

5. Workshop

Gesundheitswirtschaft Sachsen

Gut versorgt im ländlichen Raum

am 16. November 2012 9:30 Uhr – 15:30 Uhr

Blockhaus Dresden, Neustädter Markt 19, 01097 Dresden

Veranstalter: GÖZ der TU Dresden, mit Unterstützung der Sächsischen Staatskanzlei

10:05 Uhr Grußwort

Anrede,

„Gut versorgt im ländlichen Raum“ formuliert das Ziel der Zukunftsaufgabe sehr treffend.

Wir alle können mit Recht stolz auf unser Gesundheitswesen in Deutschland sein. Die Menschen in unserem Land wissen, dass sie sich auf eine Versorgung auf hohem Niveau verlassen können. Deshalb lautet die Herausforderung, diese exzellente Versorgung auch in Zukunft für alle zu erhalten.

Jede Bürgerin und jeder Bürger kann sich darauf verlassen, dass im Krankheitsfall unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht, Herkunft oder Vorerkrankung die medizinische Behandlung erhält, die notwendig ist.

Verlässliche Größen sind die freie Arztwahl, die freie Krankenhauswahl, freie Krankenversicherungswahl und Therapiefreiheit. Damit hebt sich unser Gesundheitswesen von staatlichen Gesundheitssystemen in anderen Ländern ab. Dort gibt es wirklich Zwei-Klassen-Medizin und die längsten Wartezeiten. Wir wollen alle, dass unser Gesundheitswesen leistungsfähig bleibt.

Obwohl die demografische Entwicklung seit den 1970er Jahren absehbar ist, wurde sie lange ignoriert. Die Auswirkungen der demografischen Veränderungen kommen jetzt bereits deutlich erkennbar, vor allem in den ländlichen Regionen Ostdeutschlands an.

Wir hier in Sachsen spüren mit einigem Zeitvorlauf vor anderen Bundesländern die konkreten Auswirkungen einer schrumpfenden und älter werdenden Bevölkerung. Deshalb begrüße ich die heute vorgestellte umfassende Untersuchung über die notwendigen Rahmenbedingungen zur Sicherung und Stabilisierung der Lebenssituation gerade älterer Menschen in ländlichen Regionen.

Mir ist es wichtig, dass wir diese Entwicklung auch als Chance verstehen, um die Dinge positiv voranzubringen und sich die auch heute noch weit verbreitete Skepsis gegenüber Innovationen und Veränderungen verliert.

Hierbei wird immer deutlicher, dass der Zugang zum Internet, die Breitbandversorgung und die Möglichkeiten zur Nutzung der IT-Entwicklungen in Form von Telemedizin im Gesundheitswesen ein zentraler Schlüssel für die Entwicklung der ländlichen Räume ist. Sie erweist sich als Basis für die gesamte Infrastruktur, die wirtschaftliche und soziale Entwicklung und nicht zuletzt auch für die gesundheitliche Versorgung in einer ländlichen Region.

Für Gesundheitspolitiker bedeutet die demografische Entwicklung konkret: Wir stehen vor der Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten und vor einem Ärztemangel mit einer Zunahme altersbedingt in den Ruhestand gehenden Ärzten. Immer weniger Ärzten wollen auf dem Land praktizieren. Immer mehr Ärzte wollen im Angestelltenverhältnis und in Teilzeit arbeiten, um besser Familie und Beruf verbinden zu können.

Als besonders zentrale Punkte sehe ich die deutlich verbesserte Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg – sie ist der Schlüssel für die effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen. Zudem brauchen wir mehr technische Unterstützungssysteme, sowohl in der medizinischen Versorgung wie im Bereich der Pflege.

Dies spielt gerade bei der in der Projektstudie behandelten Frage der Erreichbarkeit medizinisch-pflegerischer Leistungen eine wichtige Rolle. Die Entwicklung konkreter, anwendungsorientierter Handlungsstrategien zur Umsetzung ist dazu äußerst hilfreich.

Weil wir wissen, dass die Demographie nicht nur bei den Patientinnen und Patienten wirkt, sondern auch bei Ärztinnen und Ärzten, haben wir mit dem Versorgungsstrukturgesetz zum 1.1. 2012 umfangreiche Verbesserungen für die ambulante Versorgung eingeleitet. Vor allem, dass in kleineren Versorgungsräumen gedacht und gehandelt wird, ist ein Fortschritt.

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz haben wir auf den medizinisch-technischen Fortschritt reagiert. Telemedizin soll vor allem im ländlichen Raum wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung werden. Die Telemedizin wird dazu als ein Leistungsbereich definiert, der besonders förderungswürdig ist und damit gesondert vergütet werden kann. Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen soll im Bewertungsausschuss zunächst festlegen, welche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) telemedizinisch erbracht werden können und wie der EBM entsprechend anzupassen wäre. Damit ist ein entscheidender Schritt zur Aufnahme der Telemedizin in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung getan.

Die Selbstverwaltung soll bis 31. März 2013 die konkreten Änderungen zur Aufnahme in den EBM beschließen.

Weiter möchte ich exemplarisch noch ein paar Regelungen stichpunktartig nennen, die für die Versorgung in ländlichen Regionen von großer Bedeutung sind:

- Herausnahme der Landärzte aus der Begrenzung der Vergütungen. Sie können Preiszuschläge für Ihre Leistungen erhalten und von den Kassenärztlichen Vereinigungen über einen Strukturfonds gefördert werden.
- Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen neu niederlassen, werden bei der Auswahl zur Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Bereichen besonders berücksichtigt.
- Dadurch wird eine Niederlassung in einer ländlichen Region nicht mehr wie eine unabänderliche Lebensentscheidung empfunden.

- Gleiches gilt für die Aufhebung der Residenzpflicht.
- Über die Verteilung der ambulanten ärztlichen Honorare wird wieder mehr auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort entschieden.
- Die Entwicklung der Gesamtvergütung wird weiterhin auf Bundesebene festgelegt – Basis: Entwicklung der Morbidität – wie dieses Geld verteilt wird, ist dann Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung vor Ort

Zur besseren Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten:

- Kann Überversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen besser abgebaut werden, in dem in überversorgten Regionen Arztsitze von der KV aufgekauft werden dürfen.
- Die Berechtigung zur Gründung eines MVZ wird auf Vertragsärzte, Krankenhäuser und gemeinnützige Trägerorganisationen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen beschränkt.
- Die Leitung eines MVZ muss in ärztlicher Hand liegen. Dabei muss der ärztliche Leiter in dem MVZ selbst tätig sein und darf in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen.
- Nach Krankenhausaufenthalt gibt es eine verbesserte und zeitnahe Anschlussversorgung beim Facharzt.
- Die Kassenärztliche Vereinigung wird im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags verpflichtet, eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen
- Die Selbstverwaltung ist verpflichtet, bis zum 1. Januar 2013 die regionalen Planungsbereiche so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.

Wichtig ist, dass aus der Vernetzung der Akteure vor Ort praxisgerechte Lösungen gefunden werden, die funktionieren und von den Bürgerinnen und Bürgern angenommen werden.