

***Land*InForm**

2/2016

AUSZUG

Herausgeber:

Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume

dvs@ble.de

www.land-inform.de

Umbruch ist machbar

Ein Großteil der Hausärzte in ländlichen Räumen wird in naher Zukunft in den Ruhestand gehen. Die Weiterführung ihrer Praxen ließe sich durch umfassende strukturelle Veränderungen sicherstellen: Geeignete Konzepte und der gesetzliche Rahmen ermöglichen das. [VON RAINER WINKEL UND JOACHIM SCHADE]

Die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen muss umstrukturiert werden, da sie sonst in Zukunft nicht mehr gewährleistet werden kann. Es gilt zum einen, die Effizienz der Versorgungsleistung zu verbessern. Zum anderen müssen Strukturen verändert und Auffanglösungen für Praxisabgeber geschaffen werden.

Neue Versorgung

Es gibt bereits Lösungsansätze, die Landärzte erfolgreich entlasten, beispielsweise ein verstärkter IT-Einsatz, Netzbildung und das Delegieren bestimmter Leistungen, etwa im niederschweligen Bereich. So können zeitaufwendige Hausbesuche zur Versorgung chronisch Kranker von besonders ausgebildeten Kräften übernommen werden: Im Jahr 2004 entwickelte das Institut für Community Medizin an der Universität Greifswald das Modell „AGnES“, es steht für die arztentlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte, systemische Intervention. AGnES lief 2008 aus, ein ähnliches Konzept mit anderer Bezeichnung setzen inzwischen einige Regionen um. In Bayern sind sogenannte „VERAHs“, Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis, unterwegs, in Baden-Württemberg „NäPas“, Nichtärztliche Praxisassistenten. Diese Kräfte können auch bei der Dokumentation helfen. Durch diese Entlastung sparen Ärzte bis zu 50 Prozent ihrer Arbeitszeit ein, so dass sie wesentlich mehr Patienten behandeln können. In Brandenburg nutzen Landärzte bei der Diagnosevorbereitung und Erstellung von Behandlungsplänen zeitsparende EDV-Programme und Forenschaltungen mit Fachkollegen. Dadurch können auch Akuterkrankungen wie Schlaganfälle besser in der Fläche behandelt werden. Das Ärztenetz Südbrandenburg (ANSB) setzt seit Langem erfolgreich diese Vernetzung zwischen Ärzten und Krankenhäusern um.

Neuem Rollenverständnis entsprechen

Junge Ärzte wünschen sich Flexibilität und familienfreundliche Arbeitszeiten – die Arbeit des traditionellen Landarztes ist für sie wenig reizvoll. Attraktiv sind hingegen Mehrbehandlerpraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZs). Sie ermöglichen Teamarbeit sowie

Angestelltenverhältnisse in Teil- und Vollzeit und Vertretungen lassen sich leichter organisieren. Ideal ist es, wenn die Versorgungszentren mit den Krankenhäusern in der Region vernetzt sind. Gemeinsam können sie mit der Kassenärztlichen Vereinigung gut erreichbare Fortbildungsangebote für die niedergelassenen Ärzte schaffen und dadurch Standortnachteile ländlicher Räume angesichts der rasanten Weiterentwicklung in der Medizin ausgleichen.

Wenn ein Landarzt seine Praxis abgeben will und eine Nachbesetzung fehlt, muss eine Organisationsform gebildet werden, die sie übernimmt; als Träger haben sich Kooperationen von ansässigen Ärzten bewährt. Es können aber auch Krankenhäuser oder seit 2015 die Kommunen selbst sein, indem sie die medizinische Versorgung durch ein MVZ anbieten. Die personelle Besetzung kann dann durch angestellte Ärzte erfolgen. Dabei ist anzustreben, dass der Praxisabgeber weiterhin mitarbeitet und sukzessiv ausscheidet, um seine Patientenkenntnisse an das neue Personal weiterzugeben. So erfolgt ein gleitender Übergang für die Patienten, und das Praxispersonal wird gehalten. In Thüringen werden derartige Praxen auch von der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen und mit angestellten Ärzten weitergeführt – bei der Option einer späteren Praxisübernahme.

Rechtlicher Rahmen

Im Jahr 2009 wurde das Konzept für den delegativen Einsatz der nichtärztlichen Kräfte der VERAHs und NäPas in die kassenärztliche Regelversorgung aufgenommen. Seitdem können Landärzte diese Leistungen ihrer nicht-ärztlichen Mitarbeiter abrechnen. Im Jahr 2015 hat die Bundesregierung das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ beschlossen. Dadurch ist es Kommunen möglich, Träger einer Praxis zu werden. Darüber hinaus empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der das Bundesministerium für Gesundheit berät, dass die Kassenärztliche Vereinigung und die Länder dafür sorgen sollten, die Hausarztvergütung in unterversorgten Gebieten deutlich zu erhöhen.



Damit gibt es mittlerweile neue Gestaltungsspielräume für die medizinische Versorgung. Allerdings werden die bereits niedergelassenen Landärzte bei ihrer hohen Arbeitsbelastung kaum von sich aus Veränderungen voranbringen, zumal für sie keine wirtschaftliche Notwendigkeit dafür besteht. Und die Kassenärztliche Vereinigung kann die Veränderungen nicht einleiten, weil sie viele unterschiedliche Interessen vertritt.

Wer muss handeln?

Es ist die Aufgabe der Kommunen, die Sicherung der Gesundheitsversorgung voranzutreiben. Der Bürgermeister der brandenburgischen Stadt Eltsterwerda mit 9 200 Einwohnern hat sich beispielsweise angesichts des drohenden Notstands mit den örtlichen Ärzten zusammengesetzt, gemeinsam haben sie ausreichend ärztliche Nachbesetzungen erreicht. Allerdings reicht eine Vernetzung auf kommunaler Ebene in ländlichen Räumen oft nicht aus, deshalb sind auch die Kreise gefordert. Im Rahmen eines Modellvorhabens der Raumordnung (MORO) wurden im hessischen Landkreisen Hersfeld-Rotenburg und im Vogelsbergkreis unter Führung des Kreises gemeinsam mit ansässigen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsdienstleistern Versorgungskonzepte entwickelt. In Rheinland-Pfalz hat der Landkreis Vulkaneifel im vorletzten Jahr ein vergleichbares Konzept erstellt und mit der Umsetzung begonnen.

Für den Erfolg solcher Konzepte ist es wesentlich, alle relevanten örtlichen Akteure einzubeziehen und auf die jeweiligen regionsspezifischen Erfordernisse einzugehen. Dafür sollte eine geeignete, unabhängige Organisationsform geschaffen werden, die die nötigen Stellen einbezieht, Abstimmungen vornimmt und koordiniert. Zugleich sollte sie darauf hinwirken, dass sich die relevanten Akteure aktiv in Arbeitsgruppen einbringen können.

Kreise und Kommunen können diese Rolle als Organisationsebene übernehmen: Im neuen Konzept „Gesundheitsregion plus“ des Freistaates Bayern fungiert ein „Gesundheitsforum“ als Umsetzungsgre-

mium, im Landkreis Vulkaneifel leistet das sogenannte „Koordinierungsforum“ diese zentrale Aufgabe. Dabei können externe Experten eine wesentliche Unterstützung leisten, indem sie beraten, informieren und zwischen unterschiedlichen Interessen, etwa ambulanter und stationärer Versorgung, ausgleichen. Für die Umsetzung der erarbeiteten Konzepte empfiehlt es sich, dass das Koordinierungsgremium Zielvereinbarungen mit den beteiligten Akteuren aushandelt. Die Erfahrung zeigt, dass damit auch ohne Weisungsbefugnis eine gewisse Verbindlichkeit für die Umsetzung bei den Akteuren erreicht wird.

Bundesweite Konzepte erforderlich

Die Sicherung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen steht vor großen, umbruchartigen Herausforderungen. Damit lässt sich jedoch umgehen, wie die erfolgreiche Umsetzung einiger Konzepte zeigt. Um strukturelle Weiterentwicklungen einzuleiten, muss aber bundesweit gehandelt werden. Von den Akteuren des Gesundheitswesens kann das nicht im Alleingang erwartet werden. Deshalb bedarf es mehr Aktivitäten von Kreisen und Kommunen, die Gesundheitsversorgung zu sichern und voranzutreiben. Eine wesentliche Aufgabe ist es zu allererst, die örtlichen und regionalen Akteure zusammenzubringen und für deren Koordination eine geeignete organisatorische Institution zu schaffen. ■



KONTAKT:

Prof. Dr. Rainer Winkel
Deutsches Institut für Stadt und Raum (DISR)
Telefon: 06127 62388
info@disr-online.de, rainer.winkel@t-online.de
www.disr-online.de

Joachim Schade
Brogli, Schade & Partner GbR
Telefon: 0611 180950
www.arztrecht.de