

Diplom-Politologin Eva Kuhn

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Luxusgut Gesundheitsversorgung?

Ärztliche Dienstleistungen bei Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum

1. Einführung	10
2. Weniger Menschen, höhere Kosten: Infrastrukturversorgung bei dünner werdender Besiedlung	13
3. Gesundheitsdienstleister im ländlichen Raum: Landarztpraxen vor dem Aus	14
4. Sein und Schein des Ärztemangels	16
5. Die Folgen rückläufiger Gesundheitsdienstleistungen für den ländlichen Raum	21
6. Die Landmedizin der Zukunft	23
7. Reicht das?	28
8. Literaturverzeichnis	30

Der ländliche Raum ist überdurchschnittlich stark von Alterung und Bevölkerungsrückgang betroffen. Dies führt dazu, dass sich sowohl die privaten als auch die öffentlichen Infrastrukturen ausdünnen. Viele ländliche Arztpraxen erleben diese Entwicklung: Da die Ärzte ein hohes Durchschnittsalter haben, geht die Mehrzahl von ihnen in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren in Rente. Junge Mediziner wollen in aller Regel aber nicht mehr im ländlichen Raum leben. Sehr viele Landarztpraxen dürften deswegen ohne Nachfolger bleiben. Einerseits ist es sinnvoll, die Situation über Anreizprogramme anzugehen. Andererseits ist es unrealistisch, davon auszugehen, dass sich ausreichend junge Mediziner für den ländlichen Raum begeistern lassen. Der drohenden Unterversorgung muss also mit ganz neuen Strategien begegnet werden. Dazu gehören neuartige Kooperationsformen oder die Telemedizin.

1. Einführung

Das Bild unserer Dörfer hat sich in den letzten Jahrzehnten dramatisch verändert. Wo früher von früh bis spät Leben auf den Straßen war, wirken kleine Ortschaften heute oft leer. Mit etwas Glück sieht man Bauern bei der Arbeit oder Spaziergänger auf ihrem Weg ins Grüne. Die meiste Zeit des Tages ist es jedoch ruhig.

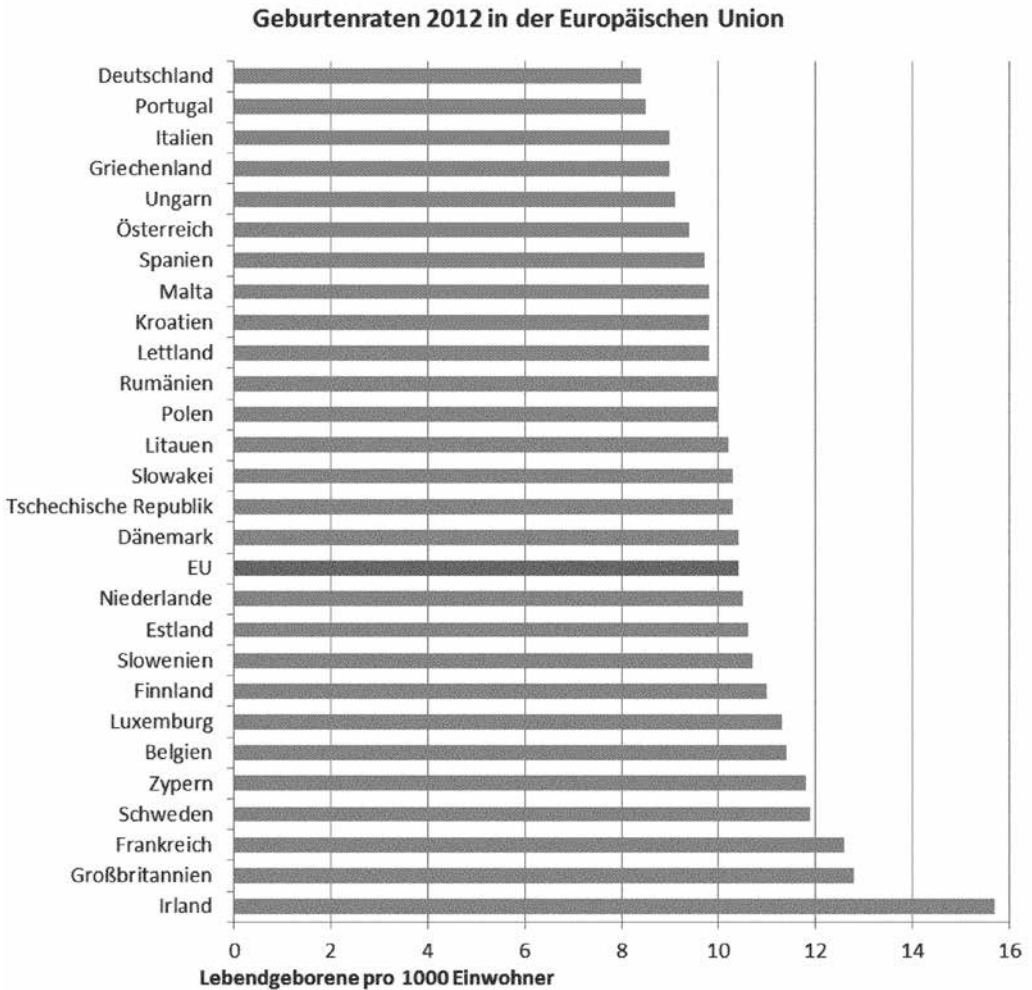
Die Gründe für diese Veränderung sind vielfältig. Neben einem kulturellen Wandel, durch den Menschen immer mehr Lebenszeit im Internet oder vor dem Fernseher verbringen, erleben insbesondere die westlichen Staaten einen wirtschaftlichen Wandel hin zur Dienstleistungsgesellschaft und zur Konzentration der Wirtschaftskraft in größeren Zentren. Dies führt dazu, dass sich Arbeitsplätze vom Dorf in die Städte verlagern. Tagsüber pendeln deswegen die meisten Menschen aus den Dörfern aus, um zur Arbeit zu gehen. Diejenigen, die nicht an eine Immobilie gebunden sind, verlassen ihre Dörfer häufig ganz und ziehen ihrem Arbeitsplatz hinterher.

Gerade die jungen Menschen zieht es in die Städte, um ihre Ausbildung zu machen, ihren Lebensunterhalt zu verdienen oder um einen höheren Lebensstandard und kulturelle Angebote zu genießen. Dort gründen sie dann auch ihre Familien. Zurück bleiben die Älteren, die keine Kinder mehr bekommen, sodass die Geburtenraten im ländlichen Raum besonders niedrig sind. In vielen Dörfern gibt es kaum noch junge Menschen. Somit fehlen diejenigen, die dafür sorgen, dass eine Ortschaft Zukunft hat.

Je niedriger die Geburtenrate in einer Region ist, desto stärker wirken sich Alterung und Bevölkerungsrückgang aus. Selbst in den Ländern, in denen die Bevölkerung insgesamt wächst, gehen die Bevölkerungszahlen im ländlichen Raum oft stark zurück.¹

1 Klingholz, Reiner/ Kuhn, Eva (2013): Vielfalt statt Gleichwertigkeit. Was Bevölkerungsrückgang für die Versorgung ländlicher Regionen bedeutet. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin. S. 7.

Wirtschaftskrise gleich Geburtenkrise?



In den gebeutelten Krisenstaaten der südlichen EU sind die Geburtenraten niedrig. Und nicht nur das: Im Vergleich zu anderen Ländern sind die Geburtenraten dort in den letzten zehn Jahren auch überdurchschnittlich stark gesunken. Möglicherweise ist es jungen Menschen in den europäischen Krisenländern momentan zu riskant, eine Familie zu gründen. Andererseits lassen sich junge Iren durch die Krise ihres Landes offenbar nicht vom Kinderkriegen abhalten. Und die wenig betroffenen Länder Deutschland und Österreich verzeichnen sowohl niedrige als auch sinkende Geburtenraten. In der europäischen Union ist Deutschland das Schlusslicht: 2012 kamen auf 1000 Einwohner nur 8,4 Lebendgeborene pro Jahr. (Datenquelle: Eurostat 2013)

Ländlicher Raum ist dabei nicht gleich ländlicher Raum. Sowohl Wanderungsbewegungen als auch Geburten- und Fertilitätsraten² gestalten sich von Region zu Region – ja oft sogar von Dorf zu Dorf – höchst unterschiedlich. So liegen inmitten stark schrumpfender Gemeinden immer wieder Dörfer, die stetigen Zuwachs verzeichnen und andersherum.³ Dazu kommen unterschiedliche Siedlungsdichten, die im Laufe von Jahrhunderten gewachsen sind. Sie sind maßgeblich dafür verantwortlich, wie sich die infrastrukturellen Probleme auswirken: Dort, wo die Siedlungsdichte hoch ist, wie etwa in vielen ländlichen Regionen Baden-Württembergs oder Bayerns, sind die Versorgungsprobleme geringer, da sich trotz Bevölkerungsrückgang die Bereitstellung von Dienstleistungen lohnt. Dagegen haben die seit jeher dünn besiedelten Gebiete in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern schon mit dem Erhalt der Grundinfrastruktur wie Straßen, Nahverkehr, Schulen oder Krankenhäuser zu kämpfen, da zu wenig Menschen in einem Versorgungsgebiet wohnen.

Auch in Österreich sind es tendenziell die größeren Städte, die Bevölkerung gewinnen, wohingegen die ländlichen, entlegenen Regionen immer mehr Menschen verlieren: Während Graz, Wien und Innsbruck zwischen 2002 und 2012 um zehn Prozent Bevölkerung hinzugewannen, gehören die Regionen Westliche Obersteiermark, Oberkärnten, Liezen, Lungau, Osttirol und Waldviertel zu den Verlierern: Innerhalb der letzten zehn Jahre verzeichneten sie einen Rückgang zwischen zwei und fünf Prozent ihrer Bewohner.⁴

-
- 2 Geburtenrate bedeutet die Anzahl der Geburten auf 1000 Einwohner eines bestimmten Gebietes. Fertilitätsrate bedeutet die durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Frau.
 - 3 Klingholz, Reiner/Kröhnert, Steffen/Karsch, Margret/Kuhn, Eva (2011): Die Zukunft der Dörfer. Zwischen Stabilität und demografischem Niedergang. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin. S. 27, S. 39.
 - 4 Statistik Austria (2013): Jahresdurchschnittsbevölkerung 1995 bis 2012 nach NUTS-Regionen. www.statistik.at (abgerufen am 19.12.2013).

2. Weniger Menschen, höhere Kosten: Infrastrukturversorgung bei dünner werdender Besiedlung

Im Gegensatz zu Entwicklungsländern, in denen es in der Regel keine flächendeckende Infrastrukturversorgung gibt, können sich wohlhabende Staaten Krankenhäuser in jeder größeren Stadt, wohnortnahe Schulen sowie Trinkwasser, Strom und Telefon für alle Haushalte leisten. Genau dieses hohe Versorgungsniveau wird aber stark strapaziert, wenn die Bevölkerungszahlen abnehmen. Für die sogenannten sozialen Infrastrukturen bedeuten schrumpfende Bevölkerungszahlen in aller Regel das Aus: Wo immer weniger Menschen wohnen, rentiert es sich irgendwann nicht mehr, eine Schule, ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis aufrechtzuerhalten. Den Bewohnern bleibt dann nichts anderes übrig, als weitere Wege für ihre täglichen Bedürfnisse zurückzulegen – häufig auf eigene Faust, denn auch der öffentliche Nahverkehr wird an sinkende Einwohnerzahlen angepasst. Für die „Netzinfrastrukturen“, also alle leitungsgebundenen Infrastrukturen wie Straßen, Stromleitungen oder Wasserleitungen, bedeuten Bevölkerungsrückgänge steigende Pro-Kopf-Kosten, schließlich kann man keinen Haushalt vom Trinkwasser oder vom Strom abkoppeln. Bei weniger Verbrauchern müssen die Leitungen zudem oft mit besonders viel Aufwand instand gehalten werden. So müssen etwa einige Wasserversorger wegen des rückläufigen Wasserverbrauchs ihre Trinkwasserleitungen spülen, damit diese wegen des geringen Durchflusses nicht verkeimen.

Für die Landbewohner wird das Leben immer teurer, denn erstens müssen sie weitere Wege zu Ämtern, Arztpraxen, Supermärkten und Schulen zurücklegen (ganz zu schweigen von kulturellen Angeboten, die oft kaum unter einer Stunde Fahrzeit erreichbar sind). Und zweitens kosten Wasser, Abwasser, Strom, Straßen und Müllabfuhr mehr Geld, da die Kosten pro Kopf umgelegt werden. In solchen Gegenden gibt es kaum noch Möglichkeiten, die langfristige Landflucht aufzuhalten, denn es entsteht ein „Teufelskreis der Schrumpfung“:⁵ Die Einwohnerverluste führen zu Einbußen der Privatwirtschaft, welche daraufhin ihre Angebote reduziert. Es gibt also weniger Dienstleistungen und Freizeitangebote. Zusätzlich sind die kommunalen Infrastrukturen unterausgelastet und werden teurer, gehen

5 Hahne, Ulf (2010): Wertverlust und Eigenheim – Motivation und Ortsbindung. In: Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V.: Forum Wohnen und Stadtentwicklung. Ausgabe 1. Januar–Februar 2010. S. 13.

kaputt oder werden geschlossen. Sowohl auf der privaten als auch auf der öffentlichen Seite sinken also die Angebote und die Qualität der Leistungen. Dadurch werden die demografisch schrumpfenden Gegenden immer unattraktiver und die Einwohnerzahlen nehmen weiter ab – wiederum mit den entsprechenden negativen Folgen für private und öffentliche Infrastrukturen.

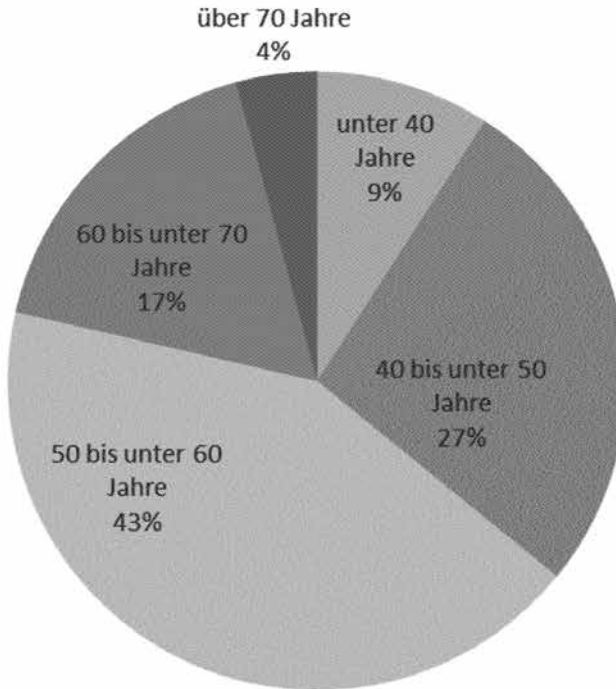
3. Gesundheitsdienstleister im ländlichen Raum: Landarztpraxen vor dem Aus

Für die Gesundheitsdienstleister entstehen durch diese Entwicklungen unterschiedliche Herausforderungen. Entweder sind die Praxen überfüllt oder sie sind unterausgelastet. Letzteres passiert bei sehr dünner Besiedelung und starker Abwanderung. Dann reichen die verbleibenden Menschen in einem Gebiet nicht mehr für die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis aus. In den meisten ländlichen Regionen finden wir allerdings das erste Szenario: Die Praxen sind überfüllt und die Ärzte finden kaum genug Zeit für ihre Patienten. Der Hauptgrund für diese Entwicklungen sind die fehlenden Praxisnachfolger für in Rente gehende Landärzte. Diesen bleibt oft nichts anderes übrig als zu schließen. Die Patienten weichen dann auf verbleibende Praxen aus, welche sich mit immer weiter steigenden Patientenzahlen konfrontiert sehen.

Die Ärztekammer für Oberösterreich schreibt in ihrer Pressemeldung vom August 2013 beispielhaft: „Für die Gemeinden am Land wird es von Jahr zu Jahr schwieriger, die regionale Gesundheitsversorgung zu sichern. Neumarkt im Hausruck, Geinberg und Kallham warten ebenso auf Bewerbungen wie die Gemeinde Gosau, deren Kassenarzt noch dazu Ende September in Pension geht. Die Kassenstelle in der schönen Marktgemeinde Hallstatt musste mittlerweile schon sogar sieben Mal ausgeschrieben werden, Oberkappel im Mühlviertel wurde nach fehlenden Bewerbungen gar nicht mehr ausgeschrieben.“⁶

6 Presskonferenz der Ärztekammer für Oberösterreich zur Initiative „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ am 08.08.2013. S. 2. http://www.aekooe.or.at/cms/fileadmin/AErztekammer/Presse__konferenzen__FILES/Landmedizin_PKU_end.pdf (abgerufen am 15.12.2013).

Altersdurchschnitt niedergelassener Ärzte in Österreich 2012



Über 60 Prozent der niedergelassenen Ärzte in Österreich sind 50 Jahre oder älter. In den nächsten 10 bis 20 Jahren werden diese in Pension gehen und große Lücken hinterlassen. Da junge Mediziner eher in urbanen als in ländlichen Regionen wohnen möchten, wird der ländliche Raum dies deutlich zu spüren bekommen und viele Praxen verlieren. (Datenquelle: Statistik Austria 2013)

Und das Bundesland Oberösterreich hat nicht einmal die größten Probleme: Am schwierigsten ist die Situation in Kärnten, der Steiermark und dem Burgenland. Hier werden in den nächsten zehn Jahren rund zwei Drittel aller Landärzte das Pensionsalter erreichen. Der Abstand zu den anderen Bundesländern ist allerdings nicht groß: Rund die Hälfte aller Landärzte erreicht das Pensionsalter in den nächsten zehn Jahren auch in Oberösterreich, Niederösterreich, Tirol, Salzburg und Vorarlberg.⁷

⁷ Österreichische Ärztekammer vom 11.09.2013: „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ <http://www.aerztekammer.at/news3> (abgerufen am 20.12.2013).

4. Sein und Schein des Ärztemangels

Gesundheitsdienstleister im ländlichen Raum sind überwiegend Allgemeinärzte. Fachärzte siedeln sich in der Regel in einem größeren Einzugsgebiet an und Krankenhäuser findet man meist nur in größeren Städten. Die Probleme, die der demografische Wandel im ländlichen Raum verursacht, bekommen also vor allem Allgemeinarztpraxen zu spüren. Aber nicht nur, denn auch Fachärzte, die in Gebieten mit starkem Bevölkerungsrückgang praktizieren, müssen gegebenenfalls den Mangel an Fachärzten in umliegenden Gemeinden kompensieren.

4.1. Versorgungsprobleme in der Bevölkerung?

Die Menschen spüren diesen Mangel. So sagten laut einer Studie der Forschungsgruppe Wahlen in Deutschland 29 Prozent der Bewohner von Orten unter 5.000 Einwohnern, dass es zu wenig Hausärzte am Wohnort gebe. In Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern sind noch 19 Prozent dieser Meinung und in noch größeren Orten nur noch knapp mehr als zehn Prozent. Gravierend sind auch die Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland: Nur 15 Prozent der Befragten waren in Westdeutschland der Meinung, dass es zu wenige Hausärzte am Wohnort gebe, aber 37 Prozent der Ostdeutschen.⁸

Die Versorgung mit Fachärzten scheint noch problematischer zu sein. Hier ist die Hälfte aller Einwohner von den kleineren Orten der Meinung, dass es zu wenige Fachärzte in ihrem Ort gibt. Und selbst in Orten mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern sind immerhin noch 46 Prozent dieser Meinung. Wiederum stellt sich die Situation im Osten Deutschlands gravierender dar als im Westen: Dort sind 56 Prozent der Befragten der Meinung, dass es nicht genügend Fachärzte an ihrem Wohnort gebe. Im Westen sind es 34 Prozent.⁹

Wenn man allerdings betrachtet, wie viele der befragten Personen deswegen tatsächlich Schwierigkeiten hatten, einen Arzt zu finden, wirkt die Situation nicht

8 Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2013): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. Mannheim. S. 218f. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Tabellenband_2013_gesamt.pdf (abgerufen am 15.12.2013).

9 Ebd. S. 226f.

ganz so dramatisch: Nur fünf Prozent der Befragten hatten in Orten mit weniger als 5000 Einwohnern Probleme, einen Hausarzt zu finden, und nur sechzehn Prozent hatten Probleme, einen Facharzt zu finden.¹⁰ Trotzdem ist die Wahrnehmung der Bevölkerung auf die Zukunft bezogen richtig, denn auf Grund des hohen Altersdurchschnitts der Landärzte werden viele Praxen in den nächsten zehn Jahren schließen. Und nicht nur diese, auch Apotheken oder Physiotherapeuten dürften das Wegbrechen der Praxen spüren und gegebenenfalls ihre Dienste einstellen. Dann wird – ohne entsprechende Maßnahmen der Gegensteuerung – der wahrgenommene Mangel zu einer handfesten medizinischen Unterversorgung des ländlichen Raums.

4.2. Ärztemangel oder Verteilungsproblem?

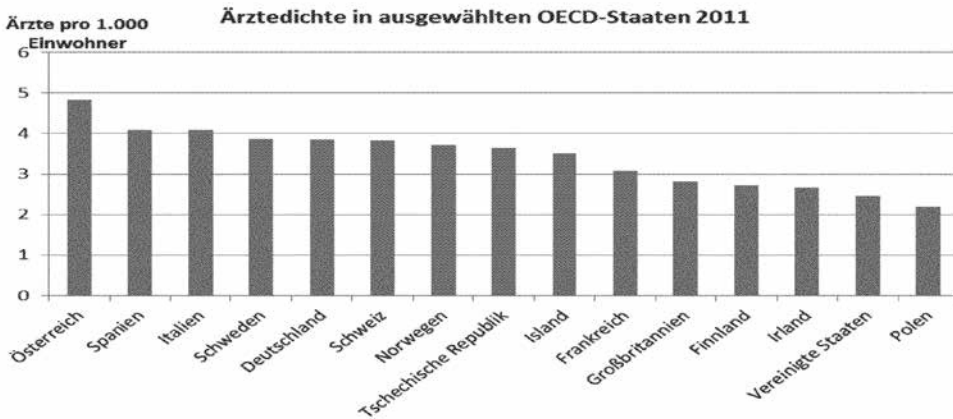
Der ländliche Ärztemangel ist in wohlhabenden Staaten meist nicht auf einen Mangel an Medizinerinnen insgesamt zurückzuführen. So wuchs in den meisten OECD-Staaten die sogenannte Ärztedichte, also die Anzahl der Ärzte pro 1000 Einwohner, kontinuierlich an. In einigen Staaten sogar um mehr als ein Drittel. In Deutschland war die Ärztedichte 2011 rund 16 Prozent höher als 2001, in Österreich wuchs die Ärztedichte in diesem Zeitraum um rund 22 Prozent.¹¹ Im Vergleich mit den anderen OECD-Staaten lag Österreich 2011 bei der Ärztedichte auf Platz 1, Deutschland immerhin noch auf Platz 5.¹² Den Zahlen nach besteht also insgesamt kein Ärztemangel, sondern es handelt sich um ein Verteilungsproblem.

Claudia Brackmeyer, Leiterin des ambulanten Pflegedienstes BeKrA im Mittelzentrum Stockach, erklärt in diesem Zusammenhang: *„In Ballungsgebieten gibt es oft so viele Ärzte, dass die Praxen dort nicht ausgelastet sind. In ländlichen Gebieten dagegen spürt man den Ärztemangel. Viele Praxen in Stockach sind überfüllt, weil es in den umliegenden Gemeinden keine Praxisnachfolge gibt, und die Ärzte sagen, sie können eigentlich keine neuen Patienten mehr aufnehmen.“* Dieses Problem wird auch im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte seit längerer Zeit beobachtet. Christoph von Kaufmann, Amtsleiter des dortigen Amtes für Raumplanung und Landesordnung, stellt die ungleiche Hausärzterverteilung im Land-

10 Ebd. S. 220f und 228f.

11 OECD StatExtracts: Health: Practising physicians: Density per 1000 population. <http://stats.oecd.org/> (abgerufen am 24.12.2013).

12 Demary, Vera/Koppel, Oliver (2013): Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln. 40. Jahrgang. Heft 3/2013. S. 11



Die Ärztedichte in Europa ist in den meisten Staaten recht hoch. Dabei schneiden Österreich, Deutschland, Spanien, Italien oder Schweden im Vergleich zu Großbritannien, Frankreich oder Polen sehr gut ab. Zusätzlich sind Deutschland und Österreich beliebte Einwanderungsländer für junge Mediziner und müssen sich um die nationale Gesundheitsversorgung der Zukunft keine Sorgen machen. (Datenquelle: Demary/Koppel 2013)

kreis dar: Während es in den nördlichen Gebieten eine leichte Überversorgung gibt, fehlen in den südlichen Gebieten des Landkreises mehr als 20 Hausärzte.¹³

Diese Entwicklungen sind beispielhaft für viele Regionen Europas: Wo früher eine Landarztpraxis selbstverständlich war, gibt es heute niemanden mehr, der die oft gut laufende Praxis übernehmen möchte. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen:

Erstens: Junge Mediziner wollen in der Regel, entsprechend der lebensweltlichen Vorstellungen junger Akademiker, nicht in den ländlichen Raum und schon gar nicht in ländlich-periphere, also entlegene Gebiete ziehen. Dort werden ihre kulturellen Ansprüche nicht befriedigt, sie leben zu weit weg von Freunden, der Partner findet keine adäquate Arbeit oder es gibt keine Schulen in der Nähe, die die vorhandenen oder geplanten Kinder besuchen könnten. Sieben der acht im Rahmen der Recherchen zu diesem Artikel befragten Experten waren der Meinung,

13 Kaufmann, Christoph von (2012): Sicherung der Daseinsvorsorge am Beispiel der ambulanten Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte. Regionale Gesundheitsberichterstattung – Ergebnisse und Perspektiven für Mecklenburg-Vorpommern. Präsentation auf der regionalen Fachtagung der Hochschule Neubrandenburg am 16.03.2012. http://www.hs-nb.de/fileadmin/FB-SG/gp/downloads/homepages/Eikeles/EI_2012_Fachtagung/2012_FTNB_Kaufmann-Sicherung_der_Daseinsfuersorge_.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

dass die Wohnortpräferenzen junger Mediziner zu den Hauptgründen gehören, warum es den Ärztemangel im ländlichen Raum gibt. Dagegen war nur die Hälfte der Experten der Meinung, dass sich junge Ärzte den Aufbau einer eigenen Praxis auf dem Land nicht leisten können. Eine Umfrage der deutschen kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Medizinstudenten aus dem Jahr 2010 unterstützt diese These: Befragt nach den Vorstellungen zu ihren zukünftigen Arbeitsorten, antwortete rund die Hälfte der Studenten, dass Orte bis zu 5000 Einwohnern für sie „auf keinen Fall“ als Arbeitsort in Frage kämen. Umgekehrt könnten sich rund 90 Prozent gut vorstellen in Städten mit 50.000 bis 500.000 Einwohnern zu arbeiten. Es gibt also eine deutliche Präferenz in Richtung der städtischen Regionen. Zu diesem Bild passend können sich nur 16 Prozent der Befragten vorstellen, als Hausarzt auf dem Land zu praktizieren.¹⁴

Zweitens ist ein abnehmendes Interesse an der hausärztlichen Tätigkeit zu verzeichnen. So nahm in Deutschland die Anzahl der Fachärzte zwischen 1993 und 2011 um über die Hälfte zu, die Hausärzte verzeichneten dagegen einen Rückgang von rund neun Prozent.¹⁵ In Österreich wuchs zwar sowohl die Anzahl der Allgemeinmediziner als auch die der Fachmediziner, allerdings verzeichneten letztere zwischen 1995 und 2010 einen Zuwachs um 74 Prozent, während die Allgemeinärzte nur um 32 Prozent zunahmen.¹⁶ Wenn auch das Interesse an Allgemeinmedizin sowohl in Deutschland als auch in Österreich recht hoch ist, so muss doch in Zukunft darauf geachtet werden, dass die Anzahl an Allgemeinmedizinern nicht kontinuierlich sinkt – und das geografische Verteilungsproblem damit eine weitere Verschärfung erfährt.

Drittens gibt es eine Diskrepanz zwischen Anerkennungen und Niederlassungen als Hausarzt. Das heißt, jedes Jahr werden mehr Anerkennungen vergeben als es Niederlassungen gibt. Auch wenn dies auf ein Jahr bezogen normal ist, müssten sich die Zahlen über die Jahre doch ausgleichen. Da dies nicht geschieht, entsteht langfristig – trotz einer mehr oder weniger ausreichenden Anzahl an anerkannten Allgemeinmedizinern – ein Mangel an Hausarztpraxen. Ein Grund hierfür sind die weiblichen Medizinerinnen. Bei ihnen ist die Diskrepanz zwischen Anerkennung

-
- 14 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- 15 Gerlach, Ferdinand (2013): Miteinander statt Gegeneinander. Regionale Gesundheitsnetze in einer Gesellschaft des längeren Lebens. S. 7 https://hsm.hessen.de/sites/default/files/prof._gerlach_praesentation.pdf (abgerufen am 30.12.2013).
- 16 Gesundheit Österreich GmbH (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen. 2010 bis 2030. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH. Wien. S. XIII. http://images.derstandard.at/2012/07/20/bedarfsstudie_2012.pdf (abgerufen am 13.01.2014).

und Niederlassung größer als bei ihren männlichen Kollegen. Thomas Kopetsch vermutet, *„dass sich viele Ärztinnen für Allgemeinmedizin deswegen nicht niederlassen, da die Rahmenbedingungen eine gleichzeitige Vertragsarztstätigkeit und ein Familienleben nicht zulassen.“*¹⁷ Dies bestätigt auch Claudia Brackmeyer: *„Viele Ärztinnen sind ausgebildet, aber gar nicht im Beruf. Ihnen fehlen die Möglichkeiten, in Teilzeit zu arbeiten oder ihre Arbeitszeiten flexibel zu gestalten, um den Beruf mit der Familie zu vereinbaren. Dort, wo es solche Möglichkeiten gibt, können Ärztinnen in die Versorgung integriert werden.“* Da inzwischen rund zwei Drittel der Medizinstudenten in Deutschland und über die Hälfte der Medizinstudenten in Österreich weiblich sind – mit steigender Tendenz –, werden solche Faktoren stark an Bedeutung gewinnen. Aber gerade der ländliche Raum steht diesbezüglich viel schlechter da als urbane Regionen. Erstens ist es hier schwieriger, die geeignete Betreuungsinfrastruktur für Kinder zu finden. Und zweitens ist es wegen der mangelnden Beliebtheit des ländlichen Raums unwahrscheinlich, einen Teilhaber für die Praxis zu finden, mit dem man sich die Arbeitszeit aufteilen könnte. Diese Tatsache bereitet auch der Österreichischen Ärztekammer Sorgen: *„Für eine Landarztstelle erwärmen sich nach wie vor eher männliche Jungärzte, doch genau diese Gruppe wird kleiner, während der Frauenanteil in der Medizin rapide steigt. Die Zukunft der Landmedizin wird daher ganz wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, Frauen für diese Tätigkeit zu gewinnen.“*¹⁸

17 Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer/ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin. S. 63. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

18 Österreichische Ärztekammer vom 27.02.2013: Landmedizin in Österreich – Aktuelle Situation und Zukunft. <http://www.aerztekammer.at/medizin> (abgerufen am 03.01.2013).

5. Die Folgen rückläufiger Gesundheitsdienstleistungen für den ländlichen Raum

Für die Entwicklung des ländlichen Raums bedeutet das Wegbrechen der Arztpraxen Schwierigkeiten auf zwei Ebenen: Die Wege zu Gesundheitsdienstleistungen werden für Landbewohner immer weiter und somit auch teurer. Auf Grund der demografischen Alterung wird der Weg zudem für viele Menschen beschwerlicher. Schließlich können einige ältere Menschen nicht mehr Auto, geschweige denn Fahrrad fahren oder längere Strecken zu Fuß zurücklegen. Schon der Weg zur nächsten Bushaltestelle ist für viele eine Herausforderung.

Obwohl junge Menschen diese Probleme in der Regel nicht haben, nehmen auch sie den Mangel wahr. Vor allem dann, wenn der bisher nahe gelegene Arzt, der kurze Wartezeiten hatte, durch eine vollere Arztpraxis in der Stadt ersetzt werden muss. Dann zeigt sich, wie viel höher der Organisationsaufwand mit weit entfernten Infrastrukturen im Alltag ist. Dazu kommen weitere Schwierigkeiten, wie etwa schwer erreichbare Fachärzte oder Hebammen, ganz zu schweigen von Psychologen oder Selbsthilfegruppen, die oft nur im nächsten Oberzentrum zu finden sind.

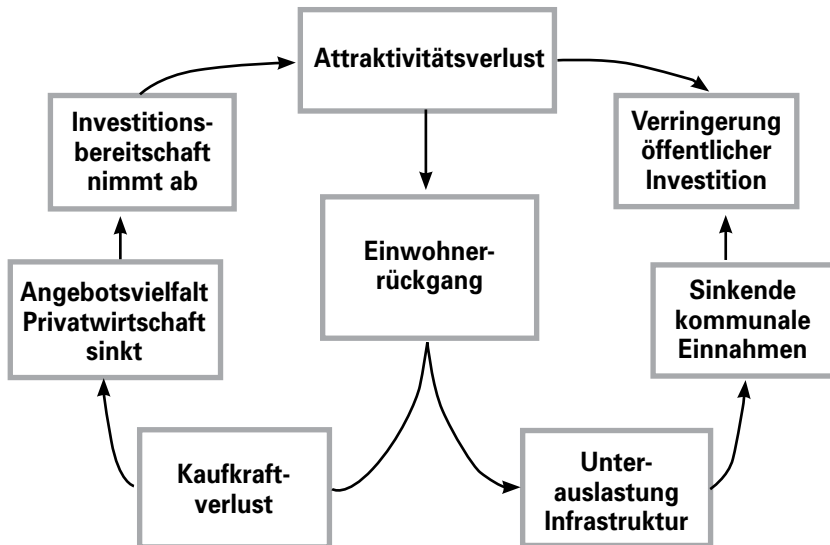
Schließlich tragen die wegbrechenden Gesundheitsdienstleistungen einen großen Teil zum „Teufelskreis des Schrumpfens“ bei. Insbesondere in älter werdenden Gesellschaften, in denen die Menschen immer stärker auf Ärzte, Notfallretung und Pflegedienste angewiesen sind, legen viele großen Wert auf die Nähe von gut ausgebauten Gesundheitsinfrastrukturen und verlassen die ländlichen Räume, wenn sie die Möglichkeit dazu haben. In Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen wurde dieses Phänomen schon beobachtet. Allerdings weniger auf Grund der rein ärztlichen Versorgung, sondern für eine gesundheitliche „Rundum-Versorgung“ mit Ärzten, Pflegediensten und betreutem Wohnen. In Mecklenburg-Vorpommern zeigte eine Umfrage, dass rund 38 Prozent der über 65-Jährigen bereit wäre, für eine bessere Wohnsituation, infrastrukturelle Versorgung oder mehr Nähe zu Verwandten umzuziehen.¹⁹ Viele haben jedoch aus finanziellen Gründen nicht die Möglichkeit, dies zu tun. Vor allem für diejenigen, die

¹⁹ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ (2013): Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen. Überarbeiteter Endbericht. Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln. S. 57f

eine – oft wertlose – Immobilie im ländlichen Raum besitzen, ist es kaum möglich, sich eine – oft teure – Wohnungsmiete in der nächsten größeren Stadt zu leisten.

Das Netzwerk Gesundheitsregion Euregio macht die Erfahrung, dass eine gute Gesundheitsversorgung vor Ort auch ein wirtschaftlicher Standortfaktor ist. So heißt es in der Veranstaltungseinladung zum Thema Landärzte: „In aktuellen Umfragen zählen viele Unternehmer die medizinische Versorgung vor Ort zu den zentralen Standortfaktoren. Unternehmen können ihren Personalbedarf nur schwer decken, wenn die medizinische Infrastruktur unzureichend ist. Gleichzeitig verlangt qualifiziertes medizinisches Personal eine attraktive Infrastruktur im ländlichen Raum. Ein Teufelskreis!“²⁰

Bevölkerungsrückgang verursacht Bevölkerungsrückgang: Der Teufelskreis des Einwohnerrückgangs nach Hahne



Bevölkerungsrückgang zieht in der Regel weiteren Bevölkerungsrückgang nach sich: Kaufkraftverlust und Unterauslastung der Infrastruktur verursachen sinkende Einnahmen und einen Investitionsrückgang sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich. Die daraus resultierenden Attraktivitätsverluste verursachen weitere Bevölkerungsrückgänge und negative Folgen für die Infrastrukturen. (Grafik: Hahne 2010)

20 Einladung zum Gesundheitsforum am 8. November 2013 in Greven: „Landarzt gesucht! Die medizinische Versorgung als Standortfaktor“. http://www.gesundheitsregion-euregio.eu/fileadmin/gr-euregio/redakteure/veranstaltungen/2013-11-08_Landarzt_gesucht_FMO/Flyer_Landarzt_gesucht_GR_EUREGIO.pdf (abgerufen am 02.01.2014).

6. Die Landmedizin der Zukunft

Der Handlungsdruck ist hoch und auch das Bewusstsein für die Problematik ist mittlerweile bei vielen Akteuren vorhanden. Dies zeigen Initiativen, Modellprojekte und Gesetze, mit denen ländliche Gesundheitsdienstleistungen gefördert werden. Drei Beispiele: Die Europäische Union unterstützt die Telemedizin, bei der medizinische Leistungen wie Diagnosen oder Rezepte mit Hilfe von Datenübertragung erstellt werden.²¹ Die österreichischen Ärztekammern schlossen sich im September zu einer gemeinsamen Presseerklärung zusammen, in der sie unter anderem höhere Vergütungen, flexiblere Arbeitszeiten und die Möglichkeit neuer Kooperationsformen für Landärzte fordern.²² Und in Deutschland gibt es seit 2012 das neue Versorgungsstrukturgesetz: Kleinere Planungsbereiche, Zuschläge für unterversorgte Gebiete, die Aufhebung der Residenzpflicht, Delegation von Aufgaben an nichtärztliche Fachkräfte und weitere Erleichterungen sollen dafür sorgen, dass sich Ärzte wieder im ländlichen Raum ansiedeln.²³

Bisher spürt die große Mehrheit der Menschen auf dem Land jedoch nicht viel von den Initiativen, denn häufig sind es Modellprojekte, die in einzelnen Regionen mit viel Aufwand und hoher finanzieller Unterstützung ins Leben gerufen werden. Es ist jetzt Aufgabe der Gesundheitsdienstleister und der Gebietskörperschaften, funktionierende Modelle in die Fläche zu tragen und gemeinsam mit lokalen Akteuren und jungen Ärzten angepasste Lösungen zu etablieren.

Ein gut angenommenes Modellprojekt wurde inzwischen in Deutschland in die Regelversorgung integriert. Was anfangs als „Gemeindeschwestern“ in einzelnen Kommunen gestartet wurde, heißt inzwischen „nichtärztliche Praxisassistenten“ und kann in ganz Deutschland in „unterversorgten“ Gebieten eingesetzt werden. Die Assistenten fahren zu den Patienten und führen dort Routineuntersuchungen durch, welche normalerweise der Arzt macht. Damit ersparen sie sowohl dem Arzt als auch dem Patienten so manchen Weg. Allerdings muss ein Gebiet zuvor von einem zuständigen Ausschuss als „unterversorgt“ definiert werden, damit die Praxisassistenten eingesetzt werden dürfen. Angesichts der großen

21 European Commission (2013): Pressemitteilung vom 04.12.2013: „State aid: Commission approves aid for innovative medical services in remote areas of Saxony“. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-1206_en.htm (abgerufen am 03.01.2014).

22 Österreichische Ärztekammer (2013): News: Pressemitteilung vom 11.09.2013: „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ <http://www.aerztekammer.at/news3> (abgerufen am 20.12.2013).

23 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Politik: Versorgungsstrukturgesetz: Welche Auswirkungen haben die neuen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung? <https://www.kbv.de/39452.html> (abgerufen am 03.01.2014.)

Unterschiede, die sich bei der Versorgungslage oft schon von Dorf zu Dorf feststellen lassen, ist es aber nicht immer möglich, Unterversorgung genau genug festzustellen. Zudem können in einer alternden Gesellschaft die Praxisassistenten nicht nur auf dem Land wichtige Dienste leisten. Schließlich werden bei älteren Menschen immer mehr Routineuntersuchungen notwendig und der Weg zu einer Arztpraxis ist für sie auch in der Stadt oft beschwerlich.

Doch selbst die Praxisassistenten können nur in einem begrenzten geografischen und medizinischen Rahmen agieren. Es führt also kein Weg daran vorbei, dass versucht werden sollte, eine gewisse Anzahl an Arztpraxen in ländlichen Räumen zu halten. Hier gab es in Deutschland in den letzten Jahren viele Vorstöße, insbesondere von den kassenärztlichen Vereinigungen: So gibt es inzwischen fast überall Praxisbörsen, mit denen ländliche Praxen an Nachfolger übermittelt werden sollen, die Allgemeinmedizin wird mit Stipendien und Programmen unterstützt und es werden Verträge mit Kommunen zur Ansiedlung von Ärzten geschlossen.²⁴ Auch auf Bundesländerebene nimmt man sich des Problems an: So hat etwa Bayern ein rund 15 Millionen schweres Förderprogramm zur Förderung der Landmedizin gestartet, das wegen der großen Nachfrage von Gebieten „mit besonderem Nachwuchsbedarf“ auf alle Gebiete ausgeweitet wurde, die nicht wegen Überversorgung für die Niederlassung von Hausärzten gesperrt sind.²⁵

Soll die Landmedizin gefördert werden, scheint die Unterstützung bei der Eröffnung einer Praxis am wichtigsten zu sein. So gilt unter Medizinstudenten die „Verringerung des bürokratischen Aufwandes vor Praxiseröffnung“ als wichtigstes Angebot bei einer Niederlassung. An zweiter Stelle kommt die Unterstützung für die Familie des Arztes (beim Umzug in den ländlichen Raum), also etwa die Bereitstellung eines Arbeitsplatzes für den Partner oder von günstigem Wohnraum. Erst auf Platz drei kommen finanzielle Anreize.²⁶ Wenn also die Kommunen den ersehnten Arzt bei der Einrichtung und Eröffnung seiner Praxis unterstützen und seiner Familie ein attraktives Wohnumfeld bieten, könnte dies durchaus Ärzte anlocken. Dies bestätigt auch eine Umfrage unter Ärzten der Mediziner-Community Coliquio. Hier antworteten rund 62 Prozent der Befragten, dass die Unterstützung durch die Kommune wichtig sei, höhere Honorare sahen dagegen nur

24 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Themen A–Z: Ärztemangel.
<https://www.kbv.de/37305.html> (abgerufen am 03.01.2014)

25 Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Mehr Förderung zur Niederlassung.
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/843373/bayern-foerderung-niederlassung.html (abgerufen am 03.01.2014).

26 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. S. 31. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

rund 51 Prozent als Anreiz, eine Landarztpraxis zu betreiben.²⁷ Diese Aussagen decken sich auch mit den Angaben der im Rahmen des Artikels befragten Experten: Sechs von acht Befragten sahen die Bereitstellung von Praxisräumen als wirksames Instrument, dem Ärztemangel zu begegnen. Dabei gibt Christina Pfeiffer (Ministerium für Energiewende, Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein), Koordinatorin des Projektes „MarktTreff Schleswig-Holstein“, jedoch zu bedenken, dass die Arztsuche oft längere Zeit in Anspruch nimmt und etwa zwei Jahre bevor ein Arzt in Rente geht, Gemeinde und Arzt in Abstimmung mit anderen geeigneten Stellen, wie zum Beispiel Landkreisen, Kliniken, Universitäten und Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Maßnahmen zur Nachbesetzung der Praxis beginnen sollten.

So positiv viele der Projekte und Programme zu bewerten sind: Letztlich hängt die Zukunft der Landmedizin an den jungen Ärzten. Sie sind es, die die Entscheidung treffen, ob sie sich auf dem Land niederlassen oder in der Stadt. Wer das urbane Leben mit seinen kulturellen Angeboten schätzt oder einen Partner hat, der kaum außerhalb städtischer Regionen Arbeit findet, den werden auch gut ausgebaute Betreuungsinfrastrukturen oder ausreichende Einkaufsmöglichkeiten nicht aufs Land locken.

Ferner wird es angesichts der Bevölkerungsrückgänge und der knappen Kassen in den ländlichen Kommunen sowieso kaum möglich sein, die Lebensbedingungen auf dem Land so zu verbessern, wie viele sich dies vorstellen. Die demografisch schrumpfenden ländlichen Räume werden keinen Ausbau der Infrastruktur mehr erfahren. Vielmehr müssen sich die Menschen dort auf die weitere Schließung von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, die fortlaufende Stilllegung von Bushaltestellen und Bahnlinien oder den Abbau von Leitungen einstellen. Dies werden auch Anreizprogramme für junge Ärzte nicht ändern. Der Politiker Harald Terpe drückt es so aus: „*Es ist nicht realistisch, dass man wegen Ihnen einen Kindergarten baut.*“²⁸

27 Ärzte Zeitung vom 26.02.2013: Landarztsuche. Nicht nur Bares lockt Ärzte aufs Land. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/834219/landarztsuche-nicht-nur-bares-lockt-aerzte-aufs-land.html?sh=2&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).

28 Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Ärzte aufs Land. Die Suche nach den Argumenten. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/842828/aerzte-aufs-land-suche-nach-argumenten.html?sh=1&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).

6.1. Kooperation, Kommunikation und Mobilität

Um die medizinische Infrastruktur auf dem Land zu fördern, müssen wir also neben der klassischen Unterstützung bei der Niederlassung ganz neue Wege beschreiten. Besondere Bedeutung haben dabei neuartige Kooperationsformen:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Im MVZ sind sowohl Allgemein- als auch Fachärzte unter einem Dach vereint. Die Mediziner sind im MVZ angestellt oder praktizieren dort auf Honorarbasis. Insbesondere Fachärzte werden je nach Bedarf oft nur für einzelne Tage in der Woche in das MVZ geholt. Dies bietet die Chance, auch sektorenübergreifend zu arbeiten, also in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern oder Fachkliniken. Das MVZ hat sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten Vorteile. Die Ärzte genießen die Sicherheiten eines Angestelltenverhältnisses. Insbesondere für junge Mediziner ist dies offenbar attraktiv. So steht die Arbeit in einem MVZ an dritter Stelle auf der Beliebtheitskala nach Arzt im Krankenhaus und Facharzt in eigener Praxis.²⁹ Für die Patienten bietet das MVZ den Vorteil, dass viele Leistungen unter einem Dach vereint sind und dass sie ein breites Angebot an Fachspezialisten in ihrer Nähe vorfinden.

Zweigpraxis

Ein Arzt kann neben seiner Hauptpraxis eine Zweigpraxis betreiben. Das heißt, er baut in einem anderen Ort eine zweite Praxis auf. Dies muss allerdings genehmigt werden. Voraussetzung für die Genehmigung ist, dass die Versorgung am Hauptsitz nicht beeinträchtigt wird und dass durch die Zweigpraxis eine Verbesserung der Versorgungssituation erreicht wird.³⁰ Oftmals ist es für einen Arzt nicht lohnenswert, eine Zweigpraxis aufzubauen. Schließlich braucht diese eine gute Ausstattung, die auch finanziert werden will. Allerdings können Zweigpraxen aus einem MVZ heraus organisiert werden. Dies wiederum reduziert das finanzielle Risiko für die Ärzte und bietet zudem die Möglichkeit, mehrere Zweigpraxen in der Region des MVZs bedarfsgerecht einzurichten.³¹ Oder aber eine Landarztpraxis,

29 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. S. 14. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

30 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007): Das Vertragsrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt. Beilage zum Deutschen Ärzteblatt vom 30.03.2007. S. 7. http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/vaendg/vaendg_broschuere_kbv.pdf (abgerufen am 04.01.2014)

31 Freiberg, Lutz (2008): MVZ Belzig: fachübergreifend, teamorientiert, patientenfreundlich. In: LandInForm. Magazin für Ländliche Räume. Nr. 4. Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume. Bonn. S. 27.

die keinen Nachfolger hat, kann als Zweigpraxis zu günstigen Bedingungen übernommen werden. Dieses Modell fand im Ort Steinbergkirche in Schleswig-Holstein Anwendung. Dort übernahm der Arzt Gülcan-Mülligans aus Norgaardholz die Praxis samt der dort beschäftigten medizinischen Fachangestellten.³²

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Die BAG oder auch Gemeinschaftspraxis bedeutet, dass sich zwei oder mehr Ärzte die Verantwortung für eine Praxis teilen. Dies bietet den Vorteil, dass die Arbeitszeiten flexibler gestaltet werden können und das finanzielle Risiko auf mehrere Schultern verteilt wird. Dies ist insbesondere für junge Ärzte attraktiv. So zeigt die Studentenbefragung, dass sich 40 Prozent lieber in einer Gemeinschaftspraxis niederlassen würden, nur 4 Prozent bevorzugen eine Einzelpraxis, 56 Prozent können sich beides vorstellen.³³

Filialärztegemeinschaft

Eine Filialärztegemeinschaft ist eine Mischung aus BAG und Zweigpraxis. Dabei schließen sich mehrere Ärzte zusammen und betreiben gemeinsam eine Praxis, in der diverse allgemein- und fachärztliche Leistungen tages- oder stundenweise angeboten werden. Keiner der Ärzte hat dabei seinen Hauptsitz in der Praxis. Dieses relativ neue Modell ist noch nicht weit verbreitet, hat aber hohes Potenzial. Schließlich können alle Ärzte in der nächsten größeren Stadt wohnen und dort auch ihre Hauptpraxis betreiben und gleichzeitig ohne viel Aufwand einen Teil zur Sicherung der ländlichen Versorgung beitragen. Die Landbewohner ihrerseits müssen sich daran gewöhnen, dass jeden Tag ein anderer Arzt da ist. In der Filialärztegemeinschaft Schladen wird dieses Modell von der Bevölkerung bisher gut angenommen – es ist schließlich auch die bessere Alternative zur vorherigen Situation, in der es überhaupt keine Arztpraxis mehr gab.³⁴

32 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) (2013): Ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein. Newsletter Ausgabe 2/2013.

33 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. S. 16. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

34 Niedersächsischer Gesundheitspreis (2011). Broschüre der Preisträger. Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen am Beispiel der Filialärztegemeinschaft Schladen. S. 23f. <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Nds-Gesundheitspreis-Broschuere-2011.pdf> (abgerufen am 04.01.2014).

7. Reicht das?

Wahrscheinlich können aber auch die neuartigen Kooperationsformen den Ärztemangel auf dem Land nicht vollständig beheben. Gibt es weitere Lösungen, die für den ländlichen Raum geeignet sind?

Eine viel beschworene Option ist die Anwerbung ausländischer Ärzte in ländliche Kommunen. Die hohen Zuwanderungsraten ausländischer Ärzte sowohl nach Deutschland als auch nach Österreich zeigen die Beliebtheit der beiden Länder. Allerdings gibt es insbesondere beim Betreiben einer Landpraxis oft sprachliche Hürden. Wo die Anstellung ausländischer Ärzte in Krankenhäusern nicht unbedingt problematisch ist, da die Kollegen bei Übersetzungsschwierigkeiten aushelfen können, hat es ein ausländischer Arzt ohne ausgezeichnete Deutschkenntnisse im ländlichen Raum in der Regel schwer. Denn hier geht es oft um die Kommunikation mit älteren Menschen. Diese sprechen häufig starken Dialekt oder hören nicht besonders gut. Sprachbarrieren können in solchen Fällen leicht zu Fehldiagnosen führen.

Eine weitere Möglichkeit, Ärzte in den ländlichen Raum zu bringen, ist die Verpflichtung von jungen Medizinerinnen, eine Zeit lang im ländlichen Raum zu praktizieren. In Dänemark müssen junge Mediziner nach dem Studium beispielsweise ein Jahr lang im ländlichen Raum praktizieren und damit ihren Soll zur ländlichen Versorgung leisten. Ähnliches wurde auch in Deutschland diskutiert, aber schon die Idee, junge Mediziner nur für ein Vierteljahr in den ländlichen Raum zu schicken, löste unter den Studenten große Proteste aus.³⁵ Erfolgversprechender könnte da ein Stipendium für Studenten sein, wie ein Modell aus Sachsen zeigt. Hans-Georg Helm erklärt: *„Der Deal ist einfach: Die Mediziner bekommen Unterstützung für das tägliche Leben und eine Startchance in einer Landarztpraxis. Dort müssen sie aber mindestens vier Jahre bleiben.“*³⁶ Auch die kassenärztliche Vereinigung des Landes Schleswig-Holstein versucht über finanzielle Anreize junge Mediziner in den ländlichen Raum zu bewegen: Studierende, die ihr allgemeinmedizinisches Blockpraktikum in einer Landarztpraxis in Schleswig-Holstein absolvieren, bekom-

35 Ueberfeld, Christoph (2012): 400 Mediziner formen riesiges „Nein!“ gegen Landarzt-Station. In: Münstersche Zeitung online vom 09.05.2012. <http://www.muensterschezeitung.de/staedte/muenster/400-Mediziner-formen-riesiges-Nein-gegen-Landarzt-Station;art993,1640790> (abgerufen am 04.01.2014).

36 Röhrs, Kristina (2012): Warten, bis der Landarzt kommt. In: Stormarner Tageblatt vom 16.03.2012. <http://www.shz.de/lokales/stormarner-tageblatt/warten-bis-der-landarzt-kommt-id132480.html> (abgerufen am 04.01.2014).

men einen Fahrtkostenzuschuss. Dieser wurde bisher an mehr als 260 Studenten aus Kiel, Lübeck und Hamburg ausgezahlt.³⁷

Eine Untersuchung unter Ärzten in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zeigte, dass diejenigen Mediziner, die selbst aus dem ländlichen Raum stammen, sich eher eine Niederlassung im ländlichen Raum vorstellen können als andere.³⁸ Allerdings ist eine Bevorzugung von Studienplatzbewerbern auf Grund ihrer regionalen Herkunft kaum durchsetzbar. Zudem ist es mehr als unsicher, inwieweit dies tatsächlich die Zukunft der Landmedizin unterstützen würde.

Letztlich muss akzeptiert werden, dass es wohl Gegenden geben wird, in denen sich kein Arzt mehr niederlassen möchte und die weit weg von einem MVZ oder einer Zweigpraxis liegen. In solchen Fällen kann nur noch die Telemedizin einen Ersatz bieten. Mit den heutigen technischen Möglichkeiten ist es bei einigen Krankheitsbildern ohne Probleme möglich, elektronisch eine Ferndiagnose zu erstellen und ein Rezept zu übermitteln. Beliebt ist die Telemedizin auch bei der Überwachung von Patienten. So gibt es etwa Geräte, die den Blutdruck oder den Augeninnendruck messen und die Daten an die Praxis übermitteln. Diese Techniken könnten die Strukturen der Gesundheitsdienstleistungen revolutionieren. Sechs der acht befragten Experten waren dementsprechend der Meinung, dass die Telemedizin für die Versorgung des ländlichen Raums hohes Potenzial hat.

Ist auch die Telemedizin keine Option, weil etwa die Verbindungen zu schlecht sind, weil die Technik nicht ausgereift genug ist oder aber, weil die Patienten die Technik nicht bedienen können, werden wohl immer mehr ältere Menschen den ländlichen Raum verlassen und besseren Gesundheitsstrukturen in dichter besiedelten Gegenden hinterherziehen.

37 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) (2013): Ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein. Newsletter Ausgabe 2/2013.

38 Steinhäuser, Jost/ Joos, Stefanie/ Szecsényi, Joachim/ Götz, Katja (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag. 89 (1). S. 10-15. http://www.online-zfa.de/media/article/2013/01/787ECA7D-5266-458B-BC5E-CDF35A73A91F/787ECA7D5266458BBBC5ECD35A73A91F_steinhaeuser_laendlicher_raum_1_original.pdf (abgerufen am 04.01.2014).

8. Literaturverzeichnis

- Ärzte Zeitung vom 26.02.2013: Landarztsuche. Nicht nur Bares lockt Ärzte aufs Land. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/834219/landarztsuche-nicht-nur-bares-lockt-aerzte-aufs-land.html?s-h=2&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).
- Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Ärzte aufs Land. Die Suche nach den Argumenten. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/842828/aerzte-aufs-land-suche-nach-argumenten.html?sh=1&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).
- Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Mehr Förderung zur Niederlassung. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/843373/bayern-foerderung-niederlassung.html (abgerufen am 03.01.2014).
- Demary, Vera/Koppel, Oliver (2013): Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln. 40. Jahrgang. Heft 3/2013.
- Einladung zum Gesundheitsforum am 8. November 2013 in Greven: „Landarzt gesucht! Die medizinische Versorgung als Standortfaktor“. http://www.gesundheitsregion-euregio.eu/fileadmin/gr-euregio/redakteure/veranstaltungen/2013-11-08_Landarzt_gesucht_FMO/Flyer_Landarzt_gesucht_GR_EUREGIO.pdf (abgerufen am 02.01.2014).
- Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ (2013): Grundlageneexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen. Überarbeiteter Endbericht. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.
- European Commission (2013): Pressemitteilung vom 04.12.2013: „State aid: Commission approves aid for innovative medical services in remote areas of Saxony“. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-1206_en.htm (abgerufen am 03.01.2014).
- Freiberg, Lutz (2008): MVZ Belzig: fachübergreifend, teamorientiert, patientenfreundlich. In: LandInForm. Magazin für Ländliche Räume. Nr. 4. Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume. Bonn.
- Gerlach, Ferdinand (2013): Miteinander statt Gegeneinander. Regionale Gesundheitsnetze in einer Gesellschaft des längeren Lebens. https://hsm.hessen.de/sites/default/files/prof._gerlach_praesentation.pdf (abgerufen am 30.12.2013).
- Gesundheit Österreich GmbH (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen. 2010 bis 2030. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH. Wien. S. XIII. http://images.derstandard.at/2012/07/20/bedarfsstudie_2012.pdf (abgerufen am 13.01.2014).
- Hahne, Ulf (2010): Wertverlust und Eigenheim – Motivation und Ortsbindung. In: Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V.: Forum Wohnen und Stadtentwicklung. Ausgabe 1. Januar – Februar 2010.

- Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007): Das Vertragsrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt. Beilage zum Deutschen Ärzteblatt vom 30.03.2007. http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/vaendg/vaendg_broschuere_kbv.pdf (abgerufen am 04.01.2014).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Politik: Versorgungsstrukturgesetz: Welche Auswirkungen haben die neuen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung? <https://www.kbv.de/39452.html> (abgerufen am 03.01.2014).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Themen A–Z: Ärztemangel. <https://www.kbv.de/37305.html> (abgerufen am 03.01.2014).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2013): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. Mannheim. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Tabellenband_2013_gesamt.pdf (abgerufen am 15.12.2013).
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) (2013): Ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein. Newsletter Ausgabe 2/2013.
- Kaufmann, Christoph von (2012): Sicherung der Daseinsvorsorge am Beispiel der ambulanten Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte. Regionale Gesundheitsberichterstattung – Ergebnisse und Perspektiven für Mecklenburg-Vorpommern. Präsentation auf der regionalen Fachtagung der Hochschule Neubrandenburg am 16.03.2012. http://www.hs-nb.de/fileadmin/FB-SG/gp/downloads/homepages/Elkeles/El_2012_Fachtagung/2012_FTNB_Kaufmann-Sicherung_der_Daseinsfuersorge_.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- Klingholz, Reiner/Kröhnert, Steffen/Karsch, Margret/Kuhn, Eva (2011): Die Zukunft der Dörfer. Zwischen Stabilität und demografischem Niedergang. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.
- Klingholz, Reiner/ Kuhn, Eva (2013): Vielfalt statt Gleichwertigkeit. Was Bevölkerungsrückgang für die Versorgung ländlicher Regionen bedeutet. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.
- Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer/ Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- Niedersächsischer Gesundheitspreis (2011). Broschüre der Preisträger. Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen am Beispiel der Filialärztegemeinschaft Schladen. <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Nds-Gesundheitspreis-Broschuere-2011.pdf> (abgerufen am 04.01.2014).

- OECD StatExtracts: Health: Practising physicians: Density per 1000 population. <http://stats.oecd.org/> (abgerufen am 24.12.2013).
- Österreichische Ärztekammer vom 27.02.2013: Landmedizin in Österreich - Aktuelle Situation und Zukunft. <http://www.aerztekammer.at/medizin> (abgerufen am 03.01.2013).
- Österreichische Ärztekammer vom 11.09.2013: „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ <http://www.aerztekammer.at/news3> (abgerufen am 20.12.2013).
- Presskonferenz der Ärztekammer für Oberösterreich am 08.08.2013 zur Initiative „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ http://www.aekoee.or.at/cms/fileadmin/AErztekammer/Presse__konferenzen__FILES/Landmedizin_PKU_end.pdf (abgerufen am 15.12.2013).
- Röhrs, Kristina (2012): Warten, bis der Landarzt kommt. In: Stormarner Tageblatt vom 16.03.2012. <http://www.shz.de/lokales/stormarner-tageblatt/warten-bis-der-landarzt-kommt-id132480.html> (abgerufen am 04.01.2014).
- Statistik Austria (2013): Jahresdurchschnittsbevölkerung 1995 bis 2012 nach NUTS-Regionen. www.statistik.at (abgerufen am 19.12.2013).