

LINKE PERSPEKTIVEN AUF SOZIALE INFRASTRUKTUR

DIE ENTWICKLUNG ZUKUNFTSFÄHIGER STRUKTUREN ZUR LÄNDLICHEN GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG¹

Dr. Viola Schubert-Lehnhardt

«Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft,
und die Politik ist weiter nichts,
als Medizin im Grossen»

(Rudolf Virchow, 3. November 1848)

VORWORT

Seit langem wird in Deutschland über Probleme bei der Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung² vor allem im ländlichen Raum diskutiert. Als Ursachen werden u.a. (Fach)Arztmangel und strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (sowohl hinsichtlich Planung, Sicherstellungsauftrag als auch Vergütung) genannt. Um diese Schwierigkeiten zu beheben wurden in einzelnen Bundesländern verschiedene Modelle erprobt – u.a. Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren (als Angebot für integrierte Versorgung), Gemeindefriseurinnen «AgnEs», «VeraH» (die Bezeichnungen differieren je nach Bundesland), «Docmobil» etc. Die meisten dieser Modelle existieren inzwischen über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren, so dass es an der Zeit ist, ihre Effektivität zu prüfen und Empfehlungen abzuleiten.

Da diese Modelle teilweise auf Erfahrungen und Strukturen aus der DDR zurückgegriffen haben, wird sowohl ein historischer Vergleich einbezogen, als auch der Schwerpunkt der Untersuchung auf die neuen Bundesländer gelegt. Der Fokus hier ist auf der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gerichtet, weniger die Lebens- und Arbeitssituationen des medizinischen Personals. Denn das Kernanliegen einer modernen emanzipatorischen Gesundheitspolitik ist eine gesicherte qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Gute Arbeits- und Lebensbedingungen für ÄrztInnen sind dazu ein (notwendiges) Mittel – jedoch nicht Selbstzweck - in einigen Publikationen und Äußerungen von (Standes) PolitikerInnen entsteht häufig der umgekehrte Eindruck.

¹ Ich danke meiner Kollegin Dr. Anne Urschll für zahlreiche Anregungen und kritische Hinweise.

² Die Diskussion erfolgt überwiegend unter dem Begriff «medizinische Versorgung». Für diese Studie wurde bewusst die Überschrift «gesundheitliche Versorgung» gewählt, da dieser Begriff breiter ist und notwendige pflegerische Versorgung sowie präventive und prophylaktische Angebote mit einschließt.

INHALT

1. Probleme im ländlichen Raum
 - Vorbemerkungen zum Begriff "ländlicher Raum"
 - Exkurs zur medizinischen Flüchtlingsversorgung
 - 1.1 Zu einigen aktuelle Bundesgesetzen
 - 1.2 Ausgewählte Lösungsansätze

2. Anliegen und Entwicklung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
 - Gesetzliche Rahmenbedingungen für MVZs
 - Exkurs zum Vergleich von DDR-Polikliniken und MVZs
 - Abschließende Wertung

3. (Neu)Einführung von «Schwester Agnes»
 - 3.1 Rollende Arztpraxis
 - 3.2 Weitere Lösungsansätze
 - 3.3 Internationale Erfahrungen

4. Empfehlungen für eine linke Politik

Literatur

1. PROBLEME IM LÄNDLICHEN RAUM

Vorbemerkung zum Begriff «ländlicher Raum»

Als oberste deutsche Bundesbehörde zur Raumordnung und Regionalplanung legt das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung die Kriterien zur Abgrenzung fest. Auf Grund unterschiedlicher Verwaltungsgrenzen sowie Abgrenzungen zwischen Wohn- und Wirtschaftsstrukturen in den einzelnen Bundesländern wurde jedoch keine einheitliche Raumkategorie gegenüber z.B. der Kategorie «verdichtete Strukturen» definiert. In der Regel wird zunächst von Räumen ausgegangen mit einer geringen Bevölkerungsdichte (unter 150 EinwohnerInnen je km²) bei gleich-zeitigem Fehlen eines «Oberzentrums». Weiterhin kommen Merkmale hinzu wie dörfliche und kleinstädtische Siedlungsstrukturen und durch Land- und Forstwirtschaft sowie Fremdenverkehrsgebiete geprägte Landschaftsbilder³.

Bei der Analyse von Situationen im «ländlichen Raum» ist unbedingt zu beachten, dass diese Räume, auch wenn sie o.g. Voraussetzungen entsprechen keinesfalls in allen Bundesländern identisch sind. Es gibt sowohl Unterschiede zwischen den «ländlichen Räumen» in den alten und neuen Bundesländern, als auch innerhalb der alten Bundesländern (häufig als «Nord-Süd-Gefälle» bezeichnet. Dies betrifft insbesondere die vorhandene Gesetzeslage und daraus hervorgehende Gestaltungsmöglichkeiten für die einzelnen Anbieter gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen.

In der Literatur wird übereinstimmend davon ausgegangen, dass die verschärften Probleme der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum auf folgenden Ursachen beruhen:

- Abnahme der Bevölkerung durch Wegzug vor allem jüngerer Menschen,
- dies führt nicht nur zur Verringerung der Bevölkerungsdichte, sondern gleichzeitig zur Alterung der Bevölkerung verbunden mit Multimorbidität bzw. Verschiebung des Morbiditätsspektrums und Immobilität,
- dadurch steigt zeitgleich die Nachfrage von Gesundheits- und Pflegeleistungen (sowohl allgemein, als spezifisch die Notwendigkeit von Hausbesuchen⁴ – mit größeren Entfernungen),
- weiterhin ergeben sich andere Pflegekonstellationen (durch den Wegzug der jüngeren Menschen sind es häufig ältere Menschen, die nun pflegerische Leistungen erbringen sollen/müssen. Dies führt in der Regel zu zusätzlichen Problemen – z.B. verstärkte Notwendigkeit der Vorbeugung von Überlastungserscheinungen).⁵
- Sinkende Zahl medizinischer und pflegerischer Betreuungsangebote auf Grund mangelnder Attraktivität der Wohn- und Sozialräume für Niederlassung von ÄrztInnen und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe,

³ Das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung unterscheidet weiterhin «ländliche Räume mit höherer und geringerer Dichte», «verstädterte Räume» jeweils mit geringer, mittlerer und höherer Dichte sowie «Agglomerationsräume mit herausragenden Zentren» – die Einbeziehung dieser Differenzierungen übersteigt jedoch die Möglichkeiten der vorliegenden Studie.

⁴ Der vor allem den MVZs im ländlichen Raum gewidmete Survey von 2011 stellt gerade die hohe Zahl von Hausbesuchen als besondere Herausforderung dar – ebd., S. 7.

⁵ ausführlich beschäftigt sich das Sachverständigenrates 2014 im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen mit dieser Situation – s. auch Abschnitt 3. Empfehlungen der vorliegenden Studie.

- schlechte Infrastruktur und damit schwierigere Zugänglichkeit von anderenorts vorhandenen Arztpraxen etc. für BewohnerInnen ohne eigenes Auto.⁶

Ein weiteres verstärkendes Moment, welches allerdings nicht nur für LandärztInnen gilt, ist die Problematik des ärztlichen Zeitbudgets. In einem Strategiegespräch zur medizinischen Versorgung im ländlichen Raum Sachsen-Anhalts am 14.10.2015 wurden folgende Momente genannt:

- Gespräch und Ausstellung von AU-Scheinen zur Vorlage beim Arbeitgeber. Hierzu gab es kurz eine heftige Debatte, ob Deutschland nicht wie in einer Reihe anderer Länder üblich eine Regelung einführen könnte, dass 3 Tage die Beschäftigten allein über ihre Arbeitsunfähigkeit entscheiden können. Diese Diskussion war in Deutschland auf Druck der Unternehmerverbände relativ schnell beendet. ÄrztInnen schätzen hier jedoch ein, dass Menschen durchaus in der Lage wären, die entsprechende Entscheidung selbst zu treffen und so die Praxen entlastet würden.
- Bereinigung des Leistungskatalogs
- Regelung des Zugangs zu FachärztInnen
- weitere Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher Leistungen (z.B. Ausstellung von Folge- rezepten)

Die hier genannten Möglichkeiten zur Ausschöpfung der ärztlichen Arbeitszeit für medizinische Leistungen am Patienten müssen jedoch auf Bundesebene geregelt werden. Hier sind die Möglichkeiten der Einflussnahme linker Politik auf Grund der derzeitigen politischen Mehrheiten eher gering. Daher wird der Abschnitt 2.1. zu aktuellen Bundesgesetzen knapp gehalten und es werden im Abschnitt 2.2. eher Modelle und Initiativen aus einzelnen Bundesländern vorgestellt. Allerdings führt der Förderalismus hier teilweise auch zu einem «Flickenteppisch» (s. z.B. die unterschiedlichen Modelle der «Praxischwester») mit den daraus resultierenden spezifischen Problemen.

Exkurs zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen

Zusätzlich verschärfen dürfte sich die Situation künftig dadurch, dass verstärkt versucht wird Flüchtlinge in ländlichen Regionen vorübergehend oder dauerhaft unterzubringen. Hieraus ergeben sich 3 Problemkreise:

1. generell ein höherer Bedarf an medizinischen Personal zur Erstuntersuchung und weiteren Versorgung. In Deutschland ist vor allem der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) dafür zuständig. Dieser ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich strukturiert und ausgebaut. Momentan gilt es, die vorhandenen Strukturen zu erhalten und zu stärken. Die Rolle von Hilfsorganisationen und Freiwilligen ist in diesem Zusammenhang neu zu durchdenken und in die Strukturen einzubinden. Das derzeit sehr breit vorhandene ehrenamtliche Engagement ist weder eine generelle Lösung noch auf Dauer weiterhin in dieser Dimension verfügbar.
2. ein spezifischer Versorgungsbedarf auf Grund traumatisch erlebter Situationen in den Herkunftsländern. Es wird eingeschätzt, dass bei Flüchtlingen und AsylbewerberInnen die Rate posttraumatischer Belastungsstörungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das zehnfache höher ist.⁷ Nach den von ihnen erlebten traumatischen Ereignissen im Herkunftsland würden sie in Deutschland weiteren Stressoren ausgesetzt, die das Risiko psychisch zu erkranken, weiter steigen lassen: Unterbringung auf engem

⁶ Erstmals statistisch signifikant ausgewertet wurde dies im Versorgungsatlas Vorpommern 2015.

⁷ Hilfe für Opfer von Kriegsgewalt. Deutsches Ärzteblatt . Jg. 112 Heft 14, S. A 620.

Raum in Sammelunterkünften, eingeschränkter Zugang zu Arbeit oder Ausbildung, Abhängigkeit von Sozialleistungen, Residenzpflicht.

Weiterer personalintensiver Versorgungsbedarf kann durch im Herkunftsland nicht oder nicht ausreichend behandelte Erkrankungen bestehen.

3. Hinzu kommt unter Umständen eine falsche Erwartungshaltung der Flüchtlinge an die Möglichkeiten des deutschen Gesundheitswesens, etwa wenn Flüchtlinge ohne politischen Asylgrund nach Deutschland kommen, in der Hoffnung hier eine Organspende zu erhalten, die ihnen im Herkunftsland verwehrt wurde.

Das abweichend von o.g. Gründen in den Medien am häufigsten diskutierte Problem der fehlenden Gesundheitskarte ist demgegenüber nachrangig und lösbar. Ohnehin ist es nicht das Fehlen dieser Karte an sich, das problematisch angesehen wird, sondern der abgestufte Zugang bzw. Verweigerung von medizinischen und pflegerischen Leistungen. Sowohl ÄrztInnen als auch Kommunen stehen hier vor einem Dilemma:

- Eines der Grundprinzipien ärztlicher Tätigkeit ist es, alle PatientInnen gleich zu behandeln. ÄrztInnen können und wollen nicht differenzieren zwischen Menschen die legal und mit voller Krankenversicherung in Deutschland leben, Menschen mit Asylantrag und eingeschränktem Versicherungsschutz und sog. «Illegalen», die über gar keinen Krankenversicherungsschutz verfügen. Deshalb wurde auf dem 118. Deutschen Ärztetag im Mai 2015 die Umsetzung entsprechender internationaler und europäischer Richtlinien zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen gefordert – deutlich u.a. durch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. in ihrem Positionspapier zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden.⁸ Inzwischen gibt es eine ganze Reihe freiwilliger Initiativen zur medizinischen Versorgung
- die Politik hat noch keine generelle Lösung gefunden, sie scheint sich auf Freiwillige zu verlassen.
- Die Kommunen stehen vor dem Problem, dass Integration zwar «vor Ort» bei ihnen stattfindet, die Bedingungen der Integration jedoch weitgehend bundespolitisch vorgegeben sind und durch die Städte und Gemeinden nur bedingt beeinflusst werden können.

Die Planung entsprechend erhöhter medizinischer und pflegerischer Kapazitäten auf Dauer (inklusive der dabei notwendigen Dolmetscherleistungen) ist bzw. wird weiterhin ein brisantes Politikfeld sein. Wesentlich dabei sind strukturelle und finanzielle Verbesserungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (die Situation ist hier in den Bundesländern unterschiedlich).

Ein weiterer wichtiger Beitrag zur Lösung wäre u.a. die schnellere Anerkennung entsprechender medizinischer und pflegerischer Abschlüsse seitens der AsylbewerberInnen und ihr damit möglicher Einsatz als ÄrztInnen bzw. Pflegekräfte unter den Flüchtlingen selbst – bei bereits vorhandenen Sprachkenntnissen! Momentan wird dieses Verfahren schon dadurch erschwert, dass für die Anerkennung der Approbation oder Berufserlaubnis und den gleichzeitig notwendigen Aufenthaltstitel unterschiedliche Ämter zuständig sind.

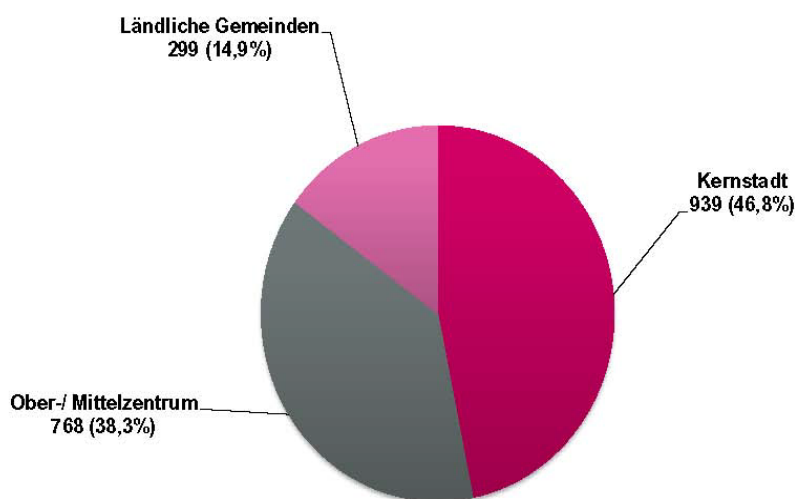
Und letztendlich zeigt sich auch bei erfolgreichen Bemühungen, dass die ausländischen ÄrztInnen und medizinischen Fachkräfte nur dann auf Dauer in ländlichen Regionen bleiben, wenn die Etablierung einer Willkommenskultur für die ganze Familie vor Ort erreicht werden kann.⁹

⁸ www.bvmd.de/presse/positionspapiere.

⁹ ausführlich in: Interkulturelle Öffnung und Willkommenskultur in strukturschwachen ländlichen Regionen. S. 42 ff.

Der Gedanke, dass die Attraktivität einer Region erheblich mit von der Struktur regionaler Gesundheitsversorgung abhängt, hat bisher eher sporadisch Entscheidungen beeinflusst (einzelne Kommunen haben mit «Lockangeboten»¹⁰ verschiedenster Art versucht, ÄrztInnen zur Niederlassung oder Eröffnung einer Zweigpraxis zu bewegen). Nicht in jedem Falle hat dies zum Erfolg geführt. Es fehlen übergreifende politische Konzepte, bzw. teilweise der politische Wille, positiv evaluierte «Modellprojekte» dauerhaft in der Praxis zu etablieren (z.B. Schwierigkeiten bei der Weiterführung des Modells «Gemeindeschwester» in einigen Bundesländern; feste Etablierung des «Doc-Mobils» in NRW etc. – s. dazu die entsprechenden Abschnitte dieser Studie).

Hoffnungen zur Entspannung der Situation wurden u.a. auf die Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren gesetzt. Wie die Entwicklung inzwischen gezeigt hat, sind diese jedoch keineswegs vorrangig in ländlichen Regionen entstanden. Insofern ist es nicht das MVZ «an sich», welches zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum führen kann, sondern zunächst seine räumliche Ansiedlung und weiterhin die von mehr als einem Drittel aller MVZs genutzte Möglichkeit zur Betreibung einer Zweigpraxis¹¹.



* Die Einteilung erfolgt auf der Grundlage der siedlungsstrukturellen Gebietstypen des BBSR (2007)

(Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung zum Stichtag 31.12.2013)

Weiterhin decken MVZs im ländlichen Raum überwiegend nur die Grundversorgung ab, der Zugang zu FachärztInnen bleibt schwierig.¹²

Seit Beginn ihrer Etablierung gibt es Debatten um Vor- und Nachteile von MVZs (s. den entsprechenden Abschnitt in dieser Studie) – bereits hier sei deshalb auf folgenden Ansatz linker Politik verwiesen: Angebote sind stets in erster Linie vom Bürger bzw. der PatientIn her zu denken und auszustatten, erst in zweiter Linie von den Arbeitsbedingungen für ÄrztInnen – und keinesfalls vordergründig von den Möglichkeiten für Gewinnmaximierung der Anbieter.

¹⁰ «Begrüßungsgeld» (in Thüringen), Stipendien, zinsgünstige Darlehen, Stiftungspraxen u.a.m. - ausführlich s. Abschnitt 5 dieser Studie.

¹¹ s. BKK Survey 2011, S. 7.

¹² s. Hellmann et al 2010, S. 27.

1.1 ZU EINIGEN AKTUELLEN BUNDESGESETZEN

Flächendeckende medizinische Versorgung gehört zu den allgemein anerkannten sozialen und kulturellen Errungenschaften unserer Gesellschaft - zumindest verbal. Betrachtet man jedoch sowohl die Versorgungsrealität als auch bundespolitische Ansätze zur Lösung bestehender Probleme besteht durchaus erheblicher Diskussions- und Handlungsbedarf. Die Verantwortung für Gesundheit und medizinische Versorgung ist dabei verteilt auf Bund, Länder und Akteure der Selbstverwaltung. Der oberste Akteur, die Bundesgesundheitspolitik, muss zunächst einheitliche Zielvorstellungen erarbeiten – diese unterteilen sich in Versorgungs¹³- und Gesundheitsziele¹⁴. Im Rahmen der vorliegenden Studie werden ausschließlich Versorgungsziele betrachtet.

Grundlage für Entscheidungen und Veränderungen auf bundespolitischer Ebene ist zunächst der Koalitionsvertrag der derzeitigen Bundesregierung. Beim Lesen dieses Dokuments fällt als auf, dass sich in der Präambel, die üblicherweise auf wichtige Politikansätze hinführen bzw. Kernaussagen enthalten soll, keine Aussagen zur Gesundheitspolitik befinden. Der Abschnitt 2.4. Gesundheit und Pflege beginnt zwar mit dem Satz, dass «Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung» im Zentrum «unserer Gesundheitspolitik» stünden¹⁵ - es wird dann aber sofort auf die Besitzstandswahrung für niedergelassene ÄrztInnen verwiesen anstatt auf akut bestehende Probleme. «Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung».¹⁶ Anreize zur Niederlassung für die flächendeckende Versorgung in unterversorgten Gebieten sollen verbessert werden, unnötige bürokratische Anforderungen abgebaut und Rahmenbedingungen flexibilisiert werden. Kaum beachtet bzw. ignoriert werden die inzwischen zahlreich vorliegenden Erhebungen und Aussagen dazu, dass junge ÄrztInnen eher zur Arbeit im Angestelltenverhältnis tendieren¹⁷ - möglichst in einer attraktiven Wohngegend. Eine Verbindung zwischen beiden Zielen - Attraktivität ländlicher Regionen als Wohnumfeld und Tätigkeit als ÄrztIn (in verschiedensten Berufsmodellen – d.h. sowohl in eigener Niederlassung, in einem Praxisnetz oder angestellt) erfolgt nicht.

Das 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz¹⁸ sollte Antworten auf eine Reihe problematischer Entwicklungen geben - insbesondere sollte die wohnortnahe Versorgung gesichert werden. Zu diesem Zweck sollte die vertragsärztliche Vergütung flexibilisiert und regionalisiert werden. Eine Vielzahl von Maßnahmen setzte dazu an sehr unterschiedlichen Punkten an:

- Reform der Bedarfsplanung
- Ermöglichung neuer Versorgungskonzepte
- Zulassung neuer Träger zur ambulanten Versorgung bei Unterversorgung
- Modifikation von Zulassungsbestimmungen
- finanzielle Anreize für ÄrztInnen

Eines der Grundprobleme bestehender Schwierigkeiten im deutschen Gesundheitswesen (sowohl aus der Sicht qualitativ guter Versorgung als auch finanziell) – die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung - wird nicht angegangen. Auch zu anderen Punkten gab es erheblichen Widerspruch bzw. Hinweise auf nur unzulängliche Regelungen¹⁹. Insbesondere wird moniert, dass durch eine Reihe durchaus positiver Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Versorgung (sowie durch das geplante Präventionsgesetz

¹³ setzen an Struktur und Prozessen der Ausgestaltung des Gesundheitssystems und der Versorgung an.

¹⁴ Förderung der Gesundheit einer Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne.

¹⁵ vgl. Koalitionsvertrag S. 75.

¹⁶ ebd.

¹⁷ s. Abschnitt zu MVZ.

¹⁸ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70.

¹⁹ Sehr fundiert u.a. bei Franz Knieps und Julia Kunkel 2014.

und die Reform der Krankenhäuser) deutlich mehr Geld notwendig wird – ohne dass die Quelle für diese Mehrausgaben geklärt ist (befürchtet werden höhere Zusatzbeiträge zu Lasten der Versicherten). Weiterhin erscheint es unrealistisch, dass durch günstigere Vergütungsmodelle für ÄrztInnen in unterversorgten Regionen der Ärztemangel beseitigt werden kann.

Seitens der Bundesregierung wurde deshalb im März 2015 das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nachgeschoben.²⁰ Auch hierzu gibt es bereits eine Reihe kritischer Stellungnahmen. Aus linker emanzipatorischer Sicht sind keine entscheidenden Lösungsansätze durch diese Gesetze zu erwarten. Auf die Kritik des Gesetzesvorschlags im Einzelnen soll im Rahmen dieser Studie verzichtet werden – dazu sei auf die Stellungnahmen der Partei DIE LINKE und deren BAG Gesundheit und Soziales verwiesen.

Im Folgenden werden daher einzelne bereits existierende Lösungsansätze vorgestellt und diskutiert. Der Blickwinkel ist dabei vordergründig vom Bürger/BürgerIn her auf das mögliche Angebot gerichtet. Die Arbeits- und Lebensbedingungen von ÄrztInnen und anderen AnbieterInnen gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen stellen allerdings ebenfalls ein wichtiges Politikfeld dar (dies nicht nur vordergründig, um sie für eine Tätigkeit im «ländlichen Raum» zu gewinnen, sondern als Kernelement linker Politik). Erwerbs- und Reproduktionsarbeit, kulturelle (Selbst)Verwirklichung und Möglichkeiten von politischem Engagement sind im Sinne der von Frigga Haug entwickelten «Vier in Einem» Perspektive stets zusammen zu betrachten.

Ein immer wieder auftauchendes Problemfeld ist die Frage der Zugänglichkeit/»niedrigschwelligen Erreichbarkeit« von Angeboten für die Bewohner ländlicher Regionen. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, (verkehrstechnische) Zugangsbarrieren zwischen Bewohnern des ländlichen Raumes und Anbietern gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen abzubauen: die Verbesserung des ÖPNV oder die Realisierung der Leistungen «vor Ort». Die hier dargestellten Modelle von Schwester AGnES und «Doc-Mobil» entsprechen dem ersten Ansatz; die Gründung von MVZs, so sie denn im ländlichen Raum erfolgen, dem zweiten. Eine Verbindung beider Ansätze wäre möglich, wenn z.B. MVZs und andere größere Leistungserbringer medizinischer und gesundheitlicher Leistungen im ländlichen Raum spezielle Fahrdienste²¹ anbieten würden (s. auch vdek Gutachten 2014). Dies scheint zumindest kurzfristig einfacher realisierbar – obwohl die generelle Forderung der Partei Die LINKE in Richtung Erhaltung bzw. Wiederherstellung des ÖPNV gehen muss.

1.2 AUSGEWÄHLTE LÖSUNGSANSÄTZE

Schon ein erster Überblick zeigt, dass es für Deutschland typisch ist, isolierte Einzellösungen zu entwickeln. Dies resultiert sowohl aus dem staatlichen Prinzip des Förderalismus, als auch aus den vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten für Modellprojekte. Beides wäre generell zu überdenken – ist jedoch nicht Gegenstand dieser Studie.

2. ANLIEGEN UND ENTWICKLUNG VON MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)

Diese Versorgungsstruktur wurde lange als ideale Lösung für eine ganze Reihe struktureller und versorgungstechnischer Probleme im deutschen Gesundheitswesen angesehen. Daher soll mit der Darstellung

²⁰ Erste Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag am 5. März 2015.

²¹ Dies kann aber nur dann erfolgreich sein, wenn der Fahrdienst die alten und gehbehinderten Menschen tatsächlich von Tür zu Tür fährt. Das Modell des «KV RegioMed Patientenbus» ist u.a. daran gescheitert, dass dieser Bus nur öffentliche Bushaltestellen bedienen durfte, und in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen auch den verbleibenden Weg zur Praxis dann nicht zurücklegen konnten – s. Regionale Modelle gegen den Ärztemangel (2013).

ihrer Entwicklung, Möglichkeiten und Grenzen begonnen werden.

Gesetzliche Rahmenbedingungen von MVZs

Ein medizinisches Versorgungszentrum²² ist «eine zugelassene fach-übergreifende ärztlich geleitete Einrichtung als neuer Leistungserbringer-Typ im Sozialgesetzbuch. In ihr können neben angestellten Ärzten auch freiberufliche Vertragsärzte tätig sein... Fachübergreifende Tätigkeit bedeutet mindestens zwei ärztliche Fachrichtungen».²³

Jeder Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung (d.h. sowohl natürliche Personen, als auch Krankenhäuser) können ein MVZ gründen. Ausschlaggebend ist, dass ein gemeinsamer Träger die Einrichtung verwaltet, eine ärztliche Leitung die Führung der Mediziner übernimmt und das MVZ unter einer Adresse firmiert. Auch nichtärztliche Heilberufe wie Physiotherapeuten oder PflegedienstmitarbeiterInnen, MitarbeiterInnen von Sanitätshäusern, Apotheken oder Orthopädie-fachgeschäften können mit einem MVZ kooperieren (und unter dessen Dach angesiedelt sein). Bedingung dafür ist, dass sie ihre Leistungen mit den dort ansässigen Ärzten in enger Abstimmung erbringen.

MVZs wurden 2002 bzw. 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz gesetzlich möglich.²⁴ Im Rahmen der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen war es Ziel dieser neuen Teilnahmeform an der ambulanten vertrags(zahn)ärztlichen und physiotherapeutischen Versorgung «sowohl stationären Einrichtungen als auch niedergelassenen zugelassenen Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, ihre Kompetenzen zu bündeln und somit eine Versorgung «aus einer Hand» anzubieten.²⁵ Damit setzt es durchaus an einer der Schwachstellen des deutschen Gesundheitswesens an. In der weiteren Entwicklung erfolgt jedoch eine Verschiebung dieser Intention.

2002 ermöglichte die Gesetzesänderung noch bestehenden Polikliniken²⁶ aus DDR-Zeiten ihr Angebotsspektrum zu erweitern bzw. zu verändern. Bis dahin hatten Einrichtungen, die am 1. Oktober 1992 noch existierten nach dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 lediglich Bestandsschutz (geregelt in § 311 SGB V – daher wurden sie in der Folgezeit auch «311-Einrichtungen» genannt). 2004 wurde es per Gesetz möglich, dass sich in Gesundheitszentren sowohl angestellte als auch freiberufliche ÄrztInnen ansiedeln konnten. Seit diesem Zeitpunkt ist eine kontinuierliche Zunahme von MVZs zu verzeichnen (s. KBV Medizi-



²² Im weiteren abgekürzt MVZ.

²³ Handreichung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringens. Medizinisches Versorgungszentrum. Weimar, 2009, S. 2.

²⁴ Eine ausführliche Erläuterung der gesetzlichen Voraussetzungen, Zulassungsbedingungen, Gestaltungsmöglichkeiten sowie der zu Beginn dieser Entwicklung diskutierten Risiken und Chancen findet sich bei Jörg Pelleter, Stefan Sohn und Oliver Schöffski: Medizinische Versorgungszentren. Grundlagen, Chancen und Risiken einer neuen Versorgungsform. Burgdorf, 2005.

²⁵ Vgl. hierzu die Vorbemerkungen zum Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG).

²⁶ Möglich war dies auf Grund des Einigungsvertrags Anlage 1, Kap. III. Sachgebiet G, Abschnitt II, BGBl. II, 1990, S. 1050 – dort wurde ausgeführt dass Polikliniken in unterschiedlicher Rechtsträgerschaft als «wesentliche Stütze der bürgernahen, ambulanten Versorgung» und leistungsfähige Strukturen des in der DDR stark ausgebauten Betriebsgesundheitswesens sowie die enge Verbindung von stationärer und ambulanter Betreuung erhalten bleiben sollten».

Unabhängig davon war ihre Entwicklung von zahlreichen Vorbehalten, Missverständnissen und Kritiken begleitet. Einer der heftigsten Vorwürfe bezog sich zu Anfang darauf, dass es sich hier um eine «Neuaufgabe sozialistischer Utopien», «Fortschreibung staatlicher Planwirtschaft» etc. handele. Daher sei an dieser Stelle ein Exkurs zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Polikliniken und MVZs eingefügt. Schwerpunkt sind dabei die Vor- und Nachteile der jeweiligen Versorgungsformen für PatientInnen und ÄrztInnen. Insbesondere der Blickwinkel auf die PatientInnen ist dann für die folgenden Auswertungen und Schlussfolgerungen von Interesse – schon deshalb, weil dieses Anliegen bei der, durch den Gesetzgeber beabsichtigten Ziele nur unklar benannt wurde. Im Entwurf zum Gesetz wurde erläutert, dass es um eine neue Versorgungsform gehe, die eine Versorgung «aus einer Hand» anbiete; sowie insbesondere jungen Ärzten die Möglichkeit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnen solle, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen Risiken eingehen zu müssen. Als weitere Vorteile wird die enge Kooperation von unterschiedlichen ärztlichen Fachgebieten untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern genannt²⁷. D.h. der Gesetzgeber betont zunächst vor allem die Vorteile dieser Versorgungsform für die ÄrztInnen.²⁸ Auch die für diese Studie vorgenommene Sichtung vorhandener Literatur bestätigt diesen Fokus.

Exkurs zum Vergleich von DDR-Polikliniken und MVZs²⁹

Zunächst zu den Gemeinsamkeiten: summarisch werden in der Literatur folgende Vorteile und Chancen von MVZs genannt:

- Bündelung medizinische Kompetenz unter einem Dach,
- Zeitersparnis für die Patienten durch kurze Wege zwischen den einzelnen FachärztInnen und möglichen weiteren Leistungserbringern,
- strukturierte Behandlung durch engere Zusammenarbeit der ÄrztInnen,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und damit Vermeidung von überhöhten Behandlungskosten,
- Entlastung des medizinischen Personals von Verwaltungsaufgaben,
- Schritt in Richtung einer Aufhebung der sektoralen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Das sind auch die entscheidenden Punkte beim Blick auf Gemeinsamkeiten zwischen DDR-Polikliniken und MVZs heute: Interdisziplinarität, ambulante Versorgung in einem Hause/einer Einrichtung, effizienterer Ressourceneinsatz.

Für ÄrztInnen in diesen Einrichtungen kommen gegenüber einer Tätigkeit in eigener Niederlassung noch weitere Vorteile hinzu (diese sind auf Grund des unterschiedlichen Aufbaus des sozialistischen und marktwirtschaftlichen Gesundheitssystems nur sehr bedingt vergleichbar):

- ÄrztInnen sind angestellt,³⁰
- sie benötigen keinen «Kassensitz»,
- sie brauchen kein Eigenkapital zum Start ihres Berufslebens,
- damit auch keine Angst vor Verschuldung durch Praxisgründung,
- der Auslastungsgrad von medizinischen Geräten wird generell erhöht,

²⁷ Deutscher Bundestag Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS/DIE GRÜNEN Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) Drucksache 15/1525, S. 26, 107 und 112.

²⁸ Dies sehen auch Pelleter, Sohn, Schöffski 2005 so – a.a.O.

²⁹ Ausführlich habe ich mich zu dieser Thematik geäußert in: Schubert-Lehnhardt, Viola DDR-Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren – ein Vergleich zweier umfassender Versorgungsformen in: Friedrich Heubel, Matthias Kettner, Arne Manzeschke (Hrsg.) Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Wiesbaden, 2010.

³⁰ Ausführlich habe ich mich zu dieser Thematik geäußert in: Schubert-Lehnhardt, Viola DDR-Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren – ein Vergleich zweier umfassender Versorgungsformen in: Friedrich Heubel, Matthias Kettner, Arne Manzeschke (Hrsg.) Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Wiesbaden, 2010.

- Investitionen sind einfacher zu bewerkstelligen, da auf mehrere verteilt,
- es sind weniger kaufmännische Kenntnisse bei den behandelnden ÄrztInnen notwendig, d.h. sie haben die Möglichkeit sich auf medizinische Behandlung statt auf betriebswirtschaftliche Verantwortung zu konzentrieren.
- durch die Ansiedlung unterschiedlicher Fachärzte und weiterer Anbieter gesundheitlicher Dienstleistungen idealer Partner für die «integrierte Versorgung» (Möglichkeit der Ansiedlung nichtärztlicher Leistungserbringer).
- geregelte Arbeitszeit, mehr Freizeit (gerade dieser Zugewinn an Lebensqualität könne nicht, so die hier Angestellten, in Euro und Cent mit dem höheren Einkommen in freier Niederlassung verrechnet werden³¹),
- flexible Arbeitszeit (Flexible Arbeitszeitmodelle sind insbesondere für Frauen attraktiv, da sie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie begünstigen. Im Zusammenhang mit der sog. «Feminisierung der medizinischen Profession» ist dieser Aspekt von besonderer Bedeutung),
- kollegiale Zusammenarbeit bei Entscheidungen gerade für junge ÄrztInnen (vor allem wichtig bei notwendigen Einzelentscheidungen). Dieser Aspekt wird vor allem von weiblichen Kollegen besonders geschätzt.

Als demgegenüber zu vernachlässigende Nachteile für ÄrztInnen werden längere Verwaltungswege, geringerer Verdienst als in eigener Niederlassung und weniger leistungsgerechte Vergütung angeführt³².

Die Vorteile für PatientInnen sind vergleichsweise ähnlich wie in den Polikliniken der DDR:

- in größeren Städten ergeben sich für Patientinnen und Patienten kürzere Wegezeiten bei Überweisungen bzw. Anschlussbehandlungen, insbesondere gilt dies im ländlichen Raum³³,
- jederzeit und mit geringer Wartezeit erreichbare Versorgung,
- Zweitmeinung schneller einholbar,
- Service für Familien: mehrere Leistungen aus einer Hand,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
- keine Überweisungen zwischen den einzelnen ÄrztInnen notwendig.

Nachteilig für PatientInnen wirken folgende Aspekte:

- kein Anspruch auf Versorgung durch einen bestimmten Arzt³⁴,
- häufig sind nur Ärzte bestimmter Fachgruppen vertreten, obwohl durch den Verweis «Anknüpfen an das poliklinische Modell der DDR» suggeriert wird, dass sowohl Hausärzte als auch Fachärzte aller Richtungen in einem MVZ angesiedelt sind,
- bei Anbindung an eine bestimmte Klinik(kette) Überweisung direkt an diese. Damit ist zum einen keine freie Wahl des Anbieters für bestimmte weiterführende Behandlungen durch die Patientin/ den Patienten gegeben. Weiterhin muss angezweifelt werden, ob die durch das MVZ durch den Gesetzgeber angestrebte Zielstellung «ambulant vor stationär» bei Gewinnerzielungsabsicht des MZV- und Klinikbetreibers tatsächlich umgesetzt wird oder ob nicht zugunsten höherer Gewinne auf «stationär» in der eignen Klinik orientiert wird.

Eine Reihe von *Unterschieden zwischen Polikliniken und MVZs* ergeben sich «natürlicherweise» schon durch die Einbettung der jeweiligen Versorgungsmodelle in unterschiedliche gesellschaftliche Systeme – so z.B. das ursprünglich vom Gesetzgeber 2004 den MVZ gewährte Privileg der Anstellung von Ärzten, die sonst erst nach fünfjähriger Tätigkeit eine eigene Zulassung erhalten hät-

³¹ Ausführlich habe ich mich zu dieser Thematik geäußert in: Schubert-Lehnhardt, Viola DDR-Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren – ein Vergleich zweier umfassender Versorgungsformen in: Friedrich Heubel, Matthias Kettner, Arne Manzeschke (Hrsg.) Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Wiesbaden, 2010.

³² Zu Recht wird von den Befürwortern der MZVs gegenüber der freien Niederlassung betont, dass dieses Argument wenig stichhaltig ist, da auch in den freien Praxen auf Grund des Abrechnungssystems der KV-en die Vergütung keineswegs als «leistungsgerecht» betrachtet werden kann.

³³ Diese «Wohnortnähe» wurde in der DDR bewusst angestrebt. Bei den MVZs war sie kein gesetztes Prinzip, ergibt sich jedoch teilweise ebenfalls durch den Standort.

³⁴ Dieses Argument hat sich teilweise durch die Vorgaben der Krankenkassen bei Wahl eines bestimmten «Bonusmodells» erledigt.

ten.³⁵ Da es in der DDR zu allen Zeiten einen Mangel an ÄrztInnen gab, war eine mögliche verspätete Zulassung nach bestandem Examen bzw. Facharztprüfung nie Gegenstand von Überlegungen.

In den staatlichen Polikliniken der DDR gab es nur angestellte ÄrztInnen, in den MVZs sind verschiedene Vertragsmodelle möglich. Ebenso existieren MVZs in unterschiedlicher Trägerschaften und juristischen Formen.

In Polikliniken waren FachärztInnen aller medizinischen Richtungen sowie weitere medizinische Versorgungsangebote unter einem Dach vereint, d.h. diese waren deutlich als interdisziplinäre Einrichtungen angelegt). In MVZs sind es zum Teil nur bestimmte FachärztInnen, manchmal nur 2 Fachrichtungen (meist bedingt durch deren Entstehung als Umwandlung einer Gemeinschaftspraxis in ein MVZ).³⁶

Das MVZ wird zumindest in den von einer Managementgesellschaft betriebenen Einrichtungen vorrangig als Geschäfts- und nicht als Versorgungsmodell gesehen³⁷. Dies ist m. E. einer der *entscheidenden Unterschiede zur Poliklinik: in diesen bestand zu keiner Zeit irgendeine Gewinnerzielungsabsicht*. Im Gegenteil, dieses Element aus früheren Arzt-Patient-Beziehungen sollte gerade durch dieses Versorgungsmodell für immer beseitigt werden.

Der zweite wichtige Unterschied besteht in der durchgängigen Besetzung einer Poliklinik mit HausärztInnen, allen Facharzttrichtungen und weiteren medizinischen Angeboten. In MVZs ist dies weder Voraussetzung, noch feststellbar. Häufig sind nur die finanziell lukrativsten Spezialisierungen (Onkologie und Endokrinologie) anzutreffen.

Drittens gab es eine zentrale Planung für die Ansiedlung, Besetzung und Ausstattung von Polikliniken und Ambulatorien – damit konnte sowohl dem in der DDR angestrebten Prinzip der gleichmäßigen und proportionalen Entwicklung von medizinischen Versorgungsangeboten über das gesamte Territorium Rechnung getragen werden, als auch einer effizienten Großgeräteplanung. Beides ist so bei der Entscheidung über MVZ-Standorte nicht vorgesehen.

Viertens war durch diese zentrale Planung das Prinzip der «Vernetzung von ambulant und stationär» gesetzlich von vornherein vorgegeben und realisiert.

Zwei weitere unterschiedliche Aspekte ergeben sich ebenfalls unmittelbar aus staatlichen Vorgaben der DDR:

- Fünftens: in Polikliniken waren Maßnahmen im Sinne von Public Health (im damaligen Sprachgebrauch «zur Erhaltung der Volksgesundheit»³⁸) von vornherein in diese Versorgungsformen integriert. Diskussionen darüber wie heute in den gesundheitspolitischen Debatten der BRD, ob solche Angebote für den einzelnen Arzt bzw. die Einrichtung «finanziell lukrativ» seien oder sich evt. «überhaupt nicht rechnen» waren damit gegenstandslos.
- Sechstens konnten durch diese zentrale Planung und Abrechnung sehr leicht For-

³⁵ Erst durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 1.1.2007 wurde dies verändert.

³⁶ Stephan Burger (Geschäftsführer der MedizinManagementGesellschaft mbH Essen) fragt daher zu Recht, ob und inwiefern MVZs für die Umsetzung der versorgungspolitischen Ziele (zumindest des Zieles «interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung») geeignet sind, da nur ein Drittel von ihnen mindestens fünf ÄrztInnen beschäftigen. s. Burger, Stephan (2009), S. 422.

³⁷ St. Burger, der vor dieser Entwicklung warnt, zieht hier einen interessanten Vergleich mit der Entwicklung von Managed Care in den USA: «Die Einzelpraxis sei mehr und mehr durch Gruppenpraxen und Praxisverbände abgelöst worden aus Gründen der besseren Risikostreuung, der Gewinnung einer besseren Verhandlungsposition, der Erzielung von Skaleneffekten, zur Verringerung der Transaktionskosten insbesondere in den Verhandlungen um Verträge sowie zur Erhöhung der Innovationsfähigkeit». Burger, a.a.O., S. 423.

³⁸ Zum Aufbau und Funktionsweise des Systems der Vorbeugung und Prophylaxe im sozialistischen Gesundheitswesen muss auf die einschlägige Literatur verwiesen werden – evt. meinen neuen Beitrag im Heubel Buch mit Thielmann.

schungsdaten erhalten und ausgewertet werden (Stichwort: Krebsregister der DDR)³⁹.

Abschließende Wertung

Dieser Exkurs zeigt, dass eine Reihe von Vorzügen der Polikliniken in den heutigen MVZs nicht bzw. kaum gegeben sind (insbesondere für prophylaktische Angebote), gleichwohl können sie erheblich zur Verbesserung des Versorgungsangebots der Bevölkerung beitragen. Entscheidend ist die räumliche Lage und Ausgestaltung der MVZs im Einzelnen. Durch die unterschiedliche Vertrags- und Strukturbedingungen in den einzelnen MVZs lassen diese sich nicht generell vergleichen und bewerten.

Die BKK hat ihren Survey 2011 speziell den medizinischen Versorgungszentren in ländlichen Regionen gewidmet. Die Ergebnisse des Survey 2011 zeigen eine unterschiedliche Entwicklung von MVZ in städtischen und ländlichen Gebieten – die MVZ in ländlichen Regionen bieten eine umfassendere Versorgung an, sie nutzen auch deutlich mehr vorhandene Vernetzungs- bzw. Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Anbietern.

Aus dem Blickwinkel der ÄrztInnen wird vor allem die Entlastung von Verwaltungsaufgaben als Verbesserung wahrgenommen. Seitens der PatientInnen wird die Verkürzung der Wartezeiten bei der Terminvergabe (d.h. dem allgemeinen Zugang zur ÄrztIn) betont.⁴⁰ Die Zufriedenheit von PatientInnen korreliert jedoch nicht automatisch mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung einer Region bzw. mit besserer Versorgungsqualität. Hierzu ist festzustellen, dass sich bisher kaum Studien über Vergleiche der Behandlungsqualität zwischen MVZ und ambulanten Arztpraxen finden lassen. Eine Studie aus dem Jahr 2007 (Schulte H. und Schulz C.) stellt nicht nur einen höheren Zufriedenheitsgrad der PatientInnen fest, sondern vor allem auch, dass die im deutschen Gesundheitswesens anzutreffenden «Selektions- und Exklusionstendenzen in den untersuchten Einrichtungen ... nicht auftreten».

Aktueller ist die Untersuchung von Laura Haas (2011), die vor allem die positive Bewertung der Qualitätsvariablen «Zusammenarbeit der Ärzte», «Informationsstand der Ärzte über Behandlungen der Patienten» verweist. Insbesondere der «Zeitaufwand des Arztes für die Behandlung seiner Patienten», «das fachliche Können der Ärzte» und «das Aufmerksammachen auf Vorsorgeuntersuchungen» führen zu Präferenzen der Patienten für ein MVZ. Allerdings betont die Autorin selbst, dass in ihrem Ansatz nur PatientInnen für die Befragung berücksichtigt werden konnten, «welche die Wahl zugunsten dieses Leistungsanbieters schon getroffen hatten, weshalb das Ergebnis der Präferenz zugunsten der MVZ nicht allzusehr überrascht». Die Autorin schlägt daher für künftige Untersuchungen ein anderes Studiendesign vor: Es könnte z.B. eine Krankenkasse PatientInnen rekrutieren, welche sich zunächst bei niedergelassenen ÄrztInnen in Behandlung befinden, die jedoch bereit wären, sich über einen bestimmten Zeitraum in einem MVZ behandeln zu lassen. (Per Vorfragebogen müsste ausgeschlossen werden, dass der Wechsel auf Grund von Unzufriedenheit mit der laufenden Behandlung erfolgt). Nach einem ausreichend langen Studienzeitraum könnte, so Haas, ein Qualitätsvergleich zwischen beiden Versorgungsformen durchgeführt werden. Möglichkeiten zur Initiierung einer solchen Studie als Argumentationsgrundlage für die weitere Schaffung kommunaler MVZs sollten geprüft werden.

Beide Studien legen nahe, dass die Organisationsstruktur von MVZ ein wichtiger Grund für deren positive Bewertung ist. Beide Studien gehen jedoch davon aus, dass in einer Region eine Wahl-

³⁹ Darauf kann hier jedoch nicht weiter eingegangen werden; Datenschutz versus Forschungsfreiheit wäre ein eigenständiges bücherfüllendes Thema.

⁴⁰ Vorhandene Befragungen von PatientInnen zu MVZs konnten derzeit jeweils nur zu einzelnen MVZ gefunden werden. Da das Befragungsdesign jeweils unterschiedlich war, lassen sich diese nur sehr bedingt vergleichen. Nach wie vor bemängelt wird die Wartezeit vom Eintreffen in die Praxis bis zum Zugang zur Leistung – dies ist jedoch ein generell von PatientInnen angesprochenes Problem im kassenärztlichen Bereich, d.h. nicht MVZ-spezifisch und daher hier vernachlässigt werden.

möglichkeit zwischen MVZ und niedergelassenen ÄrztInnen besteht. Momentan ist dies jedoch in einer Reihe ländlicher Regionen nicht (mehr) der Fall. D.h. die in einigen Items festgestellte bessere Versorgung im MVZ (vor allem wiederum hinsichtlich prophylaktischer Leistungen) ist ein positiver «Nebeneffekt», generell steht jedoch die Frage der grundlegenden Versorgungssituation. So haben Mitarbeiter des Instituts für Community Medicine an der Universität Greifswald in ihrem Versorgungsatlas 2015 festgestellt, dass es Menschen aus dem südlichen Zipfel Vorpommerns nicht gelingt mit dem öffentlichen Nahverkehr an einem Wochentag z.B. die Augenarztpraxis zu erreichen und wieder nach Hause zu gelangen. «Der ÖPNV sei auf Schulkinder ausgerichtet, nicht auf Arztpraxen». Der vorgelegte Versorgungsatlas biete, so die Gesundheitsforscherin Neeltje van den Berg, eine Grundlage für eine abgestimmte Planung von kassenärztlicher Vereinigung, ÄrztInnen, und Kommunen.⁴¹ Erstmals wird mit diesem Dokument neben der geografischen Verteilung von verschiedenen medizinischen Versorgungsangeboten, der Häufigkeit von Krankheiten u.a.m. die Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen mit dem ÖPNV visualisiert. Die erhobenen Daten und ihre Veranschaulichung bieten eine solide Grundlage für die Planung einer fortschrittlichen regionalen Versorgung. Die Initiierung/ Einforderung analoger Datenerhebungen und Auswertungen auch für andere Bundesländer mit ähnlichen Strukturproblemen sollte geprüft werden.

Auch der o.g. BKK-Survey verweist auf den bestehenden Mangel an ÄrztInnen. Als eine Ursache wird dort die nicht genügende Ausschöpfung des vorhandenen Potentials zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf hervorgehoben – bisher würden MVZs «relativ selten» Hilfen bei der Organisation der Kinderbetreuung anbieten⁴².

Generell wird dort eingeschätzt, dass sich MVZs als fester Bestandteil des Versorgungssystems entwickelt haben.

Der «Faktencheck Gesundheit» zur regionalen Verteilung von Arztsitzen im Auftrag der Bertelsmann Stiftung 2014 und 2015 fokussierte sich auf das 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VstG). 2013 wurde auf der Grundlage des genannten Gesetzes die Bedarfsplanung revidiert. In Folge haben Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene die Verteilung von Arztsitzen neu geplant. Zum einen besteht jedoch zwischen Planung und Realisierung häufig eine erhebliche Diskrepanz, zum anderen sind die zu Grunde gelegten Kriterien zu hinterfragen. Letzteres ist ein «Dauerthema» linker Gesundheitspolitik, auf das hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll.

Im «Faktencheck» heißt zu den Ergebnissen dieser Bemühungen ernüchternd: «ist festzustellen, dass das Ziel des Gesetzgebers, für eine gerechtere Verteilung von Ärzten zwischen Stadt und Land zu sorgen, weitgehend verfehlt wurde».⁴³ Als eine Ursache wird auch dort darauf verwiesen, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach wie vor Überarbeitsbedarf aufweist.⁴⁴

In Diskussionen und Veröffentlichungen zu neuen gesetzgeberischen Möglichkeiten für die Gründung von MVZ fällt auf, dass die Debatte teilweise von Ansprüchen auf «Besitzstandswahrung» geprägt ist – (kommunale) MVZs sollen gegenüber ÄrztInnen in Niederlassung oder MVZs in anderen Trägerschaften «nicht bevorzugt» werden⁴⁵. Aus der Sicht neoliberaler Politik ist diese Kritik normal bzw. «erwartungsgemäß» – *linke Politik sollte genau hier ansetzen und bewusst Möglichkeiten zur Förderung kommunaler MVZs gesetzgeberisch einfordern und nutzen.*

Weiterhin ist im Sinne einer notwendig verstärkten prophylaktischen Ausrichtung der Angebote

⁴¹ s. Pressemitteilung Neues Deutschland vom 22.05.2015 «Krater in medizinischer Landschaft. Versorgungsatlas zeigt große Defizite im Nordosten».

⁴² BKK Survey 2011, S. 43.

⁴³ Albrecht et al., S. 6.

⁴⁴ ebd., S. 7.

⁴⁵ Die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 19. März 2015 beklagt z.B. die «Bevorzugung staatlicher Gesundheitsversorgungsstrukturen» wie z.B. kommunaler MVZ «zu Lasten der selbständigen Niederlassung» (ebd. S. 6). Mit der Betonung «kommunale» MVZ «zu Lasten...» tritt zum einen der Kern dieser Kritik deutlich hervor: Besitzstandswahrung für die niedergelassenen ÄrztInnen. Die Hervorhebung der kommunalen MVZ (d.h. der nicht vordergründig gewinnorientiert arbeitenden MVZ) könnte außerdem ein Hinweis darauf sein, dass bestimmte Lobbyisten hier mit federführend waren.

und Vernetzung Unterstützungsangeboten in anderen Lebensbereichen verstärkt über die *Einrichtung von «lokalen Gesundheitszentren» nachzudenken*. Eva-Maria Krampe erläuterte dazu, dass vor allem das Arbeitsumfeld, Kindergärten und Schulen einbezogen werden müssen – d.h. den entsprechenden Zentren müssten Fachleute für Sozial-, Arbeits- und Umweltmedizin tätig sein, die gleichzeitig in breitere Planungsprozesse eingebunden wären. Umgekehrt müssten solche übergreifenden Gremien Einfluss auf die Arbeit der Gesundheitszentren haben. Entscheidend sei, dass die Gesundheitszentren mit *demokratischen Selbstverwaltungsstrukturen* ausgestattet wären.⁴⁶ Julia Dück und Barbara Fried verweisen in ihrem, der gleichen Problematik gewidmeten Text, darauf, dass «im Großen und Ganzen ... sich die gesellschaftliche Linke noch schwer (tut), den Aufbau lokaler, an drängenden Alltagsproblemen ansetzender, kollektiver Netze als eine zentrale Aufgabe anzusehen».⁴⁷

3. (NEU)EINFÜHRUNG VON «SCHWESTER AGNES»

Das Berufsbild der Gemeindeschwester aus der DDR diene mit als Vorbild für ein Modellprojekt «Arztentlastende gemeindenahe, e-health-gestützte, systematische Intervention» (AGnES), das in medizinisch unterversorgten Gebieten HausärztInnen unterstützen soll. Es lief zwischen 2005 und 2008 in vier Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt⁴⁸) in unterschiedlichen Varianten und Bezeichnungen:

Mo-Pra (Mobile Praxisassistentin)

- Nachfolgeprojekt von AGnES in Sachsen-Anhalt,
- im Unterschied zu AGnES war die MoPra direkt in der Hausarztpraxis angestellt.

VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)

- Qualifizierungsangebot für medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis.

EVA (Entlastende Versorgungsassistentin)

- Fortbildungsangebot der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe – stark am VERAH- Konzept orientiert,

HELVER (Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung)

- Modellprojekt des schleswig-holsteinischen Gesundheitsministeriums mit der Ärztekammer Schleswig Holstein.

MoNi (Modell Niedersachsen)

- Modellprojekt von 2010 bis 2013 in 6 Arztpraxen der Region Vechta und Schneverdingen,
- weitergeführt als VERAH.

So unterschiedlich die Bezeichnungen sind – so unterschiedlich sind teilweise auch die Curricula und Einsatzmöglichkeiten in den einzelnen Bundesländern. Im Kern geht es immer darum, dass medizinische Fachangestellte und Krankenschwestern im Auftrag von ÄrztInnen ältere und chronisch kranke PatientInnen zu Hause besuchen. Schon diese Betonung «im Auftrag» macht deutlich, dass auch eine Vielzahl von Gemeindeschwestern das Problem fehlender (Land)ÄrztInnen nicht lösen kann. Wiederum aus der Sicht

⁴⁶ vgl. Krampe (2015), S. 104.

⁴⁷ Dück/Fried (2015), S. 93.

⁴⁸ In weiteren (alten) Bundesländern wurden ähnliche Modelle getestet.

der Bevölkerung gedacht, leistet dieses Angebot jedoch einen wichtigen Beitrag zur medizinischen und pflegerischen Versorgung bzw. vor allem auch zu den bei den MVZs als fehlend bzw. nur eingeschränkten vorhandenen prophylaktischen Angeboten.⁴⁹

Ihre genauen Aufgaben, Einsatzgebiete und notwendigen Qualifikationen waren und sind Gegenstand kontroverser Debatten (die hier jedoch nicht nachgezeichnet werden sollen⁵⁰). Ein zentraler Streitpunkt war dabei die Möglichkeit der Delegation von ärztlichen Leistungen auf andere Berufsgruppen.

Vom Spitzenverband der Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde das AGnES-Konzept im März 2009 mit 2 EBM-Ziffern⁵¹ in die Regelversorgung aufgenommen. Die nach wie vor vorhandenen strengen Grenzen und Einschränkungen für die Tätigkeit einer «AGnES» haben u.a. in Brandenburg zu Entwicklung der Fallmanagerin «agnes zwei» geführt. Diese speziell qualifizierten Fachkräfte dürfen nicht nur Blutabnahme und Blutdruckmessungen (wie eine «AGnES»), sondern kümmern sich auch um das Fallmanagement bei besonders betreuungsintensiven, chronisch kranken und älteren PatientInnen. Entwickelt wurde diese neue Versorgungsform vom Netzwerk «Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB), eine Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Berlin-Brandenburg und der Barmer GEK.

2014 haben die Bundesärztekammer und der Hausärzteverband/IhF beschlossen, die entsprechenden Qualifikationen wechselseitig anzuerkennen. Seit 2015 ist der Einsatz nichtärztlicher PraxisassistentInnen landesweit möglich, d.h. nicht nur in sog. «unterversorgten Regionen». Alle Hausbesuche werden extrabudgetär abgerechnet. Inwiefern dieses Modell inzwischen bundesweit in der Praxis angewandt und in welchem Umfang eingesetzt wird kann derzeit noch nicht evaluiert werden. Am häufigsten wird es derzeit im Bundesland Sachsen-Anhalt genutzt. Hier gibt es 430 VERAHs bei 1600 Hausärzten (Stand Okt. 2015 – s. Strategiegelgespräch). Vergleiche mit angloamerikanischen Ländern zeigen jedoch auch hier, dass es durchaus noch Spielraum für erweiterte Rollen und Aufgaben dieser Personengruppen gibt. Die dort vorhandene Sichtweise und Akzeptanz von Pflegenden als gleichberechtigte und vertrauenswürdige Partner ist durch einzelne Entwicklungsschritte gewachsen – u.a. durch die staatlich geförderte Akademisierung der Pflege und Schaffung rechtlicher Voraussetzungen für eine erweiterte Pflegepraxis.⁵² Dadurch sind neue funktionale und hierarchiearme Muster der Aufgaben- und Verantwortungsverteilung gewachsen und es entwickelte sich ein veränderter Mix der Professionen.

Linke Politik sollte sich hier für die Vereinheitlichung der vorhandenen Modelle, die gegenseitige Anerkennung der Abschlüsse und die Prüfung weiterer Möglichkeiten des Aufgabenspektrums der einzelnen medizinischen und pflegerischen Berufe einsetzen.

3.1 ROLLENDE ARZTPRAXIS

Wie eingangs betont, gibt es sowohl die Möglichkeit, die Wege von PatientInnen zu Anbietern medizinischer und pflegerischer Leistungen zu verbessern, als auch umgekehrt – die Angebote direkt zu den BürgerInnen zu bringen. Sowohl im Ausland (Niederlande, Belgien, Südafrika etc.) als auch in einer Reihe von Bundesländern (u.a. Schleswig-Holstein Niedersachsen und Baden-Württemberg) gibt es schon Erfahrungen mit rollenden Arztpraxen. Speziell ausgerüstete Fahrzeuge bieten neben einer Untersuchungsfläche auch eine Grundausstattung an medizinischen Geräten. Die Ärzte des mobilen Teams können vor Ort Rezepte ausstellen oder an einen Facharzt überweisen. Sie stehen außerdem im direkten Austausch mit dem Hausarzt. D.h. die Patienten bleiben bei ihrem Hausarzt, müssen aber nicht für jede Untersuchung etc. den weiten Weg in die Praxis auf sich nehmen.

⁴⁹ s. dazu den Beitrag von Neeltje van den Berg «AGnES – die Vorstellung und Vergleich der Modellprojekte in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt auf der Konferenz «Rettet die Gemeindeschwester die Gesundheit auf dem Lande?» 2008 in Weißenfels.

⁵⁰ Vorbehalte gab es sowohl seitens der ÄrztInnen als auch seitens häuslicher Pflegedienste.

⁵¹ Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist Voraussetzung für die mögliche Abrechnung einer medizinischen Leistung.

⁵² vgl. Schaeffer, Doris et al 2015, S. 69.

Allerdings ist hier stets die konkrete Situation vor Ort zu prüfen – denn «solange der Arzt Auto fährt behandelt er nicht» – d.h. aus der Sicht ohnehin knapper ärztlicher Zeit ist die Verlagerung der Fahrtzeiten auf die PatientInnen effektiver. Gleiches gilt, wenn ein/e ÄrztIn zu viele Nebenstellen betreut – auch dann erscheint der Zeitaufwand für deren Anfahrt aus Sicht des ärztlichen Zeitbudgets uneffektiv. Um hier die richtigen kommunalen Einzelfallentscheidungen treffen zu können wäre der beschriebene Versorgungsatlas Vorpommern ein wichtiges Instrument.

Auch kann eine mögliche Fahrtkostenerstattung für einzelne Betroffene geprüft und genehmigt werden. Sie ist jetzt von Einzelfällen nach Krankheitsbild abgesehen nicht mehr Regelleistung der Krankenkassen. Hier sollten die Bundesländer bzw. deren KVen entsprechenden gesetzlichen Spielraum haben. Eine generelle pauschale Wiedereinführung erscheint nicht sinnvoll, da dann häufig andere Varianten gar nicht mehr geprüft werden bzw. durch eine Zahl von Menschen Taxifahrten aus Bequemlichkeit in Anspruch genommen würden, obwohl auch der ÖPNV mit noch zumutbaren Bedingungen zur Verfügung stehen würde.

In Niedersachsen erfolgt die Finanzierung des Doc-Mobil über das Land, den entsprechenden Kreis sowie dem Volkswagenkonzern als Stifter des Fahrzeugs.⁵³

Seitens der ÄrztInnen gibt es eine Reihe von Vorbehalten gegen dieses Modell, bzw. Voraussetzungen zu dessen Einführung: u.a. feste Stundensätze für das Personal, keine Regresse und eine extrabudgetäre Bezahlung.⁵⁴ In ihrem Beitrag zu einem Zwischenfazit⁵⁵ zu einem entsprechenden Modellprojekt von 2011 - 2013 im Rahmen der «Zukunftsregionen Gesundheit – kommunale Gesundheitslandschaften» schätzen Schwartz et al ein, dass alle Patienten zufrieden oder sehr zufrieden mit der Erreichbarkeit und den Möglichkeiten der rollenden Arztpraxis waren. Unterdessen wurde das Projekt 2015 ebenfalls im Rahmen des Wettbewerbs «Deutschland – Land der Ideen»⁵⁶ ausgezeichnet. Unabhängig davon bestehen jedoch seither Finanzierungsschwierigkeiten, die die Weiterführung sowohl in Niedersachsen, als auch die Ausweitung auf andere Regionen erschweren. *Insofern wäre es aus linker Sicht angezeigt, die Finanzierung dieses Angebots dauerhaft zu klären und gesetzlich zu verankern.*

Die diskutierte Verbindung mit dem Modellprojekt «Gemeindeschwester» sollte weiter verfolgt und geprüft werden. Erfahrungen aus Finnland⁵⁷ zeigen hier durchaus positive Optionen. In Deutschland müsste dazu die administrative Hürde der Kopplung zweier Modellprojekte überwunden werden. Dies macht Finanzierungen erfahrungsgemäß schwieriger, sollte jedoch bei vorhandenem politischem Willen machbar sein. Die «Gemeindeschwester» ist an das Vorhandensein einer Arztpraxis gebunden – ob diese stationär ist oder «rollt» ist unerheblich.

3.2 WEITERE LÖSUNGSANSÄTZE

Diese konzentrieren sich (je nach Bundesland) häufig auf die verstärkte Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und (finanzielle⁵⁸) Maßnahmen/Unterstützungsformen um diese zur Arbeitsaufnahme in unterversorgten Regionen zu motivieren. Dies betrifft sowohl die geldliche Unterstützung bei der Einrichtung einer Praxis, als auch besondere Vergütungsmöglichkeiten. Z.B. werden Leistungen von ÄrztInnen, die in sog. «unterversorgten» Gebieten arbeiten, voll vergütet. (Normalerweise müssen ÄrztInnen Honorarkürzungen hinnehmen, wenn in ihrer Praxis eine bestimmte Anzahl von Behandlungen überschritten wird.)

Weiterhin wird es ÄrztInnen in ländlichen bzw. unterversorgten Regionen erleichtert, Filialpraxen zu eröff-

⁵³ vgl. Regionale Modelle gegen den Ärztemangel 2013.

⁵⁴ s. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 2, Februar 2013.

⁵⁵ s. Schwartz (2014).

⁵⁶ s. dazu <https://www.land-der-ideen.de/ausgezeichnete-orte/preistraeger/rollende-arztpraxis.html>

⁵⁷ vgl. Schaeffer, Doris 2015, S. 90.

⁵⁸ Sowohl internationale Erfahrungen (s. Schaeffer, Doris et al 2015) als auch Auswertungen z.B. aus Sachsen-Anhalt (s. Schubert, Markus 2014) zeigen jedoch, dass monetäre Anreize allein nicht ausreichen, um ÄrztInnen zu bewegen sich in ländlichen Regionen anzusiedeln bzw. dort zu bleiben.

nen. Sie/er muss lediglich nachweisen, dass sich das Versorgungsangebot am Standort der Filiale verbessern, am Stammsitz nicht verschlechtern wird.

Vor allem aber wird versucht, junge ÄrztInnen für eine Tätigkeit im ländlichen Raum zu begeistern. Hier gibt es zahlreiche Initiativen schon während der Ausbildung (s. unten) und die eben genannten Unterstützungsformen für die Praxisgründung. Auf die Verschränkung von Arbeits- und Lebensbedingungen bei der Entscheidung wurde schon im Abschnitt zum ländlichen Raum verwiesen. Hier wurde die notwendige Steigerung der Attraktivität einer Region betont. Der Gesetzgeber eröffnet noch einen anderen Weg – die Aufhebung der «Residenzpflicht», d.h. die ÄrztIn muss nicht mehr in der unmittelbaren Umgebung ihrer Praxis wohnen. Dies mag im Einzelfall hilfreich sein, da «Landflucht» jedoch nicht nur ein Problem medizinischer Berufe ist, erscheint dies aus linker Perspektive nicht generalisierbar.

Zu den Angeboten während der Ausbildung gehören u.a.:

Blockpraktika bei HausärztInnen mit anschließender Evaluierung zur Wahrnehmung der Berufszufriedenheit von Hausärzten.⁵⁹

Seit 2011 gibt es an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter dem Titel «Klasse Allgemeinmedizin» ein spezielles Lehrprojekt, das Studierende ab dem ersten vorklinischem Semester in einem festen Klassenverband auf eine spätere Tätigkeit als Haus- bzw. LandärztIn vorbereiten soll. Die Studierenden bekommen schon zu Beginn ihres Studiums einen Mentor an die Seite gestellt, der selbst als Allgemeinmediziner in einer ländlichen Region praktiziert. So soll der Nachwuchs frühzeitig den Arbeitsalltag kennen lernen und von den Erfahrungen des Älteren profitieren. Ziel dieser Förderung ist es, mehr AbsolventInnen für den vermeintlich unattraktiven Beruf des Landarztes vorzubereiten und zu motivieren⁶⁰. 2014 wurde dieses Lehrprojekt von der Bundesinitiative «Land der Ideen zu einem «Ausgezeichneten Ort 2014/15» und zum Bundessieger im Bereich Bildung gewählt. Derzeit (Stand Mai 2015) werden 68 Studierende von 52 Mentoren durch den Praxisalltag begleitet. Das Projekt wird von der KV Sachsen-Anhalt und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank gesponsert.

An der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg wurde am Institut für Allgemeinmedizin ein Zwei-Wochenendprogramm als Pilotprojekt zum Austausch von Studierenden mit LandärztInnen und anderen relevanten AkteurInnen entwickelt. Über die Erfahrungen damit, sowie weitere Anregungen gibt der Band «Landärztliche Medizin. Erfahrungen mit einem Wahlfach in der ärztlichen Praxis» (2015) Auskunft.

2009: Gründung einer Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen. Die Förderangebote: Stipendien für künftige AllgemeinmedizinerInnen, AugenärztInnen sowie Unterstützung bei der Niederlassung, wenn die Betroffenen sich zu einer vierjährigen vertragsärztlichen Tätigkeit in Thüringen verpflichten. Derzeit laufen Planungen auf Bundesebene («Förderstiftung medizinische Aus- und Weiterbildung»).

2015: Eröffnung einer medizinischen Hochschule in Brandenburg (Privatuni) – ein Netz von 20 Kliniken gewährt ein Stipendium von 80.000 Euro, das die StudentInnen nicht zurückzahlen müssen, wenn sie nach dem Studium ihre Facharztausbildung in der betreffenden Klinik absolvieren. Die Initiatoren setzen auf den «Klebe-Effekt».

Weiterhin in Brandenburg: Einigung der Koalition von SPD und LINKEN dazu, dass noch 2015 erste Mittel für den Aufbau eines «Gesundheitscampus Brandenburg» zur Verfügung gestellt werden. Ziel ist es, die medizinische Versorgung für das Flächenland Brandenburg langfristig zu sichern. Der Verbund aus Universitäten, außeruniversitären Forschungseinrichtungen und Kliniken soll Gesundheitsfachberufe und -forschung vernetzen sowie die praxisnahe Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege stärken.

⁵⁹ s. dazu Schäfer, Hans-Michael /Sennekamp, Monika /Gilbert, Katja /Gerlach, Ferdinand (2010) Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin Studierende in ihrer Wahrnehmung der Berufszufriedenheit von Hausärzten beeinflussen? in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. e-paper DOI 10.3238/zfa.2010.0109.

⁶⁰ ausführlich s. [www.medizin.ui-halle.de/Institute/Sektion Allgemeinmedizin/Klasse Allgemeinmedizin](http://www.medizin.ui-halle.de/Institute/Sektion%20Allgemeinmedizin/Klasse%20Allgemeinmedizin)

3.3 INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN

Aktuell liegen derzeit vor allem Auswertungen zur medizinischen, pflegerischen und präventiven Versorgung ländlicher Regionen mit ähnlich strukturierten Gebieten in Kanada und Finnland vor (Doris Schaeffer et al, 2015). Ausgangspunkt dieser fundierten Analyse ist die These, dass die Favorisierung eines «Anschlusses» der ländlichen Regionen an den allgemeinen Standard wenig zielführend ist. Vielmehr müsse es darum gehen, für die jeweilige Region in enger Abstimmung mit den BürgerInnen, vorhandenen Netzwerken, örtlichen AnbieterInnen und AkteurInnen spezifische Angebote zu entwickeln und umzusetzen. Dies erscheint schlüssig auch für die Situation in Deutschland.

Ein solcher Ansatz schließt nach Meinung der Autoren die Schaffung reformfreundlicher Bedingungen z.B. durch ideelle oder finanzielle Förderung der jeweiligen Provinzregierung für neue Versorgungsmodelle oder rechtlicher Freiräume u.a. für die Vertragsgestaltung ein. Ihre Analyse der differenzierten Angebote in den einzelnen finnischen bzw. kanadischen Regionen umfasst:

- neuen Lösungen für die Primärversorgung,
- integrierte Gesundheitszentren,
- Verbesserung der Krankenhausversorgung,
- Neuorganisation der häuslichen Versorgung.

Die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Leistungen übernimmt das jeweilige Gesundheitsministerium. Die Bedarfsplanung und Steuerung erfolge jedoch in enger Abstimmung mit lokalen Gesundheitsnetzwerken *unter Einbindung der regionalen Bevölkerung und örtlichen Anbieter*. Diese Einbeziehung sowohl von Land- und Stadträten, Parteien, Bürgervertretungen und Patientenorganisationen schon in der Planungsphase habe nicht nur die Akzeptanz der Umgestaltung wesentlich gefördert, sondern auch weitere Finanzierungsquellen erschlossen. Auch staatliche Angebotsstrukturen haben teilweise eine Mischfinanzierung aus Spenden und aus weiteren gemeinnützigen Quellen. Dieses Potential sollte künftig stärker erschlossen und genutzt werden. Die im Auftrag der AG Ost der Fraktionsvorsitzendenkonferenz der Partei Die LINKE erarbeiteten Jahresthesen 2014 zur «Bewältigung von Herausforderungen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unter den Bedingungen regionaler Vielfalt als Bestandteil der sozial-ökologischen Gerechtigkeitswende» verweisen mit der Idee von «sozialen Ankern» in diese Richtung.

Damit die Idee solcher lokalen Plätze funktioniert ist bundespolitisch die in Deutschland vorherrschende Trennung von präventiver, kurativer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung zu überwinden.

Weiterhin hat man in Kanada z.B. in der Provinz Ontario die traditionellen Landarztpraxen zu multiprofessionellen Familiengesundheitsteams ergänzt. Sie betreuen alle PatientInnengruppen mit den unterschiedlichsten gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen - Schwangere ebenso wie Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit akuten oder chronischen Beschwerden, Menschen am Lebensende. Ein ähnlicher Ansatz wurde in Deutschland bei Einführung der «Gemeindeschwester» diskutiert: wäre es nicht günstiger eine «Familienschwester» zu etablieren? war damals die Frage. M.E. sollte die zu Unrecht schnell beendete Debatte um diesen Anstoß nochmals aufgegriffen und diskutiert werden.

Generell kann als Fazit zu diesen Erfahrungen eingeschätzt werden, dass sich die Debatte in Deutschland noch immer zu sehr auf die Sicherstellung der individuellen Krankenbehandlung bzw. pflegerischen Versorgung des Einzelfalles beschränkt. Der Blick auf die Modelle und Lösungsansätze in Kanada und Finnland könnte hier helfen, den Blick zu erweitern und die Lösungsansätze für eine bedarfsgerechte prophylaktische, pflegerische und medizinische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum zu verbessern.

4. EMPFEHLUNGEN FÜR EINE LINKE POLITIK

Frank Thomas Koch und Michael Thomas beschreiben in ihren Überlegungen zur «Bewältigung von Herausforderungen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unter den Bedingungen regionaler Vielfalt als Bestandteil der sozial-ökologischen Gerechtigkeitswende» folgende Dilemmata:

- zum einen hätten sich zwar alle politischen Akteure im Bundestagswahlkampf 2013 auch gesundheitspolitisch artikuliert, doch habe die Gesundheitspolitik faktisch keine Rolle gespielt d.h. gesundheitspolitische Themen haben derzeit nur eine begrenzte Mobilisierungskraft (Ausnahmen sind Regionen mit schrumpfender Bevölkerung);⁶¹
- für das von der Partei Die LINKE und anderen politischen Kräften entwickelte Modell einer Bürgerversicherung gäbe es derzeit keine politischen Mehrheiten. «Doch überall dort, wo die LINKE landespolitische Verantwortung trägt oder die Aussichten hat, ist sie gefordert, praktische Lösungen zu suchen und zu finden, die unter den gegenwärtigen Bedingungen funktionieren, greifen, medizinische Versorgung sicherstellen, notfalls Kompromisse einzugehen, die zumindest nichts verbauen. Auf der anderen Seite müssen sie als Hüterin des Feuers agieren, d.h. für die Idee einstehen und werben: *ein anderes Gesundheitswesen ist möglich.*»⁶²

Kernpunkt einer solchen solidarischen Transformation des Gesundheitswesens, so die Autoren, sie die Stärkung und Einbeziehung der kommunalen Ebene. Gesundheitspolitisch wäre «auf Kommunalisierung, Kooperation und Vernetzung beispielsweise zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren» zu setzen sowie auf Ärztenetzwerke. Als Beispiele werden die Initiative «Innovative Gesundheitsversorgung Brandenburg» (zum Abbau der Grenzen zwischen ambulant und stationär sowie Entwicklung neuer integrierter Versorgungskonzepte), das «fachübergreifende Kooperationszentrum» der KV BB (zur Optimierung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen) und das Praxisnetzwerk «prosper-Netz» in der Lausitz genannt.⁶³

Für entsprechende Planungen und Entscheidungen ist es unabdingbar, *Erreichbarkeitskriterien* zu formulieren (s. dazu auch die entsprechende Forderung des Sachverständigenrats 2014, No 264). Einzubeziehen ist die ebenfalls dort formulierte Aufgabe (No 273) «Struktur, Organisation und Konzepte der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte erneut auf den Prüfstand zu stellen und ggf. zu revidieren». Angesichts der Zersplitterung der Beratungslandschaft seien neue Beratungskonzepte zu entwickeln, «die über sektorale Grenzen hinausreichen». Insbesondere im ländlichen Raum käme es durch das Fehlen der mittleren Generation zu neuen Konstellationen (z.B. ältere Paare, Patchworkfamilien, informelle Lebensgemeinschaften) die bei der Planung und Förderung von Solidar- und Hilfsangeboten stärker beachtet werden müssten. Außerdem müsste sowohl die Gleichwertigkeit von Kinderbetreuungs- und Pflegeaufgaben in der Familie und den anderen gesellschaftlichen Bereichen anerkannt und gesellschaftlich verankert werden müssen. Dies erfordere auch, dass «speziell in ländlichen Regionen neue Formen der Kooperation und Arbeitsteilung unerlässlich» seien (No 276). Entsprechend sollte eine Reform zusammen mit den Möglichkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V angestoßen werden. Das Gutachten hebt dann nochmals die Sicherung niedrigschwelliger Zugangsmöglichkeiten hervor – entweder durch Anbindung an den PPNV oder durch gezielt etablierte Mobilitätsdienste (z.B. eigne Fahrdienste von bestimmten Leistungsanbietern oder Sonderformen des ÖPNV wie Ruftaxis).

In diesem Zusammenhang ist auch das Problem der Bedarfsplanung weiterhin ein «Dauerbrenner» – für alle Beteiligten. Die bisherige Bedarfsplanung steht seit 1993 heftig in der Kritik – insbesondere hinsichtlich der verwendeten Indikatoren, des räumlichen Maßstabs sowie des Bewertungsmaßstabs. Die in der bisherigen Bedarfsplanungs-Richtlinie zugrunde gelegte Arzt-Einwohner-Relation bilde das Versorgungsangebot nur sehr vereinfacht und unzureichend ab. Dies trifft insbesondere auf den ländlichen Raum in den

⁶¹ vgl. Koch/Thomas 2014, S. 15.

⁶² ebd., S. 14, Hervorhebungen von mir – V.S-L.

⁶³ ebd. S. 19.

neuen Bundesländern zu (von Experten wird bezweifelt, dass schon die zugrunde gelegte Einwohner-Arzt-Relation aus den alten Bundesländern damals – 1990 – nicht mehr bedarfsgerecht war). Diese Fehlallokation sei dann seit 1993 fortgeschrieben worden. Durch die starke Binnenwanderung gerade aus ländlichen Regionen der neuen Bundesländer hätten sich bestehende Versorgungsdefizite weiter verschärft.⁶⁴ Insofern muss diese Thematik eines der zentralen Anliegen linker Gesundheitspolitik bleiben – im Verbund mit Partnern und unter Einbeziehung weiterer Standortfaktoren (s. vorn).

Eine weiter zu verfolgende Idee sind die Sozialgenossenschaften. Mit der Novellierung des deutschen Genossenschaftsrechts 2006 besteht nunmehr die Möglichkeit, dass der Förderzweck einer Genossenschaft sozialer und kultureller Art sein kann. Sozialgenossenschaften können dort «ein Segen sein, wo die kommunale Selbstverwaltung beim Aufrechterhalten oder Wiedergewinn von Infrastrukturen (Dorfläden, Verkehrsanbindungen, Versorgung etc.) überfordert und privatwirtschaftliche Anbieter nicht interessiert sind».⁶⁵ Die Autoren entwickeln diese Idee für Brandenburg – verweisen dazu jedoch auch auf eine Zukunftsinitiative aus Bayern. Diese sieht vor in jedem der sieben Regierungsbezirke Bayerns eine Sozialgenossenschaft zu gründen.⁶⁶ Im Handbuch werden erfolgreiche Beispiele angeführt – darunter die SAPV Dachau eG, ein seit 2007 bestehendes Palliativnetzwerk. Lohnenswert wäre hier eine eigene Vergleichsstudie zu Erfahrungen bestehender ÄrztInnen-genossenschaften.

Die erste landesweit agierende Ärztgenossenschaft wurde im Mai 2000 in Schleswig-Holstein gegründet.⁶⁷ Die Idee hat sich inzwischen weiter ausgebreitet, 2005 wurde der Bundesverband der Ärztgenossenschaften gegründet. Möglich ist diese Rechtsform durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) von 1997, das das Ziel hatte, neue Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich durch eine stärkere Vernetzung von niedergelassenen ÄrztInnen zu fördern. D.h. der Erhalt der Freiberuflichkeit dieses Berufs gehört unabdingbar zu dieser Form des Zusammenschlusses – im Unterschied etwa zu einem MVZ. Die Arzt-(oder auch Praxis-)Netze haben unterschiedliche Organisationsformen. Zunächst agierten sie vor allem als Einkaufsgemeinschaften bzw. zur Unterstützung der beteiligten ÄrztInnen bei administrativen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben. Gleichzeitig ging es jedoch von Gründung an um die Verbesserung der regionalen Patientenversorgung durch Förderung der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc. – zunächst unter Ausnutzung bestehender Integrationsverträge, dann auch durch Gestaltung von Selektivverträgen (d.h. Direktverträgen zwischen Arzt und Krankenkassen). Hieraus resultiert die tief verwurzelte Skepsis der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber dieser Rechtsform.⁶⁸ Entsprechender Diskussionsbedarf besteht jedoch nicht nur zwischen diesen Akteuren – auch in der gesellschaftlichen und parlamentarischen Linken ist dringend eine Diskussion über die ärztliche Selbstverwaltung sowie Umgang mit freien Berufen notwendig.

Momentan wird daran gearbeitet, diese Einbindung auf Reha- und Pflegeeinrichtungen auszubauen. In den vergangenen Jahren wurde außerdem versucht, unbudgetierte Spezial- und Selektivverträge mit den Krankenkassen abzuschließen, insbesondere zu Präventivmaßnahmen. Hierin liegt eine der Stärken dieser Versorgungsform. Da auch die Frage der Budgetierung im Rahmen dieser Studie nicht erörtert werden kann, sei darauf hingewiesen, dass die in einer Genossenschaft erwirtschafteten Erträge direkt wieder in die Verbesserung der genossenschaftlichen Strukturen fließen.

Durch die genossenschaftliche Orientierung auf die Solidargemeinschaft ist diese Angebotsform ein durchaus interessantes Modell, das geprüft und diskutiert werden sollte – dafür sprechen nicht nur gleichfalls vorhandene internationale Erfahrungen (so z.B. in Argentinien zu Gesundheitsgenossenschaften oder den Niederlanden mit Pflegegenossenschaften), sondern auch die notwendige «Politik der kleinen Schritte» – ein Teil der Mediziner in einer neoliberalen Gesellschaft wird sich eher von der Mitgliedschaft in einer Genossenschaft überzeugen lassen, als von einer Anstellung in einer kommunalen Einrichtung. Derzeit

⁶⁴ Eine ausführliche Analyse am Beispiel Sachsen-Anhalts findet sich bei Schubert, Markus, 2014.

⁶⁵ ebd. S. 21-22.

⁶⁶ vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2013) Handbuch «Sozialgenossenschaften in Bayern – der Ratgeber zur erfolgreichen Gründung». pdf – Zugriff am 14.4.2015.

⁶⁷ <http://www.aegnnord.de/index.php?page=30>.

⁶⁸ Sinn und Zweck der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. deren konkrete Aufgaben und Art der Erfüllung sind ebenfalls ein «weites Feld», das hier nicht betreten werden soll.

werden im Projekt «TriAngel – häusliche Pflege genossenschaftlich organisieren»⁶⁹ entsprechende Erfahrungen analysiert und tragfähige Umsetzungsmöglichkeiten für die Uckermark erarbeitet.

Wie derzeitige Erfahrungen mit der Gründung von Genossenschaften zur Erhaltung von Bahnhofsgebäuden in Deutschland zeigen, gibt es durchaus eine große Bereitschaft von BürgerInnen sich in dieser Form zu engagieren. Gleichzeitig ist gerade bei Beschreitung dieses Wegs die vorn beschriebene Notwendigkeit der Einbeziehung von EinwohnerInnen in die Planungs- und Realisierungsphase sehr gut möglich.

Generell ist eine Lösung nur durch eine Verknüpfung der Planung von gesundheitlicher Versorgung mit der übrigen Raumplanung zu erreichen. Vorpommern ist derzeit einer Modellregion für die Entwicklung, Implementation und Evaluation von innovativen, regionalen Versorgungskonzepten geworden – u.a. dank zahlreicher Studien des Instituts für Community Medicine in Greifswald – vorgeschlagen werden u.a.

- Anpassung der Qualifikations- und Ausbildungsinhalte von Gesundheitsberufen,
- neue kooperative Formen von Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen,
- sektorenübergreifende Vernetzung der Versorgung und
- Entwicklung einer klinischen Telemedizin⁷⁰.

Linke in Regierungsverantwortung könnte die Chance nutzen, um Veränderungen in der Versorgung von unten her zu befördern und zu planen, d.h. zunächst durch Veränderungen auf der Ebene der Bundesländer – perspektivisch dann auf Bundesebene.

⁶⁹ http://www.esf.brandenburg.de/sixcms/detail.php/land_bb_boa_01.c.317055.de

⁷⁰ Ausführliche Hinweise auch zu den anderen Studien sind im Versorgungsatlas Vorpommern enthalten.

LITERATUR

- Albrecht, Martin/Etgeton, Stefan/Ochmann, Richard (2015) Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte) Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- Berg, Neele van den/Dreier Adina/Rogalski, Hagen/Oppermann, Roman Frank/Hoffmann, Wolfgang (Hrsg). (2009) Das AGnES-Curriculum: Evidenzbasierte Qualifizierungsinhalte und Praxiskompetenzen aus den AGnES-Modellprojekten (2005-2008) für die Durchführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten nach § 87 Abs. 2b Sozialgesetzbuch V
- Burger, Stephan (2009) Medizinische Versorgungszentren: Wesentliche Bausteine einer Managed Care Strategie. In: Die BKK, H. 10, S. 418-425
- Deutschlands Zukunft gestalten. (2013) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode – www.cdu.de/Koalitionsvertrag
- Dewaldt, Sebastian C. (2014) Wider den Ärztemangel – Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in: Scherer, Manfred Kommunalpolitik. Die Plattform. Beiträge und Meinungen zu Kommunalrecht und Kommunalpolitik. Jena
- Dück, Julia und Fried Barbara (2015) Caring for Strategy. Transformation aus Kämpfen um soziale Reproduktion entwickeln. in: Luxemburg 1/2015 Berlin
- Ewers, Michael Schaeffer, Doris Hämel, Kerstin (2015) Kanadisch praktisch gut –so in: Gesundheit und Gesellschaft Ausgabe 9/15, 18. Jahrgang
- Fraktion DIE LINKE im Landtag von Sachsen-Anhalt (2008) Rettet die Gemeindeschwester die Gesundheit auf dem Lande? Wege zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Magdeburg (CD zur gleichnamigen Konferenz)
- Haas, Laura Präferenzmessung von Patienten in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – eine Gegenüberstellung der Behandlungsqualität von MVZ und niedergelassenen Haus- und Fachärzten (2011) in: Das Gesundheitswesen 73: 405-415
- Hellmann, Wolfgang/Kretzmann, Willi/Kurscheid, Clarissa/Eble, Susanne (2010) Medizinische Versorgungszentren erfolgreich führen und weiterentwickeln. Berlin
- Jansen, Eva/Hänel, Patricia/Herrmann, Markus (Hrsg.) (2015) Landärztliche Medizin. Erfahrungen mit einem Wahlfach in der ärztlichen Weiterbildung. Frankfurt am Main
- Kassenärztliche Bundesvereinigung Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2013 http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) MVZ – Survey 2011, Berlin
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015) Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. März 2015 zum Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)
- Knieps, Franz/Kunkel, Julia (2014) Versorgungsstärkungsgesetz – Top und Flop in: Forum für Gesundheitspolitik No 3-4
- Koch, Frank Thomas/Thomas, Michael (2014) Bewältigung von Herausforderungen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unter den Bedingungen regionaler Vielfalt als Bestandteil der sozial-ökologischen Gerechtigkeitwende. Biss E.V.

Krampe, Eva-Maria (2015) Gesundheitsversorgung ganz anders? Ideen für eine soziale Infrastruktur. in: Luxemburg 1/2015 Berlin

Pelleter, Jörg/Sohn, Stefan/Schöffski, Oliver (2005) Medizinische Versorgungszentren. Grundlagen, Chancen und Risiken einer neuen Versorgungsform. Burgdorf

Regionale Modelle gegen den Ärztemangel – <http://vfa-patientenportal.de/patienten-und-versorgung/versorgung-neu-denken/regionale-modelle-gegen-den-aerztemangel.html>

Schader Stiftung (2011) Erfolgreiche Integration im ländlichen Raum. Handlungsempfehlungen und Gute-Praxis-Beispiele. Darmstadt

Schader Stiftung (2014) Interkulturelle Öffnung und Willkommenskultur in strukturschwachen ländlichen Regionen. Ein Handbuch für Kommunen. Darmstadt

Schaeffer, Doris Hämel, Kerstin Ewers Michael (2015) Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada, Weinheim

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (Ausgabe 2, Februar 2013) Apps, Docmobil und Telematik: Die Patientenwege werden kürzer

Schubert, Markus (2014) Die vertragsärztliche Versorgung im ländlichen Raum: zukünftige Herausforderung und Sicherstellungsmaßnahmen bei drohendem Ärztemangel am Beispiel des Altmarkkreises Salzwedel. Halle, Univ., Dipl.arb.

Schulte, Hendrik Schulz, Carsten (2007) Medizinische Versorgungszentren. Baden-Baden

Schwartz, Jonas et al (2014) Rollende Arztpraxis – Zwischenfazit eines mobilen Versorgungskonzeptes zur Unterstützung der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten – <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2014/14gmds019html>

Süssmuth, Arne (2013) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. München

Versorgungsatlas Vorpommern. Datenbasis für die regionale gesundheitliche Versorgung (2015) http://www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/fileadmin/user_upload/vcm/dokumente/Atlas_Onlineversion.pdf

vdek Gutachten des Sachverständigenrats (2014) Bedarfsgerechte ländliche Versorgung im Fokus – <http://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2014-0708/titel-sachverstaendigenrat.html>