

Viel zu tun



auf dem Land

Hausärzte auf dem Land müssen mehr arbeiten als ihre Kollegen in der Stadt.

Das schreckt den Nachwuchs ab und gefährdet die Versorgung. **Annika Salzmann, Werner Hofmann, Stephanie Heinemann und Stefan Greß** wissen, was die Provinz attraktiver machen könnte.

Ob Schnupfen, Rückenschmerzen oder Stimmungstief – bei Beschwerden gehen die meisten Menschen erst einmal zu ihrem Hausarzt. Auch bei schweren Erkrankungen ist er oft die erste Anlaufstelle: Er muss über Überweisungen an Fachärzte oder die Einweisung ins Krankenhaus entscheiden, die Weiterbehandlung koordinieren, Befunde und Behandlungen dokumentieren. Damit übernimmt er – meist als Allgemeinmediziner weitergebildet – eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung. Viele ältere Menschen, deren Anzahl durch die steigende Lebenserwartung zunimmt, besuchen zudem regelmäßig ihren Hausarzt: Idealerweise praktiziert er vor Ort, ist gut erreichbar und sorgt für eine kontinuierliche Behandlung, zum Beispiel bei chronischen Erkrankungen.

Obwohl die allgemeinärztliche Disziplin einen so hohen Stellenwert hat, sinkt der prozentuale Anteil der Hausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung seit 1979 stetig. Die Bedarfsplanungs-Richtlinien sehen ein Hausärzte-Fachärzte-Verhältnis von 60 zu 40 Prozent vor. In der Realität zeigt sich mittlerweile jedoch ein Verhältnis von etwa 47 zu 53 Prozent. Diese Abweichung wird sich in den kommenden Jahren noch verstärken.

Ärzte zieht es in die Stadt. Fast ein Viertel aller Hausärzte ist 60 Jahre oder älter. Während die Abgänge aufgrund des Alters zunehmen, sinkt gleichzeitig der Anteil der unter 35-Jährigen. Nachwuchsprobleme und mangelnde Wiederbesetzungsraten verringern die Versorgungsdichte. Dies gilt besonders für ländliche und einkommensschwache Regionen: Bei Hausärzten gibt es einen Trend, sich in städtischen Regionen niederzulassen. So gibt es bereits heute deutliche Unterschiede im hausärztlichen

Versorgungsangebot zwischen eher städtisch geprägten und eher ländlich geprägten Gebieten.

Mehr Bedarf an Kooperation. Parallel dazu verändern sich die Erwartungen von nachwachsenden Ärztegenerationen: Kooperative Organisationsformen der Praxis, die Teilzeitarbeitsmodelle erlauben, sind zunehmend gefragt. Diese lassen sich wegen der vorherrschenden Praxisstrukturen jedoch derzeit im ländlichen Raum weniger gut realisieren als in der Stadt.

Offensichtlich steht in ländlichen Regionen ein steigender Versorgungsbedarf einem sinkenden Versorgungsangebot gegenüber. Daraus ergibt sich zwangsläufig ein steigendes Arbeitsaufkommen für Hausärzte auf dem Land. Aus Befragungen geht hervor, dass Medizinstudierende und Absolventen die Arbeitsbedingungen in ländlichen Gebieten als belastender einschätzen. Mit der Niederlassung dort verbinden sie, dass sie

Lesetipps

- Salzmann, A./Hofmann, W./Heinemann, S./Greß, S.: **Wie belastet sind Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland?** Ein Workload-Vergleich nach Praxislage. Fulda, pg-papers : Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit 3/2015.
- Greß, S./Stegmüller, K.: **Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept.** Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Stiftung Hessen, 2011.
- Mergenthal, K./Beyer, M./Güthlin, C./Gerlach, F. M.: **Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg.** Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2013; 107: 386-393

mehr Patienten behandeln und damit mehr arbeiten müssen. Zudem erwarten sie eine unangemessen niedrige Vergütung im Vergleich zur anfallenden Arbeit. Diese Einschätzung könnte ein wesentlicher Grund dafür sein, warum die Wiederbesetzungsrate für frei werdende Arztsitze in ländlichen Gebieten rückläufig ist.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang stellt die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dar. Mit der abnehmenden Anzahl von Hausärzten in ländlichen Gebieten muss auch der Bereitschaftsdienst auf weniger Mediziner verteilt werden. Bei unveränderten Organisationsstrukturen steigt damit die Arbeitslast für die verbleibenden Ärzte. Das Ausmaß der Belastungen im Zusammenhang mit Bereitschaftsdiensten gilt als weiteres zentrales Kriterium für oder wider eine hausärztliche Niederlassung in ländlichen Gebieten. Hinzu kommt, dass das zunehmende Alter der Patienten mehr Hausbesuche erfordert und der Hausarzt damit mehr unterwegs sein muss.

Was sonst noch stresst. Arbeitszeit, Hausbesuche, Bereitschaftsdienste: Die hier vorgestellte Studie „Wie belastet sind Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland? Ein Workload-Vergleich nach geographischer Lage der Praxis“ untersucht die Belastung durch diese Faktoren. Als Workload sind dabei die Arbeitsstunden pro Woche, die Zahl der Hausbesuche pro Woche und der Bereitschaftsdienst über einen Zeitraum von drei Monaten definiert. Sie bilden gut messbare und vergleichbare Indikatoren, um das Arbeitsvolumen von Hausärzten abzubilden. Das Arbeitsaufkommen und die damit verbundene Belastung stehen in engem Zusammenhang damit, wie zufrieden Ärzte mit der Arbeit sind. Hier führen Hausärzte häufig den großen Verwaltungsaufwand, ihren berufsbedingten Stress und eine als unangemessen empfundene Honorierung ihrer Leistungen als Gründe dafür an, warum sie unzufrieden mit ihrer Arbeit sind.

Bereitschaftsdienste machen Medizinern das Leben schwer.

Nachwuchs schaut genau hin. Diese Unzufriedenheit betrifft allerdings nicht nur die aktuelle Ärztegeneration: Arbeitssoziologischen Theorien zufolge hat die subjektive Wahrnehmung der aktuell praktizierenden Hausärzte erheblichen Einfluss darauf, wo die nachfolgende Generation sich niederlässt. Deshalb sollte die Untersuchung auch die Frage klären, als wie belastend Ärzte einen höheren Workload empfinden. An der Befragung nahmen 238 Hausärztinnen und Hausärzte aus 34 Planungsbezirken teil. Die Stichprobe entsprach im Hinblick auf die Verteilung von Alter, Geschlecht, Praxisform und Praxislage weitgehend der Gesamtheit der deutschen Hausärzteschaft. Praxen in Ostdeutschland waren leicht überrepräsentiert. Im Mittel arbeiten die befragten Hausärztinnen und Hausärzte 50 Stunden pro Woche, machen wöchentlich 24 Haus- und Heimbefuche und leisten acht Bereitschaftsdienste in einem Zeitraum von drei Monaten. Dabei zeigte sich: Je ländlicher die Praxis liegt, desto größer ist das Arbeitsaufkommen (siehe Grafik „Landleben macht mehr Arbeit“ auf dieser Seite).

Gut sechs Stunden mehr Arbeit. In der Stadt arbeiten die befragten Hausärzte im Mittel 45 Stunden pro Woche. In kleinstädtischen Regionen steigt die Arbeitszeit auf rund 51 Stunden. In ländlichen Gebieten arbeiten Hausärzte mit fast 52 Stunden am meisten. Bei den Haus- und Heimbefuchen zeigt sich dasselbe Muster: Hausärzte auf dem Land versorgten bei Haus- und Heimbefuchen im Mittel sechs Patienten mehr pro Woche als ihre Kollegen in der Stadt. 27 versorgte Patienten auf dem Land stehen 21 versorgte Patienten in der Stadt gegenüber.

Große Unterschiede offenbaren sich auch bei den Bereitschaftsdiensten, die die Hausärzte in Stadt und Land zu leisten hatten: Während die Hausärzte in der Stadt im Mittel zwei Bereitschaftsdienste binnen drei Monaten machten, waren es bei den Kollegen auf dem Land 13.

Landleben macht mehr Arbeit

| Workload-Indikator | Praxislage | Gültige Fälle (n) | Mittelwert |
|--|----------------|-------------------|------------|
| Arbeitsstunden (je Woche) | ländlich | 65 | 51,7 |
| | kleinstädtisch | 92 | 50,7 |
| | städtisch | 54 | 45,3 |
| Anzahl Haus- und Heimbefuche (je Woche) | ländlich | 65 | 26,9 |
| | kleinstädtisch | 92 | 22,3 |
| | städtisch | 54 | 20,8 |
| Anzahl Bereitschaftsdienste (je Quartal) | ländlich | 63 | 13,0 |
| | kleinstädtisch | 89 | 9,3 |
| | städtisch | 47 | 2,0 |

Während ein Hausarzt in der Stadt im Schnitt 45 Stunden in der Woche arbeitet, sind es für die Kollegen auf dem Land gut sechs Stunden mehr. Besonders groß ist die Belastung für Landärzte durch Bereitschaftsdienste.

Quelle: Salzmann, Hofmann, Heinemann, Greß

Hälfte der Landärzte sehr belastet

| Praxislage | Empfundene Belastung | | |
|--------------------------|----------------------|--------|------|
| | gering | mittel | hoch |
| städtisch (n=53) | 49 % | 15 % | 36 % |
| kleinstädtisch (n=89) | 33 % | 26 % | 42 % |
| ländlich (n=65) | 35 % | 17 % | 48 % |
| gesamt (n=207) | 38 % | 20 % | 42 % |

Umgekehrte Verhältnisse: Während sich in der Stadt fast die Hälfte der Hausärzte wenig belastet fühlt, empfindet fast die Hälfte der Hausärzte auf dem Land starke Belastung durch die Arbeit. Die Belastung basiert auf der Einschätzung zu Verwaltungsaufwand, Stress und Gratifikation.

Quelle: Salzmann, Hofmann, Heinemann, Greß

Unabhängig von Stadt und Land ist der Großteil der befragten Hausärzte mit den Arbeitsbedingungen unzufrieden: Für 94 Prozent der Befragten ist ihre Arbeit mit viel unnötigem Verwaltungsaufwand verbunden, 67 Prozent stimmen zu, dass die Arbeit mit zu viel Stress einhergeht, 63 Prozent der Befragten empfinden kein ausgewogenes Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in ihrem Beruf.

Wenig überraschend ist dabei, dass das Ausmaß der empfundenen Belastung bei den Ärzten stark abhängt von der Lage ihrer Praxis (siehe Grafik „Hälfte der Landärzte sehr belastet“ auf dieser Seite). So bewerten etwa 50 Prozent der städtischen Hausärzte ihre Belastung als gering, 36 Prozent empfinden sie als hoch. In ländlichen Praxislagen kehrt sich dieses Verhältnis um: Hier empfinden 35 Prozent der Befragten ihre Belastung als gering, 48 Prozent als hoch. Durchaus plausibel ist zudem, dass Hausärzte mit einem hohen Workload häufiger eine hohe subjektive Belastung empfinden – der Anteil beträgt 54 Prozent. Dagegen empfinden nur 39 Prozent der Hausärzte mit einem niedrigen Workload eine hohe Belastung.

Praxislage erklärt nicht alles. Die aktuelle Studie bestätigt die Ergebnisse bereits vorliegender Studien mit vergleichbarer Fragestellung, liefert jedoch wertvolle Zusatzinformationen über regionale Unterschiede bei Haus- und Heimbisuchen sowie beim Leisten von Bereitschaftsdiensten. Die Untersuchung zeigt aber auch, dass die Praxislage nicht alle Unterschiede beim Workload erklären kann. Zu vermuten ist, dass die Zusammensetzung der Patienten, die Entfernung zur nächstgelegenen medizinischen Versorgungseinrichtung, zum Beispiel einer Klinik, sowie das hausärztliche Leistungsprofil ebenfalls eine Rolle spielen. Und letztlich haben wahrscheinlich auch persönliche Präferenzen im Arbeitsmuster der Hausärzte einen Einfluss.

Verwaltung, Stress, Gratifikation: Von den Indikatoren für das Belastungsempfinden beklagen die Ärzte den administrativen Aufwand am häufigsten. Fast alle Befragten geben an, dass

ihre Arbeit mit viel unnötigem Verwaltungsaufwand verbunden ist. Auch das Ausmaß des berufsbedingten Stresses und die Ausgewogenheit der Gratifikation werden von deutlich mehr als der Hälfte aller Befragten als nicht zufriedenstellend beurteilt. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen zudem, dass die Praxislage durchaus einen Einfluss auf das Belastungsempfinden hat: Die Unzufriedenheit in ländlichen Regionen ist im Mittel höher als in den Städten.

Wertschätzung entschädigt. Nichtsdestoweniger ist die Korrelation zwischen Arbeitsaufkommen und Belastungsempfindung vergleichsweise schwach. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass der höhere Workload in ländlichen Regionen durch andere Faktoren zumindest teilweise kompensiert wird. Aus der Literatur ist bekannt, dass Hausärzte in ländlichen Regionen eine höhere Wertschätzung ihrer Kompetenzen und damit einhergehend ein größeres Vertrauen ihres Patientenstamms empfinden. Außerdem nennen sie die Abwechslung in ihrem Tätigkeitsspektrum und den geringen Wettbewerbsdruck als positive Aspekte der Niederlassung auf dem Land.

Entlasten durch Delegieren. Die Befragungsergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, die Arbeitsbedingungen für Praxen in ländlichen Gebieten attraktiver zu gestalten. Das Arbeitsaufkommen könnte unmittelbar dadurch verringert werden, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst zentralisiert wird. Dies wird in den Landkreisen bereits seit Jahren zunehmend umgesetzt. Häufig wird dabei befürchtet, dass sich dadurch der Zugang zu Bereitschaftsdiensten verschlechtert. Das wäre aber umso mehr zu befürchten, wenn eine Niederlassung durch dezentralisierte Bereitschaftsdienste noch unattraktiver wird.

Neben der Verringerung der Bereitschaftsdienste könnte mehr Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an besonders qualifizierte medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte das Arbeitsaufkommen von Hausärzten deutlich verringern. Dazu müssten Hausärzte mehr als bislang bereit sein. Der Widerstand dagegen ist in Deutschland traditionell besonders groß. Es ist jedoch bekannt, dass Patienten die Versorgung im Rahmen von Delegationsmodellen sehr schätzen. Zudem könnten durch solche Modelle die Tätigkeiten von medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften aufgewertet und damit attraktiver werden.

Letztlich dürfte auch die Form der Arbeitsorganisation eine wichtige Rolle bei der Bestimmung sowohl des Workloads als auch des Belastungsempfindens spielen: Wenn Hausärzte stärker in Gesundheits- beziehungsweise Versorgungszentren zusammenarbeiten, verteilt sich die Bürokratie auf mehr Schultern. Und es bleibt mehr Zeit für die Patienten. ■

Annika Salzmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. **Werner Hofmann** ist Sozial- und Gesundheitsforscher im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. **Stephanie Heinemann** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. **Prof. Dr. Stefan Greß** leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Kontakt: Stefan.Gress@pg.hs-fulda.de