



**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/1433**

S.-H. Gemeindetag • Reventlouallee 6 • 24105 Kiel

24 105 Kiel, 28.10.10

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

Reventlouallee 6/ II. Stock
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Telefon: 0431 570050-50
Telefax: 0431 570050-54
E-Mail: info@shgt.de
Internet: www.shgt.de

per Mail: Sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Aktenzeichen: AW/Pf

I. 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)

II. Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen

Antrag der Fraktionen von CDU und FDP - Drucksache 17/261

Bericht der Landesregierung - Drucksache 17/443

Sehr geehrter Herr Vogt,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Schleswig-Holsteinische Gemeindetag bedankt 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 trägt in der Sache folgendes vor:

I. Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung

Kooperationen auf Augenhöhe sind grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch sehen wir hier einen Grundkonflikt, der sich nur schwer auflösen lässt: Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sind wirtschaftlich denkende Unternehmen. Eine Kooperation stößt immer da an ihre Grenzen, wo es den Partner wirtschaftlich beeinträchtigt. Eine Kooperation erweist sich dann als schwierig, wenn die Partner das gleiche Leistungsangebot haben, dort sind sie Konkurrenten. Unproblematisch ist die Kooperation in Bereichen, in denen unterschiedliche, spezielle Angebote wahrgenommen werden (hoch spezialisierte Diagnostik und Behandlung). Dort sind aber schon heute Kooperationen erkennbar. Dort ist die intersektorale Zusammenarbeit unproblematisch.

Wo sich aber Leistungsangebote von Hausärzten und Krankenhäuser gleichen und räumlich zusammenfallen, wird es den Akteuren vor Ort schwer fallen zu kooperieren.

Ein Beispiel hierfür sind die Medizinischen Versorgungszentren in Schleswig-Holstein (MVZ). Hiervon werden derzeit über 50 % in Krankenhausträgerschaft betrieben (Bundesdurchschnitt: 30,8%). Krankenhäuser haben durch ihre Ausgründungen in MVZ einen wirtschaftlich nachvollziehbaren Weg beschritten, bei dem sie ihre organisatorischen und logistischen Vorteile einsetzen können. Diese Ausgründungen führen bei den zukünftigen Kooperationspartnern, den Hausärzten, zu einer nachvollziehbaren Zurückhaltung. Wenn Krankenhäuser umfangreich u.a. in die ambulante medizinische Versorgung einsteigen, so besteht die Gefahr, dass über das „Einfallsstor“ des § 116 b SGB V den Hausärzten die wirtschaftliche Grundlage entzogen wird.

Von daher ist es sinnvoll, den Status der kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein (KVSH) nach § 19 AG KHG SH zu einem unmittelbar Beteiligten in dem Beteiligungsgremium zu ändern. Dies ist vor dem Hintergrund der oben genannten Konfliktfelder der intersektoralen Zusammenarbeit erforderlich.

II. Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen

Attraktive ländliche Räume bedürfen einer flächendeckenden hausärztlichen Gesundheitsgrundversorgung genauso wie KiTa-Plätze und Schulen. Attraktive ländliche Räume sind wirtschaftsstarke Regionen für das Land Schleswig-Holstein, für seine Einwohner, Touristen, Arbeitgeber und Investoren. Daher ist die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, ebenso wie die Präsenz von Fachärzten, zu einem bedeutendem kommunalpolitischem Thema geworden, bei dem sich viele Kommunen und Ämter sehr engagieren.

1. Ausgangslage

Bei gleichen unveränderten Bedingungen wird die ärztliche Versorgung des ländlichen Raums nicht nur schwierig, sie wird mittelfristig höchst problematisch. Dabei spielen zwei Komponenten eine gewichtige Rolle, die beide aus der demografischen Entwicklung herrühren. Dies ist zum einen die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung mit dem erhöhten Behandlungsbedarf. Zum anderen die Altersstruktur der behandelnden „Landärzte“. Aktuell ist jeder 4. Arzt in Schleswig-Holstein älter als 60 Jahre, mehr als die Hälfte der Ärzte ist älter als 50 Jahre. Ist es im Moment nur bei einzelnen Praxissitzen im ländlichen Raum nicht möglich diese nachzubesetzen, so ist zu befürchten, dass die Klagen über unbesetzte Praxissitze in naher Zukunft steigen werden. Eine ortsnahe ambulante medizinische Versorgung ist mit ein entscheidender Standortfaktor für die Zukunftsfähigkeit der ländlichen Räume.

2. Das Zusammenspiel zwischen Kommune und Arzt

Die Kommunen im ländlichen Raum zeigen schon jetzt gegenüber niederlassungswilligen Ärzten eine hohe Bereitschaft, sich für diese zu engagieren und die Niederlassung aktiv zu unterstützen. So ist gerade in den letzten Jahren die Betreuungssituation für Kinder, ein häufig genanntes Niederlassungshindernis von jungen

Ärzt(inn)en, deutlich verbessert worden. Auf diese Weise wird es schon heute allein-
erziehenden Ärzten und jungen Arztfamilien besser ermöglicht, die Vereinbarkeit von
Beruf und Familie zu gewährleisten. Auch bei der Bereitstellung von Praxis- und /
oder Wohnräumen zeigen viele Kommunen den jungen Ärzten gegenüber ein hohes
Engagement. Dieses reicht von günstigem Wohnraum bzw. günstigen Praxismieten
bis zu Stellplatzbefreiungen. Diese vereinzelt unterstützenden Maßnahmen dürfen
nicht dahingehend missverstanden werden, dass Kommunen z. B. über dauerhafte
Subventionen eine Praxisniederlassung unterstützen. Die Sicherstellung der dauer-
haften Wirtschaftlichkeit einer Praxis ist Aufgabe des Praxisinhabers, unterstützt
durch die Krankenkasse oder die KVSH. Dies kann eine Kommune nicht ersetzen.
Eine Kommune kann aber mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln den Praxis-
gründer in der Gründungsphase unterstützen.

3. Abhilfe bei der Landarztmisere

Wenn man die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum beklagt, bedarf es zunächst
einmal des genauen Blicks auf die Ursachen. Warum kommen so wenige ausgebil-
dete Mediziner in der (Landarzt-)Praxis an? Welche Gründe führen dazu, dass so
wenig junge Ärzte den Weg in den ländlichen Raum für eine Praxisgründung wagen?
Daraus lassen sich mögliche Maßnahmen der Abhilfe entwickeln.

a) Aufklärung und Werbung für das Berufsbild „Landarzt“

- Schaffung eines Lehrstuhls mit dem Bildungsauftrag „Landarzt“

Von den jungen Leuten, die sich für die praktische Ausübung ihres Berufes entschei-
den, ist wiederum nur ein kleiner Teil über das Berufsbild des Landarztes richtig auf-
geklärt. Viele haben im Rahmen ihres Studiums und ihrer Famulatur keine Berührung
mit einer „Landarztpraxis“ gemacht. Auch gibt es keinen eigenen Studiengang im
Rahmen der Allgemeinmedizin, der diese Grundausrichtung des praktizierenden
Landarztes den Studenten näherbringt. Ein möglicher Lösungsansatz wäre die Ein-
richtung eines Lehrstuhls „Landarzt“, der genau diese Defizite in der Ausbildung aus-
gleichen soll. Das Land hat hier über seine Medizinische Hochschule die Möglichkeit,
einen solchen Studiengang einzurichten, nimmt es die Befürchtungen des Ärzteman-
gels im ländlichen Raum ernst.

- Landarztspflicht in der Famulatur

Weiter könnte man den Studenten im Rahmen ihrer Famulatur auferlegen, in einer
Arztpraxis im ländlichen Raum mitzuarbeiten. Dieser Teil müsste verpflichtend sein.
Die aktuelle Situation benachteiligt die Landärzte als Anbieter von Famulaturplätzen.
Bieten sie diese an, haben sie gegenüber den Plätzen an Krankenhäusern Nachteile.
Krankenhäuser zahlen in der Regel eine Aufwandsentschädigung, dies können
Landärzte von sich aus nicht leisten. Insoweit wäre es sinnvoll darüber nachzuden-
ken, dass Landärzte auf einen Entschädigungstopf zugreifen können, wenn sie im
Rahmen der Famulatur bei sich ausbilden wollen. Einen solchen Topf könnte das
Land zur Verfügung stellen, ggf. in Zusammenarbeit mit der KVSH.

Um das Berufsbild des Landarztes ernsthaft in Erwägung ziehen zu können, müssen
die jungen Ärzte auch damit in Berührung gekommen sein, sonst gibt es keine wirk-
lich Wahl. Wählen kann man nur der, der auch die Alternativen kennt.

b) Praxisgründungen / -übernahmen müssen kreditwürdig sein

Es darf an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass das Honorarsystem, die Medikamentendeckelung und die Budgetierung für Ärzte im ländlichen Raum eine unverhältnismäßige Benachteiligung darstellen. So berücksichtigt das derzeitige Honorarsystem nur unzureichend die enormen Fahrzeiten und Wegstrecken, die ein Arzt im ländlichen Raum zu seinen Patienten zurücklegen muss. Ständige Änderungen der Vergütungssysteme verhindern eine langfristige finanzielle Planung. Es bedürfen gerade junge Ärzte in der Phase der Praxisgründung Planungssicherheit, die ihnen auf lange Frist die Finanzierung ihrer Praxis sichert. Wenn hierbei Banken nicht in der Lage sind, junge Ärzte durch ein entsprechendes Finanzierungsmodell zu unterstützen, dann bedarf es von Seiten der kassenärztlichen Vereinigung oder der Landesregierung eigener Sonderprogramme, damit eine gewollte und wirtschaftlich sinnvolle Praxisgründung im ländlichen Raum nicht an dem Unverständnis einer „normalen Hausbank“ scheitert. Die Absicherung eines finanziellen Risikos wäre hier sehr hilfreich, z.B. über Existenzgründungsdarlehen für Landarztpraxen.

c) Fortbildungsnachteile abbauen

Weiterer Korrektur bedarf die Situation der Fortbildung für Landärzte im Verhältnis zu Krankenhausärzten. Vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung sind Fortbildungen zwingend erforderlich. Da aber Ärzte in Krankenhäusern diese häufig kostenneutral und ohne Auswirkungen auf ihre Dienstzeit durchführen können, benachteiligt dies den einfachen Landarzt. Neben den Kosten für solche Fortbildungen sind hier noch weitere Einnahmeausfälle während der Zeit zu beachten, in denen der Arzt nicht praktizieren kann. So sehen wir es als Aufgabe einer Standesorganisation, über geeignete Fortbildungsmaßnahmen speziell die Landärzte weiter zu unterstützen.

d) Unterstützung bei Praxisgründung durch Lotsen

Eine weitere Hürde bei der Niederlassung eines Arztes im ländlichen Raum ist die doppelte Belastung eines solchen Unternehmens für den Arzt. Neben der Herausforderung sich als Berufsanfänger etablieren zu müssen, muss er gleichzeitig das Büromanagement bzw. die Büroorganisation leisten. Gerade diese Punkte sind wesentliche Hemmnisse für junge Ärzten sich niederzulassen. Ein handwerklich guter Arzt, der im Rahmen einer Praxisgründung oder -übernahme eine hohe finanzielle Belastung auf sich nehmen möchte, nimmt davon Abstand angesichts der Fülle von neuen organisatorischen Fragen die seine wirtschaftliche Existenz bedrohen können: steuerrechtliche Aspekte, Abrechnungsprogramme, Büromanagement. Da die meisten Ärzte noch keine Berührung mit dem Arbeitsumfeld und der Organisation einer Landarztpraxis sammeln konnten, ist hier besonders zu reagieren. Hier sollten für Praxisgründer/-übernehmer sog. Lotsen durch die KVSH organisiert werden. Diese Lotsen sind für einen festen Zeitraum in der Gründungsphase der persönliche Ansprechpartner für den Arzt und stehen diesem hilfreich zur Seite.

Denkbar wäre auch über ein landesweites Netzwerk ein Mentorenprogramm zu initiieren: Erfahrene Landärzte bieten sich als direkte Ansprechpartner für die jüngeren Kollegen an.

Sowohl bei der Initialisierung eines Lotsenprogramms, als auch eines Mentorenprogramms, könnte das Land sich finanziell und koordinierend einbringen in Zusammenarbeit mit der KVSH.

e) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) kritisch prüfen – Räume der Bedarfsplanung ändern

Mit Bedenken sieht der SHGT die Entwicklung der sog. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die mit der Förderung dieser Zentren verbundene Hoffnung, dass diese sich im ländlichen Raum niederlassen und dort die flächendeckende hausärztliche Versorgung spürbar verbessern würden, hat sich mittlerweile zerschlagen. Von ca. 51 Medizinischen Versorgungszentren in Schleswig-Holstein sind lediglich 9 in Unterzentren, 2 in ländlichen Zentralorten, eins in einem nicht zentralen Ort und alle anderen sind in Ober- oder Mittelzentren. Einige MVZ haben somit die Versorgungssituation im Land teilweise sogar verschärft, da sie den ländlichen stadtnahen Praxen Konkurrenz machen. Wir unterstreichen daher die kritischen und differenzierten Hinweise in den Berichten der Landesregierung Drucksache 16/2518 (S.13f) und 17/443 (S.21).

Die Betreiber von MVZ haben in der Vergangenheit mehrfach Niederlassungssitze in der Tiefe der ländlichen Räume aufgekauft, und dann die Praxissitze stadtnah verlagert. Dies ist möglich, da ein Praxissitz innerhalb eines Bedarfsplans/-raums frei wählbar ist. Diese Bedarfsräume sind aus dem Jahr 1990 und orientieren sich an den Kreisgrenzen. Dabei wird nur die Gesamtzahl der in dem Kreis niedergelassenen Praxen berücksichtigt, nicht aber ihre Verteilung auf die Fläche. In der Summe ist somit in einem Bedarfsplan immer noch die gleiche Anzahl von Praxen vorhanden, jedoch haben diese sich räumlich zu den Zentren verschoben. Dieser Fehlentwicklung ist durch eine kleinräumige Bedarfsplanung umgehend entgegenzutreten. Daher muss § 101 I Satz 5 SGB V so geändert werden, dass sich die Bedarfsplanung nicht an den Kreisgrenzen, sondern an kleinräumigen Einheiten und dem Bedarf sowie dem demographischen Wandel orientiert.

4. Fazit:

Schleswig-Holstein kann sich einen Ärztemangel im ländlichen Raum nicht leisten. Ländliche Regionen, denen Ärzte fehlen, haben mit einer Abwanderung junger Familien, der Schließung von Kindergärten und Schulen, dem Rückzug des Einzelhandels sowie dem Verlust von Arbeitsplätzen zu kämpfen. Eine solche Region ist auch für den Tourismus nicht mehr attraktiv. Schleswig-Holstein würde einen Standortvorteil verlieren.

Um hier nicht Zeit zu verlieren und auf eine Änderung des § 101 I Satz 5 SGB V durch den Bundesgesetzgeber zu warten, sollte man hier schon heute den gesetzlichen Spielraum der Norm ausschöpfen und mutig voranschreiten. Die kleinräumige Bedarfsplanung der KVSH sollte von allen Beteiligten nicht nur unterstützt, sondern auch zeitnah umgesetzt werden. Die dargestellten veränderten Voraussetzungen rechtfertigen ein Abweichen von der „Sollvorschrift“ des § 101 SGB V. Hier ist ggf. ein Alleingang der KVSH mit Unterstützung der Landesregierung zu fordern.

Eine flächendeckende hausärztliche Versorgung muss für ein Flächenland wie Schleswig-Holstein eine gleichwertige Herausforderung sein, wie die Förderung von Exzellenzclustern an medizinischen Hochschulen.

Mit freundliche Grüßen



Jörg Bülow
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied