



Osterburger Erklärung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

verabschiedet im Rahmen der Klausurtagung des Präsidiums des Städte- und Gemeindebundes Sachsen-Anhalt am 16./17.04.2018 in der Hansestadt Osterburg (Altmark)

Seit Jahren wächst die Unterversorgung mit Haus- und Fachärzten in strukturschwachen ländlichen Regionen. Dies stellt mittlerweile ein akutes Problem für die Lebensqualität der Bevölkerung dar. Eine ortsnahe medizinische Versorgung ist ein entscheidender Standortfaktor für die Gemeinden. Ohne eine ortsnahe Gesundheitsversorgung verlieren Städte und Gemeinden an Attraktivität. Die Bürgermeister in den ländlichen Regionen haben deshalb ein gesteigertes Interesse, den Mangelzustand in der ärztlichen Versorgung zu beseitigen.

Auch unter dem Gesichtspunkt einer stetig steigenden Lebenserwartung – und damit einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung – wird die Notwendigkeit einer flächendeckenden ärztlichen Grundversorgung noch bedeutender.

Der Gesetzgeber hat die ambulante ärztliche Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen (§ 75 Abs. 1 SGB V). Der Sicherstellungsauftrag liegt nicht in der Verantwortung der Städte, Gemeinden und Verbandsgemeinden, auch wenn diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten dazu beitragen, ein für Haus- und Fachärzte ansiedlungsfreundliches Klima zu schaffen. Kooperationsvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und Gemeinden sind in Sachsen-Anhalt bereits abgeschlossen worden. Häufig stößt das kommunale Engagement aber an die Grenzen eigener finanzieller Möglichkeiten der Gemeinden.

Der Deutsche Städte- und Gemeindebund hat sich in dem Positionspapier „Ärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen“ vom 25.07.2017 bereits intensiv mit möglichen Maßnahmen zur ärztlichen Versorgung befasst. Daran anknüpfend werden in den nachfolgenden Punkten Möglichkeiten gesehen, um einer Verschärfung der ärztlichen Unterversorgung in den ländlichen Gebieten entgegenzuwirken:

1. Sicherstellungsauftrag erfüllen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Als Maßnahmen zur gleichmäßigen und ausreichenden Versorgung kommen z. B. in Betracht die Förderung von Praxiseröffnungen in unterversorgten Gebieten oder die Vergabe von Stipendien an Studenten, die sich nach dem Studium in unterversorgten Gebieten niederlassen.

Niederlassungszuschüsse für neue Praxen oder Anstellungen im ländlichen Raum (Förderung in Form eines Investitionskostenzuschusses in Höhe von max. 60.000 Euro) könnten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Länder erhöht werden.

2. *Örtlichen Rechtsanspruch schaffen: Kleinräumige Versorgungsplanung*

Für die hausärztliche Versorgung auf lokaler Ebene ist eine kleinräumige Bedarfsplanung zu schaffen, die die örtlichen Strukturen beachtet. Dabei darf nicht alleine die Einwohnerzahl maßgebender Faktor für die Zulassung von Ärzten sein, sondern die regionalen Gegebenheiten – Entfernungen und Altersstruktur der Patienten – müssen ebenso berücksichtigt werden.

3. *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, die bis dato im Ort ihrer Praxis wohnen mussten, ebenso wie die einfachere Zulassung von Zweitpraxen. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren können Ärzte anstellen, wenn für die Fachrichtungen das Zulassungsverfahren für Ärzte nicht gesperrt ist. Auch Teilzeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können angeboten werden.

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

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Ende Juli 2015 in Kraft getreten ist, sieht weitere Schritte zur flächendeckenden Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vor: Kassenärztliche Vereinigungen können insbesondere einen sog. Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung einrichten.

Die Gründungsmöglichkeiten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden weiterentwickelt, sodass arztgruppengleiche MVZ möglich sind oder Kommunen insbesondere in strukturschwachen Regionen die Gründung eines MVZ aktiv mitgestalten oder auch selbst gründen können. In Anbetracht der finanziellen Lage vieler Städte und Gemeinden, die sich in einer Haushaltskonsolidierung befinden, sind die Möglichkeiten eingeschränkt.

Zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages sollten durch eine weitere Deregulierung den Kassenärztlichen Vereinigungen größte Handlungsspielräume eröffnet werden, um flexible regionale Lösungen zu ermöglichen.

4. *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. Während des Studiums sollten die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte Praktiken in Hausarztpraxen absolvieren müssen.

Der Masterplan Medizinstudium 2020 greift Teile dieser Forderungen auf. Als Anreiz für eine Niederlassung in strukturschwachen Räumen wird den Ländern die Einführung einer sogenannten Landarztquote ermöglicht. Die Länder können danach bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss 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.

Zur Umsetzung dieser Forderung ist es erforderlich, die Zahl der Studienplätze insgesamt zu erhöhen. Andernfalls nehmen die Versorgungsdefizite bei der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu und die Anwerbung ärztlichen Nachwuchses für die Kliniken, aber auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst werden zusätzlich erschwert.

Zudem sollen Studierende besser über die Möglichkeiten informiert werden, ganze Ausbildungsabschnitte im ländlichen Raum abzuleisten und über die finanzielle Förderung dafür. Dies ergänzt die Maßnahmen, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz bereits auf den Weg gebracht wurden, wie zum Beispiel gezielte finanzielle Anreize, die Kassenärztliche Vereinigungen über Strukturfonds zur Niederlassung im ländlichen Raum setzen können.

Auch bei der Honorierung sollten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nicht schlechter gestellt werden als Fachärzte. Das Verhältnis von Großgerätemedizin und ärztlicher Fürsorge um den Patienten muss neu justiert werden. Labor- und medizinische Dienstleistungen müssen in ihrer dienenden Funktion in eine Relation zur Leistung der Ärztinnen und Ärzte gesetzt werden.

5. *Berufsbild der Arztassistentin/ des Arztassistenten einführen*

Bei zunehmend knapperen Ressourcen müssen für Ärztinnen und Ärzte Modelle gefördert werden, die die vorhandenen medizinischen Kapazitäten optimal nutzen.

Ein Schritt dazu kann sein, 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. Dabei können sie dann Ärzte hinzuziehen, die qualifiziert entscheiden, ob der Patient vor Ort versorgt werden kann oder in eine Fachpraxis oder Klinik überwiesen wird. Um die ärztliche Versorgung zu entlasten, sollte hierfür ein neues Berufsbild des Arztassistenten oder der Arztassistentin eingeführt werden.

Die Städte und Gemeinden ihrerseits sollten überlegen, inwieweit sie durch eigene Maßnahmen Ärzte entlasten können, z. B. durch Mehrgenerationenhäuser, Teilhaberäume für ältere Menschen. Das wirkt der Gefahr entgegen, dass ältere Menschen Ärzte nur deshalb aufsuchen, weil sie keine anderen Ansprechpartner mehr zur Verfügung haben.

6. *Telemedizin etablieren*

Wir verkennen nicht, dass es eine menschliche Komponente bei der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen gibt. Gleichwohl sollten die Möglichkeiten der Telemedizin weiter ausgebaut werden. In vielen europäischen und außereuropäischen Länder hat man

bereits 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.

Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) enthält einen konkreten Fahrplan für die Einführung der digitalen Infrastruktur mit höchsten Sicherheitsstandards im Gesundheitswesen und nutzbringender Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte. Bis Ende 2018 sollen Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein.

Entscheidend wird es darauf ankommen, die Software, Standards und Schnittstellen in Krankenhäusern und bei Ärzten zu vereinheitlichen. Die Digitalisierung bietet Ansätze, Versorgungsprozesse zu modernisieren und zu vernetzen. Dies kann zu einer Entlastung der Ärzte von bürokratischem Aufwand führen und mehr Zeit für Patienten ermöglichen. Voraussetzung dafür ist aber auch, dass der Breitbandausbau in Sachsen-Anhalt weiter vorangetrieben wird und eine ausreichende Telekommunikationsstruktur im ländlichen Raum vorhanden ist.

7. *Krankenhäuser einbeziehen*

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich kommt gerade den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu. Diese Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Dabei ist auch denkbar, den ärztlichen Notdienst der Krankenhäuser mit Hausarztpraxen zu vernetzen.

8. *Ärztezentren fördern*

Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser oder lokale Gesundheitszentren sind weiterzuentwickeln. Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte müssen dort gemeinsam ihre Leistungen anbieten können. Gesundheitszentren können mit den Kliniken und Pflegeeinrichtungen gerade für die älter werdende Gesellschaft integrierte Versorgungskonzepte anbieten. Notwendig sind dafür neue gemeinsame Finanzierungswege durch Krankenkassen, Pflegekassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie weitere Institutionen im Gesundheitswesen.

9. *Kommunale Aktionspläne erstellen*

Kommunen sollten bei der Ärzterwerbung ein ähnliches Standortmarketing betreiben, wie bei der Ansiedlung von Betrieben und Unternehmen. Unabhängig von der Finanzkraft sollten die Städte und Gemeinden frühzeitig mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Kontakt aufnehmen und gemeinsam nach geeigneten Maßnahmen suchen und die Planungen abstimmen.

10. 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 Grundversorgung des ÖPNV muss sicherstellen, dass auch im ländlichen Raum Arztpraxen mit vertretbarem zeitlichen Aufwand zu erreichen sind. Bürgerbusse oder Ruftaxen stellen Möglichkeiten dar, die Mobilität der älteren Patienten sicherzustellen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür sind weiter zu entwickeln und die notwendigen finanziellen Grundlagen sollten im Rahmen der ÖPNV-Finanzierung geschaffen werden.

Osterburg, 16.04.2018