

Bundesausschuss Gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land

Gute Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

Beschluss Oktober 2020

Eine gute medizinische Versorgung unabhängig von Alter, Wohnort und Geldbeutel ist Anspruch und Ziel der CDU. Alle Bürger sollen auch am medizinischen Fortschritt teilhaben können – ganz gleich, ob sie in der Stadt oder auf dem Land wohnen. In den letzten Jahren haben wir viel dafür unternommen. Den Ländern wurde beispielsweise die Möglichkeit eröffnet, eine Landarztquote von bis zu zehn Prozent der Studienplätze einzuführen. Die gesetzlichen Voraussetzungen zur Errichtung kommunaler medizinischer Versorgungseinrichtungen, auch mit Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen, wurde ebenso geschaffen wie auch die Möglichkeit, Online-Sprechstunden durchzuführen. Präsenzapotheken wurden durch die bessere Vergütung ihrer pharmazeutischen Dienstleistungen und ihrer Nacht- und Notdienste gestärkt.

Das Niveau der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist insgesamt hoch, aber es gibt nach wie vor regionale Unterschiede zwischen Stadt und Land. Die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung ist dafür ein einschlägiges Maß. Nach den jüngsten Zahlen des vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herausgegebenen Deutschlandatlas kann die nächste Hausarztpraxis im Mittel in sechs Minuten Fahrzeit mit dem PKW erreicht werden, in einigen ländlichen Regionen sind längere Fahrzeiten von bis zu 30 Minuten nötig. Gehäuft kommt dies in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und dem nördlichen Sachsen-Anhalt vor. Apotheken sind im Schnitt in sieben Minuten mit dem PKW zu erreichen. In einigen Regionen ist der Fahrweg länger und es dauert 15 Minuten bis zur nächsten Apotheke. Krankenhäuser der Grundversorgung mit bis zu 250 Betten sind relativ ausgewogen

über ganz Deutschland verteilt, wobei acht Prozent der ländlichen Bevölkerung länger als 20 Minuten mit dem PKW fahren muss, um ins nächste Krankenhaus zu kommen. Zu den Krankenhäusern mit Schwerpunkt- und/oder Maximalversorgung gelangt man in den großen Städten deutlich schneller als in ländlichen Regionen. Die PKW-Fahrzeit schwankt zwischen durchschnittlich 16 Minuten in Berlin und 43 Minuten in Brandenburg. Notfallversorgung einschließlich Luftrettung sind gewährleistet. Am Tag ist eine flächendeckende Erreichbarkeit durch Rettungshubschrauber in maximal 15 Minuten Flugzeit gegeben.

Durch eine vielerorts problematisch hohe Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte – in Nordrhein-Westfalen haben z. B. mehr als ein Drittel der niedergelassenen Hausärzte das 60. Lebensjahr überschritten und mehr als die Hälfte ist über 55 Jahre alt, in Sachsen liegt das Durchschnittsalter der Hausärzte bei 54 Jahren – ,veränderte Wünsche und Bedürfnisse an den Arbeitsplatz – so bevorzugen gerade viele Ärztinnen ein Angestelltenverhältnis und Teilzeitbeschäftigung – sowie einen zunehmenden Fachkräftemangel in vielen Bereichen des Gesundheitssystems, bleibt die wohnortnahe Versorgung gerade in ländlich strukturierten Gebieten und kleineren Kommunen eine große Herausforderung. Vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in sozial schwach strukturierten Städten bzw. Stadtteilen wird es zunehmend schwieriger, Vertragsarztsitze wieder zu besetzen und die Versorgung zu gewährleisten.

Was weiter zu tun ist – Vorschläge und Forderungen des BFA Gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land

1. Mehr Mediziner im und für den ländlichen Raum ausbilden

Unbestritten ist, dass mehr Mediziner ausgebildet werden müssen. Weil immer weniger Ärzte Vollzeit arbeiten möchten bzw. Familie und Beruf besser vereinbaren wollen, werden nach Schätzungen der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Zukunft mindestens 1330 Ärztinnen und Ärzte notwendig sein, um das Arbeitsvolumen von derzeit 1000 abzudecken. Die Prognosen und Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehen in dieselbe Richtung:

Bis zum Jahr 2025 werden durch Anstellung und reduzierte Arbeitszeiten fachgruppenübergreifend knapp zwölf Prozent der ärztlichen Arbeitszeit und damit Versorgungskapazitäten wegfallen. Darauf deuten auch schon die letzten Entwicklungen hin. So stieg im Vergleich zu 2017 die Arztlzahl zwar um 1,5 Prozent, die Versorgungskapazität jedoch nur um 0,2 Prozent.

Die notwendige Ausweitung der Ausbildungskapazitäten sollte von vorneherein so gestaltet werden und mit Anreizen verbunden werden, dass sie die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum stärkt. Hausärztinnen und Hausärzte nehmen als erste Anlaufstelle für die Vorsorge und bei gesundheitlichen Problemen eine Schlüsselstellung ein. In Orten mit Hausärzten gibt es meist auch Apotheken. Zudem steuern sie als Schnittstelle zu allen therapeutischen und pflegerischen Bereichen die gesamte Versorgung vor Ort. Deshalb muss auf eine ausreichende Anzahl an Hausärzten der größte Wert gelegt werden.

- Medizinstudienplätze aufstocken, Landarztquote erhöhen und konsequent umsetzen

Um Ärztemangel vorzubeugen, müssen die Medizinstudienplätze mittelfristig um 5000 aufgestockt werden. Diese sollen insbesondere der unmittelbaren Patientenversorgung auf dem Land zugutekommen und deshalb mit einer Erhöhung der Landarztquote einhergehen.

Nach dem Beschluss des CDU-Parteitags von 2016 zur Einführung einer Landarztquote ist die Möglichkeit zur Vorabvergabe der Medizinstudienplätze an Bewerberinnen und Bewerber, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder durch Unterversorgung bedrohten Regionen tätig zu sein, im Masterplan Medizinstudium 2020 verankert worden. Bisher beträgt die Höchstquote zehn Prozent. Eine Reihe von Ländern hat schon gehandelt. Nach Nordrhein-Westfalen als Vorreiter führen nun auch Bayern, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern die Quote ein. In Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen

und Hessen laufen die Planungen. Das Interesse ist sehr groß. Auf die ersten 145 Studienplätze in Nordrhein-Westfalen haben sich 1312 junge Menschen beworben. Nun gilt es, die Landarztquote zügig in allen Bundesländern umzusetzen und nach Bedarf aufzustocken. Zusätzlich sind Stipendienprogramme der Länder für Landärzte sinnvoll.

- Medizinische Ausbildungskapazitäten, insbesondere für Allgemeinmediziner, im ländlichen Raum erhöhen

Die Länder sollten mehr Ausbildungskapazitäten im ländlichen Raum schaffen und Anreize setzen, dass Studierende und angehende Ärzte Teile der Ausbildung in ländlichen oder allgemein unterversorgten Gebieten absolvieren können. Die Maßnahmen reichen von der Erhöhung der Zahl medizinischer Studienplätze insbesondere mit dem Schwerpunkt ländliche Hausarztmedizin bis hin zur Gründung neuer Fakultäten in ländlicheren Regionen, so wie dies gerade in Bielefeld mit dem Schwerpunkt Allgemeinmedizin geschieht. In ländlichen Regionen sollten mehr akademische Lehrpraxen etabliert werden und Medizinstudenten eine Mindestaufwandsentschädigung erhalten, wenn sie das Praktische Jahr in Lehrpraxen und Lehrkrankenhäusern im ländlichen Raum absolvieren.

2. Bedarfsplanung weiterentwickeln, effektiv umsetzen und bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen

Großstädte mit guter Sozialstruktur sind tendenziell nicht nur mit Fachärzten, sondern auch mit Hausärzten überversorgt, während viele schwächer strukturierte Regionen tendenziell unterversorgt sind und es in einigen ländlichen Regionen sogar manifeste Versorgungslücken gibt. So kommt in Bonn ein Hausarzt auf ca. 1480 Einwohner, in Herford beträgt das Arzt-Einwohner-Verhältnis dagegen z. B. nur eins zu 2160. Zudem spielt die räumliche Verteilung der Ärzte in den Kreisen eine Rolle. Oft ist sie sehr unausgewogen, so dass eine bedarfsgerechte Versorgung nicht flächendeckend gewährleistet werden kann.

Deshalb sind neue Möglichkeiten der Bedarfsplanung und Versorgungsteuerung geschaffen worden. Diese müssen konsequent angewandt und weiterentwickelt werden.

- Kleinräumige Bedarfsplanung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2019 Anpassungen an der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgenommen, so dass arztgruppenübergreifend überall neue Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) könnten mittels einer kleinräumigeren Planung stärker steuern. Das ist nach den gesetzlichen Vorgaben bereits möglich und sollte verstärkt auch in Absprache mit den Kommunen umgesetzt werden.

- Bessere Versorgungssteuerung

Die Versorgungssteuerung in besonderen Fällen ist wieder in die Bedarfsplanung eingeführt worden. Unter bestimmten Voraussetzungen können Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent statt der üblichen 110 Prozent für weitere Niederlassungen gesperrt werden. Die KVen müssen dieses Steuerungsinstrument konsequent anwenden. Wenn sie dies nicht tun, müssen bei Ungleichgewichten in der Versorgung die Regelungen verbindlicher werden.

Zudem haben die Bundesländer eine neue aktivere Rolle im Rahmen der Bedarfsplanung erhalten, z. B. durch ein Antragsrecht in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen. Sie können auch in Absprache mit den Landesärzteausschüssen Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen für einzelne Arztgruppen in ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten bestimmen. Auch diese Regelung muss im Interesse der vergleichbaren Versorgung in Stadt und Land unbedingt konsequent angewandt werden.

- Förderung von Landarztpraxen

Die KVen, die Länder und die Kommunen sollten Praxiseröffnungen in unterversorgten Gebieten fördern sowie die Niederlassung von Krankenhausärzten aus patientennahen Facharztgruppen (z. B. allgemeine Fachärzte für Innere Medizin) als Hausärzte. Beispiele dafür sind das Hausarztaktionsprogramm in Nordrhein-Westfalen mit bis zu 60.000 Euro Unterstützung der Niederlassung und Anstellung von Hausärzten in Kommunen mit bis zu 25.000 Einwohnern und die Förderung des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin als Gemeinschaftsleistung von KVen, Kommunen und Land. In dem Programm sind seit 2009 über 500 Anträge bewilligt worden, im Bereich Quereinstieg Allgemeinmedizin waren es zwischen Anfang 2019 und März 2020 über 100 Anträge. So sind kurzfristig 100 zusätzliche Hausärzte in die Regionen gekommen, um Engpässe zu beseitigen und die gesundheitliche Versorgung zu stärken.

Die Förderung der Landarztpraxen sollte auch den barrierefreien Ausbau einbeziehen. Insbesondere im ländlichen Raum gibt es bisher nur wenige barrierefreie Haus- und

Facharztpraxen. Deswegen müssen ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit Mobilitätseinschränkungen, für Untersuchungen oft weite Wege zurücklegen. Die Zahl der barrierefreien Haus- und Facharztpraxen sollte sukzessive gesteigert werden. Gerade neue Praxen und medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind barrierefrei zu gestalten. Ziel muss es sein, dass möglichst viele Landarztpraxen barrierefrei werden und es in jedem Landkreis in Deutschland mindestens eine barrierefreie Praxis einer Facharzttrichtung gibt.

- Bessere Vergütung für Landärzte

Auch gehört die Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit und der Kinderärzte auf den Prüfstand mit dem Ziel von Vergütungsumschichtungen Richtung der Landärzte. Zwar gibt es schon verschiedene finanzielle Anreize, wie z. B. verpflichtende regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land oder die Ausnahme von Ärzten in unterversorgten Gebieten von den Verpflichtungen zur Mengenbegrenzung. Diese Anreize sollten dringend durch weitere Vergütungsumschichtungen erhöht werden.

3. Besondere und flexible Maßnahmen in dauerhaft unterversorgten Gebieten ergreifen

In sehr strukturschwachen Gebieten, wo die KVen die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten über längere Zeit nicht sicherstellen können, müssen flexible Möglichkeiten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung geschaffen und genutzt werden. Gegebenenfalls sind dafür noch weitere Rechtsgrundlagen zu schaffen. Wichtige Ansatzpunkte sehen wir in:

- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Die Krankenhäuser sollten mit in die Bedarfsplanung einbezogen werden und in unterversorgten Gebieten auch für die ambulante Versorgung geöffnet werden. Dafür ist sicherzustellen, dass die Krankenkassen die Versorgung aus dem Budget der ambulanten Versorgung bezahlen.

- Örtliche Gesundheitszentren und Gemeindeschwestern

In Kommunen ohne Hausarzt sollten in Absprache mit der umliegenden Ärzteschaft Gesundheitszentren eingerichtet werden, in denen Ärzte Vorort-Sprechstunden abhalten. Grundsätzlich können dort auch Gemeindeschwestern arbeiten, die von Ärzten mit Assistenz Tätigkeiten beauftragt werden. Auf den Erfahrungen der zahlreichen Modellprojekte sollte die gesetzliche Grundlage für die Tätigkeit und Vergütung von Gemeindeschwestern weiterentwickelt werden.

- Anbindung von Arztpraxen sicherstellen

Dort, wo es keine Fachärzte gibt oder sogar auch die hausärztliche Versorgung vor Ort nicht sichergestellt ist, sollten Kommunen und Landkreise im Gegenzug die Verkehrsanbindung an die Arztpraxen sicherstellen. Die Erreichbarkeit der Arztpraxen ist in die regionalen Mobilitätskonzepte mit einzubeziehen. Das kann sowohl durch die Linienführung erfolgen als auch mit der Einrichtung von Bürgerbussen, Landarzt- oder Krankenhausruftaxen geschehen.

4. Telemedizin voranbringen

Die Telemedizin bietet große Chancen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. Das gilt insbesondere für die Überwachung des Krankheitsverlaufs und Behandlungserfolgs bei chronisch Kranken wie ebenso für die Einbeziehung von Spezialisten in die Behandlungen in allen Teilen des Landes. Deshalb werden wir die Telemedizin entschlossen voranbringen.

- Online-Sprechstunden

Mit der Lockerung des Fernbehandlungsverbotes hat der Deutsche Ärztetag 2018 den Weg frei gemacht für Online-Sprechstunden und -Beratungen. Diese lassen sich gut in die Arzt-Patient-Beziehung einbauen, helfen weite Wege zu Arztpraxen zu sparen und ermöglichen Patienten, besser und zeitungebundener Ärzte zu erreichen. Damit diese Möglichkeit von Patienten in ländlichen Regionen genutzt werden kann, ist eine leistungsfähige Breitbandinfrastruktur ebenso Voraussetzung wie eine datensichere Kommunikationsmöglichkeit. Ärzte und Patienten brauchen Unterstützung, Schulungen

und gute Einweisungen, damit Online-Sprechstunden gerade mit älteren Patienten reibungslos und sinnvoll ablaufen können. Die bereits erfolgte Einbindung in die Regelversorgung und -vergütung ist ebenso wichtig wie eine Qualitätssicherung bei Onlineberatung. Digitale Patientenakte, medizinische Apps zur Kontrolle von Krankheitsverläufen und das e-Rezept sind weitere wichtige Bestandteile einer effektiven digitalen Versorgung.

Ein Regelungsbedarf besteht noch bei der Fragestellung, wie die Qualifikation der Ärzte nachgewiesen und für die Patienten sichtbar gemacht werden kann, bei Fragen des Haftungsrechts sowie des Datenschutzes. Die Angebote privater, kommerzieller Anbieter umfassen neben ärztlicher Videoberatung häufig auch die Beschaffung von verordneten Medikamenten, die Lieferung von Hilfs- und Heilmitteln und die Organisation von Lebensmitteln (Essen auf Rädern). Kooperationen von internationalen Online-Arztpraxen mit internationalen Versandapotheken ermöglichen bereits derzeit einen wenig geregelten Zugang zum deutschen Markt. Hier müsste die Sicherstellung der Versorgung durch örtliche Apotheken mit Notdienstverpflichtung finanzierbar bleiben.

- Digitale Vernetzung

Damit die Menschen unabhängig vom Wohnort an dem medizinischen Fortschritt teilhaben können, müssen die Zentren und Unikliniken mit der regionalen Versorgung digital vernetzt werden. Die Finanzierung ist über die Regelsätze der GKV und PKV sicherzustellen.

5. Krankenhaus- und Notfallversorgung sicherstellen

Wir brauchen leistungsfähige und gut erreichbare Krankenhäuser in der Fläche, um die stationäre Grundversorgung und die Notfallversorgung sicherzustellen. Krankenhäuser sind auch wichtige Pfeiler in der Versorgung, wo es zu wenige niedergelassene Ärzte gibt. Die Krankenhausplanung und Finanzierung ist in erster Linie Ländersache. Der Bund muss aber mit den Mitteln der Gesundheitspolitik seinen Beitrag zur Stärkung der Krankenhäuser im ländlichen Raum leisten.

6. Mehr Zusammenarbeit und bessere Vernetzung im Gesundheitswesen

Gerade in ländlichen Regionen, in denen es bei ärztlichen wie auch bei anderen therapeutischen und pflegerischen Leistungen oft nur ein knappes Angebot gibt, kommt es auf die reibungslose Zusammenarbeit und gute Vernetzung im Gesundheitswesen an, um eine am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung zu gewährleisten.

- Sektorübergreifende Zusammenarbeit weiterentwickeln

Für eine optimale medizinisch-pflegerische Versorgung der Menschen im ländlichen Raum müssen die Sektorengrenzen sowohl zwischen ambulant und stationär abgebaut als auch die Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege, Arzneimittelversorgung, soziale und kommunale Angebote sowie die Palliativversorgung miteinander verknüpft werden. Das kann durch mehr Transparenz und Information, insbesondere durch digitale Kommunikation, gemeinsame Behandlungspläne, sektorübergreifende Bedarfsplanung in Bezug auf Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Notfallversorgung, lückenlose und sektorenübergreifende Qualitätssicherung, sektorenunabhängige Vergütung gleicher Leistungen sowie die Verringerung bzw. Überwindung von Schnittstellen geschehen.

7. Pflegekapazitäten im ländlichen Raum ausbauen

2017 bezogen 1,8 Millionen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung, 2015 waren es noch 1,4 Millionen. Aufgrund des demografischen Wandels ist mit einem weiteren Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen. Das betrifft vor allem ländliche Regionen mit ihrer im Schnitt älteren Bevölkerung als die Großstädte.

- Mehr Pflegefachkräfte ausbilden und anwerben

Jeder, der sich für den Pflegeberuf interessiert und geeignet ist, muss ausgebildet werden. Dafür müssen die Bundesländer die Pflegeschulen auch im ländlichen Raum ausbauen. Um den Pflegeberuf attraktiv zu halten, muss die Vergütung erhöht werden. Auch gilt es, in Zusammenarbeit und Absprache mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen und -dienste auf Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte hinzuwirken. Politik und Träger der Pflegeeinrichtungen sollten sich weiter um die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland gerade für den ländlichen Raum bemühen und sie durch Aus- und Weiterbildung lückenlos in unser System integrieren. Die Sprachförderung der aus dem Ausland angeworbenen Pflegekräfte sollte bereits im Heimatland ver-

stärkt und in Deutschland intensiviert werden. Verpflichtende standardisierte Sprachtestungen sind für medizinisches Fachpersonal sinnvoll und notwendig.

- Pflegeeinrichtungen ausbauen

Der Bedarf an Pflegeeinrichtungen und seniorenrechttem Wohnen im ländlichen Raum wird zunehmen. Corona hat zudem gezeigt, dass unsere Seniorenheime und Tageseinrichtungen in Bezug auf Infektionskrankheiten nicht ausreichend sicher gestaltet sind. Bei der Planung der Pflegeeinrichtungen ist heute bereits der steigende Bedarf in den kommenden Jahren zu berücksichtigen. Kapazitätsreserven müssen für Pandemie- und Katastrophenfälle vorhanden sein.

- Seniorengerechte Wohnungen

Damit Senioren in ihrer angestammten Umgebung, ihrem Dorf, leben können, sollte ein Schwerpunkt der Dorfsanierung und -entwicklung auf der Schaffung barrierefreier Seniorenwohnungen – möglichst im Ortskern – liegen.