

## Positionen der Ersatzkassen zur zukunftsicheren Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in Sachsen

Die medizinische Versorgung in Sachsen steht in näherer Zukunft vor besonderen Herausforderungen. Durch die bisherigen Anstrengungen von gemeinsamer Selbstverwaltung und Staatsregierung besteht in Sachsen grundsätzlich ein hohes Versorgungsniveau. Es gilt, dieses hohe Niveau zu erhalten und zukunftsicher weiterzuentwickeln.

Die Ersatzkassen und die gemeinsame Selbstverwaltung tragen mit zahlreichen Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Freistaat Sachsen bei, die unter I. mit eingeflossen sind. Die unter II. genannten Vorschläge sind geeignet, die Versorgung in Sachsen zukunftsicher zu gestalten.

### I. Bestandsaufnahme

#### Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

Bereits seit über zehn Jahren werden Anstrengungen unternommen, den sich abzeichnenden Versorgungsbedarf nachhaltig zu gestalten und zukunftsicher zu machen. Neben den beteiligten Körperschaften in der gemeinsamen Selbstverwaltung begleitete das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz diese Anstrengungen von Anfang an engagiert. Diese gemeinsamen Anstrengungen wurden ab dem Jahr 2014 noch einmal verstärkt. Nachfolgend ein Überblick über die wichtigsten Fördermaßnahmen:

#### Förderungen über den Strukturfonds seit 2014

Maßnahme	Jahrgang	Kosten	Gesamt
Förderung LA Ä/KK für Investitionskosten/Mindestumsatz	2014	1.033.479 €	
	2015	2.312.729 €	
	2016	2.895.307 €	
	2017	3.554.000 €	9.795.515 €
Studienbeihilfe inkl. Patenschaftspraxen	2014	106.045 €	
	2015	89.085 €	
	2016	96.035 €	291.165 €
Studieren in Europa inkl. Patenschaftspraxen	2014	1.219.795 €	
	2015	427.489 €	
	2016	446.384 €	
	2017	699.100 €	2.792.768 €

PJ-Wahltertia! Allgemeinmedizin	2014	20.000 €	
	2015	49.200 €	
	2016	62.000 €	
	2017	90.000 €	221.200 €
Hausärztliche Famulatur	2016	20.200 €	
	2017	20.000 €	40.200 €
GESAMT			13.140.848 €

Davon tragen die Ersatzkassen einen Anteil von 3,2 Millionen Euro.

### 1. Ärztliche Bedarfsplanung: Sächsische Herausforderungen im Blick

Durch Impulse der sächsischen Selbstverwaltung wurde eine Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie ausgelöst. Es galt, die demographische Entwicklung durch eine Veränderung der Gliederung der Versorgungsebenen zu schärfen. Im Ergebnis wurden sinnvolle Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie der Bundesebene mit folgenden Besonderheiten beschlossen:

#### a) Hausärztliche Versorgung

Grundsätzlich erfolgt die Gliederung nach den Mittelbereichen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung.

Abweichungen wurden wie folgt berücksichtigt:

- stadtgrenzenscharfe Betrachtung der kreisfreien Städte Dresden, Leipzig und Chemnitz,
- Trennung von großflächigen Mittelbereichen,
- Zusammenfassen ausgewählter Mittelbereiche,
- Abweichende Kommunale Zuordnung

Im Ergebnis wurde durch die Verkleinerung der Planungsbereiche erreicht, dass auf die regionalen Gegebenheiten zielgenauer eingegangen wird. Die kleinräumigere Planung stellte sicher, dass der Arztbedarf punktgenau ermittelt und gefördert werden konnte.

#### b) Fachärztliche Versorgung

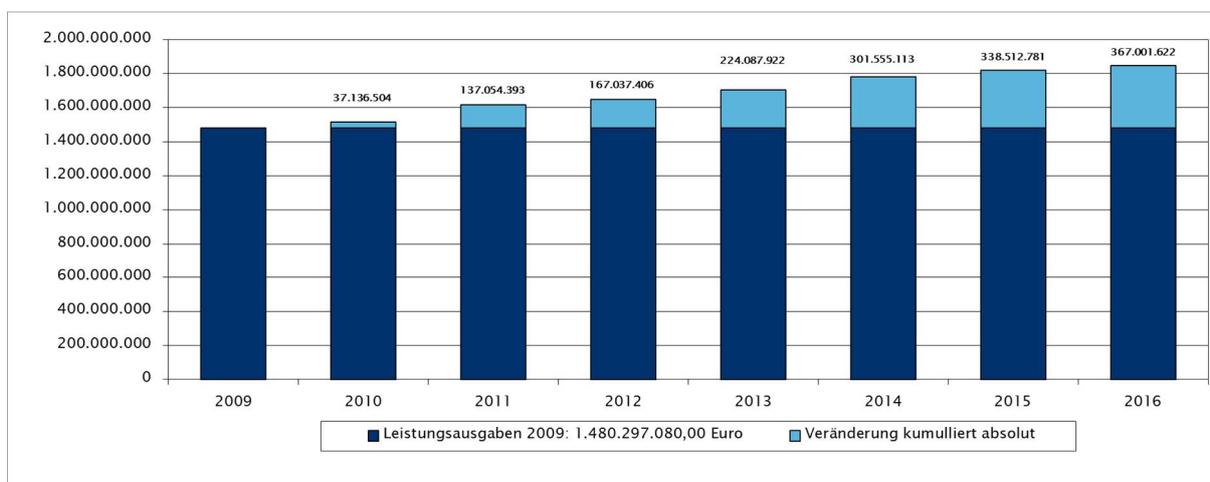
Von den Rahmenvorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BP-RL) wird dahingehend abgewichen, dass die Planungsbereiche den Landkreisen, kreisfreien Städten und Kreisregionen der bis zum 31.07.2008 geltenden Gebietsdefinition und somit den bisherigen sächsischen Planungsbereichen entsprechen.

Der Konzentration von Fachärzten in Ballungszentren konnte dadurch entgegen gewirkt werden. Die gute flächendeckende Versorgung mit Fachärzten blieb erhalten. Außerdem wurde das Angebot zielgerichtet gestärkt, indem für stark nachgefragte Fachgruppen und Leistungen zusätzliche Ärzte im Rahmen des Sonderbedarfs eine Zulassung erhielten.

Für die Fachgruppe der Kinderärzte wurden die Verhältniszahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie den sächsischen Gegebenheiten angepasst, um das hohe Versorgungsniveau zu erhalten.

## 2. Verbesserung der Vergütung für sächsische Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Das Jahr 2009 stellt in der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen eine Zäsur dar: Es erfolgte eine Ablösung der kassenindividuellen Kopfpauschalensystematik zugunsten einer morbiditätsadjustierten Vergütung. Seit dem Jahr 2009 haben die gesetzlichen Krankenkassen die ärztliche Vergütung in Sachsen um rund 25 Prozent von 1,48 Milliarden Euro auf 1,85 Milliarden Euro gesteigert.



Davon finanzierten 2016 allein die Ersatzkassen 460 Millionen Euro.

Eine solche Steigerung kann wohl kaum eine andere Berufsgruppe verzeichnen. Darin sind besondere Förderungen für die sächsische Versorgung enthalten, die über die Vorgaben der Bundesebene hinausgehen:

Jahr	Maßnahme	Ausgaben in €
2014	Förderung medizinischer Leistungen	10.660.000
	Förderung Neupatienten und hausärztlicher Grundversorgung	6.230.000
2015	Förderung medizinischer Leistungen	14.500.000

	Förderung Neupatienten und hausärztlicher Grundversorgung	6.230.000
2016	Förderung medizinischer Leistungen	14.500.000
	Förderung Neupatienten und hausärztlicher Grundversorgung	8.230.000
2017	Förderung medizinischer Leistungen	14.500.000
	Förderung Neupatienten und hausärztlicher Grundversorgung	6.230.000
	Förderung der Verbesserung der Erreichbarkeit	4.000.000
<b>Summe</b>		<b>85.080.000</b>

Davon tragen die Ersatzkassen einen Anteil von 21,25 Millionen Euro.

Mit der Bereitstellung dieser zusätzlichen Mittel wurde auch nachhaltig Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung der sächsischen Bevölkerung genommen. Zu nennen sind hier die Förderung bestimmter Leistungen und besonders geförderte Arztgruppen, die als besonders versorgungsrelevant identifiziert worden sind, u.a.:

- Schmerztherapeutische Leistungen: Aufwertung einer gedeckelten Vergütung,
- „Neupatientenmodell“: Dämpfung der angespannten Terminalsituation bei Fachärzten und Kinderärzten,
- Förderung der hausärztlichen Grundversorgung,
- Förderung der augenärztlichen Versorgung

### **3. Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in Sachsen**

Die Ersatzkassen haben sich maßgeblich dafür eingesetzt, dass gesetzlich Versicherten der zeitnahe Zugang zu Fachärzten gewährleistet wird. Dazu wurde in Sachsen als erstem Bundesland eine Terminservicestelle errichtet, die von der KV Sachsen betrieben wird. Die individuellen Angebote der Ersatzkassen flankieren zusätzlich die Terminvermittlung der KV Sachsen.

Darüber hinaus profitieren die sächsischen Ersatzkassenversicherten von bundesweiten hochspezialisierten Versorgungsangeboten.

Im Rahmen der Honorarvereinbarungen mit der KV Sachsen wenden die Ersatzkassen einen erheblichen finanziellen Betrag auf, um zeitnahe Behandlungskapazitäten für neue Patienten in den sächsischen Arztpraxen einzurichten. Allein dafür gaben die Ersatzkassen 6 Millionen Euro in den vergangenen vier Jahren.

#### **4. Versorgung gestalten: Beiträge der Ersatzkassen zur Verbesserung der Versorgung in Sachsen**

Das Geschäftsgebiet der Ersatzkassen erstreckt sich über das gesamte Bundesgebiet. Der Erfahrungsschatz in den Themen „Versorgungsgestaltung/-management“ und „Versorgungsinnovation“ ist entsprechend groß und reichhaltig und nicht nur von regionalen Besonderheiten geprägt. Deshalb können die Ersatzkassen nahezu jedem vierten sächsischen Versicherten Angebote unterbreiten, die die bestehenden Möglichkeiten der Regelversorgung sinnvoll ergänzen und oft darüber hinausgehen. Herausgehobene und realisierte Versorgungsbeiträge sind z.B.:

- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung,
- digitale Gesundheitsangebote und Onlineservices, Apps, Ratgeber und Versorgungsnavigatoren, u.a. zu den Themen Kardiologie, COPD, Migräne, Sehschwäche,
- Versorgungsverträge im Bereich Kardiologie, Orthopädie, Innere Medizin, Hauterkrankungen,
- Versorgungsverbesserungen im Bereich Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- innovative Versorgungsbeiträge zu den Themen „Familienplanung, Schwangerschaft, Entbindung, Kinderpflege/-erkrankungen“,
- Stärkung der Patientenkompetenz durch digitale, analoge und persönliche Beratungsangebote (Patientenratgeber, Gesundheits-Coaches, Medikamentenberatung),
- Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung in den Bereichen Sucht, Ernährung, Bewegung sowie realisierte Konzepte im Bereich der vulnerablen Zielgruppen in den Bereichen Ernährung Kinder/Jugendliche und vollstationäre Pflege,
- Mehrleistungen beim Impfschutz.

#### **II. „Versorgung in Sachsen weiterentwickeln“**

In Sachsen können über 850.000 Versicherte der Ersatzkassen darauf vertrauen, dass sie im Krankheits- und Pflegefall eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit teilhaben können.

Mit der Änderung von Bevölkerungszahl und -struktur in Sachsen gehen vielfältige politische, wirtschaftliche und soziale Herausforderungen einher, die auch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung und insbesondere die Bereitstellung von medizinischen Versorgungsangeboten betreffen. Der demographische Wandel macht auch vor den Leistungserbringern im Gesundheitswesen nicht halt.

Die nachfolgenden Empfehlungen verstehen sich als Vorschläge für eine Debatte, wie die medizinische Versorgung in Sachsen gestärkt und weiterentwickelt werden kann. Sie beziehen sich nicht nur auf konkrete Versorgungsvorschläge, sondern beinhalten auch Strukturthemen, die Weichen für die Zukunft stellen können.

### Kassenaufsicht angleichen

Aus Sicht der Ersatzkassen sind beim Aufsichtshandeln Unterschiede zwischen Bundes- und Landesaufsicht zu verzeichnen. Vergleichbare Sachverhalte werden oft unterschiedlich behandelt. Besonders hinzuweisen ist hierbei auf die Aufsichtspraxis bei Selektivverträgen, Wahltarifen und Rabattangeboten in allen Bundesländern. Krankenkassen unter Landesaufsicht verfügen damit über größere Spielräume im Wettbewerb, was zusammen mit der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA zu einem wachsenden Ungleichgewicht in der Finanzkraft beiträgt. Dies ist vor allem unter den in Sachsen herrschenden besonderen Wettbewerbsbedingungen als Innovations- und Entwicklungshemmnis anzusehen. Es trägt auch nicht zu der gewünschten Vielfalt bei, wenn ein einzelner Marktteilnehmer anderen Marktteilnehmern und Leistungserbringern als übermächtiges „Quasi-Monopol“ gegenübertritt.

Diese Situation bedarf einer Änderung.

Wir begrüßen die Maßnahmen und Anstrengungen der Bundesregierung und der Gesundheitsministerkonferenz zur Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis und schlagen deren Fortführung mittels einer Stärkung der Interventionsmöglichkeiten vor. Dafür müsste der derzeit geltende Unterlassungsanspruch gegen unzulässige Werbemaßnahmen (§ 4 Abs.3 SGB V) zunächst auch auf anderes wettbewerbliches Handeln ausgeweitet werden.

Ebenso muss im „Aufsichtsparagraph“ § 90 Abs. 4 SGB IV das Anrufungsrecht der Krankenkassen mit Pflicht zur Einigung verankert werden. Eine zusätzliche Lösungsmöglichkeit könnte darin liegen, dass die Zuständigkeiten der unterschiedlichen Aufsichtsbehörden neu geregelt werden: Die „Finanzaufsicht“ für alle bundes- und landesunmittelbaren Körperschaften könnte demnach beim Bundesversicherungsamt liegen, während die „Leistungs-, Versorgungs- und Wettbewerbsaufsicht“ für alle Krankenkassen von den Aufsichtsbehörden der Länder wahrgenommen wird.

Darüber hinaus fordern wir, dass der im § 211a SGB V normierte Konfliktlösungsmechanismus bei gemeinsamen und einheitlichen Verträgen nachjustiert wird. Die aktuelle Regelung führt in Sachsen konkret dazu, dass eine Krankenkasse allein durch ihre Marktmacht über gemeinsam und einheitlich zu vereinbarende Verträge für die gesamte GKV entscheiden kann. Dies ist bislang einmalig im Bundesgebiet und deshalb problematisch, weil diese gemeinsamen Verträge die Basis der ambulanten und stationären Versorgung sind. Das eine solche Marktkonzentration jemals eintreten würde, konnte der Bundesgesetzgeber bei der Schaffung dieser Regelung sicher nicht

vorhersehen. Wir verweisen an dieser Stelle auf die vorhergehenden Ausführungen im ersten Absatz dieses Abschnitts.

### Sektorenübergreifende Versorgung

Trotz zahlreicher gesetzlicher Neuregelungen und Erweiterungen der Möglichkeiten besteht nach wie vor ein deutliches Strukturdefizit in der diskontinuierlichen Versorgung an den Grenzen der Sektoren. Zur „integrierten Versorgung“ ist insbesondere festzuhalten, dass die Erwartungen an diesen „Innovationsmotor“ sich (so) nicht erfüllt haben.

Festzuhalten ist weiterhin, dass die Vielzahl nicht aufeinander abgestimmter Regelungen aus unserer gemeinsamen Sicht nicht zu einer Lösung des grundlegenden Problems geführt haben: Nach wie vor bestehende unterschiedliche Regelungsrahmen in den einzelnen Sektoren. Partikulare, den Sektorenlogiken folgende Einzelmaßnahmen, behindern den Innovationsschub und die Entwicklung der medizinischen Versorgung in Sachsen.

Auch im Freistaat Sachsen gibt es dafür noch genügend Beispiele. Notwendig ist eine echte sektorenübergreifende und am Patientennutzen orientierte Versorgung und Versorgungsplanung.

### Notfallversorgung sektorenübergreifend organisieren

Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V hat sich diesem Thema als ersten Schwerpunkt gewidmet. Im Ergebnis ist eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt worden. Die Umsetzung einiger Maßnahmen dauert nach wie vor an. Der Schlüssel liegt nach Überzeugung der Unterzeichner in der Auflösung der unklaren Aufgabenteilung von ambulanter Notfallversorgung, Rettungsdienst/notärztlicher Versorgung und Notaufnahme im Krankenhaus in Sachsen.

Mit der von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen beschlossenen Bereitschaftsdienstreform ist ein erster wichtiger Schritt umgesetzt. In einem nächsten Schritt ist durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Krankenhausgesellschaft Sachsen unter Beteiligung der Krankenkassen die ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern im Einklang mit dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst neu zu organisieren und ohne Bruch an den Sektorengrenzen zu strukturieren, und zwar durch so genannte „Portalpraxen“.

Portalpraxen (auch „Ein-Tresen-Modell“) stellen eine funktionale Einheit dar, in der niedergelassene Ärzte im Rahmen des KVS-Bereitschaftsdienstes und Krankenhausärzte gemeinsam die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit durch eine so

genannte „Triage“ in den Räumen des Krankenhauses vornehmen. Die Portalpraxis ist dabei per se der Notfallaufnahme vorgeschaltet (selbstverständlich außer Aufnahme „Liegendpatient“ bzw. „Notarzteinsatz“). Die Portalpraxis bewirkt so eine Kanalisierung des Patientenflusses und eine direkt spürbare Entlastung der Notfallaufnahme.

Ein weiteres Anliegen der Ersatzkassen ist die dringend erforderliche einheitliche Vermittlung des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Notarzteinsatzes (bundesweit einheitliche Rufnummern 116 117 und 112) über die Integrierten Regionalleitstellen (IRLS) in Sachsen. Es darf daran erinnert werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen 50 Prozent der Investitionskosten für die Errichtung und die technische Ertüchtigung der IRLS tragen und sich dadurch nicht nur Verbesserungen für die Polizei und den Katastrophenschutz versprochen. Zusätzlich haben die gesetzlichen Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag für die notärztliche Versorgung im Freistaat Sachsen inne.

Die fehlende einheitliche Vermittlung und das Zusammenspiel von Kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und notärztlicher Versorgung führen unter anderem dazu, dass die Hälfte aller Notarzteinsätze in Sachsen mittlerweile als „nicht notarztindiziert“ zu klassifizieren ist. Hier werden wertvolle und knappe Ressourcen vergeudet. Die einheitliche Vermittlung als „Ein-Weg-System“ gewährleistet, dass der Patient zum „richtigen“ Hilfesystem geroutet wird. Sie entlastet dadurch alle Hilfesysteme wie Notfallaufnahmen, Krankenhäuser und Rettungsdienst. Nicht ohne Grund hat der Gesetzgeber unter § 75 Abs. 1 b Satz 6 eine Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen angeregt.

Trotz dieser Notwendigkeit sprechen sich verantwortliche Körperschaften weiterhin dafür aus, dass es bei einer Trennung der Vermittlung verbleibt, also der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst über die Implementierung einer Doppelstruktur separat vermittelt werden soll. Aus Sicht der Ersatzkassen ist dies geradezu ein Paradebeispiel dafür, wie trotz der allgemeinen Erkenntnis in die Notwendigkeit aus Partikularinteressen am Sektorendenken festgehalten wird.

Der Freistaat Sachsen wird gebeten, sich dieses Sachverhaltes im Sinne einer Versorgungsverbesserung und Ressourcenschonung dringend anzunehmen.

#### Sektorenübergreifende Bedarfsplanung für den ambulanten und stationären Bereich

Der Schlüssel für die sektorenübergreifende Versorgung der Zukunft ist die Etablierung der gemeinsamen Bedarfsplanung für den ambulanten und stationären Bereich. In Sachsen ist circa die Hälfte aller hausärztlichen Planungsbereiche drohend unterversorgt. Diese finden sich in aller Regel im ländlichen Raum. Bei weiteren Facharztgruppen setzt sich dies punktuell fort, wohingegen in städtischen Ballungsgebieten eine erhebliche Überversorgung herrscht.

Auf die Zusammenhänge zwischen der Fehlallokation der Ressource „Arzt“ und einem zukünftigen „Arzt-Bedarf“ für Sachsen hatten wir zudem in der Vergangenheit mehrfach hingewiesen.

Der Bedarf an medizinischen Leistungen sollte deshalb zukünftig sektorenübergreifend geplant werden. Dies gilt besonders für die allgemeinen fachärztlichen Leistungen und die Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus. Hieraus können erhebliche Versorgungsverbesserungen für die medizinische Versorgung in Sachsen resultieren. Die gemeinsame Planung sollte verantwortlich durch Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen durchgeführt werden.

Der Freistaat Sachsen wird gebeten, sich für eine perspektivische sektorenübergreifende Bedarfsplanung beim Bundesgesetzgeber einzusetzen.

#### Arztentlastende Dienste: Delegationsleistungen flächendeckend ermöglichen

Insbesondere in ländlichen Regionen mit geringen ärztlichen Versorgungsgraden müssen die niedergelassenen Ärzte deutlich mehr Patienten versorgen als ihre städtischen Kollegen. Um die ärztlichen Kapazitäten optimal zu nutzen, ist es sinnvoll, delegationsfähige Leistungen an eine nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA) zu übertragen.

Es wurde im Rahmen der Erprobung der nichtärztlichen Praxisassistenz ermittelt, dass diese circa 1.200 Hausbesuche pro Jahr übernehmen könnte und damit den Hausarzt um circa 400 Stunden Arbeitszeit entlasten würde. Bezogen auf die Tätigkeiten des Hausarztes in der Praxis ergeben sich daraus freie Kapazitäten für jährlich circa 2.200 zusätzliche Patientenkontakte.

Eine wirtschaftliche Auslastung einer nichtärztlichen Praxisassistenz ist für eine Einzelpraxis unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht möglich. Ärzte einer Region sind zunächst zu einer gemeinsamen Beauftragung einer Praxisassistenz zu motivieren.

Der Katalog der delegierbaren Leistungen ist derzeit klar umrissen und umfasst nur Tätigkeiten, die außerhalb der Arztpraxis, z. B. im häuslichen Umfeld des Patienten, als delegationsfähige ärztliche Leistungen ausgeführt werden dürfen.

Dieser Katalog sollte daher um weitere Einsatzfelder erweitert werden:

- Übernahme Case-Management,
- Übernahme Wundmanagement,
- Übernahme Schnittstellenmanagement beim Übergang ambulant zu stationär sowie vom Haus- zum Facharzt (inkl. Terminkoordination, Austausch notwendiger Dokumentationen und Befundunterlagen),
- Umsetzung von Behandlungsleitfäden und Versorgungsprogrammen,
- Unterstützung bei strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke,
- Unterstützung bei der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen, in der Palliativversorgung und in der ärztlichen Praxis

Zur Vergütung delegationsfähiger Leistungen wurden mehrere Pauschalen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, der Honorarordnung der Vertragsärzte, aufgenommen. Diese Regelungen sind durch die Selbstverwaltung attraktiver auszugestalten.

Der Freistaat Sachsen könnte über die Förderung nach den kürzlich erlassenen Richtlinien für eine flächendeckende Bereitstellung dieses Angebotes sorgen.

#### Kommunale Versorgungszentren aufbauen

Rückgrat der ambulanten Versorgung in Sachsen sind bisher die Vertragsärztinnen und -ärzte in Niederlassung. Zusätzlich konnten mit Anstellungsverhältnissen weitere Ärzte für die vertragsärztliche Versorgung gewonnen werden, die nicht selbst eine Niederlassung anstrebten. Die Versorgungslast verteilt sich dadurch auf mehrere Schultern, ohne dass neue Behandlungskapazitäten hinzukamen.

Insbesondere in ländlichen Regionen fehlt es nach wie vor an Initiatoren, die zusätzliche Behandlungskapazitäten für die Bevölkerung schaffen. Auch Krankenhäuser als Träger medizinischer Versorgungszentren sowie die KV Sachsen als Betreiber sogenannter Eigeneinrichtungen stoßen hier an Grenzen.

Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft können hier neue Impulse setzen. Sie stimulieren auch die Ansiedlung neuer Anbieter, um die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen. Dazu sollten die Kommunen durch Förderung beim Aufbau dieser Versorgungszentren und beim Betreiben finanziell unterstützt werden. Zusätzlich sollen fachlich versierte Aufbauhelfer für die Kommunen bereitgestellt werden, damit diese Einrichtungen schnell zur Verfügung stehen.

Diese Versorgungszentren sollen nicht nur vertragsärztlich tätig werden, sondern auch nichtärztliche Praxisassistenten für delegierbare Leistungen vorhalten und koordinieren. Dazu ergänzend könnten auch Pflegeleistungen und Heilmittel unter einem Dach angeboten werden. Sie sind damit zukünftige Versorgungstützpunkte im ländlichen Raum.

#### Flexibilisierung der ärztlichen Niederlassung: Hürden abbauen

Die aktuelle Zulassungsverordnung kennt bislang nur die volle oder halbe Arztstelle. Verbunden ist dies mit einer Mindestöffnungszeit von 20 bzw. 10 Wochenstunden. Diese Grenzen sind unflexibel und berücksichtigen die Interessen potentieller neuer Vertragsärzte sowie die tatsächlichen örtlichen Gegebenheiten nicht. Diese Grenze muss für Regionen, die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festlegt, reduzierbar sein.

Dadurch könnten an dem örtlichen Bedarf ausgerichtete Kleinstzulassungen realisiert und neue Behandlungskapazitäten gewonnen werden, d. h. dass beispielsweise auch eine Niederlassung im Umfang von fünf Wochenstunden für Grundversorger möglich sein muss, wenn diese Form einer ärztlichen Tätigkeit von Interessenten nachgefragt wird. Die Zulassungsverordnung Ärzte ist anzupassen.

Sofern sich mit diesen Zulassungen Investitionsbedarfe ergeben, die sich aufgrund der im Vergleich zu Vollzeitpraxen verhältnismäßig niedrigeren Umsätze nicht erwirtschaften lassen, soll sich der Freistaat über einen Förderfonds an den Investitionen beteiligen.

#### Telemedizin in Sachsen ausbauen

Telemedizinische Anwendungen können in Zukunft die medizinische Versorgung sinnvoll ergänzen. Dies kann besonders für die Versorgung der Bevölkerung in Sachsen von Bedeutung sein. Schwierig gestalten sich derzeit die fehlende Transparenz der Angebote, die fehlenden Softwarestandards, eine fehlende qualitätsgesicherte Nutzenbewertung und eine fehlende Kommunikation dieser Programme mit der Praxissoftware der Arztpraxen.

Der Freistaat Sachsen soll daher darauf hinwirken, dass telematische Anwendungen bundeseinheitlich erfasst und nach ihrem medizinischen Nutzen bewertet werden. Zusätzlich sollen einheitliche Softwarestandards festgelegt werden, die die Kommunikation telemedizinischer Anwendungen und Gesundheits-Apps mit der Praxissoftware der Ärzte ermöglicht.

### Ärztliche Berufsordnung weiterentwickeln – Fernbehandlungsverbot aufheben

Die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes ist die Grundlage jedes sinnvollen thematischen Ansatzes in der Versorgung. Das Fernbehandlungsverbot muss daher aufgehoben werden, um eine Grundversorgung der Bevölkerung in Regionen, wo keine vertragsärztliche Versorgung wirtschaftlich realisiert werden kann, zu gewährleisten. Erfahrungen anderer Staaten und von Unternehmen haben gezeigt, dass mittels Fernbehandlung eine Grundversorgung entlegener Gebiete möglich ist.

Die Erschließung digitaler Anwendungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ist von herausragender Bedeutung. Der Freistaat Sachsen soll sich daher für eine Gesetzesinitiative einsetzen, die die Einführung neuer Behandlungsmethoden, die auf digitalen Technologien beruhen, schnell, flächendeckend und einheitlich ermöglicht.

Die konkrete praktische Anwendung kann zum Beispiel im Bereich der Delegationsleistungen, der kommunalen Gesundheitszentren und der Videosprechstunde stattfinden. Die Ersatzkassen können hier Erfahrungen aus bundesweiten Projekten einbringen.

### Breitbandausbau vorantreiben

Der schnelle Onlinezugriff mit mindestens 1 Gbit/s muss in Sachsen Standard werden. Dazu muss die Bereitstellung der Infrastruktur unter Berücksichtigung überregionaler Entwicklungsfonds zu 100 Prozent durch den Freistaat gefördert werden. Das durch den Freistaat gegründete Breitbandkompetenzzentrum bietet dafür eine solide Basis. Kompetenzen zum Ausbau sind nicht nur zu bündeln, vielmehr könnte der Freistaat eigenverantwortlich dafür sorgen, dass der Ausbau auch tatsächlich erfolgt. Die Funktion des Breitbandkompetenzzentrums sollte dahingehend erweitert werden, dass Planung, Finanzierung, Ausschreibung und Baubeaufsichtigung aus einer Hand erfolgen. Dies bringt wirtschaftliche und zeitliche Synergieeffekte und beschleunigt den Ausbau erheblich.

### Fernbehandlung flächendeckend anbieten

Nach einer möglichen Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes und der Bereitstellung der infrastrukturellen Voraussetzungen soll eine Fernbehandlung in allen medizinisch vertretbaren Fällen grundsätzlich möglich sein. Dazu müssen gegebenenfalls sächsische Abrechnungsmöglichkeiten für die erbrachten Leistungen geschaffen werden. Bei der Auswahl und Beschaffung der Software, die Fernbehandlung technisch unterstützt, soll die KV Sachsen unterstützend tätig werden. Damit dieses Angebot flächendeckend in den sächsischen Arztpraxen vorgehalten werden kann, sind Zielquoten für die Verbreitung mit der KV Sachsen zu vereinbaren.

Der Freistaat Sachsen soll über einen Förderfonds die einmalige Beschaffung der Technik in den Arztpraxen je nach Versorgungsgrad bis zu 100 Prozent fördern.

#### Quote der Weiterbildungsbefugnisse der Vertragsärzte erhöhen

Erfahrungen im Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen Sachsen haben gezeigt, dass Weiterbildungsbefugnisse der Ärzte in unterversorgten Regionen oft nur unzureichend vorhanden sind. Damit sind die gezielte Ausbildung von Nachwuchs in den Regionen und eine geordnete Praxisübergabe bei Eintritt des Vertragsarztes in den Ruhestand oft nicht möglich.

Deshalb ist die Quote der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis kontinuierlich zu erhöhen. Hierfür sind für den Freistaat Sachsen Zielquoten zu vereinbaren.

#### Ideenwettbewerb zur Versorgung ausschreiben

Das Gemeinsame Landesgremium gemäß § 90 a SGB V plant, modellhaft Versorgungsprojekte in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung in zwei Regionen in Sachsen durchzuführen. Darüber hinaus sollte ein Ideenwettbewerb zu Versorgungsprojekten ausgeschrieben werden, der Unternehmen, Universitäten und Bürger gleichermaßen anspricht. Die einzureichenden Projektideen sollen auf die Versorgungssituation im Freistaat Sachsen zugeschnitten sein und von einer unabhängigen Jury auf deren Umsetzung hin bewertet werden.