

Sind Kooperationspraxen, Landarztträume und Medizinische Versorgungszentren die Lösung des hausärztlichen Nachwuchsmangels?

(Kommentar zu Artikel M. Bächle et al. auf Seite 13)

M. Bächle et al. weisen in ihrem Beitrag am Beispiel des hessischen Landkreises Hersfeld-Rotenburg auf einige wichtige Aspekte hin, die in der derzeitigen, breiten öffentlichen Diskussion über die Entwicklung der Bevölkerung und ihrer ambulanten ärztlichen Versorgung häufig unterschätzt oder überhaupt nicht berücksichtigt werden. Dazu gehört, dass die ‚Überalterung‘ und die sich daraus für die bedarfsgerechte, wohnortnahe, ambulante, medizinische und pflegerische Versorgung ergebenden Probleme in vielen ländlichen Gebieten wahrscheinlich wesentlich schneller und gravierender als in durch Zuwanderung von Personen im Erwerbsalter entlasteten städtischen Verdichtungsräumen spürbar werden.

Eine ‚alte‘ Bevölkerung unterscheidet sich hinsichtlich des **medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfes** erheblich von einer ‚jungen‘:

1. Der Gesamtbedarf an ärztlichen und sonstigen Versorgungsleistungen ist bei Älteren wesentlich höher.
2. Multimorbidität und chronische Erkrankungen erfordern ein anderes Spektrum von Gesundheitsleistungen.
3. Viele ältere Menschen leben in Einzelhaushalten und/oder sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Sie benötigen also medizinische Versorgung in erreichbarer Nähe und/oder sogar in ihrer Wohnung. Sie können sich schon bei vorübergehenden gesundheitlichen Einschränkungen oft nicht mehr alleine versorgen und benötigen dann Hilfe auch zur persönlichen Lebensführung. Familie, Nachbarschaft etc. leisten dies schon heute nur noch

in beschränktem Maße und werden in Zukunft noch weniger zur Verfügung stehen.

4. Die Konzentration der stationären Versorgung auf überregionale Zentren mit Schließung zahlreicher wohnortnaher Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mag unter dem Aspekt medizinischer Prozessqualität der Krankenhausleistungen Vorteile bringen. In Verbindung mit dem ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser, die Verweilzeiten ihrer Patienten immer weiter zu verkürzen, führt sie aber zu einer ständig wachsenden Belastung der ambulanten Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte, ambulante Pflege, etc., für die keine adäquaten Strukturen vorhanden sind. Außerdem folgen dieser Verlagerung von Leistungsbedarf aus den Krankenhäusern heraus nicht im gleichen Maße auch finanzielle Mittel in die ambulante Versorgung. Die vom Gesetzgeber (§ 116b SGB V) geförderte Möglichkeit zu ambulanten ärztlichen Leistungen werden vor allem größere, von strukturschwachen ländlichen Gebieten eher weit entfernte Krankenhäuser nutzen.

Die Methoden der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und Möglichkeiten der Niederlassungssteuerung werden diesen strukturellen Veränderungen des Versorgungsbedarfes noch nicht ausreichend gerecht.

Auch die **ärztliche Nachwuchssituation** bietet wenig Anlass zu Optimismus. Aus einer Vielzahl von Gründen zeichnet sich ein allgemeiner Mangel an qualifiziertem ärztlichem Nachwuchs ab. Diese Ten-

denz wird natürlich am schnellsten und schmerzlichsten zu Versorgungsengpässen in den Bereichen ärztlicher Tätigkeit führen, die für die nachwachsende Ärztegeneration wenig attraktiv sind und/oder wo zusätzlich aufgrund der Alterstruktur in den nächsten Jahren sehr viele Ärzte ihre Berufstätigkeit beenden werden. Eine Hinausschiebung der Altersgrenze z. B. für Vertragsärzte wird daran nur wenig ändern, wenn diese heute schon – aus sehr vielfältigen und nicht nur finanziellen Gründen – mit ihren Arbeitsbedingungen nicht zufrieden sind.

Beide Faktoren betreffen ländliche, strukturschwache Regionen und die dort eine wichtige Rolle spielende hausärztliche Versorgung in besonderem Maße. Die Medizin wird weiblich, d. h. schon heute sind über 60 % der Medizin Studierenden Frauen.

Diese Ärztinnen müssen Familie, die eigene Berufstätigkeit und die ihrer Ehemänner (Die sicher nicht wie früher viele ‚Landarztfrauen‘ als Helfer in der Praxis ihrer Ehepartner/innen ihre Erfüllung sehen dürften.) in Einklang bringen. Eine Tätigkeit als ‚Hausärztin auf dem Land‘ bietet dafür sicher nicht die besten Voraussetzungen.

Die Autoren beschreiben als mögliche Problemlösung ein **Steuerungsmodell der „dezentralen Hausarztversorgung“ mit „Kooperationspraxen und Landarztträumen“** und bei dessen Versagen eine „zentrale Hausarztversorgung“ über „medizinische Versorgungszentren“.

Das entscheidende Problem auch solcher Organisationsmodelle ist aber, ob und wie sie für die einzelne Ärztin, den einzelnen Arzt überzeugend eine attraktive Berufsausübung erwarten lassen. Der-

zeit stehen den KVen dafür noch keine ausreichenden Instrumentarien zur Verfügung. Was die Autoren unter Medizinischen Versorgungszentren verstehen, bleibt unscharf. Wie auch immer diese konstruiert sein sollen, werden sie am ehesten noch die ambulante fachärztliche Versorgung in, wie es Bächle et al.

beschreiben, „Mittelzentren“ verbessern können; das Problem der wohnortnahen, bedarfsgerechten, hausärztlichen Versorgung in kleineren Gemeinden dünner besiedelter ländlicher Regionen werden sie kaum lösen.

Wichtig wäre hierfür, die den Patienten ,aktiv aufsuchende und führende, per-

sönliche Leistung‘ von Hausärzten und in deren Verantwortung tätigen qualifizierten Medizinischen Fachangestellten besser anzuerkennen.

*Roland Kaiser, Leiter Qualitätssicherung
Versorgungsmanagement und
Gesundheitsökonomie der LÄKH*