

Ländliche Versorgung der Zukunft

Juni 2021

Neuer Versorgungsauftrag in ländlichen Regionen

Insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen Deutschlands wird es zunehmend schwierig, die medizinische Versorgung aufrecht zu erhalten. Die im SGB V vorgesehenen Strukturen stoßen dort an ihre Grenzen. Die niedergelassene Arztpraxis auf dem Land ist für viele junge Menschen im Gesundheitswesen nicht mehr attraktiv genug, so dass perspektivisch (in einigen Regionen bereits heute) nicht mehr genügend Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen. Gleichzeitig existieren an manchen Orten Kliniken, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf schon heute nicht adäquat abbilden. Der demografische Wandel geht mit einem Anstieg chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und mehr Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einher. Dies erfordert von allen Beteiligten die Bereitschaft, neue Wege in der Versorgung zu gehen – digital und analog.

Digitale Versorgung: nur einen Klick entfernt

Die **Digitalisierung** bietet Chancen für neue Formen der **(hybriden) Leistungserbringung** (Fernbehandlung/Video-Sprechstunden). Vor allem in Regionen, wo Ärztinnen und Ärzte fehlen oder nicht permanent vor Ort sein können. Daten überbrücken Entfernungen und schließen Lücken. Digitale Angebote ermöglichen die Vernetzung innerhalb der vorhandenen Strukturen – zum Beispiel den unmittelbaren Austausch von medizinischen Informationen zwischen einzelnen Fachärztinnen und Fachärzten und Sektoren (Telekonsile). Voraussetzung dafür ist der kontinuierliche Ausbau und die Weiterentwicklung der digitalen Infrastruktur. Angefangen beim Breitbandausbau bis hin zur technischen Ausstattung der Leistungserbringer. Allerdings können digitale Angebote den persönlichen Austausch mit den Patientinnen und Patienten nicht vollkommen ersetzen. Dort, wo digitale Versorgung an ihre Grenzen stößt, sind auch analoge Strukturen und Angebote weiterzuentwickeln, um die medizinische Versorgung vor Ort sicherzustellen.

Alles aus einer Hand – Eine sektorenübergreifende Versorgung schaffen

Ziel muss es sein, auch unter veränderten Rahmenbedingungen ein **umfassendes Versorgungsangebot außerhalb der Ballungsgebiete** aufrechtzuerhalten. Das heißt, der Versorgungsauftrag muss die gesamte Prozesskette der Leistungserbringung abbilden – von der Vermeidung bis hin zur Behandlung einer Erkrankung und der Unterstützung beim Leben mit einer Erkrankung.

Sollte eine solche umfangreiche Versorgung (perspektivisch) nicht sichergestellt werden können, ist ein **neuer sektorenübergreifender Versorgungsbereich** vorzusehen, der einheitlich organisiert ist und die (drohende) Versorgungslücke schließt. Herzstück dieses neuen Versorgungsbereichs ist ein **Regionales Gesundheitszentrum (RGZ)**, das die Akut- und Notfallversorgung und Leistungen der ambulanten und stationären (Grund-)Versorgung abdeckt – optional auch Angebote zur Pflege.

Eine solche medizinische Einrichtung ermöglicht eine optimierte **Koordination** (Sicherstellung des adäquaten Behandlungspfads), **Kooperation** (z.B. Fallbesprechungen, Qualitätszirkel) und **Kommunikation** zwischen den verschiedenen an der Versorgung Beteiligten. Dieses Netzwerk wird außerdem telemedizinisch **an überregionale Zentren angebunden**, die über die vor Ort nicht vorhandene Expertise verfügen und bei Diagnose und Therapie unterstützen. Das RGZ übernimmt dabei für alle Teilnehmenden die notwendige Einrichtung und Pflege der digitalen Infrastruktur.

Viele Wege führen zum RGZ

Es gibt ganz unterschiedliche Gründe, warum im ländlichen Raum eine Unterversorgung drohen kann. Zum Beispiel können in einer Region zu wenige (Haus-)Ärztinnen oder (Haus-)Ärzte vorhanden sein oder aber das Krankenhaus vor Ort kann aus wirtschaftlichen oder personellen Gründen nicht dauerhaft betrieben und soll geschlossen werden. Ist absehbar, dass im ambulanten oder im stationären Bereich eine Unterversorgung droht, greifen zunächst die jeweils **vorgesehenen Mechanismen**, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zeichnet sich ab, dass zu wenig ambulante Fachärztinnen und Fachärzte in einer Region zur Verfügung stehen, könnte das Krankenhaus vor Ort die fachärztliche Versorgung erbringen und sicherstellen.

Fehlt jedoch eine Kombination aus haus- und obligat vorzusehenden ifachärztlichen Tätigkeiten. (siehe "Ambulante Versorgung - obligat vorzuhalten" im Anhang), bedarf es zusätzlicher Optionen, um Versorgungssicherheit zu erzielen. Ein modular zu entwickelndes RGZ, das sich am konkreten Versorgungsbedarf vor Ort orientiert, könnte den Wegfall eines umfassenden Teils der ambulanten Versorgung kompensieren.

Reichen im stationären Bereich die vorhandenen Mechanismen zur Verhinderung einer Unterversorgung nicht aus, stellt das RGZ ebenfalls eine Lösung dar. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich ein Klinikbetreiber/-träger aus wirtschaftlichen Erwägungen zurückzieht oder Qualitätsdefizite in der stationären Versorgung auf Dauer nicht beseitigt werden können.

Droht eine regionale Unterversorgung sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich ist das RGZ ein geeignetes Instrument, um den Menschen auch zukünftig eine umfassende medizinische Versorgung vor Ort anzubieten.

Das 90a-Gremium wacht über die regionale Versorgung

Um einen (drohenden) Mangel in der Versorgung bzw. Unterversorgung festzustellen, sind gute regionale Kenntnisse erforderlich. Im sogenannten **90a-Gremium** kommen die relevanten Akteurinnen und Akteure der regionalen Versorgung zusammen. Dieser Kreis ist deshalb geeignet, um sich mit der Versorgungssituation im ländlichen Raum regelmäßig zu befassen, anhand klar definierter Kriterien zu bewerten und gegebenenfalls Maßnahmen anzustoßen. Um dabei ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, sollte der Gesetzgeber diesem regionalen Gremium gesetzlich ein konkretes Spektrum an Aufgaben und Zuständigkeiten übertragen.

In Zukunft könnte das 90a-Gremium die Kompetenz erhalten festzustellen, dass die reguläre Versorgung in einer (zuvor definierten) Region nicht mehr gewährleistet ist. Daraus leitet sich die Befugnis ab, einen **Versorgungsauftrag** für die unterversorgte Region konkret zu **formulieren und auszuschreiben**. Dieser Versorgungsauftrag kann – entsprechend des Umfangs der festgestellten Unterversorgung – ambulante und stationäre Leistungen enthalten. Auf diese Ausschreibung können sich an der Übernahme des Versorgungsauftrags interessierte Personen mit entsprechendem fachlichem Hintergrund oder Organisationen bewerben.

Die Übernahme des Versorgungsauftrages bedeutet gleichzeitig die Verantwortung für die Koordination der Leistungserbringung. Die Trägerschaft sollte in der Rechtsform nicht eingeschränkt werden. So wären Gemeinschaften von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ebenso denkbar wie kommunale Gesellschaften oder private Institutionen oder Personen. Die Qualitätsanforderungen haben mindestens denen der Regelversorgung zu entsprechen. Für den ambulanten Leistungsbe- reich bleibt das Prinzip des Erlaubnisvorbehaltes bestehen. Für die Regelversorgung kommen die bekannten und geltenden Vergütungssysteme zur Anwendung. Für neue, sektorenübergreifende Aufgaben werden jedoch neuartige Vergütungen leistungsbezogen vereinbart.

Neue Transport-Infrastruktur – Die Patient:innen kommen zur Versorgung

Wenn jedoch keine wohnortnahe medizinische Grundversorgung gewährleistet ist, muss eine **Transport-Infrastruktur** geschaffen werden, die den Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung ermöglicht.

In solchen Konstellationen sollten **regionale Verkehrsanbieter** für den Transport eingebunden werden. So könnten z.B. regelmäßig stattfindende Sonderfahrten dazu beitragen, dass der Weg zur nächstgelegenen Praxis ermöglicht wird. Davon könnten in erster Linie ältere Menschen profitieren, die nicht selbst mit dem Auto zur Ärztin oder zum Arzt fahren können.

In diesem Zusammenhang können auch **Plattformlösungen** unterstützen – z.B. die Schaffung einer Buchungsplattform für medizinische Beförderungsanliegen. Über eine solche Plattform könnten Dienstleistungen zur Vermittlung und Koordination von Patiententransporten zur Verfügung gestellt werden. Medizinische Einrichtungen (evtl. auch Patientinnen und Patienten, die über eine entsprechende Verordnung verfügen) könnten beliebige Anbieter von Transportleistungen – vom Mietwagen bis hin zum qualifizierten Krankentransportwagen – buchen.

Auch in ländlichen Regionen muss eine **qualitative Notfallversorgung** gewährleistet und sichergestellt sein. Dazu sollte die Rolle des qualifizierten Rettungsdienstes für die ländliche Versorgung neu definiert werden. Ähnlich den Erfahrungen in skandinavischen Ländern sind die Kompetenzen

des Rettungsdienstes und die medizinischen Möglichkeiten bereits während des Einsatzes neu zu gestalten. Dazu gehört auch die notärztliche Versorgung. Für Fälle, die eine spezialisierte (stationäre) Behandlung erfordern, muss der **verstärkte Einsatz der Luftrettung** in Betracht gezogen werden. Auch für die zeitgerechte Bereitstellung notärztlicher Kapazitäten kann die moderne Luftrettung einbezogen werden. Der einzelne Hubschraubereinsatz ist zwar mit hohen Kosten verbunden. Der Unterhalt und Betrieb eines Krankenhauses mit breitem fachärztlichem Spektrum ist im Vergleich jedoch kostenintensiver und im ländlichen Raum oftmals weniger rentabel.

Intelligente Aufgabenteilung – Delegation ärztlicher Leistungen

Gerade in den unterversorgten ländlichen Regionen (allerdings nicht nur dort) zeigt sich die dringende Notwendigkeit, Möglichkeiten der Delegation von niedrigschwelligen ärztlichen Leistungen zu diskutieren. Auch dabei können neue digitale Anwendungen einen wertvollen entlastenden Beitrag leisten.

Die Idee der Versorgungsassistenz wurde und wird in verschiedenen Modellvorhaben zur möglichen Delegation ärztlicher Leistungen erprobt. Die Ergebnisse dieser Projekte fallen in der Regel positiv aus. Eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung ist grundsätzlich nicht festzustellen. Generell sollten ärztliche Leistungen aber nur auf **speziell qualifiziertes Fachpersonal** übertragen werden.

Das mögliche Spektrum der delegierbaren **Tätigkeiten** reicht vom Assessment und der Anamnese über Koordinierungsaufgaben und das Versorgungsmanagement vor Ort bis hin zum Monitoring der eingeleiteten Maßnahmen und der Unterstützung Angehöriger.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28884710
berlin-gesundheitspolitik@tk.de