

Tischvorlage

Projektskizze

„Gesundheitszentrum Hohenstein“

-

**Konzept zur Entwicklung und Umsetzung eines Akademischen
Primärversorgungszentrums im ländlichen Raum**

Stand 25.11.2014

Antragsteller:

Prof. Dr. med. Stefanie Joos
(derzeit noch Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum
Heidelberg; ab 1.1.2015 Ärztliche Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin, Universität Tübingen)

Prof. Dr. med. Gernot Lorenz, Dr. med. Dirk Moßhammer
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Tübingen

Projektpartner:

Dr. Roland Rauscher, Arzt für Allgemeinmedizin, Molkeweg 22, 72531 Hohenstein-Bernloch
Landratsamt/Kreisgesundheitsamt Reutlingen, St. Wolfgang-Straße 13, 72764 Reutlingen
Gemeinde Hohenstein (Bürgermeisteramt), Im Dorf 14, 72531 Hohenstein

1. Hintergrund

Die Perspektiven der landärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg geben Anlass zur Sorge. Über 60% der niedergelassenen Hausärzte haben das 50. Lebensjahr überschritten, davon sind mehr als ein Viertel über 60 Jahre alt. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg liegt der Anteil der Hausärzte im Landkreis Reutlingen, die 50 Jahre und älter sind bei 75,3 % (Stand: 1. Oktober 2014). Darüber hinaus steigt der Bedarf an Ärzten in der ambulanten Gesundheitsversorgung bedingt durch die demographische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht davon aus, dass im Jahr 2014 bundesweit 2145 Hausärzte ausscheiden. Nach Angaben der Bundesärztekammer (2014) haben im Jahr 2013 1112 Ärzte eine Facharztanerkennung erworben, die ihnen eine Tätigkeit als Hausarzt ermöglicht (Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin oder Innere und Allgemeinmedizin) [1].

Umfragen bei der nachrückenden Hausärztergeneration zeigen im Stadium der Aus- und Weiterbildung, dass eine Arbeit im Team in einem familienfreundlichen Umfeld mit guter Infrastruktur und wenig Wochenenddiensten favorisiert wird. Ein relevanter Teil möchte außerdem gerne im Angestelltenverhältnis arbeiten, wobei lebensphasenabhängig Teilzeitanstellungen gewünscht werden [2,3,4,5,6]. Berücksichtigt man diese veränderten Erwartungen und Ansprüche des potentiellen Nachwuchses an Ort, Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und work-life Balance, wird zukünftig davon ausgegangen, dass mehr als jede zweite Hausarztpraxis nicht mehr nachbesetzt werden kann.

Diese Entwicklungen führen dazu, dass die wohnortnahe Grundversorgung substantiell gefährdet ist. Dies äußert sich bereits jetzt, da in ländlichen Regionen freiwerdende Praxen nicht mehr adäquat und zügig nachbesetzt werden können. Daher sind neue Ansätze für die Erhaltung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung dringend notwendig. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz bereits 2010 die Situation der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Reutlingen analysiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet [9].

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2014 Deutschland einerseits ein sehr gut ausgebautes Netz in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung mit hoher Arztdichte und guter Zugänglichkeit bescheinigt, andererseits die aktuellen, komplexen Problemlagen unseres Gesundheitssystems als „erhebliche Allokationsmängel“ gekennzeichnet. „Diese betreffen einerseits eine ausgeprägte räumliche Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten und Disparitäten insbesondere zwischen ländlichen und urbanen Regionen, andererseits Ungleichverteilung in der Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Konkret sieht der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2014 folgende Problemfelder im Bereich der Allgemeinmedizin [7,8]:

- *Ausbildung:* mangelnde Präsenz, Bedeutung und Attraktivität des Fachs Allgemeinmedizin im Medizinstudium - vor allem im Praktischen Jahr sowie bei den abschließenden Staatsexamensprüfungen.
- *Weiterbildung:* Häufig notwendiger Stellenwechsel durch die speziellen Weiterbildungsanforderungen im Rahmen der allgemeinärztlichen Weiterbildung; mangelnde fachliche Betreuung und Qualität sowie fehlende Identitätsbildung und Unterstützung von Ärzten in Weiterbildung.
- *Praktische Tätigkeit als Allgemeinarzt:* Als unattraktiv empfundene Niederlassung bzw. Arbeitsbedingungen, insbesondere als „Einzelkämpfer“ im ländlichen Raum, Angst vor Überforderung angesichts eines breiten Aufgabenspektrums sowie durchschnittlich geringerer Honorierung von hausärztlich gegenüber fachärztlich tätigen Ärzten.

Das Gutachten weist außerdem auf die dringende Notwendigkeit hin, die Sicherstellung der Pflege, aber auch der Gesundheitsförderung im Alter und der Prävention von Pflegebedürftigkeit einen hohen Stellenwert einzuräumen. Es wird daher empfohlen, die erforderlichen medizinischen, pflegerischen und sozialen Angebote im Rahmen „lokaler Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ zu integrieren. Diese Zentren sollen/können punktuell bedarfsadaptiert unterstützt werden durch innovative Versorgungskonzepte wie z.B. telemedizinische Maßnahmen, Hol- und Bringdienste, Case Management Ansätze etc.

Für die Bewältigung dieser komplexen Aufgaben favorisiert das Gutachten einen interprofessionellen Ansatz und schreibt hierzu: „*Angesichts der komplexen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems mit sektorenübergreifenden Problemlagen auf der einen Seite und regionalen Ungleichverteilungen auf der anderen Seite, erscheint unter Bündelung der Ressourcen eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung als besonders geeignete Lösung für ländliche Räume. Daher bedarf es über die oben genannten intrasektoralen Verbesserungen hinaus entsprechender sektorenübergreifender und populationsorientierter Versorgungskonzepte, deren Erprobung und Umsetzung bisher noch zu zögerlich voranschreiten. Auch bietet eine erfolgreiche Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte im ländlichen Raum eine Chance, deren Potenziale für Qualität und Wirtschaftlichkeit auch in der Zeit normal- oder überversorgten Regionen zu demonstrieren. Für die Zukunft ist damit zu rechnen, dass die beschriebenen Entwicklungen weiter an Dynamik gewinnen werden. Anknüpfend an das Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug, das der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 2009 vorgestellt hat, ist es daher dringend erforderlich, insbesondere in ländlichen Räumen auf die jeweilige Region zugeschnittene, abgestufte Versorgungsstrukturen der Primär- und Sekundärversorgung zu etablieren, die die Anforderungen einer regional vernetzten Gesundheitsversorgung erfüllen und auf den Bedarf älterer Menschen zugeschnitten sind.*“ [8].

Des Weiteren werden in dem Gutachten die Kommunen in die Pflicht genommen, die die Verantwortung für ein systematisches Versorgungsmonitoring und eine datengestützte Versorgungsplanung im Rahmen einer institutionalisierten Zusammenarbeit der Akteure übernehmen sollen.



Abb. 1 Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum (übernommen aus [8])

2. Ziel

Ziel ist es, am Standort Hohenstein - modellhaft für eine ländliche Region - ein *Akademisches Primärversorgungszentrum (PVZ)*, im Folgenden „*Gesundheitszentrum Hohenstein (GZH)*“ genannt, aufzubauen. Dieses Zentrum soll vor allem die wohnortnahe primärmedizinische Versorgung in der Gemeinde Hohenstein und den angrenzenden Gemeinden sicherstellen.

Die Entwicklung des GZH orientiert sich an den Empfehlungen der Gutachten des Sachverständigenrats aus den Jahren 2009 [7] und 2014 [8] sowie dem Bericht der „AG Hausärzteversorgung im Landkreis Reutlingen“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz [9] und berücksichtigt hierbei insbesondere die Situationen und Bedarfe der älteren Bevölkerung und der chronisch kranken Menschen in der Umgebung. Das geplante Zentrum soll außerdem innovative Impulse für die gesundheitliche Versorgung des Albgebietes setzen. Dazu sollen evidenzbasierte Versorgungskonzepte und geeignete Strukturen entwickelt, erprobt und langfristig implementiert werden.

Im Rahmen der akademischen Anbindung an das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen sollen darüber hinaus innovative Konzepte für Lehre, Weiterbildung, Praxisforschung und interprofessionelle Zusammenarbeit im ländlichen Raum etabliert werden. Darüber soll das GZH an Sichtbarkeit und Attraktivität für die Medizinstudierenden und -absolventen der Universität Tübingen gewinnen und so mittel- bis langfristig die Rekrutierung von Nachwuchs für die Region verbessert werden.

Leitmotiv ist eine starke evidenzbasierte Primärversorgung mit interprofessionellem Ansatz, die Patienten bedarfsgerecht versorgt, vor Über- und Fehlversorgung schützt und den Mitarbeitern ein attraktives Arbeitsumfeld bietet.

3. Umsetzung

Das hier vorgeschlagene Konzept für die Implementierung des GZH ist in drei Ausbaustufen gegliedert (s. beiliegender Stufenplan), die nacheinander beginnen und zum Teil parallel verlaufen. Es ist geplant, zunächst die Struktur und Rahmenbedingungen zur Sicherung der medizinischen Versorgung voranzutreiben. Parallel dazu sollen die nötigen Voraussetzungen für die Etablierung einer Lehr- und Forschungspraxis geschaffen werden.

In der zweiten Ausbaustufe sollen über eine noch einzurichtende Arbeitsgruppe „Vision GZH“, in der die nötigen Kompetenzen vertreten sind, gesundheitsplanerische Bedarfe im Albraum mit dem Expertenwissen der Lehr- und Forschungspraxis zusammengeführt und innovative Versorgungskonzepte bedarfsadaptiert entwickelt und erprobt werden. Erfolgversprechende Ansätze sollen dann in der dritten Ausbaustufe unter wissenschaftlicher Begleitung implementiert werden.

Die Ausgangssituation in Hohenstein ist sehr günstig für die Einrichtung eines Primärversorgungszentrums im ländlichen Raum. Das GZH soll an die bereits etablierte Praxis von Herrn Dr. Rauscher angedockt werden. Ausgehend von den aktuellen Rahmenbedingungen ist sowohl auf personeller als auch infrastruktureller Ebene (z.B. Mobiliar) eine Erweiterung der bestehenden Praxis vorgesehen. Diese Erweiterung soll aufbauend auf den aktuellen Gegebenheiten, Wünschen und Bedürfnissen der bereits jetzt Beteiligten vorangetrieben werden. Ziel ist es, dass das GZH über eine gute personelle, infrastrukturelle und technische Ausstattung verfügt, um die Entwicklung innovativer Versorgungs-, Forschungs- und Lehransätze zu unterstützen.

Dieser Prozess erfordert professionelle Unterstützung und Begleitung unter Hinzuziehung eines professionellen Beraters mit betriebswirtschaftlicher Expertise speziell im Hinblick auf die Gründung innovativer Praxismodelle. In Zusammenarbeit mit diesem externen Partner sollen zunächst Ausgangssituation, Umfeld, fördernde und hemmende Faktoren für die weitere Entwicklung des GZH

evaluiert und auf dieser Basis passgenaue Lösungen entwickelt und umgesetzt werden. In diesen Prozess sollte auch die gemeindepolitische Ebene miteinbezogen werden.

Bedarfsadaptiert und auf Basis der wirtschaftlichen Entwicklung der Praxis sollen im Verlauf weitere Ärzte für die Mitarbeit gewonnen werden. Bei derzeit offenem Planungsbereich wäre es vorstellbar, dass in der ersten und zweiten Ausbaustufe die Aufstockung mit ärztlichem Personal vorzugsweise im Anstellungsverhältnis vorangetrieben wird. Mögliche alternative Beschäftigungsmodelle (z.B. Gemeinschaftspraxis) sollten jedoch im Verlauf wiederholt unter den Beteiligten abgewogen und ggf. realisiert werden. Ebenso wird im weiteren Fortschritt die Einbeziehung anderer ärztlicher Fachgruppen oder Gesundheitsberufe angestrebt und bedarfsadaptiert umgesetzt.

Die Personalgewinnung wird unterstützt durch Suchanzeigen in geeigneten Organen. Weitere Maßnahmen zur Gewinnung von ärztlichem/nicht-ärztlichem Personal werden entwickelt und in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Tübingen umgesetzt (z.B. Vernetzung zu bestehenden allgemeinmedizinischen Weiterbildungsprogrammen).

Im Folgenden werden die einzelnen Elemente innerhalb der drei Ausbaustufen näher dargestellt (siehe auch Tabelle):

Erste Ausbaustufe "Akademische Lehrpraxis" (2015)

In der ersten Ausbaustufe sollen die nötigen Voraussetzungen sowohl in Bezug auf die Ausstattung als auch in Bezug auf Personal und dessen Qualifizierung für das GZH geschaffen werden.

Konkretes Ziel ist, dass die Praxis baldmöglichst als Akademische Lehrpraxis der Universität Tübingen anerkannt wird. In diesem Rahmen wird die Praxis erstmals mit Studierenden der Universität Tübingen im Rahmen des 2-wöchigen Blockpraktikums in Kontakt kommen. Um die nötigen Voraussetzungen zu schaffen, müssen die zwei momentan noch leerstehenden Räume mit Mobiliar und Computerarbeitsplätzen ausgestattet werden.

Für die tätigen Ärzte werden medizindidaktische Fortbildungen durch das Institut für Allgemeinmedizin angeboten. Um den Anreiz, das Blockpraktikum in Hohenstein zu absolvieren, zu erhöhen, sollen Studierende im Blockpraktikum einen Fahrkostenzuschuss von 200 € erhalten. Alternativ kann den Studierenden eine Wohnmöglichkeit im Praxisgebäude zur Verfügung gestellt werden. Auch hierfür würden Kosten in Höhe von 200 € entstehen, die für die Studierenden übernommen werden.

Um ab dem Jahr 2016 auch Ärzte zum Facharzt für Allgemeinmedizin weiterbilden zu können, erfolgt die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis durch Herrn Dr. Rauscher und ggf. ärztlicher Mitarbeiter bei der zuständigen Ärztekammer.

Vorbereitend für die geplanten Aktivitäten im Bereich der Praxisforschung soll in der ersten Ausbaustufe ein Ethikantrag bei der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen gestellt werden, um die grundsätzliche Erlaubnis einer anonymisierten Auswertung von Patientendaten zu erhalten.

Parallel dazu sollen die nötigen Voraussetzungen bezüglich der IT-Infrastruktur innerhalb der Praxis für eine systematische praxisinterne Datenauswertung geschaffen werden. Es bietet sich an, die Praxisverwaltungssoftware zu nutzen, die bereits in der Praxis etabliert ist (Data-AL). Auf dieser Basis müssen Schnittstellen geschaffen werden zum Auslesen der Patientendaten, ggf. muss auch die Praxisverwaltungssoftware weiterentwickelt werden, wozu eine Kooperation mit dem Softwareentwickler nötig wird. Hierzu ist die Unterstützung einer EDV-Fachkraft nötig mit Expertise im Bereich Praxissoftware und Datenschutz.

Für eine begleitende Qualitätssicherung sollen die ärztlichen Teammitglieder an hausärztlichen Qualitätszirkeln (QZ) teilnehmen. Wünschenswert wäre, dass einer oder mehrere Ärzte eine Qualitätszirkelmoderatoren-Ausbildung absolvieren, um einen eigenen QZ für die Region anbieten zu können. Entsprechende Ausbildungen werden von der KV angeboten. Für die praxisinterne Qualitätssicherung sollen außerdem regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durchgeführt werden.

Zweite Ausbaustufe "Akademische Lehr- und Forschungspraxis" (2016-2017)

In der zweiten Ausbaustufe stehen die Ausweitung des Lehrangebotes, die Inbetriebnahme der Forschungsinfrastruktur sowie Bedarfserhebungen und Pilotierung erster innovativer Versorgungskonzepte im Mittelpunkt. Die Praxis soll als „Praktisches Jahr-Praxis (PJ-Praxis)“ der Universität Tübingen anerkannt werden. Hierzu werden vom Institut für Allgemeinmedizin der Uni Tübingen spezielle Qualifizierungsmaßnahmen (PJ-Seminare für auszubildende Ärzte) angeboten.

Sowohl der auszubildende Arzt wie auch der PJ-Studierende erhalten eine Aufwandsentschädigung, für die es derzeit nach ausgelaufenem Programm der Landesregierung keine externe Finanzierung gibt. Sollte das PJ anderweitig (z.B. vom Land, von der Fakultät) extern finanziert werden, so fällt dieser Posten weg.

Außerdem ist ein Angebot für Famulaturen geplant, welches speziell auf landärztliche Ausbildungsinhalte ausgerichtet sein soll. Auch die Famulanten sollen einen Fahrtkostenzuschuss von 200 € oder eine Wohnmöglichkeit für 100 € pro Woche erhalten (d.h. maximal 400 € pro Famulant).

Im ersten Jahr der zweiten Ausbaustufe soll eine Bestandsaufnahme innovativer Lehrmethoden für den Bereich der Landarztmedizin aus der Literatur durchgeführt werden und geeignete, umsetzbare Lehrmethoden identifiziert werden. Diese werden schrittweise mit den Famulanten, Blockpraktikanten und PJ-Studierenden im darauffolgenden Jahr pilotiert. Hierbei steht nicht nur das medizinische Wissen im Mittelpunkt, sondern es geht darum, gezielt weitere für die hausärztliche Arbeit relevante Kompetenzen zu fördern (z.B. Kommunikation, Personalführung, Praxismanagement) wie international z.B. im Rahmen des CanMeds Konzept verbreitet. Hierzu sollen moderne hochschuldidaktische Methoden genutzt und weiterentwickelt werden (z.B. Kompetenzskalen, Video-gestütztes Feedback, Kommunikationstraining).

Über einen Anschluss an das Weiterbildungsprogramm der Universität Tübingen sollen ab 2016 auch Ärzte ihre allgemeinmedizinische Weiterbildung in Hohenstein absolvieren können. Die Finanzierung der Ärzte in Weiterbildung ist über das Förderprogramm Allgemeinmedizin möglich. Um die Lücke zwischen dieser externen Förderung und einer tarifgerechten Bezahlung zu schließen, muss das Gehalt der Ärzte in Weiterbildung aufgestockt werden. Diese Aufstockung sollte von der Praxis losgelöst werden und ist in diesem Konzept mit einkalkuliert.

Sowohl die Studierenden als auch die Ärzte in Weiterbildung sollen ihrem Kompetenzniveau entsprechend aktiv an den Prozessen der Praxisführung (z.B. Teamsitzung leiten, Qualitätsmanagement) beteiligt werden. Alle Maßnahmen im Bereich der Lehre und Weiterbildung zielen darauf ab, die Sichtbarkeit und Attraktivität des GZH für die Studierenden und Absolventen der Universität Tübingen zu steigern und so mittel- bis langfristig ausreichend hausärztlichen Nachwuchs für die Region zu generieren.

Auf Ebene der Forschung ist für diese Ausbaustufe die Inbetriebnahme der IT-Struktur geplant, so dass in 2016 erstmals eigene Daten ausgewertet werden können. Im Folgenden sollen im Rahmen von durch das Institut für Allgemeinmedizin betreuten medizinischen Doktorarbeiten praxisrelevante Fragestellungen identifiziert und mit Hilfe der Daten bearbeitet werden. Außerdem können die Daten für die interne klinische Qualitätssicherung nutzbar gemacht und eingesetzt werden z.B. im Rahmen der Aus- und Weiterbildung, bei Teambesprechungen und QZ. Hierzu sollen Dokumentationshilfen, Qualitätsprotokolle etc. entwickelt werden.

In der zweiten Ausbaustufe sollen außerdem die Ergebnisse einer noch zu gründenden Arbeitsgruppe „Vision GZH“ einfließen und mit deren Umsetzung begonnen werden. Hierbei sollen auch die Kommunalpolitik und die Gesundheitsplanung des Kreisgesundheitsamtes sowie die Kommunale Gesundheitskonferenz mit den jeweiligen Themenfeldern (Prävention, Gesundheitsförderung und Integrative Medizin sowie medizinische Versorgung) eingebunden werden. Wie im Sachverständigen Gutachten 2014 ausgeführt, soll Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege gerade auch im ländlichen Raum einen Schwerpunkt bilden.

Die Bedarfserhebungen sollen mittels wissenschaftlicher Methoden (quantitativ und qualitativ) erfolgen, wofür die Mitarbeit einer wissenschaftlichen Hilfskraft notwendig wird. Eine ergänzende Literaturrecherche soll die Basis schaffen für die Entwicklung konkreter Angebote.

Um die interprofessionelle Zusammenarbeit voranzubringen soll in der zweiten Ausbaustufe außerdem der Bedarf an fach- und sektorenübergreifenden Qualitätszirkeln erhoben werden, ggf. in Kooperation mit der KV.

Dritte Ausbaustufe "Akademisches Primärversorgungszentrum" (2016-2019)

In der dritten Ausbaustufe, die zeitversetzt zur zweiten beginnen soll, steht die Verstärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Entwicklung und Implementierung zielgruppenspezifischer Angebote für Patienten im Fokus.

Auf Basis der wirtschaftlichen Entwicklung der Praxis und adaptiert am Bedarf u.a. für die o.g. Patientenangebote wird die Anstellung bzw. Kooperation mit ärztlichen Fachspezialisten (z.B. Einrichtung von fachspezialärztlichen Konsilsprechstunden) sowie Gesundheitsberufen angestrebt. Auf Basis der Bedürfnisse der ärztlichen/nicht-ärztlichen Kollegen können innovative Kooperationsmodelle erprobt werden mit dem Ziel, dass die Kooperationen/Anstellungen sich wirtschaftlich selbst tragen.

Im Bereich der Lehre sollen die in der zweiten Ausbaustufe pilotierten Lehrmethoden breit eingesetzt werden. Hierbei soll auch das international verbreitete, aber in Deutschland noch wenig genutzte "vertikale Lernen" zum Tragen kommen, d.h. der Facharzt für Allgemeinmedizin bildet den Arzt in Weiterbildung aus, dieser den PJ-Studierenden und dieser wiederum den Blockpraktikanten und Famulanten. Außerdem sollen in dieser Phase auch interprofessionelle Lehrangebote ausgearbeitet und erprobt werden. Denkbar wäre beispielsweise das Angebot einer "Summer school Landärztliche Medizin" für besonders interessierte Studierende. Hier könnte ein Programm mit Inhalten von der Begleitung zu Hausbesuchen und Notdienst über Hospitationen beim Physiotherapeuten bis hin zu Vernetzung mit Gemeindeinitiativen im Bereich Gesundheitsversorgung entwickelt werden.

Im Bereich der Forschung sollen die Analysen für die Bearbeitung relevanter Fragestellungen ausgeweitet werden. Es sollen außerdem anschlussfähige Drittmittelprojekte eingeworben werden, so dass zunehmend auch interventionelle Studien in der Praxis durchgeführt werden können.

Darüber hinaus wird eine Vernetzung von Forschung und Lehre angestrebt, so dass auch die sich in der Aus- und Weiterbildung befindlichen ärztlichen Kollegen mit Praxisforschung in Berührung kommen.

In der dritten Ausbaustufe sollen außerdem die konkreten Patientenangebote in Form von Kursen, Spezial-Sprechstunden u.a., für die in der zweiten Stufe ein Bedarf festgestellt wurde, durchgeführt und fortlaufend evaluiert werden.

Auf Ebene der Qualitätssicherung ist es Ziel in dieser Ausbaustufe die geeigneten interprofessionellen /intersektoralen QZ sowie gemeinsame Fallbesprechungen auf den Weg zu bringen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem GZH soll für die Menschen im ländlichen Raum der Gemeinde Hohenstein ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot entwickelt und implementiert werden. Durch die Gestaltung eines attraktiven Arbeitsumfeldes mit innovativen Lehr- und Forschungsmethoden sowie flexiblen Beschäftigungsmodellen ist eine Attraktivitätssteigerung des Fachs Allgemeinmedizin und damit eine auf Nachhaltigkeit angelegte Nachwuchssicherung zu erwarten.

Die im Rahmen des GZH entwickelten Konzepte für Versorgung, Aus-, Weiterbildung und interprofessionelle Zusammenarbeit werden allesamt wissenschaftlich begleitet. Somit können im Anschluss diejenigen Konzepte, die sich als brauchbar erweisen, für die Breitenimplementierung genutzt werden.

Weitere Elemente und Maßnahmen, die im Laufe der Entwicklung des GZH als relevant und gut implementierbar identifiziert werden, können bei entsprechender Finanzierung in das vorliegende Konzept integriert werden. Grundsätzlich wird hierzu eine Co-Finanzierung angestrebt, die über Anträge bei entsprechenden Ausschreibungen (z.B. Landesmittel, Stiftungsmittel) erreicht werden soll.

5. Finanzierung

Zur Finanzierung von Teilen des GZH, die nicht durch die Sozialversicherungsträger finanziert werden, soll am 13. Januar 2015 ein „Förderverein Gesundheitszentrum Hohenstein“ gegründet werden. Zweck des Vereins ist die Förderung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Reutlingen. Der Satzungszweck des Vereins wird insbesondere verwirklicht durch die Beschaffung und Verwaltung finanzieller Mittel, mit der das GZH finanziert werden soll.

Finanzplan:

	2015	2016	2017	2018	2019
Personalkosten					
Facharzt Allgemeinmedizin (50% TVÄ2)*	45.600	45.600	45.600	45.600	45.600
Study nurse (50% TVÖD E9)*	-	20.400	20.400	20.400	20.400
EDV-Fachkraft	15.000	15.000	3.000	3.000	3.000
Berater Betriebswirtschaft	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Wissenschaftliche Hilfskraft		2.000	2.000	2.000	2.000
AiW (Aufstockung Förderprogramm)		15.000	15.000	15.000	15.000
Personalkosten gesamt	63.600	101.000	89.000	89.000	89.000
Sachkosten:					
Mobiliar für 2 Lehrräume (Schreibtischen, Lampen Stühle, Regale, Whiteboard etc.)	8.000	-	-	-	-
2 netzwerkfähige EDV-Arbeitsplätze inkl. MS-Office u Bildschirmen	4.000	-	-	-	-
2 Server mit entspr. Sicherheitszertifikat	12.000	-	-	-	-
Kosten für Software/EDV-Schnittstelle/Lizenzen/Wartung	20.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Anschaffung von Fachliteratur/Journal für Medizindidaktik	800	400	400	400	400
Videoausstattung für Lehrzwecke		4.000	-	-	-
Schulungen, Schulungsmaterialien, Druckkosten	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Publikationskosten		1.500	1.500	1.500	1.500
Stellenanzeigen Ärzteblatt	5.000	5.000	-	-	-
Zuschuss Blockpraktikum (4x pro Jahr)	800	800	800	800	800
Ausbildung als QZ-Moderator	200	100	-	-	-
Praktisches Jahr:					
- Teilnahme PJ-Schulungen Lehrärzte	-	600	600	-	-
- Aufwandsentschädigung PJ - Arzt (2.400 €; 2 bzw. 4x/Jahr)	-	4.800	4.800	9.600	9.600
- Bezahlung PJ-Student (2.000 €; 2 bzw. 4x/ Jahr)	-	4000	4000	8000	8000
Aufwandsentschädigung Famulatur (2x pro Jahr)	-	800	800	800	800
Teilnahme Verbundweiterbildung	-	500	500	500	500
Interprofess. Lehrangebote/z.B. Summer School Landärztliche Medizin	-	-	-	10.000	10.000
Reisekosten	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Sachkosten gesamt	53.300	23.000	13.900	37.100	37.100
Gesamtkosten	116.900	124.000	102.900	126.100	126.100

*inkl. Lohnnebenkosten, AiW: Arzt in Weiterbildung

		Erste Ausbaustufe (2015) "Akademische Lehrpraxis"	Zweite Ausbaustufe (2016-2017) "Akademische Lehr- und Forschungspraxis"	Dritte Ausbaustufe (2017 -2019) "Akademisches Primärversorgungszentrum"
Struktur	Personal/Räume etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Anstellung von 1-2 Ärzten in der Praxis (z.B. in Teilzeit 50%) - Anstellung eines wissensch. Mitarbeiters (50%) an der Uni Tübingen - Anschaffung von Mobiliar für die „Lehrräume“ 	<ul style="list-style-type: none"> - bedarfsadaptierte Anstellung weiterer Ärzte, ggf. altern. Beschäftigungsmodelle - Anstellung einer study nurse (50%) an der Uni Tübingen 	<ul style="list-style-type: none"> -bedarfsadaptierte Etablierung von Kooperationsmodellen mit Gesundheitsberufen und fachärztlichen Spezialisten
Akademischer Überbau	Lehre	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung als Akademische Lehrpraxis der Uni Tübingen - Beantragung Weiterbildungsbefugnis 	<ul style="list-style-type: none"> Anerkennung als PJ-Praxis Uni Tübingen Angebot Famulaturen Entwicklung/Pilotierung innovativer Lehrprojekte Teilnahme an Verbundweiterbildung 	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung und Evaluation innovativer Lehrmethoden zur Landarztmedizin; Entwicklung interprofessioneller Lehr-Ansätze
	Forschung	<ul style="list-style-type: none"> - Ethikantrag Praxisforschung - Abklärung Datenschutz - Implementierung IT-Struktur 	<ul style="list-style-type: none"> - Einrichtung der Datenströme - Allgemeine Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> Systematische Datenauswertungen Bearbeitung gezielter Fragestellungen, die sich aus der Praxis ergeben Vernetzung Lehre/Praxisforschung
	Patientenangebote	<ul style="list-style-type: none"> - Laufende Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarfserhebung und Entwicklung zielgruppenspezifische Angebote/Ver-sorgungskonzepte für Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementierung und Evaluation der zielgruppenspezifischen Angebote/Ver-sorgungskonzepte
	Qualitätssicherung/ interprofessionelle Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Hausärztliche QZ - Regelmäßige interne Teambesprechungen 	<ul style="list-style-type: none"> - zusätzlich fach- und sektorenübergreifende QZ (z.B. mit Klinikern) 	<ul style="list-style-type: none"> -laufende interne Qualitätssicherung durch systematische Datenauswertungen - Implementierung interprofess. QZ

Abbildung: Stufenplan für die Entwicklung und Implementierung eines „Akademischen Primärversorgungszentrums“ in Hohenstein

6. Referenzen

1. Gerlach, F. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Symposium „Bedarfsgerechte Versorgung“, 30. September 2014, Berlin
2. Kiolbassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szecsenyi J, Joos S, Goetz K. Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students? BMC Family Practice 2011, 12: 25
3. Götz K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Kiolbassa K, Joos S, Steinhäuser J. Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz“ - Ergebnisse einer Online-Befragung unter Medizinstudierenden. Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 253–257
4. Steinhäuser J, Miksch A, Hermann K, Joos S, Loh A, Götz K. Wie sehen Medizinstudierende die Allgemeinmedizin? Ergebnisse einer onlinebasierten Querschnittstudie in Baden-Württemberg. Dtsch Med Wochenschr 2013, published online: 05 Aug 2013 doi: 10.1055/s-0033-1349450
5. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 10-15
6. Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S. Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land - Ergebnisse einer online Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. DMW 2011; Aug;136(34-35):1715-9
7. Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2009; <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> (letzter Zugriff am 12.11.2014)
8. Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2014; <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465> (letzter Zugriff am 12.11.2014)
9. Landratsamt/Kreisgesundheitsamt Reutlingen (Hrsg.). Bericht der „AG Hausärzteversorgung im Landkreis Reutlingen“, Reutlingen 2010; <http://www.kreis-reutlingen.de/486> (letzter Zugriff am 13.11.2014)