

Ambulante ärztliche Versorgung im Flächenland Niedersachsen – haben Kommunen dabei eine Rolle?

Niedersächsischer Städtetag

28.11.2022

Inhalt

1. Hausärztliche Versorgung – Herausforderungen und Trends
2. Steuerung der hausärztlichen Versorgung
3. Rolle und Optionen der Kommunen

1.

Hausärztliche Versorgung – Herausforderungen und Trends

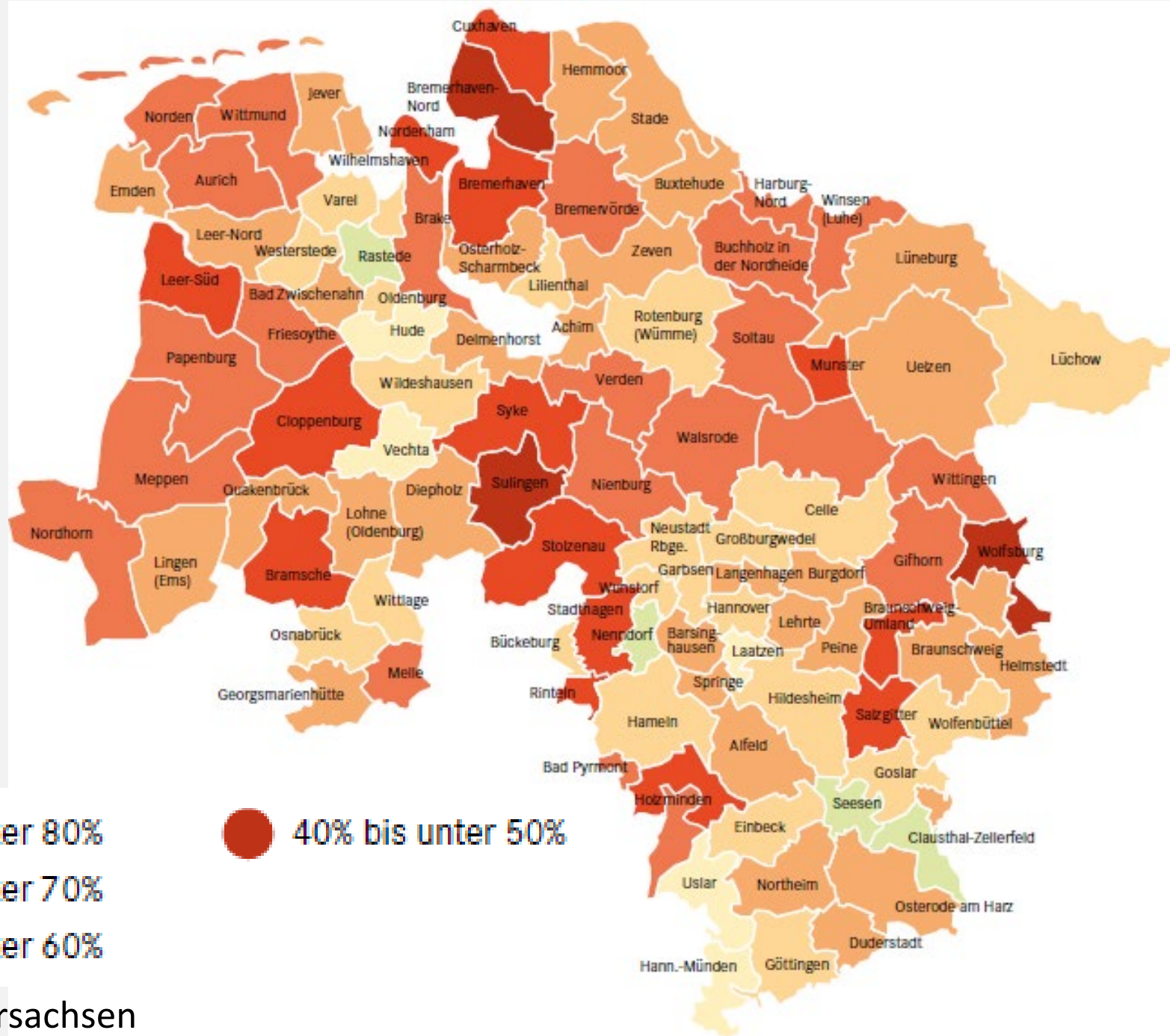
Rolle der hausärztliche Versorgung

- Hausarzt/inn/en als Träger der medizinischen Grundversorgung
- Erste Anlaufstation bei Gesundheitsproblemen
- Nähe zur Lebenswelt der Patient/inn/en
- Koordinierung von (fachärztlichen) Behandlungen
- Folge: Schlüsselfunktion für die medizinische Versorgung

Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung als Herausforderung (1/2)

- Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung als Problem
- wachsende Zahl von Regionen unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht
- vor allem (aber nicht nur): ländliche, strukturschwache Regionen
- auch Niedersachsen von Problemen betroffen
- Prognosen:
 - 2035: Bedarf: ca. 5.000 Hausarzt/inn/en, Angebot: ca. 3.750 Hausarzt/inn/en (KVN)
 - 2035: jede sechste Hausarztstelle wird nicht besetzt werden (KVN)
 - 2030: 15 der 104 hausärztlichen Planungsbereiche unterversorgt (weniger als 75 %) (NIW)

Versorgungsgrad mit Hausärzt/inn/en 2035



100% bis unter 110%

70% bis unter 80%

40% bis unter 50%

90% bis unter 100%

60% bis unter 70%

80% bis unter 90%

50% bis unter 60%

Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung als Herausforderung (2/2)

- Sicherstellung der (hausärztlichen) Versorgung als dauerhafte und langfristige Herausforderung
 - Frage der Lebensqualität der Bevölkerung
 - Frage der wirtschaftlichen Attraktivität ländlicher Räume
- Gründe: verschiedene Trends
- Situation dürfte sich verschlechtern, wenn politisch nicht gegengesteuert wird

Besonders betroffene Regionen

- Leer-Süd
- Papenburg
- Meppen
- Cloppenburg
- Nordenham
- Bremerhaven
- Bremervörde
- Harburg-Nord
- Syke
- Sulingen
- Nienburg
- Walsrode
- Wittingen
- Wolfsburg
- Braunschweig-Umland
- Seesen
- Bad Harzburg
- Clausthal-Zellerfeld

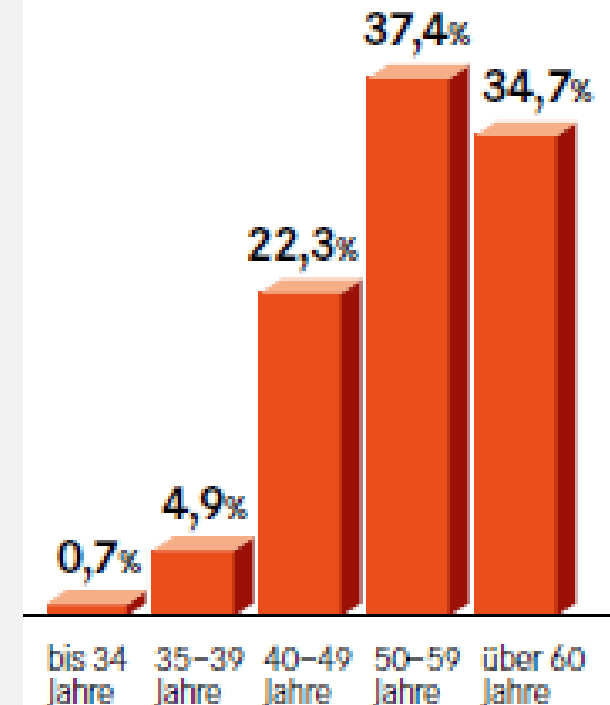
Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten (1/2)

- Geringes Interesse unter Medizinstudierenden und angehenden Hausarzt/inn/en an der hausärztlichen Tätigkeit
- Geringe Zahl von Facharztanerkennungen in den hausärztlichen Disziplinen
- Überalterung von Hausarzt/inn/en
- Folge: zahlreiche Ärzt/inn/en scheiden demnächst aus, deutlich weniger rücken nach

Altersstruktur von Hausärzt/inn/en



Hausärzte



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten (2/2)

hinzu kommt:

- sinkende Attraktivität der freien Niederlassung
 - Wunsch nach weniger Bürokratie
 - Vermeidung wirtschaftlicher Risiken
 - geregelte Arbeitszeiten
- wachsendes Interesse an einer Angestelltentätigkeit (auch in der ambulanten Versorgung)

Ländlicher Raum

- Geringes Interesse von Ärzt/inn/en an einer Berufstätigkeit in ländlichen Räumen
- Wandel von Siedlungsstrukturen (hohe Bereitschaft zur Binnenwanderung)
- wahrscheinliche Folgen:
 - weiter sinkende Bevölkerungsdichte in ländlichen Regionen
 - wachsender Anteil alter Menschen an der dort verbleibenden Bevölkerung
- dabei: regional differenzierte Entwicklungen –
nicht alle ländlichen Räume sind Verlierer, nicht alle Großstädte Gewinner
- allgemein: demographischer Wandel
- Auswirkungen auf
 - den regionalen Versorgungsbedarf und
 - die regionale Versorgungsinfrastruktur

Strukturwandel in der Krankenhausversorgung

- Trend zur Zentrenbildung/Spezialisierung (u.a. durch Zertifizierung u. Mindestmengenregelungen)
- Hintergrund: Qualitätssicherung
- wahrscheinliche Folgen:
 - in manchen Fällen: Problem der Wohnortnähe der Versorgung
 - wirtschaftliche Schwierigkeiten für manche Häuser der Grund- und Regelversorgung
 - (hohe/wachsende) Defizite, Krankenhausschließungen, Bettenabbau (?)
 - neue Funktionen für Krankenhäuser (auch in der ambulanten Versorgung)?

2.

Steuerung der hausärztlichen Versorgung

Regulierung des Gesundheitssystems: Allgemeines (1/2)

- Gesundheitssystem, insbesondere: GKV-Versorgung: hohe Regulierungsdichte
- staatliche Rahmensetzung
- ambulante Versorgung von GKV-Versicherten (Krankenversicherungsrecht):
 - Konkurrierende Gesetzgebung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG)
 - De facto aber: Bundesrecht
- letzte Jahre: verstärkter Einbau von Regionalisierungsoptionen (z.B. Bedarfsplanung, Vergütung)
- Delegation von Kompetenzen zur Konkretisierung des Rahmenrechts an die Selbstverwaltung in der GKV
 - Krankenkassen (Selbstverwaltung durch Arbeitgeber und Versicherte)
 - Gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen

Regulierung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2/2)

- Bedarfsplanung für ambulante Versorgung von GKV-Versicherten:
 - Verhältniszahlen (Einwohner/Ärzte), differenziert nach
 - Raumordnungstypen
 - Arztgruppen (geringere Einwohnerzahl je Arzt für Hausärzte als für Radiologen)
- Vorgaben für Über-/Unterversorgung
 - Überversorgung: reale Verhältniszahl liegt bei mehr als 110 % als rechtliche Vorgabe
 - Unterversorgung:
 - Hausärzte: weniger als 75 %
 - Fachärzte: weniger als 50 %

Regulierung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (3/3)

- Umsetzung: Delegation von Kompetenzen zur Konkretisierung des Rahmenrechts an die Selbstverwaltung in der GKV
 - Krankenkassen (Selbstverwaltung durch Arbeitgeber und Versicherte)
 - Gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen
 - Kassenärztliche Vereinigungen
 - Krankenkassen

Sicherstellungsauftrag

- Sicherstellungsauftrag für ambulante Versorgung von Kassenpatienten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)
- Sicherstellungsauftrag der KVen zuletzt durch den Gesetzgeber unterstrichen:
 - Pflicht zum Betrieb von Eigeneinrichtungen
 - spätestens sechs Monate, nachdem der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unter-versorgung festgestellt hat, wenn diese bis dahin nicht auf anderem Wege behoben werden konnte (§ 105 Abs. 1c SGB V)
 - Niedersachsen: 1 KV-eigene Einrichtung (Samtgemeinde Sögel im Emsland)

3.

Rolle und Optionen der Kommunen

Rolle der Kommunen (1/2)

- Option der Kommunen zur Gründung von Eigeneinrichtungen (MVZ), mittlerweile auch ohne Zustimmung der KVen (§ 95 Abs. 1a SGB V)
- MVZ als Teil der vertragsärztlichen Versorgung unterliegen:
 - der vertragsärztlichen Bedarfsplanung (einschl. Bestimmungen zur Über-/Unterversorgung)
 - den Rechtsbestimmungen zur vertragsärztlichen Vergütung (Zulassung, Vergütung, Qualitätssicherung)
 - Kommunale Sicherstellung der ambulanten Krankenversorgung: freiwillige Aufgabe, keine Pflichtaufgabe
- Ambulante Krankenversorgung als Handlungsfeld der Kommunen?
 - Berufung auf Pflicht zur öffentlichen Daseinsvorsorge möglich –
 - aber: warum engagieren, wenn die KV für die Sicherstellung zuständig ist?
 - Kommunen: Akteur mit neuen Gestaltungsmöglichkeiten oder Lückenbüßer?

Rolle der Kommunen (2/2)

Schwache Position der Kommunen:

- Kein Einfluss auf den Rechtsrahmen der Krankenversorgung
- Geringe eigene Befugnisse in der Krankenversorgung
- Keine eigenständigen Ressourcen zur Finanzierung der Versorgung
- Macht und Geld liegt bei den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen

Hindernisse für kommunales Engagement als Träger von Eigeneinrichtungen

(1/3)

- Diverse Befragungen von lokalen Funktionsträgern (Bürgermeister, Landräte, Dezernenten) in verschiedenen Bundesländern zur Problemwahrnehmung und Handlungsbereitschaft
 - Steinhäuser et al. 2012 (Baden-Württemberg); Barthen/Gerlinger 2016 (Sachsen-Anhalt); **Kuhn et al. 2018 (Niedersachsen)**; Kleinschmidt 2019 (Westfalen-Lippe)
- breite Palette von Antworten
 - verbreitete Nachbesetzungsprobleme
 - kommunaler Unterstützungsbedarf
 - Umsetzung unterschiedlicher Unterstützungsmaßnahmen durch einen beträchtlichen Teil der Kommunen
 - Kommunen hat bereits unterschiedliche Unterstützungsmaßnahmen
 - überwiegend kritische Bewertung einer kommunalen Trägerschaft von MVZ

Hindernisse für kommunales Engagement als Träger von Eigeneinrichtungen (2/3)

- fehlende finanzielle Ressourcen (knappe Mittel/Verschuldung, Schuldenbremse etc.) in Verbindung mit
- Unsicherheit über die Kosten und Risiken einer Trägerschaft von MVZ:
 - Transaktionskosten der Errichtung eines Eigenbetriebs
 - finanzielle Risiken des laufenden Betriebs
- fehlendes Know-how (Wissen, Erfahrung), Versorgungsaspekte, Betriebswirtschaft
- bereits Schwierigkeiten bei der Erfüllung von Pflichtaufgaben
- im Zusammenhang damit: Legitimationsrisiken einer kommunalen Trägerschaft

Hindernisse für kommunales Engagement als Träger von Eigeneinrichtungen (3/3)

- Unsicherheit über die Erfolgsaussichten
- Präferenz für andere Lösungen, z.B.
 - Eigeneinrichtung der KV
 - mobile Versorgungskonzepte
 - MVZ-Trägerschaft durch Krankenhäuser
 - Förderung der Niederlassung (Kredite, Praxisräume etc.), Ergänzung von Landesinitiativen
- wahrgenommene Nicht-Zuständigkeit von Kommunen (Verweis auf KVen)

Dilemma der Kommunen

- Es ist immer eine Kommune, in der
 - die Versorgung stattfindet
 - Versorgungsbedarfe existieren
- von Versorgungsmängeln betroffen ist die lokale Bevölkerung betroffen
- Politische Verantwortung der KVen – häufig: Verantwortungszuschreibung an die Kommunen
 - kein Funktionsträger einer KV oder einer Krankenkasse muss um seine (Wieder-)Wahl fürchten
 - Kassenwechsel macht keinen Sinn
- aber: Probleme stellen sich für die Funktionsträger in den Kommunen mit unabweisbarer Dringlichkeit
- sie bekommen die Folgen von Versorgungsmängeln zu spüren

Herausforderung: Gestaltung regionaler Versorgungsstrukturen (1/2)

- Bedarfe, Strukturen und Herausforderungen unterscheiden sich lokal und regional
- Problemlösungen setzen oft Kenntnisse der örtlichen Verhältnisse voraus
- Lokale/regionale Akteure sind im Grundsatz gut geeignet, an der Gesundheitssystemgestaltung mitzuwirken
- Herausforderung: Schaffung von integrierten, an die regionalen Versorgungsbedarfe angepassten Strukturen
- Einbeziehung: Rolle von (kommunal getragenen) Krankenhäusern

Herausforderung: Gestaltung regionaler Versorgungsstrukturen (2/2)

- Kommunen werden stärker mit dem Problem der Sicherstellung der ambulanten Versorgung konfrontiert
- ES GIBT DAFÜR KEINE PATENTLÖSUNG!!!
- Verschiedene Optionen:
 - Koordinierung lokaler und regionaler Akteure und Aktivitäten (z.B. Gesundheitskonferenzen)
 - Errichtung von Eigeneinrichtungen
 - Andere Instrumente zur Förderung der ambulanten Versorgung
 - Neue Rolle des Krankenhauses als Zentrum regionaler Versorgung
 - Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung
 - Gründung Medizinischer Versorgungszentren durch kommunale Krankenhäuser

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!