



Im Interview sprechen Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2017, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, und Harry Glawe, Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern, über die Herausforderungen der regionalen Versorgung.



Harry Glawe
Minister für Wirtschaft, Arbeit
und Gesundheit in
Mecklenburg-Vorpommern



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Kongresspräsident DKVF 2017

DKVF 2017: Neue Modelle für eine bessere regionale Versorgung

Passend zum Kongressthema übernimmt erstmals ein Bundesland die Patenschaft für den DKVF 2017. Mecklenburg-Vorpommern ist aufgrund einer alternden Bevölkerung, einer messbaren Zunahme der Morbidität sowie eines zunehmenden Fachkräftemangels die ideale Modellregion, um Lösungen für bestehende Versorgungsprobleme zu finden. Im Interview sprechen Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2017, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, und Harry Glawe, Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern, über die Herausforderungen der regionalen Versorgung.

Das Motto des DKVF 2017 lautet „Zukunft regionale Versorgung“. Warum haben Sie sich dafür entschieden?

W. Hoffmann: Insgesamt gilt es, die medizinische Versorgung stärker am Bedarf der PatientInnen auszurichten. Leider krankt unser Gesundheitswesen an einigen Strukturproblemen. Um sie zu lösen, sind flexible sowie patientennahe Lösungen gefragt, welche die regionalen Besonderheiten berücksichtigen. Das beginnt schon bei der Planung und setzt sich fort bei der Umsetzung vor Ort. Daher steht die regionale Versorgung im Mittelpunkt dieses Kongresses.



ExpertInnen sprechen von einer drohenden medizinischen Überversorgung im städtischen gegenüber einer Unterversorgung im ländlichen Raum. Wie sieht es in Ihrem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern aus, Herr Minister?

H. Glawe: Auch in Mecklenburg-Vorpommern besteht ein Gefälle zwischen den Angeboten der Gesundheitsversorgung in Städten und in zumeist dünn besiedelten ländlichen Räumen. Eine Unterversorgung im Sinne der ambulanten Bedarfsplanung gibt es jedoch nur sehr vereinzelt. In den größeren Städten, Rostock, Schwerin, Neubrandenburg und Greifswald liegt rein rechnerisch eine Überversorgung vor. Allerdings: In manchen ländlichen Regionen sind bestimmte Facharzttrichtungen nur mit längeren Wegen zu erreichen.

Ein Ärztemangel im ländlichen Raum ist perspektivisch auch aufgrund der Altersstruktur im Hausarztbereich zu befürchten. Hier steuert das Land gemeinsam mit den Partnern in der Versorgung schon seit vielen Jahren gegen. Als eine aktuelle Maßnahme sei ein Stipendienprogramm des Landes Mecklenburg-Vorpommern genannt, mit dem Medizinstudierenden, die bereit sind, im ländlichen Raum oder im öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten, Zuschüsse gewährt werden sollen.

Reicht das aus?

H. Glawe: Um auf Dauer die Versorgung in allen Teilen des Landes zu sichern, müssen vorhandene Ressourcen noch besser genutzt werden. Dazu gehören insbesondere Delegationsmodelle und die Telemedizin. Auch eine Stärkung und teilweise Neuausrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird dazu beitragen. Als Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz haben wir hierzu 2016 einen Beschluss der Gesundheitsminister herbeigeführt. Gemeinsam mit dem Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald suchen wir in einem mehrjährigen Projekt nach Lösungen für konkrete Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen. Die dabei gefundenen Lösungen sollen möglichst auf andere Regionen übertragen werden.

Gibt es bereits Modelle, die zeigen, wie eine gute regionale Versorgung gelingen kann?

W. Hoffmann: Definitiv gibt es die. Die inzwischen bundesweit erfolgreichen Delegationsmodelle stammen ja aus Mecklenburg-Vorpommern. Aktuell entwickelt unser Team am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Standort Rostock/Greifswald, Lösungen für die ambulante Versorgung von DemenzpatientInnen in der Häuslichkeit (DelpHi-MV Studie). Anhand von Befragungen der PatientInnen und ihrer Angehörigen fanden wir heraus, dass in über 80 Prozent der Fälle ein unerfüllter Versorgungsbedarf besteht, sei es, dass eine Multimorbidität vorliegt und die Betroffenen mit ihren Medikamenten nicht gut zurechtkommen oder dass die Angehörigen Unterstützung bei der Pflege benötigen. Delegationsmodelle, bei denen der betreuende Hausarzt oder die Hausärztin einen Teil der Aufgaben an eine speziell qualifizierte Fachkraft, die Dementia Care ManagerIn, abgibt, erweisen sich da als extrem hilfreich. Diese Fachkraft kennt die PatientInnen in ihrer häuslichen Umgebung, kann bei Bedarf die richtige Pflege oder Selbsthilfe vermitteln und den Hausarzt/die Hausärztin so entlasten. Ein ganz anderes Beispiel für eine regionale Versorgungslösung ist die Einrichtung von Notdienstpraxen im Krankenhaus, die alle ambulant versorgbaren Notfälle übernehmen und damit die Notaufnahme des Krankenhauses entlasten.



Welche Barrieren ergeben sich aus der Sicht der Politik bei der Umsetzung solcher Modelle?

H. Glawe: Oft sind es die unterschiedlichen Planungs- und Honorierungssysteme, die aus dem Blickwinkel der bestmöglichen Versorgung der PatientInnen Fehlanreize setzen. Hinzu kommen unterschiedliche Systeme der Dokumentation und Unterschiede in der Qualitätsmessung, die einen Austausch zwischen den Sektoren behindern können. In diesen Bereichen muss eine Weiterentwicklung zu einer tatsächlich sektorübergreifenden Versorgung erfolgen.

Sollten Ärzte im Hinblick auf eine strukturierte Zusammenarbeit besser trainiert werden?

W. Hoffmann: Laut Sozialgesetzbuch kann das ärztliche Fachpersonal sehr viele Aufgaben delegieren – je nach erforderlicher Qualifikation zum Beispiel an AGnES- oder VeraH-Fachkräfte, in Mecklenburg-Vorpommern auch an „Nichtärztliche PraxisassistentInnen (NiPas), oder die neuen speziell qualifizierten Dementia Care ManagerInnen. Der Arzt oder die Ärztin können aber auch Maßnahmen an eine andere Berufsgruppe abgeben, die dann ohne ärztliche Oberaufsicht tätig wird. Das geht bislang nur in Modellprojekten, ist aber klar die Zukunft. Für Medizinstudierende ist deshalb interprofessionelles Lernen ein wichtiges Thema, vor allem, wenn es um das praktische Tun geht. An der Universitätsmedizin Greifswald werden Medizinstudierende mittlerweile gemeinsam mit PflegeschülerInnen ausgebildet. Das kommt bei beiden Gruppen sehr gut an.

Was genau versprechen Sie sich von e-Health-Angeboten im Hinblick auf eine gute regionale Versorgung?

W. Hoffmann: Ohne eine leistungsfähige IT-Infrastruktur ist die medizinische Versorgung kaum noch denkbar. Das ist besonders wichtig in der regionalen Versorgung und umfasst dort die elektronische Patientenakte ebenso wie Telemedizin, Telekonsultation, Telediagnostik, Telemonitoring, Telecoaching, und internetbasierte Tools, die die PatientInnen bei ihrem Selbstmanagement unterstützen. Alle diese Bereiche werden intensiv erforscht und einige der entwickelten Modelle stehen unmittelbar vor der Praxistauglichkeit. Davon kann man sich auch auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in zwei wissenschaftlichen Sessions und einer Postersession überzeugen.

H. Glawe: Für die Gesundheitsversorgung der Zukunft, gerade in ländlichen Räumen, ist der Einsatz digitaler Technologien ein wichtiger Lösungsansatz – für Mecklenburg-Vorpommern sogar eine absolute Notwendigkeit. Insbesondere der Einsatz der Telemedizin kann durch den Zugriff auf eine ortsferne medizinische Fachkompetenz dazu beitragen, die ortsnahe Versorgung zu erhalten oder zu verbessern und Ressourcen besser zu nutzen. Im Hinblick auf die wachsende Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist das Telemonitoring ein bedeutender Baustein zur Versorgung.



Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung
16. Kongress | 4. - 6.10.2017 | Urania - Berlin

Zukunft Regionale Versorgung –
Forschung, Innovation, Kooperation



Herr Minister, was erhoffen Sie sich von der Länderpatenschaft für den DKVF 2017?

H. Glawe: Ich erhoffe mir, dass die vielen innovativen Versorgungsansätze in Mecklenburg-Vorpommern bekannter werden. An vielen dieser Ansätze hat das von Professor Hoffmann geleitete Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald ganz wesentlich mitgewirkt. Gleichzeitig erhoffe ich mir Impulse für die Diskussionen zur dauerhaften Sicherung der Versorgung in hoher Qualität in unserem Land.

www.dkvf2017.de