

Kommunalpolitische Aufgabenstellung in der ambulanten Versorgung am Beispiel Haiger / Hessen Kurz-Zusammenfassung

Neue Aufgaben für die Kommunalpolitik

Die hessischen Hausarztpraxen im ländlichen Raum sind rein statistisch aufgrund der Berufsanforderungen an den ärztlichen Nachwuchs in 75% aller Fälle nicht mehr nachbesetzbar.

Die Veränderung der Bedarfsplanung und der Modalitäten, die von der Kommunalpolitik und von anderen Institutionen gefordert werden, sind wirkungslos, wenn es um einsetzbaren, verfügbaren und steuerbaren Nachwuchs geht.

Die zentrale Aufgabe der Kommunalpolitik liegt deshalb darin, mit den verbleibenden Hausärzten zusammen zu arbeiten und diese in die Lage zu versetzen, die Patienten trotz Praxisschließungen weiter zu betreuen.

Faktisch muss ein etablierter, alter Hausarzt über 55 Jahre - ohne Hoffnung auf einen eigenen Nachfolger - die frei werdenden Patientenmengen der aufgegebenen Nachbarpraxis übernehmen. Statt 100% Patienten wird in Zukunft ein verbleibender Arzt 200%, also die doppelte Menge an Patienten in einem Stufenprozess übernehmen und betreuen müssen.

Die dafür jetzt schon zur Verfügung stehenden Modelle sind von Organisation, Psychologie, Delegation der Aufgaben und der Art der Vergütung her so andersartig, dass sie einerseits in 99% der Fälle nicht bekannt sind, andererseits massive emotionale Befürchtungen hinsichtlich der ärztlichen Berufsrolle auslösen.

Nach § 21 des Entwurfs des neuen Hessischen Krankenhausgesetzes hat ab jetzt die Kommunalpolitik die Aufgabe, frühzeitige ärztliche Unterversorgung zu erkennen, Lösungsmodelle mit den beteiligten Leistungserbringern zu entwickeln und in einen Master-Plan für die Großregion mit zu integrieren. Der folgende Beitrag schildert diese komplexe, der Kommunalpolitik bisher nicht bekannte Aufgabenstellung am Beispiel der Stadt Haiger in Hessen. Dieses Beispiel ist ohne weiteres auf andere Regionen anwendbar.

Ärzte Zeitung, 07.07.2010

Wie der Hausärztemangel Kommunalpolitiker im hessischen Haiger auf den Plan ruft

Haiger in Mittelhessen hat 20.000 Einwohner und ein Problem, das bundesweit immer mehr Kommunen betrifft: Der Hausärztemangel in der Stadt nimmt gravierende Formen an. Die Verunsicherung der Bürger wächst.

Von Christoph Fuhr

*Immer weniger Hausärzte – das verärgert Haigers Bürger und ruft Kommunalpolitiker auf den Plan. **Dr. Andreas Steiner** stammt aus der Region, ist Hausarzt und Mitglied der Stadtverordnetenversammlung. „Wir machen hier mit sechs Hausärzten die Arbeit von neun Kollegen“, sagt er. „Wir arbeiten im absoluten Limit, so kann es nicht weitergehen.“*

Frei werdende Arztpraxen, so die Forderung der Kommunalpolitiker, dürften nicht im Kreisgebiet – Haiger liegt im flächenmäßig großen Lahn-Dill-Kreis – vergeben werden, sondern müssten am gleichen Standort gebunden bleiben. Das bedeutet: Die Bedarfsplanung müsse sich an den einzelnen Gemeinden ausrichten und nicht auf Kreisebene fixiert werden.

Mit der Qualität der Infrastruktur muss sich Haiger nicht verstecken. Also alles im Lot – wenn da nicht das Problem mit dem Hausärztemangel wäre.

*In den vergangenen Monaten und Jahren seien in Haiger **zwei** Praxen für Allgemeinmedizin, eine internistische Hausarztpraxis, eine Frauenarzt- und eine Zahnarztpraxis geschlossen worden, berichtet Hausarzt Steiner. Die Kassenarztsitze sind an Ärzte in weiter abgelegenen Orten im Kreisgebiet verkauft worden – mit gravierenden Folgen für die ambulante Versorgung vor Ort.*

Löst die Bindung einer Zulassung an den bisherigen Standort das kommunale Problem der Sicherung der hausärztlichen Versorgung?

In Haiger müssen zur Zeit sechs an Stelle von neun Hausärzten die Patientenumengen betreuen.

Über eine Veränderung der Bedarfsplanungsstrukturen lässt sich von juristischer Seite her die Versorgung nicht sicherstellen. Dies gilt für den Hausarztbereich, den Facharztbereich am Beispiel von Gynäkologen und Ophthalmologen und den Zahnarztbereich.

Die Rahmenbedingungen für Haus-, Fach- und Zahnärzte sind von den Strukturen der Fachrichtungen anders, dennoch bleibt die Schlussfolgerung gleich, sie lautet:

Im ländlichen Bereich und in sozial schwachen Ballungsgebieten sieht der ärztliche Nachwuchs, zu über 60% Frauen, die Übernahme einer freiberuflichen Praxis nicht als erstrebenswert an.

Wichtige Gründe, die es für die strategische, regionale und lokale Versorgung zu berücksichtigen gilt

Den konkreten Konflikten am Beispiel Haiger muss sich jede hessische Kommune stellen. Sie muss in Zukunft zur Vorbereitung einer regionalen Gesundheitskonferenz ein umfassendes, lokales Planungskonzept zur Einbringung in die vom hessischen Gesetzgeber geplante regionale ambulant-stationäre Großraumsteuerung erarbeiten. Die Neuregelung des Entwurfes für **§ 21 Hessisches Krankenhausgesetz** sieht vor:

Ziele § 1(a)

- Regionale Verwaltungsstrukturen beobachten.
- Mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten (Krankenhaus Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte) intensiv Dialoge führen.
- Drohende Unterversorgung erkennen.

§ 21 Gesundheitskonferenzen

(1) In jedem Versorgungsgebiet nach § 17 Abs. 5 wird eine Gesundheitskonferenz gebildet. Sie hat die Aufgabe,

1. die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen, insbesondere soll sie

- a) drohende Unterversorgung erkennen,
- b) Qualitätsdefizite aufdecken,
- c) Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen,
- d) die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken nach § 17 Abs. 8 unterstützen und moderieren und
- e) dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten,

2. dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium Vorschläge für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplanes nach § 19 zu machen und entsprechende Anträge der Krankenhausträger zu beurteilen,

3. die Entwürfe der Krankenhausbauprogramme zu beraten und dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium eigene Vorschläge für die Entscheidung nach § 22 Abs. 1 vorzulegen.

(2) Einer Gesundheitskonferenz gehören als Mitglieder an:

1. die Träger der Krankenhäuser im Versorgungsgebiet mit fünf Vertreterinnen und Vertretern,

2. die Krankenkassen im Versorgungsgebiet mit fünf Vertreterinnen und Vertretern, hiervon eine oder einer vom Landesausschuss Hessen des Verbandes der privaten Krankenversicherung,

3. die Kreise und kreisfreien Städte im Versorgungsgebiet mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter,

4. die Kassenärztliche Vereinigung mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,

5. die Landesärztekammer mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,

6. die Patientenorganisationen mit einer Vertreterin oder einem Vertreter.

Die Vertreterinnen und Vertreter nach Satz 1 Nr. 1 sind im Verhältnis der für die einzelnen Trägergruppen im Krankenhausplan für das Versorgungsgebiet vereinbarten oder festgestellten Planbetten zu bestellen. Die Universitätskliniken stellen in den für sie örtlich zuständigen Gesundheitskonferenzen eine Vertreterin oder einen Vertreter. Die Mitglieder der Gesundheitskonferenzen benennen dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium die Vertreterinnen und Vertreter und für diese Stellvertreterinnen und Stellvertreter. Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Versorgungsgebiet bestellen ihre Vertreterinnen und Vertreter und deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter im Verhältnis der Zahl ihrer Mitglieder im Versorgungsgebiet zueinander. Die Mitglieder sind Beteiligte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(3) Das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium beruft die Gesundheitskonferenz erstmalig ein.

(4) Beauftragte des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums können an den Sitzungen der Gesundheitskonferenz teilnehmen.

(5) Die Gesundheitskonferenz kann zur Vorbereitung ihrer Beschlüsse aus ihrer Mitte Ausschüsse bilden. Sie kann zu ihrer Beratung auch medizinische oder sonstige sachverständige Vertreterinnen und Vertreter der Beteiligten nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 bis 6 hinzuziehen.

(6) Die Kreisausschüsse der Landkreise und die Magistrate der kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets bestimmen gemeinsam aus den Vertreterinnen und Vertretern nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter.

(7) Die Gesundheitskonferenz fasst ihre Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmengleichheit gibt der oder die Vorsitzende gegenüber dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium eine Empfehlung unter Darstellung aller wesentlichen Gesichtspunkte ab.

(8) Die Gesundheitskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung, die insbesondere Regelungen über die Befugnisse der oder des Vorsitzenden sowie die Einberufung der Sitzungen trifft.

Was ist für den Juristen und für den Arzt das radikal Neue am Hessischen Krankenhausgesetz (KHG)?

Das Krankenhausgesetz (KHG) ist neben § 21 im Kontext der ins Auge gefassten Veränderungen des Gesetzgebers zu sehen.

Der Gesetzgeber geht dabei den Weg, sich ganz konsequent von der bisherigen sektoralen Trennung und Verantwortung zu lösen, in der die Beteiligten des Gesundheitswesens bisher **nebeneinander** gewirkt haben.

Explizit wird im Krankenhausgesetz dargestellt, dass nicht nur Krankenhäuser verschiedener Träger in einer Versorgungsregion zusammenwirken müssen, sondern dass die Krankenhäuser die Verantwortung haben, den ambulanten Sektor zu unterstützen, wenn es zur Unterversorgung kommt, und dass sie die Verantwortung mittragen sollen, unter Steuerung und Initiative von **Landkreisen und Kommunen, insbesondere vertikale, intersektorale Versorgung anzustreben.**

Kommunalpolitiker als Fachmann für ambulante Versorgung – zur Zeit möglicherweise eine Überforderung?

Nach § 21 Abs. 6 KHG bestimmen die Kreisausschüsse Vorsitzende und Stellvertreter als Spezialisierte der Gesundheitskonferenz.


„Gesundheit“ taucht damit als Schlüsselthema des demographischen Umbruchs beim Hessischen Städte- und Gemeindebund als Überthema des Bereiches „Soziales“ auf.

Dies war in der Vergangenheit nicht notwendig. Jeder glaubte, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sei der gesetzlich verankerte Adressat. § 21 KHG ändert das. Kommunen und Landkreise erhalten dadurch neue Aufgaben.

Eine drohende Unterversorgung ist zu erkennen und mit allen Beteiligten sind zukunftsfähige Konzepte zu entwickeln.

Kommunen müssen eigene Kompetenz entwickeln – KV Hessen erklärt sich selbst für überfordert

Der Hessische Landkreistag, der öffentlich-rechtliche Klinikverbund und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen haben gemeinsam das Thema Unterversorgung analysiert. Sie formulieren, dass die bisherigen institutionellen Strukturen nicht in der Lage waren, sachgerechte Antworten zu finden.



Klinikverbund Hessen GmbH
Medizinische Kompetenz in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gemeinsame Erklärung zur Förderung der Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Klinikverbund Hessen GmbH

I. Der Bundesgesetzgeber hat zwar in den vergangenen Jahren verschiedene Integrationsansätze geschaffen. Die Entwicklung kann aber nur durch die **medizinischen Leistungsträger selbst** vorangebracht werden. Voraussetzung dafür ist der Abbau von systembedingten Konflikten (insbesondere durch Gesetzgeber und Krankenkassen verursacht) zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken auf dem Wege eines verstärkten kooperativen Miteinander, das die Interessen der Patientinnen und Patienten im Fokus hat.

**Gemeinsame Erklärung zur Förderung der Kooperation
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
und der Klinikverbund Hessen GmbH**

II. Scheitern der bisherigen institutionellen Träger

Dieser Abbau systembedingter Konflikte ist durch die auf Selbstverwaltungsebene vorhandenen Verträge und Rahmenempfehlungen oder durch andere institutionelle Regelungen nicht bewältigbar. Hierzu bedarf es **anderer Kooperationsformen**, die zur Konfliktbewältigung und zur patientenorientierten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Lage sind. Darüber hinaus waren die **bisherigen institutionellen Strukturen nicht in der Lage**, auf künftige Herausforderungen im Gesundheitswesen, z.B. künftige **Entwicklung der Zahl und Struktur von Ärzten in der Niederlassung und in der Klinik**, sachgerechte Antworten zu geben.

In Hessen können in Zukunft (2011 bis 2020) maximal 25% der frei werdenden Hausarzt-Sitze nachbesetzt werden. Gesetzliche Veränderungen der Bedarfsplanung sind Kosmetik!

Engpass: Ausgebildeter fachärztlich-allgemein-internistischer Nachwuchs

Im Jahr 2007 sind in Hessen 190, im Jahr 2008 – 193 Ärzte aus der hausärztlichen Versorgung ausgeschieden. Dagegen wurden im Jahr 2007 nur 187, im Jahr 2008 sogar nur **90 Hausärzte** neu zugelassen. Es gibt keine ausreichende Zahl von Nachfolgern für die ausscheidenden Hausärzte.

Aufgrund des seit über 15 Jahren innerärztlich negativen Images ist die Zahl der bei der Ärztekammer absolvierten Facharztprüfungen auf 40% des Bedarfs gesunken. Hiervon sind wiederum 60% der Facharztabsolventen bereits verheiratete Ärztinnen mit Teilzeitwünschen, gebunden an Ehe- oder Lebenspartner in attraktiven Arbeits- und Wohnstandorten. Sie stehen für die Übernahme der tradierten freiberuflichen Hausarztpraxis – wie am Beispiel Haiger und wie überall im ländlichen Raum Hessens – nicht zur Verfügung.

Herr Allgemeinarzt Traugott Heil und Herr Stadtplaner Matthias Bächle kommen in ihrer Studie vom 14.03.2010 zur Situation und Entwicklung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum Nord- und Mittelhessens bis 2020 zu folgendem Ergebnis: Der Engpass ist der Generationenwechsel, bei dem rein statistisch maximal die Hälfte der benötigten Hausärzte ausgebildet werden, davon aber 60% als Frau vorwiegend das Bedürfnis haben, in Teilzeit tätig zu sein. Sie sind darüber hinaus oft in attraktiven Städten mit Lebenspartnerschaften gebunden.

Eine weitere Ausprägung des Generationswechsels – so Heil und Bächle – besteht darin, dass das Durchschnittsalter der Hausärzte auf über 50 Jahre steigt. Weil gleichzeitig immer weniger Berufsanfänger – insbesondere im ländlichen Raum – bereit sind, eine Praxis zu eröffnen bzw. zu übernehmen, drohen dort massive Versorgungsengpässe.

Aufgrund der Anzahl von Medizinabsolventen kann ohnehin, rein quantitativ betrachtet, überhaupt nur die Hälfte der Hausärzte einen Nachfolger finden.

In Ziffer 6 der Zusammenfassung und im Ausblick von Heil und Bächle wird die konkrete Situation in Hessen schonungslos dargestellt. Die Autoren schreiben:

*„Aufgrund der unattraktiven Arbeitsbedingungen für Hausärzte ist davon auszugehen, dass **maximal 25% der heute** in kleinen Gemeinden niedergelassenen Ärzte in den nächsten Jahren einen Nachfolger für ihre Praxis finden werden. Dadurch ist eine dezentrale wohnortnahe Hausarztversorgung in den ländlichen Räumen Nord- und Mittelhessens in Zukunft gefährdet.“*

Selbst das Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung von Herrn Dr. Thomas Uhlemann vom 30.04.2010 hat die Problematik erkannt. Hier heißt es unter anderem:

„Dagegen fehlen Ärzte in ländlichen Kreisen geringer Dichte, in strukturschwachen Regionen abseits von Großstädten und Ballungsräumen, oder es ist zukünftig dann ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Arztsitze zu einem großen Teil nicht wieder besetzt werden können. Besonders ungünstig stellt sich die Lage dar, wenn Schwierigkeiten der Wiederbesetzung mit einem hohen Durchschnittsalter noch praktizierender Ärzte in einer Region zusammenfallen.“

Der GKV-Spitzenverband verlangt die Ermittlung des Bedarfs an Ärzten über **Zeitkapazitäten** und Einbeziehung stationärer Versorgungskapazitäten, insbesondere in schlechter versorgten Regionen.

Macht man sich dies an den bundesweiten Zahlen klar, so wird das Dilemma extrem deutlich.

Durchschnittlich werden in den nächsten fünf Jahren 2.500 Hausärzte p. a. ihre Praxis abgeben.

Von den Kammern zertifizierter fachärztlicher allgemeinmedizinischer und allgemeininternistischer Nachwuchs steht in der Menge von 1.200 p. a. zur Verfügung.

Diese teilen sich in 720 Frauen mit Teilzeitbedürfnissen und Bindungen an städtische Ballungszentren durch ihre Lebenspartnerschaften und 480 männliche Kollegen, die primär durch die Partnerschaft mit gleichzeitig arbeitenden Akademikerinnen, die auf großstädtische Infrastrukturen angewiesen sind und daher primär in attraktiven Ballungsräumen eine Tätigkeit suchen.

Damit stellt sich für Hessen und bundesweit der zentrale Konflikt dar, dass **maximal noch 25%** der Hausarztsitze im ländlichen Raum und in strukturschwachen Gebieten nachbesetzt werden können.

Davon wünschen wiederum 80% der niedergelassenen Kollegen Angestellten- und Teilzeitfunktionen und lehnen eine unternehmerische freiberufliche Tätigkeit vor allem in Einzelpraxen ab.

Diese Problematik hat auch Herr Dr. Berthold Dietsche, Vorstand des Hausarztverbandes Baden-Württemberg, dargestellt.

ÄRZTE ZEITUNG plus HEFT 30, OKTOBER 2009 HAUSARZTVERTRÄGE

„Der Vertrag wird nicht Wunder wirken“

Hausarztverträge als Instrument gegen Nachwuchsmangel?
Hausärzteverbandschef Dr. Berthold Dietsche wirbt in Baden-Württemberg für ein Bündel von Maßnahmen.

ÄRZTE ZEITUNG plus HEFT 30, OKTOBER 2009 HAUSARZTVERTRÄGE

Dietsche: Wir müssen von Seiten des Hausärzteverbandes neue Formen der Kooperation vorantreiben. Hier bietet das neue Vertragsarztrecht viele neue Möglichkeiten, die bisher nur wenig genutzt werden.

Ärzte Zeitung: Wären bei diesen Vorhaben auch die Kassen mit im Boot, mit denen Sie bereits kooperieren?

Dietsche: Warum nicht? Es geht darum, beispielsweise Modelle zu entwickeln für eine ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis. Das könnte im Rahmen von Modellregionen auch von Kassen unterstützt werden.

Zitat Dr. Berthold Dietsche aus Versorgungsbericht 2009 der KVBW

Aktuelle Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung

„Die Perspektive der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg ähnelt derzeit einer Zeitbombe, die tickt, ohne dass dies wirklich wahrgenommen wird. Wie den Versorgungsberichten der vergangenen Jahre unschwer zu entnehmen war, ist die Zahl der über 60-jährigen Hausärzte in Baden-Württemberg mittlerweile auf 23 Prozent aller in der Versorgung tätiger Hausärztinnen und Hausärzte angestiegen.

Diese werden in den nächsten drei bis fünf Jahren den Altersruhestand erreichen und ihre Praxis abgeben wollen. Fragt man bei den Bezirksärztekammern nach, so erhält man die lapidare Auskunft, dass die Zahl der Facharztprüfungen in Allgemeinmedizin mittlerweile gegen null tendiert.

Dies belegt, dass der Nachwuchs an jungen Kolleginnen und Kollegen, die die in den nächsten Jahren frei werdenden Arztsitze übernehmen könnten, nahezu vollständig weg gebrochen ist.

Bereits jetzt wird diese Versorgungslücke insbesondere im ländlichen Raum spürbar, aber auch Großstädte wie Stuttgart spüren erste Probleme in der Praxisnachfolge."

Sinnvolle nächste Schritte aus der Sicht der Kommunalpolitik:

1. Schaffung eines Referats "Ambulante Versorgung der Kommune und Bildung einer Taskforce Hauskrankenhaus, Verwaltung und Multiplikatoren des lokalen ambulanten Versorgungsbereiches. Die Multiplikatoren müssen nicht unbedingt aus dem Bereich repräsentativer Verbandsfunktionäre von Kammer oder KV rekrutiert werden. In Betracht kommen eher leistungsstarke Versorger der hausfach- und zahnärztlichen Versorgung, wie entsprechende Apotheker, Sanitätshäuser, Physiotherapeuten, Pflegegruppen.

2. Erfassung aller betroffenen Haus- und Fachärzte in der Region und Feststellung der individuellen Bedürfnisse, Zukunftserwartungen und Engpässe durch zur Verschwiegenheit verpflichtete Experten, die die gesamte Problematik und Lösungsansätze für den zukünftigen ambulanten Versorgungsbereich kennen.

3. Durchführung von drei aufeinander aufbauenden Wissensworkshops, die schon existierende Lösungsmodelle darstellen und die sich an die gesamten Regionalleistungserbringer wenden. Diese umfassen Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Reha-Kliniken, Apotheke, Sanitätshaus, Optik, Akustik, Pflege, Krankenhaus, Altenheim, Krankenkassen. Ferner sind regionale Steuerberater, Rechtsanwälte und Finanzdienstleister, die Heilberufe betreuen, zu involvieren.

4. Bildung einer von externen moderierten Arbeitsgruppe, die freiwillig ein lokales Zukunftskonzept erarbeitet, was die Kommune in die Landkreisplanung und in die Gesundheitskonferenz als kleinste lokale Einheit einbringt.

H.-J. Schade
Rechtsanwalt, Mediator
Fachanwalt für Medizinrecht
Broglie, Schade & Partner GbR

65193 Wiesbaden
Sonnenberger Str. 16
Tel. 0611/180950
Fax: 0611/1809518

10178 Berlin
Oranienburgerstr. 12
Tel.: 030/28091809
Fax: 030/28091944

80799 München
Georgenstr. 13
Tel.: 089/33037731
Fax: 089/33037732
www.arztrecht.de
hjs@arztrecht.de