

Die Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

- Thesen -

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist ein wichtiger Bestandteil der **öffentlichen Daseinsvorsorge** und als so genannter weicher Standortfaktor ein wichtiger Indikator für die Lebensqualität in einer Region. Die demografische Entwicklung in Sachsen-Anhalt und die seit Jahren anhaltenden Schrumpfungsprozesse in der Wirtschaft haben zur Folge, dass die Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung immer schwieriger wird. Insbesondere im ländlichen Raum bedarf dies neuer Lösungsansätze.

Sowohl der stationäre als auch der ambulante Sektor als Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge geraten in dünn besiedelten Regionen zunehmend wirtschaftlich in Bedrängnis. Maßnahmen zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung sollten vor allem eine Überwindung der sektoralen Grenzen beinhalten. Dabei ist der durch Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung geprägte ambulante ärztliche Bereich nur bedingt durch öffentliche Einflussnahme direkt zu verändern.

Sachsen-Anhalts **Bevölkerungszahl** ist seit 1990 um fast 450.000 BewohnerInnen gesunken. Aufgrund von Abwanderungsprozessen (insbesondere junger Frauen – vgl. Dienel-Studie 2004) und anhaltend niedrigen Geburtenzahlen ist außerdem eine gravierende Verschiebung der Altersstruktur zu verzeichnen. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung betrug am 31.12.2006 22,6 % und er wird sich laut Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2025 auf 30,6 % erhöhen. (Statistisches Jahrbuch Sachsen-Anhalt 2007) Das stellt sowohl inhaltlich-fachlich als auch wirtschaftlich-organisatorisch neue Anforderungen an das Gesundheitswesen. Denn diese ältere Bevölkerung lebt zu einem großen Teil in dünn besiedelten Gebieten und ist zumeist weniger mobil und demzufolge auf eine entsprechende Infrastruktur angewiesen. Sie benötigt ein gut funktionierendes, möglichst einfach erreichbares Hausarztssystem, in dem geriatrisch qualifizierte Ärzte als Lotsen im medizinischen Versorgungssystem agieren.

Die **Situation des Gesundheitswesens** in Sachsen-Anhalt ist gekennzeichnet durch ein inzwischen relativ ausgedünntes Netz an stationären Einrichtungen, aber vor allem durch eine zunehmende Gefährdung von Standorten niedergelassener Ärzte und weiterer Anbieter gesundheitlicher Leistungen besonders im ländlichen Raum. Auch die Altersstruktur der Ärzte folgt der der übrigen Bevölkerung. Im Jahre 2007 waren etwa 27,6 % der Hausärzte Sachsen-Anhalts älter als 60 Jahre.

Sie geben im Durchschnitt im Alter von 62 bis 63 Jahren ihre Zulassung zurück und finden nur zu 65 % eine Nachbesetzung. (Martin Wenger, KV Sachsen-Anhalt)

Es ist also dringender Handlungsbedarf gegeben.

Ziel unserer gesundheitspolitischen Bemühungen auf Landesebene ist die Gewährleistung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung mit ambulanten und stationären medizinischen Leistungen für eine immer älter werdende, multimorbide und weniger mobile Bevölkerung. Dafür ist einerseits die Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten und Bedürfnisse Voraussetzung, andererseits sind die Kriterien für Wohnortnähe und flächendeckende Versorgung sinnvoll zu definieren.

Aus Sicht der Fraktion DIE LINKE im Landtag von Sachsen-Anhalt ist ein Komplex von Maßnahmen zu bewältigen, die von der Ausbildung der Ärzte und anderer medizinischer Berufe bis zu Fragen der Raum- und Landesentwicklungsplanung reichen.

These 1: Flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sichern

Die ambulante hausärztliche Versorgung ist dann flächendeckend und wohnortnah gesichert, wenn die Bürgerinnen und Bürger innerhalb des grundzentralen Versorgungsraumes den Hausarzt ihres Vertrauens mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen können. Im Bereich eines grundzentralen Versorgungsraumes (10.000 EW) sollen mindestens 7 Hausärzte für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehen.

Nach den derzeit gültigen Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in dünn besiedelten Gebieten (<100 EW/km²) 1 Arzt auf 1.474 Einwohner zu planen. Ausgehend davon, dass in Sachsen-Anhalt die mit dem wachsenden Anteil über 65-jähriger Menschen verbundene höhere Morbidität einen höheren Versorgungsbedarf bedingt, sollte *durchschnittlich* die Größe 1 Hausarzt /1475 Einwohner angestrebt werden.

Wohnortnähe kann sowohl durch Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb einer angemessenen Zeit (Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln bei Hausärzten bis zu 30 Minuten, bei Fachärzten 30-60 Minuten) als auch durch Versorgung mit mobilen Praxisformen gesichert werden. Es sind Voraussetzungen seitens der kommunalen Verwaltungen für eine möglichst gleichmäßig verteilte Ansiedlung zu schaffen.

Für die Besetzung der im jeweiligen Versorgungsbereich geplanten Arztstellen ist es notwendig, genügend Absolventen des Medizinstudiums für eine haus- oder fachärztliche Tätigkeit auch im ländlichen Raum zu gewinnen. Den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu erfüllen.

These 2: Bedarfsgerechte Ausbildung von Medizinern fördern

Eine ausreichende Zahl von BewerberInnen für nachfolgend zu besetzende oder vakante Hausarztstellen setzt quantitative und qualitative Veränderungen in der Ausbildung von Medizinern entsprechend den neuen Anforderungen voraus.

Entsprechende Maßnahmen sind zum Teil von den zuständigen Gremien bereits ergriffen worden und wären bzgl. ihrer Wirksamkeit zu evaluieren. Weitere Möglichkeiten sollten erörtert und modellhaft geprüft werden. Solche Maßnahmen sind u. a.:

- Erhalt der 2005 in Sachsen-Anhalt eingerichteten **Stiftungsprofessur Allgemeinmedizin** und deren dauerhafte finanzielle Sicherung

Mit der Ausgestaltung dieser Professur und ihrer Verstetigung ist nicht nur die inhaltliche Aufwertung der Allgemeinmedizin verbunden, sondern auch eine Verbesserung des Ansehens des Allgemeinmediziners. Damit besteht Aussicht, dass sich mehr Studierende als bisher für die Allgemeinmedizin und damit für eine Hausarztstätigkeit entscheiden.

- Erweiterung der **Ausbildungsangebote** für Mediziner um **betriebswirtschaftliche Module**

Ärzte und Ärztinnen in eigener Niederlassung stehen in Zeiten drängender wirtschaftlicher Vorgaben auch vor großen betriebswirtschaftlichen Herausforderungen.

Sie haben zwei Alternativen:

Entweder beschäftigen sie für die wirtschaftlichen Belange entsprechendes Fachpersonal (z. B. Praxismanager/in), das gegebenenfalls auch für mehrere Praxen kooperierend wirksam werden kann.

Oder sie erwerben selbst die notwendigen Kenntnisse, um die Praxis als Unternehmen besser zu führen. Sie dazu zu befähigen, wäre Ziel solcher betriebswirtschaftlicher Ausbildungssteile.

Damit verbundene berufsethische Fragen, die Präferenzen der Ärzte selbst und der Status der Freiberuflichkeit müssen innerhalb der Ärzteschaft diskutiert werden und gegebenenfalls zu rechtlichen Änderungen führen.

- Unterstützung der besonderen **Förderung von Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin** durch Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Kassen

Im Rahmen des bundesweiten Förderprogramms Allgemeinmedizin haben in Sachsen-Anhalt die Selbstverwaltungsgremien Maßnahmen für die Schaffung und finanzielle Förderung zusätzlicher Weiterbildungsstellen zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ergriffen. U. a. hat die Ärztekammer eine Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin gegründet. Die KV gewährt auf Antrag finanzielle Zuschüsse für die Bezahlung von Weiterbildungsassistenten in Praxen.

- Ausbildung mittleren medizinischen Personals für **arztentlastende Tätigkeiten** weiterentwickeln

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten vom Juli 2007 eine Profilierung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe als kommende Aufgabe der Medizinischen Fakultäten und eine stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die sektorenübergreifende Versorgung.

Das im Rahmen des Modellprojektes Mobile Praxisassistentin (MOPRA) im Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) für Sachsen-Anhalt konzipierte Ausbildungsprogramm und das in Neubrandenburg für das AGnES-Projekt durchgeführte Ausbildungsprogramm für Telemedizin sollten evaluiert und gegebenenfalls zur Grundlage für eine reguläre Fortbildung berufserfahrener Arzthelferinnen und Krankenschwestern, eventuell zu einem neuen Berufsbild mit höherer Kompetenz als sie bisher Krankenschwestern und ArzthelferInnen haben, entwickelt werden.

These 3: Die Arbeits- und Einkommensbedingungen ambulant tätiger Ärzte in den neuen Ländern verbessern

Die Gewinnung von ausreichend AbsolventInnen des Medizinstudiums für die Weiterbildung als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin mit dem Ziel, als Hausarzt in Sachsen-Anhalt zu arbeiten, erfordert nicht nur mehr Wertschätzung und Attraktivität des Berufs allgemein. Dazu gehören neben berufsethischen Voraussetzungen auch familienfreundliche Arbeitsbedingungen und angemessene Verdienstmöglichkeiten.

- Die im Gesundheitswesen arbeitenden Forschungseinrichtungen sollten zusammen mit Krankenkassen und Selbstverwaltungsgremien Modelle zur Entlastung von übermäßiger Bürokratie im Praxisablauf entwickeln, um den ÄrztInnen mehr Arbeitszeit für die unmittelbare Arbeit mit den PatientInnen zu gewähren.
- Als Arzt in einem Anstellungsverhältnis voll- oder teilbeschäftigt zu arbeiten, gibt jungen ÄrztInnen die Möglichkeit, sich – familienfreundlich und ohne finanzielle Risiken einzugehen - auszuprobieren und den Platz im (Berufs)Leben zu finden. Medizinische Versorgungszentren u. a. poliklinische Einrichtungen sollten auch unter diesem Aspekt gefördert werden.
- Wir setzen uns für die Ost-West-Angleichung der Honorare ein und befürworten eine Reform des Honorarsystems, die transparent und morbiditätsbezogen ist. Die für 2009 angekündigte Honorarreform muss eine leistungsgerechte Vergütung der Ärzte in allen Regionen Deutschlands gewährleisten.
- Die von der KV Sachsen-Anhalt in von Unterversorgung bedrohten Regionen gewährten Sicherstellungsgarantien, Förderzuschläge für Berufsstarter (15.000 €) und „Halteprämien“ (15.000 €) für über 66jährige Praxisinhaber sind wichtige Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung, die von Land und Kommunen stärker unterstützt bzw. durch weitere Maßnahmen ergänzt werden sollten.

- Im Bereich der Wirtschaftsförderung ist zu prüfen, inwieweit Programme zur Förderung von Existenzgründungen auf die Förderung von Arztpraxen anwendbar sind. Gegebenenfalls sind die Förderrichtlinien entsprechend zu modifizieren.

These 4: Veränderung der Infrastruktur innerhalb des Gesundheitswesens fördern

Das traditionelle System der einzelnen Praxisniederlassung in der ambulanten medizinischen Versorgung wird künftig nicht mehr den Anforderungen einer flächendeckenden und wohnortnahen qualitativ hochwertigen Versorgung gerecht werden können. Die durch Abwanderung und Zunahme der Lebenserwartung veränderten Bevölkerungsstrukturen erfordern neue Formen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Durch Kooperation sollte die sektorale Trennung im Gesundheitswesen überwunden werden.

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Polikliniken, Genossenschaften u. a. Formen ambulanter medizinischer Versorgung durch vorwiegend angestellte Ärzte erlauben flexiblere und spezialisierte Behandlungen und eine bessere Organisation abgestufter Behandlungsnetze.
- Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten, MVZ und stationären Einrichtungen ¹ in Systemen der integrierten Versorgung tragen zu besserer Qualität der Versorgung bei. Dabei ist die Aufhebung der stringenten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor auch bei der Finanzierung eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich die Wirkungen integrierter Versorgung sowohl in der Versorgungsqualität als auch in den Gesundheitskosten positiv auswirken.
- Die Möglichkeiten der Einbeziehung fachärztlicher Leistungen der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung sind zu erweitern und für gesetzlich Versicherte genauso zu gestalten wie für privat Versicherte.
- Um PatientInnen in abgelegenen Regionen medizinisch versorgen zu können, sollten außer Nebenbetriebsstellen (Zweigpraxen) auch mobile Praxissysteme erprobt werden.
- In Regionen mit drohender Unterversorgung werden gegenwärtig mit „mobilen Praxisassistentinnen“ mobile Versorgungsformen erprobt, die zur Entlastung der Hausärzte beitragen sollen.

¹ Das können neben Krankenhäusern auch Rehakliniken sein.

These 5: Durch Kooperation die medizinische Daseinsvorsorge in der Region verbessern

Die Ansiedlung ambulant tätiger ÄrztInnen ist in engem Zusammenhang mit der Regionalentwicklung zu sehen. Raumplanerische Maßnahmen und ein entsprechendes Marketing im ländlichen Raum wirken sich insbesondere auf die Motivation junger Arztfamilien zur Wahl eines Praxissitzes aus. Deshalb sollten Kommunalverwaltungen stärker in die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages einbezogen werden.

Ansätze dafür bieten

- Kooperationen zwischen Kommunalverwaltungen und Kassenärztlicher Vereinigung bei der Standortsicherung von Arztpraxen (KVSA führt z. B. Niederlassungstage durch, auf denen den Kommunen Gelegenheit gegeben wird, für ihren Standort zu werben.)
- Zusammenarbeit von Kreisverwaltung und KV bei der regionalen Bedarfsbestimmung auf der Basis der spezifischen Bevölkerungssituation bzgl. Altersstruktur und Morbidität unter Einbeziehung der komplementären sozialen Infrastruktur
- Sicherung bzw. Schaffung attraktiver soziokultureller Umfeldbedingungen (Schulen, Kinderbetreuung, Kultur- und Sporteinrichtungen etc.) in den jeweiligen grundzentralen Versorgungsräumen
- ÖPNV-Entwicklung im Verhältnis zur Entwicklung der Versorgungsstandorte gesundheitlicher Einrichtungen als Voraussetzung für eine angemessene Erreichbarkeit
- Eine optimale Standortplanung der Rettungswachen zur Sicherung der erforderlichen Notversorgung und kostengünstiger Strukturen im Rettungsdienst

These 6: Landespolitische Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Die Fraktion DIE LINKE im Landtag von Sachsen-Anhalt hat die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge zum Gegenstand ihrer parlamentarischen Arbeit gemacht, obwohl direkte landespolitische Einflussmöglichkeiten äußerst gering sind. Durch eine entsprechende Schwerpunktsetzung in der Landesentwicklungsplanung sehen wir jedoch Möglichkeiten, die Bedingungen der sozialen und medizinischen Infrastruktur dem demografischen Wandel anzupassen und damit die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern.

Wichtige Voraussetzungen für eine Verbesserung der Situation sind neben Änderungen in bundesrechtlichen Regelungen und in Vereinbarungen zwischen den Selbstverwaltungsgremien auch Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

- Die Fraktion DIE LINKE wird sich mit parlamentarischen Initiativen dafür einsetzen, dass eine Überprüfung der Kriterien zur Bestimmung des Haus- und Fachärztebedarfs entsprechend der regionalen demografischen Situation erfolgt und die Bedarfsplanungsrichtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss/Landesausschuss der Ärzte und Kassen) gegebenenfalls korrigiert werden.
- In die Zielvereinbarungen, die zwischen Kultusministerium und Universitäten abzuschließen sind, sollten Maßnahmen aufgenommen werden, die dazu beitragen, mehr AbsolventInnen des Medizinstudiums in Sachsen-Anhalt möglichst im Land zu halten und für eine hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen. Wir fordern die Landesregierung auf, mit Hilfe der Zielvereinbarungen zwischen Land und Universitäten die Stiftungsprofessur Allgemeinmedizin zum Standardlehrstuhl zu entwickeln und diesen in den Budgetberechnungen zusätzlich zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollten Hochschulen, Kassenärztliche Vereinigung und Landesregierung geeignete gemeinsame Maßnahmen entwickeln, die die Attraktivität des Fachgebietes Allgemeinmedizin für Studierende erhöhen sowie mehr AbsolventInnen des Medizinstudiums für eine hausärztliche Tätigkeit in Sachsen-Anhalt gewinnen helfen.
- Im Rahmen der Haushaltsplanung 2010/11 ist zu prüfen, inwieweit z. B. Wirtschaftsförderung oder Existenzgründerzuschüsse für Praxisniederlassungen, mobile Praxisformen oder andere Anschubfinanzierungen ermöglicht werden können und welche Richtlinien wie verändert werden müssen, um wirksame Hilfe ohne übermäßigen bürokratischen Aufwand zu gewähren.
- Das Konzept der Fraktion in der Raumordnungspolitik zielt darauf, im Land weitestgehend eine gleichwertige Qualität der Lebensverhältnisse zu ermöglichen. Die öffentliche Daseinsvorsorge beinhaltet auch die Implementierung stabiler sozialer Netzwerke, zu denen wir die medizinischen Versorgungsstrukturen zählen. Wir werden die Selbstverwaltungsgremien des Gesundheitswesens bei der Erprobung und Einführung neuer Versorgungsformen begleiten und gegebenenfalls gemeinsam mit ihnen weiter entwickeln.
- Die Fraktion DIE LINKE regt an, eine regionale integrierte Versorgungsrahmenplanung für Landkreise, deren medizinische Versorgung wegen der geringen Bevölkerungsdichte gefährdet ist, modellhaft zu konzipieren. (vgl. Neubauer/Beivers, Der Landkreis, 6/2008, S. 266ff.)
- Die Fraktion DIE LINKE unterstützt Initiativen der Ärztekammer und der KV zur Gewinnung von Hausärzten für offene bzw. demnächst frei werdende Praxen und zur Erleichterung der Ansiedlung ausländischer Ärzte in Sachsen-Anhalt. (siehe z. B. Vereinbarung zwischen Ärztekammer und Österreich)

Magdeburg, 22. Oktober 2008