



# DSTGB

Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

## DER AUTOR

### Dr. Gerd Landsberg

ist seit dem 1. Januar 1998  
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 12500  
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

# Positionspapier „Ärztliche Versor- gung im ländlichen Raum“

## 1. Ausgangslage

Die Ankündigung der Regierungskoalition, die regionale Verteilung von Ärzten zu verändern, zeigt, dass die Politik sich endlich dieses dringenden Themas annehmen will. Die ortsnahe medizinische Versorgung ist ein entscheidender Standortfaktor für die Zukunftsfähigkeit der ländlichen Räume. Tatsächlich gibt es immer mehr Klagen über unbesetzbare Praxissitze vor allem in ländlichen Regionen, nicht nur in Ostdeutschland, und über ein schwindendes Interesse des ärztlichen Nachwuchses an der hausärztlichen Tätigkeit. Es wächst die Besorgnis in den Städten und Gemeinden, dass bei einer schlechten Gesundheitsversorgung ihre Regionen an Attraktivität für die Einwohner, Arbeitgeber und Investoren verlieren.

Die demographische Entwicklung wird in den nächsten Jahrzehnten unsere Gesellschaft radikal verändern. Die Verschiebung der Altersstrukturen insbesondere der stark anwachsende Anteil hochbetagter Menschen führt zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Erfahrungsgemäß sind die über 65-jährigen die Patientengruppe mit dem größten Bedarf in der hausärztlichen Versorgung. Gerade ältere Patienten wünschen sich aufgrund ihrer Mehrfacherkrankungen eine wohnortnahe medizinische Fürsorge, die möglichst in einer dauerhaften persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung bestehen sollte. Dem steht gerade in von Abwanderung stark betroffenen Regionen ein immer geringeres medizinisches Grundangebot gegenüber.

Die Attraktivität als Hausarzt, zunehmend aber auch als Facharzt, in den ländlichen Regionen zu arbeiten, hat auf Grund der schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, aber auch in Anbetracht der Arbeitsbedingung in ländlich-peripheren Regionen stark abgenommen. Für Hausärzte bedeutet die Arbeit im ländlichen Raum eine hohe Arbeitsbelastung nicht nur durch administrative Aufgaben, sondern durch die vielen ältern und chronisch-kranken Patienten, geringere Verdienstmöglichkeiten als in Ballungsräume sowie sinkende Praxiswerte.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt der Anteil der über 60jährigen Hausärzte in Brandenburg bei über 30 %, in Thüringen und Sachsen bei rund 29 %, in Sachsen-Anhalt bei 27,5 und in Mecklenburg-Vorpommern bei rund 26 %. Aber auch in Schleswig-Holstein liegt diese Quote über 20 %. Rechnet man den zusätzlichen Bedarf aufgrund der Altersverschiebung hinzu, fehlen im Jahr 2020 15.000 Hausärzte, um die Versorgungsintensität von heute zu erhalten. Ohne Zuwanderung von Ärzten aus dem Ausland könnte schon heute die ärztliche Versorgung nicht mehr hinreichend gewährleistet werden, zumal allein 2007 2.500 Ärzte Deutschland verlassen haben.

## 2. Was wurde bereits getan!

Gerade für die medizinische Versorgung hat die Bundesregierung in den letzten Jahren Maßnahmen beschlossen, die zur Vermeidung einer Unterversorgung in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten beitragen sollen:



# DSTGB

Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen für den Einzelnen das wirtschaftliche Risiko vermindern und eine Teilzeitbeschäftigung erleichtern. Die meisten MVZ-Gründungen finden aber in Ballungs- oder stadtnahen Räumen statt. Dagegen befinden sich derzeit allerdings nur ca. ein Drittel der Versorgungszentren in ländlichen Gebieten.
- Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz flexibilisierte die vertragsärztliche Berufsausübung und ermöglicht es den Ärzten, z.B. neben ihrer Tätigkeit am bisherigen Ort oder auch im Krankenhaus einer Stadt an einigen Tagen der Woche in strukturschwachen Gebieten die ambulante Versorgung zu übernehmen.
- Das SGB V sieht im Fall einer Unterversorgung ab 2010 Zuschläge im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung vor.
- Die Vertragsparteien (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen) können zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Zuschläge vereinbaren.

Darüber hinaus haben Bundesländer Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung ergriffen. Einige Beispiele sind im Folgenden aufgelistet, ohne abschließend zu sein:

- Baden Württemberg: Es wird empfohlen, im Rahmen einer konzertierten Aktion unter kommunaler Federführung mit Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigungen sowie

der Landesärztekammer ein Projekt „Landärzte“ vorzubereiten. Dabei sollen vor Ort versuchsweise in einem Planungsbereich im ländlichen Raum zusätzliche Anreize für eine Niederlassung geprüft werden (z. B. Gestellung von günstigen Wohn- und Praxisräumen, gezielte Angebote von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, günstige Darlehenskonditionen für medizinische Ausstattung oder bessere Anbindung der Arztpraxen an das öffentliche Verkehrsnetz u.s.w.).

- Brandenburg: Höhere Wegegebühren für Hausbesuche, Umsatzgarantien der KV für neue Ärzte in Problemregionen, Pilotprojekt Gemeindegewerter, neue kooperative Organisationsformen für medizinische Versorgungszentren. Bis zu 50.000 Euro Prämie (so genannter Sicherstellungszuschlag) für junge Ärzte, die eine Landpraxis in einem medizinisch unterversorgten Gebiet übernehmen. Städte und Gemeinden und KV arbeiten in den jeweiligen Einzelfällen zusammen; Kommunen übernehmen Lotsenfunktion bzw. benennen gegenüber KV Ansprechpartner. Landesärztekammer, KV und Landeskrankenhausgesellschaft arbeiten in Weiterbildungsnetzwerken eng zusammen.
- Hessen: Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen

und der Hessische Landkreistag haben 2009 eine enge Kooperation zur Sicherstellung und Optimierung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum vereinbart. Auslöser ist eine Bestandsaufnahme die aufzeigt, dass perspektivisch zahlreiche ungeklärte Nachfolgeregelungen in Hausarzt- sowie Facharztpraxen im ländlichen Raum bestehen. Die Landkreise besitzen über deren Sicherstellungsauftrag eine wesentliche Verantwortung für die Krankenhausversorgung, die KV für die Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung.

- Mecklenburg-Vorpommern: Befreiung von Ärzten über 61 Jahren vom kassenärztlichen Notdienst, Neuregelung der Vergütung für den Notdienst, Erhöhung der Zahl geförderten Weiterbildungsstellen, Neuordnung von Planungsbereichen zur Begünstigung der Niederlassung im ländlichen Raum.
- Nordrhein-Westfalen: Es soll ein Aktionsprogramm zur Förderung und Niederlassung von Hausärzten aufgelegt werden. Mit dem mit 1,5 Mio. Euro ausgestatteten Programm sollen eine gezielte Weiterbildung in Hausarztpraxen zur Nachfolgergewinnung sowie finanzielle Anreize für die Niederlassung gefördert werden. Unterstützt wird das Programm durch



# DStGB

Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

individuelle Konzepte, z.B. die Einrichtung von Zweigpraxen in Nachbarorten oder Gemeinschaftspraxen von Haus- und Fachärzten.

- **Sachsen:** Abgestufte Investitionspauschalen für Niederlassungswillige in unterversorgten Regionen, Bonuszahlungen bei Überschreiten der durchschnittlichen Fallzahlen, zusätzliche Förderbeiträge für Weiterbildungsassistenten bei Verpflichtung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen für mindestens 3 Jahre.
- **Sachsen-Anhalt:** Sicherstellungszuschläge in Gebieten, in denen Unterversorgung droht. Mobile Praxisassistenten und Assistentinnen, die Hausärzte von zeitintensiven Hausbesuchen entlasten.
- **Thüringen:** Sicherstellungszuschläge (500 Euro monatlich) für Hausärzte in unterversorgten Gebieten zur direkten Weitergabe an Assistenten. Thüringen und die dortige Kassenärztliche Vereinigung haben eine Stiftung gegründet, die die ambulante Versorgung in ländlichen Gebieten verbessern soll. Dafür sind vor allem finanzielle Anreize vorgesehen. Die gemeinnützige Stiftung ist mit einem Kapital von 170.000 Euro ausgestattet, das zum größeren Teil von der KV bereitgestellt wird. Sie hat sich zum Ziel

gesetzt, diese Summe durch private Spenden und Zuwendungen von Institutionen deutlich zu erhöhen. Finanzieren möchte die Stiftung damit den Betrieb von Eigeneinrichtungen wie KV-geführte Praxen in unterversorgten Regionen. Eventuelle Gewinne dieser Niederlassungen fließen an die Stiftung zurück. Als erste konkrete Maßnahme, um mehr Nachwuchs nach Thüringen zu locken, hat die Stiftung zudem ein Stipendium ins Leben gerufen. Es soll jenen Studenten gewährt werden, die sich nach der Ausbildung in dünn besiedelten Gebieten niederlassen wollen. Weitere Anreize will die Stiftung geben, indem sie ambulante ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung bedarfsspezifisch fördert, Famulaturen und praktische Jahre unterstützt und den Kommunen bei Angeboten zur Niederlassung unter die Arme greift.

### 3. Rolle der Kommunen

Die Kommunen können im Rahmen ihrer Möglichkeiten geeignete Rahmenbedingungen zur Unterstützung der Niederlassung von Ärzten schaffen, z.B. Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, um jungen Ärztinnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern. Viele Kommunen helfen Ärzten bereits bei der Bereitstellung von Praxis- und/oder Wohnräumen (günstiger Wohnraum bzw. günstige Praxismieten, Stellplatzbefreiungen). Es kann aber grundsätz-

lich keine Aufgabe der Städte und Gemeinden sein, z.B. über Subventionen die Aufgaben der Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen zu ersetzen. Auf der anderen Seite können die Kommunen aber den Aufbau von medizinischen und pflegerischen Versorgungsnetzen unterstützen. Die Entwicklung in den ostdeutschen Kommunen macht aber auch deutlich dass es nicht nur diese Standortbedingungen sind, sondern die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Ärzte ebenfalls stimmen müssen.

### 4. Was muss geschehen?

Der Bundesgesundheitsminister hat vorgeschlagen, den Numerus Clausus für Medizin abzuschaffen und auch Studenten mit schlechtem Abitur den Zugang zum Studium mit der Maßgabe zuzulassen, dass diese sich später in ländlichen Regionen als Ärzte niederlassen. Der gut gemeinte Vorschlag übersieht, dass derzeit überhaupt nicht genug Studienplätze zur Verfügung stehen, viele Medizinstudenten nach ihrem Studium ins Ausland abwandern oder sich gegen den Arztberuf entscheiden. Dies hängt mit den Arbeitsbedingungen zusammen.

Von daher bedarf es weiterer Maßnahmen, die teilweise bereits erprobt werden:

- Patienten, die in Orten ohne ambulante Praxen und Krankenhäuser wohnen, werden mit Hilfe von Fahrdiensten zu Versorgungszentren an zentralen Orten gebracht (so genannte Landarztaxis). In einzelnen Bundesländern sollen in ausgewählten ländlichen



# DStGB

Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

Regionen modellhaft diese Landarzttaxi für Besuche u.a. für ältere Patienten eingerichtet und erprobt werden. Die Durchführung obliegt den Kommunen im Einvernehmen mit der ärztlichen Selbstverwaltung.

- In Orten ohne Haus- und/oder Facharzt können Ärzte aus der Umgebung jeweils einen Tag in der Woche dort praktizieren.
- Die verstärkte Delegation und Substitution von Tätigkeiten auf bzw. durch nichtärztliche Berufe kann zu einer Entlastung und damit zu Freiräumen für die betreffenden Ärzte führen (z.B. AGnES: arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte Intervention). Diese arztentlastenden Systeme müssen von den Krankenkassen ausreichend finanziert werden.
- Nutzung der Telemedizin im ambulanten Bereich.
- Ausbau sog. mobiler Dienste (z.B. rollende Zahnarztpraxen).
- Überwindung der Sektoreierung.

Dringend notwendig ist, die Bedarfsplanung, die in regionaler Hinsicht die keineswegs optimale Versorgungssituation des Jahres 1990 fortschreibt, zu ändern. Der Bedarf an niedergelassenen Ärzten darf sich nicht mehr zwingend an den Stadt- und Landkreisgrenzen ausrichten. Die Bedarfsplanung muss vielmehr kleinräumiger erfolgen. Ziel muss eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung aller Einwohner durch ein engmaschiges Netz an Haus-, Kinder- und Frauenärzten sein.

Darüber hinaus müssen Fachärzte in erreichbarer Nähe vorhanden sein.

Darüber hinaus muss sich das Vergütungssystem ändern: Hausärzte in dünn besiedelten ländlichen Regionen sind finanziell besser zu stellen. Eine hausärztliche Praxis hat in ländlichen Regionen auf Grund von höheren Wegekosten und Außensprechstunden insgesamt höhere Kosten, gleichzeitig aber auch geringere Einnahmen. Dieses gilt es auszugleichen. Zusätzliche finanzielle Anreize würden die Niederlassung von Hausärzten in diesen Regionen begünstigen.

Die Form der ambulanten Leistungserbringung muss vom Bundesgesetzgeber noch weiter flexibilisiert werden. Den Ärzten müssen Instrumentarien an die Hand gegeben werden, um sich zu vernetzen und auch in institutionalisierter Form zusammenzuarbeiten. Diese können als gemeinsame Praxen, medizinische Versorgungszentren oder auch in anderer geeigneter Form organisiert sein. Hierbei sind auch moderne Formen der Leistungserbringung zukünftig stärker zu ermöglichen, u. a. die stärkere Nutzung der Telemedizin und die Delegation von Aufgaben auf andere medizinische Berufe in Verknüpfung mit moderner elektronischer Datenübermittlung. Dies setzt allerdings einen raschen Ausbau einer leistungsstarken Breitbandversorgung in ländlichen Regionen voraus.

Die Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern ist zu verbessern. In immer dünner besiedelten ländlichen Regionen wird die Aufrechterhaltung einer „doppelten

Facharztschiene“ in Praxen und Kliniken auf Dauer wirtschaftlich kaum möglich sein, denn weder kleine Krankenhäuser noch ambulante Facharztpraxen können mit einer ausreichenden Auslastung rechnen. Dabei ist es zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung zunächst nachrangig, ob Krankenhausärzte verstärkt auch ambulant tätig sind oder niedergelassene Fachärzte als Belegärzte auch stationäre Versorgungsleistungen erbringen. Wichtig ist vielmehr allein, dass ein ausreichendes Angebot an Versorgungsleistungen in zumutbarer zeitlicher und räumlicher Erreichbarkeit für die Patienten vorhanden ist.

Kommunalen Krankenhäusern sollte das Betreiben medizinische Versorgungszentren leichter möglich sein. Kommunen sollten darüber hinaus die Möglichkeit erhalten, in Form eines eigenen Betriebs ein medizinisches Versorgungszentrum selbst oder in einer ärztlichen Genossenschaft oder anderer Kooperationsformen betreiben zu können. Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren zu erschweren, z.B. soll die Beteiligung von Krankenhäusern beschränkt werden. Vielmehr sollen die Versorgungszentren mehrheitlich im Besitz von Ärzten sein. Zur Verbesserung der Versorgungssituation wäre es aber notwendig, unter Wahrung der ärztlichen Interessen und dem Wohl des Patienten vielfältige Formen von medizinischen Versorgungszentren zuzulassen. Die Versorgungszentren können sicherlich nicht das Problem des Mediziner mangels alleine lösen, können aber ein Baustein insbesondere zur Sicherstellung der



**DStGB**  
Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

# Position

fachärztlichen Versorgung darstellen.

So sollte auch die Einrichtung von Gesundheitszentren gefördert werden, deren Führung durch eine medizinisch ausgebildete Kraft, z.B. eine Gemeindegeschwister, unter ärztlicher Leitung erfolgen kann. In diesen Gesundheitszentren würden regelmäßig Arzt-sprechstunden durch Ärzte aus den umliegenden Kommunen bzw. Krankenhäusern angeboten, um eine kontinuierliche medizinische Betreuung der Patienten zu ge-

währleisten. Im Übrigen werden Leistungen durch die Gemeindegeschwister erbracht, die ihrerseits durch Nutzung der Telemedizin von den behandelnden Ärzten unterstützt wird. Voraussetzung ist allerdings, dass die Leistungen der Gemeindegeschwister durch die Krankenkassen ausreichend finanziert werden.

Letztlich ist der Ärztemangel aber kein Problem, das ausschließlich über gesundheitspolitische Maßnahmen gelöst werden kann. Die ländlichen Regionen, denen die

Ärzte fehlen, haben mit einer Abwanderung junger Familien, der Schließung von Schulen und Kindergärten, dem Rückzug des Einzelhandels sowie dem Verlust von Arbeitsplätzen zu kämpfen. Es bedarf deshalb insgesamt einer Politik, die nicht nur die Förderung von Großstädten und Ballungszentren im Blick hat, sondern einer Stärkung dieser ländlichen Regionen.

Mitverfasser: Uwe Lübking

Berlin, 22. April 2010