Landtag
Nordrhein-Westfalen
18. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 18/1024
29.10.2025

NEUDRUCK

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

93. Sitzung (öffentlich)

29. Oktober 2025

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:01 Uhr bis 11:52 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

NRW muss funktionieren: Gesundheit vor Ort: Erreichbare Versorgung, wenn sie gebraucht wird **3**

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/13810

– Anhörung von Sachverständigen *(siehe Anlage)*

* * *

NRW muss funktionieren: Gesundheit vor Ort: Erreichbare Versorgung, wenn sie gebraucht wird

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/13810

– Anhörung von Sachverständigen *(siehe Anlage)*

Vorsitzender Josef Neumann: Einen wunderschönen guten Morgen, meine Damen und Herren! Ich begrüße alle Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr herzlich zur heutigen Anhörung von Sachverständigen. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Sitzungsdokumentation, Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren, die wir heute als Sachverständige zu Besuch haben und anhören werden.

Ich mache darauf aufmerksam, dass die Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Die Einladung zur heutigen Sitzung ist Ihnen mit der Drucksache E 18/1473 bekannt gegeben worden.

Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen; die Abgeordneten werden direkt ihre Fragen an Sie richten.

Wir kommen zur ersten Fragerunde.

Thorsten Klute (SPD): Herzlichen Dank Ihnen allen, dass Sie als Sachverständige uns hier zur Verfügung stehen. Wir sprechen heute über ein Thema, das uns zumindest eint in der Sorge, dass die medizinische Versorgung in Teilen Nordrhein-Westfalens nicht mehr gesichert ist und dass wir auf Verteilungskämpfe um medizinische Versorgung in den Regionen zusteuern. Deshalb suchen wir nach und ringen um Lösungen, wie wir da politisch etwas tun können. Dabei sind Ihre Statements sehr wichtig, darum herzlichen Dank dafür. So wollen wir auch den Antrag der SPD-Fraktion verstanden wissen.

Ich möchte zunächst an den kommunalen Praktiker schlechthin hier, den Bürgermeister von Kalletal, Herrn Hecker, eine Frage richten, weil Kalletal meines Wissens die Gemeinde ist, die als letzte gerade ein kommunales medizinisches Versorgungszentrum in Nordrhein-Westfalen errichtet hat. Welche praktischen Erfahrungen haben Sie als verhältnismäßig kleine Gemeinde – Sie sind ja nicht Köln oder Düsseldorf – gemacht? Vor welchen Hürden und Hindernissen steht man bei der Gründung, in der Gründungsphase, die vermutlich noch nicht beendet ist?

Darauf aufbauend eine Frage an die kommunalen Spitzenverbände: Welche Hürden wären zu überwinden, um ein Förderprogramm für Kommunen – gerne auch für gemeinnützige Organisationen, und zwar ausschließlich in Mangelgebieten; es geht nicht darum, auf der Kö den fünften Radiologen zu unterstützen –, für die Gründung von

kommunalen medizinischen Versorgungszentren in Mangelgebieten aufzulegen? Wie müsste solch ein Programm ausgestaltet sein, wenn man so etwas wollte?

Die Frage an die Kassenärztlichen Vereinigungen: Immer wieder ist bei der Gründung von kommunalen medizinischen Versorgungszentren in Mangelgebieten von hohen Sicherheitsleistungen die Rede, die auf alle MVZs zukommen. Wofür sind diese Sicherheitsleistungen gedacht? Warum entstehen sie? Sind sie in allen Bundesländern gleich hoch, oder gibt es da Unterschiede? Denn uns wird gelegentlich zugetragen, dass wir in Nordrhein-Westfalen, ich sage es ganz deutlich, sehr viel höher liegen als zum Beispiel in Schleswig-Holstein oder Mecklenburg-Vorpommern. Damit verbunden auch die Frage: Welche Wege könnte man finden, um in Mangelgebieten ein größeres Entgegenkommen zu erreichen?

Meral Thoms (GRÜNE): Herzlichen Dank an die Sachverständigen für die Stellungnahmen von der grünen Landtagsfraktion.

Mein Fragenblock dreht sich um das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Gesundheitsversorgung im Quartier“ und richtet sich an alle. Das ist ein Punkt, den Frau Professorin Köckler in ihrer Stellungnahme angesprochen hat. Wenn wir uns mit dem Quartier beschäftigen, dürfen wir nicht nur eng in Richtung Versorgung denken, sondern auch darüber hinaus in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention.

Meine Frage an Frau Professorin Köckler in dem Zusammenhang: Können Sie das bitte näher ausführen? Was sind die besonderen Bedarfe? Sie haben die Community Health Nurses und niedrigschwellige Angebote genannt. Wie wichtig sind solche Angebote?

Ich möchte die Frage zur Gesundheitsförderung und Prävention aber auch ganz ausdrücklich an die anderen Sachverständigen stellen, zum Beispiel an Frau Dr. Dalhaus. Welchen Stellenwert haben dabei Hausärztinnen und Hausärzte?

In der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen wird von Praxisnetzwerken gesprochen. Denken wir zum Beispiel an Pflegeprävention. So etwas kann an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung entstehen. Welche Angebote brauchen wir hierfür im Quartier? Wie können wir das in Richtung Gesundheitsversorgung mitdenken? Ich möchte noch einmal die Stichworte „Community Health Nurses“, „Gesundheitskioske“ und „Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich“ anführen, die einige in ihren Stellungnahmen genannt haben.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich darf mich zunächst für die eingegangenen Stellungnahmen und für die Möglichkeit der Rückfrage bedanken.

Omas Tipps bei Erkältungen sind gut, aber im Regelfall eher rudimentär – rudimentäre Evidenz-based Medicine, auf jeden Fall nicht an den S3-Leitlinien orientiert. Aber – anekdotische Evidenz – selbst diese Fachkenntnis geht in der Bevölkerung langsam verloren, sodass das Thema „Gesundheitskompetenz“ schon sehr wichtig scheint,

insbesondere was die niedrigschwellige Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland angeht.

Frau Professorin Köckler, Sie haben sich dahin gehend zu den CHCs geäußert. Worin sehen Sie die Vorteile gegenüber den bestehenden Angeboten von Krankenkassen und Co.? Wie könnte die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung weiter unterstützt oder gesteigert werden, um dann vielleicht auch die Überlastung von Notambulanzen etc. zu reduzieren?

An die Herren der Kassenärztlichen Vereinigungen: In der Stellungnahme der KV Nordrhein steht, dass sie historisch gewachsen ist und es gute Gründe dafür gibt, die Bedarfsplanung nicht zu kleinteilig zu machen, was in der Praxis dazu führt, dass in manchen Bereichen – Planungsbereich Köln – eine gewisse Ballung stattfindet, wo es gegebenenfalls mehr Privatpatienten gibt, und in anderen – Ossendorf beispielsweise – vielleicht mehr sozialmedizinische Aspekte eine Rolle spielen und eine Unterversorgung herrscht. Das sieht man nicht nur in Köln, sondern in verschiedensten Gebieten. Wie soll die Bedarfsplanung in Zukunft weitergehen, aussehen, damit man auch diese Bereiche vernünftig fachärztlich und hausärztlich abdecken kann?

Die letzte Frage in dieser Runde richtet sich an Herrn Pichler von der Psychotherapeutenkammer. Seit Jahren stellt sich heraus, dass die Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapeuten eigentlich an den Bedarfen vorbeigeht. Von der Bedarfsplanung her sieht es an sich gut aus, aber nach Rückmeldungen von vielen Patienten hat man den Eindruck, man muss insbesondere in Ballungsgebieten wie dem Ruhrgebiet monatelang auf Versorgung warten. Was muss hinsichtlich der Bedarfsplanung aus Ihrer Sicht passieren, damit das wieder zusammenkommt, die Bedarfsplanung und der tatsächliche Bedarf in der Bevölkerung?

Anke Fuchs-Dreisbach (CDU): Guten Morgen, sehr verehrte Sachverständige! Vielen Dank auch im Namen der CDU-Fraktion für Ihre Stellungnahmen und dass Sie sich heute Morgen die Zeit nehmen, hier zu sein.

Im ersten Fragenblock würde ich gerne auf den ländlichen Raum eingehen; ich selbst bin Südwestfälin. Ich würde nicht sagen, dass wir schon unterversorgt sind, aber wir steuern in Richtung unterversorgte Region. Auch bei uns gibt es lange Wartezeiten, gerade in der fachärztlichen Versorgung. Das ist schwierig.

Herr von der Osten und Frau Dalhaus, wie können Land und Kommunen gemeinsam sicherstellen, dass die wohnortnahe Gesundheitsversorgung langfristig stabil und bürgernah bleibt? Fallen Ihnen Projekte ein, die Vorbildcharakter haben? Welche Maßnahmen halten Sie für erforderlich, um junge Ärztinnen und Ärzte zu mobilisieren, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen, also die ländlichen Gebiete vielleicht auch attraktiver für Ärztinnen und Ärzte zu machen? Wie lässt sich die Zusammenarbeit mit Hochschulen noch verbessern, gerade was die Versorgung in diesen Regionen betrifft?

Herr Pichler, wie kann die wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung noch unterstützt werden, insbesondere für Kinder und Jugendliche? Was halten Sie von der

Möglichkeit von medizinischen Versorgungszentren mit psychotherapeutischem Ansatz gerade für Kinder und Jugendliche in ländlichen Räumen?

Susanne Schneider (FDP): Liebe Damen und Herren Sachverständige! Auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie uns heute helfen, ein bisschen schlauer zu werden.

Herr Dr. Michel und Frau Dr. Dalhaus, wenn wir an Fördermöglichkeiten zur Niederlassung denken, auch im Sinne des Gleichheitsgrundsatzes, wie sollten diese ausgestaltet sein, unabhängig von der Rechtsform und damit nicht als spezielles Programm zur Förderung von MVZs in kommunaler Trägerschaft? Was spricht aus Ihrer Sicht gegen eine kleinräumige Bedarfsplanung auf der Ebene von Gemeinden bzw. Quartieren? Welche Potenziale sehen Sie, um mit telemedizinischen Angeboten die Versorgung vor Ort zu sichern? Welche politischen Vorgaben und Maßnahmen können aus Ihrer Sicht dazu beitragen, diese Potenziale zu heben?

Vorsitzender Josef Neumann: Das war die erste Fragerunde. Alle Sachverständigen sind angesprochen worden. Wir kommen nun zu den Antworten und beginnen mit Herrn Hecker.

Mario Hecker (Gemeinde Kalletal): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Mario Hecker, 50 Jahre alt. Ich bin seit zehn Jahren Bürgermeister in der Gemeinde Kalletal im Kreis Lippe, in Ostwestfalen-Lippe und darf das glücklicherweise auch in den nächsten fünf Jahren sein. Vielen Dank für die Einladung und vielen Dank auch für Ihre interessanten Fragen.

Ich will jetzt nicht zu weit ausholen, aber eines muss ich vorausschicken: Die Gemeinde Kalletal hat im September letzten Jahres ein kommunales medizinisches Versorgungszentrum als GmbH auf den Weg gebracht. Vorausgegangen war ein Bürgerbegehren, das mehr als 2.700 Leute unterschrieben haben. Diese Maßnahme ist also tatsächlich gewollt. Wir sind sehr gut von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe begleitet worden. Derjenige, der maßgeblich daran beteiligt war, sitzt auch in dieser Runde, das ist Herr von der Osten. Deswegen möchte ich mich vorab für die ausgesprochen gute Unterstützung bedanken.

Warum haben wir das getan? Weil im Jahr 2023 in der Gemeinde Kalletal einer unserer ansässigen Hausärzte mitten aus dem Leben verstorben ist und weit über 2.000 Patienten hinterlassen hat. Diese Menschen sind nicht nach Dortmund zur Kassenärztlichen Vereinigung gefahren und haben gefragt, was sie tun sollen, sondern sie kamen ins Rathaus und verlangten nach Antworten, wo sie einen neuen Arzt finden und woher sie ihre Rezepte bekommen. Sie waren völlig aufgelöst und benötigten Hilfe.

Das alles hat funktioniert, auch dank der KVWL. In den meisten Fällen wurden die Patienten allerdings von Ärzten außerhalb Kalletals aufgenommen. Jeder, der aus einer Kommune auspendelt, kauft da in der Regel auch ein. Die Menschen holen dann dort ihre Tabletten und andere Dinge. Das ist nichts anderes als Kaufkraftverlust.

Wenn das in Gänze passiert, dann geht es um nichts anderes als die Daseinsvorsorge. Es ist die Aufgabe einer Kommune, dem entgegenzuwirken. Das möchte ich vorausschicken.

Zu den Fragen von Herrn Klute: Welche Hürden gibt es? Es gibt entsprechende Regelungen von der Kassenärztlichen Vereinigung, und das ist auch gut so. Kann ich mich überhaupt niederlassen? Besteht überhaupt Bedarf? Gibt es eine Unterversorgung? Eine Hürde ist fraglos die relativ hohe Bürgschaft, die von einer Gesellschaft zu hinterlegen ist, aber nicht vor dem Hintergrund, dass der Rat einen Beschluss fassen muss, um eine entsprechende Rückbürgschaft oder Ausfallbürgschaft zu gewähren, sondern der Avalkredit, den eine neugegründete Gesellschaft leisten muss, macht es schwierig, hier insbesondere die quartalsmäßig zu zahlenden Zinsen; denn die sind nicht zu verachten.

In Kalletal haben wir aus dem Grund, den ich Ihnen eben geschildert habe, keine vorhandene Praxis übernommen, sondern wir sind am 1. April bei null gestartet und liegen jetzt ungefähr bei 1.200 Patienten. Es ist schwierig, wenn Sie keinen Patientenstamm übernehmen können. Deswegen sind auch die finanziellen Auswirkungen, die ich gerade beschrieben habe, zum Beispiel durch die Ausfallbürgschaft, schwierig vorherzusagen.

Insgesamt ist alles sehr eng getaktet. Wenn man im Dezember die Zulassung bekommt, heißt es: Ihr müsst am 1. April starten. Wenn ihr bis zum 30. April nicht gestartet seid, dann ist die Zulassung infrage gestellt. – Vielleicht gibt es eine Verlängerung, das sei dahingestellt. All diese Unwägbarkeiten machen es schwierig für eine Gesellschaft, Verträge zu schließen, ein Gebäude anzumieten, Verträge mit den MFAs zu schließen, Ärzte zu finden, die dort tätig sein wollen. Das alles macht es ein Stück weit kompliziert.

Viele andere gute Sachen sind gerade genannt worden. Alte Tugenden, Gesundheitskompetenz, das fand ich eine ziemlich gute Anregung. Genauso ist es. Viele Fähigkeiten sind verloren gegangen, deswegen gehen die Leute häufiger zum Arzt, als das vielleicht früher der Fall gewesen ist. Da stimme ich Ihnen zu. Deswegen hat unser medizinisches Versorgungszentrum eine Kooperation mit unserer weiterführenden Schule, der Jacobischule, um die jungen Menschen wieder an solche Tugenden heranzuführen, um das zu drehen.

Frau Thoms hat Gesundheitsversorgung, Prävention, Quartier angesprochen. Genauso ist es. Ein medizinisches Versorgungszentrum darf nicht ausschließlich aus Hausärzten und den Medizinischen Fachangestellten bestehen, sondern es muss von weiteren Angeboten begleitet werden. Bei uns zeigt der Kreis Lippe Präsenz. Wenn den Ärzten auffällt, dass zwischenmenschlich bei den Eltern und den Kindern etwas nicht stimmt, dann müssen sie nicht wer weiß wohin fahren, sondern bekommen gleich da eine Begleitung, was extrem wichtig ist. Wir haben eine Ernährungsberatung vor Ort; das wird auch immer wichtiger.

Zur ambulanten oder stationären Versorgung: Es ist gelungen, eine Schnellbuslinie zu etablieren, sodass man Kalletal als tatsächlich ländlichen Raum mit Lemgo und Detmold

und den Klinikstandorten im Halbstundentakt verbinden konnte. Die Voraussetzungen sind erfüllt.

Die Problematik, um das abschließend zu beantworten, ist: Wenn ein MVZ mit null Patienten startet, dann ist eine Anlaufphase von mindestens zwei Jahren notwendig – das sagt auch die apoBank –, um das Ganze erst einmal zu finanzieren, bis man einen Patientenstamm von ca. 2.000 hat und es läuft. Das Problem der Liquidität haben wir tatsächlich im Moment. Morgen wird noch ein Beschluss gefasst werden müssen, ob wir als Gesellschaft dies weiterhin tragen wollen oder eben nicht.

Prof.'in Dr. Heike Köckler (Hochschule Bochum, Fachbereich Gesundheitswissenschaften): Ich bin Professorin an der Hochschule Bochum, ehemals Hochschule für Gesundheit, am Gesundheitscampus in Bochum und bedanke mich für die Nachfrage zur Gesundheitsförderung und Prävention. Wenn wir das etwas enger fassen und auch mit Bezug zum Community Health Center aufgreifen, sehen wir, dass es ein sehr wichtiger Beitrag ist, um Gesundheitskompetenz – man mag auch den Begriff „Gesundheitstugend" nutzen – erst einmal zu stärken.

Ich möchte an eine zurückliegende Anhörung erinnern, in der es um die Übertragung der GemeindeschwesterPlus aus Rheinland-Pfalz auf NRW ging. Da waren wir teilweise in ähnlicher Besetzung hier und haben schon diskutiert – da bin ich jetzt mal ganz unwissenschaftlich –, wie wir es denn nennen; das ist auch relativ egal. Es gab Vorbehalte gegen den Begriff der Gemeindeschwester. Ob es jetzt eine Community Health Nurse ist oder ein Community Health Center, wir propagieren im Moment eher den Begriff des Community Health Centers, weil in der politischen Debatte der Begriff des Gesundheitskiosks gerade nicht mehr mehrheitsfähig ist, weder kommunal noch in anderen Kontexten. Wir sehen aber, dass sie entstehen. Das würde ich gerne noch mitbringen.

Ich bin sehr aktiv in Bochum, weil das der Standort meiner Hochschule ist. In Bochum-Wattenscheid haben wir mit einer Krankenkasse, einem Sozialunternehmen und der AWO eine Betreibergesellschaft gegründet, die den Gesundheitskiosk betreibt. Der macht in dem Fall keine medizinischen Angebote. Das wäre in Wattenscheid auch falsch, weil es da eine gute medizinische Versorgung mit zwei Krankenhäusern und mehreren niedergelassenen Ärzten gibt; das ist das Gegenbeispiel zu Kalletal. Aber es besteht ein sehr hoher Bedarf an Lotsen durchs Gesundheitssystem für Menschen, die noch nicht krank waren, also das Gesundheitssystem einfach nicht kennen, oder aus welchen Gründen auch immer nicht mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut sind. Die Fallzahl an Begleitungen in Bochum-Wattenscheid ist sehr hoch. Die Mitarbeiter gehen auch raus in die Settings, sie gehen in die Schulen mit ganz einfachen Dingen wie Zahnreinigung und Bewegungsförderung. Da wird die Schule als Zugang genutzt und nicht noch eine weitere Erwartung an die Schule formuliert. Das ist uns ganz wichtig in der Gesundheitsförderung, also über die Settings zu gehen und so möglichst viele Menschen zu erreichen.

Wenn wir uns Community Health Center in anderen Ländern angucken, beispielsweise in Belgien oder in den skandinavischen Ländern, dann sehen wir, dass das selbstverständlich ist. Es geht um interprofessionelle Zusammenarbeit, Zugangsmöglichkeiten

und immer auch eine sozialräumliche Perspektive. Das hat mir an dieser Anfrage als Professorin für Sozialraum und Gesundheit sehr gut gefallen. Neben einer medizinischen Versorgung, die zweifelsohne sehr bedeutsam ist – das will ich überhaupt nicht infrage stellen –, benötigen wir auch Gesundheitsförderung und Prävention. Wir müssen das Gesundheitssystem dahin gehend entlasten, dass beispielsweise niedergelassene Ärzte weder beraten noch lotsen noch beim Ausfüllen von Formularen helfen müssen.

Ich durfte selbst zugegen sein, als es um die Einrichtung eines Gesundheitskiosks in Dortmund ging. Da war die Sorge, dass es Vorbehalte aufgrund potenzieller Doppelstrukturen gibt. Wenn man die niedergelassenen Ärzte gefragt hat, hat das niemand so gesehen, weil sie eben einen Großteil nicht ärztlicher Leistungen übernehmen, für die sie gar nicht gut genug ausgebildet sind.

Dabei möchte ich auch auf neue Berufsbilder verweisen, in denen wir in Bochum ausbilden. Wir haben Studierende in Gesundheitswissenschaften und fangen jetzt neu mit gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit an. Wir haben Absolventinnen in Gesundheit und Diversity, die über die Lebensspanne mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen Menschen gut beraten können, die ganz unterschiedliche Bedarfe haben. Diese ausgebildeten Fachpersonen mit einem anderen fachlichen Zugang, einem anderen Hintergrund finden wir jetzt auch in den Einrichtungen.

Ich verstehe Gesundheitsförderung und Prävention, wie ich in der Stellungnahme formuliert habe, auch noch weiter. Nach dem Präventionsgesetz sind die Krankenkassen dazu angehalten, Prävention und Gesundheitsförderung so zu betreiben, dass alle erreicht werden, auch Menschen, die sich nicht aktiv im Gesundheitssystem bewegen. Es gibt sowohl im städtischen Raum als auch im ländlichen Raum gute Beispiele. Wir durften Projekte zur Bewegungsförderung in Bochum und in Paderborn, in Ostwestfalen-Lippe, wo in ähnlicher Form Akteurs- und Strukturaufbau stattgefunden hat, Bewegungsförderung stattgefunden hat, wissenschaftlich evaluieren. Damit können wir Effekte erzielen, um aus Gesundheitsförderung und Prävention das System ein bisschen zu entlasten.

Dr. Laura Dalhaus (Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe): Laura Dalhaus, noch 42 Jahre alt, Hausärztin auf dem Land in einer großen Berufsausübungsgemeinschaft, also Gemeinschaftspraxis im alten Sprachgebrauch. Wir versorgen mit einem Team von knapp 25 Mitarbeitern über 5.000 Patienten, sechs Altenheime. Mein Kollege und ich haben drei, bald vier angestellte Ärzte, davon zwei AiWs.

Erlauben Sie mir, bei diesem Thema kein Blatt vor den Mund zu nehmen. Ich komme von der Basis und weiß, was da täglich läuft. Deshalb erst einmal vielen Dank, dass Sie das Thema aufgreifen. Denn die Hütte brennt, der Baum brennt; welches Bild Sie hier heranziehen wollen, ist egal. Da ist richtig Druck auf dem Kessel. Deshalb ist es wichtig, dass diese Runde den Druck auch ein bisschen nach Berlin treibt. Die Themen sind ja nicht nur in NRW relevant und werden hier entschieden, sondern wenn wir – und jetzt steige ich ein – an Prävention denken, dann müssen wir über eine Zucker- und die Alkoholsteuer reden. Wir trinken zu viel, wir essen zu viel. Die Zuckersteuer

wäre unfassbar einfach. Das wird vonseiten des Deutschen Ärztetages seit ca. 2010 in jedem Jahr gefordert, und dann hören wir: Das ist nicht Teil des Koalitionsvertrages.

Das Zweite ist – und das wurde eben auch schon gesagt –: Wenn wir über Prävention in einer alternden Gesellschaft sprechen, dann reden wir insbesondere über Prävention von Pflegebedürftigkeit. Das ist das A und O und muss eigentlich unser oberstes Ziel sein. Ich glaube, jedem ist verständlich, dass Verhinderung von Pflege nicht mit einem Physiotherapietermin von 20 Minuten machbar ist, wenn Oma Hertha schon zehn Minuten zum An- und Ausziehen braucht.

Physiotherapie und Ergotherapie stehen unter einem unfassbaren Druck. Vielleicht hat der eine oder andere Einblick in die Verhandlungen der GKV mit entsprechenden Verbänden. Man merkt nicht, dass hierauf Priorität gelegt wird. Darin steckt sehr viel Potenzial, aber nicht unter den Bedingungen, unter denen aktuell gearbeitet wird. Das muss man ganz klar sagen. Ich persönlich – es soll jetzt nicht zu anekdotisch werden – habe einen Heilmittelregress über 98.000 Euro hinter mir. Wenn Sie so etwas mal erlebt haben, dann werden Sie sehr sparsam mit dem Verordnen von Physiotherapie. Das führt regelhaft zu Diskussionen.

Dann wurde die Rolle des Hausarztes angesprochen. Ich werde in meinem Alltag sehr viele Dinge gefragt, von denen ich wenig Ahnung habe. Es heißt dann aber, das müsse der Arzt entscheiden. Ich werde zu Sitzwinkeln von Rollstühlen gefragt, obwohl ich weder Orthopädietechniker bin noch weiß, welcher Sitzwinkel in diesem Fall für Frau Meier der richtige ist. Trotzdem muss der Hausarzt das bescheinigen. Hier brauchen wir unbedingt mehr Berufsfelder.

Da greift auch die Gesundheitskompetenz. Ja, ich schaue mir in meinem Alltag blaue Flecken und Sonnenbrand an. Man kann sagen, dass ich als jemand mit drei Facharzttiteln und sechs Jahren Studium – ich würde mich schon als hochqualifiziert bezeichnen – zu teuer bin, um einem Patienten zu sagen: Das ist ein blauer Fleck; nein, Sie müssen da nichts machen. – Das können andere auch. Genauso ist es, wenn mich jemand fragt, wie man bei Pflegebedürftigkeit versorgt werden kann. Das können Pflegekräfte am besten beantworten, das muss nicht ich als Hausarzt machen.

Was ist jedoch meine Rolle? Meine Rolle ist es, zu steuern. Steuern ist ganz wichtig. Damit greife ich den Punkt der Telemedizin auf. Was ist diese Woche passiert? Ein Patient vor mir wird wahrscheinlich versterben. Er liegt intubiert und beatmet auf der Intensivstation, weil er im Krankenhaus ein Medikament bekommen hat, das der Neurologe schon mal probiert hatte, das aber gnadenlos nicht funktioniert hat. Der Neurologe und ich stehen im engen Austausch. Da funktioniert auch KIM. Da funktioniert der elektronische Medikationsplan. Das Krankenhaus weiß es nicht. Das Krankenhaus hat das Medikament wieder angesetzt, und der Patient liegt jetzt intubiert und beatmet auf der Intensivstation. Das heißt, wir haben Versorgungslücken aufgrund von Informationsdefiziten.

Erlauben Sie mir auch hier die persönliche Meinung zu der Digitalisierung. Das ist im ambulanten Sektor mit der Androhung von Honorarverlust sehr konsequent durchgesetzt worden und auch erfolgreich. Das möchte ich gar verhehlen. Diesen Druck gibt es auf stationärer Ebene nicht. Im Gegenteil, es wird ein Transformationsfonds dafür

ausgelobt, während das Geld aber aus der anderen Tasche wieder rausgenommen wird. Es muss allen bewusst sein, dass Digitalisierung Informationssicherheit bedeutet, und Informationssicherheit bedeutet Versorgungssicherheit und Patientensicherheit. Das ist sehr wichtig. Da hat der Hausarzt in Zukunft in erster Linie eine steuernde Funktion.

Auch hier noch einmal ganz praktisch: Ich bin sehr für Delegation. Wir sitzen als Hausärztinnen im Hausärzteverband in der Verhandlung mit den Krankenkassen an einem Tisch. Ich habe es vorhin gesagt, ich nehme kein Blatt vor den Mund. Wir haben die AOK im letzten Jahr gehört. Da hieß es: AOK Big Picture, TeamPraxis, Delegation. – Wir wollen das alles. Mein Team kann das. Sie können sich vorstellen, dass 5.000 Patienten nicht von meinem Praxispartner und meiner Wenigkeit versorgt werden können. Wenn ich dann sage: „Ich will delegieren, ich habe hochqualifizierte Mitarbeiter, lasst uns dafür doch mal was vorlegen“, dann ist plötzlich Stille im Raum, weil es keiner bezahlen will.

Damit greife ich das Problem auf, das Sie gerade geschildert haben. Diese Zahlen kennen natürlich auch alle jungen Kolleginnen und Kollegen. Wir wollen sie für die Niederlassung begeistern, aber sie sehen dann, dass sie ein Dreivierteljahr lang kein Geld bekommen, obwohl sie Personalkosten haben.

Was können wir tun? Ich komme zu der Frage von Frau Schneider. Wir brauchen Investitionsprogramme. Wir selbst versuchen, uns zu vergrößern. Denn die 5.000 Patienten versorgen wir nach wie vor mit einer Praxis, die räumlich für 2.000 Patienten ausgelegt ist. Die Mieten, die aber dann von uns verlangt werden, 20 Euro/m², sind mit dem, was in der Medizin bezahlt wird, nicht zu erwirtschaften, nicht zu refinanzieren. Es braucht einen Zusammenschluss von Kommunen, Kreisen und Land bei der Frage, wie wir das auf den Weg bringen können. Vielleicht spielt auch die KfW eine Rolle. Ansonsten passiert es nämlich, dass Praxen aufgeben. Beispiele dafür gibt es. Das hausärztliche Versorgungszentrum an den Städtischen Kliniken Dortmund wurde nach fünf Jahren wegen Insolvenz geschlossen.

Es gibt aber auch positive Beispiele. In der Stadt Siegen hat Professor Charles Adarkwah sehr rührig diverse Standorte aufgebaut und ist in dem gleichen Dilemma wie Sie, dass nämlich Patientinnen und Patienten nicht plötzlich 40 Minuten in die nächste Nachbarstadt fahren können. Also, es gibt die Positivbeispiele. Die müssen Schule machen.

Zum Stichwort „kleinteiligere Bedarfsplanung“: ja, unbedingt. Denn wenn wir uns die Mittelbereiche angucken, dann stellen wir fest, dass wir massiv unterversorgte Gebiete haben, insbesondere in den fachärztlichen Bereichen. Aktuell ist noch ein Verfahren gerichtlich anhängig mit der Frage: Darf sich ein HNO-Arzt in Haltern niederlassen oder nicht, obwohl Haltern eigentlich genug HNO-Ärzte hat, aber umliegende Kommunen nicht? – Die Bedarfsplanung muss die Realität abbilden. Das gilt für Fachärzte, Psychotherapeutinnen und natürlich auch für Hausärzte.

Andreas Pichler (Psychotherapeutenkammer NRW): Herr Vorsitzender! Liebe Abgeordnete im Landtag! Guten Morgen von meiner Seite! Vielen Dank für die Einladung

und die Möglichkeit, hier zu sprechen. Ich werde auf die diversen Fragen zum Teil etwas zusammengefasst antworten.

Die Prävention wurde zuerst in den Raum gestellt. Das wird auch aus psychotherapeutischer Sicht zunehmend wichtiger und richtet sich immer mehr auf den Bereich für Kinder und Jugendliche, weil – da erzähle ich hoffentlich nichts Neues – psychische Erkrankungen oft im Kindes- und Jugendalter beginnen. Dort werden die Grundlagen für psychische Gesundheit gelegt. Das heißt, wir sehen deutlich den Bedarf, hier mehr Anstrengungen hineinzugeben.

Was wir bestimmt nicht als sinnvoll erachten, ist, im Sinne einer sich ausbreitenden „Projektitis“ noch mehr gute Projekte zu entwickeln. Wir haben eher den Eindruck, dass es Sinn macht, zu schauen, was es bereits an funktionierenden guten Programmen gibt, wie man sie verstetigen kann und wie man bestehende Umsetzungshürden aufheben kann, weil etwa Finanzen wegfallen oder auch die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen für das Setting, in dem sie stattfinden, also in der Regel in der Schule. Da ist ein Anliegen, das auch im Koalitionsvertrag adressiert ist, mehr Anstrengungen in die richtige Richtung zu unternehmen.

Das geht an der Stelle weit über Bewegungsförderung hinaus. Im Land NRW gibt es diesbezüglich sicherlich noch Luft nach oben. Wir beteiligen uns gerne mit unserer Expertise, um das weiter voranzutreiben. Ich freue mich, dass wir mit dem Urban-Mental-Health-Projekt in Bochum von Professorin Dr. Silvia Schneider, die sicherlich auch schon öfter hier referieren durfte, erste Daten dazu haben, dass diese Programme wirksam sein können. Das ist erst einmal völlig unabhängig von der Frage, ob es ein ländlicher oder ein städtischer Raum ist, weil es Schulen, Kinder und Jugendliche schlichtweg überall gibt.

Das ist eine gute Überleitung zum Thema „Bedarfsplanung“, zu der Frage nach Hürden bei der Förderung. Grundsätzlich stellen wir fest, dass wir die Bedarfsplanung als Steuerungsinstrument nach wie vor brauchen. Wir wissen, dass es immer wieder Überlegungen gibt, sie auszusetzen, haben aber den Eindruck, es braucht gerade für die Sicherstellung im ländlichen Raum ein solches Instrument, und sehen einen deutlichen Reformbedarf.

Ich fange mit dem Aspekt „Kinder und Jugendliche“ an; das wurde verschiedentlich angesprochen. Im Raum steht im Moment die Einrichtung einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe für Kinder- und Jugendliche in Psychotherapie. Das unterstützen wir unbedingt. Es hätte vielleicht schon fertig sein können, aber Ende letzten Jahres kam der Regierungswechsel dazwischen. Wir möchten dringend dafür werben, dieses Projekt weiter voranzutreiben. Das halten wir für ausgesprochen wichtig.

Die Effekte, ob das dazu führt, dass es in einem nennenswerten Maße neue Zulassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gibt, werden etwas verhalten bewertet. Richtig ist, dass die kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung als eigene Planungsgruppe erfasst wird und dann aus dem, ich nenne es so, Appendix der psychotherapeutischen Versorgung insgesamt heraustritt. Das sollten Sie bitte auf jeden Fall vorantreiben.

Ein weiterer Reformschritt, den wir sehen, wenn man innerhalb dieses Systems denkt, wäre die Anpassung der Verhältniszahlen für die Fachgruppe der psychotherapeutischen Versorgung. Da gibt es unterschiedliche Modellüberlegungen. Eine der sympathischsten ist, dass man die Verhältniszahlen wirklich an die Verhältniszahlen für die kinder- und jugendmedizinische Versorgung anlehnt. Warum? Weil sie sich deutlich von dem Durchschnitt der sonstigen fachärztlichen Versorgung abhebt. Sie würde einen deutlichen Sprung nach oben machen können, und sie hat vor allen Dingen den Charme, dass sie mit zwei Verhältniszahlen auskommt, nämlich einer für die Großstädte, Typ 1, und die anderen Typklassen in der Bedarfsplanung werden mit einer weiteren Verhältniszahl bedient. Das kommt der Versorgungsrealität durchaus nahe. Für das Versorgungsbild, also die wohnortnahe Versorgung im Bereich „Psychotherapie“, besteht Anlass, dass das einen Schritt nach vorne bedeuten könnte. Das ist natürlich angelehnt an eine sehr grundsätzliche Ebene.

Vielleicht könnten auch noch etwas kleinteiligere Instrumente stärker genutzt werden, da, wo Bedarfe im ländlichen Raum oder in strukturschwachen Gebieten bestehen. Das ist nicht automatisch der ländliche Raum, eben wurden Kölner Stadtteile genannt. Die gibt es auch im Ruhrgebiet an allen Ecken und Enden sowie in anderen an Ballungsräume angegliederten Kreisen. Man kann Instrumente wie Sonderbedarfszulassungen verstärkt prüfen. Die Landesregierung hat bereits im Januar 2024 überlegt, inwiefern sie von ihren Gestaltungsmöglichkeiten durch die Nutzung von § 103 SGB V Gebrauch machen kann. Sie hat besondere Prüfungen herangezogen, um zu schauen, wo es eventuell durch Sonderzulassungen Möglichkeiten gibt, Versorgungslücken zu schließen. Wir haben den Eindruck, das könnte man ruhig noch weiterbetreiben.

Ich kann mir vorstellen, dass die Beschränkung auf den ländlichen Raum oder auf sozial und strukturschwache Gebiete ein Hinderungsgrund sein könnte, wenn man den Aspekt der Quartiersnähe stärker einbeziehen möchte. Die Frage, wie kleinräumig Bedarfsplanung sein muss und für welche Fachgruppen welche Kleinräumigkeit sinnvoll ist, gehört auch eher in den Bereich der Diskussion in der Kassenärztlichen Vereinigung. Das kann man schlecht über einen Kamm scheren.

Grundsätzlich gibt es Möglichkeiten über die Bedarfsplanung, da gebe ich Ihnen recht, Frau Dalhaus. Das ist eine Sache für Berlin. Wir glauben, hier ist das Land sehr gefordert, entsprechenden Druck auf Berlin aufrechtzuerhalten, weil es schlicht um die Daseinsvorsorge der Menschen in Nordrhein-Westfalen geht. Man kann nicht immer sicher sein, dass das in adäquater Weise erkannt und geteilt wird.

Stichwort „Telemedizin“: Da ist die Psychotherapie sicherlich ganz anders aufgestellt als die hausärztliche oder die fachärztliche Versorgung. Für die Psychotherapie gibt es schon seit Längerem die Möglichkeit, Videosprechstunden als einen Ausdruck telemedizinischer Arbeit anzubieten. Das ist ein vergleichsweise gutes Ergebnis der Coronapandemie, das sich als Instrument durchaus bewährt hat. Wir haben auch den Eindruck, es wird in ausreichendem Maße wahrgenommen und umgesetzt, es hilft, psychotherapeutische Angebote in schwierigen Situationen aufrechtzuerhalten. Ein klassischer Fall wäre die alleinerziehende Mutter oder der alleinerziehende Vater, deren Kinder krank sind, die dann nicht mal eben die Psychotherapie wahrnehmen

können. Wenn die Möglichkeit besteht, das über Videosprechstunden aufzufangen, ist das schon eine sehr große Hilfe.

Gleichwohl haben wir den Eindruck, es braucht keine Initiativen, davon mehr zu machen. Die Möglichkeit ist da, und die Grenzen, die es zu Beginn der Einführung dieser Leistung gab, sind ein Stück weit aufgeweicht. Da braucht es also weniger.

Ansonsten leidet die Psychotherapieversorgung sicherlich auch an den sonstigen Limitationen, die die Telematikinfrastruktur so mit sich bringt, weil Technik oder Glasfaser fehlt oder die Programme nicht funktionieren. Das unterscheidet uns aber nicht substanziell von dem, was andere Versorger und Versorgerinnen auch erleben. Es klappt mal gut, mal schlecht, aber es handelt sich um eine Infrastruktur, die wir als sinnvoll erachten. Auch der KIM-Dienst funktioniert im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung und wird genutzt. Die ePA ist jetzt im Kommen. Sie spielt wahrscheinlich viel stärker im Bereich der somatischen Medizin eine Rolle als im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. Aber auch da gibt es gute Anwendungsmöglichkeiten. Das ist erst einmal gesetzt.

Dann spanne ich den Bogen zurück zur Anfangsfrage, wie es eigentlich um die Gesundheitskompetenz bestellt ist. Wir teilen die Einschätzung, dass medizinische Versorgungszentren als solche erst einmal eine kurative Aufgabe haben. Die Fragen, wo Beratung stattfindet, wo man Unterstützung beim Sichzurechtfinden im Gesundheitssystem erfährt, können oder müssen sogar sinnvollerweise woanders beantwortet werden. Ob das in Gestalt von Gesundheitskiosken entsteht oder eher als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrgenommen wird, das ist eine spannende strukturelle Frage. Aus unserer Sicht wäre das nach wie vor hilfreich, weil wir sehr wohl feststellen, dass es immer wieder Gruppen gibt, die diesbezüglich Bedarfe haben.

Auch in der psychotherapeutischen Versorgung tauchen Fragen nach vernünftigem Zurechtkommen mit Rentenangelegenheiten, anderen sozialmedizinischen Angelegenheiten oder Prävention auf. Aus unserer Sicht kommen auch kommunale Gesundheitskonferenzen als mögliche Akteure bei der Erstellung von Bedarfsanalysen infrage, weil wir vermuten, dass sie die örtliche Lage gut kennen. Es gibt sicherlich den Bedarf, kleinteiliger zu gucken. Ich komme aus dem Rhein-Sieg-Kreis, der riesig ist. Die kommunale Gesundheitskonferenz könnte sicher relativ wenig über Oberpleis, wo ich herkomme, sagen. Grundsätzlich ist das ein Gremium, das es schon gibt. Nach unserem Eindruck ist es immer sehr charmant, auf Bestehendem aufzusatteln.

Anne Katrin Bartels (Landkreistag Nordrhein-Westfalen / Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen): Ich möchte zunächst auf den Sicherstellungsauftrag eingehen, der nicht in erster Linie bei den Kommunen liegt. Es ist uns wichtig, zu betonen, dass dieser bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt. Politisch landen die Themen natürlich immer bei uns. Die Kommunen sind auch bereit, sich zu engagieren, wenn sie können, wenn das finanziell möglich ist. Aber wir möchten vor einer schleichenden Verantwortungsverlagerung hin zu den Kommunen warnen, wenn es nicht läuft. Wenn die Ärzte nicht da sind, wenn eine Praxis zumacht, dann müssen die Kommunen einspringen. Sie sind dazu bereit, sie müssen es politisch auch sein, weil der

Druck da ist, weil wir so nah am Menschen sind. Letztendlich sehen wir den Sicherstellungsauftrag aber bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wenn es solche Fälle gibt, dass Versorgungszentren gegründet werden, ist es wichtig, sich abzustimmen. Das Allerwichtigste für uns ist aber die Finanzierung. So etwas ist eben, wie schon gesagt, sehr teuer. Die Gründung ist teuer, und die laufenden Kosten müssen getragen werden. Das sind zwei Aspekte, die nicht bei einer kleinen Kommune hängen bleiben können. Das wäre auch ungerecht. Manche Kommune kann sich das vielleicht leisten, aber die meisten und zunehmend immer mehr können es sich nicht leisten, solche Kosten dauerhaft zu tragen. Da gehören die Kosten auch nicht hin.

Das ist schon die Antwort auf die Frage nach den Hürden bei einem Förderprogramm. Die Gründung muss unterstützt werden, wenn man es kommunal machen will, und es muss sichergestellt werden, dass die laufenden Kosten nicht bei den Kommunen hängen bleiben.

Ein dritter Punkt, der immer aufkommt, ist die Personalsituation. Wichtig ist, sich anzuschauen, weshalb die Personalsituation bei den Ärzten so schlecht ist. Es heißt dann immer, dass wir mehr Ärzte als früher haben. Aber das stimmt nicht. Wir haben viel weniger Arztstunden. Die Situation, dass wir keine Ärzte haben, mag vielleicht auf der Kö in Ordnung sein, aber auf ganz NRW oder auch auf Deutschland bezogen ist die Personalsituation wegen der sinkenden Arztstunden schlecht. Wenn wir die Ärzte irgendwo abziehen, dann fehlen sie meistens woanders. Wie kann man das verhindern? Klar, für den ländlichen Raum hilft die Landarztquote, eine verbesserte, verkleinerte Bedarfsplanung hilft. Da gibt es bestimmt noch Verbesserungsbedarf. Einige Kommunen haben Projekte im Bereich der Telemedizin begonnen. Auch so kann die Personalsituation verbessert werden. Zusätzlich brauchen wir finanzielle Anreize, um die vorhandenen Ärzte so zu verteilen, dass auch im ländlichen Raum genug vertreten sind.

Ansgar von der Osten (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Ich übernehme die Beantwortung der Frage von Herrn Klute zu den Sicherheitsleistungen. Sie haben gefragt, warum Sicherheitsleistungen für kommunale medizinische Versorgungszentren notwendig sind und warum in einer solchen Höhe. Jeder Leistungserbringer, jede Ärztin, jeder Arzt, der einen Versorgungsauftrag in der gesetzlichen Krankenversicherung übernimmt, haftet damit automatisch auch für die Wirtschaftlichkeit der Verordnung. Frau Dr. Dalhaus hat eben den Heilmittelregress erwähnt, der sie mal bedroht hat. Diese Haftung erstreckt sich bis ins Privatvermögen. Jeder Arzt muss für das geradestehen, was abgerechnet wird, was verordnet wird. Das gehört dazu, das ist eine Verpflichtung.

Als 2004 die medizinischen Versorgungszentren eingeführt wurden und es damit möglich wurde, eine Praxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zu betreiben, musste man das Problem lösen, wo sich das System das Geld zurückholen kann, wenn unwirtschaftlich verordnet oder falsch abgerechnet wurde. Deswegen wurde auf der gesetzlichen Ebene eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für die GmbH eingeführt. Das heißt, wenn ich eine GmbH habe und mit der

Haftungsbeschränkung arbeite, muss ich mich dazu verpflichten, im Zweifelsfall in entsprechender Höhe die Regresse zu bedienen.

Als 2015 die kommunalen Gesundheitszentren, medizinischen Versorgungszentren möglich wurden, hat man die Rechtsform der kommunalen Eigeneinrichtung oder der Anstalt öffentlichen Rechts möglich gemacht, weil man dachte, auf diese Art und Weise den Kommunen die Möglichkeit zu geben, kommunalrechtlich nicht in die Schwierigkeit einer solchen Bürgschaftsleistung zu kommen. Trotzdem werden die meisten kommunalen medizinischen Versorgungszentren aus gutem Grund als GmbH gegründet. Das ist eine sehr flexible Gesellschaftsform. Man kann die GmbH weiterveräußern, man kann andere Träger beteiligen. Es gibt verschiedene Gründe, warum man die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung wählt.

Jetzt greift das Gesetz, die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung in unbegrenzter Höhe, quasi in Analogie zu dem, was bei inhabergeführten Praxen sowieso der Fall ist. Weil es ein Problem wurde, ist dies über die Entstehung der vier überwiegend hausärztlichen kommunalen medizinischen Versorgungszentren in Westfalen-Lippe ständig begleitet worden. Entscheiden darüber muss der Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen, das macht nicht die KV. Der Zulassungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das Interesse des ZA ist es immer, möglichst rechtssicher zu entscheiden, weil ansonsten ein Instanzenweg getriggert wird, der über den Berufungsausschuss bis ins Sozialgerichtsverfahren geht. Damit ist niemandem geholfen. Dann dauert es lange und wird teuer.

Wir haben es immerhin hinbekommen, dass wir in Westfalen-Lippe die Zulassungsausschüsse davon überzeugen konnten, die unbegrenzte Höhe der selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung auf eine Höhe zu begrenzen, die letztlich ein Verhandlungsergebnis gewesen ist. Darauf können sich die KMVZs jetzt einlassen. Trotzdem entstehen natürlich Kosten, um die Bürgschaften abzusichern.

Um Ihre Frage zu beantworten, ob man da etwas tun kann, ob man da weiter entgegenkommen kann: Man müsste vielleicht gucken, ob es kommunalrechtlich eine Möglichkeit gibt wie bei den Krankenhäusern. Krankenhäuser, die MVZs betreiben, tun das im Regelfall als GmbH. Sie alle schultern die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung. Vielleicht wäre das ein Weg.

(Thorsten Klute [SPD]: Andere Bundesländer? Das war auch die Frage!)

– Wir haben uns damals natürlich erkundigt, wie es in anderen Bundesländern aussieht. Ich habe das jetzt nicht im Einzelnen vor Augen, weiß aber, dass die meisten keine Begrenzung hatten. Einzelne haben es gemacht. Wir haben dann gesagt: Wenn das anderswo geht, dann machen wir es auch.

Dr. Dirk Michel (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Das möchte ich noch kurz ergänzen. Im Bereich Nordrhein hatten wir eine etwas höhere Sicherheitsleistung insgesamt für MVZs und haben sie jetzt für kommunale MVZs heruntergesetzt, auf den gleichen Wert wie Westfalen-Lippe. So befinden wir uns zumindest in NRW auf einer Ebene.

Zu den Fragen nach der Bedarfsplanung und der Möglichkeit einer kleinräumigeren Bedarfsplanung: Ich hielte das eher für kontraproduktiv. Überlegen Sie einmal, wo die Bedarfsplanung herkommt. Sie ist historisch nicht dafür geschaffen worden, im Hinblick auf schlechter versorgte Gebiete zu steuern, sondern es ging darum, eine Überversorgung zu begrenzen. Das heißt, sie ist damals eingeführt worden, als es – in Anführungszeichen – zu viele Ärzte gab. Es ist kein Steuerungsinstrument bei einer schlechteren Versorgung mit der Ausnahme, dass wir in der Bedarfsplanung dann anhand der Versorgungskennzahlen sehen, welche Regionen schlecht versorgt sind.

Der zweite Punkt ist – da mag vielleicht diese Idee herkommen –: Der ursprüngliche Hintergrund der Bedarfsplanung war es, dass, wenn es gesperrte Bereiche gibt, das dazu führt, dass die Ärzte, die in dem zentralen Gebiet keinen Sitz bekommen haben, dann ins Umland gehen, wo noch Arztsitze offen sind. Wir sehen heute ganz praktisch, dass das nicht mehr der Fall ist. Das liegt daran, dass sich die Arbeitswirklichkeiten von Ärzten verändert haben. Wir haben gerade schon gehört – das ist richtig –, dass wir immer mehr Ärzte haben, aber immer weniger Arztstunden. Es gibt immer weniger Ärzte, deren Ziel es ist, selbstständig Vollzeit in einer Einzelpraxis tätig zu sein. Gerade wenn sie zum Beispiel den von ihnen begehrten Sitz nicht bekommen, haben sie auch viele andere berufliche Möglichkeiten. Deshalb funktioniert der Verdrängungseffekt – sie schaffen es zum Beispiel in Köln oder in Düsseldorf nicht, also gehen sie ins Umland – tatsächlich schon nicht mehr.

Wenn wir die Bedarfsplanung grundsätzlich kleinräumiger vornehmen würden, würde das dazu führen, dass zwar in den Gemeinden, in denen es sowieso zu wenig Ärzte oder offene Arztsitze gibt, offene Sitze ausgeschrieben werden, aber das führt vielleicht auch dazu, dass wir in der Nachbarkommune, in der noch offene Sitze oder Niederlassungsmöglichkeiten bestehen, diese begrenzen. Dadurch hätten wir nicht insgesamt mehr Niederlassungsmöglichkeiten, sondern die eine Kommune hätte mehr, und die andere hätte weniger. Im Gesamtsystem hätten wir wahrscheinlich sogar weniger tatsächlich versorgende Ärzte, weil sich in den Kommunen, die bislang keinen Arzt haben, auch dann keiner niederlassen würde. Wir glauben nicht, dass dieser Effekt durch eine kleinteiligere Planung eintreten würde.

Dann zu einer Frage, die weniger den ländlichen Raum betrifft, sondern eher städtische Regionen: Wir sehen durchaus die unterschiedliche Verteilung von Ärzten in den Regionen. Da haben wir auch andere Steuermöglichkeiten, die wir ganz bewusst nutzen. Das sind einmal die schon genannten Möglichkeiten der Sonderbedarfe. Das heißt, in Bereichen, in denen eine schlechtere Versorgung vorliegt, gehen Anträge in der Regel durch. Das ist zum Beispiel im Kölner Norden umgesetzt worden. In Nordrhein haben wir ganz bewusst kleinräumigere Fördergebiete ausgewiesen, beispielsweise in städtischen Regionen, in denen wir noch einen weiteren Arztsitz erreichen wollen.

Grundsätzlich muss man gerade für den fachärztlichen Bereich sagen, dass die großräumigere Planung vom Zuschnitt der Patientenstruktur her schon so gedacht ist und auch versorgungsnotwendig ist. Das führt dann dazu, dass gewisse Patienten innerhalb einer Kommune durchaus anreisen müssen. Das gilt gerade im fachärztlichen Bereich.

Vorsitzender Josef Neumann: Wir sind am Ende der ersten Fragerunde und kommen zu der zweiten.

Thorsten Klute (SPD): Herzlichen Dank für die schon sehr aufschlussreiche erste Runde.

Frau Professorin Köckler, Sie haben in Ihrer Stellungnahme Erfahrungen mit der Förderung raumspezifischer Lösungen aus Hamburg und Niedersachsen erwähnt. Was machen Hamburg und Niedersachsen anders als Nordrhein-Westfalen? Können wir davon etwas lernen, oder passt das weniger für uns, weil Hamburg eine Großstadt ist usw.?

Herr Pichler, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus und haben es eben auch erwähnt, dass man aus gutem Grund auf Bestehendem aufsatteln könnte. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sind etwas Bestehendes. Warum werden die kommunalen Gesundheitskonferenzen im Moment noch nicht genutzt, um die von allen gewünschte Netzwerkfunktion in den Regionen zu stärken? Ich bin auch noch Mitglied eines Kreistags und nehme die kommunale Gesundheitskonferenz – flächendeckend, nicht nur in meinem Kreis – als ein Gremium wahr, in dem man gelegentlich mal zusammenkommt, aber die knallharten Themen, aus welchen Gründen auch immer, nicht angeht.

In Ergänzung dazu, Herr Pichler: Sie regen in Ihrer Stellungnahme an, die psychotherapeutische Versorgung, wenn man stärker in Richtung kommunale medizinische Versorgungszentren gehen will, mehr zu berücksichtigen. Das heißt, bisher ist das noch nicht der Fall. Warum denken wir aus Ihrer Sicht die psychotherapeutische Versorgung vor Ort zu wenig mit?

Frau Dr. Dalhaus, Sie kommen aus dem Münsterland. Ich habe neulich an einer Veranstaltung im Münsterland teilgenommen, in der kräftig über die Ungleichverteilung von Sitzen geklagt wurde. Ich denke, das ist kein Problem des Münsterlandes, sondern das ist landauf, landab so. Je näher man in Richtung Münster geht, desto attraktiver ist es, sich dort niederzulassen, und Niederlassungen werden auch zugesprochen. Je weiter man weg und in den angeblichen Randbereich kommt, desto unattraktiver wird es und desto größer wird das Versorgungsproblem. Sie nicken. Können Sie das bestätigen? Wie könnte man aus Ihrer Sicht, aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte, dem entgegenwirken?

Meral Thoms (GRÜNE): Herzlichen Dank auch von meiner Seite für die interessante erste Runde. – Ich möchte in der zweiten Fragerunde tiefer einsteigen und besser verstehen, wie Ihre Perspektive auf die Rolle der kommunalen MVZs ist, und zwar vor dem Hintergrund des Themas „Gerechtigkeit“.

Es geht einmal um die Perspektive der Patientinnen und Patienten auf mehr Gesundheitsgerechtigkeit. Sehen Sie in den kommunalen MVZs das Potenzial, dass wir niedrigschwelligere Zugänge haben, Gesundheitskompetenz stärken, wie Herr Hecker es erwähnt hat, in Kooperation mit Schulen, mit Vernetzungen, mit Lotsendiensten, vielleicht mehrsprachig sind, oder sehen Sie das nicht als Mehrwert an? Diese Frage

richtet sich an Herrn Hecker, Frau Professorin Köckler, gerne auch an Frau Dalhaus, Herrn Pichler und Frau Bartels.

Dann möchte ich die Perspektive der niedergelassenen MVZs, der Ärztinnen und Ärzte einnehmen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in einer Stellungnahme auf den Gleichheitsgrundsatz eingegangen. Das habe ich auch schon in Gesprächen im Wahlkreis gehört. Wenn wir über Förderungen für kommunale MVZs nachdenken würden, wie stehen die dann im Wettbewerb mit MVZs wie zum Beispiel dem von Frau Dr. Dalhaus, die nicht gefördert werden? Welche Argumente gibt es da? Wie ist die Perspektive? Diese Frage richtet sich an Frau Dr. Dalhaus, Herrn Dr. Michel und Herrn von der Osten.

Anke Fuchs-Dreisbach (CDU): Vielen Dank für die erste Runde. – Frau Dr. Dalhaus, Sie sind auf sehr viele Punkte eingegangen. Können Sie auch noch etwas zur Zusammenarbeit mit Hochschulen sagen?

Frau Professorin Köckler, ich bitte Sie, darauf einzugehen, wie die Zusammenarbeit von Hochschulen und Hausärzten aussieht bzw. wie man sich gegenseitig helfen kann.

Herr Dr. Michel, Sie sagten gerade, dass Ihre Aufgabe eigentlich die Begrenzung von Überversorgung ist. Habe ich das richtig verstanden? Ich dachte immer, Ihre Aufgabe sei die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ganzen Land. Meine Idee ist, ein MVZ vielleicht unter der Sonderform einer gGmbH entstehen zu lassen. Können Sie sich so etwas vorstellen, auch dass Unternehmen vor Ort eingebunden werden? Gerade Unternehmer klagen häufig über die hohen Fehlzeiten ihrer Mitarbeiter, weil diese auf Facharzttermine warten müssen. Wenn jemand Rückenschmerzen hat, wartet er sechs Wochen auf einen MRT-Termin und kann in dieser Zeit nicht arbeiten. Es wäre also gut, wenn man einen schnelleren Termin bekäme. Auch aus Sicht der Wirtschaft wird eine bessere Versorgung gewünscht. Das ist die Frage nach einer gGmbH und dem ländlichen Raum.

Susanne Schneider (FDP): Herzlichen Dank den Sachverständigen für die vielen beantworteten Fragen bisher. Das eine oder andere ergibt sich dann doch noch.

Frau Dr. Dalhaus, ich glaube, wirklich jeder hat jetzt verstanden, dass ohne Hausärzte in diesem Bereich überhaupt nichts geht. In der letzten Wahlperiode hat die FDP zusammen mit der Union noch einiges auf den Weg gebracht, um zu mehr Hausärzten zu kommen, angefangen bei der deutlichen Erhöhung der Studienplätze über die Landarztquote bis zur Erhöhung der Prämie, wenn sich Ärzte in einem unterversorgten Bereich niederlassen. Wenn sich beispielsweise ein Arzt im tiefsten Sauerland niederlässt, weil es da Bedarf gibt, weil dort schon ewig kein Hausarzt mehr tätig war, würde die Beantragung der entsprechenden Gelder relativ einfach funktionieren, oder wäre das hochkomplex, würde ewig dauern und durch ganz viele Stellen gehen müssen?

Die Anerkennung von Ärzten aus Nicht-EU-Ländern dauert sehr lange, vor allem in Nordrhein-Westfalen. In der letzten Wahlperiode hat man beschlossen, das gesamte Verfahren an die Bezirksregierung Münster abzugeben, weil es dann deutlich flotter

geht. Haben Sie den Eindruck, dass es schneller geht? Wie könnte man dort unter die Arme greifen, wie kann man vielleicht unterstützen?

Haben Sie auch eine Idee, was man an Bürokratie wegnehmen könnte, damit wir alle ein bisschen mehr Spaß haben?

Die letzte Frage richtet sich auch an Frau Dr. Dalhaus. Weil ich vorhin ich die KV Nordrhein angesprochen habe, ist jetzt die KV Westfalen-Lippe an der Reihe. Ein Thema ist sicher auch der Nachwuchs im ärztlichen Bereich, die Weiterbildung speziell für Hausärzte. Kann man das optimieren? Gibt es hier Probleme, oder läuft das alles richtig gut?

Vorsitzender Josef Neumann: Bei den Antworten gehen wir nun in der umgekehrten Reihenfolge vor.

Dr. Dirk Michel (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Zunächst möchte ich ein Missverständnis aufklären. Ich habe von der Bedarfsplanungsrichtlinie gesprochen. Die war ursprünglich mal mit dem Zweck entstanden, bei einer Überversorgung mit Ärzten zu begrenzen. Natürlich ist eine der Aufgaben der KV, momentan eine unserer wesentlichen Aufgaben, der Sicherstellungsauftrag. Wir sind weniger bei dem Problem der Überversorgung tätig, sondern hauptsächlich mit der Sicherung der Versorgung beschäftigt, da, wo die Versorgung schlechter wird.

Anders als in Westfalen haben wir in Nordrhein noch das Glück, keine drohende Unterversorgung festgestellt zu haben. Aber in einigen Regionen sind wir knapp davor. Da sind wir im Bereich der Nachwuchsgewinnung und von Sicherstellungsmaßnahmen unterwegs. Sie haben vielleicht mitbekommen, dass wir jetzt testweise eine Eigeneinrichtung in Kleve aufbauen. In unserer täglichen Arbeit geht es also schon stark um die Sicherstellung der Versorgung.

Sie haben gefragt, ob auch noch andere Versorgungsformen möglich sind und wie die Verteilung zwischen Eigeneinrichtungen, kommunalen Eigeneinrichtungen und niedergelassener Ärzteschaft aussieht. Ich meine, im Kern sollte erst einmal die niedergelassene Ärzteschaft für die ärztliche Versorgung tätig sein, und das grundsätzlich rechtsformneutral. Ärztlich getragene MVZs sind sicherlich genauso sinnvoll und gut, wie es die Einzelpraxis oder die Gemeinschaftspraxis ist.

Alle weiteren Versorgungsformen sind im Grunde etwas Subsidiäres, die dann eintreten, wenn wir zu Versorgungsverschlechterungen kommen. Das kann im Einzelfall ein kommunales MVZ sein, da, wo es um eine langfristige Versorgung gehen soll und eine Kommune das für sinnvoll hält. Das können beispielsweise auch Eigeneinrichtungen der KV sein, die im Zweifel aber eher Notmaßnahmen sind und nicht darauf ausgerichtet, sie dauerhaft zu betreiben. Das würden wir wahrscheinlich wirtschaftlich gar nicht leisten können. Diese Einrichtungen sind eher das richtige Element, um eine akute Unterversorgung zu vermeiden. Nach wie vor sind wir aber der Auffassung, dass ärztliche Einrichtungen grundsätzlich in ärztlicher Trägerschaft sein sollten, nur im Ausnahmefall in kommunaler Trägerschaft.

Ansgar von der Osten (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Dann möchte ich gleich weitermachen und noch eine Sache wiedergutmachen. In der ersten Runde habe ich nämlich Ihre Fragen, Frau Fuchs-Dreisbach, unterschlagen.

(Anke Fuchs-Dreisbach [CDU]: Der ländliche Raum ist das gewohnt!)

Das passt auch zu einigen der Fragen, die jetzt in der zweiten Runde gestellt worden sind.

Sie haben nach Projekten mit Vorzeigecharakter im südlichen Westfalen gefragt. Professor Adarkwah in Kreuztal ist vorhin schon erwähnt worden. Das ist eine inhabergeführte Praxis, die mehrere Standorte in Kreuztal betreibt. Daneben gibt es Namen wie Dr. Spieren mit der digitalsten Praxis, würde ich sagen, in Nordrhein-Westfalen, auch in dem Gebiet, Dr. Haas in Bad Berleburg und Erndtebrück, Dr. Riffelmann in Schmallenberg. Dr. Förster in Winterberg. Es gibt eine ganze Reihe von Praxisformen, die kooperativ aufgestellt sind, die auch Nachwuchs anziehen, denen man die Hürden aus dem Weg räumen muss, weil sie funktionieren.

Es gibt auch die anderen Beispiele, also die Gebiete, in denen wir dann Probleme haben. Das möchte ich verknüpfen mit der Frage nach der gGmbH und der Beteiligung von Wirtschaftsunternehmen. In Plettenberg hat ein Wirtschaftsunternehmen gemeinsam mit einem Arzt eine Praxis aufgebaut, vergrößert und auf den Weg gebracht. Auch so etwas gibt es bereits. Das hat dazu beigetragen, Sicherstellungsprobleme zu lösen.

Es gibt auch eine Kehrseite. Das wird sehr mit Argusaugen beobachtet, gerade von anderen Praxen. Man ist immer schnell bei der Diskussion über die investorengestützten MVZs, die eigentlich keiner will, weil sie nicht in erster Linie die gesundheitliche Versorgung im Blick haben, sondern die Rendite. Das ist in Plettenberg nicht der Fall, aber das ist die Gemengelage, bei der man da schnell ankommt.

Wie kann man den Nachwuchs mobilisieren? Das tun beide KVs über ihre Praxisstart-Nachwuchskampagnen, die sehr früh ansetzen, bereits in den Universitäten. Damit komme ich zu der Frage. Die Zusammenarbeit mit den Universitäten ist sehr gut. Es gibt Förderprogramme für Studierende, die auf dem Land sehr früh Hausarztpraxen kennenlernen. Da werden schon die Blockpraktika gefördert, die Famulaturen, die PJs. Ich erlebe die Zusammenarbeit mit allen Universitäten als sehr positiv.

Das ist verknüpft mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung, in dem der Hausärzteverband und die Ärztekammer vertreten sind. Darüber werden Seminare angeboten, finanziert durch die Selbstverwaltung, in denen sowohl die weiterbildenden Ärzte als auch die Weiterbildungsassistenten geschult werden.

Ich komme zu der Frage, ob man in der Ausbildung, in der Weiterbildung des Nachwuchses noch etwas tun kann. Die gute Nachricht ist: Seit Jahren steigen die Zahlen derjenigen, die sich für den Facharzt für Allgemeinmedizin entscheiden. Das Konsenspapier, mit dem wir den Quereinstieg noch zusätzlich finanzieren und Qualifizierungsmaßnahmen unterstützen können, wirkt sich positiv in Nordrhein-Westfalen aus. Die Zahlen steigen jedes Jahr. Wir kämpfen immer noch gegen eine sehr ungünstige Altersstruktur an, und es gibt auch weiterhin Probleme. Aber wir haben bereits sehr viel im Angebot, um die Medizinstudierenden am Ende dahin zu bringen, wo wir sie am

dringendsten brauchen, vor allen Dingen in der hausärztlichen Versorgung, aber auch in einigen anderen Fachgebieten.

Erlauben Sie mir, abschließend noch etwas zu der Frage zu sagen, ob die Förderung zu komplex ist. Das ist ja eher etwas, was wir im täglichen Geschäft erleben. Es gibt mehrere Fördertöpfe. Ich kenne das Hausarztaktionsprogramm des Landes ganz gut, weil wir mit den Bezirksregierungen zusammenarbeiten, und die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten auch selbst Förderungen an. Ich kann nur sagen: Das, was wir machen, ist nicht bürokratisch. Wenn ein Förderantrag gestellt wird, und das Fördergebiet ist da, dann erhält eher das gesamte Unternehmen noch eine Priorisierung bei den Zulassungsausschüssen, weil wir wissen, wie wichtig es ist, die Lücken zu füllen, die sich entweder ankündigen oder die schon da sind. Da reicht ein Antrag. Der wird vom Vorstand genehmigt, wenn die Voraussetzungen vorliegen, und dann kann die Förderung erteilt werden.

Anne Katrin Bartels (Landkreistag Nordrhein-Westfalen / Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen): Sie haben gefragt, ob mit kommunalen Versorgungszentren mehr Gerechtigkeit gewährleistet werden kann. Grundsätzlich finde ich, wenn es einen Bedarf gibt und der dadurch sichergestellt werden kann, dann ist das erst mal gerecht; denn es wäre ungerecht, wenn der ländliche Raum nicht versorgt wäre.

(Thorsten Klute [SPD]: Oder die Großstadt!)

– Oder die Großstadt, ja. Ich spreche in erster Linie für den ländlichen Raum, da haben wir die großen Lücken. Daher würde ich schon sagen, dass es da eine gewisse Gerechtigkeit gibt.

Zu den Gesundheitskompetenzen: Ich denke, das ist ein Präventionsthema, das man auf kommunaler Ebene angehen könnte, wenn man genug Personal dafür hat und wenn es finanziell untermauert wäre.

Zu dem nächsten Thema, das Sie angesprochen haben, das bei Förderprogrammen immer wieder problematisch ist: Wenn ein Förderprogramm beschlossen wird, dann muss es wirklich bürokratiearm sein. Der Bürokratieaufwand in den Kreisen oder Kommunen ist immens. Es gibt sehr viele Programme, die beantragt werden müssen, bei denen hinterher etwas nachgewiesen werden muss. Wir würden es begrüßen, wenn die Gelder nicht zu 100 % gebunden kämen und man alles nachweisen müsste, sondern wenn das etwas pauschaler geschähe, damit die Leute ihre Arbeit machen könnten und sich nicht mit Bürokratie beschäftigen müssten.

Andreas Pichler (Psychotherapeutenkammer NRW): Ich glaube, ich muss noch etwas nachtragen. Ich bin ehrenamtlicher Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, aber auch niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut im Rhein-Sieg-Kreis in einer Praxisgemeinschaft mit mehreren Kolleginnen. Das, damit mein Hintergrund nachvollziehbar ist.

Frau Thoms, Sie haben nach der Gesundheitsgerechtigkeit, der Zugangsgerechtigkeit gefragt und ob da ein Zusammenhang vor allen Dingen im Bereich der kommunalen medizinischen Versorgungszentren besteht. Zum einen ist die Datenbasis – das haben

wir auch in unserer Stellungnahme ausgeführt – gering, weil psychotherapeutische Versorgung in MVZs kaum abgebildet ist. Die gibt es eigentlich nach wie vor nur in den Zulassungsformen Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis. Ich habe noch einmal nachgefragt. Uns sind zwei MVZs eingefallen, das sind aber keine kommunalen MVZs. Ich vermute, dass für ein kommunales MVZ wie auch für ein aus der normalen Zulassung heraus entstandenes MVZ in gleicher Weise der Versorgungsauftrag mit seinem Gerechtigkeitsanspruch besteht. Insofern würde ich von der Ausgangslage her sagen, dass es erst einmal keinen Unterschied gibt, auch keinen positiven.

Ich glaube aber schon – das beantwortet auch einen Teil Ihrer Frage –, dass der Zugang im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung für bestimmte Gruppen von Patienten oder Patientinnen erschwert ist. Wie man das weiter vorantreiben oder auflösen kann, das gehört aus meiner Sicht eher in den Bereich der Beratungsinstitutionen, die ja auch hier im Raum stehen. Uns wird von einer relativ breiten psychotherapeutischen Versorgung berichtet.

Das ist vielleicht eine gute Gelegenheit, das noch mal zu markieren. Es gibt immer wieder Schwierigkeiten, wenn Fremdsprachlichkeit im Raum steht, und damit meine ich nicht Englisch, sondern viele andere Fremdsprachen. Die Frage ist, wie Menschen, die nicht muttersprachlich deutsch unterwegs sind, den Zugang in die psychotherapeutische Versorgung finden. Das berührt den Bereich der Sprachmittlung in der Psychotherapie. Es ist ein lange gehegtes Thema, das noch nicht ausreichend gelöst wurde. Das schafft Ungerechtigkeit, ähnlich wie für andere vulnerable Gruppen. Insofern kommt es darauf an, zu schauen, ob man mithilfe von Beratungseinrichtungen das Sichbewegen im Gesundheitssystem fördern und vorantreiben kann. Das könnte ein Beitrag zu mehr Gerechtigkeit in der Wahrnehmung von Versorgungsangeboten sein.

Grundsätzlich ist die psychotherapeutische Versorgungslandschaft sehr offen für alle Gruppen. Bis auf die Sprachmittlung kann ich wenig strukturelle Schwierigkeiten erkennen. Das berührt sicherlich noch weitere Themen, die an anderer Stelle diskutiert werden, zum Beispiel wie Barrierefreiheit ermöglicht werden kann oder die Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Ich möchte zumindest deutlich machen, dass das in diesem Kontext mitgedacht werden muss. Es ist sicher nicht prinzipiell ein Problem oder in besonderer Weise eine Aufgabe für kommunale MVZs. Sonst müsste man das über einen rechtlichen Rahmen von besonderer Aufgabenstellung organisieren, um diesbezüglich eine Versorgung sicherstellen oder herstellen zu können.

Grundsätzlich – das ist die Brücke zu Ihrer Frage, Herr Klute – brauchen auch MVZs, wenn sie Psychotherapie anbieten wollen, eine entsprechende Zulassung für diesen Versorgungsbereich. Das gilt genauso wie für andere fachärztliche Gruppen. Da stellt sich die Frage, warum das nicht mitgedacht wird. Ich denke, das hängt schlichtweg vom Interesse derjenigen Menschen ab, die ein MVZ eröffnen oder betreiben wollen. Das sind in der Regel Ärztinnen und Ärzte, ob nun hausärztlicher oder fachärztlicher Provenienz. Die kommen im Zweifelsfall nicht direkt auf die Idee, eine psychotherapeutische Versorgung mit an Bord zu holen, weil das betriebswirtschaftlich oder für das Leistungsangebot nicht als dringend notwendig, attraktiv oder sinnvoll erachtet wird.

Ein MVZ ist immer eingebettet in das lokale Versorgungssystem. Wenn es genügend psychotherapeutische Praxen im Umfeld gibt, egal welcher Größe, dann stellt sich die Frage vielleicht gar nicht, ob der Fachbereich in das MVZ hineingeholt werden soll. Das erklärt vermutlich auch, weshalb es überhaupt wenige medizinische Versorgungszentren mit psychotherapeutischem Leistungsangebot gibt. Das könnte sich durchaus ändern. Der geringe Zusammenhang von Psychotherapie und MVZ hat eventuell auch mit dem zu tun, was man mit Psychotherapie in der ambulanten Versorgung erwirtschaften kann, dass sich die honorarpolitische Situation als wenig attraktiv darstellt. Ich kann gut nachvollziehen, dass ein MVZ-Gründungsteam das nicht unbedingt angehen will.

MVZs als Träger psychotherapeutischer Versorgung sind sicherlich genauso sinnvoll, funktional und machbar wie für andere Arztgruppen. Das ist klar, da gibt es keine Unterschiede. Aber im Bereich der Psychotherapie reicht es eben oft aus, wenn man sich größer aufstellen möchte, das im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft, sprich: die alte Gemeinschaftspraxis, zu organisieren. Auf die Idee, ein MVZ zu gründen, kommen umgekehrt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dann schlicht und ergreifend auch nicht. Ob das tatsächlich einen Zugewinn bringen würde, weil sich auch bei uns aufgrund der veränderten Arbeitsrealitäten die Niederlassung im ambulanten Bereich nicht unbedingt als attraktiv darstellt, weil man Familienzeit und andere Tätigkeiten unterbringen möchte, die Frage stellt sich im Moment bei der Psychotherapie nicht. Unser Nachwuchs ist innerlich schon sehr daraufhin eingestellt, in die Niederlassung, in die ambulante Versorgung zu gehen.

Eine Besonderheit im Bereich der Psychotherapie ist sicherlich, dass wir im engeren Sinne keine Nachwuchssorgen haben. Wir haben viele Köpfe. Das unterscheidet diesen Versorgungsbereich mit Sicherheit von dem Versorgungsbereich im ärztlichen Kontext. Man darf erst einmal schlichtweg erfreut zur Kenntnis nehmen, dass uns da keine Gefahr droht bzw. wenn, dann aus anderen Gründen, die heute kein Thema sind.

Noch einen Schritt weitergedacht, zur kommunalen Gesundheitskonferenz: Diesem Bereich wendet sich die Psychotherapeutenkammer vergleichsweise frisch zu. Unsere Überlegungen dazu sind noch sehr vorsichtig formuliert, weil es längst nicht in allen Gesundheitskonferenzen eine psychotherapeutische Vertretung gibt. Klassischerweise sind in vielen Gesundheitskonferenzen die Psychotherapeutenkammern noch kein Mitglied. Das bauen wir jetzt auf. Daher ist der Rücklauf darüber, was dort real verhandelt wird, noch schmal.

Wenn man sich das öffentliche Gesundheitswesen anschaut, dann stellt man fest, der Aufgabenrahmen ist klar vorgegeben. Was dann real vor Ort besprochen wird, was die Tagesordnung ausmacht, dazu ist der Rückfluss vergleichsweise gering, besagt aber, dass die Frage von Vernetzung, von Quartiersnähe, von Versorgungsengpässen oder Verbesserungen noch stärker adressiert werden muss. Insofern ist es sicherlich abhängig davon, wie sich die kommunale Gesundheitskonferenz versteht, wie aktiv sie ihr Geschäft betreibt. Wir bekommen durchaus die Rückmeldung, dass die Sitzungsfrequenzen von kommunalen Konferenzen extrem unterschiedlich sind. Nach unserem Eindruck braucht es wahrscheinlich, wenn man das Instrument aktiver nutzen wollte,

noch mehr Input von anderer Stelle oder durch die Vertretungen, um das, was Sie auch in Ihrem Antrag adressieren, abbilden zu können.

Dr. Laura Dalhaus (Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe): Ich starte mit der Frage, warum die Sitzverteilung so unterschiedlich ist und ob es da Tendenzen Richtung Ballungszentren gibt. Ja, selbstverständlich; ich hatte schon genickt. Warum? Es geht dabei um den Anteil an Privatpatienten. Das hat zwei unterschiedliche Gründe.

Auf fachärztlicher Ebene ist bekannt, dass zum Beispiel eine orthopädische Kassenarztpraxis ca. 50 % IgEL-Leistungen, Privatleistungen erbringen muss, um überhaupt überleben zu können. Alle sprechen immer vom Honorar, aber klar ist: Das sind kleine Betriebe, das sind Unternehmen, und Personalkosten sind Schulden, die man eingeht.

Bei den Gynäkologen sieht es ähnlich aus. Die Kolleginnen und Kollegen in der gynäkologischen Praxis erhalten pro Quartal im Schnitt 22 Euro. Ich kann Ihnen sagen, dass ich pro Quartal – wir haben ja eine Art Flatrate-Medizin im Kassensystem – 52 Euro, das heißt 208 Euro im Jahr, für einen Patienten bekomme, also für ein Jahr lang hausärztliche Versorgung. Jetzt können Sie sich überlegen, was ein Handyvertrag, ein Netflix-Abo oder was auch immer kostet.

Dann ist klar, wenn Sie das von vornherein wissen – und bei den Fachärzten ist es noch viel extremer, weil der Facharzt mit 700, 800 Fällen budgetiert ist; ich kann Ihnen sagen, wir machen über 5.000 –, wir können nur überleben, weil es eine Zwei-Minuten-Medizin ist. Das ist die Schlagzahl. Aber wir brauchen diese Schlagzahl. Wir können nur mit dieser Zwei-Minuten-Medizin überleben, weil wir nur dann mit den Kosten haushalten und das Personal bezahlen können.

Um das weiterzuführen – ich weiß nicht, ob alle mit den Zahlen im Gesundheitsfonds vertraut sind –: Der stationäre Sektor kostet uns 100, 110 Milliarden Euro, der gesamte ambulante Sektor 50 Milliarden Euro, der gesamte Bereich der Arzneimittel 55 Milliarden Euro. Das heißt, wir geben mehr Geld für Arzneimittel aus als für die gesamte ambulante Leistung.

Ich möchte mich hier nicht falsch verstanden wissen, sondern nur einmal auf etwas hinweisen, was in der Ärzteschaft, in onkologischen Tumorboards, längst diskutiert wird, aber in der Öffentlichkeit eben nicht. Die Standardtherapie für die palliative Chemotherapie eines Bronchialkarzinoms zum Beispiel hat in der Zulassungsstudie plus drei Monate Überleben gebracht. Das heißt, die palliative Chemotherapie versus Best Supportive Care, also ich mache nichts, hat drei Monate Überleben gebracht für den Preis von 130.000 Euro. Sie haben vielleicht aus Berlin mitbekommen, dass man an den Arzneimitteltopf nicht heranmöchte.

Dann haben Sie das nächste große Thema, die versicherungsfremden Leistungen. Dazu gehört nicht nur das Bürgergeld, sondern auch die Tatsache, dass gesetzliche Krankenversicherungen Werbung im Spitzensport machen. Der gesamte Bereich der versicherungsfremden Leistungen beläuft sich auf 68 Milliarden Euro. Das sind ungefähr 700 Euro pro GKV-Versicherten. Halten Sie dann dagegen, dass die Gynäkologin 22 Euro bekommt und ich 208 Euro bzw. 52 Euro pro Quartal. Ich weiß, dass es nicht

schön ist, immer auf die Finanzen zu reduzieren, aber der Bürgermeister hat selbst gefragt, wie man es denn finanzieren soll. Es ist teuer, ja, und deshalb kommt die Gerechtigkeitsfrage auf.

Damit gehe ich zu dem Thema „Gerechtigkeits- und Patientenperspektive“ über. Krankheit hat in unserem System einen Marktwert, einen ökonomischen Wert. Das heißt, der Patient mit der richtigen Erkrankung findet auch zeitnah Hilfe. Dazu gehört eine Wirbelsäulenoperation, dazu gehört alles, was Kardiologie und Technik betrifft, also Herzkatheteruntersuchungen etc. Dazu gehört aber nicht die Psychotherapie. Die ist maximal unattraktiv. Es gibt ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der operativen Augenheilkunde, die als ihr Honorar, als Bruttoeinkommen des einzelnen Arztes, 1,3, 1,4 Millionen Euro mit nach Hause nehmen. Das gibt es. Da haben Sie eine massive Ungleichverteilung.

Jetzt komme ich zu dem nächsten Punkt. In der Versorgung können alle gerne mitmachen; es ging um die Rahmenbedingungen. Es stellt sich immer die Frage, ob die Krankenhäuser nicht helfen können. Von mir aus gerne, aber dann zu gleichen Rahmenbedingungen. Ich sage für meinen Bereich: Wenn die Krankenhäuser Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung machen sollen, können sie das gerne tun, dann aber bitte das gesamte Spektrum. Denn es kann nicht sein, dass ich dann nur noch zu den unfassbar zeitfressenden Hausbesuchen fahre, und das Krankenhaus – ich nehme jetzt mal das Vokabular – sahnt die sogenannten Verdünnerscheine ab, macht also die Zwei-Minuten-Medizin für 52 Euro, während ich für 52 Euro sechs-, sieben-, achtmal im Quartal Oma Hertha behandele. Das geht nicht.

Zur aktuellen Honorarsystematik: Sie werden vielleicht in sämtlichen Diskussionsrunden erleben, dass viele Ärzteverbände gegen viele Neuerungen sind. Denn wenn wir eine Änderung im System wollen, um die Versorgung zu verbessern, brauchen wir eine Änderung der Honorarsystematik. Dann kann es auch wieder gerecht zugehen. Diese Gerechtigkeit existiert de facto nicht.

Damit komme ich zu dem Punkt, den ich eben unterschlagen habe, der Zusammenarbeit mit Hochschulen. Die ist auf der einen Seite extrem gut, insbesondere seitdem die Uni Bielefeld dabei ist. Vergangenen Freitag wurde das Westdeutsche Zentrum für Allgemeinmedizin in Düsseldorf gegründet. Da ist viel Innovation, viel Engagement vorhanden. Auf der anderen Seite gibt es immer noch – es nimmt ab, aber es gibt das noch – den Elfenbeinturm nach dem Motto, für die praktischen Versorgungsthemen sei die Universität nicht zuständig; universitäre Bildung sei auch nicht zuständig, um zum Beispiel Studierenden zu erklären, wie ein Honorar funktioniert, wie unser Gesundheitssystem funktioniert und dass sie als Niedergelassene erst ein Dreivierteljahr später Geld bekommen. Wir hören, dass Universitäten für diese praktischen Fragen nicht zuständig seien. Ja, es hat sich sehr viel getan, aber den Elfenbeinturm gibt es immer noch.

Zur Bürokratie: Die Bezirksregierung Münster spielt da gerade eine Schlüsselrolle. Ich habe mich in Vorbereitung auf diesen Termin noch bei Kolleginnen und Kollegen, die Förderanträge gestellt haben, erkundigt. Aktuell dauert die Beantwortung einer E-Mail ungefähr viereinhalb Monate in der Bezirksregierung Münster. Konkret betrifft das den Fall in Heek. Wir arbeiten aber mit Fristen beim Zulassungsausschuss, bei der KVWL

etc. Das ist unfassbar schwierig. Auch Herr Hecker hat schon gesagt, wie schwierig das ist. Man hat Fristen von verschiedenen Stellen, die dann nicht eingehalten werden können. Die Bürokratie ist nach wie vor Wahnsinn.

Der Zulassungsausschuss spielt dabei nicht immer eine wunderbare Rolle, denn es gibt häufig Übergangsregelungen. Wenn jemand als Partner in eine Praxis einsteigen soll, dann läuft das häufig vorab über ein Angestelltenverhältnis, weil keiner die Katze im Sack kauft. Die Zusammenarbeit mit einem Praxispartner gleicht in der Tat einer Ehe, sowohl was das Konfliktpotenzial angeht als auch alles drumherum und die gemeinsame Zeit. Wenn Sie versuchen, das darzustellen, also Sie stellen erst einen Kollegen an, stellen fest, das klappt gut, und der soll Ihr Partner werden, dann reichen Sie zwei- bis dreimal den Lebenslauf beim Zulassungsausschuss ein. Eine Kollegin sagte mir, sie reicht jetzt zum dritten Mal ein polizeiliches Führungszeugnis ein. Das sind unverständliche bürokratische Schwierigkeiten, die eine Zulassung zum Teil so unattraktiv machen, dass Kolleginnen und Kollegen auch wieder zurück ins Krankenhaus gehen.

Ich habe noch kein Wort zu der Bürokratie in unserem Alltag gesagt. Die Zahlen sind bekannt. Ich verbringe, wenn man einen Acht-Stunden-Arbeitstag anlegt, 60 Tage nur mit der Beantwortung von Anfragen von diversen Stellen. Da wird der Faktor unterschätzt, dass die Hausarztpraxis im Prinzip die zusammenlaufende Stelle für die Deutsche Rentenversicherung, für das Arbeitsamt bzw. Jobcenter, für sämtliche Übergangsregelungen etc. ist. Die Realität sieht so aus: Wenn die Deutsche Rentenversicherung für die Bearbeitung des Übergangsgeldes, das ja die Lücke zwischen Krankheit, Reha und dem, was der Mensch noch arbeiten kann, füllen soll, sechs Monate braucht, dann hat sich das Übergangsgeld erledigt. Das muss man ganz praktisch so sagen. Und das ist mittlerweile der Alltag.

Abschließend zum ärztlichen Nachwuchs: Studienplätze, ja; Landarztquote, ja. Ich weiß aber nicht, ob allen klar ist, was die Krankenhausreform für den ärztlichen Nachwuchs und die Weiterbildung bedeutet. Der ärztliche Nachwuchs wird zum großen Teil in Krankenhäusern ausgebildet. Krankenhäuser sind durchökonomisiert, da ist für Weiterbildung keine Zeit. Auch uns fällt es im Rahmen einer Zwei-Minuten-Medizin sehr schwer, ärztlichen Nachwuchs weiterzubilden. Das geht bei den Kolleginnen, die von der KVWL komplett querfinanziert werden. Da ist das kein Problem. Im Krankenhaus aber ist es ein Riesenthema.

Wenn Sie sehen, dass jetzt stillschweigend die Leistungsgruppen der Pädiatrie im Bereich spezialisierter Pädiatrie, also Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kindergastroenterologie, verschwunden sind und dass gerade die Allgemeinmedizin im Prinzip kein eigenes Fach im Krankenhaus ist – wir wollen da eigentlich Menschen, die basismedizinisch breit ausgebildet sind, das finden Sie aber in den Leistungsgruppen nicht –, dann wissen Sie, wir werden nicht nur langfristig, sondern mittelfristig ein Problem mit der Qualität in der ärztlichen Weiterbildung haben und haben sie zum Teil jetzt schon. Denn Weiterbildung wird leider in keiner Reform mitgedacht.

Wenn die Leistungsgruppe „Kinderkardiologie“ verschwindet, dann verschwindet das Fach. Das muss mitgedacht werden. Ich weiß, die Kammern sind da sehr laut, aber es ist schwierig, das Thema „ärztliche Weiterbildung“ in der Praxis umzusetzen, solange

Medizin so durchökonomisiert arbeiten muss, um zu überleben. Auch die aktuell ausgestaltete Krankenhausreform ändert nichts an diesem Umstand.

Prof.'in Dr. Heike Köckler (Hochschule Bochum, Fachbereich Gesundheitswissenschaften): Ich gehe zunächst auf den Hinweis auf Hamburg und Niedersachsen ein. In Hamburg gab es ein vom Innovationsfonds finanziertes Projekt, über das Gesundheitskioske in Billstedt und Horn aufgesetzt und gesundheitsökonomisch evaluiert wurden. Die Idee des Gesundheitskiosks, wie er mal aufgesetzt und aus Skandinavien übernommen wurde, ist ja nicht nur die Lotsenfunktion, sondern es ging auch um Gedanken über die Finanzierung. In einer Studie ist ökonomisch nachgewiesen worden, dass es Einsparungen auch für die Krankenkassen gibt. Das funktioniert aber nur mit Versorgungsmodellen, die mit Einschreibungsgesellschaften und Ähnlichem angelegt sind. Dafür hätte es einen gesetzlichen Rahmen geben können, der jetzt nicht gekommen ist. Ich möchte darauf hinweisen, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, auch mit Einsparungen durch Gesundheitsförderung und Lotsenfunktion.

Die Frage nach der gGmbH finde ich sehr wichtig. Das Modell, das in Wattenscheid mit dem Gesundheitskiosk läuft, ist eine gGmbH. Daran ist, wie ich vorhin sagte, unter anderem die AWO beteiligt, die AOK ist dabei. Es gibt einen Dienstleistungsvertrag – ich weiß nicht, ob das der formaljuristisch richtige Begriff ist – mit der Kommune, weil das Ganze im Bereich der Daseinsvorsorge gedacht und angesiedelt ist. Den Bereich habe ich mir extra noch mal angeschaut, wir machen ja viel Urban Health im Ruhrgebiet. Ich sage gleich noch etwas zum Thema „soziale Ungleichheit". Das ist im Ruhrgebiet ein Riesenthema.

Aber der ländliche Raum ist auch sehr wichtig. In Niedersachsen gibt es regionale Versorgungszentren, die teilweise mit EU-Strukturförderung auch aus dem ländlichen Raum – ich bitte, wirklich immer ausschussübergreifend zu denken und zu handeln – solche regionalen Versorgungszentren einrichten, die MVZs kombinieren mit Angeboten der Daseinsvorsorge. Herr Hecker hat das sehr deutlich gemacht. Im ländlichen Raum geht es zum Beispiel auch um Einzelhandel; dritte Orte nennen wir das, also Orte, wo man weder arbeitet noch wohnt. Kirchengemeinden schließen. Da brechen teilweise Dinge und Aspekte weg, die sonst im ländlichen Raum noch übernommen werden. Es gibt unterschiedliche Ansätze in Niedersachsen, das können wir gerne noch vertiefen. Ich habe mir das extra für den ländlichen Raum angeschaut.

Ich möchte gerne auf die Frage der Gerechtigkeit eingehen und denke, das war eher aus der Perspektive der Bevölkerung gemeint. In Verdichtungsräumen sehen wir sehr deutliche Unterschiede in der Gesundheit. Es besteht eine soziale Ungleichheit in der Lebenserwartung von bis zu acht Jahren, je nach Stadtteil, in dem jemand aufwächst. Es sind viele Faktoren. Ich will gerne die Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, also „Health in All Policies", hervorheben. Das hängt sehr stark mit den Lebensbedingungen zusammen.

Wir wissen, dass die Lebenserwartung in einzelnen Stadtteilen im nördlichen Ruhrgebiet deutlich geringer ist. Das ist kein Stadt-Land-Ding. Am ältesten wird man auch in Städten. Die höchste Lebenserwartung in NRW haben Menschen in Bonn und Münster, die niedrigste Menschen in Gelsenkirchen und Herne; die Städte wechseln sich regel-

mäßig ab. Das sind keine Geheimdaten, das ist jederzeit beim Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz zugänglich und einsehbar. Innerhalb der Städte sind die Lebensbedingungen auch wieder kleinräumig zu unterscheiden.

Was Gerechtigkeit im Gesundheitssystem angeht, würde ich auf „Health in All Policies“ auch in den anderen Ausschüssen setzen. Wir haben eine sehr gute Evidenzlage, was mentale Gesundheit angeht. Sie haben den Faktor „Urban Health“ mit Bezug auf die Kollegin Schneider angesprochen. Es hängt sehr stark von den Verhältnissen ab, in denen wir leben.

Wir wissen, dass Feinstaub Demenz fördert. Das ist nachgewiesen, und das wirkt sich auch auf die Umweltgesetzgebung der EU aus. Das ist gesichert. Es gibt Ursachen oder Zusammenhänge im Bereich von Lärm. Die Lärmaktionsplanung, die in all Ihren Kommunen stattfindet, in Stadt und Land, könnte ein bisschen mächtiger sein. Wir versuchen, die Lärmbelastung zu reduzieren, weil wir wissen, welche Auswirkungen Lärm im Hinblick auf nicht übertragbare Krankheiten und auf die mentale Gesundheit haben kann.

Positive Effekte von Grün und Blau sind auch sehr gut erforscht. Dieser sehr gute Forschungsstand findet mittlerweile teilweise Eingang in rechtliche Grundlagen, die dann aber angegangen und umgesetzt werden müssen. Ich würde mir einen stärkeren Gesundheitsbereich wünschen, der sich in solche Planungsprozesse einbringt.

Das neue Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, das Sie alle sicherlich gut kennen, weil Sie es mit auf den Weg gebracht haben, stärkt die Rolle des ÖGD in der kommunalen Planung. Kommunale Planung hat andere Träger öffentlicher Belange und andere Ämter zu beteiligen. Die müssen den Weg gehen können. Das unterstützen wir von Hochschulseite aus immer sehr und bilden dementsprechend aus. Wer bei uns Gesundheitswissenschaften oder gesundheitsbezogene Soziale Arbeit studiert hat, der weiß zumindest, was ein Bebauungsplan, was ein Luftreinhalte- und ein Lärmaktionsplan ist. Das wissen einige der Anwesenden vielleicht nicht. Das ist völlig in Ordnung. Ich habe auch von Medizin nicht so viel Ahnung, obwohl ich an einer Hochschule für Gesundheit tätig bin. Aber sie müssen kommunikationsfähig sein. Sie müssen fähig sein, das Thema „Gesundheit“, das in jedem ersten Paragrafen der Umweltgesetzgebung als Ziel verankert ist, bedienen zu können. Das ist teilweise schwierig.

Die kommunalen Gesundheitskonferenzen werden sehr unterschiedlich bespielt. Manche tagen einmal im Jahr, und man freut sich, dass man sich mal wieder sieht. Andere machen das durchaus dynamischer. Auch das ist ein Ansatz, bei dem Wissenschaft und Praxis zusammenarbeiten können.

Ich bin Mitglied der Kommunalen Präventions- und Gesundheitskonferenz in Herne. Herne ist es einfach wichtig, sich aktiv mit Hochschulen auszutauschen. Wir führen dort ein aktuelles Forschungsprojekt zu Urban Community Mental Health in Innenstädten am Beispiel der Stadt Herne durch. Im Forschungskontext gibt es immer ein Lächeln im Gesicht, wenn wir an Innenstädte und Herne denken, und es wird gefragt, warum wir da Community Mental Health machen. Die Antwort ist: weil es da sehr bedeutsam ist. Viele kennen die Herner Innenstadt. Die ist vergleichbar mit anderen

Innenstädten. Wissenschaft hat schon die Aufgabe, aus dem Elfenbeinturm rauszugehen, in kommunalen Gesundheitspraxen dabei zu sein und das zu machen.

Abschließend möchte ich gerne noch etwas zum Thema „Digitalisierung, Telemedizin“ und Ähnlichem sagen; das habe ich auch in der Stellungnahme ausgeführt. Das ist für mich ein Beispiel, dass wir aus einem Zusammenschluss von Wissenschaft und Praxis sehr gut agieren können. In Bochum gibt es den Gesundheitscampus als einen Standort, an dem wir mit der Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsunternehmen zusammenarbeiten. Wir haben gemeinsam mit der MedEcon Ruhr und dem Fraunhofer ISST ein sehr großes Projekt zum Wandel durch Innovation in der Region eingeworben, bei dem wir konkret zu Digitalisierung und Gesundheit arbeiten. Wir bauen jetzt, neudeutsch genannt, im Co-Design mit Kommunen Gesundheitsplattformen auf.

Wir beginnen gerade ein Projekt mit der Stadt Oberhausen, und es ist schon klar, dass das weitergetragen wird, voraussichtlich in die Städte Duisburg, Gelsenkirchen und Bochum, die großes Interesse daran haben, dass wir Informationen auf eine digitale Art bereitstellen, die die unterschiedlichen Bedarfe – Sprachkompetenz, Gesundheitssystemkompetenz – bedienen können, aber auch verschiedene Leistungserbringer integrieren. Wir sind dabei, das mit finanzieller Förderung aus dem Forschungsbereich auf den Weg zu bringen. Aber auch die Bundesförderung nötigt uns mittlerweile zu Recht, Praxispartner zu suchen, die sich mit Eigenanteilen beteiligen. Das tun sie nur, wenn man einen ersten Proof of Concept macht und sagt: Wir gehen davon aus, dass sich das Ganze lohnen wird.

Deshalb: Gehen Sie auf Ihre Hochschulen zu. In OWL hat Bielefeld eine sehr aktive Hochschule. Ich breche auch noch einmal die Lanze für die HAWs, ohne die Kollegen an den Universitäten einschränken zu wollen. Denn die wirkliche Anwendungsorientierung, die Zusammenarbeit mit der Praxis liegt in der Kern-DNA der Hochschulen für angewandte Wissenschaften, dafür stehen sie in der Regel gerne bereit.

Mario Hecker (Gemeinde Kalletal): Wir haben schon viel gehört. Ich bin sehr dankbar dafür, dass ich in dieser Runde dabei sein darf, weil ich heute eine ganze Menge dazugelernt habe.

Ich mache es mal wie Herr Pichler bei der Vorstellung. Vorhin habe ich Ihnen unterschlagen, dass ich parteilos bin. Das sage ich an dieser Stelle, weil ich glaube, dass ich etwas freier kommunizieren kann, als wenn ich in irgendeine Richtung politisch gebunden wäre. Warum tue ich das? Weil ich mir zwei Dinge aufgeschrieben habe, die es zu beantworten gilt, obwohl die Fragen gar nicht direkt an mich gerichtet waren. Das eine ist Gerechtigkeit, und das andere ist der Gleichheitsgrundsatz. Im Grunde genommen hängen die Punkte sehr eng zusammen, und trotzdem sind sie getrennt.

Wenn ich hier Begriffe wie „Schlagzahl“ und „Zwei-Minuten-Medizin“ höre, was ich absolut nachvollziehen kann, weil die Ärzte dermaßen unter Druck sind, überhaupt die Patienten, die sie bekommen, zu behandeln, dann denke ich, das grenzt schon ein Stück weit – und das meine ich nicht irgendwie kritisch, aber ich setze es in Anführungszeichen – an Massenabfertigung. In dieser Runde sollte es eigentlich um die Menschen gehen, aber die Diskussion heute Morgen dreht sich in der Hauptsache

ums Geld. Das ist so, und das kann ich auch nachvollziehen. Deswegen sitze auch ich hier. Ich würde lügen, wenn ich etwas anderes sagen würde.

Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich bedeutet für mich, dass Menschen, egal ob sie in der Stadt oder auf dem Land wohnen, wohnortnah versorgt werden können, sich nicht ins Auto setzen und eine halbe Stunde fahren müssen, sich nicht in den Bus setzen und eine Dreiviertelstunde fahren müssen. Eine wohnortnahe Versorgung zählt für mich zur Gerechtigkeit.

Gleichheitsgrundsatz bedeutet für mich, dass Ärzte, die sich niederlassen wollen, nicht schlechter behandelt werden als Kommunen, die ein MVZ gründen wollen. Die Frage ist, warum eine Kommune ein MVZ gründen darf, warum sie überhaupt zugelassen wird. Eine Kommune wird eigentlich nur zugelassen – korrigieren Sie mich, wenn ich etwas Falsches sage –, wenn es ein Versorgungsdefizit gibt. Ansonsten könnte es ja schwierig werden.

Wenn wir in Kalletal 120 % Versorgung gehabt hätten, dann hätten Sie sicher gesagt, dass aus dem MVZ nichts nicht. Die Gemeinde Kalletal gehört zum Mittelbereich Lemgo. Da waren vor einiger Zeit noch 14 Arztsitze vakant, und unser Versorgungsgrad lag bei um die 75 %. Das waren 14 Arztsitze für Kalletal und Lemgo zusammen. Jetzt muss ich Ihnen nicht die politische Diskussion beschreiben, die es auch um ein MVZ geben kann. Deswegen habe ich eben vorausgeschickt, dass ich parteilos bin. Es gibt natürlich Menschen, die dafür sind, und es gibt Menschen, die aus gutem Grund dagegen sind. Da spielen Interessen eine sehr große Rolle. Nur, wenn man feststellt, dass ein Arzt verstorben ist und die Menschen in Not sind, dann muss man agieren.

Warum dann das Modell MVZ? Das MVZ ist aufgeteilt in einen kaufmännischen Bereich und in einen medizinischen Bereich. Das hat man aus gutem Grund getan. Denn die Mediziner, die das mal studiert haben, weil sie für die Menschen da sein möchten, wollen auch die Zeit für die Behandlung der Menschen haben und nicht den bürokratischen Wust, von dem wir gerade gehört haben, abarbeiten müssen. Die kaufmännische Seite kann das für sie erledigen.

Wenn Sie sich die Bertelsmann-Studie, die mit der BARMER Anfang Oktober veröffentlicht wurde, mal etwas näher zu Gemüte führen und die Umfragewerte unter den Ärzten anschauen, ob und wann sie sich auf dem Land selbstständig machen wollen, wie überhaupt die Lage aussieht, dann werden Sie relativ schnell feststellen, dass es insgesamt, selbst wenn es gelingen würde, alle Arztsitze zu halten, die jetzt noch belegt sind und in den nächsten 15 Jahren unter Umständen vakant werden, weil keine Nachfolge gefunden wird und die jetzigen Ärzte zu alt sind, nicht ausreichen würde. Es würde nicht ausreichen, weil die Mediziner sagen, sie wollen sich um die Menschen kümmern, nicht 60, 70 Stunden pro Woche arbeiten und davon 25 % mit bürokratischem Aufwand verbringen. Das geht sehr in diese Richtung.

Trotzdem darf ein MVZ in kommunaler Hand nicht bevorzugt werden gegenüber Allgemeinmedizinern, die sich niederlassen wollen. Da bin ich völlig bei Ihnen. Ich habe aber nicht das Gefühl, dass es eine ungerechte Behandlung gibt. Denn ich würde auch lügen, wenn ich Ihnen sagen würde, dass wir keine Förderung bekommen haben. Das

ist nicht der Fall. Für beide Ärzte haben wir eine Förderung der KVWL und auch des MAGS bekommen, was dann über die Bezirksregierung abgeleitet wird. An manchen Stellen reicht das aber aus den Gründen, die ich in der ersten Fragerunde beschrieben habe, nicht aus.

Dazu kommt das Thema „Kinderarzt“. Wir sind in der glücklichen Lage, dass wir eine Kinderärztin gefunden haben, die im nächsten Jahr im MVZ starten soll. Ich gucke mal hier in die Runde: Entweder Sie selbst oder Ihre Kinder haben vielleicht schon mit deren Kindern bei einem Kinderarzt im Treppenhaus gesessen und gehofft, dass sie irgendwie noch zwei Minuten drankommen; ich nehme jetzt bewusst die zwei Minuten. Wenn ich dann lese, dass Kinderärzte nicht mehr die Zeit haben, über die Regeluntersuchungen aus dem wunderbaren gelben Heft hinaus andere Untersuchungen durchzuführen, dann läuft etwas falsch in diesem Land. Denn wenn wir bei den Kleinsten nicht anfangen, vernünftig zu untersuchen und Vorsorge zu betreiben – das betrifft ja auch das, was Sie eben beschrieben haben, welche Leistungen jetzt quasi rausgefallen sind –, dann werden wir die Probleme später im Alter haben.

Deswegen meine ganz große Bitte: Bitte setzen Sie sich hier im Landtag dafür ein, dass es für Kommunen, für Allgemeinmediziner oder Ärzte welcher Fachrichtung auch immer – ich muss es leider sagen – möglich wird, finanzielle Unterstützung zu bekommen, damit das Ganze überhaupt läuft. Tatsächlich geht es ums Geld.

Ein letzter Punkt: Das Sonderprogramm für die Infrastruktur habe ich mit sehr viel Wohlwollen zur Kenntnis genommen. Das ist vom Ansatz her durchaus sehr gut ausgearbeitet. Ich habe auch mit Freude wahrgenommen, dass die Gesundheitsversorgung erwähnt wird. Leider ist das Thema „Gesundheitsversorgung“ dem Land zugeordnet. Das, was mit dem Geld im Bereich der Gesundheitsversorgung passiert, hat sich das Land vorbehalten. Zu diesem Infrastrukturvermögen, das es jetzt vom Land über den Bund gibt – auch vom Land selbst kommt etwas –, muss ich Ihnen ganz ehrlich sagen: Bitte sorgen Sie dafür, dass auch Kommunen die Möglichkeit erhalten, ob für Allgemeinmediziner, die sich niederlassen wollen, in Verbindung mit der KV oder für ein kommunales medizinisches Versorgungszentrum – da, wo ein Engpass in der Gesundheitsversorgung besteht, die Prozente habe ich gerade angesprochen – das Geld zu nutzen. Denn ich kann Ihnen sagen: Wir haben in Kalletal sämtliche Turnhallen und Schulen energetisch saniert. Ich bin froh, dass wir es nicht mehr tun müssen, weil die Preise jetzt durch die Decke gehen und das niemand mehr bezahlen kann. Dann würde ich es gerne für das einsetzen, was die Menschen wirklich brauchen, und das ist die Gesundheitsversorgung.

Vorsitzender Josef Neumann: Ich schaue in die Runde, ob es weitere Fragen gibt. – Das ist nicht der Fall.

Ich habe heute früh bei meinem Hausarzt einen Fünf-Minuten-Termin für Anfang November vereinbart. Also gehöre ich zu den Glücklichen.

> (Dr. Laura Dalhaus [Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe]: Dafür kriegen Sie bei uns zwei Minuten am gleichen Tag!)

– Okay, ich überlege es mir noch mal.

Ich bedanke mich bei den Sachverständigen für die Bereitschaft, unsere Fragen zu beantworten, und wünsche Ihnen, wohin auch immer, einen guten Nachhauseweg.

Das Protokoll der heutigen Sitzung ist nach Fertigstellung auf der Internetseite des Landtags nachzulesen. Der Ausschuss wird sich mit der Auswertung in einer der nächsten Sitzungen beschäftigen.

Die Ausschussmitglieder sehen wir heute noch zweimal, zur ordentlichen Sitzung um 15:30 Uhr und zur nächsten Anhörung um 17:00 Uhr. Heute ist noch einiges los. – Vielen Dank.

gez. Josef Neumann
Vorsitzender

Anlage
17.11.2025/18.11.2025

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

NRW muss funktionieren: Gesundheit vor Ort: Erreichbare Versorgung, wenn sie gebraucht wird
Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/13810

am Mittwoch, dem 29. Oktober 2025
10.00 bis (ca.) 12.00 Uhr, Raum E1 A16, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellung-nahme
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Düsseldorf	**Dr. Dirk Michel** **Ansgar von der Osten**	**18/3034**
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund		**18/2977**
Landkreistag Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	**Anne Katrin Bartels**	**18/2970**
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen Düsseldorf		
Städtetag Nordrhein-Westfalen Köln	*Keine Teilnahme*	**18/2976**
Präsident Andreas Pichler Psychotherapeutenkammer NRW Düsseldorf	**Andreas Pichler**	**18/3035**
Hausärztinnen- und Hausärztever-band Westfalen-Lippe e.V. Unna	**Dr. Laura Dalhaus**	**---**
Professorin Dr. Heike Köckler Hochschule Bochum Fachbereich Gesundheitswissen-schaften Bochum	**Prof. Dr. Heike Köckler**	**18/3013**

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellung-nahme
Bürgermeister Mario Hecker Gemeinde Kalletal Kalletal	**Mario Hecker**	**---**