

## **Kleine Anfrage**

**des Abg. Helmut Walter Rüeck CDU**

**und**

## **Antwort**

**des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren**

### **Zukunft der ärztlichen ambulanten Versorgung im Landkreis Schwäbisch Hall**

#### **Kleine Anfrage**

Ich frage die Landesregierung:

1. Konnte für den Landkreis Schwäbisch Hall im Bereich der ärztlichen ambulanten Versorgung, insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung durch die neuen Planungsinstrumente des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) eine andere Bewertung der Versorgungsdichte erreicht werden und wie wirkt sich diese innerhalb der Versorgungsregion auf die unterschiedlichen Städte und Gemeinden aus?
2. Gibt es im Zusammenhang mit den neuen Planungsinstrumenten des GKV-VStG bereits Erkenntnisse darüber, welche konkreten Verbesserungen für den Landkreis Schwäbisch Hall zu erwarten sind und kann dadurch ein drohender Ärztemangel in der Region verhindert werden?
3. Wie bewertet sie aus ihrer Sicht die kürzlich im Haller Tagblatt erschienene Aussage eines AOK-Vertreters: „Auch in Zukunft bestehen gute Chancen, dass der Landkreis Schwäbisch Hall auf Dauer flächendeckend mit Hausärzten versorgt wird. Es ist aber eine zentrale Herausforderung, hierfür jetzt günstige Rahmenbedingungen in jeglicher Hinsicht zu schaffen, um im Wettbewerb um niederlassungswillige Hausärzte zu bestehen“ und kann sie näher erläutern, welche „günstigen Rahmenbedingungen“ von welcher Institution im Landkreis Schwäbisch Hall oder vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg oder der Krankenkassen hierfür zu schaffen sind?

4. Welche konkreten Möglichkeiten hat nach ihrer Kenntnis die auch im Landkreis Schwäbisch Hall eingerichtete regionale Gesundheitskonferenz, um auf die künftige ambulante ärztliche Versorgung Einfluss zu nehmen und welche Finanzmittel stehen dem Landkreis hierzu vonseiten des Landes zur Verfügung?

23.01.2013

Rück CDU

#### Begründung

Verschiedene Regionen im Land, darunter der Landkreis Schwäbisch Hall, beklagen eine unausgewogene Verteilung von Angeboten der ambulanten ärztlichen Versorgung. Das neue GKV-VStG verfolgt das Ziel, Ungleichgewichte durch eine kleinräumigere Bedarfsplanung auszugleichen. Es gilt nun zu klären, welche konkreten Schritte in der Region und vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg oder der Krankenkassen ergriffen werden müssen, um einen Ärztemangel insbesondere im hausärztlichen Bereich zu verhindern.

#### Antwort

Mit Schreiben vom 14. Februar 2013 Nr.52-0141.5/15/2920 beantwortet das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren die Kleine Anfrage wie folgt:

*Ich frage die Landesregierung:*

- 1. Konnte für den Landkreis Schwäbisch Hall im Bereich der ärztlichen ambulanten Versorgung, insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung durch die neuen Planungsinstrumente des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) eine andere Bewertung der Versorgungsdichte erreicht werden und wie wirkt sich diese innerhalb der Versorgungsregion auf die unterschiedlichen Städte und Gemeinden aus?*
- 2. Gibt es im Zusammenhang mit den neuen Planungsinstrumenten des GKV-VStG bereits Erkenntnisse darüber, welche konkreten Verbesserungen für den Landkreis Schwäbisch Hall zu erwarten sind und kann dadurch ein drohender Ärztemangel in der Region verhindert werden?*

Aus Gründen der terminologischen Klarheit ist zunächst darauf hinzuweisen, dass der Begriff „Versorgungsregion“ keine bedarfsplanerische Begrifflichkeit darstellt.

Mit Beschluss vom 20. Dezember 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die bisherige Bedarfsplanungsrichtlinie überarbeitet. Ziel der Reform war eine zukunftsfähige Versorgungsplanung unter Realisierung folgender Aspekte:

- Sicherstellung eines gleichmäßigen Versorgungszugangs für alle GKV-Versicherten.
- Feingliedrige Steuerung der hausärztlichen Versorgung.
- Vereinfachung der Versorgungsplanungssystematik.
- Förderung der wohnortnahen Versorgung, insb. im ländlichen Raum.
- Stabile Versorgungsstrukturen für Patienten und Ärzte.
- So viel zentrale Regelungen wie nötig bei so viel regionalem Gestaltungsspielraum wie möglich.

Kernstück der Reform ist die Flexibilisierung der Planungsbereiche. Im Ergebnis kommt es zu einer Abkehr der bisher strikten Stadt-Landkreis-Bindung. Es wird differenziert zwischen Facharztgruppen, d.h. je höher der Spezialisierungsgrad der Arztgruppe, desto größer ist auch deren Planungsbereich. Nachfolgend ist dargestellt, welche Planungsbereiche zukünftig für welche Versorgungsebene ausschlaggebend sein werden:

<u>Versorgungsebene</u>		<u>Planungsbereich</u>
Hausärztliche Versorgung	→	Mittelbereiche
Allgemeine fachärztliche Versorgung	→	Stadt- und Landkreise
Spezialisierte Fachärztliche Versorgung	→	Raumordnungsregionen
Gesonderte Fachärztliche Versorgung	→	KV-Bezirk

Unterhalb der Ebene der Mittelbereiche, d.h. für einzelne Städte und Gemeinden, erfolgt keine weitere Binnendifferenzierung.

Für alle Arztgruppen wurden die bestehenden Verhältniszahlen auf Basis der aktuellen, bundesweiten Verteilung der Ärzte/Psychotherapeuten und Einwohner weiterentwickelt. Für bislang nicht geplante Facharztgruppen wurde die Verhältniszahl auf Basis der Arztzahlen, Stand 2012, ermittelt.

In der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung wird mit einer neuen Kreistypisierung die Rolle der Kreise abgebildet. Dazu werden 5 Typen differenziert:

- Typ 1: Regionen, die starke Mitversorgungsleistung erbringen.
- Typ 2: Regionen, die von Mitversorgung profitieren und selber angrenzende Regionen mitversorgen.
- Typ 3+4: Regionen, die von der städtischen Mitversorgung mehr oder weniger stark profitieren.
- Typ 5: Eigenversorgte (zumeist ländliche) Regionen.

Der Landkreis Schwäbisch Hall wird bei der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung dem Typ 5 – Eigenversorgte (zumeist ländliche) Regionen – zugeordnet.

Im Vergleich zu den bisherigen planungsrechtlichen Kriterien ergeben sich für den Landkreis Schwäbisch Hall im Bereich der Hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung folgende Veränderungen:

Arztgruppe	Planungsbereich		Verhältniszahl (Einwohner je Arzt/Ärztin)	
	alt	neu	alt	neu
Hausarzt	Landkreis	Mittelbereich <sup>1</sup>	1.629	1.671
Augenärzte	Landkreis	Landkreis	25.778	20.664
Chirurgen	Landkreis	Landkreis	62.036	39.711
Frauenärzte	Landkreis	Landkreis	14.701	3.733 <sup>2</sup>
HNO-Ärzte	Landkreis	Landkreis	42.129	31.768
Hautärzte	Landkreis	Landkreis	55.894	40.042
Nervenärzte	Landkreis	Landkreis	47.439	31.183
Psychotherap.	Landkreis	Landkreis	16.615	5.953
Orthopäden	Landkreis	Landkreis	34.214	23.813
Urologen	Landkreis	Landkreis	69.695	47.189
Kinderärzte	Landkreis	Landkreis	27.809	3.859 <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mittelbereiche: Schwäbisch Hall und Crailsheim

<sup>2</sup> Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich nach der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie auf die weibliche Bevölkerung

<sup>3</sup> Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich nach der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie auf die „bis unter 18-Jährigen“

Vergleicht man die alten und neuen Verhältniszahlen der einzelnen Arztgruppen, so wird deutlich, dass mit Ausnahme der Gruppe der Hausärzte, alle Facharztgruppen im Landkreis Schwäbisch Hall zukünftig eine niedrigere Verhältniszahl aufweisen werden, was somit bei gleichbleibender Einwohnerzahl dazu führen wird, dass eine größere Anzahl an Zulassungen in diesem Planungsbereich möglich sein werden.

Nach den derzeit noch gültigen planungsrechtlichen Kriterien und dem Beschluss des Landesausschuss vom 23. Oktober 2012 ist im Planungsbereich Schwäbisch Hall in allen Arztgruppen eine rechnerische Überversorgung gegeben. Der Versorgungsgrad variiert je nach Haus- bzw. Facharztgruppe zwischen 111 % und 333 %. Vor diesem Hintergrund ist der Planungsbereich Schwäbisch Hall für Haus- und Fachärzte, die sich neu niederlassen möchten und keinen bestehenden Versorgungsauftrag übernehmen wollen (Praxisübernahme) derzeit gesperrt. Bei Anwendung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinien kann es durch die kleinräumigeren Planungsbereiche bei den Hausärzten und den niedrigeren Verhältniszahlen bei den Fachärzten dazu kommen, dass die bisherigen gesperrten Planungsbereiche für Neuzulassungen wieder geöffnet werden. Ob und ggf. um welche Facharztgruppen es sich handelt, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beantwortet werden, dazu bedarf es eines Beschlusses des zuständigen Landesausschusses. Die neue Richtlinie sieht einen Übergangszeitraum von 6 Monaten vor, in denen die alte Richtlinie fortgelten kann (30. Juni 2013). Diese Zeit wird benötigt, um die für die neue Bedarfsplanung erforderlichen Daten aufbereiten zu können.

3. *Wie bewertet sie aus ihrer Sicht die kürzlich im Haller Tagblatt erschienene Aussage eines AOK-Vertreters: „Auch in Zukunft bestehen gute Chancen, dass der Landkreis Schwäbisch Hall auf Dauer flächendeckend mit Hausärzten versorgt wird. Es ist aber eine zentrale Herausforderung, hierfür jetzt günstige Rahmenbedingungen in jeglicher Hinsicht zu schaffen, um im Wettbewerb um niederlassungswillige Hausärzte zu bestehen“ und kann sie näher erläutern, welche „günstigen Rahmenbedingungen“ von welcher Institution im Landkreis Schwäbisch Hall oder vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg oder der Krankenkassen hierfür zu schaffen sind?*

Grundsätzlich steht der Bevölkerung im Landkreis Schwäbisch Hall im Bereich der hausärztlichen Versorgung ein überdurchschnittliches Angebot wohnortnah zur Verfügung. Bis auf Langenburg gibt es in jeder Gemeinde im Landkreis mindestens eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt.

Um die Attraktivität des Standorts Baden-Württemberg und damit auch des Landkreises Schwäbisch Hall zu erhalten und zu verbessern, sind bereits vielerlei Maßnahmen unterschiedlicher Akteure im Land ergriffen worden. Insbesondere die folgenden Maßnahmen können gemeinsam zu einer verbesserten Nachwuchsgewinnung im ländlichen Raum beitragen:

a) Förderprogramm Landärzte:

Auf Landesebene hat das Sozialministerium im Sommer 2012 ein überarbeitetes Förderprogramm für Landärzte auf den Weg gebracht. Ziel des Förderprogramms „Landärzte“ ist die Sicherstellung der ambulanten hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum auch in Zukunft. Das Programm ist mit knapp zwei Mio. Euro ausgestattet und richtet sich an Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendärzte sowie hausärztlich tätige Internisten. Eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt kann bis zu 30.000 Euro Landesförderung erhalten, wenn er sich in Baden-Württemberg in einer ländlichen Gemeinde niederlässt, die als Fördergebiet ausgewiesen ist.

b) Förderung der Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (PJ):

Um den Medizinstudierenden die Entscheidung zu erleichtern, im PJ ihres Studiums das Fach Allgemeinmedizin und die Ausbildung an einer hausärztlichen Praxis zu wählen, kann ihnen eine finanzielle Entschädigung während des PJ-Tertials Allgemeinmedizin, in Höhe von 500 Euro pro Monat, also insgesamt 2.000 Euro gewährt werden. Dies erscheint angemessen, da den Studierenden während des PJ in der Regel kein Raum bleibt, ihren Lebensunterhalt durch eine Nebentätigkeit zu finanzieren. Auf der anderen Seite erhalten auch die Praxisinhaber eine finanzielle Entschädigung von 3.000 Euro, um den durch die Ausbildung entstehenden zusätzlichen Aufwand auszugleichen und einen Anreiz zu schaffen, die eigene Praxis als allgemeinmedizinische Lehrpraxis zur Verfügung zu stellen.

c) Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notfalldienst):

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg reformiert zurzeit den Notfalldienst. Durch die Zusammenlegung von kleineren Notfalldienstbezirken sollen größere Strukturen geschaffen werden, um somit die Dienstbelastung im organisierten Notfalldienst zu reduzieren. Durch diese Maßnahmen sollen die niedergelassenen Ärzte seltener zum Dienst eingeteilt werden, was vor allem den Bedürfnissen nachrückender Ärztegenerationen gerecht wird, die auf geregelte Arbeitszeiten und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf großen Wert legt.

d) Verträge zur Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) durch die Krankenkassen:

Mit dem „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (GKV-WSG) im Jahr 2007 wurden die Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen in der ambulant ärztlichen Versorgung erweitert (Hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73 b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73 c SGB V). In Selektivverträgen können für Teile der ambulanten ärztlichen Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte Versorgungsinhalte außerhalb der sog. Regelversorgung vereinbart werden. Die Regelversorgung wird über Gesamtverträge der Krankenkassen mit

den Kassenärztlichen Vereinigungen vertraglich geregelt, bei Selektivverträgen können auch einzelnen Leistungserbringer bzw. Leistungserbringergruppen Vertragspartner sein. Nachdem die AOK mit dem Hausärzterverband und MEDI in Baden-Württemberg bereits ab dem 4. Quartal 2008 finanzwirksam ein solcher Vertrag abgeschlossen hat, wurden mittlerweile auch für die meisten anderen Krankenkassen entsprechende Verträge vereinbart. Die Teilnahme der Versicherten an der HzV ist sowohl vonseiten der Hausärzte wie auch vonseiten der Patienten freiwillig. Allein in den größten Vertrag zwischen AOK und dem HÄV/Medi sind über 1,1 Millionen Versicherte und 3.500 Hausärzte eingeschrieben.

Die Funktionsfähigkeit eines selektivvertraglichen Systems der HzV neben der Regelversorgung ist in Baden-Württemberg ein Alleinstellungsmerkmal und trägt durchaus dazu bei, die Attraktivität einer ärztlichen Tätigkeit im niedergelassenen Bereich, auch im ländlichen Raum, zu stärken.

e) „Perspektive Hausarzt“:

„Perspektive Hausarzt“ ist eine interaktive Internetplattform mit Informations-, Service- und Motivationsinhalten. Über die Internetplattform sollen insbesondere Studierende der Medizin und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erreicht werden, um das Berufsbild der Hausärztin bzw. des Hausarztes positiv und realitätsnah darzustellen und über alle in Baden-Württemberg existierenden Informations-, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Förderungsangebote zu informieren. Zudem wird Hausärztinnen bzw. Hausärzten, die eine Praxisnachfolge suchen, sowie Gemeinden mit bereits bestehendem oder absehbarem Hausärztemangel die Gelegenheit gegeben, sich auf dieser Seite zu präsentieren.

f) Infrastrukturelle Voraussetzungen durch die Kommunen:

Die Entscheidung, ob ein junger Arzt oder eine junge Ärztin sich in einer Gemeinde niederlässt ist jedoch sehr vielschichtig. Auf allen Ebenen müssen Anstrengungen unternommen werden, um weiterhin eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Gerade die Standortfrage ist z.B. von entscheidender Bedeutung. Insbesondere für junge Familien kann das ländliche Umfeld besonders attraktiv sein – wenn die infrastrukturellen Voraussetzungen und insbesondere Kinderbetreuungsangebote und eine gute schulische Anbindung vorhanden sind. Die Bereitstellung dieser Infrastruktur liegt maßgeblich in der Hand der Kommunen. Durch positive Gestaltung des Lebensrahmens junger Familien können auch die Kommunen entscheidende Anreize für eine Niederlassung von Nachwuchsärztinnen und -ärzten selbst setzen.

*4. Welche konkreten Möglichkeiten hat nach ihrer Kenntnis die auch im Landkreis Schwäbisch Hall eingerichtete regionale Gesundheitskonferenz, um auf die künftige ambulante ärztliche Versorgung Einfluss zu nehmen und welche Finanzmittel stehen dem Landkreis hierzu vonseiten des Landes zur Verfügung?*

Kommunale Gesundheitskonferenzen sollen die Plattform zur Vernetzung der Akteure auf der kommunalen Ebene sein. Sie dienen zum Informations- und Ideenaustausch unter Einbeziehung der Erfahrungen aus vorhandenen Netzwerken und zur Entwicklung neuer Ansätze der Zusammenarbeit auf unterschiedlichen Handlungsfeldern. Dies gilt insbesondere für die sektorenübergreifende Planung und Steuerung medizinischer Angebote wie z.B. der ambulanten ärztlichen Versorgung, um Versorgungsengpässe zu vermeiden und knappe personelle Ressourcen effizient zu verteilen (Kreisstrukturgespräche).

Die Verantwortung der jeweiligen Gewährleistungsträger für die Versorgungsbereiche (z.B. der Kassenärztlichen Vereinigung) bleibt hiervon jedoch unberührt.

Ungeachtet dessen können die Ergebnisse der Kreisstrukturgespräche als Empfehlungen zugrunde gelegt werden. Ob und wenn ja in welchem Umfang die Beratungsergebnisse aus den Kreisstrukturgesprächen Einfluss auf die Entscheidung der Gewährleistungsträger haben, ist jedoch vom jeweiligen Einzelfall abhängig. Bislang fehlen Rahmenempfehlungen über die Ausgestaltung und Durchführung von Kreisstrukturgesprächen. Hierzu soll eine Arbeitsgruppe grundsätzliche Fragestellungen formulieren und Verfahrensvorschläge verarbeiten.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Landkreises Schwäbisch Hall wurde im Rahmen des Aktionsprogramms „Landärzte“ mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von 38.000,- Euro gefördert.

Altpeter

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren