

Die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten

– Ein möglicher Weg aus der Krise –

Problemstellung

Seit einiger Zeit wird in der Bundesrepublik Deutschland die ärztliche Versorgung auf dem Land bzw. in ländlichen Gebieten als zunehmend problembehaftet wahrgenommen und gerät deshalb verstärkt in die öffentliche Diskussion. Betroffene Kommunalpolitiker schlagen Alarm, die Kassenärztlichen Vereinigungen beschäftigen sich mit der Thematik und auch in der Politik auf Bundes- und auf Landesebene ist das Problem „angekommen“. Besonders problematisch ist die Versorgung mit ärztlichen „Grundleistungen“ durch die Hausärzte. Hier prognostizieren einzelne Kassenärztliche Vereinigungen, dass in den nächsten fünf Jahren bis zu 40 % der jetzt noch praktizierenden Allgemeinmediziner in den Ruhestand wechseln und viele von Ihnen keine Nachfolger finden werden, was die Situation weiter verschärfen wird. Nach einer Erhebung des Norddeutschen Rundfunks gehen in den nächsten Jahren in Niedersachsen 1.000, in Schleswig-Holstein 619 und in Mecklenburg-Vorpommern 520 Landärzte in den Ruhestand und die Kassenärztliche Bundesvereinigung schätzt, dass die Zahl der Hausärzte bis 2020 bundesweit um über 7.000 abnehmen wird.

Die Ursachen für die Entwicklung sind vielfältig. Zu nennen sind insbesondere:

- Fehlende Attraktivität der zu übernehmenden Sitze im ländlichen Umfeld,
- ungenügende Work-Life-Balance durch zu hohe Arbeitsbelastung und zu wenig Freizeit,
- zu übernehmende Hausarztsitze sind häufig in Einzelpraxen organisiert,
- ungünstige Praxisräume,
- fehlende Risikobereitschaft junger Mediziner für die Selbstständigkeit,
- unzureichende Honorarsituation,
- arztfremde Tätigkeiten durch steigenden administrativen Aufwand,
- Einschränkungen im sozialen und kulturellen Umfeld in ländlichen Gegenden.

Hält die o. g. Entwicklung an und werden keine ausreichenden Gegenmaßnahmen entwickelt, wird es in einigen Jahren zu ernsthaften Problemen in der Sicherstellung mit (haus-)ärztlichen Leistungen für die ländliche Bevölkerung kommen. Zwar haben sowohl der Gesetzgeber (Anpassung der Vergütung in unterversorgten Gebieten, Ausweitung des Kreises Zulassungsberechtigter um z. B. die Kommunen) und die Selbstverwaltung (Betrieb eigener hausärztlicher Praxen, Entlastung der Ärzte

Von Gerold Abrahamczik, Wildeshausen,
und Stefan Rohpeter, Kassel

durch nichtärztliche Fachkräfte wie mit dem „AGnES-Konzept“ in den neuen Bundesländern u. a.) erste Maßnahmen zur Problemschärfung entwickelt, dennoch wirken diese nur punktuell und können das Problem alleine dauerhaft nicht lösen. Hinzukommen muss eine Neuorganisation der ärztlichen Arbeit durch und für die Ärzte selbst. Da hierzu insbesondere die Hausärzte in ländlichen Gebieten oftmals nicht in der Lage scheinen, kommt den betroffenen Kommunen eine besondere Bedeutung zu.

Der Gesetzgeber hat den Kommunen hierzu ein eigenständiges Handlungsinstrument an die Hand gegeben. So ist in Paragraph 105 Abs. 5 SGB V festgelegt, dass die Kommunen ärztliche Praxen mit angestellten Ärzten als kommunale Eigenbetriebe betreiben können.

Da mit dieser Lösung erhebliche Kosten und Risiken für die Kommunen verbunden sein können, handelt es sich um die Ultima Ratio, wenn es darum geht, die eigene Bevölkerung auch zukünftig mit ärztlichen Leistungen zu versorgen. Zuvor sind andere Lösungsmöglichkeiten auszuloten, die als niedrigschwellige Alternativen mit weniger Kosten und Risiken für die Kommunen verbunden sind und, wenn die notwendigen Voraussetzungen vorliegen, ebenfalls zu einer Stabilisierung bzw. Verbesserung der ärztlichen Versorgung führen können. Im Folgenden sollen diese Möglichkeiten näher erläutert werden.

Multimodale Lösungskonzepte

Zunächst lässt sich feststellen, dass die Ausgangssituationen in den unterschiedlichen Regionen in der Regel stark voneinander abweichen. Es kann daher nicht ein einzelnes Modell geben, das diese vielfältigen Anforderungen erfüllt. Neben Standortfaktoren spielen persönliche Vorbehalte und Neigungen der Patienten, Ärzte und sonstiger Leistungserbringer eine maßgebliche Rolle, die zwingend in das Konzept eingebunden werden müssen, damit ein langfristiger Erfolg erreicht werden kann.

Entscheidend ist somit, verschiedene Lösungsansätze miteinander zu verbinden und aufeinander abzustimmen, um eine bestmögliche Versorgung am jeweiligen Standort oder in einer Region zu realisieren. Im Wesentlichen lassen sich dabei folgende, grundlegende Lösungsmodelle herausarbeiten:

Ausbildung von Netzwerkstrukturen

Bei Netzwerkstrukturen steht der Wille im Vordergrund, Selbstständigkeit zu erhalten und Gemeinsamkeiten in der Zusammenarbeit herauszuarbeiten.

So können in Netzwerkstrukturen zur Optimierung der kollegialen Verzahnung die Organisationsformen und Abläufe professionell aufeinander abgestimmt werden. Es besteht beispielsweise die Möglichkeit, einen strukturierten Einsatz von Vertretern auszugestalten und ggf. auch unter Hinzunahme von gemeinsam angestellten Ärzten die Häufigkeit von Diensten zu verringern. Es kann ein Know-how-Transfer erreicht werden. Dies setzt jedoch zunächst voraus, dass Stärken und Schwächen herausgearbeitet werden. Werden diese aufeinander abgestimmt und kombiniert, kann durch Netzwerkstrukturen erreicht werden, dass jedes Mitglied davon profitiert und langfristig die Attraktivität des Netzes und der Versorgungsregion für interessierte, neue Leistungserbringer steigt. So lässt sich am Markt feststellen, dass vor allem Einzelpraxen im ländlichen Bereich Nachwuchsprobleme haben, weil ein Austausch kaum möglich ist und die Sorge besteht, dass man sich allein „durchschlagen“ muss.

Eine Herausforderung in Netzwerkstrukturen besteht darin, Verbindlichkeit für alle Akteure zu erreichen, um einen echten Mehrwert auf Dauer sicherzustellen. Gelingt es nicht von vornherein, die Vorteile für die Beteiligten herauszuarbeiten und darauf aufbauend klare Vereinbarungen zu treffen, sind Netzwerkstrukturen trotz aller möglichen Vorteile auf Dauer nicht zielführend.

Satellitenstrukturen

Satellitenstrukturen kommen in Betracht, wenn die verschiedenen Versorgungsstandorte aufrechtzuerhalten sind *und* eine engere Verbindung dieser Standorte gleichwohl sinnvoll ist.

Im Verhältnis zu der Ausbildung von flexiblen Netzwerkstrukturen ist dabei ein höherer Kooperationsgrad erforderlich, indem Praxen sich zusammenschließen, um als rechtliche Einheit auch konkrete wirtschaftliche Synergien zu realisieren. So besteht die Möglichkeit, sich in Kostengemeinschaften zu organisieren oder aber auch überörtliche Praxisstrukturen zu gestalten, in denen der fachliche, personelle und patientenbezogene Zusammenhang graduell deutlich höher sein wird als in Netzwerkstrukturen.

Maßgeblich für die Entscheidung, in welcher Form derartige Strukturen aufgebaut

werden, ist es, die rechtlichen und wirtschaftlichen Bedürfnisse der Beteiligten zusammenzuführen und zu prüfen, inwiefern eine gemeinsame Patientenbehandlung auch wünschenswert und zielführend ist.

Naturgemäß ist eine solche Struktur deutlich schwieriger zu implementieren, da nicht zuletzt auch aus Rechtsgründen eine gemeinsame Position definiert werden muss und Eigenständigkeit eine weniger große Bedeutung hat. Diesem Aufwand stehen regelmäßig erhebliche Vorteile gegenüber, die langfristig zur Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit aller Beteiligten und damit zur nachhaltigen medizinischen Versorgung beitragen können.

Ärztelhaus

Die räumlich engste Form der Zusammenarbeit stellt der Zusammenschluss von Praxen unter einem Dach, beispielsweise in einem Ärztelhaus, dar. Neben der räumlichen Komponente kann ein solcher Zusammenschluss vielfältige Formen der Zusammenarbeit beinhalten: von der bloßen gemeinsamen Nutzung einer Immobilie bis hin zu Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren lässt sich dort alles umsetzen. So ist nicht selten zu beobachten, dass sich einzelne Praxen zu größeren Verbänden im Rahmen eines solchen Projekts zusammenschließen, um darüber hinausgehende Vorteile wie z. B. geringere Mietbelastung für den Einzelnen, geregelte Arbeitszeiten oder Setzung von fachlichen Schwerpunkten zu erzielen.

Wenn man mit einem solchen Projekt einen echten Mehrwert für alle Beteiligten schaffen möchte, sollten die Gemeinsamkeiten in einem Ärztelhaus von Anfang an klar definiert werden, um auch gegenüber dem Patienten deutlich zu machen, worin auch aus Patientensicht der Vorteil gegenüber den bisherigen Einzelpraxen besteht. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, im Vorfeld zu ermitteln, welche gemeinsamen Ressourcen man künftig nutzen kann und welche Vorteile sich insbesondere aus der engen räumlichen Anbindung ergeben.

Demgegenüber sind im Prozess auch die Hemmnisse eines solchen Zusammenschlusses zu beleuchten: Laufzeit von bestehenden Mietverträgen, Umzugskosten, Nachteile für die Patientenbindung durch den Umzug usw.

Entscheidend ist, dass man auf der Grundlage der vorgefundenen Situation objektiv die Gestaltungsvarianten beleuchtet. Unkenntnis über die Möglichkeiten und deren Umsetzungsaufwand sowie ideologische Voreingenommenheit können dafür sorgen, dass man nicht zu einem langfristig tragfähigen Ergebnis gelangt. Dies gilt es von vornherein zu vermeiden.

Kombination der verschiedenen Ansätze

Aus der Erfahrung heraus führen die verschiedenen Vor- und Nachteile dazu, dass es ein einheitliches System nicht gibt, sondern dass auch bezogen auf bestimmte Ärzte und Praxen eine Kombination aus den verschiedenen Strukturkomponenten implementiert werden muss, wenn ein einheitliches und umfassendes Versorgungsbild gezeichnet werden soll. Um dies unter effizienter Beteiligung aller Betroffenen umzusetzen, ist ein strukturiertes Vorgehen – wie unter „Projektdurchführung“ dargelegt – zwingend erforderlich.

Situationsanalyse

Für die Wahl des richtigen und passgenauen Lösungskonzeptes ist eine vorherige sorgfältige Analyse der Situation vor Ort zwingend. Diese Situationsanalyse umfasst dabei nicht nur den ambulanten Sektor, sondern beleuchtet auch den stationären Bereich, die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung und beschreibt aktuell vorhandene sowie mittelfristig drohende Versorgungsdefizite. Hierbei sind z. B. Fragen nach der Größe des Einzugsgebietes, danach welche ärztlichen Fachrichtungen im Einzugsgebiet vorhanden sind, wie die Ärzte regional verteilt und wie sie organisiert sind sowie nach der Altersverteilung bei den Ärzten zu untersuchen. Auch ist beispielsweise von Bedeutung, welche Krankenhäuser die Patienten im Einzugsgebiet versorgen, welche Fachrichtungen sie hierzu vorhalten und ob und wie die Krankenhäuser in die ambulante Versorgung der Bevölkerung eingebunden sind.

Neben diesen „harten“ Faktoren ist es zweckmäßig, auch die sog. „weichen“ Faktoren wie z. B. die Motivationslage der einzelnen Beteiligten zu eruieren und in die Analyse des Status quo einzubeziehen. Unabdingbar ist in diesem Zusammenhang, dass neben den unmittelbar an der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen beteiligten Personen und Institutionen auch die politischen Entscheidungsträger in die Analyse eingebunden werden.

Projektdurchführung

Das Prozedere selbst muss sowohl während der Erstellung der Situationsanalyse, als auch bei der Festlegung auf die passende Lösungsalternative und erst recht bei Umsetzung derselben zu jeder Zeit transparent erfolgen. Hierfür ist eine strukturierte Vorgehensweise und Einbindung aller Beteiligten sinnvoll. Dies kann z. B. durch regelmäßige Gesprächsrunden mit Protokollierung von Aufgaben und Ergebnissen, durch die Einrichtung von Arbeitskreisen zu bestimmten Fragestellungen, die Vergabe von definierten Arbeitsaufträgen oder die Führung von weiteren Einzelgesprächen zu bestimmten Themen und Aufgabenstellungen erfolgen. Ein externer Mode-

rator hat in diesem Zusammenhang den Vorteil, dass ihm keine Verfolgung von Einzelinteressen unterstellt werden kann und er zudem über das erforderliche Spezialwissen verfügen sollte, das für die Lösung bestimmter Fragen notwendig ist.

Für das Gelingen der geplanten Maßnahmen ist die Klärung der Verbindlichkeit bereits zu Beginn des Veränderungsprozesses sowie ein breiter politischer Konsens in der jeweiligen Kommune absolut zwingend. Deshalb ist es wünschenswert, dass notwendige Entscheidungen möglichst einstimmig getroffen werden, im Vorfeld aber zumindest geklärt ist, wie die Bindungswirkung von Mehrheitsentscheidungen für alle ist und welche (Sanktions-)Mechanismen bei Verstößen gegen die getroffenen Entscheidungen greifen. Werden hier zu Anfang Fehler gemacht, kann sich das während der gesamten Projektdauer hemmend auswirken und das angestrebte Projektergebnis gefährden bzw. den Erfolg gar unmöglich machen.

Gilt dies insbesondere für die an der Erbringung medizinischer Leistungen beteiligten Personen und Institutionen, ist bei den politischen Entscheidungsträgern ein breiter Konsens für den angestoßenen Prozess und die geplanten Umsetzungsmaßnahmen zwingend. So kann parteipolitischer Streit über den notwendigen Weg und bei der anschließenden Realisierung der beschlossenen Veränderungen erhebliche Schwierigkeiten bereiten und das Projekt nachhaltig beschädigen.

Um alle Beteiligten frühzeitig auf das Projekt und seine Ziele einzuschwören, haben sich „vertrauensbildende Maßnahmen“ für das Gelingen des Projektes bewährt. Hierzu gehört der erfolgreiche Abschluss kleinerer Projekte innerhalb der Gesamtmaßnahme genauso wie auch das zwanglose Miteinander der Projektbeteiligten abseits von aktuellen Fragen der täglichen Arbeit. So schaffen frühzeitige Erfolgserlebnisse und gruppendynamische Prozesse eine Vertrautheit im Umgang miteinander, die später bei der Lösung von komplexen und ggf. die Autonomie der einzelnen Praxis betreffenden Fragestellungen hilfreich ist.

Wichtig und entscheidend ist jedoch, dass alle Beteiligte die Notwendigkeit zur Veränderung im Versorgungsgebiet nicht nur einsehen, sondern aktiv unterstützen wollen, damit sowohl die Region als auch die einzelne Arztpraxis oder vorhandene Krankenhäuser auch zukünftig attraktiv für neue Ärzte und/oder Praxisnachfolger bleiben oder wieder werden. □

Dipl.-Kfm. Gerold Abrahamczik, Valetudo Unternehmensberatung GmbH, Wildeshausen, und Rechtsanwalt Stefan Rohpeter, Medizinrechtskanzlei, Kassel