat-Bereich) beschäftigt und in die spezifischen Anforderungen der pneumologischen Praxis eingeführt und hierfür qualifiziert.

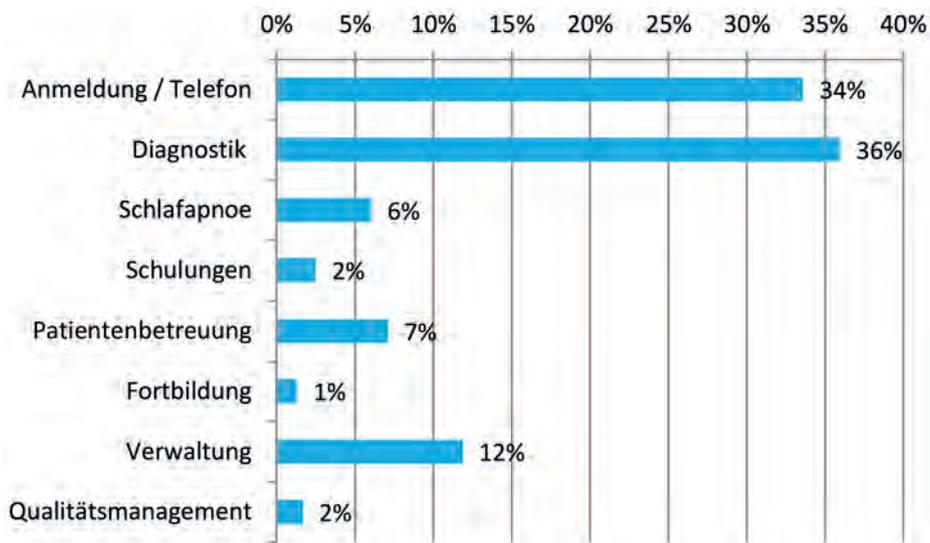


Abbildung 88: Aufteilung der Arbeitszeit der Mitarbeiter nach Aufgabengebieten in pneumologischen Praxen nach Strukturbefragung 2010

Diagnostik: Lungenfunktion; Röntgen, Labor
 Schlafapnoe: Polygraphie, PSG
 Schulungen: Asthma, COPD, Tabakentwöhnung
 Verwaltung inkl. GKV und PKV Abrechnung

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte sind durch Verwaltungsarbeit übermäßig belastet, sondern auch die Mitarbeiter in den pneumologischen Praxen. Annähernd 50 % der Arbeitszeit werden durch Verwaltungsarbeit, Patientensteuerung an der Anmeldung und QM beansprucht.

Für die spezifischen, hochspezialisierten Aufgaben in der pneumologischen Praxis stellt der Bundesverband der Pneumologen (BdP) besondere Ausbildungsgänge der Zusatz-Qualifikation von MFA bereit:

Pneumologische Assistentin

Die Pneumologische Assistentin (PA) unterstützt auf der Basis spezifischer Fachkenntnisse der Pneumologie die Abläufe innerhalb der Praxis. Die Ausbildung zur PA beinhaltet ein 120-Stunden-Curriculum an 5 Wochenenden sowie einen parallel angebotenen Onlinekurs und eine Abschlussprüfung. Mehrere Kurse zu jeweils ca. 30 PA-Auszubildenden werden jährlich angeboten. Voraussetzung für die Ausbildung zur PA ist die Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie eine mehrjährige Tätigkeit innerhalb der pneumologischen Praxis/Ambulanz.

Das Curriculum der Ausbildung umfasst sämtliche gängigen diagnostischen Verfahren der Pneumologie insbesondere unter Einschluss der Lungenfunktionsprüfung, Blutgasanalyse, DLCO, Spiroergometrie, FENO, Polygrafie sowie der Bronchoskopie und Allergiediagnostik. Diese Verfahren werden theoretisch und praktisch behandelt. Weiter umfasst das Curriculum sämtliche pneumologischen Erkrankungen mit Schwerpunkt auf den obstruktiven Ventilationsstörungen (Asthma bronchiale und COPD/Lungenemphysem), die Infektionserkrankungen der Atemwege (Pneumonie, Tbc, Exazerbationen der obstruktiven Ventilationsstörungen). Weiter werden die bösartigen Neubildungen und die Lungengerüsterkrankungen mit ihren diagnostischen Merkmalen und den typischen Prozessen von Diagnose und

Therapie behandelt. Schließlich werden die schlafbezogenen Atmungsstörungen und die verwandten somnologischen Störungen der Hypersomnie und Insomnie behandelt. Die PA erhalten prozessorientierte Wissensvermittlung für die Diagnose, Therapieeinleitung und das Management der akuten und chronischen Erkrankungen. Hierbei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Methoden und Möglichkeiten der Tabakentwöhnung gelegt. Alle PA durchlaufen die Ausbildung für die Schulung von Asthma-Patienten und COPD-Patienten und sind danach befähigt, bei dieser Schulung zu assistieren.

In den Jahren 2008 – 2015 wurden vom BdP insgesamt 362 PA ausgebildet. Insgesamt dürfte die Zahl ca. doppelt so hoch sein und bei 700 oder mehr ausgebildeten PAs liegen, da die Kurse seit 1996 angeboten wurden.



Abbildung 89: Regionale Verteilung der PA Absolventen/innen (blau) und der Absolventen/innen zur PFA (gelb), Quelle: med info (Stand 2015)

Pneumologische Fachsistentin

Die Pneumologische Fachsistentin (PFA) stellt eine besondere Zusatzqualifikation für erfahrene Mitarbeiterinnen der Praxis dar. Voraussetzung für den Erwerb dieser Qualifikation ist das Absolvieren der PA-Ausbildung. Die PFA-Qualifizierung richtet sich auf die gezielte Unterstützung der Pneumologen in der Sprechstunde beim Case-Management von häufigen Erkrankungen. Im Mittelpunkt stehen hier die Kontrollen und das Management von Patienten mit Asthma bronchiale sowie COPD/Lungenemphysem und dem apparativ behandelten Schlafapnoesyndrom (CPAP-Therapie). Die PFA-Mitarbeiterinnen erhalten an 2 Wochenenden einen gezielten Ausbildungsgang für das intensive, leitlinienorientierte Vor- und Nachbereiten der Patienten mit den genannten Indikationen, sodass der Pneumologe in die Lage versetzt ist, aufgrund dieser maßgeschneiderten Sprechstundenunterstützung in optimaler Weise Impulse für die

Therapiesteuerung einzusetzen und gleichzeitig eine zeitliche Entlastung zu erfahren, die es ihm erlaubt, ohne Zeitdruck komplexe pneumologische Patienten zu betreuen und zu bearbeiten.

Die PFA-Ausbildung ist als Team-Ausbildung konzipiert: Ausdrücklich werden die Ärzte des PFA-Praxisteam in die Ausbildung eingebunden, um die Besonderheiten der PFA-Zusammenarbeit gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen zu erlernen und einzuüben. Die PFA-Ausbildung wird mit einer Prüfung des BdP abgeschlossen.

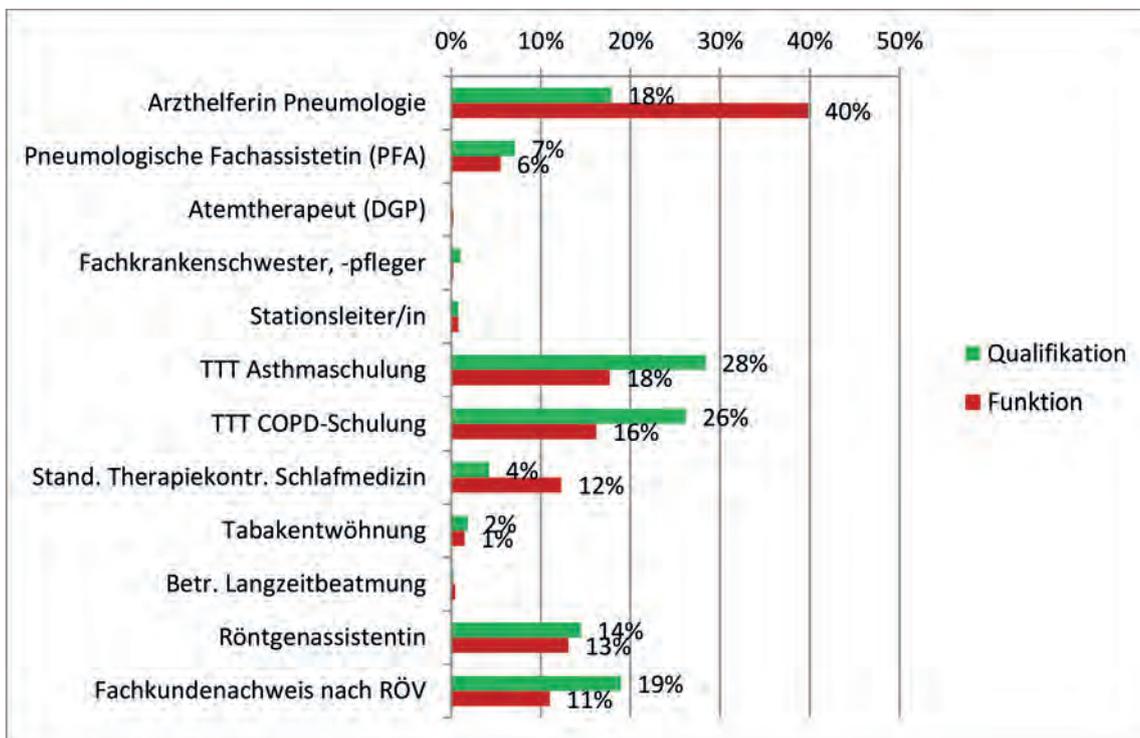


Abbildung 90: Zusatzqualifikationen der MitarbeiterInnen in pneumologischen Praxen nach Strukturbefragung 2010

Seit 2010 wurden insgesamt 178 Pneumologische Fachassistentinnen ausgebildet. Somit arbeitet inzwischen etwa ein Drittel der Praxen mit PFA-Mitarbeiterinnen.

Spezielle Qualifikation führt nicht zwangsläufig dazu, dass die Mitarbeiterin diese Aufgaben auch tatsächlich ausübt. Die Tätigkeit in einer pneumologischen Praxis erfordert eine besondere Qualifikation. Erfreulicherweise haben bereits knapp 50 % (18 von 40 Prozent) der Mitarbeiterinnen, die so spezifisch eingesetzt werden, eine strukturierte Weiterbildung durchlaufen.

Die Patientenversorgung in pneumologischen Praxen erfordert eine hohe Qualifikation aufgrund der komplexen Anforderungen. Die Pneumologen unterstreichen mit der hohen Anzahl an besonders qualifizierten Mitarbeitern ihren Anspruch auf eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau, nicht nur auf ärztlicher Seite.

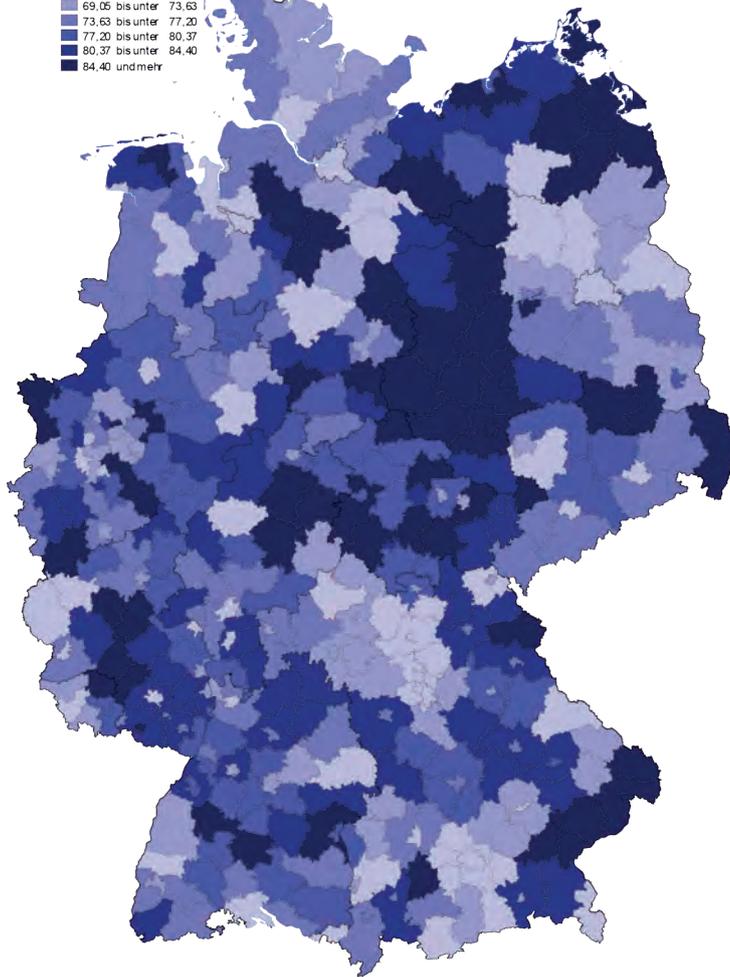
Umfeld der pneumologischen Praxen

Kooperationspartner

Die überwiegende Zahl der Patienten pneumologischer Praxen wird in Kooperation mit Hausärzten betreut.

Prozent Überweis an allen Fällen

unter	69,05
69,05 bis unter	73,63
73,63 bis unter	77,20
77,20 bis unter	80,37
80,37 bis unter	84,40
84,40 und mehr	



unter	69,05
69,05 bis unter	73,63
73,63 bis unter	77,20
77,20 bis unter	80,37
80,37 bis unter	84,40
84,40 und mehr	

Abbildung 91: Prozentualer Anteil Überweisungen an allen Pneumologischen Behandlungsfällen 2011 (ZI)

Die Zahl der Arztbriefe an Hausärzte zeigt eine ähnliche Gesamtzahl, sodass davon auszugehen ist, dass in der Regel ein Arztbrief Pneumologe / Hausarzt erstellt wird (zumindest vor Abschaffung der Praxisgebühr).

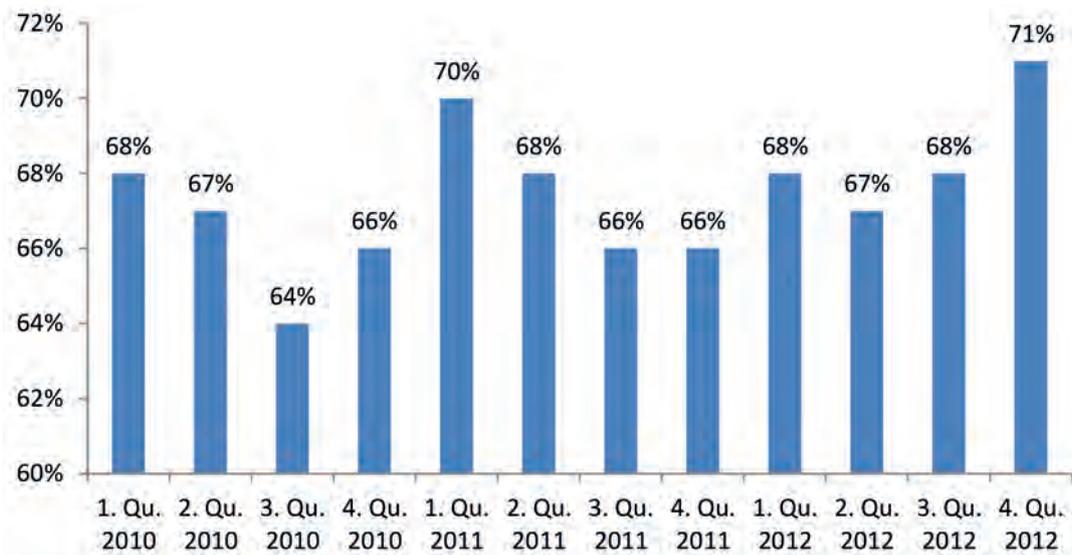


Abbildung 92: Zahl und Verlauf der Arztbriefe über die Jahre 2010 bis 2012 aus den Daten WINPNEU – Versorgungsforschung des BDP

Direkte Inanspruchnahme, Überweisung, Originalfälle

Bis zum 31.12.2012 gab es in der Bundesrepublik die 10 € Praxisgebühr. Die 2004 eingeführte Praxisgebühr wurde hauptsächlich von den niedergelassenen Ärzten als bürokratische Belastung empfunden, hatte aber durchaus einen (gewollten) Rückgang der ambulanten Fälle bewirkt.

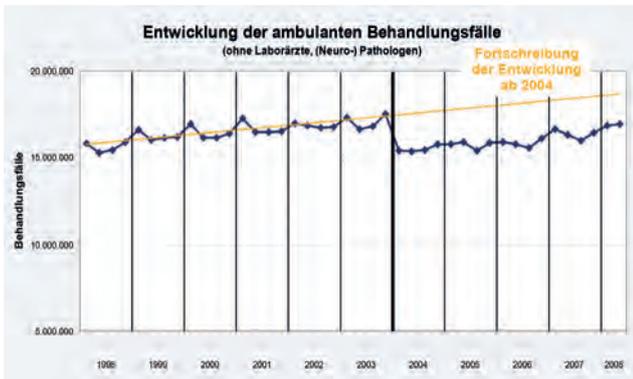


Abbildung 93: Fallzahlentwicklung im Zeitverlauf bei Einführung der Praxisgebühr (KVB 2012)

Die Praxisgebühr wurde aber nicht durch strukturelle Änderungen flankiert, auch wurden die Möglichkeiten weiterer Eigenbeteiligung durch die Versicherten nicht entwickelt. Die ungezielte Inanspruchnahme von Fachärzten war weiterhin möglich. Deshalb haben sich auch viele Berufsverbände an der Kampagne zur Abschaffung der Praxisgebühr beteiligt. Die Politik hat dies dankbar aufgenommen und das Ende der Praxisgebühr wurde als sozialpolitischer Erfolg verkauft.

Erst im Nachhinein wurde deutlich, dass die Praxisgebühr doch einen steuernden Effekt hatte, erkennbar daran, dass die fehlende Praxisgebühr wieder zu einer Zunahme der ungezielten Inanspruchnahme geführt hat.

In der Grafik auf der nächsten Seite wird der Trend dargestellt. Zwischen 2011 und 2014 ist es zu einer Umkehr des Verhältnisses zwischen Überweisungen und Originalscheinen gekommen. Gleichzeitig zu einer Zunahme der Gesamtfallzahl um ca. 10 %.

Die Praxisgebühr hatte einen steuernden Effekt. Die Abschaffung hatte einen Mehrbehandlungsaufwand in fachärztlichen Praxen zur Folge.



Niedergelassene Pneumologen

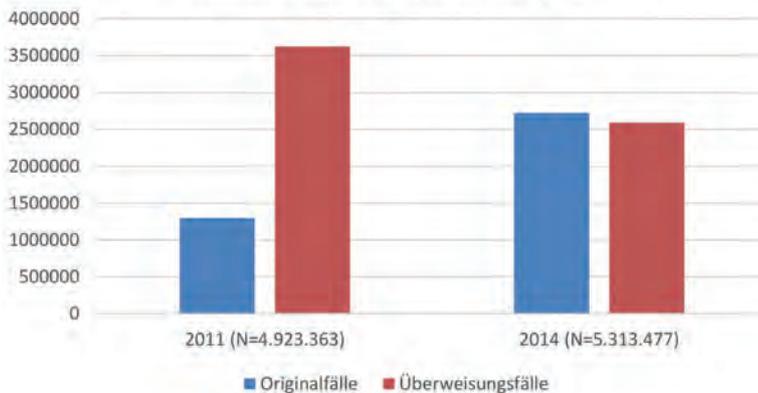


Abbildung 94: Entwicklung Originalfälle zu Überweisungsfällen 2011 bis 2014 bei Pneumologen (ZI)

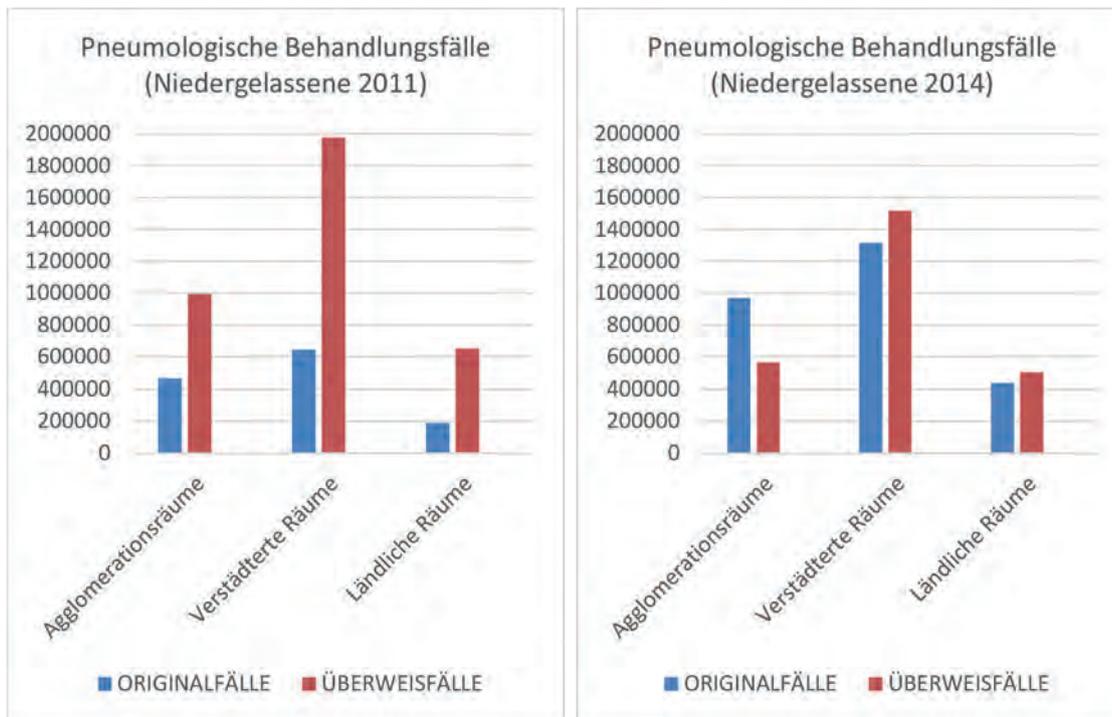


Abbildung 95: Unterschiede zwischen Originalfällen und Überweisungsfällen 2011 bis 2014 nach Raumordnungsregionen (ZI)

Mit der zwar populären, aber kontraproduktiven Abschaffung der Praxisgebühr wurde die Chance verspielt, eine wirklich steuernde Selbstbeteiligung der Patienten zu entwickeln.

Folge ist jetzt eine steigende Gesamt- und Direktinanspruchnahme pneumologischer Strukturen. Dies führt zu einer Fehlallokation spezialisierter fachärztlicher Leistungen. Erwartungsgemäß lässt sich dies für Agglomerationsräume und verstädterte Räume deutlicher nachweisen als auf dem Land.

Deshalb ist es aktuell notwendiger denn je, eine Steuerung der Patienten in die Versorgungsebene vorzunehmen, die das Patientenproblem am effizientesten, besten und am schnellsten lösen kann.

Leider haben die seit Jahren geförderten Hausarztverträge in dieser Richtung keine Fortschritte gebracht. Deshalb ist es notwendig, über das Kommunikationsverhalten zwischen den Versorgungsebenen neu nachzudenken. Das bisherige

System der Überweisung funktioniert nur auf den ersten Blick, denn eine Überweisung ist nur dann hilfreich, wenn dadurch mehr Informationen vermittelt werden, als der Patient selbst mitbringen kann.

Tatsache ist, dass die aktuellen Überweisungsscheine oft nicht die notwendigen oder hilfreichen Informationen liefern.

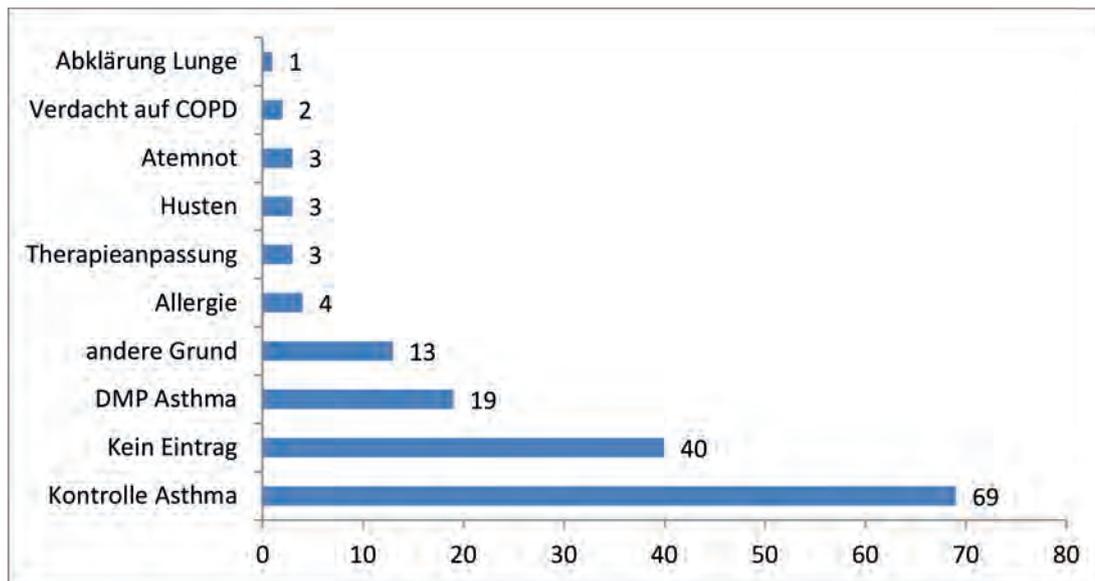


Abbildung 96: 894 Patienten mit Asthma, die vom Hausarzt zugewiesen wurden (Ermittlung 2012 – Praxisgebühr noch existent), Erhebung im Rahmen WINPNEU –Versorgungsforschung der BDP, 2012

Nur 60 % der Überweisungsscheine enthalten eine schriftliche Anmerkung, wobei es sich in der Regel um keine Fragestellungen, sondern um strukturelle Hinweise handelt. Offensichtlich ist, dass die Kommunikation von Hausarzt zu Facharzt verbesserungsfähig ist.

Auf der anderen Seite, von Facharzt zu Hausarzt wird auf jeden Fall mehr geschrieben, der Anteil der Briefe ist höher als der Anteil der überwiesenen Patienten. Dies bedeutet, dass sehr häufig auch ohne Überweisungsschein ein Arztbrief geschrieben wird.

Der Überweisungsschein ist ein überflüssiger, bürokratischer Nonsens; es müssen klare und belastbare Daten übermittelt werden, der Informationsfluss aus den Hausarztpraxen muss besser werden, die fachärztlichen Berichte müssen zeitnah und zielgerichtet erfolgen und nicht zuletzt sollten die Patienten alle Unterlage ebenfalls übermittelt bekommen.

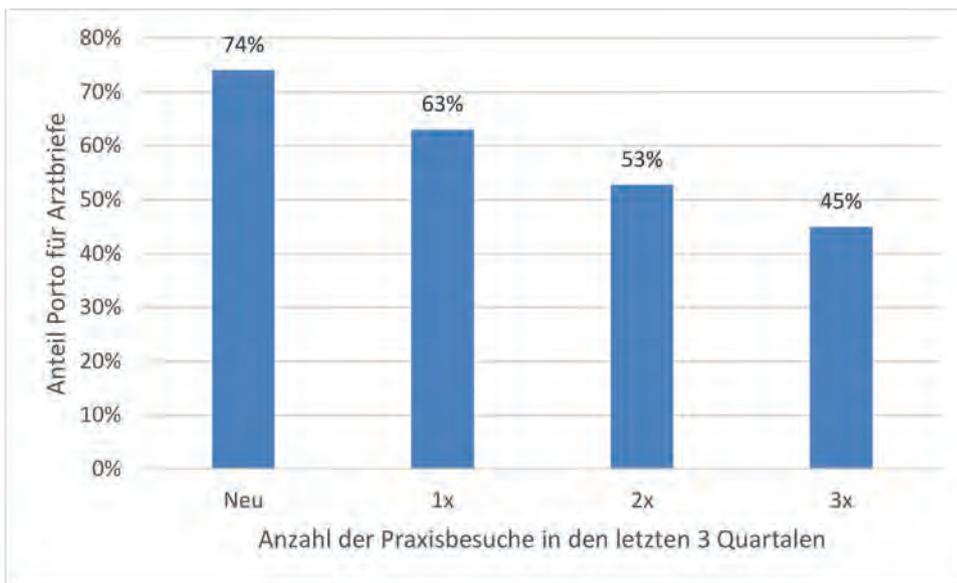


Abbildung 97: Anteil der Patienten, für die ein Arztbrief geschrieben wird, abgeleitet aus dem abgerechneten Porto. , WINPNEU Analyse der GKV-Abrechnung 1. – 4. Quartal 2013

Trotzdem bedeutet das nicht, dass die Briefe zeitgerecht versandt wurden und für die Weiterbetreuung des Patienten hilfreich sind.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Kommunikation an der Schnittstelle Hausarzt/Facharzt ins Blickfeld der Versorgungsbemühungen gestellt werden muss. Gerade in einer Zeit des zunehmenden Ärztemangels und der Notwendigkeit der effizienten Verwendung der Versichertenbeiträge muss die Zusammenarbeit strukturiert werden.

Der Ablauf der Überweisung und die Informationsweitergabe müssen neu geregelt werden. Der Überweisungsschein in der jetzigen Form ist überflüssig.

Wer behandelt wen?

Betrachtet man die Verteilung der Patienten mit pneumologischen Diagnosen, dann wird sichtbar, dass ca. 1/4 bis 1/3 der Patienten vom Pneumologen gesehen werden. Da durchaus überjährige Kontakte bestehen können, ist es durchaus möglich, dass bis zu 50 % aller Patienten mit der Diagnose Asthma/COPD/Schlafapnoe im Verlauf ihrer Erkrankung gesehen werden.

	Patienten	% Anteil Patienten mit Pneumol. Kontakt	% Anteil LB Pneumologen	% Anteil LB Hausärzte
Asthma 2011	4.719.448	22,98	5,28	32,76
Asthma 2008	4.290.342	23,80	6,18	36,68
copd 2011	3.265.941	25,34	4,63	32,38
copd 2008	3.023.434	25,85	5,07	36,22
schlafap 2011	974.382	33,18	8,00	24,93
schlafap 2008	697.693	34,99	7,74	29,39

Tabelle 21: Leistungserbringung durch Pneumologen/Hausarzt bei Asthma/COPD/Schlafapnoe im Vergleich 2008 zu 2011. (ZI)

Somit bleibt ein nicht unerheblicher Teil der pneumologischen Morbidität ohne einen Kontakt zum Facharzt. Eine Wertung, ob dadurch ein Qualitätsunterschied resultiert, ist selbstverständlich nicht möglich, aber wir wissen auch nicht, ob die „richtigen“ Patienten (neue? Kränkere? Multimorbide?) beim Facharzt behandelt werden, oder ob nicht gerade dort, aufgrund der möglichen praxisinternen Routinen des recalls doch eher die gesünderen landen.

Patientensteuerung durch sinnvolle Kooperation

Wir wissen aber spätestens durch die Arbeiten von T. Schneider, dass bei einer Erhöhung der Vortestwahrscheinlichkeit die diagnostischen Instrumente in den pneumologischen Praxen geschärft werden. Deshalb ist es seit Jahren ein wesentliches Ziel der berufspolitischen Arbeit des BdP, an der Schnittstelle zum Hausarzt die Kommunikation und Kooperation zu fördern.

Versorgungslandschaft Atemwege

In der aktuellen Vertragsvereinbarung mit der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft haben wir uns mit einem starken Partner verbunden, nicht zuletzt, weil wir eine professionelle Identifizierung der Patienten benötigen, damit unsere Diagnostik und unsere Therapie optimal zum Einsatz kommen.

„Versorgungslandschaft Atemwege“ – ein gemeinsames Projekt des Hausarztverbandes und des BdP

Das adressierte Krankheitsbild ist die Ateminsuffizienz, in diesem Fall definiert als pneumologisches Krankheitsbild mit einer Sauerstoffsättigung von $< 94\%$.

Ziele der Vereinbarung sind:

- Frühzeitige Zuweisung/Terminvergabe zur differentialdiagnostischen Abklärung
- Etablierung einer koordinierten/arbeits teiligen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten als patientenbezogener Versorgungsverbund
- Sicherstellung einer leitlinien-/stadiengerechten Arzneimitteltherapie
- Wartezeitenmanagement
- Koordinierung der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln
- Förderung von nicht-medikamentösen Therapiemaßnahmen, Atemtherapie, Atemgymnastik, Lungensport;
- Stärkung des Versicherten in seiner Eigenverantwortung durch gezielte Schulungen und abgestimmte Behandlungspfade
- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Reduktion der stationären Behandlung

Bei Vorliegen einer Ateminsuffizienz und Überweisung vom Hausarzt differenziert der Pneumologe die Diagnose und



legt den Therapieplan fest. Er überprüft nach Überweisung vom Hausarzt regelmäßig, mindestens zweimal jährlich, den Therapieverlauf.

Nach Differenzierung der Diagnose durch den Pneumologen und Rücküberweisung an den Hausarzt übernimmt dieser die weitere Koordination und Behandlung des Versicherten. Bei der Behandlung des Versicherten durch den Hausarzt berücksichtigt dieser die individuellen Zielwerte und übernimmt die Überprüfung der Hinderungsfaktoren bei Nichterreichen der Zielwerte unter Zugrundlegung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO.

Bei Nichterreichen der Zielwerte bzw. bei Vorliegen von Hinderungsfaktoren entscheidet der Hausarzt über weitere medizinisch notwendige Maßnahmen, insbesondere über eine Ein- bzw. Überweisung.

Die Abstimmung mit den Hausärzten ist gelungen, der Vertragsentwurf ist fertig, die ersten Gespräche mit Krankenkassen sind erfolgt. Bei Umsetzung wird dies ein weiterer Meilenstein zu einer strukturierten Zusammenarbeit mit Hausärzten darstellen. Dies nützt zuallererst den Patienten, aber auch den beteiligten Hausärzten und Pneumologen.

Eine optimale Behandlung pneumologischer Patienten gelingt nur zusammen mit dem Hausarzt!

Projekt „Hausärztlich pneumologische Praxisassistentin“ (HPPA)

Die Hausärztliche Pneumologische Praxis-Assistentin (HPPA) stellt die Schnittstelle zwischen pneumologischer Praxis und Hausarztpraxis auf der Mitarbeiterinnen-Ebene dar. Die HPPA erhält hierfür eine kompakte 5-Stunden-Ausbildung für die typischen Erkrankungen der gemeinsamen Betreuung von Hausarztpraxis und pneumologischer Praxis, die obstruktiven Ventilationsstörungen Asthma und COPD/Lungenemphysem. Hierfür erhält sie ein fachliches Update zur Diagnose und Differentialdiagnose sowie der aktuellen Leitlinien-Regularien für die Betreuung dieser Patienten. Insbesondere steht im Mittelpunkt der HPPA-Ausbildung die praktische Unterweisung für die Anfertigung aussagekräftiger Spirometrien mit praktischen Übungen. Weiter werden die typischen Inhalations-Devices für die antiobstruktive und antiinflammatorische inhalative Therapie mit ihren besonderen Merkmalen und Einsatzmöglichkeiten theoretisch und praktisch einschließlich praktischer Anwendungsübungen vermittelt. Die HPPA-Ausbildung erfolgt durch ein Team von Pneumologen sowie PA/PFA und wird durch eine Prüfung abgeschlossen.

Es wurden seit Einführung der HPPA im Jahre 2012 insgesamt 190 HPPA-Kurse mit 2.042 Absolventinnen durchgeführt. Es ist demnach davon auszugehen, dass immer mehr pneumologische Praxen HPPA-Partner-Mitarbeiterinnen in kooperierenden hausärztlichen Praxen haben.

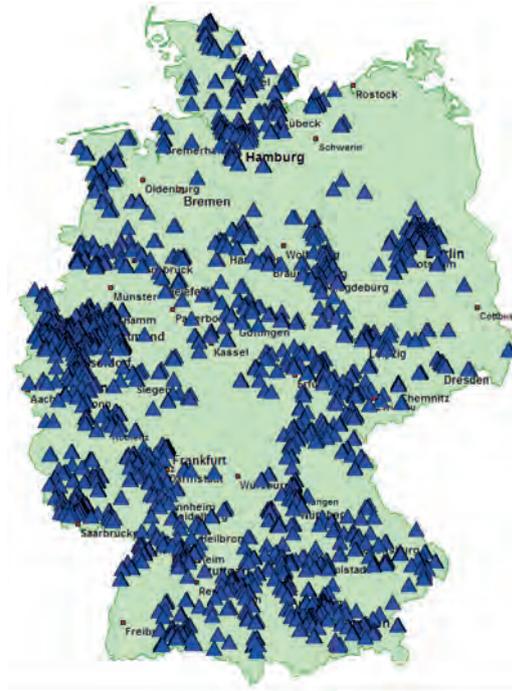


Abbildung 98: Regionale Verteilung der HPPA Absolventen/innen.
Quelle: med info (Stand 2015)

Qualitätsmanagement in der Pneumologie

Pneumologische Schwerpunktpraxen sind ganz überwiegend Zuweisungspraxen mit einem Überweisungsanteil zwischen 50 % und 80 %. Ein großer Teil der Diagnostik läuft unter Einbeziehung qualifizierter Mitarbeiter. Auch im Bereich der Langzeitbetreuung von Patienten sowie der Schulung ist das Einbeziehen von medizinischem Hilfspersonal sinnvoll und Erfolg versprechend.

Dies bedeutet, dass bei vielen Prozessen in der pneumologischen Praxis dem Einbeziehen von Mitarbeitern sowie der Qualifikationsplanung und Weiterbildung erhebliche Bedeutung zukommt.

Zusammen mit der Emanzipation des Praxisteam, die jedem QM-Anwender als entscheidende und schnell wahrnehmbare Veränderung auffällt, ergeben sich ganz neue Perspektiven in der Patientenversorgung. Gleichzeitig werden viele Abläufe transparent, Leistungen der Praxis werden vergleichbar mit anderen, Indikatoren können Ergebnisqualität darstellen, Leitlinien werden in den Alltag adaptiert, Fehler werden als Chance aufgenommen, die Patientensicherheit steigt, Haftungsrisiken werden vermindert. Ganz banal wird die tägliche Arbeit erleichtert. Die Definition der Kommunikation mit Patienten und Zuweisern als zentraler Prozess lenkt den Blick auf das Wesentliche.

Der Umsetzung eines Qualitätsmanagements in der Praxis kommt entgegen, dass pneumologische Praxen bundesweit ähnlich strukturiert sind und eine weitgehend homogene Diagnostik einerseits sowie leitliniengestützte Therapien andererseits bieten. Typische, unverzichtbare Leistungskomplexe einer pneumologischen Praxis sind klar definiert, die häufigsten diagnostischen Abläufe sind im Qualitätsmanagement gut aufzuarbeiten.

Instrumente des QM wie Teambesprechung, Befragungen von Mitarbeitern, Patienten und Zuweisern sowie ein nachhaltig praktiziertes Fehler- und Riskomanagement ermöglichen eine moderne, stringente Praxisführung, die sich voll auf die Optimierung der Patientenprozesse konzentrieren kann.

Für die drei wichtigsten Krankheitskomplexe, nämlich Asthma bronchiale, COPD und Schlafapnoe, existieren hervorragende Leitlinien, die es ermöglichen, diese Abläufe im Qualitätsmanagement strukturiert in Einzelschritten aufzuarbeiten und speziell ausgebildete Mitarbeiterinnen mit Teilbereichen der Umsetzung zu beauftragen. Dies gilt für diagnostische Prozeduren, es gilt aber insbesondere auch für die Schulung und Betreuung von Patienten.

Voraussetzung für einen qualitätsgesicherten Patientenprozess ist eine detaillierte Ablaufbeschreibung, Validierung und Plausibilitätskontrolle. Für alle wesentlichen Untersuchungen wie Bodyplethysmographie, Blutgasanalyse oder Allergietest stehen daher im QM detaillierte Ablaufbeschreibungen zur Verfügung.

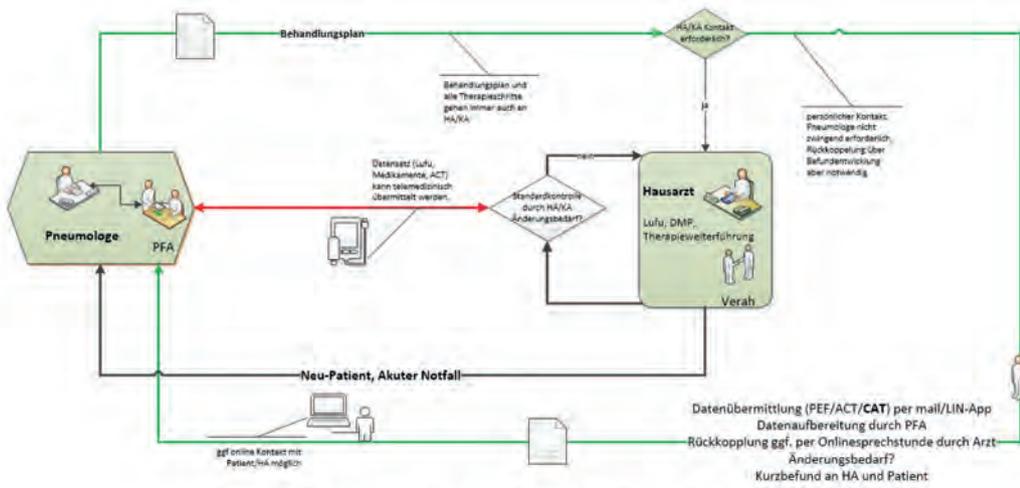
Da sich die Entwicklung aller drei Krankheitsbilder, Asthma, COPD und Schlafapnoe, auch für die Verlaufsdarstellung in Form von Indices eignet, kann die Therapie zunächst in Form eines Behandlungsplans geplant, die Entwicklung durch Patient und Hausarzt rückgekoppelt und die Therapie im weiteren Verlauf optimiert werden.

Damit bestehen auch die Voraussetzungen für die teilweise Umsetzung von Kontrollterminen im Rahmen eines qualitätsgesicherten Telemonitoring. Auch hier sind Abläufe gut definiert und durch Verfahrensanweisungen im praxiseigenen QM lenkbar.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Einführung des QM für die pneumologische Praxis die Chance eröffnet hat, Prozesse zu strukturieren, Mitarbeiterinnen mit einzubeziehen, die Bürokratie in der Praxis für die ärztliche Leitung zu reduzieren und damit die Organisation der Praxis dauerhaft zu verbessern

In der Pneumologie stehen gute Leitlinien und Verfahrensanweisungen zu Verfügung.





Der QM-gestützte Asthma/COPD Behandlungsprozess unter Einbeziehung von Telemonitoring

Abbildung 99: Der QM-geschützte Asthma/COPD Behandlungsprozess unter Einbeziehung von Telemonitoring

Kinderpneumologie



Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie (BAPP) hat aktuell 242 zumeist niedergelassene Kinderpneumologen als Mitglieder (Stand 4/2017). In fast allen Bundesländern bzw. „KV-Bereichen“ haben sich BAPP-

Regionalgruppen etabliert. Diese stellen einen großen Teil der ambulanten kinderpneumologischen Versorgung in Deutschland sicher.



Abbildung 100: Verteilung der kinderpneumologischen Schwerpunktpraxen in Deutschland, WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Abbildung 101: Lungenatlas BdP

Kinderpneumologie in der Praxis findet sowohl in der rein fachärztlichen Überweisungspraxis ohne hausärztlichen Anteil als auch in der Mischpraxis mit derzeit durchschnittlich 30 % fachärztlichem Patientenanteil statt. Eine Anfang 2017 durchgeführte Strukturbefragung der BAPP zeigte, dass ca. 43 % der Kinderpneumologen in einer Einzelpraxis, 44 % in Kooperationen (in der Regel Gemeinschaftspraxis) tätig sind (Abb. 101). Etwa 28 % der niedergelassenen Kinderpneumologen sind jünger als 50 Jahre, jedoch sind über 70 % älter als 50 Jahre.

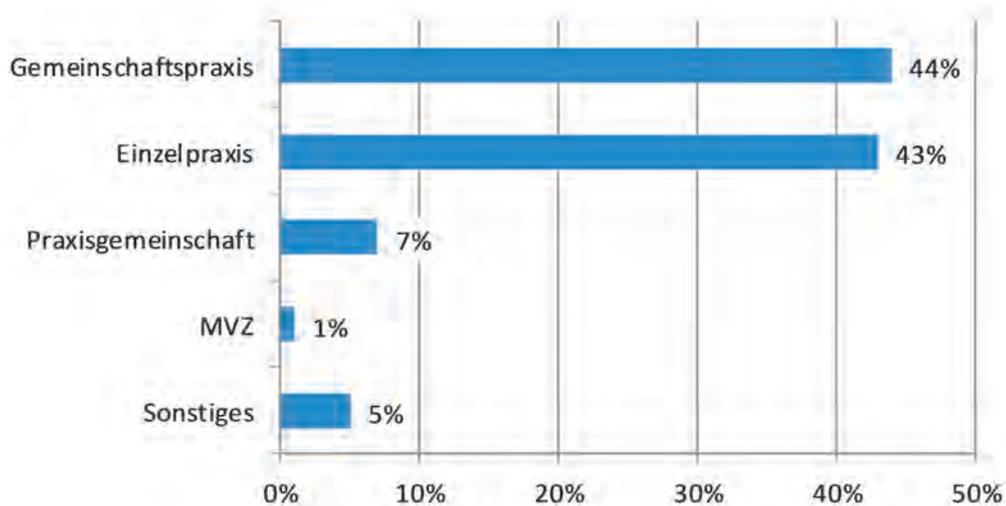


Abbildung 102: Praxisorganisationsformen in der Kinderpneumologie (WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Strukturerhebung 2017)

96 % der Praxen verfügen über ein vollständiges Lungenfunktionslabor mit Bodyplethysmographie und/oder Lungenfunktionsgeräten, die auf der Impulsoszillometrie basieren. Unspezifische bronchiale Provokationen mittels Laufband und/oder Methacholin bzw. Histamin sowie spezifische nasale Provokationen gehören zum Leistungsspektrum einer kinderpneumologischen Praxis.

Etwa 70 % der fachärztlich betreuten Patienten leiden an einem Asthma bronchiale; über 95 % der Kinderpneumologen sind Asthmatrainer mit entsprechender Qualifikation der AG

Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (AGAS) e.V. und nehmen am DMP Asthma bronchiale teil.

43 % der niedergelassenen Kinder-Pneumologen besitzen die Weiterbildungsmächtigung für „Kinder-Pneumologie“ und 29 % für „Allergologie“.

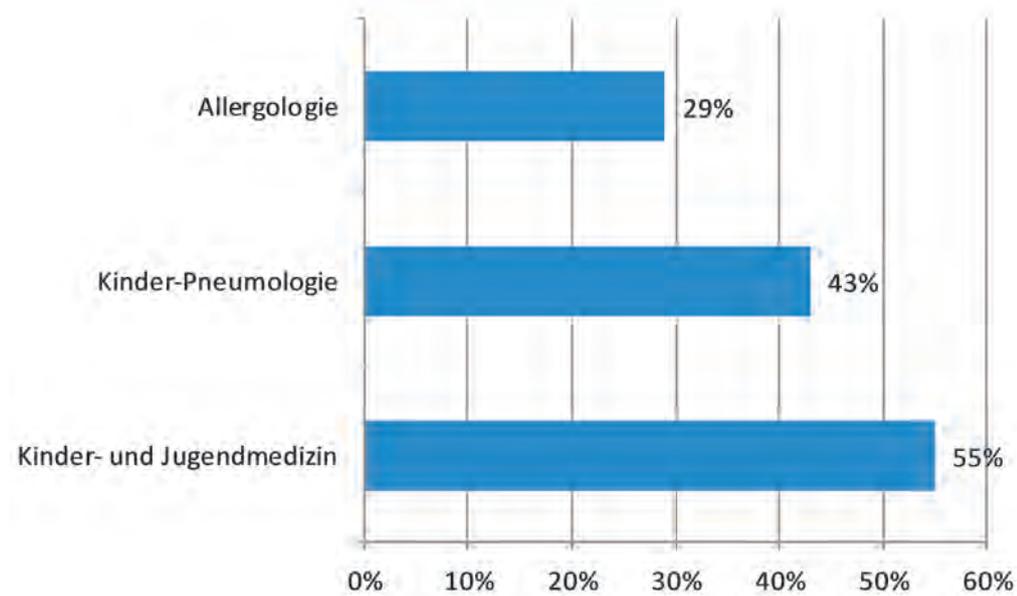


Abbildung 103: Weiterbildungsmächtigungen (Mehrfachnennungen möglich), WIPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Strukturerhebung 2017



Abbildung 104: Regionale Verteilung der Kinderpneumologen mit Zusatzbezeichnung Allergologie, WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Lungenatlas BdP

In den Praxen wird in der Regel die vollständige allergologische Diagnostik angeboten. Ein Großteil der Patienten in einer kinderpneumologischen Praxis leidet auch unter Allergien. Aus einer saisonalen allergischen Rhinokonjunktivitis wird bei ca. 2 von 5 Heuschnupfenpatienten im Verlauf von wenigen Jahren ein Asthma bronchiale. Mehr als 60 % der Kinderpneumologen verfügen über die Zusatzbezeichnung „Allergologie“. Die spezifische Immuntherapie (SIT) wird in 98 % der Praxen durchgeführt. Kinderpneumologen leisten

in der Praxis dementsprechend einen wichtigen Beitrag bei der Prävention und Versorgung von allergiekranken Kindern. Dies ist umso bedeutsamer, als die Zahl der Kinder- und Jugendärzte (und auch anderer Fachärzte), die eine Zusatzbezeichnung Allergologie erwerben, seit Jahren rückläufig ist. Allergische Erkrankungen kennen keine Organgrenze!

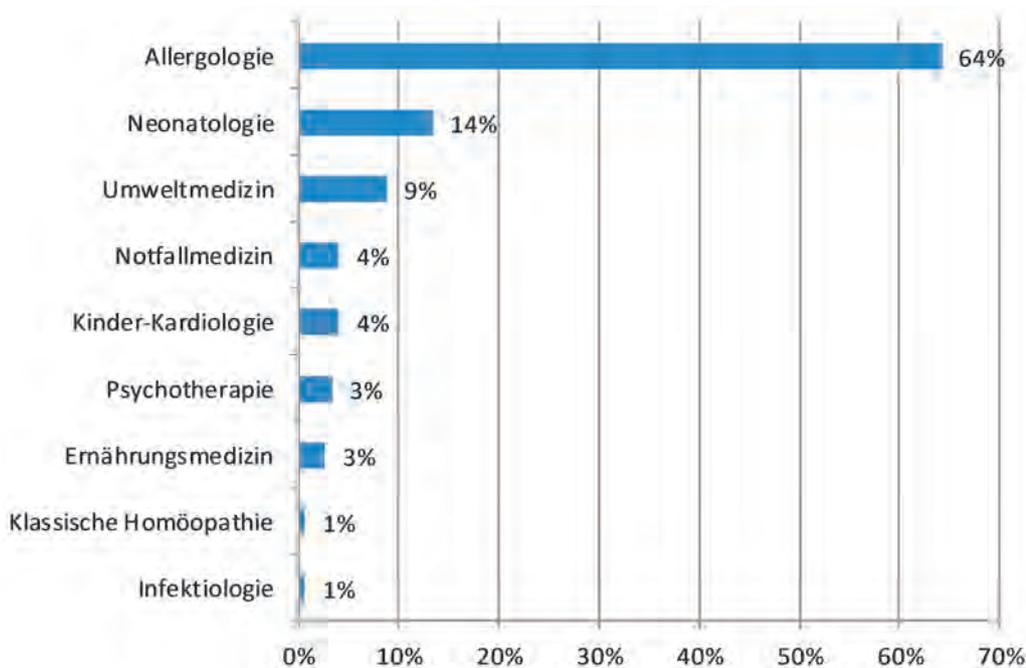


Abbildung 105: Zusatzbezeichnungen und Schwerpunkte
WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Strukturerhebung 2017

Die fachärztliche Versorgung im Erwachsenenbereich ist in Deutschland aber sehr wohl in einzelne, organzentrierte Disziplinen zerlegt. Es ist ein Privileg der allergologisch qualifizierten und weitergebildeten Kinderpneumologen, dass diese Organ Grenzen im Bereich der Pädiatrie nicht existieren. Daher kümmern sich Kinderpneumologen selbstverständlich um die Neurodermitis, die Erdnuss-Allergie mit Anaphylaxierisiko, die perenniale oder saisonale allergische Rhinokonjunktivitis genauso wie um das chronische allergische Asthma bronchiale.

Versorgungsauftrag der Kinderpneumologen

Kürzlich wurde von der BAPP im Rahmen einer internetbasierten Mitgliederumfrage eine Liste der Diagnosen bzw. Symptome erstellt, die die Überweisung des Patienten vom Allgemeinpädiater an den Fachpädiater sinnvoll erscheinen lassen. Außerdem wurde eine Liste der „red-flags“ erarbeitet, die Warnhinweise darstellen, welche auf eine ernst zu nehmende Erkrankung eines Patienten hindeuten, die eine baldige fachärztliche Untersuchung erforderlich machen. Folgende „Red-flags“ bedürfen möglichst bald einer fachärztlichen kinderpneumologischen Untersuchung:

- Schwere Obstruktion mit Sauerstoffbedarf
- Atemprobleme seit Geburt
- Rezidivierende Pneumonien
- Persistierende Tachy-/Dyspnoe
- Chronischer Husten (> 4 Wochen trotz Therapie)
- Persistierende radiologische Veränderungen

Selbstverständnis der BAPP

Die BAPP sorgt für den Erhalt der Kinderpneumologie als wohnortnahe Spezialversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen der Atmungsorgane in der Praxis. Dazu gehören praxisbezogene Fort- und Weiterbildungen für das gesamte Praxisteam, Förderung der Qualitätssicherung sowie zahlreiche Initiativen zur wirtschaftlichen Absicherung der niedergelassenen Kinderpneumologen.

Aktuelle Forderungen beziehen sich auf die Einbindung der Kleinkinder in das DMP-Asthma. Sie sind die Gruppe der Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen im gesamten Kindes- und Jugendalter, die die höchste Hospitalisierungsraten haben. Eltern und Kinder würden von einer strukturierten Behandlung profitieren. Belegt wurde dies u.a. durch die ASEV-Studie (Pädiatrische Allergologie, Sonderheft Asthma- und Neurodermitisschulung 2007, S.32). In Nordrhein, Hamburg, Bayern und anderen Bundesländern gibt es Selektivverträge, die diese Elternschulung zum wesentlichen Inhalt haben.

Die Asthmaschulungen im Rahmen des DMP Asthma bronchiale sollten flexibler gestaltbar sein. Sie müssen dem Alter der Patienten angepasst werden und es muss die Möglichkeit zur wiederholten Schulung, einmal im Grundschulalter und einmal im Jugendalter bestehen. Dies schließen die meisten DMP-Verträge auf Landesebene derzeit aus.

Viele Kinderkliniken (ermächtigte Ärzte und Hochschulambulanzen) haben Pauschalen bis zu einem Betrag von 160 € je Patient, zusätzlich zur Vergütung aus dem ambulanten Honorar topf nach EBM mit den Krankenkassen nach § 120 Abs. 1 SGB V vereinbart. Stattdessen erhält der niedergelassene Kinderpneumologe nur 25-30 % dieser Vergütung. Dieses Ungleichgewicht zwischen ermächtigten Klinikambulanzen/Hochschulambulanzen und niedergelassenen Kinderpneumologen ist nicht zu rechtfertigen und daher wird seitens der BAPP eine gleiche Vergütung für die gleiche, fachärztliche Leistung gefordert.

Epilog

Mit dem „Weißbuch ambulante Pneumologie 2017“ wurde erstmals versucht, einen Überblick über die Struktur der ambulanten pneumologischen Versorgung in Deutschland in ihrer Vielfalt darzustellen. Es handelt sich nicht um ein wissenschaftliches Werk, die Qualität der Daten ist sehr inhomogen. Dies wurde aber in Kauf genommen, um die großen Linien darstellen zu können.

Die deutlichen Unterschiede in Dichte und Leistungsumfang zeigen, dass Versorgung durchaus ohne Pneumologen stattfinden könnte. Die Daten zeigen auch, dass wir dem fachärztlichen Versorgungsauftrag schon rein quantitativ nur nachkommen können, wenn wir uns mit den übrigen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, zusammenschließen. Ähnliches gilt für die Onkologie und auch für die moderne Diagnostik und innovative Therapieverfahren.

Ebenso werden wir an der Schnittstelle zur stationären Behandlung neue Formen der Kooperation brauchen, um unserer Aufgabe einer möglichst guten und effizienten Versorgung nachkommen zu können. Das Belegarztsystem ist es wert, an dieser Stelle weiterentwickelt zu werden.

Aus der Bestandsaufnahme wird aber auch klar, wie groß die Aufgaben der Zukunft sein werden, die auf die Pneumologie, aber insgesamt auf die medizinische Versorgung in Deutschland zukommen.

Die Pneumologie wird ihren Platz in der Versorgung auch in Zukunft haben. Welche Rolle aber dabei unser Fach spielen wird, hängt entscheidend von uns ab, inwieweit es uns gelingt unseren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Und dabei kann es nicht um Verteilungskämpfe gehen, sondern nur um den Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung.

Der Veränderungsdruck wird steigen, allein die noch weitgehend ungenutzten Möglichkeiten der „online medicine“ werden die hergebrachten Vorstellungen und Gewohnheiten durcheinanderwirbeln.

Das Weißbuch ist auch ein wenig Abschied derjenigen Akteure, die in den letzten Jahrzehnten die Geschehnisse der Pneumologie im und mit dem BDP mitgestalten durften. Es soll für alle, die sich in Zukunft um die Pneumologie bemühen werden, eine Hilfe sein. Es soll aber auch zeigen, dass wir nur solidarisch zusammen die Zukunft meistern werden, dass wir nur als starker Berufsverband bestehen werden.

Abbildungen

Abbildung 1: Altersstruktur der Patienten in pneumologischen Praxen;	13
Abbildung 2: Inzidenz und Mortalität des Lungenkarzinoms in Deutschland (Neuerkrankungen/Todesfälle),	14
Abbildung 3: Veränderung der Liegezeiten im stationären Bereich 2008 bis 2010 (KBV)	15
Abbildung 4: Prognostizierter Zuwachs der Patienten ausgewählter Krankheiten in Deutschland nach Art der Einschränkung bis 2050 in Prozent	15
Abbildung 5: Anteil des fachärztlichen Leistungsbedarfes am gesamten Leistungsbedarf 2012 (KBV, ZI)	16
Abbildung 6: Zeitlicher Verlauf der Tuberkulose-Inzidenz von 2002 – 2014, getrennt nach deutschen und nicht deutschen Staatsbürgern, http://www.rki.de/tuberkulose	16
Abbildung 7: Patientenzuwachs mit behandlungsbedürftiger Lungentuberkulose pro Meldejahr.	17
Abbildung 8: Zusammenhang von Häufigkeit pneumologischer Behandlungsfälle und SGB II-Quote	17
Abbildung 9: Status Bedeutung sozio regionaler Belastungen für pneumologische Behandlungsfälle, COPD- und Asthmaprävalenz	18
Abbildung 10: Status Quo-Hochrechnung auf Basis der Bevölkerungsprognosen des Raumordnungsprognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, vorhergesagte relative Entwicklung	19
Abbildung 11: Entwicklung niedergelassener Pneumologen und ermächtigter Ärzte 2005 – 2013 (KBV)	21
Abbildung 12: Patientenversorgung bei Niedergelassenen versus Ermächtigten (2014),	22
Abbildung 13: Berechnungen des ZI auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten der KBV und den Einwohnerzahlen des StBA, 2013	23
Abbildung 14: Versorgungsdichte ambulanter Pneumologen auf Kreisebene 2008 – 2013	24
Abbildung 15: Berechnungen des ZI auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten der KBV und den Einwohnerzahlen des StBA, modifiziert KVT, 2013	25
Abbildung 16: Behandlungsfälle je Pneumologe 2014	26
sorgungsdichte Pneumologen auf Kreisebene 201	26
Abbildung 17: Entwicklung des Versorgungsbedarfs: Pneumologen.	27
Abbildung 18: Regionale Verteilung der Nachfrage nach Pneumologen.	27
Abbildung 19: Anteil von NEU-Patienten pro Praxis.	28
Abbildung 20: Dargestellt ist das Leistungsvolumen	29
Abbildung 21: Anteil der Patienten in % nach unterschiedlicher Inanspruchnahme	29
Abbildung 22: Prozentualer Anteil von Patienten mit bronchialer Provokation an jenen mit Asthma bronchiale	30
Abbildung 23: Prozentualer Anteil von Patienten mit Allergietestung an jenen mit Asthma bronchiale	30
Abbildung 24: Zeitaufwand (Minuten) bei Neu-/Altpatienten und bei den vier Schweregraden der COPD von Arzt und Team. Aufwand bei der Betreuung von COPD-Patienten nach 1. Alt- / Neu-Patienten, 2. Schweregrad	32
Abbildung 25: Prozentualer Anteil von Patienten mit Röntgenleistung, aufgeteilt nach NEU- Patienten und Inanspruchnahme in einem, zwei oder allen drei Vorquartalen (nur Praxen mit eigenem Röntgengerät)	33
Abbildung 26: Thoraxaufnahmen bei Pneumologen mit Röntgen Thoraxaufnahmen bei allen pneum. Patienten (ZI)	34
Abbildung 27: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2014	36
Abbildung 28: Reaktion auf Restriktionen bei der Vergütung (Mehrfachnennung)	38
Abbildung 29: Krankenhausärzte	39
Abbildung 30: Abweichung der DRG Belegungstage mit Hauptdiagnose J00 – J99	40
Abbildung 31: pneumologische Fälle/1000 Versicherte (links) und realisierter pneumologischer Leistungsbedarf in pneumologischen Praxen	42
Abbildung 32: prozentualer Anteil an nichtvergüteten Leistungen in der Pneumologie nach KV Bezirken 2014	44
Abbildung 33: „Kann die intensive ambulante pneumologische Versorgung stationäre Fälle von Asthma, COPD und Schlafapnoe verhindern?“	46
Abbildung 34: Ambulante Pneumologie nach Praxisstrukturen 2005 bis 2013 (ZI)	48
Abbildung 35: Regionale Verteilung Pneumologen in Gemeinschaftspraxen (2013)	49
Abbildung 36: Altersstruktur der Pneumologen im Vergleich zu Hausärzten (2013)	50
Abbildung 37: Versorgungsgrad 2013, 2025 unter der Annahme keiner Nachbesetzung	51
Abbildung 38: Pneumologische Behandlungsfälle in % an der Gesamtfallzahl in unterschiedlichen KV Bezirken	58
Abbildung 39: Patienten pro Pneumologe	59
Abbildung 40: Strukturbefragung pneumologischer Praxen, J. Andres 2010	60
Abbildung 41: Anwendung diagnostischer Verfahren in Pneumologenpraxen 2014,	61
Abbildung 42: Altersstratifizierte Darstellung der COPD-Prävalenz	62
Abbildung 43: Kodierung der Schweregrade der COPD, Analyse der Gesamtdaten aus 46 Praxen mit 95777 Patienten,	63

Abbildung 44: Prävalenz der COPD nach GOLD-Schweregrad. Dargestellt ist die Häufigkeit der verschiedenen GOLD-Stadien in der untersuchten Stichprobe, n = 683.	64
Abbildung 45: Anteil der Schweregrade an Neu-/Altpatienten,	65
Abbildung 46: Häufigkeit der Kodierung J96.xx, respiratorische Insuffizienz.	66
Abbildung 47: Arztzeit (Minuten) nach Tätigkeit bei vier Schweregraden	68
Abbildung 49: Ambulante Prävalenz von Patienten mit COPD, Verteilung bundesweit und mit Kontakt zum Pneumologen, ZI	70
Abbildung 50: Patienten mit COPD in Pneumologischer Praxis nach Kven (2014)	71
Abbildung 51: Stationäre Fälle mit Hauptdiagnose COPD je 1.000 Einwohner (2014)	72
Abbildung 52: Zusammenhang zwischen COPD-Prävalenz und SGB-II-Quote	73
Abbildung 53: Rauchen und Sozialstatus	74
Abbildung 54: Disease-Management-Programm COPD, Ergebnisbericht zum Disease-Management-Programm COPD zum 31. März 2014	75
Abbildung 55: Anteile der Hauptdiagnosen in pneumologischen Praxis.	76
Abbildung 56: Asthmapatienten (gesichert, Ausschluss von und Verdacht auf...) je pneumologische Praxis. Mittelwert 611,	76
Abbildung 57: Anteile von allergischem, gemischtförmigem und nicht allergischem Asthma (alle und mit Pneumologenkontakt)	78
Abbildung 58: Anteil exemplarischer pneumologischer Diagnosen unterteilt nach Neupatienten und solchen, die in 1, 2 oder 3 der drei Vorquartale die Praxis aufgesucht haben.	81
Abbildung 59: Prävalenz Asthma bronchiale 2011 in Prozent, Gesamtbetrachtung aller Versicherten (ZI)	83
Abbildung 60: Stationäre Fälle mit Hauptdiagnose Asthma, je 1.000 Einwohner (2014)	83
Abbildung 61: Regionale Verteilung, Anteil der Frauen und Männer mit Asthma bronchiale (12 Monats-Prävalenz),	84
Abbildung 62: Lebenszeitprävalenz mindesten einer allergischen Erkrankung in Abhängigkeit vom Alter.	86
Abbildung 63: Häufigkeit und Manifestation allergischer Erkrankungen	87
Abbildung 64: Lebenszeitprävalenz des Asthma bronchiale bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012,	88
Abbildung 65: Entwicklung der Gesamtkosten (Alle Fachgruppen) von sublingualer und parenteraler Immuntherapie 2004 – 2015.	89
Abbildung 66: „Regionale Verteilung der Allergologie“	90
Abbildung 67: Prozentualer Anteil der Allergiediagnostik durch Pneumologen (2014)	91
Abbildung 68: Allergiezielfern des Kapitel 30.1 EBM	92
Abbildung 69: Polysomnographie: Entwicklung der Leistungen (2008, 2011)	95
Abbildung 70: Schlafapnoe - Prävalenz nach Altersgruppen und Geschlecht; Versorgungsanteil Pneumologie (2011),	96
Abbildung 71: Entwicklung schlafmedizinischer Inanspruchnahme (Polysomnografie) (2011 - 2014),	97
Abbildung 72: Krankenhausfälle 2011 mit Hauptdiagnose Schlafapnoe nach Kreisen gesamt standardisiert	98
Abbildung 73: Schlafapnoepatienten mit Pneumologenkontakt	98
Abbildung 74: Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, nach Geschlecht, ICD-10 C33 – C34, Deutschland 1999 – 2012, je 100.000 (Europastandard)	100
Abbildung 75: Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten im internationalen Vergleich, nach Geschlecht, ICD-10 C33 – C34, 2011 – 2012 oder letztes verfügbares Jahr je 100.000 (Europastandard)	101
Abbildung 76: Patienten mit Lungenkarzinom in Pneumologischer Praxis - Patienten mit Behandlungsanlass Lungenkarzinom 2009 – 2015	102
Abbildung 77: Anzahl der eingeschriebenen Patienten Asthma/COPD 2006 bis 2015	103
Abbildung 78: Anteil Asthma- und COPD-Patienten	104
Abbildung 79: Disease-Management-Programm COPD	105
Abbildung 80: Eingeschriebene Patienten im DMP COPD/Pneumologie 2013 nach Bundesländern	105
Abbildung 81: Qualitätszielerreichung im DMP Asthma,	106
Abbildung 82: Proportion of subjects with oral corticosteroid (OCS) therapy, grouped by symptom frequency (Mehring M et al)	106
Abbildung 83: Risiko der Hospitalisierung für DMP Teilnehmer	107
Abbildung 84: Rangfolgeneinschätzung der Wichtigkeit der Therapieoptionen bei COPD und Abschätzung der Umsetzungsmöglichkeiten („Pneumologen-Barometer“ in „Der Pneumologe“/Springer-Verlag)	108
Abbildung 85: Tabakentwöhnung – Stellenwert und Umsetzung in der ambulanten Pneumologie	109
Abbildung 86: Regionale Verteilung der Tabakentwöhnung	110
Abbildung 87: Qualifikation Mitarbeiterinnen pneumologischer Praxen, Strukturbefragung 2010	113
Abbildung 88: Aufteilung der Arbeitszeit der Mitarbeiter nach Aufgabengebieten in pneumologischen Praxen nach Strukturbefragung 2010	114
Abbildung 89: Regionale Verteilung der PA Absolventen/innen (blau) und der Absolventen/innen zur PFA (gelb),	115

Abbildung 90: Zusatzqualifikationen der MitarbeiterInnen in pneumologischen Praxen nach Strukturbefragung 2010	116
Abbildung 91: Prozentualer Anteil Überweisungen an allen Pneumologischen Behandlungsfällen 2011 (ZI)	118
Abbildung 92: Zahl und Verlauf der Arztbriefe über die Jahre 2010 bis 2012 aus den Daten WINPNEU – Versorgungsforschung des BDP	119
Abbildung 93: Fallzahlentwicklung im Zeitverlauf bei Einführung der Praxisgebühr (KVB 2012)	120
Abbildung 94: Entwicklung Originalfälle zu Überweisungsfällen 2011 bis 2014 bei Pneumologen (ZI)	120
Abbildung 95: Unterschiede zwischen Originalfällen und Überweisungsfällen 2011 bis 2014 nach Raumordnungsregionen (ZI)	121
Abbildung 96: 894 Patienten mit Asthma, die vom Hausarzt zugewiesen wurden (Ermittlung 2012 – Praxisgebühr noch existent),	122
Abbildung 97: Anteil der Patienten, für die ein Arztbrief geschrieben wird, abgeleitet aus dem abgerechneten Porto. ,	123
Abbildung 98: Regionale Verteilung der HPPA Absolventen/innen.	126
Abbildung 99: Der QM-geschützte Asthma/COPD Behandlungsprozess unter Einbeziehung von Telemonitoring	128
Abbildung 100: Verteilung der kinderpneumologischen Schwerpunktpraxen in Deutschland, WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP,	129
Abbildung 101 Lungenatlas BdP	129
Abbildung 102: Praxisorganisationsformen in der Kinderpneumologie (WINPNEU, Versorgungsforschung des BdP, Strukturhebung 2017)	130
Abbildung 103: Weiterbildungsermächtigungen (Mehrfachnennungen möglich),	131
Abbildung 104: Regionale Verteilung der Kinderpneumologen mit Zusatzbezeichnung Allergologie,	132
Abbildung 105: Zusatzbezeichnungen und Schwerpunkte	133

Tabellen	
Tabelle 1: Die 10 häufigsten Todesursachen 2014	11
Tabelle 2: Anzahl Patienten in pneumologischen Praxen 2010 bis 2014;	12
Tabelle 3: Kennzahlen zur Versorgungsstruktur	20
Tabelle 4: Pneumologisches Inanspruchnahmeprofil von Neu und Altpatienten (2011 - 2008)	31
Tabelle 5: Wartezeiten auf Termin nach Dringlichkeit	37
Tabelle 6: Honorarumsatz Pro Arzt und Fall 2014 nach KV Bezirken,	43
Tabelle 7: Datengrundlage der Berechnung der nichtvergüteten Honoraranteile	44
Tabelle 8: „Lineare Regression stationärer Fallzahlen je Einwohner auf ambulante pneumologische Versorgungsintensität über die Kreise (2011)	45
Tabelle 9: Facharztanerkennungen Pneumologie: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	53
Tabelle 10: Weiterbildungsbefugte „Pneumologie“ im ambulanten Bereich; Erhebung bei allen Landesärztekammern 2015.	54
Tabelle 11: Weiterbildungsbefugte „Pneumologie“ im stationären Bereich (Erhebung bei allen Landesärztekammern 2015)	55
Tabelle 12: Belegärzte ausgewählter Fachgruppen (Anteil an Fachgruppe in %), KBV 2012	58
Tabelle 13: Patienten mit respiratorischer Insuffizienz in pneumologischer Praxis – Patienten und Behandlungsfälle mit Behandlungsanlass Respiratorische Insuffizienz (2014), ZI	67
Tabelle 14: Anteil von Patienten mit Asthma, COPD; Schlafapnoe mit Pneumologenkontakt (ZI), alle Patienten in VDX-Abrechnungsdaten.	77
Tabelle 15: Asthmaformen bei Patienten ohne Pneumologenkontakt, 2014 nach KV-Bereichen	79
Tabelle 16: Asthmaformen bei Patienten mit Pneumologenkontakt, 2014 nach KV-Bereichen	80
Tabelle 17: Zahl der Asthmapatienten nach ICD 10 Kodierung (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9) in pneumologischen Praxen im Vergleich zu allen Asthmapatienten 2011	82
Tabelle 18: Ärzte mit Zusatzbezeichnung Schlafmedizin (2005 – 2013), Bundesarztregister	94
Tabelle 19: Robert Koch-Institut, Zentrum für Krebsregisterdaten	101
Tabelle 20: Krankheiten, die für die Entwicklung von neuen DMP in Frage kommen.	112
Tabelle 21: Leistungserbringung durch Pneumologen/Hausarzt bei Asthma/COPD/Schlafapnoe im Vergleich 2008 zu 2011. (ZI)	124

Herausgeber:
Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner



ISBN 978-3-9810913-3-5