



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

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

- **Sektorenübergreifende Versorgung stärken**
- **Telemedizin nutzen**

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Laut Bundesärztekammer gab es Ende 2018 knapp 392.500 berufstätige Ärztinnen und Ärzte, 2 Prozent mehr als im Vorjahr. Rechnerisch kommt eine Ärztin oder ein Arzt auf 211 Bürger, 1990 waren es noch 355. Mehr Mediziner führen aber nicht automatisch zu mehr Arbeitsleistungen. Im niedergelassenen Bereich nimmt die Zahl der Praxen ab. Von 2007 bis 2017 ist jede siebte Praxis geschlossen worden. Auch sind die Mediziner in unserem Land ungleich verteilt. Die Folge ist ein Nebeneinander von über- und unterversorgten Regionen. Betroffen sind vor allem strukturschwache ländliche Gebiete, aber auch Stadtteile größerer Städte mit einer schwierigen Sozialstruktur. Dies ist mit dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse nicht vereinbar.

Oberstes Ziel im ambulanten ebenso wie im stationären medizinischen Bereich muss die Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung sein, ausgerichtet am Bedarf vor Ort. Dies bezieht sich im Bereich der Fachkräfte nicht allein auf Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf andere Berufsgruppen, die zur Sicherung

der medizinischen und pflegerischen Versorgung notwendig 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, also dafür zu sorgen, dass genügend Ärztinnen und Ärzte mit der durch die Kassen zur Verfügung gestellten Vergütung vorhanden sind. 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.



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Ohne zusätzliche Maßnahmen wird sich das Niederlassungsverhalten weiter zu Lasten der strukturschwachen Gebiete verschieben. So könnten die Niederlassungszuschüsse durch Kassenärztliche Vereinigungen und Länder erhöht werden. Eine weitere Möglichkeit wäre, wie in einzelnen KV-Regionen in Mecklenburg-Vorpommern schon praktiziert, in unterversorgten Gebieten neben der Honorarverteilung auch die Mengenbegrenzung zumindest befristet aufzuheben.

Versorgungsstrukturgesetz weiter umsetzen, Sicherstellung weiter deregulieren

Seit 2012 hat der Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ergriffen:

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 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 Ärztinnen und 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 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen von der Möglichkeit Gebrauch machen, in unterversorgten Gebieten eigene Praxen zu betreiben.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 sieht weitere Schritte vor: Kassenärztliche Vereinigungen können einen sog. Strukturfond zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung einrichten. Die Gründungsmöglichkeiten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurden weiterentwickelt. Kommunen insbesondere in strukturschwachen Regionen können die Gründung eines MVZ aktiv mitgestalten oder auch selbst gründen. Mit dem Innovationsfond können zukunftsweisende Versorgungsformen gefördert werden. Ziel ist es, die Regelversorgung durch eine bessere Verzahnung der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser sowie die verstärkte Zusammenarbeit unterschiedlicher Facharzttrichtungen und Berufsgruppen weiter zu entwickeln.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz von 2019 normiert einen für die KVen künftig obligatorisch Strukturfonds zur Sicherung der Versorgung vor allem in ländlichen Gebieten. Die KV kann Eigenrichtungen betreiben oder telemedizinische Angebote aufbauen, um die Versorgung sicherzustellen. Bei festgestellter Unterversorgung muss die KV innerhalb von 12 Monaten eine Eigeneinrichtung betreiben oder telemedizinische Angebote aufbauen. Auch bei der Organisation von Medizinischen

Versorgungszentren (MVZ) gibt es Veränderungen. So dürfen anerkannte Praxisnetze künftig MVZ gründen und zwar unabhängig von drohender oder festgestellter Unterversorgung.

Die Bundesländer haben eigene Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten ergriffen, z. B. in Form von Niederlassungszuschüssen. Die Länder sollten auch Genossenschaftliche Hausarztmodelle unterstützen.

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. Dies kann und sollte in enger Kooperation mit den umliegenden Kommunen und dem Landkreis erfolgen. 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. Ärztinnen und Ärzte werden sich nur dann in einer Gemeinde ansiedeln, wenn diese ein attraktiver Lebensort ist.



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Eine schleichende Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Kommunen wird abgelehnt.

In diesem Rahmen sollten die Kommunen überlegen, inwieweit sie durch eigene Maßnahmen Ärztinnen und Ärzte entlasten können, z. B. durch Mehrgenerationenhäuser, Teilhaberräume für ältere Menschen zu schaffen. In ländlichen Räumen suchen ältere Menschen zum Teil Praxen nur deshalb auf, da keine anderen Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Mobilitätskonzepte weiterentwickeln

Die Erreichbarkeit der Praxen 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 Praxen aufzusuchen. Beispiele sind Bürgerbusse, Landarzt- oder Ruftaxen.

Landarztquote

Der Masterplan Medizinstudium 2020 ermöglicht den Ländern die Einführung einer sogenannten Landarztquote. Die Länder können danach bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Ab-

schluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. durch Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Einige Bundesländer haben bereits von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Notwendig wären darüber hinaus die Stärkung und der Ausbau der Institute für Allgemeinmedizin.

Möglichkeiten zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten verbessern

Die Anwerbung ausländischer Ärztinnen und Ärzte oder auch die Vergabe von Stipendien an Studenten, die sich nach dem Studium in unterversorgten Regionen als Hausarzt niederlassen, sind bislang wenig erfolgreich. Das Anerkennungsverfahren für ausländische Mediziner sind zu kompliziert und dauern zu lange. Dies muss unbedingt vereinfacht werden, um tatsächlich Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland gewinnen zu können.

Sektorengrenzen überwinden

Die Versorgung der Bevölkerung kann zukünftig nur sichergestellt werden, wenn die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wie Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser gelingt. Eine Bund-Länder Arbeitsgruppe soll bis 2020 Vorschläge für die Entwicklung einer solchen sektorenübergreifenden Versorgung erarbeiten. Wünschenswert wäre, wenn die Pla-

nung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung zukünftig regional und durch die Selbstverwaltungspartner unter Einbeziehung der Kommunen gemeinsam gelöst werden könnte.

Krankenhäuser einbeziehen und bessere Verzahnung mit der Pflege

Die Krankenhäuser leisten 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 besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Grund- und Regelversorgungs-krankenhäuser 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 entsprechenden Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken.

Statt der Schließung von Krankenhäusern können diese in ambulanten stationären Zentren umgewandelt werden. In Brandenburg ist mit Mitteln des Innovationfonds ein Krankenhaus entsprechend umgebaut worden: Das Konzept setzt auf eine enge Vernetzung von Haus- und



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Fachärzten, Krankenhaus, Apotheken, Therapeuten und Pflegediensten. Der Neubau umfasst neben einer modernen Bereitschaftspraxis Untersuchungs- und Behandlungsräume für verschiedene Fachdisziplinen. Die medizinisch notwendigen Versorgungen sollen auf sich ändernde Bedarfe ausgerichtet und aus einer Hand ambulant und stationär erbracht werden. Termine, Therapien oder Notfallmaßnahmen werden von zentraler Stelle koordiniert.

Gesundheitszentren etablieren

Gerade in ländlichen Regionen sind Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser oder lokale Gesundheitszentren dahingehend weiterzuentwickeln, dass Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte gemeinsam Leistungen anbieten. Der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten bereits 2014 entsprechende Gesundheitszentren in ländlichen Regionen gefordert. Dort könnten z. B. auch angestellte Ärztinnen und Ärzte aus der Stadt tageweise arbeiten. Die Gesundheitszentren könnten mit den Kliniken und Pflegeeinrichtungen für die älter werdende Gesellschaft integrierte Versorgungskonzepte anbieten. Notwendig sind allerdings neue gemeinsame Finanzierungswege durch Krankenkassen, Pflegekassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie weitere Institutionen im Gesundheitswesen.

Pflege einbeziehen

Die medizinische Versorgung muss gemeinsam mit der Pflege und Altenhilfe sozialräumlich ausgerichtet und besser abgestimmt werden. Die setzt voraus, dass bestehende Grenzen in den einschlägigen Sozialgesetzbüchern überwunden und die Verantwortung der Kommunen bei der Steuerung gestärkt werden.

Substitution und Delegation – Berufsbild der Arztassistentin / des Arztassistenten einführen

Wenn Ärztinnen und Ärzte eine zunehmend knappe Ressource werden, müssen Modelle gefördert werden, mit denen die vorhandenen medizinischen Kapazitäten optimaler genutzt werden können. So ist die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen weiter zu fördern. Unter den Kürzeln VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), MoNi (Medizinische Fachangestellte im Modell „Niedersachsen“), MoPra (Mobile Praxisassistentin), AGnEs (Arztentlastende gemeindenahe E-Health gestützte systemische Intervention) gibt es in einzelnen Regionen verschiedene Ausprägungen dieser Delegationsmodelle.

Denkbar wäre auch, dass die entsprechend ausgebildeten Kräfte 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 Haus- oder Fachärzte hinzuziehen, die 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. KBV und Bundesärztekammer unterstützen aktiv das Berufsbild des Physician Assistants, der solche Aufgaben übernehmen könnte.

Das BMG sollte die erforderlichen Schritte zur Ausgestaltung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 SGB V auf den Weg bringen, insbesondere die Anforderungen an diese Modellvorhaben so regeln, dass sie kurzfristig realisiert werden können.

Telemedizin etablieren, Chancen der Digitalisierung nutzen

Zur Unterstützung der fachärztlichen Versorgung rücken auch telemedizinische Ansätze immer mehr ins Blickfeld. Sie stellen eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum dar. Durch die vermehrte Nutzung von Telemedizin kann die präklinische gesundheitliche Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten mit langen Fahrtwegen grundsätzlich optimiert und die Versorgungsqualität bei der Erstversorgung der Patienten verbessert werden.

Damit Telemedizin tatsächlich vermehrt als Unterstützung eingesetzt


DSTGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

werden kann, muss die Nutzung verstärkt ermöglicht werden. Dies bezieht sich zum einen auf die Technik und Fragen des Breitbandausbaus, zum anderen auch auf die berufsrechtliche Grundlagen. Die elektronische Patientenakte muss schnellst möglichst eingeführt werden. Voraussetzung ist zwingend, dass der Breitbandausbau in Deutschland weiter vorangetrieben und ein flächendeckendes Hochleistungsgeschwindigkeitsnetz etabliert wird.

Es müssen die noch bestehenden Vorbehalte über die Fernbehandlung ausgeräumt werden. In der Schweiz können Patienten per Telefon beraten werden. Die Mehrheit der Patienten kann durch Befragung und durch Blick auf Fotos behandelt werden. Der Rest wird an Praxen und Krankenhäuser verwiesen. In Baden-Württemberg soll es zumindest Modellversuche geben.

Die Telemedizin hat allerdings nur dann eine Chance, wenn die Leistungen angemessen vergütet und Bestandteil der Regelversorgung werden. Das Versorgungsstrukturgesetz 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 können die KVen entsprechende Angebote fördern und sind nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hierzu auch bei einer Unterversorgung verpflichtet. Ein Beispiel ist der „Medibus“ in Nordhessen, der im Auftrag der KV Hessen fünf Gemeinden bedient. Der von der DB Regio vermietete

Bus bietet eine moderne Arztpraxis und den Einsatz von Telemedizin, um einen Fachkollegen per Videokonferenz zu Rate zu ziehen. Diese Medibusse könnten ein Beispiel für andere unterversorgte Regionen sein. Die KVen sind aufgerufen, derartige Modelle zu fördern.

Das Land NRW plant ein virtuelles Krankenhaus, in dem Patienten über Telemedizin behandelt werden können. Es soll keinen persönlichen Arztbesuch ersetzen, sondern eine Ergänzung bieten. Wenn beispielsweise in einer Praxis eine spezielle Expertise fehlt, können Hausärzte das virtuelle Krankenhaus kontaktieren. Gleichzeitig soll es aber auch ermöglichen, dass Patienten aus Regionen mit fehlenden Krankenhäusern und Fachärzten ebenfalls per Telemedizin von dem virtuellen Krankenhaus behandelt werden.

Notärztliche Versorgung

Immer mehr Menschen suchen die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Notambulanzen auf. Die Gründe sind vielschichtig: die Patienten glauben, in den Notaufnahmen schneller behandelt zu werden, die Öffnungszeiten der Praxen stehen mit dem Lebens- und Arbeitsrhythmus der Patienten nicht in Einklang, die Notambulanzen haben am Wochenende und Abend geöffnet, chronisch Kranke versprechen sich dort eine bessere Versorgung und Zuwanderer aus dem Ausland kennen die Struktur der niedergelassenen Ärzte nicht. Der Bundesgesundheitsminister strebt eine Reform der Notfallver-

sorgung mit dem Ziel an, die ambulante, stationäre und rettungsdienstliche Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung zusammenzuführen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser sollen künftig gemeinsam an ausgewählten Kliniken „Integrierte Notfallzentren“ betreiben, die als erste Anlaufstelle für Notfallpatienten dienen. Sie sollen jederzeit zugänglich sein und entscheiden, ob die Patienten an den Rettungsdienst, in die Krankenhausambulanz, die Bereitschaftsdienstpraxis oder eine Arztpraxis weitergeleitet werden. Der Gedanke, die Strukturen der Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen an den Krankenhäusern räumlich anzugliedern, ist grundsätzlich richtig. Hierbei sollen kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung weiterhin Aufgaben der Notfallversorgung übernehmen dürfen. Abzulehnen sind Vorstellungen, die Bereitschaftsdienste mit den Rettungsleitstellen zusammenzuführen. Die kommunalen Rettungsdienste haben sich bewährt und funktionieren. Vielmehr ist der ärztliche Bereitschaftsdienst der Krankenkassen vielerorts nicht ausreichend ausgestattet. Notwendig wäre es, die Patienten von vornherein an die richtige Stelle zu leiten. Darüber hinaus müssen die „Portal- oder Bereitschaftspraxen“, also Behandlungsräume, die die KVen unmittelbar am Krankenhaus unterhalten und finanzieren, ausgebaut werden. Auch muss das Luftrettungssystem weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Berlin, 02.12.2019