



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

DER AUTOR

Dr. Gerd Landsberg

ist Geschäftsführendes
Präsidialmitglied des Deutschen
Städte- und Gemeindebundes.

Der Deutsche Städte- und
Gemeindebund vertritt die Interessen
der Kommunalen Selbstverwaltung der
Städte und Gemeinden in Deutschland
und Europa. Über seine Mitglieds-
verbände repräsentiert er rund 11.000
Kommunen in Deutschland.

Mitgliedsverbände

- Bayerischer Gemeindetag
- Gemeinde- und Städtebund
Rheinland-Pfalz
- Gemeinde- und Städtebund
Thüringen
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Hessischer Städte- und
Gemeindebund
- Hessischer Städtetag
- Niedersächsischer Städte- und
Gemeindebund
- Niedersächsischer Städtetag
- Saarländischer Städte- und
Gemeindetag
- Sächsischer Städte- und
Gemeindetag
- Schleswig-Holsteinischer
Gemeindetag
- Städte- und Gemeindebund
Brandenburg
- Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen
- Städte- und Gemeindebund
Sachsen-Anhalt
- Städte- und Gemeindetag
Mecklenburg-Vorpommern
- Städtebund Schleswig-Holstein
- Städtetag Rheinland-Pfalz

STATEMENT ZUR GESUNDHEITSPOLITIK

Ärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen

- Kommunale Konzepte entwickeln
- Telemedizin etablieren

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Die Menschen bewerten in der Regel ihr Vertrauensverhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten als gut. Die Zahl berufstätiger Ärzte je 100.000 Einwohner ist von 299 im Jahr 1990 auf 461 im Jahr 2016 gestiegen. Aber die Ärzte sind in unserem Land ungleich verteilt. In manchen Regionen Deutschlands gibt es eine Überversorgung, in anderen aber mittlerweile eine Unterversorgung. Betroffen sind vor allem strukturschwache ländliche Gebiete, aber auch Stadtteile größerer Städte mit einer schwierigen Sozialstruktur. Ohne Gegenmaßnahmen wird sich diese Ungleichverteilung noch weiter verschärfen.

Das Nebeneinander von Unter- und Überversorgung führt zu desparaten Versorgungsstrukturen, die durch die demografische Entwicklung und die Altersstruktur der Ärzte noch zunehmen. Die steigende Zahl von zugewanderten Medizinern behebt nicht den Mangel an Hausärzten in strukturschwachen Regionen. Die meisten der rund 47.000 ausländischen Mediziner arbeiten in Krankenhäusern. Die bislang getroffenen Maßnahmen sind noch nicht ausreichend, die bestehende und in weiteren Regionen

drohende Unterversorgung zu verhindern. Die Menschen in Deutschland haben einen Anspruch auf ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot medizinischer Leistungen, die bestmöglich zugänglich und erreichbar sind.

Gerade unter dem Gesichtspunkt einer stetig steigenden Lebenserwartung wird in Zukunft die Notwendigkeit einer flächendeckenden Grundversorgung noch bedeutender werden. Um diese sicherzustellen gibt es keinen Königsweg. Notwendig sind Aktionspläne unter Berücksichtigung der örtlichen Besonderheiten.

Sicherstellungsauftrag erfüllen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind verpflichtet, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie haben dafür zu sorgen, dass die Versorgung gewährleistet ist und genügend Ärzte mit der durch die Kassen zur Verfügung gestellten Vergütung vorhanden sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in den einzelnen Bundesländern auch bereits unterschiedliche Maßnahmen zur gleichmäßigen Versorgung ergriffen. Hierzu gehören z. B. die Förderung von Praxiseröffnungen in unterversorgten Gebieten oder die Vergabe von Stipendien an Studenten, die sich nach dem Studium in unterversorgten Gebieten niederlassen.



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Die Maßnahmen reichen aber nicht aus. Vielmehr müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Finanzmittel von den überversorgten in die unterversorgten Gebiete zur Ansiedlung von Ärzten umleiten. Diese Lösung wird sicherlich eine Diskussion mit „gut“ versorgten Gebieten auslösen. Genauso strittig ist ein „Solidaritätszuschlag“ der „Stadtärzte“ zugunsten der „Landärzte“. Ohne zusätzliche Maßnahmen wird sich das Niederlassungsverhalten weiter zu Lasten der strukturschwachen Gebiete verschieben. So könnten die Niederlassungszuschüsse durch Kassenärztliche Vereinigungen und Länder erhöht werden. Eine weitere Möglichkeit wäre, wie in einzelnen KV-Regionen in Mecklenburg-Vorpommern schon praktiziert, in unterversorgten Gebieten neben der Honorarverteilung auch die Mengenbegrenzung zumindest befristet aufzuheben.

Rechtsanspruch schaffen: Jeder eigenständigen Gemeinde eine Ärztin/Arzt

Ziel muss es sein, auch zukünftig in jeder eigenständigen Gemeinde eine hausärztliche Versorgung gewährleisten zu können. Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, dies sicherzustellen. Soweit dies nicht erfüllt wird, sollte der Gesetzgeber einen entsprechenden Rechtsanspruch zugunsten der Kommunen einführen. Dies könnte unter anderem über kleinräumige, auf einzelne Städte und Gemeinden festgelegte Planungsbereiche erreicht werden, was aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (im SGB V

und im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie) bereits möglich und gewollt ist.

Sollten die rechtlichen Vorgaben noch nicht ausreichend sein, müssen die Planbezirke neu geregelt werden. Die gesundheitliche Versorgung ist wie die Kinderbetreuung eine unverzichtbare Aufgabe der Daseinsvorsorge, die gewährleistet werden muss. Zur Erfüllung eines derartigen Rechtsanspruchs können auch Alternativen zur Einzelpraxis in Betracht kommen, z. B. eine Zweigpraxis, Praxisgemeinschaften oder Berufsausübungsgemeinschaften. Auf jeden Fall sollten den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene Mitsprachemöglichkeiten und Mitwirkungsbefugnisse in den Beschlussgremien eingeräumt werden. § 90a SGB V ist entsprechend zu erweitern und aufzuwerten.

Versorgungsstrukturgesetz weiter umsetzen, Sicherstellung weiter deregulieren

Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber eine Reihe von Maßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung ergriffen. Dazu gehören die Abschaffung der Residenzpflicht für Ärztinnen und Ärzte, wonach diese bislang auch im Ort ihrer Praxis wohnen mussten, ebenso wie die einfachere Zulassung von Zweitpraxen. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren können Ärzte anstellen, wenn für die Fachrichtungen keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, also in unterversorgten

Gebieten. Hier können auch Teilzeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeboten werden.

Darüber hinaus sollten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen von der Möglichkeit Gebrauch machen, in unterversorgten Gebieten eigene Praxen zu betreiben.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Ende Juli 2015 in Kraft getreten ist, sieht weitere Schritte zur flächendeckenden Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vor: Kassenärztliche Vereinigungen können einen sog. Strukturfond zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung einrichten. Die Gründungsmöglichkeiten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden dahingehend weiterentwickelt, dass zum einen jetzt auch arztgruppengleiche MVZ möglich sind, zum anderen Kommunen insbesondere in strukturschwachen Regionen die Gründung eines MVZ aktiv mitgestalten oder auch selbst gründen können. Zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages sollten durch eine weitere Deregulierung den Kassenärztlichen Vereinigungen größte Handlungsspielräume eröffnet werden, um flexible regionale Lösungen zu ermöglichen.

Mit dem Innovationsfond können zukunftsweisende Versorgungsformen gefördert werden. Ziel ist es, die Regelversorgung durch eine bessere Verzahnung der Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sowie die verstärkte Zusammenarbeit unterschiedlicher Facharzttrichtungen



Position

und Berufsgruppen weiter zu entwickeln.

Die Bundesländer haben eigene Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten ergriffen, z. B. in Form von Niederlassungszuschüssen.

Kommunale Aktionspläne

Kommunen sollten bei der Ärzterwerbung ein ähnliches Standortmarketing betreiben wie bei der Ansiedlung von Betrieben und Unternehmen. Dazu gehört, einen frühzeitigen Aktionsplan bei drohender Schließung einer Arztpraxis mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu entwerfen. Dies kann und sollte in enger Kooperation mit den umliegenden Kommunen und dem Landkreis erfolgen. Als Maßnahmen kommen in Betracht: Stipendien für Studenten mit späterer Niederlassungsverpflichtung, Förderung von medizinischen Praktika im Ort, Ankauf von geeigneten Immobilien für eine Praxis, Darlehen für den Betrieb, Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche für Familienangehörige der Ärztin oder des Arztes, Hilfe bei der Kinderbetreuung, Ermöglichung von Teilzeitarbeit, Kooperation mit Vereinen und Kirchen zur schnellen Verankerung des neuen Arztes in der Gemeinde. Ärztinnen und Ärzte werden sich nur dann in einer Gemeinde ansiedeln, wenn diese ein attraktiver Lebensort ist. Eine schleichende Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Kommunen wird abgelehnt.

Problematisch ist, dass viele dieser Maßnahmen Geld kosten, über das

die strukturschwachen Kommunen nicht verfügen.

Unabhängig von der Finanzkraft sollten die Kommunen frühzeitig mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Kontakt aufnehmen und gemeinsam nach geeigneten Maßnahmen suchen und die Planungen abstimmen.

Mobilitätskonzepte weiterentwickeln

Die Erreichbarkeit der Ärzte spielt gerade bei einer älter werdenden Gesellschaft eine immer größere Rolle. Notwendig ist es, Mobilität und Erreichbarkeit in die Versorgungsplanung mit einzubeziehen. Die Fahrpläne des ÖPNV sollten auch auf die Sprechzeiten der Arztpraxis abgestimmt werden. Darüber hinaus sind Mobilitätskonzepte zu entwickeln, die insbesondere auch gehbehinderten Patienten die Möglichkeit bieten, die Ärzte aufzusuchen. Beispiele sind Bürgerbusse, Landarzt- oder Ruftaxen.

Stellenwert der Allgemeinmedizin erhöhen

In der universitären Ausbildung muss die Allgemeinmedizin einen höheren Stellenwert erhalten. Es müssen zukünftig mehr Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner für die hausärztliche Versorgung ausgebildet werden. In Deutschland gibt es 38 medizinische Fakultäten, aber nur 22 Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Dies führt auch dazu, dass in Deutschland zu wenige Hausärzte ausgebildet werden. Bei der Ausbildung in den Hochschulen muss künftig der

hausärztlichen Basisversorgung ein zentraler Stellenwert eingeräumt werden. Die ärztliche Selbstverwaltung hat die Aufgabe, nicht immer stärker auf mehr Spezialisierung zu setzen. Während des Studiums sollten die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte ein Praktikum in einer Hausarztpraxis absolvieren müssen.

Der Masterplan Medizinstudium 2020 greift Teile dieser Forderungen auf. Als Anreiz für eine Niederlassung in strukturschwachen Räumen wird den Ländern die Einführung einer sogenannten Landarztquote ermöglicht. Die Länder können danach bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. durch Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Zudem sollen Studierende besser über die Möglichkeiten informiert werden, ganze Ausbildungsabschnitte im ländlichen Raum abzuleisten und über die finanzielle Förderung dafür. Dies ergänzt die Maßnahmen, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz bereits auf den Weg gebracht wurden, wie zum Beispiel gezielte finanzielle Anreize, die Kassenärztliche Vereinigungen über Strukturfonds zur Niederlassung im ländlichen Raum setzen können.

Auch bei der Honorierung sollten Allgemeinmedizinerinnen und All-



Position

gemeinmediziner aber auch Kinderärzte nicht schlechter gestellt werden als andere Fachärzte.

Substitution und Delegation — Berufsbild der Arztassistentin / des Arztassistenten einführen

Wenn Ärztinnen und Ärzte eine zunehmend knappe Ressource werden, müssen weiterhin Modelle gefördert werden, wie man die vorhandenen medizinischen Kapazitäten optimaler nutzen kann.

Ein Schritt ist, die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen weiter zu fördern. Unter den Kürzeln VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), MoNi (Medizinische Fachangestellte im Modell „Niedersachsen“), MoPra (Mobile Praxisassistentin), AGnEs (Arztentlastende gemeindenaher E-Health gestützte systemische Intervention) gibt es in einzelnen Regionen verschiedene Ausprägungen dieser Delegationsmodelle.

Denkbar wäre auch, dass die entsprechend ausgebildeten Kräfte in einer verwaisten ländlichen Arztpraxis einen stationären Anlaufpunkt für Patienten bekommen, indem sie selbst kleinere Krankheiten nach entsprechender Aus- und Fortbildung behandeln können. Bei komplizierteren Fällen können sie dann Ärzte hinzuziehen, die qualifiziert entscheiden, ob der Patient vor Ort versorgt werden kann oder in eine Fachpraxis oder Klinik überwiesen wird.

Auch sollte überlegt werden, ob ein neues Berufsbild des Arztassistenten oder der Arztassistentin eingeführt wird. Dies würde sich bei der

ärztlichen Versorgung entlastend auswirken, ohne dass die Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird. KBV und Bundesärztekammer unterstützen aktiv das Berufsbild des Physician Assistants, der solche Aufgaben übernehmen könnte.

Das BMG sollte die erforderlichen Schritte zur Ausgestaltung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 SGB V auf den Weg bringen, insbesondere die Anforderungen an diese Modellvorhaben so regeln, dass sie kurzfristig realisiert werden können.

In diesem Rahmen sollten die Kommunen überlegen, inwieweit sie durch eigene Maßnahmen Ärzte entlasten können, z. B. durch Mehrgenerationenhäuser, Teilhaberäume für ältere Menschen zu schaffen. In ländlichen Räumen suchen ältere Menschen zum Teil Ärzte auf, da keine anderen Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Telemedizin etablieren, Chancen der Digitalisierung nutzen

Die Möglichkeiten der Telemedizin müssen weiter ausgebaut werden. Es müssen die noch bestehenden Vorbehalte über die Fernbehandlung ausgeräumt werden. Viele europäische und außereuropäische Länder sind in Sachen Delegation und Telemedizin bereits deutlich weiter als Deutschland. Dort hat man erkannt, dass zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ein abgestuftes Versorgungssystem notwendig ist. Beispiele sind

„rollende Arztpraxen“ in einem mit Medizintechnik ausgestatteten Fahrzeug, die mit Hausarzt- und Facharztpraxen vernetzt sind. In der Schweiz können Patienten per Telefon beraten werden. Die Mehrheit der Patienten kann durch Befragung und durch Blick auf Fotos behandelt werden. Der Rest wird an Praxen und Krankenhäuser verwiesen. In Baden-Württemberg soll es zumindest Modellversuche geben.

Die Telemedizin hat allerdings nur dann eine Chance, wenn die Leistungen angemessen vergütet und Bestandteil der Regelversorgung werden. Das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass eine Einigung darüber erzielt werden soll, welche telemedizinischen Leistungen in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Dieser Ansatz muss zügig umgesetzt werden. Auch die Berufsordnung der Ärzte ist dahingehend zu novellieren, dass Online-Diagnosen zugelassen werden. In Baden-Württemberg wurde die Berufsordnung dahingehend novelliert, dass Modellprojekte zu örtlichen Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze erlaubt sind, sofern die Landesärztekammer sie genehmigt.

Mit dem E-Health-Gesetz hat der Gesetzgeber weitere Schritte unternommen:

- Medizinische Notfälle sollen ab 2018 auf Wunsch des Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Ab diesem Zeitpunkt soll



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

auch der Medikationsplan elektronisch abrufbar sein.

- Bereits vor Einführung der Telematik-Infrastruktur werden elektronische Arztbriefe gefördert, wenn hierfür ein elektronischer Heilberufsausweis mit elektronischer Signatur verwendet wird.
- Die gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) muss bis Ende 2018 die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Daten der Patienten (z.B. Arztbrief, Notfalldaten, Medikationsplan) in einer elektronischen Patientenakte bereitgestellt werden können.
- Es soll ein Patientenfach eingerichtet werden, in dem die mittels Gesundheitskarte gespeicherten Daten, aber auch eigene weitere Daten der Patienten, gespeichert werden können.
- Die gematik wird verpflichtet, die verwendeten Standards transparent zu machen.
- Die gematik sollte bis Ende 2016 prüfen, ob und inwieweit mobile Endgeräte für die Kommunikation im Gesundheitswesen eingesetzt werden können.

Entscheidend wird es darauf ankommen, die Software, Standards und Schnittstellen in Krankenhäusern und bei Ärzten zu vereinheitlichen. Die Digitalisierung bietet Ansätze, Versorgungsprozesse zu modernisieren und zu vernetzen. Dies würde auch zu einer Entlastung der Ärzte von bürokratischem Aufwand führen und mehr Zeit für Patienten zulassen.

Voraussetzung ist allerdings auch, dass der Breitbandausbau in Deutschland weiter vorangetrieben

und ein flächendeckendes Hochleistungsgeschwindigkeitsnetz etabliert wird.

Krankenhäuser einbeziehen

Mit jährlich rund 20 Millionen ambulanten Behandlungsfällen leisten die Krankenhäuser schon heute einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Die ambulante Notfallversorgung wäre ohne die Krankenhäuser selbst in den Ballungsgebieten kaum noch zu gewährleisten. Auf der anderen Seite ist festzustellen, dass die Kliniken am Rande ihrer Möglichkeiten stehen.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich kommt gerade den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen entsprechenden Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken.

Die Krankenhausplanung auf Landesebene muss die Erfordernisse in strukturschwachen Räumen berücksichtigen. Insbesondere im Interesse der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Räumen muss in der Krankenhausplanung zwischen Krankenhäusern

zur flächendeckenden, ortsnahen Grundversorgung und spezialisierten Kliniken zur Maximalversorgung unterschieden werden. Die Kooperation von Krankenhäusern im Rahmen des Klinikverbundes kann die notwendige Arbeitsteilung zwischen Grundversorgung, spezialisierten kleineren Häusern und Kliniken der Maximalversorgung gewährleisten. Die Bundesländer sind aufgefordert, ihrer Finanzierungspflicht umfassend nachzukommen.

Im ländlichen Raum wurden immer mehr Geburtsstationen geschlossen. Das betrifft sowohl die kleinen Geburtsstationen in kommunaler Trägerschaft als auch Kreißsäle in vergleichsweise großen privatwirtschaftlich geführten Häusern. Die Gründe sind vielseitig und stehen in Wechselwirkung zueinander: unzureichende Vergütungssysteme, fortschreitender Fachkräftemangel in den Kreißsälen und strukturelle Anforderungen zum Betrieb von Geburtsstationen. Wenn hier kein entscheidendes Umdenken in der Politik stattfindet, die den Markt ganz bewusst dem Zusammenspiel der Leistungsbringer und der Kostenträger überlassen hat, wird sich das Sterben der Geburtsabteilungen fortsetzen. Notwendig ist:

- Die Aufnahme der Geburtshilfe in die Grund- und Regelversorgung der stationären Versorgungsleistung.
- Die Entwicklung alternativer Finanzierungsmechanismen für alle Bereiche der Grund- und Regelversorgung (inklusive Geburtshilfe) außerhalb des DRG-Systems.



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

- Die Erprobung und Etablierung von Anreizsystemen zur Gewinnung von geburtshilflichem Fachpersonal für Kliniken in ländlichen Räumen.
- Die flächendeckende, dezentrale Errichtung neuer Hebammenschulen, um ausgebildete Hebammen durch Kooperation mit den umliegenden Geburtsstationen in der Region binden zu können.

Notärztliche Versorgung

Zwischen 2005 und 2015 hat sich die Zahl der Notfallpatienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser auf 25 Mio. verdoppelt. Die Gründe sind vielschichtig: die Patienten glauben, in den Notaufnahmen schneller behandelt zu werden als beim Haus- oder Facharzt, die Notambulanzen haben am Wochenende und Abend geöffnet, chronisch Kranke versprechen sich dort eine bessere Versorgung, Zuwanderer aus dem Ausland kennen die Struktur der niedergelassenen Ärzte nicht sowie die Unvereinbarkeit der Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte mit dem Lebens- und Arbeitsrhythmus der Patienten. Darüber hinaus gehen auch viele Patienten in die Notaufnahmen, obwohl die Krankheit auch problemlos am nächsten Tag in einer ambulanten Praxis weiterbehandelt werden könnte. Folge der vermehrten Inanspruchnahme von Notambulanzen in Krankenhäusern ist auch eine Überbelastung des Rettungsdienstes.

Notwendig ist es, die Patientinnen und Patienten an die richtige Stelle zu leiten. Die Patienten müssen

mittels transparenter Strukturen künftig auf den richtigen Behandlungspfad gelotst werden. Dazu kann auch die zuvor beschriebene telefonische Beratung nach dem Schweizer Modell gehören. Darüber hinaus sollten „Portal- oder Bereitschaftspraxen“ – also Behandlungsräume, die die Kassenärztliche Vereinigung unmittelbar am Krankenhaus unterhält und finanziert – ausgebaut werden.

Bessere Vernetzung zwischen Krankenhaus und Pflege

In Gesundheitszentren könnte gerade im ländlichen Raum die Zusammenfassung der verschiedenen Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht werden. Dazu können neben den niedergelassenen Ärzten auch Therapeuten und Pflegeangebote zählen.

Der Bund sollte mit den beteiligten Akteuren eine Strategie für eine „sektorenübergreifende Versorgung“ erarbeiten, um die rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen für eine Leistungs koordinierung ambulant tätiger Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken aber auch von Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer integrierten regionalen Versorgungsplanung zu schaffen und sicher zu stellen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung muss ausgebaut werden.

Ärztzentren fördern

Gerade in ländlichen Regionen sind Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser oder lokale Gesundheitszentren

dahingehend weiterzuentwickeln, dass Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte gemeinsam Leistungen anbieten. Der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten 2014 bereits entsprechende Gesundheitszentren gefordert. Dort könnten z. B. auch angestellte Ärztinnen und Ärzte aus der Stadt tageweise arbeiten. Die Gesundheitszentren könnten mit den Kliniken und Pflegeeinrichtungen gerade für die älter werdende Gesellschaft integrierte Versorgungskonzepte anbieten. Notwendig sind allerdings neue gemeinsame Finanzierungswege durch Krankenkassen, Pflegekassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie weitere Institutionen im Gesundheitswesen.

Berlin, 25. Juli 2017