

## **Hausarzt 4.0, Gemeindegeschwester plus, VeraH?**

Wie sicher ist die Gesundheitsversorgung auf dem Lande? Brauchen wir neue Wege bei der Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen?

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz ist eine zunehmende Herausforderung und reicht in die nächsten Jahrzehnte. Die Worte VeraH, EVA, AGnES, AGnES zwei, MoNi und Gemeindegeschwester plus machen die Runde.

Diesen Begriffen und Abkürzungen und verschiedenen Modellen mit sehr unterschiedlichen Ausgestaltungen ist gemein, dass neue Wege bei der Gesundheitsversorgung der älter werdenden Gesellschaft beschritten werden. Es ist eine von vielen Möglichkeiten, dem Hausärztemangel auf dem Land zu begegnen.

### **Modelle mit vielen Schnittmengen**

AGnES: **A**rztentlastende, **G**emeinde-nahe, **E**-Healthgestützte, **S**ystemische Intervention (oder: arztentlastend, gemeindenah, engagiert, sympathisch)

AGnES zwei: Fallmanagerin, Einsatz z.B. in Brandenburg. Zielgruppe: Vor allem alte, multimorbide, in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten, aber auch bestimmte chronisch Kranke sowie Patienten, für die ein Überleitungs- oder Entlassmanagement nötig ist. Sie kann Einzelpraxen, Ärztenetze oder MVZ entlasten.

EVA: **E**ntlastende **V**ersorgungsassistentin, Einsatz z.B. in Nordrhein-Westfalen. Zielgruppe: Patienten, für die Hausbesuche oder koordinierende Leistungen notwendig sind. Anbindung an ambulante Praxen.

MoNi: **M**odell **N**iedersachsen. Projekt in Arztpraxen, deren fortgebildete Medizinische Fachangestellte (MFA) delegationsfähige Leistungen erbringen, vor allem Hausbesuche und die damit verbundenen Leistungen.

VeraH: **V**ersorgungsassistentin in der **H**ausarztpraxis. Entsprechend qualifizierte MFA oder Angehörige anderer medizinischer Fachberufe sollen Hausarztpraxen als Ort der Versorgung stärken und die Hausärzte entlasten.

"VeraH" sollen z.B. die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes, Demenz und chronischen Wunden in der eigenen Häuslichkeit übernehmen. In ambulanten Pflegeeinrichtungen dürfen bisher Medizinische Fachangestellte (MFA) in Rheinland-Pfalz nicht einmal einfache Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbringen. Strittig ist, wie nach einer fünfwöchigen Fortbildung zur "VeraH" übernommene Aufgaben der ärztlichen Versorgung versicherungsrechtlich abgedeckt sind, da die Tätigkeiten nicht mehr der unmittelbaren Überwachung des Arztes unterliegen. Mit dieser Weiterbildung wird der

Hausarzt also vom eigenen Praxisteam inner- und außerhalb der Praxis auch bei hochqualifizierten Tätigkeiten unterstützt und entlastet, der Patient vom vertrauten Praxispersonal betreut und versorgt, das oft schon über Jahre seine Kranken- und Lebensgeschichte kennt. Die Berufszufriedenheit der MFA wird gesteigert und nicht zuletzt die Hausarztpraxis als zentraler Ort der Versorgung gestärkt.

In großer Sorge um das Wohl der Patientinnen und Patienten forderten die Berufsverbände der Pflege, die Aufgaben im Gesundheitswesen so zu verteilen, dass die Patientinnen und Patienten nachhaltig sicher von optimal ausgebildetem Personal versorgt werden. Denn Pflegekräfte seien erfahrener und für die Aufgaben der "VeraH" besser qualifiziert.

Andererseits wissen Ärztinnen und Ärzte es nicht nur in ländlichen Praxen, sondern auch in Medizinischen Versorgungszentren es zu schätzen, wenn sie Arbeit an speziell qualifizierte Angestellte delegieren können.

Viele Ärzte haben kein Problem mit dem Thema Delegation und berichten über die Vorzüge einer Entlastung in Praxen durch Hausbesuche der weitergebildeten MFA.

Oft wird gefragt, wie viel zusätzliche Qualifikation benötigen Praxisangestellte, um niedergelassene Ärzte nachhaltig und verantwortungsvoll zu entlasten? Die Kompetenz, die die medizinischen Fachkräfte mitbringen, ist nicht alles. Die Ärzte müssen sich auch umstellen. Ärzte, die Arbeit an eine Fachkraft delegierten, müssten dieser vertrauen und sich auf sie verlassen.

In einer kleinen Anfrage habe ich diesen Monat Antwort erhalten, dass in Rheinland-Pfalz bislang 388 medizinische Fachangestellte die Ausbildung zu VeraH erfolgreich durchgeführt haben und sich zurzeit noch 233 medizinische Fachangestellte in der Ausbildung zu VeraH befinden.

### **Modellprojekt „Gemeindeschwester plus“ in Rheinland-Pfalz**

Die Sicherstellung von genügend Pflegekräften ist eine der zentralen Aufgaben in einer immer älter werdenden Gesellschaft. Leider schiebt die Landesregierung dieses Problem seit vielen Jahren ungelöst vor sich her. Allein für 2015 fehlten 964 Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, 191 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte, 697 Altenpflegekräfte, 22 Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer und 709 Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer. Diese Fachkräftelücke wird weiter zunehmen. Die Landesregierung hat es wie bei der Ärzteversorgung versäumt, rechtzeitig auf die Entwicklung zu reagieren.

Stattdessen startete sie ein medienwirksames Modellprojekt, bei dem in einem auf dreieinhalb Jahren angelegten Versuch gerade einmal „der Einsatz von bis zu zwölf Gemeindeschwestern plus“ erprobt werden soll.

Grundsätzlich ist gegen die Idee, eine zugehende Pflegeberatung anzubieten, nichts einzuwenden. Viele Angebote in der Pflege werden nicht genutzt, weil ältere Menschen über diese Angebote nicht informiert sind. Generell wächst das Problem, gerade ältere Menschen durch unser gutes, aber teils unübersichtliches Gesundheitssystem zu lotsen. Wichtig ist, im Sinne einer Pflegeprävention die Menschen im Vorfeld zu beraten, z.B. auch durch eine Sturzprophylaxe.

Die Gemeineschwester plus sollen sich in einer aufsuchenden Hilfe um noch **nicht** pflegebedürftige Menschen kümmern. Ob für diese beratenden Aufgaben allerdings Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen nötig sind, ist fraglich. Diese würden in der unmittelbaren Pflege besser eingesetzt. Um es auf den Punkt zu bringen: das Modellprojekt Gemeineschwester plus ist für sich genommen eine gute Sache. Es löst aber nicht die großen Probleme in der Pflege. Im Gegenteil: diese könnten sich noch verschärfen, weil die Fachkräfte von der Pflege selbst abgezogen werden. Das Modellprojekt entbindet die Landesregierung also nicht von der Verpflichtung, ein Konzept zur Beseitigung des Fachkräftemangels in der Pflege vorzulegen.

Der Begriff erinnert irgendwie zudem auch an ein Label wie Realschule plus. Auch dort wurden viele enttäuscht. Es ist **keine** Fachschwester mit medizinischer Zusatzausbildung, die in Delegation ärztlicher Leistungen Hausbesuche macht. Der Begriff „Gemeineschwester plus“ ist also problematisch und irreführend, man könnte von einer Mogelpackung sprechen, denn er impliziert bei Bürgern die aktiv helfende Kraft.

Die Beratungs- und Koordinierungsstellen in den Pflegestützpunkten leisten bereits die in der Zielsetzung der „Gemeineschwester plus“ aufgeführte aufsuchende präventive Beratung auch im Vorfeld möglicher Pflegebedürftigkeit.

Es bedarf keines „Beratungs-Wasserkopfes“. Es mangelt nicht an zugehender/ aufsuchender Beratung und Anlaufstellen. Neben den Beratungs- und Koordinierungsstellen/ Pflegestützpunkten gibt es Beratungsangebote beispielsweise im Bereich der Selbsthilfe (Seniorenverbände und Sozialverbände), bei den Wohlfahrtsverbänden (Allgemeine Sozialdienste, Mehrgenerationenhäuser), durch Seniorenbeiräte und Familienbüros.

Die früher gelobte Gemeineschwester verkörpert vor allem das tatkräftige „Anpacken“. Helfen im Haushalt und bei der Pflege. Bürger vermissen nicht Beratung, sondern im Einzelfall Aktive, die bezahlbar sind bzw. finanziert werden.

Wegen lokaler Beratung und Hilfeplanung ist eine abgestimmte kommunale Steuerung von Wohnangeboten, Begegnungsmöglichkeiten, Verkehr, Nahversorgung, Barrierefreiheit, Beratung und Pflegeinfrastruktur erforderlich.

Viele Fragen bleiben also. Wie soll das Modell in eine flächendeckende Umsetzung gehen, wenn die Finanzierung nicht gesichert ist? Wie erfolgt die Einbindung der Kommunen und der Wohlfahrtspflege? Liegt es nicht eher in der Freiheit der Träger, die Kompetenz der Gemeindegewerkschaft festzusetzen? Wäre es nicht besser, nicht nur Beratungen vornehmen zu lassen (manche sagen „Babbelschwester“), sondern auch Leistungen wie Blutdruck messen, Spritzen, oder Blut abnehmen zu erbringen, um den Arzt zu entlasten? Wie erfolgt die Abgrenzung und Einbindung aller relevanten Akteure wie die Pflegedienste, die Altenheime, die ehrenamtlichen Institution, die Palliativ- und Hospizvereine? Wie werden die bestehenden ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfen berücksichtigt? Wie wird die Zukunft der BEKOs gesichert?

#### **Hausarzt 4.0**

Bereits heute hilft in strukturschwachen Regionen der Einsatz moderner Informationstechnik Versorgungslücken in ländlichen Regionen zu schließen. Mit der „digitalen Arztvisite“ ist es Ärzten möglich, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Videokonferenzen mit externen Partnern (z. B. Pflegeheime, häusliche Pflegedienste, VeraH, Notfallpraxen, Krankenhäuser) durchzuführen – flächendeckend und ohne größeren wirtschaftlichen sowie organisatorischen Aufwand.

Im Oberbergischen Kreis ist im Herbst 2015 ein interessantes Projekt, das das Projekt VeraH fortsetzt. Die ärztliche Kompetenz kann vom „Tele-Landarzt“ audiovisuell zum Patienten gebracht werden. Damit kann in ländlichen Regionen ein Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung geleistet werden. Das Projekt besteht aus zwei Modulen: a) der Vor-Ort-Betreuung der Patienten durch eine VeraH und b) einem Monitoring der Vitaldaten abhängig von der Indikation.

Daneben ist im Bedarfsfall eine telefonische Betreuung durch medizinisches Personal eines Servicecenters rund um die Uhr möglich. Der Arzt kann sich bei Bedarf aus der Praxis mit Video zuschalten und zum Beispiel Wunden begutachten. Die Vitaldaten werden von der Versorgungsassistentin erfasst und stehen auch dem behandelnden Arzt zur Verfügung. Die VeraH hat dazu neben einem Tablet-PC einen Telemedizin-Rucksack mit den erforderlichen Geräten dabei. Im Telemedizin-Rucksack sind: ein Dreikanal-EKG, ein Pulsoximeter, ein Blutzuckermessgerät, ein Spirometer, ein Blutdruckmessgerät und eine Waage. Je nach Krankheit können auch die Patienten Geräte zu Hause haben und der Arzt kann jederzeit über gesicherte Leitungen auf die Vitaldaten des Patienten zurückgreifen. Es können damit auch Einsparungen im Bereich der Rettungseinsätze und unnötiger Krankenhauseinweisungen erfolgen.

Entscheidend ist, dass es keine Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung gibt, die Datensicherheit gewährleistet ist, die juristischen Haftpflichtfragen und die Kostenerstattung geklärt sind.

Fazit: Auch die Gesundheitsversorgung steht wie die Industrie und die sonstigen Bereiche der Gesellschaft vor einer rasanten Digitalisierung. Diese Chancen gilt es zu erkennen.

Ich werbe dafür, die als positiv zu bewertenden Aspekte aller Modelle herauszugreifen und dafür sie eine gemeinsame, verbindende Struktur zu schaffen und die Honorierungs- und Abrechnungsfragen zu klären, damit arztentlastende Fachkräfte in der Regelversorgung endlich flächendeckend ihren Platz finden.

Michael Wäschenbach, MdL

Seniorenpolitischer Sprecher der CDU Landtagsfraktion