

Antrag**der Fraktion der CDU/CSU****Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Deutschland zeichnet sich durch eine heterogene Bevölkerungsverteilung aus (<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B77-Bevoelkerungsdichte-Kreise.html>). Dies ist insofern eine große Herausforderung für die Sicherstellung einer adäquaten flächendeckenden Gesundheitsversorgung, als dass gerade die Gewährleistung der medizinischen Versorgungssicherheit auf dem Land in Folge des Strukturwandels ein großes Problem darstellt. Dies führt zu gegensätzlichen Verhältnissen zwischen der städtischen und ländlichen Versorgung. Vor diesem Hintergrund zeigen Umfragen eindeutig, dass ein Großteil, der in ländlichen Regionen lebenden Menschen, unzufrieden mit der Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten ist (https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=1217748).

Erschwerend kommt hinzu, dass der demographische Wandel das bestehende Problem der flächendeckenden Gesundheitsversorgung verschärft. Eine wachsende Zahl älterer und alter Menschen bedeutet unter anderem, dass Gesundheitsleistungen verstärkt in Anspruch genommen und Ansprüche an das medizinische System komplexer werden, womit die Anforderungen an eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung steigen. Diese gesteigerten Bedürfnisse zu erfüllen, geht mit einem deutlichen Mehrbedarf an medizinischem Fachpersonal einher, was Deutschland aufgrund des akuten Fachkräftemangels in Gesundheitsberufen vor schwer zu stemmende Erwartungen stellt. Dabei schlägt sich die ungünstige Kombination von Strukturwandel und demografischen Veränderungen auf dem Land in besonders prekärer Art und Weise nieder. Der Ärztemangel trifft gerade in ländlichen Gebieten besonders viele ältere und hochbetagte Bürgerinnen und Bürger, für die der weite Weg zu den verbleibenden Arztpraxen und Krankenhäusern eine enorme Belastung darstellt (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf).

Dieser demographische Trend betrifft auch die Ärzteschaft in besonderer Weise, was durch die folgenden Kennzahlen anschaulich belegt wird: Im dritten aufeinanderfolgenden Jahr sank die Anzahl deutscher Staatsangehöriger, die erstmals Mitglied einer Ärztekammer wurden, und erreichte zum 31. Dezember 2022 mit 8.608 Neumitgliedern rund fünf Prozent weniger als im Jahr 2019. Neun Prozent der

gesamten Ärzteschaft sind älter als 65 Jahre und stehen oft nicht mehr uneingeschränkt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung oder werden zeitnah wegfallen. Außerdem erhöhte sich die Anzahl der im Ruhestand befindlichen Ärztinnen und Ärzte um 3,8 Prozent (Vergleich Vorjahr). Insgesamt stieg die Zahl der Ruheständler seit 2019 sogar um ganze 12 Prozent (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/231119/Aerztestatistik-2022-Warten-auf-die-Wende>).

Es ist vor diesem Hintergrund unerlässlich, dieser ungünstigen Kombination von Strukturwandel, einer älter werdenden Gesamtbevölkerung und mangelnden Fachkräften entgegenzutreten. Der richtige Weg nach Ansicht der Antragssteller ist, bestehende Strukturen weiterzuentwickeln und in diese zu investieren. Dies soll sich konkret darin äußern, Kernelemente der Gesundheitsversorgung, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, zu stärken. Nur so kann die Versorgungssicherheit im ländlichen Raum auf eine zielgerichtete, effiziente und wirtschaftliche Weise weiterhin gewährleistet werden. Die absoluten Zahlen der Medizinstudenten stiegen in den letzten Jahren erfreulicherweise stetig an (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html#242500>). Diesem Trend zum Trotz ist weiterhin im ländlichen Raum zu beobachten, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte keine Nachfolger finden. Bisherige Initiativen die Praxisneugründungen unterstützen oder junge Ärztinnen und Ärzte für ein Niederlassen im ländlichen Raum motivieren sollen, sind und waren nach Ansicht der Antragsteller ein wichtiger erster Schritt, konnten aber - wie am aktuellen Trend erkennbar ist - keine nachhaltige Abkehr vom Trend insgesamt erwirken (https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf).

Nach Ansicht der Antragsteller ist hierbei neben einer Reihe von konkreten Maßnahmen auch die Digitalisierung des Gesundheitssystems von zentraler Bedeutung. Vermehrt häufen sich Berichte darüber, dass die Digitalisierung massiv stockt und auf Seite der Ärztinnen und Ärzte eher als eine Belastung als eine Entlastung im Praxisalltag empfunden wird. Beispielhaft sei hier die umfangliche Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und des Ärztenetzwerks Berlin zu nennen: 44 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte berichten, dass mehrfach im Monat Probleme bei der Telematikinfrastruktur auftreten (<https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/44-prozent-der-befragten-praxen-klagen-ueber-haeufige-software-abstuerze-auslesen-der-elektronischen-gesund>

heitskarte-besonders-stoeranfaellig-schlechte-digitalisierung-gefahrdet-patientenversorgung). Dieser Umstand wirkt besonders im ländlichen Raum mit einer insgesamt schwächeren Netzabdeckung wie ein Brennglas auf die zunehmende Mehrbelastung. Schwierigkeiten treten insbesondere beim Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), dem Ausstellen einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) oder bei E-Rezepten auf. Gerade im ländlichen Raum, in dem nur begrenzte Kapazitäten und eine angespannte Versorgungslage immer wieder attestiert werden, ist dies häufig nicht tragbar.

Darüber hinaus kämpfen auch Krankenhäuser besonders im ländlichen Raum mit Inflationskosten und den massiv gestiegenen Energiepreisen (siehe BT-Drucksache 20/8402). Um die ländliche Versorgung auch mit Blick auf die Notfallversorgung stärker in den Blick zu nehmen, ist es unerlässlich, Anfahrtswege und Erreichbarkeiten sektorenübergreifend zwischen Krankenhäusern und ambulanten Leistungserbringern mitzudenken. Weitere verstärkte Entlastungen für den stationären Krankenhaussektor wären die konsequente Umsetzung der Ambulantisierung, die Verbesserung der

Situation bei teilstationären Behandlungen und die stringente Einbeziehung von Praxiskliniken nach §122 SGB V. Der neue §115f SGB V hat hier bereits die richtigen Ansätze in Richtung einer konsequenten Ambulantisierung gelegt. In der Praxis sind jedoch viele Versorger, insbesondere Praxiskliniken, von einer unklaren Rechtslage, welche Kosten bei einer ambulanten Operation übernommen werden, betroffen. Weiterhin besteht seit kurzem die Möglichkeit, tagesstationäre Behandlungen in einem neuen Umfang durchzuführen, die jedoch besser und schneller in der Versorgung ankommen müssen (§115e SGB V). Hier sind nach Sicht der Antragssteller Verbesserungen mit erheblichem Effizienzsteigerungspotential vorhanden.

Die Union hat in einer Vielzahl an Anträgen Unterstützung für den ländlichen Raum in der Gesundheitsversorgung eingefordert. So muss dringenderweise ein Krankenhausvorschaltgesetz erarbeitet werden, um ein Kliniksterben und strukturellen Schaden besonders im ländlichen Raum abzuwenden, bis eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht worden ist und ihre Wirkung entfaltet (BT-Drucksache 20/8402). Damit auch im ländlichen Raum ein Praktizieren des Arztes möglich bleibt, muss zum einen die Reform der Notfallversorgung endlich angegangen (BT-Drucksache 20/7194) und zum anderen die längst überfällige Novellierung der GOÄ und der GOZ auf den Weg gebracht werden (BT-Drucksache 20/7586). Weiterhin muss bei der Betrachtung des ländlichen Raumes auch der enorme Bedarf an Psychotherapie berücksichtigt und die Bedarfszahlen sachgerecht angepasst werden (BT-Drucksache 20/8860).

Nicht zuletzt muss auch angesichts der gerade im ländlichen Raum problematischen demografischen Entwicklung mehr für den Ausbau des Netzes an barrierefreien Landarztpraxen getan werden (siehe auch Positionspapier der CDU/CSU-Bundestagsfraktion „Barrieren abbauen – Bewusstsein schaffen – Teilhabe sichern“, <https://www.cducsu.de/sites/default/files/2022-11/PP%20Barrierefreiheit%20neu.pdf>, Seite 13).

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf,
1. eine schnellere Berücksichtigung von Kostensteigerungen und der Inflation bei der Finanzierung ambulanter Leistungen gesetzlich festzulegen;
 2. die angekündigte Entbudgetierung zügig umzusetzen und mit einem besonderen Fokus auf den ländlichen Raum zu prüfen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um einer Ballung von Haus- und Fachärzten in den Großstädten vorzubeugen. Hierbei soll darüber hinaus insbesondere geprüft werden, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen nur in ländlichen Regionen als Anreiz für eine dortige Niederlassung ermöglicht werden könnte;
 3. die Arztniederlassungen vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von Absolventen in der Medizin, insbesondere im ländlichen Raum weiter gezielt zu fördern und dazu beispielsweise die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie anzupassen sowie die Möglichkeiten zur Niederlassung im ländlichen Raum zu flexibilisieren, um den regionalen Bedürfnissen entsprechend besser gerecht werden zu können;
 4. im Rahmen der anstehenden Krankenhausstrukturreform u. a. die Notfallversorgung insbesondere mit Blick auf die schnelle Erreichbarkeit von Krankenhäusern zumindest zur Erstversorgung stärker in den Blick zu nehmen und die ärztliche Aus- und Weiterbildung auch an kleineren Klinikstandorten

im ländlichen Raum sowie in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen;

5. zu prüfen, inwieweit zusammen mit den Ländern eine Anpassung der Zugangsregelungen zum Medizinstudium, z. B. durch eine Anpassung der Ärztetests, besser den Zugang zum Studium der Humanmedizin ermöglicht;
6. Anreize zu schaffen, dass zum Beispiel berentete Ärztinnen und Ärzte oder Gesundheitspersonal weiterhin zumindest im verminderten Rahmen einer Tätigkeit im Gesundheitssystem nachgehen können;
7. die bürokratischen Belastungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu verringern, damit die wachsende Zahl von Einzelfallprüfungen im Verhältnis zu den geringen tatsächlichen Regresszahlen nicht die Handlungsfähigkeit der Arztpraxen einschränkt;
8. eine Überprüfung aller Dokumentationspflichten im Hinblick auf mögliche Doppelungen sowie obsoleter Vorschriften für einen massiven Bürokratieabbau vorzunehmen, damit die behandelnde Ärztin/der Arzt mehr Zeit am Patienten verbringen kann;
9. Doppelstrukturen in der Versorgung zu vermeiden und die bislang von der Bundesregierung geplanten Doppelstrukturen an sog. Gesundheitskiosken auch tatsächlich aufzugeben;
10. den auftretenden Hürden und Problemen bei der Digitalisierung der Arztpraxen und Gesundheitsversorgung durch gezielte Maßnahmen entgegenzutreten;
11. die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung weiter nutzbringend und nutzerorientiert auszubauen, um Vertrauen in neue, digitale Prozesse zu schaffen und dabei digitale Interoperabilität zu stärken und Entscheidungshierarchien für Standards und Plattformen festzulegen;
12. die Einführung weiterer digitaler Lösungen voranzubringen, um arztentlastende Prozesse und die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Fachkräfte u. a. im Rahmen der Akademisierung voranzutreiben und diese im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) anreizkompatibler abzubilden;
13. Modelle wie das AGnES-Konzept (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes flächendeckend im ländlichen Raum zu integrieren;
14. unverzüglich einen Bund-Länder-Gipfel zur Neuordnung des Ausbildungsberufs zum und zur Medizinischen Fachangestellten einzuberufen und die Berufsordnungen schnellstmöglich zu reformieren und dabei im Hinblick auf Delegationsmöglichkeiten, den Abbau bestehender Delegationshindernisse sowie Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf und die Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu fokussieren;
15. gemeinsam mit den Ländern Fördermaßnahmen für die Neugründungen von VorOrt-Apotheken in unterversorgten Gebieten zu erarbeiten, um für Neugründerinnen und -gründer eine solide Existenzgrundlage gewährleisten zu können;
16. die Umsetzung der Ambulantisierung vordringlich voranzutreiben, damit mehr ambulante statt stationärer Leistungen erbracht werden können, um unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und langfristig Kosten zu sparen, um sich so am Standard der OECD-Länder zu orientieren;

17. zusammen mit den Ländern die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung noch intensiver in den Praxen stattfinden zu lassen, um damit den ambulanten Schwerpunkt stärker zu betonen;
18. eine konsequente Berücksichtigung und Unterstützung bei der Umsetzung des § 122 SGB V für Praxiskliniken zu erreichen, um die Versorgungssituation zu verbessern;
19. zu prüfen, inwieweit Krankenkassen dazu verpflichtet werden könnten, einen kostengünstigeren „Hausarzttarif“ anbieten zu müssen, womit eine gezieltere Patientensteuerung und damit Kostenersparnisse erreicht werden könnten;
20. Elemente eines prozess-orientierten Behandlungssystems, welches stufenweise der Dringlichkeit nach erst telemedizinische, dann ambulante und zuletzt stationäre Behandlungen vorsieht, stärker im Gesundheitssystem zu verankern;
21. eine Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des sog. „social prescribing“- Ansatzes zu ermöglichen, um niedrigschwellig Leiden außerhalb des Gesundheitssystems zu behandeln;
22. eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen mit dem Ziel, an die lokalen Bedarfe vor Ort orientierte Leistungen durch eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, insbesondere von Kurzzeit-, Langzeit-, Tages- und Nachtpflegeangeboten bundesweit zu etablieren;
23. flächendeckend den Ausbau örtlicher Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung sowie die Einführung eines Quartiersmanagements mit integrierter Pflegeberatung, sowie den Aufbau von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen im Sinne des Aufbaus von „Caring Communities“ zu fördern und dafür gegebenenfalls notwendige gesetzliche Grundlagen vorzulegen;
24. gemeinsam mit Ländern und Kassenärztlichen Vereinigungen den aktuellen Stand der barrierefreien Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu ermitteln und auf dieser Basis weitere Maßnahmen zu prüfen und
25. die barrierefreie Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu einem der Schwerpunkte des laut Koalitionsvertrags eigentlich schon für Ende 2022 vorgesehenen Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu machen und dabei vorbildliche Projekte einer barrierefreien ambulanten Gesundheitsversorgung bekannter zu machen, um so Anreize für ähnliche Projekte, insbesondere in ländlichen Regionen zu setzen.

Berlin, den 25. Juni 2024

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt