

# Ärztliche Versorgung

## Landarzt verzweifelt gesucht!

Die haus- und fachärztliche Versorgung wird in vielen ländlichen Räumen immer problematischer. Deutlich wird, dass Haus- und Facharztpraxen in ländlichen Räumen in großer Zahl ohne Nachfolger bleiben werden, wenn die aktuell dort tätigen Ärzte in den Ruhestand gehen. Denn nicht genügend Absolventen des Medizinstudiums sind bereit, sich in ländlichen Räumen niederzulassen. Die dortigen Lebens- und Arbeitsverhältnisse werden als wenig attraktiv empfunden. Zudem schwindet die Bereitschaft, eine hausärztliche Einzelpraxis zu führen, da der organisatorische und betriebswirtschaftliche Aufwand gescheut wird. Auch aus Gründen der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden Anstellungsverhältnisse stärker als früher nachgefragt. Dies betrifft nicht nur die Frauen, die mittlerweile den Großteil der medizinischen Hochschulabsolventen ausmachen, sondern auch die Männer. Das belegen aktuelle Befragungen.

Die Tatsache, dass die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen deutlich langsamer zurückgeht als die Bevölkerung, weil die Alterung der Gesellschaft parallel zu einem Mehrbedarf an ärztlicher Versorgung führt, verdeutlicht die Herausforderungen. Aufgrund des Wegfalls von Arztpraxen in der Fläche nehmen für die zunehmend immobile ältere Bevölkerung außerdem die Probleme der Erreichbarkeit zu. Diese bestehen selbst in statistisch gesehen gut versorgten Regionen (Ärzte pro Einwohner), da auch hier häufig eine Konzentration der Vertragsarztsitze in den Kreisstädten vorliegt. Die Patienten müssen lange Wege in Kauf nehmen, wenn sie nicht ohnehin in die Kreisstadt zu ihrem Arbeitsplatz pendeln. Der von der Kreisstadt aus organisierte Bereitschaftsdienst hat ebenfalls das Problem längerer Anfahrtswege.

Neben der Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen hat Gesundheit allgemein eine sehr große Bedeutung für die Attraktivität von Regionen, da diese ein elementarer Bestandteil der Grundversorgung und demzufolge ein sehr hoch bewerteter Standortfaktor ist. Die Handlungsmöglichkeiten sind für die Kommunen zwar eingeschränkt, gleichwohl besteht ein deutlicher Handlungsbedarf.

Zunehmend setzt sich in der fachlichen Debatte die Erkenntnis durch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nicht im Alleingang die Versorgungsprobleme in ländlichen Räumen lösen können. Daher ist es sinnvoll, dass sich die Landkreise und Gemeinden stärker in die Planung und Entwicklung der Versorgungsstrukturen einbringen und diese mit Standort- und Erreichbarkeitsfragen verbinden. Den Kommunen kommt dabei insbesondere die Koordination und Moderation der regionalen Gesundheitsakteure sowie wichtige Impulsfunktionen zu. Der Gesetzgeber hat zudem jüngst durch Änderungen der zentralen Rechtsvorschriften (z. B. Versorgungsstärkungsgesetz) die Spielräume der Kommunen erweitert. So ist nun bspw. die Gründung von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft möglich.

### Was soll erreicht werden?

Aufgabe der Kommunen wird es zukünftig sein, verstärkt regionale Gesundheitsversorgungskonzepte in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den regionalen Gesundheitsdienstleistern zu erstellen. In den Modellregionen des Aktionsprogramms wurden Erfahrungen mit einer solchen vorausschauenden, regional differenzierten Bedarfsplanung gesammelt.

### Was ist zu tun?

Bei der Bearbeitung des Themas ärztliche Versorgung bietet sich ein nahe an der idealtypischen Vorgehensweise der Regionalstrategie orientierter Ablauf an. Er lässt sich in folgende Arbeitsbausteine gliedern:

- » Bestandsaufnahme der derzeitigen Standortstruktur und den Erreichbarkeiten,
- » Erhebung der Altersstruktur der heute praktizierenden Hausärzte und deren Nachfolgebedarf,
- » Identifikation von gefährdeten Standorten,
- » Ermittlung der Anzahl der Arztkontakte in Abhängigkeit von Altersstruktur und ausgewählten Facharztgruppen (Nachfrageprognose),
- » Qualitative Bedarfsanalysen zur medizinischen Versorgung,
- » Identifikation der Hausarztstandorte mit besonderer

Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung,

- » Entwicklung von Strategien und Handlungsmöglichkeiten,
- » Entwicklung und Umsetzung von Pilotprojekten.

### Analyse

Eine vorausschauende Analyse und Planung ist zur Identifikation zukünftiger Bedarfe notwendig, um dann genügend Zeit zur Ableitung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen und damit zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu haben. Ein guter Indikator, der den mittelfristigen Handlungsbedarf aufzeigt, ist das aktuelle Alter der Hausärzte. Mit einer „einfachen“ Fortschreibung des Alters der Ärzte in einem Szenario wird deutlich, wie hoch bei einem angenommenen altersbedingten Ausscheiden mit 65 die Anzahl der nachzubesetzenden Arztstandorte in der Region zukünftig sein wird, unter der Voraussetzung, dass das heutige Versorgungsniveau gehalten werden soll. Die Daten über das aktuelle Alter der Hausärzte sind häufig aus Datenschutzgründen nur schwer oder anonymisiert von den KV zu bekommen. Es kann sich daher anbieten, die jeweiligen Bürgermeister oder die Ärzte selbst nach voraus-

sichtlichem altersbedingten Ausscheiden und Nachbesetzungswahrscheinlichkeit zu befragen.

### Erreichbarkeit

Die angemessene hausärztliche Versorgung der Bevölkerung bestimmt sich neben der Anzahl der Ärzte vor allem durch die Erreichbarkeit der Arztpraxen. In den Modellregionen wurden sowohl die Erreichbarkeit mit dem PKW als auch mit dem ÖPNV ermittelt. Die Arztstandorte in den angrenzenden Regionen sollten dabei mit berücksichtigt werden, um später Insellösungen zu vermeiden.

Für die Bewertung der Erreichbarkeit wurden unterschiedliche Standards herangezogen. Häufig wird eine Fahrzeit von 15 Minuten mit dem PKW und von 30 Minuten mit dem ÖPNV zum nächsten Hausarztstandort und 30 bzw. 45 Minuten zum Facharzt als zumutbar angesehen. Dies bestätigen auch Befragungen in Modellregionen. In diesen stellte sich auch heraus, dass der ÖPNV nur eine sehr marginale Rolle bei der Fahrt zum Arzt spielt. Die Status-quo-Analysen zeigen, dass die Erreichbarkeit der Hausarztstandorte mit dem Pkw derzeit noch verhältnismäßig gut ist.

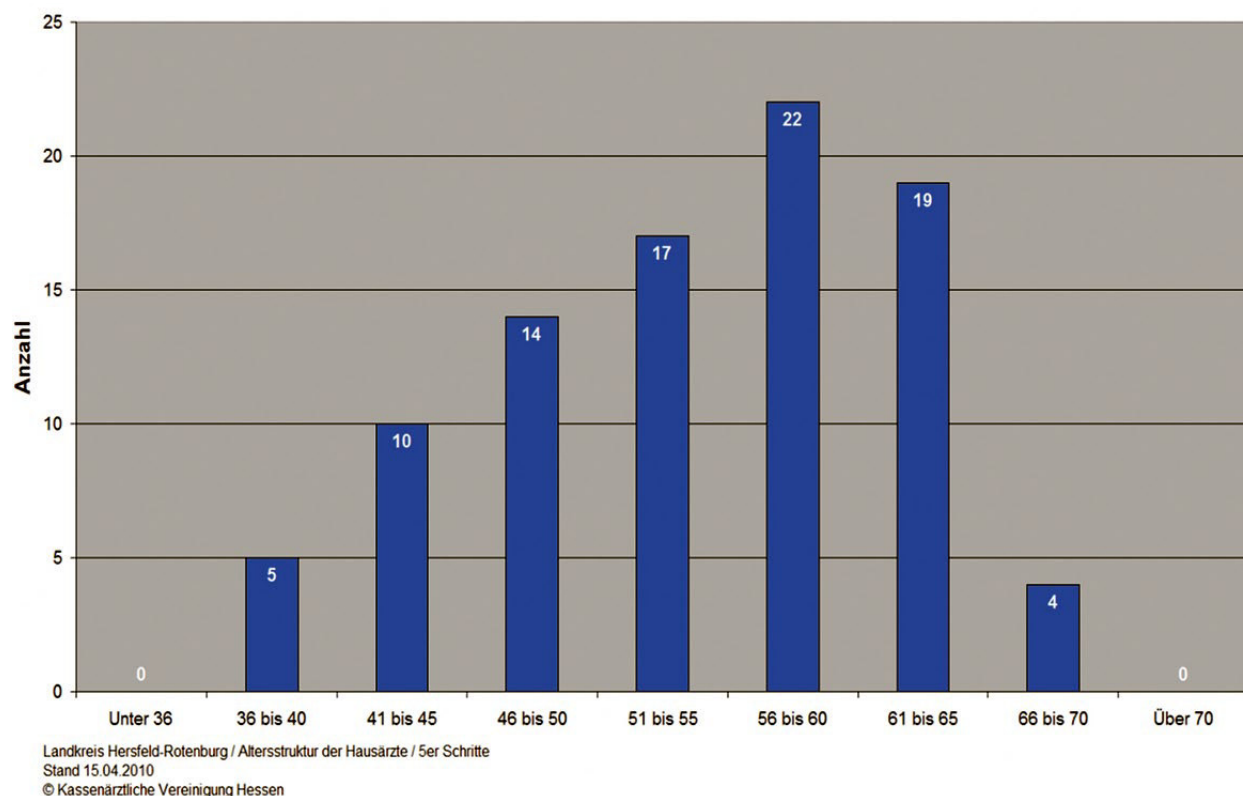


Abb. 20: Altersstruktur der Hausärzte im Landkreis Hersfeld-Rotenburg; Quelle: Regionalstrategie Hersfeld-Rotenburg (Kassenärztliche Vereinigung Hessen/ Landkreis Hersfeld-Rotenburg), S. 24

Bei der Berechnung der Erreichbarkeit mit dem ÖPNV bestehen Tücken, da die optimale Verbindung nicht immer diejenige ist, die passend für den Arztbesuch ist. Da der ÖPNV überwiegend auf den Schülerverkehr ausgerichtet ist, wurde in verschiedenen Modellregionen wie dem Vogelsbergkreis ein Modell entwickelt, das ermittelt, wie lang die Wegzeiten bei einem Termin für den Hausarztbesuch sind, der um 10 Uhr beginnt. Ca. 30% der Bevölkerung benötigen danach Wegzeiten von 30 Minuten bis zu einer Stunde. Ein Sechstel der Bevölkerung benötigt für die Hin- und Rückfahrt mehr als eine Stunde.

### Nachfrageprognose

Die Nachfrage nach Hausärzten wird nicht proportional mit der Bevölkerungszahl in der Region zurückgehen. Dies liegt daran, dass ältere Personen deutlich häufiger einen Hausarzt besuchen als jüngere Personen. Daher sollte bei der Nachfrageprognose neben dem Rückgang und der Alterung der Bevölkerung zusätzlich zugrunde gelegt werden, welche Altersgruppe durchschnittlich wie häufig einen Arzt besucht.

### Fachärzte

Die fachärztliche Versorgung ist im Gegensatz zur hausärztlichen Versorgung weniger flächendeckend vorzuhal-

ten. Sie orientiert sich in der Regel an den Zentralen Orten. Hier sind die Versorgungsprobleme in ländlichen Räumen insgesamt nicht ganz so akut. Allerdings ist die Situation in manchen Regionen und bestimmten Fachrichtungen wie bei Kinderärzten durchaus kritisch. In den Modellregionen wurden Aspekte der Facharztversorgung nur am Rande bearbeitet.

### Prioritäre Hausarztstandorte ermitteln

Aufbauend auf die Nachfrageprognose kann die strategische Bedeutung der Hausarztstandorte für die wohnortnahe Versorgung ermittelt werden. Hierfür wurde „ein Schadensindex“ zur Bewertung von Standorten ermittelt. Er gibt an, welche Erreichbarkeitsnachteile der Bevölkerung entstehen, wenn eine Arztpraxis geschlossen wird und außer diesem Standort auch bis zu drei benachbarte Standorte wegfallen. Die Erreichbarkeitsnorm lag dabei i. d. R. bei 15 Minuten.

Mit dem gleichen Modell wurde errechnet, welche Auswirkungen der Wegfall eines Arztstandortes für die Bevölkerung haben würde, wenn der Arzt mit dem ÖPNV innerhalb einer Außer-Haus-Zeit von 120 Minuten (Hin- und Rückweg) erreicht werden soll.

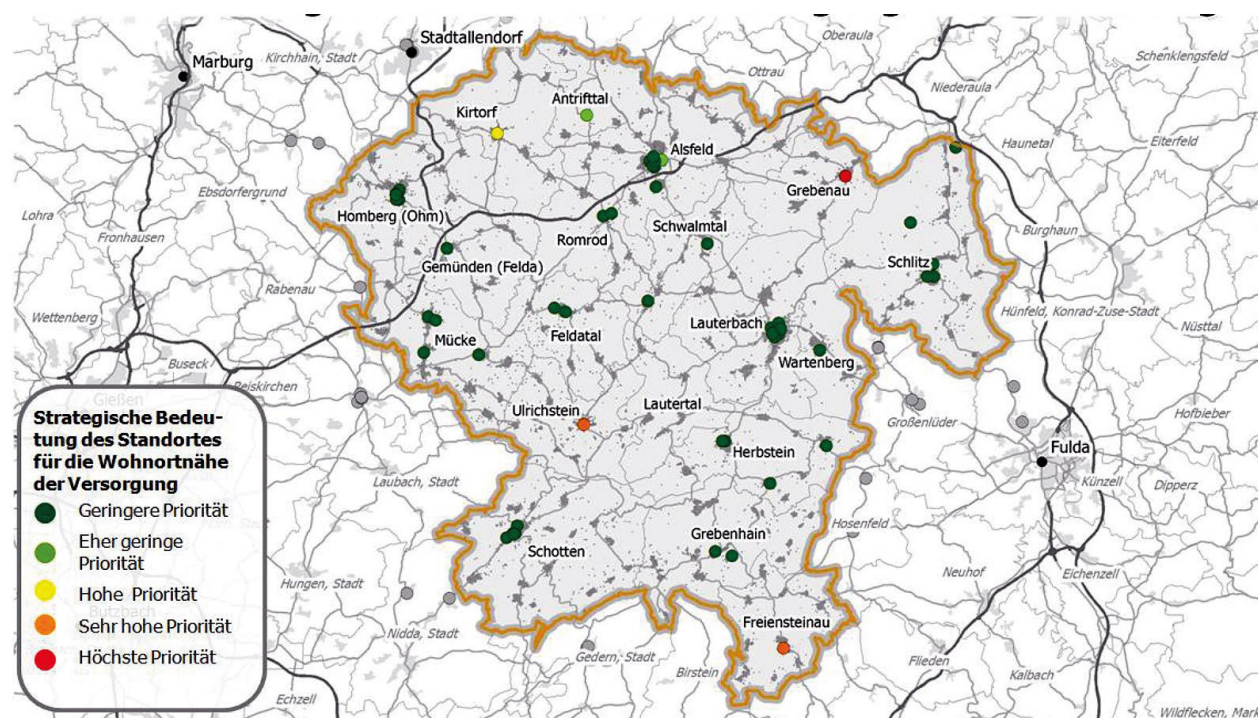


Abb. 21: Strategische Bedeutung eines Hausarztstandortes für die Sicherung der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung im Vogelsbergkreis; Quelle: Regionalstrategie Vogelsbergkreis (GGR), S. 17

So können jene Standorte bestimmt werden, die für die Versorgung der Bevölkerung eine sehr hohe Bedeutung haben und demzufolge vordringlich zu sichern sind.

### Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es?

Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung gibt es für die Landkreise und Gemeinden eine Reihe von Handlungsmöglichkeiten, die vielfach bereits in den Modellregionen erprobt werden. Von besonderer Bedeutung bei allen Aktivitäten ist ein interkommunaler Ansatz, um Insellösungen und unnötige Konkurrenzen zu vermeiden, sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der örtlich zuständigen KV.

### Vorausschauende Planung

- » Im Sinne eines Monitorings gemeinsam mit der regionalen KV Erstellung einer regelmäßigen, regionalen Übersicht, welche Arztsitze in den kommenden Jahren aller Voraussicht nach neubesetzt werden müssen,
- » Organisation eines landkreisweiten Dialoges mit allen relevanten Gesundheitsakteuren in Form von Arbeitsgruppen, teilräumlichen Gesundheitskonferenzen oder Runden Tischen,
- » Diskussion mit den Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Ziel, bei der Bedarfsplanung die prioritären Standorte zu berücksichtigen,
- » Diskussion in den Ausschüssen der Landkreise und mit den Gemeindebürgermeistern mit dem Ziel, ein internes regional abgestimmtes Vorgehen zu entwickeln, das die prioritären Standorte berücksichtigt.

### Ansiedlungsförderung von Ärzten

- » Aufbau geeigneter Unterstützungsstrukturen und -angebote für Hausärzte und ihre Familien, z. B. Einrichtung einer Hausarztakademie wie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg oder der Aufbau eines Landarzt-netzes,
- » Günstige Bereitstellung von entsprechenden Immobilien,
- » Arztspezifische Regionalmarketing- und Imagekampagnen wie „Ärztlich willkommen“ in Mitte Niedersachsen,

- » finanzielle Förderung für die Übernahme bzw. Gründung einer Praxis als niedergelassener Arzt. Die Unterstützung der Nachbesetzung sollte regional abgestimmt an Standorten, die aus regionaler Perspektive für die Gesundheitsversorgung bedeutsam sind, erfolgen, um einen „Scheckbuchwettbewerb“ zu verhindern.

### Anpassung der Versorgungsstrukturen und Entlastung der Ärzte

- » Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit einer für die Region geeigneten Trägerschaft. Bei solchen Neugründungen sollte insbesondere in kleineren Städten und Gemeinden auf eine Bündelung mit weiteren Versorgungseinrichtungen im Ortszentrum und eine gute öffentliche Verkehrsanbindung beachtet werden,
- » Grundstücksmobilisierung und Immobilienentwicklung für MVZ oder ähnliche Einrichtungen,
- » Unterstützung von Zweitpraxen,
- » Unterstützung von regionalen ärztlichen Kooperationsformen wie Regiopraxen, Ausübungsgemeinschaften, elektronischen regionalen fachübergreifenden Fallakten oder gemeinsam angestellten Ärzten,
- » Ausweitung arztentlastender Modelle wie VeraH und AGnES und Verbesserung der Schnittstellen zur kommunalen Seniorenbetreuung,
- » Die Konzentration von ärztlichen und medizinischen Leistungen in MVZ u. ä. macht neue Mobilitätskonzepte erforderlich wie Patientenbusse, Hol- und Bringdienste und ehrenamtliche Fahrdienste, um deren Erreichbarkeit sicherzustellen.

### Ärzte und Absolventen im Rahmen der Ausbildung binden

- » Vergabe von Stipendien mit der Maßgabe, nach Studienabschluss in der Region als Arzt tätig zu werden,
- » Unterstützung von Famulaturen in den Praxen der Region,
- » Aufbau und Unterstützung von regionalen Weiterbildungsverbänden.

## Literatur und gute Beispiele

Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge. Empfehlungen der Facharbeitskreise Mobilität, Hausärzte, Altern und Bildung. MORO Praxis 2/2015. Hrsg. vom BMVI (2015). Download unter: [www.regionale-daseinsvorsorge.de/produkte-und-veroeffentlichungen/publikationen-aus-dem-aktionsprogramm/#c556](http://www.regionale-daseinsvorsorge.de/produkte-und-veroeffentlichungen/publikationen-aus-dem-aktionsprogramm/#c556)

Praxisforum Ärztliche Versorgung der Servicestelle Vitale Orte 2030 (Hessen). Informationen unter: [http://vitale-orte.hessen-nachhaltig.de/de/Praxisforum\\_%C3%84rztliche\\_Versorgung.html](http://vitale-orte.hessen-nachhaltig.de/de/Praxisforum_%C3%84rztliche_Versorgung.html)

Hausarztakademie Hersfeld-Rotenburg. Informationen unter: [www.hausarztakademie-hersfeld-rotenburg.de/](http://www.hausarztakademie-hersfeld-rotenburg.de/)

Landarztnetz Lahn-Dill. Informationen unter: [www.landarztnetz.de/](http://www.landarztnetz.de/)

Marketingkampagne der Region Mitte Niedersachsen und der KV Niedersachsen. Informationen unter: [www.aerztlich-willkommen.de](http://www.aerztlich-willkommen.de)

Hausärzte gewinnen. Informationen für Kommunen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Hrsg. vom Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser (2016). Download unter: [www.arl-lw.niedersachsen.de/download/104245/Hausaerzte\\_gewinnen.pdf](http://www.arl-lw.niedersachsen.de/download/104245/Hausaerzte_gewinnen.pdf)

Letzte Klappe für den Landarzt? Ärztliche Versorgung im Kreis Schleswig-Flensburg. Informationsbroschüre für Gemeinden und Ämter. Hrsg. vom Kreis Schleswig Flensburg (2014). Download unter: [www.schleswig-flensburg.de/media/custom/146\\_8679\\_1.PDF?1390222530](http://www.schleswig-flensburg.de/media/custom/146_8679_1.PDF?1390222530)

Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin. Hrsg. vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Download unter: [www.demografie.portal.de/SharedDocs/Downloads/DE/Studien/Bedarfsgerechte\\_Versorgung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.demografie.portal.de/SharedDocs/Downloads/DE/Studien/Bedarfsgerechte_Versorgung.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. In welcher Facharztrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten? Von: Heinz, Andreas und Jacob, Rüdiger (2012). In: Bundesgesundheitsblatt Band 55 (Heft 2), S. 245–253. Download unter: [www.uni-trier.de/fileadmin/fb4/prof/SOZ/MES/Lehre/WS1112/Medizinstudenten\\_und\\_ihre\\_Berufsperspektiven.pdf](http://www.uni-trier.de/fileadmin/fb4/prof/SOZ/MES/Lehre/WS1112/Medizinstudenten_und_ihre_Berufsperspektiven.pdf)

Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Von: Steinhäuser, Jost; Joos, Stefanie; Szecsenyi, Joachim und Götz, Katja (2013). In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2013, 89, S. 10-15. Download unter: [www.online-zfa.de/media/article/2013/01/787ECA7D-5266-458B-BC5E-CDF35A73A91F/787ECA7D5266458BBC5ECDF35A73A91F\\_steinhaeuser\\_laendlicher\\_raum\\_1\\_original.pdf](http://www.online-zfa.de/media/article/2013/01/787ECA7D-5266-458B-BC5E-CDF35A73A91F/787ECA7D5266458BBC5ECDF35A73A91F_steinhaeuser_laendlicher_raum_1_original.pdf)

Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte. Monitoring 2014. Hrsg. vom Regionalen Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2014). Download unter: [www.region-seenplatte.de/sites/default/files/downloads/attachment/monitoring\\_hae-versorgung\\_2014\\_rpv\\_mse.pdf](http://www.region-seenplatte.de/sites/default/files/downloads/attachment/monitoring_hae-versorgung_2014_rpv_mse.pdf)





# Regionalstrategie Daseinsvorsorge

Leitfaden für die Praxis



UMGESETZT?

UMGESETZT?

SIE DIE VERSTÄRKUNG?  
(LÖSUNG)

LEBEN?

personelle  
Verstärkung

/ PROBLEME

Diskussions-  
anstöße durch  
MORO („Tacheles“)

gemeinsames  
Grundverständnis

thematische Verankerung  
in Medien, Gesellschaft,  
Wahlkampf

je konkreter,  
desto besser!

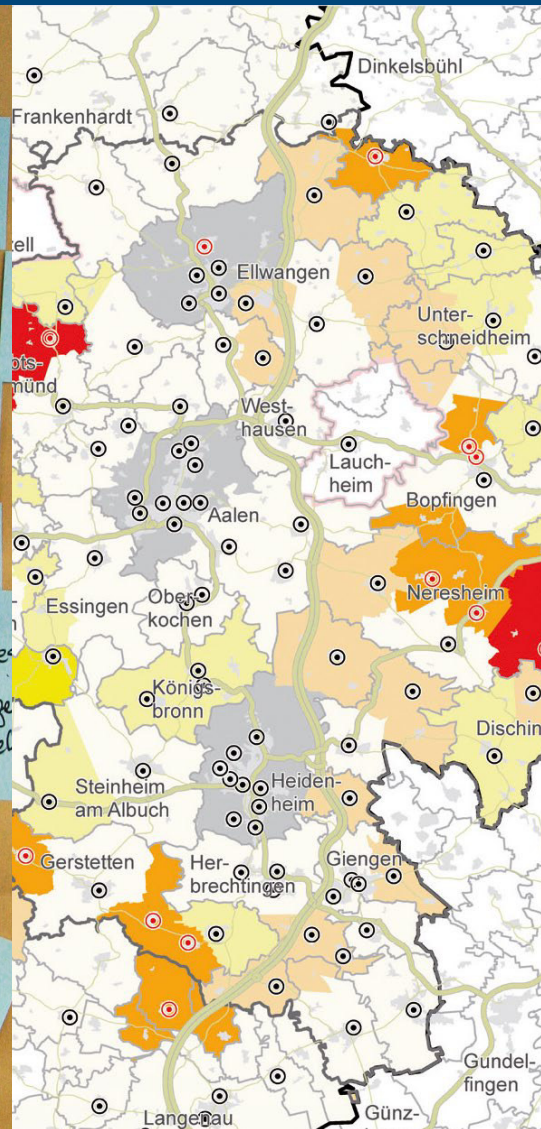
Schul-  
zusammenarbeit

Fortführung  
Lenkungsgruppe

kleine ange-  
leitete Pilotprojekte

Fortführung der  
Arbeitskreise

Einbindung in  
andere (verbindliche)  
Konzeptionen



## Impressum

### Herausgeber

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI)  
Invalidenstraße 44, 10115 Berlin

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)  
im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)  
Deichmanns Aue 31 – 37, 53179 Bonn

### Ansprechpartner

Gudrun Schwarz (BMVI)  
Michael Zarth (BBSR)

### Autoren

Johann Kaether (Hochschule Neubrandenburg)  
Prof. Dr. Peter Dehne (Hochschule Neubrandenburg)  
Anja Neubauer (Hochschule Neubrandenburg)

Einige Textpassagen beruhen auf Inhalten der BMVI-Publikation „Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Denkanstöße für die Praxis“ (2011), bei der mit Texten beteiligt waren:

Martin Albrecht (Gertz Gutsche Rügenapp)  
Axel Dosch (stadt.land.freunde.)  
Dr. Michael Glatthaar (pro loco)  
Dr. Jens Martin Gutsche (Gertz Gutsche Rügenapp)

### Druck

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI)  
Referat Z32, Druckerei

### Gestaltung und Satz

Anja Neubauer (Hochschule Neubrandenburg)  
Johann Kaether (Hochschule Neubrandenburg)

### Stand

April 2016

### Fotonachweis

Titel: Hochschule Neubrandenburg, Göran Gnaudschun  
S. 7, 11, 18, 43, 53: Hochschule Neubrandenburg  
S. 46: Regionalverband Ostwürttemberg

### Nachdruck und Vervielfältigung

Alle Rechte vorbehalten

### Bestellungen

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI)  
Referat G30 – Recht und Modellvorhaben der Raumordnung, raumwirksame Fachpolitiken  
ref-g30@bmvi.bund.de

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;  
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.