

Neue Rolle der Kommunen bei der Gesundheitsversorgung

von Ullrich Eidenmüller

Mit dem zunehmenden Problem, die gewohnte flächendeckende Gesundheitsversorgung in Deutschland aufrechtzuerhalten, wächst den kommunalen Entscheidern eine neue Verantwortung zu. Galt der Blick der Städte, Landkreise und Gemeinden bislang insbesondere der Sicherung der stationären Versorgung, haben sie sich nun mehr und mehr auch der ambulanten medizinischen Versorgung zuzuwenden. Dazu bedarf es neuer Strukturen vor Ort. Ausgehend von den Bedürfnissen und der Nachfrage der betroffenen Bürger ist eine Vernetzung von stationären und ambulanten Gesundheitsstrukturen mit den traditionellen Angeboten der sozialen Fürsorge nötig.

Wer vor wenigen Jahren noch glaubte, das Sterben der Hausarztpraxen auf dem Land und die Schließung von ortsnahen Krankenhäusern wären Probleme von Flächenländern im Osten der Republik, wird inzwischen eines Schlechteren belehrt. Auch im „reichen“ Süden oder Südwesten der Republik nimmt die Zahl der Landstriche zu, wo Hausärzte keine Nachfolger für ihre Praxen finden, wo kleinere Krankenhäuser in Existenznot geraten, wo die ortsnahe gesundheitliche Basisversorgung in Gefahr ist. Die Gesundheitsversorgung wird zu Recht zur Daseinsvorsorge gezählt, für die die Gemeinschaft einzustehen hat.

Die Gemeinden verändern ihre Erscheinung

Es ist unverkennbar, dass sich die sozialen Bezüge der Bürger in und zu ihrer Gemeinde seit der Mitte des 20. Jahrhunderts zunächst schleichend, dann immer schneller verändern. Wo noch vor wenigen Jahrzehnten Bäcker, Metzger, Gemüse- und Milchladen zu Fuß erreichbar waren, muss jetzt der Supermarkt am Ortsrand angefahren wer-

den. Wo sich die Stammgäste abends „um die Ecke“ bei der Wirtin in dritter Familiengeneration trafen, sind die Zapfhähne längst abgebaut. Familienkontakte finden nicht mehr im Haus oder über die Straße, sondern allenfalls per Telefon statt. Bankgeschäfte werden nicht mehr in der Filiale nebenan, sondern im Zentralort oder per Internet erledigt. Das Rathaus ist in die Gesamtgemeinde umgezogen und selbst der Pfarrer betreut mittlerweile drei Gemeinden gleichzeitig. Kurz gesagt: Das, was man soziales Umfeld nennt und was der Mensch braucht, ist nicht mehr da, wo es war und es ist nicht mehr so, wie es war.

Für den mobilen Teil der Bevölkerung mag das kein Problem sein. Er kann sein Verhalten auf diese Veränderungen einstellen, er hat diese Veränderungen durch sein Verhalten vielleicht mit verursacht. Für die weniger mobilen Menschen – für Alleinstehende, Ältere, Kranke – ist das Problem greifbar. Soziales Wohlbefinden hat unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte in ihrer Ottawa-Charta: „Gesundheit wird primär im Alltag und nicht im Gesundheitswesen hergestellt“.

Hausärzte finden keine Nachfolger für ihre Praxis

Der Prozess der Ausdünnung der Leistungsangebote, der Konzentration von wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Dienstleistungen hat auch im Gesundheitswesen begonnen. Die Mittel werden knapper, die Gesundheitsberufe müssen sich dem verordneten Wettbewerb öffnen. Fol-

gen davon sind: Die Anzahl der Krankenhausbetten wird verringert, Apotheken müssen schließen. Wie immer beginnt die Entwicklung in strukturschwachen Regionen.

Auch die Arztpraxen sind von dieser Entwicklung betroffen: Der Kostendruck macht die traditionelle Hausarztpraxis weniger rentabel, die soziale und demographische Entwicklung tut ihr Übriges. Immer mehr ältere Hausärzte suchen Nachfolger für ihre Praxen – und stoßen auf immer weniger Interessenten. Und die zunehmend weiblichen Interessenten tun sich schwer, das traditionelle Berufsbild des Landarztes mit ihrer eigenen Lebensplanung in Übereinstimmung zu bringen.

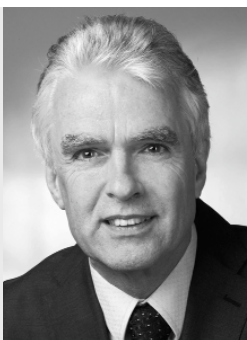
Diese Entwicklung ist fatal: Erstens für die Praxisinhaber, für die der Verkaufserlös ihrer Praxen traditionell als Teil ihrer Altersvorsorge eingeplant ist. Zweitens für die Patienten, deren Anbindung an eine ortsnahe Gesundheitsversorgung verloren geht. Und Drittens für die Verantwortlichen in den Gemeinden, die ihre wichtigste Aufgabe, für die Daseinsvorsorge der Bevölkerung einzustehen, nicht mehr erfüllen können.

In der Krise liegt auch eine Chance

Ein vergleichender Blick auf die gesellschaftliche Entwicklung zeigt, dass die derzeitige Entwicklung im Gesundheitswesen weder zufällig, noch singulär oder gar vermeidbar ist. Die Lösung findet sich deshalb auch nicht in der Reaktion auf Symptome, wie etwa der Verbesserung des Zugangs zum Medizinstudium oder der Subventionierung von Arztpraxen durch Kommunen. Vielmehr muss ein systemischer Ansatz gesucht werden, der die Frage beantwortet, wie

- einer immer älter werdenden Bevölkerung,
- die immer länger geistig und auch körperlich mobil bleibt,
- aber in der späten Lebensphase dennoch starken Einschränkungen unterliegt,

Ullrich Eidenmüller
war Bürgermeister der
Stadt Karlsruhe und ist
Vorsitzender der CL
Clinic and Health Care
Management AG.
www.cl-ag.eu, eiden-
mueller@cl-ag.eu



gleichwohl aber am gewohnten Ort bleiben will,

- angesichts der Ausdünnung traditioneller Versorgungsangebote,

die Versorgung und der Verbleib in der gewohnten und gewünschten Umgebung zu angemessenen finanziellen Bedingungen ermöglicht werden kann.

In der Krise liegt die Chance, die überkommenen Strukturen zu überprüfen und das, was sich zur Bewältigung der neuen Aufgaben als untauglich erweist, über Bord zu werfen. Was wir zur Zeit vorfinden, ist ein System, das den Menschen in Schubladen steckt: Mal ist die Krankenversicherung für ihn zuständig – unterteilt wiederum in die ambulante, 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 Legende.

Was wir brauchen, ist ein System, das eine für alle Beteiligten überschaubare, einheitliche Antwort gibt auf die Fragen, die sich dem Bürger 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 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 brauchen, ist ein ortsnahes Angebot, das weit über die medizinische Versorgung hinausgeht – insbesondere für hochbetagte und alleinstehende Menschen. Wir brauchen ein Angebot, das auf die Fragen der Menschen ohne Rücksicht auf gewachsene Verwaltungs- und Finanzstrukturen antwortet.

Zurück in die Zukunft: Keine neuen Instanzen

Der Ansatz ist so neu nicht, auch wenn er auf aktuelle Entwicklungen reagiert. Jede Zeit wirft eigene, ganz spezielle Probleme auf, immer mussten die politisch Verantwortlichen darauf die passenden, neuen Antworten erarbeiten. So schloss der medi-

zinische Auftrag an die mittelalterlichen Hospize, die Vorläufer der modernen Krankenhäuser, auch die Versorgung von Alten, Armen und seelisch Kranken ein.

Nun kann es heute nicht darum gehen, neue Instanzen zu erfinden, um die Bedürfnisse zu befriedigen. Im Gegenteil – es gilt, die unterschiedlichen Angebote zusammenzuführen, Gruppeninteressen zu überwinden, Doppelstrukturen abzubauen, Gräben zu überbrücken. Dazu müssen alle Beteiligten an einen Tisch – an einen „Problemlöser-Tisch“. Stationäre und ambulante Gesundheitsstrukturen werden mit den traditionellen Angeboten der sozialen Fürsorge vernetzt. Diese neue Verbindung „Ambulant-Stationär-Soziales“ (A-S-S), fordert insbesondere die Kommunalverwaltungen. Die kommunale Ebene, die traditionell und zugleich auch in den Augen der Bürger für die Daseinsvorsorge verantwortlich ist, sollte die Führungs- und Koordinationsaufgabe übernehmen!

Gesundheitskonferenzen und Runde Tische

Inzwischen hat auch der Gesetzgeber begonnen, die Angebote zu verzahnen. Was auf der Basis regionaler und freiwilliger Zusammenarbeit in Form von runden Tischen begann, wird in den aktualisierten Landeskrankengesetzen zu „Gesundheitskonferenzen“ zusammengeführt. So sieht das neue Hessische Krankenhausgesetz 2011 regionale, flächendeckend verteilte Gesundheitskonferenzen vor. Sie haben u.a. die Aufgabe, „drohende Unterversorgungen zu erkennen, Qualitätsdefizite aufzudecken, Vorschläge zur Optimierung der Versorgung zu machen“¹. Den Vorsitz der Gesundheitskonferenz sollen die Vertreter der Landkreise bzw. der kreisfreien Städte übernehmen. Auch in Baden-Württemberg legte die damalige schwarz-gelbe Landesregierung ein Aktionsprogramm „Landärzte“ auf und schlug dabei die Einrichtung von Gesundheitskonferenzen auf kommunaler Ebene vor.

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. Es ge-

hört nicht allzu viel Mut zu der Prognose, dass der bislang gewohnte Widerstand der Verbände und Organisationen der niedergelassenen Ärzte angesichts der ganz real gefährdeten Landpraxen bald Vergangenheit sein wird. Und die Auswirkungen der demographischen Entwicklung beginnen erst.

Die kommunale Gesundheitskonferenz kann zum Nukleus einer zukunftsfähigen Versorgungsstruktur für die Menschen werden – nicht nur auf dem Land. Sie kann zur Basis eines passgenauen rechtlichen und organisatorischen Rahmens für ein regionales ambulant-stationär-soziales Netzwerk A-S-S werden, das eine verlässliche, dauerhafte Grundlage zur Sicherung der Versorgung bildet. Dabei sind folgende Überlegungen zu berücksichtigen:

- 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, Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit, Patienten-Holdienste, Zusammenlegung von Notdiensten, Notfallhilfen.
- Erweiterung dieser Zusammenschlüsse auch auf nichtärztliche medizinische Berufe und Handelsangebote bis hin zur Schaffung attraktiver Gesundheitszentren. Womit der Wert der einzelnen Praxen weiter gestärkt wird.
- Verzahnung dieser Angebote mit dem stationären Bereich, Schaffung sektorenübergreifender 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: Bereitstellung von Räumen und gesellschaftsrechtlichen Rahmen (z.B. Medizinische Versorgungszentren unter kommunaler Führung).

Die Probleme liegen auf der Hand. Sie sind dann lösbar, wenn das Versorgungssystem nicht aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der Anbieter betrachtet wird, sondern von den Interessen der betroffenen Bürger aus definiert wird. Es gilt jetzt, alle Beteiligten vor Ort an einen Tisch zu holen. ■

Anmerkung

1) Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 – HKHG 2011) vom 21. Dezember 2010, § 21 (1).