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



**H.-J. Schade**

**J. Gabriel**

**S. Stracke**

03.03.13

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary 1

Ausgangssituation 3

Die neue Bedarfsplanung 2013 3

Fachkräftemangel in der Medizin 5

Neue Versorgungsstrukturen 7

Die Kommunen - Sicherstellung der Versorgung vor Ort 7

Das Krankenhaus – der neue Praxisnachfolger 9

Ärzte als Unternehmer – die Leadership-Praxis 11

Der Schlüssel – Delegation und eHealth 12

Meilensteinplanung Gesundheitsregion Ulrichstein 14

Meilensteine der Produkt- und Dienstleistungsstrategie 14

Kommunikations- und Vertriebsstrategie 16

# 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.  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.  Die Neuordnung medizinischer Versorgungstrukturen erweist sich dabei für die VR-Banken als vertikale Diversifikation des Geschäftsfeldes und bietet einen innovativen Ansatz zur Erweiterung des bestehenden Leistungsportfolios innerhalb des genossenschaftlichen Verbunds. Für Kunden bedeutet dies eine Konkretisierung des subsidiären Leistungsaustausches zwischen den jeweiligen Verbundpartnern sowie der damit einhergehenden (über)regionalen Mehrwertgenerierung in der Gemeinde. Infolge der strukturierten Bestandsausweitung (Spar- und Kreditkunde) werden zudem weitere Finanzgeschäfte sowie Servicestrukturen ermöglicht bzw. ausgebaut. Mitarbeiter und deren Familienangehörige profitieren von einer koordinierten betrieblichen Gesundheitsförderung mit individuellen Betreuungsangeboten. Darüber hinaus bewirbt das Thema „Gesundheit“ das Interesse weiterer bislang unerreichter Zielgruppen.  „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, 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 Krankenhaustätigkeit 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 Hausärzte 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 Angestelltenebene.  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

## Die Kommunen - Sicherstellung der Versorgung vor Ort

|  |
| --- |
| Eine zukunftssichere 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, 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. Schließlich sind die Generierung von Patientenzuweisungen sowie die Aufrechterhaltung ambulanter Versorgungsstrukturen existenziell für den Fortbestand stationärer Einrichtungen.  Gelingt es, über eine allparteiliche Gruppenbildung alle Teile der lokalen Gemeinschaft in einen fruchtbaren Zukunftsdialog einzubinden und nutzt man Internetforen und soziale Netzwerke für Angehörige, Betroffene und Mitarbeiter aller Berufe, die am Versorgungsprozess beteiligt sind, so ist ein erster Schritt getan.  Mit von der Presse begleiteten Expertenanhörungen und mit Experten versehenen Impulsvorträgen sowie runder Tische in Gemeinden und Stadtteile etc. können die verbesserten neuen Versorgungsmöglichkeiten auch durch Ehrenamtsmitarbeiter Hoffnung auf optimale Veränderungsprozesse wecken.  Insbesondere unter Mobilisierung von Selbsthilfegruppen und Ehrenamt können ganzheitliche Versorgungs- und Betreuungsstrukturen neben der medizinischen Versorgungsstruktur für ältere Patienten und Bürger geschaffen werden, die unter Einbeziehung des Hausarztes damit eine neuartige, aber auch verbesserte Versorgungsstruktur haben. All dies ist im bisherigen Vorstellungsbild der Bevölkerung und auch bei den mit der Veränderung konfrontierten Dienstleistern in allen Heil- und Hilfsberufen nicht gegeben.  Es ist eine Illusion, wenn man von runden Tischen ohne Experteneinbindung aufgrund der vergangenheitsbezogenen Erfahrungen eine Veränderungsfähigkeit für die Zukunft erwartet. Keiner möchte etwas aus seinem jetzigen Bereich aufgeben. Hausärzte müssen sich beim Veränderungsprozess von der lokalen Öffentlichkeit getragen und ermuntert fühlen  Kommt es zu einem emotional von Respekt und Verantwortung getragenen öffentlichen Verantwortungsprozess und den neuen, realistischen Versorgungskonzeptionen, werden sich auch die Ärzte diesem Anpassungsprozess nicht entziehen. Gerade bei Hausärzten im ländlichen Raum ist eine lokale heimatverbundene Verantwortung festzustellen.  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, zugeschnitten auf ihre individuelle Lebens- und Berufsstruktur, 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. |

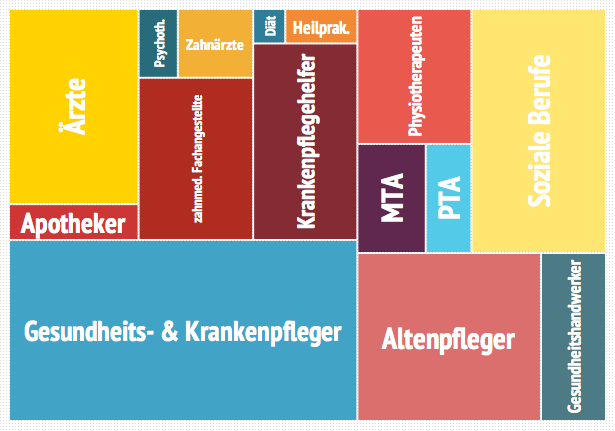
## Das Krankenhaus – der neue Praxisnachfolger

|  |
| --- |
| Für kommunale Verantwortungsträger und für Krankenhäuser im Wettbewerb bieten sich jetzt mit der Klarheit über die Bedarfsplanung vorsorgliche und frühzeitige Zukunftsneuordnungsinitiativen an. Sie müssen nicht unmittelbar von Seiten des Krankenhauses ausgehen, sondern sie können (unabhängig von Trägerstatus als kommunal/frei gemeinnützig/privat) ihre Partnerkommunen bei den Initiativen unterstützen.  Ein Krankenhaus muss sich in diesem Zusammenhang darüber im Klaren sein, welche Zuweiser wegfallen und bei wem sich die Patienten konzentrieren, wenn keine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen geführt. Im Rahmen der neuen Bedarfsrichtlinie sowie des Versorgungsstrukturgesetzes können hier nun neue Wege gegangen werden. Wer diese zuerst beschreitet, hat sicherlich einen komparativen Konkurrenzvorteil vor anderen stationären Leistungserbringern in der Region.  Man kann Angebote für die personelle Unterstützung machen, für Hilfestellungen bei IT-Strukturen, Qualitätsmanagement, gemeinsamer Personalwerbung, Aus- und Fortbildung. Gleiches gilt für Neuordnung des Facharztbereiches vor dem Hintergrund, dass wegen der Feminisierung und der Unattraktivität des ländlichen Raums mit einem Engpass von bis zu 50 % nicht nachbesetzbarerer frei werdender Facharztstellen auch im Krankenhaus gerechnet werden muss.  Die Krankenhäuser können bei einem vorsorglichen Zukunftsprojekt frühzeitig die einzelnen Facharztbereiche wesentlich stärker in die gemeinsame Zukunftsplanung einbinden. Die Facharztpraxen können auf der einen Seite leitende Funktionen im Krankenhaus übernehmen; gleichzeitig können auch Krankenhausärzte ergänzend halbtags oder mit 13 Stunden pro Woche bei einer Vollzeitstelle noch im Niedergelassenenbereich mitarbeiten.  Die meist selbst wirtschaftlich angeschlagenen und mit Investitionsstau belasteten Krankenhäuser müssen sich in der Zukunft nicht nur ihren stationären Aufgabenstellungen stellen, sondern müssen nun auch in der Lage sein, den hoch komplexen Markt der ambulanten Versorgung zu bedienen. Geprägt von einem hierarchisch getriebenen Ansatz erfolgten bundesweit zahlreiche Gründungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), welche den stationären Leistungserbringern erlauben, sich von ihrem originären Geschäftsfeld, der stationären Versorgung, in ambulante vertragsärztliche Versorgungsstrukturen auszudehnen. Nach einer anfänglichen Zeit der „intersektoralen Vollversorgereuphorie“ einrichtungsgeleiteter Interessensvertretungen folgte die ökonomische Ernüchterung. Neben Defiziten im systemorganisatorischen und finanziellen Management, fehlendem „ambulanten Einfühlungsvermögen“ und Nachbesetzungsproblematiken war es schließlich die Erkenntnis, dass sich der unternehmerische, selbstbestimmte, arbeitsaufopfernde und erfolgsgeleitete Vertragsarzt, abstammend aus der „Generation Babyboomer“, nicht in starre, diktatorische und selbstverwirklichungsfreie Unternehmensstrukturen einbinden lässt. Als substituierender Beleg hierfür stehen all jene Versorgungszentren, deren Trägerschaft und Betriebsführung in ärztlicher Verantwortung geführt werden und einer ökonomischen Fitness obliegen.  Es bleibt festzuhalten, dass stationäre Einrichtungen überwiegend noch nicht in der Lage sind, die neuartigen ambulanten Versorgungsmodelle an der Schnittstelle stationärer Versorgung unter Einbezug einer vitalen Unternehmensführung zu initiieren bzw. zu organisieren. Gerade vor dem Hintergrund einer sich ändernden demographischen und sozialen Gesellschaft ist die Berücksichtigung „ambulanter Spielregeln“ und deren intersektorale 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 – überwiegend weiblichen – „Ärztegeneration Y“, welche die kompromisslose Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen sowie -bedingungen einfordert. Aufgrund des oben beschriebenen Ärztemangels wird es hierbei aber auch für viele Praxen zusehends zu einem Problem, einen Nachfolger zu finden, der zum einen das unternehmerische Risiko der Übernahme tragen und zum anderen den Betrieb der Praxis in einem häufig eher ländlichen Bezirk aufrechterhalten möchte. Die Einzelpraxis hat ausgedient, da sie den nachfolgenden Hausärzten als Berufsperspektive zu unattraktiv erscheinen. Für die Nachbesetzung entsprechend freiwerdender Sitze müssen neue Modelle gedacht werden.  **Teilung des Arztsitzes:**  Der halbe Sitz könnte dem potenziellen Nachfolger zunächst im Rahmen einer Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Übergangs-Anstellung angeboten werden. Die Umwandlung einer halben Zulassung in eine Anstellungsgenehmigung erscheint risikolos, weil die **halbe Angestellten-Zulassung**, falls sie unerwartet frei wird, wieder auf den Senior zurückübertragen werden kann, also ihm nicht verloren geht. Das Modell mit den halben Zulassungen hat folgenden Vorteil: Wenn der Praxisabgeber seine letzte halbe Zulassung abgibt, ist der bisherige Kollege bei der Nachbesetzung der freiberuflichen halben Stelle privilegiert. Er kann sie übernehmen und voll **freiberuflich tätig** werden (dann ist es allerdings wieder „nur“ eine Einzelpraxis) oder künftig selbst zur Hälfte freiberuflich arbeiten und seine halbe Angestellten-Zulassung an einen neuen Junior weitergeben.  Doch was ist z.B., wenn der junge Angestellte gar nicht freiberuflich, sondern weiterhin als Angestellter arbeiten möchte – und andere Praxiskäufer nicht in Sicht sind? Für den Fall könnte als langfristige Option die Umwandlung von Praxen in ein **Medizinisches Versorgungszentrum** eine Lösung darstellen. Werden Forderungen von Deutschem Ärztetag und Hausärzteverband nach fachgleichen MVZ in den nächsten Jahren vom Gesetzgeber erhört, könnten sich reine Hausarzt-MVZ bilden. Ein MVZ wiederum kann von einem Krankenhausträger erworben werden. |

## Ärzte als Unternehmer – die Leadership-Praxis

|  |
| --- |
| Die Zeit der ländlichen Einzelpraxis ist vorbei. 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 Holdiensten 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 wesentliche Kernpunkt des Konzeptes „Leadership-Praxis“ ist die Kooperation und deren Ausgestaltung. In einer Leadership-Praxis gibt es einen oder zwei Hauptinvestoren, während die übrigen Ärzte als nicht kapitalgebundene Partner einsteigen. Dies schließt für diese Ärzte eine weitere Investition nicht aus, gibt ihnen aber die Möglichkeit erst mal ohne belastendes Investment, aber ggfs. mit einer vertraglichen Option in die Praxis später einzusteigen und sich entsprechend zu beteiligen. Finden sich hierbei mehrere Ärztinnen und Ärzte so wird auch schnell das Problem der Arbeitszeit gelöst, da in einer Gemeinschaft mit mehreren flexible Arbeitszeitmodelle gefunden werden können ohne dass die Versorgung der Patienten darunter leiden muss.  Hier schließt sich wieder der Kreis zu den Krankenhäusern, die entsprechende Ärzte ergänzend halbtags oder mit 13 Stunden pro Woche bei einer Vollzeitstelle im Niedergelassenenbereich „entleihen“ könnten, um ihre eigene strategische Position zu stärken. Ambulante Versorgungsdienstleister könnten bei Engpässen umgekehrt in der Lage sein, in einzelnen Aufgabenbereichen von Krankenhäusern unterstützend auszuhelfen und diese entlang der Versorgungskette neu zu definieren. Es generieren sich hieraus wertvolle Chancen für den stationären Bereich regional verwurzelter Krankenhäuser, da der „bottomup“-getriebene Versorgungsansatz ein zukunftsfähiges Konkurrenzmodell zur klassischen, derzeit anhaltenden Privatisierungswelle darstellt. Darüber hinaus könnte hierin der Schlüssel für die Wettbewerbsfähigkeit einer ganzen Region verborgen sein. |

## 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 Bayern und Baden-Württemberg ist das Modell VERAH® bereits Bestandteil der Hausarztverträge mit der AOK. Dort sind zur Umsetzung des Modells 3.500 medizinische Versorgungsassistentinnen ausgebildet worden. 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.

Tradierte Versorger werden gegenüber den hochqualifizierten VERAH®s Vorbehalte haben. Gleichzeitig entsteht aber mit dem Ausscheidensprozess von ca. 40 % der Hausärzte von der Kopfzahl bis 2020 ein Konzentrationsprozess frei werdender Patientengruppen auf die verbleibenden Praxen, die den innovativen Zukunftsstrukturen gerecht werden müssen.

# Meilensteinplanung Gesundheitsregion Ulrichstein

## Meilensteine der Produkt- und Dienstleistungsstrategie

|  |
| --- |
| Die komplexe Materie des Aufbaus einer zukunftsfähigen Gesundheitsregion kann durch den Einsatz von Experten mit ihrem fachlichen Hintergrund und der Kompetenz sowie der Autorität der Fachmoderatoren zusammen mit einem regionalen Koordinator aus dem Bereich der kommunalen Körperschaften in einem Prozess von 18 bis 30 Monaten neu strukturiert werden.  Schließen sich regional zwischen 15 bis 25, an diesem Prozess Beteiligte und Interessierte zusammen, entstehen mit Anschubfinanzierungen aus Fördergeldern relativ schnell sich selbst finanzierende und organisierende neue regionale Organisationsprozesse.  Hierbei ist es dringend notwendig, auch Verbraucherschutz- und Patientenorganisationen mit einzubinden. Je stärker die einzelne Indikation, wie Diabetes, Rheuma, Asthma das Erfahrungswissen von Verbraucherschutz, Patientenorganisationen und Pharmaindustrie in diesem demokratischen, gleichgeordneten Neuordnungsprozess eingebunden ist, desto schneller entsteht eine neue, von allen getragene und mit Wissen ausgestattete Zukunftsstruktur.  **Folgende Meilensteine sind 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: ***Die Planung bzgl. des Gesundheitszentrums in Ulrichstein sind teilweise schon umgesetzt. Die Beteiligten verständigen sich auf eine Immobilie, die modular erweitert werden kann und den weiteren Bedürfnissen eines Gesundheitszentrums gerecht wird.*** 2. Vorstellung des Projektes im Rahmen eines Vortrages vor dem Magistrat und der Stadtverordnetenversammlung: ***Mitte März (Vortragstermin). Vorstellung der Grundidee und der an dem Projekt beteiligten Partner.*** 3. Gespräche mit anderen Gemeinden unter der Vorstellung einer interkommunalen Zusammenarbeit: (***Mitte/Ende März) Diese sind teilweise schon erfolgt und müssen nun bzgl. einer strategischen Kooperation unter Einbezug stationärer Leistungserbringer weitergeführt werden.*** 4. Neuordnung zwischen abzugebenden und auffangenden **Hausarztpraxen** und Erfassung veränderungsbereiter Innovatoren und kooperativer Abgeber. Am Anfang wird es hinsichtlich dieser Veränderungen zu einer massiven Zurückhaltung der überwiegenden Teile der betroffenen Hausärzte kommen. Hier sind zunächst Gespräche mit den vor Ort ansässigen Ärzten zu führen; insbesondere sind dies: Herr Dr. Wolfgang Krell, Herr Dr. Stephan Harlfinger: ***Mitte März (erste Gespräche). „Erstes Abtasten“ bzgl. der Vorstellung der beteiligten Hausärzte im Rahmen der zu entwickelnden Versorgungskonzepte für die Region Ulrichstein.*** 5. Kooperation mit dem **Krankenhaus:** Gemeinsame Arzt- und Personalwerbung mit dem ambulanten Sektor / duale Karrieren / Stabilität von Zuweisungsstrukturen, ökonomischer Langfristplanung, Stabilität und Attraktivität personeller Verflechtung.   Zusammenspiel innerärztlich zwischen Hausärzten – Facharzt und Krankenhaus im Bereich Diagnostik, Therapie, Medikation, personellem Austausch, Fallkonferenzen – gemeinsamer ärztlicher und nicht- ärztlicher Personalwerbung für die Region.   1. Nutzung von beteiligten Institutionen / **Stakeholdern** – auch außerhalb der medizinischen Versorgungskette wie Regional-Banken (Volksbank, Sparkasse, Spezialbanken), regionaler Steuerberater, Anwälte, Beratungspartner der Krankenhäuser im Bereich Wirtschaftsprüfung / Beratung. 2. Auffangpraxen können sich zwei Jahre auf eine neuartige Delegation mit Versorgungsassistenten/innen vorbereiten: Auswahl der Personen, Fortbildung, Integration dieser Personen in ein neues Muster der Versorgung zwischen dem ärztlichen Personal, den Ärzten selbst und dem Patienten.   Älter werdende Patienten können angstfrei selbständig ein längeres Leben in der eigenen Häuslichkeit planen. Sie werden ärztlich betreut, ohne Überforderung mit neuartigem Assistenzsystemen im Wohnbereich; sie können durch die Erfahrung der Medizintechnik, Pharmaindustrie, Apotheken neue Messvorgänge am Körper mit einbringen, die unmittelbar die datengeschützten Werte zum Arzt senden. Ferner entsteht durch die Dauerberatung die Chance einer stabileren Verhaltensänderung bei Diabetes, etc. Somit können sie auch davon ausgehen, dass bei Wegzug von jüngeren pflegenden Angehörigen dennoch eine gute Zukunft an ihrem Wohnort haben. Gleichzeitig sind die pflegenden Angehörige durch den Zugriff auf neue Versorgungsstrukturen entlastet.  Ein systematisch moderierter regionaler Gesundheitsdialog mit festen Ablaufstrukturen kann hierbei auf die verschiedensten Versorgungsmodelle in der Bundesrepublik zurückgreifen. Abgesehen von Fördergeldern ist ein solcher Prozess mit aktiven Innovatoren in der Größenordnung von 15 bis 25 Teilnehmer sich selbstfinanzierend und organisierend mit einem Monatsbeitrag zwischen € 500,-- und € 700,-- anstoß- und gestaltbar. Voraussetzung ist das deutliche Engagement von Landkreis und Kommunen. Nur hieraus kann eine lokal verankerte höchstpersönliche Verpflichtung die Erwartungen der Politik, der Medien und der mit Bürgerwerkstätten eingebundenen Bevölkerung erfüllt werden. Damit entsteht ein hochgradig motiviertes und regional anerkanntes sowie von der gesamten regionalen Gemeinschaft getragenes interprofessionelles Versorgungsteam. Durch Einbindung von Verbraucherschutz, Patientenorganisationen, Seniorenvereinen und Medien und auch von interessierten und kompetenten einzelnen Bürgern / Ehrenamtsfunktionen entsteht hier ein demografischer Neuordnungsprozess auf der Basis von Selbsthilfe. Unter Einbeziehung des Gedankens der wirtschaftlichen und sozialen Genossenschaften, wie sie im Raiffeisen-Sektor schon entwickelt ist, kann somit das Gesundheitswesen bürgernah offen und demokratisch auf eine von allen getragene neue Versorgungsstruktur gebracht werden. |

## Kommunikations- und Vertriebsstrategie

|  |
| --- |
| 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 Bürgermeistern, 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, Zurverfügungstellung von Plätzen bei Tagesmüttern, Betreuung von Kindern in Urlaubszeiten und wenn die Eltern gemeinsam an Fortbildungen teilnehmen oder durch Angehörigenpflege gebunden sind. 6. Karriereberatung für mitarbeitende Ehepartner, Vermittlung von Wohnungen, Zweitwohnungen; Angebot kostenloser Mitgliedschaften im Sport und in sozialen Vereinigungen. 7. Ambulante Gesundheitszentren auf dem Krankenhausgelände steigern die Attraktivität des Krankenhausstandortes im Wettbewerb, auch mit Kurzzeitpflege, Betreutem Wohnen auf dem Grundstück. 8. Abgebende Hausärzte können gemeinsame Konzepte für Versorgung von Hausbesuchspatienten, Heimpatienten in den verwaisenden Gemeinden und umliegenden Gemeindeteilen entwickeln; ferner Übernahme der Modalitäten gegen Entgelt auch ohne Nachfolger – durch die frühzeitige und langfristige Integration Ihrer Patienten und ihres Personals in einem fünfjährigen Adaptionsprozess in die Struktur der sich entwickelnden Auffangpraxen. Diese haben keine Fallzahlbegrenzung und können die für die Abgeber verfügbaren Gelder aus dem regionalen KV-Topf erhalten. 9. Banken und ihre Partner können über ihren Bereich der in Zukunft wachsenden Schlüsselkunden des Gesundheitsbereiches wegfallende Umsätze aus Einzelpraxen auffangen und langfristige Grundstücks- und Investitionskredite ausreichen. 10. Die neuen Versorgungsstrukturen unterstützende Steuerberater, Finanzberater und Rechtsanwälte können durch ihre Unterstützungskompetenz neue Kunden aus der Region gewinnen und die wegfallenden kleinteiligen Beratungsmandate durch wachsende, konzentrierte Praxisstrukturen auffangen. 11. Bürgermeister und Landräte haben belastbare, frühzeitige, zukunfts- orientierte Versorgungsstrukturen, die Arbeitsplätze, Wohnwerte, Attraktivität bei der Neuansiedlung von Unternehmen sichern. |