

Antrag

der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder, Roland Claus, Dr. Rosemarie Hein, Dr. Gesine Löttsch, Jens Petermann, Ingrid Remmers, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Dr. Petra Sitte, Kersten Steinke, Sabine Stüber, Dr. Kirsten Tackmann, Kathrin Vogler, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE.

Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Gesundheitsversorgung umfasst neben der medizinischen auch die therapeutische und pflegerische Behandlung. Die Sicherstellung dieser Versorgung für alle Menschen ist ein zentrales Anliegen sozialer Gesundheitspolitik. Die Ermittlung des Bedarfs ist dafür ebenso von entscheidender Bedeutung wie die Möglichkeit zur Regulierung und längerfristigen Planung einer Gesundheitsversorgung, die alle erreicht. Um die gesundheitliche Versorgung für alle zu sichern, sind neben einer wirksamen Bedarfsplanung personelle, räumliche, sächliche wie finanzielle Voraussetzungen zu erfüllen, beispielsweise die Garantierung der Barrierefreiheit aller gesundheitlichen Einrichtungen.

Derzeit wird mit dem Begriff „Bedarfsplanung“ vor allem die Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung verbunden, die den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt. Die Planung der Krankenhäuser findet unabhängig davon in Verantwortung der Bundesländer statt. Der Bedarf an Pflege- und sonstigen Heilberufsleistungen sowie an therapeutischen Leistungen wird derzeit weder geplant noch werden die Leistungen koordiniert. Damit entstehen Doppelstrukturen, Reibungsverluste und Kosten. Ressourcen für eine hochwertige wohnortnahe Gesundheitsversorgung bleiben ungenutzt.

Mit der Einführung der bis heute gültigen vertragsärztlichen Bedarfsplanung Anfang der 90er-Jahre wurde die damalige vertragsärztliche Versorgungssituation fest- und fortgeschrieben. Die bis dahin ohne jede Regulierung gewachsenen Strukturen wurden zum Standard erklärt, ohne je den tatsächlichen Bedarf an ärztlicher Versorgung festgestellt zu haben. Die daraus resultierenden Bedarfszahlen bilden also nicht den tatsächlichen Bedarf ambulanter ärztlicher Leistungen ab. Sie sind aber bis heute Grundlage der Bewertung von Über- und Unterversorgung sowie Neuzulassungen in der ambulanten medizinischen Versorgung.

Obwohl die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren stetig gestiegen ist, wird in medizinischen Einrichtungen und in verschiedenen Regionen ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten beklagt oder für die Zukunft befürchtet. Tat-

sächlich finden sich zum Teil gravierende Unterschiede in der Versorgung zwischen Stadt und Land, Ost und West, Nord und Süd sowie zwischen ärmeren und reicheren Regionen.

Die Größe der Planungsbereiche für die vertragsärztliche Versorgung reicht zum Teil über mehrere politische Landkreise hinaus und orientiert sich nicht an der tatsächlichen Mobilität der Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Arztdichte in den Planungsbereichen spiegelt die tatsächliche Versorgungssituation nicht wider, da die Ärztinnen und Ärzte innerhalb der Bereiche sehr unterschiedlich verteilt sein können.

Mit den bisherigen rechtlichen Instrumentarien gelingt es nicht, die Arztdichte effektiv zu regulieren. Gesetzliche Regelungen ermöglichen die „Vererbung“ von Praxissitzen und sogar die Ausweitung der ärztlichen Versorgung in Gebieten mit hoher Arztdichte. Eine ärztliche Überversorgung ist aber zu vermeiden, da das Angebot sich die Nachfrage schafft. Dadurch werden nicht nur materielle und personelle Ressourcen verschwendet. Unnötige Untersuchungen und Behandlungen stellen auch eine Gefährdung für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten dar.

Die ambulante ärztliche Versorgung wird bisher überwiegend von Ärztinnen und Ärzten in Einzelpraxen erbracht. Auf dem Land bedeutet dies oft: Lebenslange Bindungen an einen Ort, Einzelkämpfertum und Dienste rund um die Uhr. Das entspricht nicht mehr den modernen Berufsvorstellungen. Neben gesicherten Einkommen gewinnen zunehmend plan- und gestaltbare Arbeitszeiten, die kulturelle und soziale Infrastruktur der Region für eine Ansiedlung an Bedeutung. Außerdem verhindert das Festhalten am Prinzip der Einzelpraxis eine flexible Regulation der medizinischen Angebote.

Ärztinnen und Ärzte müssen momentan einen erheblichen Teil ihrer Zeit auf Tätigkeiten verwenden, die nicht zwangsläufig ein medizinisch-wissenschaftliches Studium erfordern. Das betrifft nicht nur organisatorische und Abrechnungsfragen, sondern auch Aufgaben in der Betreuung von Patientinnen und Patienten. Modellversuche haben gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte über andere Berufsgruppen, z. B. Gemeindefachkräften, entlastet werden können, ohne dass darunter die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten leidet.

Die Entwicklung der Altersstruktur sowohl der Bevölkerung wie auch der Ärztinnen und Ärzte lassen befürchten, dass in einzelnen ärztlichen Fachgruppen die flächendeckende ambulante Versorgung zunehmend gefährdet ist. Besonders in dünn besiedelten Gebieten sind die Gesundheitsangebote aufgrund langer Anfahrtswege und häufig mangelhafter Infrastruktur schlecht zu erreichen.

Die Krankenhausplanung, also die Planung der stationären Betten- und Leistungskapazitäten in Krankenhäusern, soll laut Krankenhausfinanzierungsgesetz die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sichern. Sie ist Aufgabe der Bundesländer und wird von diesen unterschiedlich gehandhabt. Es findet in der Regel keine Abstimmung mit vergleichbaren fachärztlichen ambulanten/teilstationären Leistungen statt. Teilweise ist die Krankenhausplanung differenzierter als die vertragsärztliche Bedarfsplanung. So werden häufig demographische und Morbiditätsdaten einbezogen und es wird längerfristig vorausschauend gearbeitet. Häufig sind in Krankenhausplänen Kriterien zur Qualitätssicherung festgelegt und auch die Versorgung mit ärztlichen Subspezialisierungen und Spezialindikationen geplant und sichergestellt.

Im Bereich der stationären Pflege gibt es seit 1996 keine Pflegepersonalregelung mehr. Seitdem ist zwar der Bestand an Pflegekräften bekannt, nicht aber der Bedarf. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 70 000 Pflegekräfte in den Krankenhäusern fehlen (Simon, 2008). Bei den Hebammen hat die Bundesregierung dargelegt, dass ihr keine Daten zur Versorgungssituation der Bevölkerung mit Hebammenhilfe vorliegen (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die

Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE., Bundestagsdrucksache 17/1680). Der genaue Bedarf an Heilmitteln (z. B. Logopädie, Physiotherapie) ist weder bekannt noch gibt es irgendwelche Instrumente, um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Überlegungen, die vertragsärztliche Bedarfsplanung und damit Zulassungsbeschränkungen abzuschaffen und stattdessen eine völlige vertragsärztliche Niederlassungsfreiheit einzuführen (Beispiel: Lars Lindemann, FDP, Schütze-Brief Nr. 43/2010 oder Johannes Singhammer und Max Straubinger, CSU, FINANCIAL TIMES, 8. April 2010), führen in die falsche Richtung. Mit den Überlegungen, die Finanzierung der Krankenhäuser allein den Krankenkassen zu übertragen, wird die Planung der Bundesländer infrage gestellt. Die beiden Planungsinstrumente gehören nicht abgeschafft oder eingeschränkt. Sie sind auf neuer Grundlage komplex weiterzuentwickeln.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ein Gesetz vorzulegen, das Folgendes gewährleistet:

1. Eine alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung umfassende Bedarfsplanung erfolgt langfristig vorausschauend und in den drei Phasen Analyse, Planung und Umsetzung. In allen Phasen werden insbesondere die Morbidität, die Mobilität, die Handicaps und die Geschlechterverteilung der Versicherten, die Entwicklung der Altersstruktur von Versicherten sowie von Leistungserbringerinnen und -erbringern, die regionale Infrastruktur und die soziale Entwicklung integriert.
2. Die Ermittlung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung wird auf eine fundierte, evidente Basis gestellt. Ein Optimum an medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Versorgung wird unter Beachtung obiger Kriterien ermittelt.
3. Die Bedarfsplanung wird kleinräumig organisiert. Insbesondere für die fachärztliche Versorgung werden benachbarte Planungsbereiche integriert. Die strikte Unterscheidung zwischen den Sektoren – ambulant, stationär und pflegerisch – bei Planung und Versorgung wird sukzessiv zu Gunsten einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung überwunden. Die Beteiligten vor Ort werden beispielsweise durch Gesundheitskonferenzen einbezogen. Ärztliche Subspezialisierungen werden zur Sicherung der Versorgung angemessen einbezogen.
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 erprobt und mittels eines barrierefreien Shuttle-Services die Erreichbarkeit von ambulanten und stationären Strukturen gesichert. Der höhere Zeitaufwand in der Versorgung von ländlichen Gebieten (z. B. Hausbesuche) wird bei der Vergütung stärker berücksichtigt.
5. Die ärztliche Tätigkeit wird sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung von Aufgaben entlastet, die auf andere, bereits existente oder zu schaffende Berufe flächendeckend übertragen und die ebenso in die Bedarfsplanung einbezogen werden.
6. Zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung werden für alle Gesundheitsberufe verstärkt Angestelltenverhältnisse ermöglicht. Dafür werden poliklinische Strukturen verbessert und ausgebaut. Um ärztliche Unterversorgung bekämpfen zu können, werden Zweigniederlassungen erleichtert und Ärztinnen und Ärzten beispielsweise eingerichtete Praxen an zentralen Orten tageweise zur Verfügung gestellt.

- Um flexible Anpassungen zu ermöglichen bzw. möglicher Überversorgung wirksam entgegenzutreten zu können, werden Automatismen zur Ausweitung und Zementierung der Menge an ambulant ärztlicher Versorgung aufgehoben. Dazu zählen die garantierte „Vererbung“ (vgl. § 103 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) von Praxisstandorten sowie die Ausweitung vertragsärztlicher Angebote durch Praxisteilung (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und Satz 4 SGB V). Der festgestellte Bedarf an Gesundheitsversorgung (und nicht wie bisher die vorhandenen Versorgungsstrukturen) bestimmt künftig, wie viel Geld für die Versorgung in die kleinteiligen Planungsbereiche fließt.

Berlin, den 5. Oktober 2010

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

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 2008 um 36 Prozent auf knapp 120 500 gestiegen (GGW 3/2006 bzw. KBV Grunddaten 2008/2009). In den Krankenhäusern ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zwischen 1991 und 2008 um ca. ein Drittel auf über 128 000 angewachsen (Statistisches Bundesamt). Trotzdem wird in Einrichtungen und Regionen Ärztemangel beklagt oder zukünftig befürchtet. Da der tatsächliche Bedarf an gesundheitlicher Versorgung bislang unbekannt ist, kann derzeit weder ein Mangel noch eine Überversorgung konstatiert werden. Sicher ist nur, dass die Versorgung sehr unterschiedlich dicht ist. So reicht der hausärztliche Versorgungsgrad nach den derzeitigen Bemessungen von 66,9 Prozent bis 166,6 Prozent und zum Beispiel bei Radiologen von 60,3 Prozent bis 818,3 Prozent (vdek, Stand Januar 2010).

Die bestehenden Regelungen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ermöglichen nicht die Regulierung der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand des tatsächlichen Bedarfs. Gleichzeitig werden große Teile der gesundheitlichen Versorgung nicht erfasst. Um die Unzulänglichkeiten der jetzigen Bedarfsplanung zu überwinden und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, ist ein umfassendes Bündel an Maßnahmen umzusetzen. Die Fokussierung auf ein einzelnes Problem ist ebenso wie das Festhalten am Althergebrachten nicht geeignet, um die bestehenden und zu befürchtenden Versorgungsengpässe zu beseitigen.

- Die riesige Koordinierungsaufgabe der Planung und Deckung des gesundheitlichen Bedarfs wird bisher ohne jegliche Steuerungskriterien gelenkt. Solche Instrumente verfahren nach dem erprobten Schema: Analyse, Planung, Umsetzung und führen über die Evaluierung der Ergebnisse mit korrigierter Planung in einen Kreislauf.

Um die gesundheitliche Versorgung sicherzustellen, bietet es sich an, auf solche Steuerungsinstrumente zurückzugreifen. Daher wird in einem ersten Schritt eine wissenschaftliche Analyse des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung benötigt. Danach muss dieser Bedarf möglichst konkret und differenziert geplant werden. Anschließend erfolgen die Umsetzung der Planung und damit die Schaffung einer Versorgungsrealität. Kontinuierlich muss die Erhebung dieser Versorgungswirklichkeit erfolgen und die Wirksamkeit der

Maßnahmen eingeschätzt werden. Die Ergebnisse müssen neben den Veränderungen des Bedarfs in die erneute Planung einfließen. Nur so kann eine flexible, permanent angepasste, auf unabhängigen Daten beruhende Versorgungssicherung gelingen.

2. Die Forderung nach einer effektiven und wissenschaftlich fundierten Ermittlung des Bedarfs sollte selbstverständlich sein. Dabei darf sich die Ermittlung des Bedarfs nicht allein an der bestehenden Versorgung orientieren, sondern muss auf den tatsächlichen Bedarf abheben. So gehen die Menschen in Deutschland europaweit am häufigsten zum Arzt, was nicht bedeutet, dass sie besonders krank sind. Die Versorgung folgt offensichtlich auch anderen Gesichtspunkten, z. B. den Verdienstinteressen der Leistungserbringerinnen und -erbringer.

Deshalb darf nicht allein auf die Daten der Leistungserbringer zurückgegriffen werden, sondern viel mehr auf wissenschaftliche Erhebungen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, auf Gesundheitsberichte, Sozialstatistiken, Versorgungsforschung etc.

Grundsätzlich darf gesundheitliche Versorgung keine Zugangsbarrieren beispielweise für Menschen mit Behinderung oder für Migrantinnen und Migranten aufweisen. Soweit es erforderlich ist, muss dies bereits bei der Planung berücksichtigt werden.

3. Die Planung sowohl des Bedarfs als auch des Angebots sollte mindestens zehn Jahre in die Zukunft erfolgen. Der Bedarf einer Region an gesundheitlicher Versorgung verändert sich ständig. Die Altersstruktur der Bevölkerung wie der Leistungserbringer sowie sich verändernde Umweltbedingungen und Sozialstruktur sowie neue Möglichkeiten im Sinne des wissenschaftlichen Fortschritts müssen dringend einbezogen werden.

Die Forderung nach der Überwindung der Sektorentrennung besteht seit Langem. Allerdings werden Schritte in diese Richtung nur zögerlich und halbherzig gegangen.

Die Größe der Planungsbereiche sollte sich an der tatsächlichen Mobilität der Patientinnen und Patienten bemessen. Viele Akteure im Gesundheitssystem setzen sich daher für eine kleinräumigere Analyse des Bedarfs und Planung der Versorgung ein. Damit die Wege effektiv sind und insbesondere größere Unterschiede in der Versorgungsdichte von benachbarten Planungsbereichen einbezogen werden, sind diese in der Analyse und Planung zu berücksichtigen. Je kleinteiliger dieser Prozess läuft, umso notwendiger wird dieser Blickwinkel.

Um das Ziel der sektoren- und bereichsübergreifenden Versorgung zu erreichen, gehören im Planungsprozess alle Akteure an einen Tisch, die bisherige Trennung der Planungs- und Zulassungsverfahren in ambulanten und stationären Bereich muss überwunden und neue Versorgungsformen wie auch alle Berufsgruppen, die an der Versorgung der Bevölkerung teilnehmen, einbezogen werden.

Hinter der Planungsgröße „Fachärztlicher Internist bzw. Internistin“ verbergen sich zahlreiche Subspezialisierungen, beispielsweise Nierenspezialisten, Schilddrüsenspezialisten etc. Dadurch kann es in einem Planungsbereich mit hundertprozentiger Versorgung gleichzeitig zu einer Überversorgung einer Subspezialisierung und der Unterversorgung einer anderen Subspezialisierung kommen. Die derzeitige Möglichkeit, Sonderbedarfe festzustellen, löst dieses Problem nicht adäquat.

4. Die Erreichbarkeit gesundheitlicher Leistungen ist von zentraler Bedeutung. In ländlichen Regionen sind die Wege zum nächsten Arzt oder zur nächsten Ärztin nicht nur weiter, sondern die Anbindung an den öffentlichen Nahver-

kehr ist auch deutlich schlechter als in städtischen Regionen. Zudem findet sich vor allem auf dem Land eine zunehmende Überalterung der Bevölkerung, Hausbesuche gewinnen dadurch an Bedeutung, Arztkontakte nehmen zu. In ländlichen Regionen wird nie eine ärztliche Dichte wie in Städten erreicht werden. Umso wichtiger ist es, den dort Lebenden Angebote zu schaffen, wie sie die größeren Distanzen gut überwinden können. Das Modell der fahrenden und angemessen ausgestatteten Praxen ist zunächst in Pilotprojekten in dünn besiedelten Regionen zu erproben und nach Evaluation und Erfolg in das Regelangebot zu überführen. Ebenso sind Shuttledienste einzuführen, die Patientinnen und Patienten effizient zur Praxis oder in die Poliklinik befördern. Die Mobilität darf nicht auf Ärztinnen und Ärzte begrenzt sein. Der Erfolg des Modellversuchs der Gemeindegeschwister AGnES ist auch ein Beleg für die Sinnhaftigkeit der Vergrößerung der Mobilität auf Seiten anderer Leistungserbringerinnen und -erbringer. Sowohl Shuttles wie auch fahrende Praxen müssen barrierefrei zugänglich sein, um Menschen mit Behinderung nicht von diesen Angeboten auszuschließen.

5. Verschiedene Modellprojekte haben gezeigt, dass einige ärztliche Tätigkeiten ohne Qualitätsverlust auch auf andere Berufsgruppen übertragen werden können. Ein gelungenes Beispiel dafür ist AGnES, bei der Gemeindegeschwister im Auftrag der Ärztinnen und Ärzte Aufgaben vor Ort bei den Patientinnen und Patienten übernehmen. Neben solcher Delegation ursprünglich ärztlicher Aufgaben, sollten dort, wo dies sinnvoll und möglich ist, ärztliche Tätigkeiten selbständig von anderen Gesundheitsberufen verrichtet werden. Dauerhaft erfordert die Verbesserung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung eine umfassende Neuordnung der Gesundheitsberufe.
6. Besonders in ländlichen Gebieten sind zunehmend Bereiche mit deutlich unterdurchschnittlicher Arztdichte zu finden. Die Landärztinnen und -ärzte, die momentan praktizieren, sind überdurchschnittlich alt, viele scheiden in den nächsten Jahren aus dem Berufsleben aus. So werden bis 2020 über 40 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte im Bundesgebiet altersbedingt ausscheiden (Studie zur Altersstruktur und Arztszahlentwicklung, KBV, 2010). Frei werdende Arztsitze sind nur schwer wieder zu besetzen. Bisherige Ansätze, Niederlassungen über finanzielle Anreize zu fördern, haben nur geringen Erfolg, 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 ermöglichen, angestellt zu arbeiten oder Zweigniederlassungen eröffnen Medizinerinnen und Mediziner attraktive Perspektiven, um zeitweise, in Teilzeit, befristet und ohne Verschuldung zu arbeiten.
7. 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 ewig weiterbestehen und weitergegeben werden. Oder die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen diesen Sitz für viel Geld aufkaufen, wenn sie Überversorgung abbauen wollen. 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 ist es sinnvoll, dass die Regionen das Geld für den jeweils analysierten Bedarf erhalten

und dieses Geld nicht in die Unterhaltung von Überversorgung fließt. Überversorgte Gebiete werden dadurch unattraktiver und unterversorgte Gebiete gewinnen an Handlungsspielräumen.

