

Verantwortung teilen – gemeinsam planen: die Rolle der primärversorgenden Ärzte im Regional Health Care

Sharing Responsibility – Joint Planning: the Role of Primary Care Physicians in Regional Health Care

Steffen Fleßa

Hintergrund: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1978 Primary Health Care (PHC) als Prinzip einer gerechten und flächendeckenden Versorgung bezeichnet und ein entsprechendes Konzept verabschiedet. Die Bundesrepublik Deutschland unterzeichnete diese sogenannte „Deklaration von Alma Ata“, hat sie bislang jedoch überwiegend ignoriert. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung sowie die Probleme einer Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen lassen Regional Health Care (RHC) als sinnvolles Planungs- und Verantwortungskonzept und moderne Variante von PHC erscheinen.

Methoden: Der vorliegende Artikel leitet die Rolle der primärversorgenden Ärzte im RHC ab. Hierzu wird zuerst die Versorgungssituation in ländlichen Regionen Deutschlands beschrieben. Anschließend wird das Konzept des Regional Health Care entwickelt, sodass abschließend RHC und primärversorgende Ärzte aufeinander bezogen werden können.

Ergebnisse: Die zunehmende Alterung der Bevölkerung, die Abnahme der Versorgungsdichte sowie die dünner werdende Bevölkerungsdichte verlangen nach stärkerer Koordination der medizinischen Leistungserbringung. Abweichend vom Konzept der Primary Health Care, so wie es 1978 von der WHO propagiert wurde, sollte die Koordination jedoch nicht unmittelbar in staatlicher Hand liegen. Vielmehr sind die Leistungserbringer selbst gefordert, sich abzustimmen.

Schlussfolgerungen: Primärversorgende Ärzte stellen nicht nur aus medizinischer Perspektive einen wichtigen Leistungsschwerpunkt des Gesundheitswesens dar, sondern sind auch bedeutende Koordinatoren im komplexen Leistungsnetzwerk. Ihre Koordinationstätigkeit sollte gestärkt und angemessen entgolten werden. Hierzu ist aber auch die Vermittlung von Fachwissen aus den Bereichen Strategie, Führung und Teambuilding notwendig.

Schlüsselwörter: Alterung; flächendeckende Versorgung; Primary Health Care; Regional Health Care; Versorgungssicherheit

Background: With its Declaration of Alma Ata (1978) the World Health Organization (WHO) gave clear guidance for a fair and fully accessible health care system based on Primary Health Care (PHC). However, this approach was hardly acknowledged in Germany. The increasing demographic aging of the population as well as the problems of health care coverage in rural districts of Germany make Regional Health Care (RHC) as a modern approach of PHC a meaningful concept of planning and responsibility.

Methods: This article derives the role of primary care physicians in RHC. Firstly, it analyzed the health care situation in rural regions of Germany. Afterwards the concept of RHC is developed so that finally RHC and primary care physicians can be related to each other.

Results: Increasing aging of the population, the reduction of provider density and the decreasing population density call for stronger coordination of medical service provision. The Primary Health Care concept of WHO called for a strong role of the government in this coordination process, but RHC sees a stronger responsibility of the service providers. They are called for sharing responsibility and joint planning in their catchment areas.

Conclusions: Primary care physicians are not only a major contributor to the health of the population from a medical perspective, but they are also important coordinators in the complex network of service provision. Their coordination activities should be strengthened and remuneration should be accordingly. However, this requires also sufficient training in strategic management, leadership and teambuilding.

Keywords: Aging; Service Availability; Universal Health Coverage; Primary Health Care

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat auf der Weltgesundheitskonferenz in Alma Ata (1978) das Konzept von „Primary Health Care“ (PHC) als maßgebliches Ordnungsinstrument der nationalen Gesundheitssysteme verabschiedet [1]. Diese sogenannte „Deklaration von Alma Ata“, die auch von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet wurde, sieht eine Stärkung der Basisgesundheitsdienste (und damit der primärversorgenden Ärzte), der Prävention sowie der Eigenverantwortung der Patienten vor. Weiterhin fordert die Deklaration die Integration aller bestehenden Gesundheitsdienste, wobei der Schwerpunkt stets auf die Primärversorgung als „Community Based Health Care“ (CBHC) gelegt werden sollte.

§ 7 der Alma-Ata-Deklaration empfiehlt die Integration aller bestehenden Gesundheitsdienste in einem Gesundheitsdistrikt (District Health Care) als Fokuseinheit der Gesundheitsplanung [2]. Der Gesundheitsdistrikt sollte dabei klein genug sein, um die Mitwirkung der Bevölkerung zu gewährleisten (§ 4), aber auch groß genug, um eine effiziente Planung und Steuerung aller gesundheitsfördernden und -verbessernden Aktivitäten zu garantieren (Empfehlung 15).

Obwohl die versorgungsepidemiologische und ökonomische Vorteilhaftigkeit dieser Konzeption offensichtlich ist, haben viele unterzeichnende Länder – darunter auch die Bundesrepublik Deutschland – die Deklaration von Alma Ata ebenso wie die Nachfolgedokumente (z.B. Ottawa Charter) überwiegend ignoriert und weiterhin ein primär kuratives und sekundärversorgendes (d.h. krankenzentriertes) Gesundheitswesen ausgebaut [3, 4]. In den letzten Jahren mehren sich jedoch die Anzeichen, dass dieses System ineffizient und unzureichend ist, um die älter werdende Bevölkerung in dünn besiedelten Regionen zu versorgen [5].

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung sowie die Probleme einer Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen lassen jedoch Regional Health Care (RHC), d.h. die von den Leistungsträgern in einem räumlichen Verbund verantwortete Koordination der Leistungserbringung, als sinnvolles Planungs- und Verantwortungskonzept und moderne Variante von PHC erschei-

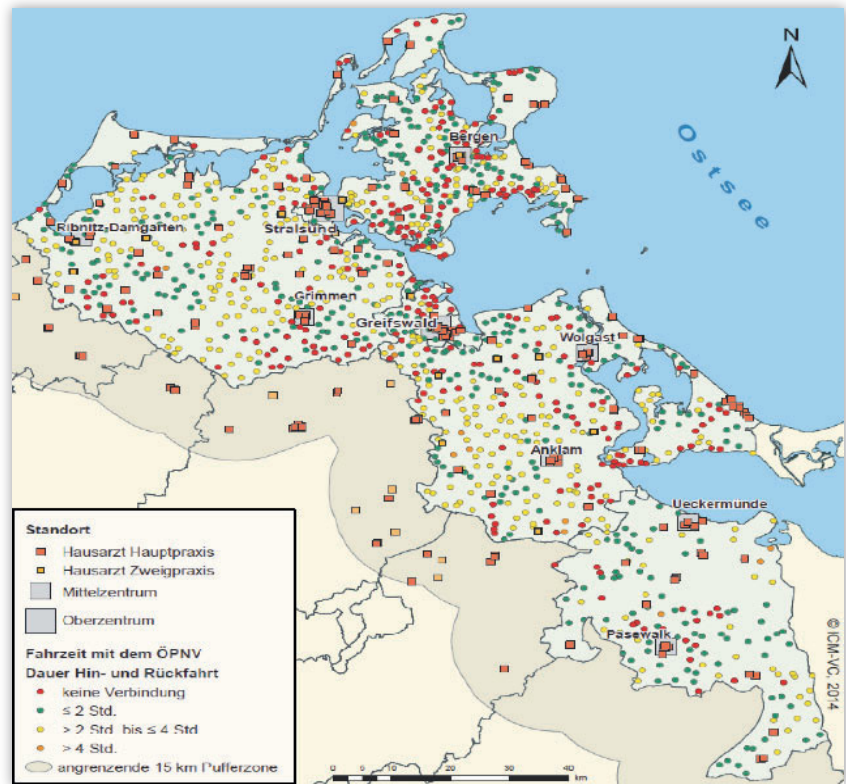


Abbildung 1 Erreichbarkeit des Hausarztes im Kreis Vorpommern-Greifswald mit ÖPNV [14]

nen [6]. Es erscheint lohnenswert darüber nachzudenken, ob das PHC-Konzept einen Beitrag zur Lösung der Versorgungsprobleme in diesen Regionen leisten kann. Hierfür wurde vorgeschlagen, PHC von seinen administrativen Fesseln einer zentralistisch gedachten, staatlichen Gesundheitsplanung zu lösen und unter dem Begriff „Regional Health Care“ (RHC) [6] neu einzuführen.

Im Folgenden soll zuerst die Versorgungssituation in ländlichen Regionen Deutschlands kurz umrissen werden, aus der sich die Notwendigkeit einer koordinierten und basisorientierten Gesundheitsversorgung ergibt. Anschließend soll das Konzept des RHC genauer beschrieben und als Lösungsansatz dargestellt werden. Die Rolle der primärversorgenden Ärzte wird im letzten Abschnitt diskutiert.

Lebens- und Versorgungssituation in deutschen Gemeinden

Die Lebens- und Versorgungssituation in den Kommunen in Deutschland ist sehr unterschiedlich. Diese Aussage bezieht sich auf die Altersstruktur, die Be-

völkerungsentwicklung, die Dichte an Gesundheitsdienstleistern und die Zukunftsperspektiven. Hieraus muss man folgern, dass Konzepte, die in einer Region erfolgreich sind, nicht notwendigerweise auf andere Regionen passen. Gerade der strukturelle Unterschied zwischen dünn besiedelten Räumen und Ballungszentren [7] hat maßgebliche Auswirkungen auf die notwendigen Versorgungskonzepte.

Der erste zentrale Unterschied ist die Bevölkerungsdichte. München weist eine Dichte von 4.531 Einwohnern pro km² auf. In dem Landkreis Prignitz (Brandenburg) hingegen leben 36 Einwohner pro km² [8]. Hierbei kann die Dichte auch innerhalb eines Kreises erheblich differieren. Beispielsweise hat der Kreis Vorpommern-Greifswald immerhin noch eine Population von 61 Einwohnern pro km², während im zugehörigen Amt Peenetal/Loitz die Dichte nur 36 Einwohner pro km² beträgt. Dies impliziert, dass in München in fußläufiger Entfernung mehrere Allgemeinärzte existieren können, während im Amt Peenetal/Loitz nur noch im Unterzentrum Loitz ausreichend Nachfrage für Hausärzte existiert. Fachärzte können sich

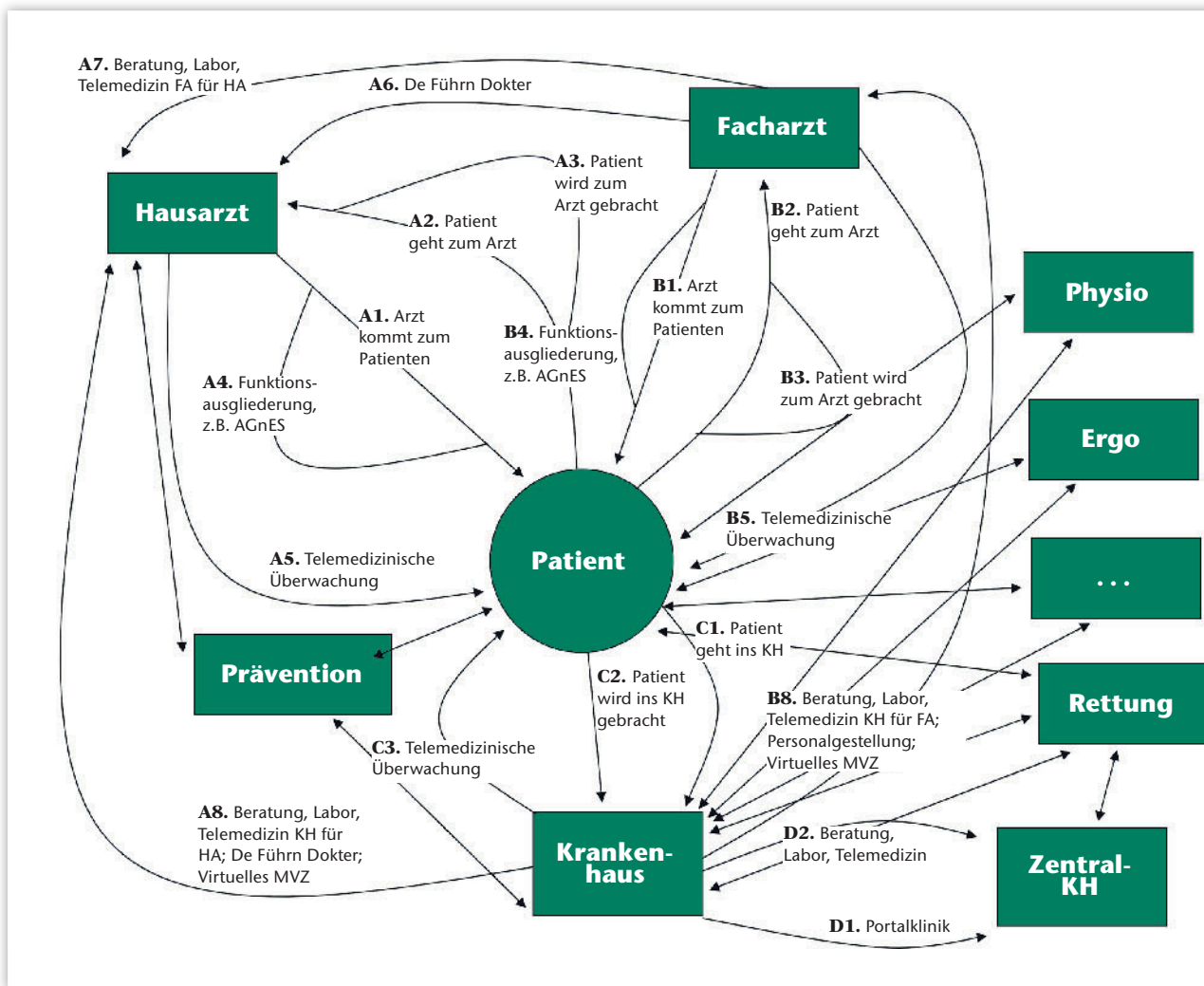


Abbildung 2 Netzwerk der Leistungsanbieter [15]

bei einer derartig geringen Bevölkerungsdichte nicht halten [9].

Ein zweiter Unterschied besteht in der Altersstruktur, die insbesondere die Morbidität und die Mobilität beeinflusst. So sind beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern 22,43 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre, aber die Spanne reicht von 6,69 % in der Gemeinde Nostorf (Landkreis Ludwigslust-Parchim) bis zu 37,04 % in Graal-Müritz [10]. Da die junge Bevölkerung aus diesen demografischen Problemlagen abwandert, werden die bereits bestehenden Disparitäten in Zukunft noch verstärkt [11]. In einigen Kreisen ist in den nächsten Jahren mit einer drastischen Reduktion der Bevölkerungszahl bei gleichzeitig absoluter und relativer Steigerung der älteren Bevölkerung zu rechnen.

Als Konsequenz der Alterung ergibt sich eine Zunahme von chronisch-de-

generativen Erkrankungen. Siewert et al. [12] ermitteln eine altersbedingte Erhöhung innerhalb von 15 Jahren von Herzinfarkten um 25,8 %, von Demenz um 80,2 % und von Kolonkarzinom um 28,6 %. Dünn besiedelte Regionen mit alter Bevölkerung haben damit das Problem, dass sie zwar einen hohen Versorgungsbedarf pro Patient haben, jedoch die Patientenzahl keine ausreichende Versorgungsdichte zulässt.

Die Alterung der Bevölkerung zeigt sich auch in der Altersstruktur der Vertragsärzte [13]. Gerade in ländlichen Regionen Ostdeutschlands (aber nicht nur dort) geht ein relevanter Anteil in den nächsten Jahren in Rente und die Nachbesetzung erweist sich als schwierig. Derzeit ist die Versorgungssituation nur in wenigen Kreisen in Deutschland als unzureichend zu bezeichnen, aber die Gefahr besteht, dass der nächs-

te Hausarzt für die immer älter werdenden, immobilen Patienten nicht mehr erreichbar ist. Dies trifft insbesondere auf Dörfer zu, bei denen der öffentliche Nahverkehr nicht mehr existiert. Wie Abbildung 1 für das Beispiel Vorpommern-Greifswald zeigt, gibt es zahlreiche Ortschaften, in denen keine Verbindung zum öffentlichen Nahverkehr besteht, sodass diese Orte als unversorgt gelten können. Ohne ein Privatfahrzeug ist auch heute schon der Arzt in diesen Dörfern nicht mehr zu erreichen.

Aus diesen Fakten lassen sich verschiedene Schlussfolgerungen treffen: Erstens ist eine zukünftig ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen weder selbstverständlich noch automatisch gewährleistet. Ein steigender Bedarf führt nicht automatisch zur Nachfrage, weil viele Patienten nicht oder viel zu spät

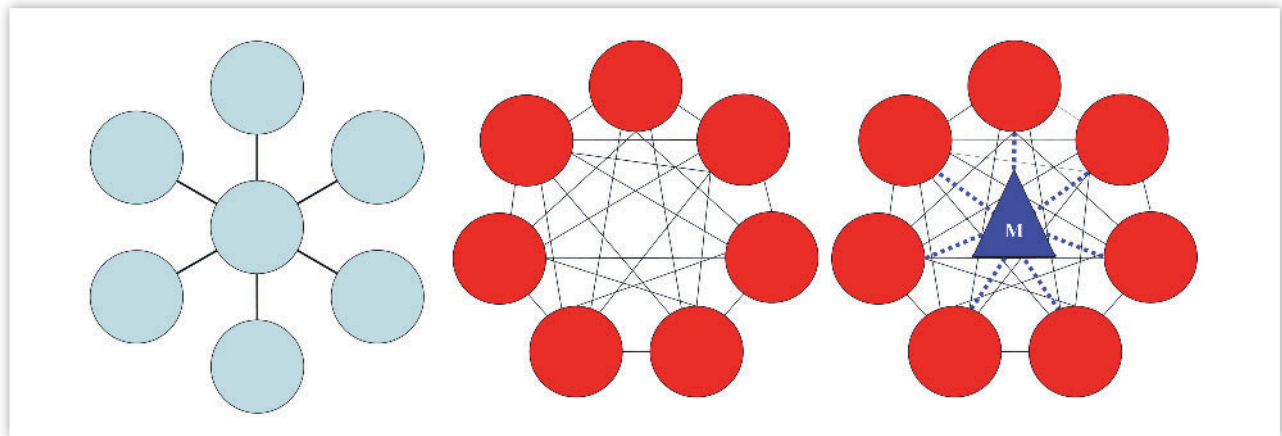


Abbildung 3 Netzwerkstruktur: Sternmodell, Netzwerkmodell, Steuerungsmodell (eigene Darstellung in Anlehnung an [18])

zum Arzt gehen, da sie die Distanzen nicht mehr überwinden können. Zweitens kann in ländlichen Regionen Deutschlands das Krankenhaus auch in der Notfallversorgung nur punktuell einen Ersatz darstellen, da es für die meisten Bürger zu weit entfernt ist. Drittens müssen Konzepte entwickelt werden, wie der Transport des Patienten zum Leistungsanbieter, die Zusammenarbeit von Allgemein- und Facharzt bzw. Krankenhaus sowie die Verkehrsinfrastruktur geplant und koordiniert werden können. Die flächendeckende Versorgung bedarf explizit der Planung und Koordination, damit die ortsnahe Primärversorgung gewährleistet werden kann.

Das Konzept des Regional Health Care wurde gerade hierfür entwickelt. Während PHC der WHO primär top-down konzipiert war, d.h. die Koordinationsverantwortung primär bei der Regierung lag, setzt Regional Health Care nicht an den administrativen Grenzen (Health District), sondern an empirischen Einzugsgebieten als Planungseinheit an. Angrenzende Leistungserbringer (Hausärzte, Fachärzte, Labore, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Apotheker etc.) koordinieren ihre Aktivitäten und stimmen ihre Pläne miteinander ab. Wo es nötig ist, unterstützt die politische Ebene, aber die Führung liegt in der Hand der Leistungserbringer.

Versorgungsnetzwerke

Abbildung 2 zeigt beispielhaft das Versorgungsnetzwerk, mit dem sich ein

Patient heute konfrontiert sieht. Er muss zahlreiche Entscheidungen treffen und aus verschiedenen Anbietern wählen, was ihm nur in wenigen Fällen zielführend gelingen wird. Gesundheitsdienstleistungen sind komplex. Deren Qualität lässt sich (vom Laien) nur schwer beurteilen und die Versorgungsnetze sind vielschichtig. In dieser Situation können Planung und Koordination nicht dem Patienten überlassen werden. Vielmehr benötigt er Unterstützung. Der Hausarzt hat diese Funktion traditionell inne. Gerade im ländlichen Bereich haben die Patienten meist nur einen Arzt in vertretbarer Entfernung. Dieser führt den Patienten durch den „Dschungel“ des Gesundheitssystems. Damit er dies kompetent tun kann, muss er allerdings selbst intensiv in das Netzwerk eingebunden sein. Der primärversorgende Arzt wird damit zu einem zentralen Knoten im Regional Health Care.

In einigen Nischen haben sich bereits Versorgungsnetze gebildet. Beispielsweise gibt es Ärztenetze, die zwischen Haus- und Fachärzten Koordinationsaufgaben wahrnehmen. Auch Krankenhäuser bilden oftmals Netze aus (z.B. Klinikkonferenzen). Eine enge Verflechtung und Abstimmung aller Leistungsträger (z.B. Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapeuten) besteht bislang jedoch nur in Modellregionen (z.B. „gesundes Kinzigtal“ [16]). Hierbei bieten sich verschiedene Koordinationsmodelle an.

Abbildung 3 zeigt als Prototypen ein Stern-, Netz- und Managementmodell. Beim Stern erfolgt die Koordinati-

on über einen dominanten Partner, bei dem alle Kanäle zusammenlaufen. Dies kann z.B. ein Krankenhaus in der Region sein. Alternativ bietet sich das Netzwerkmodell an, bei dem alle Partner gleichgewichtig und miteinander vernetzt sind. Der Nachteil dieses Modells ist, dass ein erheblicher Abstimmungsbedarf besteht und die Entscheidungsschnelligkeit herabgesetzt ist. Ärztenetze der ersten Generation [17] waren häufig so aufgebaut, was jedoch zu einer gewissen Bedeutungslosigkeit führte. Das Managementmodell hingegen ergänzt das Netzwerk um eine zentrale Steuerungseinheit. Die Knoten geben bewusst einen Teil ihrer Autonomie an das Steuerungszentrum ab, sodass die Schnelligkeit, die Koordinationstiefe und der individuelle Aufwand reduziert werden können. Bei Ärztenetzen wird diese Funktion manchmal als „Netzcontrolling“ bezeichnet, aber RHC kann die Funktion auch auf komplette Versorgungsnetze übertragen.

Das Netzwerk hat eine Reihe von wichtigen Aufgaben in der Region. Zuerst gehört hierzu die rationale Standortplanung, die die Hierarchie der Leistungserstellung berücksichtigt. Nicht jede Leistung muss überall erbracht werden – die Aussage trifft auf Krankenhäuser (z.B. interventionelle Kardiologie in Krankenhäusern der Grundversorgung) ebenso zu wie auf Arztpraxen (z.B. Duplexsonographie beim Hausarzt). Zentral ist die Forderung, dass die Grundversorgung überall im Raum zugänglich sein muss, wobei problematisch ist, dass eine zumutbare Entfernung in Deutschland bislang nicht definiert wurde. Vergleiche

mit Kanada [19, 20] oder Finnland [21, 22] (wo der nächste Arzt unter Umständen mehrere hundert Kilometer entfernt ist) sind hierbei zwar imposant, jedoch auf Grund der völlig anderen Gesundheitssysteme (z.B. gut funktionierende Telefonkonsile, akademisch qualifizierte Nurse Practitioner) unzulässig. Gefragt ist ein Versorgungsanker im Raum auf jeder Ebene des Gesundheitssystems, wobei die Versorgungsdichte politisch zu klären wäre.

Wichtig ist hierbei die Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen, d.h. auch für Ältere, Immobiler und Ärmere, die auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen sind. Die Infrastruktur und die Finanzierung von Transporten haben sich in den letzten 20 Jahren jedoch gerade in den deutschen Flächenländern verschlechtert, so dass die in Abbildung 1 dargestellten „blinden Flecken“ entstehen, in denen diese Bevölkerungsgruppen ohne Privatfahrzeug nicht mehr erreicht werden können. Die Koordination mit den Infrastrukturanbietern erfordert unmittelbar die Einbeziehung der Kommunen. Hierbei gibt es Beispiele, dass Städte oder Kreise (z.B. das Gesundheitshaus Woldek [23]) noch einen Schritt weiter gehen und selbstständig Einrichtungen entwickeln und aktiv die Gewinnung von Vertragsärzten bzw. die tagesweise Überlassung von Krankenhausärzten betreiben [24]. Dies muss natürlich in Abstimmung mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen, jedoch ist zu berücksichtigen, dass Kommunen unter Umständen ganz andere Möglichkeiten haben, Vertragsärzte für das Land anzuwerben. Sie können Arbeitsplätze für die Partner, Schulen für die Kinder und Wohnraum zur Verfügung stellen und damit die Barriere für den „Schritt aufs Land“ verkleinern.

Diese Aktivitäten erfordern zweifelsohne Koordination. Hierbei kommt dem primärversorgenden Arzt eine zentrale Rolle zu [25]. Zum einen ist er der Gatekeeper, der den Fluss des Patienten durch das Versorgungssystem steuert, Informationen verteilt und damit letztlich Qualität erhöht sowie Kosten senkt. Damit hat der primärversorgende Arzt aber auch einen Überblick über die Netzpfade, die Strukturen, die Probleme und die Chancen, wie ihn in dieser Form kein anderer

Leistungsanbieter hat. Zum anderen kommt ihm damit eine wichtige Rolle als Koordinator der Leistungserbringer zu, die sich in der Regelung von Datentransfers, Überweisungen, Standardisierung von Problemfällen (z.B. bei MRSA), gemeinsame Standards (z.B. Medikamentierung), Telemedizin und Informationsaustausch (z.B. Fortbildungen) erstreckt.

In den letzten Jahren wurde ausführlich diskutiert, ob Delegation oder Substitution ärztlicher Leistungen einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung insbesondere in ländlichen Regionen darstellen könnten. Die Einbeziehung von Berufsgruppen unterhalb der ärztlichen Qualifikation in die Diagnostik und Therapie stellt einen Bestandteil der Basisorientierung der PHC-Konzeption da [26]. Es muss jedoch betont werden, dass die Ausdifferenzierung der Gesundheitsdienstleistungen und die Einbeziehung von sogenannten Nurse Practitioners, wie Schwester Agnes [27, 28] oder Schwester Verah [29], erneut koordinationsbedürftige Schnittstellen schafft, die einer ärztlichen Führung bedürfen. Der Koordinationsaufwand sowie die Notwendigkeit eines RHC werden damit steigen.

Diese zusätzliche Koordinationsfunktion kann schnell zu einer Überforderung des Arztes führen und erfordert deshalb die Einbeziehung eines Steuerungsknotens, so wie in Abbildung 3 (rechts) dargestellt. Ein „Netzcontrolling“ kann wichtige Routine- und Organisationsaufgaben abnehmen. Allerdings kann es den primärversorgenden Arzt nicht vollständig von der Koordinationsfunktion befreien, da es gerade seine Persönlichkeit ist, die die Koordination bewirkt. Netzwerke leben vom Vertrauen in Individuen, nicht primär von Strukturen. Eine schnelle Abstimmung, das Eingehen von Risiken („Vertrauensvorschuss“) und der bewusste Verzicht von Leistungsträgern im Netz auf Privilegien und Autonomie erfordern ein Vertrauen in das Individuum. Wie Covey zeigt [30], basiert dieses Vertrauen auf Expertise und Charakter, d.h. insbesondere auf Integrität, Verlässlichkeit, Konsequenz und wahrgenommener Zugewandtheit. Diese Eigenschaften sind nicht einfach auf den Netzcontroller übertragbar, sondern

verbinden sich mit Persönlichkeiten, die langfristig mit Engagement in einem Gemeinwesen arbeiten. Auch dies spricht für die Rolle des primärversorgenden Arztes als Koordinator, da er meist nachhaltig in einer Region tätig ist und auch außerhalb des medizinischen Bereichs gut vernetzt ist. Seine Reputation (weit über das Fachliche hinaus) entscheidet letztlich über den Erfolg der Koordinationsbemühungen.

Diskussion

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass primärversorgende Ärzte wichtige Koordinatoren in ihren Einzugsbereichen sein sollten. Die originäre Vorstellung der WHO, dass politische Einheiten (Kreis, Stadt, Landesregierung) die Koordination durchführen sollten, scheint gerade auf lokaler Ebene nicht zielführend zu sein. Gefordert sind vielmehr die Leistungsanbieter des Gesundheitswesens und hier insbesondere die primärversorgenden Ärzte, sich untereinander und mit anderen Partnern abzustimmen. Regional Health Care wird damit der Realität in Deutschland mehr gerecht als Primary Health Care von 1978, baut jedoch unmittelbar darauf auf.

Hierbei scheint es nicht sinnvoll, die positiven Effekte von RHC allein auf dünn besiedelte, ländliche Regionen zu beschränken. Auch in urbanen Räumen ist die Notwendigkeit einer Koordination bei zunehmender Spezialisierung offensichtlich. Deshalb sollten in Städten bestehende Ansätze der Koordination (z.B. städtische Ärztenetze) zu echten RHC-Ansätzen unter Einbeziehung aller Leistungserbringer (d.h. auch der Krankenhäuser, Apotheken, Therapeuten etc.) weiterentwickelt werden.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob primärversorgende Ärzte diese Aufgabe überhaupt wahrnehmen können oder wollen. Zuerst ist festzuhalten, dass bislang keine Finanzierung dieser Funktion existiert. Die Zeit, die ein Arzt für gemeinsames Informationsmanagement, Standardisierung von Prozeduren und Medikamentierung, Absprachen für Risikopatienten etc. aufwendet, stellt für ihn eine erhebliche Investition dar, die nur zu einem Bruchteil in Form von effizienteren Be-

Prof. Dr. rer. pol. Steffen Fleßa ...

... ist Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald. Zuvor war er am Masoka Management Training Institute in Tansania (1990–1995), an der Universität Erlangen-Nürnberg (1995–1998), an der Ev. Fachhochschule Nürnberg (1998–2003) und an der Universität Heidelberg (2003–2004) tätig. Seine Schwerpunkte sind die Quantitativen Methoden, Nonprofit-Organisationen sowie Internationales Gesundheitsmanagement. Seit 20 Jahren beschäftigt er sich mit der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, insbesondere mit Regional Health Care sowie Integration der verschiedenen Leistungsanbieter.

handlungen zurückfließen kann. Andere werden davon profitieren und sollten deshalb auch finanziell an diesen Kosten beteiligt sein. Dies sind zum einen die anderen Netzwerkknoten, d.h. die Leistungsanbieter, die von den Aktivitäten des Koordinators profitieren, aber selbst kaum Input leisten. Hier wäre es sinnvoll, wenn das Netzwerk Beiträge erhebt, von denen der Koordinator entgolten werden kann. Spätestens wenn ein hauptberuflicher Netzcontroller angestellt wird, ist die Finanzierung über Beiträge unabdingbar.

Darüber hinaus dürften jedoch die eigentlichen Nutznießer einer verbesserten Koordination die Patienten sein. Gerade ältere Patienten in dünn besiedelten Räumen erhalten durch klar strukturierte Patientenpfade, verlässliches Datenmanagement und Abstimmung mit der Verkehrsinfrastruktur Vorteile, die sich in verbesserter Erreichbarkeit, niedrigeren Wartezeiten, Reduktion von Mehrfachuntersuchungen und letztlich verbesserter Gesundheit widerspiegeln. Deshalb wäre es nur konsequent, wenn die gesetzlichen Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen die Koordinationsaktivitäten in einer Region finanziell unterstützen würden.

Darüber hinaus bedarf Regional Health Care für die Wahrnehmung der Koordinationsfunktion auch Fähigkeiten, die nicht automatisch von jedem primärversorgenden Arzt mitgebracht werden. RHC erfordert Management, strategisches Denken, Denken in Systemen und Führung. Diese Kompetenzen sind in der Regel nicht Teil der medizinischen Ausbildung. Zwar wurde der Querschnittsbereich „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege“ als Pflicht-

fach in den zweiten Studienabschnitt der Ärztlichen Ausbildung in die neue Approbationsordnung eingeführt, aber Inhalt und Schwerpunktsetzung waren von Anfang an der Entscheidung des jeweils verantwortlichen Dozenten überlassen [31]. In der Regel liegt der Schwerpunkt nicht auf dem Management, und Lehrstühle für Gesundheitsökonomik und -management sind bislang nur an ganz wenigen Medizinischen Fakultäten eingerichtet. Hier besteht erheblicher Weiterentwicklungsbedarf, die Lehrstühle für Allgemeinmedizin bzw. die entsprechenden Fachgesellschaften könnten dabei federführend sein.

Um die Koordinationsfunktion wahrnehmen zu können, benötigen die primärversorgenden Ärzte jedoch Kenntnisse auf den Gebieten der Gesundheitssystemlehre, der Gesundheitsökonomik, der Prävention, des Managements (Personal, Finanzierung, Logistik), der Kooperation (Verhandlungsführung, Teambuilding, Führungspersönlichkeit) und der Strategie. Grundlagen hierfür können auch während der Facharztausbildung gelegt werden. Ansätze hierzu finden sich beispielsweise in der Verbundweiterbildung^{plus}, in der Kompetenzen von Management und Kooperation vermittelt werden. Allerdings liegt der Schwerpunkt auf der eigenen Praxis und der individuellen Zusammenarbeit mit anderen ambulant tätigen Berufsgruppen, d.h. systemisch gedacht (s. Abb. 3) in einem Pfad- statt einem Netzmanagement. Diese Grundlagen sollten vertieft und erweitert werden, um ein proaktives Netzwerkmanagement zu gewährleisten.

Es muss hierbei betont werden, dass die Koordinationsfunktion auch dann eine originäre Aufgabe des pri-

märversorgenden Arztes bleibt, wenn das Netzwerk einen Netzwerk-Controller anstellt. Der Controller entlastet von zahlreichen organisatorischen Aufgaben und kann – vorausgesetzt das Netzwerk ist groß und damit tragfähig genug für einen Experten – einen wichtigen Qualitätsanker setzen. Aber Regional Health Care ist bewusst kein Top-Down-Ansatz, bei dem die administrative Verwaltungsgliederung des Primary Health Care durch die straffe Führungskultur eines Managers ersetzt wird. Vielmehr bleiben die Netzwerkknoten – und damit auch die primärversorgenden Ärzte – im Zentrum der Verantwortung, so wie es auch der Freiberuflichkeit entspricht. Hierzu benötigen sie die entsprechenden Kompetenzen.

Zusammenfassend kann man folglich festhalten, dass primärversorgende Ärzte nicht nur aus medizinischer Perspektive einen wichtigen Leistungsschwerpunkt des Gesundheitswesens darstellen, sondern dass sie auch bedeutende Koordinatoren im komplexen Leistungsnetzwerk sein sollten. Die Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung kann nicht bei der Politik alleine ruhen, sondern sollte von allen Stakeholdern im Sinne eines Regional Health Care geteilt werden, um effektiv und effizient die Probleme der älter werdenden Bevölkerung in dünn besiedelten Regionen anzugehen. Die Koordinationsstätigkeit der primärversorgenden Ärzte sollte deshalb in Ausbildung und Strukturentscheidungen gestärkt und angemessen entgolten werden. Dies wäre ein wichtiger Beitrag zur langfristigen Sicherung der Versorgung der Bevölkerung in dünn besiedelten Regionen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Steffen Fleßa
Gesundheitsmanagement
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Friedrich-Loeffler-Straße 70
17497 Greifswald
Tel.: 03834 862476
steffen.flessa@uni-greifswald.de

Literatur

- WHO. Alma-Ata 1978: primary health care. Report on the International Conference on Primary Health Care, 6–12. September 1978, Geneva: World Health Organisation
- WHO. District Hospitals: Guidelines for Development. WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 4. 1996, Geneva: World Health Organisation
- Schlette S, Lisac M, Blum K. Special series: integrated primary health care: Integrated primary care in Germany: the road ahead. *Int J Integr Care* 2009; 9: e14
- Fleßa S. Gesundheitsreformen in Entwicklungsländern: eine kritische Analyse aus Sicht der kirchlichen Entwicklungshilfe. Frankfurt am Main: Lembeck, 2002
- Fendrich K, van den Berg N, Siewert U, Hoffmann W. Demografischer Wandel. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2010; 53: 479–485
- Koch B, Wendt M, Lackner C, Ahnefeld F-W. Herausforderungen an die Notfallversorgung der Zukunft: „Regional Health Care“ (RHC). *Notfall Rettungsmed* 2008; 11: 491–499
- Dünel F, Herbst M, Schlegel T. Think Rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge. Heidelberg: Springer, 2014
- Statistisches Bundesamt, Daten aus dem Gemeindeverzeichnis Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche und Bevölkerung auf Grundlage des ZENSUS 2011 und Bevölkerungsdichte. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2014
- Gieseler V, Scheer D, Huysmann A, et al. ILWIA – Initiative Leben und Wohnen im Alter. In: Vorstellung der Projektergebnisse. Greifswald, 2015
- Mecklenburg-Vorpommern, S.A., Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern Teil 2: Gemeindeergebnisse. Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2013
- Dienel C, Gerloff A. Geschlechtsspezifische Besonderheiten der innerdeutschen Migration für Sachsen-Anhalt. *Gender-Report Sachsen-Anhalt*, 2003: 47–64
- Siewert U, Fendrich K, Doblhammer-Reiter G, et al. Health care consequences of demographic changes in Mecklenburg-West Pomerania: projected case numbers for age-related diseases up to the year 2020, based on the study of health in Pomerania (SHIP). *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 328–334
- Van den Berg N, Meinke C, Heymann R, et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. *Dtsch Arztebl* 2009; 106: 3–9
- Van den Berg N, Radicke F, Stentzel U, Hoffmann W. Versorgungsatlas Vorpommern. Greifswald: Institut für Community Medicine, 2015
- Fleßa S. Neue Probleme verlangen nach neuen Lösungen – Anregungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum aus Sicht der Dienstleistungsbetriebslehre, in Sicherstellung der Versorgung in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte, A. Bundesverband (Ed.). Berlin: AOK Bundesverband, 2011: 21–36
- Siegel A, Stöbel U, Geßner D, et al. Kooperation und Wettbewerb im integrierten Versorgungssystem „Gesundes Kinzigtal“. *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation* 2008: 223–235
- Fleßa S, Wendler L. Praxisnetze in Deutschland – aktuelle Übersicht und Strukturmerkmale ausgewählter Praxisnetze. *GesundheitsökonomQualitätsmanag* 2008; 13: 154–159
- Jansen D. Einführung in die Netzwerkanalyse: Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele. Heidelberg: Springer, 2006
- Rourke J. Impact of Rural Medical Education. *Think Rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge*, 2014: 45–52
- Rourke J. Increasing the number of rural physicians. *CMAJ* 2008; 178: 322–325
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econom* 2000; 19: 553–583
- Kurola J, Wangel M, Uusaro A, Ruokonen E. Paramedic helicopter emergency service in rural Finland—do benefits justify the cost? *Acta Anaesth Scand* 2002; 46: 779–784
- Hoffmann W, van den Berg N. Morbiditätsentwicklung im demographischen Wandel. *Chirurg* 2013; 84: 286–290
- Fleßa S, Haugk S, Müller J, Karbe M, Beeskow S. De Führn Dokter – Ärzte auf Achse in medizinisch unterversorgten Gebieten? *KrankenhUmschau* 2007; 76: 406–408
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Kurzfassung. Baden-Baden: Nomos, 2009
- WHO. The World Health Report 2008: Primary health care – now more than ever (ed. van Lerberghe W, Evans T). Geneva, World Health Organisation, 2008
- Van den Berg N, Meinke C, Matzke M, et al. Delegation of gp-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre. *BMC Health serv Res* 2010; 10: 155
- Van den Berg N, Fiß T, Meinke C, et al. GP-support by means of AGnES-practice assistants and the use of telecare devices in a sparsely populated region in Northern Germany—proof of concept. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 44
- Gerst T. Nichtärztliche Praxisassistentin: Geld für arztentlastende Strukturen. *Dtsch Arztebl* 2014; 111: A-2000/B-1703/C-1631
- Covey SM. The speed of trust: The one thing that changes everything. Chicago: Simon and Schuster, 2006
- Fleßa, S. Gut vorbereitet für den Alltag? Ausbildung von Medizinstudenten in Gesundheitsökonomik – eine kritische Analyse. *ku-Special Beruf & Karriere* 2005; 7: 10–12