

Stellungnahme

„Hausärztliche Versorgung in allen Landesteilen sicherstellen“

Antrag der Fraktion der CDU, Drucksache 16/3232

Entschließungsantrag der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN,
Drucksache 16/5491

und

„Sicherstellung der Ausbildung von Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten (PTA)“

Antrag der Fraktion der CDU, Drucksache 16/3445

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Anhörung A01 am 22. Mai 2014

Einleitung:

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt es, dass sich der Landtag NRW mit der Sicherung der hausärztlichen Versorgung intensiv auseinandersetzt. Ziel der Ersatzkassen, die in Nordrhein-Westfalen rund sechs Millionen Versicherte vertreten, ist es, dass die Versicherten sehr gut medizinisch versorgt werden. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass sie Ärzte ohne weite und langwierige Anfahrtswege aufsuchen können. Diese Ziele werden derzeit erreicht. Ein Ärztemangel ist nicht zu erkennen, weder bei den Fach- noch bei den Hausärzten. Im Gegenteil. Seit Jahren steigt die Zahl der Ärzte in Nordrhein-Westfalen.

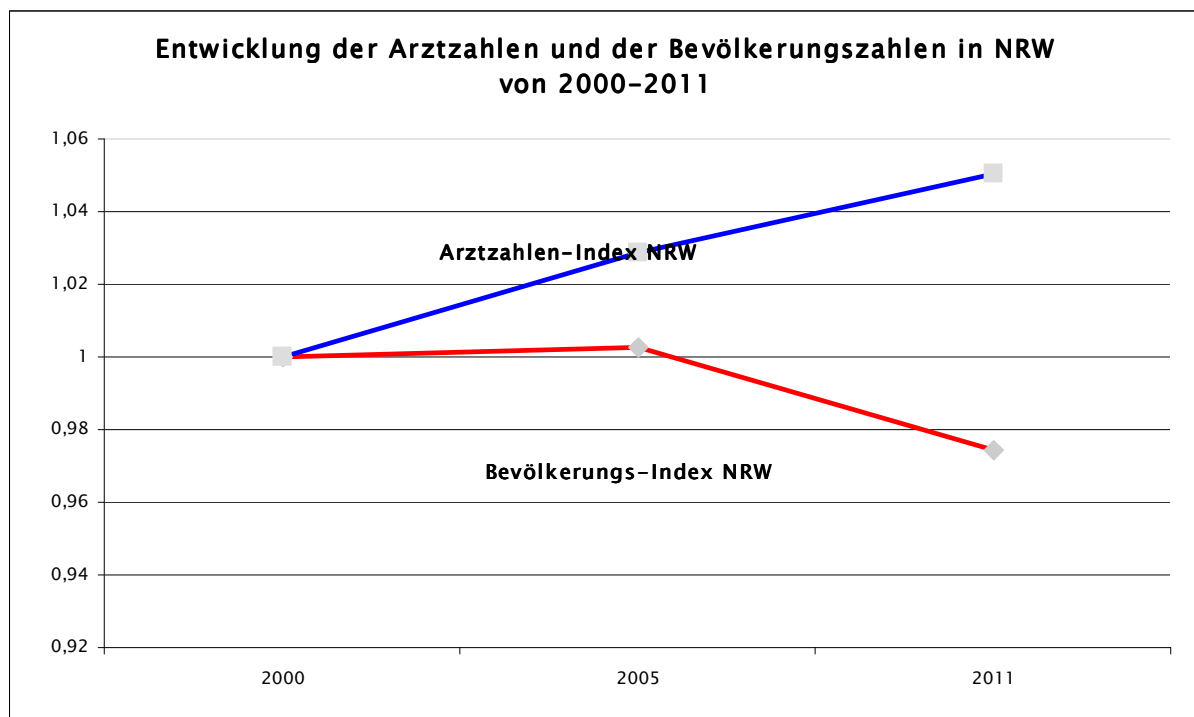
Festzustellen ist allerdings, dass sich Mediziner häufiger in der Stadt als auf dem Land niederlassen. Gleichzeitig ist abzusehen, dass spätestens ab 2020 viele Ärzte auf dem Land, insbesondere Hausärzte, ihre Praxen aufgeben werden, da sie in den Ruhestand gehen. Dafür aber fehlt der Nachwuchs, weil zu wenige Studenten als Hausärzte ausgebildet werden. Diesen Entwicklungen muss gegengesteuert werden, damit sich mehr Ärzte in den ländlichen Regionen Nordrhein-Westfalens niederlassen.

Notwendig ist daher nach Auffassung des vdek ein Bündel von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen. So sollten beispielsweise die rechtlichen Instrumente besser verzahnt und bürokratische Hürden abgebaut werden. Auch sollte in den Städten der Aufkauf von Arztsitzen gesetzlich stärker geregelt werden. Die Kommunen in ländlichen Regionen sollten junge Ärzte durch ein attraktives Lebensumfeld gewinnen und die Universitäten ihr Angebot zur Ausbildung von Hausärzten erweitern.

Die Ersatzkassen unterstützen Regelungen, die effektiv dazu beitragen, dass künftig den Versicherten auch in ländlichen Regionen eine gute, wohnortnahe Versorgung erhalten bleibt.

1. Bedarfsgerechtes ambulantes ärztliches Leistungsangebot

Die Ersatzkassen sehen derzeit keine Anhaltspunkte für einen Ärztemangel in Nordrhein-Westfalen. Die Versorgung mit Haus- und Fachärzten in Nordrhein-Westfalen war noch nie so gut wie heute. Seit Jahrzehnten steigt die Anzahl der niedergelassenen Haus- und Fachärzte stetig an. In nahezu allen Planungsbereichen ist eine ausreichende Versorgung bis hin zur Überversorgung gegeben. Im Jahr 2001 waren 26.400 Haus- und Fachärzte (einschließlich Psychotherapeuten) niedergelassen. Heute sind es mehr als 29.000. Gleichzeitig ist die Bevölkerungsentwicklung rückläufig. Kamen im Jahr 2001 durchschnittlich 147 Haus-/Fachärzte auf 100.000 Einwohner, ist die aktuelle Versorgungssituation mit 165 Haus-/Fachärzten auf 100.000 Einwohner deutlich besser.



In den einzelnen Versorgungsbereichen stellt sich die Situation wie folgt dar:

Hausärztlicher Bereich:

- Im Jahr 2001 waren 10.690 Hausärzte niedergelassen, heute sind es 10.755.
- In 71 Prozent der Planungsbereiche besteht eine zum Teil deutliche Überversorgung mit Versorgungsgraden über 110 Prozent.
- Knapp 30 Prozent der Planungsbereiche sind regelversorgt (> 75 Prozent bis <110 Prozent)

- Nur in einem Prozent der Planungsbereiche in Nordrhein–Westfalen gibt es derzeit eine statistische Unterversorgung. Entsprechend der Bedarfsplanungs–Richtlinie wird dort die Versorgungssituation einer genauen Analyse unterzogen. Die diesbezüglich notwendigen Schritte werden derzeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen abgestimmt.
- Insgesamt sind derzeit in Nordrhein–Westfalen 1.110 Hausärzte über dem Versorgungsgrad von 100 Prozent zugelassen.

Fachärztlicher Bereich:

- In fast allen Planungsbereichen besteht eine zum Teil deutliche Überversorgung.
- Eine Gefährdung der fachärztlichen Versorgung ist auch mittelfristig nicht zu erwarten.
- Derzeit sind über 4.000 Fachärzte über dem Versorgungsgrad von 100 Prozent zugelassen.

Schon heute stehen den Vertragspartnern diverse Instrumente, wie die Einrichtung von Zweigpraxen, die Eigenbetriebe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Ermächtigungen von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung oder der Verzicht auf Honorarkürzungen zur Verfügung, um auf Versorgungsengpässe zu reagieren und das aktuelle Versorgungsniveau zu sichern.

Insgesamt lässt sich daher festhalten, dass der aktuell propagierte „Ärztmangel“ ein Mythos ist. Das Grundproblem ist die Konzentration des ärztlichen Leistungsangebotes in den Zentren. Diese Entwicklung korreliert mit dem Wachstum der städtischen Zentren in Nordrhein–Westfalen. Die Vertragsärzte lassen sich bevorzugt da nieder, wo viele Patienten – auch Privatpatienten – sind. Die Bedarfsplanung kann diese Entwicklung kaum verhindern, da der Gesetzgeber die Freiberuflichkeit der Vertragsärzte schützt. Weiter gehende Eingriffsmöglichkeiten, wie die generelle Sperrung von überversorgten Planungsbereichen auch im Fall der Praxisaufgabe, sind aktuell nicht zulässig. Deshalb ist es nur eingeschränkt möglich, die Versorgungsstrukturen in den ländlichen Regionen langfristig aufrechtzuerhalten.

Auch die seit dem 01.01.2013 gültige neue Bedarfsplanung bietet keinen ausreichenden rechtlichen Rahmen, um die ärztliche Versorgung besser zwischen Stadt und Land auszugleichen. Solange es niederlassungswilligen Ärzten im Wege der Nachfolgebesetzung auch weiterhin möglich ist, sich in überversorgten städtischen Planungsbereichen niederzulassen, werden weniger attraktive Regionen perspektivisch „ausbluten“. Um das zu verhindern, ist es aus Sicht der Ersatzkassen zwingend erforderlich, eine Nachbesetzung freiwerdender Arztsitze in überversorgten Planungsbereichen auch bei Wiederbesetzung gesetzlich auszuschließen. Damit die Ärzte in diesen Planungsbezirken gleichwohl die Möglichkeit haben, ihre Praxen für ihre Alterssicherung zu veräußern, sollte der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichten, freiwerdende Arztsitze in überversorgten Planungsbereichen aufzukaufen und anschließend stillzulegen.

Dauerhaft ist eine Sicherstellung insbesondere der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen nur dann möglich, wenn sich eine ausreichende Anzahl junger Ärzte für die Niederlassung in diesen Regionen entscheidet. Noch mehr Geld wird keine Anreizwirkung zur Niederlassung junger Mediziner in ländlichen Regionen entfalten. Schon jetzt weisen bei den Einkommen je Arzt die Vertragsärzte in Westfalen-Lippe den bundesweit zweithöchsten Wert auf. Auch die Bedarfsplanung kann die Niederlassungsbereitschaft nur flankierend unterstützen. Wirksamer als die Bedarfsplanung und zusätzliche finanzielle Mittel ist die regionale Strukturpolitik der Kommunen. Die Kommunalpolitiker sollten Angebote schaffen, um das private Lebensumfeld in den Gemeinden attraktiv zu gestalten, etwa indem ausreichend Kindergartenplätze geschaffen werden oder interessante Freizeitangebote. Anderenfalls laufen Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen ins Leere. Diverse Regionen – insbesondere in den neuen Bundesländern – stehen hierfür beispielhaft.

Ergänzend merken wir an, dass die Ersatzkassen es für sinnvoll halten, die Förderrichtlinien des Landes Nordrhein-Westfalen zu überprüfen und ggf. anzupassen. Mit der finanziellen Förderung unterstützt das Land die Niederlassung, Anstellung und Weiterbildung in Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärztinnen und Hausärzten bedroht bzw. gefährdet sein kann. Hausärztinnen und Hausärzte, die sich in solchen Gemeinden niederlassen möchten bzw. eine Ärztin oder einen Arzt anstellen wollen, können bis zu 50.000 Euro Förderung beantragen. Mit bis zu 775,00 Euro monatlich werden Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten unterstützt, die in den Förderregionen ihre Weiterbildungszeit absolvieren. Die Ersatzkassen regen an, zum einen die Förderrichtlinien des Landes stärker mit der Bedarfsplanungslogik zu synchronisieren.

So werden einerseits als überversorgt ausgewiesene Gemeinden als förderungswürdig eingestuft. Andererseits bleiben Gemeinden, in denen in manchen Bereichen Ärzte fehlen, außen vor. Zum anderen sollte überlegt werden, die Förderung der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten auszubauen und arztentlastende Tätigkeiten durch entsprechend geschulte Praxisangestellte in die Förderung mit einzubeziehen (Stichwort EVA, AGNES usw.).

2. Sonderregion Ruhrgebiet

Das Ruhrgebiet nimmt eine Sonderstellung in der ärztlichen Bedarfsplanung ein. Abweichende Verhältniszahlen sind darin begründet, dass das Ruhrgebiet als Metropolregion über eine sehr hohe Bevölkerungsdichte, eine sehr gute Verkehrsinfrastruktur und ein überproportionales Versorgungsangebot im stationären Sektor verfügt. Den Status als Sonderregion behält das Ruhrgebiet auch im Rahmen der neuen Bedarfsplanung bis 2017. Die Aufhebung des Sonderstatus wäre für die Versorgungssituation der Patienten in den ländlichen Regionen außerordentlich schlecht. Es würden nämlich zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten für über 1.000 Haus-, Fachärzte und Psychotherapeuten in den Zentren des Ruhrgebiets entstehen. Das würde die Sogwirkung zugunsten der städtischen und zu Lasten der ländlichen Regionen erheblich verstärken.

Die spezifischen Merkmale des Ruhrgebiets müssen daher auch bei der zukünftigen Ausgestaltung der Bedarfsplanung besonders berücksichtigt werden. Eine weitere Zunahme der Arztstühle ist aufgrund der hoch verdichteten ambulanten und stationären Angebotsstruktur in Verbindung mit einer sehr guten Verkehrsinfrastruktur nicht notwendig. Zudem wird diese Region deutlich von Bevölkerungsrückgängen betroffen sein. Die Ersatzkassen setzen sich daher für eine Beibehaltung der Sonderregion Ruhrgebiet ein.

3. Nachwuchsgewinnung

Die Ersatzkassen unterstützen nachhaltig die Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs. Mit den Kassenärztlichen Vereinigungen wurden bereits vor einigen Jahren Stipendieninitiativen zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses vereinbart. Im Rahmen der Vereinbarungen werden im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein 100 und im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 60 Stipendien mit 600,00 Euro pro Monat gefördert. Insgesamt werden hierfür jährlich 384.000 Euro zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus beteiligen sich die Ersatzkassen im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bundesweit an der Finanzierung von Weiterbildungsstellen in der ambulanten und stationären Versorgung. Den Krankenkassen liegen allerdings keine Informationen darüber vor, ob die Ärzte ihre Weiterbildung auch als Facharzt für Allgemeinmedizin beenden und wie hoch der Anteil der Ärzte ist, der sich tatsächlich im ambulanten Bereich niederlässt.

Besonders problematisch aus Sicht der Ersatzkassen ist das unterschiedliche Gehaltsniveau zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Trotz eines niedrigeren Förderbetrages (1.020 Euro/Monat) im stationären Bereich erfolgt aufgrund der tarifvertraglichen Bindung eine deutlich höhere Vergütung als im ambulanten Bereich. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt im ambulanten Bereich grundsätzlich keine Aufstockung des Förderbetrages (3.500 Euro/Monat). Die Weiterbildungsassistenten erhalten in vielen Fällen von den ausbildenden Praxen keine Vergütung und müssen mit dem Förderbetrag auskommen. Diese Vorgehensweise konterkariert die Maßnahmen zur Gewinnung des hausärztlichen Nachwuchses. Eine weitere Anhebung des Förderbetrages ist wenig sinnvoll, da die Weiterbildungspraxen bereits in der Vergangenheit mit der Kürzung etwaiger Zuschläge reagiert haben. Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen haben dieses Problem zwischenzeitlich erkannt. Im KV-Bezirk Bremen wurden beispielsweise ergänzend zu dem bundesweiten Förderprogramm regionale Förderungen beschlossen.

Die Ankündigung im Koalitionsvertrag, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin um 50 Prozent zu erhöhen, ist vor dem Hintergrund der nicht nachgewiesenen Wirksamkeit des aktuellen Förderprogramms als höchst fragwürdig zu betrachten. Eine umfangreichere Evaluation der bisherigen Maßnahmen erscheint vor dem Hintergrund bisher unbefriedigender Ergebnisse zwingend erforderlich.

Aus Sicht der Ersatzkassen ist es auch notwendig, die Aus- und Weiterbildung von Allgemeinmedizinern zu verbessern, indem das Lehrangebot ausgeweitet und die Fort- und Weiterbildungsvorschriften verbessert werden. Wir regen zudem an, über öffentliche Stipendienprogramme junge Mediziner für die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen zu gewinnen.

4. Hausarztzentrierte Versorgung

Basis der ambulanten Versorgung ist die hausärztliche Versorgung. Der Hausarzt ist der erste Ansprechpartner des Patienten und beeinflusst maßgeblich den weiteren Behandlungsablauf. Obwohl die Hausärzte bei den Patienten ein hohes Ansehen genießen, wird diese Fachrichtung innerhalb der Ärzteschaft oft als weniger attraktiv bewertet. Als ursächlich hierfür werden – neben einer hohen Arbeitsbelastung – insbesondere die im Vergleich zu vielen Facharztgruppen angeblich geringeren Honorareinnahmen angeführt. Die Hausärzte in Nordrhein–Westfalen verdienen mit Bruttoüberschüssen von durchschnittlich 100.000 Euro (GKV–Einnahmen) auch im Vergleich zu anderen hochqualifizierten Berufsgruppen sehr gut. Allerdings übersteigen die Einkommen diverser Facharztgruppen dieses Niveau um ein Vielfaches, da die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die technikintensiven fachärztlichen Disziplinen ausgerichtet ist. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verteilung des Honorarvolumens völlig eigenständig organisieren, haben die Krankenkassen hierauf keinen Einfluss. Die Ersatzkassen setzen sich aber nachdrücklich dafür ein, die hausärztliche/Sprechende Medizin gegenüber den technischen Fachrichtungen aufzuwerten.

Die Forderung nach einem weiteren Ausbau der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sorgt nicht für eine gerechtere Honorarverteilung. Stattdessen verteuern diese Verträge lediglich die Versorgung, da sie nur darauf ausgerichtet sind, das hausärztliche Honorarvolumen in die Höhe zu treiben, ohne dass Patienten erkennbar besser ärztlich versorgt werden. Dies sehen offenkundig auch die meisten Patienten so. Nur 2 Prozent der Versicherten nehmen an den bestehenden Hausarztverträgen in Nordrhein–Westfalen teil. Darüber hinaus verursacht dieser Vertragstyp einen hohen bürokratischen Aufwand und führt zu negativen Auswirkungen in der Kollektivversorgung. Die schwierige Organisation des Notdienstes für Versicherte in der hausarztzentrierten Versorgung zeigt, dass die Wegnahme des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu versorgungspolitischen Lücken und finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen führt.

Die Ersatzkassen fordern daher eine konsequente Beibehaltung des in § 73 b Absatz 5 a SGB V gesetzlich determinierten Grundsatzes der Kostenneutralität im Vergleich zur Regelversorgung.

5. Konvergenz

Die Forderung „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ verkennt die Logik der Honorarfindung für Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung. Nach den gesetzlichen Regelungen geht es nicht darum, bundesweit gleiche Einkommensverhältnisse für Ärzte zu schaffen. Vielmehr bemisst sich das von den Krankenkassen bezahlte Honorarvolumen an der Morbidität (Krankheitshäufigkeit) der Versicherten. Diese ist regional völlig unterschiedlich. Der Gesetzgeber hatte daher festgelegt, dass die im Jahr 2008 für die Versicherten eines KV-Bezirks erforderlichen und mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungsmengen die Basis für die weiteren Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen darstellen. Dabei ist der Gesetzgeber zu Recht davon ausgegangen, dass diese Leistungsmengen die regional unterschiedliche Morbidität ausreichend abbilden. In den jährlich zwischen Ärzten und Krankenkassen stattfindenden regionalen Verhandlungen wird diese Leistungsmenge durch morbiditätsbezogene Indizes, die durch das Institut des Bewertungsausschusses exakt berechnet werden, erhöht. Diese Indizes fallen morbiditätsbedingt regional unterschiedlich aus. Würden Normwerte eingeführt, würden die Krankenkassen nicht mehr die regional unterschiedliche Morbidität der Versicherten bezahlen, sondern ausschließlich ein vorgegebenes Einkommensniveau der Ärzte garantieren.

6. Psychotherapeutische Versorgung

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung bleibt derzeit unter ihren Möglichkeiten. In Nordrhein-Westfalen besteht insbesondere das Problem langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz, die im Regelfall bei rund 3 Monaten liegen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. So sind in manchen Regionen deutlich mehr Psychotherapeuten tätig als für die Versorgung der Bevölkerung notwendig wären, während gleichzeitig in anderen Regionen Psychotherapeuten fehlen. Auch die Wahl der Therapieart ist oftmals von Zufällen, wie z. B. einem freien Therapieplatz, bestimmt, statt über eine fachlich begründete Auswahl. Hier fehlt es insbesondere an einer ausreichenden Transparenz der Versorgungsangebote. Zudem liegt die Inanspruchnahme der Gruppentherapie derzeit nur bei ca. 1 bis 2 Prozent. Modellprojekte in anderen Bundesländern lassen die Vermutung zu, dass auch in Nordrhein-Westfalen ausreichend Potential für eine Steigerung dieses Leistungsangebotes besteht.

Im Rahmen des Gremiums nach § 90 a SGB V haben sich die in Nordrhein-Westfalen maßgeblichen Akteure daher zwischenzeitlich auf einen Prozess verständigt, damit die Versicherten besser psychotherapeutisch versorgt werden. Die Ersatzkassen setzen sich insbesondere dafür ein, die Gruppentherapien zu fördern und der Therapie vorgeschaltete Sprechstunden einzurichten. Diese Maßnahmen lassen sich vergleichsweise einfach erproben und verkürzen die Wartezeiten für die Patienten erheblich.

Auch auf Bundesebene setzen sich die Ersatzkassen für eine bessere psychotherapeutische Versorgung durch strukturelle Maßnahmen ein. Bei der angestrebten Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien stehen dabei insbesondere die bundesweite Implementierung einer vorgeschalteten Sprechstunde sowie die Förderung der Kurzzeittherapie im Fokus. Die vorgeschaltete Sprechstunde soll eine Steuerungswirkung entfalten, kann aber auch ggf. zu einer Krisenintervention im Sinne eines niederschweligen Angebots genutzt werden. Aktuelle Datenauswertungen der Krankenkassen zeigen zudem, dass die Therapiedauer maßgeblich von der Anzahl der genehmigten Behandlungen abhängig ist. Hier setzen sich die Ersatzkassen zur Schaffung von Anreizen zur Kurzzeittherapie ein, indem die Antrags- und Bewilligungsschritte in diesem Bereich überarbeitet werden. Dies soll nicht zu Lasten der Langzeittherapie für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen gehen. Hier befürworten die Ersatzkassen nach wie vor, dass es möglich ist, direkt aus der Probatorik – mit entsprechenden Genehmigungsschritten – in die Langzeittherapie überzuleiten. Die aufgezeigten strukturellen Maßnahmen stellen aus Sicht der Ersatzkassen geeignete Ansätze dar, um die psychotherapeutische Versorgung mit den gegebenen Ressourcen auch weiterhin sicherzustellen.

7. Die Entwicklung eines Verfahrens zur einheitlichen und zügigen Facharztanerkennung

Die Entwicklung eines Verfahrens zur einheitlichen und zügigen Facharztanerkennung ist keine Thematik, die in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Unabhängig davon stellt sich die Frage, ob dieses Thema bundesweit geregelt werden sollte. Prinzipiell wird ein funktionierendes Fortbildungskonzept zwischen Kliniken und niedergelassenen Hausärzten sicherlich für eine reibungs- und lückenlose Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sorgen.

8. Steigerung der Attraktivität des Krankenhaus–Arbeitsplatzes (familienfreundliche Arbeitsbedingungen)

Die Ersatzkassen unterstützen das Anliegen, durch geeignete Konzepte und Initiativen die Familienfreundlichkeit der nordrhein–westfälischen Krankenhäuser zu stärken. Dabei bieten Beispiele des Marburger Bundes, des Bundesfamilienministeriums, der Stadt Hamm und der Deutschen Krankenhausgesellschaft wichtige Erkenntnisse und Anregungen, die in die NRW–spezifischen Überlegungen einfließen sollten.

Als weiteres Instrument für die Unternehmensführungen in den Krankenhäusern zur Stärkung der Familienfreundlichkeit ihrer Häuser verweisen die Ersatzkassen beispielhaft auf das „audit beruf und familie“ der Hertie–Stiftung. Dies ist ein strategisches Managementinstrument zur Optimierung einer familienbewussten Personalpolitik, das Arbeitgeber darin unterstützt, Unternehmensziele und Mitarbeiterinteressen in eine tragfähige Balance zu bringen. Diese Auditierung ist in allen Branchen und Betriebsgrößen einsetzbar und erfolgt über die „berufundfamilie Service GmbH“ unter Einsatz von geschulten und autorisierten Auditoren (berufundfamilie Service GmbH, Friedrichstraße 34, 60323 Frankfurt am Main; www.beruf-und-familie.de).

Die Ersatzkassen sind der Auffassung, dass die Stärkung der Familienfreundlichkeit zu den vorrangigen Aufgaben einer verantwortlichen Personalpolitik gehört, denen sich die Krankenhäuser als Arbeitgeber und Unternehmer stellen müssen. Das Unternehmen trägt die Verantwortung für den Erhalt und Ausbau einer Arbeits– und Unternehmenskultur, die flexible Arbeitszeit– und Arbeitsorganisationsmodelle sowie möglicherweise auch Angebote zur Kinderbetreuung und weitere Familienserviceansätze enthält. Ein Ausbau der betriebsnahen oder betriebseigenen Kindertagesbetreuung ist vom Grundsatz her ebenfalls zu unterstützen, steht aber ebenso in der Verantwortung des Unternehmens Krankenhaus. Lösungen in diesem Bereich hängen demnach auch von den regionalen Strukturbedingungen und der Größe eines Krankenhauses ab. Sinnvoll sind hier auch mögliche Kooperationen mit anderen Unternehmen am Standort, die firmeneigene Kinderbetreuungsmöglichkeiten vorhalten.

Darüber hinaus muss nach Ansicht der Ersatzkassen das Land Nordrhein–Westfalen den Ausbau zusätzlicher Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren in Kitas vorantreiben.

Bezogen auf die Arbeitszufriedenheit aller Beschäftigten im Krankenhaus und unter Berücksichtigung der sich stetig verändernden Arbeitsbedingungen weisen die Ersatzkassen auf die vielfältigen und qualifizierten Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung hin. Diese sind ein geeignetes Mittel, um auf die gesundheitlichen Beanspruchungen der Beschäftigten und veränderten psychischen Belastungen, z. B. durch den zunehmenden Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Zeitdruck, angemessen zu reagieren. Um die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern, werden Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Sozialbeziehung, individuelle Anpassungen und unterstützendes Umfeld einbezogen. Die Krankenkassen halten hier entsprechende Beratungs- und Unterstützungsangebote vor, auf die jedes Krankenhaus zugreifen kann.

9. Tätigkeitsverlagerung auserwählter, ärztlicher Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegekräfte

Die Ersatzkassen setzen sich für eine Ausweitung des Tätigkeitsspektrums der nichtärztlichen Fachkräfte ein. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass es eine Vielzahl von Tätigkeiten gibt, die von Ärzten an qualifizierte Fachkräfte delegiert werden können. Arztentlastende Modelle, wie AGnES, VERAH oder EVA, stehen hierfür beispielhaft. Nach den Vorgaben des gemeinsamen Bewertungsausschusses ist die Abrechnung von Leistungen qualifizierter Versorgungsassistentinnen nur bei durch den Landesausschuss festgestellten Versorgungsdefiziten möglich. Darüber hinaus finden der Einsatz und die Ausbildung von Arzt entlastenden Assistentinnen nicht zielbezogen statt. Infolgedessen sind diese Fachkräfte in Regionen mit geringem Leistungsangebot häufig nicht vorhanden. Die Ersatzkassen setzen sich daher für einen verstärkten Einsatz und eine Öffnung von Einsatz und Abrechnungsmöglichkeiten ein. Gleichzeitig sollte die Ausbildung dieser Fachkräfte bundesweit normiert werden.

10. Der Abbau von Bürokratie

Dem Vorschlag zur Bildung einer Arbeitsgruppe, die Instrumente für einen systematischen Bürokratieabbau erarbeitet, stehen die Kostenträger aufgeschlossen gegenüber.

Mit Bezug auf den Antrag der CDU ist anzumerken, dass eher die Belastung des Pflegepersonals Anlass zur Sorge gibt als die des ärztlichen Dienstes. So nahm laut Statistischem Bundesamt in Nordrhein-Westfalen im Zeitraum 2002 bis 2012 die Zahl der Ärzte um 28 Prozent zu, im Bundesdurchschnitt um 27 Prozent.

Dagegen sank im gleichen Zeitraum die Personalausstattung im Pflegedienst um 3 Prozent, im Bundesdurchschnitt um 4 Prozent. Der Rückgang des Pflegedienstes ist auch auf die sinkende Bettenauslastung (76 Prozent) zurückzuführen. Es bedürfte einer klaren politischen Positionierung zum Abbau von Krankenhausstandorten. Das Krankenhauspersonal könnte dann sinnvoll an den verbleibenden Standorten eingesetzt werden.

11. Die Sicherung des Fachkräftenachwuchses

- Ausbau der Medizinstudienplätze

Das Kooperationsmodell der Kliniken Ostwestfalen Lippe zur Sicherung des Fachkräftenachwuchses wird von den Ersatzkassen begrüßt.

- Gezielte Weiterbildung ausländischer Fachkräfte

Die Bemühungen zur stärkeren Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte in die Versorgungslandschaft wird begrüßt. Ebenso ist auf europäischer Ebene die Harmonisierung der Ausbildungsinhalte erforderlich.

12. Resümee

Die Positionen der Ersatzkassen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Ersatzkassen setzen sich für ein gleichmäßiges Leistungsangebot in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein. Die Konzentration in den Städten muss gebremst werden.
- Die Bedarfsplanungszahlen und das daraus resultierende Leistungsangebot sind zukünftig kontinuierlich entsprechend der Bevölkerungsentwicklung und der Morbidität anzupassen.
- Sofern für eine sinnvolle Versorgungssteuerung notwendig, ist die Möglichkeit der Veränderung von Planungsbezirken zu prüfen. Die bereits erfolgte Zusammenlegung der Planungsbezirke Nordrhein und Westfalen-Lippe für bestimmte Fachgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung steht hierfür beispielhaft. Sie stellt aus Sicht der Ersatzkassen einen sinnvollen Beitrag dar, nicht notwendige hochspezialisierte Leistungsangebote zu verhindern.

- Die Weiterveräußerungsansprüche der niedergelassenen Vertragsärzte stellen auch aus Sicht der Ersatzkassen ein hohes Rechtsgut dar. Gleichzeitig ist es aus dem Blickwinkel der Versorgung wichtig, dass in überversorgten Gebieten Praxissitze abgebaut werden. Um den Vertragsärzten auch in überversorgten städtischen Regionen den Verkauf ihrer Arztpraxis zu ermöglichen, fordern die Ersatzkassen daher, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen das Weiterveräußerungsrecht der Ärzte durch eigene Aufkäufe verpflichtend umsetzen.
- Die Ersatzkassen setzen sich für eine Beibehaltung der Sonderregion Ruhrgebiet ein. Aufgrund der hoch verdichteten ambulanten und stationären Angebotsstruktur in Verbindung mit einem dichten Verkehrsnetz ist eine weitere Zunahme der Arztsitze nicht notwendig. Zudem wird diese Region von Nordrhein-Westfalen besonders deutlich von Bevölkerungsrückgängen betroffen sein.
- Eine angemessene Versorgung kann aus Sicht der Ersatzkassen nicht alleine durch die Bedarfsplanung sichergestellt werden. Hierfür sind weitere Maßnahmen und auch weitere Akteure notwendig. Ein wesentliches Versorgungsziel ist dabei, dass die hausärztliche Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen auch zukünftig sichergestellt ist. Dafür ist es u. a. auch erforderlich, die Attraktivität der privaten Lebensführung vor Ort sowie der hausärztlichen Ausbildung weiter zu verbessern. Die Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen unterstützen diese Zielsetzung bereits seit längerem durch die Förderung von Stipendien.
- Der Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung ist weder geeignet, die Versorgungsqualität zu verbessern, noch stellt dieser Vertragstyp ein geeignetes Instrument für eine gerechtere Honorarverteilung dar. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität muss auch für HZV-Verträge weitergelten.
- Die Ersatzkassen sind gegen eine Konvergenz des ärztlichen Honorars, weil das ein sachlogischer falscher Ansatz ist. Vielmehr muss sich die Honorarhöhe auch weiterhin an der Morbidität orientieren. Sofern durch die Bundespolitik eine bundesweite Angleichung der ärztlichen Honorare gewünscht ist, muss diese für die Krankenkassen kostenneutral durch eine Umverteilung unter den Bundesländern/KV-Bezirken erfolgen.
- Die Ersatzkassen setzen sich für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch strukturelle Maßnahmen ein. Bei der angestrebten Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie müssen dabei insbesondere die bundesweite Implementierung einer vorgeschalteten Sprechstunde sowie die Förderung der Kurzzeittherapie im Fokus stehen.

- Die Ersatzkassen begrüßen das Aktionsprogramm des Landes, die Niederlassung im hausärztlichen Bereich finanziell zu fördern. Allerdings sollte eine bessere Verzahnung mit dem im Bedarfsplan ausgewiesenen Versorgungsbedarf in der jeweiligen Region erfolgen.