

Die Übernahme von Versorgungsverantwortung im ambulanten Bereich

GERALD GASS

Dr. Gerald Gaß ist
Geschäftsführer des Landes-
krankenhauses (Anstalt
öffentlichen Rechts) mit
Sitz in Andernach

Die ambulanten Versorgungslücken, insbesondere im fachärztlichen Bereich, sind weniger das Resultat eines absoluten Ärztemangels, als einer Zentralisierungstendenz in die Mittelzentren der Versorgungsregionen. Ursache sind die Rahmenbedingungen, unter denen Facharztpraxen heute und in Zukunft betrieben werden müssen. Ein Ausweg aus diesem Dilemma kann nur gefunden werden, wenn kompetente Akteure attraktive Bedingungen für die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen schaffen. Das Interesse dieser Akteure muss ein übergreifendes und längerfristiges sein, das deutlich über die kurzfristig erzielbare Rendite hinausgeht. Knappheit zwingt zu Kreativität. An der sektorübergreifenden Leistungserbringung in tendenziell unterversorgten Regionen führt deshalb kein Weg vorbei. Der Ärztemangel, der vor allem und zunächst in den ländlichen Regionen spürbar ist, zwingt dazu, dieses „knappe Gut“ intersektoral einzusetzen.

Was hat das mit der Übernahme von Versorgungsverantwortung in schwer zu versorgenden Regionen zu tun? Ganz einfach: Man braucht Verantwortliche, die diese Aufgabe als ihre Verantwortung begreifen und man braucht Unternehmen, die dies unternehmen, obwohl die Anstrengungen groß und die Renditen überschaubar sind.

Vor gut fünfzehn Jahren wurde das Landeskrankenhaus als Anstalt öffentlichen Rechts in Rheinland-Pfalz mit dem Ziel gegründet, die ehemaligen großen Landesnervenklinken, die in der unmittelbaren Landesverwaltung standen, organisatorisch und medizinisch zu modernisieren und mit den betriebswirtschaftlichen Maßstäben privater und

freigemeinnütziger Krankenhausträger zu führen.

Heute, fünfzehn Jahre später, können wir feststellen, dieses Ziel wurde erreicht und vieles darüber hinaus ebenfalls. Das Landeskrankenhaus (AÖR) hat sich zu einem Krankenhausträger entwickelt, der mit über 3.000 Beschäftigten an sechzehn Standorten des Landes Rheinland-Pfalz aktiv ist und Gesundheitsdienstleistungen in unterschiedlichster Form bereit hält.

In der Gründungsphase gab es aber auch viele in der rheinland-pfälzischen Landespolitik, die es lieber gesehen hätten, wenn es eine echte Privatisierung gegeben hätte und keine Anstalt öffentlichen Rechts im Landesbesitz. Vielleicht

würde dann heute das Logo von Aneos oder Rhön an unseren Gebäuden prangen und wir würden im Geschäftsbericht der genannten Träger auftauchen.

Nun ist aber alles doch anders gekommen und die Einrichtungen sind nach wie vor im Besitz der Bürgerinnen und Bürger des Landes Rheinland-Pfalz. Diesen Eigentümern sind wir verpflichtet. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten von uns,

- dass wir die gesundheitspolitischen Ziele der Landesregierung im Rahmen unserer Versorgungsaufträge umsetzen und nach Kräften unterstützen,
- dass wir wirtschaftlich schwierige Standorte aufrecht erhalten und weiterentwickeln, weil sie für die Versorgung der Bevölkerung wichtig sind und weil sie oftmals die größten Arbeitgeber in diesen Regionen sind,
- neue Wege und Innovationen zur Modernisierung von Versorgungsstrukturen auch dann, wenn sich diese neuen Strukturen finanziell noch nicht rechnen,

- Tariftreue und gesundheitsfördernde Arbeitsplätze,
- ein faires Miteinander von Personalräten und Unternehmensführung,
- Ausbildungsanstrengungen, die deutlich über den eigenen Bedarf hinaus gehen.

Kurz, unsere Eigentümer erwarten von uns einen besonderen Beitrag zur Stabilisierung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, des Arbeitsmarktes und des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Genau darum geht es bei der Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen.

Gegenstand dieses Beitrags sollen konkrete Beispiele aus dem Aufgabenspektrum des Landeskrankenhauses (AöR) sein, an denen deutlich wird, welche Möglichkeiten bestehen, Gesundheitsversorgung in einem schwierigen Umfeld zu organisieren. Dies sind ausdrücklich nur Beispiele, für Vieles was quer durch die Republik zu finden ist. Es sind weder Leuchttürme noch Patentlösungen, aber sie funktionieren. Und so sind sie letztlich doch Vorbilder für den

Anspruch, den auch andere Akteure in anderen Regionen verfolgen. Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen funktioniert, wenn man mit Augenmaß und einer gewissen Portion Leidenschaft an diese Aufgabe herangeht.

Lücken im ambulanten Bereich, wo liegen die Ursachen?

Es gibt zu wenig Ärztinnen und Ärzte, die niedergelassenen Mediziner werden immer älter und es fehlt der Nachwuchs, das sind meist die spontanen Antworten auf die Frage nach der Ursache für Versorgungslücken im ambulanten Sektor.

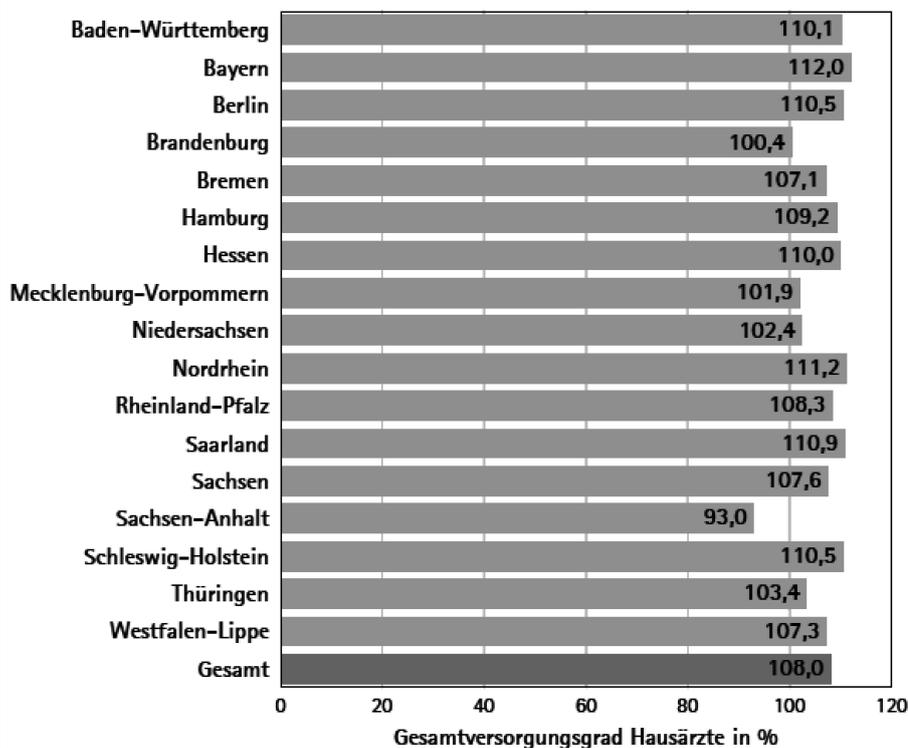
Ist das wirklich so, haben wir zu wenige ausgebildete Mediziner, um den objektiven Versorgungsbedarf der Bevölkerung abdecken zu können? Da können einem Zweifel kommen, wenn man die nationalen und internationalen Studien zur Versorgungslage in Deutschland zur Kenntnis nimmt. Objektiv haben wir mehr ambulante Leistungserbringer als vor zehn oder zwanzig Jahren. Was also hat sich verändert? Ist es die subjektive Wahrnehmung der Situation? Ist der Behandlungsbedarf gestiegen? Oder, liegt es an der Verteilung der Ärzte über die Regionen im Land?

Im Ärzteatlas 2011 des wissenschaftlichen Institutes der AOK heißt es dazu:

„Ende des Jahres 2009 verzeichnete die Bundesärztekammer in Deutschland insgesamt 325.945 berufstätige Ärzte in ganz Deutschland. Damit hat die Zahl seit 1990 um gut 88.000, also um 37,1% zugenommen. Ambulant tätig waren Ende 2009 insgesamt 139.612 Ärzte, deren Zahl ist seit 1990 um gut 47.000 gestiegen, das entspricht + 51,3%. Sowohl bei den berufstätigen Ärzten insgesamt, als auch bei den ambulant tätigen Ärzten gab es in allen Jahren ausnahmslos Steigerungen bei den Arztzahlen.“¹

Und weiter heißt es in der WiDO-Studie (Wissenschaftliches Institut der AOK): „Selbst bezogen auf die Hausärzte, die Arztgruppe, die in der öffentlichen Diskussion als besonders problematisch wahrgenommen wird, zeigen die Zahlen in fast allen Bundesländern auch zuletzt noch steigende

Abbildung 1: Soll-Ist-Vergleich - Gesamtversorgungsgrade der Hausärzte* nach KVen 2010



* Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte

Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und eigene Berechnungen

WiDO 2011

1 Wissenschaftliches Institut der AOK, Ärzteatlas 2011, S. 6

Werte. Betrachtet man zunächst die Gesamtversorgungsgrade für Hausärzte, so zeigt sich bundesweit ein Wert von 108% bundesweit gibt es demnach 8% mehr Hausärzte im Jahre 2010 als in der Bedarfsplanung vorgesehen. Auf landes- bzw. KV-Ebene zeigt sich nur in Sachsen-Anhalt mit 93% eine Unterdeckung. In allen anderen Ländern liegen die Werte über 100%. Die höchsten Überschreitungen finden sich in Bayern (112%), in der KV Nordrhein (111,2%) und im Saarland (110,9%).²

Die Analyse in diesem Beitrag soll sich vorrangig dem letzten Punkt, der Verteilung, zuwenden, denn egal wie man die Fragen nach der objektiven Arztdichte im Verhältnis zum aktuellen Versorgungsbedarf beantwortet, sicher ist, die gefühlte und damit wahrscheinlich auch die objektive Unterversorgung ist in den ländlichen Räumen ungleich stärker zu spüren, als in den Ballungsgebieten. Allerdings zeigen sich gerade im hausärztlichen Bereich zum Teil enorme regionale Unterschiede: „*Einer Unterversorgung bzw. drohenden Unterversorgung in einigen Landstrichen steht eine massive Überversorgung, insbesondere in Ballungsgebieten und für Ärzte attraktiven Regionen, gegenüber.*“³

Der Umstand, dass trotz einer teilweisen Übererfüllung der von der KV formulierten Bedarfsplanung offensichtliche Versorgungsdefizite auftreten, bewegt die Kommunalpolitiker und die Bürgerinnen und Bürger quer durch die Republik. War es in der Vergangenheit noch so, dass zahlreiche niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte keine offenen Kassensitze finden konnten, mit denen sie die Versorgung hätten betreiben können, so fehlen heute eher die niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte, um solche Sitze im ländlichen Raum zu besetzen.

„*Die Zahlen zur Entwicklung der Arztdichte in Deutschland zeigen, dass es heute deutlich mehr als ein Drittel mehr berufstätige Ärzte als Anfang der 90er Jahre gibt. Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes und der Bundesärztekammer wurde im Jahr 2009 – neuere Zahlen liegen hierzu leider noch nicht vor – mit 397 berufstätigen Ärzten je 100.000 Einwohner, ein neuer Höchststand bei der Arztdichte erreicht; es wurden deutschlandweit 30,8% mehr Mediziner gezählt als noch im Jahr 1991 mit 304 Ärzten. Seit Mitte*

der 70er Jahre hat sich die Arztdichte in Deutschland sogar mehr als verdoppelt, und sie steigt jedes Jahr weiter an.“⁴

Wenn es also eher ein Verteilungsproblem als einen absoluten Mangel gibt, so muss der Frage nachgegangen werden, warum sich die Mediziner immer stärker in den Ballungsregionen ansiedeln. Als Antwort darauf genügt sicher nicht der Umstand, dass man in der Stadt über die Berufstätigkeit hinaus attraktivere Lebensbedingungen vorfindet und sich deshalb die jungen Medizinerinnen und Mediziner für eine Niederlassung in der Stadt entscheiden. Nach meiner Wahrnehmung liegen die Gründe vorrangig an anderer Stelle.

In den letzten zwanzig Jahren hat sich die Zahl der Gemeinschaftspraxen, im Vergleich zu der früher klassischen Einzelpraxis, deutlich erhöht. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Die ständig steigenden Kosten der technischen und personellen Infrastruktur einer Arztpraxis lassen sich gemeinsam, unter einem Dach mit mehreren Ärzten, sehr viel effizienter organisieren als in einer Einzelpraxis. Die beständig steigenden Anforderungen im Qualitätsmanagement und der Abrechnungsfragen erfordern immer mehr spezifisches Know-how, das durch kontinuierliche Fortbildungen auf dem neusten Stand gehalten werden muss. Im Ergebnis findet sich heute kaum noch ein Facharzt, der ohne die enge Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen eine Arztpraxis betreibt. Und selbst bei den Hausärzten, die mit den Psychiatern und Psychotherapeuten, die die sprechende Medizin repräsentieren, ist der Trend zur gemeinsamen Berufsausübung unverkennbar.

Dieser Umstand ist es, der den Verbleib, insbesondere vieler Facharztpraxen in ihren ehemaligen Standorten, im ländlichen Raum schwierig macht. Ein einzelner Facharzt untersucht im Durchschnitt pro Tag 41 Patientinnen und Patienten⁵. Mit jedem weiteren Kollegen in einer Gemeinschaftspraxis multipliziert sich diese Zahl, um eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Auslastung der Praxis zu erreichen. In den dünner besiedelten Räumen, wo eine Einzelpraxis mit dem dortigen Versorgungsbedarf gut ausgelastet ist, gilt dies für eine Gemeinschaftspraxis dann eben nicht mehr. Die Folge ist, der Praxissitz wandert ab in

die dichter besiedelten Räume und mit ihm die Patienten, die nun ihrem Arzt hinterherfahren aus dem ländlichen Raum in die Gemeinschaftspraxis in der Stadt. Für die mobilen Patienten sicher ein lästiger, aber erträglicher Umstand, für die immobilen meist älteren Patienten eine zum Teil sehr hohe Hürde.

Zweigpraxen zur Deckung des Versorgungsbedarfs

Dass alles zwei Seiten hat, zeigt sich auch in dem beschriebenen Trend zur Gemeinschaftspraxis oder zum medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), mit mehreren Fachärzten der gleichen Disziplin unter einem Dach. Auf der einen Seite verschärft dieser Trend, wie beschrieben, die Verlagerung von Arztpraxen in die Ballungsgebiete, auf der anderen Seite bieten aber auch genau diese Praxen die Möglichkeit zur bedarfsgerechten wohnortnahen Versor-

Zweigpraxen von Gemeinschaftspraxen können bedarfsgerecht die Versorgungslücken im ländlichen Raum schließen.

gung in dünner besiedelten Gebieten. Dort, wo sich der volle Praxisbetrieb wegen einer geringen Bevölkerungs- und Patientenzahl nicht rechnet, kann die Zweigpraxis einer Gemeinschaftspraxis oder eines MVZ bedarfsgerecht die Lücken schließen. Je mehr Köpfe am Hauptstandort einer Niederlassung tätig sind, umso leichter fällt es, das dortige Versorgungsangebot zu dezentralisieren und tageweise Filialen an anderen Standorten zu besetzen.

Aber auch hier gibt es weitergehende Bedingungen, die diese Möglichkeiten der Flächenversorgung durch Zweigpraxen erleichtern bzw. erschweren. So ist der Umstand, dass mit der Eröffnung einer Zweigpraxis das Regelleistungsvolumen nur sehr begrenzt steigt, ein

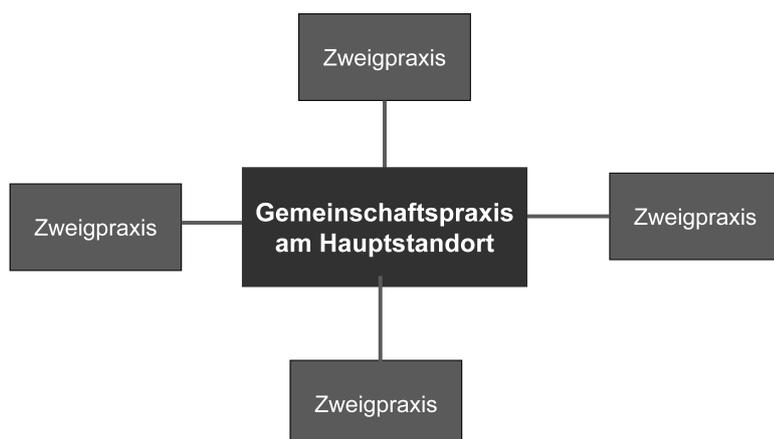
2 Wissenschaftliches Institut der AOK, Ärztele Atlas 2011, S.12

3 Wissenschaftliches Institut der AOK, Ärztele Atlas 2011, S.109

4 Wissenschaftliches Institut der AOK, Ärztele Atlas 2011, S.109

5 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ärztemonitor 2012, Präsentation

Abbildung 2: Gemeinschaftspraxis mit dezentralen Strukturen in der Fläche



objektives Problem, das dringend gelöst werden muss. Das zusätzliche Angebot der Zweigpraxen muss angemessen honoriert werden.

Je geringer der Versorgungsbedarf an einem dezentralen Standort ist, umso schwieriger wird es auch für eine Filiale, die notwendige Infrastruktur zu erwirtschaften. Doch auch für dieses Problem kann es eine Lösung geben, wenn sich mehrere Zweigpraxen die Infrastruktur in der Dependence teilen.

Die fachärztlichen Filial- oder Zweigpraxen, die im Rahmen einer Reform der damaligen Gesundheitsministerin, Ulla Schmidt, ins Gesetz aufgenommen wurden, bieten so eine große Chance zur fachärztlichen Versorgung in der Fläche. Realistisch wird deren Ansiedlung allerdings, wenn sie nicht singular, sondern in Kooperation mit weiteren Praxen oder einem Krankenhaus betrieben werden. Nur dann können sie von der gemeinsamen Infrastruktur und Logistik im diagnostischen und therapeutischen Bereich profitieren.

Medizinische Versorgungszentren als Option für ländliche Räume

Dort, wo freiberufliche Mediziner nicht ausreichende Anreize für eine Niederlassung sehen, können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) eine Option sein, unterversorgte Gebiete abzudecken. Als Träger könnten, soweit vorhanden, regionale Krankenhäuser die Aufgabe des Betriebs der MVZ übernehmen und mit Hilfe bisher nur stationär tätiger Ärzte auch ambulante Leistungen anbieten.

Lücken in der ambulanten Versorgung als Chance für neue Berufsgruppen

Denken wir an die Lösungsmodelle in der hausärztlichen Versorgung, so fallen einem immer wieder Stichwörter wie „Schwester Agnes“ ein. Bei all diesen Projekten geht es darum, neben der (fach)ärztlichen Kompetenz, Angehörige von Gesundheitsfachberufen in die Lage zu versetzen, mit ihren eigenen Kompetenzen und teilweise unter der Su-

Es besteht kein Zweifel, dass Angehörige von Gesundheitsberufen in der Lage sind, wesentliche Aufgaben von ambulant tätigen Ärzten zu übernehmen.

pervision von Medizinern, Tätigkeiten zu übernehmen, die den medizinischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung decken. Was international völlig üblich und auch hinsichtlich der geleisteten Qualität völlig unstrittig ist, wird im deutschen Gesundheitswesen zur alles entscheidenden Frage hochstilisiert.

Dass wir in Deutschland dabei noch keinen wirklichen Schritt weiter sind, hängt allein mit Machtfragen zusammen, nicht aber mit der Versorgungsqualität. Tatsächlich besteht kein Zweifel, dass Angehörige von Gesundheitsfachberufen in der Lage sind, oder durch Weiterbildungen in die Lage versetzt werden können, bestimmte Teile

der heute in der Hand von ambulant tätigen Ärzten liegende Aufgaben zu übernehmen. Dezentrale Versorgungsstrukturen sind immer mit mehr personellem Aufwand verbunden als zentrale Strukturen. Darauf muss eine Antwort gefunden werden.

Attraktive Bedingungen zur Berufsausübung

Unterversorgung kann in einem Umfeld, das von Berufs- und Niederlassungsfreiheit geprägt ist, nur durch Kreativität und Attraktivität beseitigt werden. Wenn man die knappe Ressource Facharzt in unterversorgte Gebiete bringen möchte, muss man ihn (oder heute meistens sie) locken. Doch wer glaubt, dies funktioniert mit Honorarzuschlägen der Kassenärztlichen Vereinigung oder günstigen Praxisräumen der Gemeinde, der täuscht sich gewaltig. Solche Verlockungen reichen bei weitem nicht aus, weil es längst nicht mehr nur um materielle Anreize geht, die die Fachärztin/den Facharzt in die Region bringt. Attraktivität ist mehr. Man braucht ein schlüssiges und glaubwürdig nachhaltiges Gesamtkonzept für die medizinische Versorgung in der Region. Wer schon einmal den Versuch gemacht

hat, eine frei werdende Facharztpraxis am Rande einer Ballungsregion nachzubesetzen, weiß, wovon die Rede ist. Niemand, außer den immer seltener werdenden Idealisten, trifft eine auf Jahrzehnte angelegte Lebensentscheidung gegen den Trend der Zentralisierung in die Ballungsgebiete. Es sei denn,

man bietet genau dieses überzeugende Konzept an.

Man muss sich nur die unzähligen Umfragen unter Medizinern und Medizinstudierenden anschauen, um zu erkennen, wo die Bedingungen, aber auch die Chancen für ein sektorübergreifendes regionales Gesamtkonzept liegen. Mann/Frau wünscht sich: Arbeitszeiten, die Beruf und Familie vereinbaren lassen, einen fachlichen Austausch, ein vielfältiges Arbeitsgebiet, möglichst wenig Bürokratie und Verwaltungsaufwand. Vorstellungen, die sich nur schwer mit dem freiberuflichen Betrieb einer Einzelpraxis in unterversorgten Regionen in Einklang bringen lassen.

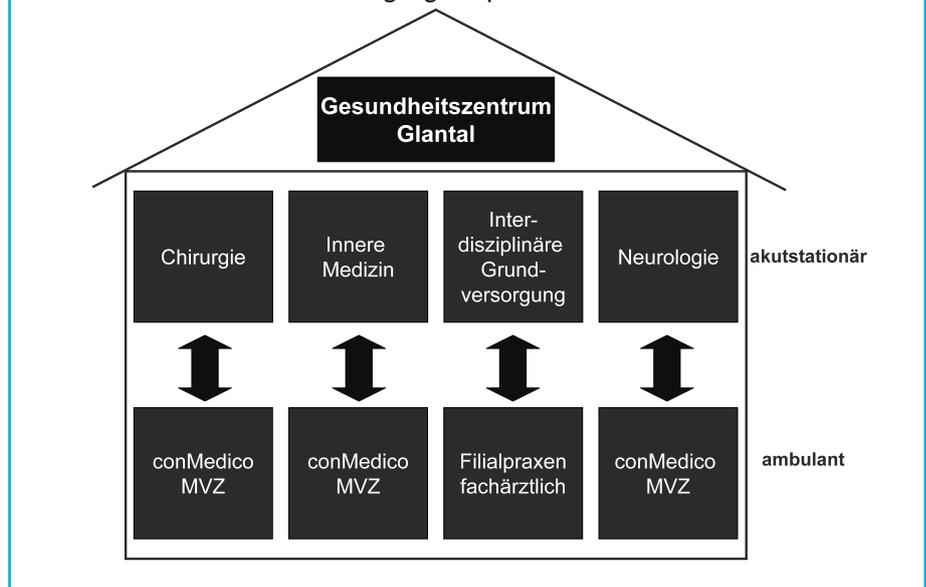
Die Verzahnung ambulanter und stationärer Strukturen als Modell der Versorgung ländlicher Räume

Die Annahme vorausgesetzt, dass auch kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum in der Lage sind, im therapeutischen Spektrum der medizinischen Grundversorgung medizinische Leistungen mit hoher Qualität anzubieten, hat der Erhalt solcher Angebote bedeutende Vorteile für die betroffene Region. Die Bürgerinnen und Bürger haben, entgegen aller Unkenrufe, ein großes Vertrauen in „ihre“ regionalen Anbieter, in die niedergelassene Ärzteschaft ohnehin, aber auch in die kleinen Grundversorgungskrankenhäuser, solange keine hochkomplexen Therapien erforderlich sind, die, ohne Zweifel, in den dafür spezialisierten Zentren behandelt werden sollten. Wohnortnahe medizinische Grundversorgung ist nicht nur auf dem Papier der Regionalplanung ein Standortfaktor, sondern auch ganz konkret in den Erwartungen der Einwohner dieser Regionen. Wenn dieser Standortfaktor bewusst oder unbewusst durch Untätigkeit aufgegeben wird, geht viel verloren und ist auch nur durch immensen Aufwand wieder zu beleben.

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass Größe alleine kein Markenzeichen für Effizienz, Qualität und bedarfsgerechte Versorgung von Krankenhäusern ist.

Dem aufmerksamen Beobachter dürfte nicht entgangen sein, dass sich zuletzt ein Umdenken in der öffentlichen Debatte um stationäre Versorgungsstrukturen abzeichnet. War es zu Beginn des DRG-Zeitalters (**D**iagnosis **R**elated **G**roups; kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) noch schick, die kleinen Krankenhäuser in der Fläche zugunsten der Zentren mit hohen Fallzahlen tot zu schreiben, setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass Größe allein kein Markenzeichen für Effizienz, Qualität und bedarfsgerechte Versorgung ist. Auch die aktuell aufflammende Debatte um steigende Fallzahlen (in Zentren) und deren medizinische Notwendigkeit im Einzelfall lässt sich eher an der

Abbildung 3: Praxisbeispiel einer sektorübergreifenden, interdisziplinären Versorgungskooperation



akutstationären Überversorgung in Ballungsgebieten festmachen, als an dem kleinen Grundversorgungskrankenhaus in der Fläche.

Bei genauerer Regionalanalyse zeigt sich ein interessanter Zusammenhang: In den Regionen, die die typischen Merkmale klassischer „Unterversorgungsregionen“ tragen (zurückgehende Bevölkerung, Alterung über dem allgemeinen Trend, dünnere Besiedlung, unterdurchschnittliche Verkehrsinfrastruktur, größere Entfernung zu Ballungsgebieten), ist die tatsächliche Ausstattung mit medizinischen Versorgungsangeboten dennoch relativ unterschiedlich. Wenn es in diesen Gebieten regionale Grundversorgungskrankenhäuser gibt, fungieren diese

vielfach als Kern oder Magnet einer regionalen ambulanten Versorgungsstruktur. War dies in der Vergangenheit eine eher zufällige Funktion, die so vom Krankenhausträger nicht bewusst wahrgenommen oder gar herbeigeführt wurde, erleben wir heute vielfach eine sehr aktive Rolle der Krankenhäuser, die genau diese Aufgabe als ein explizites Unternehmensziel begreifen.

An diesen Krankenhausstandorten hängen meist weitere wichtige medizinische Versorgungsangebote, wie die regionale Notarztversorgung oder die ambulanten Bereitschaftsdienstzentralen zur Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten. Grundversorgungskrankenhäuser in der Fläche

verfügen über die Möglichkeiten, regionale Integrierte Versorgungsstrukturen zu befördern und als Motor mit zu entwickeln. Die Handlungsmöglichkeiten dazu hat der Gesetzgeber bewusst oder unbewusst deutlich gestärkt. Wesentlich zu nennen sind die gleichzeitige Beschäftigung von Ärzten im stationären und ambulanten Sektor, die Gründung von Filialpraxen, die Beschäftigung von Honorarärzten zum Betrieb von Hauptfachabteilungen und die Einführung von medizinischen Versorgungszentren. Ausdrücklich nicht zur Stärkung dieser Handlungsmöglichkeiten zählt interessanterweise die Einführung Integrierter Versorgungsverträge nach § 140 SGB V. Sie spielen in unterversorgten Regionen praktisch keine Rolle.

Ambulant-stationäre Versorgung in der Region – ein Praxisbeispiel

Den Versuch, in einem komplexen Gesamtkonzept alle Formen der sektorübergreifenden Zusammenarbeit in einer „Unterversorgungsregion“ zu verwirklichen, übernimmt aktuell das Landeskrankenhaus (AöR), als öffentlicher Krankenhausträger in Rheinland-Pfalz, an seinem Standort in Meisenheim am Glan. Das sich dort in der Realisierung befindliche Gesamtkonzept hat als Ziel, die Stabilisierung und Wiederbelebung der ambulanten fachärztlichen Versorgungsstrukturen, ausdrücklich formuliert. In der gemeinsamen Betrachtung aller am Vorhaben Beteiligten wird die

medizinische Versorgung der Region zukünftig nur dann nachhaltig gesichert werden können, wenn die bisher weitgehend getrennten ambulanten und akutstationären Strukturen funktional, personell und organisatorisch zusammengeführt werden.

Konkret setzt das Versorgungskonzept am regionalen Bedarf der örtlichen Bevölkerung an und respektiert die besondere Kompetenz überregionaler Schwerpunkt- und Maximalversorgungsanbieter. Die akutstationäre Versorgung konzentriert sich deshalb auf die bereits bestehenden chirurgischen und internistischen Belegabteilungen, ergänzt um das seit Jahrzehnten etablierte Angebot der Neurologie im Rahmen einer Hauptfachabteilung. Komplettiert wird das Versorgungsangebot schon heute durch den Notarztstandort und die Bereitschaftspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung am Krankenhaus.

Neu ist die geplante Etablierung einer interdisziplinären Belegabteilung, die wohnortnah akutstationäre Therapien aus den Disziplinen HNO, Urologie, Gynäkologie und Orthopädie anbieten wird. Diese interdisziplinäre Abteilung wird, wie die beiden Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin, in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen oder im ambulanten Sektor angestellten Medizinerinnen betrieben. Der Krankenhausträger favorisiert dabei die Zusammenarbeit mit Filialpraxen, die sich im ambulanten Teil des Gesundheitszentrums ansiedeln sollen und die dortige Infrastruktur bedarfsgerecht in Teilzeit nutzen und so wirtschaftlich auslasten. Notwendige Bereitschaftsdienste über alle Abteilungen hinweg werden kooperativ und interdisziplinär geleistet. Der Facharztstandard wird über die Rufbereitschaften mit den ambulanten Medizinerinnen gewährleistet.

Das Gesundheitszentrum Glantal vereinigt die eingangs beschriebenen Elemente zur Wiederbelebung einer ambulanten Versorgung in der Fläche:

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Zweigpraxen
- ambulantes OP-Zentrum
- belegärztliche Akutversorgung
- Notarztstandort
- hausärztliche Bereitschaftsdienstzentrale

Im Jahr 2010 erfolgte die Gründung der conMedico MVZ gGmbH als Betreiber-gesellschaft für die Medizinischen Versorgungszentren des Landeskrankenhauses (AöR). Die ehemals freiberuflichen Arztsitze, die in der Vergangenheit den Betrieb der bestehenden Meisenheimer Belegabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin) ermöglichten, wurden bereits in den zurückliegenden beiden Jahren schrittweise in ein Medizinisches Versorgungszentrum des Krankenhausträgers integriert. Unmittelbarer Anlass für diese Umstellung waren die unübersehbaren Nachbesetzungsschwierigkeiten dieser freiwerdenden Praxen, verbunden mit dem Risiko der Verlagerung ins nächste Mittelzentrum. Die Übertragung der Arztsitze erfolgte in vollem Einvernehmen mit den niedergelassenen Ärzten der Region. Von Anfang an setzte der Krankenhausträger auf das Prinzip der Transparenz. Die Zielstellungen und das Konzept zum Umbau des Meisenheimer Krankenhauses zu einem ambulant-stationären Gesundheitszentrum wurden breit kommuniziert und zur Mitarbeit ausdrücklich eingeladen. Diese neue Form der ambulanten Leistungserbringung im MVZ ist attraktiv für Mediziner, die den unternehmerischen Part einer Niederlassung scheuen. So konnten angestellte Ärzte gefunden werden, mit denen nun neben der ambulanten Versorgung auch der Betrieb der beiden Belegabteilungen sichergestellt werden kann. Das in der Vergangenheit immer bestehende Risiko für den Krankenhausträger, die freiberuflichen Beleger zu verlieren und damit die akutstationäre Versorgung zumindest vorübergehend einstellen zu müssen, ist damit deutlich reduziert.

Das Konstrukt des Medizinischen Versorgungszentrums hat nicht nur in diesem Fall Vorteile gegenüber der frei-

beruflichen Praxis; auch in vielen weiteren Konstellationen ist es in Sachen Attraktivität einer freiberuflichen Niederlassung überlegen und kann damit ärztliche Ressourcen bereithalten, die ansonsten nicht zur Verfügung stehen, zum Beispiel, weil sich Beruf und Familie für Mediziner in einer freiberuflichen Niederlassung nur sehr schwer realisieren lassen.

Dieses Modell einer regionalen interdisziplinären und sektorübergreifenden Kooperation zur Leistungserbringung ist nur denkbar unter bestimmten Voraussetzungen:

1. Zunächst einmal braucht es einen Krankenhausträger, der die zentrale Rolle der Steuerung und Koordination übernimmt. Er leistet damit logistische und investive Vorarbeit, ohne die die Kooperation der niedergelassenen Mediziner nicht möglich wäre.
2. Der Existenz eines Medizinischen Versorgungszentrums, mit dem fachärztlicher Sachverstand abgedeckt werden kann, der über freiberufliche Niedergelassene nicht zur Verfügung steht.
3. Eine Landeskrankenhausplanung, die den Erhalt der wohnortnahen Akutversorgung im Sinne einer bedarfsgerechten Grundversorgung als erklärtes Ziel aufnimmt und umsetzt.
4. Innovative regionale Partner, die sich einen gegenseitigen Vertrauensvorschuss auf dem Weg der Zielerreichung gewähren.
5. Die finanzielle Attraktivität belegärztlicher Leistungserbringung.
6. Die Flexibilität in der interdisziplinären Zusammenarbeit der Mediziner.

Im September 2012 fand nach zweijähriger Bauplanung in Meisenheim am

Abbildung 4: Rückfallrisiko durch Non-Compliance

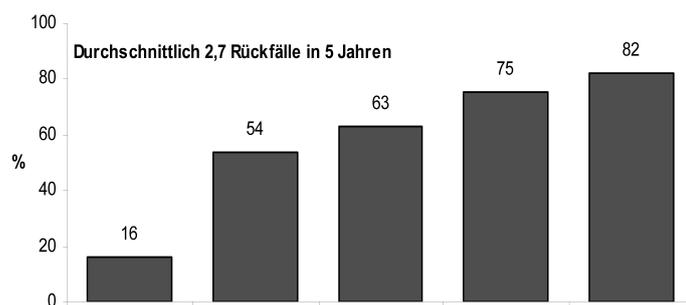
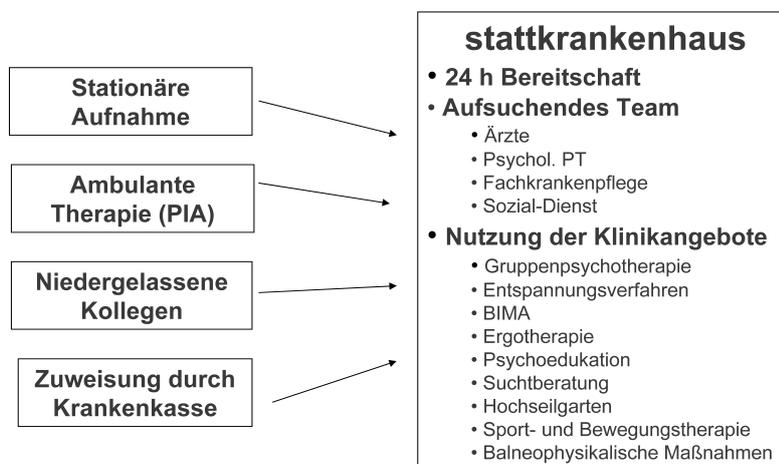


Abbildung 5: Ziele des Projekts

- Optimierung der Versorgung durch flexiblen und am individuellen Patientenbedürfnis orientierte Behandlungsformen
- Vermeidung der Expansion der stationären Behandlung aufgrund der anhaltenden Überbelegung
- Reduktion der stationären Behandlungstage
- Reduktion patientenbezogener sozialer Folgekosten
- Verbesserung des Krankheitsverlaufs und damit langfristige Kosteneinsparungen

Abbildung 6: Umsetzung



haus (AöR) seit nunmehr zwei Jahren schwer psychisch Kranke in einem integrierten Versorgungsvertrag mit der DAK. Zielgruppe sind Psychosepatienten mit akutstationärem Behandlungsbedarf. Dem Projekt „stattkrankenhaus“ liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen, mit schweren psychotischen Störungen, an den Schnittstellen der vorhandenen Versorgungssysteme zu Problemen führt, die einen kontinuierlichen Behandlungsprozess im Interesse der Patientinnen und Patienten behindern.

An einer Psychose erkrankte Patientinnen und Patienten durchlaufen im Rahmen ihrer meist chronischen Erkrankung immer wieder Phasen der relativen Stabilisierung und psychotische Krisen. Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, einen kontinuierlichen Behandlungsprozess zu etablieren, der auch bei der Entlassung aus dem akutstationären Bereich in einer angemessenen Intensität weiter geführt wird.

Durch die, infolge des „stattkrankenhaus“, definierten neuen Behandlungsstrukturen soll diese kontinuierliche Form der Versorgung möglich gemacht werden, die sehr viel individueller berücksichtigt, in welchem Setting den Patientinnen und Patienten die optimale Form an Behandlung, Pflege und Unterstützung geboten wird.

Es ist die gemeinsame Erkenntnis, dass in vielen Fällen akutstationäre Behandlungsphasen durch intensive „Zuhausebehandlung“ mit Hilfe multiprofessioneller Teams ersetzt werden können.

Die Leistungserbringer des „stattkrankenhaus“ bewegen sich bei diesem integrierten Versorgungsvertrag im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages, insbesondere findet kein Eingriff die den vertragsärztlichen Versorgungsbereich statt.

Am „stattkrankenhaus“ können Versicherte der DAK teilnehmen, wenn sie an einer psychotischen Störung erkrankt sind, die dem festgelegten Diagnosespektrum entsprechen. Der Patient muss aufgrund des Schweregrades seiner Erkrankung zunächst in einer der Kliniken des „stattkrankenhaus“ stationär aufgenommen werden. Er erteilt sein Einverständnis schriftlich durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Die Behandlung wird im Rahmen des Behandlungskonzeptes durchgeführt.

Glan der Erste Spatenstich zum Neubau des 40 Millionen Euro Projektes „Gesundheitszentrum Glantal“ statt. Gegen den Trend der Zentralisierung entsteht eine Versorgungseinrichtung, die durch ihren integrativen Charakter das Vertrauen der Investoren und Vertragspartner gewonnen hat.

Sektorübergreifende Versorgungsverantwortung in der Psychiatrie

Eine spannende Ausnahme ganz anderer Systemvoraussetzungen für den Erfolg sektorübergreifender Integrierter Versorgungsstrukturen hält das deutsche System aber dann doch bereit, die Psychiatrie. Hier werden ganze Regionen mit mehreren hunderttausend Einwohnern durch ein sektorübergreifendes System von Institutsambulanzen, Tageskliniken, Tagesstätten, Akutversorgungsangeboten, ambulanter Pflege und Wohnangeboten eines einzigen Trägers versorgt. Die sonst im somatischen

Bereich bestehende Konkurrenz zu den freiberuflichen Niedergelassenen spielt praktisch keine Rolle, weil der Versorgungsbedarf bei weitem größer ist als die vorhandenen Angebote. Hier können bei entsprechenden Budgetvereinbarungen mit den Krankenkassen genau die Versorgungsstrukturen entstehen, die den Befürwortern der Integrierten Versorgung vorschweben. Dort entwickeln sich Strukturen, die gegen den allgemeinen Trend zu einem Abbau von akutstationären Angeboten und einem Zuwachs teilstationärer und ambulanter wohnortnaher Strukturen führen. Wer dies genauer betrachten möchte, dem sei ein Blick in den Norden der Republik, auf die Regionalbudgets der Psychiatrie in Schleswig-Holstein, ans Herz gelegt.

Ambulant vor Stationär im Projekt stattkrankenhaus

Gemeinsam mit dem Pfalzkllinikum (AdöR) versorgt das Landeskranken-

Es sieht insbesondere die Verkürzung stationärer Aufenthalte und die Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten vor.

Das Projekt wird nach anerkannten wissenschaftlichen Methoden evaluiert, um den Zielerreichungsgrad und dabei insbesondere die Auswirkungen auf die Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erfassen. Die erste Projektphase wurde vor kurzem abgeschlossen. Die ersten Daten aus dem Projekt zeigen, dass der eingeschlagene Weg richtig ist. Ähnlich wie auch in den großen Regionalbudgetvorhaben in Schleswig-Holstein macht dieser IV-Vertrag (Integrierte Versorgung) deutlich, dass, durch auf den Patienten zugeschnittene ambulante Angebote, ein Teil der stationären Aufenthalte ersetzt werden kann. Durch diese Form der „Zuhausebehandlung“, durch multiprofessionelle Teams, kann psychisch Kranken auch in größerer Entfernung zur nächsten Fachklinik ein lang andauernder stationärer Aufenthalt erspart bleiben.

Fazit

Die beiden beschriebenen Beispiele zeigen, dass es möglich ist, auch in schwer zu versorgenden Regionen erfolgreich ambulante Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Es zeigt sich aber auch, dass dazu der ausdrückliche Wille und die Kompetenz eines zentralen Akteurs

Das Landeskrankenhaus (AöR) zeigt, dass es möglich ist, auch in schwer zu versorgenden Regionen erfolgreich ambulante Versorgungsverantwortung zu übernehmen.

vorhanden sein muss, diese Verantwortung zu übernehmen. Dieser Verantwortung fühlt sich das Landeskrankenhaus (AöR) in seinen Versorgungsregionen verpflichtet.

Zur regionalen Integration der Versorgung braucht es weniger neue Pla-

nungsgremien der Selbstverwaltung oder der Politik, als vielmehr ein auf die konkreten Bedarfe und Möglichkeiten einer Region abgestimmtes Versorgungskonzepts. Entscheidend für den Erfolg oder Misserfolg sind die Akteure in der Region. Es bedarf der Koordination und Steuerung eines solchen Vorhabens und des Vertrauens in eine faire und für alle Beteiligten vorteilhafte Zusammenarbeit.

Die Organisationsform, in der die sektorübergreifende Zusammenarbeit gelebt wird, ist nicht entscheidend. Die Anzahl der unabhängigen und in eigener Rechtsform konstituierten Akteure erhöht jedoch die Komplexität des Vorhabens dramatisch.

Neue rechtliche Rahmenbedingungen sind nicht zwingend erforderlich. Die bestehenden sollten aber nicht weiter eingeschränkt oder im Hinblick auf ihre finanzielle Attraktivität beschnitten werden. ■

»Grundwerk zur Vermittlung von Basiswissen«

Contraste 235/04, zur Voraufgabe



Lehrbuch der Sozialwirtschaft

Herausgegeben von Ulli Arnold, Klaus Grunwald und Bernd Maelicke

4. Auflage 2013, ca. 900 S., brosch., ca. 49,- €

ISBN 978-3-8329-7819-8

Erscheint ca. April 2013

Die rapide Veränderung der politischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Sozialwirtschaft erfordert grundlegende Änderungen in der Ausbildung und Weiterbildung von Führungskräften sozialer Dienstleistungsorganisationen. Die vollständig aktualisierte und neu bearbeitete 4. Auflage vermittelt Basiswissen und aktuelle Informationen zu den wichtigsten Themen.

»Für mich ist das erstmals im Jahr 1997 erschienene „Lehrbuch der Sozialwirtschaft“ von Ulli Arnold und Bernd Maelicke der Klassiker...Standardlehrbuch...als Grundwerk zur Vermittlung von Basiswissen zu zentralen thematischen Schwerpunkten der Sozialwirtschaft und des Sozialmanagements hervorragend geeignet.«

Gabriele Moos, Sozialwirtschaft 2/10, zur Voraufgabe

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de/19645



Nomos