

Antrag

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Katja Kipping, Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist Teil des sozialstaatlichen Auftrags. Eine wohnortnahe und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung kann nur dann gewährleistet werden, wenn eine feinstrukturierte Bedarfsplanung erfolgt und auf dieser Grundlage personelle, räumliche und finanzielle Voraussetzungen zur Versorgungssteuerung geschaffen werden.

Derzeit wird mit dem Begriff der Bedarfsplanung vor allem die Sicherung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung verbunden, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen beschließen. Parallel dazu wird die Planung der stationären Betten- und Leistungskapazitäten in den Krankenhäusern von den Bundesländern durchgeführt. Es findet aber in der Regel keine Abstimmung von stationären Kapazitäten mit vergleichbaren fachärztlichen ambulanten Leistungen statt. Weder bei der ambulanten noch bei der stationären Bedarfsplanung darf die Patientenvertretung in Sachfragen oder bei der Zusammensetzung, etwa der Landesausschüsse, mitentscheiden. Die Möglichkeiten, als Krankenhaus ambulante Behandlungsangebote zu machen, sind weiterhin sehr eingeschränkt. Durch die Sektorentrennung entstehen schlecht abgestimmte Versorgungsbereiche und damit unter anderem Doppelstrukturen, Reibungsverluste und unnötige Kosten. Ressourcen für eine hochwertige wohnortnahe Gesundheitsversorgung bleiben so ungenutzt. Der momentan beratene Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (Bundestagsdrucksache 18/4095) muss als erster Schritt dafür sorgen, dass zumindest in unterversorgten Regionen Krankenhäuser grundsätzlich ambulant behandeln dürfen. Stattdessen ist die halbherzige Einbeziehung der Krankenhäuser in dem aktuellen Versorgungsstärkungsgesetz mehr als eine Sanktionsmaßnahme denn als eine regelhafte Behandlungsoption in unterdurchschnittlich versorgten Regionen ausgestaltet.

Die heutige Bedarfsplanung baut auf einer wenig aussagekräftigen Datenbasis auf. Mit der Einführung der bis heute gültigen vertragsärztlichen Bedarfsplanung Anfang der 90er-Jahre wurde die damals bestehende Versorgung zur Grundlage der weiteren Entwicklung der Niederlassungszahlen gemacht. Die bis dahin ohne jede Regulierung gewachsenen Strukturen wurden zum Standard erklärt. Insbesondere der psychotherapeutische Behandlungsbedarf und die damit verbundene Zulassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden bis heute nur anhand von

Schätzungen hochgerechnet. Die daraus resultierenden Verhältniszahlen (Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro Bevölkerung) bilden nicht den tatsächlichen Behandlungsbedarf ab. Es gibt allerdings verschiedene Ansätze, die Versorgungsplanung fundiert zu verbessern, die teils regional bereits heute angewandt werden und auf denen aufgebaut werden kann.

Obwohl die Zahl der stationär und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren stetig gestiegen ist, haben oder befürchten insbesondere ländliche Regionen einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Der heutigen Bedarfsplanung ist deutlich anzumerken, dass sie damals zur Bekämpfung der sogenannten Ärzteschwemme eingeführt wurde und kaum Instrumente zur Bekämpfung von Unterversorgung beinhaltet. Die Entwicklung der Altersstruktur sowohl der Bevölkerung wie auch der Allgemeinärztinnen und -ärzte lassen befürchten, dass gerade die flächendeckende hausärztliche Versorgung zunehmend gefährdet ist. So werden bis 2020 über 40 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte im Bundesgebiet altersbedingt ausscheiden (Studie zur Altersstruktur und Arztlentwicklung, KBV, 2010). Laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland ist die Prognose für Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt besonders alarmierend: Bis 2025 werden hier sieben von zehn Hausärztinnen und Hausärzten ihre Praxis aufgeben (www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/aerztestatistik-der-bundesaerztekammer-zahl-der-mediziner-auf-rekordhoch-a-964270.html). Es ist daher höchste Zeit, die Allgemeinmedizin in Ausbildung, Honorierung und den modernen Versorgungsstrukturen aufzuwerten.

Anders sieht die Situation bei anderen Gesundheitsberufen aus. In der Altenpflege liegen umfangreiche und detaillierte Studien, Pflegereporte und Evaluationen der Versorgungssituation und der Bedarfe vor. Eine Planung oder Steuerung der Versorgung erfolgt dennoch nicht. Sie werden dem mehrheitlich über private Träger organisierten Pflegemarkt überlassen. Der Bedarf an sonstigen therapeutischen Leistungen (etwa Heilmittel wie Physiotherapie, Logopädie etc.) sowie Apotheken wird derzeit gar nicht ermittelt. Es ist daher nicht sicher, ob es Versorgungsdefizite bei der nichtärztlichen Leistungserbringung gibt. Um Aussagen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung treffen zu können, braucht es in diesem Bereich mehr Forschungsanstrengungen. Aussagen zur sektorenübergreifenden Versorgung bedürfen der Verknüpfung von Daten zur Krankenhausplanung und denen der ambulanten Bedarfsplanung.

Besonders in schwach besiedelten Gebieten sind Gesundheitseinrichtungen rar gesät und aufgrund langer Anfahrtswege sowie unzureichenden öffentlichen Personennahverkehrs schlecht zu erreichen. Selbst in städtischen Regionen mit niedrigem Sozialindex dünnt die Versorgungslandschaft zunehmend aus. So lassen sich gravierende Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie zwischen ärmeren und reicheren Regionen und Stadtteilen erkennen.

Die heute bestehenden Planungsbereiche für die vertragsärztliche Versorgung erstrecken sich nach wie vor teilweise über mehrere Landkreise. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und die darauf aufbauende neugefasste Bedarfsplanungsrichtlinie haben das Ziel der kleinräumigeren Planung nicht ausreichend erreicht. Einigen Fortschritten bei der hausärztlichen Versorgung steht eine Vielzahl noch immer ungenutzter Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Denn die Möglichkeit, von der Bedarfsplanungsrichtlinie bei regionalen Besonderheiten abzuweichen, wurde in den einzelnen Regionen nur wenig genutzt.

An der Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat sich seit Geltung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) ab 01.01.2012 kaum etwas verbessert. Im Gegenteil: Der von der Bundesregierung berufene Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zeigte sich im Gutachten von 2014 besorgt über die „zunehmenden Fehlverteilungen der Kapazitäten: zum einen zwischen ländlichen und städtischen Regionen und zum anderen

zwischen hausärztlicher Grundversorgung und spezialisierter fachärztlicher Versorgung im ambulanten Bereich“. Notwendig für eine gleichmäßigere Verteilung ist der Abbau von Arztsitzen in überdurchschnittlich versorgten Regionen. Denn überdurchschnittliche regionale Versorgung führt zu angebotsinduzierten unnötigen Untersuchungen und Behandlungen. Dadurch werden die Gesundheit der Patientinnen und Patienten gefährdet und materielle und personelle Ressourcen verschwendet. Zudem sind Ärztinnen und Ärzte weder über finanzielle Anreize effektiv zur Niederlassung in unterdurchschnittlich versorgten Regionen zu bewegen, noch kann Druck zur Niederlassung aufgebaut werden. Der Abbau von Überversorgung ist daher ein entscheidender Hebel für eine bedarfsorientierte Verteilung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Durch die höhere Bezahlung und fehlende Mengenregulierung in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist der Anteil von privat krankenversicherten Menschen in der Region ein besonders wichtiger Faktor für die Niederlassung. Es resultieren nicht nur unterschiedlich lange Wartezeiten. Es ist auch ungesichert, wie viel Zeit letztlich tatsächlich für die Behandlung von gesetzlich Versicherten verwandt wird und wie passgenau die heutige Bedarfsplanung überhaupt sein kann. Die Abschaffung der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung ist daher ein wichtiger Schritt hin zu mehr Versorgungsgerechtigkeit (siehe Bundestagsdrucksache 18/4099).

Die ambulante ärztliche Versorgung wird immer noch überwiegend von Ärztinnen und Ärzten in Einzelpraxen erbracht. Auf dem Land bedeutet dies oft: lebenslange Bindungen an einen Ort, Einzelkämpfertum und Dienstbereitschaft rund um die Uhr. Das entspricht nicht mehr den modernen Berufsvorstellungen und Lebensentwürfen vieler junger Ärztinnen und Ärzte. Neben einem gesicherten Einkommen gewinnen zunehmend plan- und gestaltbare Arbeitszeiten und eine gemeinsam verantwortete Patientenbetreuung auch im ambulanten Bereich an Bedeutung. In größeren Einrichtungen (Medizinische Versorgungszentren, Polikliniken, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften) lassen sich kollegialer Austausch und auch flexiblere Arbeitszeiten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf besser realisieren.

Weitere Chancen für die Weiterentwicklung und Sicherung der Versorgung bietet die verstärkte Einbeziehung von medizinischen Fachberufen (zum Beispiel „Gemeindeschwestern“), die insbesondere in der Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommen. Hier müssen größere Anstrengungen unternommen werden, um weitere mögliche delegierbare oder substituierbare Leistungen zu identifizieren und nichtärztliche Gesundheitsberufe falls notwendig weiter zu qualifizieren. Nichtärztlichen Gesundheitsberufen muss grundsätzlich eine größere Eigenständigkeit ermöglicht werden. Längerfristig ist eine Neuordnung der Gesundheitsberufe anzustreben.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den Ländern folgende Neuregelungen zu initiieren:

1. Die Bedarfsermittlung wird so weiterentwickelt, dass sie alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung umfasst. Die strikte Unterscheidung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wird sukzessiv zu Gunsten einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung überwunden. Es ist zu prüfen, ob das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V so weiterentwickelt werden kann, dass es den Sicherstellungsauftrag für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung übernehmen kann. Bei erwiesenen Versorgungslücken sind auch für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung, etwa der Heilmittelerbringung und der Pflege, Maßnahmen der Versorgungssteuerung zu prüfen. Das gilt

vor allem, wenn etwa Heilmittel- und Pflegeberufe mit mehr Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung ausgestattet sind (siehe Punkt 5).

2. Die Kriterien Morbidität, sozioökonomische Faktoren und Demographie sind bei der Bedarfsermittlung bestmöglich zu berücksichtigen. Auf regionaler Ebene sind etwa Mobilität (ÖPNV) und regionale Infrastruktur zu integrieren. Ziel ist es, die Bedarfsermittlung für die gesundheitliche Versorgung weitestgehend an der bevölkerungsbezogenen Morbidität auszurichten und von den heutigen Verhältniszahlen möglichst zu entkoppeln. Bereits bestehende regionale Versuche, etwa die Berücksichtigung des Sozialindex in Berlin, müssen gefördert, evaluiert, weiterentwickelt und gegebenenfalls bundesweit übertragen werden. Die Verwendung der dafür notwendigen anonymisierten Daten ist zu ermöglichen.
3. Bereits kurzfristig ist für die Patientenvertretung das Vorschlagsrecht für die Besetzung der beiden unparteiischen Mitglieder in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V vorzusehen. Auch in die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V sind die Patientenvertretungen als Pflichtmitglieder aufzunehmen.
4. In dünn besiedelten Regionen wird die Mobilität sowohl von Leistungserbringerinnen und -erbringern als auch von Versicherten erhöht. Dafür werden in Modellversuchen fahrende barrierefreie Praxen sowie Shuttle-Services erprobt und evaluiert. Erfahrungen aus den bereits abgeschlossenen Modellversuchen sind dabei zu berücksichtigen. Es muss auch anderen Akteuren, etwa den Kommunen, ermöglicht werden, multifunktionale Praxisräumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.
5. Die Fachrichtung Allgemeinmedizin wird aufgewertet, um Unterversorgung entgegenzutreten und die primärärztliche Versorgung zu stärken. Dafür wird der Allgemeinmedizin im Medizinstudium mehr Raum gegeben. Die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung ist auch bei der Honorierung zu berücksichtigen. Die hausarztzentrierte Versorgung soll Leitbild in der Regelversorgung werden, statt auf Selektivverträge zu setzen. Die Allgemeinmedizin wird zielgerichtet in moderne poliklinische Einrichtungen und kooperative ambulante Strukturen integriert. Der höhere Zeitaufwand in der Versorgung von ländlichen Gebieten (z. B. Hausbesuche) wird bei der Vergütung stärker berücksichtigt.
6. In der ambulanten und stationären Versorgung werden ärztliche Aufgaben ermittelt, die auf andere Gesundheitsberufe übertragen werden können (Delegation und Substitution). Eine gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Qualifizierung ist sicherzustellen. Diese Kapazitäten sollen zukünftig in die Bedarfsplanung einbezogen werden.
7. Um flexible Anpassungen zu ermöglichen bzw. der sehr ungleichen Arztdichte entgegenzutreten zu können, müssen in überdurchschnittlich versorgten Regionen Arztsitze gestrichen werden. Dabei ist durch Einbeziehung weiterer Parameter (etwa prospektive Abschätzung der Versorgungslage, reale regionale Behandlungskapazitäten unter Berücksichtigung von privat Versicherten, Praxisöffnungszeiten, regionale Erreichbarkeit etc.) sicherzustellen, dass die Versorgungsqualität darunter nicht leidet.
8. Die Bundesregierung erprobt Regionalbudgets, bei denen anhand des Versorgungsbedarfs in einer Region finanzielle Mittel zugewiesen werden. Regionale Gremien, etwa Gesundheitskonferenzen mindestens unter Beteiligung von Kommunen und Ländern, Leistungsbringerinnen und -erbringern, Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie Krankenkassen, verhandeln über die Verteilung der Mittel unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungslage. Der festgestellte Bedarf an Gesundheitsversorgung (und nicht wie bisher die vorhandenen Versorgungsstrukturen) bestimmt damit, wie viel Geld für die Versorgung in die kleinräumigen Planungsbereiche fließt.

Berlin, den 3. März 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Eine effektive und wissenschaftlich fundierte Ermittlung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung sollte selbstverständlich sein. Dabei darf sich die Erforschung des Bedarfs nicht allein an der bestehenden Versorgung orientieren, sondern muss auf den tatsächlichen Bedarf abstellen: So gehen die Menschen in Deutschland europaweit am häufigsten zum Arzt, was nicht bedeutet, dass sie kränker sind. Bei über 18 Arztkontakten pro Versicherten und Jahr liegt der Verdacht nahe, dass auch andere Aspekte, z. B. den Verdienstinteressen der Leistungserbringerinnen und -erbringer, zur Zunahme der ärztlichen Inanspruchnahme führen. Deshalb bedarf es einer umfassenden Bestandsaufnahme.

Um den Bedarf möglichst genau abschätzen zu können, müssen bekannte relevante Kriterien bei der Bestimmung der Krankheitslast einbezogen werden. So wurde im Land Berlin der Sozialindex bei der Bedarfsplanung berücksichtigt, da der Bedarf gerade in der Primärversorgung deutlich von sozioökonomischen Faktoren abhängt. Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat das IGES-Institut beauftragt, Wege zur angemessenen Berücksichtigung von Morbidität, Demographie und sozioökonomischen Faktoren in der Bedarfsplanung zu finden. Die Patientenvertretung kritisiert, dass dieser Ansatz in der neugefassten Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA nicht ernsthaft in Betracht gezogen worden sei (siehe Positionspapier der Patientenvertretung vom 20.12.2012). Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt wurde untersucht, inwieweit die Morbiditätsmessung (etwa mittels Daten für den morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich oder auch des KM87a-Klassifikationsmodells des Instituts des Bewertungsausschusses) für vertragsärztliche Honorierung möglich und notwendig ist.

Wenn in Deutschland derzeit von Unterversorgung die Rede ist, dann wird darunter in der Regel ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten verstanden. Von einem grundsätzlichen Mangel kann aber nicht gesprochen werden. Die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist von 1990 bis 2013 von 92.300 auf knapp 146.000 gestiegen. In den Krankenhäusern stieg die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zwischen 1991 und 2013 um ca. ein Drittel auf über 181.000.

Die bisherigen Ansätze, Niederlassungen über finanzielle Anreize zu fördern, haben nur geringen Erfolg gezeigt, denn die Ursachen liegen nicht beim Geld allein: Fehlende Infrastruktur, Bedenken, sich ein Leben lang an einen Ort zu binden, modernere Lebensentwürfe, Angst vor Verschuldung und davor, später eventuell keinen Praxisnachfolger zu finden, schrecken insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte ab. Poliklinische Strukturen, verschiedene Formen kooperativer Arbeitsorganisation, die es ermöglichen, angestellt zu arbeiten oder Zweigniederlassungen eröffnen, Medizinern und Medizinerinnen attraktive Perspektiven, um unter familienfreundlichen Bedingungen und ohne Verschuldung arbeiten zu können.

Auch für Menschen in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte müssen Angebote entwickelt werden, um größere Distanzen zu gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen zu überwinden oder die Versorgung in regelmäßigen Abständen vor Ort zu erbringen. Dazu könnten multifunktionale Praxisräume, zum Beispiel in Gemeindezentren, für verschiedene Versorgungsformen zur Verfügung gestellt werden. Auch das Modell der fahrenden Praxis ist zunächst als Pilotprojekt in dünn besiedelten Regionen zu erproben und zu evaluieren. Das gleiche gilt für Shuttle-Dienste, die Patientinnen und Patienten zu den verschiedenen Versorgungseinrichtungen befördern. Bei Nachweis des Erfolgs nach der Evaluation sollen die Projekte in die Regelversorgung überführt werden. Bei allen Maßnahmen ist die Barrierefreiheit im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zu sichern.

Der Erfolg des Modellversuchs der als Gemeindegewest bezeichneten AGnES (Arztentlastende, Gemeindegewest, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) zeigt, dass die Vergrößerung der Mobilität auf Seiten anderer Leistungserbringerinnen und -erbringer die Versorgung verbessern kann.

Das AGnES-Modell ist aber auch ein Schritt hin zu der längerfristig notwendigen Neuordnung der Gesundheitsberufe. Verschiedene Modellprojekte haben gezeigt, dass einige ärztliche Tätigkeiten ohne Qualitätsverlust auch auf andere Berufsgruppen übertragen werden können. Neben solcher Delegation ursprünglich ärztlicher Aufgaben, sollten dort, wo dies sinnvoll und möglich ist, ärztliche Tätigkeiten eigenverantwortlich von anderen Gesundheitsberufen verrichtet werden (Substitution). Ziele sind primär die Optimierung der Versorgungsqualität und -effizienz, aber auch die Aufwertung der gut ausgebildeten nichtärztlichen Berufe sowie die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von Aufgaben, die auch andere Berufsgruppen übernehmen können.

Die gegenwärtige Regelung der Zulassungen auf Lebenszeit, hohe Investitionskosten in Praxen, die durch Weiterverkauf refinanziert werden und damit vererbt werden dürfen, verhindern die Anpassung der Versorgung an einen geringeren Bedarf. Ein Arztsitz kann so unbefristet weiterbestehen und weitergegeben werden. Auch durch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplante Soll-Regelung zum Kauf von Arztsitzen in überversorgten Regionen durch die kassenärztlichen Vereinigungen ist keine durchgreifende Besserung der Situation zu erwarten. Ärztinnen und Ärzte in vermeintlich unattraktiven Gebieten gehen hingegen oft leer aus, weil sie keinen Nachfolger finden. Hier ist gegenzusteuern. In einem unterversorgten Gebiet die Arbeit aufzunehmen, darf für Ärztinnen und Ärzte nicht zum persönlichen Risiko werden. Zudem fehlt in unterversorgten Gebieten oft das Geld, um die vorgeschlagenen Maßnahmen wie Aufbau von Polikliniken, Einrichtung von Praxen zur Anstellung von Leistungserbringern, fahrende Praxen, Shuttle-Services etc. umzusetzen. Daher sollte erprobt werden, dass die Regionen das Geld für den jeweils analysierten gesamten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung erhalten und dieses Geld nicht in die Unterhaltung von Überversorgung fließt. Überversorgte Gebiete werden für weitere Niederlassungen der entsprechenden Fachgruppen gesperrt sowie überzählige Sitze aufgekauft, unterversorgte Gebiete aufgewertet und erhalten finanzielle Mittel, innovative und regional angepasste Konzepte zur Versorgungssicherheit zu erproben. Diese Konzepte müssen grundsätzlich gut evaluiert und bei Erfolg auf vergleichbare Regionen übertragen werden.

