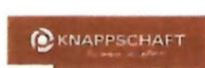


# DIE VERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN IN HAMBURG



Verband der Ersatzkassen e. V. • Sachsenstraße 6 (Haus D) • 20097 Hamburg

Behörde für Arbeit, Gesundheit,  
Soziales, Familie und Integration  
der Freien und Hansestadt Hamburg  
Frau Sabine Zerdick  
Billstr. 80  
20539 Hamburg

- per Mail -

**Bearbeitet durch:**

Ralf Baade  
Verband der Ersatzkassen e. V.  
Landesvertretung Hamburg  
Sachsenstr. 6 (Haus D)  
20097 Hamburg  
Tel.: 0 40 / 41 32 98 - 16  
Fax: 0 40 / 41 32 98 - 22  
Ralf.Baade@vdek.com  
www.vdek.com

Hamburg, 05.12.2022

## **Stellungnahme zum Bürgerschaftlichen Ersuchen Drucksache 22/7666**

Sehr geehrte Frau Zerdick,

die Verbände der Gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg kommen gerne Ihrer Bitte nach, bei der Beantwortung des Bürgerschaftlichen Ersuchens Drs. 22/7666 mitzuwirken und eine Stellungnahme abzugeben.

### Stellungnahme zum Bürgerschaftlichen Ersuchen Drucksache 22/7666

#### **Zu 1**

a) Die gemeinsame Selbstverwaltung aus Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und den Verbänden der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) stellt regional je Bundesland/KV-Region den sogenannten Bedarfsplan auf. Die gesetzliche Grundlage für die Bedarfsplanung ist insbesondere der § 99 SGB V und die Bedarfsplanungs-Richtlinie. Sowohl die Richtlinie als auch die gesetzlichen Grundlagen sind bundesweit einheitlich. Daher kann die gemeinsame Selbstverwaltung, analog zum Vorgehen in Berlin, auch in Hamburg eine Raumgliederung vornehmen, die vom bisherigen Modell der Stadt als einem Planungsbezirk abweicht. Diese Möglichkeit stößt aber spätestens dann an ihre Grenzen, wenn die Daten für eine solche kleinräumigere Gliederung nicht verfügbar sind, die gemäß Gesetzgebung zwingend Teil der Bedarfsplanung sein müssen.

b) Es ist Anspruch und Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen und der KV Hamburg, die Versorgung aller Patientinnen und Patienten im Stadtstaat sicherzustellen und eventuelle Versorgungs- und/oder Verteilungsengpässe so schnell wie möglich zu beheben. Aus Sicht der GKV muss deshalb jede Maßnahme zur Abweichung der Richtlinie daraufhin geprüft werden, ob damit die vorgegebenen Ziele erreicht werden.

Vor rund neun Jahren hat die damalige Gesundheitsbehörde die Versorgungssituation auf der Basis des sogenannten „Morbiditätsatlas“ intensiv mit der gemeinsamen Selbstverwaltung beraten. Außerdem wurde die Situation zusätzlich von externen Institutionen begutachtet.

Es hat sich dabei gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten überwiegend mobil sind und die Verkehrsinfrastruktur sowie den öffentlichen Personennahverkehr nutzen. Strukturelle Versorgungs- oder Verteilungsdefizite wurden nicht festgestellt.

Damit das so bleibt und um möglichen Fehlentwicklungen schnell entgegenzusteuern, haben die Krankenkassen und die KV Hamburg ein zusätzliches Maßnahmenpaket mit dem Titel „Maßnahmen zur flexiblen Gestaltung der ambulanten Versorgung in Hamburg; Eine dynamisch-strukturierte Betrachtung der lokalen Versorgungssituation“ beschlossen.

Eines der wichtigsten Elemente dieses Paketes besteht darin, schwerpunktmäßig für Hausärztinnen/Hausärzte und Kinderärztinnen/Kinderärzte im Einzelfall funktionelle Räume und ihre Verflechtungen untereinander in einem Radius von drei Kilometern (Hausarztpraxen) und in einem Radius von vier Kilometern bei Kinderarztpraxen zu betrachten.

Das Ergebnis: Mit dieser Methode konnten seit 2014 in einer Vielzahl von Fällen verhindert werden, dass Haus- und Kinderarztpraxen aus sozioökonomisch schwächeren Stadtteilen an vermeintlich attraktivere Standorte in anderen Stadtteilen verlegt wurden. Die Maßnahme ist aus Sicht der Krankenkassen ein Garant dafür, dass die Versorgung in sozial belasteten Stadtteilen dauerhaft gesichert wird.

Die Krankenkassen sind überzeugt davon, dass sich die Lage in sozial belasteten Stadtteilen bei der Umsetzung einer kleinräumigen Bedarfsplanung massiv verschlechtern wird. Und damit vermutlich das genaue Gegenteil der angestrebten guten Absicht eintritt. Denn für die jetzige Maßnahme, mit der die Verlegungen von Arztsitzen an vermeintlich attraktivere Standorte verhindert wird, ist Voraussetzung, dass in anderen Regionen der Stadt keine freien Arztsitze existieren. Gibt es dagegen freie Sitze, wie dies bei einer kleinräumigen Planung der Fall ist, kann jede Ärztin/jeder Arzt einen Antrag auf diesen Sitz stellen und ihn auch bekommen - auch eine Ärztin/ein Arzt, die/der heute in einem sozialen Brennpunkt in Hamburg praktiziert.

Falls eine solche Entwicklung eintritt, was wahrscheinlich ist, könnte sie im Nachgang nicht mehr korrigiert werden. Dies erklärt, warum es die Kassenverbände vehement ablehnen, eine abweichende Raumgliederung einzuführen, beispielsweise mit gesonderten kleinräumigen Planungsbereichen. Die ärztliche Versorgungsplanung darf nicht zu einem Experimentierfeld werden, bei dem die klar sichtbaren Risiken ausschließlich den heutigen Bewohnerinnen und Bewohnern von sozial benachteiligten Stadtteilen aufgebürdet werden.

Die Gesetzlichen Krankenkassen sind derzeit ergebnisoffen zu einer Vielzahl von Maßnahmen im Dialog mit der KV Hamburg, u.a. zur Möglichkeit, KV-eigene Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten in sozioökonomisch schwächer gestellten Stadtteilen einzurichten. In Berlin wurden diese Arztsitze zusätzlich geschaffen, indem für die hausärztliche Versorgung drei sehr ungleiche Planungsbereiche etabliert wurden: zwei sozial benachteiligte Regionen im ehemaligen Osten der Stadt und als dritte Region der Großteil Berlins. Sollte diese Herangehensweise auf Hamburg übertragen werden, entfielen damit die bedeutende Maßnahme der Vermeidung der Praxisverlegungen, da freie Sitze entstehen, Ärztinnen und Ärzte in sozialen Brennpunkten ihre Praxis aufgeben und sich anderswo niederlassen könnten.

Eine Eigeneinrichtung, auch ohne Arztsitz, wird wahrscheinlich in einem sozial belasteten Stadtteil eine positive Wirkung haben. Doch es ist fraglich, ob es gelingt, ausreichend Ärztinnen und Ärzte zu finden, die sich - ohne Perspektive auf eine Niederlassung - für ein langfristiges Angestelltenverhältnis in einer solchen Einrichtung entscheiden. Derzeit könnten in Hamburg die für Ärztinnen und Ärzte attraktiveren Eigeneinrichtungen mit Arztsitzen nur etabliert werden, indem zusätzliche Arztsitze mit Hilfe einer kleinräumigeren Planung geschaffen werden. Dann können jedoch zeitgleich die bereits erwähnten Praxisaufgaben in sozial belasteten Stadtteilen auftreten. Aus Sicht der Kassenverbände in Hamburg ist die Wirksamkeit der Maßnahme in der Gesamtschau aller zu betrachtenden Auswirkungen fraglich.

Die Vertreterversammlung der KV Berlin hat sich 2020 für die Errichtung von Eigeneinrichtungen ausgesprochen. Ende des Jahres 2022 existiert in Berlin eine einzige Eigeneinrichtung in einer sozial benachteiligten Region - mit zwei Ärzten, die sich zusammen einen Arztsitz teilen.



Ein sehr überschaubarer Zuwachs, der zeigt, dass dies für Hamburg nicht die Lösung der aktuell wahrgenommenen Probleme sein kann, insbesondere mit Blick auf zu befürchtende Praxisaufgaben in sozial belasteten Stadtteilen.

Im bereits bestehenden Maßnahmenpaket der Kassenverbände und der KV Hamburg zur Verhinderung dieser Praxisverlegungen sind folgende weitere wichtige Maßnahmen enthalten:

- Erweiterung der Versorgungskapazität der betroffenen, förderungswürdigen Praxen durch finanzielle Zuschüsse
- Unterstützung bei der Eröffnung einer Zweigpraxis
- Unterstützung von lokalen Sonderbedarfszulassungen

Insbesondere die lokale Sonderbedarfszulassung kommt regelmäßig zum Einsatz.

Die Kassenverbände und die KV Hamburg beschränken sich jedoch nicht nur auf das Maßnahmenpaket. Als Ergebnis der jährlichen Honorarverhandlungen sind ab 2022 jährlich 500.000 Euro zusätzlich zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Stadtteilen mit hoher sozialer Belastung bereitgestellt. Die Honorareinigung 2023 enthält eine Absichtserklärung zu weiteren Förderungen, für die auch zusätzliche finanzielle Mittel angekündigt sind.

#### Fazit

Die Krankenkassenverbände und die KV Hamburg haben als gemeinsame Selbstverwaltung eine Vielzahl von Maßnahmen umgesetzt, die ihre Wirkungen entfalten. Außerdem prüfen die Partner weitere Instrumente und sind selbstverständlich bereit, Ideen anderer Bundesländer zu übernehmen, wenn sie in Hamburg positive Effekte erwarten lassen. Im Rahmen ihrer Prüfung ist die gemeinsame Selbstverwaltung zur Überzeugung gelangt, dass die Einführung einer kleinräumigeren Bedarfsplanung die Versorgung in sozial belasteten Stadtteilen in Hamburg stark verschlechtern würde.

Das Gleiche gilt für Eigeneinrichtungen der KV auf der derzeitigen gesetzlichen Grundlage. Tatsächlich fordert die KV die gesetzliche Verknüpfung von Eigeneinrichtungen mit Arztsitzen. In diesem Fall könnten Eigeneinrichtungen ohne die Einführung einer kleinräumigeren Bedarfsplanung umgesetzt werden. Die zu erwartenden, bereits dargestellten negativen Effekte würden entfallen. Damit spräche sehr viel für diese Maßnahme. Dazu müsste der Bundesgesetzgeber jedoch entsprechend tätig werden. Eine entsprechende Gesetzesformulierung ist von der KV Hamburg erarbeitet worden. Die Kassenverbände nehmen wahr, dass diese Gesetzesformulierung von der Sozialbehörde unterstützt wird.

c) Falls nicht an einem Planungsbereich für Hamburg festgehalten wird, sondern eine Aufteilung in mehrere Planungsbereiche erfolgen sollte, sind die Kriterien zu berücksichtigen, die Bestandteil des Bedarfsplans sind. Über die regionale Verhältniszahl werden Altersstruktur und Morbidität im Rahmen der Bedarfsplanung abgebildet (abweichend von der bundesweit vorgegebenen Verhältniszahl im Planungsbereich). Es fließen 28 Ausprägungen (insbesondere Kombinationen aus Alter und Geschlecht) in die Planung ein. Die regionale Verhältniszahl kann gesetzlich nur auf Planungsbereiche angepasst werden, für die die notwendigen Ausprägungen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie erhoben werden. Das ist derzeit in Hamburg für etwas mehr als 30 Postleitzahlenregionen der Fall.

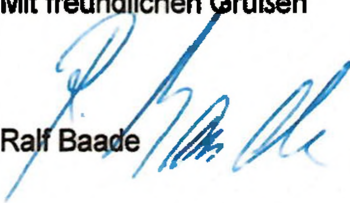
#### **Zu 2:**

Die allgemeingültigen Kriterien für strukturschwache Regionen sind von der KV Hamburg und den Kassenverbänden unter Beteiligung eines externen wissenschaftlichen Instituts erarbeitet worden (nach § 103 Absatz SGB V). Alle „Meilensteine“ der Projektbearbeitung fanden unter Beteiligung der damaligen Gesundheitsbehörde statt. Eine Vielzahl von Indikatoren, getrennt nach sozialer Belastung und Urbanität, wurden im Rahmen einer Faktoranalyse verarbeitet. Der vorläufige Ergebnisbericht vom 17.09.2020 identifiziert drei strukturschwache Stadtteile: Veddel, Steilshoop und Billbrook. Billbrook weist dabei signifikant bessere Werte auf als die erstgenannten Stadtteile.

Das Ergebnis ist am 08.10.2020 von der KV Hamburg unter Beteiligung der Kassenverbände und des externen Gutachters im Rahmen einer Beratung der Sozialbehörde präsentiert worden.

Mit freundlichen Grüßen

Ralf Baade

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Baade', is written over the printed name 'Ralf Baade'.