

Unterrichtung

Der Präsident
des Niedersächsischen Landtages
– Landtagsverwaltung –

Hannover, den 31.01.2012

Neue Wege zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der Fläche - Selbstverwaltungsorganisationen, Kommunen, Land und Bund in gemeinsamer Verantwortung

Beschluss des Landtages vom 01.07.2011 - Drs. 16/3809

Der Landtag erinnert an seine Beschlüsse vom 6. Oktober 2010 und vom 12. November 2010 zur flächendeckenden medizinischen Versorgung und begrüßt die von der Arbeitsgruppe der Gesundheitsminister des Bundes und der Länder vorgestellten Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 8. April 2011.

Der Landtag begrüßt die bisherigen Aktivitäten der Landesregierung im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des drohenden Ärztemangels im ländlichen Raum begrüßt der Landtag, dass die Bundesregierung das Versorgungsgesetz zum 1. Januar 2012 umsetzen will. Mit der Einigung auf Bundesebene wurde ein Bündel von Maßnahmen vereinbart, mit denen die Bedingungen sowohl für die Versorgung der Patienten als auch die ärztliche Tätigkeit entscheidend verbessert werden können.

Hierzu gehören:

- die angestrebte Flexibilisierung der Planungsbereiche mit Differenzierung zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung,
- die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung,
- der Ausbau der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder bei der Bedarfsplanung,
- Vergütungsanreize an Ärztinnen und Ärzten in strukturschwachen Gebieten, insbesondere Gebieten mit festgestellter Unterversorgung oder zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf,
- die Ansätze zur besseren Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors in Bezug auf Bedarfsplanung und Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes,
- die angestrebte Lockerung der Residenzpflicht für Vertragsärzte,
- der Ausbau mobiler Versorgungskonzepte,
- die angestrebten Verbesserungen für die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf,
- die zahlreichen Vorschläge zur Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten.

Der Landtag bittet die Landesregierung,

1. die Verhandlungen mit der Bundesregierung bezüglich neu zu schaffender Länderkompetenzen fortzusetzen und den Landtag über den Fortgang der Verhandlungen zeitnah zu unterrichten,
2. den Landtag über die bisherigen Ergebnisse der Projekte in Niedersachsen zur Delegation ärztlicher Leistungen zu unterrichten,

3. im weiteren Gesetzgebungsverfahren zum Versorgungsgesetz nachdrücklich anzustreben, dass die Länder Initiativrechte zu Fragen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erhalten,
4. den ambulanten Versorgungsbereich stärker als bisher in die ärztliche Ausbildung einzubeziehen.

Antwort der Landesregierung vom 30.01.2012

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) ist zum 01.01.2012 in Kraft getreten. Es geht im Wesentlichen zurück auf diverse von den Ländern im Rahmen von Gesundheitsministerkonferenzen - u. a. unter dem Vorsitz Niedersachsens - einstimmig gefasste Beschlüsse zur Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung.

Mit dem Gesetz werden wichtige Voraussetzungen für die Sicherstellung einer guten und flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung geschaffen. Versorgungsstrukturen werden so gestaltet, dass der Versorgungsalltag spürbar verbessert werden wird. Das System der vertragsärztlichen Vergütung wird durch eine stärkere Flexibilisierung und Regionalisierung reformiert. Zudem wird insbesondere durch die schrittweise Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung die Verzahnung der Leistungssektoren etabliert, außerdem wird der schnelle Zugang zu Innovationen sowie die Erhöhung der Qualität und Effizienz medizinischer Versorgung gefördert.

Aus Sicht der Landesregierung ist es von besonderer Bedeutung, dass die Länder mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten erhalten als bisher.

Flankierend wird derzeit die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) geändert. Die dort vorgesehenen Maßnahmen betreffen die gezielte Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden sowie die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung. Der Verordnungsentwurf befindet sich derzeit im Bundesratsverfahren.

Die Änderung der ÄApprO gehört zu den Forderungen der Länder, die in die Ergebnisse der Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland eingeflossen sind; insoweit wird auch auf die Antwort der Landesregierung vom 27.04.2011 zur Landtagsentschließung „Die flächendeckende medizinische Versorgung sichern - Gestaltungsmöglichkeiten der Länder stärken“ (Drs. 16/3595) hingewiesen.

Dies vorausgeschickt, wird zu den einzelnen Punkten der Landtagsentschließung Folgendes ausgeführt:

Zu 1 und 3:

Wie oben bereits erwähnt, entspricht die Ausgestaltung der Länderkompetenzen im GKV-VStG in wesentlichen Punkten den Länderforderungen:

Beanstandungs- und Initiativrecht der Länder in Bezug auf Verträge nach den §§ 73 b, 73 c, 140 a SGB V (§ 71 SGB V i. d. F. des GKV-VStG)

Damit erhalten die Länder - unabhängig von ihrer aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit - einen besseren Überblick über das landesbezogene Versorgungsgeschehen. Zusätzlich können die Länder nunmehr Versorgungsverträge der Krankenkassen nach den §§ 73 b, 73 c und 140 a Abs. 1 SGB V zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung anregen.

Beteiligungsrechte der Länder (§§ 90, 92, 90 a, 99 SGB V i. d. F. des GKV-VStG)

Die Beteiligungsrechte der Länder in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V werden gestärkt. Sie erhalten ein Mitberatungsrecht. Gleichzeitig wird die staatliche Aufsicht, wie sie bereits für die Trägerorganisationen des Landesausschusses besteht, auf die Ausschüsse selbst erweitert. Ergänzend ist der von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen.

Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen über die Bedarfsplanungsrichtlinien beraten wird. Die Länder werden hierzu zwei - von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder - benannte Vertreter entsenden. Das Mitberatungsrecht der Länder umfasst ein Rederecht, ein Anwesenheitsrecht bei den Beratungen und Abstimmungen sowie das Recht, Themen auf die Tagesordnung setzen zu lassen.

Die Länder haben zudem die Möglichkeit, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu bilden. Das Gremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben und bei Bedarf Stellung nehmen zu den Bedarfsplänen sowie den Beschlüssen der Landesausschüsse nach den §§ 99 Abs. 2, 100 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 sowie 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Landesbevollmächtigte der Kassenarten (§ 212 SGB V i. d. F. des GKV-VStG)

Für alle von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen sowie für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge ist auf Landesebene pro Kassenart ein gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gegenüber der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde zu benennen.

Zu 2:

In Niedersachsen hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) mit der AOK Niedersachsen, den Betriebskrankenkassen, der Knappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse unter der Bezeichnung Modell Niedersachsen (MoNi) auf die Durchführung von Delegationsprojekten in den zwei Modellregionen Landkreis Vechta und Gemeinde Schneverdingen verständigt. Hinsichtlich der Inhalte und der Zielsetzung wird auf die Antworten der Landesregierung vom 01.02.2010 zur Landtagsentschließung „Zukunft der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen sichern“ (Drs. 16/2132, S. 11 bis 14) und vom 26.04.2011 zur Landtagsentschließung „Die Versorgung mit ärztlichen Leistungen auf dem Lande sichern“ (Drs. 16/3594, S. 3 und 9) verwiesen.

Die auf zwei Jahre angelegten Projekte, an denen jeweils vier Hausarztpraxen teilnehmen, haben am 01.11.2010 begonnen und unterscheiden sich in der Organisation der Delegation. In der Modellregion Vechta sind Medizinische Fachangestellte in die Praxis eingebunden. In der Modellregion Schneverdingen werden Medizinische Fachangestellte von den teilnehmenden Praxen gemeinsam eingesetzt. Die Projekte sind aus Sicht der KVN gut angelaufen.

Dezidierte Erkenntnisse über die Erfahrungen der beteiligten Hausarztpraxen sowie der Patientinnen und Patienten werden über eine wissenschaftliche Evaluation durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland erhoben. Der Abschlussbericht soll am Ende des ersten Quartals 2013 vorliegen.

Ergänzend verweist die Landesregierung auf die Beantwortung der Mündlichen Anfrage des Abgeordneten Roland Riese (FDP) „Ein Jahr Modellprojekt Niedersachsen (MoNi) - Wie sind die ersten Erfahrungen?“ (Stenografischer Bericht der 120. Sitzung des Niedersächsischen Landtages vom 11.11.2011, S. 15486, Anlage 2).

Zu 4:

Bereits jetzt nimmt die Allgemeinmedizin als Kern der Ausbildung in der ambulanten Versorgung in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und in der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) einen hohen Stellenwert ein. Eine stärkere Berücksichtigung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung ist Bestandteil des Lehrkonzepts der geplanten European Medical School in Oldenburg. Dies ist bereits im Rahmen der vorerwähnten Unterrichtung der Landesregierung in der Drs. 16/3594, S. 6 f. dargelegt worden. Zudem hält es die Landesregierung für sachgerecht, die ärztliche Ausbildung an die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen anzupassen. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass eine Modifizierung der Ausbildung und der Ausbildungsregelungen nur ein Element im Rahmen eines Bündels von Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der Fläche darstellen kann.

Die Landesregierung begrüßt, dass sich derzeit die Änderung der ÄApprO im Ordnungsverfahren befindet. Soweit dort für das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin ab Oktober 2013 eine Dauer von zwei Wochen (statt bisher einer Woche) vorgeschrieben werden soll, wird darauf hingewiesen, dass das Blockpraktikum an der MHH und der UMG bereits seit längerem zwei Wochen

umfasst. Für das Wahlterial im Praktischen Jahr (PJ) soll die Vorgabe in die ÄApprO aufgenommen werden, dass zunächst ab Oktober 2015 für 10 % der Studierenden ein PJ-Platz in der Allgemeinmedizin vorzuhalten ist. Nach einer Übergangsfrist wäre diese Quote ab Oktober 2019 auf 20 % anzuheben. Bereits jetzt gibt es an der MHH und der UMG jeweils zwölf PJ-Plätze in der Allgemeinmedizin.

Grundlegende Regelungen zur Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sind als Berufsausübungsrecht im Niedersächsischen Kammergesetz für Heilberufe und in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen zu finden. Die Ärztekammer Niedersachsen hat bereits im Jahr 2001 die Weiterbildungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich ausgebaut. Allerdings steht es den jungen Ärztinnen und Ärzten bis auf die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin frei, die gesamte Weiterbildung auch im stationären Bereich zu durchlaufen, wenn in der Klinik alle Weiterbildungsinhalte erlernbar sind.