

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Erwartungen des Deutschen Landkreistages an die Gestaltung politischer Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung außerhalb der Ballungsräume

Eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung ist eine unverzichtbare Bedingung für eine befriedigende wirtschaftliche und soziale Entwicklung in Deutschland. Die Situation ist aber in den vergangenen Jahren deutlich schwieriger geworden. Beginnend in Teilen der neuen Bundesländer und in peripheren Regionen der alten Bundesländer leiden zunehmend mehr Landkreise in Deutschland unter einer nicht mehr akzeptablen Ausdünnung medizinischer Angebote, insbesondere im ambulanten Sektor. Nachfolgend werden die notwendigen Veränderungen zur Verbesserung benannt, die aus Sicht des Deutschen Landkreistages eingeleitet werden müssen.

1. Ärztliche Versorgung

Die medizinische Versorgung steht und fällt mit der Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von Fachkräften, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten. Dabei ist nicht zu verkennen, dass in den vergangenen Jahren die Zahl der in Deutschland arbeitenden Ärzte gestiegen ist. Verschiedene Veränderungen, insbesondere die verschärften Arbeitszeitschriften u. a. für Krankenhäuser, aber auch die steigenden bürokratischen Anforderungen an Ärzte, haben aber dazu geführt, dass nicht mehr ärztliche Arbeitsstunden zur Verfügung stehen.

- ✓ **Bundesregierung und Landesregierungen müssen gemeinsam mit der Kultusministerkonferenz dafür Sorge tragen, dass in Zukunft ausreichend Absolventen der medizinischen Studienrichtungen in den jeweils benötigten Fachrichtungen zur Verfügung stehen; insbesondere sind Studienplätze in ausreichender Zahl bereit zu stellen. Daneben ist sicherzustellen, dass medizinische Assistenzkräfte die Arbeit des Arztes wirksam entlasten können, auch von notweniger Bürokratie.**

2. Ambulante medizinische Versorgung

Die derzeitige Planung für die ambulante ärztliche Versorgung führt zu dem Ergebnis, dass bereits bei der Versorgungsplanung eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Arztversorgung in einzelnen Regionen, insbesondere auch im Vergleich des großstädtischen zum ländlichen Raum besteht. Für die rechtlichen Grundlagen der Versorgungsplanung ist der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“ (GBA) zuständig. Der GBA arbeitet derzeit auch an einer Neufassung seiner Vorschriften zur ambulanten Versorgungsplanung.

- ✓ **Der Gesetzgeber muss den GBA auf die Prämisse einer gleichmäßigen Versorgungsdichte und Versorgungsqualität in ganz Deutschland verpflichten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen die Versorgungsplanung kleinräumig, möglichst gemeindescharf vornehmen. Die Landkreise sind an der Versorgungsplanung wie an der Umsetzung in geeigneter Weise zu beteiligen.**

Zudem ist die tatsächliche Versorgung in einer Vielzahl ländlich und kleinstädtisch geprägter Räume schon jetzt deutlich geringer als die ohnehin schwache Planung vorsieht. Es gelingt den Kassenärztlichen Vereinigungen immer schlechter, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags tatsächlich die nötigen Haus- und Fachärzte auf die zur Verfügung stehenden Sitze zu locken. Finanzielle Anreize hierzu sind bislang nur von sehr begrenztem Erfolg gewesen.

- ✓ **Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ihrem Auftrag zur Sicherung einer gleichmäßigen medizinischen Versorgung nachkommen. Gelingt dies weiterhin nicht, müssen die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen verbessert werden, insbesondere der bisherige Vorrang der Freiberuflichkeit des Arztes in Einzelniederlassung ist zu hinterfragen.**
- ✓ **Landkreise können bei der medizinischen Versorgung nicht Ausfallbürge einer unzureichenden Aufgabenerfüllung durch die verantwortlichen Institutionen werden. Sie können aber flankierend tätig sein, bspw. indem sie einen institutionellen Rahmen für die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte bieten.**
- ✓ **Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern werden abgelehnt, da sie einen Eingriff in das medizinische Leistungsspektrum der Krankenhäuser darstellen, der die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum – bei der Grund- und Regelversorgung aber auch mit massiven Auswirkungen auf Rettungsdienst und Notfallversorgung – beeinträchtigt.**
- ✓ **Die Länder sind derzeit die öffentliche Instanz, die über Maßnahmen im Rahmen der Investitionsfinanzierung gezielt Standorte auch im ländlichen Raum stützen können. Hierzu müssen sie auch zukünftig gesetzlich in der Lage sein und die Aufgabe auch kraftvoll wahrnehmen.**

3. Stationäre medizinische Versorgung

Die Krankenhausdichte und Erreichbarkeit stationärer medizinischer Versorgung ist schon jetzt in Deutschland sehr unterschiedlich. Die durchschnittliche Versorgung mit Krankenhausbetten in Deutschland ist dabei wegen ihrer extrem breiten Streuung ein nicht aussagefähiger Indikator. Dies wird bei der Notfallversorgung besonders deutlich. Zunehmend schwieriger wird es, Notfallpatienten zügig in ein für die Aufnahme geeignetes Krankenhaus zu bringen. Dies liegt zum einen an einer fortschreitenden Schließung von Krankenhausstandorten insgesamt, aber auch der Schließung von Notaufnahmen und Intensivstationen.

- ✓ Die Notfallbehandlung ist daher zukünftig deutlich besser im Rahmen der Finanzierung über die Fallpauschalen zu berücksichtigen.
- ✓ Die Länder sind aufgefordert, sowohl ihrem Finanzierungsauftrag bei den Investitionen der Krankenhäuser nachzukommen, als auch bei der Krankenhausplanung die Erreichbarkeit von Krankenhäusern auch im Hinblick auf die Notfallversorgung weiterhin und dauerhaft im Blick zu behalten. Zudem sollte die Notfallversorgung in geeigneter Weise mit den Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeführt werden. Hierfür muss der Gesetzgeber geeignetere Rahmenbedingungen schaffen.
- ✓ Die langfristige Versorgungssicherheit der Bevölkerung wie auch der Bestand der medizinischen Infrastruktur ist zu gewährleisten. Von zunehmender Bedeutung ist dabei die Vernetzung stationärer medizinischer Einheiten. Die Zusammenarbeit von Kliniken untereinander, gerader auch kommunaler Häuser, muss und wird in den nächsten Jahren noch deutlich verbessert und verstärkt werden.

4. Durchlässigkeit der Sektoren, Zusammenarbeit und Vernetzung

Es ist nicht zu erwarten, dass schnell ausreichend Ärzte für die ambulante Versorgung im ländlichen Raum zur Verfügung stehen. Daher ist gerade im ländlichen Raum die Vernetzung der vorhandenen Haus- und Fachärzte, unabhängig von ihrer Arbeitsform im Krankenhaus, in einem MVZ oder in freier Niederlassung weiter voranzutreiben. Eine gesicherte Versorgung der Patienten ist das Ziel, dem sich die verschiedenen Organisationsformen des Gesundheitssystems zu orientieren haben.

- ✓ Das Gesamtsystem der medizinischen Versorgung in Deutschland ist im Hinblick auf seine Durchlässigkeit insbesondere zwischen ambulantem und stationärem Sektor überprüft und reformiert werden. Es bedarf bspw. im ländlichen Raum keiner „doppelten Facharztschiene“ in Krankenhaus und Niederlassung, ebenso sind Strukturen in der Geräteausstattung zu überprüfen.
- ✓ Die Flexibilität der ambulanten Leistungserbringung muss weiter verbessert werden. Die in der Vergangenheit geschaffenen Instrumente zur Vernetzung und Kooperation müssen noch besser genutzt werden, vor Ort aufgetretene Hemmnisse ggf. auch gesetzgeberisch beseitigt werden.
- ✓ Zusätzlich müssen ambulante medizinische Leistungen näher an den Menschen gebracht werden, z. B. über Außensprechstunden niedergelassener Ärzte oder auch von Krankenhausärzten. Ebenso sind Modelle einer Unterstützung durch mobile Krankenschwestern o. ä., ggf. mit erweiterten Ermächtigungen, weiter auszubauen und ggf. als Regelangebot für ländliche Regionen vorzusehen. Auch muss die Berücksichtigung von Wegezeiten und Fahrtkosten in der Abrechnungspraxis verbessert werden. Ggf. ist auch das Potenzial von Telemedizin verstärkt zu nutzen.

Eine dringend notwendige Folgerung ist auch insgesamt die weitere Verbesserung der Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern mit dem Ziel der Durchlässigkeit. Es muss auf kommunaler Ebene die Zusammenarbeit in jeder geeigneten Form ermöglicht und unterstützt werden können, bspw. durch gemeinsame Versorgungskonferenzen auf Landkreisebene.

Berlin, September 2010