

Kiel, 25.02.2010

**Landtag  
aktuell**

**Es gilt das gesprochene Wort!  
Sperrfrist: Redebeginn**

**TOP 30, Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen (Drucksache 17/261)**

**Bernd Heinemann:**

## **Wir brauchen integrierte Formen medizinischer Versorgung**

Die Zahl der Ärzte in Deutschland hat seit 1990 nach Angaben der kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV kontinuierlich um zuletzt fast 50% zugenommen. Damit wird die Arztdichte von 261 Einwohnern je Arzt oder Ärztin in Deutschland weltweit nur noch von Italien, Griechenland und Tschechien übertroffen.

Vor 1990, als die **Arztdichte** deutlich geringer war, sprach niemand von einem Ärztemangel. Durch den Zustrom junger Ärzte in die kassenärztliche Versorgung sorgten sich Ärztefunktionäre jedoch bald um das Schmelzen des zu verteilenden Honorarkuchens. Was folgte, waren Bedarfsplanungsregionen und Zulassungsbegrenzungen für die einzelnen Fachgebiete. Auch die Krankenhausärzte haben bei leicht sinkenden Fallzahlen je 10.000 Einwohner um circa 13,5% zugenommen.

Um dem subjektiv trotzdem abnehmenden Versorgungsgrad auf die Spur zu kommen, muss man genauer hinsehen:

1. ist im gleichen Zeitraum die **Zahl der Hausärzte** zu Gunsten von Fachärzten gesunken.
2. haben sich die **tarifliche Situation** der Arbeitszeit und der individuelle Teilzeitbedarf, besonders bei praktizierenden Ärztinnen, in den letzten 20 Jahren deutlich verändert.

3. hat die **Einteilung der Regionen** eine recht oberflächliche Betrachtungsweise, wenn beispielsweise die Anzahl der Ärzte in einer Kreisregion zu Grunde gelegt wird.

Im Ergebnis kann das dazu führen, dass sich die Ärzte am Rande von Zentral- oder Metropolregionen oder schlicht in der Kreisstadt, aber eben nicht in der Fläche ansiedeln. Diese Einteilung zeichnet ein schiefes Bild für die abgelegenen Regionen mit schlechteren Verkehrsverbindungen.

Kreisregionen sind als Messgröße überholt.

4. müssen beim medizinischen Versorgungsbedarf mit einer älter werdenden Bevölkerung zukünftig verstärkt auch die **Morbiditätsunterschiede** in den Einzugsgebieten berücksichtigt werden.
5. gibt es heute schon Regionen, in denen bis zu 30% der Hausärzte 60 Jahre und älter sind. Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Gesundheitsbehörden sieht für das Jahr 2020 ein **Fehlbedarf** von 15.000 Hausärzten. Auch wenn die Krankenkassen dies als zu hoch einschätzen, wären selbst 12.000 fehlende Hausärzte fatal.

Die KV hat ihre rechtlichen Möglichkeiten noch nicht ausreichend genutzt, deutliche Anreize zu schaffen. Hier ist mehr drin.

Die alte Landesregierung hat **modellhaft regionale Grundversorgung entwickelt** – besonders an der Westküste. Der Kreis Dithmarschen hat ein Regionalbudget favorisiert. Das Projekt der integrierenden Versorgung Nordfriesland wird im April vorgestellt. Wir sind gespannt.

Die SPD-Fraktion erwartet von der Landesregierung in dem Bericht ausführliche Darstellungen über die weitere ministerielle Unterstützung dieser und weiterer Ansätze einschl. der Weiterentwicklung der Medizinischen Versorgungszentren mit Verzweigungs- und Mobilelementen.

Eine Lösung kann beispielsweise in einer gezielten Ansprache von Medizinstudierenden, der Ausbildung und Förderung von Ärztinnen und Ärzten für speziell ausgewiesene dünn besiedelte Regionen bestehen, die besondere Anreize für die verbindliche Ansiedelung in diesen Regionen bieten. Für den ländlichen Raum könnten beispielsweise auch ein **Mentorensystem und kontinuierliche Praktika für Studierende und Berufsstarter** hilfreich sein, die mit finanzieller Unterstützung in Studium und Praxisaufbau einhergehen.

Neben dem Ausbau der ca. 20 Praxisnetze im Land müssen wir über die Verbreitung integrierter Versorgungsformen mit gemeinsamen Budgets für die ambulante und stationäre Versorgung nachdenken. Leider ist im Vereinigungsvertrag so manches Kind mit dem Bad ausgeschüttet worden und wir müssen die **Idee der Polikliniken** und anderer Versorgungsideen nun neu bewerten. Es bedurfte erst eines Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG), um wenigstens die Schaffung medizinischer Versorgungszentren nach diesem bewährten, wenn auch wie gesagt sicher verbesserungswürdigen Muster zu ermöglichen.

Eine weitere Baustelle in ländlichen Regionen ist die prinzipielle **Arztlastigkeit des Versorgungssystems**. Ich denke bei der Entlastung der ärztlichen Versorgung z.B. an die gute alte Gemeindegemeinschaftenschwester oder den Gemeindegemeinschaftenpfleger. Bessere Versorgung nicht ausgeschlossen (Stichwort: Verbandswechsel oder medizinisch-technischer Service). Diese Aufgaben können mit den zuständigen Versorgungspraxen z.B. vertraglich verzahnt und vernetzt werden.

Erste Erfahrungen gab es mit dem Projekt AGNES in den östlichen Bundesländern und erste Schritte konnten wir in Schleswig-Holstein 2008/2009 schon gehen mit dem Projekt HELVER des Ministeriums mit der Ärztekammer mit einem Qualifizierungsmodell für medizinische Fachangestellte. Vielleicht müssen wir an dieser Stelle sogar

**über ein völlig neues Berufsbild nachdenken**, damit Arzt und Ärztin sich auf das Ärztliche konzentrieren können.

Die Gesundheitsministerkonferenz in Plön hat für die ärztliche Versorgung in der Fläche einiges angesprochen, aber der Druck auf den Bund muss verstärkt werden. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) von 2006 hat immerhin schon einmal zu einer Flexibilisierung der Einzelpraxen in vielen Teilen geführt, aber in dünn besiedelten Regionen wird man nur mit **medizinischen Versorgungszentren**, die auch an stationäre Einrichtungen gekoppelt werden können, zu einem Erfolg kommen. Sinnstiftend kann in der weiten Fläche ergänzend auch eine stärkere Einbindung nicht ärztlicher Heilberufe in die hausärztliche Versorgung sein.

Es ist unser Verfassungsauftrag, die **gesundheitliche Daseinsvorsorge in allen Regionen des Landes sicherzustellen**, und wir sind besonders auf den strukturellen Standortfaktor von Gesundheit angewiesen, wenn die Gesundheit auch ein zunehmend wichtiger Eckpfeiler unserer Wirtschaft in Schleswig-Holstein sein soll.

Unsere Vorstellungen sind grundsätzlich aufgeschlossen und vielfältig auf die Zukunft der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gerichtet. Ich hoffe, Ihr Antrag wird in diesem Sinne einen Beitrag leisten und der Gesundheitsminister wird die von mir vorgetragenen Aspekte in eine wirkungsvolle Überwindung des Mangels einbeziehen. Wir werden den Antrag unterstützen und die zu entwickelnden Maßnahmen konstruktiv, aber auch kritisch begleiten.

Wenn Sie es ernst meinen, Herr Minister, dass Sie auch die ländliche Praxis in Zukunft in Schleswig-Holstein erhalten wollen, was ich sehr begrüßen würde, dann nutzen Sie Ihren Platz am Tisch der Gesundheitsrunde, wo Sie Einfluss haben.

Ich freue mich darauf und danke Ihnen fürs Zuhören.