

THEMA DES MONATS

Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist kommunale Aufgabe

Adrian W.T. Dostal, Dipl.-Kfm.

Geschäftsführer dostal & partner management-beratung GmbH, Vilsbiburg

Impuls und Einordnung

Der „Hausärztemangel auf dem Lande“ – vor der gleichen Herausforderung stehen übrigens auch sozialschwache Großstadtquartiere – ist seit einigen Jahren bei betroffenen Kommunen, der Gesundheitspolitik und zahlreichen Medien zum TOP-Thema herangewachsen. Dabei stehen wir, wenn auch für einige Akteure überraschend, vor einem Erkenntnis- und weniger vor einem Umsetzungsproblem. Bei Letzterem muss man manchmal – salopp formuliert – nur „über den jeweiligen Schatten springen“. Das Erkenntnisproblem wiegt dagegen schwerer. Dieses beseitigen zu helfen und Stoßrichtungen für Lösungsansätze vor Ort aufzuzeigen, steht im Vordergrund des Beitrags.

Worum geht es generell?

Die Entwicklung verläuft in zwei Zeitschienen, die aber häufig überschauen werden: Einmal die Zeit nach 2030 – hierzu gibt es zahlreiche eingeleitete Lösungen, wie z. B. den „Masterplan Medizinstudium 2020“ und die bundesweite Ankündigung neuer Medizin-Fakultäten und -Lehrstühle. Die andere Zeitschiene, die der nächsten 10 bis 12 Jahre, steht hier im Fokus. Bis 2030 scheiden voraussichtlich etwa die Hälfte der Hausärzte aus dem Berufsleben aus. Tatsache ist: In diesen Jahren baut sich ein ungedeckter Bedarf an Hausärzten von etwa 50 Prozent auf, möglicherweise auch mehr. Geht der Trend „Hin zur Stadt und nicht auf's Land“ unverändert weiter, heißt das für's Land: Es fehlen 70 bis 80 Prozent. Das bedeutet, dass mindestens jeder zweite Arztstuhl nicht 1:1 gedeckt werden kann. Die Ressource „Hausarzt“ muss also anders als bisher, sprich effizienter, genutzt werden. Auch kann nur bei einem Drittel der betroffenen Kommunen eine – und zwar modern struk-

turierte – Praxis aufrechterhalten bzw. besser formuliert, neu auf den Weg gebracht werden. Was kaum bekannt ist: Der Hausärztemarkt befindet sich in einer Transformation in Richtung Steigerung der Versorgungseffizienz. Die Einzelpraxis hat sich überholt. Dies ist jedoch häufig schwierig sich einzustellen. Die ins Feld geführte, teilweise nur interessengeleitete Postulierung einer besseren, persönlicheren Behandlungsqualität usw. muss hier unbetrachtet bleiben. Sie lenkt ab.

Welche Kommunen sind hauptsächlich betroffen?

Eigene Analysen ergeben eindeutig: Von den 2056 bayerischen Kommunen sind etwa 500 bis 700 betroffen, und zwar: Zug-um-Zug etwa 40 bis 80 jährlich, nicht alle auf einmal. Das hat u. a. demographische Gründe. Diese betroffenen Kommunen haben nahezu alle weniger als 8000 bis 9000 Einwohner (i. d. R. im jeweiligen Kerngebiet). Kommunen mit weniger als etwa 2800 Einwohnern werden bei der oben geschilderten Ausgangslage bis auf wenige Ausnahmen

zwangsweise „leer“ ausgehen. Sie müssen aber an den anzustrebenden (interkommunalen) Lösungen partizipieren können, d. h. der „Kirchturm“ hat ausgedient: Der jeweils zu betrachtende Versorgungs- bzw. Einzugsbereich wird größer.

Was sind wichtige Gründe für diese Ausgangslage?

Tatsächlich zeichnet sich der „Ländärztemangel“ schon seit über zehn Jahren ab. Einige Experten sagen, dass bereits seit über 20 Jahren (bundesweit) zu wenig Allgemeinärzte ausgebildet wurden und zu viele Allgemeinärzte in attraktivere Facharztberufe abgewandert sind, wozu förmlich animiert wurde. Dazu kommt bekanntermaßen, dass eine Berufsausübung in Städten (gemeint sind immer – unausgesprochen – Kommunen mit etwa mindestens 10.000 Einwohnern) auch für die Nachwuchsmediziner attraktiver ist. Es gibt zahlreiche andere Gründe, die nicht zuletzt mit den Vorstellungen der Generation Y zu tun haben.

Warum sind zentrale Größenordnungen nur abschätzbar?

Unklar sind u. a. folgende Faktoren: Wie groß wird die Kohorte der 65- bis 75-jährigen tätigen Hausärzte noch werden? – eine steigende Tendenz ist unverkennbar. Wie hoch fallen die 1:1-Nachfolgebeseetzungen weiterhin aus? Die Anzahl der Allgemeinmediziner aus dem stationären Sektor, die in den Niedergelassenen-Bereich wechseln, ist ebenso nicht zu beziffern wie die bereits hohe Anzahl an (Haus-)Ärzten aus dem benachbarten EU-Ausland (Tschechien, Ungarn usw.) sowie mögliche „Wiedereinsteiger“ nach Berufspausen, Auslandsaufenthalten oder Reaktivierungen. Aber auch

die Ergebnisse von Förderprogrammen sind kaum einschätzbar.

Detaillierte Angaben pro Jahr, geschweige denn pro Planungsbereichen usw., sind nicht möglich. Letztendlich erschweren auch die nicht konkret einschätzbaren entlastenden Entwicklungen bei den Praxisstrukturen die Bezifferung des Umfangs.

Worum geht es beim Jetzt?

Wenn die Einsicht selbst handeln zu müssen gereift ist, geht es in den betroffenen Kommunen darum mit den vorhandenen Hausärzten ggf. auch Fachärzten so ins Gespräch zu kommen, dass die tatsächliche Situation auf der Zeitachse einigermaßen transparent wird. Von Aussagen, dass es mit der Nachfolge „wie früher“ schon klappen wird oder anderes Selbstzentriertes, welches das Gemeinwohl nicht berücksichtigt, sollte man sich nicht irritieren lassen. Dies kann u. a. der Unkenntnis der Marktsituation, der Wettbewerbssituation als Arzt und künftiger Praxis-Abgeber oder dem Verdrängen der anstehenden Praxisaufgabe geschuldet sein.

Zur Lagebeurteilung gehören u. a. auch die Abklärung des Versorgungsgrades, das Engagement relevanter Kliniken, das Vorhandensein von überregional agierenden Filialpraxen, Unternehmer-Ärzten oder -Apothekern, sonstigen Investoren (Banken, Bauträger, Immobilienentwickler usw.) und die vorhandenen Infrastrukturen für eine größere Einheit, denn: 80 Prozent der Einzelpraxen auf dem Lande sind aus vielerlei Gründen nicht nachhaltig zukunftstauglich. Gleichzeitig stehen die Gemeinden im Wettbewerb zueinander. Es gilt: „Der frühe Vogel ...“.

Spätestens da taucht die Kernfrage auf: Wer kümmert sich vor Ort darum? Schnell heißt es da in manchen Kommunen in Richtung Bürgermeister: „Du bist doch der Hauptamtliche, also mach's auch.“ Verdrängt wird dabei, dass das Thema hochkomplex ist und bislang meistens nur am Rande mitlief. Gleichzeitig werden Fragen von Bürgermeistern oder Gemeinde- und Stadträten zur eigenen beruflichen Planung von den niedergelassenen Ärzten häufig nicht als

neutral bzw. überhaupt gerechtfertigt gesehen.

Welche Praxisformen sorgen für eine bessere Versorgungseffizienz?

Die Ressource „Hausarzt“ besser einzusetzen und zu nutzen bedeutet die Einzelpraxis außen vor zu lassen und eine 1:1-Nachbesetzung möglichst zu vermeiden. Dies entspricht auch der 90-Prozent-Nichtakzeptanz dieser Praxisform bei der Generation Y. Was nicht ausschließt „zuzugreifen“, wenn es sich denn so ergibt. Man muss sich aber bewusst machen, dass dann ein örtlicher Puzzle-Stein für eine größere, nachhaltig zukunftstauglichere Praxiseinheit wie einer Praxisgemeinschaft, Mehrbehandlerpraxis oder einer MVZ gGmbH für meist viele Jahre „weggebrochen“ sein kann.

Effizienter und aus Sicht der Nachfolgeärzte attraktiver sind Gemeinschaftspraxen mit Weiterbildungsbefugnis und angestellten Ärzten, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG), die z. B. auch eine Bestellpraxis eines Facharztes (natürlich von außerhalb kommend) aufnehmen können. Letzteres als Hinweis, wie mit der Überversorgung im Facharztbereich vor Ort kreativ umgegangen werden kann.

Was ist nun der Kern moderner delegativer Praxisstrukturen?

In den letzten Jahrzehnten haben viele Dinge dazu beigetragen, dass die Ressource „Hausarzt“ in einer Einzelpraxis schlichtweg verschwendet wird. Zu nennen sind beispielhaft eine überbordende, vom Gesetzgeber, von Kostenträgern und KVen unreflektiert in den Praxisalltag „eingekippte“ Bürokratie mit einer Unmenge von (händischen) Dokumentationspflichten (ist allgemein bekannt, die folgenden Punkte weniger, Anm.), Quasi-Knebelverträge mit PVS-Anbietern, die eine finanziell machbare IT-Modernisierung im Sinne einer Arbeit 4.0 verhindern sowie managerielle Defizite seitens der „Nur-Mediziner“, die es bis heute nicht geschafft haben, ihre Ausbildung bzw. regional-

organisierten Weiterbildungen mit Management-Themen aufzurüsten.

Angesagt sind nunmehr delegative Praxisstrukturen mit Hilfe eines (teilweise finanziell KV-geförderten) Einsatzes von nicht-medizinischen Fachkräften mit dem Ziel die medizinische Kapazität der Hausärzte schlichtweg zu verdoppeln. Darunter fallen VERAHs (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis), MOPRAS (Mobile Projektassistentinnen) oder auch Personal für AGnES (Arztentlastende gemeindenahe E-Health gestützte systemische Intervention). Letzteres baut auch eine Brücke zur Pflege: In den Landarztpraxen sind bekanntermaßen mehr als 60 Prozent der Patienten über 65 Jahre alt.

Wer soll die Herausforderung lösen? – Alleine oder mit anderen?

Als Akteure vor Ort sind in Erwägung zu ziehen: Die Hausärzte, Unternehmerärzte (weniger als zehn Prozent können dieser Gruppe zugerechnet werden) und sonstige Unternehmer aus dem Gesundheitswesen, einstrahlende Kliniken mit MVZ-Interesse bzw. -Engagement sowie die eigenaktive Kommune selbst. Das Zurateziehen von KV und staatlichen Informationsstellen gehört zum Standard. Regelmäßig bleibt aber, da letztendlich auch betroffen, die Kommune selbst übrig. Die Lösung nimmt häufig zwei bis drei Jahre in Anspruch, dabei ist eine externe spezialisierte Unterstützung ratsam.

In zahlreichen Fällen sollte auch eine interkommunale Kooperation überlegt werden. Größere Praxiseinheiten decken einen größeren Versorgungsradius ab. Hier gilt es, gemeinsam das Beste zu erreichen. Es muss deshalb nochmals vermerkt werden, dass bei einem Hausärztemangel von über 50 Prozent ein Wettbewerb vorhanden ist.

Was gibt es heute schon an Initiativen die Herausforderung aufzugreifen?

Zu unterscheiden sind verschiedene Rollen, die häufig nicht in der ausreichenden Differenzierung betrachtet werden. Bekanntermaßen gibt es eine

THEMA DES MONATS

ganze Batterie von Auskunftsstellen und eine große Anzahl von auf den Weg gebrachten Fördervorhaben mit ihren beschäftigten Begleitern. Dazu gehören in Bayern staatlich geförderte Gesundheitsregionen^{plus} sowie einige interkommunale Projektträger aus den Bereichen „Integrierte Ländliche Entwicklung“ (ILE) sowie kommunale Allianzen mit ihren Integrierten Ländlichen Entwicklungskonzepten (ILEK).

Das Problem aus Sicht der einzelnen betroffenen Kommune ist aber meist der kommunenübergreifende Ansatz dieser Projekte. Damit hat jeweils nur ein Teil der Beteiligten am Thema auch ein lösungsorientiertes Interesse. Dazu kommt, dass das Thema in weiten Bereichen hochkomplex ist und letztendlich wg. der Kosten die Gemeindegremien entscheiden müssen. Das ist nicht an „Begleiter“ delegierbar. Eine individuelle, von der betroffenen Kommune zu tragende Projektunterstützung ist unausweichlich.

Fast allen Förderprogrammen ist zudem gemein, dass es dadurch kaum einen Hausarzt – sieht man von der Zeitschiene nach 2030 ab – zusätzlich gibt, sondern die zu wenigen Allgemeinärzte im Sinne der Landkommunen „besser“ verteilt werden. Sie haben zudem meistens den „Webfehler“, dass sie meistens eine Förderung der 1:1-Nachbesetzung von Einzelpraxen fokussieren. Die effi-

zientere Nutzung der Ressource „Hausarzt“ und die daraus z. B. resultierenden Transformationsaufgaben werden nicht berücksichtigt. Hier schließt sich der Kreis zum Erkenntnisproblem.

Was können Kommunen tun?

Es geht um einen zentralen Bereich der Daseinsvorsorge (7. Altenbericht 2016). Grundsätzlich gilt seit über 85 Jahren der Sicherstellungsauftrag der KV. Diese müssen „liefern“, aber: Woher nehmen, wenn nicht in anderen Bundesländern oder sonst wo „stehlen“? – Scherz beiseite: Für die Kommune geht es darum, den essentiellen „weichen“ Standortfaktor Gesundheit zu sichern und wenn – bei der hier besprochenen Einwohnergröße nicht selten – nichts „zusammengeht“, selbst die Initiative zu ergreifen. Dabei gibt es drei grundsätzliche Stoßrichtungen: Die Gemeinde in der Rolle des Investors und/oder Vermieters einer entsprechend geeigneten Immobilie (bei Neuplanung und -errichtung ist regelmäßig mit zwei bis drei Jahren Zeitbedarf zu rechnen) ist dabei eher noch dem klassischen Handeln einer Gemeinde zuzuordnen. Neu ist hier allenfalls, dass eine vorgeschaltete schnell umsetzbare räumliche „Zwischenlösung“ mit Unterstützung der Kommune notwendig sein kann. Denn: Der nächste Arztsitz kann innerhalb der nächsten neun bis achtzehn Monaten wegfallen.

Was bedeutet das an „Neuland“?

Nahezu vollkommenes Neuland ist dagegen die Rolle als Gesellschafter einer Betreibergesellschaft für eine entsprechende Mehrbehandlerpraxis oder eines MVZ. Wird dieses in Form einer gGmbH geführt, können sich Kommunen als Gesellschafter beteiligen, die MVZ können jedoch als Eigen- oder Regiebetrieb geführt werden (eher nicht zu empfehlen). Am häufigsten findet sich die Gemeinde jedoch in der Rolle als Moderator und Unterstützer wieder, um den Prozess moderne delegative Praxisstrukturen zu initiieren und im Sinne der Gemeinde voranzutreiben. Die hierdurch geschaffene bessere Versorgungseffizienz setzt einen wichtigen Meilenstein zur nachhaltigen ärztlichen Versorgung auf dem Lande.

Um es zu wiederholen: Während sich die Gemeinden bei der ersten Stoßrichtung eher im Alltagsgeschäft bewegen, erfordern die beiden anderen Stoßrichtungen neben speziellem Markt-Know-how auch einen hohen Arbeitseinsatz. Und: Das Projekt sollte, von Ausnahmen abgesehen, immer von externen Spezialisten begleitet und mitrealisiert werden. Das dabei betretene Neuland ist zu umfangreich und ausreichend Zeit steht regelmäßig nur bedingt zur Verfügung.

ANZEIGE

”

Immer wissen, was das Gesetz sagt – wie geht das, wenn nicht ein Gesetz gilt, sondern vier?

Ihr Vorteil:
4 Gesetze,
1 Aktualisierung

www.rehmetz.de/gemeindeordnung

„jehle, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Hultschiner Str. 8, 81677 München; im Fachbuchhandel erhältlich; Preisänderung vorbehalten! Weitere Informationen unter www.rehmetz.de.



Hölzl/Hien/Huber
Gemeindeordnung mit Verwaltungsgemeinschaftsordnung, Landkreisordnung und Bezirksordnung für den Freistaat Bayern
Kommentar
Loseblattwerk im Ordner
ISBN 978-3-7825-0027-2
€ 139,99 zzgl. Aktualisierungen*

„jehle

* Wenn Sie das Produkt zum Fortsetzungspreis kaufen, erhalten Sie das Werk auf dem zum Zeitpunkt der Bestellung aktuellen Stand und in Zukunft kostenpflichtige Aktualisierungen. Mit dem Kauf verpflichten Sie sich zu einer Fortsetzungsdauer von mindestens 12 Monaten, danach gilt eine Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres. Alle Preise inkl. MwSt. und zzgl. Versandkosten.