

Antrag

des Abg. Jochen Haußmann u. a. FDP/DVP

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Innovative Versorgungsformen – Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. ob und wenn ja welche Änderungen sich seit der Vorstellung des Zukunftskonzepts 2024+ des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Dezember 2024 ergeben haben;
2. inwieweit ihr aus Stadt- und Landkreisen innovative Gesundheitslösungen bekannt sind, die zum Ziel haben, die drohenden Versorgungsengpässe durch den angekündigten Wegfall der Ärztlichen Bereitschaftsdienste in Baden-Württemberg auszugleichen;
3. inwiefern sie in dieser Legislaturperiode interprofessionelle und innovative, am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete gesundheitliche und ärztliche Versorgung, unter anderem mit der flächendeckenden Einrichtung von interdisziplinären Primärversorgungszentren erreichen konnte, wie sie im Koalitionsvertrag der Landesregierung (Seite 73) vereinbart wurde;
4. welche Rolle unter welcher Beteiligung hierbei den Kommunen bzw. den Landkreisen zuteil gekommen ist;
5. wie sie kommunale Initiativen, wie die kommunalen Gesundheitspunkte im Rems-Murr-Kreis, zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zur Sicherstellung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes bewertet;
6. wie sie es bewertet, dass auch die Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes bei einem Gesundheitspunkt die Übernahme des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht gestattet;

7. welche Handlungsoptionen sie Kommunen bzw. Landkreisen empfiehlt, in denen der Versorgungsgrad der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte bereits jetzt bzw. in den kommenden fünf Jahren zu niedrig ist, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen;
8. wie sie das Hausärztliche Primärversorgungszentrum (kurz: HÄPPI-Praxis) des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bewertet, auch unter dem Aspekt der Delegation ärztlicher Aufgaben, unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Hausärzteschaft und der Bevölkerung;
9. welche rechtlichen Hürden sowie die Möglichkeit deren Auflösung sie identifiziert hat, die die Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (kurz: PORT-Praxis) und HÄPPI-Praxen bzw. Gesundheitspunkte in Baden-Württemberg bremsen;
10. welche gesetzlichen und finanziellen Änderungen dafür notwendig sind;
11. welchen Beitrag die kommunalen Gesundheitskonferenzen leisten können, wenn die notwendigen Freiräume der Kommunen bzw. Landkreise bei innovativen Versorgungsmodellen fehlen;
12. wie sie neue Berufsfelder, wie Notfallsanitäter, Gemeindenotfallsanitäter, Community Health Nurses, Physician Assistants sowie Krisen- und Notfalldienste in bestehende Gesundheitsstrukturen mittels erweiterter Kompetenzen einbinden will und unterstützt;
13. ob und wenn ja in welcher Form sie plant, die rechtlichen Rahmenbedingungen insofern zu verändern und anzupassen, dass eine Pilotierung von kommunalen Gesundheitspunkten in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg möglich wird;
14. welche Antworten sie auf die Forderung des Deutschen Landkreistags für die kommende Bundesregierung hat, in der der Deutsche Landkreistag deutlich macht, dass das systemische Problem der Notfallversorgung bei den Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie in der Patientensteuerung liegen;
15. welche Auswirkungen sich für die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg ergäben, wenn die künftige Bundesregierung die Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglicht.

31.3.2025

Haußmann, Reith, Fischer, Goll, Haag, Hoher, Dr. Jung,
Karrais, Dr. Timm Kern, Dr. Schweickert FDP/DVP

Begründung

Die Schließung der Notfallpraxen führt in vielen Kommunen und Landkreisen in Baden-Württemberg zur nicht unberechtigten Sorge, dass sich die ärztliche Notfallversorgung verschlechtert. Um dieser Verschlechterung entgegenzutreten wurde zum Beispiel das Konzept der Gesundheitspunkte, unter anderem durch den Rems-Murr-Kreis entwickelt. Ziel dieser Gesundheitspunkte ist die Vernetzung gesundheitlicher Dienstleistungen, die Entlastung der niedergelassenen Ärzteschaft insbesondere in den Randzeiten und an den Wochenenden durch Delegation ärztlicher Leistungen bzw. Anstellung einer Ärztin oder eines Arztes. Zudem soll damit die Transformation hin zur Telemedizin vorangetrieben und begleitet werden. Damit soll die Überforderung der Notaufnahme verhindert werden. Der Antrag soll die Unterstützung der Landesregierung hinsichtlich kommunaler und innovativer ärztlicher Versorgungsmodelle abfragen.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 6. Mai 2025 Nr. SM52-0141.5-72/3203/5 nimmt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. ob und wenn ja welche Änderungen sich seit der Vorstellung des Zukunftskonzepts 2024+ des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Dezember 2024 ergeben haben;

Zu 1.:

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) teilt zu Ziffer 1 mit, dass das Zukunftskonzept 2024+ des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes wie vorgesehen umgesetzt werde. Zum 31. März 2025 seien die Bereitschaftspraxen in Kirchheim unter Teck, Bad Saulgau und Neuenbürg geschlossen worden. Die vorgesehenen Gespräche mit den Beteiligten vor Ort hätten wie geplant stattgefunden. Dazu gehöre der Austausch mit den Kliniken, den beteiligten Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern bzw. Landrätinnen und Landräten sowie die Informationsveranstaltungen für die Bürgerinnen und Bürger. Begleitet würden die Gespräche durch umfangreiche Kommunikationsmaßnahmen. Änderungen habe es dahingehend gegeben, dass die Kapazitäten in den „Auffangpraxen“ in Abstimmung mit den Verantwortlichen der Ärzteschaft vor Ort teilweise stärker ausgebaut würden als ursprünglich vorgesehen. Das betreffe vor allem die Praxis in Ravensburg. Ebenso sei die Bereitschaftspraxis in Biberach als zusätzliche „Auffangpraxis“ für die geschlossene Bereitschaftspraxis in Bad Saulgau auf Bitte des Bürgermeisters und des Gemeinderates aufgenommen worden.

2. inwieweit ihr aus Stadt- und Landkreisen innovative Gesundheitslösungen bekannt sind, die zum Ziel haben, die drohenden Versorgungsengpässe durch den angekündigten Wegfall der Ärztlichen Bereitschaftsdienste in Baden-Württemberg auszugleichen;

Zu 2.:

Das Gesundheitssystem steht durch den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel vor wachsenden Herausforderungen, die sich unter anderem bereits an der schwieriger werdenden ärztlichen Versorgung in bestimmten Planungsbereichen zeigen, und die in der Folge auch die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit notwendig gemacht haben. Vor diesem Hintergrund sehen sich immer mehr Kreise, Städte und Gemeinden in der Verantwortung, die Gesundheitsversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner selbst in die Hand zu nehmen, auch wenn dies für die Kommunen formal keine Pflichtaufgabe ist. Wenn sich Kommunen auf den Weg machen und eigene Konzepte erarbeiten, um die Gesundheitsversorgung vor Ort, ggf. auch mit Blick auf den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, in eigener Verantwortung zu verbessern, wird das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration durch die Kommunen in der Regel nicht einbezogen. Daher sind entsprechende Planungen nur im Einzelfall bekannt, wenn sich Kommunen mit konkreten Fragestellungen an das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration wenden.

Wie in Kapitel 3 des Gutachtens des Sachverständigenrates für Gesundheit und Pflege (2024) beschrieben, resultiert die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aus der Nachfrage nach und dem Zugang der Versicherten zu Gesundheitsleistungen. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entsteht wiederum aufgrund der Morbidität und des subjektiven Bedarfs an Versorgungsleistungen. Im Gutachten wird zur besseren Steuerung und Entlastung der Personalressourcen im Gesundheitswesen die Erhöhung der Gesundheitskompetenz empfohlen. Hier hat der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in den Kreisen im Rahmen seines

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

Aufklärungsauftrages Handlungsmöglichkeiten. In mehreren Kreisen existieren bereits Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz einschließlich von Kenntnissen zu einer der Dringlichkeit eines medizinischen Problems angemessenen Inanspruchnahme des kurativen medizinischen Versorgungssystems bzw. sind solche in Planung.

3. inwiefern sie in dieser Legislaturperiode interprofessionelle und innovative, am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete gesundheitliche und ärztliche Versorgung, unter anderem mit der flächendeckenden Einrichtung von interdisziplinären Primärversorgungszentren erreichen konnte, wie sie im Koalitionsvertrag der Landesregierung (Seite 73) vereinbart wurde;

Zu 3.:

Im Koalitionsvertrag „Jetzt für morgen“ der beiden die Landesregierung tragenden Parteien heißt es auf Seite 73 wörtlich: „Unser Ziel ist es gleichzeitig, die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär im Gesundheitssystem zu überwinden. Wir wollen eine interprofessionelle und innovative, am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung erreichen. Dafür werden wir beispielsweise die flächendeckende Einrichtung von interdisziplinären Primärversorgungszentren und den weiteren Aufbau von Telemedizin fördern.“

Das Primärversorgungszentrum (PVZ) soll zukünftig die erste Anlaufstelle in gesundheitlichen Fragestellungen sein. Es umfasst präventive, gesundheitsfördernde, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen. Im Zentrum stehen eine hausärztliche Praxis und ein Case-Management, das insbesondere Menschen mit chronischen, mehrfachen und komplexen Erkrankungen zu Untersuchungen und nächsten Behandlungsschritten berät und Menschen beim Zugang in das Gesundheitssystem unterstützt. Damit kann das Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung abgebaut und die Qualität der Behandlung verbessert werden. Zudem können die knappen personellen und finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem effizienter eingesetzt werden. Dies hat Baden-Württemberg bereits 2018 mit dem Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung gezeigt. Abhängig von regionalen Gegebenheiten können andere medizinische Fachrichtungen und Gesundheitsfachberufe wie z. B. Physiotherapie, Hebammen oder eine Apotheke am Standort des PVZ integriert sein oder mit dem PVZ direkt kooperieren.

Im Rahmen von insgesamt drei Förderaufrufen aus den Jahren 2019, 2020 und 2022 wurden durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration bislang fast 30 Projekte in ganz Baden-Württemberg gefördert, welche die Konzeptualisierung oder den Aufbau von Primärversorgungszentren und -netzwerken zum Ziel hatten. Die Projekte wurden in erster Linie in ländlichen Gebieten und häufig in Kommunen mit absehbaren oder bestehenden medizinischen Versorgungsgaps durchgeführt.

Um die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem zu überwinden und die flächendeckende Einrichtung von Primärversorgungszentren mit interprofessionellen Teams und einem Case Management zu ermöglichen, bedarf es einer Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene. Notwendig ist dafür die rechtliche Verankerung dieser neuen Versorgungsform im SGB V sowie die Schaffung einer entsprechenden Finanzierungsstruktur im Rahmen der Regelversorgung. Dafür setzt sich Baden-Württemberg bereits seit längerem gegenüber dem Bund ein.

In einem ersten, inoffiziellen Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in der letzten Legislatur war eine Aufnahme von Primärversorgungszentren im SGB V vorgesehen. Auch wenn diese aus Sicht Baden-Württembergs in der Ausgestaltung noch nicht ausreichend war, wäre es ein wichtiger erster Schritt gewesen. Leider fehlte die Regelung in späteren Entwürfen. Im Rahmen des Bundesratsverfahrens zum GVSG hat Baden-Württemberg mehrere Anträge eingebracht. Unter anderem wurde eine neue, deutlich umfassendere Regelung zu Primärversorgungszentren im SGB V vorgeschlagen, die von den anderen Bundesländern breit mitgetragen wurde. Leider wurde dieser Vorschlag durch das BMG nicht berücksichtigt. Aufgrund der vorgezogenen Neuwahlen wurde das GVSG letztlich nur in einer stark gekürzten Fassung durch den Bundestag verabschiedet. Es enthält nun verschiedene wichtige, aber sehr kleinteilige Regelungen und keine Ansätze mehr für neue, innovative Versorgungsformen.

Es ist ein wesentlicher Erfolg Baden-Württembergs im Rahmen der Verhandlungen über die Krankenhausvergütungsreform des Bundes, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen als neue Form von Krankenhäusern im Gesetzentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) stehen. Aus baden-württembergischer Sicht können die nun im Gesetzentwurf enthaltenen wichtigen Regelungen für sektorenübergreifende Versorger jedoch nur ein erster Schritt sein. Denn an zentralen Stellen bleiben die Sektorengrenzen bestehen. Daher wird sich das Land auch weiterhin dafür einsetzen, dass im KHVVG und ebenso in anderen aktuellen und zukünftigen Gesetzgebungsvorhaben des Bundes die Grundlagen für echte und weitreichende sektorenübergreifende Versorgungsangebote und deren Finanzierung im Rahmen der Regelversorgung gelegt werden.

4. welche Rolle unter welcher Beteiligung hierbei den Kommunen bzw. den Landkreisen zuteil gekommen ist;

Zu 4.:

Kommunen waren Antragsteller und Zuwendungsempfänger bei den unter Ziffer 3 dargestellten, mit Landesmitteln geförderten Modellprojekten zu Primärversorgungszentren und -netzwerken. Das heißt, sie haben das jeweilige Modellprojekt federführend konzipiert, Fördermittel beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration beantragt und im Fall einer Förderung das Projekt umgesetzt.

Zudem beschäftigen sich in Baden-Württemberg die Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit dem Themenfeld medizinische Versorgung und Pflege. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind seit 2015 gesetzlich in Baden-Württemberg verankert und seit 2018 flächendeckend in allen Landkreisen eingerichtet. Für die Einrichtung und Durchführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen werden jährlich zwei Millionen Euro im Rahmen der Finanzausgleichszahlungen des Landes an die Kreise überwiesen.

Die bundesgesetzliche Verankerung von Primärversorgungszentren und anderen innovativen Ansätzen zur Gesundheitsversorgung, wie z. B. Gesundheitsregionen, könnten eine stärker gestaltende Rolle in der Gesundheitsversorgung für Kommunen, auch über zeitlich begrenzte Modellprojekte hinaus, ermöglichen.

5. wie sie kommunale Initiativen, wie die kommunalen Gesundheitspunkte im Rems-Murr-Kreis, zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zur Sicherstellung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes bewertet;

6. wie sie es bewertet, dass auch die Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes bei einem Gesundheitspunkt die Übernahme des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht gestattet;

Zu 5. und 6.:

Die Ziffern 5 und 6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration begrüßt das Engagement von Kommunen und unterstützt diese und die für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach Kräften bei ihren Bemühungen um die Sicherstellung der Versorgung. An dieser Stelle wird auf die Antwort zu Ziffer 7 verwiesen.

Die KVBW teilt mit, dass das ihr vorgelegte Konzept zu einem Gesundheitspunkt Rems-Murr-Kreis auf einer Anstellung eines (nicht-ärztlichen) Notfallsanitäters basierte. Die KVBW weist darauf hin, dass Delegationsmöglichkeiten nach den gesetzlichen Regelungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht vorgesehen sind. Eine Abrechnungsmöglichkeit sei somit für entsprechende Leistungen ausgeschlossen. Leistungen im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes könnten nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen von Ärztinnen und Ärzten erbracht und abgerechnet werden, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und zum Dienst eingeteilt sind oder von ihnen beauftragte ärztliche Vertreterinnen und Vertreter.

Darüber hinaus verweist die KVBW auf die Möglichkeit der freiwilligen Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst durch Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit der KVBW, wobei die grundlegende Voraussetzung auch hier die Approbation als Ärztin oder Arzt sowie die Facharztweiterbildung sei. Des Weiteren könne der Bereitschaftsdienst nur in einer Bereitschaftspraxis, im Rahmen des Fahrdienstes oder rein telemedizinisch geleistet werden. Dies wäre bei dem vorgestellten Gesundheitspunkt nicht gegeben.

Für das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration ist es dringend erforderlich, die bisher weitgehend unverbundenen sektoralen Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung zu entwickeln. Hierzu bedarf es dringend einer Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene.

7. welche Handlungsoptionen sie Kommunen bzw. Landkreisen empfiehlt, in denen der Versorgungsgrad der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte bereits jetzt bzw. in den kommenden fünf Jahren zu niedrig ist, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen;

Zu 7.:

Es wird darauf hingewiesen, dass der Sicherstellungsauftrag bezüglich der vertragsärztlichen Versorgung der ärztlichen Selbstverwaltung obliegt (vgl. § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Diese wird in Baden-Württemberg von der KVBW wahrgenommen und trifft damit zumindest mittelbar auch jede einzelne Vertragsärztin und jeden einzelnen Vertragsarzt.

Das Land Baden-Württemberg und insbesondere das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration unterstützt die originär zuständige ärztliche Selbstverwaltung jedoch nach Kräften bei ihrem Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung.

Das Land verfolgt dabei unter anderem den Ansatz, die Rahmenbedingungen des (Haus-)Arztberufes mit Hilfe von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an den Anforderungen der nachkommenden Ärztegeneration auszurichten. MVZ bieten jungen Ärztinnen und Ärzten beispielsweise die Möglichkeit, im Angestelltenverhältnis und auf Teilzeitbasis tätig zu sein, ohne das unternehmerische Risiko einer Praxisneugründung oder -übernahme eingehen zu müssen. Deshalb setzt sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration schon lange auf Bundesebene dafür ein, die Rahmenbedingungen für die Gründung etwa von kommunalen und genossenschaftlichen MVZ zu verbessern.

Aufgrund des Sicherstellungsauftrags der ärztlichen Selbstverwaltung wird Kommunen empfohlen, sich zunächst an die KVBW zu wenden. Dort ist eine Kommunalberatung speziell dafür eingerichtet, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister und ihre Gemeinden bei der Schaffung, Aufrechterhaltung oder Verbesserung der ärztlichen Versorgung zu beraten und zu unterstützen. Zudem können Ärztinnen und Ärzte, die in solchen Kommunen tätig werden möchten, auf das Förderprogramm der KVBW „Ziel und Zukunft“ (ZuZ) aufmerksam gemacht werden.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat die Kommunalberatung der KVBW wiederum unterstützt, indem es gemeinsam mit dem Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz im Rahmen des Kabinettsausschusses Ländlicher Raum ein umfangreiches Rechtsgutachten zum Thema kommunale MVZ in genossenschaftlicher Rechtsform hat erstellen lassen. Dieses Rechtsgutachten befasst sich vollumfänglich mit allen möglichen rechtlichen Fragestellungen zu der Frage, wie Kommunen eigene MVZ gründen und betreiben können. Das Rechtsgutachten dient als wichtige Unterstützung bei der Beratung von Kommunen.

Mit dem Förderprogramm „Landärzte“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration wird eine finanzielle Förderung für Hausärztinnen und -ärzte in Höhe von bis zu 30 000 Euro gewährt, die sich in ländlichen Regionen niederlassen, aber auch Anstellungen können gefördert werden.

Im Geschäftsbereich des Ministeriums für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz stehen im Rahmen der Strukturförderprogramme „Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR)“ und „LEADER“ ebenfalls umfangreiche Fördermöglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsstrukturen zur Verfügung.

Durch das ELR können investive Vorhaben im kommunalen, privaten und unternehmerischen Bereich gefördert werden. In der ELR-Jahresausschreibung 2025 wird das Ziel einer hohen Lebensqualität im ländlichen Raum betont. Dazu zählt u. a. auch eine angemessene Grundversorgung in ländlichen Gebieten. Im Rahmen dieses Förderschwerpunkts können Projekte zur medizinischen Versorgung, wie zum Beispiel die Einrichtung von Hausarztpraxen, unterstützt werden. Auch im Rahmen des EU-Programms LEADER 2023 bis 2027 werden Vorhaben zur Sicherung und zum Ausbau medizinischer Versorgungseinrichtungen gefördert.

Die Programme des Ministeriums für Landesentwicklung und Wohnen zur städtebaulichen Erneuerung unterstützen die Kommunen beim Abbau städtebaulicher Entwicklungsdefizite sowie bei einer zeitgemäßen und nachhaltigen Weiterentwicklung gewachsener baulicher Strukturen. Hierunter gewinnen unter dem Einfluss des demografischen Wandels auch zentrale und bedarfsgerechte Infrastrukturangebote, wie z. B. Arzthäuser, zunehmend eine große Bedeutung für die Orts- und Stadtteilzentren.

8. wie sie das Hausärztliche Primärversorgungszentrum (kurz: HÄPPI-Praxis) des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bewertet, auch unter dem Aspekt der Delegation ärztlicher Aufgaben, unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Hausärzteschaft und der Bevölkerung;

Zu 8.:

Beim Versorgungskonzept „Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell“ (HÄPPI) soll durch den Einsatz akademischer und nicht-akademischer Gesundheitsberufe in der hausärztlichen Einzelpraxis mehr Delegation ärztlicher Leistungen und eine verbesserte Steuerung der Patientinnen und Patienten innerhalb der hausärztlichen Einzelpraxis erfolgen. Daneben enthält das Modell einige Elemente zur besseren und effizienteren Praxisorganisation und Kommunikation, wie etwa die Nutzung von Messengerdiensten zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Dies sind gute Ansätze, die auch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration und das Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz unterstützen. Daher wurde die Pilotierung des HÄPPI in zehn Praxen in Baden-Württemberg aus Mitteln des Kabinettsausschusses Ländlicher Raum gefördert. Die genannten Ansätze können helfen, die Versorgung in der Arztpraxis besser und effektiver zu organisieren, Ärztinnen und Ärzten mittels Delegation von Aufgaben zu entlasten und so auch die Zahl der durch eine Praxis zu versorgenden Patientinnen und Patienten zu steigern. Dies kann mit Blick auf die Herausforderungen durch den demografischen Wandel, der sich sowohl in der Altersstruktur der Hausärzteschaft als auch in der Altersstruktur der Bevölkerung bemerkbar macht, hilfreich sein.

9. welche rechtlichen Hürden sowie die Möglichkeit deren Auflösung sie identifiziert hat, die die Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (kurz: PORT-Praxis) und HÄPPI-Praxen bzw. Gesundheitspunkte in Baden-Württemberg bremsen;

10. welche gesetzlichen und finanziellen Änderungen dafür notwendig sind;

Zu 9. und 10.:

Die beiden Ziffern 9 und 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei der PORT-Praxis handelt es sich um einen sektorenübergreifenden Ansatz, der grundsätzlich mit den unter Ziffer 3 beschriebenen Primärversorgungszentren vergleichbar ist. Auf die dortige Darstellung der bundesgesetzlich notwendigen Änderungen wird daher verwiesen.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an akademische und nicht-akademische Gesundheitsberufe, die ein wichtiger Bestandteil von HÄPPI ist, ist rechtlich bereits heute möglich und wird im System an vielen Stellen umgesetzt. Der Einsatz von Physician Assistants, Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAHs), nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NÄPAs) und vergleichbaren nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in ärztlicher Delegation ist in Praxen nach allgemeiner Einschätzung mit den aktuell dafür vorgesehenen Vergütungen im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) allerdings nicht kostendeckend möglich.

11. welchen Beitrag die kommunalen Gesundheitskonferenzen leisten können, wenn die notwendigen Freiräume der Kommunen bzw. Landkreise bei innovativen Versorgungsmodellen fehlen;

Zu 11.:

Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGKs) beschäftigen sich als strategische Netzwerke aller relevanten Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens mit Themen aus den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung. Sie können auf der Basis einer qualitätsgestützten Gesundheitsplanung der Gesundheitsämter auf Probleme hinsichtlich der Versorgung hinweisen und die Akteurinnen und Akteure für mögliche Lösungsansätze an einen Tisch bringen, um gemeinsam Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Sehr viele Kommunale Gesundheitskonferenzen beschäftigen sich mit Versorgungsthemen und viele der Maßnahmen, die umgesetzt werden, fokussieren neben der Vernetzung der kurativ tätigen Akteurinnen und Akteure zur Verbesserung der Schnittstellen für die Patientinnen und Patienten auf eine Attraktivitätssteigerung der Region für den ärztlichen Nachwuchs. Hierzu zählt etwa die Einrichtung von Weiterbildungsverbänden, um zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte und/oder Fachärztinnen und Fachärzte durch die Möglichkeit, alle Weiterbildungsabschnitte der Facharztweiterbildung in einem Landkreis/einer Region strukturiert absolvieren zu können, auch vor Ort zu binden und zu halten.

Nach § 7 Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) wirken die Gesundheitsämter in enger Zusammenarbeit mit anderen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen und im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz nach § 5 des Landesgesundheitsgesetzes (LGG) an der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten mit. Sie klären die Bevölkerung über eine gesundheitsfördernde Lebensweise, Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten auf. Durch Information und Gesundheitsbildung tragen die Gesundheitsämter zur Vermeidung von gesundheitsschädigenden Lebensweisen bei, insbesondere von Zivilisationskrankheiten und psychischen Störungen sowie Suchterkrankungen. Dabei sind insbesondere die zielorientierte Koordination und Steuerung der Gesundheitsförderung und Prävention Aufgabe der Gesundheitsämter. Sie können im Bedarfsfall zielgruppenspezifische Beratungs- und Betreuungsleistungen entwickeln und anbieten, soweit solche Leistungen nicht von anderen Aufgabenträgern angeboten werden. Zur Sicherung einer nachhaltigen Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten stehen dabei strukturelle Maßnahmen im Vordergrund. Gesundheitsförderung und Prävention sind sehr wichtige Ansätze um die Nachfrage nach kurativen medizinischen Versorgungsleistungen perspektivisch zu senken.

12. wie sie neue Berufsfelder, wie Notfallsanitäter, Gemeindenotfallsanitäter, Community Health Nurses, Physician Assistants sowie Krisen- und Notfalldienste in bestehende Gesundheitsstrukturen mittels erweiterter Kompetenzen einbinden will und unterstützt;

Zu 12.:

Der Beruf Notfallsanitäter/-in ist ein vor rund 10 Jahren neu geschaffener, bundesrechtlich reglementierter Gesundheitsfachberuf. Er hat den vorherigen Beruf „Rettungsassistent/-in“ ersetzt und ist jetzt die höchste berufliche, nicht-ärztliche Qualifikation im Rettungsdienst. Insofern handelt es sich um ein bereits etabliertes Berufsbild. Die Qualifikation „Gemeindenotfallsanitäter“ ist eine landespoli-

tische Qualifikations- bzw. Tätigkeitsbeschreibung und wurde in Niedersachsen im Rahmen des Projekts ILEG im Modell als aufsuchender nichtärztlicher Dienst erprobt, mit durchaus interessanten Erkenntnissen.

Beim Physician Assistant (auch „Arztassistent/-in“) handelt es sich um einen landesrechtlich reglementierten oder auch nicht reglementierten akademischen medizinischen Assistenzberuf, der delegierbare ärztliche Tätigkeiten im Wege der Delegation selbständig ausüben kann. Die Studierenden sind oft ausgebildete Pflegekräfte, die eine höhere berufliche Qualifikation erreichen wollen. Zu den Aufgaben des Arztassistenten/der Arztassistentin gehören unter anderem Anamnese, Diagnostik, Erstellung von Behandlungsplänen und medizinische Behandlungen (z. B. Wundversorgung) nach ärztlicher Delegation sowie Assistenzen bei Operationen. So können Arztassistentinnen und Arztassistenten grundsätzlich bereits heute unter den aktuellen rechtlichen Bedingungen in Krankenhäusern oder auch in Praxen Ärztinnen und Ärzte entlasten.

Die Community Health Nurse, eine akademisierte Pflegefachkraft auf Master-niveau, übernimmt in anderen Ländern, etwa in Schweden, bereits sehr erfolgreich selbständig weitreichende Aufgaben bei der Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten, etwa Hausbesuche, Routineuntersuchungen und -behandlungen. Auf diese Weise kann sie oder er Ärztinnen und Ärzte entlasten und bietet gleichzeitig ein attraktives Tätigkeitsfeld für Pflegefachkräfte. Daher ist sie aus Sicht Baden-Württembergs ein zentraler Bestandteil der Primärversorgung der Zukunft. Bedingung dafür sind zunächst entsprechende bundesgesetzliche Regelungen, zum einen berufsrechtlicher Art, etwa mit Blick auf die selbstständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, sowie die Finanzierung im Rahmen der Regelversorgung. Deshalb setzt sich Baden-Württemberg gegenüber dem Bund für die Etablierung des mit dem Pflegekompetenzgesetz begonnenen Prozesses für die Advanced Practice Nurse/Community Health Nurse auf Masterniveau mit bundeseinheitlichen Studieninhalten und Prüfungsbedingungen ein. Die in der vergangenen Legislatur bereits erfolgten Planungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für dieses Berufsbild können hierfür eine gute Grundlage sein. Ausweislich des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode soll ein Pflegekompetenzgesetz kurzfristig auf den Weg gebracht werden. Diese Zielsetzung ist sehr zu begrüßen, damit die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten auch leistungsrechtlich gewährleistet werden.

13. ob und wenn ja in welcher Form sie plant, die rechtlichen Rahmenbedingungen insofern zu verändern und anzupassen, dass eine Pilotierung von kommunalen Gesundheitspunkten in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg möglich wird;

Zu 13.:

Auf die Antwort zu den Ziffern 5 und 6 wird verwiesen. Baden-Württemberg setzt sich gegenüber dem Bundesgesetzgeber und dem Bundesgesundheitsministerium weiterhin für entsprechende Veränderungen und Anpassungen der bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen ein.

14. welche Antworten sie auf die Forderung des Deutschen Landkreistags für die kommende Bundesregierung hat, in der der Deutsche Landkreistag deutlich macht, dass das systemische Problem der Notfallversorgung bei den Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie in der Patientensteuerung liegen;

Zu 14.:

Die KVBW bündelt die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die KVBW will mit der Reform des Bereitschaftsdienstes dazu beitragen, gute Arbeitsbedingungen für die kommende Ärztegeneration zu schaffen. Damit werde auch eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung stabilisiert, die für die Bürgerinnen und Bürger von großer Bedeutung ist.

Die Reform nutze das Potenzial der digitalen Versorgung: Bereits heute würden im Bereitschaftsdienst in Baden-Württemberg rund 900 telemedizinische Beratungen pro Monat per Telefon durchgeführt. Mit der Reform des Bereitschaftsdienstes werde die KVBW eine digitale Versorgungsplattform einrichten. Mit dieser Plattform werde den Bürgerinnen und Bürgern zu den Zeiten des Bereitschaftsdienstes zusätzlich zum Telefon ein digitaler Zugang (per SMS, per App etc.) zu den Angeboten der Rufnummer 116117 angeboten.

Über die Rufnummer 116117 erfolge im ärztlichen Bereitschaftsdienst die medizinische Ersteinschätzung, über die die Dringlichkeit der Behandlung abgeklärt werde. Daraus folge die Empfehlung über den weiteren Behandlungsweg, gegebenenfalls auch die Vermittlung an eine Teleärztin oder einen Telearzt oder auch die Disposition eines Hausbesuchs für den Fahrdienst. Als technische Ausstattung sei für die Inanspruchnahme der medizinischen Ersteinschätzung nur das Telefon erforderlich. Daher hänge die Inanspruchnahme auch nicht von technischen Fertigkeiten ab.

Ziel des ausgebauten telemedizinischen Angebotes sei es, dass Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Beschwerden von zu Hause aus abschließend beraten werden können, sodass sie überhaupt nicht mehr eine Bereitschaftspraxis oder gar die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen müssten. Nach Angaben der KVBW zeigen Pilotprojekte in Deutschland auf, dass im Bereitschaftsdienst rund 30 bis 40 Prozent aller dort aufschlagenden Fälle abschließend telemedizinisch behandelt werden könnten.

Mit dieser Form der Patientensteuerung Sorge die KVBW im Rahmen der ihr zu Verfügung stehenden Möglichkeiten dafür, dass Hilfesuchende, die akut erkrankt und dringend ärztliche Hilfe benötigen, aber nicht in Lebensgefahr oder schwer verletzt sind, in die richtige Versorgungsebene gesteuert werden.

Darüber hinaus bedarf es aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration einer Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene, die die Versorgungsbereiche Rettungsdienst, Notfallversorgung im Krankenhaus und Ärztlicher Bereitschaftsdienst besser vernetzt und alle Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene steuert. Solange dies nicht erfolgt, obliegt es allein den Patientinnen und Patienten zu entscheiden, welche Strukturen sie für ihre Anliegen in Anspruch nehmen.

15. welche Auswirkungen sich für die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg ergäben, wenn die künftige Bundesregierung die Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglicht.

Zu 15.:

Nach Angaben der KVBW hänge die Antwort auf Ziffer 15 davon ab, unter welchen Kriterien eine Sozialversicherungsfreiheit vorliege und damit auch, wie viele Ärztinnen und Ärzte sich fänden, um unter diesen Rahmenbedingungen Dienste zu übernehmen. Außer Frage stehe, dass es Möglichkeiten geben müsse, damit Ärztinnen und Ärzte, die zum Dienst eingeteilt werden, möglichst einfach eine Vertretungsmöglichkeit finden. Vertretungen würden aber immer nur freiwillig sein, sodass ein stabiles, robustes und zukunftsorientiertes Konzept nicht allein darauf basieren könne.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration