

3. Vogelarternefassungsprogramm:

2003 469 Meldungen auf 7 367 Meldebögen
2007 360 Meldungen auf 6 877 Meldebögen

Die Zahlen der Melder und der ausgefüllten Meldebögen schwanken aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen und Vorgaben der Behörden von Jahr zu Jahr stark.

Zu 3: Das Land kooperiert mit den Naturschutzverbänden auf vielfältige Weise. Es fördert Einzelprojekte. Es arbeitet aber auch mit den Ehrenamtlichen in Form von Verträgen zusammen. Es bestehen Kooperationsverträge mit dem BUND und dem Verein Naturschutzpark Lüneburger Heide. Es steht in Verhandlungen über die Fortsetzung der Kooperation mit Naturschutzverbänden am Dümmmer. Mit dem NABU stehen die Verhandlungen über einen Vertrag zur Förderung höchst gefährdeter Vogelarten kurz vor dem Abschluss. Weitere Verträge mit Ehrenamtlichen und Verbänden über die Betreuungsstationen für verletzte, hilflose und kranke Tiere sowie für die unterzubringenden eingezogenen Tiere sind abgeschlossen worden.

Anlage 11

Antwort

des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit auf die Frage 12 des Abg. Dieter Möhrmann (SPD)

Ärztmangel im ländlichen Raum: Schwestern statt Arzt auf Hausbesuch - Pflegedienste fürchten um Fachkräfte: Wie positioniert sich die Landesregierung?

Nach einer Meldung des *Weser-Kuriers* vom 20. Oktober 2009 schlägt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) vor, Arzthelferinnen mit Hausbesuchen zu betrauen. Die KVN erhofft sich von dieser Maßnahme, die Landflucht der Allgemeinmediziner zu lindern und einer ärztlichen Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum entgegenzuwirken. Die Niederlassung als Landarzt soll damit auch wieder attraktiver werden.

Bisher gibt es besonders in den Landkreisen Peine, Wolfenbüttel, Lüneburg-Dannenberg sowie im Landkreis Gifhorn und im Landkreis Soltau-Fallingb. erhebliche Probleme. Auch Ministerin Ross-Luttmann hat sich der Thematik angenommen und einen weiteren runden Tisch eingerichtet. Bisher sind dazu zwei Modelle im Gespräch. In Niedersachsen soll das Modell „MoNi“ (Modell Niedersachsen) umgesetzt werden. Hierzu werden Arzthelferinnen in Kursen fortgebildet.

In anderen Bundesländern wird das Modell „AGnES“ (arztentlastende, gemeindenaher, E-health-gestützte, systemische Intervention) präferiert. Hier sind die Anforderungen an die Aus- und Fortbildung der nicht medizinischen Fachkräfte erheblich höher. Die AGnES-Fachkraft führt die delegierten ärztlichen Leistungen in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten durch. Die Ergebnisse der AGnES-Modellprojekte waren Grundlage einer Gesetzesänderung im SGB V, die eine Überführung in die ambulante medizinische Regelversorgung seit Januar 2009 erlaubt.

Gleichzeitig fürchten Pflegedienste im ländlichen Raum durch die neue Konkurrenz um ihre Fachkräfte. Es wird nicht ausgeschlossen, dass die ärztlichen Mitarbeiterinnen auch bisher durch Fachkräfte erbrachte Dienstleistungen im Pflegebereich mit übernehmen könnten. Dadurch würden bisher beschäftigte Fachangestellte nicht mehr ausgelastet werden, und man werde immer stärker in den Bereich der eher einfachen Pflegedienstleistungen abgedrängt.

Ich frage die Landesregierung:

1. Welches der Modelle der „Schwestern auf Hausbesuch“ präferiert sie, und warum sieht sie darin den entscheidenden Baustein zur Behebung des Ärztemangels in den genannten Landkreisen?

2. Geht es bei den genannten Modellen lediglich um die Entlastung von Hausärzten, oder ist die Befürchtung von Pflegediensten zutreffend, dass hier eine zusätzliche Einnahmemöglichkeit des ärztlichen Berufsstandes geschaffen wird und damit die Beschäftigung und Ausbildung von Fachkräften bei Pflegediensten zumindest erschwert wird und sie Marktanteile verlieren?

3. Welche konkreten Maßnahmen auf Grundlage der Koalitionsvereinbarung des Bundes wird die Landesregierung über die reine Rechtsaufsicht hinaus ergreifen, um die flächendeckende hausärztliche Versorgung in Niedersachsen zu sichern, und welche Maßnahmen ergreifen beispielhaft andere Flächenländer?

Es ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel der Landesregierung, dass auch in Zukunft alle Menschen in Niedersachsen - unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko - eine qualitativ hochwertige, möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt teilhaben können.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist nach der bundesgesetzlichen Regelung in § 75 SGB V Aufgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich in Niedersachsen ist zurzeit überwiegend als gut anzusehen. Es ist aber bereits jetzt in einzel-

nen Regionen schwierig, frei werdende Arztsitze wiederzubesetzen. Auch ist in einzelnen Regionen eine nicht ausgewogene Verteilung der Ärzte zwischen Land und Stadt zu verzeichnen.

Deshalb und auch wegen der demografischen und morbiditätsbedingten Entwicklung einer älter werdenden Gesellschaft ist eine frühzeitige Weichenstellung für und in Niedersachsen wichtig.

Die Landesregierung hat zu diesem Zweck bereits Ende 2008 einen Austausch der Beteiligten zur „Stärkung der hausärztlichen Versorgung“ initiiert und alle maßgeblichen Gesundheitsakteure Niedersachsens zur Mitarbeit eingeladen. Bislang haben zwei Gesprächsrunden stattgefunden. Das nächste Gespräch ist im Dezember 2009 vorgesehen. Der Diskussions- und Koordinierungsprozess hat bestätigt, dass auf den verschiedensten Ebenen ein ganzes Bündel von Maßnahmen notwendig ist, um die Rahmenbedingungen zur Steigerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu verbessern und mittel- und langfristig eine möglichst wohnortnahe Versorgung insbesondere durch Hausärzte sicherzustellen.

Zu den diskutierten Maßnahmen gehört es, den Beruf des Hausarztes attraktiver zu gestalten. Derzeit können Hausbesuche, Verwaltungsaufgaben und andere „einfache“ vertragsärztliche Leistungen gerade in einer stark frequentierten (ländlichen) Hausarztpraxis dazu führen, dass sich der Arzt nur noch bedingt auf seine Kernkompetenzen Diagnose und Therapie konzentrieren kann. Der damit einhergehende Zeitaufwand kann die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erheblich erschweren. Viele Studierende beurteilen die Arbeitsbedingungen des Hausarztes daher skeptisch.

Hier setzen Delegationsmodelle wie das der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsens (KVN) „MoNi“ (Ärztlich delegierbare Leistungen - Modell Niedersachsen) an. Daneben gab und gibt es weitere vergleichbare Modelle, z. B. „AGnES“ (arztentlastende, gemeindenaher E-health-gestützte, systemische Intervention, Modellprojekte in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Brandenburg), „MoPras“ (Modellprojekt Mobile Praxisassistenten in Sachsen-Anhalt) oder „VERAH“ (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis - Modell des Deutschen Hausärzterverbandes). Alle Modellprojekte wollen ein modernisiertes arbeitsteiliges Zusammenwirken zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen etablieren, damit der Hausarzt auch bei sich ändernden Rahmenbedingun-

gen hochwertige Leistungen der Primärversorgung erbringen kann.

Der Spitzenverband der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich im März 2009 auf die Umsetzung von Delegationsmodellen in die Regelversorgung bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen nach der Delegationsvereinbarung³ verständigt. Neben Regelungen zur erforderlichen Qualifikation für die medizinische Fachangestellte ist u. a. auch vereinbart worden, dass die Leistungen nur erbracht und abgerechnet werden dürfen, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 SGB V) für den Ort der Leistungserbringung eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt hat (§ 100 Abs. 1 oder 3 SGB V).

Dies vorausgeschickt, beantworte ich die Fragen namens der Landesregierung wie folgt:

Zu 1: Ein Delegationsmodell kann - abhängig von der genauen Ausgestaltung - einen ganz wesentlichen Beitrag zur hausärztlichen Versorgung darstellen. Es ermöglicht bessere Arbeitsbedingungen für den Hausarzt, der sich mehr seinen originären Aufgaben, nämlich Diagnose und Therapie, widmen kann, und hilft maßgeblich, die sich ändernden Versorgungsbedingungen (z. B. Zunahme chronischer Erkrankungen) zu bewältigen.

Die Landesregierung begrüßt das Delegationsmodell für Niedersachsen („MoNi“) der KVN und ein vergleichbares Projekt der AOK Niedersachsen im Raum Niederelbe mit einer an mehrere niedergelassene Ärzte angebotenen Betreuungsschwester. Sie bevorzugt kein bestimmtes Delegationsmodell, sondern hat vielmehr in der letzten Gesprächsrunde zur „Stärkung der hausärztlichen Versorgung“ am 14. September 2009 betont, dass am Ende für Niedersachsen ein Modell stehen sollte, das den Gegebenheiten des Landes entspricht. Die Einzelheiten sind zwischen den niedersächsischen Krankenkassen und der KVN abzustimmen.

Zu 2: Die in der Vorbemerkung genannte Delegationsvereinbarung auf Bundesebene beschränkt den Versorgungsauftrag auf die dort aufgeführten Hilfeleistungen, die „...im Einzelfall vom Arzt angeordnet und nicht durch andere nicht ärztliche Leis-

³ Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. Ärzte/Ersatzkassen, In-Kraft-Treten: 17.03.2009

tungserbringer erbracht werden" (§ 5 Abs. 1 Satz 1 der Vereinbarung).

Bei ihren Bemühungen um die Stärkung der hausärztlichen Versorgung geht es der Landesregierung um die Entlastung des Hausarztes und die Stärkung seiner Kernkompetenzen sowie um die Bewältigung zukünftiger Versorgungsanforderungen. Dies ist im Wesentlichen auch die Zielsetzung der genannten Modellprojekte. Die konkrete Ausgestaltung der Projekte obliegt den jeweiligen Verhandlungspartnern (für „MoNi“ der KVN und den niedersächsischen Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden).

Die Auswertung der Ergebnisse der über einen längeren Zeitraum angelegten Projekte ist abzuwarten.

Zu 3: Die Koalitionsvereinbarung des Bundes bestätigt in wesentlichen Punkten die in der von der Landesregierung initiierten Gesprächsrunde erfolgte Analyse der Versorgungssituation. Die folgenden Themen wurden dort bereits einer vertieften Betrachtung unterzogen:

- Steigerung der Attraktivität der allgemeinmedizinischen Ausbildung,
- Verbundweiterbildung,
- Modellprojekte zur Entlastung von Hausärzten sowie
- strategische Partnerschaft zwischen den Kommunen und der KVN.

Daraufhin haben sich Ende September 2009 auf Einladung des Sozialministeriums Vertreter der Gesprächsrunde intensiv mit dem Thema Stärkung der Allgemeinmedizin an den Universitäten auseinandergesetzt. Auch Krankenkassen und KVN haben bereits erste Gespräche zur Umsetzung des KVN-Delegationsmodellprojekts „MoNi“ geführt.

Soweit in der Koalitionsvereinbarung die Prüfung fachlicher Einwirkungsmöglichkeiten der Länder bei der Frage der flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung in Aussicht gestellt wird, begrüßt das Land Niedersachsen dieses Vorhaben.

Weiche Maßnahmen andere Flächenländer auf Grundlage der Koalitionsvereinbarung ergreifen, ist der Landesregierung derzeit nicht bekannt.

Anlage 12

Antwort

des Ministeriums für Inneres, Sport und Integration auf die Frage 13 der Abg. Uwe Schwarz, Markus Brinkmann, Marco Brunotte, Ulla Groskurt, Stefan Klein, Matthias Möhle, Petra Tiemann und Ulrich Watermann (SPD)

Kieferorthopädische Leistungen in Niedersachsen: Teilt die Sozialministerin die Auffassung von Lobbyisten in Bezug auf eine ausschließliche private Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen?

Unter der Überschrift „Ross-Luttmann: Gemeinsame Ziele in der Gesundheitspolitik“ berichten die *ZKN-Mitteilungen* - die Monatszeitschrift der Zahnärztekammer Niedersachsen - in ihrer Oktoberausgabe auf Seite 628 von einem Gespräch der Sozialministerin Frau Ross-Luttmann mit u. a. der Bundes- und Landesvorsitzenden des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK), Frau Dr. Gundi Mindermann. Unter anderem bestehe Einigkeit darüber, dass es in Niedersachsen eine dramatische Unterversorgung im Bereich der Kieferorthopädie gebe.

Frau Dr. Mindermann war eine der Wortführerinnen der kollektiven Rückgabe der Kassenzulassung niedersächsischer Kieferorthopäden im Jahre 2003. Ziel war die Durchsetzung einer ausschließlich privaten Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen.

Erst durch dieses Verhalten kam es zu einer gewollten vorübergehenden Gefährdung der kieferorthopädischen Versorgung. Noch unter Frau Ross-Luttmanns Vorgängerin hatte das Land diesen kollektiven Ausstieg als rechtswidrig angesehen.

Das Bundessozialgericht bestätigte am 17. Juni 2009 die Rechtswidrigkeit des kollektiven Ausstiegs aus der Kassenzulassung mit folgenden Worten: „Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass der an der gelenkten Aktion teilnehmende Vertragsarzt es auf die Zerstörung des vertragsärztlichen Versorgungssystems anlegt und damit systemgefährdend wirkt.“

Der *ZKN*-Artikel erweckt nun den Eindruck, dass die Sozialministerin trotz dieser Vorgeschichte einen Kurswechsel vornehmen will und sich vor den Karren einer Lobbyistenkampagne spannen lässt.

Wir fragen die Landesregierung:

1. Wie hat sich seit dem Jahre 2000 die Zahl der Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden in Niedersachsen bzw. kieferorthopädisch tätiger Zahnärztinnen und Zahnärzte entwickelt, und teilt vor diesem Hintergrund die Landesregierung die Aussage von Frau Dr. Mindermann in der o. g. Zeitschrift, wonach es in Niedersachsen „gerade im Bereich Kieferorthopädie“ eine „dramatische Unterversorgung“ gebe?