



# Gemeinde sucht Arzt – ein Nachruf auf die Überversorgung

Was wie die Ankündigung einer neuen TV-Soap nach „Bauer sucht Frau“ klingt, ist längst in vielen Gemeinden bittere Realität geworden. Wie entsteht nach jahrzehntelanger flächendeckender Über- plötzlich eine medizinische Unterversorgung und welche Maßnahmen können ergriffen werden, um die ambulante wie auch die stationäre ärztliche Versorgung künftig noch wohnortnah zu gewährleisten?

von Prof. Dr. Thomas Schlegel

**D**AS THÜRINGISCHE NIEDER-PÖLLNITZ, das bereits 2009 seinen letzten Hausarzt verloren hat, scheut keine ungewöhnlichen Marketingmaßnahmen, um das kleine 900-Einwohner-Dorf künftig wieder medizinisch zu versorgen. Zwar sind in den Nachbardörfern noch Einzelarztpraxen vorhanden, jedoch müssen die zumeist älteren, immobilen Einwohner erhebliche Anstrengungen auf sich nehmen, um den Weg dorthin zu bewältigen. Der Bürgermeister

**Mit vergünstigtem Wohnraum, Bauland oder Unterstützung bei Praxisumbauten wollen Kommunen die Entscheidung für die Niederlassung erleichtern.**

stellt Ärzten, die sich hier niederlassen wollen, Wohnräume oder wahlweise Bauland, notwendige Umbauarbeiten an der Praxis oder andere Vergünstigungen in Aussicht. Dies ist kein Einzelfall, denn die demographische Uhr der überwiegend in Einzelpraxis arbeitenden Haus- und Fachärzte tickt unüberhörbar. Nach einem Bericht der Ostthüringer Zeitung hat das Land Thüringen 2010 bereits einen Bedarf an über 100 Hausärzten festgestellt.

**MANGEL NACH ZAHLEN**

**Woran liegt** der drohende Mangel an Ärzten? Das Problem ist vielschichtig und erlaubt keine einfachen Antworten. Ein Hauptproblem ist das stetig steigende Durchschnittsalter der Ärzteschaft. Die KBV-Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung 2010 zeigt, dass das Durchschnittsalter der Vertragsärzte derzeit bei knapp 53 Jahren liegt, bei stationär tätigen Ärzten liegt es mit etwa 42 immerhin gut zehn Jahre darunter. Rund 25.000 Vertragsärzte sind heute schon über 60 Jahre alt und gehören damit zur Gruppe der potentiell ihre Praxis abgebenden Ärzte. Dies entspricht zurzeit etwa 20 % der insgesamt berufstätigen

Ärztenschaft. Das wäre dann unproblematisch, wenn die Anzahl der potentiellen Nachfolger dem die Waage hielte – dem ist aber nicht so. Stattdessen ist die Zahl der unter 35-jährigen Berufseinsteiger der Ärzteschaft dramatisch auf knapp 17 % gesunken. Beide Trends sind seit über 10 Jahren gegenläufig und verstärken die Sorge um eine künftige flächendeckende, wohnortnahe ärztliche Versorgung.

Im stationären Bereich zeichnet sich ein ähnliches Bild ab, denn auch hier herrscht bereits ein Ärztemangel. Das Deutsche Krankenhaus Institut hat 2010 in seinem Forschungsprojekt „Ärztemangel im Krankenhaus“ festgestellt, dass in Deutschland derzeit ca. 5.500 Arztstellen in stationären Einrichtungen nicht besetzt werden können. Die Autoren der Studie führen dazu aus: *„Bis zum Jahr 2019 wird zur Bedarfsdeckung an Ärzten (inklusive der vertragsärztlichen Versorgung und anderer Bereiche) ein Zugang von 139.000 Ärzten benötigt. Diese Zahl setzt sich zusammen aus einem Ersatzbedarf von 108.000 Ärzten (vor allem infolge altersbedingter Berufsaufgaben) und einem Mehrbedarf von 31.000 Ärzten (insbesondere wegen der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung*

*und der Zunahme der Teilzeitarbeit). Saldiert man den künftigen Ärztebedarf mit den wahrscheinlichen Neuzugängen aus dem Medizinstudium, dann würden nach dem derzeit realistischsten Szenario bis zum Jahr 2019 etwa 37.400 Ärzte fehlen.“*

**AUSWIRKUNGEN FÜR STATIONÄRE UND AMBULANTE VERSORGUNG IN LÄNDLICHEN REGIONEN**

**Was bedeutet dies** für die künftige Versorgungssituation insbesondere außerhalb von Ballungsgebieten, in denen ca. 60 % der Bevölkerung in Deutschland wohnen? Die Interdependenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung werden in der Regel nur dort wahrgenommen, wo bereits Mangelerscheinungen auftreten. In vielen Regionen leisten sich die jeweiligen Sektoren jedoch noch den Luxus, sich zumeist auf der Basis von stereotypen Aussagen gegenseitig zu bekämpfen: „Krankenhäuser drängen in die ambulante Versorgung und vernichten die Existenz von Vertragsärzten“, „krankenhausegeführte MVZ sind nur auf die Vernichtung von Praxen ausgerichtet“, „niedergelassene Ärzte missbrauchen ihre Zuweisermacht gegenüber Krankenhäusern“ usw. Der Bundesrat hat in seinem Beschluss vom 23. September



Der lange Weg zum Arzt: So könnte für viele ältere Menschen bald das Wartezimmer aussehen.  
FOTO: DRON / FOTOLIA.COM

zum Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStRG) zum Thema MVZ ausgeführt:

„In Sachsen befinden sich zum Beispiel die existierenden MVZ zu 50 Prozent in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Dabei spielen insbesondere MVZ, die von kommunalen Trägern getragen werden, aber auch MVZ an Landeskrankenhäusern, eine herausragende Rolle. Ohne die Tätigkeit dieser MVZ wäre in einigen Regionen die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung nicht mehr in dem erforderlichen Maße sichergestellt.“

Im Klartext bedeutet dies

► **für Krankenhäuser:**

Das Wegsterben ambulanter Praxen bedroht Krankenhäuser, indem ihnen schlicht die Zuweiser sowie die Nachbehandler fehlen.

► **für ambulante Praxen:**

Die Verringerung der Zahl der ambulanten Haus- und Facharztpraxen reduziert bei gleichzeitig sinkender Nachfrage von Nachfolgern erheblich den Praxiswert. Sinkt die Auslastung des regionalen Krankenhauses und damit dessen Wirtschaftlichkeit, sind im besten Fall einzelne Abteilungen, schlimmstenfalls die ganze stationäre Einrichtung von der Schließung bedroht.

► **für Kommunen / Regionen:**

Der Wegfall einer funktionsfähigen regionalen Gesundheitsversorgung ambulant wie auch stationär ist eine Bedrohung für die gesamte Attraktivität eines kommunalen Standortes. Ohne eine intakte Gesundheitsversorgung werden keine jungen Familien zuziehen und die ältere Bevölkerung wird nicht mehr adäquat versorgt werden

## Die Gesundheitsversorgung ist ein wichtiger Schlüssel für die Zukunftsperspektiven einer Region.

können (das betrifft auch die ärztliche Versorgung in örtlichen Pflegeeinrichtungen). Der Verlust der Standortattraktivität zieht eine Minderung der Attraktivität für Unternehmen nach sich, die einen geeigneten Standort für Neuansiedelungen suchen. Die Kom-

mune kämpft daher gleichzeitig gegen eine Abwanderung der Bevölkerung wie auch für die Erhöhung der Attraktivität für potentielle Zuwanderung. Die

Gesundheitsversorgung ist dabei ein wichtiger regionaler Schlüssel neben der Frage der Aus- und Weiterbildung der Bevölkerung.

### GOLDENE ZEITEN FÜR ZUKÜNFTIGE ÄRZTE?

Mit den vorgenannten Statistiken lässt sich nur die Symptomatik, nicht aber die Ursache der rückläufigen Arztzahlen darstellen. Wie schafft man es nun als Gemeinde, Ärzten die Tätigkeit vor Ort schmackhaft zu machen? Das Deutsche Krankenhaus Institut stellt in seinem Forschungsprojekt fest: „Zur Bekämpfung des Ärztemangels setzen viele Krankenhäuser zusehends finanzielle Anreizinstrumente ein, wie außer- oder übertarifliche Zahlungen, Leistungsprämien bzw. Boni oder die finanzielle Unterstützung von Kosten für Fortbildungen, Kongresse etc. Solche Anreizinstrumente werden überproportional von Krankenhäusern mit größerem Ärztemangel eingesetzt.“

Parallel setzt die Politik nicht zuletzt im Versorgungsstrukturgesetz auf finanzielle Anreize für niedergelassene Vertragsärzte, die bereit sind, in unterversorgten Regionen ihre Tätigkeit (zumindest teilweise) aufzunehmen.

Diese Maßnahmen sind sehr wichtig, da sie zweifellos den wirtschaftlichen Aspekt und die seit Jahren diesbezüglich bestehende Verunsicherung der Ärzteschaft adressieren. Freunde

tatsächlichen regionalen medizinischen Versorgungsbedarf an. Dabei ist es nicht überraschend, dass dieser

## Bis 2019 werden 139.000 neue Ärzte benötigt.

durchaus variieren kann. So ist beispielsweise die Prävalenz von COPD in Rheinland-Pfalz nicht flächendeckend gleich, sondern zeigt erhebliche regionale Abweichungen. Der sich daraus ergebende Haus- und Facharztbedarf allein für dieses Krankheitsbild ist folglich ebenso unterschiedlich. So gibt es eine Vielzahl von Krankheitsbildern, deren regionaler medizinischer Bedarf erfasst und einer Evaluation sowie einer Interventionsplanung zugeführt werden kann. Dabei sind selbstverständlich die bestehende Versorgungssituation ambulant und stationär zu berücksichtigen sowie konkrete Maßnahmen für festgestellten, aber nicht gedeckten Versorgungsbedarf zu realisieren. Diese Erkenntnis führt zu einer regionalen Einzelfallbetrachtung, bei der die gesetzlichen Rahmenbedingungen zwar eine wichtige Rolle spielen, jedoch nur verfügbare Instrumente darstellen, die anhand der festgestellten Bedarfssituation regional unterschiedlich gespielt werden müssen.

### GELD ALLEIN IST NICHT ATTRAKTIV GENUG

Die Trierer Befragung von über 12.000 Medizinstudenten beförderte außerdem ein Klischee des Arztberufes ins Abseits: Geld allein ist als Anreiz nur bedingt tauglich. Ein Großteil der Befragten möchte eher angestellt, denn selbstständig tätig sein. Über 40 % der Befragten gaben an, dass sie nicht in einer Einzelpraxis, sondern zumindest in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein wollen, da ihnen der kollegiale Austausch sehr wichtig ist. Als besonders wichtig wurde von den Befragten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf angegeben, nicht zuletzt auch die Notwendigkeit, dass der Lebenspartner auch vor Ort seinen Be-

ruf ausüben kann. Viele der Befragten – mehrheitlich Frauen – streben eine Teilzeittätigkeit an.

## MASSNAHMEN FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTE

**Welche Konsequenzen** ziehen nun niedergelassene Ärzte aus den vorgenannten Entwicklungen und Erkenntnissen?

### ► Berufseinsteiger:

Zunächst gilt es für potentielle Berufseinsteiger für sich und ihre Lebensphase zu eruieren, welches Tätigkeitsmodell für sie am geeignetsten ist. Die Übernahme einer Einzelpraxis in einer ländlichen Region sollte dabei wohl überlegt sein und nicht zuletzt von den Einstiegsmodalitäten abhängig gemacht werden. Selbst wenn finanzielle Anreize winken und es wahrscheinlich ist, dass ein erheblicher Bedarf an medizinischer Leistung von den Patienten vor Ort zu erwarten ist, sollte daran gedacht werden, wer im Krankheits- oder Urlaubsfall die Praxis vertritt und ob es auf Dauer gesund erscheint, allein 3.000 bis 5.000 potentielle Patienten im Quartal zu versorgen.

### ► Berufsaussteiger:

Für Praxisabgeber ist eine Abgabestrategie zu entwickeln, die sich nicht zuletzt auf den Praxiswert niederschlägt. Die Abgabe einer Einzelpraxis für einen annehmbaren Verkehrswert wird künftig wohl eher die Ausnahme sein. Insoweit sind Maßnahmen zu ergreifen, die die Attraktivität der Praxis für Nachfolger sichern. Dazu gehören vor allem räumliche und fachliche Kooperations- und Konzentrationskonzepte. Dazu gehört auch die Bereitschaft, über den kollegialen Tellerrand hinaus zu schauen und Gleichgesinnte zu identifizieren, welche ebenfalls ein Interesse an einer intakten, regionalen Gesundheitsversorgung haben. Das sind Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Sanitätshäuser aber auch Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen. Allen voran aber ist die Kommune der größte Interessent einer ge-

sicherten Gesundheitsversorgung. Als Träger des regionalen Krankenhauses, der Pflege- und Sozialeinrichtungen ist die Kommune ein Teil des Versorgungsangebotes und auf das Bestehen der ambulanten Leistungsstrukturen angewiesen.

## MASSNAHMEN FÜR KOMMUNEN

**Kommunen**, die diese Interdependenz ihrer eigenen Attraktivität als Region und der daraus folgenden Wirtschaftskraft auf der Basis von Versorgungsangeboten verstanden haben, können eine Reihe von Angeboten ermöglichen, die allein die Gesundheitsversorgung vor Ort gewährleisten. Am Beispiel der ländlich geprägten Kleinstadt Alzenau, zwischen Aschaffenburg und Hanau am Rande des Rhein-Main-Gebietes gelegen, kann dies verdeutlicht werden. Auch in dieser Region ist die überwiegende Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Einzelpraxis mit der Tendenz zum haus- und fachärztlichen Verlust für die Region verstreut gewesen. Das seit Jahren als Belegkrankenhaus betriebene kommunale Kreiskrankenhaus besaß ein altes Schwesternheim. Die Kommune schrieb das aufzubauende Ärztehaus aus, gab einem privaten Bauunternehmen als Investor den Zuschlag und ließ auf dessen wirtschaftliches Risiko ein modernes und geräumiges Gesundheitszentrum errichten. In diesem sind heute überwiegend fachärztliche Praxen vertreten, aber auch ein Sanitätshaus, eine Betriebskrankenkasse, ein Pflegedienst sowie eine Physiotherapie. Für alle im Zentrum Angesiedelten bedeutet dies einen Wertzuwachs für ihre Praxen und die Sicherung der Attraktivität für weitere Kooperationspartner

und Nachfolger. Die enge Verzahnung mit dem Kreiskrankenhaus ermöglicht ein verbessertes Angebot für die Patienten und ist langfristig für stationäre und ambulante Leistungsangebote eine gute Ausgangsbasis auch in Zeiten des Ärztemangels. Die Kommune darf darauf zählen, dass dies zur gesamten Attraktivität des Standortes beiträgt und Unternehmen wie auch Arbeitnehmer und deren Familien anzieht.

Insoweit sind Kommunen ein idealer Partner, um räumliche und fachliche medizinische bzw. ärztliche Kooperationen umzusetzen. Die Ausgangssituation wird regional unterschiedlich sein, doch der Bedarf nach intakter Gesundheitsversorgung (wenngleich mit möglicherweise unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten) ist überall vorhanden. Es gilt daher, frühzeitig in Verhandlungen und strategische Planungen mit den Kommunen und Anbietern stationärer und ambulanten Leistungen einzutreten. Hieraus können dann auch allein von Ärzten initiierte Gesundheitszentren entstehen, wie zum Beispiel das Mediceum in Landstuhl. Dieses wurde mit regionalpolitischem Rückenwind, wirtschaftlich jedoch ausschließlich auf Risiko der beteiligten Ärzte erbaut und sichert die Versorgung in der Region auf hohem Niveau. Die Praxis-

## Als Träger von Krankenhäusern, Pflege- und Sozialeinrichtungen sind die Kommunen Teil des Versorgungsangebotes und auf eine intakte ambulante Versorgung angewiesen.

werte der beteiligten Ärztinnen und Ärzte haben sich dabei erheblich gesteigert. Die Kommunen wissen um ihren Bedarf, aber sie benötigen Impulse aus der Ärzteschaft, um Wege zu finden, diesen auch künftig zu decken. ■



**Prof. Dr. Thomas Schlegel**

ist Rechtsanwalt und Partner der auf Medizinrecht spezialisierten Kanzlei PROF. SCHLEGEL HOHMANN & PARTNER und Professor für Arzt- und Medizinrecht am Fachbereich Gesundheitsökonomie an der HOCHSCHULE FRESENIUS, Idstein, sowie Dozent im Studiengang „International Pharmacoeconomics and Health Economics“, UNIVERSITY OF CARDIFF.

[www.aerztepost.net/autoren](http://www.aerztepost.net/autoren)