

Strategische Schlussfolgerungen aus den
Veränderungen der Bedarfsplanung und
Einführung neuer Versorgungsstrukturen
für Mittelbereiche



H.-J. Schade

J. Gabriel

S. Stracke

20.02.13

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	1
Ausgangssituation	3
Die neue Bedarfsplanung 2013	3
Fachkräftemangel in der Medizin.....	5
Neue Versorgungsstrukturen.....	7
Sicherstellung der Versorgung vor Ort.....	7
Der Schlüssel – Delegation und eHealth	9
Meilensteinplanung Versorgungszentrum Ulrichstein	10
Die nächsten Schritte.....	10

Executive Summary

Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner jetzigen Form nicht mehr zukunftsfähig. Eine finanzierbare Versorgung der Bevölkerung wird ohne grundlegende Systemänderungen in der Zukunft nicht mehr zu gewährleisten sein. Eine der größten Herausforderungen der Zukunft wird die bedarfsgerechte Allokation von Ärzten insbesondere in den ländlichen Gebieten Deutschlands sein, da wir durch den demographischen Wandel und den gleichzeitig immer weiter fortschreitenden medizinischen Fortschritt zu einer immer älter werdenden Gesellschaft gelangen, die durch zunehmend weniger sozialversicherungspflichtige Krankenkassenmitglieder versorgt werden muss. Weiterhin wird sich der schon jetzt bestehende Mangel an medizinischen Fachkräften im ambulanten und stationären Bereich weiter verschlimmern und somit negative Auswirkungen auf den wachsenden Anteil der Kranken haben.

Diese auch in den Medien immer wieder thematisierten Kostentreiber des deutschen Gesundheitssystems erfordern ein Umdenken in den bisherigen Planungen der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Auch die neue Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Hausärzte hat sich hier anpassen müssen. Durch sie werden nun innovative Versorgungsstrukturen rechtlich und betriebswirtschaftlich gestalt- und kalkulierbar. Obwohl nicht mehr Hausärzte als Versorger in den nächsten 10 Jahren rekrutiert werden können, sondern den verbleibenden Hausärzten sogar mehr Patienten verbleiben, so haben die medizinischen Leistungserbringer jedoch mehr Möglichkeiten die gestiegene Zahl an Patienten mit modernen Strukturen effizienter zu betreuen.

Einzelpraxen werden aus Sicht der Beteiligten als nicht mehr zielführend angesehen. Nachwuchsärzte fordern mehr flexible Kooperations- und Teilzeitmodelle. Dies verlangt nach neuen Organisationsformen bestehend aus stationären und ambulanten Leistungserbringern, die von unternehmerischen Führungspersönlichkeiten und Organisationsexperten, welche die Spielregeln des ambulanten sowie des stationären Bereichs kennen, beraten, betreut oder geführt werden. Beteiligte Gesundheitseinrichtungen aber insbesondere auch die Kommunen, in ihrer neugewonnenen Funktion als intersektoraler Versorgungsdienstleister, müssen zwangsläufig eine Harmonisierungsstrategie verfolgen, um die Zukunftsfähigkeit einer regionalen Gesundheitsversorgung und die Wettbewerbsfähigkeit der einer ganzen Region sicherzustellen. Es gilt demnach, die Wertschöpfungskette einer regional organisierten Gesundheitsversorgung zwischen stationären und ambulanten Strukturen neu zu denken. Dazu bedarf es einer eigenständigen, regionalen Dienstleistungsinstanz, welche nicht nur die Adaption einer „topdown“- bzw. „bottomup“- getriebenen Interessensgemeinschaft darstellt, sondern welche auch in der Lage ist, die generationsübergreifende Mediation und Interaktion aller regionalen

Gesundheitsdienstleister in holistischer Interessensvertretung abzubilden. Das sich dadurch ergebende Leistungsportfolio beinhaltet die ambulant-stationäre Versorgungssteuerung inklusive der Steuerung delegativer medizinischer Leistungserbringung, die Qualifizierung und Weiterbildung von ärztlichem sowie nicht-ärztlichem Personal, die generationsübergreifende Mediation sowie der daraus resultierenden Strukturierung der innerbetrieblichen Ablauf- und Aufbauorganisation, die Steuerung von Betreuungsleistungen und der Einführung innovativer Kommunikationstechnologien. Zudem könnte die Regionalinstanz als Plattform für die vom Gesetzgeber auferlegten „regionalen Gesundheitskonferenz“ fungieren. Somit ist der wirtschaftsdemokratische Einbezug und die finanzielle Beteiligung aller engagierten, regionalen Akteure (wie beispielsweise der Kommunen, der beteiligten und interessierten Unternehmen, Gesundheitsdienstleister, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, des Sozialdienstes und weiterer Stakeholder) mit deren individuellen Bedürfnissen unerlässlich.

„Wer frühzeitig intelligent organisiert und vernetzt, gewinnt als Dienstleister Vorsprung!“

Ausgangssituation

Die neue Bedarfsplanung 2013

Seit Januar 2013 ist die neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft getreten. Sie soll die ambulante medizinische Versorgung bedarfsgerechter und bundesweit gleichmäßiger gestalten. Mit dem sogenannten Mittelbereich sollen in Zukunft Gemeindeverbände sowie Klein- und Mittelstädte

statt wie bisher Landkreise als räumliche Planungszielgröße herangezogen werden. Hierdurch entstehen insgesamt neue 4000 Planungsbereiche im Vergleich zu den bislang geführten 395 Bereichen. Gleichzeitig werden in der neuen Bedarfsplanung auch Mitversorgereffekte berücksichtigt, die den Gemeindeverbänden und den Klein- und Mittelstädten eine Mitbestimmung bei der Versorgung des jeweiligen Bezirkes einräumen. Aufgrund des weit gefassten Planungsbezirkes in der Vergangenheit ließen sich Ärzte nicht selten in attraktiveren mittleren und größeren Städten nieder,

▼ 14 Hausärzte

Bisher hatte eine Verbandsgemeinde bzw. Stadtstruktur mit beispielsweise 24.100 Einwohnern auf der alten planungsrechtlichen Landkreisebene eine Sollstärke von 14 Hausärzten. Dies entspricht einem Arzt auf 1.700 Einwohnern.

▲ 16 Hausärzte

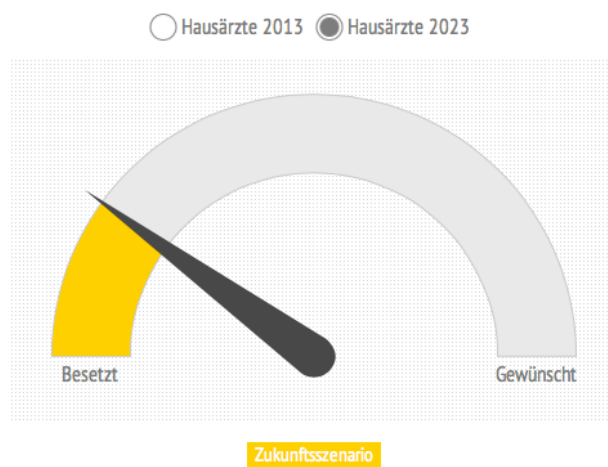
Nach der neuen Bedarfsrichtlinie haben wir nun eine Soll-Menge von 16 Hausärzten für eine Planungsregion und somit einem Arzt auf 1.500 Einwohnern.

in der sich dann auch die haus- und fachärztliche Versorgung konzentrierte. Dies soll durch den neuen Planungsansatz sowie der Mitbestimmung der Gemeinden in Zukunft durchbrochen werden. Durch die neue auf regionale Besonderheiten abgestimmte Planungsrichtlinie ergeben sich nach Berechnungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ca. 3.000 neue Zulassungsmöglichkeiten. Die Zahlen umfassen neu geschaffene und bereits bestehende Arztsitze. Im Vergleich zur bisherigen Planung kommen rund 1000 Hausärzte dazu. In Deutschland gibt es rund 4.600 Verbandsgemeinden sowie Kleinstädte (5.000 bis 20.000 Einwohner) oder Mittelstädte (20.000 bis 100.000 Einwohner). Bisher hatte eine Verbandsgemeinde bzw. Stadtstruktur mit

beispielsweise 24.100 Einwohnern auf der alten planungsrechtlichen Landkreisebene eine Sollstärke von 14 Hausärzten. Dies entspricht einem Arzt auf 1.700 Einwohnern. Nach der neuen Bedarfsrichtlinie haben wir nun eine Soll-Menge von 16 Hausärzten für eine Planungsregion und



somit einem Arzt auf 1.500 Einwohnern. Der Grund für die relative Aufstockung der Ärzte ist in den immer kränker und auch immobiler werdenden Patienten mit einer teilweise ausgeprägten Polymorbidität bei mehreren chronischen Krankheitsbildern zu sehen, die entsprechend



medizinisch betreut werden müssen. Ist nun eine Region mit der Wunschgröße von 16 Hausärzten zu versorgen und können hiervon nur 75% der Niederlassungen besetzt werden, definiert das Sozialrecht den Ausnahmetatbestand „Hausärztliche Unterversorgung“. Da in den nächsten zehn Jahren statistisch gesehen sechs Hausärzte ausscheiden und nur noch mit einer

Nachbesetzung von 1,5 Zulassungen durch neue Ärzte zu rechnen ist, wird bei den obigen Planungsprämissen mit einer Zunahme an unterversorgten Regionen in Zukunft zu rechnen sein. Für diese Entwicklung gilt es, schon jetzt Vorsorgemaßnahmen zu treffen, die dieser zu erwartenden Entwicklung entgegensteuern.

Das Versorgungsstrukturgesetz versucht dieser Unterversorgung durch einen für die verbleibenden Ärzte privilegierten Abrechnungs-, Organisations- und juristischem Gestaltungsspielraum entgegen zu kommen. Im Detail seien hier folgende Punkte genannt:

1. Befreiung von der Begrenzung der Fallzahlmenge des Regelleistungsvolumens aus max. 1.500 Patienten,
2. Einsatz von angestellten Hausärzten in Filialen ohne Aufsicht eines Arbeitgeberhausarztes,
3. Freiheit, ohne Auflagen Zweigpraxen an zentralen oder ergänzenden Anlaufstellen mit anderen (z.B. Krankenhäusern) zu bilden,
4. Einsatz von nicht ärztlichen Praxisassistenten/innen gegen Vergütung zur inhaltlichen und zeitlichen Entlastung in der Praxis durch Telematik und systematische Hausbesuchsbetreuung.

Im Angesicht des in den kommenden Jahren zunehmenden Fachkräftemangels werden die verbleibenden Hausärzte und deren Nachfolger auch die Patienten der nicht nachzubesetzenden Praxen mitbetreuen. Dies wird allerdings eine völlige Neuordnung der bisherigen Struktur der tradierten Einzel- sowie Gemeinschaftspraxis erforderlich machen, auf welche die Gruppe der Hausärzte zu einem Großteil nicht vorbereitet ist.

Fachkräftemangel in der Medizin

Die Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt wird die Nachfrage nach ärztlichem Personal und anderen medizinischen Fachkräften in Deutschland auch in Zukunft 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. Dies wird dazu führen, dass der Anteil der Gesundheitswirtschaft am BIP im Jahr 2030 ca. 13 Prozent betragen wird. 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). Die bundesdeutschen Krankenhäuser können zur Zeit etwa 5500 ärztliche Stellen nicht besetzen, was dazu führt, dass in drei von vier Krankenhäusern Honorarärzte und Honorarpflegekräfte eingesetzt werden müssen. In Zukunft wird etwa jede dritte Arztstelle in den stationären Einrichtungen unbesetzt bleiben, im ambulanten Bereich sogar jede zweite.

Von den heute mehr als 150.000 niedergelassenen Ärzten sind laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) gut 60.000 Hausärzte, 78.000 Fachärzte und rund 17.000 Psychotherapeuten. Laut KBV gehen jedoch über 40.000 Haus- und Fachärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Bereits heute gibt es für Hunderte von Praxen keine Nachfolger. Der Hausarztberuf hat im Vergleich zur Facharzt- oder Krankenhausstätigkeit 75% seiner Nachfrage verloren. In der Zeit von 2012 bis 2020 werden pro Jahr 2.400 bis 2.700 Hausärzte zwischen 65 und 67 Jahren ihre Praxen aufgeben. Zur Verfügung stehen aber gerade mal an die 1000 arbeitsbereiten Hausärzte, von denen 60% den Wunsch nach Teilzeitarbeit hegen. Somit ergibt sich eine reale Nachwuchsquote von max. 25% für die freiwerdenden Zulassungen pro Jahr.

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. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich der volkswirtschaftliche Schaden für Deutschland allein auf Grund unbesetzter Stellen auf 35 Milliarden Euro belaufen wird.

Mit der Generation Y verstärkt sich zudem auch die Feminisierung der Medizin. Schon 2009 verkündete der Deutsche Ärztinnenverbund, dass 60% der Erstsemester im Studiengang Medizin weiblich sind. In einer Umfrage des Hartmannbundes Anfang 2012 unter rund 4400 Medizinstudenten, von denen knapp zwei Drittel weiblich waren, hatten 83 Prozent angegeben, dass sie eine Familie planen oder bereits eine gegründet haben.

Was bedeutet dieser Mangel nun konkret für die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung vor Ort? Zum einen werden wegen des eklatanten Nachwuchsmangels in Zukunft die verbleibenden Hausärzte die Patienten der nicht nachzubesetzenden Praxen mitbetreuen müssen. Dass dies eine kaum zu bewältigende Aufgabe sein wird, spiegeln die prognostischen Zahlen wider, die für die Zeit von 2012 bis 2020 von einer Abgabe von 2.400 bis 2.700 Hauspraxen pro Jahr sprechen, die gerade mal mit 960 arbeitsbereiten Hausärzten p.a. wieder aufgefüllt werden können.

Wenn man diese nach Geschlechtern aufgliedert, sind es 660 Hausärztinnen mit Teilzeitarbeitswünschen, die keine Unternehmerfunktion in der Praxis übernehmen möchten. Somit ergibt sich eine reale Nachwuchsquote von max. 20 % für die freiwerdenden Zulassungen p.a. in der Regel auf Angestelltebene.

Die wesentliche gesundheitspolitische und regionale Konsequenz auf diese Entwicklung muss sein, dass Hausärzte ihre höchstpersönliche Kontaktfrequenz reduzieren und eine verstärkte Zahl von Vertiefungskontakten delegativ neu gestalten müssen. Kammern, Berufsverbände und Gesundheitspolitik haben in Modellversuchen diese neue, notwendige Versorgungsstruktur schon getestet. Sie sieht analog zum internationalen Standard vor, dass ein Hausarzt in einem qualifizierten Versorgungsteam mit mehreren spezialisierten Kollegen und qualifizierten Versorgungsassistenten/innen pro zugelassenem Arzt bis zu 2.000 Patienten pro Quartal, statt bisher durchschnittlich 1.000 Patienten versorgen kann.

Neue Versorgungsstrukturen

Sicherstellung der Versorgung vor Ort

Eine zukunftsichere Versorgung einer immer älter und immobiler werdenden Bevölkerung insbesondere in ländlichen Gebieten kann nur durch eine Neuordnung der Versorgungsstruktur unter der Schirmherrschaft von Kommunen und Krankenhäusern unter Mitwirkung von Fach- und Hausärzten sowie nicht ärztlichen Leistungserbringern der Heil- und Hilfsberufe erreicht werden.

Immer mehr Kommunen stehen vor der Herausforderung, die regionale Infrastruktur verschiedener sozialer Versorgungsleistungen aufrecht zu erhalten. Neben dem gemeinnützigen Betrieb von Sport- und Freizeitzentren sowie Bildungs-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist insbesondere die flächendeckende medizinische Versorgung vom Wegfall bedroht. Die Daseinsvorsorge gilt jedoch nach wie vor als eine der Kernaufgaben kommunaler Entscheidungsträger, zumal diese für die Bereitstellung stationärer Versorgung verantwortlich sind. Dennoch zeichnet sich vor allem in der ländlichen Verfahrenspraxis ab, dass überwiegend kommunalgetragene stationäre Einrichtungen kaum noch wirtschaftlich betrieben werden können und somit deren Existenz bedroht ist. Die Folge: Finanzielle Haushaltsdefizite; fehlende Wettbewerbsfähigkeit der Gemeinde; Bevölkerungsabwanderung und eine Welle von Privatisierungsaktivitäten, die den Boden der sozial-medizinischen Flächenversorgung sähen.

Nach aktueller Rechtsprechung wird den vorgenannten Körperschaften zusätzlich eine Auffangposition zur ambulanten Versorgung im Falle von medizinischen Versorgungsengpässen zugesprochen. Es vollzieht sich demnach ein Trend zur Verlagerung des sog. Sicherstellungsauftrages seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die jeweiligen Kommunen. Die Übernahme der ambulanten Gesundheitsversorgung stellt eine neue, schwierige Herausforderung für die kommunalen Entscheidungsträger dar, welche bislang nicht auf deren Agenda stand.

Damit die Umsetzung der regionalen Gesundheitsversorgung erfolgreich sein kann, muss eine allparteiliche Gruppenbildung erfolgen. Weiterhin müssen alle beteiligten Stakeholder der lokalen Gemeinschaft in einem fruchtbaren Dialog eingebunden werden. Kommt es zu einem emotional von Respekt und Verantwortung getragenen öffentlichen Verantwortungsprozess und den neuen, realistischen Versorgungskonzeptionen, werden sich auch Ärzte diesem Anpassungsprozess nicht entziehen. Werden die in Frage kommenden Hausärzte von einem öffentlichen Repräsentativorgan, beispielsweise von Bürgermeister und Ältestenrat angesprochen und werden den Ärzten in diesem Kontext die Lösungsansätze auf Fachebene in persönlichen Gesprächen vermittelt, wird sich die Mehrheit einer sukzessiven Veränderung nicht verschließen; vorausgesetzt

die wirtschaftlichen, zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die beteiligten Ärzte werden durch die Veränderung nicht verschlechtert und die Wünsche nach höchstpersönlicher Zuwendung werden gegebenenfalls modifiziert, bleiben aber mit gutem Gewissen durch die neue sichere und vertraute delegative Ebene erhalten.

Entscheidend für die konkrete Umsetzungsart ist, dass man als Kommunalpolitiker bereit ist, die Notwendigkeit in Veränderungsprozessen und den entsprechenden Ursachen als wahr und dringend zu bejahen und zu benennen. Sowohl von der Kommunalpolitik, aber auch aus den Kreisen der ärztlichen Standesvertretungen und der Krankenkassen gibt es hier unterschiedliche Einschätzungen zu diesem Thema.

Tatsache ist jedoch, dass die Zeit der ländlichen Einzelpraxis vorbei ist. Künftig werden 20 % der ambulanten Leistungserbringer rund 80 % des ambulanten Marktes beherrschen. Von zehn Zulassungen und acht Standorten konzentriert sich die Versorgung einer Region bis 2020 auf eine Praxisstruktur von zwei Mehrbehandlerpraxen mit drei bis sechs Zulassungen und eine weitere Praxis mit zwei bis vier Zulassungen. Damit ergeben sich in einem Bereich von 20.000 Menschen faktisch nur noch zwei Anlaufstellen für hausärztliche Versorgung. Diese bieten dann oligopolistische Flächen – Portalstrukturen – die ab 2020 die Versorgung und Zuweisung einer ganzen geografischen Einheit steuern. Um das geografische Zentrum eines Mittelbereiches (Mittelzentrum/Oberzentrum nach der Raumordnung) mit Krankenhaus und Fachärzten entsteht ein Kranz von 20 bis 30 Standorten mit insgesamt ca. 100 bis 130 Hausärzten.

Diese Portalpraxen sind Schlüsselentscheider. Sie weisen den Fachärzten und gegebenenfalls konkurrierenden Krankenhäusern in geografischen Einzugsbereichen die Patienten zu. Die wohnortnahe Versorgung erweitert sich von 10 km und 10 Minuten auf bis zu 40 km und 40 Minuten Anfahrtszeit. Gemildert wird dieser Konflikt durch Konzepte von Bring- und Holddiensten für Patienten, die auch außerhalb der öffentlichen Verkehrsmittel die Patienten zu Arztpraxen, Krankenhäusern, Einkaufszentren etc. bringen.

Gleichzeitig sind die wohnortnahen Heil- und Hilfsberufe in diesem Konzentrationsprozess bei den ihnen zuweisenden Hausärzten betroffen. Die kleinteiligen wohnortnahen nichtärztlichen Versorger hängen davon ab, ob die sich konzentrierenden hausärztlichen Auffangpraxen (Schlüsselversorger der Zukunft) an die tradierten Zuweisungsstrukturen zu Physiotherapie, Apotheke, Orthopädietechnik, Sanitätshaus und Pflege halten. Von einem entsprechenden Versorger hängt zudem die Attraktivität der stufenweise hausärztlich verwaisenden Gemeinden ab. Von sechs Gemeinden des ländlichen Raums werden dann bis 2020 drei Gemeinden keinen wohnortnahen Einzelversorger mehr haben.

Der Schlüssel – Delegation und eHealth

Das Auslagern standardisierter therapeutischer Verfahren auf gut ausgebildetes medizinisches Fachpersonal ist ein weiterer Erfolgsschlüssel für ein funktionierendes Versorgungskonzept innerhalb einer ganzen Region. Bei einem Hausarzt lösen ca. 15 Prozent der chronisch kranken Patienten ca. 50 Prozent der Patientenkontakte und somit der ärztlichen Arbeitszeit aus. Im Schnitt könnte die Delegation einen Arzt um rund 500 Patienten entlasten und dabei noch für gut 25 Prozent Mehrumsatz sorgen. In Hessen steht ab



dem 01.01.2013 ein Vertrag mit der AOK zur Verfügung, der es gestattet, dass mehrere Hausärzte einer Region über eine Personalgemeinschaft mit einer gemeinsamen VERAH® Haus- und Heimbesuche zusammen organisieren. In einem Stufenprozess können wesentliche Teile der bisherigen Patientenkontakte vom Hausarzt auf entsprechend geschulte Mitarbeiter/innen übertragen werden. Dies bedeutet, dass der Patient statt einem höchstpersönlichen ärztlichen Ansprechpartner nun zwei bis drei dauerhafte Ansprechpartner bekommt, die im Team unter Führung des Arztes arbeiten. Das System wandelt sich von einem „Einzelbetreuungssystem“ zu einem „Mehrbetreuersystem“. Damit diese Delegation auch funktionieren kann, muss im weiteren Verlauf ein deutlicher Schwerpunkt auf telemedizinische Strukturen sowie e-Health gelegt werden. Für die Steuerung dieser Prozesse werden Krankenhäuser eine wichtige Rolle übernehmen müssen, da sie zum einen über eine entsprechende Erfahrung in Teilgebieten der Telematik und Delegation verfügen und zum anderen auch als Nachfolger für niedergelassene Ärzte die ambulante Versorgung einer Region in Zusammenarbeit mit Großpraxen übernehmen können. 50 % der tradierten Patientenkontakte eines Abrechnungsquartals eines Hausarztes sind delegierbar! Gleichzeitig können durch besonders qualifizierte, den Hausarzt entlastende Mitarbeiter den Arzt 50 % der Patientenkontakte/Zeitaufwand in der Praxis und bei Haus- und Heimbesuchen abgenommen werden. Die ärztliche umfassende Verantwortung und Koordination bleibt erhalten. Allerdings ist der Einsatz solcher Personen nur auf größere Praxen von der Handhabung beschränkt oder mehrere Praxen beginnen bestimmte Infra- und Betreuungsstrukturen gemeinschaftlich freiwillig zu organisieren. Damit ist bis zum Jahr 2020 – auch ohne physischen Nachwuchs – ein neu strukturierter Auffang- und Versorgungsprozess für den ländlichen Raum gewährleistet.

Meilensteinplanung Versorgungszentrum Ulrichstein

Die nächsten Schritte

Die Stadt Ulrichstein plant in Kooperation mit weiteren regional ansässigen Partnern den Einstieg in den ambulanten Versorgungsmarkt. Ziel ist hierbei der Aufbau eines ambulanten Gesundheitszentrums am Standort Ulrichstein zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Zur mittelfristigen Realisierung des Vorhabens soll im ersten Schritt eine Beratungsleistung hinsichtlich der operativen Machbarkeit vergeben werden. Neben einer neutralen und transparenten Darstellung der aktuellen Ausgangslage gegenüber den Beteiligten soll eine sog. „Roadmap“ erarbeitet werden, welche als Leitfaden die grundlegende Umsetzung des Vorhabens dokumentiert. Darauffolgend sind die Erstellung eines ausführlichen Businessplans sowie die Umsetzung des Vorhabens geplant.

Die gewünschten Ziele und Fragestellungen erfordern eine Analyse der Strukturen vor Ort sowie eine Vorbereitung der Beteiligten in Form von Einzelgesprächen sowie einer Präsentation des Konzeptes vor der Stadtverordnetenversammlung. Hierbei sind in den folgenden zwei Monaten folgende Meilensteine umzusetzen:

- 1) Festlegung von strategischen Immobilienstandorten und den Ausbau in Stufenprozessen bis 2020 unter Berücksichtigung der zur Aufgabe von Standorten von Ärzten noch bestehenden tradierten Infrastruktur.
- 2) Vorstellung des Projektes im Rahmen eines Vortrages vor dem Magistrat und der Stadtverordnetenversammlung.
- 3) Gespräche mit anderen Gemeinden unter der Vorstellung einer interkommunalen Zusammenarbeit.
- 4) Neuordnung zwischen abzugebenden und auffangenden **Hausarztpraxen** und Erfassung veränderungsbereiter Innovatoren und kooperativer Abgeber. Hier sind zunächst Gespräche mit den vor Ort ansässigen Ärzten zu führen; insbesondere sind dies: Herr Dr. Wolfgang Krell, Herr Dr. Stephan Harlfinger.
- 5) Kooperation mit potenziellen stationären Leistungserbringern (**Krankenhäuser**): Gemeinsame Arzt- und Personalwerbung mit dem ambulanten Sektor / duale Karrieren / Stabilität von Zuweisungsstrukturen, ökonomischer Langfristplanung, Stabilität und Attraktivität personeller Verflechtung. Zusammenspiel zwischen ambulantem Versorgungszentrum und Krankenhaus im Bereich Diagnostik, Therapie, personellem Austausch sowie gemeinsamen Fallkonferenzen.

- 6) Nutzung von beteiligten Institutionen / **Stakeholdern** – auch außerhalb der medizinischen Versorgungskette.
- 7) Vorbereitung der Delegation mit Versorgungsassistenten/innen: Auswahl der Personen, Fortbildung, Integration dieser Personen in ein neues Muster der Versorgung zwischen dem ärztlichen Personal, den Ärzten selbst und dem Patienten.

Damit diese Prozesse von allen Beteiligten auch getragen werden, bedarf es einer wohl überlegten Kommunikationsstrategie. Diese umfasst im weiteren Verlauf folgende Punkte:

- 1) Entwicklung von Versorgungspfaden nach Indikation, Diabetes, Rheuma, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, COPD, Wundmanagement, SAPV; IV-Konzepten wie in Süd- Brandenburg, ggfs. auf der Basis fachübergreifender hausarztzentrierter Versorgung.
- 2) Zusammenspiel zwischen ambulanten Fachärzten und fachgleichen Krankenhausabteilungen. Dies erfolgt insbesondere auch unter der Vorstellung, der Übernahme von Krankenhausverantwortung im ambulanten Bereich sowie der Überlassung von Krankenhausärzten für diesen.
- 3) Versorgungskette Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Entlassung, Reha, Pflege, Physiotherapie, Apotheke, Pflege, Orthopädietechnik, Sanitätshaus unter Einbindung der Krankenkassen im Hinblick auf Genehmigung von Versorgungsanträgen, Gutachten, etc.
- 4) Ebenfalls regionale, gemeinsame Personalwerbung ärztlich / nicht- ärztlich inkl. Personalbedarf von Apotheken, Pflege mit gemeinsamen Qualitätsstandards, Kommunikations- und Konfliktprozessen, Indikationsdarstellung von gemeinsamen regionalem Standortmarketingaspekten für alle benötigten Gesundheitsberufe. Schaffung eines „Wir-Gefühls“ für eine neue integrierte regionale gemeinsame Verantwortung der Unterstützung von Landrat, inter- kommunalen Bürgermeister, etc.
- 5) Gemeinsame Strukturen für Tag- und Nacht-Kindergärten für alle Berufe, die nachts und am Wochenende arbeiten. Hierzu gehören Kindergärten mit einer 7 x 24 Stunden-Struktur sowie die Zurverfügungstellung von Plätzen bei Tagesmüttern.
- 6) Karriereberatung für mitarbeitende Ehepartner, Vermittlung von Wohnungen, Zweitwohnungen; Angebot kostenloser Mitgliedschaften im Sport und in sozialen Vereinigungen.
- 7) Abgebende Hausärzte können gemeinsame Konzepte für Versorgung von Hausbesuchspatienten, Heimpatienten in den verwaisenden Gemeinden und umliegenden Gemeindeteilen entwickeln.