

Kommunale Gesundheitskonferenz im Landkreis Esslingen

Ergebnis der 1. Arbeitsgruppensitzung „Hausärztliche Versorgung im Landkreis Esslingen“

Dr. Kontner, Landratsamt

A. Ausgangslage:

Aufgrund der Altersstruktur der Hausärzte im Landkreis Esslingen ist festzustellen, dass 23 % über 60 Jahre alt sind und somit in den nächsten fünf bis zehn Jahren in Ruhestand gehen werden. Lediglich 21 % der Hausärzte sind unter 50 Jahre alt. Somit sind Strategien gefragt, um mittelfristig wieder mehr Hausärzte in die Fläche und dabei vor allem auch in den ländlichen Raum zu bekommen und somit auch weiterhin ein flächendeckendes Angebot der ambulanten allgemeinärztlichen Versorgung aufrecht erhalten zu können.

Ergänzend zu den altersbedingten Abgängen kommen noch weitere veränderte Rahmenbedingungen hinzu, die ein Umdenken hinsichtlich der künftigen Versorgungsstruktur erfordern.

B. Veränderte Rahmenbedingungen:

1. Demographische Entwicklung:

Der Anteil der Bürger mit 65 Jahren und älter wird immer größer (Prozentsätze in Baden-Württemberg: 2010: 19,5 %; 2020: 21,8 %; 2030: 26,4 %).

Dabei wird sich das Verhältnis zusätzlich noch weiter dahingehend verschieben, dass in Städten grundsätzlich jüngere Menschen und auf dem Land eher ältere Menschen leben. Höheres Alter bringt automatisch mehr chronische Erkrankungen mit sich, die aufgrund der reduzierten Mobilität alter Menschen möglichst auch vor Ort behandelt werden sollten.

2. Berufliche Motivation angehender und junger Ärzte/innen:

Die Universität Trier führte 2010 ein bundesweites Berufsmonitoring unter Medizinstudenten durch. Befragt wurden 12.500 angehende Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer Vorstellungen zu ihrer beruflichen Zukunft.

Wesentliche Trends:

- Rund $\frac{3}{4}$ der Studenten können sich eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus sowie eine Niederlassung als Facharzt vorstellen. Hingegen kommt nur für ein gutes Drittel eine Niederlassung als Hausarzt in Betracht. Die hausärztliche Tätigkeit wird als weniger

anspruchsvoll, eintönig, abwechslungsarm und wirtschaftlich riskant angesehen.

- Vor allem Frauen favorisieren eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung, wobei Wünsche nach Teilzeittätigkeit und geregelter Arbeitszeit eine zentrale Rolle spielen.
- Der Arbeit im Team wird hohe Bedeutung beigemessen. Fazit der Universität Trier aus der Studie: „Die Einzelpraxis als Modell der ärztlichen Tätigkeit mit einer nur lockeren Kooperation mit Standeskollegen scheint sich zum Auslaufmodell zu entwickeln“.

3. Feminisierung des Arztberufs:

Derzeit sind ca. 2/3 der Medizinstudenten Frauen. Da sich aber Frauen nach wie vor mehr den Familien-Aufgaben widmen und somit, wie auch die Umfrage aus Trier ergab, stärker an Teilzeitarbeit interessiert sind (Wichtigkeit von Teilzeitarbeit bei Frauen 77,2 %, bei Männern 32,1 %) führt dies zu einer zusätzlichen Angebotsverknappung im ärztlichen Beruf.

So zeigte sich etwa, dass die Zahl der berufstätigen Ärztinnen von 2000 bis 2007 um 17,1 % zugenommen hat, das Volumen der von den Ärztinnen geleiteten Wochenstunden dagegen nur um 9,1 %. Somit wird der tatsächlich zur medizinischen Versorgung zur Verfügung stehende „Output“ der Universitäten weiter reduziert werden.

4. Work-Life-Balance:

Deutlicher Trend zu geregelten Arbeitszeiten und weniger Bereitschaftsdiensten.

5. Trend zu weniger Einzelverantwortung:

Arbeitsverhältnisse im Angestelltenverhältnis mit Möglichkeit zu mehr Teamarbeit werden deutlich favorisiert.

6. Geringere finanzielle Risikobereitschaft

7. Konkurrenz der angehenden Allgemeinmediziner zu den übrigen Facharztgruppen im Rahmen der Weiterbildung:

Da zunehmend auch in den Kliniken Engpässe bei Weiterbildungsassistenten entstehen liegt es in der Natur der Sache, dass Chefärzte Fachassistenten, die sich detaillierter auf das jeweilige Fach spezialisieren, bevorzugen könnten. Eine fachspezifischere Ausbildung ist letztendlich auch Voraussetzung, um die Assistenzärzte möglichst frühzeitig in Nacht-, Wochenend-, und Ambulanzdienste übernehmen zu können.

C. Handlungsempfehlungen

Akteure

1.

Regierung, Kammer

Kleinräumige Bedarfsplanung, ggf. landkreisübergreifend

Effekt: Die allgemeinärztliche Versorgung wird dezentralisiert. Eine Konzentration auf die städtischen Zentren wird vermieden.
Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz greift dies bereits auf.

2.

Kommune

Regionale Versorgungsplanung in der Hand der Kommunen

Effekt: Im Prinzip eröffnet die kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg den Kommunen die Möglichkeit sogar selbst eine kommunale Arztpraxis einzurichten und zu betreiben, sofern es nachweislich keinen privaten Anbieter für diese Aufgabe gibt und der Arztsitz zur Ausschreibung ansteht.
Die Robert-Bosch-Stiftung hat derzeit einen Auftrag an Herrn Prof. Dr. Martin Burgi von der Juristischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum erteilt, um die Möglichkeiten künftiger kommunaler Verantwortung im Bereich Health-Care im Rahmen eines breit angelegten Rechtsgutachtens zu bearbeiten.

3.

Landratsamt, Kammer, Kassen

Bedarfsplan hinterfragen

Effekt: Nicht selten neigen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit zunehmendem Alter dazu ihren Praxisbetrieb sozusagen „auslaufen“ zu lassen. Die Zahl der Patienten wird sukzessive reduziert, dennoch wird der Praxissitz bei der Kammer als vollwertiger Praxissitz geführt, obwohl die Patientenversorgung abnimmt.
Eine Anfrage bei der Bezirksärztekammer könnte Aufschluss darüber geben, welche Ärztinnen und Ärzte noch voll arbeiten. Diese Erhebung könnte ggf. auch durch die Kassen unterstützt werden.
Ferner wäre eine Auskunft der Bezirksärztekammer dahingehend hilfreich zu erfahren, wie viele approbierte Ärztinnen und Ärzte derzeit im Landkreis wohnen und wie viele davon den ärztlichen Beruf tatsächlich ausüben. Die Erhebung sollte nach Geschlechtern getrennt erfolgen.

4.

Kreisärzteschaft, Kammer, Kassen

Werbung für den Beruf des Landarztes

Effekt: Durch eine spezielle Werbekampagne sowohl in regionalen Medien wie auch überregional bzw. in Fachzeitschriften oder auch direkt an medizinischen Fakultäten könnte das Interesse für den Allgemein- bzw. Landarztberuf geweckt werden. Derzeit wird der Beruf des Landarztes in den Medien eher schlecht geredet. Man registriert nur das „Landärzte-Problem“ und nicht die positiven Aspekte, die dieser Berufszweig mit sich bringt.

Die Kassen könnten weitere innovative Angebote fördern, die eine strukturell sinnvolle Entwicklung begünstigen (wie derzeit bereits z. B. Selektivverträge, Heimarztverträge, Hausarztverträge).

5.

Regierung, Kammer, Kassen

Bessere Vergütung.

Effekt: Eine Anpassung der Vergütungssätze insbesondere für Hausbesuche könnte einen zusätzlichen Anreiz für eine Niederlassung in hausärztlicher Praxis bieten.

6.

Kassen, Pflegeeinrichtungen

Weiterer Ausbau der Heimarztverträge

Effekt: Auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird es auch vermehrt Patienten in Pflegeeinrichtungen geben, die zur Betreuung und Behandlung ihrer chronischen Erkrankung in regelmäßigen Abständen ärztliche bzw. nichtärztliche medizinische Betreuung benötigen. Durch die Heimarztverträge zeigt sich bereits jetzt, dass hierdurch sowohl für die ärztliche Praxis, wie auch für das Pflegeheim deutliche Verbesserungen zu erzielen sind. Die Hausbesuche sind eher planbar und damit rationeller durchzuführen, ebenso ergibt sich bei der Pflegeeinrichtung eine Erleichterung dadurch, dass die ärztliche „Visite“ fest terminiert ist und insofern in den Pflegealltag eingeplant werden kann, ohne dass dies, bei zufälligen Arztbesuchen, den Tagesablauf zu sehr stört.

Die künftig mehr und mehr sich etablierenden Gemeinschaftspraxen hätten durch Heimarztverträge zusätzliche sichere und planbare Einkünfte, die das finanzielle Risiko überschaubarer werden lassen.

Die genannte Feminisierung des Arztberufs führt dazu, dass die Ärztinnen vorzugsweise in Teilzeit und in planbaren Zeitfenstern arbeiten möchten. Heimarztverträge unterstützen eine solche Organisation durch die zeitliche Planbarkeit der „Visiten“. Insofern wirken sich Heimarztverträge insgesamt sehr positiv auf das zeitliche und finanzielle Management von Gemeinschaftspraxen aus.

7.

Kliniken, Kreisärzteschaft, Kammer

Notfallpraxen

Effekt: Die Umfrageergebnisse unter Medizinstudenten zeigen eindeutig, dass häufige Bereitschaftsdienste in der freien Praxis abschreckend wirken, insbesondere dann, wenn sie im ländlichen Raum nicht im Team sondern eher in „Einzelkämpfer-Funktion“ ausgeführt werden müssen. Notfallpraxen, vorzugsweise mit der Anbindung an Kliniken, sind hier eine geeignete Maßnahme um die Situation zu entschärfen. Der Landkreis Esslingen ist hier bereits sehr weit fortgeschritten. Noch bestehende Lücken sollten baldmöglichst geschlossen werden.

Ab 2013 plant die KV-Baden-Württemberg das Problem durch die Schaffung größerer Notfalldienstbezirke zu lösen, so dass dann künftig kein Arzt mehr selbst für seine eigene Praxis den Notfalldienst machen muss, sondern sich alternativ in die kollektive Regelung einbringt.

8.

Weiterbündungsverbände, Kliniken, Kreisärzteschaft

Weiterbündungsverbände

Effekt: Weiterbündungsverbände, die die Weiterbildung zum Facharzt in Klinik und Praxis erleichtern, haben sehr weitreichende Vorteile.

Die jungen Ärztinnen und Ärzte müssen beim Durchlaufen der verschiedenen klinischen Disziplinen auf dem Weg zum Allgemeinarzt nicht ständig als Bittsteller auftreten um von den jeweiligen Chefärzten auch kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse übertragen zu bekommen. Es wäre bereits innerhalb der Klinik der Ablauf mit einem Wechsel von der einen zur anderen Disziplin geregelt und ebenfalls die Praxiszeiten in Absprache mit am Ort befindlichen Praxen organisiert. Auf diese Weise ersparen sich die jungen Ärzte einen möglicherweise mehrfachen Wohnungswechsel und werden dadurch an ihr eigenes regionales, soziales Umfeld gebunden. Wenn es gelingt, die Weiterbildungsassistenten am Ort zu binden, werden sie hier auch eher ihr privates Umfeld festigen und weniger geneigt sein nach der fünfjährigen Weiterbildungszeit die Region zu verlassen, weil sie damit auch ihr soziales Umfeld aufgeben würden.

Eine Berichterstattung über das Funktionieren der Weiterbildungsverbände seitens der Kliniken ist dringend erforderlich. Gegebenenfalls muss durch die Kliniken und die Kreisärzteschaft auch für das Angebot geworben werden.

9.

Kreisärzteschaft

Vorbereitung des Ruhestands der Allgemeinärzte durch rechtzeitige Umwandlung der Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis

Effekt: Die ärztlichen Teilnehmer der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis Esslingen waren einhellig der Meinung, dass sich künftig eine Allgemeinarztpraxis leichter an eine/n Nachfolger/in übergeben lässt, wenn sozusagen ein fließender Übergang in Form einer rechtzeitig eingerichteten Gemeinschaftspraxis erfolgt. Dies trägt sowohl dem Anliegen junger Ärzte nach Teamarbeit und der Möglichkeit durch Arbeitsteilung auch Teilzeitstellen zu etablieren, Rechnung. Die Praxis der Zukunft ist eine Gemeinschaftspraxis oder ein medizinisches Versorgungszentrum. Werden frühzeitig die Weichen dahingehend gestellt, lassen sich sicher leichter Nachfolger finden.

10.

Kreisärzteschaft, Kommunen

Einrichtung von Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren, Regio-Praxen

Effekt: Kommunen können durch entsprechende Errichtung geeigneter Immobilien, evtl. sogar in zentraler Lage, Voraussetzungen schaffen, um jungen Ärztinnen und Ärzten den Einstieg in die Selbständigkeit als Allgemeinarzt zu erleichtern. Durch die Erhebung einer erschwinglichen Mindestmiete können hier zusätzliche Anreize geschaffen werden.

Bei sogenannten Regio-Praxen könnten auch Räumlichkeiten vorgehalten werden, die dann aus benachbarten Orten z. B. tages- oder halbtagesweise mit Ärzten bestückt sind. Evtl. auch häufig benötigte Fachärzte (Augenärzte, Urologen etc.).

Bei bestehenden Immobilien könnte die Kommune durch Umbaumaßnahmen Unterstützung leisten, das Raumangebot erweitern oder z. B. barrierefreie Zugänge schaffen.

11.

Regierung, Kammer, Kassen, Kliniken, Kreisärzteschaft

Etablierung nichtärztlicher Hilfsberufe.

Effekt: Auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und damit verbunden immer mehr behandlungsbedürftiger chronischer Erkrankungen, muss nicht in jedem Fall stets eine ärztliche Betreuung vor Ort sein. Alternativ wären nichtärztliche Hilfsberufe denkbar, die im Auftrag der jeweiligen Arztpraxis bestimmte Hausbesuche und die damit verbundene Behandlungen durchführen. Diese Vorgehensweise lässt sich auch noch zusätzlich durch telemedizinische Einrichtungen unterstützen.

12.

Kommunen, Praxen

Bürgermeister-Arzt-Dialog

Effekt: Die Bürgermeister sollen auf ihre jeweiligen Hausärzte in der Gemeinde zugehen und mit ihnen die Frage einer geplanten Zurruesetzung und der damit zusammenhängenden Pläne hinterfragen. Zwar kann man einen Arzt nicht zwingen seine Karten auf den Tisch zu legen, doch muss man feststellen, dass, wenn jemand eine solche Auskunft erhalten kann, dann am ehesten der eigene Bürgermeister. Da insbesondere auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an einem guten Verkauf ihrer Praxis interessiert sind (häufig ist dieser Erlös eine fest eingeplante Größe in der individuellen Altersversorgung) und gleichzeitig die Sicherstellung der Versorgung ihrer Patienten anstreben, sind sie sicherlich für unterstützende Maßnahmen seitens der Gemeinde (siehe Punkt 9.) zugänglich. Das Einvernehmen der Kreisärzteschaft sollte hierbei gesucht werden.

13.

Kommunen

Prämiensystem

Effekt: Durch Prämien für niederlassungswillige Ärzte in Form von Bankdarlehen, zur Verfügung stellen von Bauplätzen, von Räumlichkeiten etc. kann ein Anreiz geschaffen werden. Auch eine finanzielle Förderung von Medizinstudenten in Famulatur wäre denkbar. Rechtliche Formalitäten müssten vorab geklärt werden. Hier sind voraussichtlich Aussagen in dem ausstehenden Rechtsgutachten von Herrn Prof. Dr. Martin Burgi im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung zu erwarten.

14.

Kreisärzteschaft, Kommunen

Famulatur in Hausarztpraxis

Effekt: Medizinstudenten werden somit früh an die Gegebenheiten in einer hausärztlichen Praxis herangeführt und legen dabei evtl. Vorurteile ab. Die Famulatur könnte auch seitens der entsprechenden Kommune finanziell gefördert werden.

15.

Landratsamt

ÖPNV, Bürgerbus etc.

Effekt: Bei veränderter Versorgungsstruktur mit möglicherweise nicht in jeder Gemeinde verfügbarer allgemeinärztlicher Anlaufstelle, wären dies alternative Möglichkeiten, um insbesondere älteren Menschen mit weniger Mobilität das Aufsuchen einer Arztpraxis zu erleichtern. Auch das bessere Erreichen anderer Einrichtungen könnte in gleicher Weise gelöst werden.

Angeblich soll hierzu auch ein Modellversuch der Kassenärztlichen Vereinigung BW laufen.