

# Krankenhaus-Report 2008/2009

## „Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /  
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 75-86



<b>6</b>	<b>Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung.....</b>	<b>75</b>
	<i>Matthias Schäg, Markus Herrmann, Andreas Klement, Thomas Lichte und Bernt-Peter Robra</i>	
6.1	Einführung.....	76
6.2	Regionale Versorgungszentren in Regionen mit drohender Unterversorgung.....	78
6.3	Personalentwicklung durch ein regionales MVZ.....	81
6.4	Mobile medizinische Teams.....	82
6.5	Möglichkeiten für die Krankenhäuser einschließlich der Universitätsklinika.....	83
6.6	Ausblick.....	85
6.7	Literatur.....	86

# 6 Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung

Matthias Schäg, Markus Herrmann, Andreas Klement, Thomas Lichte und Bernt-Peter Robra

## Abstract

Mit der demographischen Alterung der Bevölkerung steigen die Anforderungen an eine altersgerechte, d. h. wohnortnahe und zugehende Versorgung. Dies gilt insbesondere für ländliche und strukturschwache Regionen. Gleichzeitig wird die hausärztliche Versorgung durch Mangel an Allgemeinärzten und Probleme bei der Wiederbesetzung von Praxen in der Fläche ausgedünnt. Zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung werden daher neue Formen der Zusammenarbeit regionaler Primärärzte untereinander sowie zwischen Primärärzten, sekundären Fachärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten nötig. In Regionen mit drohender Unterversorgung wird ein vor allem allgemeinmedizinisch ausgerichtetes Medizinisches Versorgungszentrum vorgeschlagen. Es bietet Ärztinnen und Ärzten planungssichere und teilzeitgeeignete Arbeitsplätze mit reduzierter Investitionsbelastung. Eine zugehende Versorgung besonders der alten multimorbiden Patienten wird durch integriertes, mobil oder dezentral tätiges Fachpersonal arztentlastend unterstützt. Mit dem regionalen Krankenhaus und anderen Leistungserbringern werden sektorübergreifende Patientenpfade und eine gemeinsame Qualitätssicherung abgestimmt. Um die flächendeckende Versorgung nachhaltig zu sichern, werden sektorübergreifende Weiterbildungsstellen geschaffen. Bei heute schon hoher Wanderungsbereitschaft der Versicherten bei elektiven stationären Eingriffen sichert eine abgestimmte Integration in die regionale Versorgung auch die Krankenhäuser. Nicht zuletzt den Universitätsklinika eröffnet der Weg in eine gemeindebezogene Versorgung neue Chancen in Ausbildung, Weiterbildung und Versorgung.

With the demographic ageing of the population, demands for health care to suit an ageing population, in terms of delivery close to home or at home, are increasing. This applies particularly to rural and deprived regions with poor health care structures. At the same time, primary care provision is getting increasingly sparse due to a shortage of general practitioners and problems with filling practices. To ensure that primary care is available all over the region, new forms of collaboration among regional primary care physicians as well as primary care physicians, specialists, hospitals and healthcare services are essential. In regions threatened by underprovision of health care, a Medical Healthcare Centre equipped predominantly for general medicine would be a solution. It would offer physicians secure employment, full-time or part-time, and a reduced invest-

ment burden. Healthcare at home, particularly for elderly multimorbid patients, would be supported by integrated specialised personnel working on a mobile or decentralised basis in order to relieve physicians. Cross-sectoral patient paths and a joint quality assurance would be co-ordinated with the regional hospital and health care providers. To ensure sustainable comprehensive healthcare, a cross-sectoral residency training would be set up. Given that today patients are willing to travel some distance for elective inpatient procedures, a co-ordinated integration into regional healthcare would also safeguard hospitals. The path to community-based healthcare would even offer university hospitals new opportunities in training, continuing education and health care.

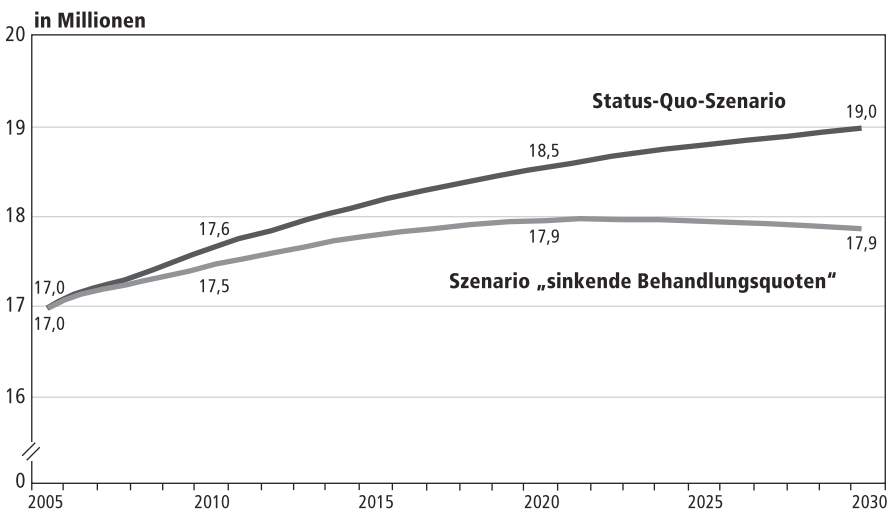
## 6

## 6.1 Einführung

Die medizinische Versorgung steht vor einer doppelten Alterung – der Alterung der Bevölkerung und einer Alterung der Ärzte in der flächendeckenden Versorgung. Trotz einer prognostizierten Abnahme der Bevölkerung ist mit einer Zunahme der Krankenhausfälle zu rechnen (Abbildung 6–1). Eine analoge Zunahme wird es auch bei der ambulanten Behandlung geben. Von einer mittelfristigen Zunahme der Krankenhausfälle geht das Statistische Bundesamt selbst dann aus, wenn die Bevölkerung mit wachsender Lebenserwartung auch länger gesund bleibt (Szenario „sinkende Behandlungsquoten“).

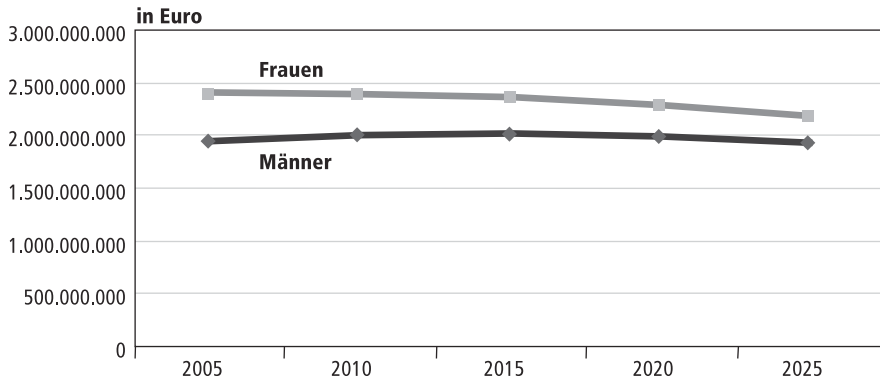
Abbildung 6–1

### Prognose der Zahl der Krankenhausfälle in Deutschland, zwei Szenarien



Quelle: Destatis, Demographischer Wandel in Deutschland 2008

Abbildung 6–2

**Prognose der Krankheitsausgaben in Sachsen-Anhalt, Status-Quo-Szenario, alle Altersgruppen**

Hinweis: Die Kurven würden stärker fallen, wenn ein Kostenschwerpunkt am Lebensende berücksichtigt wird.

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 4. regionalisierte Bevölkerungsprognose und Bundesversicherungsamt, RSA-Altersprofil 2006 ohne EU-Rentner

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Für Sachsen-Anhalt geht die amtliche Bevölkerungsprognose sogar von einer so starken Abnahme der Einwohnerzahlen aus, dass trotz der Alterung der Bevölkerung die für die Versorgung verfügbaren Mittel insgesamt abnehmen werden, wenn man sie mit dem Altersprofil des Risikostrukturausgleichs hochrechnet (Abbildung 6–2). Die Leistungserbringer werden daher dort in den nächsten Jahren zusammenrücken müssen. Eine Abnahme der Bevölkerungsdichte in ländlichen Räumen gibt es aber nicht nur in Ostdeutschland, sondern auch in wirtschafts- und strukturschwachen Regionen anderer Bundesländer. Die Abwanderung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter – jüngere Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen sind dabei überproportional vertreten – lässt eine sozial und gesundheitlich benachteiligte Residualbevölkerung mit überdurchschnittlichem medizinischem Versorgungsbedarf zurück.

Mit der demographischen Alterung und der Zunahme der Einpersonenhaushalte steigen die Anforderungen an eine altersgerechte Versorgung. Sie sollte nicht nur wohnortnah, sondern auf den Erhalt des Lebens in der eigenen Häuslichkeit gerichtet sein, d. h. sie wird in erheblichem Maß zugehend sein müssen. Stationäre Aufenthalte sollten möglichst vermieden werden, jedenfalls kurz sein. Betreuende Angehörige und andere soziale Netze sind im Interesse der GKV zu stärken. Geriatrische Rehabilitation, eine Leistung der Krankenkassen, wird zunehmend notwendig und kann mit Erfolg auch von Hausärzten geleitet werden (Meinck et al. 2003). Nötig ist das Zusammenwirken medizinischer und sozialer Dienste.

Dagegen wird die hausärztliche Versorgung heute durch Mangel an weitergebildeten Allgemeinärzten und Probleme bei der Wiederbesetzung von Praxen in der Fläche ausgedünnt. Die ambulante Primärversorgung ist schon jetzt zunehmend

überfordert, wie an der altersbereinigten Zunahme der Notfalleinweisungen in Krankenhäuser erkennbar ist.<sup>1</sup>

Bisher ist sichtbarer Hausärztemangel auf einzelne Gemeinden und Landkreise beschränkt. Eine weitere Ausdünnung der Versorgungsdichte ist jedoch nach einem Bericht für die 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK)<sup>2</sup> absehbar: Von 2005 bis 2010 werden bundesweit aus Altersgründen ca. 16 000 Hausärzte in den Ruhestand gegangen sein. Um den derzeitigen Versorgungsstand zu erhalten, müssten jährlich zwischen 2 000 und 3 000 Allgemeinärzte ihre Weiterbildung abschließen; zwischen 1998 und 2003 wurden jährlich jedoch nur 1 600 bis 1 900 Gebietsanerkennungen für Allgemeinmedizin vergeben. Nur zwei Drittel der weitergebildeten Allgemeinmediziner werden danach in der vertragsärztlichen Versorgung tätig, das verbleibende Drittel besteht weit überwiegend aus Ärztinnen, die Familien- und Berufsleben unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen nicht vereinbaren können. Ein nicht kleiner Teil der weitergebildeten Allgemeinärzte verlässt strukturschwache Regionen oder sogar Deutschland überhaupt oder sucht Aufgaben außerhalb des primärärztlichen Versorgungsbereichs. Ursachen sind hauptsächlich verschlechterte Arbeitsbedingungen durch zunehmende Bürokratisierung, mangelnde Wertschätzung und unsichere, eher abnehmende Honorierung. Durch die Ausdünnungen der Primärversorgung verschlechtert sich die regionale Versorgungssituation im Sinne einer Abwärtsspirale.

Zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung müssen daher die Arbeitsbedingungen für Hausärzte verbessert werden. Dazu können neue Organisationsformen der Zusammenarbeit und eine strategische Personalentwicklung beitragen, an der sich zunehmend auch die Krankenhäuser und selbst die Universitätskliniken beteiligen müssen.<sup>3</sup>

## 6.2 Regionale Versorgungszentren in Regionen mit drohender Unterversorgung

Startpunkt einer integrierten Entwicklung sind Regionen mit drohender Unterversorgung oder ohne ausreichende allgemeinmedizinische Versorgung. Als struktureller Kern der Vernetzung und funktionelle Schaltstelle für die Sicherstellung der regionalen Krankenversorgung wird ein vor allem allgemeinmedizinisch ausgerichtetes Medizinisches Versorgungszentrum etabliert (Abbildung 6–3). Beteiligt sind die vorhandenen Allgemeinmediziner, regionale Fachärzte und das Krankenhaus, wobei der jeweilige Anteil von den lokalen Verhältnissen abhängt. Sprechstunden niedergelassener Fachärzte werden nach Bedarf, ggf. als Zweigsprechstunden ein-

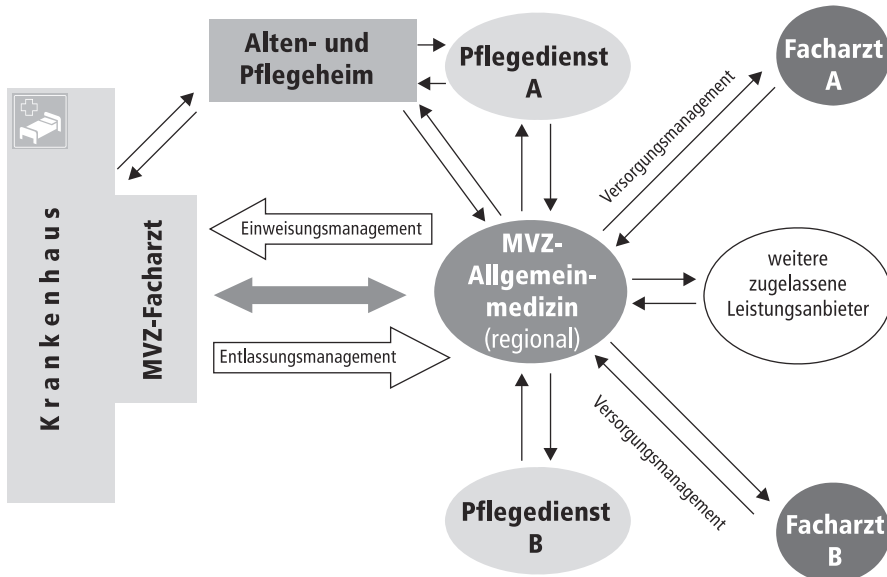
1 Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Universität Magdeburg, Sozialmedizinische Fallzahlanalysen für die AOK Sachsen-Anhalt, lfd. Jahrgang.

2 [http://www.gmkonline.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_78-GMK.pdf](http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_78-GMK.pdf) (Zugriff 20.08.2008).

3 Ob das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG vom 22. Dezember 2006), das ähnliche Ziele verfolgt, die Tätigkeit in der niedergelassenen Versorgung durch neue Kooperationsformen, Angestelltenverträge und Teilzeitzulassungen attraktiver und die Versorgungssituation sicherer machen kann, ist noch nicht absehbar.

Abbildung 6–3

## Regionales allgemeinmedizinisches MVZ



Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

gebunden. Fachärztliche Sprechstunden können auch durch Ärzte des Krankenhauses geleistet werden und – wenn sinnvoll – telemedizinisch organisiert sein. Die Beteiligung des Krankenhauses garantiert den bedarfsgerechten Zugang zu weiterführender Diagnostik und stationärer Therapie.

Ein Notfall- und Rettungswesen mit präklinischer Erstversorgung und ggf. notfallmäßiger Transportmöglichkeit in das nächste geeignete Krankenhaus, wie in den Rettungsdienstgesetzen der Länder vorgesehen, wird durch ein regionales MVZ unterstützt, z. B. durch eine zentrale Rufnummer. Je nach medizinischer Notwendigkeit kann hier die mobile Praxisassistentin, der diensthabende Hausarzt oder der Rettungswagen mit Notarzt alarmiert werden. KV-Notdienst, Krankentransport, Rettungsdienst („qualifizierter Krankentransport“) und Notfallrettung verlangen Vorhaltekosten für fachlich benachbarte Aufgaben. In Sachsen-Anhalt wurde die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen (§ 3 Abs. 3 RettDG LSA 2006).

Ein Teil der besonderen Qualität medizinischer Primärversorgung entsteht aus Sicht niedergelassener Hausärzte durch ein niederschwelliges Versorgungsangebot und eine auf Dauer angelegte persönliche Arzt(praxis)-Patienten-Beziehung. Dauerhafte persönliche Beziehungen entstehen und bestehen in überschaubaren Versorgungseinheiten. Ein MVZ auf dem Land wird aufgrund der Einwohnerstruktur bevorzugt auf alte multimorbide Patienten orientiert sein. Daher gehört eine feste, vom Patienten gewählte Bezugsperson zu seinen organisatorischen Merkmalen, neben einer patientenführenden Ärztin auch eine am MVZ angestellte Fachangestellte

oder Altenpflegerin, außerdem ein Teamansatz mit gesicherten Vertretungen und eine gute Abstimmung mit dem Pflegedienst. Durch regelmäßigen Kontakt werden Verschlechterungen der Gesundheit früher sichtbar, kritische Situationen möglicherweise vermeidbar und Notfalleinsätze seltener. Geriatrische Spezialisten werden in ein MVZ konsiliarisch und zur Weiter- und Fortbildung eingebunden, d. h. als Kompetenz-Multiplikatoren. Ambulante palliativmedizinische Angebote können den Patienten die Krankenhauseinweisung in den letzten Lebenstagen oder -stunden ersparen (Lichte et al. 2006).

Das MVZ sucht und nutzt Kooperationsmöglichkeiten mit den in der Region vorhandenen Leistungserbringern. Eine Abstimmung mit oder Anbindung von weiteren regionalen Leistungsanbietern kann sinnvoll sein (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser, Physio- und Ergotherapeuten).

Sektorübergreifende Patientenpfade werden gemeinsam mit den regional Beteiligten erarbeitet, umgesetzt und weiterentwickelt (z. B. zu Demenz oder regional angepassten Disease-Management-Programmen). Ein regionaler Qualitätszirkel kann dabei als Basis dienen. Ein besonderer Fokus wird auf das Sektor- und berufsübergreifende stationäre Einweisungs- und Entlassungsmanagement gelegt, um unnötige Krankenhauseinweisungen und Fehlbelegungen stationärer Einrichtungen zu hoher oder zu niedriger Versorgungsstufe zu vermeiden (Robra et al. 2006), notwendige Krankenhausaufenthalte zu verkürzen sowie die Potenziale ambulanter und stationärer Pflegedienste richtig zu nutzen. In dem Projekt SEAMAN z. B. ging eine umfangreiche Initiative zu einem Einweisungs- und Entlassungsmanagement von Hausärzten aus.<sup>4</sup> Das Projekt liegt jedoch wegen organisatorischer Probleme auf Eis.

Die Pfade werden im Vergleich zu historischen Daten oder empfohlenen Leitlinien evaluiert unter Nutzung anonymisierter GKV-Prozessdaten (MVZ, Krankenhaus, Krankenkassen, KV) und zusätzlich erhobener Primärdaten, z. B. zur Patientenzufriedenheit. Während das MVZ die fachübergreifende Zusammenarbeit durch räumliche und organisatorische Nähe erleichtern und vereinfachen kann, bedeutet die Konzentration mehrerer Versorgungsangebote an einem Ort auch einen Verlust an Präsenz in der Fläche, das niederschwellige Angebot des Hausarztes „um die Ecke“ würde entfallen. Daher muss das MVZ prüfen, welche Einwohner mit welchen Problemen es versorgt und welche es nicht erreicht.

In die Konzeption eines sektorübergreifenden Qualitätsmanagements werden auch die Interessen der Patienten einbezogen. Mittelfristig wird eine elektronische Kommunikationsplattform zwischen den regionalen Leistungsanbietern geschaffen, deren Funktionalität die Beteiligten definieren.

Wesentliche Ziele eines solchen Projekts sind die Vermeidung von Unterversorgung und die Verbesserung der Versorgungsqualität in ländlichen Problemregionen (siehe auch den Beitrag Neubauer/Minartz in diesem Band). Zur Gründung eines solchen MVZ erscheint ein „Bottom-Up-Prozess“ von der Basisversorgung her

4 SEAMAN – Sektor- und berufsgruppenübergreifendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Hamburg/Süderelbe, entwickelt vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (A. Niemeyer, M. Garbe, H. van den Bussche) und gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit u. Verbraucherschutz: [www.hamburg.de/servlet/contentblob/124814/seaman-endbericht-zusammenfassung/data.pdf](http://www.hamburg.de/servlet/contentblob/124814/seaman-endbericht-zusammenfassung/data.pdf).

sinnvoll, um Vorstellungen und Bedenken der bereits vor Ort engagierten Praxen und Akteure zu berücksichtigen und zu gewährleisten, dass sie ihre Arbeitsmöglichkeiten weiterentwickeln und sich durch Funktionen eines MVZ organisatorisch und wirtschaftlich entlastet fühlen können.

### 6.3 Personalentwicklung durch ein regionales MVZ

Nicht nur die Alterung der Ärzteschaft, auch ein Wandel ärztlicher Berufspräferenzen in Verbindung mit einer zunehmenden Feminisierung des fachlichen Nachwuchses muss zur Flexibilisierung hausärztlicher Weiterbildungs- und Tätigkeitsmuster führen (Buddeberg-Fischer et al. 2002 und 2008). Das traditionelle professionelle Selbstverständnis der Hausärzte wandelt sich: Das Ideal dauerhafter Erreichbarkeit, langjähriger Familienbetreuung, umfassender Zuständigkeit, Autorität sowie individueller Erfahrung und Intuition des einzelnen Arztes kontrastiert mit dem Zukunftsbild eines „primärmedizinischen Spezialisten“ in arbeitsteiligen, kooperativen und vernetzten Versorgungsformen mit evidenzbasierten und extern qualitätsgesicherten Behandlungskonzepten (Gerlach et al. 2006 a, b). Die Lebensentwürfe des medizinischen Nachwuchses sind mit den Anforderungen eines Arbeitsumfeldes vom Typ „Landarzt in Einzelpraxis“ immer seltener zur Deckung zu bringen. Vielmehr gehören ein gesicherter Berufseinstieg mit qualifizierter Rotationsweiterbildung, Teilzeitverträge, planbare Dienstzeiten, eine durch begrenzte Investitionslasten gegebene Option zum befristeten Berufsausstieg und zum Ortswechsel sowie eine gestützte Einarbeitung bei beruflichem Wiedereinstieg nach Familienpausen zu den Instrumenten, die hausärztliche Versorgung strategisch sicherzustellen. Regionale MVZs bieten diese Möglichkeiten – und erlauben einen Familienwohnsitz in der Kreisstadt.

Ein gemeinsam von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten getragenes MVZ bietet darüber hinaus die Möglichkeit, Weiterbildungsstellen im Verbund zu schaffen. Weiterbildungsassistenten können innerhalb nur eines Vertrages mit geeigneten Rotationsplänen stationäre und ambulante Aufgaben kennenlernen. Diese pragmatische Maßnahme dürfte per se die Zusammenarbeit an der ambulanten-stationären Schnittstelle verbessern. Prinzipiell sollten junge Fachärzte in beiden Sektoren Erfahrungen gesammelt haben, darunter gerade auch solche im Bereich noch unklarer Beschwerden und niedriger Krankheitsprävalenzen. Regionale MVZs sind damit ein Lösungsansatz gegen den Hausarztmangel durch familienfreundliche Arbeitsplätze und für eine kontinuierliche professionelle Entwicklung.

Ärztammer, Kassenärztliche Vereinigung und Hausärzterverband Sachsen-Anhalt haben sich 2008 bereits mit ähnlicher Zielsetzung zu einer „Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin“ (KOSTA) unter dem Dach der Ärztekammer zusammengeschlossen. Ziel ist es, erste Anlaufstelle für Studenten und Absolventen der medizinischen Fakultäten sowie für Ärztinnen und Ärzte zu sein, die sich für eine Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin interessieren. Ein Netzwerk mit den Weiterbildungsbefugten in der Region soll allen Interessenten vertraglich geregelt eine durchgängige fünfjährige Weiterbildung garantieren. Die Koordi-



nierungsstelle wird die jungen Mediziner während ihrer Weiterbildungszeit und bis zur Niederlassung begleiten.

Auch für die Ausbildung medizinischer Fachangestellter bietet ein regionales MVZ oft differenziertere Möglichkeiten als die Einzelpraxis alten Typs.

## 6.4 Mobile medizinische Teams

### 6

Vorteile des historischen Hausarztes sind das langjährig aufgebaute Vertrauensverhältnis zu den Patienten und die generationenübergreifende Kenntnis ihrer Lebenssituation. Gerade für ältere Patienten ist ein häufiger Wechsel der Bezugspersonen nicht vorteilhaft. Die oben erwähnten Rahmenbedingungen machen aber deutlich, dass eine hochwertige, kontinuierliche und wirtschaftliche Versorgung ohne zubringenden Fahrdienst, aber auch ohne Einbeziehung zugehender mobiler Teams in der Fläche zukünftig immer weniger organisierbar sein wird. Nichtärztliche Praxismitarbeiter können nach spezifischer Fortbildung in Versorgungseinheit mit der Praxis arztentlastend tätig werden.

Seit 2007 wird in Sachsen-Anhalt über drei Jahre ein Teil des Modellversuchs „Mobile Praxisassistentin“ (MoPra) durchgeführt. Damit soll die medizinische Versorgung im ländlichen Raum verbessert werden.<sup>5</sup> Die Mobile Praxisassistentin ist eine speziell ausgebildete Krankenschwester, die im Auftrag des Hausarztes Patienten aufsucht, die nicht mehr selbst in die Arztprechstunde kommen können. Die Mobile Praxisassistentin ist an ein Hausarztpraxisteam angebunden. Sie unterstützt die Hausärzte bei Routine-Hausbesuchen, beurteilt und kontrolliert im Auftrag des Arztes eigenständig den Verlauf chronischer Krankheiten und führt aus, was der Arzt angeordnet hat. Die Arzt-Patienten-Beziehung bleibt erhalten.<sup>6</sup> Das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt entwickelte zusammen mit dem Hausärzterverband ein Fortbildungsmodul zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) mit dem Aufgabenfeld Case-, Praxis- und Wundmanagement sowie Präventionsarbeit.<sup>7</sup> Diesen Projekten gemeinsam ist die neue Rolle des Hausarztes. Statt die Behandlung insbesondere chronisch kranker älterer Patienten vollständig selbst durchzuführen, wird er zum Koordinator eines multidisziplinären Praxisteams, dessen einzelne nicht-ärztliche Mitarbeiter mehr Versorgungsverantwortung übernehmen.

Denkbar ist, dass die Praxisassistentin vor Ort telemedizinisch Kontakt zur Praxis oder unmittelbar zu einem diensthabenden Arzt im Krankenhaus aufnimmt und so unnötige Einweisungen vermieden und notwendige gezielt vorbereitet werden

5 Dies ist zugleich ein Service im Rahmen des Hausarztprogramms der AOK Sachsen-Anhalt. Vertragspartner sind zunächst AOK und KV, ab Mitte 2008 steht das Projekt auch anderen Krankenkassen offen.

6 Anders als die Gemeindeschwester „AGnES“ ist die MoPra in die Praxisstruktur integriert. Dadurch wird eine weitere Schnittstelle vermieden. Die Evaluation des Projekts liegt beim Institut für Community Medicine der Universität Greifswald.

7 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse08/presse020-08.pdf> (Zugriff 21.08.2008).

können. Mit Hilfe solcher integrierter Organisationsformen soll es möglich sein, einen persönlichen Bezug zum Patienten auch über größere Entfernungen aufrecht zu erhalten.

## 6.5 Möglichkeiten für die Krankenhäuser einschließlich der Universitätsklinik

Die Wanderungsbereitschaft der Versicherten bei Inanspruchnahme stationärer Leistungen ist heute schon groß (Abbildung 6–4), damit auch die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander (siehe auch den Beitrag von Friedrich/Beivers in diesem Band). Es gibt daher in der stationären Versorgung eine deutliche Entkopplung von Wohnregion und Versorgungsregion. Diese Wanderungen mögen im Hinblick auf Wettbewerb und Leistungsdifferenzierung zu begrüßen sein, sie sind allerdings problematisch in der Betreuung multimorbider alter Menschen. Sie legen den Krankenhäusern im eigenen Interesse nahe, die Versorgung ihrer Region aktiv mitzugestalten und zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung beizutragen. Ein abgestimmtes Einweisungsmanagement ist Voraussetzung dafür, dass Krankenhäuser innerhalb der Regelversorgung Subspezialisierungen entwickeln können.

Mit einem starken regionalen MVZ werden mehr Patienten über konsentrierte Behandlungswege (sektorübergreifende Pfade) behandelt – das heißt auf dem niedrigsten wirksamen Versorgungsniveau. Dies gilt nicht zuletzt für Kontakte außerhalb der Regelarbeitszeit. Trotz unvermeidbarer Notfälle sind Krankenhausaufenthalte besser planbar. Poststationäre weiterführende Maßnahmen können bereits vom Krankenhaus aus veranlasst werden. Das hat Folgen für die stationäre Leistungsplanung (Willer und Swart 2005).

Neben der fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Diensten gibt es eine strategische Kooperation in der Qualitätssicherung und in der Weiterbildung.

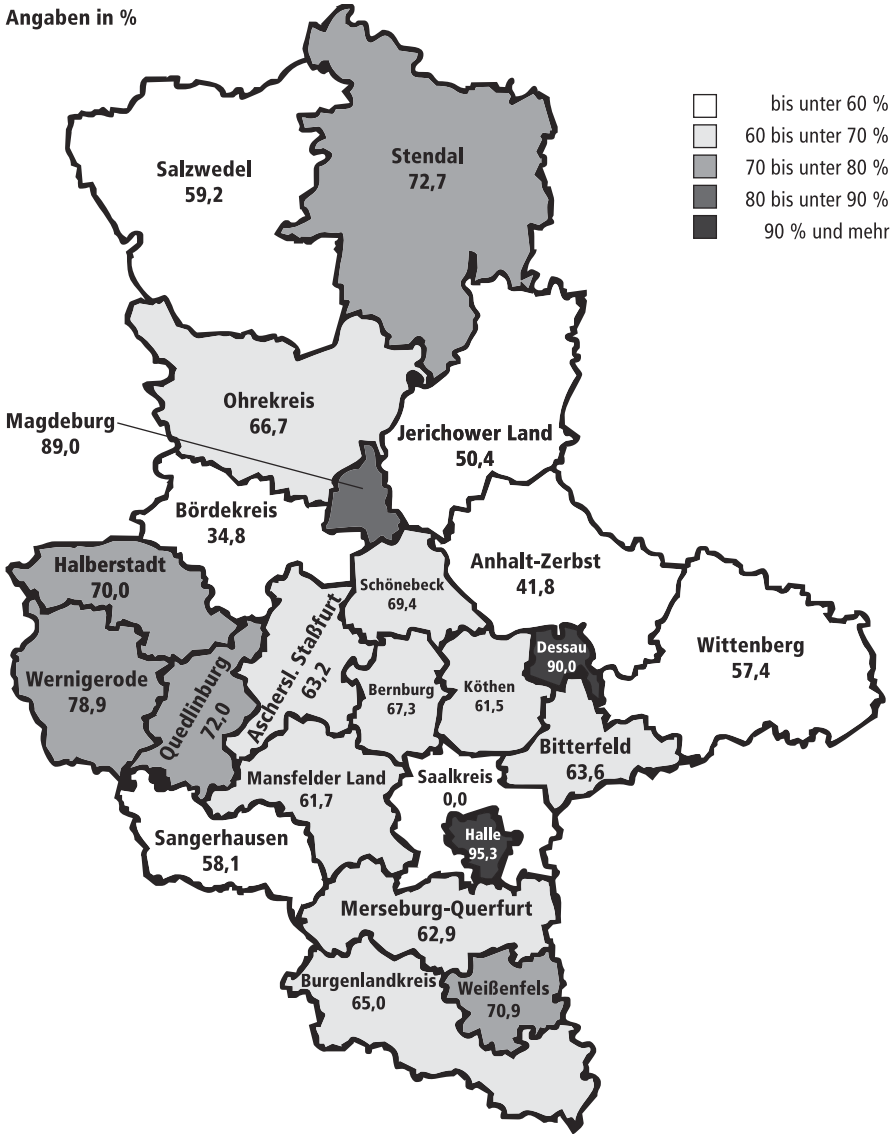
In der Psychiatrie werden zurzeit Erfahrungen mit regionalen Budgets gesammelt. Ohne notwendig alle Leistungserbringer einer Region einbeziehen zu müssen, kann ein kombiniertes Budget zwischen MVZ und Krankenhaus als Partnern auf Augenhöhe Fehlsteuerungen durch Externalisierungsanreize sektoraler Budgets („Abschiebezyklen“) unterbrechen.

Die Funktionen, die für allgemeine Krankenhäuser in Verbindung mit einem regionalen MVZ gelten, sind auch für die Universitätsklinik Entwicklungschancen in Ausbildung, Weiterbildung und Versorgung. Nur ein Teil der Universitätsklinik wird seine Rolle auf hochspezialisierte Leistungen der Supramaximalversorgung beschränken können oder wollen. Zahlreiche Universitätsklinik übernehmen nicht unbeträchtliche Aufgaben der stationären Regelversorgung und sind durch umfangreiche (und unterfinanzierte) ambulante Leistungen unersetzlich in die regionale Versorgung eingebunden (Lauterbach et al. 2003). Sie müssen ein hohes Interesse daran haben, die interne Quersubventionierung der Hochschulambulanzen zu beenden und eine neue Rolle in der regionalen Versorgung zu finden.

Abbildung 6–4

Anteil der kreisintern versorgten Fälle, alle Fachgebiete, Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt, 2005

Angaben in %



6

Eine stärkere Ausrichtung der Mediziner Ausbildung auf typische ambulante Patienten bietet bei abnehmender Lehreignung schwerkranker stationärer Patienten bei Verkürzung der Verweildauer Vorteile für die Organisation der klinischen Blockpraktika und das Praktische Jahr. Eine realistische Aus- und Weiterbildung für Aufgaben in der flächendeckenden Versorgung verlangt, dass die Uni-

versitäten anders als heute nicht nur am Ende der Versorgungskette fungieren, sondern Versorgungsverantwortung für unausgewählte Patienten übernehmen können.

Die universitäre Ausbildung und die Weiterbildung im stationären Bereich müssen darüber hinaus mehr auf geriatrische, d. h. nicht zuletzt auch gemeindebezogene Aspekte ausgerichtet werden. Ein Tandem mit einem regionalen MVZ eröffnet der Universität auch Unterstützung bei Forschungsvorhaben in der ambulanten Versorgung und bei der regionalen Versorgungsforschung. Die Möglichkeiten einer programmatischen Integration der Universitätsmedizin in die Region, bisher vor allem von der Universität Greifswald umgesetzt, sind nicht ausgeschöpft.

## 6.6 Ausblick

Eine funktionssichere und leitliniengerechte medizinische Versorgung in bevölkerungsarmen, demographisch alternden und wirtschaftlich schwachen Regionen ist eine besondere Herausforderung für eine soziale Krankenversicherung. Die medizinische Versorgung ist positiver Standortfaktor und wichtiger regionaler Arbeitgeber und deswegen gerade für solche Regionen von besonders positiver Bedeutung.

Medizinische Zentren verbinden häufig einen Anspruch auf hohe Qualität mit einer Eingrenzung ihrer Leistung auf hochspezielle Morbidität oder umschriebene Zielgruppen. In einer zu sichernden Versorgung alter Menschen, die durch Multimorbidität und reduzierte Teilhabe an gesellschaftlichen Vollzügen betroffen sind, muss der Sicherung und Anhebung der Versorgungsqualität in der Fläche Vorrang gegeben werden. Regionale Versorgungszentren können den in der Fläche notwendigen Versorgungsmix genauer und vollständiger erfassen, abdecken und für die Zukunft proaktiv und im Verbund mit anderen Leistungserbringern sichern als unverbundene Einzelpraxen oder eine landesweite Körperschaft öffentlichen Rechts. Damit werden nicht zuletzt Leistungen für chronisch kranke und multimorbide Patienten auch in ländlichen Strukturen auf qualitativ gesichertem Niveau verfügbar bleiben. Die Funktion des Primärarztes muss durch attraktivere Arbeitsbedingungen in allen Versorgungsformen – von der weiterhin bestehenden Einzel- oder Gruppenpraxis über neue Formen der gemeinsamen Berufsausübung nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bis zum MVZ – gesichert werden.

Das Ziel muss sein, weiterhin a) eine wohnortnahe flächendeckende Primärversorgung zu sichern – wenn auch nicht jederzeit in vollständiger fachlicher Ausdifferenzierung – und b) weiterhin 24 Stunden Erreichbarkeit einer ärztlichen Primärversorgung zu gewährleisten – wenn auch nicht überall mit kurzen Wegen.

Wenn ambulante und stationäre Leistungserbringer eng und abgestimmt zusammenarbeiten, liegen die Chancen für die Krankenhäuser weniger in der medizinischen Subspezialisierung als in der Mitwirkung an einer medizinisch kompetenten Organisationsentwicklung. Selbst die Universitätsmedizin mit der größten Ärztegruppe in staatlicher Trägerschaft muss sich für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in die Pflicht nehmen lassen. Dies gilt nicht zuletzt für die Reproduktion eines bedarfsgerecht, d. h. für die ambulante Versorgung ausgebildeten und handlungsfähigen ärztlichen Nachwuchses.

## 6.7 Literatur

- Buddeberg-Fischer B, Illés C, Klaghofer R. Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 353–62.
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 123–8.
- Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die ärztliche Versorgungspraxis. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 2006; 100: 335–343.
- Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case-Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 2006; 100: 345–52.
- Meinck M, Freigang K, John B, Keitel C, Puls E, Robra B.-P. Wohnortnahe geriatrische Rehabilitation: Evaluation zweier Modelle anhand medizinischer Verlaufskriterien. *Rehabilitation* 42 (2003) 45–51.
- Willer H, Swart E. Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten für die Leistungsplanung – Herausforderung und Chancen der neuen Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt. In: Swart, E.; Ihle, P. (Hrsg.). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Huber Verlag, 2005, S. 371–9.
- Robra BP, Kania H, Kuss O, Schöfnisch K, Swart E. Gleiche Erwartungen, unterschiedliche Dispositionen – niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte im Spiegel systematischer Fallvignetten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration.* Stuttgart: Schattauer 2006, S. 117–32.
- Lauterbach KW, Schwartz FW, Potthoff P, Schmitz H, Lungen M, Krauth C, Klostermann B, Gerhardus A, Stock S, Steinbach T, Müller U, Brandes I. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie). Sankt Augustin: Asgard 2003.
- Lichte, T, Bahrs O, Göpel E, Sturm E. Beim Ressourceneinsatz koordinieren, kooperieren und dokumentieren. In: Sturm E, Bahrs O, Dieckhoff D, Göpel E, Sturm M (Hrsg). *Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte – Methoden – Fertigkeiten.* Stuttgart: Thieme 2006.
- Statistisches Bundesamt. *Demografischer Wandel in Deutschland – Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige.* Heft 2. Wiesbaden 2008.