

Die medizinische Versorgung in ländlichen und sogar wachstumsstarken Regionen steht in Deutschland vor einer großen Veränderung. Hausarztmangel ist heute nicht nur ein Problem des ländlichen Raums, sondern hat auch schon Städte wie Stuttgart und den sozial schwächeren Teil des Münchner Nordens erreicht. Jetzt gibt es eine Regelung, die es Kommunen erlaubt, als Träger von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) aufzutreten. Die Kommunen können dadurch allein oder mit Ärzten und Krankenhäusern als GmbH oder Genossenschaft MVZ betreiben.



Nie mehr Hausarztmangel auf dem Land



Jost de Jager

Hans Joachim Schade

Prof. Dr. Rainer Winkel

Fotos: © dskb-Beratung

Bundesweit geben bis 2023 etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärzte ihre Praxis auf. Gleichzeitig ist in den vergangenen zehn Jahren die Zahl der Facharzt-Absolventen etwa für Allgemeinmedizin von bis dahin 2.400 auf 1.200 pro Jahr gesunken. 300 dieser Nachwuchsfachärzte wollen nicht im niedergelassenen Bereich arbeiten. Somit verbleiben 900. Aufgrund der statistischen Nachbesetzungsquote von 37,5 Prozent pro Jahr finden damit rechnerisch von rund 20.000 hausärztlichen Praxis-Abgebern 12.500 keinen Nachfolger. Schätzungen zufolge können davon bis zu 25 Millionen Einwohner betroffen sein. Die Folge: Patienten, deren Ärzte ihre Praxen geschlossen haben, müssen bei den noch vorhandenen Medizinern unterkommen, eine kurzfristige Terminvergabe wird schwieriger, Wartezeiten und Wege werden länger.



Traditionelles Praxis-Modell nicht mehr attraktiv

Ein Grund ist das in Deutschland traditionsreiche Selbstverständnis niedergelassener, selbstständiger Ärzte: Lange Zeit war der typische Hausarzt männlich, Mitte dreißig, als er mit seiner Facharztausbildung fertig war, und bereit, für den Rest seines Lebens aus dem urbanen Bereich in den ländlichen Raum zu ziehen, um dort eine Familie zu gründen, zu leben und zu arbeiten. Heute ist der Hausarzt in der Regel eine Frau, ist bei ihrer Facharztprüfung durchschnittlich 43 Jahre alt und hat bereits Familie.

Aufgrund einer guten finanziellen Versorgung liegen die Interessen dieser Ärztin nicht mehr in der Selbstständigkeit und einem maximalen Verdienst, sondern in einem persönlich befriedigendem Arbeitsplatz mit einer besonderen Sinnhaftigkeit: Sie will Menschen helfen, die auf ärztliche Versorgung angewiesen sind und sich in einer gesellschaftlichen Notlage befinden. Die Mehrfachfunktion der Frau als berufstätige Ärztin, Mutter und Partnerin eines oftmals ebenfalls erfolgreichen Mannes verlangt neue, flexiblere Praxisorganisationsmodelle. Traditionelle Hausarztpraxen sind jedoch zumeist selbstständig geführte und mit

wenig Personal organisierte Kleinbetriebe, die für heutige Ärzte unattraktiv sind: Als Folge schließen viele Praxen ohne Nachfolger ihre Türen für immer. Darunter leidet jedoch nicht nur die medizinische Versorgung der Bevölkerung, sondern auch das wirtschaftliche und soziale Umfeld.

Jeder Arztbesuch sichert Standorte in der Region

Pro Tag behandelt jeder Hausarzt zwischen 50 bis 80 Patienten, die vor Ort Wertschöpfung generieren. Können in einer Gemeinde diese Praxen nicht nachbesetzt werden, droht der heimischen Wirtschaft der Verlust einer ebenso großen Zahl an potenziellen Kunden. Ein weiteres Problem entsteht für die Gemeinden, wenn die von den Hausärzten durchgeführten Heim- und Hausbesuche wegfallen und damit im schlimmsten Fall die Existenz von Alten- und Pflegeheimen sowie den dort angestellten Arbeitskräften gefährden. Denn: Kann ein Heim die hausärztliche Versorgung nicht garantieren, verliert es an Attraktivität. Dies kann zu einer Abwanderung von Fachkräften aus der lokalen Wirtschaft führen, da die Versorgung von Angehörigen nicht mehr gesichert ist. Die gesamte Infrastruktur von einzelnen Gemeinden und sozial schwachen Quartieren in Ballungsgebieten, ist vom Ärztemangel betroffen.

In diese Situation hinein hat der Deutsche Bundestag im Herbst 2015 auf Initiative von Kommunalpolitikern aus der Union eine Gesetzesänderung beschlossen, die es nun auch Kommunen erlaubt, als Träger von Medizinischen Versorgungszentren

(MVZ) aufzutreten. Die Kommunen können dadurch allein oder mit Ärzten und Krankenhäusern als GmbH oder Genossenschaft MVZ betreiben.

Beteiligung für innovative Lösungen

Dies ermöglicht Arbeitsplätze für Ärzte zu schaffen, die auf Teilzeitbasis aus dem urbanen Bereich in den ländlichen Raum auspendeln wollen. Mit innovativen Modellen, in denen weniger Hausärzte in der Lage sind, mehr Patienten zu versorgen, können neue leistungsfähige Versorgungskonzepte entstehen – der Ausbau von weiteren Medizinischen Versorgungszentren wird sicher Teil dieser Lösung sein.

Um die regionale ambulante und stationäre medizinische Versorgung zu sichern und zugleich dauerhaft wirtschaftliche Strukturen zu gewährleisten, muss eine enge Kooperation von Krankenhäusern und Kommunen bei der Einrichtung neuer MVZ das Ziel sein. Wie so oft bei öffentlichen Prozessen sind ein klares Konzept und eine transparente Kommunikation die Voraussetzung für den Erfolg. Solche integrierten Lösungen werden nur dann gelingen, wenn alle anderen an der medizinischen Versorgung Beteiligten – nämlich Pflegedienste, Wohlfahrtsverbände, Apotheken und Heilberufe – von Anfang an in das Konzept mit einbezogen werden. Das Ergebnis darf nicht in einer „Verstaatlichung“ der ärztlichen Versorgung liegen, sondern muss privatwirtschaftliches und gesellschaftliches Engagement ermöglichen: nur so kann die medizinische Versorgung aller Teile Deutschlands gewährleistet werden.

Die Kommunalpolitik muss hier frühzeitig einsetzen und sich entsprechend erfahrener Experten bedienen. Nach unseren Beratungserfahrungen für Kommunen ist es zielführend, Analysen durchzuführen und direkt mit interessierten Ärzten ins Gespräch zu kommen, um flexible Weiterentwicklungen gefährdeter Praxisstandorte zu finden. Bereits verwirklichte Pilotprojekte geben diesem Ansatz recht: Mit weniger Ärzten können trotz allem mehr Patienten gut und verlässlich versorgt werden – mit einer hausärztlichen Versorgung, die die Infrastrukturen erhält und die Region als Wohn- und Wirtschaftsstandort attraktiv macht.

Erstes kommunales MVZ beispielhaft für viele

Ein erstes erfolgreiches Beispiel eines kommunalen MVZ ist die Verbandsgemeinde Katzenelnbogen im Hintertau-nus in Rheinland-Pfalz: In der 11.000 Einwohner großen Gemeinde wollten zwei von drei Hausärzten altersbedingt im selben Jahr aufhören. Die Distanz zu den umliegenden Städten Wiesbaden und Limburg ist mit 40 beziehungsweise 25 Kilometern jedoch recht groß und für Per-

sonen ohne eigenes Fahrzeug schwer bis gar nicht zu bewältigen. Die Gemeinde ließ durch einen externen Medizinrecht-Experten untersuchen, was die Folgen für die Bevölkerung und die Infrastruktur wären.

Da sich die Gemeindevertretung der Verbandsgemeinde Katzenelnbogen quer durch alle Parteien dieses Szenarios bewusst war, gelang es in der Rekordzeit von sechs Monaten eine Handlungsalternative zum Auffangen der Patienten und der beiden Mediziner zu entwickeln. Die Gemeinde nutzte als eine der ersten Kommunen die Rechtsmöglichkeit, eine Hausarztpraxis als Anstalt öffentlichen Rechts zu betreiben.

Ungewöhnlich und erfreulich dabei war, dass durch Presseberichterstattung der gesamte Landkreis, in dem überall das gleiche Problem herrscht, intensiv über die von der Gemeinde geplanten neuen Formen von ärztlicher Teilzeitarbeit für Nachwuchsärzte und Ärzte im Ruhestand informiert wurde. Gleichzeitig wurde publik gemacht, dass besonders ausgebildete medizinische Fachangestellte mehr Verantwortung im Bereich Heim- und Hausbesuche erhalten sollten, auch unter Einsatz von Telemedizin und Video-Sprechstunden. Fast alle Einwohner und deren soziales Umfeld diskutierten das Thema. Insbesondere wurde auch in Familien, die außerhalb der Region Ärzte in der Verwandtschaft oder Praxismitarbeiter haben, über das neue kommunale Versorgungskonzept diskutiert.

Das Ergebnis war, dass auch Ärzte und nichtärztliche Praxismitarbeiter, die einen Bezug zum Landkreis hatten, sich aus Berlin, Köln, Frankfurt und Koblenz beim Bürgermeister der Kommune meldeten und Neues zur Konzeption der hausärztlichen Versorgung wissen wollten.

Die neue Gemeindepraxis konnte – unterstützt durch innovative und attraktive Arbeitsbedingungen – die beiden Einzelpraxen an einem Standort konzentrieren und fand engagierte Ärzte. Diese erhielten im Vertrag auch das Recht, sich gegebenenfalls später wieder selbstständig machen zu können. Schon im ersten Quartal mit der neuen Struktur unter Verantwortung der Gemeinde konnte sogar die Fallzahl gesteigert werden, weil in der weiteren Umgebung weitere Arztpraxen aufhörten und nicht nachbesetzt werden konnten. ■

Die Autoren:

Jost de Jager (www.dskb-beratung.de | jost.dejager@dskb-beratung.de), Hans Joachim Schade (www.arztrecht.de | hjs@arztrecht.de) und Prof. Dr. Rainer Winkel beraten in einer Arbeitsgemeinschaft Kommunen und Gesundheitseinrichtungen bei der Erstellung von Konzepten zur regionalen Gesundheitsversorgung.