

01.04.2014

## Entschließungsantrag

**der Fraktion der SPD und  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

zum Antrag der Fraktion der CDU „Hausärztliche Versorgung in allen Landesteilen sicherstellen“ Drucksache 16/3232

### **Die Gesundheitsversorgung in NRW sozial ausgestalten und in der Fläche sichern**

#### **I. Ausgangslage**

Auch in Nordrhein-Westfalen stehen wir vor großen demografischen Veränderungen, die eine Neuausrichtung von Gesundheitsversorgung und Pflege dringend notwendig machen. Die Menschen werden erfreulicherweise immer älter. Doch mit dem Älterwerden steigt das Risiko von altersbedingten Einschränkungen, chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen. Aufgrund der medizinischen Fortschritte können aber auch Menschen mit schweren gesundheitlichen Einschränkungen heute ein hohes Alter erreichen. Präventive Ansätze werden in der lebensbegleitenden gesundheitlichen Versorgung dabei immer wichtiger. Weitere Herausforderungen, mit denen Gesundheitsversorgung und Pflege angesichts der steigenden Zahl alter und hochaltriger Menschen konfrontiert werden, resultieren aus den besonderen Anforderungen der steigenden Zahl von Menschen mit Demenz. Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert zudem eine diskriminierungsfreie medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung ein.

Zentrale Aufgabe in den kommenden Jahren ist dabei vor allem die Sicherstellung einer flächendeckenden, zugänglichen, wohnortnahen, ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung. Dabei stellen nicht nur die Gefahr der Unterversorgung des ländlichen Raumes, sondern insbesondere das Missverhältnis von Überversorgung in strukturstarken Regionen und Unterversorgung in Regionen mit schwieriger sozioökonomischer Grundstruktur eine besondere Herausforderung dar. Für Heranwachsende aus Familien in schwieriger sozialer Lage ist der Zugang zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung häufig erschwert. Auch die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gilt es zu verbessern.

Datum des Originals: 27.03.2014/Ausgegeben: 01.04.2014

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)

Der demografische Wandel wird zudem dazu führen, dass bei einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial zukünftig weniger Erwerbstätige einer stärkeren Arbeitskräftenachfrage unterschiedlicher Wirtschaftszweige gegenüberstehen. Davon wird unser Gesundheitswesen vor dem Hintergrund des stetig wachsenden Bedarfs an Gesundheits- und Pflegeleistungen besonders berührt werden. Schon heute, aber zukünftig in noch deutlich stärkerem Maße, werden große Anstrengungen notwendig sein, qualifizierte Menschen für eine Tätigkeit in einem Gesundheits- oder Pflegeberuf zu gewinnen.

Die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen werden auf Bundesebene gesetzt. Bei nichtärztlichen Gesundheitsberufen, bei denen es eine Zuständigkeit des Landes gibt, stellen wir uns den Berufsbildveränderungen, der Akademisierung sowie des Weiterbildungsbedarfes. Der Landesgesundheitspolitik kommt eine zentrale Koordinierungs- und Mittlerfunktion bei der Gestaltung unseres Gesundheitswesens zu.

## **II. Ziele der Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen**

Nordrhein-Westfalen braucht eine Gesundheitsversorgung, die sich stärker als bislang als Dienstleistung für die Patientinnen und Patienten versteht und die das Wunsch- und Wahlrecht, das Recht auf Selbstbestimmung und das Recht auf Teilhabe in den Mittelpunkt jeder Behandlung stellt. Die Versorgungsangebote müssen sich viel stärker noch als heute daran orientieren, was die Menschen brauchen, um gesund zu werden, und daran, was nötig ist, gesund zu bleiben. Eine moderne Gesundheitsversorgung richtet ihre Angebote nicht an den ökonomischen Erwartungen einzelner Interessengruppen und auch nicht an Strukturen von Leistungsträgern und Leistungserbringern aus, sondern am Menschen. Auch eine ganzheitliche, alle Aspekte von Gesundheit einbeziehende Sichtweise ist in der Gesundheitsversorgung wichtig.

Die Menschen sind es, die im Zentrum der gesundheits- und pflegepolitischen Handlungen stehen müssen, als Patientinnen und Patienten, als Angehörige und als Beschäftigte. Nur so können wir die wachsende Nachfrage nach Leistungen und die sich verändernde Personalsituation in den ambulanten Praxen und stationären Einrichtungen miteinander in Einklang bringen und aktiv mit allen Beteiligten gestalten. Deshalb gilt das unverrückbare Ziel einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und ohne Hürden zugänglichen gesundheitlichen und medizinischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen für alle Bürgerinnen und Bürger – unabhängig von ihrem sozialen Status, ihrem Alter, ihrer Herkunft oder ihres Geschlechts.

Hierzu müssen die Menschen auch in ihren Lebenswelten erreicht und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen gilt es Quartierskonzepte für die sozialraumorientierte Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu befördern, auf eine Weiterentwicklung integrierter Versorgungsangebote hinzuwirken und auch neue Angebots- und Kooperationsformen zu entwickeln und umzusetzen.

Die Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis muss geschlechtergerechte Konzepte entwickeln, um auch eine geschlechtersensible Versorgung im Sinne des Gender Mainstreaming verbindlich umsetzen zu können. Gemeinsam mit anderen Akteurinnen und Akteuren gilt es die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung geschlechtergerecht auszurichten und sie den verschiedenen Bedürfnissen – etwa von Kindern und Jugendlichen, Migrantinnen und Migranten, Menschen mit Behinderung und der älteren Bevölkerung – weiter anpassen. Allen betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Familien muss der Zugang zu bedarfsgerechten, zielgerichteten und vernetzten Hilfen ermöglicht werden. Erforderlich sind niedrigschwellige und aufsuchende Angebote und Hilfen, um die Situation zu

verbessern und Zugänge zu erleichtern. Im Fokus stehen dabei Maßnahmen in Settings wie Kindergarten, Schule, Quartier.

Ein inklusives Gesundheitssystem ist notwendig, das auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung eingeht. Die Landesgesundheitskonferenz hat mit ihrer Entschließung u.a. den Abbau von baulichen, sprachlichen und optischen Zugangsbarrieren, die Entwicklung von speziellen Versorgungskonzepten sowie die bessere Koordination sektor- und kostenübergreifender Leistungen vereinbart. Die noch oft vorhandenen Barrieren für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen müssen abgebaut, und die Gesundheitseinrichtungen bei ihrer Öffnung hin zu mehr interkultureller Kompetenz gestärkt werden. Vor Ort gilt es für Menschen, die als Flüchtlinge kommen, ein Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu schaffen und Lösungen zu suchen, mit denen für „Menschen ohne Papiere“ eine Grundversorgung ermöglicht wird.

### **III. Aufgabe: Sicherstellung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung**

Die medizinische und gesundheitliche Versorgung gilt es auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie in sozial benachteiligten Stadtteilen zu sichern und die ambulante und wohnortnahe Versorgung zu stärken. Dabei stellt sich die heutige Situation in der ambulanten Versorgung differenziert und unterschiedlich dar. So ist in Nordrhein-Westfalen die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Jahren gestiegen. Von 1995 bis 2013 stieg die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte von rd. 23.000 auf knapp 30.000 an. Das sind ca. 30 % mehr. Nach der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Folge des Versorgungsstrukturgesetzes Ende 2012 neu verabschiedeten Bedarfsplanungsrichtlinie ist Nordrhein-Westfalen im Grundsatz gut versorgt. In den fachärztlichen Bereichen besteht nahezu überall eine ausreichende Versorgung, z. T. sogar eine Überversorgung. Anders sieht es zum Teil in der hausärztlichen Versorgung aus. In den meisten Regionen ist von einer ausreichenden Versorgung auszugehen, es gibt aber auch Landesteile insbesondere im ländlichen Raum, in denen schon rein rechnerisch ein Ärztinnen- und Ärztemangel besteht.

Die rechnerische Situation nach der Bedarfsplanungsrichtlinie ist aber nur ein Aspekt. Dem gegenüber stehen viele kleinräumige Problemanzeigen aus den Kommunen. So gibt es in einigen ländlichen Regionen und Stadtteilen aus Sicht der Menschen die dort leben, Probleme in der hausärztlichen Versorgung. Patientinnen und Patienten berichten über längere Wege zur nächsten Ärztin, zum nächsten Arzt und über lange Wartezeiten. Ältere Menschen, die auf einen Besuch zuhause oder im Pflegeheim angewiesen sind, finden oft keine Ärztin oder keinen Arzt mehr, der hierzu bereit ist. Sämtliche Prognosen weisen darauf hin, dass sich diese Schwierigkeiten in den nächsten Jahren deutlich verschärfen werden, wenn wir nicht heute gegensteuern. Denn über ein Drittel der Hausärzteschaft in NRW ist schon heute älter als 55 Jahre und wird voraussichtlich in zehn Jahren aus Altersgründen aus dem Beruf ausscheiden.

In der fachärztlichen Versorgung werden diese Probleme noch nicht im gleichen Maße angezeigt. Aber auch in der fachärztlichen Versorgung gibt es kleinräumig oder fachgruppenspezifische Versorgungsengpässe, die auf einer nicht adäquaten Verteilung von Arztsitzen, oder einem veränderten Bedarf zum Beispiel durch die älter werdende Bevölkerung beruhen.

Dringender Handlungsbedarf zeichnet sich schon heute in der psychotherapeutischen Versorgung ab. Wartezeiten von z. T. mehreren Monaten sind für die Patientinnen und Patienten eine nicht zunehmende Belastung in ihrer oftmals ohnehin schwierigen Lebenssituation.

Hier müssen wir bald zu Lösungen kommen. Beispiele zur Überwindung von Versorgungsdefiziten müssen weiterentwickelt und schnell in die Fläche getragen werden.

Die mit dem z. T. bestehenden, vor allem aber potentiellen Ärztinnen- und Ärztemangel verbundenen Sorgen der Bürgerinnen und Bürger nehmen wir sehr ernst! Wir müssen jetzt für die Zukunft handeln. Sowohl in der hausärztlichen als auch der fachärztlichen Versorgung gilt es, bereits heute Vorkehrungen zu treffen, damit es zu keinem gravierenden Mangel in der Zukunft kommt. Hinzu kommt, dass für das Ruhrgebiet nach wie vor andere Planungskriterien gelten als in anderen Gebieten in NRW. Hiergegen hat sich die Landesregierung mit unterschiedlichen Maßnahmen mehrfach im Bund ausgesprochen.

#### **IV. Lösungswege in der Versorgung**

Zur Lösung der anstehenden Aufgaben ist ein umfangreiches Maßnahmenpaket erforderlich, das von allen Akteurinnen und Akteuren, die Verantwortung tragen gemeinsam neue Wege fordern wird – von Leistungsträgern und Leistungserbringern im stationären und ambulanten Bereich, also insbesondere den Kranken- und Pflegekassen, der Ärzteschaft, den Krankenhäusern, den Pflegeeinrichtungen und -diensten sowie Bund, Land und Kommunen.

Auch wenn die Rahmenbedingungen für den ambulanten Sektor vom Bund gesetzt werden und die ärztliche Selbstverwaltung den Sicherstellungsauftrag und damit die Verantwortung für diese Versorgungssicherung hat, können wir auf Landes- wie auf kommunaler Ebene die Akteurinnen und Akteure dabei unterstützen. Nur sektorenübergreifend und mit aktiven neuen Kooperationsstrukturen werden alle Akteurinnen und Akteure die Herausforderungen gemeinsam bewältigen können.

##### **1. Sicherung des Fachkräftenachwuchses**

An acht Universitäten in Nordrhein-Westfalen kann derzeit Humanmedizin studiert werden: RWTH Aachen, Universität Bochum, Universität Bonn, Universität Duisburg-Essen, Universität Düsseldorf, Universität zu Köln und Universität Münster sowie die private Universität Witten/Herdecke. An allen medizinischen Fachbereichen gibt es derzeit die in der Ärztlichen Approbationsordnung vorgesehenen Angebote in der Allgemeinmedizin. Die medizinischen Fachbereiche in Bochum, Bonn, Düsseldorf und Essen haben darüber hinaus besondere Konzepte zur Stärkung der Allgemeinmedizin entwickelt. Für die Hochschulmedizin insgesamt werden im Jahr 2014 über eine Milliarde Euro aus dem Landeshaushalt zur Verfügung gestellt.

##### **Weiterer Ausbau der Medizinstudienplätze wird vorangebracht**

Ein ausreichender Nachwuchs an Ärztinnen und Ärzten, vor allem im hausärztlichen Bereich, muss auch künftig sichergestellt werden. Die Landesregierung hat daher bereits die Zahl der Studienplätze in der Medizin um 10 Prozent erhöht. Von 2011 bis 2015 werden jährlich bis zu 200 zusätzliche Medizinstudierende aufgenommen, insgesamt können also zusätzlich rund 1.000 Ärztinnen und Ärzte an den Hochschulen in Nordrhein-Westfalen ausgebildet werden. Für dieses Programm werden 50 Millionen Euro aus dem Landeshaushalt zur Verfügung gestellt.

Zusätzlich zu der temporären Erhöhung der Medizinstudienplätze sollen weitere dauerhafte Studienplätze im Rahmen des in Aufbau befindlichen Kooperationsmodells zwischen der Universität Bochum und den Kliniken in Ostwestfalen-Lippe eingerichtet werden. Dafür werden im Haushalt 2014 1,5 Millionen Euro Landesmittel bereitgestellt. Damit sollen im Endausbau jährlich 60 Studierende, die ihren vorklinischen Studienteil in Bochum begonnen hatten, für ihren klinischen Studienteil an die Kliniken in Ostwestfalen-Lippe wechseln. Dieses

Kooperationsmodell ist, bei Gewährleistung höchster Ausbildungsqualität, deutlich günstiger und schneller umsetzbar, als es ein weiterer eigenständiger medizinischer Fachbereich gewesen wäre.

### **Medizinische Aus- und Weiterbildung wird weiterentwickelt**

Gleichzeitig müssen wir die Studierenden aber auch für eine hausärztliche Tätigkeit interessieren. In der Diskussion mit den medizinischen Fachbereichen der Universitäten wollen wir erreichen, die allgemeinmedizinischen Inhalte in der Ausbildung zu stärken.

Leider hat die Initiative Nordrhein-Westfalens zur Einführung eines allgemeinmedizinischen Pflichtabschnitts von drei oder wenigstens vier Monaten im Praktischen Jahr der Ausbildung im Bundesrat keine Mehrheit gefunden. Ob die nur leicht reformierte Approbationsordnung Erfolg bringen wird, bleibt abzuwarten. So müssen die medizinischen Fachbereiche der Universitäten bis Oktober 2019 für alle Medizinstudierenden ein PJ-Tertial-Platz in der Allgemeinmedizin bereithalten. Bis dahin sollen die Quoten sukzessiv ansteigen: Mit dem Beginn des Praktischen Jahres ab Oktober 2015 muss dieses PJ-Tertial für mindestens 10 Prozent, ab Oktober 2017 für mindestens 20 Prozent der Medizinstudierenden angeboten werden können. Der Antritt eines PJ-Terials in der Allgemeinmedizin bleibt für Studierende aber weiterhin freiwillig.

### **Gezielt Fachkräfte aus dem Ausland anwerben und in Deutschland weiterbilden**

Um den ärztlichen Nachwuchs zu sichern, kann auch die Anwerbung ausländischer Medizinerinnen und Mediziner in Betracht kommen. Voraussetzung hierfür sind allerdings ausreichende Sprachkenntnisse, die am besten bereits im Heimatland erworben werden. Die Landesregierung hat daher Vereinbarungen mit ausländischen Verbandsvertretungen zur Anwerbung von interessierten Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen, hilfreiche Komponenten, die derzeit bereits mit griechischen und österreichischen Verbänden umgesetzt sind, weil in diesen Ländern ein Überhang an Ärztinnen und Ärzten besteht, die hier ihre Facharztausbildung absolvieren möchten. Die Zahl der in NRW arbeitenden ausländischen Ärztinnen und Ärzte hat sich seitdem kontinuierlich erhöht. 2012 waren es 7.250.

## **2. Aktionsprogramm „Hausärztliche Versorgung“**

Um Allgemeinärztinnen und -ärzte für den ländlichen Raum zu gewinnen, werden durch das NRW-Gesundheitsministerium im Rahmen des Aktionsprogramms „Hausärztliche Versorgung“ Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten mit bis zu 775 Euro monatlich unterstützt, die in den Förderregionen ihre Weiterbildungszeit absolvieren. Wir führen das Förderprogramm der Vorgängerregierung auf höherem Niveau weiter. Für die Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung hat die rot-grüne Landesregierung das Aktionsprogramm „Hausärztliche Versorgung“ weiterentwickelt. Mit bis zu 50.000 Euro eines Zuschusses fördert sie die Niederlassung in Gemeinden, in denen eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht oder bereits eingetreten ist. Das Programm wird ständig weiterentwickelt und auch bezüglich der Einwohnerzahl der partizipierenden Gemeinden regelmäßig auf Wirksamkeit überprüft.

Entwickelte Modelle in anderen Bundesländern werden wir auf eine Realisierbarkeit in NRW prüfen. Erprobungsmodelle der telemedizinischen Versorgung werden wir auf andere Regionen befördern. Voraussetzung um die Erfahrungen aus der telemedizinischen Modellregion OWL zu übertragen ist die Abbildung im Vergütungssystem.

## **3. Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Bedarfsplanung**

Grundsätzlich gilt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung verantwortlich sind. Für sie gilt es, die Bedarfsplanung regional auszurichten und regionale Versorgungskonzepte zu entwickeln, um punktuelle Versorgungsengpässe in bestimmten Regionen durch innovative integrierte und sektore-

renübergreifende Versorgungsformen auszugleichen. Das Versorgungsstrukturgesetz hat hier bereits zu einer Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie geführt. Sonderbedarfszulassungen sind nun genauso möglich wie die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf. Im hausärztlichen Bereich können kleinräumigere und wohnortnähere Bedarfsplanungsregionen gebildet werden. Wir werden darauf drängen, dass die damit verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten durch die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen umfassend genutzt werden.

Die historisch begründete Situation einer „Sonderregion Ruhrgebiet“ in der Bedarfsplanung gehört abgeschafft. Es ist nicht einzusehen, dass für Menschen in den Ruhrstädten eine andere Dichte an Ärztinnen und Ärzten angemessen sein soll, als in den Städten entlang der Rheinschiene. Überhaupt ist die städtische Situation von einer besonderen Problematik berührt. Durch die höheren Arzthonorare aus der PKV entsteht ein Sog in die strukturstarken Stadtteile mit einem hohen Anteil privat versicherter Patientinnen und Patienten. In der Folge entsteht ein deutlich wahrnehmbares Gefälle in der Ärztedichte zu Lasten der Stadtteile mit sozialen Problemlagen. Dagegen hat auch die Abschaffung der Residenzpflicht wenig ausrichten können.

Bedarfsplanung braucht deshalb immer auch kommunale Begleitung. Die Städte und Gemeinden müssen stärker in die Bedarfsplanung eingebunden werden. Dabei geht es auch darum attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen hohen Niederlassungsanreiz bieten. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, dass inzwischen ein verstetigter Arbeitszusammenhang zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen etabliert wurde.

Auch die Landesregierung hat auf die bestehenden Defizite in der Versorgung reagiert. Eine besondere Situation besteht in der psychotherapeutischen Versorgung. Hier muss geprüft werden, ob die auf Bundesebene festgelegten Planzahlen noch der Morbiditätsrealität entsprechen. Die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Das Thema „psychische Gesundheit“ ist daher auch in der Landesgesundheitspolitik weiteraufzuwerten. Daneben gilt aber auch, dass unser Gesundheitswesen nicht Ausfallbürge gesellschaftlicher Fehlentwicklung sein kann.

Es müssen niedrigschwellige, gemeindenahere Unterstützungskasse- und -hilfestrukturen vorhanden sein. Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen und in einer psychischen Krisensituation benötigen oftmals andere, frühzeitigere und individuellere Hilfen, als die das Hilfesystem derzeit für sie bereithält. Hier müssen wir dringend zu Verbesserungen kommen, um Folgeerkrankungen, Chronifizierungen und damit zusätzliche Kosten in anderen Sozialbereichen zu verhindern.

Die Humanisierung von Arbeitsbedingungen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ist Aufgabe von Betrieben und Verwaltungen sowie der Unfallversicherung. Im anstehenden Präventionsgesetz muss Erhalt und Förderung seelischer Gesundheit integraler Bestandteil sein. Die Versäulung der Sozialversicherungssysteme fördert nicht die ganzheitliche Betrachtung des einzelnen für eine optimale gesundheitliche Versorgungssituation. Die Rehabilitationsträger sind eher auf Abgrenzung als auch Zusammenarbeit angelegt. Hier ist eine drängende Trendumkehr erforderlich. REHA vor Rente und REHA vor und in der Pflege müssen Realität in der Versorgungslandschaft werden. Die Verbindung von stationärer und ambulanter REHA ist eine drängende Herausforderung die auch für die Gesundheitsregionen des Landes existenziell sind.

#### **4. Neue Niederlassungsmodelle und Kooperationsformen entwickeln**

Das Erwerbsverhalten der Menschen ändert sich. Durch die höhere Beteiligung von Frauen am Erwerbsleben und durch den immer stärkeren Wunsch, auch vieler Männer, auf die Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Pflege und Freizeit entsteht auch ein Bedarf an neuen Niederlassungsmodellen. Die ärztliche Alleinpraxis als Versorgungsmodell wird durch eine Vielzahl alternativer Kooperationsformen abgelöst. Die Bereitschaft für eine Rund-um-die-Uhr-Berufstätigkeit sinkt, so dass insgesamt das Arbeitszeitvolumen der einzelnen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sinkt. Es ist der Wunsch des ärztlichen Nachwuchses selbst, auch in der ambulanten Versorgung in Anstellung tätig zu sein.

Gemeinsam mit der Selbstverwaltung müssen neue Arbeitszeit- und Kooperationsformen, neue Niederlassungsmodelle mit flexibleren Sätzen, vermehrte Anstellungsverhältnisse und risikoreduzierte Investitionsmodelle entwickelt werden. Die Bereitschaft von Kommunen sich hier zu engagieren begrüßen wir ausdrücklich. Die Einstellung von Heimärzten zur Sicherstellung ärztlicher Versorgung in Pflegeeinrichtungen muss eine Öffnung in den Ortsteil bzw. Quartier ermöglichen. Neben der Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von Verwaltungs- und Bürotätigkeiten, mobilen Arztpraxen ist der Einsatz von Telemedizin weitere wichtige Bausteine zur Sicherstellung gesundheitlicher Versorgung,

#### **5. Delegation fördern – Substitution erproben**

Eine wichtige Rolle in der Weiterentwicklung der Versorgung kann eine stärkere Delegation und Delegationsmöglichkeiten von ärztlichen Leistungen bei einer gleichzeitigen Aufwertung anderer Gesundheitsfachberufe sein. Erste positive Beispiele gibt es bereits. Dazu zählen arztentlastende Dienste wie AGnES, VERAH oder EVA. Allerdings müssen diese Leistungen auch vergütet werden. Bereits 2009 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband die Delegationsvereinbarung als Teil des Bundesmantelvertrages eingeführt. In ihr ist dezidiert festgelegt, welche Zusatzqualifikationen eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter haben muss, um ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten zu erbringen. Zeitgleich zur Delegationsvereinbarung wurden 2009 zwei neue EBM-Ziffern zur Abrechnung dieser Leistungen eingeführt. Abrechenbar sind diese Positionen jedoch nur in Gebieten mit hausärztlicher Unterversorgung – in Nordrhein ist dies in keinem Planungsbezirk der Fall. Hier gilt es zu praktikablen und wirklich hilfreichen Lösungen zu kommen. So ist sicherlich denkbar, die Abrechnungsmöglichkeiten auch für die Sonderregion Ruhrgebiet zu eröffnen.

Neben der Delegation ist auch die Substitution von Leistungen zu prüfen. Die Internationalen Erfahrungen sind stärker als bisher in die Versorgungsdiskussion einzubringen. Darüber hinaus gilt es auszuloten, wie sich andere Berufe im Gesundheitswesen stärker in die flächendeckende ärztliche Versorgung einbringen können. Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit mit den Apotheken.

#### **6. Arbeitsbedingungen gestalten**

Zu Änderungen müssen wir auch bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen kommen. Einige Medizinerinnen und Mediziner entschließen sich wegen der Rahmenbedingungen in der Versorgung nach dem Abschluss ihres Studiums lieber in Wissenschaft, Forschung oder Wirtschaft zu arbeiten. Viel Kompetenz geht verloren, wenn wir die Rahmenbedingungen sowohl für die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus als auch für die Niederlassung als Haus- oder Fachärztin oder -arzt nicht verändern. Hier müssen zusammen mit der Selbstverwaltung weitere Überlegungen folgen, wie die ambulante Tätigkeit wieder attraktiver für Frauen und Männer werden kann. Im Wettbewerb um engagierte junge Menschen mit hoher fachlicher und emotionaler Kompetenz muss das Gesundheitswesen auch in der ambulanten Versorgung moderne Rahmenbedingungen anbieten, die eine angemessene Bezahlung und die Vereinbarkeit von Beruf und Erziehungs- oder Pflegezeiten sowie privater Zeit ermöglichen.

Arbeitszeiten und Aufgaben müssen sich viel stärker flexibel und individuell vereinbaren lassen. Teamarbeit und Kooperationen unter den Praxen müssen verstärkt werden. Auch innerhalb einer großen Praxis mit angestellten Ärztinnen und Ärzten brauchen wir Veränderungen, die verstärkt Entscheidungskriterien bei der Berufswahl von Frauen, aber auch immer mehr Männern erfüllen: Mehr Qualifizierung und Weiterbildungsmöglichkeiten, flachere Hierarchien, mehr Teamarbeit und einen offeneren Führungsstil, mehr Gestaltungsmöglichkeiten und Verantwortung.

Im Wettbewerb um die besten Köpfe spielen auch die Vergütungsstrukturen eine wesentliche Rolle. In Nordrhein-Westfalen ausgebildete Ärztinnen und Ärzte finden diesbezüglich in anderen Ländern oft bessere Niederlassungsbedingungen vor. NRW hat sich deshalb in der Länderkammer und gegenüber dem Bund immer wieder dafür eingesetzt, dass die Honorare der hier tätigen Ärztinnen und Ärzte an das Niveau anderer Bundesländer angeglichen werden. Bislang leider erfolglos, deshalb muss das Land hier weiterhin aktiv bleiben.

### **7. Erreichbare stationäre Versorgung**

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind wichtige Partnerinnen in der Gesundheitsversorgung, u. a. stehen sie für Fortschritte in der Medizin, die Weiterentwicklung der Qualität sowie die Ausbildung und Qualifizierung von Fachkräften. Daher müssen die Krankenhäuser auch zukünftig als wesentlichen Teil der Daseinsvorsorge unterstützt werden. Krankenhäuser dürfen nicht dem freien Spiel des Marktes überlassen werden. Dabei gilt es, die wohnortnahe Grundversorgung ebenso zu sichern wie Krankenhäuser der Maximalversorgung und spezialisierte Zentren. Wettbewerb ist für uns der Wettbewerb um die Beste qualitativste Versorgung der Behandlungsbedürftigen Menschen. Auch bezüglich der Erreichbarkeit kommt den Kommunen eine wichtige Rolle zu, u.a. beim ÖPNV.

Die Krankenhäuser werden sich den neuen Herausforderungen, die aus den demografischen Veränderungen resultieren, stellen müssen. Dabei muss den besonderen Bedarfen älterer Menschen und Menschen mit Behinderung entsprochen werden. Zudem müssen sich die Krankenhäuser weiter interkulturell öffnen. Dazu zählt aber auch die Bildung von Leistungsschwerpunkten genauso wie der Um- und Abbau von Betten. Es wird immer wichtiger sein, für eine Durchlässigkeit der Sektoren, zwischen ambulant und stationär zu sorgen. NRW hat hier mit dem neuen Krankenhausplan deutliche Akzente hin zu mehr Patientinnen- und Patientenorientierung und einer stärkeren Ausrichtung der Versorgungsangebote an die Ergebnisqualität gelegt. Diesen Weg werden wir auch in Zukunft fortsetzen.

### **8. Strukturelle Änderungen**

Qualitative Verbesserungen in der Versorgung sowie in Ausbildung und Studium werden nur durch begleitende Strukturreformen nachhaltige Wirkungen entfalten können. Ziel ist es, die Versorgung besser aufeinander abzustimmen. Passgenaue, flexible Lösungen vor Ort sind nur möglich, wenn ambulanter und stationärer Sektor zusammenarbeiten und alle Hilfsysteme in die Versorgung einbezogen werden: Gesundheit, Soziales, Altenhilfe und Pflege, nicht zu vergessen die Angehörigen und die zahlreichen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer. Eine solche Verzahnung müssen wir auch in der Finanzierung erreichen. Das heutige Nebeneinander von Kranken- und Pflegeversicherung sowie Eingliederungshilfe erzeugt Doppelstrukturen, Qualitätsverluste durch ein Nebeneinander von Versorgungsmodulen und damit letztlich sogar Mehrkosten. Hier ist vor allem der Bund in der Verantwortung, endlich wirksame Vorschläge für sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen vorzulegen, die sich an den tatsächlichen Bedarfen der Menschen orientieren.

In naher Zukunft muss auch im Bund endlich erkannt werden, dass nur eine verbindliche, gemeinsame, sektorübergreifende Versorgungsplanung aller beteiligten Verantwortlichen unser Versorgung sichern kann. Zwar ist die in der Form nur in Deutschland existierende



doppelte Facharztschiene im ambulanten und stationären Bereich qualitativ hochwertig, aber da wo sie nur auf dem Papier der nicht besetzbaren Stellenausschreibungen besteht, müssen pragmatische Lösungen greifen.

NRW nutzt mit dem § 90a SGB V-Gremium bereits seine Möglichkeiten, um in diesem zu Verbesserungen in der medizinischen Versorgung zu kommen. Erste Erfolge konnten beim Überleitungsmanagement erzielt werden. Weitere Themen wie die Verbesserung der Strukturen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung im Kontext der Umsetzung der Bedarfsplanungsrichtlinie sind in der Bearbeitung.

#### **V. Der Landtag Nordrhein-Westfalen stellt fest:**

1. In NRW kann zurzeit noch nicht von generellen Versorgungsengpässen in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung gesprochen werden. Dennoch gibt es in einigen Regionen Verteilungsprobleme insbesondere in der hausärztlichen, aber in Einzelfällen auch in der fachärztlichen Versorgung. Diesen muss entgegengewirkt werden.
2. Die steigende Zahl älterer Menschen kann in Verbindung mit einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial zu einer Verschärfung der Situation führen, wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird.
3. Notwendig ist ein umfassender Maßnahmenkatalog unter Beteiligung aller für das Gesundheits- und Pflegewesen Verantwortung tragenden Akteurinnen und Akteure, um die Versorgung zu sichern und qualitativ zu stärken.
4. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung hat die Landesregierung, auch auf Initiative des Landtags, bereits zahlreiche Maßnahmen eingeleitet, um eine bedarfsgerechte wohnortnahe hausärztliche Versorgung zu sichern bzw. auszubauen. Hierbei stehen sektoren-, sowie hilfesystem- und institutionenübergreifende Kooperation und Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs im Vordergrund.
5. Mit der Akademisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ist NRW bundesweit führend. Diesen Weg werden wir fortsetzen und insbesondere die Zusammenführung der Pflegeberufe aktiv unterstützen.
6. Die Förderung der telemedizinischen Erprobung sollte auf weitere Regionen im Rahmen der EU Förderung ermöglicht und bei den Kostenträgern eine umfassende Vergütungsvereinbarung für telemedizinische Versorgung eingefordert werden.
7. Im Dialog mit den REHA Trägern gilt es die Grundsätze REHA vor Rente und REHA vor und in der Pflege einzufordern, sowie die Bemühungen zu unterstützen, stationäre und ambulante REHA strukturell zu verzahnen.
8. Geschlechtergerechte Konzepte müssen in der Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis entwickelt werden, um eine geschlechtersensible Versorgung im Sinne des Gender Mainstreaming verbindlich umsetzen zu können.
9. Die Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderung müssen im Gesundheitswesen deutlich verbessert und die Entwicklung hin zu einem inklusiven und barrierefreien Gesundheitssystem unterstützt werden. Hierzu gilt es die Empfehlungen der 22. Landesgesundheitskonferenz NRW zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung umzusetzen.

10. Gemeinsam mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen gilt es darauf hinwirken, die Kinder- und Jugendgesundheit insbesondere in sozial benachteiligten Familien wie auch für Menschen in prekären Lebenslagen die Zugänge zum Gesundheitswesen u.a. durch aufsuchende gesundheitliche und medizinische Versorgung zu verbessern.
11. Für Krankenhäuser wie auch für den ambulanten Bereich gilt es gleichermaßen, sich interkulturell zu öffnen. Für die Somatik wie auch für die Psychiatrie ist es notwendig, die für die Behandlung erforderliche Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt, Pflegekräften und Patientin und Patient zu ermöglichen und sichern zu können. Die noch oft vorhandenen Barrieren für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen müssen abgebaut werden. Es muss darauf hingewirkt werden, dass vor Ort für Menschen, die als Flüchtlinge kommen, ein Zugang zur gesundheitlichen Versorgung geschaffen wird.
12. Wesentliches Ziel der Psychiatrie-Planung ist es die an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte, in die Gemeinde integrierte und koordinierte Versorgungsstruktur weiter zu entwickeln und damit die Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken Schritt für Schritt zu verwirklichen. Im Mittelpunkt stehen die sektoren- und hilfesystemübergreifenden Vernetzung von Präventions- und Hilfeangeboten, die Stärkung und Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie einschließlich der komplementären Hilfestrukturen sowie die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
13. Auch die Bundesregierung ist in der Verantwortung. Sie muss im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Rahmenbedingungen dafür mit gestalten, dass die Realisierung der formulierten Ziele gelingen kann.

## **VI. Der Landtag fordert die Landesregierung auf,**

1. sich weiter für die Sicherung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und ohne Hürden zugänglichen gesundheitlichen und medizinischen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in NRW einzusetzen;
2. das Aktionsprogramm „Hausärztliche Versorgung“ weiterzuentwickeln und dem Landtag hierüber regelmäßig zu berichten;
3. zu prüfen, welchen Beitrag die EU-Strukturfonds zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum insbesondere der Telemedizin leisten können;
4. die altersgerechte Quartiersentwicklung in den Kommunen weiter zu unterstützen, um die ambulante Versorgung in Gesundheit und Pflege zu stärken;
5. die im Krankenhausplan angelegten Planungsansätze weiter zu entwickeln und insbesondere auch neue sektorenübergreifende Versorgungsformen zu unterstützen, die dabei helfen, Gesundheitsversorgung als ein regionales Netz entlang der Patientinnen- und Patientenbedürfnisse umzusetzen;
6. zur Deckung des Versorgungsbedarfs im Bereich der Psychiatrieversorgung insbesondere außerstationäre Versorgungskonzepte zu entwickeln, weiter auszubauen und entsprechende Konzepte (wie *Home Treatment*) zu befördern;
7. sich für die Umsetzung der unter V.1-13 dargestellten Aufgaben und Maßnahmen einzusetzen;

8. sich weiterhin dafür einzusetzen, dass die Kooperation der Universität Bochum mit den Kliniken in Ostwestfalen-Lippe für den Ausbau des Medizinstudiums auf die Region erfolgreich umgesetzt wird.

**VII. Der Landtag fordert die Landesregierung auf, sich im Bundesrat dafür einzusetzen, dass**

1. die bestehenden Fehlanreize bei der ärztlichen Vergütung durch GKV und PKV beseitigt werden, die dazu führen, dass sich Ärztinnen und Ärzte vorzugsweise in Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Privatversicherten niederlassen;
2. die Bundesländer echte Mitwirkungsmöglichkeiten in der ärztlichen und psychotherapeutischen Bedarfsplanung erhalten, damit sie der ihnen durch die Bürgerinnen und Bürger zugeschriebenen Verantwortung auch gerecht werden können;
3. die Entscheidungskompetenz der Bundesländer im § 90a SGB V-Gremium gestärkt wird, um die sektorenübergreifenden Versorgungsprobleme verbindlicher lösen zu können.

Norbert Römer  
Marc Herter  
Inge Howe  
Michael Scheffler  
Günter Garbrecht

und Fraktion

Reiner Priggen  
Sigrid Beer  
Arif Ünal  
Martina Maaßen  
Manuela Grochowiak-Schmieding

und Fraktion