



DER AUTOR

Dr. Gerd Landsberg

ist 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 11.000
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

Ärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen

- Kommunale Konzepte entwickeln
- Telemedizin etablieren

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Die Menschen bewerten in der Regel ihr Vertrauensverhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten als gut. Aber die Ärzte sind in unserem Land ungleich verteilt. In manchen Regionen Deutschlands gibt es eine Überversorgung, in einem Drittel der Planungsbereiche aber mittlerweile eine Unterversorgung, insbesondere mit Hausärzten. Betroffen sind vor allem strukturschwache ländliche Gebiete, aber auch Stadtteile größerer Städte mit einer schwierigen Sozialstruktur.

Die bislang getroffenen Maßnahmen sind nicht ausreichend, die bestehende und in weiteren Regionen drohende Unterversorgung zu verhindern. Die Menschen in Deutschland haben einen Anspruch auf ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot medizinischer Leistungen, die bestmöglich zugänglich und erreichbar sind.

Gerade unter dem Gesichtspunkt einer stetig steigenden Lebenserwartung wird in Zukunft die Notwendigkeit einer flächendeckenden Grundversorgung noch bedeutender werden. Um diese sicherzustellen gibt

es keinen Königsweg. Notwendig sind Aktionspläne unter Berücksichtigung der örtlichen Besonderheiten.

Sicherstellungsauftrag erfüllen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind verpflichtet, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie haben dafür zu sorgen, dass die Versorgung gewährleistet ist und genügend Ärzte zu Verfügung stehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in den einzelnen Bundesländern auch bereits unterschiedliche Maßnahmen zur gleichmäßigen Versorgung ergriffen. Hierzu gehören z. B. die Förderung von Praxiseröffnungen in unterversorgten Gebieten oder die Vergabe von Stipendien an Studenten, die sich nach dem Studium in unterversorgten Gebieten niederlassen.

Die Maßnahmen reichen aber nicht aus. Vielmehr müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Finanzmittel von den Überversorgten in die unterversorgten Gebiete zur Ansiedlung von Ärzten umleiten. Wo die Überversorgung besonders hoch ist, sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, frei werdende Praxen aufzukaufen und zu schließen.


DSTGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Rechtsanspruch schaffen: Jeder eigenständigen Gemeinde eine Ärztin / einen Arzt

Ziel muss es sein, auch zukünftig in jeder eigenständigen Gemeinde eine hausärztliche Versorgung gewährleisten zu können. Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, dies sicherzustellen. Soweit dies nicht erfüllt wird, sollte der Gesetzgeber einen entsprechenden Rechtsanspruch zugunsten der Kommunen einführen. Dies könnte unter anderem über kleinräumige, auf einzelne Städte und Gemeinden festgelegte Planungsbereiche erreicht werden, was aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (im SGB V und im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie) bereits möglich und gewollt ist. Die gesundheitliche Versorgung ist wie die Kinderbetreuung eine unverzichtbare Aufgabe der Daseinsvorsorge, die gewährleistet werden muss.

Versorgungsstrukturgesetz weiter umsetzen

Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber eine Reihe von Maßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung ergriffen. Dazu gehören die Abschaffung der Residenzpflicht für Ärztinnen und Ärzte, wonach diese bislang auch im Ort ihrer Praxis wohnen mussten, ebenso wie die einfachere Zulassung von Zweitpraxen. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren

können Ärzte anstellen, wenn für die Fachrichtungen keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, also in unterversorgten Gebieten.

Hier können auch Teilzeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeboten werden.

Darüber hinaus sollten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen von der Möglichkeit Gebrauch machen, in unterversorgten Gebieten eigene Praxen zu betreiben.

Kommunale Aktionspläne

Kommunen sollten bei der Ärzterwerbung ein ähnliches Standortmarketing betreiben wie bei der Ansiedlung von Betrieben und Unternehmen. Dazu gehört, einen frühzeitigen Aktionsplan bei drohender Schließung einer Arztpraxis mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu entwerfen. Dazu zählt auch eine enge Kooperation mit den umliegenden Kommunen und dem Landkreis. Als Maßnahmen kommen in Betracht: Stipendien für Studenten mit späterer Niederlassungsverpflichtung, Förderung von medizinischen Praktika im Ort, Ankauf von geeigneten Immobilien für eine Praxis, Darlehen für den Betrieb, Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche für Familienangehörige der Ärztin oder des Arztes, Hilfe bei der Kinderbetreuung, Ermöglichung von Teilzeitarbeit, Kooperation mit Vereinen und Kirchen zur schnellen Verankerung des neuen Arztes in der Gemeinde.

Mobilitätskonzepte weiterentwickeln

Die Erreichbarkeit der Ärzte spielt gerade bei einer älter werdenden Gesellschaft eine immer größere Rolle. Notwendig ist es, Mobilität und Erreichbarkeit in die Versorgungsplanung mit einzubeziehen. Die Fahrpläne des ÖPNV sollten auch auf die Sprechzeiten der Arztpraxis abgestimmt werden. Darüber hinaus sind Mobilitätskonzepte zu entwickeln, die insbesondere auch gehbehinderten Patienten die Möglichkeit bieten, die Ärzte aufzusuchen. Beispiele sind Bürgerbusse, Landarzt- oder Ruf-taxen.

Stellenwert der Allgemeinmedizin erhöhen

In der universitären Ausbildung muss die Allgemeinmedizin einen höheren Stellenwert erhalten. Es müssen zukünftig mehr Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner für die hausärztliche Versorgung ausgebildet werden. In Deutschland gibt es 38 medizinische Fakultäten, aber nur 22 Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Dies führt auch dazu, dass in Deutschland zu wenige Hausärzte ausgebildet werden. Bei der Ausbildung in den Hochschulen muss künftig der hausärztlichen Basisversorgung ein zentraler Stellenwert eingeräumt werden. Die ärztliche Selbstverwaltung hat die Aufgabe, nicht immer mehr auf mehr Spezialistentum zu setzen. Während des Studiums sollten die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte ein



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Praktikum in einer Hausarztpraxis absolvieren müssen.

Auch bei der Honorierung dürfen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nicht schlechter gestellt werden als andere Fachärzte.

Substitution und Delegation – Berufsbild der Arztassistentin / des Arztassistenten einführen

Wenn Ärztinnen und Ärzte eine zunehmend knappe Ressource werden, müssen weiterhin Modelle gefördert werden, wie man die vorhandenen medizinischen Kapazitäten optimaler nutzen kann.

Ein Schritt ist, die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen weiter zu fördern. Unter den Kürzeln „AGNES“, „VERA“, „MVA“ oder „EVA“ gibt es in einzelnen Regionen verschiedene Ausprägungen dieser Delegationsmodelle. Gemeindefrauen besuchen die Patientinnen und Patienten in der Regel zu Hause.

Denkbar wäre auch, dass diese in einer verwaisten ländlichen Arztpraxis einen stationären Anlaufpunkt für Patienten bekommen, indem sie selbst kleinere Krankheiten nach entsprechender Aus- und Fortbildung behandeln können. Bei komplizierteren Fällen können sie dann Ärzte hinzuziehen, die dann qualifiziert entscheiden, ob der Patient vor Ort versorgt werden kann oder in eine Fachpraxis oder Klinik überwiesen wird.

Auch sollte überlegt werden, ob ein neues Berufsbild des Arztassistenten oder der Arztassistentin eingeführt wird. Dies würde sich bei der ärztlichen Versorgung entlastend auswirken, ohne dass die Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird.

Telemedizin etablieren

Die Möglichkeiten der Telemedizin müssen weiter ausgebaut werden. Es müssen die noch bestehenden Vorbehalte über die Fernbehandlung ausgeräumt werden. Viele europäische und außereuropäische Länder sind in Sachen Delegation und Telemedizin bereits deutlich weiter als Deutschland. Dort hat man erkannt, dass zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ein abgestuftes Versorgungssystem notwendig ist. Beispiele sind „rollende Arztpraxen“ in einem mit Medizintechnik ausgestatteten Fahrzeug, die mit Hausarzt- und Facharztpraxen vernetzt sind.

Die Telemedizin hat allerdings nur dann eine Chance, wenn die Leistungen angemessen vergütet und Bestandteil der Regelversorgung werden. Das Versorgungsgesetz sieht vor, dass eine Einigung darüber erzielt werden soll, welche telemedizinischen Leistungen in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Dieser Ansatz muss zügig umgesetzt werden. Auch die Berufsordnung der Ärzte ist dahingehend zu novellie-

ren, dass Online-Diagnosen zugelassen werden.

Der Gesetzgeber sollte unverzüglich die notwendigen Rahmenbedingungen der Telemedizin normieren und das E-Health-Gesetz noch 2014 auf den Weg bringen. Danach müssen Software-Standards und Schnittstellen in Krankenhäusern und bei Ärzten vereinheitlicht werden, damit Untersuchungsunterlagen einfacher elektronisch übermittelt werden können. Auch der Arztbrief soll für die anschließende Versorgung häufiger elektronisch übermittelt und der Weg zu einem digitalen Medikationsplan erleichtert werden.

Voraussetzung ist allerdings auch, dass der Breitbandausbau in Deutschland weiter vorangetrieben und ein flächendeckendes Hochleistungsgeschwindigkeitsnetz etabliert wird.

Krankenhäuser einbeziehen, Ärztzentren fördern

Mit jährlich rund 20 Millionen ambulanten Behandlungsfällen leisten die Krankenhäuser schon heute einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Die ambulante Notfallversorgung wäre ohne die Krankenhäuser selbst in den Ballungsgebieten kaum noch zu gewährleisten.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich kommt gerade den ländlichen Krankenhäusern eine



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu.

Diese Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen entsprechen-

den Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken.

Gerade in ländlichen Regionen sind Gemeinschaftspraxen, Ärztehäusern oder lokale Gesundheitszentren dahingehend weiterzuentwickeln, dass Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte gemeinsam Leistungen anbieten. Dort könnten z. B. auch angestellte Ärztinnen und

Ärzte aus der Stadt tageweise arbeiten. Die Gesundheitszentren könnten mit den Kliniken und Pflegeeinrichtungen gerade für die älter werdende Gesellschaft integrierte Versorgungskonzepte anbieten. Notwendig sind allerdings neue gemeinsame Finanzierungswege durch Krankenkassen, Pflegekassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie weitere Institutionen im Gesundheitswesen.

Berlin, 09. Oktober 2014