



Pablo Luneau

Zwischen freiwilliger Aufgabe und wachsendem Handlungsdruck

Die Rolle der Kommunen bei der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen

Seit rund 15 Jahren wird in Deutschland zunehmend intensiv über die Sicherung der ambulanten Gesundheitsversorgung diskutiert. Während die Debatte in besonders ländlichen und peripheren Regionen begann, hat sie längst auch Eingang in urbane Räume und Beachtung in der breiten Gesellschaft gefunden. Denn das Thema Gesundheitsversorgung ist ein besonders sensibles. Wenngleich die Sicherung der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung im Wesentlichen den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, wächst in vielen Kommunen der Druck, das Thema auf die Agenda zu setzen. Denn die Kommunen werden von ihren Bürgerinnen und Bürgern nicht nur als erste Ansprechpartnerin, sondern auch in einer grundsätzlichen Zuständigkeit für die Fragen der lokalen Daseinsvorsorge und Lebensqualität wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund werden sie mit den vor Ort spürbaren Problemen, wie Praxisschließungen, langen Wartezeiten und größer werdenden Distanzen für den Arztbesuch, konfrontiert. Diese Probleme sind das Ergebnis einiger seit Jahren oder gar Jahrzehnten zu beobachtenden Entwicklungen.

So stellen etwa der demografische Wandel und die Alterung der Bevölkerung eine wesentliche gesellschaftliche Herausforderung unserer Zeit dar. In vielen Regionen Deutschlands, insbesondere in ländlichen bzw. peripheren Räumen, führt die Alterung trotz des häufig zu beobachtenden Bevölkerungsrückgangs zu einem höheren Bedarf an ärztlicher Versorgung. Denn die Zahl der jährlichen Arztkontakte steigt mit dem Alter enorm an (s. Abb. 1; Riens et al. 2012). Die Zahl der chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten nimmt im Alter deutlich zu und damit auch der Zeitaufwand für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte – zum einen für die Behandlung selbst und zum anderen für den notwendigen fachlichen Austausch untereinander.

Auf der anderen Seite führt ebendiese Alterung in den kommenden Jahren zu einer Welle an Renteneintritten innerhalb der Ärzteschaft. Die zahlenmäßig besonders bedeutsame Baby-Boomer-Generation befindet sich bereits zu großen Teilen im typischen Renteneintrittsalter oder erreicht dieses in den nächsten Jahren. Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf Basis des Bundesarztregisters unterstreichen dies sehr deutlich: Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte liegt bei rund 55 Jahren. Mehr als ein Drittel ist mindestens 60 Jahre, ein weiteres Drittel mindestens 50 Jahre alt (KBV o. J. a; Datenjahr 2023). Allein diese Zahlen lassen den Nachbesetzungsbedarf in den kommenden Jahren erahnen. Diesbezügliche Prognosen sind jedoch mit Vorsicht zu genießen, weil es eine Altersgrenze zur Ausübung des ärztlichen Berufs in der vertragsärztlichen Versorgung nicht (mehr) gibt. Der Zeitpunkt des Renteneintritts ist demnach eine sehr persönliche, multifaktorielle Entscheidung, die sehr unterschiedlich ausfallen kann. Sie hängt häufig – so zeigen unsere Erfahrungen in mehreren Regionen – von der Gesamtsituation vor Ort und der Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte ab.

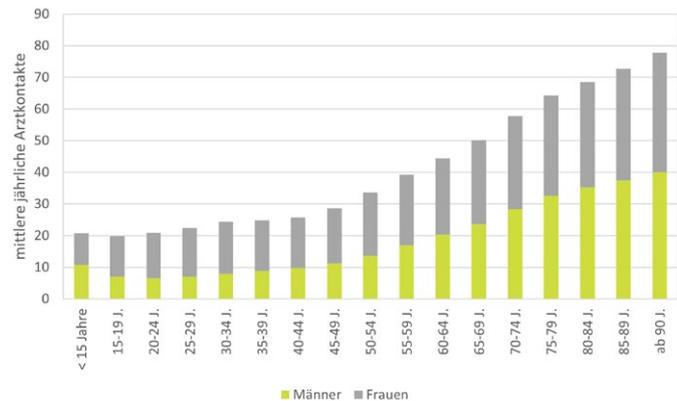


Abb. 1: Mittlere jährliche Arztkontakte in Deutschland im Jahr 2007 nach Altersgruppen (eigene Darstellung nach Riens et al. 2012)

Seitens der nachrückenden Medizinerinnen und Mediziner kommen Entwicklungen hinzu, die diesen Effekt zusätzlich verstärken. Zu nennen ist hier insbesondere der zunehmende Wunsch nach Teilzeitarbeit, für dessen Umsetzung Angestelltenverhältnisse besonders geeignet und entsprechend gefragt sind. Allerdings geht auch bei Niedergelassenen der Trend zur Arbeitszeitreduzierung: Während die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag zwischen 2014 und 2023 um fast 21 % abgenommen hat, haben hälftige Versorgungsaufträge mit einem Zuwachs von 189 % einen regelrechten Boom erlebt (s. Abb. 2; KBV o. J. b). Insofern darf die steigende absolute Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nicht mit steigenden Kapazitäten gleichgesetzt werden.

Das Bild des traditionellen Landarztes mit 80-Stunden-Wochen, abendlichen Hausbesuchen und Wochenendarbeit ist für den Großteil der nachrückenden Medizinergeneration kein Vor-, sondern Sinnbild für ein Arbeits- und Familienmodell, das nicht mehr ihren Wünschen und Vorstellungen

entspricht. Vielmehr ist sowohl für Ärztinnen – die Allgemeinmedizin in Deutschland ist zunehmend weiblich – als auch für Ärzte die Vereinbarkeit von Beruf und Familie bedeutsamer geworden, u. a. aufgrund der heute stärkeren Aufteilung von Erwerbs- und Carearbeit.

Welchen Beitrag können Kommunen leisten?

Für die Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung sind, wie eingangs erwähnt, die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich. Die kommunale Ebene hat hier keine gesetzlich verankerten Regelungsbefugnisse und Zuständigkeiten. Es stellt sich die Frage, welchen Beitrag Städte und Gemeinden in diesem System und unter Berücksichtigung der bestehen Aufgaben- und Arbeitsteilung überhaupt leisten können. Eine Reihe von möglichen Handlungsansätzen wird im Folgenden beschrieben.

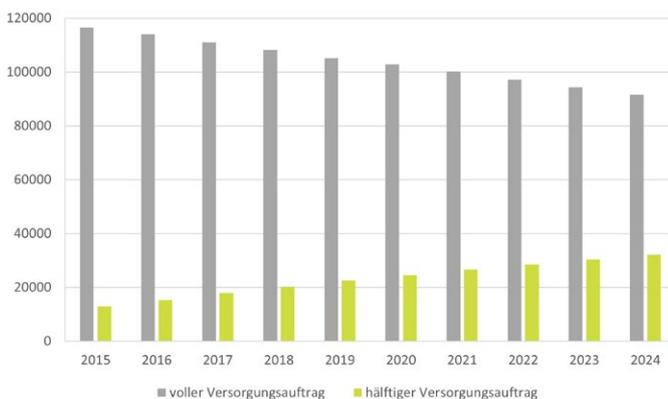


Abb. 2: Entwicklung der häftigen und der vollen Versorgungsaufträge in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen 2015 und 2024 (eigene Darstellung nach KBV o. J. b)

Kommunikation, Monitoring und Planung

Vor dem Hintergrund der (Nicht-)Zuständigkeit von Kommunen erscheint es zunächst so, als sei das Engagement der Städte und Gemeinden im Wesentlichen auf Kommunikations- und Informationsstrategien begrenzt. Dies ist auch ein erster, wichtiger Schritt. Einzelne Kommunen in ländlichen Räumen kommen mit ihren Mitteln unter den oben beschriebenen Rahmenbedingungen allein kaum weiter. Im ersten Schritt empfiehlt es sich, den Dialog mit Nachbargemeinden zu suchen, eine interkommunale Zusammenarbeit aufzubauen und dafür geeignete Teil- bzw. Handlungsräume zu definieren. Hierfür ist je nach Kommune und bestehendem „Leidensdruck“ mehr oder weniger Sensibilisierungsarbeit in der Lokalpolitik zu leisten.

Auf der Basis einer zwischen den Gemeinden abgestimmten Vorgehensweise kommt es darauf an, mit geeigneten Dialogformaten ein überörtliches Netzwerk zwischen den Gesundheitsakteuren (im Wesentlichen die Leistungserbringer/Praxen) und den jeweils beteiligten Gemeinden aufzubauen. Der Dialog sollte dabei an folgenden Facetten ausgerichtet werden:

- **Versorgungssituation:** Wiederkehrend sollte der Versorgungsalltag diskutiert werden, um im Sinne einer gesicherten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung Handlungsbedarfe bei z. B. einzelnen Patientengruppen, Krankheitsbildern oder in Teilräumen identifizieren zu können.
- **Versorgungsrisiken:** Ebenfalls sollten Probleme der Praxisentwicklung thematisiert werden. Dies betrifft insbesondere den Fachkräftebedarf und die Praxisweitergabe. Insbesondere die frühzeitige Kenntnis bevorstehender Praxisabgaben und die Beurteilung der Erfolgsaussichten einer Weitergabe sind von hohem Wert, um drohende Versorgungslücken frühzeitig erkennen zu können.
- **Lösungsansätze:** Aus der laufenden Auseinandersetzung mit dem Versorgungsalltag und den Versorgungsrisiken sind letztlich Lösungsansätze zu entwickeln und nach Möglichkeit in die Umsetzung zu bringen. In dieser Hinsicht dient der Dialog auch der Kooperationsanbahnung für die Umsetzung von Maßnahmen und Lösungen.

Unabhängig von den kurz- bis mittelfristig erzielbaren Ergebnissen sollte es Ziel sein, die Dialoge als Teil eines langfristigen Versorgungsmonitorings zu etablieren und in der Gesundheitsplanung zu berücksichtigen. Hierbei geht es darum, die dynamische Entwicklung der lokalen Bedarfslagen und von Nachbesetzungs- und Abgabeprozessen zu dokumentieren. Das lokale Wissen wird somit für Politik und Verwaltung transparenter. Die wesentlichen Bausteine eines Monitorings bestehen demzufolge aus einer Bedarfsanalyse bzw. -ermittlung, einer Angebotsanalyse, einer anschließenden Synthese (Identifizierung von Versorgungslücken oder -risiken) sowie der Erfassung von innovativen Versorgungsmodellen, z. B. aus anderen Regionen, und ihrer Bewertung hinsichtlich der Umsetzbarkeit vor Ort.

Auf Basis der Erkenntnisse aus diesen Bausteinen kann die Gesundheitsplanung langfristige Strategien entwickeln und in enger Abstimmung mit den lokalen Gesundheitsakteuren im Rahmen der Teilraumdialoge entscheiden, welche Bausteine zur Sicherung und Modernisierung der ambulanten Versorgung für die spezifische Versorgungssituation im Teilraum besonders geeignet erscheinen.

Medizinischen Nachwuchs gewinnen – und binden

Die Suche nach einer Nachfolge stellt für einen Großteil der Praxen in ländlichen Räumen eine der zentralen Herausforderungen dar. Jene Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis erfolgreich abgeben, finden Nachfolgelösungen häufig im näheren persönlichen oder beruflichen Umfeld. Bislang spielten Praxisbörsen und spezielle Vermittler unserer Erfahrung nach eine eher untergeordnete Rolle. Übergaben erfolgen häufig an (ehemalige) Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) oder an vormalige Angestellte. Persönliche Kontakte und ein entsprechendes Netzwerk sind hierbei



von Bedeutung. Erfahrungen in mehreren Regionen zeigen, dass eine frühzeitige Bindung des ärztlichen Nachwuchses die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass dieser nach etwaigen anderen Stationen im Zuge der Ausbildung in die Region zurückkehrt bzw. dort nach der fachärztlichen Weiterbildung verbleibt. Insofern empfiehlt es sich, für die verschiedenen Stationen der Ausbildung attraktive Angebote zu entwickeln und diese aktiv zu bewerben.

Dabei spielen (regionale) Weiterbildungsverbände (WBV) eine wichtige Rolle. Die Zusammenschlüsse von Krankenhäusern und Praxen koordinieren die Weiterbildung der Medizinerinnen und Mediziner. Zwar gibt es solche Verbände deutschlandweit, allerdings unterscheiden sie sich teils stark in ihrer Beratungs- und Unterstützungsintensität, dem Grad der Bewerbung ihrer Region, dem Informationsangebot im Internet usw. Hier können Städte und Gemeinden – oder besser: interkommunale Handlungsräume bzw. Regionen – ihre Weiterbildungsverbände unterstützen. So könnte beispielsweise in Zusammenarbeit von WBV und kommunaler Ebene eine zentrale Servicestelle aufgebaut und betrieben werden, die je nach Zielen und Bedarfen verschiedene Aufgaben übernehmen kann, z. B. in den Bereichen Information und Vermittlung („Matchmaking“), Beratung von angehenden ÄiW, Unterstützung der lokalen Ärzteschaft bei der Beantragung der Weiterbildungsbefugnis, Konzeption und Koordinierung der Nachwuchsarbeit usw. Mit Blick auf die begrenzten Medizinstudienplätze in Deutschland – hier sind die Länder in der Verantwortung – und dem damit einhergehenden Nachwuchsmangel sollte zudem ein Augenmerk darauf liegen, Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Qualifikationen bei der Anerkennung ihres Berufs zu unterstützen und adäquat im Arbeitsmarkt zu integrieren. Auch dies könnte Aufgabe einer solchen Stelle sein.

Gesundheitsversorgung und Strukturen modernisieren

Es ist deutlich geworden, dass die Praxisübergabe an Nachfolger eine der zentralen Herausforderungen darstellt, sowohl auf Mikroebene für die abgebenden Praxisinhaberinnen und -inhaber als auch auf Makroebene für die Kommunen und Regionen im Sinne einer gesicherten Gesundheitsversorgung. Das Ziel sollte deshalb lauten, die freiwerdenden Kassensitze organisatorisch so zu fassen bzw. einzubetten, dass die daraus entstehenden Arbeitsbedingungen zu den Präferenzen der nachrückenden Generation passen. Auch in Zukunft wird es noch junge Medizinerinnen und Mediziner geben, die eine „traditionelle“ Praxis mit umfassender fachlicher, organisatorischer, juristischer und wirtschaftlicher Verantwortung favorisieren. Diese Nachfrage kann aus dem Bestand abzugebender Praxen ohne Weiteres bedient werden. Allerdings sind gerade Frauen, die in der Allgemeinmedizin überproportional vertreten sind, weniger bereit, Einzelpraxen zu übernehmen (Van den Bussche et al. 2019).

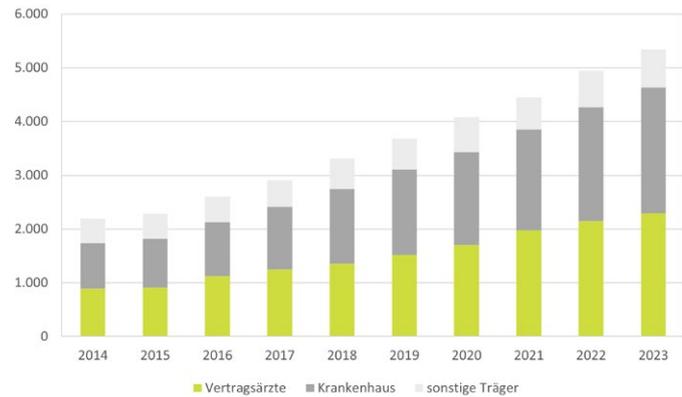


Abb. 3: Entwicklung der Anzahl von MVZ in Deutschland zwischen 2014 und 2023 nach Trägerschaft (eigene Darstellung nach KBV o. J. c)

Es zeichnet sich insgesamt ab, dass ein großer Teil des ärztlichen Nachwuchses andere Vorstellungen von der Berufsausübung hat, was sich mit folgenden Aspekten und Tendenzen verbindet:

- flexible und verlässliche Arbeitszeiten
- reduzierte Wochenstunden, mehr Teilzeit
- Spezialisierung und fachliche Zusammenarbeit im Team
- Konzentration auf die ärztliche Tätigkeit und Entlastung von administrativen und Routinetätigkeiten
- mehr Anstellungsverhältnisse und weniger Selbstständigkeit.

Diese Aspekte sind insbesondere in größeren Strukturen, wie Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit mehreren Ärztinnen und Ärzten, umsetzbar. Verschiedene Arbeitszeitmodelle, fachliche (auch interprofessionelle) Zusammenarbeit in größeren Teams und die Entlastung des medizinischen Personals durch administrative oder anderweitig qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Praxismanager, kaufmännische Angestellte, Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis, nichtärztliche Praxisassistenten etc.) sind erst in größeren Strukturen möglich und wirtschaftlich darstellbar.

Ein wesentlicher Handlungsansatz für Kommunen besteht vor diesem Hintergrund darin, den voranschreitenden Betriebsformenwandel proaktiv mitzugestalten: Der Gesetzgeber hat der kommunalen Ebene hierfür in den letzten Jahren den Weg geebnet. Medizinische Versorgungszentren sind 2004 als neuer Typus in die ambulante Versorgung eingeführt worden. Sie unterscheiden sich insofern von klassischen Teilnahmeformen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften), als dass eine organisatorische Trennung von Inhaberschaft und ärztlicher Behandlungstätigkeit möglich ist. Als Gründer von MVZ kamen zunächst zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser, Erbringer von nichtärztlichen Dialyseleistungen, bestimmte gemeinnützige Träger und anerkannte Praxisnetze infrage.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 hat der Gesetzgeber auch Kommunen als Träger zugelassen. Seither können Städte, Gemeinden und Landkreise MVZ in öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Form betreiben – am verbreitetsten ist bislang die GmbH. Es bedarf hierfür u. a. einer ärztlichen Leitung, die in medizinisch-fachlichen Entscheidungen unabhängig ist.

Die Zahl der MVZ und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend auch langfristig nicht umkehren wird – im Gegenteil. Gab es 2014 etwas mehr als 2000 MVZ in Deutschland, waren es 2023 bereits knapp 4900 (s. Abb. 3; KBV o. J. c). Kommunale MVZ machen bislang jedoch nur einen Bruchteil aus. Insofern befeuert ein kommunales Engagement diese Entwicklung nicht wesentlich, was häufig von kleineren Praxen befürchtet wird, wenn ein kommunales Engagement zur Debatte gestellt wird. Vielmehr scheint es sinnvoll, solche Lösungen zu entwickeln und voranzutreiben, soll der zunehmende Einfluss rein renditeorientierter Investoren gebremst werden. Neben genossenschaftlichen Modellen können auch kommunale Ansätze hierzu beitragen. Von hoher Bedeutung ist dabei, solche Ideen gemeinsam mit den Akteuren vor Ort zu diskutieren und zu entwickeln, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Sinne der örtlichen bzw. regionalen Gesundheitsversorgung zu sichern.



Abb. 4: Auf der Suche nach Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen (Foto: Jost)

Gegenüber rein informativen, kommunikativen oder sonstigen flankierenden Leistungen seitens der kommunalen Ebene stellt die Trägerschaft eines MVZ eine weitgehende Aufgabenwahrnehmung in der Gesundheitsversorgung dar. In Regionen, in denen Versorgungslücken oder -risi-

ken herrschen, ein solches Engagement jedoch „aus dem Markt“ heraus nicht entsteht, erscheint dies jedoch dringend erforderlich. Dass das Instrument erfolgreich umgesetzt werden kann, zeigen diverse Beispiele in Deutschland. Bundesweit gibt es schätzungsweise rund 50 MVZ in kommunaler Trägerschaft – Tendenz steigend.

Von heute auf morgen sind die beschriebenen Maßnahmen nicht umsetzbar. Städte und Gemeinden, die sich zunehmend mit Problemen der ärztlichen Versorgung konfrontiert sehen und in dem Themenfeld noch am Anfang stehen, sollten sich proaktiv in einen konstruktiven Austausch mit den lokalen Akteuren begeben, um erfolgsversprechende Lösungen zu identifizieren und diese voranzutreiben. Dialogformate dienen als erster Ansatzpunkt und als Forum für entsprechende Entwicklungen.



Pablo Luneau

Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
Quaestio Forschung & Beratung, Köln

Quellen:

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J. a): Gesundheitsdaten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. Abrufbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J. b): Gesundheitsdaten. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten Teilzeit. Abrufbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php>.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J. c): Gesundheitsdaten. Kooperationsform MVZ weiter attraktiv. Abrufbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>.

Riess, B./Erhard, M./Mangiapane, S. (2012): Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/02. Berlin 2012.

Van den Bussche, H./Boczor, S./Siegert, S./Nehls, S./Selch, S./Kocalevent, R.–D./Scherer, M. (2019): Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1/2019.