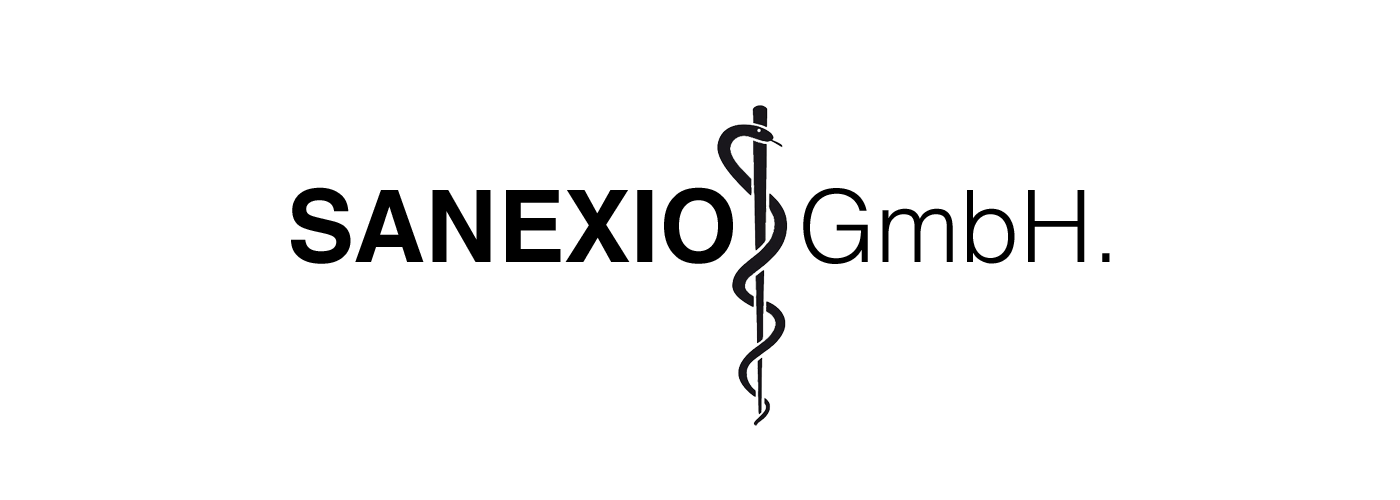
**Strategiepapier DOCVOCAT**

****

****

**Frithjof Ebert**

**Timo Kohlweyer**

**Siegbert Stracke**

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary 1

Regionale Gesundheitsversorgung 2

Strategie 4

Zielgruppenpolitische Entscheidungen 4

Angebotspolitische Entscheidungen 5

# Executive Summary

|  |
| --- |
| Die Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt werden die Nachfrage nach medizinischem Fachpersonal in Deutschland weiter steigen lassen. Seit dem Jahr 2000 ist das Personal im Gesundheitswesen um mehr als 12 Prozent gestiegen und wird voraussichtlich bis zum Jahr 2030 um weitere 2 Millionen Beschäftigte anwachsen. Allerdings kann schon jetzt der momentane Bedarf an medizinischem Fachpersonal in Deutschland nicht mehr gedeckt werden. In der nahen Zukunft wird sich dieser Mangel weiter verschärfen. Schätzungen gehen davon aus, dass bereits 2020 annähernd 56.000 Ärzte und gut 140.000 nicht-ärztliche medizinische Fachkräfte fehlen werden. Bis 2030 wird sich die Personallücke sogar auf fast eine Millionen Personen vergrößern (165.000 Ärzte sowie fast 800.000 nicht ärztliche Fachkräfte). Auch im Bereich der Pflege werden 2030 in den Kliniken über 400.000 Pflegekräfte fehlen und im ambulanten Bereich weitere 66.000. Hierbei ist der Personalbedarf der Seniorenheime noch nicht berücksichtigt.  Insbesondere in ländlichen Regionen wirken sich die demographische Entwicklung und der Ärztemangel negativ aus. Wie gravierend die Auswirkungen einer fehlenden Gesundheitsversorgung vor Ort sind, lässt sich daran ermessen, dass gerade die ärztliche Versorgung der Bevölkerung meist als Grundvoraussetzung für eine regionale Infrastruktur mit weiteren sozialen Versorgungsleistungen wie beispielsweise dem gemeinnützigen Betrieb von Sport- und Freizeitzentren sowie Bildungs-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen angesehen wird.  Eine flexible Möglichkeit, den Ärztemangel in ländlichen Regionen zu überwinden, besteht in dem Einsatz von Honorarärzten. Den Kommunen fehlt hierbei allerdings häufig die Kommunikationsschnittstelle zu den Honorarärzten. Die Webapplikation DOCVOCAT bietet daher eine schnelle und einfache Lösung, beide Seiten miteinander zu verbinden. |

Regionale Gesundheitsversorgung

|  |
| --- |
| Nach aktueller Rechtsprechung wird den Kommunen zusätzlich eine Auffangposition zur ambulanten Versorgung im Falle von medizinischen Versorgungsengpässen zugesprochen. Es vollzieht sich demnach ein Trend zur Verlagerung des Sicherstellungsauftrages seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die jeweiligen Kommunen. Die Übernahme der ambulanten Gesundheitsversorgung stellt eine neue, nahezu unlösbare Herausforderung für die kommunalen Entscheidungsträger dar, welche bislang nicht auf deren Agenda stand.  Neben vereinzelten Versuchen, Ärzte mit sog. „Fangprämien“ in die Regionen zu locken, leiten die Kommunen ihre exekutive Verantwortung insbesondere auf die „eigenen“ lokalen stationären Einrichtungen über, denen aufgrund ihrer Unternehmensinfrastruktur eine Schlüsselfunktion zur ambulant-stationären Verzahnung zugeschrieben wird.  Weiterhin erfolgten bundesweit zahlreiche Neugründungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), welche es den stationären Leistungserbringern erlauben, sich von ihrem originären Geschäftsfeld, der stationären Versorgung, in ambulante vertragsärztliche Versorgungsstrukturen auszudehnen.  Allerdings bleibt hier festzuhalten, dass stationäre Einrichtungen überwiegend noch nicht in der Lage sind, die neuartigen ambulanten Versorgungsmodelle an der Schnittstelle stationärer Versorgung unter Einbezug einer strategischen Unternehmensführung zu initiieren bzw. zu organisieren. Gerade vor dem Hintergrund einer sich ändernden demographischen Gesellschaft ist die Berücksichtigung einer intersektoralen Mediation für den medizinisch-ökonomischen Fortbestand regionaler Versorgungsstrukturen unerlässlich.  Spätestens im Jahre 2020 werden sich ambulante Versorgungsstrukturen konzentriert in oligopolartigen Organisationsformen vollumfänglich abzeichnen. Angetrieben wird dieses Szenario durch den anhaltenden Ärztemangel, einer neu aufgesetzten Bedarfsplanung, dem Aussterben des ärztlichen Unternehmertums und dem Wunsch einer nachkommenden „Ärztegeneration Y“, welche die kompromisslose Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen sowie -bedingungen einfordert.  Beteiligte Gesundheitseinrichtungen und insbesondere Kommunen, in ihrer neugewonnen Funktion als intersektoraler Versorgungsdienstleister, müssen demnach zwangsläufig eine Harmonisierungsstrategie verfolgen, um die Zukunftsfähigkeit einer regionalen Gesundheitsversorgung und die Wettbewerbsfähigkeit der Gemeinden sicherzustellen.  Dies kann nur in Zusammenarbeit mit den vor Ort tätig werdenden Ärzten und Pflegekräften sowie allen anderen Beteiligten der Wertschöpfungskette „Gesundheitsversorgung“ geschehen. Um der Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen Rechnung zu tragen, müssen auch im ambulanten Bereich neue Wege beschritten werden, die von dem Gedanken der „Einzelkämpferpraxis“ hin zu einem organisierten Arbeitsmodell aus Selbstständigkeit und Anstellungsverhältnis entwickelt werden müssen. Getreu dem Leitgedanken „Was einer [der Akteure] nicht schafft, dass schaffen viele!“, zeichnet sich die genossenschaftliche Modellform als *das* zukunftsweisende Konzept für die Erhaltung einer bürgernahen, regionalen Gesundheitsversorgung ab. Im Sinne der Selbstverantwortung bzw. Selbstverwaltung könnte somit die passgenaue Koordination jener Dienstleistungen erfolgen. Der tradierte Fortbestand von Genossenschaften anderer Branchen belegt das Erfolgsmodell. Hier könnte darüber hinaus eine enge Kooperation mit der Genossenschaft der Honorarärzte erfolgen, die zum einen die Probleme und Strukturen vor Ort aus der „ärztlichen“ Sicht kennen und neue Kooperationsformen der intersektoralen Versorgung der Bevölkerung in die Kliniken tragen können.  Die Neuordnung medizinischer Versorgungstrukturen könnte sich dabei für die Genossenschaft der Honorarärzte als vertikale Diversifikation ihres Geschäftsfeldes anbieten und liefert einen innovativen Ansatz zur Erweiterung des bestehenden Leistungsportfolios innerhalb des genossenschaftlichen Verbunds. Honorarärzte etablieren sich somit als Lösung für die Fehlallokation bzw. dem Ärztemangel im ambulanten Bereich. |

# Strategie

## Zielgruppenpolitische Entscheidungen

|  |
| --- |
| Der Mangel an medizinischen Fachkräften führte in den letzten Jahren zur Gründung vieler Agenturen speziell auf diesem Markt. Dies zeigt zum einen den enormen Bedarf an Personal zum anderen spiegelt es aber auch die große Intransparenz dieses Marktes wider. Häufig werden einfach nur Kontaktdaten zwischen Ärzten und Einrichtungen kostenpflichtig ausgetauscht ohne auf die Qualifikation der Ärzte bzw. die notwendigen Voraussetzungen seitens der Einrichtungen näher einzugehen.  Eine adäquate und medizinisch hochwertige Versorgung in den Kliniken und ambulanten Bereichen setzt allerdings Qualitätsstandards voraus, die häufig nur unzureichend kommuniziert werden.  Insbesondere Kommunen, die nun sukzessive den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen in Zukunft mit übernehmen werden, sind häufig überfordert, wenn Ärztestellen in Regionen neu zu besetzen sind. Hier kann die Kooperation mit Honorarärzten zu neuen Beratungs- und Arbeitsmodellen in den Regionen führen, wenn die hierfür eingesetzten Honorarärzte zum einen die qualitativen Voraussetzungen erfüllen und zum anderen mögliche Beteiligungsformen vor Ort an den Versorgungsstrukturen gefunden werden können.  Honorarärzte könnten sich hierüber durchaus als „Lösung“ für das Problem des Ärztemangels bzw. der Fehlallokation von Ärzten in Deutschland etablieren. Hierfür ist allerdings eine Organisation der Honorarärzte mit definierten Standards und Vorgaben notwendig, um dem „Wildwuchs“ und dem damit einhergehendem teilweise sehr schlechtem Image von Honorarärzten in der Öffentlichkeit zu begegnen. |

## Angebotspolitische Entscheidungen

|  |
| --- |
| Neue Versorgungsstrukturen wie das „Medizinische Versorgungszentrum“ geben gesundheitspolitischen Akteuren die Möglichkeit, neue flexible Arbeitsmodelle für Ärzte einzuführen. Auch die Aufhebung der intersektoralen Grenzen zwischen ambulanten und stationären Bereichen wird weiter bröckeln.  Eine entscheidende Rolle werden hierbei in Zukunft Ärztenetzwerke spielen, die auch in Kooperation mit den jeweiligen Kommunen vor Ort die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung entscheidend mitprägen werden.  Um den hierbei notwendigen Informationsaustausch gewährleisten zu können, müssen IT-Strukturen und Kommunikationsschnittstellen etabliert werden, die einen einfachen und flexiblen Austausch relevanter Informationen ermöglichen.  Mit dem Konzept der Webapplikation DOCVOCAT soll eine bundesweite Datenbank aufgebaut werden, die als transparente Plattform allen Beteiligten einfach und schnell die nötigen Informationen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zur Verfügung stellt.  Ein erster Schwerpunkt soll hierbei die Verbesserung der Kommunikation zwischen Einrichtungen (und Kommunen) sowie freiberuflich tätigen Ärzten sein. |