

Gesundheitsversorgung morgen: Neue Verantwortung für die Kommunen

Der gesellschaftliche Veränderungsprozess hat das Gesundheitswesen erreicht. Vom Tante-Emma-Laden zum Supermarkt, von der Backstube um die Ecke zum Filialbäcker – der Trend ist seit Jahrzehnten eindeutig: Kleine Dienstleistungseinheiten verschwinden, weil für die Inhaber das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag nicht mehr stimmt, weil der persönliche Einsatz nicht mehr angemessen anerkannt, nicht mehr angemessen entlohnt wird.

von Ullrich Eidenmüller

N UN ALSO DAS GESUNDHEITSWESEN: Der Landarzt wird rar, Einzelpraxen insbesondere auf dem Land schwer verkäuflich, junge Ärzte und Ärztinnen haben eine andere Vorstellung von Work-Life-Balance als man das dem „guten, alten Hausarzt“ abverlangt hat.

Aber: Wo ein Vakuum entsteht, wird es aufgefüllt. In jeder Veränderungssituation liegt zugleich eine große Chance. Auf das Gesundheitswesen übertragen: Weil sich die Versorgung neu ordnet, rücken neue Beteiligte in den Fokus, die sich bislang weitgehend abseits gehalten haben – die Kommunen. Gedrängt hat sich die kommunale Seite nicht nach der Rolle, die ihr jetzt zufällt. Zwar sahen sich die Städte und Gemeinden stets in der Pflicht, für ihre Bürger Einrichtungen der Daseinsvorsorge von Kindergärten bis hin zur Altenbetreuung bereitzustellen – das Gesundheitswesen gehörte bislang nach ihrem Selbstverständnis nicht dazu. Zumindest nicht die ambulante Versorgung, das war traditionell Sache der Ärzteschaft und ihrer Selbstverwaltung.

Wie in anderen Wirtschaftszweigen geht auch im Gesundheitswesen die Tendenz zu Arbeitsteilung und größeren Versorgungsstrukturen. Die-

se Entwicklung versäumt zu haben müssen sich die Politik, insbesondere aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen zurechnen lassen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz setzt der Bundesgesundheitsminister nun richtige Wegmarken. Die Aufhebung der Residenz-

pflicht, die Ermöglichung von Zweigpraxen, die Verbesserung der finanziellen

Rahmenbedingungen werden helfen. Die Lösung allein wird es nicht sein. Dazu ist es notwendig, dass wir den Blickwinkel ändern und das Gesundheitswesen nicht mehr aus der Sicht der Leistungserbringer, sondern aus der Sicht der Bedürfnisse der Patienten betrachten und definieren. Tun wir das, dann ist die augenblickliche Entwicklung eher eine Chance zur positiven Veränderung der Gesundheitsversorgung in Deutschland als eine Gefahr. Die Chance nämlich, die überkommenen Strukturen zu überprüfen und durch zukunftsfähige zu ersetzen.

Der Rat suchende Mensch hat, je nach Lebenssituation, unterschiedliche Bedürfnisse, weit über den Gesundheitsbereich hinaus. Oder, wie es die WHO

in der Ottawa-Charta formuliert: „Gesundheit wird primär im Alltag und nicht im Gesundheitswesen hergestellt“. Unser Versorgungssystem aber ist starr und undurchlässig und damit teuer und oft wenig effizient. Es steckt den Menschen in Schubladen:

Mal ist die Krankenversicherung für ihn zuständig – unterteilt wiederum in die ambu-

lante, die stationäre und die nachstationäre Versorgung, mal unterstützt ihn die Pflegeversicherung, mal die Rentenversicherung, schließlich die Träger der Sozialhilfe. Und die Zahl der Kompetenz- und Finanzierungsstreitigkeiten der verschiedenen Kostenträger untereinander ist legendär.

Was wir brauchen, ist ein System, das eine für alle Beteiligten überschaubare, einheitliche Antwort gibt auf die Fragen, die sich dem Bürger – vor allem in seiner späten Lebensphase – stellen. Egal, ob er

- ▶ zuhause lebt und Probleme bei der täglichen Versorgung oder mit der sozialen Vereinsamung hat,
- ▶ zuhause lebt, erkrankt und medizinische Hilfe braucht,

- ▶ nach einer Phase der Akutbehandlung übergangsweise außerhalb der Wohnung rehabilitiert und versorgt werden muss,
- ▶ in der eigenen Wohnung selbst wieder sein Leben gestalten will und dabei höchst individuelle Bedürfnisse entwickelt
- ▶ oder letztlich intensiv gepflegt und dann in den Tod begleitet werden muss.

Was wir mithin brauchen, ist ein ortsnahes Angebot, insbesondere für hochbetagte und alleinstehende Menschen, das weit über die medizinische Versorgung hinausgeht. Ein Angebot, das auf die Fragen der Menschen ohne Rücksicht auf gewachsene Verwaltungs- und Finanzstrukturen antwortet.

Das ist die Stunde der Kommunen.

Dieser Ansatz, auch wenn er auf aktuelle Defizite reagiert, ist so neu nicht. Jede Zeit wirft eigene, ganz spezielle Probleme auf, immer mussten die politisch Verantwortlichen darauf die passenden, neuen Antworten erarbeiten. So hatte bereits der medizinische Auftrag an die mittelalterlichen Hospize, die Vorläufer der modernen Krankenhäuser, auch die soziale Versorgung von Alten, Armen, seelisch Kranken eingeschlossen.

Nun kann es heute nicht darum gehen, neue Instanzen zu erfinden, um die Bedürfnisse zu befriedigen. Im Gegenteil – es gilt, die unterschiedlichen

Gesundheitskonferenzen und Runde Tische unter Vorsitz der Kommunen rücken in den Mittelpunkt.

Angebote zusammenzuführen, Gruppeninteressen zu überwinden, Doppelstrukturen abzubauen, Gräben ein-zuebnen. Dazu müssen alle Beteiligten an einen Tisch. An einen „Problemlöser-Tisch“. Und wer sonst als die kommunale Ebene, die sich traditionell und zugleich auch in den Augen der Bürger für die Daseinsvorsor-

ge verantwortlich fühlt, sollte die Führungs- und Koordinationsaufgabe übernehmen?

Inzwischen hat sich auch der Gesetzgeber auf den Weg gemacht, die Angebote zu verzahnen. In unterschiedlichen Ausprägungen nehmen die Länder ihre Kommunen in die Pflicht. Gesundheitskonferenzen und Runde Tische unter Vorsitz der Kommunen rücken in den Mittelpunkt. Damit wächst der kommunalen Seite eine neue Verantwortung zu. Sie sollte nicht zögern, diesen Auftrag anzunehmen und auszufüllen, ergeben sich doch daraus ganz neue Perspektiven auch für die oft in ihrer Existenz bedrohten kleineren Krankenhäuser unterschiedlicher Trägergruppen. Gerade angesichts der zunehmend schwierigeren ambulanten Versorgung in der Fläche wird auf diese Krankenhäuser eine ganz neue Aufgabenstellung zukommen. Und die Auswirkungen der demographischen Entwicklung beginnen erst.

Die Einbeziehung der kommunalen Seite kann zum Nukleus einer zukunfts-fähigen Versorgungsstruktur für die Menschen nicht nur auf dem Land werden, zur Basis eines passgenauen rechtlichen und organisatorischen Rahmens für ein regionales ambulant-stationär-soziales Netzwerk (A-S-S), das eine verlässliche, dauerhafte Grundlage zur Sicherung der Versorgung bildet.

Stichworte hierfür sind:

- ▶ Zusammenschluss von Ärzten im ambulanten Bereich, um den dauerhaften Wert der Praxen zu sichern und so die Basis für eine Wiederbesetzung zu legen: Gemeinschaftspraxen („Regiopraxen“) mit Zweigpraxen, Zweigsprechstunden, Möglich-

„Gesundheit wird primär im Alltag und nicht im Gesundheitswesen hergestellt.“

keiten zur Teilzeitarbeit, Patienten-Holdienste, Zusammenlegung von Notdiensten, Notfallhilfen.

- ▶ Erweiterung dieser Zusammen-schlüsse auch auf nichtärztliche medizinische Berufe und Handelsangebote bis hin zur Schaffung attraktiver Immobilien als Gesundheitszentren.
- ▶ Verzahnung dieser Angebote mit dem stationären Bereich, Bildung sektorenübergreifende Ausbildungsverbände ambulant-stationär, um den medizinischen Nachwuchs für eine Tätigkeit im ländlichen Raum zu interessieren.
- ▶ Neuverteilung von Aufgaben zwischen Arzt, Pflege und kommunalen sozialen Diensten, um Kosten zu reduzieren und die Versorgung der Menschen in der eigenen Wohnung zu sichern.
- ▶ Kommunale Beteiligung an diesen medizinischen Strukturen: Vorhaltung von Räumen, gesellschaftsrechtliche Verflechtungen (z. B. MVZ unter kommunaler Führung).

Die konkreten Lösungen werden sich regional unterscheiden, je nach vorhandener Versorgungsstruktur sowie dem organisatorischen Talent und der betriebswirtschaftlichen Kompetenz der Beteiligten. Erfolg werden die Modelle haben, die nicht auf halbem Weg stehen bleiben, sondern den Blick über den Gesundheitssektor hinaus auf die Bedürfnisse des Menschen insgesamt richten. Stationäre und ambulante Gesundheitsstrukturen werden mit den traditionellen Angeboten der sozialen Fürsorge vernetzt. Eine lohnende Aufgabe für eine engagierte Kommunalpolitik. ■



Ullrich Eidenmüller
Bürgermeister a. D. ist Vorstandsvorsitzender der CL CLINIC AND HEALTH CARE MANAGEMENT AG und Rechtsanwalt in der Sozietät CAEMMERER LENZ.
www.aerztepost.net/autoren