



Bernhard Faller

Probleme der Hausarztversorgung im ländlichen Raum



Kurz nach seinem Amtsantritt hat sich der neue Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) bereits zum Thema Landarztmangel geäußert. Er regt eine bevorzugte Studienplatzvergabe für junge Leute an, die sich bereit erklären, später eine Landarztstätigkeit auszuüben. Dies ist bei Weitem nicht die erste Initiative zur Sicherung der Hausarztversorgung auf dem Land. Vielfältige Initiativen und Maßnahmen wurden in den letzten Jahren ergriffen. Dies reicht vom Bemühen einzelner Bürgermeister, die Nachfolgersuche von abgehenden Hausärzten mit diversen Vergünstigungen zu unterstützen, über vielfältige Maßnahmen auf Landesebene und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bis hin zu gesetzgeberischen Veränderungen auf der Bundesebene. Bislang bleibt die Wirkung dieser Maßnahmen jedoch unbefriedigend.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat zum Jahresbeginn 2011 gut 2.000 freie Hausarztstze ausgewiesen. Vielfach berichten die im „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ organisierten Vertreter ländlicher Regionen, dass sie allenfalls bei 50% der frei werdenden Hausarztstze unter den gegenwärtigen Bedingungen eine Wiederbesetzungschance sehen.¹ Insgesamt gilt, dass die zusammenbrechende Versorgung mit Leistungen der Daseinsvorsorge nicht nur für die betroffenen Menschen individuelle Härten mit sich bringt, sondern zugleich die Attraktivität und Entwicklungsfähigkeit der ländlichen peripheren Regionen untergräbt.

Die oben angeführten Zahlen deuten das Problem nur an. Viel entscheidender ist, dass aufgrund der Altersstruktur der noch praktizierenden Hausärzte für die kommenden Jahre eine Abgabewelle entstehen wird. Die KV Hessen hat für 2010 die Altersstruktur der praktizierenden Hausärzte analysiert und dabei vielfach Gemeinden gefunden, bei denen der Anteil der über 55-jährigen Hausärzte deutlich über 50% liegt (s. Abb. 1).

Unterstellt man eine Berufstätigkeit bis zu einem Alter von 65 Jahren, werden zwischen 2010 und 2025 den Berechnungen der KV Hessen zufolge von den knapp 4.000 Hausärzten nur noch 1.286 bzw. 33% praktizieren. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land sind dabei nicht einmal besonders gravierend. Der Altersdurchschnitt der Hausärzte im ländlichen Raum ist nur geringfügig höher. So kann man auch für die städtischen Regionen zukünftig von einem erhöhten Nachwuchsbedarf ausgehen. Gleiches gilt für die Facharztberufe. Allerdings haben

verschiedene Untersuchungen gezeigt (z. B. Jacob/Heinz/Müller 2010), dass die angehenden Mediziner eine Präferenz für Facharztberufe und städtische Regionen haben. In der Konsequenz kräftig wachsender Nachwuchsbedarfe in fast allen Sparten der Medizin und anders gerichteter Präferenzen muss man (unter Status-quo-Bedingungen) erwarten, dass sich der heute schon

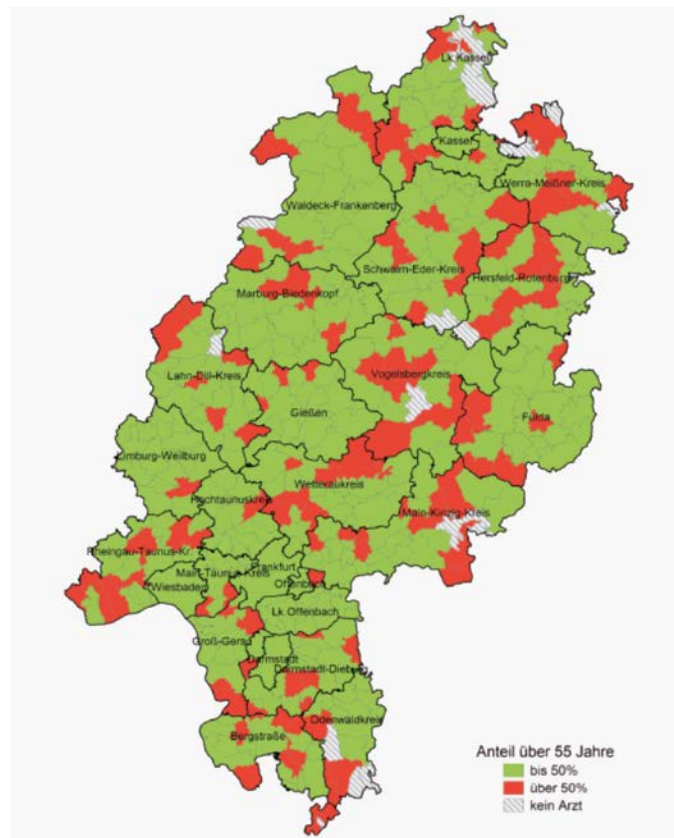


Abb. 1: Anteil der Hausärzte über 55 Jahre auf Gemeindeebene in Hessen; Stand 15.4.2010 (Quelle: KV Hessen 2012)

¹ Das „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ wurde als „Modellvorhaben der Raumordnung (MORO)“ vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung ins Leben gerufen, um ausgewählte Regionen bei konzeptionellen Überlegungen und Maßnahmen zur Sicherung der Daseinsvorsorge zu unterstützen (siehe: <http://www.regionale-daseinsvorsorge.de>).



sichtbare Landarztmangel erheblich verschärfen und zu entsprechenden Versorgungsproblemen führen wird.

Das dominante Erklärungsmuster für den bisher schon sichtbaren Landarztmangel sind die gegenüber den städtischen Räumen nicht wettbewerbsfähigen Lebens- und Arbeitsbedingungen. Differenzierte Arbeitsmärkte (z.B. für die berufstätigen Partner), differenzierte Schulangebote für die Kinder, die größere Bandbreite an Freizeit-, Kultur- und Einkaufsangeboten und nicht zuletzt das dichtere Netz von Kollegen für einen fachlichen Austausch sind dabei wichtige Faktoren der Attraktivität der Städte. Hinzu kommt, dass mit dem Hausarztberuf auf dem Land oft eine weniger anspruchsvolle Medizin und eine Verpflichtung auf eine Verfügbarkeit „rund um die Uhr“ assoziiert werden. Gerade der überwiegend weibliche Mediziner Nachwuchs legt zudem mehr Wert auf eine gute Vereinbarkeit mit dem familiären Leben. Vielfach verbindet sich dies auch mit einem geringen Interesse am Führen einer eigenen Praxis, der damit verbundenen unternehmerischen Verantwortung und der relativ langfristigen Bindung an die einmal getroffene Entscheidung. In den vergangenen Jahren hat die Gesundheitspolitik bereits auf den bestehenden Landarztmangel reagiert und wesentliche Rahmenbedingungen verändert.

Neufassung der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung legt mit Hilfe von Kennziffern fest, wie viele Ärzte in einem Gebiet eine Kassenzulassung erhalten und somit Kassenleistungen abrechnen können. Ausgehend vom GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde eine Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie auf den Weg gebracht, die seit dem 1.1.2013 Anwendung findet. Für die Hausarztversorgung in ländlichen Regionen sind insbesondere die folgenden Veränderungen bedeutsam:

- In der Vergangenheit wurde oft die Erfahrung gemacht, dass eine statistische Vollversorgung zwar gegeben ist, aber dennoch kleinräumige Ungleichgewichte und Versorgungslücken entstehen. Die bislang für alle Arztgruppen einheitlichen Versorgungsbereiche wurden deswegen für die Hausärzte nun auf 879 Versorgungsbereiche verdoppelt und damit verkleinert.
- Insgesamt wurde die Zahl der Hausarztstühle um 1.000 erhöht, wobei jetzt bundesweit eine einheitliche Versorgungskennziffer von 1.617 Einwohnern pro Hausarzt gilt. Diese wird ergänzt um einen Demografiefaktor, der die Altersstruktur (Altersfaktor) und sonstige regionale Besonderheiten, z. B. in einem Kurgebiet (Leistungsbedarfsfaktor), abbilden soll.

Um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen, können die KVen außerdem von den vorgegebenen Berechnungsverfahren und räumlichen Zuschnitten abweichen. Im eigenen Interesse der Regionen liegt es, auf Versorgungsprobleme hinzuweisen und Argumente für eine auf die örtliche Situation angepasste Bedarfsplanung zu liefern. Der auf diesem Weg in Gang kom-

mende Dialog zwischen den Regionen und den KVen kann und sollte dann auch die Basis zu einer kooperativen Maßnahmenentwicklung sein.

Von den veränderten Raumzuschnitten und Berechnungsverfahren kann man keine unmittelbaren Impulse auf die Nachwuchsgewinnung erwarten. Der Landarztmangel wird dadurch nicht behoben. Relevant ist die Veränderung dennoch, weil erst bei einer festgestellten Unterversorgung (weniger als 75% Bedarfsdeckung) die jeweils zuständigen KVen geeignete Mittel in der Hand haben, um auf die Sicherstellung der Versorgung hinzuwirken. Hierzu zählen z. B. das Aussetzen der Abstaffelung², Sicherstellungszuschläge, Zulassungsbeschränkungen in nahe gelegenen Gebieten sowie der Betrieb von Einrichtungen durch die KVen oder die Kommunen.

Veränderung der Anbieterstrukturen

Größen- und Spezialisierungsvorteile

Außerhalb der Krankenhäuser dominiert in der medizinischen Versorgung die kleinbetrieblich organisierte Praxis. Dies gilt insbesondere für die Hausarztpraxen auf dem Land. Sowohl gesundheitspolitisch als auch von den Ärzten selbst werden im Übergang zu größeren Einheiten vielfach Vorteile gesehen. Grob strukturiert lassen sich diese in drei Aspekten zusammenfassen:

- Größen- bzw. Kostenvorteile: Aus der Größe entstehen Möglichkeiten, Geräte und Räume effizienter zu nutzen. Hinzu kommen die Kostenvorteile vermehrter Angestelltenverhältnisse und des Einbezugs jüngerer Ärzte mit geringeren Einkommenserwartungen.
- Kooperative Spezialisierung: Unterschiedliche Ärzte arbeiten in einem Verbund zusammen, so dass ein breiteres Angebot unter einem Dach bereitgestellt werden kann.
- Vereinbarkeit mit individuellen Lebensentwürfen: Aus der Zusammenarbeit entstehen Flexibilitäten in der Arbeitszeitgestaltung (gegenseitige Vertretung, Übernahme von Notdiensten, Teilzeitregelungen). Zudem muss im Angestelltenverhältnis nicht die unternehmerische Alleinverantwortung mit entsprechend langfristiger Bindung eingegangen werden.

Berufsausübungsgemeinschaften

Als traditionelle Form der Kooperation im Bereich der niedergelassenen Ärzte sind Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften bekannt. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004) wurden als neue Betriebsform die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eingeführt. Ihre Zahl ist bis 2011 rasant auf über 1.700 mit ca. 9.400 Ärzten angestiegen (s. KBV 2012). Der mit Konzentrationstendenzen verbundene und daher für

² Dabei handelt es sich um die Regelung, dass über das einmal zugewiesene Regelleistungsvolumen hinaus erbrachte Mehrleistungen nicht vergütet werden. Erst mit dem Aussetzen der Abstaffelung bei einer Unterversorgung führt die Behandlung zusätzlicher Patienten in den verbleibenden Praxen nicht nur zu Mehrarbeit, sondern auch zu Mehreinnahmen.



die flächenhafte Versorgung potenziell nachteilige Übergang zu größeren Betriebsformen korreliert bei den MVZ im ländlichen Raum mit einer relativ großen Zahl von betriebenen Zweigpraxen (35% betreiben Zweigpraxen). Diese können die Nachteile der Konzentration zumindest teilweise kompensieren.

Gerade in der Kombination größerer betriebswirtschaftlicher und damit auch rechtlicher Einheiten bei gleichzeitigem Aufbau dezentraler, kleinteiliger Standorte (Filialen) deutet sich eine Möglichkeit für die verbesserte Versorgung dünn besiedelter Räume an. Insofern hat der Gesetzgeber auch den normalen Praxen die Möglichkeit eingeräumt, Filialen bzw. Nebenbetriebsstätten zu betreiben.

Delegation ärztlicher Leistungen

Ein wichtiger, wenn nicht gar zentraler Aspekt des Betriebsformenwandels ist jedoch die Arbeitsteilung innerhalb der Arztpraxen. Die Umsätze einer Praxis basieren bislang allein auf der Abrechenbarkeit der ärztlichen Leistung. Die Mitarbeit durch Arzhelferinnen oder medizinische Fachangestellte wird auf einem relativ geringen Qualifikationsniveau gehalten und beschränkt sich überwiegend auf reine Zuarbeit. Die nur eingeschränkt steigerungsfähigen Arbeitsvolumen der Ärzte bilden insofern den zentralen Engpass der Umsatzsteigerung. Das Größenwachstum und daraus entstehende Effizienzvorteile bleiben insofern auf die Kooperation von Ärzten beschränkt (MVZ, Gemeinschaftspraxen).

Viel größere Effizienzreserven liegen mit hoher Wahrscheinlichkeit jedoch in einer stärker über verschiedene Qualifikationsstufen hinweg organisierten Zusammenarbeit. Hierzu müssten sich die Berufsbilder ausdifferenzieren. Medizinische Fachangestellte könnten dann eigenständig abrechnungsfähige Leistungen erbringen. Honoriert würde nicht allein die Arztleistung, sondern die Teamleistung. Zu erwarten ist eine Entlastung des Arztes und nicht zuletzt eine Aufwertung und damit verbunden eine höhere Attraktivität der ergänzenden Berufe.

Ausgehend von der Letztverantwortung des Arztes müsste der Arzt bestimmte Leistungen delegieren können. Die aktuelle Gesetzeslage sieht dies derzeit nicht vor. Allerdings stellt das GKV-VStG einen ersten Schritt in diese Richtung dar. Davon ausgehend erhalten die KBV und die Krankenkassen den Auftrag, eine Liste von delegationsfähigen Leistungen zu erarbeiten. Vom Umfang dieser übertragbaren Leistungen wird es in besonderem Maße abhängen, ob der Betriebsformenwandel Fahrt aufnehmen kann und neue arbeitsteilige Versorgungskonzepte umgesetzt werden können.

Aufwertung der Hausarztstätigkeit: Hausarztzentrierte Versorgung

In der gesundheitspolitischen Diskussion hat die Aufwertung der Hausärzte seit einiger Zeit eine hohe Bedeutung. Dies kann insbesondere dann wirksam werden, wenn diese Aufwertung mit einer angemessenen Vergütung einhergeht. Der Hausarzt soll ausgehend von seiner Vertrauensstellung gegenüber dem Pati-

enten eine Lotsenfunktion übernehmen. Nach § 73b SGB V sind die Kassen nun verpflichtet, ihren Patienten eine entsprechende hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Hierzu schließen die Kassen jeweils Verträge mit entsprechenden Ärztgemeinschaften ab. In diesen Verträgen verpflichten sich die beitretenen Hausärzte zu besonderen Leistungen. Diese Leistungen werden den Ärzten dann direkt von den Kassen als Vertragspartner vergütet. Gleichzeitig werden jedoch die Leistungen der Kassen an die KV entsprechend reduziert, so dass daraus letztlich eine Umverteilung zugunsten der teilnehmenden Hausärzte resultiert.

Mit der hausarztzentrierten Versorgung gehen eine Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeit sowie diverse Veränderung in der Betriebs- und Leistungsstruktur der hausärztlichen Praxis einher, die dazu führen können, den Hausarztberuf insgesamt und damit auch die Tätigkeit auf dem Land gegenüber anderen medizinischen Tätigkeitsbereichen attraktiver werden zu lassen. Dies ist bislang in der Praxis nicht ausreichend angekommen und wird dementsprechend noch nicht in den angestrebten Facharztabschlüssen sichtbar (s. van den Bussche et al. 2012).



Abb. 2: Unterwegs zur nächsten hausärztlichen Praxis (Foto: Metscher)

Neue kommunale Aufgaben in der Gesundheitsversorgung

Diese und weitere gesetzgeberische Aktivitäten zeigen, dass die Hausarztversorgung im ländlichen Raum seit Jahren auf der Agenda der Gesundheitspolitik steht. Dies wird noch flankiert von vielfältigen Förderprogrammen der Länder, Maßnahmen der KVen und nicht zuletzt dem persönlichen Bemühen vieler Bürgermeister vor Ort. Manche Änderungen sind noch zu jung, um ihr Potenzial bereits voll entfaltet zu haben. Andererseits reicht es oftmals nicht aus, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu flexibilisieren, wenn nicht gleichzeitig Impulse und Anreize für die Umsetzung vor Ort gegeben werden.

Vor diesem Hintergrund haben die im „MORO-Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ organisierten Regionen zunächst begonnen, ihre Versorgungssituation zu analysieren und sich mit den regionalen Gesundheitsakteuren in die Diskussion zu begeben. Der parallel arbeitende Facharbeitskreis hat



dies aufgegriffen und betont davon ausgehend zunächst drei wichtige Aspekte eines regionalen Gesundheitsdialogs, die im Arbeitskreis weiter vertieft werden sollen:

Kommunale Beteiligung an der Bedarfsplanung

Formal liegt die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zwar in der Alleinzuständigkeit der KVen. Doch sind sowohl eine realitätsnahe Bedarfsplanung als auch eine darauf basierende Maßnahmenentwicklung zur Bewältigung einer Unterversorgung auf Kooperationen mit den Kommunen angewiesen. Von daher sollten sich die Regionen/Kommunen aktiv in die Arbeit der KVen einbringen und aus einem regionalen Gesundheitsdialog heraus den Kontakt herstellen.

Neue Versorgungsstrukturen und Betriebsformen

Der wohl wichtigste Aspekt ist die konkrete Diskussion künftiger Versorgungsstrukturen mit der regionalen Ärzteschaft. In dieser Diskussion müssen die Veränderungsbereitschaften ausgelotet und angeregt werden. Besonders wichtig wird es sein, Kooperationen anzuregen, die hohe qualitative Standards in der medizinischen Versorgung sichern und gleichzeitig den veränderten Erwartungen an den Arztberuf Rechnung tragen. Vielfach verbindet sich dies mit veränderten Betriebsformen in der haus- und fachärztlichen Versorgung. Aber auch die sektorübergreifende Kooperation zu den Einrichtungen der stationären Versorgung und der Pflege ist in diesem Kontext von Bedeutung. In einem regionalen Gesundheitsdialog muss es vor allen Dingen gelingen, die für Veränderungen offenen und in diesem Sinne engagierten Akteure des Gesundheitswesens zu gewinnen und sie zum Motor der Veränderung zu machen. Denn letztlich gilt auch hier, dass die Kommunen in einem primär privatwirtschaftlich organisierten hausärztlichen Versorgungssystem allenfalls günstige Rahmenbedingungen schaffen und durch Analysen sowie Moderation den Aufbau zukunftsfester Versorgungsstrukturen anregen können.

Aus- und Weiterbildung

Schließlich ist auch von Bedeutung, wie die angehenden Mediziner während der Ausbildung und insbesondere der Weiterbildung an das hausärztliche Arbeitsfeld und die ländlichen Regionen herangeführt und gebunden werden. Dies betrifft zunächst die universitäre Ausbildung, in der die Ausbildung zum Hausarzt aufgewertet und ausgeweitet werden sollte. Aber auch in den Regionen können in diesem Sinne Weichenstellungen erfolgen und Teilaspekte bearbeitet werden. Einerseits geht es dabei um Stipendien und Praktika, wobei es besonders erfolgversprechend ist, an der Rückkehrbereitschaft der aus den ländlichen Regionen stammenden jungen Mediziner anzusetzen. Als weitere Option können z. B. nach dem Vorbild der Hausarztakademie Hersfeld-Rotenburg (Hessen) regionale Weiterbildungsverbände aufgebaut werden, damit eine abwechslungsreiche und hochwertige Ausbildung zum Hausarzt auch in ländlichen Regionen geboten werden kann.

Fazit

Die Kommunen sind es aus den vorangegangenen Jahrzehnten gewohnt, dass die vertragsärztliche und damit auch die hausärztliche Versorgung weitgehend ohne ihr Zutun funktionieren. Formal verbindet sich dies mit dem im SGB V formulierten Auftrag an die KVen, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Schon die letzten Jahre haben gezeigt, dass die KVen allein hierzu nicht mehr in der Lage sind. Aber nicht nur im Bereich der Gesundheitsversorgung erwächst den Kommunen und den von ihnen gebildeten Regionen in der Folge der absehbaren demografischen Veränderungen eine nicht leicht zu bewältigende Aufgabe. Die kleinteilige, nahezu flächendeckende Versorgung scheint dabei vielfach nicht mehr überlebensfähig. Leistungsfähige größere Einheiten werden sich in den zentralen Orten konzentrieren und von hier aus die Versorgung in der Fläche organisieren müssen. Dies zeigt sich massiv im Bereich der hier diskutierten Hausarztversorgung. Dabei ist dies gerade hier nicht einmal dominant eine Frage des Geldes. Die Erwartungen des medizinischen Nachwuchses an ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen weisen in die gleiche Richtung. Diesen Wandel des Standort- und Betriebsformengefüges zu organisieren, ist eine politisch sensible und nur in den Regionen selbst zu bewältigende Aufgabe.

Bernhard Faller

Quaestio – Forschung und Beratung, Bonn

Der Autor organisiert und leitet im Auftrag des für Raumordnung zuständigen Bundesministeriums (bisläng BMVBS, jetzt BMVI) den Arbeitskreis „Hausarztversorgung im ländlichen Raum“ im „MORO-Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“. Der mit Experten und Regionalvertretern besetzte Arbeitskreis wird seine Expertise im Sommer 2014 vorlegen. Der vorliegende Text gibt einen ersten Einblick in die noch laufende Diskussion.

Quellen:

KV Hessen (2012): Versorgung heute – Aktuelle ambulante Versorgungssituation von Haus- und Fachärzten in Hessen.

Jacob, Rüdiger/Heinz, Andreas/Müller, Carl-Heinz (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010 (Studie der Universität Trier im Auftrag und in Kooperation mit der KBV).

KBV (2012): MVZ-Survey 2011. Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen. Berlin.

van den Bussche, H. et al. (2012): Hausarzt oder Spezialist im In- oder Ausland: Ergebnisse einer multizentrischen Befragung von Studierenden im Praktischen Jahr zu ihren mittel- und langfristigen Berufszielen. In: Das Gesundheitswesen, Vol. 74 (Nr. 12), S. 786-792.