

Schriftenreihe des Kompetenzzentrums für
Interkommunale Zusammenarbeit

Kongressbroschüre



**Landärzte
gesucht !!!**

**Landärztinnen/Landärzte gesucht -
Was kann Interkommunale Zusammen-
arbeit bei der Fachkräftesicherung leisten?**

Forum Friedrichsdorf, 07. Juli 2016

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Begrüßung und Eröffnung	5
Claus Spandau - Stabsstelle „Beratung von Nichtschuttschirmkommunen, Kompetenzzentrum für Interkommunale Zusammenarbeit“, Wiesbaden	
Attraktive Arbeitsbedingungen — Voraussetzung für die Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Land	7
Stefan Grüttner – Staatsminister, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Wiesbaden	
Die Nachwuchskampagne der KV Hessen	12
Dr. Günter Haas - Stellvertretender Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt/M.	
Projekt Landpartie des Landkreises Fulda	37
Frederik Schmitt – Erster Kreisbeigeordneter, Landkreis Fulda	
Herausforderungen bei der Etablierung einer regionalen Gesundheitskooperation	49
Dr. Alwin Weber – 2. Vorsitzender der GesundheitsVersorgungsKooperation (GVK) Oberzent	
Primärärztliche Versorgung im Lahn-Dill-Kreis	69
Lars Bongartz – Kaufmännische Leitung Landarztnetz Lahn-Dill GmbH, Wetzlar	
Netzwerkkonferenzen – Basis für sektorenübergreifende Zusammenarbeit	88
Ruth Schlichting – Stabsstelle Altenhilfe, Landkreis Marburg-Biedenkopf	
Ausblick und Schlusswort	106
Ralf Pillok – Referatsleiter Gesundheitspolitik, Rehabilitation, Servicestelle Regionale Gesundheitsnetze“, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Wiesbaden	
Förderprogramm	107



Vorwort

In den zurückliegenden Jahren wuchs in den Kommunen die öffentliche Diskussion über die Wiederbesetzung von frei werdenden Arztsitzen. Fast in allen Landkreisen und kreisfreien Städten etablierten sich Gesundheitskonferenzen und fachliche Gesprächskreise, um mit den Akteuren des Gesundheitswesens den Übergabeprozess besser zu organisieren und neue, zukunftsfeste Versorgungsstrukturen zu schaffen. Sowohl die Kommunen als auch die Landkreise und kreisfreien Städte haben zunehmend erkannt, dass sie ergänzend zu den Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, die den Sicherstellungsauftrag hat, selbst auch Unterstützungsleistungen erbringen können, um die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sichern. In diesem Zusammenhang gewinnt die Frage der Interkommunalen Zusammenarbeit an Bedeutung, da die Organisation von tragfähigen Versorgungsstrukturen, insbesondere in ländlichen Räumen nicht an Gemeindegrenzen halt macht.

Vorhandene Strukturen der gewohnten ärztlichen Versorgung verändern sich. Die Bevölkerung wird älter, sodass die Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung gewinnt, um den Bürgerinnen und Bürger ein Mehr an gesunden Lebensjahren zu ermöglichen und zu einer Entlastung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen beizutragen.

Der Bevölkerungsrückgang in ländlichen Gebieten hat erhebliche Auswirkungen auf die Tragfähigkeit von Strukturen im Gesundheitswesen, insbesondere in strukturschwachen Räumen. Auf die Kommunen kommt zwangsläufig die Herausforderung zu, Strategien zu entwickeln, die die verschiedenen Angebote der Daseinsvorsorge (Sozialbetreuung, Pflege und Medizin) bedarfsgerecht vernetzen und sektorenübergreifend restrukturieren.

Auch die Ärzteschaft wird immer älter, wir werden in den kommenden Jahren einen Generationenwechsel erleben. Und die jüngere Generation der Ärztinnen und Ärzte kommt mit neuen Ideen und Vorstellungen, die wiederum erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitswesen haben werden. Arbeiten im Team, in Teilzeit und in Anstellung bekommt einen neuen Stellenwert.

Um diese Entwicklungen sowie erste gute Beispiele aufzuzeigen und bekannt zu machen, haben das Hessische Ministerium für Soziales und Integration sowie das Kompetenzzentrum für Interkommunale Zusammenarbeit im Hessischen Ministerium des Innern und für Sport zu einem Fachkongress geladen. Gleichzeitig soll hierbei zu einem Erfahrungsaustausch Gelegenheit gegeben werden.

Zugleich sollen die Möglichkeiten interkommunaler Lösungsansätze einschließlich deren besonderer Fördermöglichkeiten durch das Innenministerium dargestellt werden.

Die als Referenten gewonnen Persönlichkeiten sind ausnahmslos bei ihren Vortragsthemen „die“ Experten, die die Gesamtthematik des Gesundheitswesens und deren Kooperationen einschließlich deren Nebengebieten aus Theorie und Praxis kennen und durch ihre tagtägliche Befassung mit den Thematiken die Vorträge und Diskussionen praxisnah und aktuell gestalten können. Hierdurch wird eine bestmögliche Information der Tagungsteilnehmer ermöglicht.

Bedanken dürfen wir uns herzlich bei allen Referentinnen und Referenten für ihre Mitwirkung, ihren engagierten Einsatz und für die gute Zusammenarbeit bei der Kongressvorbereitung wie auch der Durchführung der Veranstaltung.

Ebenso gilt unser Dank den Beratern aus Kommunen, Kassenärztlicher Vereinigung, kommunalen Spitzenverbänden und weiteren Ministerien bei der Vorbereitung dieser Fachtagung.

Allen Besuchern danken wir für ihr mit dem Besuch der Tagung bewiesenes Interesse an dem Thema und für ihr Vertrauen in die Veranstalter.

Ihr Veranstaltungsteam
Daniela Willkommen

Ralf Pillok

Claus Spandau

Claus Spandau

Stabsstelle „Beratung von Nichtschutzschirmkommunen,
Kompetenzzentrum für Interkommunale Zusammenarbeit“, Wiesbaden



Wir freuen uns, Sie alle heute Morgen hier im Forum Friedrichsdorf in diesem schönen Ambiente bei unserem Kongress begrüßen zu dürfen.

Stellvertretend für Sie als Teilnehmer und die Referenten darf ich Herrn Staatsminister Stefan Grüttner sehr herzlich bei uns begrüßen. Wir bedanken uns bei Ihnen Herr Minister Grüttner, dass Sie trotz vollem Terminkalender diese Veranstaltung mit Ihrer Anwesenheit aufwerten und gleich die erste Ansprache halten werden.

Es freut uns, Herrn Pillok, als Vertreter des Hessischen Sozialministeriums, Frau Willkommen und mich als Vertreter des Hessischen Innenministeriums, die wir die Planung und Organisation dieser Veranstaltung übernommen haben, dass Sie den Weg zu dieser Tagung gefunden haben, um mit uns das Thema

„Landärztinnen und Landärzte gesucht – Wie gelingt Fachkräftesicherung in strukturschwachen Regionen?“

einer eingehenden Betrachtung zu unterziehen und miteinander zu besprechen und zu diskutieren.

Wir wollen den Fokus dieser Veranstaltung insbesondere darauf legen, was Kommunen leisten können, um eine verbesserte Fachkräftesicherung zu erreichen – hier insbesondere in einer kooperativen Aufgabenerfüllung gemeinsam mit mehreren anderen Kommunen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, lassen Sie mich bitte zunächst den Blick ein wenig auf die Interkommunale Zusammenarbeit werfen. In der Interkommunalen Zusammenarbeit sieht die

Landesregierung eine wichtige Gegenwarts- und zugleich auch Zukunftsaufgabe für die Kommunen wie auch das Land Hessen.

Aus diesem Grund fördert die Hessische Landesregierung bereits seit dem Jahre 2004 die Interkommunale Zusammenarbeit der hessischen Kommunen. Dabei wurde in der Vergangenheit der Schwerpunkt auf die Zusammenführung von organisatorischen Bereichen der Verwaltung gelegt, also gemeinsame Standesämter, Stadtkassen, Bauämter, Finanzabteilungen oder Bauhöfe gefördert.

Ein erstes, aus heutiger Sicht bescheidenes Förderprogramm wurde im Laufe der Jahre stetig ergänzt und hinsichtlich der förderfähigen Bereiche, der antragsberechtigten Kommunen, wie der Förderhöhe kontinuierlich in kommunalfreundlicher Art und Weise erweitert und ausgebaut.

Heute sind alle kommunalen Aufgaben, die kooperativ im Verbund mit anderen Kommunen durchgeführt werden, förderfähig. Es wurden neben den eigentlichen Kernaufgaben der Kommunen neue Aufgaben und Projekte, wie:

- die kreisweite Breitbandversorgung in den Kommunen,
- die Behördenrufnummer 115,
- kreisweite geografische Informationssysteme, oder
- Projekte im Bereich der Erneuerbaren Energien gefördert.

Weiterhin sind die Feuerwehren oder Maßnahmen zur Verringerung der Auswirkungen des demografischen Wandels förderbar, sofern die Aufgaben interkommunal erledigt werden. Und, sogar die Fusion von Ortsteilfeuerwehren wird gefördert, selbst wenn

dieses in der Regel innerhalb derselben Gemeinde – also intrakommunal - erfolgt.

Ein wesentlicher weiterer Aspekt des Voranbringens der Interkommunalen Zusammenarbeit bestand in einer im Jahre 2009 erfolgten Gründung einer Beratungseinrichtung, dem Kompetenzzentrum für IKZ, welches Frau Willkommen und ich vertreten.

Die drei kommunalen Spitzenverbände und das Hessische Ministerium des Innern und für Sport haben gemeinsam dieses Kompetenzzentrum gegründet und das Ministerium hatte zunächst die Trägerschaft dieser Beratungs- und Fördereinrichtung den kommunalen Spitzenverbänden übertragen. An letzteren beiden Punkten wie auch an der Regelung, dass bei jedem Förderantrag eine Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände in Form der Herstellung eines Einvernehmens erfolgt, sehen Sie die enge Zusammenarbeit und das gemeinsame an einem Strang ziehen zwischen Landesregierung und kommunalen Spitzenverbänden bei der IKZ.

Mittlerweile haben wir 185 IKZ Förderverfahren mit insgesamt deutlich über 1.000 beteiligten Kommunen und einem Fördervolumen von rd. 13,5 Mio Euro beschieden. Allein in diesem Jahr bis heute knapp 1,8 Mio Euro. Nahezu in jedem Jahr haben wir mehr Förderanträge und eine höhere Zuwendungssumme als im Vorjahr. Dieses zeigt, die stetig steigende Hinwendung und Inanspruchnahme der IKZ. Rund 370 der insgesamt 447 Landkreise, Gemeinden und Städte haben mittlerweile IKZ Projekte gefördert bekommen.

Eine große Herausforderung ist auf die Kommunen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung zugekommen. Die Herausforderung wird sehr deutlich schnell an Dringlichkeit und Offenkundigkeit gewinnen.

Auch bei der gesundheitlichen Versorgung trifft das zu, was beim demografischen Wandel als Erscheinung genannt wird:

Wir werden älter, Wir werden weniger.

Diese beiden Begriffe treffen insbesondere auch auf die Ärzteschaft zu.

Da diese neue Herausforderung für die Kommunen sich zu einem Problem auswachsen kann und wohl deutlich weiter entwickeln wird, haben wir im Innenministerium schon vor rd. 3 Jahren erste Kontakte zu Herrn Pillok vom Sozialministerium gehabt.

Frau Willkommen und ich kennen die Kommunalverwaltungen und deren Organisation und Arbeitsabläufe, aber im Gesundheitswesen kennen wir uns nicht aus. Daher haben wir mittlerweile eine arbeitsteilige Zusammenarbeit, so dass Herr Pillok den gesamten gesundheitlichen Bereich mit seinem Wissen und seinen Kenntnissen abdeckt und die Fachbeurteilung von Projekten vornimmt und wir die eigentliche Interkommunale Zusammenarbeit bis zu einem Förderverfahren hin betreuen.

So aufgestellt haben wir bisher 2 Gesundheitszentren mit jeweils 100.000 Euro gefördert – eines im Odenwald in den fusionswilligen Kommunen Beerfelden, Hesseneck, Sensbachtal und Rothenberg und eines im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Einige weitere interessante Projekte haben wir im Blick.

Und so wollen wir Ihnen heute vorstellen, was bisher an Projekten im Bereich kooperativer Gesundheitsversorgung entstanden ist und was noch auf den Weg gebracht werden kann. Weiterhin wollen wir Ihnen Grundlagen und Wissenswertes in diesem Bereich präsentieren. Wir möchten Ihnen Anregungen mit in Ihre Kommunen geben, wie und mit welchen Handlungsmöglichkeiten Sie und Ihre Kommunen auf die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen reagieren können und wie Sie frühzeitig agieren können, um Problemstellungen gar nicht erst zu tatsächlichen Problemen werden zu lassen.

Insofern wünschen wir Ihnen einen interessanten Tag mit anregenden Vorträgen und guten Gesprächen, auf dass Sie am Ende der Veranstaltung sagen können: Es war in wertvoller Kongress, der uns weiterbringen wird, der uns Handlungsmuster mit in die Kommunen gibt, die wir bei uns einsetzen werden.

Ich darf mich abschließend bereits jetzt bei allen Referentinnen und Referenten herzlich dafür bedanken, dass Sie zu uns gekommen sind und hier aus ihrer reichhaltigen Praxis vortragen. Bedanken möchte ich mich bei Frau Willkommen für eine wie immer auf den IKZ Kongressen perfekte und akribische Organisation, die stets Grundlage unserer gelungenen Kongresse ist. Und ich möchte mich vielmals bei Herrn Pillok für die interessante und sehr sach- und fachkundige Programmgestaltung bedanken. Herzlichen Dank an Sie Frau Willkommen und Herr Pillok.

Attraktive Arbeitsbedingungen — Voraussetzung für die Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Land

Stefan Grüttner – Staatsminister, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Wiesbaden



Sehr geehrte Landräte,
sehr geehrte Erste Kreisbeigeordnete,
sehr geehrte Bürgermeister,
sehr geehrter Herr Dr. Haas,

wir alle spüren es - unsere Gesellschaft verändert sich: Die Bevölkerung wird dank der hervorragenden Gesundheitsversorgung im Durchschnitt immer älter, die Zahl der Einwohner in ländlichen Regionen nimmt teilweise deutlich ab und es kommen mehr Menschen aus anderen Ländern zu uns. Bundesweite Trends, die auch auf Hessen zutreffen.

Dabei vollzieht sich der demografische Wandel in Deutschland und in Hessen nicht einheitlich. Die wirtschaftlich starken Zuwanderungsregionen wie das Rhein-Main-Gebiet locken vor allem Jüngere an. Der Anstieg des Durchschnittsalters fällt dort geringer aus und wird ein paar Jahre in die Zukunft verschoben. Auf der anderen Seite stehen Abwanderungsregionen wie der Werra-Meißner-Kreis oder der Vogelsbergkreis, die zum Teil erheblich an Bevölkerung verlieren werden.

Dies hat grundlegende Auswirkungen auf die Anforderungen an das Gesundheitswesen sowie die Organisation und Struktur von Gesundheitseinrichtungen. In einer alternden Gesellschaft gewinnt Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung, um den Bürgerinnen und Bürger ein Mehr an gesunden Lebensjahren zu ermöglichen und zu einer Entlastung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen beizutragen. Ferner wird sich der Bedarf an medizinischer Versorgung zunehmend zu Leistungen für ältere Menschen verlagern, insbesondere zur Behandlung von chronischen und geriatrischen Erkrankungen. Wissenschaftler des „Versor-

gungsatlas“ zeigten in einer im Juni veröffentlichten Modellrechnung auf, dass künftig Facharztgruppen wie Urologen und Augenärzte, die hauptsächlich an der Behandlung älterer Menschen beteiligt sind, zeitlich höher und Kinder- und Frauenärzte zeitlich weniger beansprucht werden. Dies alles macht deutlich, dass heutige Vorstellungen davon, welche Regionen als über- oder unterversorgt gelten, mit Blick auf die nahe Zukunft auf den Prüfstand gehören. Auch werden perspektivisch die Chancen einer sektorenübergreifenden integrierten Bedarfsplanung, wie dies im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz derzeit erörtert wird, zu prüfen sein. Ebenso werden die physiologischen und funktionellen Einschränkungen von zunehmend älteren Patienten spezifische Präventions- und Versorgungskonzepte erfordern, die eine gewisse Neuordnung der bisherigen Aufgaben der Gesundheits- und Pflegeberufe nach sich ziehen wird. Die Diskussion über die Reform bei der Ausbildung von Kranken- und Altenpflegern sowie über eine Erweiterung der Delegation von ärztlichen Leistungen hat ja gerade erst begonnen. Hier gilt es, ein Umdenken einzuleiten und gegenseitige Vorbehalte abzubauen.

Anrede,
der Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Gebieten gefährdet zunehmend die Tragfähigkeit von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge und damit die Lebensqualität der Bevölkerung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Räumen. Landkreise, Städte und Gemeinden stehen deshalb vor der Herausforderung, sich bereits heute mit Anpassungsstrategien an eine alternde und rückläufige Bevölkerung auseinanderzusetzen und aufgrund von eingeschränkten finanziellen Handlungsspielräumen innovative Lösungsansätze zu finden.

Aber nicht nur die Bevölkerung altert – auch die Ärzteschaft wird immer älter. In den nächsten Jahren werden wir einen regelrechten Generationenwechsel erleben, wenn die Jahrgänge des sogenannten Babybooms der 1960er Jahre ins Rentenalter kommen. Und die jüngere Generation kommt mit neuen Ideen und Vorstellungen. Sie wollen verstärkt in Anstellung, in Teilzeit und im Team arbeiten. Die Einzelpraxis scheint beim Medizinnachwuchs nicht mehr ganz so beliebt zu sein. Nach einer Befragung der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen wollen sich nur 11 % der Ärzte in Weiterbildung in einer Einzelpraxis niederlassen. Sowohl Medizin-Studentinnen, die mittlerweile rund 70% der Absolventen ausmachen, als auch ihre männlichen Kollegen formulieren stärker als die heute praktizierenden Hausärzte den Wunsch nach besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit nach planbarer, zeitlich überschaubarer Arbeit im Team, sie legen weniger Wert auf eine unternehmerische Rolle.

Das gemeinsame Auftreten dieser beiden Entwicklungen führt am Beispiel der Hausarztpraxen dazu, dass einfache Nachbesetzungen von Praxen im ländlichen Raum tendenziell schwieriger werden. An der einen oder anderen Stelle mag eine Praxisübergabe noch gelingen. Als Trend zeichnet sich jedoch ab, dass die Nachfolger andere Arbeitsformen als die traditionelle Einzelpraxis eines Landarztes bevorzugen. Die Hessische Landesregierung fördert und unterstützt deshalb gemeinsam mit den Partnern des Hessischen Gesundheitspaktes die ambulante ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen. Hierbei kommt der ärztlichen Aus- und Weiterbildung eine besondere Bedeutung zu, da die Entscheidung für oder gegen eine Facharzttrichtung sehr früh im Studium getroffen wird. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen hat das Land deshalb ein System von Fördermaßnahmen und Anreizsystemen von der ärztlichen Aus- und Weiterbildung bis zur Niederlassung geschaffen.

Um junge Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung zu gewinnen, hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen bereits in 2013 eine Nachwuchskampagne initiiert, bei der im Rahmen von Live-Aktionen Medizin-Studierende direkt an den Universitäten angesprochen und gezielte Fördermaßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin umgesetzt werden. So fördert die Kassenärztliche Vereinigung z.B. das Praktisches Jahr in einer akkreditierten akademischen

Lehrpraxis in Hessen. Ergänzend fördert das Land ab dem Wintersemester 2015/16 Famulatur-Abschnitte, wenn sie in einer hausärztlichen Vertragsarztpraxis in einer ländlichen Region abgeleistet werden. Hierfür werden 200.000 Euro jährlich zur Verfügung gestellt. Auch stärkt das Land die Allgemeinmedizin, indem die Arbeit der beiden Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin in Marburg und Frankfurt mit insgesamt 250.000 Euro jährlich gefördert wird. Hessen war eines der ersten Bundesländer, in dem an den Universitäten solche Kompetenzzentren eingerichtet wurden.

Mittlerweile kann über 28 Weiterbildungsverbände flächendeckend eine attraktive Weiterbildung im Verbund angeboten werden. Die Weiterbildungszeiten werden sich dadurch verkürzen. Junge Hausärzte werden dem Gesundheitswesen früher zur Verfügung stehen. Und wenn sie sich für eine Niederlassung in einer hessischen Region mit einem gewissen Versorgungsbedarf entscheiden, erhalten sie von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen ein Startkapital von bis zu 55.000 Euro. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Herr Dr. Haas, wird Ihnen heute diese Nachwuchskampagne vorstellen. Herr Erster Kreisbeigeordneter Schmitt vom Landkreis Fulda wird anhand des Projektes „Landpartie“ ergänzend aufzeigen, wie Landkreise, Universitäten und Kassenärztliche Vereinigung bei diesem Thema Hand in Hand zusammenarbeiten können. Ich meine, dass dank dieser vielen Hilfestellungen der Hausarztberuf in Hessen sehr interessant ist. Welche andere Berufsgruppe bekommt schon solche Starthilfen. Daher kann ich nur an alle Medizin-Studenten appellieren, sich für das Fach Allgemeinmedizin zu entscheiden.

Anrede,
neben der Förderung des ärztlichen Nachwuchses vom Studium bis zur Niederlassung müssen aber auch attraktive Arbeitsbedingungen geschaffen werden, damit sich wieder mehr Medizin-Studierende für eine Landarztpraxis entscheiden.

Da sowohl auf der Nachfrageseite zunehmend komplexe Hilfebedarfe entstehen werden, die ein sektorenübergreifendes Zusammenwirken der Gesundheits- und Pflegeberufe erfordert, als auch auf der Angebotsseite der Ärztenachwuchs zunehmend lieber vernetzt im Team arbeitet, fördert die Hessische Landesregierung bereits seit 2014 die Bildung regio-

ner Gesundheitsnetze gemeinsam mit dem Kompetenzzentrum für Interkommunale Zusammenarbeit in neun Modellregionen. Mir ist dabei wichtig, dass bei diesen Diskussionen und Maßnahmen nicht nur die medizinische, sondern auch die pflegerische und die sozialbetreuerische Versorgung insbesondere von älteren Menschen im Fokus stehen.

Wie wichtig das Zusammenwirken der verschiedenen Hilfeangebote ist und wie dies gut über regionale Netzwerkkonferenzen organisiert werden kann, wird Ihnen heute Nachmittag die Leiterin der Stabsstelle Altenhilfe des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Frau Schlichting, erläutern.

Anrede,
bei der Frage von neuen Versorgungs- und Kooperationsformen sind nicht ausschließlich versorgungspolitische und vertragsrechtliche Fragen, sondern auch infrastrukturelle Rahmenbedingungen zu klären. Hierzu gehören Aspekte der Anbindung einer Arztpraxis an den öffentlichen Personennahverkehr, die Bereitstellung von Pendel- und Begleitdiensten für in der Mobilität eingeschränkte Patienten oder die Kinderbetreuung. Diese Fragen können Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung nicht alleine lösen.

Ich begrüße es daher ausdrücklich, wenn sich Landkreise, Städte und Gemeinden als Partner von Ärzten und Krankenkassen verstehen, mit ihnen gemeinsam die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen erörtern und sogar gemeinsam Rahmenbedingungen schaffen, damit neue Versorgungsformen entstehen. Hier treten Kommunen in der Regel nicht nur als Moderatoren und Mediatoren auf, sie unterstützen vielmehr aktiv die Etablierung neuer Versorgungsformen, indem Immobilien preiswert zur Verfügung gestellt und erschlossen sowie Kinderbetreuung für Ärztinnen und Ärzte organisiert werden.

Die Hessische Landesregierung unterstützt regionale Diskussionsprozesse seit 2014 im Rahmen des Programms „Förderung Regionaler Gesundheitsnetze“. In den Jahren 2014 bis 2018 wurden und werden hierüber neun Modellprojekte mit insgesamt 2,75 Mio. Euro gefördert. Standen in der ersten Förderperiode 2014/2015 die Gründung von regionalen Gesprächskreisen, Versorgungsanalysen und konzeptionelle Arbeiten im Vordergrund, zeichnet sich in der aktuellen Förderperiode 2016 – 2018 die Umsetzung von konkreten Innovationsprojekten zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen ab. So wird

die Gründung von lokalen Gesundheitszentren, wie dies der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl, mittlerweile in acht Landkreisen diskutiert.

Lokale Gesundheitszentren sind keine reinen Ärztehäuser bzw. Medizinische Versorgungszentren, sondern vereinen die verschiedenen Leistungsbereiche unter einem organisatorischen Dach, wie Apotheken, Sanitätshäuser, Pflegedienste, Reha-Einrichtungen und Senioren-Cafés. Ich begrüße die Bestrebungen einiger Projektträger, in diesen Gesundheitszentren auch Beratungsstellen zu integrieren, die mit dem Pflegestützpunkt eng kooperieren oder gar als dessen Außenstellen fungieren könnten.

Die neuen Trägerstrukturen dieser lokalen Gesundheitszentren sind in der Lage, z.B. frei werdende Arztstühle aufzukaufen und jungen Nachwuchskräften zunächst eine Anstellung – auf Wunsch auch in Teilzeit – anzubieten. Nach einer Eingewöhnungszeit kann der Nachwuchskraft eine Niederlassung in Selbständigkeit ermöglicht werden, indem aus der Anstellung eine Mitgliedschaft an der Trägerorganisation wird. Somit sind diese neuen Versorgungsstrukturen auch ein Instrument zur Fachkräftesicherung insbesondere in von Nachwuchskräften derzeit nicht ganz so nachgefragten, ländlichen Räumen. Denn sie schaffen attraktive Arbeitsbedingungen. Eine sehr wichtige Voraussetzung für die Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Land.

Gesundheitszentren bedeuten aber nicht automatisch eine Konzentration der Leistungserbringer in einer Stadt oder Gemeinde. Vielmehr geht es bei dem Zentrumsdenken darum, einen organisatorischen Rahmen zu schaffen, damit die verschiedenen Akteure gemeinsam Wirtschaften, Handeln und Versorgen können. Das Zentrum oder besser die Zentrale bietet den organisatorischen Kern des Netzwerkes, die möglichst wohnortnahe Versorgung soll aber weiterhin dezentral über Außenstellen des Zentrums sichergestellt werden.

Der Kern solcher Zentren reicht von einem gemeinsamen Netzwerkmanagement über die Etablierung von Integrierten Versorgungsprogrammen bis hin zur Einführung einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte. Da die Kommunikation in einem interdisziplinären Netzwerk im 21. Jahrhundert über IT-Strukturen organisiert wird, hat die Hessische Landesregierung entschieden, für Gesundheitseinrichtungen vorrangig das schnelle Internet bis Ende 2018

flächendeckend verfügbar zu machen. Damit werden auch für ländliche Räume die technischen Voraussetzungen geschaffen, um die vom Bund für 2018 angekündigte Telematik-Infrastruktur als die sichere und zentrale Kommunikationsplattform zu nutzen. Hessen ist somit auf einem sehr guten Weg, die Versorgungsstrukturen insbesondere in den eher ländlich strukturierten Landkreisen zukunftsfest zu gestalten. Hierfür möchte ich den vielen engagierten Akteuren aus dem Gesundheitswesen, der Pflege und der Altenhilfe danken. An dieser Stelle möchte ich besonders dem Geschäftsführer des Kompetenzzentrums für Interkommunale Zusammenarbeit meinen persönlichen Dank für die bislang sehr gelungene Zusammenarbeit aussprechen. Herr Spandau hat früh erkannt, dass das Instrument der Interkommunalen Zusammenarbeit gut geeignet ist, die Herausforderungen des demografischen Wandels auch im Gesundheitswesen zu bewältigen. Für Ihre tatkräftige Unterstützung und die Organisation dieser Fachtagung meinen herzlichen Dank.

Wie neue Formen der Kooperation zwischen Ärzten, Krankenhäusern und den Kommunen gelingen können, zeigen Ihnen die vom Land im Rahmen des Programms „Bildung regionaler Gesundheitsnetze“ und vom Kompetenzzentrum für Interkommunale Zusammenarbeit gemeinsam geförderten Modellprojekte. Beispielhaft wird Ihnen der 2. Vorsitzende der GesundheitsVersorgungsKooperation Oberzent, Herr Dr. Weber, darstellen, was bislang mithilfe der Interkommunalen Zusammenarbeit im Beerfelder Land erreicht wurde und wie es im Odenwald weitergehen wird. Ergänzend wird der kaufmännische Leiter der Landarztnetz Lahn-Dill GmbH, Herr Bongartz, aufzeigen, wie durch eine jahrelang gefestigte Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Kreiskliniken neue, zukunftsfähige Versorgungsstrukturen im Lahn-Dill-Kreis geschaffen wurden und künftig noch etabliert werden. Für dieses Engagement erhielt die Landarztnetz Lahn-Dill GmbH sogar den Demografie-Preis 2015 der Landesregierung. Das ist doch ein kleiner Applaus wert.

Anrede,
in letzter Zeit nehme ich verstärkt die Frage wahr, ob und inwiefern die öffentliche Hand – sei es die jeweilige Kommune, der Landkreis oder das Land – Betriebskosten für neue ambulante Versorgungsstrukturen dauerhaft subventionieren oder gar medizinische Versorgungszentren mit angestellten Ärztinnen und Ärzten selbst betreiben soll.

Das Bundesrecht sieht in der Tat die Möglichkeit vor, dass Kommunen in begründeten Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Arztstühle aufkaufen und eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben können. Ein begründeter Ausnahmefall liegt nach dieser Regelung aber nur dann vor, wenn eine Versorgung auf andere Weise – nämlich durch die Kassenärztliche Vereinigung – nicht sichergestellt werden kann. Auch bei der Auswahl eines Praxismachfolgers ist ein Medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, gegenüber den übrigen Bewerbern im Nachbesetzungsverfahren vom Zulassungsausschuss nachrangig zu berücksichtigen. Hier hat der Bundesgesetzgeber einen deutlichen Nachrang einer solchen kommunalen Lösung formuliert. Daher verwundert es mich schon etwas, wenn einzelne Ärzte auf Kommunalvertretungen vorzugsweise in Wahlkampfzeiten medialen Druck ausüben, kommunale MVZ zu gründen - selbst wenn nach den Regelungen der Bedarfsplanung eine Überversorgung attestiert wird.

Die dahinter stehenden Partikularinteressen kann ich menschlich verstehen. Als Gesundheitsminister habe ich aber nach wie vor das Verständnis eines wettbewerblich organisierten Gesundheitswesens mit freier Arztwahl. Es darf nicht sein, dass in strukturschwachen Räumen ein öffentlich-rechtliches Gesundheitswesen mit kommunalen Gesundheitskonzernen entsteht und die gerade von der Ärzteschaft hoch geschätzte Freiberuflichkeit nur noch in Ballungszentren mit einem hohen Anteil von Privatpatienten bestehen bleibt. Vorher ist zu prüfen, ob der Arztstuhl durch neue Versorgungsformen aufgefangen oder durch die Kassenärztliche Vereinigung selbst zeitlich befristet übernommen werden kann. Der Kauf von Arztstühlen durch die öffentliche Hand kann nach Prüfung aller vorhandenen Alternativen hierbei nur die Ultima Ratio bzw. das letzte Mittel sein, um eine Unterversorgung abzuwenden. Diese Voraussetzung sehe ich gemeinsam mit den Partnern des Hessischen Gesundheitspaktes 2.0 derzeit in Hessen als nicht gegeben an. Sofern Sie als kommunale Vertretungen solche Fragestellungen vertiefen wollen, steht Ihnen die Servicestelle „Regionale Gesundheitsnetze“ meines Ministeriums gerne unterstützend zur Verfügung.

Anrede,
in den letzten Jahren sind neben den überregionalen

Gesundheitskonferenzen nach dem Hessischen Krankenhausgesetz vielerorts Kreisgesundheitskonferenzen und kreisweite Projektgruppen entstanden, die die verschiedenen regionalen Akteure themenspezifisch zusammenbringen. Die kreisweiten Arbeitsgruppen, die überregionalen Gesundheitskonferenzen und die vielfältigen Aktivitäten im Rahmen des Hessischen Gesundheitspaktes oder des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V zeigen, dass der gesundheitspolitische Diskurs in Hessen sehr breit angelegt ist. Politik und Fachleute, die in der Region Verantwortung übernehmen wollen, kommen auf allen Verwaltungsebenen zusammen, um die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zukunftsfest zu gestalten. Hierfür meinen herzlichen Dank an alle Aktiven.

Die heutige Fachtagung soll Ihnen als kommunal Verantwortliche Anregungen geben, in welcher Weise neue Versorgungsformen organisiert werden und wie sich hierbei die Kommunen einbringen können. Sie werden heute gute Beispiele für die vielfältigen Aktivitäten in den Regionen Hessens kennenlernen. Das hohe Engagement der maßgeblichen Akteure sowohl auf Landesebene als auch auf regionaler Ebene stimmt mich zuversichtlich, dass wir die Herausforderungen insbesondere für die ländlichen Regionen gemeinsam meistern werden. Die heutige Fachtagung wird die notwendige fachübergreifende Diskussion verstärken. Ich wünsche Ihnen alle heute interessante, befruchtende Gespräche.



Die Nachwuchskampagne der KV Hessen

Dr. Günter Haas - Stellvertretender Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt/M.

Ich darf Sie meinerseits sehr herzlich begrüßen, mein Name ist Günter Haas, ich bin der hausärztliche Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen). Zusammen mit meinem Kollegen Frank Dastych, dem fachärztlichen Vorstand, bilden wir den Gesamtvorstand der KV Hessen.

Ich möchte an die Worte von Herrn Minister Grüttner anschließen, der sagte: „Älter werden ist was Schönes“. Das erinnert mich an ein Gespräch in meiner hausärztlichen Praxis vor einigen Jahren, als ein Patient zu mir sagte: „Doktor, wenn ich morgens aufwache und keine Schmerzen mehr habe, dann weiß ich, dass ich es geschafft habe“. Anders gesprochen, ist älter zu werden verknüpft mit Problemen, Erkrankungen und Schmerzen. Und es ist die Aufgabe unserer Ärzteschaft insgesamt, den Patienten bei diesen Beschwerden und Leiden zu helfen und soweit möglich Abhilfe zu schaffen. Mein heutiges Thema ist die Nachwuchskampagne der KV Hessen, speziell die Frage, „Was hat die KV Hessen unternommen, um ärztlichen und insbesondere hausärztlichen Nachwuchs in die Praxen/Praxisnachfolgen zu bringen?“.

Die Ausgangslage – Demographie und die Generation Y

Wir sind zum einen bedroht von der Demographie und zum anderen – ich möchte nicht sagen, wir sind bedroht - von der Generation Y, aber die Generation der Ärzteschaft hat sich deutlich verändert. In einer sich ändernden Gesellschaft ist das ein normaler Prozess. Ich treffe in der Folge einige Aussagen zu dieser Generation Y, die man ins Kalkül ziehen muss, wenn man versucht, junge Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung, insbesondere im ländlichen Raum zu bewegen.

Auf der Abbildung Folie 3 habe ich Ihnen eine Statistik erstellen lassen, die etwas ungewöhnlich ist. Die Fragestellung lautet, „Wie viele Ärzte scheiden aus, und wie viele Ärzte – hier Allgemeinmediziner - wachsen denn für das hausärztliche Segment nach?“; das fachärztliche Segment ist hier ausgeschlossen, weil das die Betrachtung deutlich vereinfacht.

Sie sehen an der orangenen Kurve für die Jahre 2000 - 2015, dass die Zahl der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin über die Jahre stark variiert, mit deutlichem Peak in 2005. In dem Jahr wurde die Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin geändert, so dass viele Kollegen, ca. 160, sich entschlossen haben, ihre Facharztprüfung umgehend zu absolvieren. Das sind statistische Schwankungen, die erklärbar sind. Im Schnitt sehen Sie, haben wir jährlich aber nicht mehr als ca. 100 Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin durch die Landesärztekammer Hessen. Diese stehen grundsätzlich erst einmal als hausärztliches Nachwuchspotential zur Verfügung.

In der unteren Kurve sehen Sie im Vergleich dazu, wie viele Hausärzte eines Altersjahrgangs jeweils das 65ste Lebensjahr vollenden. Auf der Grafik links für den Zeitraum 2000 bis 2008 vollenden circa 20 bis 40 Hausärzte pro Jahr das 65. Lebensjahr. Wir haben diesen Wert als Marke genommen, weil ein niedergelassener Arzt normalerweise um die 65 aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ausscheidet und es eines Nachfolgers bedarf, wenn die Praxis fortgeführt werden soll. Seit dem Jahr 2008 geht die Kurve jedoch relativ steil nach oben, wir haben nun jährlich etwa 100 hessische Hausärztinnen und Hausärzte, die aus dem Beruf ausscheiden und gleichzeitig im Bereich der hessischen Landesärztekammer nur etwa 90

Absolventen der Facharztprüfung Allgemeinmedizin. Nun sollen Sie nicht denken, dass diese 90 geprüften Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin alle unmittelbar für die hausärztliche Praxis bereit stehen. Darunter sind inzwischen bis zu 60% Ärztinnen, wir beobachten also eine sehr ausgeprägte Feminisierung des Berufsbildes.

Ärztinnen haben eine etwas andere Vorstellung von ihrer ärztlichen Tätigkeit als ihre männlichen Kollegen. Viele haben Familie oder möchten eine Familie gründen, viele sind an einer Teilzeittätigkeit interessiert oder sind zumindest über viele Jahre hinweg nicht in der Lage, die zeitliche Belastung eines männlichen Kollegen mit 10 bis 12 Stunden am Tag, wie es in einer hausärztlichen Praxis früher üblich war und noch ist, zu erbringen. Für uns heißt das, wir können einen ausscheidenden männlichen Praxisinhaber nicht 1:1 durch eine Ärztin ersetzen, sondern wir müssen mit einem Faktor von etwa 1,3 arbeiten. Darüber kann man trefflich streiten. Aber sie sehen, dass die Kurve der Abschlüsse in etwa konstant bleibt, während die Kurve der ausscheidenden Ärzte - bedingt durch die Demografie - stark ansteigt. Daraus mögen Sie ersehen, dass wir auf einen insbesondere Hausärztemangel zurollen, der sich in einigen Bereichen in Hessen schon manifestiert.

Nun zu den „Megatrends“ - schönes Wort von Herrn Horx - als langfristige Treiber des Wandels. Das sind Trends in der Zukunftsforschung, die eine ganze Gesellschaft umfassen und die die Entwicklung einer Gesellschaft charakterisieren. Was haben wir also im ärztlichen Spektrum zu erwarten? Wir haben einen Wandel des Morbiditätsspektrums, eine Zunahme chronischer Erkrankungen und auch eine Zunahme der Multimorbidität. Das heißt, ein älterer Patient hat nicht nur Blutzucker, sondern auch Arthrose in verschiedenen Gelenken, vielleicht noch eine psychische Erkrankung, eine Hauterkrankung und diverse andere Leiden. Es ist durchaus nicht unüblich, dass wir bei Patienten sechs oder sieben behandlungsbedürftige Erkrankungen gleichzeitig therapieren müssen. Das ist sehr zeitaufwendig und heißt, dass allein die Multimorbidität dafür sorgt, dass die ärztliche Arbeit nicht weniger wird, sondern deutlich mehr. Einen multimorbiden Patienten über Jahre zu behandeln, ist ein erheblich höherer Zeitaufwand als vielleicht noch vor 20 oder 25 Jahren.

Ein weiterer Megatrend, sind die veränderten Erwartungen dieser Generation Y. Den erhöhten Frauenanteil und die erhöhte Nachfrage nach

Teilzeitarbeit hatte ich schon erwähnt. Wie auch Minister Grüttner gesagt hat, wollen viele Ärztinnen und Ärzte sich zudem nicht mehr in freier Praxis bewegen, sondern sie lassen sich gerne anstellen. Ganz wesentlich für die Erörterung auf der kommunalen Ebene sind auch familienfreundliche Rahmenbedingungen. Diese Ärztinnen möchten Kinder bekommen, sie groß ziehen und nicht nur nachts sehen können, sondern auch tagsüber. Diese jungen Kolleginnen artikulieren ihre entsprechenden Vorstellungen sehr dezidiert und fordern diese auch ein.

Die erhöhte Mobilität, eine erhöhte berufliche Flexibilität und geringere örtliche Bindungen betreffen die ganze Gesellschaft. Wir haben demzufolge auch mit einer höheren Binnenwanderung zu rechnen. Für uns heißt das, die Kolleginnen und Kollegen überlegen sich sehr genau, ob sie sich im ländlichen Bereich niederlassen. Sie gucken sich das ganz genau an, da werden ganze Checklisten abgearbeitet und erst dann eine Entscheidung getroffen.

Was die ländlichen Regionen in den Megatrends angeht, erzähle ich Ihnen sicherlich nichts Neues. Diese sind geprägt von Überalterung, einer infrastrukturellen Schrumpfung und auch von drohender gesundheitlicher Unterversorgung. Bis vor einiger Zeit war es so, dass jeder noch gesagt hat: „Wir versuchen auf jeden Fall noch, die ländliche Infrastruktur im gewohnten Maße aufrechtzuerhalten“. Inzwischen hört man auch leisere Töne, da gibt es so Formulierungen wie „Rückbau der Infrastruktur“. Das wird eine Diskussion sein, die die Politik und hier insbesondere die Kommunalpolitik die nächsten Jahrzehnte führen wird, weil in einigen ländlichen Bereichen fraglich ist, ob es aufgrund der Gegebenheiten überhaupt möglich sein wird, das infrastrukturelle Angebot noch im derzeitigen Ausmaß aufrechtzuerhalten.

In den Ballungsgebieten findet auf der anderen Seite eine fortschreitende Urbanisierung (Verdichtung des Wohnens) statt. Ballungsgebiete sind häufig fachärztlich und akutstationär überversorgt. Sie wissen ja, dass wir insbesondere im internationalen Vergleich eine erhöhte Dichte an Krankenhausbetten aufweisen. Soweit zu den Megatrends.

Kommen wir nun zur konkreten Situation in Hessen. Hier kann man locker so formulieren, dass sich im urbanen, städtischen Bereich eher die jungen Leute aufhalten und sich auf dem Lande „die Alten“

konzentrieren. Der Anteil der mindestens 65-jährigen liegt hessenweit bei durchschnittlich 20%, das ist bekannt. Wir beobachten aber regional eine starke Streuung von 16% in Frankfurt bis zu 25% im Werra-Meißner-Kreis. Der Werra-Meißner-Kreis ist eines der hessischen Notstandsgebiete und die Situation ist nicht nur dort zugespitzt. Auch im Vogelsbergkreis und im Odenwaldkreis haben sie mit einer Überalterung in der Bevölkerung zu kämpfen. Die Überalterung lässt sich statistisch zudem im Norden und im Nordosten Hessens ohne weiteres belegen.

Folie 6 ist eine andere statistische Darstellung des gleichen Sachverhaltes. Sie sehen die Bevölkerungsschätzungen für die einzelnen Landkreise in der Projektion 2010 bis 2030. Es wurde vorhin schon vorgeführt, dass man mit Projektionen in die Zukunft etwas vorsichtig sein sollte, da sich die eine oder andere Statistik in der Vergangenheit als nicht stimmig erwiesen hat. Aber man kann dennoch folgern, dass insbesondere die nördlichen und östlichen Landkreise in Zukunft ein großes Problem bekommen werden, was die Entwicklung der Bevölkerung anbelangt. Hier im Regierungsbezirk Darmstadt haben sie immerhin noch Wachstumsraten von 6,5%, aber Sie sehen selbst, ein Kreis wie die Bergstraße hat nur eine Steigungsrate von 0,2%. Hört man die Kreisoberigkeit, denkt man, man sei in Manhattan City gelandet. Eine selbstkritische Betrachtung der kreiseigenen Zahlen wäre sicherlich günstig.

Demografisch sieht es in der Ärzteschaft vergleichbar aus. Da sehen Sie nochmal die Zahl der Arztsitze in Hessen, derzeit über 3.874 hausärztliche Sitze. Gleichzeitig erwarten wir bis 2020 einen Nachbesetzungsbedarf von 29,31 %, das entspricht etwa 1.100 Sitzen. Ich hatte Ihnen vorhin die Statistik gezeigt, dass pro Jahr ca. 100 Kolleginnen und Kollegen ihre fachärztliche Prüfung Allgemeinmedizin ablegen. Das heißt, in den nächsten fünf Jahren kommen ca. 500 Mediziner nach, während 1.100 Ärzte ausscheiden, das ist einfach ein absolutes und komplettes Missverhältnis. Die Nachbesetzung ist eine Sisyphusarbeit - Arbeit im wahrsten Sinne des Wortes. Das eigentliche Problem sind vielleicht weniger die Rahmenbedingungen, über die wir noch sprechen werden, als die absoluten Zahlen. Wir haben einfach nicht genügend Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind in die hausärztliche Tätigkeit zu gehen. Nochmals kurz zurück zur Generation Y. „Leben beim Arbeiten“, das ist einer der Ausdrücke, der

die Generation charakterisiert. Gefragt sind flexible Arbeitsmodelle, beispielsweise in MVZs oder in BAGs (Berufsausübungsgemeinschaften), zeitlich flexibel planbare Arbeitseinsätze, Vereinbarkeit von Familie und Berufsleben, mobiles Arbeitsleben, Gleichberechtigung, flache Hierarchien und Teamarbeit. Aber auch bei Teilzeitarbeit müssen Übergaben gemacht werden. Das sind sehr zeitaufwendige Dinge, im Interesse der Patientensicherheit aber zwingend. Das heißt, dass hier ärztliche Arbeitszeit für die eigentliche Arbeit am Patienten verloren geht, was wiederum bedeutet, dass die Effizienz der ärztlichen Arbeit sinkt. Daraus resultiert, dass noch mehr Arbeitszeit benötigt wird, um die bestehende Arbeit zu bewältigen. Die Kolleginnen und Kollegen wünschen sich auch Freiräume zur Selbstverwirklichung sowie strukturierte Weiterbildungsmöglichkeiten.

Wir haben das mal so formuliert, vielleicht ein bisschen provokant aus ihrer Sicht: All das lässt sich in der vertragsärztlichen Versorgung realisieren, wenn sie selbständig in einer Einzelpraxis sind. Man kann sich sein Arbeitsumfeld selbst aufbauen und selbst einteilen. Wenn man in Berufsausübungsgemeinschaften oder angestellt tätig ist, besteht heute zumindest die Möglichkeit mitzugestalten.

Damit Sie sehen, dass die nachfolgende Generation auch die sozialrechtlichen Möglichkeiten nutzt, haben wir Ihnen hier die Zahlen der angestellten Ärzte sowohl in MVZs, BAGs als auch in Einzelpraxen als Angestellte dargestellt. Erst durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in 2007 ist die Möglichkeit geschaffen worden, als angestellter Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung tätig zu werden. Los ging es mit etwa 150 Angestellten in MVZs, heute sind das über 500 im Angestelltenverhältnis im MVZ, gleichzeitig in der BAG 200 Ärztinnen und Ärzte und selbst in der Einzelpraxis nochmal 250 Mediziner. Wir haben fast 1.000 Kolleginnen und Kollegen im Angestelltenstatus, die diese neuen Berufsausübungsmöglichkeiten nutzen.

Die Nachwuchskampagne:

Sei Arzt. In Praxis. Leb' Hessen!

Der KV Hessen obliegt der sogenannte Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung, das heißt, die KV hat eine Art Garantenstellung. Was haben wir dafür getan? Herr Minister Grüttner hat das zum Teil schon erwähnt, so haben wir Mitte 2013 unsere Nachwuchskampagne

gestartet. Zielgruppe sind Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung, zwischen 25 und 30 Jahren. Diese befinden sich entweder noch mitten im Studium oder stehen kurz vor ihrem Abschluss. Mit unserer Kampagne wollen wir sie auf die Fülle von Niederlassungsmöglichkeiten hinweisen und sie für eine Tätigkeit als Vertragsarzt, sei es haus- oder fachärztlich, interessieren.

Es gibt drei sogenannte Eventsäulen, die Sommer und Winterlounge sowie das Partysponsoring. Wir setzen dabei in der medialen Wirkung auf Postkarten, Flyer und Poster. Das Ganze ist hinterlegt mit markigen Motiven wie „Omas Liebling“, „Dr. Haus“, „Hot Dog“, „Die Nächsten bitte“ und soll einen hohen Wiedererkennungswert schaffen.

Wie die meisten Ärzte eher konservativ eingestellt, habe ich bei der Vorstellung der Kampagne erst einmal geschluckt. Unsere PR-Abteilung hat mich dann aber überzeugt. Wir sind den Weg gegangen nach dem Motto: „Wir schauen mal was sich ergibt, was dabei raus kommt. Nicht gleich zu schnell und zu früh urteilen.“

Sie sehen auf Folie 12 die Motive, die auf Postkarten, Flyern, T-Shirts, auf Blogs und auch auf Facebook verwendet werden. Die KV sucht quasi die studentischen Kulminationspunkte auf, um dort mit den Studenten ins Gespräch zu kommen. Gleichzeitig lässt sie etwas da und wird darüber gut wahrgenommen. Sehr populär sind die „Give-Aways“, unter anderem haben wir 1.000 Lunchboxen in 6 Tagen verteilt.

Sie sehen, die Kampagne, die wir 2013 angefangen haben, ist mit lauter kleinen Dingen gestartet. Zunächst sind wir auf Sicht geflogen und mussten Erfahrungen sammeln. Es ging darum, die Kontaktschwelle möglichst niedrig zu setzen und erst in einem späteren Schritt zu informieren. Sie können zwei Wege einschlagen: Sie können mit voluminösen Informationsmaterial auf die junge ärztliche Generation zugehen und sagen: „Das ist alles ganz toll, kommt doch in die Niederlassung, lasst euch nieder, wir unterstützen euch auch“. Der andere Weg ist, sich erstmal mit dieser Generation auseinanderzusetzen, zu reden, zu informieren und dann die Information in etwas anderer Form anzubieten.

Wir haben den zweiten Weg eingeschlagen, und später Broschüren mit dem Titel „Lass dich nieder“

aufgelegt. Davon konnten auf diversen Kampagnen-Veranstaltungen, in denen wir vorwiegend Medizinstudenten angesprochen haben, mehr als 3.000 Exemplare verteilt werden. Damit haben wir aus unserer Sicht einen recht hohen medialen Durchdringungsgrad erreicht. Das heißt nicht, dass jeder so begeistert und überzeugt ist, sich dann auch niederzulassen oder später als Hausarzt tätig zu sein, sondern, dass praktisch jeder hessische Medizinstudent die Möglichkeit hatte, wenn er sich denn dafür interessiert, sich über eine vertragsärztliche Tätigkeit als Berufsausübungsalternative zu informieren.

Auf Folie 16 sehen Sie einige der plakativen Poster aus dieser Kampagne: „Lass dich nieder“, „Was mache ich hier eigentlich“, „Für Dich da“, „No Regress Please“. Beim letzten Poster handelt es sich primär um einen Appell an die Politik, dass man Hausärzte und Fachärzte nicht weiter mit Regressen quälen sollte, übrigens in der Wahrnehmung der Nachwuchsmediziner eine große Niederlassungshürde. Das Ganze wurde dann zu einer Broschüre zusammengefasst.

Dann haben wir für die Studenten Winter- und Sommerlounges an den Universitätsstandorten – das sind in Hessen Frankfurt, Marburg und Gießen – veranstaltet. Es gab Unipartys zu all diesen Terminen und Events, wo sich die junge ärztliche Generation trifft und austauscht. Dort ist die KV Hessen angetreten und hat versucht, ihre Informationen rüberzubringen. In den letzten drei Jahren hatten wir insgesamt 10.000 Kontakte und haben mehr als 1.300 qualifizierte Gespräche mit Beratung durch die KV Hessen und die „Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin“ geführt.

Die Bilder auf den Folien 19-22 sollen Ihnen plakativ vermitteln, wie so etwas abläuft. Wenn man einer älteren Generation angehört wie ich selbst, durchaus ungewöhnlich. Die Jungen sitzen locker zusammen, unterhalten sich, trinken Kaffee, Simsen auf ihren iPhones, hängen im Netz und bei der Gelegenheit werden Informationen ausgetauscht. Es werden Meinungen gebildet, das ist heutzutage so. Wir haben versucht, uns hier ein bisschen auf die Bedürfnisse der Generation Y einzustellen.

Eine berechtigte Frage ist, „Bringt das etwas?“. Die Kampagne ist doch mit erheblichem personellen und auch finanziellen Aufwand für die KV Hessen verknüpft und sowas kam bisher nicht in Frage, da die Situation auch eine andere war. Wir sagen klar „Ja“,

das Konzept funktioniert, die Studenten nehmen die KV nicht als etwas wahr, das sie gar nicht kennen oder das negativ besetzt ist, sondern wir erleben eine positive und offene Grundhaltung. Der Spruch „Ach ihr seid doch die von der KV“, heißt, wir sind etabliert, der Zugang zu den Studierenden ist da.

Seit Start der Kampagne sind die Wege kurz und es gibt an und für sich keine Informationshürden mehr. Das ist wesentlich, wenn sich ein Student am Ende seines Studiums überlegt, welche Facharztausbildung er einschlägt. Oder, wenn er sich nach erfolgreichem Abschluss der Facharztausbildung fragt, wo und wie er denn ärztlich tätig werden könnte. Wir haben sogar drei Partys für Mediziner besucht. Zu den Anlässen wurde mit Messewänden, Sitzsäcken und LED Strahlern gearbeitet. Es wurden bedruckte Becher und Shirts verteilt, man hat fast alles getan, um an diese junge moderne Generation ranzukommen.

Sie wissen wahrscheinlich, dass die Berufsvertretung bei den Hausärzten geteilt ist. Zum einen gibt es die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin), sie vertritt den wissenschaftlichen Teil der hausärztlichen Medizin. Zum anderen gibt es den Hausärzterverband Hessen, der den berufspolitischen Teil vertritt. Die DEGAM als wissenschaftliche Fachgesellschaft richtet Kongresse aus, 2014 in Hamburg, 2015 in Bozen und sie wird 2016 hier bei uns in Frankfurt sein. An diesen Kongressen nehmen wir mit unserer Kampagne als Aussteller teil, um uns als KV auch hier als Vertreter und Mutmacher für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Medizin zu positionieren.

Wir sind inzwischen als Blogger, auf Facebook, via Twitter und auch auf XING aktiv und erreichbar. Auch hier entsteht eine regelmäßige Kommunikation mit unserer Zielgruppe. Die Studenten nutzen die sozialen Medien für Anfragen an die KV. Sie schreiben dem Vorstand keinen Brief mehr oder rufen an, sondern sie melden sich online und haben die Erwartungshaltung, dass auf dem gleichen Kanal eine Antwort kommt. Wenn sie nicht präsent sind auf diesen Medien, geht also eine Menge Potenzial verloren. Dieser Erkenntnis mussten auch wir im Vorstand der KV Hessen uns stellen und wir haben entsprechend reagiert.

Unsere Förderungen: ein rundes Angebot für Nachwuchsmediziner

Hierzu hat Herr Minister Grüttner in seinem Beitrag zum Teil schon ausgeführt. Neu ist die Möglichkeit zur

Förderung der Famulatur. Bei der Famulatur handelt es sich um ein zweimonatiges Praktikum während des vorklinischen Studienteils im Medizinstudium. Die KV Hessen fördert im Auftrag des Landes Famulaturen in hausärztlichen Praxen, die ihren Sitz in einer hessischen Stadt oder Gemeinde mit bis zu 20.000 Einwohnern haben. Die Förderhöhe beträgt 595 Euro monatlich für maximal zwei Monate und kann auch rückwirkend beantragt werden (vgl. Folie 30). Grundgedanke des Programms ist es, Studenten bereits in einer relativ frühen Phase ihres Studiums an die hausärztliche Tätigkeit heranzuführen, indem sie diese zwei Monate beispielsweise bei einem klassischen Landarzt zubringen um einen Eindruck des breiten Tätigkeitsspektrums erhalten.

Weiter gibt es eine Förderung im Praktischen Jahr, das in Trimester unterteilt ist. Die Förderung des Praktischen Jahres betrifft den letzten Studienabschnitt im Medizinstudium. Hier werden insgesamt vier von zwölf Monaten gefördert, das sind 600 Euro Förderung monatlich (vgl. Folie 31). Am Ende des Studiums ist man, auch meinen eigenen Erfahrungen zufolge, finanziell relativ knapp aufgestellt. Da ist eine solche Förderung eine sehr attraktive Sache. Wir als KV profitieren davon, weil die Studenten unmittelbar Kontakt mit einer Option für eine spätere Tätigkeit erhalten.

Zusätzlich wird die ärztliche Weiterbildung an sich gefördert, darunter die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Als unterstützende Struktur gibt es die Koordinierungsstelle als Anlauf- und Auskunftsstelle für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und die Kompetenzzentren an den Universitäten Frankfurt und Gießen/Marburg, die die Studenten während der Aus- und Weiterbildung betreuen. In Hessen besteht heute ein nahezu flächendeckendes Netz von Weiterbildungsverbänden, das sind Vertragsärzte und Kliniken, die in enger Zusammenarbeit die komplette Ausbildungsmaßnahme für Allgemeinmedizin anbieten. Das sind sehr wesentliche und wichtige Angebote und Einrichtungen.

Abgerundet wird unser Paket durch ein Programm zur Ansiedlungsförderung der KV Hessen und der Krankenkassen in Gebieten mit einem lokalen oder regionalen Versorgungsbedarf (vgl. Folie 33-34). Förderfähig sind sowohl Sitze für Hausärzte als auch für Fachärzte. Eine Berechnungsgrundlage für die Ermittlung eines regionalen Förderbedarfs bilden

fiktive Versorgungsgrade auf Gemeindeebene. Die verschiedenen Kriterien finden Sie auf Folie 33 detailliert ausgeführt. Ich denke jedoch, wesentlich ist zu sehen, wo und was im Moment als förderfähig ausgewiesen ist. Förderungsfähige Gebiete finden sich im Nordwesten, im Bereich Reiskirchen und im Südbereich, Darmstadt-Dieburg, im südlichen Odenwald, im Beerfeldener Land, im Landkreis Bergstraße und auch auf der Rheinschiene. Bei den spezialisierten Fachärzten sehen Sie, dass der ganze südliche Bereich Hessens im Prinzip förderfähig ist. Dringend gesucht werden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo derzeit ein großer Mangel besteht.

Fazit

Trotz der Reform der Bedarfsplanung kann bei rechnerischer Überversorgung die Versorgung aus demografischen Gründen gefährdet sein. Es nutzt nichts, wenn der Planungsbereich überversorgt oder ausreichend hausärztlich versorgt ist und zugleich in einer abgelegenen Ecke dieses Planungsbereiches plötzlich ein oder zwei Hausärzte parallel ausscheiden. Schon haben wir ein akutes Versorgungsproblem. Genau das erleben wir im Moment im südlichen Odenwald und es ist sehr schwierig, so ein Problem kurzfristig zu lösen.

Der Ärztemangel in Hessen ist vor allem ein Nachfolgeproblem und derzeit noch überwiegend ein Problem der Peripherie, zeigt sich teilweise aber auch schon in städtischen Bereichen. Das betrifft insbesondere Gebiete mit einer schwierigen Sozialstruktur, sehr einfache Wohnlagen oder Randgebiete mit vielen Wohnblöcken; Darmstadt-Süd-2 ist so ein klassisches Beispiel oder Darmstadt-Kranichstein. Probleme, Hausärzte als Praxissachfolger zu gewinnen, gibt es aber praktisch überall, auch in jeder Großstadt.

Die Hausärzte sind besonders betroffen vom Mangel, zunehmend jetzt auch die Fachärzte der Grundversorgung auf dem Land. Wir müssen mit aller Kraft versuchen die Medizinstudenten aus der Region für die Region zu gewinnen. Die Förderprogramme können dabei unterstützen, sind aber nicht die alleinige Lösung. Vielen Dank.

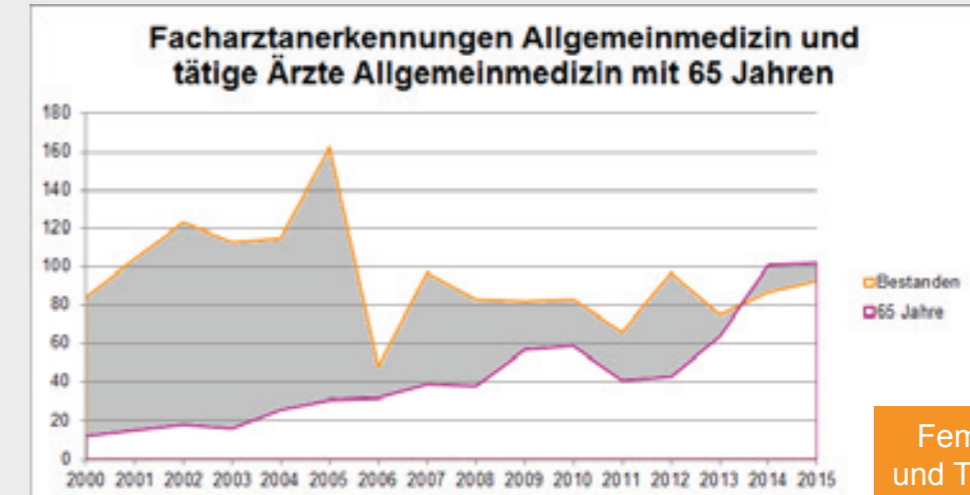


Die Nachwuchskampagne der KV Hessen

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. Günter Haas, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
07.07.2016

Angespannte Nachfolge, selbst wenn alle Absolventen bleiben



Feminisierung und TZ-Präferenz als zusätzliche Komplikationen

Quellen: LÄKH: Prüfungsstatistik Ärztliche Weiterbildung 1980-2015 und eigene Berechnungen

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

kikz-Fachtagung, 07.07.2016

3



Die Ausgangslage

Demographie und die Generation Y

kikz-Fachtagung, 07.07.2016

2

Die Megatrends



1. Wandel des Morbiditätsspektrums
↳ chronische Erkrankungen / Multimorbidität
2. Veränderte Erwartungen des Nachwuchses
↳ u.a. Frauenanteil, Teilzeit- / angestellte Tätigkeit, familienfreundliche Rahmenbedingungen
3. Erhöhte Mobilität, berufliche Flexibilität
↳ geringere örtliche Bindung, (Binnen-)Wanderungen
4. Ländliche Regionen:
↳ Entleerung, Alterung, infrastrukturelle Schrumpfung, von gesundheitlicher Unterversorgung bedroht
5. Ballungsgebiete:
↳ fortschreitende Urbanisierung, fachärztlich und akutstationär häufig überversorgt



Quelle: nach Sachverständigenrat, Gutachten 2014
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

kikz-Fachtagung, 07.07.2016

4

Bevölkerung in Hessen: jung und urban - alt auf dem Land



- Der Anteil der mindestens 65-Jährigen liegt bei durchschnittlich 20%.
- Die Spanne reicht von 16% in Frankfurt bis 25% im Werra-Meißner-Kreis.
- Schon jetzt zugespitzt ist die Situation im nord-östlichen Hessen, im Vogelsbergkreis und im südlichen Hessen.



Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

kikz-Fachtagung, 07.07.2016

5

Demographie Ärzte: vergleichbare Trends



Kreisregion	Arztstärke zum 01.01.2015	Nachbesetzungsbedarf gesamt zum 01.01.2020	
		Absolut	Relativ
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	66,25	37	42,90%
Vogelsbergkreis	69	25	36,23%
Kreis Groß-Gerau	147,56	51,8	35,11%
Landkreis Waldeck-Frankenberg	100,3	36,8	34,62%
Landkreis Darmstadt-Dieburg	147,75	49,75	33,67%
Schwalm-Eder-Kreis	114,75	37,5	32,68%
Stadt Kassel	140,8	45,4	32,24%
Rhingau-Taunus-Kreis	107	34,5	32,24%
Stadt und Landkreis Fulda	153,25	48,25	31,48%
Frankfurt / M.	462,45	144,15	31,17%
Landkreis Werra-Meißner	66,5	20,25	30,45%
Odenwaldkreis	57,5	17,5	30,43%
Main-Taunus-Kreis	133,5	40,5	30,34%
Lahn-Dill-Kreis	177	50,75	28,61%
Landkreis Kassel	152,7	44,8	29,34%
Hessen	3474,36	1136,66	29,31%
Kreis Bergstraße	159,75	45,5	28,48%
Landkreis Gießen	170,85	48,05	28,12%
Wetteraukreis	187,9	52,35	27,88%
Landkreis Marburg-Riedelkopf	161	43	26,71%
Kreis Limburg-Weilburg	105,5	28	26,54%
Main - Kinzig - Kreis	266	66,25	25,88%
Hochtaunuskreis	137,3	34,3	24,98%
Offenbach / Stadt	81	20	24,69%
Landkreis Offenbach	105,75	47	24,01%
Darmstadt-Stadt	107,75	24,25	22,51%
Wiesbaden	194,25	43	22,14%

Um den Stand der HA-Sitze vom 1.1.2015 stabil zu halten, müssten bis 2020 ca. **1.100 Sitze (ca. 30%) nachbesetzt** werden.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

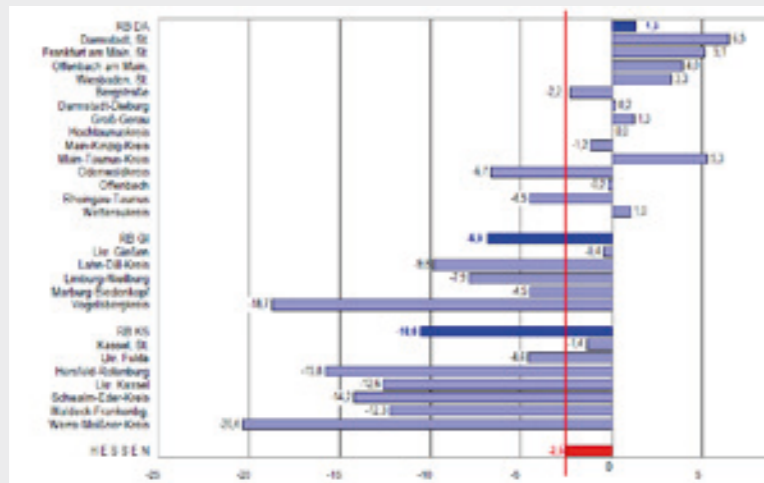
kikz-Fachtagung, 07.07.2016

7

Negativer Trend, weiter Wanderung in urbane Zentren



Bevölkerungsprognose Hessen 2009-2030



Quelle: HessenAgentur: Bevölkerungsvorausschätzung für hess. LK und kreisfreie Städte, Projektion 2010 bis 2030

- Der RB Darmstadt wächst, der RB Gießen schrumpft leicht und der RB Kassel stark!
- Die Städte DA, F, OF, WI und der MTK wachsen um 3,3-6,5%.
- Die Kreise WMK, HR und VOG schrumpfen um 15-20%.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

kikz-Fachtagung, 07.07.2016

6

GENERATION Y Ihre Vorstellungen für das Arbeitsleben



„Leben beim Arbeiten“

- Flexible Arbeitsmodelle
- Zeitlich flexible und planbare Arbeitseinsätze
- Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben
- Mobiles Arbeitsleben
- Gleichberechtigung und flache Hierarchien, Teamarbeit
- Freiräume zur Selbstverwirklichung
- Strukturierte Weiterbildungsmöglichkeiten

➔ All dies lässt sich in der vertragsärztlichen Versorgung realisieren!

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

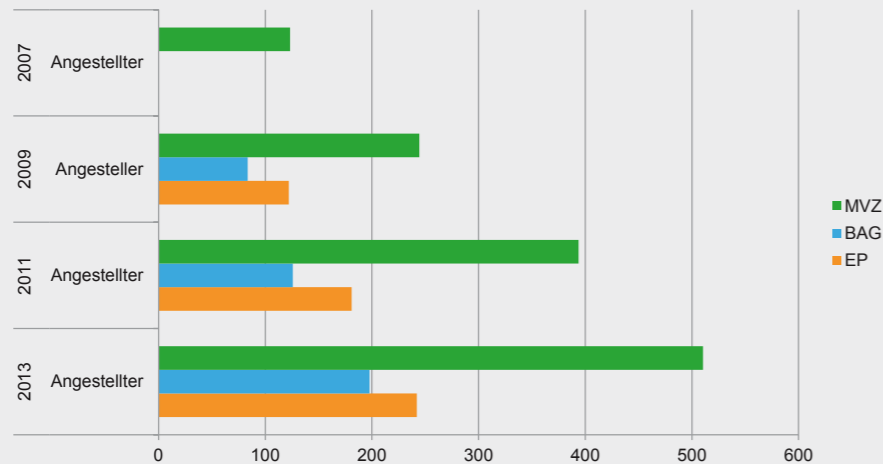
kikz-Fachtagung, 07.07.2016

8

Weniger Arbeitsangebot, bei mehr Kooperation und abhängiger Beschäftigung



Die 2007 mit VÄndG eingeführten flexiblen Möglichkeiten ärztlicher Tätigkeit werden zunehmend genutzt.



Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

kikz-Fachtagung , 07.07.2016

9

Über die Kampagne



- Start der Nachwuchskampagne war Mitte 2013.
- Die KV hat als Zielgruppe Studierende und Ärzte in Weiterbildung zwischen 23 und 30 Jahren im Blick.
- Medizinstudierende werden über die Möglichkeiten einer Niederlassung als Allgemeinmediziner/in oder Facharzt/-ärztin in Hessen informiert.
- Das Programm an den Unis setzt bisher auf drei Eventsäulen:
Winter-Lounge | Sommer-Lounge | Party-Sponsoring
- Unsere Ansprache ist entsprechend. Wir setzen dabei auf Postkarten, Flyer und Poster.
- Bei unseren Medien legen wir mit markigen Motiven wie z.B.
OMAS LIEBLING | DR. HAUS | HOT DOC | DIE NÄCHSTEN BITTE großen Wert auf eine hohe Wiedererkennung.

kikz-Fachtagung , 07.07.2016

11

Die Nachwuchskampagne

Sei Arzt. In Praxis.
Leb' Hessen!



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

10

Unsere Motive: Sammelobjekte



Diese Motive finden sich wieder auf:

- Postkarten
- Flyern
- T-Shirts
- Blog
- Facebook etc.

12

Weitere Give-Aways



- Seit 2016 haben wir als zusätzliches Give-Away die **LANDarztkarte** mit dabei, die bei den Studierenden sehr gut ankommt



kikz-Fachtagung , 07.07.2016 13

Über die Kampagne



- Beim Start der Kampagne im Jahr 2013 sind wir erst einmal „auf Sicht“ geflogen und mussten Erfahrungen sammeln.
- Lessons learned:
Zunächst die Kontaktschwelle niedrig setzen, dann erst informieren.
- Die Broschüre „Lass dich nieder“ zeigt das sehr gut und exemplarisch.
- Im vergangenen Sommer wurden auf diversen Kampagnen-Veranstaltungen mehr als 3.000 Exemplare davon verteilt.

kikz-Fachtagung , 07.07.2016 15

Weitere Give-Aways



- Ebenfalls sehr beliebt: unsere Lunchboxen
 - » 1.000 verteilte Lunchboxen in 6 Tagen



kikz-Fachtagung , 07.07.2016 14

Auszüge Broschüre



kikz-Fachtagung , 07.07.2016 16

Leporello Nachwuchskampagne





kikz-Fachtagung , 07.07.2016 17

Wo treffen wir die Studierenden?



- Winter- & Summer-Lounges immer gut besucht
- Kontakt mit Studierenden erfolgt in deren „natürlichem Lebensraum“
- Ergebnis:
 - » Studierende fühlen sich bei der KVH wohl und bleiben
 - » Viele Gespräche zum Thema Niederlassung auch untereinander



kikz-Fachtagung , 07.07.2016 19

Winter- & Sommer-Lounges Uni-Partys



- Seit Kampagnenstart insgesamt knapp 40 Termine in
FRANKFURT
GIEßEN
MARBURG
- Mehr als 10.000 Kontakte mit PR-Mitteln in 2014, 2015, 2016
- Mehr als 1.300 qualifizierte Gespräche mit Beratung der KV Hessen sowie der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin.

kikz-Fachtagung , 07.07.2016 18

Winter- & Summer-Lounge: Impressionen I/II





kikz-Fachtagung , 07.07.2016 20

Winter- & Summer-Lounge: Impressionen II/II



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

21

Funktionieren Winter- & Summer-Lounge?



- Eindeutig: Ja!
- Konzept funktioniert
- Akzeptanz der Studierenden wächst von Event zu Event, es gibt keine Berührungängste mehr.
- Wahrnehmung der KVH ist durchweg positiv.
- Winter- & Summer-Lounges sind bekannte Termine bei den Studierenden.
- Das Wichtigste ist aber:

„Ach, ihr seid doch die von der KV!“

**Die KVH und die Kampagne werden erkannt und sind etabliert!
Der Zugang zu den Studierenden, zu den Universitäten und zu den
Fachschaften ist da!**

kikz-Fachtagung , 07.07.2016

23

Summer-Lounge 2016



- Passend zur Fußball-EM erstmals mit Kampagnen-Torwand
- Erfolgreiches Gewinnspiel mit Liegestühlen als Hauptpreis



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

22

Das Party-Konzept



- Sympathischen Erstkontakt weiter ausbauen
- Ansprache außerhalb des Uni-Alltags auf Augenhöhe
- Präsenz auf 3 Partys für Mediziner

- Einsatz Counter, Messewand, Sitzsäcke, LED-Strahler
- Verteilung Snacks und Getränke
- Gebrandete PET-Becher, Partyshirts mit neuen Sprüchen



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

24

Messen & Kongresse



- Teilnahme an Karriere-Messen für Mediziner – zum Beispiel: Operation Karriere in Frankfurt
- Jährliche Teilnahme am DEGAM-Kongress (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)
 - » 2014 in Hamburg
 - » 2015 in Bozen
 - » 2016 in Frankfurt



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

25

Die KVH im Social Web



- FACEBOOK
 - » weltweit größtes soziales Netzwerk
 - » Profile für die KVH und „Arzt in Hessen“



- TWITTER
 - » Kurznachrichtendienst (Botschaften in maximal 140 Zeichen)
 - » Kanal für die KVH



- XING
 - » Netzwerk für berufliche Kontakte
 - » Unternehmensprofil für die KVH

kikz-Fachtagung , 07.07.2016

27

Arzt in Hessen auf Facebook und als AIH-Blog



- www.facebook.com/ARZTINHESSEN
- Ankündigen und Begleiten von Aktionen im Rahmen der Kampagne (Summer-Lounge, Winter-Lounge, Messen, Kongresse etc.)
- Teilen von Beiträgen anderer Seiten / Einbindung von Social-Media-Beiträgen auf dem Blog



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

26

Unsere Förderungen

Ein rundes Angebot für Nachwuchsmediziner



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

28

Unsere Förderung: Ein rundes Angebot für Nachwuchsmediziner



Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung

1. Förderung Famulatur – **jetzt NEU!**
2. Förderung Praktisches Jahr
3. Förderung der Weiterbildung
4. Förderung der Kompetenzzentren an den Unis Frankfurt und Gießen/Marburg
5. Ansiedlungsförderung in Gebieten mit einem lokalen oder regionalen Versorgungsbedarf



* Förderprogramm des HMSI

kikz-Fachtagung , 07.07.2016 29

Förderung im Praktischen Jahr



- 2016 noch mehr Fragen/Gespräche als in den Vorjahren
- Studierende kommen inzwischen proaktiv mit ihren Fragen zu uns
- Schwerpunkt sind Fragen rund um die Förderung des Praktischen Jahres und der Famulatur

„HASTE MAL 'NE FÖRDERUNG?!“

DIE Kassenärztliche Vereinigung Hessen fördert im Praktischen Jahr das Wintersemester in einer akkreditierten akademischen Lehrpraxis. Das heißt:

- 2.400 € insgesamt für die Dauer von vier Monaten
- Das Geld bekommst du monatlich von uns direkt auf dein Konto überwiesen
- Einfacher und unkomplizierter Antrag

Alle Bedingungen und weitere Infos findest du auf: www.kvhessen.de/foerderung_pj

NOCH FRAGEN?
Abteilung Qualitätsförderung der KV Hessen Tel: 069 79502-972
Mail: foerderung.pj@kvhessen.de

kikz-Fachtagung , 07.07.2016 31

Förderung der Famulatur



- Die KV Hessen fördert im Auftrag des Landes die Famulatur in hausärztlichen Praxen, die ihren Sitz in einer hessischen Stadt oder Gemeinde mit bis zu 20.000 Einwohnern haben.
- Förderhöhe: 595,00 € je Monat für max. 2 Monate (ganztags)
- Für Famulaturen im Anschluss an das Wintersemester 2015/2016 darf der Antrag auch rückwirkend erfolgen.

FACHÄRZTIN FÜR...?!

kikz-Fachtagung , 07.07.2016 30

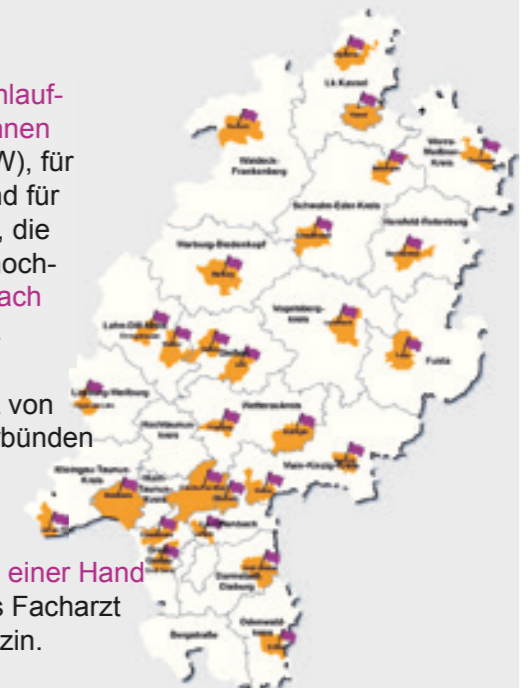
Medizinstudenten abholen: Koordinierungsstelle und Kompetenzzentren



Die Koordinierungsstelle ist **Anlauf- und Auskunftsstelle für Ärztinnen und Ärzte** in Weiterbildung (ÄiW), für Weiterbildungsermächtigte und für Studentinnen und Studenten, die Interesse an einer qualitativ hochwertigen **Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin** haben.



Ein flächiges Netz von Weiterbildungsverbänden (Vertragsärzte und Kliniken) bietet **Weiterbildung aus einer Hand** zur Erlangung des Facharzt für Allgemeinmedizin.



Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

kikz-Fachtagung , 07.07.2016 32

Ansiedlungsförderung – Förderkriterien (HP 2.0 2016-18)



	Kriterium 1	Kriterium 2	Kriterium 3
Hausärzte	(fiktiver) Versorgungsgrad auf Gemeindeebene* < 100%	Versorgungsgrad im Mittelbereich gem. Bedarfsplan** < 100%	(fiktiver) Versorgungsgrad im Mittelbereich* Alter o. Ärzte ≥ 60 J. < 75%
Fachärzte	Versorgungsgrad im Landkreis/ROR gem. Bedarfsplan** < 100%	(fiktiver) Versorgungsgrad im Mittelbereich* Alter o. Ärzte ≥ 60 J. < 75%	

bis 55.000 € bei Niederlassung /Anstellung

* Datenstand: 01.10.2015
 ** Feststellung Landesausschuss 28.04.20156 (wird regelmäßig aktualisiert)

Das Fazit

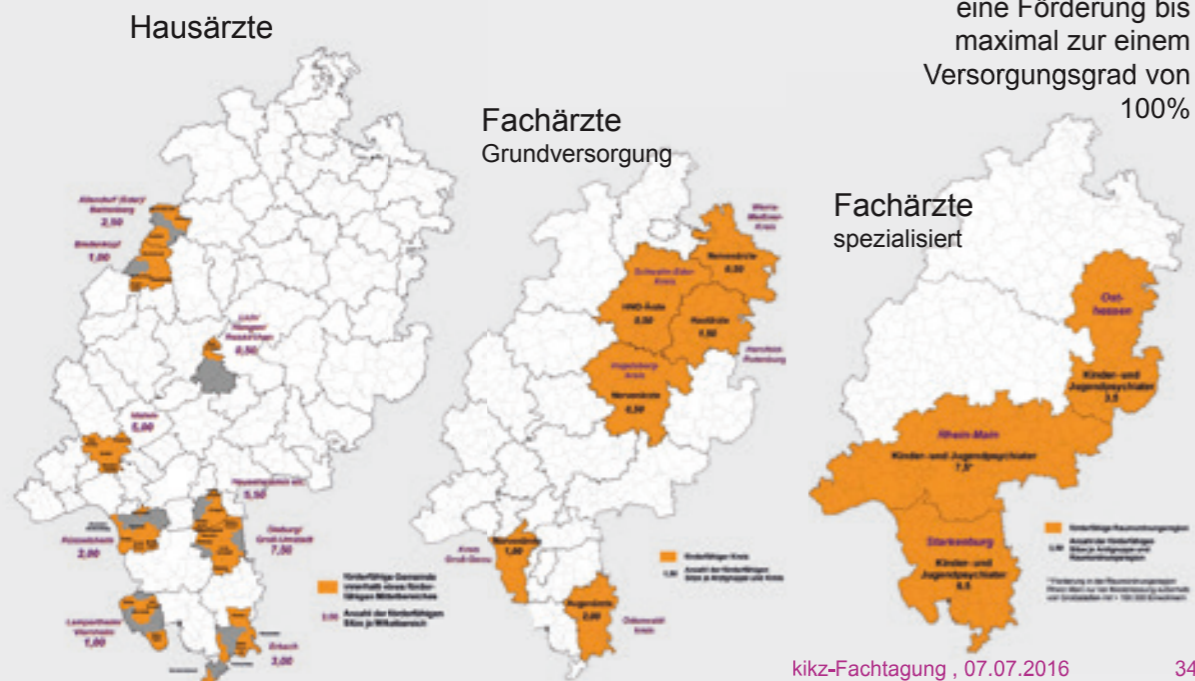
Wir beraten Sie gerne



Ansiedlung - Fördergebiete Stand: 28.04.2016



In allen Fällen erfolgt eine Förderung bis maximal zur einem Versorgungsgrad von 100%



Unsere Herausforderung: Hausärzte und allgemeine Fachärzte dringend gesucht!



- Trotz Reform der Bedarfsplanung kann bei rechnerischer Überversorgung die Versorgung aus demographischen Gründen gefährdet sein.
- Der „Arztmangel“ in Hessen ist ein Nachfolgeproblem und derzeit noch überwiegend ein Problem der Peripherie.
- Besonders betroffen die Hausärzte, zunehmend auch die Fachärzte in der Grundversorgung auf dem Land.
- Wir müssen die Medizinstudent(inn)en aus der Region für die Region gewinnen.
- Förderprogramme können unterstützen, sind aber nicht die alleinige Lösung. Die Anreize müssen stimmen!



Vielen Dank !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, K.d.ö.R.

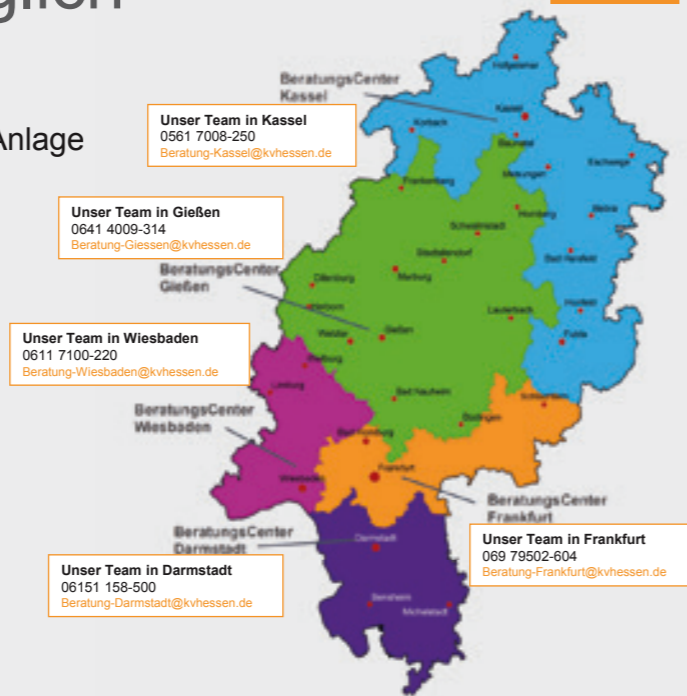
kikz-Fachtagung , 07.07.2016

37

Förderanträge jederzeit möglich



- Neue Richtlinie inklusive Anlage und Karten sind auf <http://www.kvhessen.de/ueber-uns/unser-auftrag/ansiedlungsfoerderung/> veröffentlicht
- Neues Antragsformular steht ebenfalls zur Verfügung
- Bei Fragen zur Förderung s. rechts



kikz-Fachtagung , 07.07.2016

38

Projekt Landpartie des Landkreises Fulda

Frederik Schmitt – Erster Kreisbeigeordneter, Landkreis Fulda



Sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrter Herr Spandau, sehr geehrter Herr Pillok, erstmal herzlichen Dank für die Einladung hierher. Ich bin dieser aus vielen Gründen sehr gerne gefolgt. Nicht nur weil dieses Thema den Landkreis Fulda schon lange umtreibt, sondern, weil in mir auch ein Jahr Erster Kreisbeigeordneter und 7 Jahre Landesbeamter in den Knochen stecken. Immer wenn das Land ruft, hört man diesen Ruf gerne und folgt. Bevor ich beginne, konkret was zum Thema Landpartien zu sagen, möchte ich etwas einleitend zur Situation und zur Struktur des Landkreises Fulda sagen. Weil das sozusagen die Ausgangslage für alle Überlegungen ist.

Der Landkreis Fulda ist vor 40 bzw. 50 Jahren, im Grunde das Armenhaus von Hessen, die karge Rhön, gewesen. Es gibt Familienbilder von meinen Großeltern und Urgroßeltern, auf denen sie sehr ernst schauen. Sie hatten diesen Blick nicht wegen der Fotografie damals, sondern man sah ihnen auch an, dass sie nichts auf den Knochen hatten, was wohl der eigentliche Grund dafür war. Und das ist sozusagen das, was die Geschichte des Landkreises bis vor 40, 50 Jahren durchzieht.

Schwache Struktur, schlechte Landwirtschaft, schlechte Böden, wenig zu Essen. In der Zeit damals hat es aus Perspektivlosigkeit auch eine Vielzahl von Auswanderungsbewegungen in die USA gegeben. Heute kommen ja andere wiederum aus Perspektivlosigkeit zu uns. Heute ist es natürlich anders.

Jetzt könnte man natürlich sagen:

„Ihr seid gesegnet im Landkreis Fulda, fast Vollbeschäftigung, 2,8 % Arbeitslosigkeit. Ihr habt

eine tolle infrastrukturelle Anbindung, die Autobahn A7 geht von Norden nach Süden, die A66 ins Rhein-Main-Gebiet und der ICE hält in Fulda, sodass Sie direkt nach Hamburg, Berlin, München und Frankfurt fahren können und alles in drei Stunden erreichen.“

Der Hessische Rundfunk hat eine Umfrage gemacht, laut der die schönste Region Hessens die Rhön ist, die zweitschönste das Fuldaer Land und die schönste Stadt Tann ist. Ohne jetzt also Werbung zu machen, könnte man meinen: „Es ist ja alles gut bei euch und die Leute müssten doch kommen. insbesondere auch die Ärzte“.

Natürlich ist es nicht so.

Wir haben natürlich im Ballungsgebiet Fulda, das ist Fulda und die Gemeinden Petersberg und Künzell ungefähr 100.000 Einwohner, weniger Probleme. Gleichzeitig haben wir in den ländlichen Bereichen, gerade in der Rhön, im Altkreis Hünfeld, aber auch im Westen Richtung Vogelsberg, genau dieselben Probleme, die uns in den ländlichen Räumen, in anderen Bereichen umschlagen.

Wir haben eben gerade in der Übersicht der KV gesehen, dass Fulda dort, wie viele andere auch, kein Fördergebiet ist. Das liegt im Wesentlichen daran, dass die KV betrachtet, welche Ärzte jetzt da sind und weniger das Alter dieser Ärzte betrachtet. Ich nehme mal Gersfeld als Beispiel raus, da haben wir zwei Ärzte, die beide über 60 sind. Allgemein gesehen sind 50% aller Ärzte hier im ländlichen Bereich über 60. Da stehen natürlich der Bürgermeister und die örtlichen Patienten auf der Matte und sagen: „Die hören doch bald auf, die sind doch schon 63“. Aber weil sie noch da sind, gelten wir in diesem Bereich auf dem

Papier immer noch als überversorgt. Aber jedem ist klar, der Personalplanung oder Nachfolge-Bepflanzung im Auge hat, dass wir alles andere als überversorgt sind. Grundsätzlich sind die Rahmenbedingungen also gut. Die Familienfreundlichkeit ist hoch, die Kinderbetreuung ist gegeben und wir haben tolle Schulen. Und trotzdem haben wir immer noch das Problem mit der Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs. Was macht der Landkreis Fulda noch in dem Bereich? Um da doch nochmal einzuklinken, neben der Landpartie, die ich gleich vorstelle, gibt es noch eine Vielzahl von Maßnahmen, die wir in den letzten Jahren begonnen haben.

Das Regionalstipendium

Eines davon ist ein sogenanntes Regionalstipendium, das bezieht sich weniger auf Landärzte, sondern auf die Nachfolgegrade im Bereich ÖGT (Öffentlicher Gesundheitsdienst). Es wird allen Kreisgesundheitsämtern in der gesamten Republik so gehen, dass sie kaum Ärzte finden und auch Nachwuchs für die Kliniken suchen. Das bedeutet, hier können sich Stipendiaten bewerben, um mit 400 Euro im Monat gefördert zu werden. Sie verpflichten sich dabei später im Landkreis Fulda bei einer Klinik (drei beteiligen sich momentan) oder beim Landkreis Fulda im Kreisgesundheitsamt tätig zu sein. Es ist also sozusagen eine Regionalverpflichtung, anders als eine Betriebsverpflichtung, die es öfter bei Stipendien gibt.

Darüber hinaus gibt es ein Stipendienprogramm des Landkreises Fulda zusammen mit der Kassel School of Medicine, bei dem wir versuchen das Arztstudium zu ermöglichen. Es gibt ja eine Vielzahl von fertigen Abiturienten mit sehr guten Abiturnoten, die trotzdem aus den verschiedensten Gründen nicht zu einem Arztstudium zugelassen werden können. Hier geht es um eine Kooperation Kasse und Southampton, wo der Kreis Fulda die Kosten des Studiums finanziert. Wobei sich auch hier die Studenten verpflichten, wenn sie fertig sind mit der Ausbildung, im Landkreis Fulda in einer der Kliniken oder im Kreisgesundheitsamt zu arbeiten.

Dann haben wir den Weiterbildungsverbund „Allgemeinmedizin“. Wir haben gerade eben gehört, dass die Studenten ein strukturiertes Weiterbildungsangebot haben wollen. Genau das nimmt der Weiterbildungsverbund auf. Zusammen mit der KV, dem Landkreis Fulda, den Kliniken und den niedergelassenen Ärzten bieten wir den Bewerbern

eine ganz strukturierte Abfolge ihrer Weiterbildung an. Dabei verlieren sie keinen Monat, müssen sich nicht selbst um die einzelnen Zeiten in der Klinik oder beim Allgemeinmediziner kümmern und werden strukturiert durch ihre Ausbildung geführt. Die beiden ersten Bereiche haben einen sehr hohen Anspruch, insbesondere der zweite Bereich, der dritte Bereich hat noch keinen so hohen Anspruch, aber wir arbeiten auch weiter daran, das noch weiter nach vorne zu bringen.

Landpartien

Jetzt zum Projekt Landpartien. Was ist der Ursprungsgedanke des Projektes Landpartien? Der ist natürlich nicht neu. Der ist, wie viele andere Ideen, aus einem anderen Bereich übertragen worden. Wenn Sie mit Personal in großen Technologiebetrieben sprechen, erfahren Sie, dass diese Ingenieure suchen. Wenn Sie die nun fragen: „Wie komme ich an gute Ingenieure ran?“. Diese Unternehmen wissen, dass es schon lange nicht mehr reicht, am Ausgang der Universität zu stehen und zu sagen: „Hier ist der Arbeitsvertrag, komm doch bitte in mein Unternehmen“, sondern die wissen, dass sie seit vielen Jahren am Eingang der Universität stehen müssen, um die Personen, die gerade mit ihrem Studium beginnen, schon irgendwie an ihr Unternehmen zu binden.

Sie machen das mit einer Vielzahl von Dingen und investieren auch eine Menge Geld. Im Besonderen gehen die an die Universitäten und versuchen Praktika niedrigschwellig anzubieten und diese auch zu vergüten. Die versuchen auch Bachelorarbeiten bei sich im Unternehmen schreiben zu lassen und die Masterstudiengänge quer zu finanzieren.

Und wollen im Grunde nur Eines erreichen und zwar, die Leute zu sich ins Unternehmen zu holen und zu zeigen, wie toll es doch eigentlich bei ihnen ist. Zu sagen: „Wir haben ein tolles betriebliches Gesundheitsmanagement, ein tolles Nachwuchsprogramm, ein Mentoring-Programm mit dem Vorstand, komm doch zu uns“. Mit dem Ergebnis, dass der Arbeitsvertrag meist schon unterschrieben ist, noch bevor die mit dem Studium fertig sind. Das auf einen Allgemeinmediziner zu übertragen ist natürlich schwierig, weil der einzelne Arzt im ländlichen Gebiet keine Zeit hat sich um solche Dinge zu kümmern und da das große Programm zu fahren, wie das die großen Unternehmen fahren können. Das ist die Idee dahinter, mit zwei Partnern den Arztpraxen

im ländlichen Raum zu helfen. Das ist auf der einen Seite der Landkreis Fulda und auf der anderen Seite das Institut für Allgemeinmedizin an der Universität in Frankfurt. Die Idee ist es, während des Studiums eine Verbindung zwischen den Studenten, die sich für den Bereich Allgemeinmedizin interessieren und den Arztpraxen im ländlichen Raum hinzubekommen.

Wie genau funktioniert das? Es gibt mittlerweile zwei, ich spreche jetzt erstmal über die Landpartie 1.0, die dieses Jahr gelaufen ist und dann über die Landpartie 2.0, also eine Weiterentwicklung.

Wir haben gemeinsam mit dem Institut für Allgemeinmedizin versucht, die Studieninhalte herauszubekommen, die man im ländlichen Raum im Kreis Fulda machen kann und da sind es im Wesentlichen die Praktikumsphasen. Das sind leider erstmal nur in der Landpartie 1.0 zwei Wochen, die die Studenten dann in einer Lehrpraxis im Landkreis Fulda verbringen. Dann haben wir versucht das anzureichern, so ähnlich hatten wir das gerade gehört, dass man auch Partys machen und die Regionen mit sogenannten Eventtagen auch gut repräsentieren muss. Wobei die Studenten die Schönheit der Rhön, die Schönheit von Fulda und dieser Region am besten gezeigt bekommen sollen. Die fliegen dann mit einem Segelflug von der Wasserkuppe aus über die Region oder bekommen andere Dinge gezeigt, wo sie dann sagen: „Das ist besonders liebenswert und lebenswert bei uns“. Es soll am Ende die Möglichkeit geben, dass sich die Studenten auf dem Weg in irgendeine Verbindung mit den Arztpraxen vor Ort treten und kennenlernen und auch das Ärztenetzwerk kennenlernen, aber auch die Strukturen vor Ort, um sich dann zu entscheiden, in diese Region zu gehen.

Wir haben es gerade gehört, dass sich nur noch 11% niederlassen wollen. Wir versuchen also möglichst viele von diesen 11% für Fulda zu begeistern. Natürlich wollen wir auch versuchen, diese 11% etwas zu erhöhen und etwas zu erweitern, sodass sich dann doch mehr dem Beruf Landarzt zuwenden. Denn eigentlich ist es etwas grotesk. Wenn Sie in Frankfurt am Bahnhof an der Auslage stehen und sich die Zeitschriften ansehen, dann finden Sie „Landkind“ und „Landlust“ und wie das alles heißt, den das Landleben ist etwas was alle begeistert und wo alle hinwollen. Etwas, was irgendwie toll ist und hipp, alle im Kern jetzt in der Stadt und die bedeutendste Arztserie ist natürlich der Bergdoktor als Landarzt. Dass ein Lebensgefühl, übertragen auf den Landarzt

vor Ort, kommt natürlich wenig an und ist noch nicht soweit, dass das als etwas Besonderes, Tolles, Spannendes gilt. Das ist etwas, wo man imagemäßig, meiner Ansicht nach, hin muss.

Ganz kurz zum Ablauf: Wir haben 2011 angefangen die Lehrärzte bei uns im Landkreis Fulda zu rekrutieren, bzw. das Institut hat sie rekrutiert. Wir haben mit einer Testphase gestartet und dann 2012 begonnen. Bislang sind etwas mehr als 70 Studierende durch dieses Projekt „Landpartie“ gelaufen, das fokussiert also auch Studierende im fünften Semester. Das bedeutet, wenn sie mich nachher fragen: „Wie viel Erfolg haben Sie verzeichnet?“, dann sage ich: „Noch gar nichts, weil die Ärzte, die wir seit dem Bereich erwirbt haben, gerade am Ende ihres Studiums stehen und wir noch nicht wissen, wie viele von denen wir genau gewinnen konnten“.

Wir haben dann die Praxen auch erweitert. Weil das ja eine große Chance für Praxen im ländlichen Bereich ist, die einen Nachfolger suchen. Sie kommen dadurch ständig mit Personen in Kontakt, die schon ein bisschen „Ja“ zu der Region und auch ein bisschen „Ja“ zum Thema Landarzt gesagt haben und vielleicht zu den 11% gehören. Als Lehrarzt und Lehrarzt Netzwerk komme ich mit genau diesen Personen in direkten Kontakt. Das ist ein ganz großer Vorteil. 2016 haben wir das Ganze dann zur Landpartie 2.0 gemacht.

Der Landkreis Fulda hat beim Institut ein Konzept in Auftrag gegeben, welches er auch selbst finanziert hat, und hat gesagt: „Wie können wir das Ganze noch verlängern? Sodass wir nicht nur die zwei Wochen der fünf Semester und den einen Event-Tag, den wir machen, abfangen, sondern, dass wir über einen längeren Zeitraum im gesamten Medizinstudium, also am besten beginnend ab dem fünften Semester nach dem Grundstudium bis hin zum neunten / zehnten Semester, immer wieder einzelne Bereiche haben, die vor Ort im Landkreis Fulda angeboten werden und die eine Verstärkung dieser Bindungswirkung erhöhen können. Das Ergebnis war, dass da noch einiges drin ist, dass, wenn man die Studienordnung etwas anpasst, noch mehr gemacht werden kann. Wir haben dann natürlich auch gemerkt, dass das auch etwas mehr kostet und haben dann wie das so ist, wenn etwas mehr kostet und haben versucht auch andere für das Projekt zu begeistern und uns Partner gesucht. Das war auch gar nicht so schwierig, seit dem arbeiten wir mit drei Landkreisen zusammen. Der Hochtaunuskreis und der Kreis Bergstraße ist nun hinzugekommen.

Wenn Sie sich das auf der Landkarte anschauen, ist das auch sehr schön, weil wir im Grunde in einem Dreieck um Frankfurt drum herum liegen, sodass die Studenten, die es eher nach Osthessen zieht, zu uns kommen, die, die es eher in den südhessischen Raum zieht, nach Südhessen gehen und die anderen in den Hochtaunuskreis. Im Gegensatz zur Landpartie 1.0, wo wir eben nur dieses Blockpraktikum Allgemeinmedizin und ein Seminartag in unserem Bereich hatten, haben wir versucht an dem 5. Semester den Kursus Allgemeinmedizin, Kleingruppen-Seminare in der Region und die Praxisphasen in die Region zu bringen und optional die Famulatur in der Landarztpraxis anzubieten. Das Ziel ist einen längerfristigen und immer wiederkehrenden Kontakt der Studierenden zu den Landarztpraxen zu ermöglichen, um am Ende diesen Personen, die Landarztpraxen, die zur Übergabe bereitstehen, zu einer erfolgreichen Übergabe und Übernahme zu verhelfen.

Ganz kurz nochmal: Um was handelt es sich bei den einzelnen Sachen?

Der Kursus Allgemeinmedizin wird an drei Samstagen in ausgewählten Landarztpraxen in Kleingruppen durchgeführt, wo dann auch die Möglichkeit der Verbindung gegeben ist. Dann gibt es noch die Seminare, die ebenfalls von Lehrärzten in Kleingruppen durchgeführt werden und es gibt diese Praxisphasen, die wir sozusagen nochmal verstetigt haben.

Mein Wunsch wäre es, noch mehr zu machen und umso mehr im Landkreis Fulda stattfindet, umso besser ist es natürlich. Daran arbeiten wir, das ist das eigentliche Ziel. Das ist nochmal so ein Eindruck zum Tagesausflug, der nächste Tagesausflug, der Eventtag steht unmittelbar bevor. Die Frau Barthen vom Institut sitzt auch hier im Zuschauerraum, die wird nächste Woche in Fulda sein. Das wird dann, wie üblich, eine kurze Stadtführung, die Studierenden werden auf die Milseburg, den schönsten Berg, wenn Sie in der Rhön sind, geführt, werden ein Bier trinken und dann nochmal in Kontakt mit Ärzten und der Vertretung des Klinikums vor Ort kommen. Auch das muss man heute machen. Da stimme ich der KV zu, um das Ganze ein bisschen anzureichern und das Ganze etwas „hipper“ zu machen und die jungen Leute anzusprechen und mitzunehmen, wo sie gerade sind.

Es gibt kein Geld dafür, wenn die Studierenden daran teilnehmen, aber es gibt etwas zum Mitnehmen. Unter

anderem gibt es Büchergutscheine, wir übernehmen Kongresskosten, für die in der Allgemeinmedizin üblichen Kongresse, die deutschlandweit, europaweit und weltweit angeboten werden. Das ist sozusagen der Anreiz der Studierenden an dem Programm teilzunehmen.

Wir haben uns bewusst dazu entschieden kein Geld zu zahlen, sondern nur niedrigschwelligen Anreiz zu geben, weil wir, was Leistung und Gegenleistung betrifft, einen gesunden Ausgleich haben wollten. Das ist der erhoffte Werdegang. Wir hoffen, dass die Ärzte, die das durchlaufen, sich am Ende nicht nur entscheiden Landarzt zu werden, sondern auch in die Region Fulda bzw. jetzt auch in die Region Bergstraße und Hochtaunus gehen, weil wir natürlich mit anderen Regionen konkurrieren, auch über Hessen hinaus. Das ist sozusagen als Ziel dieser Idee „Projekt Landpartie des Landkreises Fulda“ definiert. „Klebeeffekte“ ist also das entscheidende Wort, was wir erzeugen wollen. Ein ganz normaler Effekt in der Personalrekrutierung. Wir hoffen und haben das in der Evaluation im Grunde schon festgestellt, dass die, die das Projekt durchlaufen haben, eine signifikante Steigerung des Wunsches Landarzt zu werden aufweisen. Ob sie das dann wirklich werden, das wissen wir nicht, das hoffen wir.

Vielen Dank.

Moderator, Herr Pillok:

Herzlichen Dank Herr Erster Kreisbeigeordneter Schmitt und für Ihren Vortrag und die Darstellung Ihrer Bemühungen junge Ärztinnen und Ärzte in Ihren Landkreis zu bekommen. Haben Sie hierzu noch Fragen?

Frage:

Viele Studien sagen ja immer wieder, dass gerade im hausärztlichen Bereich, junge Ärzte immer dann in eine ländliche Region kommen, wenn sie auch dort geboren sind. Haben Sie auch schon solche Erfahrungen gemacht?

Antwort:

Ja, natürlich haben wir die Erfahrung gemacht, dass die, die sich dafür interessieren, auch aus der Region kommen. Das ist aber nicht ausschließlich. Wir haben ja eben gesehen, dass von jungen Menschen hohe Flexibilität abverlangt wird und sie es gewohnt sind, an anderen Orten zu leben, wo die Familie und die

Großeltern sind. Aber dadurch haben wir auch den Erfolg, nicht nur bei den Studenten, die von uns kommen, sondern auch bei Studenten aus anderen Regionen. Bei den Stipendien ist das wieder eine ganz andere Sache. Da achten die direkt darauf, dass die Leute aus der Region kommen, weil dann die Wahrscheinlichkeit nochmal größer ist, dass sie sich niederlassen.

Jetzt wird es in Zukunft auch so sein, dass wir darauf achten werden, dass die, die aus dem Süden oder aus Heidelberg herkommen, eher in der Bergstraße ihre Praxisphasen machen und die, die aus Thüringen, Niedersachsen oder aus Osthessen kommen, eher in Fulda ihre Praxisphasen machen. Um da auch nochmal die persönlichen Dinge zu beachten, die am Ende dann die entscheidenden sind. Ich glaube, man guckt letztendlich vielleicht doch weniger auf das Geld, sondern eher darauf, wo die Großeltern wohnen, wenn man Kinder hat und wie schnell man dann da ist. Das ist ein Punkt, den man immer mit berücksichtigen muss, aus meiner Sicht.

Herr Feldmann, Stadt Waldeck:

„Herr Dr. Haas, ich habe mir mal drei Themen aus Ihrem Referat aufgeschrieben und durch das, was Herr Schmitt eben gesagt hat, ist noch eine vierte Frage hinzugekommen. Ich fasse es eben zusammen:

Was Sie beschreiben, was die KV macht, auch im Rahmen des Sicherstellungsauftrages, habe ich verstanden. Was mich interessieren würde, wäre das Folgende:

Von der Anzahl, die Sie annehmen — 11% Allgemeinmediziner, die dann auch in die Hausarztpraxis gehen — ist die Idee, den Anteil der gesamten Eingangsmasse zu erhöhen, von der KV Hessen diskutiert worden? Weil von einer höheren Ausgangsmasse 11% dann ja auch mehr sind.“

Antwort von Herrn Dr. Haas:

„Das geht tief ins Eingemachte, die Fragestellung ist letztendlich die, ob die Zahl Studienplätze „Humanmedizin“ noch ausreichend ist oder nicht. Ich denke da sind wir als KV aber etwas überfordert, das ist eine Sache, die muss auf der politischen Ebene, auf der Ebene der Länder und auch des Bundes entschieden werden. Aus meiner Sicht sollte man ernsthaft darüber nachdenken, ob man die Zahl der Studienplätze „Humanmedizin“ nicht etwas erhöht. Wir haben ja nicht nur das zahlentechnische Problem, sondern auch noch das Problem, dass die

Erkrankungen der Patienten zusehends komplexer werden.

Die Medizin hat einen wahnsinnigen Fortschritt der Behandlungen auch auf das platte Land gebracht, dafür brauchen wir einfach mehr Ärzte. Das wäre meine Sicht der Sache. Inwieweit man dann im Rahmen der Digitalisierung gegensteuern kann, dass man sagt, bevor ein Patient zum Arzt geht, muss er erstmal einen elektronischen Fragebogen von zwei DIN A4 Seiten ausfüllen, um dann vor zu strukturieren, das kann man diskutieren. Es wird wahrscheinlich auch zusehends in der Zukunft zwangsläufig zum Ersatz ärztlicher Arbeitskraft durch Substitution und auch durch Delegation kommen müssen. Aber letztendlich denke ich schon, dass man ernsthaft über die Erhöhung der Studienplätze diskutieren sollte.

Frage:

Ein weiterer Themenbereich, der mich interessiert ist das Hausarzt-Modell. Damit meine ich, dass immer mehr Leute über den Hausarzt zum Facharzt geschickt werden. Ist das aus Ihrer Sicht für den ländlichen Bereich, für die Zuordnung von Landärzten, eher ein Gewinn oder eher ein Hemmschuh gewesen? Durch dieses Verändern von Leistungs- und Abrechnungsziffern für die Ärzte, hat bei uns direkt vor Ort ein Landarzt seine D-Arzt Zulassung verloren.

Antwort:

Das ist ja ein Modell einer primärärztlichen Struktur, was es im Ausland in einigen Ländern, zum Beispiel in Großbritannien, gibt. Das heißt, die Patienten kommen nicht zum Facharzt, bevor sie nicht ein hausärztliches Filter oder primärärztliches Filter durchlaufen haben. Wie Sie wissen, ist das Modell berufspolitisch sehr umstritten, englische Zahlen belegen zumindest, dass ein geringerer Teil des Bruttonationalproduktes, in diesem nationalen Gesundheitssystem für Gesundheitsleistungen bereitgestellt wird.

Andererseits kommen auch sehr viele Beschwerden von Patienten. Dieses System bietet für den gesetzlich Versicherten sehr wenig Komfort und wir haben in Deutschland das Problem, dass wir ca. 17 - 18 Arztkontakte pro Patient pro Jahr haben. Das ist kein Witz, mein Kommentar dazu war, als ich die Zahlen das erste Mal gesehen habe: „Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass man so krank ist, dass man 18 Mal im Jahr einen Arzt aufsucht“ und zwar jeder Patient im Durchschnitt, da sind auch gesunde Menschen dabei. Dafür gibt es andere Patienten, die gehen 30 - 40 Mal

pro Jahr zum Arzt, damit sie auf diese 18 Kontakte pro Jahr kommen. Das heißt, man muss ernsthaft überlegen, ob dieses System der Patientenversorgung nicht irgendwo falsch aufgehängt ist.

Aus meiner persönlichen Sicht müssen wir auch ernsthaft über eine Eigenbeteiligung der Patienten für die medizinische Versorgung nachdenken. Sie wissen ja, wir hatten so ein Konstrukt, wie die Praxisgebühr. Aus verschiedensten Gründen ist dieses wieder abgeschafft worden. Aber es war aus meiner Sicht grundsätzlich ein Schritt in die richtige Richtung. Wenn Sie in einer hausärztlichen Praxis sitzen und die 80 Patienten eines Tages an sich vorbeilaufen sehen, dann würden Sie bei 20 - 30 sagen, dass hätte der Patient mit ein bisschen Eigenverantwortung auch bei sich zu Hause absorbieren können, dass er damit gar nicht zum Arzt hätte gehen müssen oder, dass er das gar nicht getan hätte, wenn er beteiligt worden wäre.

Oder anders gesagt: wenn man Sie vor den Supermarkt mit einem Einkaufswagen stellt und Ihnen sagt, Sie haben eine halbe Stunde Zeit und Sie können alles einladen und es kostet Sie nichts, da wären wir alle dabei bei einem wilden Rennen den Wagen zu befüllen. Ich will das nicht jedem Patienten unterstellen, aber eine gewisse Tendenz ist in diesem System der Versorgung ohne Eigenbeteiligung schon angelegt. Darüber wird die Politik auch nachdenken müssen. Das sind letztendlich politische Entscheidungen.

Frage:

Was der Herr Schmitt im Landkreis Fulda gemacht hat, hat mich durchaus angesprochen und überzeugt. Ich möchte diese Frage deshalb an Sie stellen: Macht es Sinn, diesen Image-Gewinn nicht nur in einen Landkreis, oder wie es durch die Kooperation ist, in drei Landkreise zu tragen, sondern generell als KV oder als Bundes KV zu initiieren? Damit überhaupt das Interesse, an denen, die diesen Beruf ausüben wollen, steigt? Somit würde es nicht zu einem Wettbewerb zwischen den Landkreisen werden.

Wäre dann der Ansatzpunkt nicht schon in der Schule und in der Oberstufe richtiger, als wenn man erst den Studenten abgreift, nachdem er sich dann schon sein Studienfach ausgewählt hat?

Antwort Herr Schmitt:

Die Ideen bundesweit einzubringen wäre dann auf der Ebene der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). Wie Sie wissen, sieht es da im Moment etwas

schwierig aus. Ich hoffe aber sehr, dass nach den Wahlen, die ja in allen Ländern und KV-Bezirken stattfinden, zum Ende des Jahres, dann wieder eine neue KBV-Vertreterversammlung, eine neue personelle Zusammensetzung sich finden wird, die diese Probleme dann auch angeht. Es gibt eine Pressekampagne der KBV, um das Image des Arztberufes zu fördern. Aber es gibt noch keine geschlossenen Ansätze, welche die zukünftigen Herausforderungen auch wirklich entschieden angehen. Da sind wir hier in Hessen auch in Zusammenarbeit mit dem Ministerium und den Krankenkassen zum Teil doch schon relativ weit gekommen. Ich denke dass Hessen hier im oberen Drittel aller Bundesländer nach KV-Bezirken ist, was die Förderung der ärztlichen Tätigkeit anbelangt. Und auch die intellektuelle Auseinandersetzung, die wir hier vorfinden, da sind wir doch relativ weit und da bin ich auch stolz drauf.

Darüber hinaus denke ich, dass wir gerade in der Schule mehr Prävention bringen müssen, wir müssen auch die Schüler zu gesundheitsbewusstem Verhalten führen. Sie wissen ja beispielsweise, dass Adipositas gerade bei Schülern ansteigt. Da gibt es sehr viel zu tun. Das sind aber Dinge, die in den sozialmedizinischen Bereich gehen.

Frage:

Wenn Abiturienten darauf aus sind ihr Studium zu organisieren, könnte man doch da ansetzen und sagen, Medizin ist das richtige Studium. Und in der Medizin dann der Allgemeinarzt.

Antwort:

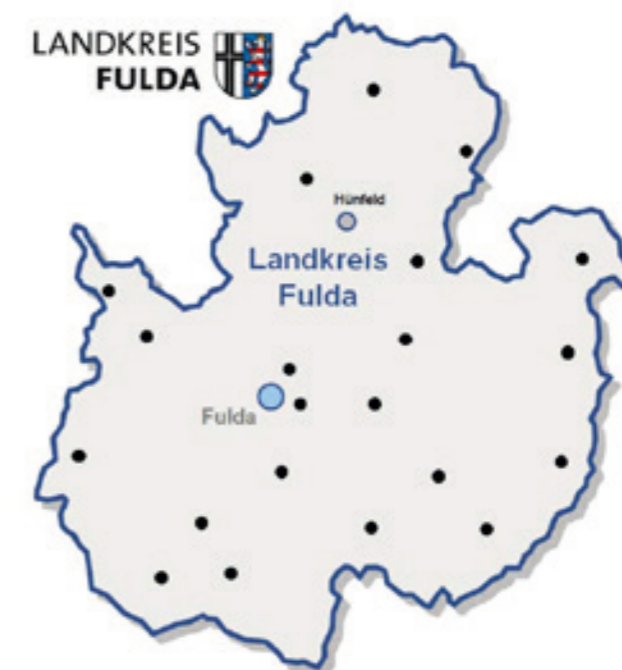
Wir haben ja in der Medizin den Numerus Clausus, hier ist nicht das Problem, dass nicht genug Studenten Medizin studieren wollen, da haben wir ausreichend Bewerber. Deswegen würde ich eine gezielte Tätigkeit bereits in der Oberstufe für eher entbehrlich halten. Da müsste man eher an der Zahl der Studienplätze ansetzen. Das sind dann politische Entscheidungen auf Ebene des Bundes und auf Ebene der Länder.

Projekt Landpartie des Landkreises Fulda



Frederik Schmitt
Erster Kreisbeigeordneter

Projekt Landpartie des Landkreises Fulda



Seite 2

Projekte des Landkreises Fulda

- Regional-Stipendien
- Kassel School of Medicine–Stipendien
- Weiterbildungsverbund



Seite 3



Ziel des Projektes „Landpartie Fulda“

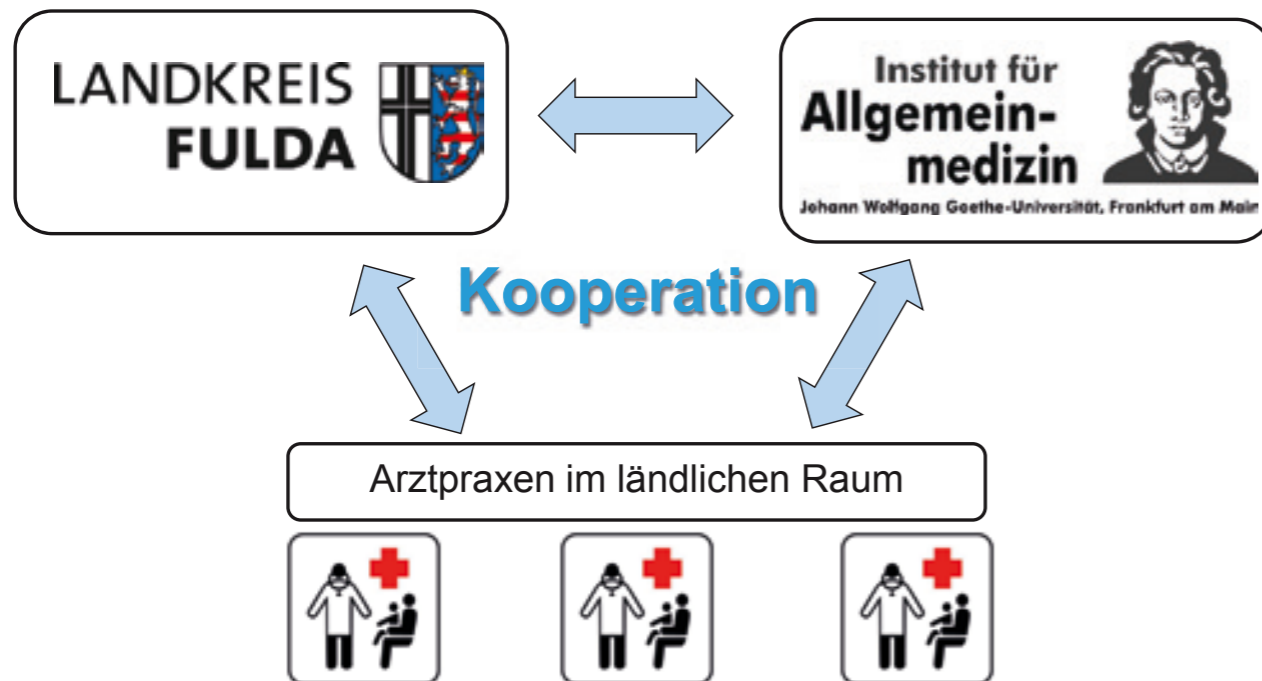
Förderung des hausärztlichen Nachwuchses in ländlichen Regionen



Seite 5



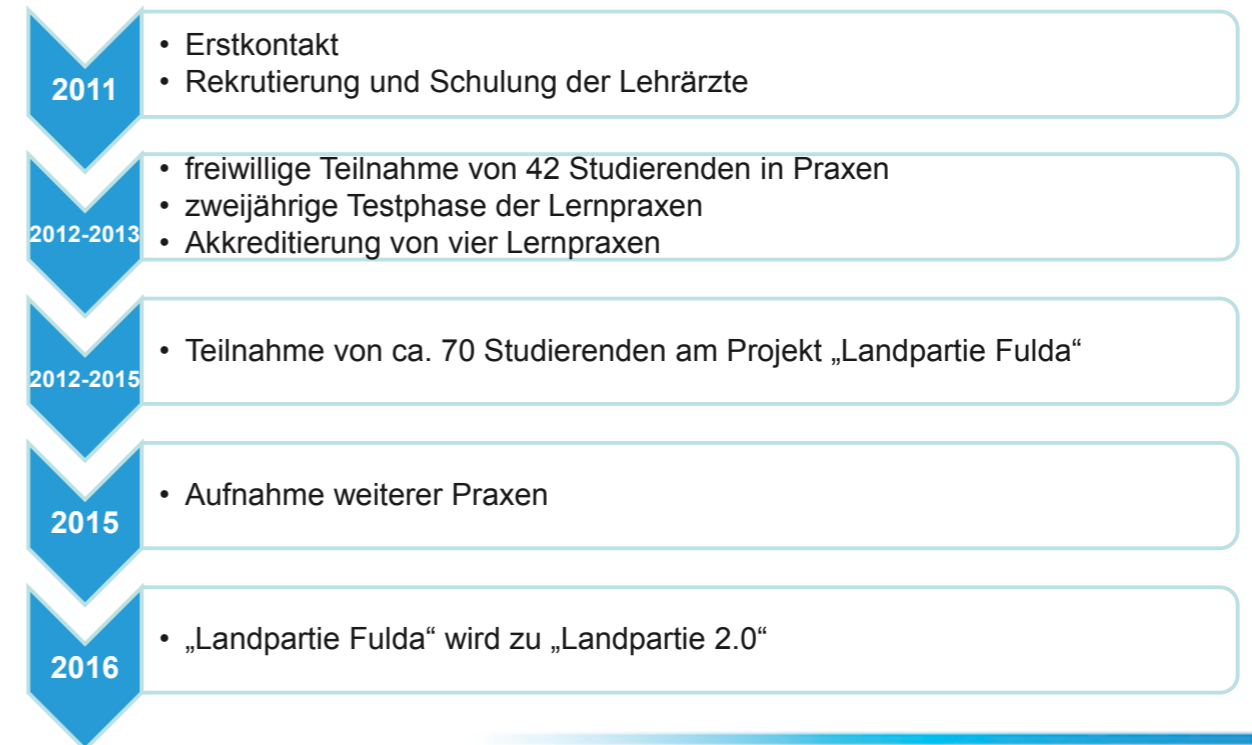
Was ist „Landpartie Fulda“?



Seite 4



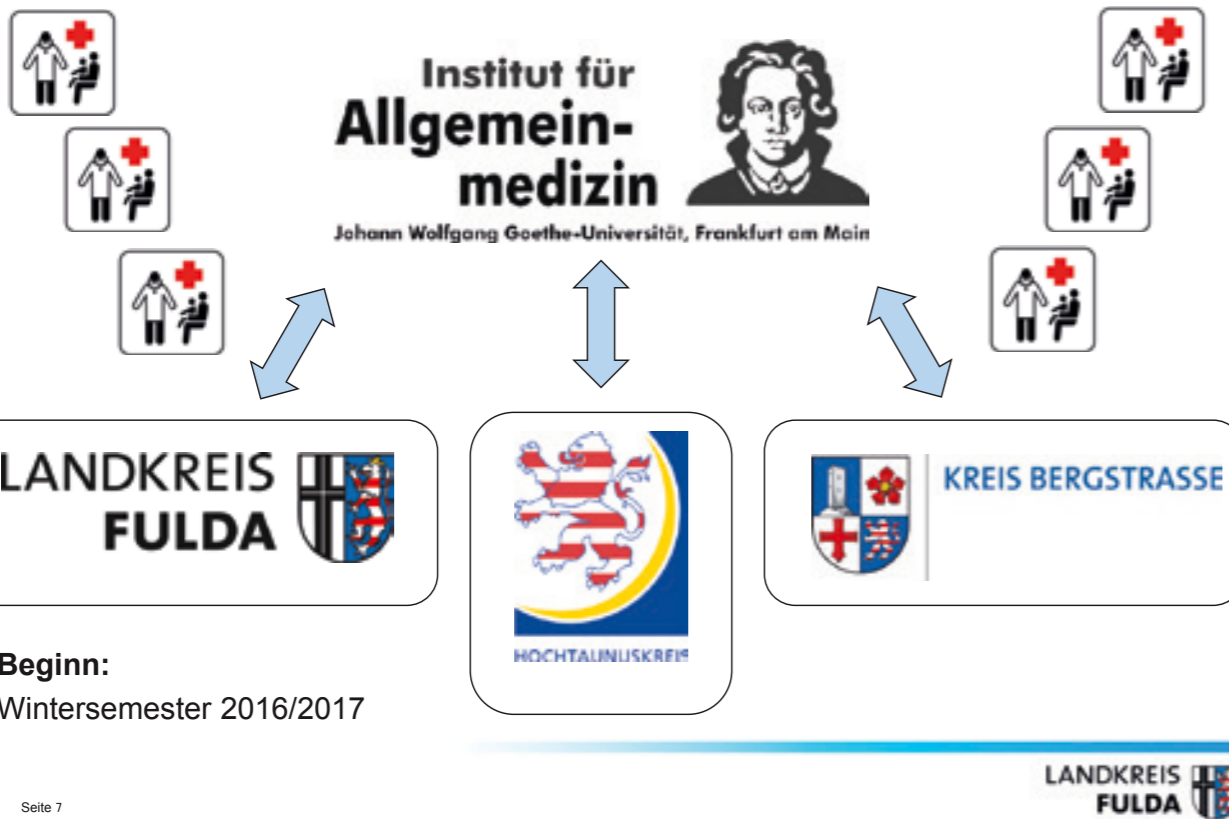
Rückblick „Landpartie Fulda“



Seite 6



„Landpartie Fulda“ wird zur „Landpartie 2.0“



Seite 7



Konzept „Landpartie 2.0“

- Kursus Allgemeinmedizin**
- 3 Samstage in ausgewählten Landarztpraxen
 - Kleingruppenunterricht
 - Untersuchung, Anamnese, Diagnostik und Therapieempfehlung am Patienten
- Seminare in Kleingruppen**
- Einführungsveranstaltung
 - Seminare zur Vor- und Nachbereitung der Praxisphase
 - Abschlussseminar
 - Durchführung durch Lehrärzte
- Praxisphasen**
- Kennenlernen von **zwei** Hausarztpraxen
 - Pro Praxis mind. 1 Woche Vollzeit (Block)
 - Individuelle Einteilung (vorzugsweise in der vorlesungsfreien Zeit)
 - Verknüpfung von Theorie und Praxis

Seite 9



„Landpartie Fulda“ wird zur „Landpartie 2.0“

Landpartie Fulda

- 9./10. Semester
- Blockpraktikum Allgemeinmedizin (9 Tage + 1 Seminartag)

Landpartie 2.0

- Ab dem 5. Semester
- Kursus Allgemeinmedizin + Wahlfach
- Kleingruppenseminare in den Regionen
- Praxisphasen verteilt auf 5 Semester (2+5+2+7 Tage)
- Optional: Famulatur in einer Landarztpraxis

langfristiger + wiederkehrender Kontakt zu den Studierenden

Seite 8



Konzept „Landpartie 2.0“

Tagesausflug



- Ein organisierter Ausflug pro Jahr
- Ziele: innovative Versorgungsmodelle in ländlichen Regionen
- Kennenlernen weiterer regionaler Akteure

Seite 10



Anreize für die Studierenden

- Büchergutscheine

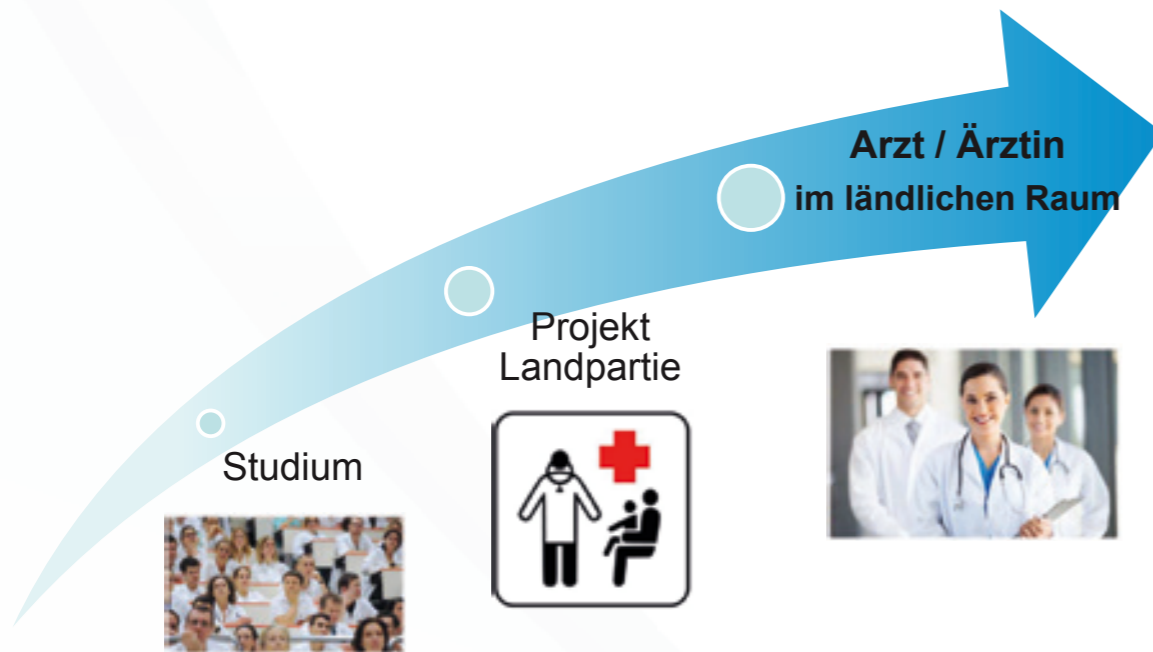


- Übernahme Kongresskosten



Seite 11

Erhoffter Werdegang der Studierenden



Seite 12

Herausforderungen bei der Etablierung einer regionalen Gesundheitskooperation

Dr. Alwin Weber – 2. Vorsitzender der GesundheitsVersorgungsKooperation (GVK) Oberzent



Guten Tag zusammen,

ich bin tatsächlich Arzt von Beruf und in einem, wie wir heute von Herrn Staatsminister Grüttner gehört haben, Demografie-sicheren Fach, Urologie, zu dem auch z.B. Augenärzte dazugehören. Aber ich habe heute einen anderen Hut auf und möchte Ihnen die Aktivitäten in Südhessen nahebringen, wo wir im Jahre 2010 / 2011 im Auftrag des damaligen Landrates und der Regional-/Kommunalverwaltung ein Strategiekonzept ausgearbeitet haben. Zunächst einmal: Der Odenwaldkreis hat ähnliche Herausforderungen und ich möchte das nicht wiederholen, das wurde von den Vorrednern zum Teil schon gesagt:

- Feminisierung der Medizin,
- Generation Y,
- Die Hinterfragung: Warum macht man was? Macht das wirklich Sinn? Will ich das wirklich?
- Vermeintlich unattraktiver Raum südlicher Odenwald: schlechte Anbindung, einziger Landkreis ohne Autobahnanschluss, schwierige infrastrukturelle Bedingungen.
- Nachbesetzungsbedarf welcher von Herrn Haas ganz deutlich beschrieben wurde.

Die Entwicklung der Kreisbevölkerung ist im Odenwaldkreis tatsächlich rückläufig. Gemeinsam mit meinem Kollegen versorgen wir im Kreis etwa 100.000 Bürger, das ist für eine urologische Praxis viel. Wir sind in der Region ca. 60 Ärzte, davon 2/3 Hausärzte und die Entwicklung spiegelt sich hier in dem wieder, was Herr Haas vorhin schon abgebildet hat.

Wenn man in einer Region arbeitet, so ist es die erste Aufgabe in der Kommune überhaupt, eine Aufmerksamkeit dafür zu schaffen, wer macht überhaupt Gesundheitsversorgung. Ich will Sie dahin lenken und Ihnen zeigen, dass wir nicht nur über SGB V sprechen. SGB V und Ärzte ist ein Teil, die Hausarztversorgung ist natürlich in der Politik momentan ganz vorne, aber die Bevölkerung braucht mehr. Die Bevölkerung braucht alle Sozialgesetzbücher. Dazu haben wir ein Strategiepapier, mit dem Leiter des Gesundheitsamtes, dem Leiter des Gesundheitszentrums vor Ort und mir, damals noch als Vorstandsmitglied der Genossenschaft der Ärzte im Odenwald, entwickelt und antizipiert. Hierzu haben wir ein Konzept in der Region entwickelt, welches das berücksichtigen soll. Ich werde das in der Folge auch zeigen.

Wir haben hier verschiedene Gruppen angesprochen. Unter anderem haben wir die KV Hessen, die regionale Gesundheitskonferenz, die in Darmstadt beheimatet ist, mit an Bord gehabt und es gibt den Onkologie Pakt, alle diese Dinge haben wir berücksichtigt. Am Ende sehen Sie, dass sich daraus sieben Arbeitsgruppen gebildet haben. Die Kinderarzt-Arbeitsgruppe hat sich mittlerweile aufgelöst, weil hier die Probleme zusammen mit Darmstadt gelöst worden sind.

Die Förderstrukturen, die wir zusammen mit dem Land Hessen aufgebaut haben, sehen Sie in den Folien. Dort sehen Sie, was der Odenwaldkreis als Planungskonferenz ins Leben gerufen hat. Daraus entwickelte sich eine Koordinationsgruppe, die es heute auch noch gibt. Angedockt ist das hessische Sozialministerium, die Gesundheitskonferenz Darmstadt, die KV und die Planung im Bereich des Kreises. All diese Gruppen haben wir also mit an Bord

genommen, um die Planungsbereiche für Gesundheit abzubilden.

Es gibt eine Projektlenkungsgruppe, und in dem ersten Förderdurchgang ging es um eine Konzepterstellung. Wir befinden uns an der Stelle des Strategiepapiers, was am Ende 80 Seiten umfasste und zunächst einmal als ein Papier über 20 Seiten vorgesehen war. In der Entwicklung ist das jetzt ein belastbares Papier, was auch nach der Kommunalwahl mit einem Landratswechsel Bestand hat und von der Region weitergeführt wird. Dazu muss man zunächst einmal eine Themensammlung machen. Hierzu braucht es viele Gespräche. In den Folien sehen Sie die folgenden Fragestellungen einmal aufgelistet:

- Über was wollen wir reden?
- Welche Art der Versorgung wollen wir machen?
- Welche Bausteine sind dafür notwendig?

Es geht um ein Gesundheitsnetzwerk im Odenwaldkreis und die Inhalte inklusive Mobilität, um eHealth und was ist in Zukunft ein Arzt-Patient-Kontakt sowie einige weitere Inhalte. Diese Themen haben wir alle besprochen und in ein Gesamtkonzept eingearbeitet. Hieraus wurde dann eine Kreisstrategie, die dann verabschiedet und zu Papier gebracht wurde. Es geht also um Gesundheitsversorgungszentren, wir haben es für unsere Region ein wenig umbenannt, weil mit dem Begriff des Zentrums auch immer eine Bedeutung verbunden wird, aber so wie es der Minister heute Morgen dargestellt hat, geht es um ein virtuelles Dach, unter dem dann alle Gesundheitsanbieter der Region hineingepackt werden und wir haben es deshalb „GesundheitsVersorgungsKooperation“ genannt. Was will eine GesundheitsVersorgungsKooperation?

Sie will in fünf Regionen dezentrale, miteinander vernetzte, sektoren-übergreifende Versorgungsstrukturen entwickeln. Sie möchte die Kombination verschiedener Sozialgesetzbücher erreichen und sie möchte eine virtuelle Organisation schaffen. Welche Rechtsform dahinter gelegt wird, sei zunächst nochmal nicht entschieden. Wir haben uns für die Organisation in einem Verein entschieden und nicht in einer Kapitalgesellschaft.

Die Region wurde heute schon mehrfach als Landkarte dargestellt. Es sind insgesamt fünf Regionen, um die wir uns im Odenwaldkreis kümmern wollen und die prekärste Situation stellt sich in Oberzent dar. Interessanterweise hat sich zur gleichen Zeit

eine Fusion von vier Gemeinden erlebt und insofern passte das sehr schön zur Parallelentwicklung in der ganzheitlichen Versorgung von Patienten und Bürgern in einer Region, sodass wir da ganz eng mit der Politik zusammenarbeiten konnten.

Wir haben dann natürlich, wie das so üblich ist, eine Corporate Identity geschaffen. Unser Logo sehen Sie schon in den Folien und wir werden an dieser Stelle auch weiterarbeiten. Beerfelden ist hier der zentrale Ort, der hier die Akteure zusammenbringen wird. Ich habe Ihnen das in den Folien nochmal symbolisch dargestellt. Es geht darum ein Haus zu bauen, in dem viele Anbieter Platz haben. Im Zentrum steht tatsächlich so etwas wie ein „Gesundheitsversorgungszentrum“, in dem auch ein MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) beheimatet sein kann. Das kann ein privat betriebenes MVZ sein, kann aber auch ein kommunal betriebenes MVZ sein, solange es allen anderen Anbietern, die auf dem Markt sind, die Möglichkeit lässt unter dieses Dach zu schlüpfen und in einer Form der Zusammenarbeit in diesem Verein mitzuarbeiten, ohne sich räumlich zu verändern.

Der Verbindlichkeitsgrad muss dann im jeweiligen individuellen Fall geklärt und vertraglich festgehalten werden. Die Gesamtstruktur in der Region sieht so aus, dass wir ein Gesundheitsversorgungszentrum haben, in dem verschiedene SGB V-Anbieter (Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten, Wirbelsäulen-Sprechstunde) ansässig sind. Neben den heute schon Ansässigen — in der Oberzent ist es ein großer Reha-Anteil, wir haben dort zwei Reha-Zentren, die sich zum Teil sehr prominent um Skifahrer und Handballer und Leichtathleten kümmern, sodass wir diese Anbieter natürlich mit ins Boot nehmen und nicht außen vor lassen, jedoch auch kein Gesamtkochrezept über eine Region stülpen, sondern schauen, was ist in der Region, was macht die Region stark, welche Arbeitsplätze sind dort angesiedelt und wie können wir die Attraktivität dort erhöhen – müssen wir natürlich auch analysieren, welche Mängel gibt es in dieser Region und müssen dort tätig werden und haben deswegen auch eine Geschäftsstelle eingerichtet, die „GesundheitsVersorgungsKooperation Oberzent Geschäftsstelle“. Diese ist Anlaufpunkt als Management und für die Koordination, wo verschiedene Anfragen gestellt werden können.

Die Geschäftsstelle kümmert sich aber z.B. auch, wie das so ist, wenn man eine neue Struktur

aufbaut, um Fördergelder, weil Strukturleistungen oft nicht gegenfinanziert sind. Das ist ein großes Problem in allen Regionen. Wo bekommt man Geld für Strukturmaßnahmen her? Das muss man sich letztendlich aus verschiedenen Töpfen zusammensammeln.

In dem GVK-Koordinationsmanagement bin ich mit beteiligt, aber es gibt auch eine Non-Profit-Stelle für Information, Beratung und Vermittlung. Das lehnt an die Systematik „Pflegetützpunkt“ an, aber wir würden an der Stelle weitergehen und würden dieser IBV-Stelle in der Region noch mehr zutrauen und zumuten, um die verschiedenen Sozialgesetzbücher und die Angebote, die ein Bürger in der Region hat, auch wahrnehmen zu können, an einer Stelle zu koordinieren und auch zu erfahren. Sie werden dann fragen: „Wie kann man diese Stelle gegenfinanzieren?“. Das ist immer noch schwierig, aber man kann hier im Landratsamt verschiedene Ressourcen bündeln und siehe da, es findet sich dann doch an der ein oder anderen Stelle Potenzial, um so eine Stelle zu finanzieren.

Wie haben wir uns das vorgestellt? Ich habe Ihnen das dargestellt, wir möchten zunächst einmal als Verein arbeiten und Sie dürfen mir glauben, ich bin jetzt seit 17 Jahren niedergelassen, selbst natürlich Arzt, sodass, wann immer man versucht mit Ärzten eine Firma zu gründen, und das ist ja nichts anderes, gestaltet sich das schwierig. Die Verlässlichkeit von Ärzten ist dort begrenzt. Manche steigen in den Karren ein und bald wieder aus, das weiß man und deshalb braucht man Strukturen, die das leicht ermöglichen.

Es gab mal ein schönes Beispiel von einer meiner Schulungen: „Wenn man mit der Schubkarre als Gärtner losfährt und hat alle Kröten eingesammelt, dann denkt man, man hat sie jetzt alle und wenn man losfährt, springen die Ersten schon wieder raus“. Das ist ein Phänomen dem man Rechnung tragen muss. Sodass man Beispiele und Organisationsformen wählt, die niedrigschwellig sind, sowohl für das Einkommen als auch für das Rausgehen, sonst hat man nichts als Ärger.

So sieht das momentan bei uns aus.

Wir haben einen Verein gegründet, die „Gesundheits VersorgungsKooperation“. Die Koordinationsstelle ist die Geschäftsstelle, bestehend aus einer kleinen

Managementgesellschaft und mit mir als ärztlichem Berater. Dann haben wir noch alle wesentlichen Berater der Region, sogar mit Vertretern des Tourismus, Unternehmer, Präventionsabteilungen, Rehabilitation, wir haben viele Pflegeeinrichtungen mit an Bord. Wir haben auch zweimal im Jahr einen sogenannten Odenwälder Ärztetag. Dort sind auch immer die Pflegeeinrichtungen eingeladen und die Pflegedienstleitungen mit von der Partie. Das ist ein ganz wichtiges Instrument um ein- oder zweimal im Jahr eine Plattform zu bieten, wo der Dialog der Gesundheitsanbieter stattfindet. Rund um die Themen: „reine Ärztetage“, „reine MFA's“, „reine Pflegeeinrichtungen“, sind wir, glaube ich, komplett durch. Wir müssen in den Dialog, unsere Sorgen vortragen und die gemeinsame Gestaltung vorantreiben.

An dieser Stelle (Folie 20) sehen Sie einmal den Herrn Görig, den Landrat Herrn Matiaske, den Leiter des Kreisgesundheitszentrums, die Managementeinheit und die neue niedergelassene Augenärztinnen und Chirurgen, die sich diesem Konzept angeschlossen haben.

Man sieht, es ist auch immer an Personen gebunden. Jetzt geht es darum neue Strukturen, attraktive Gebäude und Praxisräume für Kolleginnen und Kollegen zu finden, die sich in der Region niederlassen wollen. Allein das ist ein sehr schwieriger Prozess, weil es sehr viele unterschiedliche Interessen gibt, manchmal auch gegenläufige. Das erkennt man dann im Laufe des Projektes. Aber Sie sehen, wir arbeiten viel im Hintergrund und suchen uns Orte und Plätze für medizinische Leistungserbringungen oder Versorgungsstrukturen aus. Die Idee ist natürlich nicht nur Beerfelden zu versorgen, sondern auch in den anderen Regionen, die in etwa aus 20.000 Bürgerinnen und Bürgern bestehen. Das ist so in etwa die Einheit, von der wir glauben, dass eine Kooperation quasi noch authentisch lebt und nicht als übergestülptes Konzept empfunden wird. Hier nochmal der Ausblick wie es aussehen soll, wenn verschiedene Anbieter in der Region in Versorgungsstrukturen zusammengefasst werden.

Wir sind jetzt dabei diese Unterregionen zu klammern, um solche Aufgaben wie:

- Netzwerkmanagement
- Akquise von Fördermitteln
- Vertrags- und Finanzierungsmanagement
- integrierte Versorgungsprogramme
- transsektorale Versorgung

im Dialog mit den Krankenkassen zu etablieren. Das ist ja sehr oft ins Stocken gekommen, wo Verträge über 2 - 3 Jahre verhandelt werden müssen. Wir werden nicht umhinkommen, moderne IT- und Kommunikationsmittel in diese Versorgung einzubeziehen. Da passt auch die Digitalstrategie des Landes sehr gut hinein, da haben wir ja eine Säule, wenn Sie die Arbeit kennen, die sich mit der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvernetzung befasst. Und wir haben zwei große Firmen, unter anderem auch die Pirelli, wo wir betriebliches Gesundheitsmanagement mit integrieren wollen.

Auch hier muss der Gedanke der präventiven, vorsorglichen Medizin mit eingebaut werden, nicht nur weil das für den Bürger gut ist, sondern weil es auch Gegenfinanzierungsstrukturen schafft. Das ist eine Aufgabe der Kommune, dort die Ressourcen zu heben, die in der Region sind und das am Ende des Tages für die Ärzte attraktiv zu machen, die kommen sollen.

Ich habe Ihnen nun ein bisschen versucht zu zeigen, wie wir das vor Ort aufgebaut haben. Aber wir haben natürlich auch Schwierigkeiten, z.B. wie Ärzte, die noch nicht ganz in der Exit-Strategie sind aber auch keine modernen Ärzte sind, die sich diesen Konzepten widersetzen. Und erst wenn sie ihren persönlichen Vorteil ganz deutlich erkennen, überhaupt erst mitmachen wollen. Und solange ihre Praxis so voll ist, dass die Patienten quasi auf der Straße stehen und die Bezahlung so gut ist, dass sie keinen anderen Versorgungsauftrag für sich empfinden, machen sie bei solchen Konzepten natürlich nicht mit.

Sie müssen es auch nicht, es sei denn sie wollen später ihre Praxis verkaufen, dann werden sie auf einmal ganz hektisch und schreien nach der Kommune. Ich sage das hier ganz offen und ich möchte hier auch ganz gerne ein Stück weit als Nestbeschmutzer vorne stehen, aber das ist etwas was unsere tägliche Arbeit schwer macht, dann muss aber innerhalb von sechs Monaten sofort was passieren, anstatt sich drei, vier

oder fünf Jahre vorher in Konzepte einzubringen, die dann die Lösung finden. Und das hat ja auch der Kollege in Fulda dargestellt, wie weit vorher man hier ansetzen muss. Und Sie werden auch die Probleme haben, dass der ein oder andere sagt:

„Warum soll ich denn jemanden in meiner Praxis haben, der mir nur auf die Finger guckt?“. Wir haben momentan in der IT-Welt keine Lösung, auch wenn die Anbieter anderes versprechen, ich habe hier so sehr viel Lehrgeld bezahlt, sehr viele Rohrkrepiere mitfinanziert und ich bin da sehr zurückhaltend, wenn es um neue IT-Strukturen, insbesondere, wenn es um neue Vernetzungsstrukturen geht.

Und wir haben es jetzt erstmals erreicht, dass wir auch bei der Krankenkasse über einen kleinen Indikationsvertrag Strukturmaßnahmen gegenfinanzieren. Normalerweise bezahlt eine Krankenkasse nur die medizinische Leistung und keine Strukturmaßnahmen. Wenn wir das nicht gelöst bekommen, wie können wir dann Strukturen ändern und gegenfinanzieren? Dann werden wir keine Veränderung im System finden.

Zum Abschluss nochmal ein Bild, welches zeigt, wo wir die Aufgabe einer kommunalen Aufgabe in der Versorgung sehen. Die liegt nicht nur in dem Bereich Sozialgesetzbuch Nr. V, sondern sie liegt in dem Bereich Sozialgesetzbuch Nr. IX, XI und XII. Hier muss eine Verknüpfung her. Sie sehen die KV Hessen, das meinen wir ganz ernst, die berät uns hier ganz hervorragend und hat uns auch bei dem IV-Vertrag hervorragend begleitet. Es wird Zeit, dass die KV, insbesondere in Hessen, tatsächlich anders wahrgenommen wird, als sie vielleicht in der Vergangenheit gesehen wurde.

Und damit Sie sehen, mit wem man sprechen muss, damit man diese Sozialgesetzbücher bedienen kann, habe ich das in den Folien einmal exemplarisch in die Kreise eingefügt. Darunter das Gesundheitszentrum Erbach, es gibt eine Reha-Klinik, die AHG-Klinik, es gibt verschiedene MVZ's, es gibt eine Tagesklinik, all diese Gesundheitsanbieter, die im SGB V-Bereich sind, müssen Sie ansprechen. Die sitzen auch bei uns am Tisch, wenn es um die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung geht. Wir haben die ambulanten Pflegedienste und die stationären Pflegeeinrichtungen am Tisch und die sprechen mit uns und schildern uns ihre Bedürfnisse. Dann haben wir noch den großen Bereich, den ich ehrlich

gesagt als Arzt nie wahrgenommen habe, dass das Gesundheitsamt eine Daseinsvorsorge und ein planerisches Element für den Kreis liefert, das hat mich in diesem Arbeitskreis sehr weit gebracht, um über meinen Tellerrand hinweg zu gucken. Wir sind sehr froh, dass wir es im Odenwaldkreis geschafft haben, diese Barrieren im Denken zu überwinden und an einem gemeinsamen Strang zu ziehen.

Vielen Dank!

Frage:

Ein Verein ist ja trotzdem immer noch zunehmend auch eine Schwierigkeit für die Leute. Da stellt man sich Fragen wie: „Trete ich so einem Verein bei?“, „Welche Verpflichtungen gehe ich damit ein?“. Wie haben Sie das so gestalten können, dass diese Mitgliedschaft ohne größere Hürden auch für viele einfach denkbar war? Ich denke da an Mitgliedsbeiträge, Verpflichtungen auch im Vorstand mitzuwirken etc.. Wie haben Sie das gestaltet und die Leute dann auch bewegt, Mitglied in Ihrem Verein zu werden?

Antwort:

Zunächst einmal sind Bedarfe da. In der Region Oberzent ist das sehr deutlich. Da war zunächst, vor zwei Jahren, eine drohende Unterversorgung, jetzt sind zwei Ärzte vom Netz gegangen und wir haben einfach gesehen, wie die Bürgerinnen und Bürger vor Ort und auch die Leistungsanbieter erkannt haben, dass etwas passieren muss. Die KV hat den Sicherstellungsauftrag, aber sie hat nicht den Auftrag, in einer Region die Gesundheitswirtschaft und alles was damit zu tun hat, aufrechtzuerhalten. Die Rationale war klar. Wir haben keine Mitgliedsbeiträge. Wir haben über Fördermaßnahmen eine Geschäftsstelle, die sich um die Akquise von Fördergeldern kümmert. Das macht es dann leicht. Wenn der Verein also gut gegenfinanziert ist und ein gutes Papier im Hintergrund liegt, das ist diese „Gesundheitsstrategie Odenwaldkreis“, dann ist das offensichtlich und dann machen die Leute auch mit.

Ob sie aktiv sind, das ist nicht der Fall, das braucht es auch nicht. Es benötigt einer guten Geschäftsstelle, die die Sachen gut vorbereitet und dann wird dem Verein der nächste Schritt vorgestellt. Das ist nicht das Problem. Sie müssen das niedrigschwellig halten und wir haben auch viele Interviews in der Region geführt, und gefragt, wo drückt euch der Schuh? Und

wenn man das in der Vereinsatzung wiederfindet, dann ist es ganz leicht dabei mitzumachen.

Frage:

Führt Ihr Verein auch für die Mitglieder Abrechnungen durch? Wird der Verwaltungsanteil damit ein Stück weit mit aufgefangen? Weil ich in Diskussionen mit jungen Leuten, die Medizin studieren, immer mitbekomme: „Wir haben ganz viel Lust auf medizinische Praxis, wir wollen Patientinnen und Patienten behandeln, aber auf diesen Abrechnungs- und Verwaltungsaufwand haben wir keine Lust“.

Antwort:

Das war leider ein zu komplexes Detail an der Stelle. Der Verein kümmert sich z.B. nicht darum, wie im Einzelnen eine BAG oder eine MVZ oder eine Gemeinschaftspraxis läuft und wie sie im operativen Geschäft abgewickelt wird, sondern schafft die Rahmenbedingungen, damit solche Dinge überhaupt entstehen können. Im Bedarfsfall würden wir das natürlich, wenn ein junger Kollege dort Hilfe bräuchte, bereitstellen, aber das ist nicht der Geschäftszweck im eigentlichen Sinne.

Frage:

Sie gehen von fünf Regionen aus. Wie sind Sie zur Identifikation dieser Räume gekommen und wie kam es zu der Entscheidung in Beerfelden anzufangen?

Antwort:

Es gibt bestimmte Trampelpfade in einer Region. Sie wissen einfach, dort sind Kernpunkte und dort gehen die Leute hin. Ich als Facharzt habe es ein bisschen leichter, ich sehe ganz genau in welche Region die Patienten zu welchen Hausärzten gehen.

Verlassen Sie zum Beispiel die Region Lützelbach, gehen Sie stattdessen nach Beerfelden, macht kein Mensch, geht alleine schon aus geografischer Sicht nicht. Es ist eine reine Identifikation anhand der Kunden/Versicherungen/Patienten/Bürgerbewegungen. Sie wissen genau, wo diese Cluster eigentlich sind und wie die Gemeinden zusammengehören.

Ich bin jetzt auch ein Hinzugezogener im Odenwaldkreis, aber das gehört zusammen und das gehört zum Teil sogar dialektmäßig zusammen. So haben wir dann aufgeteilt und wollten schauen, dass die Region nicht größer ist als 20.000 und das kommt so in etwa hin.

Frage:

Warum Beerfelden?

Antwort:

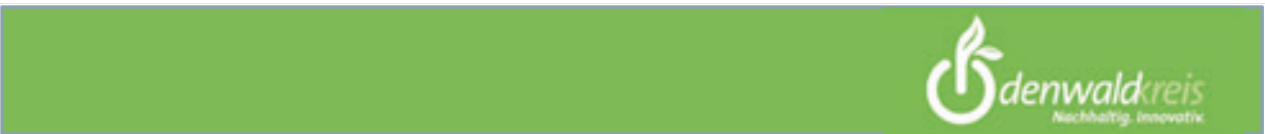
Da war die Not am größten. In einer anderen Region, z.B. in der Vorzeigeregion Bad König, hat sich eine Ärzteschaft mit mittlerweile neun Hausärzten selber zusammengefunden. Das hängt immer an Personen. Dr. Eisenhauer ist hier zu nennen, der berät auch die Region Oberzent. So agglomeriert das dann an dieser Stelle und so hätten wir uns das auch für die Oberzent vorgestellt. Aber an der Stelle krankt es tatsächlich bei den noch tätigen Ärzten, die dort nicht sehen, dass sie da mitmachen sollten.

Es ist ganz typisch in der Region und die KV hat uns ein paar Zahlen zur Verfügung gestellt, um mal zu schauen, wie denn so die Bewegungen sind. Man kann das nehmen, da ist auch die KV sehr hilfreich mit Zahlenmaterial, um zu schauen, wo agglomeriert es denn. Das war der Grund.



Odenwaldkreis
Nachhaltig. innovativ.

Herausforderungen bei der Etablierung einer regionalen Gesundheitskooperation
vom Sektorendenken
zur koordinierten Versorgung



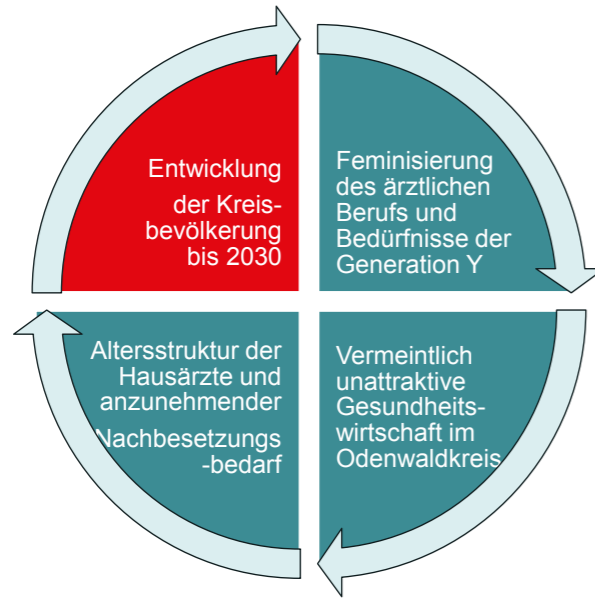
Odenwaldkreis
Nachhaltig. innovativ.

Herausforderungen

- Entwicklung der Kreisbevölkerung bis 2030
- Feminisierung des ärztlichen Berufs und Bedürfnisse der Generation Y
- Altersstruktur der Hausärzte und zunehmender Nachbesetzungsbedarf
- Vermeintlich unattraktive Gesundheitswirtschaft im Odenwaldkreis



Herausforderungen



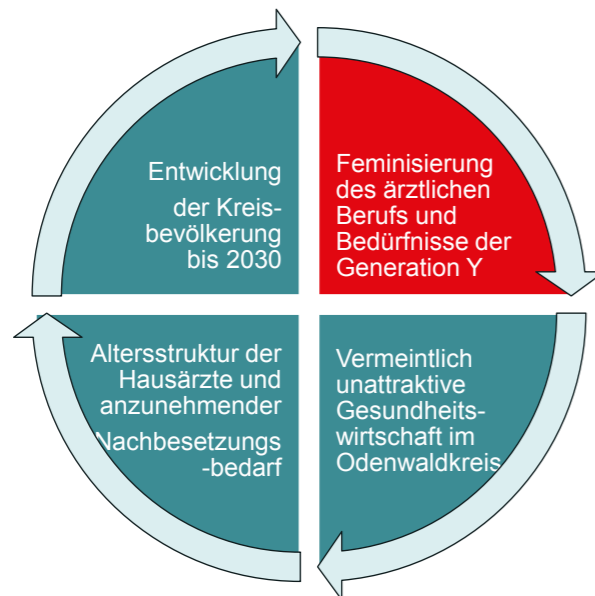
Einwohnerzahl des Odenwaldkreises:
-96 201 Einwohner
(Stand 31.12.2013)

Prognose:
Einbußen der Bevölkerung
-bis 2030 = 7 % seiner Bevölkerung
-bis 2050 = 18 %

ansteigen wird die Zahl der > 65-Jährigen
von aktuell 21 %
auf 31 % im Jahr 2030



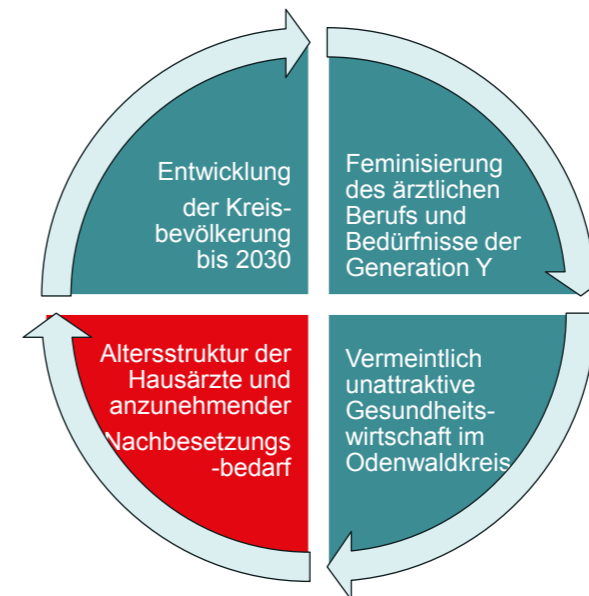
Herausforderungen



Merkmale der Generation Y:
•sind pragmatisch, kooperativ, kooperationsfreudig, hoch IT-affin und bilden aktive Netzwerke
•haben hohes Anforderungsprofil an Arbeitsplatz:
•wünschen attraktive Arbeitszeitmodelle mit lebensabschnittsadaptierten Lösungen (Elternzeit, flexible Auszeiten)
•fordern striktes Einhalten von Zielvereinbarungen ein.
•achten auf ausgewogene work-life-balance



Herausforderungen

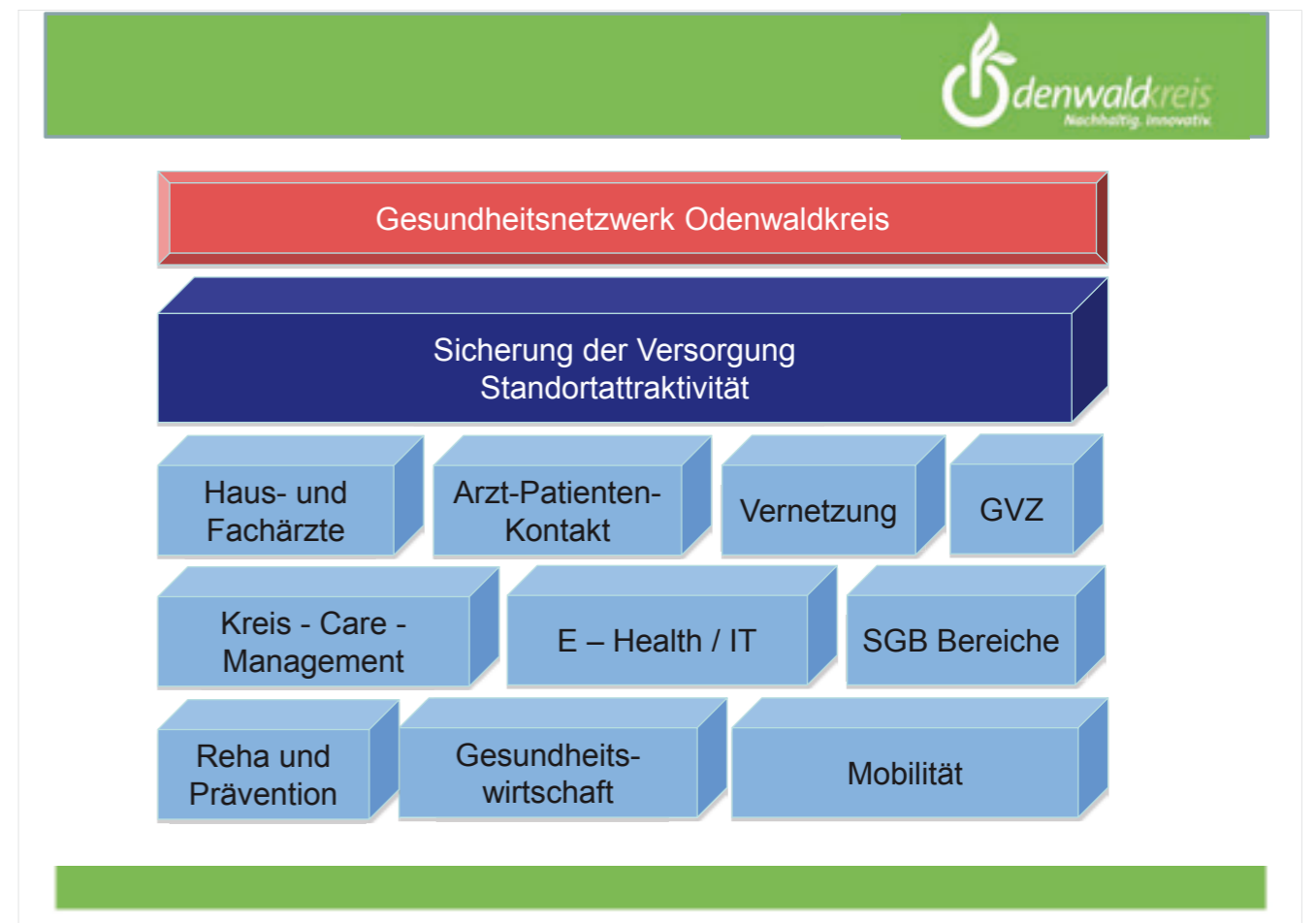
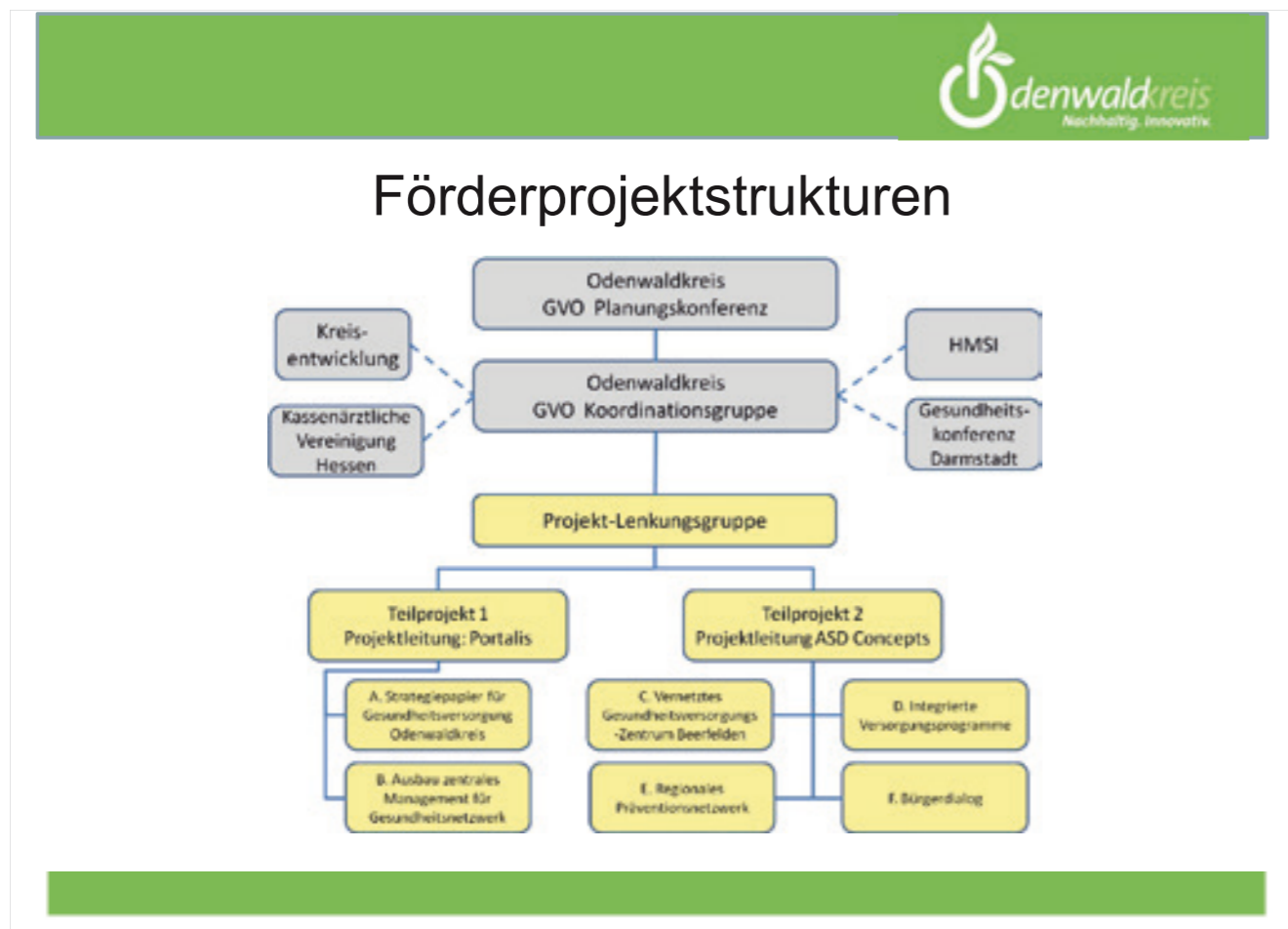
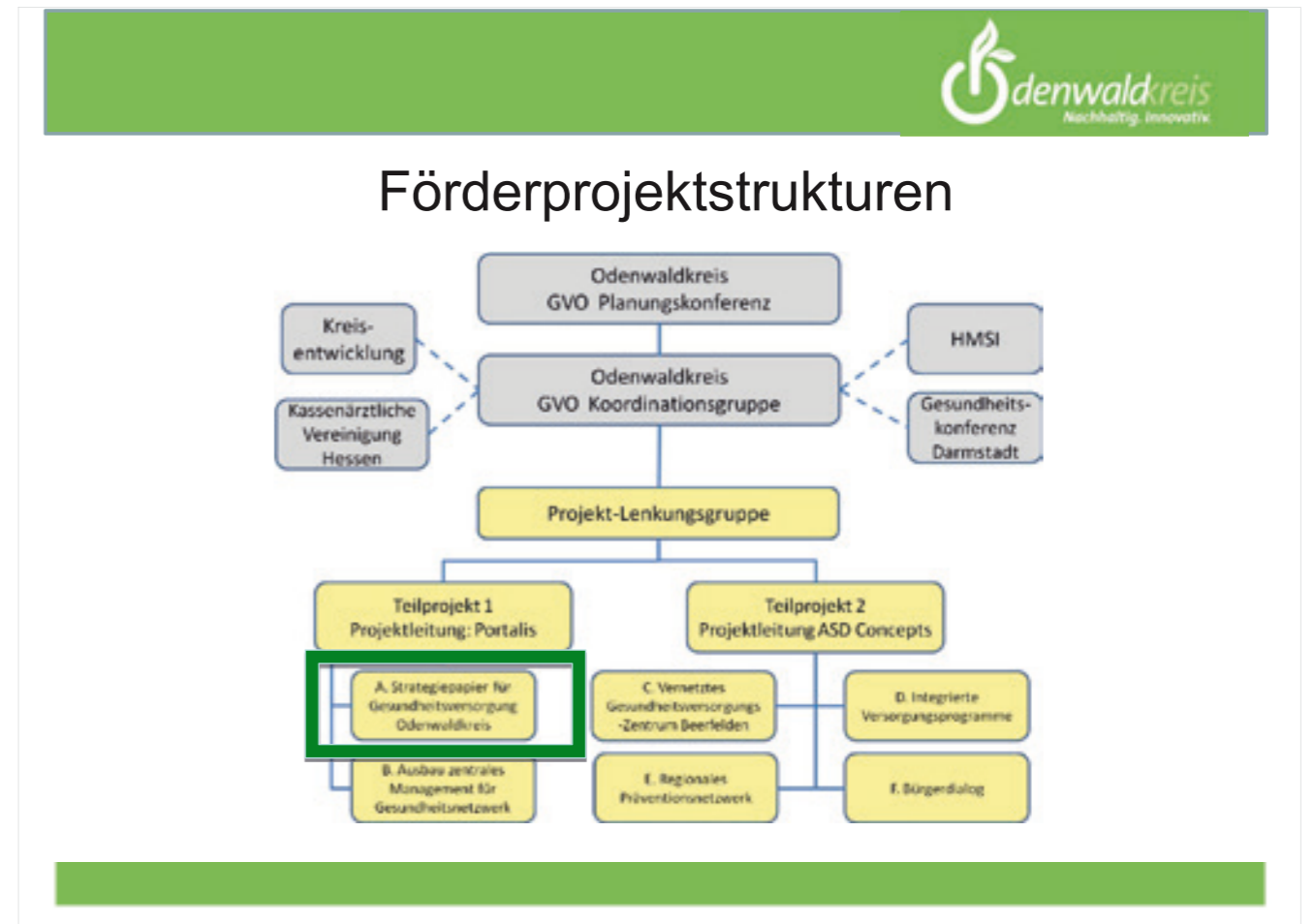
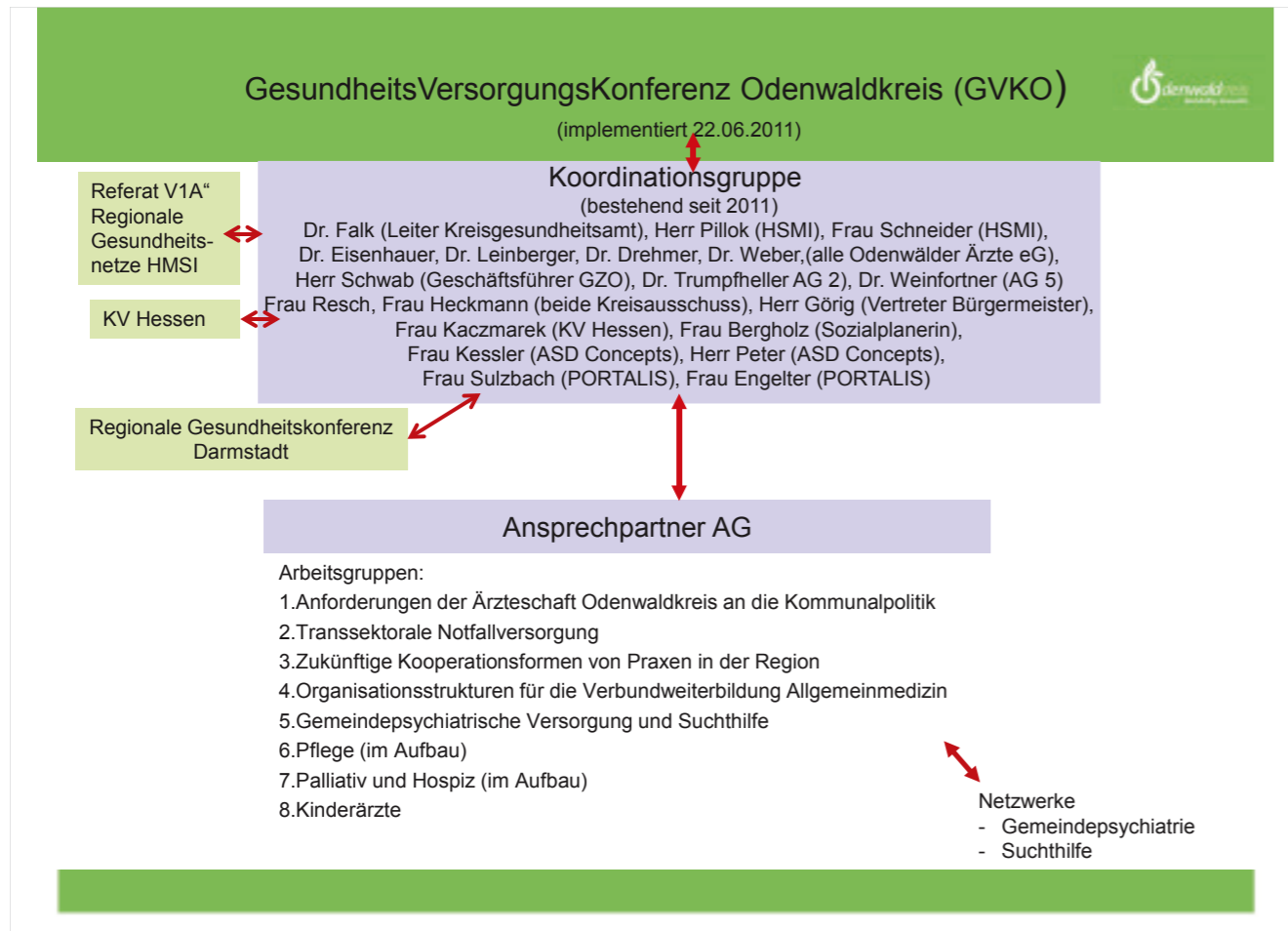


Stand 01.06.2013 sind von 63 Hausärzten
-24 der Altersgruppe der 50-59-Jährigen angehörig und
-22 sind 60 Jahre und älter

Bis zum Jahr 2028 werden
•46 der aktuell 63 in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte das 65.Lebensjahr vollendet haben.

Unter der Annahme, die Praxisabgabe erfolgt mit 65 Jahren werden vermutlich altersbedingt einen Nachfolger suchen
•2015 voraussichtlich 12 Hausärzte
•2017 voraussichtlich 20 Hausärzte und
•2020 voraussichtlich 28 Hausärzte





Leitbild										
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Gesundheitsnetzwerk Kreisstrategie Odenwaldkreis </div>									
Mission	<ul style="list-style-type: none"> Erhalt und nachhaltige Sicherung einer flächendeckenden, gut zugänglichen, bedarfsgerechten, sektorenübergreifenden, qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung für die Bevölkerung Schaffung attraktiver Standortbedingungen für den innovativen Ausbau bzw. die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft des Kreises 									
Operative Ziele	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Sicherung der dezentralen medizinischen / gesundheitlichen Versorgung durch Implementierung von regionalen <u>GesundheitsVersorgungszentren (GVZ)</u></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">zeitgerechte Gewinnung von Haus-/Fachärzten sowie von Fachpersonal</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">zukunftsweisende Gestaltung von Arzt-Patientenkontakten</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Erhöhung des Anwendungsgrades von <u>eHealth</u>-Technologien</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Optimierung des Kreis-Care-Managements</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">effiziente und effektive Verknüpfung der unterschiedlichen SGB-Bereiche auf Kreisebene</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Erhöhung des Verknüpfungsgrades der gesundheitsbezogenen Wertschöpfung</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Entwicklung des Odenwaldkreises zu einem Zentrum für Prävention und Rehabilitation</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Erarbeitung eines innovativen Mobilitätskonzeptes</td></tr> </table>	Sicherung der dezentralen medizinischen / gesundheitlichen Versorgung durch Implementierung von regionalen <u>GesundheitsVersorgungszentren (GVZ)</u>	zeitgerechte Gewinnung von Haus-/Fachärzten sowie von Fachpersonal	zukunftsweisende Gestaltung von Arzt-Patientenkontakten	Erhöhung des Anwendungsgrades von <u>eHealth</u> -Technologien	Optimierung des Kreis-Care-Managements	effiziente und effektive Verknüpfung der unterschiedlichen SGB-Bereiche auf Kreisebene	Erhöhung des Verknüpfungsgrades der gesundheitsbezogenen Wertschöpfung	Entwicklung des Odenwaldkreises zu einem Zentrum für Prävention und Rehabilitation	Erarbeitung eines innovativen Mobilitätskonzeptes
Sicherung der dezentralen medizinischen / gesundheitlichen Versorgung durch Implementierung von regionalen <u>GesundheitsVersorgungszentren (GVZ)</u>										
zeitgerechte Gewinnung von Haus-/Fachärzten sowie von Fachpersonal										
zukunftsweisende Gestaltung von Arzt-Patientenkontakten										
Erhöhung des Anwendungsgrades von <u>eHealth</u> -Technologien										
Optimierung des Kreis-Care-Managements										
effiziente und effektive Verknüpfung der unterschiedlichen SGB-Bereiche auf Kreisebene										
Erhöhung des Verknüpfungsgrades der gesundheitsbezogenen Wertschöpfung										
Entwicklung des Odenwaldkreises zu einem Zentrum für Prävention und Rehabilitation										
Erarbeitung eines innovativen Mobilitätskonzeptes										

GESUNDHEITS- VERSORGUNGS- KOOPERATION (GVK)

GVK

GesundheitsVersorgungsKooperation (GVK)

- Schaffung dezentraler, miteinander vernetzter, sektorenübergreifender Gesundheitsversorgungsstrukturen in fünf Regionen des Odenwaldkreises
- Nachhaltige Koordination und Integration der SGB- Bereiche V, IX, XI und XII.
- Die Gesundheitsversorgungs kooperation ist eine virtuelle Organisation. Organisationsform kann sein:
 - Verein, Genossenschaft, GmbH.

UMSETZUNG PILOTPROJEKT OBERZENT

GesundheitsVersorgungskooperation Oberzent mit dem dazugehörigen GesundheitsVersorgungszentrum

**Standorte versorgungsrelevanter Einrichtungen
Stand 2013**

- Hausarztpraxis
- Facharztpraxis
- Krankenhaus
- Apotheke

GesundheitsVersorgungskooperation Oberzent (GVK)

Zusammenschluss aller Gesundheitsanbieter in einem bestimmten Gebiet. Wie z.B. Haus- und Fachärzte, Apotheken, Physiotherapeuten, Pflegeeinrichtungen, sozialkompensatorische Einrichtungen wie die Caritas und andere nichtärztliche Gesundheitsanbieter als Verein.

GesundheitsVersorgungszentrum Oberzent (GVZ)

Haus- und Facharztzentrum mit Integration nicht ärztlicher Leistungsanbietern, patientenzentrierte Versorgung und Netzwerke mit den anderen Vereinsmitglieder und weiteren Kooperationspartnern.

Beherbergt die Geschäftsstelle der GVK und eine IBV-Stelle (Information – Beratung-Vermittlung) als Anlaufstelle für die Bevölkerung.

Karte aus: Regionaler Gesundheitsreport 2014, HMSI und KV Hessen

GesundheitsVersorgungskooperation (GVK) Oberzent e.V.

Sozialleistungen

Leistungen nach SGBXII

Ehrenamt

Ärztliche Versorgung

Pflege

Senioren-residenz Hennebühl
Mobile Pflege Beerfelden
Haus Cordula
Ambulante Pflegedienst Gugau

GesundheitsVersorgungszentrum (GVZ)

Hausärzte
Augenarzt
Psychotherapeut
Chirurg / Endoprothetiker
Wirbelsäulenspezialist (Sprechstunde)
Urologe (Sprechstunde)
Neurologe (Sprechstunde)

Weitere Gesundheitsanbieter z.B.: Sanitätshaus

Bistro/Kaffee Veranstaltungsraum
IBV- Stelle

Rehabilitation

Therapie-Zentrum Janowicz
RehapPlus

Prävention

VitaPlus
Therapie-Zentrum Janowicz
Vereine

Weitere Gesundheitsanbieter

Brunnen-apotheke
Weitere Leistungsanbieter

GVZ Koordinationsmanagement

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Hausärztliche Praxis

GVZ Außenstelle Gemeinden
GVZ Außenstelle Hotels
GVZ Außenstelle Betriebe

Legende:

- Private eigenständige Unternehmen
- Kreiseigene Anlaufstelle für die Bevölkerung Information, Beratung und Vermittlung
- GVK Organisation

GVK

denwaldkreis
Nachhaltig. innovativ.

GesundheitsVersorgungskooperation Organisation

GVK Verein
ggf. gemeinnützig

Vorsitz

GVK Beirat

Vollversammlung

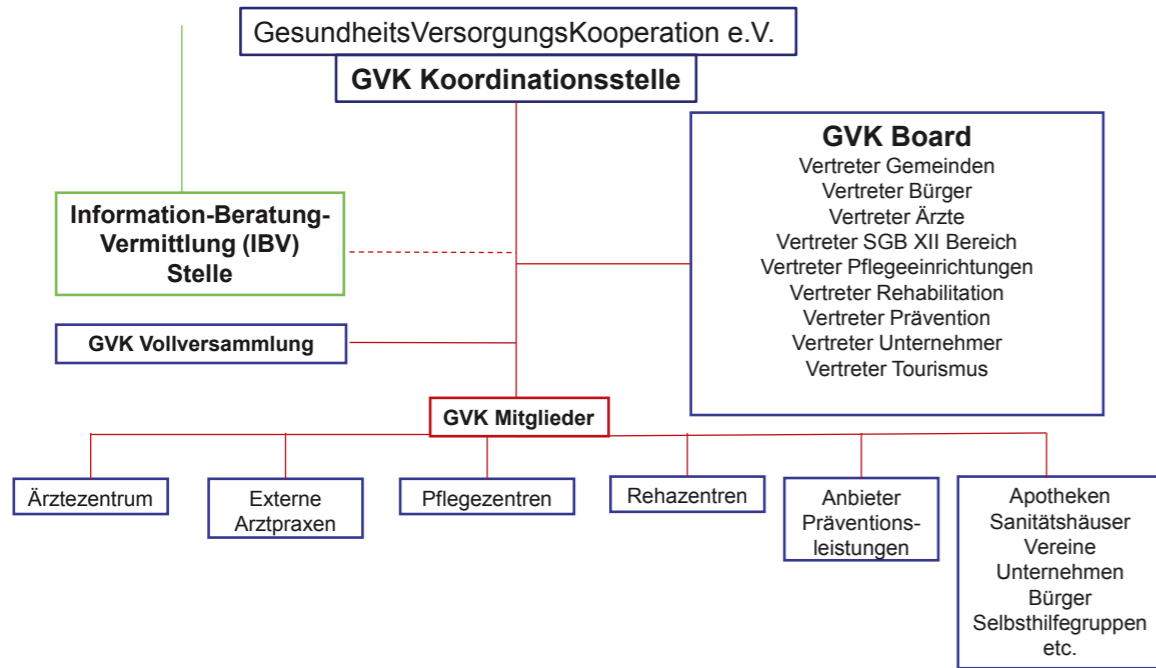
Mitglied
nat. Personen

Mitglied
jur. Personen

Mitglied

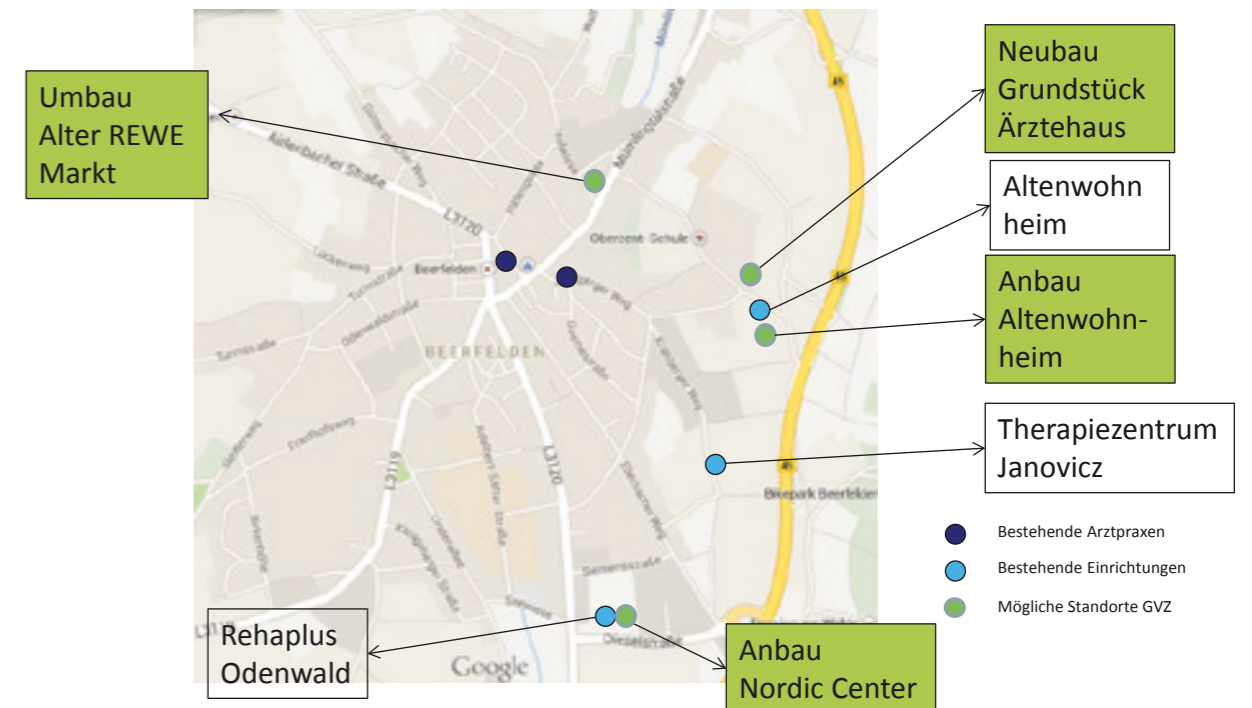
* Organisationsform kann sein: Verein, Genossenschaft, GmbH

GesundheitsVersorgungsKooperation Organisation



© ASD Concepts / Ärzte eG

Mögliche Standorte

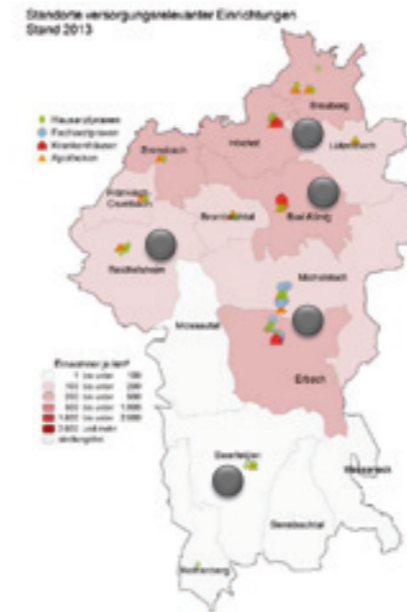


Vereinsvorstand GVK Oberzent Gründungsveranstaltung 16.9.2015



Vorne v.l.: Rainer Hartmann, Chirurg – Niederlassung ab Okt. 2015 in Beierfelden, Bürgermeister Gottfried Görig (1. Vorsitzender), Landrat Frank Matiaske, Mittlere Reihe: Michael Peter (ASD Concepts - Koordinationsmanagement), Christina Obenauer (Kassiererin), Max Janowicz (Schriftführer), Elke Kessler (ASD Concepts – Koordinationsmanagement), Hinter Reihe: Frank Leutz (3. Vorsitzender), Dr. med. Justina Musiol, Dr. med. Alwin Weber (2. Vorsitzender und Koordinationsmanagement), Dr. Ulrich Falk (Beirat). Es fehlt auf dem Bild: Bürgermeister Hans Heinz Keursten aus Rothenberg (Beisitzer)

GesundheitsVersorgungszentren Vernetzte Versorgung im ländlichen Raum



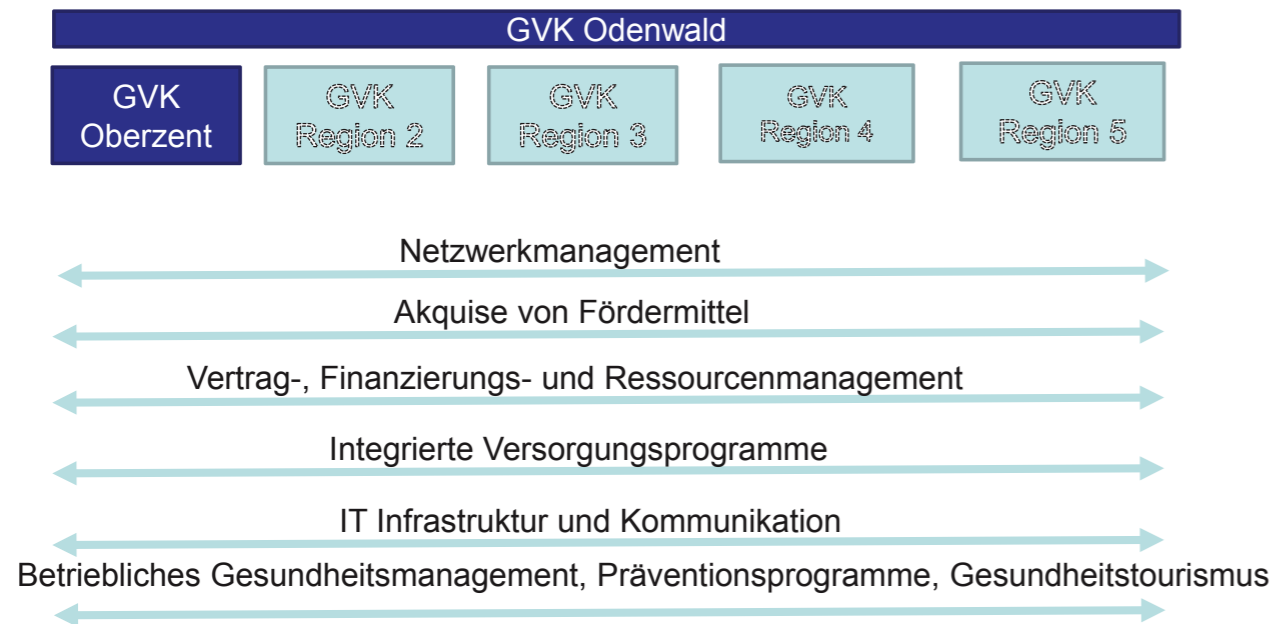
Karte aus: Regionaler Gesundheitsreport 2014, HMSI und KV Hessen

● GesundheitsVersorgungszentren, Standorte nur vorläufige Planung

© ASD Concepts / Ärzte eG

- **Sicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung** in einem definierten (strukturschwachen) Gebiet
Insbesondere im hausärztlichen/ fachärztlichen Bereich durch Förderung des Aufbaus zukunftsorientierter größerer ärztlicher Strukturen.
- **Koordinierte Versorgung** durch Vernetzung der Leistungen im Bereich der ärztlichen Akutversorgung mit nicht ärztlichen Leistungserbringern, der Gesundheitsvorsorge, der Rehabilitation, der Pflege und der Sozialkompensatorischen Leistungen. Aufbau koordinierter strukturierter Versorgungsprogramme
→ Effektivität, Qualitätssicherung und Schonung von Ressourcen
- **Ansprechpartner und Wegweiser für die Bevölkerung** durch Beherbergung der Information – Beratung – Vermittlung Stelle.

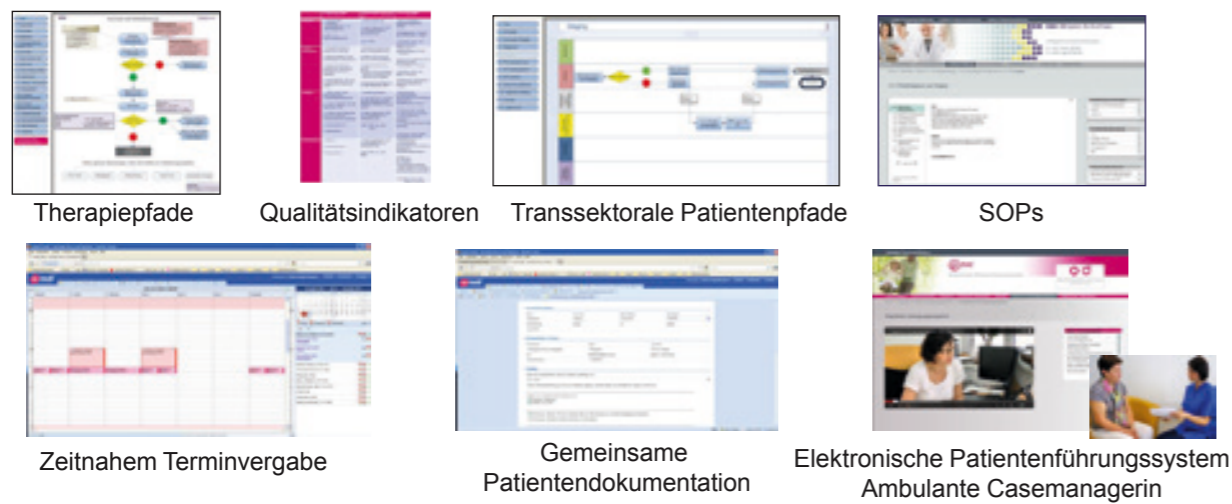
Aufbau weiterer Gesundheitsversorgungs Kooperationen und Gestaltung der übergeordneten Vernetzungsprozesse



Schwierigkeiten

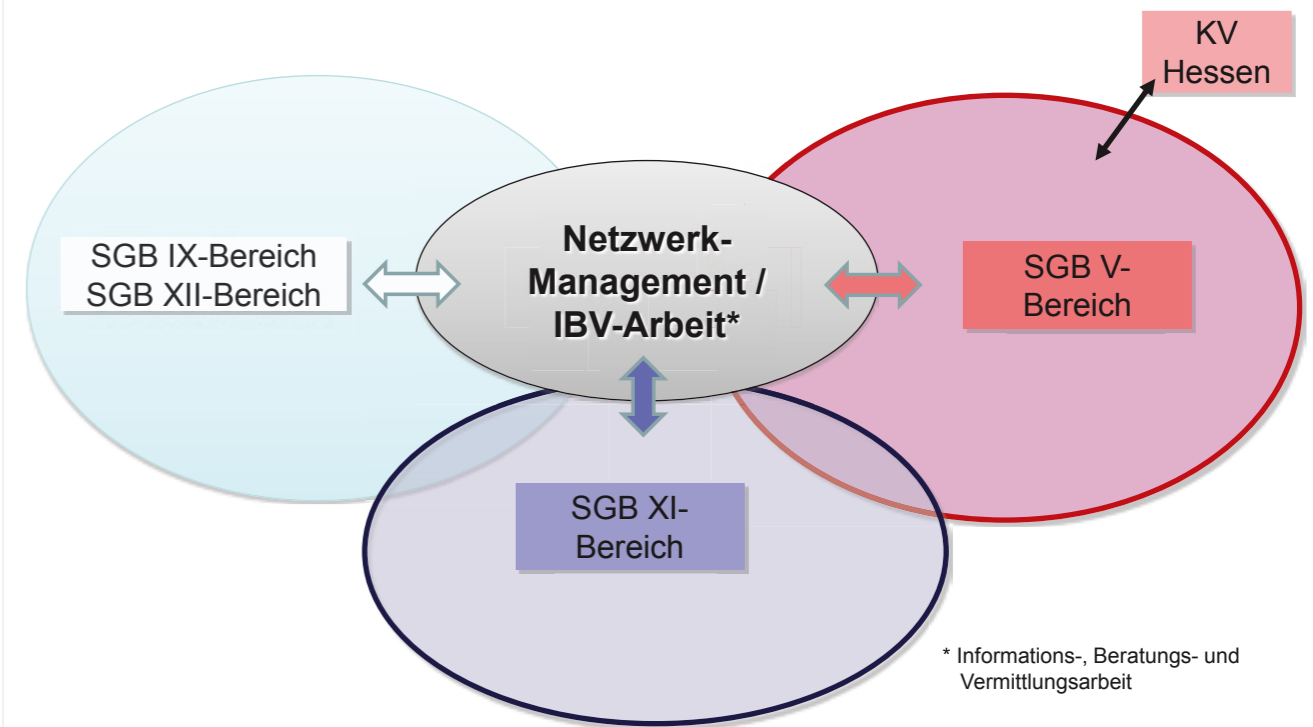
- Unbeweglichkeit der älteren Ärzte
- Hoher Wettbewerb um junge Hausärzte
- Geringe Bereitschaft der Krankenkassen integrierte Versorgungsverträge abzuschließen
- Fehlende Lösungen für IT-Infrastruktur und Vernetzung innerhalb der Ärzteschaft und über die Sektorengrenzen hinweg
- Fehlende Finanzierung von Managementstrukturen und Instanzen wie Gesundheitsstützpunkte

Koordinierte Versorgung Integriertes Versorgungsprogramm Prostata

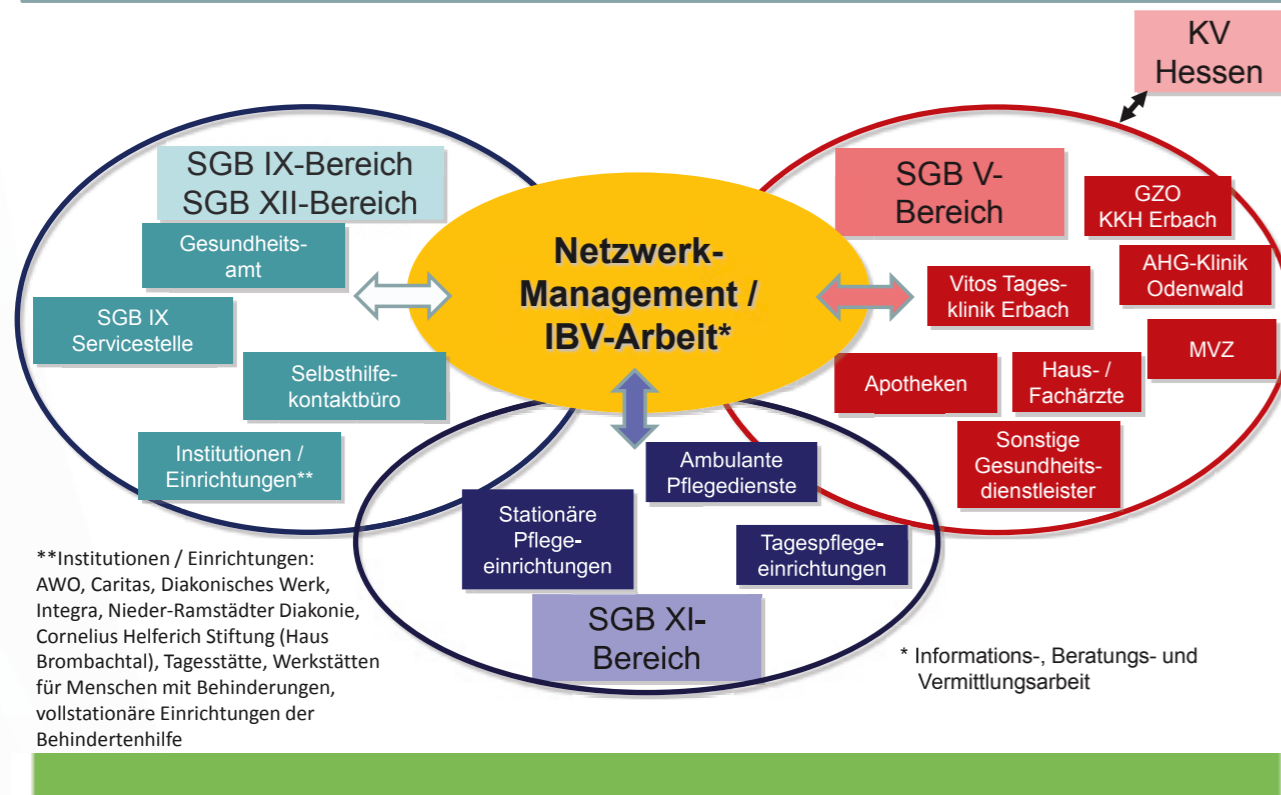


- Umsetzung Leitlinien und Qualitätssicherung in der Fläche
- Prozessoptimierung, verringerte Wartezeiten, Schonung ärztlicher Ressourcen
- Einbinden der Patienten, Patientenadherance
- Vermeidung von Unter- und Überversorgung
- Zeitgerechte Codierung
- Zeitnahe Terminvergabe

Paradigmenwechsel: vom Sektorendenken zur koordinierten Versorgung



Paradigmenwechsel: vom Sektorendenken zur koordinierten Versorgung



HERZLICHEN DANK

Im Namen der Projektlenkungsgruppe:

Dr. med. Ulrich Falk (Leiter Kreisgesundheitsamt)
 Dr. med. Ingo Drehmer (Sprecher Odenwälder Ärzte eG)
 Dr. med. Alwin Weber (GVK Oberzent Geschäftsstelle)
 Andreas Schwab, (Geschäftsführer Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH)
 Gottfried Görig (Bürgermeister Beerfelden)
 Elke Kessler (ASD Concepts, GVK Oberzent Geschäftsstelle)
 Andrea Sulzbach, Kerstin Engelter (Portalis)

Primärärztliche Versorgung im Lahn-Dill-Kreis

Lars Bongartz – Kaufmännische Leitung Landarztnetz
Lahn-Dill GmbH, Wetzlar



Ich habe im Moment drei Jobs und es ist wichtig zu wissen, wie diese miteinander zusammenhängen. In zwei GmbH's bin ich kaufmännischer Leiter und von einem Arztnetz bin ich Geschäftsführer. Ich komme aus einer großen Stadt – Köln – und da funktioniert Gesundheitsversorgung völlig anders als auf dem Land. In Städten gibt es einen Kampf um Patienten, sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den niedergelassenen Ärzten.

Da wurden in der Vergangenheit auch schon einmal Kopfgelder gezahlt, also Patienten gekauft. Mit anderen Worten: Für eine bestimmte Anzahl von Patientenzuweisungen bekam der Zuweiser eine Honorierung. Auf dem Land ist das anders, da ist die Versorgungsdichte viel geringer und in einigen Gegenden haben Praxen einen regelrechten Aufnahmestopp verhängt. Somit hat man verschiedene Dinge zu regeln, je nach Stadt und Land. Im Lahn-Dill-Kreis haben wir im Jahr 2011 eine Projektentwicklungsgesellschaft gegründet. Diese Firma hat einen langen Namen, erklärt aber was die Gesellschaft macht. Das ist die „Gesellschaft zur Förderung der Gesundheitsregionen Lahn-Dill“.

Diese Gesellschaft ist eine GmbH, gemeinnützig und gehört zwei Eigentümern. Der eine Eigentümer ist mit 51% die 100% kreisgetragene Lahn-Dill-Kliniken GmbH, also ein Kreiskrankenhaus. Der andere Projekteigentümer ist der A.N.R. e.V. ein hiesiges Arztnetz, in der Rechtsform eines Vereins. Das alleine ist schon ein wichtiger Schritt, um strukturierte Projektarbeit regional bedienen zu können. Wir haben also eine Projektentwicklungsgesellschaft gegründet, die sowohl niedergelassenen Ärzten als auch einem Krankenhaus gehört.

Die roten Dreiecke auf der Landkarte, die Sie auf der Folie sehen, sind die Standorte von Hausarztpraxen, die grünen Pünktchen sind Standorte der Lahn-Dill-Kliniken GmbH. Es gibt jedoch auch noch andere Fachkrankenhäuser im Landkreis.

Diese beiden Gesundheitsanbieter sind zwei mächtige und große Gesundheitsanbieter der Region. Mehr als 2.000 Mitarbeiter arbeiten für die Kreisgesellschaft Lahn-Dill-Kliniken GmbH. Im A.N.R. e.V. haben die Ärzte eine sehr hohe Verbindlichkeit realisiert, zumindest formal. Es gibt 380 humanmedizinische Zulassungen im Landkreis, also Haus und Fachärzte zusammen. 200 dieser Köpfe sind Mitglied im A.N.R. e.V. Natürlich sind hier auch nicht alle Ärzte gleich und jeder hat auch Einzelinteressen, aber immerhin ist eine hohe Verbindlichkeit im Arztnetz organisiert worden.

Diese GFG mbH ist eine gemeinnützige GmbH. Jetzt ist aber Projektarbeit nicht gemeinnützig. Wir mussten also eine gemeinnützige Aufgabe bekommen, damit die GmbH überhaupt mit Finanzmitteln ausgestattet werden konnte. Deswegen haben wir den Auftrag bekommen, eine Gesundheitsakademie aufzubauen und zu betreiben.

Das tun wir inzwischen sehr erfolgreich. Über 3.000 Personen haben im letzten Jahr Fort- und Weiterbildungen besucht. Hierüber erfolgt ein Mittelzufluss, womit mein Gehalt, das meines Kollegen und das eines Studenten finanziert wird. Neben der Akademie haben wir aber auch die Aufgabe, Projektarbeit zu bedienen. Aus dieser GFG heraus machen wir diverse Aufgaben. Ich erkläre Ihnen etwas zu diesem Punkt: „Entwicklung moderner Kooperationsformen“.

Ein Projekt, das aus der GFG heraus nicht nur in Gedanken überlegt, sondern auch realisiert wurde, ist eine weitere gemeinnützige GmbH, die Landarztpraxis-Lahn-Dill GmbH, im Folgenden als LAN bezeichnet.

Wir haben also die LAN entwickelt. Das ist relativ aktuell, die Situation im Lahn-Dill-Kreis. Unter der Annahme, dass die niedergelassenen Hausärzte und Hausärztinnen mit 65 Jahren in den Ruhestand gehen, benötigt der Lahn-Dill-Kreis bis zum Jahr 2025, 127 neue Hausärztinnen und Hausärzte. Das werden wir nicht schaffen. Die Gesundheitsversorgung im Lahn-Dill-Kreis wird sich verändern, das steht fest. Persönlich gehe ich davon aus, dass wir ungefähr 20 - 30 % dieser nachzubesetzenden Hausarztpraxen auf dem klassischen Wege nachbesetzen, also dass junge Ärzte die Praxen übernehmen oder Teileigentümer einer Berufsausübungsgemeinschaft werden. Weitere 20 oder 30 Zulassungen werden vielleicht in Angestelltenverhältnissen weitergeführt. Aber es werden auch etliche Praxisstandorte nicht nachbesetzt werden können. Und dann stellt sich für die Region die Frage: „Was passiert dann mit der Bevölkerung?“

Sie sehen auf den Folien den Lahn-Dill-Kreis etwas anders dargestellt und haben ja schon eben etwas zum Wort der Bedarfsplanung gehört. Das sind nicht die ganz aktuellen Zahlen, die Tendenz stimmt jedoch. Der Lahn-Dill-Kreis wird durch die Bedarfsplanung der KV Hessen in drei sogenannte Planungsbereiche geteilt. Im südlichen Lahn-Dill-Kreis, da wo die größte Stadt des Lahn-Dill-Kreises beheimatet ist, nämlich die Stadt Wetzlar, haben wir rein rechnerisch eine Überversorgung. Das heißt, in diesem blauen Gebiet darf sich derzeit kein weiterer Hausarzt neu niederlassen. Natürlich ist die Übernahme bzw. Nachbesetzung von Praxen hier immer noch möglich. Im nördlichen Lahn-Dill-Kreis haben wir eine rechnerische Unterversorgung, das heißt, da ist es bereits heute möglich, dass sich Ärztinnen und Ärzte ohne eine Praxis übernehmen zu müssen, niederlassen können. In der Mitte ist es mehr oder weniger ausgeglichen.

Die KV hält den sogenannten Sicherstellungsauftrag, doch persönlich bin ich der Meinung, dass das etwas irreführend ist. Wenn man das als Außenstehender betrachtet, könnte man denken, die KV stellt sicher, dass all das funktioniert. Die KV kann aber nicht zaubern. Da ist ja in Frankfurt keine Mannschaft von 30 Ärztinnen und Ärzten, die montagsmorgens zur

Verfügung stehen und auf die Regionen in Hessen verteilt werden, wo die Not am größten ist. Wir haben auch eben erfahren, dass der bestehende Bedarf, auf die Hessenkarte bezogen, gar nicht aufrechterhalten werden kann.

Es ist also unmöglich, dass die bestehende Struktur in der heutigen Qualität bestehen bleibt, weil einfach zu wenig Ärzte nachkommen. Jetzt gibt es aber einen Zusammenhang zwischen Kommune und Kreis und Sicherstellung und Gesundheitsversorgung. Da heißt das Zauberwort „Daseinsvorsorge“. Diese regelt sehr viel. Unter anderem auch die Verantwortung der öffentlichen Hand, sich unter anderem auch um Gesundheit zu kümmern. Gesundheit in dem Sinne heißt, nicht nur stationäre Gesundheitsversorgung, sondern im Zweifel auch ambulante Gesundheitsversorgung. Deswegen trägt der Lahn-Dill-Kreis zumindest eine Mitverantwortung im Rahmen der regionalen Sicherstellung.

Jetzt ist der Lahn-Dill-Kreis allein Eigentümer der Lahn-Dill-Kliniken GmbH, also des Kreiskrankenhauses und sagt: „Wir befürchten, dass es im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung demnächst Schwierigkeiten gibt, also liebes Management der Kliniken, kümmert euch mal bitte in Absprache mit den niedergelassenen Ärzten auch um das Thema „regionale ambulante Sicherstellung“. Das ist der Zusammenhang, warum wir als Region uns überhaupt mit dem Thema beschäftigen. Das tun wir nicht an der KV vorbei, sondern im Gegenteil, in Absprache mit der KV. Größere Schwierigkeiten hatten wir dabei bisher nicht. Wir haben im Jahr 2011 eine GmbH gegründet und diese LAN GmbH gehört wiederum zu 51% den 100% kreisgetragenen Lahn-Dill-Kliniken und wir hätten es gerne damals schon so gegründet, dass auch in dieser Gesellschaft 49% der GmbH-Anteile dem regionalen Arztpraxisnetz GFG e.V. gehören.

Vielleicht ist das in Zukunft möglich. Ich arbeite zumindest mit daran, dass vielleicht in vier oder fünf Jahren die Gesetzesvorgaben dahingehend geändert sind, dass auch ein Arztpraxisnetz, was eine gewisse Qualität nachzuweisen hat, Mitgeschafter eines MVZ's sein darf, das ist heute noch nicht möglich. Deswegen hat ein Vorstandsmitglied aus dem hiesigen A.N.R. e.V. im GmbH-Vertrag und auch real eine „Treuhänder“-Funktion übernommen. Also fallen auf eine Person 49% dieser GmbH-Anteile und es steht auch in der Satzung, sobald es rechtlich zulässig ist, dass der

A.N.R. e.V. Mitgeschafter eines MVZ's sein darf, die Anteile auf das Arztpraxisnetz übertragen werden. Was macht die LAN GmbH? Sie betreibt ein MVZ nicht nur an einer Stelle in Form einer Immobilie, sondern ein MVZ mit verschiedenen Berufsausübungsorten. Das MVZ betreibt Zweigpraxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten.

Wir schauen uns nicht die Landkarte des Lahn-Dill-Kreises an und sagen: „Hier gibt es einen Bedarf und hier eröffnen wir jetzt eine Zweigpraxis“, sondern wir schauen uns die vielen Praxen der 100 Praxen, die nachbesetzt werden müssen, an und entscheiden unter anderem in einem Beirat, welche dieser Praxen besonders notleidend ist. Nicht im wirtschaftlichen Sinne, sondern im Sinne von: „Welche Praxis hat eine hohe Versorgung in der Region und bei welcher Praxis wäre es besonders tragisch, wenn diese Praxis nicht mehr existieren würde?“. Es muss eine Kaskade von Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine Praxis auch als Zweigpraxis der LAN weitergeführt wird.

Zum einen befragen wir die umliegenden Ärztinnen und Ärzte um den Standort herum: „Wollt ihr, dass diese Praxis demnächst als Zweigpraxis der LAN mit angestellten Ärztinnen und Ärzten weitergeführt wird? Oder seht ihr das als Bedrohung und wollt das nicht?“. Wenn auch nur ein Arzt der Region sagen würde „Wir wollen das nicht“, würden wir diese Zweigpraxis nicht in das Netzwerk der LAN überführen. Ein Projektbeirat besteht aus sieben Personen. Drei dieser Personen sind niedergelassene Ärzte aus dem A.N.R. e.V., drei weitere sind Angestellte und Führungsmitarbeiter der Lahn-Dill-Kliniken GmbH und die siebte Person ist der erste Kreisbeauftragte des Lahn-Dill-Kreises. Diese sieben Personen treffen sich ca. zweimal im Jahr, bekommen unter anderem weitere Praxen vorgestellt und machen dann einen Vorschlag für die Integration der nächsten Praxis. Dabei sind wir nicht an die Vorgaben des Beirats gebunden, aber bisher haben wir das immer getan und auch in Zukunft werden wir das immer so tun, da orientieren wir uns gerne an den Empfehlungen des Beirates.

Es muss eine wirtschaftlich gesunde Praxis sein. Die Praxen über die ich rede, sind fast immer gesund, da sind also keine dabei, die Verluste erwirtschaften und es darf sich auch niemand ins gemachte Nest setzen. Der Praxisinhaber muss außerdem nachweisen, dass er schon über einen Zeitraum X erfolglos versucht hat, einen Nachfolger zu finden. Wenn diese

Voraussetzungen alle erfüllt sind, ist diese Praxis geeignet, um in dieses LAN überführt zu werden. Der abgehende Altarzt hat diverse Pflichten zu tun, er muss sich verpflichten, mindestens 12 Monate als angestellter Arzt in der neuen Zweigpraxis weiterzuarbeiten. Das ist aus emotionaler Sicht nicht ganz einfach. Sie müssen sich vorstellen, das ist ein Arzt, der 30 Jahre lang sehr gutes Geld verdient hat und sein eigener Herr war, plötzlich für mindestens 12 Monate Angestellter ist. Er denkt dann vielleicht, dass er nun zumindest zu 51% dem Lahn-Dill-Kreis gehört und die ihm sagen, wie er seine Patienten zu behandeln hat.

Diese Angst ist unbegründet. Wir fahren das Modell, dass alles so bleiben soll, wie es ist. Optisch ändert sich nur das Schild vor der Tür. Wie der Arzt sein Praxis-Team organisiert, das kann und soll er genauso wie in der Vergangenheit fortführen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben gleich, der Standort bleibt gleich, die Medizingeräte bleiben gleich, die Trampelpfade der Patienten bleiben gleich, alles bleibt identisch.

Ab Monat 13 erwirbt der Altarzt das Optionsrecht zu sagen: „Ich reduziere auf 0% oder auf 50% oder auf 20% oder ich arbeite Vollzeit weiter.“ Vielleicht wird es demnächst nötig sein, den Altarzt etwas länger als 12 Monate im Angestelltenverhältnis zu behalten, diese Frage wird aber noch diskutiert.

Woher bekommen wir die nachrückenden Ärzte? Wir haben keine Schlange von Ärzten, die sagen: „Ich will zu euch!“. Aber wir haben es bisher geschafft alle freiwerdenden Sitze und Stellen nachzubesetzen. Zwei Besonderheiten bei dem Projekt sind:

Zum einen, dass der junge, nachrückende Arzt drei Möglichkeiten hat, nachdem er in der Praxis gearbeitet und sie kennengelernt hat. Er kann das Angestelltenverhältnis beenden, im Angestelltenverhältnis weiterarbeiten oder die Praxis übernehmen und als Freiberufler weiterführen und sich somit von dem Netzwerk auslösen.

Die letzte Option hat, in den zwei Jahren, seit der Gründung der Gesellschaft, noch niemand gewählt, wir haben jedoch zwei Ärzte, die sich genau wegen dieser Freiheiten dem Ärztenetzwerk angeschlossen haben. Die haben gesagt: „Ich weiß noch nicht, ob ich mich niederlassen werde, aber bei euch verdiene ich ganz gutes Geld (zur Orientierung:

Fixum auf Oberarztniveau + eine Bonusregelung + einen Firmenwagen).“ Ein Firmenwagen ist ungewöhnlich im Arztbereich, aber auch notwendig, weil Hausärzte im Vergleich zu Fachärzten häufiger auch Hausbesuche machen müssen. Bei uns sind Berge, im Winter liegt Schnee und somit kann ich keinen angestellten Arzt verpflichten, sich privat ein Allradfahrzeug anzuschaffen, um im Winter Hausbesuche machen zu können. Also bekommt er von uns ein Allradfahrzeug zur Verfügung gestellt.

Ich will damit sagen: „Das Gehalt der angestellten Ärzte ist gut, aber auch so hoch, wie es sein muss, weil die Gehälter von Klinikärzten auf mindestens dem gleichen Niveau sind.“ Früher vor 10, 20, 30 Jahren, war die Schere zwischen Klinikärzten im Oberarztniveau oder Facharztniveau und niedergelassenen Ärzten sehr viel anders. Das Gehalt von Klinikärzten war damals niedriger als das Gehalt von niedergelassenen Ärzten. Heute ist es so, dass beide Gehälter gut sind, die Gehälter der Klinikärzte deutlich angezogen sind. Wir würden also Schwierigkeiten dabei haben, niedergelassene Ärzte für unser Projekt zu finden, wenn wir das Gehalt nicht bezahlen würden. Es ist aber auch gegenfinanzierbar, weil man in einer Hausarztpraxis auch gutes Geld verdient, obwohl, das ist meine ganz subjektive Meinung, Ärzte in den letzten Jahren ihren Berufsstand etwas schlechter haben.

Man hat als niedergelassener Arzt ein gutes, angenehmes Leben und kann auch gutes Geld verdienen. Die Botschaft an Sie, an Nicht-Ärzte und Regionalvertreter ist, dass es möglich ist, mit dem Betrieb einer Arztpraxis, einem MVZ man durchaus so viel Umsatz erwirtschaften kann, dass man die Kosten, die man zu bedienen hat, auch bedienen kann. Das ist möglich.

Jetzt komme ich auf das Thema: „Wo kriegen wir Ärzte her?“ zurück. Der eine Mitgesellschafter ist ja das Kreiskrankenhaus und natürlich ist inzwischen auf Ebene des Kreiskrankenhauses in allen Abteilungen angekommen, dass die LAN existiert und nicht nur Fachärzte für Allgemeinmedizin hausärztlich tätig sein dürfen, sondern auch Fachärzte für innere Medizin. Internisten können sich ebenfalls hausärztlich niederlassen.

Insofern nehmen die jungen Internisten in den Reihen der Lahn-Dill-Kliniken wahr, dass sie eine sehr einfache Exit-Strategie haben. Die können nämlich

sagen: „Auf den Bereitschaftsdienst in der Klinik habe ich keine Lust mehr, ich wechsle in die LAN“ und die LAN, letztendlich ein Unternehmen des Lahn-Dill-Kreis unter Beteiligung der niedergelassenen Ärzte und anderer, ist und wird die Option offenhalten, dass die Ärzte nach einer Zeit X wieder zurück ins Krankenhaus kommen. Das ist ein Spiel mit offenen Karten. Wir bieten den Ärzten somit eine sehr gute Möglichkeit das mal zu beschnuppern.

Wie ist das Projekt entwickelt worden? Bei mir im Kopf ist das 2007 entstanden. Ich habe damals noch woanders gearbeitet, wir wollten es damals in Ostdeutschland umsetzen, weil die Situation dort dramatisch im Vergleich zu Hessen ist. Erstmals umsetzen konnte ich das in einer neuen Angestelltentätigkeit im Lahn-Dill-Kreis im Jahr 2011. Der A.N.R.- Vereinsvorstand hat sich für eine Projektrealisierung ohne Gegenstimme im Rahmen der jährlichen Vollversammlung ausgesprochen. Der Aufsichtsrat der Lahn-Dill-Kliniken hat sich ohne Gegenstimme für eine Projektrealisierung ausgesprochen. Die Gesellschafterversammlung der Lahn-Dill-Kliniken hat sich ohne Gegenstimme für eine Projektrealisierung ausgesprochen.

Zunächst einmal ist die LAN auf eine Projektdauer von fünf Jahren angelegt. Die fünf Jahre enden am 31.03.2019, der GmbH Vertrag sieht vor, dass die beiden Gesellschafter entscheiden dürften, dass am 31.03.19 die LAN abgewickelt wird, wenn sie nicht funktionieren sollte. So sieht es aber bei weitem nicht aus. Im Gegenteil, die Gesellschaft funktioniert, aber dennoch haben wir diese Exit-Strategie.

Innerhalb dieser fünfjährigen Aufbauphase wird, laut Businessplan (wir haben also vorher einen Zeitplan und einen Zahlenplan erstellt), pro Jahr eine Zulassung einer Zweigpraxis neu integriert. Wir sind voll im Plan, sogar schon über dem Plan.

Ich persönlich bin der Meinung, wenn ein Arztnetz tatsächlich dokumentiert, nachweisbar eine gewisse Qualitätsstruktur nachweisen kann, dann sollte es möglich sein, diesem Arztnetz die Möglichkeit zuzugestehen, dass dieses anerkannte Arztnetz eben auch Leistungserbringer im Sinne des SGB V wird und damit auch Mitgesellschafter an einem MVZ. Das heißt auf Ihre Region übertragen, wenn Sie ein langjähriges Netzwerk von Ärzten mit Geschäftsstelle, Geschäftsführer, welches finanziell gut ausgestattet ist und eine gewisse Qualitätsstruktur ausweisen

kann, haben, sollten Sie zumindest mal darüber nachdenken, ob dieses Netzwerk nicht auch Arztpraxen betreiben dürfen sollte. Das ist aber heute noch nicht zulässig.

Auf den Folien sehen Sie die aktuelle Situation in einigen Praxisorten. Bei uns befinden sich die Praxisstandorte im nördlichen Lahn-Dill-Kreis, weil, wie Sie sich sicherlich erinnern können, hier laut der Bedarfsplanungskarte die Not am größten ist. Wir beabsichtigen zum 01.10. an dem gelben Standort (sichtbar in den Folien) die nächste Zweigpraxis in das Netzwerk zu integrieren. In einer der Praxen ist der inzwischen 68-jährige Vertragsarzt – der zum Zeitpunkt, als er sich dem Netzwerk angeschlossen hat, eine eigene Krankengeschichte hinter sich und eine starke Praxis hatte – im Ruhestand. Er hat sein Ziel erreicht und konnte in den Ruhestand gehen. Diese Praxis haben wir mittlerweile mit 1,5-angestellten Ärztinnen und Ärzten nachbesetzt. Aus reiner Patientenperspektive ist etwas sehr Gutes passiert. Aus einer Praxis, wo ein damals 67-jähriger Arzt gesundheitlich angeschlagen war und die Praxis nur noch vier Tage die Woche offen hatte, haben wir inzwischen eine 1,5-er Praxis gemacht, die an fünf Tagen die Woche offen ist. Insofern kann man sagen, der Job ist hier erfüllt worden.

Auch zum 1.10. beabsichtigen wir im Zulassungsausschuss an einem weiteren grünen Standort, aus einer bestehenden Einzelpraxis mit angestelltem Arzt, eine Praxis mit zwei angestellten Ärzten zu machen. Sie müssen sich das so vorstellen, dass die Anzahl der Patienten zur Refinanzierung der Ärztegehälter kein knappes Gut sind, denn Patienten sind in ländlichen Gebieten in der Regel genug da. Auch sind genügend Zulassungen da, da es sich ja um ein partiell geöffnetes Gebiet handelt. Insofern bin ich da sehr zuversichtlich, dass der ZA unserem Wunsch entsprechen wird und wir ab dem 1.10. aus der Einzelpraxis eine Zweierpraxis machen können. Natürlich zum Ende des Tages auch zum Wohle des Patienten. Wir haben an diesem Standort eine Weiterbildungsassistentin beschäftigt und geplant ist auch zum 01.10., das steht aber noch nicht ganz fest, dass ein weiterer Weiterbildungsassistent eingestellt wird, sodass wir dann auch beginnen, unsere eigenen Ärzte auszubilden.

In den Folien sehen Sie einmal die Kennzahlen Ende 2016, welche auch schon relativ belastbar sind. Wir haben bis 2016 mit dem Projekt, das im Januar 2014

den Betrieb aufgenommen hat, zwei neue Praxen nachbesetzt. Wir haben 7 angestellte Fachärzte, 1 angestellte Therapeutin, 6,5 Zulassungen, 2 Weiterbildungsassistenten und rund 20 nicht-ärztliche Angestellte, also ein Unternehmen mit ca. 30 Mitarbeitern. Außerdem haben wir 6.000 Fälle im Quartal und dazu möchte ich was sagen: „Nicht alle Patienten in Hausarztpraxen sind krank im klassischen Sinne. Viele Patienten sind einsam und gehen zum Arzt, weil sie reden wollen.“ Es gibt Leute, die sagen, dass bis zu 50% der Patienten in Hausarztpraxen solche Patienten sind. Selbst, wenn wir als Mitverantwortliche der Gesundheitsversorgung davon ausgehen, dass 50% dieser Menschen eigentlich nicht zum Arzt gehen müssten, bleiben ja 3.000 Patientenfälle pro Quartal übrig, die aber tatsächlich einen echten medizinischen Bedarf pro Quartal haben. Diese Patienten würden jetzt schon im nördlichen Lahn-Dill-Kreis auf der Straße stehen und würden, zumindest in der wohnortnahen Situation, wie sie es gewohnt sind, nicht versorgt werden, hätten wir die LAN nicht gegründet.

Was passiert jetzt mit diesen Patienten, wenn sie nicht versorgt werden? Die gehen zum nächstgelegenen Hausarzt, der noch existiert. Dieser Hausarzt sagt aber unter Umständen: „ich kann keine weiteren Patienten mehr aufnehmen, also gehe bitte zum nächsten.“ Und wenn der Patient das dreimal gemacht hat, spätestens dann geht es zum nächstgelegenen Krankenhaus, weil es da eine Notfallambulanz gibt. Dann sagt jedoch das Management des Krankenhauses: „es ist ganz schön belastend, dass es die Patienten behandeln müsste, weil die Mannschaft im Krankenhaus nicht im Stande ist, diese Patienten wirtschaftlich auskömmlich zu versorgen.“ Mit anderen Worten, es gibt Berechnungen von X - Y, persönlich glaube ich an folgende Zahl, deswegen sage ich sie jetzt einfach, aber ich bitte, das jetzt nicht als unbedingt auf den Euro genau als abschließend exakte Rechnung aufzunehmen. Ein Krankenhaus macht mit jedem ambulanten Patienten in der Notfallambulanz bis zu 70 Euro Minus. So zumindest immer mal wieder in Fachpublikationen veröffentlicht. Das reicht für mich als Begründungszusammenhang aus, dass ein Krankenhaus sich zumindest Gedanken darüber machen sollte, die basismedizinische Versorgung in der Fläche zu belassen, also froh darüber zu sein, dass Patienten die Notfallambulanzen nicht aufsuchen. Dieses kleine Projekt der LAN wird Ende 2016 wahrscheinlich wirtschaftlich gesund dastehen,

wir kriegen einige Schulterklopfer von Externen und haben sogar den hessischen Demografiepreis 2015 erhalten, weil wir demographisch etwas für die Region tun, ohne jemandem zu schaden. Herr Pillok und ich kennen uns schon recht lange und ich muss sagen, wenn alle behördlichen Mitarbeiter so engagiert wären wie Sie, dann würden Behörden sehr viel besser und schneller funktionieren. Vielen Dank dafür! Sie haben insofern der LAN ein Päckchen voll Hausaufgaben mit auf den Weg gegeben.

Sie haben gesagt, wir als Ministerium sind bereit, die LAN in den Jahren 2016 -2018 unter gewissen Voraussetzungen zu unterstützen und finanziell zu fördern. Wir haben dieses Angebot gerne angenommen und vier Pflichten übernommen.

Wir haben die Pflicht übernommen, in den Jahren 2016 - 2018, ein bis drei Hausbesuchszentren zu realisieren. Ich habe ja in meinem Vortrag ganz intensiv gesagt: „Es werden in den nächsten Jahren im Lahn-Dill-Kreis einige Dörfer ohne Hausärzte bleiben“. Und da müssen wir uns als Region die Frage stellen: „Wie werden diese Dörfer medizinisch versorgt?“.

Hinter der Wortkreation verbirgt sich die Idee, dass es für solche Problemregionen ein Modell gibt, welches vor 500 Jahren „Kräuterhexe“ und vor 50 Jahren „Dorfgeschwester“ und mittlerweile „nicht-ärztlicher Praxisassistent“ heißt. Das bedeutet, dass gut ausgebildete, Nicht-Ärzte, also zum Beispiel Arzthelferinnen mit jahrelanger Berufserfahrung und einer entsprechenden Weiterbildung, die die Landesärztekammer über die hauseigene Schule anbietet, sehr wohl im Stande sind, sehr viele medizinische Basisfälle in Delegation der Hausärzte zu übernehmen.

Wir haben tatsächlich vom Sozialministerium den Auftrag bekommen, ein bis drei solcher Zentren aufzubauen, wo dann eben kein Arzt die Sprechstunde abhält, sondern eine NÄPa (nicht-ärztliche Praxisassistentin) in Delegation des Arztes Unterstützung leistet. Es geht hier nicht um Substitution, sondern um eine delegative Tätigkeit im Auftrag des zugelassenen Arztes. Persönlich bin ich sehr stark davon überzeugt, dass die das sehr gut machen können und die Patienten, dieses Angebot dankend annehmen werden. Mal schauen, ob wir das so einfach hinbekommen. Da bin ich recht zuversichtlich, weil das für sie, die Bürgermeister

vor Ort, die dann eben die Not haben die Wünsche der Patienten zu bedienen, eine sehr einfache Form ist, eine Unterstützung durch die Kommune zu leisten, nämlich das Dorfgemeinschaftshaus einfach mal für ein paar Tage in der Woche für ein solches Hausbesuchszentrum zur Verfügung zu stellen.

Die zweite Pflicht ist, in Orientierung an eine Empfehlung des Sachverständigenrates aus dem Jahre 2014, in einem Ort des Lahn-Dill-Kreises, ein sogenanntes Primärarztzentrum auszubauen. Ich will Ihnen jetzt nicht im Detail erklären, was das ist, oder was das sein könnte. Auf jeden Fall verbirgt sich dahinter eine Verzahnung von verschiedenen Gesundheitsangeboten, ähnlich wie Herr Dr. Weber das eben dargestellt hat. Einige von Ihnen, ich habe eben Ihre Gesichter gesehen, mussten ja etwas schlucken als sie gesehen haben, dass ja eben nicht nur ambulant tätige Ärzte und Krankenhäuser was mit Medizinversorgung zu tun haben, sondern auch ganz viele andere Leistungsanbieter.

Ein Primärarztzentrum ist ein Zentrum, das versucht, dieses Angebot zumindest zu koordinieren und etwas strukturiert zu bündeln. Damit bin ich auch schon beim letzten Punkt, wobei ich da dann etwas springe:

Die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle am Primärarztzentrum für ärztliche Pflegeheim-Visiten.

Sie müssen sich das so vorstellen, dass bei den alten Menschen, die in den Pflegeheimen sind, ein Hausarzt verpflichtet ist, Hausbesuche zu machen. Es gibt aber auch sehr viele Ärzte, das sage ich jetzt einfach mal so, die diese Hausbesuche verweigern, zumindest aber nicht gerne Heimbefuche machen, und dann gerade ältere Ärzte, die noch diese intrinsische Motivation haben, den Job rund um die Uhr gut zu erfüllen, die übernehmen dann mehr und mehr diese Heimbefuche, wobei sie natürlich auch keine so große Lust dazu haben. Denn das ist unter anderem sehr zeitaufwendig.

Aber es ist ja keine Lösung, wenn die Patienten in den Heimen nicht mehr versorgt werden. Dass das nicht gut funktioniert, bei einer geringer werdenden Anzahl von niedergelassenen Hausärzten, dazu kann eine Koordinierungsstelle beitragen. Wir sind also vom Sozialministerium gebeten worden, sowas ähnliches wie einen Springerpool für Ärzte oder Gesundheitsfachberufe, aufzubauen. Dort wird

ein Arzt eingestellt und kann dann sehr flexibel in der Arztpraxis A in der LAN-Zweigpraxis B oder im Krankenhaus C arbeiten. Das ist leider heute nicht möglich.

In den ersten sechs Monaten des Tätigwerdens kann ein Arzt sehr flexibel im Rahmen einer Vertretungsmöglichkeit in Arztpraxen eingestellt werden. Mit Beginn des siebten Monats ist dies nicht mehr möglich. Da ist auch nicht die KV der Ansprechpartner, sondern der Zulassungsausschuss bei der KV Hessen. Da sind zwar auch KV-Mitglieder dabei, aber eben auch noch Krankenkassenvertreter. Das ist eine eigenständige Institution und heute ist es so, dass unsere Angestellten und die Ärzte, die wir vom Zulassungsausschuss genehmigt bekommen, keine Genehmigung bekommen für ein Tätigwerden an allen Standorten in der LAN, sondern nur für den Standort A, B, C oder D.

Wenn an einem Standort der Arzt morgen tot ist, dann kann ich an diesem Standort, den toten Arzt sechs Monate lang mit einem Vertreter nachbesetzen, aber ich kann nicht einen vielleicht gerade überflüssigen Arzt eines Standortes der LAN dort hin versetzen und länger als 6 Monate beschäftigen. Das verbietet einfach die nur für einen Standort genehmigte Zulassung. Das ist ein bürokratisch sehr aufwendiges Verfahren und es gibt auch Sachen, die fühlen sich nicht gut an und was sich nicht gut anfühlt, das ist dieses bürokratische Antragswesen. Gerade auch im Zusammenhang mit dem Zulassungsausschuss, das wäre eine sehr spannende Aufgabe für mich, dass wir das als Volkswirtschaft in den nächsten Jahren etwas entzerren.

Was sind Projektalternativen? Leute, die diesem Thema vielleicht nicht ganz so nahestehen, könnten sagen: „Die KV hat den Sicherstellungsauftrag, also soll die KV sich um den Praxisbetrieb in der Fläche kümmern.“ Dazu kann ich sagen, dass das in anderen KVen schon ein paarmal ohne sehr großen Erfolg probiert wurde und ich auch als Außenstehender der KV Hessen nicht empfehlen möchte, das zu tun. Weil es ja tatsächlich um unterversorgte Regionen geht und man den Mitgliedern in den Städten erklären muss, warum auf dem platten Land, wo die Bevölkerung ständig abnimmt, mit KV-Mitteln dann auch noch ein Unternehmen künstlich am Leben erhalten wird. Das muss die KV selbst entscheiden. Was ich sagen kann, ist dass es im Moment noch nicht stattfindet.

Die nächste Alternative wäre, dass man alle Patienten aus den Dörfern in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser schickt. Da kann ich nur sagen, das ist wirtschaftlich nicht gesund für das Krankenhaus. Außerdem würden die privat- und konfessionell getragenen Krankenhäuser unter Umständen die Karte spielen und sagen: „Dazu haben wir doch überhaupt nicht den Auftrag.“ Das heißt, die Patienten würden dann in reine kreis- und kommunal getragene Krankenhäuser gehen. Ich bin ein großer Freund von Krankenhäusern in kommunaler- oder Kreisträgerschaft. Begründet durch diesen Zusammenhang über die Daseinsvorsorge bekommen die kreis- und kommunal getragenen Krankenhäuser mehr und mehr diese Aufgabe ab, während die privat- und konfessionell getragenen Krankenhäuser sich diesem entziehen können. Das finde ich nicht gut.

Eine weitere Alternative sind Patienten-transportsysteme. Sprich, man setzt irgendwelche Rentner in VW-Busse und fährt Patienten hin und her. Das kann man machen, aber dadurch können wir die Gesundheitsversorgung nicht auf dem Niveau, wie sie heute ist, aufrechterhalten. Das ist mit Sicherheit ein sinnvolles Unterstützungsfeld, aber keine nachhaltige Lösung. Versorgung durch Nicht-Ärzte. Ja das ist auch etwas Gutes, wie ich eben etwas plakativ ausgedrückt habe, mit der Kräuterhexe oder der Dorfgemeinschaftschwester oder der nicht-ärztlichen Praxisassistentin. Aber auch da bin ich der Meinung, dass es keine Lösung des Gesamtsystems ist und Sie müssen wissen, dass es durchaus auch Widerstand auf Seiten der niedergelassenen Ärzte gibt und auch jahrelang gab, die die Installation von NÄPas nicht unbedingt wollten. Warum? Weil die Finanzierung der NÄPas natürlich aus dem Geldtopf der niedergelassenen Ärzte weggeschnitten wird. Und die Krankenkassen wiederum sagen: „Mehr Geld zahlen wir nicht mehr ins System.“

Wieviel kostet das deutsche Gesundheitswesen im Jahr? 300 Mrd. Euro! Warum sollten die Krankenkassen also bereit sein, noch mehr Geld ins System zu speisen? Persönlich denke ich, dass 300 Mrd. Euro ausreichen sollten, um uns Bürger zu versorgen.

Marktregulierung heißt, als weitere Projektalternative, der Markt wird es schon richten. Daran glaube ich nicht, sodass ich der Meinung bin, ein Modell ist ein Modell mit angestellten Ärzten. Ob es unser Modell

ist oder ein arztverwandtes Modell ist, das sei mal dahingestellt, aber auch das, denke ich, ist es wert, es auszuprobieren. Spätestens an dieser Stelle können Sie als Regionalvertreter Unterstützung leisten. Nicht nur durch Gesprächsrunden, sondern perspektivisch auch Mitbetreiber von solchen Strukturen werden. Ob ich mir das an Ihrer Stelle antun würde, das ist was ganz anderes. Aber Sie dürfen das.

Frage (Herr Dr. Haas):

Ich habe mit Interesse Ihre wirtschaftlichen Auswirkungen zum Betrieb der Praxistätigkeit mit angestellten Ärzten zur Kenntnis genommen. Sie sagten, der Kollege bekommt bis zu 7.000 Euro im Monat. Mal 12 macht das 84.000 plus Lohnnebenkosten 16.000 macht insgesamt 100.000 im Jahr. Ich habe mal ganz grob kalkuliert und 5.000 Euro für die Zurverfügungstellung des Autos berechnet. Dann sind wir bei 105.000 Euro. Bei einem Unkostenfaktor von ca. 50 – 55 %, dann müssten Sie in dieser betriebswirtschaftlichen Einheit ca. 10.000 im Jahr erwirtschaften. Beim Scheinschnitt von 45 Euro würde das bedeuten, dass der Kollege Pi mal Daumen 1.200 Patienten pro Quartal betreut. Funktioniert das betriebswirtschaftlich mit angestellten Ärzten?

Antwort (Herr Bongartz):

Ich sage mal ganz provokativ: „Was ist denn die Alternative?“ Wir probieren es wenigstens als Region das so zu machen. Im Moment funktioniert es, Herr Dr. Haas, ich gebe Ihnen Recht, es funktioniert bei uns im Moment deswegen so gut, weil wir das Glück haben, engagierte, nachrückende Ärzte gefunden zu haben. Von den Altärzten, hat nur einer auf „Null“ reduziert, der zweite, den ich jetzt auch so bildlich vor Augen habe, der hat nach dem Jahr gesagt: „Das gefällt mir eigentlich jetzt im Moment ganz gut, ich möchte aber demnächst nur noch halbtags tätig werden, ich arbeite so weiter.“ Sodass wir, was das Management angeht, einen vollzeittätigen, unerfahrenen Arzt in Kombination mit einem 20-jahre lang erfahrenen Hausarzt, der nur noch halbtags da ist, haben.

Das in Kombination ist gelungen. Wenn man den Bundesdurchschnitt betrachtet, wie hoch ist denn das Vorsteuereinkommen eines niedergelassenen Hausarztes? Über alle Praxen im Hausarzt-Bereich gemittelt und auf eine Einzelpraxis runtergebrochen hat man als niedergelassener Einzelarzt im Hausarztbereich derzeit ein Vorsteuereinkommen

von ca. 125.000 Euro. Das ist nicht vergleichbar mit einem Angestelltengehalt, sondern das ist das Vorsteuereinkommen eines Freiberuflers. Aber das heißt auch, Herr Dr. Haas hat ja nicht ganz unrecht, mit seiner Kalkulation, die er aufgestellt hat: „Wir haben zwischen dem Gehalt, was wir für den angestellten Arzt aufgestellt haben und dem Vorsteuereinkommen, was der Altarzt in seiner eigenen Praxis ja erwirtschaftet hat, ein Delta. Und weil ich hier frei sprechen darf, sage ich jetzt einfach mal: „Genau diese 20% kann der angestellte Arzt demnächst langsamer gehen und trotzdem machen wir keinen Verlust und wenn er noch langsamer geht, ja, dann haben wir einen Verlust, aber wir probieren es zumindest“.

Antwort (Herr Dr. Haas):

Ich wollte mit Ihnen die Zahlen nochmal diskutieren, weil ich es bemerkenswert finde. Das ist eine betriebswirtschaftliche Trennlinie, die ausgesprochen gut ist. Ich bin genauso selbst überrascht, dass Sie sagen, das funktioniert.

Moderator:

Sie haben heute viele Ansätze der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aus dem Blickwinkel des Gesundheitswesens gehört. Jetzt kommt ein Vortrag mit einer ganz anderen Ausrichtung, nämlich die Netzwerkarbeit aus dem Bereich der Altenhilfe. Die aber auch erkannt hat, dass in einer älter werdenden Gesellschaft die Medizin auch bei diesen Netzwerken mitbeteiligt werden muss. Positive Erfahrungen hat der Landkreis Marburg-Biedenkopf mit seinen Netzwerkkonferenzen gemacht. Das stellt uns Frau Schlichting vor. Sie ist Leiterin der Stabsstelle Altenhilfe im Landkreis.





Landarztnetz Lahn Dill GmbH

Erläuterung der Projektentwicklung, Ziele und Sachstand
 Fachtagung "Landärztinnen/Landärzte gesucht - Was kann IKZ bei der Fachkräftesicherung leisten?,"
 07.07.2016, Friedrichsdorf



Lars Bongartz, geb. 07.04.1973
 Verheiratet, zwei Töchter, Wohnort: Wetzlar

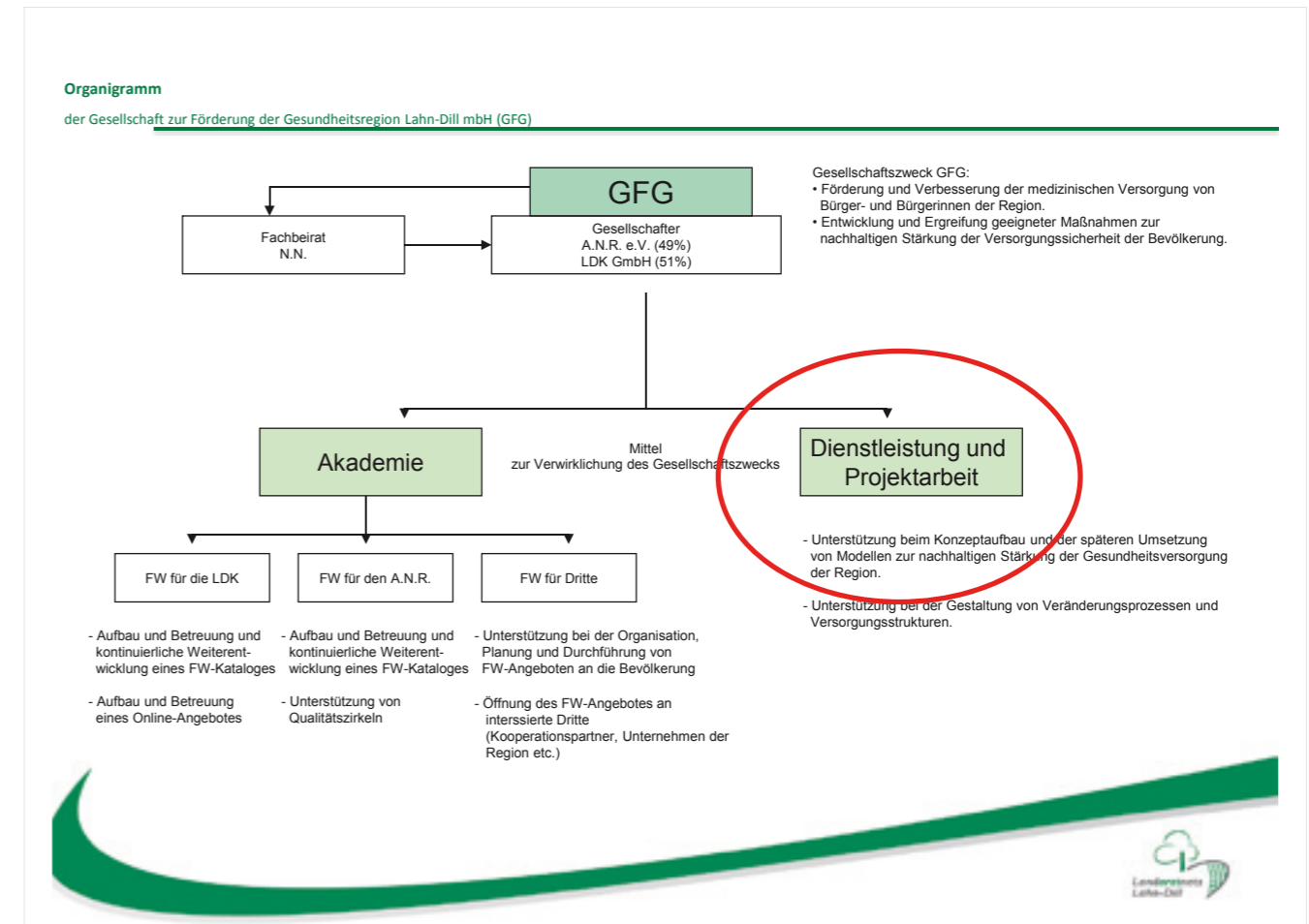
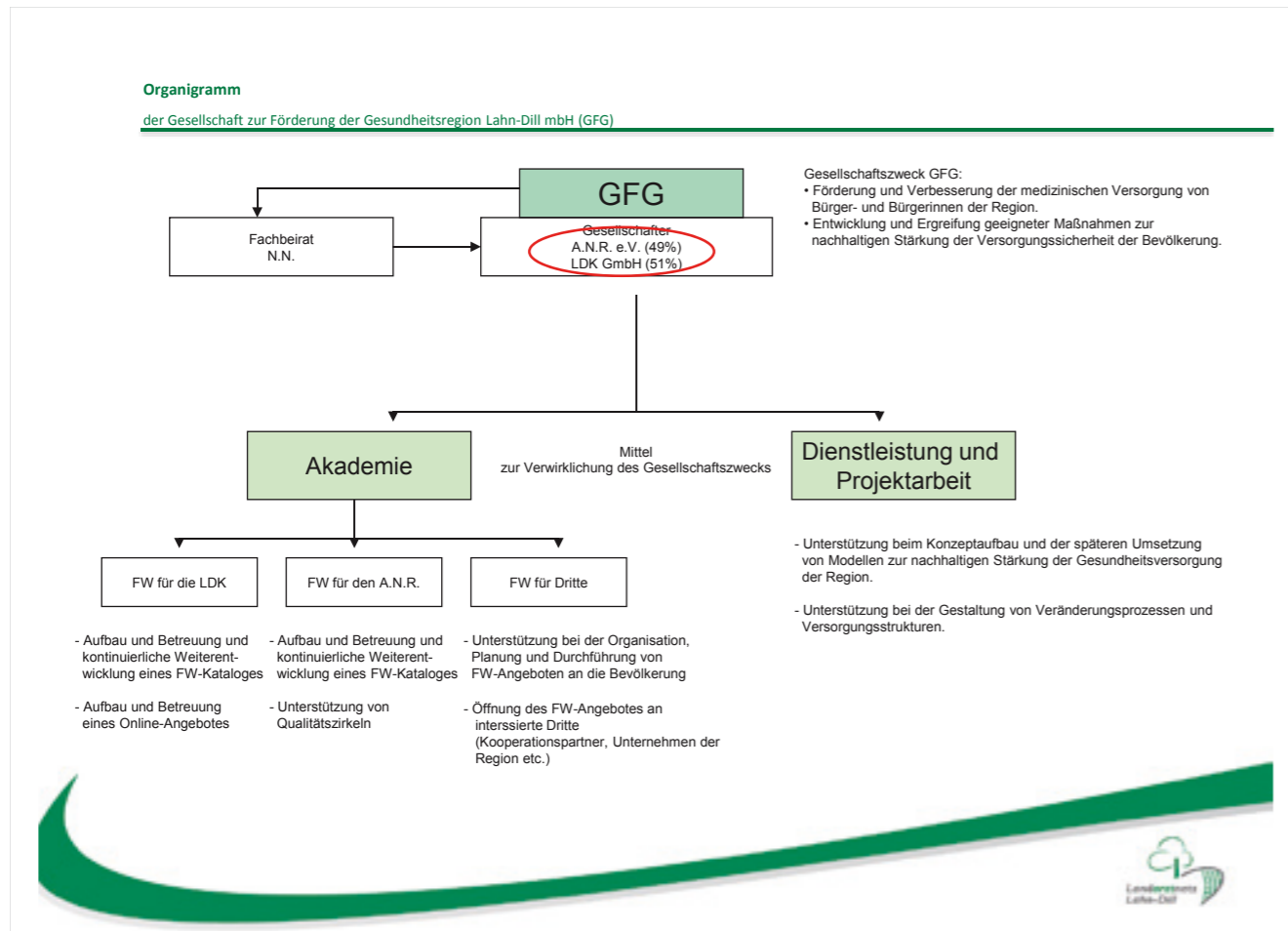
Abitur: 1992
 Ausbildung zum Industriekaufmann: 1992-1994
 Studium in Köln (BWL+Pädagogik): 1994-1999

Angestellter Berater (Frielingsdorf Consult, Köln): 1999 – 2007
 Angestellter Krankenhausmanagement (EVK BG): 2008 bis 2011
 Kaufmännischer Leiter (GFG, Wetzlar): ab 2011
 Kaufmännischer Leiter (LAN, Wetzlar): ab Dezember 2013
 Geschäftsführer (ANR, Wetzlar): ab Mai 2016



} **aktuell**





Die Gesellschafter der GFG



Kommunales Krankenhaus-Unternehmen
(Träger Lahn-Dill-Kreis)
-3 Standorte im LDK
-ca. 2.000 Mitarbeiter




Regionales Arztnetz
Rund 200 Ärzte Mitglied
Im LDK ca. 380 Ärzte gesamt



17.10.2016 3 

Unterstützung bei

- Vernetzung ambulant/stationär
- Ärztegewinnung
- Praxisübergabe
- Entwicklung moderner Praxisformen

17.10.2016 5 

Unterstützung bei

- Vernetzung ambulant/stationär
- Ärztegewinnung
- Praxisübergabe
- **Entwicklung moderner Praxisformen**

17.10.2016

6



Prognose Lahn Dill Kreis - Hausärzte



[...] wird durch die Abteilung Gesundheit festgestellt:
 „Die Hausärzte im Lahn-Dill-Kreis sind jedoch deutlich älter als im hessenweiten Durchschnitt. Unterstellt man, dass die Ärzte ihre Praxis mit 65 Jahren abgeben, **benötigt der Lahn-Dill-Kreis im Jahr 2025 genau 127 neue Hausärzte.** Bereits jetzt finden jedoch viele Hausärzte schon keinen Nachfolger mehr.“

Seit dem Bericht des Gesundheitsamtes im Frühjahr 2012 wurde die sog. Bedarfsplanung reformiert und eine festgestellte „Übersorgung“ gilt nicht mehr. Inzwischen sind der gesamte Nordkreis deutlich unterversorgt und das mittlere Kreisgebiet leicht unterversorgt.

17.10.2016

8



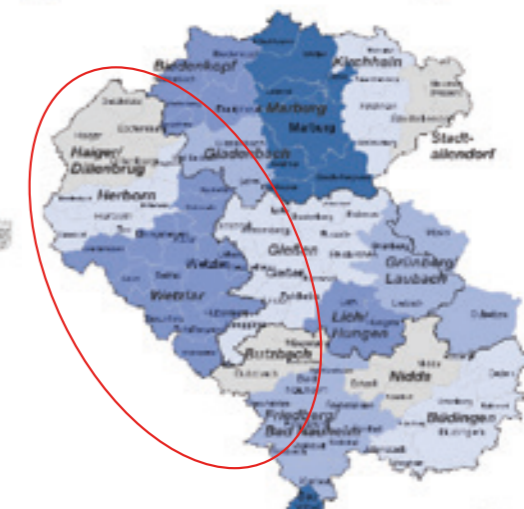
Als Projekt aus der GFG mbH heraus entwickelt:
 Landarztnetz Lahn-Dill GmbH

Bedarfsplanung

Die hausärztlichen Planungsbereiche werden kleinräumiger

Aus dem Lahn-Dill-Kreis entstehen 3 Mittelbereiche als Planungsbereiche

Freie Hausarztstühle in der Region



17.10.2016

9



Erkenntnis Sicherstellung

Die KV Hessen hält den Sicherstellungsauftrag

- Die sog. Bedarfsplanung regelt, wie viele Ärzte einer Fachgruppe sich in den diversen Planungsbereichen niederlassen dürfen.
- Die durchgeführte Reform der Bedarfsplanung hat offengelegt, dass im Lahn-Dill-Kreis im Hausarztbereich bereits heute eine Unterversorgung in bestimmten Regionen besteht (Nord-Süd-Gefälle)
- Unter Berücksichtigung von Altersdaten niedergelassener Ärzte besteht die Gefahr einer stärker werdenden Unterversorgung.

These: Über die „Daseinsvorsorge“ tragen auch die Lahn Dill Kliniken GmbH als 100%ige Tochter des Lahn Dill Kreises eine Mitverantwortung im Rahmen der regionalen Sicherstellung.

17.10.2016

10



Voraussetzungen Integration Zweigpraxen

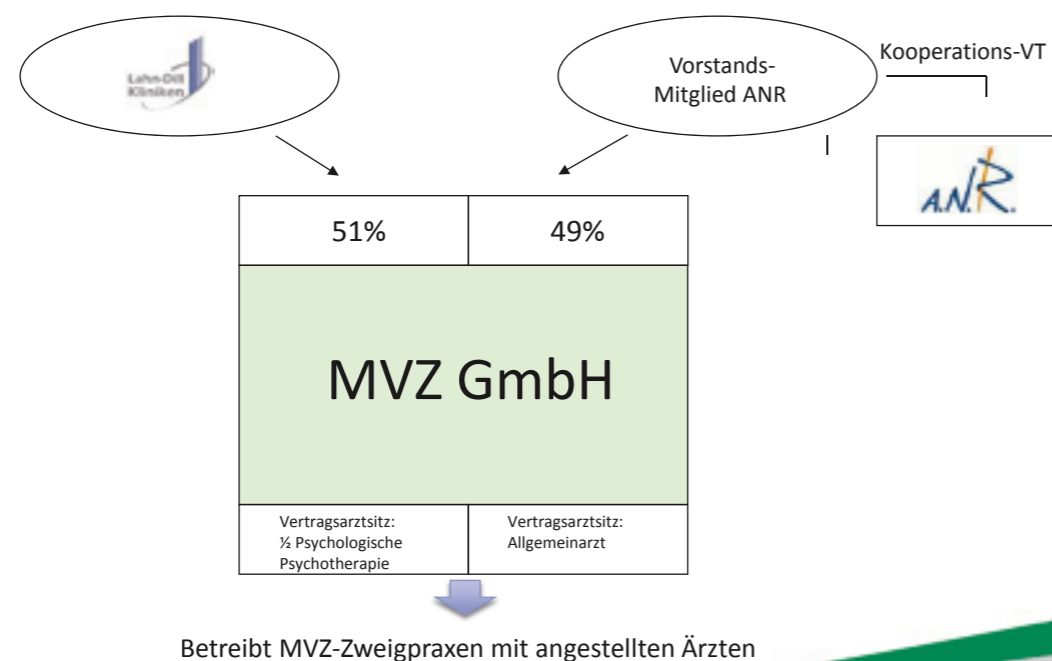
- Niedergelassene Ärzte im Einzugsgebiet des Standortes wünschen sich eine Aufrechterhaltung des Standortes
- Projektbeirat spricht sich für den Standort aus
- Wirtschaftlich gesunde Praxis
- Der Praxisinhaber muss bereits erfolglos versucht haben, einen Nachfolger zu finden

17.10.2016

12



Schaubild Projektkonstruktion LAN GmbH



17.10.2016

11



Angestellte Ärzte

- Weiterbetrieb übernommener Praxen durch den Praxisinhaber (als zukünftig Angestellte) für mindestens 12 Monate
- Ab Monat 13 Schichtbetrieb mit angestellten Ärzten denkbar
- Gute Voraussetzungen für Ärztinnen, die aus der Elternzeit zurückkehren
- Gute Möglichkeiten für ärztliche Nebentätigkeiten
- Möglichkeit für junge Ärztinnen und Ärzte, „Landarzt auf Probe“ zu sein. Ausgründung in Niederlassung mit eigener Praxis ist möglich.
- Sektorenübergreifende (Angestellten-)tätigkeit möglich, z.B. halbtags als Landarzt/Landärztin und halbtags im Krankenhaus.

17.10.2016

13



Historie Projektentwicklung

- Erste Projektplanungsüberlegungen aus der GFG mbH heraus ab 2012 (Businessplan, Gespräche mit LDKI, Gespräche mit A.N.R.)
- Der ANR-Vereinsvorstand hat sich für eine Projektrealisierung ausgesprochen
- A.N.R. – Vollversammlung: Projektzustimmung ohne Gegenstimme
- Aufsichtsrat der LDKI: Projektzustimmung ohne Gegenstimme
- Gesellschafterversammlung der LDKI: Projektzustimmung ohne Gegenstimme

17.10.2016

14



Standorte der LAN (Stand 05/2016)

Aktuell:

Integration 3. Zweigpraxis beabsichtigt zum 01.10.2016

Eine Praxis erfolgreich nachbesetzt (aus Einzelpraxis wurde Zweigpraxis mit 1,5 Zulassungen)

Ärztliche Nachfolge der 2. Zweigpraxis zum 01.10.2016 beabsichtigt

Derzeit Ausbildung einer Weiterbildungsassistentin, geplant ab 01.10.2016
Ein weiterer Weiterbildungsassistent



17.10.2016

16



Weiterbetrieb nach 5jähriger Testphase

- Die Landarztnetz Lahn-Dill GmbH ist zunächst auf eine 5jährige Aufbauphase (31.03.2019) angelegt.
- Innerhalb dieser Aufbauphase wird lt. Businessplan je Jahr eine Zweigpraxis integriert.
- Das regionale Arztnetz A.N.R. e.V. strebt eine Professionalisierung im Sinne des § 87b, SGB V an.
- Eine Folge könnte die Anerkennung des A.N.R. e.V. als Leistungserbringer im Sinne des SGB.
- Option zur Übernahme der Gesellschafteranteile des ANR-Vorstandsmitglied durch den A.N.R. e.V. nach Anerkennung als Leistungserbringer.

17.10.2016

15



Kennzahlen 2016

Wesentliche Planentwicklungen (Ende 2016):

- 2 Praxen nachbesetzt
- 7 angestellte FÄ
- 1 angestellte Therapeutin
- 6,5 Zulassungen
- 2 Weiterbildungsassistenten
- rund 20 nichtärztliche Angestellte
- rund 6.000 Fälle/Quartal

17.10.2016

17



Wesentliche externe Anerkennungen

- Gewinn des Hessischen Demografiepreises 2015 (Staatskanzlei)
- Auswahl im Rahmen eines Förderantrages von Regionalen Gesundheitsnetzen in den Jahren 2016 bis 2018 (Ministerium für Soziales und Integration), u.a.
 - Aufbau von mindestens 1-3 regionalen Hausbesuchszentren;
 - Aufbau eines Primärarztzentrums im Sinne der Empfehlung des Sachverständigenrates Gesundheit 2014;
 - Bildung eines sektorenübergreifenden Springerpools/Mitarbeiterpools beim Primärarztzentrum in Dillenburg.
 - Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle für ärztliche Pflegeheimvisiten

17.10.2016

18



Kontakt Daten

Landarztnetz Lahn-Dill GmbH
 Lars Bongartz (Kaufmännische Leitung)
 Forsthausstraße 1-3
 35578 Wetzlar
 E-Mail: lars.bongartz@landarztnetz-lahn-dill.de
 Tel. 06441-792682

17.10.2016

20



Projektalternativen

- Praxisbetrieb durch KV?
- Notfallambulanzen Krankenhäuser?
- Patiententransportsystem?
- Versorgung durch Nicht-Ärzte?
- Marktregulierung?
- Modell mit angestellten Ärzten

17.10.2016

19





Netzwerkkonferenzen – Basis für sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Ruth Schlichting – Stabsstelle Altenhilfe, Landkreis Marburg-Biedenkopf

Herzlichen Dank, Herr Pillok.

Jetzt wird es etwas weniger medizinisch und etwas mehr sektorenübergreifend. Das Projekt, das ich Ihnen vorstellen werde, trägt den offiziellen Titel: „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“.

Zunächst einige Vorbemerkungen:

Unter dem Begriff „sektorenübergreifend“ verstehen wir das Zusammenwirken von Gesundheitssystem, Pflegesystem und Sozialem Hilfesystem als Voraussetzung für eine ganzheitliche, abgestimmte Versorgung der Klienten/Patienten.

Dahinter steht das Leitbild einer patientenorientierten Perspektive. Wir fragen: „Was braucht dieser Patient, wenn er krank oder pflegebedürftig ist?“ Ein Zustand, in dem er nicht nur ärztliche Behandlung benötigt. Pflegebedürftigkeit und Krankheit sind immer auch ein Zustand, der die Lebenssituation der Patienten und die seiner Angehörigen beeinflusst. Oft ist es erforderlich, dass alle Akteure aus dem Gesundheits-, dem Pflege- und Sozialbereich zusammenarbeiten, um den Patienten optimal zu versorgen.

Dieses Projekt ist kein Beitrag, um dem sich abzeichnenden Ärztemangel zu begegnen, sondern eher ein Projekt, um Ärzte zu entlasten. Indem der Arzt erfährt, dass er nicht alleine dasteht und er nicht allein verantwortlich für eine gute Versorgung des Patienten ist. Indem er Kenntnis darüber erhält, dass es noch andere Akteure gibt, mit denen er gemeinsam und koordiniert die Behandlung und notwendige Unterstützung organisieren kann: aus den Bereichen der Pflege und der sozialen Hilfen.

Ich möchte als Einstieg eine strukturelle Einordnung

des Projektes im Kontext der Pflegestützpunkte vornehmen. Wir haben seit 2010 bei uns im Landkreis den Pflegestützpunkt mit den Aufgaben, die ich Ihnen gleich erläutern möchte. Anschließend werde ich Ihnen das Projekt „Sektorenübergreifende Versorgung“ vorstellen und abschließend einige Projekterfahrungen präsentieren.

Über Qualitäts- und Kostenprobleme von Dienstleistungen, die Gesundheit, Pflege und soziale Hilfen betreffen, ist ja nun viel gesprochen worden. Zum einen das gegliederte Leistungssystem des SGB, das mit seinen unterschiedlichen Kosten- und Leistungsträgern (SGB V, SGB XI, SGB XII) wenig Anreize für Rehabilitation und Prävention bietet. Auch eine professions- bzw. institutionsgeleitete Wahrnehmung der Versorger erschwert Kooperation: Nehmen wir beispielhaft die Pflegeanbieter; sie agieren vorwiegend im Rahmen ihrer Leistungsmöglichkeiten. Der „Blick über den Tellerrand“ in Richtung soziale Hilfen, Gesundheit, Heilmittelerbringer ist bei diesen Anbietern häufig nicht sehr ausgeprägt. Erfahrungen zeigen: Viele haben einfach die Befürchtung, durch Kooperation mit anderen Akteuren wirtschaftliche Einbußen zu erleiden. Sicherlich spielt auch die Alltagsroutine eine Rolle, die den Blick zu anderen möglichen Kooperationspartnern verstellt.

Hinzu kommen die meist unkoordinierten Leistungen und Angebote im System. Wir haben eine große Zahl an Pflegeanbietern, Anbietern im sozialen, im Heilmittel- und im medizinischen Bereich. Den Patienten ist es mittlerweile kaum möglich, diese Vielfalt zu durchschauen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind zudem die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung noch komplizierter geworden. Häufig ist eine gute

Beratung erforderlich, um den Patienten/Klienten die Leistungen, die ihnen zustehen, zu erschließen.

Die Folie verdeutlicht die komplexen Versorgungszusammenhänge, mit denen eine pflegebedürftige Person konfrontiert wird. Diese Komplexität und die damit häufig verbundene Überforderung der Klienten/Patienten bei der Auswahl und Organisation von Hilfen können dazu führen, dass Heimpflege als einzige Versorgungsoption gewählt wird, obwohl andere Unterstützungsressourcen zur Verfügung stehen würden. Interessant sind Untersuchungsergebnisse, nach denen rund 30% der Heimbewohner in einem vollstationären Setting überversorgt sind. Ein Projekt in Ahlen (NRW) hat gezeigt, wie durch Beratung und Koordination Heimunterbringung in einem erheblichen Maße vermieden werden kann. Auf einer Tagung wurde kürzlich berichtet, dass rund 60% aller Heimbewohner direkt aus der Klinik kommen, eine Tatsache, die auch einer unzureichenden Beratung über alternative Versorgungsmöglichkeiten geschuldet ist.

Seit 2010 gibt es im Landkreis Marburg-Biedenkopf den Pflegestützpunkt. Rechtliche Grundlagen der Pflegestützpunkte sind im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 gelegt. In einer Allgemeinverfügung hat das Hessische Sozialministerium 2009 bestimmt, zunächst in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens einen Pflegestützpunkt einzurichten. Auf Landesebene gibt es zudem zwischen den Trägern der Pflegestützpunkte eine Rahmenvereinbarung, die Grundlagen zur Steuerung und Qualitätssicherung festschreibt.

Auf kommunaler Ebene geben Pflegestützpunkt-Verträge und Konzeptionen eine Richtschnur für die Organisation und Arbeit der Pflegestützpunkte. Das Besondere an den Pflegestützpunkten ist, dass sie in gemeinsamer Trägerschaft der Pflege- und Krankenkassen und der Kommunen betrieben werden.

Zu ihrem gesetzlichen Auftrag gehören die

- Auskunft und Beratung zur Auswahl und zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfen;
- Die Koordinierung aller gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen, pflegerischen und

- sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote;
- Die Vernetzung dieser Versorgungsangebote.

Ich zitiere diese Zeilen aus dem Gesetzestext, denn im § 92 SGB XI (heute § 7 SGB XI) ist explizit festgeschrieben, dass die Arbeit von Pflegestützpunkten sektorenübergreifend und vernetzt ausgerichtet sein soll, um eine ganzheitliche und abgestimmte Versorgung der Klienten/Patienten sicherzustellen. Der Projektgedanke ist im Prinzip hier bereits abgebildet.

Zu den Leistungen der Pflegestützpunkte konkret: Wenn ein Ratsuchender zum Pflegestützpunkt kommt, wird regelhaft persönlich, telefonisch oder schriftlich ein Erstkontaktgespräch geführt, ein sogenanntes Sondierungsgespräch. Die meisten der Ratsuchenden (48 %) benötigen lediglich Einzel- bzw. Erstinformationen wie z.B.: „Wo stelle ich einen Antrag?“, „Wo finde ich einen Pflegedienst?“, „Wo finde ich einen Facharzt?“, „Wie läuft das mit der Begutachtung zur Pflegeeinstufung?“

Der Bereich der Beratung ist komplexer. Hier geht es häufig um mehrdimensionale Bedarfslagen, um Konflikte oder Überforderungssituationen bei den Klienten/Patienten, mit meist mehreren beteiligten Familienangehörigen.

Die Fallklärung und Steuerung, das sogenannte Case Management, ist ein weiteres Beratungssetting: Acht bis zehn Prozent aller Beratungsfälle sind überaus komplex im Hinblick auf Versorgungsbedarfe und Leistungscoordination und benötigen eine prozesshafte Steuerung und Begleitung.

Schließlich gehört das Care- Management, also die Netzwerkarbeit, zum Aufgabenfeld der Pflegestützpunkte. Hier geht es um Kooperation und Vernetzung der verschiedenen regionalen Akteure aus Gesundheit und Pflege, explizit auch um die Einbeziehung von bürgerlichem Engagement. In Netzwerkkonferenzen können Versorgungslücken identifiziert, Absprachen zur Zusammenarbeit getroffen und Informationen ausgetauscht werden.

Der Pflegestützpunkt ist also in seiner Gesamtkonstruktion und Aufgabenstellung ein Knotenpunkt für Beratung und Vernetzung. Und er ist auch - und das ist insbesondere für die Dienstleister und Ärzte von Interesse - ein „Türöffner“ in das Versorgungssystem. Insofern ist es immer wieder

kaum nachvollziehbar, dass sich Leistungserbringer doch relativ schwer bei der Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt tun, obwohl sie davon in mehrfacher Hinsicht profitieren würden.

Nun komme ich zum Projekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“. Sie sehen auf der Folie beiden Kreise auf der linken Seite, das sind die Projektbeteiligten: zum einen der Landkreis mit der Stabsstelle Altenhilfe und dem Fachbereich Gesundheitsamt. Zum anderen die Ärztenossenschaft PriMa, die - das kann ich vorwegnehmen - der Pflegestützpunktarbeit einen wichtigen Impuls dahingehend gegeben hat, dass nun ein Zugang zum Gesundheitssystem, zu den niedergelassenen Ärzten möglich wurde, der sich bis dahin als schwierig erwiesen hatte. Ein weiterer Projektpartner ist der RNV mit seinen mobilitätsfördernden Angeboten; im heutigen Kontext jedoch nicht von primärem Interesse. Das Projekt begann im Jahr 2014. Wir sind aktuell in der zweiten Projektphase, die bis Ende 2018 befristet ist.

Konkret geht es in dem Projekt (1.) um den Aufbau und die Verstärkung von regionalen Gesundheits- und Pflegestützpunkten. Auf der Ebene der Vernetzung geht es (2.) um den Aufbau von sektorenübergreifenden regionalen Netzwerkkonferenzen. Auf der Ebene der Kommunikation, Koordination und Kooperation geht es (3.) um die Entwicklung und Erprobung von Leitlinien für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Diese drei Aufgaben werde ich Ihnen kurz vorstellen.

Zur Regionalisierung der Beratungsangebote:

Der Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf befindet sich räumlich in der Mitte des Landkreises, in der Universitätsstadt Marburg. Hier arbeiten ein Pflegeberater der Pflegekasse und zwei Sozialberater des Landkreises zusammen. Durch das Projekt erhielten wir die einmalige Chance, das zentral gelegene Beratungsangebot des Pflegestützpunktes zu ergänzen und durch zwei „Gesundheits- und Pflegestützpunkte“ zu regionalisieren. Diese Bezeichnung verdeutlicht den expliziten Auftrag des Projektes, das Gesundheitssystem miteinzubeziehen. Die Beratungskräfte sind Pädagogen und Pflegefachkräfte, die sehr eng mit dem Team des Pflegestützpunktes zusammenarbeiten. Wir treffen uns alle 14 Tage zu gemeinsamen Teamsitzungen, um Projektfragen und auch praktische Fragen zu erörtern.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass rund 80% der Ratsuchenden keine oder nur eine niedrige Pflegestufe haben. Dies verdeutlicht die hohe präventive Funktion der Beratungseinrichtungen. Vor allem Alleinstehende und Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen benötigen häufig eine sehr umfangreiche Beratung und Begleitung. In diesen Fällen ist ein Hausbesuch obligatorisch, denn ein kurzes persönliches Gespräch im Pflegestützpunkt oder ein Telefonat ist nach Aussage der Beratungskräfte nicht ausreichend, um die tatsächlichen Unterstützungsbedarfe zu erfassen. Im Jahr 2015 wurden von den Mitarbeiter/innen 410 Hausbesuche durchgeführt und rund 8.000 Kilometer zurückgelegt.

Ärzte nehmen als Zuweiser noch eine untergeordnete Rolle ein. Das spielt sich bis jetzt noch im unteren einstelligen Prozentbereich ab. Aber wir sind optimistisch, dass sich das durch dieses Projekt ändern wird.

Erfahrungen zeigen auch, dass Angebotslücken, insbesondere in den Bereichen Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege sowie Betreuungs-/Assistenzleistungen die Vermittlungsarbeit zunehmend erschweren. Auch ambulante Pflegedienste sagen immer häufiger: „Wir nehmen keine neuen Patienten mehr auf, weil unsere Personalkapazitäten ausgeschöpft sind.“

Nun zur Netzwerkarbeit:

Für die regionalen Netzwerkkonferenzen wurde der Landkreis in fünf verschiedene Regionen „aufgeteilt“. Wir laden Versorger aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und soziale Hilfen ein, weiterhin Vertreter der Kommunen und der Pflegekasse. Rund 200 Institutionen/Personen gehören zum Adressatenkreis. An den Netzwerkkonferenzen, die wir pro Region zweimal im Jahr durchführen, nehmen durchschnittlich 30 - 40 Personen/Institutionen teil. Es geht zum einen darum, die Arbeit der Gesundheits- und Pflegestützpunkte und unseres formalen Pflegestützpunktes in Marburg bekannt zu machen. Wir möchten darüber hinaus ein gemeinsames Verständnis für die Patientenversorgung entwickeln. Die Netzwerkkonferenzen dienen schließlich auch dazu, lokale Strukturen kennenzulernen und persönliche Kontakte zu den Menschen, die vor Ort in der Versorgung tätig sind, zu knüpfen.

Das methodische Vorgehen in den Netzwerkkonferenzen ist partizipativ angelegt. Wir

erörtern gemeinsame Themen wie zum Beispiel: „Wie kann eine optimale Versorgung der Träger anbieterübergreifend vonstattengehen?“ „Wer muss eigentlich was tun?“.

Die inhaltliche Arbeit in kleinen Gruppen wird bevorzugt und geschätzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoffen sich von der Zusammenarbeit Informationen und Entlastung. So formulieren Vertreter von ambulanten Pflegediensten: „Wir machen so viele Dinge, die wir überhaupt nicht bezahlt bekommen, zum Beispiel Müll raustragen, Einkäufe erledigen und so weiter.“ Wenn sie wissen, welche Anbieter es da noch so gibt – z.B. niedrigschwellige Dienste, Bürgerhilfen - dann können sie sich an diese Kolleginnen und Kollegen wenden.

Sie erhoffen sich durch die Mitarbeit auch Hinweise auf Entwicklungsanforderungen für die eigene institutionelle Weiterentwicklung und nicht zuletzt auch Chancen für ihre Lobbyarbeit, also Werbung. Man kann sich bei den Pflegestützpunkten empfehlen, sich als ein qualifizierter und verlässlich engagierter Partner/Anbieter bekannt machen und Anerkennung im lokalen System erwirken.

Eine Untersuchung der Netzwerkkonferenzen im Rahmen einer Masterarbeit ergab, dass Schnittstellen zu den verschiedenen Sektoren durch die professions- und institutionsübergreifenden Zusammenkünfte bewusster wahrgenommen werden und daraus Erkenntnisse für die eigene Arbeit gewonnen werden konnten. Die Befragten sprechen auch von einer Verbesserung der Beziehung zwischen den beteiligten Akteuren. Und - was besonders erfreulich ist - dass sich der Blick auf den Patienten erweitert hat und nicht mehr so stark von der eigenen Profession geprägt wird.

Die Entwicklung von „Leitlinien zur Zusammenarbeit für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Hilfsbedarf“ gehört zum formalen Projektauftrag. Es geht um eine bessere, individuelle, bedarfsgerechte Versorgung. Es geht um die Zusammenarbeit der Profis mit den bürgerschaftlich Engagierten, um die Kooperation mit den Anbietern im Gesundheitswesen und um gemeinsame Fallkonferenzen. Mit der Verabschiedung der Leitlinien ist eine gemeinsame Außendarstellung verbunden, die durch ein gemeinsam entwickeltes Logo unterstrichen wird.

Im Ostkreis wurden die Leitlinien am 2. März 2016 von 28 Institutionen formal unterzeichnet.

Zu den Unterzeichnern gehören Kliniken, die Ärztenossenschaft PriMa, Kommunen, Pflegeanbieter und soziale Hilfsdienste. Das Netzwerk im Westkreis wird Ende des Jahres folgen. Die Unterzeichnung dokumentiert eine Willensbekundung zur Verbesserung der Klienten-/Patientenversorgung durch abgestimmte Zusammenarbeit der Versorger. Eine Evaluation wird zeigen, ob diese Leitlinien dem Anliegen gerecht werden.

Im Rahmen der Leitlinien wurden u.a. bedarfsbezogene gemeinsame Fallkonferenzen vereinbart. Zurzeit wird unter Einbeziehung von Experten ein Case-Management-Konzept erarbeitet, um die Vorgehensweise der Beratungskräfte bei der Organisation von Case Management und von Fallkonferenzen zu vereinheitlichen. Die Erfassung des Hilfebedarfs und der Ressourcen, die Erstellung des Hilfeplans, die Umsetzung der Maßnahmen und die Überwachung der Umsetzung sind elementare Bestandteile, die mit allen an der Versorgung Beteiligten besprochen und vereinbart werden müssen - unabhängig davon, wer letztendlich die Fallsteuerung und -verantwortung übernimmt.

Aktuell wird eine Leistungsvereinbarung mit niedergelassenen Ärzten von PriMa vorbereitet. In dieser Vereinbarung erkennen die Ärzte die Leitlinien an und erklären, entsprechend zu kooperieren. Dazu gehört die Teilnahme eines Ärzte-Vertreters an den Netzwerkkonferenzen, die Bereitschaft, Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf über die Beratungsangebote zu informieren und bei Bedarf an Fallkonferenzen teilzunehmen. Dafür erhalten sie eine Aufwandsentschädigung von 75 Euro pro Stunde. Unser Anliegen ist es, die Ärzte zu entlasten und zu motivieren, sich in das Setting einer ganzheitlichen Versorgung aktiv einzubringen.

Ein weiterer Projektbaustein ist das „Mitteilungsbuch“. Von den verschiedenen Versorgern wurde der Wunsch geäußert, ergänzend zur Pflegedokumentation ein niedrigschwelliges Kommunikationsinstrument zu haben, mit dem z.B. die HelferIn aus der Nachbarschaft oder von der Bürgerhilfe, der Alzheimergesellschaft oder auch vom Pflegedienst Informationen über Patienten zur Alltagsorganisation notieren kann. Das Mitteilungsbuch hat keine Rechtsverbindlichkeit, soll aber letztendlich gewährleisten, dass diejenigen, die an einem Versorgungssetting beteiligt sind, voneinander wissen und wichtige Informationen über den Patienten austauschen können.

Die ersten Projekterfahrungen sind positiv. Die durch die Netzwerkarbeit neu gewonnenen Kenntnisse über Kompetenzen und Leistungen anderer Akteure erleichtern den Netzwerkpartnern ein sektorenübergreifendes Handeln. „Jetzt wissen wir, welche Anbieter, welche Experten es in der Region gibt. Vorher wussten wir das gar nicht.“ Das sagen niedergelassene Ärzte, aber auch ambulante Pflegedienste und andere Anbieter.

Die vereinbarte Kooperation mit der Ärztenossenschaft PriMa erleichtert den Kolleginnen und Kollegen in den Stützpunkten den Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere den Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten. Diese Zusammenarbeit muss intensiviert und weiter ausgebaut werden, denn sie ist ein großer Gewinn für die Beratungsarbeit und Versorgungsorganisation.

Insgesamt würde ich mir ein Anreizsystem für Kooperation wünschen. Ähnlich wie im Rahmen des Projektes die Voraussetzungen für eine Vergütung der Ärzte bei Mitwirkung an Fallkonferenzen geschaffen wurden, könnten auch andere Akteure durch ähnliche Anreize leichter für eine verbindliche Zusammenarbeit gewonnen werden. Die Frage muss erlaubt sein: Was haben beispielsweise ambulante Pflegedienste für eine Motivation, sich zu vernetzen und an Netzwerk- oder Fallkonferenzen teilzunehmen? Welchen (Eigen-)Gewinn können sie dadurch generieren?

Die Beratungs- und Netzwerkarbeit legt bereits heute Versorgungslücken offen. Fehlende Angebote durch Fachärzte (Psychiater, Neurologen), ein Mangel an Kurzzeit-/Tages- und Nachtpflege, fehlende niedrigschwellige Assistenz- und Betreuungsdienste erschweren die Organisation tragfähiger Versorgungssettings. In den Netzwerkkonferenzen müssen mit den lokalen Dienstleistern Versorgungslücken identifiziert und unter Beteiligung planungsverantwortlicher Stellen, wie der Kommune und des Landkreises, Lösungen erarbeitet werden.

Mit dem Projekt konnten regionale Beratungsangebote aufgebaut werden. Sie entlasten nicht nur den Marburger Pflegestützpunkt. Sie bieten vor allem den Ratsuchenden aus dem Ost- und Westkreis einen erleichterten Zugang zum Beratungsangebot. Die Projekt-Beratungsstellen sollen nach Projektende als Regelangebot etabliert werden. Dies ist das Ziel, verbunden mit der Erwartung, dass sich die

Pflegekassen und die Kommunen gemeinsam verantwortlich an dem Ausbau beteiligen. Hierzu darf ich den Paragraphen 8 SGB XI bemühen, nach dem die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Hier heißt es: „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken ... eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“

Zum Schluss noch die Einschätzung eines Arztes, der sehr engagiert in dem Netzwerk mitarbeitet. Ich hatte ihn gefragt, wo er Entlastungsaspekte durch die Gesundheits- und Pflegestützpunkte sieht. Es sind vornehmlich das Wissen über andere Experten und die Kooperationserfahrung. Er sagte: „Manchmal gehe ich mit Bauchschmerzen aus dem Hausbesuch heraus, weil die Versorgungssituation grenzwertig ist. Jetzt weiß ich, wen ich in einem solchen Fall einbeziehen kann.“

Die Gesundheits- und Pflegestützpunkte werden von diesem Arzt als kompetente Anlaufstelle für alle nicht-medizinischen Fragen wahrgenommen und damit als ein ergänzendes Entlastungsangebot geschätzt, dass zu einer besseren Patientenversorgung beiträgt.

Vielen Dank.

Frage (Frau Brigitte Wagner):

Wie machen Sie es mit Datenschutzthemen?

Antwort (Frau Schlichting):

Verbunden mit den Leitlinien, die ich eben kurz vorgestellt habe, gibt es Datenschutzvereinbarungen für Helfer und Klient/Patient. Diese Datenschutzerklärungen (Verpflichtungserklärung zum Datenschutz, Einwilligung des Klienten/ Bevollmächtigten, Verpflichtungserklärung für ehrenamtliche Helfer) sind vom hessischen Datenschutzbeauftragten geprüft worden.

Moderator (Herr Pillok):

Der Kern der Datenschutzbestimmung ist, dass der Patient vorher einwilligt, dass in einem Mitteilungsbuch Daten zusammengefasst und auch weitergeleitet werden.

Moderator:

Ich fand es ganz spannend, als ich hier und da bei Arbeitsgruppen im Landkreis Marburg-Biedenkopf hospitiert habe, zu sehen, dass es gerade in den Flächenkreisen nicht ausreicht, wenn man nur eine Anlaufstelle in der zentralen Kreisstadt hat. Die Wege sind einfach viel zu weit, und selbst wenn die Ärzte den Pflegestützpunkt empfehlen, ist es hilfreich, wenn sich alte Menschen und ihre Angehörigen nicht auf den Weg in die Kreisstadt machen müssen, sondern vor Ort bleiben können. Deshalb war es sehr hilfreich, auch dort Außenstellen und Netzwerkkonferenzen zu organisieren, um an den Außenstellen, entsprechend der Patientenströme im Landkreis, dann auch sektorenübergreifende Arbeit zu organisieren.

Herr Dr. Weber:

Sehr schön ausgearbeitet. Ich war gar nicht so tief in dieser Terminologie drin. Da stellt sich aber bei mir als Erstes die Frage nach dem Geld. Wie sind diese Case bzw. Care Manager gegenfinanziert? Und zweitens: Wer macht die Supervision dieser Leute, die das bewerkstelligen?

Antwort (Frau Schlichting):

Das Besondere an diesem Projekt ist vielleicht, dass der Pflegestützpunkt sehr eng mit der Altenhilfeplanung, also mit mir, zusammenarbeitet. Das Case Management selbst, also die Beratung zu organisieren, machen die Mitarbeiter aus den jeweiligen Beratungsstellen. Die beiden Projektaußenstellen sind projektfinanziert und der Pflegestützpunkt als solcher wird paritätisch durch die Pflegekassen und den Landkreis Marburg-Biedenkopf finanziert. Wie bereits erwähnt haben wir den Wunsch und die Erwartung, dass sich die Pflegekassen mitverantwortlich beteiligen. Die Diskussion über Bedarf und Ausbau von Pflegestützpunkten hat auf der Landesebene begonnen.

Für die Supervision haben wir letztendlich kein eigenes Budget. Sie ließe sich ggf. über Projektmittel finanzieren. Ich selbst bin ausgebildete Supervisorin, aber in diesem Projekt in einer anderen Rolle. Wir haben regelmäßige Teamsitzungen und besprechen bei Bedarf auch Praxisfälle. Aber es ist aus den genannten Gründen keine Supervision im engeren Sinn, die in die Tiefe gehen kann.

Moderator:

Gerade weil Sie das mit den Fällen aus der Praxis ansprechen, ich hatte eine Diskussion, die ich persönlich sehr beeindruckend fand, da haben sich Ärzte und Vertreter von den Pflegediensten unterhalten, wie ein diabetischer Fuß zu versorgen sei. Man hat sich gegenseitig vorgeworfen, dass jeweils die andere Seite nicht wisse, wie ein Verband anzulegen sei. Und dann hat man sich in sehr emotional geführten Kontroversen verständigt, wie man den einen diabetischen Fuß zu versorgen hat. Das zeigt für mich sehr überraschend, wie man denn so eine unterschiedliche Meinung haben kann. Es gibt anscheinend in jeder Fachdisziplin Vorschriften und Leitlinien, die nicht immer kompatibel sind. Deshalb ist es umso wichtiger, dass man vor Ort die sektorenübergreifende Zusammenarbeit lebt und auch erstmal ein gemeinsames Verständnis entwickelt.

Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf

Sektorenübergreifende Netzwerkarbeit im Landkreis Marburg-Biedenkopf

*Fachtagung
7. Juli 2016
Friedrichsdorf*

3 Inhalte

- Strukturelle Einordnung im Kontext der Pflegestützpunkte
- Projekt:
„Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“
- Erste Projekterfahrungen

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

2 Vorbemerkungen

- Sektorenübergreifende Versorgung in unserem Kontext: Kooperation und Vernetzung von Akteuren aus Medizin, Pflege und Soziale Hilfen.
- Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind nicht nur ein isolierter (somatischer) „Zustand“, den es zu behandeln, zu heilen oder zu lindern gilt. Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind immer auch verknüpft mit einer Lebenssituation des betroffenen Menschen und seiner Angehörigen. Dies erfordert eine ganzheitliche Sichtweise und ganzheitliches Handeln aller an der Versorgung Beteiligten.
- Das Projekt kann einen Beitrag leisten, Ärzte zu entlasten und die Patienten-/Klientenversorgung durch Kooperation und Kommunikation zu verbessern. Es leistet keinen Beitrag, den sich abzeichnenden Ärztemangel a.d. Land vorzubeugen oder abzumildern.
- Grundlage und Ausgangspunkt des Projektes bildet der Pflegestützpunkt – Beratungs- und Steuerungsinstanz nach § 7 SGB XI.

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

4 Strukturelle Einordnung

Qualitäts-und Kostenprobleme von Dienstleistungen

- Gegliedertes Leistungssystem
- Anbieter agieren innerhalb ihres Leistungsbereichs
- Vielzahl (unkoordinierter) Leistungen im System

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

5 Strukturelle Einordnung



Komplexe Versorgungszusammenhänge



Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

7 Strukturelle Einordnung



Gesetzlicher Auftrag

- Unabhängige **Auskunft und Beratung** zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfen
- **Koordinierung** aller gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote
- **Vernetzung** dieser Versorgungsangebote

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

6 Strukturelle Einordnung



Einführung von Pflegestützpunkten

- **Bund:** Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008
- **Land:** Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten, 2009
- **Land:** Rahmenvertrag - Landesverbände und Kommunen
- **Kommunen:** Stützpunktvertrag Konzeption



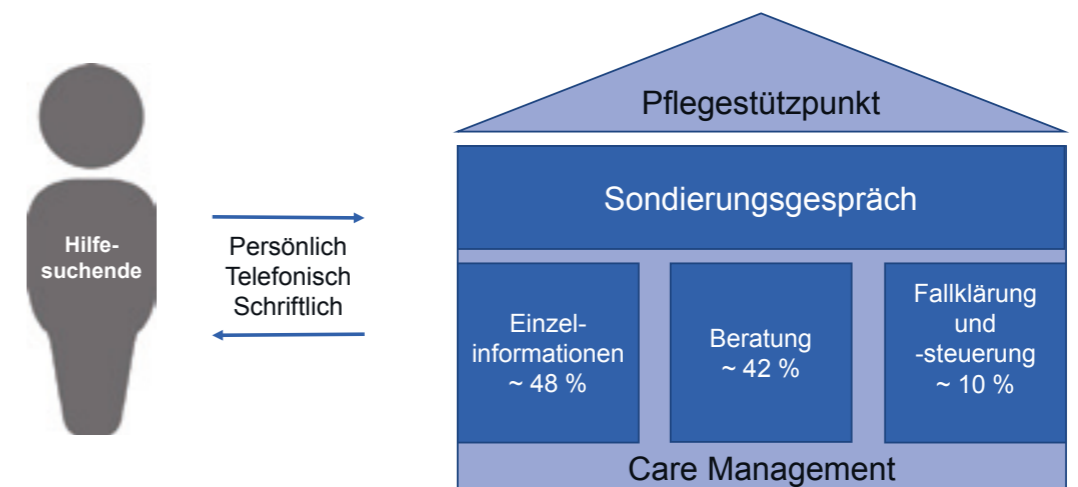
Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

8 Strukturelle Einordnung



Leistungen eines Pflegestützpunktes



Quelle: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009, S. 41

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

9 Projekt: Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung



Projektphase I:
2014-2015

Projektphase II
2016 - 2018

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

11 Sektorenübergreifende Versorgung Beratung



Regionalisierung des Beratungsangebots



Gesundheits- und Pflegestützpunkt des Landkreises Marburg-Biedenkopf

Unser Angebot für Sie im Ostkreis!

Wir helfen Ihnen und Ihren Angehörigen kostenlos bei Fragen rund um die Themen Pflege, Gesundheit und Prävention durch

- Information
- Beratung
- Unterstützung
- Vermittlung
- Koordination

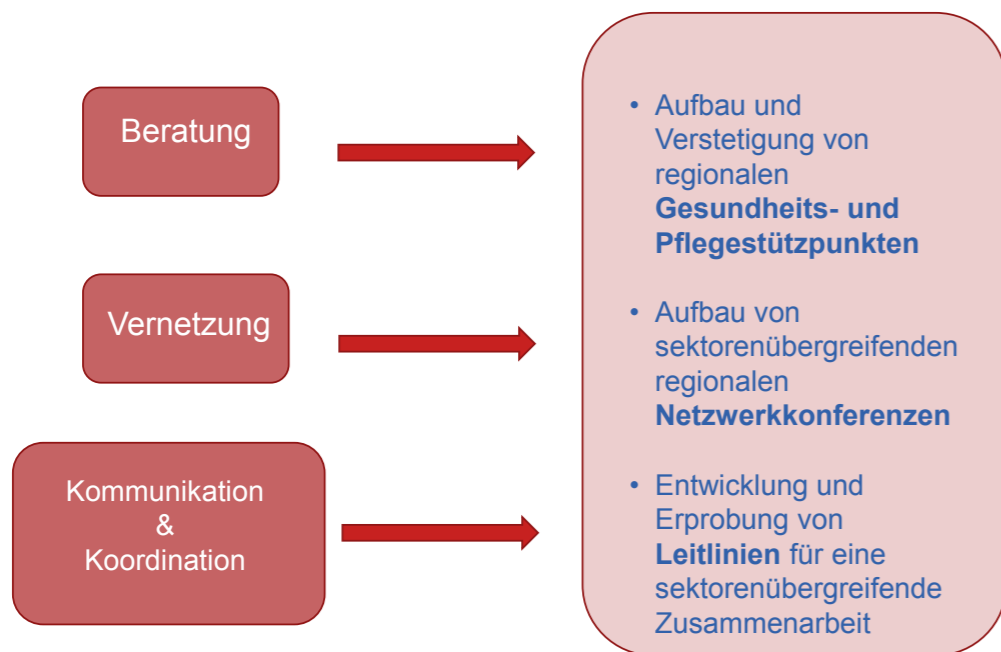
Der Gesundheits- und Pflegestützpunkt

- berät unabhängig und trägerneutral
- kooperiert mit Einrichtungen und Diensten, die sich mit Hilfen zur Prävention, Rehabilitation, Pflege und Lebensgestaltung befassen
- arbeitet in enger Abstimmung mit dem Pflegestützpunkt des Landkreises am Standort Marburg

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

10 Projekt: Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung



Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

12 Sektorenübergreifende Versorgung Beratung



Erfahrungen und Erkenntnisse

- Rund 80 % der Ratsuchenden haben keine oder eine niedrige Pflegestufe
- Alleinstehende und Menschen mit Demenz benötigen eine umfangliche Unterstützung
- Komplexe Problemsituationen erfordern Hausbesuche
- Ärzte spielen als „Zuweiser“ noch eine untergeordnete Rolle
- Fehlende Angebote erschweren Vermittlungsarbeit

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

13

Gesundheits- und Pflegestützpunkt Netzwerkarbeit



Regionale Netzwerkkonferenzen



- Rund 200 Adressaten aus Gesundheit, Pflege + Soziale Hilfen
- Teilnahme: 38 %

- Arbeit der G-PSP bekannt machen
- Kenntnisse lokaler Strukturen gewinnen
- Kooperation mit örtlichen Akteuren intensivieren
- Themen gemeinsam erarbeiten
- Gemeinsames Verständnis für Klientenversorgung entwickeln

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

15

Sektorenübergreifende Versorgung Netzwerkarbeit



Motivation zur Teilnahme

- Entlastung in der alltäglichen Klientenversorgung (bes. bei komplexen Problemsituationen)
- Hinweise auf Entwicklungsanforderungen
- Verbesserte Chancen für die Lobbyarbeit
- Anerkennung im lokalen Versorgungssystem



Bewertung durch Teilnehmer

- Schnittstellen werden bewusst
- Erkenntnisse für die eigene Arbeit (84 %)
- Verbesserung der Beziehungen zwischen den Akteuren (71 %)
- Verändern den Blick auf den Klienten (36 %)

(Masterthesis: Gärtner, 2014)

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

14

Sektorenübergreifende Versorgung Netzwerkarbeit



Regionale Netzwerkkonferenzen

Partizipation als Grundprinzip



Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

16

Sektorenübergreifende Versorgung Kommunikation & Kooperation



Leitlinien

- Individuelle und bedarfsgerechte Versorgung
- Zusammenarbeit von Profis und bürgerschaftlich Engagierten
- Kooperation mit Anbietern im Gesundheitswesen
- Gemeinsame Fallkonferenzen
- Gemeinsame Außendarstellung
- Gemeinsame Fortbildungen



Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

17

Sektorenübergreifende Versorgung Kommunikation & Kooperation



Leitlinien

Motto: „Kooperieren – Profitieren“

28 Unterzeichner aus den Bereichen:

- Gesundheit
- Pflege
- Soziale Hilfen
- Kommunen



Unterzeichnung im Ostkreis
2. März 2016

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

19

Sektorenübergreifende Versorgung Kommunikation und Kooperation



Leistungsvereinbarung mit niedergelassenen Ärzten

- Anerkennung der Leitlinien
- Nutzung des Netzwerk-Logos
- Teilnahme an Netzwerkkonferenz
- Information der Patienten über G-PSP
- Bei Bedarf Weiterleitung an G-PSP
- Teilnahme an Fallkonferenzen
- Aufwandsentschädigung

Die Praxis _____ (Name) _____
in _____ (Plz, Ort) _____

- Mitglied der Ärztesozietät „PriMa“ e.G. -
ist Kooperationspartner der Pflegestützpunkte (PSP) des
Landkreises Marburg-Biedenkopf und arbeitet in der regionalen
Netzwerkkonferenz mit.
Die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes helfen bei Fragen rund
um Pflege und Versorgung, informieren, beraten, unterstützen,
vermitteln und koordinieren Hilfe.
Der Arzt / Die Ärztin / Die Ärzte und Ärztinnen dieser Praxis
nehmen an Fallkonferenzen mit den Mitarbeitern des
Pflegestützpunktes und der regionalen Netzwerkkonferenz teil,
um mit diesen die Versorgung schwerkranker und
pflegebedürftiger Patienten abzustimmen.

Marburg, den _____

Entwurf, 6/2016

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

18

Sektorenübergreifende Versorgung Kommunikation und Kooperation



Case Management Konzept

Entwurf: Assessment-Matrix

- Erfassung Hilfebedarf
- Erstellung Hilfeplan
- Umsetzung der Maßnahmen
- Überwachung ggf. Anpassung des Hilfeplans

Stammdaten					
	1	2	2	4	Gesamteinschätzung
Problem- und Ressourceneinschätzung	Problem- und Ressourceneinschätzung	Problem- und Ressourceneinschätzung	Problem- und Ressourceneinschätzung	Problem- und Ressourceneinschätzung	
Klient					
Case Manager					
DL / Experte 1					
DL / Experte 2					
DL / Experte 3					
Zusammenfassung:					

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

20

Sektorenübergreifende Versorgung Kommunikation & Kooperation



Mitteilungsbuch

Verbesserung der Kommunikation zwischen beteiligten Akteuren, z.B.

- Aktuelle Äußerungen des Klienten
- Tagesereignisse
- Abstimmung zur Alltagsorganisation
- Keine Rechtsverbindlichkeit



Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

21 Erste Projekterfahrungen



- Kenntnisse über Kompetenzen und Leistungen anderer Akteursgruppen erleichtern sektorenübergreifendes Handeln
- Kooperation mit PriMa erleichtern Zugang zum Gesundheitssystem Kontakt zu Ärzten
- Anreizsysteme zur Förderung von Kooperations- und Vernetzungsbereitschaft
- Beratungs- und Netzwerkarbeit legen bereits heute Versorgungslücken offen
- Ausbau und Regionalisierung der Beratungsstellen unter Beteiligung der Pflegekassen Kommunen

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

23

Vielen Dank



Dr. Med. Mabuse, Sept/Okt.2014

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016

22 Kommunikation und Kooperation Vereinbarung mit Ärztegenossenschaft



Entlastungsaspekte aus ärztlicher Sicht

- Zeitliche Entlastung bei der Beratung
- Eröffnung weiterer Ressourcen
- Unterstützung bei der Koordination
- Kompetente Anlaufstelle für alle nicht-medizinischen Fragen (z.B. Sachleistungen, Formulare)

„Manchmal gehe ich mit Bauchschmerzen aus dem Hausbesuch heraus, weil die Versorgungssituation grenzwertig ist. Jetzt weiß ich, wen ich in einem solchen Fall einbeziehen kann.“

(Zitat eines Hausarztes und PriMa-Vertreter)

Stabsstelle Altenhilfe

17. Oktober 2016



Ausblick und Schlusswort

Ralf Pillok – Referatsleiter Gesundheitspolitik, Rehabilitation, Servicestelle Regionale Gesundheitsnetze“, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Wiesbaden

Ich möchte mich insgesamt bei allen Referenten bedanken, dass sie sich die Zeit genommen haben und auch den ganzen Tag der Diskussion beigewohnt haben. Vielen Dank für Ihren Input, ich hoffe, dass Sie allesamt diese neue Inspiration mitgenommen haben und nach dem heutigen Tag Anregungen für Diskussionen in Ihre Region mitnehmen. Ich würde mich freuen, wenn Sie diese Diskussion führen und dass Sie vielleicht auch die KV und das Ministerium mit einbinden.

Wir versuchen Sie gemeinsam bei der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen zu unterstützen. Ich möchte meinen ganz besonderen Dank natürlich Herrn Spandau, Frau Willkommen und Herrn Knips als gute Geister aussprechen! Sie haben dafür gesorgt, dass wir uns heute hier treffen konnten. Sie haben das Ganze finanziert und organisiert und als gute Geister um uns herum gesorgt, dass alles so gut geklappt hat. Meinen herzlichen Dank dafür. Wenn Sie Interesse an den Power-Point-Präsentationen haben, Herr Spandau sagte mir, dass diese ab morgen auf der Internetseite des Kompetenzzentrums für Interkommunale Zusammenarbeit zur Verfügung stehen werden.

Die Internetadresse lautet www.ikz-hessen.de

Förderprogramm

Hessisches Ministerium des Innern und für Sport
- IV 5 - 3 v 03.01 -

Rahmenvereinbarung zur Förderung der Interkommunalen Zusammenarbeit

1. Zielsetzung

Die neuen Herausforderungen werden für die hessischen Kommunen nur durch die Zusammenführung von beträchtlichen Teilen ihrer Verwaltungen in gemeinsame Dienstleistungszentren zu bewältigen sein. Das Land Hessen fördert deshalb die Interkommunale Zusammenarbeit mit Zuweisungen aus dem Landesausgleichsstock.

2. Antragsberechtigung

Antragsberechtigt sind alle hessischen Kommunen. Kooperationen, an denen ausschließlich Landkreise beteiligt sind, können keine Zuwendung erhalten. Die Beantragung der Fördermittel soll als Gruppenantrag der miteinander kooperierenden Kommunen erfolgen.

3. Fördervoraussetzungen

3.1. Förderungsfähig ist die Zusammenarbeit auf der Grundlage der nach § 2 Abs. 1 KGG vorgesehenen Formen kommunaler Gemeinschaftsarbeit und der §§ 54 ff. HVwVfG. Zulässig sind auch Kooperationen, die sich der Rechtsformen des Privatrechts bedienen.

3.2. Aufgabenbereiche, in denen zusammengearbeitet werden soll, sind:

a) die verwaltungsmäßige Erledigung aller Geschäfte der laufenden Verwaltung.

Hierzu zählen insbesondere Aufgaben

- im Bereich der Finanzverwaltung,
- der Haupt- und Personalangelegenheiten,
- des Ordnungswesens (einschließlich des freiwilligen Polizeidienstes),
- der Bauverwaltung und des Baubetriebshofs.

b) Aufgaben der sozialen Daseinsvorsorge und der kommunalen Infrastruktur.

Hierzu können auch zählen:

- Kooperationen von Feuerwehren (hierzu gehört auch die freiwillige Fusion von Ortsteilfeuerwehren),

- die Errichtung und der Betrieb von kommunalen Sportanlagen,
- die Organisation der Tourismusförderung,
- die Wirtschaftsförderung durch gemeinsam zu verwaltende Gewerbegebiete
- Kooperationen zur Bewältigung des demografischen Wandels.

Weitere Aufgaben können zusätzlich gemeinsam erfüllt werden.

3.3. Die Zusammenarbeit in den vorgesehenen Aufgabenfeldern darf sich nicht nur auf unwesentliche Bereiche beschränken und soll Vorbildcharakter haben.

3.4 An einer Kooperation sollen in der Regel mindestens drei Kommunen beteiligt sein. In begründeten Ausnahmefällen genügt auch die Zusammenarbeit von zwei Kommunen.

3.5 Der Kooperationsverbund ist dauerhaft einzurichten, mindestens jedoch auf 5 Jahre.

3.6 Durch die Zusammenarbeit soll eine Einsparung der personellen und sächlichen Ausgaben in den kooperierenden Aufgabenbereichen von mindestens 15 v.H. pro Jahr erzielt werden (Effizienzgewinn). Die Zuwendung soll in einem angemessenen Verhältnis zu den erzielten Einsparungen stehen.

Als Regelzuwendung für die Bildung eines entsprechenden Kooperationsverbundes von drei Kommunen wird eine Zuweisung in Höhe von 75 000 € und bei mehr als drei Kommunen in Höhe von 100 000 € gewährt. Wird aus besonderem Grund auch die Zusammenarbeit von nur zwei Kommunen anerkannt, beträgt die Regelzuwendung 50 000 €.

3.7 Kooperationen mit einem besonderen Vorbildcharakter können eine erhöhte Zuwendung erhalten. Hierzu ist neben dem besonderen Vorbildcharakter eine breit angelegte, möglichst viele selbständige Bereiche umfassende Zusammenarbeit erforderlich. In diesem Fall können

auch ausnahmsweise bereits zur Unterstützung der Projektentwicklung Mittel bewilligt werden. Diese Zuwendungen sind umgehend zurück zu erstatten, wenn danach keine förderungswürdige Kooperation begründet wird.

3.8 Freiwillige Zusammenschlüsse von Städten und Gemeinden sowie Landkreisen können auf Antrag eine besondere Zuwendung erhalten.

4. Antragsverfahren

Eine Förderung soll nur erfolgen, wenn die Durchführung des Kooperationsverbundes durch die Beschlüsse der Stadtverordnetenversammlungen, Gemeindevertretungen bzw. Kreistage der an der Kooperation beteiligten Kommunen sichergestellt ist. Im Fall der Kooperation von Feuerwehren muss noch die Zustimmung der betroffenen Feuerwehren und des zuständigen Kreisbrandinspektors vorliegen.

In einem formlosen Antrag sind die inhaltlichen und zeitlichen Abfolgen der konkreten Kooperation sowie die Erfüllung der Anerkennungskriterien in der zum Zeitpunkt der Antragstellung möglichen Genauigkeit schlüssig darzustellen.

Die Anträge sind an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport auf dem Dienstweg zu richten. Die Aufsichtsbehörden haben dem Antrag eine bewertende Stellungnahme beizufügen.

5. Bewilligungsverfahren

Die eingegangenen Förderanträge werden nach Maßgabe der im Landeshaushalt bereitgestellten Mittel und nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände oder einer von ihnen gemeinsam bestimmten Stelle bewilligt, sofern die Anerkennungskriterien erfüllt sind.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.

6. Auszahlung

Die Zuweisung wird in einer Summe ausgezahlt, sobald sich die an der Kooperation beteiligten Kommunen mit dem Inhalt des Bewilligungserlasses einverstanden erklärt haben. Entfallen die Voraussetzungen der Förderung gemäß Nr. 3 vor dem Ablauf von 5 Jahren, behält sich das Hessische Ministerium des Innern und für Sport vor, die Zuweisung ganz oder zum Teil zurückzufordern.

7. Verwendungsnachweis

Die zweckentsprechende Verwendung der Zuweisung sowie die Erfüllung der Anerkennungskriterien sind dem Hessischen Ministerium des Innern und für Sport in einem Sachbericht nachzuweisen.

8. Bekanntmachung und In-Kraft-Treten

Die Rahmenvereinbarung wird den Kommunen mit der Veröffentlichung auf der Internetseite des Innenministeriums (www.hmdis.hessen.de) bekannt gegeben. Sie tritt am 02.12.2011 in Kraft und ersetzt damit die Rahmenvereinbarung vom 29.7.2011. Die Rahmenvereinbarung tritt am 01.12.2016 außer Kraft.

Wiesbaden, den 2. Dezember 2011

*Boris Rhein
Staatsminister*

Kompetenzzentrum für
Interkommunale Zusammenarbeit, Wiesbaden

info@ikz-hessen.de

Mobil: 0152 / 295 555 90

Web: www.ikz-hessen.de

0152 / 531 800 57