
PATIENTENORIENTIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG – EGAL WO DU IN BAYERN LEBST



PATIENTENORIENTIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG – EGAL WO DU IN BAYERN LEBST

Beschluss der Fraktionsklausur am 15.9.2016 in Aschaffenburg

Die drohende Unterversorgung in manchen Regionen des Freistaats ist seit längerem Thema gesundheitspolitischer Debatten. Im Fokus steht häufig nur der Mangel an Landärztinnen und Landärzten. Ohne die Frage **notwendiger Strukturreformen** zu erörtern, werden vornehmlich Diskussionen über die Verteilung finanzieller Ressourcen geführt. Dabei gerät aus dem Blick, dass es nicht nur um mehr Geld oder mehr Ärztinnen und Ärzte geht. Vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen sollte vielmehr die Frage im Zentrum stehen, welche Anforderungen ein an den Patientinnen und Patienten orientiertes Versorgungssystem künftig zu erfüllen hat. Hier sind neben den Ärztinnen und Ärzten auch alle anderen Gesundheitsberufe wie beispielsweise Pflegekräfte, Psycho- und PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen sowie Hebammen gefragt. Wir müssen gemeinsam neue Wege gehen.

1. Was sagen die Menschen in Stadt und Land?

Laut der Forsa-Meinungsumfrage der Techniker Krankenkasse (TK) sind 53 Prozent der Befragten mit der ambulanten Versorgung zufrieden.¹ Ein Unterschied zwischen Stadt und Land ist dabei klar erkennbar. Menschen in ländlichen Regionen sind mit dem Versorgungsnetz deutlich unzufriedener als Menschen, die in Städten leben. So ist nur 40 Prozent der Landbevölkerung mit dem Versorgungsangebot zufrieden. Von den Menschen, die in Städten und Ballungsräumen leben, sind dagegen 60 Prozent zufrieden. Die Umfrage zeigt jedoch auch, dass die große Mehrheit der Menschen bereit ist, für eine bessere Behandlungsqualität weitere Wege in Kauf zu nehmen. Menschen auf dem Land sind der Umfrage zufolge dabei etwas eher bereit länger zu fahren als Großstädter.

Die Meinungsumfrage der TK bestätigt auch, dass **viele um die Finanzierbarkeit, den Leistungsumfang und die Versorgungsqualität fürchten**. So rechnen 85 Prozent der Menschen in Deutschland mit **steigenden Krankenkassenbeiträgen**. Zudem geht mehr als die Hälfte (54 Prozent) davon aus, dass der Leistungsumfang in Zukunft eingeschränkt werden muss, und knapp jeder Zweite fürchtet eine sinkende medizinische

¹TK-Meinungspuls Gesundheit. Techniker Krankenkasse, 2014.



35 Versorgungsqualität (47 Prozent). Hier sind die Menschen auf dem Land
36 deutlich pessimistischer als Menschen in der Großstadt.

37 Tatsache ist, dass die **Gesundheitsausgaben in Höhe von 365 Milliarden Euro mit Abstand**
38 **der größte Posten im Sozialbudget der Bundesrepublik** sind. Trotz günstiger
39 Konjunkturentwicklung und trotz niedriger Arbeitslosenquote stiegen die Sozialausgaben
40 2015 insgesamt weiter kräftig an und erreichten 882,2 Milliarden Euro oder 4,5 Prozent
41 mehr als im Jahr zuvor. Diesem Anstieg stand eine Steigerung des Bruttoinlandsprodukts
42 von lediglich 3,8 Prozent gegenüber. Damit wachsen die Sozialausgaben in Deutschland
43 im vierten Jahr hintereinander schneller als die Volkswirtschaft insgesamt.²

44 **2. Veränderte Anforderungen an Versorgungsstrukturen,** 45 **Gesundheitsberufe und Kommunen**

46 Eine gute und flächendeckende Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Grundpfeiler
47 unseres Gesundheitssystems. Die Versorgungsstrukturen, insbesondere die
48 Primärversorgung, stehen vor vielfältigen Herausforderungen. Der demographische
49 Wandel (wie die zunehmende Anzahl der über 65-jährigen von an Demenz erkrankten
50 PatientInnen, von Menschen mit Mehrfach- oder chronischen Erkrankungen, oder der
51 Rückgang der Bevölkerungsdichte) wirkt sich in allen Regionen Bayerns unterschiedlich
52 stark aus. Auf diese Entwicklungen sind das Gesundheitswesen sowie die ländlichen
53 Regionen nur unzureichend eingestellt. Das betrifft einerseits die **starre Trennung**
54 **zwischen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung**. Andererseits sind aber
55 auch die Gesundheitsberufe und Kommunen selbst zu wenig auf die Folgen des
56 demographischen Wandels vorbereitet, weil sie an **verkrusteten Hierarchien und**
57 **Rollenzuweisungen festhalten** und nicht hinlänglich miteinander zusammenarbeiten. Das
58 größte Problem stellt aber die **Steuerung der ärztlichen Versorgung** und die **ungleiche**
59 **Versorgung** zwischen Stadt und Land sowie auch zwischen dem Norden und dem Süden
60 Bayerns dar. Die reformierte Bedarfsplanung hat bislang weder beim Abbau der
61 Überversorgung noch bei der **Lösung der Verteilungsprobleme** in Bayern einen spürbaren
62 Beitrag geleistet.

63

64 **2.1 Der Behandlungsbedarf steigt**

65 Auf den ersten Blick sind alle bayerischen Regionen gut mit Haus- und FachärztInnen
66 versorgt. Sichtbar ist vor allem ein **großes Verteilungsproblem zwischen Stadt und Land**.
67 ÄrztInnen sowie auch ZahnärztInnen lassen sich lieber in Städten und in attraktiven
68 Regionen als in strukturschwachen Regionen nieder.

69 Gemäß der Bayerischen Landesärztekammer waren Ende 2015 insgesamt etwa 55 500
70 Medizinerinnen und Mediziner in Bayerns Praxen und Krankenhäusern beschäftigt, das
71 waren 2,4 Prozent mehr als im Jahr zuvor. In den vergangenen zehn Jahren nahm die Zahl

²Bayern bleibt überversorgt. Ersatzkasse report. Verband der Ersatzkassen, August 2016, S. 6.



72 der MedizinerInnen um mehr als 24 Prozent zu.³ Die Zahl aller ÄrztInnen zwar
73 steigt, aber der Bedarf bzw. die Zahl der Behandlungsfälle steigt schneller und
74 kontinuierlich an. Zwischen 2004 und 2014 erhöhte sich die Zahl der ambulanten
75 Behandlungen in Deutschland um 152 Millionen. Ähnlich sieht es in den Krankenhäusern
76 aus. Die Unternehmensberatung Deloitte prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine Zunahme
77 der Fallzahlen im stationären Bereich um mehr als zwölf Prozent. Verantwortlich dafür ist
78 vor allem der **steigende Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft**. Im Jahr 2015
79 betrug der Anteil der über 60-Jährigen PatientInnen in den Krankenhäusern 51,5 Prozent.
80 Bis zum Jahr 2030 erwarten die Experten von Deloitte einen Anstieg auf 60,8 Prozent.⁴
81 Nicht nur die Gesellschaft insgesamt altert, sondern mit ihr auch die Ärzteschaft. Der
82 **Altersdurchschnitt der ÄrztInnen, ZahnärztInnen und PsychotherapeutInnen** stellt ein
83 wichtiges **Indiz für künftige Versorgungsprobleme** dar. So sind nach Angaben der KVB zum
84 Beispiel niedergelassene HausärztInnen im Freistaat in Durchschnitt 54,7 Jahre alt,
85 PsychotherapeutInnen sogar 55 Jahre alt. Der Anteil der HausärztInnen ab 60 Jahren liegt
86 bei 33,9 Prozent, bei den PsychotherapeutInnen sogar bei 35,1 Prozent.⁵ Insgesamt gibt es
87 viel mehr 50- bis 59-Jährige als 40- bis 49-Jährige ÄrztInnen.⁶

88

89 2.2 Das Berufsbild des Arztes steht im Wandel

90 Zudem verschieben sich bei den JungmedizinerInnen die persönlichen Prioritäten. Sie sind
91 verständlicherweise nicht mehr bereit, mögliche Versorgungslücken bedingungslos auf
92 Kosten der eigenen Lebensplanung zu schließen. Der **Zeitungsumfang einer ärztlichen Tätigkeit**
93 **pro Arzt hat in der Summe deutlich abgenommen**, während der Behandlungsbedarf der
94 Bevölkerung gestiegen ist. Zwar gibt es also im Freistaat inzwischen deutlich mehr
95 ÄrztInnen als früher - doch diese arbeiten häufiger in Teilzeit und leisten auch nicht mehr
96 ganz so viele Überstunden wie frühere Ärztegenerationen. Dies macht sich bei allen
97 ÄrztInnen, unabhängig von ihrer Fachrichtung, bemerkbar. Dementsprechend **entscheiden**
98 **sich immer mehr ÄrztInnen gegen eine Vollzeitstelle**. Betrug der Anteil der
99 TeilzeitärztInnen an allen niedergelassenen ÄrztInnen im Jahr 2009 in Deutschland noch
100 fünf Prozent, so waren es im Jahr 2013 bereits 13,6 Prozent. Einer Studie des
101 Forschungsinstituts Prognos zufolge sank die tatsächlich geleistete Wochenarbeitszeit der
102 ÄrztInnen in den Praxen von durchschnittlich 42,6 Stunden im Jahr 2011 auf 40,2 Stunden
103 im Jahr 2014. Bei den KrankenhausärztInnen ging die Zahl der geleisteten Wochenstunden
104 zwischen den Jahren 1991 und 2013 von 37,6 auf 29,8 Stunden zurück.⁷

³Ärztmangel, obwohl Zahl der Mediziner steigt. Süddeutsche Zeitung, 12. Januar 2016.

⁴ Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte.
(<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2015/>).

⁵KVB: Versorgungsatlas Psychotherapeuten. Februar 2016; KVB: Versorgungsatlas Hausärzte. Februar 2016.

⁶ Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte.
(<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2015/>).

⁷ Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte.
(<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2015/>).



105 Wie Umfragen der Bundesärztekammer zeigen, räumen die angehenden
106 MedizinerInnen der **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** die höchste Priorität
107 ein. Knapp dahinter folgt der Wunsch nach geregelten und **flexibel gestaltbaren**
108 **Arbeitszeiten** – noch vor guten Verdienstmöglichkeiten.⁸ Dementsprechend zeigt sich
109 auch, dass ein angemessenes und sicheres Einkommen bei MedizinerInnen nicht allein
110 entscheidend für die Wahl des Niederlassungsortes ist. Wichtig sind weitere
111 Gegebenheiten wie zum Beispiel Beschäftigungsmöglichkeiten für den Ehe-
112 /LebenspartnerIn, Betreuungs- und Schulangebote für die Kinder und
113 Freizeitmöglichkeiten mit einem entsprechenden kulturellen Angebot.

114
115 Obwohl die Zahl aller ÄrztInnen insgesamt gestiegen ist, gilt es nicht für alle Arztgruppen.
116 Die Zahl der AllgemeinärztInnen in Bayern ist im vergangenen Jahr um 2,4 Prozent
117 gesunken, innerhalb des vergangenen Jahrzehnts summiert sich der Rückgang auf fast 14
118 Prozent.⁹ Die generell sinkende Zahl von HausärztInnen deutet auch auf ein **schwindendes**
119 **Interesse des ärztlichen Nachwuchses an einer hausärztlichen Tätigkeit im Allgemeinen**
120 **und speziell in ländlichen Regionen** hin. Eine weitere Ursache, die den Hausarztberuf für
121 viele Medizinstudierende wenig reizvoll macht, ist der Ruf, der ihm anhaftet. Viel zu oft
122 wurde davon gesprochen, dass HausärztInnen für wenig Geld viel arbeiten müssen und
123 einfache Tätigkeiten zu verrichten haben. Dabei ist die hausärztliche Tätigkeit
124 anspruchsvoll und vielseitig und das besonders in ländlichen Regionen, in denen nur
125 wenige FachärztInnen angesiedelt sind. Ein Hausarzt oder eine Hausärztin hat nach wie
126 vor ein hohes Ansehen in der Gesellschaft und wird gerade auf dem Land besonders
127 geschätzt. Wer in eine Region geht, in der Bedarf besteht, kann davon ausgehen, dass die
128 Praxis gut ausgelastet ist und kaum ein wirtschaftliches Risiko darstellt.

129
130 Klar ist: Das Berufsbild des (Zahn-)Arztes/der (Zahn)-Ärztin steht im Wandel. Die Zahl der
131 ÄrztInnen, die in Praxen als Angestellte im Freistaat arbeiten, ist im vergangenen Jahr um
132 mehr als 13 Prozent gestiegen; innerhalb eines Jahrzehnts hat sich ihre Zahl auf 5370 fast
133 verdreifacht. Dies zeigt, dass die traditionelle Praxis, in der ein einzelner Inhaber/eine
134 einzelne Inhaberin die gesamte ärztliche Arbeit alleine übernimmt, seltener wird. Auch
135 beim zahnärztlichen Nachwuchs im Freistaat Bayern **schwindet das Interesse,**
136 **selbstständig tätig zu sein:** Eine Umfrage der KZVB bei allen ZahnärztInnen, die älter als
137 60 Jahre sind, ergab, dass 28 Prozent der Befragten glauben, dass sie keinen Nachfolger für
138 ihre Praxis finden werden.¹⁰

139
140

⁸Ärzttestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte.
(<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2015/>).

⁹Ärztemangel, obwohl Zahl der Mediziner steigt. Süddeutsche Zeitung, 12. Januar 2016.

¹⁰Auch Zahnärzte sind schwer aufs Land zu bekommen. Ärzte Zeitung, 28.10.2014.



141 2.3 Das Verteilungsproblem und ungleiche Versorgung

142 Wo sich Ärztinnen und Ärzte heute niederlassen können, hängt auch von der
143 Bedarfsplanung ab. Denn ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen, die gesetzlich versicherte
144 Patientinnen und Patienten ambulant behandeln möchten, benötigen einen freien
145 Ärztesitz. Wie viele es davon in einer Region gibt, regelt die Bedarfsplanung.¹¹

146
147 Die Versorgungsdichte bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bayern liegt mit 182
148 pro 100.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt von 178. Während die
149 Versorgungsdichte die Relation der Anzahl der ÄrztInnen pro 100.000 Einwohner
150 wiedergibt, zeigt der Versorgungsgrad das Verhältnis zwischen den Ist- und Soll-
151 Bedarfsplanungszahlen. Mit 137 Prozent ist Bayern das am stärksten ärztlich versorgte
152 Flächenbundesland. Sowohl bei HausärztInnen als auch bei allen fachärztlichen Gruppen
153 liegt der Versorgungsgrad bei über 110 Prozent und gilt als Indiz für Überversorgung.
154 **Gleichzeitig gibt es aber kein anderes Bundesland, in dem so ein Maß an ungleicher**
155 **Versorgung herrscht:** Fast in allen allgemein fachärztlichen Gruppen erreichen die
156 bayerischen Planungsbereiche im Bundesvergleich die Spitzenplätze. Gleichzeitig liegen
157 die Schlusslichter – die Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden –
158 ebenfalls in Bayern. Dies zeigt deutlich, wie groß die strukturellen Verteilungsprobleme in
159 den ärztlichen Versorgungsbereichen sind.¹²

160
161 Laut der KVB liegt die aktuelle Unterversorgung bei den HausärztInnen in Ansbach Nord
162 und in Feuchtwangen. Dinkelsbühl, Ingolstadt Süd, Vilsbiburg, Wassertrüdingen,
163 Eggenfelden Nord und Lohr am Main gelten derzeit als Gebiete mit drohender
164 Unterversorgung.¹³ Dem gegenüber stehen 105 überversorgte hausärztliche
165 Planungsbereiche (von insgesamt 159), in drei davon liegt der Versorgungsgrad sogar über
166 150 Prozent (Pocking/Ruhstorf a.d.Rott, Oberstdorf und Uffenheim).¹⁴
167 Unterversorgung gibt es auch bei den HautärztInnen in Haßberge (48,2 Prozent; der
168 niedrigste Versorgungsgrad bundesweit) sowie bei den HNO-ÄrztInnen in Wunsiedel (42,3
169 Prozent) und bei den Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Oberpfalz-Nord.¹⁵ Gleichzeitig
170 gibt es nirgendwo in Deutschland so viele Kinder- und JugendpsychiaterInnen wie in
171 Würzburg (Versorgungsgrad 384,0 Prozent); und kaum so viele HautärztInnen wie im
172 Landkreis Miesbach, Stadt Würzburg und der Landkreis Berchtesgadener Land
173 (Versorgungsgrad über 230 Prozent) und HNO-ÄrztInnen wie in Landkreisen Bad Tölz-
174 Wolfratshausen (243,5 Prozent), Starnberg (235,6 Prozent) und Fürth (210,2 Prozent).¹⁶

¹¹Im Gegensatz zu Haus- und FachärztInnen gibt es im Zahnärzteebereich zwar eine Art Bedarfsplanung, aber keine Niederlassungsbeschränkung.

¹² *Bayern bleibt überversorgt*. Ersatzkasse report. Verband der Ersatzkassen, August 2016, S. 5.

¹³Quelle: KVB: Unterversorgung & drohende Unterversorgung, Stand: Februar 2016.

¹⁴ *Bayern bleibt überversorgt*. Ersatzkasse report. Verband der Ersatzkassen, August 2016, S. 5.

¹⁵Quelle: KVB: Unterversorgung & drohende Unterversorgung. Stand: Februar 2016.

¹⁶ *Bayern bleibt überversorgt*. Ersatzkasse report. Verband der Ersatzkassen, August 2016, S. 6.



175 Diese massiven Ungleichgewichte in der räumlichen Verteilung der
176 niedergelassenen Ärzteschaft müssen konsequent abgebaut werden. Die
177 eigentliche Herausforderung ist nicht der Ärztemangel, sondern die **angemessene**
178 **bedarfsgerechte Verteilung der ÄrztInnen.**

179

180 **2.4 Die Bedarfsplanung bildet die Realität vor Ort oft nicht genau ab**

181 Ein weiteres Problem ist, dass diese bislang praktizierte Bedarfsplanung die Realität vor
182 Ort oft nicht genau abbildet. Das heißt, die Angaben der Über- und Unterversorgung
183 liefern nur eine grobe Orientierung. Ein schönes Beispiel sind die KinderärztInnen. In
184 Bayern gibt es Regionen, in denen Eltern 30 oder 40 Autominuten bis zum nächsten
185 Kinderarzt fahren müssen, obwohl sie als überversorgt gelten. Auch wenn KinderärztInnen
186 vorhanden sind, nehmen sie oft keine neuen PatientInnen mehr. Das gilt nicht nur für
187 etliche ländliche Regionen, sondern auch zum Beispiel für manche Münchner Stadtteile.

188 Die teilweise immer noch zu **großräumige Herangehensweise verdeckt die**
189 **Versorgungsmängel in Teilen mancher Regionen durch eine Überversorgung** in anderen
190 Teilen. Dabei werden überregionale Versorgungsbeziehungen etwa im fachärztlichen
191 Bereich unzureichend abgebildet. Problematisch ist zudem auch, dass die **Bedarfsplanung**
192 **keine sektorübergreifende Versorgungsplanung ist**, sondern nur den ambulanten
193 ärztlichen Sektor umfasst. Sie ist auch **nicht an der Zahl, Sozialstruktur und der Morbidität**
194 **der Bevölkerung orientiert.**

195 Derzeit liegen in der ärztlichen Bedarfsplanung auch keine Zahlen zugrunde, in **welchem**
196 **Umfang Ärztinnen und Ärzte definitiv tätig sind.** Es wird nur betrachtet, ob ein Arzt oder
197 eine Ärztin eine halbe oder eine volle Stelle bzw. Zulassung hat. Dabei wird weder
198 berücksichtigt, wie viele Stunden er/sie arbeitet, noch wie viele Patientinnen und
199 Patienten er/sie versorgt. Zum Teil haben sich, erfreulicherweise, HausärztInnen
200 spezialisiert – zum Beispiel auf Psychotherapie oder einen diabetologischen Schwerpunkt.
201 Sie fehlen damit aber de facto in der klassischen hausärztlichen Versorgung. Nur die halbe
202 oder volle Zulassung zu betrachten, ist deshalb nur ein Anhaltspunkt, der von der
203 Wirklichkeit abweichen kann. So zeigt sich in der Realität, dass auch eine vermeintliche
204 Überversorgung gar nicht vorhanden ist.

205 Aus unserer Sicht ist es aber gerade entscheidend, dass **der tatsächliche Umfang der**
206 **Patientenversorgung in die Planung einfließt.** Sonst wird mit Ärztekapazitäten gerechnet,
207 die nicht der Wirklichkeit entsprechen.

208 Auch **Krankenhäuser** sind für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sowie auch für
209 die Arbeitsplätze auf dem Land extrem wichtig. Die heutige **Krankenhausplanung**
210 orientiert sich ebenfalls in keiner Weise an den regionalen Bedarfen der Bevölkerung, an
211 Altersstrukturdaten oder an morbiditätsorientierten Versorgungsdaten. Sie ist **von der**
212 **ärztlichen Bedarfsplanung völlig getrennt. In Bayern gibt es überdurchschnittlich viele**
213 **ländliche und kleinere Kliniken, die Verluste machen. Die Auslastung der Betten in**
214 **ländlichen Kliniken liegt im Durchschnitt nur bei 77 Prozent. Ineffiziente Strukturen**



215 **müssen durch die Vernetzung von stationären und ambulanten**
216 **Versorgungsangeboten verbessert werden, um eine höhere Auslastung gerade**
217 **kleiner Kliniken zu ermöglichen. Ärmere Kommunen oder Landkreise müssen Kliniken**
218 **aufgeben, obwohl sie vielleicht gerade dort notwendig wären. Dazu kommt der**
219 **Fachkräftemangel, der im ländlichen Raum in der Regel noch größer als in Ballungsräumen**
220 **ist.**

221

222 **2.5 Gute Gesundheitsversorgung braucht Personal**

223 Die Entwicklung am Fachkräftemarkt der Gesundheitsbranche bereitet uns Sorgen und
224 wird immer alarmierender. So gibt es nicht nur einen Mangel an qualifizierten
225 Pflegefachkräften sowie Hebammen, sondern insbesondere im Altenpflege- und
226 Krankenhausbereich eine vergleichsweise geringe Berufsverweildauer.

227 Im Hinblick auf die Patientensicherheit müssen medizinische und pflegerische
228 Einrichtungen für eine **ausreichende Personalausstattung und Personalfinanzierung**
229 sorgen. Notwendig sind darüber hinaus Maßnahmen zur Verbesserung der
230 Arbeitsverhältnisse, zur Reduktion der Arbeitsverdichtung und zur Vereinbarkeit von
231 Familie und Beruf.

232 Die ländlichen Regionen leiden besonders unter dem Fachkräftemangel und für die
233 Einrichtungen oder Kommunen ist es zunehmend sehr schwierig Fachkräfte im
234 Gesundheitsbereich für das Landleben zu begeistern. Problematisch ist die Situation
235 besonders in der Pflege, der Geburtshilfe, im Bereitschaftsdienst, im Bereich der Notärzte
236 und -ärztinnen und im Rettungswesen. Es kann nicht hingenommen werden, dass einzelne
237 Bereiche durch zentral gesteuerte Umstrukturierungen benachteiligt werden.
238 Insbesondere die ländlichen Regionen müssen sich diesen zahlreichen Herausforderungen
239 stellen, die zum Umdenken und auch zum Beschreiten neuer Wege zwingen.

240

241 **3. Neue Wege gemeinsam gehen**

242 Uns ist bewusst, dass sich Entscheidungen über Versorgungsstrukturen in ländlichen
243 Regionen aufgrund der zum Teil großen Entfernungen immer auch in einem
244 Spannungsfeld zwischen einer wirtschaftlich gebotenen Konzentration und einer
245 möglichst ortsnahen Versorgung bewegen. Gerade deswegen sind wir der Überzeugung,
246 dass nur echte **Strukturenreformen** die Voraussetzungen für eine nachhaltige,
247 flächendeckende und gute Gesundheitsversorgung schaffen.

248 Wir wollen eine **bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung in allen Teilen**
249 **Bayerns** sicherstellen. Dies erfordert neues Denken und die Bereitschaft aller Akteure im
250 Gesundheitswesen, sich auf Veränderungen einzulassen, mehr Zusammenarbeit zu wagen
251 und gewohnte Hierarchien infrage zu stellen. Nicht das Festhalten an starren Strukturen,
252 sondern die im Interesse der Patientinnen und Patienten bestmögliche Versorgung müssen
253 im Vordergrund stehen.



254 Unsere Vision ist eine vernetzte, koordinierte Gesundheitsversorgung, bei der
255 Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren, ambulante
256 Pflegedienste sowie ländliche Krankenhäuser kooperieren, die durch mobile Praxisteams,
257 Apotheken und Fahrdienste ergänzt werden. Auch telemedizinische Verfahren und neue
258 Informationstechnologien können die Behandlungsqualität älterer, multimorbider oder
259 chronisch kranker Menschen in ländlichen Regionen verbessern.
260 Ländliche Regionen können dabei die Vorreiter neuer Entwicklungen im
261 Gesundheitssystem werden.

262
263

264 **Unsere Forderungen ganz konkret: Der 7-Punkte-Plan**

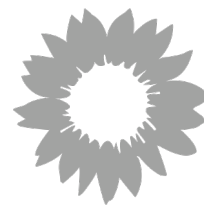
-
- 265 ▪ ***Versorgungssituation gründlich überprüfen, um regionalen Bedarf der Bevölkerung***
266 ***realitätsnah zu ermitteln***
 - 267 ▪ ***Bedarfsplanung an Patientenwohl orientieren, ungleiche Versorgung abbauen***
 - 268 ▪ ***Sektorale Trennung endlich überwinden***
 - 269 ▪ ***Nichtärztliche Gesundheitsberufe stärken, Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe***
270 ***fördern***
 - 271 ▪ ***Telemedizinische und mobile Strukturen schaffen und die Einführung der elektronischen***
272 ***Gesundheitskarte prüfen***
 - 273 ▪ ***Auswahlverfahren und Studium der Medizin anpassen***
 - 274 ▪ ***Ländliche Kommunen attraktiver machen***

275
276

277 **1 *Gründliche Überprüfung der Versorgungssituation, um regionalen Bedarf der Bevölkerung*** 278 ***realitätsnah zu ermitteln***

279 Wir brauchen eine gründliche, sektorübergreifende Ermittlung der Versorgungssituation
280 und eine Analyse des Versorgungsbedarfs, die die Situation vor Ort so gut wie möglich
281 abbildet. Dabei muss die exakte Darstellung der Arbeitszeit sowie der Umfang der
282 Patientenversorgung der einzelnen Ärztin oder des einzelnen Arztes geprüft werden. Die
283 Kriterien Morbidität, sozioökonomische Faktoren und Demographie müssen bei der
284 Bedarfsermittlung bestmöglich berücksichtigt werden. Genauso müssen Kriterien der
285 Raumordnung (wie etwa die Erreichbarkeit einer Klinik), vorhandene Einrichtungen in der
286 Rehabilitation oder Möglichkeiten ambulanter Pflege einbezogen werden. Auf regionaler
287 Ebene müssen auch die Kriterien Mobilität (ÖPNV) und regionale Infrastruktur integriert
288 werden. Einen Einfluss auf die Bedarfsplanung sollte im Übrigen auch ein flexibel und
289 bedarfsgerecht ausgebautes Krankentransportwesen haben.

290
291
292



293 **2 Bedarfsplanung an Patientenwohl orientieren, ungleiche Versorgung abbauen**
294 Wir wollen **eine sektorübergreifende Bedarfsplanung, die sich an Patientinnen**
295 **und Patienten und am tatsächlichen regionalen Bedarf orientiert. Bisher sind die**
296 **Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung und die Krankenhausplanung der**
297 **Länder nicht miteinander verbunden. Das Angebot an Kliniken, nichtärztlichen**
298 **Gesundheitsberufen und Gesundheitseinrichtungen ist in der Bedarfsplanung nicht**
299 **berücksichtigt und die Vernetzung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist somit**
300 **erschwert. Das wollen wir ändern.**

301 Die Bedarfsplanung sollte, vor allem bezogen auf die Primärversorgung, kleinräumiger
302 werden. Wir wollen, dass in einer so weiterentwickelten Versorgungsplanung auch die
303 Kommunen eine starke Rolle spielen. Dies führt folglich zu einer engeren Verzahnung von
304 Versorgungsplanung, Prävention und einer gesundheitsförderlich ausgerichteten
305 Kommunalpolitik.

306 **Wir sind der Meinung, dass Krankenhäuser nach Bedarf stärker die Möglichkeiten erhalten**
307 **sollten, im ambulanten Sektor tätig zu werden. Stärker als bisher sollte in der stationären**
308 **Versorgung zwischen unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie Notfalleistungen und**
309 **planbare Leistungen differenziert werden. Während etwa für Leistungen der medizinischen**
310 **Notfallversorgung bzw. Grundversorgung kleinräumiger geplant werden muss, ist für**
311 **bestimmte fachärztliche Leistungen der stationären Maximalversorgung großräumig zu**
312 **planen.**

313 Unser Ziel ist es, Bedarfsplanung von der reinen „Arztplanung“ zu einem Instrument einer
314 alle Gesundheitsberufe umfassenden regionalen Versorgungsplanung weiterzuentwickeln,
315 sodass vorhandene Probleme besser sichtbar und künftige Bedarfe besser prognostiziert
316 werden. Mittelfristig wollen wir eine Zusammenführung von stationärer und ambulanter
317 Planung in einem Landesversorgungsplan erreichen.

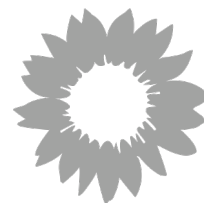
318 Um örtliche Versorgungsbedarfe realitätsnah zu ermitteln, die Planung und
319 Zusammenarbeit zu unterstützen und passende Versorgungskonzepte für die jeweilige
320 Region zu entwickeln, setzen wir uns für die Einrichtung von **regionalen Pflege- und**
321 **Gesundheitskonferenzen** ein.

322

323 **3 Überwindung der sektoralen Trennung**

324 **3.1 Integrierte, wohnortsnahe Versorgungskonzepte verstärkt nutzen**

325 Ein integriertes Versorgungssystem hat nicht nur Kostenvorteile, es ermöglicht vor allem
326 eine engere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, sowie auch eine enge
327 Versorgungssteuerung in einer Region. Das hat gerade in ländlichen Regionen und bei der
328 Gesundheitsversorgung älterer Menschen viele Vorteile – alle an der Versorgung
329 beteiligten Akteure werden integriert, ausgelastet und kooperieren miteinander (inkl.
330 Pflege, Apotheke, Reha-Kliniken etc.). Versorgungslücken können so vermieden werden,



331 die Zahl der Pflegebedürftigen verringert, körperliche wie kognitive
332 Fähigkeiten erhalten, und dadurch die Lebensqualität bis ins hohe Alter
333 verbessert werden.

334 Die Entwicklung von Modellregionen sollte wissenschaftlich begleitet und evaluiert
335 werden. Es ist notwendig, dass bestehende Hürden für die Beteiligung nicht-ärztlicher
336 Akteure im Rahmen der integrierten Versorgung abgebaut und effektivere Anreizstrukturen
337 etabliert werden. Zudem ist anzustreben, dass die Versorgungsverantwortung für alle
338 Versicherten in den jeweiligen Regionen übernommen wird und nicht an den Grenzen der
339 Kranken- und Pflegekassen halt macht. So entsteht eine tatsächlich integrierte
340 Versorgung, die alle an der Behandlung beteiligten Akteure gleichermaßen einschließt und
341 die Gesundheitsversorgung in der Region verbessert.¹⁷

342

343 **3.2 Möglichkeiten der Gesamtversorgungsverträge in der Pflege nutzen, innovative** 344 **Konzepte durch Investitionskostenzuwendungen fördern**

345 Die stationäre Pflege ist angesichts der demographischen Entwicklung und sich
346 wandelnder Bedürfnisse der Menschen kein allein zukunftstaugliches Modell. **Unser**
347 **Wunsch ist, dass alle Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause leben**
348 **können.** Deshalb fordern wir **mehr alternative Wohn- und Versorgungskonzepte wie zum**
349 **Beispiel Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser etc., aber auch andere**
350 **Pflegeeinrichtungen mit fließenden Übergängen zwischen ambulanter, teilstationärer und**
351 **stationärer Versorgung**, in denen auch der Einsatz und Schulung von pflegenden
352 Angehörigen ermöglicht wird. **Wir wollen weg von großen, hin zu kleineren**
353 **Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten mit innovativem Ansatz. Die starre**
354 **Trennung zwischen häuslicher, ambulanter und stationärer Pflege muss endlich**
355 **überwunden werden.**

356

357 Außerdem **brauchen wir viel mehr Unterstützungsstrukturen nicht nur für Pflegebedürftige,**
358 **sondern auch für pflegende Angehörige. Um dieser Gruppe eine wirksame Entlastung zu**
359 **bieten, wollen wir den Ausbau von niedrigschwelligen Hilfen, Angeboten der Tages- und**
360 **Nachtpflege und familienentlastenden Diensten vorantreiben. Zudem muss das Netz an**
361 **kommunalen Pflegestützpunkten als unabhängige und neutrale Beratung und Vermittlung**
362 **endlich ausgebaut werden. Wir wollen auch die Möglichkeiten wohnortnaher, palliativer**
363 **Unterstützung auf dem Land deutlich stärken.**

364

365

¹⁷Etwas Derartiges wird beispielsweise im „Gesunden Kinzigtal“ in Baden-Württemberg realisiert. Die Gesundes Kinzigtal GmbH ist eine Gemeinschaftsgründung der OptiMedis AG und des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK). Sie koordiniert und steuert die medizinische Gesamtversorgung für 33.000 Versicherte der Region Kinzigtal, für alle medizinischen Diagnosen und über alle Leistungserbringer hinweg. Grundlage ist ein im Jahr 2005 mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossener Vertrag zur Integrierten Versorgung. Diesem Vertrag hat sich die SVLFG (vormals LKK Baden-Württemberg) ein Jahr später angeschlossen.



366 **3.3 Demenzfreundliche Kommunen unterstützen**

367 Wir wollen Städte und Gemeinden motivieren, einen kompetenten Umgang
368 mit der Krankheit im Alltag, ein besseres Miteinander Betroffener und Nicht-Betroffener
369 und vor allem Formen des bürgerschaftlichen Handelns vor Ort voranzutreiben. Damit dies
370 gelingt, müssen das öffentliche Verständnis und die öffentlichen Dienstleistungen
371 verbessert werden. Ein/Eine **DemenzbeauftragteR in den Landkreisen** kann dabei helfen,
372 dass öffentliche Bedienstete und andere Angestellte mit großem Publikumsverkehr sowie
373 Geschäfte, Gaststätten und Freizeitzentren für die besonderen Schwierigkeiten von
374 Menschen mit Demenz sensibilisiert werden. Es können lokale Medienvertreter gewonnen
375 werden, in den Schulen können Projektwochen zum Thema stattfinden, Ehrenamtliche
376 können mobilisiert und geschult und die Gründung von Seniorengenossenschaften
377 gefördert werden.

378

379 **4 Nichtärztliche Gesundheitsberufe stärken, Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe fördern**

380 Angesichts der bevorstehenden Herausforderungen im ländlichen Raum wie dem
381 Fachkräftemangel und der alternden Bevölkerung, sind wir überzeugt, dass ein Umdenken
382 kommen muss: Wir wollen nichtärztliche Gesundheitsberufe wie etwa die Pflegekräfte,
383 Hebammen, PhysiotherapeutInnen oder Medizinische Fachangestellte stärker in die
384 Versorgung einbinden und mit mehr Kompetenzen ausstatten. Das Ziel ist die Optimierung
385 der Versorgungsqualität und -effizienz sowie die Aufwertung der Gesundheitsberufe. Dafür
386 sind jedoch Reformprozesse in der Aus-, Fort- und Weiterbildung nötig. Eine solche
387 Tätigkeits- und Aufgabenerweiterung der Gesundheitsberufe erfordert aber auch eine
388 umfangreiche Klärung etwa der Haftungsfragen und der besseren Vergütung.

389

390 **4.1 Leistungserweiterung der Gemeinde-Hausarztpraxis durch Einsatz der** 391 **„Gemeindeschwester“**

392 In der Bevölkerung wächst die Bereitschaft, sich auf Alternativen zur klassischen Arztpraxis
393 einzulassen. Der TK-Umfrage zufolge unterstützen drei Viertel der Deutschen das Konzept,
394 dass Routineaufgaben anstelle von Landärztinnen und Landärzten auch von Pflegekräften
395 wahrgenommen werden können.¹⁸

396 Der Erfolg des Modellversuchs der als „Gemeindeschwester“ bezeichneten AGnES
397 (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) zeigt, dass
398 die Vergrößerung der Mobilität von Seiten anderer Leistungserbringer die Versorgung
399 verbessern kann. Wir sehen das AGnES-Modell aber auch als einen Schritt hin zu einer
400 längerfristig notwendigen Neuordnung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

401 Der Einsatz einer nichtärztlichen Praxisassistentin oder Praxisassistenten in der Kommune
402 entlastet die Landärztinnen und Landärzte nicht nur in der Praxis, sondern auch bei

¹⁸TK-Meinungspuls Gesundheit. Techniker Krankenkasse, 2014.



403 Hausbesuchen zur Routinekontrolle bei chronisch Kranken und erweitert die
404 Leistungen der Gemeinde-Hausarztpraxis.

405

406 **5 Telemedizinische und mobile Strukturen schaffen und die Einführung der elektronischen** 407 **Gesundheitskarte prüfen**

408 Der zentrale Schlüssel zu guter medizinischer Versorgung der Zukunft in dünn besiedelten
409 Regionen liegt in der Mobilität sowohl von Leistungserbringern als auch von Versicherten
410 sowie auch im Vorhandensein schneller Internetverbindungen und in guten
411 telemedizinischen Strukturen.

412

413 **5.1 Mobile Praxisteams und Fahrdienste fördern**

414 Um eine bedarfsgerechte Versorgung in den ländlichen Regionen nachhaltig zu
415 gewährleisten, wollen wir auch neue Möglichkeiten ausprobieren, sie evaluieren und ihren
416 Einsatz fördern. Hierbei handelt es sich insbesondere um Fahrdienste und mobile
417 Praxisteams, die durch Primärversorgungspraxen, ZahnärztInnen, ländliche Krankenhäuser,
418 ambulante Pflegedienste und Apotheken gestützt werden. So könnten auch in kleinen
419 Orten regelmäßige Sprechstunden von ZahnärztInnen und ÄrztInnen diverser
420 Fachausrichtungen stattfinden bzw. eine aufsuchende Beratungs- und Versorgungsstruktur
421 sichergestellt werden.

422

423 **5.2 Telemedizin und -vernetzung von ÄrztInnen, Kliniken und PatientInnen** 424 **weiterentwickeln**

425 Zusätzlich müssen auch telemedizinische Verfahren und neue Informationstechnologien
426 stärker genutzt werden. Dadurch könnten insbesondere chronisch kranke Patientinnen und
427 Patienten auch über größere Distanzen begleitet werden. Bei Diabetikerinnen und
428 Diabetikern besteht z.B. die Möglichkeit, Routinewerte elektronisch an den Arzt zu
429 übermitteln. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte muss überprüft werden.
430 Dabei muss der Patientenwille berücksichtigt werden und die Datensicherheit gegeben
431 sein.

432 Eine bessere und kontinuierliche Betreuung der PatientInnen sollte das Ziel sein und somit
433 ein längeres Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen und eine hochwertige und
434 lückenlose Versorgung garantieren. Es wird dadurch die Kommunikation und Vernetzung
435 zwischen den Gesundheitserbringer untereinander und mit den Patientinnen und
436 Patienten erleichtert. Die Instrumente müssen nicht nur technologisch fortschrittlich,
437 sondern auch einfach in der Anwendung und datenschutzrechtlich geprüft sein.

438

439 **6 Auswahlverfahren und Studium der Medizin anpassen**

440 **6.1 Das Auswahlverfahren bei den Universitäten modifizieren**

441 Es ist notwendig, dass die Universitäten erweiterte Auswahlkriterien für die Zulassung zum
442 Medizinstudium schaffen. Wir wollen, dass neben der Abiturnote auch andere Kriterien wie



443 beispielsweise einschlägige Berufsausbildungen und die soziale Kompetenz
444 der StudienbewerberInnen getestet und verstärkt berücksichtigt werden.

445

446 **6.2 Das Fach Allgemeinmedizin im Studium qualitativ stärken**

447 Um mehr Medizinerinnen und Mediziner für den Beruf des Hausarztes zu gewinnen,
448 müssen wir das Fach Allgemeinmedizin unbedingt stärken. Vier von fünf medizinischen
449 Fakultäten haben bereits ein eigenständiges Institut für Allgemeinmedizin. Es ist wichtig,
450 dass an jeder medizinischen Fakultät ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin etabliert und
451 auch angemessen ausgestattet ist. Auch für die neu zu gründende medizinische Fakultät in
452 Augsburg sehen wir einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin als unverzichtbar an. Wir
453 müssen mehr Begeisterung für den Hausarztberuf bereits im Studium wecken. Die
454 Allgemeinmedizin muss so früh wie möglich in der universitären Ausbildung angeboten
455 werden.

456

457 **7 Ländliche Kommunen müssen insgesamt attraktiver werden**

458 Oft haben es Kommunen und Landkreise in der Hand, die Lebens- und Arbeitsbedingungen
459 in strukturschwachen Regionen selbst zu verbessern. Dies schließt ein bedarfsgerechtes
460 Angebot von Einrichtungen der Daseinsvorsorge sowie gute Bedingungen für die Familien
461 der in unterversorgten Regionen tätigen Gesundheitsberufe im Besonderen ein. Dazu
462 zählen etwa eine ausreichende Kinderbetreuung, das Vorhandensein von Schulen und
463 Arbeitsmöglichkeiten für Ehe- und LebenspartnerInnen sowie eine gute
464 Verkehrsanbindung.

465 Kommunen können stärker eine moderierende Rolle einnehmen, um notwendige
466 Strukturänderungen anzustoßen oder zu begleiten sowie auch bei der Niederlassung
467 helfen.

468

469 **7.1 Bereitstellung von Praxisräumlichkeiten und bedarfsgerechte Verkehrsanbindung von 470 Hausarztpraxen, Gesundheitszentren oder Krankenhäusern**

471 Kommunen können konkret die Versorgung verbessern, indem sie Räume für Praxen,
472 Zweigpraxen oder mobile Teams zentral (z.B. neben dem Rathaus) und kostengünstig zur
473 Verfügung stellen und für ihre bedarfsgerechte Verkehrsanbindung (z.B. Bushaltestelle
474 direkt vor der Arztpraxis) sorgen.

475 Es können in Zusammenarbeit mit schon bestehenden Praxen auch Anstellungs- und
476 Teilzeitmodelle eingerichtet werden. Und es gibt auch die Möglichkeit, dass nicht nur ein
477 Krankenhaus, sondern auch eine Kommune ein eigenes medizinisches
478 Versorgungszentrum (MVZ) betreibt und dort Ärztinnen und Ärzte anstellt.¹⁹

479

480 Stand: 15.09.2016

¹⁹vgl. § 95 Abs. 1a Satz 1 1. Halbsatz SGB V.



BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
im Bayerischen Landtag
Maximilianeum, 81627 München
