



NIEDERSÄCHSISCHER
STÄDTE- UND GEMEINDEBUND

EINGEGANGEN 08. Juni 2019

Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund * Arnswaldtstr. 28 * 30159 Hannover

Landesseniorenrat Niedersachsen e.V.
Odeonstraße 12
30159 Hannover

Hannover, 28.05.2019

☎ 0511 30285-54

E-Mail: kamlage@nsgb.de

Az: 53 20 00-ka-ka-037545

Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum; Ihr Schreiben vom 10.04.2019

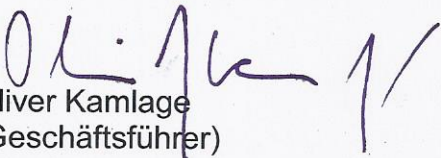
Sehr geehrter Frau Dirnberger,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken herzlich für Ihr Schreiben vom 10. April dieses Jahres. Wir stellen fest, dass die Forderungen in dem uns übersandten Antrag mit unseren Positionen deckungsgleich sind.

Als Anlage übersenden wir Ihnen unsere Positionspapier, welches wir im Rahmen unserer Mitgliederversammlung im vergangenen Jahr in Hattdorf am Harz verabschiedet haben.

Wir freuen uns, dass auch der Landesseniorenrat für eine verbesserte medizinische Versorgung im ländlichen Raum eintritt.

Mit freundlichen Grüßen


Oliver Kamlage
(Geschäftsführer)

ANLAGE

Hausärztliche Versorgung in Niedersachsen sicherstellen

Niedersachsen steuert auf einen dramatischen Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten zu. Es gibt eine konstant hohe Zahl an unbesetzten Hausarztsitzen, vor allem in den ländlichen Räumen jenseits der Oberzentren. Hinzu kommt, dass 20 Prozent der Allgemeinmediziner in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden. Das muss die Politik und die zuständigen Akteure im Gesundheitswesen jetzt wachrütteln. Es sind jetzt weitere Anstrengungen erforderlich, damit auch in Zukunft jeder am Wohnort einen Zugang zur hausärztlichen Versorgung erhält.

Befund

Die Sicherstellung der medizinischen, namentlich der hausärztlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ist eine der zentralen Herausforderungen der kommenden Jahre. Niedersachsen steht vor einem dramatischen Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Aktuell sind 365 Hausarztsitze in Niedersachsen unbesetzt. In den kommenden zehn Jahren werden 1000 der gegenwärtig rund 5100 Hausärztinnen und Hausärzte in den Ruhestand gehen. Mit Blick auf den Trend zur Teilzeitbeschäftigung und zu einem Anstellungsverhältnis in Gemeinschaftspraxen sind jedoch deutlich mehr als die ausscheidenden 1000 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner erforderlich, um die daraus resultierende Lücke zu schließen. Untersuchungen gehen von ein bis zwei neuen Mediziner/Innen je ausgeschiedenem Arzt aus. Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner, die heute ihr Studium beginnen, werden erst in etwa zwölf Jahren für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Daher besteht ein unmittelbarer Handlungsbedarf bei der Ausbildung von weiteren Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern.

Hausärztinnen und Hausärzte werden vor allem im ländlichen Raum fehlen. Der Raumordnungsbericht des Bundes aus dem Jahr 2017 stellt fest, dass es in Deutschland regionale Unterschiede bei den Entfernungen zum Haus- und Facharzt sowie in der Versorgung gibt. Hinzukommt, dass in den dünn besiedelten Räumen bereits heute die Nachfolgeregelung oft schwieriger als in Städten und urbanen Räumen zu leisten ist.

Ein Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern wiegt deshalb schwer, weil der Hausarzt die Zentraalfigur bei der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist. Nach einem Beschluss des Deutschen Ärztetages sind „Hausärztinnen und Hausärzte (...) die zentralen Ansprechpartner für die akute Versorgung und die kontinuierliche, oft lebenslange Betreuung der Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen.“ Sie sind die „Lotsen“ im Gesundheitswesen. Eine wohnortnahe Erreichbarkeit ist daher zwingend.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN). Sie hat die gesetzliche Aufgabe, die ambulante gesundheitliche Versorgung aller Versicherten, egal ob in Stadt oder Land, zu gewährleisten.

Demgegenüber haben die Städte, Gemeinden und Samtgemeinden keine gesetzlichen Aufgaben in diesem Bereich. Selbstverständlich haben sie aber ein hohes Interesse daran, dass sich vor Ort ausreichend Medizinerinnen und Mediziner zur Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner niederlassen. Sie unterstützen die ärztliche Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten. Es kann aber nicht sein, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen darauf verlassen, dass hier Leistungen erbracht werden, die dazu führen, dass sich wohlhabende Städte und Gemeinden einen Hausarzt leisten können, andere aber nicht.

Therapie: 10 Punkte für eine gelingende hausärztliche Versorgung

Damit auch der ländliche Raum ausreichend mit Hausärztinnen und Hausärzten versorgt wird, sind dringend weitere Maßnahmen erforderlich:

1. In Niedersachsen müssen 200 weitere Medizinstudienplätze geschaffen werden

In dem Koalitionsvertrag für die 18. Wahlperiode des Niedersächsischen Landtages ist eine deutliche Erhöhung der Medizinstudienplätze in Niedersachsen vereinbart worden. Danach sollen „bis zu“ 200 weitere Plätze im Laufe der Wahlperiode geschaffen werden. Dieses Vorhaben ist nachdrücklich zu begrüßen, zumal die Zahl der Studienplätze in Niedersachsen seit Jahren stagniert. Die Zahl von 200 ist zwingend auszuschöpfen. Das Land darf sich nicht darauf verlassen, dass die notwendigen Ausbildungskapazitäten von anderen Bundesländern geschaffen und vorgehalten werden. Niedersachsen steht mit den anderen Ländern im Wettbewerb um Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmedizinern und muss deshalb seinen eigenen Beitrag zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten leisten. Auf dem größten Teil dieser neu geschaffenen Studienplätze sollten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ausgebildet werden.

2. Masterplan Medizinstudium 2020 umsetzen

Der von Bund und Ländern 2017 beschlossene Masterplan 2020 ist zwingend und zeitnah umzusetzen. Neben einer praxisnahen, an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Ausbildung sind insbesondere die folgenden Maßnahmen erforderlich:

- **Stellenwert der Allgemeinmedizin in der Ausbildung muss erhöht werden**

Für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ist es unerlässlich, weitere Studentinnen und Studenten für das Fach Allgemeinmedizin zu gewinnen. Das derzeitige Verhältnis in der Ausbildung der Allgemein- und Fachmedizin kann die fehlenden Hausarztplätze nicht auffüllen. Medizinstudentinnen und -studenten sollten sehr frühzeitig in hausärztlichen Praxen hospitieren und einen Einblick in die allgemeinmedizinische Versorgung erhalten. Patenschafts- und Mentoringprogramme, die dazu dienen, Hemmnisse bei der Niederlassung abzubauen, sind weiter auszubauen. Mit Blick auf den großen Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten muss die erst in den vergangenen Jahren mehr und mehr erfolgte Institutionalisierung der Fachrichtung der Allgemeinmedizin in den medizinischen Fakultäten weiter forciert werden.

- **Landarztquote einführen**

Damit auch der ländliche Raum von den Nachwuchsmedizinerinnen und -medizinern profitiert, ist ergänzend zur Erhöhung der Medizinstudienplätze eine Landarztquote einzuführen. Der Masterplan Medizinstudium 2020 ermöglicht es den Ländern, bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu 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. von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Diese Quote ist schnellstmöglich umzusetzen, um der drohenden medizinischen Unterversorgung des ländlichen Raumes entgegenzuwirken.

3. Ärztinnen und Ärzte bedarfsgerecht aus- und weiterbilden

Es stellt sich generell die Frage, ob bedarfsgerecht ausgebildet wird. Das Fehlen von Allgemeinmedizinern kommt nicht von ungefähr. Es scheint vielmehr ein Beleg dafür zu sein, dass in den vergangenen Jahren an den tatsächlichen Anforderungen vorbei ausgebildet wurde. Die Ärztekammern sind gehalten, auf valider Datenbasis den tatsächlichen Bedarf der benötigten Ärzte in den unterschiedlichen Fachrichtungen zu ermitteln und sich bei der Weiterbildung gezielt auf die fehlenden Fachrichtungen zu konzentrieren. Gerade im Bereich der Allgemeinmedizin ist eine Ausbildungsstrategie erforderlich, ein Aus- und Weiterbildungskonzept wird dringend benötigt. Zu diesem Zweck muss geprüft werden, die Dauer der Weiterbildung in der Allgemein-

medizin von fünf auf drei Jahren zu verkürzen. Ergänzend dazu sind Quereinstiege in die Allgemeinmedizin aus anderen Fachrichtungen zu erleichtern.

4. Steuernde und kleinräumige Bedarfsplanung einführen – Grundzentren betrachten

Die Aufstellung eines Bedarfsplans dient der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Der Bedarfsplan stellt den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung dar. Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Laut der aktuellen Definition des BBSR bilden diese Mittelbereiche die Verflechtungsbereiche für die Versorgung mit Gütern des gehobenen Bedarfs ab und sind in der Regel einem Mittelzentrum oder einem mittelzentralen Verbund bzw. höherrangigen zentralen Ort zugeordnet.

In Umsetzung dieser Vorgaben haben die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene in dem aktuellen Bedarfsplan 104 solcher Mittelbereiche ausgewiesen. Diese sog. Hausärztlichen Planungsbereiche sind schon allein aufgrund ihrer flächenmäßigen Größe nicht geeignet, den tatsächlichen Bedarf und den tatsächlichen Stand der hausärztlichen Versorgung abzubilden. Gerade mit Blick auf die zentrale Stellung der Hausärztin oder des Hausarztes im Gesundheitswesen ist eine Erreichbarkeit des Arztes am Wohnort unverzichtbar. Es nützt den Versicherten überhaupt nichts, wenn die hausärztliche Versorgung in einem großen Planungsbereich insgesamt sichergestellt werden kann, weil sich die Ärztinnen und Ärzte im Mittelzentrum niederlassen, aber es vor Ort in den anderen Städten und Gemeinden keine Hausärztin oder keinen Hausarzt mehr gibt und die Mobilität fehlt. Hier bedarf es einer kleinräumigeren Steuerung, die eine Umverteilung von Ballungen im Mittelzentrum in die Grundzentren vorsieht.

Deshalb sollte die aktuelle Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie auf Bundesebene zum Anlass genommen werden, künftig bei der Beplanung der hausärztlichen Versorgung nicht mehr auf die Mittelbereiche abzustellen. Stattdessen sollte künftig auf die Grundzentren abgestellt werden, d.h. derjenigen zentralen Orte in den Gemeinden und Samtgemeinden, an denen die Einrichtungen für die Versorgung der Bürger mit den Dingen des täglichen Bedarfs (Grundversorgung) konzentriert werden sollen. Begleitend dazu sollten Hausarztsitze raumordnungsrechtlich an den Grundzentren festgesetzt werden. Im Kern muss also die Bedarfsplanung im hausärztlichen Bereich „heruntergezont“ werden.

Ergänzend dazu sind weitere Faktoren in die Bedarfsplanung aufzunehmen, um diese besser auf die künftigen Herausforderungen auszurichten. Neben der Erfassung der tatsächlich in der Praxis erbrachten Wochenarbeitszeiten, in denen die Ärztin oder der Arzt für die Versorgung der Bevölkerung tatsächlich zur Verfügung

steht, gehört dazu insbesondere die Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte vor Ort.

Nur wenn die Versorgungssituation real abgebildet wird, können seitens der KVN und der Kassen zielgerichtete Maßnahmen für eine Niederlassung in der konkret von Versorgungsdefiziten bedrohten Gemeinde in die Wege geleitet werden.

Sollte die Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Bundesebene nicht kurzfristig entsprechend angepasst werden, müssen KVN und Kassen die durch die Bedarfsplanungs-Richtlinie eröffneten flexiblen Möglichkeiten für Abweichungen nutzen und die Bedarfsplanung im hausärztlichen Bereich in Niedersachsen entsprechend ausgestalten.

5. Wünsche und Bedürfnisse der Medizinerinnen und Mediziner berücksichtigen

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2014 darauf hingewiesen, dass zur Attraktivitätssteigerung insbesondere einer grundversorgenden Tätigkeit qualitative Verbesserungen der Arbeitsformen erforderlich sind. Neue Arbeitsbedingungen, etwa die Anstellung an einem Medizinischen Versorgungszentrum, sowie familienkompatible Arbeitszeiten spielen dabei eine große Rolle. Letzteres gilt umso mehr, als sich deutlich mehr Frauen als Männer als Fachärztinnen in der Allgemeinmedizin niederlassen.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Maßnahmen zu treffen:

- Medizinische Versorgungszentren oder vergleichbare Kooperationsformen von Ärztinnen und Ärzten sind weiter auszubauen. Sollten sich private Betreiber nicht finden, ist die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen aufgrund ihres Sicherstellungsauftrages gehalten, von der gesetzlich eingeräumten Möglichkeit Gebrauch zu machen, Eigeneinrichtungen zu gründen. Kommunen sind nicht die richtigen Betreiber einer solchen Einrichtung, da ihnen hierfür sowohl die finanziellen und personellen Kapazitäten wie auch das Fachwissen fehlen.
- Medizinerinnen ist der Wiedereinstieg in den Beruf nach Familienzeiten zu erleichtern.

6. Vergütung der Hausärzte überprüfen

Auch die Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit gehört auf den Prüfstand. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten 2014 einen „Landarztzuschlag“ für Hausärztinnen und Hausärzte empfohlen, die in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich praktizieren. Dies kann für die Versicherten kostenneutral durch Vergütungsumschichtungen innerhalb der Ärzteschaft finanziert werden und ist ein weiterer wichtiger Baustein für die Erhöhung der Attraktivität der Niederlassung im ländlichen Raum.

Das Vergütungssystem im Bereich der hausärztlichen Versorgung muss insgesamt ansprechender und bürokratiearm ausgestaltet werden. Die Ärztinnen und Ärzte müssen die tatsächlich von ihnen erbrachten Leistungen vergütet bekommen. Es darf nicht sein, dass die Landärztin oder der Landarzt, der mehr und wohlmöglich ältere Patienten zu versorgen hat als sein Kollege in der Stadt, aufgrund der Deckelung des Budgets schlechter bezahlt oder sogar unentgeltliche Mehrarbeit leisten muss.

7. Ausbau attraktiver Förderprogramme

Die Schaffung von weiteren Anreizen, um Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner für eine Niederlassung im ländlichen Raum zu gewinnen, ist unverzichtbar. Andere Flächenländer, etwa Bayern und Nordrhein-Westfalen, haben dies bereits erkannt und attraktive Förderprogramme für Ärztinnen und Ärzte aufgelegt. Diese Programme richten sich an Medizinerinnen und Mediziner, die sich in Gemeinden niederlassen möchten, in denen eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht oder auf mittlere Sicht gefährdet erscheint.

Im Wettbewerb mit den anderen Bundesländern um junge Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner muss das Land flankierend zur Niederlassungsförderung der KVN nach der Strukturfonds-Richtlinie umgehend entsprechende eigene Förderprogramme auflegen.

8. Mobilität

Nach dem Niedersächsischen Nahverkehrsgesetz ist die Sicherstellung einer ausreichenden Bedienung mit Verkehrsleistungen im öffentlichen Personennahverkehr eine Aufgabe der Daseinsvorsorge. Damit ein Zugang der Versicherten zur ambulanten Versorgung gewährleistet werden kann, sollten die zuständigen Aufgabenträger beim Ausbau und der Ausgestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs stets die Niederlassungssitze der Ärztinnen und Ärzte sowie die Öffnungszeiten der Praxen im Blick haben. Flankierend dazu sind Konzepte zu entwickeln, wie die Patientinnen und Patientinnen zum Arzt gelangen können.

9. Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen ausbauen

Die Sicherstellung und der wohnortnahe Zugang zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt sind unverzichtbar. Gerade in Regionen mit einer geringen Dichte an Hausärztinnen und Hausärzten kann es sinnvoll sein, einen Teil der ärztlichen Leistungen auf medizinisches Fachpersonal zu delegieren. Dadurch könnte sich der Mediziner auf die zwingend durch ihn zu erbringenden ärztlichen Leistungen konzentrieren und würde in zeitlicher Hinsicht entlastet. Die Schaffung und der Ausbau entsprechender Modellprojekte gerade im ländlichen Raum erscheinen daher wünschenswert und würden die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit erhöhen. Zu diesem Zweck müssen die Voraussetzungen für die Assistenzleistungen erleichtert und die

unterschiedlichen Konzepte der Akteure im Gesundheitswesen aufeinander abgestimmt werden.

Auch die Substitution ärztlicher Leistungen darf keine Tabu mehr sein und ist zu fördern. Entscheidend ist, dass die Patienten qualitativ hochwertig versorgt werden, nicht durch wen die Versorgung erfolgt. Bei einem zunehmenden Mangel an Hausärzten muss eine Lösung gefunden werden, wer die Leistungen erbringt, wenn ein Arzt nicht zu erreichen ist. Dazu müssen die Gesundheitsfachberufe fortentwickelt werden. Es kann durchaus die Attraktivität dieser Berufe erhöhen, wenn ihnen verantwortungsvolle Aufgaben übertragen werden.

10. Abiturnote darf nicht das einzige Kriterium für die Vergabe von Studienplätzen sein

Die Durchschnittsnote im Abitur darf nicht allein das ausschlaggebende Kriterium bei der Vergabe von Studienplätzen im Fachbereich Humanmedizin sein. Vielmehr sind die Studienplätze anhand weiterer eignungsrelevanter Kriterien zu vergeben, wie etwa eine medizinnahe berufliche Qualifikation oder soziale Faktoren. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 19. Dezember 2017 ist unverzüglich umzusetzen.