

Ländlicher Raum

AGRARSOZIALE GESELLSCHAFT E. V.



GESUNDHEITSVERSORGUNG



Die Stellung der Landwirtschaft in der Gesellschaft – Ideen für ein besseres Miteinander

Herbsttagung 2019

Mittwoch, 6. November 2019

13.00 Uhr

**Landwirtschaft und Gesellschaft –
was verbindet und was trennt?**

**Interview: Miteinander von Landwirtschaft
und Gesellschaft**

Gesa Langenberg, Landwirtin, Niedersachsen,
Mitglied im Leitungsteam Junge DLG, Agrarscout

Phillip Krainbring, Landwirt, Sachsen-Anhalt,
Agrarscout, Blogger auf www.erklaerbauer.de

Ute Göpel, BAG Familie und Betrieb e.V. –
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landwirtschaftlichen
Familienberatungen und Sorgentelefone; Evangelische
Kirche von Kurhessen-Waldeck, Kassel

Ruf und Beruf

Werner Schwarz, Präsident Bauernverband
Schleswig-Holstein, Rendsburg

**Interview: Welches Bild der Landwirtschaft
vermitteln die Medien?**

Christiane Grefe, Die Zeit, Berlin

**Der Einfluss von
Politik und Wissenschaft**

**Politik als Mittler zwischen gesellschaftlichen
Ansprüchen und landwirtschaftlichen Bedürfnissen**

StS Dr. Ralf-Peter Weber, Ministerium für Umwelt,
Landwirtschaft und Energie Sachsen-Anhalt, Magdeburg

**Aktive Kaffeepause –
Ideen für ein besseres Miteinander**

**Setzt Brüssel mit der neuen GAP die richtigen
Anreize?**

Ulrike Rodust, Mitglied des Europäischen Parlaments
bis 2019, Holzdorf

**Nachhaltige Landwirtschaft zwischen 1.0 und
4.0 – lassen sich Zielkonflikte und widersprüch-
liche Erwartungshaltungen auflösen?**

Prof. Dr. Alfons Balmann, Direktor Leibniz-Institut für
Agrarentwicklung in Transformationsökonomien (IAMO), Halle

Podiums- und Plenumsdiskussion

17.15 Uhr ASG-Mitgliederversammlung

18.45 Uhr Abendessen

**19.45 Uhr Vergabe der Preise des Tassilo Tröscher-
Wettbewerbs 2019**

Dr. Ludger Schulze Pals,
Geschäftsführer top agrar, Münster

Donnerstag, 7. November 2019

8.30 Uhr

**Was bringt Landwirtschaft und
Gesellschaft zusammen?**

**Mit einer Umorientierung in der Agrarpolitik
zu mehr Anerkennung für die Landwirt*innen**

Veikko Heintz, Geschäftsführender Vorstand Netzwerk
Solidarische Landwirtschaft, Berlin

**Das Verhältnis zwischen Landwirtschaft
und Gesellschaft in Österreich**

Dipl.-Ing. Johannes Fankhauser, Sektionsleiter
Landwirtschaft und ländliche Entwicklung, Bundes-
ministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus, Wien

**Zielscheibe Landwirtschaft: Mit moderner
Kommunikation gesellschaftlichen Rückhalt
gewinnen**

Olaf Hermann, Leiter Online-Kommunikation
Forum Moderne Landwirtschaft, Berlin

**Aktive Kaffeepause –
Ideen für ein besseres Miteinander**

**Vertrauen durch gemeinsames regionales
Engagement: Landwirt*innen und
Verbraucher*innen in einer Genossenschaft**

Klaus Lorenzen, Geschäftsführender Vorstand,
EVG Landwege eG, Lübeck

**Botschafterin für die Landwirtschaft –
im Dialog Vertrauen und Akzeptanz schaffen!**

Petra Bentkämper, Präsidentin Deutscher
LandFrauenverband, Berlin

**Vorstellung und Diskussion der Ideen für
ein besseres Miteinander**

Dr. Susanne von Münchhausen, Hochschule
für nachhaltige Entwicklung Eberswalde (HNEE)

Podiums- und Plenumsdiskussion

13.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Moderation an beiden Tagen:

Petra Schwarz, Journalistin, Berlin

Anmeldung und Zimmerbuchung

Agrarsoziale Gesellschaft e.V.
Kurze Geismarstr. 33, 37073 Göttingen
Tel. (0551) 49709-0, Fax 49709-16
marion.bischoff@asg-goe.de
Online-Anmeldung: www.asg-goe.de

Tagungshaus und Tagungsbüro

Best Western Parkhotel Ropeter
Kasseler Landstr. 45, 37081 Göttingen
Tel. (0551) 9020

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Ernährung
und Landwirtschaft

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Liebe Leserinnen und Leser,

medizinische Versorgung ist essenziell wichtig für unser Leben. Doch immer mehr Menschen in ländlichen Räumen müssen weite Strecken zur nächsten (Haus-)Arztpraxis auf sich nehmen. Eine zunehmende Anzahl an Regionen ist bereits heute medizinisch unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht, denn ein Drittel der Hausärzt*innen in Deutschland ist 60 Jahre oder älter. Nur die Hälfte findet eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger. Bundesweit sind rund 2 600 Hausarztpraxen unbesetzt, vor allem auf dem Land.

Unterschiedliche Gründe führen zu dieser Situation: Zum einen eine restriktive Zulassung zum Medizinstudium, so dass der bereits bestehende Mangel nicht behoben werden kann. Zum anderen haben junge Ärzt*innen heute andere Lebensplanungen als ihre Vorgänger*innen: Sie ziehen es vor, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten, weil dies weniger Risiko als eine Selbständigkeit birgt und größere Freiheiten in Bezug auf die Arbeits- und Freizeitgestaltung mit sich bringt. Sollten die Grundvoraussetzungen für eine gute Lebensqualität wie Kindergärten, Schulen und Einkaufsmöglichkeiten auf dem Land fehlen, sinkt die Bereitschaft, eine Landarztpraxis zu übernehmen. Deshalb liegt ein wesentlicher Ansatzpunkt bei den Kommunen, die mit der Gestaltung der Rahmenbedingungen Einfluss auf die „Ausstattung“ der Gemeinde mit Ärzt*innen nehmen können. Dabei benötigen sie nicht nur finanzielle Unterstützung, sondern auch Beratung.

In Bayern beispielsweise gibt es ein Kommunalbüro für ärztliche Versorgung, an das sich Gemeinden mit Beratungsbedarf wenden können. Darüber hinaus gibt es noch viele weitere innovative Ideen, von denen wir in diesem Heft eine große Bandbreite vorstellen: Zu nennen sind hier beispielsweise intersektorale Versorgungsmodelle, die die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung aufheben und die Versorgung bedarfsgerechter gestalten helfen, Praxismodelle, die die Möglichkeit bieten, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten, Lösungen wie der Medibus, der die Ärzt*innen direkt ins Dorf bringt, oder telemedizinische Anwendungen, die Patient*innen manchen Weg in die Praxis ersparen können, das PORT-Modell, das die Versorgung von den Patient*innen her denkt, oder auch Ansätze im Bereich der rettungsdienstlichen Versorgung wie z. B. die Unterstützung durch Telenotärzt*innen oder die Einbindung von Laien durch Reanimationsschulungen in Kombination mit einer Ersthelfer-App.

Ich wünsche allen, die in ländlichen Regionen wohnen, dass die hier vorgestellten Ideen an vielen Orten zum Tragen kommen und Sie in der Gewissheit leben können, bei Bedarf weiterhin schnell die benötigte medizinische Hilfe zu erhalten.

Ihre

Steffi Trittel

Deutscher LandFrauenverband und Bürgermeisterin der Gemeinde Hohe Börde
sowie Mitglied im Vorstand der Agrarsozialen Gesellschaft e.V.

1 Editorial

Steffi Trittel, Deutscher LandFrauenverband und Bürgermeisterin der Gemeinde Hohe Börde sowie Mitglied im Kuratorium der Agrarsozialen Gesellschaft e.V.

Wandel der Versorgungsstrukturen**4 Medizinische Versorgung im ländlichen Raum – alte und neue Lösungsansätze**

Jana Deisner, Technische Universität Berlin, Priv.-Doz. Dr. med. Anne Berghöfer, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Dr. Carolin Auschra und Prof. Dr. Jörg Sydow, Freie Universität Berlin

9 Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung: Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern berät Kommunen

Oliver Legler, Sibille Prössl, Nina Ratschker, Dr. Thomas Ewert, Gunnar Geuter, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

16 Was zieht Hausärztinnen und Hausärzte in periphere ländliche Räume?

Dr. Patrick Kupper und Dr. Tobias Mettenberger, Thünen-Institut

20 Akzeptanz neuer hausärztlicher Versorgungsformen in ländlichen Regionen

Dr. Ulla Tangermann, Roche Pharma AG, Dr. Kim-Sarah Krinke, Xcenda, Prof. Dr. Christian Krauth und Prof. Dr. Volker E. Amelung, Medizinische Hochschule Hannover

23 Webtipp: www.innovative-gesundheitsmodelle.de**24 Neue Wege in der hausärztlichen Versorgung – das Ärztezentrum in Büsum**

Alba Lucke, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.

26 Medicus Eifler Ärzte eG: Gemeinsam ärztliche Versorgung sicherstellen

Anni Neumann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.

27 Apptipp: Kindernotfall-App der Barmer**27 Apptipp: Die Migräne-App der Techniker****28 DB-Medibus – mobile Arztpraxis mit vielfältigen Einsatzmöglichkeiten**

Anni Neumann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.

31 Von Anfang an Allgemeinmedizin

Prof. Thomas Frese, Dipl.-Soz. Melanie Nafziger, Dr. Torben Ibs, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

36 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane: Medizinstudierende ins Land und aufs Land holen

Anni Neumann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.

38 Mehr Ärztinnen und Ärzte aufs Land

Bundesministerium für Gesundheit

39 Lesetipp: Hausärztemangel auf dem Land. Einblicke in die ländliche Primärversorgung**40 Intersektorales Gesundheitszentrum: Die bessere Alternative gegenüber dem kleinen Krankenhaus vor Ort?**

Prof. Dr. Andreas Schmid und Florian Rinsche, Universität Bayreuth

45 Österreich: Telefonisches Beratungsangebot 1450 bietet Erkrankten Orientierung

Lukas Lahme

46 Gezielte Unterstützung der Pflege im ländlichen Raum

Dr. Carola Reimann, Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Niedersachsen

48 Integrierte Gesundheitszentren: Gemeinsam eine gute Versorgung sichern

Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Kerstin Hämel, Universität Bielefeld

52 Das PORT-Modell als Perspektive. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend

Dr. Bernadette Klapper, Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart

55 Lesetipp: Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?**55 Lesetipp: Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit****56 Ambulante und stationäre Notfallorganisation – unterschiedliche Wege der Notfallversorgung**

Stephan Feldmann, GKV-Spitzenverband, Berlin

Telemedizin eröffnet neue Möglichkeiten**60 Telemedizin kann regionale Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land kompensieren**

Prof. Dr. Friedrich Köhler, Sandra Prescher, Dr. Kerstin Köhler, Charité – Universitätsmedizin Berlin

63 TeleClinic: Fernbehandlung spart Wege und Wartezeiten

TeleClinic, München

- 65 Teleärztliche Konsultation für Kassenpatient*innen**
Gunnar Lehmann, Agrarsoziale Gesellschaft e.V.
- 66 Mit dem Tele-Rucksack zu den Patient*innen: TeleDoc PLUS ermöglicht Videosprechstunde im Hausbesuch**
Jenny Füsting, AOK PLUS, Erfurt
- 68 Land|Rettung: Notfallmedizinische Neuausrichtung im Landkreis Vorpommern-Greifswald**
Dr. med. Bibiana Metelmann, Universitätsmedizin Greifswald, Julia Kuntosch, Universität Greifswald, Dorothea Kohnen, Steinbeis Hochschule Berlin
- 71 Innovation im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst: Mit Telemedizin zur besseren Versorgung**
Dr. Daniel Overheu, Klinikum Oldenburg AöR

Gesundheit bewahren durch Prävention

- 74 Das Präventionsgesetz – Inhalte, Umsetzungsstand und besondere Herausforderungen im ländlichen Raum**
Arnd Spahn, Alternierender Vorstandsvorsitzender der SVLFG, Kassel
- 77 Die Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern: Netzwerke nicht nur für den ländlichen Raum**
Dr. Till Beiwinkel, Malte Bödeker, Wiebke Robl, Gunnar Geuter, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- 82 Von Rückenkursen zu Personalstellen? Verhältnisprävention stärker fördern**
Miriam Elsaesser, Deutscher Landkreistag, Berlin
- 86 Gesunde Städte-Netzwerk stärkt Kräfte und Ressourcen für Erhalt der Gesundheit**
Dr. Hans Wolter, Stadt Frankfurt am Main
- 88 Betriebliches Gesundheitsmanagement der Stadt Frankenberg (Eder): Bei Prävention auch an die eigenen Beschäftigten denken**
Florian Held, Stadt Frankenberg (Eder)

Personalien

- 90 Dr. Elke Baranek, Geschäftsführerin bei der Allianz Umweltstiftung**
- 90 Petra Bentkämper, Präsidentin beim Deutschen LandFrauenverband e.V.**
- 90 Dr. Marc Kaninke, Vorstandsmitglied der Rentenbank für die Bereiche Finanzen und IT-Orga**
- 90 Dr. Ludger Schulze Pals, Geschäftsführung des Landwirtschaftsverlags Münster**

Termine

- 90 Wie gesund ist das Land? Gesundheitsförderung im ländlichen und städtischen Raum – Chancen und Potentiale, Risiken und Herausforderungen, 7. und 8. November in Rotenburg (Wümme)**
- 90 Konferenz „Nachhaltige Landnutzung“, 15. und 16. November 2019 in Göttingen**

Lesetipps

- 91 Dorf. Ein interdisziplinäres Handbuch**
- 91 Freiwilliges Engagement in „sorgenden Gemeinschaften“**
- 91 Frei, fair und lebendig. Die Macht der Commons**

Aus der Forschung

- 92 Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung**
- 92 Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren**

Fotonachweise Titelbild: © M.Dörr & M.Frommherz, © Thomas Reimer, © Stockfotos-MG, © photofranz56, © contrastwerkstatt, © nexusby (alle Fotolia.com), Behandlungsraum: Tim Riediger / nordpool, Luftbild Brachwitz © PaulT (Gunther Tschuch) / Creative Commons AttributionShare Alike 4.0 International

Sofern keine Nachweise an den Fotos und Abbildungen stehen, wurden diese der Redaktion von den Autor*innen, Fotograf*innen und Verlagen überlassen oder stammen aus dem Bildarchiv der Agrarsozialen Gesellschaft e.V.

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum – alte und neue Lösungsansätze

Jana Deisner, Dr. Carolin Auschra, Priv.-Doz. Dr. med. Anne Berghöfer, Prof. Dr. Jörg Sydow

Entwicklungen wie der demografische Wandel, zunehmende Urbanisierung, deutlicher Fachkräftemangel und veränderte Erwartungen an die medizinische Versorgung führen im ländlichen Raum zu bereits existierenden oder erwarteten Engpässen in der medizinischen Versorgung. Auf diese Herausforderung können Akteure mit der Neugestaltung etablierter Elemente von Gesundheitsversorgung auf unterschiedlichen Ebenen reagieren. Im Rahmen einer von der Stiftung Münch geförderten Studie¹ wurde ein Überblick über diese neuen Versorgungsformen erstellt. Dieser Beitrag fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen. Thematisiert werden dabei u. a. das Betreiben von Zweigpraxen, Delegation von Hausbesuchen, Einsatz von Telemedizin und Stipendien für Medizinstudierende.

Phänomen Unterversorgung – Definitionen und Ursachen

Trotz des Anstiegs einer wahrgenommenen medizinischen Unterversorgung in ländlichen Regionen kann dieser Zustand nicht für den gesamten ländlichen Raum verallgemeinert werden. Zum einen unterscheiden sich ländliche Regionen in Deutschland stark hinsichtlich ihrer Herausforderungen und Entwicklungschancen (Wiechmann und Terfrüchte 2017). Zum anderen ist aber auch die Definition von medizinischer Unterversorgung keineswegs einheitlich und unumstritten (s. hierzu auch Auschra et al. 2018).

Unabhängig von der Bestimmung des Begriffes „Unterversorgung“ wird jedoch eine Gruppe von meist eng miteinander verbundenen Ursachen diskutiert. Als zentrale Gründe können die demografische Alterung und die daraus resultierende Veränderung von Krankheitslasten verstanden werden, was einen steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung bedingt. Diese Dyna-

miken werden vielerorts durch Binnenmigration verstärkt, welche eine Abnahme der Bevölkerungsdichte in ländlichen Regionen und durch das vermehrte Abwandern der jüngeren Generationen einen Anstieg des Durchschnittsalters bewirkt. In engem Zusammenhang mit der Abwanderung jüngerer Generationen steht außerdem die infrastrukturelle Benachteiligung bestimmter Regionen und – nicht zuletzt daraus resultierend – die mangelnde Attraktivität, ein allgemeiner Fachkräftemangel und eine mögliche Fehlverteilung von Fachkräften mit Blick auf die Akkumulation von Arztsitzen in Ballungsgebieten. Für niedergelassene Vertragsärzt*innen, die ihre Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, gelten Zulassungsbeschränkungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Basis eines Schlüssels je Fachgruppe proportional zur Einwohner*innenzahl eines Versorgungsgebietes bestimmen. Nach diesem Schlüssel kann es in einzelnen Gebieten dazu kommen, dass in einer Region aufgrund struktureller oder geografischer Bedingungen

ein Arzt oder eine Ärztin nur schwer erreicht werden kann, obwohl die Region laut der sog. Bedarfsplanung als ausreichend oder sogar überversorgt gilt. Die Bedarfsplanung kann darüber hinaus subjektive Bedürfnisse von Patient*innen sowie Ärzt*innen nur schwer abbilden, so dass sich aufgrund des aus der Bedarfsplanung resultierenden Versorgungsgrades nicht immer Rückschlüsse darauf ziehen lassen, ob und wann eine Region unterversorgt ist.

Status Quo der medizinischen Versorgung auf dem Land – Vielfalt der Akteure und Organisationsformen

Traditionell ist die medizinische Versorgung in Deutschland in den ambulanten und stationären Sektor aufgeteilt und wird hier von den Organisationsformen der Einzelarztpraxis – geführt von einem freiberuflich tätigen Arzt oder einer Ärztin – im ambulanten sowie der Klinik mit angestellten Ärzt*innen im stationären Sektor dominiert. Während Kliniken, je nach Trägerschaft, öfter über die

Jana Deisner, M.A., Technische Universität Berlin, Fakultät VI: Planen Bauen Umwelt, Institut für Soziologie

Dr. Carolin Auschra, Freie Universität Berlin, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Management-Department, Professur für Unternehmenskooperation, Carolin.Auschra@fu-berlin.de

Priv.-Doz. Dr. med. Anne Berghöfer, Referentin, Ärztliches Qualitätsmanagement, Lehrkoordinatorin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Jörg Sydow, Freie Universität Berlin, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Management-Department, Professur für Unternehmenskooperation

¹ Die Autor*innen danken der Stiftung Münch für die finanzielle Unterstützung der Studie, deren Kernelemente dieser Text zusammenfasst.

finanziellen und personellen Mittel verfügen, neue Versorgungsformen über einen längeren Zeitraum zu erproben, sehen sich insbesondere Einzelarztpraxen oft vor besondere Herausforderungen gestellt, wenn sie mit veränderten Erwartungen an die Versorgung ländlicher Regionen konfrontiert sind.

Neue Organisationsformen – Arbeitsteilung zwischen Ärzt*innen und Zweigpraxen

Diesen Herausforderungen wird mit neuen Formen der Praxisorganisation begegnet. Dank zahl-

reicher Gesetzesreformen in den letzten Jahren ist es nun möglich, dass neben die frühere Gemeinschaftspraxis (heute Berufsausübungsgemeinschaft), in der mehrere Ärzt*innen mit jeweils eigenem Arztsitz ihre Tätigkeit gemeinsam ausüben, weitere Formen treten. Diese sind in der Praxis oft „äußerlich“ nicht voneinander zu unterscheiden, da sich die gewählten Bezeichnungen wie Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Medizinisches Zentrum, Gesundheitszentrum, Poliklinik, Ärztehaus etc. nicht auf die gewählte Rechtsgrundlage beziehen müssen, sondern in der

Regel an der intendierten Außenwirkung orientiert sind. Einen Überblick über diese neuen Formen gibt die Tabelle.

Während bereits ab 2003 das Einrichten von MVZs mit Beteiligung verschiedener Fachgruppen möglich ist, können seit 2015 auch MVZs mit gleichen Fachgruppen eingerichtet werden. Da seit 2011 außerdem Kommunen die Trägerschaft für solche Einrichtungen übernehmen dürfen, kann eine Kommune so beispielsweise zwei Allgemeinmediziner*innen in einem von ihr getragenen MVZ anstellen, sofern sie die er-

Tabelle: Vergleich von Arztpraxen mit Arbeitsteilung (in Anlehnung an BMVZ 2017, 2018)

	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis) ²	MVZ	Kommunales MVZ	Kommunale Eigenrichtung
Gemeinsamkeiten	<ul style="list-style-type: none"> Ambulantkooperative Versorgungsstrukturen Rechtsrahmen weitgehend durch SGB V (Leistungserbringung und Abrechnung) Bei Gründung und Erweiterung den Grenzen der Bedarfsplanung unterworfen Sind hinsichtlich des äußeren Erscheinungsbildes und der medizinischen Versorgungsleitung von außen nicht zu unterscheiden 			
Rechtsgrundlage	§ 33 Abs. 2-3 Ärzte-ZV	§ 95 Abs. 1a SGB V		§ 105 Abs. 5 SGB V
Zulässige Gründer/Träger	Vertragsärzt*innen (-zahnärzt*innen und -psychotherapeut*innen), MVZ	Vertragsärzt*innen (-zahnärzt*innen und -psychotherapeut*innen), Krankenhäuser, Dialysebetreiber	Kommunen	
Verhältnis Träger und Leistungserbringer*innen	Personenidentität zwischen Gesellschafter*innen und dort tätigen Leistungserbringer*innen zumindest teilweise notwendig	Personenidentität zwischen Gesellschafter*innen und dort tätigen Leistungserbringer*innen möglich, aber nicht notwendig	Keine Personenidentität zwischen Träger und dort tätigen Leistungserbringer*innen	
Form	Regelversorgungsform			Sonderform
Zulassung	Genehmigung vom Zulassungsausschuss notwendig; personengebundene Zulassung entsprechender Arztstellen (Zulassung der Gemeinschaft speist sich aus Summe dieser Arztstellen)	Jedes MVZ benötigt eine Zulassung durch den Zulassungsausschuss. Dieser MVZ-Zulassung sind wiederum mehrere, nicht personengebundene Arztstellen (Sitze) zugeordnet (institutionelle Zulassung) Gründungsanträge von Kommunen werden diesbezügliche wie jene anderer Träger behandelt. Der Nachrang aus § 105 V SGB V gilt entsprechend für kommunale MVZ nicht		Werden nachrangig behandelt Benötigen die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen, anschließende Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss
Anstellung von Ärzt*innen	Mit Genehmigung des Zulassungsausschusses ist die Anstellung von bis zu drei Ärzt*innen ³ oder Psychotherapeut*innen möglich	Ärzt*innen können sowohl angestellt (in unbegrenzter Zahl im Rahmen der Bedarfsplanung) als auch als Vertragsärzt*innen im MVZ arbeiten		Ausschließlich angestellte Ärzt*innen

Quelle: Wiederabdruck aus Auschra et al. 2018, S. 28

² Rechtlich zählen auch MVZs zu den Gemeinschaftspraxen (BMVZ 2018). Zur besseren Unterscheidung (z. B. hinsichtlich der Trägerschaft) werden sie jedoch getrennt dargestellt.

³ Im Moment ist rechtlich offen, ob bis zu drei Ärzt*innen von der gesamten Berufsausübungsgemeinschaft oder bis zu drei Ärzt*innen pro Vertragsarzt/Vertragsärztin als Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft angestellt werden können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 382).

forderlichen Arztsitze auf Grundlage der Bedarfsplanung erhält. Neben der Kommune können außerdem die KVen selbst Praxen und MVZs betreiben. Dies wird als Mittel eingesetzt, wenn keine niederlassungswilligen Ärzt*innen in einer Region gefunden werden. Meist haben diese Eigeneinrichtungen keinen dauerhaften Charakter, sondern sollen nach einer gewissen Zeit von den angestellten Ärzt*innen übernommen werden. Da diese Form die Mediziner*innen von der Verantwortung der freien Unternehmerschaft entlastet, weist sie dennoch hohes Potenzial auf, attraktivere Arbeitsbedingungen zu bieten, die sowohl dem Nachwuchs, als auch kurz vor dem Ruhestand stehenden Ärzt*innen entgegenkommen, auch wenn nicht notwendigerweise eine Arbeitsteilung zwischen den Ärzt*innen erfolgt.

Eine andere Möglichkeit, eine ländliche Region zu versorgen, ohne dort eine von einem einzelnen Arzt/einer einzelnen Ärztin geführte Praxis zu eröffnen, bietet die Zweigpraxis. Seit 2007 dürfen Ärzt*innen über ihren Vertragsarztsitz hinaus noch an weiteren Standorten tätig sein. In § 98 Abs. 2 SGB V wird die Gründung solcher Zweigpraxen erlaubt, wenn sie durch die KV genehmigt wird. Hierdurch können Sprechstunden an Orten abgehalten werden, für die sich beispielsweise kein*e Nachfolger*in für eine Praxis finden.

Weitere Gestaltungselemente

Bei der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle können diese neuen Formen der grundlegenden Organisation der Versorgung durch eine Vielfalt weiterer Gestaltungselemente ergänzt werden (s. Abb.). Diese lassen sich in organisatorische Elemente, technikbasierte Elemente sowie professions- und

mobilitätsbezogene Elemente differenzieren. Der (häufig kombinierte) Einsatz ist sowohl in ambulanten als auch stationären Settings möglich, wobei sich die Ausprägung der Gestaltungselemente unterscheiden kann (für Beispielmodelle s. Auschra et al. 2018).

Bereich 1 – Organisation

Patientennavigation und Behandlungspfade: Die gezielte Navigation der Patient*innen durch verschiedene Anlaufstellen zielt in der Regel auf einen effizienteren Einsatz verfügbarer Ressourcen und die Vermeidung von Wartezeiten ab (z. B. Notaufnahme vs. Hausarztpraxis). Behandlungspfade haben dagegen eine umfassendere Steuerung der Qualität und Nachhaltigkeit von Behandlungen zum Ziel. Beide Formen greifen aber oft ineinander.

Case Management: Ein ähnliches Ziel wie die Patientennavigation und Behandlungspfade verfolgt das Case Management. Allerdings nimmt es eine stärker einzelfallbezogene Perspektive bei der Optimierung der Behandlung ein.

Gesundheitszentrum: Im Rahmen dieser Darstellung verstehen wir unter einem Gesundheitszentrum die institutionalisierte, bewusst eingerichtete und räumlich konzentrierte Zusammenarbeit mehrerer Gesundheitsprofessionen an einem Ort. Der Begriff verweist nicht auf eine bestimmte Rechtsform dieser Einrichtung.

Kooperation zwischen regionalen Akteuren: Im Unterschied zum Gesundheitszentrum erfordert diese Form keine Konzentration an einem Ort. Dennoch ist ihre Zusammenarbeit dauerhaft und auf die Erreichung eines gemeinsamen Ziels angelegt. Die Zusammenarbeit kann zwischen

verschiedenen Akteuren, bspw. auch aus der regionalen Politik und Krankenkassen, erfolgen. Sie bleiben hierbei aber wirtschaftlich und rechtlich grundsätzlich unabhängig. In der stationären Versorgung finden sich äquivalent hierzu Kooperationen zwischen Krankenhäusern.

Ärzt*innen: Ärztenetze können bspw. Vertretungen organisieren oder Patientenbehandlungen gemeinsam koordinieren. Sie bestehen dabei aus niedergelassenen Ärzt*innen derselben oder verschiedener Fachrichtungen einer Organisation, die eine langfristige und zielorientierte Zusammenarbeit anstreben.

Bereich 2 – Technik

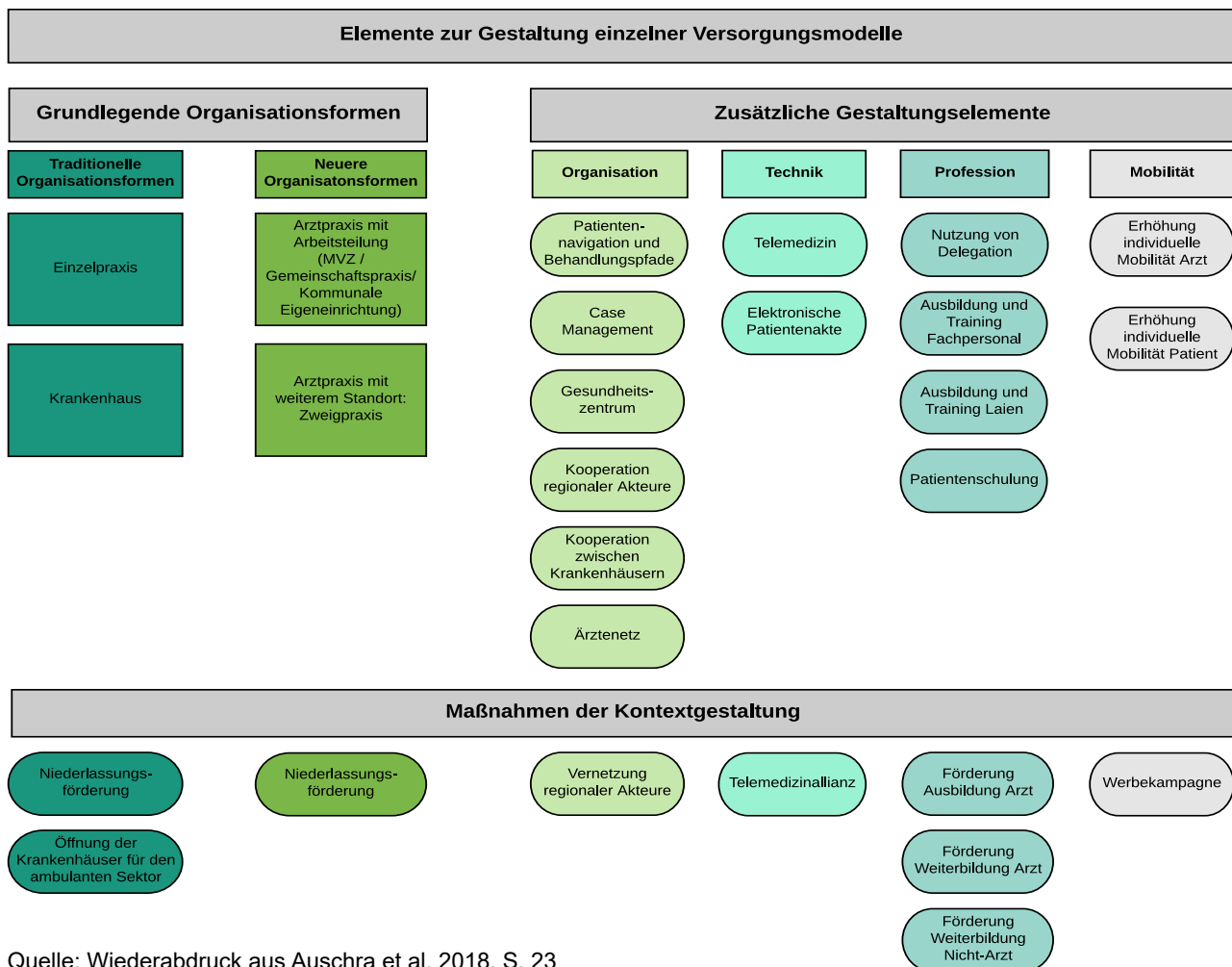
Telemedizin: Telemedizinische Methoden zielen auf den Austausch von therapeutisch relevanten, medizinischen Informationen und Fachwissen über räumliche Distanzen. Dies trägt zur Reduzierung und Einsparung von Wegezeiten bei und wird sowohl in der Versorgung von chronisch kranken Patient*innen, als auch in der Notfall- und Akutmedizin angewendet.

Elektronische Patientenakte: Insbesondere in Kooperationsmodellen kann die übergreifende Speicherung und Bereitstellung von Patientendaten Informationsverluste vermeiden und die Zusammenarbeit erleichtern. Darüber hinaus kann diese Dateninfrastruktur Voraussetzung für den Einsatz von Telemedizin sein und die Einbeziehung der Patient*innen verbessern, wenn sie Zugriff auf ihre Gesundheitsakte haben.

Bereich 3 – Profession

Nutzung von Delegation: Derzeit gibt es in Deutschland einige Modelle, die eine Delegation ärztlicher Aufgaben an qualifiziertes nicht-

Abbildung: Gestaltungselemente für Versorgungsmodelle



Quelle: Wiederabdruck aus Auschra et al. 2018, S. 23

ärztliches Personal erproben (für eine Übersicht s. Mergenthal et al. 2016). Dadurch, dass die Verantwortung hierbei stets beim Arzt oder der Ärztin verbleibt, kann die Versorgung in strukturschwachen Regionen unterstützt, die Arbeitsbelastung der Ärzt*innen aber gleichzeitig reduziert werden.

Ausbildung und Training von Fachpersonal, Laien und Patient*innen: Ein weiteres Gestaltungselement im übergeordneten Bereich der Profession setzt auf Ausbildung und Training von medizinischem Fachpersonal, Laien oder Patient*innen. In der Regel finden diese Ausbildungsprogramme auf Ebene konkreter

Modelle statt und sind oft Voraussetzung für telemedizinische Maßnahmen oder die Delegation von Tätigkeiten.

Bereich 4 – Mobilität

Erhöhung individueller Mobilität von Ärzt*innen: Die Erhöhung der Mobilität von Ärzt*innen kann – abseits der Durchführung von Hausbesuchen – sowohl in der Form von Mobilität von Spezialist*innen zwischen Krankenhäusern als auch als Besetzung mobiler Praxen stattfinden.

Erhöhung individueller Mobilität von Patient*innen: Wenn sich Arztpraxen zunehmend in städtischen Zentren konzentrieren und die Bevölkerung nicht ausrei-

chend mobil ist, um sie selbständig aufzusuchen, können auch Fahrdienste oder Patient*innenbusse den öffentlichen Nahverkehr ergänzen. Diese Lösung wird insbesondere in Regionen relevant, in denen der öffentliche Nahverkehr regulär nicht mehr zu adäquaten Kosten betrieben werden kann.

Gestaltung der Kontextbedingungen

Neben konkreten Versorgungsmodellen können Maßnahmen auf die Gestaltung des Kontextes (bezogen auf ein KV-Gebiet, Bundesland oder Bundesebene) abzielen. Diese werden typischerweise von Akteuren aus der Politik

und/oder den KVen vorangetrieben, um die medizinische Versorgung im ländlichen Raum langfristig sicherzustellen. Die Abbildung verdeutlicht, dass die Maßnahmen der Kontextgestaltung ebenfalls auf grundlegende Organisationsformen oder die zusätzlichen Gestaltungselemente aus den Bereichen Organisation, Technik, Profession und Mobilität abzielen.

Niederlassungsförderung: In unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten fördern die KVen die Niederlassung von Vertragsärzt*innen durch Beratungsangebote und Existenzgründungsseminare, aber auch mit Sicherstellungszuschlägen, Investitionskostenzuschüssen, Niederlassungszuschlägen oder Umsatzgarantien für die Gründung oder Übernahme von Praxen und Zweigpraxen. Die Niederlassung von Ärzten wird in manchen ländlichen Regionen auch von Kommunen und Landkreisen unterstützt.

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung: In unterversorgten Regionen (§ 116 und 116a SGB V) sowie im Rahmen besonderer Versorgung (§ 140a SGB V) und strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V) dürfen Krankenhäuser Teile der ambulanten Versorgung mit übernehmen. Auch die Gründung von MVZs in Trägerschaft von Krankenhäusern hat der Gesetzgeber ermöglicht (§ 95 SGB V).

Vernetzung regionaler Akteure: Sowohl auf Landesebene, als auch angeregt durch Kommunen, gibt es vielfach Bestrebungen, regionale Akteure auch und insbesondere sektorenübergreifend zu vernetzen. Die Koordination und Strukturierung dieser Vernetzung

kann die Initiierung und Umsetzung von Projekten unterstützen.

Telemedizinallianz: Der Einsatz von Telemedizin steht vielfach noch vor gesetzlichen Hürden. Zudem mangelt es in der Fläche an Legitimation und Kompetenz. Durch Telemedizinallianzen sollen diese Probleme auf übergeordneter Ebene gebündelt adressiert werden und Wege für einen breiten Einsatz bereitet werden.

Förderung der Ausbildung von Ärzt*innen: Durch die Vergabe von Stipendien, die Finanzierung von Famulaturen und Abschnitten des Praktischen Jahres in ländlichen Regionen oder sogar die Einführung einer „Ländlarztquote“ versuchen KVen, Kommunen und Länder, gezielt Anreize für den ärztlichen Nachwuchs zu schaffen. Hierdurch können zum einen die Qualifizierung in benötigten Fachbereichen, zum anderen aber auch die Bereitschaft zur Niederlassung in ländlichen Regionen gefördert werden.

Förderung der Weiterbildung verschiedener an der Versorgung beteiligter Professionen: Die Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen der Fachrichtung Allgemeinmedizin kann nicht nur durch die Qualifizierung, sondern auch durch die Einblicke in ländliche Einsatzgebiete zur langfristigen Sicherstellung des Nachwuchses beitragen. Aber auch die Weiterbildung von nicht-ärztlichen Professionen trägt zur Sicherung der Versorgung und Entlastung der Ärzt*innen bei. Hierzu zählen Programme wie z. B. agneszwei oder VERAH. Beide werden von den KVen unterstützt.

Werbekampagne: Darüber hinaus werden Werbekampagnen

von KVen, aber auch Bundesländern, Kommunalvertreter*innen und regionalen Ärztenetzen initiiert, um ärztlichen Nachwuchs in ihren Regionen zu gewinnen.

Fazit und Ausblick

Die hier zusammengefasste Studie macht deutlich, dass eine Vielzahl von Möglichkeiten zur (Neu-)Gestaltung medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen existiert. Dabei werden nicht nur Modelle erprobt, die einen einzelnen Sektor adressieren. In den letzten Jahren sind auch erste Modelle entstanden, die eine Überbrückung der Sektorgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung anstreben. Alle neuen Versorgungsmodelle sehen sich aber auch regelmäßig Implementationsbarrieren (s. Auschra et al. 2018) gegenüber, die z. B. die regelhafte Finanzierung betreffen.

Eine Limitation der Studie, auf die dieser Text Bezug nimmt, ist, dass sie die hochkomplexe Evaluation der Modelle mit Blick auf Versorgungsergebnisse nicht leisten kann. Dafür bedarf es anderer Ansätze und Methoden. Insgesamt lässt sich allerdings festhalten: Es gibt nicht das eine Modell zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen. Regionale Akteurskonstellationen, die Geschichte ihrer Zusammenarbeit und bestehende medizinische Versorgungsstrukturen beeinflussen, welche neuartigen Versorgungsmodelle entwickelt werden können. Der vorliegende Text möchte Ideen für mögliche Gestaltungselemente anbieten und die regionalen Akteure zum Experimentieren ermutigen – das Klima für Innovation scheint günstig! ■

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung:

Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern berät Kommunen

Oliver Legler, Sibille Prössl, Nina Ratschker, Dr. Thomas Ewert, Gunnar Geuter

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit berät als Kompetenzzentrum bayerische Kommunen bei Fragen zur ambulanten Versorgung. Es identifiziert kostenfrei u. a. mögliche Handlungsfelder und unterstützt die gemeinsame Entwicklung passgenauer Lösungsstrategien zur Umsetzung vorhandener Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort. Im Folgenden werden der Wandel bei den ärztlichen Versorgungsstrukturen und bereits etablierte regionale Lösungsansätze dargestellt, die als Vorbild für andere Regionen dienen können.

Ambulante ärztliche Versorgungsstrukturen im Wandel

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich grundsätzlich auf einem sehr hohen Niveau. Um die wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung auch zukünftig aufrechtzuerhalten, werden jedoch vermehrt Anstrengungen notwendig sein, nicht zuletzt auf kommunaler Ebene. So findet beispielsweise aktuell, und in den nächsten Jahren noch verstärkt, aufgrund des hohen Durchschnittsalters der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von über 54 Jahren (KBV 2019a) ein Generationswechsel in der vertragsärztlichen Versorgung statt. Zudem erfordern u. a. demografischer Wandel, Veränderungen im Krankheitsspektrum und medizinisch-technischer Fortschritt innovative Antworten in der Versorgung. Und nicht zuletzt ist ein starker Wandel beruflicher Rollenvorstellungen vornehmlich in der nachfolgenden Ärztegeneration zu beobachten, welcher sich auch in veränderten Bedürfnissen an das (künftige) Arbeitsumfeld zeigt.

Insbesondere ländlich geprägte Regionen mit geringer Infrastrukturdichte stehen dabei vor großen Herausforderungen (SVR 2014, S. 561), da hier gehäuft infrastrukturelle und soziodemografische Negativentwicklungen in wechselseitiger Verstärkung auftreten, wie z. B. eine alternde Bevölkerung

mit erhöhtem medizinischen Versorgungsbedarf bei gleichzeitig ebenfalls älter werdender Ärzteschaft sowie ungünstiger Erreichbarkeit und Mobilitätslage (BBSR 2012).

Ländliche Regionen Deutschlands stehen, oftmals noch mehr als urbane Regionen, zudem vor der Herausforderung, dass die derzeitigen (Praxis-) Strukturen und Prozesse oft nicht mit den ange-deuteten Präferenzen junger Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Vor dem Hintergrund des Generationswechsels und in diesem Zusammenhang einer Vielzahl an bevorstehenden Praxisübergaben sollte deshalb verstärkt an einer besseren Passung von Angebot und Nachfrage gearbeitet werden. Es werden häufig, teilweise erhebliche, Veränderungen konkreter Rahmenbedingungen der praktischen Tätigkeit erforderlich sein. Dabei stehen vor allem die vielfach als unattraktiv empfundenen Niederlassungs- bzw. Arbeitsbedingungen, speziell als „Einzelkämpferin und Einzelkämpfer“ im ländlichen Raum im Vordergrund (SVR 2014, S. 398).

Bereits jetzt verändern sich Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich mit hoher Dynamik. So entscheiden sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte für eine gemeinsame Berufsausübung in größeren Praxisstrukturen (KBV 2019b). Als Motive für das Arbeiten im Team werden etwa ein erleichterter

Oliver Legler, Sibille Prössl, Nina Ratschker, Dr. Thomas Ewert, Gunnar Geuter

Kommunalbüro für ärztliche Versorgung, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL),
Sachgebiet GE6: Bayerische Gesundheitsagentur, Gesundheitsversorgung, Nürnberg

kommunalbuero-gesundheit@lgl.bayern.de www.lgl.bayern.de/kb

fachlicher Austausch, höhere Flexibilität und potenzielle betriebswirtschaftliche Vorteile angeführt (KBV 2019c). Zudem ist in den letzten Jahren ein deutlicher Trend weg von der selbständigen Vertragsarzt-tätigkeit hin zum Angestelltenverhältnis erkennbar. Beispielsweise machten 2018 angestellte Ärztinnen und Ärzte bundesweit bereits über 65 % der neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte aus (KBV 2019b). Zusätzlich stieg die Nachfrage nach Teilzeittätigkeit und geregelten Arbeitszeiten in den letzten Jahren stark an. Dies ist u. a. auf den vielfach von der nachrückenden Ärztegeneration geäußerten Wunsch nach einer besseren Work-Life-Balance zurückzuführen (Buddeberg-Fischer et al. 2008). In der hausärztlichen Versorgung nahm beispielsweise zwischen 2009 und 2017 der Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Deutschland, die einen vollen Versorgungsauftrag innehatten, von 95 % auf 80 % ab (KBV 2019b).

Bestehende Praxisstrukturen stehen also unter einem erheblichen Veränderungsdruck. Dies gilt besonders für Einzelpraxen, die allerdings zzt. im Bundesgebiet mit ca. 80 % den größten Anteil an allen Praxisformen ausmachen. Gleichzeitig nahmen Einzelpraxen als Praxisform zahlenmäßig überproportional ab. Deutschlandweit ist beispielsweise allein zwischen 2008 und 2018 die Anzahl der hausärztlichen Einzelpraxen von 35 203 auf 28 668 zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum war eine dynamische Entwicklung der kooperativen Formen der Berufsausübung zu beobachten (KBV 2019b).

Um die wohnortnahe Versorgung erfolgreich sichern zu können, bedarf es vor diesem Hintergrund geeig-

netter und entschlossener Strategien, innovativer Modelle (auch unter flankierender Nutzung von E-Health-Anwendungen) sowie neuer Strukturen und Rahmenbedingungen auf regionaler Ebene. Auch Konzentrationsprozesse werden mit hoher Wahrscheinlichkeit in vielen Regionen stattfinden. Damit diese nicht zur Verschlechterung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung führen, sollte insbesondere in ländlichen Regionen eine möglichst enge interkommunale Abstimmung angestrebt werden. Gerade im Gesundheitswesen, das aufgrund von Selbstverwaltung, Korporatismus und sektoraler Abgrenzung sehr komplex ist, ist zudem die Zusammenarbeit vieler Akteure notwendig, um entsprechende Weiterentwicklungen anzustoßen und umzusetzen.

Vor allem für den ländlichen Raum wird vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) konkret die Etablierung multiprofessioneller, an den jeweiligen Bedarf und die konkrete Situation angepasster „lokale Gesundheitszentren“ als besonders aussichtsreiches Modell zur Sicherung der Versorgung empfohlen (s. Abb.) (SVR 2014, S. 599).

Zahlreiche Einflussmöglichkeiten der Kommunen in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Grundsätzlich sind für die Sicherstellung, Verbesserung und Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung nach §§ 72, 75, 105 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)¹ zuständig.

Unbeschadet dieser gesetzlich normierten Sicherstellungsverpflichtung der KVen haben Kommunen jedoch zahlreiche Einflussmöglichkeiten auf die Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung und können darüber einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten Versorgung der Bevölkerung leisten. Konkret können kommunale Verantwortungs- und Entscheidungsträgerinnen und -träger auf regionaler Ebene:

Abbildung 1: Modell einer regionalen vernetzten Versorgung im ländlichen Raum (in Anlehnung SVR 2014, S. 612).



Quelle: LGL

¹ Die KVen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert und stellen einen wesentlichen Bestandteil des selbstverwalteten Gesundheitswesens dar.

- bei Bedarf im Sinne der regionalen Planung und Steuerung der Versorgung Strategien zu einer Weiterentwicklung der (Strukturen der) Gesundheitsversorgung initiieren, moderieren und unterstützen,
- für einen entsprechenden Entwicklungsbedarf sensibilisieren und bei allen Beteiligten um Veränderungsbereitschaft werben, auch bei Bürgerinnen und Bürgern,
- bei der Analyse des jeweiligen Gesundheitsstandortes helfen,
- eine ressortübergreifende Verständigung und Abstimmung forcieren (z. B. zur Weiterentwicklung der Verkehrsinfrastruktur zwecks Optimierung der Anbindung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung),
- eine enge Verzahnung mit bestehenden Konzepten anstreben (z. B. mit ländlichen Quartierskonzepten, der Familien- und Seniorenpolitik, Stadt- und Raumplanung oder Wirtschaftsförderung),
- bei der Erschließung von Fördermöglichkeiten unterstützen,
- gemeindeübergreifendes Marketing für den Gesundheitsstandort koordinieren,
- die Aus- und Weiterbildung in der Region flankieren,
- im Einzelfall ideelle Unterstützung bei der Nachfolgersuche oder Neuansiedlung von Ärztinnen und Ärzten anbieten (z. B. Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Immobilien, Vermittlung von Kinderbetreuungsangeboten, Marketingaktivitäten zur Anwerbung „niederlassungswilliger“ Ärztinnen und Ärzte).

Als besonders zielführend hat sich zudem die gezielte Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen erwiesen. Diese Erfahrung aus der Beratungstätigkeit des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung deckt sich mit Ergebnissen aus der Forschung, die darauf hindeuten, dass die sog. „weichen Standortfaktoren“ die Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten stärker beeinflussen als gemeinhin angenommen. Neben den bereits angesprochenen beruflichen Rahmenbedingungen für die Praxisgründung und -führung sind dies vor allem allgemeine Rahmenbedingungen für das tägliche Leben, wie Schul- und Betreuungsangebote für die Kinder, Freizeitmöglichkeiten oder das Wohnumfeld. (Langer et al. 2015)

Ziel sollte bei allen Aktivitäten ein möglichst gemeinsames Vorgehen zwischen Kommunen und

Leistungserbringern sein, bei dem möglichst Viele konzertiert zusammenwirken. Während einige Maßnahmen auf der Ebene einzelner Gemeinden oder kleinräumigerer Gemeindeverbände ergriffen werden können, eignen sich bei anderen häufig großräumigere interkommunale Lösungsansätze besser. Auf Ebene von Kreisen bzw. Kreisregionen ist dazu der Aufbau regionaler Netzwerke, wie regionaler/kommunaler Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen zu empfehlen. In den letzten Jahren haben viele Bundesländer diesbezüglich starke Akzente gesetzt. Exemplarisch sei auf die Entwicklungen in Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen verwiesen (Hollederer 2015). In Bayern wurden in ca. zwei Drittel aller Kreise und kreisfreien Städte in den vergangenen fünf Jahren sog. „Gesundheitsregionen^{plus}“ eingerichtet (ausführliche Informationen zu den Gesundheitsregionen^{plus} s. S. 77 in diesem Heft).

Kommunale Träger können darüber hinaus nach § 105 Abs. 5 SGB V in begründeten Ausnahmefällen und bei Zustimmung der KV auch sog. Eigeneinrichtungen betreiben, in denen Ärztinnen und Ärzte angestellt tätig sind. Zudem können Kommunen gemäß § 95 Abs. 1a SGB V ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gründen.

Neben der zu beachtenden Sozialgesetzgebung setzen jedoch weitere rechtliche Vorgaben, insbesondere kommunalrechtliche, wettbewerbsrechtliche und vertragsarztrechtliche, einem kommunalen Engagement hierbei relativ enge Grenzen (Kinggreen und Kühling 2018). Da Kommunen zudem meist nur über geringes Know-how in diesem Bereich verfügen und die Gründung bzw. der Betrieb derartiger Einrichtungen mit gewissem unternehmerischen Aufwand und ggf. auch Risiko verbunden ist (Kinggreen und Kühling 2018), wurden beide Möglichkeiten in Deutschland bisher lediglich in Ausnahmefällen realisiert. Überregionale Aufmerksamkeit erreichten z. B. die Eigeneinrichtung der Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein (Schnack 2016; s. auch S. 24 in diesem Heft) und das kommunal getragene MVZ der Stadt Katzenelnbogen in Rheinland-Pfalz (Reischmann 2016).

Bei etwaig angedachten Maßnahmen, wie auch bei allen beabsichtigten finanziellen Fördermaßnahmen, ist im Vorfeld eine enge Abstimmung mit der zuständigen Rechtsaufsicht unabdingbar. Weiterhin wird die Inanspruchnahme von fachkundigen Beratungsleistungen, z. B. hinsichtlich steuerrechtlicher, betriebswirtschaftlicher und vertragsarztrechtlicher Aspekte, empfohlen.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern: Beispiel eines Beratungs- und Unterstützungsangebotes für Kommunen

Die Gesundheitsversorgung wird auf kommunaler Ebene zunehmend als Handlungsfeld erkannt. Um die bayerischen Kommunen bei ihren Anstrengungen zu unterstützen, hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Nürnberg als landesweit tätiges Kompetenzzentrum eingerichtet. Das Kommunalbüro berät kommunal Verantwortliche einzelfallbezogen sowie kostenfrei und bietet am Gemeinwohl orientierte, objektive, neutrale und systematische Unterstützung. Dabei arbeitet das Kommunalbüro vertrauensvoll mit Kommunen, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Das Hauptaugenmerk liegt darauf, den Verantwortlichen vor Ort eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu bieten.

Die Grundlage für die typischen Unterstützungs- und Beratungsleistungen des Kommunalbüros bildet eine Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen. Hierzu werden zum einen quantitative Daten herangezogen. Beispielsweise werden verschiedene soziodemografische Indikatoren und medizinische Versorgungsdaten betrachtet. Zum anderen wird die jeweils individuelle Ausgangslage in der beratenen Kommune unter Berücksichtigung möglichst aller Beteiligten qualitativ analysiert. Darauf aufbauend finden, in aller Regel vor Ort, ausführliche Beratungsgespräche statt. In diesem Kontext wird u. a. über Hintergründe, Strukturen, zentrale Ansprechpartner*innen und präventive Maßnahmen informiert. Bei Problemen werden gemeinsam passgenaue Handlungsoptionen diskutiert und eine individuelle Vorgehensweise inklusive konkreter Schritte und Zeitläufe erarbeitet. Auf Nachfrage informiert das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung auch bei (öffentlichen) Veranstaltungen, beispielsweise im Rahmen von Versorgungskonferenzen, Bürgermeisterdienstbesprechungen oder Arbeitskreissitzungen.

Da das Kommunalbüro die Beratenen bei Bedarf begleitet, bis erfolgversprechende Strategien gemeinsam mit den beteiligten Akteuren entwickelt und umgesetzt sind, bzw. bei konkreten Problemen eine Lösung gefunden ist, ergeben sich meist mehrjährige Beratungsprozesse. Seit Gründung im Jahr 2012 hat das Kommunalbüro bereits mehr als

Um Kommunen Hilfestellung bei der Gründung eines MVZ zu geben, wurde ein Handlungsleitfaden erstellt. Dieser benennt für alle Phasen, von der Planung bis zur Umsetzung, die relevanten Aspekte, die es zu beachten und zu entscheiden gilt und fasst sie abschließend in Form von Checklisten zusammen.

Handlungsleitfaden zu rechtlichen Aspekten der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums durch eine Kommune, basierend auf der rechtswissenschaftlichen Studie „Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren“, erstellt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege von Univ.-Prof. Dr. Thorsten Kingreen und Univ.-Prof. Dr. Jürgen Kühling, LL.M., Universität Regensburg, Juli 2018.

www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2019/09/handlungsleitfaden-zu-rechtlichen-aspekten-der-gruendung-ein.pdf

Zum Gutachten s. auch S. 92 in diesem Heft.

400 Beratungsfälle verzeichnet und ist als Ansprechpartner für Kommunen in Fragen der ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern fest etabliert.

Förderungen als zusätzlicher Anreiz für eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum

In ländlichen Regionen können auch gezielte Fördermaßnahmen dazu beitragen, die ärztliche Versorgung zu sichern. Neben dem Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wurde im Freistaat Bayern deshalb u. a. das „Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ aufgelegt.

Eine der drei Fördersäulen ist die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeut*innen im ländlichen Raum.² Diese schafft einen zusätzlichen Anreiz für Hausärzt*innen, Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sowie für Kinder- und Jugendpsychiater*innen, sich für eine Niederlassung im ländlichen Raum zu entscheiden. Praxisgründungen und -übernahmen in bayerischen Gemeinden mit bis zu 20 000 Einwohner*innen und im Falle der Kinder- und Jugendpsychiater*innen mit bis zu 40 000 Einwohner*innen im Fördergebiet sollen dadurch erleichtert werden. Der Zuschuss durch den Freistaat Bayern beträgt im Falle der Niederlassung bis zu 60 000 €. Bei besonderer Bedeutung für den ländlichen Raum können ebenfalls Filialbildungen mit bis zu 15 000 € gefördert werden.

² Mehr Informationen zur entsprechenden Fördersäule unter: www.lgl.bayern.de/nl (Abruf: 28.08.2019).

Auch der Ärztenachwuchs profitiert während seiner Ausbildung von dem Förderprogramm der Bayerischen Staatsregierung.³ Medizinstudierende, die sich frühzeitig für eine spätere ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum entscheiden, erhalten während ihres klinischen Studienabschnittes eine monatliche finanzielle Unterstützung von 600 €, in der Regel bis zum Ende des Studiums, längstens jedoch für 48 Monate. Ergänzt wird die finanzielle Unterstützung durch eine ideelle Förderung, das Stipendiatenseminar. Bei dieser einmal jährlich stattfindenden zweitägigen Veranstaltung sollen die Stipendiat*innen wertvolles Wissen für ihre spätere Tätigkeit im ländlichen Raum erwerben. Zudem bietet dieses Seminar eine Plattform zur Vernetzung untereinander, mit den Referent*innen sowie politisch Verantwortlichen. Seit dem Jahr 2012 wurden bereits über 500 Niederlassungen und Filialbildungen sowie mehr als 200 Medizinstudierende mit einer Förderung des Freistaates Bayern unterstützt.

Daneben können im Rahmen dieses Förderprogrammes auch innovative Konzepte zum Erhalt und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und/oder zur Förderung der sektorübergreifenden Versorgung sowie die begleitende Evaluation der Konzepte gefördert werden.⁴ Die Zuwendung für entsprechende Projekte kann bis zu 500 000 € betragen.

Das Rad nicht neu erfinden: Lösungsbeispiele aus Bayern

In Deutschland werden derzeit vielerorts neue Versorgungsstrukturen aufgebaut, Praxen zusammengeschlossen, regionale und überregionale Initiativen zur Nachwuchsgewinnung gestartet sowie vielfältige Förderaktivitäten verfolgt. Die nachfolgenden drei Beispiele aus Bayern stehen deshalb lediglich stellvertretend für zahlreiche weitere, erfolgversprechende und erfolgreiche Ansätze im gesamten Bundesgebiet. Sie können als beispielgebend für die Bewältigung des angesprochenen Strukturwandels angesehen werden und als Ideenpool – ggf. nach erfolgter Anpassung an die jeweilige Situation – zur Nachahmung vor Ort dienen.

³ Mehr Informationen zur entsprechenden Fördersäule unter: www.lgl.bayern.de/stip (Abruf: 28.08.2019).

⁴ Mehr Informationen zur entsprechenden Fördersäule unter: www.lgl.bayern.de/imv (Abruf: 28.08.2019).

1. Neue Praxisstruktur ermöglicht erfolgreiche Praxisübergaben – Hausärzteezentrum Kaufering

Aus der Not eine Tugend machen – so ähnlich kann der Ausgangspunkt für die Gründung des Hausärzteezentrums Kaufering beschrieben werden. Ende 2010 suchten zwei der sieben hausärztlichen Einzelpraxen in den Gemeinden Markt Kaufering (ca. 10 000 Einwohner*innen) und Igling (ca. 2 500 Einwohner*innen) eine Nachfolge. Die Suche verlief zunächst ergebnislos und da die Hausärzt*innen bereits sehr zeitnah in den Ruhestand eintreten wollten, drohte sich die lokale hausärztliche Versorgungssituation akut zu verschlechtern. Aufgrund der seinerzeit in den Praxen zu verzeichnenden hohen Auslastung trafen sich alle vor Ort tätigen Hausärzt*innen und beschlossen in einer gemeinsamen Strategiesitzung eine Kooperation in Form einer örtlichen Gemeinschaftspraxis, einer sog. Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), in Kaufering mit einer Filiale in Igling als eingetragene Partnerschaftsgesellschaft zu gründen.

Bürgermeister und Gemeinderat der Marktgemeinde Kaufering unterstützten die organisatorische Neuausrichtung und so konnten zentral gelegene und ausreichend große Räumlichkeiten (ca. 450 m²) für die Hauptbetriebsstätte gefunden werden. Die Gemeinde übernahm die Bauträgerschaft beim Umbau eines bestehenden Ensembles zu einer Großpraxis und vermietet die Praxisräumlichkeiten an die Praxisbetreiber*innen. Der langfristige Mietvertrag gibt Planungssicherheit und die Umlage der (Um-)Baukosten auf die Monatsmiete brachte zusätzliche wirtschaftliche Sicherheit für alle Beteiligten. Eine Physiotherapiepraxis sowie eine Apotheke sind ebenfalls im Haus angesiedelt. Bereits im Frühjahr 2012 konnte das Hausärzteezentrum eröffnet werden.

Zwischenzeitlich konnten die freiwerdenden Sitze erfolgreich besetzt und eine weitere Hausarztpraxis eines Kollegen vor Ort zusätzlich übernommen und mit einer angestellten Hausärztin (ehemalige Ärztin in Weiterbildung des Hausärzteezentrums Kaufering) besetzt werden. Insgesamt sind heute 38 Personen im Hausärzteezentrum Kaufering tätig. Neben den fünf Partner*innen (Gesellschafter*innen) beschäftigt die Praxis u. a. drei angestellte Ärztinnen (eine in Vollzeit, zwei in Teilzeit), vier

⁵ Mehr Informationen zur Praxis unter: www.hausaerzteezentrum-kauferring.de (Abruf: 28.08.2019).

Weiterbildungsassistentinnen, eine Praxismanagerin, 15 Medizinische Fachangestellte (sechs in Vollzeit, neun in Teilzeit), drei Auszubildende, zwei IT-Betreuer (Minijobber) und zwei Bürokräfte (eine in Teilzeit und eine als Minijobberin). Regelmäßig gibt es Anfragen und großes Interesse von Ärzt*innen an einer Weiterbildungsstelle oder dauerhaften Anstellung. Die Praxis ist zudem als Lehrpraxis der Technischen Universität München anerkannt. Aus dem Zusammenschluss der Einzelpraxen zur BAG mit Filiale resultierte der Aufbau einer zukunftsfähigen hausärztlichen Versorgungsstruktur mit Strahlkraft für die gesamte Region. Die Struktur scheint – im Gegensatz zu den vormals kleinen Praxen – attraktiv für die nachfolgende Ärztegeneration zu sein, was sich an der erfolgreichen Nachbesetzung der bisher abzugebenden Praxissitze zeigt. Auch für Medizinische Fachangestellte scheint die Struktur sehr attraktiv zu sein, da die Praxis entgegen des oftmals berichteten Trends fast immer zahlreiche Bewerbungen auf offene Stellen bekommt. Dies gilt auch für Ärzt*innen in Weiterbildung: Hier hat die Praxis oft mehr Anfragen/Bewerbungen als zu besetzende Stellen. Gleichzeitig ermöglichte der Zusammenschluss aber auch eine Arbeitsentlastung und bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf für die „alteingesessenen“ Ärzt*innen (z. B. durch flexiblere Arbeitszeitmodelle und Urlaubsgestaltung). Ein fortlaufender Praxisbetrieb ist zudem auch im Krankheits- oder Fortbildungsfall garantiert. Speziell qualifiziertes Personal mit erweiterter Kompetenz entlastet die Ärzt*innen darüber hinaus über die Delegation von Leistungen (beispielsweise in den Bereichen Wund- und Disease Management und Patientenschulungen oder bei Hausbesuchen). Nicht zuletzt führte die Zusammenlegung zu einer besseren Ressourcenauslastung (z. B. der Räume und Geräte) und zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation.

Auch die Bevölkerung vor Ort profitiert: Das Leistungsspektrum konnte durch unterschiedliche Kompetenzschwerpunkte der Ärzt*innen deutlich erweitert werden und längere, arbeitnehmer- und familienfreundlichere Öffnungszeiten sowie eine tägliche „Notfallsprechstunde“ von 9:00 bis 12:00 Uhr (neben der „normalen“ Terminsprechstunde) wurden umgesetzt. Urlaubsbedingte Praxis-schließungen fallen nicht mehr an. Allein zwischen 2012 und 2019 stiegen die Patientenzahlen von 4 600–4 850/Quartal auf 6 700–7 000/Quartal an.⁵

2. Nachwuchsförderung im ländlichen Raum – das Beispiel „LandArztMacher“

Zunehmende Konzentrationsprozesse in der ärztlichen Versorgung in Deutschland erschweren es insbesondere in ländlichen Regionen, ausreichend ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen (SVR 2014, S. 349). Auch die universitäre medizinische Ausbildung findet hauptsächlich in den Großstädten statt. Dieser Allokationsproblematik kann mit gezielten Maßnahmen entgegengesteuert werden. In Bayern wurden etwa der Medizin-Campus Oberfranken⁶ oder Förderprojekte des Bayerischen Hausärzteverbandes und der KVB⁷ ins Leben gerufen, welche für Studierende während ihrer Ausbildung Anreize schaffen, möglichst frühzeitig im ländlichen Raum tätig zu sein.

Praxiserfahrungen, aber auch nationale und internationale Studien, deuten darauf hin, dass entsprechende Ansätze ein wichtiger Teil der Antwort auf die aktuellen Herausforderungen sein können. Studierende beispielsweise entscheiden sich häufiger für einen Berufseinstieg in einem ländlichen Gebiet, wenn sie dort bereits während ihres Studiums praktische Erfahrung sammeln konnten (Barth et al. 2017; Blue et al. 2004; Rabinowitz et al. 2001; Runge et al. 2016). Insbesondere die Verknüpfung aus fachlicher Wissensvermittlung, emotionaler Bindung an die Region und Optimierung des Berufsbildes scheint dabei ein wesentlicher Erfolgsfaktor zu sein. Hier setzen in Bayern u. a. viele der mittlerweile flächendeckend gegründeten, regionalen Weiterbildungsverbände für Allgemeinmedizin⁸ an.

Zudem wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Initiativen gestartet, um (angehenden) Mediziner*innen frühzeitig entsprechende Berührungspunkte in ländlichen Gebieten Bayerns zu ermöglichen, z. B. die

⁶ Mehr Informationen zum MedizinCampus Oberfranken unter: www.uni-bayreuth.de/de/universitaet/presse/archiv/2019/011-Medizincampus-Oberfranken_PM-Klinikum-BT.pdf (Abruf: 28.08.2019).

⁷ Mehr Informationen zu diversen Förderprogrammen für den ärztlichen Nachwuchs unter: www.hausaerzte-bayern.de/index.php/nachwuchs-lp/foerderprogramme-fuer-den-hausaerztlichen-nachwuchs.html sowie unter: www.kvb.de/nachwuchs/studium/kvb-famulaturfoerderung (Abruf: 28.08.2019).

⁸ Mehr Informationen dazu bietet die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin unter: <https://www.kosta-bayern.de> (Abruf: 28.08.2019).

„Medizinische Ferienakademie Altmühlfranken“⁹ und das Famulaturprojekt „Main Sommer“¹⁰. Auch die „LandArztMacher“ im Bayerischen Wald, einer ländlich geprägten Region im Osten Bayerns, sind ein sehr gutes Beispiel, wie ein gemeinsames Vorgehen zur Nachwuchsförderung erfolgreich sein kann: Die „LandArztMacher“ sind im Kern drei Hausärzte und eine Hausärztin. Sie veranstalten u. a. seit 2015 sog. „Exzellente Projekte“ (Ebert-Rall 2019). Ziel der Projekte, welche als Famulatur bzw. Pflegepraktikum im Rahmen des Medizinstudiums anerkannt werden, ist es, angehenden Mediziner*innen die Vorzüge einer Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt im ländlichen Raum praxisnah nahezubringen (AOK-Bundesverband 2019). Die Projekte zeichnen sich durch die Vermittlung und konkrete Anwendung von Lerninhalten sowie eine intensive Eins-zu-Eins-Betreuung aus, die in dieser Form im regulären Studienverlauf nicht üblich ist (Die LandArztMacher 2019). Die Einblicke in den Praxisalltag der teilnehmenden Ärzt*innen ermöglichen Studierenden, konkret zu erleben, dass und wie eine ärztliche Tätigkeit im Sinne gelungener Work-Life-Balance vereinbart werden kann.

Ein flankierendes und sehr umfangreiches Freizeitprogramm zeigt die hohe Lebensqualität in der Region auf. Neben dem Initiatorenkreis tragen zahlreiche weitere Akteure zur Realisierung der Projekte bei, u. a. 44 Arztpraxen sowie die regionalen Kliniken (Ebert-Rall 2019). Die angrenzenden Landkreise und deren kreisangehörige Gemeinden unterstützen beispielsweise durch die Bereitstellung von Unterkünften, die Gestaltung des Freizeitprogrammes oder die Verbesserung der Mobilität der Teilnehmer*innen. Zusätzlich stellen mehrere Krankenkassen und lokale Wirtschaftsunternehmen regelmäßig Geld- und Sachmittel zur Verfügung (Die LandArztMacher 2019). Bei der Zielgruppe findet das Projekt großen Anklang: Mehr als 200 Studierende aus ganz Deutschland haben bisher teilgenommen und das Angebot ist bereits bis Sommer 2020 ausgebucht (Ebert-Rall 2019).

⁹ Mehr Informationen zur „Medizinischen Ferienakademie Altmühlfranken“ unter: www.altmuehlfranken.de/medizinische-ferienakademie (Abruf: 28.08.2019).

¹⁰ Mehr Informationen zum Projekt „Main Sommer“ unter: www.hassberge.de/buergerservice/gesundheit/gesundheitsregionplus/famulaturprojekt-main-sommer.html (Abruf: 28.08.2019).

3. Herausforderungen in der Patientenmobilität – der „Ärzte.Bus“ schafft Abhilfe

Auch Mobilitätsangebote für Patient*innen können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung leisten. Fehlt auf kommunaler Ebene eine gute ÖPNV-Anbindung, so fehlt diese auch den Patient*innen, um z. B. die nächste Haus- oder Facharztpraxis zu erreichen. Der Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge im Norden Bayerns erprobt deshalb seit Sommer 2018 den sog. „Ärzte.Bus“. Koordiniert wird das Projekt von der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge. Die fachärztliche Versorgungssituation im ländlich geprägten Landkreis ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass viele der Fachärzt*innen in Marktredwitz, der größten Stadt des Landkreises, angesiedelt sind. Um die Erreichbarkeit der Praxen für die Patient*innen zu verbessern, wurde der „Ärzte.Bus“ initiiert. Ein siebensitziger Kleinbus eines ansässigen Busunternehmens verkehrt seit gut einem Jahr alle zwei Wochen an einem definierten Vormittag. Die Patient*innen können an zwei zentralen Haltestellen in Selb, der zweitgrößten Stadt des Landkreises, einsteigen und werden in ca. 30 Minuten direkt nach Marktredwitz zum Bahnhofsplatz oder zum Ärztehaus gefahren. Hier sind in unmittelbarer Nähe zahlreiche Fachärzt*innen niedergelassen. Dabei werden der Facharzttermin sowie die Sitzplatzbuchung im Bus von der jeweiligen Hausarztpraxis in Selb (es nehmen alle Hausarztpraxen teil) koordiniert. Die teilnehmenden Fachärzt*innen aus neun unterschiedlichen Fachrichtungen in Marktredwitz, die in Selb nicht vertreten sind, reservieren für den vorgesehenen Zeitraum Terminslots. Die Patient*innen zahlen für die Hin- und Rückfahrt pauschal 14 €, was ungefähr dem Tarif des öffentlichen Nahverkehrs zwischen diesen Städten entspricht. Das Angebot ist bisher zu durchschnittlich 70 % ausgelastet. Bei vollständiger Auslastung wären die Kosten nahezu gedeckt. Das entstehende Kostendefizit wurde bisher vom Landkreis und Spendengeldern einer Stiftung ausgeglichen.

Besonders in ihrer Mobilität eingeschränkte Bürgerinnen und Bürger haben durch den „Ärzte.Bus“ die Möglichkeit, ihre Facharzttermine eigenständig und deutlich kostengünstiger als mit dem Taxi wahrzunehmen (mit diesem würde eine einfache Fahrt ca. 50 € kosten). Eine dauerhafte Genehmigung des Mobilitätsangebotes als regelhaftes Angebot des ÖPNV sowie eine Ausweitung des Streckenangebotes (z. B. Einrichtung zusätzlicher Haltestellen in weiteren Gemeinden des Landkreises) werden derzeit von den Projektverantwortlichen angestrebt (Busch und Ziesel 2019). ■

Was zieht Hausärztinnen und Hausärzte in periphere ländliche Räume?

Dr. Patrick Küpper und Dr. Tobias Mettenberger

Hausärzt*innen gelten als erste Ansprechpartner*innen bei Krankheiten, weshalb diese Arztgruppe am häufigsten in Anspruch genommen wird und ihre Praxen für eine patientennahe Versorgung möglichst flächendeckend vorhanden sein sollten. Im Folgenden werden die Ergebnisse einer Untersuchung zu beruflichen und privaten Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzt*innen in ländlichen Räumen dargestellt.¹

Folgen des Hausärztemangels in ländlichen Räumen besonders gravierend für ältere Menschen

Berechnungen von Stefan Neumeier² ergaben, dass im Jahr 2016 ca. 56 % der Bevölkerung in ländlichen Räumen die nächste Hausarztpraxis innerhalb von 15 Minuten zu Fuß erreichen konnten, während dies in nichtländlichen Räumen auf ca. 85 % zutraf. Die Erreichbarkeit hängt also mit der Siedlungsdichte zusammen, weshalb Menschen in abgelegenen ländlichen Ortschaften in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt besonders von weiten Wegen zur nächsten Praxis betroffen sind. Problematisch ist, dass die Zahl der Hausärzt*innen sinkt und zwar sowohl in ländlichen als auch in verdichteten Räumen, wobei die Folgen für die Erreichbarkeit in ländlichen Räumen wesentlich gravierender sind (s. Abb.). Hinzu kommt zum einen, dass in ländlichen Regionen, die besonders vom demografischen Wandel betroffen sind, mehr ältere und hochbetagte Menschen leben, die verstärkt auf ärztliche Leistungen angewiesen sind. Zum anderen stehen viele der dort praktizierenden Mediziner*innen kurz vor dem Rentenalter oder haben diese Altersgrenze bereits überschritten, weil sie Schwierigkeiten haben, Nachfolger*innen zu finden.

Daher wird seit Jahren darüber diskutiert, wie junge Mediziner*innen dazu bewegt werden können, sich für eine hausärztliche Tätigkeit an unterversorgten, ländlich gelegenen Standorten zu entscheiden. Zahlreiche Maßnahmen wurden in den letzten Jahren auf den Weg gebracht, um die ambulante medizinische Versorgung zu verbessern. So beschloss der Bundestag 2015 das sog. Versorgungsstärkungsgesetz. Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), Landkreise, Städte und Gemeinden haben Programme und Initiativen gestartet, um Hausärzt*innen an unterversorgte Standorte zu locken. Dazu zählen Eigenpraxen der KVen, die Zusicherung von Mindestumsätzen, Zuschüsse für den Aufbau einer Praxis oder Stipendien mit der Auflage, sich nach der Ausbildung in einem unterversorgten Raum niederzulassen. Auch in der ländlichen Entwicklung werden Ansätze verfolgt, um die hausärztliche Versorgung zu sichern. Dazu zählen Imagekampagnen und die Förderung weicher Standortfaktoren, wie die Verbesserung der Kinderbetreuung, des Kultur- und Freizeitangebotes oder die Vermittlung von Arbeitsplätzen für die mitziehenden Partner*innen.

Überraschenderweise gibt es bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, welche Standortfaktoren Mediziner*innen in ländlich periphere Räume locken, um Politikmaßnahmen möglichst zielgerichtet



Foto: Thünen-Institut

Dr. Patrick Küpper und Dr. Tobias Mettenberger
Thünen-Institut, Institut für Ländliche Räume, Braunschweig
patrick.kuepper@thuenen.de
www.thuenen.de

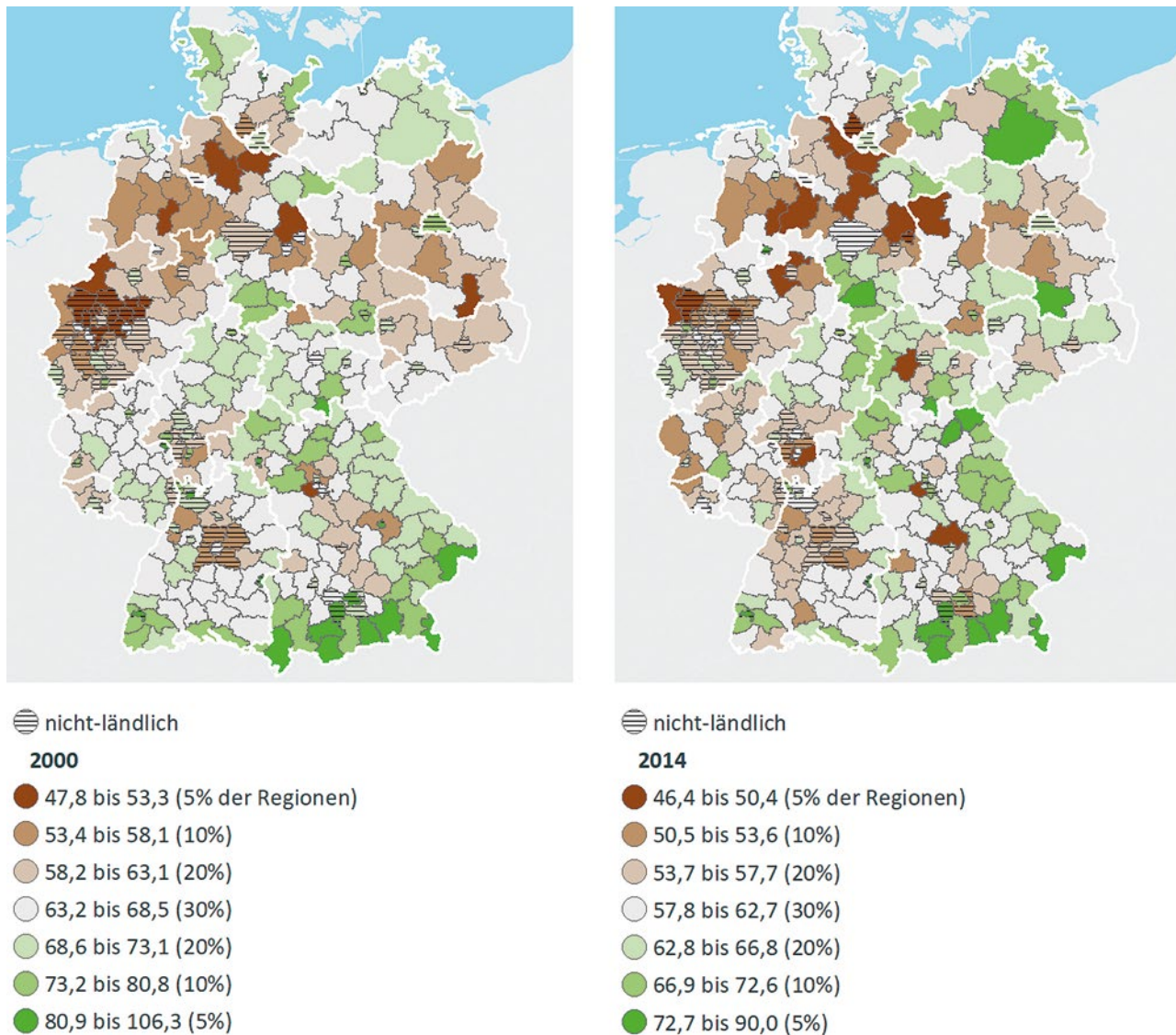


Foto: Thünen-Institut

¹ Der Beitrag basiert im Wesentlichen auf Ergebnissen der Begleitforschung zum Modellvorhaben Land(auf)Schwung des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (Förderkennzeichen: 2815LE007), die ausführlicher in der folgenden Publikation dargestellt sind: Küpper P. und Mettenberger T. (2018): Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen. Raumforschung und Raumordnung 76(3):229-245, DOI:10.1007/s13147-018-0535-2.

² Neumeier, S. (2017): Regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Fachärzten, Apotheken, ambulanten Pflegediensten und weiteren ausgewählten Medizindienstleistungen in Deutschland – Abschätzung auf Basis des Thünen-Erreichbarkeitsmodells. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut, 157 S., Thünen Working Paper, DOI:10.3220/WP1503653790000.

Abbildung: Hausärzt*innen je 100 000 Einwohner*innen in den Kreisregionen Deutschlands in den Jahren 2000 und 2014



Quelle: Thünen-Institut, 2018

konzipieren zu können. Es gibt zwar Untersuchungen zur Wirkung beruflicher Standortfaktoren, meist jedoch ohne Fokus auf ländliche Räume. Außerdem werden regelmäßig Medizinstudierende und Nachwuchsmediziner*innen nach ihren Standortpräferenzen gefragt. Da diese Befragungen meist lange vor einer möglichen Entscheidung stattfinden, sind die Ergebnisse losgelöst von der konkreten beruflichen und familiären Situation, so dass oftmals wenig belastbare Klischees über ländliche Räume wiedergegeben werden. Unsere Forschungsfrage lautete also, inwiefern verschiedene berufliche und private Standortfaktoren Hausärzt*innen bei ihrer Standortwahl in ländlichen Räumen beeinflussen. Zur Beantwortung der Frage wurden zunächst 21 leitfadenge-

stützte Interviews mit Expert*innen und neu niedergelassenen Mediziner*innen im Hochsauerlandkreis und im Landkreis Stendal durchgeführt. Die dabei als ausschlaggebend festgestellten Standortfaktoren wurden anschließend in einer statistischen Analyse mithilfe multipler Regressionen hinsichtlich ihrer Relevanz und Verallgemeinerbarkeit hin untersucht.

Berufliche Gelegenheiten und persönliche Beziehungen bei der Standortwahl entscheidend

Die Ergebnisse zeigen, dass in erster Linie berufsbezogene Standortfaktoren sowie biografische Bezüge in die jeweilige Region für die Niederlassung

Tabelle: Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzt*innen in ländlichen Räumen

Berufliche Standortfaktoren	Private Standortfaktoren
Wirtschaftliche Stabilität	Natur zur Entspannung
Versorgungsbedarf	Sicheres Wohnumfeld für Kinder
Wenig Konkurrenz	Umfassende, flexible Angebote zur Kinderbetreuung
Enger und langfristiger Patientenkontakt	Qualitativ gute Schulen vor Ort
Nähe zu Kliniken (Orte des Studiums, der Weiterbildung und der Berufspraxis)	Große und günstige Häuser und Grundstücke
Abwechslungsreicher Berufsalltag	Persönliche Verbindungen in die Region

Quelle: eigene Darstellung

in ländlichen Räumen ausschlaggebend waren. Die Tabelle gibt einen Überblick über die Standortfaktoren, die sich in den beiden Fallstudien als bedeutsam herauskristallisiert haben und die die statistische Analyse zumindest teilweise für ganz Deutschland bestätigen konnte. Interessant an den interviewten Hausärzt*innen, die sich neu niedergelassen hatten, war zunächst, dass es sich dabei keineswegs nur um junge Nachwuchsmediziner*innen handelte. Stattdessen war die Gruppe vom Alter her sehr gemischt, weil einige vor ihrer Niederlassung länger in der Klinik oder in einer Praxis angestellt gearbeitet hatten. Weitere Ärzt*innen hatten eine längere Auszeit im Zuge einer Familienphase eingelegt. Daher hatten fast alle Befragten bereits Partner*innen und Kinder, was die relevanten Standortfaktoren beeinflusst. Allerdings richtete sich die Standortentscheidung nicht, wie in der Diskussion oft thematisiert, nach den Karriereaussichten der Partner*innen, weil diese sich oftmals um die Kinder kümmerten, weite Pendelwege in Kauf nahmen oder beruflich flexibel waren.

Bei den beruflichen Standortfaktoren spielte das wirtschaftliche Potenzial eine zentrale Rolle. Dabei ging es aber weniger um Gewinnmaximierung – entsprechend denkende Ärzt*innen entscheiden sich vermutlich eher für andere Fachrichtungen und Regionen –, sondern um stabile Einkünfte. Diese wirtschaftliche Sicherheit basierte zum einen darauf, dass die neu Niedergelassenen ihre Vorgänger*innen gut kannten, z. B. weil sie die elterliche Praxis übernahmen oder bereits vorher als Angestellte in der Praxis gearbeitet hatten. So ergab sich die Niederlassung in vielen Fällen nicht aus einer gezielten Standortsuche, sondern durch berufliche Gelegenheiten und Kontakte im eigenen Netzwerk. Zum an-

deren war es aber auch ein wichtiger Standortfaktor ländlicher Praxen, dass hier wenig Konkurrenz besteht. Anders als in urbanen Gebieten, in denen die meisten Menschen viele Ärzt*innen erreichen können und eine hohe Fluktuation der Patient*innen durch Umzüge stattfindet, verfügten die befragten Mediziner*innen über einen festen Patient*innenstamm. Dies wurde nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen besonders positiv bewertet, sondern auch auf Grund enger und langfristiger persönlicher Beziehungen. Zudem wird der abwechslungsreiche Berufsalltag auf den ländlichen Standort zurückgeführt. Da die Zahl der Facharztpraxen in unmittelbarer Nähe geringer ist, suchen Patient*innen ihre Hausärzt*innen auch bei spezielleren Krankheitsbildern auf. Außerdem orientieren sich die Mediziner*innen bei ihrer Standortwahl am Bedarf. Das Gefühl, gebraucht zu werden, ist den Befragten wichtig. Einen letzten beruflichen Standortfaktor stellte die Nähe zu Krankenhäusern dar. Nicht nur waren einige der neu Niedergelassenen vorher in einem Krankenhaus der Region tätig und ließen sich nieder, um der Hierarchie, der Schichtarbeit und der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu entkommen. Auch die Nähe zu den Standorten, an denen sie Stationen ihres Studiums und der Weiterbildung verbracht hatten, spielte eine wichtige Rolle, um soziale Netzwerke am alten Wohnort stabil halten zu können. Die Orientierung am Versorgungsbedarf, das Vermeiden von Konkurrenz, die Nähe zu Krankenhäusern und medizinischen Hochschulen konnte auch in der statistischen Untersuchung flächendeckend als bedeutsam für den Versorgungsgrad belegt werden. Darüber hinaus zeigte sich hierbei ein negativer Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung. Das bedeutet, dass mit einer sinkenden Bevölkerung sowohl die Zahl der

Hausärzt*innen insgesamt als auch die Zahl pro 100 000 Einwohner*innen zunahm. Dieser Zusammenhang liegt vermutlich daran, dass in schrumpfenden Regionen Hausärzt*innen eher bereit sind, ihre Praxis kostengünstig an Nachfolger*innen abzugeben.

Die privaten Standortfaktoren werden durch das Leben mit Kindern geprägt. Dabei stellte sich, auch auf Grund knapper Freizeit, heraus, dass die befragten Hausärzt*innen zumeist keinen ausgefallenen Hobbys nachgingen, die die Nähe zu den vielfältigen Kultur- und Freizeitangeboten der Großstädte erforderte. Stattdessen reichten den Befragten naturnahe Räume zum Spaziergehen oder Fahrradfahren. Mit offenen Landschaften sowie mit der Möglichkeit, einen eigenen großen Garten zu haben, verbanden die Ärzt*innen ein sicheres Wohnumfeld für die Kinder, die dort frei spielen können. Diese Standortfaktoren dürften aber auf alle ländlichen Räume, die definitionsgemäß durch lockerere Besiedlung gekennzeichnet sind, zutreffen. So konnte auch quantitativ kein Zusammenhang der Hausärztedichte mit dem Anteil naturschutzfachlich geschützter Flächen, wohl aber mit der dünnen Besiedlung festgestellt werden. Dies spricht dafür, dass es weniger um Natur als vielmehr um Kulturlandschaften, die von Feldern, Wäldern und Seen geprägt sind, als Standortfaktoren geht. In der statistischen Analyse bestätigte sich auch die Bedeutung günstiger Immobilienpreise nicht, die von einigen Befragten hervorgehoben wurden.

Des Weiteren spielt Kinderbetreuung für die jungen Familien eine wichtige Rolle. Es zeigte sich aber, dass es dabei weniger um die klassischen Kindertagesstätten ging, sondern um Betreuung in den Randzeiten, wie sie nur von in der Nähe wohnenden Verwandten oder – im Falle von Stendal mit seiner 24-Stunden-Kita – von Einrichtungen mit flexibler Randzeitenbetreuung übernommen werden können. Entsprechend ließ sich der Zusammenhang zwischen Ganztagsbetreuungsquote im Kleinkindbereich und Hausarztversorgung nicht nachweisen. Gleiches gilt für die ebenfalls bedeutsame Qualität der Schulen, die sich sowohl für die Eltern als auch anhand amtlicher Statistiken schwer einschätzen lässt. Zudem waren die persönlichen Bindungen an die Region in vielen Fällen entscheidend für die Niederlassung. So kamen z. B. im Kreis Stendal alle befragten Hausärzt*innen aus der Region, teilweise sogar aus demselben Ort, wo sie heute praktizieren. Diese persönlichen Beziehungen lassen sich genauso wenig wie die beruflichen Gelegenheiten nicht mit Hilfe der amtlichen Statistik nachweisen. Darin dürfte der

zentrale Grund liegen, weshalb mit der statistischen Analyse ein Großteil der räumlichen Unterschiede in der Hausarztversorgung und deren Entwicklung nicht erklärt werden kann.

Fokus auf Hausärzt*innen aus der Region, mit Kindern und Lust aufs Land

Aus den Ergebnissen lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, um die hausärztliche Versorgung in peripheren ländlichen Regionen zu verbessern. Zunächst sollte es darum gehen, die Zahl der Hausärzt*innen insgesamt zu erhöhen, da sich die Versorgung keineswegs nur in ländlichen Räumen verschlechtert. Hierzu sollten die Länder die Allgemeinmedizin an den Hochschulen stärken. Um eine räumlich ausgeglichene Verteilung der Hausärzt*innen zu erreichen, sollten die Länder dezentrale medizinische Fakultäten und Krankenhäuser in ländlichen Räumen aufrechterhalten. Die KVen sollten Ressourcen und Praxissitze umverteilen, von Arztgruppen mit tendenzieller Überversorgung hin zu jenen mit Defiziten, wie den Hausärzt*innen. Des Weiteren können sie mit Eigenpraxen sowie Möglichkeiten, Notdienste zu minimieren oder zu tauschen, familienfreundlichere Arbeitsbedingungen in unterversorgten Gebieten fördern. Zudem könnten die KVen Weiterbildungsplätze so steuern, dass ein Fokus auf von Unterversorgung bedrohten Räumen liegt. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen könnten von Kommunen betriebene Medizinische Versorgungszentren bieten. Ein Netzwerk von regionalen Akteuren sollte außerdem Schüler*innen zum Medizinstudium motivieren und Kontakte zwischen Nachwuchsmediziner*innen und Hausärzt*innen aus der Region vermitteln. Da die Bedeutung privater Standortfaktoren im Vergleich zu den beruflichen begrenzt ist, können auch die regionalen Akteure wenig tun, um die Attraktivität ihrer Region für Niederlassungswillige zu verbessern. Ausnahmen bilden gute Schulen, flexible Kinderbetreuungsangebote und attraktive Immobilien.

Wie auch andere Studien zeigen, ist es kaum möglich, Ärzt*innen ohne Verbindung in die Region und Präferenz für das Leben auf dem Lande für eine Niederlassung in peripheren ländlichen Räumen zu gewinnen. Daher sollte sich das Marketing auf diese Zielgruppe, die oft aus Familien mit kleinen Kindern besteht, konzentrieren und mit den Vorzügen des ländlichen Lebens und Praktizierens, wie Ruhe, Natur, Sicherheit, großzügige Immobilien, abwechslungsreicher Berufsalltag, enge Patientenbindung und sicheres Einkommen, werben. ■

Akzeptanz neuer hausärztlicher Versorgungsformen in ländlichen Regionen

Dr. Ulla Tangermann, Dr. Kim-Sarah Krinke, Prof. Dr. Christian Krauth, Prof. Dr. Volker E. Amelung

Trotz einer kontinuierlich ansteigenden Anzahl an Ärztinnen und Ärzten ist die flächendeckende Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen gefährdet und stellt somit eine der zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen dar (Gerlach et al. 2014; Knieps und Reiners 2015). So hat der Deutsche Bundestag im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz festgelegt, dass „die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung (...) weiter auf hohem Niveau sicherzustellen“ sei (Deutscher Bundestag 2015). Da die „gute medizinische Versorgung (...) auch in Zukunft keine Frage des Wohnortes sein“ darf, müssen „neue Wege in der Versorgung“ beschritten werden, um „die Versorgung klug weiterzuentwickeln“ (Bundesgesundheitsminister 2017).

Gesundheitspolitische Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung bestehen in Deutschland bislang primär aus finanziellen Anreizen, Anpassungen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie Zulassungsbeschränkungen (CDU/CSU, SPD 2013; Gerlach et al. 2014; GKV-VSG 2015). Neben den bereits ergriffenen Maßnahmen können jedoch auch Anpassungen in den Versorgungsstrukturen, wie die Einführung neuer Versorgungsformen, dazu beitragen, eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten (OECD 2016).

Eine der zentralen Voraussetzungen für die erfolgreiche Neustrukturierung der hausärztlichen Gesundheitsversorgung liegt in der Akzeptanz seitens der Bevölkerung (Becker und Zweifel 2008). Daher wurde anhand einer Befragung erhoben, wie die hausärztliche Versorgungssituation vor Ort

bewertet wird und ob die Einführung neuer Versorgungsformen akzeptiert wird.

Maßnahmen zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung

Im Sommer 2015 fand eine postalische Befragung von zufällig ausgewählten Personen in acht ländlichen Regionen Niedersachsens statt (n = 996, Rücklaufquote = 51 %). Dabei wurden schwer zu versorgende Regionen – die u. a. durch eine geringe Arztdichte und eine ältere Bevölkerung gekennzeichnet sind (Tangermann et al. 2016) – mit normal zu versorgenden Regionen verglichen. Vor der Durchführung der quantitativen Befragung wurden qualitative Fokusgruppeninterviews durchgeführt, um einen ersten Einblick in die Thematik zu gewinnen. Der Fragebogen umfasste neben den persönlichen Erfahrungen mit der gegenwärtigen hausärztlichen Versorgung und Erwartungen an die künftige

Entwicklung der hausärztlichen Versorgung auch die Bewertung von fünf Modellen zur Verbesserung der Versorgungssituation: 1. die Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliches Praxispersonal, 2. die Behandlung leichter Erkrankungen durch entsprechend weitergebildete Apotheker*innen, 3. die telemedizinische Fernbehandlung durch Ärzt*innen, 4. die Behandlung in mobilen Arztpraxen sowie 5. der Patientenbus, mit dem Patient*innen zu einer Arztpraxis gefahren werden können. Diese Modelle werden so wie in der Befragung beschrieben in anderen Ländern und z. T. bereits auch in Deutschland umgesetzt.

Hohe Akzeptanz neuer Versorgungsformen

Die persönlichen Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgungssituation vor Ort sind in der Tabelle dargestellt. Während die Befragten im Durchschnitt lediglich 13 Minu-

Dr. Ulla Tangermann, HTA & Value Strategy Manager, Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen, ulla.t@ngermann.net, www.roche.de

Dr. Kim-Sarah Krinke, Manager Real World Evidence, Xcenda, Hannover, www.xcenda.de

Prof. Dr. rer. pol. Christian Krauth und Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, www.mh-hannover.de/epi.html

Tabelle: Persönliche Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgungssituation vor Ort

		Schwer zu versorgende Regionen		Normal zu versorgende Regionen		
Regelmäßig bei Hausarzt		98,1 %	(n = 516)	96,8 %	(n = 453)	
Anzahl Hausarzt-Besuche in letzten 12 Monaten		5,4 (SD: 4,9)	(n = 495)	5,4 (SD: 4,3)	(n = 449)	
Bei nächst gelegenen Hausarzt		72 %	(n = 509)	72 %	(n = 450)	
Transport zum Hausarzt (Mehrfachnennung möglich)		PKW	79,6 %	(n = 514)	PKW	73,5 %
		Zu Fuß / Fahrrad	24,7 %		Zu Fuß / Fahrrad	38,7 %
		Familie / Freunde	10,3 %		Familie / Freunde	12,6 %
		Taxi	2,7 %		ÖPNV	2,2 %
		ÖPNV	1,4 %		Taxi	1,3 %
		Sonstiges	2,3 %		Sonstiges	1,3 %
Entfernung zum Hausarzt***		14 Minuten (SD: 8,8)	(n = 513)	12 Minuten (SD: 8,1)	(n = 451)	
Wartezeit auf Termin beim Hausarzt*	Keine Wartezeit	61,1 %	(n = 476)	68,4 %	(n = 421)	
	1-3 Tage	30,3 %		23,0 %		
	> 4 Tage	8,6 %		8,5 %		

SD: Standardabweichung
 Unterschied zwischen den Regionen statistisch signifikant *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Quelle: eigene Darstellung

ten benötigten, um zur Praxis zu gelangen, brauchten 25 % der Bevölkerung in schwer zu versorgenden Regionen und 20 % in normal zu versorgenden Regionen länger als 15 Minuten. Bevorzugtes Transportmittel war der Pkw, der ÖPNV spielte in den untersuchten ländlichen Regionen nur eine untergeordnete Rolle.

Die gegenwärtige hausärztliche Versorgungssituation wurde von einem überwiegenden Anteil der Befragten als gut bewertet. Allerdings befürchtete ein Großteil der Befragten, dass sie sich in den nächsten fünf Jahren verschlechtern wird. In schwer zu versorgenden Regionen wurde sowohl die gegenwärtige, als auch die künftige hausärztliche Versor-

gungssituation schlechter bewertet als in normal zu versorgenden Regionen (vgl. Abb. 1).

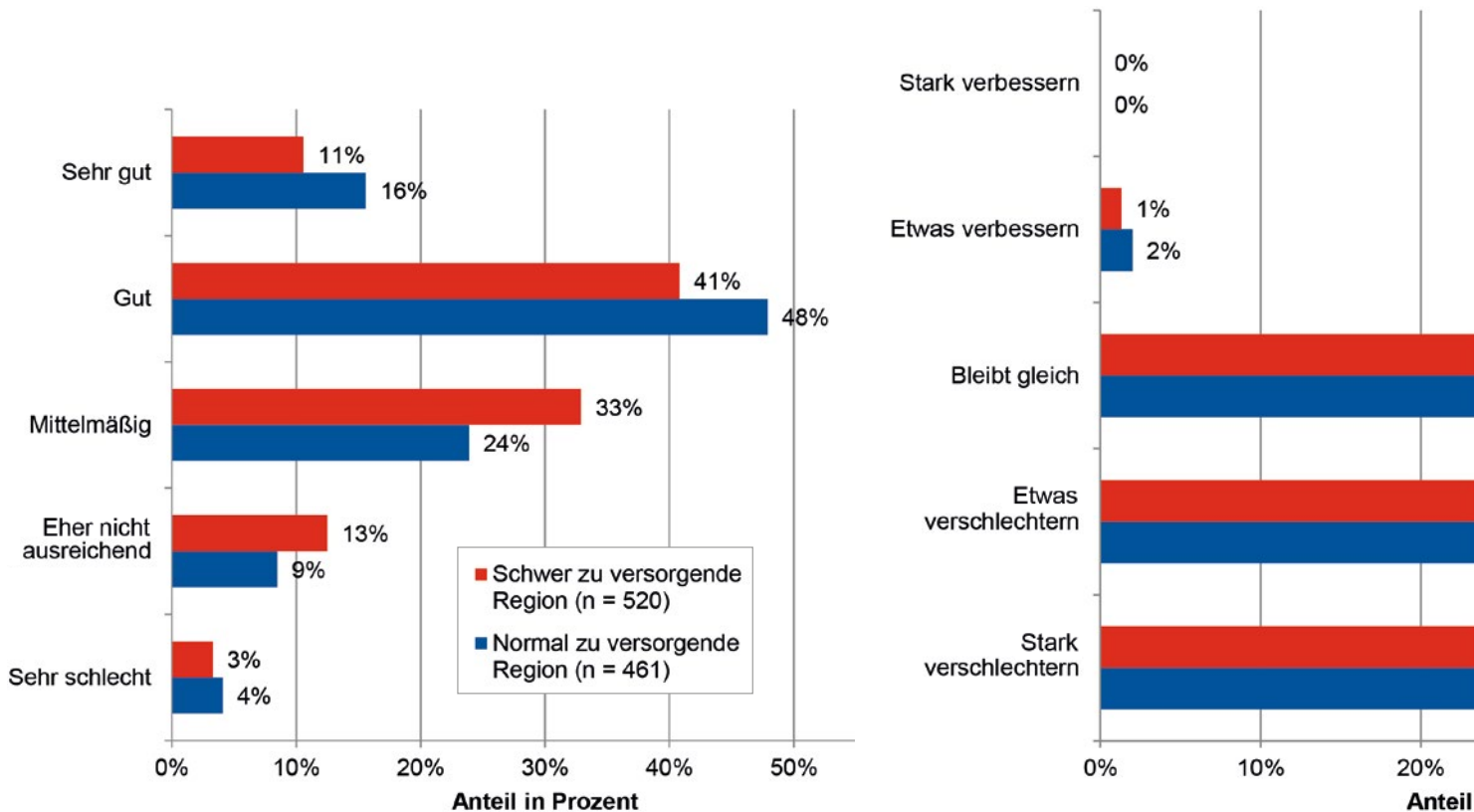
Insgesamt zeigte sich eine hohe Bereitschaft zur Nutzung der vorgestellten neuen Versorgungsformen (vgl. Abb. 2). So war der überwiegende Anteil der Befragten bereit, die Delegation, eine mobile Arztpraxis oder einen Patientenbus zu nutzen. Knapp die Hälfte würde leichtere Erkrankungen von Apotheker*innen mit erweitertem Aufgabenspektrum behandeln lassen. Lediglich die telemedizinische Fernbehandlung wurde überwiegend abgelehnt. Da ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis für die meisten Befragten besonders wichtig ist, liegt der primäre Grund für die Ablehnung der tele-

medizinischen Fernbehandlung in dem fehlenden direkten Kontakt zu Arzt bzw. Ärztin, wie die Fokusgruppendifkussionen gezeigt haben. Weitere Gründe sind die mangelnde Technik-Kompetenz älterer Menschen sowie nicht ausreichend schnelle Internetverbindungen in ländlichen Regionen.

Großes Potenzial von mobilitätsorientierten und arztunterstützten Versorgungsformen

Insgesamt zeigte sich eine überwiegend positive Bewertung der gegenwärtigen hausärztlichen Versorgungssituation. Der viel diskutierte „Ärztmangel“ schien daher zum Zeitpunkt der Befra-

Abbildung 1: Bewertung der gegenwärtigen (links) und Erwartungen an die künftige (rechts) hausärztliche Versorgungssituation



Quelle: eigene Darstellung

gung noch nicht die Versorgungsrealität in den ausgewählten ländlichen Regionen Niedersachsens widerzuspiegeln. Auch lagen für den Großteil der Befragten die Entfernungen zur Hausarztpraxis mit 15 Minuten im Rahmen dessen, was als möglicher Standard der Erreichbarkeit angesehen wurde (Voigtländer und Deiters 2015). Allerdings spricht die Tatsache, dass die Versorgung in schwer zu versorgenden Regionen schlechter bewertet wird als in normal zu versorgenden Regionen dafür, dass die öffentliche Diskussion über die flächendeckende Sicherstellung der Versorgung deutlich differenzierter geführt werden muss, als dies gegenwärtig getan wird. Versorgungsrelevante Faktoren in den einzelnen Regionen, wie z. B. Altersstruktur von Bevölkerung und Ärzteschaft, sozioökonomi-

sche Faktoren, Entfernung zur nächsten Praxis und ÖPNV-Anbindung, sollten dabei berücksichtigt werden.

Wie diese Befragung, belegen auch andere Studien eine hohe Bereitschaft zur Nutzung neuer Versorgungsformen, insbesondere der Delegation (Jacob et al. 2012; Scherenberg 2014; KBV 2015). Auch Ärztinnen und Ärzte sehen die Delegation überwiegend positiv, obwohl weiterhin Bedenken bezüglich des Haftungsrisikos und der Kompetenz nichtärztlichen Personals bestehen (Gerhold et al. 2015). Die telemedizinische Fernbehandlung wird jedoch größtenteils abgelehnt, und dies, wie andere Studien zeigen, insbesondere von älteren Menschen in ländlichen Regionen (Scherenberg 2014; KBV 2019). Allerdings wird innerhalb der Politik wie

auch der Ärzteschaft von einer zunehmenden Bedeutung der Digitalisierung sowie der Telemedizin ausgegangen. Erfolgreiche Modellprojekte zur telemedizinischen Fernbehandlung könnten möglicherweise die Bedenken der Bevölkerung verringern.

Insbesondere in Hinblick auf eine alternde Bevölkerung, die oftmals weniger technikaffin und nur eingeschränkt mobil ist, bieten mobilitätsorientierte und arztunterstützende Maßnahmen ein großes Potenzial zur Sicherstellung der Versorgung und können einen wertvollen Beitrag hierzu leisten. Durch die politisch geförderte Einführung dieser neuen Versorgungsformen könnten zudem die Sorgen der Bevölkerung vor einer sich künftig verschlechternden hausärztlichen Versorgungssituation minimiert werden. ■

vor Ort

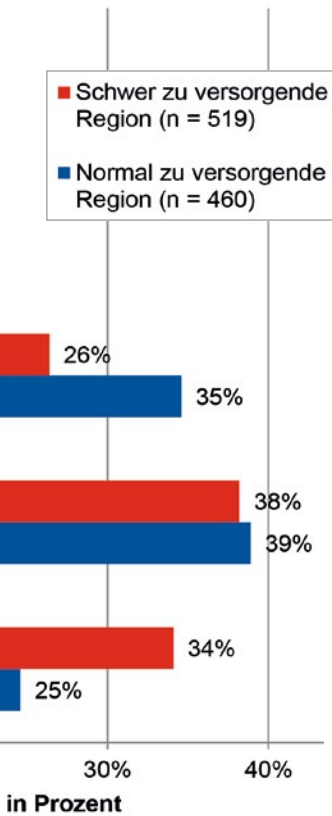
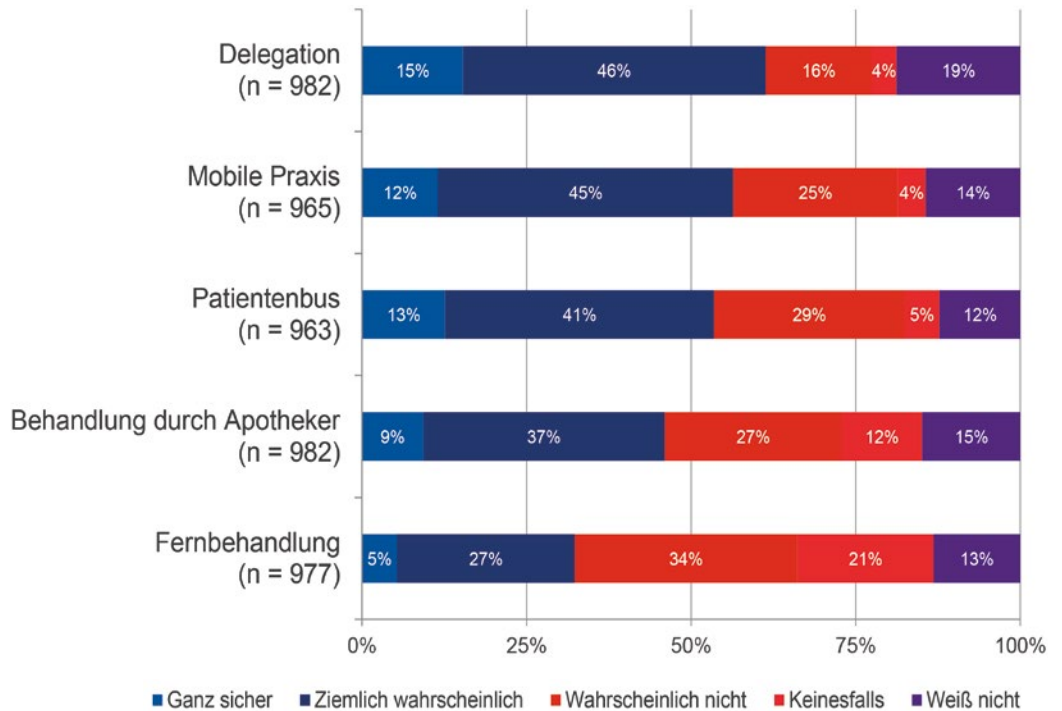


Abbildung 2: Bereitschaft zur Nutzung neuer Versorgungsformen



Quelle: eigene Darstellung

Die Literaturangaben finden Sie unter: www.asg-goe.de/pdf/LR0319-Literatur-Tangermann-Krinke-Krauth-Amelung.pdf

www.innovative-gesundheitsmodelle.de

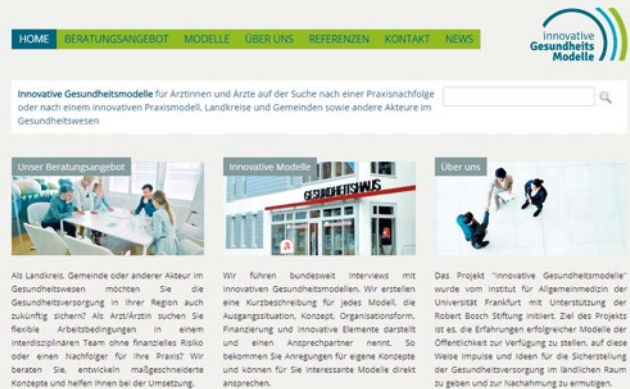
WEBTIPP!

Kernstück der Website ist eine Datenbank, in der innovative Modelle der Gesundheitsversorgung zusammengetragen wurden, um sie Interessierten als Anregungen für eigene Konzepte zur Verfügung zu stellen. Zu jedem Modell sind in einer Kurzbeschreibung Informationen zu Ausgangssituation, Konzept, Organisationsform, Finanzierung und innovativen Elementen zusammengefasst. Die Einträge können wahlweise nach inhaltlichem Schwerpunkt (z. B. ältere Menschen, Demenz, medizinische Versorgung, Prävention etc.), Organisationsform (z. B. Ärztenetz, Gesundheitsregion, Delegation/Casemanagement etc.) und Bundesland gefiltert werden.

Hervorgegangen ist die Datenbank aus dem Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“ des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt (IfA).

Aufbauend auf den Erfahrungen, die von den Akteuren der vorgestellten Modelle gemacht wurden, wurde darüber

hinaus vom IfA-Projektteam ein Beratungsangebot konzipiert. Es richtet sich an Landkreise und Kommunen, die nach Möglichkeiten für die Sicherung der Gesundheitsversorgung in ihrer Region suchen, an Ärztinnen und Ärzte bei der Klärung der Praxisnachfolge und an andere Akteure aus dem Gesundheitssektor. ■



Neue Wege in der hausärztlichen Versorgung – das Ärztezentrum in Büsum

Von den 1 900 in Schleswig-Holstein praktizierenden Hausärzt*innen sind 624 mindestens 60 Jahre alt. Auch in der Gemeinde Büsum sah die Situation nicht besser aus. Zur Sicherung der Daseinsvorsorge hat sie deshalb 2015 das erste kommunale Ärztezentrum aufgebaut, in dem sie mehrere Hausärzt*innen beschäftigt.

Im vom Tourismus geprägten Nordseeheilbad Büsum leben 8 000 Menschen, von denen 60 % älter als 60 Jahre sind. Bei den fünf Hausärzt*innen der Gemeinde war kein Nachfolger und keine Nachfolgerin in Aussicht, obwohl ihr Durchschnittsalter bereits bei 64 Jahren lag. Aus dieser Notlage heraus initiierte Harald Stender, Koordinator für ambulante Versorgung in Dithmarschen, ein Projekt zur Erhaltung der Lebensqualität und Zukunftsfähigkeit für die Region.

Pionierprojekt der medizinischen Versorgung

Büsum wurde, als erste Gemeinde in Deutschland, Träger von Arzt-sitzen¹. Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten, ein Ärztezentrum zu gründen – entweder als Eigeneinrichtung oder als Medizinisches Versorgungszentrum. Hinter der Eröffnung der Büsumer

Eigeneinrichtung stecken ein strukturiertes Vorgehen und eine sorgfältige Planung. Auf der gesetzlichen Grundlage des § 105 Abs. 5 SGB V darf eine Gemeinde im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine eigene Organisationsform wählen, welche die Anstellung von Ärzt*innen ermöglicht. Zunächst bedarf es dazu jedoch eines Grundsatzbeschlusses der Gemeindevertretung und der Genehmigung des Zulassungsausschusses der KV. Im Antrag an den Zulassungsausschuss der KV muss deutlich werden, dass in der jeweiligen Region eine medizinische Unter-versorgung droht. In Büsum wurde nach Erhalt der Zulassung eine kommunale gGmbH gegründet. Diese Rechtsform erlaubt der Gemeinde, Steuermittel zu investieren und unterstützend einzusetzen. Zur Entlastung der Ärzteschaft und der Gemeinde wurden bürokratische und administrative

Aufgaben an einen externen Dienstleister übergeben, die Ärztenossenschaft Nord. Sie wurde beispielsweise mit der Übernahme aller administrativen Aufgaben (Geschäftsbesorgungsvertrag) beauftragt und stellt den Geschäftsführer des Ärztehauses in Büsum. Kooperationspartner wie die KV Schleswig-Holstein und die Ärztenossenschaft Nord sind somit für die Gemeinde Büsum hinsichtlich der finanziellen und fachlichen Unterstützung wichtig.

Kommunales Gesundheitszentrum sichert die hausärztliche Versorgung

Während die Jahresabschlüsse in den ersten beiden Jahren nach Gründung des Ärztezentrums geringe Verluste aufwiesen, schrieb das Ärztezentrum bereits im dritten Jahr schwarze Zahlen. Die Gemeinde ist überzeugt, auch in Zukunft mit Gewinn wirtschaften zu können. Die neu geschaffenen hausärztlichen Strukturen sind vor allem an den Ansprüchen der jungen Generation von Ärzten und Ärztinnen orientiert, die animiert werden sollen, in den ländlichen Raum (zurück)zukommen. Das Ärztezentrum ermöglicht eine Arbeit im Team, sowohl als Angestellte*r als auch als Inhaber*in eines KV-Sitzes. Es werden attraktive Arbeitszeiten, z. B. Teilzeitarbeit, angeboten, die den veränderten Arbeitsbedürfnissen der neuen Generation entgegenkommen, und gleichzeitig birgt das Arbeiten im Angestelltenver-



Foto: Tim Riediger/norfolp.de

¹ Inzwischen gibt es allein in Schleswig-Holstein vier weitere Gemeinden, die es Büsum gleich getan haben: Lunden, Pellworm, Helgoland und Silberstedt.

hältnis ein geringes finanzielles Risiko. Neben einer modernen Ausstattung ist ein weiterer Vorteil für die jungen Ärzt*innen, dass die umfangreiche Verwaltungstätigkeit nicht von ihnen selbst, sondern von dem externen Dienstleister übernommen wird. Auf diese Weise wird die hausärztliche Versorgung arbeitsteiliger und die Ärzt*innen können sich auf die Versorgung der Patient*innen konzentrieren. Mit diesem Modell gestaltete sich der Übergang von den niedergelassenen Hausärzt*innen auf die nächste Generation relativ einfach: Durch das Ärztezentrum gelang es, in Büsum vier junge Nachwuchsärzt*innen, davon drei Frauen, zu gewinnen.

Rechtzeitiges Handeln unter Einbeziehung der niedergelassenen Hausärzt*innen ist notwendig

Als Pilotprojekt in der medizinischen Versorgung standen der Einführung des Ärztezentrums auch Hindernisse im Weg. Vor der Etablierung hatten Politiker*innen die Problematik jahrelang nicht ernst genug genommen und es nicht für notwendig erachtet, dem Mangel an Hausärzt*innen konstruktiv zu begegnen. Heutzutage sei zwar die Einsicht in der Politik vorhanden, so Harald Stender, jedoch kaum Wissen über die bestehenden Möglichkeiten. Oftmals wird ein Zusammenbruch der medizinischen Versorgung durch den unrealistischen Wunsch der Ärzt*innen verursacht, eventuell doch noch eine*n Nachfolger*in für eine bestehende Praxis finden zu wollen. Da dies bei Einzelpraxen auf dem Lande weitgehend aussichtslos ist, besteht die Notwendigkeit, rechtzeitig zu handeln und die niedergelassenen Hausärzt*innen von Anfang an in die Planung einzubeziehen. Die Lösung, ein Ärzte-/Gesundheitszentrum in einem zentralen



Foto: Tim Riediger/maiforum

Ort aufzubauen, scheidet häufig an den Egoismen einzelner Gemeinden. Jede Gemeinde möchte das Gesundheitszentrum im eigenen Ort haben und die Einzelpraxen im Ort nicht aufgeben. Ein finanzielles Risiko ergibt sich für die kommunalen Träger daraus, dass die Ärzt*innen angestellt sind und im Gegensatz zu denjenigen, die einen Arztsitz kaufen, jederzeit kündigen können, beispielsweise wenn Ärzt*innen sich räumlich verändern wollen. Hier besteht die Kunst darin, die Ärzt*innen langfristig an den Standort zu binden und die Angebote auch weiterhin attraktiv zu halten. Da das Kassenzonrecht sehr komplex ist und fachspezifisches Wissen erfordert, ist es zudem sinnvoll, eine Geschäftsführerin oder einen Geschäftsführer aus der medizinischen Branche einzusetzen.

Die Zukunft der hausärztlichen Versorgung

Vergleichbare Modelle zum Ärztezentrum von Büsum gibt es aktuell nur etwa ein Dutzend in Deutschland. Einer größeren Verbreitung steht entgegen, dass kleine Gemeinden zwar am stärksten vom Mangel an Ärzten und Ärztinnen betroffen sind, sie aber eine gewisse Größe und Einwohnerzahl benötigen, um ein kom-

munales Ärzte-/Gesundheitszentrum wirtschaftlich betreiben zu können. Trotzdem rechnet Thomas Rampoldt, Geschäftsführer der Ärztegenossenschaft Nord und des Ärztezentrums Büsum, bundesweit in den nächsten zehn Jahren mit über 100 vergleichbaren Projekten. Bedacht werden müssen allerdings stets regionale Unterschiede, da jede Gemeinde und jede*r Mediziner*in individuelle Anforderungen hat. Ein Ärztezentrum als kommunale Eigenrichtung oder MVZ zu etablieren, sieht Harald Stender als letzte Rettung der medizinischen Versorgung einer Gemeinde. Bei vielen Projekten organisiert er neben dem Zusammenschluss von Ärzt*innen auch die Ansiedlung weiterer Gesundheitsdienstleister (Apotheken, Zahnärzt*innen, Pflegeanbieter, Physiopraxen u. a.) in Gesundheitszentren. So wird die Modernisierung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum durch weitere Gesundheits- und Pflegedienstleister flankiert. Mit der Schaffung größerer und modernerer Angebote sieht er eine gute Chance für die hausärztliche Nachwuchsgewinnung. Im Wettstreit um Nachwuchsärzt*innen bedarf es jedoch weiterhin unkonventioneller und innovativer Ansätze.

■ Alba Lucke



Gemeinsam ärztliche Versorgung sicherstellen

Bis 2022 wird die Hälfte der zzt. tätigen Hausärzt*innen im Eifelkreis Bitburg-Prüm in Ruhestand gehen. Zur Vermeidung von drohenden Versorgungsengpässen wurde die Genossenschaft Medicus Eifler Ärzte eG gegründet. Sie bietet ihren Mitgliedern Vorteile bei Arbeitszeiten, Entlastung bei der Abrechnung und von Haftungsrisiken.

Die Ärztegenossenschaft besteht bisher aus zehn Mediziner*innen, unter ihnen Dr. Michael Jager, Vorstand der Medicus Eifler Ärzte eG. Die Idee entstand 2016 bei einer Versammlung im Eifelkreis. Landrat Joachim Streit beschäftigte sich seit Jahren im Rahmen des Kreisentwicklungskonzepts mit dem Thema. Vor rund neun Jahren schloss sich deshalb die Arbeitsgemeinschaft ärztliche Versorgung zusammen, die Perspektiven für die Region erarbeiten wollte.

Startschwierigkeiten aufgrund von Haftungsfragen

Im Oktober 2016 wurde die Medicus Eifler Ärzte eG gegründet. Um starten zu können und bezüglich Haftungsfragen abgesichert zu sein, benötigte sie eine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Zwar sind ärztliche Behandlungsfehler über die Berufshaftpflichtversicherung abgedeckt, für Regressrisiken dagegen sollte die Genossenschaft haften¹. Der Medicus Eifler Ärzte eG war dieses Risiko zu hoch und die Beteiligten waren nicht bereit, mit ihrem privaten Vermögen zu haften, weshalb sie sich über eine Versicherung absichern wollten. Dies wurde von der KV zunächst abgelehnt, die auf einer selbstschuldnerischen Bürgschaft bestand. Im Juli 2018 fanden die beiden Parteien dann einen Kompromiss, nachdem die KV mit ihren Bedenken die Sicherheitsleistung betreffend eingelenkt hat. Die Genossenschaft haftet nun nicht mit ihrem Vermögen, da im Fall eines Regresses die Regressversicherung greift. Am 2. Januar 2019 konnte das erste medizinische Versorgungszentrum (MVZ) in Bitburg eröffnet werden, im April 2019 wurde die erste Zweigstelle in Dudeldorf in Betrieb genommen. Partner der Genossenschaft sind BL health consult, zuständig für Management und Beratung im Gesundheitswesen, und der Genossenschaftsverband – Verband der Regionen.

Die Genossenschaft als Träger eines MVZ mit Zweigpraxen

Die Medicus eG ist Träger eines dezentralen MVZ mit Zweigpraxen in der Region. Um die Ärzt*innen von den administrativen Aufgaben zu entlasten, gibt es eine zentrale Abteilung zur Erledigung der gesamten Abrechnungen. Wenn ein Hausarzt oder eine Hausärztin mit eigener Praxis der Genossenschaft beitreten möchte, kauft die Medicus eG mit Hilfe eines Kredites die Arztpraxis. Das gesamte Praxisteam, d. h. die Ärzt*innen und die medizinischen Fachangestellten, werden übernommen. Alle Gewinne der Praxis gehen an die Medicus eG, die damit die Kredite abbezahlt und Rücklagen bildet. Die Ärzt*innen sind dann keine selbständigen Unternehmer*innen mehr, sondern Angestellte der Genossenschaft. Der Unterschied dieses MVZ zu anderen MVZ-Trägern ist, dass nur Mediziner*innen Mitglieder sein und Aufsichtsrat und Vorstand stellen dürfen. Außerdem gibt es einen Schutz gegen Übernahmen auf Grund des Solidaritäts- und Gleichheitsprinzips aller Mitglieder.

Vorteile für die Mitglieder

Die Genossenschaft bringt viele Vorteile mit sich, vor allem für junge Ärzt*innen. Durch die Anstellung bei der Medicus eG haben sie nun auch auf dem Land die Möglichkeit, ihre Arbeitszeiten flexibel zu gestalten. Darüber hinaus ist eine interdisziplinäre Teamarbeit mit weiteren Fachgruppen, wie z. B. einem HNO-Arzt und möglicherweise in Zukunft auch einer Psychiaterin möglich. Des Weiteren gehen die einzelnen Ärzt*innen keine nennenswerten wirtschaftlichen Risiken ein, da es keine Risiken bzgl. Regressforderungen oder der Finanzierung der Genossenschaft gibt. Aber auch für ältere Ärzt*innen gibt es Anreize. Durch die Medicus eG können sie über das Ruhestandsalter hinaus Patient*innen

¹ Ärzte, die Arznei- und Heilmittel oder Anwendungen wie Physiotherapie in zu großen Mengen verordnen, werden dafür in Regress genommen.

betreuen und gleichzeitig ihre Arbeitsbelastung schrittweise, durch flexible und persönlich zugeschnittene Übergangsmodelle, reduzieren. Um darüber hinaus noch mehr junge Ärzt*innen anzuwerben, gibt es eine Verbund-Weiterbildung für Allgemeinmediziner*innen in Zusammenarbeit mit dem Bitburger Krankenhaus. Dabei geht es um die praktische Ausbildung der angehenden Ärzt*innen. Sie sollen während ihrer fünfjährigen Facharztausbildung Stationen im Krankenhaus und auch in Praxen von kooperierenden Allgemeinmediziner*innen in der Region besuchen. Außerdem wirbt die Genossenschaft an Universitäten Ärzt*innen an, ihr praktisches Jahr in der Eifel zu absolvieren. Zusätzlich wird eine

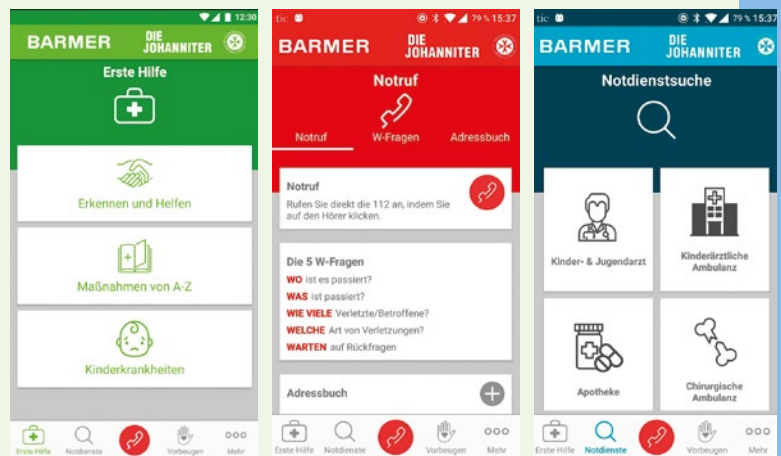
Ärztin unterstützt, die von einer Klinik in eine Hausarztpraxis wechseln will. Um eine Facharztausbildung als Allgemeinmedizinerin zu erhalten, muss sie zwei praktische Jahre in der Hausarztpraxis durchlaufen und eine Prüfung ablegen. Auch für medizinische Fachangestellte gibt es in der Genossenschaft Fortbildungen. Sie können sich zu „Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (Verah)“ weiterbilden und sind damit berechtigt, auch Hausbesuche bei nicht mobilen Personen durchzuführen. Als nächsten Schritt plant die Medicus Eifler Ärzte eG, zusätzlich zu den Allgemeinmediziner*innen, auch Facharztpraxen einzubeziehen. ■ Anni Neumann

Kindernotfall-App der Barmer

APPTIPP!

Die Kindernotfall-App der Barmer Krankenkasse wurde als Erste-Hilfe-App für alle konzipiert, die mit Kindern zu tun haben. Es ist möglich, nach Kinder- und Jugendärzt*innen, Apotheken oder Notfallambulanzen in der Nähe zu suchen. Die Nutzer*innen können zudem über die App ein persönliches Adressbuch mit wichtigen Kontakten, wie z. B. zu Kinderärzt*innen oder der Kinderbetreuung, erstellen. Die App bietet umfangreiche Informationen und Maßnahmen zu verschiedenen Erste-Hilfe-Situationen. Trotzdem ist es sinnvoll, zuvor einen Erste-Hilfe-Kurs für Kinder besucht zu haben.

www.barmer.de/gesundheitscampus/apps/kindernotfall-app-123954 ■

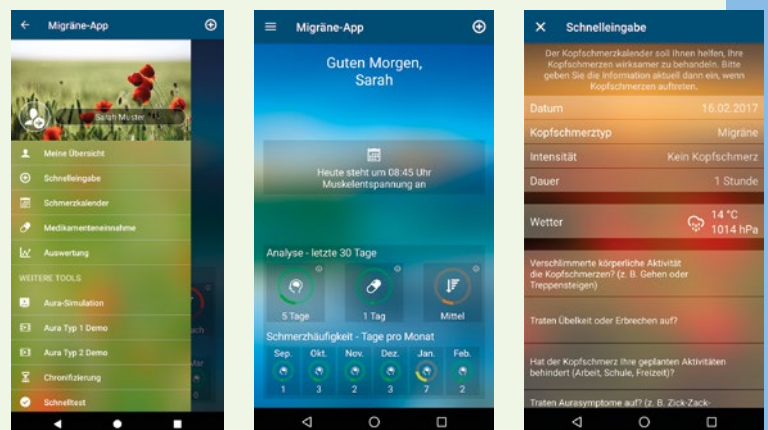


Die Migräne-App der Techniker

APPTIPP!

Mit der Migräne-App der Techniker Krankenkasse können Symptome erfasst und Anfälle dokumentiert werden. In einem digitalen Kopfschmerztagebuch werden außerdem Aktivitäten und eingenommene Medikamente notiert. Die App fügt automatisch Wetterdaten des Tages hinzu, um Zusammenhänge sichtbar zu machen. Patient*innen finden hier auch Behandlungsmöglichkeiten wie Übungen zur progressiven Muskelentspannung.

www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/apps/migraene-app-2025392 ■



DB-Medibus – mobile Arztpraxis mit vielfältigen Einsatzmöglichkeiten



In Regionen, die in Bezug auf ärztliche Betreuung unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind, müssen die noch verbliebenen Mediziner*innen die Patient*innen ihrer bereits in Ruhestand gegangenen Kolleg*innen mitversorgen. Die Folge: Die Praxen sind überfüllt, Erkrankte müssen auf Nachbargemeinden ausweichen und älteren Menschen fällt der weite Weg vielfach schwer. Daher hat die Deutsche Bahn (DB) den Medibus entwickelt, der zur Stärkung und Verbesserung des Zugangs zu medizinischer Grundversorgung beitragen soll.

Hierfür wurde ein rund 12 m langer Linienbus in eine vollausgestattete mobile Praxis für Allgemeinmedizin umgewandelt. Der Bus beinhaltet Wartezimmer, Sprechzimmer, Toilette, Umkleidekabine, ein Labor und einen Behandlungsraum. Außerdem ist er durch eine Klapprampe barrierefrei zugänglich. In Zusammenarbeit mit Cisco Systems GmbH, einem kalifornischen Technologiekonzern, wurde zudem eine moderne IT-Infrastruktur in den Medibus verbaut. Das medizinische Personal und die medizinischen Geräte werden vom jeweiligen „Mieter“ des Medibus, wie z. B. Kassenärztliche Vereinigungen, gestellt. Je nach Verwendungszweck kann deshalb die weitere Ausstattung des Busses variieren. Inzwischen wurde bereits der vierte Medibus in Betrieb genommen.

Moderne Technik

Die technische Ausstattung im Medibus ist auf dem neuesten Stand. Es gibt sowohl Solarpaneele mit Hochleistungsakkus auf dem Dach – für eine emissionsfreie und unabhängige Stromversorgung, als auch leistungsstarke Router für Internet-

zugang im ländlichen Raum und neueste Technik für Telemedizin. Eine kontinuierlich stabile Internetverbindung wird durch Bündelung der Signale verschiedener Netze gewährleistet. Im Wartebereich steht WLAN zur Verfügung und auf Flat-Screen-Monitoren können Informationsvideos gezeigt werden. Je nach Fahrzeug befinden sich zwei bis vier PCs im Bus. Bei Bedarf können darüber hinaus eine Videokonferenzanlage, mit deren Hilfe hausärztliche Kolleg*innen vor Ort oder Fachärzt*innen bei der Diagnose und Behandlung hinzugezogen werden können, sowie eine Videodolmetscher-Software zur Verfügung gestellt werden. Letztere ermöglicht eine ungehinderte Kommunikation zwischen Mediziner*innen und fremdsprachigen Patient*innen. Es stehen 50 Sprachen und 750 ausgebildete Dolmetscher*innen zur Verfügung, die per Knopfdruck innerhalb von zwei Minuten zugeschaltet werden können.

Verschiedene Einsatzmöglichkeiten

Der Medibus findet vielfältig Anwendung. Einerseits wird er zur hausärztlichen Versorgung

und für betriebsärztliche Untersuchungen genutzt. Andererseits kann er bei Gesundheitsveranstaltungen und lokalen Gesundheitsprogrammen eingesetzt werden. Der Einsatz wurde bereits in einigen Projekten getestet. Die Charité Berlin führte mit dem Medibus eine mobile Impfversorgung von Flüchtlingen in Flüchtlingsunterkünften in Berlin durch und konnte so Impfücken schließen. Mittlerweile wird er auch im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Impfvorsorge an Schulen genutzt. Weitere ärztliche Versorgung von Flüchtlingen gab es im Herzogtum Lauenburg in einem VW-Crafter. Die Deutsche Bahn setzt den Medibus auch intern bundesweit für betriebliche Gesundheitsuntersuchungen und Informationsveranstaltungen ein.

Einsatzgebiet ländlicher Raum

In Nordhessen wird der Medibus seit Juni 2018 in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) zum Schließen von Versorgungslücken im ländlichen Raum und zur Entlastung von dort niedergelassenen Ärzt*innen genutzt. Das Projekt wird zusätzlich von den Gemein-



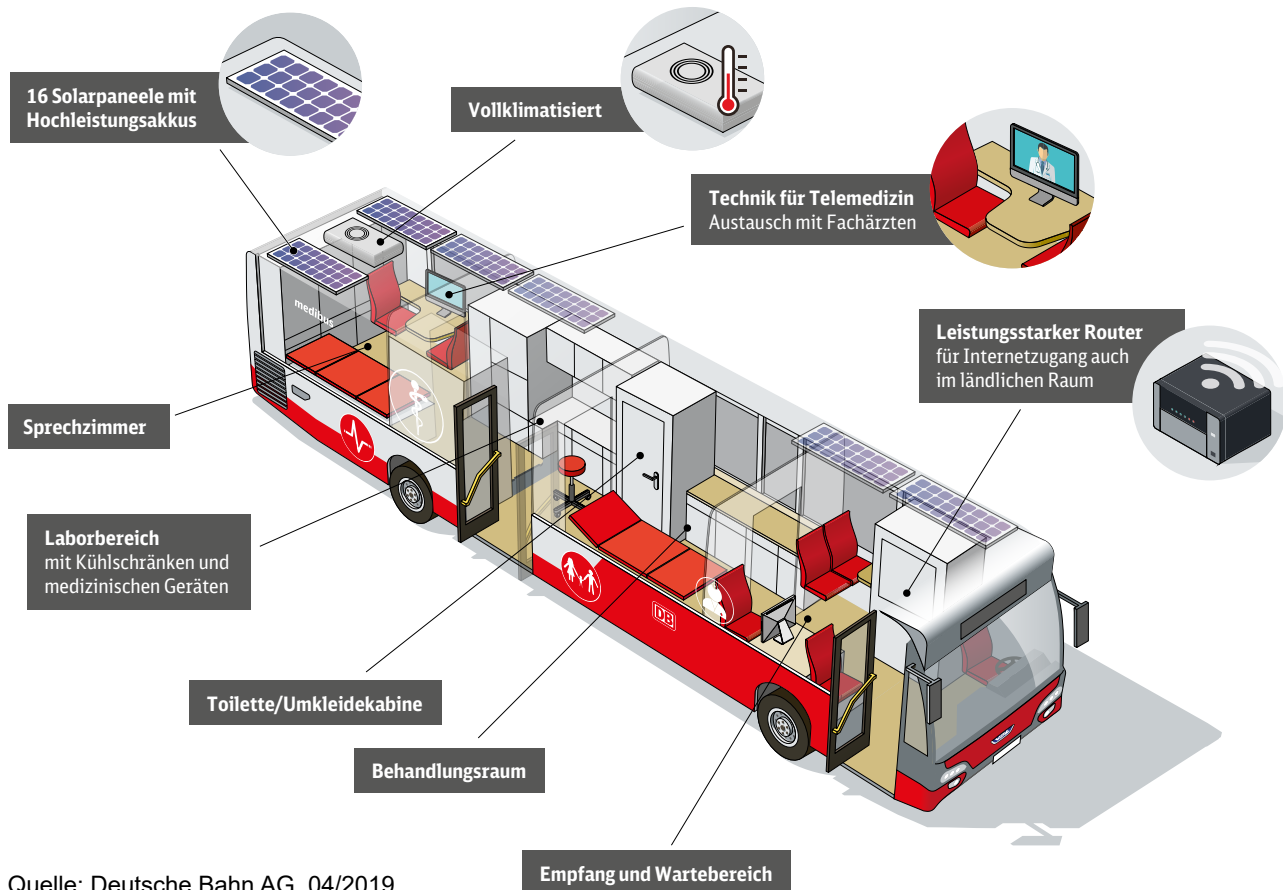
Quelle: Deutsche Bahn AG, 04/2019

den Nentershausen, Cornberg, Sontra, Weißenborn und Herleshausen sowie ihren Bürgermeistern unterstützt. Besetzt ist der Bus mit dem Allgemeinmediziner Dr. med. Rainer Gareis der KV-Hessen, medizinischen Fachangestellten und einem Busfahrer der DB-Regio. Für mindestens zwei Jahre wird die mobile Arztpraxis regelmäßig in den Landkreisen Hersfeld-Rotenburg und

Werra-Meisner ausgewählte Gemeinden anfahren. Sie ist wöchentlich Montag bis Donnerstag unterwegs und hält an zwei Standorten pro Tag je dreieinhalb Stunden. So können täglich im Schnitt 36 Personen behandelt werden, von denen etwa die Hälfte über 75 Jahre alt ist. Auch Einwohner*innen aus Nachbargemeinden können zum Medibus kommen. Die Patient*innen

müssen vor dem Arztbesuch keinen Termin vereinbaren und es entstehen keine zusätzlichen Kosten. Einzig die Krankenkassenskarte müssen sie, wie bei einem normalen Hausarztbesuch, mitbringen und erhalten im Anschluss einen vollständigen Behandlungsbericht für die haus- oder fachärztliche Weiterbetreuung.

Abbildung: Der DB Medibus – die mobile Arztpraxis



Quelle: Deutsche Bahn AG, 04/2019

Zukunftsperspektiven

Zukünftig könnte der Medibus auch in anderen Regionen Deutschlands zum Einsatz kommen. Die Busse können z. B. von medizinischen Versorgungszentren, Ärztenetzen, Kommunen und Krankenhäusern im Rahmen von Gesundheitstagen, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement

oder bei Aktionen im öffentlichen Gesundheitsdienst wie Impftagen eingesetzt werden. Außerdem könnte durch den Medibus auch die zahnärztliche Betreuung in ländlichen Gebieten entlastet und gefördert werden. Gemeinsam mit der zahneins GmbH und deutschlandweiten zahnmedizinischen Versorgungszentren in Städten und auf dem Land entwi-

ckelt die DB zzt. einen Zahn-Medibus. Dieser soll in Ostfriesland und Südbayern getestet werden. In dem Bus wird sich dann eine zahnärztliche Praxis mit Behandlungstühlen und der notwendigen Technik befinden. Zahnarzt bzw. Zahnärztin sowie zwei medizinische Fachangestellte stellt zahneins. Die Technik der Medibusse wird kontinuierlich weiterentwickelt.

Warum beteiligt sich die DB an einem Projekt für die Gesundheitsbranche?

Thielmann: Mit unseren DB Regio Busgesellschaften sind wir schon sehr lange im ländlichen Raum zu Hause und kennen die Herausforderungen, mit denen die Bürgerinnen und Bürger dort konfrontiert sind. Als Busbetreiber und Mobilitätsdienstleister können wir jedoch nicht alle Themen direkt angehen und konzentrieren uns auf das, was wir können. Dazu gehört der hochklassige Betrieb von Bussen, dort wo sie gebraucht werden. Die Medibusse werden durch uns bewegt, gewartet und gereinigt. Die medizinischen Kunden bekommen von uns sozusagen ein Rundum-sorglos-Paket, bei dem sie sich nur noch um den Praxisalltag kümmern müssen. Wir lasten damit unsere eigene Infrastruktur besser aus und kreieren dabei ganz neue und sehr attraktive Arbeitsplätze als DB Medibus-Fahrer!

*Was sind die Erfahrungen/Rückmeldungen von Patient*innen und Ärzt*innen?*

Thielmann: Unsere bisherigen Erfahrungen sind sehr positiv. Natürlich wünschen sich die Menschen im ländlichen Raum niedergelassene Hausärzt*innen direkt vor Ort. Aber dort, wo das nicht möglich ist, bieten wir gerade älteren Menschen, für die weite Wege oft beschwerlich sind, eine gute Alternative.

Wie hoch sind die Kosten des Projekts und wer trägt sie?

Thielmann: Der DB Medibus ist ein Angebot an die gesamte Gesundheitsbranche von Politik und Verwaltung über Krankenkassen bis zu den Ärzt*innen. Die Kosten hängen dann von verschie-



Felix Thielmann
Projektleiter DB Medibus

Foto: DB Regio

denen Faktoren ab wie z. B. der Ausstattung im Medibus, Dauer der Miete und Einsatzort. Daraus ergibt sich für jeden Medibus ein ganz individuelles Kostengerüst.

In welchen Regionen kommen die mittlerweile vier Medibusse zum Einsatz? Haben alle ein festes Einsatzgebiet oder werden sie eingesetzt, wo sie gerade benötigt werden?

Thielmann: Die Medibusse werden mittlerweile sehr unterschiedlich eingesetzt. Neben der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum wie in Hessen, wird beispielsweise einer von der Charité Berlin als Impfmobil für Schülerinnen und Schüler genutzt. Auch das Sächsische Sozialministerium hatte den Medibus für eine Impfkampagne im Einsatz. Darüber hinaus wird ein Medibus intern bei der DB zur betrieblichen Gesundheitsversorgung genutzt.

Von Anfang an Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Thomas Frese, Melanie Nafziger, Dr. Torben Ibs

Die drohende bzw. vorhandene hausärztliche Unterversorgung insbesondere in ländlichen Bereichen ist ein gravierendes Problem für Patient*innen, Kommunen und die dort noch in der Gesundheitsversorgung tätigen Ärzt*innen und andere Berufsstände. Die Frage, wie hausärztlicher Nachwuchs im in ausreichendem Maße rekrutiert werden kann, ist daher für Universitäten und Landesorganisationen von herausragender Bedeutung. Die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg verfolgt mit verschiedenen Projekten das Ziel, mehr Studierende frühzeitig für das Fach Allgemeinmedizin und die Aufnahme einer Tätigkeit in ländlichen Regionen zu gewinnen.

Internationale aber auch nationale Studien zeigen, dass der frühzeitige Kontakt von Studierenden zum Fach Allgemeinmedizin in Form von kurzzeitigen Praktika in Hausarztpraxen oder anderen freiwilligen Kontaktmöglichkeiten die Einstellung zum Berufsbild des Facharztes/der Fachärztin für Allgemeinmedizin nachhaltig in positiver Weise verändern kann. Auch sind viele Studierende grundsätzlich gegenüber einer ärztlichen Tätigkeit im nicht großstädtischen Raum aufgeschlossen, nur wenige lehnen dies ausdrücklich ab. Ebenso ist die Bereitschaft von Studierenden und jungen Ärzt*innen zu pendeln, um einer Tätigkeit im ländlichen oder kleinstädtischen Bereich nachzukommen, relativ hoch. Dies konnten wir in Untersuchungen mit Studierenden in Halle und Leipzig auch für den mitteldeutschen Raum sehr gut belegen.

Doch nur 12 % der Medizin-Absolvent*innen entscheiden sich für eine Facharztweiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin. Dies genügt nicht, um den regionalen Bedarf an Hausärzt*innen zu decken. Daher hat das Institut für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg bereits vor längerer Zeit Maßnahmen ergriffen, um die Attraktivität der Allgemeinmedizin zu steigern und die diesbezüglichen Absolventenzahlen zu erhöhen. Zu nennen wären hier die Klasse Allgemeinmedizin, das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin und auch der Ansatz des MiLaMed-Projekts.

Diese Projekte werden nachfolgend eingehender beschrieben. Gemeinsam mit anderen Akteuren auf dem Feld der Sicherung ärztlicher Versorgung, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt gibt es darüber hinaus zahlreiche Anstrengungen, um Ärzt*innen, die sich niederlassen wollen, den Start zu erleichtern. So werden im Rahmen von Lehrveranstaltungen an der Universität Grundkenntnisse der betriebswirtschaftlichen Praxisführung, in Praxismanagement und Teamführung vermittelt, sowie Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit in Niederlassung oder in einem Angestell-

tenverhältnis vorgestellt. Gerade letzteres und die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis im Gegensatz zum bisherigen Modell der Einzelpraxis ist für den hausärztlichen Nachwuchs sehr attraktiv. Der hausärztliche Nachwuchs arbeitet zudem gerne in einem interprofessionellen Praxisteam, das die grundlegende gesundheitliche Versorgung der Patient*innen sicherstellt. Die meisten jüngeren Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin wünschen sich eine Anstellungsdauer von zwei bis fünf Jahren vor der eigenen Niederlassung. All dies vor Augen, lassen sich Rahmenbedingungen gestalten, um die Bereitschaft zur Tätigkeit im ländlichen Raum zu erhöhen.

Klasse Allgemeinmedizin – eine Erfolgsgeschichte

Seit dem Wintersemester 2011/12 bietet die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ein damals einzigartiges Projekt an, die Klasse Allgemeinmedizin (KAM). Hier führen engagierte Hausärzt*innen interessierte Studierende bereits ab Beginn des Studiums an die Allgemeinmedizin, besonders im ländlichen Raum, heran und lassen sie praktische Erfahrungen in ihren Praxen sammeln.

Prof. Thomas Frese

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, www.medizin.uni-halle.de

Dipl.-Soz. Melanie Nafziger

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, melanie.nafziger@uk-halle.de, www.medizin.uni-halle.de/milamed

Dr. Torben Ibs

Weiterbildungsmanager, Kompetenzzentrum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (KOMPAS), Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, torben.ibs@uk-halle.de, www.medizin.uni-halle.de/kompas

Die Studierenden nehmen zusätzlich zu ihrem normalen Curriculum an jeweils drei Seminaren im Semester teil. In einem Seminar werden ärztliche Untersuchungstechniken gelehrt. Es wird den Studenten und Studentinnen vermittelt, wie man mit seinen Sinnen eine zielführende und sinnvolle Diagnostik betreibt, fernab der technischen Untersuchungen. In einem zweiten Seminar stehen allgemeinmedizinische Vorgehensweisen auf dem Programm: Krankheitsbilder mit entsprechendem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen werden vermittelt, Probleme aus dem Praxisalltag kommen zur Sprache und all das, was Hausärzt*innen ausmacht. Auch Ängste und Vorurteile können die Studierenden mit den praktizierenden Allgemeinmediziner*innen diskutieren, die diese beiden Seminare betreuen. In einem dritten Seminar trainieren die Studierenden das wichtigste Instrument der ärztlichen Tätigkeit – die Kommunikation. Kommunikation ist wichtig für die Anamnese, für die Therapie und allgemein für die Patientenbetreuung. Deswegen können die Studierenden sich hier entsprechende Kommunikationstechniken aneignen und erproben.

Zusätzlich zu diesen drei Seminaren während der Semesterzeit bekommen alle Studierenden in der Klasse Allgemeinmedizin eine Mentorin oder einen Mentor. Mentor*innen sind Hausärzt*innen vor allem

aus ländlichen Gegenden. Diese sollen den Studierenden in fachlichen Fragen beistehen. Die Studierenden der Klasse Allgemeinmedizin verbringen mindestens zwei Tage im Semester in der Praxis ihres Mentors/ ihrer Mentorin und trainieren dort das Erlernte aus den Seminaren an realen Patient*innen, üben also ihre Fähigkeiten unter der Obhut von Mentor*innen. Zusätzlich weisen die Mentor*innen ihren Studierenden eine Langzeitpatientin bzw. einen Langzeitpatienten zu, die sie dann idealerweise über sechs Jahre in diesem Projekt betreuen, um so erstmals in ihrer Medizinerlaufbahn Erfahrungen mit Langzeitbetreuung zu sammeln.

Dieses Pilotprojekt findet großen Anklang. Seit Wintersemester 2017/18 nimmt die KAM doppelt so viele Studierende auf wie zuvor – 40 statt 20 –, um noch mehr Studierenden die Möglichkeiten dieser zusätzlichen Ausbildung zu gewähren. Auch in den Masterplan 2020, also die Reform des Medizinstudiums, fließen die Erfahrungen der KAM ein. Sie soll Teil des allgemeinen gesamtgültigen Curriculums werden und ist dann für alle Studierenden zugänglich. Doch auch hier macht sich der Ärztemangel bemerkbar, da alle Studierenden eine Mentorin oder einen Mentor bekommen sollen. Das KAM-Team ist also ständig auf der Suche nach neuen Kolleg*innen, die sich als Mentor*innen mit einbringen wollen, und wird nicht müde, dieses Projekt zu bewerben.



Foto: Daniel Cándyra / Fotostelle MLU

2017 verabschiedete die KAM die ersten zehn Studierenden in die Facharztausbildung. Bis auf eine Teilnehmerin lassen sich alle zu Allgemeinmediziner*innen weiterbilden. Die Motivation durch die KAM setzt sich also auch bis ins Berufsleben der jungen Mediziner*innen fort. Hieraus können mehrere Schlüsse gezogen werden: Zum einen kann die KAM die Vorurteile gegenüber der Allgemeinmedizin, insbesondere gegenüber den Landärzt*innen relativieren; zum anderen kann die frühe Prägung zu Beginn des Studiums und die Anbindung fern der Theorie an praktisch tätige Ärzt*innen den jungen Menschen die Angst vor eigener Niederlassung bzw. ambulanter Tätigkeit nehmen.

Aktuell befinden sich 136 Studierende in den verschiedenen Jahrgängen der Klasse Allgemeinmedizin. Es werden sicher nicht alle Allgemeinmediziner*innen werden, aber alle bekommen einen Einblick in die ambulante Versorgung, deren Vorteile, aber auch deren Nachteile – ein Gewinn für alle Mediziner*innen, egal wo sie später arbeiten, besonders in Hinblick auf die fachübergreifende Kollegialität anderen Ärzt*innen gegenüber.

Laut Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer Sachsen-Anhalt benötigt das Land in den nächsten zehn Jahren ungefähr 300 Allgemeinmediziner*innen mehr, als derzeit an den beiden medizinischen Universitätsstandorten ausgebildet werden. Mit den derzeit 136 Studierenden in der KAM erbringt die Martin-Luther-Universität ihren Anteil, diesen Bedarf auch zu decken. Mit der Verdoppelung der Teilnehmerzahlen an diesem Lehrprojekt können bis zu 240 Studierende in sechs Jahrgängen ausgebildet werden. Die Klasse Allgemeinmedizin ist damit ein wichtiger Baustein darin, die Versorgungslücke in Sachsen-Anhalt zu schließen.

MiLaMed – für mehr studentische Ausbildung auf dem Land

Medizinstudierende für ländlich geprägte Regionen begeistern – dies ist das Motto des Lehrprojektes MiLaMed (Mitteldeutsches Konzept zur longitudinalen Integration landärztlicher Ausbildungsinhalte und Erfahrungen in das Medizinstudium). Das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Kooperationsprojekt der Universitäten Leipzig und Halle-Wittenberg möchte die Besonderheiten und Herausforderungen der medizinischen Versorgung außerhalb der Großstädte stärker in die Ausbildung von Medizinstudierenden einbinden. In Zusammenarbeit mit vier von Unterversorgung bedrohten Modellregionen Mitteldeutschlands (Mansfeld-Südharz und



Anhalt-Bitterfeld in Sachsen-Anhalt sowie Nord-sachsen und Vogtlandkreis in Sachsen) sollen die Studierenden zudem vermehrt für kleinstädtisch-ländliche Praktika gewonnen werden.

Ziel des Projekts MiLaMed ist die Etablierung eines studienbegleitenden Curriculums zur Versorgung im ländlichen Raum für die Gesamtheit der Medizinstudierenden unter aktivem Einbezug der Modellregionen. Dabei soll der vorhandene Lehrplan inhaltlich angepasst und um begleitende innovative (Fern-) Lehrformate (z. B. Webinare, Logbücher) erweitert werden. In Kooperation mit Kommunen und Landkreisen sollen Praktika in den Modellregionen unterstützt und die Attraktivität der Regionen und des Curriculums durch zielgruppengerechte Kommunikationsstrategien erhöht werden. Wichtige Themenfelder wie ambulante Versorgung, Schnittstellenproblematiken, interdisziplinäre/interprofessionelle Kooperation, Delegation/Substitution und Telemedizin/E-Health sollen adressiert und durch regionale Veranstaltungen und Praktika mit speziell qualifizierten lokalen Lehrärzt*innen erfahrbar gemacht werden.



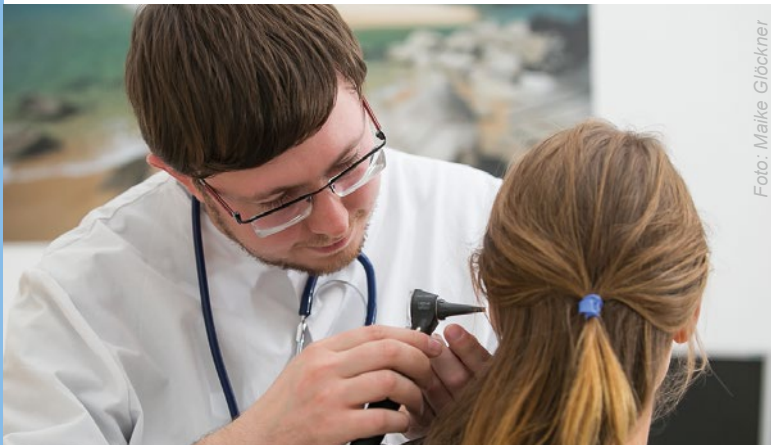


Foto: Malke Glöckner

Studierende üben ärztliche Untersuchungstechniken.



Foto: Malke Glöckner

In einer einjährigen Konzeptphase sollen zunächst die Praktikumskapazitäten in den Regionen erweitert werden. Dafür suchen die Projektpartner engagierte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, welche bereit sind, Studierenden im Rahmen von Praktika Einblicke in ihre Tätigkeit zu ermöglichen. In Zusammenarbeit mit Landkreisen und Kommunen sollen begleitend attraktive Rahmenbedingungen für Praktika in den Regionen geschaffen werden. Studierende können auf diese Weise die Regionen kennenlernen, so dass sie sie im Idealfall dann auch als möglichen Ort für ihre spätere Tätigkeit in Betracht ziehen. Darüber hinaus sollen Universitäten und regionale Akteure besser vernetzt werden. Auch die Lehrärzt*innen sind zufrieden. Sie können von den neuen Sichtweisen der Studierenden profitieren und die jungen Leute kommen bei den Patient*innen gut an. Ab April 2020 soll das neue Konzept in einer zweijährigen Testphase erprobt und bewertet werden.

Die Zeit der Einzelkämpfer*innen ist vorbei

Der Weg zum Hausarzt/zur Hausärztin ist lang. Nach dem Medizinstudium folgt auch für Allgemeinmediziner*innen eine fünfjährige Facharztweiterbildung – und die hat es in sich: Arbeit im Krankenhaus, Einsatz in der Chirurgie, idealerweise auch in der Pädiatrie, Dermatologie oder im HNO-Bereich sowie schließlich zwei Jahre Mitarbeit in Hausarztpraxen. Anders als bei den Fächern, die komplett im Krankenhaus absolviert werden, ist in der Allgemeinmedizin Flexibilität gefragt. So dauern die einzelnen Stationen zwischen 3 und 18 Monaten, das bedeutet einen mehrfachen Wechsel der Arbeitsstelle, der Arbeitgeber*innen, der Teams. So kommen die Mediziner*innen in Weiterbildung zwar viel herum

und lernen vieles kennen – unabdinglich für spätere hausärztliche Tätigkeit – müssen aber auch viel „nebenbei“ organisieren. Dazu sollen sie auch noch fachlich auf dem neuesten Stand bleiben. Wenn dann auch noch Kinder hinzukommen, verlängert dies die Weiterbildungszeit nochmals, so dass es kein Wunder ist, dass nur die wenigsten in der Regelweiterbildungszeit von fünf Jahren abschließen.

Mit der Einrichtung des Kompetenzzentrums für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (KOMPAS) in Halle und Magdeburg im Herbst 2017 hat sich in Sachsen-Anhalt die Situation für Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) deutlich verbessert. Es gibt nun klare Ansprechpartner*innen, sowohl für die Ärzt*innen in Weiterbildung als auch für die niedergelassenen Mediziner*innen zwecks Stellenvermittlung. Das Kompetenzzentrum soll eine Professionalisierung der Weiterbildung auf allen Gebieten bewirken in der Hoffnung, so auch die Ärzt*innen später in Sachsen-Anhalt halten zu können.

KOMPAS hat dazu ein neues Seminarprogramm aufgelegt, das neben medizinischen Themen verstärkt auch Fragen rund um Recht, Niederlassung und Betriebswirtschaft thematisiert. Außerdem schafft es mit dem Seminarprogramm ein Forum für den Austausch zwischen Weiterbildungsbefugten und Ärzt*innen in Weiterbildung. Die jungen Ärzt*innen haben so frühzeitig die Chance, ihr eigenes Netzwerk aufzubauen, und die erfahrenen Kolleg*innen, mögliche Praxisnachfolger*innen zu finden. Praktisch angelegte Kommunikationstrainings, sowohl zum Umgang mit Patient*innen, aber auch zu Fragen der Teamführung, runden das Programm ab, das bei den jungen Leuten gut ankommt.

Gerade für die Regionen jenseits der beiden großen Städte Halle und Magdeburg, in denen bisher ein Großteil der ÄiW ihre Weiterbildung absolvieren, wird KOMPAS tätig. Durch die Aktivierung von Weiterbildungsverbänden, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt*innen gemeinsam Stellen bereitstellen, um eine komplette Weiterbildung an einem Ort zu ermöglichen, können die angehenden Allgemeinmediziner*innen bereits früh eine Karriere vor Ort ins Auge fassen – bis hin zur Niederlassung. Im Idealfall ist die Praxis, die sie später übernehmen, auch ihre Weiterbildungspraxis. KOMPAS unterstützt besonders ÄiW, die sich in ländlichen Regionen engagieren wollen, und auch die Kassenärztliche Vereinigung bietet für solche Niederlassungen finanzielle Anreize. Ein Mentoring-Programm mit regionalen Mentoringgruppen sorgt für zusätzliche regionale Vernetzung.

Dabei hält KOMPAS auch Kontakt zu Kommunen, die ihrerseits die Ansiedlung von Ärzt*innen unterstützen können. Ärzt*innen in Weiterbildung soll von Anfang an die Perspektive einer eigenen Praxis in den Regionen offenstehen. Tatsächlich sind hier die Möglichkeiten auch größer als z. B. in Halle, wo es für viele schwierig sein dürfte, eine geeignete Praxis zur Übernahme zu finden. Je früher die Ärzt*innen

in Weiterbildung sich auf eine Region fokussieren, desto vernetzter sind sie am Ende, wenn es auf die eigene Praxis zugeht. Das Angebot wird angenommen. Es gibt zunehmend Anfragen nach Weiterbildungsplätzen in bestimmten Regionen, weil die Ärzt*innen sich dort später niederlassen wollen. In den Beratungsgesprächen wird auch gezielt auf diese Perspektive hingewiesen. Insgesamt sechs Personen, drei Ärzt*innen und drei Nicht-Mediziner*innen (auf insgesamt zwei Vollzeitstellen) kümmern sich um die ÄiW und den Aufbau von tragfähigen Strukturen. In Magdeburg kommen noch einmal vier Personen hinzu, die sich speziell um den Norden Sachsen-Anhalts kümmern. Auch in den meisten anderen Bundesländern gibt es mittlerweile solche Zentren.

Diese registrieren auch die Veränderungen in den Zukunftswünschen der angehenden Hausärzt*innen. Die Zeit der Einzelkämpfer*innen auf dem Land ist vorbei und für die junge Generation nicht mehr attraktiv. Stattdessen zieht es die Nachwuchs-Ärzt*innen in Gemeinschaftspraxen oder auch in Medizinische Versorgungszentren, wo mehrere Fachrichtungen unter einem Dach arbeiten. Für die Versorgung muss das nicht unbedingt schlechter sein. Aber die Hausärzt*innen in kleinen Praxen um die Ecke werden seltener. ■





Foto: Dirk Mehler

Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane: Medizinstudierende ins Land und aufs Land holen

Das Land Brandenburg hat deutschlandweit die geringste Ärztedichte und die praktizierenden Ärzt*innen sind deutlich älter als in anderen Bundesländern. Schon jetzt herrscht in vielen Regionen Brandenburgs ein Ärztemangel. Um junge Mediziner*innen in das Bundesland zu holen, wurde die Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB) gegründet. Der Aufbau des Studiums sieht auch einen frühzeitigen Kontakt zu praktizierenden (Land-)Ärzt*innen vor.

Bevor die Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane am 28. Oktober 2014 gegründet wurde, war Brandenburg das einzige Flächenland ohne eigene medizinische Fakultät und eigene Mediziner*innenbildung. Die Hochschule ist staatlich anerkannt, aber nicht staatlich finanziert und hat einen Gesellschafterkreis aus Kommunen, Krankenhäusern und der Diakonie. Mit der Gründung will sie einen Beitrag zur medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung des Landes leisten.

Dezentrales Studienkonzept

Das Hochschulgelände besteht aus zwei Campus. Der eine befindet sich in Brandenburg an der Havel und der andere in Neuruppin. Durch ein dezentrales Studienkonzept verbringen die Studierenden das 1. bis 4. Semester in Neuruppin, das 5. bis 7. Semester in Brandenburg/Havel und das 8. bis 10. Semester an weiteren Kliniken im Land. Die MHB arbeitet mit drei Träger- und Hochschulkliniken zusammen: den Ruppiner Kliniken, dem Städtischen Klinikum Brandenburg und dem Herzzentrum Brandenburg am Immanuel Klinikum Bernau sowie darüber

hinaus mit landesweit über 20 weiteren kooperierenden Kliniken und ca. 100 Lehrpraxen. In Cottbus soll nach Plänen der Landesregierung in der Lausitz erstmals auch eine staatlich finanzierte medizinische Fakultät eröffnet werden. Die Mediziner*innenbildung dort beginnt allerdings frühestens zum Wintersemester 2023/24. Mit einigen anderen Hochschulen geht die MHB schon heute Kooperationen ein: mit der Technischen Hochschule Brandenburg in Sachen Medizininformatik und mit der Brandenburgischen technischen Universität Cottbus-Senftenberg in Sachen Biotechnologien. Mit der Berliner Charité und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hat die MHB wissenschaftliche Kooperationen.

Persönlichkeit statt Noten

Die Studiengänge der Hochschule, Medizin und Psychologie, haben keinen notenbasierten Numerus Clausus. Bei der Aufnahme wird mehr Wert auf ein persönliches Auswahlverfahren gelegt, bei dem es um Motivation, Praxiserfahrung, Persönlichkeit, Stärken und Kompetenzen geht und weniger um Noten. Vorteile

bei der Bewerbung hat, wer vor dem Studium schon einen medizinischen Beruf erlernt hat und wer aus Brandenburg kommt (sog. Landeskinderbonus). Bisher wurden pro Sommersemester 48 Studierende aufgenommen, ab 2020 soll die Anzahl der Medizin-Studienplätze auf 96 verdoppelt werden, indem auch zum Wintersemester 48 Studienanfänger*innen aufgenommen werden. Schon im Wintersemester 2019/20 werden zunächst erstmals 24 weitere Medizinstudent*innen aufgenommen. Der Brandenburger Modellstudiengang Medizin besteht aus zehn Semestern und ist interdisziplinär. Er vernetzt naturwissenschaftliche Grundlagen mit klinischen und psychosozialen Lerninhalten. Außerdem beinhaltet er einen großen Praxisanteil bereits zu Beginn des Studiums, der 14-tägige Hospitationen bei niedergelassenen Ärzt*innen einschließt. Dort können die Studierenden ärztliche Fertigkeiten einüben und die ambulante Versorgung in der Fläche kennenlernen. Der frühe Praxisbezug soll das Interesse der Studierenden wecken und die Motivation und das Verständnis für Zusammenhänge zwischen naturwissenschaftlichen Grund-

lagen, klinischen Krankheitsbildern und dem Krankheitserleben der Patient*innen fördern.

Stipendienprogramm für Landärzt*innen

Da die Hochschule nicht staatlich finanziert ist, müssen Studierende der MHB pro Studienplatz insg. 125 000 € Studiengebühren zahlen. Durch die Schließung eines Darlehensvertrags mit einer kooperierenden Klinik, die im Sinne der Nachwuchsförderung Darlehen in Höhe von 80 000 € an Studierende vergeben, kann die Summe auf 45 000 € reduziert werden. Im Gegenzug verpflichten sich die Empfänger*innen, im Anschluss an ihr Studium ihre Facharztweiterbildung in diesem Klinikum zu absolvieren. Für die Fachrichtung Humanmedizin gibt es darüber hinaus seit Juli 2019 ein vom Gesundheitsministerium gefördertes Brandenburg-Stipendium für angehende Landärzt*innen: 100 Studierende können für die Dauer der Regelstudienzeit von maximal 75 Monaten monatlich 1 000 € erhalten. Damit verpflichten sie sich allerdings, nach Abschluss des Studiums und der Facharztausbildung eine mindestens fünfjährige ärztliche Tätigkeit in den ländlichen Räumen Brandenburgs zu absolvieren. Dort können sie entweder in der ambulanten oder stationären Versorgung oder im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiten. Ziel des Stipendiums ist es, eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in Brandenburg flächendeckend und nachhaltig zu sichern. Bei der Vergabe des Stipendiums werden bei gleichrangiger Eignung Bewerber*innen mit einem Abitur in Brandenburg und Studierende, die bereits einen Studienplatz an der MHB haben, bevorzugt. Darüber hinaus bietet das Stipendium zwei weitere Förderungsmöglichkeiten: Das Co-



Campus in Neuruppin

Stipendium greift, wenn Studierende bereits ein Stipendium durch eine Kommune oder einen Krankenträger erhalten. Sie bekommen dann 500 €, wenn sie sich verpflichten, nach der Aus- bzw. Weiterbildung mindestens fünf Jahre im ländlichen Raum Brandenburgs ärztlich tätig zu sein. Außerdem wird die Anstellung von 20 Ärzt*innen in Weiterbildung für bestimmte Facharzt-disziplinen für die Regelweiterbildungszeit von 60 Monaten mit bis zu 5 760 € monatlich unterstützt.

Unterwegs im Land

Die MHB hat außerdem das Projekt „MHB-Mobil – Junge Ärzte fürs Land“ ins Leben gerufen, das am 13. Oktober 2018 seine Premiere hatte. Es wurde vom Förderverein der MHB entwickelt und von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) finanziell unterstützt. Das MHB-



Mobil ist ein kleiner Bus, mit dem Studierende der Hochschule Regionen, die von medizinischer Unterversorgung bedroht sind, besuchen. Die erste Fahrt ging mit sechs Studierenden nach Guben im Landkreis Spree-Neiße. In Guben konnten die Studierenden Gespräche mit dem Bürgermeister, mit Stadtverordneten und niedergelassenen Ärzt*innen führen. Durch die Besuche auf dem Land soll eine Brücke zwischen Medizinstudierenden der MHB, Kommunen mit Ärztebedarf und dortigen Mediziner*innen geschaffen werden. Des Weiteren sollen die angehenden Ärzt*innen für eine ambulante Tätigkeit in der Region begeistert und Informationslücken reduziert werden – nicht nur auf Seiten der Studierenden, sondern auch bei Kommunen und Bevölkerung, denn noch stammen sehr viele Studierende aus anderen Bundesländern und kehren u. U. nach dem Studium wieder dorthin zurück. Die Wahrscheinlichkeit für haus- oder fachärztliche Niederlassungen auf dem Land steigt, wenn Studierende aus dem ländlichen Raum stammen oder im Studium Kontakte zu Haus- und Fachärzt*innen sowie Kliniken der Region knüpfen. Mittlerweile hat das MHB-Mobil schon weitere Fahrten unternommen, z. B. nach Luckau.

■ Anni Neumann

Mehr Ärztinnen und Ärzte aufs Land

Bundesministerium für Gesundheit

Die Menschen in unserem Land wollen sich auf eine flächendeckende, bedarfsgerechte und gut erreichbare medizinische Versorgung verlassen können – und zwar unabhängig davon, wo sie wohnen. Deshalb sollen sich Ärztinnen und Ärzte wieder verstärkt in ländlichen Regionen niederlassen. Was Politik hier tun kann, ist die ärztliche Versorgung noch besser zu organisieren und die Rahmenbedingungen für Medizinerinnen und Mediziner gerade im ländlichen Raum attraktiver zu gestalten. Das ärztliche Berufsbild ändert sich. Vor allem jüngere Ärztinnen und Ärzte wollen heute nicht 60–70 Stunden in der Woche in der Praxis stehen müssen. Deswegen erhalten Ärzt*innen inzwischen die Möglichkeit, auch angestellt tätig zu sein. Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen, in denen Ärzt*innen gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten, sind inzwischen für viele eine Alternative zur eigenen Praxis.

Verbesserung der Versorgung auf dem Lande

Mit dem im Frühjahr 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz wurden die Möglichkeiten erweitert, um Haus- und Landärzt*innen die Niederlassung zu erleichtern: So können Ärzt*innen in unterversorgten Regionen zusätzliche regionale Sicherstellungszuschläge erhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden verpflichtet, Strukturfonds einzurichten. Mit diesen können z. B. die Errichtung einer neuen Arztpraxis unterstützt oder Vergütungszuschläge bezahlt werden. Auch die Telemedizin hilft, die Versorgung auf dem Land zu verbessern.

Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung auch durch Krankenhäuser

Auch die strikte Trennung zwischen ambulante und stationärem Sektor muss aufgeweicht werden, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Wenn niedergelassene Mediziner*innen, Therapeut*innen und Krankenhäuser enger zusammenarbeiten, kann Patientinnen und Patienten vielfach schneller geholfen, können mitunter lange Anfahrtswege und Wartezeiten

sowie überflüssige Doppeluntersuchungen vermieden werden. Daher vermitteln die Terminservicestellen Patientinnen und Patienten auch an ein Krankenhaus, wenn bei niedergelassenen Ärzt*innen innerhalb von vier Wochen kein Termin vereinbar ist. Aktuell diskutieren Bund und Länder darüber, inwieweit Krankenhäuser für die Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung eingesetzt werden können, wenn der ambulante Versorgungsbedarf regional durch die vorhandenen Vertragsärzt*innen nicht gedeckt werden kann.

Notfallversorgung soll neu organisiert werden

Die Qualität unseres Gesundheitssystems zeigt sich vor allem im Notfall, wenn Menschen schnelle medizinische Hilfe benötigen. Derzeit sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu häufig überlaufen, weil unter den Patientinnen und Patienten auch solche sind, denen andernorts besser geholfen werden könnte. Dadurch sind die Wartezeiten für Menschen, die dringend auf die Hilfe in der Notfallambulanz angewiesen sind, oft zu lang. Könnten die Patient*innen gleich zu Beginn in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden, könnte diesen besser geholfen und zugleich Ressourcen gespart werden.

Die Notfallversorgung soll neu organisiert werden, insbesondere mit gemeinsamen Notfallleitstellen der Länder, der Kommunen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie mit integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern. Der Rettungsdienst soll ein eigenständiger Leistungsbereich im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) werden. Möglicherweise macht diese Reform sogar eine Grundgesetzänderung nötig. Daher findet aktuell ein intensiver Dialog mit den Ländern und allen weiteren Beteiligten statt.

Stärkung der Allgemeinmedizin

Um junge Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit auf dem Land zu begeistern, wollen wir bereits im Studium ansetzen. Mit der sog. „Landarztquote“ hat die Bundesregierung im Medizinstudium 2020 für die Länder die Möglichkeit eröffnet, bis zu 10 % der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums für bis zu zehn Jahre in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen hausärztlich tätig zu sein. Bei der Auswahl der Studierenden werden künftig also andere Kriterien als allein die Abitur-Note benötigt. Entscheidend wird auch

sein, welche sozialen Kompetenzen ein junger Mensch mitbringt, ob er oder sie sich um Patient*innen und die Versorgung kümmern will.

In Nordrhein-Westfalen wurde inzwischen die Landarztquote eingeführt, Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Sachsen planen dies ebenfalls, weitere Länder sind an einer Einführung interessiert.

Gleichfalls erhält die Allgemeinmedizin wieder mehr Gewicht im Lehrplan. Auch damit will die Bundesregierung junge Medizinerinnen und Mediziner für eine hausärztliche Tätigkeit auf dem

„Einen Haus- oder Kinderarzt in der Nähe zu haben, ist Heimat. Deshalb tun wir alles, um Ärzte in ländliche Regionen zu bringen und zu halten, etwa mit finanziellen Anreizen oder durch Landarztquoten fürs Studium. Aber wenn alles nicht hilft, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, selbst Arztpraxen zu eröffnen. Wir lassen die Patienten nicht allein.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Land begeistern. So wurde vereinbart, dass alle Studierenden im Staatsexamen am Ende ihres Studiums in der Allgemeinmedizin geprüft werden. Allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen sollen sich in Zukunft durch das gesamte Studium ziehen und an allen hochschulmedizinischen Standorten

soll die Allgemeinmedizin wissenschaftlich qualifiziert angeboten werden. Dazu sollen an allen medizinischen Hochschulen Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet werden. Diesen Prozess wird das Bundesministerium für Gesundheit sehr aufmerksam begleiten. ■

Hausärztemangel auf dem Land Einblicke in die ländliche Primärversorgung

Heike Ohlbrecht, Astrid Seltrecht und Markus Herrmann (Hrsg.). Mabuse Verlag (www.mabuse-verlag.de), Frankfurt am Main 2019, 141 S., ISBN 978-3-86321-398-5, 24,95 €.

Wachsender Hausärztemangel in ländlichen Räumen wird immer mehr zum Problem. Die Otto-von-Guericke Universität Magdeburg verfolgt das Ziel, neben Forschung und Lehre auch Multiplikator für die Region zu werden. Die Projektidee vom interdisziplinären Gesundheitszentrum wurde deshalb in den Hochschulalltag geholt und ein interprofessionelles, interdisziplinäres Seminar wurde zum Thema durchgeführt. Studierende des Seminars lernten regionale Partner*innen kennen, wie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt oder niedergelassene Ärzt*innen der Umgebung, und traten mit ihnen in Austausch zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung. Es wurden außerdem Seminare zu qualitativen Methoden in der Medizin veranstaltet. Die dabei entwickelten und umgesetzten Forschungsvorhaben werden mit ihren Ergebnissen in diesem Buch vorge-

stellt. Es finden sich acht Beiträge zum Thema: von einem Anwendungsbeispiel in Sachsen-Anhalt, über die neuen Herausforderungen der (haus-)ärztlichen Versorgung auf dem Land und wie das Deutsche Rote Kreuz dabei unterstützen kann, bis hin zu der Frage, wie man neuen Nachwuchs an Landarzt*innen bekommen kann. Dabei wird diskutiert, welche Wirkungen ein Stipendium der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt auf Medizinstudierende bezüglich der Niederlassungsregion und der Facharztwahl hat. Ein weiterer Beitrag behandelt den Entscheidungsprozess für eine hausärztliche Niederlassung im ländlichen Raum im Kontext der individuellen Professionalisierung. Außerdem setzt sich ein Kapitel mit den Potenzialen und Wirkungen hausärztlicher Delegation an Versorgungsassistent*innen in Hausarztpraxen auseinander, während ein anderes Schlafmittelmisbrauch aus pharmazeutischer, allgemeinmedizinischer und neurologischer Sicht behandelt. Den Abschluss des Buches bildet das Thema Gesundheit und Alter(n) in suburbanen Räumen. ■ ne

LESETIPP!



Intersektorales Gesundheitszentrum:

Die bessere Alternative gegenüber dem kleinen Krankenhaus vor Ort ?

Prof. Dr. Andreas Schmid und Florian Rinsche

Sind Gleichwertige Lebensverhältnisse nur mit oder auch ohne Krankenhaus erfüllt?

Ländliche Regionen sehen sich in Zeiten des Strukturwandels besonderen Herausforderungen ausgesetzt: Die Netzabdeckung ist eher dünn, der öffentliche Nahverkehr hat Lücken und es ist schwer, junge, in der Regel in größeren Städten ausgebildete und sozialisierte Fachkräfte davon zu überzeugen, dass auch abseits von Ballungszentren ein erfülltes Leben möglich ist. Viele Kommunen erleben dies als steten Kampf und große Arbeitgeber sind dabei wichtig, auch als Signal: Hier geht etwas. Umso härter trifft es die lokale Bevölkerung dann, wenn das örtliche Krankenhaus geschlossen werden soll. „Jetzt nehmen Sie uns auch noch das Krankenhaus“, lautet ein häufig formulierter Vorwurf. Oft schwingt auch noch zusätzliche Verbitterung mit, weil es doch zumeist kleine öffentliche Träger sind, die vor dieser schweren Entscheidung stehen. Und gerade die Stadt oder der Landkreis sollte doch die Interessen der Bürger*innen besonders im Blick haben. Da dürfte es wohl nicht auf den letzten Euro ankommen, wo an anderer Stelle doch Milliarden versenkt würden.

Meist wird im Zuge dieser Diskussion auch das Thema der Förderung und Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse aufgegriffen. Dass dieses auch im Grundgesetz formulierte Ziel von weiten Bevölkerungsgruppen geteilt wird, zeigt beispielsweise die Aufnahme eines diesbezüglichen Artikels in die bayerische Verfassung per Volksentscheid im Jahr 2013. Der entscheidende Begriff der „Gleichwertigkeit“ bleibt dabei zwangsweise unscharf. Inwiefern kann ein längerer Weg zu zentralen Einrichtungen wie Schulen, Krankenhäusern oder Geschäften

durch ein niedrigeres Preisniveau und ein gesünderes Umfeld kompensiert werden? Kann man solche Aspekte gegeneinander aufrechnen? Und selbst wenn ja, wie? Im Sozialgesetzbuch (SGB) – dem für das Gesundheitswesen prägenden Gesetzestext – findet sich hierzu in § 70 (1) SGB V der Verweis darauf, dass eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige (...) Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ ist. Auch dies lässt Raum für Interpretation und bis heute gibt es keinen wirklich objektiven, für alle Seiten zufriedenstellenden Ansatz, den Bedarf und somit auch das angemessene Angebot an Ärzt*innen und Krankenhäusern richtig zu ermitteln. Auch diese Vagheit, die dem sogar im Grundgesetz verbrieften Anspruch gegenübersteht, befördert eine stark emotionalisierte Auseinandersetzung mit der Frage, ob ein Krankenhaus geschlossen werden soll oder nicht.

Die hohe Komplexität des Themas Gesundheit bzw. Gesundheitswesen erleichtert eine sachliche Auseinandersetzung ebenso wenig. Während Gesundheit einerseits „das höchste Gut“ ist, muss das Geld für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung irgendwoher kommen. Und – egal ob im privaten oder öffentlichen Haushalt – Geld ist ein knappes Gut. Es ist also stets abzuwägen, wie mit diesen begrenzten Ressourcen das beste Ergebnis erreicht werden kann. Und was ist eigentlich das Ziel? Nur die „Reparatur“ eines „Defekts“? Doch sicherlich nicht. Aber um was geht es genau und wie kann man es greifbar machen, wenn ein Landkreis entscheiden muss, ob er Geld besser in ein Krankenhaus oder eine Verbesserung der Kindergärten und Schulen investiert? Darüber, wie dieser durch die Gesundheitsversorgung zu schaffende Wert am besten zu beschreiben ist, was überhaupt das



Foto: privat

Prof. Dr. Andreas Schmid und Florian Rinsche

Juniorprofessur Gesundheitsmanagement,
Universität Bayreuth

andreas.schmid@uni-bayreuth.de
www.mig.uni-bayreuth.de



Foto: Oberender AG

„Beste“ ausmacht und welches der beste Weg ist, streiten sich jedoch selbst die Gelehrten. Auch hier gibt es nicht „die eine Wahrheit“.

Doch es gibt einige Punkte, die nach dem aktuellen Stand der Forschung als gesichert gelten können: Für viele Patient*innen – gerade auch ältere – stellen weite Wege und große anonyme Einrichtungen Stressfaktoren dar. Diese belasten auch Angehörige und behindern unter Umständen sogar einen optimalen Heilungsverlauf. Zugleich gibt es belastbare Evidenz, dass für die optimale Versorgung bestimmter Krankheiten entweder bestimmte Strukturen (Ausstattung mit Technik und besonders qualifiziertem Personal) oder ein Mindestmaß an Routine (Häufigkeit, mit der diese Behandlung in dieser Einrichtung durchgeführt wird) notwendig ist, um die bestmöglichen Ergebnisse zu erreichen. In der Regel ist beides für eine hohe Qualität notwendig. Dies gilt insbesondere bei komplexen Situationen wie der Versorgung von Frühgeborenen oder anspruchsvollen chirurgischen Eingriffen. Defizite können in diesen Fällen kaum durch besonderes Engagement des Personals aufgewogen werden. Die resultierenden Unterschiede in der Qualität der Versorgung sind nachweisbar. Scheinbar spürt das häufig auch die lokale Bevölkerung. Die Analyse von Fahrtwegen zum Krankenhaus zeigt häufig, dass im Zweifel in vielen Fällen lieber das etwas weiter entfernte aber größere Krankenhaus angesteuert wird.

Und damit kommen wir zur wirtschaftlichen Seite der Medaille. Denn auch wenn dieses Verhalten nur auf einen Teil der Patient*innen zutrifft, schmerzt dies kleine Krankenhäuser ganz besonders. Sie sind ohnehin benachteiligt, da ein dem aktuellen Stand entsprechender Kreissaal einen festen Betrag kostet, egal, ob in diesem in einem kleinen Krankenhaus pro Tag ein Kind oder in einem größeren Krankenhaus drei Kinder zur Welt kommen. Auch die Zahl der vorzuhaltenden Ärztinnen und Ärzte unterscheidet sich kaum. Im kleinen Krankenhaus sind die Kosten pro Geburt also deutlich höher. Es erhält aber in der Regel die gleiche Vergütung. Auch fällt es kleinen Krankenhäusern häufig schwerer, erfahrenes ärztliches Personal mit entsprechenden Qualifikationen zu gewinnen, die sich bei der derzeitigen Arbeitsmarktlage weitgehend frei aussuchen können, wo sie denn gerne arbeiten möchten. Entsprechend ist es so, dass gerade kleine Grund- und Regelversorger Gefahr laufen, erhebliche Defizite zu erzielen. Und der Eigentümer muss sich dann fragen, inwiefern er zum Verlustausgleich jährlich Geld nachschießen kann, liegen die Beträge doch nicht selten bei mehreren Millionen Euro.



Nicht in jedem Krankenhaus ist eine adäquate technische Ausstattung und qualifiziertes, routiniertes Personal vorhanden, um beispielsweise anspruchsvolle chirurgische Eingriffe durchführen zu können.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele Bundesländer zu lange gezögert haben, einen Strukturwandel im Krankenhausesektor aktiv voranzutreiben. Eine Schließung wurde als unbedingt zu vermeidendes Übel angesehen, da damit die Aussichten bei der nächsten Wahl geschmälert werden könnten. Jetzt sind häufig finanzielle Reserven aufgebraucht und Krankenhausstandorte weitgehend ausgeblutet. Die Zeit für einen tragfähigen Umbau wird knapp. Zugleich werden auf Bundesebene die Voraussetzungen für kleine Krankenhäuser systematisch weiter verschlechtert – hier ist man frustriert ob des langsamen Fortschritts und versucht an den Ländern vorbei in die Krankenhausplanung einzugreifen. Dabei gibt es oft sinnvolle Alternativen zu einem kleinen Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, das in vielen Fällen trotz überdurchschnittlicher Kosten nur unterdurchschnittliche Qualität erreichen kann.

Das Intersektorale Gesundheitszentrum schließt Lücke zwischen ambulanter und stationärer Betreuung

Jüngst hat eine von der Bertelsmann Stiftung in Auftrag gegebene Studie ergeben, dass von den derzeit rund 1 400 Akutkrankenhäusern lediglich 600 – dann große und gut ausgestattete Zentren – notwendig wären, um die Versorgung in Deutschland sicher zu stellen. Diese Strukturen gehen in Richtung dessen, was derzeit in Dänemark passiert: Dort wird seit einigen Jahren der Krankenhausmarkt konsequent umgebaut. Von ehemals 60 Kranken-

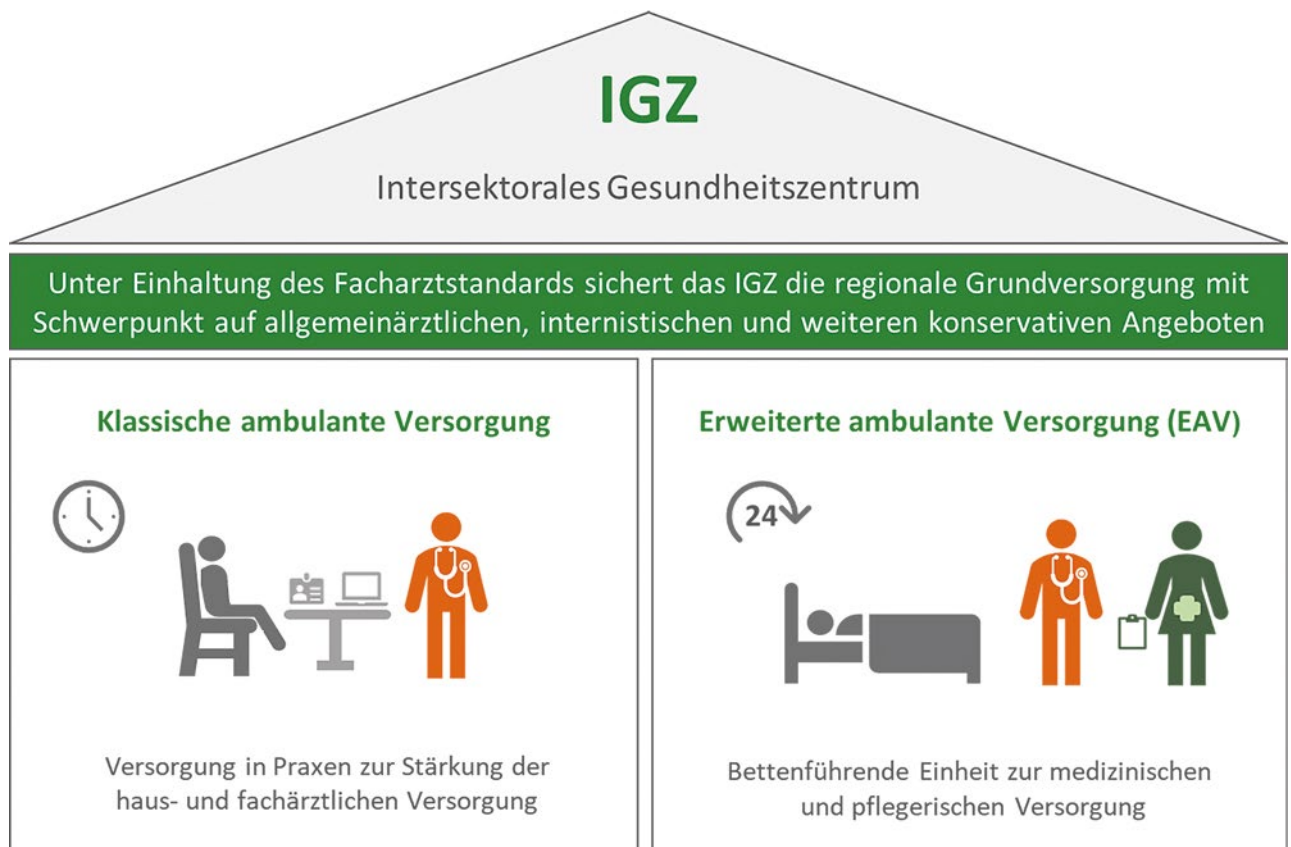
häusern bleiben am Ende 18 „Superkrankenhäuser“ – vielfach neu gebaut. Flankiert werden diese von einem ausgebauten Rettungssystem und Gesundheitszentren der ambulanten Versorgung. Die Wege ins Krankenhaus werden zwar länger, jedoch verfügen diese jederzeit über die notwendige Expertise und Kapazität, die Patient*innen adäquat versorgen zu können. Auch wenn diese Vision in ihrer Radikalität in Deutschland kaum umsetzbar sein wird und die Frage bleibt, ob diese überhaupt in allen Facetten ein erstrebenswertes Ziel darstellt, liefert die Studie der Bertelsmann Stiftung einen wichtigen Impuls für die Diskussion auch zum deutschen Krankenhausmarkt.

Nun kann die ersatzlose Schließung von Krankenhäusern nicht immer die Lösung aller Probleme sein. In (Groß-)Städten können (ersatzlose) Schließungen nicht selten durch andere Anbieter in nächster Nähe kompensiert werden. Dies ist im ländlichen Bereich selten der Fall. Auch wenn der Zugang der Versorgung in den ländlichen Regionen – auch im internationalen Vergleich – für Deutschland als sehr gut angesehen werden kann, sind die Wegstrecken zum

nächsten Versorger schon jetzt deutlich länger als in urbanen Regionen. Ebenso bietet ein guter Zugang zur Gesundheitsversorgung auch ein Gefühl von Sicherheit, welches der Bevölkerung grundsätzlich ein großes Anliegen ist.

Wichtig ist ein weiterer Aspekt: Viele der häufig älteren Patient*innen werden nicht in ein Krankenhaus eingewiesen, weil sie die dort bereitgehaltene hochtechnisierte Spitzenmedizin benötigen. Sie werden schlichtweg deshalb ins Krankenhaus überwiesen, weil ein Verbleib im häuslichen Umfeld zu riskant erscheint. Entweder sind keine Angehörigen vorhanden, die für die betroffene Person sorgen könnten oder diese sind selbst in einer zu schlechten Verfassung, als dass sie diese Aufgabe übernehmen könnten. Typisches Beispiel ist ein allein-stehender dehydrierter älterer Patient. Man spricht dann von einer sozialen Indikation, da nicht so sehr die medizinische, als eine soziale Notwendigkeit den Krankenhausaufenthalt auslöst. Die Patient*innen sind eigentlich nicht am für sie besten Behandlungsort. Das Krankenhaus ist jedoch unter den derzeitigen Bedingungen die einzige Anlaufstelle.

Abbildung: Grundmodell des IGZ: Klassische ambulante Versorgung und erweiterte ambulante Versorgung



Quelle: eigene Darstellung

Werden sie alternativ ambulant versorgt, könnte durch die fehlenden Möglichkeiten zur Betreuung und Überwachung eine zunächst unbemerkte abrupte Verschlechterung des Gesundheitszustands drohen, welche schließlich eine stationäre Akutbehandlung unvermeidbar macht.

Eine Möglichkeit zur Schließung der potenziell entstehenden Lücke bietet das Intersektorale Gesundheitszentrum (IGZ). Dieses wurde im Rahmen eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegebenen Gutachtens von der Universität Bayreuth zusammen mit der Unternehmensberatung Oberender entwickelt. Vergleichbare Konzepte finden sich seit vielen Jahren in abstrakter Form beispielsweise in Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen oder auch in anderen Ländern. Das Bayreuther Gutachten hat erstmals ein konkretes Modell ausformuliert und mit realen wirtschaftlichen Zahlen hinterlegt.

Das Intersektorale Gesundheitszentrum soll die Lücke zwischen rein ambulanter Versorgung und Krankenhaus füllen. Angesiedelt im ambulanten Sektor, lehnt es sich organisatorisch und sozialrechtlich an ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) an. Anders als das MVZ bietet es jedoch mit der erweiterten ambulanten Versorgung – d. h. einer bettenführenden Einheit – auch ein Versorgungsangebot für mehrere Tage an. Wie in der Abbildung ersichtlich, gibt es also einerseits mehrere klassische Arztpraxen – analog zu einem MVZ zugleich aber die Möglichkeit, Patient*innen unter qualifizierter Überwachung für einige Nächte zu versorgen. Diese sog. erweiterte ambulante Versorgung unter Einhaltung des Facharztstandards soll die regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten abdecken. Hierzu erhält das IGZ ca. 15–20 Betten, welche rund um die Uhr pflegerisch versorgt werden. Für Not- und Zwischenfälle steht ein ärztlicher Rufbereitschaftsdienst, im Idealfall zusammen mit dem KV-Rufbereitschaftsdienst, zur Verfügung. Patient*innen, welche einer regulären stationären Versorgung bedürfen, werden von den umliegenden Krankenhausstandorten aufgenommen und erhöhen somit auch deren Auslastung.

Um das Konzept auch in die Praxis zu überführen, gilt es einige Herausforderungen anzugehen. Zunächst benötigt es einen Träger, welcher die neue Versorgungsform umsetzt, und weiterhin Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, ihre Praxis in dieses Modell mit einzubringen und sich auf das etwas verän-



Ältere Patient*innen werden z. T. weniger aus medizinischer, sondern eher aus sozialer Notwendigkeit in ein Krankenhaus eingewiesen, da sich zuhause niemand um sie kümmern kann.

derte Tätigkeitsprofil einzulassen. Dies stellt insofern eine Herausforderung dar, als im ländlichen Raum häufig eine überdurchschnittlich hohe Altersstruktur der niedergelassenen Mediziner*innen vorliegt. Darüber hinaus braucht es ein Vergütungssystem, welches einen wirtschaftlichen und nachhaltigen Betrieb sicherstellt. Die Standard-Vergütung kennt nur schwarz oder weiß – ambulant oder stationär. Für die bettenführende Abteilung braucht es derzeit noch eine eigene Lösung, die aktuell nur über sog. Selektivverträge nach § 140a SGB V zwischen dem IGZ und den Krankenkassen herbeigeführt werden kann. Alternativ wäre auch ein Modellvorhaben nach § 63 SGB V möglich – dieses hat jedoch auch wiederum seine eigenen Schwierigkeiten.

Positive Auswirkungen des IGZ auf den ländlichen Raum

Das IGZ kann wie im Szenario des Gutachtens an die Stelle eines kleinen Krankenhauses treten – es stellt kein zusätzliches Leistungsangebot dar. Darüber hinaus könnte es künftig eine ganz reguläre Form der Leistungserbringung darstellen, da die beschriebene Versorgungslücke auch in urbanen Regionen existiert. Dies wird flächendeckend jedoch erst möglich sein, wenn es dafür eine entsprechende Vergütung gibt, die nicht für jedes IGZ separat ausgehandelt werden muss. Deshalb sollen hier die Auswirkungen auf den ländlichen Raum beschrieben werden, die zu erwarten sind, wenn ein IGZ an die Stelle eines kleinen Krankenhauses tritt.

Am wichtigsten sind sicherlich die Auswirkungen auf die Versorgung der ländlichen Bevölkerung. Das IGZ erleichtert es hier, kleine Krankenhäuser, die in der Tendenz eher eine unterdurchschnittliche Qualität zu überdurchschnittlichen Kosten anbieten, aus der Versorgung zu nehmen. Patient*innen, die eigentlich dieses Krankenhaus in Anspruch genommen hätten, müssen auf die umliegenden Krankenhäuser ausweichen. Dies bedeutet eine etwas längere Wegstrecke, die aber durch Mechanismen wie den Sicherstellungszuschlag für besonders versorgungsrelevante Krankenhäuser noch immer in einem vertretbaren Rahmen liegt. Den umliegenden Krankenhäusern fällt es durch die daraus resultierenden höheren Fallzahlen leichter, eine gute Qualität unter wirtschaftlich tragbaren Bedingungen anzubieten. Auch trägt es zumindest in kleinem Umfang dazu bei, den gravierenden Personalengpass im Bereich der Pflege und des ärztlichen Dienstes zu lindern. Die Patient*innen, die ohnehin in einem Krankenhaus „falsch“ gewesen wären, erhalten ein auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Angebot. Es ist klein und übersichtlich, garantiert den Facharztstandard, ist vor Ort und damit gut erreichbar.

In ländlichen Regionen ist die regionalökonomische Dimension jedoch fast ebenso bedeutsam. Es geht mit der Schließung eines kleinen Krankenhauses häufig die Befürchtung einher, einen wichtigen Wirtschaftsfaktor in der Region zu verlieren. Eine Studie der Universität Bayreuth aus dem Jahr 2018 konnte jedoch zeigen, dass der regionale wirtschaftliche Effekt eines kleinen Krankenhauses deutlich niedriger liegt, als häufig vermutet. Sie leisten keinen relevanten Beitrag zum Steueraufkommen und lösen auch auf den nachgelagerten Märkten (z. B. für Materialien etc.) sowie auf dem Arbeitsmarkt deutlich geringere Effekte aus, als dies zunächst zu erwarten wäre. Lokal oder regional eingekauft werden in der Tendenz einfache Leistungen. Medizinprodukte und -geräte werden national bezogen und fallen lokal wirtschaftlich nicht ins Gewicht. Gerade bei kleinen ländlichen Krankenhäusern pendelt das medizinische Fachpersonal häufig weite

Strecken, was impliziert, dass sie ihr Einkommen nur zu einem kleinen Teil in der Region ausgeben. Weder im Bereich der Pflege noch im Bereich des ärztlichen Dienstes ist ferner derzeit mit Arbeitslosigkeit zu rechnen. Es ist äußerst realistisch, dass bei Interesse alle Beschäftigten aus diesen Bereichen in umliegenden Einrichtungen tätig werden können. Ferner tritt mit dem IGZ ein neuer Akteur auf, der ebenfalls Arbeitsplätze schafft. Als innovatives und am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtetes Modell kann es zudem ein Aushängeschild für die Region darstellen. Die Region profitiert zusätzlich, wenn durch die Schließung des Krankenhauses ein kommunaler Träger keinen Verlustausgleich in Millionenhöhe durchführen muss. Dieses Geld kann beispielsweise für andere wichtige Infrastrukturprojekte oder den Abbau von Schulden genutzt werden.

Zusammenfassend dürfte das IGZ in vielen Fällen die bessere Option darstellen. Die Gründung eines IGZ ist aber aufgrund der derzeitigen Vergütungssituation nicht trivial und erfordert starkes Engagement. Es zeichnet sich jedoch ab, dass auch in der Gesundheitspolitik die Zeichen der Zeit erkannt wurden und aktiv an der Schaffung geeigneter Vergütungsinstrumente gearbeitet wird. Dies dürfte die Etablierung von nachhaltigen, am Bedarf der Bevölkerung ausgerichteten Versorgungsstrukturen deutlich erleichtern. Die lokale Bevölkerung, die naturgemäß häufig sehr an „ihrem“ Krankenhaus hängt, muss auch den Mut finden, das Bestehende kritisch zu hinterfragen. Zu oft wird der richtige Zeitpunkt verpasst, an dem noch ohne akuten Zeitdruck Weichenstellungen vorgenommen werden können. Wenn das Krankenhaus dann aus Personalmangel oder aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit bereits schließen musste, ist es deutlich schwieriger, den Gründungsprozess für alternative Angebotsstrukturen zu durchlaufen. Es lohnt sich, Modellen wie dem IGZ aufgeschlossen gegenüberzustehen und zu prüfen, ob es nicht auch in der eigenen Region eine sinnvolle alternative Option zum Krankenhaus gibt. ■

Das angesprochene Gutachten ist online kostenfrei abrufbar:

Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Epub Bayreuth. URN: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:703-epub-3852-8>

Österreich:

Telefonisches Beratungsangebot 1450 bietet Erkrankten Orientierung



Die telefonische Gesundheitsberatung „Wenn's weh tut! 1450“ wird seit September in sieben Bundesländern Österreichs angeboten. Entstanden ist die Beratungsstelle in einem Gemeinschaftsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der Länder und der Sozialversicherung. Das Angebot versteht sich als Wegweiser durch das Gesundheitssystem, um Menschen mit akuten gesundheitlichen Beschwerden zur richtigen Anlaufstelle zu führen.

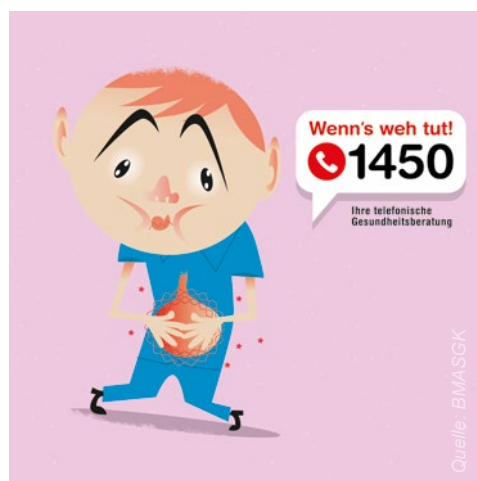
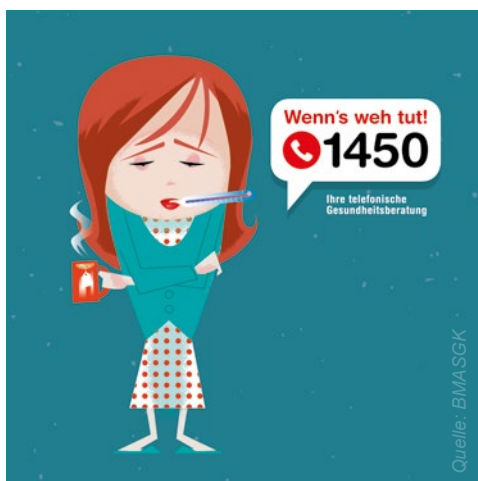
Akute Beschwerden können jederzeit auftreten. Problematisch werden sie insbesondere dann, wenn die gewohnten medizinischen Anlaufstellen zu diesen Zeiten nicht geöffnet haben. Viele Personen werden dann unsicher, wohin sie sich wenden sollen, wählen den vermeintlich sichersten Weg und suchen direkt die Notaufnahme des Krankenhauses auf. Auch unabhängig davon sind Erkrankte oft im Zweifel, welche medizinische Einrichtung sie bei konkreten Beschwerden aufsuchen sollen. Um bei der Wahl der passenden Anlaufstelle Orientierung zu bieten, wurde in Österreich 2017 die telefonische Gesundheitsberatung eingeführt – zunächst in den Pilot-Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg. Am 1. Januar 2019 erfolgte dort der Übergang in den Regelbetrieb. Seit März 2019 wird das Angebot nach und

nach auf die übrigen Bundesländer ausgeweitet und wird bis Jahresende in ganz Österreich zur Verfügung stehen. Die Beratungsstelle ist kostenfrei und rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche unter der Nummer 1450 erreichbar. Ihr Ziel ist es, Menschen mit akuten Beschwerden zu helfen, indem die Dringlichkeit des Anliegens geklärt und eine validierte und passende Empfehlung für das weitere Vorgehen ausgesprochen wird: Behandlung zuhause mit einfachen Hausmitteln, Besuch der hausärztlichen Praxis am nächsten Tag, Terminvereinbarung bei Facharzt bzw. -ärztin oder sofortiges Aufsuchen der Notaufnahme.

Zu Beginn des Telefonats wird zunächst der Standort der anrufenden Person erfragt und als Nächstes ausgeschlossen, dass ein schwerwiegender Notfall vor-

liegt. Andernfalls wird umgehend ein Rettungsdienst zum jeweiligen Standort entsandt. Bei harmloseren Beschwerden erkundigen sich die speziell ausgebildeten Mitarbeiter*innen der 1450-Gesundheitsberatung anschließend nach Symptomen, Vorerkrankungen, Alter, Geschlecht etc. In einem ausführlichen Gespräch wird daraufhin eine Empfehlung zur weiteren Vorgehensweise gegeben. Die telefonische Gesundheitsberatung stellt somit einen idealen Wegweiser durch das große Angebot an Gesundheitsdienstleistern dar und ist erste Anlaufstelle bei neu aufgetretenen oder akut gewordenen Beschwerden, die keinen medizinischen Notfall darstellen. Die Gesundheitsberatung kann jedoch weder eine ärztliche Behandlung ersetzen noch Diagnosen stellen.¹

■ Lukas Lahme



¹ Das Angebot steht nur in Österreich zur Verfügung und ist telefonisch auch nur aus Österreich erreichbar.

Gezielte Unterstützung der Pflege im ländlichen Raum

Ministerin Dr. Carola Reimann

Zu Recht ist das Thema demografischer Wandel in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt. Unsere Bevölkerungsstruktur verändert sich: Der Anteil älterer Menschen steigt. Nach Berechnung des Statistischen Landesamtes waren in Niedersachsen Ende 2018 etwa 22 % der Menschen 65 Jahre und älter, also fast ein Viertel der Bevölkerung. Zugleich lässt sich beobachten, dass sich der demografische Wandel in unserem Flächenland sehr unterschiedlich auswirkt. So weisen viele ländliche Regionen einen höheren Altersdurchschnitt auf, als es etwa in Ballungszentren der Fall ist. Diese Entwicklung müssen wir bei der Planung einer guten, wohnortnahen pflegerischen Versorgung berücksichtigen.

Mit zunehmendem Lebensalter steigt, statistisch gesehen, die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Wenn diese Situation eintritt, möchte die überwiegende Mehrheit der Betroffenen zu Hause, in ihrem bisherigen Wohn- und Lebensumfeld, bleiben. Deshalb kommt der ambulanten Pflege eine besondere Bedeutung zu, was sich an der großen Nachfrage zeigt. Auch bei der Förderung durch das Land gilt – auf einen kurzen Nenner gebracht – der Grundsatz: ambulant vor stationär. Doch gerade im ländlichen Raum stoßen Pflegedienstanbieter auf besondere Herausforderungen. So sind etwa die Wegezeiten in der Regel deutlich länger. Außerdem ist es in Ballungszentren oft einfacher, gut ausgebildete Fachkräfte zu finden.

Die Landesregierung hat deshalb ein Förderprogramm in Höhe von 20 Mio. € aufgelegt, um gezielt die Pflege im ländlichen Raum zu unterstützen. Gegenüber der bisherigen Förderung der ambulanten Pflege wurden die Förderungsbedingungen noch einmal weiterentwickelt. Eingereichte Projekte können mit bis zu 40 000 € gefördert werden, wenn sie einen der folgenden vier Schwerpunkte betreffen:

- Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Pflegekräfte,
- Kooperation und Vernetzung,
- Einführung von EDV-basierten Systemen und
- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen insgesamt.

Ein zentraler Aspekt ist dabei aus Sicht des Landes die Knüpfung der Förderung an eine tarifgerechte Entlohnung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nur wenn die Rahmenbedingungen stimmen, werden sich langfristig mehr Menschen für einen Pflegeberuf entscheiden. Ganz abgesehen davon, dass eine angemessene Bezahlung auch Ausdruck der Wertschätzung ist, die wir dieser wichtigen Tätigkeit entgegenbringen sollten. Gefördert werden können Pflegedienste, die ihren Sitz in Niedersachsen haben und deren Pflegestandorte sich überwiegend im ländlichen Raum befinden. Gefördert werden beispielsweise:

- Das Projekt „Tablets in der Pflege“ des Caritas-Pflegedienstes Nordhorn: Hier fällt viel Bürokratie weg, weil die Pflegekräfte die notwendige Dokumentation direkt vor Ort mit ihren Tablets vornehmen können. Sie müssen nicht mehr lange im Büro am Schreibtisch sitzen.
- Der Paritätische Pflegedienst Helmstedt hat ein Modell entwickelt, bei dem spezialisierte Angebote für Pflegekräfte vorgehalten werden, die lebensphasenbedingt nicht (mehr) voll einsetzbar sind. Dadurch wird es diesen Fachkräften ermöglicht, auch weiterhin im Beruf zu bleiben.

Ministerin Dr. Carola Reimann

Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Uwe Hildebrandt, Pressesprecher des Niedersächsischen Sozialministeriums, pressestelle@ms.niedersachsen.de

- Auch in Bad Iburg steht die Arbeitszeitgestaltung im Mittelpunkt. Beim „Pflegeteam am Schloss“ können Mütter und Väter ihre Kinder mit zur Arbeit bringen und erhalten zu den benötigten Zeiten eine kostenlose Kinderbetreuung. Solche bedarfsgerechten Arbeitszeitmodelle sind ein wichtiges Instrument für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Flexibilität steht auch bei einem anderen Modell dieses Pflegedienstes im Vordergrund. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten auch bei einer höheren Stundenzahl durchgängig, ohne die sonst üblichen Unterbrechungen um die Mittagszeit herum. Dadurch kann bei planmäßiger Besetzung eine 5-Tage-Woche für die Beschäftigten angeboten werden, mit Dienst nur noch an einem Wochenende im Monat. Das wird möglich, weil das Pflegeteam sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der Tagespflege aktiv ist.
- Neue Wege bei der Fachkräftegewinnung geht auch die Caritas-St. Antonius Pflege GmbH im Landkreis Osnabrück, indem sie eine Kooperation mit einer allgemeinbildenden Schule eingegangen ist. So erhalten die Schülerinnen und Schüler Informationen über den Pflegeberuf aus erster Hand.

Die starke Nachfrage beweist, dass das Interesse groß ist. Bereits mehr als 50 Projekte im ganzen Land wurden gefördert. Neben der konkreten Förderung von Projekten der ambulanten Pflege setzt sich die Landesregierung auf vielfältige Art und Weise für die Stärkung der Pflege in Niedersachsen ein.

- Im Juli habe ich zusammen mit Wohlfahrtsverbänden, Krankenkassen, Kommunalen Spitzenverbänden und privaten Pflegeanbietern die „Konzertierte Aktion Pflege Niedersachsen“ (KAP. Ni) gestartet. Damit wollen wir gemeinsam konkrete Verbesserungen auf den Weg bringen und die Ideen der Konzertierten Aktion auf Bundesebene in Niedersachsen nutzen. Für den Herbst ist dazu eine Pflegekonferenz geplant.
- Engagierte Zusammenarbeit ist auch das Kennzeichen der „Ausbildungsallianz Niedersachsen“, in der sich alle für eine gute Ausbildung in Niedersachsen einsetzen und insbesondere die Pflegeberufereform gemeinsam umsetzen.



Foto: Tom Figiel / Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Carola Reimann war von 2000 bis 2017 Mitglied des deutschen Bundestages. Ab 2005 arbeitete sie als Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, 2009-2013 war sie Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und von 2013 bis 2017 stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion. In dieser Position war sie zuständig für die Bereiche Arbeit und Soziales sowie Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Seit dem 22.11.2017 ist sie Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und Stellvertretendes Mitglied des Bundesrates für das Land Niedersachsen.

- Ein weiteres Förderprogramm, „Wohnen und Pflege im Alter“, für das jährlich eine 1 Mio. € bereitstehen, ermöglicht die Schaffung alters- und pflegegerechter Wohnumfeldbedingungen.

Mit diesen Aktivitäten stellt die Landesregierung die Weichen, damit pflegebedürftige Menschen auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung erhalten. ■

Integrierte Gesundheitszentren:

Gemeinsam eine gute Versorgung sichern

Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Kerstin Hämel

Immer mehr ältere Menschen, immer weniger Fachpersonal – speziell in ländlichen Regionen droht die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zunehmend lückenhaft zu werden. International bietet das Konzept integrierter Gesundheitszentren einen erfolgreichen Gegenpol zu dieser Entwicklung. Wodurch zeichnen sich diese Zentren aus? Und könnten sie auch in Deutschland etabliert werden?

Zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen, die sich in vielerlei Hinsicht auf das Gesundheitswesen auswirken, gehören der steigende Anteil alter und hochaltriger Menschen und auch die Zunahme von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen stellt sich die Situation zunehmend schwierig dar, denn dort schreitet der demografische und epidemiologische Wandel (s. Kasten) ungleich schneller voran.

Gleichzeitig hat der demografische Wandel auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen erfasst: So sind aktuell 32 % der Hausärzt*innen in Deutschland 60 Jahre und älter (Klose und Rehbein 2015). Bis 2020 werden jährlich zirka 2 100 von ihnen altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden. In der Pflege ist der Fachkräftemangel sogar noch weitaus größer als in der Medizin und durchzieht inzwischen alle Sektoren. Hier werden nach den Prognosen von Afentakis und Maier (2010) im Jahr 2025 bereits 112 000 Vollzeitstellen

fehlen. Andere Studien gehen von einem noch größeren zusätzlichen Fachkräftebedarf aus (Hämel und Schaeffer 2013).

Dabei ist der Fachkräftemangel regional ungleich verteilt und stellt besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen ein zunehmendes Problem dar (SVR 2012, 2014). Bei der Suche nach Lösungen wird es darauf ankommen, nicht isoliert für jede Profession und für jeden Sektor nach Antworten zu suchen, sondern ausgehend vom Bedarf der Bevölkerung zu Konzepten zu gelangen, die eine regional differenzierte, kooperative Versorgung ermöglichen und dabei dem Fachkräftemangel begegnen.

Gesundheitszentren dienen als erste Anlaufstelle

Mit den geschilderten Entwicklungen steht Deutschland nicht allein da. Der steigende Versorgungsbedarf wie auch die Probleme der Fachkräfterekrutierung in ländlichen und strukturschwachen Regionen fordern weltweit die Gesundheitssysteme heraus

(WHO und GHWA 2014). In vielen Ländern hat in Reaktion darauf eine lebhafte Diskussion über neue Versorgungskonzepte eingesetzt. Inspiriert wurde sie vielfach durch internationale Primärversorgungsmodelle (Boerma 2006, Kringos 2015, WHO 1978, 2008). In ihnen haben sowohl Gesundheitsförderung und Prävention, wie auch andere medizinische, psychosoziale, pflegerische, rehabilitative und beratende Dienste und Leistungen einen festen Platz. Diese sollten jedoch nicht länger „versäult“ nebeneinander stehen, sondern integriert angeboten werden.

In einer ganzen Reihe von Ländern führte diese Auseinandersetzung zur Etablierung integrierter Gesundheitszentren. Fast immer dienen diese als erste Anlaufstelle für Menschen in unterschiedlichsten gesundheitlichen Bedarfslagen und bieten ihnen eine umfassende, integrierte Versorgung. Zu nennen sind hier beispielsweise „Family Health Teams“ in Kanada und Brasilien, „Community Health Centres“ in den Niederlanden, Belgien und ebenfalls Kanada,

**Prof. Dr. Doris Schaeffer**

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld. Sprecherin des Projektes „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“¹

doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

www.uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Kerstin Hämel

Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

kerstin.haemel@uni-bielefeld.de



¹ www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan, Link zum Projekt: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/health_literacy_aktionsplan.html

kommunale Gesundheitszentren in den skandinavischen Ländern und Slowenien sowie die „Primary Health Care Teams“ in Spanien oder in Schweden.

Dass integrierte Gesundheitszentren auch und besonders für die heute dominierenden chronischen Krankheiten wegweisende Antworten aufzeigen, hat die Weltgesundheitsorganisation mit dem Weltgesundheitsbericht „Primary health care – now more than ever“ erneut betont (WHO 2008). Hervorgehoben wird, dass die Gesundheitszentren besonders für ländliche und strukturschwache Regionen geeignet sind, da sie eine umfassende wohnortnahe Basisversorgung ermöglichen. Einige Länder, beispielsweise Finnland und Kanada, haben den Aufbau solcher Gesundheitszentren daher gezielt in ländlichen und strukturschwachen Regionen zur Begegnung von Unterversorgungserrscheinungen vorangetrieben (vgl. Hämel und Schaeffer 2014, Schaeffer et al. 2015). Sie bieten vielfältige Möglichkeiten, um die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen.

Umfassende Versorgung:

Immer verfolgen die Gesundheitszentren den Anspruch, eine umfassende Versorgung zu ermöglichen. Konkret bedeutet das, dass wohnortnah versucht wird, ein breites Bedarfsspektrum abzudecken. Dazu gehören neben medizinischer Behandlung und Versorgung auch Prävention, Gesundheitsförderung, psychosoziale Unterstützung, pharmakologische Begleitung, Pflege, Gesundheits-/Patienteninformation und -beratung, Ernährungsberatung, oft auch Ergotherapie oder Physiotherapie sowie Rehabilitation. Alle diese Dienste sind unter einem Dach gebündelt,

Demografische und epidemiologische Herausforderungen

Der Anteil der Menschen, die 60 Jahre und älter sind, liegt in Deutschland bei 26,8 %. Damit steht Deutschland nach Japan (32 %) und Italien (26,9 %) weltweit an dritter Stelle (UN 2013, Datenbasis 2013). Besonders die Zahl der Hochbetagten expandiert: Gegenwärtig sind 4,7 Mio. Menschen in Deutschland 80 Jahre und älter. Prognosen zufolge wird ihre Anzahl bis 2050 auf etwa 10 Mio. Menschen anwachsen (Statistisches Bundesamt 2015).

Der demografische Wandel ist deshalb so folgenreich, weil er mit Veränderungen des Morbiditätsspektrums gepaart ist. In Deutschland zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats, psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen und demenzielle Erkrankungen zu den dominanten chronischen Krankheiten (Nowossadeck und Nowossadeck 2011, RKI 2015).

Typisch für chronische Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sind langfristige und komplexe Verläufe. Die Aufgabe der Gesundheitsprofessionen besteht hier also nicht in der Heilung und Wiederherstellung von Gesundheit, sondern darin, über Jahre hinweg einen oft irreversiblen und wechselhaften Zustand zu begleiten.

Wie internationale und nationale Studien zeigen, ist der Anteil von Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in der Bevölkerung überraschend hoch (HLS-EU Consortium 2012, Schaeffer et al. 2017). Besonders gilt das für chronisch kranke und ältere Menschen (ebd., Baker et al. 2007, Heijmans et al. 2015).

Nicht alle Menschen entsprechen somit dem Leitbild des „informierten Patienten“. Dies wirkt auf die Gesundheitsprofessionen zurück: Sie haben nicht nur kurative und versorgende Aufgaben, sondern sind zugleich verstärkt als Vermittlungsinstanz gefragt. Sie müssen Wissens- und Informationsdefizite ausgleichen, Fehlinformation ausräumen, Wissenslücken füllen und in Kooperation mit den Patient*innen und Nutzer*innen geeignete Bewältigungskompetenzen und -strategien entwickeln.

so dass die Menschen nur eine Anlaufstelle haben, an der sie ein breites Leistungsspektrum erhalten.

In einigen Ländern sind auch Möglichkeiten der Langzeitversorgung integriert. So werden beispielsweise in Finnland in den ländlich gelegenen Gesundheitszentren auch stationäre Langzeitpflegeplätze für schwer pflegebedürftige Menschen angeboten (Hämel und Schaeffer 2014). Die slowenischen Gesundheitszentren verfügen wiederum über eine Community Nursing Unit, die ähnlich wie ein ambulanter Pflegedienst arbeitet und durch präventiv orientierte Langzeitpflege dazu beitragen soll, bei älteren Menschen stationäre Aufenthalte zu vermeiden (Hämel und Vössing 2018).

Multiprofessionalität:

In den Gesundheitszentren sind neben (Allgemein-)Ärzt*innen immer auch Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und je nach Konzept und Land eine ganze Reihe anderer Gesundheitsprofessionen tätig. Die Pflegenden bilden in den existierenden Modellen inzwischen die größte Gruppe. Gemeinsam mit den Ärzt*innen stellen sie die Versorgung sicher. Oft sind sie inzwischen sogar arztsetzend tätig, so etwa in Kanada und Finnland, und haben außerdem weitere, eigene Aufgaben und Rollen. In etlichen Ländern obliegt Pflegenden inzwischen oft auch die Leitungs- und Managementverantwortung, so etwa in Schweden, Kanada oder Spanien.

Patientenorientierte Koordination interner Leistungen:

Fast immer arbeiten die Gesundheitszentren nach dem Prinzip der persönlichen Ansprechpartner*innen. Lange Zeit waren dies die Hausärztinnen und Hausärzte, heute sind es in vielen Ländern Pflegende. Dieses Prinzip ermöglicht den Patient*innen personelle Kontinuität. Zudem erfolgt eine proaktive Versorgungsgestaltung. Dazu gehört u. a. eine systematische Terminvorbereitung, bei der vorab benötigte Leistungen erfragt und koordiniert werden.

„Investitionen in die Bildung und die Akademisierung sind unverzichtbar – auch, damit die Pflege und andere Gesundheitsberufe an Attraktivität, Wertschätzung und Status gewinnen.“

Koordination externer Leistungen:

Vom Zentrum aus erfolgt auch die Koordination externer Leistungen, so etwa die gezielte Einbeziehung von Fachärzt*innen. Sie werden allerdings nur punktuell und konsultativ hinzugezogen (gezieltes „gate keeping“). Die Koordination erfolgt strikt durch den betreuenden „persönlichen“ Arzt bzw. die Ärztin oder Nurse Practitioner, denen die Funktion als „gate keeper“ und auch als Steuerungs- und Monitoringinstanz obliegt. Für die Konsultation von Fachärzt*innen sind vor allem in ländlichen Gesundheitszentren Tele-/Video-

konsultationen und gemeinsame elektronische Patientenakten wichtige Mittel. Damit können unnötige Überweisungen und weite Wege vermieden werden. Wird dennoch eine Behandlung in einer spezialisierten Versorgungseinrichtung nötig, bleibt das Gesundheitszentrum weiterhin Koordinator des Behandlungsprozesses.

Anderer Professionenmix:

Mit der Einführung einer teambasierten Arbeitsweise wurde in vielen Ländern zugleich eine neue Aufgaben- und Verantwortungsteilung erprobt. Im Zuge dessen ist ein anderer Professionenmix entstanden, wie beispielsweise ein Blick nach Finnland zeigt. Dort wurden Pflegenden in den 1990er Jahren zunächst vor allem Aufgaben im Bereich der Prävention (Impfprogramme, gesundheitliche Aufklärung) und des Monitorings chronisch Erkrankter übertragen. Dann kamen weitere Aufgaben, wie etwa die Kontrolle des Medikamentenregimes bei chronischer Krankheit hinzu. Und seit 2010 wurde Pflegenden mit einer entsprechenden Weiterqualifikation die Möglichkeit eröffnet, bei bestimmten Medikamenten auch (Folge-)Verordnungen auszustellen (Hämel und Schaeffer 2014).

Inzwischen obliegen der Pflege in einigen Regionen Finnlands (wie auch in Kanada) sogar weite Teile der medizinischen Basisversorgung. Befördert wird diese Aufgabenerweiterung oft durch

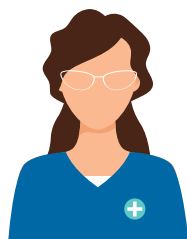
den Ärztemangel in ländlichen Regionen. Auch in Spanien nehmen Pflegende erweiterte Aufgaben wahr: Dort sind sie zentrale Ansprechpartner*innen für chronisch Erkrankte.

Patienten-/Nutzerorientierung:

Der Etablierung neuer Formen von Kooperation und Kommunikation mit den Patient*innen und Nutzer*innen wird ebenfalls hohe Bedeutung beigemessen. So gilt es beispielsweise in Kanada als bindend, Patient*innen partizipativ in die individuelle Versorgungsgestaltung und Entscheidungsfindung einzubeziehen und ihr Votum zu respektieren. Lehnen sie beispielsweise etwas ab, ist dies von den Gesundheitsprofessionen zu akzeptieren. Außerdem wird großer Wert auf enge Kommunikation und Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz durch Information, Beratung und Gesundheitsbildung gelegt.

Gesundheitszentren – ein Modell für Deutschland?

Auch in Deutschland wird der Begriff Gesundheitszentrum zunehmend verwendet, allerdings mehrheitlich ohne Bezug zu der skizzierten internationalen Diskussion und Entwicklung, die in Deutschland nur bruchstückhaft rezipiert wurden. Insbesondere das Prinzip, diese multiprofessionell und mit Beteiligung der Pflege auszurichten, findet hierzulande kaum Beachtung. Doch angesichts der Herausforderungen in ländlichen und struktur-





Grafik: © ssstocker – Fotolia.com

schwachen Regionen steigt auch in Deutschland das Interesse, neue Versorgungsmodelle zu erproben, die verstärkt auf eine Beteiligung der therapeutischen Gesundheitsberufe und der Pflege setzen, um eine umfassende integrierte Versorgung zu ermöglichen. Unterstützt werden sie durch eines der letzten Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit (SVR 2014). In ihm wird empfohlen, multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren der Primär- und Langzeitversorgung zu erproben (SVR 2014, Ziffer 708). Dabei sollen die internationalen Erfahrungen mit kooperativen Versorgungsmodellen berücksichtigt werden.

Wichtige Voraussetzungen für die Realisierung solcher Zentren sind die Überwindung der in Deutschland traditionell stark ausgeprägten Statushierarchie zwischen den Gesundheitsprofessionen, die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit in Teams und die Verankerung von Patientenorientierung als Leitmaxime für die Versorgungsgestaltung.

Erforderlich ist auch, das Bildungsgefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen zu verringern. Denn das Statusgefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen findet seine Entsprechung in dem

Bildungsgefälle, bei dem am oberen Ende die Medizin als Eliteberuf und am unteren Ende die eher prestigearmen Gesundheitsberufe stehen, die hierzulande nach wie vor Probleme im Zugang zu Hochschulen haben.

Anders ist die Situation in vielen anderen europäischen und anglo-amerikanischen Ländern. Dort ist die Statusaufwertung und Professionalisierung dieser Berufe ein wichtiges Thema und sehr viel weiter fortgeschritten: So wurde die Pflegeausbildung in vielen Ländern, z. B. in Skandinavien, Italien, Slowenien, Spanien und jüngst auch Österreich auf die Hochschulebene verlagert. Ein Bachelor-Abschluss in Pflegewissenschaft ist damit Voraussetzung für die Tätigkeit als Pflegefachkraft. Zahlreiche Länder haben ergänzend Studiengänge auf der Masterebene für erweiterte Pflegeaufgaben (APN², z. B. Nurse Practitioner) auf- und ausgebaut und Promotionsprogramme eingerichtet.

Davon sind wir in Deutschland weit entfernt. Die Durchmischung mit hochschulisch qualifizierten

Pflegefachkräften ist hier marginal und liegt unter 1 % (SVR 2014, Ziffer 590). Sie befindet sich damit weit unter der von zahlreichen Expertengremien (z. B. Wissenschaftsrat 2011) geforderten Grenze, wonach 10–20 % der Pflegefachkräfte zumindest über einen Bachelorabschluss verfügen sollten. Somit bleibt Deutschland eines der Schlusslichter in der internationalen Entwicklung.

Auch mit Blick auf den Fachkräftemangel stimmt das nicht optimistisch.

Sollen die Pflege und auch die therapeutischen Gesundheitsberufe nicht zu den Verlierern im Kampf um das geringer werdende Erwerbspotenzial gehören, sind Investitionen in die Bildung und die Akademisierung unverzichtbar – auch, damit sie an Attraktivität, Wertschätzung und Status gewinnen (Schaeffer und Hämel 2015). Wie dies ermöglicht und mit der Entwicklung neuer bedarfsgerechter (und patientenzentrierter³) Versorgungsmodelle verknüpft werden kann, zeigen die Gesundheitszentren in vielen Ländern (Schaeffer et al. 2015). ■

Die Überlegungen zu diesem Artikel basieren auf dem Beitrag „Kooperative Versorgungsmodelle – eine international vergleichende Betrachtung“ von Doris Schaeffer und Kerstin Hämel (2017). In: Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, S. 1–18, Berlin: Springer. DOI 10.1007/978-3-658-06477-8_26-1

Dieser Artikel wurde erstmals im Fachmagazin Die Schwester | Der Pfleger 5/2018 veröffentlicht.

Die Literaturangaben finden Sie unter: www.asg-goe.de/pdf/LR0319-Literatur-Schaeffer-Hämel.pdf

² Advanced Practice Nurse

³ Zum Modellprojekt einer patientenorientierten Versorgung siehe den folgenden Artikel.

Das PORT-Modell als Perspektive

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend

Dr. Bernadette Klapper

„PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ können nach internationalen Vorbildern umfassende Versorgung aus einer Hand anbieten und die Bedarfe einer Region abdecken. Das Modell beinhaltet Möglichkeiten zur Abmilderung des Fachkräftemangels und baut auf den Potenzialen der Digitalisierung auf. Für Krankenhäuser können sie attraktive Alternative oder eine Option der Erweiterung darstellen.

Die Krankenkassen in Deutschland verzeichnen aktuell Überschüsse und können Reserven bilden. Eine erfreuliche Situation. Den Laien mag es daher verwundern, dass in Fachkreisen von mangelnder Reformfähigkeit des Systems gesprochen wird. Und tatsächlich ist die Gesundheitsversorgung von hartnäckigen Problemen betroffen, die die Debatten der Fachleute – z. T. schon seit vielen Jahren – bestimmen.

Baustellen in der Gesundheitsversorgung

Die Krankenhauslandschaft ist seit geraumer Zeit unter Druck. Deutschland hält im EU-Vergleich die meisten Krankenhausbetten vor und besetzt laut OECD-Berichten in vielen Kategorien der Anzahl von operativen Eingriffen Spitzenpositionen – bei dennoch nur durchschnittlichen Werten der Lebenserwartung. Bewertungen der Über- und Fehlversorgung in den Krankenhausleistungen stehen im Raum, die der Gesetzgeber mit einer Koppelung der Finanzierung an Qualitätsanforderungen steuern will.

Ein weiteres grundlegendes Problem stellt das in Sektoren angelegte deutsche Gesundheitsversorgungssystem dar. Auch nach langen Jahren der Bemühungen um mehr integrierte Versorgung kann die Herausforderung noch nicht als gelöst gelten. Jedoch ist der Ruf nach einer besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen deutlich lauter geworden. Die neue Bundesregierung setzt

dazu eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Vorschlägen bis 2020 ein.

Der ländliche Raum hat zunehmend mit Ärztemangel zu kämpfen. In den Gemeinden und Landkreisen verstärkt sich die Sorge um die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung, da viele der (noch) ansässigen Hausärzte in absehbarer Zeit in Ruhestand gehen und keine Nachfolger gefunden werden können, obwohl Deutschland im internationalen Vergleich eine insgesamt hohe Arztdichte aufweist. Die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe ist in allen Versorgungsbereichen mit massivem Fachpersonalmangel deutlich spürbar. Das Ausmaß setzt die Politik unter Druck, Lösungen für ein sich seit langem abzeichnendes Problem zu finden und den Beitrag der pflegfachlichen Kompetenzen sowie der pflegerischen Leistung in der Gesundheitsversorgung anzuerkennen – sowohl monetär als auch in der Übertragung von Verantwortung.

Schließlich ist im internationalen Vergleich eine nur zögerliche Öffnung für digitale Lösungen und eine mangelnde Konsequenz insbesondere in der Einführung der elektronischen Patientenakte als Kernstück für die Prozessoptimierung in der Gesundheitsversorgung zu konstatieren. Die in der Digitalisierung liegenden Potenziale, wie Behandlung und Betreuung über die verschiedenen Schnittstellen hinweg patientenorientierter, effizienter und kooperativer gestaltet werden können oder der Fachkräftemangel zumindest teilweise abgepuffert werden kann, werden nicht ausgeschöpft.

Alle genannten Herausforderungen sind groß und in sich komplex – sowohl in der Ausgangslage als auch in den notwendigen Schlussfolgerungen. Häufig werden daher nur Teilausschnitte beleuchtet und Vorschläge zur Lösung von Einzelproblemen gemacht, die möglicherweise im größeren Kontext neue Probleme aufwerfen und so eher zur Steigerung anstatt zu einer Reduktion der Komplexität der



Dr. Bernadette Klapper

Bereichsleiterin Gesundheit Robert Bosch
Stiftung GmbH, Stuttgart

bernadette.klapper@bosch-stiftung.de
www.bosch-stiftung.de

Gesundheitsversorgung beitragen. Vieles spricht daher dafür, einen Augenblick innezuhalten, sich den Systemlogiken zu entziehen und zu rekapitulieren, worum es eigentlich in der Gesundheitsversorgung geht und welche Anforderungen wir in den kommenden Jahren zu bewältigen haben.

Worum es geht

Bereits seit langem wird auf die vielfachen Herausforderungen des demografischen Wandels hingewiesen. Die Folgen für die Gesundheitsversorgung sind erheblich. Wir erwarten einen starken Anstieg der Anzahl älterer Menschen, die – wenn sie auch gesünder sind und sich einer höheren Lebenserwartung als vorige Generationen erfreuen – auch den aktuell starken Anstieg von chronischen und Mehrfacherkrankungen mitverursachen. Unser Gesundheitssystem ist dennoch nach wie vor wesentlich stärker auf die Versorgung akuter Anlässe ausgerichtet als auf die Bedarfe chronisch Kranker.

Die Bedarfe von chronisch Kranken und von älteren Menschen mit Einschränkungen legen eine Gesundheitsversorgung nahe, die konsequent patientenorientiert – und nicht in Abhängigkeit der Logik von einzelnen Sektoren und deren Vergütungssystemen – gestaltet ist. Unser gesundheitsrelevantes Wissen ist gewachsen. Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Faktoren sind anerkannt in ihrem Einfluss auf den Gesundheitszustand, werden aber kaum mit der konkreten Versorgung verzahnt. Dennoch baut der Erfolg medizinischer Therapien insbesondere chronischer Erkrankungen darauf auf, denn er ist empfindlich abhängig von der individuellen Lebensführung und Mitarbeit der Patienten – und dies über das gesamte Versorgungskontinuum hinweg, das den Patienten durch die verschiedenen Versorgungssektoren führt. Für ältere Menschen, die vielfach von chronischen Erkrankungen betroffen sind, erhalten zudem oft Fragen der Betreuung Priorität vor einzelnen medizinischen Leistungen. Dabei geht es von niederschwelliger Unterstützung in der Alltagsbewältigung bis hin zum Leben mit schwerer Pflegebedürftigkeit.

In der Summe bedeutet dies, dass die Versorgung von chronisch kranken und alten Menschen komplexe Herausforderungen bereithält, da sie die Integration verschiedenster Leistungen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen erfordert. Zudem wird das Gesundheitspersonal vor die Aufgabe gestellt, mit der betroffenen Person ein jeweils individuell angemessenes Unterstützungspaket zusammenzustellen, umzusetzen, es regelmäßig auf Erfolg zu

überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Dabei gilt es, vorausschauend im Hinblick auf das gesamte Versorgungskontinuum zu planen und von Anfang an die verschiedenen Phasen von der Diagnose bis zur End-of-Life-Care zu berücksichtigen. Ziel sollte die dauerhafte Stabilisierung der Erkrankung im häuslichen Umfeld bzw. die wirksame Behandlung akuter Episoden und anschließende Wiederherstellung sein. Dazu können Aufenthalte in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sein. Übergänge zwischen den unterschiedlichen Sektoren müssen gestaltet werden, wechselnde berufliche Kompetenzen können in den verschiedenen Phasen im Vordergrund stehen.

Die Aufgabe ist umfänglich und bedarf des Zusammenspiels vieler Personen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen: Haushaltshilfen, Pflege- und Therapieberufe, Ärzte und Fachärzte, Sozialarbeiter u. a. Die Zusammenarbeit muss horizontal sowie vertikal gut abgestimmt sein, auch über die Sektoren hinweg. Informationen müssen fließen und sinnvoll sein.

Die Versorgung an den Bedarfen der Menschen ausrichten

Zusammengefasst geht es vor allem darum, die Versorgung an den Bedarfen der Menschen auszurichten und dort anzusetzen, wo die Menschen leben. Damit geht es zunächst um die medizinische Versorgung vor Ort, also um den Zugang zu Haus- und Fachärzten. Jedoch ist die medizinische Therapie im engeren Sinne angesichts der dargelegten Bedürfnisse zwar ohne Frage von hoher Bedeutung, aber keineswegs ausreichend. Denn es kommen auch andere Dimensionen der Unterstützung zum Tragen – wie beispielsweise Maßnahmen der Prävention, Aktivitäten zur Bewältigung des Alltags mit der Erkrankung einschließlich Leistungen bei Pflegebedürftigkeit oder auch Unterstützung beim Zurechtfinden in der Bürokratie des Gesundheitswesens, um beispielsweise einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Einzelne Arztpraxen kommen trotz großer Bemühungen hier häufig rasch an ihre Grenzen. Die Organisation der Leistungen sollte daher der komplexen Aufgabenstellung gerecht werden können und idealerweise die Aktivitäten rund um den Patienten im Sinne „umfassender Versorgung aus einer Hand“ bündeln. Dies gelingt leichter, wenn die daran Beteiligten in räumlicher Nähe zusammenarbeiten, ihre Prozesse aufeinander abgestimmt haben und über kurze Wege mit intelligenten Hilfsmitteln kommunizieren können, anstatt vereinzelt um den Patienten herum zu agieren



Damit insbesondere chronisch Kranke oder ältere Menschen aus der Vielzahl möglicher Unterstützungsleistungen stets diejenigen erhalten, die auf ihren aktuellen Bedarf zugeschnitten sind, ist professionelle Begleitung und Koordination hilfreich.

und immer wieder für einen stabilen Informationsfluss sorgen zu müssen.

Bündelung der Leistungen in PORT-Gesundheitszentren

In etlichen Ländern ist daher die Primärversorgung in lokalen und regionalen Gesundheitszentren organisiert. Derartige Modelle sind vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014 auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland empfohlen worden.

Vielversprechend erscheinen die niederschweligen, gut erreichbaren kanadischen Community Health Centres, die in den 1970er Jahren entstanden sind. Sie orientieren sich an der Deklaration der Weltgesundheitsorganisation von Alma-Ata aus dem Jahr 1978, d. h. an einem weitgefassten, gesellschaftlichen Verständnis gesundheitlicher Versorgung, das soziale Einflussgrößen auf Gesundheit wie Bildungsstatus, Arbeits- und Wohnbedingungen und soziale Lage berücksichtigt. Sie richten sich an Einzelpersonen und die Bevölkerung der zugehörigen Region. Das Modell lokaler, regional ausgerichteter Zentren wird aktuell von der Robert Bosch Stiftung GmbH im Förderprogramm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär und Langzeitversorgung“ aufgegriffen. Es soll damit ein Beitrag geleistet werden, die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft zu sichern und exemplarisch neue Maßstäbe in der Qualität der Versorgung zu erarbei-

ten. Darüber hinaus soll es den Wechsel zu einer Versorgung anstoßen, die einem umfassenden Verständnis von Gesundheit folgt und deren Kern die Integration der Leistungen für den Patienten oder den älteren, auf Unterstützung angewiesenen Bürger ist. An den Standorten der geförderten Initiativen in Berlin, Büsum, Hohenstein, Willingen-Diemelsee und Calw sollen in den kommenden Jahren lokale, inhaltlich umfassende Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung entstehen, die:

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ anbieten und stetig weiterentwickeln,
- den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen,
- multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe voraussetzen,
- neue Potenziale der Digitalisierung nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung über eine gute kommunale Einbindung verknüpfen.

Darüber hinaus erhalten im ergänzenden Förderprogramm „supPORT – auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ acht weitere engagierte Akteure die Möglichkeit, bereits bestehende Kooperationen und Zusammenschlüsse in Richtung eines PORT-Zentrums weiterzuentwickeln. Jeder der bundesweit dreizehn Standorte trägt den regionalen Anforderungen und Gegebenheiten Rechnung. Dabei erlaubt das Grundmodell eines PORT-Zentrums, vergleichsweise „leicht“ weitere Aufgaben zu erfüllen, zum Beispiel Lehrzentrum für Allgemeinmedizin zu sein, Betten für Kurzzeitpflege anzuschließen oder Standort für den Notarztwagen oder ambulantes Operieren zu sein.

Gesundheitszentren nach dem PORT-Konzept haben das Potenzial, die Primärversorgung zu stärken und die sektorenübergreifende Arbeit zu erleichtern, indem die Organisation der Versorgung wohnortnah beim Patienten angesiedelt wird. Ergänzt um Aktivitäten des ehrenamtlichen Engagements können sie lebendige Orte des Gemeinwesens werden. Sie leisten einen Beitrag zum Umgang mit dem Ärztemangel, indem Ärzte sich auf das medizinische Kerngeschäft konzentrieren können und Potenziale der Telemedizin und Telekonsultation genutzt werden. Die Pflegeberufe haben die Chance, über Rollen wie das „Community Health Nursing“ oder das

„Advanced Practice Nursing“ neue attraktive Verantwortung zu übernehmen. Außerdem schließt eine „umfassende Versorgung aus einer Hand“ die Phase der Pflegebedürftigkeit ausdrücklich ein und macht damit ambulante und stationäre Langzeitpflege in ihrer Bedeutung für den Patienten sichtbar. Mit interprofessioneller Zusammenarbeit, auch mit weiteren Gesundheitsberufen, kann das PORT-Team einen neuen Mehrwert für seine Patienten schaffen.

Für örtliche Krankenhäuser, die von Schließung bedroht sind, könnte die Transformation in ein PORT-Gesundheitszentrum eine ernstzunehmende Alternative bedeuten – sowohl in der Sicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung als auch, um die Akzeptanz der Bevölkerung zu erreichen. Für größere Krankenhäuser bieten sie möglicherweise attraktive Optionen der Weiterentwicklung integrierter Versorgung in einem Verbund. ■

Dieser Artikel wurde erstmals im Fachmagazin KU Gesundheitsmanagement 8/2018 veröffentlicht.

Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?

Stiftung Münch (Hrsg.). *medhochzwei, Heidelberg 2019, VIII, 282 S., ISBN: 978-3-86216-536-0, 59,99 €.*

Das Thema Pflege gewinnt in Deutschland zunehmend an Brisanz. Die Gründe dafür sind vielfältig und komplex. Unstrittig ist, dass die Arbeitsbedingungen für die Pflege verbessert werden müssen. Auch die Qualifizierung und Kompetenzprofile sind zu modernisieren. Darüber, wie diesem Reformbedarf erfolgreich begegnet werden kann, wird derzeit intensiv diskutiert, u. a. im Rahmen der ressortübergreifenden „konzertierten Aktion Pflege“ der Bundesregierung.

Bei der Suche nach Lösungswegen könnte womöglich ein Blick in andere Länder helfen: Wie ist die Pflege in anderen Ländern organisiert

und wie wird dort auf den steigenden Bedarf an pflegerischen Versorgungsleistungen reagiert? Wie sind Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen verteilt und welche Aus- und Weiterbildungswege gibt es? Welche innovativen Konzepte zur Berufstätigkeit in der Pflege und zur Sicherung der pflegerischen Versorgung in den verschiedenen Settings sind erkennbar? Werden moderne Technologien, Digitalisierung und Robotik genutzt, um Pflege zu unterstützen? Diesen und ähnlichen Fragen geht eine Untersuchung der Stiftung Münch nach, die am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wurde. Sie analysiert die Situation in Großbritannien, Schweden, den Niederlanden und Kanada und leitet daraus Handlungsempfehlungen für Deutschland ab. ■

LESETIPP!



Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit

Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2019, <https://link.springer.com/bookseries/15406> (Gesamtwerk), Online-ISSN der Serie: 2522-8218, Online-ISBN 978-3-662-54179-1 (Gesundheitswissenschaften), Online-ISBN 978-3-662-55793-8 (Prävention und Gesundheitsförderung)

Der Springer Verlag bietet dieses Gesamtwerk „Pflege – Therapie – Gesundheit“ für Studierende und Wissenschaftler*innen im Bereich Pflege-, Therapie- und Gesundheitswissenschaften an. Es soll fachgebietsübergreifendes Denken und Arbeiten unterstützen und kann als Nachschlagewerk dienen. Zusätzlich zum Buch wird eine Online-Publikation angeboten. Die Beiträge in den Online-Werken werden ständig aktualisiert, wodurch die Leser*innen immer auf dem neuesten Stand

sind. Die Autor*innen können ihren Kapiteln jederzeit neue Erkenntnisse hinzufügen und dann sofort online publizieren. So wächst dieses Werk kontinuierlich um neue Kapitel und Themen.

Bisher sind in der Reihe erschienen: „Gesundheitswissenschaften“ (als Buch und Online-Version, hg. v. Robin Haring) mit Beiträgen zu den Bereichen Grundlagen und Methoden der Gesundheitswissenschaften, Gesundheitssoziologie und -psychologie, Gesundheitshandeln und -verhalten, Gesundheitsförderung und Prävention, Diversität von Krankheit und Gesundheit, Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik sowie „Prävention und Gesundheitsförderung“ (hg. v. Michael Tiemann, Melvin Mohokum). ■ ne

LESETIPP!



Ambulante und stationäre Notfallorganisation – unterschiedliche Wege der Notfallversorgung

Stephan Feldmann

Patient*innen entscheiden selbst über die Art der Notfallversorgung. Aufgrund von Unwissenheit wählen viele zunächst das Krankenhaus oder den Rettungsdienst als erste Anlaufstelle, was dazu führt, dass die Notaufnahmen überfüllt sind. In diesem Artikel werden verschiedene Lösungsansätze aufgezeigt, wie hier Abhilfe geschaffen werden kann.

Was ist ein Notfall?

Eine einheitliche und verbindliche Definition des Notfalls gibt es nicht. Weithin etabliert ist ein patientenorientiertes Verständnis des Notfalls. Demnach werden alle Personen als medizinischer Notfall bzw. Notfallpatient*innen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche die Patient*innen selbst oder Dritte unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachten. Das Spektrum derjenigen Krankheitsfälle, die gemeinhin als Notfall bezeichnet werden können, ist somit sehr weitgefasst.

Wie werden Notfälle heute versorgt?

Aus Organisationsperspektive ist hinsichtlich der Zuordnung zu den verschiedenen Versorgungsstufen in der Notfallversorgung eine weitere Differenzierung zugrunde gelegt. So muss zwischen lebensbedrohlichen medizinischen Notfällen, die in der Regel einen rettungsdienstlichen bzw. notärztlichen Einsatz erfordern, und der akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Notsituation unterschieden werden.

Ausgehend von der vorstehend beschriebenen Differenzierung der Notfälle hinsichtlich Schweregrad und Dringlichkeit, sind zwei Systeme der Notfallversorgung etabliert (s. Abb. 1). Die Versorgung akuter, aber nicht unmittelbar lebensbedrohlich erscheinender Krankheitsfälle innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten unterliegt dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie haben im Rahmen der gesetzlichen Regelungen und der mit den Krankenkassen getrof-

fenen Vereinbarungen die Organisationshoheit über die ambulante Versorgung der gesetzlich Versicherten in Deutschland inne. Dazu gehört gemäß § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V auch, in den sprechstundenfreien Zeiten einen Notdienst zu organisieren. Die konkrete Ausgestaltung variiert dabei zwischen den einzelnen regionalen Körperschaften. Weit verbreitet ist eine Kombination aus ortsbezogenen Einrichtungen des Notdienstes, beispielsweise Notfallpraxen, oder Bereitschaftsärzt*innen, die in ihrer eigenen Praxis den Notdienst leisten, und dem aufsuchenden Notdienst. Für die personelle Besetzung des organisierten Notdienstes haben die KVen umfangreiche Weisungsrechte gegenüber den niedergelassenen Ärzt*innen. Da die Vertragsärzt*innen kraft ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung obligatorisch Mitglied der KV sind, sind sie gleichzeitig den Bestimmungen der jeweiligen Notdienstordnungen unterworfen. Die Notdienstordnungen sind autonomes Satzungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen und für alle Vertragsärzt*innen bindend. In der Regel werden alle Vertragsärzt*innen für den organisierten Notdienst herangezogen, in Ausnahmefällen ist die Teilnahme aber auch freiwillig. Vereinzelt, beispielsweise in Berlin, ist die Teilnahme auch Ärzt*innen, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, möglich. Die Kontaktaufnahme mit dem organisierten Notdienst ist über die seit 2012 bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 möglich. Die Koordination des organisierten Notdienstes erfolgt über die Leitstellen der KVen, die die Anrufe entgegennehmen.

Die Krankenhäuser nehmen mit ihren Rettungsteams ebenfalls an diesem Notdienst teil. Sie sind zwar in der Regel von den KVen nicht für den organisierten Notdienst bestimmt worden und unterliegen nicht in dem Umfang der Organisationshoheit der KVen wie die zugelassenen Vertragsärzt*innen, können aber im Falle der Inanspruchnahme durch Versicherte die erbrachten Notfalleistungen mit der KV abrechnen.

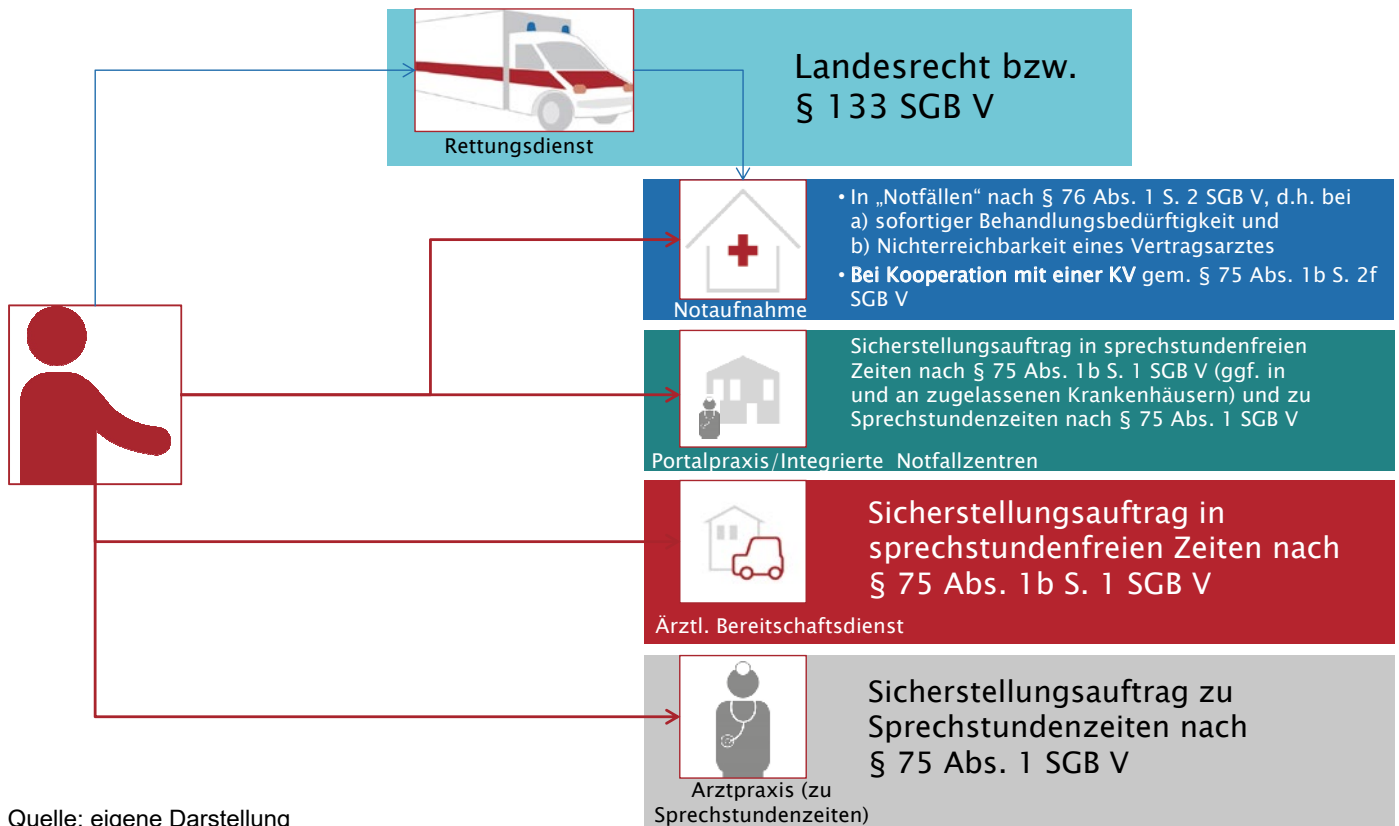
Davon abzugrenzen sind tatsächlich vital bedrohliche Notfälle, die einer notärztlichen Versorgung

Stephan Feldmann

Referatsleiter Ärztliche Vergütung/Qualitätssicherung, Abteilung Ambulante Versorgung, GKV-Spitzenverband, Berlin

stephan.feldmann@gkv-spitzenverband.de

Abbildung 1: Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Notdienstversorgung



Quelle: eigene Darstellung

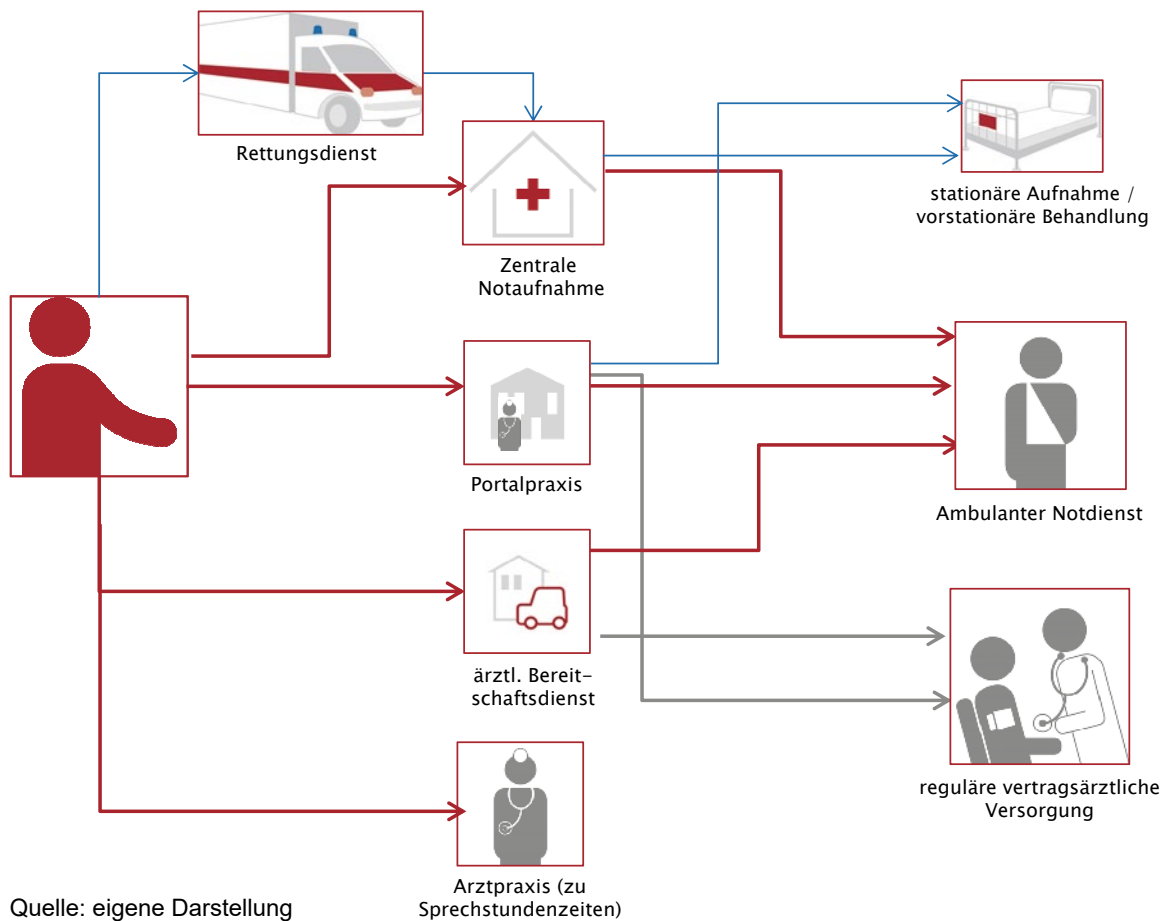
bedürfen und für die die Versorgung durch die Rettungsdienste angezeigt ist. Die Kontaktaufnahme mit den Rettungsdiensten erfolgt über die europaweit einheitliche Rufnummer 112. Die Organisation und Disposition der Rettungsfahrten erfolgt über die bundesweit ungefähr 250 Leitstellen in unterschiedlicher Trägerschaft. Der Rettungsdienst fällt in die Zuständigkeit und Organisationshoheit der Länder, die in Rettungsdienstgesetzen Struktur und Vergütung der Rettungsdienste regeln.

Im Not- bzw. Akutfall stehen den Patient*innen somit insgesamt die folgenden Versorgungswege offen (s. Abb. 2; zu den Portalpraxen s. u.):

- die „klassische“ ambulante Versorgung von Akutfällen in den Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzt*innen
- außerhalb der Sprechstundenzeiten der organisierte Bereitschaftsdienst der KV
- die Notaufnahmen bzw. Rettungsstellen der Krankenhäuser
- das Rettungswesen, also die Rettungsdienste („Krankenwagen“) und der notärztliche Dienst

Bei der derzeitigen Organisation der Notfallversorgung liegt es weitgehend im Ermessen der Patient*innen, welche Anlaufstelle sie für die Behandlung ihres Krankheitsbildes wählen. Dabei spielen die oben beschriebenen strukturellen Unterschiede, die schweregradbedingten Zuständigkeiten und die finanziellen Folgewirkungen eine untergeordnete Rolle, insbesondere, weil sie der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung schlicht nicht bekannt sein dürften. Aber neben die Intransparenz der organisatorischen Beschaffenheit der Notfallversorgung treten vielfältige individuelle Motive, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen. Die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und Patientenbefragungen lassen darauf schließen, dass insbesondere die Vermeidung von zu lang empfundenen Wartezeiten bei Haus- und Fachärzt*innen, die Aussicht auf eine vollständige Diagnostik aus einer Hand sowie die unzureichende Vereinbarkeit zwischen den Arbeitszeiten der Patient*innen und den Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärzt*innen eine bedeutende Rolle für die Entscheidung spielen, eine Notaufnahme aufzusuchen.

Abbildung 2: Patientenwege in der ambulanten Notfallversorgung



Was sind die Herausforderungen?

In der öffentlichen Problemwahrnehmung ist der Eindruck entstanden, dass die Patient*innen in erheblichem Umfang die Notaufnahmen bzw. Rettungstellen der Krankenhäuser aufsuchen, obwohl objektiv die Notwendigkeit für die Inanspruchnahme dieser Notfallkapazitäten nicht gegeben ist („Bagatellfälle“). Die Krankenhäuser haben diesen Umstand in den vergangenen Jahren wiederholt thematisiert und beklagt, dass etwa die Hälfte der jährlich ca. 20 Mio. Behandlungsfälle in den Notaufnahmen ambulant behandelbare Fälle seien, für die eine Inanspruchnahme der Notaufnahmen nicht angezeigt, sondern der organisierte Notdienst der KVen zuständig sei. Tatsächlich ist nicht zu bestreiten, dass die Rettungsstellen der Krankenhäuser sowohl während als auch außerhalb der Sprechstundenzeiten von Patient*innen aufgesucht werden, die auch in einer Arztpraxis oder im Rahmen des organisierten Notdienstes behandelt werden könnten.

Die politischen Diskussionen und die mediale Berichterstattung überdecken allerdings den Umstand,

dass weitaus die meisten Akut- und Notfälle regulär zu den Sprechstundenzeiten in Arztpraxen versorgt werden. Insgesamt werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ca. 600 Mio. Behandlungsfälle mit weit mehr als einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten versorgt. Dagegen fällt die Anzahl der Behandlungsfälle, die im organisierten Notdienst und in den Rettungsstellen behandelt werden, deutlich geringer aus. Diese Relation muss im Blick behalten werden, wenn über Lösungsansätze für die Fehlanspruchnahme der Notaufnahmen nachgedacht wird.

Öffnungszeiten am Abend und Steuerung der Patientenströme

Ausgehend von den Motiven, die zu einer übermäßigen Beanspruchung der Rettungsstellen führen, werden verschiedene Lösungsansätze diskutiert. Ein Ansatz, der insbesondere die Präferenzen der Berufstätigen aufgreift, ist eine Flexibilisierung des Sprechstundenangebots der niedergelassenen Ärzt*innen. Das Angebot von Sprechstunden konzentriert sich aktuell auf den Vor- und Nachmittag der fünf Arbeitstage, wobei bereits mittwochs und

freitags der Anteil der geöffneten Praxen am Nachmittag deutlich vermindert ist. In den Abendstunden und am Wochenende liegt der Anteil der geöffneten Praxen bei unter 2 %. Es ist anzunehmen, dass eine attraktivere, mehr an den Bedürfnissen der berufstätigen Patient*innen orientierte Verteilung der Sprechstundenzeiten die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser senken kann.

Ein anderer Ansatz wird insbesondere in einer Steuerung der Patientenströme in die – hinsichtlich des individuellen Behandlungsbedarfs – „passende“ Versorgungseinrichtung gesehen. Dies setzt zum einen voraus, dass es eine einheitliche Anlaufstelle bzw. Stelle zur Kontaktaufnahme gibt und dass zum anderen ein validiertes und standardisiertes Einschätzungsverfahren für die medizinische Behandlungsnotwendigkeit existiert. Hiervon ist die telefonische oder auch elektronische Kontaktaufnahme zu den Leitstellen betroffen, die darüber entscheiden, ob mobile Notfalldienste (Rettungsdienste, aufsuchender Notdienst der KVen) in Anspruch genommen werden müssen oder die unnötige Inanspruchnahme der Rettungsdienste vermieden werden kann.

Der Steuerungsaspekt betrifft auch die Struktur der Notaufnahmen in den Krankenhäusern selbst. Um den realen Patientenströmen Rechnung zu tragen, richten die KVen zunehmend Notfallpraxen (sog. Portalpraxen) (s. Abb. 2) unmittelbar an und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ein. Charakteristisch ist dabei eine gemeinsame Ersteinschätzung durch die Notfallpraxis und das Krankenhaus, ob die hilfesuchende Person ambulant behandelt werden kann oder in die Notaufnahme verwiesen werden muss, weil die Notwendigkeit einer stationären Behandlung wahrscheinlich ist.

Reform der Notfallversorgung aus Sicht der Bundesregierung

Diese Ansätze wurden auch von der Politik aufgegriffen. Am 12. Juli 2019 stellte das Bundesgesundheitsministerium einen Diskussionsentwurf zur Reform der Notfallversorgung vor. Der Entwurf beinhaltet unter anderem die folgenden Maßnahmen:

1. Integration der Leitstellen in Form von Gemeinsamen Notfalleitstellen (GNL)

Die beiden organisatorisch unabhängigen Leitstellenstrukturen der Rettungsdienste und organisierten Notdienste sollen zukünftig in einer Gemeinsamen Notfalleitstelle integriert werden. Dabei soll auch ein einheitliches „Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungs-

bedarfs und der Disposition der erforderlichen Strukturen“ und eine digitale Vernetzung der rettungsdienstlichen und bereitschaftsärztlichen Strukturen geschaffen werden.

2. Einrichtung von Integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern

Für die ambulante Notfallversorgung in Krankenhäusern sieht der Diskussionsentwurf zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung vor. Diese sollen „nach Eintreffen der oder des Hilfesuchenden eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs leisten und vor Ort die unmittelbar erforderliche ambulante Notfallversorgung erbringen oder eine die stationäre Versorgung veranlassen“.

3. Organisation der Notfallversorgung durch die Länder

Im Rahmen der Neuorganisation soll den Bundesländern die Organisationshoheit über die Notfallversorgung übertragen werden. Die KVen sollen den Sicherstellungsauftrag für die organisierte Notfallversorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten verlieren.

Was heißt das für den ländlichen Raum?

Die derzeit diskutierten Lösungsansätze sehen eine Verschiebung des Schwerpunkts der ambulanten Notfallversorgung zu an Krankenhäuser angeschlossene, integrierte Notfallzentren vor. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass insbesondere Patient*innen in Ballungsräumen die Strukturen an Krankenhäusern nutzen. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass in Zukunft nicht jedes bestehende Krankenhaus über eine entsprechende Einheit verfügen kann und soll, da insbesondere in Häusern geringerer Größe die notwendige Personal- und Geräteausstattung nicht verfügbar ist. Damit wird das Versorgungsangebot wiederum abhängig von der Existenz eines entsprechend ausgestatteten Krankenhauses.

Gleichzeitig wird es ausgehend von demografischen Trends, der weiteren Ambulantisierung stationärer Leistung, aber auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht angezeigt sein, jedes bestehende Krankenhaus in der Fläche zu erhalten. Dies wird insbesondere in Flächenländern auch in Zukunft das Angebot eines aufsuchenden vertragsärztlichen Notdienstes erforderlich machen. Daher muss vor dem Hintergrund einer Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung in der Fläche die Organisationshoheit bei den KVen verbleiben. Weder die Länder noch die Krankenhäuser wären in der Lage, einen aufsuchenden Notdienst personell zu besetzen. ■

Telemedizin kann regionale Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land kompensieren

Prof. Dr. Friedrich Köhler, Sandra Prescher, Dr. Kerstin Köhler

Eine verbesserte ambulante Versorgung von Patient*innen mit Herzschwäche (med.: Herzinsuffizienz) ist entscheidend für das Bestreben, ungeplante Herz und Gefäße betreffende Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und die Sterberate zu senken. Eine zusätzliche Herausforderung besteht darin, regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung von Patient*innen mit Herzschwäche zwischen städtischen Regionen und ländlichen Gebieten auszugleichen. Für die Umsetzung dieser Ziele wird eine telemedizinische Mitbetreuung in Ergänzung zur ambulanten Präsenzmedizin in haus- und fachärztlichen Praxen als relevant angesehen.¹

Telemedizinische Anwendungen bestimmen aktuell sehr stark sowohl die wissenschaftliche als auch die (fach-)politische Diskussion. Sie können zum einen in der sog. doc-to-doc-Telemedizin den fachlichen Austausch zwischen räumlich entfernten Leistungserbringer*innen untereinander ermöglichen, etwa durch Teleradiologie zwischen zwei Krankenhäusern. Telemedizin kann aber auch in einer direkten Verbindung zwischen Mediziner*innen und Patient*innen in deren Häuslichkeit durch Nutzung von Informations- und Kommunikationsmitteln bestehen (sog. doc-to-patient-Telemedizin). Gerade in den vielen ländlichen Regionen mit einer geringen Facharztichte soll Telemedizin dazu beitragen, die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Mit dem Beschluss des 121. Deutschen Ärztetags im Mai 2018 wurde das Fernbehandlungsverbot in § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung der Ärztinnen und Ärzte gelockert (Bundesärztekammer 2018).

Kommunikationsmedien können nun unterstützend bei der Beratung und Behandlung unter Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht eingesetzt werden – auch bei unbekanntem Patient*innen. Die direkte Arzt-Patienten-Beziehung soll dadurch jedoch nicht ersetzt, sondern nur im Einzelfall ergänzt werden. Wird Telemedizin bei Betroffenen mit Herzinsuffizienz angewendet, besteht dagegen immer eine Kombination von ambulanter haus- und fachärztlicher Betreuung und telemedizinischer Mitbetreuung.

Telemedizinische Anwendung

Bei der telemedizinischen Mitbetreuung von Betroffenen mit Herzinsuffizienz kommen prinzipiell beide Basisszenarien der Telemedizin zum Einsatz, also „doc to doc“ und „doc to patient“ – letzteres ist der dominierende telemedizinische Anwendungsfall bei Herzinsuffizienz. Die Patient*innen nehmen i. d. R. täglich mithilfe von invasiven und/oder nicht-invasiven Heimmessgeräten

selbständig Vitaldaten auf, die dann automatisiert versendet werden (Abraham et al. 2011, Hindricks et al. 2014). Zu ersteren zählen implantierte Systeme wie z. B. Herzschrittmacher, zu letzteren beispielsweise Telewaage, Teleblutdruckmessgerät oder Tele-EKG (Koehler et al. 2011).

Hinsichtlich des weiteren Vorgehens lassen sich drei Modelle der telemedizinischen Mitbetreuung unterscheiden:

Telemonitoring über webbasierten Datenbankzugriff durch betreuende Ärzt*innen. Die Betroffenen senden die erhobenen Vitaldaten oder die digitalen Datensätze aus Implantaten an eine webbasierte elektronische Patientenakte. Die behandelnden Mediziner*innen bewerten die Messergebnisse und bestellen die Patient*innen im Bedarfsfall ein. Dieses Szenario ist der typische telemedizinische Anwendungsfall in der kardialen Device-Nachsorge herzinsuffizienter Personen.

Telemonitoring durch ein medizinisches Callcenter. Dieses Modell wird seit einigen Jahren weltweit verstärkt eingesetzt. Die Betroffenen messen regelmäßig verschiedene Vitaldaten, die an ein Callcenter übertragen werden, in dem in der elektronischen

Prof. Dr. Friedrich Köhler, Sandra Prescher, Dr. Kerstin Köhler

CharitéCentrum 11 für Herz-, Kreislauf- und Gefäßmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik mit Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie, Zentrum für kardiovaskuläre Telemedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

friedrich.koehler@charite.de telemedizin.charite.de

¹ Gekürzte und leicht überarbeitete Fassung des Artikels F. Köhler, S. Prescher, K. Köhler: „Telemedizin bei Herzinsuffizienz“. In: Der Internist 4/2019, S. 331–338.

Patientenakte patientenindividuelle Grenzwerte hinterlegt sind. Das medizinisch geschulte Personal des Callcenters leitet im Falle einer Grenzwertüberschreitung die Informationen an die behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte weiter. Alle weiteren diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen liegen dann bei ihnen. Damit kann die Betreuung der Patient*innen nur zu regulären Praxiszeiten stattfinden, was das Risiko relevanter Zeitverzögerungen zwischen einer z. B. am Wochenende erkannten Grenzwertüberschreitung eines Vitalparameters und der Einleitung entsprechender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen impliziert. Einzelne Callcenter bieten auf ihren Internetseiten eine 24 h-Beratung durch ärztliches und medizinisches Fachpersonal an, jedoch keine Notfallbetreuung.

Telemedizinische Mitbetreuung durch ein fachärztlich besetztes Telemedizinzentrum (TMZ). Die Vitaldaten der Betroffenen werden automatisch an ein TMZ übertragen, das rund um die Uhr und an allen Wochentagen fachärztlich und fachpflegerisch besetzt ist. Das TMZ ist meist eine Abteilung innerhalb eines Krankenhauses der kardiologischen Maximalversorgung. In einer elektronischen Patientenakte sind alle wesentlichen Befunde der betreuten Personen hinterlegt, so etwa wichtige Arztbriefe der letzten stationären Aufenthalte oder die aktuellen Laborwerte. Täglich findet ein Review zum Zustand der mitbetreuten Patient*innen auf Basis der eingehenden Vitaldaten sowie der hinterlegten medizinischen Informationen statt. Bei einer Verschlechterung werden vom TMZ direkt Interventionen eingeleitet, die von der Anpassung der Medikamentendosis

(in Absprache mit den primär betreuenden Mediziner*innen) bis hin zur notfallmäßigen stationären Einweisung reichen können. In Notfallsituationen, etwa am Wochenende oder in Nachtzeiten, kann das ärztliche Personal des TMZ ohne vorherige Kontaktaufnahme zu den betreuenden Mediziner*innen handeln und informiert diese im Nachhinein.

Bedarf für eine telemedizinische Mitbetreuung in Deutschland

In Deutschland leiden etwa 2,5 Mio. Menschen an einer chronischen Herzinsuffizienz (Holstiege et al. 2018). Etwa vier Fünftel der jährlichen Therapiekosten von mehr als 5 Mrd. € werden für stationäre Aufenthalte aufgewendet (Gheorghiade et al. 2013, Statistisches Bundesamt 2018). Vor diesem Hintergrund wird eine telemedizinische Mitbetreuung nach einer Krankenhausentlassung wegen einer Herzinsuffizienz als eines der möglichen Lösungskonzepte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung und Kostenreduktion angesehen. Bei der Behandlung von Betroffenen mit chronischer Herzinsuffizienz bestehen erhebliche regionale Unterschiede. Häufig können die Leitlinienempfehlungen der European Society of Cardiology einer strukturierten multidisziplinären Betreuung aufgrund des kardiologischen Facharztmangels in strukturschwächeren ländlichen Regionen nur eingeschränkt umgesetzt werden (Ponikowski 2016).

Stand der klinischen Forschung

Seit dem Jahr 2000 wurden und werden zahlreiche randomisierte

klinische Studien zum Nachweis der Wirksamkeit einer telemedizinischen Mitbetreuung bei Patient*innen mit chronischer Herzinsuffizienz in Bezug auf klinische Endpunkte wie Krankenhauseinweisungen und Sterblichkeit mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen durchgeführt (Anker et al. 2011). Trotz aller Unterschiede in den verwendeten Telemedizinensystemen lässt sich als übereinstimmendes Studienergebnis feststellen, dass Betroffene, die bis zu 12 Monate vor Beginn der telemedizinischen Mitbetreuung aufgrund einer Herzinsuffizienz ins Krankenhaus eingewiesen wurden, von einer geringeren Zahl an erneuten Krankenhauseinweisungen, einer niedrigeren Sterblichkeit und einer verbesserten Lebensqualität profitieren.

Erstmalig konnte eine von 2013 bis 2018 an der Charité durchgeführte Studie² eine Verbesserung der Gesamtsterblichkeit durch ein ganzheitliches ambulantes Betreuungskonzept mit externen, nichtinvasiven telemedizinischen Heimmessgeräten (Koehler et al. 2018a, Koehler et al. 2018b), für das der Begriff „Remote patient management“ (RPM) (Anker et al. 2011) eingeführt wurde, nachweisen. Die Patient*innen erhielten ein Elektrokardiografie-Gerät (EKG), ein Blutdruckmessgerät, eine Waage und ein Tablet zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, das die Werte automatisch an das Zentrum für kardiovaskuläre Telemedizin der Charité sendete. An der im Rahmen des Forschungsprojekts „Gesundheitsregion der Zukunft Nordbrandenburg – Fontane“ durchgeführten Studie nahmen mehr als 1 500 Personen mit Herzinsuffizienz teil, von denen die Hälfte telemedizinisch mit-

² Telemedical Interventional Management in Heart Failure II (TIM-HF2) – eine randomisierte, multizentrische klinische Phase-III-Studie. Gefördert wurde die Studie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

Illustration: Moeller/Charité



Fontane-Studie: Telemedizinische Messgeräte der Patient*innen

betreut, die andere Hälfte konventionell behandelt wurde.

Ziele der Studie waren, ungeplante Herz und Gefäße betreffende Krankenhausaufnahmen zu vermeiden, die Patient*innen möglichst lange außerhalb eines Krankenhauses behandeln zu können sowie eine Senkung der Sterblichkeit. Außerdem sollten die Lebensqualität und die Selbstmanagementfähigkeit der Betroffenen erhöht werden. Ein weiteres Ziel war es zu prüfen, ob Telemedizin strukturelle Defizite der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen gegenüber der Stadt ausgleichen kann. Bei der Studie handelte es sich gleichzeitig um ein klinisches Forschungs- und technisches Entwicklungsprojekt. Die Charité hatte zusammen mit Partnerinstituten und -firmen ein technisches System entwickelt, das Daten, wie z. B. den Blutdruck der Patient*innen, misst und überträgt.

Die Studienergebnisse zeigen, dass das telemedizinische Betreuungskonzept bei Hochrisiko-

patient*innen zu einer Lebensverlängerung und zu weniger Krankenhausaufenthalten führt. Dieses Ergebnis wurde unabhängig davon erreicht, ob die Betroffenen im strukturschwachen ländlichen Raum oder in einer Metropolregion leben. RPM ist somit auch geeignet, regionale Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land zu kompensieren und insgesamt eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen.

Herausforderungen und Ausblick

Mit dem Nachweis des klinischen Nutzens einer telemedizinischen Mitbetreuung besteht die Herausforderung, ein telemedizinisches Versorgungsmodell für die Regelversorgung zu etablieren. In diesem Übertragungsprozess steht an erster Stelle das Problem der Skalierung. In den randomisierten klinischen Studien wurden in den beteiligten Telemedizinzentren bis maximal 500 Personen gleichzeitig telemedizinisch mitbetreut. Basierend auf den Einschlusskriterien der randomisierten Studien mit

positivem Endpunkt würden geschätzt etwa 200 000 Personen in Deutschland von einer telemedizinischen Mitbetreuung profitieren. Bei diesem Bedarf müssen Telemedizinzentren mehr als 5 000 Personen mit gleicher personeller Besetzung wie unter Studienbedingungen mitbetreuen können. Dazu sind technologische Innovationen unter Nutzung von künstlicher Intelligenz nötig, z. B. bei der Priorisierung von eingehenden Vitaldaten durch selbstlernende Systeme unter Berücksichtigung der Patientenhistorie. In dem Förderprojekt Telemed5000 des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) wird ein solcher Lösungsansatz in den Jahren 2019–2022 entwickelt.

Als weitere Möglichkeit ist die Etablierung von telemedizinischen Netzwerken zwischen mehreren telemedizinischen Arbeitsplätzen in kardiologischen Praxen und einem TMZ mit 24/7-Dienstsystem zur Sicherung einer 24 h-Verfügbarkeit denkbar und technisch umsetzbar. So könnte während der Praxiszeiten die telemedizinische Betreuung in den Praxen erfolgen, während zu Nachtzeiten und an Wochenenden oder Feiertagen das überregionale TMZ im Krankenhaus der Maximalversorgung die Mitbetreuung von Notfällen übernimmt.

Bezüglich der telemedizinischen Endgeräte ist absehbar, dass die Bedeutung von „smarten“ Geräten wie Smartphones oder Smartwatches zur EKG-Aufzeichnung immer weiter wachsen wird. Ein grundsätzliches Problem aller telemedizinischen Innovationen ist allerdings der Datenschutz, der bei jedem neuen Angebot neu bewertet werden muss. ■

TeleClinic:

Fernbehandlung spart Wege und Wartezeiten

TeleClinic ist eine digitale Gesundheitsplattform und erste Anlaufstelle für Menschen, die Fragen rund um ihre Gesundheit haben. Das Ärztenetzwerk bei TeleClinic umfasst zahlreiche Fachrichtungen und steht jederzeit für Patient*innen zur Verfügung – ohne lange Wartezeiten. Die ärztliche Beratung erfolgt per Videochat über das Internet oder in der App und per Telefon.

Es ist Samstagnachmittag und Sie fühlen sich plötzlich krank. Kein akuter Notfall, aber Sie hätten gerne einen ärztlichen Rat, um sich abzusichern. Der nächste Bereitschaftsdienst ist jedoch mehrere Kilometer entfernt und es ist mit langen Wartezeiten zu rechnen; die Notaufnahme im Krankenhaus möchten Sie für dringende Notfälle nicht blockieren. Was tun? Um in diesen Fällen zu helfen, aber auch, um die allgemeine medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern, eignet sich die Telemedizin. Seit der Lockerung des Fernbehandlungsverbots im Mai 2018 dürfen deutsche Ärzt*innen jetzt auch Fernbehandlung ohne vorherigen Direktkontakt mit den Patient*innen durchführen. Einer der ersten und führenden deutschen Anbieter ist das Münchner Unternehmen TeleClinic.

Welche Vorteile hat der digitale Arztbesuch?

Der telemedizinische Service ist unabhängig von Praxis-Öffnungszeiten 24 Stunden lang und von überall (auch aus dem Ausland) erreichbar. Die Patient*innen sparen sich den zeitaufwändigen und oft auch beschwerlichen Arztbesuch – Termine für einen Videochat gibt es innerhalb kürzester Zeit. Darüber hinaus machen Symptome wie Durchfall, Erbrechen oder Schwindelgefühle den physischen Weg zur Arztpraxis oft besonders schwer, was für die Genesung nicht förderlich ist. Falls erforderlich und je nach Ermessen des Arztes, bekommen Erkrankte ein

e-Rezept oder eine Krankschreibung direkt aufs Handy.

Wie funktioniert der Service?

Als erstes ist eine kostenlose Registrierung bei TeleClinic notwendig. Der Erstkontakt findet mit jemandem aus einem erfahrenen telemedizinischen Assistenz-Team statt, der bei TeleClinic angestellt ist. Dieses Team besteht aus medizinischen Fachangestellten, Krankenschwestern/-pflegern und Medizinstudierenden, die mindestens im 6. Semester sind. Sie nehmen das konkrete Anliegen der Patient*innen detailliert auf. Bei Notfällen leiten sie direkt an den Notruf weiter. Bei allen anderen Anfragen kümmern sie sich um die Terminvereinbarung und Weiterleitung an die passenden Ärzt*innen. Anrufende können dann entweder einen Sofort-Termin vereinbaren, bei dem innerhalb von zehn Minuten ein Gespräch mit Arzt bzw. Ärztin möglich ist, oder eine Uhrzeit vereinbaren, zu der sie am besten erreichbar sind. Über die TeleClinic-Ärzte-App erhalten die Ärzt*innen diese Anfragen als Push-Mitteilung und können flexibel entscheiden, ob sie Zeit haben, den Fall anzunehmen. Zum vereinbarten Zeitpunkt melden sie sich per Videocall oder Telefon. Im Gespräch wird auf sämtlich Anliegen eingegangen, es wird eine ausführliche Beratung durchgeführt und je nach Ermessen ein Rezept oder eine Krankschreibung ausgestellt.

Sowohl für die Registrierung bei TeleClinic, als auch für die Behandlung via Videochat ist eine stabile Internetverbindung notwendig. Nach der Registrierung kann die Behandlung auch per Telefon stattfinden. Sollen jedoch Rezepte oder Atteste ausgestellt werden, wird die TeleClinic-App benötigt, um diese digital verwalten zu können.

Wie werden die beteiligten Ärzt*innen ausgewählt?

TeleClinic arbeitet mit erfahrenen Mediziner*innen. Diese sind nicht bei TeleClinic angestellt, sondern rechnen gemäß der Gebührenordnung für Ärzt*innen (GOÄ) ab und arbeiten flexibel von ihrer eigenen Praxis oder von Zuhause aus. Um die beste medizinische Versorgung zu garantieren, sind folgende Kriterien bei der Auswahl besonders wichtig:

- Die Auswahl erfolgt durch einen medizinischen Beirat.
- Beteiligte Ärzt*innen müssen mindestens fünf Jahre Praxiserfahrung und eine zweijährige Facharztterfahrung haben.



TeleClinic, München

info@teleclinic.com www.teleclinic.com



Der TeleClinic-Videochat kann einfach und bequem von Zuhause aus genutzt werden.

- Es besteht eine gültige fachärztliche Zulassung in Deutschland.
- Es werden regelmäßig Schulungen bei TeleClinic absolviert.
- Bewertungen durch andere Patient*innen spielen ebenfalls eine Rolle.

TeleClinic kümmert sich dabei um alle administrativen Belange – Terminvereinbarung, Patientenaufnahme und Abrechnung –, damit sich die Ärztinnen und Ärzte ganz auf die Behandlung konzentrieren können. Das Angebot soll Ärzt*innen hierzulande keine Konkurrenz machen. Vielmehr ermöglicht TeleClinic ihnen, über die Plattform zusätzlich Fernbehandlungen anzubieten.

Wer nutzt den Service?

Im April 2019 zog TeleClinic Bilanz: Im Rahmen einer Auswertung wurden anonymisiert alle privatärztlichen Fernbehandlungen über einen Zeitraum von 453 Tagen¹ deutschlandweit ausgewertet. Besonders stark nutzen die 30- bis 49-Jährigen die Fernbehandlung (63 %). Auch ältere Menschen sind offen für diesen neuen Service: Rund 25 % der Nutzer*innen sind zwischen 50 und 69 Jahren alt. Im Evaluationszeitraum wurde die Fernbehandlung durchschnittlich 1,5 Mal pro Person in Anspruch genommen. „Die wiederholte Nutzung belegt, dass die Patient*innen mit der Fernbehandlung gute Erfahrungen gemacht haben und zufrieden mit der Qualität sind“, kommentiert Gründerin und Geschäftsführerin Katharina Jünger. Der überwiegende Teil der Fern-

behandlungen fällt in den Bereich der Allgemeinmedizin (44 %), gefolgt von Kinder- und Jugendmedizin (16 %). Die häufigsten Diagnosen betrafen Infektionen der oberen Atemwege, Bronchitis oder Husten. Auf Platz 2 lagen infektiöse Magen-Darm-Erkrankungen. Häufig diagnostizierten die Tele-Ärzt*innen auch Allergien, Bindehautentzündungen, Ekzeme oder temporäre Blutgerinnungsstörungen. „Die Auswertung zeigt, dass abschließende Diagnosen via Telemedizin bei vielen unterschiedlichen Erkrankungen möglich sind“, erläutert Jünger. Ein Viertel der Konsultationen ging am Wochenende ein. Besonders stark frequentierte Uhrzeiten waren 9 Uhr sowie die Mittagszeit zwischen 12 und 14 Uhr. Anrufernde aus städtischem und ländlichem Raum hielten sich etwa die Waage.

¹ Vor der Lockerung des Fernbehandlungsverbots im Mai 2018 waren Beratungen per Telefon oder Internet bereits möglich (z. B. als Zweitmeinung), jedoch keine abschließende Behandlung.

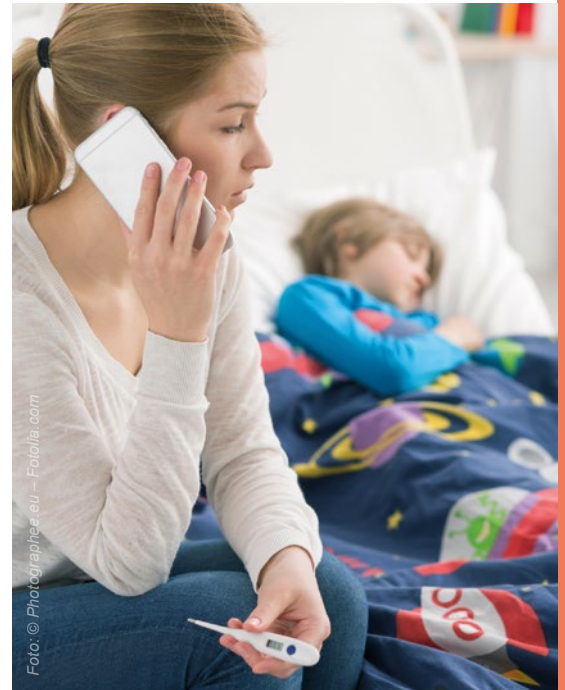
Übernehmen die Versicherungen die Kosten für den Service?

Für Versicherte der TeleClinic-Kooperationspartner steht der Service kostenfrei zur Verfügung. Zu diesen gehören aktuell Arag, Barmenia, BKK Mobil Oil (für Schwangere und Eltern), BKK VBU, BKK Werra-Meißner, Brandenburgische BKK, Central, Concordia, Debeka, NÜRNBERGER, Gothaer, SWICA, Württembergische, Versicherungskammer Bayern, UKV Union. Weitere, auch gesetzliche Versicherungen, sollen folgen. Personen, die bei anderen Anbietern privatversichert sind, können die Rechnung wie gewohnt bei ihrer Versicherung einreichen. Gesetzlich Versicherte müssen die ärztliche Beratung hingegen zzt. selbst bezahlen.

Wie sieht es mit dem Thema Datenschutz aus?

Datensicherheit genießt oberste Priorität: TeleClinic ist ein zertifiziertes Medizinprodukt und orientiert sich an den Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik. Die Mission von TeleClinic ist es, jedem zu jederzeit eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu ermöglichen.

In Ländern wie der Schweiz, in denen Telemedizin schon länger erlaubt ist, spielt diese eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem und spart Kosten bei den Kassen. Auch in Deutschland nimmt das Angebot zu und gewinnt laufend an Akzeptanz, da der Service schnell und ohne viel Aufwand für alle nutzbar ist. ■



Ein Anruf beruhigt und spart u. U. den Weg in die Praxis.

Teleärztliche Konsultation für Kassenpatient*innen

docdirekt
KVBW

Als erste Kassenärztliche Vereinigung testet die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) mit docdirekt (www.docdirekt.de) neue telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten. Im April 2018 in Stuttgart sowie im Landkreis Tuttlingen gestartet, steht das Angebot inzwischen allen Kassenpatient*innen in Baden-Württemberg zur Verfügung und soll nach Ende der zweijährigen Projektlaufzeit voraussichtlich Teil der Regelversorgung werden.

Das Angebot richtet sich vornehmlich an Menschen, die akut erkrankt sind und ihre Hausarztpraxis nicht erreichen oder keine*n Hausarzt*in haben. Die technische Infrastruktur wird von der Münchener TeleClinic GmbH bereitgestellt. Insgesamt sind 39 telemedizinisch geschulte Allgemein-, Kinder- und Jugendmediziner*innen werktags zwischen 9 und 19 Uhr erreichbar.

Auch hier erfolgt die Kontaktaufnahme zunächst mit speziell fortgebildeten medizinischen Fachangestellten, die die Dringlichkeit beurteilen und im Notfall für eine sofortige Weiterleitung an die Rettungsstelle sorgen. Außerdem werden die persönlichen Daten und das Beschwerdebild erfasst und die Informationen in eine webbasierte Plattform eingegeben, auf die die Teleärzt*innen Zugriff erhalten. Zu einem im Vorfeld verabredeten Zeitpunkt rufen sie zurück, nehmen die Anamnese vor, erstellen den Befund und sprechen Empfehlungen für das weitere Vorgehen aus. Falls nötig, kann das docdirekt-Team die Patient*innen an eine haus- oder fachärztliche Praxis zur taggleichen persönlichen Akutbehandlung weiterleiten. Die Ausstellung von Rezepten oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist derzeit noch nicht möglich. ■ Gunnar Lehmann

Mit dem Tele-Rucksack zu den Patient*innen:

TeleDoc PLUS ermöglicht Videosprechstunde im Hausbesuch

Jenny Füsting

Die bundesweite AOK-Initiative „Stadt. Land. Gesund.“ will und wird in den kommenden beiden Jahren konkrete Angebote schaffen, um Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land auszugleichen. Hierfür müssen die Bedürfnisse der Bevölkerung auf dem Land stärker in den Fokus rücken und alternative Versorgungsansätze ausgeweitet werden. Zu diesem Zweck werden neue Projekte initiiert, aber auch bereits gestartete Projekte deutschlandweit ausfindig gemacht, um sie andernorts ebenfalls umsetzen zu können. Teil dieses Vorhabens ist auch das Versorgungsprojekt TeleDoc PLUS.

Speziell geschulte Praxishelfer*innen

Bei diesem Modell bietet die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KV Thüringen) gemeinsam mit der AOK PLUS als erster Krankenkasse in Thüringen seit April 2018 ein flächendeckendes digitales Versorgungsangebot für den Freistaat. Das Thüringer Sozialministerium fördert das Projekt finanziell. „TeleDoc PLUS“ soll die hausärztliche Versorgung im häuslichen Umfeld verbessern. Die Idee: Nach Absprache mit dem Hausarzt/der Hausärztin nutzen besonders ausgebildete medizinische Fachkräfte beim Hausbesuch oder bei Besuchen im Pflegeheim einen Telemedizin-Rucksack. Dieser enthält medizinische Messgeräte, mit denen die Praxisassistenten z. B. den Puls, Blutzucker, Gewicht, Blutdruck, Lungenvolumen und Herzfunktion erfassen und über eine sichere Datenverbindung an die Praxis übermitteln können. Die Daten werden per Tablet verschlüsselt an das ärztliche Praxisinformationssystem geleitet und erst dort entschlüsselt und gespeichert. Sofern medizinisch erforderlich, können die Hausärzt*innen in der Situation des Hausbesuches per Video zugeschaltet werden, mit den Patient*innen sprechen oder das weitere Vorgehen mit ihren Assistent*innen vor Ort abstimmen. Zudem kann auf ärztliche Anweisung einmal jährlich als Präventionsmaßnahme eine Sturzrisikoanalyse im häus-

lichen Umfeld und eine Gesundheitsbefragung durch die Praxisassistenten durchgeführt werden.

Nichtärztliche Praxisassistent*innen, kurz NÄPas, können in Thüringen bereits seit einigen Jahren Mediziner*innen bei der Betreuung der Patient*innen unterstützen. Neu ist, dass die TeleDoc PLUS-Praxisassistenten zusätzlich zu „Telemedizinischen Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis“ weitergebildet wurden und nun während des Hausbesuches digital mit dem Arzt oder der Ärztin kommunizieren können. Aktuell nehmen in Thüringen 42 Ärztinnen und Ärzte teil und 34 Tele-Assistenten übernehmen für sie die Haus- oder Heimbefragungen. Einige der Assistenten arbeiten für zwei Hausärzt*innen.

Für mobilitätseingeschränkte und chronisch erkrankte Menschen

Das Programm TeleDoc PLUS ist vorwiegend für ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen und Bewegungseinschränkungen sinnvoll, die in ländlichen Regionen leben. Für sie ist selbst das Erreichen einer nahe gelegenen Arztpraxis mit erheblichem Aufwand und Schwierigkeiten verbunden. Gerade für diese Patientengruppen ist die Versorgung im Hausbesuch sehr wichtig und hat den Vorteil, dass Wartezeiten in der Praxis und Wegekosten vermieden werden. Durch den Einsatz der Telemedizin ist die gute Versorgung der Patient*innen sichergestellt. Das Angebot ist auch für Personen nutzbar, die selbst nicht mit digitaler Technik umgehen können oder wollen. Inzwischen ermöglicht auch die IKK classic ihren Versicherten die Versorgung im Rahmen des Projekts.



Jenny Füsting

Presse/Öffentlichkeitsarbeit, AOK PLUS
– Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, Erfurt

Jenny.Fuesting@plus.aok.de
plus.aok.de

Vorteile von TeleDoc PLUS

Die Vorteile liegen auf der Hand: Für Hausärzt*innen ist dieses Versorgungsangebot eine Entlastung. In ländlichen Regionen müssen niedergelassene Ärzt*innen in der Regel viele Patient*innen betreuen und dafür mitunter lange und zeitraubende Anfahrtswege bei Hausbesuchen in Kauf nehmen. Mit dem Versorgungsprogramm TeleDoc PLUS kann insbesondere in den ländlichen Regionen die ärztliche Versorgung mit Hilfe digitaler Möglichkeiten unterstützt und sichergestellt werden.

Werden Arzt oder Ärztin per Videosprechstunde zum Hausbesuch der Praxisassistenten zugeschaltet, können Fragen beantwortet und die weitere Behandlung abgestimmt werden. Die Patient*innen fühlen sich durch das technisch vermittelte persönliche Gespräch mit ihren Hausärzt*innen gut aufgehoben und das Vertrauensverhältnis bleibt erhalten. Im Anschluss an den Videotermin können sich die Mediziner*innen direkt in ihrer Praxis den nächsten Patient*innen im möglicherweise vollen Wartezimmer widmen. Dadurch, dass die Schnittstelle am Tablet die Übermittlung der gemessenen Gesundheitsdaten direkt an das Praxisverwaltungssystem ermöglicht, bleibt der Praxisassistent ein händisches Eintragen erspart.

Noch in diesem Jahr wird es eine Befragung der teilnehmenden Ärzt*innen und Praxisassistenten geben, in der erhoben werden soll, welche Vorteile die Mediziner*innen sehen und wie stabil die Internetverbindungen auf dem Land sind. Für die Ärzt*innen und Assistenten, die KV Thüringen und die AOK PLUS ist es ein „lernendes Projekt“. Die Erfahrungen des Thüringer Projektes TeleDoc PLUS sollen später auch in Sachsen umgesetzt werden.

Gemeinsames Ziel der Projektbeteiligten ist, die sich stetig wandelnden technischen Möglichkeiten mit den Bedürfnissen der Ärzteschaft im ländlichen Raum zu vereinen. In einem Workshop wurden bereits Weiterentwicklungen erarbeitet, beispielsweise die Einbindung der Pflegefachkräfte in Heimen oder auch die Flexibilität des telemedizinischen Rucksacks zu prüfen, in dem der Inhalt den jeweiligen Anforderungen angepasst werden kann.

Projekt auch vereinzelt in anderen Regionen

Am TeleDoc PLUS können sich alle telemedizinischen Anbieter beteiligen, die die technischen Voraussetzungen für den Telemedizin-Rucksack



erfüllen. Aktuell ist dies nur ein Anbieter aus dem Bergischen Land, der gemeinsam mit einem Arzt den Rucksack entwickelt hat. Tests laufen bereits in einzelnen abgegrenzten Regionen Nordrhein-Westfalens, Niedersachsens und Bayerns, Thüringen ist jedoch das erste Bundesland mit einer flächendeckenden Umsetzung der telemedizinischen Hausbesuche.

Beim Startschuss zu TeleDoc PLUS 2018 in Thüringen in der Arztpraxis von Dr. med. Annette Rommel, zugleich Thüringer KV-Vorsitzende, lobte diese die Vertragspartnerschaft mit der AOK PLUS. „Der TeleArzt ist ein Digitalisierungsprojekt, das genau an der richtigen Stelle ansetzt“, sagt Rommel. „Es spart Zeit in der Praxis, weil für den Arzt Fahrwege wegfallen und Diagnosedaten nicht mehr per Hand in die Patientenakte übertragen werden müssen.“

Auch AOK PLUS Vorstand Rainer Striebel sieht die Entlastung der Ärzt*innen als entscheidenden Vorteil des Projektes. „Bestehende Strukturen in Thüringen werden unterstützt und nach Bedarf ergänzt. Vor allem in ländlichen Gegenden stellen wir damit die hausärztliche Versorgung sicher und entlasten gleichzeitig die Mediziner“, resümiert Striebel. „Die Hausbesuche sind mit den neuen technischen Möglichkeiten effizienter. Dadurch erhöht sich außerdem die Lebensqualität unserer Versicherten, ohne dass diese Abstriche bei der hochwertigen medizinischen Versorgung befürchten müssen. Auch sammeln wir mit diesem modernen Versorgungsangebot tiefere Erfahrungen im Bereich der Tele-Medizin. Zukünftige Digitalisierungsprojekte werden davon profitieren.“ ■

Land|Rettung:**Notfallmedizinische Neuausrichtung
im Landkreis Vorpommern-Greifswald**

Dr. med. Bibiana Metelmann, Julia Kuntosch, Dorothea Kohnen

Analog zu dem deutschlandweiten Trend der zunehmenden Alarmierung des Rettungsdienstes steigen auch in Vorpommern-Greifswald die Einsatzzahlen für den Rettungsdienst. Damit jeder medizinische Notfall im Landkreis auf höchstem medizinischen Niveau und innerhalb der Hilfsfrist therapiert werden kann, will der Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald mit dem Projekt „Land|Rettung“ (www.land-rettung.de) neue Wege gehen. Das Projekt fußt auf vier Säulen (s. Abb.), die eine geschlossene rettungsdienstliche Versorgung vom unmittelbaren Notfall bis zum ggf. notwendigen Transport in ein Krankenhaus sicherstellen soll.

Säule 1: Stärkung der Laienreanimation

Die erste Säule des Projekts strebt an, das Wissen und die Kompetenz der Allgemeinbevölkerung zum Thema Wiederbelebung zu erhöhen. In den allermeisten Fällen eines Herz-Kreislaufstillstandes sind Angehörige oder Passanten zufällig in der Nähe. Wenn diese den Notruf unter der 112 absetzen, wird sie der Leitstellendisponent nach einer strukturierten Abfrage telefonisch zu einer Herzdruckmassage anleiten, während zeitgleich die Rettungsmittel auf dem Weg zum Einsatzort sind. Im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes zählt jede Minute: Ohne eine Herzdruckmassage kommt kein Blut mehr zum Gehirn und somit auch kein Sauerstoff. Bereits nach 3 bis 5 Minuten ohne Sauerstoff kommt es zu unumkehrbaren Schäden des Gehirns. Umso wichtiger ist daher, dass schon vor Eintreffen der Rettungsmittel mit Wiederbelebnungsmaßnahmen begonnen wird. Im Rahmen des Projekts Land|Rettung wird mithilfe von Schulungen in Betrieben und Vereinen, aber auch auf Volksfesten und Marktplätzen gezeigt, wie einfach es ist, mit den drei Schritten Prüfen.Rufen.Drücken ein Leben zu retten. Einen Höhepunkt der öffentlichen Schulungen bildet jedes Jahr die Woche der Wiederbe-

lebung, die unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers steht. Während der Woche der Wiederbelebung wird jeden Tag auf einem anderen Marktplatz im Landkreis den Passanten das Thema Wiederbelebung nähergebracht. In den letzten Jahren konnten im Landkreis Vorpommern-Greifswald aufgrund einer Vielzahl an Aktionen und Kampagnen mehr als 8 000 Personen geschult werden. Durch diese Maßnahmen war es möglich, die Rate der Laienreanimation auf 58 % – und damit deutlich über den Bundesdurchschnitt von 47 % – erhöhen zu können.

Säule 2: Mobiler Ersthelfer – die Land|Retter

Mithilfe der zweiten Säule soll die Prognose von Herzstillstand-Patient*innen im Landkreis noch weiter verbessert werden. Im Zuge der zunehmenden Digitalisierung sind Smartphones immer weiter in der Bevölkerung verbreitet. Gleichzeitig ist der Anteil in der Bevölkerung, der regelmäßig zum Thema Wiederbelebung geschult wird, groß. So üben beispielsweise Ärzt*innen, Medizinstudent*innen, Krankenpflegepersonal und Rettungsdienstmitarbeiter*innen, aber auch Mitglieder der Feuerwehr, regelmäßig eine Herzdruckmassage. Wenn sich in deren Nähe ein Herz-Kreislaufstillstand ereignet, dann können sie nur dann behilflich sein, wenn sie darüber informiert werden können. Mithilfe einer Smartphone-App, die die Helfer installiert haben, kann die Rettungsleitstelle die Land|Retter alarmieren, die sich in unmittelbarer Nähe befinden. Als Ergänzung zur Rettungskette können die alarmierten Land|Retter zum Notfallort gehen und dort schon eine qualitativ hochwertige Wiederbelebung durchführen, bevor der Rettungsdienst eintrifft. Durch diese weitere Maßnahme kann das therapiefreie Intervall weiter verkürzt und die Prognose für die Patient*innen verbessert werden. Aktuell haben sich mehr als 300 Freiwillige im Landkreis Vorpom-

Dr. med. Bibiana MetelmannKlinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Greifswald
Bibiana.Metelmann@kreis-vg.de www.land-rettung.de**Julia Kuntosch**Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre
und Gesundheitsmanagement, Universität Greifswald**Dorothea Kohnen**

zeb.business school, Steinbeis Hochschule Berlin

mern-Greifswald registriert und zu Land|Rettern ausbilden lassen. Vergleichbare Systeme zur Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung gibt es in mehreren Landkreisen. Auch sind sie beispielsweise im Koalitionsvertrag des Landes Niedersachsen verankert. Um einen Austausch aller Akteure auf nationaler und internationaler Ebene zu ermöglichen, fand am 26.09.2019 das Symposium #Community-FirstResponder in Greifswald statt. Ziel ist die Erarbeitung konkreter Empfehlungen zur Implementierung solcher Systeme.

Säule 3: Telenotärzt*innen

Als dritte Säule wurde im Oktober 2017 eine Telenotarztanwendung im Landkreis Vorpommern-Greifswald eingeführt. Das deutsche Rettungswesen besteht aus ärztlichem und nichtärztlichem Rettungspersonal. Entsprechend des Notarztindikationskataloges wird notärztliche Hilfe bei (potenziell) lebensbedrohlichen Situationen durch die Leitstelle angefordert; somit werden etwa 50 % bis 60 % aller Rettungsdiensteinsätze durch das nichtärztliche Personal alleine versorgt. Im Sinne eines Rendezvous-Systems fahren das nichtärztliche und ärztliche Personal in unterschiedlichen Fahrzeugen zum Einsatzort und treffen sich dort. Dadurch können Wachen des nichtärztlichen Personals flächendeckender verteilt werden. Hieraus ergeben sich immer wieder Situationen, in denen nichtärztliches Personal vor Ort ist und Unterstützung durch einen Notarzt bzw. eine Notärztin benötigen, die sich entweder noch auf der Anfahrt befinden oder aufgrund der ersten Einstufung als nicht-lebensbedrohliche Situation nicht alarmiert wurden. Die telemedizinische Anbindung der Rettungswagen ermöglicht nun dem Rettungsdienstpersonal, über eine gesicherte Telefon- und Videoverbindung notärztliche Unterstützung zuzuschalten. Mit Hilfe der Echtzeitübertragung der Vitalparameter (z. B. Blutdruck, EKG, Sauerstoffgehalt im Blut), dem zusätzlichen Gespräch mit den Rettungskräften vor Ort und der Möglichkeit, per Video eine Untersuchung des Patienten/der Patientin durchzuführen, ist der Telenotarzt/die Telenotärztin in der Lage, die Rettungskräfte vor Ort in der Diagnostik und Therapie zu unterstützen. Gerade bei zeitkritischen Erkrankungen, wie beispielsweise einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, kann durch die Telenotarzt-Supervision die Therapie frühzeitiger begonnen werden. In der Stadt Aachen wurde das Telenotarzt-System bereits 2014 in der rettungsdienstlichen Versorgung eingeführt. Im Projekt Land|Rettung wird evaluiert, inwieweit sich die positiven Ergebnisse der Region Aachen auf eine ländliche Region mit großen Distanzen zum Einsatzort

übertragen lassen und ob ländliche Regionen nicht sogar noch stärker von einer derartigen telemedizinischen Anwendung profitieren können. In den fast zwei Jahren seit der Einführung des innovativen Systems im Landkreis Vorpommern-Greifswald wurden annähernd 2 400 Patient*innen mit tele-notärztlicher Unterstützung behandelt.

Säule 4: Verzahnung Akutmedizin

Die vierte Säule strebt eine bessere Verzahnung des Rettungsdienstes mit dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst an. Die notärztliche Versorgung und der kassenärztliche Bereitschaftsdienst finden im Landkreis Vorpommern-Greifswald bislang unabhängig voneinander statt. Aktuell entscheiden die Anrufenden, welche Versorgungsform benötigt wird und wählen entweder die 112 für den Rettungsdienst oder die 116 117 für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Die Entscheidung, welche Organisation im Einzelfall besser geeignet ist, ist häufig selbst für medizinisch vorgebildete Personen schwer zu treffen. Hinzu kommt, dass die Notfallnummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht flächendeckend unter der Bevölkerung bekannt ist. Eine fehlerhafte Alarmierung kann jedoch eine erhebliche Zeitverzögerung mit sich bringen und unter Umständen sogar zu negativen gesundheitlichen Konsequenzen für die Patient*innen führen. Daher strebt das Projekt Land|Rettung eine bessere Verknüpfung zwischen diesen beiden Systemen an. Diese Verknüpfung soll u. a. durch die Schaffung eines gemeinsamen Alarmierungs- und Dispositions-

Abbildung: 4-Säulen-Modell im Projekt Land|Rettung zur Notfallmedizinischen Neuausrichtung im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Quelle: „Projekt Land|Rettung“



Abschlussveranstaltung der Woche der Wiederbelebung im Landkreis Vorpommern-Greifswald am 23.09.2017: Mehr als 1 000 Personen lassen sich im Thema Reanimation schulen.

systems erreicht werden. So kann die ausgebaut digitale Infrastruktur einen wichtigen Beitrag zur Verzahnung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes und damit zur Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung im Landkreis leisten.

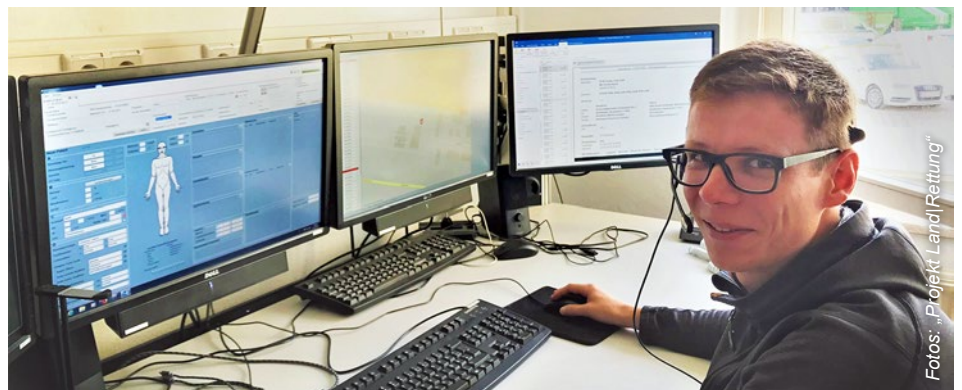
Wissenschaftliche Projektbegleitung

Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses fördert das Projekt als „Versorgungsmodell in strukturschwachem oder ländlichem Gebiet“ für eine Laufzeit von drei Jahren mit insgesamt 5,4 Mio. €. Projektleiter ist der Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald. Die Neuausrichtung des Rettungswesens wird wissenschaftlich evaluiert und könnte – je nach Erfolg – nach Projektende Teil der Regelversorgung werden. Die Auswirkungen der unterschiedlichen Projektmaßnahmen und eine mögliche Übertragung auf andere Landkreise werden über die gesamte Projektlaufzeit aus drei unterschiedlichen Blickwinkeln wissenschaftlich begleitet und evaluiert:

- Als Projektpartner stellt die Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Greifswald, welche dieses Projekt initiierte, die medizinische Evaluation sicher, mit der die Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität und die medizinischen Effekte auf Individualebene und für Patientengruppen analysiert werden.
- Der Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement der Universität Greifswald prüft die Wirtschaftlichkeit der Projektmaßnahmen, d. h. die finanziellen Auswirkungen der Umsetzung aller vier Säulen im Vergleich zur jetzigen Situation und zu anderen Lösungen.
- Die dritte wissenschaftliche Bewertung erfolgt durch die zeb.business school der Steinbeis Hochschule Berlin aus arbeits- und organisationswissenschaftlicher Sicht und ermittelt die Auswirkungen der Projektmaßnahmen auf Arbeitszufriedenheit, Arbeitsabläufe und den Grad der Übertragbarkeit der Projektergebnisse auf andere Regionen Deutschlands. Da fast 70 der über 400 deutschen Landkreise und kreisfreien Städten eine geringe Bevölkerungsdichte von unter 100 Einwohner*innen pro m² aufweisen, kann der Landkreis Vorpommern-Greifswald für diese Kreise als Modell dienen. ■



Reanimationsalarm auf dem Handy eines Land|Retters



Telenotarzt am Arbeitsplatz in Greifswald

Innovation im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst:

Mit Telemedizin zur besseren Versorgung

Dr. Daniel Overheu

Ein durch den Ärztemangel hervorgerufen Problem ist die nicht ausreichende personelle Besetzung des Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzt*innen. Hinzu kommt die übermäßige Inanspruchnahme von Krankenhaus-Notaufnahmen und Rettungsdiensten durch Patient*innen, die genauso gut vom Bereitschaftsdienst versorgt werden könnten. Um zu erproben, wie diese Situationen mit Hilfe der Telemedizin besser gelöst werden können, wurde im Oldenburger Land ein Modellprojekt initiiert.

Die Bevölkerung in Deutschland wird im Durchschnitt immer älter. In der Bevölkerungsvorausberechnung von 2013 wurde für den Zeitraum bis 2060 ein Anstieg des Medianalters von 45 Jahren auf ca. 50 Jahre prognostiziert. (StBA 2015). Obwohl im selben Zeitraum die Bevölkerung von ca. 81 Mio. auf 67,6 Mio. schrumpft (StBA 2015), wird ein steigender Bedarf an Gesundheitsleistungen vorhergesagt (StBA Juli 2011), da die Gesundheitsleistungen pro Kopf für ältere Menschen erheblich über denen für jüngere liegen. Laut Ärztestatistik 2016 (BÄK 2016) steigt die Zahl der Ärzt*innen im Akutsektor um 2,5 % und im ambulanten Sektor um 1,3 % und damit langsamer als der Bedarf. Gleichzeitig stagniert die Zahl der Studienanfänger*innen seit 2011/12 bei rund 9 500 Studierenden pro Jahrgang (StBA). Ändert sich dies nicht, wird sich der Trend noch verschärfen. Durch die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung liegt die Steigerung der Behandlungskapazität deutlich unter der Steigerung der ärztlichen Arbeitszeit.

Für den ambulanten Bereich hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung für 2016 einen Anstieg von lediglich 0,3 % berechnet. Insbesondere bei Hausärzt*innen ist ein Versorgungsengpass besonderen Ausmaßes zu erwarten, da ihre Anzahl als rückläufig prognostiziert wird.

Etwa ein Drittel ist über 60 Jahre alt und die Anzahl der Facharztanerkennungen für Innere- und Allgemeinmedizin stagniert seit 2008 auf niedrigem Niveau (KBV 2017). Um dem sich andeutenden Versorgungsengpass in den Problembezirken auf regionaler Ebene entgegenzuwirken, wurden durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) bereits Maßnahmen wie etwa Niederlassungsprämien und Umsatzgarantien für Hausärzt*innen ergriffen. Diese allein sind jedoch nicht ausreichend und müssen durch weitere Maßnahmen ergänzt werden.

Modellprojekt 116 117: Bereitschaftsdienst durch Gesundheitsfachkräfte

Insbesondere der Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Fachärzt*innen wirft hierbei Probleme auf. In der Praxis variiert die Versorgungsqualität sehr stark und nicht selten wenden sich Patient*innen, auch geleitet durch ein persönliches Gefühl der Unsicherheit, an den Rettungsdienst, die eher von ihrer Krank-

heitsschwere her eine Versorgung durch den Bereitschaftsdienst benötigt hätten.

Im Oldenburger Land haben sich dieser Problemstellung die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zusammen mit der Johanniter-Unfall-Hilfe, Regionalverband Weser-Ems (JUH), unter Projektleitung des Klinikums Oldenburg AöR (KOL) angenommen. Der Bereitschaftsdienstbezirk Delmenhorst wurde als Modellregion gewählt. Seine regionale Zusammensetzung orientiert sich an den kommunalen Gebietsgrenzen und umfasst die Stadt Delmenhorst sowie die ländlichen Gemeinden Ganderkesee und Lemwerder.

Innovativ und neu ist in diesem Projekt der Ansatz, einen „Kümmerer“ zu installieren, der sich aus Sicht der Patient*innen um ihr Notfallanliegen kümmert. Hierzu soll nicht mehr der/die niedergelassene Arzt/Ärztin in der Nachtzeit und am Wochenende über Land fahren, sondern eine Gesundheitsfachkraft mit Staatsexamen (Notfallsanitäter*in

Dr. Daniel Overheu

D.E.S.A., Ärztlicher Leiter Telemedizin,
Oberarzt der Universitätsklinik für Anästhesiologie,
Klinikum Oldenburg AöR

overheu.daniel@klinikum-oldenburg.de
www.klinikum-oldenburg.de



Foto: Klinikum Oldenburg AöR



Foto: Lukas Lehmann

und/oder Gesundheits- und Krankenpfleger*in) übernimmt den Hausbesuch und kann sich ärztliche Expertise per Telemedizin im Bedarfsfall zuschalten. Ziel ist es außerdem, die Krankenhaus-Notaufnahme und den Rettungsdienst von einer übermäßigen Belastung durch Selbsteinweisungen zu entlasten, da den Patient*innen eine zeitnahe und effiziente Hilfestellung vor Ort gegeben wird. Notfälle als solche könnten wieder die Ressourcen in Rettungsdienst und Krankenhaus erhalten, die sie bitter nötig haben, und diese würden nicht für allgemeinärztliche Problemstellungen gebunden werden.

Praktisch wird im Modellprojekt das Vorgehen so umgesetzt, dass sich aus Sicht der Patient*innen keine Änderungen ergeben. Wie vorher auch, wählen sie die zentrale Rufnummer 116 117. Nun werden sie allerdings von der Telefonzentrale der JUH in Oldenburg strukturiert abgefragt. Aus dem Ergebnis der Abfrage ergibt sich eine Beurteilung des Patientenfalls und es können

konkrete Hilfestellungen bzw. Zusagen für einen Hausbesuch erteilt werden. Alle Einsatzdaten werden dann zusammen mit einem Einsatztext durch ein Navigationssystem mit Datenübertragung direkt zum Fahrdienst übertragen und die ausrückende Fachkraft wird direkt zur Patientin/zum Patienten gelotst. Rückfragen oder Absprachen zu den Besuchen erfolgen per Handy. Eine Einbindung in den BOS-Funk¹ des Rettungsdienstes wurde absichtlich unterlassen, da es sich beim KV-Bereitschaftsdienst um keinerlei öffentliche Rettungsdienstaufgabe handelt. Dem wurde auch in der Bekleidung des Personals Rechnung getragen. Ganz bewusst finden sich hier keine Rettungsdienstthosen mit Reflexstreifen oder rot-orange Jacken, um der Bevölkerung keinen „Rettungsdienst light“ zu suggerieren.

Erfahrungen aus dem Offshorebereich genutzt

Bei den Patient*innen selbst steht der Gesundheitsfachkraft dann ein eigener Handlungsrahmen zur Verfügung. In Schu-

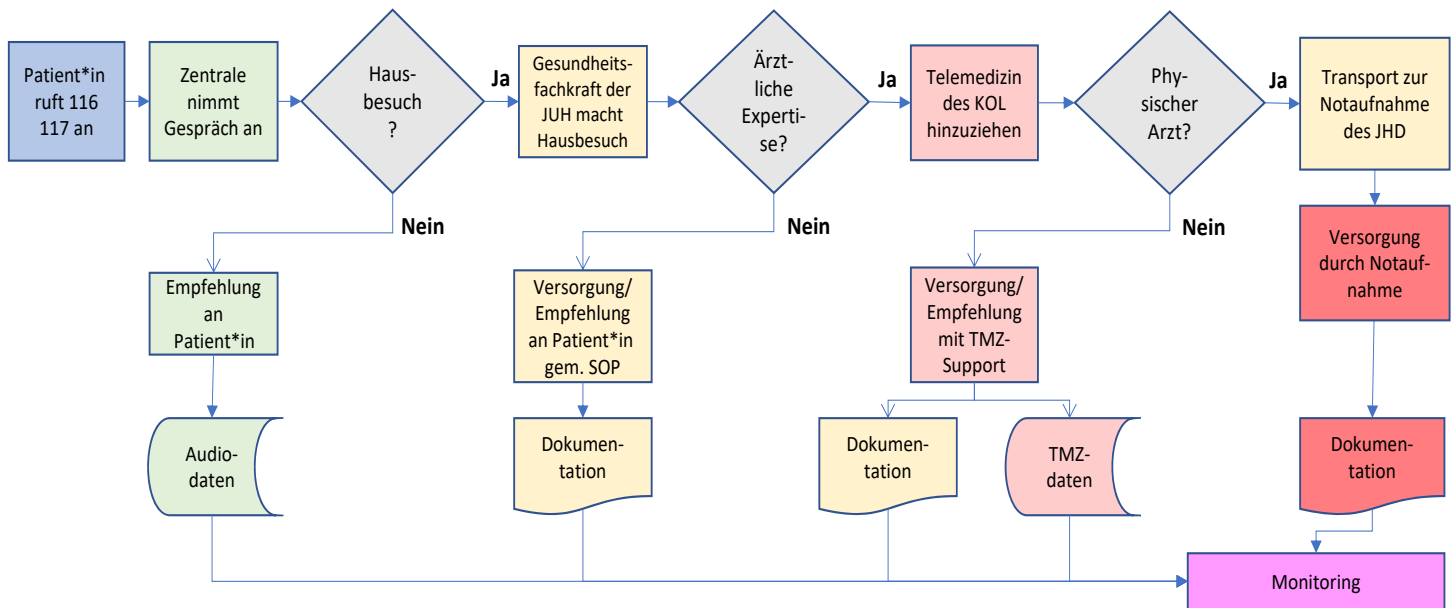
lungen wurden insgesamt 32 Standard-Prozeduren (SOPs) entwickelt und trainiert. Hier fanden die vielfältigen Erfahrungen sowohl der JUH als auch des KOL Eingang, die beide gemeinsam schon seit dem Jahr 2015 mit telemedizinischer Unterstützung die Behandlung in der Offshore-Windindustrie in der Nord- und Ostsee sicherstellen. Über 1 500 Einsätze aus dem Offshorebereich wurden analysiert und die Erfahrungen zusammen mit einem langjährig erfahrenen KV-Bereitschaftsdienstarzt auf ihre Anwendbarkeit im Modellprojekt hin bewertet und in SOPs eingepflegt. Jede SOP benennt auch klar die Differenzierung in eigenständig durchzuführende Maßnahmen, Maßnahmen in Rücksprache mit den Telemediziner*innen und den Punkt der Abgabe des Falls an den örtlichen Rettungsdienst/Kranken-transport.

Verantwortung für Diagnose und Behandlung liegt bei Telemediziner*innen

Zu jeder Zeit steht der Fachkraft vor Ort ein*e Telemediziner*in an der Universitätsklinik für Anästhesiologie am KOL zur Verfügung. Über eine verschlüsselte Verbindung kann direkt aus der Häuslichkeit der Patient*innen eine zertifizierte Video-App gestartet werden, mit deren Hilfe eine Live-Videoverbindung zu den Patient*innen hergestellt werden kann. Zusätzlich können mittels eines miniaturisierten Gerätes live Vitaldaten bis hin zum großen Klinik-EKG übertragen werden. Die Telemediziner*innen können sich also nicht nur ein echtes Bild ihrer Patient*innen verschaffen, sondern sich in ihrer Diagnose auch auf Vitalwerte stützen. Somit ist das gesamte Modellprojekt auch

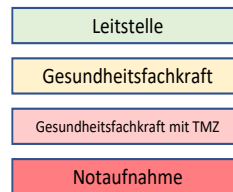
¹ BOS-Funk ist ein nichtöffentlicher mobiler Landfunkdienst, der von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) verwendet wird.

Abbildung: Mehrstufiges Versorgungsmodell – Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung mit Gesundheitsfachkraft und Telemedizin



JUH – Johanniter Unfallhilfe (Leitstelle und Gesundheitsfachkraft)
 KOL – Klinikum Oldenburg (Telemedizin)
 JHD – Josef Hospital Delmenhorst (Notaufnahme)

TMZ = Telemedizin



Quelle: Klinikum Oldenburg AöR

mit der Strukturempfehlung für prä-hospitale Telemedizin der DGAI konform (Kommission Telemedizin 2016). Rechtlich bleibt die Verantwortung für die Diagnose und Behandlung der Patient*innen beim Einsatz der Telemediziner*innen unverändert. Wie beim Einsatz von physisch anwesenden Ärzt*innen als Notärzt*innen oder Bereitschaftsärzt*innen tragen diese die Gesamtverantwortung für die Diagnose und Behandlungsanweisungen. Die Verantwortung für die adäquate Durchführung bleibt bei den ausführenden Notfallsanitäter*innen. Der Einsatz von Telemedizin ändert

somit nichts am bisherigen Verantwortungs- oder Haftungsgefüge.

Dass ein solcher Einsatz von Telemedizin möglich ist, verdanken die Patient*innen der novellierten ärztlichen Berufsordnung. Mit dem 121. Ärztetag in Erfurt 2018 wurde die Änderung der Musterberufsordnung beschlossen (BÄK 2019). In Niedersachsen ist diese Änderung wortgleich zum Dezember 2018 ministeriell genehmigt worden. Weitere Landesärztekammern haben Regelungen verabschiedet oder befinden sich aktuell in der Diskussion. Somit steht Telemedizin ohne vorherigen physischen Kontakt zwischen Ärzt*innen und

Patient*innen auch rechtlich auf sicheren Füßen.

Seit August 2018 sind die Einsatzkräfte im Notdienstbezirk Delmenhorst an jedem Wochenende unterwegs. Bis zum Juni 2019 konnten sie hierbei schon 273 Einsätze bearbeiten. Bei 158 Einsätzen wurden die Telemediziner*innen mit eingeschaltet. Die Rückmeldungen aus der Bevölkerung sind durchweg positiv. Dass die Ärzt*innen nicht physisch anwesend sind, sondern sich eine Fachkraft als Expert*in vor Ort kümmert und einen Ärztin oder einen Arzt zuschaltet, wurde bisher in keinem einzigen Fall als Problem durch die Patient*innen kommuniziert. ■

Die Literaturangaben finden Sie unter: www.asg-goe.de/pdf/LR0319-Literatur-Overheu.pdf

Das Präventionsgesetz – Inhalte, Umsetzungsstand und besondere Herausforderungen im ländlichen Raum

Arnd Spahn

Am 25. Juli 2015 trat das Präventionsgesetz in Kraft. Inhaltliches Anliegen des Gesetzes ist, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, z. B. Städten und Gemeinden, Kindertagesstätten und Schulen, sowie in Betrieben zu stärken. Hierfür soll die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger untereinander gefördert, aber auch die Verzahnung mit den für Lebenswelten und Betriebe maßgeblichen Akteuren gestärkt werden. Für die SVLFG ergaben sich hieraus neue Herausforderungen der Zusammenarbeit mit anderen Partnern. So entstand u. a. das Programm „Trittsicher durchs Leben“.

Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung, namentlich der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wurden beauftragt, eine Nationale Präventionskonferenz (NPK) zu konstituieren. Kernaufgaben dieser NPK sind die Entwicklung einer gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie in Form von Bundesrahmenempfehlungen, die jährliche Durchführung eines Präventionsforums zur Beteiligung der Fachöffentlichkeit an den Entwicklungen des Präventionsgeschehens und zur Beratung der Träger der NPK sowie die Erstellung eines trägerübergreifenden Präventionsberichts, welcher alle vier Jahre über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention Dokumentation und Erfolgskontrolle im Zeitverlauf darstellt.

Die NPK konstituierte sich am 26. Oktober 2015. Bereits am 16. Februar 2016 wurden die Bundesrahmenempfehlungen erstmals verabschiedet. In ihnen wurden gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festgelegt. Eine Berücksichtigung der Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) sowie die Empfehlung der Ständigen Impfkommission erfolgten bereits in der ersten Fassung. Um zu gewährleisten, dass

eine möglichst breite Bevölkerung von lebens- bzw. arbeitsweltbezogenen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, Sicherheit und Teilhabe erreicht werden kann, wurden die Ziele in die Bereiche „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“ gegliedert. Für jeden Zielbereich sind in den Bundesrahmenempfehlungen die wesentlichen gesundheitsförderlichen Handlungsbedarfe und prioritären Zielgruppen beschrieben. Weiter wird skizziert, welche lebens- und arbeitsweltbezogenen Leistungen die Sozialversicherungen vorhalten, welche Kooperationsmöglichkeiten bestehen bzw. welche noch erforderlich sind und welcher Verzahnung zu Dritten (Lebens- und Arbeitsweltverantwortlichen, z. B. Kommunen) es bedarf.

Die Bundesrahmenempfehlungen stellen einen auf Bundesebene von der NPK gesteckten Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Die konkrete Ausgestaltung wiederum erfolgt gemeinsam mit den Akteuren in den Ländern, Kommunen und Betrieben. Hierfür wurden in allen Ländern Landesrahmenvereinbarungen geschlossen, welche den auf Bundesebene beschlossenen Rahmen um regionale Erfordernisse ergänzen und die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger mit den in den Bundesländern zuständigen Stellen konkretisiert.

Im Februar 2017 erweiterte sich der Kreis der stimmberechtigten NPK-Mitglieder um den Verband der privaten Krankenversicherung. Zum 29.08.2018 erfuhr die Bundesrahmenempfehlungen ihre erste Überarbeitung. Aus Sicht der SVLFG sind im Rahmen der Überarbeitung insbesondere die beiden Anwendungsbeispiele zur Ernährungs- bzw. Bewegungsprävention wichtige Anknüpfungspunkte für Umsetzungsmaßnahmen in den Regionen.



Arnd Spahn

Alternierender Vorstandsvorsitzender der SVLFG und stimmberechtigtes Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz, Kassel, sowie Mitglied im Kuratorium der Agrarsozialen Gesellschaft e.V.

110_verbandskontakte@svlfg.de

Abbildung: Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V)



Dokumentation und Erfolgskontrolle der Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention im Präventionsbericht

Zur Dokumentation, Erfolgskontrolle und Evaluation der Präventionsstrategie im Zeitverlauf sieht das Präventionsgesetz die Erstellung eines Präventionsberichts vor. Inhalte des Präventionsberichts sollen die Darlegung der Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g SGB V, eine Ausgabenübersicht der Leistungen der Sozialversicherungsträger im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie, genutzte Zugangswege und erreichte Personen, Erreichung der gemeinsamen Ziele und Zielgruppen, Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen, Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der vorgegebenen Ausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen in Primärprävention und Gesundheitsförderung sein. Weiter soll das Robert-Koch-Institut mit seinen Kenntnissen aus dem Gesundheitsmonitoring den Präventionsbericht unterstützen und regionale Daten der Länder aus den jeweiligen Gesundheitsberichterstattungen für Transparenz über das aktueursspezifische Engagement schaffen. Der entsprechende Präventionsbericht wurde dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30.06.2019 vorgelegt, welches nun zum Bericht Stellung nehmen wird und ihn dann an Bundestag und Bundesrat zur Diskussion weiterleitet.

Herausforderungen für die SVLFG als sozialversicherungszweigübergreifender Träger

Bis dato war der Aktionsradius für Präventionsmaßnahmen auf die Versicherungsträger des agrarsozialen Sondersystems begrenzt. Das Präventionsgesetz ermöglichte, ja verpflichtete die SVLFG sogar, im gewissen Rahmen Maßnahmen zur Prävention in den Lebenswelten (Setting-Ansatz) anzubieten und hierbei über den eigenen Versichertenkreis hinaus die Maßnahmen auch gegenüber anderen gesetzlich Krankenversicherten in den Interventionsregionen anzubieten. Diese Neuerung bedeutete Chance und Herausforderung zugleich.

Weiterer elementarer Bestandteil des Präventionsgesetzes ist es, die Zusammenarbeit der Träger untereinander und die Verzahnung mit den in den Lebenswelten Agierenden deutlich zu stärken. Als sozialversicherungszweigübergreifendes System fällt der SVLFG gerade die „hausinterne“ Kooperation sicherlich einfacher als den anderen Trägern.

Um die beiden zuvor genannten Herausforderungen anzugehen, wurde durch die SVLFG in Kooperation mit dem Deutschen LandFrauenverband e. V., dem Deutschen Turner-Bund e. V. und Wissenschaftler*innen des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart das Programm „Trittsicher durchs Leben“ initiiert. Das durch das Bundesministerium für Bildung und

Forschung geförderte Programm setzt sich im Wesentlichen aus drei Komponenten zusammen.

- Trittsicher-Bewegungskurse zur Förderung der körperlichen Fitness und Verbesserung der Standfestigkeit,
- Untersuchung der Knochengesundheit,
- Empfehlung zur Sicherheit rund um Haus und Hof.

Ziel des Programms ist es, ältere Menschen im ländlichen Raum zu befähigen, ihre Mobilität zu steigern, selbständig zu trainieren, ihr Sturzrisiko zu senken und sich nachhaltig für ihre Gesundheit zu engagieren (Empowerment-Ansatz).

Operativer Kern des Programms ist das Zusammenwirken verschiedener Protagonisten. Innerhalb der SVLFG wurde das Leistungsangebot der Krankenkasse mit Angeboten der Prävention der Unfallversicherung (Vor-Ort-Beratungen des Technischen Aufsichtsdienstes zu Sturz- und Stolperstellen) aufeinander abgestimmt. Die Landfrauen organisieren in den Dörfern die entsprechenden Kurse und finden Räumlichkeiten für die Veranstaltung. Über den Deutschen Turner-Bund wurde der Kontakt zu den örtlichen Sportvereinen hergestellt, welche die Übungsleiter*innen stellen. Für die konzeptionelle und wissenschaftliche Umsetzung war das Robert-Bosch-Krankenhaus maßgeblich. Zentraler „Kümmerer“ für alle Beteiligten ist das Trittsicher-Telezentrum der SVLFG.

Als Herausforderung in der Umsetzung stellte sich für die Beteiligten eine geringe Verfügbarkeit von Gesundheitsangeboten und insbesondere an Personen, die diese Maßnahmen umsetzen und durchführen können, dar. So war schnell klar, dass eine extrem hohe Nachfrage nach Kursen einer geringen Anzahl qualifizierter Übungsleiter*innen und Physiotherapeut*innen im ländlichen Raum gegenüberstand. Deshalb schulte die SVLFG gemeinsam mit dem Robert-Bosch-Krankenhaus etwa 1 000 Übungsleiter*innen der Sportvereine und Physiotherapeut*innen. Dies war notwendig, damit die geschaffenen Strukturen auch nach Auslaufen des Programms im Setting-Ansatz über die sonstigen Mittel der Krankenkassen finanziert werden können. Weiter konnten etwa 800 Landfrauen gewonnen werden, um die Kurse vor Ort zu organisieren. Bis dato konnten so 3 500 Kurse mit mehr als 37 000 Kursteilnehmer*innen durchgeführt werden. Der durchschnittliche Abstand von Wohnort zum Kursort betrug unter 2 km, was bedeutet, dass die Kurse tatsächlich im eigenen Dorf oder Nachbardorf stattfanden. In der Regel

sind die Distanzen, die zu spezifischen Angeboten zurückgelegt werden müssen, gegenüber urban geprägten Lebensräumen deutlich weiter. Dies ist insbesondere für ältere, gebrechliche Menschen problematisch. Nimmt man die Ergebnisse der „Kommission für gleichwertige Lebensverhältnisse“ der Bundesregierung ernst, zeigt dieses Programm auf, welcher erhebliche Bedarf nach bewegungs- und ernährungspräventiven Angeboten in strukturschwachen ländlichen Regionen besteht und zeigt auf, wie eine Intervention mit dem Zusammenführen verschiedener Protagonisten erfolgen kann.

Resümee

Folgende Defizite, aber auch Chancen bestehen im ländlichen Raum aus Präventionssicht:

- Das Kursangebot für bewegungs- und ernährungspräventive Maßnahmen ist deutlich eingeschränkt. Es ist häufig eine große Wegstrecke zum Kursangebot zu bewältigen.
- In ländlichen Regionen fehlen nicht nur Ärzt*innen, sondern insbesondere auch Dienstleister*innen der weiteren Gesundheitsberufe, welche unumgänglich sind, um präventive Maßnahmen umzusetzen und Chancengleichheit für den ländlichen Raum gewährleisten zu können.
- Die Nachfrage nach entsprechenden wohnortnahen Angeboten ist hoch.
- Die Bereitschaft von ehrenamtlichem Engagement ist deutlich höher als in urbanen Regionen. Ebenso besteht ein hohes Interesse an Qualifikation.
- Zur Initiierung neuer Angebote bedarf es eines „Plans“ und eines zentralen „Kümmerers“, welcher die verschiedenen Protagonisten zusammenführt und zusammenhält.

Aus den vorgenannten Punkten ist für die SVLFG klar, sich auch in Zukunft massiv im ländlichen Raum für Fragen von Prävention, Versorgung und Chancengleichheit einzusetzen. Als nächsten Schritt wird die SVLFG versuchen, das aufgebaute Angebot zur Stärkung der Bewegung um das Themengebiet der Ernährung zu erweitern. Aufgrund der hohen Nachfrage wird es aber mittelfristig unausweichlich sein, der SVLFG mittels gesetzlichem Auftrag die Möglichkeit einzuräumen, ihr Engagement zu steigern. Wir sind zuversichtlich, dass dies vor dem Hintergrund der aktuellen Erkenntnisse über die doch sehr unterschiedliche Chancengleichheit zwischen verschiedenen Regionen politisch erkannt und zu Änderungen im Sinne der in strukturschwachen Regionen Lebenden führen wird. ■

Die Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern:

Netzwerke nicht nur für den ländlichen Raum

Dr. Till Beiwinkel, Malte Bödeker, Wiebke Robl, Gunnar Geuter

Der Erhalt attraktiver Lebensbedingungen in Stadt und Land schließt neben dem Zugang zu einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung auch die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in den Kommunen ein. Wie dies angesichts des Strukturwandels und der demografischen Entwicklung gelingen kann, beschäftigt Entscheidungsträger*innen auf allen Ebenen. Einen Lösungsansatz vor Ort bieten die bayerischen Gesundheitsregionen^{plus}.

Intensivierte Kommunikation und Kooperation der Akteure des Gesundheitssystems

Die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger – unabhängig vom Wohnort – zu erhalten und zu fördern, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die im deutschen Gesundheitssystem mit seiner ausgeprägten Selbstverwaltung und verschiedenen Zuständigkeiten auf viele Schultern verteilt ist. Dabei stehen insbesondere ländlich geprägte Kommunen zunehmend vor Herausforderungen. Neben der Problematik der Nachbesetzung hausärztlicher Praxen gibt es auch in anderen Bereichen wie der Prävention (z. B. gesundes Essen in der Kita) einen steigenden Handlungsdruck. Viele Kommunen sind dabei, gemeinsam mit den Akteuren im Gesundheitswesen, Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung zu übernehmen und aktiv entsprechende positive Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung und Prävention zu entwickeln. Einen Königsweg gibt es dabei nicht. Letztendlich sind politische Ressorts, Leistungserbringer, Sozialversicherungsträger und Gesundheitsakteure aufgerufen, gemeinsam an einem Strang zu ziehen und Lösungen zu entwickeln, die vor Ort passen. Die Kommunen selbst können diesen Prozess idealerweise moderieren und mitgestalten, wenn sie über geeignete Strukturen verfügen.

Mit den Gesundheitsregionen^{plus} unterstützt der Freistaat Bayern bereits seit 2015 bayerische Kommunen beim Aufbau regionaler Gesundheitsnetzwerke (s. Abb. 1). Die Bewerbung zur Bildung einer

Gesundheitsregion^{plus} steht dabei sowohl kreisfreien Städten als auch Landkreisen offen¹, auch Zusammenschlüsse von Gebietskörperschaften sind im Konzept (StMGP 2016) vorgesehen, um regionale Fragen der Gesundheitsversorgung und -vorsorge sinnvoll bearbeiten zu können. Oberste Zielsetzung des Förderprogramms ist die Verbesserung des Gesundheitszustands und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Bevölkerung, gerade auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit. In der Praxis werden die Kommunen durch eine intensivierte Kommunikation und Kooperation der regionalen Akteure des Gesundheitssystems im Rahmen der Gesundheitsregion^{plus} noch besser als bisher in die Lage versetzt, Projekte in den beiden Haupthandlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung durchführen zu können. Auch weitere Handlungsfelder können – je nach regionalen Voraussetzungen – mitbehandelt werden.

Bearbeitete Themenvielfalt ist groß

Die Bandbreite der Themen, die von den Gesundheitsregionen^{plus} behandelt wird, ist groß: Von der medizinisch-geriatrischen Versorgung älterer Menschen, der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendgesundheit, der Bewegungsförderung und der gesunden Ernährung bis zur Prävention und Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft und Geburt. Gemeinsam ist ihnen dabei eine professionelle Steuerungs- und Gremienstruktur (vgl. exemplarisch Abb. 2): Jede Gesundheitsregion^{plus} verfügt über ein

Dr. Till Beiwinkel, Malte Bödeker, Wiebke Robl, Gunnar Geuter

Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus}, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL),
Sachgebiet GE 6: Bayerische Gesundheitsagentur, Gesundheitsversorgung, Nürnberg
gesundheitsregionplus@lgl.bayern.de www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionplus

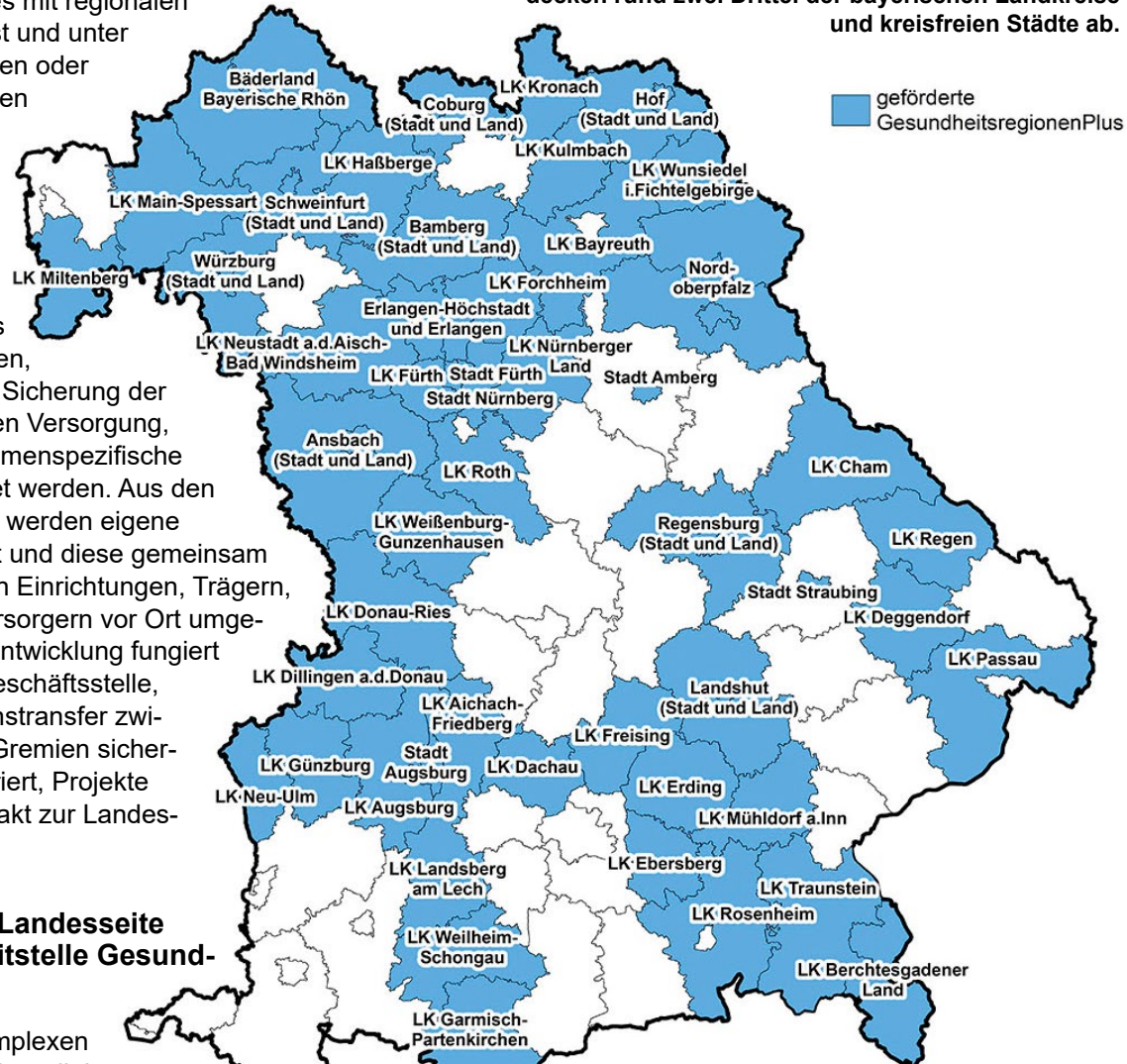
¹ Die Förderung erfolgt ohne Rechtspflicht im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

Gesundheitsforum zur strategischen Planung und Steuerung, welches mit regionalen Expert*innen besetzt ist und unter Vorsitz der Landrät*innen oder Oberbürgermeister*innen Vorschläge zur Weiterentwicklung spezifischer Problemlagen und konkrete Handlungsempfehlungen bereitstellt. Für die Bearbeitung besonders komplexer Problemlagen, wie beispielsweise der Sicherung der haus- und fachärztlichen Versorgung, können zusätzliche themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet werden. Aus den Arbeitsgruppen heraus werden eigene Projektideen entwickelt und diese gemeinsam mit den kooperierenden Einrichtungen, Trägern, Berufsgruppen und Versorgern vor Ort umgesetzt. Als „Motor“ der Entwicklung fungiert eine koordinierende Geschäftsstelle, welche den Informationstransfer zwischen den beteiligten Gremien sicherstellt, Sitzungen moderiert, Projekte begleitet und den Kontakt zur Landesebene herstellt.

Unterstützung von Landesseite durch Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus}

Diese vielfältigen, komplexen Prozesse zu initiieren, koordinieren und zu begleiten, bedarf es viel Erfahrung und grundlegender Sachkompetenz. Daher werden auf Landesseite die Gesundheitsregionen^{plus} durch die am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eingerichtete Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus} fachlich beraten und unterstützt. Die Grundlage ihrer Tätigkeit stellen Praxiserfahrungen und theoretische Grundlagen dar. So werden die Vernetzung, der Erfahrungsaustausch und der Wissenstransfer zwischen den Gesundheitsregionen^{plus} sowie zwischen Land und Kommunen sichergestellt. Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen vermitteln praxisnahe Methoden und Handlungsansätze des kommunalen Gesundheitsmanagements, welche in den Kommunen Anwendung finden. Eine begleitende Evaluation und ein Berichtswesen auf Basis halbjährlicher Fortschrittsberichte zum Monitoring des erzielten Fortschritts stellen ein Instrument der Qualitätssicherung dar.

Abbildung 1: Die aktuell 50 geförderten Gesundheitsregionen^{plus} decken rund zwei Drittel der bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte ab.



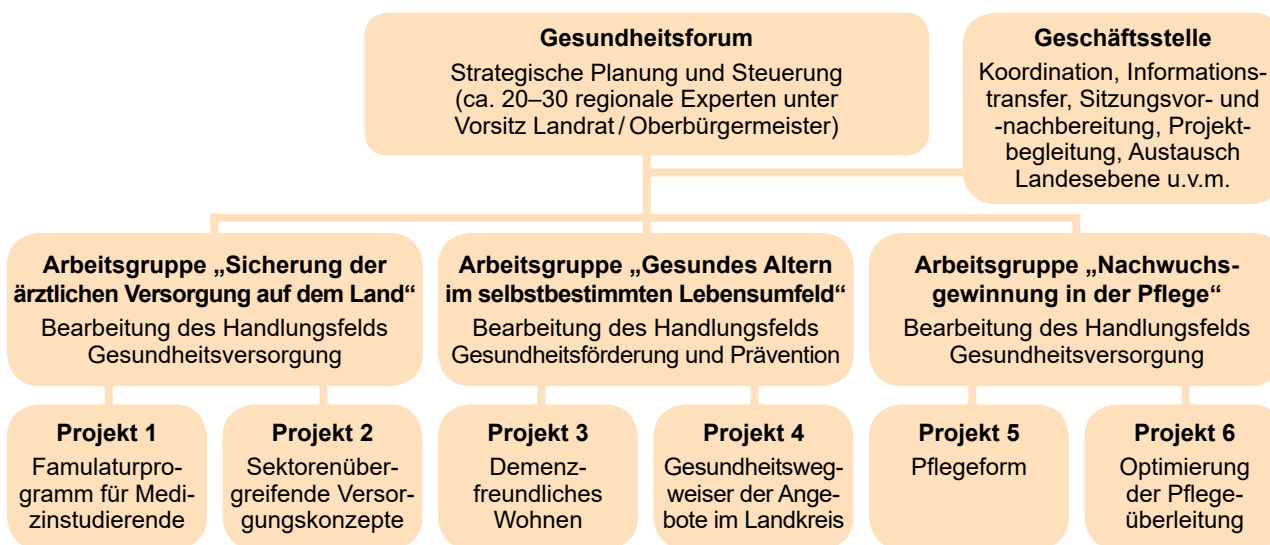
Quelle: LGL

Erstellt von: GE6 - LGL
Quelle: Landesamt für Digitalisierung, Breitband und Vermessung
Stand: Januar 2019

Arbeitsweise der Gesundheitsregionen^{plus}

Um den verschiedenen regionalspezifischen Herausforderungen gerecht zu werden, steht am Anfang der Gründung einer Gesundheitsregion^{plus} in der Regel eine systematische Bestands- und Bedarfsanalyse. Diese schließt zum einen die Erfassung der bereits vor Ort bestehenden Strukturen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung ein, so dass sichergestellt ist, dass bisherige Aktivitäten und vorhandene Angebote aufgegriffen und in den anschließenden Netzwerkaufbau einbezogen werden. Zum anderen wird die Ausgangslage einer Region in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung bzw. Prävention analysiert, um spezifische Bedarfe

Abbildung 2: Beispielhafte Grundstruktur einer Gesundheitsregion^{plus} im ländlichen Raum mit Gesundheitsforum, Geschäftsstelle und Arbeitsgruppen zur Behandlung von Themen der Gesundheitsversorgung sowie Prävention und Gesundheitsförderung.



Quelle: LGL

und Themenbereiche zu ermitteln, die vordringlich behandelt werden sollen. Ein Beispiel für einen regionalen Gesundheitsbericht im ländlichen Raum, der öffentlich zugänglich ist und somit auch den Bürger*innen Einblick in die regionale Gesundheit auf Bevölkerungsebene gewährt, ist die Bestands- und Bedarfsanalyse für die Gesundheitsregion^{plus} im Landkreis Haßberge². Aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen entwickeln die Gesundheitsregionen^{plus} möglichst langfristig angelegte Gesundheitsstrategien, welche die kommunalen Gesundheitsziele darstellen, Handlungsoptionen aufzeigen sowie generell ein aufeinander abgestimmtes Handeln der beteiligten Akteure und der Lokalpolitik und -verwaltung erleichtern. Die von einer Region gewählte Strategie legt auch den Rahmen für die konkrete Projektentwicklung und -umsetzung fest, denn sie enthält im Idealfall neben den vordringlichen Gesundheitsproblemen einer Region auch Angaben darüber, welche Zielgruppen in der Bevölkerung (z. B. Kinder und Jugendliche, erwerbslose Menschen) erreicht werden sollen und in welchen Kontexten bzw. „Settings“ (z. B. Kindergärten, Schulen, Betriebe) gearbeitet werden soll. Schlussendlich wird bei Abschluss einer Maßnahme eine Evaluation der Projektergebnisse durch die Gesundheitsregion^{plus} angestrebt, auf deren Grundlage Entscheidungen über die langfristige Implementierung erfolgreicher Maßnahmen in die Strukturen vor Ort gefällt werden können.³

Praxisbeispiel 1:

Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung im Rahmen einer Gesamtstrategie zur Daseinsvorsorge in der Region Coburg

Das im Norden Bayerns, im Regierungsbezirk Oberfranken gelegene Coburger Land zählt zum ländlichen Raum mit besonderem Handlungsbedarf. Es ist, wie viele andere ländliche Regionen auch, vom demografischen Wandel betroffen, der sich auf die Bevölkerungsstruktur und damit u. a. auch auf die ärztliche Versorgung auswirkt. Dies hat der Landkreis Coburg frühzeitig erkannt und u. a. das Themengebiet Gesundheit im Rahmen des „Aktionsprogrammes regionale Daseinsvorsorge – Modellvorhaben der Raumordnung“ (MORO) aufgegriffen. In einem diskursiv angelegten Prozess wurden eine integrative Gesamtstrategie entwickelt und Empfehlungen für die Zukunft abgeleitet. In diese Strategieentwicklung waren alle Städte und Gemeinden sowie Akteure des Gesundheitswesens der Region Coburg intensiv eingebunden. Mit der Gesundheitsregion^{plus} konnten Stadt und Landkreis Coburg sowie alle weiteren Beteiligten gemeinsam an die im MORO entwickelten Strategien und Handlungsempfehlungen anknüpfen, die initiierten Projekte fortführen und diese weiterentwickeln. Dazu zählen im Handlungsfeld

² www.hassberge.de/fileadmin/user_upload/GesundheitsregionPlus/GesRegHas-Bericht-Bestands-_und_Bedarfserhebung.PDF (Abruf: 23.08.2019).

³ Das beschriebene Vorgehen der Gesundheitsregionen^{plus} orientiert sich am Modell des gesundheitspolitischen Aktionszyklus (vgl. Rosenbrock, R. und S. Hartung (2015): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BZgA. www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-163.html (Abruf: 22.08.2019).

Gesundheitsversorgung u. a. ein Stipendienprogramm für Medizinstudierende⁴, die Durchführung einer Imagekampagne zur hausärztlichen Versorgung⁵ und die Einrichtung eines Hol- und Bringdienstes zum ärztlichen Bereitschaftsdienst⁶. Mithilfe dieses abgestimmten Maßnahmenpakets soll die ärztliche Versorgung im Landkreis langfristig gesichert werden. Erste Erfolge sind bereits sichtbar: So konnten für das Stipendiatenprogramm seit dem Jahr 2014 bereits acht Medizinstudierende gewonnen werden, die im Anschluss an ihr Studium ihre Facharztweiterbildung in der Region Coburg absolvieren und danach für mindestens 24 Monate im Landkreis Coburg ärztlich tätig sein werden.

Praxisbeispiel 2:

Vernetzung in der Pflege durch das PflegeFORUM altmühlfranken im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen

Die deutschlandweit steigende Zahl der Pflegebedürftigen bei einem bereits heute deutlich spürbaren Fachkräftemangel macht es in vielen Regionen u. a. notwendig, die an der Pflege beteiligten Berufsgruppen sowie die Angehörigen und Betroffenen besser zu vernetzen. So auch im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen, in welchem eine regionale Befragung der Gesundheitsregion^{plus} einen Mangel an Fortbildungsangeboten, das Fehlen einer Interessenvertretung in der Region und den Wunsch nach Weiterentwicklung der Pflegequalität vor Ort feststellte. Aus diesen Beobachtungen heraus wurde das PflegeFORUM altmühlfranken gegründet, welches regelmäßige fachbezogene Veranstaltungen zu aktuellen Pflege Themen in der Region durchführt und so den fachlichen Austausch vorantreibt. Im Vordergrund stehen Themen der institutionsübergreifenden Qualitätssicherung, Personalentwicklung und Fortbildung, berufsethischen Fragen und die Zusammenarbeit mit gesundheitspolitischen Gremien. Im ersten Pflegeforum des Jahres 2019 wurde beispielsweise das Thema Humor in der Pflege mit dem Veranstaltungstitel „Humor – eine gesunde Ressource in der Pflege“ aufgegriffen. Die Resonanz ist dabei mit durchweg gut besuchten

Veranstaltungen äußerst positiv. Aktuell findet bereits das zehnte Pflegeforum im Landkreis statt, eine Fortführung im halbjährlichen Turnus ist geplant⁷.

Praxisbeispiel 3:

Entwicklung gesundheitsförderlicher Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Landkreis Günzburg

Im Landkreis Günzburg stand am Anfang die Beobachtung, dass ein Überblick über die vorhandenen gesundheitsförderlichen Angebote in Einrichtungen wie Schulen und Kindergärten fehlte. Die daraufhin durchgeführte Befragung der Einrichtungen durch die Gesundheitsregion^{plus} ergab, dass fast alle Einrichtungen bereits Gesundheitsthemen aufgreifen und Maßnahmen durchführen, diese vielfältigen Aktionen jedoch selten aufeinander abgestimmt sind. Zudem berichteten die Einrichtungen Handlungsbedarf zu den Themen Medienerziehung, psychische Belastungen, Bewegung und gesunde Ernährung. Aus diesen Erkenntnissen wurde der mehrjährige Wettbewerb „Gesunde Einrichtung“ entwickelt mit dem Ziel, eine entsprechende Organisationskultur landkreisweit zu fördern und die Schulen und Kindergärten zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten zu entwickeln. Im Rahmen des Wettbewerbs können Einrichtungen bei erfolgreicher Maßnahmenumsetzung (Angebote für gemeinsames Kochen, Teilnahme am Schulobstprogramm, etc.) Preisgelder zur Umsetzung weiterer Maßnahmen gewinnen. Alle teilnehmenden Institutionen erhalten ein Teilnahmezertifikat. Die von den Einrichtungen vorgeschlagenen Maßnahmen und Projekte werden von der Arbeitsgruppe der Gesundheitsregion^{plus} auf ihre Qualität hin überprüft und im Rahmen einer Online-Umfrage von den Bürger*innen des Landkreises ausgewählt. Zum Schuljahr 2017/18 wurde die Maßnahme erstmalig durchgeführt und begleitend evaluiert. Bereits jetzt zeigt sich, dass ein Anreiz für die Einrichtungen im Landkreis geschaffen wurde, sich in Fragen der Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln und so das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer landkreisweiten Strategie zu unterstützen.⁸

⁴ <https://gesundheitsregionplus.coburg-stadt-landkreis.de/arbeitschwerpunkte/gesundheitsversorgung/stipendienprogramm> (letzter Abruf: 28.08.2019).

⁵ www.als-arzt-nach-coburg.de (letzter Abruf: 28.08.2019).

⁶ <https://gesundheitsregionplus.coburg-stadt-landkreis.de/arbeitschwerpunkte/gesundheitsversorgung/hol-und-bringdienst-zur-bereitschaftspraxis-am-klinikum-coburg> (letzter Abruf: 28.08.2019).

⁷ www.altmuehlfranken.de/gesundheitsregion/pflegeforum (letzter Abruf: 26.08.2019).

⁸ <https://gesundheit.landkreis-guenzburg.de/gesunde-einrichtung> (letzter Abruf: 26.08.2019).



Geschäftsstellenleiter und Geschäftsstellenleiterinnen der Gesundheitsregionen^{plus} mit Vertreter*innen des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) und des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) bei der jährlich vom LGL veranstalteten Fortbildungs- und Netzwerkveranstaltung am 29. Mai 2019 in Landshut.

Fazit und Ausblick

Die bisherigen Erfahrungen im ländlich geprägten Flächenland Bayern zeigen, dass die Gesundheitsregionen^{plus} durch ihren Ansatz der Vernetzung von Akteuren des Gesundheitswesens unter Einbezug kommunalpolitischer Entscheidungsträger*innen und -verwaltungen gerade in den ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten einen wertvollen Beitrag zum Aufbau gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in den Kommunen leisten und zielgerichtet dabei unterstützen, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung unabhängig vom Wohnort zu erhalten. Dies zeigt zum einen das anhaltend hohe Interesse von Seiten der Kommunen bei der Teilnahme am Förderprogramm: Aktuell besteht in rund zwei Drittel der Landkreise und kreisfreien Städte eine Gesundheitsregion^{plus}, ein weiterer Ausbau des Programms wird angestrebt⁹. Auch die begleitende Evaluation durch das LGL deutet auf einen zügigen und zielgerichteten Netzwerkaufbau unter hoher Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Akteure hin, welcher in zunehmendem Maße konkrete Projektentwicklungen zur Optimierung der regionalen Gesundheitsversorgung und -vorsorge nach sich zieht. In diesem Zusammenhang ist außerdem erkennbar, dass über die Strukturen der Gesundheitsregionen^{plus}

in hohem Maße weitere Förder- bzw. Drittmittel zur Durchführung von settingbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention akquiriert werden können (z. B. Förderungen der Gesetzlichen Krankenkassen), von denen die Kommunen zusätzlich profitieren. Inzwischen befinden sich auch mehrere Gesundheitsregionen^{plus} hinsichtlich einer möglichen Förderung durch das Programm des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) „Innovative Medizinische Versorgungskonzepte“¹⁰ in den Vorbereitungen. In der beschriebenen Heterogenität der Gesundheitsregionen^{plus} hinsichtlich des Aufbaus und insbesondere der behandelten Themen liegt auch ihre Stärke. Im Rahmen des regelmäßig stattfindenden landesweiten Austausches werden erfolgreiche und bewährte Ansätze zwischen den Regionen ausgetauscht, um so die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu erhalten. ■

Literatur

StMGP (2016): *Konzept Gesundheitsregionen^{plus}* (Stand: 09.03.2016). Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München.

⁹ www.stmgp.bayern.de/presse/huml-gesundheitsregionen-plus-sind-weiter-auf-erfolgskurs-bayerns-gesundheitsministerin (letzter Abruf: 27.08.2019).

¹⁰ www.lgl.bayern.de/imv (letzter Abruf: 27.08.2019).

Von Rückenkursen zu Personalstellen? Verhältnisprävention stärker fördern

Miriam Elsaesser

Unter den Begriffen Prävention und Gesundheitsförderung werden zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten zusammengefasst, mit denen Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen vermieden, das Risiko von Erkrankungen verringert oder ihr Auftreten verzögert werden sollen. Um das bis dahin in der deutschen Gesundheitspolitik unterrepräsentierte Thema der Prävention und Gesundheitsförderung voranzubringen, wurde vor vier Jahren das Präventionsgesetz verabschiedet. Im Folgenden soll beleuchtet werden, welche Bereiche zur gesundheitlichen Prävention zählen, welche Schwerpunkte die Gesetzliche Krankenversicherung in Bezug auf eine Förderung setzt und welche Anpassungen vorgenommen werden müssten, um die Ziele des Präventionsgesetzes flächendeckend zu erreichen.

Die Bedeutung der Lebensverhältnisse für die Gesundheit

1986 rief die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta 1986), die bis heute Grundlage für die Erarbeitung gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist, zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ auf. In der Charta werden fünf hauptsächliche Handlungsfelder von Gesundheitsförderung genannt: gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, gesundheitsförderliche Lebenswelten, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Hier wird deutlich, dass Verhaltensprävention, also Maßnahmen, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten des Einzelnen zielen, ein Handlungsfeld unter vielen ist. Deswegen nennt die Charta das Verhalten auch nur als einen Faktor, der für die Erhaltung und Herbeiführung

von Gesundheit wichtig ist. Daneben werden politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische und Umweltfaktoren genannt. In der Aufzählung von Voraussetzungen für Gesundheit geht die Charta sogar noch einen Schritt weiter. Hier nennt sie Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit und führt aus: „Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (Ottawa-Charta 1986, S. 2). Die Aufzählung zeigt, dass viele Voraussetzungen von Gesundheit nicht oder zumindest nicht wesentlich durch das eigene Verhalten beeinflussbar sind. Vielmehr zielen sie auf die Verhältnisse ab, in denen die Menschen leben, weshalb die Maßnahmen, die diese Verhältnisse gesundheitsförderlich gestalten sollen, unter dem Begriff Verhältnisprävention zusammengefasst werden.

Verhältnisprävention erfolgt überwiegend durch Kommunen

Betrachtet man die Bedeutung, die die Ottawa-Charta der Verhältnisprävention einräumt, und

ruft sich die o. g. Voraussetzungen für Gesundheit ins Gedächtnis, ist es nur konsequent, dass die WHO eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik an den Anfang ihrer Ausführungen über die hauptsächlichen Handlungsfelder von Gesundheitsförderung stellt. Denn all diese Faktoren werden mehr oder weniger stark von Politik beeinflusst bzw. von ihr garantiert. Bei vielen Faktoren geht es dabei nicht vornehmlich um internationale oder nationale Politik, sondern um Dinge, die in den Bereich der kommunalen Daseinsvorsorge fallen und somit in den Landkreisen, Städten und Gemeinden entschieden werden: Die Verantwortung für die Kreislaufwirtschaft und das Recycling und die damit einhergehende nachhaltige Verwendung von Ressourcen zählen ebenso dazu wie die Trägerschaft der äußeren Schulangelegenheiten und damit etwa die Gestaltung der Klassenräume und Pausenhöfe sowie die Organisation des Schullebens. U. a. über die Verantwortung für Quantität und Qualität von Kindertagesstätten und die Trägerschaft von Musikschulen und Volkshochschulen sind die Landkreise außerdem wichtige Akteure im Bereich der (frühkindlichen und kulturellen) Bildung – nach der WHO ebenfalls eine Voraussetzung für Gesundheit. Grundsätzlich gestaltet die Kommune das



Miriam Elsaesser

Referentin, Deutscher
Landkreistag, Berlin

Miriam.Elsaesser@
landkreistag.de



Kommunen sind zuständig für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten.

Wohnumfeld ihrer Bürger*innen, etwa durch die Erschließung und den Erhalt von Grünflächen, den (sozialen) Wohnungsbau und die Gestaltung von Straßen, aber auch Wegen für Radfahrer*innen und Fußgänger*innen. So sorgt sie für den Erhalt angemessener Wohnbedingungen. Es zeigt sich also, dass Landkreise in vielen Bereichen, die die WHO als Grundvoraussetzungen für Gesundheit definiert hat, entscheidende Gestaltungskompetenzen haben, die sie auch verantwortungsvoll wahrnehmen.

Neben der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe vieler kommunaler Politikbereiche ist außerdem die gesundheitliche Primärprävention im Sinne einer Vorbeugung spezifischer Krankheiten schon lange vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes eine Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge gewesen. Als Träger und Betreiber des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind Landkreise beispielsweise gemeinsam mit den Krankenkassen und Zahnärzt*innen für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe zuständig.

Hiermit wird deutlich: Prävention und Gesundheitsförderung standen bereits vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Fokus

der Landkreise. Sie sind ein fester Bestandteil der Daseinsvorsorge. Nun wurde das Präventionsgesetz aber mit dem Ziel erlassen, die Prävention und Gesundheitsförderung weiter voranzubringen. Die Krankenkassen wurden deswegen verpflichtet, im Jahr rund 500 Mio. € für diesen Bereich auszugeben und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde beauftragt, einheitliche Handlungsfelder und Kriterien festzulegen, nach denen diese Mittel verteilt werden. Ihren Ausführungen zur Gesundheitsförderung legt die GKV ebenfalls die Ottawa-Charta zugrunde.

Ungünstig: Schwerpunkte der GKV liegen auf Verhaltensprävention

Die GKV legt die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention im GKV-Leitfaden Prävention fest (GKV-Spitzenverband 2018). In § 20 Abs. 1 SGB V ist Primärprävention als „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ und Gesundheitsförderung als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns“ bestimmt. Der Leitfaden Prävention der GKV gilt für die Leistungser-

bringer vor Ort verbindlich, d. h. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen nicht von den Krankenkassen durchgeführt oder gefördert werden.

Nun legt der GKV-Leitfaden allerdings im Gegensatz zur Ottawa-Charta der WHO einen Schwerpunkt auf Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention, Maßnahmen der Verhältnisprävention werden höchstens am Rande beachtet. Die grundsätzlich in Gruppen stattfindenden verhaltenspräventiven Maßnahmen sollen dazu führen, dass sich die Teilnehmenden auch nach Beendigung des jeweiligen Kurses regelmäßig so verhalten, dass es sich positiv auf ihre Gesundheit auswirkt. Über den Setting-Ansatz werden Maßnahmen in Lebenswelten der Zielgruppen, z. B. in Kitas und Schulen, aber auch in Kommunen, gefördert, wobei verhaltens- und verhältnispräventive Elemente miteinander verknüpft werden.

Selbst bei Maßnahmen in Lebenswelten werden verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombiniert. Es wird also vornehmlich darauf abgestellt, das Verhalten der Personen zu beeinflussen, so dass meist durch eine bewusstere Ernährung, Be-



Foto: © Photographree.eu – Fotolia.com

Maßnahmen, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten jeder und jedes Einzelnen zielen, sind nur ein Handlungsfeld unter vielen.

wegung und eine Sensibilisierung für gesundheitsförderliche Aspekte Krankheiten vorgebeugt wird. Dies ist eine Strategie, die die Krankenkassen auch schon vor der Umsetzung des Präventionsgesetzes verfolgt haben, auch wenn es damals gewiss auch aus finanziellen Gründen nicht in so einem großen Stil wie heute geschah. Natürlich ist grundsätzlich nichts gegen einen verhaltenspräventiven Ansatz einzuwenden. Gesundheitsförderliches Verhalten ist eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Leben. Allerdings umfasst der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz wie die Bestimmung der Primärprävention als „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ zeigt, sehr viel mehr als die viel zitierten Rücken-, Yoga- und Ernährungskurse der Krankenkassen.

Hierauf geht der GKV-Leitfaden in seiner Präambel ein, indem er hervorhebt, dass der „Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit [...] gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ seien und viele Einflussbereiche außerhalb der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne lägen. Vielmehr seien Prävention und Gesundheitsförderung bei verschiedenen Akteuren zu verorten (GKV-Spitzenverband 2018, S. 6). Dem ist nicht

zu widersprechen: Wie oben gezeigt, haben insbesondere Kommunen Einfluss auf die Lebensbedingungen und nehmen diese Aufgabe im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge auch mit Blick auf die Gesundheitsförderung seit Langem verantwortungsvoll wahr. Allerdings unterschlägt die GKV durch den Verweis auf die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, dass die finanziellen Mittel aus dem Präventionsgesetz allein bei ihr liegen. Ihr fast vollständiger Rückzug auf Maßnahmen der Verhaltensprävention schwächt somit die Akteure, die die Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Leben setzen. Die Verhältnisprävention und deren Förderung muss viel stärker fokussiert werden, als dies bisher der Fall ist. Dabei von den Lebenswelten auszugehen, wie es die GKV ja auch tut, ist sicherlich der richtige Weg.

Landkreise füllen ihren Status als besondere Lebenswelten aus

Lebenswelten sind nach § 20a Abs. 1 SGBV „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich

des Sports.“ Die Kommune wird dabei als eine Lebenswelt mit besonderer Bedeutung angesehen, da sie alle anderen Lebenswelten wie etwa Kitas, Schulen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen umfasst. Zudem können über sie Menschen erreicht werden, die über keine andere Lebenswelt erreicht werden können, etwa allein lebende ältere Menschen, arbeitslose Menschen oder Selbständige (vgl. Nationale Präventionskonferenz 2018, S. 6).

Durch ihren übergreifenden Charakter sind die Landkreise die richtigen Ansprechpartner für die Vernetzung von gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen und weiteren Gruppen in ihrem Gebiet. Dieser Grundsatz bezieht sich nicht zuletzt auch auf den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung: Sie wissen, was hier bereits vorhanden ist, wo Verknüpfungen sinnvoll sind und an welchen Stellen weiterer Handlungsbedarf besteht. Somit sind sie die Akteure für Steuerung und Koordination. In dieser Rolle sehen sich die Landkreise durchaus auch selbst, weshalb es ihnen vornehmlich um die Entwicklung und Implementierung langfristig angelegter Präventionsstrategien geht und frühestens im zweiten Schritt um die Umsetzung von sich hieraus ergebenden einzelnen Kursen und Projekten. Die GKV hat diese Bedeutung der Kommunen mittlerweile erkannt: Als ein Ziel für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in den Jahren 2019 bis 2024 hat sie sich selbst gesetzt, die Zahl der Landkreise, Städte und Gemeinden, die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien haben, zu erhöhen (vgl. GKV-Spitzenverband 2018, S. 17). Um dieses Ziel zu erreichen, ist nicht zuletzt eine aus-

reichende dauerhafte Personal- ausstattung für den Bereich der Prävention und Gesundheits- förderung notwendig.

Mehr Handlungsspielräume für die Landkreise notwendig

Das Anfang 2019 aufgelegte kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zum Aufbau und zur Weiterentwicklung kommunaler Kooperations- und Koordinierungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention geht dabei in die richtige Richtung. Positiv ist zu bewerten, dass die GKV sich nun für die Förderung von Personalstellen, die sie bis dahin abgelehnt hatte, geöffnet hat: Mit Unterstützung des Förderprogramms können in Kommunen nun Koordinator*innen für Prävention beschäftigt werden. Ein Wermutstropfen ist allerdings darin zu sehen, dass das Förderprogramm nur für etwa die Hälfte der Landkreise und kreisfreien Städte zugänglich ist, nämlich für diejenigen, die im bundes- und landesweiten Vergleich eine Einwohnerschaft aufweisen, die unter Berücksichtigung der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen als sozial benachteiligt gilt. Zudem handelt es sich um eine befristete degressive Förderung. Wenn diese ausläuft, stehen auch die bis dato geförderten Kommunen wieder vor der Frage, wie die Gesundheitsförderung unterstützt und gefördert werden kann. Um Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig in den



Die Kommune als Lebenswelt hat eine besondere Bedeutung, da sie alle anderen Lebenswelten, wie z. B. Kitas und Schulen, umfasst.

Kommunen zu verankern, ist eine langfristige Personalförderung für alle Landkreise notwendig.

Zudem müssen die Landkreise mehr Handlungsspielraum bei der Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort bekommen. Um ihre Rolle als koordinierende Stelle eines gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozesses, die ihnen auch im GKV-Leitfaden zugeschrieben wird (vgl. GKV-Spitzenverband 2018, S. 31), verantwortungsvoll und dauerhaft wahrzunehmen, ist auch eine Mitsprache bei der Finanzierung von Maßnahmen notwendig. Die Einrichtung von Präventionsfonds aus Mitteln der Sozialversicherungsträger, die durch die Kommunen verwaltet werden, wäre hier eine sinnvolle Lösung. Die genaue Ausgestaltung sollte auf einer gesetzlichen Grundlage im SGB V zwischen den Sozialversicherungsträgern und den kommunalen Spitzenverbänden vereinbart werden.

Fazit

Landkreise sind entscheidende Akteure im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Durch eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und die Koordination und Vernetzung von Präventionsmaßnahmen in ihrem Gebiet leisten sie einen wichtigen Beitrag zum Ziel einer gesünderen Bevölkerung. Diese verhältnisbezogenen Maßnahmen sollten verstärkt in den Blick genommen und mindestens ebenso honoriert und unterstützt werden wie verhaltensbezogene Ansätze. Eine dementsprechende Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und ein größerer Freiraum, um die großen gesundheitsfördernden Potenziale der Landkreise auch zu nutzen, sind unabdingbar. Nur so kann das Präventionsgesetz seine Ziele erreichen und zu einer gesünderen Bevölkerung führen. ■

Literatur

GKV-Spitzenverband (2018): GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21.6.2000 in der Fassung vom 1.10.2018.

Nationale Präventionskonferenz (2018): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.2.2016, erste weiterentwickelte Fassung vom 29.8.2018.

Ottawa-Charta (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch.

Gesunde Städte-Netzwerk stärkt Kräfte und Ressourcen für Erhalt der Gesundheit

Dr. Hans Wolter

Langfristige Gesundheitsförderung setzt die Zusammenarbeit von Politik, Verwaltung und Gesellschaft voraus. Das Gesunde Städte-Netzwerk bringt lokale Gesundheitsakteure für fachlichen Austausch zusammen und plädiert für eine engere Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kommunen bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

„Gesunde Städte“-Bewegung der WHO betrachtet Gesundheitsförderung global

Ausgangspunkt für die Gründung des Gesunde Städte-Netzwerkes in Deutschland¹ war die Begeisterung für den „Healthy-Cities“-Gedanken der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Dieser geht davon aus, dass die Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit weltweit nur möglich ist, wenn die lokalen Kräfte und Ressourcen für den Erhalt der menschlichen Gesundheit gestärkt werden. Dazu gehörte die Erkenntnis der WHO-Expert*innen, dass Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention² mehr als eine medizinische Fachdienstleistung sind. Sie benötigen die Initiative, die Ideen und die Leistungsfähigkeit der Politik, der Verwaltung und der Zivilgesellschaft in all ihren Facetten.

Bürgerbeteiligung und die unvoreingenommene Einbeziehung aller lokalen Gesundheitsakteure, von Verbänden, Vereinen und Dienstleistern, sind deshalb Qualitätsmerkmale der Netzwerkarbeit des Gesunde Städte-Netzwerkes. Eine weitere Besonderheit: Vor Ort und auf Bundesebene wirken kommunale Verwaltungen und zivilgesellschaftliche Initiativen und Träger gleichberechtigt zusammen. Getragen wird diese Haltung durch das Selbstverständnis der beteiligten Kommunen, lobbyfrei und

zielorientiert für die Gesundheit und Wohlfahrt ihrer Bürgerinnen und Bürger zu wirken.

Das Netzwerk dient den beteiligten Kommunen dazu, sich fachlich auszutauschen und nach effektiven Wegen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention zu suchen, auch dort, wo Bundes- und Landesgesetze nichts vorschreiben oder die Umsetzung nicht gut gelingt. Gute Beispiele von erfolgreichen Kooperationen für die Gesundheit vor Ort sollen auf diese Weise kein Einzelfall bleiben, sondern kopiert werden und allgemeine Verbreitung erfahren. Über das Netzwerk kann Expertenwissen verfügbar gemacht werden, das dem Handeln vor Ort zugutekommt. Das Gesunde Städte-Netzwerk betont die tatsächliche Gestaltungsrolle der Kommunen für Lebensqualität, Generationen verbindenden Zusammenhalt, Inklusion, Integration, nachhaltigen Umweltschutz und gesundheitliche Chancengleichheit. Es will dazu beitragen, dass diese Rolle auf allen gesetzgebenden Ebenen des Bundes und der Länder respektiert wird. Die Städte, Kreise und Gemeinden sollen so zum Sprachrohr für eine lebensweltliche Gesundheitsförderung werden. Mehr noch: Nur durch aktive Kommunalpolitik können die Ziele guter gemeinter Gesetze wie des bundesweiten Präventionsgesetzes von 2015 im Alltag der Menschen in Stadt und Land tatsächlich erreicht werden.



Dr. Hans Wolter

Bundesweiter Koordinator des Gesunde Städte-Netzwerkes, Stadt Frankfurt am Main

gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de

Entwicklung von gesundheitsfördernden Angeboten im ländlichen Raum verstärkt im Fokus

Aktuell transportiert das Netzwerk entsprechend den Leitlinien der WHO die notwendige Erkenntnis, dass Gesundheitsförderung und -schutz, Umwelt- und Energiepolitik, Verbraucherschutz, Soziales, Bildung, Stadtentwicklung, Arbeit und Wirtschafts-

¹ Das 1988 gestartete WHO-Projekt ist heute eine weltweite Bewegung, der allein in Europa 31 nationale Netzwerke mit über 1 400 Städten angehören. www.gesunde-staedte-netzwerk.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/gesunde_staedte.pdf, www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/membership/list-of-phase-vi-national-networks

Das Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland wurde 1989 in Frankfurt am Main von zehn Städten und einem Kreis gegründet. Heute umfasst das bundesweite Netzwerk 84 Mitgliedskommunen, darunter 44 Großstädte (davon 4 kreisangehörige), 9 Berliner Bezirke, 11 Kreise, eine Region sowie 23 mittlere Städte und Gemeinden. Dem Gesunde Städte-Netzwerk können ausschließlich Gebietskörperschaften beitreten. Erforderlich sind in jedem Fall Beschlüsse der zuständigen kommunalen Volksvertretungen.

² Gesundheitsförderung durch Gestaltung der Verhältnisse, in denen Menschen leben. Siehe hierzu auch den Artikel von Miriam Elsäßer, S. 82.



Kommunalpolitische Runde Plus beim Gesunde Städte-Fachsymposium in Marburg (2018) mit Oberbürgermeister Dr. Thomas Spies, Landrätin Kirsten Fründt (Marburg-Biedenkopf) Bürgermeisterin Dr. Ulrike Freudenlieb (Mannheim), Moderatorin Dr. Lucia Schmidt, Stadtbürgermeister Dr. Fred-Holger Ludwig (Bad Bergzabern) und Referentin Prof. Gesine Bär (v.l.n.r.)

förderung als Ganzes wahrgenommen und stärker integriert werden sollen.

In Deutschland ist auch die sozialräumliche Entwicklung der letzten Jahre zum Thema im Netzwerk geworden. Nachdem zunächst insbesondere Großstädte Interesse an der Netzwerkarbeit zeigten, sind inzwischen eine ganze Reihe mittlere Städte und Gemeinden, mehrere Landkreise sowie eine Region Mitglied geworden und formulieren Probleme der Gesundheitsversorgung ebenso wie den Bedarf an Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien außerhalb der Großstädte und Metropolen. Der Aufbau von Präventionskonferenzen auf Kreisebene und die Entwicklung gesundheitsförderlicher Angebote in Dörfern und Kleinstädten kommen immer mehr ins Blickfeld.

Präventionsgesetz schafft mehr Aufmerksamkeit für lebensweltliche Gesundheitsförderung

Kommunen als maßgeblicher Gestalter der Lebenswelten ihrer Bürgerinnen und Bürger sind ein wichtiger Akteur bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes. Die Entwicklung der kommunalen Gesundheitsförderung in Deutschland seit Verabschiedung des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz – PräVg) vom 17. Juli 2015 verläuft jedoch krankenkassenbetonter und zentralstaatlicher, als vom Gesunde Städte-Netzwerk gewünscht.

Die Erwartungen der Netzwerkkommunen betreffen vor allem eine engere Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der jeweiligen Kommunalverwaltung und lokalen Gesundheitsinitiativen/-projekten. Relevant ist dabei die Nutzung bestehender koordinativer Strukturen auf kommunaler Ebene wie Gesundheitskonferenzen, Gesunde Städte-Büros

und regionale Formen wie die Gesundheitsregion-Plus in Bayern. Erwartet wird mehr Transparenz aller Kassen und eine kassenübergreifende langfristige Finanzierung von Maßnahmen und Projekten. Sinnvoll sind unbürokratische Antragsverfahren und die Möglichkeit der finanziellen Förderung von Personalkapazität.

Selbstverständlich müssen auch von kommunaler Seite gewisse Vorleistungen erbracht werden. Ausreichende Ressourcen in der kommunalen Gesundheitsförderung und -planung sind ebenso bedeutsam wie die Impulse zu einer verstärkten, bereichsübergreifenden Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene auch innerhalb der Verwaltungen. Nicht zuletzt müssen die Möglichkeiten des interkommunalen Erfahrungsaustausches (z. B. über das Gesunde Städte-Netzwerk) genutzt werden.

Positiv lässt sich feststellen, dass das Bundespräventionsgesetz die Aufmerksamkeit für lebensweltliche Gesundheitsförderung erhöht hat. Insofern stellt es – auch durch die Bereitstellung eigener finanzieller Mittel und Instrumente – eine Erweiterung der kommunalpolitischen Gestaltungsräume dar. Bisher ist allerdings in der Umsetzung durch die Krankenkassen und die Bundesländer zu wenig davon auf der kommunalen Ebene wirksam geworden. Um das zu ändern, wird es auch in Zukunft in erster Linie auf kommunal- und zivilgesellschaftliche Initiativen für mehr Gesundheit und Lebensqualität in Stadt und Land ankommen. ■



Betriebliches Gesundheitsmanagement der Stadt Frankenberg (Eder):

Bei Prävention auch an die eigenen Beschäftigten denken

Florian Held

Arbeitnehmer*innen in Südhessen haben gemäß einer Aufstellung der Krankenkasse Barmer GEK im Jahresschnitt deutlich weniger Krankheitstage als in Nordhessen.¹ Grund genug für den Bürgermeister der nordhessischen Stadt Frankenberg (Eder), im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein mehrstufiges Gesundheits- und Präventionsprogramm für die eigenen Beschäftigten zu initiieren. Das Programm besteht aus einem Vortrag, einer Fragebogenerhebung inkl. persönlicher Auswertung, Messungen sowie einem Workshop-Angebot zum Stressmanagement. Das Programm wurde von zwei Fachleuten begleitet und von den Krankenkassen finanziell unterstützt.

Gesundheit ist gemeinhin mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Im Gegensatz zur schwer definierbaren Gesundheit lässt sich jedoch Krankheit leichter in Zahlen fassen: Im Durchschnitt und je nach Berechnungsgrundlage, sind Arbeitnehmer*innen in Deutschland pro Jahr zwischen 17 und 19 Tagen krankgeschrieben. Die häufigste Ursache für eine Krankmeldung sind seit Jahren Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems – wie z. B. Rückenschmerzen. Rund 80 % der Beschwerden, weshalb Menschen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, lassen sich jedoch nicht eindeutig auf eine organische Ursache zurückführen – die meisten Erkrankungen sind heutzutage stressinduziert.

Informieren, sensibilisieren und motivieren für gesundheitsbewusstes Verhalten

Noch ist das Thema Gesundheit in vielen Betrieben ein Thema, das nur am Rande oder gar nicht bearbeitet wird. Im Gegensatz dazu hat die Stadtverwaltung des

nordhessischen Mittelzentrums Frankenberg (Eder) mit Unterstützung der Krankenkassen, speziell von AOK und Techniker Krankenkasse, ein mehrstufiges Gesundheits- und Präventionsprogramm auf den Weg gebracht. Das Programm ist Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Stadt und motiviert Mitarbeiter*innen zu gesundheitsförderlichem Verhalten. Dafür arbeitet die Stadt mit der in Frankenberg niedergelassenen Chirurgin und Stressmedizinerin Dr. med. Ilona Steger und ihrer Netzwerkpartnerin Silvia Balaban zusammen. Letztere ist diplomierte Wirtschaftspsychologin (FH), Business Coach und Dozentin für Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind kein Zufallsprodukt

„Gesundheitsmanagement soll hier kein Begriff ohne Inhalt sein, sondern auf allen Ebenen wahrgenommen werden. Durch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und zusätzliche Angebote sorgen wir dafür, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Stadtverwaltung gesund bleiben. Wir wollen als Verwaltung mit gutem Beispiel vorangehen“, erläutert Frankenburgs Bürgermeister Rüdiger Heß den Grund für seinen Vorstoß in Sachen Betriebli-

ches Gesundheitsmanagement. „Erhalt der Gesundheit heißt gleichzeitig auch Erhalt von Arbeitskraft und Leistungsfähigkeit“, so der Bürgermeister weiter. Eine Investition in die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter*innen sei eben nicht nur wichtig, sondern zahle sich auch langfristig für den Arbeitgeber aus. „Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind damit kein Zufallsprodukt, sondern das Ergebnis eines modernen ganzheitlichen Managements“, ist der Rathauschef überzeugt. Die Zahlen der Stadt geben dem Bürgermeister Recht: Durchschnittlich knapp zehn Krankheitstage stehen 2018 bei den ganzjährig Beschäftigten unterm Strich – im ganzen Landkreis sind es deutlich mehr.

Mehrstufig und freiwillig: das Programm für alle Beschäftigten

Das gemeinsam mit den beiden Expertinnen erarbeitete Programm ist mehrstufig und umfasste bislang einen für alle Beschäftigten verbindlichen Überblicksvortrag zu den Themen Gesundheit und Stress. Dabei waren häufige Stressursachen und -symptome genauso Thema wie konkrete langfristige Auswirkungen von Dauerstress auf den Körper – auf hormoneller, muskulärer und psychischer Ebene.

Florian Held

Stadt Frankenberg (Eder)

held.florian@frankenberg.de
www.frankenberg.de

¹ Siehe www.hna.de/lokales/frankenberg/kreis-waldeck-frankenberg-ort306259/waldeck-frankenberg-arbeitnehmer-sind-im-durchschnitt-18-tage-krank-10950947.html



Dr. med. Ilona Steger mit Silvia Balaban (stehend, v. l.) im Einsatz während eines Workshops in Frankenberg (Eder).



Fotos: Florian Heß für die Stadt Frankenberg (Eder)

Mehr als ein Apfel pro Tag: Bürgermeister Rüdiger Heß und Dr. med. Ilona Steger setzen sich gemeinsam für das Betriebliche Gesundheitsmanagement der Stadtverwaltung in Frankenberg (Eder) ein.

Im Anschluss bestand für alle Beschäftigten die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Fragebogenrunde rund um die eigene Lebens- und Arbeitssituation und den persönlichen Umgang mit Stress. Jeder Fragebogen wurde individuell ausgewertet und die Ergebnisse in einem persönlichen Gespräch mit einer der beiden Referentinnen besprochen. Bei akutem Bedarf konnte im Rahmen der Maßnahme weitere Diagnostik zum Einsatz kommen: eine mehrtägige Herzratenvariabilitäts-Messung² sowie eine Bestimmung der Stresshormone im Labor mit anschließender Beratung. Der dritte Baustein des Programms – ebenfalls freiwillig – bestand aus dem zweitägigen Stressmanagement-Workshop „Weniger Stress, mehr Gesundheit“, bei dem sich Theorie und praktische Übungen abwechselten. Inhalte der Workshops waren vornehmlich Einzel- und Gruppenübungen zum eigenen Stressmanagement, kombiniert mit theoretischen Einheiten zu den Funktionsweisen der körpereigenen Systeme sowie Strategien und Übungen zur Stressvermeidung im Alltag.

Win-win-Situation durch Betriebliches Gesundheitsmanagement

„Das Programm kam bei vielen der städtischen Beschäftigten sehr gut an. Andere Unternehmen und Behörden können durch Betriebliches Gesundheitsmanagement ebenso Gesundheit, Zufrie-

denheit, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Mitarbeiter*innen positiv beeinflussen“, lobt Silvia Balaban die Anstrengungen der Stadt. Mit dem Programm zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement hat die Stadt eine Win-win-Situation geschaffen, denn es profitieren schließlich alle Beteiligten langfristig von den gesundheitsfördernden Maßnahmen – Arbeitgeber wie Arbeitnehmer*innen. Auch auf die Attraktivität als Arbeitgeber habe das Betriebliche Gesundheitsmanagement Einfluss, ist sich Bürgermeister Heß sicher. „Es geht darum, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einerseits ein gutes und gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld zu bieten und damit andererseits auch die Fachkräftebindung zu unterstützen.“ Wichtig war im Vorfeld vor allem auch die Transparenz gegenüber den Beschäftigten. „Im Rahmen des kompletten Programms werden natürlich keine persönlichen Daten an den Arbeitgeber weitergegeben – alles unterliegt der

ärztlichen Schweigepflicht“, betont Dr. med. Ilona Steger die Wichtigkeit des Datenschutzes dabei. Die Stadt als Arbeitgeber bekomme entsprechend keine Auskunft über die einzelnen Ergebnisse der Fragebögen.

Passgenaue Angebote für die Beschäftigten

Nach dem überaus positiven Feedback der Verwaltungsmitarbeiter*innen der Stadt wurde das Programm mit Vortrag, Fragebogenangebot und Workshop auch auf die Angestellten des städtischen Betriebshofes ausgeweitet. Ergänzend zu den Angeboten für alle Beschäftigten plant die Stadt ein zusätzliches Führungskräfte-training zum Thema „Gesundheitsförderlich führen“, das voraussichtlich zum Jahresbeginn 2020 stattfinden wird. Dabei soll es speziell um den Zusammenhang zwischen Führung und Mitarbeitergesundheit sowie um konkrete Handlungsempfehlungen für den Alltag gehen. ■

Stadt-Info Frankenberg (Eder)

Die Philipp-Soldan-Stadt Frankenberg (Eder) hat rund 18 500 Einwohner*innen und liegt im nordhessischen Landkreis Waldeck-Frankenberg. Der Landkreis ist der flächenmäßig größte Hessens, jedoch mit rund 157 000 Einwohner*innen gleichzeitig einer der bevölkerungsärmsten des Landes. Das Team der Stadtverwaltung und der angeschlossenen Außenstellen besteht aus rund 110 Mitarbeiter*innen. Beim städtischen Betriebshof arbeiten weitere knapp 40 Beschäftigte.

Als Mittelzentrum mit historischer Altstadt überzeugt Frankenberg mit einem umfassenden Leistungsangebot hinsichtlich Wirtschaft, Kultur, Bildung, Gesundheit und Natur. Zahlreiche mittelständische Betriebe und der solide Einzelhandel machen Frankenberg zu einem wirtschaftlich attraktiven Standort mit einer hessen- und deutschlandweit unterdurchschnittlichen Arbeitslosenquote.

² Die Herzratenvariabilitäts-Messung gibt Aufschluss über Herzgesundheit und Stressbelastung.

Die Agrarsoziale Gesellschaft e.V. gratuliert ...

... **Dr. Elke Baranek** zur Berufung als Geschäftsführerin bei der Allianz Umweltstiftung zum 1. Oktober 2019,

... **Petra Bentkämper** zur Wahl als Präsidentin beim Deutschen LandFrauenverband e.V. am 2. Juli 2019,

... **Dr. Marc Kaninke** zur Bestellung als Vorstandsmitglied der Rentenbank für die Bereiche Finanzen und ITOrga zum 1. Juni 2019,

... **Dr. Ludger Schulze Pals** zum Wechsel in die Geschäftsführung des Landwirtschaftsverlags Münster zum 1. August 2019.

Die ASG wünscht allen ein gutes Gelingen bei ihren neuen Aufgaben und freut sich auf eine konstruktive Zusammenarbeit.

Termine

Kompetenzforum 2019

Wie gesund ist das Land?

Gesundheitsförderung im ländlichen und städtischen Raum – Chancen und Potentiale, Risiken und Herausforderungen

am 7. und 8. November in Rotenburg (Wümme)

Das Kompetenzforum des Gesunde Städte-Netzwerks beschäftigt sich mit folgenden Fragen: Wie kann es gelingen – auch im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit und von Präventionsangeboten – das im Grundgesetz verankerte Ziel von der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet“ zu erreichen? Und wie können die Regelungen und Ziele des Bundespräventionsgesetzes auf ländliche Gebiete mit kleinen Gemeinden und Flächenkreisen angewendet werden?

Zum Programm und zur Anmeldung: www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Konferenz „Nachhaltige Landnutzung“

am 15. und 16. November 2019 in Göttingen

Eine gesteigerte Nachfrage nach Lebensmitteln, der Klimawandel sowie Landnutzungsänderungen sind nur einige von zahlreichen Herausforderungen, denen die Agrar- und Forstsysteme heute weltweit ausgesetzt sind. Lösungsansätze hin zu einer nachhaltigeren Landnutzung erfordern eine inter- und transdisziplinäre Perspektive, um der ökologischen, ökonomischen und sozialen Dimension der nachhaltigen Landnutzung gerecht zu werden. Schwerpunkte der Veranstaltung sind deshalb naturwissenschaftliche und gesellschaftswissenschaftliche Perspektiven auf die Land- und Bodennutzung, die die sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen sowohl in Europa als auch weltweit berücksichtigen. Darüber hinaus werden die sozialen und gesellschaftlichen Aspekte, die mit dem dynamischen Wandel in Landnutzungssystemen einhergehen, thematisiert. Ein dritter Schwerpunkt widmet sich Fragen der Biodiversität in terrestrischen Landnutzungssystemen. Veranstalter ist die Universität Göttingen gemeinsam mit der Vereinigung Deutscher Wissenschaftler e.V. (VDW) und der Stiftung Adam von Trott.

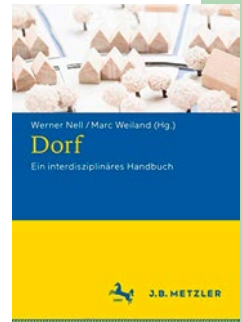
Zum Programm und zur Anmeldung: www.uni-goettingen.de/nachhaltigkeitskonferenz

Dorf. Ein interdisziplinäres Handbuch

Werner Nell, Marc Weiland (Hrsg.). J.B. Metzler Verlag, Berlin 2019, 396 S., ISBN 978-3-476-02625-5 (Print), 119,99 €, ISBN 978-3-476-05449-4 (eBook), 89,99 €.

Viele Wissenschaften beschäftigen sich mit dem Wandel der Gesellschaft in Stadt und Land. Dieses Handbuch zeigt ausführlich angewandte Methoden, aktuelle Forschungsstände, Fragen und Perspektiven aus unterschiedlichen Forschungsfeldern wie Geschichts- und Wirtschaftswissenschaften, Ökologie, Ethnologie oder Film-

und Sprachwissenschaften auf. Es präsentiert unterschiedliche Herangehensweisen, wie Idee und Wirklichkeit in Bezug auf das Dorf erforscht werden. Erläutert werden zudem historische, gesellschaftliche und ökonomische Aspekte des Dorflebens sowie die Darstellung des Dörflichen in kulturellen und künstlerischen Szenen. Mit Schlüsselbegriffen und Orientierungsmustern zum ländlichen Raum runden die Herausgeber dieses für die rurale Entwicklung allumfassende Handbuch ab. ■ ra



Freiwilliges Engagement in „sorgenden Gemeinschaften“

Eine geschlechterkritische Analyse ehrenamtlicher Care-Arbeit für ältere Menschen

Yvonne Rubin (Hrsg.). Band 19 aus der Reihe „Beiträge zur Sozialraumforschung“. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto 2018, 260 S., ISBN 978-3-8474-2242-6 (Print), ISBN 978-3-8474-1307-3 (eBook), 34,00 €.

Sorgende Gemeinschaften verstehen sich als Lebensräume, in denen neben Familienangehörigen auch Freunde, Nachbarn und Institutionen hilfebedürftige Menschen versorgen. Aufgrund von Berufstätigkeiten, die mit Pendeln oder längerer beruflicher Abwesenheit verbunden sind, können immer weniger Menschen diese

freiwilligen Engagements ausüben.

Der Band zeigt auf, wie solche Ehrenämter bestehende Lücken in sorgenden Tätigkeiten schließen können, aber auch, wie dadurch weitere Lücken entstehen. Ausführlich werden Strukturen analysiert, welche auf gesellschaftlicher Ebene u. a. geschlechtsspezifische Ungleichheiten zwischen allen Beteiligten hervorrufen. Dabei wird detailliert auf das Verständnis und die Vergesellschaftung von sorgenden Tätigkeiten und auf die Bedeutung der Angebote von Bürgerhilfevereinen eingegangen. ■ ra



Frei, fair und lebendig. Die Macht der Commons

Silke Helfrich, David Bollier. transcript, Bielefeld 2019, 400 S., ISBN 978-3-8376-4530-9 (Print) 19,99 €, ISBN 978-3-8394-4530-3, (eBook), Open Access.

Dieses Buch soll Mut machen. Es vereint ein beziehungsreiches Denken mit einer neuen Art zu handeln. Das Ziel: eine freie, faire und lebendige Gesellschaft. Doch das Gewohnte hat sich tief eingegraben in unseren Köpfen, in unserem Alltag, in Markt und Staat.

Silke Helfrich und David Bollier legen überkommene Denkmuster frei und entwerfen ein Programm für ein gelingendes Miteinander, ein anderes Politikverständnis und ein sorgendes Wirtschaften. Im Mittelpunkt stehen dabei Commons-Praktiken. Sie zeigen, wie wir in Verschiedenheit gemeinsame Ziele verfolgen. Ganz praktisch können so Häuser und Fahrzeuge in ähnlicher Weise wie die Wikipedia entstehen. Das Buch stiftet zudem an, wie ein „Commoner“ zu denken. Es bietet eine Sprache für die Welt von morgen. Es verändert nicht nur die Wirtschaft und die Politik – es verändert uns. ■



Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten, Bonn/Berlin, 2018

Deutschland gibt erhebliche finanzielle Mittel für die gesundheitliche Versorgung aus. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung GKV lagen die Ausgaben 2017 bei ca. 231 Mrd. €. Die gesamten Gesundheitsausgaben beliefen sich auf rund 374 Mrd. €, was 11,5 % des Bruttoinlandsproduktes entspricht. Daher ist es im Rahmen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems im Interesse aller Beteiligten, dass alle im Gesundheitswesen eingesetzten Geldmittel für optimales Patientenwohl und optimale Gesundheit genutzt werden. Der Sachverständigenrat hat deshalb dieses Gutachten mit den Schwerpunkten „Bedarfsgerechte, koordinierte Versorgung in ausgewählten Indikationsbereichen“, „Zukunftsperspektiven – Eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung“ und „Die sektorale ambulante und stationäre Versorgung – Strukturmerkmale und Potenziale“ erstellt. Zusätzlich zur herangezogenen Datenbasis hat der Rat eine eigene Befragung unter psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie niedergelassenen Ärzt*innen und Psycholog*innen zur koordinierten Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt. Nach Einschätzung des Sachverständigenrates weist das Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung auf. Steuerungsdefizite sehen die Gutachter*innen insbesondere bei der Krankenhausplanung und -finanzierung sowie beim Abbau der Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Parallel dazu müssen jedoch auch die Patient*innen und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems besser „gesteuert“ werden. Die Steuerung von Patient*innenwegen im komplexen Versorgungssystem ist daher ein Schwerpunkt dieses Gutachtens.

Abrufbar unter: www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606

Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren

Studie erstellt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege von Univ.-Prof. Dr. Thorsten Kingreen und Univ.-Prof. Dr. Jürgen Kühling, LL.M. Universität Regensburg, 2019

Durch das Sozialstaatsprinzip werden Kommunen, Länder und der Bund verpflichtet, eine leistungsstarke Gesundheitsinfrastruktur sicherzustellen. In Anlehnung daran schreibt die Bayerische Verfassung vor, dass gleichwertige Lebens- und Arbeitsbedingungen in ländlichen und städtischen Regionen gewährleistet werden sollen. Hierzu zählt u. a. die Möglichkeit der medizinischen Versorgung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellte in einem Gutachten 2014 fest, dass Schwierigkeiten in der ärztlichen Versorgung auf dem Land nur mit einem Maßnahmenpaket begegnet werden könne, da sie auf mehrere Ursachen zurückzuführen sei. So ist es Ländern und Gemeinden nicht möglich, die Herausforderungen bei der Sicherung der medizinischen Versorgung allein zu lösen, da einige Faktoren bundesrechtlich geklärt werden müssen. Allerdings ist die kommunale Verantwortung für eine funktionsfähige Gesundheitsinfrastruktur wichtig für die Stärkung der Gesundheitsversorgung auf dem Land. Dies betont das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in dem 7. Altenbericht, in welchem einer „verörtlichten Sozialpolitik“ bei der Daseinsvorsorge eine große Bedeutung beigemessen wird. Seit 2015 werden Kommunen in der Gesundheitspolitik durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz unterstützt. Seitdem ist es Gemeinden erlaubt, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. U. a. dadurch, dass die Freiberuflichkeit der Ärzteschaft nunmehr durch das Angestelltenverhältnis bei den Kommunen berührt wird, sind MVZ gesundheitspolitisch sensibel zu betrachten. Außerdem ist ordnungspolitisch kontrovers zu beurteilen, inwieweit Gemeinden wirtschaftlich handeln und Gewinne einfahren sollten. Auf Grundlage dieser Fragestellungen und Problematiken unterstützt das Bayerische Ministerium für Gesundheit und Pflege Kommunen bei der Gründung eines MVZ und stellt dazu ein Rechtsgutachten und einen Handlungsleitfaden bereit, die die rechtlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen abstecken und als Orientierung dienen.

www.stmgp.bayern.de → Meine Themen → Für Kommunen → Rechtsgutachten und Handlungsleitfaden für kommunale Medizinische Versorgungszentren

Die Agrarsoziale Gesellschaft e.V. (ASG) ist ein gemeinnütziger Verein, der sich für die Verbesserung der Lebensverhältnisse in der Landwirtschaft und in den ländlichen Räumen einsetzt.

In ihrer Arbeit verknüpft die ASG wissenschaftliche Forschung, Gutachtertätigkeit, Bildung, Politik und Öffentlichkeitsarbeit.

Zu den bearbeiteten Themenfeldern gehören Agrar-, Sozial- und Umweltpolitik, Dorf- und Regionalentwicklung, Nachhaltigkeit und Ökologie, Strukturwandel in Landwirtschaft und ländlichen Räumen sowie Mensch, Gesellschaft und Umwelt.

IMPRESSUM

ISSN 0179-7603

Herausgeber

Agrarsoziale Gesellschaft e.V. (ASG)
Postfach 1144
37001 Göttingen
Tel. (0551) 4 97 09-0
Fax (0551) 4 97 09-16
info@asg-goe.de
www.asg-goe.de

Geschäftsführung

Dipl.-Ing. agr. Michael Busch
Dipl.-Ing. agr. Ines Fahning

Redaktion

Dipl.-Ing. agr. Ines Fahning
Karin Zander M.A.
Dagmar Babel M. Sc.

Namentlich oder mit Initialen gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autor*innen wieder. Sie ist nicht in jedem Fall identisch mit der Meinung des Herausgebers oder der Redaktion.

Layout

Mirko Wende, www.mirkomedia.de

Druck

MKL Druck GmbH & Co. KG, Ostbevern/Westfalen

Nachdruck und sonstige Verbreitung

Mit Hinweis auf die Erstveröffentlichung und mit Bitte um ein Belegexemplar.

Ländlicher Raum

erscheint viermal im Jahr (jeweils zum Ende eines Quartals).
Bei der dritten Ausgabe handelt es sich um ein themenorientiertes Schwerpunktheft mit doppeltem Umfang.

Die Zeitschrift ist auch online auf der ASG-Website als pdf verfügbar.
Abonent*innen können zusätzlich oder alternativ zur Print-Ausgabe auch die Online-Ausgabe per E-Mail erhalten.

Preise

Der Preis für ein Jahresabonnement „Ländlicher Raum“ beträgt 36,- € plus Porto. Für Mitglieder der ASG ist das Abonnement im Mitgliedsbeitrag (90,- €, Studierende 36,- €) enthalten.

Konto

Für Spenden und sonstige Förderbeiträge an die ASG:
Sparkasse Göttingen
IBAN: DE 57 2605 0001 0001 087 006
BIC: NOLADE21GOE

Gedruckt auf FSC-zertifiziertem Recyclingpapier.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Termine vormerken:

- **6. und 7. November 2019**

Herbsttagung der Agrarsozialen Gesellschaft in Göttingen
Die Stellung der Landwirtschaft in der Gesellschaft –
Ideen für ein besseres Miteinander

- **22. und 23. Januar 2020**

Zukunftsforum Ländliche Entwicklung des BMEL zum Thema
Du entscheidest! – Gleichwertige Lebensverhältnisse als gemeinsame Aufgabe
im Rahmen der Internationalen Grünen Woche

Begleitveranstaltungen mit ASG-Beteiligung:

- **Klimaneutralität 2050 – Und wir auf dem Land!?**

Veranstalter: Andreas Hermes Akademie (AHA), Agrarsoziale Gesellschaft (ASG), Bundesverband der gemeinnützigen Landgesellschaften (BLG), Deutscher Bauernverband (DBV), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Verband der Landwirtschaftskammern (VLK), Thünen-Institut (TI), Landwirtschaftliche Rentenbank, Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH)

- **Neue Akteure auf dem Land – Kultur, Kirche, Raumpioniere.**
LEADER als Ermöglichungsraum für kreative Ideen

Veranstalter: Agrarsoziale Gesellschaft (ASG), Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume (DVS), Bundesarbeitsgemeinschaft der LEADER-Aktionsgruppen (BAG LAG)

BAG LAG-Begleitveranstaltung:

- **Was bringt die Kunst der Region?**
Kunst und Kultur als Akteur der Regionalentwicklung

Veranstalter: Bundesarbeitsgemeinschaft der LEADER-Aktionsgruppen (BAG LAG), TRAFO – Modelle für Kultur im Wandel

- **13. und 14. Mai 2020**

Frühjahrstagung der Agrarsozialen Gesellschaft in Lübeck
Digitalisierung in Landwirtschaft und ländlichen Räumen