

Zuversicht? Einblicke in den hausärztlichen Versorgungsalltag in zwei ländlichen Gebieten NRW

Still Cause for Hope? Insights into Family Practice in Two Rural Areas in Northrhine-Westfalia

Vera Kalitzkus¹, Marcus Redaelli¹, Paul Jansen¹, Iris Schluckebier¹, Stefan Wilm¹

Einführung: Die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung ist in ländlichen, strukturschwachen Gebieten Deutschlands bereits heute gefährdet (fehlender ärztlicher Nachwuchs, demografischer Wandel). Ziel dieser qualitativen Lokalstudie ist das Erkennen der konkreten Versorgungssituation und des Praxisalltags aus Sicht der beteiligten Akteure in zwei ländlichen Versorgungsregionen Nordrhein-Westfalens. Basierend auf Kenntnis der lokalen Gegebenheiten sollen bisher wenig diskutierte Lösungsmöglichkeiten zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung erkannt werden.

Material und Methode: Über strukturierte Telefoninterviews wurden die Versorgungsdaten von den Hausärzten erfragt. Anschließend erfolgte die Erhebung zur Sichtweise von an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen über qualitative Interviews. Insgesamt wurden 14 Gespräche mit 16 Interviewpartnerinnen und -partnern geführt, darunter fünf der sieben in den beiden Regionen praktizierenden Hausärzte.

Ergebnisse: Die Hausärzte beider Regionen sehen die Sicherung der hausärztlichen Versorgung als bedroht, wenn der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklung nicht gegengesteuert wird. Kritisiert werden die ungenügende und unsichere Finanzierung und steigender Bürokratie- und Verwaltungsaufwand. Stark belastend wird auch die zunehmende Beschränkung hausärztlicher Handlungsspielräume gesehen, die einer Deprofessionalisierungstendenz gleichkommt. In den Interviews wird eine empfundene mangelnde Wertschätzung seitens des Gesundheitssystems respektive der Gesellschaft deutlich. Ihre Tätigkeit selbst schätzen die Hausärzte hingegen sehr positiv ein. Insbesondere die intensive Arzt-Patienten-Beziehung im hausärztlichen ländlichen Bereich sorgt für berufliche Zufriedenheit.

Introduction: In some rural, structurally weak areas in Germany, primary medical care is in peril. Fewer family practitioners have to care for a relative constant number of patients (shortage of future family physicians, demographic change). Aim of this qualitative study is to discern the concrete situation of medical care and daily practice from the perspective of the involved actors in two rural areas of Northrhine-Westfalia. Solutions for the securing of family practices which so far have not yet been discussed should be identified on the basis of sound knowledge of the local conditions.

Material and Methods: Data about the situation of primary care were gathered by structured telephone interviews with the family practitioners. After that the perspective of professions involved in the health care of the population was examined by qualitative interviews. 14 interviews with 16 interviewees were conducted, including five of the seven family practitioners in the region.

Results: Family practitioners in both regions see the future safeguard for family practice in peril, if there is nothing done against the actual developments in health care politics. They criticise insufficient and uncertain financing and growing bureaucratic and administrative tasks. Strongly criticised is the growing restriction of the scope in family practice, which is a form of deprofessionalisation. The interviews show a feeling of lacking acknowledgement from the health care system and society. Family medicine itself is nevertheless highly valued by the family practitioners. Especially the intensive doctor-patient-relationship in family practice in rural areas is a source for professional contentment.

Conclusion: Varying context factors prove to be important for the family practice of the patients even within regionally restricted areas. We identified the professional

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke

Peer reviewed article eingereicht: 27.06.2011, akzeptiert: 29.09.2011

DOI 10.3238/zfa.2012.0037-0042

Schlussfolgerung: Unterschiedliche Kontextfaktoren zeigen sich bereits innerhalb eines regional eingeschränkten Kreises für die Versorgung der Patienten bedeutsam. Als zentral erweist sich das jeweilige professionelle Selbstverständnis, das sich entsprechend der neuen Formen der Kooperation wandeln muss. An der Basis zeigt sich die Notwendigkeit, eine Kultur des Dialogs zu schaffen, die sich jenseits der Professionsgrenzen um Konzepte einer patienten- und wohnortnahen Versorgung bemüht.

Schlüsselwörter: Hausärztliche Versorgung; Primärversorgung; Versorgungskonzepte; Qualitative Studie

self-conception that has to change according to new forms of cooperation as well as the necessity to develop a culture of dialog that aims for patient-centred and decentral primary care.

Keywords: Family practice; Primary Care; Rural Areas; Health Care Systems; Qualitative Study

Einleitung

ZuVerSicht – so das provokative Akronym einer qualitativen Studie zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten aus Sicht von Gesundheitsberufen und Patienten. Zuversicht für die Situation der hausärztlichen Versorgung angesichts der aktuellen gesundheitspolitischen Lage scheint nicht angebracht. „Die momentane Situation ist katastrophal, die Zukunft ist schwarz,“ so sagte ein Hausarzt aus der Region, der sich nicht an der Studie beteiligen wollte. Er war nicht der einzige, der auf die Bitte um Beteiligung an diesem Projekt äußerst zurückhaltend reagierte. Die Stimmung an der Basis scheint so schlecht wie kaum zuvor. Trotz des zögerlichen Verhaltens seitens der Hausärzte sollte an diesem Projekt festgehalten werden, um die Stimme der Basis in die (gesundheits-)politische Diskussion einzubringen.

Mit ansteigender Alterung der Bevölkerung nehmen chronische Erkrankungen und Multimorbidität zu, und damit der Bedarf an medizinischen Leistungen, insbesondere der hausärztlichen Praxis. Doch Praxen ausscheidender Ärzte können teilweise nicht neu besetzt werden. So müssen immer weniger Hausärzte eine relativ konstante Zahl an Patienten versorgen. Ziel war es, über eine Lokalstudie die konkrete Versorgungssituation in einer von hausärztlicher Unterversorgung bedrohten Region zu beschreiben. Auf diesem Wege sollten lokale und Strukturvariablen erkannt werden, die die Versorgungssituation im Alltag beeinflussen. Ferner war es Ziel, nach Lösungsvorschlägen von der Basis und unter intimer Kenntnis der lokalen Bedingungen aus der Praxis für

die Praxis zu suchen. Der vorliegende Artikel konzentriert sich auf die Frage des hausärztlichen Alltags und ihres Selbstverständnisses [1].

Methode

Die Wahl fiel auf zwei ländliche Versorgungsregionen in Nordrhein-Westfalen, die als von Unterversorgung bedroht gelten. Die Studie war in zwei Phasen geteilt. Zur Erfassung der Versorgungsrealität in den beiden Regionen wurden im Mai 2008 strukturierte Telefoninterviews mit den dort ansässigen Hausärzten geführt. Anschließend erfolgte die Erhebung der erfahrungsbasierten Sichtweise auf die lokale gesundheitliche Versorgung über leitfadengestützte narrative Interviews. Dazu wurden 14 Gespräche mit 16 Personen von an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (Hausärzte, MFA, Pflegedienste) und Betroffenen (Patient und pflegende Angehörige) von 0,5 bis 2,5 h Dauer geführt, darunter mit fünf der sieben in der Region praktizierenden Hausärzte (Zeitraum: 03/2009 bis 06/2010). Die Leitfäden enthalten identische wie gruppenspezifische Fragen. Die von einer Sozialwissenschaftlerin geführten Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Kontextinformationen zu Gesprächssituation und -verlauf wurden nach dem Interview festgehalten.

Nach einer ersten Erzählphase der Gesprächspartner wurden Nachfragen nach einem typischen Arbeitstag/-woche, zur Zusammenarbeit im Team, der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen, nach Beispielen gelungener und misslungener Kooperation gestellt. Im letzten Gesprächsteil ging es um Vor-

schläge zur Verbesserung der Versorgung insbesondere von chronisch kranken, älteren und/oder immobilen Patienten. Verzichtet wurde auf Fragen, die nach Einstellungen bzgl. bestimmter Maßnahmen oder Modellprojekte abzielten, da solche Fragen Daten auf einer anderen Ebene (Akzeptanz, Experteneinschätzung) liefern. Die Analyse von Fragen nach dem eigenen Erleben und der eigenen Praxis lassen hingegen Rückschlüsse über Selbstbild, Selbstwahrnehmung und Haltungs-Aspekte zu.

Die Transkripte wurden in einem multiprofessionellen Team (Hausarzt, Medizinische Fachangestellte [MFA], Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester/Sozialwissenschaftlerin, Altenpflegerin, Gesundheitsökonom) analysiert. Zur Anwendung kam der integrative, textthermeneutische Analyseansatz nach Kruse, da hiermit den unterschiedlichen „Aufmerksamkeitsebenen“ der Gespräche (nach Kruse die Ebenen der Interaktion, Semantik, Syntaktik und Erzählfiguren) berücksichtigt und entsprechend ausgewertet werden konnten [2]. Jedes Interview wurde zunächst für sich analysiert, um die spezifische Sichtweise der Gesprächspartner herauszuarbeiten. In einem weiteren Schritt wurden die Einschätzungen zu bestimmten Themen miteinander verglichen und interpretiert.

Untersuchungsgruppe

Angestrebt war eine vollständige Teilnahme aller Hausärzte in den beiden Versorgungsregionen (n=7). Stellte sich die telefonische Abfrage der Praxiseckdaten im Jahre 2008 kaum problematisch dar, stießen die Anfragen für ein längeres Gespräch zu diesem Thema auf

großen Widerstand. Dennoch gelang es, fünf der sieben niedergelassenen Hausärzte an der Studie zu beteiligen. Aus diesen Arztpraxen wurden mit vier MFAs Interviews geführt. Auch ambulante Pflegedienste (n=4) aus den beiden Versorgungsregionen wurden zu ihrer Einschätzung befragt sowie ein Patient und zwei pflegende Angehörige. Dieser Artikel beschränkt sich allein auf die ärztliche Sichtweise. Zum Schutz der Anonymität wurden die Initialen der Interviewten verändert.

Hintergrundinformationen zu den beiden Versorgungsregionen

Die Bevölkerungsdichte ist in beiden Versorgungsregionen sehr unterschiedlich. Sie reicht von etwa 250 EW/km² bis zu unter 70 EW/km² (Zum Vergleich: Die Bevölkerungsdichte in NRW im Durchschnitt beträgt 523 EW/km², in den Großstädten deutlich darüber [Bochum: über 2.500 EW/km², Dortmund 2.085 EW/km²; Mecklenburg-Vorpommern, das dünnst besiedelte Bundesland der BRD, hat 72 EW/km²). In manchen abgelegenen Dörfern haben Patienten bis zu 18 km zu ihrem Hausarzt zurückzulegen. Die Altersstruktur der Bevölkerung in beiden Regionen ist vergleichbar mit dem Durchschnitt in NRW. Die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ist schlecht, insbesondere in abgelegenen Orten bzw. Ortsteilen. Die nächsten Akut-Krankenhäuser befinden sich je 10 bis 15 km vom Zentrum der untersuchten Regionen entfernt. Die Arztdichte liegt bereits unter der vorgegebenen Norm der Bedarfsplanungsrichtlinien. Nach dieser Norm müssten in beiden Regionen 12 statt der heute insgesamt sieben Hausärzte niedergelassen sein. So hat in der Region Sonntal [3] ein Hausarzt fast 3.000 Patienten zu betreuen, in der Region Freudental über 3.200 Patienten. Das entspricht einem Verhältnis von etwa 1:3200 EW statt 1:1750 EW in der Region Sonntal, und etwa 1:3000 EW statt 1:1600 EW in der Region Freudental [4]. Das Alter der Hausärzte liegt mit 51 bzw. 54 Jahren etwa im Bundesdurchschnitt, doch zeigt sich in einer Region bereits die Nachfolgerproblematik.

In der Region Sonntal sind im Umkreis von 10 km insgesamt 13 Pflegeeinrichtungen angesiedelt. Seit einigen Jahren gibt es ein stationäres Wohn- und Pflegezentrum am Ort. Dort stehen über 50

Pflegeplätze und wenige Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Im Umkreis von 15 km gibt es fünf weitere Senioren- und Pflegeheime. Freudental, dessen Einwohnerdichte deutlich unter der von Sonntal liegt, verfügt über zwei ambulante Pflegedienste. Allerdings sind beide so in Freudental gelegen, dass zu den äußeren Ansiedlungen rund 14 km zurückgelegt werden müssen. Freudental verfügt über keine stationäre Pflegeeinrichtung, die nächstgelegene ist 12 km entfernt, die nachfolgende liegt bereits über 20 km entfernt, dies gilt auch für die nächste Kurzzeitpflege. Im Umkreis von 30 km befinden sich insgesamt neun stationäre Pflegeeinrichtungen.

Ergebnisse

Einschätzung der Versorgungslage durch die Hausärzte

Nach Einschätzung der Studienteilnehmer – darin stimmen die Hausärzte, Pflegedienste und MFA überein – ist die Versorgung in beiden Versorgungsregionen noch auf gutem Niveau gesichert. Dies jedoch auch, so wurde in den Interviews zum Ausdruck gebracht, weil sich die Hausärzte trotz der im Vergleich zu früheren Jahren geringeren Vergütung und bürokratischen Erschwernisse für ihre Patienten einsetzen. In der Region ist die Neustrukturierung der kassenärztlichen Notdienste mit zentralen Anlaufstellen eine große Erleichterung für die Hausärzte, hat aber dazu geführt, dass Patienten weitere Anfahrtswege und längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Davon sind insbesondere pflegebedürftige und immobile Patienten in abgelegenen Gebieten der beiden Versorgungsregionen betroffen. Die zukünftige Sicherung der hausärztlichen Versorgung sehen die Befragten jedoch bedroht, falls sich für die in absehbarer Zeit aus Altersgründen ausscheidenden Hausärzte keine Nachfolge findet. Denn bereits heute ist nach Einschätzung der Befragten aufgrund der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität in der Bevölkerung ein gesteigerter hausärztlicher Versorgungsbedarf zu verzeichnen. Diese Einschätzung findet sich in wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema belegt [5].

Pflegebedürftige Patienten in abgelegenen Gebieten der Versorgungs-

regionen kämpfen schon heute mit Schwierigkeiten. Die Familienstrukturen haben sich geändert, Hilfe für Pflege und Fahrten zum Arzt sind nicht mehr so leicht zu organisieren, die Infrastrukturen schlechter geworden. Für Ärzte und Pflegedienste gestalten sich Hausbesuche zunehmend schwierig – aus zeitlichen und finanziellen Gründen. Durch die langen Wegstrecken zum Arzt erhöhen sich aber auch medizinische Risiken [6]. Die sozioökonomische Lage ist insbesondere in der Region Sonntal durch Probleme der dort angesiedelten mittelständischen Industrie sehr angespannt (drohende Entlassungswelle). Diese Probleme führen zu steigendem Beratungsbedarf in psychosozialen Fragen, der in die Arztpraxen getragen wird. Auch aufgrund der veränderten Familienstrukturen benötigen viele Patienten Unterstützung durch die Arztpraxen oder den Pflegedienst (bspw. bei Antragstellungen). Die frühen („blutigen“) Entlassungen aus den Krankenhäusern stellen ein zusätzliches Problem für die häusliche Pflege und hausärztliche Versorgung dar.

Der Praxisalltag der Hausärzte

Obwohl die Arztdichte unter dem Soll liegt (s.o.), wird die Situation von den Hausärzten heute als noch tragbar empfunden. Es werde jedoch in absehbarer Zeit problematisch werden, falls keine Nachfolge für ausscheidende Kollegen gefunden wird, so die Einschätzung unserer Gesprächspartner. Einer der Hausärzte sucht seit längerem vergeblich einen Nachfolger. Zwei weitere Hausärzte würden gerne einen Partner oder eine Partnerin in ihre Praxis nehmen, doch auch hier verlief die Suche bisher erfolglos. Von drei Hausärzten werden bereits Veränderungen in ihrer Patientenpalette beschrieben: die Multimorbidität nehme zu und damit steige auch der Versorgungsbedarf, die Arbeitslast für die Hausärzte. Die von uns befragten Hausärzte warnen vor einer Entwicklung, aus der heraus es zu gefährlichen Engpässen kommen kann, falls nicht gegengesteuert wird.

In den Gesprächen kristallisieren sich aus hausärztlicher Sicht vier Hauptprobleme heraus: als Problem Nr. 1 die Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit, gefolgt von steigender Multimorbidität

und Fallzahlsteigerung sowie steigender Bürokratie. Positiv für den hausärztlichen Alltag hingegen bewerten die Ärzte die Neuregelung der Notdienste, die sie deutlich entlastet. Die vielen Dienste mit zum Teil weiten Fahrten in der Nacht wurden retrospektiv von allen Beteiligten als große Belastung empfunden, eine Erfahrung, die in anderen Studien bestätigt wird [7].

Dennoch fällt das Fazit von Dr. G. zur heutigen Situation negativ aus: mehr Arbeit für weniger Vergütung führe zu Frust bei den Hausärzten, so seine Einschätzung. Eine solche Situation schrecke hausärztlichen Nachwuchs ab. Zudem steht im ländlichen Bereich die Aufgabe der Integration in die Dorfgemeinschaft und das Inkaufnehmen einer schlechten Infrastruktur an, ergänzt Dr. F. diese Problematik. Dies führe, so Dr. G., bei der derzeitigen Bevölkerungsentwicklung zu einer gefährlichen Entwicklung, einer primärmedizinischen Unterversorgung: *„Aber die Problematik, dass man einfach ganz klar sagen muss, die Arbeit wird permanent mehr und die Vergütung wird permanent weniger. Und dieses Missverhältnis geht irgendwo soweit auseinander, dass es, ja, schlicht und ergreifend Frust schafft. Und wenn man jetzt berücksichtigt, dass von den Kollegen niemand nachkommt, oder zumindest deutlich eingeschränkt nachkommt, die Arbeit aber entsprechend gar nicht weniger werden kann, dann ist einfach die Schere immer größer und das Missverhältnis geht immer weiter auseinander. Und das ist eine ganz gefährliche Entwicklung ...“*

In der Praxis von Dr. O. führt der steigende Versorgungsbedarf bereits heute zu einem deutlichen Anstieg an Arbeitslast. Die alltägliche Praxis, so sagt er, *„[ist] im Prinzip geprägt vorwiegend durch Stress und Hektik. Einfach um diese Patientenmengen zu bewältigen. Das, was man sich ursprünglich mal vorgestellt hat, als Arzt zu arbeiten, ... das sind so Highlights mehr oder weniger, die man eigentlich nur noch selten hat, dass man sich wirklich mal mit einem Patienten beschäftigen kann.“*

Zusammengenommen lässt sich festhalten, dass die vier benannten Hauptprobleme – Vergütung, Zunahme von Multimorbidität, Fallzahlsteigerung und Zunahme von Bürokratie – die Arbeitsbelastung steigen und die Zufriedenheit der Ärzte in ihrer alltäglichen Arbeit sinken lassen.

Der Hausbesuch

Der Hausarztbesuch ist sowohl gesundheitspolitisch wie auch innerhalb der Hausärzteschaft ein intensiv diskutiertes Thema, wenn es um die Frage der Sicherung der hausärztlichen Versorgung geht. Zum einen wird über die Bedeutung des Hausbesuches in der Patientenversorgung diskutiert: Handelt es sich dabei um „Luxus“ aus früheren Zeiten, den man sich heute im Zuge der knappen finanziellen und zeitlichen Ressourcen nicht mehr leisten kann, oder ist der Hausbesuch auch heute noch von diagnostischem und therapeutischem Wert? So empfiehlt der Gesundheitsrat Südwest präventive Maßnahmen, etwa den präventiven Hausbesuch, um die Selbstständigkeit älterer Menschen möglichst lange zu erhalten [8]. Zum anderen wird erörtert, ob Hausbesuche auch durch andere Gesundheitsberufe durchgeführt werden könnten – etwa durch eine „Schwester Agnes“ oder durch eine entsprechend geschulte MFA [9]. Bei den von uns befragten Hausärzten zeichnet sich bzgl. der Einschätzung von Hausbesuchen kein einheitliches Bild ab, wenngleich deren Durchführung insgesamt tendenziell abgenommen zu haben scheint. Der Hausbesuch zeigt sich hier nicht als vorrangiges Thema. Dennoch wird seine diagnostische und therapeutische Bedeutung in der Patientenversorgung – gerade mit Zunahme multimorbider Patienten, zunehmend älterer Bevölkerung sowie steigenden psychosozialen Problemlagen – gesehen und als wichtiges Merkmal hausärztlicher Tätigkeit eingeschätzt: *„Denn manche Leute kommen einfach nicht klar. Und die fallen dann irgendwo in so ein Loch, wenn sich der Hausarzt nicht drum kümmert“*, so die Einschätzung von Dr. O. Damit bestätigt sich die vorläufige Einschätzung einer Studie zu Beratungsanlässen bei Hausbesuchen, die im Hausbesuch, „ein etabliertes Instrument zur medizinischen Versorgung von insbesondere älteren, multimorbiden und in ihrer Mobilität eingeschränkten Patienten“ sieht [10].

Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Wichtiger Bestandteil zur Sicherung der Versorgung in ländlichen Gebieten wird die Qualität der Zusammenarbeit aller

beteiligten Berufsgruppen sein. Die Kooperation wird jedoch, so zeigt die Analyse unserer Gespräche, durch folgende Aspekte negativ beeinflusst:

- unterschiedliche Einschätzung von Krankheitsbildern (z.B. MRSA),
- mangelndes Wissen über strukturelle Arbeitsbedingungen und Vergütungsregeln der anderen Berufsgruppen,
- mangelndes Vertrauen in bzw. Verlässlichkeit von Qualität/Können der anderen Berufsgruppen,
- Kommunikationsstrukturen – zu wenig Zeit für persönlichen Austausch, Kennenlernen,
- gegenseitiges „Bekämpfen“ statt gemeinsame Stoßrichtung für gesundheitspolitische Aktivitäten finden.

Erler et al. vermuten im zwischenmenschlichen Bereich „die mit Abstand wohl größte Barriere [...] einer erfolgreichen Zusammenarbeit sowohl von Hausärzten einer Region als auch von Hausärzten und Fachspezialisten“ [12]. Die Studie *ZuVerSicht* belegt die positive Formulierung dieser Einschätzung: Gute Kooperation gelang in den uns geschilderten Fällen immer dann, wenn ein guter persönlicher Kontakt hergestellt war und damit sowohl Arbeitsweise als auch fachliche Kompetenz der Partner aus eigener Erfahrung bekannt und verlässlich waren. Bedeutsam ist aber auch das jeweilige professionelle Selbstverständnis der anderen beteiligten Berufsgruppen, die sich entsprechend der neuen Formen der Kooperation ebenfalls wandeln müssen.

Hausärztliches Selbstverständnis

Deutlich imponiert bei den niedergelassenen Hausärzten das Gefühl fehlender Wertschätzung von Seiten der Politik und des Gesundheitssystems. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen aus der Studie der Arbeitsgruppe um Schmacke, in der die Hausärzte ebenfalls die Beschneidung ihrer Zuständigkeitsbereiche und das schlechte Image der Allgemeinmedizin beklagen [13]. Die Gespräche mit Hausärzten der vorliegenden Studie zeigten, dass die hausärztliche Tätigkeit selbst hingegen positiv bewertet wird. So ist bspw. Dr. G. trotz der verbesserungswürdigen Umstände immer noch gerne Hausarzt. Kraft und Motivation zieht er aus seiner palliativmedizinischen Tätigkeit. Er lässt sich

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus ...

... ist Sozialwissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt Medizinische Anthropologie. Ihre Themenschwerpunkte: Arzt-Patienten-Kommunikation, Familienmedizin, Biografie und Krankheit, Patientenperspektive, Qualitative Forschung. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke.

vom Schicksal seiner Patienten auch emotional berühren und zieht Befriedigung aus positiven Rückmeldungen seiner Patienten: „Heute fragte mich noch eine Patientin, ‚Sagen Sie, Sie sind ja gut drauf.‘ Ich sag, ‚Wissen Sie was, wenn Sie in diesem Beruf meinen, dass Sie schlecht drauf sind, dann müssen Sie sich nur mal zwei Patientenakten angucken, ja?‘ Man hat ja wirklich auch mit absolut Elend zu tun, mit absolut Leid zu tun. Auch Situationen, wo man selber [...] einfach emotional mit drinhängt. Aber [...] man kriegt auch unheimlich viel positive Rückmeldungen, das muss man ehrlich mal sagen. Es ist also nach wie vor, es ist ein wunderschöner Job und ich bin superfroh, dass ich das gemacht habe.“

Dr. I. betont die Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient in der hausärztlichen Versorgung und den Stolz, den ein Hausarzt darüber empfindet: „Wo der Arzt eigentlich für alles zuständig ist, aber vor allem, dass der Arzt sich sehr mit dem Patienten verbindet. [...] Das basiert auf gegenseitigem Vertrauen. [...] Ist für ihn auch, also irgendwie so anerkannt, dass er selbst auch stolz ist zum Beispiel die Patienten zu haben, zu betreuen, dass die ihm vertrauen. Und deswegen, diese Bindung ist ganz, ganz anders als in solchen großen MVZ.“

Hervorgehoben wird das hausärztliche Ethos, sich für die zu betreuende Bevölkerung einzusetzen und dafür auch private (lange Arbeitszeiten, Notdienste) und finanzielle Einbußen hinzunehmen. Dafür genießen die Ärzte in ihren Gemeinden Anerkennung und Wertschätzung durch die Bevölkerung – und das tut ihnen gut.

Betont wird die besondere Bedeutung des Arzt-Patienten-Kontaktes im hausärztlichen Handeln, insbesondere in ländlichen Regionen und der umfassende Charakter der Allgemeinmedizin: „Vom Fußpilz bis zur Ehescheidung“, das ist das Spektrum, das Dr. H. mit seiner Entscheidung Allgemeinarzt zu werden, in seiner ärztlichen Tätigkeit abdecken

wollte. Der oftmals über Generationen gehende Kontakt zu Patienten und ihren Familien wird als Bereicherung erlebt. Mit ihrem umfassenden, integrativen Blick könnten Hausärzte einen besonderen Beitrag in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung leisten: Erkennen psychosozialer Problematik, bevor sie sich gesundheitlich niederschlägt, Vermeidung von unnötiger Diagnostik und stationärer Behandlung.

Diesem Verständnis von Hausarztmedizin als „umfassender Medizin“ steht die von Hausärzten konstatierte zunehmende Beschneidung ihrer Aufgabenbereiche entgegen. Dr. O. bemängelt, dass er das, wofür er mal „angetreten“ sei, unter den heutigen Bedingungen nicht mehr durchführen könne. Dr. F., ein Landarzt alter Schule, hat zu Beginn seiner Berufslaufbahn auch „alles gemacht“ und gerade daraus berufliche Befriedigung gezogen. Heute hingegen sieht er sein Aufgabenfeld beschnitten. „Man hat uns ja auch viele Dinge, die wir früher gemacht haben, einfach so aus der Hand genommen. Nicht, so kleine Wundversorgung und so etwas alles. Das rechnet sich dann auch nicht mehr.“ Hierzu gehören auch gynäkologische Untersuchungen, Infusionsbehandlungen und spezielle Schmerzbehandlungen, die nun an Spezialisten delegiert sind.

Unisono wird die bestehende Form der Vergütung, insbesondere der genuin hausärztlichen Aufgaben bemängelt. Eine weitere prominente Aussage ist, dass sich die Hausärzte mehr Anerkennung und Wertschätzung innerhalb des Gesundheitssystems wünschen, statt zunehmendem Autonomieverlust in ihrer Berufsausübung ausgesetzt zu sein.

Diskussion

Angesichts der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen sehen die interviewten Hausärzte nicht zuversichtlich in die Zukunft. Beklagt wird in ers-

ter Linie die ungenügende und unsichere Finanzierung, gefolgt von steigendem Bürokratie- und Verwaltungsaufwand sowie Beschränkungen des hausärztlichen Handlungsspielraumes. Stark kritisiert wird auch die zunehmende Beschneidung hausärztlicher Entscheidungsspielräume. Dies kommt einer Deprofessionalisierungstendenz gleich, wie sie auch andernorts benannt wird [14]. Die Stimmung, so zeigt sich in den Gesprächen, ist auch aufgrund empfundener mangelnder Wertschätzung seitens des Gesundheitssystems respektive der Gesellschaft so schlecht.

Die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist zentral für die Qualität der Versorgung. Es empfiehlt sich deshalb, die Ansätze von Teamwork zu stärken – zwischen den Professionen wie auch innerhalb des hausärztlichen Praxisteam. Auch wenn entsprechende Ängste bei allen beteiligten Professionen vorhanden sind, scheint eine Orientierung an diesem Leitgedanken die Gefahr von Konkurrenz abzuschwächen. Dazu muss aber auch das (haus)ärztliche Selbstbild einen Wandel durchlaufen, um die Kompetenz der anderen Professionen anzuerkennen und sie nicht als Bedrohung der eigenen Position wahrzunehmen. Auch die Arbeitsgruppe um Schmacke betont, dass Änderungen bzw. Neuregelungen nur bei Kooperationsbereitschaft der Ärzte möglich sind [11].

Ziel der ZuVerSichts-Studie war es auch, Lösungsvorschläge von der Basis zu erfahren. Doch wurden in den von uns geführten Gesprächen neue bzw. über das bisherige hinausgehende Konzepte mit einer Ausnahme (Vorschlag der Teilfinanzierung einer Stelle für Sozialberatung über das Sozialamt) nicht benannt. Es stellt sich deshalb die Frage, wie neue Lösungsvorschläge, die auf intimer Kenntnis regionaler Strukturen basieren und die Kontextfaktoren mit bedenken, entstehen können? Wären regionale *think tanks* mit Hausärzten und anderen Gesundheitsberufen einer Region ein Weg, um der Ideen-, vielleicht aber auch der Hoffnungslosigkeit bezüglich Veränderungspotenzial und Gestaltungsmöglichkeiten entgegenzuwirken? Um ein noch tieferes Verständnis für die beiden Versorgungsregionen zu bekommen, wäre eine genauere Untersuchung der Perspektive von Patienten und pflegen-

den Angehörigen in der Region notwendig. Sinnvoll wäre bspw. eine Fokusgruppendifferenzdiskussion mit pflegenden Angehörigen einer Region (über Ambulanten Pflegedienst oder die Kirchengemeinde). Dies konnte aus zeitlichen und finanziellen Gründen nicht realisiert werden.

Nicht im gesundheitspolitischen Blick scheint das Potenzial zu liegen, das Hausärzte als Generalisten, bei denen der individuelle Patient im Zentrum steht, für die Versorgung der Bevölkerung und das Gesundheitssystem darstellen. Denn an der hausärztlichen Tätigkeit selbst liegt die „schlechte Stimmung“ in der Hausärzteschaft nicht! Diese wird von den Hausärzten sehr positiv eingeschätzt, wobei insbesondere die intensive Arzt-Patienten-Beziehung im hausärztlichen ländlichen Bereich für berufliche Zufriedenheit sorgt. Somit

bestätigt unsere Studie auch die Einschätzung von Wilm/in der Schmitt: *„Die persönliche, kontinuierliche therapeutische Beziehung des Hausarztes zu seinem Patienten ist und bleibt der Kern der hausärztlichen Tätigkeit“* [15]. Diesen Kern sieht Raspe mit von Troschke auch als Folge einer „Ökonomisierung des professionellen Selbstverständnisses“ bedroht. Er versteht darunter *„den Rückgang der zum Charakter der ärztlichen Profession gehörenden altruistischen Orientierung zugunsten einer eigennützigen Verfolgung ökonomischer Interessen unter Gefährdung der ‚primacy of patients‘ welfare“* [16]. Und diesen Kern gilt es zu stärken und in seiner Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nach außen zu tragen. Das ist mehr als bloße persönliche Befriedigung, sondern gewährleistet, was Patienten in unserem

Gesundheitssystem brauchen: vertrauensvolle Ansprechpartner und Fürsprecher.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Förderung: Die Studie wurde aus Mitteln des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin finanziert.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Stefan Wilm
Department für Humanmedizin
Fakultät für Gesundheit
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
E-Mail: Stefan.Wilm@uni-wh.de

Literatur und Anmerkungen

1. Der Abschlussbericht der Studie ist über die Webseite des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke abzurufen: http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_i_allgemeinmedizin/Forschung/Projekte/Abgeschlossene_Projekte/ZuVerSicht_Projektbericht_7April2011.pdf
2. Kruse J. Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“, Freiburg, 2008: 112
3. Sonnentag und Freudenthal sind Pseudonyme für die beiden Untersuchungsregionen
4. Einwohner-/Arztrelation (allgemeine Verhältniszahlen) für die nach dem 3. Abschnitt, Nr. 9 definierten Raumgliederungen der Bedarfplanungsrichtlinien-Ärzte. Quelle: Statistik der KBV; Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
5. Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. Eine Darstellung anhand der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit 2009. *Z Allg Med* 2010; 86: 93–98
6. Scholz R. Deutschland altert. G+G 2010 Spezial 10/2010: Medizinische Versorgung auf dem Land: Null Bock auf Landleben. Konzepte, Perspektiven, Hintergründe: 4–6
7. Niehus H, Berger B, Stamer M, Schmaack N. Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte. Abschlussbericht, Bremen, 2008: 54
8. Gesundheitsrat Südwest, Landesärztekammer Baden-Württemberg. Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen: Herausforderungen und Lösungsansätze. Abschlussbericht. Reutlingen, 2009 (<http://www.aerztekammer-bw.de> [Themen A-Z/Gesundheitsrat Südwest])
9. Entsprechende Schulungen werden etwa vom Hausärzterverband oder den Ärztekammern angeboten, z.B. EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) oder VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis). Vgl. hierzu: Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S. AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experimentieren diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *Z Allg Med* 2009; 85: 42–44
10. Voigt K et al. Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen. Erste Ergebnisse der SESAM-3-Studie. *Z Allg Med* 2011; 87: 65–71
11. Niehus H et al. 2008: 38
12. Erler A, Beyer M, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. Eine Darstellung anhand der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit 2009. *Z Allg Med* 2010; 86: 159–165
13. Niehus H et al. 2008: 80–81
14. Raspe H. Zur aktuellen deutschen Diskussion um die Evidenz-basierte Medizin: Brennpunkte, Skotome, divergierende Wertsetzungen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2003; 97: 689–694
15. Wilm S, in der Schmitt J. Was ist der Kern der hausärztlichen Tätigkeit? *Primary Care* 2007; 7 (29–30): 481–486
16. Raspe H 2003: 692