

Unterrichtung

Hannover, den 21.05.2019

Die Präsidentin des Niedersächsischen Landtages
- Landtagsverwaltung -

Hausärztliche Versorgung flächendeckend in Niedersachsen sicherstellen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs. 18/1401

Beschluss des Landtages vom 13.11.2018 - Drs. 18/2094 (nachfolgend abgedruckt)

Hausärztliche Versorgung flächendeckend in Niedersachsen sicherstellen

Der Landtag stellt fest:

Eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung muss ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik sein. Um einem Mangel an Haus- und Fachärztinnen und -ärzten vor allem im ländlichen Bereich vorzubeugen, müssen rechtzeitig Maßnahmen ergriffen werden.

Deshalb fordert der Landtag die Landesregierung auf,

1. den Ausbau der Studienplätze für Medizin zügig voranzutreiben,
2. durch die verstärkte Kooperation mit Kliniken in Niedersachsen mehr Studienplätze im Bereich der klinischen Ausbildung zu schaffen,
3. darauf hinzuwirken, dass im klinischen Semester über das Land verteilt weiterhin die Ausbildung erfolgt,
4. Ausbildungsphasen in den Arztpraxen verstärkt zu ermöglichen. Der longitudinale Aufbau der allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltungen soll im Medizinstudium verankert werden durch z. B. regelmäßig wiederkehrende Hospitationen in allgemeinmedizinischen Praxen von Beginn des Medizinstudiums an, durch die Ableistung von Praktika in der hausärztlichen Versorgung und bei Fachärztinnen und Fachärzten - bevorzugt in ländlichen Regionen.
5. darauf hinzuwirken, dass ein Modell „Hausärztliche Versorgung“ in der KVN geschaffen wird, in dem (Nachwuchs-)Ärztinnen und Ärzte beim Übergang vom Studium zur Weiterbildung und von der Weiterbildung zur Niederlassung begleitet und unterstützt werden,
6. die Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung weiterzuentwickeln, beispielsweise die Gründung von Behandlungseinrichtungen zu unterstützen, in denen in kooperativer Berufsausübung Arbeitsmöglichkeiten für junge Medizinerinnen und Mediziner geschaffen werden. Hierzu gehören sowohl Berufsausbildungsgemeinschaften als auch alle rechtlich zulässigen Formen der Kooperation; dabei sollen die Erfahrungen anderer Bundesländer mit entsprechenden Förderprogrammen einbezogen werden,
7. in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen, wie die Lotsenfunktion von Hausärztinnen und Hausärzten in Niedersachsen weiter gestärkt werden kann,
8. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch die Förderung von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder weiter zu verbessern,
9. die kommunalen ÖPNV-Aufgabenträger im ländlichen Raum dabei zu unterstützen, dass verstärkt bedarfsgerechte Mobilitätsleistungen angeboten werden, die auch Arztpraxen und die Standorte zur medizinischen Versorgung berücksichtigen; dabei ist eine Bündelung von Daseinsvorsorgeeinrichtungen in Orten wünschenswert.

10. darauf hinzuwirken, dass eine dem Flächenland Niedersachsen angemessene Bedarfsplanung für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten realisiert werden kann, um Fahrwege zumutbar zu halten,
11. den Einsatz von Versorgungsassistentinnen und -assistenten in Hausarztpraxen und die verstärkte Zusammenarbeit mit Pflegediensten einschließlich der Substitution von Tätigkeiten zu fördern,
12. sich für die Förderung von Techniken zur Entlastung und Unterstützung von Hausärztinnen und Hausärzten und anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen einzusetzen,
13. eine Strategie für die Digitalisierung des Gesundheitswesens in Niedersachsen unter Beteiligung von Patienten und Patientinnen zu erarbeiten, die die infrastrukturellen Voraussetzungen (u. a. Breitbandausbau) und die Ausweitung der Telemedizin beinhaltet,
14. sich dafür einzusetzen, dass das Fernbehandlungs- und Verschreibungsverbot in geeigneter Weise modifiziert wird.

Antwort der Landesregierung vom 17.05.2019

Im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sind die wesentlichen Rahmenbedingungen für eine ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit vertragsärztlichen Leistungen geregelt (vgl. das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V).

Das SGB V sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die vertragsärztliche und damit auch die hausärztliche Versorgung im Rahmen ihrer Selbstverwaltung durch schriftliche Verträge zu regeln haben. § 72 Abs. 2 SGB V begründet insofern eine gemeinsame Verantwortung der Ärzteschaft und der Krankenkassen.

Der in § 75 Abs. 1 SGB V normierte Sicherstellungsauftrag verpflichtet konkret die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) die Gewähr dafür zu übernehmen, dass u. a. die hausärztliche Versorgung der Versicherten in Niedersachsen den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Die Landesregierung verfügt im Hinblick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit vertragsärztlichen Leistungen über keine originäre Gesetzgebungs- oder Gestaltungsbefugnis. Wegen der Bedeutung einer funktionierenden ambulanten ärztlichen Versorgung hat die Landesregierung jedoch eine Reihe unterstützender Maßnahmen ergriffen; siehe dazu im Einzelnen unten.

Dies vorausgeschickt, wird zu den Nummern 1 bis 14 der Landtagsentschließung Folgendes ausgeführt:

Zu 1, 2 und 3:

Die die Landesregierung tragenden Fraktionen haben im Koalitionsvertrag vereinbart, dass die Anzahl der Medizinstudienplätze in Niedersachsen deutlich erhöht werden soll. Durch den Ausbau der Hochschulmedizin in Oldenburg/European Medical School (EMS) und die Umwandlung der Teilstudienplätze in Vollstudienplätze der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) sollen dazu bis zu 200 zusätzliche Medizinstudienplätze geschaffen werden.

Die EMS ist eine Kooperation zwischen den Universitäten Oldenburg und Groningen. Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Studienplatzkapazitäten nur in enger Abstimmung mit Groningen möglich. Der Fokus der EMS liegt auf der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinerinnen für den ländlichen Raum. Dafür hat sie ein Netzwerk mit mittlerweile 140 akademischen Lehrpraxen und 6 akademischen Lehrkrankenhäusern aufgebaut. Anders als in anderen Medizinstudiengängen lernen die Studierenden hier gleich zu Beginn ihres Studiums den Arbeitsalltag in Hausarztpraxen kennen.

Die Evaluierung der European Medical School durch den Wissenschaftsrat begann im Mai 2018. Im Zusammenhang mit der Evaluierung wird eine entsprechende Kapazitätsberechnung erstellt. Am 25. und 26.10.2018 fand die Vor-Ort-Begutachtung in Oldenburg und Groningen statt. Im Mai 2019

wird der Medizinausschuss des Wissenschaftsrates über die Stellungnahme zur EMS beraten. Die Vorlage im Wissenschaftsrat ist für Juli 2019 vorgesehen.

Der Landtag hat mit der Verabschiedung des Haushaltsbegleitgesetzes im Dezember 2018 die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um die Zahl der Plätze für Studienanfängerinnen und Studienanfänger der EMS zum Wintersemester 2019/2020 von 40 auf 80 zu verdoppeln.

Im April 2018 hat das Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) gemeinsam mit der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) und dem Städtischen Klinikum Braunschweig eine Absichtserklärung („Letter of Intent“) zur Etablierung eines „Klinischen Campus Braunschweig der Universitätsmedizin Göttingen am Klinikum Braunschweig“ unterzeichnet. Mit der Einrichtung des neuen Campus sollen die klinischen Ausbildungskapazitäten der UMG ausgebaut werden. Ziel der Kooperation ist die Umwandlung der bislang in Göttingen angebotenen Teilstudienplätze im Bereich Humanmedizin in Vollstudienplätze. Mindestens 60 Studierende pro Jahr sollen in Zukunft nach erfolgreichem Abschluss des ersten Studienabschnitts in Göttingen am Standort Braunschweig ihr klinisches Studium abschließen.

Die Ausbildung am Standort Braunschweig soll nach den Vorgaben der UMG erfolgen. Das Städtische Klinikum Braunschweig bietet als Maximalversorger für die Region Voraussetzungen auf universitärem Niveau, die mit dem Lehrkonzept der UMG gut vereinbar sind. Die Studierenden bleiben während ihrer Zeit am Standort Braunschweig in der Georg-August-Universität Göttingen eingeschrieben.

Für die weitere Planung und Ausgestaltung der Kooperation wurde jetzt eine Lenkungsgruppe eingesetzt, die gleichberechtigt durch UMG und Städtisches Klinikum besetzt ist und über alle übergeordneten und strategischen Fragen entscheidet. Zudem wird auf der operativen Ebene eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die die Details der Zusammenarbeit ausarbeitet. Der Studienbetrieb am Campus Braunschweig soll zum Wintersemester 2020/2021 starten. Als Einstieg in die Finanzierung dieser Vorhaben sind für 2019 500 000 Euro und in den Folgejahren jeweils 10 Millionen Euro vorgesehen.

Das MWK und die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) haben sich verständigt, die vorhandenen Studiengangstrukturen an der MHH zu überprüfen. Ziel ist eine Neustrukturierung, die die Voraussetzungen für 50 zusätzliche Medizinstudienplätze schaffen soll.

Seit dem Wintersemester 2005/2006 bietet die MHH im Fach Humanmedizin den Modellstudiengang HannibaL (Hannoversche integrierte berufsorientierte adaptive Lehre) an. Die aktuelle Studiengangstruktur sieht vor, dass die 270 Studierenden pro Jahrgang in Tertiale aufgeteilt und nach einem Rotationsprinzip unterrichtet werden - so soll eine patientennahe und praxisorientierte Ausbildung gewährleistet werden. Für die geplante Anhebung der Studienplatzkapazitäten muss der Studiengang - auch mit Blick auf die räumlichen Gegebenheiten an der MHH - neu strukturiert werden.

Die notwendige Neustrukturierung des Studienangebots braucht eine gewisse Vorbereitungszeit - die Umsetzung soll im laufenden Studienbetrieb erfolgen. Es wird davon ausgegangen, dass die zusätzlichen Studienplätze ab dem Wintersemester 2020/21 angeboten werden können.

Im Studienjahr 2018/2019 bieten die niedersächsischen Hochschulklinika insgesamt 675 humanmedizinische Plätze für Studienanfängerinnen und Studienanfänger an. Bei einem geplanten Aufwuchs von bis zu 200 Plätzen für Studienanfängerinnen und Studienanfänger bedeutet dies eine Erhöhung um rd. 30 %. Das liegt deutlich über den insbesondere von Bundesärztekammer und Marburger Bund geforderten zusätzlichen 10 %.

Zu 4:

Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 wird angestrebt, dass die angehenden Ärztinnen und Ärzte neben der bisher im Mittelpunkt stehenden hochspezialisierten Ausbildung anhand besonderer Fälle an den Universitätskliniken auch ganz alltägliche Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis kennenlernen. Dazu wird zum Beispiel festgeschrieben, dass Studierende während des „Praktischen Jahrs“ ein Quartal in der ambulanten Versorgung verbringen. Die Allgemeinmedizin wird in der Ausbildung weiter gestärkt. Beispielsweise werden allgemeinmedizinische Inhalte künftig in der Lehre möglichst ab dem ersten Semester über das gesamte Studium hinweg

vermittelt und im Staatsexamen geprüft. Die niedersächsischen Standorte verfügen bereits alle jeweils über eine Professur für Allgemeinmedizin.

Das Studium an der European Medical School setzt bereits vom ersten Modul an auf eine intensive praktische Ausbildung – sowohl im Bereich der Kliniken des Medizinischen Campus Oldenburg als auch in der ambulanten Medizin. In den ersten beiden Jahren stehen hierbei Hospitationen in allgemeinmedizinischen Praxen im Vordergrund, im dritten Jahr kommen gebietsärztliche Praxen als Ausbildungsorte hinzu. Um diese Ausbildung, die sich später im Blockpraktikum Allgemeinmedizin und im Praktischen Jahr fortsetzt, leisten zu können, greift die Universität Oldenburg auf ein Netzwerk von Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in ganz Nordwest-Deutschland zurück. Mittlerweile beteiligen sich auf diese Weise 140 Hausarztpraxen an der Ausbildung der Oldenburger Medizinstudierenden. Die Medizinische Fakultät der Universität Oldenburg bereitet die Praxen auf die Hospitationen vor und begleitet sie während dieser Zeit.

Zu 5:

Nach Mitteilung der KVN besteht bereits ein Programm, das dem unter Nummer 5 der Entschließung genannten Modell „Hausärztliche Versorgung“ entsprechen dürfte. Die KVN verweist insoweit auf ihr umfangreiches Beratungs-, Betreuungs- und Förderprogramm für Studierende, Weiterbildungsassistentinnen/Weiterbildungsassistenten und niederlassungswillige Ärztinnen/Ärzte. Die einzelnen Bereiche sind unter der Dachmarke „Niederlassen in Niedersachsen“ zusammengefasst.

Zur Erweiterung dieses Angebotes ist zudem im Jahr 2017 gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen, der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an den Universitätskliniken in Göttingen, Hannover und Oldenburg das „Kompetenzzentrum Weiterbildung“ gegründet worden (vgl. § 75 a Abs. 7 Nr. 3 SGB V und § 8 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung).

Das Kompetenzzentrum hat die Aufgabe, die Qualität und Effizienz der Weiterbildung durch folgende Angebote zu verbessern:

- Begleitseminare für Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten: Jährlich vier ganztägige, dezentrale Veranstaltungen mit Inhalten, die für künftige Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin von besonderer Relevanz sind,
- Mentoring für die Assistentinnen und Assistenten: Gruppenmentoring am Rande der Begleitseminare,
- auf Wunsch auch Train-the-Trainer-Seminare für die Weiterbildenden in den Praxen.

Das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) hat in Abstimmung mit den Lehrstühlen in Hannover und Oldenburg die Koordination und inhaltliche Leitung übernommen.

Daneben besteht in Niedersachsen seit 2010 eine Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin und fachärztlichen Nachwuchs (KoStA). Diese ist bei der KVN angesiedelt.

Die KoStA steht Medizinstudierenden und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, die Fragen zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung haben oder Kontakt und Unterstützung suchen, zur Seite und bietet

- Informationen zur Weiterbildung und Tätigkeit in der ambulanten Versorgung,
- Kontaktvermittlung zu niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten,
- Förderangebote,
- Betreuung während der Weiterbildung und
- individuelle Beratung.

Nach Auffassung der Landesregierung hat die gemeinsam verantwortliche Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit diesen Angeboten geeignete Strukturen geschaffen, um Medizinstudierende in den verschiedenen Stadien ihrer Aus- und Weiterbildung bis hin zu einer Niederlassung erfolgreich zu unterstützen.

Zu 6:

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen ist Aufgabe der KVN. Das Bundessozialgericht spricht insoweit von einer „umfassenden Sicherstellungsverantwortung“. Gleichwohl unterstützt die Landesregierung die KVN bei der Umsetzung dieser Aufgabe.

So haben die KVN und die Landesregierung am 15.05.2017 eine „Gemeinsame Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land“ unterschrieben. Auf der Grundlage dieser Erklärung beigefügten „Konzepts zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030“ ist eine langfristig angelegte „Strategische Partnerschaft“ begründet worden. Das Ziel der gemeinsamen Anstrengungen ist die Stärkung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bis zum Jahr 2030.

Ausgangspunkt der Zusammenarbeit ist ein regelmäßiger intensiver Informations- und Meinungsaustausch mit der KVN im Rahmen der o. g. „Strategischen Partnerschaft“ auch unter Beteiligung verschiedener Ressorts in der sogenannten AG 2030.

Auf dieser Grundlage sind bereits folgende Fördermaßnahmen des Landes auf den Weg gebracht worden:

- Stipendienprogramm von Medizinstudentinnen/Medizinstudenten, die sich zu einer hausärztlichen Tätigkeit in Niedersachsen verpflichten (Landesmittel bis zu 340 000 Euro p.a.),
- Förderung von Medizinstudentinnen/Medizinstudenten des Wahlfaches „Allgemeinmedizin“ im Praktischen Jahr (PJ) des Medizinstudiums (Landesmittel bis zu 60 000 Euro p.a.),
- Gesundheitsregionen Niedersachsen (Landesmittel bis zu 600 000 Euro p.a.).

Zusätzlich hat die Landesregierung die Haushaltsmittel für die Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (Schwerpunkte Hausärztinnen/Hausärzte) von 400 000 Euro p.a. (für das Stipendienprogramm und PJ-Förderung, s.o.) auf 1 Million Euro p.a. erhöht.

Mit diesen zusätzlichen Haushaltsmitteln wird die Landesregierung - gemeinsam mit der KVN - solche Maßnahmen etablieren, denen aus Sicht der Landesregierung für die vertragsärztliche Versorgung eine besondere Bedeutung zukommt. Entsprechende Projektideen werden derzeit entwickelt; u. a. wird geprüft, wie ein Modell „Quereinstieg Allgemeinmedizin“ für Niedersachsen eingeführt werden kann. Ein solches Angebot könnte sich vor allem an Allgemeininternistinnen und Allgemeininternisten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie und Chirurgie richten, die bei einer Weiterbildung oder Qualifikation zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt finanziell gefördert werden.

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Aufgabenverteilung ist die Entwicklung darüber hinausgehender Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten vorrangig Angelegenheit der KVN.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich im Verlaufe des Jahres 2019 wichtige Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Versorgung ändern.

So muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach dem zum 01.05.2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die erforderlichen Anpassungen in der sogenannten Bedarfsplanungsrichtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 9 SGB V für eine bedarfsgerechte Versorgung nunmehr mit Wirkung zum 01.07.2019 vornehmen; gemäß § 101 Abs. 2 Satz 7 SGB V hat der G-BA dabei die Möglichkeit einer kleinräumigen Planung zu berücksichtigen.

Zudem sind weitere Steuerungsmöglichkeiten in der Bedarfsplanung vorgesehen: Innerhalb der einzelnen Gruppen von Ärztinnen und Ärzten soll es zukünftig möglich sein, bestimmte Fachgebiete, Fachkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen mit Hilfe von verbindlichen Unterquoten besser abzubilden.

Die Auswirkungen dieser Reform werden im Rahmen der Bedarfsplanung der KVN nach § 99 SGB V konkretisiert. Nach Auffassung der Landesregierung ist erst dann sicher absehbar, wo der größte Handlungsbedarf besteht.

Für danach identifizierte Handlungsbedarfe gibt das TSVG den KVen zudem neue Instrumente in die Hand, um auf eventuelle Versorgungsengpässe zu reagieren.

So können die Mittel für den Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V in der Neufassung des TSVG) von 0,1 % der Gesamtvergütung auf 0,2 % verdoppelt werden, d. h. für Niedersachsen von derzeit ca. 5,5 Millionen Euro auf dann 11 Millionen Euro p. a. Damit bestünde für die KVN nach Einschätzung der Landesregierung ausreichend finanzieller Spielraum zur Förderung von Praxisübernahmen, Vergütungszuschlägen, lokalen Gesundheitszentren oder Sonderbedarfszulassungen, wenn dies für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages erforderlich sein sollte.

Über diese Mittel hinaus können KVen und Krankenkassen nach dem TSVG zukünftig vereinbaren, einen zusätzlichen Betrag zur Sicherung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes bereitzustellen. Da die Pflicht zur Teilnahme am vertragsärztlichen Notdienst nach wie vor als ein Niederlassungshindernis gilt, hätten die Selbstverwaltungspartner ein weiteres wirksames Instrument in der Hand, die Attraktivität für eine (haus-)ärztliche Niederlassung zu steigern. Denkbar wäre beispielsweise die Gewinnung von „Poolärztinnen/-ärzten“ durch eine attraktive, überdurchschnittliche Vergütung für die Übernahme von Bereitschaftsdiensten - mit der Folge einer spürbaren Entlastung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Im Weiteren verpflichtet das TSVG die KVen, in unterversorgten Gebieten Eigeneinrichtungen zur Stabilisierung der Versorgungssituation zu betreiben, und zwar spätestens sechs Monate nach entsprechender Feststellung des Landesausschusses gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Diese Eigeneinrichtungen können in Kooperation mit anderen KVen oder Krankenhäusern auch mobil und telemedizinisch betrieben werden.

Ob in diesem Zusammenhang auch Fördermaßnahmen anderer Bundesländer als Beispiel dienen können, hat die KVN im Rahmen des ihr obliegenden Sicherstellungsauftrages und ihrer Planungskompetenz unter Berücksichtigung niedersächsischer Besonderheiten zu prüfen.

Inwieweit sich die Landesregierung an solchen weiteren Maßnahmen beteiligt, hängt insbesondere von der Zielsetzung und den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln ab.

Zu 7:

Für die Umsetzung einer „Lotsenfunktion“ der Hausärztin bzw. des Hausarztes ist nach Auffassung der Landesregierung die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V der wesentliche Baustein.

Nach den Regelungen des § 73 b SGB V hat jede gesetzliche Krankenkasse ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten. Die Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung und deren genaue Inhalte werden zwischen der KVN, der jeweiligen Krankenkasse und dem Hausärzteverband verhandelt und abgeschlossen. Die Landesregierung ist als oberste Verwaltungsbehörde an diesem Prozess nicht beteiligt; ihr obliegt lediglich die Rechtsaufsicht im Rahmen des § 71 Abs. 6 SGB V.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass mit dem TSVG die Einführung einer verpflichtenden Bonifizierung im Wahltarif für die hausarztzentrierte Versorgung vorgesehen ist - jedenfalls, wenn Krankenkassen Effizienzgewinne erzielen. Die Krankenkassen sollen danach mindestens 50 % der Mehreinnahmen oder Minderausgaben, die aufgrund der Teilnahme der Versicherten an einer hausarztzentrierten Versorgung entstehen, diesen Versicherten wieder zufließen lassen. Dies wird die Attraktivität dieser Verträge für die Versicherten steigern und damit die Lotsenfunktion der hausärztlichen Versorgung stärken.

Zu 8:

Eine angemessene und bedarfsgerechte Kindertagesbetreuung trägt zum guten Aufwachsen von Kindern bei, verbessert Bildungschancen, Teilhabe und Integration und ermöglicht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Kindertagesbetreuung hat in den vergangenen Jahren einen massiven Aufwuchs erfahren.

Kindertagesbetreuung (Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege zusammen)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Insgesamt	256.962	264.936	270.807	277.407	285.858	289.684	292.514	295.813	303.975	307.557	313.621	323.961	332.283
0 bis zum vollendeten 3. Lebensjahr	10.750	14.052	18.190	23.529	30.824	36.730	42.128	46.745	53.222	55.692	58.512	64.399	68.464
3. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	185.850	188.315	188.107	187.192	185.520	185.746	186.923	187.655	187.143	187.587	189.326	191.557	196.561
6. bis zum vollendeten 11. Lebensjahr	59.313	61.448	63.199	65.235	67.879	65.421	61.703	59.628	61.867	62.523	64.107	66.396	65.786
11. bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	1.049	1.121	1.311	1.451	1.635	1.787	1.760	1.785	1.743	1.755	1.676	1.609	1.472

angebotenen Plätze in Kindertageseinrichtungen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gesamt	265.371	272.994	277.017	282.878	288.671	291.923	294.442	297.431	305.605	309.974	314.147	322.550	331.306

Betreuungsquote von Kindern in ...

Kindertagesbetreuung (Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege zusammen)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0 bis zum vollendeten 3. Lebensjahr	5,10%	6,90%	9,20%	12,00%	15,90%	19,10%	22,30%	24,80%	28,10%	28,40%	28,60%	29,80%	31,10%
3 bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	79,50%	84,00%	86,40%	88,80%	90,30%	92,40%	93,70%	94,70%	94,50%	95,80%	94,10%	93,90%	93,30%
6 bis zum vollendeten 11. Lebensjahr	13,80%	14,40%	15,10%	16,20%	17,40%	17,30%	16,90%	16,70%	17,70%	18,00%	18,30%	18,80%	18,70%
11 bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	0,40%	0,40%	0,50%	0,60%	0,60%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,80%	0,70%	0,70%	0,70%

Zum Kindergartenjahr 2018/2019 ist die vollständige Beitragsfreiheit im Kindergarten mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Tageseinrichtungen für Kinder vom 22.06.2018 umgesetzt worden. Seit dem 01.08.2018 ist der Besuch einer Tageseinrichtung für Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr insgesamt bis zum Schuleintritt beitragsfrei gestellt. Damit wird ein wesentlicher Beitrag dazu geleistet, dass die guten Angebote im Bereich der frühkindlichen Bildung auch angenommen werden und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter verbessert wird.

Mit dem steigenden Angebot an Krippenplätzen und der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz einer Betreuung für Kinder unter drei Jahren wird die Nachfrage nach Betreuungsplätzen für diese Altersgruppe weiter ansteigen.

Der Ausbau der Ganztagschule ist bundesweit eine der großen Reformen des deutschen Schulwesens und ist in Niedersachsen weit vorangeschritten. Die niedersächsischen Ganztagschulen verknüpfen ganztägige Bildung und Betreuung miteinander, sie finden sich in allen Regionen und in allen Schulformen wieder und tragen zweifelsohne zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei.

Die Zahl der Ganztagschulen ist seit 2002 stetig angewachsen.

Mit Beginn des Schuljahres 2018/19 sind rund 70 % aller öffentlichen allgemein bildenden Schulen Ganztagschulen.

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es bereits jetzt verschiedene Regelungen, die die Vereinbarkeit von Familie und ambulanter ärztlicher Tätigkeit erleichtern.

Beispielsweise

- wurde die Residenzpflicht für Niedergelassene aufgehoben. Wohnort und Praxisort können weiter voneinander entfernt liegen; damit ist es möglich, auf dem Land eine Arztpraxis zu betreiben und in der Stadt zu wohnen.
- können sich niedergelassene Ärztinnen nach der Geburt eines Kindes in der eigenen Praxis bis zu 12 Monate vertreten lassen, und Ärztinnen und Ärzte können bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres - für einen Zeitraum von 3 Jahren - eine Entlastungsassistentin bzw. einen Entlastungsassistenten in der Praxis beschäftigen.

- sieht die Bereitschaftsdienstordnung der KVN vor, dass maximal vier Dienste pro Quartal von Ärztinnen und Ärzten in Niedersachsen zu absolvieren sind. Dies dient auch einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Zudem ist eine befristete Befreiung vom Bereitschaftsdienst möglich: für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monate nach der Entbindung sowie für weitere 24 Monate, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet; für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet.
- ist seit einigen Jahren auch eine Teilzulassung möglich.

Zu 9:

Mit der Novellierung des Nds. Nahverkehrsgesetzes (NNVG) zum 01.01.2017 wurde die Basis für eine Ausweitung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) im Hinblick auf flexiblere Mobilitätsangebote im Vergleich zum starren Linienverkehr geschaffen.

Mit der Zuweisung von landesweit jeweils 20 Millionen Euro jährlich nach § 7 b NNVG zur Verbesserung des ÖPNV vor Ort, die zu je 1/3 entsprechend den Faktoren Einwohnerzahl, Gebietsgröße und demografische Entwicklung auf die einzelnen kommunalen Aufgabenträger verteilt werden, wurden die ÖPNV-Aufgabenträger gestärkt und ihnen zusätzliche Finanzmittel für die Entwicklung neuer bedarfsgerechter Verkehrsangebote bereitgestellt. Davon profitiert insbesondere auch der ländliche Raum. Ausgerichtet auf die jeweilige Situation vor Ort können die Mittel nicht nur beispielsweise für Ausweitungen bestehender Verkehre, sondern vor allem auch für Modellprojekte zur Verknüpfung des ÖPNV, etwa mit Einrichtungen Medizinischer Versorgung, verwendet werden.

Weiter plant die Landesregierung derzeit eine finanzielle Unterstützung für die Entwicklung zusätzlicher flexibler Mobilitätsangebote aus Mitteln des EFRE. Entsprechende Fördergrundsätze dazu sind in Vorbereitung. Gefördert werden sollen in diesem Rahmen auch Einrichtung und Betrieb flexibler Bedienformen, die dazu dienen, Orte mit Versorgungsinfrastruktur, z. B. im medizinischen Bereich, anzubinden.

Darüber hinaus unterstützt die Landesregierung die ÖPNV-Aufgabenträger über die bei der Landesnahverkehrsgesellschaft Niedersachsen mbH (LNVG) eingerichtete Stabsstelle Mobilitätsberatung bei der Entwicklung entsprechender Angebote und bietet Beratungsmöglichkeiten für die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote sowie deren Umsetzung an.

Im Rahmen der unter Punkt 6 genannten „AG 2030“ finden derzeit außerdem Gespräche darüber statt, welche Möglichkeiten zur Verbesserung der Verknüpfung von ÖPNV-Angeboten mit medizinischen Einrichtungen sowie zur eventuellen Nutzung von flexiblen ÖPNV-Angeboten zur Beförderung von Patientinnen und Patienten zu ärztlichen Praxen für die Zukunft bestehen. Beteiligt sind Vertreterinnen und Vertreter der KVN, der AOK Niedersachsen, des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, der Mobilitätsberatung der LNVG sowie einzelner ÖPNV-Aufgabenträger.

Die Landesregierung verweist in diesem Zusammenhang ergänzend auf den im Aufbau befindlichen Daseinsvorsorgeatlas Niedersachsen (DVAN). Dort werden relevante Einrichtungen der Grundversorgung landesweit erfasst. Darüber hinaus ermöglicht er die flächendeckende Analyse von Erreichbarkeiten dieser Einrichtungen.

Der Atlas kann künftig als eine Planungsgrundlage für die bedarfsgerechte Optimierung von Mobilitätsangeboten zur Sicherung der Erreichbarkeiten von Arztpraxen und Einrichtungen der medizinischen Versorgung oder bei Standortentscheidungen für Angebote der medizinischen Grundversorgung genutzt werden.

Der DVAN wird vom Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung in Kooperation mit dem Landesamt für Geoinformation und Landesvermessung (LGLN) und der TU Hamburg als Online-Planungsinstrument entwickelt.

Der DVAN startet im Frühjahr 2019 in eine Pilotphase. Es ist geplant, ihn später den Planungsträgerinnen und Planungsträgern auf kommunaler, regionaler und auf Landesebene zur Verfügung zu stellen.

Zu 10:

Die Umsetzung einer ausreichenden und bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten erfolgt auf der Grundlage des von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erstellenden Bedarfsplans (§ 99 SGB V) - und zwar nach Maßgabe der vom G-BA zu erlassenen Bedarfsplanungsrichtlinie (s. dazu Nummer 6). Dieser Bedarfsplan ist im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ersatzkassen aufzustellen.

Gemäß § 99 Abs. 1 SGB V besteht für die Landesregierung ein Recht zur Stellungnahme sowie ein Beanstandungsrecht bei Rechtsverstößen (Rechtsaufsicht). Weitere Einwirkungsmöglichkeiten sieht das Gesetz nicht vor. Vorgaben der Landesregierung, die nur die Zweckmäßigkeit der bedarfsplanerischen Regelungen der KVN betreffen, sind nicht möglich, vielmehr steht der KVN insoweit ein erheblicher Beurteilungsspielraum zu; dies gilt beispielsweise auch für die Nutzung der Daten aus dem unter Nummer 9 genannten Daseinsvorsorgeatlas.

Wie bereits unter Nummer 6 angesprochen worden ist, wird die Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 9 SGB V derzeit auf Bundesebene überarbeitet; die Neufassung wird voraussichtlich zum 01.07.2019 in Kraft treten.

Die Vorgaben der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA sind dagegen nur eingeschränkt geeignet, den Versorgungsbedarf der Bevölkerung abzubilden. Dem G-BA wurden daher bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 mehrere Aufträge zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erteilt. So sind u. a. die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen (Ärztin bzw. Arzt pro Einwohnerin bzw. Einwohner) und unter Berücksichtigung einer kleinräumigeren Planung zu treffen.

Der Auftrag an den G-BA zielt nicht zuletzt auf vergleichbare Zugangschancen in Stadt und Land ab; diese realisieren sich auch über zumutbare Erreichbarkeiten der medizinischen - hier vertragsärztlichen - Versorgungseinrichtungen.

In diesem Zusammenhang sind die bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2013 eingeführten unterschiedlich großen Planungsbereiche für die unterschiedlichen Arztgruppen zu betrachten, denn diese spielen auch bei der Frage nach zumutbaren Fahrtwegen einer Rolle. In der Zuordnung zu den unterschiedlich großen Versorgungsebenen ist auch eine Definition des Bedarfs bzw. der in Kauf zu nehmenden Wegstrecken zu sehen (vgl. dazu LSG Bayern, Urteil v. 11.01.2017 - L 12 KA 20/16 unter Hinweis auf BT-Drucks. 17/6906, S. 74).

Die exakte Ermittlung des Bedarfs als Grundlage einer Bedarfsplanung erscheint in absehbarer Zeit jedoch nicht vollends lösbar. In der Zusammenfassung des vom G-BA in Auftrag gegebenen „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“ (vgl. <https://www.g-ba.de/informationen/beschuesse/3493/> - im Folgenden „GA“) wird davon gesprochen, dass eine „effiziente Modellierung (...) mit wenigen und gut begründeten Variablen robust den Versorgungsbedarf einer Bevölkerung approximiert“ (s. Seite 29 der Zusammenfassung des GA). Wenn ein „tatsächlicher Versorgungsbedarf“ aber nur näherungsweise bestimmt werden kann, dann gilt Vergleichbares für eine konkrete Festlegung „zumutbarer Fahrtwege“.

Gleichwohl setzt sich das GA auch mit Fahrzeiten auseinander. Nach den Feststellungen im GA betragen die durchschnittlichen PKW-Fahrzeiten zur Einrichtungen der hausärztlichen Versorgung aktuell zwischen rund 12 und 14 Minuten (s. Seite 45 des GA).

Im Ergebnis schlagen die Gutachterinnen und Gutachter „unter Berücksichtigung der Erreichbarkeitswerte aus den verschiedenen Quellen „für die hausärztliche Versorgung einen Erreichbarkeitsrichtwert von 15 Minuten für das 99-%-Bevölkerungsquantil vor.“ Wegen der besonderen wohnortnahen Relevanz empfehlen sie für die kinder- und frauenärztliche Versorgung eine Fahrzeit von 20 Minuten (S. 428 f., a.a.O.).

Es bleibt abzuwarten, inwieweit der G-BA diese Empfehlungen aufnimmt und welche Konsequenzen dies gegebenenfalls für die Bedarfsplanung in Niedersachsen hat. Soweit der Landesregierung

in diesem Verfahren Hinweise auf unzumutbare Fahrzeiten vorliegen, wird sie dies im Rahmen ihrer Stellungnahme aufgreifen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch die Kommunalen Spitzenverbände im Rahmen ihrer Beteiligung gemäß § 13 Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverordnung Bedenken - auch einzelner Kommunen - gegen die Festlegungen der KVN vorbringen können.

Im Übrigen geht die Landesregierung davon aus, dass die KVN die Möglichkeit zur Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten im Rahmen der Bedarfsplanung gezielt weiterentwickelt und nutzt - etwa wenn regionalspezifische Vorgaben oder eine historisch gewachsene Versorgungs- und Infrastruktur berührt werden. Dies kann auch Einfluss auf Fahrzeiten vor Ort haben. Soweit die Vorgaben der neuen Bedarfsplanung eingehalten werden, liegen die konkreten Festlegungen einer „angemessenen“ Bedarfsplanung letztlich im Planungsermessen der KVN.

Zu 11:

Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPa) sind mittlerweile Teil der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung und haben sich in der vertragsärztlichen Versorgung in Niedersachsen etabliert. Nach Mitteilung der KVN sind in Niedersachsen 1 155 NäPa für 924 Vertragsarztpraxen tätig (Stand: März 2019).

Zur Frage der Substitution hat sich in der jüngeren Vergangenheit gezeigt, dass die Hürden für Modellprojekte der Substitution gemäß § 63 SGB V sehr hoch sind. So ist es bislang erforderlich, dass entsprechende Fortbildungskonzepte für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorab durch das BMG genehmigt werden müssen. Erst im Anschluss daran können die entsprechenden Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stattfinden. Der eigentliche Start eines Modellprojektes kann wiederum nur dann erfolgen, wenn die Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgeschlossen sind. Dies verhindert in der Praxis faktisch Modellvorhaben. Auch hat das BMG bislang nicht davon Gebrauch gemacht, standardisierte Ausbildungsmodule festzulegen. Auf Grundlage eines niedersächsischen Beschlussvorschlages wurde daher der Bund auf der 90. GMK (2017) mit einstimmigem Votum aufgefordert, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu verändern, dass Modellprojekte kurzfristig realisierbar sind.

Gemäß § 73 Abs. 11 SGB V i. d. F. des TSVG wird nunmehr den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten vorgegeben, dass sie bei bestimmten Diagnosen (vgl. § 125 a Abs. 1 f SGB V i. d. F. TSVG) bei einer Verordnung von Heilmitteln der Therapeutin bzw. dem Therapeuten die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten überlassen sollen.

Damit wird zwar kein Direktzugang zu Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern im Sinne einer Substitution eröffnet, es wird hier jedoch eine erweiterte Versorgungsverantwortung zugewiesen (§ 125 a SGB V - „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“). Da derzeit ärztliche Verordnungen immer wieder formalen Anforderungen nicht genügen und dies zu Rückfragen und aufwendigen Korrekturen führt, ergibt sich voraussichtlich zudem eine spürbare Entlastung für alle Beteiligten, also auch für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Zu 12:

Im Masterplan Digitalisierung sind u. a. Maßnahmen aufgeführt, die dem Ziel der Entlastung und Unterstützung der Hausärztinnen und Hausärzte dienen. Dies beinhaltet Vorhaben zur Delegation und Substitution von Leistungen sowie Telemedizin, insbesondere zur Reduzierung von Hausbesuchen und Verminderung von langen Fahrzeiten für Ärztinnen und Ärzte und die Patientinnen und Patienten.

Im Landkreis Gifhorn ist unter Beteiligung der AOK-Niedersachsen und der KVN ein Telemedizinprojekt in Planung, bei dem bestimmte (haus-)ärztliche Leistungen aufgrund ärztlicher Anweisungen von der Ärztin bzw. dem Arzt auf einen ambulanten Pflegedienst delegiert werden sollen. Dieser Ansatz soll - sofern erfolgreich - in einem zweiten Schritt ausgebaut und auf weitere Standorte übertragen werden. Ziel ist es, in den weiteren Projekt-Ausbau (voraussichtlich ab 2021) möglichst viele ambulante Pflegedienste einzubeziehen und eine große Vielfalt an Ideen und Modellen zu gewinnen, die eine Entlastung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und damit einhergehend

eine Stärkung der ambulanten Pflege bewirken. Die interdisziplinäre Arbeit wird intensiviert und unterstützt.

Für den Pflegebereich ist Folgendes festzustellen: Im Jahr 2016 wurde von der Landesregierung ein zunächst 3-jähriges Förderprogramm zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum aufgelegt. Dieses zielte mit rund 6 Millionen Euro jährlich darauf ab, die Arbeits- und Rahmenbedingungen in den ambulanten Pflegediensten nachhaltig zu verbessern. Ein Förderschwerpunkt im Rahmen dieses Programmes war die Einführung von technischen und EDV-basierten Systemen.

Die Auswertung der ersten beiden Förderjahre des Förderprogrammes ergab, dass von den 316 geförderten Projekten 152 Projekte dem Schwerpunkt Einführung von technischen und EDV-basierten Systemen zuzuordnen waren. Ca. 43 % der Fördermittel flossen in diesen Schwerpunkt. Dies entspricht jährlich rund 2,7 Millionen Euro. Im Fokus der Digitalisierung standen dabei

- die Pflegedokumentation,
- die Leistungs- und Zeiterfassung,
- die Tourenplanung, aber auch
- die gemeinsame Datennutzung innerhalb des Versorgungssystems.

Auch im Förderjahr 2018 wurde ein großer Teil der Fördermittel für die Umsetzung von EDV-Projekten bewilligt.

Bei allen Projekten war die Förderung an Schulungen und Unterweisungen der Beschäftigten gebunden. Dadurch wird eine große Akzeptanz sowohl bei den Nutzerinnen und Nutzern als auch bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erzielt.

In der Praxis zeigen sich folgende Auswirkungen der Digitalisierung:

Die kontinuierliche Verfügbarkeit benötigter Daten wird sichergestellt und Doppelerfassungen entfallen. Des Weiteren werden Pflegekräfte durch die Automatisierung bestimmter Prozesse von Routinetätigkeiten entlastet. So bleibt nach eigenen Angaben mehr Zeit für die Pflegebedürftigen.

Die zeit- und ortsunabhängige Verfügbarkeit benötigter Informationen verbessert sowohl das Management in den ambulanten Diensten als auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Durch den Einsatz von mobilen Endgeräten wird zudem eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten ermöglicht. Dies führt bei vielen Pflegekräften zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Das Förderprogramm zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum wird im Jahr 2019 neu aufgelegt. Der Förderschwerpunkt „Digitalisierung“ bleibt dabei erhalten, sodass eine Fortsetzung der Förderung der Entlastung von Pflegekräften durch den Einsatz digitaler Techniken möglich ist.

Folgende zwei Projekte aus dem Förderprogramm dienen als Best-Practice-Beispiele:

„Bildschirmpflege Merzen“ der Caritas Nordkreis Pflege GmbH

Im Rahmen dieses Projektes wurde eine zentrale EDV-basierte Austauschplattform eingerichtet. Patientinnen und Patienten sowie der Pflegedienst erhielten dezentrale Gesundheitsstationen in Form von auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmten Tablets. Mit Hilfe dieser Tablets werden Daten an die Austauschplattform übertragen. Die Daten können durch die Patientin oder den Patienten selbst oder durch den Pflegedienst erfasst werden.

Für die Datengewinnung werden Vitalsensoren (z. B. Blutdruckmessgerät) und Fragebögen genutzt. Die Übertragung der durch die Vitalsensoren gemessenen Daten erfolgt über Bluetooth auf das Tablet. Zusätzlich kann die Gesundheitsstation vom ärztlichen Personal bzw. vom Pflegepersonal per Videokonferenz angerufen werden. Alle Messdaten sowie die Antworten aus den Fragebögen, die Bestätigung von Erinnerungsfunktionen und die Dauer der Videokonferenzen werden an die Austauschplattform übertragen und stehen dort der Einsicht durch das ärztliche Personal und Pflegekräfte zur Verfügung.

Das ärztliche Personal kann auf der Austauschplattform sogenannte To-Do-Listen, die für die Patientin bzw. den Patienten benötigte Messungen (z. B. Blutdruck), Fragebögen (Diabetesfragebogen), Fotos (Wundfotos) etc. enthalten, hinterlegen. Ruft der Pflegedienst eine Patientin oder einen Patienten auf, so wird diese individuelle Liste der vorzunehmenden Messungen angezeigt. Die Werte können vor Ort erfasst werden und stehen dem ärztlichen Personal unmittelbar zur Verfügung.

Zusätzlich soll durch die Aktivierung der Patientin oder des Patienten durch eine eigene Gesundheitsstation eine effektivere Versorgung erreicht werden. Die Patientin bzw. der Patient nimmt bei der Messung von Vitaldaten, der Beantwortung von digitalen Fragen, der Bestätigung von Erinnerungen und der Nutzung des Patientenportals eine aktivere Rolle in der Prävention und Versorgung ein. Das Gesundheitsbewusstsein und das Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Verhalten und Gesundheitszustand werden verbessert. Das Engagement und Verhalten der Patientin oder des Patienten sowie Veränderungen sind digital messbar. Die Patientin oder der Patient kann somit zu gesundem Verhalten und zur Einhaltung therapeutischer Maßnahmen motiviert und stimuliert werden.

Mit dem Einverständnis der Patientin oder des Patienten kann das Umfeld in die gesundheitsförderlichen Maßnahmen aktiv eingebunden werden. Familie und Bekannte können selektiv relevante Informationen zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten und zu Veränderungen des Zustandes erhalten. Damit können diese Personen Rollen und Funktionen in der Betreuung übernehmen, die sonst nicht ausgefüllt wurden. Auf diese Weise können nicht notwendige und ungleich aufwändigere Einsätze professioneller medizinischer- und/oder pflegerischer Kräfte vermieden werden.

Ziel des Projektes ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der ambulanten Pflege - soweit möglich - von Routineaufgaben (z. B. Dokumentation, Termin- und Erinnerungsmanagement) zu entlasten.

Darüber hinaus kommt es für die Pflege zu einer Wertsteigerung des Berufsstandes durch die professionelle Kooperation mit dem ärztlichen Personal.

„Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation“

Im Rahmen dieses Projektes wurde von der gGmbH Diakonischer Dienst in Bad Bentheim die elektronische Pflegedokumentation „cannylite“ der Firma Dan eingeführt. Ziel waren die Erleichterung und die Verbesserung der Dokumentation.

Die Einführung startete 2016 zunächst am Standort Bad Bentheim und wurde daraufhin im Jahr 2017 am Standort Schüttorf fortgesetzt.

Die Pflegekräfte wurden mit mobilen Endgeräten ausgestattet. In der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen werden elektronische Dokumentationsmappen eingesetzt, die dort verbleiben. Auf den mobilen Endgeräten ist der jeweilige Tourenplan hinterlegt. Die Dokumentation vor Ort erfolgt auf den mobilen Endgeräten der Pflegekräfte. Danach erfolgt eine automatische Synchronisation mit den elektronischen Dokumentationsmappen und mit dem Server in der Zentralverwaltung. Die Dokumentation erfolgt vollständig papierlos. Alle relevanten Informationen sind jederzeit verfügbar. Die Einsatzplanung und die Abrechnung erfolgen innerhalb des gleichen Systems ohne Schnittstellenprobleme. Durch die gleichzeitige Umsetzung der entbürokratisierten Pflegedokumentation wurde der Dokumentationsaufwand verringert, und die Pflegekräfte können sich in der gewonnenen Zeit ausschließlich den Patientinnen und Patienten zuwenden.

Die Koordination und Kommunikation innerhalb des Pflegedienstes wurden ebenfalls optimiert. Die Pflegedienstleitung hat immer eine aktuelle Übersicht über die laufenden Touren. Durch hinterlegte Plausibilitätsabfragen können von den Pflegekräften zusätzlich erbrachte Leistungen sofort erfasst bzw. nicht erbrachte Leistungen storniert werden.

Die Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit der Pflegekräfte wurden spürbar verbessert. Die Akzeptanz der elektronischen Dokumentationsmappen in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen ist durch die einfache Bedienung hoch.

Zu 13:

Ziel einer Strategie für die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist es, mit den Beteiligten des Gesundheitswesens die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch konkrete Vorhaben mit einer strategischen Ausrichtung auf Überwindung der Sektorengrenzen und Nutzung von Synergien zwischen den Einzelvorhaben zu entwickeln und umzusetzen. Hierzu werden die Mittel aus dem Sondervermögen Digitalisierung genutzt. Im Einzelnen gehören dazu die Maßnahmen und Projekte des Masterplans Digitalisierung einschließlich des Breitbandausbaus.

In diese Strategie fließen die bereits im Masterplan Digitalisierung genannten Zielsetzungen und Maßnahmen des Themenfeldes „Gesundheitsversorgung 4.0“ ein.

Aufgabe ist es, auch zukünftig eine flächendeckende qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. E-Health-Anwendungen können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten, um das Gesundheitssystem zukunftssicher zu gestalten.

Von großer Bedeutung ist es daher, den konkreten Nutzen für die Patientinnen und Patienten aufzuzeigen und so den im Gesundheitswesen Tätigen mit digitaler Unterstützung die Möglichkeit zu geben, sich wieder stärker auf die Versorgung des Menschen zu konzentrieren.

Dabei bestehen die Herausforderungen vor allem in der technischen Vernetzung der eingesetzten Verfahren und Geräte, der Festlegung von einheitlichen technischen Standards, der Einbindung aller Professionen, insbesondere der Pflegeberufe, und in der Einhaltung europäischer sowie nationaler Datenschutzbestimmungen. Ziel der Landesregierung ist es, die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung unter Vermeidung sogenannter Insellösungen voranzutreiben. Dazu wurden weitere Teilziele formuliert.

Zur Zielerreichung werden im Masterplan Digitalisierung folgende Maßnahmen aufgezeigt:

1. telemedizinische Projekte,
2. Ambient Assisted Living – digitale Assistenz im Alter,
3. Digitalisierung des Notfallmanagements in Krankenhäusern (IVENA),
4. Digitalisierung der ambulanten Pflege.

Derzeit werden dazu entsprechende Förderrichtlinien erarbeitet. Bei der Notfallversorgung ist es Ziel der Landesregierung, möglichst bald das IVENA-System flächendeckend einzuführen, um damit eine optimale und schnelle Versorgung von Notfällen zu ermöglichen. Das IVENA System ist bereits in ausgewählten Regionen seit drei Jahren etabliert und genießt bei allen Anwendern und Experten hohe Akzeptanz.

Alle mit dem Breitbandausbau verbundenen Aufgaben wurden im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung zusammengeführt.

Im Jahr 2018 wurde der Masterplan Digitalisierung beschlossen, mit dem die flächendeckende Versorgung mit schnellem Internet umgesetzt werden soll. Ziel ist es, den flächendeckenden Ausbau mit einer zukunftssicheren glasfaserbasierten Breitbandinfrastruktur bis in die Gebäude zu beschleunigen und bis spätestens 2025 alle Haushalte in Niedersachsen mit gigabitfähigen Anschlüssen zu versorgen - dazu zählen auch alle Krankenhäuser.

In 2018 wurde auf gesetzlicher Grundlage ein mit letztendlich bis zu einer Milliarde Euro dotiertes Sondervermögen für den Ausbau von hochleistungsfähigen Datenübertragungsnetzen und für Digitalisierungsmaßnahmen eingerichtet.

Der geförderte Breitbandausbau wird ab 2019 in eine neue Phase eintreten. Um den Sprung in die Gigabitgesellschaft zu schaffen, wird die Förderung auf glasfaserbasierter Breitbandinfrastruktur bis in die Gebäude fokussiert. Dieses Ausbauprinzip - auch „fttb“, vom englischen fiber-to-the-building, genannt - ist dafür eine der entscheidenden Voraussetzungen. Die Förderkulisse wird zurzeit überarbeitet und zukünftig durch eine Kofinanzierung zur Bundesbreitbandförderung umgesetzt.

Zu 14:

Zur ärztlichen Fernbehandlung hatte der 121. Deutsche Ärztetag am 10.05.2018 eine Neufassung der ärztlichen Muster-Berufsordnung beschlossen und damit den berufsrechtlichen Weg für die ausschließliche Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten geebnet. Diese Musterregelung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Umsetzung durch die jeweilige Landesärztekammer. Die Ärztekammer Niedersachsen hat bereits am 24.09.2018 eine entsprechende Regelung in ihre Berufsordnung aufgenommen. So können Ärztinnen und Ärzte in Niedersachsen „im Einzelfall“ auch bei ihnen noch unbekanntem Patientinnen und Patienten eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien vornehmen, sofern dies „ärztlich vertretbar und die erforderliche ärztliche Sorgfalt“ gewahrt ist (§ 7 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen). Diese Regelung gilt seit dem 01.12.2018. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für telemedizinische Behandlungen in erweitertem Umfang unter Nutzung digitaler Medien geschaffen worden.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV, BR-Drs. 53/19 vom 01.02.19) wird in Umsetzung des Koalitionsvertrages auf Bundesebene das Verbot der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach ausschließlicher Fernbehandlung im Arzneimittelgesetz aufgehoben. Die Änderung dient der Anpassung an die Aufhebung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Danach ist eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.

Ziel dieser Öffnung ist, den Patientinnen und Patienten zukünftig mit der Fort- und Weiterentwicklung telemedizinischer, digitaler, diagnostischer und anderer vergleichbarer Möglichkeiten eine dem anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechende ärztliche Versorgung anbieten zu können.

Niedersachsen hat dieser vorgesehenen Änderung im Arzneimittelgesetz zugestimmt. Eine Verabschiedung des Gesetzentwurfs ist für Ende Juni 2019 und das Inkrafttreten für Juli 2019 vorgesehen.

(Verteilt am 23.05.2019)