

19.12.2010

Projekt-Skizze zur Verbesserung **der hausärztlichen Versorgung** **im ländlichen Bereich**

Bevölkerung, Medien und Politiker haben nach vielen Jahren endlich erkannt, daß in ländlichen Regionen in Kürze ein massiver Ärztemangel droht, ja teilweise schon existiert. Im Kreis Bergstraße werden in den nächsten fünf bis zehn Jahren etwa 50 Prozent der Hausärzte in den Ruhestand gehen. Von 154 Hausärzten im Kreisgebiet sind derzeit lediglich sieben jünger als 40 Jahre. Reflexartige Lösungsvorschläge, wie die Bereitstellung von Grundstücken oder zinsgünstiger Kredite, greifen viel zu kurz und verkennen das Problem in seiner Vielschichtigkeit.

Nachfolgend habe ich mich bemüht, die „zehn bösen B´s“ des Landärzte-Mangels zu analysieren, die Probleme aufzuzeigen und im zweiten Teil Lösungsmöglichkeiten vorzuschlagen. Ich habe den problematischen Versuch unternommen, sehr komplexe Abläufe für nichtärztliche Leser halbwegs verständlich darzustellen. Daher ist diese Abhandlung leider nicht so kompakt geworden, wie ich es mir gewünscht hätte. Dem einen wird sie zu detailliert erscheinen, der andere wird mir vielleicht Vereinfachung vorwerfen. Trotzdem hoffe ich, meinen Teil zur Zerschlagung des Gordischen Knotens beitragen zu können.

Problemanalyse:

1. Bezahlung

Die Bezahlung aller Ärzte, nicht nur der Hausärzte, erfolgt anhand ei-

nes extrem komplizierten Mechanismus', den in Hessen allenfalls drei bis vier Leute komplett verstehen. Die den einzelnen Bundesländern zugewiesenen Honorar-Anteile für die gesamte ärztliche Versorgung werden in Hessen in einem hochmathematischen Verfahren über 31 Rechenschritte auf die einzelnen Fachgruppen aufgeteilt. Die ärztliche Gebührenordnung für die gesetzliche Krankenversicherung (Einheitlicher Bewertungs-Maßstab, EBM) bemisst die Honorierung der einzelnen ärztlichen Leistungen mittels eines Punkte-Systems. Bis zur Einführung der sogenannten Regelleistungs-Volumina vor zwei Jahren errechnete sich erst nach Erbringung aller Abrechnungen der für die Fachgruppe gültige Punktwert in Cents, indem das der Fachgruppe zugewiesene Honorar durch die Summe der abgerechneten Punkte dividiert wurde.

Obgleich bereits vor vielen Jahren eine betriebswirtschaftliche Kalkulation für die Arbeit eines Hausarztes einen notwendigen Punktwert von 5,1 Cent ergeben hatte, wurde aufgrund fehlender Mittel mit Einführung der Regelleistungs-Volumina der Punktwert willkürlich auf 3,51 Cent festgelegt. Durch diese Festlegung sind bereits sämtliche hausärztlichen Leistungen betriebswirtschaftlich unterfinanziert.

Hinzu kommt, daß eine Steigerung des Umsatzes durch die weitgehende Pauschalierung fast aller Leistungen kaum möglich ist. Es gibt nur wenige Sonderleistungen, die zusätzlich zu der sogenannten Versicherten-Pauschale abgerechnet werden können. Aber auch hier erfolgt von vornherein eine Begrenzung durch die abenteuerliche Berechnung des sogenannten Regelleistungs-Volumens einer Praxis. Dieses errechnet sich aus einem Euro-Betrag pro Versichertem, multipliziert mit der Anzahl der vom Arzt behandelten Kassenpatienten des gleichen Quartals im Vorjahr. Ein Hausarzt erbringt 80 bis 90 Prozent seiner Leistungen innerhalb dieses begrenzten Regelleistungs-Volumens, Fachärzte nur etwa 50 Prozent.

Der Euro-Betrag pro Patient wird jedes Quartal, entsprechend der Kassenlage, neu berechnet. Der Hausarzt wird etwa vier Wochen vor Beginn eines neuen Quartals darüber informiert, wie viel er maximal in diesen drei Monaten verdienen kann. Überschreitet er das ihm zugewiesene Regelleistungs-Volumen, wird die Überschreitungs-Punktzahl nur noch zu einem Bruchteil honoriert. So erhält er für den Hausbesuch statt 15,40 Euro z.B. nur noch 1,54 Euro.

Tritt in einem Winter-Quartal eine Grippewelle auf, die zu einer erhöhten Inanspruchnahme insbesondere auch von Hausbesuchen führt, muß der Landarzt diese Anforderungen im wesentlichen für ein „Trink-

geld“ erbringen. Die erhöhte Fallzahl wird dann zwar dem Vergleichs-
quartal des folgenden Jahres zugerechnet; sollte dann jedoch die Grip-
pewelle ausnahmsweise ausbleiben oder bereits ein Quartal früher auf-
treten, können die Ärztin oder der Arzt dieses Regelleistungs-Volumen
unter Umständen nicht mit den abrechenbaren Leistungen auffüllen, so
daß auch hier kein zusätzlicher Gewinn entsteht.

Demnach stellt sich die Situation der Landärzte folgendermaßen dar:
Eine Umsatz- oder Ertragssteigerung durch mehr Einsatz, mehr Arbeit
und mehr Patienten ist nicht oder kaum möglich, wohl aber ein deutli-
cher Umsatz- und Ertragseinbruch durch unvorhergesehene Situatio-
nen wie beispielsweise eine Erkrankung der Ärztin oder des Arztes.
Das System ist also nach oben hin planwirtschaftlich, nach unten hin
marktwirtschaftlich organisiert, wobei in beiden Fällen für den Arzt nur
die negativen Seiten zum Tragen kommen. Für den Krankheitsfall oder
das Risiko der Praxisunterbrechung müssen sich Landärzte zusätzlich
versichern. Die meisten Landärzte erbringen 20 bis 30 Prozent ihrer
Leistungen über das Regelleistungs-Volumen hinaus und damit weitge-
hend unbezahlt.

Die Honorierung zeigt sich als absolut nicht adäquat zu dem Risiko ei-
ner freiberuflichen Tätigkeit. Bei Landärzten kommt noch hinzu, daß der
Hausbesuch, so er denn im Regelleistungs-Volumen abgerechnet wer-
den kann, mit 15,40 Euro absolut unterbezahlt ist. Insbesondere, wenn
der Arzt große Strecken zu bewältigen hat, wird die Fahrzeit, die er
zwangsweise erbringen muß, in den Kilometer-Pauschalen nicht be-
rücksichtigt. Diese wurden seit Jahren nicht angepaßt. Insgesamt han-
delt es sich um ein leistungsfeindliches, demotivierendes System.

Hinzu kommt, daß der Landflucht der Ärzte eine Stadtflucht der Senio-
renheime entgegensteht. Aufgrund der kostengünstigen Personal- und
Investitionslage schießen auf dem Land die Seniorenheime wie Pilze
aus dem Boden, während in der Stadt nur eine sehr geringe Dichte die-
ser Einrichtungen besteht.

So hat die Ärztliche Bereitschaftsdienst-Zentrale „Vorderer Odenwald“
bei einer Bevölkerungszahl von rund 50.000 Einwohnern und Fahrstre-
cken bis zu 30 Kilometern 22 Seniorenheime zu betreuen. In diesem
Gebiet sind 27 Landärzte tätig. In einer Stadt wie Bensheim, circa
40.000 Einwohner, etwa 40 Hausärzte, sind jedoch nur drei Senioren-
heime zu betreuen. Somit wird in dem ländlichen Gebiet ein Senioren-
heim von durchschnittlich 1,27 Hausärzten betreut, während in der
Stadt 13,33 patientenversorgende Ärzte auf ein Heim kommen.

Für den Landarzt stellt sich mit den Seniorenheimen folgendes Problem: In diesen Heimen gibt es eine erhebliche Konzentration an multimorbiden Patienten mit intensivem Betreuungs- und Behandlungsbedarf. Sämtliche Pauschalen in Hessen berechnen sich jedoch am Durchschnitts-Patienten. Somit hat ein Arzt, der gezwungen ist, Patienten in einem Seniorenheim zu behandeln, ein wesentlich höheres Regreß-Risiko hinsichtlich Medikamente, Heilmittel wie Krankengymnastik oder auch bei der Verordnung von Sonden-Nahrung und Blutzucker-Teststreifen. Dem gegenüber steht jedoch ein wesentlich intensiverer Betreuungsaufwand als bei der Durchschnitts-Bevölkerung.

Viele Seniorenheime sparen beim Personal oder setzen das Personal unter Druck, so daß dieses ein Defensiv-Verhalten entwickelt und bei jeder Banalität ärztlichen Rat einholen muß. Dadurch gibt es ungleich mehr Besuchsanforderungen und Telefonate als bei einer im häuslichen Bereich gepflegten Vergleichs-Klientel. Zwar gibt es seit zwei Jahren eine besser bezahlte, gesonderte Gebührenordnungs-Position für den außer der Reihe angeforderten Hausbesuch in einem Seniorenheim; doch diese Gebührenordnungs-Position wurde ab 1. 7. 2010 dem allgemeinen Regelleistungs-Volumen zugeschlagen, so daß die gesondert angeforderten Hausbesuche quasi auch nicht bezahlt werden.

Weiterhin zeichnen sich Seniorenheime dadurch aus, daß ein erheblich größerer bürokratischer Aufwand besteht als bei einem entsprechenden Vergleichs-Klientel. So ist die Anforderung von Befundberichten durch Amtsgerichte, Betreuer oder Versorgungsämter sowie die Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln im Vergleich zu sonstigen Patienten deutlich erhöht. Es besteht außerdem häufig ein deutlich höherer Diskussionsbedarf mit Angehörigen oder Betreuern, als dies in häuslicher Pflege notwendig ist.

Dies alles macht die Tätigkeit als Landarzt derart unattraktiv, daß es kaum möglich ist, für eine Landarzt-Praxis, die zwei oder drei Seniorenheime betreuen muß, einen Nachfolger zu finden. Künftig werden sicher eine Reihe Seniorenheime mangels Ärzten schließen oder auf eigene Kosten einen Heimarzt anstellen müssen, dessen Regresse sie dann auch zu tragen haben werden.

Wenn man zudem noch sieht, daß der grassierende Ärztemangel dazu führt, daß allgemeinärztlichen Honorar-Ärzten von Kliniken Stundensätze von 70 Euro aufwärts angeboten werden, das Ausland (beispielsweise die Schweiz) massiv Hausärzte mit exotisch hohen Honorar-Versprechungen abwirbt und auch Kliniken und die Industrie verstärkt Allgemeinärzte einstellen, wird klar, daß es künftig wahrscheinlich nur

noch wenige Idealisten aufs Land verschlagen wird.

Eine Änderung der Benachteiligung der Landärzte innerhalb der derzeitigen Selbstverwaltung ist nicht zu erwarten. Landärzte werden in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) immer den Kürzeren ziehen, da aufgrund der bestehenden Mehrheitsverhältnisse die Fachärzte und Psychotherapeuten nahezu durchgehend hausärztliche Anträge mit Zweidrittel-Mehrheit überstimmen können. Da es inzwischen auch mehr Hausärzte in der Stadt als in den ländlichen Regionen gibt, brauchen sich die Landärzte nicht der Hoffnung hinzugeben, daß sich in der Selbstverwaltung jemals etwas zu ihren Gunsten ändern wird.

2. Budget

In der Vergangenheit wurden in allen Bereichen Budgets mit entsprechenden Obergrenzen als Allheilmittel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen eingeführt. So wurden nicht nur, wie oben erwähnt, die ärztlichen Leistungen streng budgetiert, sondern auch die pro Patient bezahlten Laborleistungen, die Medikamenten-Kosten (zu denen auch Teststreifen zur Diabetes-Kontrolle oder Sonden-Nahrung gehören) und Heilmittel wie Massagen und Krankengymnastik. Bei Überschreitung all dieser Budget-Grenzen drohen dem Landarzt ab einer bestimmten Höhe Regreß-Zahlungen, die in ihrer Dimension existenzgefährdend werden können. Die Regreß-Androhungen erreichen manchmal Größenordnungen, die bei anderweitigen Strafverfahren selten erreicht werden, wobei der Arzt ja eigentlich nur seinem Patienten Gutes tun wollte.

Verschärft werden diese Regreß-Androhungen noch dadurch, daß ihnen häufig keine validen Verordnungsdaten zugrunde liegen. Oft stellt sich später heraus, daß die von den Kassen gelieferten Daten nicht stichhaltig waren. Die Landärzte werden jedoch durch dieses Horror-Szenario massiv verunsichert und verängstigt. Somit nehmen sie künftig viele Verordnungen nicht mehr vor, die für ihre Patienten nötig und sinnvoll wären. Die dadurch unnötigen und fruchtlosen Diskussionen verstärken noch die deutlich rückläufige Berufszufriedenheit.

Ein spezielles Problem der Landärzte ist auch, daß sie eine wesentlich höhere medikamentöse Verordnungstiefe vornehmen müssen als beispielsweise ein Hausarzt in der Stadt. Da die Patienten nicht wegen jeder Folge-Verordnung in die nächstgelegene Stadt zum Facharzt fahren können, sieht sich der Landarzt häufig genötigt, Verordnungen zu

übernehmen, die ein am Ort ansässiger Facharzt übernehmen müßte. Leider besteht ein unschönes „Schwarze-Peter-Spiel“ zwischen Fach- und Hausärzten, bei dem die Landärzte fast immer den Kürzeren ziehen, da sie näher am Patienten sind und sich Wünschen und Notwendigkeiten schlechter entziehen können. Auch hierdurch steigt das Regreß-Risiko des Landarztes gegenüber dem Hausarzt in der Stadt.

Letztendlich führt das ganze Budget-Unwesen dazu, daß multimorbide oder schwer pflegebedürftige Patienten auf das Mitleid und Wohlwollen und nicht zuletzt die Selbstlosigkeit ihrer Landärzte angewiesen sind. Daß das System bisher überhaupt so funktioniert hat, ist nur auf den Berufsethos der noch vorhandenen Landärzte zurückzuführen.

3. Begrenzte Planungssicherheit

Wie bereits oben erwähnt, befinden sich die Hausärzte, umso mehr die Landärzte, in einem System, das die Freiberuflichkeit nach oben hin planwirtschaftlich, nach unten hin jedoch marktwirtschaftlich gestaltet. Vor 20 oder 25 Jahren bedeutete der Sprung in die Selbständigkeit zwar auch einen hohen finanziellen Einsatz für Kauf und Einrichtung einer Praxis, Anstellung von Personal und Absicherung des Berufsrisikos. Damals stand jedoch dem Jahreseinkommen als Assistenz-Arzt ein mindestens 50 bis 100 Prozent höheres Einkommen als Landarzt gegenüber.

Heute müssen zwar immer noch erhebliche Investitionssummen aufgebracht werden, das Berufsrisiko ist aber größer geworden (siehe oben, Budget etc...). Wenn man von dem durchschnittlichen Einkommen eines Facharztes oder gar eines Oberarztes in der Klinik ausgeht und diesem das durchschnittliche Einkommen eines Landarztes (nach Betriebsausgaben) entgegensetzt, hat letztgenannter eher 10 Prozent weniger.

Der Sprung in eine Landarzt-Praxis bedeutet demnach neben dem erhöhten finanziellen und beruflichen Risiko und der zusätzlichen Arbeit auch ein deutlich niedrigeres Einkommen als in der Klinik. Selbst wenn sich noch ein Idealist findet, der dies wagt, muß er sich mit derzeit etwa halbjährlich wechselnden Regelungen in der Honorarverteilungs-Systematik und der Gebührenordnung auseinandersetzen, die seine bisherige Unternehmensplanung häufig völlig auf den Kopf stellen.

Die derzeit gültige vertragsärztliche Gebührenordnung (EBM) und der Honorarverteilungs-Maßstab (HVM) sind so kompliziert, daß sie nur

von wenigen Eingeweihten in Hessen verstanden werden. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen überstellten Honorar-Abrechnungen versteht kein Mensch, sie sind auch für berufspolitisch interessierte Kollegen meist nicht nachvollziehbar. Berechtigte Widersprüche gegen einen Honorar-Bescheid werden oft erst nach zwei Jahren bearbeitet. Sollte dann zu wenig ausgezahltes Honorar doch noch überwiesen werden, kann es für den einzelnen Arzt wegen Insolvenz schon zu spät sein.

4. Bereitschaftsdienst

Alle Ärzte haben die Verpflichtung, an 365 Tagen 24 Stunden täglich erreichbar zu sein (Präsenzpflicht). Wenn sie nicht erreichbar sind, müssen sie einen qualifizierten Vertreter benennen oder eine Ärztliche Bereitschaftsdienst-Zentrale, die die Versorgung ihrer Patienten im Abwesenheitsfall sicherstellt.

In den Städten haben wir derzeit nur noch eine Präsenzpflicht von etwa 50 Stunden pro Woche, die Bereitschaftsdienst-Zentralen haben dort meist nicht nur von Freitag nachmittag bis Montag früh geöffnet, sondern auch werktags jede Nacht und auch am Mittwochnachmittag. Da in den Städten eine größere Patienten- und Ärztedichte besteht, können sich diese Zentralen selbst finanzieren oder müssen, wegen der großen Anzahl der angeschlossenen Ärzte, nur Umlagen in geringer Höhe fordern. Da in der Hessischen Notdienstordnung nicht zwischen der Größe und der zu versorgenden Fläche oder Anzahl der Patienten unterschieden wird, sind die ländlichen Bereitschaftsdienst-Zentralen deutlich schlechter gestellt.

So sind die Unterstützungs-Pauschalen pro Wochenende für eine Stadtzentrale, die sogar noch Gewinn abwirft, im Vergleich zu einer Landzentrale, die bei der jetzt bestehenden Gebührenordnung immer defizitär arbeiten wird, gleich. Weite Fahrstrecken und topographische Verhältnisse werden nicht berücksichtigt. Dies hat zur Folge, daß ein Hausarzt in der Stadt jeden Abend die Praxis verlassen und seinen Privatwohnsitz auch in größerer Entfernung haben kann – der Landarzt dagegen muß während der Woche nachts präsent sein oder sich mit anderen Kollegen im Nachtdienst vertreten. Häufig resultieren daraus Dienstzeiten von 48 bis 60 Stunden am Stück. In Kliniken wären solche Mammut-Dienste undenkbar.

Hinzu kommt, daß bei der überalternden ländlichen Arztstruktur immer mehr Landärzte sich aus Alters- oder Krankheitsgründen vom Nacht-

und Notdienst befreien lassen. Die verbleibenden jüngeren Kollegen müssen dann diese zusätzliche Last schultern.

Sollten sich Landärzte den Luxus einer Bereitschaftsdienst-Zentrale fürs Wochenende leisten, um nicht jedes dritte oder vierte Wochenende durchgehend - oft mit der gesamten Familie - an die Praxis gebunden zu sein, müssen sie diese aus eigener Tasche finanzieren, wobei hier durchaus zusätzliche Beträge von 2.000 bis 3.000 Euro pro Jahr anfallen können. Diese Ausgaben hat der Stadtarzt natürlich nicht.

Für Ärztinnen ist die Pflicht, in tiefer Nacht, bei Regen, Schnee oder Eis alleine Hausbesuche zu unbekanntem Örtlichkeiten und fremden Patienten zu fahren, in den meisten Fällen ein absolutes K.O.-Kriterium gegen eine Niederlassung auf dem Land.

Weiterhin ist es häufig erforderlich, daß Landärzte in den Zentralen notfallmäßig einspringen müssen, da sich kaum noch Notdienst-Ärzte finden, die in diesen Zentralen Dienst tun wollen. Wie erwähnt, zahlen Kliniken für Honorar-Ärzte derzeit Stundensätze von 70 Euro aufwärts. Dies ist in Bereitschaftsdienst-Zentralen nicht annähernd zu erreichen.

5. Bürokratie

Vor 20 oder 25 Jahren konnte sich ein Landarzt noch weitgehend seinen Patienten widmen, der bürokratische Aufwand war relativ gering. In den vergangenen zwei Jahrzehnten kamen jedoch Jahr für Jahr mehr bürokratische Hürden hinzu, die dem Landarzt nach und nach die Arbeit verleiden haben.

Exemplarisch soll hier aufgeführt werden:

2004: Einführung der Praxisgebühr mit einem enormen bürokratischen Aufwand, ohne daß die Honorierung hierfür erhöht worden wäre.

2005: Einführung von monströsen Heilmittel-Richtlinien mit enormen bürokratischen Hindernissen, die zwar keine Verbesserung der Versorgung bringen, aber mit einer hirnlosen Begründungspflicht dem Arzt die Arbeit erschweren.

2005: Einführung der Qualitäts-Management-Richtlinien mit einem extrem aufgeblähten Volumen, das für eine normale Landarzt-Praxis schlicht und ergreifend unsinnig ist. Auch hier stand dem keine Erhöhung der Honorierung entgegen.

Künftig wird in Form der ambulanten Kodier-Richtlinien ein bürokratisches Monster auf die Landärzte zukommen, das mindestens 60 zu-

sätzliche Arbeitsstunden pro Quartal in Anspruch nehmen wird. In naher Zukunft droht ein extremer bürokratischer Aufwand durch die Einführung der E-Card.

Des Weiteren haben die Anfragen von Versorgungsämtern, Versicherungen, Krankenkassen und Gerichten dramatisch zugenommen. Die Honorare hierfür bewegen sich zwar häufig auf Trinkgeld-Niveau, die Folgen bei einem Fehler können für den Arzt jedoch existentiell sein.

Weiterhin ist eine extreme Begründungswut der Krankenkassen für alle möglichen Verordnungen festzustellen. Auch bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen kommt es bereits nach ein bis zwei Wochen zu reflexartigen Anfragen der Krankenkassen. Als besondere Blüte dieser Formularwut von KV und Kassen will ich hier exemplarisch das „Muster 60“ erwähnen. Es handelt sich hier um die Erfindung eines „Antrags zur Erlangung eines Antragsformulars“.

Viele junge Ärztinnen und Ärzte, die eigentlich am Patienten arbeiten wollen, fragen sich natürlich, warum sie sich das alles antun sollen. Und bei jeder Neueinführung eines weiteren bürokratischen Folter-Instruments stellen sich die älteren Ärzte die Frage, ob sie sich das alles wirklich weiterhin noch geben sollen.

6. Berufsrisiko

Der Landarzt steht als Freiberufler immer persönlich für alle Risiken gerade. Mögliche Fehler werden immer direkt seiner Person zugeschrieben, nicht einer anonymen Klinik, und führen unter Umständen zu massiven finanziellen Einbrüchen. Eine länger dauernde Erkrankung des Arztes kann seinen finanziellen Ruin bedeuten, da zurzeit kaum Praxisvertreter zur Verfügung stehen und diese oft illusorisch hohe Honorar-Vorstellungen haben. Der relativen Sicherheit eines Arztes im öffentlichen Dienst oder auch in Kliniken steht ein inadäquates Risiko bei deutlich schlechterer Bezahlung entgegen. Hinzu kommt die Personalverantwortung und das finanzielle Unternehmer-Risiko.

Ein weiteres Ärgernis und Risiko für Landärzte sind die oft extrem langen Wartezeiten auf Facharzt-Termine. Viele Fachärzte gestalten ihre Terminplanung gewinnoptimiert, so daß jeder Kassenpatient möglichst nur einmal pro Quartal die Praxis betritt. So muß der Landarzt oft weiterhin Verantwortung für den Patienten übernehmen, obwohl dessen Gesundheitszustand eigentlich längst fachärztlich hätte abgeklärt werden müssen. Die Hausärzte werden, wenn sie denn zeitnah einen Ter-

min für ihre Patienten erlangen wollen, zu telefonischen Terminvereinbarern degradiert, die bei den Helferinnen der Fachärzte eine zeitnahe Audienz erleben müssen.

7. Bildung

Ausbildung:

Im Medizinstudium wird der Land- oder Hausarzt so gut wie nicht berücksichtigt. In den Universitäten hat der Wunsch, Landarzt zu werden, eher ein bemitleidenswertes Exoten-Image.

Ob der bestehende Numerus clausus für die Gewinnung von Landärzten förderlich ist, scheint fraglich. Sehr ehrgeizige Absolventen mit Spitzennoten wollen in der Regel Karriere machen. Beim Landarzt ist damit mit der Niederlassung Schluss. Es gibt ja nun mal keinen „Oberlandarzt“ oder „Cheflandarzt“, der im „New England Journal“ Abhandlungen veröffentlicht und in Philadelphia auf dem internationalen Kongress seine Forschungsergebnisse veröffentlicht.

Weiterbildung:

Es stehen oft nur wenige oder keine wohnortnahe Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Fortbildung:

Industriefreie Fortbildungen müssen vom Landarzt in Qualitätszirkeln selbst organisiert werden. Abendliche Fortbildungsveranstaltungen können vom Landarzt aufgrund der langen Arbeitszeiten und Fahrstrecken häufig nicht wahrgenommen werden.

8. Bedarfsplanung

Die derzeitige Bedarfsplanung für Hausarzt-Sitze richtet sich nach den Kreisgrenzen. Hier kann es jedoch zu einer asymmetrischen Verteilung kommen. So sieht man immer wieder, daß in den Kreisstädten ein relatives Überangebot herrscht, während die Ärzte auf dem Land keine Nachfolger finden. Frei werdende Arztsitze werden dann häufig in die ohnehin überversorgten Städte abgegeben. Ein Landarzt in einer relativ

unterversorgten Teilregion des Kreises hat dadurch jedoch keine Chance, eventuell eine Gemeinschaftspraxis zu eröffnen, selbst wenn er einen jungen Kollegen hätte, der mit ihm dieses Projekt angehen wollte.

Inzwischen haben auch große Landpraxen kaum Chancen auf einen Nachfolger. Da die Kassenärztliche Vereinigung seit Jahren mit den gleichen Instrumenten, die vor ca. 15 Jahren gegen die „Ärzte-Schwemme“ eingeführt wurden, versucht, jetzt den Ärztemangel zu bekämpfen, fallen diese Kollegen häufig in ein finanzielles Desaster. Fällt in einer der großen Gemeinschaftspraxen, die oft eine ganze Region alleine versorgen, ein Arzt aus und der verbleibende Kollege findet keinen Nachfolger, wird er gleich dreifach bestraft: Zunächst muss er eine fast nicht zu bewältigende Mehrarbeit leisten, als nächstes wird ihm der zehnpromtente Gemeinschaftspraxen-Zuschlag zum Regelleistungsvolumen gestrichen, und zu guter Letzt werden ihm die Behandlungsfälle ab dem 1300. oder 1400. Patient immer weiter abgestaffelt, während vorher beide Ärzte erst ab ca. 2.700 Patienten eine Abstaffelung hinnehmen mußten. Diese Regelung kann für den verbleibenden Arzt das Aus bedeuten, da die Betriebskosten ja gleich bleiben oder - wegen des fehlenden Kollegen - sogar steigen. Und schlagartig ist eine ganze Region hausarztfrei.

9. Bevölkerungsstruktur

Vergleicht man die städtische mit der ländlichen Bevölkerungsstruktur, stellt man fest, daß der Anteil an Privatpatienten, die bis jetzt doch immer noch viel mehr Ertrag versprechen, auf dem Land deutlich geringer ist als in städtischen Bereichen. Auch ist auf dem Land die Möglichkeit, zusätzlich zur kassenärztlichen Vergütung über sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) noch weiteren Ertrag zu erzielen, sehr gering. Außerdem sind Landärzte durch die häufig intensive Hausbesuchs-Tätigkeit zeitlich oft gar nicht in der Lage, zusätzliche Leistungen anzubieten. Als Folge verschlechtert sich natürlich die betriebswirtschaftliche Situation einer Landpraxis im Gegensatz zur Stadtpraxis.

10. Bedingte Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Etwa zwei Drittel der Medizinstudenten sind Frauen. Somit werden künftig für die vertragsärztliche Versorgung auch überwiegend Frauen zur Verfügung stehen. Die Situation auf dem Land muß sich demnach für Frauen attraktiv gestalten.

Die derzeitige Problematik: Im allgemeinen werden Frauen nach Abschluß ihres Medizinstudiums eine klinische Weiterbildung absolvieren. In den meisten Fällen wird in diese Weiterbildungsphase die Gründung einer Familie und eventuell der Bau und die Finanzierung eines Eigenheims fallen. Nach den Erziehungszeiten werden die meisten Ärztinnen wieder versuchen, im Beruf tätig zu werden, in der Regel jedoch in Teilzeit-Modellen, die es ihnen ermöglichen, auch noch für ihre Kinder da zu sein.

Auf dem Land stellt sich die Lage derzeit folgendermaßen dar: Viele der Landärzte arbeiten etwa 60 Stunden pro Woche und haben häufig auch noch die Praxis im Wohnhaus beziehungsweise in der eigenen Immobilie. Aufgrund fehlender Bereitschaftsdienst-Zentralen unter der Woche ist es erforderlich, häufig Nachtdienste vom Praxisort aus zu leisten.

Daraus ergeben sich folgende Schwierigkeiten für die Ärztinnen: Die Bereitschaft, zusätzlich finanzielle Investitionsrisiken einzugehen, ist sicherlich gering, wenn man davon ausgeht, daß eventuell noch eine private Eigenheim-Finanzierung zu bewältigen ist. Die notwendigen Arbeitszeiten von etwa 60 Stunden pro Woche sind allenfalls von drei Ärztinnen in Teilzeit-Modellen in einer Gemeinschaftspraxis zu bewältigen. Die Bereitschaft, mit der Familie an den Praxis-Standort umzuziehen, dürfte sich ebenso als sehr gering erweisen, es sei denn, es existieren ortsnahe Kinderbetreuungs-Einrichtungen und ein ansprechendes Schulangebot und eine minimale kulturelle Infrastruktur. Wenn der Wohnsitz nicht aufs Land verlegt wird, wird es erforderlich, einen zweiten Wohnsitz am Praxisort einzurichten, um die zwangsweisen Nacht- und ggf. Wochenend-Dienste von dort aus absolvieren zu können. Dies führt natürlich wiederum zu Kosten, die in der Stadt oder bei einer Klinik­tätigkeit nicht anfallen.

Lösungsmöglichkeiten:

1. Bezahlung:

Die Bezahlung der Haus- und Landärzte sollte entweder, wie früher, in einem reinen Einzelleistungs-Prinzip erfolgen oder aber so pauschaliert werden, daß die Notwendigkeit zur „Abrechnungs-Akrobatik“ entfällt,

um ein einigermaßen kostendeckendes Honorar zu erzielen. Die Honorierung für den Hausbesuch müßte aus der allgemeinen Pauschale herausgenommen und separat bezahlt werden. Als Beispiel könnten die hausarztzentrierten Versorgungsmodelle in Bayern und Baden-Württemberg dienen, die jedoch erst kürzlich durch eine Gesetzesänderung der Regierungskoalition erheblich eingeschränkt wurden.

Die Bezahlung der Landärzte sollte nicht nach Kassenlage der Krankenkassen erfolgen, sondern es sollte eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zugrunde gelegt werden, die wenigstens der eines Handwerksbetriebs entspricht. Zurzeit werden ja weder die Hausbesuche noch die Fahrstrecken adäquat honoriert. Hausarztzentrierte Versorgung mit KV-Honorar-bereinigenden Direktverträgen sollte gefördert und nicht als Kostentreiber verteufelt werden.

Alternativ müssen Hausärzte in der Selbstverwaltung ein eigenes Verhandlungsmandat gegenüber den Kassen erhalten (sogenannte Sektionalisierung der KV), damit sie nicht immer - aufgrund der zementierten Mehrheitsverhältnisse - die honorarpendenden Melkkühe für andere Fachgruppen bleiben. Gefragt sind der Gesetzgeber, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Länder-KVen.

2. Budget-Haftung:

Um überhaupt noch Ärzte zu motivieren, aufs Land zu gehen, muß die Budget-Haftung entweder ganz abgeschafft oder drastisch entschärft werden. Es kann nicht sein, daß ein Arzt zwei Jahre nach Verordnung die Medikamente und Heilmittel seiner Patienten aus eigener Tasche zahlen muß. Sollte eine Budget-Haftung weiterhin bestehen, müßten die Kassen in jedem Fall verpflichtet werden, nachprüfbar valide Daten zu liefern und nicht mehr Regreß-Anträge nach Gutdünken zu stellen. Es ist zu fragen, warum alle anderen europäischen Länder keine Budget-Haftung ihrer verordnenden Ärzte benötigen.

3. Begrenzte Planungssicherheit:

Die Gebührenordnung (EBM) und Honorar-Verteilungsmaßstäbe (HVM) müßten dergestalt reformiert werden, daß nicht - entsprechend der Kassenlage - alle sechs bis zwölf Monate grundlegende Änderungen eingeführt werden. Ohne eine minimale Planungssicherheit von drei bis fünf Jahren wird kein junger Mensch das Risiko einer Landpraxis eingehen.

Ferner sollte niederlassungsbereiten Kollegen von der KV ein Handbuch oder Kompendium zur Verfügung gestellt werden, in dem in lesbarer, verständlicher Form alle aktuell relevanten Regelungen und Vorschriften aufgeführt sind. Dadurch würden sich Unsicherheit und Unternehmensrisiko deutlich reduzieren.

4. Bereitschaftsdienst:

Es muß eine Änderung der Bereitschaftsdienst-Ordnung angestrebt werden. Der Bereitschaftsdienst ist - nach dem Sicherstellungsauftrag – Aufgabe der KV. Diese muß aufgefordert werden, den Bereitschaftsdienst flächendeckend zu organisieren. Es kann nicht sein, daß in Städten die Bereitschaftsdienst-Zentralen Zuschüsse erhalten und trotzdem Gewinne machen, während auf dem Land massive Defizite von den einzelnen verbleibenden Ärzten zu erbringen sind. Es muß die Möglichkeit geboten werden, daß auch auf dem Land an jedem Abend eine Bereitschaftsdienst-Zentrale geöffnet ist, so daß sich die Präsenzpfllicht am Praxisort auf etwa 50 Stunden pro Woche reduziert.

Dies wäre zu erreichen durch Einführung eines zentral disponierten Fahrdienstes, der mit Arzt, Fahrer und Einsatzfahrzeug kreis- oder bezirksweit die Nacht- und Wochenendbesuche durchführt. Dadurch wäre es möglich, die Bereitschaftsdienst-Zentralen, die ja überwiegend an Krankenhäusern angesiedelt sind, sektorenübergreifend auch durch Krankenhausärzte zu besetzen, die ja dann nicht mehr für Hausbesuche die Klinik verlassen müßten. Die Defizite, die sich aus den Bereitschaftsdiensten in den ländlichen Regionen zwangsläufig ergeben, müßten von der KV im Vorweg-Abzug von allen Ärzten erhoben werden, damit nicht immer nur die Landärzte auf diesen Kosten sitzenbleiben.

Der KV Hessen muß klar gemacht werden, daß der Sicherstellungsauftrag (die flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung) auch auf dem dünn besiedelten, unwegsamen Land gilt, nicht nur in den Städten.

Den Krankenkassen muß klar gemacht werden, daß der Sicherstellungsauftrag vor 50 Jahren gegen die Niederlassungsfreiheit eingetauscht wurde. Die Niederlassungsfreiheit besteht bereits seit Jahren nicht mehr. Es stellt sich daher die Frage, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen zurückgeben sollten. Die Kassen sind somit beim Bereitschaftsdienst und

dessen Finanzierung durchaus „mit im Boot“.

5. Bürokratie:

Es sollte ernsthaft überprüft werden, ob die Flut von Formularen und Anfragen in dieser Masse für die Betreuung der Patienten wirklich notwendig ist.

Der Wunsch der Krankenkassen nach dem gläsernen Patienten und der absoluten Transparenz der gesamten Behandlung führt dazu, daß die Ärzte kaum noch Zeit haben, sich tatsächlich um den Patienten zu kümmern.

Es muß überprüft werden, ob die ambulanten Kodier-Richtlinien (AKR), die ja eigentlich für die Todesfall-Diagnosen vorgesehen waren, für die Landärzte überhaupt brauchbar sind. Hier soll entweder von deren Einführung ganz abgesehen werden oder eine abgespeckte Version, die den Alltag der Landärzte nachbildet, eingeführt werden.

Die Einführung der E-Card wird dazu führen, daß alte Ärzte vorzeitig aussteigen und junge Ärzte sich das zu befürchtende Chaos erst gar nicht antun werden. In Anbetracht der aktuellen Wikileaks-Enthüllungen ist es wohl kaum überzeugend darzustellen, daß sämtliche Patientendaten auf einem Zentral-Server wirklich sicher sein werden. Es sollte überprüft werden, ob bürokratische Monster wie ambulante Kodier-Richtlinien und E-Card tatsächlich der Gesundheit der Bevölkerung dienen.

6. Berufsrisiko:

Die Bezahlung eines Landarztes muß dem höheren Berufsrisiko angepaßt werden. Ärztliche Leistungen wie Versicherungsanfragen oder auch Leichenschauen, die unter Umständen auch finanzielle und strafrechtliche Konsequenzen haben können, müssen dem Aufwand und dem Risiko angepaßt werden. Statt der Verpflichtung des Landarztes zur endgültigen Leichenschau könnte nach einer vorläufigen Todesfeststellung auch eine amtliche Leichenschau erfolgen.

7. Bildung:

Ausbildung: Bereits während des Studiums sollten intensivere allge-

meinärztliche Angebote entwickelt werden. Die Ausbildung findet zurzeit eigentlich nur in Richtung der jeweiligen Spezialgebiete statt. Hausarzt-Medizin, insbesondere die Landarzt-Medizin, hat in den Universitäten eher einen exotischen Stellenwert.

Weiterbildung: Es muß jungen Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden, wohnortnah ihre Weiterbildung zum Allgemeinarzt zu absolvieren. Hierzu müßten Weiterbildungs-Praxen und regionale Krankenhäuser eng vernetzt sein und den Weiterbildungswilligen ein entsprechendes ortsnahes Curriculum anbieten, wo sie innerhalb kürzester Zeit ihre Ausbildung absolvieren können. Da ja heute die vierjährige Weiterbildungspflicht ist, verstreicht durch die Suche nach fehlenden Weiterbildungsstellen viel Zeit ungenutzt. Ein großes Potential an Ärztinnen geht dadurch verloren, da bereits die Weiterbildung zur Allgemeinärztin kaum mit der Familie zu vereinbaren ist.

Fortbildung: Regionale Qualitätszirkel, die von Ärzten für Ärzte veranstaltet werden, müssen deutlich besser unterstützt werden – jedoch nicht weiter nur unter dem Aspekt der Kosteneinsparung, wie dies bislang bei den Qualitätszirkeln regelmäßig geschieht.

Die regionalen Qualitätszirkel sollten es jungen Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, sich im kollegialen Austausch weiterzubilden, ohne dazu lange Fahrtstrecken in Kauf nehmen zu müssen. Den Qualitätszirkeln sollte es finanziell ermöglicht werden, sich selbst Referenten einzuladen und diese auch entsprechend zu bezahlen, damit eine von der Industrie unabhängige Fortbildung möglich ist.

Erfolgverprechend wäre ein frühzeitiges Werben um Medizinstudentinnen und -studenten, die aus der jeweiligen ländlichen Region stammen und die Zusicherung umfangreicher Unterstützung und Förderung, falls sie sich in ihrer Heimat als Landärzte niederlassen wollen. Bei ortsfremden Kandidaten dürfte die Überzeugungsarbeit ungleich schwieriger sein.

8. Bedarfsplanung:

Die Bedarfsplanung muß kleinräumiger organisiert werden. So könnten statt der Landkreise die jeweiligen Gemeinden als Planungsgrundlage genommen werden. Die KV müßte jedoch bereit sein, in überversorgten Bereichen Kassenarzt-Sitze aufzukaufen, da die Neuregelung ansonsten einer Enteignung der dort tätigen Ärzte gleichkäme. In unterversorgten Regionen müßten die Landärzte finanziell unterstützt wer-

den.

9. Bevölkerungsstruktur:

An der derzeitigen Bevölkerungsstruktur wird man nichts ändern können.

Wenn sich jedoch die Tendenz weiter fortsetzt, wird es bald ländliche Regionen ohne einen Arzt geben. Junge Familien und Betriebe werden sich dort nicht niederlassen, so daß die Bevölkerungsstruktur für eine Neuniederlassung noch unattraktiver wird, als sie es ohnehin schon ist. In der Folge wird es eine noch deutlichere Überalterung bestimmter ländlicher Regionen geben, mit allen negativen strukturellen Folgeerscheinungen.

10. Bedingte Vereinbarkeit von Familie und Beruf:

Die Präsenzpflicht des Landarztes muß auf ein Minimum reduziert werden, daher – wie bereits erwähnt – muß der Bereitschaftsdienst reformiert werden. Teilzeit-Modelle müssen von der KV gefördert und unterstützt werden. So muß die Möglichkeit geschaffen werden, daß eine große Praxis von drei Ärztinnen gemeinschaftlich betrieben wird, wobei beispielsweise jede Ärztin einen halben Kassenarzt-Sitz inne hätte und die Kolleginnen die Dienstzeiten flexibel untereinander gestalten könnten. Eine Förderung von sektorenübergreifenden Modellen von Kliniken und Arztpraxen wären sicher auch zielführend. Weiterhin muß eine Neu-Investition in eine Landarzt-Praxis durch zinslose oder KfW-Kredite unterstützt werden. Und es müssen Modelle zur Minimierung des Insolvenz-Risikos entwickelt werden.

Es ist klar, daß all diese Vorschläge nicht kurzfristig zu verwirklichen sein werden. Wenn man sich jedoch die Altersstruktur der Landärzte in Hessen anschaut, wird man feststellen, daß eigentlich schon viele Jahre untätig vergeudet wurden. Wir werden bei der landärztlichen Betreuung unserer Bevölkerung massive Probleme bekommen. Die Frage ist nur, wie gravierend diese werden.

Noch können wir etwas dagegen tun. In fünf Jahren wird es jedoch defi-

nitiv zu spät sein. Die dann noch verbleibenden Ärzte werden entweder aufgrund von Überlastung vorzeitig aufgeben oder aus Krankheitsgründen ausscheiden.

Dr. med. Gerhard Wetzig
Vorsitzender des Bezirks Bergstraße des Hausärzteverbandes Hessen
Obmann der Ärztlichen Bereitschaftsdienst-Zentrale
„Vorderer Odenwald“, Luisenkrankenhaus Lindenfels,
Landarzt seit 1986