

Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung · Kiel
Weimarer Straße 8 · 24106 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Herrn Peter Eichstädt
Vorsitzender des
Sozialausschusses
Postfach 7121

24171 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/942

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:
B/ni

Telefondurchwahl:
(04 31) 800 60-12

Datum:
08. März 2013

**Stellungnahme zu Drucksache 18/286 „Erlass eines Förderprogramms zur
Ansiedlung Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum“**

Sehr geehrter Herr Eichstädt,

unter Bezugnahme auf Ihr Schreiben vom 26.02.2013 übersende ich Ihnen
nachstehend den Text eines Kommentars, der von mir in dem Publikationsorgan der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein „Nordlicht“ 09/2012 veröffentlicht
worden ist. Mit gleicher Post erhalten Sie einen Sonderdruck dieses Kommentars.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH

SONDERDRUCK

NORDLICHT 09/2012

Gesichert statt wohnortnah

Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH

Gesichert statt wohnortnah



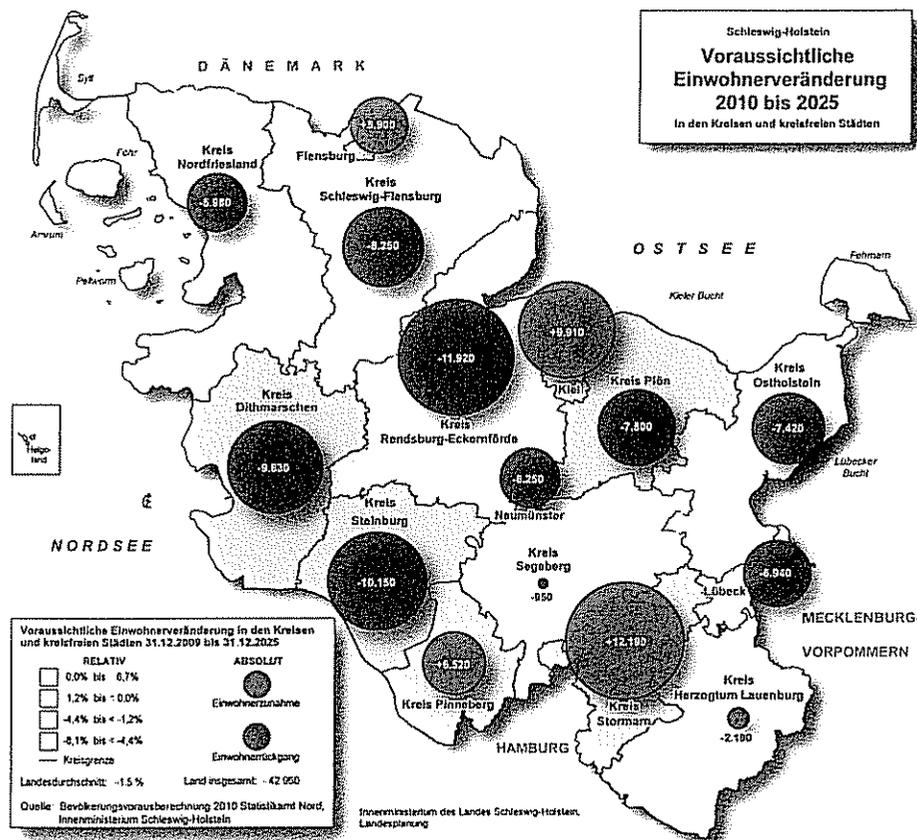
Wie wird in ein paar Jahren die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland aussehen? Aktuellen Prognosen zufolge ist der „Arzt um die Ecke“ ein Auslaufmodell. Stattdessen müssen Patienten künftig weite Wege zurücklegen, um die nächste Arztpraxis zu erreichen. Dies gilt vor allem für ländliche Regionen. Die Bundesregierung hält dagegen und versucht mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung aufrechtzuerhalten. Doch ist dies überhaupt möglich? Einschätzungen dazu vom Kieler Gesundheitsökonom Prof. Dr. Fritz Beske.

Am 1. Januar 2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten. Wesentliches Ziel des Gesetzes ist die Sicherstellung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung. Hierzu heißt es in der Demografiestrategie der Bundesregierung vom 25. April 2012 mit dem Titel „Jedes Alter zählt“, dass mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Bundesregierung die Voraussetzung geschaffen ist, dass auch in Zukunft eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.

Beides, das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und die Demografiestrategie der Bundesregierung, können Erwartungen wecken, die so nicht erfüllt werden können. Insbesondere Bürgermeister und Landräte, aber auch Patienten könnten darauf vertrauen, dass mit der Zusicherung einer flächendeckenden, wohnortna-

hen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung, und dabei besonders der hausärztlichen, eine Versorgungssituation erhalten bleibt oder so wiederhergestellt werden kann, wie sie in früheren Zeiten bestanden hat, „der Hausarzt um die Ecke“. Da der Begriff einer wohnortnahen Versorgung nicht definiert ist, muss Klarheit geschaffen werden.

Eine Definition und damit eine exakte Beschreibung von wohnortnah gibt es nicht. Dies würde bedeuten, dass die Erreichbarkeit konkret in Kilometern oder in Zeiteinheiten, also Erreichbarkeit z. B. in Minuten, eindeutig definiert werden könnte. Damit ist und bleibt wohnortnah ein unbestimmter Begriff, ein Begriff, der sich einer eindeutigen Definition entzieht. Dargestellt werden können jedoch Einflussfaktoren, die bestimmend sein werden für die Versorgungssituation von morgen.



Einflussfaktoren auf die Versorgungssituation

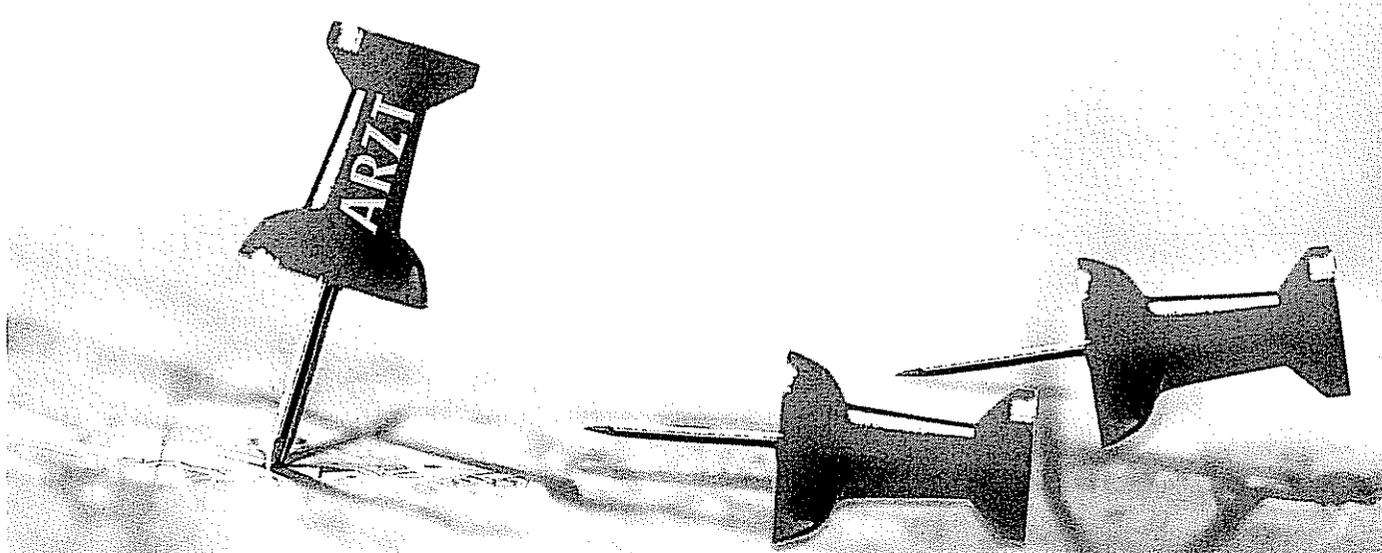
Die Versorgungssituation der Zukunft wird im Wesentlichen von folgenden Einflussfaktoren bestimmt:

- **Ausdünnung des ländlichen Raums.** Bis 2060 nimmt die Bevölkerung von 82 auf 65 und damit um 17 Millionen ab. Dies bedeutet zunächst einen alle Regionen betreffenden Bevölkerungsrückgang, doch trifft diese Entwicklung ländliche Regionen im besonderen Maß, bedingt durch eine immer deutlicher werdende Wanderungsbewegung aus ländlichen in städtische Gebiete. Die Folge ist eine über die Auswirkungen der Abnahme der Bevölkerung hinausgehende Bevölkerungsverdünnung im ländlichen Raum. Sollte es Planungszahlen darüber geben, wie viele Einwohner z. B. von einem Hausarzt versorgt werden sollen, würde allein hierdurch die durchschnittliche Entfernung zum Hausarzt steigen.
- **Ärztmangel.** Es ist fraglich, ob in Zukunft trotz abnehmender Bevölkerungszahl bei allerdings altersbedingtem steigenden Versorgungsbedarf die Zahl an Ärzten je 100.000 Einwohner ausreicht, um insbesondere frei werdende Hausarztstühle im ländlichen Raum weiterzuführen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) rechnet damit, dass bis 2020 allein im ambulanten Bereich rund 52.000 Ärzte ersetzt werden müssen, davon rund 24.000 Hausärzte. Wegen des Nachwuchsmangels würden schon bald vor Ort die notwendigen Ärzte fehlen. Dies wird durch Berichte bestätigt, wonach insbesondere Hausärzte im ländlichen Raum oft keinen Nachfolger finden. Umfragen bei Medizinstudierenden weisen darauf hin, dass eine Tätigkeit als Landarzt für die große Mehrheit nicht infrage kommt. Attraktivste Standorte sind Mittel- oder Großstädte von 50.000 bis 500.000 Einwohner.

Die Medizin wird weiblich, der Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit nimmt zu. In der Ärzteschaft nimmt die Zahl von Ärztinnen zu, von Ärzten ab. Dieser Trend setzt sich fort. 2009 waren von den Medizinstudierenden bereits 64 Prozent Frauen, mit weiter steigender Tendenz der Zunahme weiblicher Medizinstudierender. Dies wirkt sich mit zeitlicher Verzögerung auf die Zusammensetzung der Ärzteschaft aus: Mehr Ärztinnen, weniger Ärzte. Für Ärztinnen hat die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit eine größere Bedeutung als für Ärzte. Von Ärztinnen wird auch mehr als von Ärzten eine geregelte Arbeitszeit und damit ein Angestelltenverhältnis bevorzugt. Die Neigung zur Niederlassung als Vertragsarzt ist bei Ärzten ausgeprägter als bei Ärztinnen.

Der bei Ärztinnen zu erkennende Wunsch zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit nimmt auch bei Ärzten zu. Immer weniger Ärzte sind zu einer nahezu unbegrenzten Arbeitszeit bereit. Die Übernahme von Verantwortung von Ärzten im Familienbereich nimmt ebenfalls zu. Damit könnte auch bei Ärzten das Interesse an einer geregelten Arbeitszeit mit Bevorzugung eines Angestelltenverhältnisses steigen und die Bereitschaft zu einer Niederlassung als Vertragsarzt sinken. Bei der Niederlassung dürfte das Interesse an einer wie auch immer gearteten Form von gemeinschaftlicher Berufsausübung zunehmen zulasten einer Niederlassung in einer Einzelpraxis.

Angebote von Bildung und Kultur. Mehr als in der Vergangenheit legen Ärzte bei jeder Art von Berufsausübung Wert darauf, dort tätig zu sein, wo ihre Kinder am Ort ein ausreichendes Schulangebot finden. Für die gesamte Familie werden kulturelle Angebote am Wohnort gewünscht.



- Trend zur integrierten medizinischen Versorgung.** In der medizinischen Versorgung ist ein Trend hin zu Kooperation und damit zur integrierten Versorgung zu beobachten, eine Entwicklung, die gesundheitspolitisch gewünscht und gefördert wird. Dies reicht von der Kooperation von Ärzten im selben Fachgebiet über die Kooperation unterschiedlicher Fachgebiete in Ärztehäusern oder Ärztezentren bis hin zu einer Integration von Krankenhaus, niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Rehabilitation und Pflege auf dem Areal eines Krankenhauses. Es entstehen Versorgungszentren. Die Folge ist ein größeres Einzugsgebiet mit einer zweifachen Entwicklung: Patienten kommen aus diesem größeren Einzugsgebiet mit weiteren Wegen in das Versorgungszentrum und die Versorgung des Einzugsgebiets findet vom Versorgungszentrum aus statt.

- Weitergehende Spezialisierung in der Medizin.** Die Spezialisierung in der Medizin geht weiter. Auch dies führt zu einer verbesserten medizinischen Versorgung, denn Spezialisierung bedeutet vertiefte Kenntnisse, wenn auch auf einem kleineren Fachgebiet. Mit einer weitergehenden Spezialisierung und der damit verbundenen Konzentration auf ausgewählte Patientengruppen nimmt aber wiederum die Notwendigkeit zu innerärztlicher Kooperation zu, was ebenfalls die integrierte Versorgung fördert. Gleichzeitig nimmt aber auch die Größe des Einzugsgebiets, zu mit allen sich daraus für die medizinische Versorgung ergebenden Konsequenzen.

Zusammenfassende Bewertung. Alles weist darauf hin, dass es zu einer Ausdünnung der Bevölkerung im ländlichen Raum und zu neuen Formen der medizinischen Versorgung kommt. Es gibt eigentlich keine Entwicklung, die dafür spricht, dass die bisherige Organisation der medizinischen Versorgung, insbesondere mit Hausärzten, aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden kann. Das Ziel jedoch, eine bedarfsgerechte Versorgung, wird damit nicht aufgegeben. Allerdings kann dieses Ziel nur durch neue Organisationsformen der medizinischen Versorgung erreicht werden.

Von der wohnortnahen zur gesicherten Versorgung. Der Bedarf an Ärzten in der Fläche sinkt. Durch die Bevölkerungsabnahme und durch die Wanderungsbewegung Land-Stadt findet eine überproportionale Ausdünnung in ländlichen Räumen statt. Davon unabhängig muss die Bevölkerung auch im ländlichen Raum durch Vertragsärzte und dabei insbesondere durch Hausärzte versorgt sein. Gesundheitspolitisches Ziel ist hierfür weniger die flächendeckende wohnortnahe Versorgung mit einer ständigen hausärztlichen Versorgung durch den gleichen Arzt, „dem Hausarzt um die Ecke“, sondern vielmehr das übergeordnete Ziel der Sicherstellung der Versorgung auch im ländlichen Raum. Alles andere ist wirklichkeitsfremd.

Auch in Zukunft wird es Ärzte geben, die sich in einer Einzelpraxis und wohl mehr noch in Kooperation mit einem weiteren Arzt oder mit mehreren Ärzten in dünn besiedelten Regionen niederlassen, doch dürfte ihre Zahl rückläufig sein. Um dennoch die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen, gibt es ein Bündel von Maßnahmen besonders der Kassenärztlichen Vereinigungen und von Förderungen durch Bundesländer. Neben der Gewinnung von Ärzten für eine Niederlassung steht dabei die Sicherstellung der Versorgung durch eine stunden- oder tageweise Tätigkeit, aber auch durch mobile Einrichtungen wie Ärztebusse. Hinzu kommen die Telemedizin und die Versorgung durch praxisgebundene medizinische Fachangestellte und Krankenpflegepersonen. Zusätzlich zu diesen Maßnahmen können Kommunen vieles tun, um die ärztliche Versorgung zu fördern.

Dies alles wird jedoch eine flächendeckende und eine nach Patientenverständnis wohnortnahe Versorgung ländlicher Regionen nicht sicherstellen. Damit muss der Bevölkerung offen und ehrlich gesagt werden, dass sich Versorgungsstrukturen ändern. Aus der alleinigen Versorgung durch immer denselben und ständig zur Verfügung stehenden Hausarzt wird eine Vielzahl von Versorgungsmöglichkeiten. Dies bedeutet auch längere Wege zum Arzt, gleichgültig ob Hausarzt oder Facharzt; nicht überall, aber zunehmend mehr. Niemand jedoch bleibt unversorgt. Der Schwerpunkt verschiebt sich allerdings von einer flächendeckenden und wohnortnahen zu einer gesicherten Versorgung. Etwas mehr Umstand, um diese Versorgung zu erreichen, muss dabei in Kauf genommen werden.