

Hilferuf der Allgemeinmedizin nach Sicherung der ärztlichen Primärversorgung

Andrea S. Klahre | 20. September 2013 | [0 Kommentare](#)

München – Ein Berufsstand befindet sich in der Klemme: Wie können Hausärzte die großen Herausforderungen annehmen, die die zunehmende Komplexität ihres Faches mit sich bringen – vor dem Hintergrund des dringend benötigten Nachwuchses und einer in vielen Regionen bedrohten gesundheitlichen Versorgung?

Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) am – für Aussteller und nahezu 700 Teilnehmer nicht ausgelegten – Klinikum rechts der Isar bzw. an der Katholischen Fachhochschule, wünschte sich der Präsident der Gesellschaft eine Wirkkraft des Kongresses auch auf die Politik [1]. **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach**,

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, wüsste gern folgenden Satz in der Koalitionsvereinbarung der künftigen Bundesregierung implementiert: „Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung werden die Ausbildung von Medizinstudierenden und die Instrumente zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin weiterentwickelt.“

„Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung stehen vor zum Teil unlösbaren organisatorischen Problemen.“

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach

Es seien ja nicht nur der demographische Faktor und die Zunahme multimorbider Patienten mit hohem Versorgungsbedarf oder eine weitere Fragmentierung in einzelne Spezialbereiche, die neue Strategien erfordern, um eine patientenzentrierte, sektorenübergreifende, wohnortnahe und flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Auch das Thema Weiterbildung lasse sich auf die Komplexität beziehen: „Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung stehen vor zum Teil unlösbaren organisatorischen Problemen“, so Gerlach.

Die DEGAM trete daher mit ihrem Modell der Verbundweiterbildung *plus* für eine Veränderung der Strukturen ein. Dazu zählen ein verlässliches Weiterbildungsbudget sowie strukturierte regionale Weiterbildungsverbände.

Diese Änderungen seien notwendig, mahnte auch **Dr. Sigrid Lochmann**, Ärztin in Weiterbildung in Wangen/Allgäu: „Das bestehende System ist noch zu sehr auf traditionelle Familien- und Arbeitsstrukturen zugeschnitten, dem hausärztlichen Nachwuchs sind jedoch familienkompatible Arbeitszeiten wichtig.“ Damit meinte Lochmann die nicht bestehende Vereinbarkeit von Beruf und Familie und mangelnde Teilzeitmöglichkeiten ebenso wie die Überforderung durch Hürden bei der Praxisübernahme.

Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“

Dr. Antje Erlen vom Institut für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main kann Suchenden von Anregungen, Ansätzen oder gar fertigen Konzepten sehr konkrete Hilfestellungen anbieten. Sie leitet das für 2 Jahre von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“ [2].

Aus dem gesamten Bundesgebiet werden medizinische, pflegerische, geriatrische, palliative und präventive Ansätze in verschiedenen Organisationsformen – z. B. Ärztenetze, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Gesundheitszentren, Gesundheitsregionen – systematisch recherchiert und beschrieben, thematisch analysiert und kategorisiert, in einer Datenbank gesammelt und auf der Homepage www.innovative-gesundheitsmodelle.de veröffentlicht.

„Das bestehende System ist | „Hintergrund ist die bekannte Tatsache, dass je nach Region und

„noch zu sehr auf traditionelle Familien- und Arbeitsstrukturen zugeschnitten, dem hausärztlichen Nachwuchs sind jedoch familienkompatible Arbeitszeiten wichtig.“

Dr. Sigrid Lochmann

Ausgangssituation die Ursachen für eine drohende Unterversorgung unterschiedlich sind“, so Erler. Einheitliche Patentlösungen seien deshalb nicht möglich. Um die langfristige Primärversorgung in einer Region sicherzustellen, seien innovative Ideen und erfolgreiche Modelle gefragt – zugeschnitten auf die lokalen Bedingungen, die vorhandenen Stärken nutzend.

Davon gibt es bereits welche: Deutschlandweit wurden bisher 135 Modelle mit unterschiedlichen Schwerpunkten identifiziert, 15 wurden mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews analysiert und auf der Projekthomepage veröffentlicht.

„Zum Zeitpunkt des Kongresses liegt die Beschreibung erster Best practice-Modelle vor“, sagte die Wissenschaftlerin und warb ausdrücklich um Akteure. „Ziel ist es, erfolgreiche Modelle, Ansätze und Ideen auch für andere Regionen nutzbar zu machen, indem die Bietenden mit Suchenden vernetzt werden.“

Vernetzung von Bietenden und Suchenden

Für die Gruppe der „Bietenden“ bedeutet das: Akteure in einem bereits bestehenden Gesundheitsmodell, die sich eine Übertragbarkeit ihres Konzepts auch auf andere Regionen vorstellen können und es der Fachöffentlichkeit zugänglich machen möchten, nehmen Kontakt zu den Initiatoren auf.

„Suchende“ sind alle, die ein innovatives Gesundheitsmodell in ihrer Region implementieren möchten und/oder Unterstützung und Beratung bei der Umsetzung benötigen: Sie erhalten Informationen zur Ausgangssituation vor der Gründung, zum Umfeld, in dem das Modell funktioniert, zu Konzeptelementen, Größe, Finanzierung und Organisation.

Das Projektteam versteht sich stets als zentrale Schnittstelle, denn nicht alles, was innovativ ist, muss auch gut sein. „Wir nehmen nur Projekte auf, die bereits erfolgreich laufen und halten es für sinnvoll, unterstützend zu beraten“, so Erler. Denn die Fragestellungen sind vielschichtig und betreffen Aspekte wie:

- Was macht ein Modell erfolgreich?
- Welche Barrieren sind bei der Implementierung zu erwarten?
- Unter welchen Voraussetzungen könnte ein Modell auf eine andere Region übertragbar sein?

Als Referenzen nannte Erler Gesundheitszentren in ländlichen Regionen mit Nachfolgeproblemen, Gesundheitsnetzwerke in Städten (z.B. ein geriatrisches Netzwerk in Wiesbaden) und die Gesundheitsregion Niedersachsen. Während die ersten beiden Bereiche noch überschaubar seien, ist der dritte Bereich relativ groß:

Auf Initiative des Niedersächsischen Gesundheitsministeriums wurden die Landkreise Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel offiziell zur „Zukunftsregionen Gesundheit“. In einem auf 3 Jahre angelegten Modellprojekt soll u. a. die hausärztliche Grundversorgung in ländlichen Regionen gesichert, die Qualität und Effizienz der Versorgung von chronisch Kranken und Pflegebedürftigen verbessert, die Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden.

„Wir nehmen nur Projekte auf, die bereits erfolgreich laufen und halten es für sinnvoll, unterstützend zu beraten.“

Dr. Antje Erler

Ein zentraler und 3 regionale Projektkoordinatoren begleiten den Aufbau einer Organisationsstruktur und die Umsetzung von Projekten. Die Landkreise übernehmen in Gesundheitskonferenzen die Rolle des Impulsgebers und Moderators aller regionalen Akteure.

Das Land wird sich an den Kosten der wissenschaftlichen Evaluation beteiligen.

[Referenzen](#)

Referenzen

1. 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM); 12. bis 14. August 2013, München.
Erlor A et al: Innovative Gesundheitsmodelle. S2-V4.6
www.degam2013.de
2. Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“:
<http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de>

Autoren und Interessenkonflikte

Andrea S. Klahre

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Gerlach FM, Lochman S, Erlor A: Es liegen keine Erklärungen zu Interessenkonflikten vor.

Die Inhalte dieser Webseite sind urheberrechtlich geschützt.
Alle Rechte vorbehalten © 2013 WebMD Global LLC. Einige Inhalte dieser Webseite unterliegen den Rechten Dritter.