

Runder Tisch „Ambulante ärztliche Versorgung“ im Landkreis Lörrach – Protokoll vom 6. März 2023 –

Inwieweit die ambulante Versorgung mit Ärzt:innen den Bedarf der Bevölkerung nach Gesundheitsversorgung decken kann, ist ein wichtiges gesellschaftliches und viel diskutiertes Thema.

Die Strukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung sind in Deutschland ein gewachsenes und stark reglementiertes System, welches auf der Grundlage der bundesgesetzlichen Regelungen besonders auf der gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gemeinsam mit den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) fußt¹.

Ein Instrument dieser Selbstverwaltung ist auch die sogenannten „Bedarfsplanung“, welche auf der Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 4) von der Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellt wird. Laut der Richtlinie sollen die Bedarfspläne den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen.

Jedoch lässt sich aktuell eine klare Diskrepanz feststellen zwischen der in der Bevölkerung wahrgenommenen Unterversorgung mit Haus- und Fachärzt:innen und der auf der Grundlage der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie rein statistisch ermittelten Versorgungslage. Aufgrund dieser Diskrepanz stellt sich die Frage, wie man dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Menschen besser gerecht und wie die bestehende Bedarfslücke an ärztlichen Personal besser gestaltet werden können. Denn bei der ambulanten ärztlichen Versorgung im Landkreis Lörrach ist deutlich zu spüren: Insbesondere Kassenpatient:innen ist es bei vielen Fachärzt:innen häufig kaum möglich einen zeitnahen Termin zu erhalten. Es ist zu fragen, ob und wie das bestehende Gesundheitssystem, welches in den vergangenen Jahrzehnte bereits viele Reformen erlebt hat², für eine reale verbesserte Versorgung der Patient:innen anders aufgestellt werden sollte. Denn während in den 1990er Jahren noch von einer „Ärzt:innenschwemme“ gesprochen wurde, wird es heute immer schwieriger Ärzt:innensitze zu besetzen³. Dies verdeutlicht, dass sich die gesellschaftliche und personelle Situation in den letzten 30 Jahre radikal verändert hat.

¹ Vgl. z.B. <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251617/bismarcks-erbe-besonderheiten-und-praegende-merkmale-des-deutschen-gesundheitssystems/> (abgerufen am 14.03.23)

² Vgl. z.B. <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/253628/etappen-der-gesundheitspolitik-1975-bis-2016/> oder <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/253688/ambulante-versorgung/> (abgerufen am 14.03.23)

³ Vgl. z.B. <https://www.deutschlandfunk.de/hausarzte-werden-knapp-von-der-schwemme-zum-mangel-100.html> (abgerufen am 14.03.23)

Wie hat sich die ärztliche Versorgung aus Sicht von Patient:innen, Ärzt:innen und weiteren Akteur:innen entwickelt, welches sind die Gründe für die bestehenden Herausforderungen und wie können wir unsere ambulante ärztliche Versorgung für die Zukunft auch im ländlichen Raum fit machen? Diese und andere Fragen wurden im Rahmen des Runden Tischen „Ambulante ärztliche Versorgung im Landkreis Lörrach“ am 6. März 2023 diskutiert. Die Teilnehmenden setzten sich aus Vertreter:innen der regionalen Ärzt:innenschaft und kassenärztlichen Selbstverwaltung (KVBW), Patient:innenvertreter:innen, Vertreter:innen der Krankenkassen, der Verwaltung des Landratsamtes sowie Kreis- und Gemeinderatsmitgliedern der Region zusammen.

Zu Beginn der Veranstaltung standen drei Impulsreferate:

Dr. med. Marianne Merschhemke, Fachärztin für Gynäkologie in Schopfheim, beschrieb die aktuelle ärztliche Versorgung im Landkreis Lörrach anhand der bisherigen Bedarfsplanung. Zugleich zeigte sie auf, welche Besonderheiten in der Region festzustellen sind, insbesondere aufgrund der Grenzlage zur Schweiz und zu Frankreich. Auch ging sie darauf ein, welche Herausforderungen aufgrund gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen zu meistern sind.

Dr. med. Doris Reinhardt, Vorsitzende der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), zeigte die Situation in Baden-Württemberg auf und welche Maßnahmen von Seiten der KVBW in die Hand genommen werden, um die Herausforderungen zu stemmen.

Prof. Dr. Armin Grau, Mitglied des Bundestages und Berichterstatter für die ambulante und stationäre Versorgung im Bundestag. Er stellt einerseits die Herausforderungen im Gesundheitssystem und mögliche Lösungsansätze dar, wie zum Beispiel der stärkere Einbezug von nicht-ärztlichen Fachkräften in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Außerdem ging er auf die Vision ein, wie Gesundheitsregionen insbesondere im ländlichen Raum eine wichtige Rolle für die ärztliche Versorgung spielen könnten.

Der umfassende Inhalt der Vorträge sind in den Präsentationen der Referent:innen anbei zu finden.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion wurden angelehnt an eine SWOT-Analyse Stärken und Schwächen der bisherigen Organisation der ärztlichen Versorgung gesammelt, sowie Risiken und Chancen herausgearbeitet, welche sich aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklungen vor Ort und in Deutschland ergeben.

Stärken und Schwächen – Betrachtung der Strukturen der ärztlichen Versorgung

Bei den Stärken sollte betrachtet werden, was in den aktuellen Strukturen der ärztlichen Versorgung gut funktioniert, was die Stärken in der Region sind und wo die ambulante ärztliche Versorgung heute steht.

Das hausärzt:innen-zentrierte System, welches in Baden-Württemberg besonders ausgeprägt sei, wurde als Stärke gesehen. Es führe dazu, dass Fachärzt:innen grundsätzlich entlastet werden und medizinische Versorgungsfälle, die nicht prinzipiell einer fachärztlichen Versorgung bedürften auch von Hausärzt:innen umgesetzt werden können. In einem solchen System ist jedoch eine dichte hausärztliche Versorgung notwendig und somit auch eine stärkere Förderung der Allgemeinmedizin, zum Beispiel in der Ausbildung.

Die ambulante, freiberufliche Arbeit der Ärzt:innen wurde von einigen Teilnehmenden als wichtiges Gut gesehen. Ein ärztliches Versorgungssystem, welches auf selbständige, freie Ärzt:innen-Sitze aufbaue, habe den wesentlichen Vorteil, dass es eine höhere Zahl an Patient:innen behandeln könne. Ärzt:innensitze könnten somit nicht eins zu eins durch angestellte Ärzt:innen ersetzt werden.

Inwieweit die Struktur der Bedarfsplanung, welche auf der Grundlage des Gemeinsamen Ausschusses auf Bundesebene festgelegt wird, eine Stärke oder Schwäche darstellt, wurde konträr diskutiert. Einig waren sich jedoch alle Beteiligten, dass die Begrifflichkeiten der bisherigen Planung der kassenärztlichen Versorgung missverständlich seien. Der Begriff „Bedarfsplanung“ suggeriere Patient:innen, dass hier der tatsächliche Bedarf an ärztliche Versorgung geplant werde. Tatsächlich bildet die „Bedarfsplanung“ jedoch keinen realen Bedarf ab. Es stellt dar, wie die bestehenden finanziellen Mittel verteilt werden. Sprich wie viele Ärzt:innen mit den bestehenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können, um die ärztliche Versorgung grundsätzlich für Kassenpatient:innen sicherzustellen. Eine Anpassung der Begrifflichkeit hin zur „Ausgabenplanung“ statt „Bedarfsplanung“ wäre eine ehrlichere Kommunikation und würde die Erwartungen an das Instrument der Realität annähern.

Als Schwäche der bestehenden Strukturen wurde eine geringe Abbildung der Nachfrage gesehen, da der Bedarf der Patient:innen in der bisherigen Planung nur bis zu einem gewissen Grad eine Rolle spielte. In diesem Punkt wurde auch andiskutiert, ob und wie für eine bedarfsorientierung die Finanzmittel im System erhöht werden sollten. Dass Bedarf und bestehende Ressourcen – die Anzahl Ärzt:innen – auseinandergingen zeige sich daran, dass nur ein Teil der Arbeit der Ärzt:innen abgerechnet werden können⁴. Auf dieser Grundlage sei es finanziell stets eine Abwägung eine weitere Ärzt:in in einer Praxis anzustellen.

Gleichzeitig wurde die Frage nach der Effizienz der bestehenden Strukturen in den Raum gestellt. Deutschland habe global gesehen einer der teuersten Gesundheitssysteme.⁵

Als Schwäche des bestehenden Systems wurde der hohe Bürokratieaufwand gesehen. Das sehr komplexe System fordere von den behandelnden Ärzt:innen einen hohen Abrechnungs- und Dokumentationsaufwand. 24 Prozent der Zeit würden Ärzt:innen für diese aufwenden. Diese Zeit stünde dann nicht mehr für die Behandlung der Patient:innen zur Verfügung.

⁴ Vgl. z.B. https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp (abgerufen am 14.03.23)

⁵ Vgl. <https://www.oecd.org/berlin/statistiken/gesundheitsausgaben.htm> (abgerufen am 14.03.23)

Risiken und Chancen – Wie beeinflussen Entwicklungen in der Gesellschaft den ärztlichen Versorgungsauftrag?

Die Struktur der Planung der ärztlichen Versorgung wird wesentlich von Entwicklungen in der Gesellschaft beeinflusst und auch von örtlichen bzw. regionalen Gegebenheiten. Da die ärztliche Versorgung die gesellschaftlichen Gegebenheiten widerspiegeln sollten, stellt sich daher die Fragen, an welchen Stellen die bestehenden Planungsstrukturen angepasst werden müssen. Wesentliche, allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen, welche die ärztliche Versorgung beeinflussen, sind:

- Der demographische Wandel (höherer Anteil älterer Menschen), durch den insgesamt ein höherer und teilweise anderer Bedarf an ärztlicher Versorgung entsteht. Dieser wird bisher nur gering in der Bedarfsplanungsrichtlinie abgebildet⁶.
- Hinzu kommen veränderte Familienstrukturen, vor allem in der Hinsicht, dass immer seltener mehr als zwei Generationen zusammenleben. Dies beeinflusst zum Beispiel auch die Pflege von Angehörigen. Dadurch werden nicht selten beim Ärzt:innen-Besuch neben der medizinischen Versorgung auch Betreuungsleistungen notwendig.
- Grundsätzlich besteht in Deutschland weiterhin eine hohe Anzahl an Ärzt:innen-Besuche pro Patient:in: Jede:r Patient:in hat im Durchschnitt 10 Ärzt:innen-Kontakte pro Jahr.⁷
- Die Bedürfnisse der Ärzt:innen, welche heute diesen Beruf wählen, haben sich wesentlich verändert: Nicht nur durch die Feminisierung des Berufs ist immer mehr die Beschäftigung in Teilzeit gewünscht. Viele Ärzt:innen wünschen sich heute eher ein Anstellungsverhältnis statt die Selbstständigkeit.
- Fachkräftemangel: Zwar hat das Land Baden-Württemberg bereits zum Wintersemester 2020/21 die Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin auf weitere 150 Plätze erhöht. So gibt es seit 2020/21 an den fünf Fakultäten Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm insgesamt 1631 Studienanfänger:innen-Plätze und seit 2021/22 1699 Studienanfänger:innen-Plätze. 75 Plätze werden nach der Landarztquote vergeben. Diese neuen ausgebildeten Ärzt:innen stehen jedoch erst langfristig zur Verfügung.

Regionalspezifisch ist die ärztliche Versorgung durch die Grenzsituation zur Schweiz und zu Frankreich beeinflusst, sowohl bezogen auf das Angebot (Ärzt:innen-Personal) als auch auf die Nachfrage (grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung).

- Die ärztliche Versorgung steht personell in direkter Konkurrenz zum relativ hohen Lohnniveau in der Schweiz. Viele Ärzt:innen suchen Anstellungen in der Schweiz. Dies stellt für den Landkreis Lörrach eine Herausforderung dar.

⁶ Vgl. z.B. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2937/BPL-RL_2022-04-21_iK-2022-08-19.pdf (abgerufen am 15.03.23)

⁷ Vgl. z.B. <https://de.statista.com/infografik/22308/anzahl-von-arztbesuchen-pro-person-und-jahr/> (abgerufen am 15.03.23)

- Im Landkreis Lörrach werden zudem teilweise Schweizer und französische Patient:innen mitversorgt, weil sie bei einem Wohnortwechsel den Arzt nicht wechseln, oder weil sie Vorteile im Gesundheitssystem in Deutschland sehen. Dies erhöht die Nachfrage ohne jedoch das Angebot auf der Grundlage der „Bedarfsplanung“ zu erhöhen.

Als Chancen bzw. Instrumente, um diese Risiken zu begegnen, wurden im Rahmen der Diskussion folgende Punkte genannt:

- **Job-Sharing:** Um das Bedürfnis der Ärzteschaft zu decken, mehr in Teilzeit zu arbeiten, sollte die Möglichkeit sich einen Ärzt:innen-Sitz zu teilen weiter gestärkt werden. Insgesamt sollten die Ärzt:innen-Sitze individueller gestaltet werden können.
- Wenn **nicht-ärztliche Berufe** in die ambulante ärztliche Arbeit einbezogen werden, können sich die Ärzt:innen auf die medizinische Versorgung konzentrieren. Mit Konzepten wie die Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis (VerAHs) oder Nicht-ärztliche Praxisassistent:innen (NÄPAs) gibt es bereits Ansatzpunkte, wie Fragen der Betreuung und Versorgung mitaufgefangen werden können. Ggf. könnte es sinnvoll sein IT-Spezialisten mit in Praxen aufzunehmen.
- Die **Telemedizin** könnte Praxen entlasten und zugleich für Patient:innen ein zusätzliches Angebot sein, um insbesondere weniger komplexe medizinische Behandlungsfälle zu bearbeiten. Damit dies von Patient:innen angenommen wird, könnte es sinnvoll sein, von Seiten der Krankenkassen Anreizsystem zu schaffen, z.B. nach Schweizer Modell. Bei diesem reduzieren sich bei der Inanspruchnahme der Telemedizin die Beiträge.
- **Regionen** könnten ganz bewusst **Nachwuchsoffensiven** starten. Mit diesen könnte für die Region durch Praktika u.a. bei Medizinstudent:innen geworben und die Vorzüge der Arbeit in Haus- bzw. Fachärzt:innen-Praxen aufgezeigt werden. Gemeinsam mit dem Landratsamt Lörrach läuft in der Region eine solche Kampagne als Modellregion.⁸
- **Kooperationen zwischen Ärzt:innen** sollten gestärkt werden. Daher sollten bei Praxisgründungen ggf. schon weitsichtig Kooperationen mitgedacht werden, um diese frühzeitig zum Beispiel auch in der Raumplanung mitzudenken.
- Mit der Einrichtung von **medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** – in **kommunaler Hand, genossenschaftlich** organisiert oder auch **angegliedert an Kliniken** – kann der Wunsch vieler Ärzt:innen in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten, ermöglicht werden. Hier könnte kooperativ und interdisziplinär gearbeitet werden.
- Ein verstärktes **sektorenübergreifendes Arbeiten** (zwischen ambulant und stationär) könnte Synergieeffekte erbringen. Mit Konzepten wie Belegärzt:innen bestehen hier bereits einige Erfahrungen.

⁸ Vgl. <https://www.loerrach-landkreis.de/HausaerztlicheVersorgung> (abgerufen am 15.03.23)

Fazit

Generell muss es darum gehen, die Attraktivität des Ärzt:innen-Berufs zu stärken. Hierzu müssen einerseits die veränderten Bedürfnisse der Ärzt:innen an ihren Beruf aufgegriffen werden. Dies zum Beispiel indem mit Kooperationen Teilzeitmodelle ermöglicht werden. In MVZs können Anstellungsverhältnisse besser berücksichtigt werden. Dennoch muss im Blick behalten werden, dass die Selbstständigkeit als Ärzt:in in einer Niederlassung ein wichtiges Gut ist. Für eine attraktive Gestaltung des Ärzt:innenberufs bieten unter anderem die angesprochenen Chancen Ansatzpunkte für Verbesserungen.

Bezogen auf die Bedarfsplanung, die bisher eine Ausgabenplanung ist, braucht es eine klarere Kommunikation, was dieses Instrument leistet. Nichts desto trotz kann es sinnvoll, eine echte Bedarfsplanung auf regionaler Ebene vorzusehen. Diese könnte ggf. sektorenübergreifend sein und eine regionale Versorgungsbetrachtung aufgreifen. Nur eine klare Darstellung der Nachfrage in der medizinischen Versorgung, welche die gesellschaftlichen Entwicklungen und regionalen Besonderheiten berücksichtigt (siehe oben dargestellte Risiken), kann auch verdeutlichen, was es braucht. Hiermit könnte die Diskrepanz zwischen der aktuellen „Bedarfsplanung“ und den realen Bedarfen und Bedürfnissen der Patient:innen sichtbar und damit auch lösbar werden.