

Bericht der  
Interministeriellen Arbeitsgruppe  
"Soziale und gesundheitliche Versorgung - wichtiger denn je, Erhalt einer  
flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung" des  
Kabinettsausschusses "Ländlicher Raum"

## Inhaltsverzeichnis

### **1. Abschnitt - Aufgabe, Vorgehensweise und Themenbereiche der IMA**

### **2. Abschnitt - Bericht zu den Themenfeldern**

A. Flächendeckende ambulante medizinische/ zahnmedizinische Versorgung im ländlichen Raum

B. Sicherstellung der stationären Grundversorgung im ländlichen Raum

C. Rettungsdienst und Notfallversorgung im ländlichen Raum

D. Apotheken- und Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum

E. Versorgungsstrukturen bei einem Massenanfall von Verletzten und bei Katastrophen

### **3. Abschnitt - Zusammenfassung**

### **4. Abschnitt - Empfehlungen an den Kabinettsausschuss Ländlicher Raum**

## 1. Abschnitt - Aufgabe, Vorgehensweise und Themenbereiche der IMA

### **A. Einleitung**

Nahezu 70 Prozent der baden-württembergischen Landesfläche entfallen auf den ländlichen Raum. Hier wohnen 35 Prozent der Bevölkerung. Von den 1109 Gemeinden des Landes befinden sich 665 im ländlichen Raum. Ein Großteil z. B. der Schulen, Krankenhäuser und Bahnhöfe befindet sich ebenfalls dort.

Kennzahlen zeigen, dass die Lebens- und Arbeitsverhältnisse im ländlichen Raum im Vergleich zu den Ballungsräumen heute weitgehend gleichwertig sind. Dies entspricht dem im Grundgesetz verankerten Auftrag nach Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse.

Aufgrund verschiedener Entwicklungen steht der ländliche Raum in der Zukunft jedoch vor einer Reihe von Herausforderungen. Dazu gehören die Konzentrations- und Rationalisierungsprozesse in der Wirtschaft, die EU-Osterweiterung und die weltweite Globalisierung, die angespannte Finanzsituation der öffentlichen Hand sowie die demographische Entwicklung. Spätestens ab 2012 nimmt auch die Bevölkerung in Baden-Württemberg ab. Weit gravierender als der Bevölkerungsrückgang ist die Verschiebung in der Bevölkerungsstruktur hin zu einer älteren Gesellschaft. Die Gesellschaft muss sich auf eine stark anwachsende Zahl älterer Menschen mit altersbedingten Einschränkungen einstellen. Mit diesen Entwicklungen verbunden ist die Gefahr der schrittweisen Ausdünnung der Dienstleistungsinfrastruktur- und der Grundversorgungseinrichtungen auf der Fläche.

Politik des Landes muss es sein, die Lebens- und Arbeitsverhältnisse im ländlichen Raum entsprechend dem Auftrag aus dem Grundgesetz gleichwertig zu halten. Wanderungsbewegungen in die Ballungsräume und eine damit verbundene Bevölkerungsentleerung des ländlichen Raums würden zu enorm hohen Infrastrukturkosten im ländlichen Raum wie im Ballungsraum führen. Denn die Infrastruktur lässt sich z. B. bei einer geringeren Auslastung in der Regel nicht zurückbauen, sondern nur

neu bauen. So funktioniert z. B. das vorhandene Abwasserversorgungssystem nicht mehr, wenn 30 % der Nutzer wegfallen. Mit sinkender Bevölkerung steigen die Infrastrukturkosten überproportional. Auf der anderen Seite entstehen bei einem Bevölkerungszuwachs neue, ebenfalls überproportionale Infrastrukturkosten pro Kopf.

Die im Frühjahr 2007 vom Statistischen Landesamt vorgelegte regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung für die 1109 Kommunen und 44 Kreise in Baden-Württemberg zeigt mit Blick auf die künftige Altersstruktur, dass die Zahl der 60-Jährigen und Älteren in Baden-Württemberg bis 2025 um ein Drittel auf insgesamt 3,4 Millionen ansteigt. Die Entwicklung ist dabei unterschiedlich ausgeprägt. Die ländlichen Landkreise verzeichnen eine Zunahme von über 40 %, die Verdichtungsgebiete lediglich von bis zu 30 %.

Im gleichen Zeitraum wird sich die Zahl der Hochbetagten, d. h. der 85-Jährigen und Älteren, in Baden-Württemberg mehr als verdoppeln. Dies betrifft die ländlichen Kreise sehr viel stärker als die verdichteten Regionen. So wird z. B. in den Landkreisen Neckar-Odenwald, Breisgau-Hochschwarzwald oder Sigmaringen von einer Zunahme von 135 % bis 200 % ausgegangen, während z. B. beim Stadtkreis Stuttgart die Zunahme lediglich bei 47 % liegt. Im Zeitraum bis 2025 wird damit der Anteil der über 85-Jährigen im ländlichen Raum um über 130 % zunehmen, in den Verdichtungsgebieten hingegen nur um knapp 100 %.

Vor diesem Hintergrund gewinnt eine flächendeckende ambulante und stationäre medizinische Versorgung der Bürger vor allem im ländlichen Raum einen noch höheren Stellenwert. Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken müssen von der älteren Bevölkerung, aber auch von jungen Familien, ortsnahe und mit dem ÖPNV erreichbar sein.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der ÖPNV durch den Rückgang der Schülerzahlen im ländlichen Raum vor Finanzierungsproblemen steht und gegenüber dem heutigen Standard voraussichtlich nicht weiter ausgebaut werden kann. 

Ziel der Landesregierung ist es, die Attraktivität des ländlichen Raums zu erhalten und hierfür die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Entscheidend für die Attraktivität des ländlichen Raums sind primär die Versorgung mit ortsnahen Schulen, eine flächendeckende, qualitativ gute medizinische Infrastruktur, eine gute Verkehrsanbindung, der Anschluss an die Neuen Medien und die Nahversorgung. Diese Infrastruktureinrichtungen können nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern sie bedingen sich gegenseitig. Fehlt ein Baustein, führt dies dazu, dass sich eine Abwärtsspirale in Gang setzt und dieser Prozess nur schwer aufgehalten werden kann. So ist z. B. die medizinische Infrastruktur ein wesentlicher Baustein für die Attraktivität im ländlichen Raum. Ohne medizinische Versorgung kommen keine jungen Familien, keine Lehrer und keine Erzieherinnen. Ohne diese Personengruppen wiederum ist der ländliche Raum aber auch für junge Ärzte nicht attraktiv.

Finanzielle Mittel für neue große Förderprogramme werden künftig fehlen. Deshalb müssen neue kreative und innovative Lösungsansätze gefunden werden. Eine lösungsorientierte, effiziente und innovative Politik für den ländlichen Raum muss mehr denn je ressort-übergreifend und unter Einbeziehung externen Sachverständigen arbeiten.

Zur Stärkung der integrierten Politik für den ländlichen Raum und zur Lösung der anstehenden Fragen im Wege einer intensiven ressortübergreifenden Diskussion und Zusammenarbeit unter Einbeziehung externen Sachverständigen hat der Ministerrat einen ressort-übergreifenden Kabinettsausschuss "Ländlicher Raum" unter der Federführung des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum eingesetzt. Der Kabinettsausschuss erarbeitet zukunftsorientierte Zielvorstellungen und konkrete Handlungsempfehlungen für die weitere Entwicklung des ländlichen Raums. Zur Umsetzung der Zielvorstellungen und Handlungsempfehlungen schlägt der Kabinettsausschuss die erforderlichen Maßnahmen dem Ministerrat vor oder legt diese im Rahmen der übertragenen Zuständigkeiten fest.

## **B. Auftrag**

In der laufenden Diskussion um die Zukunft der ländlichen Räume auf Bundesebene und in den Ländern wird der Erhalt der flächendeckenden medizinischen Versorgung als eines der Hauptproblembereiche der Zukunft genannt. Vor diesem Hintergrund hat der Kabinettsausschuss "Ländlicher Raum" in seiner ersten Sitzung am 14. November 2006 die Einsetzung einer Interministeriellen Arbeitsgruppe „Soziale und gesundheitliche Versorgung - wichtiger denn je, Erhalt einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung“ (IMA) aus Ministerium für Arbeit und Soziales (Federführung), Innenministerium und Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum beschlossen. Die IMA soll dem Kabinettsausschuss zum Erhalt einer qualifizierten, flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung in strukturierter Form berichten. Ziele der Arbeit der Interministeriellen Arbeitsgruppe sind die Formulierung fachlicher Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen sowie die Darstellung von Best-Practice-Modellen.

## **C. Arbeitsweise**

In der ersten konstituierenden Sitzung am 11. Januar 2007 wurden die nachfolgenden fünf Themenbereiche identifiziert:

- A. Erhalt einer flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum
- B. Sicherstellung der stationären Grundversorgung im ländlichen Raum
- C. Rettungsdienst und Notfallversorgung
- D. Apotheken- und Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum
- E. Versorgungsstrukturen bei einem Massenanfall von Verletzten und bei Katastrophen

In der zweiten Sitzung am 2. März 2007 wurden diese fünf Themenbereiche in Hinblick auf Status Quo und Prognose der künftigen Entwicklung beleuchtet.

Auf Grundlage eines in Zusammenarbeit von Ministerium für Arbeit und Soziales und Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum erstellten gegliederten Fragenkatalogs zu den Themenbereichen ambulante medizinische Versorgung, stationäre Grundversorgung, Rettungsdienst und Notfallversorgung sowie Apotheken- und Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum wurde in der dritten Sitzung am 21. Mai 2007 eine Expertenanhörung durchgeführt. In der Expertenanhörung wurden von folgenden Institutionen/ Verbänden Stellungnahmen abgegeben:

- Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg
- Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Baden-Württemberg
- Landesapothekerverband e.V. (LAV) Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg
- Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) Baden-Württemberg
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. /  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V (VdAK/AEV) Baden-Württemberg
- Private Krankenversicherungen (PKV)
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG)
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Städte-, Landkreistag Baden-Württemberg
- Landeszahnärztekammer (LZK) Baden-Württemberg
- Landesapothekerkammer (LAK) Baden-Württemberg
- Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg
- Landesärztekammer (LÄK) Baden-Württemberg
- Deutsche Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg
- IKK Baden-Württemberg und Hessen
- Landwirtschaftliche Sozialversicherung Baden-Württemberg / Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg
- Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (AGSWN)

In der vierten Sitzung am 13. Juni 2007 wurden die Ergebnisse der Anhörung ausgewertet. In der fünften Sitzung am 14. September 2007 wurde der Berichtsentwurf erörtert und abgestimmt.

Der Themenbereich „Versorgungsstrukturen bei einem Massenanfall von Verletzten und bei Katastrophen“ wurde nicht weiter verfolgt. Hier muss zunächst auf der Grundlage des neuen Ausstattungskonzeptes des Bundes für den Zivilschutz die Katastrophenschutzeinheit „Sanitäts- und Betreuungsdienst“ konzentriert, neu strukturiert und strategisch neu aufgestellt werden. Dies muss in Abstimmung u. a. mit dem Rettungsdienst und den Hilfsorganisationen geschehen. Das Innenministerium hat hierzu mit dem Ministerium für Arbeit und Soziales eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die ein neues Gesamtkonzept entwickelt.

## 2. Abschnitt - Bericht zu den Themenfeldern

### **A. Flächendeckende ambulante medizinische/ zahnmedizinische Versorgung im ländlichen Raum**

#### **I. Status Quo, Prognose der künftigen Entwicklung**

Die Aufgabe der Sicherstellung der vertrags-(zahn)ärztlichen Versorgung und die damit verbundene Bedarfsplanung in Baden-Württemberg obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg bzw. der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Baden-Württemberg. Sie ist dabei an die Vorgaben des SGB V und an die bundesweit geltenden Richtlinien der Selbstverwaltung gebunden.

Dem Ministerium für Arbeit und Soziales obliegt dabei die Rechtsaufsicht. Diese beinhaltet die Kontrolle darüber, dass sich die Körperschaften in ihrem Handeln an Recht und Gesetz halten. Auf die Zweckmäßigkeit der Entscheidungen darf die Aufsicht keinen Einfluss nehmen.

#### *Vertragsärztliche Versorgung*

Nach den Bedarfsplanungsrichtlinien spricht man von einer vertragsärztlichen Unter-  
versorgung, wenn der ausgewiesene bedarfsgerechte Versorgungsgrad bei der all-  
gemein-/hausärztlichen Versorgung um mehr als 25 % und bei der fachärztlichen

Versorgung um mehr als 50 % unterschritten wird. Bei einem nicht nur vorübergehenden Versorgungsgrad von unter 100 % ist durch den mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen paritätisch besetzten Landesausschuss zu prüfen, ob noch eine bedarfsgerechte Versorgung vorliegt. Die Planungsbereiche, die sich jeweils auf die Stadt- und Landkreise beziehen, sind wegen Überversorgung für die Zulassung von weiteren Vertragsärzten zu sperren, wenn der Versorgungsgrad über 110 % liegt.

Insgesamt ist festzustellen, dass in Baden-Württemberg bei rd. 90% aller Planungsbereiche der Versorgungsgrad bei über 110 % liegt. Demnach ist derzeit keine strukturelle Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung auf dem Land gegeben. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg hat für die Arztgruppe Hausärzte in 27 von 43 Planungsbereichen Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet. Auch in den übrigen noch offenen Planungsbereichen liegt der Versorgungsgrad nicht unter 100 %.

Die KV Baden-Württemberg fördert gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Ziel dieser Förderinitiative ist es, eine mittel- und langfristige Sicherung der Versorgung zu erreichen, indem eine ausreichende Zahl von Fachärzten für Allgemeinmedizin zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gewonnen wird. Es stehen hierfür über 8.800.000 Euro Fördermittel zur Verfügung, die in Form verlorener Darlehen gewährt werden. Bei Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin innerhalb eines in Richtlinien vorgegebenen Zeitfensters müssen diese vom Weiterbildungsassistenten nicht mehr zurückgezahlt werden. Nach Aussage der AOK (Stand 31.12.2005) sind 61,0 % der Hausärzte 50 Jahre und älter. Über alle Ärzte hinweg beträgt der Anteil der 50 Jahre und älteren Ärzte 58,0 %. 60 Jahre und älter sind 15,4 % der Hausärzte bzw. 16,4 % aller Ärzte.

Bei der fachärztlichen Versorgung weist Baden-Württemberg derzeit einen durchschnittlichen Versorgungsgrad von ca. 130 % mit 20 offenen und 540 gesperrten Planungsbereichen aus.

Bei den oben genannten Zahlen sind die ermächtigen Krankenhausärzte nicht berücksichtigt.

Nachdem in Baden-Württemberg ganz überwiegend eine Überversorgung besteht, ist daher auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzteschaft zumindest in den nächsten Jahren nicht mit einer nennenswerten Unterversorgung zu rechnen.

In diesem Zusammenhang wird angemerkt, dass zur Steigerung der Attraktivität des Arztberufs im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) Regelungen zur Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung (z. B. Aufhebung der Altersgrenze für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit von 55 Jahren und derjenigen für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit von 68 Jahren in unterversorgten Gebieten sowie „Sicherstellungszuschläge“ in unterversorgten Planungsbereichen) und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Änderungen des ärztlichen Vergütungssystems getroffen wurden.

#### *Vertragszahnärztliche Versorgung*

Nach den Bedarfsplanungsrichtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung spricht man von einer Unterversorgung, wenn der ausgewiesene bedarfsgerechte Versorgungsgrad bei der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unterschritten wird.

Ab 1.4.2007 können die Landesausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen im Falle einer Überversorgung (Versorgungsgrad über 110 %) Zulassungsbeschränkungen für Zahnärzte künftig nicht mehr anordnen. Zahnärztliche Bedarfsplanung dient nur noch dazu, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen.

Insgesamt ist festzustellen, dass in Baden-Württemberg bei ca. 25 % aller Planungsbereiche der Versorgungsgrad bei über 110 % liegt. Dagegen ist in Baden-Württemberg nur vereinzelt eine Unterversorgung im vertragszahnärztlichen Bereich festzustellen. Selbst in diesen Fällen besteht aber noch keine Erforderlichkeit, Vertragszahnarztsitze auszuschreiben, da in zumutbarer Entfernung eine zahnärztliche

Behandlung möglich ist. Demnach ist keine nennenswerte Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung auf dem Land gegeben. Allerdings besteht nach dem Bedarfsplan der KZV BW (Stand: 31.03.2007) Unterversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung in folgenden Planungsbereichen:

- im Regierungsbezirk Stuttgart in Marbach, Künzelsau und Giengen a.d. Brenz
- im Regierungsbezirk Karlsruhe im Enzkreis
- im Regierungsbezirk Freiburg in Titisee-Neustadt, Oberndorf-Schramberg und Furtwangen

Dagegen gibt es im Regierungsbezirk Tübingen keine Unterversorgung.

Im Hinblick auf die zumutbare Erreichbarkeit und das Angebot öffentlicher Nahverkehrsmittel hat der für die Bedarfsplanung zuständige Landesausschuss der KZV BW keine Veranlassung gesehen, Maßnahmen gegen die Unterversorgung in den oben genannten Bereichen zu unternehmen.

## II. Position der beteiligten Experten

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg sieht derzeit keine Unterversorgung an Ärzten im ländlichen Raum. In überwiegend ländlich geprägten Räumen zeichne sich der Trend ab, dass vereinzelte Arztsitze meist wegen fehlender Wirtschaftlichkeit nicht wieder besetzt werden können oder für Praxen erst nach wiederholter Ausschreibung Nachfolger gefunden haben. Allerdings zeichneten sich im ländlichen Raum weitere Wege für die Patientinnen und Patienten zu den Ärzten ab. Den fußläufig erreichbaren Arzt im ländlichen Raum werde es zukünftig nicht mehr flächendeckend geben. Es sollten mehr Gesundheitszentren an größere Pflegebereiche angebunden werden. Die Wege dorthin sollen erleichtert werden. Sog. Sammeltaxis wären hierfür geeignet. Dies könne jedoch nicht als Kassenleistung finanziert werden.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Baden-Württemberg sieht aktuell keine Unterversorgung bei den Zahnärzten im Land. Dies sei auch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Bei einer Verschlechterung der Vergütungssituation im vertragsärztlichen Bereich wird befürchtet, dass Zahnärzte ins benachbarte Ausland (Schweiz, Österreich) auswandern. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mit seinen Flexibilisierungen wird begrüßt. Allerdings hemme die Limitierung der Gesamtvergütung die Flexibilisierungsmöglichkeiten.

Die Landesärztekammer hält die flächendeckende ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg mittelfristig für nicht gesichert. Eine Verbesserung von Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen und den Versorgungsbereichen einschließlich einer ggf. darauf abgestimmten Veränderung der Delegationsbeziehungen sei u.a. aufgrund der geänderten medizinischen Versorgungsnotwendigkeiten erforderlich. Ein multiprofessionelles Team werde künftig in der ambulanten Versorgung eine wichtige Rolle spielen müssen. Schwerpunktmäßig seien hier beispielsweise die Zusammenarbeit von Hausarzt, Medizinischer Fachangestellter und Pflegekräften neu zu justieren. Im Bereich Telemedizin seien noch eine Reihe Fragen wie Arzt-Patientenverhältnis, ärztliche Schweigepflicht, freie Arztwahl, Haftungsfragen etc. zu klären. Erst wenn diese Probleme gelöst seien, sei ein flächendeckender Einsatz telemedizinischer Verfahren denkbar.

Die AOK Baden-Württemberg stellt fest, dass in der vertragsärztlichen Versorgung aktuell nicht nur keine Unterversorgung sondern sogar eine erhebliche Überversorgung bestehe. Daher sei auch künftig in Baden-Württemberg ein Ärztemangel nicht zu erwarten. Es sei jedoch nicht auszuschließen, dass es in ländlichen Gebieten möglicherweise zu lokalen quantitativen Engpässen kommen könne. Hier biete jedoch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Möglichkeiten, dem zu begegnen. Ein Problem des Landarztes sei die zeitliche Inanspruchnahme bei Hausbesuchen. Dies könne möglicherweise durch ein von den Kommunen organisiertes und finanziertes Transportsystem gelöst werden.

Auch der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V (VdAK/AEV) Baden-Württemberg kommt zum Ergebnis, dass aktuell keine ärztliche Unterversorgung erkennbar sei. Finanzielle Anreize für den ländlichen Raum sollten erst in der Zukunft gesetzt werden, wobei zunächst die Kommunen gefragt seien. Die VdAK bewertet Anreize wie mietfreie Praxisräume von der Gemeinde, Zuschüsse zur Praxiseinrichtung oder auch günstiger Baugrund positiv. Auch Entlastungsmöglichkeiten für Landärzte wie Landarzttaxis, Gemeindeschwestern, verstärkter Einsatz von Telemedizin seien grundsätzlich denkbar. Dabei sei zu prüfen, wie künftig der ärztliche Auftrag und der nicht-ärztliche Auftrag (wie Gemeindeschwestern) gestaltet werden solle.

Die Landespsychotherapeutenkammer hat bei der Expertenanhörung deutlich gemacht, dass für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung die Aussage, es bestehe keine Unterversorgung, nur vor dem Hintergrund der geltenden Bedarfsplanung richtig sei. Mit der Einführung der Bedarfsplanung sei ein bestehender IST-Zustand als SOLL festgelegt und damit eine aus ihrer Sicht bereits vorhandene Unterversorgung bis heute fortgeschrieben worden. Es bestünde vor allem in Bezug auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche aktuell eine deutliche Unterversorgung, insbesondere in ländlichen Kreisen. Wie eine eigene Versorgungsanalyse der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg ergeben habe, liege der Versorgungsgrad landesweit bei durchschnittlich ca. 40 %, in einigen Landkreisen unter 20 %. Bezogen auf die kommenden 10-20 Jahre müsse davon ausgegangen werden, dass sich diese Zahlen weiter verschlechtern würden.

Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung Baden-Württemberg/ Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg erwartet auch für die nähere Zukunft keinen generellen Ärztemangel in Baden-Württemberg. Sollte es vereinzelt zu lokalen Engpässen kommen, könne das gegenwärtig vorhandene Instrumentarium (Sicherstellungszuschläge, Feststellung eines lokalen besonderen Versorgungsbedarfs, Erweiterung der Zweigpraxen) genutzt werden. Ein wesentlicher Aspekt, der eine Landarztpraxis unattraktiv mache, sei die hohe zeitliche Beanspruchung, vor allem bei Hausbesuchen. Ein von den Kommunen gefördertes und organisiertes Landarzttaxi wäre si-

cherlich geeignet, die zeitliche Inanspruchnahme der Ärzte für Hausbesuche zu reduzieren.

### III. Problembenennung und Problembeschreibung

Die als Experten gehörten Vertragspartner der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung (gesetzliche Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen) teilen die Einschätzung des Ministeriums für Arbeit und Soziales, dass auch im ländlichen Raum in Baden-Württemberg eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung sichergestellt ist und sich dies auch in einem mittelfristig überschaubaren Zeitraum nicht wesentlich ändern wird. Dabei ist nicht auszuschließen, dass sich im ländlichen Raum in einzelnen Fällen bei der Wiederbesetzung von Arztpraxen Schwierigkeiten ergeben werden. Vor allem wird es schwieriger werden, kleinere, wirtschaftlich weniger interessante Praxen an einen Nachfolger zu verkaufen.

Ziel muss es sein, den ländlichen Raum v. a. auch für junge Ärzte attraktiv zu halten bzw. zu machen. Vor allem im fachärztlichen Bereich ist damit zu rechnen, dass zukünftig die Wege etwas länger werden. Aber auch im hausärztlichen Bereich kann die Entwicklung dahin gehen  dass nicht mehr in jedem kleineren Ort bzw. jeder Teilgemeinde ein Hausarzt fußläufig zu erreichen sein wird.

Durch die fehlende Differenzierung zwischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wird eine mögliche Unterversorgung für Kinder und Jugendliche in diesem Bereich nicht sichtbar.

### IV. Fachliche Lösungsansätze

- Sollten zukünftig einzelne Praxen nicht wieder besetzt werden können, muss das nicht zu einer Unterversorgung führen. Nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) gibt es geeignete Steuerungsinstrumente, dem

entgegen zu wirken. Das Gesetz erleichtert die vertragsärztliche Leistungserbringung, indem es insbesondere örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zulässt, die vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten erlaubt, die Anstellung von Ärzten ohne numerische Begrenzung zulässt und die Altersgrenze für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit und für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Gebieten aufhebt. Die Neuerungen des VÄndG werden grundsätzlich begrüßt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass im Zuge der Reform der ärztlichen Vergütung, die ab 2009 in Kraft treten soll, Zuschläge oder Abschläge vereinbart werden, um regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Bei der Festlegung des Zu- und Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Ziel ist eine regionale Euro-Gebührenordnung, die sowohl Preise für den Regelfall als auch Preise bei Vorliegen einer Unter- oder Überversorgung enthält. Falls solche Regelungen zustande kämen, könnten auch diese einen wichtigen Beitrag leisten, um einer drohenden Unterversorgung entgegen zu wirken.

- Nachdem zu erwarten ist, dass im ländlichen Raum die Wege zum Arzt zukünftig weiter sein werden, wäre es einerseits im Sinne der immer älter werdenden Patienten und andererseits auch im Sinne der Hausärzte - um deren hohe zeitliche Inanspruchnahme bei Hausbesuchen zu reduzieren -, wenn ein außerhalb des Krankenversicherungssystems organisiertes und finanziertes Transportsystem „Landarzt-taxi“ die älteren Patienten zum Hausarzt bringen könnte. Das Gleiche gilt auch für die fachärztliche Versorgung, da in diesem Bereich bereits heute der Trend zu immer mehr Zusammenschlüssen in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren an größeren Orten erkennbar ist.
- Zudem werden mietfreie Praxisräume von der Gemeinde, Zuschüsse zur Praxiseinrichtung oder auch günstiger Baugrund als Anreiz für Ärzte, sich im ländlichen Raum niederzulassen, positiv gewertet.

- Auch Entlastungsmöglichkeiten, wie ein verstärkter Einsatz von Telemedizin sind zu befürworten.
- Sollte in einem rechnerisch überversorgten Planungsbereich durch den oben beschriebenen Konzentrationsprozess - vor allem im Facharztbereich - ein Teilgebiet faktisch unterversorgt sein, kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen feststellen, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Damit kann der Zulassungsausschuss in diesem Gebiet weitere Ärzte zulassen.  
Mit diesen Instrumenten ist es möglich, im Ländlichen Raum auch in Zukunft auf mittlere Sicht eine weitestgehend flächendeckende ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung kann gezielt Strukturpolitik betreiben und so die Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung zwischen Ballungsraum und ländlichen Räumen sicherstellen. Bestandteil einer solchen Strukturpolitik ist eine Intensivierung der Niederlassungsberatung. Dabei sollte darauf geachtet werden, ein zu starkes regionales Gefälle nach Möglichkeit zu vermeiden.
- In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung bestünde die Möglichkeit, auf Bundesebene initiativ zu werden, um dort zu einer differenzierten Bedarfsplanung zu gelangen, die zwischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten unterscheidet.
- Aus Sicht des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum sind die Planungsbereiche sehr groß gefasst (entsprechend Landkreisen). Innerhalb der Planungsbereiche wiederum findet eine Konzentration der Arztpraxen auf die Mittel- und Oberzentren statt. Es besteht ein Gefälle zur Umgebung und zum Randbereich. Dieses Gefälle ist besonders stark zu den ländlichen Räumen hin ausgeprägt. Die Planungsbereiche wurden bereits vor längerer Zeit definiert und abgegrenzt. Seitdem hat keine Anpassung an die demografische Entwicklung sowie die Patientenstrukturen stattgefunden. Auch gibt es keine Handhabe, Allgemein- und Fachärzte einer

bestimmten Gemeinde zuzuweisen. Sie können innerhalb des Planungsbereichs den Ort ihrer Praxis selbst wählen. Neben den oben genannten Lösungsansätzen sollte daher geprüft werden, die Planungsbereiche zu verkleinern. Mit der Verkleinerung der Planungsbereiche kann unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit eine gleichmäßigere Verteilung der Praxen im ländlichen Raum erreicht werden, d. h. bei gleicher Patientenzahl nimmt die Anzahl der Ärzte nicht zu, die Fahrstrecken der Patienten aus den ländlichen Räumen werden jedoch geringer. Bestandteil der Prüfung sollten auch die Auswirkungen auf die Finanzausweisungen in Baden-Württemberg sein. Sind keine spürbaren negativen Auswirkungen zu erwarten, schlägt das Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum vor, auf Bundesebene entsprechend aktiv zu werden.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales dagegen geht davon aus, dass die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführten Steuerungsmöglichkeiten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragsärztliche Versorgung auch künftig sicherstellen und ggf. noch weiter optimieren werden. Darüber hinausgehende Maßnahmen, wie etwa die Verkleinerung der Planungsbereiche, generieren weitere Bürokratie und führen letztlich zu gesamtplanerisch nicht erwünschten kleinen Einheiten. Mit Blick auf die Gesamtversorgungssituation sind zu kleinteilige Planungsbereiche weder fachlich noch ökonomisch sinnvoll. Die Forderung nach einer Verkleinerung der Planungsbereiche verkennt, dass ein freiberuflich tätiger Arzt nicht gezwungen werden kann, sich in einem kleinteiligen dörflichen Planungsbereich mit Unterversorgung niederzulassen. Auch wenn im städtischen Umfeld Zulassungssperren bestehen, wird sich der zur Niederlassung entschlossene Arzt primär von der wirtschaftlichen Perspektive einer derartigen Landarztpraxis leiten lassen. Daher sind die erwähnten Angebote zur Verbesserung der ökonomischen und sonstigen Standortfaktoren gegenüber dirigistischen Maßnahmen vorzuziehen. Auch aus wettbewerblichen Gründen dürfte es eher unwahrscheinlich sein, dass sich in einem Planungsbereich bspw. die vertragsärztlichen Hausärzte nur an wenigen Orten konzentrieren. Bei der unternehmerischen Entscheidung, an welchem Ort innerhalb eines Planungsbereichs sich ein Arzt niederlässt, kann der Aspekt einer „lokalen Monopolstellung“ durchaus handlungsleitend sein. Solange am Berufsbild des freiberuflichen Arz-

tes festgehalten wird, sollten derartige Standortentscheidungen nicht zu kleinteilig vorgegeben werden. Planwirtschaftliche Tendenzen, die im Ergebnis auf eine Abschaffung der Freiberuflichkeit der Ärzte hinauslaufen, sind zu vermeiden. Weitere Restriktionen bei der vertragsärztlichen Zulassung, etwa durch eine Verkleinerung der Planungsbereiche, werden im Ergebnis eher zu einer Verringerung der Gesamtzahl vertragsärztlicher Praxen im ländlichen Raum führen. Die Fortsetzung nach einer Verkleinerung der Planungsbereiche greift zudem in die ärztliche Selbstverwaltung (vgl. § 99 SGB V) ein. Dies kann aus grundsätzlichen Erwägungen nicht mitgetragen werden.

## **B. Sicherstellung der stationären Grundversorgung im ländlichen Raum**

### **I. Status Quo, Prognose der künftigen Entwicklung**

#### *Status Quo*

- Entwicklung der Krankenhäuser in Baden-Württemberg bis heute

Die stationäre Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg unterliegt einem ständigen Wandel, dessen Dynamik sich zunehmend erhöht. Nach dem Stand 01.01.2006 bestehen in Baden-Württemberg insgesamt 267 krankenhauserplanerisch relevante Krankenhäuser mit zusammen rund 62.152 Betten. Seit 1983 sind in Baden-Württemberg im Saldo über 80 Krankenhäuser weggefallen, die weitaus größte Zahl davon durch endgültige Schließung. Einige Krankenhäuser wurden in ein anderes meist leistungsfähigeres - Krankenhaus integriert. Andere wurden in Pflegeheime, Sozialstationen, Praxisgemeinschaften oder auch Rehabilitationseinrichtungen umgewandelt. In einem kontinuierlichen Prozess sind seit 1983 in Baden-Württemberg insgesamt rund 6.100 Krankenhausbetten bzw. -plätze abgebaut worden. Das sind fast 9 % des damaligen Bestandes. Parallel dazu sind zahlreiche Krankenhäuser neu anerkannt worden, wie z. B. Herzkliniken, neurologische Fachkrankenhäuser und ein inzwischen fast flächendeckendes Netz von Psychiatrischen Tageskliniken.

Der Bettenindex lag am 01.01.2006 im vollstationären Bereich in Baden-Württemberg bei 56,5 Betten je 10.000 Einwohner, er sinkt durch die am 01.01.2006 bereits festgelegten Anpassungen demnächst auf 55,6 Betten je 10.000 Einwohner. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern lag Baden-Württemberg mit 58,0 Betten je 1.000 Einwohner (voll- und teilstationärer Bereich) am 01.01.2006 nach Niedersachsen und Schleswig-Holstein an dritter Stelle.

Die Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner war in Baden-Württemberg im Vergleich zu den übrigen Bundesländern im Jahr 2003 (neuere Vergleiche liegen nicht vor) mit Abstand am niedrigsten.

Die Veränderung bei den für die Krankenhausplanung des Landes relevanten Krankenhäusern stellt sich in der Zusammenfassung zahlenmäßig wie folgt dar:

<b>Stichtag</b>	<b>Krankenhäuser</b>	<b>Betten/Plätze</b>
01.01.1983	363	70.535
01.01.2006	267	62.152

Quelle: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Die Entwicklung der Krankenhausdaten in Baden-Württemberg seit 1990 bis einschließlich 2004 ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

<b>Jahr</b>	<b>Fälle</b>	<b>Pflegetage</b>	<b>Pflegetage</b>	<b>Verweildauer</b>	<b>Betten-nutzung</b>
	<b>Mio</b>	<b>Mio</b>	<b>je 1.000 EW</b>	<b>Tage</b>	<b>v.H.</b>
1990	1,604	21,6	2.197	13,5	85,3
2004	1,865	17,0	1.913	8,9	74,3

Quelle: Stat. Landesamt Baden-Württemberg; Berechnungen des Ministeriums für Arbeit und Soziales

- Vielzahl von Gründen für Veränderungen in der Krankenhauslandschaft verantwortlich

Die hauptsächlichen Gründe für die Veränderungen sowohl in der Struktur als auch im Bettenbedarf der Krankenhäuser in Baden-Württemberg sind:

- medizinisch-technischer Fortschritt, wie z. B. neue Behandlungsmethoden, insbesondere die Entwicklung von minimalinvasiven Operationstechniken oder Behandlungsgeräte (z. B. Nierensteinzertrümmerer) sowie neue und verbesserte Diagnostikverfahren,
  - ambulantes Operieren innerhalb und außerhalb des Krankenhauses,
  - vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus,
  - Grundsatz des Vorrangs der ambulanten Versorgung, der Prävention und der Rehabilitation oder der teilstationären Versorgung vor der vollstationären Versorgung,
  - Einführung der Pflegeversicherung,
  - Schaffung von Pflegeheimplätzen (in neuen Heimen oder durch Umwandlung früherer Krankenhäuser in Pflegeeinrichtungen),
  - Schaffung eines flächendeckenden Netzes von Sozialstationen und sonstiger ambulanter Sozialdienste,
  - Umsetzung des Geriatrie-Konzepts der Landesregierung,
  - Verbesserung des stationären und ambulanten Rehabilitations-Angebots,
  - Synergie-Effekte durch Schwerpunktbildungen und Konzentration des Krankenhausangebots,
  - Zunahme der Bevölkerungszahl und Veränderung der Altersstruktur.
- Auswirkungen: Reduzierung des Bettenbedarfs und Anpassung der Versorgungsstrukturen

Die aufgeführten Gründe haben unterschiedliche Auswirkungen. So können z. B. neue bzw. bessere Diagnostik- und Behandlungsmethoden (medizinisch-technischer Fortschritt) einerseits zu mehr Krankenhauseinweisungen, gleichzeitig aber durch Verkürzung der Verweildauer oder durch Verlagerung von Behandlungsmöglichkei-

ten in den ambulanten Bereich zu Entlastungen im Krankenhausbereich führen. Das Ministerium für Arbeit und Soziales geht davon aus, dass sich diese Entwicklung vor allem vor dem Hintergrund der Einführung der Fallpauschalen (DRGs =Diagnosis Related Groups) mit zunehmender Dynamik fortsetzen wird. Die Landesregierung hat auf die Mehrzahl dieser Faktoren keinen unmittelbaren Einfluss. Durch Pflegeheime, Sozialstationen oder etwa das Geriatrie-Konzept sollte jedoch gezielt auch der teure Krankenhausbereich entlastet werden.

Wesentlich ist bei allen unterschiedlichen Einflussfaktoren, dass im vergangenen Jahrzehnt trotz Zunahme der Wohnbevölkerung um rd. 8 % und einer Zunahme der Patientenzahlen um über 16 % sich die Zahl der Pflēgetage absolut um über 14 % verringert hat und die Pflēgetage je 1.000 Einwohner um über 20 % zurückgegangen sind. Dies führt zwangsläufig zu einem reduzierten Bettenbedarf. Dem entsprechend ist die Auslastung der Krankenhausbetten trotz ständigen Kapazitätsabbaus weiter auf unter 74,3 % im Jahr 2004 gesunken. Vor diesem Hintergrund werden die Krankenhausträger allein schon aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten gezwungen zu reagieren.

### *Prognose*

- Veränderungen der Rechtslage auf Bundes- und Europaebene

Die bereits unter „Status Quo“ genannten Faktoren werden, wenn auch teilweise in abgeschwächter Form, wirksam bleiben. Daneben beeinflussen zurzeit verschiedene Faktoren die Krankenhauslandschaft und die Krankenhauspolitik:

- Ziel aller Gesundheitsreformen seit 1989 (Gesundheitsreformgesetz) war, die Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren. Unter anderem ist es seit langem das erklärte Ziel, durch ein Preissystem keinen Anreiz mehr für teure Überkapazitäten im Krankenhausbereich zu bieten.

- Der Bundestag hat im Frühjahr 2002 als Baustein zur Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen die Einführung eines durchgehend pauschalierenden Entgelt-systems auf Basis von DRGs durch das Fallpauschalengesetz (FPG) beschlossen.

In Zukunft werden die Betriebskosten nicht mehr über tagesgleiche Pflegesätze, sondern durch spezielle diagnose-orientierte Fallpauschalen finanziert. Diese Fallpauschalen sind für alle Kliniken im Land gleich. Das neue Vergütungssystem wurde zum 01.01.2003 optional eingeführt. In einer mehrjährigen Konvergenzphase soll ein landeseinheitliches Preisniveau bis zum 01.01.2009 erreicht sein. Damit wird im Jahr 2009 der Paradigmenwechsel vollzogen, durch den das Krankenhausbett vom bisherigen Einnahmefaktor zum künftigen Kostenfaktor wird.

– Seit 2004 legt die Selbstverwaltung auf Bundesebene gemäß § 137 SGB V Mindestmengen für bestimmte elektive Krankenhausleistungen fest. Erbringt das Krankenhaus diese Mindestmengen nicht, darf es die Leistungen nicht mehr vornehmen

– Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, verabschiedet am 02.02.2007, legt den Krankenhäusern eine Sanierungsabgabe auf und erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser.

– In nächster Zeit kann eine weitere Gesetzesinitiative des Bundes erwartet werden, die den Wirtschaftlichkeitsdruck auf die Krankenhäuser anhalten lässt.

- Vorausschätzung des Bettenbedarfs

Um die Dimension der möglichen Veränderungen aufzuzeigen, wurde ein vom Ministerium für Arbeit und Soziales entwickeltes Szenario zum künftigen Bettenbedarf in Baden-Württemberg am 09.12.2003 vom Ministerrat zur Kenntnis genommen. Darin wird eine Reduzierung der Verweildauer auf 8 bzw. 7 Tage und eine durchschnittliche Auslastung der Betten von 83 % (derzeit wird noch von 85 % ausgegangen) unterstellt. Weiter wird darin eine gegenüber dem Ist-Ergebnis des Jahres 2001 unveränderte Fallzahl von rd. 1,8 Mio. zu versorgender Patienten angenommen.

## Szenario

**Voraussichtlicher Bedarf an vollstationären Krankenhausbetten  
in Baden-Württemberg bis 2010 (ohne Psychiatrie)  
nach Einführung des Fallpauschalensystems ab 2003**

Zeithorizont	Verweil- dauer Tage				Pflege- tage Mio	Betten (gerundet) 2001	Betten- nutzung	Bettenbedarf (rechnerisch) bei Betten- nutzung von 83 %	erforderlicher Bettenabbau  (Sp.6 ./ Sp.4)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2001 (IST) 1)	9	16,2	56.400	78,7%	53.474	-2.926			
2005	8	14,4	56.400		47.533	-8.867			
2010	7	12,6	56.400		41.591	-14.809			

1) Quelle IST-Daten 2001: Stat. Landesamt Baden-Württemberg

Im Ergebnis wären danach gegenüber dem aktuellen Bestand (ohne Psychiatrie) bei einer unterstellten Verweildauerreduzierung auf 8 Tage in den nächsten 7 bis 10 Jahren ca. 8.900 Betten und bei einer unterstellten Verweildauer von 7 Tagen rd. 14.800 Betten abzubauen. Dies wären ca. 15 bzw. 26 % des derzeitigen Bettenbestandes.

Dieses Szenario enthält noch zahlreiche Unwägbarkeiten, wie z. B.

- welche Entwicklung nimmt der medizinisch-technische Fortschritt in Zukunft,
- wie wird sich die Fallzahl angesichts der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung in Verbindung mit den realen Möglichkeiten zur Versorgung im ambulanten oder rehabilitativen Bereich verändern,
- wie wird das zukünftige Krankenversicherungssystem nach der nächsten Gesundheitsreform aussehen,
- wie wird sich die Gesamtbevölkerungszahl tatsächlich entwickeln?

Trotz dieser Unwägbarkeiten muss realistischerweise bis etwa 2010 von einer Verringerung des derzeitigen Bettenbestandes um mindestens ca. 8.000 Betten ausgegangen werden. Dabei wäre dann auch tendenziell berücksichtigt, dass Baden-Württemberg schon heute einen im Bundesvergleich sehr günstigen Betten-Index je 1.000 Einwohner und die niedrigste Krankenhauseinweisungsquote aufweist. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass in anderen Bundesländern relativ gesehen noch mehr Betten abgebaut werden müssten.

## **II. Position der beteiligten Experten**

Die angehörten Experten (mit Ausnahme der Landespsychotherapeutenkammer) sehen derzeit im ambulanten oder im stationären Bereich der Krankenversorgung keine Kapazitätsdefizite. Örtlich ist sogar eine Überversorgung erkennbar. Es könnten jedoch mittel- bis langfristig Probleme im ländlichen Raum entstehen, wenn ortsnah, vor allem kleinere Krankenhäuser, aufgrund der fehlenden Nachfrage unwirt-

schaftlich werden und ihren Betrieb einstellen müssen. Für diesen Fall gilt es, Alternativen aufzuzeigen. Insbesondere gilt es, zu prüfen, ob niedergelassene Ärzte ganz oder teilweise Leistungsangebote des früheren Krankenhauses übernehmen können. Die angehörten Experten haben sich daher insbesondere mit der Möglichkeit beschäftigt, Portalkrankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einzurichten.

Die Krankenkassen haben noch einmal betont, dass derzeit eher das Problem der Überversorgung als der Unterversorgung zu lösen ist. Auch in der Fläche sei das Versorgungsniveau als ausreichend zu bezeichnen. Soweit tatsächlich die Schließung eines Krankenhauses eine örtliche Versorgungslücke hinterlasse, könnten neue Strukturen wie Portalkrankenhäuser oder MVZ dies für den ambulanten Bereich ausgleichen. In diesem Zusammenhang werde der Telemedizin besondere Bedeutung zukommen. Ein Mittel zur Sicherung von Standorten seien Kooperationen und Zusammenschlüsse. Treten dabei Hindernisse auf, die in örtlichen Gegebenheiten liegen, sollte man sich bemühen, diese durch gemeinsame Gesellschaften mit neutralem Management zu überwinden. Das Land sollte bei Vergabe von Investitionsmitteln auf das Entstehen geeigneter Verbünde hinwirken.

Die AOK führt aus, dass zwar ein Überangebot an Krankenhauskapazitäten bestehe, dieses sich jedoch überwiegend auf die ausgeprägten Doppelstrukturen im städtischen Bereich beziehe. Der VdAK weist darauf hin, dass es bei immer stärkerer Konzentration der Krankenhauskapazitäten notwendig erscheine, sowohl ein Portalkrankenhaus als auch ein medizinisches Versorgungszentrum in Kombination und Kooperation zu betreiben, um Durchlässigkeits- und Synergieeffekte zu generieren.

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft macht darauf aufmerksam, dass Portalkliniken zwar ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen können, aber mit Abrechnungsproblemen rechnen müssten. Auch stehe die Röntgenverordnung einem Ausbau der Telemedizin entgegen. MVZ könnten dagegen eine Lücke bei den vollstationären Leistungen nicht schließen. Dennoch sei

die Entwicklung mit vermehrten MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern als positiv anzusehen, da bei einer Ausdünnung des Versorgungsnetzes nur eine enge Kooperation der verbleibenden Leistungserbringer optimale Versorgungsabläufe für den Patienten sichern könne. Zur Frage nach Hindernissen für Kooperationen und Fusionen wird auf das Kartellrecht verwiesen, das wünschenswerte Zusammenschlüsse im ländlichen Raum behindere. Verhältnismäßig schwer zu lösende Probleme verursachten auch das Arbeitsrecht (Tarifrecht) sowie das Recht der betrieblichen Altersversorgung. Nach Einschätzung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft erbringen Krankenhäuser Vorhalteleistungen in der ambulanten Versorgung sehr günstig. Diese könnten von niedergelassenen Ärzten niemals so günstig angeboten werden, auch nicht in noch so kreativer Form. Ohne Krankenhaus werde es außerdem schwerer, Fachärzte vor Ort zu gewinnen. Für Solitärkrankenhäuser werde es zunehmend schwieriger, sich wirtschaftlich zu behaupten. Dem Zusammenschluss von Krankenhäusern im ländlichen Raum komme damit eine besondere Bedeutung zu, da häufig nur durch den Zusammenschluss mit weiteren Krankenhäusern in der Fläche oder in Mittelzentren die Versorgung der Bevölkerung flächendeckend gesichert werden könne.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hält MVZ nicht für eine adäquate Ersatzlösung. Sie spricht sich für örtliche Initiativen zum Aufbau von – auch interdisziplinären – kooperativen Organisationsstrukturen unter Nutzung der vorhandenen infrastrukturellen Ressourcen (OP-Räume, 24-Stunden Notfallversorgung, Ambulante Medizinische Dienste etc.) aus und ist bereit, diese Initiativen zu unterstützen. Nach Aussage der Kassenärztlichen Vereinigung sind durch den Wegfall von Krankenhäusern bedingte längere Transportwege für die Patienten nachteilig. Ebenso sei die Verfügbarkeit der Fahrzeuge durch längere Transportwege eingeschränkt.

Der Gemeindetag Baden-Württemberg weist daraufhin, dass flankierende Hilfen bei Strukturveränderungen im medizinischen Versorgungsspektrum zu keiner wie auch immer gearteten (in)direkten Aufgabenzuweisung im Rahmen der Daseinsfürsorge auf die Kommunen erfolgen darf. Der demographische Wandel habe bereits heute spürbare Auswirkungen. Die Städte und Gemeinden im ländlichen Raum seien in

besonderer Weise um ihre Attraktivität besorgt, als sie ihren Bürgern ein möglichst umfangreiches Infrastrukturangebot gerade auch in der medizinischen Versorgung dauerhaft bieten wollen.

Nach einer in einem Positionspapier des Landkreistags dargestellten Analyse von McKinsey vom Mai 2006 zur wirtschaftlichen Größe verschiedener Kliniktypen nimmt die Größe der einzelnen Klinik an Bedeutung ab, während die Einbettung in einen Verbund an Bedeutung zunimmt.

Drei Krankenhaustypen werden von Mc Kinsey dabei als zukunftsweisend angesehen. Kliniken mit bis zu 150 Betten, die über maximal drei Fachrichtungen verfügen, - im Rahmen von Kooperationen – nur eine geteilte Infrastruktur haben, d. h. nur begrenzt eine eigene Infrastruktur vorhalten. Kliniken mit 200 bis 400 Betten mit einem breiten allgemeinen Leistungsspektrum in einer Verbundstruktur mit anderen "gleichwertigen" Häusern. Kliniken mit 500 bis 700 Betten mit dem Leistungsspektrum "Schwerpunkt- und Maximalversorgung inkl. Spezialleistungen" (in Ausnahmefällen auch größere Zentren der "Supermaximalversorgung") als Zentrum von Verbundstrukturen. Kleinere Häuser sind nach Auffassung von McKinsey deshalb erfolgreich, weil sie über eine geringere Komplexität und eine niedrigere Zahl an Fachabteilungen verfügen. Sie seien häufig auch hoch spezialisiert. Gerade letzteres sei zukünftig von zentraler Bedeutung. Das Positionspapier des Landkreistages geht des Weiteren auf die Notwendigkeit und die verschiedenen Möglichkeiten von Kooperations (horizontal und vertikal) - sowie Verbundlösungen und auf deren rechtliche Ausgestaltung intensiv ein.

### **III. Problembenennung und Problembeschreibung**

Vor einer Darstellung der Einzelprobleme sei darauf hingewiesen, dass derzeit von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums, aber auch von Seiten des Bundesgesetzgebers zunehmend Hinweise kommen, wonach beabsichtigt ist, die Zuständigkeit der Länder für Krankenhausplanung und Krankenhausförderung in Frage zu stel-

len. Sollten sich diese Vorstellungen konkretisieren und in einem Gesetz sowohl den Bundestag wie den Bundesrat passieren, würde ein wesentlicher Teil der hier angestellten Überlegungen und Verbesserungsvorschläge ins Leere gehen. Darüber hinaus dürfte es in der Folge der dann zu erwartenden bundesweiten Vereinheitlichung des Krankenhauswesens zweifelhaft sein, ob das baden-württembergische Versorgungsniveau, soweit es derzeit über dem anderer Bundesländer liegt, noch gehalten werden kann.

Der endgültige Bruch mit dem Selbstkostendeckungsprinzip und die Vereinbarung von Preisen auf Landesebene werden zwangsläufig dazu führen, dass fortlaufend Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden müssen. Insbesondere der Zwang zu einer betriebswirtschaftlich sinnvollen Kostenarten-, Kostenträger- und Kostenstellenrechnung, die bisher von vielen Krankenhäusern nicht vorgenommen wurde, wird den Krankenhausträgern vor Augen führen, wo sie nicht kostengerecht arbeiten. Das Bett wird dabei vom bisherigen Einnahmefaktor zum künftigen Kostenfaktor. Durch den Kostendruck, den Verweildauerrückgang, aber auch die Forderung nach bestmöglicher Versorgungsqualität werden Krankenhausträger voraussichtlich häufiger als bisher eigenverantwortlich die Entscheidung treffen, einzelne Fachabteilungen zusammenzulegen bzw. aufzugeben und im Extremfall ganze Krankenhäuser anderen Zwecken zuzuführen. Maßgebliche Krankensexperten gehen davon aus, dass - bezogen auf das gesamte Bundesgebiet - der künftige Bettenbedarf längerfristig um bis zu 30 % zurückgehen wird.

Um die zu erwartende Medizin-Qualität langfristig gewährleisten zu können, werden verstärkt Schwerpunktbildungen, Kompetenzzentren und die Bündelung von Aufgaben erforderlich sein. In der Gewichtung der Patientenwünsche werden Ansprüche an Wohnortnähe in Abwägung zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Zweifel zurückstehen. Von dieser Abwägung wird der ländliche Raum besonders betroffen sein. Es ist daher erforderlich, mittel- und langfristig auch nach Alternativen außerhalb des vollstationären Bereichs zu suchen, um der Gefahr örtlicher Versorgungsdefizite vorzubeugen.

Die angehörten Experten haben in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage erörtert, welche Versorgungsalternativen bei der Schließung von Krankenhäusern im ländlichen Raum in Frage kommen und haben hier MVZ und Portalkrankenhäuser erwähnt. Sie haben aber mehrheitlich (mit Ausnahme der Landespsychotherapeutenkammer) betont, dass derzeit keine Versorgungslücken bestehen. Die Übernahme wegfallender Krankenhausleistungen durch ambulante Ärzte im ländlichen Raum wurde von den Experten dabei differenziert diskutiert. In Frage gestellt wurde insbesondere, inwieweit eine vollstationäre Versorgung überhaupt ausgeglichen werden kann.

#### IV. Fachliche Lösungsansätze

- Die Krankenhausplanung muss die Versorgung des ländlichen Raums gewährleisten.

Strukturplanung ist für eine verantwortungsvolle Gesundheitspolitik eine Daueraufgabe. Sie muss sich den ständigen Veränderungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt, aber auch neuen Entwicklungen in der Art der Leistungserbringung anpassen. Diese Krankenhauspolitik der Landesregierung wurde in der Vergangenheit immer sowohl von Seiten der Krankenhausträger als auch der Kostenträger unterstützt. Das Ministerium für Arbeit und Soziales kann - und tut dies bereits heute - durch vielfältige Beratung, sei es bei Planungsvorhaben, sei es bei Bauvorhaben, den örtlichen Beteiligten zur Seite stehen und für sie eine Moderationsrolle übernehmen. Bei widerstreitenden Interessen, sei es auf der Seite der Krankenhausträger, sei es auf der Seite der Krankenkassen, kann die Moderation durch eine neutrale Institution wie das Sozialministerium eine Hilfe sein.

Trotz der - gerade im Interesse der Erhaltung oder möglichst der Verbesserung der Medizin-Qualität und in Verbindung mit der erforderlichen Wirtschaftlichkeit - notwendigen Konzentration im Krankenhausbereich auf dauerhaft leistungsfähige Einheiten wird und muss auch die Patientenversorgung des ländlichen Raums insgesamt qualitativ hochwertig und zuverlässig bleiben. Die Erreichbarkeit des nächsten

zur Behandlung geeigneten Krankenhauses in zeitlich zumutbarer Entfernung muss auch in Zukunft gewährleistet bleiben. Dabei ist allerdings der medizinischen Versorgungsqualität grundsätzlich Vorrang vor Patientennähe einzuräumen. Flächendeckende Versorgung heißt nicht Festhalten an jedem bisherigen Krankenhausstandort. Bei der Vielzahl der vorhandenen Krankenhäuser (derzeit 267 in 44 Stadt- und Landkreisen) ist selbst bei Wegfall einzelner Standorte eine in jeder Hinsicht flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg ohne Qualitätseinbuße sichergestellt. Dies gilt selbstverständlich auch für den ländlichen Raum. Es bleibt Aufgabe der staatlichen Krankenhausplanung, sicherzustellen, dass kein Landesteil unzumutbare Versorgungsnachteile hinnehmen muss. In diesem Zusammenhang kann auch geprüft werden, in wie weit sog. Portalkrankenhäuser eine wirtschaftliche und leistungsfähige Alternative zu konventionell organisierten Krankenhäusern darstellen können.

Im Rahmen der Fortschreibung des Krankenhausplans für Baden-Württemberg durch das Ministerium für Arbeit und Soziales in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss werden die dazu erforderlichen Zielsetzungen präzisiert. Die Fortschreibung soll im Jahr 2008 erfolgen.

- Zukunftsfähige Strukturen erfordern rechtzeitige und ausreichende Investitionen  
Zukunftsfähige Strukturen erfordern - wie auch in der übrigen Wirtschaft - ein hohes Maß an rechtzeitigen Investitionen. Der sich aus dem Fallpauschalensystem ergebende und gesundheitspolitisch geforderte Leistungs- und Qualitätswettbewerb wird, verstärkt durch die Folgen der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschrittes, die dem Bürger zur Verfügung stehenden Angebotsstrukturen und die internen Ablaufstrukturen der Krankenhäuser deutlich verändern. Dies erfordert auch von den Krankenhäusern im ländlichen Raum bauliche Anpassungen und entsprechende Investitionen. In diesem Zusammenhang hat die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft unter Verweis auf Expertenäußerungen ein Sonderbauprogramm für die Krankenhäuser gefordert.  
Dies wird zum Teil beachtliche Eingriffe in die bauliche Struktur der Krankenhäuser - vor allem in den Funktions- und Behandlungsbereichen - erfordern. Dabei steht bei

der Finanzierung dieser notwendigen baulichen Anpassungen der bundesgesetzlich festgelegte Finanzierungsanspruch der Krankenhäuser gegenüber dem Land im Vordergrund.

Die **Expertenkommission** „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“<sup>1</sup> hat in ihrem Abschlussbericht<sup>2</sup> im Mai 2006 festgestellt:

Die veränderten Rahmenbedingungen erfordern eine strukturell perspektivische Krankenhausplanung. Die Landesförderung sollte sich nach den Zielen dieser Planung richten. Dabei sollen Maßnahmen zur Bündelung von Leistungen (zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), Schwerpunktbildungen (bei besonderen Anforderungen an die Strukturqualität für bestimmte Leistungen) und die Sicherstellung der flächendeckenden Daseinsvorsorge durch Versorgungsstützpunkte im ländlichen Raum berücksichtigt werden. Die Investitionsförderung müsse sich an den Zielen der Krankenhausplanung orientieren.

Sie hat vorgeschlagen, im Rahmen der Förderung Strukturverbesserungen entsprechend den Zielen des Krankenhausplans (Versorgungsstützpunkte für die flächendeckende Versorgung, Bündelung von Versorgungsleistungen zur Steigerung der Versorgungseffizienz) höchste Priorität einzuräumen. Das Sozialministerium wird diese Gesichtspunkte insbesondere bei der Versorgung des ländlichen Raums berücksichtigen.

- Leistungsfähige ambulante Strukturen können bisherige Krankenhausfunktionen ersetzen

Bereits in den vergangenen Jahren mussten kleinere Krankenhäuser, meist in zentralen Orten zwischen 5.000 und 25.000 Einwohnern, aus wirtschaftlichen, aber auch

---

<sup>1</sup> Der anhaltende Zwang zu Veränderungen im Krankenhausbereich wie durch den medizinischen Fortschritt einerseits und den Kostendruck auf die Krankenhäuser andererseits stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Dies war Anlass dafür, dass der Ministerrat auf Vorschlag von Herrn Ministerpräsident Günther H. Oettinger MdL im Juni 2005 die Einsetzung der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ beschlossen hat. Der Kommission gehörten erfahrene Verantwortliche kommunaler, freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger sowie der in der Verantwortung des Landes stehenden Kliniken und Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen sowie der Kassenärzte an. Die Kommission hat einen Bericht erarbeitet, der 51 Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg enthält.

<sup>2</sup> Der Bericht der Expertenkommission "Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg" ist im Internet eingestellt unter [http://www.sozialministerium-bw.de/fm/1442/Bericht\\_der\\_Expertenkommission\\_Zukunft\\_der\\_KH-Struktur\\_BW-Internet.pdf](http://www.sozialministerium-bw.de/fm/1442/Bericht_der_Expertenkommission_Zukunft_der_KH-Struktur_BW-Internet.pdf)

aus Qualitätsgründen den Krankenhausbetrieb einstellen. Befürchtungen der Bevölkerung, dadurch schlechter versorgt zu sein, beziehen sich in der Regel auf Leistungen, die inzwischen von einer leistungsfähigen ambulanten Versorgung erbracht werden können. Darunter fällt eine rund um die Uhr sichergestellte ambulante Notfallversorgung von Verletzungen und Erkrankungen, meist durch Chirurgen, Orthopäden, Urologen, Gynäkologen, HNO- und Augenärzte. Kommunen und niedergelassene Ärzte sollten sich um die Gestaltung eines aufeinander abgestimmten und jederzeit zuverlässigen Leistungsangebots vor allem in den Fällen bemühen, in denen ein Krankenhaus aus den bereits genannten Gründen nicht mehr betrieben werden kann. Allerdings bleiben auch bei einer rund um die Uhr sichergestellten ambulanten Notfallversorgung Fragen offen. So sind die Praxen der diensthabenden ambulanten Fachärzte im ländlichen Raum in der Regel nicht an einem Ort konzentriert. Dadurch ergeben sich längere Fahrstrecken. Hinzu kommt, dass ein niedergelassener Arzt (z. B. der genannte Chirurg) im Notfall seine Praxis mit Patienten nicht einfach verlassen kann. Inwieweit ein niedergelassener Arzt einer gut gehenden Praxis Interesse daran hat, zusätzlich Notdienste zu übernehmen, bleibt fraglich (Zeit- und Geldaspekt). Hier ist in jedem Einzelfall und an die örtlichen Gegebenheiten angepasst zu prüfen, in wie weit MVZ oder Kooperationsformen unterschiedlicher Struktur die Lücke ausfüllen können. Außerdem soll in einem solchen Fall ergänzend auf ein bedarfsgerechtes ambulantes und stationäres Pflegeangebot besonders geachtet werden. Dabei ist allerdings ein Konzept zu entwickeln, in dem dargelegt wird, wo diese dann zusätzlich erforderlichen Ärzte im ländlichen Raum herkommen, nachdem bereits heute die Versorgung im ambulanten Bereich im ländlichen Raum schwieriger wird.

- Die krankenhauskomplementären Bereiche sind auszubauen

Die flankierenden Bereiche (ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege usw.) müssen adäquat gestärkt werden und rund um die Uhr zuverlässig funktionieren, denn sie werden durch die Veränderungen im Krankenhausbereich in Zukunft eher stärker belastet werden. Es ist im ländlichen Raum auch notwendig, einen besseren Übergang zwischen Krankenhaus und Altenheim bzw. privater Wohnung zu schaffen.

- Nach Auffassung des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum gilt die Aussage, dass der medizinischen Versorgungsqualität Vorrang vor der Patientennähe einzuräumen ist in erster Linie für Krankenhäuser der Maximalversorgung und Krankenhäuser mit hoch spezialisierten Einheiten. Speziell im ländlichen Raum ist die Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses für die Bevölkerung jedoch von großer Bedeutung. Aus Sicht des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum muss daher zwischen Krankenhäusern der ortsnahen Grundversorgung und solchen der Maximalversorgung mit hoch spezialisierten Einheiten unterschieden werden. Bei den Krankenhäusern der Maximalversorgung mit hoch spezialisierten Einheiten spielt die Entfernung eine untergeordnete Rolle. Bei schwierigen medizinischen Fragestellungen sucht der Patient die beste medizinische Versorgung und ist dafür bereit, auch größere Wegstrecken zurückzulegen. Bei Fällen der Grund- und Regelversorgung erhält die Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses ein deutlich höheres Gewicht. Hier muss gewährleistet sein, dass das nächste Krankenhaus der Grundversorgung in einem Radius von 25 km bis maximal 30 km zu erreichen ist. Dies gewinnt insbesondere auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der sich damit verändernden Altersstruktur an Bedeutung.

Idealtypisch wäre es aus Sicht des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum, wenn sowohl die Krankenhäuser der Grundversorgung als auch die der Maximalversorgung entsprechend einem jeweils definierten Raster über das Land verteilt wären. Auch wenn sich das in der Praxis nicht umsetzen lässt, könnte dies als Anhaltspunkt dienen.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales kann die numerisch fixierte Entfernungsangabe nicht mittragen. Eine solche Pauschalisierung trägt den örtlichen Verkehrsverhältnissen nicht genug Rechnung und würde zu nicht bedarfsgerechten Krankenhausstandorten führen. Darüber hinaus wird der Entfernungsangabe eine Bedeutung zugemessen, die ihr nicht zukommt. In unkritischen Krankheitsfällen wird man den Patienten im Einzelfall auch einmal längere Wege zumuten müssen. In Notfällen ist

die Hilfsfrist bis zum Eintreffen des Notarztes das Entscheidende; die Entfernung ist zweitrangig.

Bei der Krankenhausförderung sollte aus Sicht des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum ein Teil der heutigen pauschalierten Förderung in die Investitionsförderung überführt werden. Die pauschalierte Förderung begünstigt tendenziell große Krankenhäuser. Zudem werden durch die pauschalierte Förderung auch Krankenhäuser unterstützt, die aus Sicht des Landes nicht wirtschaftlich betrieben werden können. Mit der Stärkung der Investitionsförderung wäre eine gezieltere Förderung entsprechend der Krankenhausplanung möglich.

Aus der Sicht des Ministeriums für Arbeit und Soziales darf nicht außer Acht bleiben, dass die Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz Anspruch auf diese Pauschalmittel haben und mit diesen konkrete Projekte wie den kleinen Bauaufwand oder die Wiederbeschaffung hochwertiger Medizintechnik finanzieren sollen. Dies begrenzt den beabsichtigten Mittelabfluss zugunsten der Einzelförderung.

## **C. Rettungsdienst und Notfallversorgung im ländlichen Raum**

### **I. Status Quo, Prognose der künftigen Entwicklung**

Aufgrund der geographischen Gegebenheiten in Baden-Württemberg macht der ländliche Raum bei der Notfallversorgung einen Großteil des zu versorgenden Gebietes aus.

Der öffentliche Sicherstellungsauftrag in der Notfallversorgung im Sinne der Gewährleistung von Daseinsvorsorge und Infrastruktur - den die Bürgerinnen und Bürger gegenüber dem Land einfordern - bezieht sich im Wesentlichen auf

- die stationäre Notfallversorgung durch Krankenhäuser,
- die ambulante Notfallversorgung (Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) für die vertragsärztliche Versorgung ein-

schließlich des vertragsärztlichen Notdienstes zu den sprechstundenfreien Zeiten) durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser und

- die Notfallversorgung durch Rettungsdienst und Notärzte.

Diese drei Versorgungssysteme sind begrifflich und in ihrer Finanzierung streng auseinander zu halten und organisatorisch getrennt.

Aus medizinischen Gründen ist für die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung ein sehr zeitnahes Eintreffen von Rettungsdienst/ Notarzt wichtig. Die Organisation der rettungsdienstlichen Versorgung in Baden-Württemberg gliedert sich in 37 Rettungsdienstbereiche, die sich grundsätzlich mit den Stadt- und Landkreisgrenzen decken. Die Einhaltung der Hilfsfrist von 15 Minuten ist planerisch bezogen auf den jeweiligen Rettungsdienstbereich zu organisieren. Für den jeweiligen Notfallpatienten hat diese organisatorische Einteilung keine Bedeutung.

#### *Prognose der künftigen Entwicklung*

Die staatliche Gewährleistung der flächendeckenden Notfallversorgung ist nicht statisch, sondern unterliegt im Bereich der stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung unter nachfolgenden Gesichtspunkten einer Dynamik, wohingegen die ambulante Notfallversorgung derzeit noch als gesichert angesehen werden kann:

- Stationäre Notfallversorgung

Im Zuge der Einführung der DRG werden die Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio überprüfen. Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen werden die Rahmenbedingungen der Versorgung verändern. Gravierendste Folge können Krankenhausschließungen, ausgelöst durch die Straffung der Krankenhausstrukturen infolge des DRG-Systems, sein.

Die Auswirkungen auf die Sicherstellung der wohnortnahen stationären Notfallversorgung sind nicht abschließend einzuschätzen. Der überwiegende Teil des zu erwartenden Bettenabbaus wird lediglich zu einer Verkleinerung der Bettentrakte der Krankenhäuser führen und, bei gleich bleibenden Fallzahlen, die Funktions- und Be-

handlungsbereiche unverändert lassen. Auch der Personalkörper wird nur mäßig verkleinert werden können, so dass die Auswirkungen auf die wohnortnahe, stationäre Notfallversorgung von geringer Bedeutung sein werden.

Etwas anderes könnte gelten, wenn Krankenhäuser schließen müssten. Nach der bisherigen Erfahrung dürften dies in erster Linie kleine Krankenhäuser sein, die sich auch heute schon in der Notfallversorgung auf die Grundversorgung beschränken müssen und schwierige Fälle an die Krankenhäuser der höheren Leistungsstufen abgeben (Schlaganfälle, Herzinfarkte, Mehrfachverletzte). Darüber hinaus darf unterstellt werden, dass auch künftig in jedem Kreis mindestens ein oder mehrere Krankenhäuser die wohnortnahe Versorgung sicherstellen werden.

Ein schwieriger zu lösendes Problem dürfte die ausreichende Gestellung von Notärzten für den Rettungsdienst werden. Hierzu werden später die erforderlichen Ausführungen gemacht.

- Ambulante Notfallversorgung

Nach dem Gesetz (SGB V) haben die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV/KZVen) die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche/zahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes (s. u.). Nach einer Notdienstverordnung der KV Baden-Württemberg organisieren die jeweiligen Ärzteschaften (auf Kreisebene) den vertragsärztlichen Notdienst. Nachdem in Baden-Württemberg die vertragsärztliche Versorgung flächendeckend und nahezu lückenlos ist und vor allem im fachärztlichen Bereich in mehr als 90 % der Planungsbereiche eine Überversorgung festgestellt wurde, hat es weder in der Vergangenheit nennenswerte Probleme gegeben noch sind zukünftig - zumindest auf mittlere Sicht - gravierende Probleme zu erwarten.

- Rettungsdienstliche Notfallrettung

Zentrale Planungsgröße der rettungsdienstlichen Notfallrettung ist die 15-minütige Hilfsfrist nach § 5 Abs. 2 Satz 6 RDG i. V. m. Kapitel III Ziff. 2 bzw. Kapitel VIII Ziff. 1.2 Rettungsdienstplan 2000, die in 95 % der Fälle einzuhalten ist. Die Vorhaltungen

in der nicht notärztlich begleiteten Notfallrettung und im Notarztdienst haben sich nach dieser Vorgabe zu richten. Dies bedeutet, dass die jeweiligen Standorte von Vorhaltungen der Notfallrettung (z. B. Rettungswachen, Notarztstandorte) und die Zahl der dortigen Einsatzkräfte und Einsatzmittel so gewählt sein muss, dass pro Rettungsdienstbereich und Jahr in 95 % aller Fälle die erforderliche Hilfe innerhalb der 15-minütigen Frist am Notfallort eintrifft. Im Gegensatz beispielsweise zur Dichte des Vertragsarztnetzes orientiert sich die Dichte des Netzes der Vorhaltungen in der Notfallrettung nicht unmittelbar an der Bevölkerungszahl. Das heißt, dass auch bei regional abnehmender Bevölkerungszahl regelmäßig keine Notarztstandorte und Rettungswachen geschlossen werden können.

 Festzustellen ist, dass die nicht ärztlich begleitete Notfallrettung durch Rettungsassistenten und Rettungsanitäter gesichert ist und auch künftig bleiben wird. Demgegenüber wird das neue Fallpauschalensystem durch die bereits beschriebenen Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen der Krankenhäuser auch die Rahmenbedingungen der notärztliche Notfallrettung verändern. Krankenhausschließungen sowie die räumliche Konzentration von Schwerpunkten bzw. Kompetenzzentren verlängern die Wege  sowohl für Notärzte zum Einsatzort als auch für den Transport von Notfallpatienten zum geeigneten Krankenhaus. Dadurch sind Veränderungen der präklinischen Versorgungsstruktur erforderlich, um das Niveau der Versorgungsqualität weiterhin aufrechtzuerhalten.

 Daneben gilt es, die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes aufgrund der Rechtsprechung des EuGH einzuhalten.

Die neuen tarifvertraglichen Rahmenbedingungen für Ärzte, die verbesserte Vergütungen insbesondere für Bereitschaftsdienste beinhalten, können bei der zukünftigen Gestaltung der Versorgung ebenfalls nicht unberücksichtigt bleiben.

## II. Position der beteiligten Experten

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) stuft die Hilfsfrist gegenüber der Transportdauer im Zweifelsfall höherwertig ein. Jedoch sei bei bestimmten Verletzungen/Erkrankungen auch die Transportdauer wichtig.

Einer Erbringung des Notarztdienstes durch freiberufliche Ärzte seien die Krankenhäuser aufgeschlossen, wobei die Dienstplangestaltung am Folgetag auf geleistete Notarztdienste Rücksicht nehmen sollte. Für freiberufliche Ärzte sei der Notarztdienst finanziell erst ab mindestens sechs Einsätzen täglich attraktiv. Besser als eine Abrechnung pro Einsatz sei eine Vergütung für die Vorhalteleistung.

Eine Vereinslösung erfordere gewisse Vorbereitungszeiten und laufenden Organisationsaufwand. Synergien seien möglich, wenn vertragsärztliche Notdienstärzte zugleich Notarztdienst versehen könnten bzw. wenn Krankenhausärzte im Notarztdienst zugleich auch vertragsärztlichen Notdienst übernehmen könnten. Große Synergieeffekte ergäben sich, wenn neben dem Rettungsdienst auch der vertragsärztliche Notdienst durch Integrierte Leitstellen disponiert würde. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft macht deutlich, dass bisher das Krankenhaus die zentrale Anlaufstelle für die Bürger war. Um den Wegfall eines Krankenhauses zu kompensieren, müssten mindestens sieben niedergelassene Ärzte lokal konzentriert werden. Ohne eine stärkere Teilnahme der niedergelassenen Ärzte am Rettungsdienst im ländlichen Raum könne der Notarztdienst nicht gewährleistet werden, da nicht der ganze Notarztbedarf durch Krankenhausärzte in Nebentätigkeit abgedeckt werden könne. Bei Wegfall des örtlichen Krankenhauses stelle sich die Frage, woher die Ärzte für den Rettungsdienst kommen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat ausgeführt, sie unterstütze prinzipiell die Umsetzung der Rahmenvereinbarung über die Disposition des vertragsärztlichen Notdienstes durch die Rettungsleitstellen mit der Maßgabe, dass auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung Verträge mit den Kreisvereinen des DRK abgeschlossen bzw. fortgeführt werden.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK) führt aus, dass bei Wegfall von Krankenhäusern ernste Probleme bei der Notfallversorgung durch stationär tätige Ärzte aufträten. Der finanzielle Anreiz reiche für manche Fallkonstellationen bereits heute nicht mehr aus, um die Notfallversorgung zu sichern. Krankenhäuser erteilten nur selten Nebentätigkeitsgenehmigungen an ihre Ärzte für den Notarztdienst.

Die AOK Baden-Württemberg hinterfragt bei der in Baden-Württemberg bestehenden Hilfsfrist für Notärzte die Vertretbarkeit einer Verlängerung der Transportdauer von Schwerstverletzten und Schwerstkranken (z. B. Herzinfarkt) und er ägt ein Abrücken von der notärztlichen Hilfsfrist. Jede Verkürzung der Hilfsfrist koste pro Minute 30 Mio. Euro jährlich. Es sei zu prüfen, inwieweit nichtärztliches Personal künftig verstärkt in die Notfallversorgung eingebunden werden könne.

Der VdAK/AEV – Landesvertretung Baden-Württemberg- hält es nicht für erwiesen, dass die bestehende notärztliche Hilfsfrist mit qualitativen Vorteilen für die Patientenversorgung verbunden sei.

Finanzielle Verbesserungen im Notarztdienst seien nicht erforderlich. Es sei zu prüfen, inwieweit nichtärztliches Personal künftig verstärkt in die Notfallversorgung eingebunden werden könne.

Die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn) sieht eine punktuelle Unterversorgung mit Notärzten im ländlichen Raum. Grund hierfür sei der Mangel an Krankenhausärzten. Der Einsatz nicht ärztlicher Dienste bei der Notfallversorgung anstelle eines Notarztes (paramedic-System) setze flächendeckend darauf speziell vorbereitete Notaufnahmen an Krankenhäusern voraus. Dieses System sei im Ganzen betrachtet aufgrund eines erforderlichen höheren Personalbedarfs „an der Klinikpforte“ jedoch deutlich teurer als das jetzige System. Die verlängerte Transportdauer von Schwerstverletzten und Schwerstkranken beim Wegfall von Krankenhäusern wird grundsätzlich für kompensierbar gehalten. Krankheitsbilder, bei denen nach notärztlicher Stabilisierung des Patienten das Eintreffen in einem geeigneten Krankenhaus sehr zeitkritisch für den Behandlungserfolg sei, bildeten eher die Ausnahme. Die wegfallenden Krankenhäuser seien zumeist solche der Grundversor-

gung, während Notfallpatienten nach dem Stand der Medizin und den geltenden Vorschriften weit überwiegend Schwerpunktkrankenhäusern der Regional- oder Maximalversorgung zugeführt werden müssten. Der Wegfall der ortsnahen Krankenhäuser betreffe vielmehr die große Zahl der nicht so schwer Erkrankten oder Verletzten, eine Ausdünnung der Krankenhauslandschaft sorge für stark verlängerte Einsatzzeiten. Eine Qualitätsprüfung im Notarztdienst sei schwierig. Für freiberuflich tätige Notärzte seien Notarztdienste erst ab vier Einsätzen in 16 Stunden bzw. 6 Einsätzen in 24 Stunden finanziell lohnend. Diese Voraussetzung sei im ländlichen Raum in der Regel nicht gegeben. Daher sei eine Bereitstellungsvergütung einer Einsatzvergütung vorzuziehen.

Für den Notarztdienst sei ständige Praxis in Notfallmaßnahmen unabdingbar. Notarztdienste allein reichten nicht aus, um die erforderliche Qualifikation aufrecht zu erhalten, wenn ein Notarzt nicht im Krankenhaus arbeitet. Bei einer Disposition des vertragsärztlichen Notdienstes durch die Rettungsleitstellen werden erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten gesehen.

### **III. Problembenennung und Problembeschreibung**

- Stationäre Notfallversorgung

Wie bereits ausgeführt ist die stationäre Notfallversorgung Aufgabe der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser.

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist bereits im Landeskrankenhausgesetz (vgl. §§ 28, 29) geregelt.

Das Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg sieht vor, dass der Krankenhausplan insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung Rechnung zu tragen hat (§ 6 Abs. 1 Satz 7 des Entwurfs). Ergänzend hierzu ist vorgesehen, dass der Bescheid zur Aufnahme eines Krankenhauses mit Nebenbestimmungen versehen werden kann, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Kranken-

hausplans, insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung geboten ist (§ 7 Abs. 2 des Entwurfs). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bedarf es keiner weiteren Eingriffe.

- Ambulante Notfallversorgung

Nachdem in der ambulanten Notfallversorgung sowie beim Notdienst in der vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Versorgung mittelfristig keine Probleme zu erwarten sind, erscheinen für diesen Bereich keine Maßnahmen erforderlich.

Eine Option wäre es, die bisher regional unterschiedlich organisierte Vermittlung des vertragsärztlichen Notdienstes zu den sprechstundenfreien Zeiten landesweit von der Rettungsleitstelle durchführen zu lassen, die auch die Notarzteinsätze disponiert. Die Rettungsleitstelle könnte dann je nach konkretem Hilfebedarf entweder den Notarzt oder den dienstbereiten niedergelassenen Arzt vermitteln. Hierdurch kann ggf. ein Zeitverlust durch mehrere Telefonanrufe vermieden werden. Unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen könnten vermieden werden. Zugleich entstünde für alle Hilfesuchenden eine einheitliche Anlaufstelle.

Eine zwischen den Trägern der Rettungsleitstellen (den beiden Landesverbänden des Deutschen Roten Kreuzes), den Krankenkassen als Kostenträgern und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg geschlossene Rahmenvereinbarung, die eine landesweit einheitliche Zusammenarbeit von Rettungsleitstelle und vertragsärztlichem Notdienst vorsieht, ist noch nicht überall umgesetzt.

Im Rahmen der Umsetzung der Ergebnisse der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ ist diese - in der Selbstverwaltung liegende - Aufgabe mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg erneut anzusprechen.

- Notärztliche Versorgung

Exkurs

– Zuständigkeit zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung

Die Strukturverantwortung für den Rettungsdienst kommt auf Landesebene dem Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD), auf Ebene der Stadt- und Landkreise grundsätzlich den Bereichsausschüssen für den Rettungsdienst zu.

Der Landesausschuss ist paritätisch mit Vertretern von Kostenträgern und Leistungsträgern im Rettungsdienst auf Landesebene besetzt. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Erbringung der Aufgaben des Rettungsdienstes gesetzlich der Selbstverwaltung aus Kosten- und Leistungsträgern übertragen ist. Den Vorsitz hat das Ministerium für Arbeit und Soziales. Der Landesausschuss ist als Selbstverwaltungsgremium nicht weisungsgebunden.

Den Bereichsausschüssen in den 37 Rettungsdienstbereichen in Baden-Württemberg (die sich grundsätzlich mit den Stadt- und Landkreisgrenzen decken) obliegt die Beratung der Angelegenheiten des Rettungsdienstes. Sie sind ebenfalls paritätisch mit Vertretern der Kosten- und Leistungsträger besetzt. Beratende Stimme haben je ein Vertreter des Stadt- oder Landkreises, der Feuerwehr und ein Leitender Notarzt sowie ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung. Zu den wesentlichen Aufgaben des Bereichsausschusses gehört die Erstellung eines Bereichsplanes, der für die Kosten- und Leistungsträger verbindlich ist.

– Zur Mitwirkung von Notärzten im Rettungsdienst

Der Notarzt ist ein im Rettungsdienst zur fachgerechten, notfallmedizinischen Versorgung von erkrankten und verletzten Personen tätiger Arzt. Die Eignungsvoraussetzungen hierfür werden durch Satzung der Landesärztekammer festgelegt. Im Januar 2007 hat die Landesärztekammer die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ durch entsprechende Änderung der Weiterbildungsordnung herabgesetzt (24 statt 30 Monate Weiterbildung).

Es ist die Aufgabe des Bereichsausschusses, festzulegen, an welchen Standorten Notarztsysteme, die gemäß § 9 RDG personell besetzt sind, bedarfsgerecht einzurichten sind, um die gesetzliche Hilfsfrist einzuhalten. Dabei sind die Vorhaltungen der Luftrettung zu berücksichtigen. Die Planungen beziehen Qualität und Wirtschaftlichkeit mit ein.



Krankenhäuser sind im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen. Die niedergelassenen Ärzte wirken im Rettungsdienst mit. Leistungsträger, Krankenhausträger und Kassenärztliche Vereinigungen treffen im Benehmen mit dem Bereichsausschuss Vereinbarungen über die Organisation des Notarztsystems im Rettungsdienstbereich.

Wo kein Notarztssystem eingerichtet werden kann, weil beispielsweise keine entsprechend qualifizierten Notärzte zur Verfügung stehen oder ein Notarztssystem wirtschaftlich nicht zu betreiben ist, ist es Aufgabe des Bereichsausschusses, gemeinsam mit Leistungsträgern, Krankenhausträgern und Kassenärztlicher Vereinigung unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und der Kriterien der Qualitätssicherung qualifizierte Ärzte zur Mitwirkung im Rettungsdienst zu gewinnen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Mitwirkungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung verwiesen.

Der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ war es speziell in Zusammenhang mit der Sicherstellung der Notfallversorgung ein wichtiges Anliegen, angesichts der Konzentrationsbewegungen sowohl der Facharztpraxen als auch der Krankenhausstandorte zu überlegen, wie die Notfallversorgung weiterhin verlässlich gesichert werden kann. Hiermit befassen sich die Vorschläge 14 bis 21 sowie die Erläuterungen der Kommission hierzu (S. 34-40), auf die insoweit verwiesen wird.

Die Herausforderungen für die Notfallversorgung standen bereits bei unterschiedlichen Aktivitäten des Ministeriums für Arbeit und Soziales im Fokus.

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat auf der 46. Sitzung am 28.11.2002 mit der Empfehlung „Notärztliche Versorgung“ wichtige Hinweise für Problemlösungen bei der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung aufgezeigt. Diese Empfehlung enthält abgestufte Hinweise, wie bei Veränderungen in der flächendeckenden notärztlichen Versorgung (z. B. Krankenhausschließungen) seitens der zuständigen Bereichsausschüsse zu reagieren ist.

In Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ hat der Landesausschuss für den Rettungsdienst die Thematik auf seiner 53. Sitzung erneut aufgegriffen und die AG Wirtschaftlichkeit<sup>3</sup> gebeten, die Vorschläge der Expertenkommission zur Notfallversorgung zu bewerten und auf dieser Grundlage die Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst zur „Notärztlichen Versorgung“ vom 28.11.2002 entsprechend fortzuschreiben und dem Landesausschuss für den Rettungsdienst zu berichten. Eine entsprechende fortgeschriebene Fassung der Empfehlung „Notärztliche Versorgung“ wurde auf der 56. Sitzung des LARD am 30.11.2007 beschlossen.

Auf der Grundlage

- der Vorschläge der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“,
- der Expertenanhörung der AG Wirtschaftlichkeit vom 21.03. / 09.05.2007 hierzu und der hieraus abgeleiteten Bewertung der AG Wirtschaftlichkeit,
- der erneuten Befassung des Landesausschusses für den Rettungsdienst in seiner 55. Sitzung am 25.07.2007 sowie 56. Sitzung am 30.11.2007 und
- des Experten-Hearings der IMA „Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ vom 21.05.2007

wurden nachfolgend aufgeführte, für die rettungsdienstliche Versorgung einschließlich der notärztlichen Versorgung relevante Schwerpunktbereiche identifiziert:

---

<sup>3</sup> Dieses vom Landesausschuss für den Rettungsdienst eingesetzte Gremium ist paritätisch besetzt und hat den Auftrag, Detailfragen zu klären und Beschlüsse des Landesausschusses für den Rettungsdienst vorzubereiten.

- ◆ Rettungsdienstliche Hilfsfrist und Transportdauer von Schwerstverletzten und Schwerstkranken,
- ◆ verstärkte Verzahnung von ambulanter, stationärer und notärztlicher Notfallversorgung,
- ◆ Möglichkeit der Einbeziehung freiberuflicher Tätigkeit bei notärztlichen Leistungen,
- ◆ finanzielle Rahmenbedingungen für die notärztliche Versorgung,
- ◆ Rettungsleitstelle als einheitliche Vermittlungsstelle für den Rettungsdienst und den vertragsärztlichen Notdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten,
- ◆ Treffen konkreter Vereinbarungen über die Organisation und die Standorte der ambulanten und stationären Notfallversorgung in jedem Stadt- und Landkreis.

#### **IV. Fachliche Lösungsansätze**

Die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ und der Landesausschuss für den Rettungsdienst auf seiner 55. Sitzung am 25.07.2007 und 56. Sitzung am 30.11.2007 haben folgende fachliche Lösungsansätze zur notärztlichen Versorgung entwickelt, die auch Gegenstand der Beratungen der IMA „Soziale und gesundheitliche Versorgung - wichtiger denn je, Erhalt einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung“ waren.

- Rettungsdienstliche Hilfsfrist und Transportdauer von Schwerstverletzten und Schwerstkranken

Die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ und die IMA halten die Beibehaltung der rettungsdienstgesetzlichen Hilfsfrist in der bestehenden Form für unverzichtbar. Die Einhaltung der Hilfsfrist ist zentrale Voraussetzung für die Vermeidung von Folgeschäden für Notfallpatienten, von der unter keinen Umständen Abstriche gemacht werden können.

---

Die Sitzungsleitung wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales wahrgenommen. Es tagt mindestens vier Mal pro Jahr.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Zuge der Entwicklung der Krankenhausstruktur längere Transportwege von Notfallpatienten nach einer Erstversorgung durch Notarzt und/oder Rettungsdienst unter fachlichen Gesichtspunkten grundsätzlich zumutbar erscheinen und künftig häufiger gebilligt werden müssen.

Eine Diskussion um die Dauer der einzuhaltenden Hilfsfrist wäre im politischen Raum zu führen. Angesichts der geschilderten Sachzwänge sieht die IMA hierzu jedoch keinen Diskussionsbedarf.

- Verstärkte Verzahnung von ambulanter, stationärer und notärztlicher Notfallversorgung

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst sieht in der verstärkten Verzahnung von ambulanter, stationärer und notärztlicher Versorgung einen erfolgversprechenden Weg zur Abhilfe bei Engpässen in der Notarztversorgung, insbesondere bei sich verändernden Krankenhausstrukturen.

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst bittet die Bereichsausschüsse, die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWGK), die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und die Landesärztekammer (LÄK) in Fällen, in denen die Sicherstellung der Notarztversorgung Probleme aufwirft, Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern mit dem Ziel zu prüfen, die Patientenzuordnung (nach Schweregrad) zu optimieren, die Ressourcen von Vertragsärzten und Krankenhausärzten optimal zu nutzen und damit die Notfallversorgung von Patienten zu verbessern. Gerade die neue Rechtslage durch Änderungen des Heilberufegesetzes, der Berufsordnung der Landesärztekammer (BO) sowie des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) ermöglicht die vereinfachte Gestaltung unterschiedlicher Kooperationen an den Schnittstellen von stationärer, ambulanter und notärztlicher Notfallversorgung. Insbesondere können nach dem neuen Berufsrecht überörtliche Praxismgemeinschaften z. B. als GmbH gegründet werden, die sich auf die Leistung von notärztlicher Versorgung beschränken (§ 18 Abs. 1 BO). Entsprechende Gemeinschaften böten auch die Möglichkeit, räumlich-

organisatorisch über den Versorgungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung hinaus tätig zu werden.

Die Gestellung des Notarztdienstes durch ein Krankenhaus wird weiterhin als Optimalfall angesehen. Dies gewährleistet ein laufendes Training in Notfallsituationen. Idealerweise werden dadurch außerdem die Vorhaltekosten reduziert.

Daher sollte bei Schwierigkeiten bei der Notarztgestellung von den Verantwortlichen vor Ort primär überlegt werden, wie das Krankenhaus unterstützt und in die Lage versetzt werden kann, den Notarztdienst zu stellen (z. B. durch eine Notfallpraxis am Krankenhaus, die die ambulant behandelbaren Fälle übernimmt und das Krankenhaus dadurch entlastet).

- Möglichkeit der Einbeziehung freiberuflicher Tätigkeit bei notärztlichen Leistungen

Der LARD hält die vermehrte freiberufliche Ausübung der Notarztstätigkeit für einen Weg, der insbesondere im ländlichen Raum dazu beitragen kann, die Einhaltung der notärztlichen Hilfsfrist zu verbessern. Dies stellt eine wichtige Alternative zu den bisherigen Formen dar und sichert ab, dass auch in Zukunft genügend Ärzte dafür zur Verfügung stehen.

Eine entsprechende freiberufliche Tätigkeit unterliegt nicht den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes. Unabhängig hiervon ist der Arbeitgeber im Rahmen der Erteilung einer Nebentätigkeitsgenehmigung angehalten, eine Beeinträchtigung der arbeitsvertraglichen Arbeitsleistung auszuschließen. Eine solche Beeinträchtigung liegt in der Regel nicht vor, wenn Ärzte im ländlichen Raum nächtliche Bereitschaftszeiten abdecken, in denen erfahrungsgemäß nur selten mit Einsätzen zu rechnen ist. Der Arbeitgeber hat, soweit begründete Zweifel bestehen, die Möglichkeit, sich hierzu vom Arbeitnehmer Nachweise über Dauer und Inanspruchnahme (konkrete Einsatzzahlen) der in Nebentätigkeit ausgeübten Einsätze vorlegen zu lassen.

Der LARD appelliert insbesondere an die Krankenhausträger, für Krankenhausärzte bei der Erteilung entsprechender Nebentätigkeitsgenehmigungen in einem vertretba-

ren Umfang großzügig zu verfahren und durch intelligente Arbeitszeitmodelle den Ärzten zu ermöglichen, Notarzdienst in Nebentätigkeit wahrzunehmen.

- Finanzielle Rahmenbedingungen für die notärztliche Versorgung

Es muss Vergütungssystem geschaffen werden, das einen ausreichenden finanziellen Anreiz für die Krankenhäuser und die Ärzte setzt.

Der LARD sieht es dabei als erforderlich an, dass bei den fortzuschreibenden Vergütungsvereinbarungen (Anlagen 2 und 3) der „Rahmenvereinbarung über die Mitwirkung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (Vertragsärzten) und Nichtvertragsärzten sowie von Krankenhausärzten im Rettungsdienst“ gemäß § 10 Abs. 3 RDG aus verwaltungsökonomischen Gründen der Normalfall der Notarztstellung vergütungstechnisch abgebildet wird. Dies betrifft insbesondere die Vergütungsvereinbarung mit der BWKG. Die Vertragspartner der Selbstverwaltung werden gebeten, kurzfristig die entsprechenden Vergütungsvereinbarungen fortzuschreiben.

- Rettungsleitstelle als einheitliche Vermittlungsstelle für den Rettungsdienst und den vertragsärztlichen Notdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten

Durch gemeinsame Vermittlungsstellen für den vertragsärztlichen Notdienst und den Notarzdienst kann eine Verbesserung der Zielgerichtetheit der Versorgung herbeigeführt werden. Einheitliche Vermittlungsstellen für den vertragsärztlichen Notdienst und den Notarzdienst sind fachlich unter den Gesichtspunkten

- Bürgerfreundlichkeit durch Schaffung einer Anlaufstelle für die zentrale Vermittlung der adäquaten medizinischen Versorgung,
- Vermeidung von Zeitverlust für Anrufer durch Gewährleistung der Erreichbarkeit des vertragsärztlichen Notdienstes über die Rettungsleitstelle,
- fachlich qualifizierte Anruf-Abfrage durch den geschulten Disponenten der Rettungsleitstelle,
- Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen,

- Vermeidung unnötiger Notarzteinsätze (Ziel: bedarfsgerechte Notarztvorhaltung) und
- Synergieeffekte bei der einheitlichen Vermittlung für beide Systeme

eine Option.

- Treffen konkreter Vereinbarungen über die Organisation und die Standorte der ambulanten und stationären Notfallversorgung in jedem Stadt- und Landkreis  
Krankenhausschließungen und -konzentrationen wirken sich neben der stationären Versorgung vor allem auf die ambulante und notärztliche Versorgung aus. Bezüglich der ambulanten Versorgung einschließlich des vertragsärztlichen Notdienstes müssen daher Auffangstrukturen geschaffen werden. Den Sicherstellungsauftrag hierfür hat die KVBW. Idealerweise sollten Gesundheitszentren als Auffangstruktur gebildet werden. Soweit der Mehrbedarf an ambulanter Versorgung durch bereits ortsansässige niedergelassene Ärzte im näheren Einzugsbereich des bisherigen Krankenhauses abgesichert werden soll, sollte auf die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften hingewirkt werden.

Der LARD hält es für erforderlich, dass im Falle der Schließung oder Einschränkung des Leistungsportfolios eines Krankenhauses der Landrat in Kreisstrukturgesprächen, an denen die Bereichsausschüsse beteiligt werden sollten, auf den Abschluss konkreter Vereinbarungen über Standorte und Organisation von ambulanter und notärztlicher Versorgung hinwirken soll. Der Landeskrankenhausausschuss hat die Angelegenheit auf seiner Sitzung am 21.11.2007 ebenfalls beraten und sich der Haltung des LARD angeschlossen. Der Landkreistag wurde aufgefordert, die Empfehlung mitzutragen.

Unabhängig davon wird der LARD

- bestehende Modelle mit positiven Effekten für die Notarztgestellung im Bereich der Kooperation von Vertragsärzten, Nichtvertragsärzten sowie zwischen Vertragsärzten und einem Krankenhaus darstellen und bewerten.

- Hinweise zur verbesserten Einhaltung der notärztlichen Hilfsfrist dergestalt erarbeiten, dass organisatorische Strukturen und Abläufe zwischen Eingang eines Notrufs und Eintreffen von Rettungsdienst/Notarzt verbessert werden.

## **D. Apotheken- und Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum**

### **I. Status Quo, Prognose der künftigen Entwicklung**

In Baden-Württemberg gibt es insgesamt 2777 öffentliche und 56 Krankenhausapotheken. Die durchschnittliche Apothekendichte liegt bei 3866 Einwohnern je Apotheke und ist damit vergleichbar mit den anderen westlichen Flächenländern. Krankenhäuser ohne eigene Apotheke haben Versorgungsverträge mit Krankenhaus- oder krankenhausesversorgenden öffentlichen Apotheken abgeschlossen.

In den Stadtkreisen versorgt eine öffentliche Apotheke durchschnittlich 3317 Einwohner. In den Landkreisen liegt die durchschnittliche Versorgungsdichte auf Ebene der Städte und Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern bei 3410 Einwohnern je Apotheke. Die durchschnittliche Versorgungsdichte außerhalb der Städte und Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern, wo fast die Hälfte aller Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg lebt, liegt bei 4220 Einwohnern je Apotheke.

Außerhalb der ortsüblichen Öffnungszeiten ist ein Notdienst durch einen Teil der Apotheken zu gewährleisten. Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat die Organisation der Apothekendienstbereitschaft auf die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg übertragen. Dabei sind Einwohnerzahlen sowie Entfernungs- und Verkehrswege einschließlich der öffentlichen Nahverkehrsverbindungen zu berücksichtigende Kriterien.

Im ländlichen Raum fallen unter Umständen weitere Anfahrtswege, insbesondere während des Nacht- und Notdienstes, an.

Zahlreiche Apotheken bieten einen Zustellservice an. In Gemeinden, die besonders weit oder verkehrsmäßig ungünstig von der nächstgelegenen Apotheke entfernt sind, werden von der Landesapothekerkammer auf Antrag Rezeptsammelstellen (derzeit 88) auf Basis der Apothekenbetriebsordnung genehmigt. Die Aufgabe wurde der Landesapothekerkammer ebenfalls vom Ministerium für Arbeit und Soziales als hoheitliche Aufgabe übertragen. Der Sammelbehälter, der nicht in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe aufgestellt werden darf, muss von der zuständigen Apotheke zweimal am Tag geleert werden. Weiterhin lässt das Apothekengesetz die Einrichtung von Zweig- oder Notapotheken zu. Zudem haben Apotheken seit dem Jahr 2004 die Möglichkeit, bis zu drei Filialapotheken im selben oder benachbarten Kreis zu betreiben. Im Gegensatz zu Zweigapotheken handelt es sich dabei um vollständig ausgestattete Apotheken. In Baden-Württemberg wurde darüber hinaus seitens der Landesapothekerkammer festgelegt, dass Filialapotheken sich im selben Umfang am Nacht- und Notdienst beteiligen müssen wie Hauptapotheken. Seit 2004 gibt es darüber hinaus die Möglichkeit, Arzneimittel von hierfür zugelassenen Apotheken auf dem Versandwege zu beziehen.

Für die Beschaffung von größeren Mengen dringlich benötigter Arzneimittel außerhalb der üblichen Geschäftszeiten hat das Ministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg über das Lagezentrum beim Innenministerium eine Belieferungsmöglichkeit der Apotheken über Notfallrufnummern des pharmazeutischen Großhandels sichergestellt.

Die Ansiedlung von Apotheken erfolgt nach marktwirtschaftlichen Kriterien. Bisher ist dadurch eine ausgewogene Versorgung der Bevölkerung sichergestellt worden.

Inwieweit die derzeitigen Strukturen in den ländlichen Regionen Bestand haben werden, lässt sich schwer voraussagen und hängt sicher auch mit künftigen Entwicklungen im Apothekenwesen zusammen. Derzeit wird diskutiert, ob die in Deutschland geltenden Regelungen, nach denen der Betrieb von Apotheken ausschließlich Apothekern in der Form von Einzelunternehmen oder offenen Handelsgesellschaften erlaubt werden darf (so genanntes Fremd- und Mehrbesitzverbot), europarechtskon-

form sind. Entsprechende Gerichtsverfahren sind im Saarland anhängig. Es ist nicht auszuschließen, dass aus eventuell zukünftig notwendigen Gesetzesänderungen Strukturveränderungen in der Versorgung resultieren, die auch Auswirkungen auf den ländlichen Raum haben könnten. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, dass Apotheken auch künftig den ihnen übertragenen Gemeinwohlauftrag erfüllen. Unverzichtbar ist dabei die Aufrechterhaltung eines Bereitschaftsdienstes, um die Versorgung mit Arzneimitteln rund um die Uhr sicherzustellen. Weiterhin besteht die gesetzliche Verpflichtung der Apotheken zu einer Mindestbevorratung von Arzneimitteln. Hinzu kommen die persönliche Beratung und Betreuung der Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln sowie die Herstellung von Rezeptur Arzneimitteln. Hierzu muss derzeit jede Apotheke personell, räumlich und ausstattungs-gemäß in der Lage sein. Für den Fall, dass durch die EU-Rechtssprechung das Fremd- und Mehrbesitzverbot aufgehoben wird, sollte - unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus anderen Staaten mit entsprechenden Regelungen - geprüft werden, inwie- weit Änderungen beim Dispensierrecht für Ärzte und bei den Standards für Apothe- ken (Labor) geeignet sein können, die flächendeckende Arzneimittelversorgung auf dem bisherigen hohen Qualitätsniveau langfristig sicherzustellen.

## **II. Position der beteiligten Experten**

Nach Aussage des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg gibt es derzeit keine Hinweise darauf, dass die Notfallversorgung in der Fläche nicht gewährleistet wird. Es wird aber befürchtet, dass sich künftig ein Problem durch den Versandhan- del mit Arzneimitteln dahingehend ergeben könnte, dass chronisch Kranke ihren planbaren Arzneimittelbedarf auf dem Versandwege decken. Dies könne den Apo- theken in der Fläche die wirtschaftliche Basis entziehen.

Die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg sieht derzeit ebenfalls keine Prob- leme bei der Arzneimittelversorgung. Auch im Notdienst betrage die Entfernung zw- ischen den Apotheken maximal 15 km. Auf die Entfernung, die insgesamt zurückzu- legen ist, beispielsweise durch einen zuvor erforderlichen Arztbesuch, habe die Lan-

desapothekerkammer keinen Einfluss, da die Notdienstpläne der Ärzte in der Regel nicht im Vorfeld bekannt gegeben werden. Alle Apotheken wiesen die Bevölkerung innerhalb des Notdienstkreises auf die notdiensthabende Apotheke hin. Allerdings sei diese Apotheke nicht immer die örtlich nächste. Amtsblätter veröffentlichen oft nur die Apotheken des eigenen Verbreitungsgebietes und der umliegenden Gemeinden. Dies könne in Randlagen eines Notdienstkreises dazu führen, dass im eigenen Notdienstkreis auf eine weiter entfernte Apotheke verwiesen wurde, obwohl im benachbarten Notdienstkreis eine notdienstbereite Apotheke näher lag.

Eine Arzneimittelabgabe durch Ärzte wird abgelehnt. Es wird darauf verwiesen, dass durch Kommunikation zwischen Ärzten und Apothekern auf lokaler Ebene und durch vernünftigen Umgang mit der Möglichkeit der Substitution verordneter Arzneimittel („Aut idem Regelung“) in der Regel sichergestellt werden kann, dass die benötigten Arzneimittel in der Apotheke vorrätig sind.

Um die bestehenden Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden, sollten nach Auffassung der Landesapothekerkammer die Möglichkeit zum Versandhandel mit Arzneimitteln eingeschränkt und das Fremd- und Mehrbesitzverbot, nach dem Apotheken nur durch Apotheker betrieben und maximal drei Filialen haben dürfen, beibehalten werden. Die Vorhaltung eines eigenen Labors in Apotheken sei weiterhin notwendig.

Nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ist die Versorgung mit Arzneimitteln sichergestellt. Gewisse Unbequemlichkeiten seien in Kauf zu nehmen.

Die AOK Baden-Württemberg erkennt ebenfalls keine Hinweise auf eine unzureichende Arzneimittelversorgung durch Apotheken im ländlichen Raum. Während des Notdienstes sei bereits heute die Anwendung von Arzneimitteln, die vom Arzt im Rahmen des Sprechstundenbedarfs bezogen wurden, oder von Anwendungsmustern möglich. Die grundsätzliche Einrichtung eines ärztlichen Dispensierrechts rasch benötigter Arzneimittel bei Abrechnung durch den Arzt wird unter der derzeitigen Versorgungssituation zurückhaltend bewertet. Eine Gefahr für die Arzneimittelver-

sorgung, beispielsweise durch die demographische Entwicklung oder die Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln, wird nicht gesehen. Vielmehr wird die Möglichkeit, Arzneimittel auf dem Versandwege zu beziehen, im Hinblick auf Patienten mit eingeschränkter Mobilität positiv bewertet. Ein Abbau bestehender Regularien für Apotheken dürfe jedoch nicht zu Lasten der Arzneimittelsicherheit und des Verbraucherschutzes gehen.

Der VdAK sieht die Arzneimittelversorgung auch im ländlichen Raum als ausreichend an. Eine Aushändigung rasch benötigter Arzneimittel im Notfall wird im Interesse der Patienten nicht grundsätzlich abgelehnt, bedürfe aber einer Gesetzesänderung und sei bei Entlassungen aus dem Krankenhaus zur Versorgung über das Wochenende bereits jetzt möglich. Der Versandhandel mit Arzneimitteln biete in Gegenden mit geringer Apothekendichte die Möglichkeit, den planbaren Arzneimittelbedarf auf diesem Wege zu decken. Eine Beschränkung des Versandhandels wird im Hinblick auf den Wettbewerb zwischen Apotheken zurückhaltend bewertet, ebenso wie Vorschläge, die Apotheken beispielsweise von der Pflicht zur Vorhaltung eines Labors zu entbinden.

### **III. Problembeschreibung und Problembenennung**

Probleme im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung durch Apotheken im ländlichen Raum sind derzeit im Wesentlichen organisatorisch bedingt. Das durch die Apothekenbetriebsordnung vorgeschriebene System der Bekanntgabe notdiensthabender Apotheken durch Aushang hat sich in bestimmten Fällen als unzureichend erwiesen. Hinzu kommt, dass es für den ärztlichen Notdienst keine analoge Regelung gibt, nach der die notdiensthabenden Arztpraxen im Vorfeld zu benennen und bekannt zu geben sind. Dadurch können sich im Einzelfall für betroffene Patienten längere Fahrtstrecken ergeben.

#### **IV. Fachliche Lösungsansätze**

- Seit Anfang des Jahres stellt die LAK unter <http://lak-bw.notdienst-portal.de> ein Apothekennotdienstportal ins Internet, mit dem nach Angabe eines Ortes oder der Postleitzahl die 5 nächstgelegenen notdienstbereiten Apotheken angezeigt werden. Die Anzeige erfolgt unabhängig vom jeweiligen Notdienstkreis. Über einen Routenplaner kann der persönliche Anfahrtsweg ermittelt werden. Damit kann zur Vermeidung unnötiger Fahrtstrecken auch die Lage der notdiensthabenden Arztpraxis einbezogen werden.
- Zudem besteht über eine Sonderrufnummer (14 ct / Minute) die Möglichkeit, sich die fünf nächstgelegenen notdienstbereiten Apotheken per Telefon ansagen zu lassen. Damit haben nicht nur Patienten die Möglichkeit, sich selbst über die nächstgelegene notdienstbereite Apotheke zu informieren, sondern auch Ärzte, Ambulanzen und Gemeinden können dies als Service für ihre Patienten anbieten. Jeder Anbieter, der damit keine kommerziellen Zwecke verfolgt (Amtsblätter, Städte- und Gemeinden, Ärzte, Zahnärzte etc.), kann kostenlos auf das Apothekennotdienstportal der LAK verlinken.
- Es sollte jedoch zusätzlich über den Gemeindefesttag darauf hingewirkt werden, dass die fünf nächstgelegenen notdiensthabenden Apotheken (unabhängig vom Notdienstkreis) wöchentlich in den Gemeindeblättern veröffentlicht werden.

#### **E. Versorgungsstrukturen bei einem Massenanfall von Verletzten und bei Katastrophen**

Der Katastrophenschutz (KatS) in Baden-Württemberg ist auftragsgemäß für die Abwehr und Bekämpfung von außergewöhnlichen Geschehen aufgestellt, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen oder Tiere, die Umwelt, erhebliche Sachwerte oder die lebensnotwendige Versorgung der Bevölkerung in so ungewöhnlichem Maße gefährdet oder schädigt, dass das Zusammenwirken von Behörden,

Stellen und Organisationen unter der einheitlichen Leitung der Katastrophenschutzbehörde (KatSBeh) geboten erscheint (§ 1 Abs. 2 Landeskatastrophenschutzgesetz - LKatSG). KatSBeh sind die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise, die Regierungspräsidien und das Innenministerium (IM).

In einer nach bundeseinheitlichen Grundsätzen von den Ministerien und Regierungspräsidien unter Federführung des Innenministeriums durchgeführten Gefährdungsabschätzung für Baden-Württemberg wurde ein Massenansturm von Verletzten (MANV) als eine Hauptgefährdung identifiziert. Gefahrenpotenzial geht dabei namentlich aus von terroristischen Anschlägen, A- und C-Gefahren, Erdbeben, Hochwasser, Gefahrstofffreisetzungen bei Transportunfällen und von Extremwetterlagen.

Ein besonderer Fokus ist dabei auf die Aspekte des Sanitätsdienstes im Bevölkerungsschutz bei einem Massenansturm von Verletzten zu legen.

## **I. Status quo, Prognose der künftigen Entwicklung**

- Hilfeleistungsstrukturen
  - Die Notfallrettung auch bei einem MANV ist unterhalb der Katastrophenschwelle primär Aufgabe des Rettungsdienstes.
  - Ein MANV wird - je nach Ausmaß - vor Ort grundsätzlich in mehreren „Wellen“ bewältigt, die auch den erfahrungsgemäß unterschiedlichen Verletzungsmustern Rechnung tragen:
    - ◆ Rettungsdienst (ggf. mit Zuziehung von dienstfreiem rettungsdienstlichem Fachpersonal sowie der Rettungsdienstkräfte benachbarter Rettungsdienstbereiche bzw. Stadt-/Landkreise),
    - ◆ Schnelleinsatzgruppen der Hilfsorganisationen,
    - ◆ Sanitäts- und Betreuungsdienst (Bevölkerungsschutz) bei einer Katastrophe,
    - ◆ Verstärkung des Sanitäts- und Betreuungsdienstes durch Nachbarschafts- und Überlandhilfen,

- ◆ Unterstützung der Hilfeleistungen durch andere Bundesländer, die Bundeswehr und das Ausland (auch unterhalb der Katastrophenschwelle).
- Hinzu kommen technische Hilfeleistungen durch die Feuerwehren und die Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW).
- Die Bundeswehr leistet auf Anforderung subsidiäre Amtshilfe im Rahmen der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit (ZMZ). Seit Anfang 2007 ist in jedem Stadt- und Landkreis und bei jedem Regierungspräsidium ein aus Reservisten zusammengesetztes ZMZ-Verbindungskommando aufgestellt, dem jeweils auch ein Sanitätsstabsoffizier d.R. und ein Sanitätsstabsfeldwebel d.R. angehören. Die Verbindungskommandos vermitteln die Hilfeleistungen der Bundeswehr, die u.a. einen ZMZ-Stützpunkt „Sanitätsdienst“ in Ulm einrichten wird. Ansprechpartner der Landesregierung ist das Bundeswehr-Landeskommando in Stuttgart. Zu den Einzelheiten wird auf die Landtagsdrucksache 14/531 verwiesen.
- Der in Kirchheim/Teck stationierte DRK-Hilfszug kann die Betreuung von bis zu 1.000 Betroffenen mit sanitätsdienstlichen, pflegerischen und technischen Komponenten leisten und seine Einsatzbereitschaft in maximal zwölf Stunden herstellen. Er soll jedoch dem Vernehmen nach aufgelöst werden.
- Für Schadensfälle im Bahnbetrieb, insbesondere in Tunneln, hält die Deutsche Bahn AG in Deutschland sechs schienengebundene Rettungszüge rund um die Uhr einsatzbereit, darunter je einen in Kornwestheim (Landkreis Ludwigsburg) und in Mannheim. Sie werden jeweils besetzt mit zwei Notärzten sowie Einsatzkräften der Feuerwehren und Rettungsdienstorganisationen. Jeder Zug ist u.W. ausgelegt für die Befreiung, Rettung und Versorgung und zum Pendeldienst-Transport von maximal 30 bis 35 Patienten. Bei einem Unglücksfall sollen auf der Schnellfahrstrecke Mannheim - Stuttgart gleichzeitig zwei Züge den Schadensort aus unterschiedlichen Richtungen anfahren. Auf anderen Bahnstrecken im Land ist über den Einsatz der Rettungszüge lagebedingt zu entscheiden.
- Einsatzzentrale für den Rettungsdienst im jeweiligen Rettungsdienstbereich ist die Rettungs- bzw. Integrierte Leitstelle. Diese wird ggf. durch die Oberleitstelle

Baden-Württemberg des DRK, die vom Kreisverband Stuttgart betrieben wird, unterstützt.

- Für eine stationäre Versorgung und Betreuung auch einer größeren Zahl von Notfallpatienten stehen derzeit hinreichende Krankenhauskapazitäten zur Verfügung.
- Die Einrichtung von Auskunftsstellen zur Erfassung von Personen (Vermissten-suche) und für die Familienzusammenführung ist lt. LKatSG dem Deutschen Roten Kreuz (Suchdienst) übertragen.

- Schnelleinsatzgruppen (SEG)

Bei einem MANV unterhalb der Katastrophenschwelle wird die Lücke zwischen Rettungsdienst (vorwiegend aus Benutzungsentgelten finanziert) und Katastrophenschutzdienst (aus Steuermitteln finanziert) in Baden-Württemberg derzeit von sog. Schnelleinsatzgruppen (SEG) der Hilfsorganisationen geschlossen. SEG´n sind in allen Stadt- und Landkreisen aufgestellt. Sie bedienen sich dabei auch der KatS- bzw. Zivilschutzfahrzeuge von Land und Bund sowie des entsprechenden KatS-Personals (Ärzte und unterschiedlich qualifizierte Assistenzkräfte); eine explizite Förderung der SEG´n durch die KatSBeh gibt es nicht.

In einem Katastrophenfall wären die KatS-Elemente in den SEG´n - auch wenn sie bereits im Einsatz sind - in die Einheiten „Sanität und Betreuung“ zu integrieren (siehe unter KatS-Einheiten "Sanität und Betreuung").

- Katastrophenschutzdienst

Hilfs- und Leistungspflichten nach dem LKatSG greifen grundsätzlich nur, solange eine KatSBeh Katastrophenalarm oder -voralarm ausgelöst hat. Die Einsatzkosten für solche „Katastrophen“ im Sinne des LKatSG haben die betroffenen Stadt- und Landkreise, die nachstehend genannten Mitwirkenden sowie die Hilfsorganisationen und ggf. die Betreiber von Anlagen mit besonderem Gefahrenpotenzial zu tragen; das Land hat in diesem Fall gewisse Entschädigungen und Kostenerstattungen zu leisten.

Bei einer „Katastrophe“ koordiniert die KatSBeh die Arbeit der im Katastrophenschutz gesetzlich Mitwirkenden. Das sind u. a. im Rahmen ihres Aufgabenbereichs weitere Behörden, die Feuerwehren, die öffentlich geförderten Akutkrankenhäuser und ihre Träger, die Träger und Einrichtungen des Rettungsdienstes sowie die Kammern nach dem Kammergesetz des Landes.

Diese Krankenhäuser sind nach LKatSG verpflichtet, Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen. Diese müssen auch Maßnahmen zur (kurzfristigen) Ausweitung der Bettenkapazität berücksichtigen.

Auch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte sowie Pflege- und Laborpersonal können nach dem LKatSG zur Hilfeleistung verpflichtet werden.

Träger der Katastrophenhilfe sind die vom Innenministerium anerkannten Hilfsorganisationen<sup>\*)</sup>. Sie arbeiten - wie im Übrigen auch die Feuerwehren - mit entsprechend ausgebildeten, überwiegend ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern. Die Organisationen sind für die KatS-Aufgaben mit bundes- und landeseigenen Fahrzeugen ausgestattet und erhalten Zuschüsse vom Bund (Zivilschutz) und vom Land (KatS).

#### – Organisation des Katastrophenschutzdienstes

Der Katastrophenschutzdienst umfasst ein festgelegtes operatives Leistungspotenzial von Feuerwehren und Hilfsorganisationen im Katastrophenfall, das dauerhaft vorzuhalten ist. Dieses Potenzial ist gegliedert in die Fachdienste „Brandschutz und Technische Hilfe“, „ABC-Schutz“, „Sanitäts- und Betreuungsdienst“ sowie „Veterinär-dienst“.

Der Fachdienst „Sanitäts- und Betreuungsdienst“ ist untergliedert in die Einsatzeinheiten

- ◆ Sanität und Betreuung (landesweit derzeit 152 Einheiten mit 2 x 8.080 Helfern; jede Einheit umfasst 26 bis 30 Helfer; Näheres in Nr. 3.2),

---

<sup>\*)</sup> Landesverbände von Arbeiter-Samariter-Bund, Bergwacht Schwarzwald, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser Hilfsdienst, Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, DRF - Deutsche Rettungsflugwacht, Bundesverband Rettungshunde

- ◆ Bergrettung (6 Einheiten, 2 x 336 Helfer),
- ◆ Wasserrettung (7 Einheiten, 2 x 231 Helfer),
- ◆ Luftkrankentransport (7 Einheiten, 2 x 21 Helfer),
- ◆ Retten mit Hunden (5 Einheiten, 2 x 30 Helfer).

In der Einheit „Sanität und Betreuung“ wirken Ärzte, Rettungsassistenten, -sanitäter und -helfer mit. Ärzte und qualifizierte Assistenzkräfte sind ebenfalls eingebunden in die Einheiten „Bergrettung“ (pro Einheit 1 Arzt und 2 Helfer) sowie „Luftkrankentransport“ (pro Einheit 1 Notarzt und 1 Rettungsassistent). Die psychosoziale Unterstützung von Betroffenen und Einsatzkräften ist gewährleistet.

- KatS-Einheiten „Sanität und Betreuung“
- Leistungsspektrum

In jedem Stadt- und Landkreis sind derzeit mindestens eine, im rechnerischen Durchschnitt 3,5 Einheiten „Sanität und Betreuung“ aufgestellt. Jede Einheit kann zunächst bis zu 25 Verletzte nach Grundsätzen der Katastrophenmedizin versorgen, somit - im rein statistischen Durchschnitt - 86 Verletzte pro Kreis. Bei einer größeren Anzahl von Notfallpatienten greifen Nachbarschafts-, Überland-, Bundes- und ggf. Auslandshilfen, zudem können medizinisches Material und Gerät, die im Land an zentralen Standorten in Großcontainern (Abrollbehälter) vorgehalten sind, mit Arzt-, Rettungs- und Sanitätspersonal nachgeführt werden.

Die Primärressourcen des Katastrophenschutzdienstes werden im Bedarfsfall um zusätzliche Fahrzeuge und Einsatzkräfte von Feuerwehren und Hilfsorganisationen im betroffenen Kreis aufgestockt. Zusätzlich können Unterstützungen im Wege der Amtshilfe angefordert werden aus anderen Stadt- und Landkreisen und Regierungsbezirken, aus anderen Bundesländern, von der Bundeswehr und vom THW, zudem aufgrund bi-/trilateralen Abkommen von den Anrainerstaaten (F, CH, A). Weitere Auslandshilfen können über den Bund gemäß EU- und NATO-Abkommen angefragt werden („Request“).

– Technische Ausstattung

Zu jeder Einheit „Sanität und Betreuung“ zählen u.a. zwei Krankentransportwagen (KTW) mit jeweils vier Tragen, zudem - nachstehend nicht weiter betrachtet - ein zur medizinischen Versorgung ausgerüsteter Arztwagen sowie mehrere Fahrzeuge für Betreuungsdienst und Technik. Dem landesweiten Ausstattungs-*Soll* von 304 KTW (davon 88 Landes- und 216 Bundeseigentum) steht ein *Ist*-Bestand (Stand Januar 2007) gegenüber von 248 KTW (96 Land, 152 Bund).

Anlässlich der Fußball-WM 2006 hat das Land für landesweite Einsätze bei einem MANV zusätzlich aus KatS-Sondermitteln u.a. beschafft

- ◆ vier „Abrollbehälter (AB) MANV 50“, mit denen jeweils Plätze zur katastrophenmedizinischen Versorgung von jeweils 100 Personen (2 x 50 pro Stunde) aufgebaut werden können. Die AB MANV sind stationiert in Ravensburg, Stuttgart, Karlsruhe und Mannheim. Zwei „AB MANV 25“ werden in 2007 für den Regierungsbezirk Freiburg beschafft (Freiburg, Tuttlingen), die die Versorgung von jeweils 2 x 25 Personen ermöglichen;
- ◆ einen „Abrollbehälter Medizintechnik“ (Stuttgart), mit dem ggf. medizinisches Nachschubmaterial dem Behandlungsplatz zugeführt wird;
- ◆ einen Großraum-Rettungswagen (Stuttgart), in dem gleichzeitig bis zu 15 Menschen rettungsdienstlich behandelt und in Krankenhäuser transportiert werden können.

- Bewertung des Status Quo

Mit den dargestellten vielschichtigen und flexiblen Strukturen ist auch der ländliche Raum bei einem MANV, der nach katastrophenmedizinischen Grundsätzen und unterschiedlichen Mustern bewältigt werden muss, derzeit zahlenmäßig noch gut abgedeckt. Zu berücksichtigen ist aber, dass rund 190 und damit knapp die Hälfte der gesamten KatS-Landesfahrzeuge älter als 20 Jahre sind, nicht mehr wirtschaftlich instandgesetzt (Reparaturkosten wären höher als der Zeitwert) oder gar - mangels Ersatzteilen - überhaupt nicht repariert werden könnten.

Der mittelfristig zu erwartende Ausfall wird diese Situation merklich verschlechtern. Dies könnte sich besonders im ländlichen Raum auswirken, da der Mangel durch Heranziehung von anderen Kräften nicht zu kompensieren ist. Die mittelfristige Ersatzbeschaffung dieser Fahrzeuge muss deshalb sichergestellt werden.

## **II. Problembenennung und Problembeschreibung**

- Mit dem neuen „Bundesausstattungskonzept“ reduziert der Bund seine Fahrzeugbeschaffung im ergänzenden Katastrophenschutz auf zwei Drittel des Ist-Bestands des Altkonzepts von 1995. Baden-Württemberg wird daher nur noch etwas weniger als 600 Bundesfahrzeuge zur Verfügung haben statt der bisherigen nahezu 1.000 Fahrzeuge. Dies hat auch Auswirkungen auf den Sanitäts- und Betreuungsdienst. Die Zahl der Einheiten „Sanität und Betreuung“ wird infolge des Bundeskonzepts voraussichtlich deutlich zu reduzieren sein. Gleichwohl gilt es, die Schlagkraft dieses Bereichs aufrechtzuerhalten.
- Bei einem MANV muss die flächendeckende, möglichst frühzeitige und kurzfristige präklinische Versorgung durch Rettungsdienst und Sanitätsdienst (Bevölkerungsschutz) gewährleistet bleiben.

Die Bewältigung eines MANV hängt wesentlich von zwei Voraussetzungen ab:

- Ein Leitender Notarzt, weitere Notärzte und ein Organisatorischer Behandlungsplatzleiter müssen zusammen mit dem Technischen Einsatzleiter und Rettungsdienstkräften die operativ-taktischen Maßnahmen zunächst des Rettungs-, später auch des Sanitäts- und Betreuungsdienstes einleiten und steuern.
- Die individuelle Verweildauer von Notfallpatienten an Behandlungsplätzen (BHP) muss möglichst kurz bleiben, um die Durchgangskapazitäten der BHP hoch zu halten. Dauert das Verbringen transportfähiger Patienten zu lange, kommt es zu Staus an den anderen BHP-Stationen mit der Folge, dass sich die Erstversorgung weiterer Notfallpatienten verzögert.

Wichtig sind deshalb

- soweit möglich, kurze Transportzeiten von Notfallpatienten zu fachlich geeigneten Krankenhäusern mit freien OP- und Bettenkapazitäten,
- ausreichende Krankentransportkapazitäten (Straße, Luft).

Längere Hilfs- und Einsatzfristen binden auch die Krankentransportkapazitäten (Personal und Fahrzeuge) länger. Dies sind Aspekte bei der Triage mit der denkbaren Folge, dass bei einem MANV möglicherweise in mehreren Fällen auf eine individualmedizinische Versorgung von gering überlebenschfähigen Verletzten verzichtet werden muss und andere Notfallpatienten länger am Schadensort zunächst sanitätsdienstlich betreut werden müssen.

### **III. Fachliche Lösungsansätze**

Um künftig den Standard in der Notfallversorgung bei einem MANV auf möglichst hohem Niveau zu halten, müssen auf der Grundlage des neuen Ausstattungskonzepts des Bundes für den Zivilschutz die KatS-Einheiten „Sanität und Betreuung“ konzentriert, neu strukturiert und strategisch neu aufgestellt werden. Dies muss in Abstimmung u. a. mit dem Rettungsdienstbereich und den Hilfsorganisationen geschehen.

Das Innenministerium hat zusammen mit dem Ministerium für Arbeit und Soziales eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die derzeit ein neues Gesamtkonzept entwickelt, das auch den Interessen des ländlichen Raums Rechnung trägt.

Zu der Konzeption soll namentlich Folgendes dargestellt werden:

- Verzahnung zwischen Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppen und den Einheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes im Sinne eines Einsatzphasen- und Stufenkonzepts,

- detaillierte Planung der Sanitäts- und Betreuungskomponente für den MANV,
- Darstellung der überörtlichen Hilfeleistungen für Großschadenslagen und Katastrophen, welche die Grundversorgung überschreiten, insbesondere Unterstützungen durch die Nachbarkreise und mittels der Abrollbehälter Massenanfall von Verletzten (AB MANV) etc., sowie Unterstützung durch die Bundeswehr,
- Beschreibung der Behandlungs-, Betreuungs- und Transportkomponente, namentlich unter detailliertem Aufzeigen der notwendigen personellen und sachlichen Ressourcen des Katastrophenschutzdienstes (insbesondere Überprüfung des gesamten Fahrzeugbestands in qualitativer und quantitativer Hinsicht einschließlich der Fahrzeuge Technischer Dienst),
- Verzahnung mit den Einheiten und Einrichtungen der Psychosozialen Unterstützung und der Personenauskunft,
- Festlegung der Führungsorganisation, Alarmierung und Kommunikation,
- Ermittlung der Anforderungen an die weiterbehandelnden Krankenhäuser.

Die Konzeption soll zeitnah fertig gestellt sein.

Anschließend bedarf es einer Anpassung der lokalen und überregionalen KatS- und Alarmierungspläne an das „Neukonzept MANV“.

Nachdem der Bund nur noch zwei Drittel des Finanzvolumens seines Altkonzepts 1995 den Ländern zur Verfügung stellt, wird zu klären sein, wie das fehlende Drittel aufzubringen ist, um weiterhin einen effektiven und schlagkräftigen Bevölkerungsschutz aufrechterhalten zu können.

Unabhängig davon muss die Ersatzbeschaffung der KatS-Landesfahrzeuge gerade im Bereich „Sanitäts- und Betreuungsdienst“ fortgesetzt und thematisiert werden, wie die Finanzierung erfolgen soll.

### **3. Abschnitt - Zusammenfassung**

Zusammenfassend stellt sich die Situation bei der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum wie folgt dar:

Aufgrund des medizinischen Fortschritts, des Strebens nach weiteren Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung und aufgrund von Finanzierungsgesichtspunkten können sich Strukturveränderungen ergeben. Dies betrifft vor allem die stationäre Versorgung. Insbesondere ist mit einer Verlagerung von ehemals stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich zu rechnen. Mit diesen Strukturveränderungen wird die Bevölkerung im ländlichen Raum in verstärktem Maße konfrontiert werden.

Mittel- und langfristig sind Weichenstellungen erforderlich, die sicherstellen, dass der ländliche Raum optimal mit gesundheitlichen Leistungen versorgt bleibt. Zum großen Teil sind solche Weichenstellungen von den Verantwortlichen in der Selbstverwaltung und den betroffenen Verbänden, aber auch von der Landesregierung (z. B. in der Krankenhausplanung des Ministeriums für Arbeit und Soziales) bereits vorgenommen worden. In anderen Bereichen liegt das rechtliche Instrumentarium vor, um steuernd einzugreifen. Sobald festgestellt wird, dass Eingriffe erforderlich werden, kann es eingesetzt werden. Trotz allem sind der Erhalt und die Verbesserung von Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum immer auch eine Frage der Finanzierungsmöglichkeiten. Insbesondere mit der Krankenhausfinanzierung und der Förderung des Rettungsdienstes kommt das Land seiner Strukturverantwortung in diesem Bereich nach. Dennoch erfordern der immer rascher ablaufende medizinische Fortschritt und die einschneidenden Strukturveränderungen bei der stationären Akutversorgung ein verstärktes finanzielles Engagement des Landes für den ländlichen Raum, insbesondere im Bereich der Krankenhausfinanzierung. Entsprechende Empfehlungen spricht die IMA aus.

Wie in jedem Bereich sind auch bei der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum Optimierungen möglich. Ansatzpunkte für entsprechende Vorschläge gab die

durchgeführte Expertenanhörung. Die IMA zeigt mit ihren Empfehlungen für den Kabinettsausschuss auch solche Verbesserungsmöglichkeiten auf.

## **4. Abschnitt - Empfehlungen an den Kabinettsausschuss "Ländlicher Raum"**

Die IMA empfiehlt dem Kabinettsausschuss "Ländlicher Raum", die folgenden Beschlüsse zu fassen:

### **A. Generelle Empfehlungen**

1. Der Kabinettsausschuss appelliert an die Kassenärztliche Vereinigung, den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und den Zulassungsausschuss, die gegebenen rechtlichen Möglichkeiten voll auszuschöpfen, um bei drohender möglicher Unterversorgung im ländlichen Raum auch in Zukunft eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen.
  
2. Der Kabinettsausschuss begrüßt den Einsatz von Telemedizin und mietfreie oder mietvergünstigte Praxisräume.
  
3. Der Kabinettsausschuss hält die Krankenhausplanung für ein geeignetes Instrument, um unter weiterer Verbesserung der Versorgungsqualität auch in Zukunft eine flächendeckende Versorgung in zumutbarer Entfernung zu gewährleisten.
  
4. Der Kabinettsausschuss weist darauf hin, dass im Interesse der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum bei der Krankenhausplanung zwischen Krankenhäusern zur flächendeckenden, ortsnahen Grundversorgung und spezialisierten Kliniken zur Maximalversorgung unterschieden werden muss.
  
5. Der Kabinettsausschuss fordert, aufgrund der spezifischen Situation der Krankenhäuser im ländlichen Raum (benötigte Bettenzahl und wirtschaftlicher Druck) einen besseren Übergang zwischen Krankenhaus und Altenheim bzw. privater Wohnung zu schaffen.

**6.** Der Kabinettsausschuss spricht sich dafür aus, die die stationäre Versorgung flankierenden Bereiche (ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege) zu verstärken, um die Veränderungen in der akut stationären Versorgung auszugleichen.

**7.** Der Kabinettsausschuss sieht es insbesondere im Interesse der Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum als erforderlich an, die Fortentwicklung der Krankenhausstruktur durch darauf abzustimmende Planungen der stationären, rettungsdienstlichen und ambulanten Notfallversorgung zu begleiten.

**8.** Der Kabinettsausschuss sieht die Einhaltung der Hilfsfrist in der notärztlichen und nichtärztlich begleiteten Notfallrettung weiterhin als unverzichtbar an.

**9.** Der Kabinettsausschuss begrüßt die mit Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst vom 30.11.2007 erfolgte Fortschreibung der Empfehlung „Notärztliche Versorgung“, die eine abgestufte Handlungsempfehlung beinhaltet und als fachliche Unterstützung bei den zu bewältigenden Anpassungen der Planungen den örtlich verantwortlichen Bereichsausschüssen der Rettungsdienstbereiche zur Verfügung gestellt wird.

**10.** Der Kabinettsausschuss sieht in der verstärkten Verzahnung von ambulanter, stationärer und notärztlicher Versorgung einen Erfolg versprechenden Weg zur Abhilfe bei Engpässen in der Notarztversorgung, insbesondere bei sich verändernden Krankenhausstrukturen.

**11.** Der Kabinettsausschuss begrüßt die bisherigen Anstrengungen des Landes, namentlich über Sonderprogramme wie das Anti-Terrorprogramm in den Jahren 2002 bis 2004, das Investitionsprogramm zur Fußball-WM in 2005 und 2006 sowie das Sonderprogramm aus der Feuerschutzsteuer zugunsten des Katastrophenschutzes in den Jahren 2007 und 2008, den Bevölkerungsschutz auch ressourcenmäßig voranzubringen.

Er spricht sich angesichts der erheblichen Reduzierung der Bundesmittel dafür aus, die bisherigen Sonderprogramme des Landes in den künftigen Jahren weiter zu verstetigen, um auch in Zukunft einen effektiven und schlagkräftigen Bevölkerungsschutz aufrechterhalten zu können und auch die Qualität des Sanitätsdienstes im ländlichen Raum zu sichern. Er hält es in diesem Zusammenhang ferner für geboten, die Funktionsfähigkeit des Sanitätsdienstes durch kontinuierliche Ersatzbeschaffungen für die vorhandenen, teilweise erheblich überalterten Sanitätsfahrzeuge des Katastrophenschutzes und deren Ausrüstung zu gewährleisten.

## **B. Konkrete Empfehlungen**

- 1.** Der Kabinettsausschuss empfiehlt, im Rahmen einer konzertierten Aktion unter kommunaler Federführung mit Krankenkassen, Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigung sowie der Landes(zahn)ärztekammer ein Projekt „Landärzte“ vorzubereiten. Dabei sollen vor Ort versuchsweise in einem Planungsbereich im ländlichen Raum Maßnahmen zu Gunsten junger Ärztinnen und Ärzte entwickelt werden, die zusätzliche Anreize für eine Niederlassung bieten (z. B. Gestellung von günstigen Wohn- und Praxisräumen, gezielte Angebote von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, günstige Darlehenskonditionen für medizinische Ausstattung und bessere Anbindung der Arztpraxen an das öffentliche Verkehrsnetz).
- 2.** Das Ministerium für Arbeit und Soziales wird gebeten, in Abstimmung mit dem Finanzministerium ein Konzept zu erarbeiten, wie die notwendigen Strukturveränderungen bei der akutstationären Versorgung im ländlichen Raum erreicht werden können, und dieses Konzept dem Kabinettsausschuss „Ländlicher Raum“ vorzulegen.
- 3.** Der Kabinettsausschuss bittet das Ministerium für Arbeit und Soziales, den Einsatz von Telemedizin zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum für folgenden Fall zu prüfen:

Telemetrischer Datenaustausch zwischen kleineren Krankenhäusern und Spezialkliniken zur Entscheidungsfindung, ob die Behandlung in einer Spezialklinik erfolgen muss oder vor Ort erfolgen kann.

**4.** Der Kabinettsausschuss hält die vermehrte freiberufliche Ausübung der Notarztztätigkeit für einen Weg, der insbesondere im ländlichen Raum dazu beitragen kann, die Einhaltung der notärztlichen Hilfsfrist zu verbessern. Dies stellt eine wichtige Alternative zu den bisherigen Formen dar und sichert ab, dass auch in Zukunft genügend Ärzte dafür zur Verfügung stehen.

Er appelliert insbesondere an die Krankenhausträger, für Krankenhausärzte bei der Erteilung entsprechender Nebentätigkeitsgenehmigungen in einem vertretbaren Umfang großzügig zu verfahren und durch intelligente Arbeitszeitmodelle den Ärzten zu ermöglichen, Notarzdienst in Nebentätigkeit wahrzunehmen.

**5.** Der Kabinettsausschuss ist der Auffassung, dass ein Vergütungssystem im notärztlichen Rettungsdienst geschaffen werden muss, das wieder einen ausreichenden finanziellen Anreiz für die Krankenhäuser und die Ärzte setzt. Der Kabinettsausschuss sieht es hierbei als erforderlich an, dass bei den fortzuschreibenden Vergütungsvereinbarungen der „Rahmenvereinbarung über die Mitwirkung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (Vertragsärzten) und Nichtvertragsärzten sowie von Krankenhausärzten im Rettungsdienst“ gemäß § 10 Abs. 3 RDG aus verwaltungsökonomischen Gründen der Normalfall der Notarztgestellung vergütungstechnisch abgebildet wird. Dies betrifft insbesondere die Vergütungsvereinbarung mit der BWKG. Die Vertragspartner der Selbstverwaltung werden gebeten, kurzfristig die entsprechenden Vergütungsvereinbarungen fortzuschreiben.

**6.** Der Kabinettsausschuss teilt die Auffassung des LARD, dass gemeinsame Vermittlungsstellen für den vertragsärztlichen Notdienst und den Notarzdienst unter fachlichen Gesichtspunkten zu begrüßen sind. Er betont deren Bedeutung für einen möglichst effizienten Ressourceneinsatz bei der medizinischen Versorgung der Be-

völkerung. Der Kabinettsausschuss fordert die KVBW, die Kostenträger im Rettungsdienst und die DRK-Landesverbände ausdrücklich auf, bezüglich der Umsetzung der Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen mit dem vertragsärztlichen Notdienst in Baden-Württemberg nach § 6 Abs. 4 RDG und § 75 Abs. 1 SGB V erneut in Gespräche einzutreten und kurzfristig zu Ergebnissen zu kommen.

**7.** Der Kabinettsausschuss hält konkrete Vereinbarungen aller Beteiligten über die Organisation und die Standorte der ambulanten und stationären Notfallversorgung für erforderlich. Er bittet den Landkreistag, sich dafür einzusetzen, dass im Falle der Schließung oder Einschränkung des Leistungsportfolios eines Krankenhauses der betreffende Landrat in Kreisstrukturgesprächen, an denen die Bereichsausschüsse für den Rettungsdienst beteiligt werden sollten, auf den Abschluss konkreter Vereinbarungen über Standorte und Organisation von ambulanter, stationärer und notärztlicher Versorgung hinwirkt.

**8.** Der Kabinettsausschuss empfiehlt, gesetzlich klarzustellen, welche notfallmedizinischen Maßnahmen ggf. von Rettungsassistenten ergriffen werden dürfen. Er fordert die Bundesregierung auf, das Rettungsassistentengesetz entsprechend zu novellieren.

**9.** Der Kabinettsausschuss regt eine bessere Abstimmung des Notdienstbetriebs der Ärzte und Apotheker an und empfiehlt, die Informationsmöglichkeiten für die Bürgerinnen und Bürger stärker publik zu machen.

**10.** Der Kabinettsausschuss bittet das Ministerium für Arbeit und Soziales, das von der Landesapothekenkammer im Internet betriebene Notdienstportal durch eine umfassende Information der Städte und Gemeinden, der Medien und der anderen Leistungserbringer aktiv zu kommunizieren. Dabei soll auf die Möglichkeit einer Verlinkung auf diese Seite für nicht kommerzielle Zwecke hingewiesen werden. Insbesondere soll über den Gemeindetag darauf hingewirkt werden, dass die fünf nächstgele-

genen notdiensthabenden Apotheken (unabhängig vom Notdienstkreis) wöchentlich in den Gemeindeblättern veröffentlicht werden.

### **C. Best Practice**

Der Kabinettsausschuss weist auf gelungene Beispiele für eine Umstrukturierung von kleineren Krankenhäusern im ländlichen Raum hin, wie zum Beispiel die Gesundheitszentren Ehingen und Blaubeuren. Ein vergleichbares Angebot befindet sich in Neuenbürg im Aufbau.

Bei der Umstrukturierung kleiner Krankenhäuser sind verschiedene Wege entsprechend den örtlichen Gegebenheiten zu prüfen. In der Regel wird es darauf ankommen, ein Gesundheitszentrum durch Aggregation von Diensten des Gesundheitsbereichs zu schaffen. Dazu können gehören: niedergelassene Ärzte, niedergelassene Therapeuten, Wellnessangebote, Pflegeangebote usw.

### **D. Modellprojekte**

Der Kabinettsausschuss befürwortet die Durchführung der folgenden Modellprojekte:

#### **1. Gesundheitszentrum**

Der Kabinettsausschuss bittet das Ministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum und in Abstimmung mit dem LARD, die Möglichkeit zu prüfen, modellhaft die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung durch ein Gesundheitszentrum im ländlichen Raum zu erproben. Das Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum wird gebeten, die für eine Anschubfinanzierung erforderlichen Mittel bereitzustellen.

#### **2. Landarzttaxis**

In einzelnen ausgewählten ländlichen Regionen soll modellhaft ein Landarzttaxi für Arztbesuche (v. a. älterer Patienten) eingerichtet und erprobt werden. Die Durchführung obliegt den Kommunen im Einvernehmen mit der ärztlichen Selbstverwaltung.

Der Kabinettsausschuss bittet das Ministerium für Arbeit und Soziales in Abstimmung mit dem Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum und der ärztlichen Selbstverwaltung, geeignete Regionen zu benennen sowie das Modellprojekt zu initiieren und zu koordinieren. Das Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum wird gebeten, die für eine Anschubfinanzierung erforderlichen Mittel bereitzustellen.

### 3. Telemedizin

Der Kabinettsausschuss bittet das Ministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Ernährung und Ländliche aum und der ärztlichen Selbstverwaltung, ein telemedizinisches Modellprojekt zur häuslichen Betreuung im ländlichen Raum zu initiieren und zu koordinieren. Im Rahmen des Impulsprogramms doIT-regional wurde ein solches Programm im Ostalbkreis bereits konzipiert. Mittels hochauflösender Foto-Handy sollen Foto- bzw. Video-Sequenzen mit Informationen über den Patienten an Fachärzte in beteiligten Kliniken geschickt werden. Dort werden die Aufnahmen befundet sowie kommentiert und Zweitmeinungen eingeholt. Dies soll eine häusliche Betreuung auf medizinisch hohem Niveau ermöglichen sowie die Behandlungsdauer verkürzen und Transportkosten reduzieren. In dem Modellprojekt soll nun diese Konzeption in der Praxis erprobt werden.

Dabei sind zunächst wegen der Art der Datenübermittlung (Foto-Handy) datenschutzrechtliche Fragen im Zusammenhang mit dem Modellprojekt zu klären. Bei der derzeit im Erprobungsstadium befindlichen und durch das Ministerium für Arbeit und Soziales mitbetreuten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) hat sich gezeigt, dass bezüglich der Patientendaten besonders hohe Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit gestellt werden müssen. Das Modellprojekt Telemedizin geht bezüglich der zu übermittelnden Daten über das aktuelle eGK-Projekt hinaus, weshalb hier eine besondere datenschutzrechtliche Sensibilität geboten ist.