

Das „Drei-Säulen-Modell“
der FDP-Fraktion zur nachhaltigen
Stärkung der Versorgungsstrukturen
in Thüringen

Thüringen
gesund!

THÜRINGEN *gerecht*



Weitere Informationen
www.thl-fdp.de



„Die Bekämpfung des Ärztemangels stellt eine zentrale Herausforderung dar, vor der die Thüringer Landespolitik steht und in Zukunft noch mehr stehen wird. Nur dort, wo optimale Versorgung in allen Bereichen gewährleistet werden kann, wollen und können Menschen leben. Denn wir alle wissen: Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Marian Koppe



„Die Fördermöglichkeiten werden in Thüringen derzeit bei Weitem nicht ausgeschöpft. Andere Bundesländer haben bereits eigene ‚Landarztprogramme‘ aufgelegt. Dadurch ist Thüringen im Wettbewerb um die Mediziner zum Nachlegen gezwungen.“

Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen



„Die Thüringer brauchen 2020 nicht den höchsten Anteil an erneuerbarer Energie, sondern eine gute medizinische Versorgung.“

Guido Dressel, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse Thüringen



„Alle drei Säulen des FDP-Konzepts ‚Thüringen gesund‘ sind wichtig, um ein großes Problem anzugehen, für das es keine einfachen Lösungen gibt.“

*Paul-Friedrich Loose,
Landesgeschäftsführer Mitte der Barmer GEK*

Inhaltsverzeichnis

A. Ist-Situation in Thüringen	3-6
1. Problembeschreibung	3-4
2. Bisherige Lösungsansätze	5-6
B. Lösungsvorschlag: Drei-Säulen-Modell zur Sicherung der Versorgungsstruktur	7-14
1. Möglichkeiten des Versorgungsstrukturgesetzes richtig nutzen!	7-9
2. Medizinische Ausbildung in Thüringen stärken!	9-12
2.1 Ausbildungskapazitäten ausbauen	
2.2 Ausbildungszugang bedarfsorientiert gestalten	
2.3 Ärztenachwuchs in Thüringen halten	
3. Kommunale Verantwortung ausbauen!	12-14
3.1 Hausarztförderung für Landkreise	
3.2 Medizinische Versorgung als entscheidender Standortfaktor – Niederlassung stärken	
3.3 Eigeneinrichtungen der Kommunen	
C. Zusammenfassung	15-17

Thüringengesund!

Die FDP hat bereits im Wahlkampf 2009 auf den drohenden Ärztemangel hingewiesen, denn dieser ist kein künftiges Schreckensszenario, sondern bereits heute eine für alle spürbare Tatsache. Laut Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen fehlten im Mai 2012 im Freistaat bereits 244 Hausärzte und 25 Fachärzte. Zudem ergebe sich bis 2020 ein Bedarf an 1.588 Hausärzten und 1.645 Fachärzten.

Wir wollen dem sich verschärfenden Ärztemangel mit dem Ihnen vorliegenden „Drei-Säulen-Modell zur nachhaltigen Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen in Thüringen“ entgegenwirken. Das Maßnahmenpaket umfasst dabei eine bessere Nutzung der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen des Bundes für Thüringen, die Stärkung der Mediziner-ausbildung im Freistaat sowie den Ausbau der kommunalen Verantwortung.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat die schwarz-gelbe Bundesregierung wichtige Weichenstellungen vorgenommen, damit das Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann. Gerade strukturschwache ländliche Gebiete können davon profitieren. Diese neuen Möglichkeiten gilt es auf Landesebene richtig zu nutzen.

Zur Stärkung der medizinischen Ausbildung in Thüringen will die FDP-Fraktion 25 Studienplätze für Medizin pro Semester mehr schaffen. Um die Mehrkosten zu finanzieren, haben wir zahlreiche Einsparvorschläge erarbeitet. Außerdem müssen wir den Ausbildungszugang besser steuern. So soll eine 10-prozentige



„Landarztquote“ bei der Vergabe der Studienplätze sicherstellen, dass ein Teil der Medizinstudenten auch später in Thüringen praktiziert. Des Weiteren müssen Studierende, die in Thüringen bleiben wollen, bereits frühzeitig finanziell gefördert und gebunden werden. Hierzu sollen die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen einen paritätisch finanzierten, gemeinsamen Strukturfonds bilden, aus dem Maßnahmen wie Studienbeihilfen finanziert werden können.

Außerdem halten wir die Stärkung der kommunalen Verantwortung für nötig. Wir Liberalen wollen den flächendeckenden Aufbau einer Hausarztförderung der Landkreise. Die Koordinierungsstelle soll beim jeweiligen Landratsamt angesiedelt werden und im ambulanten Bereich bei der Aus- und Weiterbildung junger Ärzte intensiv mit den Akteuren vor Ort zusammenarbeiten. So kann es gelingen, Mediziner über Mentorenprogramme bereits in der Ausbildung in die Versorgungsstrukturen des ländlichen Raums einzubinden und ihnen das Rüstzeug zu geben, eine eigene Allgemeinarztpraxis zu führen. Außerdem soll es den Kommunen über Fördermaßnahmen ermöglicht werden, günstige Praxisräume und Grundstücke für die Niederlassung von Ärzten zur Verfügung zu stellen.

Mit diesem Papier zeigen wir, wie Thüringens ambulante Versorgungsstrukturen fit für die zukünftigen Herausforderungen gemacht werden können.

Uwe Barth

*Vorsitzender der FDP-Fraktion
im Thüringer Landtag*

Marian Koppe

*Gesundheitspolitischer Sprecher
der FDP-Fraktion im Thüringer
Landtag*

A. Ist-Situation in Thüringen

1. Problembeschreibung

Die Bundesrepublik Deutschland steuert auf einen dramatischen Ärztemangel zu. Flächenländer wie Thüringen sind davon besonders betroffen.

Landärzte, die händeringend einen Nachfolger suchen, viele Seiten mit Stellenangeboten für Ärzte in den Standesblättern und Patienten, die lange auf Termine warten müssen – der Ärztemangel ist kein künftiges Schreckensszenario, sondern eine bereits heute spürbare Tatsache. Dieser Ärztemangel wird sich im Laufe der nächsten zehn Jahre noch erheblich verschärfen. Bis zum Jahr 2020 gehen in der gesamten Bundesrepublik insgesamt fast 52.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, davon knapp 24.000 Hausärzte und 28.000 Fachärzte, in den Ruhestand. Hinzu kommen noch circa 20.000 Chef- und Oberärzte an Krankenhäusern, die dann ebenfalls das Rentenalter erreichen werden. Gleichzeitig wird die Bevölkerung immer älter, wodurch der Versorgungsbedarf steigt. Der Ersatzbedarf an Ärzten ist daher extrem hoch, und die potenziell zur Behandlung von Patienten zur Verfügung stehende Zeit reduziert sich über alle ärztlichen Tätigkeitsgebiete hinweg immer mehr. Derzeit studieren in der Bundesrepublik insgesamt knapp 76.000 junge Menschen Medizin. Theoretisch könnte damit der Ersatzbedarf weitgehend gedeckt werden. Aber nur 60 Prozent der Absolventen werden nach ihrem Studium in der medizinischen Versorgung tätig.

Viele suchen ihr Glück in der Wirtschaft oder im Ausland. Lässt sich die Versorgung in Ballungsräumen und Großstädten noch einigermaßen problemlos aufrechterhalten, spürt man im ländlichen Raum schon heute massive Aus-

wirkungen der Unterversorgung. Besonders davon betroffen sind die neuen Bundesländer, die zusätzlich zur älter werdenden Bevölkerung noch die Abwanderung gut ausgebildeter junger Menschen verkraften müssen.

Die Gründe, weshalb die Zahl der Ärzte rückläufig ist, sind vielfältig. Zum einen steigt das Durchschnittsalter der praktizierenden Ärzte kontinuierlich an, viele erreichen in den nächsten Jahren das Rentenalter. Auf der anderen Seite kommt immer weniger Nachwuchs im kurativen Bereich an. Lag 1993 das Durchschnittsalter der Vertragsärzte in der Bundesrepublik noch bei 46,6 Jahren, betrug es 2011 schon 52,5 Jahre. Die Zahl der berufstätigen Ärzte im Alter von 60 Jahren und darüber stieg dramatisch in den letzten neun Jahren von 35.241 auf 48.815.¹ „40 Prozent aller Hausärzte sind älter als 60. In wenigen Jahren wird das Problem noch sehr viel größer sein“, warnte Regina Feldmann, ehemalige Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringens (KVT) bereits im April 2010.²

Was für die gesamte Bundesrepublik zutrifft, gilt verschärft für den Freistaat Thüringen. Die Gesamtzahl der 10.675 in Thüringen praktizierenden Ärzte³ lässt sich – bezogen auf die Frage, ob im Freistaat bereits heute eine medizinische Unterversorgung existiert – unterschiedlich interpretieren. Diese Zahl allein hat jedoch rein statistischen Wert. Sie bildet nicht die täglich erlebte Realität der Patienten und der im Gesundheitswesen Tätigen ab. Diese besteht aus langen Wartezeiten auf Facharzttermine, weiten Anfahrtswegen, hoher Arbeitsbelastung der Heilberufsangehörigen und einem hohen Durchschnittsalter der praktizierenden Ärzte. In Einzelfällen praktizieren Ärzte noch mit über 70 Jahren, weil ein Nachfolger

¹ Statistiken der Bundesärztekammer, Stand 31.12.2003 bzw. 31.12.2011.

² Vgl. Ärzte Zeitung vom 16.04.2010.

³ Statistik der Bundesärztekammer, Stand 31.12.2008.

fehlt und anderweitig die Versorgung nicht gesichert werden kann. Darüber, dass in Zukunft gerade der ländliche Raum in Thüringen mit einem massiven Ärztemangel zu kämpfen haben wird, herrscht zwischen Gesundheitsexperten und Politik inzwischen Einigkeit.

Diejenigen, die dennoch gegen den bereits heute existierenden Ärztemangel argumentieren, nutzen vor allem den statistischen Wert des Verhältnisses „Anzahl Patienten pro Arzt“. Dieser ergibt sich aus der sogenannten „Bedarfsplanungsrichtlinie“. Nach dieser Richtlinie werden die Bedarfe für die einzelnen Arztgruppen bezogen auf einzelne Raumtypen (1. Raumtyp: Agglomerationsräume, 2. Raumtyp: verstädterte Räume, 3. Raumtyp: ländlicher Raum) festgelegt und bestimmen somit die Zahl der zuzulassenden Ärzte. Die Bedarfsplanung wurde vom Gesetzgeber 1992 eingeführt, um bundesweit eine ausgewogene haus- und fachärztliche Versorgung zu sichern. Ziel war es ursprünglich, einen Anstieg der Arztzahlen vor allem in überversorgten Gebieten zu verhindern. Mit der aktuellen Bedarfsplanung gelingt es nicht, den vielerorts drohenden Ärztemangel zu beseitigen. Ein Problem ist, dass sich der Bedarf an Ärzten bislang nur an der Einwohnerzahl orientiert hat. Erst seit Anfang 2011 fließt in die Berechnung der Verhältniszahlen deshalb auch ein sogenannter „Demografiefaktor“ ein. Er soll den höheren Versorgungsbedarf von älteren Patienten berücksichtigen. Ist zum Beispiel in einer Region die Zahl der über 60-Jährigen sehr viel höher als sonst im Bundesgebiet, dann dürfen sich dort beispielsweise auch mehr Augenärzte niederlassen.⁴

Diese Bedarfsplanungsrichtlinie wird bis dato also den aktuellen Verhältnissen in Thüringen

– geprägt durch eine älter werdende Gesellschaft, die Abwanderungsbewegung junger Leute und einen damit einhergehenden erhöhten Versorgungsbedarf – nicht mehr gerecht. Die Folge ist, dass die Zahl der geplanten Arztstellen schon lange nicht mehr den tatsächlich benötigten entspricht. Ob zudem künftig alle Planstellen (Praxissitze) mit entsprechendem Personal besetzt werden können, ist ein weiteres, gerade für den ländlichen Raum jedoch entscheidendes Problem. Laut Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) fehlen tatsächlich im Land Thüringen 244 Hausärzte und 25 Fachärzte (Stand 15.05.2012).

Dieses Missverhältnis von Bedarf und Nachwuchsgewinnung wird gerade in ländlichen Räumen schwerwiegende Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben. Dies geht hervor aus der am 05.05.2010 in Berlin vorgestellten Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI).⁵ Alle 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hatten das ZI beauftragt, ihren regionalen Versorgungs- und Arztbedarf bis zum Jahr 2020 abzuschätzen. Die Daten sollen zudem dazu dienen, Standorte zu identifizieren, die bevorzugt mit Ärzten besetzt werden müssen, um die größten Engpässe vor Ort zu vermeiden. Die dramatischsten Zahlen sind nach Erkenntnissen dieser Untersuchung hierbei für Thüringen zu erwarten. Um für ausscheidende Ärzte genug Nachfolger zu finden und den Mehrbedarf zu decken, der sich aus der steigenden Zahl älterer Menschen ergibt, müsste die Anzahl jährlich neu zuzulassender Hausärzte – im Vergleich zum Jahr 2008 – in Thüringen um 53 Prozent steigen. Bis 2020 ergibt sich allein für Thüringen ein Bedarf an 1.588 Hausärzten und 1.645 Fachärzten.

⁴ Vgl. Homepage KBV, Bedarfsplanung.

⁵ Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) (Hrsg.), Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens. Eine kleinräumige Analyse zum Jahr 2020 (Stand: 25.08.2009), bzw. ZI (Hrsg.), Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfs in Thüringen und Westfalen-Lippe auf Basis der Bevölkerungsprognose bis 2025 (Stand: 05.05.2010).

2. Bisherige Lösungsansätze

Die Landesregierung nimmt das Problem des Ärztemangels nicht ernst. Die schwarz-rote Regierungskoalition verweist bei jeder sich bietenden Gelegenheit darauf, dass für die Lösung des Problems alleinig die Bundesebene zuständig und man selbst mit dem Stipendien-System der „Stiftung für die ambulante ärztliche Versorgung Thüringens“ ausreichend aktiv geworden sei.

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und der Landesregierung im Jahr 2009 gegründete Stiftung will mit Stipendien die „drohende Unterversorgung nicht nur einzelner Gebiete, sondern des ganzen Bundeslandes“ bekämpfen, sagte die damalige KV-Vorsitzende Regina Feldmann.⁶ Zweck der Stiftung sei die Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen, indem die jungen Ärzte frühzeitig an Thüringen gebunden werden. Dies soll insbesondere durch Schaffung eines Thüringer Stipendiums – in der Form eines Niederlassungszuschusses – zur Bindung junger Ärzte im Freistaat Thüringen geschehen.⁷ Bei diesem Modell erhält ein Stipendiat, also ein zur Niederlassung in Thüringen bereiter Fach- oder Hausarzt, bei einer späteren Niederlassung in Thüringen monatlich 250 Euro.

Allerdings ist die Wirkung dieses Stipendienmodells aus folgenden Gründen umstritten:

1. Geringe finanzielle Ausstattung durch den Freistaat: Das Stiftungskapital betrug im Jahr 2010 insgesamt lediglich 300.000 Euro. Damit kann keine am tatsächlichen Bedarf orientierte Zahl an Sti-

pendien ausgegeben werden. Zudem ist die Fördersumme von 250 Euro monatlich – als Niederlassungsanreiz für Haus- und Fachärzte – zu niedrig, sodass selbst die bisher zur Verfügung stehenden Fördersummen aufgrund fehlender Bewerberzahlen nicht ansatzweise ausgeschöpft werden.

2. Fehlförderung/Mitnahmeeffekte: Ein weiteres Problem – neben der fehlenden Attraktivität des Stipendienangebotes – stellen mögliche Mitnahmeeffekte dar. So machte gerade die Übergabe des ersten Stipendiums diese Gefahr exemplarisch deutlich. Hier bewarb sich eine Stipendiatin, die nach ihrem Studium die elterliche Praxis übernehmen wollte, was nicht dem Stiftungszweck entsprach. Die Aufstockung ihres Einkommens mit Stiftungsgeldern war dennoch willkommen. Auch hier wird die avisierte Steuerungswirkung nicht erreicht.

Neben dem Stipendien-System gibt es beispielsweise für die Kassenärztliche Vereinigung die Möglichkeit, Investitionskostenzuschüsse und fallzahlabhängige Sicherstellungszuschläge an Ärzte in einem Planbereich mit festgestellter Unterversorgung zu zahlen. Für die Feststellung einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verantwortlich.⁸

In Thüringen hat die Kassenärztliche Vereinigung (KVT) mit der „Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen“ ein weiteres Modell zur Bekämpfung des Ärztemangels in der Fläche entwickelt. Die KVT mietet Räume und stellt dort Ärzte und Praxispersonal ein, um die ambulante Versorgung si-

⁶ Vgl. Ärztezeitung vom 16.04.2010.

⁷ Vgl. Homepage der Stiftung ambulante Versorgung

⁸ Derzeit gilt eine Region mit einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent an Hausärzten als unterversorgt, bei Fachärzten sind es 50 Prozent. Grundlagen hierzu sind in § 100 SGB V und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelt.

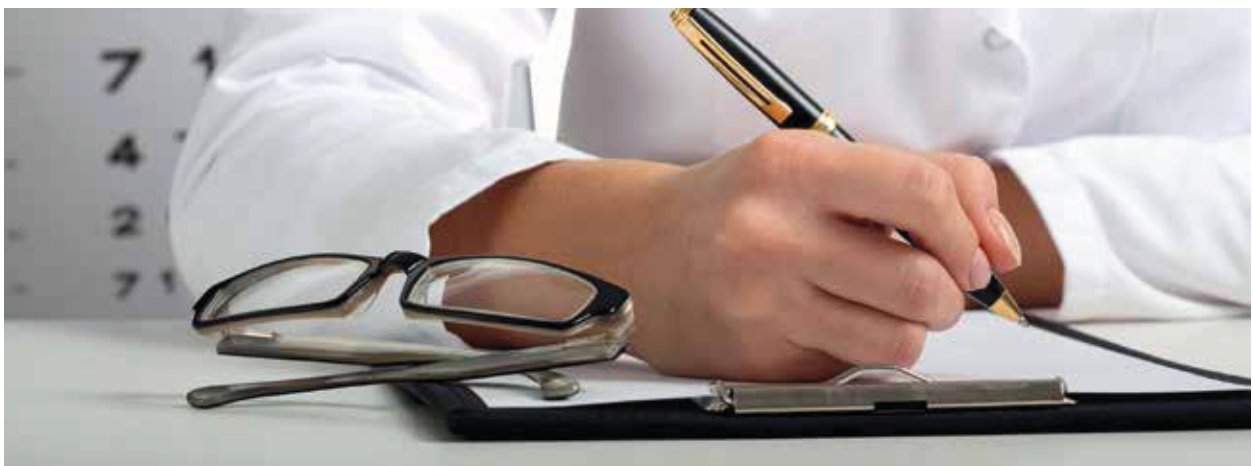
cherzustellen. In erster Linie sollen damit junge Ärzte gefördert werden, die als Angestellte ohne eigenes finanzielles Risiko die Praxisführung kennen lernen. Dieses Modell der Eigen-einrichtung hat durchaus Innovationspotenzial. Allerdings gibt es dagegen massive Vorbehalte in der Ärzteschaft selbst, da die jungen Ärzte keinerlei geschäftliches Risiko tragen und bereits nach kurzer Zeit die Praxis günstig übernehmen können. Im Sommer 2009 gründete die KVT des Weiteren ein sogenanntes „Rentner-Team“. Die sechs Ruheständler sind bei der KVT angestellt, die dafür in Gotha eine eigene Praxis gründete.

Darüber hinaus behilft man sich derzeit in Thüringen – gerade im stationären Bereich – in erster Linie mit Kräften aus dem Ausland. Die Zahl der in Thüringen tätigen ausländischen Ärzte hat sich seit Beginn des Jahrtausends fast versechsfacht. Im Jahr 2011 arbeiteten insgesamt 839 Mediziner aus dem Ausland in Kliniken oder Praxen im Freistaat.⁹ Dabei ergeben sich allerdings Probleme, u. a. bei der Sprachkompetenz und den unterschiedlichen fachlichen Ausbildungsstandards in den Herkunftsländern. Daher ist es aus unserer Sicht unerlässlich, dass – wie bei der fachlichen Eignung –, auch die ausreichende Sprachkompetenz vor einer Anstellung an Thüringer Gesundheitseinrichtungen verpflichtend zu prüfen ist.¹⁰ Bei allen bisherigen Lösungsansätzen wird

deutlich, dass diese höchstens eine mildern-de Wirkung auf die Entstehung von Versorgungslücken bzw. bei Unterversorgung haben können. Allerdings wirkt sich der Ärztemangel schon heute massiv aus und wird sich in Zukunft noch verschärfen, sodass die bisherigen Vorschläge nicht ausreichen, den Ärztemangel wirkungsvoll zu bekämpfen und die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung, vor allem auf dem Land, auch in Zukunft auf dem bisherigen Niveau sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund des bereits bestehenden und sich in Zukunft noch verschärfenden Problems des Ärztemangels und der Erkenntnis nur unzureichender Lösungsansätze seitens der Landesregierung hat die FDP-Fraktion im Thüringer Landtag ein Drei-Säulen-Modell entwickelt. Die Anwendung des Modells führt zu einer nachhaltigen Stärkung der ärztlichen Versorgungsstrukturen in Thüringen und zu einer Vorbereitung des Freistaats auf zukünftige Herausforderungen.

Die drei tragenden Säulen des Modells setzen sich zusammen aus: 1. der richtigen Nutzung der Möglichkeiten des Versorgungsgesetzes, 2. einer Stärkung der medizinischen Ausbildung in Thüringen und 3. dem Ausbau kommunaler Verantwortung im Bereich der medizinischen Versorgung.



B. Das „Drei-Säulen-Modell“ zur Sicherung der Versorgungsstruktur

1. Erste Säule: Möglichkeiten des Versorgungsstrukturgesetzes richtig nutzen!

Das FDP-geführte Bundesministerium für Gesundheit hat in dieser Legislaturperiode drei zentrale Reformgesetze erarbeitet.

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, AMNOG) hat die Effizienz und die Qualität der Arzneimittelversorgung gesteigert, indem eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten etabliert wurde.¹¹

Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz, GKV-FinG) wurden die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems kurz- und mittelfristig auf eine solide Basis gestellt.¹²

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) erfolgen jetzt nachhaltige Weichenstellungen in Versorgungsstrukturen, damit unser Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann.

Mit dem GKV-VStG erkennt die Politik erstmals an, dass es in Deutschland einen ernst zu nehmenden Ärztemangel gibt und die ambulante Versorgung in Zukunft stark gefährdet ist. Dies haben die Vorgängerregierungen stets in Abrede gestellt, mit der Folge, dass heute in einigen Regionen die Versorgung bereits auffallend ausgedünnt ist. Das GKV-VStG enthält zahlreiche neue Ansätze beispielsweise im Bereich der mobilen Versorgungskonzepte (§ 24

Ärzte-ZV), der Aufhebung der Residenzpflicht (§ 24 Ärzte-ZV), beim Ausbau der Telemedizin gerade in ländlichen Gebieten (§ 87 SGB V), bei der Erbringung von Krankenhausleistungen durch Vertragsärzte (§§ 115a, b SGB V) oder dem Aufkauf der vertragsärztlichen Zulassung durch KVen (§ 105 Abs. 3 S. 2 SGB V).

Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung der durch das Versorgungsstrukturgesetz eröffneten Möglichkeiten ist jedoch die Bereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen, innerhalb ihres Verantwortungsbereichs die Potenziale der Gesetzesänderungen auszuschöpfen. Erst nachdem die vom Bundesgesetzgeber nach der Novellierung des SGB V eingeräumten Möglichkeiten zu dezentralen, regional optimierten Lösungen geführt haben, können die zweite und dritte Säule des liberalen Ärztekonzpts der FDP-Fraktion im Thüringer Landtag wirken. Wir halten für Thüringen nachstehend aufgeführte Einzeländerungen für zentral, um die Versorgungssituation in Thüringen zukünftig nachhaltig zu verbessern.¹³

a. Bedarfsplanung (§ 99 SGB V)

Die Bedarfsplanung gemäß § 99 SGB V wird durch das Versorgungsstrukturgesetz (§ 101 SGB V) grundlegend überarbeitet. Bisher entsprechen die Planungsbereiche den Städten und Landkreisen. Im Versorgungsstrukturgesetz ist bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien zu neuen Planungsbereichen erarbeitet, deren Ausgestaltung sich an den Anforderungen für eine flächendeckende Versorgung orientiert. Dabei können die Bereiche für hausärztliche, fachärztliche und spezialisierte fachärztliche Versorgung unter-

9 Nach Angaben der Landesärztekammer waren Ende vergangenen Jahres insgesamt 839 ausländische Mediziner im Freistaat Thüringen gemeldet. Das ist ein neuer, bisher nicht erreichter Spitzenwert. In den vergangenen zwei Jahren ist die Zahl der Ärzte mit ausländischen Wurzeln sprunghaft angestiegen. Ende 2010 waren es noch 714 Ärzte, im Jahr zuvor waren es lediglich 600 gewesen. Damit stammt inzwischen fast jeder zehnte Mediziner in Thüringen aus dem Ausland, teilte die Kammer mit. Der überwiegende Anteil ist in einem Krankenhaus beschäftigt und stammt aus Osteuropa. Vor allem rumänische Ärzte (120) zog es besonders häufig nach Thüringen, dicht gefolgt von Bulgaren, Slowaken (jeweils 69) und Ärzten aus Österreich (54). Von den ausländischen Kollegen arbeiten 744 im Krankenhaus, 54 ambulant und die übrigen sind in Behörden beschäftigt, vgl. Ärztezeitung vom 16.02.2012.

schiedlich ausgestaltet werden. Bei der Anpassung der Verhältniszahlen muss der Gemeinsame Bundesausschuss die demografische Entwicklung der jeweiligen Region berücksichtigen (Demografiefaktor).

Die Länder erhalten ein größeres Mitwirkungsrecht und sind künftig im Gemeinsamen Bundesausschuss beratend tätig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben künftig im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den aufgestellten Bedarfsplan den zuständigen Landesbehörden vorzulegen. Die Landesbehörden erhalten ein Beanstandungsrecht.

Die Länder halten die Rechtsaufsicht über die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Die Länder regeln, dass regionale Gremien zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen gebildet werden. Diese bestehen aus der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft sowie „weiteren Beteiligten“ (gemeint sind andere Sozialleistungsträger, Landesärztekammern, Patientenorganisationen und Landesbehörden). Diese Gremien erhalten einen Gestaltungsspielraum, beispielsweise bei der Festlegung der Verhältniszahlen und der Planungsbereiche. Die Beschlüsse dieses Gremiums sind jedoch für den Landesausschuss nicht bindend (§§ 90, 90a SGB V). Möglichen Bestrebungen der Landesregierung, den durch das Landesgremium erarbeiteten Empfehlungen gegenüber dem Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in Thüringen sowie dem Thüringer Krankenhausplanungsausschuss verbindlichen Charakter zu geben, erteilen wir eine klare Absage.

b. Vergütungsanreize (§§ 87a, 87b Abs. 3 SGB V)

Für „besonders förderungswürdige Leistungen“ sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern in strukturschwachen Gebieten können Vergütungszuschläge gemäß § 87a Abs. 2 SGB V vereinbart werden.

Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder zusätzlichen Versorgungsbedarf festgestellt, dürfen gemäß § 87b Abs. 3 SGB V für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder Fallzahlminderung bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereichs nicht angewendet werden.

c. Strukturfonds (§ 105 SGB V)

Die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhalten gemäß § 105 Abs. 1a SGB V die Möglichkeit, einen Strukturfonds zu gründen. Daraus können beispielsweise Investitionshilfen bei Neuniederlassungen, Gründungen von Zweigpraxen, Vergütungszuschläge oder Zuschläge für Ausbildung oder die Vergabe von Stipendien bezahlt werden, um Ärzte für unterversorgte Regionen zu gewinnen. Finanziert wird dieser Fonds mit 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, über welche die KV verfügt. Den gleichen Betrag steuern die Landesverbände der Krankenkassen bei.

¹⁰ Vgl. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Presseveröffentlichung vom 06.11.2012

¹¹ Insgesamt sieht das AMNOG, zusammen mit einer bereits am 30.07.2010 in Kraft getretenen Regelung im Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG), Einsparungen für die Gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von 2,2 Milliarden Euro vor, vgl. Bundesministerium.

¹³ Basierend auf der Informationsbroschüre zum VStG des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Berlin 2012.

d. Mobile Versorgungskonzepte (§ 24 Ärzte-ZV)

Der Ausbau von „mobilen“ Versorgungskonzepten, sogenannten „Arztstationen“, soll unterstützt werden, so etwa durch die Möglichkeit zur Tätigkeit an weiteren Orten oder die Bildung von Zweigpraxen. Die von der Rechtsprechung entwickelten zeitlichen Beschränkungen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärzten in der stationären Versorgung werden gelockert (§ 24 Absatz 3 Ärzte-ZV).

e. Ermächtigungen (§§ 116, 116a SGB V, § 31 a Ärzte-ZV)

Krankenhäuser können künftig zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Eine solche Ermächtigung kann auch auf Ärzte erweitert werden, die in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen arbeiten. Ermächtigt werden können auch Ärzte, die in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind. Diese müssen jedoch die notwendige Weiterbildung abgeschlossen haben, und der Träger der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, muss zustimmen (§§ 116 und 116a SGB V).

f. Sonderbedarfszulassungen (§ 103 SGB V)

Das Instrument der Sonderbedarfszulassung zur Feinsteuerung der Versorgungssituation soll weiterentwickelt werden. Der Gemeinsa-

me Bundesausschuss soll hierzu Vorgaben entwickeln, wie ein lokaler Sonderbedarf festgestellt werden kann und welche Qualitätsanforderungen hierfür gestellt werden (§ 101 Abs. 1 SGB V).

g. Delegation ärztlicher Leistung (§ 28 SGB V)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden dazu aufgefordert, eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erstellen (§ 28 Absatz 1 SGB V). Die Bundesärztekammer kann hierzu Stellung nehmen. Bei der Delegation ärztlicher Leistungen muss, so die Gesetzesbegründung, die Letztverantwortung des Arztes erhalten bleiben. Der Arzt muss jedoch die Hilfsperson je nach den Erfordernissen überwachen und anleiten. Unberührt davon bleibt die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben. In dieser wurde festgelegt, in welchen Fällen eine Übertragung von Heilkunde auf Angehörige der Pflegeberufe möglich ist. Hierzu besteht die Möglichkeit für die Krankenkassen, entsprechende Modellvorhaben durchzuführen (§ 63 Absatz 3c SGB V).

2. Zweite Säule: Medizinische Ausbildung in Thüringen stärken!

2.1 Ausbildungskapazitäten ausbauen

Auf der einen Seite werden auf dem Land die Ärzte knapp. Auf der anderen Seite standen 2011 bundesweit 44.000 Bewerbern für ein Medizinstudium lediglich 8.800 Studienplätze zur Verfügung.¹⁴ Dies führt langfristig nicht nur

14 Der Westen, Experten fordern mehr Studienplätze für Mediziner, vom 19.08.2011.

zu überlangen Wartezeiten (teilweise bis zu 13 Semestern), sondern auch dazu, dass hochmotivierte Bewerber von der Aufnahme eines Medizinstudiums absehen müssen. In Zeiten der sich verschärfenden Ärztenknappheit ist dies ein kaum tragbarer Zustand. Zwar könnten theoretisch alle offenen Arztstellen in Deutschland durch die summarische Absolventenanzahl gedeckt werden, doch sind die absoluten Absolventenzahlen in der Praxis nicht eins zu eins auf fehlende Ärzte in Krankenhäusern bzw. in der Niederlassung übertragbar. Gerade im Bereich der Medizin sind die hochdotierten Verwendungsmöglichkeiten vielgestaltig. In den letzten Jahren und Jahrzehnten hat sich der Arbeitsmarkt für Mediziner erheblich ausdifferenziert. War es bis Anfang der 90er-Jahre üblich, dass Absolventen eines Studiums der Humanmedizin auch als Arzt tätig wurden, entweder mit der Perspektive, im Krankenhaus Ober- bzw. Chefarzt zu werden oder sich als freiberuflich tätiger Arzt niederzulassen, so sind seitdem die Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte außerhalb des klassischen Berufsbildes vielfältig. Diese alternativen Tätigkeitsmöglichkeiten werden von den Ärzten auch zunehmend genutzt, wie eine entsprechende Studie der Bundesärztekammer nahelegt.¹⁵

Dies bedeutet insbesondere für Thüringen, dass die bisherigen Studienplatzangebote nicht ausreichen, um den Verlust im Übergangsprozess vom Abschluss des Medizinstudiums zum Berufseinstieg auszugleichen. Thüringen stellt im Bereich Medizin zurzeit 220 Plätze pro Semester zur Verfügung.¹⁶ Ein erster Schritt wäre hier, die Anzahl der Studienplätze pro Semester in Thüringen um den Prozentsatz der Verluste vom kurativen zum nicht-kurativen Bereich anzuheben. Dies bedeutet – legt man die Zahlen der gemeinsamen Studie von BÄK

und KBV zugrunde – einen Ausbau der Studienplatzkapazitäten in Thüringen um mindestens 25 Plätze.¹⁷ Die Finanzierung dieser zusätzlichen Studienplätze muss landesseitig durch Einsparungen gegenfinanziert werden.¹⁸

2.2 Ausbildungszugang bedarfsorientiert gestalten

Anhand der Datenlage lässt sich feststellen, dass der ambulante Bereich in Thüringen vor massiven Herausforderungen steht. So haben laut Landesärztekammer Thüringen (LÄKT) im Jahr 2011 nach der Beendigung der Facharztausbildung lediglich vier Absolventen eine Tätigkeit in ambulanter Niederlassung aufgenommen, während sich 84 Mediziner für den Berufseinstieg im Krankenhausbereich entschieden haben.¹⁹ Um die ambulante Versorgung der Thüringer auch zukünftig sicherzustellen, ist es entscheidend, dass bereits bei der Studienplatzvergabe an Thüringer Hochschulen ein Mindestmaß an Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Bereich nach dem Abschluss des Studiums abgesichert ist.

Bisher werden die Studienplätze nach der sogenannten 20-20-60-Regel durch die „Stiftung für Hochschulzulassung“ vergeben. Dabei werden 20 Prozent der Plätze nach dem Notenschnitt des Abiturs, 20 Prozent nach der bisherig abgeleisteten Wartezeit und 60 Prozent der in Thüringen zur Verfügung stehenden Plätze nach den Vorgaben der Universität Jena vergeben.²⁰ Da diese Regelung grundsätzlich im „Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen“ vom 22. Juni 2006 geregelt wurde, bleibt lediglich die Möglichkeit, über ein zusätzliches, nur an zukünftig in Thüringen praktizierende Mediziner zu vergebendes Platzkontingent die spätere Aufnahme einer ärztlichen

¹⁵ Laut einer Studie der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2010 ist die Mehrheit der nicht mehr kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland primär im Gesundheitsmanagement angesiedelt, gefolgt von dem Bereich Arbeitsmedizin und gutachterlicher Tätigkeit. Daneben sind aber auch viele Ärzte im Bereich der Forschung, Medizininformatik, Medizinjournalismus und im Pharmavertrieb tätig, vgl. Studie BÄK 2010.

¹⁶ Thüringer Verordnung über die Vergabe von Studienplätzen an den staatlichen Hochschulen (Thüringer Vergabeverordnung) vom 18.06.2009, § 6 Quotierung.

¹⁷ Die Kosten eines Medizinstudienplatzes

Tätigkeit im ambulanten Bereich in Thüringen abzusichern.

Daher sollen zukünftig zehn Prozent der nunmehr 245 zu vergebenden Studienplätze in Thüringen an Abiturienten vergeben werden, die sich bei Aufnahme eines Medizinstudiums in Jena verpflichten, nach Beendigung des Studiums und der sich anschließenden Facharzt Ausbildung eine Tätigkeit in einem MVZ, in eigener Praxis oder in einem Gesundheitsamt im Freistaat aufzunehmen („Landarztquote“). Dieses neu zu vergebende Kontingent von 25 Studienplätzen muss allen Bewerbern gleichermaßen offenstehen. Nur damit wird der Gesetzgeber seinen Pflichten im Teilbereich „Gesundheit“ der öffentlichen Daseinsvorsorge gerecht.²¹

Laut § 5 „Öffentlicher Bedarf“ der „Thüringer Verordnung über die Vergabe von Studienplätzen an den staatlichen Hochschulen“ steht bisher lediglich der Bundeswehr ein bestimmter Anteil an reservierten Studienplätzen zu. Hier heißt es: „Das Bundesministerium der Verteidigung teilt der Stiftung für das Sommersemester bis zum 15. Januar, für das Wintersemester bis zum 15. Juli (Ausschlussfristen) unter Angabe einer Reihenfolge mit, wen es für die Studienplätze benennt, die dem Sanitätsdienst der Bundeswehr vorbehalten sind. Wer einen Studienplatz aus dieser Quote erhält, kann nicht nach anderen Bestimmungen dieser Verordnung zugelassen werden.“

2.3. Medizinnachwuchs an Thüringen binden

Ein zusätzlicher Anreiz, ein Medizinstudium im Freistaat zu beginnen und sich danach für die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Thürin-

gen zu entscheiden, soll mithilfe ausreichend bemessener Studienbeihilfen geboten werden.

Das Versorgungsstrukturgesetz bietet seit seinem Inkrafttreten in § 105 SGB V die Möglichkeit, dass Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen einen gemeinsamen Strukturfonds bilden, aus dem Maßnahmen gegen den drohenden Ärztemangel finanziert werden können. Dieser soll mit 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV und dem in gleicher Höhe zu erbringenden Anteil der Krankenkassen finanziert werden. Es stünden – bei entsprechender Nutzung des Förderelementes – in Thüringen jährlich rund 1 Million Euro für entsprechende Maßnahmen zur Verfügung.

Mit einem Teil dieser finanziellen Mittel sollten – in Absprache mit den verantwortlichen Akteuren – gerade diejenigen Studenten Beihilfe erhalten, die sich mit der Aufnahme eines Studiums zu einer späteren Tätigkeit in einer von Mangel bedrohten ambulanten Facharztgruppe oder der Allgemeinmedizin verpflichten.²² Diese Studienbeihilfen, die mindestens dem Bafög-Höchstsatz entsprechen müssen, sollen mit Bestehen des Physikums ausgezahlt werden, um so die Ausbildungsattraktivität von im Freistaat besonders benötigten Fachrichtungen adäquat zu unterstützen. Dies würde die soziale Durchlässigkeit erhöhen und gerade Studierenden aus sozial schwächeren Familien die Aufnahme und Durchführung eines Studiums erleichtern, die entweder die Aufnahme eines Studienkredites scheuen oder sonst unter die Förderbedingungen des Bafög fielen. Mit dieser Maßnahme könnte die Attraktivität des Medizinstudiums in Thüringen und insbesondere die spätere Niederlassung im ländlichen Raum nachhaltig gestärkt werden.

¹⁸ Dazu hat die FDP-Fraktion in die Beratungen zum Haushaltsentwurf 2012 mehr als 616 Vorschläge mit einem Gesamtvolumen von 197,5 Millionen Euro eingebracht. Allein die Abschaffung des Thüringer Landeserziehungsgeldes mit einem Volumen von rund 28 Millionen Euro (HH-Jahr 2012) würde ausreichen, um die entsprechenden zusätzlichen Kosten auskömmlich und ohne neue Schulden zu finanzieren. Vgl. Haushaltspaket der FDP-Fraktion zum Haushaltsentwurf 2012.

¹⁹ Vgl. Kleine Anfrage vom 09.09.2011, Drucksache 5/3289.

²⁰ Vgl. Informationen zum Hochschulwahlverfahren der Universität Jena, SS 2012.

Zudem könnte die Kassenärztliche Vereinigung Thüringens (KVT), finanziert aus Mitteln des Strukturfonds, alternativ zu Studienbeihilfen zukünftig Studierende, welche das Physikum bestanden haben, mit einem Arbeitsvertrag ausstatten. Diese „Werkstudenten“ wären somit bereits während des Studiums finanziell abgesichert und könnten später in den Einrichtungen der KVT eingesetzt werden. Dies hätte überdies den Vorteil, dass die KVT bedarfsgerecht frühzeitig einer drohenden Unterversorgung entgegenwirken und ihren Sicherstellungsauftrag weiterhin erfüllen kann.

3. Dritte Säule: Kommunale Verantwortung ausbauen!

Zukünftig wird die medizinische Versorgung zu einem entscheidenden Standortfaktor – gerade im ländlichen Raum. Nur dort, wo Menschen eine adäquate medizinische Betreuung vorfinden, werden sie dauerhaft ihren Lebensmittelpunkt wählen. Nur dort, wo eine ausreichende Anzahl an Menschen wohnt, werden auch Unternehmen genügend Fachpersonal finden können. Eine gute medizinische Versorgung ist somit Standortfaktor für die Ansiedlung von jungen Familien und für den Verbleib Älterer. Ohne wohnortnahe Versorgungsstrukturen sind Kommunen unattraktiv für potenzielle Einwohner. Daher halten wir die Sicherstellung der sozialen Infrastruktur für eine der Hauptaufgaben, gerade für Kommunen im ländlichen Raum.

3.1 Hausarztförderung für Landkreise

Kommunale Politik muss bei der schwierigen Versorgungslage im ambulanten Bereich ebenfalls Unterstützung bieten und bei der Aus- und Weiterbildung junger Ärzte intensiv mit den

Akteuren vor Ort zusammenarbeiten. Nach dem Willen der FDP-Fraktion soll die lokal vernetzte Hausarztförderung in den Landkreisen in enger Kooperation mit Landesärztekammer (LÄK), Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen (KVT)²³, Kliniken, MVZ und niedergelassenen Ärzten bereits frühzeitig junge Mediziner über Mentorenprogramme in der Ausbildung in die Versorgungsstrukturen des ländlichen Raumes einbinden. Die Akteure – also Kliniken, MVZ und niedergelassene Ärzte – müssten sich verständigen, eine Rotationsweiterbildung durch alle beteiligten Ausbildungsstätten wohnortnah und zeitgerecht zu garantieren. Die Weiterbildungszeit beträgt zurzeit fünf Jahre, einschließlich eineinhalb Pflichtjahren in einer niedergelassenen Praxis. Die beteiligten Allgemeinmediziner sollten dabei als Mentoren die Ausbildung junger Ärzte begleiten. So sollen die angehenden Ärzte während des Studiums Kontakt zu einem niedergelassenen Kollegen als Mentor aufnehmen, der ihnen während Praktika, dem Praktischen Jahr (PJ) und in den ersten Berufsjahren in betriebswirtschaftlichen Fragen sowie beim Umgang mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen zur Seite steht. Die erfahrenen Mediziner geben so ihr Wissen weiter, die jungen Hochschulabsolventen lernen Land und Leute kennen und bekommen das Rüstzeug, eine eigene Allgemeinarzt- bzw. Facharztpraxis zu führen. Die Hausarztförderung selbst, die als koordinierende Stelle beispielsweise bei der Wirtschaftsförderung der Landratsämter und kreisfreien Städte angesiedelt sein könnte, unterstützt als Service-Angebot bei Praxisfinanzierungskonzepten, nichtärztlichen Weiterbildungsangeboten, bei der Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche für den Partner und bei der Suche nach Kinderbetreuungsangeboten. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang

²¹ Vgl. § 9 Vorabquoten Abs. 2 (Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen). Hier heißt es: „Bewerberinnen und Bewerber, die sich auf Grund entsprechender Vorschriften verpflichtet haben, ihren Beruf in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs auszuüben.“

²² Eine vertragliche Verpflichtung kann bei Kündigung mit einer Rückzahlungsverpflichtung kombiniert werden. Diese Regelung schränkt die nach Art. 2 und 12 GG geschützte eigene Lebensführung und Berufswahl nicht ein.

²³ Hier bietet sich die Vernetzung mit der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin der KVT und dem Programm der KVT „Hausarzt werden in Thüringen“ an.

ebenso die Vergabe von Stipendien durch die „Hausarztförderstellen“ der Landkreise. So vergibt der Hochsauerlandkreis in Nordrhein-Westfalen Stipendien i. H. v. 500 Euro monatlich an Medizinstudierende, die das Physikum bestanden haben. Als Gegenleistung erwartet die Kreisverwaltung, dass die Stipendiaten ihre Weiterbildung zum Facharzt im Hochsauerlandkreis absolvieren oder mindestens vier Jahre in einem Krankenhaus, einem MVZ, in eigener Praxis oder beim Gesundheitsamt des Kreises arbeiten.²⁴ Ziel des Konzepts der FDP-Fraktion ist die lokale Förderung aus einer Hand.

3.2 Medizinische Versorgung als entscheidender Standortfaktor – Niederlassung stärken

Unter Standortfaktoren versteht man die Gesamtheit aller Faktoren, die ein Unternehmen bei der Wahl eines Standortes berücksichtigt. Es sind die variablen standortspezifischen Bedingungen, Kräfte, Einflüsse etc., die sich positiv oder negativ auf die Ansiedlung und den Ausbau eines Betriebs auswirken; sie sind als wirtschaftliche Vor- und Nachteile zu begreifen, die aus der Niederlassung eines Unternehmens an einem bestimmten Standort resultieren.²⁵

Neben den klassischen Größen – wie beschaffungs-, produktions- und absatzbezogene Standortfaktoren – gewinnen zunehmend jene Faktoren an Bedeutung, die die Bedürfnisse der wichtigsten Produktionsbedingung – des Menschen selbst – erfüllen. Diese „weichen Standortfaktoren“ werden bis dato vor allem durch die Wohnqualität, das Kultur- und Freizeitangebot, den Freizeitwert und die Kriminalitätsrate beschrieben. Kommunen treten bei allen Standortbedingungen, bei „harten“ wie

bei „weichen“, zueinander in Konkurrenz, um für etwaige Betriebsansiedlungen möglichst attraktiv zu sein. Um im interkommunalen Wettbewerb um gewerbliche Neuansiedlungen mithalten zu können, versuchen sie, ihre Attraktivität als Wirtschaftsstandort zu steigern. Neben der Bereitstellung von Bauflächen bemühen sie sich darum, auch speziellen Nutzeransprüchen möglichst weitgehend gerecht zu werden und möglichst jedem Unternehmensprofil ein eigens zugeschnittenes Angebot offerieren zu können. Kommunen haben dabei vor allem Einfluss auf die ausgewiesenen Flächengrößen, die Bebaubarkeit, die zeitliche Verfügbarkeit der Flächen, die Einbindung in das Ver- und Entsorgungsnetz, die Einbindung in das Straßenverkehrsnetz und die Anbindung an den ÖPNV sowie auf die Qualität und Effizienz der örtlichen Verwaltung.²⁶

Bereits heute ist es den Kommunen unter gewissen Bedingungen möglich, potenziellen Bewerbern vergünstigt Grundstücke oder ganze Praxen als Niederlassungsanreiz zur Verfügung zu stellen. § 67 der Thüringer Kommunalordnung sieht dies bereits prinzipiell vor, sollte aber um eine explizite, klarstellende Regelung ergänzt werden.

Die Sicherung und der Ausbau der sozialen Infrastruktur ist für die Städte und Gemeinden aufgrund der schlechten Finanzlage der öffentlichen Haushalte eine Aufgabe, die sie in den allermeisten Fällen kaum allein durch Eigenmittel werden finanzieren können. Daher muss das Land sicherstellen, dass bestehende Fördermöglichkeiten und Programme für kommunale Investitionen im sozialen Bereich ausgebaut werden.²⁷ Bereits heute stehen für Investitionshilfen im Rahmen der regionalen Wirtschaftsförderung und Infrastruktur Mittel

²⁴ Vgl. Homepage des Hochsauerlandkreises 2012.

²⁵ <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/standortfaktoren.html>.

²⁶ Zu den klassischen Standortfaktoren der Kommunen vgl. Studie des Umweltbundesamtes zu Boden- und Altlasten.

²⁷ Thüringer Institut für Akademische Weiterbildung e. V. (Hrsg.), Das Förderbuch Thüringen – Förderprogramme in Thüringen 2011, Erfurt 2001, S. 218ff.

der Europäischen Union, des Bundes und der Länder zur Verfügung. Diese müssen von den Kommunen deutlich stärker zur Investition in die Strukturen der medizinischen Versorgung genutzt werden.²⁸

3.3 Eigeneinrichtungen der Kommunen²⁹

Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) haben nach § 75 Abs. 1 SGB V die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten und dazu geeignete finanzielle und sonstige Maßnahmen bereitzustellen. Diese Regelung ist das wichtigste Grundprinzip, auf dessen Basis die ambulante ärztliche Versorgung in allen Gebieten erreicht werden soll.

Nur für den Fall, dass es den KVen nicht gelingt, dies in unterversorgten Gebieten abzusichern, können nach dem Versorgungsstrukturgesetz in begründeten Ausnahmefällen nunmehr Kommunen Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben (§ 105 Abs. 5 Satz 1 SGB V). Kann also eine adäquate medizinische Versorgung in einem Teil der Gemeinde anders nicht zuverlässig abgesichert werden, so hat die Kommune die subsidiäre Möglichkeit, durch eigene Einrichtungen (z. B. in Zusammenarbeit mit einem kommunalen Krankenhaus) die ärztliche Versorgung in der Gemeinde sicherzustellen. Solche Einrichtungen würden durch eigene, ambulante ärztliche Dienste mit angestellten Ärzten betrieben.³⁰ Dieser Ausnahmefall darf aber kein Einfallstor für einen Einstieg in ein staatliches Gesundheitssystem bedeuten. Die primär verantwortlichen Akteure sind und bleiben die KVen, die Kommunen fungieren als „letzter Ausfallgarant“ für den Sonderfall und garantieren damit

im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge Versorgungssicherheit. So wird die Kommune die Rahmenbedingungen des Anstellungsvertrages – hinsichtlich Vergütung³¹ und sonstiger Vertragsbedingungen – überzeugend gestalten, um eine entsprechende Anzahl an Ärzten für die Eigeneinrichtung gewinnen zu können. Dies bedarf der Zustimmung der KV. Somit ist gewährleistet, dass die Ausnahme nicht Regelfall und der Staat nicht der bessere Versorger wird; gleichzeitig normiert die Regelung eine gestärkte Position der Kommune im Sinne einer Letztverantwortlichkeit.

Vor dem Hintergrund des bereits bestehenden und sich in Zukunft noch verschärfenden Problems des Ärztemangels und der Erkenntnis nur unzureichender Lösungsansätze seitens der Landesregierung hat die FDP-Fraktion im Thüringer Landtag unter dem Titel „Thüringen gesund!“ ein Drei-Säulen-Modell entwickelt. Mit der Anwendung des Modells ermöglichen wir eine nachhaltige Stärkung der ärztlichen Versorgungsstrukturen in Thüringen und wappnen den Freistaat für zukünftige Herausforderungen.

Die drei tragenden Säulen des Modells setzen sich zusammen aus der richtigen Nutzung der Möglichkeiten des Versorgungsstrukturgesetzes, einer Stärkung der medizinischen Ausbildung in Thüringen und dem Ausbau kommunaler Verantwortung im Bereich der medizinischen Versorgung.

²⁸ Die KfW hält bereits mehrere Förderprogramme für Investitionen der Kommunen in die soziale Infrastruktur bereit. Programme dafür sind 208, 147 und 148.

²⁹ Vgl. von Halbe/Orlowski u. a. (Hrsg.), Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) – Auswirkungen auf die Praxis, Heidelberg 2012, S. 20f.

³⁰ Ebd.

³¹ Die Vergütung der Einrichtung wird aus der Gesamtvergütung

C. Zusammenfassung

1. Säule: Die Möglichkeiten des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) richtig nutzen!

Grundlegend ist zunächst, dass mit dem GKV-VStG die Politik erstmals anerkennt, dass es in Deutschland einen ernst zu nehmenden Ärztemangel gibt und die ambulante Versorgung in Zukunft stark gefährdet ist. Dies haben die Vorgängerregierungen stets geleugnet, mit der Folge, dass heute in einigen Regionen die Versorgung bereits auffallend gefährdet ist. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen jetzt Weichenstellungen in Versorgungsstrukturen, damit unser Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann. In diesem Gesetz werden Maßnahmen ergriffen, in deren Folge sich im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar verbessern sollen, etwa indem bürokratische Hemmnisse abgebaut, der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt und die Behandlungsabläufe für Patientinnen und Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abgestimmt werden. Das Versorgungsstrukturgesetz bietet zahlreiche innovative Lösungsansätze, die es ermöglichen, auf die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsgrade und mithin auf die regional unterschiedlichen Herausforderungen zur Versorgungsstabilisierung zu reagieren.

Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung der durch das Versorgungsstrukturgesetz eröffneten Möglichkeiten ist die Bereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen, innerhalb

ihres Verantwortungsbereiches die Potenziale der Gesetzesänderungen auszuschöpfen.

Über die Nutzung der Potenziale der Gesetzesänderung hinaus halten wir zwei weitere Handlungsfelder, auf denen wir den Entwicklungen begegnen können, für entscheidend und haben sie als Säulen zwei und drei in unser Konzept integriert.

2. Säule: Stärkung der medizinischen Ausbildung in Thüringen

Die Stärkung der medizinischen Ausbildung in Thüringen stellt die zweite Säule dar. In diesem Zusammenhang gilt es zunächst, die verfügbaren Ausbildungskapazitäten für Mediziner auszubauen. Man wird es sich zukünftig nicht mehr leisten können, ein hohes Potenzial an Medizinerinnen ungenutzt zu lassen, weil das Angebot an Studienplätzen nur für 20 Prozent der Interessenten reicht. Das Angebot an Studienplätzen muss nicht nur mit dem Bedarf an Ärzten korrespondieren, sondern muss darüber hinaus auch berücksichtigen, dass ein Teil der Absolventen sich einem der vielfältigen anderen Tätigkeitsbereiche innerhalb der Medizin zuwendet. Für Thüringen bedeutet dies zunächst, die Anzahl der Studienplätze von derzeit 220 pro Semester um den Prozentsatz der Verluste vom kurativen zum nicht-kurativen Bereich anzuheben – auf mindestens 245 pro Semester.

Zusätzlich setzen wir uns für eine Steuerung des Ausbildungszugangs ein. So ist es vor dem Hintergrund, dass der ambulante Bereich in Thüringen vor massiven Herausforderungen steht, vonnöten, bereits bei der Studienplatzvergabe ein Mindestmaß an Aufnahme einer

ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Bereich nach dem Abschluss des Studiums abzuschließen. Im Jahr 2010 entschieden sich nur 4 von 88 in Thüringen weiter tätigen Absolventen für eine ambulante Niederlassung, während die übrigen 84 eine Beschäftigung im Krankenhausbereich aufnahmen. Daher halten wir, in Anlehnung an § 5 „Öffentlicher Bedarf“ der „Thüringer Verordnung über die Vergabe von Studienplätzen an den staatlichen Hochschulen“ (wonach der Bundeswehr ein bestimmter Anteil an Studienplätzen zusteht), eine vergleichbare Regelung für den Landarztbedarf für erforderlich. Die Norm ist um einen Passus zu ergänzen, der die zehnpromtente „Landarztquote“ für die Vergabe von Studienplätzen im Bereich Medizin für Thüringen festschreibt. Nur damit wird der Gesetzgeber seinen Pflichten im Teilbereich „Gesundheit“ der öffentlichen Daseinsvorsorge gerecht. Weiterhin gilt es, den Medizinernachwuchs in Thüringen zu binden. So bietet das Versorgungsstrukturgesetz in § 105 SGB V die Möglichkeit, dass Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen einen gemeinsamen Strukturfonds bilden, aus dem Maßnahmen gegen den drohenden Ärztemangel finanziert werden können. Mit dem in § 105 Abs. 1a SGB V mit 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV festgelegten Anteil und dem zu erbringenden gleichen Anteil der Krankenkassen stehen in Thüringen jährlich rund 1 Million Euro für entsprechende Fördermaßnahmen zur Verfügung, ohne dass der Landeshaushalt zusätzlich beansprucht würde. Hiermit lassen sich Studienbeihilfen für Thüringer Medizinstudenten finanzieren, mit deren Hilfe Studenten gefördert werden, die sich für die Aufnahme eines Studiums einer von Mangel bedrohten ambulanten Facharztgruppe oder der Allgemeinmedizin entscheiden. Diese Studienbeihilfen müssen mindes-

tens dem Bafög-Höchstsatz entsprechen, um attraktiv zu sein.

Zudem könnte die Kassenärztliche Vereinigung Thüringens (KVT), finanziert aus Mitteln des Strukturfonds alternativ zu Studienbeihilfen, zukünftig Studierende, welche das Physikum bestanden haben, mit einem Arbeitsvertrag ausstatten. Diese „Werkstudenten“ wären somit bereits während des Studiums finanziell abgesichert und könnten später in den Einrichtungen der KVT eingesetzt werden.

Mit diesen Maßnahmen kann die Attraktivität des Medizinstudiums in Thüringen sowie die spätere Niederlassung im ländlichen Raum nachhaltig gestärkt werden.

3. Säule: Ausbau kommunaler Verantwortung

Die dritte Säule stellt der Ausbau kommunaler Verantwortung dar. So halten wir einerseits den flächendeckenden Aufbau einer Hausarztförderung der Landkreise für erforderlich. Die als koordinierende Stelle beim Landratsamt angesiedelten Förderstellen müssen im ambulanten Bereich bei der Aus- und Weiterbildung junger Ärzte intensiv mit den Akteuren vor Ort (Kliniken, MVZ und niedergelassenen Ärzten) zusammenarbeiten. So kann es gelingen, Mediziner über Mentorenprogramme bereits in der Ausbildung in die Versorgungsstrukturen des ländlichen Raumes einzubinden und ihnen das Rüstzeug zu geben, eine eigene Allgemeinarztpraxis zu führen.

Weiterhin gilt es, die medizinische Versorgung als einen weichen, aber entscheidenden Standortfaktor wahrzunehmen und anzuerkennen, dass nur dort, wo Menschen eine adäquate

medizinische Betreuung vorfinden, sie dauerhaft ihren Lebensmittelpunkt wählen werden. Nur dort, wo ausreichend Menschen wohnen, werden auch Unternehmen genügend Personal finden können. Eine gute medizinische Versorgung ist somit Standortfaktor für die Ansiedlung von jungen Familien und für den Verbleib Älterer. Ohne wohnortnahe Versorgungsstrukturen sind Kommunen unattraktiv für potenzielle Einwohner. Daher halten wir die Sicherstellung der sozialen Infrastruktur für eine der Hauptherausforderungen gerade von Kommunen im ländlichen Raum. Da Städte und Gemeinden durch die schlechte Finanzlage der öffentlichen Haushalte die Aufgabe nicht allein bewältigen können, muss das Land sicherstellen, dass bestehende Fördermöglichkeiten und Programme für kommunale Investitionen

im sozialen Bereich ausgebaut werden. Hierzu sollen zukünftig Kommunen in die Lage versetzt werden, attraktive Infrastrukturen für Ärzte bereitzustellen (z. B. Praxen, Grundstücke usw.).

Abschließend wird die kommunale Verantwortung auch durch die Möglichkeit gestärkt, in begründeten Ausnahmefällen nunmehr Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten zu betreiben (§ 105 Abs. 5 Satz 1). Die primär verantwortlichen Akteure sind und bleiben aber die KVen. Die Kommunen fungieren somit als „Ausfallgaranten“ für den Sonderfall und garantieren damit im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge Versorgungssicherheit.





Impressum:

Die FDP im Thüringer Landtag

Thüringengesund!

Herausgeber:

FDP-Fraktion im Thüringer Landtag

Uwe Barth | Fraktionsvorsitzender

Jürgen-Fuchs-Straße 1 | 99096 Erfurt

Telefon +49 (0)361 377 2700 | Fax +49 (0)361 377 2705

info@fdp-lt.thueringen.de | www.thl-fdp.de

Redaktionelle Verantwortung:

Jens Panse, Pressesprecher

Textbeiträge:

Robert-Martin Montag, Referent für Soziales, Gesundheit und Familie

Fotos:

Andreas Hultsch, Jens Panse, Gordon Schmidt

Layout/Herstellung:

OSCAR F sehenswerte Kommunikation