

Gesundheitsversorgung in Stadt und Land – Stand und Perspektiven

Einleitung

Die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist alles andere als einheitlich. Zahlreiche Studien (Lüring et al. 2013, Melchior et al. 2014, Kolip et al. 2012) in den letzten Jahren haben gezeigt, dass sich klassische Outcome-Indikatoren (Nolting et al. 2011, Albrecht et al. 2014, Sachverständigenrat 2014) regional zum Teil deutlich unterscheiden – das gilt sowohl im Hinblick auf die stationäre als auch die ambulante Gesundheitsversorgung. Dabei soll ja eigentlich jeder Bürger einen wohnortnahen Zugang zu hochwertiger Medizin haben.

Die Diskussion um fehlende Ärzte, insbesondere in strukturell schwachen Landesteilen wird derzeit besonders intensiv geführt (Gibis 2014). Kaum ein Tag vergeht, ohne dass in den Medien über den „Landarztmangel“ berichtet wird, wobei sich in städtischen Gebieten nicht selten eine Überversorgung zeigt. Die Ursachen für fehlende Ärzte, bzw. eine regionale Unterversorgung sind gleichwohl vielschichtig (Riedler 2014). Für die nachhaltige Lösung des Problems kann es somit keinen Königsweg geben. Vielmehr müssen auf der Basis wissenschaftlich valider Standortanalysen die notwendigen Lösungen herausgearbeitet werden. Dies ist die Voraussetzung, um eine adäquate, d.h. bedarfsgerechte Versorgung der betroffenen Bevölkerung mit langfristig tragfähigen Lösungen zu erzielen. Dazu gehören auch Investitionen in eine verbesserte Infrastruktur des ländlichen Raums genauso wie beispielsweise die zielstrebige Entwicklung und Umsetzung von

intersektoralen Angeboten zur Versorgung (Faller 2014, Kuhn 2014).

Der folgende Artikel zeigt wesentliche Ursachen und Einflussfaktoren des Problems auf. Er erläutert, wie mit Hilfe von wirtschaftswissenschaftlich fundierten Standortanalysen eine eindeutige Situationsbeschreibung und damit Planungssicherheit für die nähere Zukunft geschaffen werden kann.

Die Ursachen können im Kern in drei Bereichen zusammengefasst werden. Diese sind zugleich auch die künftigen Handlungsfelder:

- Infrastrukturelle Ursachen
- Berufsgruppenspezifische Ursachen
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Infrastrukturelle Ursachen

- Regional rückläufige Bevölkerungsentwicklung bei gleichzeitig hohem Durchschnittsalter der zurückbleibenden Bewohner. Diese Menschen müssen aber ebenfalls adäquat versorgt werden.

- Wenig attraktive Rahmenbedingungen für potenzielle Leistungserbringer in ländlichen Regionen wie unzureichende Versorgung mit Breitband, problematische Verkehrsinfrastruktur, fehlende schulische sowie kulturelle Angebote und Einkaufsmöglichkeiten.
- Fehlende Beschäftigungsmöglichkeit für den (Ehe-)Partner.
- Eine zentralistische und damit wenig flexible Steuerung durch den Versorgungsauftrag nach § 99 SGB V. Diese hat in der Vergangenheit zu einer Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärzte geführt. Ein u. a. daraus resultierender, äußerst problematischer Nebeneffekt, der in der öffentlichen Diskussion kaum beachtet wird, ist der dramatische Verkehrswertverfall von Praxen: Arztpraxen auf dem Land sind praktisch nicht mehr zu verkaufen! Das Konstrukt, Erlöse aus einer Praxisveräußerung als wesentlichen Bestandteil der eigenen Altersvorsorge zu berücksichtigen funktioniert somit nicht mehr.

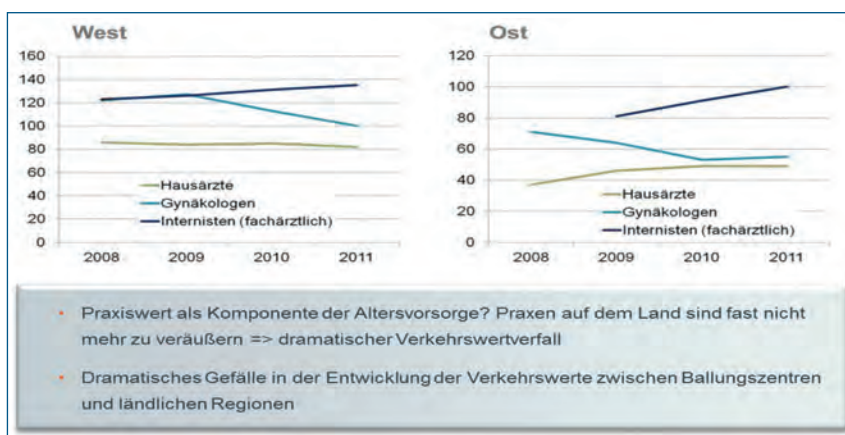


Abb. 1: Wertentwicklung von Arztpraxen (Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis Deutsche Apotheker- und Ärztebank und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung).

* www.kober-management.com (Der vorliegende Beitrag lehnt sich eng an die Veröffentlichung in der Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Bd. 23, Heft 4, 2014 an). ** www.hs-neu-ulm.de/vg

Berufsgruppenspezifische Ursachen

- Die Wahrnehmung des Fachs Allgemeinmedizin ist in den letzten Jahren hinter „vermeintlich interessanteren“ Disziplinen wie z. B. Radiologie, Orthopädie, Kardiologie usw. deutlich zurückgeblieben.
- Fehlende Ausbildungskapazitäten im Bereich Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten
- Hohes durchschnittliches Lebensalter der Praxisinhaber.
- Fehlende Entlastung der aktiven Praxisinhaber insbesondere von zeitraubenden, organisatorischen und administrativen Tätigkeiten.
- Das Potenzial einer besseren Vernetzung der Sektoren untereinander wird nicht ausgenutzt.

Gesellschaftliche Ursachen

- Die zunehmende Zahl von Medizinerinnen. Die jungen Frauen sind gut ausgebildet, zum Teil international erfahren und möchten gerne in ihrem Beruf arbeiten, gleichzeitig aber auch Familie und Freizeit haben. Dabei konkurriert die Tätigkeit als niedergelassener Arzt bzw. in der Klinik mit anderen Beschäftigungsmöglichkeiten aus der Industrie, Wissenschaft, Lehre usw. ganz erheblich.
- Berufstätige legen heute mehr denn je besonderen Wert auf die gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Work-Life-Balance.

Mögliche Ansatzpunkte zur Gestaltung der Situation vor Ort

Zu Beginn jeglicher Aktivität sollte eine wissenschaftlich fundierte Analyse der jeweiligen regionalen Situation stehen, dies kann bis auf Ebene eines Postleitzahlgebietes geschehen. Wesentliches Kriterium einer solchen Analyse ist, dass sowohl volkswirtschaftliche

Parameter als auch Daten der vorhandenen Versorgungsinfrastruktur in einem Zusammenhang betrachtet werden. Zu den zu betrachtenden volkswirtschaftlichen Daten gehören z. B. die demographische Entwicklung, Kaufkraft, Arbeitsmarktdaten usw. Auf diese Weise werden die individuellen Probleme vor Ort transparent und sind besser zu verstehen. Daraus lassen sich für den jeweiligen Bedarf maßgeschneiderte Lösungsansätze entwickeln. Gerade aus der demographischen Entwicklung können sich ganz unterschiedliche Anforderungen an die Gesundheitsversorgung ergeben. In Abbildung 2 werden einige Analysebeispiele dargestellt.

Die roten Flächen in Abbildung 2 im aggregierten Bereich kennzeichnen Gebiete mit sehr geringer Bevölkerungsdichte, grüne Gebiete haben eine hohe Bevölkerungsdichte.

Die Kennzahl Einwohner-Arzt-Relation Abbildung 3, ermöglicht Rückschlüsse auf die Versorgungsdichte in einem Gebiet. In den grünen Bereichen entfallen auf jeden niedergelassenen Arzt weniger zu versorgende Patienten als in den roten Bereichen. So wird u. a. das Gefälle zwischen den Städten und deren Umland veranschaulicht. Somit können nicht zuletzt aus Sicht des niederlassungswilligen Arztes Rückschlüsse auf die Wertehaltigkeit und damit Attraktivität einer Region gezogen werden.

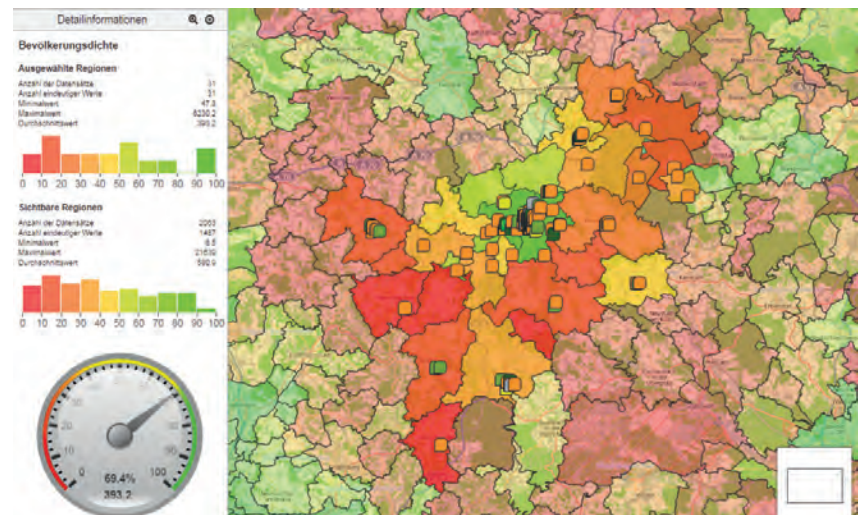


Abb. 2: Bevölkerungsdichte (Quelle: eLocalDatamed® von MedidataResearch GmbH Mannheim).

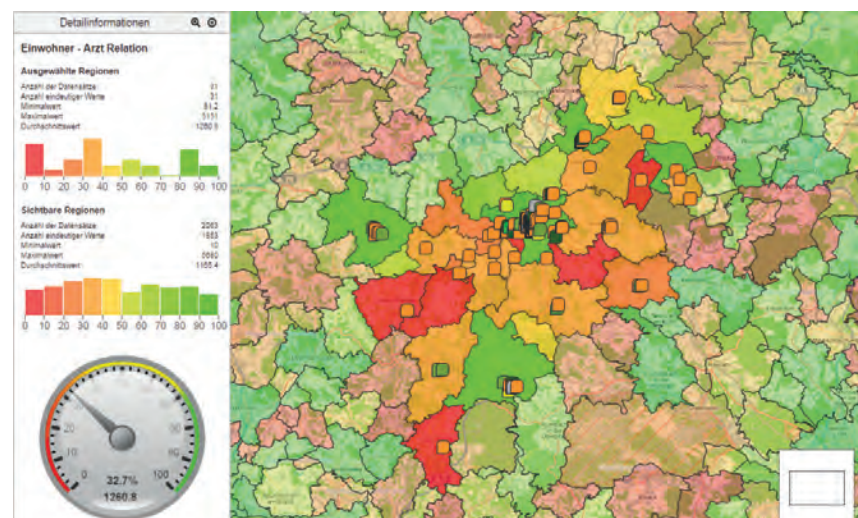


Abb. 3: Einwohner-Arzt-Relation einer Region und die Verteilung von (Fach-) arztstzen (Quelle: eLocalDatamed® von MedidataResearch GmbH Mannheim).

Der Tacho in Abbildung 3 zeigt den Status der ausgewählten Region im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland. In der o.a. Abbildung haben somit 62% der Regionen in Deutschland eine günstigere Einwohner-Arzt-Relation als die ausgewählten.

die notwendige Infrastruktur langfristig und am tatsächlichen Bedarf orientiert zu gestalten. Eine weitere Voraussetzung zum Gelingen einer guten Versorgung ländlicher Regionen, ist die Steigerung ihrer Attraktivität und ein stärkeres Engagement für die All-

Literatur

Albrecht M., Etgeton S., Ochmann R.R. (2014) *Faktencheck Gesundheit, Regionale Verteilung von Arztsitzen (Arztdichte)*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh.

Faller B. (2014) *Probleme der Hausarztversorgung im ländlichen Raum*. Stadtentwicklung. VHW FWS 1/ Januar-Februar. S. 7–10.

Gibis B. (2014) *Landarztmangel und Bedarfsplanung in Deutschland: Zwischen Skylla und Charybdis*. Zeitschrift für Gesundheitspolitik. Schwerpunktthema: Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin. S. 113–124.

Kolip P., Nolting H.-D., Zich K. (2012) *Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh.

Kuhn E. (2014) *Luxusgut Gesundheitsversorgung? Ärztliche Dienstleistungen bei Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum*. Zeitschrift für Gesundheitspolitik. Schwerpunktthema: Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin. S. 9–32.

Lüring C., Niethard F.-U., Günther K.-P., Schäfer T., Hannemann F., Pritzkeleit R., Maier W., Kirschner S. (2013) *Faktencheck Gesundheit, Knieoperationen (Endoprothetik) – Regionale Unterschiede und ihre Einflussfaktoren*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh.

Melchior H., Schulz H., Härter M., Walker J., Ganninger M. (2014) *Faktencheck Gesundheit, Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh.

Nolting H.-D., Zich K., Deckenbach B., Gottberg A., Lottmann K., Klemperer D., Westrick M. G., Schwenk U. (2011) *Faktencheck Gesundheit, Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh.

Riedler K. (2014) *Befragung: Der niedergelassene Land(-Arzt) – vom Aussterben bedroht?* Zeitschrift für Gesundheitspolitik. Schwerpunktthema: Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin. S. 33–54.

Sachverständigenrat (2014) *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kurzfassung. Baden-Baden.

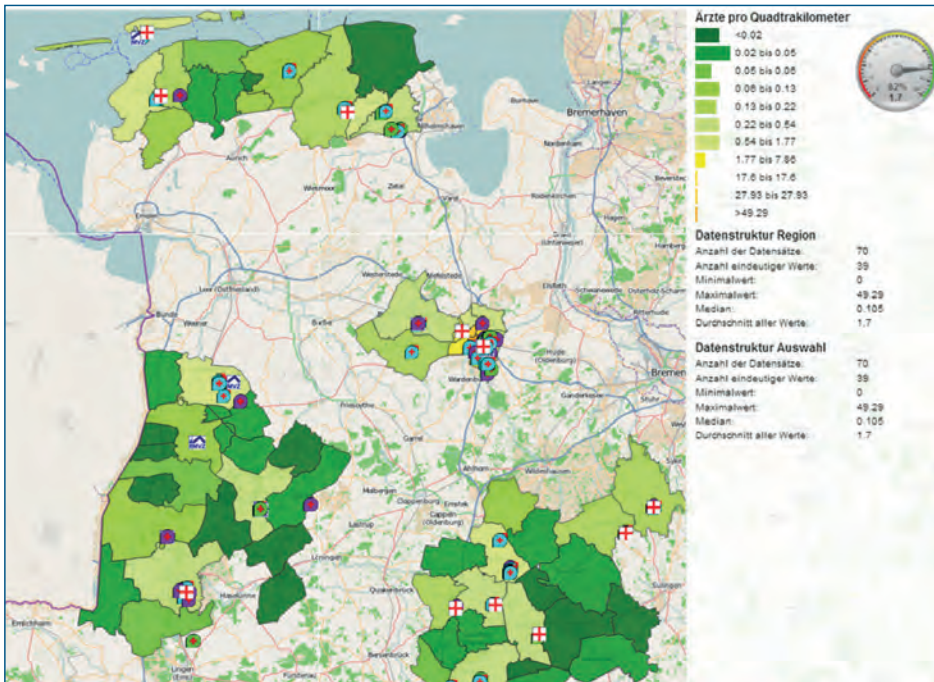


Abb. 4: Vergleich Einwohner-Arzt-Relation ausgewählter Regionen untereinander (Quelle: eLocalData-med® von MedidataResearch GmbH Mannheim).

Die Abbildung 4 und Abbildung 5 sind Darstellungen von mehreren volkswirtschaftlichen Parametern unterschiedlicher Regionen im Vergleich. So lässt sich die eigene Situation im Bezug zu anderen Regionen besser einordnen.

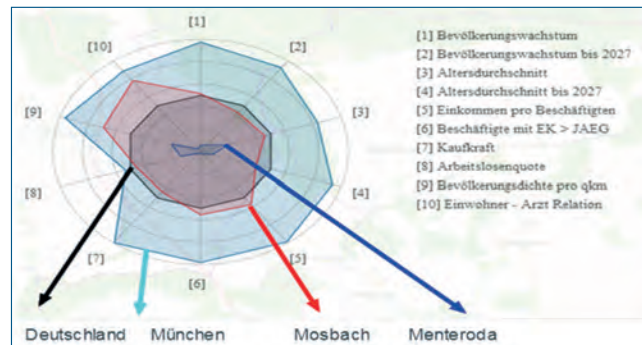


Abb. 5: Volkswirtschaftliche Parameter ausgewählter Regionen im Vergleich (Quelle: eLocalData-med® von MedidataResearch GmbH Mannheim).

Fazit

Wirtschaftswissenschaftliche Standortanalysen bis auf Postleitzahlen-ebene sind ein wichtiger Beitrag zur Versachlichung der Diskussion zwischen allen beteiligten Parteien. Die umfassende Abbildung von Informationen zur medizinischen Versorgungsinfrastruktur in Kombination mit volkswirtschaftlichen Daten leistet einen wertvollen Beitrag, um

gemeinmedizin, dann wird es auch in Zukunft eine gute Versorgung geben. Es ist davon auszugehen, dass sich zu-künftig innerhalb der betroffenen Regionen verschiedene Akteure, z.B. Ärztevertreter, Patientenorganisationen, Wirtschaftsvertreter aber auch Kommunalpolitik zusammenschließen werden, um allgemein akzeptierte Lösungen zu finden.