



Deutscher Landkreistag · Postfach 11 02 52 · 10832 Berlin

Ulrich-von-Hassell-Haus  
Lennéstraße 11  
10785 Berlin

Deutscher Bundestag  
Vorsitzende des Gesundheitsausschusses  
Frau Dr. Carola Reimann, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

per Mail: [katharina.lauer@bundestag.de](mailto:katharina.lauer@bundestag.de)

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0188(16)

gel. VB zur öAnhörng am 19.10.

11\_VStG

12.10.2011

Tel.: 0 30 / 59 00 97 - 3 40  
Fax: 0 30 / 59 00 97 - 4 30

E-Mail: [Joerg.Freese@Landkreistag.de](mailto:Joerg.Freese@Landkreistag.de)

AZ: V-500-03/4  
V-500-01/3

Datum: 12. Oktober 2011

## **Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)**

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

herzlichen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zu dem o. g. Gesetzentwurf. Wir nutzen gerne die Gelegenheit, schriftlich wie auch im Rahmen der Anhörung am 20.10.2011 unsere Anregungen in die Diskussion einzubringen. Wir beschränken uns dabei auf die zentralen kommunal relevanten Passagen. Die medizinische Versorgung betrachten wir als Kernthema bei der Sicherung der Zukunftsfähigkeit strukturschwacher, ländlich und kleinstädtisch geprägter Räume.

### **1. Aufgabenbereich der Landkreise**

Die deutschen Landkreise sind in vielfältiger Weise in das Gesundheitswesen eingebunden. Sie sind insbesondere Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes, nehmen den Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung wahr und sind Aufgabenträger des Rettungsdienstes. Eine originäre Zuständigkeit für die ambulante medizinische Versorgung besitzen sie hingegen nicht. Allerdings könnten es die Landkreise als kommunale Gebietskörperschaften nicht tatenlos hinnehmen, wenn sich medizinische Versorgungsprobleme abzeichnen oder bereits realisieren.

Die politische und rechtliche Verantwortung für den ambulanten Sektor liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, für diese können und wollen die Landkreise nicht als Ausfallbürgen eintreten. Allerdings sehen es die Landkreise als ihre Aufgabe an, dem berechtigten Anspruch ihrer Bürger auf eine gute Gesundheitsversorgung auch dadurch Nachdruck zu verleihen, dass sie mit den zuständigen Institutionen konstruktiv – kritisch praktikable Lösungen erarbeiten. Die Landkreise müssen daher aus unserer Sicht bei der Gestaltung der medizinischen Versorgungsstrukturen zukünftig eine deutliche aktivere Rolle spielen können als bislang.

### **2. Bisherige Gesetzesvorbereitungen; ggf. fehlende Regelungen**

Die Erwartungen des Deutschen Landkreistages an die Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum hat unser Präsidium bereits im September 2010 beschlossen und den

Gesundheitsministern von Bund und Ländern übermittelt (**Anlage**). Wir stellen erfreut fest, dass einige unserer Anregungen auch Eingang in den Regierungsentwurf gefunden haben. Dies gilt insbesondere für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und für die Stärkung der Länderkompetenzen. Allerdings müssen die Länder dann auch aktiv die Landkreise in entsprechende Gremien mit Sitz und Stimme einbinden, damit dies auch tatsächlich zu Verbesserungen in der Versorgung führen kann.

Alle Maßnahmen, die innerhalb des bestehenden Systems sinnvoll umgesetzt werden können und zur Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen Räumen beitragen, müssen aus unserer Sicht im Gesetz verankert werden. Insgesamt ist das deutsche Gesundheitswesen trotz seiner Selbstverwaltungstradition weiterhin von einem sehr zentralistischen Ansatz geprägt. Wenn die Versorgungssituation verbessert werden soll, müssen aber diese zentralen Elemente zugunsten von dezentralen Ansätzen zurückgefahren werden.

### **3. Zu den einzelnen Vorschriften**

#### Nr. 14: § 75 Abs. 1 SGB V

Durch den neu eingefügten Satz 2 wird sichergestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen können. Dies ist nachdrücklich zu begrüßen. Allerdings sollte es dringend auch im SGB V angelegt sein, dass Kooperationen des ärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem kommunal verantworteten Rettungsdienst, die ohnehin bereits in verschiedenster Form bestehen, ebenso ermöglicht werden – gerne auch gemeinsam mit Krankenhäusern.

#### Nr. 28: § 90a SGB V

Das in dem neuen § 90a SGB V vorgesehene „Gemeinsame Landesgremium“ begrüßen wir ausdrücklich. Wie bereits oben ausgeführt, muss aber nach derzeitiger Regelung landesrechtlich umgesetzt werden, dass die Landkreise an den Erörterungen dieses Landesgremiums mit Sitz und Stimme mitwirken können. Und nur hierdurch können tatsächlich Effekte für insbesondere die schlechter versorgten strukturschwachen Räume erreicht werden. Bundesrechtlich reichte bereits die Ergänzung der kommunalen Landesverbände bei der Nennung der zwingenden Mitglieder des Gremiums aus, um dies in allen Ländern zu erreichen.

Dieses Gremium muss aber auch deutlich mehr Einfluss bekommen als bislang vorgesehen. Die Möglichkeit, Empfehlungen auszusprechen, reicht hierfür nicht aus. Das Verhältnis zwischen den Planungsgremien ambulant und stationär muss in den Ländern neu austariert werden; das sektorenübergreifende Gremium muss dabei eine richtungweisende Rolle erhalten und bindende Beschlüsse fassen.

#### Nr. 31: § 95 SGB V

Nach unserer Auffassung muss die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu errichten, zumindest in strukturschwachen Räumen deutlich erleichtert werden; dieses Ziel wird bislang deutlich verfehlt. Es wird eine große Vielfalt an Möglichkeiten benötigt, um als einzelner Träger oder in verschiedenen Kooperationsformen die Versorgung zu sichern. Kooperationsformen können bspw. Rechtsformen der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten untereinander, Einrichtungen der KV mit angestellten Ärzten oder der KV gemeinsam mit Krankenhaus und/oder Kommunen sein. Eine Beschränkung auf wenige Modelle mit oft erschwerten Zugangs- oder Rahmenbedingungen, die häufig auch in der zu wählenden Form für die Situation vor Ort nicht passen oder nicht umsetzbar sind, erschwert die Versorgung unnötig.

Eine besondere Restriktion für kommunale getragene MVZ stellt dabei die aufgrund von kommunalrechtlichen Vorschriften fehlende Möglichkeit einer unbeschränkten Bürgerschaft für ein MVZ dar. Auch dies ist dringend anzupassen, denn kommunale Gestaltungskraft wird für die Sicherung der medizinischen Versorgung in zunehmend mehr Landkreisen erforderlich sein und bleiben.

#### Nr. 37: § 105 SGB V

Die Ausführungen zu § 95 und die dort beschriebenen Probleme werden auch in dem neu vorgesehenen Abs. 5 des § 105 SGB V deutlich. Hier wird zwar eine neue Möglichkeit eröffnet, um bei problematischer Versorgungslage strukturell neue Wege zu gehen. Aber er ist zu kurz gedacht und blendet völlig die Notwendigkeit einer **frühzeitigen Kooperation** zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, örtlich vorhandenen Krankenhäusern und insbesondere den Landkreisen und ggf. den kreisangehörigen Gemeinden aus.

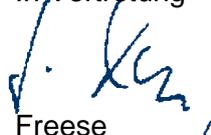
Diesen eben genannten Akteuren vor Ort muss bei bestehenden bzw. drohenden Versorgungsnotlagen die Pflicht auferlegt werden, frühzeitig, konkret und eng zu kooperieren. Denn bei rechtzeitiger Zusammenarbeit der relevanten Akteure vor Ort wird die KV nachdrücklich bei der Erfüllung ihres Versorgungsauftrags unterstützt, ohne dass bereits eine Versorgungslücke entstanden ist. Arbeitet die KV hingegen alleine und scheitert bei der Nachbesetzung eines an sich erforderlichen Arztsitzes, so ist die Einschaltung der kommunalen Ebene nichts weiter als der Einsatz als „Notnagel“ und kommt dann ohnehin zu spät.

Unter dieser eben beschriebenen Voraussetzung kommen dann als eine von mehreren Möglichkeiten auch kommunal getragene Eigeneinrichtungen in Betracht. Das Zustimmungserfordernis der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung führt dabei dazu, dass die KV das Scheitern ihrer Bemühungen um die Erfüllung ihres Versorgungsauftrages in der jeweiligen Region eingestehen muss. In dieser Situation – und wenn alle vorher gehenden Formen der Kooperation (s. o.) nicht gegriffen haben – ist die kommunale Eigeneinrichtung als „ultima ratio“ akzeptabel.

Die Landkreise sind gerne bereit, bei Vorliegen der entsprechenden Problemlage und der örtlichen Voraussetzungen in vielfältige Kooperationsformen mit Kassenärztlicher Vereinigung und anderen einzutreten; wenn es sinnvoll und notwendig ist, auch Eigeneinrichtungen zu betreiben.

Mit freundlichen Grüßen

In Vertretung



Freese

## Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

### Erwartungen des Deutschen Landkreistages an die Gestaltung politischer Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung außerhalb der Ballungsräume

Eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung ist eine unverzichtbare Bedingung für eine befriedigende wirtschaftliche und soziale Entwicklung in Deutschland. Die Situation ist aber in den vergangenen Jahren deutlich schwieriger geworden. Beginnend in Teilen der neuen Bundesländer und in peripheren Regionen der alten Bundesländer leiden zunehmend mehr Landkreise in Deutschland unter einer nicht mehr akzeptablen Ausdünnung medizinischer Angebote, insbesondere im ambulanten Sektor. Nachfolgend werden die notwendigen Veränderungen zur Verbesserung benannt, die aus Sicht des Deutschen Landkreistages eingeleitet werden müssen.

#### 1. Ärztliche Versorgung

Die medizinische Versorgung steht und fällt mit der Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von Fachkräften, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten. Dabei ist nicht zu verkennen, dass in den vergangenen Jahren die Zahl der in Deutschland arbeitenden Ärzte gestiegen ist. Verschiedene Veränderungen, insbesondere die verschärften Arbeitszeitsvorschriften u. a. für Krankenhäuser, aber auch die steigenden bürokratischen Anforderungen an Ärzte, haben aber dazu geführt, dass nicht mehr ärztliche Arbeitsstunden zur Verfügung stehen.

- ✓ **Bundesregierung und Landesregierungen müssen gemeinsam mit der Kultusministerkonferenz dafür Sorge tragen, dass in Zukunft ausreichend Absolventen der medizinischen Studienrichtungen in den jeweils benötigten Fachrichtungen zur Verfügung stehen; insbesondere sind Studienplätze in ausreichender Zahl bereit zu stellen. Daneben ist sicherzustellen, dass medizinische Assistenzkräfte die Arbeit des Arztes wirksam entlasten können, auch von notweniger Bürokratie.**

#### 2. Ambulante medizinische Versorgung

Die derzeitige Planung für die ambulante ärztliche Versorgung führt zu dem Ergebnis, dass bereits bei der Versorgungsplanung eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Arztversorgung in einzelnen Regionen, insbesondere auch im Vergleich des großstädtischen zum ländlichen Raum besteht. Für die rechtlichen Grundlagen der Versorgungsplanung ist der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“ (GBA) zuständig. Der GBA arbeitet derzeit auch an einer Neufassung seiner Vorschriften zur ambulanten Versorgungsplanung.

- ✓ **Der Gesetzgeber muss den GBA auf die Prämisse einer gleichmäßigen Versorgungsdichte und Versorgungsqualität in ganz Deutschland verpflichten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen die Versorgungsplanung kleinräumig, möglichst gemeindegerecht vornehmen. Die Landkreise sind an der Versorgungsplanung wie an der Umsetzung in geeigneter Weise zu beteiligen.**

Zudem ist die tatsächliche Versorgung in einer Vielzahl ländlich und kleinstädtisch geprägter Räume schon jetzt deutlich geringer als die ohnehin schwache Planung vorsieht. Es gelingt den Kassenärztlichen Vereinigungen immer schlechter, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags tatsächlich die nötigen Haus- und Fachärzte auf die zur Verfügung stehenden Sitze zu locken. Finanzielle Anreize hierzu sind bislang nur von sehr begrenztem Erfolg gewesen.

- ✓ **Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ihrem Auftrag zur Sicherung einer gleichmäßigen medizinischen Versorgung nachkommen. Gelingt dies weiterhin nicht, müssen die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen verbessert werden, insbesondere der bisherige Vorrang der Freiberuflichkeit des Arztes in Einzelniederlassung ist zu hinterfragen.**
- ✓ **Landkreise können bei der medizinischen Versorgung nicht Ausfallbürge einer unzureichenden Aufgabenerfüllung durch die verantwortlichen Institutionen werden. Sie können aber flankierend tätig sein, bspw. indem sie einen institutionellen Rahmen für die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte bieten.**
- ✓ **Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern werden abgelehnt, da sie einen Eingriff in das medizinische Leistungsspektrum der Krankenhäuser darstellen, der die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum – bei der Grund- und Regelversorgung aber auch mit massiven Auswirkungen auf Rettungsdienst und Notfallversorgung – beeinträchtigt.**
- ✓ **Die Länder sind derzeit die öffentliche Instanz, die über Maßnahmen im Rahmen der Investitionsfinanzierung gezielt Standorte auch im ländlichen Raum stützen können. Hierzu müssen sie auch zukünftig gesetzlich in der Lage sein und die Aufgabe auch kraftvoll wahrnehmen.**

### 3. Stationäre medizinische Versorgung

Die Krankenhausdichte und Erreichbarkeit stationärer medizinischer Versorgung ist schon jetzt in Deutschland sehr unterschiedlich. Die durchschnittliche Versorgung mit Krankenhausbetten in Deutschland ist dabei wegen ihrer extrem breiten Streuung ein nicht aussagefähiger Indikator. Dies wird bei der Notfallversorgung besonders deutlich. Zunehmend schwieriger wird es, Notfallpatienten zügig in ein für die Aufnahme geeignetes Krankenhaus zu bringen. Dies liegt zum einen an einer fortschreitenden Schließung von Krankenhausstandorten insgesamt, aber auch der Schließung von Notaufnahmen und Intensivstationen.

- ✓ Die Notfallbehandlung ist daher zukünftig deutlich besser im Rahmen der Finanzierung über die Fallpauschalen zu berücksichtigen.
- ✓ Die Länder sind aufgefordert, sowohl ihrem Finanzierungsauftrag bei den Investitionen der Krankenhäuser nachzukommen, als auch bei der Krankenhausplanung die Erreichbarkeit von Krankenhäusern auch im Hinblick auf die Notfallversorgung weiterhin und dauerhaft im Blick zu behalten. Zudem sollte die Notfallversorgung in geeigneter Weise mit den Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeführt werden. Hierfür muss der Gesetzgeber geeignetere Rahmenbedingungen schaffen.
- ✓ Die langfristige Versorgungssicherheit der Bevölkerung wie auch der Bestand der medizinischen Infrastruktur ist zu gewährleisten. Von zunehmender Bedeutung ist dabei die Vernetzung stationärer medizinischer Einheiten. Die Zusammenarbeit von Kliniken untereinander, gerader auch kommunaler Häuser, muss und wird in den nächsten Jahren noch deutlich verbessert und verstärkt werden.

#### 4. Durchlässigkeit der Sektoren, Zusammenarbeit und Vernetzung

Es ist nicht zu erwarten, dass schnell ausreichend Ärzte für die ambulante Versorgung im ländlichen Raum zur Verfügung stehen. Daher ist gerade im ländlichen Raum die Vernetzung der vorhandenen Haus- und Fachärzte, unabhängig von ihrer Arbeitsform im Krankenhaus, in einem MVZ oder in freier Niederlassung weiter voranzutreiben. Eine gesicherte Versorgung der Patienten ist das Ziel, dem sich die verschiedenen Organisationsformen des Gesundheitssystems zu orientieren haben.

- ✓ Das Gesamtsystem der medizinischen Versorgung in Deutschland ist im Hinblick auf seine Durchlässigkeit insbesondere zwischen ambulantem und stationärem Sektor überprüft und reformiert werden. Es bedarf bspw. im ländlichen Raum keiner „doppelten Facharztschiene“ in Krankenhaus und Niederlassung, ebenso sind Strukturen in der Geräteausstattung zu überprüfen.
- ✓ Die Flexibilität der ambulanten Leistungserbringung muss weiter verbessert werden. Die in der Vergangenheit geschaffenen Instrumente zur Vernetzung und Kooperation müssen noch besser genutzt werden, vor Ort aufgetretene Hemmnisse ggf. auch gesetzgeberisch beseitigt werden.
- ✓ Zusätzlich müssen ambulante medizinische Leistungen näher an den Menschen gebracht werden, z. B. über Außensprechstunden niedergelassener Ärzte oder auch von Krankenhausärzten. Ebenso sind Modelle einer Unterstützung durch mobile Krankenschwestern o. ä., ggf. mit erweiterten Ermächtigungen, weiter auszubauen und ggf. als Regelangebot für ländliche Regionen vorzusehen. Auch muss die Berücksichtigung von Wegezeiten und Fahrtkosten in der Abrechnungspraxis verbessert werden. Ggf. ist auch das Potenzial von Telemedizin verstärkt zu nutzen.

Eine dringend notwendige Folgerung ist auch insgesamt die weitere Verbesserung der Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern mit dem Ziel der Durchlässigkeit. Es muss auf kommunaler Ebene die Zusammenarbeit in jeder geeigneten Form ermöglicht und unterstützt werden können, bspw. durch gemeinsame Versorgungskonferenzen auf Landkreisebene.