DEUTSCHER LANDKREISTAG

Ambulante Versorgung sicherstellen

Rolle der Landkreise bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen medizinischen Struktur vor Ort

Unsere Positionen auf einen Blick:

1. **Die Landkreise müssen bei der medizinischen Versorgung aktiv mitbestimmen und mitgestalten.**

2. **Ambulante und stationäre Versorgung müssen gemeinsam geplant werden.**

3. **Die Versorgungsplanung muss kleinräumig angelegt und verlässlich umgesetzt werden.**

4. **Medizinstudienplätze müssen um 20 % erhöht, eine verbindliche Landarztquote eingeführt und Weiterbildungsermächtigungen vermehrt in ländlichen Räumen erteilt werden.**

5. **Funktionierende (kommunale) Maßnahmen müssen vorangetrieben und verstetigt werden.**

Die Landkreise tragen Verantwortung für die übergemeindliche kommunale Daseinsvorsorge und in diesem Rahmen auch in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung: Sie nehmen den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung wahr und sind Träger von Krankenhäusern, dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie des Rettungsdienstes in zwölf Flächenländern. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung liegt jedoch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Dies umfasst sowohl die Versorgungsplanung als auch die tatsächliche Sicherstellung der Versorgung mit Haus- und Fachärzten. Nichtsdestotrotz wendet sich die Bevölkerung mit Sorgen und Bedenken im Bereich der medizinischen Versorgung häufig an ihre Landräte, die Mitglieder der Kreistage und die Gesundheitsämter. Der Haus- und Fachärztemangel ist dabei ein immer wiederkehrendes Thema. Daneben rückt auch der Umstand, dass die KVen bzw. niederlassungsbereite Ärzte zunehmend Unterstützung der kommunalen Gebietskörperschaften erwarten, das Themenfeld der ambulanten Gesundheitsversorgung verstärkt in den Blickpunkt der Landkreise.

1. Kompetenzen der Landkreise nutzen: Medizinische Versorgung aktiv mitbestimmen und mitgestalten

Die Landkreise besitzen aufgrund ihrer vielfältigen Aufgaben im Gesundheitsbereich vielseitige Kompetenzen, Erfahrungen und Kenntnisse und weisen eine hohe Expertise bei Themen der gesundheitlichen Versorgung auf. Zudem pflegen sie den direkten Kontakt zur Bevölkerung, sie kennen deren Bedürfnisse, den Bedarf vor Ort und die herrschenden Rahmenbedingungen. Aufgrund dessen könnten sie eine große Unterstützung bei der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung sein. Dies ist allerdings nur möglich, wenn sie die Versorgungsplanung und deren Umsetzung aktiv mitbestimmen und mitgestalten. Hierfür müssen die Landkreise als vollwertige Mitglieder, das heißt mit Stimmrechten, im jeweiligen Zulassungsausschuss vertreten sein. Die Mitbestimmung und Mitgestaltung durch die Landkreise als Vertreter der kommunalen Daseinsvorsorge schafft Transparenz und gewährleistet eine Ausrichtung der Versorgung am tatsächlichen Bedarf. Langfristig sind die medizinischen Strukturen vor Ort allerdings nur zukunftsfähig, wenn die ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam geplant werden. Die Mitarbeit der Landkreise in den Zulassungsausschüssen kann deswegen nur als ein Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Planung verstanden werden.

2. Ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam planen: Medizinische Versorgung der Bevölkerung sichern

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 Ärzte, sondern auch auf andere medizinische Berufsgruppen, die zur Sicherung der medizinischen Versorgung notwendig sind. Dabei macht sich beispielsweise bei Pflegekräften ein immer stärkerer Mangel bemerkbar, dem zur Sicherung der medizinischen Versorgung entgegengewirkt werden muss.

Die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, kann aber nur gelingen, wenn die verschiedenen relevanten Akteure, wie die KVen, Landkreise, kreisangehörigen Städte und Gemeinden, Krankenhäuser mit ihren Notfallambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), niedergelassene Haus- und Fachärzte und nicht zuletzt die Krankenkassen gemeinsam hieran arbeiten. Dabei sollten auch Sektorengrenzen, die für die Bevölkerung zumeist wenig Bedeutung haben, überwunden und die ambulante und stationäre Versorgungsplanung zusammengedacht werden. Dazu sollte in Bezug auf die Planung zunächst eine Abstimmung zwischen den verantwortlichen Akteuren der verschiedenen Sektoren erfolgen. Perspektivisches Ziel ist aber eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung. Die Mitbestimmung und Mitgestaltung durch die Landkreise ist hierbei unabdingbar: Sie haben neben den KVen den Überblick über die medizinische Versorgung in ihrem Gebiet und werfen nicht zuletzt wegen ihrer Erfahrung bei der Leitung kommunaler Gesundheitskonferenzen, ihrer Beteiligung an Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V, die Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben können, und ihrer Funktion als Träger von Krankenhäusern den Blick schon jetzt über die Sektorengrenzen hinaus. Doch das Ziel einer sektorenübergreifenden Planung ist nur ein Schritt auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung: Dafür, dass die Pläne schließlich auch in die Tat umgesetzt werden, müssen alle Beteiligten gemeinsam Sorge tragen.

3. Versorgung am Bedarf ausrichten: Kleinräumig planen und verlässlich umsetzen

Über die Frage, wie hoch der Bedarf an Haus- und allgemeinen Fachärzten in einem bestimmten Gebiet ist, muss gesellschaftlich und politisch neu diskutiert werden. Gegenstand dieser Diskussion muss neben der vorherrschenden Bevölkerungsstruktur und den Bedürfnissen der Menschen auch die objektive Zumutbarkeit von Fahrtwegen sein. Aufgrund dessen muss eine politische Festlegung erfolgen, wie viele Haus- bzw. allgemeine Fachärzte in einem bestimmten Gebiet vorhanden sein müssen, um den Bedarf zu decken. Die bisher verwendeten Zulassungszahlen der KVen bilden nicht mehr den tatsächlichen Bedarf ab und müssen dementsprechend angepasst werden. Hierbei ist unbedingt auch auf die Einheitlichkeit der Zahlen in den Städten und in ländlichen Räumen zu achten. Insbesondere in ländlichen Gebieten steigt durch den demografischen Wandel der Altersdurchschnitt der Bevölkerung, sodass hier der Bedarf an flächendeckender medizinischer Versorgung mindestens genauso hoch ist wie in Städten. Dies muss bei der Festlegung neuer Zulassungszahlen Beachtung finden.

Neben der Anpassung der Zulassungszahlen ist es außerdem notwendig, die Bedarfsplanung für Hausärzte und allgemeine Fachärzte, insbesondere Kinderärzte, kleinräumiger anzulegen als dies bisher der Fall ist. Werden die Bedarfsbereiche zu groß gefasst, besteht die Möglichkeit, dass sich alle Ärzte an einem Ort ansiedeln, sodass viele Menschen im Planungsbereich weiterhin nicht ausreichend versorgt sind bzw. lange Fahrtwege auf sich nehmen müssen, obwohl die Versorgung mit Ärzten der Planung entspricht. Bei Fachärzten, die aufgrund ihrer Spezialisierung weniger häufig konsultiert werden, ist ein etwas größerer Planungsbereich ausreichend. Die Planungsbereiche sollten grundsätzlich so festgelegt werden, dass eine Anpassung an die tatsächlichen Patientenströme auch im Nachhinein möglich ist. Auf dieser Grundlage muss die bisherige räumliche Verteilung von niedergelassenen Ärzten innerhalb eines Landkreises hinterfragt und ggf., etwa im Falle einer anstehenden Neubesetzung, korrigiert werden. Auch bei der Nachbesserung der Planung ist eine Zusammenarbeit mit den Landkreisen unabdingbar, denn sie haben den Überblick über weitere Aspekte, die mit der Erreichbarkeit von Ärzten verknüpft sind.

Es steht außer Frage, dass eine kleinräumige und lebensnahe Bedarfsplanung die essentielle Voraussetzung für eine flächendeckende medizinische Versorgung ist, das Entscheidende ist aber ihre Umsetzung: Eine noch so gute Planung leistet nichts für die Versorgung, wenn sie nicht realisiert wird. Dass Planung und Realität in der ambulanten medizinischen Versorgung häufig auseinander liegen, wird meist mit dem generellen Mangel an Haus- und Fachärzten begründet. Dem muss wirksam entgegengewirkt werden.

4. Aus- und Weiterbildung reformieren: Studienplätze um 20 % erhöhen, verbindliche Landarztquote einführen, Weiterbildungsermächtigungen vermehrt in ländlichen Räumen erteilen

Der generelle Mangel an Haus- und Fachärzten führt zu einer medizinischen Unterversorgung, die in Landkreisen spürbar wird. Ursache dieses Problems ist vornehmlich, dass nicht genügend Ärzte ausgebildet werden. So ist die Anzahl an Ärzten, die an deutschen Universitäten ausgebildet werden, in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen. Dem muss mit Blick auf den bereits jetzt bestehenden und sich noch weiter verschärfenden akuten Ärztemangel schnellstmöglich entgegengewirkt werden. Bund und Länder haben mit der Reform des Medizinstudiums durch den „Masterplan Medizinstudium 2020“ die Möglichkeit hierzu gehabt, diese aber nicht in ausreichendem Maße genutzt. So ist die generelle Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium ein Tropfen auf den heißen Stein,

solange nicht auch die Zahl der Studierenden maßgeblich erhöht wird. Ebenso ist die nun durch den Masterplan eingeführte sogenannte Landarztquote zu bewerten, die für die Länder nicht verpflichtend ist, sondern optional eingeführt werden kann. Um die medizinische Versorgung der Bevölkerung in den Landkreisen, die vom Mangel an Haus- und allgemeinen Fachärzten vermehrt betroffen sind, langfristig sicherzustellen sind aber verbindliche Maßnahmen notwendig: Deswegen müssen die Studierendenzahlen um 20 % aufgestockt und im Sinne einer Landarztquote vergeben werden.

Maßnahmen, um Studierende an den Beruf des Hausarztes heranzuführen, den Beruf des Landarztes bekannter zu machen sowie dessen Vorzüge gegenüber den Studierenden und jungen Ärzten herauszustellen, sollten zusätzlich forciert werden. So sollten Studierende der Humanmedizin frühzeitig mit der ärztlichen Tätigkeit in ländlichen Räumen vertraut gemacht werden, um ihre Bereitschaft zu steigern, später in unterversorgten Regionen tätig zu werden. Es gibt bereits einige erfolgversprechende Projekte, die die Landkreise gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern umsetzen und die auch in anderen Landkreisen angestoßen werden sollten. Zudem ist es wichtig, insbesondere in ländlichen Räumen tätigen Ärzten Weiterbildungsermächtigungen zu erteilen. Denn die Erfahrung zeigt, dass Ärzte sich häufig dort niederlassen, wo sie ihre Weiterbildung zum Facharzt absolviert haben.

5. Funktionierende (kommunale) Maßnahmen vorantreiben und verstetigen

Auch wenn sie rechtlich nicht zuständig sind, sehen sich die Landkreise auch für die ambulante medizinische Versorgung in ihren Gebieten in der politischen Verantwortung. So werden an vielen Stellen von ihnen, häufig in guter Zusammenarbeit mit den kreisangehörigen Städten und Gemeinden, erfolgreich Maßnahmen ergriffen, um als Standort für niedergelassene Ärzte attraktiv zu sein. Diese Anreizsysteme, die insbesondere an den Rahmenbedingungen der Berufsausübung ansetzen, haben sich bisher in mehrfacher Weise bewährt und sollten auch künftig fortgesetzt und vor allem verstetigt werden. Für eine erfolgreiche Anwerbung von Haus- und Fachärzten ist, ebenso wie bei anderen Berufsgruppen, auch die ausreichende Bereitstellung einer adäquaten öffentlichen Infrastruktur notwendig.

Auch die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte meist unterschiedlicher Fachrichtungen und unterschiedlicher Erfahrungsgrade sowie mit anderen Gesundheitsfachberufen hat sich als hilfreiche Maßnahme erwiesen, um Gebiete zu versorgen, für die Mediziner sonst nur schwer gewonnen werden können. Die Kommunen unterstützen diese Vorstöße häufig mit Beratung und Vermittlung geeigneter Gebäude oder in Ausnahmefällen auch als Träger von medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Diese sind für Haus- und Fachärzte in strukturschwachen Räumen meist attraktivere Arbeitsplätze als eigene Praxen, da sie hier als angestellte Ärzte oder Vertragsärzte nicht das unternehmerische Risiko tragen müssen. Darüber hinaus ist auch die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung durch die Einrichtung von Zweigpraxen, die von unterschiedlichen Ärzten bedient werden, ein sinnvolles Konzept. Häufig gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den betroffenen Landkreisen, die die Vorhaben engagiert unterstützen und fördern.

Auch Projekte, in denen Ärzte in ländlichen Räumen durch speziell fortgebildete Medizinische Fachkräfte entlastet werden, haben sich an vielen Stellen bewährt: Die Mitarbeiter übernehmen viele der Hausbesuche und führen vor Ort Tätigkeiten selbständig aus, die Ärzte an sie delegieren können. Da auf diese Weise insbesondere in unterversorgten Gebieten der Ärztemangel abgefedert werden kann, sollten die Maßnahmen weiter vorangetrieben werden. Allerdings bieten sie keinen Ersatz für eine adäquate Versorgung mit Haus- und Fachärzten. Es ist unabdingbar, die Aufstockung der Ärztezahl auch in Gebieten mit entsprechenden Projekten weiterhin zu fokussieren.

Zur Unterstützung der fachärztlichen Versorgung rücken auch telemedizinische Ansätze immer mehr ins Blickfeld. Auch sie sind aber lediglich eine Ergänzung zur Präsenzzeit des Arztes und stellen keine Lösung für unterversorgte Gebiete dar. Damit Telemedizin aber tatsächlich vermehrt als Unterstützung eingesetzt werden kann, muss die Nutzung auch verstärkt ermöglicht werden. Dies bezieht sich zum einen auf die Technik und Fragen des Breitbandausbaus aber zum anderen auch auf berufsrechtliche Grundlagen.

Beschluss des Präsidiums des
Deutschen Landkreistages vom 9./10.1.2018