

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Der Vorsitzende
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/1356

per E-Mail: Sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Sachbearbeiterin STV: Marion Marx
Tel.: 0431 / 57 00 50-64
Sachbearbeiterin LKT: Simone Hübert
Tel.: 0431 / 57 00 50-13

Unser Zeichen: 53.20.15 mx-zö
(bei Antwort bitte angeben)

21.10.2010

Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung

Antrag der Fraktionen von CDU und FDP - Drucksache 17/530

Änderungsantrag der Fraktion der SPD - Drucksache 17/554 (selbstständig)

Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen

Antrag der Fraktionen von CDU und FDP - Drucksache 17261 (neu)

Bericht der Landesregierung - Drucksache 17/443

Sehr geehrter Herr Vogt,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Städteverband Schleswig-Holstein und der Schleswig-Holsteinische Landkreistag bedanken sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den o. g. Anträgen zur Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung sowie zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und tragen hierzu folgendes vor.

Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung

1. Kooperation „auf Augenhöhe“

Initiativen zu einer Verstärkung der Kooperation und intersektoralen Zusammenarbeit werden von den beiden Landesverbänden ausdrücklich begrüßt. Eine Kooperation auf Augenhöhe ist grundsätzlich auch in der jetzigen rechtlichen Situation durchaus möglich. Soweit von Seiten der Niedergelassenen Ärzteschaft gemeinsame, abgestimmte und verbindliche Vertretungen organisiert und umgesetzt werden, sind professionelle und gleichberechtigte Verhandlungen mit dem Stationären Sektor umsetzbar. **Die Intensivierung dieser Zusammenarbeit ist in jedem Fall wünschenswert, wird durch die**

höchst divergenten Interessen im Niedergelassenen Bereich aber häufig erschwert. Lösungsvorschläge, wie diese Interessen gebündelt und verlässliche Vereinbarungen geschlossen werden könnten, würden der Zusammenarbeit sicherlich außerordentlich förderlich sein. Darüber hinaus wäre es höchst wünschenswert, wenn die Landesregierung auch finanzielle Anreize für eine Verbesserung der Zusammenarbeit setzen könnte. Erfahrungsgemäß sind es gerade finanzielle Anreize oder aber die finanzielle Absicherung von Risiken, die außerordentlich hilfreich sind.

2. Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung § 116 b SGB V

Die Qualitätsanforderungen zum § 116 b SGB V sind im Bundesgesetz durch den gemeinsamen Bundesausschuss bzw. durch Landesregelungen präzise festgelegt. Die Qualitätsvoraussetzungen sind teilweise aus dem Niedergelassenen Bereich übernommen (§ 137 SGB V) oder aber speziell hierfür entwickelt worden. Dabei werden die Qualitätsstandards für den Stationären Bereich durchgängig sehr viel höher angesetzt als für den Niedergelassenen Bereich. Hier sei insbesondere auf die Interdisziplinarität der Leistungserstellung hingewiesen. Geschuldet ist dies der Spezifität der Leistungen, die über den § 116 abgebildet werden sollen. Häufig ist gerade das interdisziplinäre Zusammenwirken verschiedener medizinischer Spezialbereiche für den Patienten außerordentlich förderlich und wichtig. Soweit also eine Gleichstellung gefordert wird, müsste diese interdisziplinäre Zusammenarbeit auch für den Niedergelassenen Bereich gelten, was sicher schwer darzustellen sein wird.

Stellvertretend für den Begriff Qualität wird aus dem Niedergelassenen Bereich häufig die Frage der persönlichen Leistungserbringung bzw. des Facharztstandards in den Vordergrund gestellt. Dazu ist wiederum etwas ausführlicher zu erläutern:

Im Niedergelassenen Bereich sind die Anstellung von Ärzten und die Ausbildung in der Vergangenheit eher selten dargestellt gewesen. Vor diesem Hintergrund haben ausschließlich Fachärzte persönlich die Leistung im Niedergelassenen Bereich erbracht. Dies wurde auch zur rechtlichen Grundlage gemacht, so dass heute die persönliche Leistungserbringung durch den Facharzt nicht nur die Regel, sondern die Bedingung für die Abrechnung der Leistung ist. Anders verhält es sich an Krankenhäusern. Krankenhäuser sind zur Ausbildung da und diese Ausbildung ist auch unabdingbare Voraussetzung für die Nachwuchsgewinnung im Stationären, aber auch im Ambulanten Bereich (Stichwort: Ärztemangel). Um die Qualität der Leistungserbringung auch im Rahmen der Ausbildung sicherzustellen, hat sich der **sog. Facharztstandard herausgebildet**. Danach hat das **Krankenhaus** mit geeigneten organisatorischen Maßnahmen **sicherzustellen**, dass die Leistungen auf **Facharztstandard, nicht aber durch einen Facharzt persönlich erbracht werden müssen**. Mit anderen Worten, Ärzte in der Ausbildung können durchaus die Patientenbehandlung vornehmen, solange ein Facharzt dies kontrolliert und sich vergewissert, dass der betreffende Kollege für die speziellen Tätigkeiten, die er ausübt, auch qualifiziert ist. Anderenfalls hat er diesen unmittelbar zu beaufsichtigen. Dieser Facharztstandard gilt für sämtliche Leistungen im Krankenhaus, so auch für die Leistungen, die ambulant erbracht werden, insbesondere die des § 116 b SGB V. Würde man das **Institut der persönlichen Leistungserbringung im Krankenhaus einführen, bedeute dies das definitive Ende der Ausbildung von Ärzten**. Der Ärztemangel würde nicht nur verschärft, er würde potenziert. Dies ist weder vom Niedergelassenen Bereich gewollt, noch kann es Ziel der Politik sein. Explizit hat die **Kassenärztliche Vereinigung** in der letzten Sitzung der Beteiligtenrunde am **19. Mai 2010 erklärt**, mit dem Facharztstandard genau aus diesem Grund der Ausbildung **auch einverstanden zu sein**. Insofern dürfte dieses **kein strittiges Thema sein**.

Weiterhin wird immer wieder angeführt, dass die Qualitätsprüfung im Stationären Bereich nicht hinreichend sei. Grundsätzlich ist es so, dass jeder, der eine Leistung erbringt, sei es im Niedergelassenen als auch im Stationären Bereich, zu erklären hat, dass er sich an Gesetze, Vorschriften und Regelungen hält. Dies erfolgt bei den Institutionen der Kran-

kenhäuser in der Regel durch die Krankenhausleitung, im Falle der Niederlassung durch den Arzt selbst. Dem **Vertrauensgrundsatz folgend, gehen Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und auch Aufsichtsbehörden grundsätzlich davon aus, dass diejenigen, die diese Erklärung abgeben, sich daran auch halten.** Prüfungen sind jederzeit und stichprobenartig möglich und werden auch durchgeführt. **Von diesem Grundsatz der Qualitätsprüfung abzuweichen, erscheint unangemessen und würde dem vertrauensvollen Miteinander sicher abträglich sein.**

3. Gleichberechtigte Zusammenarbeit in der Beteiligtenrunde

Das Land Schleswig-Holstein hat im AG-KHG die Runde der Beteiligten in ihrer Zusammensetzung festgelegt. Dabei ist es ein **Grundsatz gewesen, diejenigen, die unmittelbar von der Krankenhausplanung betroffen sind, auch unmittelbar an den Entscheidungen zu beteiligen**, während diejenigen, für die nicht unmittelbar Konsequenzen aus den Entscheidungen der Beteiligtenrunde folgen, auch nur mittelbar beteiligt werden. **Dieser Grundsatz ist logisch und nachvollziehbar.** Würde das Land Schleswig-Holstein von diesem Grundsatz abweichen wollen und auch diejenigen an Entscheidungen der Krankenhausplanung unmittelbar beteiligen, die nicht direkt betroffen sind, müsste dem Grundsatz der „Augenhöhe“ unter Ziffer 1 folgend, auch eine unmittelbare Beteiligung der Krankenhäuser an den Zulassungsplanungen und Zulassungsentscheidungen der KV die Folge sein. Nur so wäre tatsächlich eine intersektoral abgestimmte und gleichberechtigte Planung „auf Augenhöhe“ möglich.

Zur Zusammenarbeit beim § 116 in der derzeitigen Beteiligtenrunde sei angemerkt, dass die Kassenärztliche Vereinigung sehr viel stärker als im Gesetz vorgesehen, eingebunden gewesen ist. Das Sozialministerium hat der KV die Möglichkeit der Einwendungen zu allen Anträgen nach § 116 b eingeräumt. Die Forderung nach Kooperationsverträgen der KV wurde berücksichtigt und erst nach Vorliegen der entsprechenden Kooperationsverträge ist tatsächlich eine Entscheidung getroffen worden. Letztendlich hat die Kassenärztliche Vereinigung allen Anträgen nach § 116 b die Zustimmung erteilt.

4. Aufgaben der Psychotherapeuten in der Beteiligtenrunde

Hinsichtlich der Aufnahme der Psychotherapeutenkammer nach § 19 AG-KHG gilt letztlich dass, was unter 3. ausgeführt wurde.

5. Einbeziehung weiterer Dienstleister

Die Einbeziehung qualifizierter nichtärztlicher medizinischer Dienstleister wird als außerordentlich positiv beurteilt. Insbesondere vor dem Hintergrund der Versorgungsdefizite in den ländlichen Regionen und dem drohenden Ärztemangel, der von Seiten der KV auch immer wieder beklagt wird, ist es sicher sinnvoll, nicht notwendig ärztlich zu erbringende Dienstleistungen durch nicht ärztliche Fachkräfte, die entsprechend qualifiziert sind, zu erbringen. Der Form halber sei abschließend noch einmal folgendes angemerkt:

Der § 116 b SGB V ist ein Bundesgesetz. Die Änderungen dieses Gesetzes obliegen selbstverständlich der Bundesregierung bzw. dem Bundestag. Vor diesem Hintergrund kann das Land Schleswig-Holstein selbstverständlich Forderungen formulieren. In der praktischen und unmittelbaren Umsetzung gibt es aber natürlich eine Kompetenzverteilung und damit Zuständigkeiten des Landes.

Immer wieder wird von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung eine Budgetierung der Leistungen nach § 116 b SGB V gefordert. Es sei angemerkt, dass die Krankenhäuser sich in den Kooperationsverträgen, die hier geschlossen wurden, freiwillig zu einer Mengenbeschränkung bereiterklärt haben, infolge dessen also eine Budgetierung der Leistung wenig Sinn macht. Die **Forderung nach der Budgetierung** ist letztendlich auch

wenig glaubwürdig, weil sie dem **Credo der Kassenärztlichen Vereinbarung**, nämlich der Forderung nach einem festen Punktwert **diametral entgegensteht**. Auch hier ist die Forderung dann obsolet, wenn die viel zitierte „Augenhöhe“ beiderseits zur Geltung kommt.

Die auch ebenfalls immer wieder geforderte Streichung der onkologischen Erkrankungen aus dem Katalog nach § 116 b bzw. die Einbeziehung des § 116 b in das Zulassungsverfahren der KV ist auf eine besondere Art wiederum kontraproduktiv. Der Gesetzgeber hat es für erforderlich gehalten, die Leistungen nach § 116 b gerade nicht dem Zulassungsverfahren zu unterwerfen. Krankenhäuser, die diese Zulassung erhalten, können durch Aufrechterhaltung der Qualitätserfordernisse dauerhaft und über Jahrzehnte dem Facharztstandard gerecht werden. Dies kann schlechterdings für eine Person, die als Arzt niedergelassen ist, nicht gelten. Spätestens mit 65 Jahren und damit dem Austritt aus dem Berufsleben müssen hier Neuregelungen stattfinden. Dieses ist für Institutionen wie Krankenhäuser nicht nötig. Insofern ist es auch sachlogisch, dass ein regelmäßig wiederkehrendes Zulassungsverfahren für institutsermächtigte Krankenhäuser nicht erforderlich ist.

Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen

Der Städteverband und der Landkreistag vertreten auch in Schleswig-Holstein die Position, die der Deutsche Landkreistag in seinem Grundsatzpapier von September 2010 bundesweit eingenommen hat (**Anlage 1**). Diese Position ist wie folgt zusammenzufassen:

- Die derzeitige Planung für die ambulante ärztliche Versorgung führt zu dem Ergebnis, dass bereits jetzt eine erhebliche Diskrepanz zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen entsteht (insbesondere im Vergleich des großstädtischen zum ländlichen Raum).
- Gefordert wird eine kleinräumigere Versorgungsplanung aufgrund neuer demographiegesteuerter Anhaltszahlen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein muss ihrem Auftrag zur Sicherung einer gleichmäßigen ambulanten Versorgung der Bevölkerung nachkommen. Gelingt dies weiterhin nicht, müssen die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen verändert werden.
- § 116 b SGB V und der Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren durch Kliniken ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der fachärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen, in denen die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein bereits den Sicherstellungsantrag nicht mehr erfüllen kann.
- In ländlichen Regionen bedarf es keiner doppelten Facharztschiene im Krankenhaus und der Niederlassung.

Darüber hinaus hat auch der Deutsche Städte- und Gemeindebund in seinem Papier "Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum" ausführlich zu dieser Thematik Position bezogen (**Anlage 2**).

Fazit:

Es erscheint sinnvoll, von Seiten der **Landesregierung die Kassenärztliche Vereinigung aufzufordern, ihren Sicherstellungsauftrag, insbesondere in den ländlichen Regionen des Landes tatsächlich wahrzunehmen**. Die Nachwuchsgewinnung in der Ambulanten Versorgung ist umso dringender, da die kassenärztliche Vereinigung selbst eine anders gestaltete Bedarfsplanung fordert. **Sollte es der Kassenärztlichen Vereinigung nicht möglich sein, die Sicherstellung wahrzunehmen**, ist das Land als Aufsichtsbehörde gefordert, **entsprechende Maßnahmen zu ergreifen**. Möglicherweise müssen gerade im ländlichen

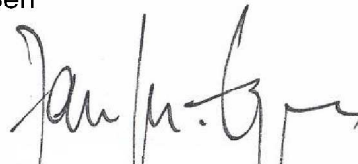
Raum die Zulassungen nach § 116 eher ausgeweitet, bzw. die Installation von Medizinischen Versorgungszentren zur Sicherstellung der Versorgung vorangetrieben werden.

Ein Vertreter von Landkreistag und Städteverband wird in der Sitzung des Sozialausschusses am 28.10.2010 für weitere Ausführungen gern zur Verfügung stehen.

Mit freundlichen Grüßen



Jochen von Allwörden
Städteverband Schleswig-Holstein



Jan-Christian Erps
Schleswig-Holsteinischer Landkreistag



DSTGB
Deutscher Städte-
und Gemeindebund

22. April 2010 www.dstgb.de position@dstgb.de

Position

DER AUTOR

Dr. Gerd Landsberg

ist seit dem 1. Januar 1998
Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Deutschen Städte- und
Gemeindebundes.

Der Deutsche Städte- und
Gemeindebund vertritt die Interessen
der Kommunalen Selbstverwaltung der
Städte und Gemeinden in Deutschland
und Europa. Über seine Mitglieds-
verbände repräsentiert er rund 12500
Kommunen in Deutschland.

Mitgliedsverbände

- Bayerischer Gemeindetag
- Gemeinde- und Städtebund
Rheinland-Pfalz
- Gemeinde- und Städtebund
Thüringen
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Hessischer Städte- und
Gemeindebund
- Hessischer Städtetag
- Niedersächsischer Städte- und
Gemeindebund
- Niedersächsischer Städtetag
- Saarländischer Städte- und
Gemeindetag
- Sächsischer Städte- und
Gemeindetag
- Schleswig-Holsteinischer
Gemeindetag
- Städte- und Gemeindebund
Brandenburg
- Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen
- Städte- und Gemeindebund Sachsen-
Anhalt
- Städte- und Gemeindetag
Mecklenburg-Vorpommern
- Städtebund Schleswig-Holstein
- Städtetag Rheinland-Pfalz

STATEMENT ZUR GESUNDHEITSPOLITIK

Positionspapier „Ärztliche Versor- gung im ländlichen Raum“

1. Ausgangslage

Die Ankündigung der Regierungskoalition, die regionale Verteilung von Ärzten zu verändern, zeigt, dass die Politik sich endlich dieses dringenden Themas annehmen will. Die ortsnahe medizinische Versorgung ist ein entscheidender Standortfaktor für die Zukunftsfähigkeit der ländlichen Räume. Tatsächlich gibt es immer mehr Klagen über unbesetzbare Praxissitze vor allem in ländlichen Regionen, nicht nur in Ostdeutschland, und über ein schwindendes Interesse des ärztlichen Nachwuchses an der hausärztlichen Tätigkeit. Es wächst die Besorgnis in den Städten und Gemeinden, dass bei einer schlechten Gesundheitsversorgung ihre Regionen an Attraktivität für die Einwohner, Arbeitgeber und Investoren verlieren.

Die demographische Entwicklung wird in den nächsten Jahrzehnten unsere Gesellschaft radikal verändern. Die Verschiebung der Altersstrukturen insbesondere der stark anwachsende Anteil hochbetagter Menschen führt zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Erfahrungsgemäß sind die über 65-jährigen die Patientengruppe mit dem größten Bedarf in der hausärztlichen Versorgung. Gerade ältere Patienten wünschen sich aufgrund ihrer Mehrfacherkrankungen eine wohnortnahe medizinische Fürsorge, die möglichst in einer dauerhaften persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung bestehen sollte. Dem steht gerade in von Abwanderung stark betroffenen Regionen ein immer geringeres medizinisches Grundangebot gegenüber.

Die Attraktivität als Hausarzt, zunehmend aber auch als Facharzt, in den ländlichen Regionen zu arbeiten, hat auf Grund der schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, aber auch in Anbetracht der Arbeitsbedingung in ländlich-peripheren Regionen stark abgenommen. Für Hausärzte bedeutet die Arbeit im ländlichen Raum eine hohe Arbeitsbelastung nicht nur durch administrative Aufgaben, sondern durch die vielen ältern und chronisch-kranken Patienten, geringere Verdienstmöglichkeiten als in Ballungsräumen sowie sinkende Praxiswerte.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt der Anteil der über 60jährigen Hausärzte in Brandenburg bei über 30 %, in Thüringen und Sachsen bei rund 29 %, in Sachsen-Anhalt bei 27,5 und in Mecklenburg-Vorpommern bei rund 26 %. Aber auch in Schleswig-Holstein liegt diese Quote über 20 %. Rechnet man den zusätzlichen Bedarf aufgrund der Altersverschiebung hinzu, fehlen im Jahr 2020 15.000 Hausärzte, um die Versorgungsintensität von heute zu erhalten. Ohne Zuwanderung von Ärzten aus dem Ausland könnte schon heute die ärztliche Versorgung nicht mehr hinreichend gewährleistet werden, zumal allein 2007 2.500 Ärzte Deutschland verlassen haben.

2. Was wurde bereits getan!

Gerade für die medizinische Versorgung hat die Bundesregierung in den letzten Jahren Maßnahmen beschlossen, die zur Vermeidung einer Unterversorgung in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten beitragen sollen:



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen für den Einzelnen das wirtschaftliche Risiko vermindern und eine Teilzeitbeschäftigung erleichtern. Die meisten MVZ-Gründungen finden aber in Ballungs- oder stadtnahen Räumen statt. Dagegen befinden sich derzeit allerdings nur ca. ein Drittel der Versorgungszentren in ländlichen Gebieten.
- Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz flexibilisierte die vertragsärztliche Berufsausübung und ermöglicht es den Ärzten, z.B. neben ihrer Tätigkeit am bisherigen Ort oder auch im Krankenhaus einer Stadt an einigen Tagen der Woche in strukturschwachen Gebieten die ambulante Versorgung zu übernehmen.
- Das SGB V sieht im Fall einer Unterversorgung ab 2010 Zuschläge im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung vor.
- Die Vertragsparteien (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen) können zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Zuschläge vereinbaren.

Darüber hinaus haben Bundesländer Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung ergriffen. Einige Beispiele sind im Folgenden aufgelistet, ohne abschließend zu sein:

- Baden Württemberg: Es wird empfohlen, im Rahmen einer konzertierten Aktion unter kommunaler Federführung mit Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigungen sowie

der Landesärztekammer ein Projekt „Landärzte“ vorzubereiten. Dabei sollen vor Ort versuchsweise in einem Planungsbereich im ländlichen Raum zusätzliche Anreize für eine Niederlassung geprüft werden (z. B. Gestellung von günstigen Wohn- und Praxisräumen, gezielte Angebote von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, günstige Darlehenskonditionen für medizinische Ausstattung oder bessere Anbindung der Arztpraxen an das öffentliche Verkehrsnetz u.s.w.).

- Brandenburg: Höhere Wegegebühren für Hausbesuche, Umsatzgarantien der KV für neue Ärzte in Problemregionen, Pilotprojekt Gemeindeschwester, neue kooperative Organisationsformen für medizinische Versorgungszentren. Bis zu 50.000 Euro Prämie (so genannter Sicherstellungszuschlag) für junge Ärzte, die eine Landpraxis in einem medizinisch unterversorgten Gebiet übernehmen. Städte und Gemeinden und KV arbeiten in den jeweiligen Einzelfällen zusammen; Kommunen übernehmen Lotsenfunktion bzw. benennen gegenüber KV Ansprechpartner. Landesärztekammer, KV und Landeskrankenhausgesellschaft arbeiten in Weiterbildungsnetzwerken eng zusammen.
- Hessen: Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen

und der Hessische Landkreistag haben 2009 eine enge Kooperation zur Sicherstellung und Optimierung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum vereinbart. Auslöser ist eine Bestandsaufnahme die aufzeigt, dass perspektivisch zahlreiche ungeklärte Nachfolgeregelungen in Hausarzt- sowie Facharztpraxen im ländlichen Raum bestehen. Die Landkreise besitzen über deren Sicherstellungsauftrag eine wesentliche Verantwortung für die Krankenhausversorgung, die KV für die Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung.

- Mecklenburg-Vorpommern: Befreiung von Ärzten über 61 Jahren vom kassenärztlichen Notdienst, Neuregelung der Vergütung für den Notdienst, Erhöhung der Zahl geförderten Weiterbildungsstellen, Neuordnung von Planungsbereichen zur Begünstigung der Niederlassung im ländlichen Raum.
- Nordrhein-Westfalen: Es soll ein Aktionsprogramm zur Förderung und Niederlassung von Hausärzten aufgelegt werden. Mit dem mit 1,5 Mio. Euro ausgestatteten Programm sollen eine gezielte Weiterbildung in Hausarztpraxen zur Nachfolgewinnung sowie finanzielle Anreize für die Niederlassung gefördert werden. Unterstützt wird das Programm durch



Position

individuelle Konzepte, z.B. die Einrichtung von Zweigpraxen in Nachbarorten oder Gemeinschaftspraxen von Haus- und Fachärzten.

- Sachsen: Abgestufte Investitionspauschalen für Niederlassungswillige in unterversorgten Regionen, Bonuszahlungen bei Überschreiten der durchschnittlichen Fallzahlen, zusätzliche Förderbeiträge für Weiterbildungsassistenten bei Verpflichtung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen für mindestens 3 Jahre.
- Sachsen-Anhalt: Sicherstellungszuschläge in Gebieten, in denen Unterversorgung droht. Mobile Praxisassistenten und Assistentinnen, die Hausärzte von zeitintensiven Hausbesuchen entlasten.
- Thüringen: Sicherstellungszuschläge (500 Euro monatlich) für Hausärzte in unterversorgten Gebieten zur direkten Weitergabe an Assistenten. Thüringen und die dortige Kassenärztliche Vereinigung haben eine Stiftung gegründet, die die ambulante Versorgung in ländlichen Gebieten verbessern soll. Dafür sind vor allem finanzielle Anreize vorgesehen. Die gemeinnützige Stiftung ist mit einem Kapital von 170.000 Euro ausgestattet, das zum größeren Teil von der KV bereitgestellt wird. Sie hat sich zum Ziel

gesetzt, diese Summe durch private Spenden und Zuwendungen von Institutionen deutlich zu erhöhen. Finanzieren möchte die Stiftung damit den Betrieb von Eigeneinrichtungen wie KV-geführte Praxen in unterversorgten Regionen. Eventuelle Gewinne dieser Niederlassungen fließen an die Stiftung zurück. Als erste konkrete Maßnahme, um mehr Nachwuchs nach Thüringen zu locken, hat die Stiftung zudem ein Stipendium ins Leben gerufen. Es soll jenen Studenten gewährt werden, die sich nach der Ausbildung in dünn besiedelten Gebieten niederlassen wollen. Weitere Anreize will die Stiftung geben, indem sie ambulante ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung bedarfsspezifisch fördert, Famulaturen und praktische Jahre unterstützt und den Kommunen bei Angeboten zur Niederlassung unter die Arme greift.

3. Rolle der Kommunen

Die Kommunen können im Rahmen ihrer Möglichkeiten geeignete Rahmenbedingungen zur Unterstützung der Niederlassung von Ärzten schaffen, z.B. Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, um jungen Ärztinnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern. Viele Kommunen helfen Ärzten bereits bei der Bereitstellung von Praxis- und/oder Wohnräumen (günstiger Wohnraum bzw. günstige Praxismieten, Stellplatzbefreiungen). Es kann aber grundsätz-

lich keine Aufgabe der Städte und Gemeinden sein, z.B. über Subventionen die Aufgaben der Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen zu ersetzen. Auf der anderen Seite können die Kommunen aber den Aufbau von medizinischen und pflegerischen Versorgungsnetzen unterstützen. Die Entwicklung in den ostdeutschen Kommunen macht aber auch deutlich, dass es nicht nur diese Standortbedingungen sind, sondern die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Ärzte ebenfalls stimmen müssen.

4. Was muss geschehen?

Der Bundesgesundheitsminister hat vorgeschlagen, den Numerus Clausus für Medizin abzuschaffen und auch Studenten mit schlechtem Abitur den Zugang zum Studium mit der Maßgabe zuzulassen, dass diese sich später in ländlichen Regionen als Ärzte niederlassen. Der gut gemeinte Vorschlag übersieht, dass derzeit überhaupt nicht genug Studienplätze zur Verfügung stehen, viele Medizinstudenten nach ihrem Studium ins Ausland abwandern oder sich gegen den Arztberuf entscheiden. Dies hängt mit den Arbeitsbedingungen zusammen.

Von daher bedarf es weiterer Maßnahmen, die teilweise bereits erprobt werden:

- Patienten, die in Orten ohne ambulante Praxen und Krankenhäuser wohnen, werden mit Hilfe von Fahrdiensten zu Versorgungszentren an zentralen Orten gebracht (so genannte Landarzttaxi). In einzelnen Bundesländern sollen in ausgewählten ländlichen



Position

Regionen modellhaft diese Landarzttaxi für Besuche u.a. für ältere Patienten eingerichtet und erprobt werden. Die Durchführung obliegt den Kommunen im Einvernehmen mit der ärztlichen Selbstverwaltung.

- In Orten ohne Haus- und/oder Facharzt können Ärzte aus der Umgebung jeweils einen Tag in der Woche dort praktizieren.
- Die verstärkte Delegation und Substitution von Tätigkeiten auf bzw. durch nichtärztliche Berufe kann zu einer Entlastung und damit zu Freiräumen für die betreffenden Ärzte führen (z.B. AGnES: arztentlastende, gemeindenähe, e-health-gestützte Intervention). Diese arztentlastenden Systeme müssen von den Krankenkassen ausreichend finanziert werden.
- Nutzung der Telemedizin im ambulanten Bereich.
- Ausbau sog. mobiler Dienste (z.B. rollende Zahnarztpraxen).
- Überwindung der Sektoreierung.

Dringend notwendig ist, die Bedarfsplanung, die in regionaler Hinsicht die keineswegs optimale Versorgungssituation des Jahres 1990 fortschreibt, zu ändern. Der Bedarf an niedergelassenen Ärzten darf sich nicht mehr zwingend an den Stadt- und Landkreisgrenzen ausrichten. Die Bedarfsplanung muss vielmehr kleinräumiger erfolgen. Ziel muss eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung aller Einwohner durch ein engmaschiges Netz an Haus-, Kinder- und Frauenärzten sein.

Darüber hinaus müssen Fachärzte in erreichbarer Nähe vorhanden sein.

Darüber hinaus muss sich das Vergütungssystem ändern: Hausärzte in dünn besiedelten ländlichen Regionen sind finanziell besser zu stellen. Eine hausärztliche Praxis hat in ländlichen Regionen auf Grund von höheren Wegekosten und Außensprechstunden insgesamt höhere Kosten, gleichzeitig aber auch geringere Einnahmen. Dieses gilt es auszugleichen. Zusätzliche finanzielle Anreize würden die Niederlassung von Hausärzten in diesen Regionen begünstigen.

Die Form der ambulanten Leistungserbringung muss vom Bundesgesetzgeber noch weiter flexibilisiert werden. Den Ärzten müssen Instrumentarien an die Hand gegeben werden, um sich zu vernetzen und auch in institutionalisierter Form zusammenzuarbeiten. Diese können als gemeinsame Praxen, medizinische Versorgungszentren oder auch in anderer geeigneter Form organisiert sein. Hierbei sind auch moderne Formen der Leistungserbringung zukünftig stärker zu ermöglichen, u. a. die stärkere Nutzung der Telemedizin und die Delegation von Aufgaben auf andere medizinische Berufe in Verknüpfung mit moderner elektronischer Datenübermittlung. Dies setzt allerdings einen raschen Ausbau einer leistungsstarken Breitbandversorgung in ländlichen Regionen voraus.

Die Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern ist zu verbessern. In immer dünner besiedelten ländlichen Regionen wird die Aufrechterhaltung einer „doppelten

Facharztschiene“ in Praxen und Kliniken auf Dauer wirtschaftlich kaum möglich sein, denn weder kleine Krankenhäuser noch ambulante Facharztpraxen können mit einer ausreichenden Auslastung rechnen. Dabei ist es zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung zunächst nachrangig, ob Krankenhausärzte verstärkt auch ambulant tätig sind oder niedergelassene Fachärzte als Belegärzte auch stationäre Versorgungsleistungen erbringen. Wichtig ist vielmehr allein, dass ein ausreichendes Angebot an Versorgungsleistungen in zumutbarer zeitlicher und räumlicher Erreichbarkeit für die Patienten vorhanden ist.

Kommunalen Krankenhäusern sollte das Betreiben medizinische Versorgungszentren leichter möglich sein. Kommunen sollten darüber hinaus die Möglichkeit erhalten, in Form eines eigenen Betriebs ein medizinisches Versorgungszentrum selbst oder in einer ärztlichen Genossenschaft oder anderer Kooperationsformen betreiben zu können. Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren zu erschweren, z.B. soll die Beteiligung von Krankenhäusern beschränkt werden. Vielmehr sollen die Versorgungszentren mehrheitlich im Besitz von Ärzten sein. Zur Verbesserung der Versorgungssituation wäre es aber notwendig, unter Wahrung der ärztlichen Interessen und dem Wohl des Patienten vielfältige Formen von medizinischen Versorgungszentren zuzulassen. Die Versorgungszentren können sicherlich nicht das Problem des Medizinemangels alleine lösen, können aber ein Baustein insbesondere zur Sicherstellung der



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

22. April 2010 www.dstgb.de position@dstgb.de

Position

fachärztlichen Versorgung darstellen.

So sollte auch die Einrichtung von Gesundheitszentren gefördert werden, deren Führung durch eine medizinisch ausgebildete Kraft, z.B. eine Gemeindeschwester, unter ärztlicher Leitung erfolgen kann. In diesen Gesundheitszentren würden regelmäßig Arzt-sprechstunden durch Ärzte aus den umliegenden Kommunen bzw. Krankenhäusern angeboten, um eine kontinuierliche medizinische Betreuung der Patienten zu ge-

währleisten. Im Übrigen werden Leistungen durch die Gemeindeschwester erbracht, die ihrerseits durch Nutzung der Telemedizin von den behandelnden Ärzten unterstützt wird. Voraussetzung ist allerdings, dass die Leistungen der Gemeindeschwester durch die Krankenkassen ausreichend finanziert werden.

Letztlich ist der Ärztemangel aber kein Problem, das ausschließlich über gesundheitspolitische Maßnahmen gelöst werden kann. Die ländlichen Regionen, denen die

Ärzte fehlen, haben mit einer Abwanderung junger Familien, der Schließung von Schulen und Kindergärten, dem Rückzug des Einzelhandels sowie dem Verlust von Arbeitsplätzen zu kämpfen. Es bedarf deshalb insgesamt einer Politik, die nicht nur die Förderung von Großstädten und Ballungszentren im Blick hat, sondern einer Stärkung dieser ländlichen Regionen.

Mitverfasser: Uwe Lübking

Berlin, 22. April 2010



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Erwartungen des Deutschen Landkreistages an die Gestaltung politischer Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung außerhalb der Ballungsräume

Eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung ist eine unverzichtbare Bedingung für eine befriedigende wirtschaftliche und soziale Entwicklung in Deutschland. Die Situation ist aber in den vergangenen Jahren deutlich schwieriger geworden. Beginnend in Teilen der neuen Bundesländer und in peripheren Regionen der alten Bundesländer leiden zunehmend mehr Landkreise in Deutschland unter einer nicht mehr akzeptablen Ausdünnung medizinischer Angebote, insbesondere im ambulanten Sektor. Nachfolgend werden die notwendigen Veränderungen zur Verbesserung benannt, die aus Sicht des Deutschen Landkreistages eingeleitet werden müssen.

1. Ärztliche Versorgung

Die medizinische Versorgung steht und fällt mit der Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von Fachkräften, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten. Dabei ist nicht zu verkennen, dass in den vergangenen Jahren die Zahl der in Deutschland arbeitenden Ärzte gestiegen ist. Verschiedene Veränderungen, insbesondere die verschärften Arbeitszeitschriften u. a. für Krankenhäuser, aber auch die steigenden bürokratischen Anforderungen an Ärzte, haben aber dazu geführt, dass nicht mehr ärztliche Arbeitsstunden zur Verfügung stehen.

- ✓ Bundesregierung und Landesregierungen müssen gemeinsam mit der Kultusministerkonferenz dafür Sorge tragen, dass in Zukunft ausreichend Absolventen der medizinischen Studienrichtungen in den jeweils benötigten Fachrichtungen zur Verfügung stehen; insbesondere sind Studienplätze in ausreichender Zahl bereit zu stellen. Daneben ist sicherzustellen, dass medizinische Assistenzkräfte die Arbeit des Arztes wirksam entlasten können, auch von notwendiger Bürokratie.

2. Ambulante medizinische Versorgung

Die derzeitige Planung für die ambulante ärztliche Versorgung führt zu dem Ergebnis, dass bereits bei der Versorgungsplanung eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Arztversorgung in einzelnen Regionen, insbesondere auch im Vergleich des großstädtischen zum ländlichen Raum besteht. Für die rechtlichen Grundlagen der Versorgungsplanung ist der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“ (GBA) zuständig. Der GBA arbeitet derzeit auch an einer Neufassung seiner Vorschriften zur ambulanten Versorgungsplanung.

- ✓ Der Gesetzgeber muss den GBA auf die Prämisse einer gleichmäßigen Versorgungsdichte und Versorgungsqualität in ganz Deutschland verpflichten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen die Versorgungsplanung kleinräumig, möglichst gemeindescharf vornehmen. Die Landkreise sind an der Versorgungsplanung wie an der Umsetzung in geeigneter Weise zu beteiligen.

Zudem ist die tatsächliche Versorgung in einer Vielzahl ländlich und kleinstädtisch geprägter Räume schon jetzt deutlich geringer als die ohnehin schwache Planung vorsieht. Es gelingt den Kassenärztlichen Vereinigungen immer schlechter, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags tatsächlich die nötigen Haus- und Fachärzte auf die zur Verfügung stehenden Sitze zu locken. Finanzielle Anreize hierzu sind bislang nur von sehr begrenztem Erfolg gewesen.

- ✓ Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ihrem Auftrag zur Sicherung einer gleichmäßigen medizinischen Versorgung nachkommen. Gelingt dies weiterhin nicht, müssen die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen verbessert werden, insbesondere der bisherige Vorrang der Freiberuflichkeit des Arztes in Einzelniederlassung ist zu hinterfragen.
- ✓ Landkreise können bei der medizinischen Versorgung nicht Ausfallbürge einer unzureichenden Aufgabenerfüllung durch die verantwortlichen Institutionen werden. Sie können aber flankierend tätig sein, bspw. indem sie einen institutionellen Rahmen für die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte bieten.
- ✓ Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern werden abgelehnt, da sie einen Eingriff in das medizinische Leistungsspektrum der Krankenhäuser darstellen, der die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum – bei der Grund- und Regelversorgung aber auch mit massiven Auswirkungen auf Rettungsdienst und Notfallversorgung – beeinträchtigt.
- ✓ Die Länder sind derzeit die öffentliche Instanz, die über Maßnahmen im Rahmen der Investitionsfinanzierung gezielt Standorte auch im ländlichen Raum stützen können. Hierzu müssen sie auch zukünftig gesetzlich in der Lage sein und die Aufgabe auch kraftvoll wahrnehmen.

3. Stationäre medizinische Versorgung

Die Krankenhausdichte und Erreichbarkeit stationärer medizinischer Versorgung ist schon jetzt in Deutschland sehr unterschiedlich. Die durchschnittliche Versorgung mit Krankenhausbetten in Deutschland ist dabei wegen ihrer extrem breiten Streuung ein nicht aussagefähiger Indikator. Dies wird bei der Notfallversorgung besonders deutlich. Zunehmend schwieriger wird es, Notfallpatienten zügig in ein für die Aufnahme geeignetes Krankenhaus zu bringen. Dies liegt zum einen an einer fortschreitenden Schließung von Krankenhausstandorten insgesamt, aber auch der Schließung von Notaufnahmen und Intensivstationen.

- ✓ Die Notfallbehandlung ist daher zukünftig deutlich besser im Rahmen der Finanzierung über die Fallpauschalen zu berücksichtigen.
- ✓ Die Länder sind aufgefordert, sowohl ihrem Finanzierungsauftrag bei den Investitionen der Krankenhäuser nachzukommen, als auch bei der Krankenhausplanung die Erreichbarkeit von Krankenhäusern auch im Hinblick auf die Notfallversorgung weiterhin und dauerhaft im Blick zu behalten. Zudem sollte die Notfallversorgung in geeigneter Weise mit den Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeführt werden. Hierfür muss der Gesetzgeber geeignetere Rahmenbedingungen schaffen.
- ✓ Die langfristige Versorgungssicherheit der Bevölkerung wie auch der Bestand der medizinischen Infrastruktur ist zu gewährleisten. Von zunehmender Bedeutung ist dabei die Vernetzung stationärer medizinischer Einheiten. Die Zusammenarbeit von Kliniken untereinander, gerader auch kommunaler Häuser, muss und wird in den nächsten Jahren noch deutlich verbessert und verstärkt werden.

4. Durchlässigkeit der Sektoren, Zusammenarbeit und Vernetzung

Es ist nicht zu erwarten, dass schnell ausreichend Ärzte für die ambulante Versorgung im ländlichen Raum zur Verfügung stehen. Daher ist gerade im ländlichen Raum die Vernetzung der vorhandenen Haus- und Fachärzte, unabhängig von ihrer Arbeitsform im Krankenhaus, in einem MVZ oder in freier Niederlassung weiter voranzutreiben. Eine gesicherte Versorgung der Patienten ist das Ziel, dem sich die verschiedenen Organisationsformen des Gesundheitssystems zu orientieren haben.

- ✓ Das Gesamtsystem der medizinischen Versorgung in Deutschland ist im Hinblick auf seine Durchlässigkeit insbesondere zwischen ambulantem und stationärem Sektor überprüft und reformiert werden. Es bedarf bspw. im ländlichen Raum keiner „doppelten Facharztschiene“ in Krankenhaus und Niederlassung, ebenso sind Strukturen in der Geräteausstattung zu überprüfen.
- ✓ Die Flexibilität der ambulanten Leistungserbringung muss weiter verbessert werden. Die in der Vergangenheit geschaffenen Instrumente zur Vernetzung und Kooperation müssen noch besser genutzt werden, vor Ort aufgetretene Hemmnisse ggf. auch gesetzgeberisch beseitigt werden.
- ✓ Zusätzlich müssen ambulante medizinische Leistungen näher an den Menschen gebracht werden, z. B. über Außensprechstunden niedergelassener Ärzte oder auch von Krankenhausärzten. Ebenso sind Modelle einer Unterstützung durch mobile Krankenschwestern o. ä., ggf. mit erweiterten Ermächtigungen, weiter auszubauen und ggf. als Regelangebot für ländliche Regionen vorzusehen. Auch muss die Berücksichtigung von Reisezeiten und Fahrtkosten in der Abrechnungspraxis verbessert werden. Ggf. ist auch das Potenzial von Telemedizin verstärkt zu nutzen.

Eine dringend notwendige Folgerung ist auch insgesamt die weitere Verbesserung der Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern mit dem Ziel der Durchlässigkeit. Es muss auf kommunaler Ebene die Zusammenarbeit in jeder geeigneten Form ermöglicht und unterstützt werden können, bspw. durch gemeinsame Versorgungskonferenzen auf Landkreisebene.