

Stand. punkt

Diskussionsimpulse und Konzepte des Landesbüros Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung

Neue Wege im Kampf gegen den Hausärztemangel

Gesundheitliche Versorgung für die Zukunft sichern!

Hans-Joachim Schade *

AUF DEN PUNKT GEBRACHT

Hausärztinnen und Hausärzte als Einzelkämpfer sind kein Modell für die Zukunft. Insbesondere die neue Generation der Hausärzteschaft schätzt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und scheut das finanzielle Risiko einer tradierten Selbstständigkeit. Die für die nächsten 20 Jahre angesagte demografische Veränderung des ländlichen Raumes mit Abwanderung ist für tradierte Freiberuflichkeit nicht mehr planbar. Die Bereitstellung gesundheitlicher Versorgung ist ein zentraler Aspekt der Daseinsvorsorge. Kommunen müssen deshalb für die gesundheitliche Versorgung frühzeitig und vorsorglich Initiativen ergreifen. Sie müssen neben den ihnen in Zukunft zugestandenen Kompetenzen Impulse im Dialog mit Hausärztinnen und Hausärzten und allen anderen Leistungserbringern für mehr Kooperation geben. Die Fragen, auf welche es zeitnah eine Antwort braucht sind die, wie die gesundheitliche Versorgung zukünftig aussehen kann, welche Anforderungen dies an die Ärzteschaft stellt und welche Rolle die Kommunen oder das Land dabei übernehmen können und müssen und welche Kompetenzen dafür erforderlich sind.

* Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

80 Prozent der frei werdenden Hausarztsitze bis 2020 können nicht nachbesetzt werden

Deshalb muss sich auch jede und jeder mit der unangenehmen Wahrheit auseinandersetzen, die bisher noch nicht im vollem Umfang in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gedrungen ist: Einer zunehmenden Anzahl an älteren und kranken Menschen werden, wenn nichts passiert, innerhalb der nächsten zehn Jahre deutlich weniger Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung stehen als benötigt. Das Interesse des hausärztlichen Berufsnachwuchses an der tradierten Betreuung kranker Menschen mit fünf Kontakten pro Quartal in einer Einzelpraxis hat einen Tiefstand erreicht. Zusätzlich zu einem Rückgang der Medizinstudentinnen und Medizinstudenten mit dem Berufswunsch „Hausarzt“¹ sind 50 Prozent der Hausärzte über 55 Jahre alt und geben bis 2020 ihre hausärztliche Tätigkeit auf.² Geld ist für die Ärzteschaft zudem kein entscheidender Motivationsfaktor mehr.^{3/4} Immer mehr Hausärztinnen und Hausärzte können sich aber vorstellen, in Teilzeitfunktion und/oder in angestellter Rolle ohne Verantwortung für Verwaltung, Investitionen etc. ärztlich tätig zu sein. Dies ist absehbar – trotz aller Förderung ärztlichen Nachwuchses und finanzieller Anreize – die Realität der nächsten zehn Jahre.

Dies bedeutet, die Hälfte der verbleibenden Hausärztinnen und Hausärzte müsste mit neuen Versorgungsstrukturen und in Benehmen mit einer informierten Bevölkerung, die dies unterstützt, einen neuartigen, diese

Entwicklung ausgleichenden Versorgungsprozess entwickeln. Dieser Prozess muss angestoßen, installiert, erprobt und optimiert werden. Dabei könnte auch den zukünftig ausscheidenden Ärztinnen und Ärzten im Hausarztbereich über 55 Jahre die Chance geboten werden durch Mitarbeit an den Veränderungsprozessen ihre Patientinnen und Patienten in eine gute, kooperativ zusammenarbeitende Ärzteschaft, die im Team delegativ mit weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Patienten versorgen wird, zu übernehmen. Für diese Vision gilt es zu kämpfen.

Auch die zukünftigen Arbeitsplätze der Ärzteschaft auf dem Land und in sozial schwachen Gegenden müssen so ausgestattet sein, dass sie durch die Art der Teamstruktur und der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen es dem ärztlichen Nachwuchs interessant erscheinen lässt, dort tätig zu sein. Das ist die kommunalpolitische und gesellschaftliche Herausforderung.

Die Anstellung von Ärzten – In Zukunft der überwiegende Regelfall

Auch in der niedergelassenen Ärzteschaft vollzieht sich ein rasanter Wandlungsprozess von der kleinen unternehmerischen Freiberufler-Praxis zu größeren Einheiten. Diese entstehen durch die Zusammenschlüsse mehrerer unternehmerischer Ärztinnen und Ärzte an einem Standort (monolokal oder überörtlich) mit einer Vielzahl von Praxissitzen. Schon jetzt wird pro Jahr in 50 Prozent aller Fälle diese Möglichkeit anstelle einer Einzelpraxis gewählt. Hierbei steigt die Zahl der Ärzte, die sich bei unternehmerischen Kolleginnen und Kollegen in Voll- oder Teilzeit anstellen lassen immer stärker an. Jeder niedergelassene Freiberufler hat zur Zeit das Recht, bis zu drei ärztliche Vollzeitkräfte anzustellen. Hier liegt die Aufgabe der Kommunalpolitik, diesen Schritt zu fordern und das Wissen und die neue Infrastruktur hierfür mitzuentwickeln.

Der Tatbestand, dass in Zukunft wahrscheinlich die verbleibenden unternehmerischen Ärztinnen und Ärzte den Großteil der Ärzteschaft integrieren, liegt darin begründet, dass die verbleibende Zahl der niedergelassenen Ärzteschaft in dem Zeitraum der nächsten zehn Jahre die verwaisten Patientenmengen übernehmen werden müssen.

Bei steigenden Angestelltenvergütungen und bei der zu 80 Prozent gesunkenen Anzahl an hausärztlichem Nachwuchs ist die Alternative des rentablen Betrei-

bens eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) als Herzstück einer lokalen Daseinsvorsorge betriebswirtschaftlich und unternehmerisch extrem risikobeladen. Entweder die Kommune tritt mit eigenen MVZ in den Wettbewerb mit niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten oder sie fördert die Bildung einer gemeinsamen Organisation verbleibender Praxen durch Freiberuflerinnen und Freiberufler und deren hausärztlichen Angestellten.

Engpass:

Konsequenzen sind den Leistungserbringern und der Bevölkerung noch nicht ausreichend bewusst – dies führt bei gleichzeitiger Komplexität des Problems und zeitlichem Handlungsdruck zu maximalem Widerstand.

Die Lösung wäre oft eine zielgerichtetere und bessere Versorgungsstruktur. Keiner wagt aber in Deutschland das Tabu der gewohnten höchstpersönlichen Hausarzt-Patienten-Beziehung in Frage zu stellen. In Deutschland gibt es durchschnittlich pro Quartal und Patient vier bis fünf Arztkontakte; in den nordischen Ländern maximal zwei mal pro Quartal.⁵ Hier haben andere Berufe historisch die Rolle als sozialer Ansprechpartner und kompetenter Vorklärer priorisierter Versorgungsschritte übernommen.

Wir müssen uns zu einem Bruch mit der Vergangenheit bekennen und neue zukunftsfähige Konzepte der hausärztlichen Versorgung anstoßen! Es gilt, die Konsequenzen aus der bis zu 80-prozentigen Nichtnachbesetzbarkeit von Hausarztzulassungen nach außen anzusprechen und die Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Dies geht mit dem jeweiligen persönlichen und institutionellen Gewicht der zuständigen politischen Mandatsträgerinnen und Mandatsträger oder politischen Meinungsbildner. Bürgerinnen und Bürger, Patientenschaft wie aber auch die Leistungserbringer müssen erkennen, dass sich etwas bewegt, ein neuer Tatbestand eingetreten ist und alle dabei sind – auch unter Einbeziehung der eigenen Bedürfnisse – sinnvolle, sozialverantwortliche Zukunftslösungen zu finden.

Integration nicht nur der Bevölkerung, sondern auch von Leistungserbringern der Region

In diesen Neuordnungsprozess müssen neben Vertreterinnen und Vertretern der Patienten und der Haus- und Fachärzteschaft, Apothekerinnen und Apotheker,

Krankenpflege und Physiotherapie u.a. eingebunden werden, um eine gemeinsame „Wir-Lokalverantwortung“ (aus der Region für die Region heimatverbunden) zu schaffen.

Es gilt eine Bereitschaft zu entwickeln, mit den jetzigen personellen, ökonomischen und rechtlichen Ressourcen zukunftsorientierte Lösungsansätze zu entwickeln und den neuen Realitäten ins Auge zu blicken.

Die Rechtsmöglichkeiten und -instrumente, Patientinnen und Patienten aufzufangen und die verbleibenden Praxen zu optimieren, sind bereits gegeben. Das neue Versorgungsstrukturgesetz sieht hierfür ausdrücklich eine delegative Betreuung zwischen Arztpraxis und Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten auf Internetbasis vor und will diese vergüten.

Ferner steht der Hausärzteschaft in Zukunft die Möglichkeit zu, in der Praxis durch Einsatz von nichtärztlicher Praxisassistenten die persönliche Kontaktquote von fünf auf zwei Kontakte unter Aufsicht und Information des Hausarztes zu reduzieren (Delegation).

Mit der neuen Generation von Kommunikationsmitteln, wie z. B. iPhone können auch durch Handys und Kommunikations-Tablets Betreuung und Beratung durch Ärzte und/oder Praxisassistenten hinzugezogen werden. Dies erspart den Weg in die Arztpraxis.

Welche Rolle übernimmt die Kommune und welche Kompetenzen braucht sie?

Kann die Kommune als unternehmerische Institution in der wohnortnahen Versorgung tätig sein? Im Prinzip könnte dies eine Antwort sein. Wie sich aber bei der Führung von Krankenhäusern zeigt, ist dies extrem konfliktträchtig. Langfristig wird sich ab 2020 im kommunalen Bereich die Dauerbetreuung älterer, immer immobiler werdender Patientinnen und Patienten mit der sozialen Betreuung und der ganzheitlichen psychosozialen Betreuung verbinden.⁶

Die Weiterentwicklung der bestehenden hausärztlichen Praxen – ohne konkrete Nachfolge – zu leistungsfähigen kooperativen Gemeinschaften ist der sinnvolle Zwischenschritt zum Auffangen und besseren Versorgen der stufenweise nicht mehr betreuten Patientinnen und Patienten.

Die Einbeziehung von lokalen Krankenhäusern zur Unterstützung des Veränderungsprozesses der hausärztlichen Versorgung ist absolut erstrebenswert.

Von Seiten der Landkreise/Städte/Kommunen wären die Krankenhäuser (oft in öffentlicher Trägerschaft) mit ihrer ärztlichen und kaufmännischen Leitung zu ermuntern, auf die Hausärzteschaft zuzugehen und auf inzwischen rechtlich abgesicherte wechselseitige Personal- und Organisations-Verflechtungen einzugehen. Gleiches gilt für die Pflegedienste. Dies verlangt moderierte Kommunikationsprozesse mit entsprechendem Hintergrundwissen.

Ordnungspolitisch bestehen Interessenskonflikte zwischen den Bedürfnissen der einzelnen Städte, Verbandsgemeinden und darin eingebunden Einzelgemeinden und der übergeordneten Aufgabe des Landkreises, wirtschaftlich, strategisch und ganzheitlich zu planen.⁷ Je früher und besser eine Kommune oder interkommunal zusammenwirkende Kommunen eine oder mehrere leistungsstarke lokale hausärztliche Kooperationen/Organisationsgemeinschaften angestoßen und motiviert haben, desto sicherer können sie für ihren Standort, ihre Bevölkerung, ihre Wirtschaft und ihren Wohnbau langfristig planen.

Hierzu können insbesondere lokale, gemeinnützige Genossenschaften zur Förderung der lokalen Gesundheitsversorgung unter Schirmherrschaft der Kommunen gegründet werden. Gerade der Genossenschaftsgedanke ist idealtypisch geeignet, die Interessen von allen betroffenen regionalen Akteuren der hausärztlichen und erweiterten integrierenden Versorgung zu erfassen. Auf gleichberechtigter Ebene können sie Genossenschaftsanteile erwerben und unter dem Begriff der gemeinnützigen Genossenschaft auch ausdrücken, dass es hier darum geht, gemeinsam übergeordnete Dinge durch unterschiedliche Beiträge zu fördern.

Sinnvoll als fördernde Mitglieder und Beitragszahler für die Kosten der Anschubinitiative auf lokaler Ebene wären neben der Kommune auch Vertreterinnen und Vertreter der Hausärzteschaft, von Krankenhaus, Pflege, Facharztgruppen, wie auch aus Physiotherapie, Sanitätshäusern und Apotheken. Statt 100 Hausärzte, die in einem Landkreis vereinzelt agieren, entstehen gegebenenfalls zehn Genossenschaften, die sich zum Ziel setzen, freiberufliche Koordination und Kooperation durch neuartige Koordinationsmodelle der stufenweisen Veränderung zu fördern.

Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt – Ein bedeutungsloses Mantra?

Was brauchen die Patientinnen und Patienten? Sie und ihre Angehörigen sowie das Personal der absehbar ausscheidenden Hausarztpraxen müssen frühzeitig wissen, dass es gute, getestete, neuartige Modelle einer sicheren wohnortnahen und auch persönlichen Versorgung weiterhin gibt.

Die Bevölkerung in ihrer Eigenschaft als potenzielle Patientinnen und Patienten muss über die neuen Versorgungsmöglichkeiten informiert werden durch Internetforen, Stadtteilkonferenzen, Telefoninformationsdialogforen, Presseberichterstattung und politische Arbeit. Sie sollten die Möglichkeit erhalten Politik, Ärzteschaft und alle lokalen Leistungserbringer wie Krankenhaus, Rehabilitation, Pflege und Apotheke aufzufordern, diese durch die Teilnahme an zukunftsorientierten Versorgungsmodellen zu testen, um damit frühzeitig auf den lokalen Wandel vorbereitet zu sein.

Kommunalpolitik muss Veränderungsbereitschaft wecken!

Die Veränderungsbereitschaft entsteht nur mit Motivation und Anerkennung der Rolle der innovationsbereiten als auch der von der Komplexität überforderten Abgeberpraxen. Nur mit Hilfe der kommunalen Verantwortungsträger kann eine gemeinsame, regionale, gesellschaftliche Zukunftsverantwortung auf emotionaler Grundlage geschaffen werden.

Die Veränderung der Kontaktfrequenz pro Quartal und die Verlagerung von Versorgungsdienstleistungen auf

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hausärzteschaft, wenngleich unter Einbindung und Kontrolle, könnte als Rationierung und Missachtung des existenziellen Schutz- und Sicherheitsbedürfnisses in der Versorgung empfunden werden. Sie wird es auch, wenn Bürgerinnen und Bürger nicht informiert, motiviert und in den Prozess zur Umgestaltung eingebunden werden.

Die innovativen, zur Veränderung bereiten Hausarztpraxen müssen – ohne lokale gesellschaftspolitische Vorbereitung des Veränderungsprozesses – auf lokaler Ebene mit extremen Anfeindungen rechnen. Der Ärzteschaft würden ökonomische Interessen und Bequemlichkeit unterstellt werden und nicht die ernsthafte Absicht für die Zukunft ab jetzt die Versorgung der Bevölkerung gerade für diese Region sicherstellen zu wollen.

Der Übergang kann nur geschaffen werden, wenn eine motivierte, sich selbst organisierende Ärzteschaft mit ihrem Erfahrungswissen sowohl auf der Mitarbeiter-ebene delegativ vorgeht als auch durch Vorbildfunktion den ärztlichen Nachwuchs in die neue Form der Versorgung einbindet.

So wäre es möglich, frühzeitig einen gesellschaftlich gemeinnützigen Ansatz zur koordinierten Veränderung der Hausarztstruktur zu schaffen.

Der Autor **Hans-Joachim Schade** ist Fachanwalt für Medizinrecht und Mediator in Wiesbaden. Er berät Hausarztgruppen, Krankenhäuser, Kommunen/Landkreise und moderiert Kooperations- und Vernetzungsprozesse.

- 1 Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2010, Tabelle: 4.10: Entwicklung der Gebietsanerkennungen und Niederlassungen im Fach Allgemeinmedizin.
- 2 Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2010, Tabelle: 4.4: Prognose: Bruttoabgänge der Hausärzte 2010 bis 2020.
- 3 MLP Gesundheitsreport 2011, Ifd-Umfragen 5295, 6222, Seite 40.
- 4 Artikel Ärztezeitung vom 24.11.2011: Montgomery wettet gegen Schlechtreden des Arztberufs.
- 5 Artikel Ärztezeitung vom 7.11.2011: Entlastung durch weniger Patientenkontakte?
- 6 Sondergutachten 2009 des Rates „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“; www.svr-gesundheit.de
- 7 Vortrag Dr. Karsten McGovern, Erster Kreisbeigeordneter Landkreis Marburg-Biedenkopf „Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“ anlässlich 2. Kongress Regionales Zukunftsmanagement am 24. Nov. 2011 in Gießen.