Posititionspapier – Stand 1/April 2022

Regionale Versorgung in Vorpommern
FoKo Ärztliche Fortbildung & Kommunikation NordOst/Pasewalk

Abstract:

1. **Leitliniengerechte Flexibilität über Versorgungsumfänge zwischen Hausarzt und Facharzt fördern**
2. **Dezentrale telemedizinische Praxisformen fördern-Praxis als Carecenter**
3. **Akademisierung der Schwesternberufe löst keinen Fachkräftemangel - Der Kümmerer ist ambulant die Hausarztpraxis und nachstationär der Sozialmedizinische Dienst**
4. **Förderung der Versorgerpraxen – Aufgeben des leistungshemmenden Grundsatzes in MV „Die Starken/Leistungsfähigen stützen die Kleinen“**
5. **Einhaltung und strikte Achtung der Sektorgrenzen**
6. **Reformierung des KV-Systems - Stärkung der KV-Kreisstellen als die organisatorische und administrative Stabsstelle des Sicherstellungsauftrages**
7. **Keine Doppelstrukturen zum ambulanten Sicherstellungsauftrag**
8. **Versorgungsprojekte generell nur mit oder unter Leitung der KV-Kreisstelle**
9. **Krankenhausversorgung – einige Gedanken**

Mit der Gründung einer Regierungskommission hat die Landesregierung die Weiterentwicklung des regionalen Gesundheitswesens als wichtige Aufgabe strukturiert. Der Abschlussbericht der Enquete-Kommission des vorherigen Landtages zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ soll die Grundlage für die Weiterentwicklung des regionalen Gesundheitswesens darstellen und die Defizite zusammenfassen.

Die Krankenkassen und die Unimedizin Greifswald haben in Positionspapieren (AOK-10 Punktepapier 2022, UMG-Positionspapier 4-2022) ihren Standpunkt dargestellt und durch die Tagung „Regionale Versorgung in Vorpommern“ der UMG wird u.a. ein Diskussionsprozess angeregt.

Als unabhängige niedergelassene Ärzte, die in der ländlichen Region Südvorpommern tätig sind, tragen wir einen großen Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung. Wir möchten uns hiermit konstruktiv an der Diskussion beteiligen.

Die vorliegenden institutionellen Schriftsätze erweitern wir hiermit um erste Beurteilungen und Vorschläge.

Wir stellen uns sehr deutlich gegen die ständige Vermischung von vorhandenen gesellschaftlichen Defiziten der ländlichen Region (Wirtschaft, Kaufkraft, Steueraufkommen, BIP-Anteil, Arbeitslosigkeit, Demografie usw.) mit der unbestritten hohen Leistungsfähigkeit der hiesigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Natürlich kennen wir Strukturprobleme, wie: das Fachkräfteproblem, die personellen Defizite bei Ärzten und Pflegekräften in den Krankenhäusern oder in der Pflege, die Herausforderungen des demografischen Wandels, die primären Nachbesetzungsprobleme von hausärztlichen Arztsitzen, die ambulante Unterfinanzierung von Facharztsitzen oder die Wettbewerbe einzelner Klinikstandorte usw.

Die vorhandenen ambulanten ländlichen ärztlichen Niederlassungen haben sich leistungsfähig in Qualität und Quantität auf den überproportional vorhandenen 6-A-Patienten* eingestellt. Die Defizite und partiellen Unterversorgungen, z.B. der immobile oder entfernt wohnende Patient, sind den ambulanten Ärzten bekannt.

Wir sehen keine Versorgungsverbesserung, wenn Diskussionen über die organisatorischen, personellen oder fachlichen Defizite von einigen Krankenhäusern mit Strukturdiskussionen über den niedergelassenen Sektor vermischt werden. Punktuell kann sicher ein defizitäres Krankenhaus durch den ambulanten Bereich mit aufgefangen werden, aber inwieweit die medizinische Qualität und Quantität durch ein ambulant-stationäres Zentrum verbessert wird, ist nicht bewiesen. Es wird eine Patientenlenkung erreicht, ähnlich eines ambulant-stationären Vernetzungsvertrages, wobei dieser Effekt nicht nur positiv zu diskutieren ist.

Wir wünschen uns eine ehrliche und objektive Beurteilung von Versorgungsstrukturen oder Vernetzungen und keine einseitige Klienteldiskussion und noch weniger deren wirtschaftliche Bevorzugung.

So finden Sie in Südvorpommern drei ganz unterschiedliche Versorgungsmodelle. Einerseits 1. Städtischer Universitätsstandort mit angeschlossener saisonal schwankender Patientenanzahl in einer Urlaubsregion, 2. der von Politik und einer großen Krankenkasse finanziell geförderte Klinikstandort „Vernetzte Versorgung – Klinikkonzern mit Kassen-Ärztenetz unter der Leitung einer privaten Management GmbH“ und 3. andererseits Klinikstandort mit finanziell nicht geförderten unabhängigen niedergelassenen Arztpraxen, die auf der vom Gesetzgeber und den medizinischen Leitlinien bestehenden Basis seit Jahrzehnten vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Wir behaupten aus tiefer Überzeugung und jahrelanger praktischer Erfahrung, dass für die ländliche Versorgung das dritte Modell der medizinisch und wirtschaftlich erfolgreichste Weg ist.

So wie überall im Land, hat natürlich die ländliche Versorgung ein Fachkräfte- und demografisches Problem. Aber weder die falsche Behauptung, wie schlecht, unterversorgt, strukturschwach etc. Vorpommern ist noch die mit großer Regelmäßigkeit und ohne Rücksicht auf die Fachmeinung der hier arbeitenden Ärzte mit großem PR-Aufwand und viel Steuergeld durchgeboxten Versorgungsprojekte schaffen hier Abhilfe. Sie verbessern nicht die Versorgung, sondern sie spalten nur vorhandene Strukturen und negieren vorhandene gesetzliche Grundlagen.

Im ambulanten ländlichen Vorpommern hat sich eine strikte leitliniengerechte Patientenversorgung als wichtiger Qualitätsanker erwiesen.

Wir wünschen uns eine transparente, ergebnisoffene Diskussion, die nicht von Lobbyinteressen bestimmt wird oder wo derjenige im Vorteil ist, der Zeit und Geld für Beeinflussung aufbringen kann.

**6-A-Patient = Alter, Armut, Arbeitslosigkeit, Alleinlebend, Auswärts Arbeitend, Analog*

Nachfolgend möchten wir einige Thesen zur Versorgungsverbesserung zur Diskussion stellen:

1. **Leitliniengerechte Flexibilität über Versorgungsumfänge zwischen Hausarzt und Facharzt**

Jede Krankheit läuft in verschiedenen Phasen ab. Alle regional beteiligten Ärzte/Einrichtungen arbeiten in einer Vertrauens-Behandlergruppe zusammen und legen den jeweiligen POC (Point of Change) und damit den jeweiligen hauptverantwortlichen Behandler (Careleader) für die gerade vorherrschende Phase fest. Damit der Hausarzt seine generalistische Funktion besser wahrnehmen kann, soll der ambulante Spezialist dann die krankheitsbezogene Grundversorgung mit übernehmen, wenn er nach dem Krankheitsverlauf der Careleader ist. Die generalistischen Aufgaben des Hausarztes, gerade bei multimorbiden Patienten, bleiben dauerhaft erhalten. (siehe Anhang POC-Schema anhand Herzinsuffizienz)

2. **Dezentrale telemedizinische Praxisformen fördern-Praxis als Carecenter**

Grundsätzlich werden die Möglichkeiten von telemedizinischen Angeboten falsch interpretiert. Besonders in der normalen ambulanten ärztlichen Versorgung kann die persönliche Behandlung nicht ersetzt werden. Teleradiologische oder teleärztliche Notfallkonsultationen können nicht den Regelfall begründen, sondern sind hilfreiche Zusatzoptionen. Eine Videosprechstunde ist in unseren Augen keine Telemedizin, sondern nur ein weiterer Kommunikationskanal.

Interdisziplinäre Fallkonferenzen zwischen Ambulanz und KH sind schon heute sicher möglich, werden partiell bereits durchgeführt und benötigen keine Investition. Hier dienen die bewährten Tumorkonferenzen als Vorbild. So wird z.B. ein Herzinsuffizienzboard von den Professoren Motz und Felix gemeinsam mit den ambulanten Kollegen initiiert.

Es wird eine klare Definition der Telemedizin oder einer Telemedizinzentrale benötigt, da alle Anwender etwas anderes darunter verstehen. Mißverständnisse, Blockadehaltungen, falsche Erwartungen oder Fehlinvestitionen und teure Doppelstrukturen können so effektiv vermieden werden, da die Gematik-TI bereits viele Grundlagen davon abdecken soll!(?)

Welche Möglichkeiten sich aus den KI-Entwicklungen ergeben, sind nicht prognostizierbar.

Die Digitalisierung/Telemedizin wird leider zu oft nicht als Chance für eine bessere Patientenversorgung gesehen, sondern als Instrument für eine Neuverteilung der Patientenströme und Konzentration auf wenige großklinische Zentren.

Mit etwas gutem Willen kann die Digitalisierung aber auch vollkommen anders beurteilt werden und nicht als „Medizinische Teslaisierung“ dargestellt werden.

Anhand von zwei Beispielen kann die positive oder negative Wirkung der Digitalisierung verdeutlicht werden.

a) Positivbeispiel: TMZ Herzinsuffizienz – Telemedizinische Überwachung

Aktuell ist die Telemedizin besonders bei der Übertragung/Beurteilung von Vitaldaten (Puls, Blutdruck, EKG, Gewicht etc.) bzw. bei der Überwachung von elektronischen Implantaten erfolgreich.

Das ergänzt die qualifizierte Assistenzarbeit in der Ambulanz, aber kann ärztliche Ressourcen nicht ersetzen, sondern erhöht vielmehr die Versorgungsqualität durch eine engere Patientenüberwachung. Diese zentrale Form der Telemedizin kann patientenorientiert dezentral in den Versorgerpraxen in enger Zusammenarbeit von Haus- und Facharzt durchgeführt werden. Hier sollte dringend über eine Investitions-Förderung/-Unterstützung nachgedacht werden. Das leitliniengerechte TMZ nach GBA-Kriterien ergänzt ideal die Careleader-Definition innerhalb des POC-Schemas unserer Versorgungsregion.

Diese Realität in der Versorgung begründet grundsätzlich nicht die geforderte Einrichtung eines übergeordneten telemedizinischen Zentrums in MV, sondern sieht die ambulante unabhängige Praxis als das Innovationszentrum. Hier wird auch die universitäre Kernfunktion, nämlich deren Spitzenforschung deutlich.

Die TIM/HF-Studie der Charité, wo sich in Südvorpommern ein ambulantes Studienzentrum beteiligte, war die wichtigste Grundlage für die Implementierung in die Regelversorgung. Der universitäre Studienleiter hat mit einer transparenten Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren eine hohe Akzeptanz erreicht und damit die vertrauensvollen Grundlagen für die dezentrale Umsetzung in der Regelversorgung geschaffen. Hier wurde dem Wunsch des Patienten nach einer modernen wohnortnahen Patientenversorgung entsprochen. Die grundlegenden Funktionen/Aufgaben der ambulanten Medizin wurden auf einen höheren Level der Versorgung gebracht.

b) Negativbeispiel: Vorsorgeuntersuchung mittels MRT-Truck und zentraler Befundung

Was für eine Störung, ja man kann sagen, welchen Vertrauensverlust universitäre Projekte organisieren können, das erleben wir aktuell anhand eines GBA-Versorgungsprojektes für angeblich strukturschwache Regionen. In Vorpommern wird ein GBA-Versorgungsprojekt „Herzcheck“ mittels MRT-Truck mit digitaler Datenübertragung in ein ärztliches Callcenter angeboten. Dem Grundsatz, alle Leistungen am Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot auszurichten, wird nicht entsprochen. Solche Projekte dienen der Auslastung teurer Geräte oder größerer Klinikabteilungen, wobei die ländliche Region nur als PR-Alibi für wirtschaftliche Interessen benutzt wird. Eine bessere Patientenversorgung wird nicht erreicht. Vielmehr sind derartige Konzepte geeignet, die Versorgung irreparabel zu verschlechtern.

Das schafft kein Vertrauen, aber gute medizinische Versorgung braucht Vertrauen!

3. Förderung der Versorgerpraxen – Aufgeben des Grundsatzes in MV „ Die Starken/Leistungsfähigen stützen die Kleinen“

Die Versorgerpraxen sollten künftig nicht mehr durch Deckelung der Honorierung an der Leistungssteigerung gehindert werden. Die Leistungsträger der ambulanten Versorgung sollten verstärkt zur Erhöhung von Qualität und Quantität motiviert werden. Hierzu wäre eine Anpassung des HVM notwendig. Einerseits eine unzureichende Versorgung zu beklagen, aber andererseits die Haus- und Facharzt-Versorgerpraxen zu behindern, ist nicht logisch.

Eine Spezialisierung der Facharztpraxen auf den ambulanten Versorgungssektor, d.h. die Konzentration auf ein ambulantes Geschäftsmodell ohne Nebentätigkeiten z.B. in Kliniken, würde die Patientenversorgung stärken. Ein Kliniker mit einer Ermächtigung (ausgenommen seltene Subspezialisierungen) oder einem Zweitvertrag in einem MVZ wird ebenso wenig leistungsfähig sein, wie ein niedergelassener Ambulanter, der an ein oder zwei Tagen in der Klinik arbeitet. Dieser Workflow reduziert die Patientenleistungen, führt zu einer Erhöhung der notwendigen Ärztezahl und bestärkt den Fachkräftemangel.

Die konsequente Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch die KV wäre erforderlich.

4. Einhaltung und strikte Achtung der Sektorgrenzen

Durch die Konzentration der Sektoren auf ihre Kernkompetenz steigt neben der Behandlungsqualität auch das für eine Zusammenarbeit notwendige Vertrauen. Wenn sich ein Sektor wirtschaftlich innerhalb des anderen Sektors bewegt, dann dominiert nicht ein lösungsorientiertes, sondern wettbewerbsorientiertes Verhalten.

Das kann einem guten Versorgungsergebnis entgegenstehen. So ist ein klinisches MVZ immer eine andere Struktur als eine selbsthaftende niedergelassene Praxis. Mittlerweile sollte erkannt worden sein, dass ein MVZ die gewünschte Verbesserung einer ländlichen Versorgung nicht organisiert. Vielmehr kann es aber sogar ein Hinderungsgrund für Investitionen von Niedergelassenen darstellen, da sie sich in einer für sie unklaren Marktsituation befinden. Die Kennziffern zur Leistungsfähigkeit von niedergelassenen Praxen gegenüber MVZ sind eindeutig pro Praxis. Hierzu wurden der Enquetekommission entsprechende Daten geliefert, aber nicht berücksichtigt.

Als Best Practice Beispiel für eine vertrauensvolle sektorübergreifende Zusammenarbeit unter strikter Achtung der Kompetenzen aller Beteiligten, wird die landkardiologische Versorgung in Südvorpommern angeführt. Hier arbeiten ambulante und stationäre Strukturen, Hausärzte und fachärztliche Spezialisten qualitätsorientiert, leitliniengerecht, wirtschaftlich effizient und patientenorientiert zusammen. (siehe Seite 10 – Regionale Versorgungsleitlinie)

5. **Akademisierung der Schwesternberufe löst keinen Fachkräftemangel. Der Kümmerer ist die ambulante Hausarztpraxis und nachstationär der Sozialmedizinische Dienst**

Die MFA/Schwester/Pflegefachkraft ist eine Mangelerscheinung. Durch eine Akademisierung dieses Mangels wird er nicht beseitigt. Die Attraktivität des Berufes kann durch andere Massnahmen verbessert werden. Heute gibt es neben „Case Manager, DementiaCare, Cardiolotsen“ viele weitere von den Kassen oder Bildungseinrichtungen gewollte Subspezialitäten. Durch eine Anpassung der Qualifizierung unserer hausärztlichen Hausbesuchsschwestern (NäPA, Vera) und durch eine indikationsbezogene Ausweitung auf wenige fachärztliche NäPA`s (z.B. landkardiologische KarLa) kann dieser Bedarf effizienter abgedeckt werden. Die Akademisierung fördert nur arztersetzende Strukturen, die von uns im Interesse der aktuell hohen Versorgungsqualität abgelehnt wird, denn eine Verbesserung an der Basis/Patienten dürfte marginal sein. Die finanziellen Förderungen der hausärztlichen Schwesternausbildung sollten auf Facharzt-NäPA´s ausgeweitet werden. Die Facharzt-NäPA kommt generell nur in Abstimmung mit dem Hausarzt zum Einsatz, nämlich genau dann, wenn der Facharzt die fachspezifische Grundlagenbehandlung im Rahmen seiner Careleaderfunktion übernehmen soll. Damit werden der Hausarzt und sein Praxisteam entlastet.

Eine weitere Zersplitterung von Verantwortlichkeiten oder ein zusätzlicher CaseManager wird als unwirtschaftliche Doppelstruktur angesehen.

6. **Stärkung der KV-Kreisstellen als die organisatorische, administrative und juristische Stabsstelle des ambulanten Sicherstellungsauftrages**
7. **Keine Doppelstrukturen zum ambulanten Sicherstellungsauftrag**
8. **Versorgungsprojekte generell nur mit oder unter Leitung der KV-Kreisstelle**

Wenn Verantwortlichkeiten der zentral gesteuerten KV auf die kreisliche Versorgungsebene übertragen werden, dann sind flexible, wohnortnahe und versorgungsrelevante Projekte effizient umsetzbar. Die KV-Kreisstellen sind seit Jahrzehnten bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes verantwortend erfolgreich. Es gibt keinerlei Grund, diese funktionierende Struktur nicht zu erweitern.

An Standorten mit vielen Patienten sind Bereitschaftspraxen, gemeinsamer Notfalltresen etc, also eine sinnvolle sektorübergreifende Versorgung etabliert. Bei allen zurecht formulierten Unzulänglichkeiten des KV-Systems, hat es sich sehr oft als leistungsfähig erwiesen.

Die Umsetzung von Versorgungsprojekten/Bildung von Cluster-Regionen o.ä. sollte in die Verantwortung der KV-Kreisstellen gelegt werden. Es könnte z.B. ein Wettbewerb unter den KV-Kreisstellen, getrennt nach Stadt-Kreisstellen und Land-Kreisstellen, zur Einreichung von Versorgungsideen initiiert werden. Die erfolgversprechendsten Ideen werden zur Evaluierung vorgeschlagen und die Unimedizin Greifswald/CommunityMedicine führt diese durch.

So sind fachärztliche Satelliten-(oder Tandem-)Sprechstunden in hausärztlichen Versorgerpraxen zur Versorgungsverbesserung auf dem Land schon vor Jahren leider erfolglos von Vertragsärzten vorgeschlagen worden. Ambulant-stationäre Weiterbildungsverbünde oder gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen gehören in der südvorpommerschen Versorgungsregion zur täglichen Praxis. Niederschwellige kostenlose Präventionsangebote oder kommunale Präventionskonzepte für die Bevölkerung wurden vorgeschlagen, sind aber leider nicht aufgegriffen worden.

Es wären aktuell diskutierte Doppelstrukturen, wie z.B. Gesundheitskioske oder Managementgesellschaften zur Übernahme von Steuerungs- oder Kümmererfunktionen nicht zusätzlich notwendig, da diese Funktion immanent von der wohnortnahen Hausarztpraxis des Patienten übernommen wird. Sollte es Unterversorgungen durch fehlende Hausarztpraxen geben, so kann unter der Leitung der KV-Kreisstelle eine temporäre Übertragung dieser Funktionen auf fachärztliche Kollegen möglich sein.

Ein Fehler ist die Verallgemeinerung von sogenannten sektorübergreifenden, interoperativen, verzahnten oder gemanagten Versorgungsstrukturen. Als Prototyp dieser neuen Versorgungsformen galt jahrelang das IV-Versorgungsprojekt „Gesundes Kinzigtal“. Inzwischen zeigt die von Experten durchgeführte 10 Jahres-Evaluation nämlich, dass von 101 evaluierten Qualitätsindikatoren 88 keine Änderung zu den Vergleichsgruppen der herkömmlichen Versorgung gezeigt hatten, 6 zeigten eine Verbesserung, 7 sogar eine Verschlechterung. Hier hat es zusammenfassend keine Versorgungsverbesserung gegeben.

Die KV-Kreisstelle ist selbst weder direkt noch indirekt wirtschaftlich tätig, besteht aus gewählten niedergelassenen Vertragsärzten, so dass Unabhängkeit und Objektivität gewährleistet sind.

Die KV-Kreisstelle sollte die erste Ansprechadresse der ambulanten Gesundheitsversorgung für Ämter und Kommunen sein. Auch so können ineffiziente oder teure Doppelstrukturen vermieden werden. Gerade die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass insbesondere das Gesundheitsamt eine unabhängige Kommunikationsbrücke zu allen Niedergelassenen braucht, so dass Fehlentscheidungen vermieden werden können.

9. Krankenhausversorgung aus Sicht der Niederlassung

Grundsätzlich möchten wir nur sehr zurückhaltend über den Krankenhaussektor eine Meinung abgeben, da wir logischerweise nicht über die notwendige Fachkompetenz verfügen und es als unangemessen ansehen, über einen anderen Versorgungssektor fundiert zu urteilen. Grundsätzlich sind niedergelassene Ärzte an einer vertrauensvollen Zusammenarbeit im Interesse ihrer Patienten interessiert.

Die Verteilungskämpfe der Krankenhäuser erreichen auch durch die politischen Diskussionen und durch das ständige Aufweichen von bisher erfolgreichen Versorgungsdeterminanten ein bisher unbekanntes Niveau (z.B. Ungleichbehandlung von selbsthaftenden niedergelassenen Praxen mit Klinik-MVZ, Aufkauf von Praxissitzen, Investitionshilfen für Kliniken, kliniklastige Versorgungsprojekte etc viele weitere Beispiele aufzählbar). Den aktuellen Höhepunkt dieser Fehlentwicklungen setzt der Staat selbst. So ist die Abwerbeprämie der Universitätsmedizin Rostock für Pflegekräfte ein Synonym für die laufende Fehlentwicklung.

So verspielt der Staat/Politik das gerade für Veränderungsprozesse notwendige Vertrauen.

Die Enquetekommission empfiehlt sogenannte „Integrierte Gesundheitszentren“ , Poliklinik+/PrimaryHelathCenter/Akut-und Notfallzentrum o.ä., welche dann telemedizinisch mit einem Krankenhaus/Uni für die fachärztliche Betreuung verbunden werden.

Praktisch sind in den allermeisten medizinischen Fachgebieten nur persönliche Behandlungen möglich, so dass hier ein theoretischer Ansatz beschrieben wird, der praktisch nicht umsetzbar ist. Das Konzept „Integrierte Gesundheitszentren/Ambulant-Stationäre Zentren etc. ist nicht generalisiert zielführend. Die Ergebnisse von Vorzeigeprojekten (z.B. STIMMT Templin) sollten unabhängig evaluiert werden. In jedem Fall ist diese Versorgungsform ein spezifischer Einzelfall zum Erhalt defizitärer Klinikstandorte und kein Regelfall.

Die fachliche und wirtschaftliche Kernkompetenz eines Krankenhauses liegt in der stationären Versorgung. Die politischen Diskussionen über die ambulanten Wünsche der Kliniken werden unehrlich geführt, denn funktions- und systembedingt ist das Ziel jeder Klinik die stationäre Einweisung des Patienten. Daran ändern weder Hybrid-DRG´s, wirtschaftliche Hilfskonstruktionen o. ä. nichts.

Es sollte auch unter den Krankenhäusern eine Definition der stationären qualitativen Kernkompetenzen und eine entsprechende Marktabstimmung geben. Viele Fachabteilungen werden neben des finanziellen Interesses auch zum Erlangen bzw. Erhalt ihrer Ausbildungskompetenz für Assistenzärzte vorgehalten.

Der Assistenzarzt soll verständlicherweise möglichst am Ort zur Facharztausbildung gebunden werden. Sehr häufig ist die Facharztausbildung lückenhaft, nicht weil die stationären Kollegen nicht wollen, sondern weil sie zeitlich infolge Unterbesetzung schlichtweg überfordert sind.

Nur die wenigsten Menschen können alle Aufgaben gleichermaßen erfüllen. Eine klinische Leitungsfunktion mit einem ambulanten Arztsitz/Ermächtigung qualifiziert zu kombinieren und dann noch Assistenzärzte auszubilden, gelingt eher weniger zufriedenstellend. Das wird aber oft verlangt. Auch hier empfehlen wir eine Konzentration auf die stationären Kernkompetenzen und eine Ausweitung der ambulanten Weiterbildungsverbünde. Die finanziellen Förderungen des Landes sollten auf alle Fachgebiete ausgeweitet werden.

Nach unserer Meinung sollte die Universitätsmedizin Greifswald nicht den Weg der UMR einschlagen. Dieser war im Ergebnis nicht erfolgreich, hat zu großen Vertrauensverlusten geführt und konzentrierte sich nicht mehr auf die universitären Kernkompetenzen, der Spitzenmedizin, Lehre und Forschung.

Wir würden uns wünschen, wenn die Universität Greifswald für die nach unserer Meinung viel wichtigeren Gesellschaftsfelder der wachsenden Altersarmut verursacht durch gebrochene Erwerbsbiografien und der fehlenden Mobilität auf dem Land Lösungen entwickeln würde. Hier können Angebote wie z.B. ILSE-Bus nur sehr eingeschränkt helfen, denn sie bringen den immobilen entfernt wohnenden ländlichen Bürger nicht zu den für ihn wichtigen Konsultationszielen. Kommunale Bürgerfahrzeuge, wie sie z.B. in Nordbrandenburg erfolgreich praktiziert werden, sind hier bessere Konzepte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass viele klinik- oder kostenträgerdominierte Vorschläge u. M. n. keine Lösung der künftigen Kerndefizite darstellen.

Eine Zentralisierung der ärztlichen Leistung verlagert nur die Arbeitskraft an einen anderen Ort und ersetzt diese nicht; eine Akademisierung der Ressource Arbeitskraft reduziert nicht den Ärbeitskräftemangel in diesen Bereichen; niederschwellige nichtärztliche Gesundheitsstrukturen (Kioske-Kümmerer) sind allenfalls für die Förderung des präventiven Gesundheitsbewußtseins der ländlichen Bevölkerung hilfreich oder werden beim Vorhandensein von vielen städtischen ausländischen Mitbürgern benötigt und widersprechen Bestrebungen nach einer qualifizierten wohnortnahen medizinischen Versorgung.

Vorpommern hat seine eigene Spezifik!

Neben einem Konzept für eine kosteneffiziente, überall einsetzbare ländliche Gesundheitsprävention wurde in der Vergangenheit bereits eine Hausarzt-Facharzt-Satelliten-Tandem-Sprechstunde im Rahmen von Versorgungsmodellen in Hausarztpraxen vorgeschlagen. Leider wurden diese Vorschläge bisher ignoriert.

Für deren Umsetzung stehen die unabhängigen und freiberuflichen Vertragsärzte bereit!

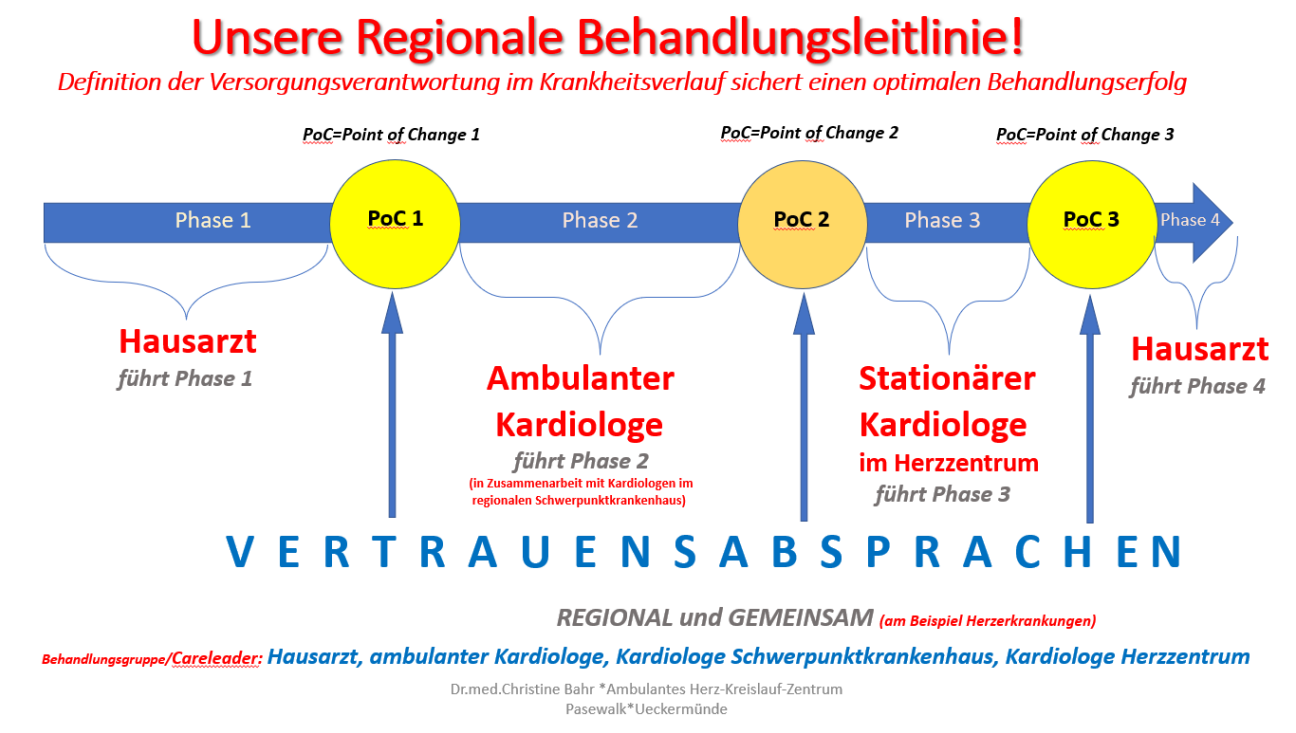
Die vorhandenen gesetzlichen Grundlagen und Strukturen der ambulanten Versorgung zu reformieren und wieder die Konzentration auf deren Kernaufgaben auszurichten, wäre aus unserer Sicht der effizienteste, schnellste und sinnvollste Weg.

Nicht erfolgreiche oder ungewünschte Entwicklungen, wie MVZ, Managementgesellschaften, Praxisaufkäufe, Konstruktionen zur Patientenlenkung unter Ausschluss einer freien Arzt- und Krankenhauswahl oder zur Einschränkung der ärztlichen Therapieentscheidung sollten aus der Versorgung zurückgedrängt werden. Damit wären viele Probleme der ärztlichen Nachwuchsgewinnung in der Niederlassung obsolet.

Die Universitätsmedizin muss finanziell so gestellt werden, dass sie sich auf ihre Kernkompetenz konzentrieren kann und nicht über die Regelversorgung Finanzierungsmittel generieren muss.

Anhang zu Punkt 4/Seite 5 :

Regionale Versorgungsleitlinie (am Beispiel Herzerkrankungen)



Ihre

FoKo – Ärztliche Fortbildung & Kommunikation NordOst

Pasewalk im Mai 2022