

11. November 2024

**Stellungnahme des Deutschen Städtetages
zur Anhörung am 13. November 2024 im
Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages**

Unsere zentralen Aussagen:

- Ein gesetzlicher Rahmen, der die Gesundheitsversorgung stärkt, wird dringend benötigt. In zu vielen Fällen und steigendem Umfang greifen etablierte, eigentlich zuständige Versorgungsstrukturen nicht oder unzureichend. Kommunen drohen zum Ausfallbürgen zu werden. Dabei sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Träger des Sicherstellungsauftrags im ambulanten Bereich. Die Städte stehen zu Ihrer Daseinsverantwortung und agieren schon jetzt entsprechend. Wahrgenommene Verantwortlichkeiten und Rahmenbedingungen müssen aber klar und teils besser geregelt sein.
- Die Gesundheitskioske, die in Vorentwürfen des GVSG enthalten waren, müssen in das Gesetz wieder aufgenommen werden. Der Bundesrat fordert ebenfalls die Wiederaufnahme. Das ist grundsätzlich richtig und entspricht den Bedarfen in vielen Kommunen. Städte sind bereit, durch die Errichtung bzw. Weiterführung von Gesundheitskiosken, insbesondere die Versorgung von Menschen mit schwerem Zugang zum ambulanten Versorgungssystem zu verbessern. Dazu bedarf es einer gesicherten Finanzierung. Die Erbringung von medizinischen Leistungen soll weiterhin durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.
- Die Gründung von MVZs zu erleichtern ist grundsätzlich begrüßenswert. Erleichterungen sollten aber vorzugsweise für Kommunen gelten. Die Kommunen können auch hier nicht regelmäßig die ambulante Versorgung sicherstellen und als Ausfallbürge gelten. Der Auftrag liegt auch nicht bei Ihnen.

A. Grundsätzliches

Im Januar 2024 hat das Präsidium des Deutschen Städtetages einen Beschluss ([link](#)) zu Fragen der Sicherung der ambulanten Gesundheitsversorgung gefasst, der weiterhin gilt. Er betrifft an vielen Stellen die Inhalte des jetzt GVSG-Vorhabens. Deutlich wird darin die Sorge vor Versorgungsengpässen, die besondere Verantwortung der kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch die Rolle der Städte, die mehr Mitspracherecht für die örtliche Bedarfsplanung von Arztstellen erhalten müssen. Zu den jetzt nicht mehr im Gesetzentwurf enthaltenen Gesundheitskiosken heißt es hierin: *„Das Präsidium bekräftigt die Bereitschaft der Städte, durch die Errichtung bzw. Weiterführung von Gesundheitskiosken, insbesondere die Versorgung dieser Menschen zu verbessern. Dazu bedarf es einer gesicherten Finanzierung. Die Erbringung von medizinischen Leistungen soll weiterhin durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.“*

Im jetzigen Entwurf vermissen wir sinnvolle Regelungen zu Gesundheitskiosken. Sie waren angekündigt und in Vorentwürfen enthalten. Teilweise sind Kommunen in der Sache bereits tätig und warten auf Verbindliches. Dort ist das Streichen der Regelungen für diesen Bereich unverständlich und wird mit großer Enttäuschung wahrgenommen. Der Bundesrat wirkt in eine richtige Richtung, wenn er die Wiederaufnahme der Gesundheitskioske fordert.

Die konkrete Einrichtung von Gesundheitskiosken nach einem entsprechenden Gesetz würde sicherlich viel von örtlichen Situationen abhängen. Ein Initiativrecht (keine Pflicht) der Kommunen, so wie es zunächst vorgesehen war, wäre grundsätzlich sinnvoll gewesen. An vielen Orten wären sie als Baustein einer bürgernahen und guten Versorgungslandschaft gerade für vulnerable Gruppen mit schwierigem Zugang zum Gesundheitssystem sinnvoll. Die Erfahrungen, die Kommunen im Zuge der Arbeit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens machen und die dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung dienen, zeigen, dass niedrigschwellige Angebote für die Bürgerinnen und Bürger dringend gebraucht werden, um der zunehmend schwierigen Lage im Bereich der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken.

Insbesondere der beratende Ansatz der Gesundheitskioske würde zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie zur einfachen Umsetzung präventiver Maßnahmen und schließlich zur Entlastung der hausärztlichen Versorgung beitragen können. Das wäre ein signifikantes Plus gegenüber Einzelberatungen zu Einzelproblemen von Stellen, die den mitangesprochenen Zielgruppen teils noch nicht einmal bekannt sind. Gerade in Regionen mit hohen sozialen Herausforderungen besteht ein hoher Bedarf an niedrigschwelligen Beratungsangeboten, um die Zugänge in die gesundheitliche Versorgung zu sichern und die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Zudem führt die demographische Entwicklung zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, sodass ein breiter, koordinierter Ansatz der Grundversorgung, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt, sehr sinnvoll wäre. Auch das Berufsbild der Pflege hätte hier Weiterentwicklungspotenzial.

Die verschiedenen neuen Versorgungsansätze von Kiosken wären aus unserer Sicht daher auch wichtige Bausteine in der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, die so zu kurz kommt. Die Kioske wurden auch als Bestandteil der Primärversorgungszentren gesehen und könnten an dieser Stelle ein wichtiger Knotenpunkt innerhalb der einzurichtenden Netzwerke sein. Auch an dieser Stelle tritt durch den Wegfall der Kioske eine Lücke auf.

Durch ein Initiativrecht auf kommunaler Ebene hätten die Kommunen die Möglichkeit, ganz konkret und bedarfsorientiert ihre Lebenswelten zu gestalten und die gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Der gesamte Bereich der öffentlichen Gesundheit und die Rolle der Kommunen und ihres öffentlichen Gesundheitsdienstes ist im vorliegenden Gesetzentwurf gegenüber Vorentwürfen stark zusammengestrichen worden und kaum mehr erkennbar.

Es ist auch aus unserer Sicht richtig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenversicherungen für die Sicherstellung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung vor Ort zuständig sind. Dennoch gibt es gerade für vulnerable, schwer erreichbare Gruppen erhebliche Probleme, überhaupt den Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem zu erhalten. Der vorliegende Entwurf fokussiert nun im Wesentlichen auf den niedergelassenen Sektor, und lässt andere Akteure außer Acht. Das widerspricht dem neuen zukunftsweisenden und richtigen Ansatz der sektorenübergreifenden Versorgung. Er geht somit auch vorbei an tatsächlich bestehenden Problemlagen vor Ort. Für die kommunale Ebene gibt es so keine ausreichenden Mitgestaltungsmöglichkeiten, obwohl dort die Problemlagen der Bürgerinnen und Bürger kumulieren und städtisches Thema werden. Mit dem kommunal getragenen ÖGD besteht auch eine Institution, die besonders nah dran an der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung ist. Berücksichtigt werden im Gesetzentwurf viele andere Institutionen, teils mit deutlich abstrakterem Zugang zu den Problemlagen; die kommunale Ebene und der ÖGD aber kaum. Dies wäre aus unserer Sicht und mit Blick auf die Versorgungssituation dringend zu verbessern, zumal hier die entsprechenden Kompetenzen, Daten, Kenntnisse und oft auch Initiativen, Netzwerke und Gremien bereits existieren.

Das ursprüngliche Ziel, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben und Schnittstellen zu optimieren, u.a. durch niedrigschwellige Beratungsangebote, wird mit dem Entwurf nicht mehr ausreichend verfolgt. Die innovativen Möglichkeiten, die sich durch Gesundheitsregionen - mit Ihren positiven Möglichkeiten für abgestimmte Bedarfsplanungen -, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske ergeben hätten, werden nicht realisiert.

Vor diesem Hintergrund beurteilen wir den gegenüber Vorentwürfen stark verkürzten Gesetzesentwurf als deutliche Verschlechterung. Er erscheint als falsches Signal in einer Zeit des zunehmenden Fachkräftemangels und der Notwendigkeit einer stärkeren intersektoralen Kooperation darauf zu verzichten.

Die Änderungsforderungen des Bundesrates gehen jedenfalls grundsätzlich in eine bessere Richtung, weil sie die Gesundheitskioske wieder berücksichtigen. Sie beinhalten jedoch auch Änderungen zu Vorentwürfen des GVSG, bei denen die Vorentwürfe sachgerechter waren. Das betrifft etwa den kommunalen Finanzierungsanteil, der in Vorentwürfen mit 20 % vorgesehen war, vom Bundesrat nun aber mit 44,5 % vorgeschlagen wird. Angesichts bestehender Verantwortlichkeiten sollte hier ein signifikant geringerer kommunaler Anteil vorgesehen werden.

Möglichkeiten für Gesundheitskioske sollten in einem geänderten Entwurf jedenfalls wieder vorgesehen werden. Wir plädieren für ein adäquates - ohne Doppelstrukturen und inklusive gesicherter Finanzierung - erneutes Aufgreifen.

B. Zu Einzelregelungen

Zu

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

BT-Drucksachen 20/11853, 20/12664

Zu Artikel 1 Nr. 2, zu § 28 (3), Konsiliarbericht

Auf die Erstellung eines Konsiliarberichts darf zum Schutz der Patientinnen und Patienten nicht verzichtet werden. Auch Psychotherapie hat Nebenwirkungen. Es darf nicht auf differentialdiagnostische Betrachtungen / Ausschluss körperlicher Ursachen verzichtet werden. Die reine Überweisung des Vertragsarztes zum Psychotherapeuten schließt das erfahrungsgemäß nicht aus.

Zu Artikel 1 Nr. 4a (neu, entsprechend Stellungnahme Bundesrat), SPZ

Eine Verbesserung und Klarstellung der Finanzierung der SPZ ist notwendig. Der in der Stellungnahme des Bundesrates beschriebene Umstand einer problematischen GKV-Finanzierung wird auch von uns festgestellt. Eine klargestellte Finanzierungsverantwortung bei der GKV ist notwendig, um die wichtige Arbeit der SPZ sicherzustellen.

Auch allgemein ist im Bereich der Abgrenzung der Behandlungspflege von Leistungen der Eingliederungshilfe eine zunehmend problematische Situation zu Lasten der Eingliederungshilfe feststellbar. Dies ist weder für die betroffenen Familien noch für die Träger der Eingliederungshilfe akzeptabel.

Zu den Artikeln 1, Nr. 10, zu § 92 SGB V und Nr. 15, zu § 116b SGB V sowie Nr. 22, zu § 140f SGB V, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Referentenentwurf sieht eine Reihe von Änderungen der Verfahren des G-BA und auch eine erhebliche Ausweitung der Beteiligungsrechte und -erfordernisse vor. Die Definition der Betroffenheit ist dabei weit gefasst. Hier steht zu befürchten, dass die angezielte Beschleunigung der Verfahren des G-BA so nicht erreicht werden kann; zumindest in Konkurrenz steht. Wichtig erscheint, auf die Entscheidungsbasis und ihre Verankerung in wissenschaftlicher Evidenz zu achten. Auch muss sichergestellt sein, dass selbst gut gemeinte Strukturvorgaben Problemlagen vor Ort nicht noch eher verschärfen.

Zu Artikel 1 Nr. 11, zu § 95, MVZ

Die ursprünglich in Vorentwürfen angedachte Stärkung der kommunalen Einflussnahme bei lokalen Versorgungsdefiziten ist im Entwurf nicht mehr zu finden. Beschränkungsmöglichkeiten bei der Sicherheitsleistung gegenüber der KV gelten letztlich auch für nichtkommunale MVZ. Das Potenzial einer Versorgungsverbesserung wurde hier nicht realisiert. Die beabsichtigte Beschränkung der Sicherheitsleistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist

im Entwurf ist zudem auch zu unkonkret. Es ist nicht absehbar, in welcher Höhe eine Einigung zwischen GKV und KV erfolgen wird.

Kommunen, die nicht ohnehin bereits über ihre Kliniken an MVZ beteiligt sind, können nun zwar leichter von der Betreiberform der AÖR in die Rechtsform der GmbH zur Gründung eines MVZ wechseln. Dennoch fehlt es auch weiterhin an wirklicher Einflussnahme auf die medizinische Versorgung vor Ort. Auch die Zulassung kommunaler MVZ setzt die Verfügbarkeit von Arztstellen im Versorgungsbezirk voraus und ist den normalen Regelungen der Bedarfsplanung unterworfen. Lokale Versorgungsengpässe lassen sich somit auch nur bedingt über eine Beteiligung der Kommune lösen.

Insgesamt kommt die ursprüngliche Idee einer Verbesserung der kommunalen Stellung bei gleichzeitiger Einschränkung der Möglichkeiten von Investoren-MVZ im vorliegenden Entwurf nicht zum Tragen. Gleichwohl werden Erwartungen geweckt, dass die Kommune den immer mehr zu spürenden Mangel in der medizinischen Grundversorgung beheben könnten und sollen. Allerdings profitieren demgegenüber besonders die stark gewinnorientierten Investoren-MVZ von der Beschränkbarkeit der Sicherheitsleistungen. Insgesamt führt dies insbesondere zu einer Verstärkung der Konzentration überregional beplanter Facharztgruppen in Ballungszentren, an der faktisch auch die vorgesehene Beteiligung der Landesbehörden absehbar nichts ändern wird. Es muss besser darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer rein investorengetriebenen Versorgung kommt, die die Gefahr in sich trägt, zu sehr auf Rendite und zu wenig auf eine verbesserte Versorgungssituation insgesamt ausgerichtet zu sein.

Damit werden die in Vorentwürfen besseren Ansätze nun zu einer Auffanglösung für die Verhinderung einer völligen Unterversorgung im hausärztlichen Bereich sowie einigen wenigen fachärztlichen Versorgungsgruppen mit räumlicher kleinteiliger Planung in strukturschwachen Gegenden.

Wenn die kommunalen Ansätze verbessert werden sollen, würden wir uns weitere, speziell für Kommunen geltende Erleichterungen - etwa Begrenzung der Bürgschaften - wünschen. Auch könnten solche Regelungen zu MVZ nicht die einzige Lösung sein, da die Gefahr besteht, dass das finanzielle Risiko zum Großteil auf die Kommunen abgewälzt wird.

Es muss auch klar bleiben, dass der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im gemeinsamen Wirken der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung zu erfüllen ist. Diese müssen da wo das nötig ist, weitergehend tätig werden. Die Kommunen sind hierfür kein Ausfallbürge.

Weiterhin muss dringend die Bedarfsplanung auf die derzeitigen Herausforderungen angepasst werden. Das Planungssystem muss der immer kritischer werdenden Versorgungslage, besonders in vulnerablen Gebieten, entgegenwirken. Des Weiteren müssen die Hürden beseitigt werden, die angehende Medizinerinnen und Mediziner von einer Niederlassung abhalten. Der Sachverständigenrat des BMG hat in seinem jüngsten Gutachten unterstrichen, dass der Einsatz von medizinischen Fachkräften derzeit ineffizient erfolgt. Hier muss unsere Gesundheitssystem dringend justiert werden.

Zu Artikel 1 Nr. 12, zu § 101 Absatz 4a (neu), Arztgruppen

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, zukünftig als eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe zusammengefasst werden und so ein Monitoring erfolgen kann. Dies kann zu mehr Klarheit bei der Betrachtung der Versorgungslage führen. Es wird jedoch nicht automatisch zu einer Verbesserung derselben beitragen. Eine zu prüfende Überlegung in diesem Zusammenhang wäre, dass ein stärkerer Rückgriff auf Psychologen in der Psychotherapie die Versorgungssituation entspannen könnte.

Der Fokus kann auch nicht alleinig auf der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen, sondern muss die Facharztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Gesamtheit einbeziehen. Ziel darf nicht nur die Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sein, sondern muss die gesamten Versorgungspfade bei kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen umfassen. Es geht um die ganzheitliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und nicht nur um den Teilbereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Engpässe bei der ärztlichen Versorgung können zu einer Diskontinuität bzw. Fehl- und Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen führen.

Insgesamt zu beachten ist, dass mit der Regelung eine Erwartung bei den Bürgerinnen und Bürgern geweckt wird, die dann aber wahrscheinlich angesichts des Fachkräftemangels nicht erfüllt werden kann. Für die Kommunen ist auch hier keine Steuerungsmöglichkeit vorgesehen, um einer etwaigen Unter-/Fehlversorgung entgegenzuwirken.

Zu Artikel 1 Nr. 13, zu § 105 SGB V, Klarstellung Strukturfonds

Zu begrüßen ist die Klarstellung, dass das Fehlen einer drohenden oder aktuellen Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keinen hinreichenden Ablehnungsgrund darstellt.

Zu Artikel 1 Nr. 24, zu § 217 f SGB V, Kennzahlen

Wir halten es hier für bemerkenswert, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Vergleichskennzahlen selbst festlegen können. Das Besondere daran wird deutlich, wenn dies z.B. aus Krankenhaussicht gesehen wird, wo dies gänzlich anders erfolgt. Aus dieser Sicht entsteht der Eindruck, dass das BMG hier die Akteure unterschiedlich behandelt. Aus Patientensicht wären sicher eine Reihe von Qualitätsparametern, z.B. insbesondere die Wartezeiten auf eine Behandlung interessant.

Zu Artikel 6 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Möglichkeit der Ermächtigung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung für besonders herausfordernde und schwer kranke Personengruppen (geistige Behinderung, Suchterkrankung, schwere soziale Einschränkungen) ist zu befürworten, weil gerade diese Personengruppen aktuell (v.a. von den Psychotherapeuten) deutlich unterversorgt sind. Sinnvoll erscheint hier allerdings eine vorrangige Kooperation mit den sozialpsychiatrischen -

und wenn vorhanden kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten sowie mit den aufgeführten unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten.

Weiteres:

Medizinstudienplätze

Dringend wird eine Förderung und der Ausbau von Medizinstudienplätzen benötigt. Der Ärztemangel im Gesundheitssystem und insbesondere auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist schon jetzt offensichtlich und wird sich aus demografischen Gründen noch verstärken. Mit dem Wegfall der Idee eines Förderfonds für Medizinstudienplätze wird eine Chance der Weiterentwicklung der vorhandenen Studienmöglichkeiten vertan.

Gesundheitsregionen (in Vorentwürfen § 140b SGB V) fehlen als ermöglichte Regelung in geeigneter Ausgestaltung. Hierzu kann grundsätzlich auf unsere Ausführungen zu den Gesundheitskiosken verwiesen werden. Die Argumentation gilt analog.

Zu

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken BT-Drucksache 20/8860

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen steht im Fokus von gesundheitlichen Diskussionen sowohl im Kontext der Belastungen durch die Corona-Pandemie als auch angesichts seit Jahren steigender Inanspruchnahme von Leistungen. Trotz verbesserter Versorgung seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes müssen Erkrankte lange Wartezeiten von zum Teil mehreren Monaten in Kauf nehmen, bis z. B. ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten zustande kommt. Die Versorgungslücken sind teils enorm. In psychischen Krisen ist das unzumutbar. Der zunehmende Fachkräftemangel wird die Leistungserbringung in fast allen Versorgungsbereichen weiter negativ beeinflussen und Versorgungsengpässe nehmen zu.

Der Deutsche Städtetag begrüßt deshalb den Antrag der Fraktion der CDU/CSU, die Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen zu stärken.

Bei der psychischen und psychotherapeutischen Versorgung sind Bedarfe offensichtlich nicht gedeckt. Der Antragsteller bezieht sich in dem Antrag jedoch vorrangig auf die psychotherapeutische Versorgung. Aus unserer Sicht ist es mindestens genauso wichtig, auch die fachärztliche Diagnostik und Behandlung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie des Erwachsenenalters abzusichern und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Neben den Bedarfsplanungen und den Maßnahmen des SGB V sind zudem die Sicherung und der Ausbau regionaler gemeindepsychiatrischer und psychosozialer (einschließlich suchthilflicher) Angebote unverzichtbar. Die langfristige finanzielle Sicherung von niedrighschwelligem Angeboten ist dabei dringend erforderlich. Hier dürfen Länder und insbesondere die Kommunen nicht allein gelassen werden.

Ein stabiles, gut ausgebautes und vernetztes ambulantes System entlastet langfristig den stationären Bereich und reduziert Kosten in der Eingliederungshilfe. Denn u.a. die Richtlinie der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) behindert die Versorgung im stationären Bereich. Der Fachkräftemangel droht in den nächsten Jahren zum entscheidenden limitierenden Faktor in der Versorgung zu werden. Eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes ist unumgänglich, um weitere Versorgungslücken zu vermeiden.

Parallel zu den in allen Bundesländern etablierten Sozialpsychiatrischen Diensten wird der flächendeckende Aufbau multiprofessioneller Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienste angeregt.

Zum Punkt 6 des Antrages "gemeinsam mit den Ländern und Kommunen intensive Anstrengungen zu unternehmen, um insbesondere für Kinder und junge Menschen niedrigschwellige und flächendeckende Zugänge zu Beratungs- und Hilfsangeboten auszubauen" möchten wir anmerken, dass in Anbetracht der steigenden Zahlen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen die Forderung der CDU/CSU Fraktion nach einer verstärkten Förderung von schulpсихologischen Angeboten oder Anlaufstellen mit Peer-Group-Ansätzen (eventuell auch Selbsthilfegruppen, die auf professionelle Hilfsangebote auch verweisen) zu befürworten ist. Zudem wird die Forderung der kontinuierlichen Schulung von Personen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereichs zur Prävention von psychischen Belastungen und Erkrankungen sehr begrüßt. Werden bereits frühzeitig Problemlagen durch Personen, die täglich mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt sind, erkannt, kann dies die gesundheitliche Lage verbessern sowie gesamtgesellschaftliche Kosten senken.

Zu

**Antrag der Fraktion der CDU/CSU
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken
BT-Drucksache 20/11955**

Die Gesundheitsversorgung steht grundsätzlich vor enormen Herausforderungen. Krankenhäuser kämpfen aufgrund der hohen Defizite um das Überleben. Der demografische Wandel zeichnet sich durch eine immer älter werdende Bevölkerung aus, die einen höheren Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung hat. Der stetig zunehmende Fachkräftemangel führt bereits jetzt schon zu Versorgungslücken in allen medizinischen Bereichen.

Diese Problemlagen sind nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch in vulnerablen städtischen Quartieren und Sozialräumen besonders vorhanden. In diesen Gebieten gibt es oft weniger Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Aus Sicht des Deutschen Städtetags ist es aufgrund der bestehenden und zu erwartenden steigenden Herausforderungen dringend geboten, grundsätzlich das Gesundheitssystem neu zu denken und zu strukturieren, in Zentren, aber gerade auch im ländlichen Raum.

In der ambulanten Versorgung müssen auch schlecht versorgte Stadtteile besser berücksichtigt werden. Dazu kann auch der bürokratiearme Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen hilfreich sein.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen zudem stärker in die Pflicht genommen werden, ihren Versorgungsauftrag besser zu erfüllen. Die Ambulantisierung muss zwingend weiter ausgebaut und innovative Versorgungskonzepte umgesetzt werden.

Dem Punkt 9 des Antrags, „Doppelstrukturen in der Versorgung zu vermeiden und die bislang von der Bundesregierung geplanten Doppelstrukturen an sog. Gesundheitskiosken auch tatsächlich aufzugeben“, kann nur teilweise gefolgt werden. Richtig und wichtig ist, Doppelstrukturen aufzugeben, um Ressourcen, insbesondere Personal, zu bündeln. Deshalb ist auch die Umsetzung der Krankenhausstrukturreform unumgänglich. Aus Sicht des Deutschen Städtetags ist hingegen die Einführung von Gesundheitskiosken ein wichtiger Schritt für eine gute und barrierefreie Versorgung (dazu oben).