

BESCHLUSS DES 13. ALTENPARLAMENTES

Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in MV bis ins hohe Alter unter besonderer Beachtung des ländlichen Raumes^{*)}

Der Landtag und die Landesregierung werden aufgefordert, im Rahmen ihrer Verantwortung für das Wohlergehen der älteren Bevölkerung auf eine flächendeckende allumfassende Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern hinzuwirken.

Dazu fordert das Altenparlament die Landesregierung auf:

1. Zur haus- und fachärztlichen Versorgung:

- Möglichkeiten gesetzlicher Voraussetzungen für eine Standortbindung freierwerdender Arztstellen zu prüfen und die notwendigen Schritte einzuleiten.
- leichtere Zugangsbedingungen für Studienwillige in der Ausrichtung Medizin, die später im ländlichen Bereich arbeiten wollen, zu schaffen. Das kann z. B. der Wegfall des Numerus Clausus sein, wie es in anderen Bundesländern bereits praktiziert wird, oder die Möglichkeit über einen qualifizierten Berufsabschluss die Zulassungsbefähigung fürs Medizinstudium zu erhalten. Beides könnte mit der Verpflichtung verbunden werden, nach Abschluss der Ausbildung X Jahre als Landarzt zu arbeiten.
- finanzielle Anreize durch Vergabe von Darlehen für Praxisübernahmekosten, die in Jahresschritten abnehmend zurückzuzahlen sind, zu schaffen.

^{*)} Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich - sofern nicht anders kenntlich gemacht - auf alle Geschlechter.

- sich da, wo ambulante medizinische Versorgung wegzubrechen droht, für die Einrichtung von Kassenärztlicher Vereinigung (KV) geführten Praxen einzusetzen, um die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sichern.
- eine angemessene gesundheitliche Versorgung sowohl der Bevölkerung wie auch der touristischen Besucher durch die Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen sicher zu stellen!
- sich dafür einzusetzen bzw. die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in Zukunft vorzugsweise Ärzte als Gemeinschaft oder kommunale oder gemeinnützige Einrichtungen als Träger eines Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in Frage kommen.
- dafür Sorge zu tragen, dass die durch das Einrichten von MVZ entstandene Unterversorgung bei Haus- und Fachärzten schnellstmöglich behoben wird. Ein Weg könnte sein, die vorhandene Landarztquote mit einer Landarztbindung zu versehen.
- sich verstärkt, da wo erforderlich, für die Einrichtung von Gesundheitszentren einzusetzen, und die Wiederbelebung des Modells „Schwester Agnes“, unter Einbeziehung und Berücksichtigung vorhandener ambulanter Dienste, voranzutreiben.
- dafür Sorge zu tragen, dass die landesweit flächendeckende Versorgung mit schnellem Internet schnellstens umgesetzt wird.

2. Zur geriatrischen Versorgung

- eine bedarfsgerechte ambulante Altersmedizin/(Geriatric) in Form flächendeckender ambulanter/teilstationärer geriatrischer Zentren aufzubauen. Hierzu soll insbesondere die Möglichkeit der Errichtung und Förderung von geriatrischen Zentren (z. B. Tageskliniken) an Krankenhäusern mit vorhandenen geriatrischen Einheiten (lt. Definition Krankenhausplan M-V) in Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern (Krankenkassen), der kassenärztlichen Vereinigung sowie der Krankenhausgesellschaft M-V geprüft werden, wobei das geriatrische Kompetenzzentrum des Kreiskrankenhauses Wolgast - als Teil der Universitätsmedizin Greifswald - hier als Best Practice dienen und eine Beraterrolle einnehmen sollte.
- den Geriatric-Plan Mecklenburg-Vorpommern von 2011 unter Beachtung des vom Bundesverband Geriatric in 2022 entwickelten Geriatric-Konzepts (u. a. zentrierte ambulante/teilstationäre geriatrischen Versorgung inklusive Prävention und Rehabilitation) zu aktualisieren,
- eine amtliche statistische Ausweisung der vorhandenen geriatrischen Plätze/Betten in stationären und teilstationären Einrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns (mindestens 2-jährlich) einzuführen,

- die Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern aufzufordern, rechtsverbindlich die Weiterbildung aller Hausärzte im Bereich Geriatrie in der Weiterbildungsverordnung festzulegen,
- sich zur Etablierung einer Facharztausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie in Mecklenburg-Vorpommern (wie bereits in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt erfolgt) mit der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ins Benehmen zu setzen,
- einen Landesplan für Demenz in Anlehnung und Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie vom 1. Juli 2020 (ggf. als Bestandteil des Geriatrie-Planes) zu erarbeiten.

Die Präsidentin des 13. Altenparlamentes

Begründung:

Zu 1.

Eine wohnortnahe medizinische Versorgung ist ein entscheidender Faktor für die Zukunftsfähigkeit des ländlichen Raumes. Das zu gewährleisten gehört zur Daseinsvorsorge und ist Aufgabe der Politik. Das schwindende Interesse des ärztlichen Nachwuchses an einer hausärztlichen oder fachärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum ist klar erkennbar. Dem gegenüber steht die demographische Entwicklung, bzw. der stark anwachsende Anteil hochbetagter Menschen der zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen führt, hier insbesondere im hausärztlichen Bereich.

In nächster Zeit stehen allorts Praxisabgaben an. In Mecklenburg-Vorpommern liegt die Zahl nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung bei 26 %. Nachfolger zu finden, gestaltet sich zunehmend schwierig.

Der dringend benötigte medizinische Nachwuchs hat heute andere Vorstellungen von den zu erwartenden Arbeitsbedingungen. Er bevorzugt die Arbeit im Team und nach Möglichkeit in festgeschriebenen Zeiten.

Darum müssen für die jungen Ärzte, aber auch für andere Gesundheitsberufe, neue Modelle der Gesundheitsversorgung vor allem im ländlichen Raum gefunden werden.

Das könnten z. B. sein:

- flexible, aber zugleich verlässliche Arbeitszeiten,
- mehr Teilzeitmöglichkeiten,
- mehr Arbeit im Team, um Spezialisierung zu ermöglichen, - Entlastung von administrativen Routinearbeiten,
- mehr Angestelltenverhältnisse, weniger Selbständigkeit.

Um das zu erreichen, braucht es mehrere Akteure, die gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten suchen, aber auch die Politik, die gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen muss, da wo sie noch nicht vorhanden sind.

Es ist wichtig, dass Maßnahmen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene koordiniert werden, um langfristig eine nachhaltige Lösung für den Mangel an Haus- und Fachärzten vor allem im ländlichen Bereich zu schaffen.

Was können Land, Kommune und KV tun?

Grundsätzlich hat sich das Land (Gesundheitsversorgung ist Ländersache), durch die Vergabe des Sicherstellungsauftrages an die KV, dieser zentralen Aufgabe der Daseinsvorsorge entledigt. Somit ist es deren Sache, die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Fest steht aber, dass die KVen nicht in der Lage sind, die örtliche Gesundheitsversorgung zu garantieren. Die Gründe sind vielschichtig.

Das Land hat vielfältige Möglichkeiten, Maßnahmen zu ergreifen, um unterstützend mitzuhelfen die med. Versorgung zu sichern.

Das können z. B. sein:

finanzielle Anreize

- in Form von Stipendien für Studierende,
- Ausbildung reformieren,
- Fortbildungsmaßnahmen finanzieren,
- langfristige Darlehen.

Hilfe bei der Gestaltung überdisziplinärer Zusammenarbeit,

- Aufbau von Versorgungszentren,
- Aufbau von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum,
- Förderung von Telemedizin.

Strukturelle Maßnahmen,

- Ausbau der Infrastruktur wie Breitband und ÖPNV.

Auch die Kommune muss daran interessiert sein, die in ihrem Bereich befindliche Haus- oder Facharztstelle nicht zu verlieren. Also muss sie Anreize schaffen, um Interessierten gute Startmöglichkeiten zu bieten.

Das könnten u. a. sein:

- die Bereitstellung von kostengünstigen oder kostenlosen Praxisräumen,
- Bereitstellung oder Hilfe bei der Suche nach geeignetem, kostengünstigem Wohnraum,
- Kinderbetreuungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Vernetzung mit anderen Gesundheitsdienstleistern.

Die KV als Organ der ärztlichen Selbstverwaltung, ausgestattet mit umfangreichen normativen Rechten und Pflichten, ist scheinbar die mit der am klarsten definierte Zuständigkeit für die Sicherung der medizinischen Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich.

Um die medizinische Versorgung vor allem im ländlichen Raum zu sichern, hat die KV-MV bereits einen umfangreichen Maßnahmenkatalog, der vor allem finanzielle, aber auch technische und strukturelle Hilfen vorsieht, aufgelistet (Januar 2023). Es bleiben aber mehrere zentrale Fragen offen, wie zum Beispiel

- Standortbindung,
- KV-geführte Praxen,
- Berücksichtigung von touristischen Übernachtungszahlen bei der Bemessung der Stellen.

Die jetzige Regelung bei der Stellenbemessung, die Anzahl der Stellen in einen Versorgungsbereich festzulegen, ermöglicht es, freiwerdende Stellen innerhalb dieses Versorgungsbereiches ohne Standortbindung im Versorgungsbereich zu besetzen. Die Abwanderung der Stellen aus dem ländlichen Bereich hin zu den Zentren ist das Ergebnis. Das muss unbedingt auf den Prüfstand gestellt werden.

Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass dadurch die notwendige medizinische Versorgung des ländlichen Raumes nicht mehr gewährleistet werden kann.

Auch innovative, gut durchdachte Konzepte der betroffenen Kommunen konnten diesen Trend nicht aufhalten. Die abgewanderten Stellenkontingente sind für den ländlichen Raum in der Regel verloren.

Um dem entgegenzuwirken, muss sowohl die KV wie auch die Politik über die Möglichkeiten einer Standortbindung nachdenken. Es müssten dafür die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Die KV hätte die Möglichkeit durch selbstbetriebene Praxen, in denen sie Ärzte anstellt, Abhilfe zu schaffen. Dieses Instrument wurde in der Vergangenheit zu wenig oder gar nicht genutzt.

Es bietet Lösungen für mehrere Hinderungsgründe junger Mediziner eine eigene Praxis zu übernehmen. Z. B. das finanzielle Risiko trägt ein anderer, der Arzt ist angestellt, die administrative nicht unerhebliche Belastung fällt weg u. a.

Vor allem aber sichert es die medizinische Versorgung im Einzugsbereich.

Das Verfahren der Stellenermittlung muss überdacht werden.

Touristische Übernachtungszahlen finden z. Z. bei der Bedarfsermittlung der Arztstellen in unseren Tourismusregionen entlang der Ostseeküste keine Berücksichtigung. Bedarfsermittlungen basieren einzig und allein auf den Einwohnerzahlen. Das führte in der Vergangenheit zu eklatanten Engpässen und zu Überlastungen der Notaufnahmen der Krankenhäuser, da diese die einzig mögliche Anlaufstelle für Hilfe benötigende Urlauber waren.

Es ist daher dringend erforderlich, dass touristische Übernachtungszahlen in die Berechnung der benötigten Arztstellen einbezogen werden, damit die medizinische Versorgung auch in Zeiten mit erhöhtem Bedarf ausreichend gewährleistet werden kann.

Eine weitere wirksame Möglichkeit des Anreizes zu Ansiedlung junger Ärzte sehen wir in der Absicherung des finanziellen Risikos bei der Übernahme einer Praxis durch einen jungen Arzt.

KV und Land geben bereits heute Zuschüsse und Darlehen, die aber nicht überzeugend genug zu sein scheinen.

Das AP schlägt daher vor, dass das Land bei der Übernahme einer Praxis ein Darlehen für die Übernahmekosten ausreicht, dass in Jahresschritten zurückzuzahlen ist. Dabei sollte sich die Rückzahlungssumme ab dem 3. Jahr um jeweils 10 % der Anfangsdarlehenssumme verringern. Für viele junge Ärzte sicher ein lohnenswerter Anreiz.

Bei der Zuschussgewährung darf es vor allem in Grenzbereichen zu anderen Bundesländern keine Rolle spielen, wo der übernahmewillige Arzt seinen Wohnsitz hat.

Da wo Arztpraxen sind, muss man über geeignete Maßnahmen nachdenken, um eine bedarfsgerechte und effektive medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen.

Eine solche Maßnahme könnte z. B. die Errichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums sein. Der Vorteil eines solchen Versorgungszentrums ist, es kann mehrere medizinische Fachrichtungen unter einem Dach vereinen. Das spart Patienten Wege und ermöglicht Ärzten effizienter zu arbeiten. Die Ärzte sind in der Regel angestellt, sie können sich administrative Aufgaben teilen das spart Kosten und Ressourcen. Ein Nachteil ist die Erreichbarkeit. Solche Gesundheitszentren siedeln sich meistens in Zentren an und sind somit für Patienten aus dem ländlichen Raum schwer erreichbar.

Eine weitere Frage stellt sich zur Betriebsform.

Sowohl Ärzte als Gemeinschaft wie auch Kommunen oder gemeinnützige Organisationen können Betreiber sein. Sie sichern durch das MVZ eine flächendeckende bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung ab. Die Betreiber tragen das finanzielle Risiko, die Ärzte sind angestellt. Es ist nicht ihr Ziel Gewinne zu erwirtschaften, so ein MVZ sollte aber kostendeckend arbeiten.

Kritisch wird es, wenn es einen privaten Betreiber gibt. Hier ist vorauszusetzen, dass die Einrichtung zur Gewinnerwirtschaftung betrieben wird. Das kann und darf nicht in unserem Sinne sein.

Bei der Einrichtung eines MVZ ist ein weiteres Problem zu bedenken.

Der Bedarf an Stellen wird anhand der Einwohnerzahlen ermittelt.

Jeder Stelle liegt ein sogenanntes Vollkontingent zu Grunde. Einem Vollkontingent werden 52 Wochenstunden zu Grunde gelegt. Das bedeutet, jeder selbstständig praktizierende Haus- oder Facharzt arbeitet 52 Wochenstunden.

Schließt eine Haus- oder Facharztpraxis und geht das Kontingent an ein MVZ passiert folgendes.

Die Ärzte im MVZ sind in der Regel angestellt, das bedeutet, sie arbeiten 40 Wochenstunden. Sie entscheiden sich dann für ein halbes Kontingent. Die zweite Hälfte des Kontingentes bleibt unbesetzt, auch weil der Nachwuchs fehlt. Es entsteht eine eklatante Unterversorgung, die Wartezeiten bei Arztterminen werden immer länger.

Eine Alternative zum MVZ könnte der Aufbau von sogenannten Gesundheitszentren sein. Sie können verschiedene medizinische Leistungen unter einem Dach anbieten und es ist nicht zwingend erforderlich, dass ein Arzt die Leitung übernimmt. Das kann z. B. auch eine Gemeindeschwester oder eine Physiotherapeutin sein. In einem solchen Gesundheitszentrum könnten regelmäßig Arztprechstunden durch Ärzte der umliegenden Kommunen oder auch Krankenhäuser stattfinden. Möglich sind hier Sprechstunden von Allgemeinmediziner oder Fachärzten wie z. B. Zahnarzt, Kinderarzt u.a. Außerdem bietet so ein Gesundheitszentrum die Möglichkeit medizinische Leistungen jeglicher Art (z. B. Gemeindeschwesternstation, Pflegestation, Tagespflege, Physiotherapie, Fußpflege) gebündelt an einem Ort anzubieten.

Gemeindeschwestern könnten mit Hilfe der Telemedizin ergänzende medizinische Leistungen erbringen. Das ist insbesondere wichtig für Patienten die Mobilitätseinschränkungen haben.

Die Wiederbelebung der Gemeindeschwester bzw. des Modells „Schwester Agnes“ sollte vorangetrieben werden. Sie spielen eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem, insbesondere in ländlichen Gebieten, wo der Zugang zu Gesundheitsdiensten durch das fehlende Angebot eingeschränkt ist.

Eine gute Infrastruktur ist heute Voraussetzung für viele junge Mediziner sich für den ländlichen Raum zu entscheiden.

Das ist nicht nur für den reibungslosen Ablauf im Praxisalltag erforderlich, es bedeutet auch Lebensqualität für sich und die Familie. Schnelles Internet, eine gute Anbindung durch funktionierenden ÖPNV, Schulanbindung, Kita-Platz, kulturelle Angebote, all das spielt bei der Entscheidung für den ländlichen Raum eine wichtige Rolle. Hier hinken wir in vielen Bereichen noch hinterher.

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Verantwortung für eine Weichenstellung zur Abhilfe des drohenden Haus- und Fachärztemangels vor allem im ländlichen Bereich nicht allein beim Land liegt. Bund, Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, Ärztekammer, Kommunen und Landkreise müssen hier an einem Strang ziehen. Es bedarf insgesamt einer Politik, die nicht nur die Förderung von Zentren im Blick hat, sondern auch die Stärkung des ländlichen Raumes vorantreibt.

Zu 2.

Im Jahr 2022 waren in Mecklenburg-Vorpommern lebende 429.912 Personen 65 Jahre und älter. Das ist ein Anteil in Höhe von 26,86 % an der Gesamtbevölkerung von 1,6 Mio. Menschen; Tendenz steigend. Der viel beschworene demografische Wandel ist in unserem Bundesland bereits im vollen Gange. Daher ist es unbedingt notwendig, eine bedarfsgerechte Altersmedizin aufzubauen bzw. vorhandene Strukturen auszubauen und miteinander übergreifend zu vernetzen. Nur so kann eine flächendeckende, wohnortnahe geriatrische Versorgung garantiert werden. Schon 2011 verabschiedete die Landesregierung M-V einen Geriatrie-Plan für unser Bundesland. Darin wird die Notwendigkeit des Aufbaus von altersmedizinischen Versorgungsstrukturen für geriatrisch zu versorgende Patienten beschrieben. Unter anderem heißt es: „Die geriatrischen Angebote müssen im Rahmen eines Zentrums gesteuert werden.“

Dazu sind verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen allen Beteiligten herzustellen...“.

Daher wird zur Verbesserung der ambulanten geriatrischen Versorgung vorgeschlagen, an Krankenhäusern mit bereits bestehenden sog. „Geriatrischen Einheiten“, zusätzlich geriatrische Zentren in Form von teilstationären Tageskliniken aufzubauen bzw. einzurichten. Wobei das geriatrische Kompetenzzentrum des Kreiskrankenhauses Wolgast hier als Best Practice dienen und eine Beraterrolle einnehmen sollte.

Die Landesregierung wird aufgefordert, die Möglichkeit der Errichtung und Förderung von geriatrischen Zentren, in Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern (Pflegekassen), der kassenärztlichen Vereinigung sowie der Krankenhausgesellschaft M-V, zur Sicherung einer zukünftigen bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen ambulanten/teilstationären geriatrischen Versorgung zu prüfen.

Der bereits vor mehr als zehn Jahren erstellte Geriatrie-Plan M-V bedarf dringend einer Aktualisierung unter Berücksichtigung der Weiterentwicklung auf dem medizinischen Gebiet der Geriatrie und der Versorgungsbedarfe entsprechend der Bevölkerungsentwicklung in M-V.

Um transparente, aussagekräftige und zukunftsfähige Prognosen für die Bedarfsentwicklung in M-V vornehmen zu können, bedarf es einer amtlichen statistischen Ausweisung aller vorhandenen Behandlungsplätze (Betten) in stationären und teilstationären Einrichtungen M-V, die mindestens 2-jährlich erfolgen soll.

Da in der Regel die Hausärzte bei gesundheitlichen Problemen die ersten Ansprechpartner für ältere Menschen sind, ist es unabdingbar, dass diese Weiterbildungen im Bereich der Geriatrie wahrnehmen. Die zuständige Landesärztekammer M-V wird daher aufgefordert, entsprechende rechtsverbindliche Regelungen in die gültige Weiterbildungsverordnung aufzunehmen und gleichzeitig stärker im Curriculum zur Verordnung zu verankern. Die Weiterbildungen sollen u. a. auch die Polypharmazie betrachten.

Darüber hinaus ist zur bedarfsgerechten geriatrischen Versorgung der Facharzt Innere Medizin und Geriatrie als Facharztkompetenz im Gebiet Innere Medizin in M-V durchzusetzen. Bisher ist dieses Konzept nur in drei Bundesländern umgesetzt worden (Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt). Die Landesregierung soll sich mit der Landesärztekammer M-V dazu ins Benehmen setzen.

Im Rahmen der geriatrischen Versorgung nimmt aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Altersstruktur in der Bundesrepublik die Versorgung von demenziell Erkrankten einen immer größeren Stellenwert ein. Für Mecklenburg-Vorpommern trifft dies wegen seines überdurchschnittlich hohen Anteils an älteren Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung insbesondere zu.

Bereits am 1. Juli 2020 ist von der Bundesregierung eine Nationale Demenzstrategie verabschiedet worden, die konkrete Maßnahmen zum Auf- und Ausbau einer Infrastruktur zur besseren Betreuung und Versorgung von Demenzerkrankten beinhaltet. Diese sollen vor Ort von den Ländern in Zusammenarbeit mit den Kommunen, Pflege- und Krankenkassen, Wohlfahrtsorganisationen, Kirchen usw. umgesetzt werden. Zur Umsetzung dieses Vorhabens in Mecklenburg-Vorpommern ist die Erarbeitung eines Landesplans für Demenz durch die Landesregierung dringend erforderlich. Ggf. könnte dieser auch als neuer, eigenständiger Bestandteil in den Geriatrie-Plan M-V eingearbeitet werden.