

Faktoren der Standortwahl von Hausärzten in ländlichen Räumen – Herausforderungen an die Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge

vom Fachbereich Raum- und Umweltplanung der Technischen Universität Kaiserslautern zur Verleihung des akademischen Grades Doctor rerum politicarum (Dr. rer. pol.) genehmigte Dissertation

von Dipl.-Geograph Sebastian Winter

Tag der mündlichen Prüfung:	07. Mai 2020
Vorsitzender der Prüfungskommission:	Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Sascha Henninger
Erste Berichterstatterin:	Univ.-Prof. Dr. habil. Gabi Troeger-Weiß
Zweiter Berichterstatter:	apl. Prof. Dr.-Ing. Hans-Jörg Domhardt
Dekan des Fachbereichs Raum- und Umweltplanung:	Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Sascha Henninger

Englischer Titel

Factors for the Choice of Location for General Practitioners in Rural Areas - Challenges for ensuring Outpatient Medical Care

Danksagung

Mein Dank geht an Frau Prof. Dr. Troeger-Weiß und Herrn Prof. Dr. Domhardt, deren Betreuung mir eine große Hilfe war. Ebenso geht mein Dank an die im Rahmen dieser Dissertation interviewten Experten und den befragten Hausärzten aus der Eifel und aus Unterfranken. Besonders danken möchte ich meiner Frau Nazli, die mich während der gesamten Bearbeitungszeit kontinuierlich unterstützt, entlastet und angespornt hat.

Gender-Hinweis

Die Verwendung der männlichen Form erfolgt generalisierend und geschlechterneutral.

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Ermittlung und Analyse von Faktoren der hausärztlichen Standortfaktoren im ländlichen Raum.

Lebensqualität gerade auch in ländlichen Räumen in Deutschland ist vor allem daran geknüpft, welche Angebote der Daseinsvorsorge vor Ort bestehen. Die ambulante medizinische Versorgung nimmt dabei eine Schlüsselstellung ein, gerade vor dem Hintergrund einer im Zuge des demographischen Wandels immer älter werdenden Gesellschaft, insbesondere auf dem Land.

Niedergelassene Ärzte bilden dabei das Rückgrat einer bedarfsgerechten flächenhaften Versorgung, von denen wiederum die Hausärzte als Generalisten mit bislang sehr kleinräumiger Verteilungsstruktur erster Ansprechpartner für Patienten sind. Allerdings werden in Zukunft viele Hausarztsitze nicht mehr adäquat nachbesetzt werden können, da es zu wenige Nachfolger gibt. Unter dem gegenwärtigen Ungleichgewicht von Angebot und Nachfrage an Hausarztpraxen existiert kein funktionsfähiges Verteilungssystem zur Erreichung einer möglichst homogenen Flächenversorgung. Umso wichtiger ist es, den Prozess der Standortentscheidung von Hausärzten möglichst gut nachvollziehen zu können, um festzustellen anhand welcher Kriterien Hausärzte ihren Standort festlegen. In dieser Arbeit werden darum zunächst auf Expertenaussagen gestützte unternehmerische und private Faktoren ermittelt, die bei der hausärztlichen Standortwahl von Relevanz sein können.

Die Gründe für den bevorstehenden und bereits in manchen Regionen bemerkbaren Hausarztmangel liegen dabei zum einen im Ausbildungssystem, wo im langjährigen Verlauf Schwankungen in der Ausbildungsmenge und Missverhältnisse zur Bedarfsmenge an Ärzten zur einer aktuellen Verknappung beigetragen haben. Ebenso wurde die frühere Dominanz an männlichen Medizinstudenten durch eine Dominanz weiblicher Nachwuchsmediziner abgelöst, mit neuen Standortansprüchen und gewünschten Arbeitsformen. Allerdings nicht nur weibliche Nachwuchsmediziner bevorzugen heute Arbeitsmodelle, in denen sie ein Höchstmaß an Flexibilität haben, was vor allem in immer begehrter werdende Teamarbeit, Teilzeittätigkeiten, Anstellungsanstelle von freiberuflichen Tätigkeitsformen und damit insgesamt in vor allem präferierte Tätigkeiten im stationären Versorgungsbereich hinausläuft. Die eher unattraktiven Arbeitsbedingungen als Hausarzt mit hoher Arbeitsbelastung mit im Vergleich zu anderen Facharztgruppen wenig attraktivem Gehalt tun ihr Übriges zur zunehmenden Verschmähung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zum Hausarzt bei, stattdessen findet immer häufiger eine Spezialisierung unter Nachwuchsmediziner statt.

Alle angedachten bzw. in Umsetzung begriffene Maßnahmen zur Attraktivierung des Haus- bzw. Landarztberufs, vor allem finanzielle Anreize und Imagekampagnen, aber auch der Aufbau größerer Versorgungseinrichtungen, telemedizinischer Behandlungsmöglichkeiten und nicht-ärztlicher Delegationsformen, haben bislang nicht den erhofften Effekt einer Stabilisierung der Versorgungssituation. Dies gilt besonders auch im ländlichen Raum, wo die Ausstattung an Einrichtungen der Daseinsvorsorge in aller Regel nicht mit städtischen Qualitätsstandards mithalten kann. Bei einer relativ großen Wahlfreiheit durch nicht besetzbare Stellen und Posten älterer Ärzte bestehen für Nachwuchsmediziner jedoch heute gerade auch in dieser räumlichen Hinsicht größtmögliche Entscheidungsfreiheiten. Dies führt bereits heute zu einer Bevorzugung städtischer Räume als Arbeitsstandort und verschärft so zusätzlich die hausärztliche Versorgungslage im ländlichen Raum.

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung an standardisiert befragten Hausärzten der zuvor gebildeten Modellräume Eifel und Unterfranken wurde dazu untersucht, welche unternehmerischen und privaten Faktoren überhaupt Hausärzte in die ländlichen Räume ziehen und ob diese

im zeitlichen Verlauf sind. Neben den ökonomisch günstigen Voraussetzungen für Hausärzte mit leicht verfügbarer Kassenzulassung und großer Patientenzahl spricht dabei vor allem der landschaftliche Reiz für eine Niederlassung im ländlichen Raum. Von besonderer Relevanz war bislang auch immer das kinderfreundliche Lebensumfeld mit entsprechend vorgehaltenen Bildungseinrichtungen, allerdings verliert dieser Faktor durch den immer seltener werdenden Kinderwunsch langsam an Bedeutung unter den Hausärzten.

Jedoch bestehen zudem eine Reihe von sekundär bedeutsamen Faktoren, die auch vor Ort gestaltbar sein und so von innen heraus die Nachwuchsmediziner in Richtung ländlicher Räume ziehen können. Dazu zählen medizinische Einrichtungen (v.a. Fachärzte und Kliniken), Einkaufsmöglichkeiten, Sportstätten und das kulturelle Angebot.

Diese Faktoren gilt es zu stärken bzw. etwaige Schwächen ländlicher Räume in dieser Hinsicht mit kompensatorischen Maßnahmen inner- und überregional zu begegnen. Insbesondere wird es für eine zukünftig adäquate hausärztliche Versorgung unerlässlich sein, stärker auf die Interessen und Standortanforderungen weiblicher Mediziner mit besseren Betreuungsangeboten für Kinder, beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten für Ehepartner, aber auch gewünschten Arbeitsorganisationsformen mit einem Mehr an Teamarbeit und flexiblen Arbeitsmodellen und -zeiten an zentraleren Standorten einzugehen.

1. Einleitung	1
1.1. Problemstellung/ Sachstand	2
1.2. Stand der Forschung	5
1.3. Zielsetzung und Fragestellungen	7
1.4. Aufbau der Arbeit, Vorgehensweise und Methodik	8
1.5. Auswahl der Modellräume	11
1.5.1. Kriterienbündel Raumstruktur	11
1.5.1.1. Administrative Ebene.....	11
1.5.1.2. Räumliche Lage.....	13
1.5.1.3. Planerische Zuständigkeit.....	14
1.5.1.4. Zwischenbilanz	15
1.5.2. Kriterienbündel Hausarztstruktur	16
1.5.2.1. Absolute Zahl an Hausärzten.....	17
1.5.2.2. Hausärztedichte.....	17
1.5.2.3. Anteil älterer Hausärzte	18
1.5.2.4. Anteil weiblicher Hausärzte.....	18
1.5.3. Auswahlverfahren für Rheinland-Pfalz.....	19
1.5.4. Auswahlverfahren für Bayern.....	20
1.5.5. Zwischenfazit.....	22
1.6. Qualitative Interviews mit Experten.....	22
1.7. Quantitative Befragung von Hausärzten	25
1.7.1. Datenauswertung: Deskriptive Analyse	31
1.7.2. Datenauswertung: Vergleichende statistische Analyse	31
1.7.3. Datenauswertung: Multivariate statistische Analyse	33
1.8. Zusammenfassung der methodischen Ansätze	37
2. Diskussion und Erklärungsansätze zur Standortwahl von Hausärzten	38
2.1. Übertragbarkeit von Standortmodellen auf den Standortentscheidungsprozess von Hausärzten	39
2.2. Wirkungsspektrum harter Faktoren der Standortwahl	41
2.3. Wirkungsspektrum weicher Faktoren der Standortwahl	43
2.4. Ableitung unternehmerischer Standortfaktoren	44
2.4.1. Ökonomische Tragfähigkeit	46
2.4.2. Patientenklientel	46
2.4.3. Verfügbarkeit der Kassenzulassung	49
2.4.4. Agglomerationseffekte	49
2.4.5. Finanzielle Anreize	51
2.5. Ermittlung privater Faktoren.....	52
2.5.1. Räumliche Nähe zu Verwandtschaft und Freunden	53
2.5.2. Zentrenreichbarkeit.....	54
2.5.3. Landschaftliche Attraktivität	54
2.5.4. Ausstattung an Versorgungsangeboten	55
2.6. Diskussion und Fazit.....	57
3. Situation der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung ausgewählter Bundesländer	60
3.1. Das vertragsärztliche Versorgungssystem in Deutschland	60
3.1.1. Gesetzliche und private Krankenversicherung und daraus abgeleitete ortsnahe Versorgungsansprüche der Bevölkerung.....	63
3.1.2. Rahmenbedingungen und Zulassungsbestimmungen der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit.....	64
3.2. Das Instrument der ambulanten medizinischen Bedarfsplanung.....	66
3.2.1. Entstehung, Grundprinzipien und Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	66
3.2.2. Festlegung von Versorgungsebenen und Bedarfsplanungsregionen	68
3.2.3. Ermittlung von angepasstem Bedarf in Abhängigkeit der demographischen Struktur... ..	72

3.2.4.	Feststellung von Versorgungsbedarf in den Planungsbereichen.....	73
3.2.5.	Förderungsmöglichkeiten der vertragsärztlichen Versorgung	76
3.2.6.	Bewertung der Bedarfsplanung	77
3.3.	Hausärztliche Tätigkeit	80
3.3.1.	Definition und örtliche Versorgungsfunktion.....	82
3.3.2.	Wirtschaftliche Rahmenbedingungen	84
3.3.3.	Versorgungssituation in Deutschland.....	86
3.3.4.	Ausbildungsweg zum Hausarzt und sich daraus ergebende Standortpräferenzen	90
3.3.5.	Trends in der hausärztlichen Arbeitsorganisation	109
3.4.	Räumliche Konsequenzen aus der hausärztlichen Versorgungsstruktur.....	124
3.5.	Neue Initiativen und ihr Beitrag zur Sicherung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung.....	125
3.5.1.	Neue hausärztliche Angebotsstrukturen	125
3.5.2.	Förderung der Allgemeinmedizin und Hausarztstätigkeit in der Ausbildung.....	129
3.5.3.	Finanzielle Anreize	131
3.5.4.	Hilfestellungen und Informationskampagnen für (angehende) Hausärzte	132
3.5.5.	Regionale Kooperationen im Gesundheitswesen zur Entlastung von Hausärzten	133
3.5.6.	Besondere Konzepte und Maßnahmen in Bayern.....	135
3.5.7.	Besondere Konzepte und Maßnahmen in Rheinland-Pfalz.....	138
3.5.8.	Bewertung und kritische Reflexion.....	144
3.6.	Fazit	146
4.	Analyse der Faktoren hausärztlicher Standortwahl in den Modellräumen	148
4.1.	Strukturanalyse und Bestandsaufnahme der ambulanten hausärztlichen Versorgung in den Modellräumen.....	148
4.1.1.	Siedlungs- und Infrastruktur.....	149
4.1.2.	Demographische Struktur	177
4.1.3.	Sozioökonomische Struktur	188
4.1.4.	Ambulante hausärztliche Versorgungsstruktur.....	202
4.1.5.	Erkenntnisse aus der Strukturanalyse	215
4.2.	Charakterisierung der befragten Hausärzte	218
4.2.1.	Demographische Merkmale	218
4.2.2.	Bedingungen des Berufseinstiegs.....	224
4.2.3.	Momentane hausärztliche Arbeitsformen.....	234
4.2.4.	Zukunftsperspektiven.....	237
4.2.5.	Zwischenfazit zur Charakterisierung der befragten Hausärzte	240
4.3.	Bedeutung einzelner Standortfaktoren.....	241
4.3.1.	Unternehmerische Faktorengruppe	242
4.3.2.	Private Faktorengruppe	251
4.3.3.	Zwischenfazit zur Bedeutung einzelner Standortfaktoren	262
4.4.	Aktuelle Standortbewertung und ableitbare Verbesserungspotenziale.....	263
4.4.1.	Bewertung unternehmerischer Standortfaktoren.....	263
4.4.2.	Bewertung privater Standortfaktoren	270
4.4.3.	Zwischenfazit zur Bewertung einzelner Standortfaktoren.....	278
4.5.	Vergleichsanalyse der hausärztlichen Standortfaktoren.....	279
4.5.1.	Standortfaktoren nach demographischen Merkmalen	280
4.5.2.	Standortfaktoren nach Bedingungen des Berufseinstiegs.....	282
4.5.3.	Standortfaktoren nach momentanen hausärztlichen Arbeitsformen	286
4.5.4.	Standortfaktoren nach Zukunftsperspektiven.....	288
4.5.5.	Zwischenfazit zur Vergleichsanalyse	290
4.6.	Extraktion von Hauptkomponenten zur Informationsverdichtung	292
4.7.	Typisierung der befragten Hausärzte.....	295
4.8.	Erkenntnisse für die beiden Modellräume	298
4.9.	Erkenntnisübertragbarkeit auf ländliche Räume allgemein	299

4.10.	Erfolgsfaktoren hausärztlicher Standortwahl	300
4.11.	Rückkopplung zu den Fragestellungen dieser Arbeit	302
5.	Handlungsansätze und Gestaltungsoptionen zur Beeinflussung der Standortwahl	310
5.1.	Handlungsansätze zur Beeinflussung der Standortwahl	310
5.1.1.	Überregionale Ansätze	310
5.1.2.	Innerregionale Ansätze	312
5.1.3.	Standortfaktorbasierte Ansätze	314
5.2.	Räumliche Gestaltungsoptionen zur Beeinflussung der Standortwahl	318
5.2.1.	Unternehmerische Bedingungen	319
5.2.2.	Bildungs- und Erziehungsinfrastruktur	319
5.2.3.	Landschaftliche Sehenswürdigkeiten	320
5.2.4.	Weitere Strukturbereiche	321
5.3.	Einordnung in den Stand von Wissenschaft und Forschung	322
5.4.	Ausblick	323
Anhang	325
A	Abkürzungsverzeichnis	325
B	Abbildungsverzeichnis	327
C	Tabellenverzeichnis	332
D	Quellenverzeichnis	334
Literatur	334
Internetquellen	341
Datenquellen	349
E	Material zu den vorgenommenen Befragungen	351

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Faktoren hausärztlicher Standortwahl, die vor dem Hintergrund des zu erwartenden bzw. bereits existierenden Ärztemangels gerade in ländlichen Gebieten zunehmende Bedeutung und Beachtung erfahren. Die immer älter werdende Bevölkerung ist auch zukünftig auf eine ausreichende Zahl an Haus- und Fachärzten in räumlicher Nähe angewiesen. Viele Mediziner in ländlichen Räumen stehen kurz vor dem Pensionsalter und es droht ein Engpass in der Nachbesetzung der freiwerdenden Arztsitze. Gleichzeitig leidet der Ländliche Raum unter großen Abwanderungen. Die Städte sind dabei meist das bevorzugte Wohnumfeld. Die dadurch fehlende erwerbsfähige Bevölkerung im ländlichen Raum kann unter anderem den Ärztemangel auf dem Land forcieren und damit die örtliche medizinische Daseinsvorsorge insgesamt gefährden.

Gegenwärtig treten erste Versorgungsdefizite - die sich bislang größtenteils auf den hausärztlichen Bereich beschränken - vorwiegend in ländlichen und/oder strukturschwachen Räumen, insbesondere in den neuen Bundesländern auf. Als Ursache für diese Entwicklung werden neben einer regional ungünstigen ärztlichen Altersstruktur, die mangelnde Anziehungskraft dieser Räume für eine ärztliche Tätigkeit angesehen. So können bis 2020 80 Prozent der theoretisch freiwerdenden Arztsitze nicht nachbesetzt werden¹, wobei viele Ärzte im Ruhestandalter mangels Nachfolger noch bis ins hohe Alter weiterarbeiten². Neben wirtschaftlichen Aspekten (niedrigerer Privatpatientenanteil) weisen ländliche Räume in der Regel Defizite in der Ausstattung mit weichen Standortfaktoren auf. Somit erscheinen diese Räume für eine ärztliche Niederlassung aufgrund unterdurchschnittlicher Verdienstmöglichkeiten bei einer gleichzeitig überdurchschnittlichen Arbeitsbelastung sowie der geringen Attraktivität und der mangelnden Perspektive zunehmend unattraktiv.

Innerhalb der Raumordnung nimmt die Sicherung der Daseinsvorsorge eine zentrale Rolle ein und gerät vor dem Hintergrund sich verändernder sozioökonomischer Rahmenbedingungen zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit³. Insbesondere der demografische Wandel sowie die (zum Teil) prekäre Finanzlage der öffentlichen Haushalte stellen die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Grundversorgung und somit die raumordnerische Zielsetzung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse vor erhebliche Herausforderungen⁴. Zwar ist die Thematik der Daseinsvorsorge seit ca. 20 Jahren verstärkt Forschungsgegenstand raumwissenschaftlicher Disziplinen, jedoch ist in einzelnen Funktionsbereichen eine vertiefte Betrachtung aufgrund von Forschungsdesideraten notwendig.

Die medizinische Versorgung wird von der Raumordnung als ein elementarer Bestandteil der Grundversorgung verstanden. Ein wichtiges Element zur Aufrechterhaltung der medizinischen Grundversorgung stellt die räumliche Verteilungsgerechtigkeit von ambulanten ärztlichen Niederlassungen sowie die Erreichbarkeit medizinischer Leistungsangebote dar⁵.

¹ vgl. Schade 2012, S. 1

² bspw. der Berufsweg von Hausarzt Dr. Hagitte in Bayern, der mit 82 Jahren noch tätig war, vgl. BHÄV 2013

³ vgl. BBSR 2015, S. 10f

⁴ vgl. BMVBS 2013, S. 8ff

⁵ vgl. Pieper 2008, S. 20

Aktuell rückt das Thema der medizinischen Grundversorgung aufgrund des Strukturwandels im Gesundheitswesen sowie des soziodemographischen Wandels verstärkt in den Fokus der Raumplanung und -forschung und wird im Rahmen von Forschungen zu quantitativen und qualitativen Versorgungsstandards der Bevölkerung sowie zu neuen Versorgungskonzepten untersucht⁶. Insbesondere der bereits bestehende Ärztemangel in ländlichen Räumen stellt ein Risiko für die Sicherstellung einer gleichwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen dar.

Auch auf Bundesebene wird derzeit die medizinische Grundversorgung in Deutschland im Rahmen eines Gesetzesentwurfes für ein Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)-Versorgungsstärkungsgesetz, welches u. a. eine bedarfsgerechte ländliche Versorgung sowie den Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung zum Inhalt hat, thematisiert⁷.

Ein entscheidendes und bisher lediglich rudimentär erforschtes Element der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland bildet, neben bereits etablierten quantitativen Untersuchungen zum Angebot-Nachfrage-Verhältnis im Rahmen von Bedarfsplanungen, die unternehmerische wie auch die private Standortwahl von Ärzten.

1.1. Problemstellung/ Sachstand

Sicherstellung der medizinischen Daseinsvorsorge vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in Deutschland

Die medizinische Versorgung stellt bereits seit dem Ende des 19. Jahrhunderts im Zuge des explosionsartigen Wachstums der Städte und den damit verbundenen medizinischen und hygienischen Problematiken sowie dem Bemühen der Kommunen gesündere Lebensbedingungen zu schaffen, innerhalb der Raumwissenschaften ein wichtiges Thema der Daseinsvorsorge dar. In den letzten Jahren ist die medizinische Daseinsvorsorge, wie ausgangs dargestellt, vor dem Hintergrund soziodemografischer Veränderungsprozesse in Deutschland wieder verstärkt in den Fokus raumwissenschaftlicher Forschung gerückt⁸.

Die größten Herausforderungen für die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden, bevölkerungsnahen Grundversorgung ergeben sich im Zuge des demografischen Wandels. Die aus dem Schrumpfungs- und Alterungsprozess der Gesellschaft resultierenden Auswirkungen sind ausgesprochen vielschichtig und tangieren nahezu sämtliche Bereiche der Daseinsvorsorge⁹.

Insbesondere der in ländlichen Räumen beschleunigt verlaufende Alterungsprozess führt zu einer sich modifizierenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen¹⁰. Obgleich diese Auswirkungen (noch) nicht abschließend quantifiziert werden können und deren Ausmaß in Abhängigkeit von zahlreichen Determinanten steht (bspw. Umfang des GKV-Leistungskatalogs), ist zumindest bei Hausärzten von einem steigenden Versorgungsbedarf auszugehen¹¹. Beispiels-

⁶ vgl. Fritzsche 2014

⁷ vgl. BMG 2015b

⁸ vgl. Claussen 2005, S. 264

⁹ vgl. BBSR 2016 / Steinführer, Küpper & Tautz 2012, S. 18 / Troeger-Weiß 2011 / Troeger-Weiß 2008

¹⁰ vgl. Troeger-Weiß 2012

¹¹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016

weise geht die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Zeitraum von 2000 bis 2020 in der Primärversorgung von einem demographiebedingten Bedarfsanstieg um mindestens 20% aus¹².

Auch ein Gutachten zur „Zukünftigen vertragsärztlichen Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens“¹³ stützt die Vermutung, dass in Folge von Bevölkerungsverlusten der Versorgungsbedarf nicht zwangsläufig abnimmt, wobei sich hierbei arztgruppenspezifische Unterschiede ergeben. Neben diesen bedarfsbezogenen Konsequenzen ergeben sich in ländlichen Räumen im Zuge der Bevölkerungsschrumpfung weitere Einschränkungen der Erreichbarkeit der medizinischen Versorgungseinrichtungen¹⁴.

Die medizinische Daseinsvorsorge rückte ebenso in Folge der Diskussion um einen bestehenden bzw. drohenden Ärztemangel zusehends ins Zentrum des wissenschaftlichen Interesses. Die Debatte erfolgt hierbei vorrangig anhand der vertragsärztlichen Altersstruktur und der Anzahl der Ärzte. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte ist in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich angestiegen, woraus sich kurz- bis mittelfristig ein wachsender ärztlicher Ersatzbedarf ableiten lässt. Wenngleich derzeit noch nicht genau prognostiziert werden kann, inwiefern in Deutschland ein ärztlicher Fachkräftemangel droht, zeigen Untersuchungen, dass innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erhebliche räumliche Disparitäten bestehen und vorwiegend ländliche Räume unterdurchschnittliche Versorgungsgrade verzeichnen¹⁵.

Auswirkungen des Systems der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland auf die medizinische Daseinsvorsorge

Den obigen Ausführungen zur Folge sind die Herausforderungen an eine Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen vielfältig. Die Fehl-, Unter- oder Überversorgung zeigt sich insbesondere in einer Stadt-Land-Disparität. Dabei sind es allgemein die weniger attraktiven peripheren Gebiete, die von der Belastung einer medizinischen Unterversorgung betroffen sind. Im Vergleich dazu weisen Ballungsgebiete, aufgrund ihrer hohen Standortattraktivität überdurchschnittliche ambulante medizinische Versorgungsstrukturen auf.

In Deutschland existieren seit 1992 das Instrument der Bedarfsplanung und ein Zulassungsrecht zur Steuerung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), um eine Fehlversorgung von medizinischen Leistungserbringern in der Fläche zu verhindern.

Die Ermittlung des Versorgungsbedarfs erfolgt in der ambulanten medizinischen Versorgung anhand raumspezifischer Verhältniszahlen der Arzt-Einwohner-Relation. Aus dem Vergleich der Ist- und Sollzahlen berechnet sich ein so genannter Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100% impliziert, dass die genaue Anzahl an benötigten Ärzten zugelassen ist¹⁶. Sofern die raumspezifische Verhältniszahl um 10% überschritten wird, erfolgt zwar die arztgruppenbezogene Sperrung des Planungsbereichs für Neuniederlassungen, dennoch können Praxen im Rahmen der Praxisnachfolge weitergeführt werden. Ein Abbau ärztlicher Überkapazitäten in

¹² vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2008

¹³ vgl. Zi 2009

¹⁴ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 57

¹⁵ vgl. Kopetsch 2010, S. 144

¹⁶ vgl. GKV Spitzenverband 2016

Ballungsräumen zu Gunsten unterversorgter Regionen ist somit aufgrund der vertragsärztlichen Altersstruktur nur eingeschränkt möglich¹⁷.

Die vertragsärztliche Bedarfsplanung ist einer kontinuierlichen Weiterentwicklung unterworfen. So wurden im Januar 2013 gesetzliche Neuerungen beschlossen, die eine exakte Differenzierung des Leistungsangebots nach Arztgruppen ermöglichen. In der Neufassung der Bedarfsplanung-Richtlinie (BPL-RL) wird, wie weiter oben dargestellt, im Speziellen zwischen einer hausärztlichen, einer allgemeinen fachärztlichen und einer spezialisierten fachärztlichen Versorgung sowie nach „gesonderten Arztgruppen“ (Pathologen, Transfusionsmediziner, Humanogenetiker etc.) differenziert. Je nach Kategorie finden verschiedene Raumgrößen Anwendung, die im Folgenden für Hausärzte und Allgemeine Fachärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten) dargestellt werden, da die ambulante medizinische Versorgung im Vordergrund des Forschungsprojekts steht:

Agierte die Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung früher auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, erfolgt die Zuteilung von hausärztlichen Niederlassungen nunmehr wohnortnah und flächendeckend auf der Basis sogenannter Mittelbereiche. Diese Raumeinheit wird durch die jeweiligen Landesplanungsbehörden, welche Mittelbereiche für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen heranziehen, definiert. Mit dieser gesetzlichen Neuerung kann die Standortverteilung von Hausärzten stärker regional bzw. lokal gesteuert und Verteilungsgerechtigkeiten aufgrund der Attraktivität einzelner Standorte in einem Planungsbereich verhindert werden¹⁸. Die Bedarfsplanung für Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung findet weiterhin auf Basis von Landkreisen und kreisfreien Städten und somit großräumigeren Gebietseinheiten statt, da die Einzugsgebiete der Patienten weiträumiger sind als bei Hausärzten.

Insgesamt bedingt die Reform der Bedarfsplanung aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherungen eine Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen¹⁹. Diesem Standpunkt steht allerdings die Tatsache entgegen, dass ländliche Räume, unabhängig der Effektivität regulativer Steuerungsinstrumente, zumeist unterdurchschnittliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen und nur eine geringe Anziehungskraft für eine ärztliche Niederlassung aufweisen. Es ist daher davon auszugehen, dass unter den aktuellen Rahmenbedingungen auch weiterhin primär ländliche und strukturschwache Räume von unterdurchschnittlichen Versorgungsgraden betroffen sein werden²⁰.

Gleichzeitig ist aktuell zu beobachten, dass immer weniger Ärzte bereit sind, freiberuflich in vollem Versorgungsumfang tätig zu sein. Stattdessen werden Beschäftigungsverhältnisse in Teilzeit ohne Verantwortung für Verwaltung oder Investitionen angestrebt²¹. Diese gewünschten Arbeitsbedingungen stehen in starkem Gegensatz zur aktuell bestehenden vertragsärztlichen Infrastruktur mit überwiegend Einzelpraxen.

¹⁷ vgl. Klose & Uhlemann 2006, S. 8 f

¹⁸ vgl. GKV Spitzenverband 2016

¹⁹ vgl. GKV Spitzenverband 2016

²⁰ vgl. Troeger-Weiß 2012

²¹ vgl. Schade 2012, S. 1

1.2. Stand der Forschung

Ansätze zur Erklärung von Standortentscheidungsprozessen und Standortfaktoren mit Fokus auf die unternehmerische Standortwahl

Die behavioristische Standorttheorie nach Pred²² kann als Erklärungsansatz für Standortwahlentscheidungen von Dienstleistungsunternehmen, so auch im Gesundheitssektor, herangezogen werden²³. Die Erklärung der Standortwahl von Unternehmen basiert hierbei auf einem verhaltenswissenschaftlichen Ansatz. Die Standorttheorie impliziert, dass Entscheidungsträger über differente Informationsstände und Fähigkeiten der Wahrnehmung von standortrelevanten Faktoren (Konkurrenzsituation, Patientenpotential etc.) verfügen. Entscheidend ist zudem die Fähigkeit der Akteure, aus einer Vielzahl von Informationen, die für das spezifische Vorhaben des Unternehmers relevanten Informationen auszuwählen. Dieser Entscheidungsprozess im Rahmen der unternehmerischen Standortwahl erfolgt primär aufgrund psychologisch-subjektiver und sekundär durch rational-objektive Beweggründe²⁴.

Vorliegende Studien zur Standortwahl von Ärzten

Derzeitige Versorgungsdefizite in ländlichen Räumen werden vorrangig auf die mangelnde Attraktivität und die geringe wirtschaftliche Perspektive dieser Regionen zurückgeführt. Bislang liegen jedoch nur wenige Untersuchungen zur vertragsärztlichen Standortwahl vor, bei denen unter anderem am Beispiel des hochverdichteten Rhein-Erft-Kreises²⁵ ein deutliches Zentrum-Peripherie-Gefälle in der räumlichen Verteilung vertragsärztlicher Einrichtungen nachgewiesen werden konnte. Die Motive der Standortwahl wurden auch ermittelt, mit dem Ergebnis, dass diese sehr vielfältig und nicht ausschließlich ökonomisch geprägt sind. Eine Studie von Sundmacher und Ozegowski²⁶ kommt zum Ergebnis einer signifikanten Korrelation von regionalem Anteil Privatversicherter und der Zahl der niedergelassenen Ärzte. Dabei ist jedoch differenziert festzuhalten, dass Hausärzte im Vergleich zu Vertragsärzten ihren Standort verhältnismäßig weniger stark an den regional vorhandenen Privatpatienten ausrichten. In der Studie wurde auch noch versucht mittels behelfsmäßiger Indikatoren regionale Verbundenheit (Arztniederlassungen am Universitätsstandort), regionaler Bedürftigkeit (Zahl vermeidbarer Sterbefälle) und regionaler Attraktivität (Baulandpreise) als Motive hausärztlicher Standortwahl zu identifizieren. Diese Faktoren zeigten in der statistischen Analyse jedoch keine Signifikanz bzw. spielen für den ländlichen Raum keine Rolle (Universitätsstandort). Die somit in bisherigen Studien sicher ermittelten Faktoren (Raumstrukturtyp und Anteil Privatversicherter) lassen sich jedoch nur indirekt als Motive der hausärztlichen Standortwahl interpretieren und eignen sich nicht, das Standortverhalten zur Gänze zu erklären. Damit fehlt eine Untersuchung auf Mikroebene in Form einer direkten Befragung von Hausärzten, um den Prozess der Standortwahl tatsächlich nachvollziehen zu können.

Die Standortwahl von Haus- und Fachärzten wird zum einen durch die unternehmerische Standortwahl und zum anderen durch die private Standortwahl determiniert. Hierbei wird auf

²² vgl. Pred 1967

²³ vgl. Bathelt & Glückler 2003, S. 131f

²⁴ vgl. Bathelt & Glückler 2003, S. 131f

²⁵ vgl. Kistemann & Schröder 2007 / Schröder 2008

²⁶ vgl. Sundmacher & Ozegowski 2013

klassische Erklärungsmodelle der geographischen Standort- und Migrationsforschung zurückgegriffen.

Neben unternehmerischen Standortentscheidungen unterliegt die Standortwahl von Vertragsärzten weiteren Entwicklungen und Trends im Bereich der privaten Standortwahl, die die ambulante medizinische Versorgung im Allgemeinen und speziell in ländlichen Räumen vor erhebliche Herausforderungen stellt. Ein sich veränderndes ärztliches Niederlassungsverhalten ist demnach geprägt von einem wachsenden Anspruch an weiche Standortfaktoren, individueller Mobilität und Flexibilität sowie einer zunehmenden Bedeutung der Work-Life-Balance²⁷. Die Standortwahl von Individuen kann auf Basis von mikrotheoretischen Ansätzen der Migrationsforschung untersucht werden. In der Migrationsforschung werden seit einem Paradigmenwechsel in den 1970er Jahren, Wanderungsphänomene zunehmend auf der individuellen Ebene einzelner Akteure und weniger auf einer übergeordneten Ebene anhand des Push-Pull-Ansatzes der Makrotheorien untersucht. Demnach wendet Lee²⁸ in seiner ‚Theorie der Migration‘ eine individualistische Interpretation des ‚Push-Pull-Paradigmas‘ an, mittels derer auch eine Untersuchung der privaten Standortwahl von Ärzten erklärt werden kann.

Dieser dem Forschungsprojekt zugrunde liegende theoretische Ansatz zur Erklärung der unternehmerische Standortwahl und der privaten Standortwahl von Haus- und Fachärzten bildet die Basis, materielle und immaterielle Rahmenbedingungen sowie Wahrnehmungen, Verhaltens- und Handlungsweisen von Akteuren im Rahmen empirischer Analysen zu untersuchen.

Abgeleiteter Forschungsbedarf

In den letzten Jahren wurden zu dem Thema der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge vor allem Studien zur Quantifizierung des erwarteten Ärztemangels sowie deren Verortung erstellt^{29,30}. Ebenfalls wurde mithilfe statistischer Analysen versucht, den Effekt gesetzlicher Maßnahmen wie der Bedarfsplanung zur Beeinflussung der Standortwahl von Ärzten zu quantifizieren³¹. Dabei ist allgemein zu konstatieren, dass eine kleinteiligere Bedarfsplanung sowie veränderte Praxisstrukturen allein den zu erwartenden Landarztmangel nicht werden verhindern können³².

Dabei bleiben bei allen genannten Studien und Forschungserkenntnissen der tatsächliche Vorgang der Standortwahl von Ärzten und seine determinierenden Faktoren unberücksichtigt. Informationen zu den Kriterien, die die ärztliche Standortentscheidung in ländlichen Räumen beeinflussen, liegen dementsprechend nur unzureichend vor. An diesem Punkt setzt diese Forschungsarbeit an. Durch die Auswahl strukturell stärker vom Ärztemangel bedrohter, ländlich geprägter Modellräume sollen die Motive der hausärztlichen Standortwahl mittels einer Befragung der praktizierenden Hausärzte analysiert werden.

²⁷ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 323

²⁸ vgl. Lee 1972

²⁹ vgl. Albrecht, Etgeton & Ochmann 2014, S. 17ff

³⁰ vgl. Zi 2015

³¹ vgl. Albrecht, Etgeton & Ochmann 2014, S. 6ff

³² vgl. Faller 2014 & Dennig, Greß & Stegmüller 2013

1.3. Zielsetzung und Fragestellungen

Die Zielsetzung dieses Forschungsvorhabens besteht in der Erfassung und Analyse sowohl der unternehmerischen Standortwahl als auch der privaten Standortwahl von niedergelassenen Hausärzten in ländlichen Räumen. Darunter werden solche Ärzte verstanden, die als Allgemeinmediziner oder Internisten ausgebildet³³ und in einer Praxis (auch Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder medizinischen Versorgungszentren) in hausärztlicher Funktion tätig sind.

Anhand ausgewählter, differenziert strukturierter ländlicher Modellräume sollen hierbei die Auswirkungen unterschiedlicher Rahmenbedingungen auf die Standortwahl von Hausärzten untersucht und diskutiert werden. Vor dem Hintergrund künftiger Herausforderungen im Zuge des demographischen Wandels in Deutschland, liefert diese Zielsetzung damit auch eine Grundlage zur Sicherstellung einer bevölkerungsnahen, nachfrageorientierten und flächendeckenden medizinischen Grundversorgung in ländlichen Räumen. Zur Erreichung der Untersuchungsziele sind insbesondere Fragestellungen zu den Rahmenbedingungen, Ursachen, Ausprägungen und Wirkungen der Standortwahl von Hausärzten relevant:

Forschungsfragen zu den Rahmenbedingungen der Standortwahl

1. Wie ist die ambulante hausärztliche Versorgung in Deutschland organisiert? Welche Steuerungsinstrumente bestehen, um eine ausreichende ambulante medizinische Versorgung in der Fläche zu gewährleisten und wie sind diese zu bewerten?
2. Wie stellt sich die ambulante hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen dar?
3. Welchen Trends unterliegt die ambulante hausärztliche Versorgung in Deutschland?

Welche Entwicklungen zeichneten sich in den vergangenen Jahren ab bzw. sind zukünftig zu erwarten und worin sind diese begründet?

4. Mit welchen Konsequenzen ist aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung in ländlichen Räumen zu rechnen?

Forschungsfragen zu den Ursachen und Ausprägungen der Standortwahl

5. Wie wirken sich die bestehenden Steuerungsinstrumente auf die Standortwahl von Hausärzten aus?
6. Welche ländlichen Räume weisen beobachtbare Strukturen und Prozesse ärztlicher Standortwahl auf, die eine nähere Betrachtung als Modellraum rechtfertigen?
7. Welche Faktoren beeinflussen die unternehmerische Standortwahl von Hausärzten (ex-post)?
8. Welche Faktoren beeinflussen die private Standortwahl von Hausärzten (ex-post)?

Wie wirken diese Faktoren? Unterliegen die Wirkungen der Faktoren einem zeitlichen Wandel?

³³ vgl. Bundesärztekammer 2013, S. 20

9. Wo besteht im Vergleich der Faktoren der unternehmerischen Standortwahl mit der privaten Standortwahl Kongruenz bzw. Widerspruch?

Welche Faktoren sind besonders bedeutsam?

10. Bestehen zwischen den Modellräumen Unterschiede bzw. räumliche Disparitäten bei der unternehmerischen Standortwahl und der privaten Standortwahl von Hausärzten?

Worin sind diese Unterschiede begründet?

Forschungsfragen zu den Wirkungen der Standortwahl

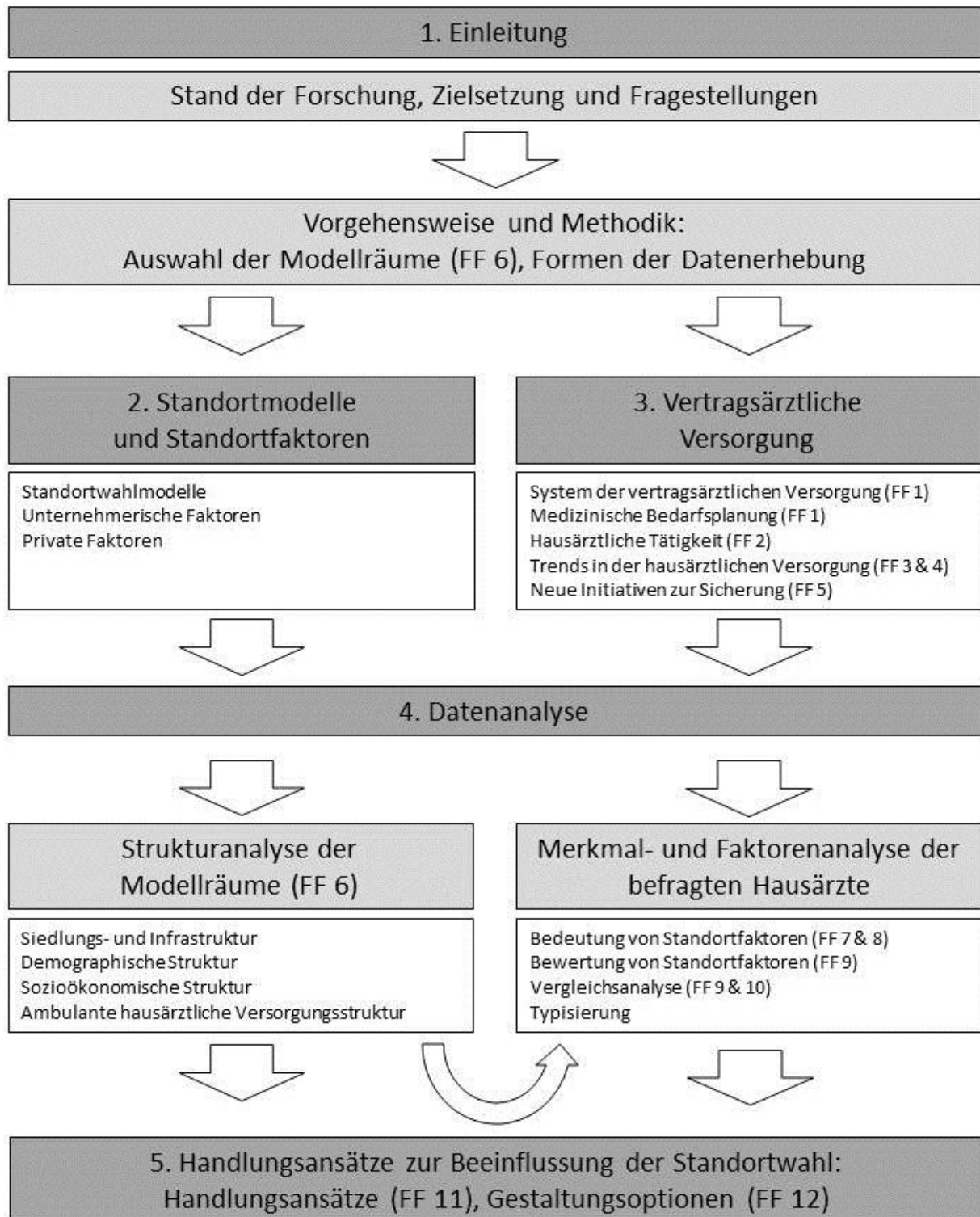
11. Wie ist aufgrund der ärztlichen Standortwahl die zukünftige Entwicklung der ambulanten hausärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen zu bewerten? Welche Chancen und Risiken bestehen hierbei?

12. Welche Faktoren der Standortwahl von Hausärzten sind beeinflussbar? Welche Instrumente stehen dazu zur Verfügung und welcher Aufwand zur Standortverbesserung ist zu erwarten?

1.4. Aufbau der Arbeit, Vorgehensweise und Methodik

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf große Abschnitte (s. Abb. 1). Zunächst innerhalb dieser Einleitung der Stand der Forschung zum Thema herausgearbeitet, aus dessen resultierenden Zielsetzung sich wiederum Forschungsfragen ableiten für die Modellräume ausgesucht und Analysemethoden vorgestellt werden. In der anschließenden Diskussion zu Standortmodellen und Standortfaktoren werden für die hausärztliche Standortwahl relevante Strukturbereiche identifiziert. Der konzeptionelle Teil zum vertragsärztlichen Versorgungssystem thematisiert die Rahmenbedingungen, unter denen die Standortwahl von Hausärzten erfolgt und die diese folglich beeinflussen. Dazu zählen die Bedarfsplanung, wirtschaftliche Bedingungen, Trends und Initiativen zur Sicherung hausärztlicher Versorgung. Die Datenanalyse bezieht sich in dieser Arbeit zum Einen auf die raumstrukturellen Merkmale der Modellräume (also den Ausprägungen möglicher Faktoren von Bedeutung der dort tätigen Hausärzte) und zum anderen auf die in einer Befragung unter der Hausärzteschaft gewonnenen Daten zu demographischen Merkmalen und Standortfaktorbedeutungen und –bewertungen. Diese lassen sich miteinander vergleichen und daraus folgend Hausarztgruppen typisieren, die bestimmte Merkmale aufweisen und bestimmte Faktoren besonders wertschätzen. So lässt sich ermitteln, welche Typen von Hausärzten den ländlichen Raum als Standort bevorzugen und aus welchen Gründen sie dies tun. Außerdem kann hier der Stellenwert des Alters (also der zeitliche Wandel) bei der Einschätzung von Standortfaktoren erkannt werden. Letztlich lassen sich so Vorteile aber vor allem auch Bedarfe ländlicher Räume zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung erfasst werden, wobei hier auch Erkenntnisse vor allem aus den Rahmenbedingungen des vertragsärztlichen Versorgungssystems miteinfließen können.

Abb. 1 Übersicht über den Aufbau der Arbeit (FF = Forschungsfrage)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Der Arbeit liegen dabei folgende Arbeitsschritte zugrunde:

Auswahl der Modellräume

In diesem Arbeitsschritt sollen mittels **statistischer Analysen** zur vorhandenen Struktur der Hausärzte sowie der demographischen Struktur zwei Modellräume ermittelt werden. Diese Analyse dient gleichzeitig als inhaltliche Begründung und soll gewährleisten, dass in besonderem Maße vom drohenden Ärztemangel betroffene Regionen zur späteren Befragung ausgewählt werden.

System der vertragsärztlichen Versorgung und räumliche Konsequenzen

Eine Eigenart des deutschen Gesundheitssystems stellt die relativ stringente Trennung der Leistungsbereiche in einen ambulanten und einen stationären Versorgungsbereich dar. Da sich diese Untersuchung auf den ambulanten Bereich konzentriert, wird vor allem der Bereich der vertragsärztlichen Versorgung näher untersucht. Insbesondere die normativen Grundlagen, die Organisationsstruktur sowie die Funktionsweise der vertragsärztlichen Versorgung sollen hierbei herausgearbeitet werden. Abschließend sollen in diesem Teilbereich die Steuerungsinstrumente der vertragsärztlichen Versorgung erfasst und deren zugrunde liegende Methodik sowie Wirkungsweise hinsichtlich der räumlichen Auswirkungen dargestellt und kritisch bewertet werden. Die Ausarbeitung dieses konzeptionellen Arbeitsteils erfolgt vorwiegend auf Grundlage einer **umfangreichen Literatur- und Dokumentenrecherche** zur Erarbeitung der relevanten Grundlagen zum System der vertragsärztlichen Versorgung.

Aktuelle und zukünftige Rahmenbedingungen der hausärztlichen Standortwahl

Die Rahmenbedingungen zur Standortwahl von Ärzten unterlagen in den zurückliegenden Jahren einem stetigen Wandel. Beispielhaft sei hierbei auf den Überalterungsprozess der deutschen Bevölkerung im Zuge des demographischen Wandels verwiesen, der direkte Folgen für die Nachfrage an Art, Umfang und Verfügbarkeit von Dienstleistungen aufweist. Neben diesen systembedingten Rahmenbedingungen ergeben sich weitere Parameter und Trends, welche die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung vor erhebliche Herausforderungen stellen. Im Rahmen dieser Arbeit werden sie durch eine **umfassende Literatur- und Dokumentenrecherche** zusammengetragen.

Strukturanalyse und Bestandsaufnahme der ambulanten hausärztlichen Versorgung

Um die Erkenntnisse der späteren Befragung in einen geeigneten Kontext setzen zu können, bedarf es einer umfassenden Strukturanalyse und Bestandsaufnahme der hausärztlichen Versorgung in den ausgewählten Modellräumen. Dies soll abermals mittels einer **Analyse statistischer Daten** erfolgen.

Faktoren hausärztlicher Standortwahl

In diesem Hauptteil des Forschungsvorhabens sollen zunächst mittels **vorbereitender qualitativer Experteninterviews** grundsätzliche Aspekte im Prozess der Standortwahl von Hausärzten beleuchtet und auf Plausibilität sowie praktische Relevanz hin geprüft werden.

Um anschließend die Standortqualität sowie die Bedeutung einzelner unternehmerischer und privater Motive der Standortwahl aus Sicht der Hausärzte zu erfassen, wird im Rahmen der Untersuchung mittels standardisierter Fragebögen eine **schriftliche Befragung** sämtlicher an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Hausärzte in den Modellräumen erfolgen. Innerhalb der

Befragung nimmt der Themenkomplex der Motive der hausärztlichen Standortwahl eine zentrale Bedeutung ein.

Bislang beschränkten sich Forschungen zu Faktoren der Standortwahl vorrangig auf verdichtete Räume oder auf indirekte Ermittlung der Bedeutung einzelner Faktoren. Informationen bezüglich der konkreten vertragsärztlichen Standortwahl bzw. der direkten Motive der Standortwahl in ländlichen Räumen stellen sich gegenwärtig noch unzureichend dar. Anhand der im Rahmen der Untersuchung durchzuführenden Hausärztebefragung soll diesem bestehenden Forschungsbedarf Rechnung getragen werden.

Handlungsansätze zur Beeinflussung der Standortwahl

Durch die Formulierung der erzielten Erkenntnisse, dem Aufzeigen von Handlungserfordernissen und -ansätzen sowie der Ermittlung weiteren Forschungsbedarfs soll dieses Forschungsvorhaben abgeschlossen werden.

1.5. Auswahl der Modellräume

Die empirische Analyse dieser Arbeit besteht aus einer umfangreichen Strukturanalyse und späteren Befragungen von Hausärzten in ausgewählten Modellräumen. Um jedoch geeignete Modellräume finden zu können, bedarf es fachlicher Kriterien. In Deutschland gibt eine Vielzahl an Regionen in unterschiedlicher administrativer Abgrenzung sowie unterschiedlicher Siedlungsstruktur und medizinischer Versorgungsstruktur. Die Festlegung fachlicher Kriterien zur Filterung geeigneter Modellräume ist dabei ein wichtiger Schritt, um zu aussagekräftigen Forschungsergebnissen zu kommen. Nach der erfolgten Filterung werden die übrigen, weiterhin in Betracht kommenden Regionen in einem zweiten großen Schritt einer inneren Analyse unterzogen, wobei insbesondere die Ärztedichte als wesentliches Kriterium hinzukommt. Schlussendlich verbleiben so zwei Modellräume, in denen die empirischen Arbeiten stattfinden.

1.5.1. Kriterienbündel Raumstruktur

Zunächst ist festzulegen, welchen Typs die Modellräume sein sollen, damit sie für eine tiefgehende Strukturanalyse sowie die anschließenden empirischen Erhebungen in Betracht kommen. Die dazu angelegten Kriterien werden im Folgenden vorgestellt.

1.5.1.1. Administrative Ebene

Zunächst ist wichtig, zwischen den beiden Modellräumen von gleichen Verhältnissen auszugehen, um diese später auch hinsichtlich der empirischen Erkenntnisse tatsächlich vergleichen zu können. Das bedeutet zunächst, dass sich die Modellräume auf gleicher administrativer Ebene befinden müssen. Dies ist auch deshalb von Belang, weil bereits vorhandene Statistiken beispielsweise zu praktizierenden Ärzten, der Bevölkerungsstruktur, der regionalen Entwicklung sowie auch der Patientenstatistik fast ausschließlich für administrative Verwaltungsebenen erhoben werden und dort nur dann die Vergleichbarkeit sowie auch die gleiche Verfügbarkeit an Daten am ehesten sichergestellt ist, wenn sich die Modellräume **auf der gleichen administrativen Ebene** befinden.

Tab. 1 Administrative Ebenen in Deutschland

Ebene	Bezeichnung	Anmerkungen
1	Bund	
2	Bundesländer	
3	Regierungsbezirke	Nur in einigen Bundesländern
4	Kreise	Landkreise und kreisfreie Städte
5	Gemeinden / Verbandsgemeinden	
6	Ortsgemeinden	Nur in einigen Bundesländern

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Nun ist noch die administrative Ebene festzulegen. In Deutschland gibt es insgesamt je nach Bundesland bis zu 6 administrative Ebenen, wie sie Tab. 1 zeigt. Für diese Arbeit ist hinsichtlich der späteren empirischen Erhebung neben anderen Dingen auch darauf zu achten, dass die Fallzahl der zu befragenden Hausärzte weder zu hoch, noch zu niedrig ist. Durch diese Bemessung fallen bereits der Bund, die Bundesländer (wesentlich zu viele Hausärzte) sowie die Gemeinden bzw. Verbands- und Ortsgemeinden (wesentlich zu wenige) als administrative Ebenen aus. Regierungsbezirke gibt es nur in bestimmten Bundesländern, was die Auswahl einschränkt und eventuell auch dazu führen kann, dass keine Daten verfügbar sind. Somit bleibt die Ebene der Kreise bzw. Kreisfreien Städte und Landkreise als administrative Ebene übrig, die sich vor allem dadurch auszeichnet, dass auf dieser regionalen Ebene viele Daten verfügbar sind, die Form ist bundesweit verfügbar, bei den Kreisen besteht im Vergleich zu den anderen Ebenen relative Größenkonformität (hinsichtlich Fläche und Einwohner) und in den meisten Kreisen ist der für eine Befragung notwendige Größenbereich an Hausärzten (im Durchschnitt 83,31 pro Kreis³⁴) gegeben. Damit erfolgt die Auswahl der Modellräume **auf der administrativen Ebene der Kreise bzw. Landkreise sowie kreisfreien Städte.**

Als weitere notwendige Bedingung in der Auswahl anhand der administrativen Ebene ist zu beachten, dass die Bedarfsplanung an Hausärzten seit 2013³⁵ anhand der Mittelbereiche erfolgt. Diese reine Planungsebene ohne administrative Verwaltung ist dem Konzept der Zentralen Orte entsprungen und beschreibt Verflechtungsbereiche für die Versorgung mit Gütern des gehobenen Bedarfs zu dem in der Regel ein Mittelzentrum oder ein mittelzentraler Verbund bzw. höherrangiger zentraler Ort zugeordnet ist³⁶. Mittelbereiche sind dabei ein Raumbezug, welcher der Bedeutung der Mittelstädte Rechnung trägt und sich hinsichtlich der flächenmäßigen Ausdehnung in etwa zwischen den administrativen Ebenen der Landkreise und Gemeinden befindet. Landkreise und Mittelbereiche sind jedoch nicht immer exakt gleich bemessen, das heißt ein Landkreis beherbergt in der Regel mehrere Mittelbereiche, die jedoch auch häufig in angrenzende Landkreise hineinragen. Für diese Analyse ist das ungünstig, das Daten zur hausärztlichen Versorgung meist nur noch für Mittelbereiche Planungsgrundlage vorliegen, wohingegen fast alle weiteren Statistiken sich auf Landkreise beziehen. Folglich sollen nur noch solche Landkreise für die empirische Untersuchung infrage kommen, die **möglichst deckungsgleich zu den Grenzziehungen der Mittelbereiche** sind. Die Deckungsgleichheit garantiert dabei eine einheitliche Bezugsgröße bei der statistischen Analyse weiterer quantitativer, raumbezogener Daten.

³⁴ berechnet aus Bundesärztekammer 2015

³⁵ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 11

³⁶ vgl. BBSR 2016b

1.5.1.2. Räumliche Lage

Wie bereits insbesondere im Stand der Forschung dargelegt innerhalb dieser Arbeit dargelegt wurde, wird für die nächsten Jahre in verschiedenen Studien von einem Mangel an Hausärzten vor allem im ländlich geprägten Raum ausgegangen, teilweise ist dieser Mangel auch schon bereits heute festzustellen. Somit lohnt es sich vor allem **Ländliche Räume** für diese Untersuchung auszuwählen, um von dort ansässigen Hausärzten zu erfahren, welche Faktoren dort ihre damalige Niederlassung bewogen haben und wie sich diese Faktoren in die heutige Lebens- und Arbeitswelt übertragen lassen.

Um geeignete ländliche Räume ermitteln zu können, wird an dieser Stelle auf die laufende Raubeobachtung des BBSR zurückgegriffen. Das BBSR hat die deutschen Landkreise und kreisfreien Städte hinsichtlich ihrer **Siedlungsstruktur** typisiert³⁷. Dabei wurden folgende Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen:

- Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten
- Einwohnerdichte der Kreisregion
- Einwohnerdichte der Kreisregion ohne Berücksichtigung der Groß- und Mittelstädte

Auf diese Weise können vier Gruppen unterschieden werden:

- Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mind. 100.000 Einwohnern
- Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50% und einer Einwohnerdichte von mind. 150 E./km²; sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 150 E./km²
- Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mind. 50%, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 E./km²
- Dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km²

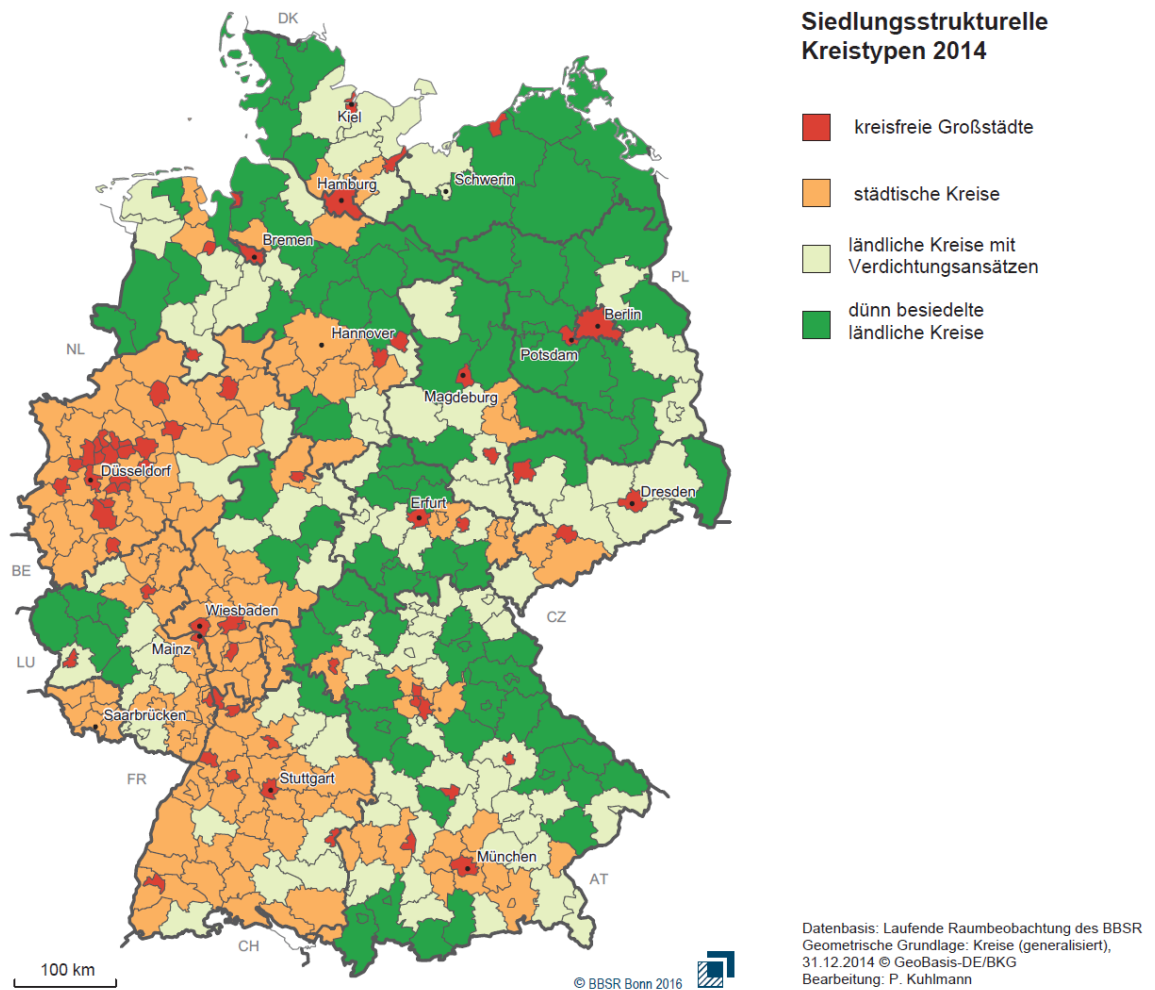
In Abb. 2 lässt sich erkennen, welche Räume in Deutschland vor allem als ländlich bezeichnet werden können (hellgrün & dunkelgrün).

Die ostdeutschen Landkreise sind dabei in vielerlei Hinsicht noch von der DDR-Vergangenheit geprägt oder beeinflusst. Dies gilt unter anderem auch für die Struktur der ambulanten medizinischen Versorgung, die als ein über Jahrzehnte gewachsenes System verstanden werden muss. Dabei ist vor allem bei den Standortentscheidungen von praktizierenden Hausärzten vor 1990 davon auszugehen, dass diese unter völlig anderen Rahmenbedingungen als in den westlichen Bundesländern stattfanden. Folglich könnte eine Befragung der Hausärzte in ostdeutschen Landkreisen das Untersuchungsergebnis verfälschen. Darum beschränkt sich die Auswahl der Landkreise in dieser Untersuchung allein auf **westdeutsche Landkreise**.

Neben der Siedlungsdichte und der Entwicklungsgeschichte der Landkreise ist auch noch zu beachten, dass Regionen aufgrund ihrer Lage in bestimmten Landschaftsgrößräumen unterschiedliche Qualität von Erreichbarkeit aufweisen. So ist davon auszugehen, dass Regionen im Norddeutschen Tiefland aufgrund gradliniger Streckenführung eine höhere Erreichbarkeit aufweisen als Regionen in den Mittelgebirgen. Um von gleichen Voraussetzungen ausgehen zu können, soll die **Auswahl der Modellräume damit auf Mittelgebirge beschränkt** bleiben.

³⁷ vgl. BBSR 2016a

Abb. 2 Siedlungsstrukturelle Kreistypen in Deutschland 2014



Quelle: Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2014): Laufende Raumbeobachtung; Geometrische Grundlage: Kreise (generalisiert) 31.12.2014 © GeoBasis-DE / BKG

1.5.1.3. Planerische Zuständigkeit

Wie bereits schon im konzeptionellen Teil behandelt, ist die gesetzliche ambulante medizinische Versorgung in Deutschland durch die sogenannte Bedarfsplanungsrichtlinie in Ihrer Fassung vom 20.12.2012 geregelt. Darin ist festgehalten, nach welchen Kriterien ein Arzt sich in einer bestimmten Region niederlassen und dort gesetzlich versicherte Patienten behandeln darf. Diese Kriterien orientieren sich vor allem am örtlichen Bedarf an medizinischen Dienstleistungen, jedoch setzt die Bemessung der Arztlizenzierungen je Region auch weiterhin auf der Versorgungssituation von 1990 auf. Die damals herrschende Ungleichverteilung über die vergangenen zwei Jahrzehnte wird somit auch in der jetzigen Bedarfsplanung fortgeschrieben und dadurch lässt sich nach wie vor eine sehr unterschiedliche regionale Vertragsarztdichte beobachten³⁸. Die konkrete Bemessung von Bedarf und Angebot sowie darauf folgend eine etwaige Neuschaffung und Zuweisung freier Arzt-Plätze für die Behandlung gesetzlich Krankensversicherter obliegt dabei den Kassenärztlichen Vereinigungen. In Deutschland gibt es 17 Kassenärztlicher Vereinigungen (eine in jedem Bundesland sowie zwei in Nordrhein-Westfalen), die

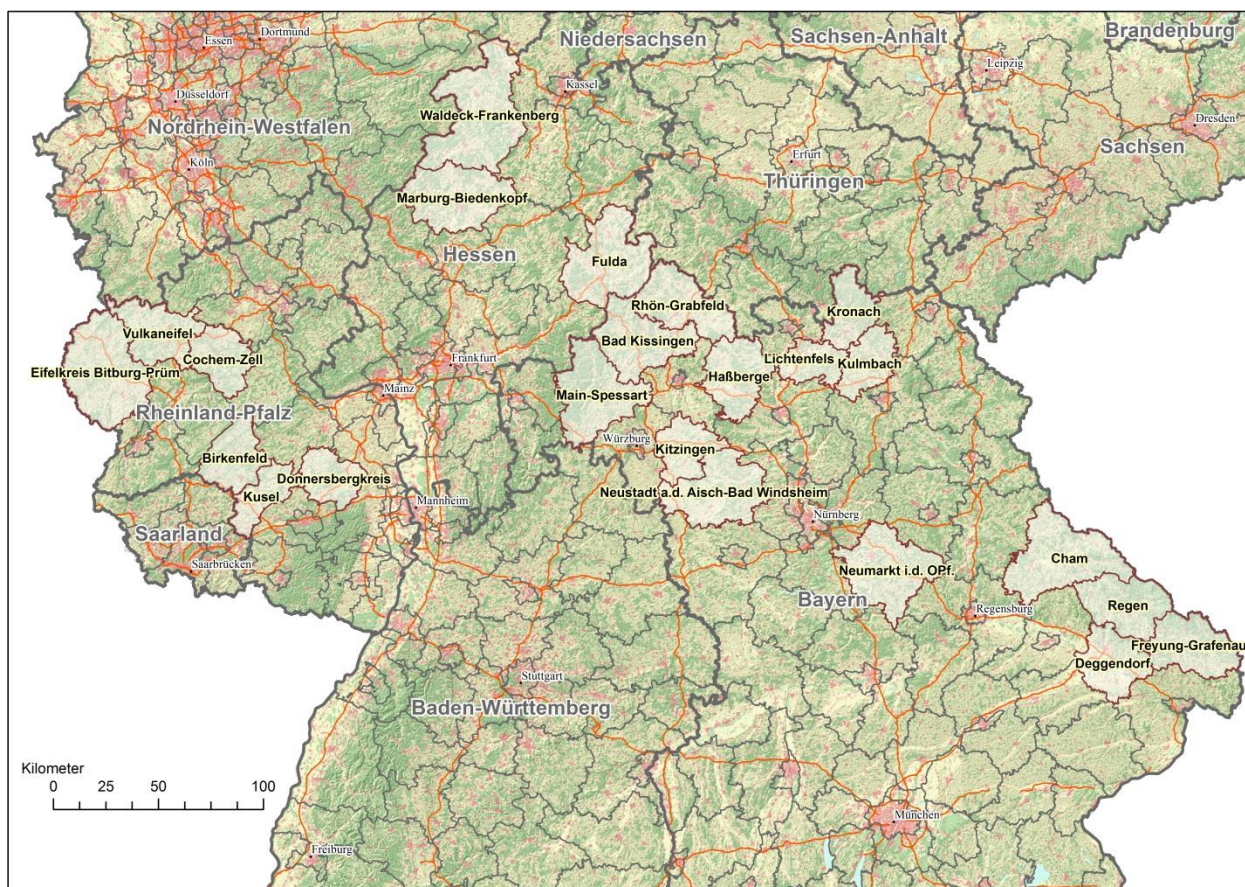
³⁸ vgl. Sundmacher & Ozegowski 2013, S. 31

unterschiedliche Versorgungsstandards gegenüber Kassenpatienten haben und in Ihrem Zuständigkeitsbereich mit verschiedenen Förderinstrumenten versuchen, auf die vertragsärztliche Versorgungsstruktur Einfluss zu nehmen. Um die Auswirkungen unterschiedlicher Förderansätze zur Niederlassung in ländlich-peripheren Räumen analysieren zu können, sollen sich die **Modellräume im Zuständigkeitsbereich verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen** befinden.

1.5.1.4. Zwischenbilanz

Durch die vorgenommenen Einschränkungen und Bedingungen kommen nun nur noch Landkreise für die Untersuchung in Betracht, die möglichst deckungsgleich mit den untergeordneten Mittelbereichen, ländlich geprägt, westdeutsch, in Mittelgebirgen liegend und unterschiedlichen Kassenärztlichen Vereinigungen angehörnd sind. Dies trifft ausschließlich Landkreise der Bundesländer Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz zu.

Abb. 3 Topographische Lage der bis hier hin zur Untersuchung geeigneten Landkreise



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Quelle: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie
http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2016

Die Landkreise verteilen sich vor allem in der südlichen Landeshälfte Deutschlands. Zu beachten ist dabei, dass die Einteilung des BBSR hinsichtlich der Siedlungsstruktur nicht zur Gänze erfasst, wie peripher ein Landkreis gelegen ist, d.h. welche Entfernung zum nächsten Oberzentrum besteht. In Abb. 3 wird dies sehr deutlich, denn hier liegen bspw. die bayrischen Landkreise Main-Spessart sowie Kitzingen sehr nah zu Würzburg. Auch Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim und Neumarkt in der Oberpfalz liegen in räumlicher Nähe zum Oberzentrum Nürn-

berg/Fürth/Erlangen. Wie bereits im Stand der Forschung dieser Arbeit diskutiert, wurde bereits ein deutliches Zentrum-Peripherie-Gefälle bei der Standortwahl von Hausärzten nachgewiesen³⁹, sodass bei diesen Landkreisen von trotz ihrer ländlichen Prägung von einem großen Einfluss der Oberzentren auf die hausärztliche Versorgungsstruktur ausgegangen werden kann. Damit scheiden diese nicht **peripheren Landkreise als Modellräume** dieser Untersuchung ebenfalls aus. Es verbleiben damit folgende Landkreise, deren hausärztliche und demographische Struktur im nächsten Schritt näher beleuchtet werden:

Tab. 2 Periphere Landkreise, die die Kriterien zur Auswahl aus Modellraum erfüllen

Bayern	Hessen	Rheinland-Pfalz
Deggendorf	Marburg-Biedenkopf	Birkenfeld
Freyung-Grafenau	Fulda	Cochem-Zell
Regen	Waldeck-Frankenberg	Eifelkreis Bitburg-Prüm
Cham		Vulkaneifel
Kronach		Donnersbergkreis
Kulmbach		Kusel
Lichtenfels		
Bad Kissingen		
Rhön-Grabfeld		
Haßberge		

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

1.5.2. Kriterienbündel Hausarztstruktur

Dem nun eigentlichen Auswahlverfahren innerhalb der für diese Untersuchung geeigneten Landkreise erfolgt nun anhand der in Tab. 3 aufgeführten Parameter, deren Auswahl in diesem Kapitel begründet wird.

Dieser Kriterienkatalog wird mithilfe einer Datenanalyse für die Landkreise aus Tab. 2 abgearbeitet. Anschließend erfolgt anhand der Datenanalyse die endgültige Festlegung der Modellräume zur weiteren Strukturanalyse und empirischen Erhebung.

³⁹ vgl. Kistemann & Schröder 2007 / Schröder 2008

Tab. 3 Kriterien zur Auswahl der Modellräume

Kriterium	Maßeinheit
(tendenziell) vom Hausärztemangel betroffen	<ul style="list-style-type: none"> • Absolut vorhandene Zahl an Hausärzten • Hausarzt-Einwohner-Relation bzw. „Hausärztedichte“ (Hausärzte pro 100.000 EW) • Anteil der über 65-jährigen Hausärzte (in %) • Anteil der weiblichen Hausärzte (in %)
Demographische Struktur und Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsdichte (EW pro km²) • Entwicklung der Einwohnerzahl letzte 10 Jahre (in %) • Wanderungsrate (Zuzüge-Fortzüge pro 1.000 EW) • Durchschnittsalter (in Jahren) • Anteil der über 65-jährigen an der Bevölkerung (in %)

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

1.5.2.1. Absolute Zahl an Hausärzten

Die Ergebnisse in der späteren Befragung in den Modellräumen sollen zum einen möglichst aussagekräftig sein, zum anderen sollen sie möglichst repräsentativ sein, über etwaige spätere Erkenntnisse der Untersuchung auch auf andere Räume mit ähnlicher Problematik übertragen zu können. Aussagekräftig werden die Ergebnisse vor allem bei einer **möglichst großen Fallzahl** an Hausärzten. Die Fallzahl wiederum hängt zum einen an der Rücklaufquote der abzusendenden Fragebögen, zum anderen natürlich an der Zahl der praktizierenden Ärzte. Diese sollte also im Untersuchungsraum möglichst groß sein.

Ein wichtiger Schritt hin zur Repräsentativität wurde bereits in der Verfassung und Abhandlung der Kriterien zur administrativen Ebene, räumlichen Lage sowie planerischen Zuständigkeit getan. Dadurch können die späteren Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass die gesetzten Kriterien dafür (mit-)verantwortlich sind. Folglich können für ähnlich strukturierte Räume ähnliche Ergebnisse angenommen werden und damit ist für diese Raumkategorie Repräsentativität hergestellt. Umgekehrt lassen sich für andere Raumtypen die Ergebnisse dahingehend verwenden, dass sie im Kontext der diversen Raumstruktur betrachtet werden müssen. Dabei können je nach Raumstruktur die Ergebnisse in abgeschwächter Form Gültigkeit besitzen, denn in dieser Untersuchung werden die Modellräume bewusst als die (zukünftig) am stärksten vom Ärztemangel bedrohten Regionen (s. u.) gewählt.

1.5.2.2. Hausärztedichte

Die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung hängt von vielen Faktoren ab. Die Anzahl der Hausärzte pro 100.000 Einwohner (=Hausärztedichte) ist dabei nur ein Kriterium. Neben diesem gilt es auch noch zu beachten, wie sich diese Hausärzte in der Region verteilen und damit wohnortnahe Erreichbarkeit herstellen. Neben rein quantitativen bzw. räumlichen Aspekten treten beispielsweise auch noch die Güte der Ausbildung der Ärzte und des medizinischen Fachpersonals sowie die Ausstattung der Praxen hinzu.

Dennoch stellt die Hausärztedichte einen wichtigen Indikator dar, wie es um die Qualität der wohnortnahen ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge in einer Region bestellt ist. Dabei

liegt der Bundesdurchschnitt bei 63,9 Hausärzten pro 100.000 Einwohner⁴⁰ und die Bedarfsplanungs-Richtlinie bei 1.671 Einwohnern je Hausarzt⁴¹, was ca. 60 Hausärzten pro 100.000 Einwohner entspricht. Dies lässt in Deutschland insgesamt auf eine momentan zumindest ausreichende bis gute hausärztliche Versorgung schließen, bei der jedoch erhebliche regionale Disparitäten bestehen. Um solche Regionen zu finden, deren Hausärztedichte eher gering ist und damit auf eine **zumindest gefährdete flächendeckende ambulante medizinische Versorgung** schließen lässt, wird diese Kennziffer als Kriterium der abschließenden Auswahl der Modellräume herangezogen.

1.5.2.3. Anteil älterer Hausärzte

Eine ausreichend hohe Dichte an Hausärzten in Landkreisen gilt heute auch deshalb nicht als hinreichendes Kriterium für eine erfüllte ambulante medizinische Versorgung, weil viele der praktizierenden Ärzte oftmals kurz vorm Ruhestandsalter stehen. Dies hängt mit dem demographischen Wandel in Deutschland insgesamt zusammen, bei dem die älteren Jahrgänge durch nachrückende Jahrgänge nicht in gleicher Zahl ersetzt werden können und es zur Schrumpfung der Bevölkerung kommt. Folglich gibt auch anteilig nicht genügend junge Ärzte, die die Lücke der in den Ruhestand tretenden Hausärzte schließen könnten. Was in Deutschland allgemein bereits große Probleme bereitet, spitzt sich im ländlichen Raum nochmals im Besonderen zu. Diese Räume leiden zum einen neben der negativen natürlichen Bevölkerungsentwicklung häufig auch unter Abwanderung junger Menschen, die vor allem für ihre auch medizinische Ausbildung in die Großstädte und damit auch in Richtung Standorte der Universitätsmedizin abwandern. Dieser Sogwirkung steht nur eine unverhältnismäßig kleine Rückwanderungswelle nach der Ausbildung gegenüber. Damit aber verliert der Ländliche Raum auch auf diese Weise an potenziellen Hausärzten.

Somit ist es von großer Bedeutung, welche demographische Struktur die praktizierenden Hausärzte aufweisen. Aus dieser Altersstruktur lässt sich auf die zukünftige regionale Versorgungslage schließen, da wohl viele freiwerdende hausärztliche Praxen nicht in vollem Umfang nachbesetzt werden können. Dies wird im Anteil der über 65-jährigen Hausärzte am deutlichsten. Diese Alterskohorte könnte theoretisch bereits in den Ruhestand treten, wodurch ihre Praxis bald wiederbesetzt werden müsste. Je größer somit der Anteil der über 65-jährigen Hausärzte, desto größer die **Gefahr einer baldigen Unterversorgung** in der Region.

1.5.2.4. Anteil weiblicher Hausärzte

Bei niedrigem Anteil weiblicher Hausärzte dürfte sich in der zu erwartenden Neubesetzung aufgrund des hohen Frauenanteils in medizinischen Studiengängen der Anteil an weiblichen Hausärzten schnell erhöhen. Frauen in medizinischen Berufen wiederum neigen eher als Männer dazu, weniger Wochenstunden an Arbeitszeit leisten zu können, da Sie mehr Wert auf gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatem als Männer legen⁴² und somit verhältnismäßig häufiger die Kinder- und/ oder Angehörigenbetreuung in der eigenen Familie zufällt. Auch Schwangerschaften gehen oftmals mit Arbeitszeitausfall einher. Dadurch wäre eine Nachbesetzung bislang von männlichen Hausärzten geführten Praxen mit Frauen eventuell auch mit einem **Mehrbedarf an Hausärzten in der Region** verbunden. Eine erhöhte Bereitschaft von Assistenzärztinnen,

⁴⁰ vgl. Schulz, Schulz, Bätzing-Feigenbaum & v. Stillfried 2015

⁴¹ vgl. KBV 2016

⁴² vgl. Faller 2014, S. 8

zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf für einen bestimmten Zeitraum in eine Teilzeitanstellung zu wechseln, ist auch durch Umfragen belegt⁴³.

1.5.3. Auswahlverfahren für Rheinland-Pfalz

Bei den rheinland-pfälzischen Landkreisen in Tab. 4 ist zunächst zu beachten, dass die Landkreise absolut zu wenige Hausärzte für eine empirische Untersuchung bieten. Somit werden mehrere Landkreise ausgewählt, um genügend Hausärzte befragen zu können. Dabei leiden vor allem die Landkreis Cochem-Zell und der Eifelkreis Bitburg-Prüm bereits heute unter einer im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mangelhaften hausärztlichen Versorgung. Auch der Landkreis Vulkaneifel beinhaltet einen Mittelbereich mit bereits bestehender Unterversorgung.

Tab. 4 Kriterienbündel Hausarztstruktur für rheinland-pfälzische Mittelbereiche und Landkreise

Landkreis mit Mittelbereichen	Bevölkerung	Anzahl Hausärzte	Hausärzte pro 100.000 EW	über 65-jährige Hausärzte (%)	weibliche Hausärzte (%)
Birkenfeld	80.591	57	70	10,9	36,4
Idar-Oberstein/Birkenfeld	80.591	57	70		
Cochem-Zell	62.041	36	58	10	42,5
Cochem	62.041	36	58		
Eifelkreis Bitburg-Prüm	96.408	53	55	7,8	29,4
Prüm	30.775	15	47		
Bitburg	65.633	39	59		
Vulkaneifel	60.775	40	66	10,3	41
Gerolstein	30.859	22	70		
Daun	29.916	18	61		
Donnersbergkreis	74.962	48	64	12	38
Kirchheimbolanden	74.962	48	64		
Kusel	70.883	48	67	10,4	29,2
Kusel	70.883	48	67		

Entwurf: Eigene Berechnung und Darstellung mit teilweise gerundeten Werten, Daten für das Jahr 2015, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Bevölkerung), Bundesarztregister (Hausarzt-Kennziffern); alle Daten für 2015

Die drei Landkreise wiederum differieren vor allem hinsichtlich der Alters- und Geschlechterstruktur der praktizierenden Hausärzte. Diese Disparitäten könnten sich mit der empirischen Erhebung erklären lassen und dürften mehr Aufschluss darüber geben, welche Faktoren jüngere und/oder weibliche Hausärzte anziehen bzw. fernhalten. Die errechnete, absolute Anzahl an

⁴³ vgl. Hartmannbund 2012, S. 21

Hausärzten in den Landkreisen ist mit 129 für eine empirische Erhebung auch ausreichend groß.

Die Landkreise Cochem-Zell, Eifelkreis Bitburg-Prüm und Vulkaneifel bilden damit den Modellraum Eifel innerhalb dieser Untersuchung.

1.5.4. Auswahlverfahren für Bayern

Wie in Rheinland-Pfalz so ist auch in Bayern die Zahl der absoluten Hausärzte der Landkreise für eine empirische Erhebung zu gering, sodass wieder mehrere Landkreise zu einem Modellraum zusammengefasst werden. Die rein quantitativ ermittelte hausärztliche Versorgung liegt in den bayrischen Landkreisen meist über dem Bundesdurchschnitt. Lediglich der Landkreis Haßberge weist eine deutlich zu geringe Hausärztedichte auf und ist damit für die empirische Erhebung besonders geeignet. In räumlicher Nähe ist es vor allem der Landkreis Bad Kissingen, der zwar eine hohe Hausarzt-dichte, aber auch eine kritische Alters- und Geschlechtsstruktur der praktizierenden Hausärzte aufweist. Um einen zusammenhängenden Modellraum bilden zu können, soll auch der Landkreis Rhön-Grabfeld miteinbezogen werden. Hier bestehen meist durchschnittliche bis gute Werte in der hausärztlichen Struktur, womit dieser Landkreis vor allem als Durchschnitt und damit als Richtwert zur Aussagekraft der Ergebnisse aus anderen Landkreisen verstanden werden kann. In den drei Landkreisen gibt es insgesamt errechnete 180 praktizierende Hausärzte.

Die Landkreise Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld und Haßberge bilden damit den Modellraum Unterfranken innerhalb dieser Untersuchung.

Demgegenüber scheiden insbesondere die Landkreise Cham, Kulmbach und Regen durch ihre relativ guten Versorgungswerte für eine empirische Erhebung aus. Die übrigen Landkreise allein erreichen nicht die notwendige absolute Anzahl an Hausärzten für eine empirische Erhebung.

Tab. 5 Kriterienbündel Hausarztstruktur für bayrische Mittelbereiche und Landkreise

Landkreis mit Mittelbereichen	Bevölkerung	Anzahl Hausärzte	Hausärzte pro 100.000 EW	über 65-jährige Hausärzte (%)	weibliche Hausärzte (%)
Deggendorf	115.699	77	67	16,5	30,4
Deggendorf/Plattling	115.699	77	67		
Freyung-Grafenau	77.927	50	65	3,9	25,5
Freyung	47.548	30	63		
Grafenau	30.379	21	68		
Regen	76.265	55	72	16,7	31,5
Viechtach	28.098	15	52		
Regen/Zwiesel	48.167	40	84		
Cham	125.844	88	70	13,8	37,2
Cham	78.941	53	67		
Furth i. Wald	21.286	14	68		
Kötzting	25.617	21	82		
Kronach	67.998	44	65	20	31,1
Kronach	67.998	44	65		
Kulmbach	72.541	53	73	7,1	48,2
Kulmbach	72.541	53	73		
Lichtenfels	66.540	44	66	11,1	35,6
Lichtenfels	66.540	44	66		
Bad Kissingen	102.901	76	73	27,3	26
Bad Brückenau	26.423	18	68		
Bad Kissingen	49.129	38	76		
Hammelburg	27.349	20	73		
Rhön-Grabfeld	79.676	57	72	11,5	32,8
Bad Neustadt a.d.Saale	79.676	57	72		
Haßberge	84.152	47	56	17,9	32,1
Haßfurt	84.152	47	56		

Entwurf: Eigene Berechnung und Darstellung mit teilweise gerundeten Werten, Daten für das Jahr 2015, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Bevölkerung), Bundesarztregister (Hausarzt-Kennziffern); alle Daten für 2015

1.5.5. Zwischenfazit

Alle gewählten Modellräume verfügen laut Tab. 6 über eine für die Befragung ausreichende Zahl an Hausärzten und divergieren hinsichtlich ihrer Hausarztstruktur. Der Modellraum Eifel hat eine vergleichsweise geringe Hausärztdichte, dafür jedoch eine vergleichsweise gute Alters- und Geschlechterstruktur. Die Altersstruktur der Hausärzte ist insbesondere im Modellraum Unterfranken eine große Herausforderung bei der zukünftigen Neubesetzung freierwerdender Arztsitze.

Tab. 6 Kriterienbündel Hausarztstruktur für die ausgewählten Modellräume

Modellraum	Bevölkerung	Anzahl Hausärzte	Hausärzte pro 100.000 EW	über 65-jährige Hausärzte (%)	weibliche Hausärzte (%)
Eifel	219.224	129	59	9,2	36,6
Unterfranken	266.729	180	67	19,8	29,8
Gesamt	485.953	309	64	15,4	32,6

Entwurf: Eigene Berechnung und Darstellung mit teilweise gerundeten Werten, Daten für das Jahr 2015, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Bevölkerung), Bundesarztregister (Hausarzt-Kennziffern); alle Daten für 2015

1.6. Qualitative Interviews mit Experten

Vorbereitend auf die standardisierte Befragung von Hausärzten in den gebildeten Modellräumen werden Experteninterviews vorgenommen. Diese Befragungen dienen dem Ziel, die bisher gesammelten möglichen Faktoren auf ihre Bedeutung und Auslegung hin zu überprüfen sowie eventuell weitere, später hinzuzuziehende Faktoren zu ermitteln. Daneben wird mit den Interviews das Ziel verfolgt, generelle Hintergründe zu den Entwicklungen im hausärztlichen Versorgungssystem und zum Niederlassungsverhalten von Hausärzten aufzudecken. Die Interviews haben damit sowohl explorativen als auch systematisierenden Charakter⁴⁴.

Wahl der Interview-Partner

Experten zum Themenkomplex der vorliegenden Arbeit sind solche Personen, die schwerpunktmäßig mit der Frage der Standortwahl angehender und praktizierender Hausärzte befasst sind. Um dabei möglichst Aussagen zu erhalten, die sich auch auf die Modellräume beziehen, werden solche Experten ausgewählt, deren Zuständigkeit auf eben diese Modellräume fällt.

Maßgeblicher Einfluss auf die hausärztliche Standortwahl ist dabei vor allem am Studienort anzunehmen, von wo aus die ärztliche Karriere ihren Anfang nimmt und aus dieser Situation heraus werden in den vielen Fällen Standortentscheidungen von Medizin-Absolventen getroffen. Somit liegt es nahe, Vertreter insbesondere der Allgemeinmedizinischen Ausbildung zu befragen. Lehrstühle für Allgemeinmedizin lehren meist in der letzten Studienphase des klinischen Studienabschnitts und haben somit großen Einfluss auf die Studierenden in ihrer Standortwahl.

⁴⁴ vgl. Bogner & Menz 2005, S. 36-39

Gleichzeitig haben Lehrende in der Allgemeinmedizin unmittelbaren Kontakt zu den angehenden Hausärzten und erleben somit von Nahem, nach welchen Kriterien sich Studierende zu bestimmten Standorten hingezogen fühlen und welche sie lieber meiden. Auch können Lehrende der Allgemeinmedizin einen Einblick darin geben, welche studentischen Persönlichkeiten sich schwerpunktmäßig für die hausärztliche Ausbildungsfachrichtung entscheiden und unter welchen Bedingungen unter diesen Studierenden Bereitschaft vorhanden ist, Standorte im ländlichen Raum zu besetzen.

Eine nicht zu unterschätzende beratende Rolle im Standortentscheidungsprozess nehmen die Hausarztverbände ein. Dabei beraten sie nicht nur niederlassungswillige und angehende Hausärzte, sondern auch Praxisinhaber bezüglich der Nachfolgeregelung. Weiterhin sind die Verbände sehr gut über aktuelle Versorgungssituationen in ihren Zuständigkeitsgebieten und aktuelle Trends in der ambulanten hausärztlichen Versorgung informiert. Daher ist anzunehmen, dass insbesondere Vertreter der Hausarztverbände einen guten Einblick geben können in die Situation und weitere Entwicklung der Standortwahl von Hausärzten und insbesondere auch, durch welche Faktoren diese Standortentscheidungen häufig determiniert werden.

Der formale Ablauf des Standortentscheidungsprozesses wird durch die kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) organisiert. Diese prüfen für ihren Zuständigkeitsbereich, in welchen Regionen die aktuelle Versorgungslage neue hausärztliche Standorte zulässt. Diese Standorte befinden sich zumeist in ländlichen Räumen. Die KVen registrieren damit auch die Abgänge aus der hausärztlichen Versorgung und schauen auch voraus, inwiefern in den nächsten Jahren mit altersbedingten Abgängen zu rechnen ist. Durch die Erfassung jedes einzelnen Hausarztes mit kassenärztlicher Zulassung verfügen die KVen somit auch über ein annähernd vollständiges (rein privatärztlich tätige Hausärzte sind nicht erfasst) statistisch unterlegtes Gesamtbild der hausärztlichen Versorgung. In den von den KVen organisierten Zulassungsausschüssen wird darüber entschieden, ob eine durch einen Arzt beantragte Kassenzulassung gewährt wird. Erst mit dieser kann ein Arzt z.B. als Hausarzt an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dadurch weisen KV-Vertreter auch anhand ganz konkreter Einzelfälle hohe Expertise bezüglich der Faktoren auf, die die Wahl des beantragten Zulassungsbezirks eines Arztes beeinflussen.

Ebenfalls in die Entscheidung über die Erteilung einer kassenärztlichen Entscheidung eingebunden sind die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Den GKV liegt freilich auch sehr an einer qualitativ guten und flächendeckend vorhandenen medizinischen Versorgung. Dennoch hat der Gesetzgeber die GKV auch deshalb in den Ausschüssen über kassenärztliche Zulassung berücksichtigt, weil die GKV im Sinne ihrer Beitragszahler auch die Position einer möglichst kosteneffizienten Versorgungsstruktur auftreten. Sie sind damit ganz bewusst als Gegenpol zu den ärztlichen Vertretern im Entscheidungsprozess über kassenärztliche Zulassungen zu verstehen, um ein finanzielles Ausufer der medizinischen Versorgung zu verhindern. Damit ist zu erwarten, dass GKV-Vertreter zu einer anderen Bewertung der Versorgungslage in ihren Zuständigkeitsbereichen gelangen. Unterschätzt werden darf hierbei jedoch nicht die mit der Teilnahme in Zulassungsausschüssen verbundene gesamtgesellschaftliche Verantwortung der GKV, die diese auch sehr ernst nehmen. Die Befragung von GKV-Vertretern bietet somit die Möglichkeit, konträre Positionen aufzudecken und die medizinische Versorgung aus einem anderen Blickwinkel heraus zu betrachten.

Tab. 7 Interviewte Experten in ihrer Funktion

Nr.	Institution	Position	Interviewpartner	Gesprächsdatum
1	Allgemeinmedizinisches Institut am Universitätsklinikum Erlangen	Direktor	Prof. Dr. med. Thomas Kühlein	02.08.2017
2	Hausärzteverband Deutschland	Hauptgeschäftsführer	Eberhard Mehl	08.08.2017
3	Hausärzteverband Bayern	Geschäftsführerin	Heike Blümmel	27.07.2017
4	Hausärzteverband Rheinland-Pfalz	1. Vorsitzender	Dr. med. Burkhard Zwerenz	09.08.2017
5	KV Bayern	Vorsitzende der Vertreterversammlung	Dr. med. Petra Reiss-Berkowicz	20.09.2017
6	KV Rheinland-Pfalz	Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung	Dr. med. Karlheinz Kurfeß	13.11.2017
7	Verband der Ersatzkassen Landesvertretung Bayern	Leiter	Dr. Ralf Langejürgen	07.11.2017
8	Verband der Ersatzkassen Landesvertretung Rheinland-Pfalz	Leiter	Martin Schneider	26.10.2017

Entwurf: Eigene Darstellung Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Für die jeweiligen Modellräume ergeben sich somit die in Tab. 7 genannten Interviewpartner. Dabei ist die allgemein große Gesprächsbereitschaft vonseiten der kontaktierten Personen als besonders erfreulich zu bewerten und es unterstreicht auch nochmals die Relevanz des Forschungsthemas und das Bedürfnis der Interview-Partner, ihre Sicht der Dinge in die Forschungsarbeit einzubringen. Zusätzlich zu den Hausärzteverbänden in den Bundesländern der Modellräume konnte auch noch der Hausärzteverbands Deutschland für ein Gespräch gewonnen werden, was die Möglichkeit bot, auch noch über die untersuchten Bundesländer hinaus einen Eindruck von der Versorgungssituation und den Trends der Standortwahl zu erhalten. In den KVen wurden Mitglieder der Vertreterversammlungen befragt, da diese in die Zulassungsausschüsse entsandt werden und somit direkt an Standortentscheidungen von Ärzten beteiligt sind. Als Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen wurden die Leiter der VdEk-Landesvertretungen in Bayern und Rheinland-Pfalz ausgewählt. Die Ersatzkassen bilden unter den gesetzlichen Krankenkassen die mitgliedsstärkste Gruppe⁴⁵, womit die Positionen der interviewten Experten der zuständigen Dachverbände (VdEk) besonderes Gewicht erhalten. Ebenfalls ist durch die regelmäßige Entsendung von Vertretern in den Landes- sowie in die Zulassungsausschüsse gewährleistet, dass die Interviewpartner die Standortentscheidungsprozesse angehender Hausärzte direkt erfahren.

Insgesamt ist die Gruppe der Befragten damit maximal repräsentativ und fachkundig. Die Fachkenntnisse basieren dabei auf Erfahrungen, persönlichen Begegnungen, eigener Betroffenheit (4 befragte Personen sind oder waren selbst als niedergelassene Hausärzte tätig) sowie fundierter Kenntnis einschlägiger Statistiken mitsamt der gegenwärtigen Versorgungslage und Entwicklungstrends.

⁴⁵ vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018)

Befragungsform und -technik

Die Befragung der Experten erfolgte mündlich als sogenanntes Leitfadengespräch⁴⁶, wobei es sich um eine offene, teilstandardisierte Befragung handelt. Hierbei besteht für den Interviewten die Möglichkeit, sich frei zu äußern und die ihm wichtigsten Aspekte eines Themas wiederzugeben. Das Vorgehen des Interviewers ist dabei auf einem Leitfaden gestützt, von dessen Reihenfolge und Formulierung jederzeit abgewichen werden kann, wenn es im Gesprächsverlauf förderlich scheint⁴⁷. Gleichzeitig dient der Leitfaden dazu, das Gespräch auf Kurs zu halten und jedes relevante Thema anzusprechen. Dabei ist der Interviewer angehalten, bei vernachlässigten oder nicht angesprochenen Themen beim Interviewpartner nachzuhaken⁴⁸.

Interviewauswertung

Im ersten Schritt erfolgte die Transkription der Audioaufnahmen, wobei den Inhalt nicht verändernde und nicht zu den Gesprächsthemen gehörende Aussagen sowie etwaige Dialekte, Sprachstile usw. entfallen, da in dieser Arbeit reine Inhaltsanalyse betrieben wird⁴⁹. Diese erfolgt mithilfe von Zusammenfassungen, sodass die Textreduzierung die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und dennoch die Kernaussage erhalten bleibt⁵⁰. Im zweiten Schritt werden die Aussagen der Interviewpartner so generalisiert, dass ein Bezug zu einer Themenkategorie erfolgen kann, die dem Ziel dieser Forschungsarbeit dient. Die so zu einem Kategorie-System komprimierten Aussagen können nun in Bezug zum Forschungsthema interpretiert und untereinander verglichen werden⁵¹. Expertenaussagen, die einem Interviewpartner zugeordnet werden, sind im weiteren Text mit den Nummern aus Tab. 7 sowie der Zeile des Transkripts markiert „([x], Z[y])“.

1.7. Quantitative Befragung von Hausärzten

Zentrales Ziel der Hausärztelebefragung ist es, die Motive für die hausärztliche Standortwahl in ländlichen Räumen zu identifizieren und zu analysieren sowie (gegebenenfalls) bestehende Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Aufgrund der unterschiedlichen raumstrukturellen Ausprägung und bedarfsplanerischen Einflussnahme in den Modellräumen können die Ergebnisse ein relativ breites Spektrum der Motive der hausärztlichen Standortwahl abbilden. So werden auch Faktoren, die nur teilweise, in einem indirekten Zusammenhang mit der hausärztlichen Versorgung stehen untersucht, da die medizinische Versorgung im Kontext zur gesamtäumlichen Entwicklung der Modellräume steht. Hierzu zählen unter anderem das Angebot an Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten sowie wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die für die Attraktivität einer ärztlichen Niederlassung von hohem Stellenwert und somit für die Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung von Bedeutung sind.

⁴⁶ vgl. Schnell et al. 1995, S. 352

⁴⁷ vgl. Mayring 2002, S. 66

⁴⁸ vgl. Kromrey 2000, S. 364

⁴⁹ vgl. Mayring 2002, S. 91

⁵⁰ vgl. Mayring 2003, S. 58

⁵¹ vgl. Mayring 2003, S. 59

Dabei erfolgt die Befragung der Hausärzte als Vollerhebung, d.h. alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Mediziner werden in Form eines standardisierten Fragebogens schriftlich befragt.

Fragebogenkonzeption

Zur Befragung der Hausärzte wurde ein Fragebogen konzipiert, der die Erhebung von Standortfaktoren der hausärztlichen Niederlassung zum Ziel hatte. Dabei wurden insbesondere die Rahmenbedingungen der Standortwahl, die Beweggründe und die Bewertung der Region abgeprüft. Ferner wurden die Befragten gebeten, die persönlichen Aussichten für die eigene Nachfolgersuche zu erörtern, um darüber zu erfahren wie die Chancen auf eine adäquate Nachfolge stehen und warum die Ärzte zu Ihrem Standpunkt kommen. Dabei wurde zu überwiegenderem Teil auf geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zurückgegriffen, um die gegebenen Antworten gut miteinander vergleichen und statistisch-quantitativ auswerten zu können. Der Fragebogen wurde bewusst kurz gehalten (insgesamt 15 Fragen), um im hektischen Praxisalltag der Hausärzte eine rasche Bearbeitung zu erlauben. Bei einem zu langen Fragebogen wäre zudem die Hemmschwelle der Bearbeitung erhöht bzw. das Ausfüllen zu monoton geworden, was zu so genannten „Response-Sets“, also hintereinander geschaltete gleichlautende Antworten hätte führen können.

Tab. 8 Im Fragebogen verwendete Fragetypen

Fragebogaufbau für Hausärzte in den Modellräumen	
Fragenanzahl	15
Davon offene Fragen	1
Davon Auswahlfragen	7
Davon Ausfüllfragen (geschlossene Textfragen)	4
Davon Bewertungsfragen	3
Darin vorzunehmende Bewertungen	32

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Dem Fragebogen wurde noch ein Anschreiben vorweg gestellt, in dem um Bearbeitung gebeten und Relevanz des Themas hervorgehoben wurde. Die Annahme dahinter war, dass aufgrund der vielen in Hausarztpraxen eingehenden Anfragen ganz unterschiedlicher Akteure, bspw. von Pharmakonzernen, Herstellern und Vertrieben von Praxisinventar und Arbeitsgeräten, Patienten, Verbänden, oder Werbeunternehmen der Fragebogen herausstechen sollte und den Befragten Ärzten die Ernst. Und Gewissenhaftigkeit des Anliegens deutlich machen sollte.

Adressdatenbezug

Um den Fragebogen an die richtigen Hausärzte versenden zu können war es nötig, die Adressdaten aller in den Modellräumen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte zu beziehen. Im bayerischen Modellraum Unterfranken geschah dies dank der Mitwirkung bzw. Unterstützung der zuständigen KV Bayern, sodass an diesem Datensatz lediglich geprüft werden musste, ob die Daten den tatsächlichen aus den Ärztestatistiken auf Kreisebene auslesba-

ren Arztzahlen entsprachen. Dabei kam jedoch heraus, dass gegenüber 141 von der KV Bayern übermittelten Hausärzten mitsamt Adressen eine Abweichung von -39 zur offiziellen Statistik bestand (s. Tab. 9). Die Abweichung lässt sich dadurch erklären, dass von den KVen erfasste Ärzte der Weitergabe ihrer Adressdaten widersprechen können. Auch andere Erfassungs- bzw. Zuordnungsmethoden könnten eine Rolle spielen genauso wie der Umstand, dass in mehreren Praxen tätige Hausärzte, sofern diese in anderen Planungsbereichen bzw. Landkreisen liegen, diesen zugeordnet sind. Auch zwischenzeitlich geschehene Ein- bzw. Austritte könnten eine mögliche Ursache für die Datenabweichung sein. Als wahrscheinlichster Abweichungsfaktor wurde jedoch auf telefonische Nachfrage bei der KV Bayern der Widerspruch zur Weitergabe der Adressdaten genannt. Die KV Rheinland-Pfalz konnte hingegen keine Adressdaten herausgeben.

Tab. 9 Aus Statistiken der KVen ersichtliche Ärztezahlen vs. Selbst ermittelte Ärztezahlen in den Modellräumen

Landkreis/ Modellraum	HÄ aus KV-Datensatz	HÄ laut Statistik 2016	HÄ aus Eigenrecherche	Abweichung
Bad Kissingen	54	76	74	-2
Rhön-Grabfeld	42	57	56	-1
Haßberge	45	47	51	4
Modellraum Unterfranken	141	180	181	1
Cochem-Zell	-	36	38	2
Bitburg-Prüm	-	53	52	-1
Vulkaneifel	-	40	40	0
Modellraum Eifel	-	129	130	1

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Somit ergab sich für beide Modellräume die Notwendigkeit über händische Internetrecherche die Adressdaten zu recherchieren. Dabei halfen insbesondere Suchmaschinen für Ärzte, wie Jameda, Sanego oder dem Arztfinder der KV Rheinland-Pfalz. Zielwerte waren dabei jeweils die aus der Statistik ersichtlichen Hausärztezahlen auf Landkreisebene. Wie sich in Tab. 9 erkennen lässt, wurden die statistischen Werte über die Eigenrecherche abgesehen von geringen Abweichungen ziemlich genau getroffen. Somit kann die Eigenrecherche in diesem Fall als erfolgreich bezeichnet werden. Denkbare Gründe für die marginalen Abweichungen könnten auch hier wieder Unterschiede zwischen Selbstbezeichnung und statistischer Eingruppierung, Widerspruch gegen Veröffentlichung der eigenen Daten bei Suchportalen und zwischenzeitliche Ein- und Austritte sein.

Fragebogenversand und Rücklauf

Die klassische Form mit ausgedruckten Fragebögen im Briefversand wurde im Hinblick auf die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit gegenüber einer Onlinebefragung gewählt: Der Arbeitsalltag von (vor allem überlasteten) Hausärzten läuft zumeist sehr hektisch ab und da würde eine Online-Codeeingabe zum Fragebogen-Login (welcher erforderlich ist um Mehrfach-

teilnahmen auszuschließen) eine zusätzliche Barriere bei der Bearbeitung des Fragebogens darstellen. Neben dem erleichterten Zugang zum Fragebogen bildet die physische Präsenz dieses Fragebogens ein weiteres Kriterium, das zum Ausfüllen animiert. Eine digitale Einladung via E-Mail könnte bei der Flut an Anfragen, die Hausärzte erreichen hingegen schnell überlesen bzw. gelöscht werden. Drittens ist der Rückversand eines ausgefüllten Fragebogens für einen Praxisbetreiber wesentlich einfacher zu organisieren als für eine Privatperson, da entsprechendes Personal für diese Aufgaben in der Praxis bereitsteht und dem regulär ankommenden Postversand beigelegt werden können.

Der Versand der Fragebögen wurde in die zweite Hälfte des zweiten Quartals (17. Und 25. Mai 2018, s. Tab. 10) gelegt, da dies für gewöhnlich die am wenigsten arbeitsintensiven Wochen im jährlichen Zyklus von Hausärzten sind, was am Rande der zuvor durchgeführten Expertengespräche bei allen auch in hausärztlicher Funktion tätigen Gesprächspartnern erfragt wurde.

Insgesamt wurden 311 identische Fragebögen an alle ermittelbaren Hausärzte mit Rückumschlag per Post versandt, davon kamen 107 (Quote 34,4%) ausgefüllte Bögen wieder zurück. Aus dem Modellraum Eifel mit einer Quote von 36,6% (48 von 131 versendeten Fragebögen) gegenüber dem Modellraum Unterfranken war die Rücklaufquote mit 32,8% (59 von 180 versendeten Fragebögen) etwas besser.

Tab. 10 An Hausärzte versendete und zurückerhaltene Fragebögen in den Modellräumen

Fragebögen	Versickt am	Anzahl versendet	Anzahl erhalten	Letzte erhalten am	Quote
Unterfranken	17.05.2018	180	59	21.08.2018	32,8%
Eifel	25.05.2018	131	48	23.07.2018	36,6%
Gesamt		311	107		34,4%

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Tab. 11 Aus den Fragen zu extrahierende Datentypen und deren Merkmalsausprägungen

#	Frage	Skalenniveau	Ausprägungen (Nominal & Ordinal)
0a	Fallnummer	Rational	
0b	Modellraum	Nominal	Unterfranken, Eifel
1	Studienort Humanmedizin	Text	
2	Jahr der Arbeitsaufnahme	Intervall	
3	Art der Niederlassung	Nominal	Neugründung, Übernahme, Anstellung
4a	Finanzhilfen	Nominal	ja, nein
4b	Sachhilfen	Nominal	ja, nein
4c	Art der Hilfen	Text	
5a	Praxisorganisation	Ordinal	Einzel, Gemeinschaft, MVZ
5b	Erläuterung (optional)	Text	
5c	Anzahl Standorte	Rational	
5d	Anzahl Hausärzte	Rational	
6	Distanz Praxis-Wohnort	Ordinal	Umgebung, selber Ort, bis 20km, weiter weg auf dem Land, weiter weg in der Stadt
7	Kenntnis Arbeitsstandort	Ordinal	Seit Kindheit, seit Studium, seit Niederlassung
8	Einfluss Bedarfsplanung	Ordinal	gar nicht, eher nicht, teilweise, eher stark, sehr stark
9	Bedeutung private vs. unternehmerische Gründe	Ordinal	unternehmerisch, beide gleich, privat
10a-h	Tragfähigkeit, Anzahl Patienten, Anteil Wohlhabende, Kassenzulassung, Konkurrenz, Fachärzte, Kliniken, andere	Ordinal	unwichtig, eher unwichtig, eher wichtig, sehr wichtig
10i	Nennung andere	Text	
11a-j	Verwandte & Freunde, Zentren-Erreichbarkeit, Landschaft, Einkaufen, Medizin, Bildung, Kultur, Sport, Gastronomie, andere	Ordinal	unwichtig, eher unwichtig, eher wichtig, sehr wichtig
11k	Nennung andere	Text	
12	Jahr des Ruhestands	Intervall	
13a	Aussichten Nachfolger	Ordinal	sehr gut, eher gut, eher schlecht, sehr schlecht
13b	Begründung	Text	
13c	Einordnung der Begründung	Nominal	
14a-o	Verdienst, Sicherheit, Kassenzulassung, Patienten Klientel, Übernahme, Anreize, Zentren-Erreichbarkeit, Landschaft, Einkaufen, Medizin, Bildung, Kultur, Sport, Gastronomie, andere	Ordinal	sehr schlecht, eher schlecht, eher gut, sehr gut
14p	Nennung andere	Text	
15a	Alter	Rational	
15b	Geschlecht	Nominal	weiblich, männlich
15c	Familienstand	Nominal	ledig, verheiratet, getrennt, verwitwet
15d	Kinder	Rational	
15e	Kindesalter (nur bei Kinder>0)	Ordinal	Kindesalter, beides, Erwachsenenalter
15f	Praxis PLZ (optional)	Nominal	
15g	Praxis Ort (optional)	Text	

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Die Operationalisierung der Daten (s. Tab. 11) erfolgte anhand der Fragestellungen dieser Arbeit und bei deren Erhebung wurde sehr auf die Einhaltung der Kriterien⁵² Korrektheit, Konsistenz, Zuverlässigkeit, Vollständigkeit und Genauigkeit geachtet.

Um bei der weiteren Datenanalyse mögliche Scheinkorrelationen auszuschließen, werden alle zu weiteren statistischen Analysen und Verfahren (z.B. Korrelation, Cluster) in dieser Arbeit

⁵² vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 39

erhobenen oder recherchierten Daten standardisiert, d.h. in den Mittelwert 0 und die Standardabweichung 1 transformiert (Z-Transformation)⁵³.

Prüfung der Datenqualität

Bei durch Befragungen erhobenen Daten sind diese auf Reliabilität (Zuverlässigkeit), Validität (Gültigkeit) und Objektivität zu prüfen⁵⁴. Die Reliabilität des erhobenen Datensatzes, also die Erzielung vergleichbarer Ergebnisse bei wiederholter Durchführung der Befragung, lässt sich durch einen internen Abgleich der Daten simulieren. Dabei wird angenommen, dass beide Modellräume für sich genommen in weiten Teilken übereinstimmende Ergebnisse produzieren sollten oder dass Abweichungen in der Raumstruktur begründet sind (wie bspw. unterschiedliche Alters- und Geschlechterzusammensetzung der praktizierenden Hausärzte, s. Tab. 6). Die Validität wird durch Fragen erreicht, die genau auf das Ziel dieser Untersuchung ausgerichtet sind, nämlich Faktoren der Standortwahl von Hausärzten zu identifizieren, sie in ihrer Bedeutung zu messen und sie im Vergleich zu anderen Faktoren zu bewerten. Die Objektivität wird durch den standardisierten und postalisch zustellten Fragebogen erreicht, wodurch keine Möglichkeit der Einflussnahme auf das Antwortverhalten des Befragten gegeben ist und bei allen Befragten hinreichend ähnliche Bedingungen herrschen.

Mittels eines einfaktoriellen ANOVA-Tests soll an dieser Stelle zunächst überprüft werden, inwiefern sich mögliche Unterschiede zwischen befragten Gruppen (den Modellräumen) auf Zufall zurückführen lassen. Damit lassen sich gleichzeitig die Objektivität und die Reliabilität des vorliegenden Datensatzes in Bezug auf die Modellräume bewerten. Die geeignete abhängige Variable für diesen Test ist das Alter, von dem eine notwendige Normalverteilung angenommen werden kann und gleichzeitig keine Ausreißer im Datensatz bestehen⁵⁵.

Tab. 12 Deskriptive Statistik zur Variable Alter mit den Gruppen (Modellräumen) Unterfranken und Eifel

Modellraum	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Unterfranken	58	59,84	8,841	1,161	57,52	62,17	38	72
Eifel	47	56,66	7,803	1,138	54,37	58,95	36	68
Gesamt	105	58,42	8,503	0,83	56,77	60,06	36	72

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Das Alter ist dabei im Modellraum Unterfranken durchschnittlich etwas höher ($M = 59,84$, $SD = 8,841$) als im Modellraum Eifel ($M = 56,66$, $SD = 7,803$). Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mit dem Levene-Test, gemäß dem keine Varianzhomogenität besteht ($p = 0,335$). Das Alter ist im Modellraum Unterfranken durchschnittlich 3,19 Jahre höher als in der Eifel. Dies deckt sich auch mit dem bei Auswahl der Modellräume bereits festgestellten Unterschied beim Anteil der über 65-jährigen Hausärzte (s. Tab. 6).

⁵³ vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 109f

⁵⁴ vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 39f

⁵⁵ Andere Intervallskalierte Variablen, wie bspw. die Distanz zwischen früherem Studien- und jetzigem Arbeitsort oder die Kinderanzahl sind nicht normalverteilt und weisen Ausreißer auf, s. Kap.4.2)

Tab. 13 Levene-Test und T-Test für die Variable Alter mit den Gruppen (Modellräumen) Unterfranken und Eifel

Varianzhomogenität	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
ja	0,939	0,335	1,934	103	0,056	3,185	1,647	-0,082	6,452
nein			1,959	102,218	0,053	3,185	1,626	-0,039	6,41

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Allerdings ist der Altersunterschied zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant ($p > 0,005$), womit sich beide Modellräume auch in einem Datensatz zusammenfassen und interpretieren lassen, ohne dass hierdurch nicht-zufällige Unterschiede zu berücksichtigen wären. Dies ist ein wichtiges Zwischenfazit zur Datenqualität, bestätigt der ANOVA-Test doch in seiner Gänze die erwarteten Unterschiede zwischen den Modellräumen bei gleichzeitiger nicht signifikanter Abweichung. Die erhobenen Daten können somit auch durch statistische Prüfung unterlegt als objektiv und reliabel bezeichnet werden.

1.7.1. Datenauswertung: Deskriptive Analyse

Die erhobenen Daten werden zunächst rein deskriptiv über die Analyse von Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerten und Standardabweichungen ausgewertet. So lassen sich neben inhaltlichen Fakten auch Erkenntnisse zur Datenqualität gewinnen. Bei den erhobenen demographischen Werten der Hausärzte lässt sich bspw. abgleichen, inwiefern diese mit denen aus der Statistik des Bundesarztregisters übereinstimmen, also valide sind. Inhaltlich erlaubt die deskriptive Datenauswertung in Kap. 4.2, eine Charakterisierung der an der Befragung teilgenommenen Hausärzte (bspw. Alter, Geschlecht, Studienort, Arbeitsform, Nachfolgeraussichten, usw.). Außerdem wird als zentraler Teil dieser Arbeit aufgezeigt, welche Faktoren Bedeutung für die Standortwahl hatten (Kap. 4.3) und wie diese heute bewertet werden (Kap. 4.4).

1.7.2. Datenauswertung: Vergleichende statistische Analyse

Welche Faktoren nun die eigene Standortwahl beeinflusst haben und wie dies mit den demographischen Merkmalen sowie den übrigen im vorigen Kapitel vorgestellten Eigenschaften der befragten Hausärzte in Beziehung steht, wird in einer größeren Korrelationsanalyse in Kap. 4.5 behandelt.

Untersucht werden soll dabei inwiefern die Merkmale der befragten Hausärzte Einfluss auf die Standortpräferenzen und die Standortbewertung genommen haben bzw. bei nach der Standortentscheidung erfolgten Lebensänderungen, inwiefern diese im Zusammenhang mit der Standortwahl stehen oder gar von ihr ausgegangen sein könnten. Mögliche Einflussfaktoren wären dabei demographische Merkmale, Bedingungen des Berufseinstiegs, momentane hausärztliche Arbeitsformen und Zukunftsperspektiven (s. Kap. 4.2).

Das zu verwendende Zusammenhangsmaß richtet sich dabei nach dem Skalenniveau der zu vergleichenden Variablen (s. Tab. 11). Generell gilt, je höher das Skalenniveau, desto genauere Zusammenhangsmaße stehen zur Verfügung (s. Tab. 14).

Tab. 14 Zusammenhangsmaße nach Skalenniveau und ihre Interpretation

Skalenniveau beider zu vergleichender Variablen	Zusammenhangsmaß (r)	Wertebereich für r	Interpretation
Zumindest nominal	Korrelationskoeffizient Cramér's V	[0] bis [+1]	0 = kein Zusammenhang +1 = vollständiger Zusammenhang
Zumindest ordinal	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman	[-1] bis [+1]	-1 = vollständiger Zusammenhang 0 = kein Zusammenhang +1 = vollständiger Zusammenhang
Nur metrisch	Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient nach Pearson	[-1] bis [+1]	-1 = vollkommen antiproportionaler Zusammenhang 0 = kein Zusammenhang +1 = vollkommen proportionaler Zusammenhang

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Cramér's V ist dabei für nominal skalierte Variablen geeignet und basiert auf dem Chi-Quadrat-Kontingenzkoeffizient, der die tatsächliche mit der erwarteten Verteilung vergleicht⁵⁶. Im Gegensatz zu diesem ist das Maß jedoch im Wertebereich zwischen [0] und [+1] eingegrenzt und erlaubt daher nicht nur die Aussage, ob ein Zusammenhang besteht, sondern auch wie stark dieser ist. Im Gegensatz zu den anderen beiden in dieser Arbeit verwendeten Zusammenhangsmaßen lässt Cramér's V jedoch keine Aussage über die Richtung des Zusammenhangs zu, was freilich in der Natur nominal skalierten Variablen liegt, bei denen eben keine Rangbildung möglich ist. Bei zumindest ordinal skalierten Variablen ist dies jedoch möglich, der Wertebereich des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman ist folglich um die negative Richtung [-1] erweitert. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman gilt als das gebräuchlichste Zusammenhangsmaß in den Sozialwissenschaften⁵⁷. Allerdings können Zusammenhangsmaße ordinal skalierten Variablen keine Angaben über eine Proportionalität wiedergeben. Bei ausschließlich metrisch skalierten Variablen kommt in dieser Arbeit der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient nach Pearson zum Einsatz. Er beruht auf der Normierung des gemeinsamen Variierens zweier Variablen (Kovarianz)⁵⁸.

Unabhängig vom verwendeten Zusammenhangsmaß werden die zu ermittelnden Werte (r) aus diesen Analysen also immer zwischen $|r| = 0$ und $|r| = 1$ liegen. Bei der Interpretation dieser Werte hat sich der Ansatz von Cohen etabliert, nach bei einem Wert $|r|$ ab 0,10 von einem kleinen Effekt, bei einem Wert $|r|$ ab 0,30 von einem mittleren Effekt und bei einem Wert $|r|$ ab 0,50 von einem großen Effekt gesprochen werden kann⁵⁹. Dies ist gerade in den Raumwissenschaften auch eine gute Orientierung, da einfache und klare deterministische Zusammenhänge hier selten vorkommen⁶⁰.

Neben der eigentlichen Korrelation ist auch die Signifikanz ein wichtiges Maß zur Interpretation der Zusammenhangsstärke. Die Signifikanz p gibt dabei an, wie wahrscheinlich es ist, dass der in einer Stichprobe (n) ermittelte Zusammenhang auch für die Grundgesamtheit (N) gilt (Irrtumswahrscheinlichkeit). Die Signifikanz p ist abhängig von r und n und damit für jeden Fall einzeln zu bestimmen, ohne dass es allgemeingültige Schwellenwerte gibt. Es gibt mehrere Qualitätsniveaus der Signifikanz, die die Zusammenhangswahrscheinlichkeit ausdrücken, nämlich

⁵⁶ vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 116

⁵⁷ vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 125

⁵⁸ vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 131

⁵⁹ vgl. Cohen 1988, S. 82

⁶⁰ vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 112

eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 5% ($p \leq 0,05$, angegeben mit *) und unter 1% ($p \leq 0,01$, angegeben mit **). Bei entsprechenden Signifikanzen unter 5% kann ein Zusammenhang einer Stichprobe als weitgehend gesichert bei der Grundgesamtheit angenommen werden.

Mit zunehmender Stichprobengröße sinkt der für Signifikanz notwendiger Korrelationskoeffizient. Dies bedeutet bspw. für Korrelationsanalysen mit sehr großen Stichproben bereits bei kleineren Effekten Signifikanz (in dieser Arbeit s. bspw. Tab. 28), umgekehrt sind bei kleineren Stichproben große Korrelationskoeffizienten für ausreichendes Signifikanzniveau notwendig (s. bspw. Tab. 55, Bewertungsgrund Nachfolgersuche). Für die Korrelationsauswertung bedeutet dies, dass nur solche Korrelationen als Zusammenhangsnachweis gedeutet werden, die mindestens einen kleinen Effekt nach Cohen und eine Irrtumswahrscheinlichkeit (=Signifikanz) von unter 5% haben. Bei allen anderen Werten wird ein nicht ausreichender Zusammenhang angenommen.

Die Korrelation r und die Signifikanz p sagen noch nichts über die Wirkrichtung eines Zusammenhangs aus. Die Herleitung und Prüfung der Kausalität obliegt damit dem Autor und erfolgt anhand logischer Überlegungen und Begründungen. Sie ist gleichzeitig sehr wichtig, weil so einem rein statistischen Zusammenhang Ursachen und Wirkungen zugeordnet werden können. Schlussendlich lässt sich dadurch zuordnen, ob die Gewichtung und Bewertung einzelner Faktoren bereits bei der Wahl angelegt waren oder ob diese sich erst im Zuge der getroffenen Standortentscheidung entwickelt haben.

1.7.3. Datenauswertung: Multivariate statistische Analyse

Mithilfe einer Faktoranalyse lassen sich inhärente Faktoren und Merkmale der Hausärzte ermitteln und in neue Hauptkomponenten mit entsprechenden Faktorladungen für bestimmte Variablen einteilen. Dies ist besonders aufgrund der Vielzahl an Variablen (s. Tab. 11) als erster Schritt auf dem Weg zu einer Typisierung der Hausärzte hilfreich, da jede Variable als eigene erklärende Dimension zu verstehen ist. Die Faktoranalyse dient somit der Komplexitätsreduktion für die später erfolgende Clusteranalyse, um diese handlicher zu machen.

Überprüfung der Bedingungen für eine Faktoranalyse

Da manche Merkmal-Variablen wenig oder gar nicht zur Erklärung der Ausprägungen der Standortfaktoren beigetragen haben (s. Anzahl der Korrelationen der Variablen in den Tabellen in Kap. 4.5), werden diese für die Faktoranalyse zur Extraktion von Komponenten ausgeschlossen. Dabei handelt es sich um folgende Variablen mit maximal einer signifikanten Korrelation: Einfluss der Bedarfsplanung, Kinderzahl bei Arbeitsaufnahme, Erhaltene Hilfsleistungen, Zahl der Praxisstandorte und Zahl der Praxishausärzte. Neben diesen Variablen werden noch aus den originalen, unabhängigen Variablen berechnete Variablen ausgeschlossen, denn diese haben zu viel Bezug zueinander und sind implizit bereits in den originalen Variablen enthalten: Lage des Studienortes, Jahr der Arbeitsaufnahme und Arbeitsjahre am Standort. Außerdem wird noch eine Variable ausgeschlossen, da die Fallzahl nicht ausreichend ist, nämlich der Bewertungsgrund der Nachfolgersuche, wo lediglich 73 der befragten 107 Hausärzte nähere Angaben gemacht haben.

Tab. 15 Anti-Image-Korrelationen und Kommunalitäten der für die Faktoranalyse vorgesehenen Variablen

Variablengruppe	Variable	Anti-Image-Korrelation	Kommunalität
Demographische Merkmale	Modellraum	0,551	0,489
	Geschlecht	0,435	0,619
	Familienstand	0,455	0,507
	Alter	0,587	0,780
Bedingungen des Berufseinstiegs	Distanz Uni-Praxis	0,224	0,564
	Form der Arbeitsaufnahme	0,391	0,459
	Regionskenntnis	0,590	0,540
Momentane Arbeitsform	Praxis-Betriebsform	0,321	0,448
	Lage des Wohnorts zur Praxis	0,469	0,663
Zukunftsperspektiven	Jahr des Ruhestands	0,653	0,759
	Nachfolger-Aussichten	0,574	0,501
Unternehmerische Bedeutung	Tragfähigkeit	0,322	0,715
	Anzahl Patienten	0,443	0,702
	Anteil Wohlhabende	0,664	0,548
	Kassenzulassung	0,409	0,414
	Konkurrenz	0,601	0,432
	Facharzt-Agglomeration	0,535	0,614
	Klinik-Agglomeration	0,614	0,697
Private Bedeutung	Verwandte & Freunde	0,208	0,506
	Zentren-Erreichbarkeit	0,491	0,618
	Landschaftliche Attraktivität	0,459	0,551
	Einkaufsmöglichkeiten	0,627	0,677
	Medizinische Einrichtungen	0,797	0,782
	Bildungseinrichtungen	0,779	0,642
	Kulturelles Angebot	0,700	0,720
	Sportstätten	0,546	0,619
	Gastronomisches Angebot	0,561	0,601
Unternehmerische Bewertung	Verdienst	0,499	0,749
	Sicherheit	0,542	0,791
	Kassenzulassung	0,458	0,766
	Patientenklientel	0,501	0,617
	Günstige Übernahme	0,322	0,668
	Finanzielle Anreize	0,434	0,588
Private Bewertung	Zentren-Erreichbarkeit	0,602	0,576
	Landschaftliche Attraktivität	0,505	0,582
	Einkaufsmöglichkeiten	0,478	0,630
	Medizinische Einrichtungen	0,454	0,616
	Bildungseinrichtungen	0,516	0,691
	Kulturelles Angebot	0,550	0,522
	Sportstätten	0,489	0,757
	Gastronomisches Angebot	0,707	0,627

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Mit den verbliebenen Variablen wird bei der Faktoranalyse ein Maß der Stichprobeneignung von Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) von 0,642 erreicht, was zwar nach den von Kaiser⁶¹ vorgeschlagene-

⁶¹ vgl. Backhaus et al. 2008, S. 336

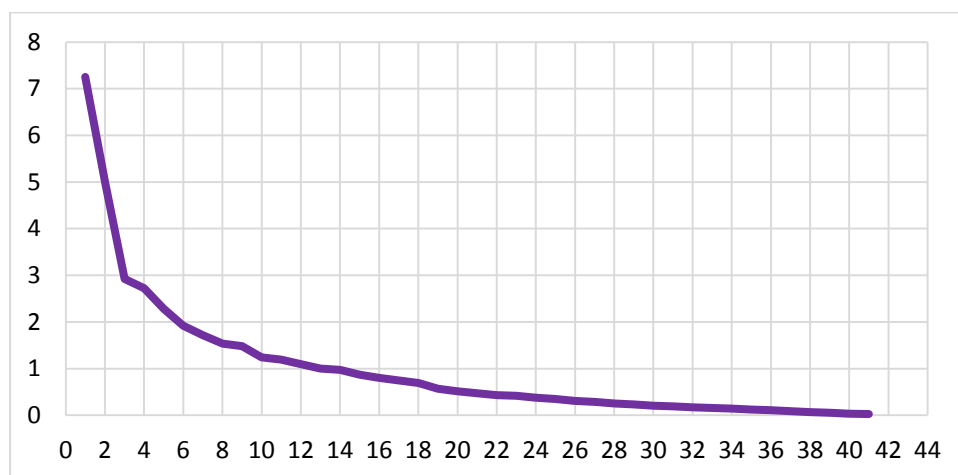
nen Schwellenwerten nur „brauchbar“, aber statistisch noch im akzeptablen Bereich liegt. Die Faktoranalyse ist dabei nach dem Bartlett-Test signifikant (0,000, also $<0,05$). Das Verhältnis von Variablen zu Fällen ist jedoch nicht ideal für eine Faktoranalyse (41 zu 107). Dies hängt in diesem Fall jedoch mit der Vielzahl an einfließenden Faktoren auf die Standortwahl zusammen.

Beim Blick in die Variablen (s. Tab. 15) zeigt sich, dass manche Variablen unter dem empfohlenen Mindestwert der Anti-Image-Korrelation von 0,5 liegen, d.h. diese Variablen eignen sich nicht so gut für eine Faktoranalyse. Da jedoch eine gesamtheitliche Analyse erfolgen soll, werden diese Variablen in der Analyse belassen. Das gleiche gilt bei den Kommunalitäten, die angeben, wie sehr eine Variable mithilfe der extrahierten Komponenten erklärt werden kann. Dabei bestehen Schwächen vor allem beim Modellraum, der Form der Arbeitsaufnahme, die Praxis-Betriebsform, sowie die Bedeutungen der Kassenzulassung und der Hausarzt-Konkurrenz. Würden die genannten Variablen aus der Analyse entfernt, ergäbe sich jedoch nur ein leicht verbessertes Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium von 0,679. Da die betroffenen Variablen jedoch gleichzeitig zur besseren Typisierung beitragen, werden sie in der Faktoranalyse belassen.

Faktorextraktion

Die Faktorextraktion erfolgt schließlich als Hauptkomponentenanalyse. Die extrahierten Faktoren werden einer Rotation unterzogen, um möglichst hohe oder niedrige Faktorladungen zu erhalten. Dadurch lassen sich die extrahierten Faktoren leichter einzelnen Variablen zuordnen. Dabei wird das bestehende multidimensionale Koordinatensystem so gedreht, dass die orthogonale Anordnung zwischen den Faktoren erhalten bleibt, damit die Faktoren auch weiterhin möglichst unkorreliert sind. Dazu wird mithilfe des Varimax-Verfahrens eine Rotation der Hauptkomponenten vorgenommen, bei der die Varianz der quadrierten Ladungen für eine einzelne Hauptkomponente maximiert wird⁶².

Abb. 4 Eigenwerte der extrahierten Hauptkomponenten, nach ihrer Größe sortiert (Scree-Plot)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Die passende Zahl an Faktoren lässt sich mithilfe des Scree-Tests ermitteln, bei dem in einem Diagramm sämtliche Eigenwerte der Faktoren nach ihrer Größe dargestellt werden (s. Abb. 4). Demnach ist ab der 6. Hauptkomponente der Eigenwert von 2 unterschritten und ein abgeflach-

⁶² vgl. de Lange & Nipper 2018, S. 328

ter Verlauf des Scree-Plots erkennbar, der auf Zufallskorrelationen ab diesem Punkt wahrscheinlicher macht. Folglich werden in dieser Analyse 6 Hauptkomponenten extrahiert. Diese weisen eine erklärte Gesamtvarianz von 50,122% auf. Die inhaltliche Interpretation der Faktorladungen erfolgt in Kap. 4.6.

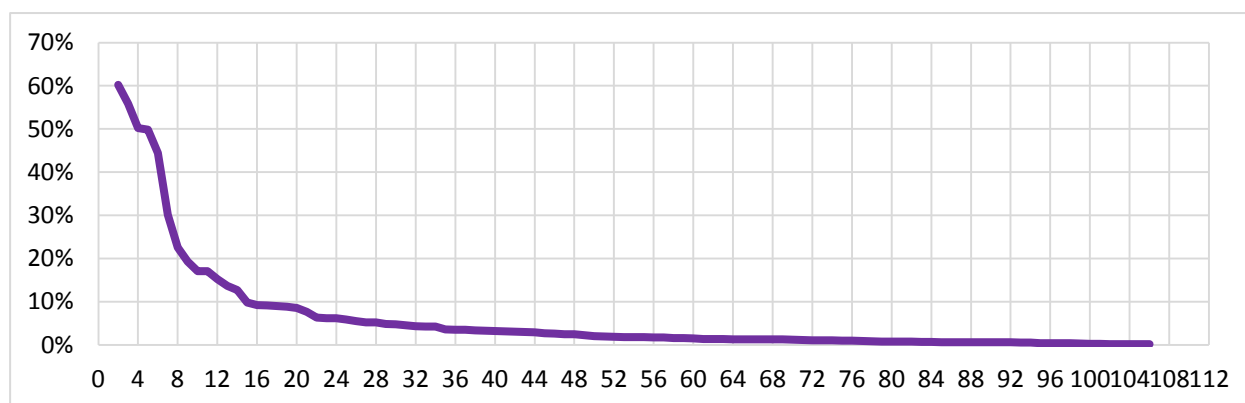
Typenbildung mittels hierarchischer Clusteranalyse

Mithilfe einer hierarchischen Clusteranalyse lässt sich eine Zuordnung der gültigen Fälle (n = 107) zu den aus der Hauptkomponentenanalyse extrahierten sechs Faktoren vornehmen. Ziel ist es dabei, dass die Zuordnungsgruppen (= Cluster) eine möglichst große innere Homogenität und sich möglichst stark von anderen Gruppen unterscheiden.

Die dann für die jeweiligen Gruppen berechenbare Faktor-Mittelwerte lassen sich als Gruppeneigenschaften interpretieren. Diese Gruppeneigenschaften ergeben dann in Summe ein Typenbild der zugeordneten Hausärzte ab. Über den Besatz jeder Gruppe lässt sich so eine Aussage darüber treffen, welche Gruppen in welcher Stärke in den Modellräumen vertreten sind. Dies ermöglicht schlussendlich eine Aussage darüber, welche Typen im Besonderen im ländlichen Raum vertreten sind und welche Standortanforderungen diese haben.

Im Rahmen der Clusteranalyse werden zunächst die Ähnlichkeiten zwischen den einzelnen Fällen quantifiziert, indem die Rohdatenmatrix in eine Distanz- oder Ähnlichkeitsmatrix überführt wird. Die Quantifizierung erfolgt über ein Proximitätsmaß. Im Rahmen dieser Arbeit werden Distanzmaße verwendet, d.h. man misst wie unterschiedlich die einzelnen Fälle sind. Da die Hauptkomponentenwerte der vorgeschalteten Analyse metrisch skaliert sind, wird als Distanzmaß die quadrierte Euklidische Distanz verwendet⁶³. Nach der Bestimmung der Ähnlichkeiten wird als Fusionsalgorithmus (zur Verbindung der Fälle zu Gruppen) der Ward-Algorithmus gewählt. Dieser ist der meist verwendete Algorithmus und Ziel des Ward-Verfahrens ist es, jeweils diejenigen Fälle in Gruppen zu vereinigen, die die Streuung (Varianz) in einer Gruppe möglichst wenig erhöhen⁶⁴.

Abb. 5 Konfidenzabstände (in %) in Abhängigkeit von der berechneten Gruppenzahl



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Prinzipiell ist die Zahl der zu bildenden Gruppen frei wählbar, allerdings würden zu viele Gruppen dem Ziel der Typenbildung widersprechen, zu wenige Gruppen wiederum würden das Profil

⁶³ vgl. Backhaus et al. 2008, S. 393ff

⁶⁴ vgl. Backhaus et al. 2008, S. 420

jeder Gruppe aufweichen. Es gilt also ein gesundes Mittelmaß zu finden, dass der Analyse dienlich ist und genügend Aussagekraft enthält. Dazu lassen sich die Konfidenzabstände für Lösungen aller möglichen Gruppennzahlen miteinander vergleichen (s. Abb. 5). Demnach wären 4 Gruppen eine gute Wahl, weil bei der nächstgrößeren Zahl an Gruppen nur ein kleiner Unterschied im Konfidenzabstand besteht, davor jedoch ein großer. Ähnliche Stufen gibt es zwar auch noch bei größeren Gruppennzahlen (z.B. bei 10 Gruppen), allerdings wären die Gruppennmengen nicht mehr übersichtlich. Die Merkmale der jeweiligen Gruppen lassen sich anschließend mithilfe von Cluster-Mittelwerten bestimmen und klassifizieren. Diese rein inhaltliche Auslegung der Faktoren erfolgt in Kap. 4.7.

1.8. Zusammenfassung der methodischen Ansätze

Der im Kap. 1.3 festgelegten Zielsetzung, also der Analyse von Faktoren hausärztlicher Standortwahl, soll mithilfe verschiedener Forschungsfragen zu den Rahmenbedingungen, Ursachen und Ausprägungen sowie Wirkungen der Standortwahl nachgegangen werden. Zur Erreichung dieses Ziels beschäftigt sich diese Arbeit in den weiteren Kapiteln mit konzeptionellen Ansätzen und Erkenntnissen zur hausärztlichen Standortwahl (s. Kap. 2), einer umfassenden Analyse des vertragsärztlichen Versorgungssystems (s. Kap. 3) mit dem Fokus auf der hausärztlichen Tätigkeit (s. Kap. 3.3), sowie eigenen empirischen Erhebungen und Auswertungen zur Standortwahl von Hausärzten in geeigneten Modellräumen (s. Kap. 4) und der abschließenden Befassung mit Handlungsansätzen auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse aus dem Standortwahlverhalten von Hausärzten (s. Kap. 5).

Zur Erfassung und Bewertung von hausärztlichen Standortfaktoren wurden mit Eifel und Unterfranken zwei Modellräume aus jeweils 3 Landkreisen gebildet, deren Genzziehung mit den in ihnen enthaltenen Mittelbereichen übereinstimmt und die in ländlichen Mittelgebirgen Westdeutschlands gelegen sind. Unterschiede zwischen den Modellräumen bestehen vor allem hinsichtlich der Zuständigkeit unterschiedlicher KVen sowie dem Fortschritt bzw. der Ausprägung des Hausarztmangels.

Die dort ansässigen Hausärzte wurden im Zuge einer schriftlichen Befragung postalisch kontaktiert. Insgesamt nahmen 107 bzw. 34.4% aller dort tätigen Hausärzte an dieser Befragung teil, sodass von einer breiten empirischen Basis ausgegangen werden kann. Die u.a. auch durch den ANOVA-Test nachgewiesene hohe Datenqualität erlaubt dabei neben der rein deskriptiven Auswertung auch die Anwendung bi- und multivariater Verfahren, wie der Korrelations-, Faktor- und Clusteranalyse, um über eine Komplexitätsreduktion des Datensatzes eine Bildung von Hausarzt-Typen zu ermöglichen, die in den Modellräumen vertreten sind. So lässt sich eine Aussage darüber treffen, welcher Modellraum von welchen Hausärzten in welcher Stärke besetzt ist. Die Clusteranalyse ist somit eine zusammenfassende Methode zu untersuchen, ob und welche Unterschiede in der hausärztlichen Standortwahl zwischen den Modellräumen bestehen.

Flankiert wird dieser methodische Ansatz dazu noch von durchgeführten Expertengesprächen mit wesentlichen Vertretern der für die Organisation der ambulanten hausärztlichen Versorgung relevanten Akteuren, vor allem in den Bundesländern der Modellräume.

2. Diskussion und Erklärungsansätze zur Standortwahl von Hausärzten

Mit der Wahl seines Praxisstandortes legt sich ein niederlassungswilliger Hausarzt langfristig fest. Der Wechsel des Praxisstandortes kommt in der späteren beruflichen Laufbahn eher selten vor und ist mit erheblichem Aufwand wie der Neubeschaffung bzw. Übernahme von kassenärztlicher Zulassung, Räumen und Personal verbunden. Umso sorgfältiger muss die Wahl des Standortes vorgenommen werden. Dabei dient die Standortwahl dem Hausarzt dazu, seine persönlichen Ziele optimal zu erreichen⁶⁵.

Der Hausarzt bestimmt selbst, für welchen Planungsbereich er eine Zulassung beim zuständigen Zulassungsausschuss beantragen möchte, wobei hier in dem Sinne die Bedarfsplanung greift, als dass bestimmte Planungsbereiche für Neuzulassungen gesperrt sein können, wenn sie überversorgt sind oder es im KV-Zuständigkeitsgebiet andere Planungsbereiche gibt, die unter dauerhafter massiver Unterversorgung leiden. In einem solchen Fall wäre noch die Beantragung einer Sonderzulassung möglich, falls bspw. eine Praxisübernahme beabsichtigt ist oder im gewünschten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Sonderbedarf gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie besteht. Dabei haben die KVen auch eine Beratungsfunktion gegenüber niederlassungsinteressierten Hausärzten, diese sind aber bei ihrer Entscheidung nicht an die Empfehlung der KV gebunden⁶⁶. Ohnehin besteht zwischen den Präferenzen der Hausärzte und denen der KV traditionell meist Widerspruch, sodass Vertragsärzte schon seit einigen Jahrzehnten Standorte von hoher Zentralität oder großem landschaftlichem Reiz mit entsprechend bereits bestehender Überversorgung bevorzugen⁶⁷ und dies auch heute weiterhin beobachtbar ist (s. Tab. 28 bzw. Abb. 19 in Kap. 3.3.4).

Vonseiten des Hausarztes kann eine Zulassung mit halbem (mind. 10 Sprechstunden pro Woche) oder vollem (mind. 20 Sprechstunden pro Woche) Versorgungsauftrag beantragt werden⁶⁸. Mit der erteilten Zulassung kann ein Hausarzt seinen Praxisstandort innerhalb des Planungsbereichs frei wählen. Hierzu gilt es wiederum diverse Standortfaktoren abzuwägen. Damit handelt es sich beim Standortwahlverfahren von Hausärzten um ein zweistufiges Verfahren, das sich so beschreiben lässt, dass zunächst die Wahl der Praxisregion vorgenommen wird und anschließend der Praxisstandort innerhalb dieser Region. In der Praxis können diese beiden Schritte miteinander verwoben sein, wenn bspw. vor Beantragung einer kassenärztlichen Zulassung eine Vereinbarung zur Praxisübernahme oder bereits familiäre Bande zu einem bestimmten Ort innerhalb eines Planungsbereiches bestehen.

In jedem Fall bestimmen Standortfaktoren den Entscheidungsprozess. Dies sind „Eigenschaften, die über die Attraktivität eines Ortes bzw. einer Region für ansässige und ansiedlungswillige Unternehmen entscheiden“⁶⁹, wobei eine vertragsärztliche Praxis in diesem Sinne ein Unternehmen darstellt. Harte Standortfaktoren umfassen betriebswirtschaftliche Aspekte, die häufig leichter messbar sind. Weiche Standortfaktoren umfassen wiederum unternehmensbezogene Faktoren, wie das Verhalten der öffentlichen Verwaltung und politischen Entscheidungsträger, die Arbeitnehmermentalität oder das Wirtschaftsklima; zudem zählen auch beschäftigungsbezogene Faktoren und persönliche Präferenzen der Entscheider zu den weichen Standortfaktoren.

⁶⁵ vgl. Zi 2005

⁶⁶ vgl. Wendt 1985

⁶⁷ vgl. Thiele 1982, S. 130ff

⁶⁸ vgl. praktischArzt 2017

⁶⁹ vgl. Meyer-Stamer 1999, S. 7

ren⁷⁰. Es muss dazu angemerkt werden, dass weiche und harte Faktoren nicht immer stringent zu unterteilen sind und es zu Überschneidungen in der Bedeutung für den Entscheider, also den späteren Praxisinhaber, kommen kann.

2.1. Übertragbarkeit von Standortmodellen auf den Standortentscheidungsprozess von Hausärzten

Der Beruf des Arztes ist ein Freiberuf und unterliegt als solcher nicht der Gewerbeordnung, was für die Standortwahl weitgehende Freiheit innerhalb der Siedlungsfläche (also auch in Wohngebieten) ermöglicht.

Hausärzte wählen ihren Standort prinzipiell auch aus unternehmerischen Erwägungen heraus. Dabei wären nach marktwirtschaftlichen Prinzipien solche Standorte am geeignetsten, an denen möglichst viele Patienten (= „Kunden“) und möglichst wenig hausärztliche Konkurrenz besteht. Allerdings ist der „Markt“ in der hausärztlichen Branche nicht vollkommen. Zum einen besteht eine im Verhältnis zum geringen Angebot (=Zahl der Hausärzte) sehr große Nachfrage (=Patienten), weiterhin ist durch das vorgeschaltete, extrem fordernde und an Plätzen limitierte Medizinstudium (s. Kap. 3.3.4) der „Marktzugang“ neuer Hausärzte erschwert. Drittens besteht kein von Angebot und Nachfrage abhängiger und von den Patienten bei Behandlung zu entrichtender Preis für medizinische Dienstleistungen, sondern ein solidarischer Finanzierungssystem über die Krankenkassen und deren Beiträge. Durch diesen Fixpreis für Patienten jedoch ist im Sinne des nach Nutzenmaximierung strebenden Homo Oeconomicus eine möglichst häufige Nutzung medizinischer Dienstleistungen erstrebenswert. Dies führt in Summe zum Phänomen der sog. angebotsinduzierten Nachfrage, nach der bei einer Angebotsausweitung ganz nach der klassisch/ neoklassischen Wirtschaftstheorie automatisch eine entsprechende Nachfrage entsteht. Dieser Mechanismus bewirkt hinsichtlich der Standortwahl von Hausärzten, dass auch an bereits überversorgte Standorten ein Praxisaufbau mit Gewinnmarge möglich ist. Allenfalls die Gewinnhöhe weicht an bereits stark überversorgten Standorten leicht nach unten ab. Dies ist auch die Einschätzung der interviewten Experten, wobei diesen keine Praxen bekannt sind, die wegen verlustreicher Geschäftsbilanzen aufgegeben wurden.

Nach der Industriestandorttheorie von Alfred Weber würde eine leichte Abweichung in der Gewinnspanne dennoch dazu führen, dass langfristig eine flächendeckende Verteilung von Standorten eintreten würde, da Unternehmen allein gewinnmaximierend (bzw. kostenminimierend) gelenkt werden⁷¹. Allerdings ist hierbei nicht bedacht, dass die hausärztliche Tätigkeit nach heutigem Technikstand mit Ausnahme einiger Initiativen im Bereich der Fernbehandlung (s. Kap. 3.3.5) immer noch die während der Betriebszeiten (=Sprechzeiten) kontinuierliche Anwesenheit des Hausarztes in der Praxis erfordert (hinzu kommen noch evtl. Bereitschaftsdienste nachts und an Wochenenden) und damit vor allem bei ungünstigen Pendelmöglichkeiten die räumliche Nähe von Wohn- und Praxisort des Hausarztes erfordert. Da damit jedoch auch gleichzeitig die privaten Standortansprüche in die Entscheidungsfindung miteinfließen, ist der Mechanismus nach der Industriestandorttheorie in seiner Wirkung deutlich geschwächt.

Nach der Theorie der zentralen Orte von Walter Cristaller sinkt die Nachfrage mit zunehmender Entfernung von einem Zentrum aufgrund steigender Transport bzw. Fahrtkosten⁷². Aus diesem Zusammenhang ergibt sich ein Marktgebiet, in dem die Konsumenten bereit sind, die Fahrtkos-

⁷⁰ vgl. Grabow, Henckel & Hollbach-Grömig 1995

⁷¹ vgl. Liefner & Schätzl 2012, S. 26

⁷² vgl. Liefner & Schätzl 2012, S. 47

ten zum Anbieter in Kauf zu nehmen. Dabei ist dieses Marktgebiet umso größer, je seltener ein Gut nachgefragt wird. Übertragen auf die hausärztliche Versorgung bedeutet dies, dass Hausärzte innerhalb des ambulanten Versorgungssystems eher häufig aufgesucht werden (= kleineres Marktgebiet) und sich folglich weniger in größeren Zentren sondern näher an der Bevölkerung (= Konsumenten medizinischer Dienstleistungen) befinden müssten, um so optimale Nachfrage zu erzeugen, was in diesem Fall optimaler hausärztlicher Versorgung aus Sicht der Bevölkerung gleichkäme. Dabei ist jedoch nicht bedacht, dass Hausärzte wie auch andere kasernenärztliche Dienstleister aufgrund des umlagefinanzierten Gesundheitssystems an ihren Standorten fast immer genügend Nachfrage für einen gewinnbringenden Betrieb aufbringen. Durch diesen Mechanismus ist auch das Modell der Zentralen Orte bei der hausärztlichen Versorgung in seiner Wirkung deutlich geschwächt bzw. allzu oft außer Kraft gesetzt.

Das sich aus der Theorie der zentralen Orte von Walter Christaller ergebende Zentrale-Orte-Konzept als wichtiges raumplanerisches Orientierungsinstrument findet jedoch bei der hausärztlichen Versorgungsplanung Anwendung, die dabei der wohnortnahen Grundversorgung zugeordnet wird und folglich in Grund- bzw. Klein- bzw. Unterzentren vorgehalten werden sollte⁷³. Grundzentren ohne (ausreichende) hausärztliche Versorgung wären dementsprechend in dieser Hinsicht dysfunktional, was den vonseiten der Raumplanung zugeordneten Stellenwert der hausärztlichen Versorgung verdeutlicht. Umgekehrt sind es gerade kleinere Zentren im ländlichen Raum, die aufgrund ihrer peripheren Lage sowie geänderten Konsum-, Verhaltens- und Mobilitätsmustern von ansässiger Bevölkerung zunehmend zugunsten größerer Zentrumsstufen in ihrem Bestand gefährdet sind.

Da marktwirtschaftliche Mechanismen aufgrund der genannten Marktunvollkommenheiten keine flächendeckende Verteilung von Hausärzten herbeiführen, wurde vonseiten der Politik zum Erhalt hausärztlicher Standorte in Grundzentren die Bedarfsplanung als raumplanerisches Steuerungsinstrument eingeführt, die über Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Räumen ein Ausweichen von Hausärzten auf unterversorgte Räume ermöglichen soll. Aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht wird somit ein durch Unvollkommenheiten nicht funktionierender Markt durch ein planwirtschaftliches System reguliert. Dies mag zwar in einem eigentlich marktwirtschaftlich organisierten Land ungewöhnlich erscheinen, allerdings sind Gesundheitsdienstleistungen keine herkömmlichen Güter sondern lebensnotwendig und nicht substituierbar, weshalb sie zur grundlegenden Daseinsvorsorge der Menschen vor Ort zählen, vor allem mangels fachärztlicher bzw. stationärer Einrichtungen besonders in ländlichen Räumen.

Parallel zu rein unternehmerischen Überlegungen zur Standortwahl erfolgt für hausärztlichen Nachwuchs zumeist auch eine erzwungene Wohnstandortwahl, wenn als Anlass der neue Berufsabschnitt in einer Region außerhalb des aktuellen Einzugsbereichs der Wohnung stattfinden muss. Dies ist aufgrund der Einschränkungen durch die Bedarfsplanung in Kombination mit einem zuvor zumeist universitätsnahen (= zentrumsnahen) Wohnstandort relativ häufig der Fall. Der Hausarzt agiert bei seiner Standortwahl darum auch als Privatmensch, der dabei vor allem den Standortnutzen (= Nutzenmaximierung) im Auge hat. Dazu zählen Überlegungen zur erwarteten Qualität der Wohnungsausstattung und -lage, die wiederum durch das eigene Anspruchsniveau determiniert sind. Dieses wird bei Ärzten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in den meisten Fällen höher sein, d.h. Hausärzte sind bei ihrer Wohnstandortwahl wählerischer. Neben dem eigenen Anspruchsniveau wirken jedoch vor allem die eigenen demographischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Herkunft, Einkommen, Beruf, sozialer Status, usw.) sowie die weiterer (geplanter) Haushaltsmitglieder mit in die Wohnstandortentscheidung mit ein⁷⁴, was sich auf die

⁷³ vgl. Einig 2015, S. 48

⁷⁴ vgl. Heineberg 2007, S. 89

Wohnstandortpräferenzen auswirkt. Bei der Beurteilung eines Wohnstandortes ist eine gute Ortskenntnis hilfreich. Bei Hausärzten stellt sich Situation so dar, dass dadurch Wohnstandorte (und damit Praxisstandorte) bevorzugt gesucht werden, die bereits bekannt sind, über eine gute Ausstattung verfügen und/ oder freie Entfaltung ermöglichen. Wie Hausärzte hier (und auch im Verhältnis zu unternehmerischen Präferenzen) gewichten, ist bislang jedoch nicht erforscht und soll in dieser Arbeit untersucht werden, wozu zunächst Standortfaktoren erfasst werden soll, die die hausärztliche Standortwahl determinieren können.

2.2. Wirkungsspektrum harter Faktoren der Standortwahl

Im Rahmen der wirtschaftsgeographischen Standorttheorie lässt sich eine Arztpraxis als privatwirtschaftliches Unternehmen betrachten, das dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit unterliegt⁷⁵. Damit ist auf der einen Seite eine Minimierung der Kosten verbunden, auf der anderen Seite wird eine Maximierung der Produktivität angestrebt⁷⁶, was in Summe Gewinnmaximierung ergibt. Alle Indikatoren, die auf die Gewinnmaximierung ausgerichtet sind, lassen sich zu den harten Standortfaktoren zählen, wobei sie räumlich in Mikro- und Makroebene gegliedert werden können. Dabei ist der Makrostandort die Region d.h. der Planungsbereich, für den eine kassenärztliche Zulassung notwendig ist. Die Mikroebene wäre dann der Standort innerhalb dieses Planungsbereichs, also die Gemeinde bzw. sogar das Grundstück, wo die Praxis geschaffen werden soll. Dabei richtet sich diese Arbeit schwerpunktmäßig auf die Faktoren zur Wahl des Makrostandortes, also Faktoren die, die die regionalen Disparitäten in der hausärztlichen Versorgung erklären können. Dabei ist aber zu beachten, dass die Mikroebene Einfluss nehmen kann auf die Wahl auf der Makroebene, etwa wenn die Wahl eines Planungsbereichs aufgrund der Möglichkeit einer Praxisübernahme im Planungsbereich erfolgt, die den Wünschen und Vorstellungen des entscheidenden Arztes am nächsten kommt. Somit sind also beide Entscheidungsebenen für diese Arbeit relevant.

Im Gegensatz zu Unternehmen mit vielen Standorten (bspw. Supermarktketten) ist der Arzt auf einen Standort beschränkt, was das unternehmerische Risiko bei der Standortentscheidung erhöht⁷⁷. Eine Vertragsarztpraxis als Dienstleistungsbetrieb ist dabei absatzorientiert im Gegensatz zu produktionsorientierten Betriebsformen⁷⁸. Das bedeutet, dass die entscheidenden Faktoren der Standortwahl aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Anzahl und die Struktur der potenziellen Patienten darstellen⁷⁹. Der ist damit als Anbieter abhängig vom Patienten, der in seiner Nachfragefunktion medizinische Leistungen in Anspruch nimmt⁸⁰. Für den Patienten ist bei der Wahl des Arztes wiederum die Zugänglichkeit, also die Erreichbarkeit der Praxis entscheidend, da die Bereitschaft im Krankheitsfall weite Strecken auf sich zu nehmen gering ist⁸¹. Damit ist die örtliche Bevölkerungsdichte der wesentliche Richtwert. Das gilt umso mehr bei Hausärzten, deren Einzugsgebiet noch wesentlich enger gefasst ist als das der Fachärzte. Dies erklärt auch, warum sich in der räumlichen Verteilung von Hausärzten im Gegensatz zu den allgemeinen Fachärzten kein so deutliches Zentrum-Peripherie-Gefälle (vgl. Kap. 3.2.2 und Kap. 3.3.3) zeigt.

⁷⁵ vgl. Schröder 2008, S. 39

⁷⁶ vgl. Hemenway 1982

⁷⁷ vgl. Rebmann 2017b

⁷⁸ vgl. Schätzl 2003

⁷⁹ vgl. Thiele 1982, S. 23ff

⁸⁰ vgl. Hauß 1985

⁸¹ vgl. Schröder 2008, S. 40

Für gewöhnlich ist nämlich die Patientenanzahl auch in kleineren Orten bereits groß genug, um für eine Hausarztpraxis genügend Patienten bieten zu können.

Dabei bieten Praxisstandorte in Wohngebieten mehr lokal ansässige Patienten, wohingegen die Bedeutung von Einpendlern für einen Praxisstandort im Stadtzentrum zunimmt⁸². Bevölkerungsstruktur im Einzugsgebiet einer Arztpraxis kann ebenfalls das Patientenaufkommen beeinflussen. So ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass ältere Menschen und Frauen⁸³ häufiger zum Arzt gehen. Auch Menschen aus eher unteren sozialen Schichten nehmen häufiger medizinische Dienstleistungen in Anspruch⁸⁴. Dadurch in die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in der Bevölkerung sehr heterogen ausgeprägt⁸⁵. Aus diesen soziodemographischen Strukturmerkmalen leitet sich auch die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung ab, wobei besonders ältere Menschen vermehrt unter spezifischen und chronischen Erkrankungen leiden⁸⁶ und somit für den niederlassungsinteressierten Arzt einen Anhaltspunkt bieten, inwiefern er geeignet und willens ist, diese Patientenklientel zu betreuen.

Die in der wirtschaftsgeographischen Standortlehre beschriebene Absatzmenge insbesondere von absatzorientierten Betrieben wie Arztpraxen ist dabei auch abhängig von der Konkurrenzsituation im Einzugsgebiet⁸⁷. Die zurzeit bestehenden regionalen Ungleichheiten in der Ärzteverteilung lassen jedoch den Schluss zu, dass dieser Faktor momentan wenig Gewicht bei der Standortwahl besitzt⁸⁸. Ansonsten hätte dieser Faktor nämlich ausgleichende Wirkung auf die Disparitäten⁸⁹, was ordnungspolitisch sicherlich begrüßenswert wäre. Umgekehrt besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten die Agglomerationsvorteile die Konkurrenzsituation übertrumpfen⁹⁰. Solche Agglomerationsvorteile können bei branchengleichen Betrieben bestehen⁹¹. Hinsichtlich der Arztpraxen stellen medizinische Versorgungszentren (MVZ) ein Beispiel dafür dar, denn hier ballen sich Arztpraxen verschiedener Fachrichtung und steigern so die Wahrnehmung und Attraktivität für die Patienten⁹². Wobei dies auch wiederum zu angebotsinduzierter Nachfrage an medizinischen Leistungen führen kann⁹³.

Die Mehrzahl an Fachautoren zum Thema Standortwahl von Vertragsärzten räumt den ökonomischen Motiven die größte Bedeutung ein⁹⁴. Dabei wird das Prinzip der Gewinnmaximierung bei Vertragsärzten auch von einigen Autoren bestritten, da diese nur aus Gründen der reinen Selbsterhaltung heraus ökonomisch agieren würden⁹⁵ und dem Gewinnstreben von Vertragsärzten ethische und legislative Grenzen gesetzt sind⁹⁶. Dies untermauert auch die Honorarver-

⁸² vgl. Schröder 2008, S. 40

⁸³ vgl. Thiele 1982, S. 29

⁸⁴ vgl. Hauß 1985

⁸⁵ vgl. Schröder 2008, S. 41

⁸⁶ vgl. Schröder 2008, S. 41

⁸⁷ vgl. Schätzl 2003

⁸⁸ vgl. Schröder 2008, S. 42

⁸⁹ vgl. Thiele 1982, S. 33

⁹⁰ vgl. Schätzl 2003, S. 32

⁹¹ vgl. Thiele 1982, S. 34

⁹² vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 13

⁹³ vgl. Schröder 2008, S. 42

⁹⁴ vgl. Schröder 2008, S. 42

⁹⁵ vgl. Thiele 1982, S. 17

⁹⁶ vgl. von Troschke 2004

teilung an Vertragsärzte, die pro Quartal Maximalgrenzen an Behandlungsfällen beinhaltet und von den KVen sowie den Gesetzgeber reguliert wird⁹⁷. Den Krankenkassen fällt dabei eine Aufsichtsrolle zu, deren Wahrnehmung schon aus Eigeninteresse ernst genommen wird⁹⁸.

2.3. Wirkungsspektrum weicher Faktoren der Standortwahl

Die weichen Standortfaktoren, also die subjektiv-emotionalen Gesichtspunkte der Standortwahl von Vertragsärzten wurden bislang weniger intensiv untersucht als die harten Standortfaktoren, denen bislang mehr Bedeutung zugemessen wird⁹⁹. Dabei machen auch Zeitaufwand und hohe Kosten eine Untersuchung wenig reizvoll¹⁰⁰. Dennoch bleibt die Standortentscheidung immer auch eine persönliche Festlegung des Praxisinhabers, womit auch gewisse Erwartungen der Privatperson an den Standort verbunden sind. Bei der Standortwahl kommen somit objektive und subjektive Beweggründe zusammen¹⁰¹. Dabei ist zu beachten, dass die Möglichkeit rationaler Entscheidungsfindung mit der Größe eines Unternehmens zunimmt¹⁰², was bei einer Praxis als kleines Unternehmen im Umkehrschluss bedeutet, dass weiche Faktoren eine tragende Rolle bei der Standortwahl einnehmen. Zudem wird bei kleiner Betriebsgröße die Strategie des sog. „muddling through“, also des „Durchwurschtelns“ wahrscheinlicher, was bedeutet, dass nicht mehr der optimale Standort, sondern befriedigendste gefunden wird¹⁰³. Das gilt zum Beispiel bei der Wahl des Praxisstandortes in Abhängigkeit vom eigenen Wohnort, wo die nähere Wohngegend als Standort der Praxis präferiert wird, selbst wenn ein weiter entfernter Ort ein besseres Einzugsgebiet hätte¹⁰⁴. Ein weiteres Beispiel wäre die Wahl des Praxisstandortes in Nähe des bisherigen Lebensmittelpunktes (z.B. der bisherigen Universität als Ausbildungsstätte oder dem Heimatort des Elternhauses).

Ein einmal gewählter Praxisstandort bleibt zumeist für die gesamte Berufslaufbahn eines Vertragsarztes bestehen, selbst wenn andere Standorte im Laufe der Zeit wesentlich bessere ökonomische Aussichten herausbilden. Dies liegt an individuellen Wanderungswiderständen, die eine entsprechend hohe Bedeutung für den Praxisinhaber haben¹⁰⁵. Dazu zählen die familiäre Situation, mit der Zeit herausgebildete Präferenzen am Praxisstandort, fehlendes Wissen bzw. Interesse über alternative Standorte sowie der mit einem Standortwechsel verbundene erhebliche Aufwand. Eben diese Immobilität der Praxisstandorte wird auch als ein möglicher Grund für das herausgebildete Ungleichgewicht von medizinischem Bedarf und regional vorhandenen Arztpraxen angesehen, wie es in der Bedarfsplanung in Form von regionalen Disparitäten der Versorgungsgrade zum Ausdruck kommt¹⁰⁶ (vgl. Kap. 3.2.4).

Auch die privaten Bedürfnisse als weicher Faktoren können Einfluss auf die Standortentscheidung eines Vertragsarztes nehmen. So besteht aufgrund von Kosten in der Raumüberwindung

⁹⁷ vgl. Schröder 2008, S. 39

⁹⁸ vgl. Thiele 1982, S. 18

⁹⁹ vgl. Schröder 2008, S. 42

¹⁰⁰ vgl. Meyer-Stamer 1999, S. 8

¹⁰¹ vgl. Schröder 2008, S. 42

¹⁰² vgl. Thiele 1982, S. 38

¹⁰³ vgl. Thiele 1982, S. 38

¹⁰⁴ vgl. Schröder 2008, S. 43

¹⁰⁵ vgl. Thiele 1982, S. 41

¹⁰⁶ vgl. Schröder 2008, S. 43

ein Anreiz für den Arzt, seinen Wohnort in Nähe seines Praxisstandortes zu beziehen. Umgekehrt muss die Region damit den Erwartungen eines Vertragsarztes und seines familiären Umfeldes an den Wohnort erfüllen. Dabei zeigen ältere Untersuchungen, dass Vertragsärzte häufig Praxis- und Wohnstandort kombinieren¹⁰⁷. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass bis zum Jahr 2012 der Wohnort mit der Erteilung einer kassenärztlichen Zulassung innerhalb des Zulassungsbezirks für einen Vertragsarzt vorgeschrieben war (Residenzpflicht)¹⁰⁸. Die Residenzpflicht entfiel erst mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (VstG), mit einer entsprechenden Änderung von § 24 Abs. 2 Satz 2 in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)¹⁰⁹. Neben der engen Bindung von Wohn- und Praxisstandort ist auch die Bindung von Ausbildungs- und Praxisstandort in Untersuchungen belegt worden, wobei dieser Aspekt ebenfalls auf die während des Studiums aufgebauten sozialen Kontakte zurückgeführt wird¹¹⁰. Hinsichtlich des familiären Umfeldes kann für Ärzte in der Standortwahl auch entscheidend sein, dass am Wohnort genügend und qualitativ hochwertige Ausbildungsangebote für die eigenen Kinder bestehen¹¹¹. Dies gilt umso mehr, wenn man davon ausgeht, dass Arztkinder sich für höhere Bildung entscheiden. Dieser Faktor würde demnach eher städtische Regionen begünstigen¹¹². Ferner kann auch ein besonderes Freizeitangebot die Standortentscheidung eines Arztes beeinflussen. Dazu zählt bspw. Kultur-, Sport- und Unterhaltungsangebot wie auch die Attraktivität der Natur einer Region¹¹³. Dass diese Freizeitfaktoren ein Gewicht haben, induziert auch Abb. 11, aus der hervorgeht, dass besonders landschaftlich reizvolle Regionen wie Westerland und Oberstdorf im Alpenvorland hohe Versorgungsgrade, d.h. viele Ärzte aufweisen.

Da weiche Standortfaktoren wie eingangs dargestellt auch unternehmensbezogene Faktoren wie das Verhalten der öffentlichen Verwaltung und politischen Entscheidungsträger, die Arbeitnehmermentalität oder das Wirtschaftsklima einbeziehen, soll die Einteilung der Faktoren in dieser Arbeit an der Schnittstelle Unternehmer-Privatmensch des Praxisinhabers erfolgen. Demzufolge lassen sich unternehmerische und private Faktoren ableiten.

2.4. Ableitung unternehmerischer Standortfaktoren

Das unternehmerische Ziel der Gewinnmaximierung lässt sich aus Sicht des Vertragsarztes vor seiner Standortentscheidung in verschiedene Aspekte aufteilen. Dabei ist von besonderer Relevanz ob es sich bei der Niederlassung eines Vertragsarztes um eine Praxisneugründung, eine Praxisübernahme eines Vorgängers oder den Einstieg in eine bestehende Praxis handelt. Abhängig von der Art der Niederlassung bestehen unterschiedliche ökonomische Vor- und Nachteile.

Bei der Praxisneugründung besteht bei Erwerb einer kassenärztlichen Zulassung innerhalb eines Planungsbereichs der Bedarfsplanung weitgehende Freiheit in Wahl des Praxisstandortes, die nur durch die Verfügbarkeit an geeigneten Praxisräumen oder -grundstücken sowie dem verfügbaren Budget zur Praxisgründung eingeschränkt sind. Auf der anderen Seite fehlen da-

¹⁰⁷ vgl. Thiele 1982, S. 38ff

¹⁰⁸ vgl. KVBB 2012

¹⁰⁹ vgl. KVBB 2012

¹¹⁰ vgl. Thiele 1982, S. 44 & Schröder 2008, S. 44

¹¹¹ vgl. Thiele 1982, S. 44f

¹¹² vgl. Thiele 1982, S. 39 & Schröder 2008, S. 44

¹¹³ vgl. Schröder 2008, S. 45

gegen auf Erfahrungen basierende Informationen zur Patientenklientel und den Verdienstmöglichkeiten vor Ort. Diese müssen dann auf Basis eigener Ortskenntnisse oder frei zugänglicher raumstruktureller Daten selbst eingeschätzt werden. In solchen Fällen unterstützen die KVen¹¹⁴ sowie ärztliche Berufsverbände den niederlassungswilligen Vertragsarzt in seiner Standortentscheidung. Daneben gibt es auch zahlreiche private Unternehmen die sich auf die Standortberatung von Vertragsärzten spezialisiert haben¹¹⁵. Neuzulassungen sind dabei nur in Planungsbereichen der Bedarfsplanung möglich, die mit einem Versorgungsgrad von unter 110% nicht überversorgt sind (vgl. Kap. 3.2.4).

Eine Standortentscheidung auf Basis einer Praxisübernahme fußt dagegen für gewöhnlich auf einem Einblick in die bisherige Praxisbilanz und der daraus abgeleiteten Kenntnis des Patientenaufkommens, sowie der bisherigen Betriebskosten. Darüber hinaus bietet die Praxisübernahme den Vorteil, auch Personal und Patienten übernehmen zu können¹¹⁶. Für den interessierten Praxisnachfolger ist auch zu prüfen, inwiefern er die vom Vorgänger erbrachten medizinischen Leistungen erbringen kann bzw. ob auch ein erweitertes Leistungsspektrum positive Wirkung entfaltet. Dabei sind viele weitergehende medizinische Leistungen gegenüber der zuständigen KV gesondert genehmigungspflichtig, um dafür Honorare erhalten zu können¹¹⁷. Eine große Last besteht bei vielen Praxisübernahmen im käuflichen Erwerb der Praxis und ggf. einer Sanierung bzw. Neuanschaffungen in der Ausstattung. Die Kosten der Praxisübernahme sind dabei häufig abhängig vom Verhältnis zwischen Vorgänger und Nachfolger. Dabei sind Senior-Junior-Beziehungen, freundschaftliche Beziehungen oder die Übernahme von einem bisher unbekanntem Vorgänger denkbar¹¹⁸, wobei zu beachten ist, dass der Arztberuf eine hohe Selbstrekrutierungsrate hat¹¹⁹. Sollte die Übernahme von einem unbekanntem Vorgänger erfolgen, so ist der Marktwert der Praxis, der sich aus dem Substanzwert und dem immateriellen Wert (good will) ergibt, zu ermitteln¹²⁰. Dabei ist für den Nachfolger die Frage offen, inwiefern es ihm gelingt, den bisherigen Patientenstamm zu halten. Dies ist wiederum abhängig vom Patientenvertrauen, das bei Juniornachfolgern gemeinhin höher ist¹²¹, als auch von der örtlichen Konkurrenzsituation bzw. Alternativen aus Patientensicht. Praxisübernahmen sind im Vergleich zu Praxisneugründungen weniger strengen Bedarfsplanungs-Auflagen unterworfen. So droht dem bisherigen Praxis- und Zulassungsinhaber erst bei extremer Überversorgung von einem Versorgungsgrad über 140% der Praxisaufkauf durch die KV¹²² (vgl. Kap. 3.2.4), andernfalls kann die Zulassung prinzipiell durch den Zulassungsausschuss an einen Nachfolger weitergegeben werden.

Der Einstieg in eine bestehende Praxis setzt den Willen des Praxisinhabers voraus. Der Vorteil dieses Berufseinstiegs liegt in dem Nutzen bereits aufgebauter Strukturen, der Risikoteilung und der Reduzierung an organisatorischem Aufwand. Ähnlich der Praxisübernahme entfällt auch in diesem Fall die Entscheidungsfreiheit über den Mikrostandort der Praxis. Durch das vermehrte Aufkommen von Gemeinschaftspraxen und MVZ gewinnt diese Form des Berufsein-

¹¹⁴ vgl. KV RLP 2013

¹¹⁵ vgl. David-Gruber & Herzog 2003 sowie Rebmann 2017a

¹¹⁶ vgl. Schröder 2008, S. 44

¹¹⁷ vgl. KBV 2017a

¹¹⁸ vgl. Schröder 2008, S. 44

¹¹⁹ vgl. Thiele 1982, S. 39

¹²⁰ vgl. Bundesärztekammer & KBV 2008, S. 4

¹²¹ vgl. Böge 1973, S. 15

¹²² vgl. Rebmann 2017b

stiess immer mehr an Bedeutung. Eine kassenärztliche Zulassung für einen Praxiseinstieg wird nur dann erteilt, wenn der Versorgungsgrad im Planungsbereich unter 110% liegt.

2.4.1.Ökonomische Tragfähigkeit

Um eine Standortentscheidung auf Basis der Gewinnaussichten vornehmen zu können, müssen diese eingeschätzt werden. Dabei gibt es in Abhängigkeit der Form der Niederlassung wie in Kap. 2.4 dargestellt Unterschiede hinsichtlich des Informationsgrades. Für Praxisneugründungen muss die Einschätzung anhand raumstruktureller Daten erfolgen, bei einer Übernahme können die zu erwartenden Gewinne aus der Bilanz des Vorgängers heraus eingeschätzt werden.

Wie in Kap. 3.3.2 dargestellt errechnet sich der spätere Netto-Verdienst eines Praxisinhabers aus den Gesamteinnahmen für medizinische Leistungen unter Abzug der Gesamtaufwendungen vor allem für Personal und Miete der Praxisräume sowie den Steuern und Versicherungsbeiträgen und etwaigen Praxisinvestitionen¹²³. Folglich muss es im laufenden Praxisbetrieb zur Maximierung des Verdienstes Ziel sein, möglichst viele medizinische Leistungen erbringen zu können und umgekehrt möglichst geringe Miete und Lohnkosten zu zahlen. Dabei korreliert die Zahl der medizinischen Dienstleistungen mit der wöchentlichen Arbeitszeit, ist also nach oben hin begrenzt. Nichtärztliches medizinisches Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte bzw. Arzthelfer) wird je nach Tätigkeitsfeld und Qualifikationsgrad nach Tariflohn bezahlt¹²⁴, wodurch keine regionalen Unterschiede zu erwarten sind und sich hier für den niederlassungswilligen Arzt bezüglich der Wahl seines Praxisstandortes wenig Gestaltungsspielraum zur Kostenreduzierung bietet. Einzig bei Mieten bzw. Kaufpreise für Praxisräume oder -grundstücke gibt es regionale und auch lokale Disparitäten, die sich durch entsprechende Standortwahl ausnutzen ließen.

Die Möglichkeit der konkreten Kalkulation der Gewinnaussichten hängt also wesentlich davon ab, ob es sich bei der Niederlassung als Vertragsarzt um eine Neuzulassung oder eine Praxisnachfolge handelt. Handelt es sich um eine Praxisnachfolge, so beruht die Bewertung auf fundierter, nur intern zugänglicher Datenlage. Handelt es sich um eine Neuzulassung, so erhalten die übrigen raumstrukturellen Faktoren höheres Gewicht.

Auf dem Land bestehen dabei nach Experteneinschätzung¹²⁵ bessere Verdienst-Möglichkeiten für Hausärzte (I6, Z18; I8, Z16; I2, Z8). Dies liegt zum einen an geringen Kosten (v.a. für die Praxis-Immobilie) und zum anderen am größeren Patientenaufkommen (I8, Z16; I2, Z17). So gesehen können verdienstorientierte Hausärzte eher in ländliche Räume gezogen werden. In dieser Untersuchung wird interessant zu sehen sein, für wie viele Hausärzte die Gewinnaussichten bei der Standortwahl von Hausärzten hatten und wie sich die Bedeutung dieses Faktors im Laufe der Jahre entwickelt hat.

2.4.2.Patientenklientel

Anzahl der Patienten

¹²³ vgl. ZiPP 2016, S. 42

¹²⁴ vgl. Bundesärztekammer & KBV 2016, S. 892

¹²⁵ zur Signatur der Expertengespräche in dieser Arbeit s. Kap. 1.6

Bei einer Arztpraxis handelt es sich wie in 2.2 dargestellt um ein absatzorientiertes Unternehmen, das seine „Kunden“ (Patienten) aus dem eigenen Einzugsgebiet rekrutiert. Folglich sollte es ein Ziel der Standortwahl sein, möglichst viele Einwohner als potenzielle Patienten im Einzugsbereich der Praxis zu erhalten. Dementsprechend wären auf regionaler Ebene dicht besiedelte Regionen den dünner besiedelten vorzuziehen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Hausärzte medizinische Basisdienstleistungen anbieten, für die die Patienten keine zu weiten Wege in Kauf nehmen und es eine Vielzahl an Hausärzten gibt. Beide Faktoren schränken damit den hausärztlichen Einzugsbereich ein, womit die lokale Bevölkerungsdichte bspw. auf Orts- oder Stadtteilebene gegenüber der regionalen Bevölkerungsdichte an Bedeutung gewinnt und dadurch auch innerhalb ländlich strukturierter Räume Standorte mit hohem Patientenaufkommen gegeben sind.

Neben der Anzahl an potenziellen Patienten ist deren demographische Struktur ein entscheidender Hinweis darauf, wie viele der im Einzugsgebiet lebenden Menschen tatsächlich medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Dabei zeigt sich, dass vor allem Frauen und ältere Menschen häufiger zum Arzt gehen¹²⁶. Frauen haben dabei ein größeres Gesundheitsbewusstsein und ältere Menschen sind krankheitsanfälliger und brauchen darum mehr ärztlichen Kontakt. Bei der Geschlechterzusammensetzung ortsansässiger Bevölkerung gibt es in der Regel nur schwache regionale oder lokale Unterschiede. Daher ist die Altersstruktur der wichtigere Indikator für das zu erwartende Patientenaufkommen. Ältere Menschen haben eine höhere Morbidität und sind gleichzeitig oft in ihrer Mobilität eingeschränkt. Dabei gilt es zu beachten, dass sich die aktuelle demographische Struktur im Einzugsgebiet im Laufe des Berufslebens eines Arztes wandelt¹²⁷. Von Überalterung betroffene Räume können aufgrund zu erwartender höherer Mortalität in einigen Jahrzehnten signifikant an Bevölkerungsdichte und damit an Patientenpotenzial einbüßen, wenn den Verstorbenen nicht neugeborene oder zugezogene Menschen folgen.

Gleichzeitig stellt sich für ländliche Räume das Problem, dass diese einen hohen Anteil an Hausbesuchen wegen mehr vieler älterer (also häufiger nicht mobiler) Patienten erfordern, was sich wirtschaftlich für den Hausarzt meist nicht rechnet¹²⁸.

Durch diese räumliche Variation im Patientenaufkommen können Hausärzte heute durch ihre Standortentscheidung implizit vielfach wählen, ob sie lieber mehr oder weniger Patienten betreuen möchten. Als Standortfaktor ist ein höheres Patientenaufkommen in ländlichen Räumen für Hausärzte nämlich durchaus ambivalent in seiner Wirksamkeit. Motive für mehr Patienten können dabei natürlich ökonomisch aber auch altruistisch sein, wenn es den Hausärzten entweder um ein höheres Einkommen oder um mehr Hilfe für medizinisch bedürftige Menschen geht. Umgekehrt gibt es auch Motive, zu viele Patienten zu meiden. Dies gilt zum Beispiel für Hausärzte, die viel Wert auf Freizeitgestaltung legen und ganz allgemein solche Ärzte, denen das eigene Privatleben sehr wichtig ist. Mehr Patienten bedeuten nämlich auch eine höhere Arbeitsbelastung, und zwar zeitlich wie auch psychisch, wenn nicht mehr genügend Zeit zur eigentlich erforderlichen Behandlung jedes einzelnen Patienten bleibt. Die Patientenzahl kann sich dadurch auch umgekehrt auf hausärztliche Standortpräferenzen auswirken, wenn dadurch die Arbeitslast zu groß wird (I2, Z8 & 17).

Anteil wohlhabender Patienten

¹²⁶ vgl. Thiele 1982, S. 29

¹²⁷ vgl. Rebmann 2017b

¹²⁸ vgl. Schade & Winkel 2015, S. 47

Neben der demographischen Struktur beeinflusst auch die sozioökonomische Struktur der Bevölkerung im Einzugsgebiet der Praxis deren Umsatz. So ist nachgewiesen, dass sozial höhergestellte Bevölkerungsgruppen seltener medizinische Leistungen in Anspruch nehmen¹²⁹, weil sie gesünder leben¹³⁰. Umgekehrt nimmt die Sicherheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit mit dem Bildungsniveau der Bevölkerung ab¹³¹. Vermehrte Arztbesuche unterer sozialer Schichten sind damit die Folge. Während sich also ein hoher Bevölkerungsanteil aus sozial unteren Schichten positiv auf das Patientenaufkommen auswirkt, kann dieser Umstand aufgrund der geringen Kaufkraft gleichzeitig die Inanspruchnahme zusätzlicher privat finanzierter medizinischer Dienstleistungen verringern. Hier steckt für den niederlassungswilligen Arzt bei entsprechender Zusatzqualifikation (bspw. Sonographie)¹³² oder besonderem Schwerpunktfeld durchaus Umsatzpotenzial. Außerdem steigt der Anteil der Privatversicherten mit der Kaufkraft, da ab einem Bruttoverdienst von 57.600 Euro pro Jahr die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt¹³³. Die Standortwahl anhand der sozioökonomischen Struktur innerhalb des Einzugsgebietes ist also ein zweiseitiges Schwert: Einerseits führt ein hoher Anteil an Menschen aus unteren sozialen Schichten zu größerem Patientenaufkommen, andererseits begünstigt ein Einzugsgebiet mit hoher Kaufkraft die Durchführung lukrativer Behandlungsmethoden. Dennoch zieht es gerade viele Ärzte in die sozioökonomisch attraktiveren Regionen, wobei es sich zumeist um Städte handelt¹³⁴.

Somit kann alternativ zum hohen Patientenaufkommen auch ein hoher Anteil an Privatpatienten ein großes hausärztliches Einkommen sichern (I7, Z17-18), wobei hier keine zusätzliche Arbeitslast entsteht. Damit gilt diese Form der Einkommenssteigerung als wesentlich attraktiver. Der Anteil der PKV-Versicherten ist jedoch in Städten wiederum größer (I5, Z26 & I4, Z55), so dass dieser Faktor eher dem ländlichen Raum als Standort entgegen wirkt. Die Sogwirkung des hohen PKV-Anteils hält sogar Praxen in landschaftlich attraktiven Regionen (wie bspw. Oberbayern) mit hoher Hausarztichte und somit potenzieller Konkurrenz ausreichend rentabel (I7, Z19), wobei diese zumindest nicht so viel Einkommen generieren können wie Praxen in unterversorgten Räumen (I5, Z5). Vor allem in Metropolen gibt es gar Hausärzte, die sich allein auf die Behandlung von Privatpatienten spezialisiert haben und folglich ohne Kassenzulassung tätig sein können (I7, Z20).

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass das Patientenaufkommen und damit die Verdienstmöglichkeiten auf dem Land zwar wesentlich besser sind, dies jedoch immer weniger Gewicht im Standortentscheidungsprozess hat und aufgrund der großen Patientenzahl auch zulasten der Freizeit geht. Attraktiver erscheint daher eine möglichst hohe Gewinnerzielung mithilfe von Privatpatienten, die wiederum vermehrt in Städten leben.

Vor allem für aus dem Ausland zugezogene Hausärzte kann jedoch auch das in ländlichen Räumen Deutschlands gegenüber vielen ost- und südeuropäischen Regionen höhere Wohlstandsniveau in der Bevölkerung eine Anziehungskraft entfalten, weshalb auch dieser Faktor durchaus für Hausärzte im ländlichen Raum als Niederlassungsmotiv infrage kommen kann.

¹²⁹ vgl. Kiess & Heimisch 2012

¹³⁰ vgl. Pawson 1991, S. 16ff

¹³¹ vgl. Hauß 1985

¹³² vgl. Schnack 2013

¹³³ vgl. Vermittlungsgesellschaft für Verbraucherverträge AG 2017

¹³⁴ vgl. Arentz 2017, S. 26

2.4.3. Verfügbarkeit der Kassenzulassung

Die Form der Niederlassung bestimmt für den Hausarzt den Gestaltungsspielraum bei der Wahl der Planungsregion. Falls für einen Arzt nur eine Praxisneugründung in Betracht kommt, ist die Auswahl an Regionen nach der aktuellen Bedarfsplanung auf solche mit einem hausärztlichen Versorgungsgrad von unter 110% beschränkt. Die Praxisnachfolge mit Weitergabe der kassenärztlichen Zulassung ist in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 140% möglich. Dieser Versorgungsgrad wird gegenwärtig nicht nur in den vermeintlich attraktiveren urbanen Räumen erzielt, sondern durchaus auch in vielen vor allem landschaftlich attraktiven Räumen abseits der Metropolen (s. Abb. 11). Doch auch in übrigen ländlichen Räumen kann heute nominelle Überversorgung bestehen, bspw. wenn der Gebietszuschnitt eines Mittelbereichs ungünstig ist und die darin tätigen Hausärzte innerhalb dieses Raumes ungleich verteilt sind. Darüber hinaus ist auch der Erhalt einer Zulassung in eigentlich überversorgten Planungsbereichen möglich, wenn es einen zusätzlichen lokalen Sonderbedarf in der Region gibt. Diese Entscheidung unterliegt dem jeweiligen Zulassungsausschuss, der sich aus Vertretern der KV und den GKV-Spitzenverbänden zusammensetzt. Begünstigt wird die Erteilung einer Zulassung für den Fall, dass vonseiten des beantragenden Arztes besondere medizinische Dienstleistungen erbracht werden, die so bislang noch nicht in dem Planungsbereich angeboten werden. Insgesamt hat die Verfügbarkeit einer Kassenzulassung für Ärzte immer dann den Charakter eines Standortfaktors, wenn sie für ursprünglich präferierte Regionen ausschließlich wirkt.

Die Bedarfsplanung hat damit hinsichtlich der Standortwahl von Hausärzten einschränkende Wirkung. Dabei ist zu untersuchen, welchen Stellenwert innerhalb des Sets an Standortfaktoren eine verfügbare kassenärztliche Zulassung für Hausärzte bei ihrer Niederlassung hatte und ob dieser Stellenwert in den letzten Jahren aufgrund des Mangels an Nachwuchsmedizinern abgenommen hat.

2.4.4. Agglomerationseffekte

Hausärztliche Konkurrenz

Ein wesentlicher Anlass zum Aufbau und der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Deutschland waren die rapide steigenden Kosten für das Gesundheitssystem. Diese kamen dadurch zustande, dass in Regionen mit mehr Arztsitzen auch mehr medizinische Leistungen in Anspruch genommen und dementsprechend auch abgerechnet wurden¹³⁵. Dieser Umstand verdeutlicht ein Phänomen, dass mit zunehmendem Angebot an medizinischen Dienstleistungen auch die Nachfrage steigt. Man spricht dabei von angebotsinduzierter Nachfrage¹³⁶. Dieser Wirkungsmechanismus garantiert Ärzten in ihrer Standortwahl trotz aller regionalen Unterschiede einen Grundsockel an Umsatz, wodurch auch etwaige Nachteile durch Konkurrenz im Einzugsgebiet einer Praxis in den Hintergrund rücken können. Dennoch kann die bereits bestehende relativ gute Abdeckung im Wunschgebiet für einen niederlassungswilligen Arzt ein Faktor sein, diese Region bei einer Ansiedlung zu meiden.

Facharzt-Agglomeration

Demgegenüber steht jedoch die Tatsache, dass angebotsinduzierte Nachfrage an bestimmten Standorten auf Mikroebene auch geschäftsfördernd wirken kann. Dies kann dann gelten, wenn

¹³⁵ vgl. Breyer, Zweifel & Kifmann 2004, S. 345

¹³⁶ vgl. Breyer, Zweifel & Kifmann 2004, S. 345

zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen ergänzende oder aufeinander aufbauende medizinische Dienstleistungen anbieten und ihre räumliche Nähe zueinander dadurch komplementär wirkt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Hausärzte den medizinischen Grundbedarf decken. Sie würden also nur dann von der Nähe zu Fachärzten profitieren, wenn diese bei ihren Patienten Krankheiten vermuten, die in den hausärztlichen Zuständigkeitsbereich fallen. Doch selbst bei diesen wenigen Fällen gilt der Umstand, dass Fachärzte auch befugt sind, bestimmte hausärztliche medizinische Leistungen zu erbringen. Die räumliche Nähe zur Praxis einer anderen Fachrichtung ist damit für Hausärzte eher wenig lukrativ, für Fachärzte kann sie umgekehrt sehr lukrativ sein, wenn Hausärzte ihre Patienten entsprechend überweisen.

Ein wesentlicher Vorteil in der räumlichen Konzentration von Arztpraxen auf Mikroebene besteht jedoch in der damit einhergehenden höheren Wahrnehmung der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten im Krankheitsfall aufgrund des höheren Bekanntheitsgrades eher den Standort mit der Konzentration an Arztpraxen ansteuern, als solche Arztpraxen, die sich in Streulage befinden. Dieser Umstand könnte auch durchaus dazu führen, dass an belebten Orten mit hoher Tagesbevölkerung „Laufkundschaft“ generiert wird.

Agglomerationsvorteile können also bei der Wahl des Praxisstandortes insofern ein Faktor sein, als dass Konkurrenzsituationen auf regionaler Ebene eher zu meiden sind, wohingegen die Ansiedlung auf Mikroebene in der Nähe weiterer Arztpraxen auch für Hausärzte begünstigend wirken kann.

Für Hausärzte ist eine gute regionale Facharztausstattung überdies vor allem von Bedeutung, weil sie sich als Koordinierungsstelle für die ärztliche Behandlung ihrer Patienten verstehen und diese Rolle ist ihnen auch im vertragsärztlichen Versorgungssystem zugewiesen. Folglich braucht es häufig Austausch, v.a. mit den Kollegen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Orthopäden, Urologen und Kinder-ärzte). Gleichzeitig soll diese enge Verzahnung der Gesundheit des Patienten zugutekommen, indem der Hausarzt als Generalist den Überblick über verschiedene Symptome, Messwerte und Diagnosen behält. Der Austausch mit fachärztlichen Kollegen wie auch die Überweisung von Patienten an sich gestaltet sich bei räumlicher Nähe leichter. Im Idealfall finden sogar Treffen zwischen den Ärzten statt und es entstehen effiziente Austauschbeziehungen der Ärzte untereinander. Die fachärztliche Versorgung wiederum konzentriert sich regional zumeist auf die größeren Orte, oft auch nur auf einen Ort. In manchen Regionen wiederum ist der Besatz an Fachärzten nicht so ausgeprägt. Somit könnte die regionale Facharzt-Agglomeration auch Hausärzte in ihrem Standortfindungsprozess leiten.

Klinik-Agglomeration

Das Zusammenspiel von Hausärzten und Kliniken kommt besonders dann zum Tragen, wenn Patienten schwerwiegende Erkrankungen haben, deren Behandlung bzw. Untersuchung nur stationär erfolgen kann oder wenn Hausarzt-Patienten bei Vorstellung als medizinischer Notfall einzustufen sind. So gesehen kann es für Hausärzte von Bedeutung sein, ob eine Klinik in räumlicher Nähe zum Praxisstandort vorhanden ist und wie diese ausgestattet ist bzw. welche Fachabteilungen sie beherbergt. Eine besondere Form der Zusammenarbeit stellt dabei der Belegarzt dar, der als niedergelassener Arzt in einem Krankenhaus einige Betten zur Behandlung seiner Patienten belegt. Deren Zahl ist in Deutschland jedoch stark rückläufig. Zudem gehören die allermeisten Belegärzten Fachrichtungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung an. Lediglich 32 von 4.599 Belegärzten in Deutschland gehörten 2018 der hausärztlichen Ver-

sorgung an¹³⁷, weshalb diese Form der Berufsausübung für Hausärzte nicht von Relevanz in der Flächenversorgung ist.

Absolventen der Humanmedizin sind dennoch durch den Ort ihrer Universitätsklinik vorgeprägt (I7, Z15) und möchten ungern auf dort liebgewonnene Möglichkeiten der individuellen Lebensgestaltung sowie dem dazugehörigen (v.a. auch beruflichen) Freundschafts- und Kontaktenetz verzichten (I3, Z21). Solche Verlustängste sind damit ebenfalls ein starker Pull-Faktor typischerweise eher urbaner Studienorte mit ihrem suburbanen Umfeld. In besonderer Weise wirken sich hier auch die zahlreichen beruflichen Kontakte aus dem Medizinstudium aus, die insbesondere auch in die umliegenden Praxen und Lehrkrankenhäuser reichen, wo Studierende bevorzugt das vorgeschriebene Praktische Jahr (PJ) sowie die Famulatur absolvieren (I5, Z24; I4, Z9-10). Anschließend erfolgt die fachliche Weiterbildung, deren Ort durch die entstehenden beruflichen Kontakte ebenfalls Einfluss auf die spätere Standortwahl nehmen kann (I3, Z23). Dieser Ausbildungsabschnitt beinhaltet umgekehrt jedoch auch die Chance zum Kontaktaufbau in die Kliniken und Praxen ländlicher Räume (I3, Z23). Dementsprechend wird der berufliche Kontaktaufbau in den ländlichen Raum von vielen Seiten unterstützt, z.B. durch Modellprojekt zum PJ im bayerischen Dillingen (I3, Z24) oder Initiativen durch Oberfranken Offensiv (I1, Z14).

Insgesamt steht damit durchaus zu prüfen, inwiefern Kliniken und Praxen Anziehungskraft auf Hausärzte bei der Niederlassung ausüben können, selbst wenn sie im ländlichen Raum fernab der ursprünglichen Uniklinik gelegen sind.

2.4.5. Finanzielle Anreize

Gerade in den letzten Jahren wurden von den Landesministerien, KVen und anderen Akteuren (v.a. auch vielen unter Ärztemangel leidenden Landkreisen und Kommunen) diverse Instrumente geschaffen, Programme aufgelegt oder konkrete Einmalzahlungen ausgelobt, um so über finanzielle Förderungen Hausärzte in unterversorgte Regionen zu lenken (s. Kap. 3.5.3). Das Ziel finanzieller Anreize ist es dabei, dem niederlassungswilligen Arzt an bestimmten Standorten die Gründung und den Betrieb einer Praxis zu erleichtern bzw. nahezulegen. Von den meisten Experten wird jedoch die Ansicht vertreten, dass der Verdienst als Anreiz bei der ärztlichen Standortwahl mittlerweile keine große Bedeutung mehr hat (I6, Z17). Daher können auch finanzielle Anreize die Standortwahl nicht mehr in großem Maße beeinflussen (I6, Z28). Dennoch gab es auch in früheren Zeiten schon finanzielle Förderung bzw. Begünstigungen für Ärzte im Niederlassungsprozess, bspw. durch günstige Kreditkonditionen.

Denkbar ist heute sogar eine Umkehr des Wirkungsmechanismus finanzieller Fördermaßnahmen. Die medizinische Ausbildung gilt als einer der schwersten Studiengänge in Deutschland. Dementsprechend liegt der Entscheidung für ein Medizinstudium und dessen anschließende Absolvierung eine Erwartungshaltung an das spätere Berufsleben seitens der Studierenden zugrunde. Die Schaffung finanzieller Anreize könnte nun für die Ärzte suggerieren, dass es sich bei der entsprechenden Region um ein sehr unattraktives Gebiet handelt. Folglich könnten finanzielle Fördermaßnahmen abschreckende Wirkung über ein schlechtes Image aufbauen bzw. verstärken. Grundsätzlich ist somit bei diesem Standortfaktor durchaus offen, ob er nur begünstigend oder auch abschreckend auf die Standortentscheidung wirkt.

¹³⁷ vgl. KBV 2019

2.5. Ermittlung privater Faktoren

Da insbesondere das Ziel der Gewinnmaximierung als wichtigste Maßgabe der Tätigkeit und damit auch der Standortwahl von Ärzten oft in Zweifel gezogen wird¹³⁸ und es durch nachgewiesene angebotsinduzierte Nachfrage an fast allen Standorten möglich wäre eine rentable Praxis zu führen, erhalten persönliche Motive umso mehr Gewicht im Standortentscheidungsprozess.

Private Standortfaktoren sind eng an den Charakter und der persönlichen Situation eines Arztes bei Erwerb der Zulassung geknüpft und können folglich eher noch als unternehmerische Faktoren zu unverhergesehenen bzw. unbeabsichtigten Veränderungen im Laufe der Zeit führen. Sie betreffen das soziale Umfeld und die eigenen Neigungen und Interessen eines Arztes und unterliegen damit im Gegensatz zu ökonomischen Faktoren in viel stärker der subjektiven Wahrnehmung.

Wie schon in Kap. 2.3 dargestellt erfordert die Berufsausübung als Hausarzt durch hohe und unflexible Präsenzzeiten am Arbeitsplatz in der Regel eine enge räumliche Bindung von Arbeits- und Wohnort. Gleichzeitig ist die Standortentscheidung auch von weiteren Familienmitgliedern abhängig, sofern der niederlassungswillige Arzt in fester Partnerschaft ist und/ oder eigene Kinder hat. Dabei stehen dem Arzt und ggf. seiner Familie nur begrenzte Ressourcen zur Einschätzung von Standorten zur Verfügung, womit nicht alle Standorte dezidiert hinsichtlich einzelner Aspekte wie bspw. der vor Ort bestehenden Freizeitangeboten analysiert werden können. Umso wichtiger kann es für die Standortentscheidung sein, dass bereits Ortskenntnisse und Erfahrungen zu einer in Betracht kommenden Region bestehen.

Umgekehrt wird in der Attraktivierung des Lebens neben dem Beruf ein wesentlicher Schlüssel zur Bekämpfung des Hausärztemangels auf dem Land gesehen, wobei ein gutes Verhältnis von Arbeits- und Freizeit zueinander besonders wichtig ist (I1, Z33). Ein Störfaktor dabei waren in früheren Jahren die von Hausärzten zu leistenden Bereitschaftsdienste in der Nacht und am Wochenende, die entsprechend abschreckend wirkten. Die Arbeitslast der Bereitschaftsdienste konnte in den letzten Jahren durch bessere Verteilung und Abdeckung größerer Räume pro Hausarzt erheblich abgebaut werden (I6, Z19).

Insbesondere bei weiblichen Medizinerinnen hat die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben einen hohen Stellenwert bei der Wahl des späteren Arbeitsstandortes (I7, Z6). Dies wird generell mit dem höheren sozialen und familiären Verantwortungsbewusstsein in der Lebensführung von Frauen begründet. Darin kommt auch die Einschätzung der interviewten Experten zum Ausdruck, dass es in den letzten Jahren zu einer Werteverchiebung hinsichtlich der Standortpräferenzen gekommen ist. So überwiegen heute die den privaten Lebensbereichen betreffenden Faktoren jene der unternehmerischen Seite (I5, Z29 & I8, Z12). Mögliche Einkommenseinbußen werden dabei zunehmend billiger in Kauf genommen (I6, Z20 & I8, Z17). Dies geht jedoch auch gleichzeitig einher mit gestiegenen Erwartungen an den späteren Arbeitsstandort hinsichtlich der infrastrukturellen Ausstattung (I5, Z33). Dieser auch gesamtgesellschaftlich feststellbare Wandel wird in der Summe für die Bevorzugung städtischer Standorte durch angehende Hausärzte verantwortlich gemacht (I7, Z7).

Insgesamt wirkt sich der gesellschaftliche Wandel somit dahingehend aus, dass Hausärzte wählerischer werden, vor allem hinsichtlich ihrer privaten Lebensgestaltung und dazu eher zu Standorten mit vielfältigen Angeboten für das Privatleben tendieren. In den nächsten Seiten

¹³⁸ vgl. Thiele 1982, S. 17

wird herausgearbeitet, welche räumlichen Merkmale als private Faktoren konkret von Bedeutung sein können.

2.5.1. Räumliche Nähe zu Verwandtschaft und Freunden

Heimatgefühle entstehen besonders an solchen Orten, in den enge soziale Bindungen bestehen. Sie können Auslöser für eine Standortentscheidung sein. So ist der Wohnort der eigenen Eltern für viele Ärzte ein Ort, der prinzipiell für den eigenen Praxisstandort infrage kommt. Dies kann noch dadurch verstärkt sein, wenn der aktuelle Eltern-Wohnort eines Arztes auch dem Ort der eigenen Kindheit entspricht und somit ein emotionaler Bezug zum betreffenden Raum besteht. Allerdings kann auch schon die Siedlungsstruktur der angestammten Region die Bereitschaft zur Niederlassung in ländlichen Räumen beeinflussen. So sind Ärzte aus ländlichen Regionen auch im späteren Berufsleben eher bereit in ländlichen Regionen tätig zu werden¹³⁹, auch wenn sie keine familiären Bande dorthin.

Dennoch wird die familiäre Bindung von den Experten mitunter als einer der wirkmächtigsten Faktoren angesehen (I3, Z26), da er zumeist für eine Hinneigung von Standortunzufriedenheit in anderen Bereichen sorgt (I3, Z22). Dabei kann dieser Faktor in der Weise wirken, als dass der spätere hausärztliche Standort aufgrund familiärer Bande zu den Eltern, Schwiegereltern oder der eigenen Familie bereits vor dem eigentlichen Niederlassungsprozess feststeht (I2, Z2 & I4, Z8) und dann auch vermehrt ins Bewusstsein tretende übrige Infrastrukturausstattungen nicht mehr ins Gewicht fallen.

Der Standortfaktor Familie kann somit auch ausschließend wirken, wenn zur infragekommenen Arbeitsregion keine familiären Bande bestehen. Dadurch kann sich die Arbeit in peripheren ländlichen Räumen wie die auf einer „Öl-Plattform“ anfühlen (I2, Z20), d.h. in zumindest anfangs sozialer Isolation stattfinden.

Dies gilt auch für den etwaigen Partner eines niederlassungswilligen Arztes, wenn dieser selbst die Region präferiert, in der er früher gelebt hat. Da eine Entscheidung zum Praxisstandort auch den Wohnort eingrenzt, fällt dem Partner des niederlassungswilligen Arztes damit großer Einfluss auf die Standortwahl zu. Dabei spielt es insbesondere eine Rolle, ob der Lebenspartner in einer angedachten Region auch eine adäquate Beschäftigung finden kann, was sich in ländlichen Räumen gemeinhin schwieriger gestaltet¹⁴⁰, insbesondere wenn der Lebenspartner einen hohen akademischen Abschluss aufweist und entsprechende Berufsperspektiven hat.

Die Wahl des Niederlassungsortes durch den Hausarzt ist so gesehen auch vom Lebenspartner oder den eigenen Kindern beeinflusst, die eventuell für sich oder die Familie insgesamt wenige Möglichkeiten der Selbstverwirklichung (in Beruf und Freizeit) auf dem Land sehen und den Hausarzt somit in seiner Standortwahl signifikant beeinflussen (I4, Z11; I6, Z16; I8, Z13). Dabei muss jedoch auch gesehen werden, dass ländliche Räume für die Kindererziehung günstige Bedingungen bieten (I4, Z15). So können sich Kinder in kleineren Orten häufig gefahrloser in größerem Radius frei bewegen und entfalten. Dennoch bieten ländliche Räume insbesondere für Lebenspartner häufig nur wenige oder auch keine adäquaten Arbeitsplätze, sodass deren Berufs- und Karrierewünsche oftmals nicht weiterverfolgt werden können (I5, Z17). Dies ist besonders vor dem Hintergrund zu sehen, dass angehende Hausärzte nach ihrem Studium aus einer zumeist städtisch geprägten Umgebung heraus ihre Standortwahl fällen. Sollten sie in dieser Phase bereits in fester Partnerschaft sein, so wird dieser sehr wahrscheinlich auch in

¹³⁹ vgl. Arentz 2017, S. 30

¹⁴⁰ vgl. Arentz 2017, S. 29

den letzten Jahren in städtischer Umgebung gelebt haben. Ein Ansatz, um diesem Missstand für den ländlichen Raum zu begegnen, wären Unternehmenskooperationen, die sich für die Schaffung bzw. Sichtbarmachung attraktiver Arbeitsplätze für den Lebenspartner des Arztes einsetzen (I5, Z17).

Neben familiären Banden können auch freundschaftliche Beziehungen einen Arzt in bestimmte Regionen lotsen. Als Absolvent des Medizinstudiums werden dies häufig die vormaligen Kommilitonen sein. So ist auch eine Ansiedlung in räumlicher Nähe des Universitätsstandortes von Ärzten aufgrund sozialer Kontakte nachgewiesen¹⁴¹.

Damit können soziale Kontakte für einen Praxisstandort eine Art Vorauswahlfunktion haben, wobei die Standortwahl dann von anderen regionalen Standortfaktoren vollkommen losgelöst erfolgen könnte. D.h. der sozialen Anbindung würde alles Weitere untergeordnet und ggf. auch schlechte Ausstattungen in verschiedenen Strukturbereichen in Kauf genommen. Familiäre Bande können starke Lenkungsfunktion haben und eine bereits bestehende Lebenspartnerschaft kann damit großen Einfluss auf die eigene Standortwahl des Hausarztes nehmen, und zwar zumeist zuungunsten ländlicher Räume aufgrund geringerer Entfaltungsmöglichkeiten.

2.5.2.Zentrenereichbarkeit

Falls in einer Region nicht alle raumstrukturellen Angebote in der gewünschten Form vorliegen, ist insbesondere der Anschluss an weitere, besser ausgestattete Regionen von Bedeutung. Dies sind für gewöhnlich größere Zentren mit höherer Einwohnerdichte und -zahl, die folglich vielfältigere Angebotsstrukturen entwickelt haben. Die Erreichbarkeit dieser Zentren hängt dabei nicht ausschließlich von der räumlichen Distanz, sondern zu bedeutendem Anteil auch von der Verkehrsanbindung auf verschiedenen Trägersystemen, v.a. jedoch (aufgrund des hohen Motorisierungsgrades ländlicher Räume) der Autobahnanbindung ab. Hinzu tritt noch die regionale Topographie, die als Folge besondere Verkehrsführungen erforderlich machen kann und so die Erreichbarkeit ebenfalls moduliert.

Die Abhängigkeit von solchen Zentren und daraus folgernd deren Bedeutung bei der Standortwahl ergibt sich wiederum aus den persönlichen Präferenzen von Ärzten. Der Wunsch nach Zentren hängt dabei vor allem vom erwarteten Niveau und Vielfalt an Versorgungsangeboten ab. So kann bereits die Nähe zu einem Mittelzentrum als ausreichend für eine Niederlassung empfunden werden, ebenso jedoch auch eine nahe Metropole im Erwartungshorizont liegen. Die in den Modellräumen befragten Hausärzte haben sich schon festgelegt und die vorhandene Entfernung und umliegenden Zentren als zumindest ausreichend empfunden oder aber als gegenüber anderen Faktoren weniger bedeutend.

Ländliche Räume bieten dabei trotz gewisser Zentrenentfernung eine zumeist gute Straßendurchdringung und eine geringe Verkehrsbelastung (I5, Z6), weshalb auch räumlich weiter entfernt liegende Zentren in zumindest bei sehr wenigen Fahrten pro Jahr hinnehmbaren Reise-längen mit dem PKW erreichbar sind.

2.5.3.Landschaftliche Attraktivität

Die Bewertung einer Region auf Basis der Patientenstruktur oder infrastrukturellen Ausstattung kann sehr mühsam sein und ist bei so vielen potenziell infrage kommenden Regionen für den

¹⁴¹ vgl. Thiele 1982, S. 44

Arzt als Einzelperson nicht machbar. Einen unmittelbaren Eindruck verschafft dabei die visuelle Aufnahme einer Region. Dies kann entweder bereits im früheren Leben passiert sein oder es geschieht vor der endgültigen Standortentscheidung, wenn die infrage kommenden Regionen erstmals bereist werden.

Den prinzipiell hohen Bedeutungswert der landschaftlichen Attraktivität bei der Standortentscheidung belegt schon die aktuell bestehende regionale Verteilung der hausärztlichen Versorgung (vgl. Abb. 11), die eine Bevorzugung landschaftlich reizvoller Regionen wie das Nordsee-Küstengebiet (Westerland) oder das Alpenvorland (Oberstdorf) nahelegt. Dies zeigt auch, dass Attraktivität von Landschaft ganz unterschiedlicher Art sein kann und in der individuellen Betrachtungsweise, dem Freizeitverhalten sowie Erfahrungswerten liegt. Die Meeresküsten der Nord- und Ostsee und das Hochgebirge der Alpen üben dabei einen erwartbaren Reiz nicht nur auf Ärzte, sondern auf die gesamte Gesellschaft aus, wie auch der Stellenwert des Tourismus in diesen Regionen Deutschlands belegt. Doch auch Landschaften in den übrigen Teilen Deutschlands bieten über besondere Topographie und Vielfältigkeit Naherholungswert. Dazu zählen bspw. besondere Seenlandschaften, Mittelgebirgsformationen, Flüsse und Agrarlandschaften, die besonders in Kombination oft als reizvoll empfunden werden. Allerdings sind solche Landschaften oft nur regional bekannt und müssten von vielen niederlassungswilligen Ärzten folglich erst erkannt bzw. gefunden werden. Gerade ländliche Räume bieten eine solche attraktive Landschaft mit Bergen, Wäldern und Seen (17, Z16).

Denn je nachdem, wie bekannt eine Region für ihre landschaftliche Attraktivität ist, kann dieser Faktor damit schon zu Beginn des Standortentscheidungsprozess die Präferenz auf bestimmte Räume legen. Umso wichtiger sind Vor-Ort-Besuche von niederlassungswilligen Ärzten schon weit vor dem eigentlichen Standortentscheidungsprozess, um so die Auswahloptionen anhand landschaftlicher Merkmale auf möglichst viele Regionen (im Sinne einer möglichst ausgeglichenen Flächenversorgung) zu legen. Solche Erfahrungswerte können bspw. durch ärztliche Ausbildungsphasen (Famulaturen, PJ, Weiterbildung) in bislang unbekanntem aber reizvollen Regionen erreicht werden.

2.5.4. Ausstattung an Versorgungsangeboten

Die Lebensqualität der Bevölkerung einer Region hängt auch erheblich davon ab, welche Versorgungseinrichtungen zur Befriedigung typischer Bedürfnisse zur Verfügung stehen. Dies betrifft die Einkaufsmöglichkeiten des täglichen wie auch des periodischen und des speziellen Bedarfs, wobei Ärzte gemeinhin über eine hohe Kaufkraft verfügen und entsprechend eher Produkte von hoher Qualität nachfragen. Auch das örtliche Angebot an medizinischen, kulturellen und gastronomischen Einrichtungen sowie Sport- und Freizeiteinrichtungen kann erheblich zur Praxis-Standortentscheidung beitragen. Sollte der Arzt eigene Kinder haben oder einen Kinderwunsch hegen, dürfte auch das Bildungsangebot einer Region eine Rolle spielen. Dabei ist es nicht zwingend, dass die gewünschten Angebote auch in der Region vorgehalten werden, manche Angebote können auch in räumlicher Nähe bestehen, um angemessen genutzt werden zu können. Dabei gilt, dass die räumliche Nähe mit der Häufigkeit der Nachfrage steigen sollte.

Umgekehrt kann das Fehlen bestimmter Versorgungseinrichtungen die Lebensqualität schmälern. Dies ist insbesondere in dem Kontext zu sehen, dass Mediziner für gewöhnlich an ihrem Ausbildungsstandort viele Jahre in den Genuss der Versorgungsangebote eines Oberzentrums gekommen sind und dass sie durch ihre Berufstätigkeit in aller Regel ein Einkommen erzielen, dass auch dem Nachgehen kostenintensiver und ausgefallener Hobbys bzw. den hochpreisigen Konsum ermöglicht.

Bei ländlichen Räumen besteht dabei in der Regel die spezifische Herausforderung, nicht in gleicher Weise wie städtische Räume qualitativ hochwertige Infrastruktur, vielfältige Versorgungsangebote und abwechslungsreiche Freizeitangebote schaffen bzw. vorhalten zu können (I2, Z21; I4, Z19; I7, Z13). Dazu zählen bspw. schnelles Internet, eine große Auswahl an Einkaufsmöglichkeiten sowie diverse Kultur- und Sportangebote (I8, Z13).

Gerade guter Internetzugang kann hier über die Nutzung von E-Commerce zumindest einen partiellen Substitutionseffekt von Zentren als Versorgungsort erreichen. Das kulturelle Angebot wiederum umfasst Angebote wie etwa Theater, Opern, Museen, Kinos, historische Sehenswürdigkeiten wie Burgen, Kirchen oder ganze Altstädte sowie kulturelle Veranstaltungen und Feste. Der ländliche Raum eignet sich auch vorzüglich zur sportlichen Betätigung, sofern diese keine besonderen Anlagen erfordern (also bspw. Joggen oder Radfahren) oder als Breitensport auch auf dem Land oft praktiziert werden und dementsprechend Anlagen dafür vorhanden sind (bspw. Fußball und Tennis). Für ausgefallene Spezial- und Nischenangebote im Sportbereich kann es ländlichen Räumen jedoch aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte an genügend Interessenten zum Aufbau ausreichend ausgelasteter Anlagen und/ oder Vereine (bspw. Tauschbecken) fehlen. Umgekehrt sind manche Sportarten durch die große Flächenverfügbarkeit für ländliche Räume besonders geeignet, wie bspw. Golfanlagen oder Motorsportparcours, auch wenn hier ebenfalls wieder limitierend genügend Interessenten für diesen Sport vorhanden sein müssen.

Auch das Angebot an Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder wie bspw. Kindertagesstätten bzw. Kindergärten, Grundschulen, weiterführenden Schulen und Berufsschulen kann zumindest in den größeren ländlichen Gemeinden als gut angesehen werden (I5, Z20). So gesehen ist die Raumstruktur auf dem Land vor allem für familiäre Haushalte gut geeignet (I5, Z21).

Das sich in Bezug auf die hausärztliche Standortwahl dabei ergebende Problem ist jedoch, dass der Familienhaushalt ein heutzutage nicht mehr so häufig angestrebtes Idealbild insbesondere junger Menschen darstellt. Daher geht der Trend momentan eher dahin, dass angehende Hausärzte sich eher städtische Versorgungs- und Infrastruktur suchen (I6, Z9), die mehr auf Freizeit mit dem Freundes- anstelle des Familienkreises zugeschnitten ist. Ebenso von Bedeutung gerade für Hausärzte mit Familie und Kindern sind medizinische Einrichtungen, wozu Arztpraxen, Kliniken, Physiotherapeuten, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, usw. zu zählen sind. Die ausreichende Vorhaltung solcher Einrichtungen bestimmt (neben deren Erreichbarkeit und individuellen Arbeitsqualität) maßgeblich die medizinische Versorgungsgüte einer Region. Gerade Ärzte sind für diese Versorgungseinrichtungen als eigener Anbieter besonders sensibilisiert, weshalb hier eine hohe Erwartungshaltung nicht überraschend wäre.

Ebenfalls zur wohnortnahen (und damit die Standortauswahl berührenden) Freizeitbeschäftigung lässt sich das gastronomische Angebot einer Region zählen. Auch hier treten Ärzte wieder als kaufkräftige Kunden mit entsprechend zumeist höherem Anspruchsniveau hinsichtlich Angebotsqualität und -vielfalt auf.

Bei diesen raumstrukturellen Standortfaktoren wird auch gefordert, dass die Kommunen und Landkreise ihrer Pflicht in der Schaffung solcher Angebote nachkommen, gerade auch für Ärzte als Nutzer solcher Angebote (I6, Z12). Viele Akteure und Entscheidungsträger ländlicher Räume sind sich dieser Problematik jedoch auch sehr bewusst, insbesondere auch deshalb, weil viele ländliche Räume bereits seit längerem von Bevölkerungsabwanderung aufgrund eben genau dieser Defizite hinsichtlich Versorgungs- und Infrastruktur betroffen sind (I6, Z13). Dennoch bleibt es trotz aller Anstrengungen unrealistisch zu erwarten, dass ländliche Räume in

allen Lebensbereichen gleichwertige Versorgungsbedingungen im Vergleich zu Agglomerationen erzeugen können.

Da es jedoch auch innerhalb der raumstrukturellen Gruppe der ländlichen Räume erhebliche Unterschiede hinsichtlich der infrastrukturellen Ausstattung gibt, profitieren vor allem solche Regionen, deren Versorgungsniveau sich noch ein bisschen besser gestaltet als das anderer ländlicher Räume (I6, Z44).

Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass ländliche Kommunen häufig nicht die Versorgungsqualitäten bieten können, die von Ärzten gewünscht sind. Gleichzeitig besteht vonseiten der Ärzte eine Erwartungshaltung, der am ehesten noch infrastrukturell gut erschlossene ländliche Räume entsprechen. Diese Räume sollten demnach eher noch auf Niederlassungsinteresse vonseiten einzelner Hausärzte stoßen, wohingegen vor allem schlecht erschlossene Räume die geringste Anziehungskraft auf Hausärzte entfalten dürften.

Dabei sind auch allgemeine Regionskenntnisse von großer Bedeutung für die Beurteilung eines späteren Standortes hinsichtlich seiner vorhandenen Versorgungsstrukturen. Dadurch können Hausärzte solche Orte meiden, in denen sie nicht ortskundig sind (I4, Z12 & I7, Z15). Dies hat jedoch weniger mit kulturellen Unterschieden zwischen (ortsfremden) Arzt und (angestammter) Bevölkerung zu tun (I4, Z13). Stattdessen kann das Versorgungs- und Freizeitangebot aufgrund fehlender Ortskenntnisse nicht angemessen überblickt werden. Im Zweifel geht eine Standortentscheidung daher eher in Richtung vertrauter (zumeist städtischer) Umgebung.

2.6. Diskussion und Fazit

Ein wesentliches Problem im Standortentscheidungsprozess von Hausärzten stellt die Tatsache dar, dass Standorte von jungen Medizinerinnen hinsichtlich ihrer (späteren) Bedürfnisse nicht immer richtig eingeschätzt werden können (I5, Z27). Das Resultat kann dann mit Blick auf das weitere Leben mit seinen sich ändernden Rahmenbedingungen (Familiengründung, Freizeitaktivitäten, Freundeskreise) eine unsinnige Standortentscheidung sein (I1, Z17). Ländliche Räume werden daraus resultierend als Arbeitsorte von angehenden Hausärzten abgelehnt, weil sie nicht den Standortanforderungen junger Menschen entsprechen, die sich auch ganz bewusst möglichst viele Optionen für ihre spätere Lebensgestaltung offen halten wollen. Im Ergebnis werden städtische Arbeitsorte daher häufiger nachgefragt. Dabei ist niederlassungswilligen Hausärzten aufgrund der großen Auswahl an frei werdenden Standorten im ländlichen Raum (I5, Z19) jedoch ein vielfältiges Angebot mit eigenen lokalen Spezifika und attraktiven Besonderheiten geboten, die jedoch für standortsuchende Ärzte aufgrund der Menge und der nötigen Ortskenntnisse nicht zu überblicken sind.

Ein vormals wichtiger Aspekt bei der Standortsuche war die Tatsache, dass ein sich niederlassender Hausarzt seinen Wohnort am Arbeitsort nehmen musste. Diese Residenzpflicht ist mit dem VStG von 2012 entfallen. Somit besteht seit erst wenigen Jahren für Hausärzte die Möglichkeit, als Berufspendler bspw. in einer Stadt zu leben und auf dem Land zu arbeiten (I1, Z13). Dabei ist jedoch umstritten, inwiefern diese Neuerung tatsächlich auch eine höhere Bereitschaft zur hausärztlichen Tätigkeit in ländlichen Räumen bieten kann. Es sind momentan auch nicht viele Ärzte bekannt, die städtisch leben und auf dem Land arbeiten (I3, Z8), allerdings wird dieses Modell zunehmend beliebter (I6, Z43).

Die grundsätzliche Möglichkeit des Arbeitens auf dem Land beim Wohnen in der Stadt wird positiv gesehen, wobei jedoch die längeren Pendeldistanzen als Manko dieser Lebensform gesehen wird (I5, Z52). Ein Vorteil dieser Regelung besteht für Hausärzte darin, Berufs- und Privat-

leben deutlicher voneinander trennen zu können. Dies kann bspw. verhindern, dass auch in der Freizeit der Hausärzte Konsultationen in medizinischen Fragen seitens der Ortsbevölkerung bei zufälligen Begegnungen aufkommen (I5, Z51). Eine räumliche Distanz kann also durchaus eine Steigerung der Lebensqualität durch erholsamere Freizeit bedeuten.

Da das Pendeln selbst jedoch sehr belastend ist und für niedergelassene Hausärzte in der Regel eine hohe Wochenarbeitszeit besteht, wird eher kleinräumig gependelt (I3, Z7). Allenfalls wird einem grundsätzlich niederlassungswilligen Hausarzt so in der Umgebung eines Arbeitsortes größere Flexibilität bei der Wahl seines Wohnsitzes zuteil. Dies wirkt sich nicht negativ aus, aber bringt eben auch kaum positive Effekte hinsichtlich der ländlichen Versorgungslage mit sich (I3, Z7). Zudem ist durch die in der gesamten Gesellschaft wachsende Pendelakzeptanz zumindest auch theoretisch die Möglichkeit denkbar, dass Lebenspartner an unterschiedlichen Orten wohnen und die Wochenenden gemeinsam verbringen (I5, Z18). Dadurch wäre tägliches Pendeln (also die Trennung von Wohn- und Arbeitsort) unter Beibehaltung individueller Lebensplanungen nicht notwendig. Wobei bei solchen Lebensmodellen der private Organisationsaufwand sehr hoch ist und in vielen Fällen auch einem Kinderwunsch im Wege stehen dürfte.

Insgesamt ist die Nähe zum Arbeitsort als Standortbedingung zunehmend aufgeweicht, jedoch aufgrund der bis vor wenigen Jahren geltenden Regelungen noch weit verbreitet. Dennoch wird bei der Hausarztbefragung die unterschiedliche Entfernung von Wohnort zur Praxis miteinbezogen, um dadurch mögliche differierende Standortbewertungen aufzudecken.

Oft genug wirkt sich jedoch auch das schlechte Image der meisten ländlichen Räume (I5, Z22 & 59) in der Weise aus, dass eine Niederlassung auf dem Land kategorisch (also ohne tatsächliche Prüfung der Lebensumstände vor Ort) ausgeschlossen wird. Dies hat auch mit individuell höchst unterschiedlichen Lebensvorstellungen zu tun, die eine Orientierung an die Standortentscheidungen früherer Medizinergenerationen verhindern (I5, Z25). Hinzu kommt das für Ärzte spezifische und gleichzeitig zumeist abschreckende Image der „Patientenflut“ im ländlichen Raum, das die Befürchtung einer erdrückenden Arbeitslast erzeugt und somit als nicht förderlich für eine Standortentscheidung im ländlichen Raum anzusehen ist (I5, Z53). Die große Zahl an Patienten hat damit nicht die aus ökonomischer Sicht zu erwartende Wirkung eines Pull-, sondern oftmals die eines Push-Faktors (I8, Z17). Jedoch ist hier zu ergänzen, dass manche Ärzte sich in ihrer Standortwahl auch durch ein gesamtgesellschaftliches Verantwortungsgefühl lenken lassen, auch wenn es wünschenswert ist, dass dies öfter geschieht bzw. mehr Gewichtung bei den Ärzten erfährt (I8, Z11).

Extrahierte Standortfaktoren für Hausärzte in ländlichen Räumen

Die diskutierten Faktoren zielen vor allem auf den ländlichen Raum als Typus für die Wahl des Niederlassungsortes. Außen vor gelassen wurden dabei solche Faktoren, deren Merkmale in der Praxis selbst zu finden sind, wie bspw. Personalbesatz und Praxiseinrichtung, da diese für die Hausärzte vor Ort individuell beeinflussbar sind. Der Fokus in der Zusammenstellung des Faktorensatzes liegt folglich bei räumlichen Strukturmerkmalen, die von den Hausärzten nicht steuerbar oder im Falle des Faktors „Verwandte & Freunde“ vorbestimmt und nur langfristig änderbar sind.

Tab. 16 Für Hausärzte in Betracht zu ziehende Standortfaktoren

Unternehmerische Faktorengruppe	Private Faktorengruppe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ökonomische Tragfähigkeit ▪ Anzahl der Patienten ▪ Anteil wohlhabender Patienten ▪ Frei verfügbare Kassenzulassung ▪ Hausärztliche Konkurrenz ▪ Facharzt-Agglomeration ▪ Klinik-Agglomeration 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwandte & Freunde ▪ Zentren-Erreichbarkeit ▪ Landschaftliche Attraktivität ▪ Einkaufsmöglichkeiten ▪ Medizinische Einrichtungen ▪ Bildungseinrichtungen ▪ Kulturelles Angebot ▪ Sportstätten ▪ Gastronomisches Angebot

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Quelle: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

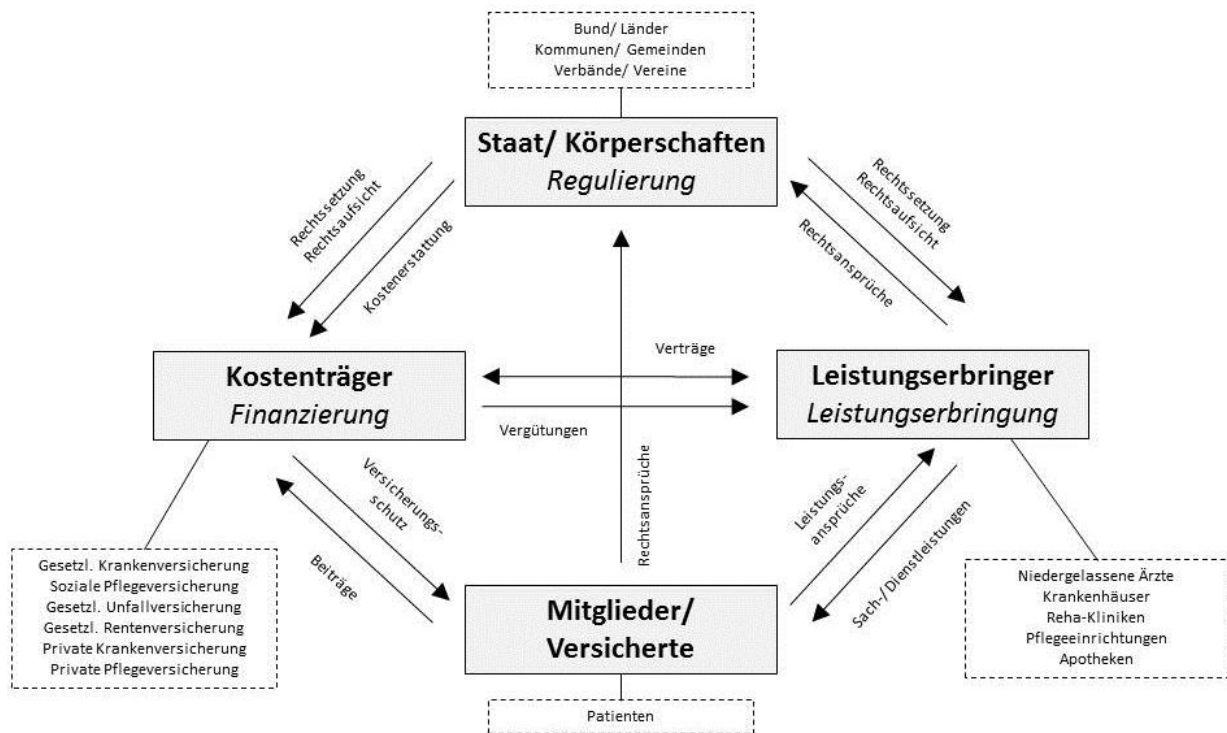
Insgesamt ergeben sich somit aus den konzeptionellen Vorüberlegungen die in Tab. 16 gelisteten 16 Faktoren (7 unternehmerische und 9 private), die bei der Standortwahl von Hausärzten für den ländlichen Raum in Betracht zu ziehen sind. Sie werden folglich als Ausgangsbasis der Hausärztebefragung dieser Arbeit aufgenommen.

3. Situation der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung ausgewählter Bundesländer

3.1. Das vertragsärztliche Versorgungssystem in Deutschland

Das deutsche Gesundheitswesen stellt ein hochkomplexes System dar, welches aufgrund historischer Entwicklungen zahlreiche Eigenarten und Besonderheiten aufweist. Um die künftigen Herausforderungen an die ambulante medizinische Versorgung erfassen und bewerten zu können, bedarf es eines Überblicks über die Struktur und Funktionsweise dieses Systems. In dem diesem Abschnitt der Untersuchung sollen daher zunächst die Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems herausgearbeitet werden. Hierbei werden sowohl die Grundzüge als auch die grundlegende Prinzipien sowie die derzeitige Finanzierung und Problemfelder und deren Auswirkungen auf den Raum näher betrachtet.

Abb. 6: Akteure des deutschen Gesundheitssystems und ihre Beziehungen zueinander



Entwurf: Eigene Darstellung nach Stinn 2017, S. 52

Quelle: Stinn 2017, S. 52 & Simon 2013, S. 139

Das Gesundheitssystem in Deutschland (s. Abb. 6) ist organisiert als Mischform aus öffentlich-rechtlicher und privater Versorgung, wobei man neben dem Staat grundsätzlich drei Akteursgruppen unterscheiden kann¹⁴²: Die Krankenkassen als soziale Sicherungs- und Finanzierungsinstitutionen medizinischer Dienstleistungen, die Versicherten als Nachfrager medizinischer Dienstleistungen sowie die Leistungserbringer (Vertragsärzte) als Anbieter medizinischer Dienstleistungen, und zwar sowohl stationär (Krankenhäuser) als auch ambulant (niedergelas-

¹⁴² vgl. Schwartz & Wismar 1998, S. 180

sene Ärzte)¹⁴³. Dabei ist das Zusammenwirken dieser drei Akteursgruppen im Sozialgesetzbuch V geregelt.

Über die Absicherung der Krankenkassen wird es so vermieden, dass Versicherte bei Krankheitsbehandlungen in Vorleistung treten müssen (Sachleistungsprinzip). Krankenkassen bezahlen die Leistungserbringer im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Vergütungssystem des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), welcher im Sozialgesetzbuch V § 87 Abs. 2 festgelegt ist und bei dem Leistungsarten und Preise ausgehandelt werden. Bei der Kooperation von Vertragsärzten und Krankenkassen spricht man daher von einer gemeinsamen Selbstverwaltung¹⁴⁴. Darüber hinaus gehende Behandlungskosten, die nicht durch die vertragsärztliche Versorgung abgedeckt sind, sind in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegt. Die Krankenkassen wiederum finanzieren sich nach dem Solidaritätsprinzip aus einkommensabhängigen Mitgliedsbeiträgen, wodurch ein System des sozialen Ausgleichs von Behandlungskosten durch die Versicherten entsteht. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist damit wesentliches Merkmal des deutschen Gesundheitssystems, wobei ca. 86,2% aller Deutschen Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind¹⁴⁵. Daneben existiert das System der privaten Krankenversicherung (PKV), deren Zulassung aufgrund des hohen Risikos bei Zahlungsunfähigkeit der Genehmigung durch das Bundesaufsichtsamt des Versicherungswesens (BAV) bedarf¹⁴⁶.

Die Regulierung des Gesundheitssystems in Deutschland erfolgt aufgrund des föderalen Staatsaufbaus zum Teil in konkurrierender Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern¹⁴⁷. Wesentliche Aufgaben werden dabei nach Artikel 70-78 nach dem deutschen Grundgesetz (GG) an den Bund übertragen, wobei die Länder an der Gesetzgebung durch den Bundesrat mitwirken¹⁴⁸.

Durch die stringente funktionale Trennung der medizinischen Versorgung in stationär und ambulant ist das deutsche Gesundheitssystem stark in einen stationären und einen ambulanten Sektor gegliedert und durch viele verschiedene Träger gekennzeichnet. Der Staat übernimmt dabei die Rahmengesetzgebung, Organisation und Verwaltung hingegen bleibt den Finanzierungsträgern und Leistungserbringern überlassen.

Planungsziel bzw. Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung ist nach § 70 Abs. 1 und § 72 Abs. 2 SGB V dabei ein medizinisches Angebot zu gewährleisten, das ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig nach dem allgemeinen Stand des Wissens erfolgt, womit auch in räumlicher Hinsicht eine bedarfsgerechte und gleichmäßige (also flächendeckende) Versorgung impliziert ist.

§ 72 SGB V regelt zudem auch die Zuständigkeiten und Organisation der vertragsärztlichen Versorgung. Leistungserbringer sind demnach wie schon erwähnt die Vertragsärzte und Finanzierungsträger sind die Krankenkassen, deren Kooperation vertraglich geregelt ist. Dabei sind Vertragsärzte mit ihrer Zulassung gleichzeitig auch Pflicht-Mitglieder der je nach Region zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV)¹⁴⁹. Die KVen sind Körperschaften des öffentlichen

¹⁴³ vgl. Schröder 2008, S. 18

¹⁴⁴ vgl. Beske, Drabinski & Wolf 2002, S. 35

¹⁴⁵ berechnet aus VDEK 2017 & Statistisches Bundesamt 2017

¹⁴⁶ vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 112

¹⁴⁷ vgl. Alber & Bernardi-Schenkluhn 1995, S. 32

¹⁴⁸ vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 48

¹⁴⁹ vgl. Wilk 2005, S. 36

Rechts und haben in Deutschland durch ihre Bundesvereinigung (KBV) ein Verhandlungsmopol gegenüber den Krankenkassen¹⁵⁰. Sie sind damit die Interessenvertretung der Vertragsärzte bei der Verhandlung der Bundesmantelverträge, also der Honorarfestlegung für medizinische Dienstleistungen gemäß eines einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Eine für diese Arbeit zentrale Aufgabe der KVen ist die Ausweisung bzw. Verteilung von kassenärztlichen Zulassungen für bestimmte Gebiete innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs, wie sie gesetzlich im Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB festgeschrieben ist. Darauf wird insbesondere in Kapitel 3.2 intensiv eingegangen. Zudem regeln die KVen den Not- und Bereitschaftsdienst, gewährleisten die vertragsärztliche Versorgung gemäß rechtlichen und vertraglichen Ansprüchen (Gewährleistungsauftrag) und übernehmen die Verteilung der Honorare an die Vertragsärzte innerhalb ihres Zuständigkeitsgebietes. Dabei gibt es nach einigen Zusammenschlüssen vergangener Jahrzehnte aktuell 17 KVen in Deutschland (eine in jedem Bundesland, zwei in Nordrhein-Westfalen), Ende der 1990er Jahre waren dies noch 23 KVen¹⁵¹.

Innerhalb jeder KV wird durch die zugehörigen Vertragsärzte eine Vertreterversammlung gewählt, die wiederum Delegierte an die KBV abbestellt und einen Vorstand bildet. Die Verantwortlichkeit des Vorstands besteht in der Zulassung von Vertragsärzten und die Sicherstellung der bedarfsgerechten ambulanten medizinischen Versorgung. Der Vorstand ist darüber hinaus in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Aufstellung eines Bedarfsplans seines Versorgungsgebietes zuständig¹⁵².

Die Verhandlung und Beschließung der Bundesmantelverträge und damit auch des einheitlichen Bewertungsmaßstabs zur Vergütung medizinischer Dienstleistungen und Behandlungskosten erfolgt im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA, vormals Bewertungsausschuss), der sich aus je drei Vertretern des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammensetzt¹⁵³. Der Ausschuss wird in seiner Festlegung gemäß § 87 Abs. 3 SGB V durch empirische Analysen eines eigens für diesen Zweck geschaffenen Instituts unterstützt, das ebenfalls von der KBV und dem GKV-Spitzenverband gemeinsam getragen wird und sich durch Krankenkassenzuschläge auf jeden Behandlungsfall finanziert.

Ein weiterer Bestandteil der Bundesmantelverträge besteht in der Aufstellung von Richtlinien zur ambulanten Versorgung, wie etwa die Definition von Schwellenwerten für regionale Über- und Unterversorgung und die Vorgabe von Maßnahmen, falls Gebiete von medizinischer Unter- oder Überversorgung betroffen sind¹⁵⁴. Daraus leitet sich ab, dass es Aufgabe der KVen ist, regionaler Unterversorgung vorzubeugen und bei Überversorgung Zulassungen zu beschränken um eine flächendeckende bedarfsgerechte ambulante Versorgung ihres Zuständigkeitsbereiches zu erreichen¹⁵⁵.

¹⁵⁰ vgl. Schröder 2008, S. 22

¹⁵¹ vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 122

¹⁵² vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 122

¹⁵³ vgl. Beske, Drabinski & Wolf 2002, S. 36

¹⁵⁴ vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 124ff

¹⁵⁵ vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 122f

3.1.1. Gesetzliche und private Krankenversicherung und daraus abgeleitete ortsnahe Versorgungsansprüche der Bevölkerung

Innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung besteht für Personen die freie Kassenwahl, wodurch ein stärkerer Wettbewerbsdruck unter den Krankenkassen geschaffen werden soll. Dieser drückt sich sowohl in leicht abweichenden Mitgliedsbeiträgen als auch in Vergünstigungen und Kostenübernahmen besonderer medizinischer Dienstleistungen (bspw. künstliche Befruchtung) oder gesundheitsfördernder Aktivitäten (bspw. anteilig oder vollständig übernommene Beiträge für Sportkurse) aus.

Ca. 86,2% aller Deutschen sind Mitglied in der GKV, wohingegen ca. 10,7% Mitglied in der PKV sind. Damit ist die GKV die eindeutig dominierende Versicherungsart. Daraus ergibt sich, dass der Verzicht auf eine Kassenärztliche Zulassung von niedergelassenen Ärzten (und damit die Möglichkeit, GKV-Patienten zu behandeln) nur in solchen Gebieten genügend Ertrag sichert, wo genügend Privatpatienten beheimatet sind. Dies ist entweder in stark besiedelten Räumen oder in sehr wohlhabenden Regionen der Fall, wodurch sich hier vermehrt Privatpraxen finden lassen. In dünn besiedelten ländlichen Räumen hingegen sind Privatpraxen die Ausnahme.

Charakteristisch für die PKV ist, dass für Behandlungskosten durch Patienten eine Vorleistung zu entrichten ist. Zudem sind die Abrechnungssätze von Privatpatienten im Allgemeinen höher als bei der GKV und diese müssen nicht wie bei der GKV durch die behandelnden Ärzte bis zum Quartalsende vorfinanziert werden. Damit ist auch die Behandlung von Privatpatienten für Ärzte lukrativer, was zu einer bevorzugten Behandlung führen kann¹⁵⁶.

Die Mitgliedschaft in der PKV ist dann möglich, wenn eine Person nicht in der GKV versicherungspflichtig ist oder aus freiwilligen Motiven eine Mitgliedschaft in der PKV bevorzugt. Dies trifft beispielsweise auf Selbstständige, Beamte, freiberuflich Tätige und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Grenze zur Versicherungspflicht zu¹⁵⁷.

Mit der Mitgliedschaft und Entrichtung von Krankenkassenbeiträgen ist vonseiten der Versicherten die Erwartung geknüpft, im Krankheitsfall ausreichend und bedarfsgerecht versorgt zu werden, was die Erwartung einer ortsnahen und hochwertigen medizinischen Versorgung impliziert und damit auch aufseiten der Krankenkassen trotz aller Kostenzwänge ein Interesse an einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung besteht.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es verschiedene 117 Versicherungsunternehmen, welche sich in ihrer rechtlichen Struktur, ihren Zuständigkeitsgebieten, ihrer Historie, ihrem Mitgliederstamm sowie ihrem Leistungskatalog teilweise stark unterscheiden und die unterschiedlichen Gruppen zugeordnet werden können, welche in Tab. 17 genannt sind. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 war das Recht auf freie Kassenwahl für alle GKV-Versicherten verbunden, welches seit 1997 gilt¹⁵⁸.

Die von den Versichertenzahlen her größte Kassengruppe bilden die Ersatzkassen, zu denen die BARMER, die Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse und HEK - Hanseatische Krankenkasse gezählt werden. Hinsichtlich ihrer Mitgliedszahlen werden die Ersatzkassen dicht gefolgt von den allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), von denen es bis 1992 über 300 gab und die durch das Gesundheitsstrukturgesetz zu insgesamt 17 Kassen fusioniert wurden. Seitdem entsprechen die Zu-

¹⁵⁶ vgl. Bastiani 1995

¹⁵⁷ vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 112

¹⁵⁸ vgl. Reiners 1993, S. 28

ständigkeitsgebiete der AOKs zumeist den Grenzen der Bundesländer. Seit 2006 gab es eine Reihe weiterer Fusionen, sodass sich die Zahl der AOKs mittlerweile auf 11 reduziert hat¹⁵⁹. Die Betriebs- (BKK) Innungs- (IKK), Landwirtschaftliche (LKK) sowie Knappschaft-Krankenkassen (KBS) haben insgesamt weniger Mitglieder. In Deutschland bestehen aktuell 6 IKKs und 87 BKKs, wobei deren Zahl in den letzten Jahren ebenfalls durch zahlreiche Fusionen gesunken ist¹⁶⁰. Die Knappschaft und die Landwirtschaftliche Krankenkasse bilden aufgrund der rechtlichen Rahmensetzung eigenständige GKV-Gruppen, sind jedoch jeweils Einzelunternehmen.

Durch die Vielzahl an GKVn sowie die freie Kassenwahl ist von staatlicher Seite ein Qualitäts- und Leistungswettbewerb beabsichtigt, der durch die Einführung eines von den GKV selbst zu bestimmenden Zusatzbeitrags im Jahr 2009 zusätzlich zu einem Preiswettbewerb werden sollte und dafür auch von verschiedenen Seiten kritisiert wurde¹⁶¹.

Tab. 17 Gesetzliche Krankenversicherungen: Mitglieder und Anteil der Mitversicherten

Kassengruppe	Mitglieder	Anteil der Mitversicherten ¹⁶²
Ersatzkassen	27.683.294	20,7%
Ortskrankenkassen	26.010.191	21,5%
Betriebskrankenkassen	10.726.635	23,9%
Innungskrankenkasse	5.178.195	22,3%
Knappschaft	1.558.016	13,3%
Landwirtschaftliche Krankenkasse	626.314	21,8%
GKV Gesamt	71.782.645	21,4%

Entwurf: Eigene Berechnung und Darstellung, Daten für Februar 2018, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2018): KM 1/13-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder und Krankenstand der Pflichtmitglieder im Jahresdurchschnitt). Bonn.; alle Daten für Februar 2018

3.1.2. Rahmenbedingungen und Zulassungsbestimmungen der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit

Zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehört zum einen die hausärztliche Versorgung, zu der nach § 73 Abs. 4 SGB V Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Pädiater und hausärztlich tätige Internisten gezählt werden. Alle weiteren Arztgruppen werden damit der fachärztlichen Versorgung zugerechnet¹⁶³. Dies betrifft auch seit 1999 die psychotherapeutische Versorgung. Sofern

¹⁵⁹ vgl. GKV-Spitzenverband 2018

¹⁶⁰ vgl. GKV-Spitzenverband 2018

¹⁶¹ vgl. Gerlinger, Mosebach & Schmucker 2007, S. 6

¹⁶² v.a. nicht berufstätige Familienmitglieder ohne eigene Beitragszahlung

¹⁶³ vgl. Busse & Riesberg 2005, S. 113ff

die niedergelassenen Ärzte über eine Zulassung zur Behandlung von GKV-Patienten verfügen, spricht man von Vertragsärzten bzw. Kassenärzten. Dabei besteht die gesetzlich garantierte freie Arztwahl für Patienten, wodurch durchaus vor allem bei regionaler Überversorgung eine Konkurrenzsituation von Vertragsärzten entstehen kann. Internet-Portale zur Bewertung und Kommentierung ärztlicher Leistungen wie Jameda, Sanego, Helpster oder der AOK-Arztnavigator können den Wettbewerbsdruck auf Ärzte durch Werbe- oder aber Pranger-Effekt zusätzlich verstärken.

Zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und damit der Abrechnung von Behandlungskosten von GKV-Patienten durch die Krankenkassen, bedarf es einer vertragsärztlichen Zulassung. Die Zulassung wird dabei durch den mit Vertretern der KV sowie der Krankenkassen besetzten Zulassungsausschuss an einen Arzt vergeben¹⁶⁴. Bevor eine kassenärztliche Zulassung erfolgen kann, bedarf es auch eines Eintrags ins Ärztereister, wozu zwei Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Dazu zählen die erteilte Approbation sowie eine erfolgreich abgeschlossene Facharzt-Weiterbildung, die nach § 3 Abs. 2b Ärzte-ZV zum Führen der entsprechenden Gebietsbezeichnung ermächtigt. Die Facharzt-Weiterbildung kann entweder auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin erfolgen oder auf anderen Fachgebieten und bestimmt damit die spätere Leistungs- und Versorgungsfunktion eines Arztes in seinem Einzugsgebiet.

Mit der kassenärztlichen Zulassung ist auch das prinzipielle Recht eines Arztes verbunden, den Standort seiner medizinischen Tätigkeit innerhalb des Zuständigkeitsgebietes der vergebenden KV frei zu bestimmen. Diese Freiheit in der Standortwahl jeden Arztes lässt jedoch befürchten, dass es innerhalb des Zuständigkeitsgebietes einer KV zu großen regionalen Disparitäten kommen kann. Um dieser Entwicklung vorzubeugen, wurde das Instrument der medizinischen Bedarfsplanung geschaffen, mit der der Niederlassungsort von Vertragsärzten auf bestimmte Regionen eingeschränkt werden kann¹⁶⁵. Dies geschieht vor allem mithilfe von Verhältniszahlen Arzt-Einwohner und wird in Kapitel 3.2 genauer analysiert.

Von 1999 bis 2008 bestand zudem eine weitere Einschränkung der Berufsausübung für Vertragsärzte durch eine damalige Altersbegrenzung auf maximal 68 Jahre. Diese wurde installiert, als in den 1990er Jahren die Zahl der Ärzte deutlich zunahm und eine übergroße Nachfrage an kassenärztlichen Zulassungen befürchtet wurde. Diese Sorge hat sich mittlerweile ins Gegenteil verkehrt, wodurch die Altersgrenze nach neun Jahren wieder aufgehoben wurde, was auch darauf zurückgeführt wurde, dass betroffene Ärzte damit unverhältnismäßig in der Freiheit ihrer Berufsausübung eingeschränkt wurden¹⁶⁶.

Mittlerweile nämlich nimmt die für die ambulante medizinische Versorgung große Herausforderung der demographischen Alterung immer mehr Fahrt auf. Ältere Bevölkerung ist krankheitsanfälliger und nimmt wesentlich häufiger medizinische Dienstleistungen in Anspruch. Daraus erwächst insbesondere in Räumen, die von Abwanderung betroffen sind, ein zunehmender Bedarf medizinischer Dienstleistungen. Umgekehrt sind auch die Ärzte selbst vom Alterungsprozess betroffen, was vermehrte Berufsaustritte in nächsten Jahren erwarten lässt und damit ein reduziertes Angebot an medizinischen Dienstleistungen droht. Dies liegt auch daran, dass junge und angehende Mediziner nach für sie lukrativeren Berufsalternativen Ausschau halten und damit als Kandidaten einer Nachbesetzung ausfallen¹⁶⁷. Damit bedarf es der Überarbeitung bestehender und der Schaffung neuer Steuerungsinstrumente, um den Nachwuchsmedizinern

¹⁶⁴ vgl. Beske & Hallauer 1999, S. 122

¹⁶⁵ vgl. Kopetsch 2005

¹⁶⁶ vgl. Rotfuß 2009

¹⁶⁷ vgl. Kopetsch 2010

eine Niederlassung insbesondere in von Unterversorgung betroffenen Regionen attraktiv zu machen.

3.2. Das Instrument der ambulanten medizinischen Bedarfsplanung

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben nach § 70 SGB V den Auftrag der bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung an medizinischen Dienstleistungen in ihrem Versorgungsgebiet. Um diese Aufgabe zu erfüllen, steuern sie die Niederlassung von Ärzten im Raum mit der Bedarfsplanung. Die zugehörigen Richtlinien werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Bundesmantelverträgen festgehalten und beinhalten Maßzahlen zur Beurteilung regionaler Über- und Unterversorgung. Daraus lässt sich der regionale Versorgungsgrad feststellen und ggf. Handlungsbedarf für bestimmte Regionen ableiten. Die KVen nehmen diese Aufgabe separat voneinander für ihr Zuständigkeitsgebiet wahr, d.h. es gibt hier keine bundeseinheitliche Vorgehensweise, wenngleich die angelegten Kriterien zur Messung des Versorgungsgrades KV-übergreifend identisch sind¹⁶⁸.

3.2.1. Entstehung, Grundprinzipien und Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Die Richtlinien für die kassenärztliche Bedarfsplanung bestehen seit 1977. Ausgangspunkt für die Einführung einer Planung in der vertragsärztlichen Versorgung waren aufkommende regionale Unterversorgungen, besonders im ländlichen Raum¹⁶⁹. Zum damaligen Zeitpunkt waren Standorte von Vertragsärzten nicht reguliert, sodass es zu den regionalen Disparitäten kam, welche die Einführung der Bedarfsplanung erforderlich machten¹⁷⁰.

1977 wurde dann der Quotient aus Einwohnerzahl und Ärztezahl Deutschlands als allgemeine Verhältniszahl festgelegt. Heute spricht man dabei von der Versorgungsdichte bzw. dem Versorgungsgrad. Damit war das damalige Messinstrument vergleichsweise grob, weil u.a. regionale Besonderheiten hinsichtlich Ärztezahl und –alter sowie Bevölkerungsstruktur genauso unberücksichtigt blieben wie eine separate Messung für einzelne Facharztgruppen.

In den 1980er Jahren stieg die Zahl der Ärzte in Deutschland merklich an, wodurch eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung nötig wurde, auch um die dauerhafte Finanzierbarkeit des Systems durch die GKV zu sichern. Somit wurden in der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 eine Definition von Überversorgung sowie eine nach Arztgruppen ausdifferenzierte Messung festgelegt. Damit konnten nun Neuzulassungen für einzelne Arztgruppen in überversorgten Planungsbereiche gesperrt werden¹⁷¹.

Zudem wurden die Kreise und kreisfreien Städte als einheitliche Planungsregionen festgelegt, sodass seit diesem Zeitpunkt die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen auf Kreisebene für zehn vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) vorgegebene siedlungsstrukturelle Kreistypen ermittelt wurden¹⁷². Die Kategorisierung der Kreistypen durch das BBR erfolgt anhand der Zentralität und der Bevölkerungsdichte. Die Berechnung erfolgt nun jährlich zum

¹⁶⁸ vgl. Bitzer 1994, S. 30

¹⁶⁹ vgl. Schröder 2008, S. 27

¹⁷⁰ vgl. Röpke & Lenz 1985

¹⁷¹ vgl. Kistemann & Schweikart 2006

¹⁷² vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005, S. 119f

Stichtag 31.12. mithilfe der Summe aller Einwohner eines Kreistyps geteilt durch die Summe der in diesem Kreistyp zugelassenen Fachärzte¹⁷³.

Insgesamt wurden 14 Facharztgruppen festgelegt, allerdings werden für Facharztgruppen, in denen weniger als 1000 Vertragsärzte deutschlandweit tätig sind, keine Verhältniszahlen ermittelt¹⁷⁴. Das Ergebnis dieser Berechnung für einen Stichtag in einem Planungsgebiet wird anschließend mit dem bundesdeutschen Durchschnittswert (allgemeine Verhältniszahl) verglichen. Der Vergleich dieser beiden Zahlen ergibt dann den Versorgungsgrad (s. Abb. 7).

Abb. 7: Formel zur Berechnung des Versorgungsgrades einer Region

$$\text{Versorgungsgrad}_{G,P,K} = \frac{\frac{\sum \text{Einwohner}_P}{\sum \text{zugelassene Vertragsärzte}_{G,P}}}{\frac{\sum \text{Einwohner}_K}{\sum \text{zugelassene Vertragsärzte}_{G,K}}}$$

mit: G = Facharztgruppe; P = Planungsbereich; K = siedlungsstruktureller Kreistyp gemäß BBR-Definition von 2005

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Schröder, M.-A. (2008): Disparitäten der ambulanten ärztlichen Versorgung: Eine exemplarische Untersuchung am Beispiel eines großstadtnahen Landkreises, Saarbrücken.

Im Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 wurde zudem auch festgelegt, dass bei Überschreitung der Verhältniszahl von mehr als 1,10 eine Überversorgung in der Region vorliegt, was zur Sperrung dieses Planungsbereichs führt. Bei einem Versorgungsgrad unterhalb von 0,50 bei Fachärzten und 0,75 bei Hausärzten liegt dagegen eine Unterversorgung einer Region vor, womit der Planungsbereich für Neuzulassungen offen ist¹⁷⁵. Dabei gibt es jedoch selbst für eigentlich gesperrte Planungsbereiche Möglichkeiten zum Erwerb einer Zulassung. Dazu zählt zum einen die Praxismachfolge nach § 103 Abs. 4 SGB V, aber auch eine Sonderbedarfsfeststellung, wenn dem zuständigen Zulassungsausschuss nachgewiesen wird, dass besondere ärztliche Leistungen im Planungsbereich bislang nur unzureichend oder gar nicht angeboten werden¹⁷⁶ sowie, wenn mit einem bereits im Planungsbereich zugelassenen Vertragsarzt nach § 101 Abs. 1 Nr. 3,4 SGB V eine Gemeinschaftspraxis gegründet wird. Dabei sind mit einer solchen Sonderbedarfszulassung einige Einschränkungen verbunden, wie etwa die Bindung an den Niederlassungsort oder die Beschränkung auf spezielle ärztliche Leistungen¹⁷⁷.

Insgesamt wandelte sich das Ziel des Bedarfsplanungsinstrumentes mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 damit von der Sicherstellung der regionalen medizinischen Versorgung hin zur Begrenzung der Vertragsärztezahl¹⁷⁸, indem es die Niederlassungsfreiheit zugelassener Ärzte stärker beschränkt. Das hängt auch damit zusammen, dass überversorgte Planungsbereiche für das Gesundheitswesen mit höheren Kosten einhergehen. Mehr Ärzte verschreiben mehr Medikamente oder Kuren und rechnen mehr Behandlungskosten ab. Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass in Gebieten mehr höherer Ärztedichte höhere Kosten im Gesund-

¹⁷³ vgl. Kistemann & Schweikart 2006

¹⁷⁴ vgl. Kopetsch 2005

¹⁷⁵ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S. 19 & 29

¹⁷⁶ vgl. Haage 2000

¹⁷⁷ vgl. Kopetsch 2005

¹⁷⁸ vgl. Bitzer 1994, S. 34

heitssektor entstehen¹⁷⁹. Damit ergab sich die Schlussfolgerung, dass eine effektive Finanzierung nur dann gegeben ist, wenn die Zulassung in überversorgten Planungsbereichen gesperrt wird¹⁸⁰. Diese Reform mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 führte spürbar zu einer Verlangsamung des Arztzahlen-Wachstums. Von 1984 bis 1992 nämlich wuchs die Zahl der Vertragsärzte um 2,7 %, im gleich langen Zeitraum von 1994 bis 2002 nur noch um 1 %¹⁸¹. Diese Entwicklung wird jedoch nicht nur auf die restriktive Bedarfsplanung seit dieser Zeit zurückgeführt, sondern auch auf die schwindende Bereitschaft junger Ärzte, als niedergelassener Haus- oder Facharzt tätig zu werden¹⁸², insbesondere im ländlichen Raum.

Am 1. Januar 2013 trat eine neugefasste Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft. Den Anlass zur Neufassung gaben mehrere Entwicklungen. Dazu zählt der immer stärker werdende Ärztemangel in einigen ländlichen Regionen¹⁸³, der allgemeine Schwund an nachrückenden Hausärzten gegenüber anderen Facharztgruppen¹⁸⁴, der hohe Altersdurchschnitt von Vertragsärzten¹⁸⁵ und die demographiebedingten Verschiebungen von Krankheitshäufigkeiten und -fällen, wobei ältere Menschen häufiger und spezifischer medizinischer Dienstleistungen bedürfen, die aufgrund der eingeschränkten Mobilität in nicht zu großer Entfernung der Patienten liegen sollten. Diese Entwicklungen machten es erforderlich, dass die Bedarfsplanung stärker regionalisiert und flexibilisiert wird¹⁸⁶.

3.2.2. Festlegung von Versorgungsebenen und Bedarfsplanungsregionen

Dazu wurde die bisherige Planungsebene der Landkreise und kreisfreien Städte für einige Arztgruppen aufgehoben und nach § 7 Bedarfsplanungsrichtlinie durch ein räumlich gestuftes System ersetzt (vgl. Tab. 19), bei dem für Hausärzte möglichst kleine Planungsbereiche definiert werden, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen¹⁸⁷. Den Hausärzten wurden dazu nach § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie die sog. Mittelbereiche zugeordnet, bei denen es sich um vom BBSR festgelegte "Zentralörtliche Verflechtungsbereiche mittlerer Stufe in der Bundesrepublik Deutschland" handelt, die sich an administrativen Grenzen auf kommunaler Ebene orientieren und Lagebeziehungen, Verkehrsanbindungen sowie traditionelle Bindungen zwischen Gemeinden und damit das zu erwartende Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge berücksichtigen¹⁸⁸. Diese Definition entspricht auch der Rolle von niedergelassenen Hausärzten in der wohnortnahen medizinischen Daseinsvorsorge. Mittelbereiche bestehen dabei zumeist aus mehreren Kommunen in kleinerer räumlicher Ausdehnung als Landkreise. Dabei können Mittelbereiche aber durchaus auch Kommunen von zwei angrenzenden Landkreisen enthalten. Die Zulassung von Vertragsärzten kann mit den Mittelbereichen als Planungsbereich also kleinräumiger und damit präziser am örtlichen Bedarf ausgerichtet erfolgen. Zur Ermittlung von Über- und Unterversorgung wurde

¹⁷⁹ vgl. Haage 2000, S. 262f & Herweck-Behnsen 1995, S. 211-214

¹⁸⁰ vgl. Breyer, Zweifel & Kifmann 2004, S. 332

¹⁸¹ vgl. Kopetsch 2005

¹⁸² vgl. Bundesärztekammer 2004, S. 21

¹⁸³ vgl. Hochheim 2015, S. 27

¹⁸⁴ vgl. Kopetsch 2004, S. 313

¹⁸⁵ vgl. Kopetsch 2010, S. 21

¹⁸⁶ vgl. Tiedemann 2013, S. 31

¹⁸⁷ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 8

¹⁸⁸ vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2017

dazu für alle Mittelbereiche die Verhältniszahl von 1671 Einwohner pro Hausarzt errechnet¹⁸⁹, womit in Deutschland 2013 insgesamt ca. 2.500 neue Hausarztstze frei wurden¹⁹⁰, vor allem in ländlichen Räumen.

Tab. 18 Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) der Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung

Arztgruppe	Regionstyp					
	Kernstädte	Dualversorger	stark mitversorgter Bereich	mitversorgter Bereich	selbstversorgter Bereich	Ruhrgebiet
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664	20.400
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711	34.591
Frauenärzte ¹	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042	5.555
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768	25.334
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042	35.736
Kinderärzte ²	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859	3.527
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183	31.373
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813	22.578
Psychotherap.	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953	8.743
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189	37.215

¹Verhältniszahlen bezogen auf alle Frauen

²Verhältniszahlen bezogen auf alle unter 18-jährigen

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Gesundheitsdaten. Planungsregionen und Verhältniszahlen, unter: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17013.php> (abgerufen am 01.03.2017)

Der Bedarf an allgemeiner fachärztlicher Versorgung wird demgegenüber nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie weiter auf Kreisebene ermittelt, wobei hier auch weiterhin ein System von Kreistypen Anwendung findet, allerdings in abgewandelter Form zum bisherigen Modell. Für stärker verstädterte bzw. zentralisiertere Landkreise werden dabei Mitversorgungseffekte für umliegende Gebiete angenommen, woraus eine Zubilligung höherer Arztdichten resultiert¹⁹¹. Insgesamt gibt es seither 5 verschiedene Kreistypen, die sich an den vom BBSR definierten Großstadregionen orientieren¹⁹² plus einen weiteren Kreistyp mit dem Ruhrgebiet, in dem besondere demographische, sozioökonomische und siedlungsstrukturelle Bedingungen gegeben sind (vgl. Abb. 8).

¹⁸⁹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 11

¹⁹⁰ vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2013

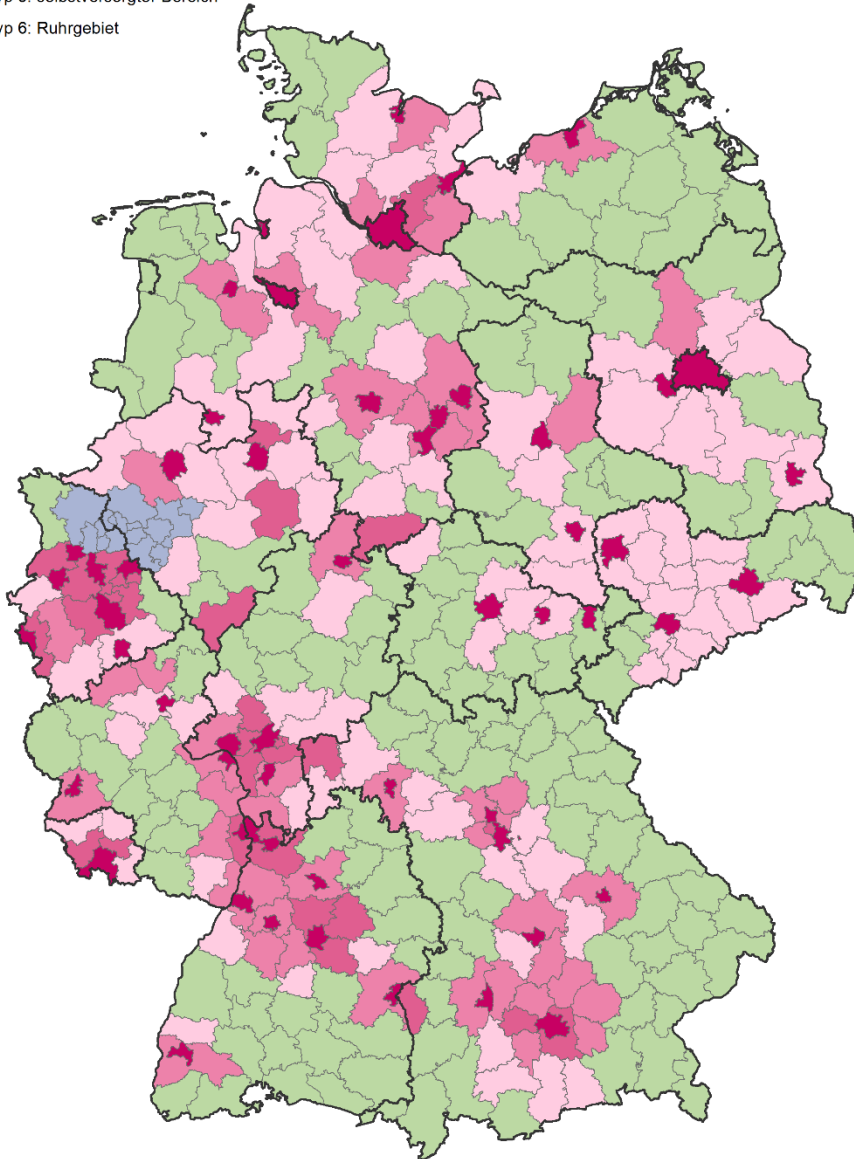
¹⁹¹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 13

¹⁹² vgl. Thielscher (Hrsg.) 2015, S. 310

Abb. 8 Typisierung der Bedarfsplanungsregionen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung

Typisierung der Bedarfsplanungsregionen

- Typ 1: Kernstädte
- Typ 2: Dualversorger
- Typ 3: stark mitversorgter Bereich
- Typ 4: mitversorgter Bereich
- Typ 5: selbstversorgter Bereich
- Typ 6: Ruhrgebiet



Entwurf: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Gesundheitsdaten. Planungsregionen und Verhältniszahlen, unter: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17013.php> (abgerufen am 01.03.2017)

Die Berechnung der Verhältniszahlen (Soll-Werte) erfolgt für jede Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung für jeden Kreistyp. Damit ergibt sich eine 6x10 Felder große Matrix, die in Tab. 18 dargestellt ist. Auffällig ist dabei ein die Arztgruppen übergreifendes Zentrum-Peripherie-Gefälle im Vergleich zwischen Kernstädten und selbstversorgten Bereichen, aus dem nochmals erkennbar ist, dass von einer wie in § 70 Abs. 1 SGB V angestrebten gleichmäßigen Versorgung in der Fläche schon bei der Festlegung der Soll-Zahlen an Arztsitzen in den Planungsbereichen abgewichen wird. In den Ruhrgebietskreisen reichen die Verhältniszahlen nicht an denen des Kernstadt-Kreistyps heran, wodurch nochmals die besondere Situation dieser Region deutlich wird. Würde das Ruhrgebiet wie vormals geschehen den Kernstädten zugeschlagen, würden das die Soll-Verhältniszahlen dieses Kreistyps stark erhöhen, wodurch in vielen Kernstädten Deutschlands eine Überversorgung nach der Bemessungsmethode der Bedarfsplanung festgestellt werden würde. Ansonsten kommt durch die ermittelten Soll-Verhältniszahlen auch zum Ausdruck, dass in Deutschland ein Zentrum-Verflechtungsraum-Gefälle hinsichtlich der allgemeinen Fachärzte besteht. Umgekehrt aber besteht zwischen Verflechtungsraum und Peripherie kaum noch Gefälle, bei den meisten Arztgruppen sind die Soll-Verhältniszahlen in den ländlichen selbstversorgten Planungsbereichen sogar etwas besser als in den (stark) mitversorgten Planungsbereichen, die – wie Abb. 8 zeigt – im Umland der Großstädte liegen.

Durch Zuordnung von Psychotherapeuten in die Gruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wurden durch die Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie 2013 knapp 1400 freie Zulassungen vor allem im ländlichen Raum verfügbar¹⁹³.

Tab. 19 Versorgungsebenen und Arztgruppen der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie

Facharztgruppe	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Planungsbereich	Mittelbereiche	Landkreise und kreisfreie Städte	Raumordnungsregionen	Zuständigkeitsgebiet der KVen
Anzahl der Planungsbereiche (Deutschland)	883	372	97	17
Zugehörige Fachärzte	Hausärzte: Allgemeinmediziner praktische Ärzte Pädiater hausärztlich tätige Internisten	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Orthopäden Urologen Kinderärzte	Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater	PRM-Mediziner Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner

Entwurf: Eigene Darstellung nach KBV 2013, S. 7f, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. Berlin.

Die Planung von spezialisierter fachärztlicher Versorgung findet dagegen nach § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie auf Ebene der vom BBSR festgelegten Raumordnungsregionen statt,

¹⁹³ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016

wodurch für diese Arztgruppen ein recht großes Einzugsgebiet angenommen wird. In dieser Gruppe sind auch die Kinder- und Jugendpsychiater erstmals aufgenommen worden¹⁹⁴.

Die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung waren hingegen bislang noch nicht von der Bedarfsplanung erfasst. Bei dieser Gruppe handelt es sich um Mediziner, die häufig wenig bis gar keinen Patientenkontakt haben und nur sehr besondere medizinische Leistungen anbieten. Dementsprechend stimmt ihr Planungsbereich nach § 14 Bedarfsplanungsrichtlinie mit dem Zuständigkeitsgebiet der 17 KVen überein¹⁹⁵.

3.2.3. Ermittlung von angepasstem Bedarf in Abhängigkeit der demographischen Struktur

Eine weitere wichtige Neuerung in der Bedarfsplanungsrichtlinie von 2013 besteht in der Einführung neuer Instrumente zur angepassten Bedarfsberechnung. Dazu zählt die Modifikation des Versorgungsgrades durch einen arztgruppenspezifischen Demographie-Faktor, dessen genaue Berechnung für eine Planungsregion in Abb. 9 dargestellt ist. Dabei wird der errechnete allgemeine Versorgungsgrad einer Region mit einem Alters- und einem Leistungsbedarfsfaktor multipliziert, wobei dieser für die Arztgruppen Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater aufgrund den jungen Patientenkontext sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung aufgrund des geringen Patientenkontaktes und der großen Planungsbereiche nicht angewandt wird. Der Altersfaktor besteht dabei aus dem Anteil der über und unter 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung eines Planungsbereichs, wobei zur Errechnung des Demographie-Faktors für Frauenärzte nur weibliche Einwohner beim Altersfaktor berücksichtigt werden. Der Leistungsbedarfsfaktor basiert auf der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und wird ebenfalls als Verhältniszahl zwischen älterer und jüngerer Bevölkerung errechnet¹⁹⁶.

Der Demographie-Faktor trägt damit dem Umstand Rechnung, dass ältere Menschen aufgrund einer stärkeren und spezifischen Morbidität mehr medizinische Angebote spezifischer Facharztgruppen benötigen. Dabei fußt die Berechnung auf flexiblen Daten zur Bevölkerung und zum Leistungsbedarf, womit sich der Demographie-Faktor zukünftigen Entwicklungen dynamisch anpasst. Im Ergebnis steht mit dem Demographie-Faktor damit ein Instrument bereit, dass für Planungsbereiche mit eher älterer Bevölkerung, die entsprechend mehr medizinische Dienstleistungen beansprucht, zusätzlichen Bedarf ermittelt und damit neue Zulassungen für diesen Planungsbereich generieren kann. Dies kommt insbesondere ländlichen Räumen zugute, die im Allgemeinen stärker von Überalterung betroffen sind.

¹⁹⁴ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 14

¹⁹⁵ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 15

¹⁹⁶ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 10f

Abb. 9 Formel zur Berechnung des Demographie-Faktors in der Bedarfsplanung

$$\text{Demographiefaktor}_{P,G} = \frac{U65_{A,G} + (\ddot{U}65_{A,G} \times \text{Leistungsbedarfsfaktor}_{A,G})}{U65_{P,G} + (\ddot{U}65_{P,G} \times \text{Leistungsbedarfsfaktor}_{P,G})}$$

Mit U65 = Anteil der unter 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung; $\ddot{U}65$ = Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung; A = Allgemein (deutschlandweit); G = Arztgruppe; P = Planungsbereich; und:

$$\text{Leistungsbedarfsfaktor} = \frac{\text{abgerechnete Vertragsärztliche Leistungen } \ddot{U}65}{\text{abgerechnete Vertragsärztliche Leistungen } U65}$$

Entwurf: Eigene Darstellung nach Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 10, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012; in Kraft getreten am 1. Januar 2013 / zuletzt geändert am 16. Juni 2016; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.09.2016 B1 vom 14. September 2016; in Kraft getreten am 15. September 2016

3.2.4. Feststellung von Versorgungsbedarf in den Planungsbereichen

In Abhängigkeit vom ermittelten Versorgungsgrad (Soll-Ist-Vergleich) eines Planungsbereichs wird anhand der Bedarfsplanungsrichtlinie nun auf Basis des SGB V der jeweilige Versorgungsbedarf für Planungsbereiche festgestellt, dessen Varianten in Abb. 10 dargestellt sind. Nach § 29 Bedarfsplanungsrichtlinie sind Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von unter 75% bei Hausärzten bzw. unter 50% bei allgemeinen und spezialisierten Facharztgruppen unterversorgt¹⁹⁷. Drohende Unterversorgung besteht in solchen Planungsbereichen, in denen aufgrund der Altersstruktur der Ärzte in absehbarer Zeit eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten bis hin zu Unterversorgung führen würde¹⁹⁸. Überversorgung hingegen besteht für alle Arztgruppen bei einem Versorgungsgrad von über 110%¹⁹⁹, was zur Sperrung des betreffenden Planungsbereichs für die reguläre Zulassung führt. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 wurde den Zulassungsausschüssen zudem auferlegt, in stark überversorgten Planungsbereichen (Versorgungsgrad > 140%) Anträge von Vertragsärzten zur Praxisnachbesetzung abzulehnen, wenn eine Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. In diesem Fall sind bei Praxisauflösung des bisherigen Zulassungsinhabers nach § 103, Abs. 3a Satz 13ff Entschädigungen an diesen durch die zuständige KV zu zahlen²⁰⁰. Hintergrund ist, dass überversorgte Planungsbereiche ein Risiko für die Finanzierung des Gesundheitssystems darstellen können, wenn sie zu „angebotsinduzierter Nachfrage“ medizinischer Leistungen führen²⁰¹. Dies kann dann der Fall sein, wenn weniger Patienten pro Arzt zur Verfügung stehen und dadurch Verordnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen führen. Darum haben insbesondere Krankenkassen ein Interesse daran, die Zahl an Ärzten in bereits überversorgten Planungsbereichen zu begrenzen.

¹⁹⁷ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 23

¹⁹⁸ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 23

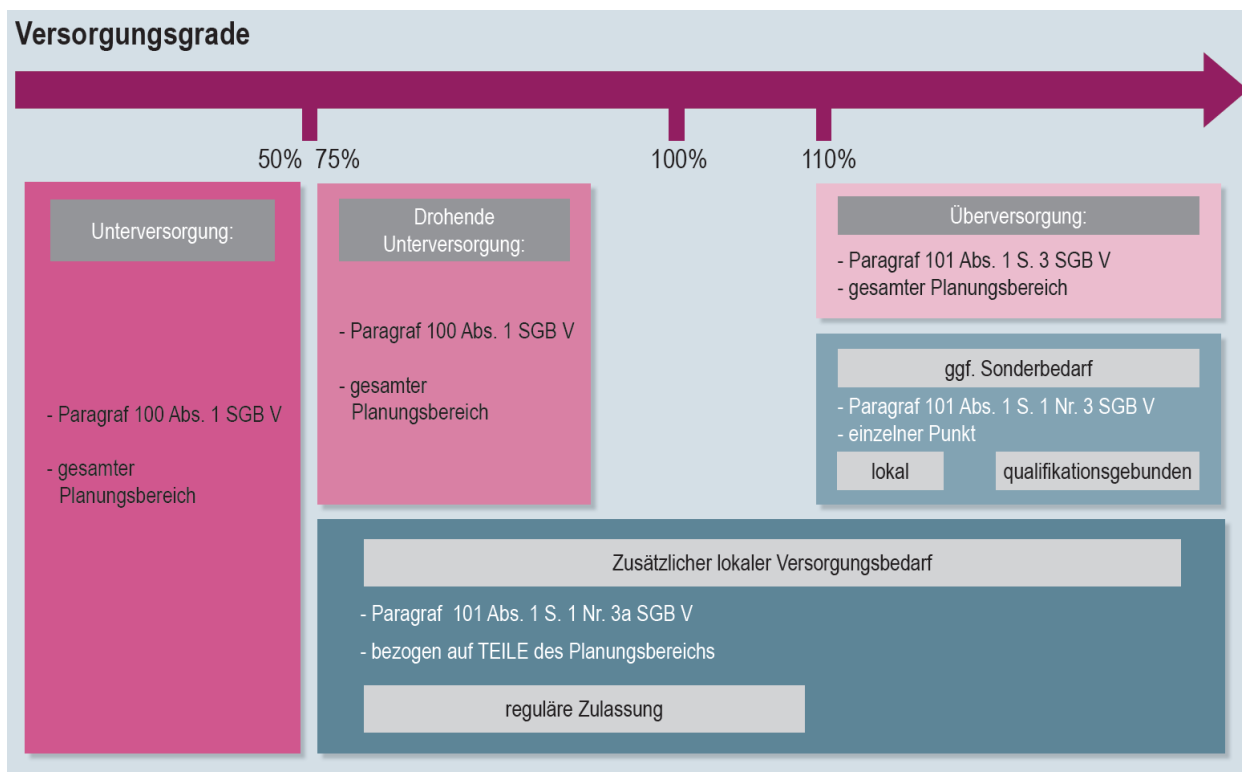
¹⁹⁹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 20

²⁰⁰ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 14

²⁰¹ vgl. Breyer, Zweifel & Kifmann 2004, S. 345

Das Instrument der Praxisauflösung gegen finanzielle Entschädigung des Inhabers kam bislang jedoch praktisch gar nicht zum Einsatz, lediglich im KV-Bezirk Nordrhein wurde bis 2014 eine Arztpraxis aufgekauft²⁰².

Abb. 10 Überblick über die Varianten des Versorgungsbedarfs in den Planungsbereichen



Entwurf: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. Berlin, S. 14

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. Berlin, S. 14

Bei festgestellter Unterversorgung wird seitens der KV eine Untersuchung durchgeführt, inwieweit vorhandene Versorgungsstrukturen sowie bereits eingeleitete Maßnahmen in absehbarer Zeit dennoch eine sichergestellte medizinische Versorgung gewährleisten können. Kriterien für eine solche Untersuchung sind nach § 31 Bedarfsplanungsrichtlinie das Tätigkeitsgebiet der Ärzte, deren Leistungsfähigkeit, Alters- und Praxisstruktur sowie deren Versorgungsbeitrag, die Zahl der Versicherten, deren Altersstruktur sowie deren Nachfrage nach ärztlichen Leistungen einschließlich des Orts der Inanspruchnahme²⁰³. Im Ergebnis einer solchen Untersuchung kann auch die fortbestehende Unterversorgung stehen, nach der eine absehbar dauerhafte Unterschreitung sowie eine fehlende Kompensation durch ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen vorliegen²⁰⁴. Dies würde einerseits dazu führen, dass der Landesausschuss einer KV gesetzlich angelegte Förderinstrumente (z. B. Maßnahmen des Strukturfonds, Vergütungs- bzw. Niederlassungsanreize) für den Planungsbereich einleitet²⁰⁵. Umgekehrt können dadurch alle übrigen

²⁰² vgl. SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 109

²⁰³ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 23

²⁰⁴ vgl. KBV 2013, S. 15

²⁰⁵ vgl. KBV 2013, S. 15

Planungsbereiche im Zuständigkeitsgebiet einer KV durch den Landesausschuss für reguläre Zulassungen gesperrt werden²⁰⁶.

Bei drohender Unterversorgung gilt prinzipiell der gleiche Mechanismus wie bei ermittelter Unterversorgung mit dem Unterschied, dass eine Untersuchung nur auf Antrag der KV eingeleitet wird und insbesondere die Altersstruktur der betreffenden Facharztgruppe in einem Planungsbereich berücksichtigt. Die Untersuchung hat damit prognostischen Charakter und auf Beschluss des Landesausschusses können dazu vorbeugende Maßnahmen gegen die drohende Unterversorgung beschlossen werden.

Ebenfalls erstmalig in der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie enthalten ist die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und Psychotherapeuten in der Berechnung des Versorgungsgrades einer Planungsregion. Dies betrifft im Allgemeinen Ärzte, die in Krankenhäusern oder in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angestellt sind und kraft einer vom zuständigen Zulassungsausschuss einer KV erteilten Genehmigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen²⁰⁷. Damit wird vor allem die Stützfunktion stationärer Einrichtungen in die Bedarfsplanung einbezogen. Solche Fälle können unter anderem dort auftreten, wo Leistungen von niedergelassenen Vertragsärzten nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden können. Dieses Instrument birgt damit durchaus auch die Möglichkeit, eventuelle regionale Versorgungsdefizite durch Anrechnung stationärer Einrichtungen zu überdecken. Dem wurde mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahre 2015 Vorschub geleistet, da nun explizit zur Vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Ärzte bei der Bedarfsermittlung eines Planungsbereichs ausgenommen bleiben²⁰⁸.

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie ermöglicht auch in eigentlich ausreichend oder sogar überversorgten Planungsbereichen Zulassungen, nach dem vom Landesausschuss der KV zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf auf Grundlage von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V festgestellt werden kann²⁰⁹. Dies kann z.B. bei einer besonderen demographischen Situation gegeben sein, wenn in einem Planungsbereich beispielsweise überdurchschnittlich viele Kinder einen Mehrbedarf an Kinderärzten ergeben. Ein weiterer Grund für regionale Abweichungen kann bei regional auffälliger Morbidität gegeben sein, wenn es zu besonderen Prävalenz- oder Inzidenzraten kommt. Des Weiteren kommen auch sozioökonomische Faktoren wie etwa regional geringere Einkommen, höhere Arbeitslosigkeit oder größerer Pflegebedarf für eine Anpassung des Bedarfs in Betracht. Ebenso können räumliche Besonderheiten etwa in der Erreichbarkeit, Entfernung, geographischen Barrieren wie Flüssen und Gebirgen, Rand- und Insellagen oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten Abweichung vom normalen Versorgungsgrad erfordern. Schlussendlich kommen noch infrastrukturelle Gegebenheiten als Anlass für Anpassungen in Betracht, z.B. Einschränkungen in der Verkehrsanbindung, den Sprechstundenzeiten, dem Leistungsangebot oder die Barrierefreiheit bereits vorhandener Arztstühle²¹⁰. Sollte aus einem der genannten Gründe von den gängigen Verfahren zur Feststellung von Über- und Unterversorgung abgewichen werden, so muss dies im Bedarfsplan der KV gekennzeichnet und explizit begründet werden²¹¹.

²⁰⁶ vgl. KBV 2013, S. 15

²⁰⁷ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 19

²⁰⁸ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 14

²⁰⁹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 24

²¹⁰ vgl. Stahl 2013, S. 24

²¹¹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 7

Hinzu kommt für die KVen noch ein weiterer Gestaltungsspielraum, nach dem auch für eigentlich überversorgte Planungsbereiche Zulassungen ausgestellt werden dürfen, wenn es für die regionale bedarfsgerechte Versorgung nach § 36 Bedarfsplanungsrichtlinie notwendig ist²¹² (sog. Sonderbedarf). Denkbar wäre eine solche Situation in ungünstig zugeschnittenen Planungsbereichen, die eigentlich ausreichend versorgt sind, aber in manchen Gebieten keinen Zugang bieten, wenn sich etwa das Zentrum in Randlage des Planungsbereiches befindet.

3.2.5.Förderungsmöglichkeiten der vertragsärztlichen Versorgung

Um Maßnahmen zur Behebung von Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf gemäß Bedarfsplanung finanzieren zu können, bedarf es entsprechenden Fördertöpfen. Der Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V ist eine solche Fördermöglichkeit und finanziert sich durch Beschluss einer KV durch die Krankenkassen, welche demnach 0,1 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der medizinischen Versorgung in diesen Fonds einzahlen müssen. Für die Verwendung der Mittel ist die KV verantwortlich und hat bei der Wahl der Maßnahmen einen vergleichsweise breiten Ermessensspielraum. So können bspw. Zuschüsse zu Investitionskosten bei Neuniederlassung oder Zweigpraxen, Zuschläge zur Vergütung oder zur Ausbildung sowie die Vergabe von Stipendien finanziell gefördert werden²¹³. Weiterhin können die KVen aus den Mitteln auch ganze Förderprogramme auflegen, die dadurch gleich für mehrere Planungsbereich mit Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf gelten können und somit besser wahrgenommen werden können. Zugleich werden durch einheitliche Förderprogramme auch gleiche Standards für alle Planungsbereiche definiert, was der eventuellen Bevorzugung bestimmter Planungsbereiche in der Zuweisung von Fördermitteln vorbeugt (s. dazu auch Kap. 3.5.6 für die KV Bayern und Kap. 3.5.7 für die KV Rheinland-Pfalz).

Neben dem Strukturfonds gibt es noch das Förderinstrument der Sicherstellungszuschläge, die nach § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V gesetzlich verankert sind. Mit diesen sollen Anreize für Ärzte in Regionen mit Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf geschaffen werden. Im Gegensatz zum Strukturfonds entscheidet hier nicht die KV allein über die Gewährung, die Höhe, die Dauer sowie die Förderungsanforderungen der Mittel, sondern die jeweiligen Landesausschüsse²¹⁴. Die Finanzierung erfolgt dementsprechend auch von den Trägern der Landesausschüssen zu gleichen Teilen, also der zuständigen KV und den Landesverbänden der Krankenkassen gemäß § 105 Absatz 4 Satz 2 SGB V²¹⁵.

Besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungen von besonders förderungswürdigen Ärzten und Psychotherapeuten können auch nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V von der zuständigen KV und den Krankenkassen gemeinsam beschlossen werden, wobei deren Verwendung im Gegensatz zum Strukturfonds klar geregelt ist. Die Förderung ist auf Ärzte beschränkt, die in von Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf betroffenen Planungsbereichen praktizieren²¹⁶. Damit erhält diese Fördermöglichkeit räumliche Steuerungswirkung. Für Ärzte besonders attraktiv an dieser Förderung ist die Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich des EBM im Falle der Behandlung multimorbider Patienten mit chronischen Er-

²¹² vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 26

²¹³ vgl. KBV 2013, S. 18

²¹⁴ vgl. KBV 2013, S. 19

²¹⁵ vgl. KBV 2013, S. 19

²¹⁶ vgl. KBV 2013, S. 20

krankungen zu erhalten²¹⁷. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass gerade in ländlichen Regionen mit geringer Ärztedichte die Behandlungskosten einzelner Ärzte aufgrund der spezifischen Patientenklentel oft das gedeckelte Quartalsbudget (Regelleistungsvolumen) übersteigen²¹⁸. Dies macht die Behandlung solcher Patienten für Ärzte häufig unrentabel.

In die gleiche Richtung geht die mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes festgelegte Regelung, dass Ärzte in von Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf betroffenen Planungsbereichen von Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung von Patienten ausgeschlossen werden²¹⁹. Damit wird solchen Ärzten in der Honorarverteilung der zuständigen KV finanziell anerkannt, dass sie in ihrem Umkreis mehr Patienten (mit-)versorgen müssen.

Auch die finanzielle Anrechnung von Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten ist für Ärzte in von Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf betroffenen Planungsbereichen möglich. Dabei können von nicht-ärztliche Praxisassistenten in Anlage 8 des Bundesmantelvertrages festgelegte medizinische Dienstleistungen nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V von den zuständigen Ärzten gemäß Abschnitt 40.18 des EBM abgerechnet werden²²⁰. Dies kann besonders für Ärzte mit hohem Patientenaufkommen eine deutliche Arbeitsentlastung darstellen. Solche Praxisassistenten müssen jedoch speziell ausgebildet und der zuständigen KV in ihrer Funktion gemeldet sein.

Auch bei Hausärzten in von Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf betroffenen Planungsbereichen lernende allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenten können nach § 6 und 6a der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft gefördert werden. Diese Förderung wird auch wieder je zur Hälfte durch die KV und die Krankenkassen finanziert. Intention dieser Förderung ist das Interesse von angehenden Hausärzten für eine Tätigkeit in schlecht versorgten Regionen zu steigern.

3.2.6. Bewertung der Bedarfsplanung

Die interviewten Experten konnten der Bedarfsplanung in ihrer jetzigen Form nur partiell eine Wirksamkeit zum Ausgleich räumlicher Versorgungsdisparitäten bescheinigen. Zum einen liegt dies daran, dass die Bedarfsplanung als realitätsfremde Grundlage angesehen wird, da sie für einzelne Regionen nominelle Überversorgung aufweist, obwohl die Hausärzte einiger dieser Regionen bereits jetzt überlastet und häufig auch überaltert sind (I4, Z4). Dabei macht sich bemerkbar, dass der Bedarfsplanung in ihrer jetzigen Form der „prospektive Charakter“, d.h. die Einbeziehung demographischer Merkmale bei den Hausärzten fehlt (I4, Z5; I1, Z5; I6, Z47). Daher wurde sogar der Wunsch nach einer Abschaffung des Bedarfsplanungsinstruments geäußert (I6, Z5). An ihre Stelle könnte ersatzweise ein freier Markt treten, der sich allein nach Angebot und Nachfrage richtet (I6, Z46). Dies geschieht sogar bereits an sehr lukrativen Standorten Bayerns, wo einzelne Hausärzte ohne Kassenzulassung (und damit außerhalb des Systems der Bedarfsplanung) es allein auf Basis von Privatpatienten und Selbstzahlern schaffen, ihre Praxis rentabel zu führen (I7, Z20).

²¹⁷ vgl. KBV 2013, S. 19f

²¹⁸ vgl. Ploch 2017

²¹⁹ vgl. KBV 2013, S. 21

²²⁰ vgl. KBV 2013, S. 21

Neben diesem Änderungswunsch wurde eingebracht, dass zeitlich befristete Zulassungen zielführend seien, um kurzfristigen Versorgungsbedarfen in einzelnen Regionen (z.B. aufgrund zunächst unklarer Nachbesetzung) gegenzusteuern und so Praxisschließungen zu vermeiden (I4, Z6). Des Weiteren führte in der Vergangenheit mancherorts eine relativ großräumige Gebietseinteilung dazu, dass einige Planungsregionen (obwohl bereits auf Ebene der Mittelbereiche heruntergestuft) sowohl städtische als auch ländliche Teilräume enthalten (I5, Z13). Dementsprechend wird auch die weitere Teilung der jetzt bestehenden Mittelbereiche gefordert, um die hausärztliche Versorgung noch kleinräumiger zu organisieren (I6, Z45) und zusätzliche Ansiedlungsmöglichkeiten in Regionen mit Bedarf zu schaffen (I7, Z9). Dies kann insbesondere auch aufgrund ungünstiger geographischer Gegebenheiten (z.B. durch natürliche Barrieren wie Flüsse und Berge) in einzelnen Planungsregionen geboten sein (I3, Z9). Dennoch hat auch der bei der jüngsten Reform erfolgte kleinräumigere Gebietszuschnitt die Zulassungssituation deutlich geändert (I5, Z60). Zum Beispiel hat dies in Schweinfurt dazu geführt, dass in nach dem alten Gebietszuschnitt der eigentlich als gut versorgt geltenden Stadt nach der Reform noch Versorgungslücken in manchen Gebietsteilen aufgedeckt wurden und inzwischen nachbesetzt wurden (I5, Z61). Allerdings ist auch anzumerken, dass Schweinfurt als Mittelstadt eben nicht gerade dem ländlichen Raum zuzuordnen ist und bezweifelt werden darf, ob aufgrund der reformierten Bedarfsplanung eine schnelle Nachbesetzung auch im ländlichen Planungsregionen funktioniert hätte.

Positiv bewertet wird hingegen die Tatsache, dass angestellte Ärzte mittlerweile leichter eine kassenärztliche Zulassung erwerben können (I4, Z25), was angesichts der zunehmenden Popularität dieser Arbeitsform unter Hausärzten (s. Kap. 3.3.5) der ambulanten Versorgungslage zugutekommt. Ansonsten wurde weitgehend die Meinung vertreten, dass die Bedarfsplanung aufgrund der Fülle an jetzt schon freien oder noch freiwerdenden Kassenzulassungen ihre Steuerungswirkung nicht voll entfalten kann (I5, Z7-8; I8, Z8; I6, Z6-11). Dabei sind jedoch regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Kassenzulassungen zu beachten (I3, Z12). Somit können die aktuellen Zulassungszahlen auch mehr nur indirekt eine Vorstellung mehr davon geben, welche Regionen tatsächlich vonseiten der Ärzte präferiert werden (I5, Z23). Aufgrund des großen Ungleichgewichts zwischen freien Kassenzulassungen und interessierten Nachrückern kommen viele Praxisinhaber inzwischen auch auf den Hausärzterverband in Bayern mit Vermittlungswünschen zu, woraus sich sogar bereits ein Vermittlungsmarkt (s. Kap. 3.5.4), auch getragen von privaten Dienstleistern, entwickelt hat (I3, Z13-14).

Schlupflöcher in der Bedarfsplanung bieten sich für Hausärzte mit spezialisiertem Leistungsspektrum, die sich in bereits überversorgten Planungsregionen niederlassen wollen, falls diese spezifischen medizinischen Versorgungsangebote in der Region bislang nicht existieren. Dabei spielt es auch keine Rolle, dass diese Region bereits überversorgt sein könnte (I5, Z44). Solche Fälle finden sich vermehrt in Städten (I2, Z3). Dabei profitieren solche Ärzte bei ihrer Niederlassung von einer angebotsinduzierten Nachfrage an medizinischen Dienstleistungen (I5, Z45). Die Bedarfsplanung verliert durch solche Umgehungsmöglichkeiten deutlich an Schlagkraft, weswegen vor allem vonseiten der Ersatzkassen gefordert wird, dieses Steuerungsinstrument nicht bloß „statistische Spielerei“ sein zu lassen (I8, Z26). Dies könnte dadurch erreicht werden, dass die Bestimmungen der Bedarfsplanung konsequenter umgesetzt werden und keine Ausnahmen mehr zulassen (I8, Z26 & I7, Z11). Dabei spielt auch insbesondere die in der Bedarfsplanung verankerte Aufkaufregelung von Praxen in überversorgten Regionen durch die KVen eine Rolle, dessen Umsetzung wiederum vonseiten der Ersatzkassen angemahnt wird (I8, Z34 & I7, Z12), um die Überversorgung vor allem in städtischen Gebieten abzubauen. Dabei wird jedoch angemerkt, dass dies kein spezifisches Thema der hausärztlichen Versorgung ist, sondern das dieses Problem mehr noch bei der fachärztlichen Versorgung besteht, wo sich eine stärkere Rolle der Krankenhäuser ist der ambulanten Versorgung gewünscht wird (I8, Z35).

Momentan wird die Bedarfsplanung vonseiten der GKV-Vertreter daher nicht als restriktives Instrument wahrgenommen, das Hausärzte in unterversorgte Regionen hinein drängt, sondern aufgrund der vielen Ausnahmeregelungen mehr anreizende Funktion hat (I8, Z10). Eine Reform der Bedarfsplanung mit einer Verschärfung des Zulassungsrechts hätte jedoch wenig Aussicht auf Erfolg, weil dadurch das Recht auf freie Berufswahl zu sehr eingeschränkt werden würde (I5, Z49 & I7, Z14). Ein Vertreter der ärztlichen Seite sieht ohnehin auch so schon Einschränkungen in der Standortwahl von Hausärzten, wo eine restriktivere Bedarfsplanung sogar abschreckend auf jene Humanmedizinstudierende wirken könnte, die an einer späteren hausärztlichen Niederlassung interessiert sind (I1, Z8-9). Stattdessen wird für ein Steuerungsinstrument plädiert, dass nicht mit Restriktionen sondern mit Anreizen Lenkungswirkung entfaltet (I1, Z10). Insbesondere das „Drücken“ von Hausärzten in den ländlichen Raum kann entscheidungsgewendend dafür sein, für welche Fachrichtung sich Humanmedizinstudierende im Laufe ihres Studiums entscheiden (I1, Z12).

Insgesamt muss hinzugefügt werden, dass insbesondere ärztliche Vertreter eine deutliche Unterscheidung zwischen nominellem (d.h. statistischem) und tatsächlichem Versorgungsbedarf machen (I5, Z43). Dieser rührt für sie daher, dass durch veränderte Tätigkeitsformen (Angestelltenverhältnisse, Teilzeit, Elternzeit, Tätigkeit bis ins hohe Alter) die Arbeitszeit kürzer und/oder das Arbeitstempo geringer ausfallen und somit Vollzeitäquivalente vergangener Zeiten heute so nicht mehr erreicht werden können.

Letztlich lässt sich also über das gesamte Meinungsspektrum hinweg feststellen, dass nur selten wirkliche Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen System der Bedarfsplanung besteht. Dabei reichen die Lösungsvorschläge von der strengeren Um- und Durchsetzung im Sinne von Zulassungsbeschränkungen und Praxisaufkäufen bis hin zu Forderungen nach der Abschaffung oder zumindest Aufweichung des Systems, um die Versorgung entweder durch den freien Markt regeln zu lassen oder die Hausärzte durch Anreize zur Tätigkeit in bislang schwach versorgten Räumen zu verleiten. Daneben existiert von den meisten befragten Experten eher der Wunsch nach einer weiteren Reform des gegenwärtigen Systems, um demographische Merkmale innerhalb der Hausärzteschaft einer Region (stärker) zu berücksichtigen und um die Planungsregionen noch kleinteiliger zu organisieren, wobei dies wohl auf die Planungsebene der Kommunen hinauslaufen würde.

Insgesamt hat sich die Bedarfsplanung damit von einem Instrument zur bloßen Sicherstellung der medizinischen Versorgung zum einem hochkomplexen Steuerungsinstrument gewandelt. Dazu zählen mittlerweile sehr genaue und arzt- sowie regionsspezifische Erhebungen, auch wenn diese weiterhin auf rein quantitativen Maßen beruhen. Durch diese jetzt viel feinere Bedarfsermittlung erhält die Bedarfsplanung auch gleichzeitig wesentlich restriktiveren Charakter, da aus planerischer Sicht zahlreiche Schlupflöcher (etwa die Ballung von Hausarztsitzen in den Zentren der Landkreise) ausgehebelt werden konnten. Demgegenüber stehen zahlreiche Ausnahmen und Sonderregelungen, die auch weiterhin viele Möglichkeiten zur Erlangung einer Zulassung in eigentlich gut versorgten Regionen bieten. Schlussendlich gibt es nun einen ganzen Strauß an Förderungsmöglichkeiten, die explizit für solche Regionen gelten, für die in der Bedarfsplanung Versorgungsdefizite festgestellt wurden. Somit wird die Bedarfsplanung selbst auch zu einem Steuerungsinstrument finanzieller Förderung. Diese besteht zumeist in der Schaffung finanzieller Anreize. Die KVen haben damit einerseits wesentlich erweiterten Handlungsspielraum, gleichzeitig ist auch der Analyseaufwand erheblich gestiegen²²¹. Insgesamt müssen in Deutschland nach der aktuell gültigen Richtlinie für mindestens²²² 883 Hausarzt-

²²¹ vgl. KBV 2013, S. 23

²²² in manchen Regionen wurden die Planungsbereiche von den zuständigen KVen noch weiter unterteilt; vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 19

Planungsbereiche, 3720 allgemeine Facharzt-Planungsbereiche (372 Kreise x 10 Arztgruppen) sowie 388 spezialisierte Facharzt-Planungsbereiche (97 Raumordnungsregionen x 4 Arztgruppen) Bedarfspläne aufgestellt und bei ermittelter Unterversorgung weitere Analysen durchgeführt. Feststellungen in den Landesausschüssen gefasst werden.

Dabei ist auch kritisch zu hinterfragen, ob über die bloße Anzahl an Einwohnern und Arztstellen tatsächlich der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen ermitteln lässt²²³. Der Begriff Bedarf ist nämlich in der Gesetzgebung nirgends konkretisiert oder definiert²²⁴. Dementsprechend mangelt es auch an Operatoren, mit denen sich Bedarf feststellen ließe und die gesamte Planung ist vom Bestand an vorhandenen Ärzten abgeleitet²²⁵. Aufgrund dessen kommen einige Autoren zu dem Schluss, dass es sich bei dem Instrument der „Bedarfsplanung“ grundsätzlich eher um eine „Verteilungsplanung“ handelt²²⁶. Es besteht jedoch die Möglichkeit, Bedarf mit bevölkerungsbezogenen Indikatoren zu Demographie, Sozioökonomischer Struktur und Morbidität zu ermitteln. Dazu können bereits verfügbare Daten wie die Altersstruktur, die Geschlechterverteilung, die Arbeitslosenquote, das Haushaltseinkommen, die Zahl der Pflegebedürftigen und die Sterberate herangezogen werden²²⁷. Dies würde besonders in der Bedarfsplanung der allgemeinen Fachärzte zu gänzlich anderen Ergebnissen führen.

Die Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie von 2013 hat aber besonders bei der Hausärzteverteilung aufgrund des kleinräumigeren Ansatzes und der bundeseinheitlichen Verhältniszahl zu einer Abmilderung regionaler Ungleichheiten geführt²²⁸, auch wenn dies freilich nur die Bewertung der Soll-Werte betrifft. Inwiefern es dadurch tatsächlich zur räumlichen Umverteilung bei den Niederlassungen von Vertragsärzten kommt, lässt sich erst nach langjähriger Betrachtung glaubwürdig analysieren.

Darüber hinaus ist die Bedarfsplanung nur ein indirektes Steuerungsinstrument, dem es an verbindlichen Charakter mangelt²²⁹. Dies ist freilich dem Umstand geschuldet, dass die Bedarfsplanung eine starke räumliche Einschränkung in der Berufsfreiheit betroffener Ärzte bedeutet und dementsprechend locker gefasst sein muss. Im Ergebnis kann die Bedarfsplanung in der heutigen Fassung damit als ein Mittelweg zwischen Restriktionen und Anreizen sowie zwischen Festlegung und Wahlfreiheit der Standortwahl von Ärzten verstanden werden.

3.3. Hausärztliche Tätigkeit

Die ambulante medizinische Versorgung ist derzeit von einem hohen Durchschnittsalter der Vertragsärzte gekennzeichnet. Seit der Einführung verschärfter Zulassungsbestimmungen zu Beginn der 1990er Jahre stieg das Durchschnittsalter der Vertragsärzte kontinuierlich auf derzeit fast 52 Jahre an²³⁰, so dass mittelfristig von einem vermehrten Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ausgegangen werden muss. Insbesondere der hausärztliche Versorgungsbereich weist hierbei einen überdurchschnittlich hohen Anteil 60-jähriger und älterer Ärzte

²²³ vgl. Schröder 2008, S. 31

²²⁴ vgl. Schwartz 2001, S. 12

²²⁵ vgl. Kistemann & Schweikart 1998

²²⁶ vgl. Bitzer 1994, S. 34; Geißler 1978 & Schröder 2008, S. 33

²²⁷ vgl. Etgeton 2015, S. 4

²²⁸ vgl. Etgeton 2015, S. 6

²²⁹ vgl. Schröder 2008, S. 31f

²³⁰ vgl. Kopetsch 2010, S. 20

auf. Diese Entwicklung wird von einem stetigen Bedeutungsverlust der allgemeinmedizinischen Profession begleitet. Das durch § 35 der Bedarfsplanungsrichtlinie von 2010 avisierte Verhältnis von 60:40 zu Gunsten der hausärztlichen Versorgung²³¹, welches zuletzt Anfang der 1990er Jahre erreicht wurde, konnte nicht gehalten werden, so dass mittlerweile der Anteil der Fachärzte in der vertragsärztlichen Versorgung überwiegt²³².

Unterdessen spiegelt sich der Bedeutungsverlust der hausärztlichen Versorgung nicht nur in der anteilmäßigen Verteilung der Vertragsärzte wider, auch die Gesamtzahl der Hausärzte ist auf Bundesebene seit der Jahrtausendwende rückläufig. Die Ursachen hierfür werden unter anderem in einem Imageverlust der allgemeinmedizinischen Profession gesehen²³³. Neben dem Trend zur Spezialisierung, der nicht nur in der Medizin vorzufinden ist, der hohen Arbeitsbelastung im allgemeinmedizinischen Bereich werden im fachärztlichen Bereich zumeist höhere Einkommen erzielt.²³⁴ Bislang beschränkt sich die rückläufige Hausarztzahlenentwicklung vornehmlich auf die neuen Bundesländer, in denen, aufgrund einer zum Bundesdurchschnitt ungünstigeren Altersstruktur, bereits heute die hausärztlichen Abgänge nicht mehr ausreichend kompensiert werden können. Zeitverzögert werden in Folge des insgesamt hohen hausärztlichen Durchschnittsalters sowie des bestehenden Nachwuchsmangels im allgemeinmedizinischen Bereich zunehmend auch die alten Bundesländer mit dieser Problematik konfrontiert.

Ferner unterliegt die vertragsärztliche Versorgung weiteren Trends, die nicht nur den hausärztlichen Versorgungsbereich vor erhebliche Herausforderungen stellen. Grundsätzlich haben sich die Erwartungen an den Beruf des Arztes gegenüber früheren Generationen erheblich gewandelt. In diesem Kontext ist insbesondere auf die wachsende Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verweisen. Zukünftige Generationen von Ärzten werden voraussichtlich nicht mehr gewillt sein, die hohen Wochenarbeitszeiten der Vergangenheit zu leisten. Diese Entwicklung wird von einer fortschreitenden Feminisierung der medizinischen Profession begleitet. Bereits heute sind fast zwei Drittel sämtlicher Erstsemester im Fach Humanmedizin weiblich²³⁵. Sowohl der gestiegene Anspruch an Freizeit sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden daher zu einer eher rückläufigen arztbezogenen Arbeitsleistung führen, woraus sich ein höherer ärztlicher Gesamtbedarf ableitet²³⁶.

Derzeit erfolgt die ambulante medizinische Versorgung überwiegend durch freiberufliche, niedergelassene Vertragsärzte. Mit der Niederlassung sind Investitionen verbunden, die sowohl eine langfristige Standortbindung als auch finanzielle Risiken bedingen. Die hieraus resultierende individuelle Begrenzung wird zunehmend als Einschränkung wahrgenommen und führt zu einer verminderten Niederlassungsbereitschaft²³⁷. Mit dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztänderungsgesetz wurde auf diese Entwicklung reagiert. Erste Ansätze zur Flexibilisierung der vorhandenen Strukturen stellen in diesem Zusammenhang die Erweiterung von Anstellungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Etablierung von Teilzulassungen dar.

²³¹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2010

²³² vgl. KBV 2010, S. 25

²³³ vgl. KBV 2010

²³⁴ vgl. BMVBS 2010, S. 42f

²³⁵ vgl. Kopetsch 2010, S. 153f

²³⁶ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 323 & Kopetsch 2010, S. 136ff

²³⁷ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 323

Darüber hinaus gewinnen neben rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten zunehmend weiche Standortfaktoren Einfluss auf die ärztliche Niederlassungsentscheidung. Aspekte, wie Ausstattung und Qualität von Freizeit-, Erholungs- und kulturellen Einrichtungen sowie Bildungs- und Betreuungsinfrastruktur beeinflussen die Attraktivität einer Region für eine ärztliche Niederlassung.

Die zunehmende Bedeutung weicher Standortfaktoren erklärt auch die seit einigen Jahren vermehrte Entstehung von Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in denen medizinische Dienstleistungen an zentralen Orten gebündelt werden. Auch wenn bei diesen Betriebsformen Nebenpraxen und Zweigstellen betrieben werden, führen solche Versorgungsangebote durch räumliche Konzentration ärztlicher Leistungen in der Konsequenz zu qualitativ und quantitativ ausgedünnten Versorgungsangeboten in peripheren Räumen²³⁸.

Neben den zuvor skizzierten Trends auf der Angebotsseite ergeben sich in Folge der demographischen Entwicklung, die von einer Abnahme und Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet ist, weitere Konsequenzen an die medizinische Versorgung. Während im Zuge der demographischen Entwicklung bei einigen Arztgruppen (Gynäkologen und Kinderärzte) von einer abnehmenden Inanspruchnahme bis zum Jahr 2020 auszugehen ist, resultiert bei einzelnen Facharztgruppen (Urologen und Augenärzte) sowie im hausärztlichen Bereich trotz Bevölkerungsverlusten ein höherer Versorgungsbedarf²³⁹. Schrumpfungsbedingungen führen somit nicht zwangsläufig zu einem abnehmenden medizinischen Bedarf. Weiterhin geht mit Bevölkerungsverlusten eine Ausdünnung der medizinischen Versorgungseinrichtungen (sowie des ÖPNV-Angebots) einher, wodurch der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung weiter erschwert wird. Der Alterungsprozess bewirkt zudem, dass die individuelle Mobilität abnimmt und die Erreichbarkeit unter den zuvor genannten Faktoren somit einer weiteren Reglementierung unterliegt²⁴⁰.

Diese Arbeit widmet sich den Faktoren hausärztlicher Standortwahl. Folglich soll in diesem Abschnitt gesondert auf die Rahmenbedingungen und die besondere Rolle der Hausärzte sowie die bestehende Versorgungssituation hausärztlicher Leistungen eingegangen werden.

3.3.1. Definition und örtliche Versorgungsfunktion

Zur hausärztlichen Versorgung zählen nach § 73 Abs. 4 SGB V Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Kinderärzte und hausärztlich tätige Internisten, wobei in der Bedarfsplanung Kinderärzte ausgenommen sind. Dabei sind in Deutschland 2016 52.543 als an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Hausärzte erfasst²⁴¹. Dies entspricht 37% aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und unterstreicht den weiterhin hohen Stellenwert der hausärztlichen Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. Von allen Hausärzten stammen 64,5% aus der allgemeinmedizinischen Fachrichtung und 26% sind hausärztlich tätige Internisten²⁴². Die übrigen fast 10% entfallen auf Ärzte aus anderen Fachrichtungen, die ebenfalls kraft einer entsprechenden KV-Genehmigung an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Von

²³⁸ vgl. Faller 2014, S. 8f

²³⁹ vgl. Zi 2009

²⁴⁰ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 57.

²⁴¹ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 16

²⁴² vgl. KBV 2015, S. 3

allen Hausärzten der vertragsärztlichen Versorgung sind gut 86% auch Praxisinhaber²⁴³. Die übrigen Hausärzte sind zumeist in einem Angestelltenverhältnis in einer Praxis tätig. 2,1% aller Hausärzte sind Ausländer²⁴⁴.

Aus Tab. 20 ist die aktuell in Deutschland bestehende Praxisstruktur anhand der hausärztlich tätigen Vertragsärzte ersichtlich. Demnach ist es immer noch über 50% der Normalfall, dass Hausärzte als alleinige Ärzte in einer Einzelpraxis tätig sind. Daneben haben Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), also Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften mit über 40% einen hohen Stellenwert in der hausärztlichen Versorgung. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben in der hausärztlichen Versorgung hingegen bislang kaum Bedeutung.

Tab. 20 Praxisstrukturen von hausärztlich tätigen Vertragsärzten

Praxisform	%
Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	5,9%
Einzelpraxis ohne angestellte Ärzte	53,1%
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (ohne MVZ)	40,6%
MVZ oder KV- bzw. kommunale Eigeneinrichtung	0,4%

Entwurf: Eigene Darstellung nach KBV 2015, S. 26, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2015. unter: http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf (abgerufen am 12.03.2017)

Den Hausärzten kommt nach § 73 Abs. SGB V eine tragende Rolle durch die Erstbehandlung im Krankheitsfall sowie die Koordination bei Konsultierung eines Facharztes zu. Dies kommt auch durch das im Jahr 2000 verabschiedete GKV-Reformgesetz zum Ausdruck, das dem Hausarzt eine „Gatekeeper“-Funktion zuweist²⁴⁵, auch wenn kein Zwang zur Erstkontaktierung eines Hausarztes besteht und dies mittlerweile nur noch von einem Drittel der Patienten so gehandhabt wird²⁴⁶. Dies ist auch zurückzuführen auf die 2004 eingeführte Praxisgebühr, nach die Konsultierung eines Facharztes ohne vorherige Überweisung des Hausarztes mit 10 Euro Praxisgebühr belegt wurde. Seit der Abschaffung dieser Gebühr Ende 2012 entfällt dieser Schritt für Patienten, sodass es bei Erkrankung vermehrt zum direkten Kontakt mit dem Facharzt kommt²⁴⁷.

Hausärztliche Leistungen können auch durch Fachärzte erbracht werden, was allerdings auch umgekehrt möglich ist. Damit erhält ein Hausarzt insbesondere in dünn besiedelten Regionen mit nur wenigen und häufig weit entfernt liegenden Facharztpraxen weitere Schlüsselkompetenzen, die ihn zur wichtigen Säule der medizinischen Daseinsvorsorge machen.

²⁴³ vgl. KBV 2015, S. 3

²⁴⁴ vgl. KBV 2015, S. 7

²⁴⁵ vgl. Braun 2002, S. 24

²⁴⁶ vgl. KBV 2014, S. 10

²⁴⁷ vgl. Gesellschaft für Gesundheitsökonomie 2017

3.3.2. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen von ambulant tätigen Ärzten erfolgt nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der § 87 Abs. 2 SGB V festgeschrieben ist. Auf Basis dessen erwirtschaften hausärztliche Praxen durch die Patientenbehandlung Einnahmen, aus denen sie ihre Praxisaufwendungen begleichen müssen. Der in der Differenz verbleibende Überschuss ist der eigentliche Brutto-Verdienst des Praxisarztes. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland befragte dazu in ihrem Praxis-Panel (ZiPP) niedergelassene Vertragsärzte aller Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten zu ihrer wirtschaftlichen Situation. Dabei kam heraus, dass sich die durchschnittlichen Gesamteinnahmen bei 288.100 Euro pro Jahr belaufen²⁴⁸.

Tab. 21 Jahresüberschuss je Praxisinhaber nach Fachrichtungen

		Jahresüberschuss in Euro je Praxisinhaber
Hausärzte		147.300
ausgewählte Fachrichtungen der allgemeinen Facharztversorgung	Augenheilkunde	200.100
	Dermatologie	183.700
	Gynäkologie	147.400
	HNO	158.800
	Orthopädie	175.600
	Urologie	179.300
	Neurologie	155.800
	Psychologie	67.000

Entwurf: Eigene Darstellung nach ZiPP 2016, S. 26f, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2016): Jahresbericht 2014. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2010 bis 2013. in Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2016): Zi-Praxis-Panel, 5. Jahrgang. Berlin.

Demgegenüber stehen Aufwendungen in Höhe von 142.700 Euro, was einen Überschuss von 145.400 Euro ergibt. 56% der Aufwendungen entfällt auf Personalkosten und die Bruttowarmmiete der Praxisräume veranschlagt im Durchschnitt 11% der Aufwendungen. Material und Labor (4%), Versicherungen, Beiträge und Gebühren (5%), Abschreibungen (5%), ein Dienst-Kfz (4%) sowie die übrigen Kostengebiete (Leasing und Mieten von Geräten, Fremdkapitalzinsen, Wartung und Instandhaltung, Nutzung externer Infrastruktur) machen die restlichen Aufwendungen aus²⁴⁹. Die Einnahmen speisen sich zu 74% aus abgerechneten GKV-Leistungen und zu 20% aus Privat-Leistungen, der Rest setzt sich aus übrigen Leistungen, bspw. aus der Unfallversicherung, zusammen. Vom erzielten Überschuss einer Praxis sind für den Vertragsarzt noch Beiträge zur Altersvorsorge, Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Einkommenssteuer zu entrichten, woraus sich für alle Arztgruppen im 2013 ein durchschnittlicher Nettojahresverdienst von 71.758 Euro ergibt²⁵⁰, wobei von diesem auch noch für den Praxisbetrieb rele-

²⁴⁸ vgl. ZiPP 2016, S. 11

²⁴⁹ vgl. ZiPP 2016, S. 42

²⁵⁰ vgl. ZiPP 2016, S. 24

vante Investitionen getätigt und eventuelle Kredite bedient werden müssen²⁵¹. Zu beachten ist bei diesen Zahlen jedoch, dass Psychotherapeuten lediglich einen Jahresüberschuss von ca. 67.000 Euro erwirtschaften, was die Durchschnittswerte für alle Mediziner entsprechend nach unten drückt.

Eine Stufe vor den Psychotherapeuten mit dem geringsten Überschuss stehen bereits die Hausärzte mit einem Überschuss von 147.300 Euro (vgl. Tab. 21), was in etwa dem Durchschnitt für alle Arztgruppen und Psychotherapeuten entspricht. Andere Arztgruppen vor allem der allgemeinen fachärztlichen Versorgung erzielen im Durchschnitt wesentlich höhere Jahresüberschüsse, wobei diese nochmals höher ausfallen, wenn die Praxisinhaber einen operativen Behandlungsschwerpunkt anstelle eines Konservativen haben²⁵². Wobei die Hausärzte eine überdurchschnittliche Stundenlast (2.335 Jahresstunden entspricht 51 Wochenstunden) im Vergleich zu allen Arztgruppen und Psychotherapeuten (2.244 Jahresstunden entspricht 49 Wochenstunden) tragen. Dazu kommt noch, dass Praxisinhaber in ländlich geprägten Kreisen im Durchschnitt 2 Stunden länger als in städtischen Kreisen und kreisfreien Städten arbeiten²⁵³.

Tab. 22 Patientenstruktur 2013 nach Facharztgruppen

		Anteil GKV	Anteil Privat	Anteil Unfall	Anteil stationär
Hausärzte		90%	9%	1%	0%
allgemeine fachärztliche Versorgung	Augenärzte	85%	14%	1%	0%
	Chirurgen	81%	8%	11%	0%
	Hautärzte	84%	15%	1%	0%
	Frauenärzte	88%	12%	0%	0%
	HNO-Ärzte	87%	10%	1%	2%
	Kinderärzte	88%	10%	2%	0%
	Nervenärzte	89%	7%	1%	3%
	Orthopäden	88%	11%	1%	0%
	Psychotherapeuten	89%	10%	0%	1%
	Urologen	85%	14%	0%	1%

Entwurf: Eigene Darstellung nach ZiPP 2016, S. 42-65, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2016): Jahresbericht 2014. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2010 bis 2013. in Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2016): Zi-Praxis-Panel, 5. Jahrgang. Berlin.

Hinzu kommt noch, dass Hausärzte einen größeren Anteil an GKV-Patienten als andere Facharztgruppen aufweisen (vgl. Tab. 22). Die Behandlung von GKV-Patienten ist aufgrund der Honorardeckelung medizinischer Leistungen ab einer gewissen Fallzahl für Ärzte finanziell unrentabel. Damit sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit insgesamt deutlich schlechter, als dies in anderen Facharztgruppen der Fall wäre. Hausärzte erzielen we-

²⁵¹ vgl. Deutsches Ärzteblatt 2013

²⁵² vgl. ZiPP 2016, S. 27f

²⁵³ vgl. ZiPP 2016, S. 34

niger Jahresüberschüsse obwohl sie länger arbeiten und sie können aufgrund des eher niedrigen Anteils privater Patienten vergleichsweise weniger gewinnbringende Behandlungsmethoden anwenden.

3.3.3. Versorgungssituation in Deutschland

Die Versorgungssituation hausärztlicher Tätigkeit lässt sich mithilfe des Soll-Ist-Vergleichs der Berechnungsmethoden aus der Bedarfsplanung darstellen (vgl. Kap. 3.2). Hier wird die aktuelle Verhältniszahl von Einwohnern je Hausarzt (Ist-Wert) einer Verhältniszahl an Einwohnern je Hausärzten eines Bezugsjahres (Soll-Wert) gegenübergestellt, woraus sich der sog. Versorgungsgrad ergibt. Dabei ergibt sich ein bundesdeutscher Soll-Wert von 1.671 Einwohnern je Hausarzt²⁵⁴, wobei für das Ruhrgebiet aufgrund der dortigen besonderen demographischen und sozioökonomischen Situation mit 2.134 Hausärzten je Einwohner ein gesonderter Soll-Wert ermittelt wird.

Tab. 23 Verhältniszahlen (Sollwerte) von Hausärzten und allgemeinen Fachärzten in Deutschland und ausgewählten Bundesländern für das Jahr 2015

	Deutschland	Bayern	Hessen	Rheinland-Pfalz	
Hausärzte	109,6	116,2	111,9	108,9	
Allgemeine Fachärzte	Augenärzte	124,1	128,3	123,6	128,4
	Chirurgen	170,0	170,4	181,4	179,1
	Frauenärzte	125,3	127,4	123,4	121,9
	HNO-Ärzte	128,0	131,9	122,5	121,4
	Hautärzte	134,0	142,3	130,3	134,5
	Kinderärzte	149,5	143,4	139,4	156,9
	Nervenärzte	135,9	136,8	128,7	141,2
	Orthopäden	138,1	157,5	137,3	133,3
	Psychotherapeuten	160,3	163,2	200,1	136,0
	Urologen	135,4	139,9	134,8	147,9

Entwurf: Eigene Darstellung nach Klose & Rehbein 2016, S. 18, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung. Berlin.

Diese Soll-Verhältniszahl wird für die einzelnen Planungsbereiche noch mit dem Demographie-Faktor verrechnet. In der Bedarfsplanung sind seit 2013 die vom BBSR festgelegten Mittelbereiche als Planungsbereiche für die Hausarztversorgung festgelegt worden. Dabei ergeben sich in einigen Bundesländern regionale Besonderheiten, für die von der bundesweiten Festlegung abgewichen wird. In Hessen bspw. wurden die Soll-Verhältniszahlen in einigen suburbanen Mittelbereichen der Rhein-Main-Region angehoben²⁵⁵ und in Bayern, Hessen sowie Rheinland-Pfalz werden einige Mittelbereiche für die Bedarfsplanung nochmals aufgeteilt²⁵⁶.

²⁵⁴ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 19

²⁵⁵ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 278

²⁵⁶ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 19

In Deutschland ergibt sich für 2015 ein Versorgungsgrad von 109,6%, womit es 9,6% mehr Hausärzte gibt, als nach der Bedarfsplanung insgesamt nötig wären. Nun sind diese Hausärzte allerdings nicht homogen zur Bevölkerungsdichte im Raum verteilt, womit sich viele regionale Unterversorgungen ergeben. Auch im Vergleich zu anderen Facharztgruppen mit teilweise weit höheren Versorgungsgraden in Deutschland zeigt sich beim gesamtdeutschen Versorgungsgrad der Hausärzte eine weit ungesichertere Position (vgl. Tab. 23).

Durch die weitere Unterteilung mancher Mittelbereiche ergeben sich für Deutschland bei der hausärztlichen Versorgung insgesamt 914 Planungsbereiche, von denen 410 mit einem Versorgungsgrad von über 110% als überversorgt gelten²⁵⁷ (vgl. Tab. 24). Weitere 255 Planungsbereiche haben einen Versorgungsgrad von mindestens 100%, womit diese auch als ausreichend versorgt gelten (sofern kein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf innerhalb dieser Planungsbereiche vorliegt). Aktuell gibt es in Deutschland nur 8 Planungsbereiche, die mit einem Versorgungsgrad von unter 75% von tatsächlicher Unterversorgung betroffen sind. Dafür sind jedoch 70 Planungsbereiche zumindest leicht unterversorgt (unter 90% Versorgungsgrad), womit zukünftig eine Unterversorgung drohen könnte. Hinzu kommen nochmals weitere 171 Planungsbereiche, die auch unterdurchschnittlich versorgt sind. Das macht eine Quote von insgesamt 27,2% unterdurchschnittlich versorgter Planungsbereiche, in denen insgesamt über 700 Hausärzte zur Erreichung der allgemeinen Verhältniszahl fehlen²⁵⁸.

Tab. 24 Anzahl der Hausarzt-Planungsbereiche nach Versorgungsgrad 2015

		Deutschland	Bayern	Hessen	Rheinland-Pfalz
insgesamt		914	159	71	51
Versorgungsgrad in %	< 75	8	1	1	0
	75 bis < 90	70	5	3	3
	90 bis < 100	171	15	8	10
	100 bis < 110	255	33	17	12
	110 bis < 150	405	102	42	26
	150 bis < 200	4	3	0	0
	> 200	1	0	0	0

Entwurf: Eigene Darstellung nach Klose & Rehbein 2016, S. 21, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung. Berlin.

Wie in Abb. 11 ersichtlich ist, liegen die extrem überversorgten Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von über 150% mit bspw. Westerland (Versorgungsgrad 208,7%) oder Oberstdorf (Versorgungsgrad 178,8%) zumeist in landschaftlich reizvollen Regionen mit entsprechend hohem Anteil wohlhabender bzw. reicher Bevölkerung bei eher geringer Bevölkerungsdichte.

Die weiteren überversorgten Planungsbereiche befinden sich in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sowie geballt vor allem in Bayern und Schleswig-Holstein. Weiterhin gibt es innerhalb einiger Bundesländer noch einige Regionen, in denen Überversorgung schwerpunktmäßig auftritt. Dies gilt für das Münsterland und das Ruhrgebiet in Nordrhein-Westfalen, das

²⁵⁷ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 20

²⁵⁸ vgl. Klose & Rehbein 2016, S. 24

südliche Niedersachsen, das mittlere und östliche Hessen, weite Teile von Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie das südliche Baden. Daneben gibt es noch zahlreiche weitere Planungsbereiche, die ebenfalls von Überversorgung betroffen sind. Durchschnittlich versorgte Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von 90 bis 110% liegen vor allem in Niedersachsen, dem östlichen Nordrhein-Westfalen, dem westlichen Rheinland-Pfalz sowie weiten Teilen Baden-Württembergs, Sachsens, Mecklenburg-Vorpommerns, Sachsen-Anhalts und Brandenburgs. Damit sind die östlichen Bundesländer auch im Durchschnitt etwas schlechter versorgt. Unterversorgte Regionen mit einem Versorgungsgrad von unter 90% treten meist nur punktuell in allen Flächenbundesländern Deutschlands mit Ausnahme Schleswig-Holsteins auf.

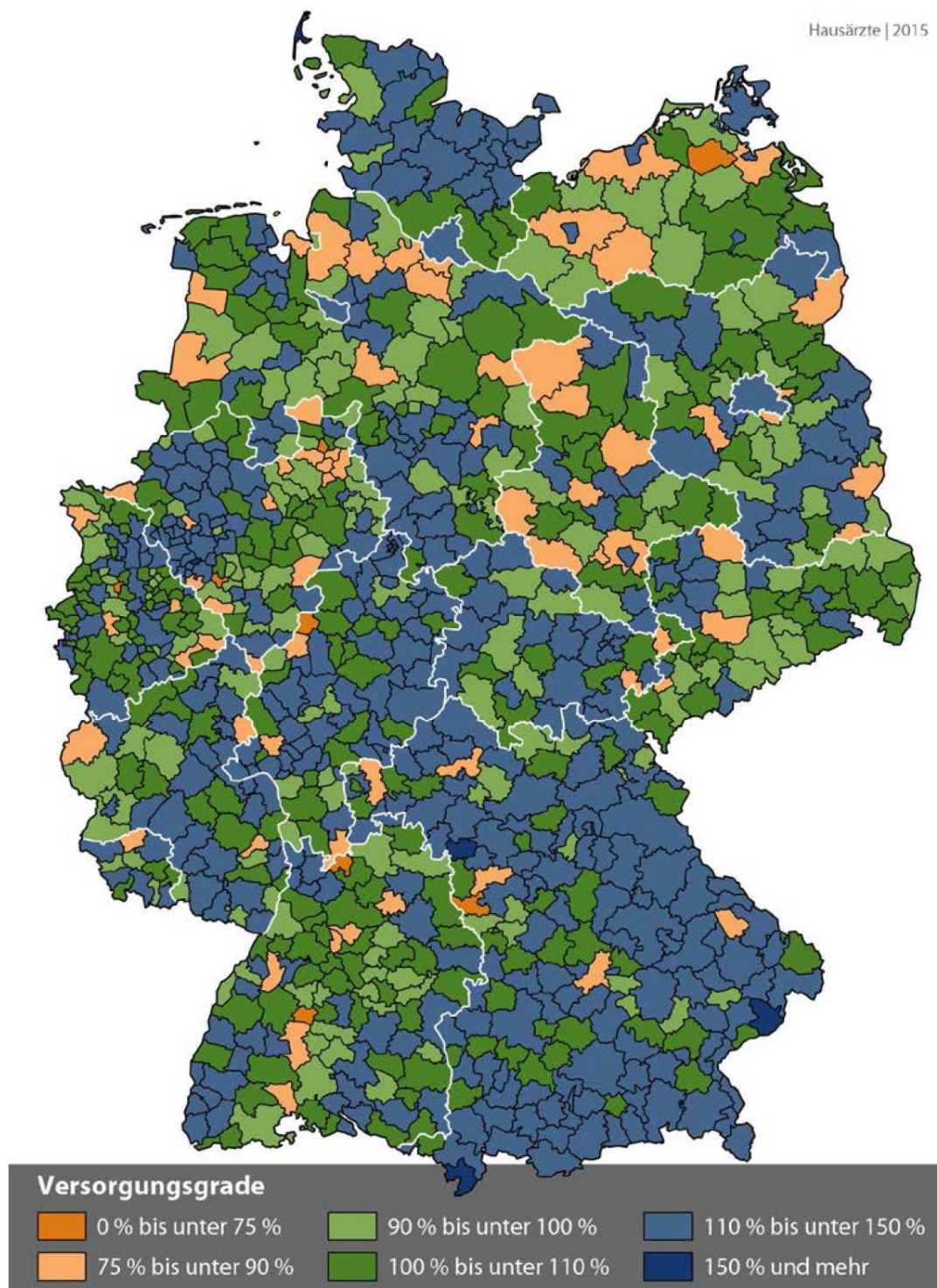
Im Vergleich zu den ostdeutschen Bundesländern ist die Lage der ambulanten hausärztlichen Versorgung insgesamt auch in den eher strukturschwachen ländlichen Räumen Westdeutschlands noch etwas besser zu bewerten, was vor allem auch den Ost-West-Wanderungen (I2, Z1) gut ausgebildeter, meist weiblicher Fachkräfte (zu denen eben auch angehende Ärzte und vor allem Ärztinnen oder in jüngeren Jahren auch Humanmedizin-Studierende zählen) liegt. Dabei ergeben sich auch zwischen westdeutschen Bundesländern mögliche Wechsel vor der Berufsaufnahme als niedergelassener Arzt, wobei dafür bessere Verdienstmöglichkeiten durch unterschiedliche Honorarsysteme in den einzelnen Bundesländern verantwortlich sein können (I2, Z4). Dies macht sich besonders in der Nähe der Ländergrenzen bemerkbar, in denen die raumstrukturellen Gegebenheiten auf beiden Seiten annähernd gleich sind, bspw. im Grenzgebiet von Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen (I2, Z5).

Innerhalb der Bundesländer zeichnet sich hingegen eher ein Stadt-Land-Gegensatz in der gegenwärtigen wie auch in der zukünftigen Versorgungslage ab. Während in den Städten die Versorgungslage von den Experten meist als gut oder sehr gut bewertet wird, ergeht für die meisten ländlichen Räume die Einschätzung, dass diese bereits jetzt unterversorgt sind oder dies in naher Zukunft sein werden. Die Gründe für diesen Zustand werden zumeist in der besseren infrastrukturellen Ausstattung in den Städten gesehen (z.B. Schulen) (I2, Z9), wofür vonseiten der Ärzte auch finanzielle Einbußen im Vergleich zu den Verdienstmöglichkeiten an einem ländlichen Standort in Kauf genommen werden (I2, Z7). Umgekehrt gilt ein ländlicher Standort häufig als sehr arbeitsintensiv, was ebenfalls gegen einen solchen Arbeitsort spricht (I2, Z8 & 17).

Insgesamt lässt sich anhand der Karte damit kein klares Verteilungsmuster für Über- und Unterversorgung erkennen. Dies überrascht insoweit, als dass eine bundeseinheitliche Verhältniszahl von 1671 Einwohner pro Hausarzt²⁵⁹ mit Ausnahme des Ruhrgebiets für die Berechnung der Versorgungsgrade zugrunde gelegt wurde. Die Ergebnisse der hausärztlichen Versorgung widersprechen damit auch hinsichtlich des regionalen Verteilungsmusters dem Erscheinungsbild bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, wo sich ein deutliches Versorgungsgefälle zwischen großstädtischen Zentren und dem umgebenden Verflechtungsraum zeigt (vgl. Tab. 18). Dies legt die Vermutung nahe, dass bei Hausärzten andere Faktoren die Standortwahl determinieren, als das bei allgemeinen Fachärzten der Fall ist.

²⁵⁹ vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 11

Abb. 11 Regionale Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte nach Planungsbereichen 2015



Geodaten: © BBSR (Mittelbereiche) | GeoBasis-DE/BKG <2015> (Daten verändert)

Entwurf: Klose & Rehbein 2016, S. 23

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung. Berlin.

Die bloße Zahl an Hausärzten deckt also bereits Regionen mit Unterversorgung auf. Perspektivisch betrachtet ist besonders das Durchschnittsalter von Hausärzten in den Planungsbereichen ein Indikator dafür, welche Regionen zukünftig von einem Hausarztmangel betroffen sein könnten. Dies gilt dann, wenn keine Nachbesetzung von in den Ruhestand tretenden Hausärzten in ausgleichendem Umfang erfolgt. Tab. 25 gibt einen Aufschluss darüber, wie es um die Alterung von Hausärzten bestellt ist. Dabei ist besonders zu beachten, dass bereits ein Drittel aller in Deutschland an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzten das 60. Lebensjahr überschritten hat. Auch wenn davon viele Hausärzte in bereits überversorgten Planungsbereichen tätig sind, so ist doch anzunehmen, dass auch durchschnittlich versorgte oder bereits jetzt unterversorgte Planungsbereiche vom vermehrten altersbedingten Ausscheiden ihrer Hausärzte betroffen sein werden. Auch hinsichtlich der Altersstruktur der Hausärzte gibt es regionale Disparitäten, die in Tab. 25 anhand der Unterschiede in den Bundesländern der Modellräume dieser Arbeit nur angedeutet sind.

Tab. 25 Altersstruktur der Hausärzte 2015

		Deutschland	Bayern	Hessen	Rheinland-Pfalz
Altersgruppen	< 34	365	56	26	15
	35-39	2.335	413	192	107
	40-49	12.782	2.188	881	551
	50-59	20.818	3.306	1.583	1.005
	60-65	11.312	1.989	910	641
	> 65	6.482	1.163	405	373
gesamt		54.094	9.115	3.997	2.692
60+		17.794	3.152	1.315	1.014
Anteil 60+		33%	35%	33%	38%

Entwurf: Eigene Darstellung nach Klose & Rehbein 2016, S. 29, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2017

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung. Berlin.

Als weiterer wichtiger Faktor für die schwieriger werdende Versorgungslage gilt der durch die Vergreisung der Gesellschaft vermehrte medizinische Versorgungsbedarf. So konnte ein Arzt früher bspw. die Versorgung von 1.000 Patienten in seinem Umkreis sicherstellen, wobei diese Zahl durch den zunehmenden individuellen Versorgungsaufwand pro Patient auf 800 sinken könnte, was im Umkehrschluss wiederum mehr ärztliches Personal erfordert (I2, Z16).

3.3.4. Ausbildungsweg zum Hausarzt und sich daraus ergebende Standortpräferenzen

Der Ausbildungsweg vom Schulabschluss über Studium und Berufseinstieg bis hin zur Niederlassung als Hausarzt ist sehr lang bietet viele ungekannte Fakten und Bedingungen des Arztberufes, die sich entsprechend auf die späteren Präferenzen bei der Wahl der Fachweiterbildung und den Standortpräferenzen niederschlagen. Grob lassen sich dabei folgende Abschnitte untergliedern: Studienaufnahme, Studienphasen, Facharztweiterbildung und Niederlassung in einer Praxis.

Voraussetzungen und Bedingungen bei der Studienaufnahme

Die Vergabe von 40% der Studienplätze in Medizin ist in Deutschland zentral geregelt, wovon die eine Hälfte nach Abiturbestenquote und die andere nach Wartezeit vergeben werden. Die übrigen 60% werden von den Hochschulen selbst, also dezentral, vergeben, wobei diese bislang ebenfalls überwiegend anhand der Abiturbestenquote ihre verfügbaren Plätze belegen, wobei flankierend oft das Ergebnis des Tests für Medizinische Studiengänge (TMS) hinzugezogen wird²⁶⁰. Dieser Vergabemechanismus fungiert dabei als Filter, da so zumeist nur Schulabgänger mit sehr guten Noten (zum Wintersemester 2018/19 war dies in 14 von 16 Bundesländern die Abiturnote 1,0²⁶¹) oder solche, die lange (zum Wintersemester 2018/19 7 Jahre²⁶²) gewartet haben in den Genuss eines Studiums kommen.

Wenig bis marginale Relevanz haben dagegen weiche Kriterien wie medizinische Motivation, Fachinteresse und soziale Kompetenz, auch wenn an einzelnen Standorten durchaus Auswahlgespräche abgehalten werden. Hintergrund ist, dass solche Zulassungskriterien für die große Zahl an Bewerbern nur mit hohem zeitlichem und damit de facto finanziellem Aufwand zu erheben sind, was mangels Bezuschussung vonseiten des Staates von den Hochschulen und der zentralen Vergabeeinrichtung, Stiftung für Hochschulzulassung, daher kaum praktiziert wird. Es gibt jedoch noch einige wenige Kriterien, die mit verhältnismäßig geringem Aufwand in großer Zahl und halbwegs vergleichbar verarbeitet werden können. Dazu zählen Zeiten in sozialen Diensten und berufliche Qualifikation. Wichtiger zur Erlangung eines Studienplatzes sind jedoch soziale Kriterien wie eine schwerwiegende Behinderung, in räumlicher Nähe zum präferierten Studienort lebender Ehegatte und/ oder Kinder sowie bspw. gesundheitliche, familiäre oder wirtschaftliche Bindung an einen bestimmten Studienort²⁶³. Diese haben jedoch ebenfalls nur untergeordnete Bedeutung im Bewerbungsprozess.

Auf dem Weg zum Arztberuf lässt sich der Bewerbungsprozess nur durch Verpflichtung bei der Bundeswehr, der Bewerbung an einer privaten Hochschule (derzeit 5 Studienorte in Deutschland), einer Studienplatzklage oder einem Medizinstudium im Ausland umgehen, wobei alle Wege auf die ein oder andere Weise mit direkten oder zukünftigen finanziellen Einbußen oder gar Risiko einhergehen oder unangenehme Lebensentscheidungen darstellen und damit für die meisten Bewerber unattraktiv sind.

Dieser Vergabemechanismus wirkt damit indirekt durch die Filterkriterien nur besonders lernbegabter oder älterer Studienanfänger bereits zu Beginn des Studiums an der zukünftigen hausärztlichen Versorgungssituation Deutschlands und seiner Teilräume mit. So liegt es z.B. nahe, dass später in das Studium einsteigende Personen aufgrund ihres voraussichtlich kürzeren späteren Erwerbslebens nicht so lange wie jüngere Personen an der hausärztlichen Versorgung mitwirken können. Auch die Bereitschaft zur Investition in die eigene Praxis dürfte mit weniger zur Verfügung stehenden Berufsjahren sinken, aufgrund eines mit fortschreitendem Alter immer ungünstiger werdenden Nutzen-Kosten-Verhältnisses. Ein weiterer Umstand, der die zukünftige Versorgungssituation betrifft, ist die räumliche Umverteilung von Bewerbern auf ihre Studienplätze, die dazu führen können, dass diese im Verlauf ihres Studiums von der fernen Heimat entkoppelt werden und stattdessen im Studienort Anschluss finden. Dies kann sich insbesondere für Hochschulferne Räume als kaum änderbarer Standortnachteil im Werben um zukünftige (Haus-)Ärzte erweisen.

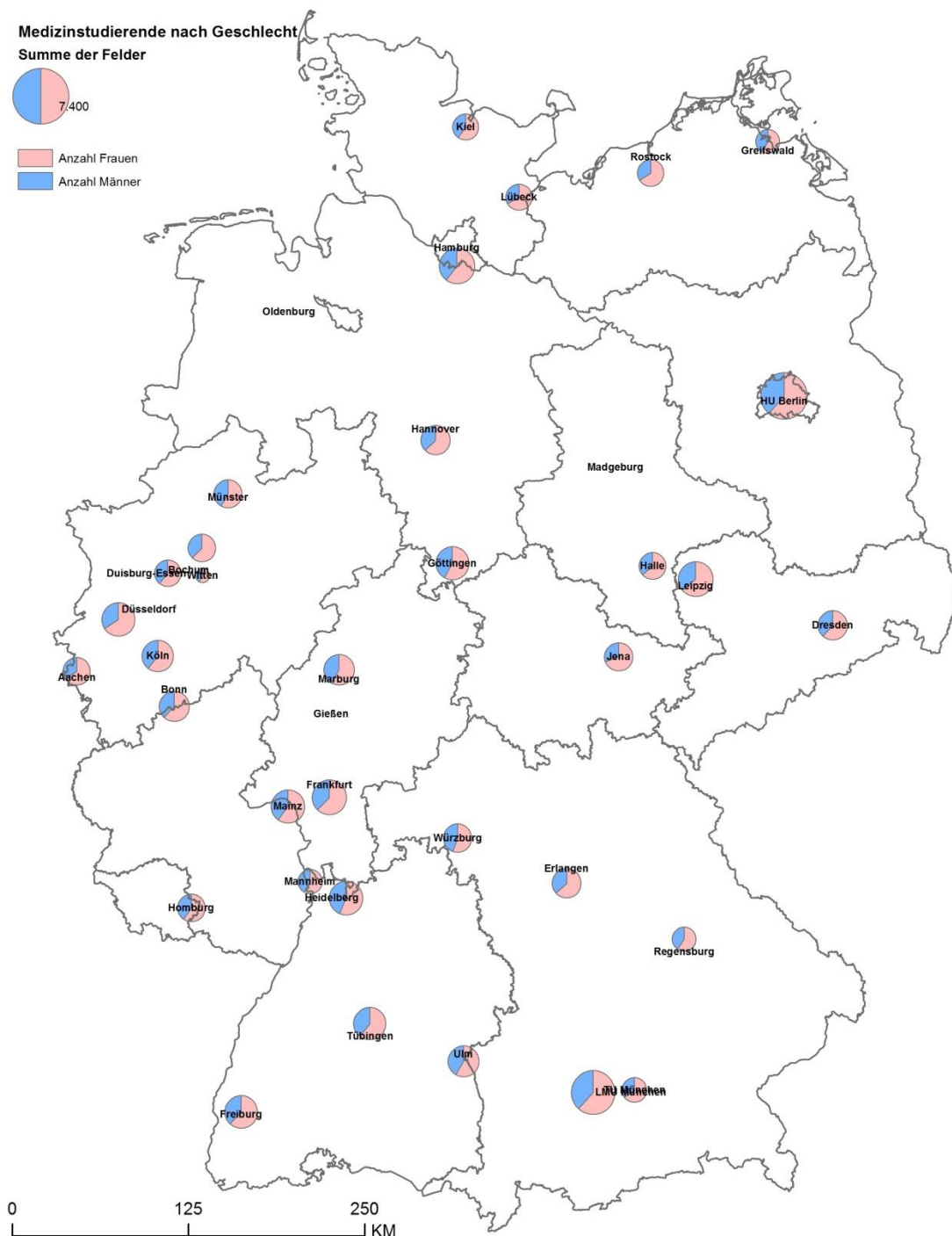
²⁶⁰ vgl. Universität Heidelberg 2018

²⁶¹ vgl. Stiftung für Hochschulzulassung 2018, S. 2

²⁶² vgl. Stiftung für Hochschulzulassung 2018, S. 2

²⁶³ vgl. Stiftung für Hochschulzulassung 2018, S. 6

Abb. 12 Medizinstudierende in Deutschland im Jahr 2011 nach Studienort und Geschlecht (für Oldenburg, Gießen und Magdeburg liegen keine Daten vor)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Datengrundlage: Landkarte Hochschulmedizin (betrieben von Deutsche Hochschulmedizin e.V.)

Kartengrundlage: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie

http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2018 & Geoportal of the European Commission (EUROSTAT)

Weiterhin führt die Förderung vor allem lernbegabter Schulabgänger mit guten Noten dazu, dass eher junge Frauen aufgrund ihrer besseren schulischen Leistungen einen Studienplatz

erhalten (s. Abb. 12). Frauen ist jedoch oft eine gute Vereinbarkeit von beruflicher Arbeitszeit mit dem familiären Leben wichtig, was häufig zulasten der leitbaren wöchentlichen Arbeitszeit geht. Genauso kann dieser Umstand vor einer eigenen Praxisführung abschrecken, da eine solche Entscheidung langfristig bindet und ein gewisses unternehmerisches Risiko erfordert²⁶⁴. Abschließend führt die Bevorzugung der leistungsbesten Schüler im Vergabeverfahren mitunter dazu, dass es diese oftmals ambitionierten Studierenden häufig in vermeintlich ruhmreichere und finanziell besser gestellte Fachärztliche Weiterbildungen zieht anstelle in die Allgemeinmedizin oder Innere Medizin.

In der auf Basis der erhobenen Daten erstellten Karte (s. Abb. 12) lässt sich der räumliche Zusammenhang von jetziger Arbeitsregion (Modellraum) und früherem Studienort erkennen, nach dem mit zunehmender räumlicher Nähe der Universität zum Modellraum deren Ausbildungsbeitrag zur medizinischen Versorgung steigt. Ebenso ist der Effekt erkennbar, dass Bundesland-eigene Universitäten auch bei größerer räumlicher Entfernung ihre Versorgungsfunktion behalten. Dies gilt so z.B. für den Modellraum Eifel, wo Mainz mit wesentlich mehr ausgebildeten Hausärzten als das räumlich näher liegende Bonn in Nordrhein-Westfalen vertreten ist. Aus Nord- und Ostdeutschland kommen vergleichsweise wenige Hausärzte. Auffällig ist auch noch, dass der Modellraum Eifel in den meisten Fällen nicht so große Strahlkraft auf ausgebildete Mediziner hat wie Unterfranken, wo auch aus Nord- und Ostdeutschland noch Mediziner ihren Weg hin finden. Das Einzugsgebiet des Modellraums Eifel erstreckt sich dagegen innerhalb Deutschlands eher auf Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und das Saarland.

Hier könnte durchaus das mit dem Prädikat „Bayern“ versehene Unterfranken durch ein überregional positives Image Anziehungskraft entfalten. Dies unterstreicht die Bedeutung der überregionalen Wahrnehmung eines Standortes bei der Gewinnung von Nachwuchsmedizinern. Folglich sollte das eigene Image wo möglich gepflegt und weiterentwickelt werden, idealerweise mit Aufbau einer Bundesweiten Strahlkraft.

In Summe tragen die Vergabekriterien so dazu bei, dass das medizinische Hochschulsystem Ärzte ausbildet, die aus vielfältigen Gründen dem Berufsbild des Hausarztes auf dem Land mit Einzelpraxis eher abgeneigt sind. In jüngster Zeit reagiert daher die Politik in manchen Bundesländern damit, dass festgelegte Quoten an Studienplätzen für Bewerber reserviert bleiben, die sich verpflichten nach absolviertem Studium als Hausarzt auf dem Land tätig zu sein. Jedes Bundesland verfasst dabei selbst die Vergaberichtlinien und so gibt es mittlerweile eine Vielzahl an diskutierten Quoten, Bedingungen und Verpflichtungsdefinitionen. In Sachsen-Anhalt sollen bspw. 5% der 450 Studienplätze pro Semester reserviert werden, geltend ab Herbst 2019²⁶⁵, in Nordrhein-Westfalen sind es 7,6% ebenfalls ab Herbst 2019²⁶⁶, in Rheinland-Pfalz wird eine Quote von bis zu 10% gefordert²⁶⁷ und in Bayern in diesem Jahr eine Quote von bis zu 5% anvisiert, ebenfalls beginnend ab Herbst 2019²⁶⁸. Diese neue Entwicklung könnte sicherlich helfen, den zukünftigen Hausärztemangel auf dem Land entgegenzuwirken, allerdings erschweren einige Aspekte diesen Effekt. Zunächst ist die Steuerung der Studienplatzvergabe bei einer Regelstudien- und -ausbildungszeit von ca. 12 Jahren ein Instrument, das erst extrem zeitverzögert wirkt. Darüber hinaus ist unsicher, inwieweit die Verpflichtung zur Tätigkeit als Hausarzt auf dem Land tatsächlich rechtlich bindend sein kann bzw. ob Ärzte bei Verstößen dagegen tatsächlich haftbar zu machen sind. Sollte ein Gericht später in einem Präzedenzfall zugunsten

²⁶⁴ vgl. Faller 2014, S. 8

²⁶⁵ vgl. Hausarzt Digital 2018

²⁶⁶ vgl. General-Anzeiger 2018

²⁶⁷ vgl. Die Rheinpfalz 2018

²⁶⁸ vgl. Hartmannbund 2018

eines gegen die Quotenaufgaben verstoßenden Arztes urteilen, droht im Nachgang eine kurzfristige Praxisverlagerung von Hausärzten in Richtung urbaner Räume. Umgekehrt könnte eine zu hohe Quote gar zu einer Übersteuerung führen und sich negativ auf die Facharztversorgung oder die Versorgung in urbanen Räumen auswirken. Ferner sollte auch gesehen werden, dass an ihren Standort und ihre Fachrichtung gebundene Ärzte mit ihrer früheren Entscheidung zum Quotenstudiengang unzufrieden sind und unter Umständen daher keine so hohe Motivation wie heutige Hausärzte im ländlichen Raum zur Leistung eines hohen Arbeitspensums verspüren worunter wiederum die Versorgungssituation leiden würde.

Studienphasen: Gliederung des Studiums

Das Studium der Humanmedizin gliedert sich in drei Phasen: dem vorklinischen und klinischen Abschnitt sowie dem Praktischen Jahr (PJ). Die Studiendauer beträgt regulär 12 Semester, wobei 4 Semester für die Vorklinik, 6 für die Klinik und 2 für das PJ vorgesehen sind. Im vorklinischen Abschnitt liegt der Fokus zum einen auf naturwissenschaftlichen Grundlagen (Physik, Chemie und Biologie), die mit einer separaten naturwissenschaftlichen Vorprüfung geprüft werden. Zum anderen werden medizinische Grundlagen (Anatomie, Physiologie, Biochemie, Psychologie) erlernt, die in der ersten Ärztlichen Prüfung (1. ÄP, umgangssprachlich „Physikum“) Gegenstand sind.

Im klinischen Studienabschnitt werden die einzelnen Fächer erlernt, wodurch sich besonders in dieser Studienphase Fachpräferenzen aufseiten der Studierenden herausbilden. Diese sind häufig noch wenig gefestigt und stark abhängig von persönlichen (Lehr-)Erfahrungen, sodass die Neigungen noch stark schwanken können. Hinzu tritt in dieser Phase der erste Patientenkontakt mitsamt einfacher Untersuchungen (z.B. Blutentnahme und Anamneseerhebung), sodass auch die soziale Kompetenz als Arzt erprobt und erlernt werden kann. Auch diese Erfahrungen werden Einfluss auf die spätere Fachrichtungsentscheidung nehmen. Studierende ohne Scheu und mit offener Kommunikation werden sicherlich eher geneigt sein, der allgemein- oder innenmedizinischen Fachrichtung mit auch später intensivem Patientenkontakt zu folgen und so eventuell ihren Weg in die hausärztliche Niederlassung finden. Dass die soziale Kompetenz erst in diesem Studienabschnitt an Bedeutung gewinnt und nicht schon bei Bewerberauswahl geht daher sicherlich zulasten der hausärztlichen Ausbildung gegenüber anderen Fachrichtungen mit weniger Patientenkontakt. Von besonderer praktischer Bedeutung sind dabei die sogenannten Famulaturen, also praktische Ausbildung außerhalb der Vorlesungszeit.

Es sind im klinischen Studienabschnitt insgesamt 4 Monate Famulatur zu leisten, davon entfällt ein Monat auf die ambulante Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird, oder einer geeigneten ärztlichen Praxis. Dazu zählen Arztpraxen, aber auch Polikliniken, Ambulanzen oder Notaufnahmen. Zwei Monate haben in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung stattzufinden und ein weiterer Monat einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung. Dazu gehören alle Allgemeinärzte, Kinderärzte und Internisten, die keine Schwerpunktbezeichnung besitzen²⁶⁹. Gerade die praktische Zeit in Hausarztpraxen soll hier dazu beitragen, dass diese Fachrichtung vonseiten der Studierenden große Aufmerksamkeit erfährt. Dadurch, dass sie jedoch vor der zweiten Ärztlichen Prüfung platziert ist, droht auch der Eindruck zu entstehen, Hausarztstätigkeit wäre Grundstufe medizinischer Kunst, was einer positiven Imagebesetzung eher abträglich wäre. Die im Rahmen dieser Dissertation interviewten Experten bekräftigen jedenfalls, dass die meisten Studierenden in dieser Studienphase noch wenig „dickes Fell“ entwickelt haben, wodurch der einmonatige Aufenthalt in der Hausarztpraxis mitunter auch abschreckende Wirkung entfalten kann und lediglich verankert wird, „bloß nicht in der

²⁶⁹ vgl. Approbationsordnung für Ärzte, § 7 Famulatur

Allgemeinmedizinischen Fachrichtung hängen zu bleiben“ . Der klinische Abschnitt endet mit der 2. Ärztlichen Prüfung, die allein schriftlich über mehrere Tage abgehalten wird.

Im daran anschließenden praktischen Jahr arbeiten die Studierenden unter ärztlicher Anleitung auch außerhalb der Uniklinik als bisheriger Ausbildungsstätte in sog. Lehrkrankenhäusern und ambulanten Lehrpraxen, die von der Uniklinik festgelegt werden. Dabei müssen je 4 Monate in der Inneren Medizin und in der Chirurgie verbracht werden Hinzu kommen 4 Monate in der Allgemeinmedizin oder einem anderen klinisch-praktischen Fachgebiet²⁷⁰. Es dürfen pro Ausbildungsabschnitt (Innere. Chirurgie, Fachrichtung) maximal 8 Wochen in einer Lehrpraxis verbracht werden, die restliche Zeit entfällt auf die Lehrkrankenhäuser, mit Ausnahme der allgemeinmedizinischen Fachrichtung. In diesem fortgeschrittenen Stadium verfestigt sich langsam die präferierte Fachrichtung, weshalb dieser Phase im Werben um einen hausärztlichen Karriereweg hohe Bedeutung zukommt. In diesem Sinne ist die Verankerung der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin im PJ zu verstehen, wodurch einerseits versucht wird, einen fachlichen Fokus zu setzen. Andererseits werden so auch Arzt-Studierenden-Kontakte in der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin begünstigt.

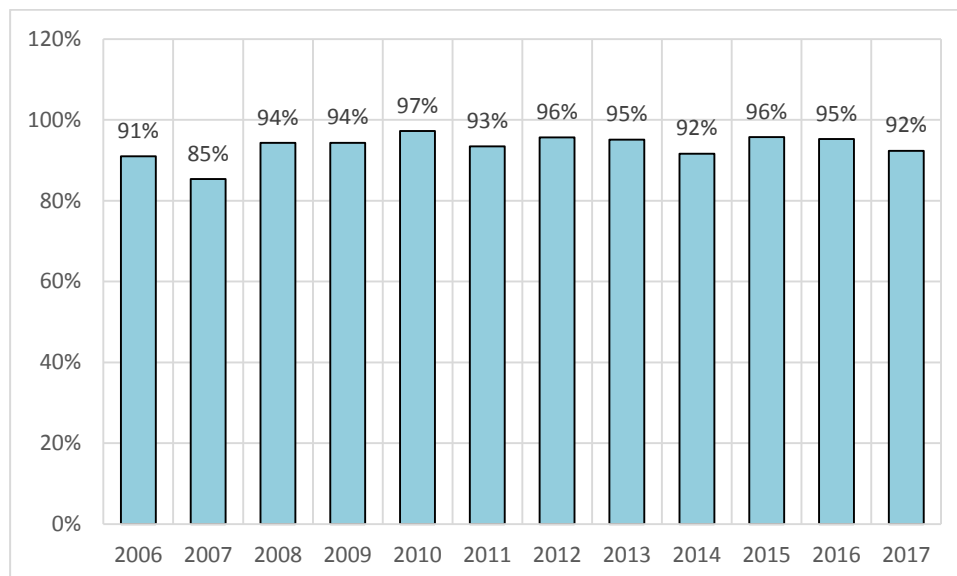
Die Ausbildungszeit außerhalb der eigenen Uniklinik bietet zudem Gelegenheit, auch in Regionen fernab der Universitätsstadt Arbeitserfahrungen zu sammeln, idealerweise gar in unterversorgten ländlichen Räumen. Die Aussagen der im Rahmen dieser Dissertation interviewten Experten geben jedoch ein ernüchterndes Bild, wonach der überwiegende Teil seine PJ-Zeit in räumlicher Nähe zum bisherigen Hauptwohnort (zumeist die Universitätsstadt bzw. deren Umland) ganz klar bevorzugt. Die Scheu vor einer mehrmonatigen Arbeit in einer Landarztpraxis ist sicherlich auch auf deren negatives Image als arbeitsintensives und wenig prestigeträchtiges Tätigkeitsfeld zurückzuführen. Anzudenken wäre hier sicherlich, ob das PJ nicht auch dazu dienen könnte, Medizinstudierende mithilfe von Anreizen, evtl. auch Restriktionen, zu einer (zumindest kurzfristigen) Tätigkeitszeit auf dem Land zu bewegen, um so effektiv Vorbehalte abzubauen zu können. Das Praktische Jahr endet für Medizinstudierende mit dem dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, welche mündlich-praktisch in Chirurgie, Innerer Medizin und dem ausgesuchten Wahlfach erfolgt. Nach erfolgreich absolvierter 3. Ärztlicher Prüfung lässt sich die Approbation beantragen, um so als zugelassener Arzt die Facharztweiterbildung aufzunehmen. Daneben lässt sich optional noch eine Dissertation zum Ende des Studiums anfertigen, die in der Regel von geringerem Umfang als bspw. in den Sozialwissenschaften ist und folglich weniger Bearbeitungszeit bedarf. Oftmals wird die Dissertation neben dem klinischen Studienabschnitt angefertigt. Die Promotion führt mit oder nach Erhalt der Approbation zum Erlangung des akademischen Titels (Dr.med.), der hinsichtlich späterer ambulanter Tätigkeit auch gewisse Relevanz für den eigenen Praxiserfolg haben kann.

In der medizinischen Ausbildung wird besonderer Wert Fachkenntnis gelegt. Dies ist im Hinblick auf das spätere Berufsbild bei der Behandlung von Patienten auch in jedem Fall geboten. Folglich zählt der Studiengang Medizin zu einem der schwersten mit hohen Anforderungen. Dennoch ist der Schwund an Studierenden im Verlauf des Studiums mit Schwankungen im Bereich von 3 bis 15% vergleichsweise gering (s. Abb. 13). Die damit verbundene sehr hohe Absolventenquote ist vor allem auf die hohe Nachfrage an Studienplätzen mit entsprechend strengen Auswahlkriterien zurückzuführen. So werden nur Studierende gefiltert, die entweder aufgrund besonders herausragender schulischer Leistungen oder aber aufgrund langjähriger Beharrlichkeit genügend Vermögen und Willen mitbringen, das Studium erfolgreich abzuschließen. Gleichsam gilt der Erhalt eines Studienplatzes auch als motivierende Auszeichnung, an der

²⁷⁰ vgl. Approbationsordnung für Ärzte, § 3 Praktisches Jahr

entsprechende Erwartungen vonseiten der Ausbildungsinstitutionen aber auch dem privaten Umfeld geknüpft sind.

Abb. 13 Absolventenquoten für Medizinstudierende an staatlichen Hochschulen in Deutschland von 2006 bis 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Berechnet aus Daten von Stiftung für Hochschulzulassung 2019 & IMPP 2019

Dass dennoch immer ein gewisser Schwund (von 2006 bis 2017 6,6% Abbrecherquote) vorhanden ist, liegt auch in den rigorosen Studienbedingungen mit einem Ausscheiden nach dem dritten misslungenen Prüfungsversuch eines jeden Kurses begründet, unterscheidet sich überdies jedoch nicht von den üblichen Regelungen anderer Studiengänge in Deutschland. Dennoch wirkt die wenn auch sehr kleine Zahl an Abbrechern indirekt verschärfend auf den Ärztemangel, und zwar fächerübergreifend. Hinzu tritt oft noch eine z.B. durch Fehlversuche oder private Bedingungen wie etwa Schwangerschaft, Kindesbetreuung, Erkrankungen, usw. bedingte mögliche Verzögerung von im Durchschnitt 3 Semestern des Studiums²⁷¹, was einerseits Kapazitäten an den Ausbildungseinrichtungen bindet und so die Zahl möglicher Studierender einschränkt, andererseits jedoch auch die Ausbildungszeit verschleppt, weswegen viele Ärzte nicht schon nach Regelstudienzeit für die vollwertige ärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Dabei ist das Durchschnittsalter der Absolventen von 1995 bis 2017 sogar von knapp 28 auf 27,3 Jahre gesunken²⁷², was vor allem in dem in diesem Zeitraum zunehmenden Anteil weiblicher Studierender (ohne Wehrverpflichtung nach der Schule) sowie der späteren Aufhebung der Wehrpflicht begründet liegt. Dennoch kommt das jüngere Absolventenalter grundsätzlich dem ärztlichen Versorgungsumfang zugute, da dadurch mehr Berufsjahre bis zum Ruhestand zur Verfügung stehen. Wie viele davon jedoch in der ambulanten Versorgung verbracht werden, hängt vom weiteren Ausbildungsweg aber vor allem von der Niederlassungsbereitschaft junger Nachwuchsmediziner ab.

²⁷¹ vgl. IMPP 2019, S. 16

²⁷² vgl. IMPP 2019, S. 16

Berufseinstieg: Facharztausbildung

Der Berufseinstieg erfolgt in der Funktion als Assistenzarzt, bei der in Abhängigkeit von einem Facharzt mit eingeschränkten Rechten und Verantwortlichkeiten gearbeitet wird. Diese Tätigkeit dauert je nach Fachrichtung ca. 5 bis 6 Jahre und findet in weiterbildungsberechtigten Krankenhäusern und (zu wesentlich kleinerem Anteil) Praxen statt, also die meiste Zeit abseits der ambulanten Versorgung. Zum Abschluss der Facharztausbildung erfolgt eine Prüfung und danach ist eine Niederlassung als Facharzt in der ambulanten Versorgung möglich.

Die Fachrichtung Allgemeinmedizin kennzeichnet dabei im Wesentlichen, dass sie eine Schnittstelle zu anderen Fachrichtungen darstellt und dementsprechend vernetztes Denken erfordert. Gleichzeitig ist die Arbeitsweise geprägt von sehr häufigen und zahlreichen Patientenkontakten sowie Abstimmung mit Ärzten anderer Fachrichtungen. Die Facharztausbildung dauert in der Regel 60 Monate, von denen mindestens 12 Monate in stationären Einrichtungen in Abteilungen für Innere Medizin geleistet werden müssen. Mindestens 24 Monate hingegen sollen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung verbracht werden. Hinzu kommen mindestens 6 Monate in einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Daneben können bis zu 18 Monate zum Kompetenzerwerb in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen. Zudem muss noch ein 80-stündiger Kurs in Psychosomatischer Grundversorgung belegt werden²⁷³. Weiterbildungsverbände in der Allgemeinmedizin sollen helfen die Weiterbildung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten. Dabei können sich verschiedene Kliniken und niedergelassene Ärzten zusammenschließen und so eine kontinuierliche Weiterbildung innerhalb einer Region ermöglichen. Separate Bewerbungen ebenso wie eventuelle Umzüge oder zwischenzeitliche aufwändige Anfahrtswege sollen dadurch für diese Assistenzärzte entfallen. Dabei besteht während der Facharztausbildung große Planungssicherheit, da feste Rotationspläne durchlaufen werden.

Die Fachrichtung Innere Medizin befasst sich mit dem Aufbau des Körpers und der Funktion als auch der Erkrankungen sämtlicher Organe wie Herz, Nieren, Verdauung und Atmung. Im Gegensatz zur Allgemeinmedizin steht damit nicht das vernetzte Denken im Vordergrund. Die Innere Medizin bietet neun mögliche Spezialisierungen (SP) als Facharzt: Angiologie (Blutgefäße), Endokrinologie (Hormone), Gastroenterologie (Magen-Darm), Hämatologie (Blut), Onkologie (Krebs), Kardiologie (Herz), Neurologie (Nerven), Pneumologie (Lunge) und Rheumatologie (Rheuma). Dies ist insofern wichtig, als dass Fachärzte für Innere Medizin mit einer Spezialisierung anschließend zumeist nicht den Weg in die hausärztliche, sondern in die spezielle fachärztliche Versorgung finden, bspw. als Kardiologe, Pneumologe, Rheumatologe, Onkologe, usw. Diese Facharztgruppen sind zudem oftmals nicht ambulant, sondern stationär in Krankenhäusern tätig. Wie in Tab. 27 ersichtlich ist, entscheidet sich jedoch mehr als die aller Assistenzärzte für die Innere Medizin ohne Spezialisierung, genauso wie die Mehrzahl der Internisten keine Spezialisierung aufweist. Auch die Facharztausbildung in der inneren Medizin dauert 60 Monate (wie in der Allgemeinmedizin), wobei sich die Zeiten jedoch auf andere Bereiche verteilen: 48 Monate müssen im Bereich Innere Medizin verbracht werden, wobei davon 30 Monate für die stationäre Patientenversorgung vorgesehen sind. 6 Monate entfallen auf die Notfallaufnahme und 6 Monate auf die Intensivmedizin. Daran lässt sich erkennen, dass die Internistausbildung eine ganz andere Schwerpunktsetzung als die der Allgemeinmediziner hat. Hier ist ambulante Patientenversorgung kein notwendiger Ausbildungsbestandteil, wie sie in der Allgemeinmedizin im Vordergrund steht. Stattdessen wird der Fokus eher auf einen späteren stationären Aufenthalt gelegt. Da die Arbeitserfahrungen während der Facharztausbildung als letzte Station entsprechende Haftwirkung entfalten dürften, wird so eine Niederlassung weniger

²⁷³ vgl. Bundesärztekammer 2018, S. 24

wahrscheinlich (72% in der Allgemeinmedizin vs. 43% in der Inneren Medizin ohne Spezialisierung, s. Tab. 26), was wiederum der ambulanten Flächenversorgung abträglich ist.

Tab. 26 Fachärzte der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin (ohne Schwerpunkt) nach Tätigkeitsbereichen 2017

Fachgebiet	Ambulante Tätigkeit		Stationäre Tätigkeit	Sonstige
	Niedergelassen	Angestellt		
Allgemeinmedizin	72%	14%	6%	8%
Innere Medizin ohne SP	43%	11%	38%	7%

Entwurf: Eigene Berechnung und Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Berufstätige Ärzte: Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Bundesgebiet gesamt, S. 12-14

Wie aus Tab. 27 ersichtlich ist, entschied sich in einer deutschlandweiten Befragung von Assistenzärzten im Jahr 2012 durch den Hartmannbund²⁷⁴ (859 Befragungsteilnehmer, damit sehr repräsentativ) knapp ein Viertel aller Assistenzärzte für eine Fachrichtung, die generell in einer hausärztlichen Tätigkeit enden könnte. Knapp die Hälfte geht den Weg eines allgemeinen Facharztes und nochmals gut ein Viertel geht in die spezielle Facharztversorgung, wobei unter dieser Gruppe viele dauerhaft in einer stationären Einrichtung tätig bleiben. Vergleicht man die Verteilung der Assistenzärzte auf die Fachrichtungen mit denen der aktuell tätigen Fachärzte, so ergibt sich in der Allgemeinmedizin ein gravierendes Missverhältnis (-50% Assistenzärzte im Vergleich zu berufstätigen Fachärzten dieser Fachrichtung), womit deutlich wird, dass die Allgemeinmedizin als Fachrichtung heutiger Assistenzärzte sehr unbeliebt geworden ist. Dieses Missverhältnis kann auch nicht von Assistenzärzten aus der Inneren Medizin aufgefangen werden, sodass bei den potenziellen zukünftigen hausärztlichen Fachrichtungen ein Minus von gut 25% steht gegenüber den praktizierenden Ärzten hausärztlicher Fachrichtungen.

Ohnehin ist es so, dass vor allem Fachärzte der Allgemeinmedizin (86%) gegenüber Internisten (54%) auch tatsächlich später ambulant tätig werden. Somit wirkt ein Rückgang der Allgemeinmediziner noch gravierender gerade in der ambulanten hausärztlichen Versorgung und könnte auch gar nicht in gleicher Weise von der Fachrichtung Innere Medizin aufgefangen werden.

Neben der Wahl der Fachrichtung ist für eine spätere hausärztliche Versorgung ebenfalls von besonderem Interesse, in welchem Umfang die nachrückenden Ärzte in der bereit sind, das gleiche Arbeitspensum wie die Vorgänger zu leisten. Wichtig ist dabei, dass in der Mehrzahl der Partnerschaften von älteren Menschen noch das klassische Rollenmodell des Alleinverdieners vorherrscht. Da ein Drittel der praktizierenden Ärzte schon älter als 60 ist (s. Tab. 25), dürfte dieses Rollenmodell in den meisten Fällen noch zutreffen, also leisten diese Ärzte als Alleinverdiener für gewöhnlich ein sehr hohes Arbeitspensum, während dem Partner die Haushaltsführung und in vielen Fällen auch die Kindeserziehung zukommt.

²⁷⁴ vgl. Hartmannbund 2012, S. 2

Tab. 27 Gewählte Fachrichtungen befragter Assistenzärzte 2012 und berufstätige Ärzte nach Fachrichtungen 2017

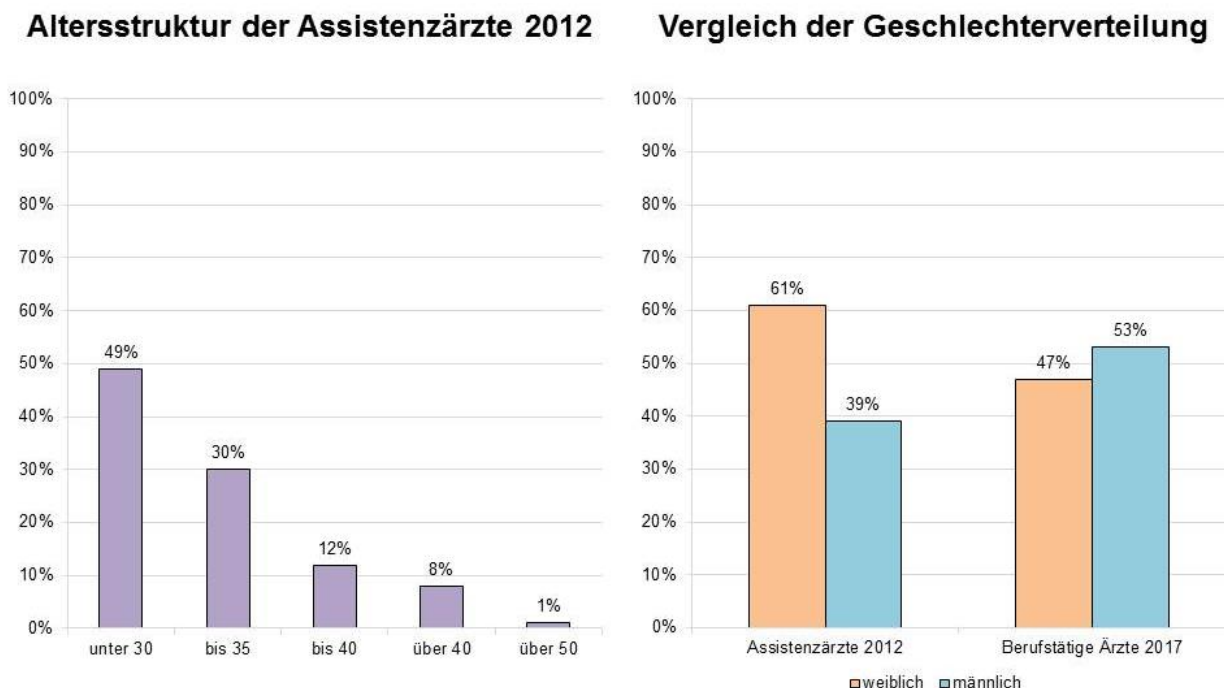
Assistenzarzt-Fachrichtung	Belegung	Zuordnung zu Arztgruppen der ambulanten Versorgung nach der Bedarfsplanungsrichtlinie	Berufstätige Ärzte nach Fachrichtungen	Davon ambulant tätig in Prozent
Innere Medizin ohne SP*	14%	Hausärztliche Versorgung	13%	54%
Allgemeinmedizin	9%	Hausärztliche Versorgung	18%	86%
Gesamt	23%	Hausärztliche Versorgung	31%	70%
Chirurgie	8%	Allgemeine Facharztversorgung	9%	23%
Psychiatrie	7%	Allgemeine Facharztversorgung	4%	38%
Kinder- und Jugendmedizin	7%	Allgemeine Facharztversorgung	6%	50%
Orthopädie/ Unfallchirurgie	6%	Allgemeine Facharztversorgung	6%	46%
Gynäkologie	5%	Allgemeine Facharztversorgung	7%	63%
Neurologie	5%	Allgemeine Facharztversorgung	3%	27%
Augenheilkunde	2%	Allgemeine Facharztversorgung	3%	83%
Dermatologie	2%	Allgemeine Facharztversorgung	2%	76%
HNO	2%	Allgemeine Facharztversorgung	3%	70%
Urologie	2%	Allgemeine Facharztversorgung	2%	53%
Gesamt	47%	Allgemeine Facharztversorgung	46%	53%
Innere Medizin mit SP*	11%	Spezialisierte Facharztversorgung	8%	40%
Anästhesie	10%	Spezialisierte Facharztversorgung	10%	17%
Radiologie	4%	Spezialisierte Facharztversorgung	3%	46%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2%	Spezialisierte Facharztversorgung	1%	49%
Neurochirurgie	1%	Spezialisierte Facharztversorgung	1%	29%
Gesamt	29%	Spezialisierte Facharztversorgung	23%	36%
<p>*Schwerpunkt (SP): Bestimmte Organe oder Krankheitsformen wie Angiologie (Blutgefäße), Endokrinologie (Hormone), Gastroenterologie (Magen-Darm), Hämatologie (Blut), Onkologie (Krebs), Kardiologie (Herz), Neurologie (Nerven), Pneumologie (Lunge), Rheumatologie (Rheuma)</p>				

Entwurf: Eigene Berechnung und Darstellung mit teilweise gerundeten Werten, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quellen: Assistenzärzte: Hartmannbund (Hrsg.) (2012): Assistenzarzt (m/w) 2012. Die HB-Umfrage. Befragung von ca. 900 Assistenzärzten deutschlandweit im Jahr 2012, S. 7f / Berufstätige Ärzte: Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Bundesgebiet gesamt, S. 12-19

In der nachfolgenden Generation ist das klassische Rollenmodell weniger verbreitet, stattdessen streben häufig beide Partner nach einer beruflichen Laufbahn. Im Zuge der Familiengründung kommt es so jedoch dazu, dass ein Partner gegenüber dem anderen beruflich zurückstecken muss, um für die Kindeserziehung da zu sein. Somit kommt der Familienplanung eine besondere Rolle bei der Bewertung des (auch zukünftig) über einen mehrjährigen Zeitraum leistbaren Arbeitspensums zu. Wie in Abb. 14 ersichtlich ist, befinden sich die meisten Assistenzärzte im typischen Alter der Familiengründung (79% sind unter 35 Jahre). Folglich haben viele Assistenzärzte eben auch die Absicht eine Familie zu gründen (49%, Abb. 15) oder haben dies bereits getan (28%).

Abb. 14 Altersstruktur und Geschlecht von Assistenzärzten 2012 (im Vergleich zu berufstätigen Ärzten 2017)



Entwurf: Eigene Darstellung nach Hartmannbund 2012, S. 4f, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

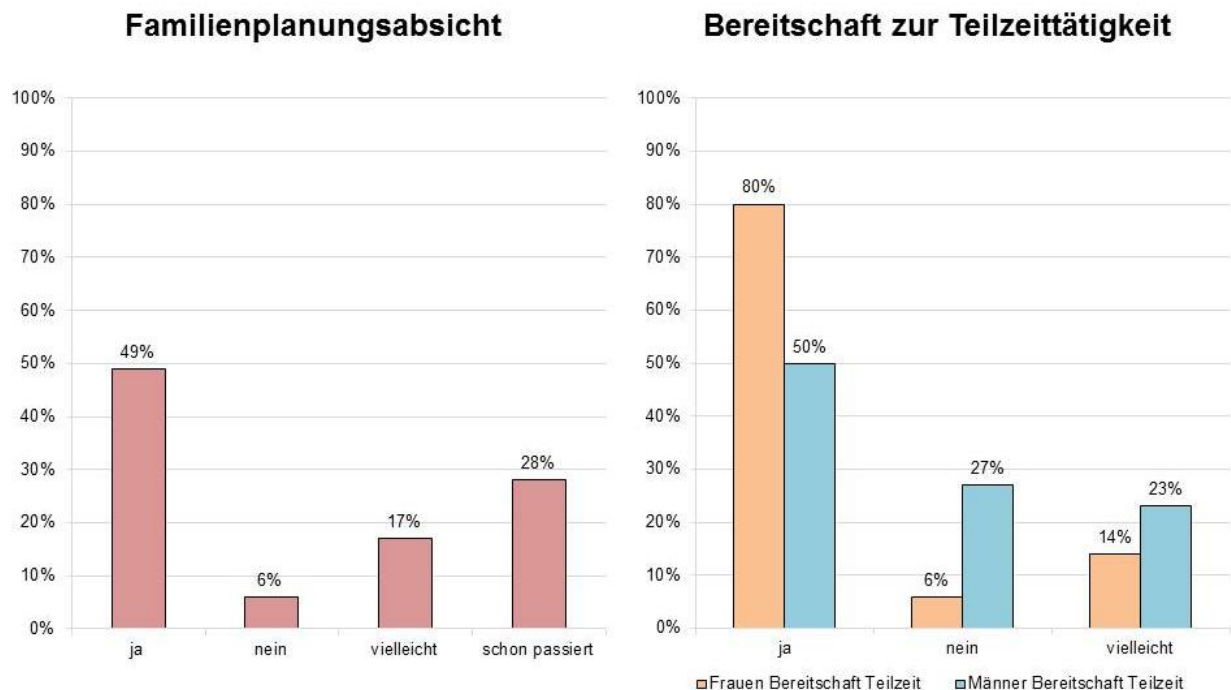
Quellen: Assistenzärzte: Hartmannbund (Hrsg.) (2012): Assistenzarzt (m/w) 2012. Die HB-Umfrage. Befragung von ca. 900 Assistenzärzten deutschlandweit im Jahr 2012, S. 4f / Berufstätige Ärzte: Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Bundesgebiet gesamt, S. 4f

Mit dem Nachwuchs stellt sich in vielen Beziehungen die Frage, wer zur Kindeserziehung beruflich zurücksteckt. Dabei zeigt sich, dass zumeist weibliche Assistenzärzte zur Teilzeitbeschäftigung bereit sind (80%), wobei dies nur bei jedem zweiten männlichen Kollegen der Fall ist. Daraus lässt sich schließen, dass eher Frauen auf Arbeitszeit verzichten werden zugunsten des Nachwuchses. Dies stellt insofern ein Problem dar, als dass wesentlich mehr Frauen als Männer in der Arztausbildung sind (im Studium, s. Abb. 12 und in der Assistenzarztzeit, s. Abb. 14), wodurch es als wahrscheinlich gilt, dass mit im Verhältnis zum jetzigen Geschlechterverhältnis (47% Frauen und 53% Männer, s. Abb. 14) immer mehr nachrückenden Frauen in den Arztberuf die Ausfallzeiten von Ärzten insgesamt zunehmen werden. Somit werden mehr Ärzte nötig sein, um den jetzigen Versorgungsgrad auch in Zukunft sicherzustellen.

Ein weiteres wichtiges Thema während der Assistenzarztzeit ist die Entwicklung einer Bereitschaft zur Niederlassung, da diese Form der Berufstätigkeit wesentlich mehr Patienten vor allem in der Fläche erreicht als andere Arbeitsformen. Aus den Zahlen in Abb. 16 lässt sich jedoch erkennen, dass nur ein Viertel der Assistenzärzte zum Zeitpunkt der Befragung eine Niederlassung anstrebt. Dabei muss jedoch relativierend hinzugefügt werden, dass der überwiegende Teil der an der Befragung teilgenommenen Personen in der Facharztweiterbildung noch nicht weit fortgeschritten war und eine Niederlassungsabsicht als lebensprägende Entscheidung sicherlich einige Zeit bis zur Reifung braucht. Dennoch ist zumindest bemerkenswert, dass sich zumindest ca. ein Viertel aller Assistenzärzte gerne in einer Praxis oder einem MVZ anstellen lassen möchte. Damit fällt dieser Anteil gleich hoch aus wie der der Niederlassungsinteressier-

ten, was gegenüber der momentanen Versorgungsstruktur (s. Tab. 20) ein klares Missverhältnis darstellt.

Abb. 15 Familienplanungsabsicht und Bereitschaft zur Teilzeittätigkeit nach Geschlecht von Assistenzärzten 2012



Entwurf: Eigene Darstellung nach Hartmannbund 2012, S. 19-21, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

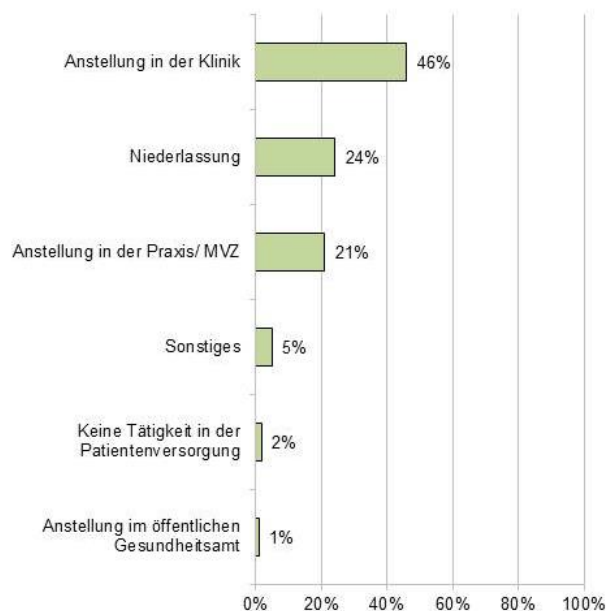
Quelle: Assistenzärzte: Hartmannbund (Hrsg.) (2012): Assistenzarzt (m/w) 2012. Die HB-Umfrage. Befragung von ca. 900 Assistenzärzten deutschlandweit im Jahr 2012, S. 19-21

Problematisch ist dieser Umstand deshalb, weil Ärzte in Einzel- und Gemeinschaftspraxen im Verhältnis zu angestellten Ärzten in Praxen oder MVZ ein merklich höheres Wochenarbeitspensum aufweisen und folglich in größerem Umfang an der ambulanten medizinischen Versorgung mitwirken. Somit lässt auch die relativ hohe Präferenz von Anstellungsverhältnissen für die Zukunft einen Mehrbedarf an Ärzten erwarten.

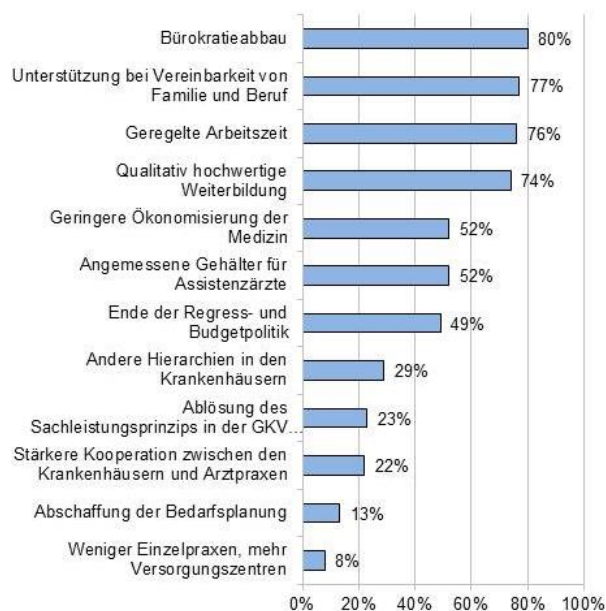
Zuletzt sind noch die Änderungswünsche zur Attraktivität des Arztberufes vonseiten der Assistenzärzte interessant. So wünschen sich 80% einen Bürokratieabbau. Dies ist gerade deshalb interessant, weil das freiberufliche Führen einer eigenen Praxis als besonders bürokratielastig gilt und somit sicherlich ein Grund dafür sein dürfte, warum sich nur wenige Assistenzärzte eine Niederlassung vorstellen können. Auch der Wunsch nach Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (77%) zeugt von einem Wunsch nach besseren Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und flexibleren Arbeitszeitmodellen, was ebenfalls eher gegen eine eigene Praxis mit festen Sprech- und Arbeitszeiten spricht. In die gleiche Kerbe schlägt der generelle Wunsch nach geregelten Arbeitszeiten (also möglichst wenig wechselnden Schicht- und/ oder Bereitschaftsdienst), der ebenfalls gegen eine eigene Praxis mit häufigen Überstunden sowie zu leistenden Bereitschaftsdiensten spricht. Allerdings muss hier auch gesagt werden, dass die Arbeit in einer stationären Einrichtung auch sehr oft mit Schichtdienst verbunden ist.

Abb. 16 Form der angestrebten Berufsausübung und Veränderungswünsche zur Attraktivitätssteigerung des Arztberufs

Form der angestrebten Berufsausübung



Veränderungswünsche im Arztberuf



Entwurf: Eigene Darstellung nach Hartmannbund 2012, S. 39-41, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

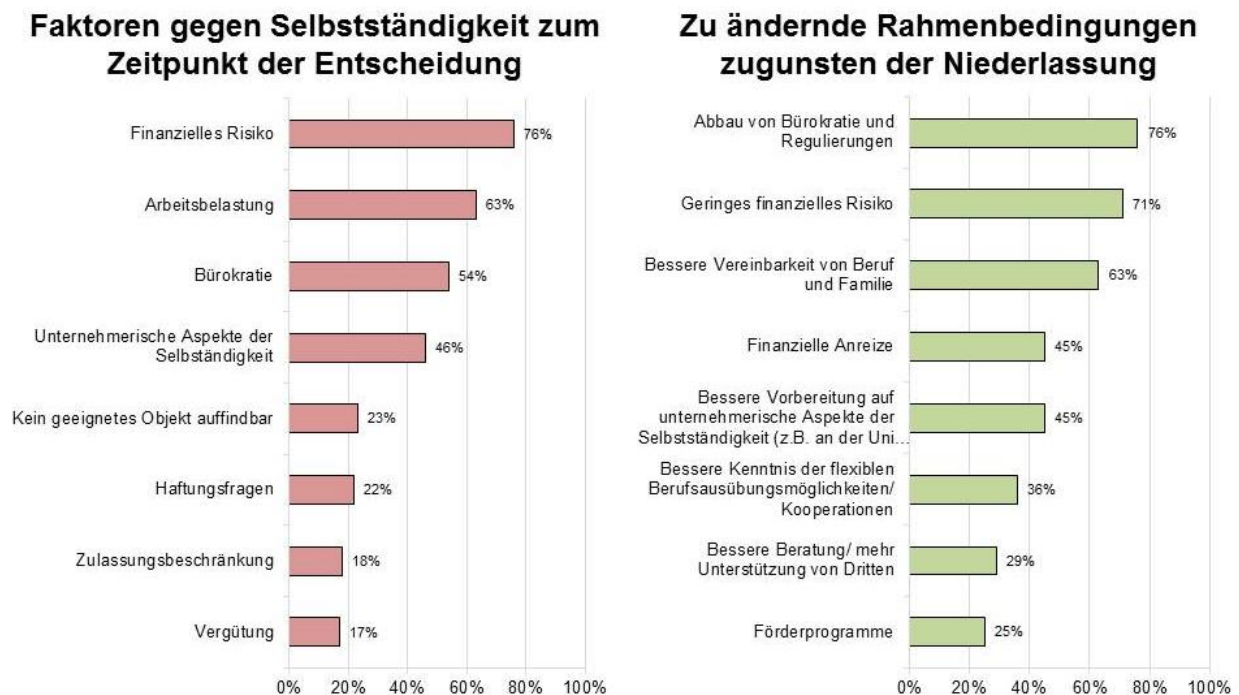
Quelle: Assistenzärzte: Hartmannbund (Hrsg.) (2012): Assistenzarzt (m/w) 2012. Die HB-Umfrage. Befragung von ca. 900 Assistenzärzten deutschlandweit im Jahr 2012, S. 39-41

Auch die bemängelte Ökonomisierung der Medizin (52%) spricht eher gegen eine Niederlassung, sind freiberufliche Ärzte doch immer auch Unternehmer, die mit Einnahmen- und Ausgabenentscheidungen die eigene Praxis bewirtschaften müssen. Die Angst vor Regressen (49%) stellt einen weiteren Besserungswunsch dar und kann in Übereinstimmung mit mehreren Aussagen von interviewten Experten im Rahmen dieser Dissertation ein weiteres Hemmnis bei der Entscheidung über die eigene Praxis sein. Insgesamt führt dies dazu, dass sich zumindest ein nennenswerter Anteil von 13% die Abschaffung der Bedarfsplanung wünscht, wohl auch im Hinblick mit damit einhergehender Standortwahlfreiheit einer späteren eigenen Praxis. Ebenso sprechen sich 8% ganz direkt nach einem Wunsch für mehr MVZ aus, auch hier vermutlich wegen der als angenehmer geltenden Arbeitszeiten und -bedingungen (ohne Bürokratie).

Form der Berufsausübung: Anstellung vs. Niederlassung

Nach einer erfolgreich absolvierten Facharztprüfung ist die Beantragung einer kassenärztlichen Zulassung und die Gründung oder Übernahme einer Praxis zur ambulanten Versorgung möglich. Dabei zeigte bereits Tab. 26, dass der Weg in die Niederlassung kein Automatismus ist und gerade in der Inneren Medizin die Mehrheit der Internisten (57%) nicht niedergelassen tätig ist. Dennoch ist die Niederlassung zumindest bei den aktuell berufstätigen Allgemeinmedizinern das Normalmodell (72% sind niedergelassen). Somit ist davon auszugehen, dass oftmals auch nach erfolgter Facharztausbildung noch bei vielen ein Abwägungs- und Entscheidungsprozess im Gange ist.

Abb. 17 Faktoren gegen Selbständigkeit und Änderungswünsche zugunsten einer Niederlassung von insgesamt 414 Apothekern, Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten, die sich in den Jahren 2009 bis 2014 gegen eine Niederlassung entschieden haben



Entwurf: Eigene Darstellung nach Schäfer & Barth 2016, S. 15, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Schäfer, A. & Barth, S. (2016): Chance Niederlassung. Vortrag vom 31. August 2016, zur Tagung KLAR-TEXT mainzer ärzteforum des Ärztevereins Mainz, Kupferbergterrassen Mainz, S. 15 / Deutsche Apotheker- und Ärztebank (Hrsg.) (2014): Chance Niederlassung. Das Erfolgsmodell Existenzgründung. Düsseldorf, S. 11

Ein gewichtiger Faktor bei der Niederlassungsentscheidung ist dabei die Finanzierung, da sowohl Neugründung als auch Übernahme mit erheblichen Kosten für den Arzt verbunden sind und zunächst generell die Bereitschaft vorhanden sein muss, dieses unternehmerische Investitionsrisiko einzugehen. Dabei ist anzumerken, dass eine hausärztliche Praxis weniger Ausstattung an medizinischen Gerätschaften erfordert wie die in den meisten Facharztpraxen (z.B. Radiologe oder Augenarzt). Die Praxisgründung einer Hausarztpraxis erfordert im Durchschnitt mit 112.000 Euro, eine Praxisübernahme einschließlich anstehender Investitionen, etwa in Medizin- und Labortechnik, Hard- und Software, durchschnittlich 115.000 Euro²⁷⁵. Den wenigsten jungen Ärzten stehen dafür private Mittel zur Verfügung, sie müssen Kosten der Praxisgründung durch eine Finanzierung stemmen. Ein wichtiger Anreiz zur Niederlassung ist dabei der größere Verdienst. So liegen die Gesamteinnahmen einer Einzelpraxis von Allgemeinmedizinern bei 295.000 Euro und der daraus entstehende Überschuss bei 148.000 Euro im Jahr 2013. Dem stehen ca. 70.000 Euro Bruttoentgelt²⁷⁶ (ohne Schicht- und Feiertagszuschläge für Fachärzte im ersten Arbeitsjahr) gegenüber.

²⁷⁵ vgl. Schäfer & Barth 2016, S. 15

²⁷⁶ Vgl. Marburger Bund (Hrsg.) 2016, S. 40

Für eine Niederlassung sind dabei betriebswirtschaftliches Verständnis, Kenntnisse im Personalmanagement und für die selbstständige Tätigkeit spezifisches medizinisches Fachwissen erforderlich. Die Kalkulation mit Einnahmen und Ausgaben und die Einrechnung von Rücklagenbildung für entstehende Abschreibungen sind dabei zu beherrschen. Dieses Wissensgebiet muss oftmals noch komplett erworben werden und gehört auch aufgrund der inhaltlich fehlenden Schnittmenge zu medizinischem Fachwissen in vielen Fällen nicht zum natürlichen Interessensgebiet. Dementsprechend gilt dieser Teil der eigenen Praxisführung mit 46% als wichtiger Grund gegen eine Niederlassung (s. Abb. 17). Zu der generellen Kostenkalkulation tritt die branchenspezifische hohe Dichte an Arbeitsplätze durch medizinische Assistenten in der Praxis. Dies bedeutet für einen niederlassungswilligen Facharzt, Einstellungsverfahren Arbeitszeiten, Aufgabenverteilung und Mitarbeiterfortbildungen zu organisieren. Die eigentliche Personalführung in der Patientenbehandlung wird in den meisten Fällen hingegen bereits im Alltag der Facharztausbildung erlernt worden sein. In Summe erfordert die Niederlassung damit ganz neue Kompetenzen in den Bereichen Betriebs- und Personalführung, dessen Erlernen und Umsetzung Fähigkeiten auf anderen Gebieten als der Medizin voraussetzt und damit eine große Hürde darstellen kann. Eine Lösung in diesem Bereich kann umfassende Beratung darstellen, wie sie einerseits von privaten Akteuren in einzelnen Sachfragen des Praxisalltags erfolgen kann (z.B. durch Unternehmensberater, Anwälte, Finanz- und Steuerberater) oder zunehmend auch gezielt auf die Niederlassung ausgerichteten Beratungsangeboten der KVen und der Arztverbände erfolgen kann. Dabei werden Aspekte wie Business- und Finanzpläne, Kauf-, Miet- und Arbeitsverträge und auch Standortanalysen²⁷⁷ angeboten.

Aufgrund der vielen Widerstände entscheiden sich viele Ärzte mit Facharztausbildung zunächst lieber für den Weg in die Anstellung. Als Hemmnisse auf dem Weg zur Niederlassung werden dabei vor allem finanzielle Risiken (76%, s. Abb. 17), Arbeitsbelastung (63%), Bürokratie (54%) und unternehmerische Aufgaben (46%) empfunden.

Um solchen Hemmnissen auszuweichen bevorzugen viele hausärztliche Berufseinsteiger den Weg in die Anstellung. Die dabei besonders beliebte Beschäftigungsform im ambulanten Versorgungsbereichen stellt das MVZ dar, dessen Zahl sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht hat²⁷⁸. Um diese Ärzte zu einer Niederlassung zu bewegen, werden von diesen vor allem weniger Bürokratie (76%) und weniger eigenes finanzielles Risiko (71%) eingefordert, aber auch die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie (63%) spielt eine große Rolle.

Insgesamt ist damit zu sagen, dass die meisten hemmenden Faktoren übergeordneter struktureller Natur sind, die nicht auf spezifische Eigenschaften des ländlichen Raumes zurückzuführen sind aber zumindest zu gewissem Teil durch kleinräumig wirkende Akteure verbessert werden könnten. Dazu zählt bspw. die Gewährung finanzieller Sicherheiten, die Einrichtung von Betreuungsmöglichkeiten und Unterstützung in der Unternehmensführung durch z.B. auch Unternehmer anderer Branchen vor Ort. Auch aktive Hilfestellung bei der Beantragung von Fördermitteln könnte vonseiten ländlicher Gemeinden angeboten werden. So könnten auch Hausärzte zur örtlichen Versorgung gewonnen werden, die zuvor generell einer Niederlassung abgeneigt waren.

Ableitbare Präferenzen in der späteren Standortwahl

Über die Filterung der Bewerber auf eine bestimmte Personengruppe lassen sich bereits einige Standortpräferenzen bezüglich deren Charaktereigenschaften und demographischer Merkmale

²⁷⁷ vgl. Heßbrügge 2018

²⁷⁸ vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018, S. 3

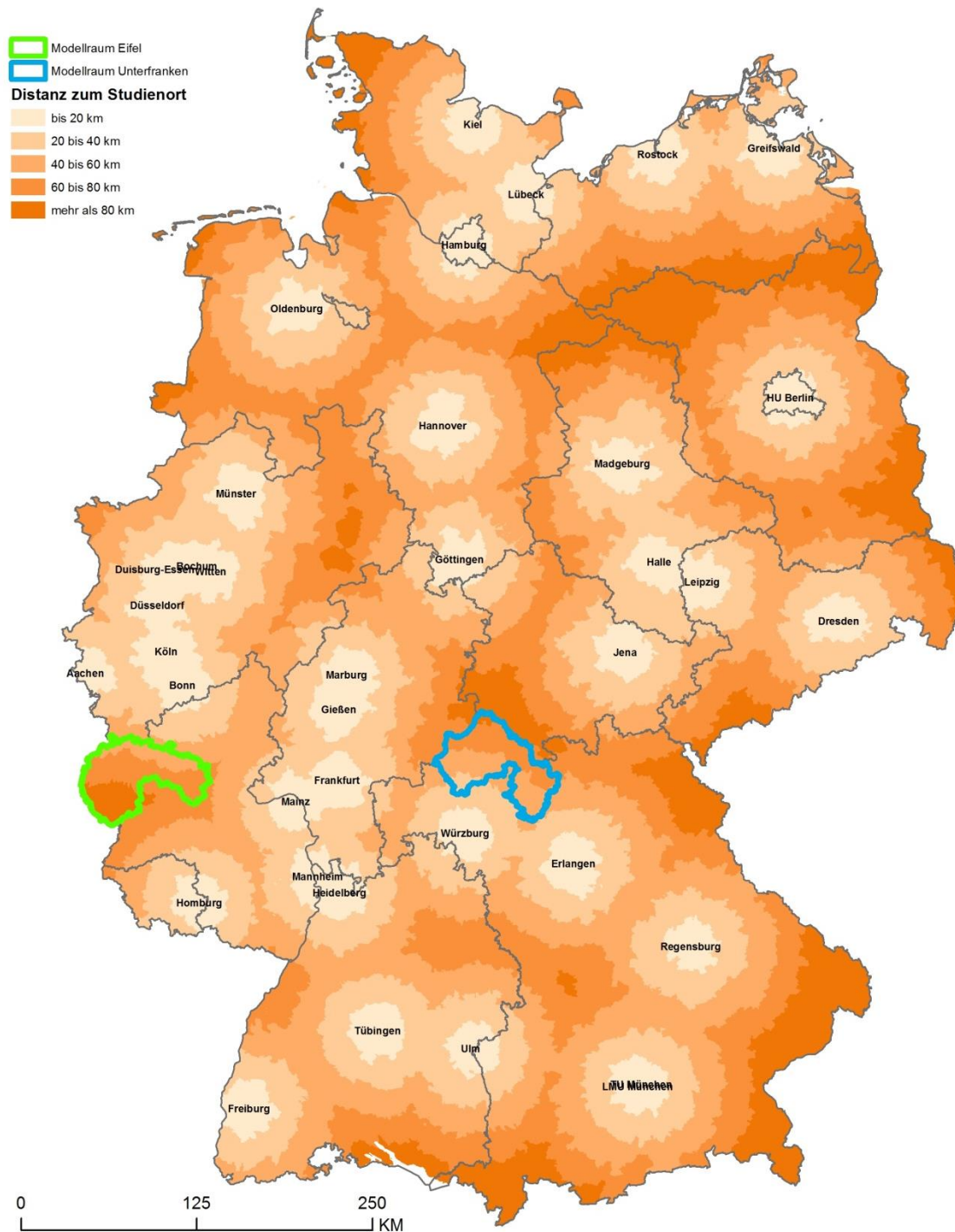
ableiten. So erlangten nur Begabte die Approbation nach sehr schwerem Ausbildungsweg, wodurch sich ein gewisses Anspruchsdenken an den späteren Arbeitsort bei vielen ergeben dürfte, was tendenziell eher einer urbanen Arbeitsumgebung mit vielen Optionen und eher höheren Ausstattungsniveaus bspw. im Bildungs-, Freizeit- und Kulturangebot zusprechen dürfte. In die gleiche Richtung geht der hohe Anteil weiblicher Absolventen, die ebenfalls tendenziell eher Orte bevorzugen dürften, die auch dem Lebenspartner gute Karriereoptionen ermöglichen und für Kinder gute Förderungsangebote bereithalten.

Daneben spielen die Erfahrungswerte während der Ausbildung hinsichtlich persönlicher Begegnungen (Einflussnahme durch berufserfahrene Lehrende und Kollegen) sowie fachlichen Erlebnissen eine wichtige Rolle im Fachrichtungs- und auch Standortentscheidungsprozess. Dabei zeigt sich, dass die Fachrichtung Allgemeinmedizin in der Ausbildung keine allzu große Wertschätzung genießt. Zudem finden die meisten Kontakte und Arbeitserfahrungen eher im (räumlichen) Ausbildungsumfeld statt, wodurch eher wenige konkrete Erfahrungen im ländlichen Raum gesammelt werden (oder zu einem sehr frühen Zeitpunkt), wodurch auch so das negative Image von Landarztpraxen haften bleibt bzw. auch weitergetragen wird.

Dabei sind die Präferenzen keinesfalls von Beginn an festgelegt sondern werden während der Ausbildung stetig mit neuen Erkenntnissen gefüttert, sodass die Wahl der Berufsform und damit auch der Standortentscheidung sich immer wieder wandeln kann. Außerdem rücken erst im Zuge des tatsächlich ablaufenden Standortentscheidungsprozesses nach dem Ende der Facharztausbildung Aspekte in den Fokus (z.B. Bürokratie, Finanzielles Risiko, Arbeitsbelastung), die zuvor von Studierenden und Assistenzärzten in der Form noch nicht so große Beachtung oder Gewichtung erfahren haben, wobei umgekehrt auch andere Dinge weniger wichtig erscheinen können.

Hinzu tritt noch der Fakt, dass sich nach erfolgter Facharztausbildung nicht jede gewünschte Berufsform aufgrund gegebener Strukturen und eventuell bereits belegter Wunschpositionen umsetzen lässt. Somit ist eine Befragung von Hausärzten nach Einflussfaktoren auf die Standortwahl nach der erfolgten Niederlassung sinnvoller, da so nur solche Hausärzte befragt werden, die tatsächlich den Weg der Niederlassung gegangen sind und daher rückblickend beurteilen können, welche Faktoren tatsächlich wichtig waren und den Ausschlag für eine Niederlassung (und nicht dagegen) im ländlichen Raum gegeben haben.

Abb. 18 Minimale Entfernung der Gemeinden in Deutschland von Studienorten der Humanmedizin



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Datengrundlage: Landkarte Hochschulmedizin (betrieben von Deutsche Hochschulmedizin e.V.) / Kartengrundlage: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2018 & Geoportail of the European Commission (EUROSTAT)

Folgen für die Versorgungssituation in den Mittelbereichen

Der generelle Aufbau des Medizinstudiums ist als Einflussfaktor für die hausärztliche Versorgung in der Fläche zu sehen, denn die Rahmenbedingungen des Studiums begünstigen eine spätere Facharztstätigkeit gegenüber einer Hausarztstätigkeit sowie einen Arbeitsschwerpunkt in der Stadt gegenüber dem Land. Dies liegt an der Wertschätzung einzelner Fachrichtungen wie auch den Arbeitserfahrungen der Studierenden, die sich meist auf das (räumliche) universitäre Umfeld beschränken und nur selten fernab stattfinden.

Es gibt statistisch gesehen keinen räumlichen Zusammenhang zwischen der Entfernung der Studienorte von den Planungsregionen (Mittelbereiche) mit deren Versorgungsgrad ($r = 0,023$, s. Tab. 28). Ebenso gibt es keinen statistischen Zusammenhang zwischen der Arztdichte eines Landkreises zum nächstgelegenen Studienort ($r = 0,002$). Es gibt jedoch eine immerhin geringe Korrelation ausgehend vom Anteil weiblicher Hausärzte, der mit der Entfernung vom nächstgelegenen Studienort ($r = -0,193$) hin abnimmt. Damit zeigt sich in der Statistik, dass Frauen bevorzugt Arbeitsorte in Nähe von Ausbildungsorten einnehmen. Ebenso gibt es einen statistischen Zusammenhang zu dem Altersdurchschnitt der tätigen Hausärzte, wonach diese mit zunehmender Entfernung vom Studienort immer älter werden ($r = 0,291$). Das ist ein deutlicher Hinweis, dass auch junge Ärzte eine Niederlassung in Nähe von Ausbildungsstätten bevorzugen. Gleiches gilt für den Anteil der Vertragsärzte ($r = 0,238$), der sich antiproportional zum Anteil der angestellten Hausärzte ($r = -0,223$) verhält. Damit wird auch klar, dass mit zunehmender Entfernung von Ausbildungsstätten der Anteil niedergelassener Hausärzte steigt.

Tab. 28 Statistische Beziehungen zwischen der Entfernung vom Studienort bzw. Großstädten und der hausärztlichen Versorgungsstruktur der Landkreise (2015) und Mittelbereiche (2017) in Deutschland

	Abhängige Variablen	Distanz zum nächsten Studienort	Distanz zur nächsten Stadt über 100.000 EW	Distanz zur nächsten Stadt über 200.000 EW	Distanz zur nächsten Stadt über 500.000 EW	N
Landkreise	Anteil weiblicher Hausärzte 2015	-,193**	-,188**	-,250**	-0,034	432
	Altersdurchschnitt der Hausärzte 2015	,291**	,202**	,197**	,137**	432
	Anteil der Vertragsärzte 2015	,238**	,240**	,227**	,174**	432
	Anteil der angestellten Ärzte 2015	-,223**	-,228**	-,218**	-,164**	432
	Arztdichte pro 100.000 EW 2015	-0,002	,167**	,195**	,212**	432
Mittelbereiche	Hausärztlicher Versorgungsgrad 2017	-0,023	,110**	,125**	,074*	880
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.						
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.						

Entwurf: Eigene Berechnung und Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

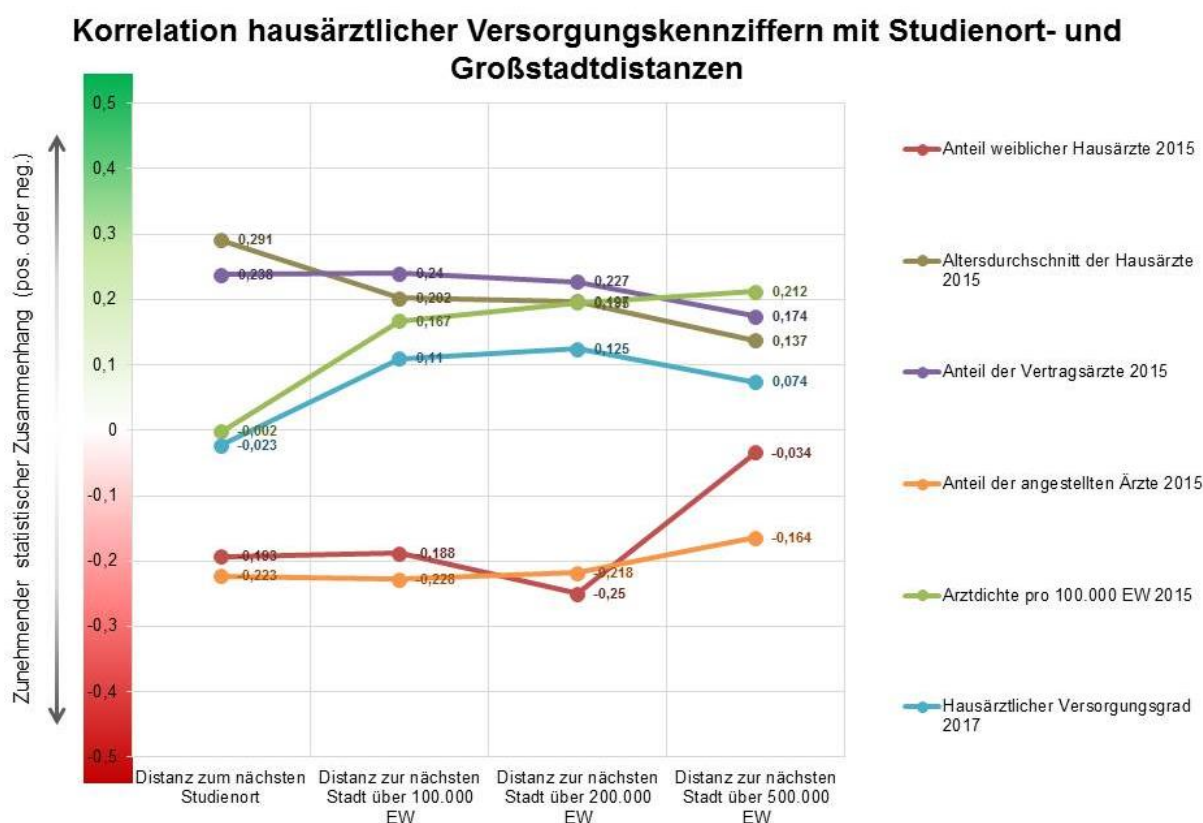
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016 & 2018

Wenn man die Korrelationen von Kennziffern hausärztlicher Versorgung mit deren Entfernung zu Großstädten verschiedener Größenklassen vergleicht (s. Abb. 19), so fällt auf, dass das Durchschnittsalter von Hausärzten mit zunehmender Stadtgröße immer weniger von dieser abhängt. Inhaltlich lässt sich dieses Verhältnis so interpretieren, dass jüngeren Hausärzten die Anbindung eine Großstadt mit bereits ca. 100.000 Einwohnern ($r = 0,202$) ausreicht und noch größere Städte keinen zusätzlichen Reiz mehr darstellen. Bei weiblichen Hausärzten stellt sich

der Zusammenhang etwas differenzierter dar, da der Bindungsgrad erst bei Städten mit über 200.000 Einwohnern am deutlichsten ausgeprägt ist ($r = -0,25$). So gesehen wünschen sich weibliche Hausärzte eher noch größere Städte in Nähe ihres Arbeitsortes als dies junge Hausärzte insgesamt tun. Die Art der Berufsausübung ist auch eher auf kleinere Großstädte ab 100.000 Einwohnern ausgerichtet, wobei Vertragsärzte ($r = 0,24$) und angestellte ($-0,228$) in etwa in ungefähr gleich intensiver Weise ihren Standort anhand der Nähe zur Großstadt ausrichten.

Bemerkenswert beim statistischen Zusammenhang von Großstadt-Entfernung zur hausärztlichen Versorgungssituation ist jedoch hingegen, dass die Hausarzttdichte von der Nähe zu großen Städten abhängt, und zwar umso mehr, je größer die Einwohnerzahl ist (bei Städten über 500.000 Einwohnern $r = 0,212$), ein deutlicher Unterschied zum nicht vorhandenen Zusammenhang von Hausarzttdichte zur Entfernung zum Studienort ($r = -0,002$). Ein sehr ähnliches Bild, wenn auch auf niedrigerem Niveau, ergibt sich für den hausärztlichen Versorgungsgrad der Mittelbereiche und seiner Korrelation zur Nähe unterschiedlicher Stadtgrößen, die auch bei einwohnerreicheren Städten eher zunimmt ($r = 0,125$ bei Städten mit mehr als 200.000 Einwohnern). Die Zusammenhangsunterschiede zwischen Nähe zum Studienort und Nähe zu Großstädten zeigen indes, dass von den Hausärzten insgesamt zwar nicht automatisch ein Standort in Nähe der vormaligen Ausbildungsstätte gesucht wird, wohl aber in Nähe eines urbanen Zentrums.

Abb. 19 Graphische Darstellung der statistischen Beziehungen aus Tab. 28



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Berechnet aus Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016 & 2018

In Summe zeigt diese statistische Analyse, dass die ländlichen Räume fernab der medizinischen Studienorte momentan eher noch nicht von einem Versorgungsmangel betroffen sind,

sondern dass die bedrohte Versorgung vor allem in der nachwachsenden Medizinergeneration besteht, die meist weiblich ist und Anstellungsverhältnisse bevorzugt. Beide Merkmale dominieren bei Hausärzten wie in Tab. 28 statistisch nachgewiesen eher in Nähe der Studienorte, folglich werden diese Räume auch in Zukunft genügend nachrückende Hausärzte haben, wohingegen vor allem ländliche Räume durch die Abgänge männlicher älterer niedergelassener Hausärzte leiden werden. Was für die Studienorte gilt, setzt sich so auch für Großstädte fort. Auch diese sind bei jungen, weiblichen und/ oder angestellten Ärzten beliebter. Wobei hier noch der erschwerende Zusammenhang hinzutritt, dass die hausärztliche Versorgungslage mit zunehmender Entfernung von Großstädten hin abnimmt.

3.3.5. Trends in der hausärztlichen Arbeitsorganisation

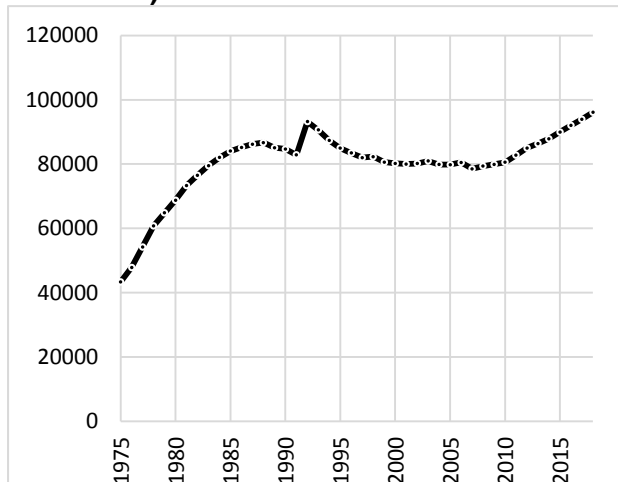
Seit einigen Jahren verändern sich die Präferenzen von (Haus-)Ärzten hinsichtlich ihrer Vorlieben in der Arbeitsorganisation. Dies hat insbesondere Folgen in der Standortwahl, da sich so die Gewichtung und Auslegung von Standortfaktoren, die klassisch hohe Bedeutung haben, langsam verschiebt. Nachstehend werden die für die Standortwahl wichtigsten neueren Trends und deren mögliche Folgen für die Versorgungssituation vor Ort vorgestellt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Effekten einer im Laufe der letzten Jahrzehnte unausgeglichener Medizinerbildung, die aktuell vor allem zu Überalterung und Feminisierung des Hausarztberufes geführt hat. Hinzu treten geänderte Präferenzen von Nachwuchsmedizinerinnen wie flexiblen Arbeitsbedingungen, den Wunsch nach Teamarbeit, die Neigung zu einer Spezialisierung abseits der Allgemeinmedizin und daraus resultierend die generelle Bevorzugung einer Stationstätigkeit im Krankenhaus, wo alle zuvor genannten Präferenzen gut miteinander harmonisieren. Kompensatorisch hat darauf in den letzten Jahren der Ausbau zentraler Versorgungseinrichtungen eingesetzt, wodurch bei gleichem Patientenaufkommen weniger Standorte betrieben werden müssen, an denen wiederum stationsähnliche Arbeitsbedingungen (flexibel, im Team, mit Spezialisierung) für Ärzte geschaffen werden können. Auch der Aufbau eines Fernbehandlungssystems mittels Telemedizin ist aktuell im Gange und erlaubt standortungebundene Behandlungen mit allen offensichtlichen und weniger offensichtlichen Einschränkungen. Ebenfalls zur Anwendung kommt in zunehmendem Maße die Delegation ursprünglich ärztlicher Dienstleistungen an speziell dafür geschultes Personal, um trotz geringerer Zahl an Hausärzten eine ausreichende Patientenversorgung zu gewährleisten.

Effekte unausgeglichener Medizinerbildung

Die Zahl und die Zusammensetzung an Medizinstudierenden unterlagen in den letzten Jahrzehnten Schwankungen, die sich zeitversetzt auf die Demographie der Ärzteschaft auswirken. Über die im Laufe der Jahre schwankende Zahl an Studierenden wird dabei die Alterungsquote der Ärzte beeinflusst, die Geschlechterverteilung der Medizinstudierenden wiederum wird nahezu eins zu eins auf die Ärzteschaft umgesetzt. Die Überalterung entsteht dabei durch unterschiedlich stark besetzte (und auch in ihrer Alterszusammensetzung schwankende²⁷⁹) Jahrgangskohorten im Medizinstudium. Sind für einige Jahre die Kohorten weniger stark besetzt als in vorangegangenen Jahren kommt es so zu Überalterung. Dies war von 1989 bis 2010 der Fall (s. Abb. 20), sodass noch bis mindestens 2022 nicht mit steigendem Eintritt jüngerer Ärzte zu rechnen ist, sofern diese nicht von Ausbildungsstätten außerhalb Deutschlands stammen.

²⁷⁹ bspw. durch schwankende Anteile an Studierenden, die ihren Studienplatz über die Wartesemesterregelung erhalten haben und so aktuell ca. 7 Jahre (vgl. Stiftung für Hochschulzulassung 2018, S. 2) älter als ihre Kommilitonen im gleichen Fachsemester sind.

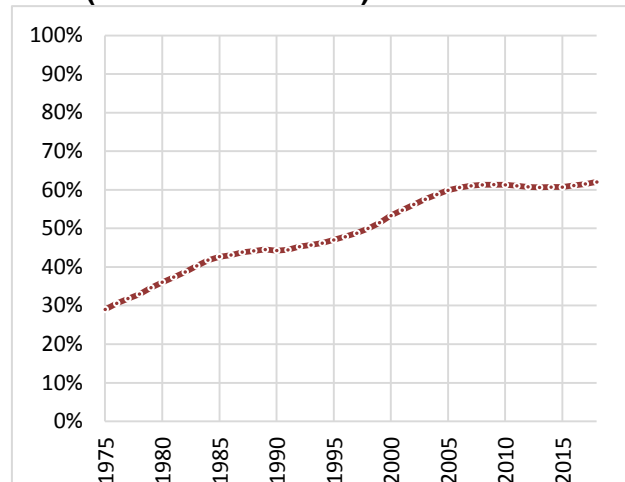
Abb. 20 Anzahl der Medizinstudierenden in Deutschland von 1975 bis 2018 (bis 1991 ohne DDR)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistisches Bundesamt 2019

Abb. 21 Anteil der weiblichen Medizinstudierenden in Deutschland von 1975 bis 2018 (bis 1991 ohne DDR)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistisches Bundesamt 2019

So zeigt sich in den letzten Jahren in der gesamten Vertragsärzteschaft ein Alterungsprozess (s. Abb. 22), wobei dieser vor allem unter den Hausärzten besonders dramatisch verlief. So waren 2008 lediglich 4,6% aller Hausärzte über 65 Jahre alt, zehn Jahre später waren es bereits 15,1%, bei allen Vertragsärzten gab es mit einem Anstieg von 3,5 auf 11,4% mehr als eine Verdreifung sehr alter Ärzte. Eine solch rapide Entwicklung erfordert in den nächsten Jahren den vermehrten Eintritt jüngerer Ärzte, was jedoch aufgrund des langen Medizinstudiums kurzfristig nicht erreichbar ist und sich dementsprechend nur in einem moderaten Anstieg jüngerer Ärzte ausdrückt. Die Überalterung der Ärzteschaft führt so zumindest in den nächsten 5 bis 10 Jahren zu deren Ausdünnung, was nachrückenden Medizinerinnen Standortwahlfreiheiten schafft und die Versorgungslage weniger attraktiver Regionen verschlechtert.

Wie bereits in Kap. 3.3.4 beschrieben, wirkt sich ein immer höherer Anteil weiblicher Medizinstudierender auch zeitversetzt auf den Anteil weiblicher Vertragsärztinnen aus (s. Abb. 23). Dabei stieg der Anteil weiblicher Vertragsärztinnen in den letzten 10 Jahren von 38,7 auf 47%. Unter den Hausärztinnen verlief die Feminisierung ähnlich deutlich von 38 auf 45,9%, wenn auch auf leicht niedrigerem Niveau. Aufgrund des mit 62% deutlich höheren Frauenanteils bei den Studienanfängerinnen im Fach Humanmedizin (s. Abb. 21) ist in Zukunft mit einer weiteren, vermutlich noch an Tempo zulegenden Feminisierung der Vertragsärzteschaft und damit auch der Hausärzteschaft zu rechnen.

Die Feminisierung kann dabei durch anders geartete Präferenzen in der Berufsausübung von Frauen gegenüber Männern auch auf die Standortwahl durchschlagen und somit auf die Versorgungsqualität wirken. So widmen Frauen sich trotz Berufes stärker der familiären Versorgung und Haushaltsführung als Männer im Vollzeitberuf. Dies geht häufig zulasten des maximal leistbaren Arbeitspensums, welches bei älteren, männlichen Vertragsarztkollegen oftmals durch geringe Belastung mit Tätigkeiten im Haushalt und bei der Kindeserziehung weiter ausgeschöpft werden kann. Hinzu treten bei weiblichen Ärztinnen die möglichen Ausfallzeiten durch Schwangerschaften und frühkindliche Begleitung (Elternzeit), welche auch heute noch öfters von Frauen als Männern beansprucht wird. Dies liegt auch an der weiterhin höheren Bereitschaft von Frauen zugunsten ihrer männlichen Lebenspartner eigene berufliche Ambitionen

zurückzuhalten. Da gleichzeitig auch die Arbeitsvielfalt in ländlichen Räumen für den Lebenspartner nicht sehr groß ist, die Praxisstruktur aber zumeist eine Vollzeitätigkeit weiblicher Hausärzte mit wenig Arbeitszeitflexibilität erfordert, macht dies eine Niederlassung weiblicher Hausärzte im ländlichen Raum unattraktiv.

Abb. 22 Entwicklung des Anteils junger und alter Haus- und Vertragsärzte in Deutschland von 2008 bis 2018

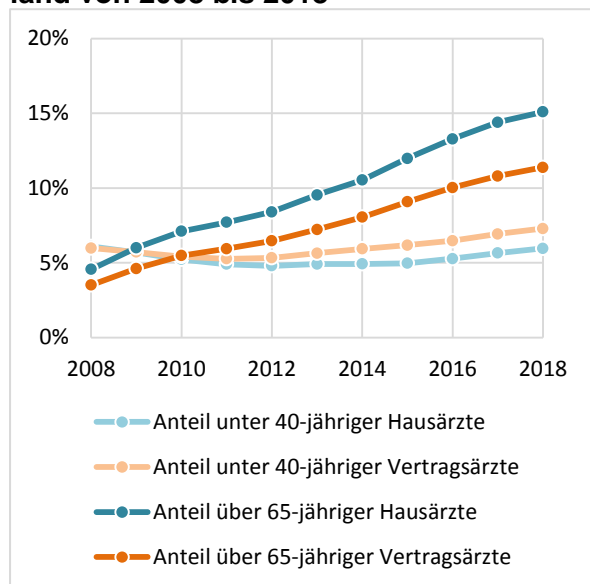
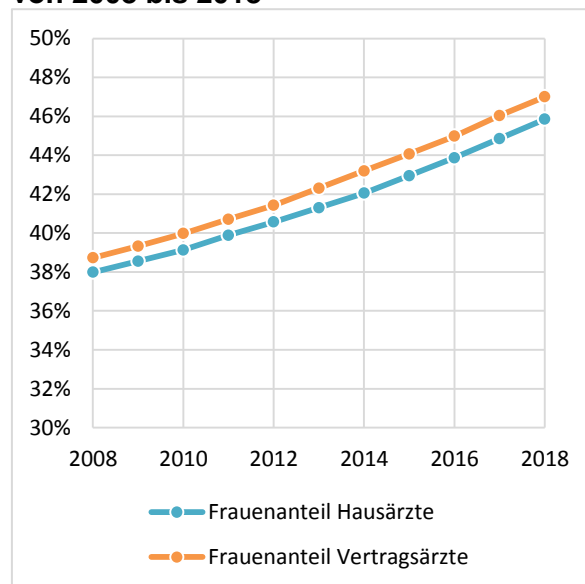


Abb. 23 Entwicklung des Anteils weiblicher Haus- und Vertragsärzte in Deutschland von 2008 bis 2018



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Auch von einigen Experten wird in der Feminisierung der Ärzteschaft eine Ursache der sich verschlechternden Versorgungslage gesehen, da weibliche Ärzte eher im Vergleich zu Männern dazu neigen in einem Angestelltenverhältnis tätig zu sein anstatt freiberuflich zu arbeiten (I2, Z10-11). Angestellte kommen jedoch in der Regel auf eine niedrigere Wochenarbeitszeit womit sich umgerechnet auf die gesamte Versorgungsstruktur eine verminderte Leistungsfähigkeit des ärztlichen Personals bei gleicher Personalstärke ergibt (I2, Z15).

Präferenzen von Nachwuchsmedizinerinnen

Die meisten Neueinsteiger streben andere Arbeitsbedingungen an, als sie aktuell noch die Regel sind. Da es wie beim Trend Überalterung gezeigt aktuell der Nachwuchs mangelt, ist dieser mehr denn je in der Lage, wählerisch zu sein hinsichtlich der präferierten Arbeitsbedingungen. Dazu zählen flexible Beschäftigungsmöglichkeiten, sowohl hinsichtlich der wöchentlichen Arbeitszeit wie auch der langfristigen Lebensplanung, die Arbeit im Ärzteteam, die Spezialisierung auf (vermeintlich) anspruchsvollere Facharzttrichtungen sowie als Konsequenz daraus die Arbeit in einer Klinik, die die vorgenannten Präferenzen in sich vereint.

Der Trend der Flexibilisierung lässt sich bspw. anhand des Anteils an Ärzten ablesen, die im Angestelltenverhältnis (anstelle als Vertragsarzt, der zur freiberuflichen Tätigkeit zählt) tätig sind (s. Abb. 24). Dabei nahm der Anteil an angestellten Ärzten generell von 2008 bis 2018 von 5,8 auf 20,7% stark zu. Dies ist natürlich auch dem Aufkommen von MVZ bzw. „Versorgungsein-

richtungen“ geschuldet (s.u.), allerdings zeigt die Entwicklung des Anteils der angestellten Hausärzte, dass hier die Anstellungen vor allem von Praxen getragen sind (2008 bis 2018 von 3,1 auf 13,6%). Die Anstellung bietet dabei für Hausärzte in zweierlei Hinsicht Flexibilität. So ist die wöchentliche Arbeitszeit gegenüber dem Status als Vertragsarzt leichter anpassbar an die private Lebenssituation (bspw. bei anstehendem oder gerade geborenem Nachwuchs), andererseits ist eine spätere berufliche Umorientierung (bspw. auch in eine andere Arbeitsregion) leichter. Hinzu tritt, dass im Anstellungsverhältnis ein Großteil an bürokratischer Arbeit und das finanzielle Risiko der Praxisführung entfällt, welche von Assistenzärzten bereits als wichtigste Hemmnisse genannt wurden (s. Abb. 17). Die besondere Herausforderung in der Sicherstellung der medizinischen Daseinsvorsorge liegt durch die flexiblen Arbeitsbedingungen darin, dass mehr Mediziner ausgebildet werden müssen, um die gleiche Versorgungsmenge zu leisten. Dies zeigt sich auch im zunehmenden Anteil der aus Teilzeit geleisteten medizinischen Versorgung (s. Abb. 25), wodurch auch der erhoffte Effekt der ausgebauten Ausbildungskapazitäten seit 2010 (s. Abb. 20) zu verpuffen droht und die Versorgungslücke somit auch in der nächsten Dekade allein mit der steigenden Studierendenzahl in Humanmedizin nicht geschlossen werden kann.

Abb. 24 Entwicklung des Anteils angestellter Ärzte und Hausärzte in Deutschland von 2008 bis 2018

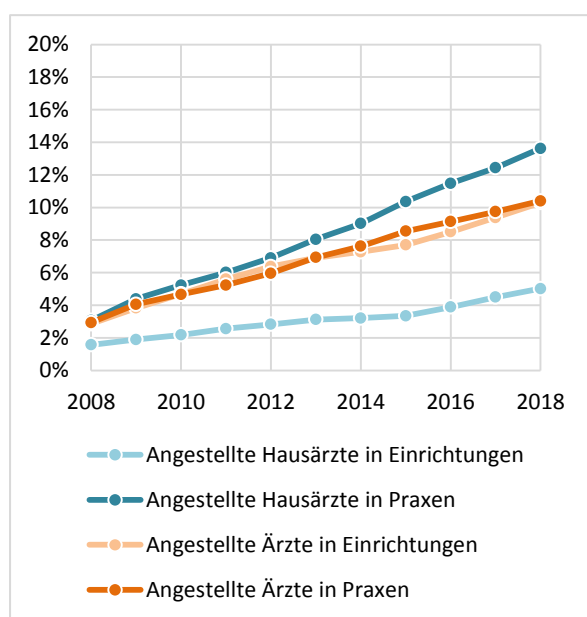
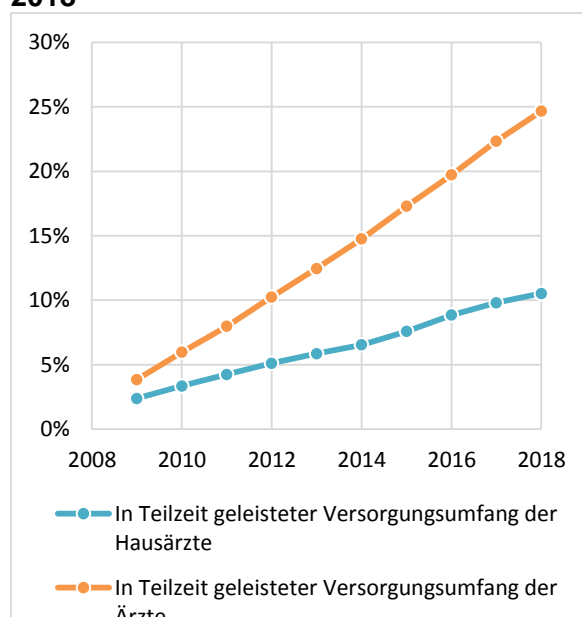


Abb. 25 Entwicklung des in Teilzeit geleisteten Versorgungsumfangs der Ärzte und Hausärzte in Deutschland von 2009 bis 2018



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

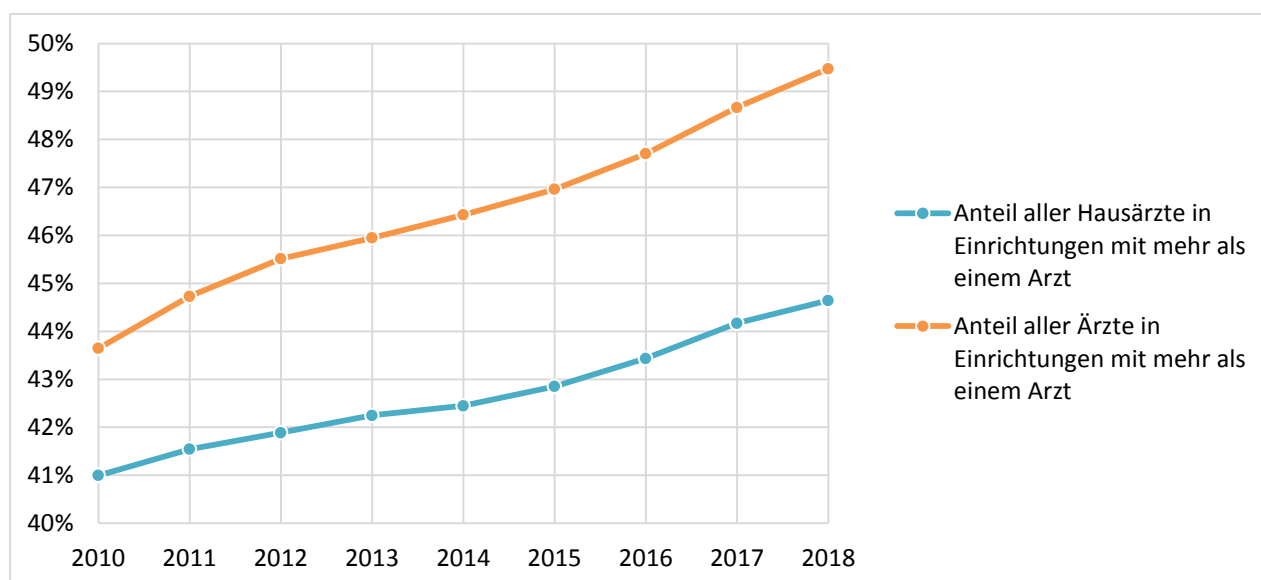
Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Dies liegt auch an der zunehmenden Beliebtheit sog. „Jobsharing“-Arbeitsmodelle, bei denen sich zwei Ärzte einen Vertragsarztsitz teilen. Der Vorteil liegt für die beteiligten Ärzte dabei darin, dass sie so auch in eigentlich gesperrten Bedarfsplanungsregionen tätig werden können. Diese Form der ärztlichen Kooperation wird vor allem bei einer auf längere Zeit ausgelegten Praxisübergabephase angewandt, wobei der zusätzliche Arzt in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft oder in Anstellung miteinsteigen kann. Der Leistungsumfang einer Praxis wird dabei jedoch nicht ausgedehnt, womit durch diese Tätigkeitsform zwei Ärzte den gleichen Ver-

sorgungsumfang eines Vertragsarztes leisten, weshalb durch dieses Arbeitsmodell letztlich mehr Ärzte für den gleichen Versorgungsumfang benötigt werden.

Die Arbeit in Anstellung und/ oder Teilzeitbeschäftigung ist ansonsten vor allem in Praxen und Einrichtungen mit mehr als einem Arzt möglich, wo Kollegen evtl. Sprechzeitdefizite ausgleichen und der weitere Praxisbetrieb kosteneffizient geführt werden kann. Daher kamen in den letzten Jahren vermehrt Strukturen für Teamarbeit auf. Die Folge daraus ist, dass immer mehr ambulante tätige Ärzte und Hausärzte in Speziellen im Team arbeiten (s. Abb. 26). Daraus resultiert eine geringere Anzahl an Standorten und dadurch wiederum droht die flächenhafte Versorgung zumindest in kleinen Orten mit bislang nur einer Hausarztpraxis ausgedünnt zu werden durch die kleinräumige Konzentration von Versorgungseinrichtungen auf größere Nachbarorte. Die auf Mittelbereiche basierende hausärztliche Bedarfsplanung ist nicht hinreichend kleinräumig genug diesen Effekt wirksam zu verhindern. Mittelbereiche im ländlichen Raum vereinen üblicherweise viele kleine Orte auf sich, sodass trotz statistisch ausreichender Versorgung in einem Mittelbereich kleinere Dörfer ihre Arztpraxen verlieren können, wobei gerade bei Hausärzten als „erste Anlaufstelle“ eine gute Erreichbarkeit wichtig ist.

Abb. 26 Entwicklung des Anteils an Ärzten und Hausärzten in Einrichtungen mit mehr als einem Arzt in Deutschland von 2010 bis 2018



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

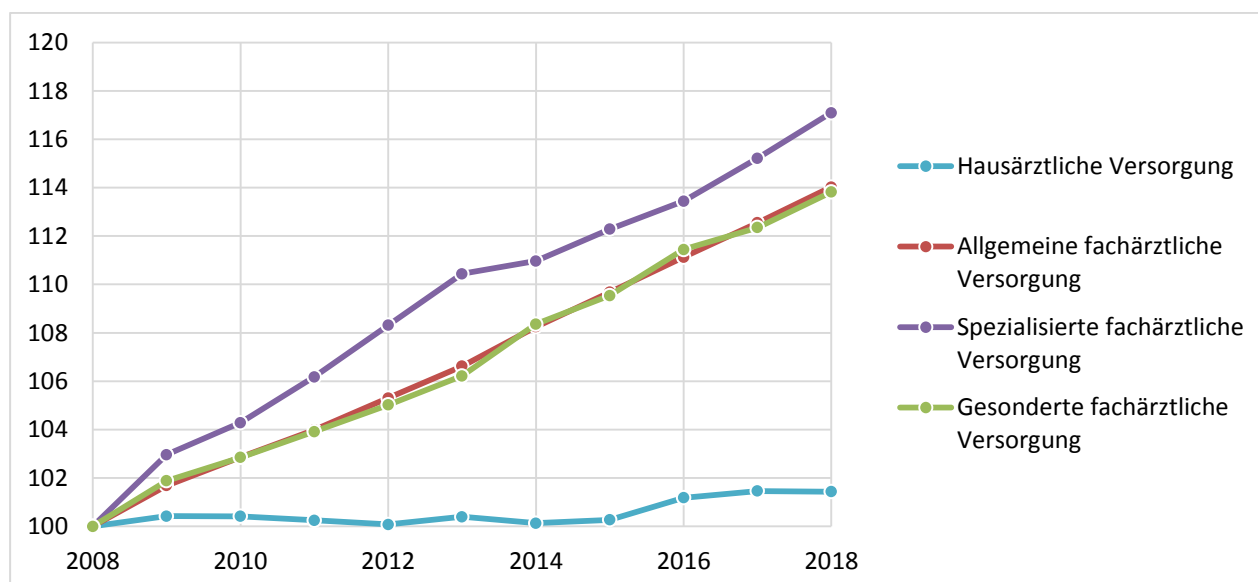
Ein weiterer Grund für den Zusammenschluss von Ärzten auf eine Praxis wie auch der Weg in die Anstellung anstelle einer freiberuflichen Tätigkeit ist laut Aussage interviewter Experten auch die fehlende unternehmerische Risikobereitschaft, wobei Kreditgeber in heutiger Zeit gegenüber früheren Jahrzehnten auch bei Investitionen in eine Neugründung oder Übernahme einer Praxis eine höhere Eigenkapitalquote fordern, welche bei geheimhin gestiegenen Immobilienpreisen auch für ärztliche Berufseinsteiger schwer auf Anhieb zu finanzieren ist.

Immer mehr Assistenzärzte entscheiden sich zu Beginn ihrer Facharztausbildung für eine Fachrichtung abseits des hausärztlichen Spektrums (Allgemeinmedizin oder Innere Medizin ohne Schwerpunkt). Hintergrund ist laut Expertenaussage, dass wenig Bereitschaft besteht, nach sechs Jahren Studium in Humanmedizin im späteren Berufsleben lediglich vergleichsweise anspruchslose und wiederkehrende Untersuchungen, Diagnosen und Therapien vorzunehmen,

wie bspw. Erkältungen, Grippe, Magen-Darm-Infekte, usw. Gleichzeitig gilt die Patientenklintel mit geringen Zusatzverdienstmöglichkeiten für IGeL-Leistungen oder Abrechnungen nach GÖA von Privatpatienten als weniger attraktiv, das Patientenaufkommen ist dabei jedoch überproportional hoch.

Die Folgen dieser Einschätzungen lassen sich in Abb. 27 erkennen. Hier zeigt sich, dass die allgemeine (+14,0%), spezialisierte (+17,1%) und gesonderte (+13,8%) Fachärztliche Versorgung seit 2008 hohe Personalzuwächse hatten, wohingegen die hausärztliche Versorgung mit einem Wachstum von lediglich +1,4% deutlich hinter den anderen Anstiegen zurückbleibt. Somit gab es zwar auch in der hausärztlichen Versorgung einen sehr kleinen personellen Zuwachs, dieser bleibt jedoch deutlich hinter der aufgrund der demographischen Alterung der Bevölkerung zu erwartenden erhöhten Morbidität und daraus zu folgerndem Mehrbedarf an Versorgungsangebot zurück.

Abb. 27 Entwicklung der vertragsärztlichen Ärztezah nach Versorgungsgruppen (nach Tab. 19) in Deutschland von 2010 bis 2018 (indexiert, 2008 = 100)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Dieser Trend wird folglich dazu führen, dass sich Patienten bei Beschwerden in zunehmendem Maße direkt an Fachärzte wenden müssen. Dies ist jedoch nicht nur medizinisch sondern auch hinsichtlich der Versorgungssicherheit kritisch zu sehen, da die Bedarfsplanung für die allgemeine Fachärztliche Versorgung auf Landkreisebene und somit viel großflächiger erfolgt und bereits jetzt eine klare Präferenz von Fachärzten hin zu größeren Städten in Landkreisen bzw. direkt in die großen kreisfreien Städte Deutschlands zu erkennen ist (s. Abb. 54).

Der Drang junger Ärzte hin zu flexiblen Arbeitszeiten, Anstellungsverhältnissen, Teamarbeit und in die Spezialisierung abseits der Allgemeinmedizin findet insgesamt Ausdruck in einem überproportionalen Anstieg von Ärzten in der stationären gegenüber ambulanten Versorgung (s. Abb. 28). In den Kliniken werden die Ansprüche am besten erfüllt. Diese Entwicklung dämpft den gewünschten Effekt durch die Bestrebungen, die Zahl der Studienplätze in Humanmedizin zu erweitern, auf die flächendeckende medizinische Daseinsvorsorge deutlich.

Abb. 28 Entwicklung der stationär und ambulant tätigen Ärztezahl in Deutschland von 2008 bis 2017 (indexiert, 2008 = 100)

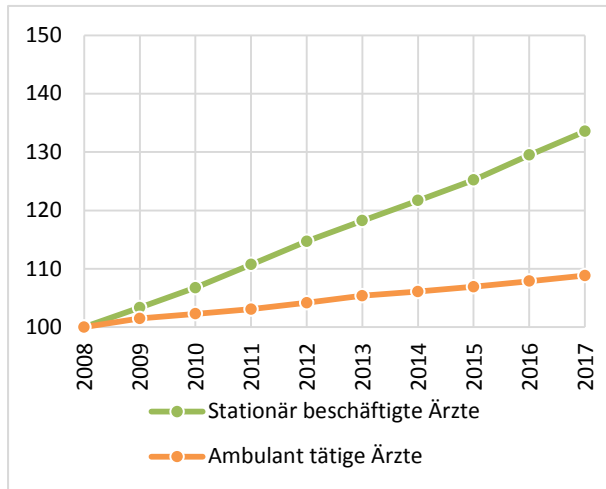
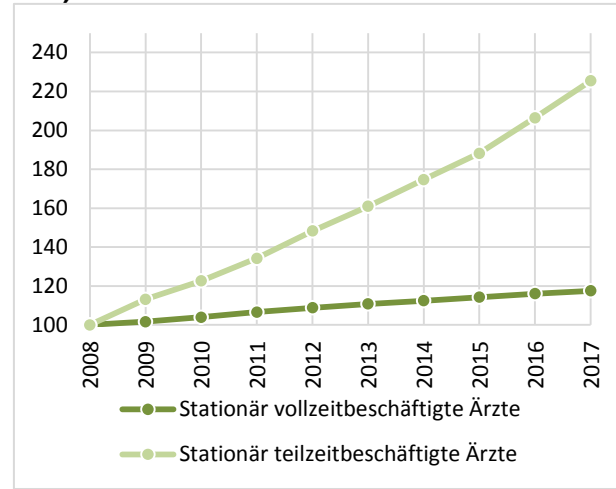


Abb. 29 Entwicklung der stationär voll- und teilzeitbeschäftigten Ärztezahl in Deutschland von 2008 bis 2017 (indexiert, 2008 = 100)



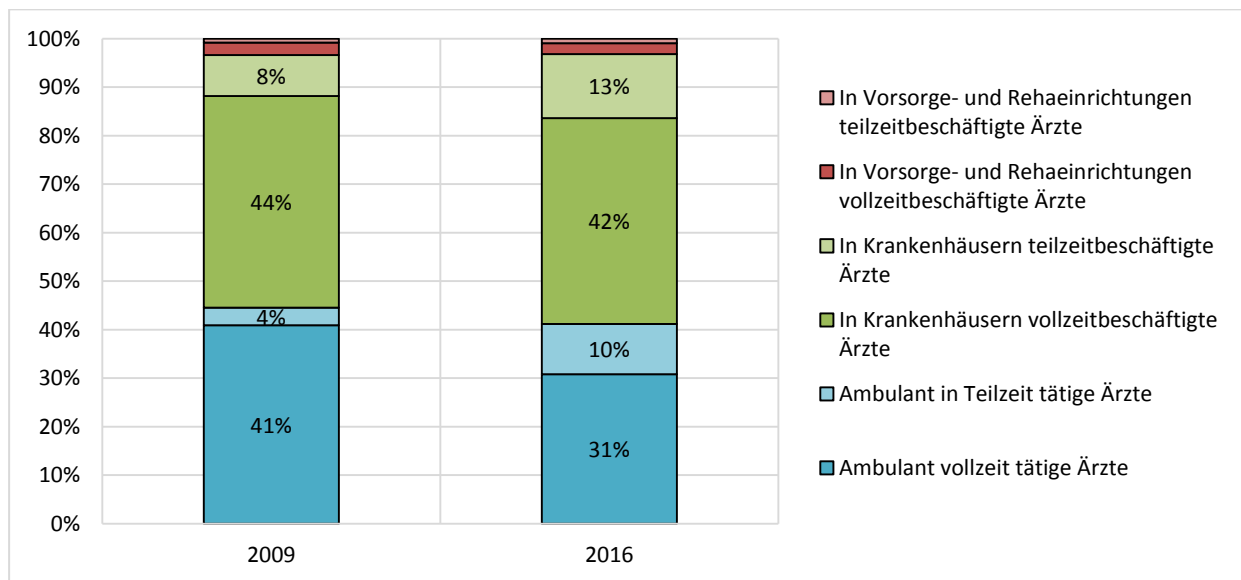
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Abb. 30 Verteilung der Ärzteschaft auf verschiedene Berufsformen in Deutschland 2009 und 2016



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Innerhalb der stationären Versorgung (Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) haben wiederum Teilzeitbeschäftigungen in den letzten 10 Jahren massiv zugenommen (s. Abb. 29), was nochmals das Bedürfnis flexibler Arbeitszeiten unter den Ärzten unterstreicht und gleichzeitig einen Mehrbedarf an Studienplätzen in Humanmedizin erfordert. Die große Beliebtheit von Teilzeitbeschäftigungen ist dabei auch Ausdruck einer zunehmenden Be-

deutung des Privatlebens von Ärzten, die zugunsten ihrer Freizeit auf Teile ihres bei Vollzeittätigkeit erzielbaren Einkommens verzichten, obwohl laut Expertenaussagen trotz der gestiegenen Zahl an Ärzten in den Kliniken nach wie vor zahlreiche Beschäftigungsmöglichkeiten gegeben und Vollzeitstellen vakant sind.

Insgesamt zeigt sich durch diese Trends eine deutliche Verschiebung in der Bedeutung verschiedener Berufsformen innerhalb der Ärzteschaft (s. Abb. 30). Von den 277.000 Ärzten in Deutschland im Jahr 2009 waren noch 41% in ambulanter Vollzeit tätig (= 113.000 Ärzte)²⁸⁰. Im Jahr 2016 ist die Zahl der Ärzte zwar auf 324.000 gestiegen, allerdings sank der Anteil der in ambulanter Vollzeit tätigen Ärzte auf 31% (= 100.000 Ärzte). Der Anteil der in stationärer Vollzeit tätigen Ärzte war in diesem Zeitraum hingegen annähernd stabil. Besonders gewachsen ist jedoch der Anteil angestellter Ärzte von 12% (= 36.000 Ärzte) auf 23% (= 79.000 Ärzte). Sollte sich dieser Trend fortsetzen, werden in einigen Jahren wohl mehr Ärzte in Teilzeit als ambulant in Vollzeit tätig sein.

Kompensatorische Strategien

Abb. 31 Entwicklung der Medizinische Versorgungszentren nach Art der ärztl. Berufsausübung in Deutschland von 2004 bis 2017

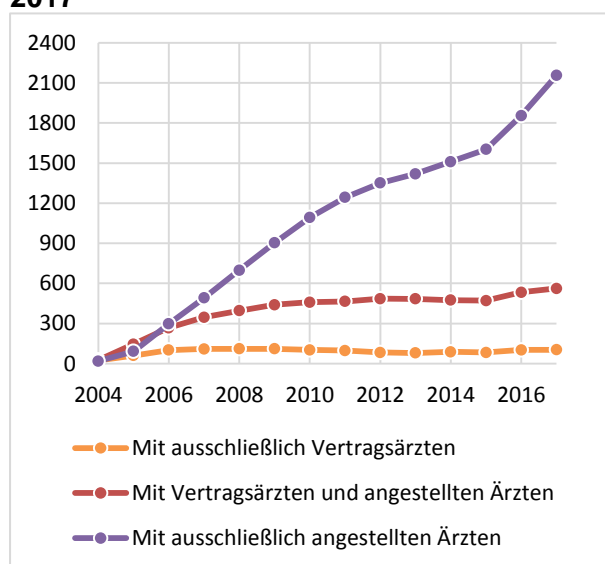
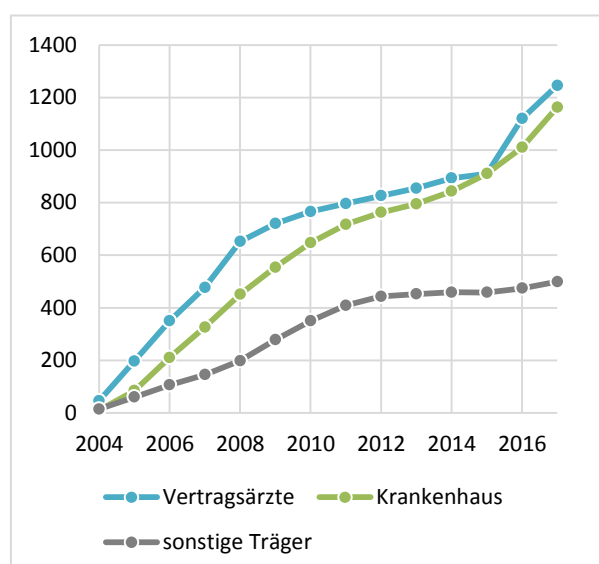


Abb. 32 Entwicklung der Medizinische Versorgungszentren nach Betreiber in Deutschland von 2004 bis 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2018): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017, S. 3 & 7

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2018): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017, S. 3 & 7

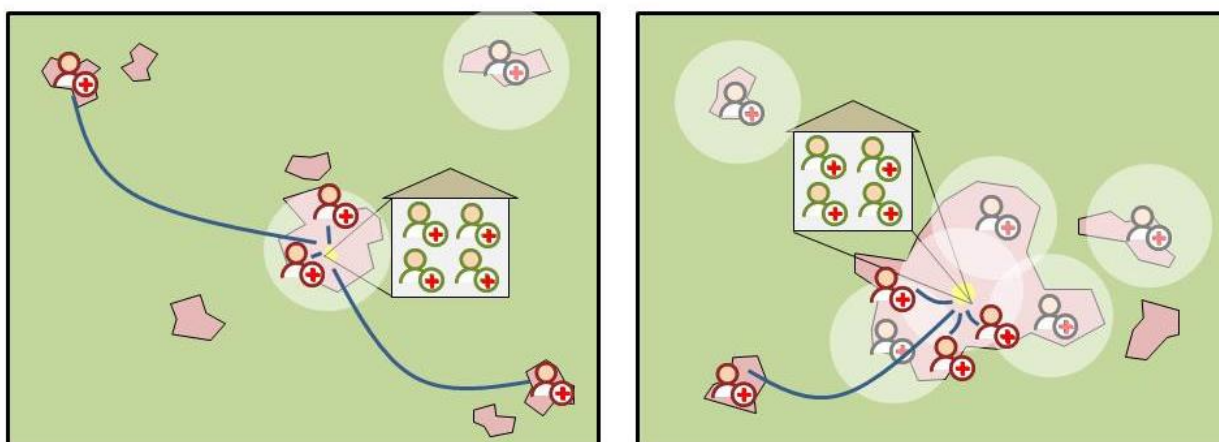
Auch als Folge dieser die flächendeckende hausärztliche Versorgung gefährdenden Präferenzen von Nachwuchsmedizinern sind verschiedene kompensatorische Strategien entstanden, die sich auch bereits teilweise messbar zeigen. Dazu zählt vor allem der Aufbau ambulanter Versorgungseinrichtungen, die ähnliche für Nachwuchsmediziner bedeutsame Annehmlichkeiten in den Arbeitsbedingungen bieten wie stationäre Einrichtungen. Daneben besteht auch der

²⁸⁰ vgl. KBV 2019

Versuch, durch räumliche Trennung von Behandler und Patient über eine zumeist internetgestützte Fernbehandlung trotz in der Fläche fehlender Versorgungseinrichtungen standortungebunden flächendeckende Versorgung zu erreichen. Weiterhin gibt es noch verschiedene Ansätze nichtärztliches medizinisches Personal in Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen entsprechend zu qualifizieren, sodass diese einzelne, eigentlich Ärzten zufallenden Aufgaben und Behandlungen von diesen übernommen und Ärzte somit entlastet werden können.

In der ambulanten Versorgungsstruktur entstehen im mehr größere Versorgungseinheiten. Dies betrifft nicht nur den wachsenden Anteil an Gemeinschaftspraxen (s. Abb. 26). Wesentlich stärker wächst zudem die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ, s. Abb. 31). Diese Betriebsform eignet sich mit ihren flexiblen Anstellungsverhältnissen für Ärzte am besten für die möglichst ungebunden tätigen Nachwuchsmediziner mit flexiblen Arbeitszeiten und der Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung. Solche Betriebsformen mit vielen Ärzten befinden sich dadurch zumeist in größeren Orten und versorgen dann die sie umgebenden kleineren Orte mit. Diese Form der Zentralisierung bzw. kleinräumigen Konzentration von Versorgungsangeboten ist somit als Kompromisslösung vonseiten der Politik zu verstehen, um die Versorgung in ländlichen Gebieten durch die Trends nicht vollends zu gefährden und dabei in Kauf zu nehmen, dass für kleinere Orte zumindest bei der hausärztlichen Versorgung die fußläufige Erreichbarkeit abnimmt. Allerdings befanden sich 2017 nur 14% aller MVZ überhaupt in ländlichen Gemeinden abseits der Mittel- und Oberzentren, diese Versorgungsform bleibt eher eine Option für Ober-/Mittelzentren mit 38% und vor allem Kernstädte mit 48% Marktanteil²⁸¹.

Abb. 33 Schematische Darstellung der Auswirkungen durch kleinräumige Zentralisierung am Beispiel der Verlagerung von Vertragsarztsitzen in ein Grundzentrum (links) oder ein Mittelzentrum (rechts)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Hinsichtlich der Sicherstellung einer ambulanten Flächenversorgung ist die Verteilung der MVZ auf eher dichter besiedelte Räume besser, da ländliche Räume mit geringer Zentralität überproportional unter kleinräumiger Zentralisierung leiden, weil dadurch anteilmäßig häufiger Vertragsarztsitze aus umliegenden Dörfern in die Grundzentren verlagert werden (s. Abb. 33). Bei Mittelzentren sind es hingegen häufiger Vertragsarztsitze aus den Wohngebieten des Mittelzentrums selbst, die an einem Standort gebündelt werden. Dadurch geht von MVZ in Mittelzentren weniger Flächenausdünnungspotenzial aus als von solchen in Grundzentren. Allerdings ist

²⁸¹ vgl. KBV 2018, S. 4

es auch möglich, dass MVZ Zweigpraxen ausgründen, um dadurch eine Flächenversorgung zu erhalten, nur sind diese Zweigpraxen dann häufig mit wechselndem ärztlichen Personal und häufig auch geringerer Sprechstundenzeit pro Woche ausgestattet und in ihren Bestand abhängig von den Entscheidungen des MVZ-Betreibers, dem der Unterhalt zusätzlicher Standorte unter Umständen zu teuer werden könnte. Somit sind Zweigpraxen immer auch stärker durch Schließung gefährdet.

Abb. 34 Ärzte und Hausärzte pro MVZ in Deutschland von 2010 bis 2017

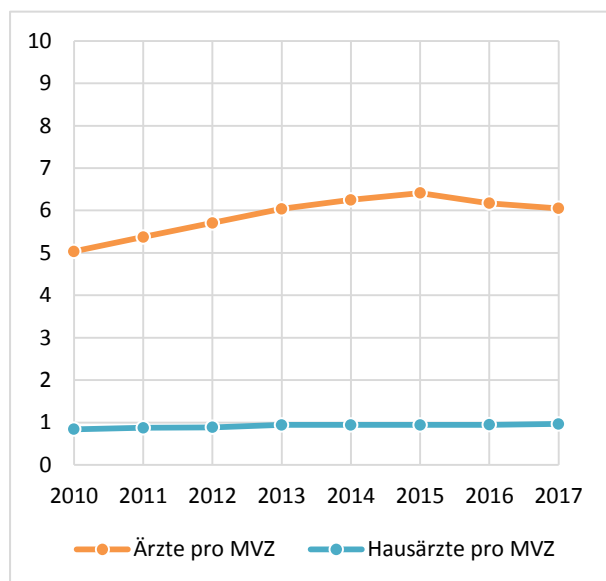
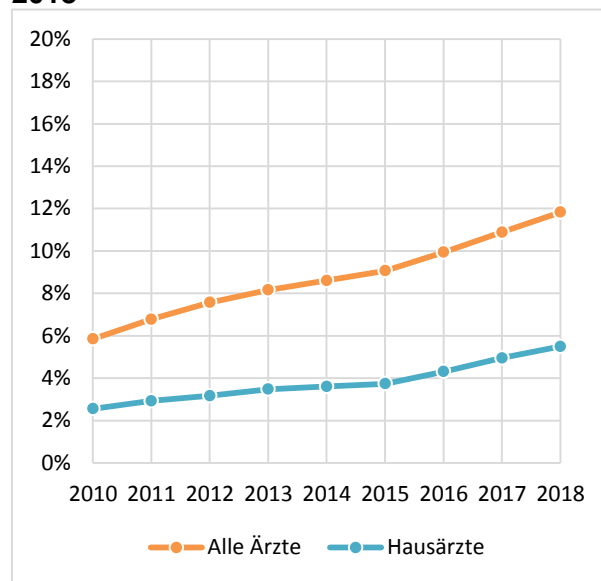


Abb. 35 Anteil der in MVZ tätigen Ärzte und Hausärzte in Deutschland von 2010 bis 2018



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Dabei ist die Zahl der MVZ mit dort tätigen Vertragsärzten seit 2009 weitgehend stabil (s. Abb. 31), nur MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten haben in den letzten Jahren rasantes Wachstum erfahren (Verdoppelung seit 2010). Dies unterstreicht nochmals den besonderen Stellenwert, den Anstellungsverhältnisse in den letzten Jahren erlangt haben. Dabei werden die meisten MVZ von Vertragsärzten betrieben (44% im Jahr 2017, s. Abb. 32), dicht gefolgt von den Krankenhäusern (41%) als Träger. Neben diesen Leistungserbringern sind nach § 95 SGB V auch gemeinnützige Träger sowie Kommunen oder die jeweils zuständige KV als Träger möglich, welche zusammen einen Anteil von 18% auf sich vereinen. Dabei müssen jedoch für die Zulassung durch die zuständige KV immer eine ärztliche Leitung gegeben mindestens zwei Vertragsarztsitze vorhanden sein.

Zwar gab es dabei bis 2015 noch eine steigende Konzentration von Ärzten auf MVZ (s. Abb. 34), allerdings ist die Zahl der Ärzte seitdem rückläufig und steht 2017 bei gut 6 Ärzten pro MVZ. Die hausärztlichen Fachrichtungen stellen dabei die größte Gruppe der in MVZ beschäftigten Ärzte dar; insgesamt ist durchschnittlich immer ein Hausarzt in einem MVZ tätig. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass die hausärztlichen Fachrichtungen ohnehin die meisten Ärzte auf sich vereinen, zum anderen gibt es viele reine hausärztliche MVZ, weshalb längst nicht in jedem MVZ auch ein Hausarzt vorhanden ist. Tatsächlich sind Hausärzte im Verhältnis zu ihrer Gesamtzahl eher seltener in MVZ tätig als andere Facharztgruppen (s. Abb. 35), wenn auch mit

steigender Tendenz. Die Tatsache, dass Hausärzte in MVZ gemessen an ihrer Gesamtzahl eher unterrepräsentiert sind zeigt auch, dass MVZ eher in größeren Städten angesiedelt sind, in denen auch bspw. die Dichte an Allgemeinen Fachärzten höher ist (s. Abb. 54).

Die noch relativ neue ambulante Angebotsform des MVZ entfaltet damit insgesamt eher eine die Versorgung zentralisierende Wirkung und somit darf deren Beitrag zur flächenhaften Versorgung zumindest nach aktueller Lage stark bezweifelt werden, auch wenn das Konzept mit seinen Anstellungsverhältnissen auch Potenzial für ländliche Räume hat, es müsste dort nur öfter zur Anwendung kommen, wobei hier allzu oft die notwendige Menge an Patienten für eine betriebswirtschaftlich lukrative Auslastung ebenso wie genügend zur Aufgabe des bisherigen Standortes bereitwillige Ärzte fehlen dürften. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen sieht in diesem Instrument dennoch eine weiterhin qualitativ hochwertige Versorgung gegeben²⁸².

Neben der Zentralisierungswirkung von MVZ kann auch der Trend zur Fernbehandlung/ Telemedizin Einfluss auf die hausärztliche Flächenversorgung nehmen. Telemedizin im weiteren Sinn meint dabei alle medizinischen Maßnahmen (Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapie von Patienten = doc2patient, Fachlicher Daten- und Meinungsaustausch = doc2doc²⁸³), bei denen sich die Akteure nicht in einem unmittelbaren Kontakt miteinander befinden²⁸⁴. Dazu dienen technische Hilfsmittel wie Telefon, Fax, und heute vor allem Internet zur Überwindung der räumlichen Distanz. Die Telemedizin besteht aus zwei Komponenten. Zum einen die Fernbehandlung als Arzt-zu-Patient-Komponente und zum anderen die ärztliche Fernkooperation als Arzt-zu-Arzt-Komponente. Zur Fernbehandlung zählen bspw. die Videosprechstunde oder das Telemonitoring (also telefonische Rückfragen an den Patienten zum Krankheitsverlauf). Die Telemedizin kann dabei vor allem aufgrund der durch den demographischen Wandel bedingten Zunahme multimorbider, älterer, weniger mobiler Bevölkerungsanteile gerade auf dem Land mit steigender Prävalenz zu chronischen Krankheiten helfen, Versorgungslücken gerade in unterversorgten ländlichen Räumen zu schließen²⁸⁵. Die Telemedizin trägt dabei das Potenzial in sich, die Versorgungsqualität zu verbessern, Ressourcen (bspw. ärztliche Arbeitszeit durch entfallende Anfahrten) wirtschaftlicher zu nutzen und den generellen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum Ausbau der Telemedizin wurde darum 2018 auf dem Deutschen Ärztetag mit der Lockerung des Fernbehandlungsverbots (Neufassung des § 7 Absatz 4 der Berufsordnung) beschlossen²⁸⁶. Zuvor durften Ärzte ihnen unbekannte Patienten nur persönlich beraten, weshalb telemedizinische Behandlungen von Ärzten zuvor nur bei chronischen Patienten vorgenommen wurden.

Der elektronische Datenaustausch von medizinischen Befunden kann sich entlastend auswirken, wenn dadurch die immer neue Befundung des gleichen medizinischen Zustands von verschiedenen Fachärzten vermieden und so wertvolle Behandlungszeit bei Patienten, die im Verlauf ihrer Erkrankung bei verschiedenen Ärzten vorstellig werden, eingespart werden kann. Voraussetzung dafür ist ein schneller Datenaustausch (bspw. von Berichten, Röntgenbildern, Medikationen, o.ä., s. Tab. 29) auf digitalem Wege. Hierzu sollen mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) Anreize zur Digitalisierung durch Verpflichtung zur Umstellung auf den Elektroni-

²⁸² vgl. SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 448

²⁸³ vgl. Schröder et. al. 2009, S. 19-21

²⁸⁴ vgl. Busse 2018, S. 6

²⁸⁵ vgl. Busse 2018, S. 8

²⁸⁶ vgl. Bundesärztekammer 2018

schen Arztbrief (bei Weigerung gibt es Honorar-Abzug von 2,5%) geschaffen werden²⁸⁷. Ob diese Entlastung jedoch auch die ambulante hausärztliche Versorgung nennenswert erfasst, ist nicht sicher, da Hausärzte für gewöhnlich zu Beginn einer Erkrankung aufgesucht werden und wiederholte Befundungen daher seltener sind als bei nachgeschalteten Fachärzten. Die Vorteile für Hausärzte bestehen eher in der Anamnese, vor allem aufgrund des zunehmenden Anteils multimorbider Patienten mit komplizierter Medikation, die bei einer direkten elektronischen Datenübermittlung schon bei der Vorstellung eines Patienten im Sprechzimmer am Computer angezeigt werden könnten, ohne dass eine längere Befragung erfolgen muss.

Tab. 29 Behandlungsbezogene Telemedizinische Anwendungsmöglichkeiten

<i>Telekommunikation</i>	Elektronische Übermittlung von Überweisungen, Befunden, Leistungsanforderungen, Berichten, usw.
<i>Teledokumentation</i>	Aufbau einer einrichtungsübergreifenden Elektronischen Behandlungsdokumentation
<i>Telekooperation</i>	Online-Zugriff zur direkten Terminabstimmung oder gemeinsames Case-/ Disease-Management
<i>Telekonsultation und Telemedizin</i>	Fern-Begutachtung von Bildern, Signalen (Röntgen, Gewebeschnitte, EKG, usw.) z.B. zur Einholung einer Zweitmeinung
<i>Teleüberwachung</i>	Überwachung von Patienten in häuslicher Umgebung durch ständige oder zeitweise Übertragung von Biosignalen oder Messwerten

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Haas 2006, S. 16

Ebenfalls entlastend soll sich die GKV-Kostenübernahme für Gesundheits-Apps auswirken, die auch im DVG beschlossen wurde²⁸⁸ und nach Inkrafttreten des Gesetzes von Ärzten verschrieben werden können. Damit sollen (vor allem chronische) Patienten in die Lage versetzt werden, möglichst selbstständig den Verlauf ihrer Erkrankung zu überwachen und eigene medizinische Daten zu erheben.

Trotz dieses Potenzials für Ärzte als Leistungserbringer aber auch Patienten und Kostenträgern bestehen viele Entwicklungshemmnisse dieser alternativen Form ärztlicher Behandlung und Betreuung. Diese liegen aktuell vor allem in den bestehenden Strukturen des medizinischen Versorgungssystems wie der sektoralen Trennung (ambulant/ stationär) und fehlenden Nutzungsanreizen für Ärzte, bspw. durch bislang im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungen nicht lukrativen Vergütungen (für die Videosprechstunde bspw. 9,52 Euro Vergütungspauschale²⁸⁹). Bisherige Hard- und Software wurde bislang auch nicht nach einheitlichen Standards entwickelt und die bestehenden Techniken sind daher nicht immer kompatibel. Es besteht zudem sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Ärzte vielfach Skepsis, Unsicherheit oder Nichtakzeptanz in der Bedienung telemedizinischer Systeme²⁹⁰. Weiterhin ist die Verwendbarkeit telemedizinischer Geräte durch das jeweilige Medium beschränkt. Geräte mit Kamera, Ton und Mikrofon ersetzen keine anderen Sinneseindrücke, die ein Arzt bei Behandlungen behilflich sein können, wie Fühlen oder Riechen²⁹¹. Auch ist es mitunter schwierig für

²⁸⁷ vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019

²⁸⁸ vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019

²⁸⁹ vgl. EBM Gebührenordnungsposition (GOP) 01439, Videosprechstunde, KBV 2019

²⁹⁰ vgl. Busse 2018, S. 16

²⁹¹ bspw. Palpation (Abtasten) bei Schwellungen oder Azeton-Geruch bei Hyperglykämie im Zuge einer Diabetes zur Befunderhebung

die Patienten, die Endgeräte zuhause so zu bedienen, dass sie Ärzten optimalen Einblick auf von Krankheiten betroffene Körperstellen geben. Ferner ist keine händische Einwirkung auf den Patienten möglich, um ihm zu helfen oder schwer zugängliche Stellen wie bspw. den Rachen eines Patienten optimal einsehen zu können. Zuletzt besteht durch die räumliche Trennung mitunter auch eine emotionale Barriere zwischen Arzt und Patient, die keinen notwendigen Vertrauensaufbau zur Herstellung optimaler Patienten-Compliance, bspw. bei schamerzeugenden medizinischen Themen, ermöglicht. Zielgruppe für telemedizinische Geräte sind damit vor allem chronisch kranke Patienten mit einer gewissen Routine in der Verlaufskontrolle ihrer Erkrankungen und nur eingeschränkt akute Fälle von Patienten, die bislang keine Erfahrung im Umgang mit Telemedizin hatten. Zudem besteht bei vermehrtem Rückgriff auf telemedizinische Dienste aktuell vor allem in ländlichen Räumen das infrastrukturelle Problem mitunter schlechter Internetversorgung (s. Abb. 57), die somit zu Problemen beim Verbindungsaufbau führen kann.

Seit 2015 haben Hausärzte die Möglichkeit, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in Abwesenheit beim Patienten Zuhause, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch qualifizierte Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) abzurechnen, also zu eigentlich Ärzten zufallende medizinische Dienstleistungen zu delegieren. Voraussetzung für die Genehmigung einer solchen Fachkraft durch die zuständige kassenärztliche Vereinigung, wozu die nichtärztliche Praxisassistenz für mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis beantragenden Praxis beschäftigt sein muss. Zudem ist ein qualifizierter Berufsabschluss zum Medizinischen Fachangestellten, Arzthelfer oder Krankenpfleger sowie anschließende dreijährige Berufserfahrung notwendig. Darüber hinaus ist eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 Anlage 8 zum BMV-Ä292 weitere Voraussetzung. Auch in der Praxis müssen genügend geeignete Behandlungsfälle vorliegen. Das sind 700 Fälle pro Quartal in Einzelpraxen und weitere 521 je zusätzlich in der Praxis tätigem Hausarzt bzw. 120 plus 80 Fälle je Hausarzt bei Patienten über 75 Jahren. So soll gewährleistet sein, dass das geschulte Personal durch regelmäßige Durchführung der Arbeiten konstant hohe Arbeitsqualität erbringt. Gleichzeitig ermöglichen die ermäßigten Fallzahlen bei älteren Patienten insbesondere Praxen im ländlichen Raum mit seinem oft hohen Anteil älterer Bevölkerung die Qualifizierung und Beschäftigung Nichtärztlicher Praxisassistenten. Somit zielt diese Regelung auch auf eine Entlastung der hausärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum. Zum Aufgabenprofil von Nichtärztlichen Praxisassistenten zählen durch den Arzt angeordnete Hilfeleistungen, standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung, Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten, Testverfahren bei Demenzverdacht, Patientenschulungen, Blutdruckmessung, EKG-Vorbereitungen, Ermittlung von Laborwerten vor Ort (z.B. Blutglucosespiegel) und die Abstimmung mit anderen Behandlern des Patienten²⁹³. Die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen macht die Qualifizierung und Beschäftigung von Nichtärztlichen Praxisassistenten auch finanziell lohnenswert.

Eine besondere Form des Nichtärztlichen Praxisassistenten ist dabei der Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis (abgekürzt VERAH, in Anlehnung an das zumeist weibliche nichtärztliche Praxispersonal), bei dem es sich um eine Weiterbildungsmaßnahme Medizinischer Fachangestellter handelt (s. Tab. 30). Die Ziele sind dabei die Unterstützung und Entlastung des Hausarztes auch bei hochqualifizierten Tätigkeiten inner- und außerhalb der Praxis, vor allem bei langjährig bekannten Patienten, um so die Versorgungsqualität der Hausarztpraxis insgesamt ohne zusätzliches ärztliches Personal zu stärken²⁹⁴. Damit hilft die Beschäftigung von VERAH

²⁹² vgl. KBV 2017b, S. 5f

²⁹³ vgl. KBV 2017b, S. 4

²⁹⁴ vgl. Deutscher Hausärzterverband 2019

vor allem bei der Bewältigung eines großen Patientenaufkommens, was gerade in überlasteten Landarztpraxen mit einem hohen Anteil an älteren, nicht mobilen Patienten (= vielen notwendigen Hausbesuchen) zielgerichtet bei der Erhaltung einer flächenhaften hausärztlichen Versorgung ist. VERAH übernehmen dabei supplementäre, komplementäre aber auch substituierende (unter der Verantwortung des Arztes, dennoch arztsetzende) Funktionen²⁹⁵, was auch die von ärztlicher Seite bestehende Skepsis erklärt, die auch von verschiedenen Experten geäußert wurde.

Tab. 30 Eigenschaften verschiedener Konzepte zur Entlastung bzw. Delegation hausärztlicher Aufgaben durch nichtärztliches medizinisches Personal

	VERAH	MoPra	NäPa/ AGnES
<i>Praxisbindung</i>	ja	ja	nein
<i>Versorgungsbereich</i>	Hausarzt	Hausarzt	Ambulant
<i>Personalpool</i>	MFA	MFA	MFA Pflegerkräfte Krankenpfleger
<i>Aufgabenbereich (Schwerpunkt hervorgehoben)</i>	Hausbesuche E-Health-Anwendung Ärztliche Tätigkeiten	Hausbesuche	Hausbesuche E-Health-Anwendung

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Das erste Modell in der hausärztlichen Delegation von vor allem Hausbesuchen an entsprechende Fachkräfte war das modellhafte und in einigen Regionen weiterentwickelte und so auch noch heute bestehende AGnES-Konzept (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), wobei hier insbesondere der Schwerpunkt auf telemedizinischem Monitoring der Patienten durch qualifizierte Pflegekräfte, Krankenpflegern oder Medizinischen Fachangestellten liegt²⁹⁶. Dabei handelte es sich zunächst um ein Modellprojekt in den ostdeutschen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt, dass 2009 in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen übernommen wurde²⁹⁷ und somit zugleich auch Vorläufer für die anderen Delegationskonzepte ist. Konkret sollen dabei präventive Leistungen, regelmäßige Überwachungen von Therapien sowie Monitoring von Gesundheitszuständen vor Ort elektronisch dokumentiert und per Datenfernübertragung direkt in die Praxis-EDV eingespeist werden²⁹⁸. Dieses über die allein hausärztliche Versorgung hinausgehende und auch die pflegerische Versorgung einbeziehende Konzept fokussiert damit stärker telemedizinische Anwendung und stellt damit einen weiter gefassten Ansatz als das VERAH-Konzept dar, dass durch die ausschließliche Delegation hausärztlicher Dienste durch in Haus-

²⁹⁵ vgl. Mergenthal, 2016, S. 17 & 24

²⁹⁶ vgl. van den Berg, Meinke & Hoffmann 2009, S. 790

²⁹⁷ vgl. Stinn 2017, S. 76

²⁹⁸ vgl. SVR Gesundheit 2009, S. 431

arztpraxen beschäftigte Mitarbeiter einen konzentrierteren Ansatz darstellt und auf die hausärztliche Praxis-Infrastruktur angewiesen ist.

Ein weiteres Projekt in die Richtung der Qualifikation nichtärztlichen Personals zur Delegation hausärztlicher Aufgaben ist der Mobile Praxisassistent (MoPra), welches explizit den Hausarzt entlastende Hausbesuche durch qualifizierte Medizinische Fachangestellte zum Ziel hat²⁹⁹. Mobile Praxisassistenten sind damit ebenfalls an Hausarztpraxen gebunden und stellen vor allem eine Entlastung bei der Behandlung chronisch kranker nicht mobiler Patienten dar, wie sie in überalterten ländlichen Räumen wahrscheinlicher sind. Dabei handelt es sich nicht um eine Delegation im engeren Sinne, da Mobile Praxisassistenten nicht bemächtigt sind, ärztliche Behandlungen ersatzweise durchzuführen.

Gerade die Delegation von Hausbesuchen ist für Hausärzte auch wirtschaftlich besonders attraktiv, weil diese sonst oft nicht kostendeckend erfüllt werden können³⁰⁰, gerade auch dem Land mit meist längeren Anfahrtswegen und aufgrund Überalterung höherem Anteil nicht mobiler Patienten. Dies wiederum erleichtert jedoch die Etablierung nichtärztlichen medizinischen Personals für Hausbesuche. Von daher ist für die Zukunft davon auszugehen, dass sich die Delegation flächendeckend durchsetzen wird.

Ein grundsätzliches Problem in der Delegation oder auch Substitution hausärztlicher Dienstleistungen besteht dabei aus der Perspektive einer möglichst zu sichernden Flächenversorgung mit hausärztlichen Dienstleistungen vor allem in einem zwar fachlich notwendigen, jedoch langen und aufwendigen Qualifizierungsweg, der zwar z.B. im Falle des VERAH vonseiten des Deutschen Hausärzteverbands finanziell gefördert wird, aber dennoch zunächst Investitionen sowie die Bereitschaft zur Weiterqualifikation bei Medizinischen Fachangestellten bzw. zur Beschäftigung bei Hausärzten erfordert. Unter diesen Bedingungen ist die Gewinnung und Qualifizierung geeigneten nichtärztlichen Praxispersonals gerade in überalterten ländlichen Räumen mit Fachkräftemangel, auch in eher schlecht bezahlten Gesundheitsberufen, schwierig. Gleichzeitig fürchten ärztliche Vertreter vor allem eine Substitution ihrer selbst und damit eine nachlassende individuelle Versorgungsqualität von Patienten, weshalb eine echte Kompetenzverteilung an nichtärztliches Personal zum gänzlichen Ersatz fehlender Hausärzte vor allem in ländlichen Räumen aufgrund politischer Blockade durch ärztliche Vertreter nicht zu erwarten ist. Dadurch bleibt eine nahe Hausarztpraxis für den Einsatz von delegierten medizinischen Aufgaben an nichtärztliches Praxispersonal erforderlich. Die Wirkung der Delegation auf die medizinische Daseinsvorsorge im ländlichen Raum liegt damit wiederum ähnlich den MVZ im ländlichen Raum in einer kleinräumigen Konzentration auf größere Orte zur Mitversorgung nicht mobiler Patienten in kleineren Nachorten über Hausbesuche.

Im Bereich der medizinischen Beratung und einer nichtverschreibungspflichtigen, medikamentösen Therapieeinleitung kommt auch das Netz der Apotheken mit ihrem in Pharmazie qualifiziertem Personal mangels Alternativen zur Substitution fehlender Hausärzte infrage. Vor allem die hohe Ausbildungsqualität des in Apotheken tätigen Personals spricht für eine solche Möglichkeit, allerdings liegen Apotheken in der Regel in unmittelbarer Nähe von Arztpraxen, um einen Standortvorteil bei der Einlösung ärztlicher Rezepte zu haben. Daher gibt es in nur wenigen kleinen Orten Apotheken ohne in der Nähe befindliche Arztpraxen. Der aufgrund der Überalterung vieler Hausärzte zu erwartende Praxisschwund dürfte auch die noch in kleinen Orten bestehenden Apotheken unter wirtschaftlichen Druck setzen, ihren Standort in Gemeinden mit einem Arzt zu verlagern, weshalb das Apothekennetz nur selten die Schließung von Arztpraxen

²⁹⁹ vgl. Deutsches Ärzteblatt 2008

³⁰⁰ vgl. Schade & Winkel 2015, S. 47

kompensieren kann, zumal viele medizinische Dienstleistungen von Apothekern nicht vorgenommen werden können bzw. dürfen.

Im Rahmen des aktuell im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) sollen auch sog. „Gesundheits-Apps“ von Ärzten verschrieben und deren Kosten dann von den Krankenkassen übernommen werden. Dies betrifft bspw. Apps, die bei der Arzneimitteleinnahme oder Blutzuckermessung helfen. Sie gehören damit auch in das System der Telemedizin, allerdings sollen diese Apps medizinische Dienstleistungen durch ärztliches und nichtärztliches Personal weitgehend substituieren. Dabei werden etwaige Kosten durch die App-Nutzung von den Krankenkassen erstattet, wenn diese App zuvor vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft wurde³⁰¹. Neben solchen vor allem im Nachgang eines Arztbesuchs zur Verlaufs- und Therapiekontrolle vorgesehenen Apps gibt es bereits heute zahlreiche Apps zur Diagnosestellung auf Basis von skriptbasierter Symptomeingabe. Solche Apps können zwar grundsätzlich eine Einschätzung für einfachere Krankheiten darstellen, bei schweren oder unklaren Symptomen ist dennoch ein Arztbesuch unumgänglich, umgekehrt kann ein allzu großer Verlass auf die Diagnose solcher Apps sogar gesundheitsgefährdend sein, falls doch eine schwerere Erkrankung besteht. Ohnehin steht für Patienten bei einfachen Erkrankungen wie Erkältung oder Magen-Darm-Infekt für Patienten weniger die Diagnosestellung, sondern eher eine evtl. erforderliche Krankschreibung sowie eine effiziente Therapie und der Ausschluss schlimmerer Erkrankungen im Vordergrund. Dies wiederum sind allesamt medizinische Dienstleistungen, für die vor allem der Hausarzt zuständig ist und der darum persönlich aufgesucht werden muss.

Insgesamt ist damit fraglich, ob die kompensatorischen Strategien die hausärztliche Versorgung gerade in ländlichen Räumen auf absehbare Zeit stützen können. Die Zentralisierung über MVZ mittels kleinräumiger Konzentration ärztlicher Leistungen findet aktuell vor allem in größeren Städten abseits ländlicher Räume statt. In größeren Orten bedeutet dies zumeist eine Verlagerung aus den Wohngebieten in das Ortszentrum, für kleinere Orte kann dies den Verlust der einzigen eigenen Praxis zugunsten eines größeren Nachbarortes bedeuten, worunter die Flächenversorgung leidet. Die Telemedizin erfordert aktuell so noch nicht vorhandene IT-Kompetenz bzw. IT-Routine der Patienten und Ärzte, zudem sind dieser Fernbehandlung durch die verwendeten Medien Grenzen gesetzt und der Zugang ist aufgrund des stockenden Ausbaus schneller Internetverbindungen vor allem in ländlichen Räumen eingeschränkt. Auch durch die Delegation medizinischer Dienstleistungen können Ärzte nur in bestimmten Bereichen entlastet, jedoch keineswegs ersetzt werden, weshalb die bestehende Praxisstruktur in ländlichen Räumen auch weiterhin zur adäquaten Versorgung nötig sein wird. Somit kommt trotz der kompensatorischen Strategien auch weiterhin der Standortwahl von Hausärzten die Schlüsselrolle bei der (zukünftigen) Sicherung der medizinischen Daseinsvorsorge ländlicher Räume zu.

3.4. Räumliche Konsequenzen aus der hausärztlichen Versorgungsstruktur

Die hausärztliche Versorgung ist ein grundlegendes Versorgungsbedürfnis der Bevölkerung und sollte darum möglichst wohnortnah vorgehalten werden. Dieser Ansatz kommt auch in der gesonderten Stellung von Hausärzten in der Bedarfsplanung mit kleinräumigen Zuschnitten von Planungsbereichen und einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl in der Bedarfsplanung zum Ausdruck. Umso gravierender wirkt sich ein Mangel an hausärztlicher Versorgung für betroffene Regionen aus. Die Einwohner müssen dadurch erheblich längere Wartezeiten und Anfahrtswe-

³⁰¹ vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019

ge erdulden, wobei dies für ältere Menschen und Menschen körperlichen Beeinträchtigungen eine besondere Belastung darstellt. Umgekehrt bedarf eben dieser Personenkreis häufig mehr und intensivere medizinische Betreuung. Neben den Unannehmlichkeiten bei Anfahrt und Wartezeit ergibt sich vor allem das Problem, dass einzelne Patienten bei übergroßem Aufkommen nicht mehr in angemessenem Umfang vom Hausarzt behandelt werden können bzw. in Extremfällen sogar abgewiesen werden müssen. Für die Hausärzte bedeutet das häufig eine berufliche Überlastung mit vielen Überstunden und ständiger Erreichbarkeit. Das heißt insgesamt ist eine Unterversorgung von Hausärzten in einem Planungsbereich für sowohl für die Bevölkerung als auch für die dort tätigen Hausärzte sehr unbefriedigend und mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Dabei wird auch für die nächsten Jahrzehnte mit einem steigenden Bedarf an hausärztlichen Leistungen vor allem im Zuge des demographischen Wandels und der damit einhergehenden Alterung der Gesellschaft erwartet³⁰².

Aus raumwissenschaftlicher Sicht schmälert die hausärztliche Unterversorgung damit die Attraktivität einer Region für Zuzug und kann umgekehrt auch dem Pool an Push-Faktoren zugeordnet werden, die eine Abwanderung der einheimischen Bevölkerung aus der Region begünstigen. Für an einer Praxisneugründung interessierte Hausärzte stellt die Situation der bisherigen Unterversorgung einen komplexeren Entscheidungsfaktor dar. Zum einen ist mit einer erteilten Zulassung und anschließender Niederlassung als Vertragsarzt die Sicherung eines für die rentable Praxisführung ausreichend großen Patientenstamms sehr wahrscheinlich. Umgekehrt droht dem Mediziner aber eben auch eine Überlastung der eigenen Praxis, was genauso gut ein Grund sein könnte, unterversorgte Regionen bei der Wahl des zukünftigen Praxisstandortes zu meiden. Der Umgang von Hausärzten mit dieser und anderer für die Standortwahl entscheidenden Fragen ist von großer Wichtigkeit für die zukünftige flächendeckende medizinische Daseinsvorsorge im Bereich der ambulanten hausärztlichen Versorgung und damit auch für die weitere Ortsentwicklung in ländlichen Räumen insgesamt.

3.5. Neue Initiativen und ihr Beitrag zur Sicherung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung

Neben Initiativen, die auf die in Kap. 3.3.5 geschilderten Trends reagieren bzw. diesen entgegen wirken sollen, sollen hier auch bisher schon in Erprobung oder Anwendung gegangene Modellvorhaben vorgestellt werden, die vom üblichen Praxissystem abweichen, dieses ergänzen oder es ersetzen könnten. Aufgrund der Vielzahl und Ähnlichkeit vieler Projekte, sollen hier nur Initiativen vorgestellt werden, die sich in ihrer Konzeption stark von anderen unterscheiden.

3.5.1. Neue hausärztliche Angebotsstrukturen

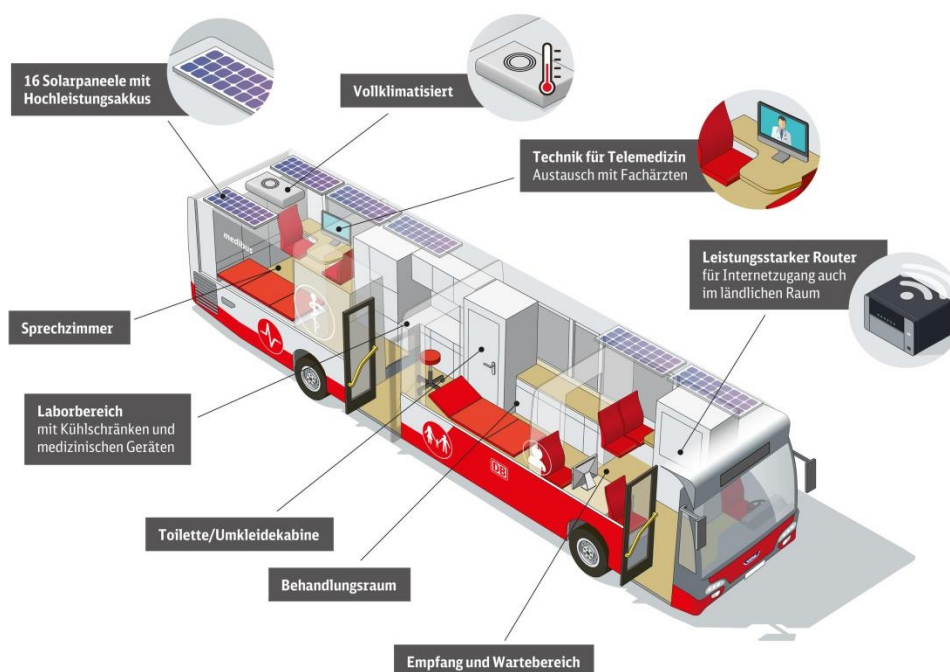
Die Deutsche Bahn AG hat mittlerweile insgesamt vier vormalige Linienbusse als mobile Hausarztversorgungsstationen in Betrieb, die sog. „Medibusse“. Zu einer „mobilen Arztpraxis“ umgebaut (s. Abb. 36) sind diese aktuell nur von der KV Hessen als Ersatz in der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum eingesetzt. Die übrigen Medibusse fungieren in der mobilen Impfversorgung durch die Charité in Berlin, betrieblichen Gesundheitsuntersuchungen und Gesundheitsinformationsveranstaltungen sowie in der ärztlichen Versorgung in Flüchtlingsunterkünften im Landkreis Herzogtum Lauenburg³⁰³. Weitere Einsatzvorteile werden vonseiten der DB AG neben der hausärztlichen Versorgung noch in den Bereichen der betriebsärztlichen Untersu-

³⁰² vgl. Schulz, Czihal, Bätzing-Feigenbaum & von Stillfried 2016, S. 11

³⁰³ vgl. Deutsche Bahn AG 2019a

chungen, in der Ferndiagnose und Zweitmeinung, der Versorgung fremdsprachiger Patienten, innerhalb lokaler Gesundheitsprogramme, bei privatärztlichen Behandlungen und Gesundheitsveranstaltungen gesehen.

Abb. 36 Innenaufbau der DB Medibusse als „mobile Arztpraxis“



Entwurf: Deutsche Bahn AG 2019

Quelle: Deutsche Bahn AG 2019

Somit ergibt sich aus den bisherigen Einsatzgebieten und den Einsatzmöglichkeiten ein differenziertes Bild, nach dem der Anbieter nicht allein darauf vertraut, genügend Nachfrage in der hausärztlichen Versorgung zu erhalten. Dennoch wird auf der Webpräsenz vor allem die Einsatzmöglichkeit als „mobile Praxis in unterversorgten Gebieten“ beworben³⁰⁴. Hinsichtlich der eingesetzten Technik kooperiert die DB AG dabei mit dem deutschen Tochterunternehmen des US-amerikanischen Telekommunikationskonzerns Cisco Systems, Inc. Mit dem Ziel einer guten telemedizinischen Ausstattung und Vernetzung des Medibusses (z.B. internetfähige Videokonferenzanlage)³⁰⁵. Gerade die gute technische Ausstattung ist gegenüber vielen noch mit älterer Kommunikationstechnik ausgestatteten Arztpraxen ein Vorteil bei der Anbindung ländlicher Räume an das im Rahmen des Digitale-Versorgung-Gesetzes im Aufbau befindliche deutschlandweite E-Health-System³⁰⁶.

Von der KV Hessen wird der Medibus aktuell in den Orten Nentershausen, Cornberg, Weißenborn (in Allen 7h/Woche), Sontra und Herleshäusen (in Beiden 3,5h/Woche) betrieben³⁰⁷, wobei es sich um Dörfer im sehr ländlich strukturierten Nordosten Hessens abseits größerer Städte handelt, vergleichbar den beiden Modellräumen dieser Untersuchung. Die geringe Sprechstundenzahl pro Woche je Ort ist dabei ein wesentlicher Nachteil des Systems, weil so keine durch-

³⁰⁴ vgl. Deutsche Bahn AG 2019a

³⁰⁵ vgl. Deutsche Bahn AG 2019b

³⁰⁶ vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019

³⁰⁷ vgl. KV Hessen 2019

gängige Verfügbarkeit hausärztlicher Versorgung vor Ort besteht, wie er etwa bei akuten Erkrankungen erforderlich wäre. Das Angebot ist daher vor allem geeignet, chronisch erkrankte Patienten zu versorgen, die darüber hinaus auch den Taktplan des Medibusses kennen müssen, was beim Großteil eigentlich gesunder Ortseinwohner mit akuten Beschwerden in der Regel nicht der Fall ist. Mobile hausärztliche Versorgungsstrukturen wie der Medibus der DB AG eignen sich damit nur zur rudimentären Aufrechterhaltung hausärztlicher Versorgung in Orten ohne eigenen Hausarzt. Für akute Fälle sind weiterhin feste, verlässliche und zu den gewöhnlichen Zeiten offen gehaltene Standorte mit Hausärzten erforderlich. Ebenso kann durch nur kurze Standzeiten pro Woche und eventuell noch wechselndes ärztliches aber auch nichtärztliches Personal nur schwer ein solides Vertrauensverhältnis zwischen den (in ländlichen unterversorgten Räumen zumeist älteren) Patienten und ihren Behandlern aufbauen, welches laut Expertenaussage für eine gute Behandlungsqualität sehr wichtig ist.

Ein weiterer Ansatz zur Stützung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land durch neue Angebotsstrukturen ist der Praxisbetrieb durch von Hausarztmangel betroffene Gemeinden selbst. Dabei liegt die Trägerschaft bei der Gemeinde und die dortigen Hausärzte sind deren Angestellte³⁰⁸. Dazu erstellten die Gemeinden Büsum, Lunden und St. Michaelisdonn im Landkreis Dithmarschen (im Westen Schleswig-Holsteins) 2014 Businesspläne zum kommunalen Praxisbetrieb. Damit geht auch die kaufmännische Verantwortung auf die Gemeinden über und entlastet Hausärzte von diesem oft als Bürde empfundenen (s. Abb. 17) Aspekt der freiberuflichen vertragsärztlichen Tätigkeit. Die KV Schleswig-Holstein (KVSH) hat dazu die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen und auch eine Anschubfinanzierung geleistet³⁰⁹. Neben der KVSH sind auch die Ärztegenossenschaft Nord, der Landkreis Dithmarschen (Koordinator ambulante Versorgung) und die Westküstenkliniken (WKK) in das Projekt eingebunden³¹⁰. Gerade die Ärztegenossenschaft Nord kümmert sich dabei auch nach der Eröffnung um das Praxismanagement, in dem die Kommunen über keine Erfahrung verfügen. Wichtig für die Projektinitiative war die Bereitschaft der KV, dieses Praxismodell zu unterstützen wie auch die Zustimmung der betroffenen Gemeinden, denen das wirtschaftliche Risiko zufällt. Zudem wurde vom Koordinator der ambulanten Versorgung des Landkreises wichtige Überzeugungsarbeit geleistet³¹¹. Gerade das wirtschaftliche Risiko mit einem zu erwartenden Defizit hat im Falle Lundens dazu geführt, dass sich Nachbargemeinden dem Projekt angeschlossen haben, um es finanziell stemmen zu können. Somit wird hier die Belastung der Gemeindekassen zur Aufrechterhaltung der hausärztlichen ambulanten Versorgung vor Ort in Kauf genommen. Dennoch hat diese Form des Praxisbetriebs auch die Wirkung kleinräumiger Konzentration, da in Büsum bspw. vier Einzelpraxen zum kommunalen Ärztezentrum zusammengefasst wurden, was damit eher einem MVZ als einer Arztpraxis näher kommt. Vonseiten der angestellten Ärzte wird diese Form des Berufseinstiegs als ambulant tätiger Hausarzt als sehr angenehm empfunden und es wurde auch die Bereitschaft erklärt, längerfristig vor Ort tätig bleiben zu wollen, obwohl durch die Anstellung keine Ortsbindung besteht³¹². Diese Form des Praxisbetriebs trägt somit dem Trend nach Anstellungsverhältnissen unter der Hausärzteschaft (s. Abb. 24) Rechnung, womit den dort tätigen Ärzten größere berufliche Flexibilität gewährt ist. Das Risiko hinsichtlich einer gesicherten hausärztlichen Versorgung besteht dabei für die Gemeinden dennoch darin, dass Hausärzte auch kurzfristig ihre Anstellung quittieren können. Trotz der zudem bestehenden finanziellen Last und der Gefahr kleinräumiger Konzentration liegt in der Initiative der Praxis in kommuna-

³⁰⁸ vgl. Demografieportal des Bundes und der Länder 2017

³⁰⁹ vgl. Demografieportal des Bundes und der Länder 2017

³¹⁰ vgl. KVSH 2019

³¹¹ vgl. Ärztekammer Schleswig-Holstein 2019

³¹² vgl. Ärztekammer Schleswig-Holstein 2019

lem Betrieb ein fundierter Anreiz für Hausärzte, im ländlichen Raum tätig zu werden und so die flächenhafte medizinische Daseinsvorsorge zu stützen. Allerdings erfordert die Implementierung dieses Projektes in anderen Regionen auch die Mitwirkungsbereitschaft der dort tätigen Akteure (KV, Landkreis, Ärzteschaft, Gemeinden).

Eine weitere in Norddeutschland erprobte Initiative zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Ärztemangel stellt das Modellprojekt des „Gesundheitskiosk“ mit seinen Standorten in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Mümmelmannsberg als eine dem Praxisbetrieb vorgeschaltete Einrichtung dar. Der Gesundheitskiosk fungiert dabei als erste Anlaufstelle für Patienten zu allen die individuelle Gesundheit betreffenden Fragestellungen. Die Einrichtung bündelt dabei ärztliche und nichtärztliche Aufgabenbereiche sowie ambulante und stationäre Zuständigkeiten und ist nicht auf bestimmte Facharzttrichtungen festgelegt, wodurch die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Pflege verbessert werden soll³¹³. Dabei stehen vor allem Beratung zur Prävention und Aufklärung über das Risiko und den Verlauf von Krankheiten im Vordergrund, um die Praxisärzte und Ambulanzen der Krankenhäuser zu entlasten³¹⁴. Der Vorteil im Betrieb einer solchen Einrichtung liegt in den langen Öffnungszeiten (6 Tage bzw. 56 Stunden pro Woche) und der Verteilungsfunktion auf die für die Patienten notwendigen medizinischen Angebote. Diese können dadurch effizienter genutzt werden, wodurch das Patientenaufkommen pro Arzt insgesamt reduziert werden soll. Da der Gesundheitskiosk mit seiner Lage in Hamburg-Billstedt in einem urbanen Raum mit hohem Anteil an Einwohnern mit Migrationshintergrund liegt, ist er mit mehrsprachigem Personal gezielt auf diese Klientel ausgerichtet. Zudem leben in dem Stadtteil mehr ärmere und/ oder Alleinerziehende, weshalb hier bestimmte Krankheiten wie Diabetes, Asthma, Herz- und Lungenleiden oder Depressionen gehäuft vorkommen und der Gesundheitskiosk entsprechend darauf ausgerichtet ist³¹⁵. Eine ähnliche Schwerpunktsetzung wäre im ländlichen Raum bspw. auf chronisch kranke und/ oder ältere Bevölkerung durch Vorhaltung entsprechender Angebote denkbar.

Das Konzept des Gesundheitskiosks wird durch die vor Ort tätigen Ärzte, Krankenkassen (Barmer und AOK Rheinland/ Hamburg), der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie dem Universitätsklinikum Eppendorf unterstützt und vom Bund finanziell gefördert³¹⁶. Ein besonderer Fokus liegt auf der Unterrichtung und Anleitung von Patienten zur Verwendung telemedizinischer Techniken zum besseren Datenaustausch zwischen den medizinischen Leistungserbringern. Dem Vorteil der Bündelung und effizienter Vernetzung medizinischer Angebote sowie der über lange Öffnungszeiten und Schwerpunktausrichtung gute Zugänglichkeit steht der Nachteil eines nur in Ballungsräumen mit ausreichender Bevölkerungsdichte in der Umgebung lohnenswerten Betriebs gegenüber. Damit ist der kosteneffiziente Einsatz des Gesundheitskiosks zumindest in ländlichen Räumen infrage gestellt.

Die hier genannten neuen Formen der hausärztlichen Angebotsstruktur (Medibus, Gemeindepraxis, Gesundheitskiosk) sind aktuell noch nicht über die Erprobungsphase hinausgekommen. Vor allem die Gemeindepraxis scheint dabei vonseiten der Hausärzte gut angenommen zu werden. Der Medibus bietet vor allem in sehr kleinen Orten Potenzial einer hausärztlichen Ersatzversorgung abseits des Praxisnetzes, sofern im Laufe verlässlicher Betriebsjahre das Patientenvertrauen wächst. Der Gesundheitskiosk hingegen bietet sich nur in größeren Städten in großen Einkaufszentren/ -straßen an, da er ansonsten aufgrund geringer Auslastung schwer zu finanzieren scheint.

³¹³ vgl. Gesundheit für Billstedt/ Horn 2019

³¹⁴ vgl. Hamburger Abendblatt 2019

³¹⁵ vgl. Hamburger Abendblatt 2019

³¹⁶ vgl. Hamburger Abendblatt 2019

Dagegen könnte das auf kleinere Orte ausgelegte „Fünf-Märkte-Konzept“ eine Option für eine vorgeschaltete Einrichtung in Kombination mit einer kleinräumigen Konzentration sein. Bei diesem Konzept stehen kleinere Versorgungsflächen in Gewerbegebieten an Ortsrändern (mit bislang oftmals vier Einkaufsmärkten) im Fokus, die als ideale neue Standorte für Arzthäuser mehrere Facharztgruppen bzw. umfangreichere medizinisch-technische Ausstattung (bspw. Belastungs-EKG, Ultraschall, HNO- und augenärztliche Untersuchungsplätze, gynäkologischer Stuhl) auf sich vereinen und damit weitergehende medizinische Behandlungen ermöglichen sollen und durch die räumliche Bündelung auch einen durchgehenden Betrieb trotz Teilzeitbeschäftigung und Hausbesuchen anbieten können³¹⁷. Die Trägerschaft könnte dabei neben Ärzten auch bei den Kommunen selbst liegen. Diese Synergievorteile zielen vor allem auf die Trends der hausärztlichen Versorgung.

In der Ortsgemeinde Büchenbeuren im Hunsrück (Rheinland-Pfalz) befindet sich seit 2011 ein Ärztehaus, das in etwa diesem Konzept entspricht. Es liegt am Ortsrand in einem Gesundheitszentrum, in dem auch eine Apotheke, eine Niederlassung der Sozialstation, ein Sanitätshaus, eine Bäckerei mit Café sowie ein Haarstudio untergebracht sind³¹⁸. Damit sollen die ohnehin notwendigen Versorgungswege der Bevölkerung genutzt werden. Da das Fünf-Märkte-Konzept jedoch nur für Orte mit vielen Ärzten geeignet ist, lässt sich das Konzept für kleine Orte durch die Einrichtung einer nichtärztlichen Erstversorgungsstation in Form eines kleinen Kiosks erweitern, in dem eine erste medizinische Einschätzung erfolgt und die nur an bestimmten Wochentagen angebotene Sprechstunde in der örtlichen Filialpraxis des Arzthauses vorbereitet wird³¹⁹.

Das Fünf-Märkte-Konzept vereint damit gleich mehrere Ansätze zur Neugestaltung hausärztlicher Angebotsstrukturen. Zum einen ist es in seiner Organisationsform einem MVZ nicht unähnlich, es spricht dezidiert Ärzte an, die Arbeit in Anstellung, Teamarbeit und/ oder Teilzeit bevorzugen. Zudem reagiert es auf den Trend der Spezialisierung, indem in diesem System auch andere Facharztgruppen hausärztliche Aufgaben übernehmen können, also insgesamt weniger Hausärzte erforderlich sind. Zuletzt wird mithilfe nichtärztlicher Versorgungseinrichtungen in kleineren Orten zu einem gewissen Grad auf Delegation vertraut. Demgegenüber steht eine zumindest für den nichtmotorisierten Bevölkerungsteil schlechtere Erreichbarkeit durch kleinräumige Konzentration. Zudem sind erhebliche Kosten durch Baumaßnahmen zu erwarten, außerdem müssen möglichst viele ansässige Ärzte für dieses Konzept gewonnen werden.

3.5.2.Förderung der Allgemeinmedizin und Hausarztstätigkeit in der Ausbildung

Mithilfe des vom zuständigen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) aufgesetzten „Masterplan Medizinstudium 2020“ wird vonseiten des Bundes das Ziel verfolgt, aus der ärztlichen Ausbildung heraus einen höheren Anteil an Kandidaten für eine Tätigkeit als Hausarzt im ländlichen Raum zu gewinnen³²⁰. Dementsprechend ist es explizites Ziel des Masterplans, der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Tätigkeit einen größeren Stellenwert im Studium Humanmedizin einzuräumen, indem diese Bereiche der Ausbildung und in der Praxis besser kennengelernt werden³²¹. Zudem soll die Zulassung zum Medizinstudium stärker auf die Anforderungen des späteren Arztberufes wie soziale und kommunikative Kompetenzen und besondere Motivation angepasst werden. Damit soll unter anderem auch der Weg für „Land-

³¹⁷ vgl. Hessenauer 2011

³¹⁸ vgl. Ärzteteam Büchenbeuren 2019

³¹⁹ vgl. Hessenauer 2015, S. 81

³²⁰ vgl. BMBF 2017b

³²¹ vgl. BMBF 2017a, S. 2

arztquoten“ freigemacht werden, bei denen für die Bundesländer bzw. deren Hochschulen Möglichkeiten geschaffen werden, Bewerbern Studienplätze gegen die Verpflichtung zu einer späteren Tätigkeit in unterversorgten Regionen für eine festgelegte Dauer zu gewähren. Dies soll konkret bis zu 10% der Studienplätze betreffen, bei denen sich die Bewerber zu einer Tätigkeit für bis zu 10 Jahre in unterversorgten Regionen verpflichten und bei Nichteinhaltung sanktioniert werden dürfen³²². Die Studienplatzzahl soll dabei „allenfalls moderat“ erhöht werden³²³.

Zur Zielerreichung sollen die Lehr- und Prüfungsinhalte stärker auf die wesentlichen, aktuell besonders gesuchten Kompetenzen (also v.a. Allgemeinmedizin und hausärztliche Tätigkeit) ausgerichtet werden³²⁴. Außerdem sollen gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe veranstaltet werden, um bereits im Studium die Grundlage für eine spätere effizientere Verzahnung in der beruflichen Tätigkeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu ermöglichen. Neben den bisher in den Universitätskliniken im Mittelpunkt stehenden hochspeziellen Fällen sollen auch ganz alltägliche Erkrankungen in der ambulanten Praxis stärker in den Fokus rücken³²⁵. Dazu sollen klinische und theoretische Studieninhalte stärker miteinander verknüpft und Lehrpraxen stärker in die Ausbildung miteinbezogen werden, wozu neue Lehrpraxen rekrutiert und neue Lehrärzte qualifiziert werden sollen.

Die Förderung der allgemeinmedizinischen Fachrichtung soll dabei auch die Kooperation und Koordination mit anderen Fachärzten durch das bessere Kennenlernen hausärztlicher Aufgaben fördern. Dabei werden innerhalb der Allgemeinmedizin auch gerade für überalterte ländliche Räume gehäuft vorkommende Herausforderungen, wie die Behandlung chronisch kranker oder multimorbider Patienten und Hausbesuche, als Studienschwerpunkt in der Ausbildung platziert³²⁶. Dazu sollen alle Studierenden im Staatsexamen im Fach Allgemeinmedizin geprüft werden, im PJ soll ein Quartal in einer ambulanten vertragsärztlichen Praxis zur Pflicht werden, Hospitationen in der Allgemeinmedizin und Praktika in hausärztlichen Praxen im ländlichen Raum sollen ab Beginn des Studiums erfolgen, wo noch nicht geschehen sollen Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitätskliniken eingerichtet werden³²⁷.

Neben der Abiturnote, die weiterhin als wichtigster Parameter zur Vorhersage des Erfolgs im sehr teuren Medizinstudium gesehen wird, sollen medizinische Vorerfahrung und Studierfähigkeitstests bzw. Auswahlgespräche in die Auswahl der Studienbewerber miteinfließen³²⁸, wodurch Möglichkeiten geschaffen werden, gezielt an einer Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung bzw. im ländlichen Raum interessierte Studienanfänger zu rekrutieren. Um explizit eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum zu fördern sollen dortige Lehrkrankenhäuser stärker in die Ausbildung einbezogen werden und ländliche Lehrpraxen mehr Gewicht erhalten. Dadurch anfallende zusätzliche Fahrt- und Unterkunftskosten sollen finanziell bezuschusst werden. Über die Lehrangebote in ländlichen Räumen während der Ausbildung soll an den Universitätskliniken besser informiert werden³²⁹. Bei diesen Maßnahmen wird jedoch erst die Umsetzung zeigen können, ob sie tatsächlich den gewünschten Effekt haben werden.

³²² vgl. BMBF 2017a, S. 12

³²³ vgl. BMBF 2017a, S. 2

³²⁴ vgl. BMBF 2017a, S. 4

³²⁵ vgl. BMBF 2017a, S. 6

³²⁶ vgl. BMBF 2017a, S. 6

³²⁷ vgl. BMBF 2017a, S. 6

³²⁸ vgl. BMBF 2017a, S. 10

³²⁹ vgl. BMBF 2017a, S. 12

Der Masterplan Medizinstudium 2020 setzt dabei ausgehend von den Trends in der hausärztlichen Versorgung (s. Kap.3.3.5) an den richtigen Stellen an, indem nicht nur die Zahl der Studienplätze (gegen den Trend der Überalterung) erhöht wird, sondern das Studium grundsätzlich stärker auf die Allgemeinmedizin und hausärztliche Tätigkeit ausgerichtet wird (gegen den Trend der Spezialisierung). Dazu wird über die geplanten Maßnahmen auch versucht, den ländlichen Raum als zukünftigen Arbeitsort zu stärken (gegen den Trend der Urbanisierung). Auch eine spätere Niederlassung als Vertragsarzt wird mit Maßnahmen zum Kennenlernen vertragsärztlicher Tätigkeit gefördert (gegen den Trend der Flexibilisierung). Der Delegation als Trend in der hausärztlichen Versorgung wird indirekt durch die bessere Verzahnung mit anderen Gesundheitsfachberufen zu größerer Kenntnis und Akzeptanz verholfen. Dem Trend der Feminisierung könnte über die Landarztquote gegengesteuert werden, sofern mehrheitlich männliche Bewerber über diesen Weg Zugang zum Medizinstudium erhalten. Wobei hier nochmal verdeutlicht sein soll, dass die Feminisierung der Ärzteschaft kein Problem für die flächendeckende hausärztliche Versorgung darstellen würde, wenn die strukturellen Rahmenbedingungen auf dem Land auch für Frauen attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten bieten würden. Der Trend zur Stationstätigkeit wird mit dem Masterplan auch nicht explizit angegangen, allerdings wird der Anteil ambulanter praktischer Studienphasen überproportional erweitert. Obwohl mit dem Masterplan die richtigen Stellschrauben bewegt werden, darf der Erfolg der Maßnahmen infrage gestellt werden. Zum einen wird den Universitätskliniken in der konkreten Umsetzung eine (notwendige und nicht vermeidbare) große Autonomie zugestanden. Daneben sind die Maßnahmen im Vergleich zu der Stärke der Trendausprägungen vergleichsweise sanft bis schwach in ihrer Wirkungskraft. Zuletzt greifen die Effekte frühestens in 12 Jahren, wenn die ersten „Landarztquoten“-Absolventen in die ambulante hausärztliche Versorgung aufsteigen.

3.5.3. Finanzielle Anreize

Innerhalb der fachärztlichen Weiterbildung gibt es mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2016 auch eine finanzielle Förderung gemäß § 75a SGB V³³⁰. Der monatliche Gehaltszuschuss in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beträgt im vertragsärztlichen Bereich je Vollzeitstelle 4.800 Euro. Liegt die weiterbildende Praxis in einem unterversorgten Gebiet, erhöht sich der monatliche Gehaltszuschuss um 500 Euro, bzw. um 250 Euro, wenn es sich um ein von Unterversorgung bedrohtes Gebiet handelt. Die Förderbeträge werden von den KV einerseits und der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung andererseits jeweils hälftig getragen.

Bund und Länder in Deutschland versuchen darüber hinaus bereits gezielt die hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen durch finanzielle Anreize über Förderprogramme zu verbessern. So hat beispielsweise die Landesregierung von Baden-Württemberg im Jahr 2013 das sog. Förderprogramm „Landärzte“ mit einem Volumen von knapp 7 Mio. Euro aufgelegt³³¹. Darin werden speziell Ärzte finanziell gefördert, die in unterversorgten ländlichen Regionen eine hausärztliche Tätigkeit ausüben. Ähnliche Programme und Fördermaßnahmen wurden auch in anderen Flächenbundesländern aufgelegt. In dem bereits weiter oben erwähnten GKV-Versorgungsstrukturgesetz³³², welches im Jahr 2012 in Kraft trat, wurden einige gesetzliche Lockerungen für Ärzte, vor allem in unterversorgten ländlichen Regionen vorgenommen. So entfällt damit die sog. Residenzpflicht, d.h. die bislang erforderliche räumliche Nähe zwischen Wohn- und Arbeitsort von Vertragsärzten. Zudem werden Ärzten in unterversorgten Gebieten

³³⁰ vgl. KBV 2017c, S. 5

³³¹ vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2016

³³² vgl. BMG 2015

keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung der Fallzahlen bei Patientenbehandlungen auferlegt. Auch erhalten die KVen größere Freiheit bei der Implementierung von Anreizen zur Ärztesiedlung in unterversorgten Gebieten. Welchen Stellenwert bessere Vergütungsaussichten auf die Standortwahl von Hausärzten haben, wird auf Basis der Ergebnisse aus der Hausarzt-Befragung in Kap. 4.3.1 und Kap. 4.4.1 analysiert und diskutiert.

3.5.4. Hilfestellungen und Informationskampagnen für (angehende) Hausärzte

Seit Mai 2014 betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor allem aufgrund des Handlungsdrucks angesichts der aufgezeigten Trends (s. Kap.3.3.5) seit Mai 2014³³³ ein eigenes Informationsportal zur Motivation für eine Niederlassung von Fach- und vor allem Hausärzten im ambulanten Bereich unter dem Werbeslogan „Lass dich nieder!“. Dieses bietet Informationen und Aufklärung für Medizinstudierende und Ärzte aller Fachrichtungen, die ambulant tätig werden können und zielt vor allem durch das sog. „Storytelling“ (eine Marketing-Methode in der Unternehmenskommunikation), also positiven Erfahrungsberichten von bereits niedergelassenen Ärzten, auf einen Imagewandel dieser Form der Berufsausübung zur Stützung der ambulanten Flächenversorgung. Die Informations- und Werbekampagne untergliedert sich dabei nach Studium, Berufseinstieg und Berufsalltag und versucht somit alle möglichen Interessen zu erreichen und zu leiten. Zum Studium informiert die Kampagne dabei über Weichenstellungen in Richtung Allgemeinmedizin, Niederlassung und Ländlichen Raum, und zwar über Erfahrungsberichte aus dem universitären Alltag, der Famulatur, dem Praktischen Jahr und der Rückschau von Ärzten auf das Studium.

Im Bereich der Berufseinsteiger hat die Webseite bereits deutlich werbenden Charakter, der sich auf Weiterbildung, Fächer und Spezialisierungen konzentriert sowie vor allem Schritte in die Niederlassung und Niederlassungsoptionen aufzeigt. Dabei wird weniger auf Erfahrungsberichte und mehr auf Information gesetzt, u.a. zur Bedarfsplanung und Zulassung, rechtlicher Absicherung sowie Chancen und Risiken der Existenzgründung. Als Wege in die Niederlassung findet dabei die Übernahme oder Neugründung von Einzelpraxen vergleichsweise wenig Platz, stattdessen wird mit Informationen zu Gemeinschaftspraxen und Jobsharing für die Niederlassung geworben. Dies ist zwar einerseits sinnvoll, da es den Trends in der hausärztlichen Versorgung in Richtung Teamarbeit und Anstellung Rechnung trägt, andererseits erhöht dies nicht die Bereitschaft zur Tätigkeit in einer Einzelpraxis, die jedoch gerade in ländlichen Räumen nach wie vor das Rückgrat der hausärztlichen Versorgung und die bestmögliche Flächenabdeckung gerade kleinerer Orte und Dörfer bietet. Damit sich an Niederlassung Interessierte Ärzte den Berufsalltag besser vorstellen können, wird bei den Arbeitsbedingungen wieder mehr auf Erfahrungsberichte zurückgegriffen. So sollen vor allem Ängste genommen und Mut aufgebaut werden, z.B. hinsichtlich der Praxisleitung, Arbeitszeiten und dem Bürokratieaufwand. Es wird auch über Digitalisierung, die Familienführung aus der Selbstständigkeit heraus und Entlastungsassistenzen für private Aufgaben informiert, womit vor allem auch weibliche Ärzte angesprochen werden. Um weibliche Ärzte wird darüber hinaus auch noch gezielt mit eigenen Erfahrungsberichten geworben. So soll insgesamt ein positives Berufsbild vermittelt werden. Als weiteres Werbe- und Informationsinstrument wird über Fördermöglichkeiten, Beratungsgespräche und weitere mit der Niederlassung betraute Institutionen vor Ort (v.a. die jeweiligen KVen) aufgeklärt. Daneben besteht noch ein Informationsangebot über das medizinische Versorgungssystem insgesamt und Statistiken zu Ärztezahlen.

Insgesamt setzt die Kampagne damit auf die richtigen Zielgruppen, bündelt die Informationen und Interessen wichtiger Akteure (KVen, BMG, GKVen, Ärzteverbände) und liefert aktuelle und

³³³ vgl. KBV 2019

auf jüngere Interessenten ausgerichtete Inhalte, die zugleich informativ als auch werbend sind. Allerdings versucht das Angebot möglichst alle Facharztgruppen und auch alle Niederlassungsregionen (also auch Städte) zu erreichen, was den ländlichen Raum und die hausärztliche Tätigkeit lediglich als eine von weiteren Optionen darstellt und damit nicht zielgerichtet die Versorgungsprobleme ländlicher Räume in der hausärztlichen Versorgung angeht, sondern eher indirekt auf den Aufbau eines größeren Nachfragedrucks an kassenärztlichen Zulassungen auf eine Mitversorgung ländlicher Räume setzt. Eine solch große Mobilisierung an Ärzten für die Niederlassung ist allein aus der Werbekampagne heraus jedoch nicht zu erwarten.

Wesentlich konkreter agieren sog. Praxisbörsen, die sich aufgrund der geänderten Marktlage und zunehmenden Digitalisierung in den letzten Jahren entwickelt haben. Hier können Anbieter ihre Praxen inserieren, um Nachfolger zu finden. Ein solches Angebot betreiben bspw. die KVen, die Deutsche Apotheker- und Ärztebank³³⁴, der Hartmannbund³³⁵, Ärztezeitschriften³³⁶ sowie private Makler³³⁷, wobei die Vermittlungsstrategie dabei zwischen emotionaler Ansprache über direkte Wirtschaftsbilanzen bis hin zu für die Öffentlichkeit nicht zugänglichen Inseraten reicht. Diese Situation verdeutlicht nochmals die Marktlage, nach der in fast allen ambulant tätigen Facharztgruppen das aktuelle Praxisangebot die Nachfrage bei weitem übersteigt und das Gros der Angebote aus dem ländlichen Raum stammt. Es gibt darüber hinaus noch diverse weitere Informations- und Vermittlungsportale, die von Interessensvertretern in der Gesundheitsbranche betrieben werden und zur Niederlassung anregen sollen. Dies liegt auch in der Vielzahl an Akteuren im Gesundheitswesen mit zwar ähnlichen, im Detail aber differierenden Zielen zusammen. Zwar ist allen der Wunsch nach niederlassungswilligen Ärzten gemein, die KVen haben dabei aber vor allem die Versorgungssicherheit zum Ziel, Berufsverbände erhoffen sich starke Mitglieder, Banken versprechen sich davon lohnende Kreditvergaben und Maklern geht es direkt über die Provisions- bzw. Gebühreneinnahmen aus der Vermittlung.

3.5.5. Regionale Kooperationen im Gesundheitswesen zur Entlastung von Hausärzten

In den letzten Jahren ist es vermehrt zum kooperativen Zusammenschluss von Gemeinden und im Gesundheitswesen tätigen Akteuren einer Region gekommen, um die medizinische Versorgungssicherung der Bevölkerung durch verschiedene Projekte zu verbessern. Diese dadurch gegründeten Gesundheitsregionen dienen dabei vor allem dem Ziel, die intersektorale Vernetzung zwischen Akteuren medizinischer Dienstleistungsangebote mithilfe koordinierender Raumordnungs-/ Planungsinstanzen auszubauen und zu stärken, um drohende Versorgungslücken zu schließen³³⁸. Seit 2008 besteht dazu das Netzwerk deutscher Gesundheitsregionen, das mittlerweile 21 Regionen bzw. regionale Organisationen umfasst³³⁹ und dem Ziel dient, ihre Mitglieder zu unterstützen, Erkenntnisse der Öffentlichkeit zugänglich zu machen sowie den Austausch der Gesundheitsregionen untereinander zu fördern³⁴⁰. Neben der Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung vor Ort bestehen jedoch auch Interessen hinsichtlich der Gesundheitswirtschaft, wie dem Aufbau außerregionaler Nachfrage (also Gesundheitstourismus) sowie eine Steigerung der Beschäftigung in der Gesundheitsbranche³⁴¹. Dement-

³³⁴ vgl. Deutsche Apotheker- und Ärztebank 2019

³³⁵ vgl. Hartmannbund 2019

³³⁶ vgl. mm medizin + medien Verlag GmbH 2019

³³⁷ vgl. Landarztbörse 2019 & Dr. Meindl & Kollegen AG

³³⁸ vgl. Stinn 2017, S. 36

³³⁹ vgl. Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. 2019

³⁴⁰ vgl. Stinn 2017, S. 39

³⁴¹ vgl. Stinn 2017, S. 39

sprechend weisen Gesundheitsregionen unterschiedliche Schwerpunkte auf, die sich verschiedenen Typen zuordnen lassen. Dazu zählen Versorgungsorientierte, Medizin- und (bio-) technologieorientierte sowie Tourismusorientierte Gesundheitsregionen³⁴². Vor allem versorgungsorientierte Gesundheitsregionen können dabei durch verbesserte Akteursvernetzung, klare Ansprechpartner und Koordination bei der Nachwuchsgewinnung (auch von Hausärzten) hilfreich sein³⁴³. Auch können Gesundheitsregionen als Kommunikationsplattformen für den besseren kollegialen Austausch dienen, auch um konkrete, regionsspezifische Projekte zu initiieren, die für Arbeitsentlastung sorgen³⁴⁴. Daneben eignen sich Gesundheitsregionen vor allem zur besseren Identifikation von Versorgungsmissständen, die dann auch besser an übergeordnete Stellen adressiert werden können³⁴⁵.

Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass Gesundheitsregionen als Organisationsform den regional tätigen Akteuren nicht sehr bekannt sind³⁴⁶ und die Präsenz und Wahrnehmung von Gesundheitsregionen entsprechend ausbaufähig ist³⁴⁷. Die Unterstützung von Gesundheitsregionen nimmt im telemedizinischen Bereich doc2patient keine besondere Rolle ein, das Potenzial der Gesundheitsregionen bei der Etablierung von doc2doc-Anwendungen hingegen wird von Akteuren vor Ort deutlich positiver bewertet³⁴⁸. Besonders geeignet sind Gesundheitsregionen hingegen vor allem in der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, da hier viele Projekte durchgeführt und ein breites Publikum angesprochen werden³⁴⁹. Diese Sensibilisierung für Gesundheitsthemen kann damit auch einen wichtigen Beitrag zur Entlastung von Hausärzten darstellen. Insgesamt bietet das Konzept der Gesundheitsregion somit Potenzial zur hausärztlichen Entlastung durch Prävention, Innovation und Straffung der Organisation medizinischer Dienstleistungen, allerdings ist das Konzept noch nicht weit verbreitet und wird durch die Einbeziehung eher auf Tourismus und Gesundheitswirtschaft ausgelegter Konzepte hinsichtlich des Ziels der Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation verwässert. Zuletzt hat das Konzept mit bislang 21 Regionen (die auch zumeist in städtischen Räumen liegen³⁵⁰) noch wenig Verbreitung gefunden.

Neben den Initiativen auf Bundesebene sollen in den folgenden beiden Kapiteln besondere Maßnahmen und Konzepte für die Bundesländer Bayern und Rheinland-Pfalz thematisiert werden, da sich in diesen Bundesländern die beiden Modellräume dieser Untersuchung (s. Kap. 1.5) befinden und folglich Einfluss auf die dortige Standortwahl von Hausärzten nehmen können.

³⁴² vgl. Stinn 2017, S. 46

³⁴³ vgl. Stinn 2017, S. 211

³⁴⁴ vgl. Stinn 2017, S. 211

³⁴⁵ Vgl. Stinn 2017, S. 212

³⁴⁶ Vgl. Stinn 2017, S. 140

³⁴⁷ Vgl. Stinn 2017, S. 212

³⁴⁸ Vgl. Stinn 2017, S. 212

³⁴⁹ vgl. Stinn 2017, S. 213

³⁵⁰ vgl. Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. 2019

3.5.6. Besondere Konzepte und Maßnahmen in Bayern

Zur hausärztlichen Versorgungssituation in Bayern

In Bayern wird die Versorgungssituation von den interviewten Experten überwiegend so eingeschätzt, dass die momentane Versorgungslage meist noch gut ist (I5, Z1-3; I7, Z1), sich in den nächsten Jahren aber aufgrund des hohen Anteils älterer Ärzte wohl verschlechtern wird (I5, Z1; I3, Z1). Die Versorgungslage in den Regionen korreliert dabei nicht immer mit der Raumstruktur, d.h. ein nur den ländlichen Raum betreffender Arztmangel kann in Bayern momentan noch nicht beobachtet werden (I5, Z4). Stattdessen sind Ursachen einzelner Versorgungslücken wie bspw. in der Mittelstadt Ansbach nicht auf landesweite Trends zurückzuführen (I5, Z2). Vor allem für strukturstarke Regionen Bayerns wird vonseiten des Verbands der Ersatzkassen gegenwärtig sogar von haus- und fachärztlicher Überversorgung ausgegangen (I7, Z2 & Z4), und daher Ungleichverteilung der Ärzte auch als dringenderes Problem wahrgenommen (I7, Z3). Vor allem aber der bayrische Hausärzteverband sieht jetzt bereits Versorgungslücken in einzelnen Regionen (I3, Z1) was durch viele Zuschriften aus betroffenen Regionen von Landräten und Bürgermeistern auf Nachfolgersuche zum Ausdruck kommt, welche beim Verband eingehen (I3, Z3). Auch in einzelnen Städten macht sich bemerkbar, dass Ärzte bei der Standortentscheidung wählerischer geworden sind (I3, Z6). So werden soziale schwache Stadtviertel auch lieber als Praxisstandort gemieden (I3, Z6). Umgekehrt sind keine Ärzte bekannt, deren Patientenstamm zur rentablen Führung einer Praxis nicht ausreichend wäre (I3, Z11), was ebenfalls auch in vielen Städten darauf hindeutet, dass zumindest keine extreme Überversorgung vorliegt, welche Hausärzte aufgrund von Konkurrenzdruck in ländliche Räume treiben könnte.

Die weitere Entwicklung der hausärztlichen Versorgungslage wird zumeist kritisch gesehen (I5, Z12), da aufgrund zu wenigen ausgebildeten Nachfolgern (I7, Z5 & Z6) die Nachbesetzung freier werdender Arztsitze (momentan im Verhältnis von ca. 180 Interessenten gegenüber einem Bedarf von ca. 400) häufig nicht möglich ist (I5, Z9), auch wenn ein Aufwärtstrend bei den Interessentenzahlen zu sehen ist (I5, Z10). Es ist dennoch zu erwarten, dass die Nachbesetzung vor allem in eher ländlich geprägten Räumen schwieriger wird (I5, Z15 & I7, Z6), weil in diesen Gebieten auch der Anteil älterer Ärzte sehr hoch ist. Beispielsweise bestehen im Landkreis Wunsiedel/ Oberfranken 10 Praxen mit Hausärzten in einem Alter über 60 Jahren (I5, Z14) (von insgesamt 49 Hausärzten im Landkreis³⁵¹). Durch den zu erwartenden Ärztemangel wird vermutlich auch die Übernahme von immer mehr Patienten notwendig, wodurch sich die einzelnen Wartezeiten verlängern und Kontaktzeiten verkürzen (I5, Z46). Die hausärztliche Tätigkeit droht somit ihre Bezugs- und Vertrauensfunktion gegenüber den Patienten zu verlieren, wodurch das allgemeine Krankheitsempfinden steigen könnte. Eben dies würde weitere Konsultationen medizinischer Dienste und Medikamente implizieren (I5, Z47). Um der Herausforderung der Überalterung und der dadurch zukünftig zu erwartenden unsichereren hausärztlichen Versorgungslage zu begegnen, wurden darum diverse Projekte und Programme in Bayern initiiert.

Nachwuchsgewinnung und -förderung

Zur Sicherung des Nachwuchses an Hausärzten wurde in Augsburg 2016 eine medizinische Fakultät eröffnet³⁵², zudem wurden in den letzten Jahren allgemeinmedizinische Lehrstühle an bestehenden medizinischen Fakultäten bayerischer Universitäten geschaffen, bspw. 2018 im unterfränkischen Würzburg³⁵³. Zudem bietet die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB)

³⁵¹ vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2018, S. 143 & 149

³⁵² vgl. Universität Augsburg 2019

³⁵³ vgl. Medizinische Fakultät der Universität Würzburg 2019, S. 112

eine neue Förderung für Famulaturen im ländlichen Raum an. Medizinstudierende, die ihre Famulatur in einer bayerischen Haus- oder Facharztpraxis auf dem Land absolvieren, können eine Förderung in Höhe von 500 Euro erhalten. Ziel der KVB ist es, mit dieser Förderung jungen Medizinerinnen einen Einblick in die Tätigkeit eines Landarztes zu geben und die Medizinstudierenden schon während ihrer Ausbildung für diesen Arbeitsraum zu interessieren. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eine zusätzliche Fahrtkostenpauschale zu erhalten, da als Hemmnis für eine Tätigkeit in ländlichen Räumen während des Studiums vor allem Fahrdistanzen gesehen werden. Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Famulatur von der jeweiligen Universität der Medizinstudierenden anerkannt wird und dass die Gemeinde, in der die gastgebende Hausarztpraxis ansässig ist nicht mehr als 20.000 Einwohner hat³⁵⁴.

Abb. 37 Weiterbildungsverbände (WBV) der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) in Bayern, Stand Mai 2019



Abbildung: Weiterbildungsverbände in Bayern, Stand: Mai 2019

Entwurf: KoStA Bayern 2019, S. 28

Quelle: KoStA Bayern 2019, S. 28

Um die verschiedenen Abschnitte der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gebündelt anzubieten, wurde 2016 in einem gemeinsamen Projekt der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) dem Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV), der Bayerischen Krankenhausgesell-

³⁵⁴ vgl. KVB 2019a, S. 2

schaft (BKG) und der KVB eine Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) gegründet. Dazu schließen sich Kliniken und niedergelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie weitere zur Weiterbildung befugte Fachärzte zu einem regionalen Weiterbildungsverbund (WBV, s. Abb. 37) zusammen. Der Vorteil liegt hier in einer garantierten Rotation durch die verschiedenen Abschnitte während des gesamten Zeitraums der Facharztausbildung in einer Region (also ohne zusätzliche Wohnortwechsel, lange Fahrtzeiten oder Wartezeiten). Insgesamt bestehen in Bayern 84 Weiterbildungsverbände (WBV), welche auch gerade in ländlichen Räumen liegen, mit 550 Ärzten in Weiterbildung (Stand 2019)³⁵⁵. Drei WBVs liegen auch im Modellraum Unterfranken (Bad Kissingen, Bad Neustadt und Haßberge), verteilt auf alle drei zugehörigen Landkreise. Umgekehrt fördert der Bayerische Hausärzteverband auch eine finanzielle Förderung für HzV-Lehrpraxen, die Medizinstudierende im PJ-Abschnitt betreuen und so einen Mehraufwand in ihrer Praxis haben. Dadurch soll ein Anreiz für vor allem unter Überlast leidende Hausarztpraxen im ländlichen Raum geschaffen werden, Nachwuchs während der Betreuungsintensiven PJ-Phase anzulernen und dadurch mehr Medizinstudierende in ländliche Räume zu lotsen.

Beratung und Unterstützung

Die KVB, der BHÄV und die BLÄK engagieren sich auch durch umfassende Beratung in persönlichen Gesprächen sowie Seminaren und Informationsveranstaltungen. Zudem existiert in Bayern ein sog. Patenprogramm, bei dem einem neu niedergelassenen Arzt ein zentraler Ansprechpartner vonseiten der KVB gestellt wird, der beim Praxisstart, der ersten Abrechnung, dem ersten Honorarbescheid, einer Honoraranalyse nach dem ersten Jahr und individuellen Besonderheiten bzw. Möglichkeiten berät. Auch in der Vermittlung gibt es vonseiten der KVB eine eigene bayernweite Praxisbörse³⁵⁶, deren Nutzung kostenfrei ist und auch die Suche nach bzw. das Angebot an Kooperationspartnern, Praxisvertretungen, Weiterbildungsstellen und Famulaturplätze einschließt, womit die Praxisbörse schlüssig vom Medizinstudium bis zur Niederlassung abdeckt und so früh Ärzte auf Angebotssuche zu sich leitet.

Regionale Förderung

Durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern wurde auf Basis § 100, Abs. 1 und 3 SGB V ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm beschlossen, das auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Planungsbereiche der kassenärztlichen Bedarfsplanung zielt³⁵⁷. Dieses Förderprogramm sieht u.a. einen Zuschuss für die Niederlassung, den Praxisbau, der Zweigpraxen-Errichtung, der Beschäftigung von Angestellten (v.a. hausärztliche Versorgungsassistenten und Weiterbildungsassistenten) sowie der Praxisfortführung über das 63. Lebensjahr hinaus vor. Auch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) fördert durch ein Stipendienprogramm für Medizinstudierende die Niederlassung im ländlichen Raum. Gegen die Verpflichtung dort nach der fachärztlichen Weiterbildung für 5 Jahre tätig zu werden, gewährt das StMGP einen Förderbeitrag von 600 Euro monatlich³⁵⁸. Bis September 2019 haben 222 Medizinstudierende von diesem Angebot Gebrauch gemacht, es richtet sich jedoch an alle Facharztgruppen. Außerdem fördert das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eine Niederlassung aller Facharztgruppen im ländlichen Raum mit bis zu 60.000 Euro, der Aufbau einer Zweigpraxis wird mit bis zu 15.000 Euro gefördert³⁵⁹. StMGP und LGL haben in Bayern zusätzlich noch das Kommunalbüro für

³⁵⁵ vgl. KoStA Bayern 2019, S. 28

³⁵⁶ vgl. KVB 2019b

³⁵⁷ vgl. KVB 2016, S. 6

³⁵⁸ vgl. Bay. StMGP 2019

³⁵⁹ vgl. Bay. LGL 2019a

ärztliche Versorgung geschaffen, das sich gezielt an die kommunalen Verwaltungsebenen in Bayern (Landkreise, Städte und Gemeinden) richtet, und die Bratung in Fragen der Gesundheitsversorgung zum Ziel hat. Dazu zählen Lösungsoptionen, Handlungsstrategien und gemeindeübergreifende Ansätze zur Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung³⁶⁰.

Kleinräumige Ansätze

Zusätzlich zu diesen landesweiten Ansätzen und Maßnahmen bestehen auch regionale Projekte zur Gewinnung von Hausärzten im ländlichen Raum, bspw. Ausflüge von Oberfranken Offensiv e.V., bei denen interessierte Studierende und Ärzte in Weiterbildung gezielt in ländliche Räume kommen, um die vor Ort bestehenden Arbeits-, Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten bei einer Niederlassung als Hausarzt kennenzulernen³⁶¹. Daneben bestehen noch viele weitere z.T. sehr kleinräumige Ansätze und Maßnahmen, um ausreichende hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen zu erreichen. Zuletzt suchen viele Gemeinden selbst aktiv nach Hausärzten, wenn die eigene Versorgung aktuell oder in Zukunft gefährdet ist. Dies geschieht mitunter auch mithilfe sehr unorthodoxer Mittel um möglichst viel Aufmerksamkeit zu erzeugen, bspw. in Form einer nicht ernst gemeinten Kontaktanzeige der Bürgermeisterin der Gemeinde Kollnburg im Bayerischen Wald³⁶². Gemeinsam ist solchen lokalen Ansätzen, dass sie wesentlich konkreter auf die vor Ort bestehenden Problemlagen ausgerichtet sind.

3.5.7. Besondere Konzepte und Maßnahmen in Rheinland-Pfalz

Zur hausärztlichen Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz wird die hausärztliche Versorgungssituation ähnlich wie in Bayern eingeschätzt, d.h. noch ist die Versorgungssituation gut bis auf wenige Regionen (I6, Z2). In attraktiven Räumen (also Städten und ihrem Umland) wird vonseiten der Ersatzkassen sogar von „Top-Versorgung“ (I8, Z6) gesprochen, wobei auch gesehen wird, dass ländliche Räume eine schwächere medizinische Versorgungsstruktur aufweisen (I8, Z7) und teilweise auch Versorgungslücken bestehen (I8, Z3). Generell wird die hausärztliche Versorgungslage schwächer als die der fachärztlichen Versorgung bewertet (I8, Z4). Auch hier müssten aufgrund ihres Alters in den nächsten 5 Jahren 30% aller Hausärzte in den Ruhestand gehen (I4, Z1; I6, Z3). Da jedoch keine Praxismachfolger in Sicht sind wird erwartet, dass viele Hausärzte aus Pflichtbewusstsein gegenüber ihren Patienten noch bis ins hohe Alter tätig sein werden (I4, Z3). Auch hier werden die Schwierigkeiten eher in ländlichen Räumen gesehen (I6, Z4), wobei dies für weite Teile in Rheinland-Pfalz zutrifft (I6, Z1). Hinzu kommt noch, dass durch die Alterung weiter Teile des Bundeslandes ein Mehrbedarf an hausärztlichen Leistungen erwartet wird (I6, Z3). Insgesamt steuert die hausärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz damit auf ein „Desaster in der Flächenversorgung“ zu (I6, Z4), wobei durchaus auch in manchen Großstädten schon Versorgungslücken entstehen können (I6, Z10).

Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass die medizinische Versorgungssituation auf Bundesebene zwar von Wanderungsbewegungen ausgebildeter Hausärzte beeinflusst ist, besondere Relevanz jedoch der Stadt-Land-Gegensatz besitzt, auch und gerade in den beiden Bundesländern Bayern und Rheinland-Pfalz. Dabei wird die Versorgungslage erwartungsgemäß durch ärztliche Vertreter eher so gesehen, dass entweder schon Unterversorgung bei Hausärzten besteht, diese aber zumindest in Teilen des ländlichen Raumes besteht. Demgegenüber stehen

³⁶⁰ vgl. Bay. LGL 2019b

³⁶¹ vgl. BHÄV 2017

³⁶² vgl. RP Online Zeitungsartikel vom 15.08.2019

die Ersatzkassen, die die Situation meist nicht so schlecht bewerten und stattdessen eher von Ungleichverteilung als von Unterversorgung ausgehen (I7, Z3; I8, Z5). In der weiteren Entwicklung sind sich jedoch alle Gesprächspartner einig, dass mit einer sich zuspitzenden Versorgungslage zu rechnen ist, auch wenn diese durch die ärztlichen Vertreter noch etwas schärfer beurteilt wird (I5, Z46-47; I6, Z4). Somit besteht auch in Rheinland-Pfalz Handlungsbedarf zur zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung.

Nachwuchsgewinnung und -förderung

Vom Landesministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) in Rheinland-Pfalz wird zurzeit ebenfalls die Einführung einer Landarztquote für Medizinstudierende erarbeitet, die nach ihrem Studium in die allgemeinmedizinische Facharztausbildung gehen wollen. Diese Quote soll 27 der ca. 430 Medizinstudienplätze im Bundesland betreffen und ab dem Wintersemester 2020/21 gelten. Für diese Studienplätze soll die Note der Allgemeinen Hochschulreife nicht mehr das einzige Zulassungskriterium sein, stattdessen soll die fachliche und persönliche Qualifikation als Auswahlkriterium hinzutreten. Dazu werden einschlägige Berufserfahrungen, ehrenamtliches Engagement und Ergebnisse aus dem Test für medizinische Studiengänge (TMS) berücksichtigt und Auswahlgespräche geführt³⁶³.

Die rheinland-pfälzische Regierung bemüht sich darüber hinaus um eine Aufstockung der Medizinstudienplätze um 13% (Referenzjahr 2016) in den nächsten Jahren³⁶⁴. Da es mit Mainz bislang nur einen Studienort für Medizin gibt, sind verschiedene Ansätze in der Diskussion zur besseren Regionalisierung des Medizinstudiums. So sollen bald Teile des klinischen Studienabschnitts in Trier³⁶⁵ und Koblenz möglich sein, zuvor war auch der Aufbau einer medizinischen Fakultät am Standort Koblenz angedacht worden³⁶⁶. Die KV Rheinland-Pfalz fördert zudem ebenfalls die Famulatur im hausärztlichen Bereich während des Studiums finanziell mit 500 Euro pro Monat, beschränkt auf zwei Monate³⁶⁷. Damit soll der Aufwand für Anfahrt und Unterkunft insbesondere in ländlichen und schwächer versorgten Regionen abgedeckt werden, um so einen Anreiz zu schaffen. Famulaturen können dabei über eine eigene Online-Börse vermittelt werden³⁶⁸, allerdings nicht wie Bayern in einem integrierten Ansatz mit Arztpraxen in einer Börse, sondern in einer separaten Famulaturbörse. Auch im PJ-Abschnitt bietet das Bundesland Rheinland-Pfalz analog zu Bayern eine Förderung bei der Wahl des Fachs Allgemeinmedizin an. Damit soll erreicht werden, dass sich mehr Absolventinnen und Absolventen für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheiden und später für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Die KV RLP richtet auch Informationsveranstaltungen und Seminare in Kooperation mit der Landesärztekammer (LÄK) RLP für Berufseinsteiger an, um diese gezielt für hausärztliche Fachrichtungen zu gewinnen³⁶⁹. Auch die KV in Rheinland-Pfalz macht unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen von der im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes von 2016 ermöglichten finanziellen Förderung von bis zu 4.800 Euro monatlich gemäß § 75a SGB V Gebrauch, um personelle und zeitliche Aufwände abzu-

³⁶³ vgl. MSAGD RLP 2019b

³⁶⁴ vgl. Deutsches Ärzteblatt 2018

³⁶⁵ vgl. Deutsches Ärzteblatt 2018

³⁶⁶ vgl. MWWK RLP 2018

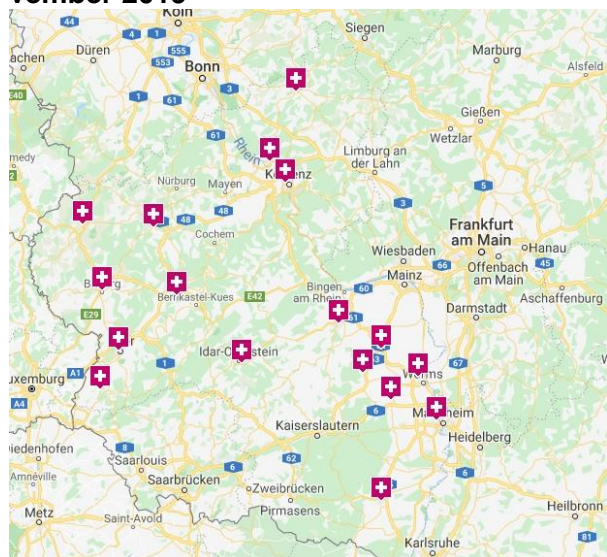
³⁶⁷ vgl. KV RLP 2019a

³⁶⁸ vgl. KV RLP 2019a

³⁶⁹ vgl. KV RLP 2019a

decken, die dem Weiterbildenden Hausarzt aus der Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin entstehen³⁷⁰.

Abb. 38 Weiterbildungsverbünde (WBV) der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) in Rheinland-Pfalz, Stand November 2019



Entwurf: KV RLP 2019a

Quelle: KV RLP 2019a

Abb. 39 Inserate von Gebietskörperschaften in Rheinland-Pfalz über das Vermittlungsportal „Ort sucht Arzt“, alle Facharztgruppen, Stand November 2019



Entwurf: KV RLP 2019c

Quelle: KV RLP 2019c

Die rheinland-pfälzische Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin (KoStA) wird in Kooperation mit der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V. und der LÄK RLP betrieben. Analog zur bayerischen KoStA ist es Ziel, Ärzte in Weiterbildung mit den weiterbildenden Praxen und Kliniken zusammen zu bringen, für einen reibungslosen und unterbrechungsfreien Weiterbildungsverlauf zu sorgen, bei Gründung, Auf- und Ausbau eines Weiterbildungsverbundes zur Seite zu stehen und bei der Beantragung von Fördermitteln zu helfen. Letztlich soll so eine durchgehende unterbrechungsfreie Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin gewährleistet werden, bei der die Ärzte in Weiterbildung möglichst wenig Aufwand bei der Koordinierung der eigenen Facharztausbildung haben³⁷¹. In Rheinland-Pfalz bestehen aktuell (Stand November 2019) lediglich 17 Weiterbildungsverbünde (s. Abb. 38, gegenüber 84 WBV in Bayern, s. Kap. 3.5.6). Durch dieses sehr dichte Netz an Weiterbildungsverbänden partizipieren viele Regionen in Rheinland-Pfalz an diesem Konzept, was vor allem auch im Hinblick auf nur einen vollwertigen Ausbildungsstandort (Mainz) zur besseren regionalen Streuung an niederlassungswilligen Hausärzten auch geboten scheint. Mit den WBVs in Bitburg, Prüm und Daun sind gleich drei im Modellraum Eifel vertreten, allerdings keiner im Landkreis Cochem-Zell.

Im Januar 2018 hat die Universitätsmedizin Mainz in Kooperation mit der KV RLP, LÄK RLP und der Krankenhausgesellschaft RLP ein Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin eingerichtet³⁷². Es ist am Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie in der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Mainz angesiedelt und bietet angehenden Fachärz-

³⁷⁰ vgl. KV RLP 2019a

³⁷¹ vgl. KV RLP 2019a

³⁷² vgl. Universitätsmedizin Mainz 2019

ten regelmäßig stattfindende Begleitseminare an. Dort werden neben fachlicher Vertiefung und Stärkung der Sicherheit bei der Facharztprüfung auch wichtige Informationen und Best-Practice-Beispiele für angehende Hausärzte vermittelt, um diese für eine Niederlassung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zu gewinnen. Hinzu kommt noch ein eigenes Mentoring-Programm zur Begleitung der Ärzte in Weiterbildung auf dem Weg zum Hausarzt.

Beratung und Unterstützung

Die KV RLP bietet für niedergelassene und niederlassungswillige Fachärzte auch ein umfangreiches Beratungsangebot zu den Themen Abrechnung, Praxisführung, Wirtschaftlichkeit, kassenärztlicher Zulassung und Praxis-Kooperationsformen³⁷³. Die Beratung ist dabei kostenlos und zielt auf die Ermutigung junger Fachärzte zur Niederlassungsentscheidung durch konkrete Hilfestellung. Neben Ärzten adressiert die KV RLP ihr Beratungsangebot mit einer eigenen Beratungsstelle auch an Kommunen, um ihnen bei der Sicherstellung ambulanter medizinischer Versorgung vor Ort auch in Zukunft zu gewährleisten³⁷⁴. Im Vordergrund stehen dabei individuelle Lösungen und die Aufklärung über neue bzw. alternative Versorgungskonzepte, wie MVZ, Zweigpraxen, Medibus, Gemeindepraxen oder auch Delegation. Hinzu tritt noch eine Vermittlungsbörse, in der Kommunen in Rheinland-Pfalz unter dem Schlagwort „Ort sucht Arzt“ freie Arztsitze inserieren können. Im November 2019 waren dort 90 Gesuche gelistet, wobei die Allgemeinmedizin mit 60 Inseraten überrepräsentiert war³⁷⁵.

Zudem hat die KV RLP im April 2016 eine Niederlassungskampagne unter dem Werbespruch „arzt.nah.dran. – Willkommen in Rheinland-Pfalz!“ initiiert, mit der sie neue Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung gewinnen will. Die Kampagne ist als weitere Maßnahme gegen den drohenden Ärztemangel im Land konzipiert und informiert zu beruflichen Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung, zu Förderprogrammen, zum Niederlassungsprozess oder zur von der KV gestellten Unterstützung³⁷⁶.

Für gerade niedergelassene oder als Angestellte im ambulanten Bereich tätige Ärzte besteht vonseiten der KV RLP auch das Angebot eines Praxislotsen³⁷⁷, vergleichbar mit dem Patenprogramm der KVB in Bayern. Hier kümmern sich KV-Mitarbeiter zwei Jahre lang um alle Fragen zur neuen Praxis(-tätigkeit) und besucht auch die Ärzte in ihren Praxen, um von eventuellen Problemen oder Wünschen im direkten Austausch zu erfahren. So bleibt die KV auch insgesamt gut über die Belange der ambulant tätigen Ärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich informiert.

Auch die LÄK RLP hat einige Maßnahmen vorgenommen, um die medizinische Versorgung auf dem Land zu stabilisieren. Dazu zählen Möglichkeiten des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin aus einer anderen Facharztgruppe heraus und eine fachärztliche Weiterbildung in Teilzeit sowie eine Änderung der Weiterbildungsordnung zugunsten geriatrischer Krankheitsbilder (als Anpassung an den zunehmenden Anteil älterer Patienten)³⁷⁸.

Regionale Förderung

³⁷³ vgl. KV RLP 2019a

³⁷⁴ vgl. KV RLP 2019b, S. 4

³⁷⁵ vgl. KV RLP 2019c

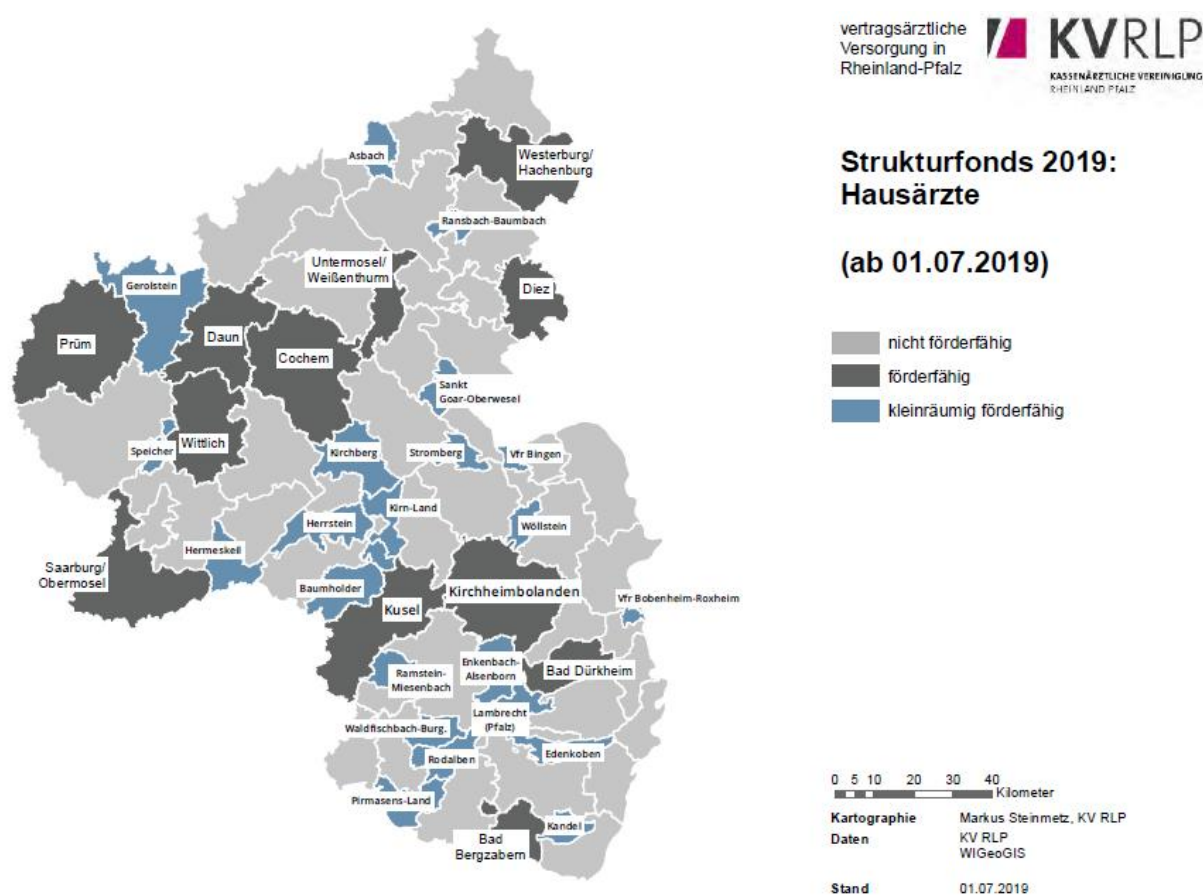
³⁷⁶ vgl. KV RLP 2019a

³⁷⁷ vgl. KV RLP 2019b, S. 3

³⁷⁸ vgl. Hessenauer 2015, S. 81

Auch in Rheinland-Pfalz gibt es wie in Bayern das Anreizinstrument des Strukturfonds, wobei dieser direkt von der KV RLP gemeinsam mit den Krankenkassen initiiert ist und die Niederlassung von Hausärzten mit bis zu 60.000 Euro bei Praxisgründung bzw. -übernahme, mit 20.000 Euro bei Zweigpraxisgründung und mit 1.000 Euro pro Monat für eine Hausarztanstellung (längstens für 60 Monate) fördert³⁷⁹. Die Förderung geschieht auf der gesetzlichen Grundlage § 105 Abs. 1a SGB V, auf deren Basis von der KV RLP 0,1% der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (mGV) ausgeschüttet werden, die andere Hälfte tragen die Krankenkassen³⁸⁰. Die Förderhöhe einer Praxis ist dabei vom Versorgungsindex eines Planungsbereichs abhängig (s. Abb. 40), womit der Strukturfonds gezielt der flächenhaften Versorgungssicherung dient. Diese Förderung betrifft auch große Teile des Modellraums Eifel (Planungsbereiche Prüm, Gerolstein (teilweise), Daun und Cochem).

Abb. 40 Förderfähige Planungsbereiche des Strukturfonds in der hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz, Stand Juli 2019



Entwurf: KV RLP 2019a

Quelle: KV RLP 2019a

Der Versorgungsindex wiederum ist eine Methode der KV RLP zur Beurteilung der Versorgungssituation in ihrem Zuständigkeitsbereich, bei dem anhand von 13 Parametern (z.B. Nachbesetzungsbedarf, Altersstruktur, Entfernungen) drohende Versorgungslücken identifiziert werden³⁸¹. 2019 wurde die maximale Fördersumme aus dem Strukturfonds jedoch aufgrund finan-

³⁷⁹ vgl. KV RLP 2019b, S. 5

³⁸⁰ vgl. KV RLP 2018, S. 34

³⁸¹ vgl. KV RLP 2018, S. 34

zieller Belastungen aus dem Terminservicegesetz (TSVG) vonseiten der KV auf 39.000 Euro gesenkt³⁸².

Für alle nicht am Strukturfonds RLP partizipierenden ländlichen Gemeinden wurde vom Land Rheinland-Pfalz das Förderprogramm „Hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten“ aufgelegt. Für den Modellraum Eifel betrifft dies nur die Verbandsgemeinde Bitburger Land in der südlichen Hälfte des Landkreises Bitburg-Prüm. Das Förderprogramm selbst geht auf eine gemeinsame Initiative von KV RLP, LÄK RLP, Hausärzterverband (HÄV) RLP und der Universitätsmedizin aus dem Jahr 2007 zurück. Dazu werden vom rheinland-pfälzischen Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung bis zu 20.000 Euro pro Niederlassung, auch die Schaffung von Zweigpraxen wird mit diesem Förderprogramm finanziell belohnt³⁸³.

Kleinräumige Ansätze

Ebenso wie in Bayern bestehen auch in Rheinland-Pfalz viele Initiativen auf kleinräumiger Ebene, die häufig konkreten Arztmangel geschuldet und bei entsprechender Lösung kurzzeitig angelegt sind und deren komplette Auflistung im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist. Ein dauerhaft angelegtes Programm ist bspw. die Kreisgesundheitskonferenz des Rhein-Lahn-Kreises, das im Juli 2018 gestartet wurde und mit Vertretern der Kliniken, der Ärzteschaft, der Krankenkassen, der KV RLP, der Sozialverbände, der Gesundheitsbehörden, des zuständigen Ministeriums und des Apothekerverbands besetzt ist. Die Ziele sind dabei ein Monitoring der Gesundheitsversorgung im Landkreis, die Vernetzung der Akteure, Kooperationsaufbau und die Initiierung von konkreten Projekten³⁸⁴. Mithilfe des dazu gestarteten Ärztenachwuchsprogramms des Rhein-Lahn-Kreises soll der regionale allgemeinmedizinische Weiterbildungsverbund gestärkt werden, um bei den Ärzten Sicherheit im Hinblick auf die private Planung durch bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie mithilfe einer durchgängigen Weiterbildung keine sonst erforderlichen Wohnortwechsel zu schaffen. Dazu sollen auch erfahrene Ärzte als Mentoren für den fachlichen Austausch zur Verfügung stehen. Zudem gibt es Serviceangebote für junge Ärztinnen und Ärzte zur Unterstützung bei der Wohnungssuche, der Arbeitsplatzsuche für den Ehepartner, der Suche nach einem Kita-Platz sowie Sport-, Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten³⁸⁵. Zudem wurde ein Stipendienprogramm aufgelegt, um 5 Medizinstudierende ab dem klinischen Studienabschnitt mit 500 Euro monatlich für 54 Monate zu fördern, wenn sie sich verpflichten, ihre Facharztausbildung in Allgemeinmedizin im Rhein-Lahn-Kreis zu absolvieren und danach dort mindestens 5 Jahre als Hausärzte tätig sind³⁸⁶.

Auf noch kleinräumiger Ebene hat bspw. die Verbandsgemeinde Asbach im Landkreis Neuwied auf Eigeninitiative eine „Ärztepaket“ zur Stärkung der ärztlichen Versorgung ein Startkapital von 100.000 Euro für niederlassungswillige Ärzte ausgelobt und ein Stipendium aufgelegt, das Medizinstudenten gegen eine zehnjährige Verpflichtung zur hausärztlichen Tätigkeit in der Verbandsgemeinde eine finanzielle Förderung gewährt. Für diese Maßnahme sind 130.000 Euro vorgesehen. Zudem ist eine viermonatige Bezuschussung über 1.000 Euro monatlich für Studierende im PJ-Abschnitt möglich, um so eventuell Fahrtkosten aufzufangen und Standortnachteile gegenüber Ballungsräumen auszugleichen³⁸⁷.

³⁸² vgl. Thomas 2019

³⁸³ vgl. MSAGD RLP 2019a

³⁸⁴ vgl. Landkreistag RLP 2018, S. 1

³⁸⁵ vgl. Landkreistag RLP 2018, S. 2

³⁸⁶ vgl. Landkreistag RLP 2018, S. 2

³⁸⁷ vgl. Verbandsgemeinde Asbach 2018

Präventive Betreuung älterer Patienten

Mit dem 2015 gestarteten Modellprojekt Gemeindegeschwester plus möchte das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie RLP alte Menschen betreuen, die noch keine Pflege benötigen³⁸⁸. Dadurch soll die Gesundheit dieser Personengruppe möglichst lange erhalten werden und neben den positiven individuellen Effekten auch die hausärztliche Versorgung gerade in ländlichen Räumen (wo Hausbesuche aufgrund der Vielzahl älterer Menschen und weiter Anfahrtswege besonders zeitintensiv sind) entlasten. Dazu besucht die Gemeindegeschwester die betreffenden Menschen nach deren Zustimmung und berät zur sozialen Situation, gesundheitlichen und hauswirtschaftlichen Versorgung, Wohnsituation, Mobilität oder Hobbys und Kontakte. Zudem vermittelt sie wohnortnahe und gut erreichbare Teilhabeangebote wie beispielsweise Seniorentreffen oder Bewegungsangebote. Solche Angebote sollen auch gerade in kleinen ländlichen Orten angeregt werden, wo es oft an diesen mangelt. In der Modellphase bis 2018 konnten insgesamt 19 Gemeindegeschwester angestellt werden. In einer Evaluation konnte festgestellt werden, dass sie besuchte Menschen mit dem Angebot sicherer, informierter und wertgeschätzt fühlen³⁸⁹. Der weitere Fortlauf des Projekts ist zunächst über eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Ministerium und den Landesvertretungen der gesetzlichen Krankenkassen bis 2020 gesichert.

3.5.8. Bewertung und kritische Reflexion

Hinsichtlich neuer Angebotsstrukturen in der hausärztlichen Versorgung weisen alle Modelle gewisse Schwächen auf. Besonders der Medibus bedeutet eine sehr eingeschränkte zeitliche Erreichbarkeit von Hausärzten. Vor allem das „Fünf-Märkte-Konzept“ mit integrierten Gesundheitszentren ist sehr stark auf die Belange der dort tätigen Ärzte ausgerichtet und geht zu Kosten der Erreichbarkeit durch Auslagerung an die Ortsränder und kleinräumige Konzentration. Gerade für kleine Orte bleibt so nur noch nichtärztliches Personal vorhanden, ähnlich dem großstädtischen Prinzip des Gesundheitskiosks. Die Gemeindepraxis wäre hier die Kompromisslösung, da sie den Interessen einer Anstellung von Ärzten nachkommt, jedoch zumindest nicht an allen bisherigen Standorten zur kleinräumigen Konzentration geführt hat.

Die Reform der Medizinstudiengänge kann zwar keine kurzfristige Nachwuchssteigerung herbeiführen, dennoch entsprechen die (z.T. erst angedachten) Maßnahmen den Problemfeldern, indem mehr Ärzte, mehr Allgemeinmediziner und mehr Ärzte für den ländlichen Raum gewonnen werden sollen, angesichts des Problemumfangs in der hausärztlichen Versorgung scheinen die Maßnahmen jedoch zu klein dimensioniert.

Die finanziellen Anreize und Werbekampagnen von Bundes- und Landesstellen im medizinischen Versorgungssystem sind auch sehr problemorientiert verfasst, allerdings verstärken sie gezwungenermaßen auch das Image des ländlichen Raums als Arbeits- und Lebensort zweiter Klasse. Nicht zuletzt wird von vielen Experten auch die räumliche Steuerungswirkung von Werbe- und Finanzinstrumenten von interviewten Experten in Zweifel gezogen.

Auch das Konzept der Gesundheitsregionen zur Effizienzsteigerung des ambulanten medizinischen Versorgungssystems funktioniert nur bedingt arbeitsentlastend über vor allem im präventiven Bereich erfolgreiche Maßnahmen. Das Konzept ist jedoch wenig bekannt und verbreitet und zudem durch Themen des Gesundheitstourismus aufgeweicht.

³⁸⁸ vgl. MSAGD 2019c

³⁸⁹ vgl. MSAGD 2019c

Als wichtige Initiative der (nicht mehr ganz so) jüngeren Vergangenheit lässt sich darüber hinaus auch die Novelle in der Bedarfsplanung verstehen, die insbesondere für Hausärzte mit dem kleinräumigeren Zuschnitt der Planungsbezirke auf Ebene der Mittelbereiche (s. Kap. 3.2.2) eine wichtige Neuerung brachte. Damit lassen sich nun vor allem Ungleichverteilungen von Hausärzten besser nachvollziehen und damit letztlich auch räumlich zielgerichteter beheben. Zudem geht von dieser Reform eine Steuerungswirkung durch kleinteiligere Sperrung überversorgter Zulassungsbezirke aus, die allerdings durch den Trend des Jobsharing (s. Kap. 3.3.5) konterkariert wird, indem ein Vertragsarztsitz immer häufiger von zwei (zumeist angestellten) Hausärzten gerade in urbanen überversorgten Gebieten aufgeteilt wird. Dadurch bleibt effektiv die gleiche Versorgungsqualität vor Ort bestehen, für die allerdings zwei Studienplätze anstelle von einem nötig waren.

Insgesamt unterscheiden sich die Strategien zur Gewinnung von Hausärzten für die ambulante Versorgung im ländlichen zwischen Bayern und Rheinland-Pfalz darin, dass in Bayern stärker auf finanzielle Anreize während des Studiums, der Weiterbildung und bei der Niederlassung vertraut wird, wohingegen in Rheinland-Pfalz nicht so viele Finanzinstrumente zum Einsatz kommen. In Rheinland-Pfalz sind die Maßnahmen auch stärker unter dem Dach der KV RLP zusammengefasst, in Bayern hingegen sind neben der KVB auch einige Ministerien und Landesbehörden mit eigenen Ansätzen involviert. Ansonsten bestehen auch viele Gemeinsamkeiten. Beide Bundesländer nutzen die durch § 75a und § 105 Absatz 1a SGB V möglichen Fördermaßnahmen und haben im Rahmen einer Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin (KoStA) Weiterbildungsverbände (WBV) aufgebaut, von denen es in Rheinland-Pfalz jedoch, auch gemessen an der Einwohner- und Flächenzahl³⁹⁰, wesentlich mehr gibt. Dies ist auch dem Umstand geschuldet, dass Rheinland-Pfalz nur einen vollwertigen Ausbildungsstandort aufweist und folglich versuchen muss seine Ärzte in Weiterbildung stärker in die Regionen zu streuen, zumal in der räumlichen Umgebung von Mainz weitere urbane Zentren (Frankfurt, Wiesbaden, Darmstadt) liegen, die auch Anziehungskraft ausüben können. Klar ist durch das dicke Bündel an Förderungen, Maßnahmen, Informationen und Beratungsstellen, dass die KVen den drohenden Hausärztemangel gerade in ländlichen Räumen in aller Deutlichkeit erkannt haben und versuchen ihm mit finanziellen Anreizen und Beratungshinführung in die ländlichen Räume beizukommen. Für die von Hausärztemangel betroffenen Kommunen bestehen auch Beratungsangebote, wobei offen bleiben muss, was dort konkret als Maßnahmen empfohlen wird.

Insgesamt scheint jedoch gerade in Rheinland-Pfalz umfassender zu sein, was auch dem wesentlich weiter fortgeschrittenen Ärztemangel geschuldet ist, der sich hier in wesentlich unterversorgten Planungsregionen der Haus- und allgemeinen Fachärztlichen Versorgung zeigt, in Bayern ist momentan stattdessen (noch) die Überalterung die größte Sorge. Diese Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigt sich auch am Handlungsdruck der Kommunen auf die KVen, wie sich bei der Schließung einer großen Versorgerpraxis in der Verbandsgemeinde Nastätten im Taunus zeigte, wo aufgebrachte Gemeindemitglieder den KV-Vertreter auf einer Versammlung verbal heftig attackierten³⁹¹. Dadurch kommt auch beispielhaft die immense Bedeutung hausärztlicher Versorgung für die kommunale Entwicklung zum Ausdruck. Gleichzeitig gibt es hier auch für rheinland-pfälzische Kommunen gegenüber bayerischen die besondere Problemlage der hohen kommunalen Verschuldungssituation. So lag der kommunale Schuldenstand in Rheinland-Pfalz 2017 bei 3.467 Euro je Einwohner, in bayerischen Kommunen waren es im selben Jahr hingegen nur 924 Euro je Einwohner³⁹². Dies engt in Rheinland-Pfalz

³⁹⁰ Rheinland-Pfalz: 107.202 EW pro WBV & 523 qkm pro WBV / Bayern: 154.729 EW pro WBV & 840 qkm pro WBV (Datenquellen: KV RLP und KVB sowie Statistisches Bundesamt)

³⁹¹ vgl. Thomas 2019

³⁹² vgl. Bertelsmannstiftung 2019, S. 9

merklich die finanziellen Spielräume ein, um bspw. mit kommunalen Eigeneinrichtungen in Form von Gemeindepraxen Hausärzte beschäftigen zu können. Somit stehen in Rheinland-Pfalz weniger Handlungsoptionen im Umgang mit dem Hausärztemangel zur Verfügung.

Es gibt noch zahlreiche weitere Projekte, Kampagnen und Fördermöglichkeiten unterschiedlicher Akteure auf unterschiedlichen Ebenen und Varianten, deren vollständige Aufzählung hier nicht möglich ist. Dennoch wird anhand der vorgestellten Beispiele deutlich, dass bereits sehr viel geworben und informiert wird, um Ärzte und vor allem Hausärzte zur Niederlassung zu motivieren. Dabei gehen solche Maßnahmen zumeist davon aus, dass unattraktiver Arbeitsalltag und geänderte Arbeitspräferenzen Ärzte von der Niederlassung vor allem in ländlichen Räumen abhalten. Es gibt lediglich generalisierte Ansätze wie Betreuungsassistenten, wobei offen bleibt ob konkretere Maßnahmen aufgrund des breiten Anforderungsspektrums von Hausärzten oder aufgrund der Unkenntnis dieser nicht angeboten werden (können). Es wird allerdings wenig bis gar nicht versucht, Strukturmerkmale ländlicher Räume als begehrtes Arbeitsumfeld zu platzieren, was sicherlich auch einer Unkenntnis um solche Pull-Faktoren geschuldet ist. Genau solche Faktoren sollen im Rahmen dieser Arbeit in Kap. 4 aus einer Hausärztebefragung heraus ermittelt, analysiert und diskutiert werden.

3.6. Fazit

Die Bewertung hausärztlicher Versorgung ist zunächst eine Frage des Ansatzes. So ist mit einem bloßen Verhältnis von Hausarztstühlen zu Einwohnern nicht automatisch die Versorgungsqualität abgebildet, da das individuelle Leistungs- und Einfühlungsvermögen sowie natürlich die medizinische Fertigkeit nicht beachtet werden. Allerdings löst sich dieses individuelle durchaus vorhandene Leistungsgefälle unter den Hausärzten mit zunehmender Zahl auf, sodass mit zunehmender Gebietsgröße die Hausarzttdichte als die alleinige Maßzahl zur hausärztlichen Versorgungsqualität legitim ist. Ähnliches gilt auch für den hausärztlichen Versorgungsbedarf, auch wenn dieser Begriff aus der Bedarfsplanung konkret definiert ist und mit medizinischem und technischem Fortschritt, aber auch mit der Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung langjährigen Schwankungen unterworfen ist.

Dennoch ist nach aktuellem Stand der Hausarztmangel an sich und vor allem im ländlichen Raum unbestreitbar, er trägt aber regional unterschiedliche Züge in Form von bereits bestehender Unterversorgung, Überalterung der Ärzteschaft und/ oder versorgungsgefährdender Überalterung der Bevölkerung. Auch die jüngste Novelle der Bedarfsplanung kann der Unterversorgung nicht Einhalt gebieten, was trotz des kleinräumigeren Zuschnitts von hausärztlichen Planungsbereichen unter anderem an den vielen Schlupflöchern (z.B. Sonderbedarfe oder Jobsharing) aber natürlich auch an der gemessen an den freiwerdenden Arztsitzen viel zu geringen Zahl an Nachwuchsmedizinern liegt.

Die Gefährdung der ambulanten hausärztlichen Versorgung geht dabei von mehreren Trends durch die medizinische Ausbildung (Überalterung aufgrund weniger Nachrückern und Feminisierung) und den Präferenzen junger Nachwuchsmediziner (flexible Arbeitszeiten und Beschäftigungsverhältnisse, Spezialisierung, Teambildung und Stationstätigkeit) aus. Diese haben insgesamt den Effekt einer Verknappung hausärztlichen Personals in klassischen Einzelpraxen des ländlichen Raums. Aus diesem Umstand haben sich bereits kompensatorische Strategien wie die Zentralisierung der Versorgung, der vermehrte Einsatz telemedizinischer Anwendungen und die Delegation hausärztlicher Leistungen entwickelt, die jedoch allesamt kein vollwertiger Ersatz des aktuell noch bestehenden Netzes an Hausarztpraxen in der Fläche darstellen.

Neue Angebotsstrukturen (z.B. Medibus, Gemeindepraxen, Fünf-Märkte-Konzept) in der hausärztlichen Versorgung beherbergen ebenso systemische Versorgungsschwächen bzw. erheblichen Umsetzungsaufwand, was auch ein Grund dafür ist, dass diese Konzepte sich (noch) nicht flächenhaft etablieren konnten. Die Maßnahmen aus dem Masterplan Medizinstudium sind gemessen an den Herausforderungen zwar zielgerichtet, jedoch zu klein dimensioniert und erst weit zeitverzögert wirksam. Auch wenn sich der Staat und die am Gesundheitssystem beteiligten Akteure Werbe- und Finanzmitteln um eine kurzfristige Nachsteuerung des Hausarztmangels bemühen, darf doch deren Wirksamkeit bezweifelt werden, da sie gezwungenermaßen ein abwertendes Bild von hausärztlicher Tätigkeit im ländlichen Raum mittransportieren. Schlussendlich gleicht jede Werbe- und Förderungsinitiative der Quadratur des Kreises, wenn gegen so wirkmächtige Trends angekämpft werden muss und die tatsächlichen Faktoren der Standortwahl von Hausärzten nicht klar gefasst sind und dadurch nicht wirkungsvoll vor Ort gelöst werden können.

Umso wichtiger ist es, die Faktoren zu ermitteln und zu messen, die Hausärzte zu einer Niederlassung im ländlichen Raum bewegen und inwiefern diese einem zeitlichen Wandel unterliegen. Dabei ist auch zu prüfen, inwiefern raumeigene Strukturmerkmale einer Region den Ausschlag geben können und damit auch ganz konkret vor Ort ausbesserbar sind. Dies wird im folgenden Kapitel anhand zweier Modellräume thematisiert und untersucht.

4. Analyse der Faktoren hausärztlicher Standortwahl in den Modellräumen

Im diesem Kapitel werden die Modellräume einer Strukturanalyse unterzogen, bei der untersucht werden soll, welche Unterschiede zwischen und innerhalb der beiden Modellräume bestehen hinsichtlich Siedlungs- und Infrastruktur, Demographische Struktur, Sozioökonomische Struktur und vor allem ambulanter hausärztlicher Versorgungsstruktur. Damit sollen in der danach ausgewerteten Befragung der Hausärzte mögliche Ausprägungen im Antwortverhalten gekoppelt werden, um dieses erklären und deuten zu können.

Anschließend erfolgt die Charakterisierung der befragten Hausärzte über statistische Werte zur eigenen Demographie & Familie, zum Werdegang und weiteren Eigenschaften. Damit soll grundsätzlich geprüft werden, inwiefern die Gruppe der befragten Hausärzte dem bundesdeutschen Durchschnitt entspricht und welche Merkmale der Hausärzte als Erklärung sich für deren Einschätzung zu den Standortfaktoren eignen.

Danach folgt eine statistische Analyse der Standortfaktoren hinsichtlich deren Bedeutung und deren Bewertung für die befragten Hausärzte. Somit lassen sich relevante von weniger relevanten Faktoren abgrenzen. In einem weiteren Schritt werden die Bedeutungen und Bewertungen der Standortfaktoren mit den Merkmalen wie dem Alter, familiären Hintergrund, Werdegang, usw. der befragten Hausärzte abgeglichen um zu erkennen, welche Hausarzt-Merkmale die Standortbedeutung und -bewertung beeinflussen.

Durch eine Informationsverdichtung, bei der ähnlich ausgeprägte Standortfaktoren zu Hauptkomponenten zusammengefasst werden, wird ein weiterer Schritt in Richtung einer Charakterisierung der befragten Hausärzte unternommen. Im nächsten Schritt werden mithilfe dieser Hauptkomponenten ähnlich antwortende Hausärzte zu statistischen Gruppen zusammengefasst, die letztlich die Charakterisierung der Hausärzte erlauben.

Im letzten Analyseschritt wird geprüft, inwiefern sich die Erkenntnisse aus den Modellräumen auf andere Räume mit ähnlicher Raumstruktur übertragen lassen.

4.1. Strukturanalyse und Bestandsaufnahme der ambulanten hausärztlichen Versorgung in den Modellräumen

Im Folgenden werden zwei Modellräume mit einer Strukturanalyse vorgestellt, die die gegenwärtige demographische und sozioökonomische sowie deren bisherige Entwicklung zum Gegenstand hat. Die Strukturanalyse erfolgt anhand spezifischer regionalstatistischer Daten auf Kreis- und Gemeindeebene, um auch innere Disparitäten der Modellräume sichtbar zu machen. Die Erkenntnisse dieser Strukturanalyse helfen wiederum später bei der Einordnung und Bewertung der erhobenen Daten aus den Hausarzt-Befragungen.

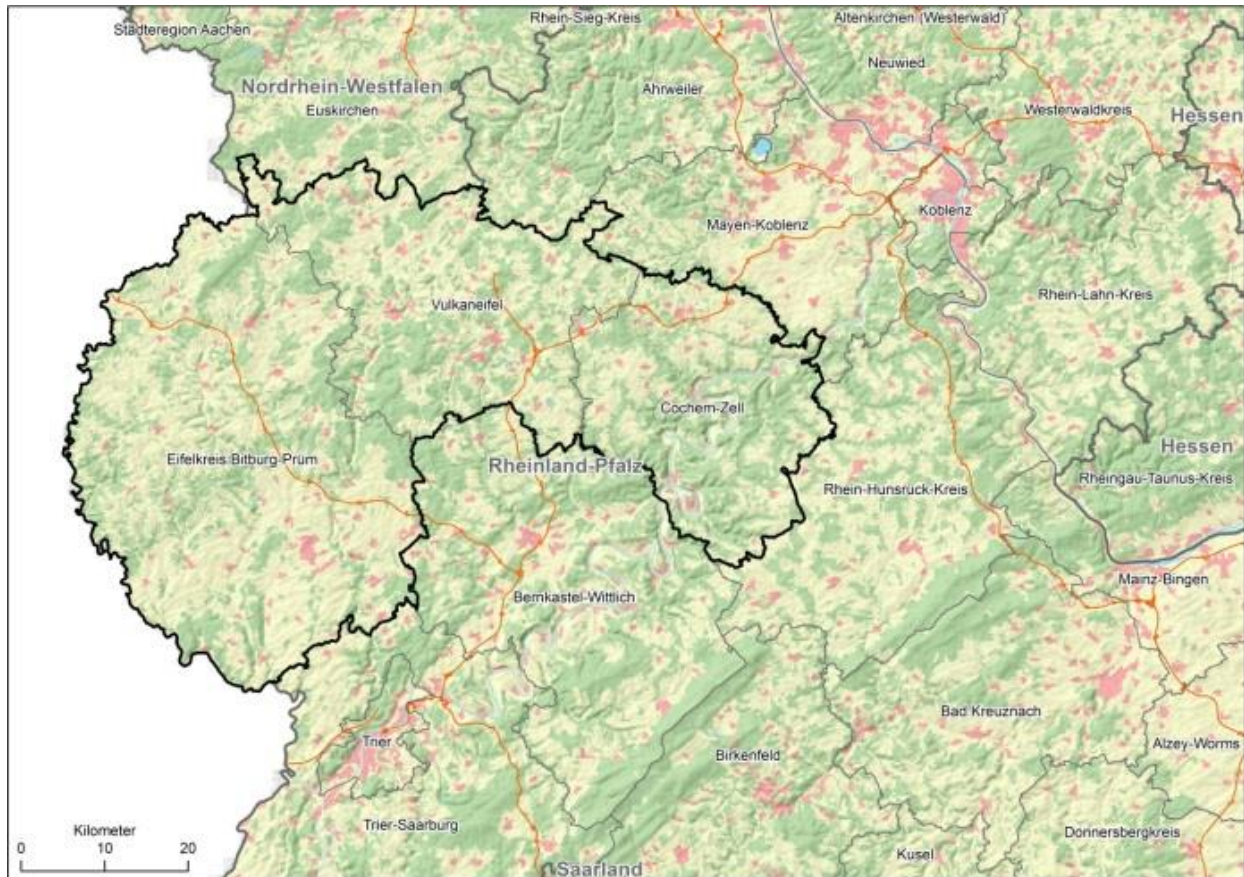
Anschließend werden die Modellräume jeweils hinsichtlich ihrer ambulanten hausärztlichen Versorgung näher untersucht. Dabei geht es insbesondere um die räumliche Verteilung und Erreichbarkeit hausärztlicher Praxen sowie die Alters- und Praxisstrukturen der Hausärzte in den Modellräumen. Zudem fließen in diesem Abschnitt die Einschätzungen der im Rahmen dieser Dissertation befragten Experten mit ein.

4.1.1. Siedlungs- und Infrastruktur

Topographische Lage

Beide Modellräume sind in den Mittelgebirgen gelegen, wobei der Modellraum Eifel auch eine Staatsgrenze mit Belgien und Luxemburg aufweist.

Abb. 41 Topographische Lage des Modellraums Eifel



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

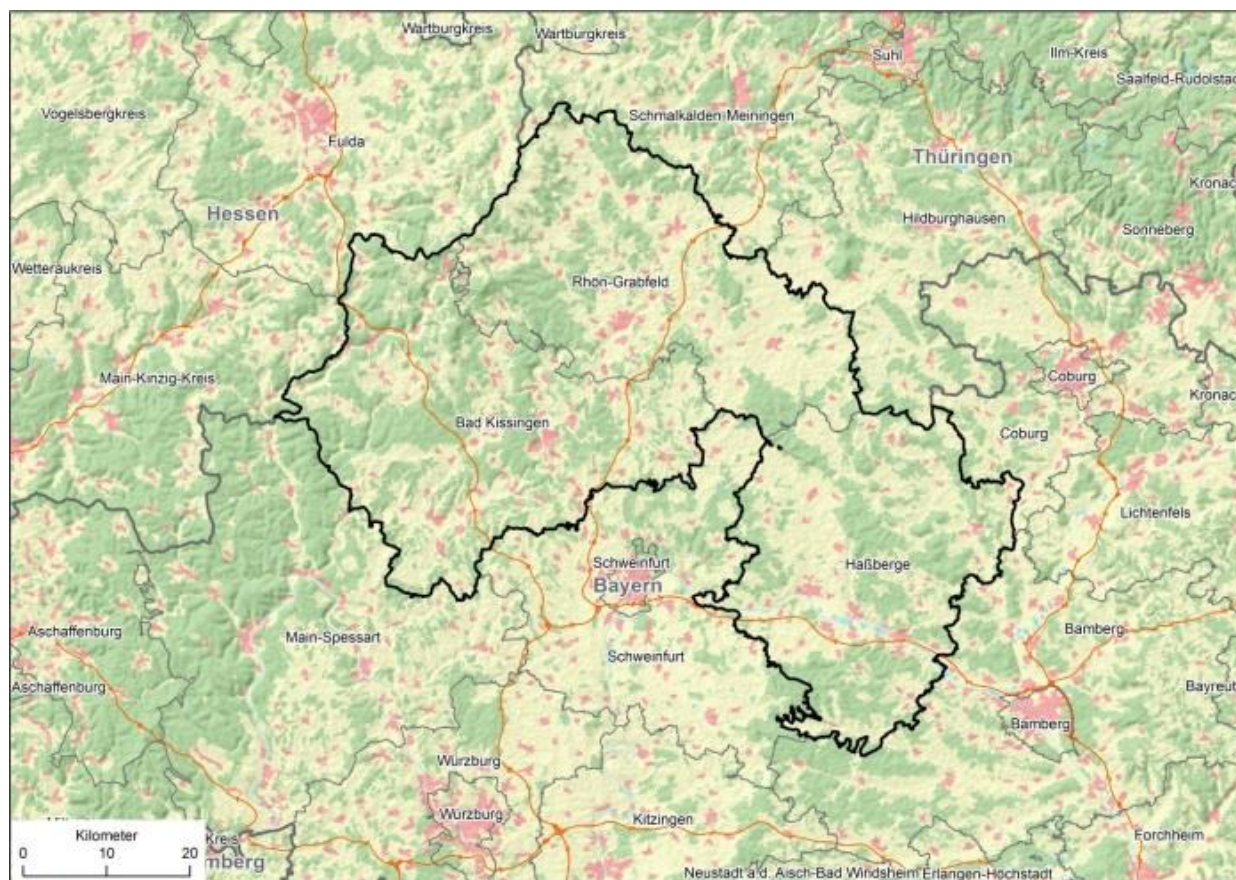
Quelle: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie
http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2016

Der Modellraum Eifel (s. Abb. 41) setzt sich aus den drei Landkreisen Bitburg-Prüm (im Westen), Vulkaneifel (im Zentrum) und Cochem-Zell (im Osten) zusammen. Umgeben ist der Modellraum im Südwesten von Luxemburg, im Nordwesten von Belgien, im Norden vom Bundesland Rheinland-Pfalz, im Nordosten liegen die rheinland-pfälzischen Landkreise Ahrweiler und Mayen-Koblenz mit der kreisfreien Großstadt Koblenz (gut 114.000 Einwohner³⁹³), südöstlichen des Landkreises Cochem-Zell schließt sich der Rhein-Hunsrück-Kreis an. Südlich des Modellraums befindet sich der Landkreis Bernkastel-Wittlich sowie der Landkreis Trier-Saarburg, der zugleich auch die kreisfreie Großstadt Trier (gut 110.000 Einwohner³⁹⁴) umgibt. Insgesamt handelt es sich damit um eine von den beiden Zentren Trier und Koblenz abgesehen sehr ländliche umgebende Raumstruktur.

³⁹³ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

³⁹⁴ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Abb. 42 Topographische Lage des Modellraums Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2016

Quelle: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie
http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2016

Der Modellraum Unterfranken (s. Abb. 42) gliedert sich in die Landkreise Bad Kissingen (im Westen), Rhön-Grabfeld (im Norden) und Haßberge (im Südosten). Im Nordwesten grenzt das Bundesland Hessen mit der knapp 69.000 Einwohner zählenden Mittelstadt Fulda³⁹⁵ an den Modellraum. Im Nordosten liegt das Bundesland Thüringen, im Osten folgen die bayrisch-oberfränkischen Landkreise Coburg und Bamberg, die jeweils die gleichnamige kreisfreie Stadt umgeben. Dabei hat Coburg gut 41.000 und Bamberg knapp 78.000 Einwohner³⁹⁶. Der Modellraum gruppiert sich um den im Süden liegenden Landkreis Schweinfurt mit der kreisfreien Stadt Schweinfurt (gut 54.000 Einwohner³⁹⁷). Noch weiter südlich und nicht mehr an den Modellraum angrenzend liegt die kreisfreie Stadt Würzburg mit knapp 128.000 Einwohnern³⁹⁸. Im Südwesten liegt zudem der Landkreis Main-Spessart. Auch für den Modellraum Unterfranken gilt damit ähnlich wie dem Modellraum Eifel, dass von wenigen Ausnahmen (v.a. Bamberg und Schweinfurt) abgesehen ländliche Gebiete um den Modellraum liegen.

³⁹⁵ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

³⁹⁶ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

³⁹⁷ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

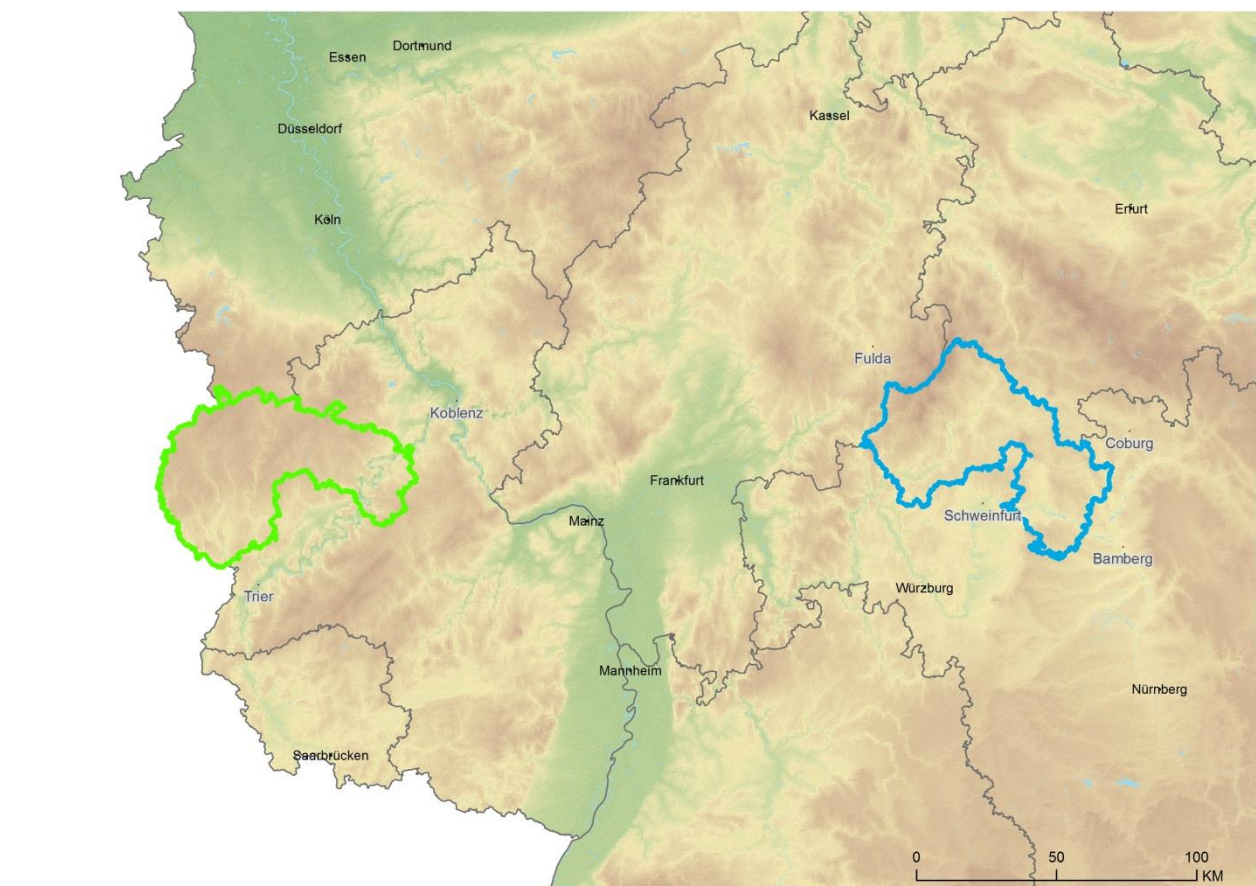
³⁹⁸ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Die überwiegend ländliche Umgebung ist ein wichtiger Fakt, da so möglichst wenig störende Raumstrukturen die Randgebiete Einfluss auf die Struktur der Modellräume nehmen. Gleichzeitig tragen sie zu einer größeren inneren Homogenität bei, sodass es weniger wichtig wird, wo genau die befragten Hausärzte innerhalb der Region ihren Sitz haben. Dies erhöht somit auch gleichzeitig die Aussagekraft der erhobenen Daten, da alle befragten Hausärzte von einer weitgehend ähnlichen Raumstruktur ausgehen, die sie zu bewerten haben.

Naturräumliche Gliederung

Die unabänderliche naturräumliche Struktur gibt vor, wie aufwendig die hausärztliche Versorgung wie auch die medizinische Versorgung insgesamt in diesem Raum zu organisieren ist. Bei durch das Relief bedingten meist nur kleinen Siedlungen mit weiten Fahrstrecken zwischen den einzelnen Orten, ist nicht in jedem Dorf eine eigene Praxis tragfähig. So entstehen weite Wege, die Patienten und Ärzte (v.a. bei Hausbesuchen) auf sich nehmen müssen. Die so aufzuwendenden Ressourcen erschweren eine adäquate medizinische Versorgung in der Fläche, und zwar unabhängig von der allein auf die Bevölkerung bezogenen Kennziffer der Ärztedichte.

Abb. 43 Naturräumliche Gliederung mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie
http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2016

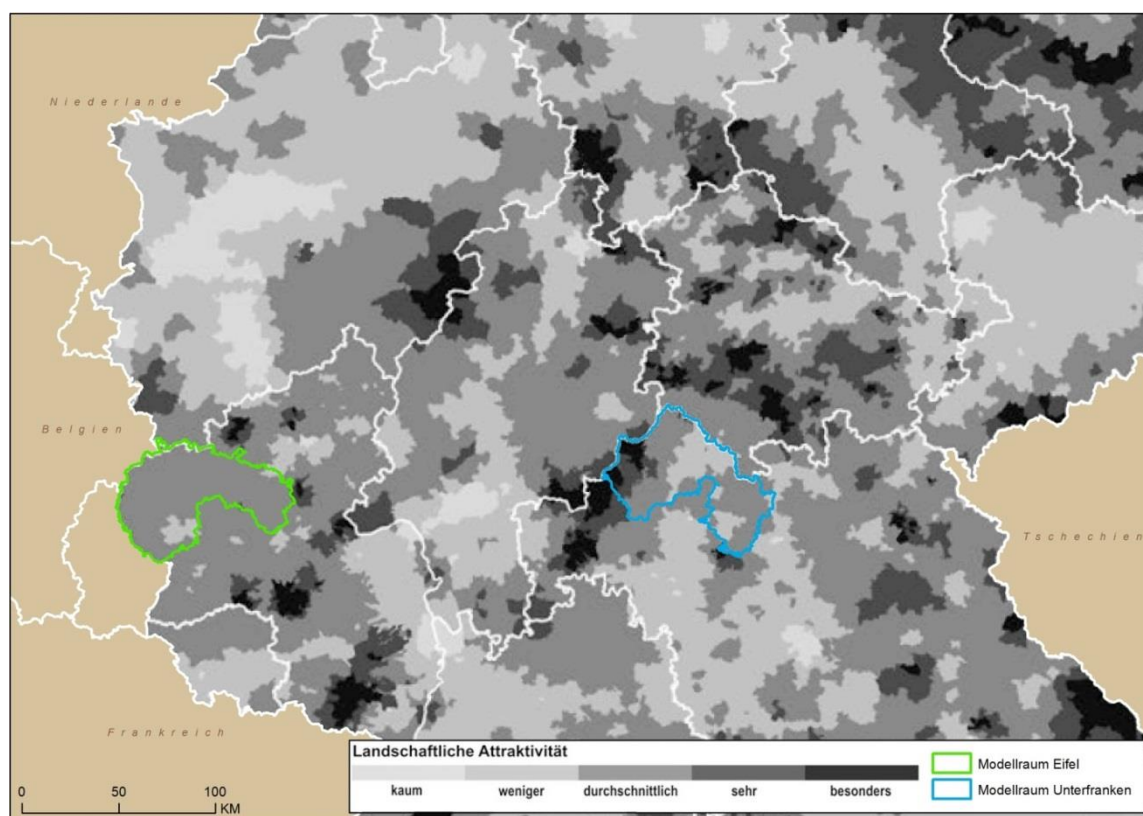
Der mithilfe von statistischen Kennziffern zur hausärztlichen Versorgung gebildete Modellraum Eifel (s. Abb. 43) umfasst weite Teile eben dieses Mittelgebirges, vor allem die Schnee-, West-,

Süd- und Vulkan- und Moseleifel. Der Landkreis Cochem-Zell erstreckt sich im Südosten zudem auf dem rechten Moselufer bis auf den Hunsrück und wird von der stark mäandrierenden Mosel in einem engen Tal durchflossen. Im Süden des Landkreises Bitburg-Prüm geht die Eifel zudem ins flachere Gutland über. Mit Ausnahme dieses Teilraums ist der Modellraum damit von Mittelgebirgslagen geprägt und enthält keine großflächigen Tallagen, die sich für größere Bevölkerungskonzentrationen oder gar Großstädte besonders eignen würden. Es handelt sich folglich um ländlichen Raum.

Der Modellraum Unterfranken hingegen ist im Norden und Nordwesten der beiden Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld geprägt von dem Mittelgebirge Rhön mit steilem Relief. Daneben gibt es mit den Haßbergen im Zentrum des gleichnamigen Landkreises und dem Steigerwald im Süden des Landkreises weitere Höhenzüge. Der restliche Raum ist geprägt von Mittelgebirgshügelland, das eine etwas höhere Siedlungsdichte gestattet und dem von Bamberg nach Schweinfurt durchfließenden Main. Die östliche Hälfte des Mains im Modellraum fließt durch ein Sohlental bis etwa zur Kreishauptstadt Haßfurt, danach verläuft der Main in einem Muldental.

Landschaftliche Attraktivität

Abb. 44 Landschaftliche Attraktivität auf Gemeindeebene mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Stein, C. & Walz, U. (2018): Indikator für ein Monitoring der landschaftlichen Attraktivität Deutschlands. In: Behnisch, M.; Kretschmer, O. & Meinel, G. (Hrsg.) (2018): Flächeninanspruchnahme in Deutschland. Auf dem Wege zu einem besseren Verständnis der Siedlungs- und Verkehrsflächenentwicklung. S. 164. Berlin.

Die landschaftliche Attraktivität ist ein potenziell wichtiger Faktor bei der Entscheidung für oder gegen einen Standort, auch bei Hausärzten. Eine vielfältige Landschaft bietet zahlreiche Betäti-

gungsmöglichkeiten, wie Sport (Jogging, Radtouren, Paragliding, usw.), Kinderfreizeit (Spielen, Entdecken), Raum für Haus- und Nutztiere (Hund, Pferd) und natürlich zur Naherholung (Wandern, Feiern, Hobbys (Jagen, Pilzsammeln, usw.)). Gleichzeitig lässt sich die landschaftliche Attraktivität kaum objektiv fassen. Einen Versuch dazu haben Stein & Walz 2018 für Deutschland auf Gemeindeebene unternommen, indem sie einen Indikator³⁹⁹ gebildet haben, zusammengesetzt aus statistischen Werten zu Küstenlinien, Reliefvielfalt, Freiraumanteil, Hemerobiindex, Binnengewässerranddichte, gehölzdominierte Ökotondichte und dem Anteil unzerschnittener Freiräume > 50km².

Dabei zeigt sich (s. Abb. 44), dass der Modellraum Eifel fast zur Gänze als eher „durchschnittlich“ hinsichtlich seiner landschaftlichen Attraktivität zu bewerten ist, der Südosten des Landkreises Bitburg-Prüm gar als „weniger“ attraktiv. Im Modellraum Unterfranken hingegen ergibt sich ein sehr heterogenes Bild, bei dem insbesondere die Rhön im Nordwesten des Modellraums „besonders“ bzw. „sehr“ attraktiv abschneidet. Größere Teile des Landkreises Rhön-Grabfeld und der südwestliche Teil des Landkreises Haßberge hingegen werden als „weniger“ attraktiv bewertet.

Grundsätzlich sind an dieser Bewertung jedoch Zweifel angebracht und werden vom Autor dieser Arbeit auch nicht geteilt. Insbesondere die Eifel bietet in den Landkreisen Bitburg-Prüm und Vulkaneifel bietet einige reizvolle Landschaften, genauso kann das Moseltal mit seinem Weinhängen und engen Talmäandern als attraktiv angesehen werden. Ähnliches gilt für den Modellraum Unterfranken, wo nicht allein die Rhön als landschaftlich attraktiver Raum wahrgenommen wird.

Darauf deuten auch die Daten zur Tourismusintensität (s. Abb. 45), denn diese lassen sich als Abstimmung „mit den Füßen“ zur Attraktivität von Regionen interpretieren. Dabei sind im Modellraum Eifel vor allem die Landkreise Vulkaneifel (24 Übernachtungen pro EW⁴⁰⁰) und Cochem-Zell (26 Übernachtungen pro EW⁴⁰¹) besonders frequentiert. Im Modellraum Unterfranken werden die Landkreise Bad Kissingen (21 Übernachtungen pro EW⁴⁰²) und Rhön-Grabfeld (10 Übernachtungen pro EW⁴⁰³) oft von Übernachtungsgästen besucht. Die Landkreise Bitburg-Prüm (5 Übernachtungen pro EW⁴⁰⁴) und Haßberge (3 Übernachtungen pro EW⁴⁰⁵) werden dagegen seltener besucht. Der Gesamtdurchschnitt für Deutschland lag 2017 bei 5,5 Übernachtungen pro Einwohner⁴⁰⁶.

Es ist darum auch in der Beurteilung der befragten Hausärzte zu erwarten, dass diese überwiegend die landschaftliche Attraktivität gut bewerten werden. Umso interessanter wird es zu sehen sein, wie bedeutend der landschaftliche Reiz auf die Hausärzte als Anzugsfaktor gewirkt hat.

³⁹⁹ vgl. Stein & Walz 2018, S. 157

⁴⁰⁰ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴⁰¹ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴⁰² vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

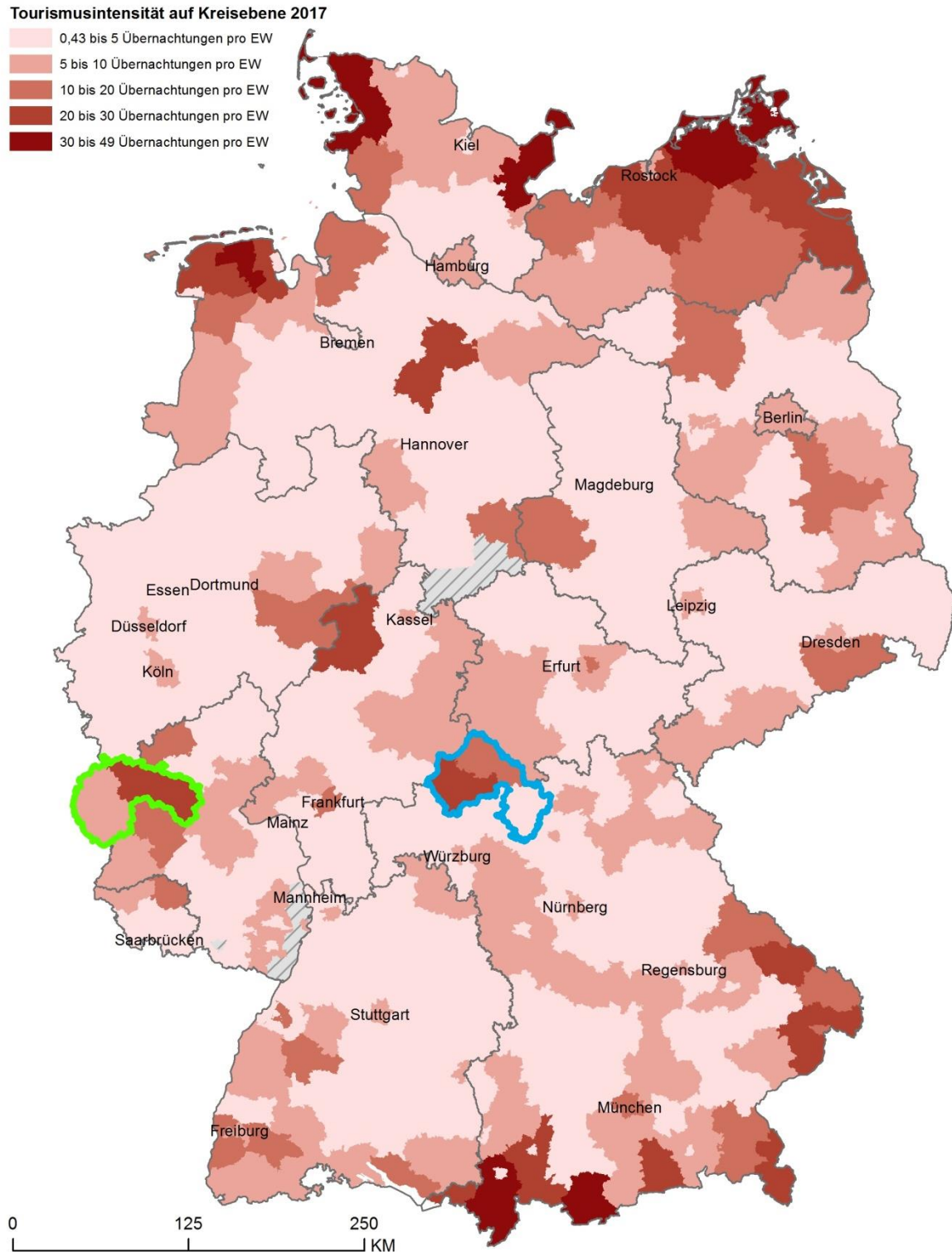
⁴⁰³ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴⁰⁴ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴⁰⁵ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴⁰⁶ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Abb. 45 Tourismusintensität auf Kreisebene mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



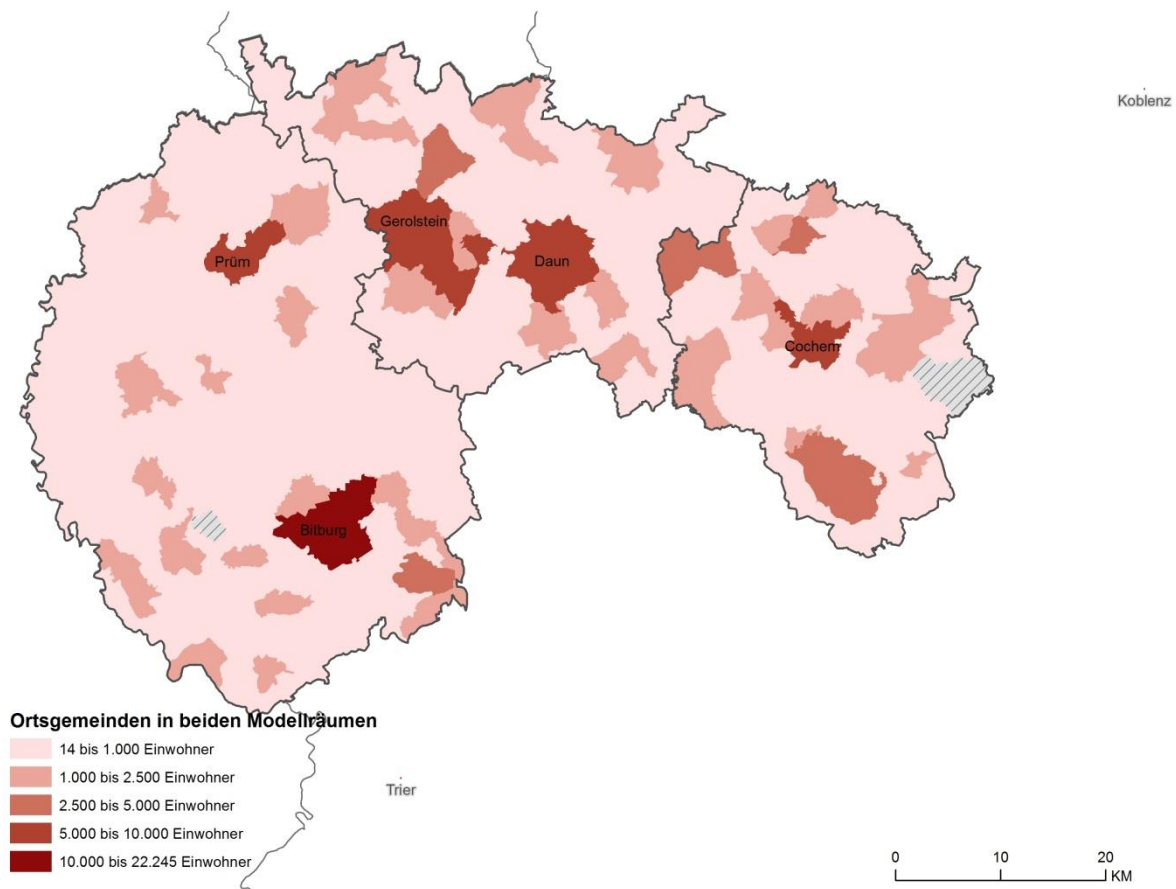
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Ortssystem

Der Modellraum Eifel (s. Abb. 46) ist geprägt von der administrativen Gliederung des Bundeslands Rheinland-Pfalz mit seiner sehr kleinteiligen Struktur der Ortsgemeinden. Nur wenige Gemeinden im Modellraum haben eine Größe von über 1.000 Einwohnern. Im Landkreis Bitburg-Prüm liegen die größeren Orte Bitburg im Süden mit 14.802 Einwohnern⁴⁰⁷ und Prüm im Norden mit 5.412 Einwohnern⁴⁰⁸. Im Landkreis Vulkaneifel sind beiden ungefähr gleichgroßen Orte Daun im Zentrum mit 7.991 Einwohnern⁴⁰⁹ und Gerolstein im Westen mit 7.616 Einwohnern⁴¹⁰ am größten. Im Landkreis Cochem-Zell ist Cochem im Zentrum mit 5.332 Einwohnern⁴¹¹ der größte Ort, gefolgt von Zell im Süden mit 4.056 Einwohnern⁴¹².

Abb. 46 Gemeinden nach Bevölkerungszahl im Modellraum Eifel 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴⁰⁷ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴⁰⁸ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

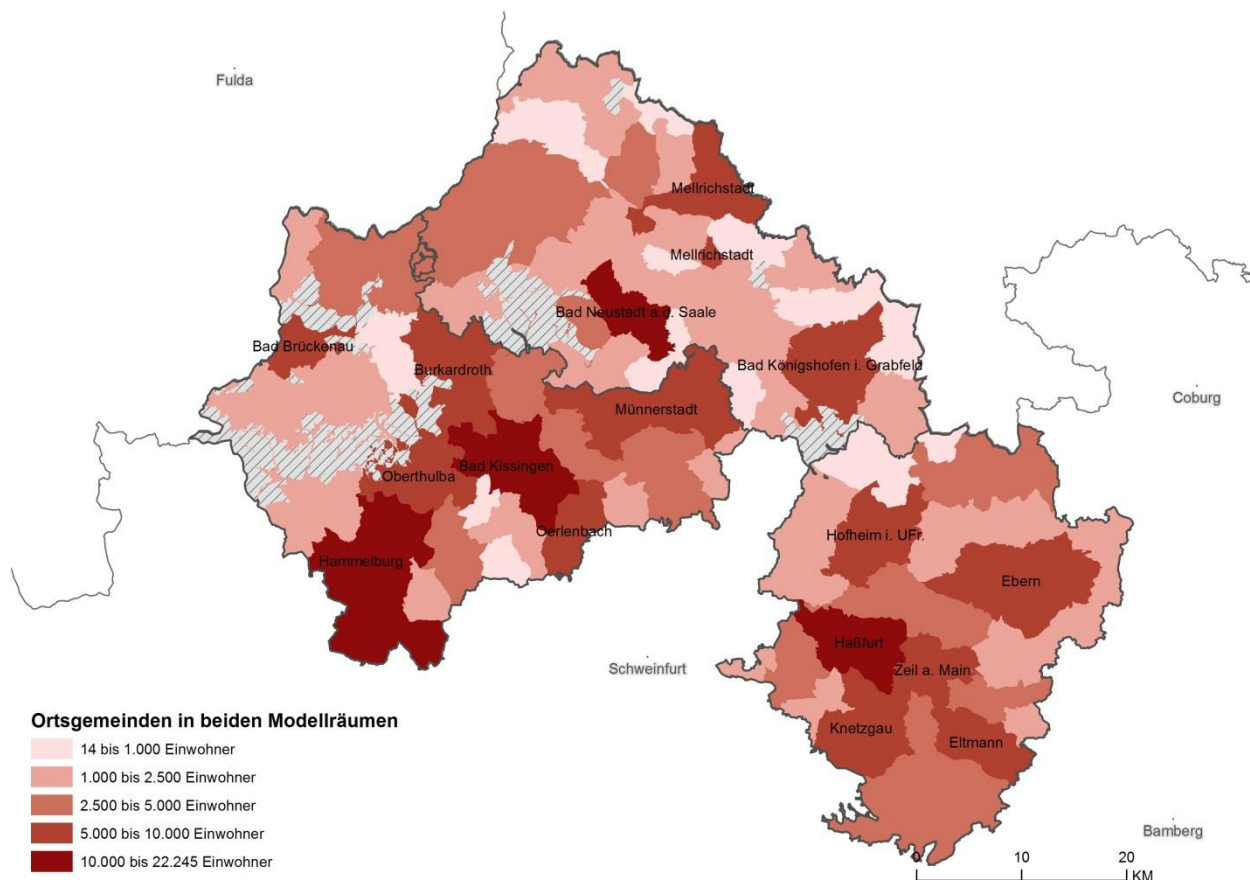
⁴⁰⁹ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴¹⁰ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴¹¹ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴¹² vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Abb. 47 Gemeinden nach Bevölkerungszahl im Modellraum Unterfranken 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Der Modellraum Unterfranken hat im Gegensatz zu seinem rheinland-pfälzischen Pendant eine großflächigere administrative Gliederung (s. Abb. 47), sodass es insgesamt weniger Gemeinden (89 im Modellraum Unterfranken zu 433 im Modellraum Eifel⁴¹³) gibt, die jedoch gleichzeitig wesentlich mehr Fläche und Dörfer auf sich vereinen. Hinzu treten noch insgesamt 23 gemeindefreie Gebiete, vornehmlich in der Rhön gelegen, die direkt der jeweiligen Kreisverwaltung unterstellt sind. Die unterfränkischen Gemeinden sind daher schon aufgrund ihrer Flächengröße auch von mehr Einwohnern bevölkert. Die größten Orte im Landkreis Bad Kissingen sind Bad Kissingen im Zentrum mit 22.245 Einwohnern⁴¹⁴ und Hammelburg im Süden mit 11.060 Einwohnern⁴¹⁵. Im Landkreis Rhön-Grabfeld ist Bad Neustadt an der Saale im Zentrum mit 15.367 Einwohnern⁴¹⁶ der größte Ort, gefolgt von Bad Königshofen im Grabfeld im Osten mit 5.995

⁴¹³ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴¹⁴ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴¹⁵ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

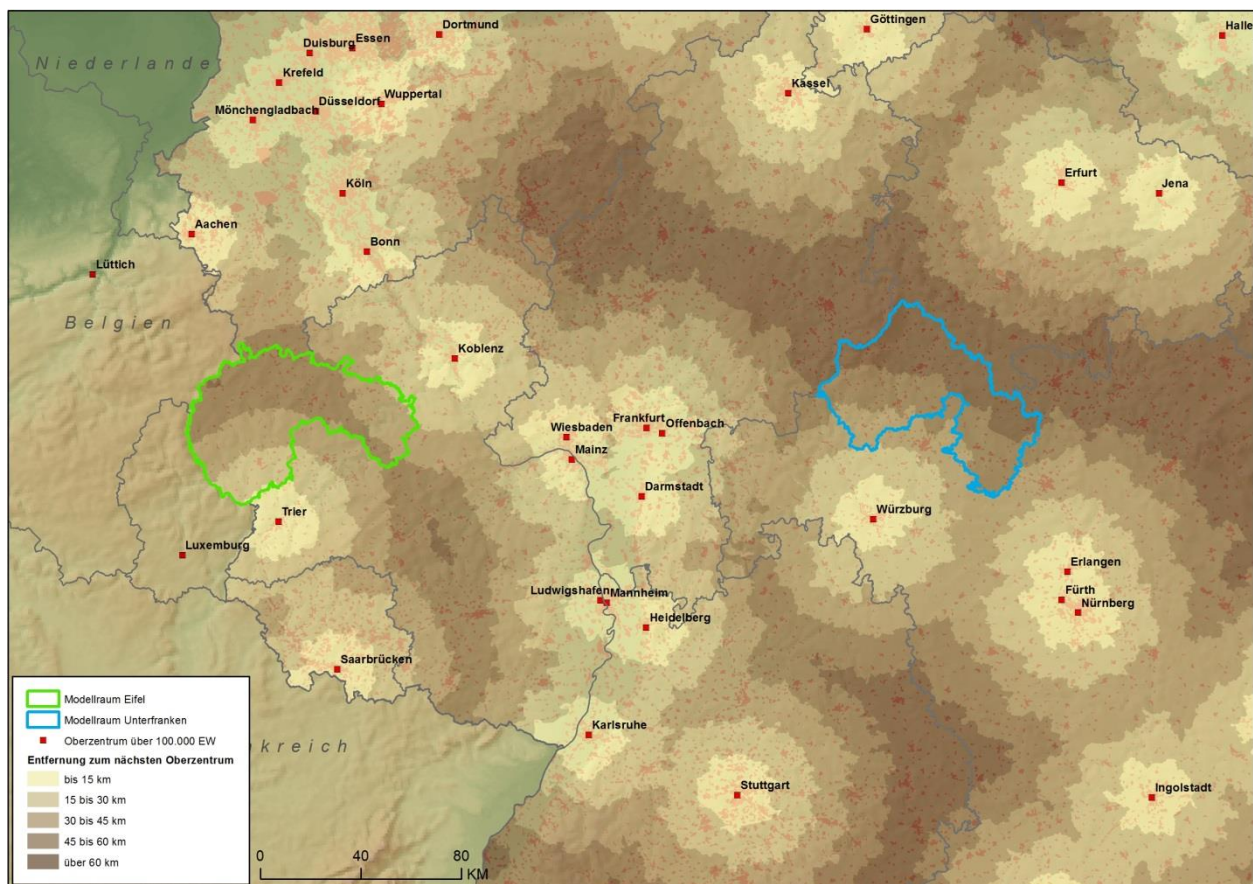
⁴¹⁶ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Einwohnern⁴¹⁷. Haßfurt im Westen ist mit 13.493 Einwohnern⁴¹⁸ die größte Stadt im Landkreis Haßberge, gefolgt von Ebern im Nordosten mit 7.299 Einwohnern⁴¹⁹.

Insgesamt handelt es sich somit bei allen Orten in den beiden Modellräumen maximal um Kleinstädte. Diese beherbergen für gewöhnlich vor allem grundzentrale Einrichtungen, z.B. zur Nahversorgung. Dieses Ortssystem bietet somit für Hausärzte auf Standortsuche nur wenige Zentren, die zudem im Vergleich zu städtischen Räumen qualitativ nicht so hochwertige Versorgungs- und Freizeitangebote aufweisen.

Entfernung zu großstädtischen Oberzentren

Abb. 48 Entfernung zum nächsten Oberzentrum über 100.000 Einwohner auf Gemeindeebene mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie
http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2018

Umso bedeutender im Standortwettbewerb, auch um Hausärzte, ist eine gute Erreichbarkeit der großstädtischen Oberzentren außerhalb der Modellräume. Für den Modellraum Eifel (s. Abb. 48) sind dies Koblenz und Trier. Dabei liegt insbesondere der Süden des Landkreises Bitburg-Prüm im Einzugsgebiet Triers. Zudem befindet sich auch noch der Nordosten des Landkreises

⁴¹⁷ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴¹⁸ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

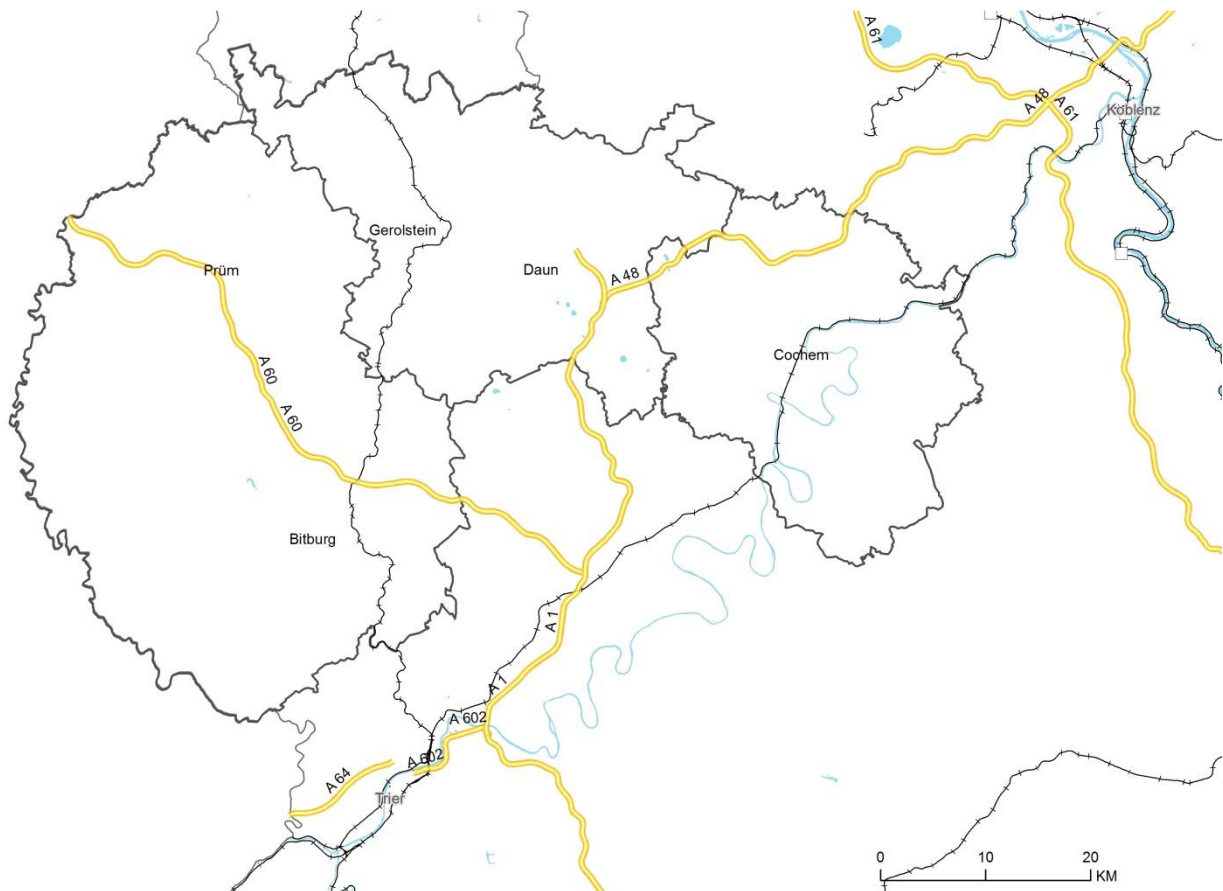
⁴¹⁹ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Cochem-Zell in Reichweite zu Koblenz. Für den Modellraum Unterfranken ist die nächste Großstadt Würzburg, die jedoch, abgesehen vom Süden des Landkreises Bad Kissingen, nicht sehr gut erreichbar ist. Allerdings befinden sich beim Modellraum Unterfranken wesentlich mehr Mittelstädte in räumlicher Umgebung, unter anderem Fulda in Hessen, Coburg sowie Bamberg und Schweinfurt. Vor allem die letzten beiden liegen sehr dicht am Modellraum. Dadurch lässt sich insgesamt festhalten, dass der Modellraum Unterfranken zwar von Großstädten weiter entfernt liegt, mit Schweinfurt und Bamberg jedoch zwei wichtige Versorgungszentren in direkter Umgebung hat, die in der bayrischen Landesplanung auch den Status eines Oberzentrums einnehmen. Lediglich der Norden und Nordosten des Modellraums liegt weiter entfernt von größeren Zentren.

Die somit zwischen und innerhalb der beiden Modellräume bestehenden Unterschiede in der Entfernung zu Zentren verschiedener Größenklassen könnte somit auch deren Bewertung der befragten Hausärzte beeinflussen.

Verkehrsanbindung

Abb. 49 Autobahnen und Bahnstrecken in und um den Modellraum Eifel (grün)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

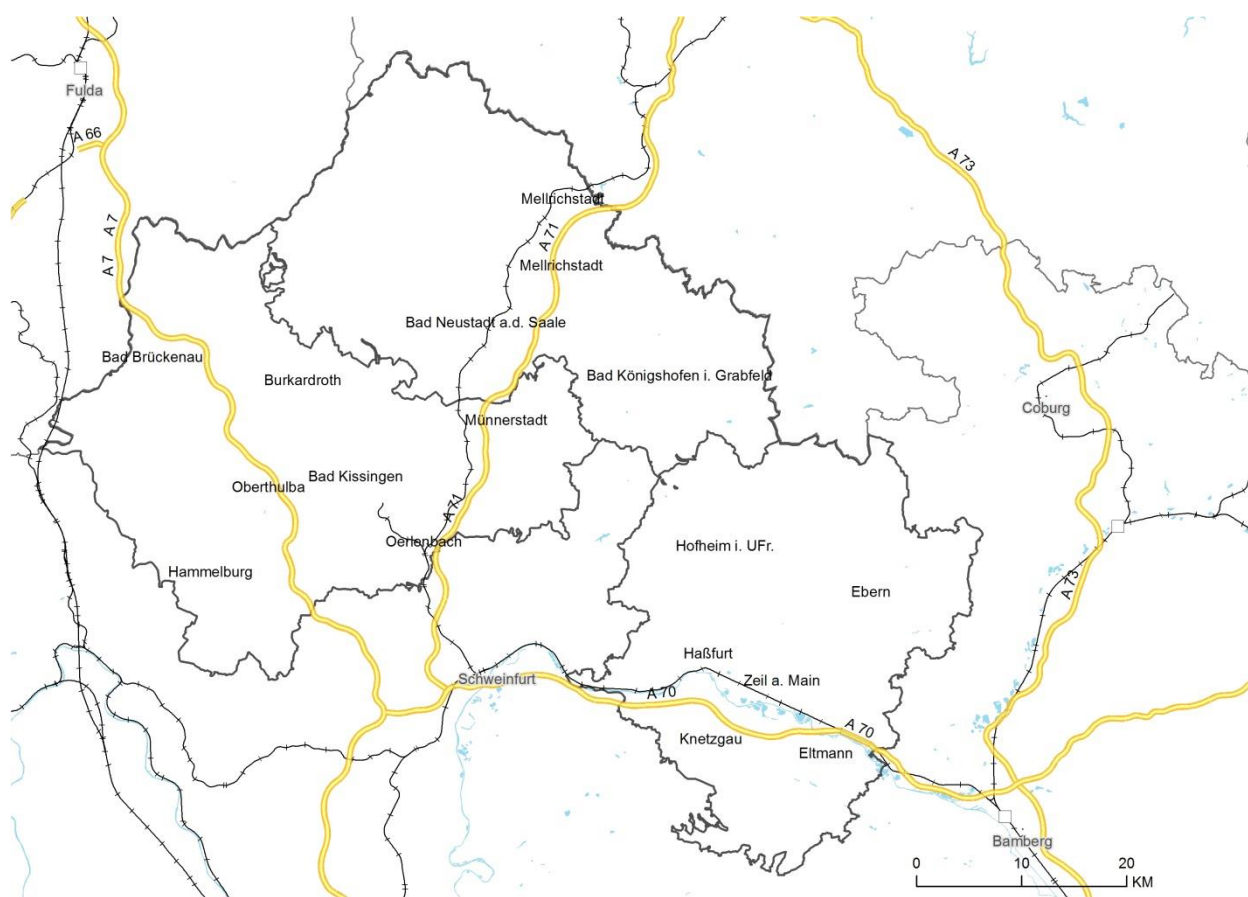
Quelle: DB Netze AG 2018 / Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2018

Eine gute Verkehrsanbindung verringert trotz der geographischen Distanz die Entfernung zu angeschlossenen Städten und Gebieten und ist darum gerade für ländliche Räume wichtig um der dortigen Wirtschaft und Bevölkerung Anschluss an größere Zentren zu bieten. Durch

dadurch leichter erreichbare und vielfältigere Angebote steigt die Wettbewerbsfähigkeit und Lebensqualität in der Region. Beidem kann als wichtige Erwartung von Hausärzten auf Standortsuche große Bedeutung zukommen.

Der Modellraum Eifel (s. Abb. 49) wird dabei von der A 60 durchquert, die den Moselraum mit Lüttich in Belgien verbindet und dabei den Landkreis Bitburg-Prüm in Nordwest-Südost-Richtung durchläuft. Sie passiert dabei die beiden größten Städte Bitburg und Prüm. Die A1 verläuft aus dem Moselraum um Trier kommend in nördliche Richtung in den Landkreis Vulkaneifel bis Daun. Ab dort besteht eine Lücke zum nördlich des Modellraums weiter verlaufenden Teil der A1. Von Daun aus ist die A48 stattdessen an die A8 in Richtung Koblenz angebunden. Dabei durchquert die A48 auch den nördlichen Teil des Landkreises Cochem-Zell. Im Schienenverkehr besteht eine Eisenbahnstrecke von Trier nach Köln, die die Landkreise Bitburg-Prüm mit der Stadt Bitburg und Vulkaneifel mit der Stadt Gerolstein durchquert. Außerdem verläuft die Bahnstrecke Trier-Koblenz entlang des Moseltals durch Cochem im Landkreis Cochem-Zell. Bei beiden Strecken handelt es sich jedoch ausschließlich um Regionalverkehr. Insgesamt sind damit vor allem der Westen des Landkreises Bitburg-Prüm und der Nordwesten des Landkreises Vulkaneifel nicht so gut per Bahn oder Auto angeschlossen.

Abb. 50 Autobahnen und Bahnstrecken in und um den Modellraum Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: DB Netze AG 2018 / Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2018

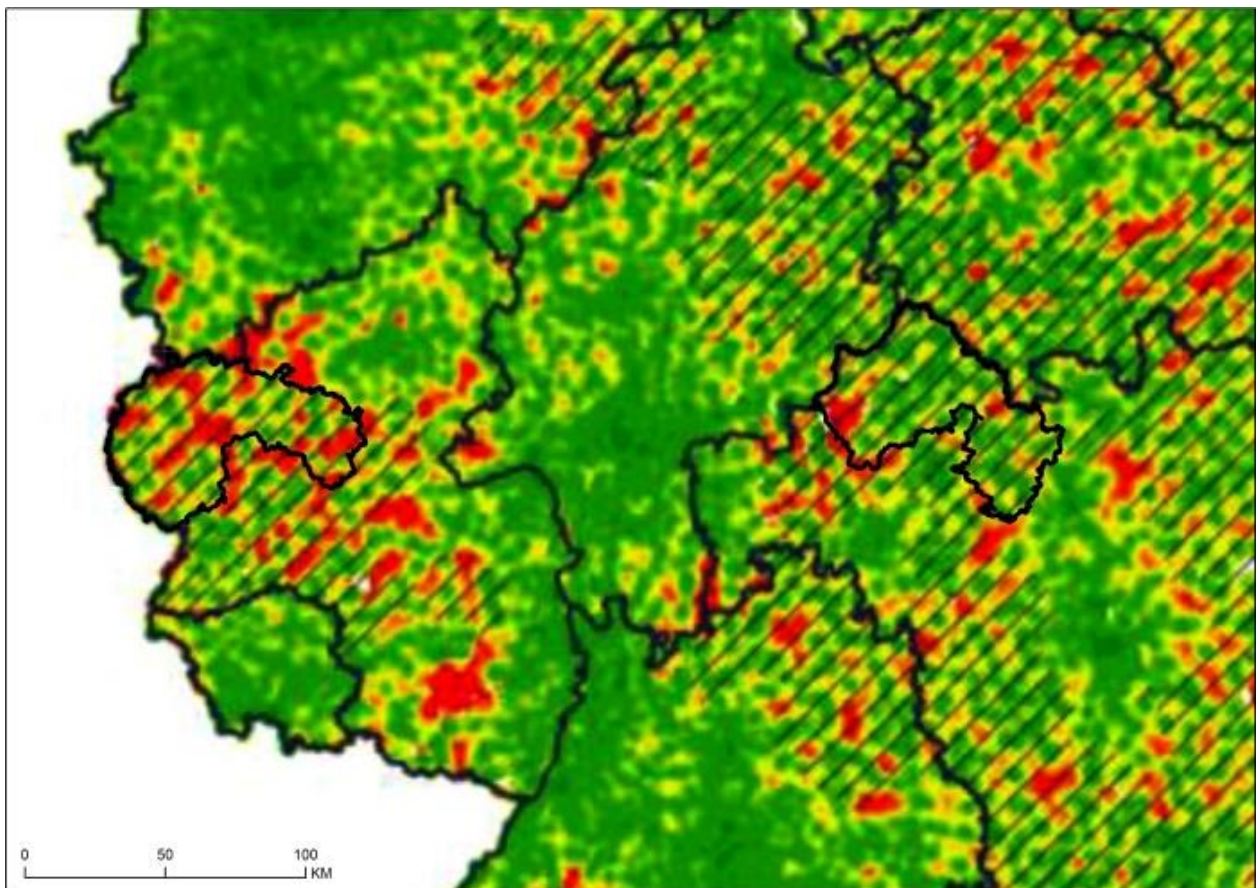
Die A7 verläuft zwischen Würzburg und Fulda im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 50) durch den Landkreis Bad Kissingen. Die A71 geht südlich des Modellraums von der A7 ab und durch-

läuft den Modellraum an Neustadt an der Saale vorbei in Richtung Meiningen und Erfurt in Thüringen. Die beiden Mittelstädte Schweinfurt und Bamberg wiederum werden von der A70 verbunden, die ebenfalls von der A7 abgeht und im Modellraum den Landkreis Haßberge in Ost-West-Richtung an Haßfurt vorbei durchquert. Parallel zur A70 verläuft auch die Bahnstrecke Bamberg-Schweinfurt, die auch durch Haßfurt zieht. Ansonsten besteht noch eine Bahnverbindung von Schweinfurt nach Meiningen in Thüringen durch Bad Neustadt an der Saale. Somit sind vor allem der Nordwesten des Landkreises Rhön-Grabfeld und der Norden des Landkreises Haßberge von außerhalb nicht so mit Bahn oder Auto zu erreichen.

Insgesamt besteht damit nur auf wenigen Achsen eine gute Erreichbarkeit geographisch weiter entfernter Zentren außerhalb der Modellräume. Im Modellraum Unterfranken wird dies durch die Nähe von Schweinfurt und Bamberg etwas weniger wichtig sein, im Modellraum Eifel hingegen gibt es vor allem im Nordwesten weite Strecke ins nächste Zentrum, die häufige Besuche sehr mühsam und wenig attraktiv macht. Daher werden diese Gebiete es sehr schwer haben, Hausärzte zur Niederlassung zu überzeugen, denen Zentren-Erreichbarkeit wichtiger ist.

Versorgungsmöglichkeiten

Abb. 51 Erreichbarkeit von Supermärkten und Discountern (grün = gut, rot = schlecht) mit Lage der beiden Modellräume Eifel und Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Neumeier 2014, S. 52

Je aufwendiger die Versorgung in einer Region fällt, desto unattraktiver wird diese für Zuzug, z.B. von Hausärzten auf Standortsuche. Aufwand entsteht dabei vor allem durch ein dünnes Netz und/ oder weiten Anfahrtswegen zu Versorgungseinrichtungen wie etwa Supermärkten.

Zur Grundversorgung zählt vor allem der Kauf und Konsum von Gütern des täglichen Bedarfs, die in Supermärkten und Discountern erworben werden können. Die Erreichbarkeit von Supermärkten und Discountern (s. Abb. 51) ist vor allem in vielen Gemeinden des Modellraums Eifel nicht sehr gut, z.B. in den Gemeinden an der Grenze der Landkreise Bitburg-Prüm und Vulkaneifel, außerdem auch noch im Osten des Landkreises Cochem-Zell. In Unterfranken bestehen vor allem im Westen des Landkreises Bad Kissingen Erreichbarkeitsprobleme.

Tab. 31 Mittel- (MZ) und Grundzentren (GZ) in den Landkreisen der beiden Modellräume

Raum	MZ	GZ	EW pro MZ	EW pro GZ & MZ
Cochem-Zell	2	6	30.831	7.708
Bitburg-Prüm	3	10	32.738	7.555
Vulkaneifel	2	5	30.353	8.672
MR Eifel	7	21	31.511	7.878
Bad Kissingen	3	10	34.422	7.943
Rhön-Grabfeld	3	6	26.599	8.866
Haßberge	2	8	42.232	8.446
MR Unterfranken	8	24	33.441	8.360

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Ministerium des Innern und für Sport • Oberste Landesplanungsbehörde: Landesentwicklungsprogramm IV 2008, BBSR 2014

Die weitere Versorgungsqualität in den Modellräumen lässt sich mithilfe der in der Landesplanung festgesetzten Zentrumsfunktion einzelner Orte erfassen. Zwar stellt diese zunächst nur die Soll-Situation dar, diese fußt jedoch auf umfangreichen Analysen zum Ist-Stand und stellt keine unrealistischen Annahmen dar. Die rheinland-pfälzische Landesplanung unterscheidet sich dabei von der bayrischen durch die zusätzliche Ausweisung von Grundzentren. Diese sollen vor allem in wesentlich dünner besiedelten Regionen (wie z.B. auch Teile des Modellraums Eifel) die Versorgung stützen. Im Modellraum Eifel (s. Tab. 31) gibt es insgesamt 7 Mittelzentren, wobei es sich dabei um die jeweils beiden größten Orte jedes Landkreises plus dem Ort Neuerburg im Westen des Landkreises Bitburg-Prüm handelt. Hinzu treten insgesamt 21 Grundzentren. Dabei die Zentrumsverteilung räumlich sehr ausgewogen gestaltet (s. Abb. 52), so dass ca. 30.000 bis 32.000 Einwohner auf ein Mittelzentrum und ca. 7.500 bis 8.500 Einwohner auf ein Grundzentrum (inkl. Mittelzentrum) treten.

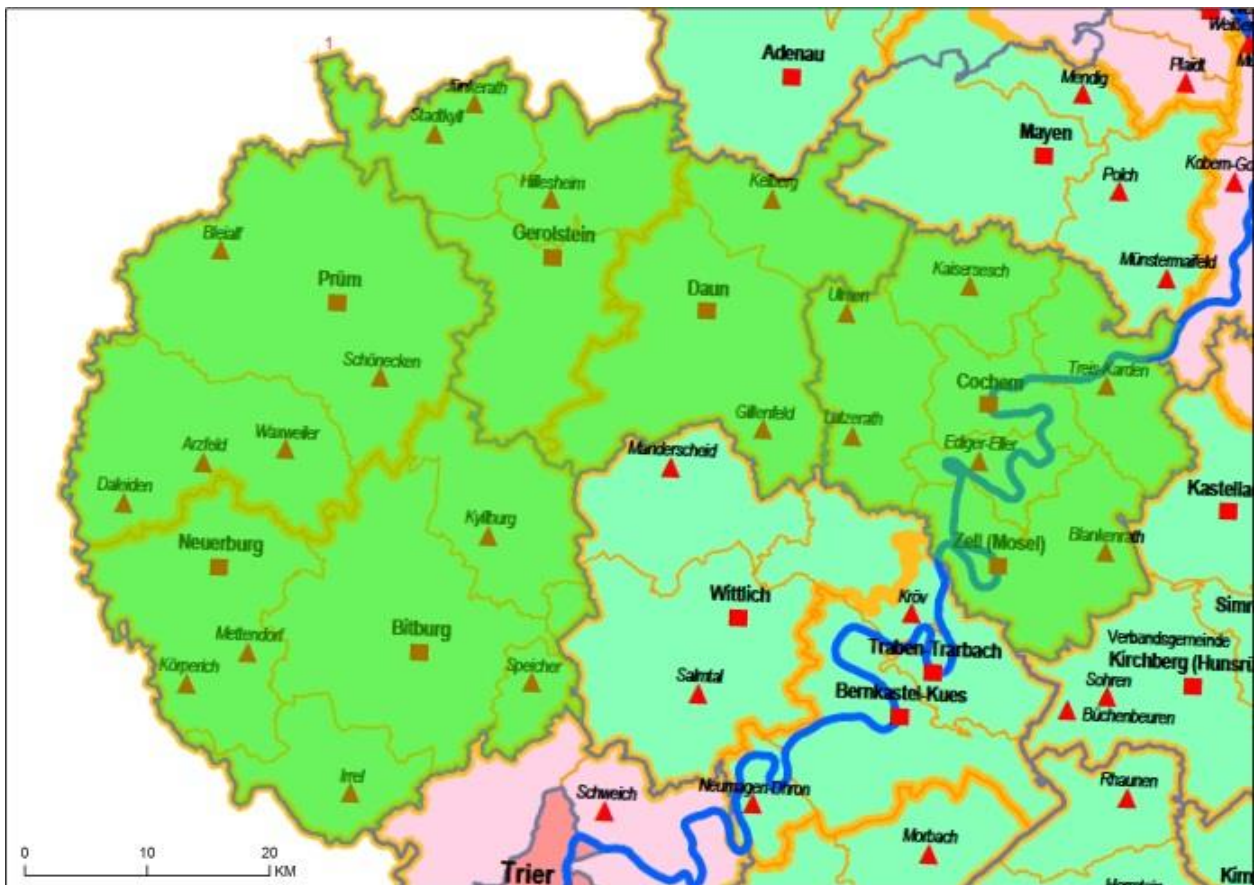
In Bayern hingegen sind im Landesplan keine Grundzentren enthalten, jedoch im Regionalplan Region Main-Rhön⁴²⁰. Dafür treten als den Oberzentren übergeordnete Zentrumsstufe 6 Regionalzentren in den größten Städten des Bundeslandes hinzu⁴²¹. Dabei gibt es im Landkreis Bad Kissingen (s. Abb. 53) zwei Mittelzentren (Hammelburg & Bad Brückenau) sowie das im Verbund mit Bad Neustadt an der Saale bestehende Oberzentrum Bad Kissingen. Im Landkreis Rhön-Grabfeld gibt es neben dem Oberzentrum Bad Neustadt an der Saale auch noch Mellrichstadt und Bad Königshofen im Grabfeld, wobei die Ausweisung von Bad Neustadt und Bad Kissingen als gemeinsames Oberzentrum noch relativ neuen Datums ist. Im Landkreis Haßberge sind zudem Haßfurt und Ebern als Mittelzentren vorgesehen. Insgesamt ist die Zentrenver-

⁴²⁰ vgl. Regierung von Unterfranken 2019

⁴²¹ vgl. Bayerische Staatskanzlei 2018

teilung auf die Bevölkerung dabei wesentlich unausgeglichener als im Modellraum Eifel, wobei die Zentren im Landkreis Bad Kissingen durchschnittlich ca. 34.000 Einwohner versorgen und im Landkreis Rhön-Grabfeld sind es mit knapp 27.000 Einwohner wesentlich bessere Versorgungsbedingungen und im Landkreis Haßberge ist die Zentrenausstattung mit gut 42.000 Einwohnern pro Zentrum am schlechtesten. Diese Kennziffern lassen jedoch die Mitversorgung umliegender Zentren außer Acht. Insbesondere der Landkreis Haßberge liegt direkt zwischen den beiden Oberzentren Bamberg und Schweinfurt und ist somit sehr gut versorgt. Das Oberzentrum Schweinfurt ist auch Anlaufstelle für viele Besorgungsfahrten aus dem nahe gelegenen Landkreis Bad Kissingen. Bei den Grundzentren hingegen ist der Landkreis Bad Kissingen mit knapp 8.000 Einwohnern pro Zentrum am besten ausgestattet. Insgesamt kommen hier deutlich mehr Einwohner auf ein Grund- oder Mittelzentrum als im Modellraum Unterfranken, was wiederum der höheren Bevölkerungsdichte (s. Abb. 59) liegt.

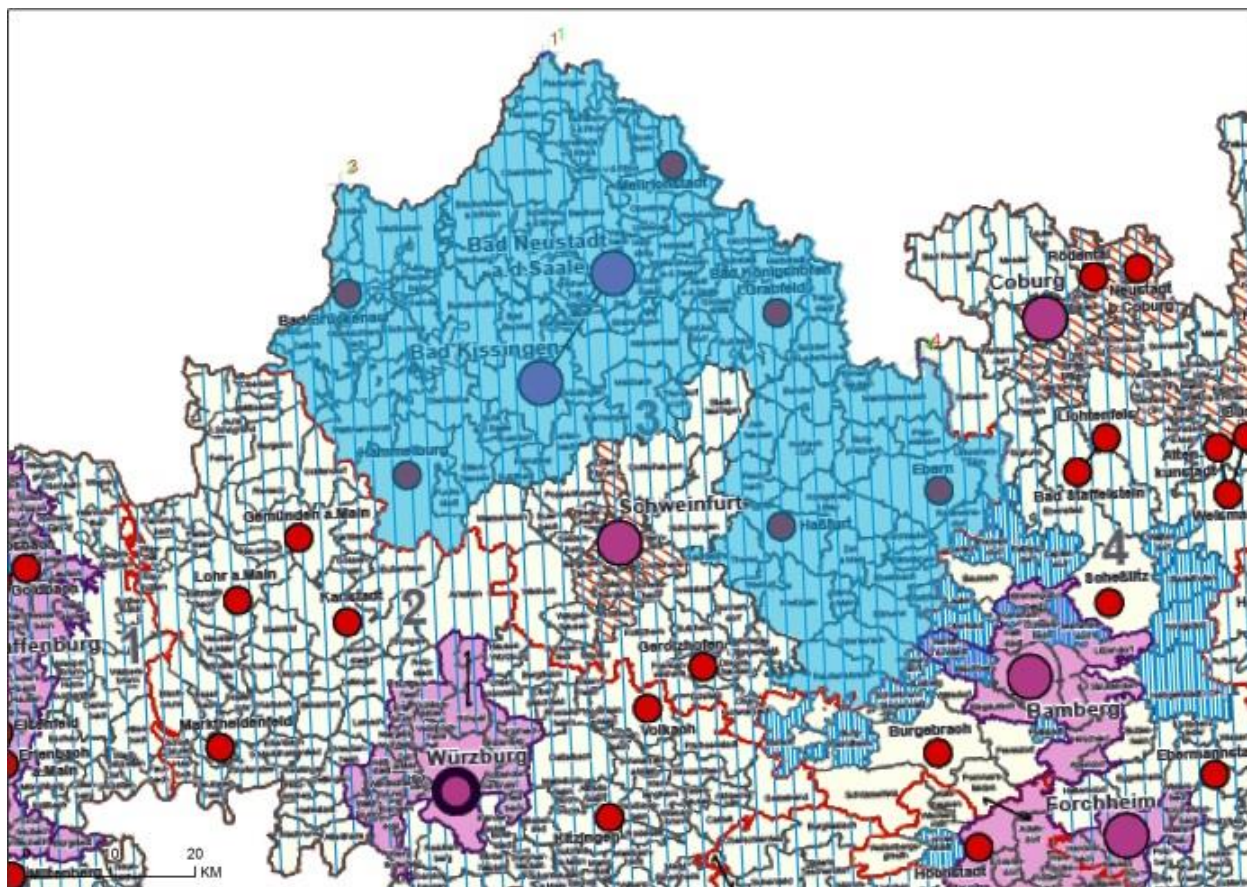
Abb. 52 Mittelzentren (rote Quadrate) und Grundzentren (kleine rote Dreiecke) in Rheinland-Pfalz mit dem grün hervorgehobenen Modellraum Eifel



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Ministerium des Innern und für Sport • Oberste Landesplanungsbehörde, Landesentwicklungsprogramm IV, 2008

Abb. 53 Mittelzentren (rote Kreise) und Oberzentren (violette Kreise) in Bayern mit dem blau hervorgehobenen Modellraum Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

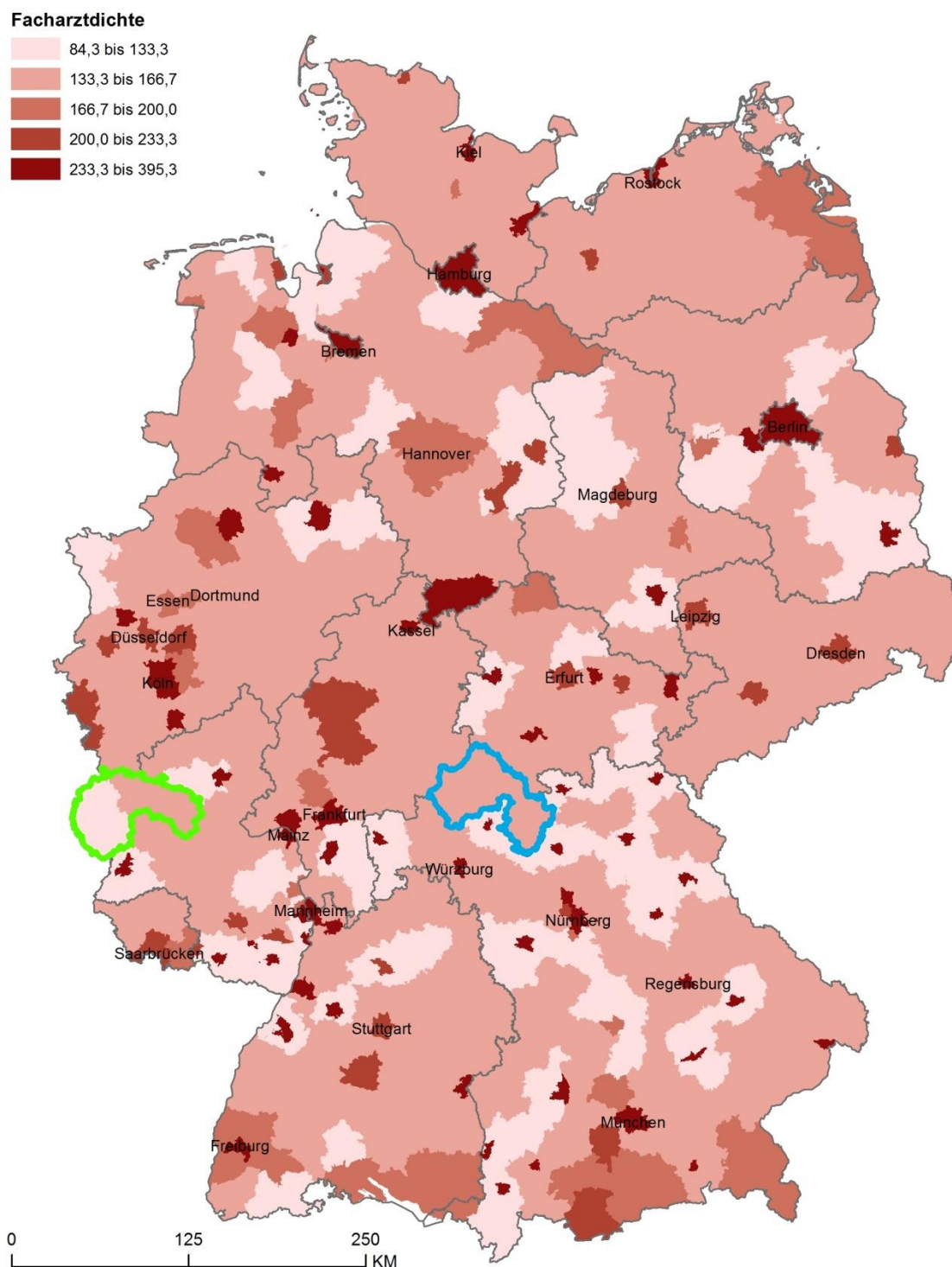
Quelle: Bayerisches Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat: Landesentwicklungsprogramm Bayern 2018

Somit ergibt sich für die beiden Landkreise eine wesentlich andere Ausstattung an Versorgungseinrichtungen. Im Modellraum Eifel bestehen vor allem Einrichtungen der Grundversorgung, wobei viele Lücken bestehen, erkennbar an der Erreichbarkeit der Supermärkte und Discounter (s. Abb. 51). Im Modellraum Unterfranken hingegen ist die endogene Situation bei der Grundversorgung durch Supermärkte bereits besser. Dazu treten die qualitativ besser ausgestatteten Oberzentren in und um den Modellraum.

Medizinisches Versorgungsangebot

Auch die Verfügbarkeit medizinischer Versorgungsangebote kann ein wichtiger Standortfaktor für Hausärzte wie auch für Privatpersonen im Allgemeinen sein. Denn durch ein gutes Netz an Fachärzten und Krankenhäusern stehen im Bedarfsfall hochwertige Behandlungsoptionen parat. Gleichzeitig sind nahe Fachärzte auch für die Arbeit eines Hausarztes wichtig, um seine Patienten im Bedarfsfall schnell an den Spezialisten weitervermitteln zu können. Umgekehrt kann auch der Austausch mit Kollegen der allgemeinen Facharztversorgung die eigene Leistung an den Patienten verbessern. Zur allgemein-fachärztlichen Versorgung zählen dabei Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Orthopäden, Urologen und Kinderärzte.

Abb. 54 Dichte aller ambulant tätigen Allgemeinen Fachärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2019): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (abgerufen am 19.09.2019)

Die Facharztichte in den Landkreisen Deutschlands ist in Abb. 54 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass Fachärzte ihren Sitz zumeist in größeren Städten nehmen, wie es vor allem gut an den

süddeutschen Bundesländern erkennen ist. Charakteristisch ist dabei, dass die dortigen kreisfreien Städte die allgemeine Facharztversorgung für die umliegenden Gemeinden mitübernehmen, denn dort sinkt die Facharztichte auf zumeist weit unter dem Bundesdurchschnitt (177,8 FÄ pro 100.000 EW) liegende Werte (84,3 bis 133,3 FÄ pro 100.000 EW). In Landkreisen, die weiter entfernt von Großstädten liegen, ist das Versorgungsniveau im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zumeist nur leicht unterdurchschnittlich (133,3 bis 166,7 FÄ pro 100.000 EW). Dies gilt auch für fast alle Landkreise der beiden Modellräume, lediglich der Landkreis Bitburg-Prüm hat mit einer Facharztichte von 123,5 einen sehr niedrigen Wert, liegt mit seiner südlichen Hälfte jedoch auch am nächsten an einer Großstadt, nämlich Trier.

Tab. 32 Ambulante Versorgung mit Allgemeinen Fachärzten in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2018

Raum	Augenärzte *	Chirurgen *	Frauenärzte *	HNO-Ärzte *	Hautärzte *	Nervenärzte *	Ärztl. Psychotherap. *	Sonst. Psychotherap. *	Orthopäden *	Urologen *	Kinderärzte *	Allgemeine Fachärzte *
Cochem-Zell	4,8	12,8	9,6	1,6	3,2	3,2	3,2	16,0	8,0	3,2	3,2	136,2
Bitburg-Prüm	3,1	4,1	10,3	2,1	3,1	4,1	2,1	25,7	5,1	4,1	6,2	123,5
Vulkaneifel	1,6	8,2	11,5	3,3	1,6	8,2	1,6	19,7	9,9	6,6	8,2	151,3
MR Eifel	3,2	7,7	10,4	2,3	2,7	5,0	2,3	21,3	7,2	4,5	5,9	134,7
Bad Kissingen	7,8	8,7	11,6	3,9	2,9	2,9	4,8	22,3	5,8	2,9	4,8	149,4
Rhön-Grabfeld	6,3	3,8	6,3	3,8	5,0	5,0	6,3	16,3	7,5	2,5	5,0	140,5
Haßberge	4,7	7,1	10,6	1,2	3,5	5,9	3,5	21,3	7,1	2,4	9,5	145,4
MR Unterfranken	6,4	6,7	9,7	3,0	3,7	4,5	4,8	20,2	6,7	2,6	6,3	145,5
Deutschland	7,6	7,5	15,2	5,5	4,8	7,2	7,7	32,6	9,1	4,1	9,4	177,8

* jeweils pro 100.000 Einwohner

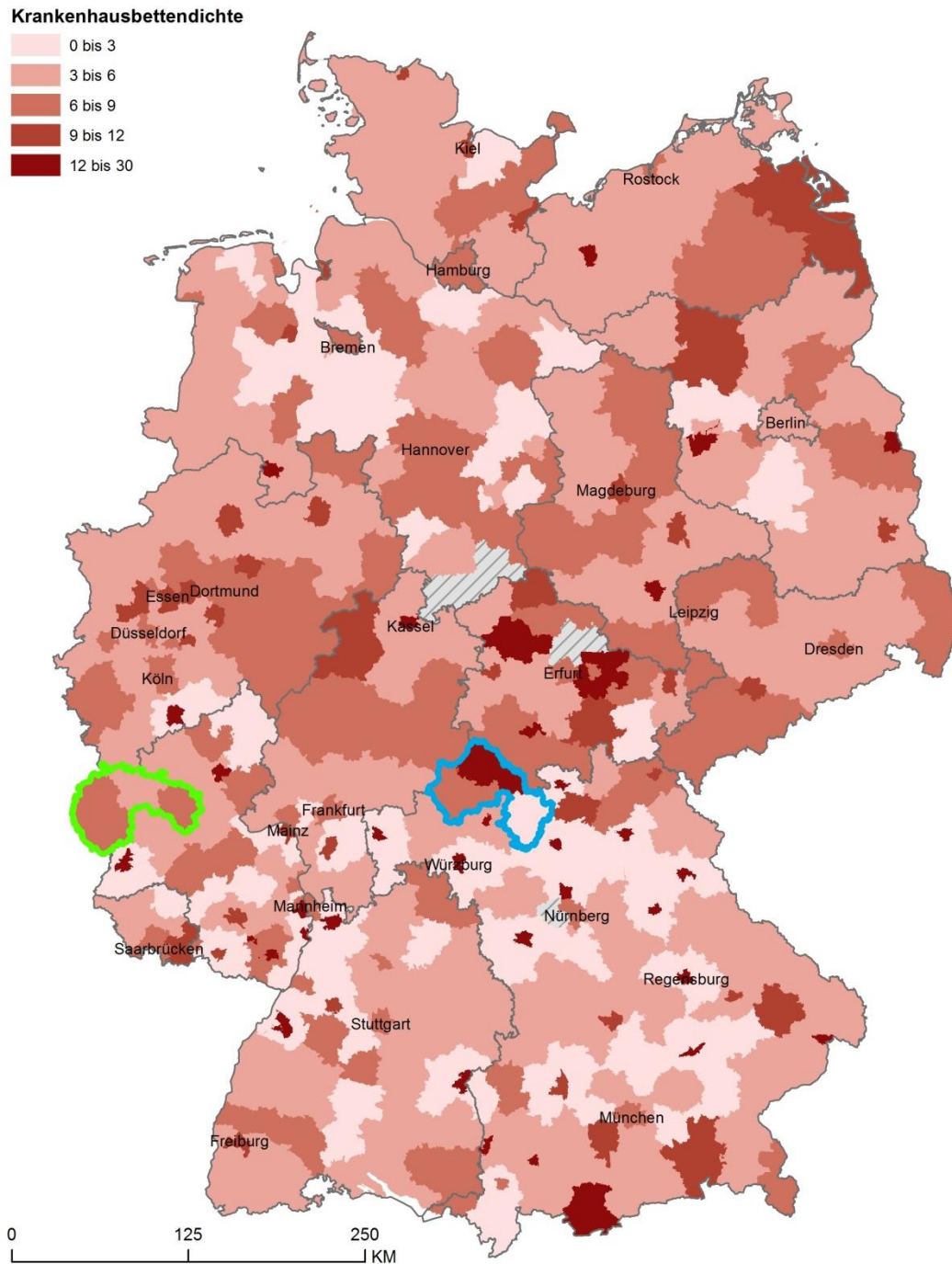
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2019): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (abgerufen am 19.09.2019)

Bei genauerer Analyse der Versorgung einzelner Fachrichtungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in den Landkreisen der Modellräume (s. Tab. 32) fällt auf, dass nur bei wenigen Fachrichtungen im Vergleich zu Deutschland überdurchschnittliche Werte erreicht werden (grüne Zahlenwerte). Zumeist liegen die Versorgungsraten unter dem Bundesdurchschnitt (rote Zahlenwerte). Ganz gravierend fällt dies bspw. über alle Landkreise hinweg bei den Frauenärzten, HNO-Ärzten, Psychotherapeuten und Kinderärzten auf. Diese Defizite sind jedoch auch in der spezifischen Demographie begründet, da die Bevölkerung der beiden Modellräume stark überaltert ist (s. Kap. 4.1.2) und darum bestimmte Krankheiten bzw. Behandlungsfälle seltener oder gehäuft vorkommen (s. Kap. 4.1.3). So sind auch von älteren Patienten stärker frequen-

tierte Fachrichtungen wie Augenheilkunde, Urologie, Neurologie, Orthopädie und Chirurgie in manchen Landkreisen auch häufiger präsent.

Abb. 55 Dichte an Krankenhausbetten auf Kreisebene 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2019

Insgesamt bleibt jedoch für die Landkreise in den Modellräumen aufgrund der vorher schon konstatierten größeren Entfernung zu einer Großstadt festzuhalten, dass diese eine unterdurchschnittliche allgemeine Facharztversorgung aufweisen. Lediglich die beiden Landkreise

Vulkaneifel (151,3 FÄ pro 100.000 EW) und Bad Kissingen (149,4 FÄ pro 100.000 EW) weisen in mehr als einer allgemeinfachärztlichen Richtung überdurchschnittliche Versorgungswerte auf und liegen auch sonst etwas näher am Bundesdurchschnitt.

Neben der ambulanten spielt auch die stationäre medizinische Versorgung im Bedarfsfall eine wichtige Rolle in der Standortzufriedenheit von Bevölkerung und Hausärzten, wobei die Hausärzte wiederum mit Kliniken auch in beruflicher Hinsicht interagieren (können). So können eigene Patienten zur Untersuchung und Kontrolle in eine nahe gelegene Klinik überwiesen werden und deren Zustand leicht weiterverfolgt werden. Gleichzeitig kann die hausärztliche Nachbehandlung eines stationären Aufenthalts leichter koordiniert werden.

Die Situation in der stationären Patientenversorgung (s. Abb. 55) stellt sich in den Modellräumen wesentlich heterogener dar. So weist im Modellraum Unterfranken vor allem der Landkreis Rhön-Grabfeld besonders viele Krankenhausbetten pro Einwohner auf, im benachbarten Haßberge sind es hingegen besonders wenige. Der Landkreis Bad Kissingen beherbergt ebenfalls überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten. Wobei die Ursachen dieses Missverhältnisses einerseits im Status der beiden größeren Städte Bad Kissingen und Bad Neustadt an der Saale (im Landkreis Rhön-Grabfeld) als Kurort mit entsprechender Klinikinfrastruktur liegen, zum anderen wirkt eben die Nähe des Landkreises Haßberge zu diesen nahen Kurorten mit ihren Klinik-Agglomerationen sowie auch die Nähe zu den ebenfalls mit Kliniken reich besetzten kreisfreien Städten Coburg, Bamberg und Schweinfurt aus. Dadurch ist letztlich auch der Bedarf an Krankenhausbetten im Landkreis Haßberge verringert.

Tab. 33 Stationäre Versorgung in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2016

Raum	Krankenhäuser	Krankenhausbetten	Krankenhausbetten pro 1000 EW
Cochem-Zell	3	445	7,2
Bitburg-Prüm	2	600	6,1
Vulkaneifel	1	232	3,8
MR Eifel	6	1.277	5,8
Bad Kissingen	7	862	8,3
Rhön-Grabfeld	5	1.105	13,8
Haßberge	1	240	2,8
MR Unterfranken	13	2.207	8,2
Deutschland	1.951	498.718	6,0

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2019

Im Modellraum Eifel (s. Tab. 33) gibt es grundsätzlich weniger Krankenhäuser (6) als im Modellraum Unterfranken (13) und auch die Bettenzahl ist mit 1.277 geringer als im Modellraum Unterfranken (2.207 Betten). Bei etwas weniger Einwohnern ergibt sich so dennoch eine schlechtere Versorgungslage mit 5,8 Betten pro 1.000 EW gegenüber den sehr guten 8,2 Betten pro 1.000 EW im Modellraum Unterfranken. Dabei ist es vor allem der Landkreis Vulkaneifel (3,8 Betten pro 1.000 EW), der hier den Durchschnitt für den Modellraum unter Bundesniveau (6,0) zieht.

Dennoch sind die Unterschiede innerhalb des Modellraums Eifel nicht ganz so groß, da im Gegensatz zum Modellraum Unterfranken große Kurorte mit Klinikagglomerationen fehlen.

Somit bleibt insgesamt zu konstatieren, dass die allgemein-fachärztliche Versorgung in beiden Modellräumen unterdurchschnittlich ist und die stationäre Versorgung vor allem im Modellraum Unterfranken gut ist. Neben der ambulanten allgemein-fachärztlichen und der stationären Versorgung ist natürlich auch die hausärztliche Versorgung als Standortfaktor für die Bevölkerung und damit auch Hausärzten als Privatperson von Bedeutung, diese wird in Kap. 4.1.4 für die Modellräume noch näher untersucht.

Bildungs- und Erziehungsangebot für Kinder

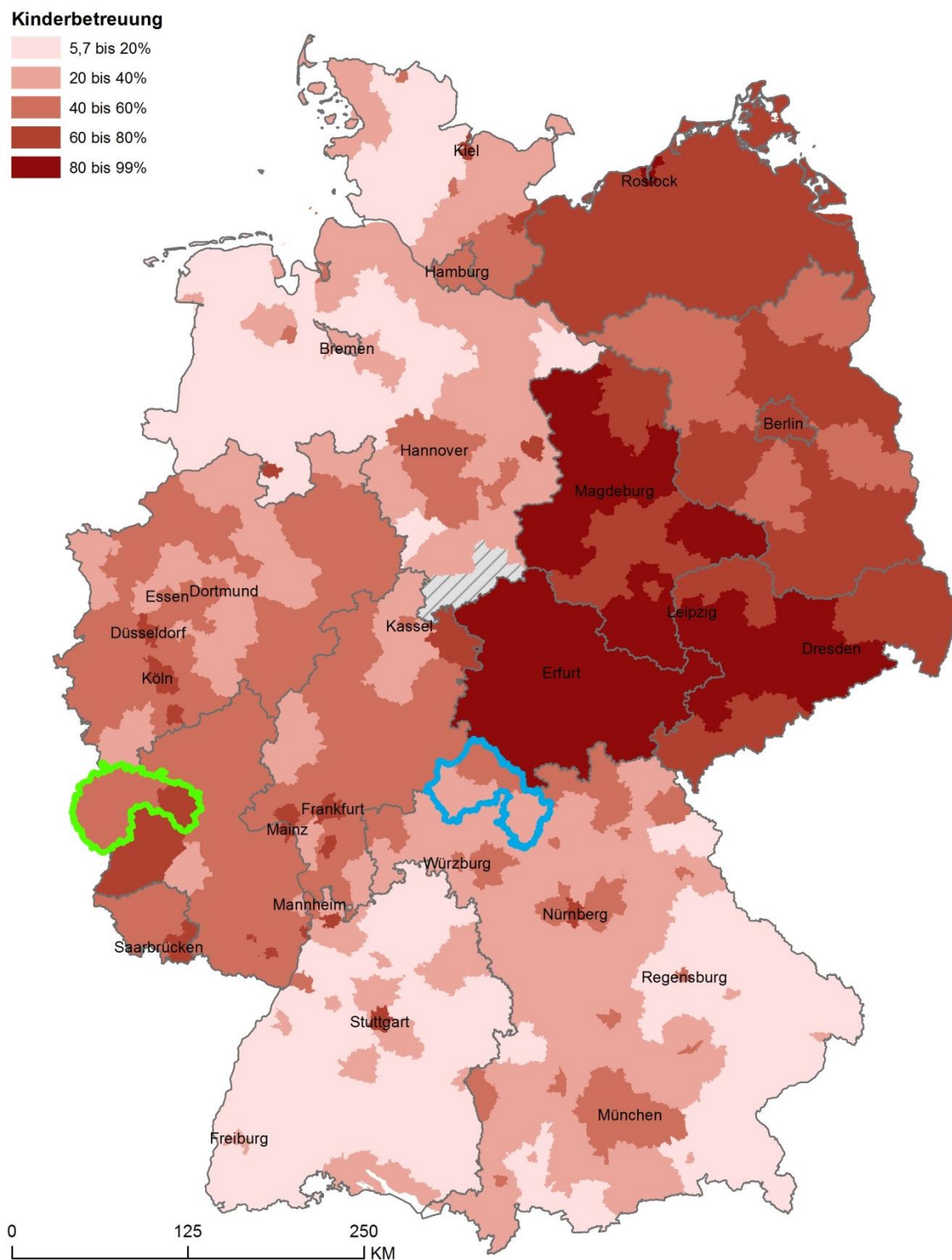
Das Bildungs- und Erziehungsangebot für Kinder nimmt für Menschen, die den Wohnsitz wechseln, häufig eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für einen Standort ein. Dies liegt daran, dass zumeist junge Erwachsene (20- bis 40-Jährige) innerhalb Deutschlands wandern⁴²². Zu dieser Altersgruppe zählen auch die meisten Hausärzte auf Standortsuche, wenn sie zuvor den regulären Weg der Mediziner Ausbildung durchlaufen haben und nun erstmals die Möglichkeit der Niederlassung als Facharzt haben. Daher kann die vor Ort vorhandene Infrastruktur an Erziehungs- und Bildungseinrichtungen einen großen Einfluss auf die Standortentscheidung nehmen. In dieser Analyse sollen dazu das Ganztagsbetreuungsangebot und das Angebot an allgemeinbildenden Schulen untersucht werden. Gerade die Ganztagsbetreuung erhält durch die bereits vor Jahren eingesetzte und sich weiter vollziehende Feminisierung des Arztberufs mit einer Verhältnisumkehr zu 2/3 weiblicher Medizinstudierender weit größere Bedeutung gegenüber früheren Jahrzehnten, da somit meist beide Elternteile arbeiten gehen und Betreuung für ihre Kinder benötigen.

In Deutschland ist es bekanntermaßen so, dass die ostdeutschen Bundesländer eine sehr gut ausgebaute Ganztagsbetreuungsstruktur aufweisen (s. Abb. 56), während die westdeutschen Bundesländer noch größere Versorgungslücken aufweisen. Dies gilt besonders für Teile Niedersachsens, Baden-Württembergs und Bayerns. Im Modellraum Eifel weist der Landkreis Cochem-Zell eine Ganztagsbetreuungsquote von 61,3% der 3 bis unter 6-Jährigen Kinder auf, in den Landkreisen Bitburg-Prüm (51,0%) und Vulkaneifel (49,6%) sind es etwas weniger.

Im Modellraum Unterfranken liegt die Ganztagsbetreuungsquote für die Landkreise Haßberge (31,5%) und Bad Kissingen (37,2%) sogar noch deutlich niedriger. Lediglich der Landkreis Rhön-Grabfeld an der Grenze zu Thüringen hat mit 50,7% ein ähnliches Niveau wie die Landkreise des Modellraums Eifel. Somit ist die Betreuungssituation im Modellraum Eifel und dort speziell im Landkreis Cochem-Zell wesentlich besser als im Modellraum Unterfranken, wo lediglich der Landkreis Rhön-Grabfeld viel Ganztagsbetreuung anbietet. Dies begünstigt in Unterfranken das frühere Familienmodell, bei dem ein Partner (früher und auch heute noch in der Regel die Frau) die Kindesbetreuung übernimmt, während der andere Partner Vollzeit arbeitet. Damit ist sollte dieser Modellraum gerade für Ärztinnen hinsichtlich der Kindeserziehung nicht ganz so attraktiv sein. Demgegenüber steht der Modellraum Eifel, in dem zwar auch noch das frühere Familienmodell verbreitet ist, wo jedoch mehrheitlich flexible Arbeitszeitgestaltung durch Ganztagsbetreuungsplätze leichter möglich ist. Somit bieten sich hier leicht verbesserte Arbeitsbedingungen für weibliche Hausärzte, was auch (neben dem größeren Anteil bereits ausgeschiedener eher älterer männlicher Hausärzte) einen Teil zur Erklärung des jetzt schon höheren Frauenanteils unter den Hausärzten als im Modellraum Unterfranken (s. Tab. 6 in Kap. 1.5.5) beiträgt.

⁴²² vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2018

Abb. 56 Ganztagsbetreuungsquote von Kindern im Alter von 3 bis unter 6 Jahren auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2019

Tab. 34 Wichtige allgemeinbildende Schulformen in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017

Raum	Grundschulen			Haupt- & Realschulen			Gymnasien & Gesamtschulen			Alle Schulen	
	Anzahl	pro Bev. ¹	pro Fläche ²	Anzahl	pro Bev. ¹	pro Fläche ²	Anzahl	pro Bev. ¹	pro Fläche ²	pro Bev. ¹	pro Fläche ²
Cochem-Zell	23	37,3	33,2	5	8,1	7,2	2	3,2	2,9	48,7	43,3
Bitburg-Prüm	32	32,6	19,7	6	6,1	3,7	6	6,1	3,7	44,8	27,0
Vulkaneifel	17	28,0	18,6	6	9,9	6,6	3	4,9	3,3	42,8	28,5
MR Eifel	72	32,6	22,3	17	7,7	5,3	11	5,0	3,4	45,3	30,9
Bad Kissingen	22	21,3	19,4	15	14,5	13,2	5	4,8	4,4	40,7	36,9
Rhön-Grabfeld	23	28,8	22,5	11	13,8	10,8	3	3,8	2,9	46,4	36,2
Haßberge	15	17,8	15,7	12	14,2	12,5	2	2,4	2,1	34,3	30,3
MR Unterfranken	60	22,4	19,3	38	14,2	12,2	10	3,7	3,2	40,4	34,7
Deutschland	15.409	18,6	43,1	6.146	7,4	17,2	5.217	6,3	14,6	32,3	74,9

¹ pro Bev. = 100.000 Einwohner / ² pro Fläche = 1.000 qkm

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2019

Um die Ausstattung an Schulangeboten in den Modellräumen einschätzen zu können, wurden die wichtigsten allgemeinbildenden Schulen in Tab. 34 auf die vorhandene Bevölkerung in den Landkreisen umgelegt. So lässt sich erkennen welche Landkreise viele oder eher wenige Schulen einer Schulform aufweisen. Zudem ist diese Zahl eine Art Kennziffer zu den Wahlmöglichkeiten, die ab der weiterführenden Schule bestehen können. Viele Schulen deuten damit auf größere Auswahl, was mehr Flexibilität in der Kindesausbildung bedeutet. So können gerade weiterführende Schulen eher auf technische, naturwissenschaftliche, sprachliche oder gesellschaftswissenschaftliche Fächer orientiert sein. Bei den Grundschulen bedeuten viele Schulen pro Bevölkerung dagegen kleinere Schulen, die zumeist ein besseres Betreuungsverhältnis von Lehrern zu Schülern aufweisen. Mit den Schulen pro Fläche lässt sich zudem einschätzen, ob diese gut erreichbar sind oder eher weite Anfahrtswege erwarten lassen.

Dabei ist zunächst festzuhalten, dass für fast alle Landkreise gilt, dass jede Schulform im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überdurchschnittlich viele Schulen pro 100.000 Einwohner aufweist, allerdings unterdurchschnittlich viele Schulen pro 1.000 km². Dies liegt in der geringen Bevölkerungsdichte aller Landkreise beider Modellräume begründet. Zwischen den Landkreisen und auch den beiden Modellräumen zeigen sich allerdings sehr wohl Unterschiede.

So ist im Modellraum Eifel (s. Tab. 34) der Landkreis Cochem-Zell deutlich am besten mit Grundschulen ausgestattet. Bei den Haupt- und Realschulen (zu im Bundesland Rheinland-Pfalz bei dieser Statistik auch die Realschulen plus gezählt werden), ist vor allem der Landkreis Bitburg-Prüm schlecht besetzt. Bei den Gymnasien und Gesamtschulen (wobei darunter nur der Landkreis Cochem-Zell eine Gesamtschule aufweist) liegt der Landkreis Bitburg-Prüm wieder-

rum deutlich vor den anderen beiden Landkreisen. In Summe steht damit im Modellraum Eifel der Landkreis Cochem-Zell noch ganz gut da, obwohl weniger Gymnasien vorhanden sind. Der Eifelkreis Bitburg-Prüm hat etwas weniger Grundschulen sowie vor allem Haupt- und Realschulen. Der Landkreis Vulkaneifel verfügt über die wenigsten Grundschulen, hat jedoch vor allem Haupt- und Realschulen.

Im Modellraum Unterfranken hat vor allem der Landkreis Rhön-Grabfeld viele Grundschulen pro Bevölkerung, der Landkreis Haßberge weist hingegen sehr wenige auf. Die Landkreise Bad Kissingen und Haßberge haben auch deutlich weniger Grundschulen pro Bevölkerung als die Landkreise im Modellraum Eifel, allerdings weisen Bad Kissingen und Haßberge auch eine höhere Bevölkerungsdichte auf (s. Tab. 37 in Kap. 4.1.2). Alle drei Landkreise im Modellraum Unterfranken haben ungefähr die gleiche Zahl an Haupt- und Realschulen pro Bevölkerung, wobei das Niveau hier verglichen mit den Landkreisen im Modellraum Eifel wesentlich höher liegt. Der Landkreis Bad Kissingen hat sehr viele Gymnasien pro Bevölkerung, der Landkreis Haßberge zwischen den Zentren Schweinfurt und Bamberg hingegen sehr wenige.

Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass die Modellräume eine für ländliche Räume typische Schulstruktur mit überdurchschnittlich vielen Schulen pro Bevölkerung und unterdurchschnittlich vielen Schulen pro Fläche aufweisen. Zwischen beiden Modellräumen besteht vor allem der Unterschied eines leicht dichteren Netz an Grundschulen im Modellraum Eifel und eines wesentlich dichteren Netzes an Haupt- und Realschulen im Modellraum Unterfranken, was sicherlich auch darauf zurückzuführen ist, dass diese beiden Schulformen in Rheinland-Pfalz zur Realschule plus zusammengelegt sind. Beide Modellräume haben allerdings auch auf die Bevölkerung gerechnet deutlich weniger Gymnasien als der Bundesdurchschnitt, was nicht zuletzt auch für Ärzte mit Kindern ein wichtiger Faktor bei der Standortsuche sein kann, zumal bei den allermeisten Ärzten die Erwartung bestehen dürfte, dass der eigene Nachwuchs ein ähnlich hohes Bildungsniveau erreichen können sollte wie das eigene. Dies ist in abgelegenen Orten in den Modellräumen mit Flexibilität bei der Schulwahl und unter Umständen auch längeren Anfahrtswegen und somit größerem organisatorischem Aufwand verbunden, was wiederum die Lebensqualität der gesamten Familie schmälern kann.

Kulturelles Angebot

Ein vielfältiges hochqualitatives kulturelles Angebot kann den Freizeitwert einer Region wie auch die Identifikation mit dieser und das Image einer Region positiv beeinflussen. Gerade Hausärzte zählen in der Regel zur höher gebildeten Bevölkerungsgruppe, die gut verdient und oft auch bereits in höherem Alter ist. Solche Personen besuchen vermehrt kulturelle Veranstaltungen wie z.B. Ausstellungen, Musikkonzerte, Theatervorführungen und Opern oder kulturelle Sehenswürdigkeiten, wie z.B. Museen, Burgen, Kirchen und historische Altstädte. Somit kann das kulturelle Angebot ein wichtiger Faktor in der Standortwahl von Hausärzten darstellen.

Kulturelles Angebot lässt sich generell in aus dem Naturraum entstehende Identität, dem kulturellen Erbe bzw. der Hochkultur und der Alltags- oder Brauchtumskultur der Menschen vor Ort unterteilen. Kultur eignet sich generell eher zur qualitativen Abgrenzung und Bewertung, weswegen hier kein quantitativer statistischer Vergleich über die Zahl an Museen, Sehenswürdigkeiten, Brauchtümern o.ä. verfolgt werden soll. Einen guten Anhaltspunkt dafür bieten die Webseiten der Landkreisverwaltungen, auf denen die kulturellen Highlights jeweils geführt und beworben sind.

Im Landkreis Bitburg-Prüm bestehen in kultureller Hinsicht vor allem ein aktives Vereinsleben in den Dorfgemeinschaften und vielen kleineren kulturhistorischen Zeugnissen aus der Römerzeit. Zudem existieren ein ausgedehnter denkmalgeschützter Architekturbestand und eine bis ins 19.

Jahrhundert zurückreichende Tradition der Musikvereine. Diese Vereine bilden zusammen mit der Musikschule des Landkreises sowie der im Jahr 1991 erworbenen Schloss- und Hüttenanlage Weilerbach und dem Schloss Malberg (welche beide als musikalische Veranstaltungsorte genutzt werden) den Kern des hochkulturellen Angebots im Landkreis⁴²³. Somit nimmt im Landkreis Bitburg-Prüm aufgrund spärlicher anderer Angebote die Brauchtumskultur den wichtigsten Platz ein.

Im Landkreis Vulkaneifel hingegen dominiert vor allem eine dem Naturraum entsprungene Kultur, die im „Eifel-Vulkanmuseum Daun“ und im „Natur- und Geopark Vulkaneifel“ als beworbene kulturelle Highlights des Landkreises Ausdruck findet. Daneben bestehen noch kulturelle Angebote zum Thema „Eifelkrimis“, welche der Brauchtumskultur zuzuordnen sind⁴²⁴.

Der Landkreis Cochem-Zell betont dagegen eher sein kulturelles Erbe über die Vielzahl an Museen, archäologischen Stätten, Burgen und historischen Ortskernen. Weiterhin lässt sich zur Hochkultur auch das „Moselmusikfestival“ zählen, welches als größtes und ältestes Sommermusikfestival in Rheinland-Pfalz alljährlich entlang der Mosel, auch in vielen Orten des Landkreises, verteilt auf Juli bis Dezember ausgerichtet wird und vor allem Klassik und Jazzmusik im Angebot hat⁴²⁵. Daneben wird im Bereich der Brauchtumskultur besonders die eigene Mundart des Landkreises hervorgehoben⁴²⁶.

Der Landkreis Bad Kissingen im Modellraum Unterfranken setzt vor allem auf viele kulturelle Veranstaltungen, wie den Musikfestivals „Kissinger Sommer“ & „Kissinger Winterzauber“, den „Bad Kissinger Genuss-Welten“, dem „Rakoczy-Fest“, dem „Kissinger KlavierOlymp“, dem „Kissinger Kabarett Herbst“ und den „Jüdischen Kulturtagen“. Hinzu kommt im hochkulturellen Bereich noch die „Staatsbad Philharmonie Kissingen“ und die Theater als dauerhafte Veranstaltungsorte⁴²⁷.

Im Landkreis Rhön-Grabfeld wird mithilfe einer im Jahr 2006 als LEADER-Projekt gegründeten Kulturagentur versucht, das kulturelle Angebot weiterzuentwickeln und sichtbarer zu machen. Dabei ist es explizit das Ziel des EU-geförderten Projektes, die Region über ein reichhaltiges kulturelles Angebot als attraktiven Standort und Lebensraum zu gestalten, also diesen Standortfaktor zu ertüchtigen⁴²⁸. Als besondere Angebote im Landkreis werden dabei die ehemaligen Klöster „Wechterswinkel“ und „Bruder-Franz-Haus“ als Veranstaltungsorte mit historischem Hintergrund beworben, daneben gibt es noch eine Reihe kleinerer Museen z.B. zu Orgelbau, Tabakpfeifen und Rundfunk⁴²⁹. Daneben sind die Fränkische Woche, die Heimatpflege und der Rhöner Krippenweg als Angebote der Brauchtumskultur im Landkreis zu nennen.

Der Landkreis Haßberge veranstaltet ähnlich wie der Landkreis Bad Kissingen viele kulturelle Veranstaltungen wie klassische Musikkonzerte und Kunstausstellungen. Zudem gibt es noch zahlreiche Museen, bspw. zu Bibelwelten, Eisenbahn, Feuerwehr, Garnisonen, Judentum, Rotem Kreuz, Schmiedetechnik, Waagen und v.a. Heimat. Generell ist der Landkreis sehr be-

⁴²³ vgl. Kreisverwaltung Eifelkreis Bitburg-Prüm (Hrsg.) (2019): Allgemeine Infos Kulturlandschaft

⁴²⁴ vgl. Kreisverwaltung Vulkaneifel (Hrsg.) (2019): Kultur & Freizeit

⁴²⁵ vgl. Mosel Musikfestival (Hrsg.) (2018): Mosel Musikfestival 2019

⁴²⁶ vgl. Kreisverwaltung Cochem-Zell (Hrsg.) (2019): Kultur

⁴²⁷ vgl. Kreisverwaltung Bad Kissingen (Hrsg.) (2019): Kultur - Veranstaltungskalender

⁴²⁸ vgl. Kreisverwaltung Rhön-Grabfeld (Hrsg.) (2019): Kulturagentur

⁴²⁹ vgl. Kulturagentur Landkreis Rhön-Grabfeld (Hrsg.) (2018): Kulturkalender Rhön-Grabfeld

strebt, seine Künstler und Kunststücke sichtbar zu machen und damit das kulturelle Schaffen in der Region zu verdeutlichen⁴³⁰.

Der Modellraum Eifel weist damit insgesamt mit seinem Naturraum, Brauchtum und einzelnen Einrichtungen im Bereich Hochkultur ein sehr vielfältiges kulturelles Angebot auf, das jedoch im Gegensatz zum Modellraum Unterfranken weit weniger Veranstaltungen und damit Abwechslung aufweist. Gerade für Hausärzte dürfte dabei im hochkulturellen Bereich das weit umfangreichere Angebot im Modellraum Unterfranken als attraktiver empfunden werden und sich folglich auch in der Standortfaktorbewertung niederschlagen.

Sport- und Freizeitangebot

Tab. 35 Flächen für Sport, Freizeit und Erholung, bezogen auf die ansässige Bevölkerung und die gesamte Siedlungsfläche in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017

Raum	Sport-, Freizeit- und Erholungsflächen (ohne Grünanlagen)	
	pro Einwohner in qm	in % der Siedlungsfläche
Cochem-Zell	490	8,3%
Bitburg-Prüm	628	7,9%
Vulkaneifel	838	10,4%
MR Eifel	646	8,8%
Bad Kissingen	438	7,0%
Rhön-Grabfeld	430	7,4%
Haßberge	470	7,7%
MR Unterfranken	444	7,3%
Deutschland	250	6,3%

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2019

Neben dem kulturellen Angebot kann auch das Angebot an Sportmöglichkeiten und Freizeiteinrichtungen wie Spielplätzen eine wichtige Rolle für die Standortentscheidung spielen. Für die Zahl und vor allem Vielfalt an sportlichen und anderen Freizeitaktivitäten liegen jedoch keine Zahlen für Landkreise oder gar Gemeinden vor. Allerdings ermöglicht es zumindest die Statistik der Flächennutzung, sich dem vor Ort bestehenden Angebot quantitativ zu nähern. In der amtlichen Statistik ist dabei die Sport-, Freizeit- und Erholungsfläche ausgewiesen. In diesen Flächen sind bspw. Fußballplätze, Tennisplätze, Turnhallen, Golfplätze, Schwimmhallen und Reitkoppeln enthalten, allerdings lässt sich keine Aussage darüber treffen, welche Sportarten konkret auf den Flächen betrieben werden können.

Die beiden Modellräume wie auch ihre jeweiligen Landkreise sind dabei im Verhältnis zu Gesamtdeutschland sehr gut an Sport-, Freizeit- und Erholungsflächen (s. Tab. 35) ausgestattet, und zwar sowohl im Verhältnis zur Siedlungsfläche (1,6 mal mehr im Landkreis Vulkaneifel), vor allem jedoch im Verhältnis zur Einwohnerzahl (3,4 mal höher im Landkreis Vulkaneifel). Im Modellraum Eifel haben dabei vor allem die Landkreise Bitburg-Prüm und Vulkaneifel wesentlich

⁴³⁰ vgl. Landratsamt Haßberge (Hrsg.) (2019): Kulturraum Haßberge

mehr Sport-, Freizeit- und Erholungsflächen. Der Modellraum Unterfranken ist insgesamt etwas schlechter mit solchen Flächen bezogen auf die Einwohnerzahl ausgestattet, liegt jedoch dennoch weit über dem Bundesdurchschnitt.

Insgesamt lässt sich damit festhalten, dass es zwar aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte weniger ausgefallene Nischensportarten oder besondere Freizeitangebote gibt, allerdings wesentlich mehr Freiraum für die vorhandenen Breitensportarten wie Fußball, Tennis, Jogging, Turnen oder Schwimmen. Zudem bestehen existieren auch vier Golfplätze im Modellraum Unterfranken und fünf im Modellraum Eifel⁴³¹. Als weitere standortgebundene Freizeitbeschäftigung wäre noch der Aufenthalt in Restaurants, Cafés, Eissalons, Imbissstuben, Schankwirtschaften/ Kneipen, Discotheken/ Tanzlokale, Bars o.ä. zu nennen. Dieses gastronomische Angebot ist jedoch ebenfalls nicht statistisch auf Landkreisebene erfasst und lässt sich auch nicht aus der Flächennutzungsstatistik extrahieren. Gleichzeitig ist die Zahl an gastronomischen Betrieben derart hoch, dass eine qualitative Analyse im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist und andere Arbeiten für die Landkreise der Modellräume nicht vorliegen. Somit entfällt die Strukturanalyse zu diesem Standortfaktor.

Internetzugang

Als im Vergleich zu den übrigen Faktoren relativ neu hinzugetretenem Strukturmerkmal einer Region zählt deren Zugang zum Internet. Dieses wird in Haushalten für gewöhnlich leitungsgebunden über Glasfaser, TV-Kabelanschluss oder DSL-Anschluss bezogen. Durch die rasant gewachsene Nutzung und Angebotsvielfalt im Internet ist dieser Standortfaktor im privaten wie im beruflichen für die meisten Akteure sehr wichtig geworden. Zur Einschätzung der Qualität des Internetzugangs in den Regionen hat sich der Anteil der Haushalte mit einer gewissen Geschwindigkeit durchgesetzt. 16 Megabit pro Sekunde als Übertragungsgeschwindigkeit können dabei in heutiger Zeit als für die meisten Nutzungsformen im privaten und wirtschaftlichen Bereich ausreichend angesehen werden.

Grundsätzlich findet der Ausbau des Breitbandnetzes trotz öffentlicher Fördermittel durch private Unternehmen mit Gewinnorientierung statt. Dies erklärt, warum besonders Landkreise mit hoher Bevölkerungsdichte und kreisfreie Städte gut mit Breitbandanschluss von 16 Mbit/s und mehr versorgt sind (s. Abb. 57).

So ist es vor allem der dünn besiedelte Landkreis Bitburg-Prüm, in dem nur gut die Hälfte aller Haushalte Zugang zu schnellem Internet hat (s. Tab. 36). Aber auch im Landkreis Vulkaneifel liegt die Versorgungsrate unter dem Bundesdurchschnitt. Lediglich im Landkreis Cochem-Zell liegt die Versorgungsrate mit 93% deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Insgesamt liegt der einwohnergewichtete Durchschnitt der versorgten Haushalte im Modellraum Eifel dennoch unter dem Bundesdurchschnitt. Dies zeigt an, dass schnelles Internet und damit Partizipation an einem der wichtigsten Medien nicht in allen Orten garantiert ist.

Im Modellraum Unterfranken hingegen ist mit der höheren Siedlungsdichte gleichzeitig auch die Versorgungsrate auf höherem Niveau. Lediglich der Landkreis Haßberge weist eine im Vergleich zu Gesamtdeutschland niedrige Versorgungsrate auf, die in etwa dem durchschnittlichen Niveau des Modellraums Eifel entspricht. Der Landkreis Bad Kissingen liegt in etwa auf bundesdeutschem Niveau und der Landkreis Rhön-Grabfeld hat ähnlich dem Landkreis Cochem-Zell sehr gute Versorgungsrate. Der Modellraum Unterfranken hat damit einwohnergewichtet in etwa 10% mehr versorgte Haushalte mit schnellem Internet als der Modellraum Eifel und liegt dadurch knapp über dem Bundesdurchschnitt. Die bessere Ausstattung mit leistungsfähigem

⁴³¹ vgl. Deutscher Golf-Verband (Hrsg.) (2018): DGV-Statistiken 2017

Internet macht den Modellraum Unterfranken damit als Standort etwas attraktiver, und zwar für Bewohner, Unternehmer und damit auch beide Facetten der hausärztlichen Tätigkeit.

Dabei sind es vor allem die ländlichen ostdeutschen Landkreise, in denen keine gute Breitbandversorgung besteht. Gleiches gilt in Westdeutschland auch für Teile im zentralen Hessen, südlichen Niedersachsen, einigen Küstenkreisen Schleswig-Holsteins und im östlichen Bayern. Zudem gibt es auch an der rheinland-pfälzischen Landesgrenze zu Nordrhein-Westfalen und damit auch im Modellraum Eifel einige Landkreise mit schlechter Versorgung.

So ist es vor allem der dünn besiedelte Landkreis Bitburg-Prüm, in dem nur gut die Hälfte aller Haushalte Zugang zu schnellem Internet hat (s. Tab. 36). Aber auch im Landkreis Vulkaneifel liegt die Versorgungsrate unter dem Bundesdurchschnitt. Lediglich im Landkreis Cochem-Zell liegt die Versorgungsrate mit 93% deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Insgesamt liegt der einwohnergewichtete Durchschnitt der versorgten Haushalte im Modellraum Eifel dennoch unter dem Bundesdurchschnitt. Dies zeigt an, dass schnelles Internet und damit Partizipation an einem der wichtigsten Medien nicht in allen Orten garantiert ist.

Im Modellraum Unterfranken hingegen ist mit der höheren Siedlungsdichte gleichzeitig auch die Versorgungsrate auf höherem Niveau. Lediglich der Landkreis Haßberge weist eine im Vergleich zu Gesamtdeutschland niedrige Versorgungsrate auf, die in etwa dem durchschnittlichen Niveau des Modellraums Eifel entspricht. Der Landkreis Bad Kissingen liegt in etwa auf bundesdeutschem Niveau und der Landkreis Rhön-Grabfeld hat ähnlich dem Landkreis Cochem-Zell sehr gute Versorgungsrate. Der Modellraum Unterfranken hat damit einwohnergewichtet in etwa 10% mehr versorgte Haushalte mit schnellem Internet als der Modellraum Eifel und liegt dadurch knapp über dem Bundesdurchschnitt. Die bessere Ausstattung mit leistungsfähigem Internet macht den Modellraum Unterfranken damit als Standort etwas attraktiver, und zwar für Bewohner, Unternehmer und damit auch beide Facetten der hausärztlichen Tätigkeit.

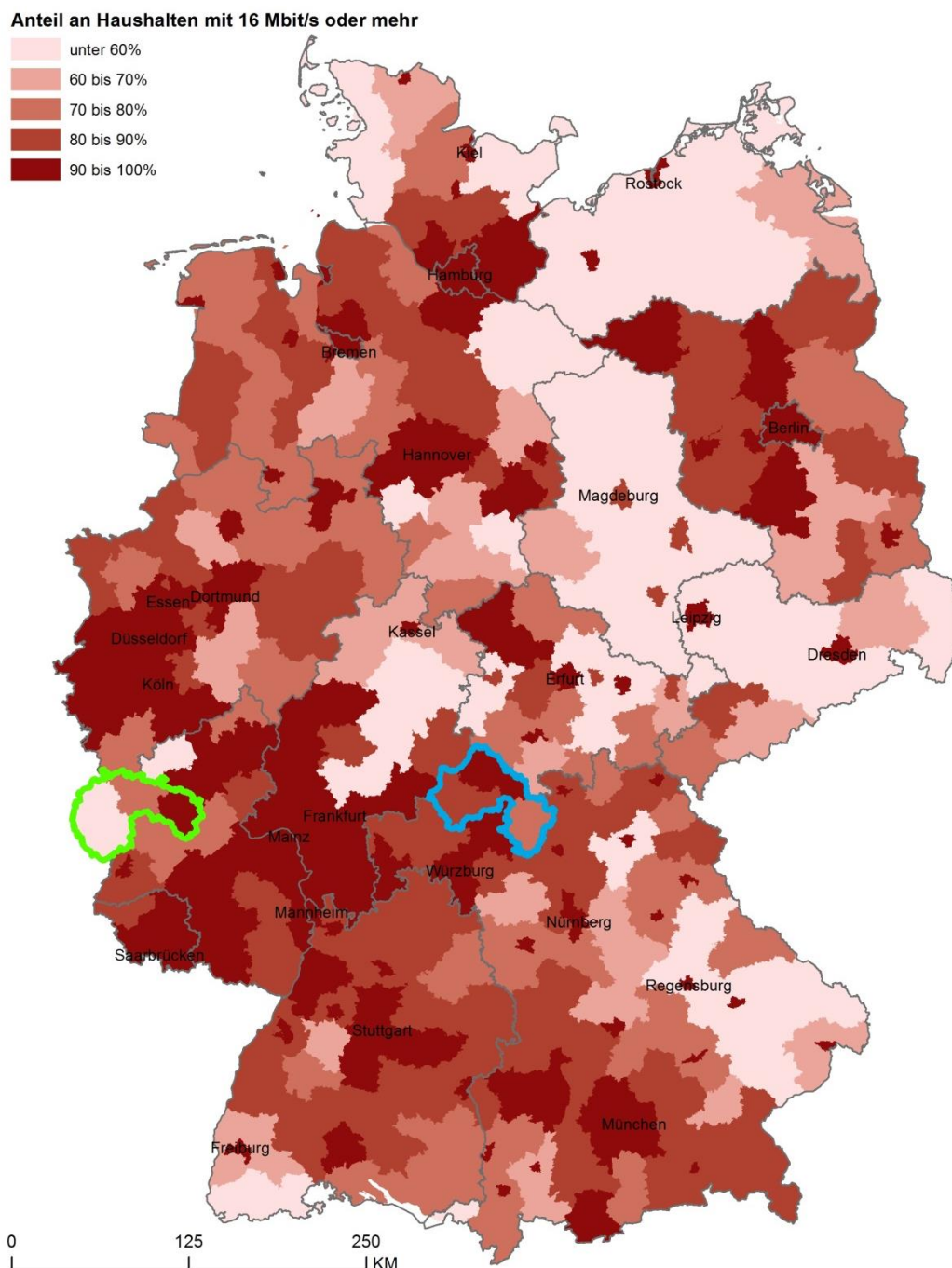
Tab. 36 Anteil an Haushalten mit einer Internet-Breitbandversorgung von 16 Mbit/s oder mehr in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2016

Raum	Anteil an Haushalten mit 16 Mbit/s oder mehr
Cochem-Zell	93,0%
Eifelkreis Bitburg-Prüm	56,6%
Vulkaneifel	72,4%
MR Eifel	71,1%
Bad Kissingen	81,2%
Rhön-Grabfeld	93,5%
Haßberge	72,0%
MR Unterfranken	82,0%
Deutschland	81,0%

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2019

Abb. 57 Anteil an Haushalten mit einer Internet-Breitbandversorgung von 16 Mbit/s oder mehr 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2019

Für die Siedlungs- und Infrastruktur beider Modellräume bleibt somit festzuhalten, dass beide ländlich geprägt und im Berg- und Hügelland der Mittelgebirge gelegen sind. Sie sind beide landschaftlich attraktiv und mit Kleinstädten besetzt. Großstädtische Oberzentren sind vom Modellraum Unterfranken aus etwas besser zu erreichen, vor allem von den die Modellräume durchziehenden Autobahnachsen aus. In Unterfranken ist die Ausstattung an Versorgungsmöglichkeiten und Krankenhausbetten besser, wohingegen die allgemein-fachärztliche Versorgung

in beiden Modellräumen unterdurchschnittlich ist. Im Modellraum Eifel gibt es eine bessere Ganztagsbetreuung von Kindern und mehr Grundschulen, Gymnasien dafür finden sich in beiden Modellräumen unterdurchschnittlich wenige. Das hochkulturelle Angebot ist in Unterfranken wesentlich besser, beide Modellräume eignen sich für die Breitensportarten und der Internetzugang ist im Modellraum Unterfranken besser.

4.1.2. Demographische Struktur

Anhand der Demographie der untersuchten Modellräume lässt sich erkennen, wie sich die dort lebende Bevölkerung auf die Fläche verteilt, wo anteilig ältere Menschen leben und welche Räume unter Schwund leiden oder Bevölkerungswachstum zu verzeichnen haben. Damit gibt die Demographie gleichzeitig Aufschluss über den vor Ort bestehenden oder zu erwartenden Nachfragedruck an medizinischen Dienstleistungen. Dieser Faktor ist gerade für Ärzte wichtig, um möglichst vielen Menschen helfen und damit auch eine möglichst rentable Praxis führen zu können.

Tab. 37 Demographische Kennziffern 2017 zu den Landkreisen in den Modellräumen

Raum	Bevölkerung [Anzahl]	Bevölkerungs- dichte [EW/km ²]	Durch- schnittsalter [Jahre]	Senioren- anteil (Ü65) [%]	Bevölkerungs- entwicklung ab 2008 [%]	Wander- ungsrate ab 2008 [%]	Geburten- Sterbe-Rate ab 2008 [%]
Cochem-Zell	61.662	89,1	46,1	24,0%	-4,4%	0,9%	-6,0%
Bitburg-Prüm	98.213	60,4	43,9	20,5%	3,6%	3,9%	-2,9%
Vulkaneifel	60.705	66,6	46,0	23,9%	-2,4%	0,4%	-5,3%
MR Eifel	220.580	68,3	45,1	22,4%	-0,4%	2,1%	-4,4%
Bad Kissingen	103.265	90,8	46,0	24,1%	-2,4%	1,7%	-4,9%
Rhön-Grabfeld	79.796	78,1	44,7	21,7%	-4,9%	-0,5%	-3,3%
Haßberge	84.464	88,3	44,1	20,4%	-1,7%	0,5%	-2,5%
MR Unterfran- ken	267.525	85,9	45,0	22,2%	-2,9%	0,7%	-3,7%
Deutschland	82.792.351	231,5	41,4	21,4%	1,0%	4,5%	-2,1%

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Verglichen mit Gesamtdeutschland weisen beide Modellräume eine allgemein nicht sehr zukunftsstabile Bevölkerungssituation auf (s. Tab. 37). So ist die durchschnittliche Bevölkerungsdichte Deutschlands beispielsweise 3,8mal höher als im Eifelkreis Bitburg-Prüm und immer noch 2,7mal höher als im am dichtesten besiedelten Landkreis Bad Kissingen. Diese durch sehr niedrige Bevölkerungsdichte in den Modellräumen sorgt – auch im Zusammenspiel mit einer schwer zu überwindenden Topographie – für längere Anfahrtswege und weniger Versorgungszentren, die zumeist auch nur von vergleichsweise wenigen Menschen gut erreicht werden können. Dadurch ergibt sich für die Ausstattung der Räume an Versorgungs- und Freizeitmöglichkeiten ein ausgedünntes Netz von eher geringer Qualität, welche gleichzeitig weiteren Zugang verhindert, gerade von eher anspruchsvollen Personengruppen mit bislang guter Versor-

gungssituation, wie bspw. junge Assistenz- und Fachärzte. Der Unterschied zwischen beiden Modellräumen besteht bei der Bevölkerungsdichte vor allem darin, dass Unterfranken und ca. 26% dichter besiedelt ist, was Auswirkungen auf das dort vorhandene Versorgungsangebot nimmt und die Region im Vergleich zum Modellraum Eifel hinsichtlich der infrastrukturellen Ausstattung noch etwas attraktiver sein dürfte.

Am Durchschnittsalter lässt sich erkennen, dass die Modellräume und ihre Landkreise im Vergleich zu Gesamtdeutschland stark überaltert sind. Daraus resultiert eine eher erhöhte und in Richtung Alterskrankheiten verschobene Nachfrage an medizinischen Dienstleistungen. Allerdings gibt es beim Durchschnittsalter, vor allem jedoch beim Seniorenanteil in den Landkreisen große Disparitäten. So ist im Modellraum Eifel der Landkreis Bitburg-Prüm eher jünger, beim Seniorenanteil sogar unter Bundesdurchschnitt. Ähnliches gilt für den Landkreis Haßberge im Modellraum Unterfranken. Die etwas jüngere Bevölkerung dieser beiden Landkreise ist auf deren räumliche Lage zurückzuführen. So liegt der Südtel des Landkreises Bitburg-Prüm im Einzugsraum des Oberzentrums Trier, der Landkreis Haßberge befindet sich am Main zwischen den beiden Städten Schweinfurt mit seiner bedeutenden Industrie⁴³² und Bamberg mit seiner Universität und Sitz einiger Verwaltungsinstitutionen⁴³³.

Die Bevölkerungsentwicklung der letzten zehn Jahre von 2008 bis 2017 verlief entsprechend im Landkreis Haßberge mit nur geringen Verlusten und im Landkreis Bitburg-Prüm sogar sehr positiv. Die Unterschiede zwischen diesen beiden Landkreisen liegen vor allem in der unterschiedlichen Wanderungsrate und weniger in Unterschieden bei der Geburten-Sterbe-Rate begründet. Dabei haben die Landkreise Haßberge und Bitburg-Prüm zwar auch Sterbeüberschuss, wie es in etwas dem bundesdeutschen Durchschnitt entspricht, allerdings liegen die vier anderen Landkreise mit ihrem Überschuss noch deutlicher in den roten Zahlen. Vor allem im Landkreis Cochem-Zell gibt es einen hohen Sterbeüberschuss, was vor allem an den geringen Geburtenzahlen liegt. Bei den Wanderungen hat nur der Landkreis Rhön-Grabfeld Verluste, alle anderen Landkreise profitieren von Zuwanderung, vor allem der Landkreis Bitburg-Prüm mit der zu Trier suburbanen Lage seiner südlichen Hälfte. Allerdings bleiben alle Landkreise hinter dem bundesdeutschen Durchschnitt bei der Zuwanderung zurück. Der hohe Wert für Deutschland basiert allerdings auf allein internationaler Zuwanderung, die zumeist in die Agglomerationsräume fließt. Bei den Wanderungsraten der Landkreise wirken dagegen auch die Binnenwanderungen ein. Insgesamt hat der Modellraum Eifel im Vergleich zum Modellraum Unterfranken eine deutlich positivere Wanderungsrate und eine leicht negativere Geburten-Sterbe-Rate. In Summe bleibt damit zwar auch Bevölkerungsschwund, allerdings ist dieser im Modellraum Eifel weniger gravierend als im Modellraum Unterfranken.

Zu den räumlichen Disparitäten bei demographischen Kennziffern innerhalb der beiden Modellräumen nachfolgend einige Karten mit Erläuterungen:

Bevölkerungsdichte

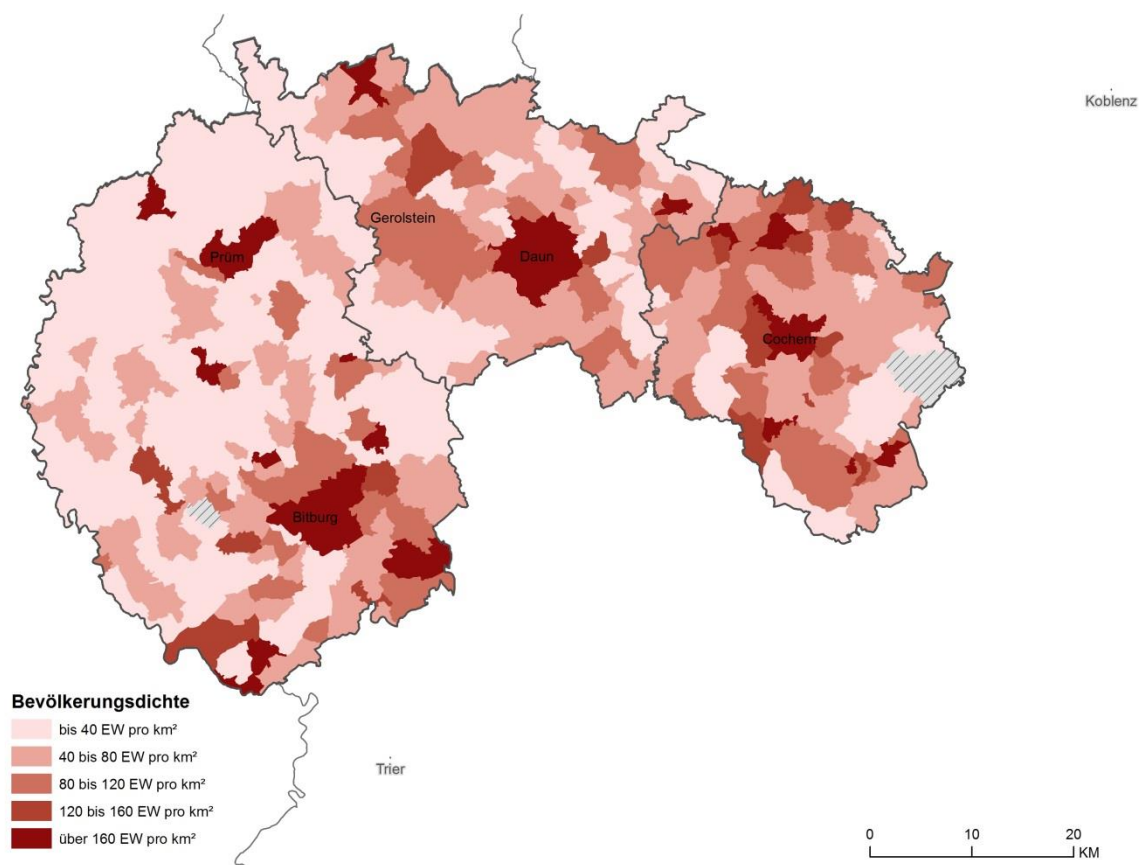
Im Modellraum Eifel (s. Abb. 58) sind es vor allem die Gemeinden um Prüm, die eine sehr geringe Bevölkerungsdichte aufweisen. Sie liegen weit entfernt von einer größeren Stadt und zudem in der Grenzregion zu Belgien und Luxemburg. Im Süden des Eifelkreises hingegen um Bitburg nimmt die Bevölkerungsdichte aufgrund des flacheren Reliefs aber vor allem aufgrund zur Nähe der Großstadt Trier zu. Östlich des Landkreises Bitburg-Prüm ist der Landkreis Vulkaneifel bereits wesentlich dichter besiedelt, besonders um die beiden größten Gemeinden Gerol-

⁴³² z.B. Schaeffler, SKF, Bosch Rexroth, Fresenius Medical Care

⁴³³ z.B. Oberlandesgericht, Generalstaatsanwaltschaft und Erzbistum

stein und Daun. Der Landkreis Cochem-Zell hat hingegen höchste Bevölkerungsdichte aller drei Landkreise des Modellraums. Dabei konzentriert sich die Bevölkerung vor allem an der Mosel um Cochem und an der Autobahn 48 im Einzugsgebiet des Ballungsraums Koblenz. Lediglich der Süden des Landkreises im Hunsrück ist etwas dünner besiedelt.

Abb. 58 Bevölkerungsdichte auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel 2017

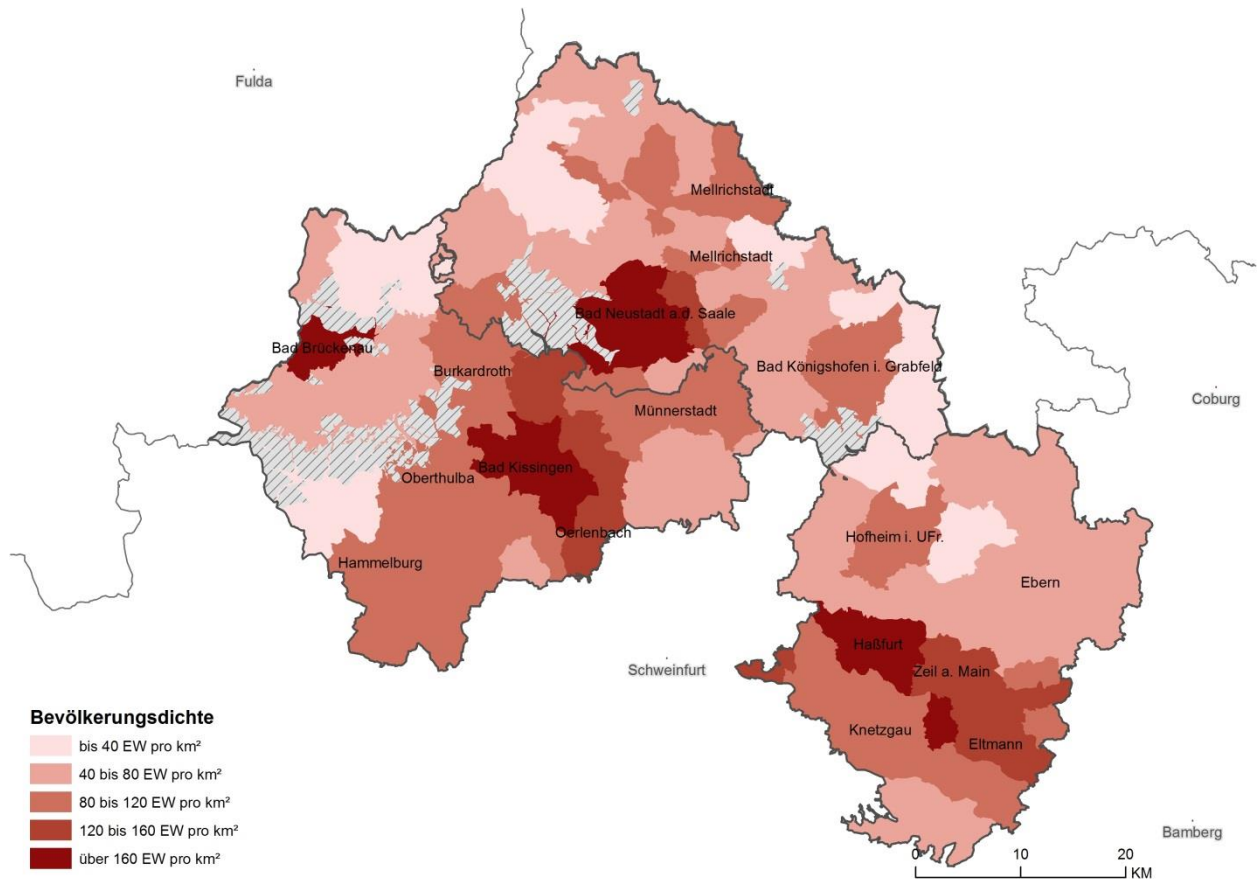


Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Die Gemeinden des Modellraums Unterfranken (s. Abb. 59) haben im Vergleich zum Modellraum Eifel eine im Durchschnitt höhere Bevölkerungsdichte. Dennoch gibt vor allem auch im Norden des Landkreises Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld weniger dicht besiedelte Gemeinden und zum Teil auch gemeindefreie, also kaum bzw. unbesiedelte Gebiete. Dieses Süd-Nord-Gefälle ist in der zunehmenden Entfernung zum Oberzentrum Schweinfurt und der Lage der Rhön an der Landesgrenze zu Hessen zusammen. Vor allem der Süden des Landkreises Bad Kissingen ist mit seiner Nähe zu Schweinfurt dichter besiedelt. Im Landkreis Rhön-Grabfeld konzentriert sich die Bevölkerung um die größte Stadt Bad Neustadt an der Saale. Im Landkreis Haßberge ist vor allem der Raum um den Main zwischen Bamberg und Schweinfurt mit der größten Stadt Haßfurt dichter besiedelt. Der nördliche Teil des Landkreises mit dem Mittelgebirgszug Haßberge ist hingegen wieder dünner besiedelt.

Abb. 59 Bevölkerungsdichte auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

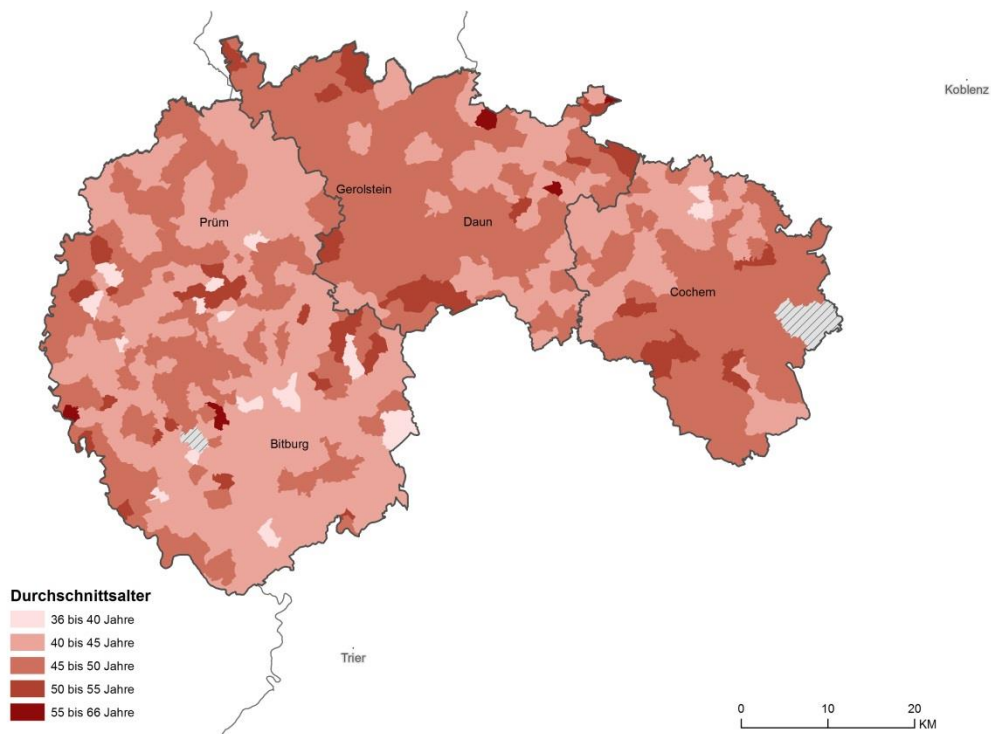
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Durchschnittsalter

Von einigen Gemeinden im Landkreis Bitburg-Prüm abgesehen überrascht dieser mit einem sehr jungen Durchschnittsalter (s. Abb. 60). An der Grenze zu Luxemburg, vereinzelt im Norden und im Osten des Landkreises besteht wiederum ein höheres Durchschnittsalter. In den Landkreisen Vulkaneifel und Cochem-Zell hingegen ist das Durchschnittsalter höher mit Ausnahme vieler Gemeinden an der Grenze dieser beiden Landkreise. Hier verläuft die Autobahn 48 und ermöglicht eine gute Anbindung an den Raum Koblenz. Das niedrigere Durchschnittsalter hier hängt mit dem höheren Anteil junger Familien zusammen, von denen viele die Region als Wohnsitz im suburbanen Umland zu Koblenz bezogen haben.

Im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 61) hingegen zeigt sich ein im Vergleich zum Modellraum Eifel ausgewogeneres Bild beim Durchschnittsalter. Dies liegt an der weniger kleinteiligen administrativen Gliederung. Vor allem in der Rhön und im Landkreis Haßberge liegt das Durchschnittsalter noch etwas niedriger als im übrigen Modellraum. Generell besteht jedoch aufgrund des im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt und auch zum Modellraum Eifel hohen Durchschnittsalters der Bevölkerung eine erhöhte Morbidität und damit ein zu erwartender höherer medizinischer Versorgungsaufwand, welcher auch in einem Mehrbedarf an Hausarztpraxen resultiert.

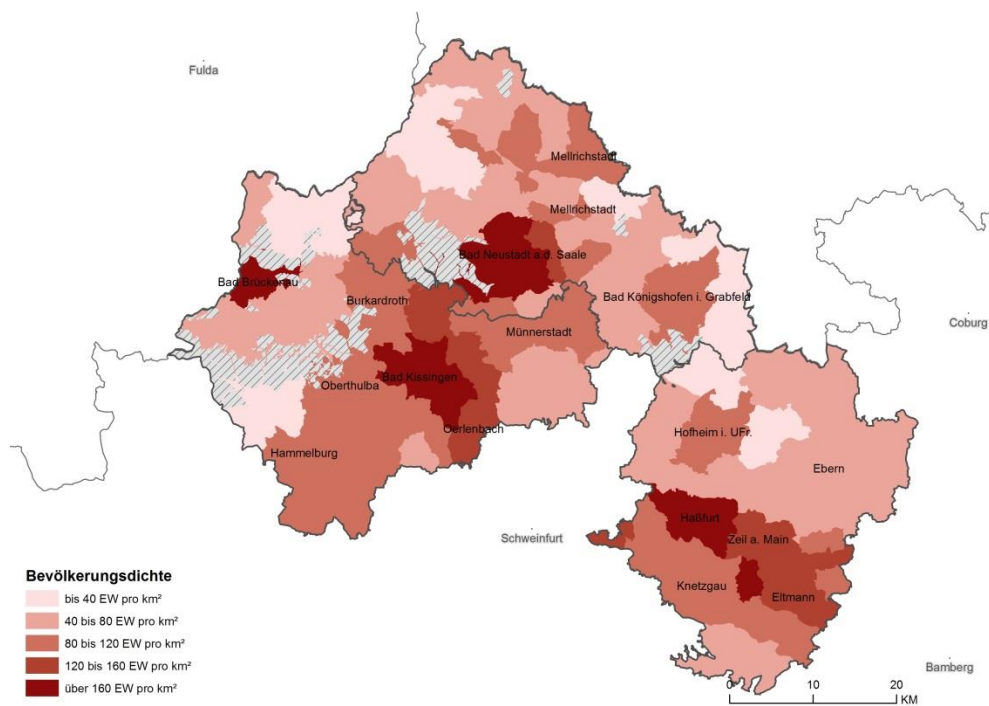
Abb. 60 Durchschnittsalter auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Abb. 61 Durchschnittsalter auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken 2017

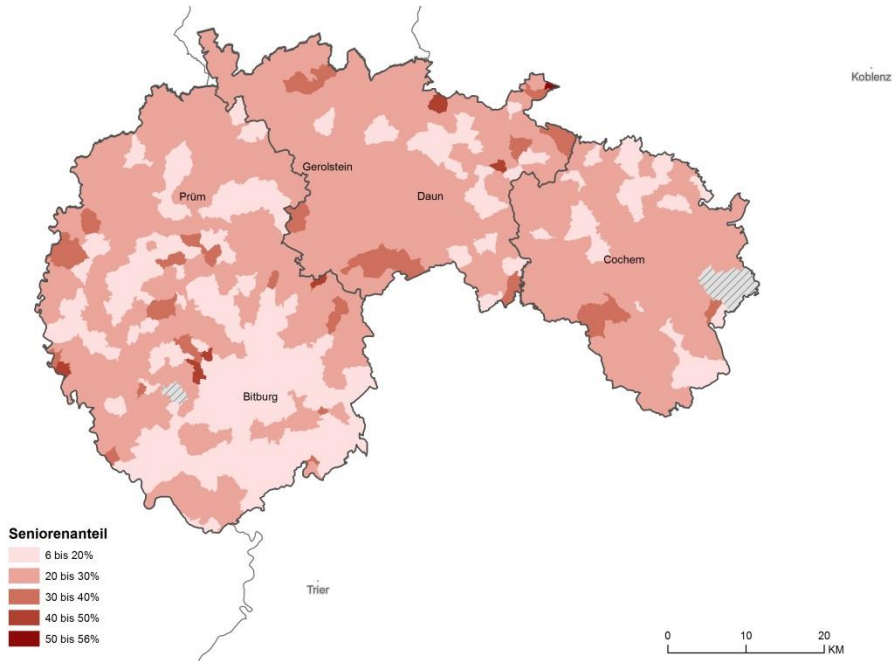


Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Seniorenanteil

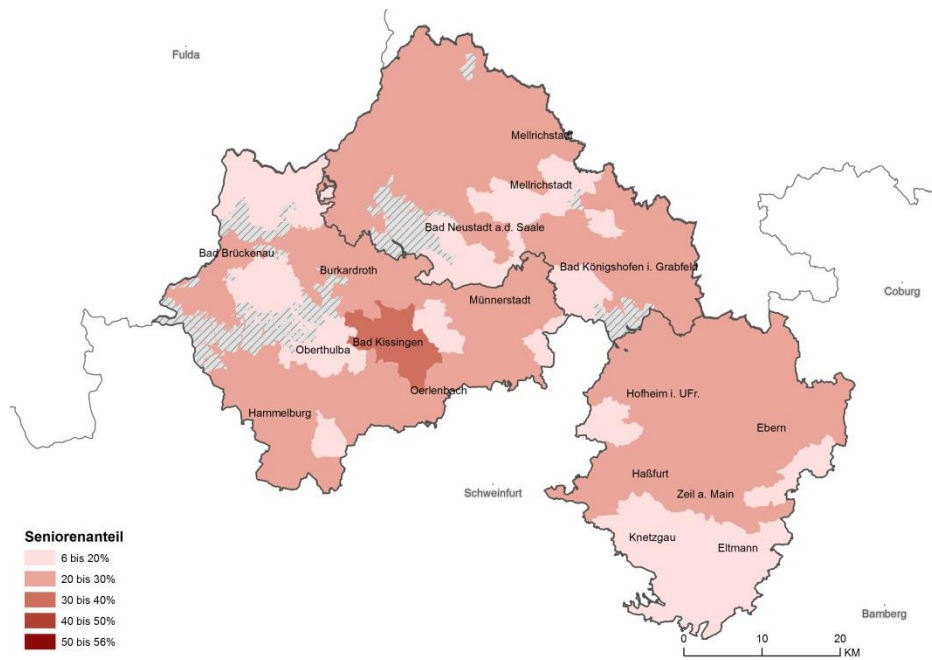
Abb. 62 Seniorenanteil auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Abb. 63 Seniorenanteil auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

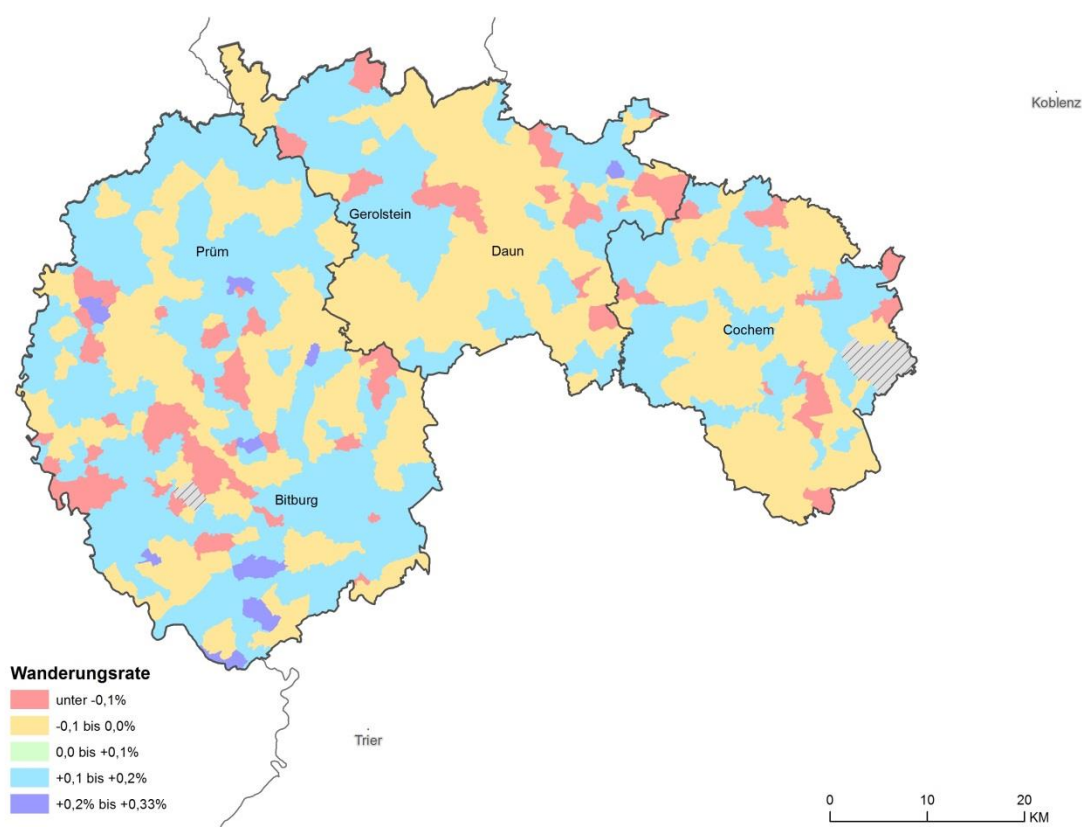
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Den höchsten Seniorenanteil (s. Abb. 62) haben einige Gemeinden im Zentrum des Landkreises Bitburg-Prüm, im Norden und Süden des Landkreises Vulkaneifel und an der Mosel im Südwesten des Landkreises Cochem-Zell. Der Süden des Landkreises Bitburg-Prüm sowie der Norden des Landkreises Cochem-Zell haben hingegen einen geringeren Seniorenanteil. Die Gründe dafür liegen wie auch bereits beim Durchschnittsalter in der raumstrukturellen Lage, da der Süden des Landkreises Bitburg-Prüm im suburbanen Umland von Trier und der Norden des Landkreises Cochem-Zell im Einzugsraum von Koblenz liegt. Der nördliche Teil des Landkreises Bitburg-Prüm und der Landkreis Vulkaneifel befinden sich hingegen weit entfernt von einer Großstadt in Mittelgebirgslage. Dadurch sind diese weniger attraktiv für junge Menschen, was zu stärkerer Abwanderung dieser Altersgruppen führt und den Seniorenanteil steigen lässt. Somit ist vor allem im Landkreis Vulkaneifel und in der Region um Prüm mit erhöhtem medizinischem Versorgungsaufwand zu rechnen.

Im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 63) beherbergt die Kreishauptstadt Bad Kissingen selbst den größten Seniorenanteil, was auf seine Funktion als Kurort hindeutet⁴³⁴. Ansonsten sind es vor allem Gemeinden in der Rhön und im Zentrum des Landkreises Rhön-Grabfeld sowie im südlichen Teil des Landkreises Haßberge, die eher geringe Seniorenanteile haben. Die übrigen Gebiete weisen mittlere bis überdurchschnittliche Anteile an Senioren auf.

Wanderungsrate

Abb. 64 Wanderungsrate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel



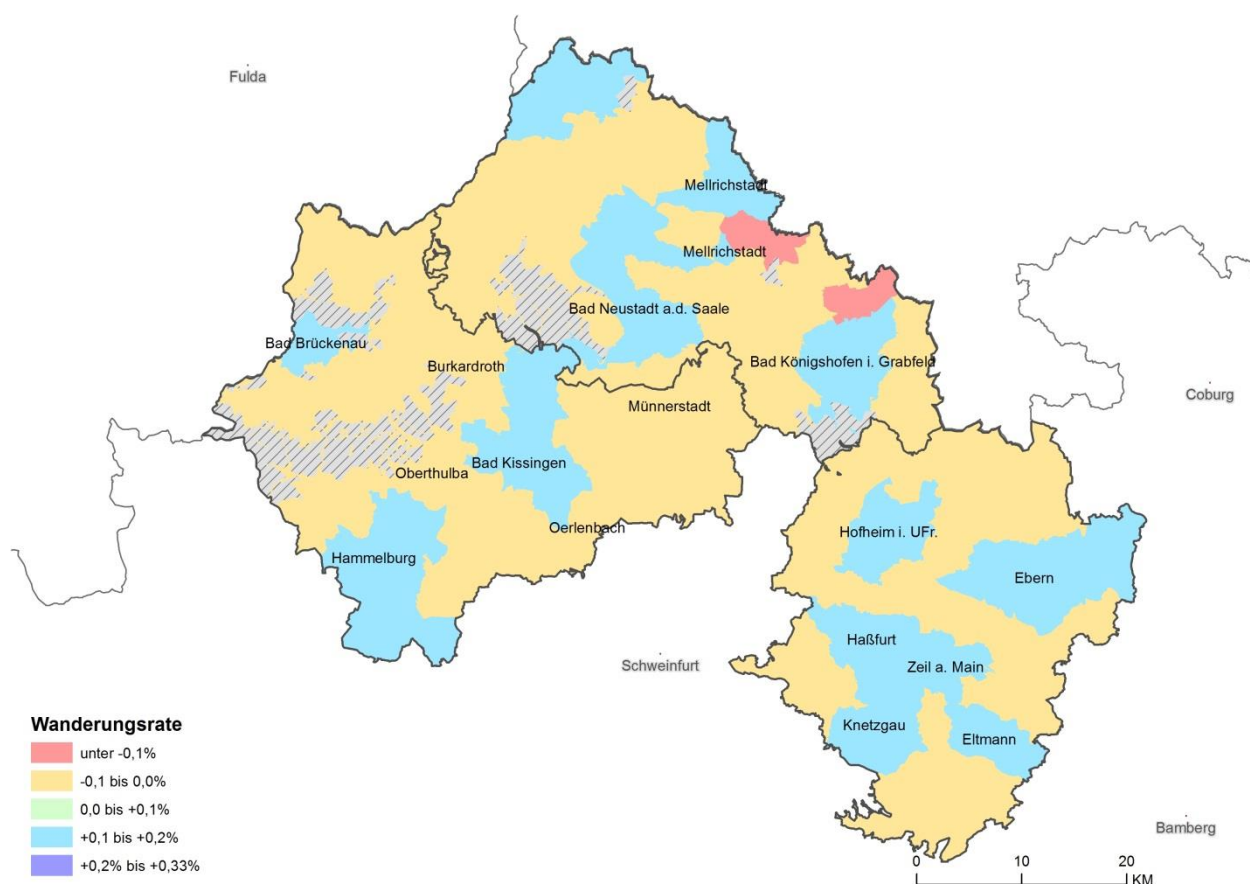
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

⁴³⁴ Bad Kissingen ist Mineral- und Moorheilbad mit 12 großen Reha-Kliniken und 10 Sanatorien

Vor allem im südlichen und nördlichen Teil des Landkreises Bitburg-Prüm und im Nordwesten des Landkreises Vulkaneifel gab es in den letzten zehn Jahren Bevölkerungszuwachs durch Wanderungen (s. Abb. 64). Dagegen hatten viele Gemeinden im Zentrum der Landkreise Bitburg-Prüm, Vulkaneifel und Cochem-Zell mit Abwanderung zu kämpfen bzw. eine maximal ausgeglichene Wanderungsbilanz. Dort, wo Bevölkerung abwandert, sinkt einerseits der Nachfragedruck an medizinischen Dienstleistungen, andererseits handelt es sich dabei zumeist um eher jüngere Menschen, die selbst noch nicht so häufig ambulante (und auch stationäre) Behandlung benötigen. Gleichzeitig fehlt mit diesen abgewanderten Menschen auch potenzielle Kundschaft für attraktive Versorgungs- und Freizeitangebote in der Region, wodurch deren Angebot tendenziell auch eher ausgedünnt wird. Dies wiederum wirkt sich auch negativ auf die Anzugskraft für übrige Menschen aus, die in der Region ihr Auskommen finden könnten. Zu dieser Gruppe zählen häufig auch Hausärzte auf Standortsuche. Dadurch wirken Regionen mit Abwanderung eher wie ein Indikator für so gute bzw. geringer werdende Versorgungs- und Freizeitangebote und damit abschreckend auf Hausärzte.

Abb. 65 Wanderungsrate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

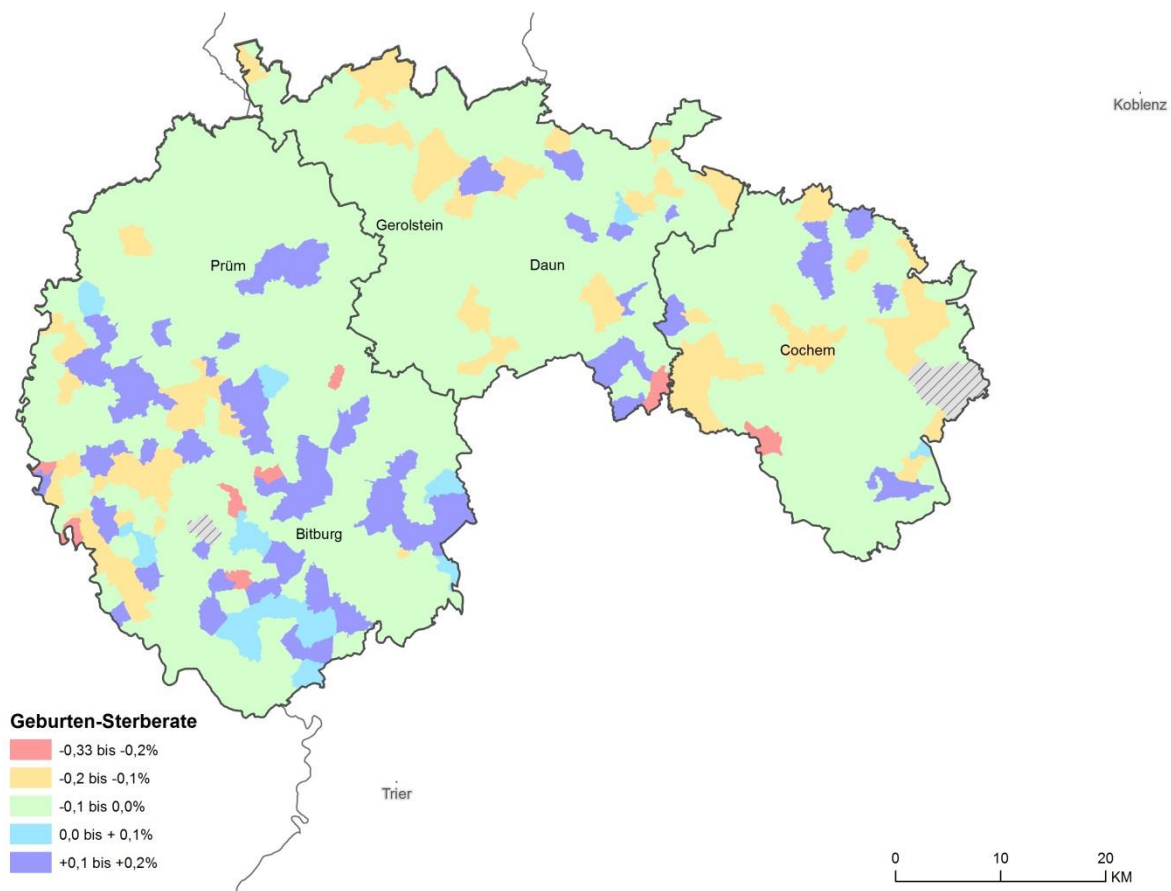
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 65) sind es nur zwei Gemeinden im Landkreis Rhön-Grabfeld an der Grenze zu Thüringen, die größere Abwanderung zu verzeichnen hatten. Einen klar positiven Wanderungssaldo hatte vor allem die Hauptstadt des gleichnamigen Landkreises Bad Kissingen, was vor allem an ihrem Status als Kurort liegt. Die übrigen Gemeinden haben eine annähernd ausgeglichene Wanderungsrate.

Geburten-Sterbe-Rate

In beiden Modellräumen gibt es nach wie vor Gemeinden, die einen Geburtenüberschuss aufweisen. Diese liegen im Modellraum Eifel (s. Abb. 66) vor allem in der südlichen Hälfte des Landkreises Bitburg-Prüm. Darüber hinaus gibt es noch einige Gemeinden in den Landkreisen Vulkaneifel und Cochem-Zell, die ebenfalls in den letzten zehn Jahren mehr Geburten als Sterbefälle aufweisen konnten. Diese liegen überwiegend an der Autobahn 48. Somit trägt zur Erklärung der Lage von Gemeinden mit Geburtenüberschuss wieder einmal der Einfluss der räumlichen Nähe zu den beiden Großstädten Trier und Koblenz bei.

Abb. 66 Geburten-Sterbe-Rate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

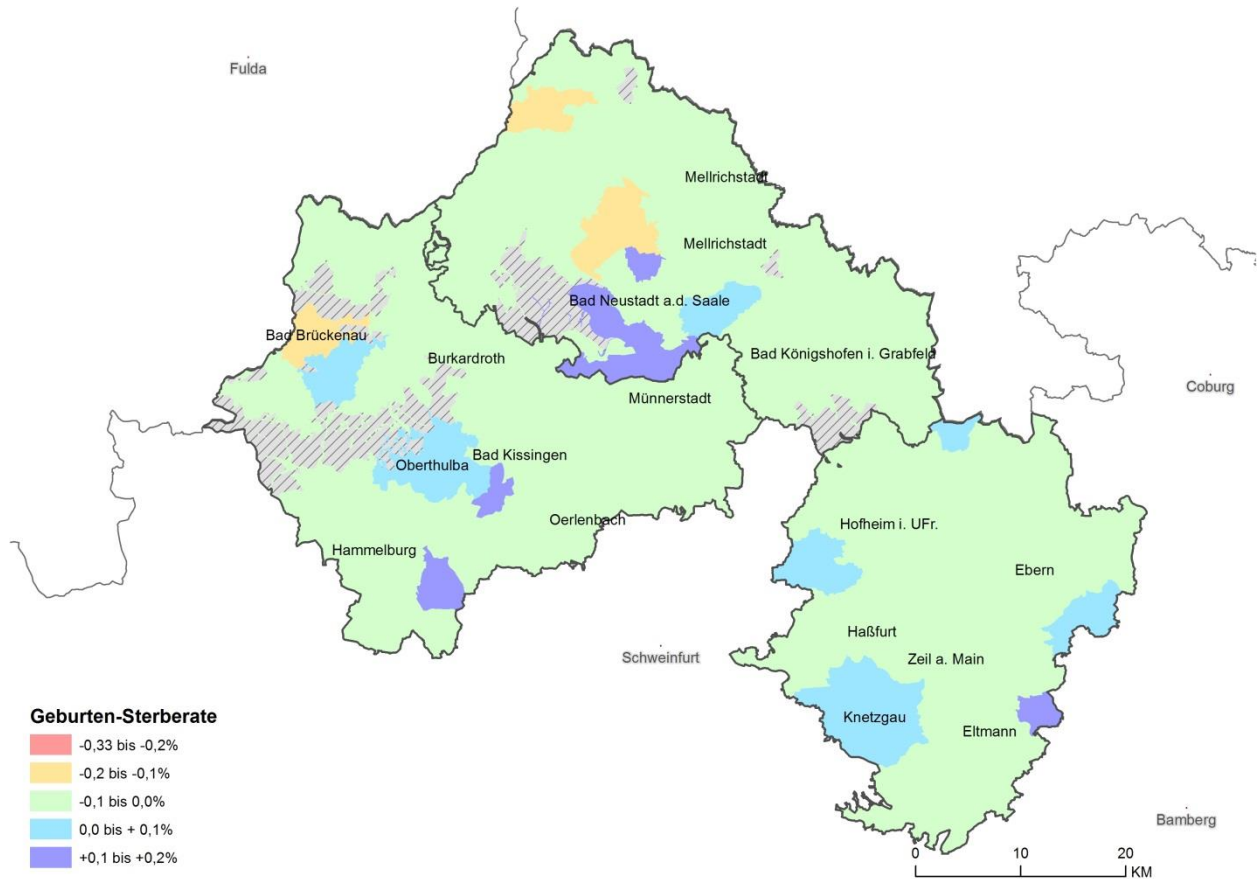
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Gemeinden mit hohem Sterbeüberschuss befinden sich dagegen im Westen des Landkreises Bitburg-Prüm, im Norden des Landkreises Vulkaneifel und im Zentrum des Landkreises Cochem-Zell. Hier werden verhältnismäßig wenig Kinder geboren, sodass folglich weniger Kinderärzte benötigt werden. Auch in der hausärztlichen Versorgung resultiert daraus, dass weniger Patienten im Kindes- und Jugendalter behandelt werden müssen. Somit werden auch für diese Altersgruppe spezifische Krankheiten weniger häufig nachgefragt.

Im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 67) sind es vor allem Gemeinden in Reichweite von Schweinfurt und Bamberg, die einen Geburtenüberschuss aufweisen. Im Norden der Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld hingegen liegen einige Gemeinden, die einen klaren

Sterbeüberschuss aufweisen. Somit erklärt auch hier wieder die räumliche Lage die demographische Situation durch den Einfluss der Suburbanisierung.

Abb. 67 Geburten-Sterbe-Rate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

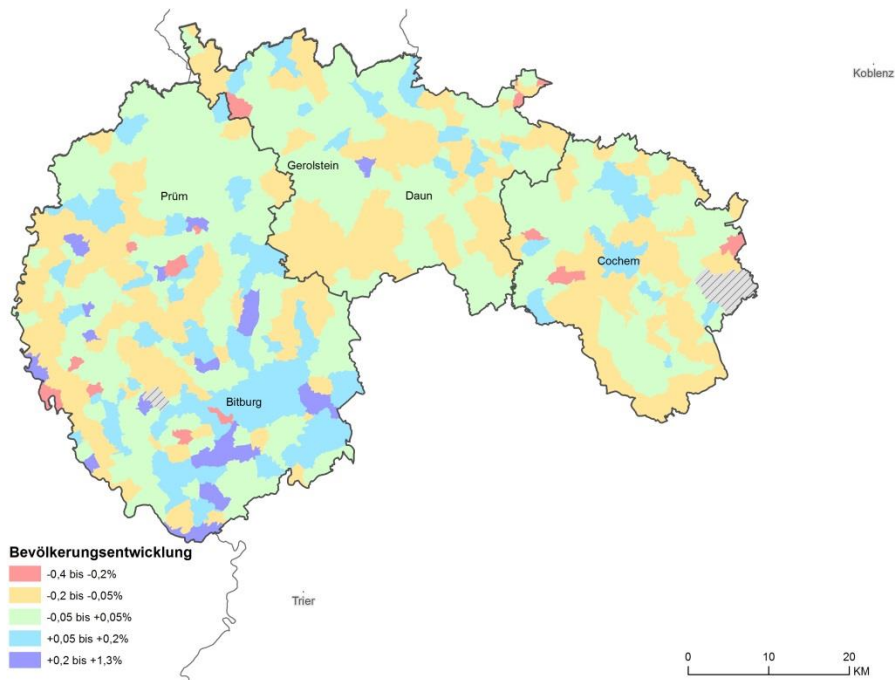
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Bevölkerungsentwicklung

In Summe führen Wanderungen und Geburtendefizite zu einer schwindenden Bevölkerungsentwicklung in den Modellräumen. Im Modellraum Eifel (s. Abb. 68) gilt dies für viele Gemeinden im gesamten Gebiet. Eine Ausnahme bildet der südliche Teil des Landkreises Bitburg-Prüm. Im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 69) hingegen verzeichnete allein die Stadt Bad Kissingen in den letzten zehn Jahren Bevölkerungszuwachs.

Insgesamt bleibt somit festzuhalten, dass nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Modellräume demographische Disparitäten vorkommen. Diese sind vor allem auf die raumstrukturelle Lage (Mittelgebirgshöhenlagen mit steilem Relief vs. Gut angebundene Lagen im Einzugsgebiet von Großstädten bzw. Oberzentren) zurückzuführen. Zudem gibt es mit Bad Kissingen noch eine besondere Stadt, die durch ihren Status als Kurort eine von den übrigen umgebenden Gemeinden andere demographische Entwicklung genommen hat, hin zu mehr Senioren.

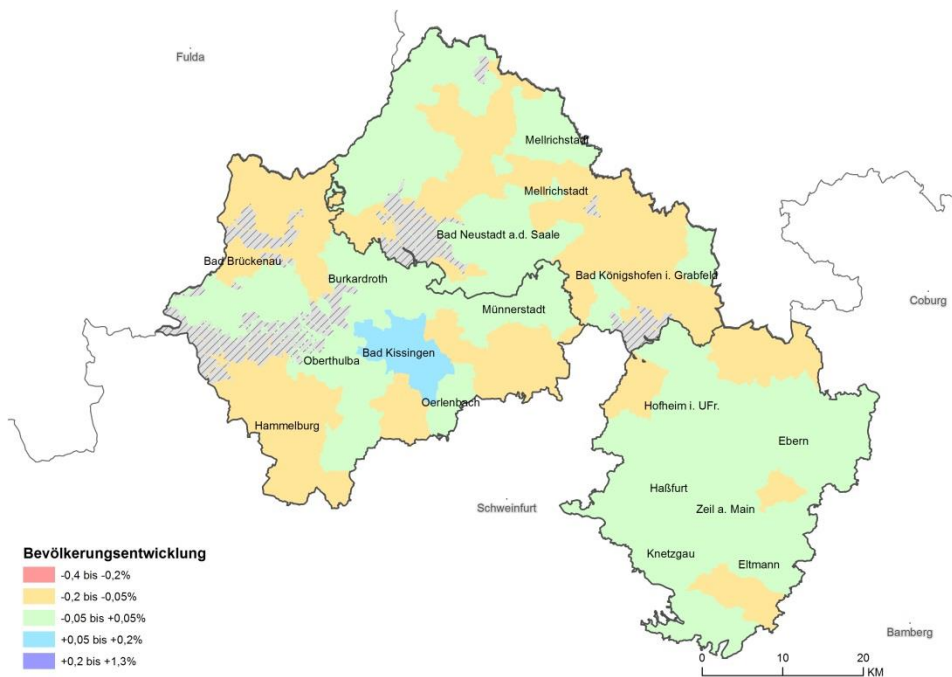
Abb. 68 Bevölkerungsentwicklung 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Abb. 69 Bevölkerungsentwicklung 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Für die hausärztliche Versorgung bedeutet dies, dass demographisch bedingt (Altersmorbidity) in den Mittelgebirgslagen und in Bad Kissingen mit größerem Nachfragedruck an medizinischen Dienstleistungen zu rechnen ist. Manche Gebiete hingegen, wie bspw. der südliche Teil des Landkreises Bitburg-Prüm lassen aufgrund ihrer vergleichsweise stabilen demographischen Situation für die Zukunft keinen stark anwachsenden Bedarf an medizinischen Dienstleistungen vermuten.

4.1.3. Sozioökonomische Struktur

Auch wenn das medizinische Versorgungssystem solidarisch organisiert ist und damit prinzipiell kaufkraftunabhängig an allen Standorten in Deutschland vergleichsweise einheitliche Wirtschaftsbedingungen für den Praxisbetrieb bei ausreichendem Patientenaufkommen schafft, so lohnt dennoch der genauere Blick auf die sozioökonomische Struktur in der Bevölkerung vor Ort. Zum einen, da auch für Hausärzte über sog. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) neben der kassenärztlichen Abrechnung eine weitere von den Patienten direkt zu entrichtende Einnahmequelle für über die Regelversorgung hinausgehende medizinische Dienstleistungen möglich ist. Zum anderen erhöht sich mit steigendem Wohlstand der Patienten die Wahrscheinlichkeit, dass diese privatversichert sind und medizinische Behandlungen damit zu wesentlich besseren Bedingungen abgerechnet werden können. Zuletzt bestehen in einer sozioökonomisch prosperierenden Region für das familiäre Umfeld des Hausarztes bessere Chancen auf attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten. Dies sind allesamt Faktoren, die auch bei der Standortwahl von Hausärzten herangezogen werden können.

Einkommens- und Wohlstandsniveau

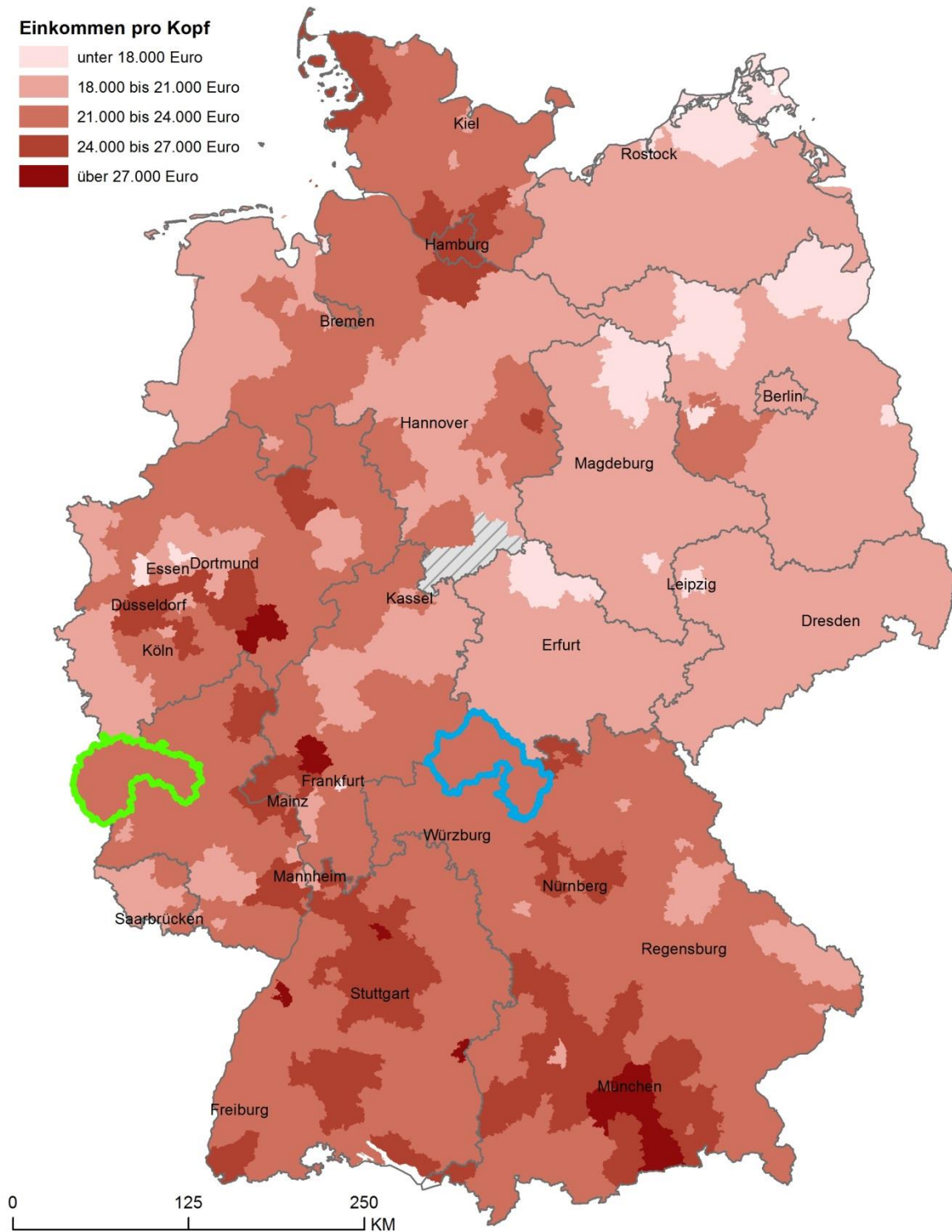
Mithilfe des Einkommens pro Kopf lässt sich einschätzen, welches Wohlstandsniveau in einer Region besteht, auch wenn dabei die vor Ort bestehenden Lebenshaltungskosten, die sich innerhalb Deutschlands vor allem zwischen prosperierenden Metropolen und ländlichen strukturschwachen Regionen stark unterscheiden, unberücksichtigt bleiben. Damit dient das Einkommen pro Kopf als Indikator dafür, ob für das familiäre Umfeld attraktive Gehälter bestehen und ob die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen durch Patienten wahrscheinlich ist.

Im Verhältnis zu Gesamtdeutschland verhalten sich die beiden Modellräume beim Einkommen pro Kopf unauffällig (s. Abb. 70). Die niedrigsten Durchschnittseinkommen in Deutschland werden stattdessen in Ostdeutschland sowie Teilen des (strukturschwachen) Ruhrgebiets, des Saarlands und ländlichen Räumen in Niedersachsen, Hessen und im östlichen Bayern erwirtschaftet. Die höchsten Einkommen finden sich in den Metropolen und ihrem suburbanen Umland, wobei hier wie bereits erläutert die höheren Lebenshaltungskosten (u.a. Wohnungsmieten) unberücksichtigt bleiben.

Bei genauerem Blick in die Modellräume und ihre Landkreise zeigen sich jedoch durchaus leichte innere Disparitäten (s. Tab. 38). Zunächst liegen alle Einkommen unterhalb des Bundesdurchschnitts, was angesichts der ländlichen Struktur wenig überraschend ist und aufgrund der geringeren Lebenshaltungskosten vor Ort das Wohlstandsniveau kaum von städtischen Räumen abweichen lässt. Im Modellraum Eifel ist es besonders der Landkreis Cochem-Zell, in dem die höchsten Einkommen bestehen. Dieser Landkreis ist vor allem stärker touristisch geprägt und bietet somit vielfältigere Beschäftigungsmöglichkeiten. Im Modellraum Unterfranken ist es der Landkreis Bad Kissingen, in dem die höchsten Gehälter gezahlt werden, was wieder-

rum vor allem in dem Status der Kreishauptstadt als bedeutender Kurort mit entsprechender Infrastruktur und zugehörigen Beschäftigungsmöglichkeiten begründet ist.

Abb. 70 Einkommen pro Kopf auf Kreisebene 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Insgesamt sind die Einkommensunterschiede zwischen den Landkreisen innerhalb der Modellräume wie auch zwischen den Modellräumen wie auch zwischen den Modellräumen und dem Bundesdurchschnitt zu marginal, als dass sie für die Standortentscheidung von vielen Hausärzten genügend Bedeutung entwickeln könnten, um die ambulante Versorgung vor Ort zu gefährden.

Tab. 38 Einkommen pro Kopf in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2016

Raum	Einkommen pro Kopf 2016
Cochem-Zell	21.797
Bitburg-Prüm	21.403
Vulkaneifel	21.292
MR Eifel	21.482
Bad Kissingen	21.738
Rhön-Grabfeld	21.543
Haßberge	21.147
MR Unterfranken	21.493
Deutschland	21.919

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Berufspendler

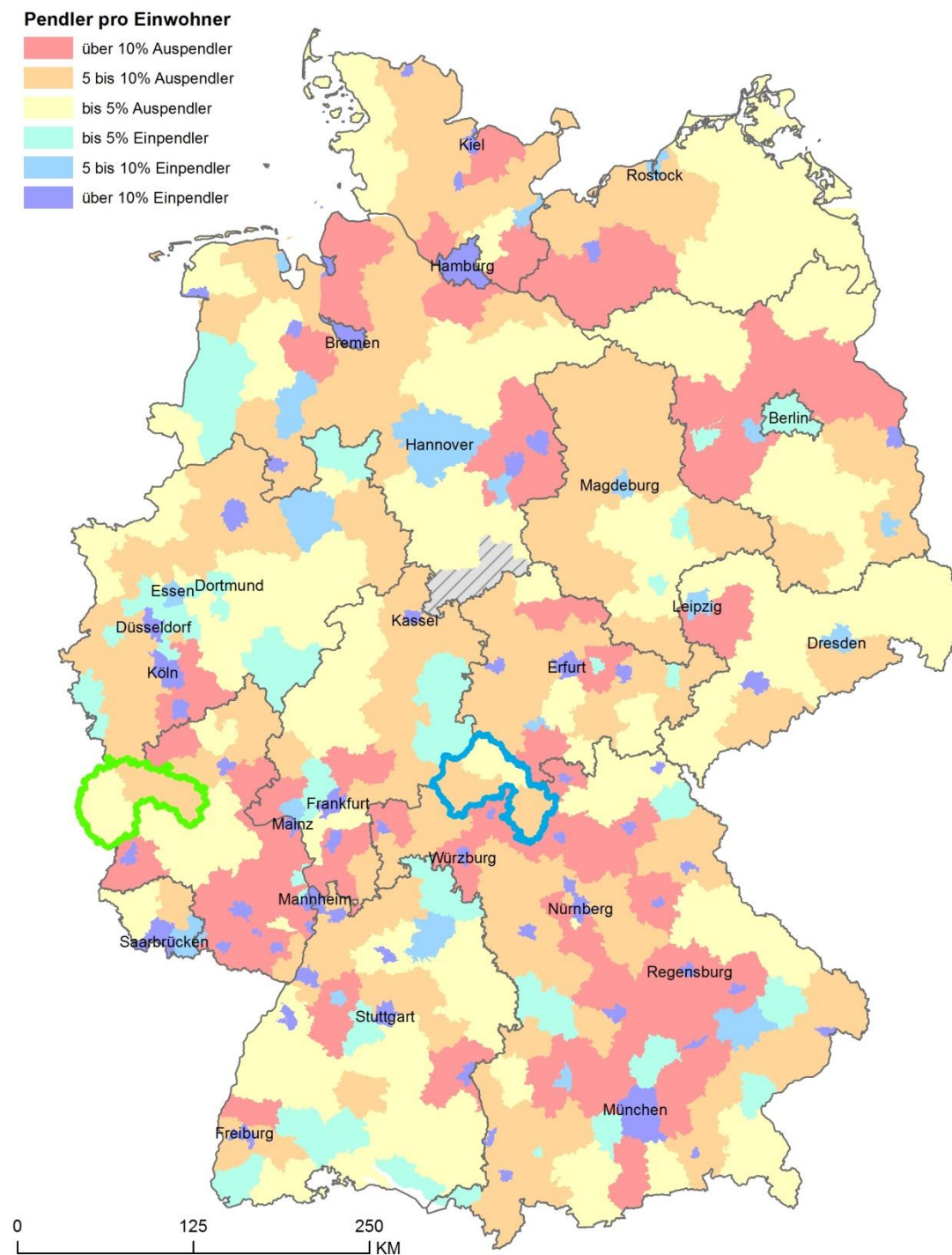
Über die Pendlerbilanz lässt sich erfassen, ob es sich bei den Modellräumen und ihren Landkreisen eher um Wohn- oder Arbeitsorte handelt, d.h. inwieweit genügend Beschäftigungsmöglichkeiten vor Ort (bspw. für das familiäre Umfeld von Hausärzten) bestehen. Falls davon nicht genügend in den Modellräumen vorhanden sind, lässt sich über die Kartendarstellung von Ein- und Auspendlern erkennen, in welchen benachbarten Kreisen stattdessen Beschäftigungsmöglichkeiten bestehen.

Üblicherweise sind es die kreisfreien Großstädte, welche von Pendlern aus dem Umland angesteuert werden (s. Abb. 71). Da die Landkreise der beiden Modellräume in einiger Entfernung zu Großstädten liegen, sind diese nicht so stark von Berufspendelverhalten ihrer Bewohner betroffen. Dennoch weisen alle Landkreise eine negative Pendlerbilanz auf.

Im Modellraum Eifel ist das Verhältnis von Ein- und Auspendlern generell etwas ausgeglichener als im Modellraum Unterfranken (s. Tab. 39). Es ist vor allem der Landkreis Bitburg-Prüm mit seiner grenznahen Lage weitab größerer Städte (außer Trier), dessen Arbeitsmarkt vergleichsweise autarker ist als die übrigen. Dabei bestehen neben den Auspendlern nach Trier vor allem Pendlerverflechtungen in den benachbarten Landkreis Vulkaneifel, der selbst aufgrund seiner im Verhältnis zum Landkreis Bitburg-Prüm geringeren Einwohner- und Beschäftigtenzahl eine anteilig größere Pendlerverflechtung mit dem Landkreis Bitburg-Prüm aufweist. Der Landkreis Cochem-Zell dagegen ist stärker mit seinen ihn umgebenden Kreisen verflochten, vor allem

dem Großraum Koblenz. Damit ist der Landkreis Cochem-Zell wie auch schon in Kap. 4.1.1 festgestellt aufgrund seiner günstigen Autobahnanbindung in Teilen dem suburbanen Gebiet des Großraums Koblenz zuzuordnen, was z.B. dem familiären Umfeld von Hausärzten in diesem Landkreis mehr Beschäftigungsmöglichkeiten bietet.

Abb. 71 Pendler im Verhältnis zur Einwohnerzahl auf Kreisebene 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Im Modellraum Unterfranken weisen vor allem die beiden Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld stärkere Pendlerverflechtung auf, wobei Bad Kissingen durch die größere räumliche Nähe zur Stadt Schweinfurt ebenfalls größere Auspendlerströme in diese Richtung aufweist. Der Landkreis Haßberge hingegen mit seiner Lage zwischen den beiden Oberzentren Schweinfurt und Bamberg hat entsprechend viele Auspendler in diese Mittelstädte, was auch an der guten infrastrukturellen Anbindung des Landkreises liegt.

Somit befinden sich vor allem in den Landkreisen Cochem-Zell und Haßberge sowie mit Abstrichen Bitburg-Prüm und Bad Kissingen stärkere Pendlerverflechtungen in größere Städte und somit für das familiäre Umfeld von Hausärzten vielfältigere Beschäftigungsmöglichkeiten als in den eher abgelegenen Landkreisen Vulkaneifel und Rhön-Grabfeld, die eher Pendlerverflechtungen in benachbarte ähnlich strukturierte Landkreise aufweisen und ansonsten relativ autarke Arbeitsverhältnisse aufweisen, weshalb es hier tendenziell weniger Auswahl an Arbeitsstätten gibt.

Tab. 39 Ein- und Auspendlerquoten mit den wichtigsten Herkunfts-/ Zielkreisen in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017

Raum	Kreise mit über		Kreise mit über	
	Einpendlerquote	1.000 Einpendlern	Auspendlerquote	1.000 Auspendlern
Cochem-Zell	31,0%	Mayen-Koblenz	43,6%	Mayen-Koblenz, Stadt Koblenz, Rhein-Hunsrück-Kreis, Bernkastel-Wittlich
Bitburg-Prüm	24,3%	Vulkaneifel	29,6%	Stadt Trier, Vulkaneifel , Bernkastel-Wittlich
Vulkaneifel	30,8%	Bitburg-Prüm	40,2%	Bitburg-Prüm , Bernkastel-Wittlich
MR Eifel	28,1%		37,0%	
Bad Kissingen	27,4%	Rhön-Grabfeld , Schweinfurt	39,5%	Stadt Schweinfurt, Rhön-Grabfeld , Schweinfurt, Stadt Würzburg, Fulda
Rhön-Grabfeld	27,5%	Bad Kissingen , Schmalkalden-Meiningen	31,2%	Bad Kissingen , Stadt Schweinfurt
Haßberge	27,6%	Bamberg, Schweinfurt	44,4%	Stadt Schweinfurt, Stadt Bamberg, Bamberg, Schweinfurt
MR Unterfranken	27,5%		38,6%	

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

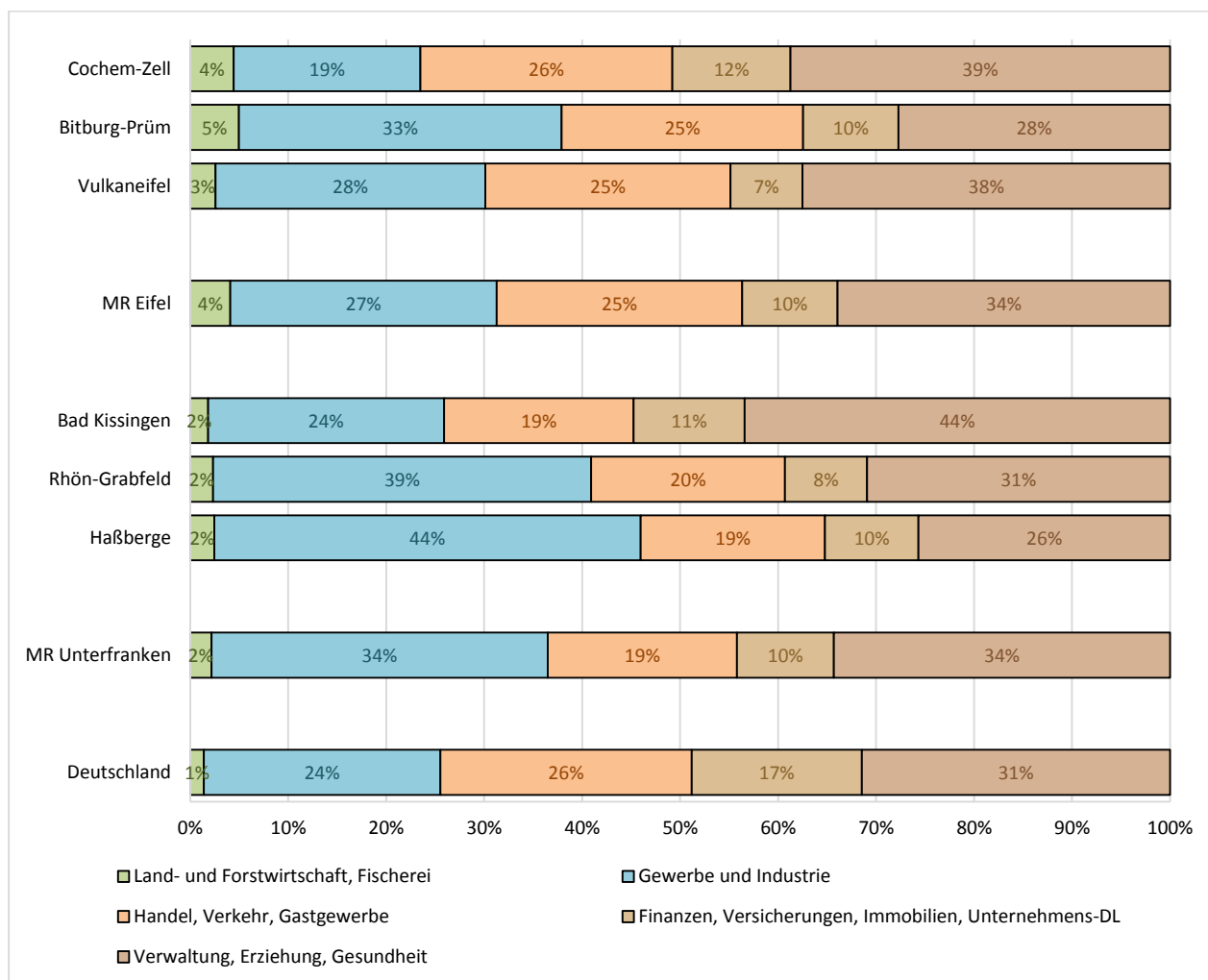
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Beschäftigte nach sektoraler Gliederung

Neben den Beschäftigungsmöglichkeiten in benachbarten Landkreisen hilft die sektorale Gliederung der Beschäftigtenstruktur in den Landkreisen der Modellräume bei der Einschätzung der vor Ort bestehenden Beschäftigungsmöglichkeiten. Gleichzeitig lässt sich damit der berufliche Hintergrund der vor Ort zu versorgenden Patientenklientel einschätzen.

Im Modellraum Eifel sind anteilig mehr Beschäftigte im primären Sektor (Land- und Forstwirtschaft, Fischerei) tätig als im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 72). Davon ausgehend, dass die landwirtschaftliche Nutzbarkeit in beiden Modellräumen mit ihrer Mittelgebirgslage etwa gleich ist, zeigt der höhere Wert im Modellraum Eifel an, dass dort die Bevölkerungsdichte niedriger ist. Hinzu kommt für den Landkreis Cochem-Zell der arbeitsintensive Weinanbau an den Moselhängen.

Abb. 72 Beschäftigte nach sektoraler Gliederung in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Der Modellraum Unterfranken hat hingegen mehr Beschäftigte im sekundären Sektor (Gewerbe und Industrie), vor allem durch die Landkreise Rhön-Grabfeld und Haßberge. Lediglich der

Landkreis Bad Kissingen ist hier prozentual schwächer besetzt, was insbesondere am Kurstatus der Kreishauptstadt mit vielen Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen begründet liegt. Im Modellraum Eifel ist der Landkreis Bitburg-Prüm stärker industriell geprägt, wohingegen im Landkreis Cochem-Zell die Industrie nur eine marginale Rolle spielt, auch im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt. Dies hängt wiederum am größeren Stellenwert des Tourismus bei gleichzeitig dicht besiedeltem aber sehr engem Moseltal, das keine so günstige Verkehrsanbindung aufweist. Dies macht den Landkreis für (großflächige) Industrieansiedlungen eher unattraktiv.

Der tertiäre Sektor lässt sich noch mithilfe der Daten aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung weiter untergliedern in Dienstleistungen aus den Branchen Handel, Verkehr und Gastgewerbe, die vor allem in den Landkreisen des Modellraums Eifel durchschnittlich mit Beschäftigten besetzt sind, im Modellraum Unterfranken hingegen allesamt etwa 6 bis 7% unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Dies ist wiederum mit der höheren Bevölkerungsdichte (und damit höherer Auslastung von Einzelhandel und ÖPNV) sowie dem stärkeren prozierenden Sektor (bzw. im Landkreis Bad Kissingen dem Gesundheitssektor) begründet.

Die zweite Branchengruppe innerhalb des tertiären Sektors stellen Finanzen, Versicherungen, Immobilien und unternehmensnahe Dienstleistungen dar. Diese sind besonders interessant, da sie für gewöhnlich mit höheren Vergütungen für die Beschäftigten einhergehen. Allerdings sind diese Branchen auch gleichzeitig zentrumsaffin, weshalb sie auch in allen Landkreisen unter dem Bundesdurchschnitt liegen, allerdings mit inneren Disparitäten. So weisen vor allem die sehr oberzentrumsfernen Landkreise Vulkaneifel und Rhön-Grabfeld den geringsten Besatz dieser Branchengruppe auf.

Zuletzt gibt es mit der öffentlichen Verwaltung, Erziehung und Gesundheit noch eine dritte Branchengruppe, deren Charakter vor allem die (Mit-)Finanzierung aus öffentlichen Geldern ist. Dabei ist vor allem für das familiäre Umfeld von Hausärzten anzunehmen, dass dieses aufgrund des steten Kontakts mit der Gesundheitsbranche über den Hausarzt dieser Branche eher zugeeignet sind (Lebenspartner bspw. als Fachärzte in Kliniken oder anderen Praxen, Kinder bspw. als medizinisches Personal in einer Klinik oder Praxis, nicht selten zur Überbrückung der Wartesemester für einen Studienplatz in Humanmedizin). Vor allem jene Landkreise, die anteilig weniger Beschäftigte im Industrie- und Gewerbesektor aufweisen, sind im Bereich Verwaltung, Erziehung und Gesundheit stärker besetzt. Dazu zählen die Landkreise Cochem-Zell, Vulkaneifel und besonders Bad Kissingen mit seiner Kreishauptstadt als bedeutender Kurort.

Damit bieten vor allem die Landkreise des Modellraums Eifel aufgrund ihrer geringen Bevölkerungsdichte weniger Beschäftigungsmöglichkeiten (erkennbar am relativ bedeutenderen primären Sektor), der Modellraum Unterfranken hingegen weist einen größeren Gewerbe- und Industriebesatz auf. In den oberzentrumsfernen Landkreisen sind darüber hinaus eher lukrative Beschäftigungen im Bereich Finanzen, Versicherungen, Immobilien und unternehmensnahe Dienstleistungen Mangelware. Dagegen haben beide Modellräume stabilen Besatz mit Gesundheitsberufen, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau.

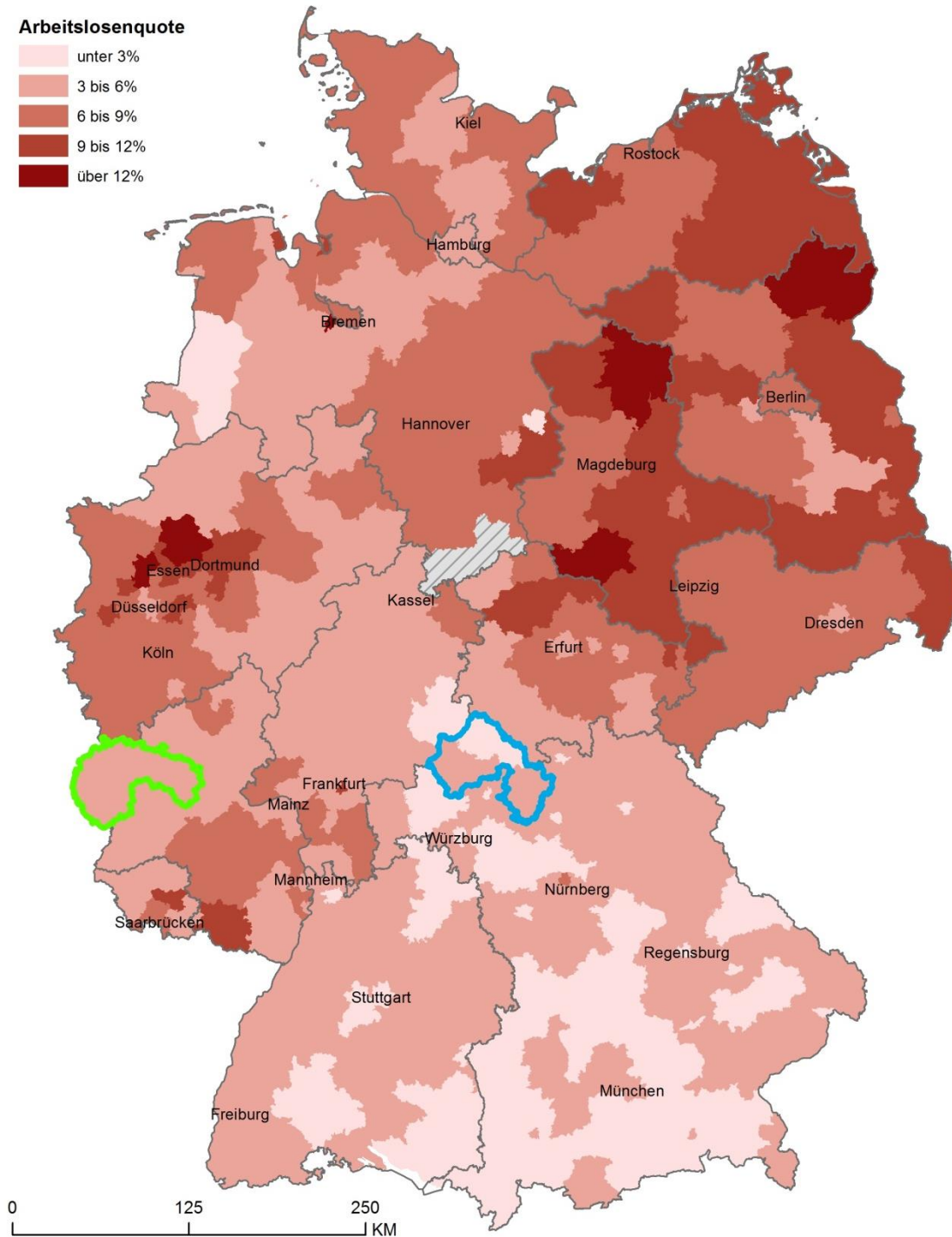
Arbeitslosigkeit

Welche beruflichen Perspektiven bestehen, lässt sich mithilfe der Arbeitslosenstatistik ergründen. Auch berufliche Perspektiven beeinflussen wiederum die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Zusatzleistungen durch Patienten als auch die Chancenwahrnehmung der beruflichen Entwicklung für das familiäre Umfeld in einer Region.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Arbeitslosigkeit in den Landkreisen der Modellräume im Vergleich zu Gesamtdeutschland eher niedrig ist (s. Abb. 73). Vor allem in ländlichen Landkrei-

sen Ostdeutschlands als auch den Städten des Ruhrgebiets ist diese Arbeitslosenquote höher. Vor allem in Süddeutschland gibt es dagegen auch Landkreise mit geringerer Arbeitslosigkeit als in denen der beiden Modellräume.

Abb. 73 Arbeitslosenquote auf Kreisebene 2017 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2019

Beim Blick in die einzelnen Formen der Arbeitslosigkeit fällt jedoch auf, dass vor allem die Jugendarbeitslosigkeit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höher liegt (s. Tab. 40). Dies ist vermutlich an den wenigen beruflichen Optionen in den Landkreisen begründet und ein Warnsignal für Hausärzte mit eigenem Nachwuchs. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen hingegen ist vor allem im zentrumsfernen Landkreis Vulkaneifel hoch. In den Landkreisen mit größerem Industriebesatz (s. Abb. 72) hingegen ist die Quote an Langzeitarbeitslosen nicht so hoch.

Tab. 40 Verschiedene Formen der Arbeitslosigkeit in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017

Raum	Arbeitslosenquote	Anteil junger Erwachsener (U25) an den Arbeitslosen	Anteil der Langzeitarbeitslosen (über 1 Jahr) an den Arbeitslosen
Cochem-Zell	3,8%	11,7%	28,0%
Bitburg-Prüm	3,7%	12,9%	23,8%
Vulkaneifel	4,5%	11,9%	39,3%
MR Eifel	4,0%	12,2%	30,3%
Bad Kissingen	3,4%	9,1%	29,4%
Rhön-Grabfeld	2,7%	9,7%	26,5%
Haßberge	3,3%	10,4%	22,4%
MR Unterfranken	3,2%	9,7%	26,5%
Deutschland	5,7%	9,1%	35,6%

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2019

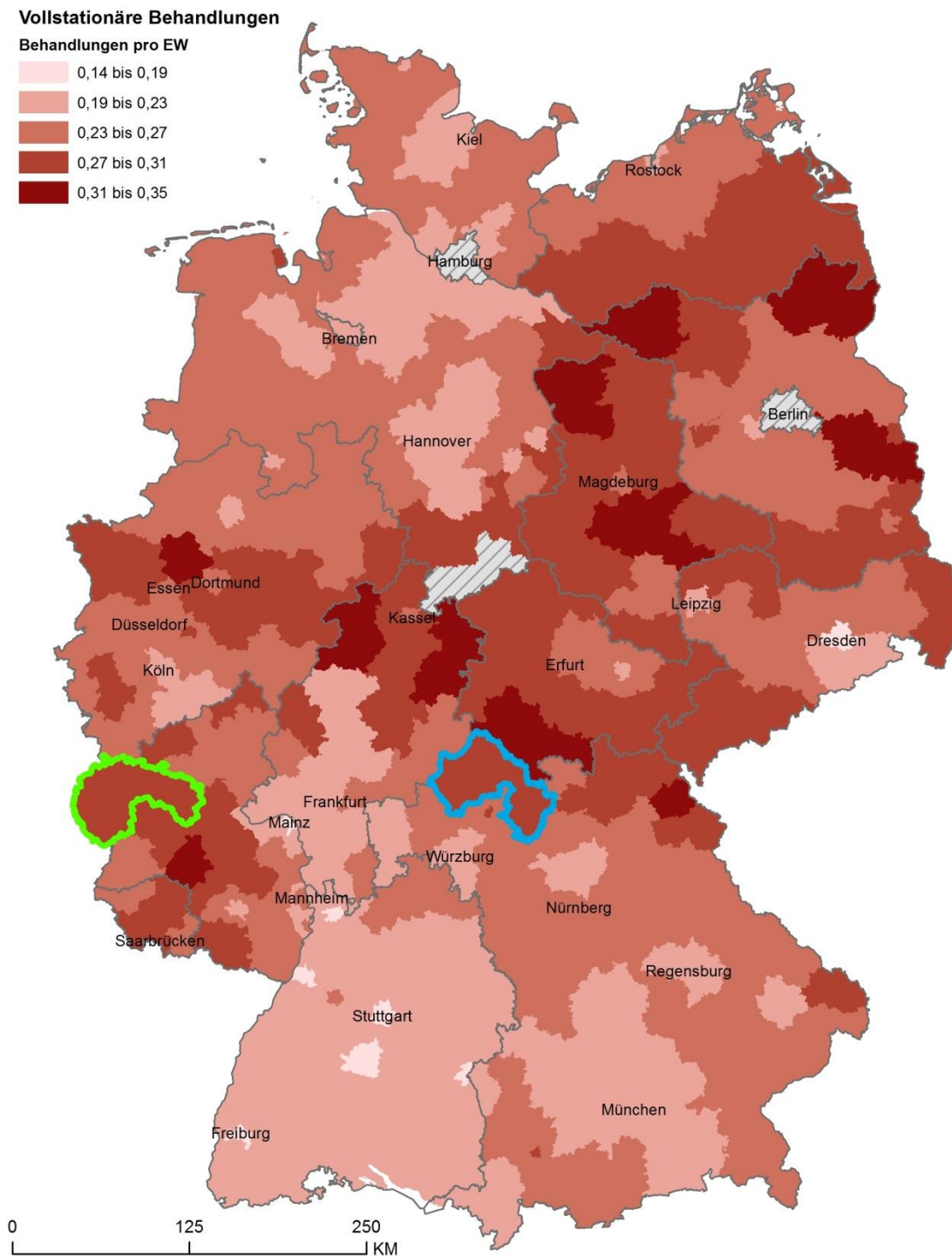
Insgesamt bieten die Landkreise der Modellräume damit zwar einen arbeitnehmerfreundlichen Arbeitsmarkt, allerdings mit einigen perspektivischen Mängeln, vor allem in den Landkreisen mit geringem Industrie- und Gewerbebesatz bzw. zentrumsferneren Landkreisen.

Morbidität

Für die ambulante Versorgung liegen keine statistischen Daten auf regionaler Ebene vor, allerdings lässt sich mithilfe der vollstationären Behandlungen von Patienten nach deren Wohnsitz auch auf die Krankheitsanfälligkeit der dortigen Bevölkerung schließen.

Sowohl im Modellraum Eifel als auch im Modellraum Unterfranken gab es 2017 überdurchschnittlich viele vollstationäre Behandlungen unter der dort ansässigen Bevölkerung im Vergleich zu Gesamtdeutschland (s. Abb. 74). Somit kann von einer eher erhöhten Morbidität der ansässigen Bevölkerung in den Modellräumen ausgegangen werden, die auch auf die ambulante Versorgung entsprechend Nachfragedruck ausübt. Dies lässt sich auch in der Kartendarstellung (s. Abb. 74) erkennen, bei der ein deutlicher Zentrum-Peripherie-Zuwachs für die meisten Regionen in Deutschland im vollstationären Behandlungsbedarf erkannt werden kann. Dies liegt daran, dass mit erhöhtem Anteil älterer Menschen in zumeist peripheren ländlichen Räumen die dortige Morbidität aufgrund von Alterskrankheiten zunimmt.

Abb. 74 Vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Wohnsitz pro Einwohner auf Kreisebene 2017 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie
http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2018

Dieser Zusammenhang lässt sich auch in Tab. 41 erkennen. Hier steigt (von Säuglingen abgesehen) der Behandlungsbedarf und damit die Krankheitsanfälligkeit mit zunehmenden Alter bis

etwa zum 80. Lebensjahr an. Die darüber hinaus steil abfallenden Behandlungszahlen für noch ältere Personen hängen mit der übertroffenen Lebenserwartung und der damit in diesen Alterskohorten stark zunehmenden Mortalität zusammen, sodass deren Besatz im Vergleich zu jüngeren Jahrgängen stark ausgedünnt ist. Insgesamt sind 2017 44,22% aller im Krankenhaus vollstationär behandelten Patienten 65 Jahre oder älter gewesen. Damit zeigt sich auch die besondere Relevanz von Einrichtungen der medizinischen Daseinsvorsorge gerade in überalterten Regionen.

Tab. 41 Vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Wohnsitz pro Einwohner auf Kreisebene 2017

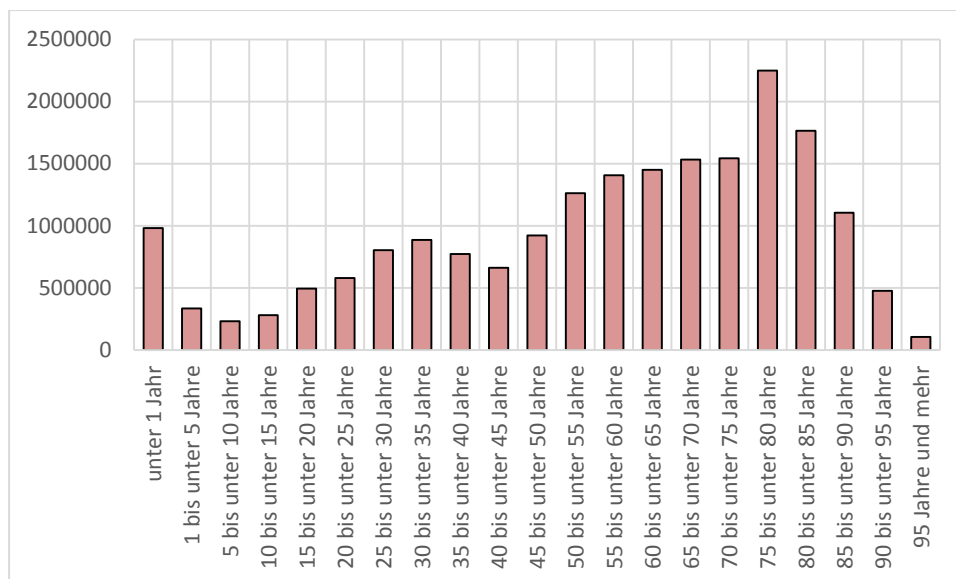
Raum	Vollstationäre Behandlungen pro EW 2017
Cochem-Zell	0,29
Bitburg-Prüm	0,29
Vulkaneifel	0,30
Modellraum Eifel	0,29
Bad Kissingen	0,30
Haßberge	0,27
Rhön-Grabfeld	0,28
Modellraum Unterfranken	0,28
Deutschland	0,24

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

In den Modellräumen Eifel und Unterfranken sind es vor allem typische im Alter auftretende Krankheitsbilder am Kreislaufsystem (z.B. Herzprobleme wie Herzinfarkt und Schlaganfall) und am Muskelskelettsystem und des Bindegewebes (z.B. Arthritis, Rheuma, Osteoporose), die vermehrt auftreten (s. Tab. 42). Hingegen sind andere Krankheitsbilder (v.a. psychische Erkrankungen) bzw. Krankenhausaufenthalte (bei Schwangerschaft & Geburt) seltener. Daraus resultiert auch für die ambulante medizinische Versorgung vor Ort ein leicht anderes Anforderungsprofil als im Bundesdurchschnitt. So sind etwas weniger Frauenärzte nötig, dagegen werden bspw. mehr Kardiologen benötigt. Auch im Alltag von Hausärzten ist entsprechend mit häufigerem Aufkommen typischer Alterskrankheiten zu rechnen. Eine Spezialisierung auf diese Krankheitsbilder kann damit zu einer Effektivitätssteigerung führen, wenn Hausärzte so schneller bzw. häufiger zu zielgerichteten Diagnosen gelangen und auch eine effektive Krankheitstherapie verordnen und begleiten können.

Abb. 75 Vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Alter in Deutschland 2017



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Tab. 42 Ausgewählte vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Krankheitsklassifikation in Deutschland und Abweichungen in den Modellräumen 2017

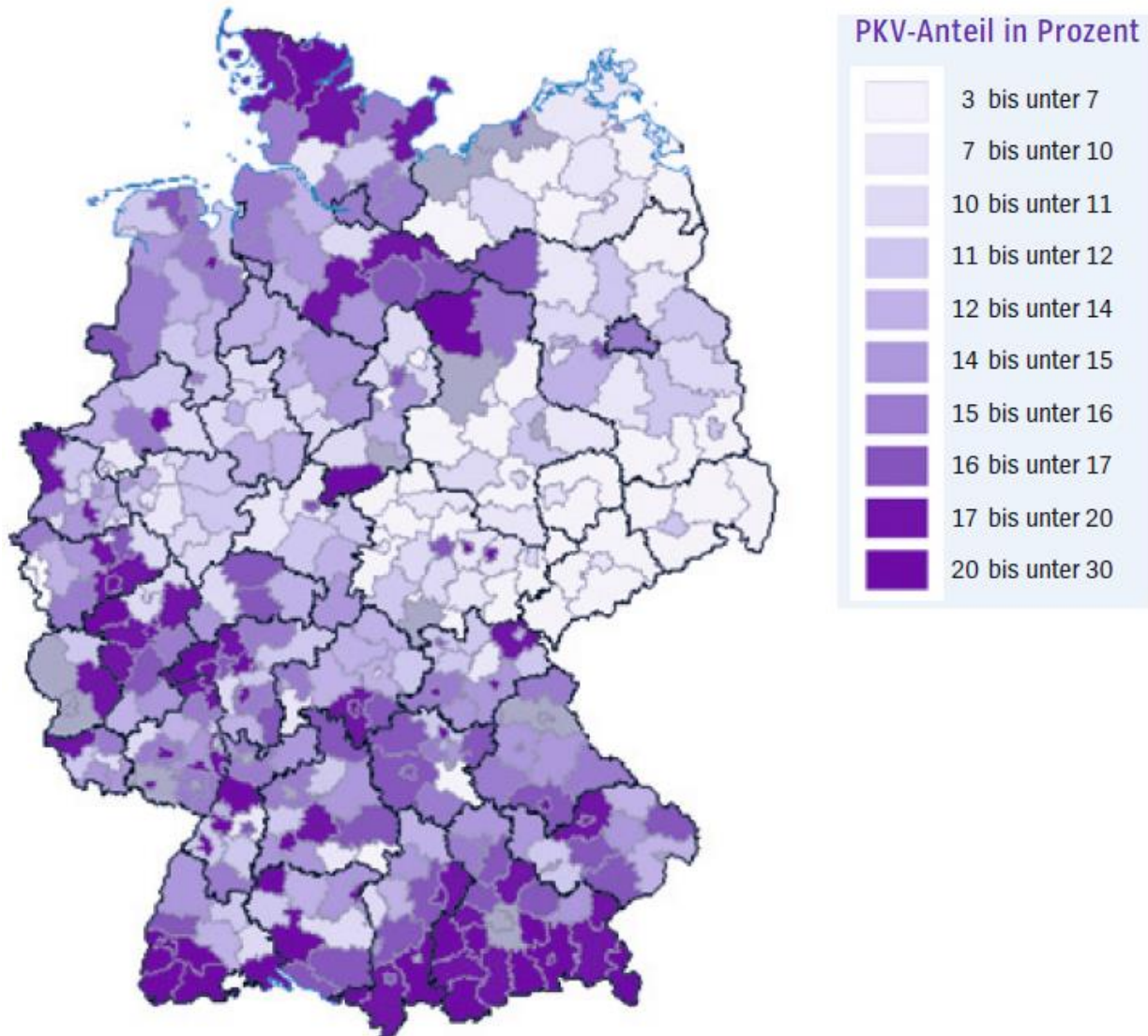
Hauptdiagnoseklassen (ICD 10)	Anteil in Deutschland	Abweichung im Modellraum Eifel	Abweichung im Modellraum Unterfranken
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	5,3%	- 1,0%	- 1,2%
F00-F99 Psychische Verhaltensstörungen	6,0%	- 1,1%	- 0,9%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	14,6%	+ 2,0%	+ 1,2%
M00-M99 Krankheiten des Muskelskelettsystems und des Bindegewebes	8,8%	+ 1,3%	+ 1,0%

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018

Anteil an Privatpatienten

Abb. 76 Anteil der privat Krankenversicherten (PKV), berechnet aus der Gesamtbevölkerung abzüglich der gesetzlich Krankenversicherten (GKV) auf Kreisebene 2010



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Sundmacher & Ozegowski 2013, S. 33

Die Diskussion, inwieweit der Anteil an privat Krankenversicherten in einer Region Ärzte in ihrer Standortwahl beeinflussen kann, wird bereits seit Jahren geführt mit unterschiedlichen Standpunkten. Sundmacher & Ozegowski konnten einen mittleren Effekt des Anteils der privat Krankenversicherten auf die vor Ort bestehende Hausarztichte nachweisen ($r=0,20$)⁴³⁵. Chaibi & Schulze Ehring widersprechen dieser Position in ihrer für den Verband der Privaten Krankenversicherung verfassten Studie energisch in der Weise, als dass es sich bei der ermittelten Korrelation nicht um eine Kausalität handelt⁴³⁶. Unbestritten ist hingegen der positive finanzielle

⁴³⁵ vgl. Sundmacher & Ozegowski 2013, S. 35

⁴³⁶ vgl. Chaibi & Schulze Ehring 2019, S. 7

Effekt von Privatversicherten auf die Praxisbilanz, was im unterschiedlichen Vergütungssystem (EBM bei gesetzlich Krankenversicherten und GOÄ bei privat Krankenversicherten) begründet liegt (s. Kap. 3.1.1).

Der auf Kreisebene bestehende Marktanteil von Privatpatienten ist indes bislang nicht als statistischer Datensatz verfügbar. Der Verband der Privaten Krankenversicherung erarbeitet aktuell einen PKV-Deutschland-Atlas, von dem zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit lediglich der Regionalatlas Bayern und der Regionalatlas Saarland veröffentlicht sind. Somit liegen genaue Zahlen nur für die Landkreise des Modellraums Unterfranken in Bayern vor (s. Tab. 43). Sundmacher & Ozegowski haben 2013 den Anteil an Privatversicherten mithilfe der erstmals veröffentlichten Zahl an gesetzlich Krankenversicherten, welche von der Gesamtbevölkerung auf Kreisebene abgezogen wurden, ermittelt⁴³⁷. Dabei räumen die Autoren jedoch selbst ein, dass diese Methode statistische Ungenauigkeiten aufgrund fehlerhaften Kreiszuordnungen der Krankenkassen aus den Postleitzahlen ihrer Versicherungsnehmer sowie im Laufe der Jahrzehnte erfolgten Kreisgebietsreformen mit sich bringt und der PKV-Anteil aufgrund einiger Personengruppen wie nicht Versicherten, Justizvollzugsbeamten, Strafgefangenen und Bundeswehrangehörigen etwas zu groß ist.

Tab. 43 PKV-Marktanteile und Mehrumsätze (nominal & real) sowie für die realen Mehrumsätze hinzugezogene Indexwerte der Landkreise des Modellraums Unterfranken 2017

Raum	PKV-Marktanteil	Nominalwert der Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen	Index Sonstiges	Gesamtindex	Realwert der Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt
Bad Kissingen	10,1%	51.495 €	84,4	55,2	76,4	63,1	78,5	70.604 €
Rhön-Grabfeld	9,0%	51.049 €	91,1	58,5	67,7	71,5	82,8	63.380 €
Haßberge	9,0%	65.096 €	91,4	57,4	67,9	58,7	82,1	78.585 €
Stadt München	17,3%	51.043 €	121,9	166,5	130,1	149,8	130,7	37.851 €
Bayern	12,7%	59.671 €						67.412 €

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung 2019, S. 14-17 & S. 28-33

Die aus diesen Daten angefertigte Karte (s. Abb. 76) zeigt für die Landkreise der Modellräume höchst unterschiedliche PKV-Anteile an der Bevölkerung. Im Modellraum Eifel liegt der PKV-Anteil bei 7 bis unter 10%, im Landkreis Bitburg-Prüm bei 11 bis unter 12% und im Landkreis Cochem-Zell bei 16 bis unter 17%. Im Modellraum Unterfranken sind dies für Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld 10 bis unter 11% und im Landkreis Haßberge 7 bis unter 10%. Dabei lassen sich die Werte von Sundmacher und Ozegowski für die Landkreise des Modellraums Unterfranken zumindest bedingt mit den 7 Jahre später zustande gekommenen Werten des Verbands der privaten Krankenversicherung (s. Tab. 43) vergleichen, wobei sich hier annähernd Übereinstimmung zeigt, lediglich der Landkreis Rhön-Grabfeld hat einen etwas schwächeren Besitz an Privatversicherten, was jedoch auch der zeitlichen Entwicklung geschuldet sein könnte. Die somit ableitbare wahrscheinliche Validität der Daten von Sundmacher & Ozegowski erlaubt die

⁴³⁷ vgl. Sundmacher & Ozegowski 2013, S. 32

Interpretation der regionalen Unterschiede im Modellraum Eifel. Hier wirken sich offensichtlich das leicht bessere Durchschnittseinkommen (s. Tab. 38), die Nähe zum lukrativen Arbeitsstandort im Großraum Koblenz (s. Tab. 39) der höhere Besatz mit einkommensstarken Branchengruppen (s. Abb. 72) und die vergleichsweise niedrigste Arbeitslosenzahl (s. Tab. 40) positiv auf die Zahl an Privatversicherten aus.

Für den Modellraum Unterfranken hingegen sind die PKV-Zahlen eher ausgeglichen und befinden sich unterhalb des Landesdurchschnitts in Bayern (s. Tab. 43). Da jedoch gleichzeitig die Arztdichte in den Landkreisen im Verhältnis zu den übrigen bayerischen Gebieten und vor allem zur Stadt München relativ gering ist, ergeben sich daraus für die Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld nur minder geringe nominelle Mehrumsätze je Arzt. Unter Einfluss von Lohn & Gehaltsniveau des Praxispersonals, dem vor Ort bestehenden Mietniveau, den Praxis-Abschreibungen sowie sonstigen Einflussfaktoren ergeben sich sogar reale Mehrumsätze je ambulant tätigem Facharzt, die um einiges höher liegen als in München und auf meist über dem Landesdurchschnitt stehen. Dies ist auch insofern interessant als das damit die Argumentation entkräftet wird, viele Privatpatienten würden für Arztpraxen automatisch einen Mehrumsatz bringen. Stattdessen sind es vor allem die älteren Privatpatienten, die mit ihrer höheren Morbidität und Kaufkraft das Gros der Mehrumsätze unter allen Privatpatienten generieren und die auch in ländlichen Räumen ausreichend vertreten sind⁴³⁸. Unter diesem Eindruck scheint eine Niederlassung in städtischen Regionen finanziell weit weniger attraktiv. Jedoch muss erstens in Zweifel gezogen werden, ob die von den Studienautoren angewandten Indexwerte auf Basis eines „gewichteten Kosten-Warenkorbs für ambulant tätige Ärzte“ zum Erhalt des realen Mehrumsatzes plausibel sind, zum anderen darf auch bezweifelt werden, dass sich angehende Haus- und sonstige Fachärzte derart intensiv mit der eher kleineren Patientengruppe der Privatpatienten beschäftigen, als dass die aufgedeckte Tatsache, dass nur ältere, einkommensstärkere Privatpatienten einen Mehrumsatz erzeugen, unter ihnen weitläufig bekannt ist. Zuletzt kommt noch hinzu, dass Hausärzte vergleichsweise weniger von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Privatpatienten profitieren als andere Facharztgruppen⁴³⁹.

Es bleibt somit zur sozioökonomischen Struktur der Modellräume zusammenfassend festzuhalten, dass die in den Modellräumen und ihren Landkreisen erzielten Einkommen recht durchschnittlich sind, Pendlerverflechtungen bestehen vor allem bei Landkreisen in der Nähe größerer Städte, welche auch stärkeren Besatz an einkommensstarken Branchen besitzen. Der Modellraum Unterfranken hat auch den größeren Anteil an Arbeitsplätzen in der Industrie, weshalb ihr Arbeitsmarkt auch perspektivisch etwas besser dasteht. Die Bevölkerung in den Landkreisen der Modellräume ist eher überaltert und darum krankheitsanfälliger, mit den typischen Alterskrankheiten, weshalb eine hausärztliche Versorgung in diesen Räumen vom Patientenaufkommen her gleichsam medizinisch wichtig wie auch finanziell lohnenswert ist. Die Zahl an Privatpatienten ist in den meisten Landkreisen der Modellräume (außer Cochem-Zell) überschaubar, jedoch vor allem aufgrund des höheren Patientenalters (also der häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen) sowie im Verhältnis zu den niedrigen Praxiskosten durchaus lohnenswerter als in städtischen Räumen.

4.1.4. Ambulante hausärztliche Versorgungsstruktur

Die Hausärzte in den Modellräumen arbeiten nicht alle unter den gleichen Bedingungen. Vielmehr bestimmen die Organisationsformen der Versorgungsbetriebe, ihre Lagen innerhalb der

⁴³⁸ vgl. Chaibi & Schulze Ehring 2019, S. 8

⁴³⁹ vgl. Sundmacher & Ozegowski 2019, S. 33

Modellräume sowie natürlich die Merkmale der praktizierenden Hausärzte selbst, wie sich die hausärztliche Versorgung in den Modellräumen für die ansässige Bevölkerung gestaltet. Unberücksichtigt bleiben müssen dabei jedoch die Arbeitsqualität und Arbeitsmethoden der vor Ort tätigen Hausärzte und ihres Personals, die konkreten (über die Basisversorgung hinausgehenden) medizinischen Dienstleistungsangebote in den einzelnen Praxen sowie die jeweilige Praxisausstattung mit medizinischem Diagnose- und Therapiegerätschaften, die allesamt ebenfalls Einfluss auf die Versorgungsqualität vor Ort nehmen, zu denen jedoch keine Daten verfügbar sind bzw. deren Erhebung zu aufwendig wäre.

Dennoch ermöglichen auch die in diesem Kapitel analysierten Daten zur Praxis- und Hausarztstruktur ein differenziertes Bild von der hausärztlichen Versorgung in den Modellräumen. Dabei wird neben Daten aus externen Quellen vor allem auf eigens erhobene Daten zu Hausärzten und Praxen in den Modellräumen zurückgegriffen.

Strukturmerkmale der Hausärzte

Tab. 44 Strukturmerkmale der Hausärzte in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2018

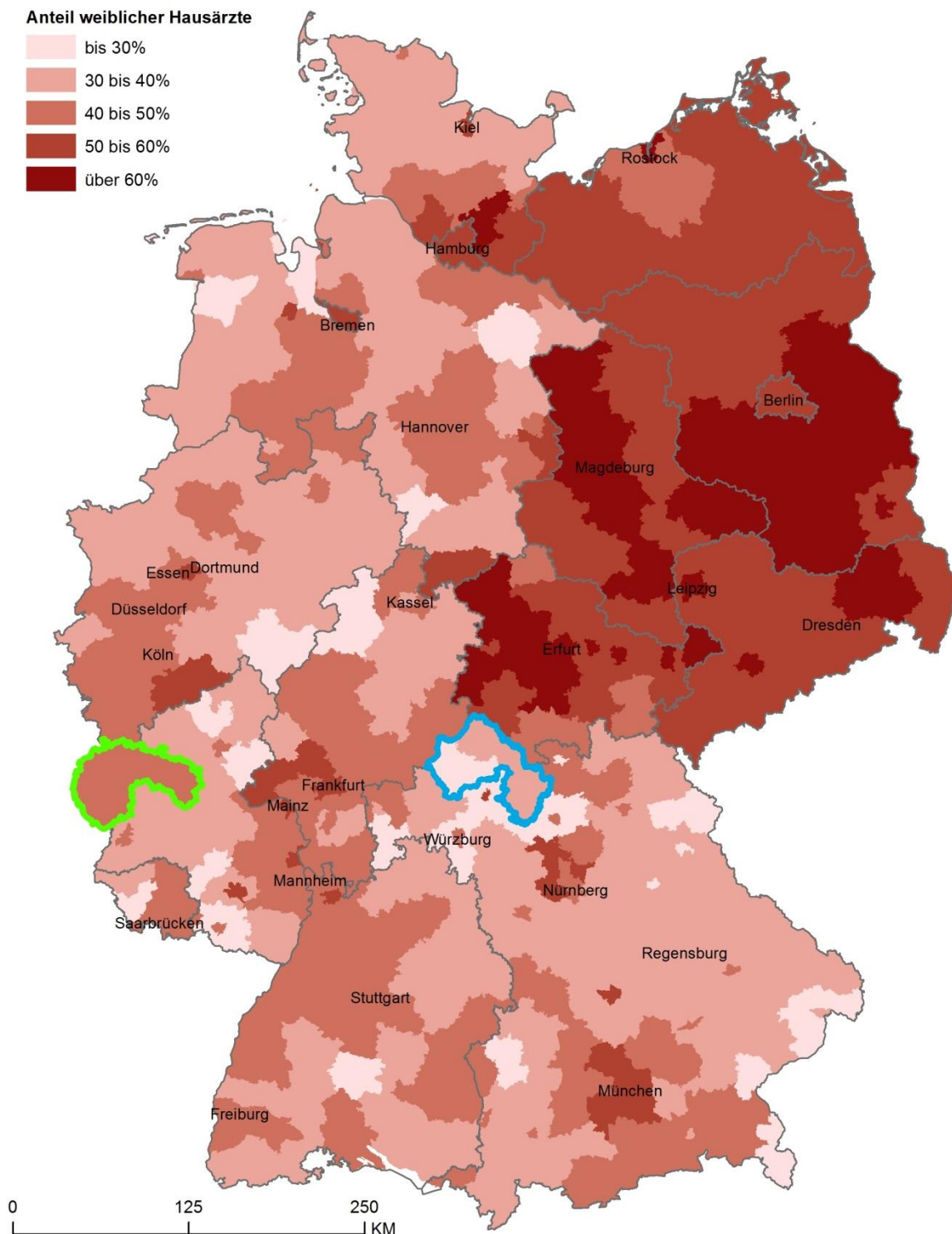
Raum	Einwohner pro Hausarzt		Anteil weiblicher Hausärzte		Anteil über 65-jähriger Hausärzte		Durchschnittsalter der Hausärzte		Anteil der Vertragsärzte		Anteil der angestellten Hausärzte	
	2018	seit 2014	2018	seit 2014	2018	seit 2014	2018	seit 2014	2018	seit 2014	2018	seit 2014
Cochem-Zell	1.486	-6%	43%	-5%	21%	114%	56,4	0,2	79%	-2%	21%	7%
Bitburg-Prüm	1.869	5%	40%	28%	8%	38%	54,6	0,3	85%	-7%	15%	66%
Vulkaneifel	1.414	-7%	42%	5%	21%	318%	57,0	1,3	70%	-20%	30%	142%
MR Eifel	1.611	-2%	42%	9%	16%	138%	55,9	0,6	78%	-10%	22%	63%
Bad Kissingen	1.412	6%	27%	0%	34%	46%	59,1	0,7	80%	-10%	21%	75%
Rhön-Grabfeld	1.374	6%	33%	2%	29%	202%	60,2	2,5	88%	-1%	12%	7%
Haßberge	1.458	-1%	40%	26%	22%	42%	55,0	-0,2	72%	-14%	28%	75%
MR Unterfranken	1.414	4%	33%	9%	29%	72%	58,2	0,9	80%	-8%	20%	57%
Deutschland	1.495	0%	46%	9%	15%	43%	55,3	0,7	81%	-7%	19%	53%

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Die eingangs in dieser Arbeit aufgeworfene Fragestellung nach den Faktoren hausärztlicher Standortwahl leistet sich vor allem aus der Ungleichverteilung von Hausärzten auf verschiedene Regionen Deutschlands ab, bezogen auf die dort hausärztlich zu versorgende Bevölkerung. Bei dieser sog. Verhältniszahl von Einwohnern pro Hausarzt lässt sich für die Landkreise der Modellräume erkennen (s. Tab. 44), dass bis auf den Landkreis Bitburg-Prüm alle übrigen Landkreise überdurchschnittlich gut mit Hausärzten besetzt sind. Allerdings liegen fast alle Landkreise nur leicht besser als der Durchschnitt, sodass die Verhältniszahl für den Modellraum Eifel insgesamt schlechter als der Bundesdurchschnitt liegt und beim Modellraum Unterfranken liegen bis auf den Landkreis Rhön-Grabfeld die beiden anderen auch lediglich leicht unterdurchschnittlich.

Abb. 77 Anteil weiblicher Hausärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Die Entwicklung der Verhältniszahl verläuft dabei höchst unterschiedlich und ist neben eintretenden und ausscheidenden Hausärzten auch von der Bevölkerungsentwicklung in den Land-

kreisen abhängig. Im Modellraum Eifel zeigt sich dabei (s. Tab. 44), dass der schwächer versorgte Landkreis Bitburg-Prüm auch der einzige mit schlechter Entwicklung der Verhältniszahl ist (2018 mussten die Hausärzte dort mehr Einwohner versorgen als noch 2014). In den übrigen beiden Landkreisen Cochem-Zell und Vulkaneifel hat sich die Versorgungslage hingegen in den letzten Jahren verbessert, wie damit auch insgesamt im Modellraum. Im Modellraum Unterfranken hingegen geht der Trend bis auf den Landkreis Haßberge klar zu größerem Versorgungsaufwand je Hausarzt, was sicherlich der vergleichsweise starken Überalterung dort geschuldet ist.

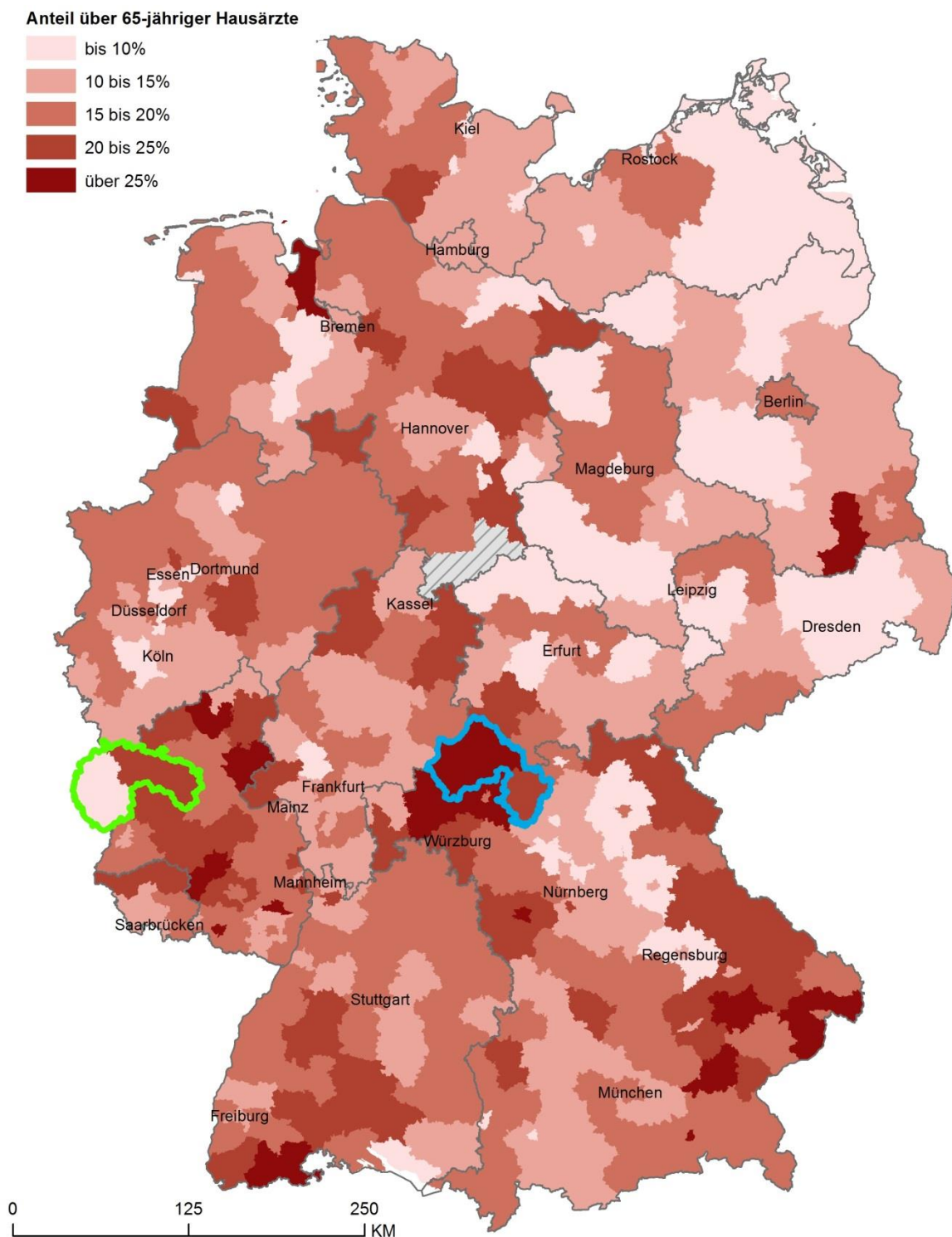
Aufgrund des in Kap. 3.3 aufgezeigten Trends der Feminisierung in der medizinischen Hochschulausbildung und damit auch zeitversetzt in der hausärztlichen Versorgungsstruktur kann ein Versorgungsrisiko für die vor Ort zu versorgende Bevölkerung bestehen, falls weiblichen Hausärzten nach dem klassischen Familienmodell die Hauptlast in der Kindeserziehung zufällt, was höhere Ausfallzeiten und eine geringere mögliche Wochenarbeitszeit mit sich bringen würde. Diese leitet sich auch daraus ab, dass die älteren zumeist männlichen Hausärzte noch häufiger im klassischen Familienmodell leben und dadurch durch Wegfall anderweitiger Aufgaben im Haushalt ein wesentlich höheres Arbeitspensum bewältigen können, das oftmals weit über dem normalen Arbeitspensum von 40 Wochenstunden liegt und durch die freiberufliche Tätigkeit auch wesentlich lukrativer ist als für Angestellte, deren Überstunden evtl. nicht vergütet werden. Anstellungsverhältnisse bspw. mit Teilzeittätigkeit werden dabei vor allem von Frauen stärker bevorzugt (s. Abb. 15 in Kap. 3.3.4).

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigt sich dabei, dass der Modellraum Eifel ein wesentlich höheres Niveau als der Modellraum Unterfranken aufweist (s. Tab. 44). Im Modellraum Unterfranken haben der Landkreis Rhön-Grabfeld, aber vor allem der Landkreis Bad Kissingen einen deutlich geringeren Anteil weiblicher Hausärzte, weshalb insgesamt nur ein Drittel aller Hausärzte im Modellraum Unterfranken weiblich ist. Zwar ist auch der Anteil an weiblichen Hausärzten im Modellraum Eifel mit 42% unter dem Bundesdurchschnitt, allerdings wird dieser hohe Wert für Deutschland vor allem von den ostdeutschen Bundesländern und den Agglomerationsräumen Westdeutschlands getragen. Im Vergleich zu anderen westdeutschen ländlichen Räumen schneidet der Modellraum Eifel darum dennoch überdurchschnittlich ab (s. Abb. 77).

Bis auf die beiden Landkreise Bitburg-Prüm und Haßberge verlief die jüngste Entwicklung beim Anteil weiblicher Hausärzte dabei unter dem Bundestrend (s. Tab. 44), im Landkreis Cochem-Zell ist sie sogar rückläufig, wenn auch von höherem Niveau kommend. Insgesamt verbleibt damit für beide Modellräume ein annähernd durchschnittliches Wachstum des Anteils weiblicher Hausärzte im Vergleich zu Gesamtdeutschland.

Zur Beurteilung der Altersstruktur der in den Modellräumen praktizierenden Hausärzte bieten sich vor allem zwei Kennziffern an (s. Tab. 44): Der Anteil der über 65-jährigen Hausärzte zeigt dabei den in den nächsten Jahren zu erwartenden Nachbesetzungsbedarf auf, wohingegen das Durchschnittsalter aller Hausärzte die langfristige demographische Entwicklung verdeutlicht. Der Anteil der über 65-jährigen Hausärzte liegt dabei in allen Landkreisen der beiden Modellräume mit Ausnahme Bitburg-Prüms über dem Bundesdurchschnitt, die Hausärzteschaft ist demnach überaltert, wobei das Niveau im Modellraum Unterfranken mit 29% nochmal deutlich über dem des Modellraums Eifel mit 16% liegt, was nur etwas über dem Bundesdurchschnitt liegt. Der Modellraum Unterfranken die sich ihm südlich anschließenden Landkreise Bayerns zählt damit neben weiteren Landkreisen im Südosten Bayerns, dem südlichen Baden sowie einigen Landkreisen des Westerwalds in Rheinland-Pfalz zu den am stärksten überalterten Regionen Deutschlands hinsichtlich der Hausärzteschaft (s. Abb. 78).

Abb. 78 Anteil über 65-jähriger Hausärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Der dabei generell rasante Altersprozess in den vergangenen Jahren (erkennbar an der Entwicklung des Anteils der über 65-jährigen Hausärzte) in ganz Deutschland wird dabei von den

Modellräumen noch übertroffen, da vor allem in der Eifel die beiden Landkreise Cochem-Zell (Verdoppelung des Anteils der über 65-jährigen Hausärzte) und Vulkaneifel (Vervierfachung) von starker Alterung der Hausärzteschaft betroffen sind, aber auch der Landkreis Rhön-Grabfeld (Verdreifachung) im Modellraum Unterfranken. Lediglich die Landkreise Bitburg-Prüm und Haßberge liegen mit einem dennoch rasant steigenden Anteil älterer Hausärzte knapp unter dem Bundestrend.

Die Zahl und die Entwicklung des Anteils älterer Hausärzte erklären natürlich auch partiell ihre Entsprechungswerte beim Durchschnittsalter (s. Tab. 44), weswegen hier nur die wichtigsten Abweichungen genannt sein sollen. So weist der Landkreis Cochem-Zell trotz rasanter Entwicklung bei den älteren Hausärzten ein insgesamt nur wenig wachsendes Durchschnittsalter der Hausärzte auf, was eine in den letzten Jahren vergleichsweise gut verlaufene Nachbesetzung mit jüngeren Kollegen hindeutet. Am besten ist diese Nachbesetzung jedoch im Landkreis Haßberge verlaufen, wo sogar eine leichte Senkung des Durchschnittsalters erreicht wurde. Im Landkreis Rhön-Grabfeld hingegen ist trotz der im Vergleich zum Landkreis Vulkaneifel weniger rasant verlaufenen Entwicklung beim Anteil älterer Hausärzte das Durchschnittsalter deutlich stärker gestiegen, was anzeigt, dass hier die Nachbesetzung vergleichsweise schlecht verlaufen ist.

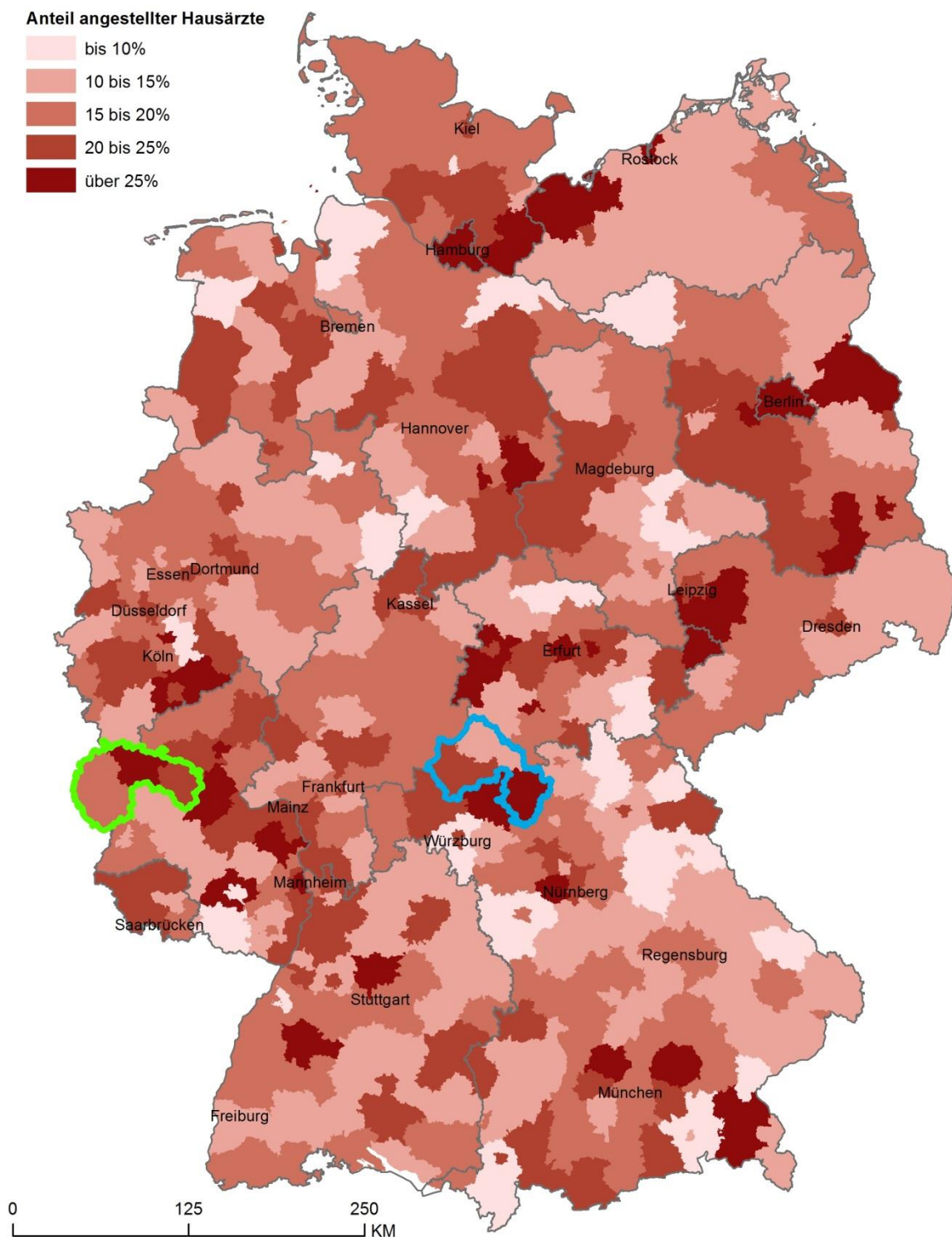
Wie bereits beim Anteil weiblicher Hausärzte beschrieben, nimmt die Art der Berufsausübung über unterschiedlichen Anreiz zur Mehrarbeit Einfluss auf den Versorgungsumfang. Freiberufliche Vertragsärzte haben dabei über die ihnen direkt zugutekommende Abrechnung medizinischer Dienstleistungen größeres Interesse an einer Versorgung möglichst vieler Patienten als angestellte Hausärzte mit festen Arbeitszeiten und Gehalt, für die allenfalls Boni bei Mehrversorgung (d.h. Arbeitsleistung über dem üblichen Pensum) ausgeschüttet werden.

Innerhalb Deutschlands gibt es dabei große Unterschiede hinsichtlich des Anteils angestellter Hausärzte (s. Abb. 79), wobei sich deren Verteilung nicht anhand von Himmelsrichtungen oder Verdichtungsgrad erklären ließe, sondern vielmehr vor Ort bestehenden und gewachsenen Versorgungssystemen geschuldet ist. Der Anteil an angestellten Hausärzten ist besonders in den Landkreisen Bitburg-Prüm und Rhön-Grabfeld niedrig, in den Landkreisen Vulkaneifel und Haßberge hingegen besonders hoch. Auffällig ist dabei, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Anteil weiblicher Hausärzte und dem Anteil angestellter Hausärzte in den Landkreisen der Modellräume gibt, wenngleich zwischen allen Landkreisen Deutschlands ein auf dem Niveau von 0,01 signifikanter Korrelationskoeffizient von $r = 0,265$ zwischen dem Anteil weiblicher Hausärzte im Jahr 2018 und dem Anteil angestellter Hausärzte im gleichen Jahr besteht. Das bedeutet, dass weibliche Hausärzte tatsächlich auf statistisch signifikantem Niveau häufiger zu einem Anstellungsverhältnis anstelle einer freiberuflichen Tätigkeit tendieren.

Die Modellräume übertreffen dabei den generellen Bundestrend zu einem starken Wachstum von Anstellungsverhältnissen, wobei der Anstieg nur in den beiden Landkreisen Cochem-Zell und Rhön-Grabfeld schwächer verlief, im Landkreis Vulkaneifel hingegen, der ja auch trotz zunehmender Überalterung eine gute Wiederbesetzungsquote aufweist, ist der Anstieg der angestellten Hausärzte besonders hoch.

Somit bleibt festzuhalten, dass der Modellraum Eifel die geringere Versorgungsdichte mit Hausärzten und den größeren Anteil weiblicher Hausärzte aufweist. Die Überalterung der Hausärzteschaft ist hingegen mit einem höheren Anteil der über 65-jährigen Hausärzte und einem höheren Durchschnittsalter im Modellraum Unterfranken größer. Hinsichtlich der angestellten Hausärzte zeigen sich die Modellräume vergleichsweise unauffällig. Innerhalb der Modellräume gibt es dagegen größere Abweichungen, wobei vor allem die Landkreise Bitburg-Prüm, Rhön-Grabfeld und Haßberge öfters vom Durchschnitt ihrer jeweiligen Modellräume abweichen.

Abb. 79 Anteil angestellter Hausärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Struktur und räumliche Verteilung hausärztlicher Versorgungsbetriebe

Mithilfe der im Zuge des Adressbezugs im Jahr 2018 erhobenen Daten zu den in den Modellräumen ansässigen Hausärzten (s. Kap. 1.7) lässt sich die Struktur und die räumliche Verteilung der hausärztlichen Versorgungsbetriebe (i.d.R. Arztpraxen) analysieren. Dies ermöglicht einen tieferen Einblick in die Arbeitsformen vor Ort und die Präferenzen von weiblichen gegenüber männlichen Hausärzten. Mithilfe der Adressdaten lässt sich darüber hinaus eine Erreichbarkeitsanalyse der Arztpraxen durchführen.

Ausgehend von den Durchschnittswerten für beide Modellräume ergibt sich aus der eigenen Erhebung der in den Modellräumen tätigen Hausärzte und den zugehörigen Versorgungsbetrieben ein unausgeglichenes Bild mit einigen Differenzen (s. Tab. 45). So stehen der Bevölkerung im Modellraum Eifel, besonders im Landkreis Bitburg-Prüm, wesentlich weniger Hausarztpraxen zur Verfügung als im Modellraum Unterfranken wie auch im übrigen Deutschland. Dies bedeutet für die Bevölkerung vor Ort weniger Auswahlmöglichkeit und oftmals auch weitere Anfahrtswege zur nächsten Praxis.

Tab. 45 Struktur der hausärztlichen Praxisbetriebe in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2018

Raum	EW pro Praxis	HÄ pro Praxis	Anteil Einzelpraxen	Anteil Gemeinschaftspraxen	Anteil MVZ	Anteil Einzelstandorte	Anteil Multilokale Standorte
Cochem-Zell	2.372	1,58	50%	42%	8%	92%	8%
Bitburg-Prüm	2.654	1,54	51%	41%	8%	81%	19%
Vulkaneifel	2.248	1,56	56%	37%	7%	93%	7%
MR Eifel	2.451	1,56	52%	40%	8%	88%	12%
Bad Kissingen	1.812	1,28	70%	28%	2%	79%	21%
Rhön-Grabfeld	1.814	1,52	55%	45%	0%	93%	7%
Haßberge	2.166	1,31	54%	41%	5%	67%	33%
MR Unterfranken	1.911	1,36	61%	37%	2%	80%	20%
Beide Modellräume	2.122	1,44	57%	38%	4%	83%	17%
Deutschland	2.197	1,46	55%	39%	5%		

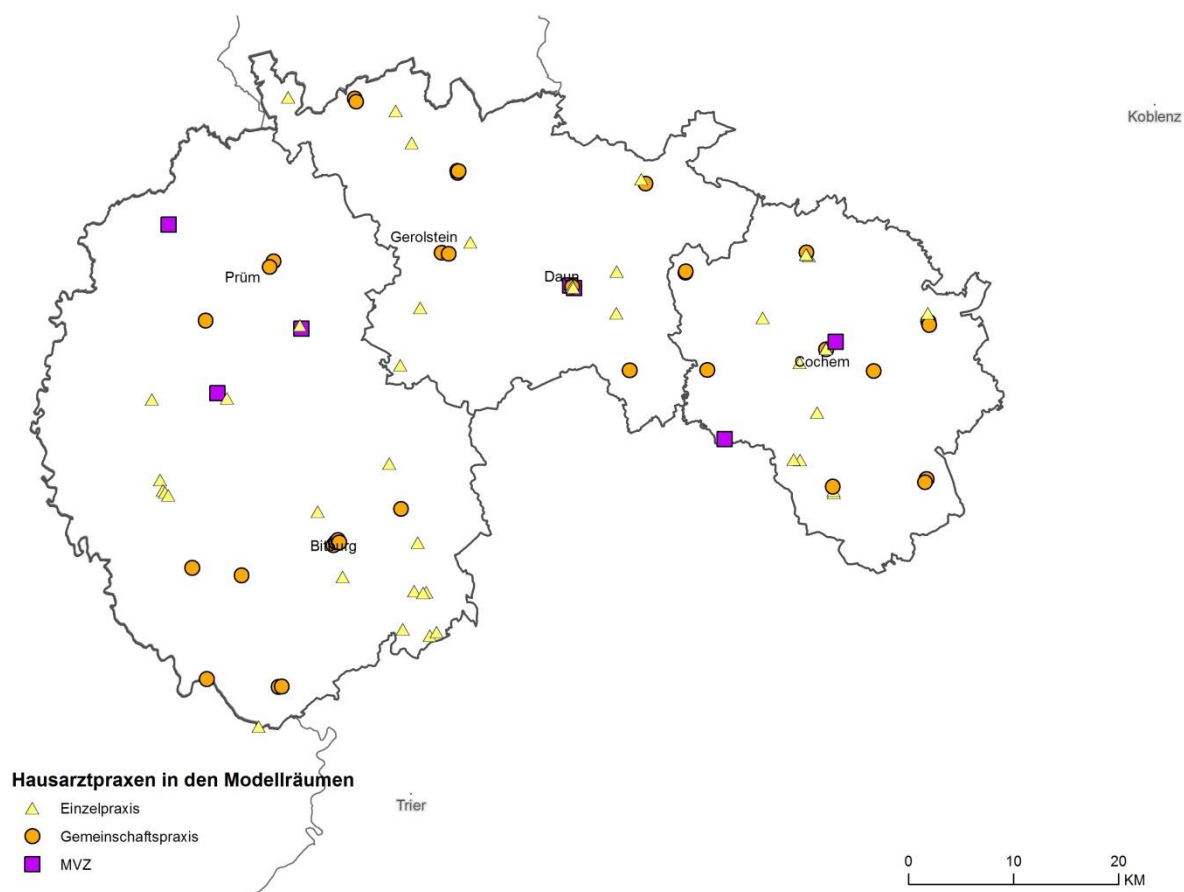
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Kennziffern zu Hausarztpraxen in den Modellräumen: Eigene Datenerhebung; Einwohner: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018; Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2019

Dagegen sind im Modellraum Eifel wesentlich mehr Hausärzte pro Praxis beschäftigt als im Modellraum Unterfranken bzw. wie im Bundesdurchschnitt (s. Tab. 45), wo besonders in Bad Kissingen und in Haßberge viele Praxen nur von einem Hausarzt getragen werden. Dadurch geht die größere Zahl an Praxen im Modellraum Unterfranken zulasten einer auf mehrere Schultern verteilten Versorgungsaufgabe in den Praxen, die dadurch anfälliger für fehlende Nachbesetzung sind und auch mehr Praxispersonal binden und für die dort tätigen Hausärzte unflexiblere Arbeitszeiten mit sich bringen.

So sind es denn auch Einzelpraxen, die besonders im Landkreis Bad Kissingen mit 70% dominieren. Im Modellraum Eifel ist nur jede zweite eine Einzelpraxis, mit Ausnahme des Landkreises Vulkaneifel, der mit 56% auch einen etwas höheren Anteil an Einzelpraxen aufweist. Im Modellraum Eifel besteht damit insgesamt ein deutlich niedrigerer Anteil an Einzelpraxen als im Modellraum Unterfranken. Neben dem daraus resultierenden größeren Teil an Gemeinschaftspraxen fällt im Modellraum Eifel auch noch der im Vergleich zum Modellraum Unterfranken und im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohe Anteil an MVZ auf.

Abb. 80 Praxistypen im Modellraum Eifel



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

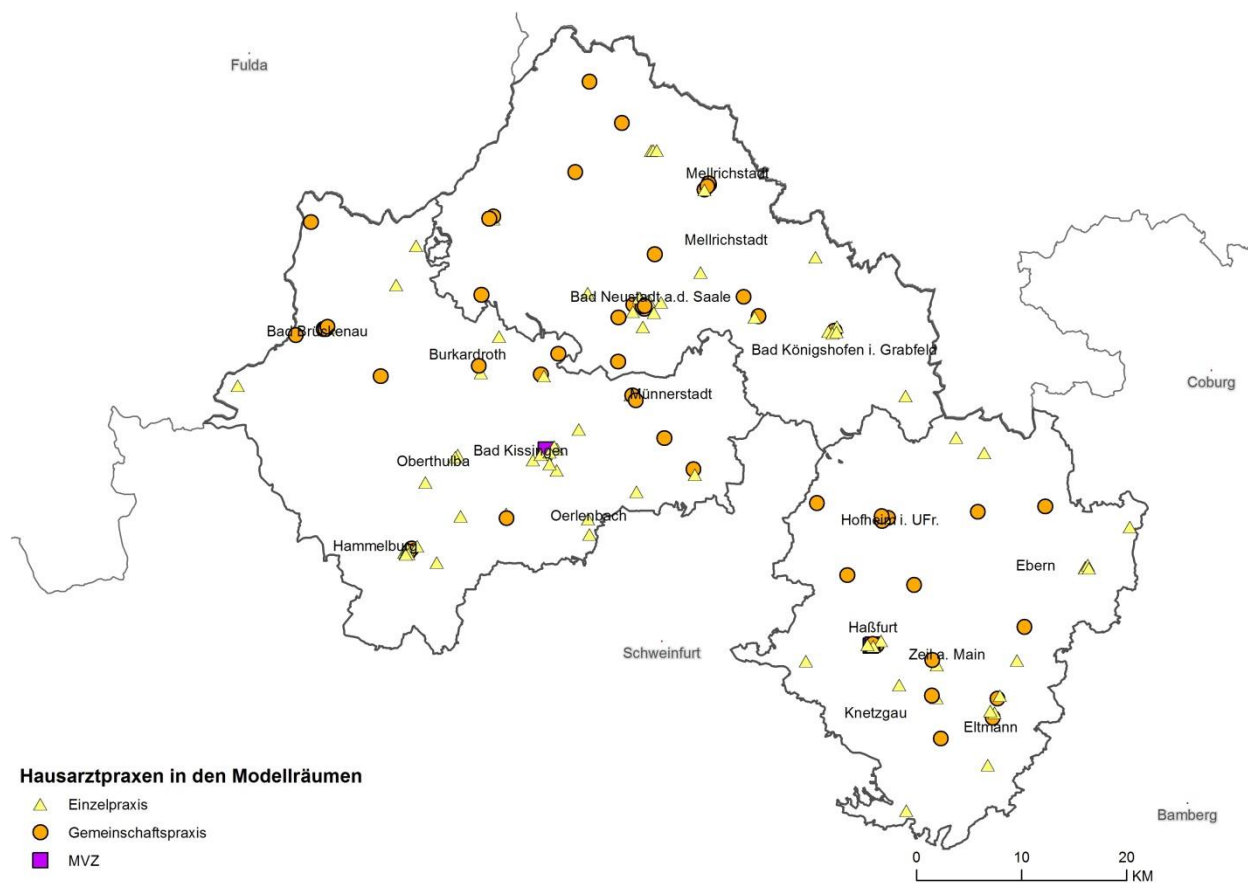
Quelle: Eigene Datenerhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Mit Blick auf die räumliche Lage der jeweiligen Praxistypen ist dabei für den Modellraum Eifel (s. Abb. 80) zu erkennen, dass sich die MVZ-Standorte mit hausärztlicher Versorgung im Modellraum Eifel keinesfalls nur auf größere Gemeinden beschränken, denn die MVZ Mosel-Eifel GmbH im nördlichen Teil des Landkreises Bitburg-Prüm hat in den drei kleineren Ortsgemeinden Bleialf, Waxweiler und Schönecken Betriebsstätten und die Catio MVZ Venenzentrum Bad Bertrich GmbH im Südwesten des Landkreises Cochem-Zell liegt ebenfalls weit entfernt von den größeren Orten der Region.

Im Modellraum Unterfranken (s. Abb. 81) hingegen bestehen kaum MVZ und diese liegen ausschließlich in den größeren Orten der Modellräume. Hinsichtlich der räumlichen Lage von Einzel- und Gemeinschaftspraxen innerhalb der Modellräume lässt sich keine Verteilungsauffälligkeit feststellen. Somit liegt die Entscheidung für oder eine Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxis

weniger in der vorhandenen Ortsgröße sondern vielmehr an persönlichen Abwägungen, Arbeitsphilosophien und Verbindungen der Hausärzte.

Abb. 81 Praxistypen im Modellraum Unterfranken



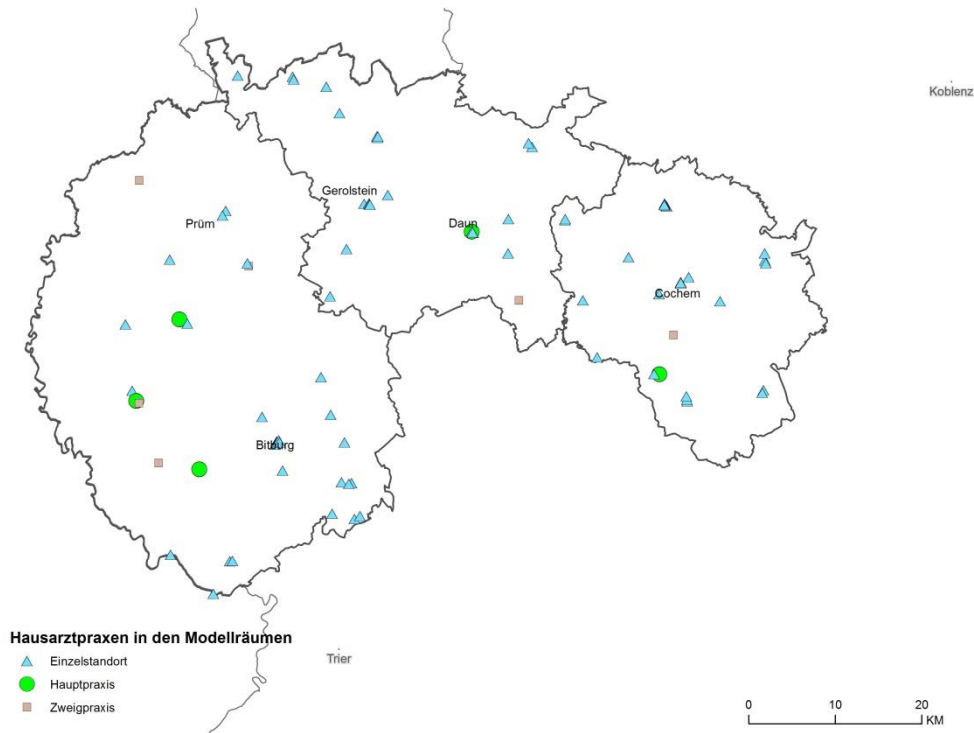
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Datenerhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Das Gros aller Hausarztpraxen in den Modellräumen wird als Einzelstandort betrieben (s. Tab. 45), in Landkreisen Bitburg-Prüm, vor allem jedoch in den unterfränkischen Landkreisen Bad Kissingen und Haßberge gibt es auch größere Anteile an multilokalen Praxissystemen. Dies ist auch der bereits hohen Überalterung im Modellraum Unterfranken und der bei fehlender Nachbesetzung oft geschehenden Übernahme von freiwerdenden Praxen durch andere Hausärzte geschuldet.

Dabei bestehen sowohl innerörtliche als auch überörtliche Praxissysteme in den Modellräumen (s. Abb. 82 und Abb. 83), mit Entfernungen von bis zum 20km Fahrstrecke (zwischen den MVZ-Standorten Bleialf und Waxweiler im Landkreis Bitburg-Prüm), was die Arbeitsorganisation durch weite Anfahrtswege erschweren kann. Manche Praxissysteme gehen auch über Kreisgrenzen oder, wie im Fall einer Zweigpraxis im Norden des Landkreises Haßberge über Bundesland-Grenzen hinaus, wo die Hauptpraxis in Südthüringen liegt (nicht auf der Karte dargestellt).

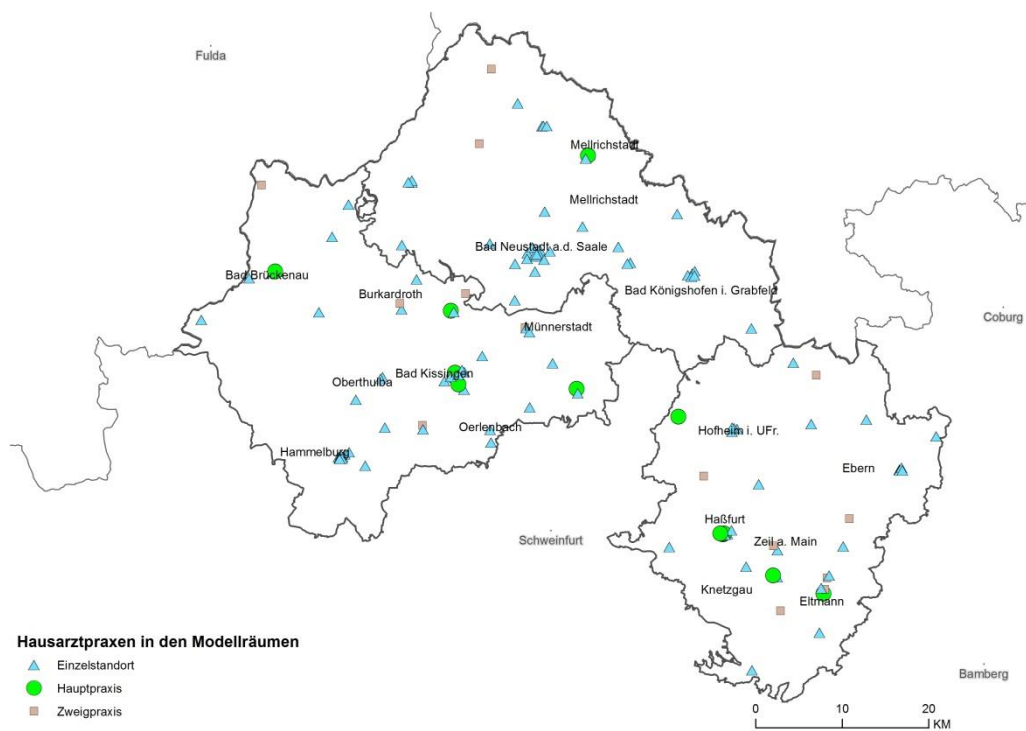
Abb. 82 Praxissystem im Modellraum Eifel



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Datenerhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

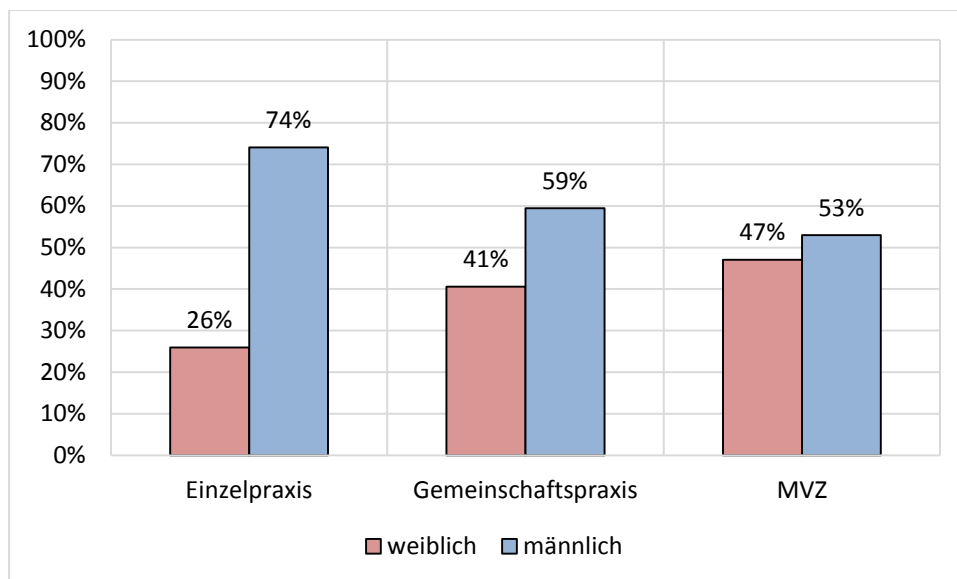
Abb. 83 Praxissystem im Modellraum Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Datenerhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

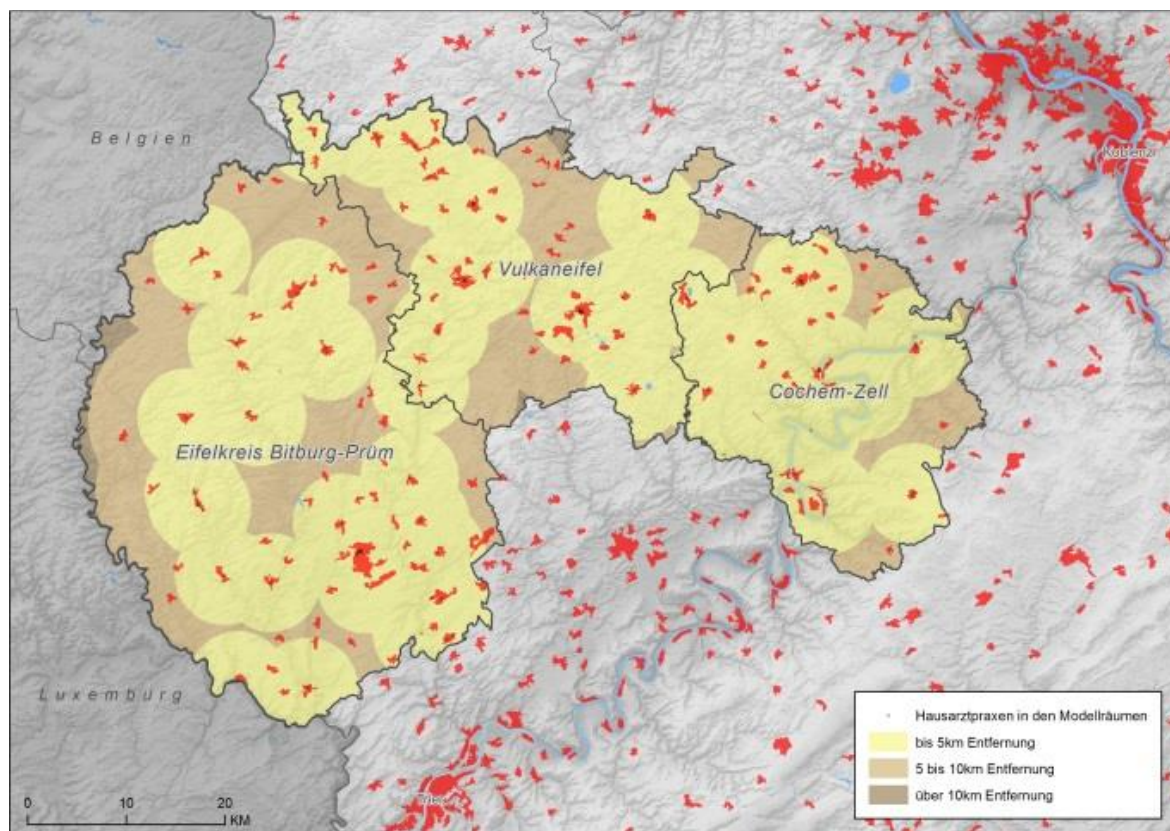
Abb. 84 Geschlechterverteilung nach Praxistyp der Hausärzte (N=323) in beiden Modellräumen



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Datenerhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Abb. 85 Entfernung zu Hausarztpraxen im Modellraum Eifel



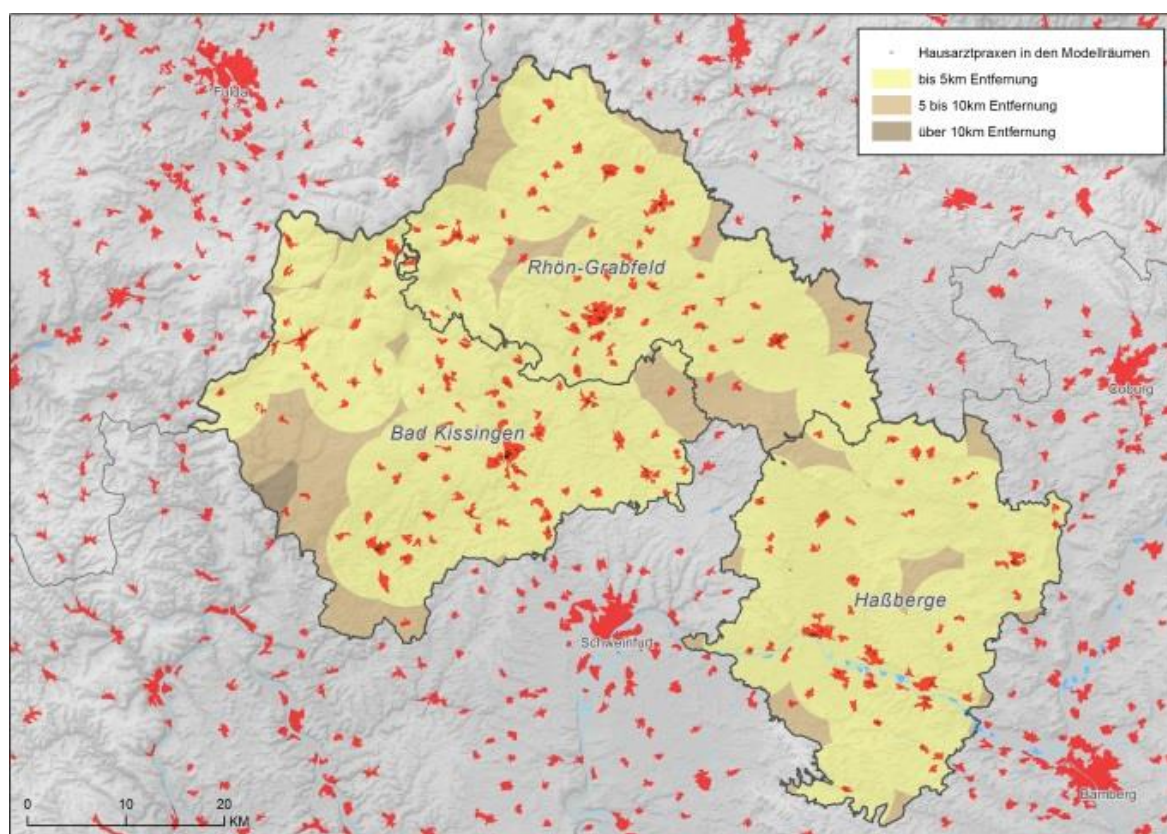
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Datenerhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Mithilfe der erhobenen Adressdaten aller Hausärzte in den Modellräumen lässt sich zudem noch die Geschlechterverteilung auf unterschiedliche Praxistypen abtragen (s. Abb. 84). Dabei zeigt sich tatsächlich, dass weibliche Hausärzte eher Arbeitsformen in Praxen mit mehreren Hausärzten bevorzugen. So wird nur gut ein Viertel aller Einzelpraxen von Frauen geführt, 41% aller Hausärzte in Gemeinschaftspraxen sind Frauen und in den MVZ sind es sogar mit 47% knapp die Hälfte.

Dies bedeutet bei zukünftig weiter steigendem Frauenanteil eine weniger kleinflächige Versorgungsstruktur durch weitere Zusammenlegung von Hausärzten, gleichzeitig jedoch an den verbliebenen Standorten auch eine höhere Arbeitsflexibilität, evtl. auch längere Sprechzeiten. Die Präferenz von Frauen für Standorte mit mehreren Hausärzten dürfte insbesondere für die vielen Einzelpraxen im stark überalterten Modellraum Unterfranken zukünftig eine zumindest in der Fläche stärker gefährdete Versorgungslage sprechen und lässt zahlreiche Praxisschließungen wegen fehlender Nachbesetzung erwarten.

Abb. 86 Entfernung zu Hausarztpraxen im Modellraum Unterfranken



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Datenerhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Durch die sehr disperse Lage der Hausarztpraxen ergibt sich, basierend auf der in Luftlinie erreichbaren Fläche, eine für PKW-Nutzer gute Gebietsabdeckung (s. Abb. 85 und Abb. 86). So liegen 78% der Fläche beider Modellräume in einer Entfernung von unter 5 km zu einer Hausarztpraxis, weitere 21% liegen zumindest in unter 10 km Entfernung. Diese Gebiete liegen vor allem im Modellraum Eifel im westlichen Teil des Landkreises Bitburg-Prüm, entlang der Grenze zwischen Bitburg-Prüm und Vulkaneifel, im Zentrum des Landkreises Vulkaneifel in Nord-Süd-Ausdehnung und im dünn besiedelten Westen des Landkreises Bad Kissingen sowie in einzelnen Randbereichen der Landkreise Cochem-Zell, Rhön-Grabfeld und Haßberge. Hier ist jedoch

der sog. Edge-Effekt zu beachten, nach dem durch die Betrachtung von Einrichtungen nur innerhalb des Untersuchungsgebiets die Wirkungen von direkt benachbarten Versorgungseinrichtungen nicht dargestellt sind. Lediglich knapp 1% der Fläche liegt weiter als 10 km von einer Hausarztpraxis entfernt, allerdings im Modellraum Unterfranken nur im dünn besiedelten Höhenzug der Rhön sowie im Modellraum Eifel entlang der Grenze zu Belgien und Luxemburg. Die fußläufige Erreichbarkeit der momentanen Praxisstruktur, welche vor allem für die nicht motorisierte Bevölkerung von Bedeutung ist, ist in den Modellräumen jedoch nicht sehr gut. So liegen nur knapp 50% der Siedlungsfläche beider Modellräume in einem Kilometer Entfernung zu einer Hausarztpraxis.

Die Praxisstruktur in den Modellräumen ist damit zusammenfassend aufgrund fehlender amtlicher Statistiken nicht mit Werten für Deutschland oder anderen Teilräumen vergleichbar. Im Vergleich der beiden Modellräume bleibt jedoch festzuhalten, dass in der Eifel mehr Einwohner pro Praxis versorgt werden müssen, diese jedoch mit mehr Hausärzten bestückt sind, was am höheren Anteil an Gemeinschaftspraxen und MVZ im Modellraum Eifel liegt, was wiederum auch dem höheren Frauenanteil und deren Präferenz zu Arbeitsorten mit mehreren Hausärzten geschuldet ist, woraus sich eine weniger flächenhafte sondern eher zentralisierte Versorgungsstruktur ergibt, was sich auf die Erreichbarkeit der Praxen auswirkt. Die starke Überalterung der Hausärzte im Modellraum Unterfranken in Kombination mit der von Frauen wenig bevorzugten Einzelpraxisstruktur und damit fehlenden Nachbesetzung ist wiederum dafür mitverantwortlich, dass dort vermehrt Praxissysteme mit mehreren Standorten entstehen, bei denen Hausärzte die Praxen ihrer ausscheidenden Kollegen mitübernehmen und ihre Arbeitsleistungen so teilweise auf mehrere Orte verteilen müssen.

4.1.5. Erkenntnisse aus der Strukturanalyse

Die Strukturanalyse beider Modellräume förderte vor allem zutage, dass diese aufgrund ihrer zentrumsperipheren Mittelgebirgslage zwar grundsätzlich ähnliche Raumstrukturbedingungen aufweisen, die jedoch bspw. durch die Wirtschaftsentwicklung und Landespolitiken aus den letzten Jahrzehnten auch Disparitäten aufweisen. So gibt es im Modellraum Eifel eine bessere Versorgungsstruktur für Klein- und junge Schulkinder, im Modellraum Unterfranken ist dagegen das kulturelle Angebot üppiger und der Breitbandausbau weiter fortgeschritten. Beide Modellräume weisen innere demographische Disparitäten auf, die sich aus der jeweiligen Topographie und Verkehrsanbindung der Gemeinden ableiten. Die Anbindung an die größeren Städte der Umgebung determiniert auch über die Beschäftigtenstruktur und die Pendlerbeziehungen den regionalen Arbeitsmarkt. Die dennoch in allen Teilen der Modellräume weit verbreitete Überalterung trägt zur höheren Morbidität bei, und dies für gesetzlich wie auch privat Versicherte.

Während im Modellraum Eifel schon jetzt eine ausgedünnte hausärztliche Versorgungsstruktur mit größerem Frauenanteil besteht, steht der Modellraum Unterfranken mit seiner überalterten, überwiegend männlichen Hausärzteschaft unmittelbar vor dieser Entwicklung. Dieser Entwicklungsverzug drückt sich auch in einer Praxisstruktur aus, die noch stärker auf Einzelpraxen setzt, wohingegen in der Eifel Praxen mit mehreren Ärzten verbreiteter sind. Im Modellraum Unterfranken wird gar von einigen Hausärzten versucht, das vermehrte Ausscheiden ihrer älteren Kollegen mit der Übernahme ihrer Praxen als Zweigstellen zu kompensieren.

Tab. 46 Korrelationen der in der Strukturanalyse der Modellräume verwendeten und deutschlandweit verfügbaren Kennziffern mit den Kennziffern der hausärztlichen Versorgungsstruktur 2016/2017/2018

Kennziffer		Einwohner pro Hausarzt	Anteil weiblicher Hausärzte	Anteil über 65-jähriger Hausärzte	Durchschnittsalter der Hausärzte	Anteil angestellter Hausärzte
Siedlungs- und Infrastruktur	Tourismusintensität	-,272**	-,112*	0,052	0,051	-0,062
	Dichte an ambulant tätigen Allgemeinen Fachärzten	-,570**	,191**	-,146**	-,152**	,122*
	Krankenhausbetten pro Einwohner	-,405**	,192**	-0,054	-0,018	0,071
	Ganztagsbetreuungsquote	-0,079	,676**	-,358**	-,296**	,187**
	Einwohner pro Grundschule	-,149**	,203**	-,131**	-,156**	,209**
	Einwohner pro Gymnasium/Gesamtschule	0,032	-,279**	,123*	0,068	-,101*
	Anteil an Sport- und Freizeitflächen	-,103*	,102*	-0,003	-,113*	,098*
	Anteil der Haushalte mit 16MBit/s Internetgeschwindigkeit	-0,073	-0,009	-0,039	-0,022	,133**
Demograph. Struktur	Bevölkerungsdichte	-,124*	,150**	-,109*	-0,088	,151**
	Durchschnittsalter	0,025	,253**	-,103*	0	-0,058
	Anteil der über 65-jährigen	-0,057	,289**	-,144**	-0,051	-0,038
	Bevölkerungsentwicklung 2008 bis 2017	-,134**	-0,075	-0,06	-,202**	,123*
	Wanderungsrate 2008 bis 2017	-,263**	-0,006	-,110*	-,224**	,122*
	Geburten-Sterbe-Rate 2008 bis 2017	-0,015	-0,032	-0,026	-,158**	,140**
Sozioökonomische Struktur	Einkommen pro Kopf	-0,022	-,296**	,181**	0,095	-0,035
	Pendlerbilanz pro Einwohner	-,342**	,112*	-0,073	-0,029	0,034
	Beschäftigtenanteil in der Landwirtschaft	,160**	-,138**	,098*	0,028	-,115*
	Beschäftigtenanteil in der Produktion	,242**	-,239**	,243**	,229**	-,187**
	Beschäftigtenanteil in Handel, Verkehr, Gastgewerbe	0,015	-0,008	-,128*	-,146**	,118*
	Beschäftigtenanteil in Fin., Versicherungen, Immobilien, Unternehmens-DL	-,124*	,329**	-,269**	-,237**	,190**
	Beschäftigtenanteil in Verwaltung, Erziehung, Gesundheit	-,322**	,156**	-,108*	-0,077	0,093
	Arbeitslosenquote	,232**	,328**	-,215**	-0,061	0,005
	Anteil unter 25-jährige an Arbeitslosen	0,068	-,576**	,290**	,171**	-,177**
	Anteil Langzeitarbeitslose	,222**	,302**	-,212**	-0,05	0
	Vollstationäre Behandlungen pro Einwohner	0,079	0,058	0,049	,208**	-0,071
	Hauptdiagnoseklasse Schwangerschaft, Geburt. Wochenbett pro Einwohner	0,013	-0,009	0,018	0,001	,108*
	Hauptdiagnoseklasse Psychische Verhaltensstörungen pro Einwohner	-,246**	0,042	-0,018	0,08	0,009
Hauptdiagnoseklasse Krankheiten des Kreislaufsystems pro Einwohner	,110*	,113*	0,008	,163**	-0,041	
Hauptdiagnoseklasse Krankheiten des Muskelskelettsystems pro Einwohner	,111*	-,194**	,200**	,276**	-,145**	
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.						
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.						

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Berechnungen aus Daten des Bundesarztregisters, KBV 2019, der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder und der Bundesagentur für Arbeit

Die im Rahmen dieser Strukturanalyse angewandten Kennziffern zu deren Beschreibung werden zudem die Frage auf, inwiefern sich aus diesen Strukturdaten bereits Hinweise auf die präferierten Standortfaktoren von Hausärzten ergeben. Mithilfe einer Korrelationsanalyse (s. Tab. 46) der in dieser Strukturanalyse zur Beschreibung der Modellräume und ihrer Landkreise verwendeten Kennziffern mit den Kennziffern der hausärztlichen Versorgungsstruktur lässt sich somit beurteilen, inwiefern die verwendeten Kennziffern Anzeiger für die Hausarzt-Dichte (und die weiteren Parameter der hausärztlichen Versorgungsstruktur) sind und somit Relevanz bei der hausärztlichen Standortwahl haben könnten. Dennoch ist bei einer solchen Korrelationsanalyse zu beachten, dass diese sich auf die Kreisebene bezieht und somit individuelle Präferenzen nicht abgebildet werden. Da die Strukturdaten zudem nicht alle aus dem gleichen Bezugs-

jahr stammen, ist eine gewisse methodische Ungenauigkeit gegeben, die jedoch bei postulierter Veränderungsträgheit der meisten Faktoren und den dicht beieinander liegenden Bezugsjahren keine große Auswirkungen hat. In der weiteren Beschreibung seien in Tab. 46 aufgrund der Vielzahl an signifikanten Korrelationen nur solche berücksichtigt, die eine Effektstärke von $|r| > 0,25$ aufweisen.

Die Kennziffer „Einwohner pro Hausarzt“ ist der Kehrwert der Hausarzt-Dichte (Hausärzte pro 100.000 Einwohner), weshalb negative Korrelationen mit Strukturkennziffern Anziehungskraft ausdrücken und positive eher auf Push-Faktoren hindeuten. Dabei ist in Tab. 46 ersichtlich, dass Hausärzte eine zu den allgemeinen Fachärzten ähnliche Verteilung aufweisen ($r = -0,570$), also auf Kreisebene vermutlich nach ähnlichen Kriterien ihre Standorte wählen, wobei die Korrelation nicht so hoch ist, dass von gleichen Verteilungsmustern gesprochen werden kann. Maßgebliche Pull-Faktoren für Hausärzte sind vor allem die Nähe zu Fachärzten und Kliniken, viele Einpendler, viele Beschäftigte in der Verwaltung, Erziehung und Gesundheit, touristischer Reiz und große Zuwanderung. Diese Kennziffern sind zumeist Anzeiger für städtische Räume, weshalb insgesamt zu konstatieren ist, dass auch Hausärzte generell größere Städte als Arbeitsorte bevorzugen.

Für weiblicher Hausärzte ist mit großem Abstand vor allen weiteren Kennziffern die Ganztagsbetreuungsquote entscheidender Pull-Faktor ($r = 0,676$), was nochmals den Stellenwert von Vereinbarkeit der Familie mit dem Beruf bei der Standortwahl weiblicher Hausärzte verdeutlicht. Die etwas höhere Rate an Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen sowie überalterte Landkreise entfalten ebenfalls Anziehungskraft. Dagegen meiden weibliche Hausärzte vor allem Landkreise mit höherer Jugendarbeitslosigkeit, Landkreise mit höheren Einkommen und Landkreise mit wenigen Schulen, die die Hochschulreife ermöglichen. Insgesamt muss zum Anteil weiblicher Hausärzte zur Erklärung dieser Faktoren bedacht werden, dass deren Anteil vor allem in Ostdeutschland sehr hoch ist, was auch an den unterschiedlichen Ausbildungsbedingungen und Rollenverteilungen in der DDR liegt, die sich noch auf die heutige Geschlechterverteilung unter den Hausärzten in Ostdeutschland auswirken.

Ältere Hausärzte (erkennbar an den Kennziffern „Anteil der über 65-jährigen Hausärzte“ und „Durchschnittsalter der Hausärzte“ in Tab. 46) finden sich vermehrt in Landkreisen, wo die Ganztagsbetreuung nicht sehr gut ist ($r = -0,358$ bzw. $r = 0,296$), wo viele junge Arbeitslose leben und wo wenige Beschäftigte in hochwertigen Dienstleistungsberufen tätig sind. Ältere Hausärzte sind dafür eher in Landkreisen zu finden, in denen typische Alterskrankheiten gehäuft vorkommen. Dies lässt wiederum den Schluss zu, dass jüngere Hausärzte eher Standorte mit guter Ganztagsbetreuung bevorzugen, auch wenn der Effekt klar erkennbar durch den größeren Frauenanteil an jungen Hausärzten getragen ist, was sich durch die größere Effektstärke der Ganztagsbetreuung auf den Anteil weiblicher Hausärzte zeigt.

Die Verteilung angestellter Hausärzte auf die Landkreise steht in keinem deutlichen Zusammenhang mit deren in dieser Korrelationsanalyse einbezogenen Strukturmerkmalen. Somit lässt sich festhalten, dass strukturunabhängig in Landkreisen Anstellungsverhältnisse für Hausärzte bestehen, wodurch flexible Arbeitsbedingungen auch im ländlichen Raum realisiert werden.

Die Erkenntnisse aus der Korrelationsanalyse geben zwar schon ersten Aufschluss über die Präferenzen von Hausärzten, allerdings wird hierbei nur ein indirekter Zusammenhang (alle Hausärzte in einem Landkreis bezogen auf einen zumeist einwohnerskalierten Durchschnittswert für einen Landkreis) hergestellt, die individuellen Motive bei der Standortwahl bleiben unberücksichtigt. Zudem zeigt die Präferenz von Hausärzten für städtische Räume lediglich die absehbare Versorgungslücke in ländlichen Räumen auf. Es bleibt jedoch offen, welche Faktoren Hausärzte in ländliche Räume bringen können. Zudem wohnt den in der Strukturanalyse

verwendeten Kennziffern der Charakter inne, dass diese nur schwerlich bzw. gar nicht veränderlich sind. Hausärztliche Versorgung zu stärken bedeutet jedoch Faktoren zu identifizieren, die mit überschaubarem Aufwand vor Ort beeinflussbar sind. All diese Punkte erfordern eine Befragung von Hausärzten in ländlichen Räumen.

4.2. Charakterisierung der befragten Hausärzte

Um die Bedeutung und Bewertung der im Rahmen der Befragung erhobenen Standortfaktoren richtig deuten zu können, ist es zunächst notwendig, die befragte Hausärzteschaft hinsichtlich ihrer Merkmale zu charakterisieren. Diese seien in dieser Arbeit wie folgt gegliedert:

- Demographische Merkmale: Geschlechterverhältnis, Altersstruktur, Familienstand sowie Zahl und Alter eigener Kinder
- Bedingungen des Berufseinstiegs: Lage des Studienortes, Kenntnis der Arbeitsregion, Einfluss der Bedarfsplanung, eigenes Alter bei Arbeitsaufnahme, Zahl und Alter der eigenen Kinder bei Arbeitsaufnahme, Form der Arbeitsaufnahme sowie Inanspruchnahme von Hilfsleistungen
- Momentane hausärztliche Arbeitsformen: Praxisorganisation, Anzahl tätiger Ärzte am Standort sowie die Lagebeziehungen von Wohn- und Arbeitsort
- Zukunftsperspektiven: Voraussichtliches Ruhestandalter, Nachfolgeaussichten und die Gründe für die jeweilige Einschätzung

Die viergliedrige Einteilung der hausärztlichen Merkmale findet sich später auch in der Korrelationsanalyse hausärztlicher Standortfaktoren wieder (s. Kap. 4.5). Die hausärztlichen Merkmale helfen dabei, deren Faktorbewertungen zu erklären. So können bspw. Hausärzte mit großen Familien andere räumliche Bedingungen bevorzugen als alleinstehende Hausärzte.

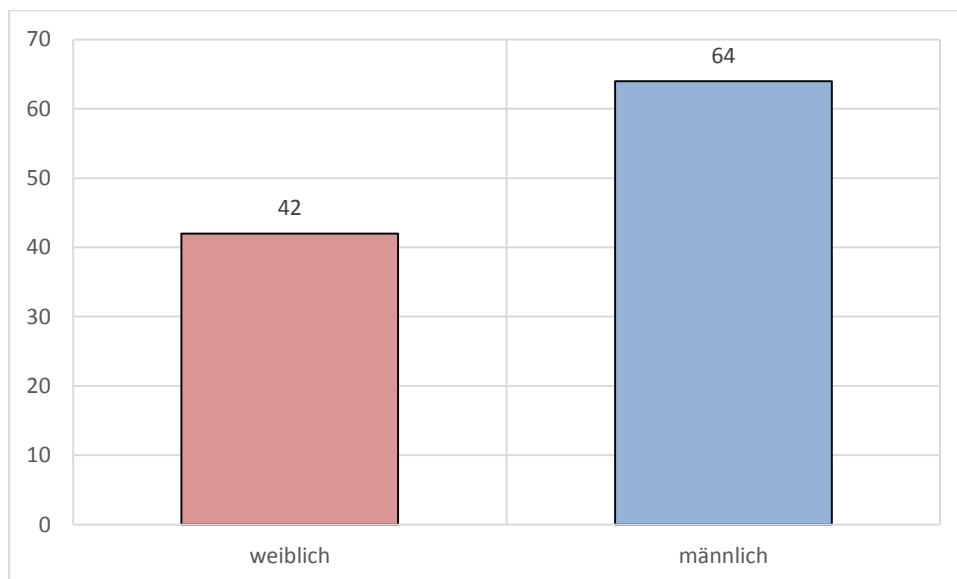
4.2.1. Demographische Merkmale

Zu den demographischen Merkmalen werden in dieser Arbeit solche gezählt, die sich im Leben nur sehr selten (wie der Familienstand und die Kinderzahl) bzw. langsam oder nach einem festgelegten Rhythmus (wie das eigene Alter und das Alter der eigenen Kinder) ändern.

Geschlechterverteilung

Wie in Abb. 87 zu erkennen ist, sind 42 befragte Hausärzte weiblich, was bei einer Gesamtheit von 106 Hausärzten 39,6% entspricht. Dieser Wert liegt damit deutlich über dem aus Tab. 6 ersichtlichen Wert des Bundesarztregisters mit 32,6% weibliche Hausärzte in beiden Modellräumen aus dem Jahr 2015, was vor allem auf den zeitlichen Versatz zwischen Aufstellung der Statistik und eigenen Erhebungen von 2,5 Jahren zurückzuführen ist. Die erhobene Quote weiblicher Hausärzte liegt jedoch auch leicht über dem aus den Parametern von Tab. 44 errechneten Wert von 36,5% weibliche Hausärzte im Jahr 2018 für beide Modellräume. Die übrig gebliebene Differenz von 3,1% lässt sich darüber hinaus noch mit einer höheren Bereitschaft von Frauen zur Teilnahme an der Befragung erklären. Männlich sind hingegen 64 bzw. 60,4% der befragten Hausärzte.

Abb. 87 Geschlechterverteilung der befragten Hausärzte (N=106)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

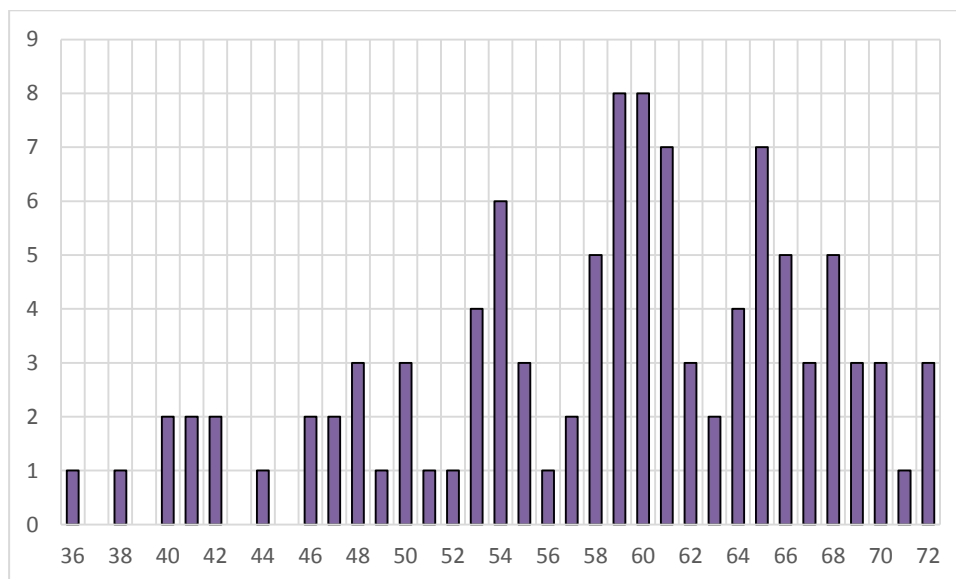
Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Grundsätzlich bedeutet ein ausgewogeneres Geschlechterverhältnis unter der Hausärzteschaft eine eher zukunftsgerichtete Aufstellung, da wie bereits in Kap. 3.3.4 erläutert in den nächsten Jahren vermehrt weibliche Hausärzte in den Berufsstand eintreten werden. Ein hoher Anteil weiblicher Hausärzte zeigt damit zum einen an, dass die jeweilige Region auch für weibliche Hausärzte attraktiv ist, falls das Versorgungsniveau entsprechend hoch ist. Umgekehrt wäre ein hoher Anteil weiblicher Hausärzte in Kombination mit einem niedrigen Versorgungsgrad ein Anzeiger für Nachbesetzungsprobleme freigewordener Sitze männlicher Hausärzte. Die Erkenntnisse aus Kap. 4.1.4 offenbaren jedoch, dass der Modellraum Eifel eher zu den Räumen mit Nachbesetzungsproblemen männlicher Hausärzte zählt und zu einem guten Teil auch darum einen hohen Anteil weiblicher Hausärzte aufweist. Dem Modellraum Unterfranken wiederum steht der Strukturwandel unter der Hausärzteschaft in Richtung Feminisierung erst noch bevor. Inwiefern der Geschlechtertausch gelingen kann, ist in Kap. 4.8 näher beschreiben.

Altersverteilung

Wie sich in Abb. 88 erkennen lässt, sind die befragten Hausärzte in eher höherem Arbeitsalter bzw. teilweise sogar schon darüber hinaus im eigentlich typischen Rentenalter (über 65). Lediglich zwei Hausärzte sind unter 40, 15 Hausärzte sind zwischen 40 und unter 50, 34 Hausärzte sind zwischen 50 und unter 60, 47 Hausärzte sind zwischen 60 und unter 69 und 7 Hausärzte sind gar über 70. Die Zahlen geben somit die aus der Statistik erkennbare Situation einer Überalterung der Ärzteschaft wider.

Abb. 88 Altersverteilung der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

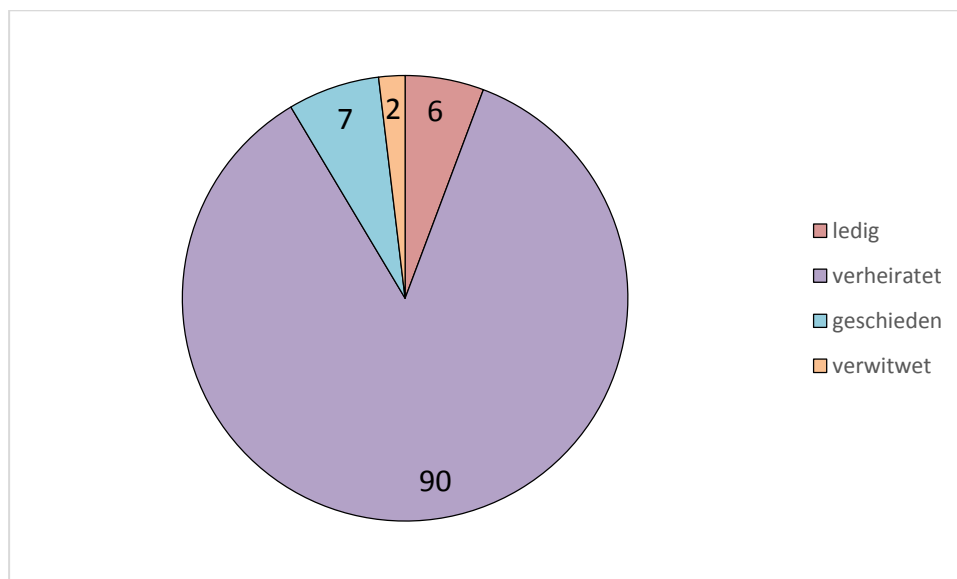
Das Durchschnittsalter liegt bei 58,42 Jahren. Beim genauen Abgleich zeigt sich, dass 29% der befragten Hausärzte bereits über 65 Jahre alt sind. Das sind fast doppelt so viel wie die aus Tab. 6 ersichtlichen 15,4% der über 65-Jährigen der Statistik des Bundesarztregisters für beide Modellräume. Auch dies ist zum Teil sicherlich ähnlich wie beim Geschlecht einem Zeitversatz von ca. 2,5 Jahren zwischen Aufstellung der Statistik und eigener Befragung zurückzuführen. Mittlerweile liegt der statistische Wert aus dem Bundesarztregister im Jahr 2018 bei 23,6% an Hausärzten über 65 Jahren in beiden Modellräumen. Dennoch dürfte bei einem derart großen Unterschied von 5,4% auch der Umstand bedeutend gewesen sein, dass den älteren Ärzten das Thema der Befragung, konkret die Nachfolgersuche, wesentlich wichtiger als den jüngeren Kollegen ist.

Familienstand

Bei dem hohen Altersdurchschnitt der befragten Hausärzte überrascht es auch nicht, dass der überwiegende Teil verheiratet lebt. Nur 6 befragte Hausärzte sind ledig (s. Abb. 89), in Scheidung leben lediglich 7 Hausärzte und verwitwet sind auch nur 2 Hausärzte. Insgesamt bleibt damit dennoch der Eindruck, dass der überwiegende Teil der Ärzte feste Partnerschaft als Lebensmodell bevorzugt. Dafür scheint es in den Modellräumen gute Bedingungen zu geben. Umgekehrt scheinen die Bedingungen für alleinstehende Hausärzte nicht sehr attraktiv zu sein, sonst wäre wäre der Wert der ledigen und geschiedenen höher als 12,4%. In Deutschland lag der Wert an erwachsenen Personen ohne festen Partner im Jahr 2011 dagegen bei 28,4%⁴⁴⁰, also 2,3mal höher.

⁴⁴⁰ errechnet aus BPB 2012, S. 4-5

Abb. 89 Familienstand der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

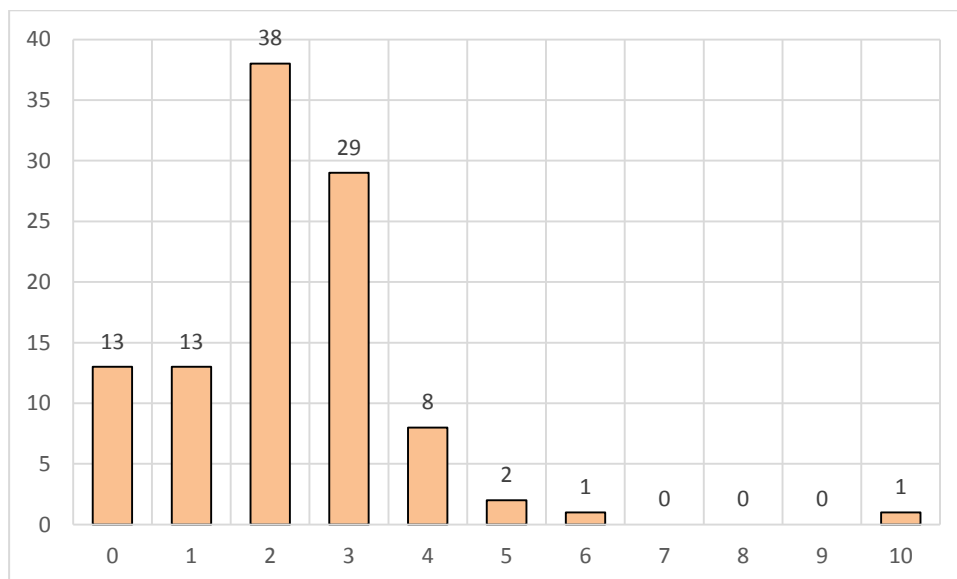
Nun ist es jedoch so, dass der Anteil alleinlebender Menschen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat⁴⁴¹, weshalb auch bei den hausärztlichen Nachfolgern mit einem zunehmenden Trend in diese Richtung zu rechnen ist. Folglich stehen ländliche Räume bereits heute schon vor der Herausforderung, unverpartnerte Bevölkerung (und damit auch Hausärzte) aufs Land zu locken bzw. dort zu halten. Gemeinhin ist der Anteil an Alleinstehenden nämlich vor allem in Städten größer, wobei hier die Kausalität offen bleiben muss, d.h. es ist nicht eindeutig zu benennen, ob Städte das Leben in Single-Haushalten befördern oder ob Singles lieber Städte als Wohnregion bevorzugen. Vermutlich bestehen Wechselwirkungen in beide Richtungen. Demgegenüber bleibt dennoch der klare Vorteil im großen Flächenangebot ländlicher Räume gerade für größere Haushalte bestehen. Dies zeigt sich auch im nächsten demographischen Merkmal, der Kinderzahl.

Zahl der Hausarztkinder

Vielmehr noch als das Partnerschaftslebensmodell (das für sich genommen zunächst nur eine Haushaltsvergrößerung um eine Person vorsieht) beeinflusst die Kinderzahl das gewünschte Wohnumfeld. Größere Familien benötigen wesentlich mehr Platz und vor allem auch größere Spielflächen im Freien, welche wesentlich öfter im ländlichen Raum vorzufinden sind. Ein Aspekt, der bedeutsam für die Wohnortwahl und damit für die Bevorzugung bestimmter Regionstypen ist. Der gute Verdienst eines Arztes kann dies im städtischen Raum auch nur bedingt kompensieren, wenn nämlich schlicht kaum größere Wohn- bzw. Bauflächen zur Verfügung stehen und auch im öffentlichen Raum weniger Freiflächen zum Spielen vorhanden sind. Dies bilden auch die Angaben der im ländlichen Raum befragten Hausärzte ab, die mit einer durchschnittlichen Kinderzahl von 2,23 sehr große Familien bilden. Lediglich 13 Ärzte sind kinderlos.

⁴⁴¹ vgl. BPB 2012, S. 7

Abb. 90 Kinderzahl der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Die bevorzugte Familiengröße liegt dabei zumeist bei 2 bis 3 Kindern, es gibt jedoch auch einen nicht unwesentlichen Anteil von 11,4% aller befragten Hausärzte mit Großfamilien (also mehr als 3 Kindern). Je nach Größe der Familien wird unterschiedlich viel Wohnfläche benötigt. Neu angelegte Wohngebiete zur Bebauung bieten hier zumeist Parzellgrößen, die sich eher für kleinere Familien eignen, im Zuge einer Anpassung an den demographischen Wandel mit immer kleiner werdenden Haushalten und dem Ziel der Flächeneinsparungen. Dieser Umstand macht es jedoch für Familien mit 3 oder mehr Kindern schwieriger, geeignete Wohnungen zu finden. Da gerade Hausärzte in ländlichen Räumen wie in Abb. 90 ersichtlich, häufiger und mehr Kinder als die übrige Bevölkerung haben, wäre es hier ratsam, entsprechende Grundstücke/ Immobilien für Hausärzte bereitzuhalten.

Alter der HausarztKinder

Entsprechend dem hohen Durchschnittsalter sind 75,1% der Kinder bereits über 18 Jahre alt. Allerdings sind auch 56 Kinder noch nicht volljährig. Bezogen auf die Gesamtzahl der befragten Ärzte ergibt das einen Jugendquotienten von 53,3%. Verglichen mit der deutschen Gesamtbevölkerung im Jahr 2017 (Jugendquotient 30,33%⁴⁴²) ergibt sich daraus eine wesentlich größere Kinderhäufigkeit, trotz eines höheren Durchschnittsalters der befragten Ärzte⁴⁴³. Erklärungsur-sachen dürften die bessere sozioökonomische Situation der Ärztefamilien sowie im ländlichen gelegene Wohnsitze sein, die für größere Kinderzahlen besser geeignet sind. Das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes lag bei den befragten Ärzten bei 30,8 Jahren. Dies ist auch gemessen am heutigen gesamtdeutschen Durchschnitt von 29,8 Jahren⁴⁴⁴ eher hoch. Dabei liegt die Geburt des ersten Kindes bei den meisten Ärzten (s. Abb. 91) schon viele

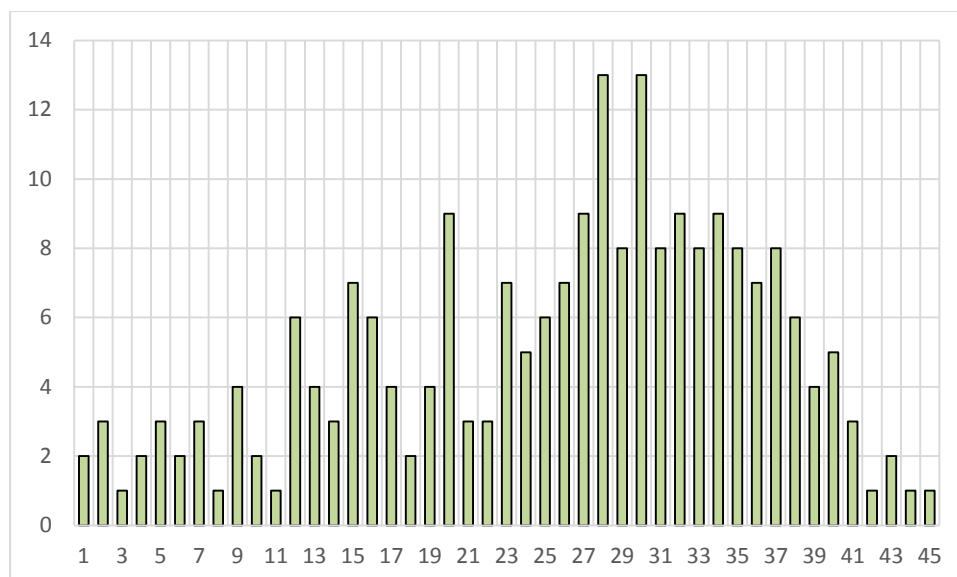
⁴⁴² Berechnet aus den Daten des Statistischen Bundesamtes: unter 18-Jährige vs. 30- bis unter 70-Jährige, vgl. Statistisches Bundesamt 2018

⁴⁴³ Das Durchschnittsalter der befragten Ärzte liegt bei 58,42 Jahren, das der herangezogenen gesamtdeutschen Vergleichsgruppe der 30- bis unter 70-Jährigen bei 49,64 Jahren.

⁴⁴⁴ vgl. Statistisches Bundesamt 2018

Jahre zurück. In früheren Jahrzehnten lag das Durchschnittsalter bei Geburt des ersten Kindes in der deutschen Gesamtbevölkerung sogar noch niedriger.

Abb. 91 Alter der Kinder der befragten Hausärzte (N=225)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Für diese also relativ spät erfolgten Erstgeburten ursächlich könnte die intensive Ausbildungszeit in der Medizin sein, die einem früheren Kinderwunsch im Wege stand. Hier zeigt sich noch ein mögliches Motiv für Hausärzte in den ländlichen Raum zu gehen: Der (im Vergleich zu anderen Berufsgruppen) relativ lange hinausgezögerte bzw. bislang nur in kleinerer Zahl umgesetzte Kinderwunsch führt in der Folge nach der Facharztweiterbildung zu einem erhöhten Umzugsdruck in Räume, die ausreichend Möglichkeiten für große Familien bieten, also vor allem ländliche Räume.

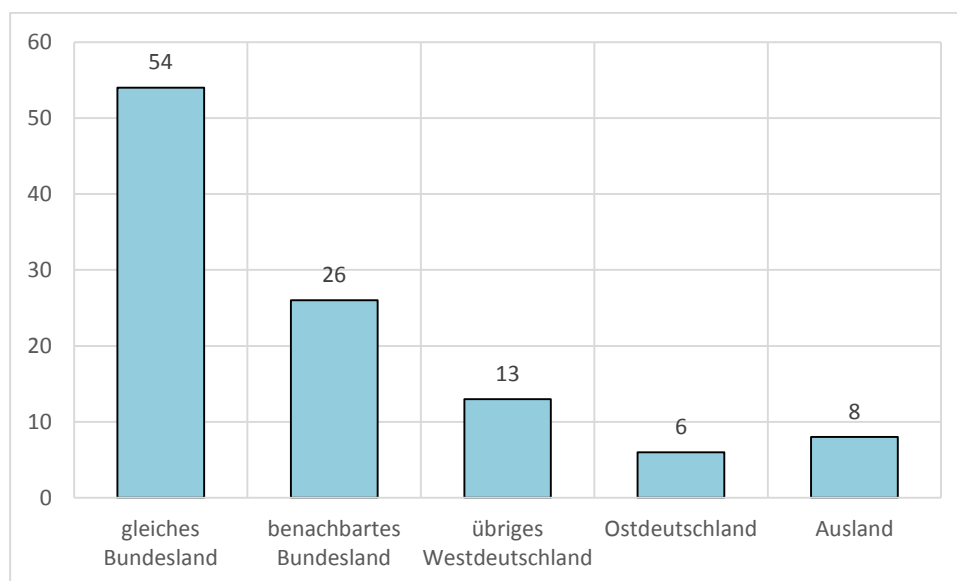
Das durchschnittliche Kindesalter der befragten Ärzte liegt bei 25,6 Jahren, womit auch deutlich wird, dass der überwiegende Teil der Ärzte-Kinder bereits in Ausbildung oder Beruf ist. Dies könnte wiederum Einfluss auf die Nachfolgersuche nehmen, da auch die eigenen Kinder als Nachfolger in Betracht kommen. Dieses Modell ist für die regionale Versorgung in gleich mehrfacher Hinsicht interessant. Zum einen besteht dank des relativ großen Kinderreichtums unter den Hausärzten ein großer Pool an Kindern, die sehr früh in Kontakt mit diesem Berufsfeld kommen und es so in vielen Fällen zu schätzen lernen dürften. Gleichzeitig sind diese Kinder in der Region verwurzelt und haben auch bereits eine feste Übernahmeadresse. Sofern das Gleichbehandlungsgebot unter Schülern bzw. Kindern gewahrt bleibt, kann es für ländliche Gemeinden in sehr langfristiger Perspektive gesehen gangbarer Weg sein, in Gesprächen mit den vor Ort ansässigen Ärzten, diesen den Aufbau eines eigenen Nachfolgers innerhalb der Familie anzuraten und auch strukturell dafür entsprechende Bedingungen zu schaffen. Dies wird durchaus auch häufig im Interesse der betreffenden Hausärzte sein, empfinden diese doch eine hohe Verantwortung für ihre Patienten und ihren Standort.

4.2.2. Bedingungen des Berufseinstiegs

Die Bedingungen, unter denen die hausärztliche Niederlassung erfolgte, stehen in dieser Arbeit in besonderem Fokus, sind es doch die Begleitumstände, unter denen die damalige Standortentscheidung getroffen wurde. Solche Faktoren werden nicht selten mehr oder weniger großen Einfluss auf die Standortbeurteilung gehabt haben und auch die Bedeutung einzelner Standortteigenschaften. Zu solchen Begleitumständen zählen der vorherige (Haupt-)Studienort, die vorherige Kenntnis der nun ausgewählten Region, die Rolle der Bedarfsplanung bei der Standortengrenzung, die familiäre Situation mit der Zahl und dem Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Standortentscheidung, die Entscheidung zur Neugründung bzw. Übernahme eines Standortes sowie die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen, um den Standort aufzubauen/ zu übernehmen.

Studienorte der Hausärzte

Abb. 92 Lage des ersten Studienortes zur heutigen Arbeitsregion (Modellraum) (N=107)



Erläuterung: Ostdeutschland = alle Gebiete der ehemaligen DDR plus Westberlin; alle Angaben beziehen sich auf den zuerst genannten Studienort

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Wie in Abb. 92 ersichtlich ist, hat gut die Hälfte der befragten Hausärzte in dem Bundesland studiert, in dem sie jetzt arbeiten (also entweder Rheinland-Pfalz oder Bayern). Mit steigender Distanz zwischen Studien- und Arbeitsort nimmt auch die Zahl der Hausärzte ab, sodass hier ein enger räumlicher Zusammenhang besteht. Zur geringen Zahl ostdeutscher Studienorte ist zu sagen, dass ein Großteil der befragten Ärzte bereits vor der Wiedervereinigung das Medizinstudium abgeschlossen hatte. Die mittlere Distanz zwischen allen früheren Studienorten und der jetzigen Arbeitsregion⁴⁴⁵ beträgt 220 km, bei einer mit 385 km sehr hohen Standardabweichung, aufgrund der wenigen ausländischen Studienorte. Der Median liegt folglich mit knapp 114 km deutlich niedriger, d.h. 50% der Hausärzte hatten ihren Studienort in weniger als 114 km Entfernung.

⁴⁴⁵ Gemessen zwischen den Zentren der Studienorte und den beiden Centroiden der Modellräume

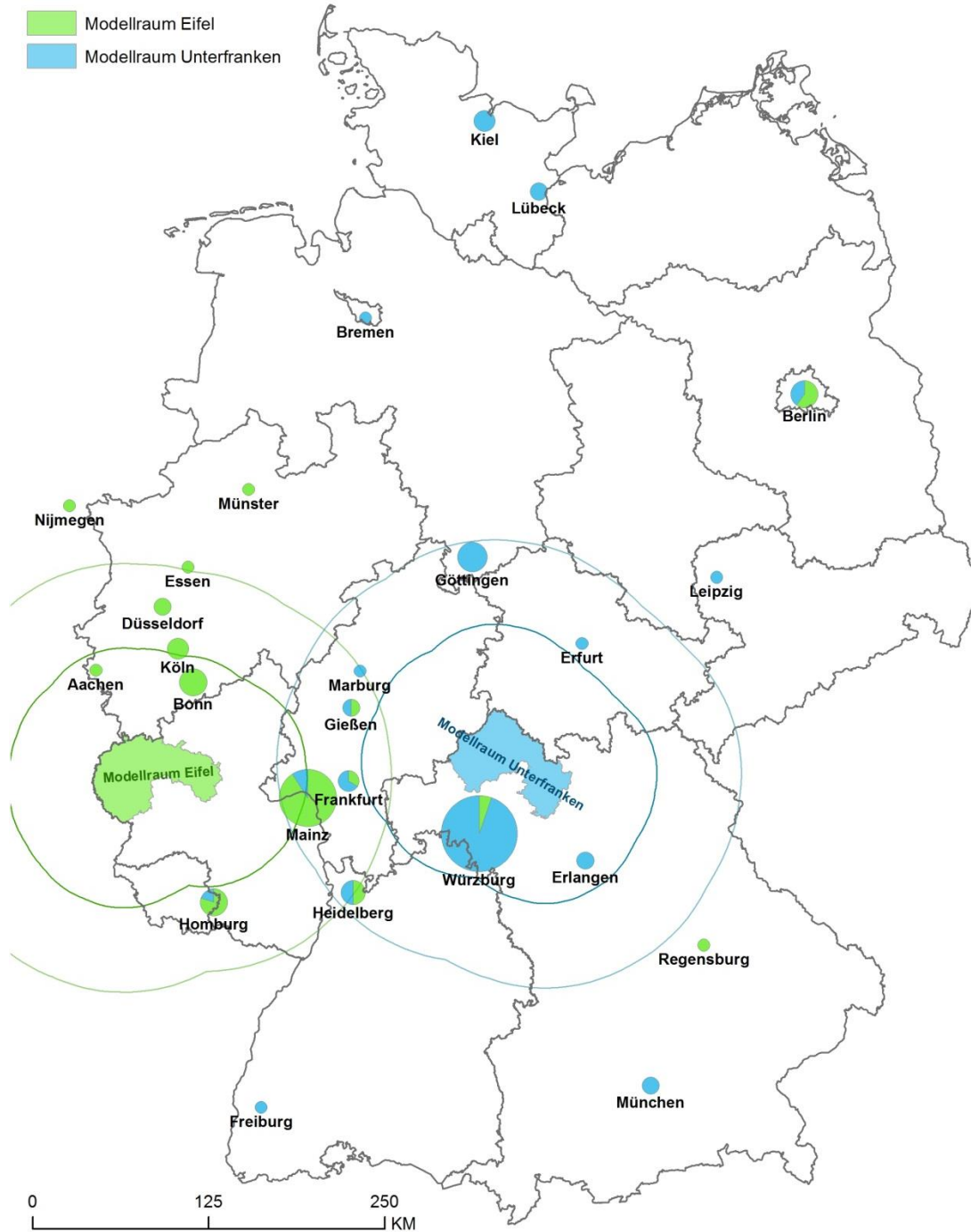
Dies unterstreicht den wichtigen Einfluss der Ausbildungsstätte auf den späteren Niederlassungsort, woraus sich auch die Aufgabe der Landesregierungen ableitet, entsprechende Angebote in der Fläche zu schaffen, dies ist gerade in Rheinland-Pfalz, aber auch in vielen weiteren Regionen Deutschlands ein großes Problem. Unter der Zielsetzung, eine möglichst gute Verteilung an Ausbildungsstätten zu erreichen und der Bedingung, dass eine Ausbildungsstätte eine Mindestbevölkerung zum tragfähigen Unterhalt benötigt, wären in Rheinland-Pfalz vor allem Trier oder Koblenz als gute Ergänzungen im Netz der medizinischen Ausbildungsstätten geeignet (vgl. dazu die Kartendarstellung der Ausbildungsstandorte in Abb. 12).

In Nähe des Modellraums Unterfranken in Bayern besteht mit Würzburg bereits ein adäquater Standort. Erweiterungspotenzial wäre hier allenfalls in den nördlich benachbarten Bundesländern gegeben, wobei hier nur Fulda als größere Stadt im östlichen Hessen ein denkbarer Standort wäre. Grundsätzlich bleibt zu konstatieren, dass eine größere Streuung an medizinischen Studienorten in die Fläche Deutschlands hinsichtlich der Flächenversorgung wünschenswert wäre, allerdings stehen dem auch gewichtige Argumente entgegen. So erfordern solche Ausbildungsstätten stets den Anschluss bzw. die Neugründung einer Universität und dort wiederum ggf. den Aufbau oder die Erweiterung naturwissenschaftlicher Fachbereiche. Der klinische Abschnitt wiederum ist in einem Klinikum zu absolvieren, das, noch vorrangig zur Ausbildungsfunktion, eine überregionale Versorgungsfunktion hinsichtlich schwerer bzw. komplexer und/ oder seltener Erkrankungen darstellt. All diese Faktoren sprechen auch weiterhin klar für Großstädte als Ausbildungsstandorte für Ärzte.

In der auf Basis der erhobenen Daten erstellten Karte (s. Abb. 93) lässt sich der räumliche Zusammenhang von jetziger Arbeitsregion (Modellraum) und früherem Studienort erkennen, nach dem mit zunehmender räumlicher Nähe der Universität zum Modellraum deren Ausbildungsbeitrag zur medizinischen Versorgung steigt. Ebenso ist der Effekt erkennbar, dass Bundesland-eigene Universitäten auch bei größerer räumlicher Entfernung ihre Versorgungsfunktion behalten. Dies gilt so z.B. für den Modellraum Eifel, wo Mainz mit wesentlich mehr ausgebildeten Hausärzten als das räumlich näher liegende Bonn in Nordrhein-Westfalen vertreten ist. Aus Nord- und Ostdeutschland kommen vergleichsweise wenige Hausärzte. Auffällig ist auch noch, dass der Modellraum Eifel in den meisten Fällen nicht so große Strahlkraft auf ausgebildete Mediziner hat wie Unterfranken, wo auch aus Nord- und Ostdeutschland noch Mediziner ihren Weg hin finden. Das Einzugsgebiet des Modellraums Eifel erstreckt sich dagegen innerhalb Deutschlands eher auf Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und das Saarland.

Hier könnte durchaus das mit dem Prädikat „Bayern“ versehene Unterfranken durch ein überregional positives Image Anziehungskraft entfalten. Dies unterstreicht die Bedeutung der überregionalen Wahrnehmung eines Standortes bei der Gewinnung von Nachwuchsmedizinern. Folglich sollte das eigene Image wo möglich gepflegt und weiterentwickelt werden, idealerweise mit Aufbau einer Bundesweiten Strahlkraft.

Abb. 93 Studienort der Humanmedizin der befragten Hausärzte⁴⁴⁶ (Mehrfachnennungen möglich, ohne weit entfernte osteuropäische Studienorte)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

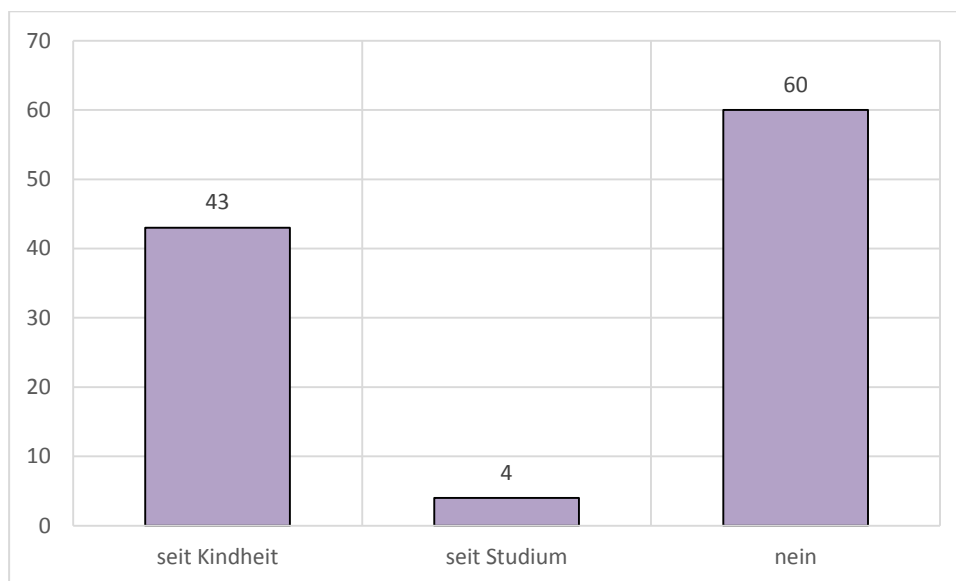
Quelle: Datengrundlage: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018 / Kartengrundlage: Dienstleistungszentrum des Bundes für Geoinformation und Geodäsie http://sg.geodatenzentrum.de/wms_dlm250 © GeoBasis-DE / BKG 2018 & Geoportal of the European Commission (EUROSTAT)

⁴⁴⁶ Mehrfachnennungen möglich, ohne Darstellung der weit entfernten osteuropäischen Studienorte

Kenntnis der Arbeitsregion

40,2% der befragten Hausärzte war die jetzige Arbeitsregion bereits seit ihrer Kindheit bekannt, womit davon auszugehen ist, dass bereits vor dem Einschlagen einer medizinischen Laufbahn familiäre Bindungen in die jeweilige Region bestanden. Umgekehrt ist jedoch zu konstatieren, dass einer Mehrheit die jetzige Arbeitsregion vorher nicht vertraut war, sie also erstmalig zur Arbeitsaufnahme mit der jeweiligen Region in Berührung kamen. Folglich bedeutet ärztliche Ausbildung und anschließende Niederlassung zumeist auch häufig räumliche Umorientierung, womit deutlich wird, dass Regionen auch ohne ausreichenden eigenen Medizinernachwuchs Chancen haben, genügend ärztliches Personal zu erhalten. Allerdings bleiben die bereits seit Kindheit verwurzelten Mediziner eine wichtige Säule in der späteren Sicherstellung der medizinischen Versorgung einer Region. Das Studium und damit verbundene Famulaturen, das praktische Jahr und sonstige Kontaktknüpferungen bleiben demgegenüber deutlich zurück (nur 3,7%), womit auch die Wirkkraft etwaiger Programme zur Förderung von Praktika während des Studiums auf dem Land relativiert wird. Allerdings sei hier anzumerken, dass solche Bemühungen von Universitäten, Ministerien, Kliniken, Arztpraxen und Regionen zumeist noch jüngeren Datums sind, ergo in der Studienzeit der meisten befragten Hausärzte noch keine Rolle gespielt haben.

Abb. 94 Zeitpunkt der erstmaligen Kenntnis der jetzigen Arbeitsregion der befragten Hausärzte (N=107)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

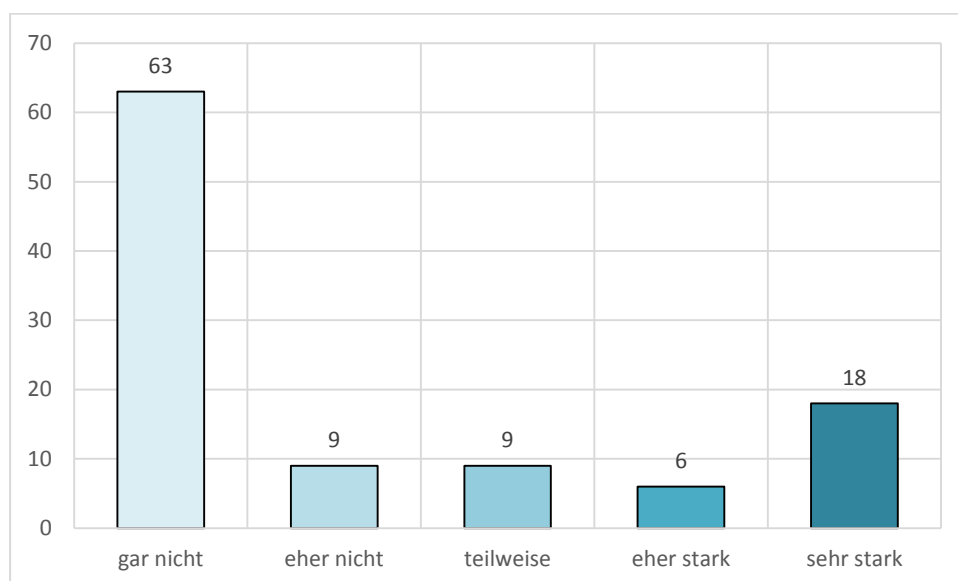
Die Ergebnisse zu dieser Frage machen bezüglich der Nachbesetzung ländlicher Hausarztsitze gleich in zweifacher Hinsicht Mut. Einerseits ist es sehr wohl möglich, regionsfremde Ärzte aus anderen Landesteilen herzulocken (die Bedeutung struktureller Voraussetzungen dazu wird in Kap. 4.3 behandelt), andererseits beherbergt jede Region ein nicht zu unterschätzendes endogenes Potenzial an Nachwuchsmedizinern, das es zu heben gilt. Dies kann bereits durch schulische Förderung in Ermunterung zum Ergreifen des Arztberufes und positive Wahrnehmung der eigenen Region geschehen. Doch auch während des Studiums empfiehlt sich eine Kontaktaufrechterhaltung zur Herkunftsregion. Diese könnte bspw. wo möglich und gewünscht auch durch außerfamiliäre Beziehungen herbeigeführt werden. Vor allem für Medizinstudierende, deren Eltern keine Ärzte sind, würden sich bspw. Patenschaften zu praktizierenden Hausärzten

in der Region anbieten, die gleichzeitig auch eine Mentorenfunktion ausüben könnten und schon während des Studiums einen Einblick in die Praxisführung geben könnten. Ein weiteres Instrument zum Kontakterhalt ist die Einführung eines Stipendiums vonseiten ländlicher Regionen, Kreise oder auch größeren Gemeinden, um so während des Studiums präsent zu bleiben. Inwiefern die häufig an solche Stipendien geknüpfte Forderung nach Niederlassung in der betroffenen Region auch tatsächlich einsetzen wird, ist hingegen bislang noch nicht abzusehen.

Einfluss der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist ein Instrument zur möglichst flächenhaft gleichmäßigen Verteilung der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte (s. Kap. 3.2). Die Bedarfsplanung kann somit einschränkend die Standortwahl von Hausärzten mitbestimmen und sie in bestimmte Regionen mehr oder weniger hineindrängen. Dies ist bei den meisten befragten Hausärzten (68,6%) jedoch gar nicht oder eher nicht der Fall gewesen. Allerdings wurden immerhin 31,4% teilweise bis hin zu sehr stark von der Bedarfsplanung in die jetzige Arbeitsregion geführt. Das ist schon ein relevanter Prozentsatz, der deutlich macht, dass die Modellräume Eifel und Unterfranken auch schon in vergangenen Jahrzehnten nicht zu den attraktivsten Standorten gehörten und dass wenn den Ärzten damals mehr Auswahl geblieben wäre, diese womöglich den Modellräumen ferngeblieben wären.

Abb. 95 Einfluss der Bedarfsplanung auf die jetzige Arbeitsregion der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

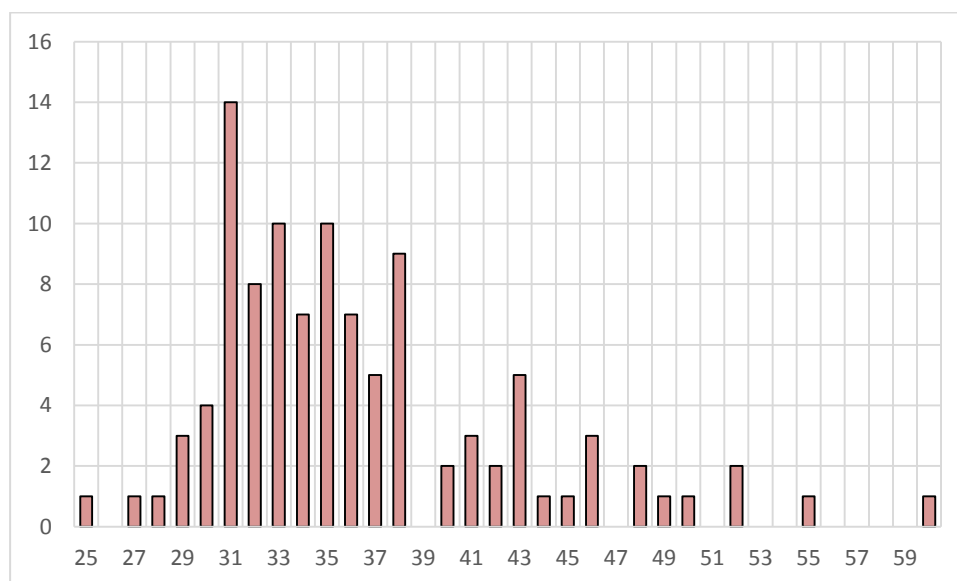
Umso kritischer ist der Funktionsverlust der jetzigen Bedarfsplanung unter der eingesetzten Schiefelage im Verhältnis von Praxisangebot zu -nachfrage zu sehen. Das System der Bedarfsplanung wird hierdurch in seiner jetzigen Form aufgrund der Vielzahl freiwerdender Arztsitze keine Lenkungswirkung mehr entfalten können. Ohne weiteren Eingriff würde an ihrer Stelle dann ein freier Markt treten, bei dem die Regionen einem noch stärkeren Wettbewerb um Nachwuchsmediziner ausgesetzt sein werden. Hier droht ländlichen Räumen der Verlust vieler Nachrücker, die in Städten vielfältigere Versorgungsangebote vorfinden. Umso dringender ist die Reform der Bedarfsplanung, um die ländlichen Regionen zukünftig nicht vollständig ungeschützt den Bedingungen des freien Marktes zu überlassen. Wünschenswert bleibt es jedoch,

dass auch zukünftig der Großteil der Ärzteschaft freiwillig seinen Weg in ländliche Räume finden wird. Auf das System der Bedarfsplanung zur Nachbesetzung eigener Arztsitze sollten ländliche Räume hingegen nicht mehr allein vertrauen.

Jahr der Arbeitsaufnahme am aktuellen Standort und damaliges Alter

Die Hälfte der befragten Hausärzte hat ihre Tätigkeit vor 1994 aufgenommen. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme der Tätigkeit entspricht 36,4 Jahre mit einer Standardabweichung von 6,3 Jahren. Wie in Abb. 96 erkennbar ist, hatte der überwiegende Teil der befragten Hausärzte seine Arbeitsaufnahme vor dem 40. Lebensjahr (Median: 35 Jahre), spätere Einstiege bilden hier eine Minderheit, kommen jedoch durchaus auch vor.

Abb. 96 Alter bei Arbeitsaufnahme am jetzigen Arbeitsstandort (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Insbesondere das Einstiegsalter spielt eine große Rolle bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, stehen doch bei jüngeren Einstiegsalter mehr Berufsjahre als niedergelassener Arzt zur Verfügung, die wiederum damit der medizinischen Versorgung dienen. Ein typisches Ruhestandsalter von 65 Jahren vorausgesetzt, liegt die durchschnittliche Arbeitszeit aller befragten Hausärzte bei ca. 28,6 Jahren.

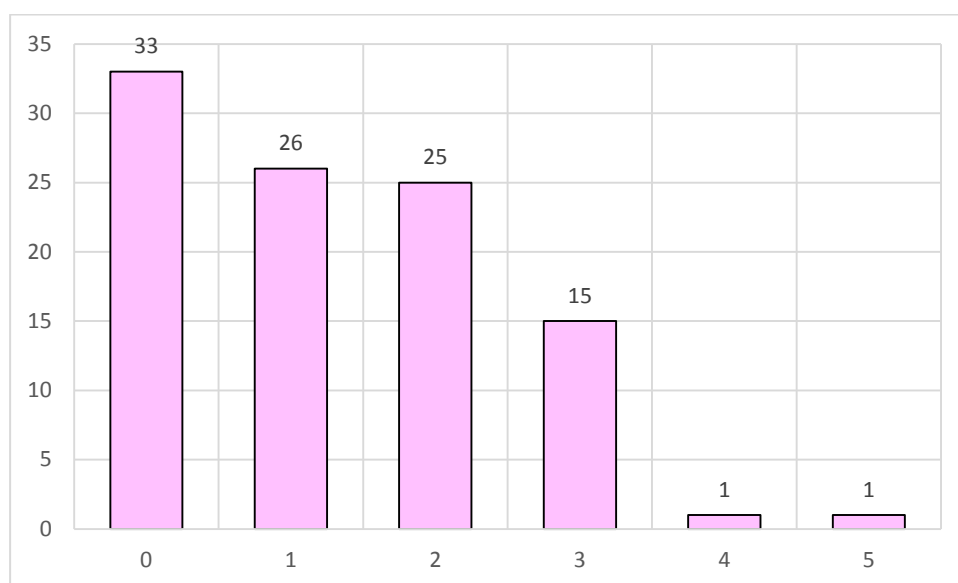
Im Durchschnitt ergibt sich für die befragten Hausärzte jedoch bereits eine bisherige Arbeitszeit am Standort von 22,07 Jahren (bei einer Standardabweichung von 11,48 Jahren), was eine aufgebaute langjährige Arbeitstradition in vielen Praxen bedeutet. Daraus werden sich an den meisten Standorten bei vielen Patienten enge Bindungen und Vertrauensverhältnisse entwickelt haben. Diese Kontakte erfüllen gerade auch in kleinen ländlichen Gemeinden wichtige soziale Funktionen. Folglich kann die ungeklärte Nachfolge für Teile der vor Ort zurückbleibenden Bevölkerung doppelte Belastung sein, in physischer und psychischer Hinsicht.

Gleichzeitig zeigt dieser Umstand an, dass bei vielen Hausärzten das typische Ruhestandsalter sehr nahe ist bzw. von knapp 30% bereits überschritten wurde (s. Abb. 88). Dies zeigt noch einmal die prekäre Versorgungslage vieler Teilgebiete der beiden Modellräume auf.

Anzahl der eigenen Kinder bei Arbeitsaufnahme

Bei jenen befragten Hausärzten, die das Alter ihrer Kinder und das Jahr ihrer Arbeitsaufnahme am derzeitigen Arbeitsort angegeben haben, lässt sich zurückrechnen, wie viele Kinder bei der letztendlichen Standortwahl schon da waren. Durch bereits vorhandene Kinder bei der Standortwahl können sich auch die Ansprüche an Wohnraum, Bildungseinrichtungen, Einkaufsmöglichkeiten, Sportangeboten, medizinischen Einrichtungen usw. und damit generell auf die Standortwahl auswirken.

Abb. 97 Hausärzte nach Anzahl der Kinder bei Arbeitsaufnahme⁴⁴⁷ am jetzigen Arbeitsort (N=101)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

32,7% aller befragten Hausärzte hatten dabei noch keine Kinder, als sie an ihrem jetzigen Ort die Arbeit aufgenommen hatten (s. Abb. 97). Also hatten gut zwei Drittel aller Hausärzte bereits Kinder. Dies ist ein sehr hoher Wert, bei dem zu vermuten ist, dass es sich bei heutigen Einsteigern in die ambulante hausärztliche Versorgung anders verhält. 41,6% aller befragten Hausärzte hatten sogar mehr als ein Kind bei Arbeitsaufnahme und für 48,5% der befragten Hausärzte war die Familienbildung bei Arbeitsaufnahme auch schon bereits abgeschlossen, d.h. es ist seitdem kein weiteres Kind hinzugekommen.

Dabei zeigt sich keine signifikante Abweichung der Hausarzt-Einsteiger mit Kindern im Geschlechterverhältnis gegenüber der Gesamtgruppe an Hausärzten. So waren von den Einsteigern mit Kind 38,2% weiblich gegenüber 39,6% in der Gesamtgruppe der befragten Hausärzte (s. Abb. 87). Dies zeigt, dass Frauen auch mit Kind das Medizinstudium in gleicher Weise absolvieren können, da sich die zeitliche Belastung durch die Kindesbetreuung (die zumeist immer noch den Frauen in einer Beziehung zufällt) offensichtlich kompensieren lässt. Dies ist ein Fakt, der die Leistungsfähigkeit weiblicher Mediziner unterstreicht und auch verdeutlicht, dass die

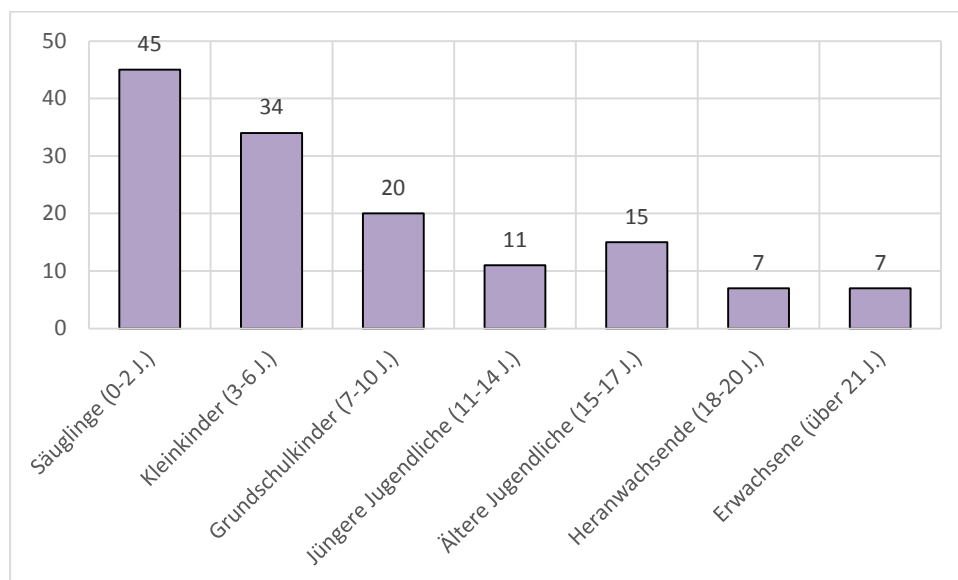
⁴⁴⁷ Einbezogen wurden alle Kinder, die im Jahr der Arbeitsaufnahme 0 oder älter waren. Daher könnte in den betroffenen Fällen die Geburt erst nach der Arbeitsaufnahme erfolgt sein. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die neunmonatige Schwangerschaft vorgeschaltet ist und die werdenden Eltern bereits als solche planen lässt, z.B. bei der Standortwahl. Daher wurden alle Kinder in diese Statistik einbezogen, die im Jahr der Arbeitsaufnahme 0 Jahre alt waren (insgesamt 10 Kinder).

Feminisierung der Hausärzteschaft nicht zwingend mit einem Schwund an Versorgungsleistung aufgrund etwaiger Kindesbetreuung einhergehen muss, wenn denn die Kindesbetreuung sichergestellt ist.

Kindesalter bei Arbeitsaufnahme am jetzigen Arbeitsstandort

Dabei sind die meisten Kinder der Hausärzte bei deren Niederlassung noch sehr jung gewesen (s. Abb. 98). Knapp 60% aller Kinder waren erst 6 Jahre oder jünger. Diese Kinder benötigen einen hohen Betreuungsaufwand und bedürfen spätestens in der weiteren bevorstehenden Kindheit möglichst vieler Entfaltungsmöglichkeiten und könnten damit einer der wichtigsten Gründe für die Entscheidung zur Niederlassung aber auch für die Wahl des Praxisstandortes gewesen sein. Somit können ländliche Räume vor allem als kinderfreundliche Wohnstandorte und Lebensmittelpunkten.

Abb. 98 Alter der Kinder der befragten Hausärzte bei Arbeitsaufnahme⁴⁴⁸ am jetzigen Arbeitsstandort (N=139)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Dies zeigt wiederum, dass ländliche Räume vor allem bei Familien auf Standortsuche zu städtischen Räumen durchaus konkurrenzfähig sind, allerdings kam es als Teilprozess des demographischen Wandels in den letzten Jahrzehnten immer seltener zu Familiengründungen⁴⁴⁹. Dadurch reduziert sich allmählich auch der Pool an potenziellen Hausärzten mit Kindern, wodurch die Nachbesetzungschancen ländlicher Räume zu sinken drohen. Ein Ansatz kann es hier sein, vermehrt die Stärke als Familienstandort zu bewerben bzw. auch explizit darauf aufmerksam zu machen, dass Familiengründung gut in ländlichen Räumen gelingt und das eigene Leben als Hausarzt bereichert.

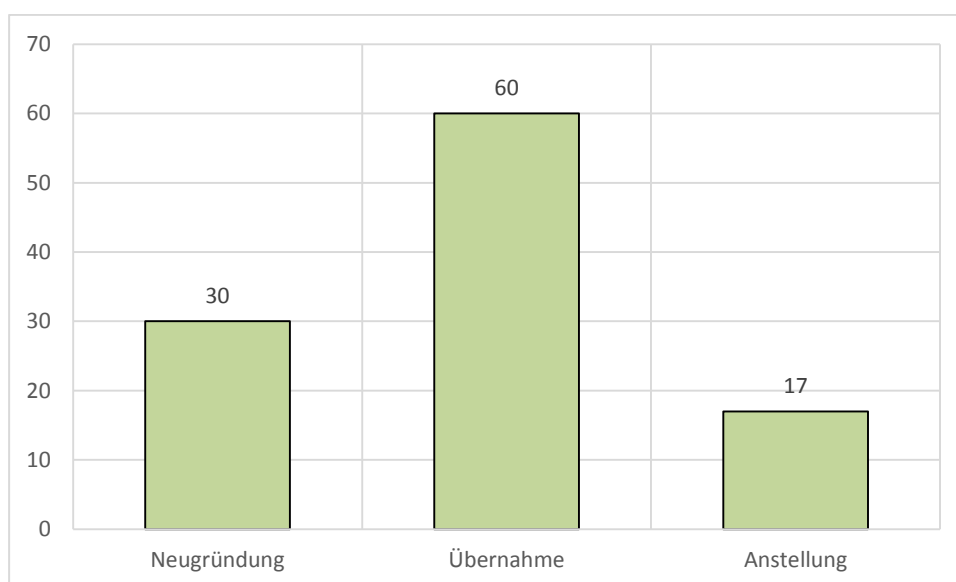
⁴⁴⁸ Einbezogen wurden alle Kinder, die im Jahr der Arbeitsaufnahme 0 oder älter waren. Daher könnte in den betroffenen Fällen die Geburt bzw. das Erreichen des jeweiligen Lebensalters erst nach der Arbeitsaufnahme erfolgt sein.

⁴⁴⁹ vgl. BPB 2012, S. 7

Form des Berufseinstiegs in die ambulante hausärztliche Versorgung

Neben den demographischen Merkmalen ist bei den befragten Hausärzten auch zu unterscheiden, ob sie sich für eine Neugründung oder Übernahme einer Praxis entschieden haben oder über den Weg der Anstellung in die ambulante Versorgung eingetreten sind. Denn daraus ergeben sich wiederum andere Standortansprüche. Neugründungen erlauben die weitgehend individuelle Festlegung von Praxisstandort und –ausstattung, sind jedoch auch mit größeren ökonomischen Unwägbarkeiten durch den nötigen Aufbau eines Patientenstamms und häufig auch mit der Ausweitung des ambulanten Versorgungsangebots verbunden. Eine Übernahme erfordert ein Arrangement mit dem Vorgänger und den Umgang mit bestehenden Strukturen, bringt jedoch den Vorteil eines bereits vorhandenen Patientenstamms mit sich. Die ambulante Versorgung wird dabei in der Regel nicht ausgebaut⁴⁵⁰. Die Anstellung als Einstiegsform bietet den Vorteil, sich nicht uneingearbeitet auf einen Standort festlegen zu müssen, sondern in gewisser Weise gleitend in die Praxisführung einzusteigen und für einen Zeitraum von zumeist einigen Monaten bis zu wenigen Jahren vom Vorgänger im laufenden Betrieb zu lernen, insbesondere hinsichtlich der Verwaltungsaufgaben. Nachteilig ist hingegen die anfänglich vergleichsweise geringere Vergütung.

Abb. 99 Form der Arbeitsaufnahme am jetzigen Praxisstandort (N=107)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Die meisten befragten Hausärzte (s. Abb. 99) haben eine Praxis vom Vorgänger übernommen (60), jedoch ist auch der Anteil an Neugründungen beachtlich (30). Dabei ist jedoch anzufügen, dass dies nicht zwingend mit einer Ausweitung des medizinischen Angebots auf mehr Standorte in der Fläche einhergeht, da auch immer wieder Praxen ohne Nachfolge abgewickelt werden können. Gleichzeitig war in den drei vergangenen Jahrzehnten auch resultierend aus der Alterung der Bevölkerung mit einhergehendem erhöhten Versorgungsbedarf (s. Kap. 4.1.2) und medizinischer Fortschritte eine Ausweitung des Angebots zum Aufrechterhalt einer adäquaten Versorgungsstruktur notwendig.

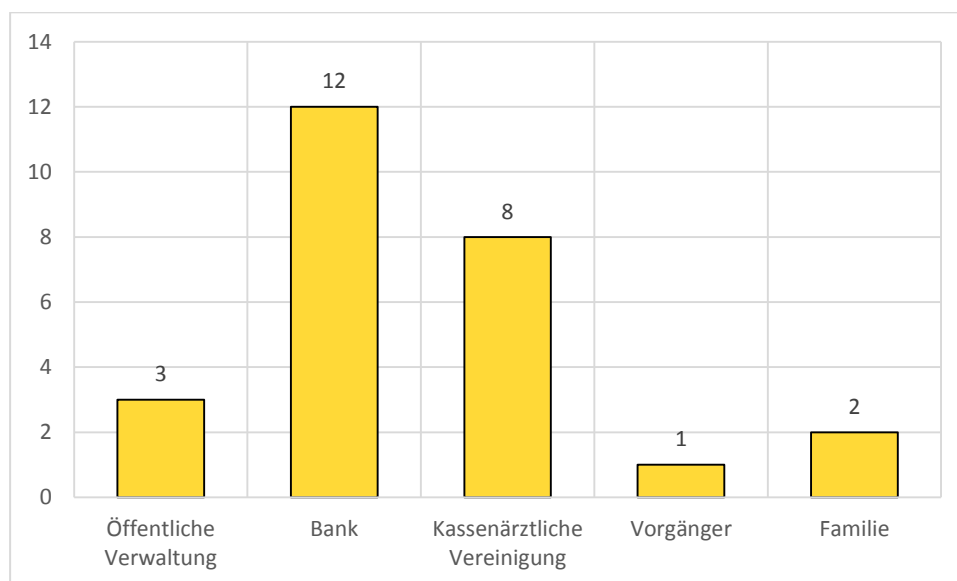
⁴⁵⁰ Denkbar wäre jedoch bspw. dass ein Vorgänger eine Praxis nicht mehr in vollem Versorgungsumfang geführt hat, wodurch auch eine Praxisübernahme eine (vergleichsweise leichte) Ausdehnung des Versorgungsangebots einer Region darstellen kann.

Dennoch handelt es sich bei den meisten Berufseinstiegen um Praxisübernahmen (56%), womit die bestehende Praxisstruktur in der Vergangenheit bei Übergaben weitgehend erhalten blieb. Dies ist auch für Patienten von Vorteil, weil hier keine Umorientierung erforderlich ist und häufig ein Vertrauensvorschuss gegenüber dem vom Praxisvorgänger eingesetzten Hausarzt-Nachfolger besteht.

Der Anteil der in Anstellung eingestiegenen Hausärzte (15,9%) ist auch beachtlich dafür, dass diese Form des Berufseinstiegs erst seit einigen Jahren als Bedeutung gewinnende Form des Berufseinstiegs wahrgenommen wird. In Deutschland sind im Vergleich dazu 18,6% aller Hausärzte in der ambulanten Versorgung angestellt, wobei dies eher in städtischen Räumen die bevorzugte Arbeitsform ist (s. Kap. 4.1.4). Hier ist jedoch hinzuzufügen, dass die Anstellung in den Modellräumen lediglich als Form des Berufseinstiegs etabliert ist und nur ganz selten über viele Jahre andauert. Dennoch scheint es auch ein Weg zu sein, der in den Modellräumen immer größere Bedeutung gewinnt und folglich auch als Möglichkeit gesehen werden sollte, zumindest zeitlich befristet Hausärzte in die Region zu lenken. Praxisinhaber sollten entsprechend zur Anbietung dieser Möglichkeit animiert werden. Wenn der Berufseinstieg auf diese Weise gut verläuft, besteht eine berechtigte Chance, den angestellten Hausarzt als dauerhaften Nachfolger halten zu können.

Inanspruchnahme von Finanz- und Sachhilfen bei der Niederlassung

Abb. 100 Inanspruchnahme von Hilfsleistungen bei der Niederlassung (Mehrfachnennungen möglich) (N=26)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Nur ein geringer Anteil der befragten Hausärzte hat tatsächlich Hilfen bei der Niederlassung in Form von Krediten, Darlehen, Zuschüssen, Zinsvergünstigungen o.ä. (22%) bzw. in Form von Mobilien oder technischer Geräte (5%) erhalten. Geber waren dabei vor allem Banken, die KVen, öffentliche Verwaltung sowie die eigene Familie und Praxisvorgänger (s. Abb. 100). Natürlich muss bei diesen Angaben beachtet werden, dass sie lange zurückliegen und unter Umständen auch nicht in Erinnerung behalten worden sind bzw. nicht als Hilfen wahrgenommen wurden oder auch nicht eingeräumt werden wollen. Daher ist schon davon auszugehen, dass der Anteil derjenigen Ärzte, die bei Niederlassung Hilfe erhalten haben, etwas höher liegt. Den-

noch bleibt festzuhalten, dass die Mehrheit ohne Unterstützung von außen in die Eigenständigkeit gestartet ist.

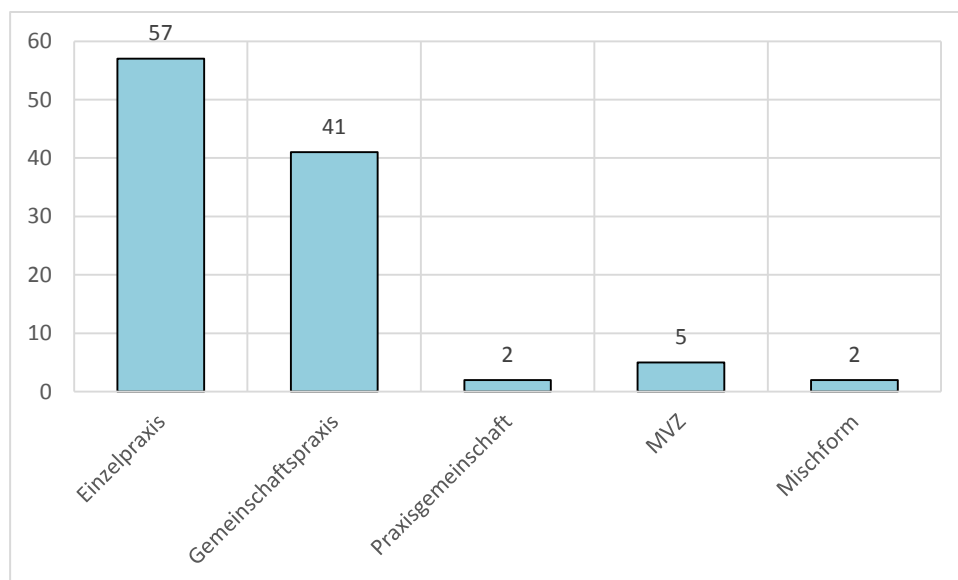
Hier besteht insbesondere vor dem Hintergrund einer Forderung nach besserer Niederlassungsförderung durch immerhin 45% der Assistenzärzte (s. Abb. 17) ein großes Nachbesserungspotenzial. Dies betrifft die Ausweisung wie auch die Bekanntmachung von infrage kommenden Hilfestellungen finanzieller und nichtfinanzieller Art. Wie in Abb. 100 erkennbar ist, waren es in der Vergangenheit vor allem Banken, die durch günstige Kredite geholfen haben. Von den KVen wie auch der öffentlichen Verwaltung (bspw. zuständige Landesministerien, Kreis- und Ortsverwaltungen) wurden demgegenüber bislang nicht so häufig Fördermittel in Anspruch genommen. Hier könnte also noch Verbesserungspotenzial bestehen.

4.2.3. Momentane hausärztliche Arbeitsformen

Die Form der Berufsausübung ist ein weiterer wichtiger Aspekt zur Beurteilung der Standortzufriedenheit, vor allem der unternehmerischen Standortfaktoren. Die Bedingungen, unter denen Hausärzte arbeiten ändern sich dabei nur selten nach der Niederlassung und haben somit häufig über viele Jahre Bestand. Das zählt bspw. die Praxisbetriebsform und die Zahl der dort tätigen Ärzte, also ob Teamarbeit besteht oder nicht und falls ja, in welcher Intensität. Darüber hinaus ist gerade hinsichtlich der privaten Standortzufriedenheit auch die Lage des Wohnortes relevant und hierbei besonders, in welcher Distanz beide zueinander stehen und ob der Wohnort eher städtisch oder dörflich geprägt ist.

Praxis-Betriebsformen der befragten Hausärzte

Abb. 101 Praxis-Betriebsformen der befragten Hausärzte (N=107)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

53,3% der befragten Ärzte arbeiten in Einzelpraxen (s. Abb. 101), gegenüber den eigentlich aus der Statistik erwartbaren 57% (s. Tab. 45), die Einzelpraxen sind unter den befragten Hausärzten damit leicht unterrepräsentiert. Dagegen sind 42% in Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Mischformen zusammengenommen) tätig

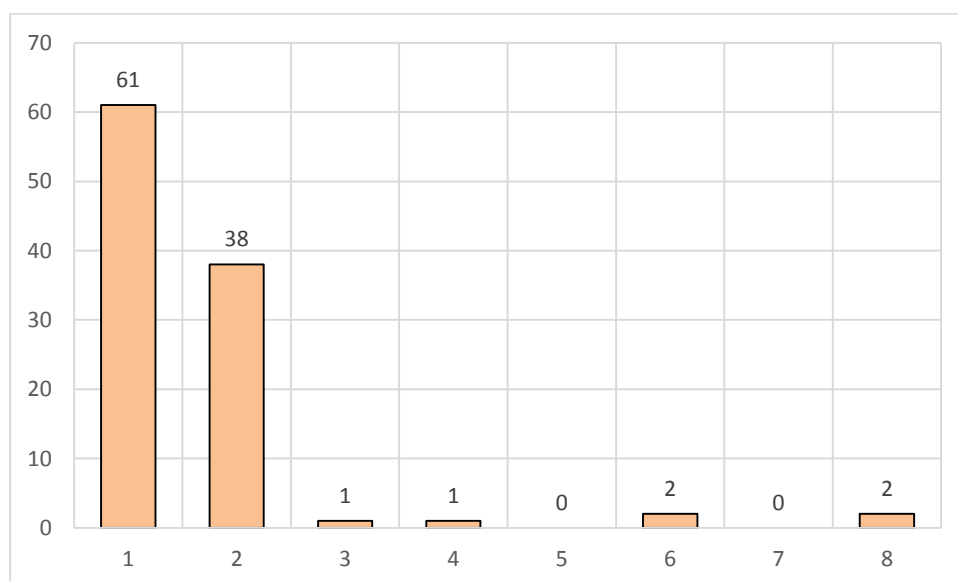
und damit in der Befragungsgruppe überrepräsentiert. Die Anzahl der MVZ liegt mit 4,7% etwas höher als die statistisch erwartbaren 4%.

Trotz dieser leichten Abweichungen in der Verhältnissen bildet diese Gruppe an befragten Hausärzten doch sehr gut die typische ländliche Struktur der hausärztlichen Gesundheitsversorgung in all ihrer Kleinteiligkeit und Kleinräumigkeit sowie Fragilität bei unregelter Nachfolge ab. Dies ist ein wichtiger Fakt, weil dadurch die Befragungsergebnisse, vor allem bezüglich der Nachfolgeraussichten (s. Kap. 4.2.4) an Validität gewinnen. Ansonsten ist festzuhalten, dass sich aus dieser vulnerablen Praxisstruktur in der Zukunft regionale Handlungsbedarfe ableiten, sollte keine deutliche Trendumkehr in der Präferenz hausärztlicher Rahmenbedingungen unter den Nachwuchsmediziner eintreten, wofür es momentan keine Anzeichen gibt.

Anzahl von Standorten und Hausärzten der Praxen

Nur sieben der befragten 107 Hausärzte gaben mehr als einen Standort für ihre Praxis an. Dies waren vor allem solche Hausärzte, die in MVZ tätig sind. Folglich sind es vor allem die MVZ, die über mehrere Standorte agieren. Die räumliche Aufsplitterung von Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften bleibt mit nur jeweils einem Fall bei den befragten Hausärzten die absolute Ausnahme. Dies ist insbesondere auch deshalb relevant, da die Führung von Zweigpraxen als mögliche Linderung der zukünftig zu erwartenden Ausdünnung der flächenhaften Versorgung infrage kommt, auch wenn Zweigpraxen üblicherweise nur tageweise in Betrieb sind. Von einer solchen Entwicklung ist im Datensatz der befragten Hausärzte noch nichts zu erkennen.

Abb. 102 Anzahl der tätigen Hausärzte in den Praxen der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Entsprechend der dominierenden Praxisbetriebsformen sind die meisten befragten Hausärzte allein in ihrer Praxis tätig (s. Abb. 102). In Zweiteams wird auch noch oft gearbeitet. Noch mehr Kollegen sind nur bei Praxen mit mehreren Standorten vorhanden, was in der Regel die MVZ sind. Arbeiten im Team ist damit noch nicht so sehr verbreitet. Dabei gilt gerade die Aussicht auf Teamarbeit für die Zukunft als wichtige Bedingung für Nachwuchsmediziner. Folglich sollten Praxisinhaber überdenken, ob sie sich auch die Einarbeitung bzw. Aufnahme eines Praxispartners vorstellen können. Dies ist natürlich nur dann für Nachwuchsmediziner interessant, wenn

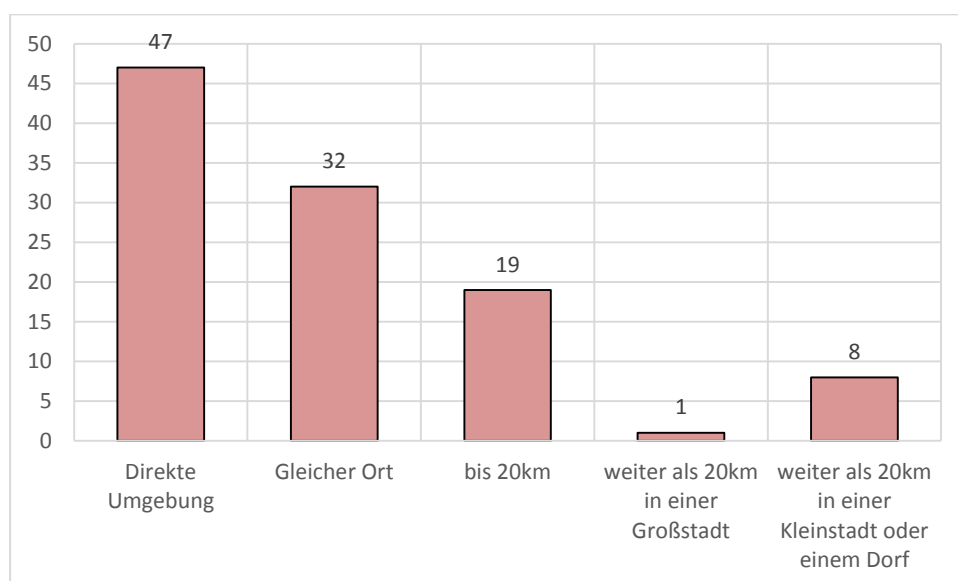
der aktuelle Praxisinhaber selbst noch viele Berufsjahre vor sich hat. Doch auch Hausärzte mit nicht mehr ganz so vielen Berufsjahren vor sich könnten die Praxis in Vorbereitung auf eine spätere Nachfolge auf mögliche Teamarbeit hin ausrichten (bspw. bei der Aufteilung von Räumlichkeiten) oder sich bereits während ihres Arbeitslebens mit einem in räumlicher Nähe gelegenen Hausarzt zusammenschließen, um eine so entstandene Gemeinschaftspraxis später leichter an Nachfolger übergeben zu können. Dies hätte auch den Vorteil, dass ein gleitender Übergang in den Ruhestand durch kollegiale Arbeitsteilung ermöglicht und erleichtert würde, was auch den Patienten eine gewisse Umstellungsphase gestattet.

Lagebeziehung zwischen Wohn- und Arbeitsort

Nur gut ein Viertel (26,2%) der befragten Hausärzte wohnt nicht im Ort der jeweiligen Praxis (s. Abb. 103). Hier scheint somit noch das klare Berufsbild der ständigen Verfügbarkeit und damit der Untrennbarkeit von Arbeits- und Wohnort durch. Diese Verteilung ist sicherlich auch der noch bei Niederlassung älterer Hausärzte gültigen Residenzpflicht geschuldet, nach Hausärzte an ihrem Praxisstandort auch ihren Wohnsitz zu nehmen hatten. Viele Hausärzte, die diese Regelung noch betraf, dürften auch nach dem Wegfall am vorherigen Wohnort verblieben sein.

Die räumliche Nähe zu den Patienten wird von diesen natürlich auch honoriert, weil es eine Identifikation des Arztes mit seinem Praxisstandort plausibel erscheinen lässt und einem Landarzt damit Authentizität verleiht. Zudem ist ein Arzt oder eine Ärztefamilie für vor allem kleine ländliche Gemeinden auch ein wichtiger, weil kaufkräftiger und häufig kinderreicher, Haushalt.

Abb. 103 Räumliche Lage des Wohnortes im Verhältnis zur Praxis der befragten Hausärzte (N=107)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Dennoch entspricht diese Nähe von Wohn- und Praxisort oft nicht mehr der modernen Arbeitsweise von Hausärzten, immerhin 26,1% aller befragten Hausärzte wohnen inzwischen zumindest bis zu 20 km von ihrem Praxisstandort oder noch weiter entfernt. Trotz der daraus resultierenden Pendelfahrten kann eine räumliche Distanz zwischen Wohn- und Praxisort auch die private Lebensqualität positiv beeinflussen, weil Ortsbewohner dann bei Begegnungen den Hausarzt nicht immer als solchen identifizieren und damit seltener zu medizinischen Fragestellungen

konsultieren. Räumliche Distanz ermöglicht in diesem Sinne also auch gedankliche Erholung, was auch von einigen befragten Experten als wichtiger Aspekt der Wohnstandortwahl zum Ausdruck gebracht wurde.

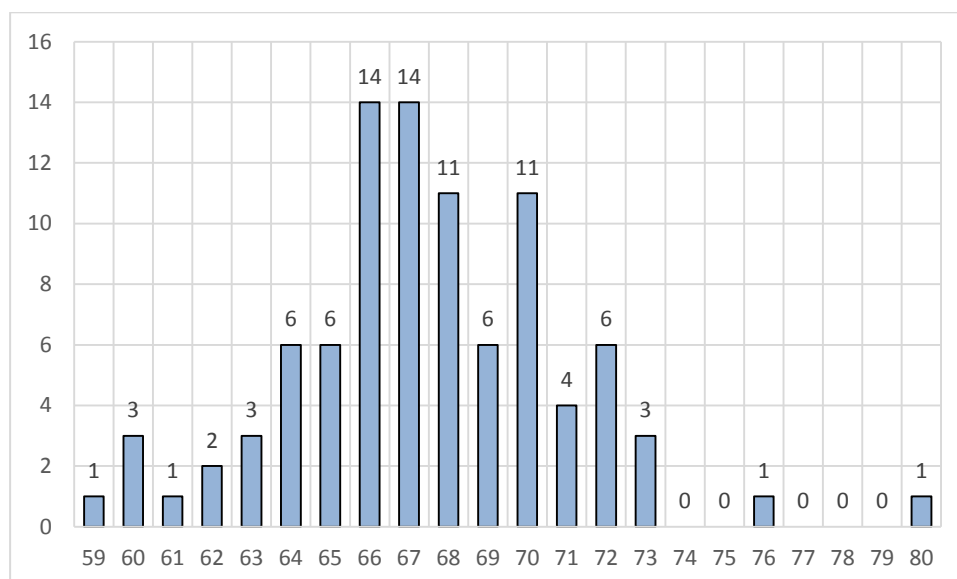
Trotz durchaus weiter Pendelfahrten bleibt das damit zumindest in vielen Fällen mögliche Wohnen in der Großstadt eine absolute Ausnahmeerscheinung. Offensichtlich wird ein mögliches Lebensmodell, ländlich zu arbeiten und städtisch zu wohnen, bislang kaum praktiziert. Hier besteht jedoch durchaus Potenzial, da auch viele ländliche Räume durchaus noch in ausreichender räumlicher Nähe zu Großstädten gelegen sind (bspw. der südliche Teil des Eifelkreises Bitburg-Prüm in Richtung Trier). Zumal ein damit einhergehendes antizyklisches Pendeln (morgens aus der Stadt raus, abends in die Stadt rein) oftmals wesentlich schneller vonstattengeht. Dies kann durchaus für geeignete ländliche Räume ein Faktor sein, mit dem Hausärzte zur Niederlassung animiert werden können.

4.2.4. Zukunftsperspektiven

Die Praxisnachfolgersuche ist ein wichtiger Prozess am Ende des Berufslebens, der viele bis dahin eingenommene Perspektiven auf die eigene Praxis und Arbeitsregion nehmen kann. Wie dringend sich die Nachfolge stellt und wie diese bewertet wird, hängt dabei von den weiteren geplanten Berufsjahren ab. Insbesondere ältere Hausärzte ohne Nachfolger könnten sich dabei auf eine weit über das übliche Ruhestandalter hinausreichende Dauer ihrer Tätigkeit einstellen.

Voraussichtlicher Ruhestand

Abb. 104 Voraussichtliches Alter beim Ruhestand der befragten Hausärzte (N=93)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

56 befragte Hausärzte (60,2%) der befragten Hausärzte sehen ihren Ruhestand in den nächsten maximal 10 Jahren eintreten. Dieser sehr hohe Wert zeigt zum einen deutlich das kommende Problem der Nachbesetzung ländlicher Arztpraxen. Gleichzeitig resultiert der Wert allerdings natürlich auch aus dem zuvor schon diagnostizierten etwas höheren Durchschnittsalter der be-

fragten Hausärzte gegenüber der Gesamtzahl an praktizierenden Hausärzten in den Modellräumen.

Die meisten Hausärzte (76,34%, s. Abb. 104) kalkulieren bereits mit einer über das typische Renteneintrittsalter von 60 bis 65 Altersjahren hinausreichenden Arbeitszeit, manche befragte Hausärzte befinden sich bereits jetzt über diesem Alter. Motiv für diese verlängerte Arbeitszeit ist fast immer das Pflichtgefühl gegenüber den Patienten. Auf diese Weise kann der derzeitige Versorgungsstand in den Regionen meist noch über einige Jahre gehalten werden. Diese temporäre Hinauszögerung ist jedoch aufgrund der natürlichen Entwicklung nicht nachhaltig und führt so lediglich zeitversetzt zu einer dennoch problematischen Nachbesetzungssituation. Weiterhin kann es auch nicht als adäquate Lösung empfunden werden, dass Hausärzte gezwungenermaßen ihren verdienten Ruhestand nicht antreten können. Schließlich sind auch familiäre Angehörige von einer solchen Situation betroffen.

Für die weitere Arbeitszeit ergab sich bei den befragten Hausärzten unter Verrechnung des voraussichtlichen Ruhestandsjahres mit dem Alter zum Zeitpunkt der Befragung (Juni 2018) ein Durchschnittswert von 9,47 Jahren, wohlgernekt für alle 93 Hausärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben. Knapp 10 Jahre sind ein sehr kurzer Zeitraum, woraus sich ein immenser Nachbesetzungsbedarf ableitet.

Aussichten bei der Nachfolgersuche

Wie bereits die lange Arbeitszeit erahnen lässt, gestaltet sich die Nachfolgersuche bei einem Großteil, nämlich 82,4% befragten Hausärzten sehr schwierig oder eher schwierig. Lediglich 17,6% sehen für sich gute Chancen oder konnten ihre Nachfolge bereits klären. Dies zeigt deutlich die Dynamik des nun rasch einsetzenden Hausärztemangels in diesen Regionen an. In der Konsequenz leitet sich daraus dringender Handlungsbedarf der zuständigen Akteure im ländlichen Raum ab.

Der hohe Wert an Hausärzten mit schlechter Prognose für die eigene Nachfolge ist dabei natürlich auch zum Teil auf Hausärzte zurückzuführen, die bislang noch nicht auf Nachfolgersuche gegangen sind, da sie noch viele Berufsjahre vor sich haben und die Situation daher vor allem auf Grundlage einschlägiger Berichte bzw. dem Austausch mit älteren Kollegen beurteilen müssen. Folglich liegt der Anteil derjenigen Hausärzte unter 60 Jahre, die eher oder sehr schlechte Chancen bei der Nachfolgersuche sehen bei 94%, nur 6% sind mit eher guten Aussichten vorsichtig optimistisch.

Doch auch bei den über 60-jährigen Hausärzten, bei denen sich die Nachfolgefrage längst oder demnächst stellt, sehen mit nur 28,8% der Hausärzte eher oder sehr gute Nachfolgerchancen. Dem stehen immer noch 28,8% mit eher schlechten Aussichten und sogar 42,3% mit sehr schlechten Aussichten gegenüber. Gerade dieser mit knapp der Hälfte aller über 60-jährigen Hausärzte sehr hohe Wert, lässt für die nächsten Jahre keine Besserung der angespannten Lage bei der Nachbesetzung erwarten.

Bei den angegebenen Gründen für die jeweilige Einschätzung (s. Abb. 105) der Nachfolgersuche fällt auf, dass bei jenen Hausärzten mit geregelter Nachfolge diese in der Hälfte aller Fälle aus der eigenen Familie rekrutiert wird. In dieser Hinsicht scheint sich also zumindest bei einigen Ärzten der bereits zuvor diagnostizierte Kinderreichtum auch auszuzahlen. Aber auch immerhin 7 Hausärzten ist es gelungen, außerhalb der Familie fündig zu werden, bspw. über berufliche Kontakte (PJ, Assistenzärzte in Weiterbildung) aber auch aktive Suche generell. Dementsprechend sollten Hausärzte mit offener Nachfolge möglichst frühzeitig auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, möglichst bald jüngere Kollegen bzw. Medizinstudierende in ihrer

Praxis anzulernen, um so viele Kontakte zu jüngeren Medizinergenerationen aufzubauen und damit die Nachfolgerchancen zu erhöhen. Dies unterstreicht auch nochmals die Rolle, die das PJ oder die Assistenzzeit im ländlichen Raum auf die Standortentscheidungen von Nachwuchsmedizinern haben kann. Dementsprechend wichtig ist ein ausgedehntes Netz an Weiterbildungsverbänden (s. Kap. 3.5) in ländlichen Räumen.

Abb. 105 Aussichten bei der Nachfolgersuche der befragten Hausärzte (N=102)



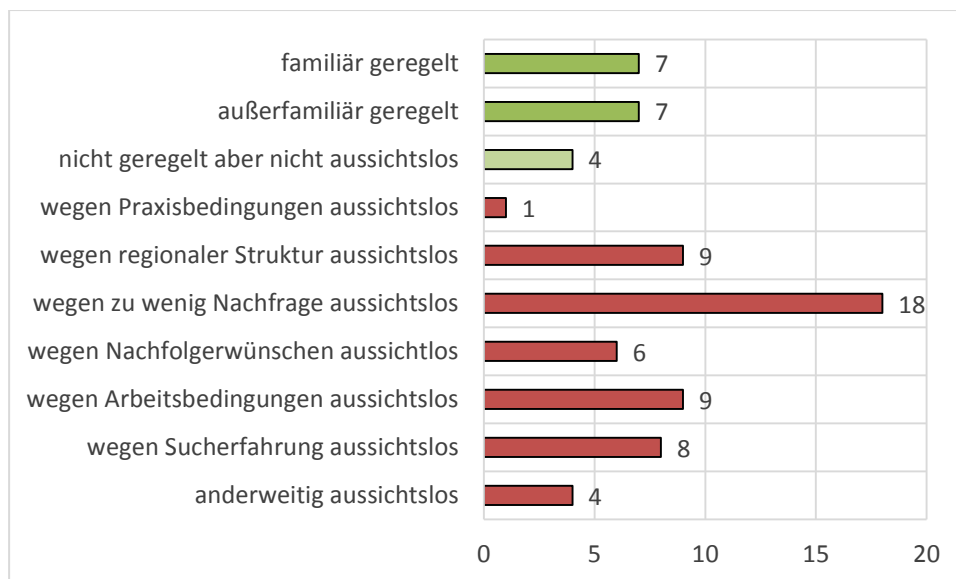
Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Allerdings steht den Hausärzten mit geregelter Nachfolge die große Gruppe derjenigen Hausärzte gegenüber, die noch keinen Nachfolger vorweisen können. Davon sind gerade einmal 4 Hausärzte⁴⁵¹ noch optimistisch. 18 Hausärzten fehlt es an Interessenten für ihre Praxis bzw. wenn ein Interessent vorhanden ist, kann dieser zwischen einer Vielzahl von Praxen wählen, es besteht also auch zu großes Angebot für einen ausgewogenen Nachfolger-Markt. Die Probleme in der Nachbesetzung werden von diesen Hausärzten in letzter Konsequenz also vor allem in der unausgeglichenen Mediziner Ausbildung im langjährigen Verlauf gesehen (s. Kap. 3.3.5). Dies passt auch zur Aussage von 6 Hausärzten, nach denen die potenziellen Nachfolger zu viele Ansprüche bzw. Wünsche an ihren künftigen Arbeitsort stellen und damit der größte Teil von ländlichen Arztpraxen automatisch schon durchs Raster fällt. Dafür spricht auch, dass 8 Hausärzte bereits zum Teil intensive negative Erfahrungen bei der aktiven Suche nach Nachfolgern erlebt haben.

⁴⁵¹ Insgesamt haben 73 Hausärzte zur ihrer Einschätzung bei der Nachfolgersuche konkrete Erläuterungen gemacht.

Abb. 106 Gründe für die Einschätzung der Nachfolgersuche der befragten Hausärzte (N=73)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

9 Hausärzte sehen die Arbeitsbedingungen wie Bürokratie, Tätigkeitseinschränkungen und ungünstige Arbeitszeiten als größtes Problem. Ebenfalls 9 Hausärzte sehen dagegen die regionale Raumstruktur, also die Ländlichkeit bzw. zum Teil auch Strukturschwäche der Region als Haupthindernis für mögliche Interessenten. Ein Hausarzt hingegen sieht eher selbstkritisch den Zustand der eigenen Praxis (also Ausstattung und Alter) als nicht konkurrenzfähig an. Generell ist zu den Gründen für die Bewertung der eigenen Nachfolgersuche zu sagen, dass viele angegebene Faktoren einander in Beziehung stehen und sich nicht immer klar trennen lassen. Viele Ärzte haben auch mehrere Gründe angegeben, in Abb. 106 sind jedoch nur die erstgenannten und damit als am wichtigsten empfundene Gründe wiedergegeben.

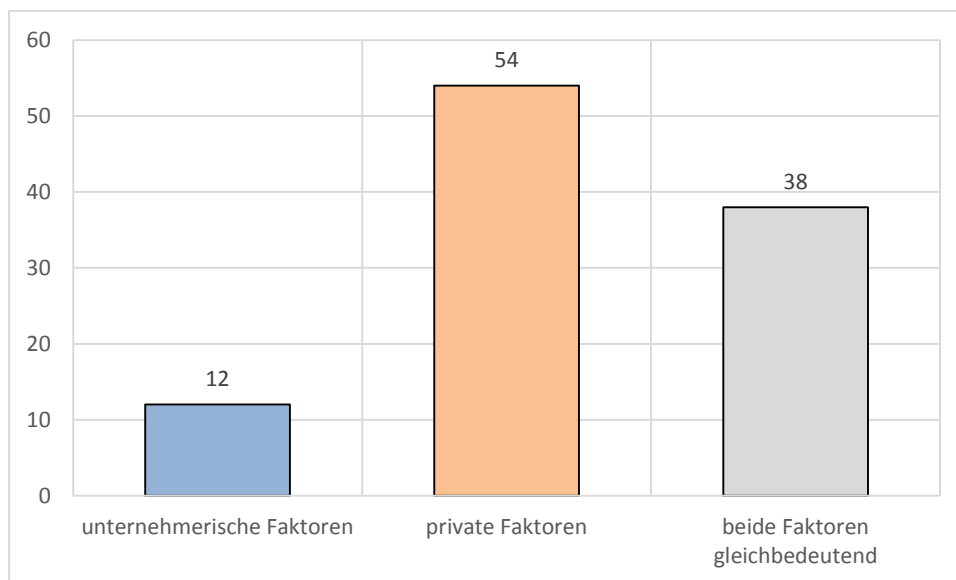
4.2.5. Zwischenfazit zur Charakterisierung der befragten Hausärzte

Insgesamt ergibt sich damit ein Bild einer eher männlichen, überalterten, verheirateten und kinderreichen Ärzteschaft. Diese haben zumeist in räumlicher Nähe studiert, kennen die Region mehrheitlich erst mit Beginn der dortigen Arbeitsaufnahme, wurden jedoch zu größerem Anteil nicht durch die Bedarfsplanung dorthin gelenkt. Den beruflichen Einstieg haben die meisten mit Mitte/Ende 30 vorgenommen und sind dementsprechend schon lange am Standort tätig. Die meisten Ärzte haben eine Praxis übernommen, wobei sie kaum Hilfen erhalten haben. Diese Praxen führen sie zumeist allein oder im Zweierteam, also in einem kleinteiligen Standortsystem. Die meisten Ärzte wohnen auch direkt an ihrem Arbeitsstandort. Sie rechnen mit einem hohen Arbeitsalter und sehen die Chancen auf eine gut geregelte Nachfolge zumeist sehr gering. Dabei bemerken Sie vor allem das Überangebot, die regionale Struktur und die eigenen Arbeitsbedingungen als die Nachfolgersuche belastende Faktoren.

4.3. Bedeutung einzelner Standortfaktoren

Die in Kap. 2 ermittelten infrage kommenden Standortfaktoren wurden von den befragten Hausärzten bewertet. Die Häufigkeitsverteilungen in den Diagrammen dieses Kapitels und seiner Unterkapitel beziehen sich dabei stets auf die Gesamtheit der befragten Hausärzte.

Abb. 107 Bedeutung der beiden Faktorengruppen (unternehmerisch vs. privat) der befragten Hausärzte (N=104)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Zunächst sollte eine Einschätzung gegeben werden, welche Faktorengruppe (unternehmerische oder private Faktoren) den größeren Einfluss auf die Standortwahl genommen haben. Diese Einschätzung ist natürlich sehr subjektiv und schwer greifbar, entsprechend vorsichtig sind die Ergebnisse zu interpretieren. Die Menge an befragten Hausärzten lässt aber sehr wohl Aussagen zu den generellen Mehrheitsverhältnissen zu.

Dabei (s. Abb. 107) zeigt sich deutlich, dass die Mehrheit (51,9%) den privaten Faktoren bei der eigenen Standortwahl wesentlich mehr Bedeutung eingeräumt hat und dass für insgesamt 88,5% die privaten Faktoren von Bedeutung waren. Dies ist auch nicht überraschend. Zwar stellen Arztpraxen auch in der Volkswirtschaft in erster Linie wirtschaftliche Subjekte dar, deren Betrieb finanziell zu sichern ist, allerdings konnte bereits in Kap. 3.3 gezeigt werden, dass aufgrund der Eigenheiten des medizinischen Versorgungssystems in Kombination mit einem hohen Versorgungsbedarf die finanzielle Grundlage praktisch jeder Praxis, unabhängig vom Standort, gesichert ist. So gesehen erklärt sich der hohe Anteil derjenigen, die ihren Standort eher anhand privater Faktoren getroffen haben.

Umgekehrt muss jedoch auch konstatiert werden, dass unternehmerische Aspekte nicht ganz außen vorgelassen werden. Immerhin knapp die Hälfte der (48,1%) räumt den unternehmerischen Aspekten mindestens die gleiche Bedeutung ein. Dieser Umstand lässt sich so erklären, dass zwar an allen Standorten finanzielle Sicherheit gewährleistet ist, die Gewinnmenge einer Praxis aber sehr wohl vom Standort abhängen kann. So haben bspw. auch mehrere Experten in Interviews bestätigt, dass ländliche Praxen eher höhere Gewinne abwerfen. Dies liegt zum

einen an der höheren Patientenfrequenz, aber auch an preislich günstigeren Standorten für Grundstück und Immobilie.

4.3.1. Unternehmerische Faktorengruppe

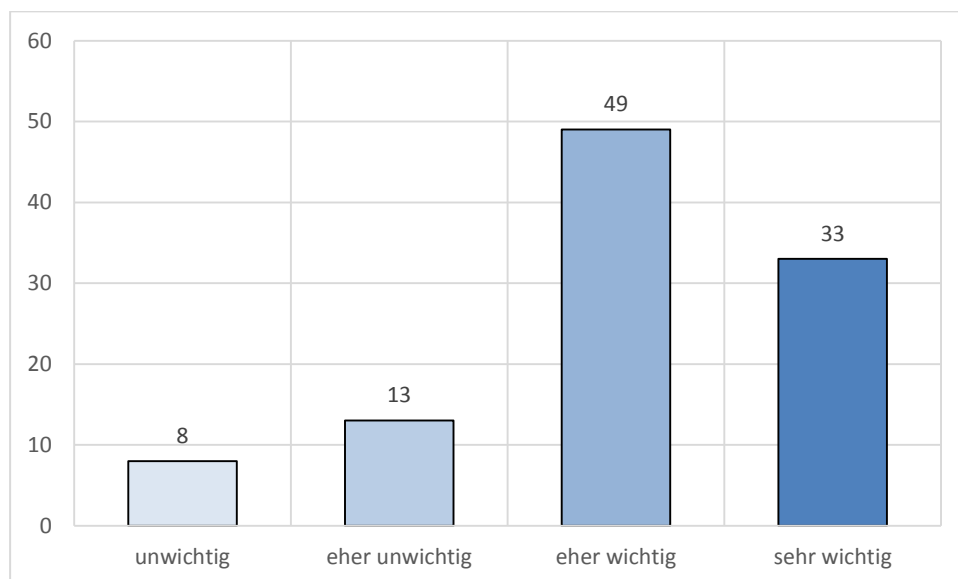
In der unternehmerischen Faktorengruppe sind folgende Faktoren zusammengefasst:

- Ökonomische Tragfähigkeit
- Patientenzahl
- Wohlhabende Patienten
- Verfügbare kassenärztliche Zulassung
- Konkurrenz zu anderen Hausärzten in näherer Umgebung
- Regionale fachärztliche Versorgung
- Räumliche Nähe zu einer Klinik

Diese Faktoren beziehen sich auf Aspekte des Arbeitslebens eines Hausarztes. Zum einen sind das natürlich Faktoren, die der finanziellen Sicherung des Praxisbetriebes und damit der Gewinnerzielung dienen. Ebenso sind jedoch auch regional divergierende Faktoren einbezogen, die sich auf die Arbeitsorganisation und -qualität auswirken.

Ökonomische Tragfähigkeit

Abb. 108 Bedeutung des Standortfaktors „Ökonomische Tragfähigkeit“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

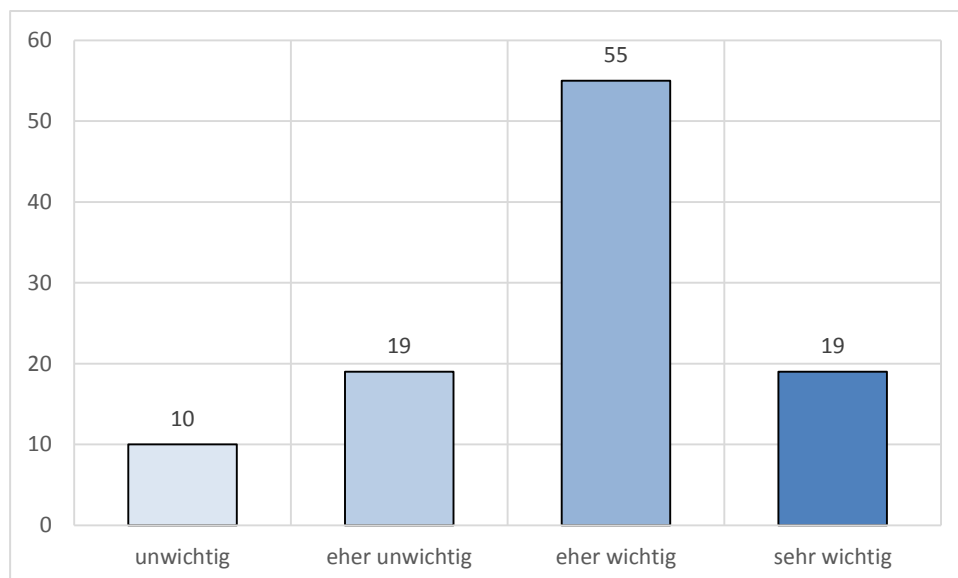
Wie in Abb. 108 zu erkennen ist, nimmt die ökonomische Tragfähigkeit eine wichtige Position innerhalb der unternehmerischen Faktorengruppe ein. Für 79,6% der befragten Hausärzte ist dieser Faktor eher oder sehr wichtig, wobei der größere Wert bei eher wichtig (47,6%) gegenüber sehr wichtig (32,0%) das deutliche Ergebnis etwas relativiert. Anscheinend ist die ökonomische Tragfähigkeit zwar wichtig, aber nicht alles entscheidend. Dies liegt wie zuvor bereits geschildert in der an vielen Standorten im ländlichen Raum weitgehend gesicherten Tragfähigkeit.

Hintergrund ist das durch die demographische Alterung entstehende erhöhte Patientenaufkommen, dass für sehr viele Hausärzte eine vollkommen ausreichende, nicht selten überlastende, Anzahl Behandlungsfällen sichert, die sich über die Krankenkassen abrechnen lassen. Allerdings sind diese Bedingungen nicht überall gegeben. Gerade in ländlichen Räumen sind die ökonomischen Bedingungen aufgrund eines ausgedünnten Versorgungsnetzes an Hausarztpraxen bei gleichzeitig stärkerer Alterung besonders gut. Dies war für viele Hausärzte ein wichtiger Grund, sich für den ländlichen Raum als Arbeitsstandort zu entscheiden.

Nun hat das Interesse an einem guten Einkommen unter den Nachwuchsmedizinern nachgelassen, stattdessen werden flexible Arbeitsmodelle mit der Möglichkeit der Teilzeittätigkeit sowie Anstellungsverhältnisse beliebter. Folglich dürfte die Zugkraft des Faktors „Ökonomische Tragfähigkeit“ in Zukunft an Bedeutung verlieren. Dennoch gibt es auch weiterhin jüngere Hausärzte, für die ein gesichertes gutes Einkommen wichtig ist, so dass sich auch bei ausschließlicher Betrachtung der jüngeren Hausärzte (unter 50-jährige) keine signifikante Verschiebung der Bedeutung dieses Standortfaktors ergibt. Folglich werden ländliche Räume auf in Zukunft Zufluss solcher Hausärzte erwarten dürfen, jedoch nicht mehr in der Intensität wie es in den vergangenen Jahrzehnten der Fall war. Es ist somit regionalpolitische Aufgabe, neue Faktoren der Standortwahl zu erschließen bzw. zu fördern, um hausärztliche Ansiedlungen im ländlichen Raum auch in Zukunft in ausreichender Zahl herbeiführen zu können.

Patientenanzahl

Abb. 109 Bedeutung des Standortfaktors „Patientenanzahl“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Für die befragten Hausärzte ist eine hohe Anzahl an Patienten zum Großteil (71,8%, s. Abb. 109) eher oder sehr wichtig. Dies ist schon ein Indikator dafür, von welchem Typ Arzt der ländliche Raum als Arbeitsort bevorzugt wird, nämlich solchen, die vielen Patienten helfen wollen. Dabei kommen wiederum unterschiedliche Motive infrage. Zum einen kann es sich um altruistische Gründe handeln, nämlich möglichst vielen Menschen medizinisch zu helfen. Daneben jedoch verbessert sich mit jedem Patienten natürlich auch die Einkommenssituation einer Praxis.

Die Wichtigkeit der Versorgung vieler Patienten spricht auch dafür, dass die befragten Hausärzte eine hohe Arbeitsbelastung auf Kosten des eigenen Privatlebens in Kauf nehmen. In Kombination mit der bereits aus Kap. 4.2 bekannten hohen durchschnittlichen Kinderzahl der befragten Hausärzte ergeben sich damit notwendigerweise oft Familienmodelle, bei denen ein Partner nicht oder nur wenig arbeitet, um die Kinder zu betreuen. Da der Großteil der befragten Hausärzte männlich ist, werden es vor allem die Partnerinnen sein, die beruflich zurückstecken. Dies ist ein Familienmodell, das von der nachkommenden Ärztegeneration mehrheitlich abgelehnt wird (s. Abb. 17). Somit ergibt sich aus dieser Gegenüberstellung vom Arbeitsmodell älterer Hausärzte zu den Berufswünschen von Nachwuchshausärzten ein wichtiger Grund für den Landarztmangel, nämlich dass sich der ländliche Raum mit seinen vielen Patienten als Arbeitsort eher für das immer mehr an Bedeutung verlierende „klassische“ Familienrollenmodell (Hausarzt + Hausfrau) eignet.

Regional zuständige Akteure für die Organisation der medizinischen Versorgung stehen hier also vor der Aufgabe, zunehmend auch für Hausarzt-Lebenspartner geeignete berufliche Anlaufstellen bzw. Angebote bereitzuhalten, um Hausärzte zur Niederlassung zu veranlassen. Gleichzeitig wird bei Haushalten, in denen beide Partner berufstätig sind, in Zukunft nicht das gleiche Patientenaufkommen bewältigt werden können, wie es zurzeit vielfach noch die allein arbeitenden älteren Hausärzte schaffen. Ein gangbarer Weg dieses Problems, da ja für die Zukunft nicht eben mehr Hausärzte nachrücken werden, ist die Effizienzsteigerung hausärztlicher Arbeit, indem bspw. die Praxisadministration an Dritte vergeben wird (bspw. an eine entsprechende Fachkraft oder ein externes Unternehmen, soweit dies möglich ist). Dies ist auch darum eine realistische Zukunftsperspektive, da die damit einhergehenden Kosten, also die Einkommenschmälerung für Nachwuchsmediziner nicht mehr so bedeutend wie bei der älteren Hausärzte-Generation ist. Weiterhin besteht Effizienzsteigerungspotenzial bei der Reduktion an Hausbesuchen. Diese können noch in viel größerer Zahl als bislang delegiert oder telemedizinisch erledigt werden bzw. bei manchen Patienten auch durch Patientenfahrdienste auch in die Praxen geholt werden. Solche Hilfestellungen müssen auch vonseiten regionaler Akteure sowie den KVen und Krankenkassen den Hausärzten zugänglich bzw. attraktiv gemacht werden, indem entsprechende Entlastungs- und Weiterbildungsangebote und technisches Equipment bereitgestellt bzw. gefördert werden.

Anteil wohlhabender Patienten

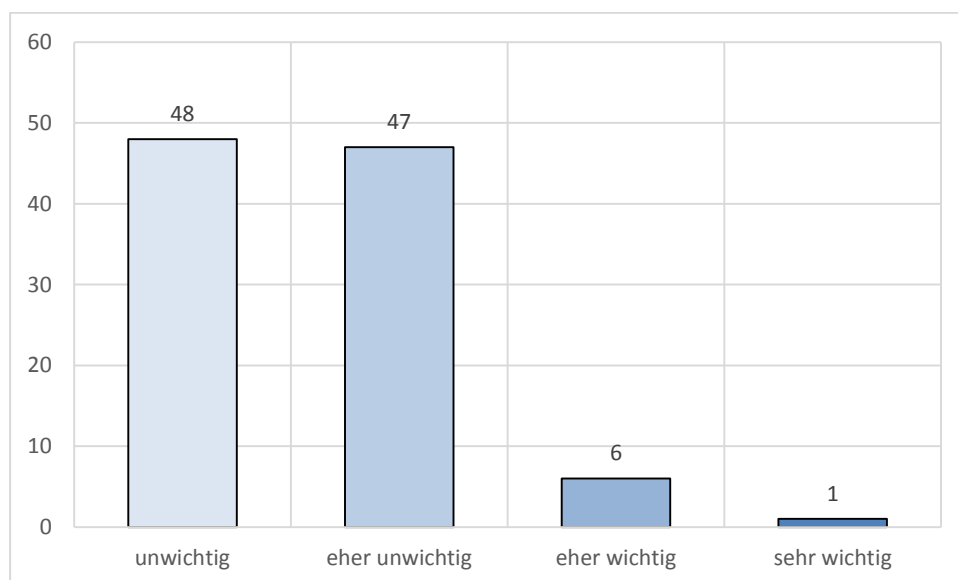
Es überrascht nicht, dass den Ärzten im ländlichen Raum, wo es im Vergleich zu vielen städtischen Räumen ohnehin weniger wohlhabende Patienten gibt, der Wohlstand ihrer Patienten in den meisten Fällen (eher) unwichtig ist (93,1%, s. Abb. 110). Es gibt allerdings auch 7 Hausärzte, denen gerade dieser Standortfaktor (eher) wichtig war.

Der frühere Studienort kann diese Angaben bei einigen Personen sehr gut erklären, denn 2 dieser 7 Hausärzte haben mit Ungarn bzw. Rumänien in Ländern mit im Vergleich zum ländlichen Raum Deutschlands eher geringer Kaufkraft studiert. Einer der 7 Hausärzte hat zudem in Leipzig und Erfurt studiert, also ebenfalls in Regionen mit im Verhältnis zum ländlichen Raum Westdeutschlands eher geringer Kaufkraft. Die Angaben aller befragten Hausärzte zum Standortfaktor „Wohlhabende Patienten“ lassen sich also auch umgekehrt interpretieren: Bislang wurde die im Vergleich zum außer- oder osteuropäischen sowie ostdeutschen Regionen größere Kaufkraft als Anzugsfaktor für Hausärzte nicht sehr oft genutzt.

Hier besteht also noch Potenzial für Regionen, die frei werdenden Hausarztplätze mit Nachrückern aus dem Ausland bzw. aus Ostdeutschland zu decken. Dabei ist jedoch einschränkend dreierlei zu bemerken: Erstens müssten solche Ärzte über adäquate Sprach- und Kulturkenntnisse für den Hausarztberuf verfügen, was den Pool an möglichen Kandidaten bereits stark ein-

schränkt. Zweitens würden solch abgeworbene Ärzte den betroffenen ausländischen bzw. ostdeutschen Regionen in der medizinischen Versorgung verloren gehen. Dieser Brain-Drain wäre also mit negativen Folgen in anderen Ländern und Regionen verbunden und damit zumindest im internationalen Kontext ein Nullsummenspiel bzw. ein Aufbürden der Ausbildungslasten auf andere Länder.

Abb. 110 Bedeutung des Standortfaktors „Wohlhabende Patienten“ der befragten Hausärzte (N=102)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Drittens ist auch zu hinterfragen, ob vordergründig klar ökonomische Motive ein ausreichendes Motiv für eine empathische und fürsorgliche Behandlung von Patienten ausreichen oder ob damit nicht auch die Qualität der medizinischen Versorgung einbüßt. Insgesamt besteht also schon noch Potenzial zur Aufstockung der ambulant tätigen Hausärzteschaft mit ausländischen bzw. ostdeutschen Ärzten, dieses Potenzial ist jedoch eng begrenzt und von einem vollwertigen Ersatz kann auch nicht in allen Fällen ausgegangen werden.

Verfügbare kassenärztliche Zulassung

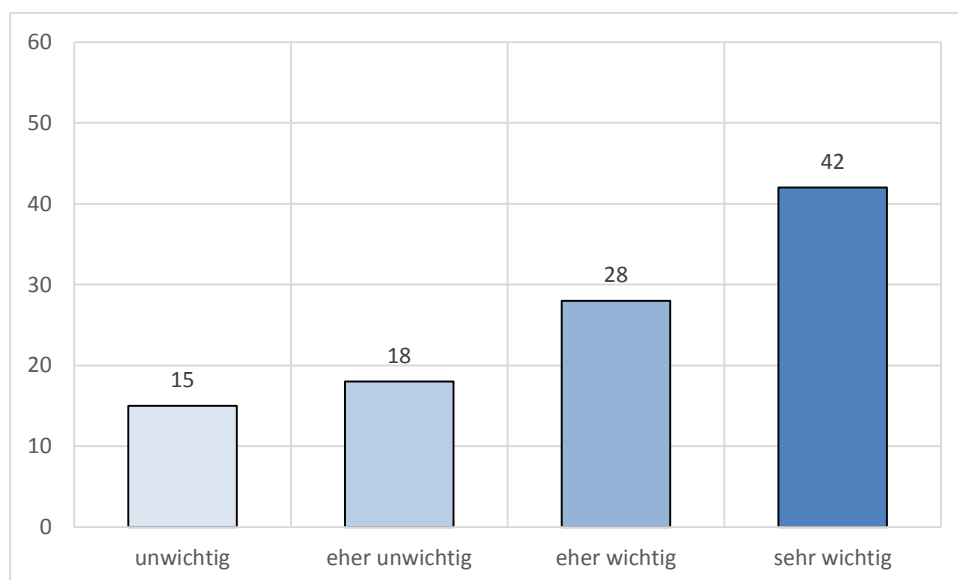
Hier zeigt sich das Bild, dass sich auch schon bei Charakterisierung der befragten Hausärzte zur Bedarfsplanung ergeben hat (s. Abb. 95). Für 32,0% der Hausärzte war die danach erhaltene freie kassenärztliche Zulassung in der jetzigen Arbeitsregion (eher) unwichtig, d.h. kein Grund diese Region auszählen. Für dieses knappe Drittel stellt die jetzige Arbeitsregion also nicht die bevorzugte Region dar, sie haben die damals beschränkte Auswahl hingenommen.

Umgekehrt ist es für 68,0% so, dass die kassenärztliche Zulassung eher oder sehr wichtig war, sie sich also über den Erhalt dieser Zulassung gefreut haben bzw. die jetzige Arbeitsregion ihrer Wunschregion entspricht.

Somit ergibt sich, dass die Bedarfsplanung für knapp ein Drittel der befragten Hausärzte Lenkungswirkung erzielt hat. Es war also auch in früheren Jahrzehnten bereits so, dass der ländliche Raum nicht von jedem dort arbeitenden Hausarzt als Wunschregion empfunden wurde. Im Unterschied zu heute jedoch konkurrierten in früheren Jahrzehnten mehr Ärzte um freie kas-

senärztliche Zulassungen, weshalb der ländliche Raum auch mit eher widerwilligen Ärzten aufgestockt werden konnte. Dieser Mechanismus fällt durch das in jüngerer Vergangenheit entstandene Missverhältnis von vielen freierwerbenden Kassenzulassungen zu wenigen niederlassungswilligen Hausärzten für die ländlichen Räume weg und gefährdet so deren weitere flächenhafte hausärztliche Versorgung.

Abb. 111 Bedeutung des Standortfaktors „Verfügbare kassenärztliche Zulassung“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Umso bedeutender wird jedoch das Motiv der frei verfügbaren kassenärztlichen Zulassung für die übrigen Hausärzte, für die die jeweilige Region ohnehin attraktiv ist. Damit wird die kassenärztliche Zulassung allerdings nur zu einem Schein-Standortfaktor, der keine echte Aussagekraft mehr hat. Folglich klang auch in den Expertengesprächen, besonders mit ärztlichen Vertretern, die Erkenntnis durch, dass das System der Bedarfsplanung bei dem gegenwärtigen Missverhältnis seine Steuerungswirkung und damit seine originäre Funktion nicht erfüllen kann. Es bedarf also einer Systemreform der Bedarfsplanung, die Missverhältnisse bei Angebot und Nachfrage miteinbezieht.

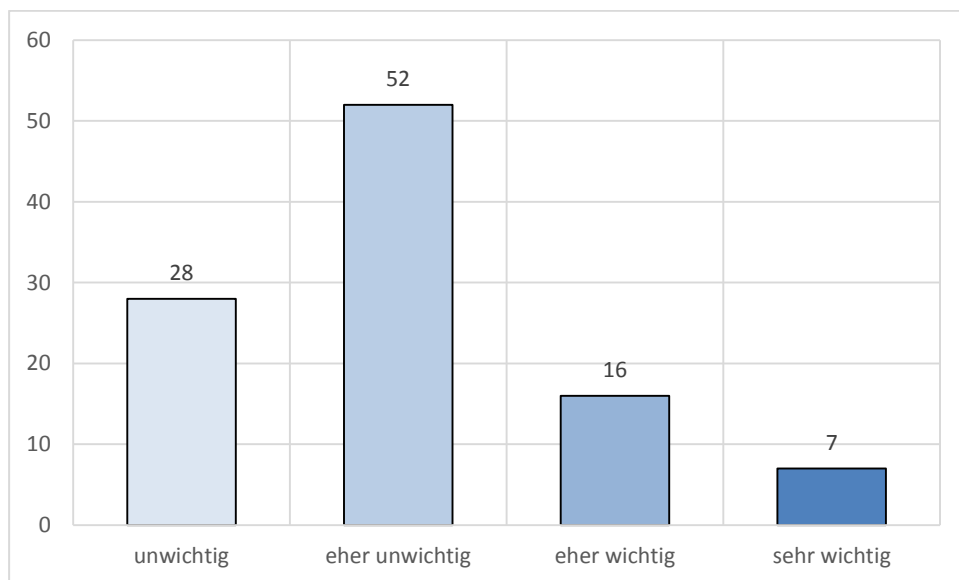
Konkurrenz zu anderen Hausärzten in näherer Umgebung

Wie Abb. 112 zeigt, sehen die meisten befragten Hausärzte die Konkurrenzsituation entspannt und fürchten die benachbarten Hausarztpraxen nicht. Auch wenn der ländliche Raum tendenziell als eher unterversorgungsgefährdet – sprich weniger konkurrenzbelastet – gilt, ist dieser Umstand nicht der entscheidende Grund für die Standortentscheidung im ländlichen Raum gewesen.

Ohnehin stellt sich die Versorgungssituation bis in jüngster Vergangenheit (s. Abb. 11) nicht so eindeutig zulasten ländlicher Räume dar. Für immerhin 22,3% ist der Faktor aber doch (sehr) wichtig und auch für zusätzliche 50,5% zumindest nicht ganz unwichtig. Das zeigt schon, dass dieser Faktor unterschwellig im Standortfindungsprozess zumindest oft mitbedacht wurde.

Dennoch ist dieser Faktor nicht als Werbeargument für ländliche Räume zu verwenden. Zum einen suggeriert dies bei interessierten Hausärzten, dass die Region Schwächen haben muss (warum sollte es sonst dort wenig Konkurrenz geben?), zum anderen dürfte sich die Konkurrenzsituation überall in Deutschland für angehende Hausärzte aufgrund des geringen Mengen-Inputs an fertig ausgebildeten Ärzten bei gleichzeitig steigenden Bedarf vorteilhaft entwickeln.

Abb. 112 Bedeutung des Standortfaktors „Konkurrenz zu anderen Hausärzten in näherer Umgebung“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Regionale fachärztliche Versorgung

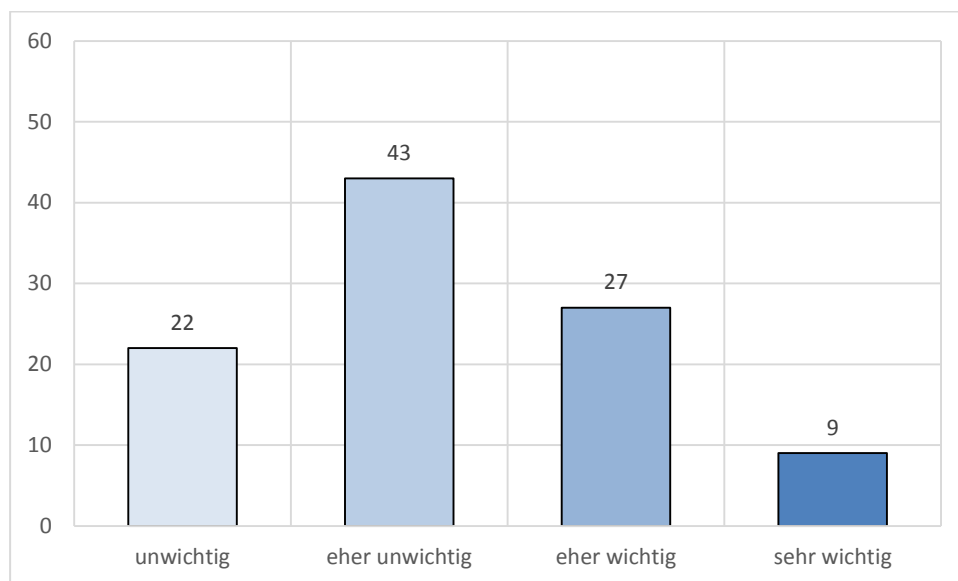
Dieser Faktor (s. Abb. 113) hat eine ähnliche Ausprägung wie die Konkurrenz zu anderen Hausärzten. Die Facharztansammlung ist also oft nicht allein entscheidend, spielt aber schon eine Rolle. Hintergrund ist, dass Hausärzte die fachärztliche Versorgung ihrer Patienten wo es möglich und gewünscht ist mit Überweisungen organisieren und eingehende fachärztliche Befunde, Messwerte, o.ä. sammeln und ggf. mit dem Patienten rückkoppeln. Dies gelingt am besten, wenn vor Ort genügend Kollegen v.a. der allgemein-fachärztlichen Versorgung verfügbar sind.

Die fachärztliche Versorgung wiederum ist in ländlichen Räumen oftmals nicht so gut. Folglich erklärt sich auch, warum 64,4% der befragten Hausärzte die Nähe zu Fachärzten bei der Standortwahl nicht so wichtig oder gar nicht wichtig war. Diese Gruppe von Hausärzten scheint auch ohne viele Fachärzte zurechtzukommen. Für solch relativ autonom arbeitende Hausärzte stellt der ländliche Raum folglich keine Einschränkung bei der Wahl des Standortes dar. Da eine autonome Arbeitsweise heutzutage laut Aussage interviewter Experten nicht mehr zeitgemäß ist, empfiehlt sich dieser vermeintliche Standortfaktor ländlicher Räume nicht zur Bewerbung.

Nicht alle Hausärzte bevorzugen jedoch eine autonome Arbeitsweise, für gut ein Drittel ist die Nähe zu Fachärzten wichtig. Dieser Wert zeigt damit auch an, dass die Ausstattung an Fach-

ärzten von den befragten Hausärzten zumindest zum Zeitpunkt der Standortentscheidung als nicht so schlecht wahrgenommen wurde. Die nachwachsende Medizinergeneration wird auch die fachärztliche Vernetzung gegenüber autonomen Arbeitsformen bevorzugen (Expertenausage), weshalb die fachärztliche Ausstattung auch für Hausärzte zunehmend an Bedeutung gewinnen dürfte. Hier bietet sich also für ländliche Räume mit guter fachärztlicher Versorgung Werbepotenzial zur Anlockung von Hausärzten.

Abb. 113 Bedeutung des Standortfaktors „Regionale fachärztliche Versorgung“ der befragten Hausärzte (N=101)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

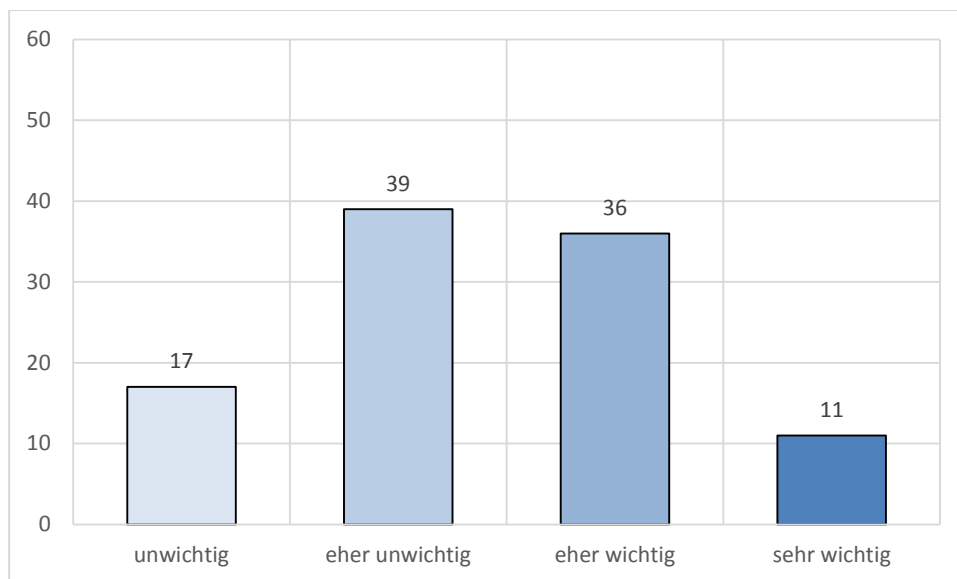
Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Räumliche Nähe zu einer Klinik

Abb. 114 zeigt, dass auch die Nähe zu einer Klinik für 45,6% eher oder sehr wichtig war. Noch zusätzliche 37,9% der befragten Hausärzte finden diese Nähe zumindest nicht ganz unwichtig. So zeigt sich auch hier wieder ähnlich wie bei der Nähe zur Fachärztlichen Versorgung ein zumindest unterschwellig vorhandenes Interesse einer möglichst zu realisierenden Verzahnung der Hausarztpraxis mit anderen medizinischen Betrieben, in diesem Fall stationären Einrichtungen.

Hier scheint also ebenfalls wieder die Eigenwahrnehmung der Hausärzte als Koordinierungsstelle der Behandlung ihrer Patienten durch. Ähnlich wie bei den Fachärzten (in der Gesamtverteilung der gegebenen Antworten sogar etwas stärker) ist hier in Zukunft damit zu rechnen, dass nachkommende Hausärzte größeren Wert auf eine möglichst gute Verzahnung legen werden. Somit ist der Erhalt und die qualitativ gute Ausstattung von Kliniken im ländlichen Raum nicht nur für die unmittelbare Patientengesundheit von Bedeutung, sondern auch als Standortfaktor für nachkommende Hausärzte erhaltenswert.

Abb. 114 Bedeutung des Standortfaktors „Räumliche Nähe zu einer Klinik“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Nennung anderer unternehmerischer Faktoren

14 Hausärzte haben für sich noch andere unternehmerische Gründe geltend gemacht, die gesondert angegeben werden konnten. Zunächst ist dazu zu sagen, dass nur 11,2% der befragten Hausärzte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben. Das spricht für eine gute Abdeckung der anderen Faktoren, andererseits gilt natürlich, dass extra aufgeführte Faktoren eine sehr große Bedeutung im Prozess der Standortentscheidung für die Betroffenen gespielt haben und somit nicht vernachlässigt werden sollten.

Tab. 47 Nennung anderer unternehmerischer Faktoren der befragten Hausärzte

Faktorenbeschreibung	Häufigkeit der Nennung
Freie berufliche Ausgestaltung	5
Wenig/ keine Angebotsauswahl an Praxen	4
Langfristige berufliche Sicherung	2
Übernahme des gewünschten Praxispersonals	1
Vorherige Tätigkeit in einer Klinik der Region	1

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Die einzelnen Faktoren, die in Tab. 47 zusammengefasst und zugeordnet sind, zeigen, dass für 4 befragte Hausärzte fehlende Angebotsauswahl noch eine Rolle gespielt hat. Dieser Aspekt ist impliziert schon im separat abgefragten Standortfaktor „Verfügbare kassenärztliche Zulassung“

enthalten und für heutige Standortentscheidungen von Hausärzten auch nicht mehr von besonderer Bedeutung, auch wenn er nochmals die vollkommen anders gearteten Rahmenbedingungen früherer Standortwahl verdeutlicht.

Die freie berufliche Ausgestaltung ist ein Aspekt, der tatsächlich nicht den bereits erhobenen Faktoren zuzuordnen ist und somit für sich steht. Er wurde zwar nur von fünf befragten Hausärzten explizit genannt, für diese war er aber am wichtigsten. Ein Hausarzt gab dazu an, durch die freiberufliche Tätigkeit nicht mehr den strengeren Vorgaben bspw. einer Klinik oder eines MVZ in der Arbeitsorganisation unterworfen zu sein, konkret wurde „Leitlinientherapie“ und „Beeinflussung von Pharmakonzernen“ beklagt. In dieselbe Richtung ging die Aussage eines anderen Hausarztes, nach dem er durch die freiberufliche Tätigkeit „einfach sein eigener Chef sein“ kann. In einem anderen Fall wollte ein Hausarzt gezielt eine „Diabetes-Schwerpunkt-Praxis“ führen, sich also gezielt auf ein die hausärztliche Versorgung betreffendes Krankheitsbild fokussieren, was auch im Anstellungsverhältnis nur sehr schwer umsetzbar sein dürfte.

Genauso wollte ein Hausarzt lieber „individuelle Therapien auf Personen bezogen“ anbieten. Ein weiterer Fall beinhaltete den Wunsch im Team in einer Gemeinschaftspraxis zu arbeiten, was durch die nötige Umwandlung einer bisherigen Einzelpraxis mit erhöhtem Flächenbedarf einherging. So gesehen bietet der ländliche Raum als Arbeitsstandort für diese Hausärzte ideale Bedingungen zur möglichst freien Arbeitsgestaltung. Dieser Umstand eignet sich somit auch zum Werben um Hausärzte, gerade in Abgrenzung zum städtischen Raum, wo mit baulichen Maßnahmen verbundene arbeitsorganisatorische Ausrichtungen wegen der hohen Bebauungsdichte und nur wenigen verfügbaren Flächen in vielen Fällen schwerer und teurer als auf dem Land sein dürften. Ebenso steht die aufgrund zu erwartender in Zukunft besserer Versorgungslage in Städten mehr hausärztliche Konkurrenz dem Risiko einer besonderen Praxisgestaltung im Wege, falls dadurch Patienten verloren gehen sollten.

Die zweimal angeführte langfristige berufliche Sicherung ergänzt den zuvor auch schon separat abgefragten Standortfaktor „Ökonomische Tragfähigkeit“ explizit um eine zeitliche Dimension und konkretisiert so gesehen Faktor für die betreffenden Hausärzte, die auch bei den Faktor „Ökonomische Tragfähigkeit“ jeweils sehr wichtig fanden. Die günstige Lage als einmal genannter Faktor ist in demselben Kontext zu sehen. Der zuletzt genannte Faktor der möglichen Personalübernahme deutet an, dass gute Fachkräfte auch in Arztpraxen zunehmend schwerer zu finden sind und die Verfügbarkeit solcher Kräfte in Zukunft auch ein bedeutender Standortfaktor werden könnte.

Kurzfasit

Unter den unternehmerischen Faktoren ist damit vor allem die ökonomische Tragfähigkeit für die ansässigen Hausärzte Pull-Faktor gewesen, gefolgt von der verfügbaren kassenärztlichen Zulassung und der hohen Patientenanzahl. Dies sind gleichzeitig allesamt Faktoren, die bei jüngeren Hausärzten an Bedeutung verlieren, weil für diese Geld nicht mehr die Haupttriebkraft ist (v.a. weil Hausärzte in fast jeder Lage aufgrund angebotsinduzierter Nachfrage ausreichend Patientenaufkommen generieren können). Kassenärztliche Zulassungen werden in Zukunft aufgrund des Überangebots freier Hausarztsitze keine Lenkungswirkung mehr entfalten können und viele Patienten sind heute unter jüngeren Hausärzten oftmals nicht vereinbar mit dem gelegten Partnermodell, in dem beide arbeiten.

Die danach folgenden Faktoren Kliniknähe, Facharztansammlung und Konkurrenzvermeidung sind schon nicht mehr so bedeutend, gleichzeitig jedoch regional stärker beeinflussbar, weshalb diesen Faktoren vonseiten zuständiger Verwaltungen große Beachtung zukommen sollte. Der

Erhalt von Kliniken und der Besatz an Fachärzten einer Region werden schon oft vorausgesetzt für eine Niederlassung.

Der Anteil wohlhabender Patienten hingegen war weniger bedeutend, was natürlich auch an der sozioökonomischen Struktur der beiden Modellräume liegt, die sich nicht signifikant von den übrigen ländlichen Räumen Westdeutschlands unterscheiden.

4.3.2. Private Faktorengruppe

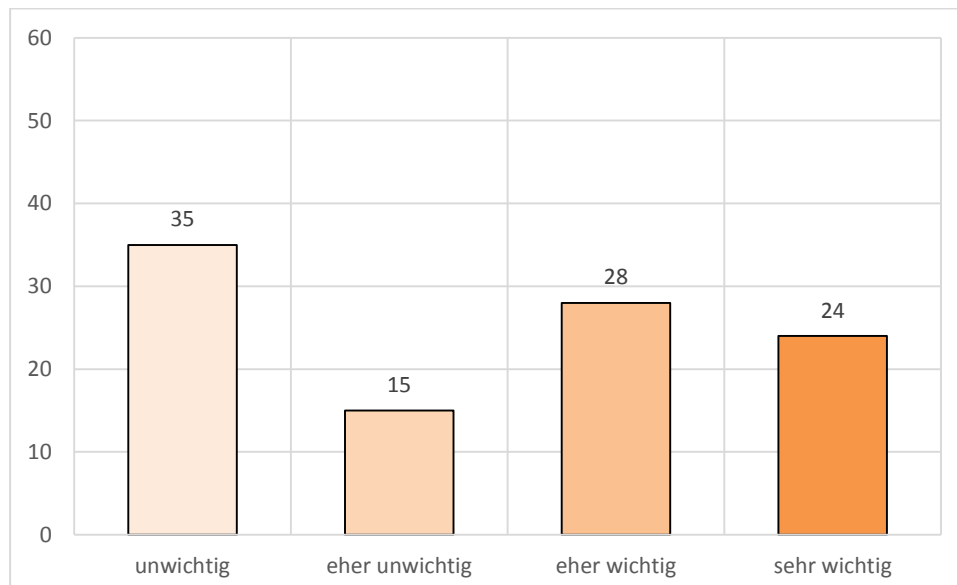
In der unternehmerischen Faktorengruppe sind folgende Faktoren zusammengefasst:

- Verwandte und Freunde
- Zentren-Erreichbarkeit
- Landschaftliche Attraktivität
- Einkaufsmöglichkeiten
- Medizinische Einrichtungen
- Bildungseinrichtungen
- Kultureinrichtungen
- Sportstätten
- Gastronomisches Angebot

Diese Faktoren beziehen sich auf Aspekte des Privatlebens eines Hausarztes und seines Haushalts. Dazu zählen Faktoren der Freizeitgestaltung ebenso wie das subjektiv empfundene Versorgungsangebot unterschiedlichster Art vor Ort.

Verwandte und Freunde

Abb. 115 Bedeutung des Standortfaktors „Verwandte und Freunde“ der befragten Hausärzte (N=102)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Für 51,0% der befragten Hausärzte war es für die eigene Standortwahl eher oder sehr wichtig, dass bereits enge Verwandte und/ oder Freunde bereits in näherer Umgebung wohnten. Die persönlichen Bande sind damit ebenfalls ein wichtiger Faktor, wenn auch kaum beeinflussbar.

Interessant ist dennoch, dass Freunde und Verwandte für einen großen Teil der Hausärzte (34,3%) vollkommen irrelevant bei der Standortfindung waren. Mit der Standortwahl geht also oftmals die generelle Bereitschaft einher, in fremde Regionen zu ziehen. Dieser Umstand ist wichtig für Regionen, die auf zuziehende Ärzte angewiesen sind und verdeutlicht, dass ein Potenzial zur Anziehung regionsfremder Hausärzte in jedem Fall da ist und auch lohnenswert erscheint. Denn auch für 14,7% waren Freunde und Verwandte nur nebensächlich bei der Standortwahl. Diese Gruppe scheint sich also auch bei entsprechend guter regionaler Ausstattung mit anderen Standortfaktoren für fremde Regionen überzeugen zu lassen.

In jüngerer Vergangenheit wurde und wird auch von verschiedenen regionalen, universitären oder beruflichen Initiativen versucht, durch z.B. berufliche Kontaktknüpfung während der Ausbildungszeit in vormals für Medizinstudierende oder Assistenzärzte unbekannte ländliche Räume erste Begegnungen zu schaffen. Ein weiterer wichtiger Beitrag zur Entstehung von Bekanntschaften bis hin zu Freundschaften könnte die Durchführung eines mehrmonatigen PJ-Abschnitts in Landarztpraxen sein. Diese Phasen könnten auch Regionen gezielt nutzen, um durch begleitendes Freizeitprogramm viele positive Momente und Begegnungen zu schaffen.

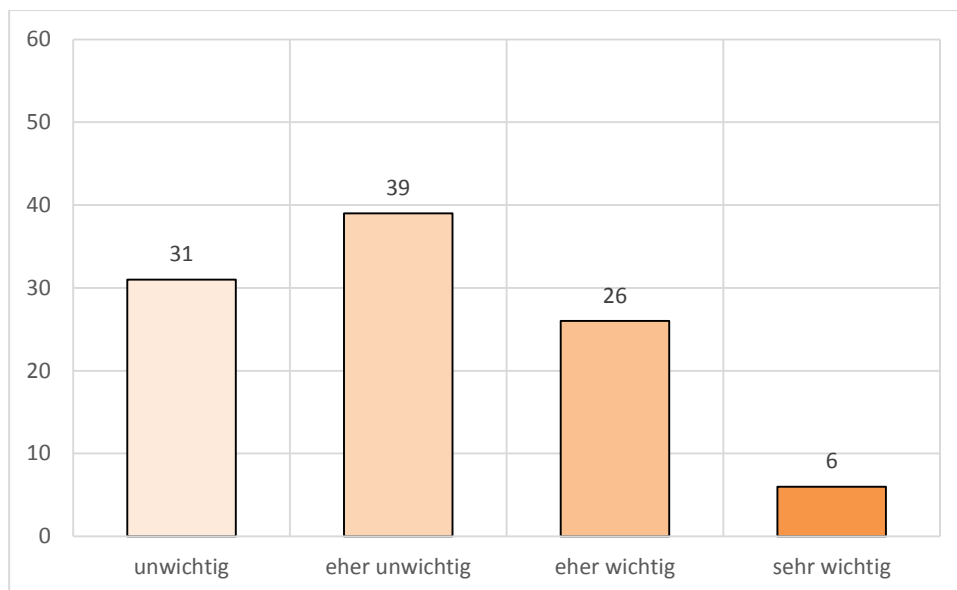
Zentren-Erreichbarkeit

Aufgrund der bereits in Kap. 4.1.1 gezeigten schlechten Erreichbarkeit von Großstädten bzw. überregionalen Versorgungszentren in den Modellräumen der befragten Hausärzte (s. Abb. 48), überraschen deren Antworten zur Bedeutung der Zentren-Erreichbarkeit nicht (s. Abb. 116). Zur Entscheidung für den ländlichen Raum darf die Nähe zu Zentren nicht zu wichtig sein. Im Antwortverhalten ist natürlich auch zu berücksichtigen, dass die Wahrnehmung, was ein überregionales Versorgungszentrum ist und wie weit dieses entfernt liegt sehr subjektiv. So erklärt sich auch, dass immerhin noch 31,4% die Erreichbarkeit eher oder sehr wichtig gewesen ist. So könnten einige der befragten Hausärzte in Unterfranken darunter die noch relativ nahen Städte Schweinfurt oder Fulda verstanden haben. In der Eifel wiederum liegt der Südteil des Landkreises Bitburg-Prüm nicht allzu weit von Trier entfernt.

Dennoch zeigt der relativ hohe Teil derjenigen Hausärzte, denen die Zentren-Erreichbarkeit unwichtig war, auf, welches Problem sich ländlichen Gemeinden bei einer heranwachsenden Ärzteschaft stellt, denen genau dieser Umstand wesentlich wichtiger sein wird, weil dort häufiger die nachgefragten Arbeits- und Beziehungsmodelle umsetzbar sind. Somit verdeutlicht dieses Befragungsergebnis nochmals den Handlungsbedarf ländlicher Räume. Mit baulichen Maßnahmen lässt sich nur noch bedingt und unter erheblichen Kosteneinsatz eine signifikant bessere Anbindung an größere Zentren erreichen. Auch das Entstehen neuer bzw. der Ausbau kleinerer Zentren darf in Zeiten des demographischen Wandels als illusorisch angesehen werden.

Ziel muss es daher zur Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung sein, die zentren-typischen Standorteigenschaften bestmöglich in den ländlichen Raum zu holen, indem entsprechende Arbeitsplätze für Lebenspartnern von Hausärzten bereitgestellt werden und mehr hausärztliche Arbeitsplätze in Team-Praxen geschaffen werden. Andernfalls bzw. zusätzlich sollte versucht werden, den Standortfaktor „Zentren-Erreichbarkeit“ durch andere Faktoren wettzumachen. Dazu könnte z.B. die Landschaftliche Attraktivität geeignet sein.

Abb. 116 Bedeutung des Standortfaktors „Zentren-Erreichbarkeit“ der befragten Hausärzte (N=102)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

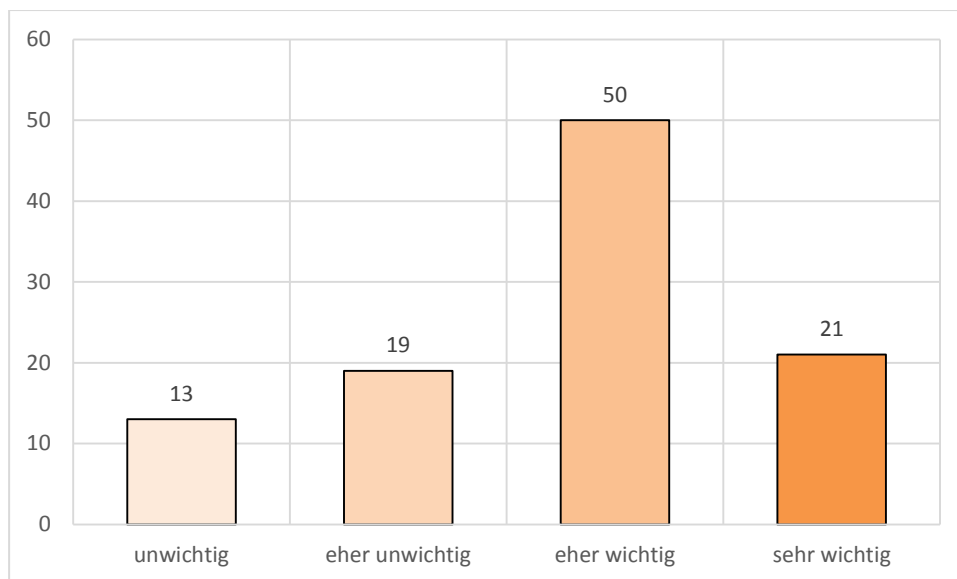
Landschaftliche Attraktivität

Wie in Abb. 117 zu erkennen ist, war den Hausärzten bei ihrer Standortentscheidung der landschaftliche Reiz eher oder sehr wichtig (68,9%). Die Attraktivitätsbewertung einer Landschaft unterliegt dabei der subjektiven Wahrnehmung und lässt sich nur schwer bzw. ungenau anhand statistischer Parameter quantifizieren (s. Abb. 44). Bei der Befragung der Hausärzte zeigte sich jedoch, dass 57,1% aller befragten Hausärzte die Landschaft als sehr gut bewerten, der höchste gemessene Wert für einen einzelnen Standortfaktor (s. Kap. 4.5).

Daraus lässt sich schließen, dass viele Hausärzte in der Eifel und in Unterfranken eine für sie ideale Landschaft gefunden haben, was ihnen auch sehr wichtig war. Die Landschaft bietet in den mittelgebirgigen Regionen vielerlei Betätigungs- und Entfaltungsmöglichkeiten z.B. für Sport, für Kinder, für Haus- und Nutztiere und natürlich zur Naherholung. Bei dem bereits ermittelten Kinderreichtum (s. Abb. 90) bietet der ländliche Raum hier also ideale Spiel- und Erlebnismöglichkeiten in der Landschaft. Dieser Umstand stellt einen wichtigen Standortfaktor dar, den es vonseiten der Regionen zu nutzen gilt.

Hinsichtlich der strukturellen statistischen Indikatoren für landschaftliche Attraktivität (s. Kap. 4.1.1 zeigte sich hingegen, dass es sich bei beiden Modellräumen zwar um landschaftlich überdurchschnittlich reizvolle Räume in Mittelgebirgslage mit durchziehenden Flüssen handelt, diese jedoch keine Ausnahmestellung im Vergleich zu anderen deutschen Regionen darstellen. Dass dennoch der landschaftliche Reiz einen so hohen Stellenwert für die Hausärzte hatte, sollte darum zukünftig auch bei anderen ländlichen Räumen als Pull-Faktor zur Niederlassung von Hausärzten verstanden und entsprechend beworben werden. Im Zweifel kann dieser Faktor aus der Gemengelage an einwirkenden Faktoren den Unterschied ausmachen, gerade wenn Hausärzte bei Standortwahl bereits Familie mit kleineren Kindern haben.

Abb. 117 Bedeutung des Standortfaktors „Landschaftliche Attraktivität“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

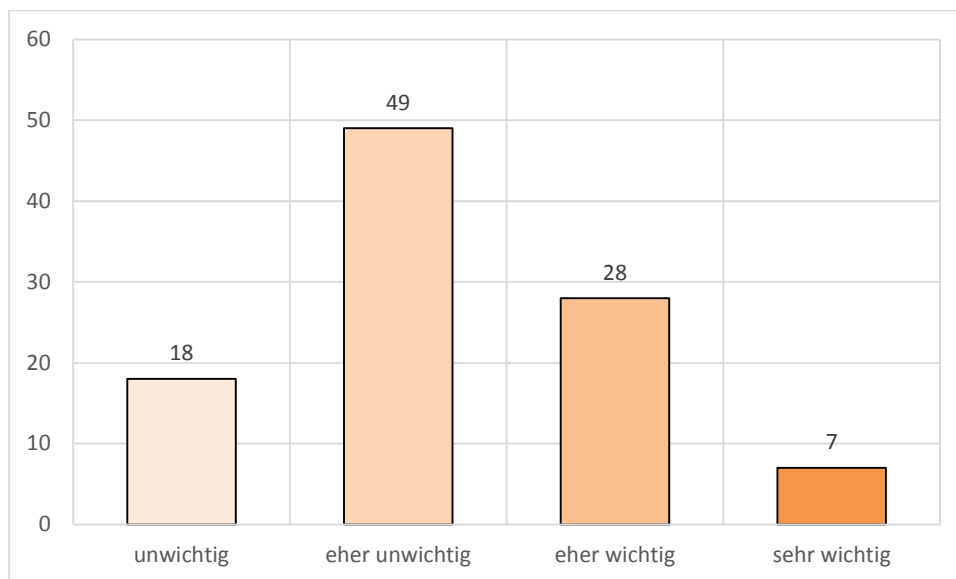
Umgekehrt ist jedoch auch zu sehen, dass ohne landschaftlichen Reiz die Akquirierung von Hausärzten für die Modellräume noch schwerer wäre, denn es gibt kaum Hausärzte, denen der landschaftliche Reiz gänzlich unwichtig war, die ergo aus anderen Gründen ihren Weg in die Region gefunden haben.

Einkaufsmöglichkeiten

Entsprechend der im Vergleich zu städtischen Räumen nicht so guten Ausstattung an Einkaufsmöglichkeiten, spielten diese für 48,0% der befragten Hausärzte (s. Abb. 118) eine eher untergeordnete Rolle bei der Standortwahl. Für 17,6% der Hausärzte war dieser Faktor sogar überhaupt nicht von Bedeutung. Es handelt sich bei diesen Hausärzten folglich um weniger konsumorientierte Menschen. Diese wichtige charakterliche Voraussetzung ist also für eine Ansiedlung im ländlichen Raum förderlich.

Allerdings geben immerhin 34,3% an, dass Einkaufsmöglichkeiten zumindest eher wenn nicht sogar sehr wichtig waren. Entweder waren diese Hausärzte mit den vorgefundenen Einkaufsmöglichkeiten bereits zufrieden oder sie mussten entgegen ihren Präferenzen hinsichtlich der Einkaufsmöglichkeiten den jetzigen Standort beziehen. Auch lange Einkaufsfahrten zu größeren Zentren sind denkbar. Zudem ist mit dem Aufkommen des Onlineshopping eine weitere wichtige Konsummöglichkeit für ländliche Räume hinzugetreten. Voraussetzung dafür ist jedoch ein schneller Internetanschluss, womit dieser Standortfaktor auch aus Konsumgründen für zukünftige hausärztliche Standortentscheidungen relevanter werden wird. Es bleibt insgesamt jedoch festzuhalten, dass der Faktor Einkaufsmöglichkeiten bei der Standortwahl zwar eine Rolle gespielt hat, diese jedoch in meisten Fällen nicht sehr ausgeprägt war.

Abb. 118 Bedeutung des Standortfaktors „Einkaufsmöglichkeiten“ der befragten Hausärzte (N=102)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

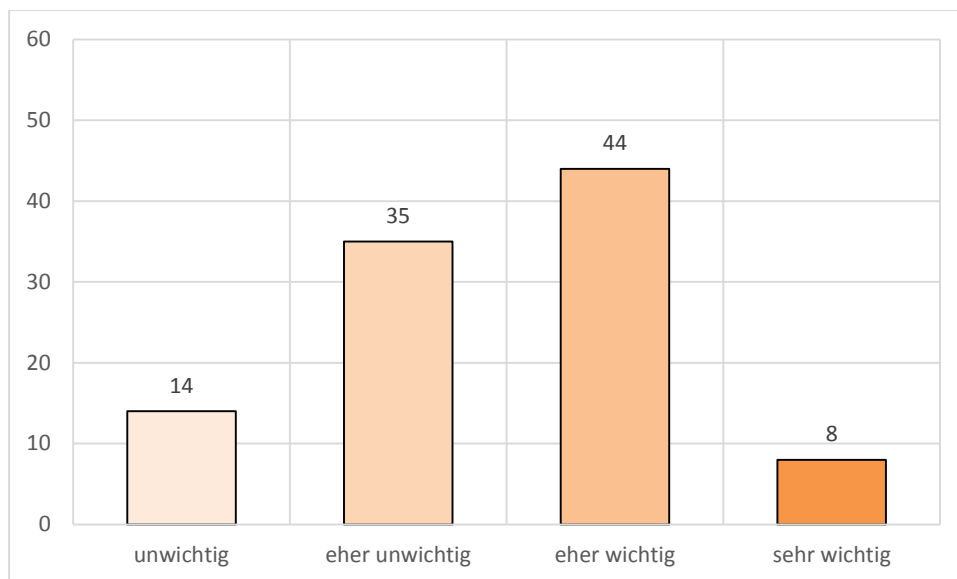
Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Medizinische Einrichtungen

Im Gegensatz zu den Einkaufsmöglichkeiten hatten medizinische Einrichtungen (Arztpraxen, Kliniken, Physiotherapeuten, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, usw.) für die private Standortentscheidung größere Bedeutung. Wichtig ist bei diesem Faktor, dass er vonseiten der befragten Hausärzte aus Nutzersicht zu bewerten war. Die Wahl des Arztberufs an sich dürfte bei den meisten Hausärzten mit einer größeren Sorgsamkeit um die eigene Gesundheit oder die der Familienmitglieder einhergehen. Folglich überrascht es auch nicht, dass dieser Faktor für 51,5% eher oder sehr wichtig war. Für 34,7% war dieser Faktor zumindest nicht ganz unwichtig. Insgesamt ist eine gute Gesundheitsinfrastruktur einer Region damit auch wichtiger Faktor bei der privaten Standortwahl von Hausärzten und entsprechend zu pflegen und zu schützen bzw. bei mangelhafter Ausstattung zu fördern.

Allerdings ist auch dieser Faktor nur selten sehr wichtig (7,9%) bei der Standortwahl gewesen. Damit schwingt dieser Faktor bei den meisten Standortentscheidungen zwar mit, ist jedoch nicht entscheidend. So erklärt sich auch, warum trotz der eher unterdurchschnittlichen Klinik- und allgemeinen Facharzt-Versorgung in den Modellräumen (s. Kap. 4.1.1) dennoch viele Hausärzte ihren Weg in die Modellräume gefunden haben. Es zeigt sich, dass viele Hausärzte die Klinik- und Facharztversorgung zwar wichtig ist, sie hier jedoch auch bereit sind, Kompromisse einzugehen.

Abb. 119 Bedeutung des Standortfaktors „Medizinische Einrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=101)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Bildungseinrichtungen

Zu den Bildungseinrichtungen im Rahmen dieser Befragung zählen Kindertagesstätten bzw. Kindergärten, Grundschulen, weiterführende Schulen und Berufsschulen, also keine Hochschulen und Universitäten. Somit wurde abgefragt, wie wichtig die Ausstattung an Bildungseinrichtungen für die eigenen Kinder war.

Für 35,0% der befragten Hausärzte war dieser Faktor sehr wichtig, was im Vergleich zu den anderen Faktoren einen sehr hohen Wert darstellt und die Bedeutung dieses Faktors zeigt. Für weitere 34,0% war dieser Faktor auch noch eher wichtig. Für 16,5% hatte der Faktor zumindest noch etwas Bedeutung und lediglich 14,6% war dieser Faktor unwichtig (s. Abb. 120).

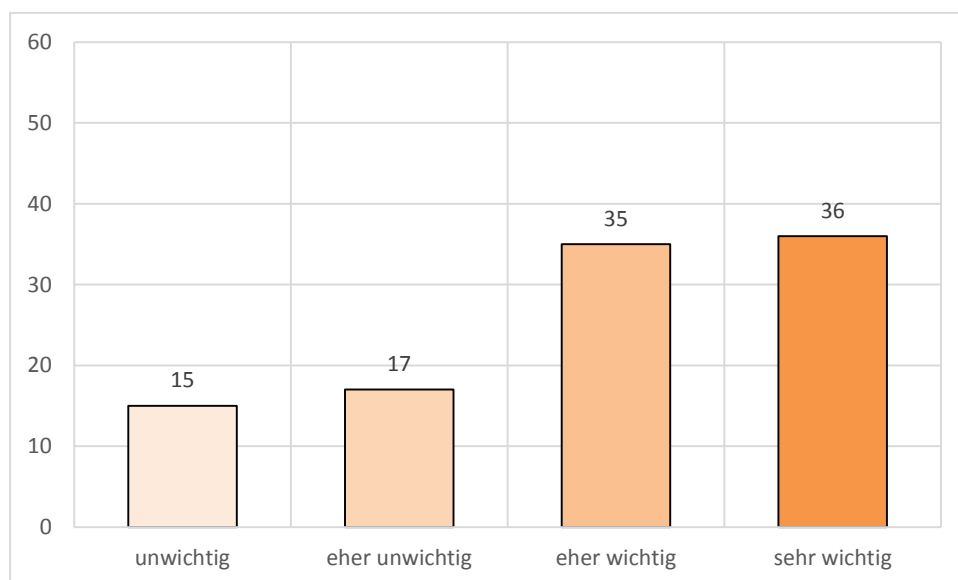
Die enorme Bedeutung dieses Faktors erklärt sich natürlich aus der hohen Zahl an befragten Hausärzten, die bereits bei Arbeitsaufnahme Kinder hatten (s. Abb. 97) bzw. auch an den später noch hinzugekommen Kindern, sofern die Familienbildung bereits bei der Wahl des Standortes geplant war. Es hängt also von der Kinderzahl heutiger niederlassungswilliger Hausärzte ab, inwieweit dieser Faktor immer noch das Gewicht vorheriger Jahrzehnte hat.

Da Hausärzte einen sehr langen, intensiven und fordernden Ausbildungsweg beschritten haben, steht zu erwarten, dass sie für ihre Kinder ebenfalls die gleichen Möglichkeiten wünschen bzw. die dafür besten Bedingungen, um die Chancen des eigenen Nachwuchses auf eine ähnlich anspruchsvolle Karriere größtmöglich zu machen.

Um Hausärzte mit Kindern zu gewinnen sollten demnach gute Förderungsmöglichkeiten vorhanden sein, wozu bspw. ein Gymnasium mit regional hoch angesehenem Ruf zählt. Aber auch vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten sollten vorhanden sein, wie etwa besonderer Fremdsprachen- und Instrumentenunterricht. Für einen medizinischen Ausbildungsweg wiederum sind

Kompetenzen in den naturwissenschaftlichen Fächern Physik, Chemie und Biologie von Bedeutung. Diese in adäquater Qualität und Erreichbarkeit in ländlichen Räumen vorzuhalten, könnte sich gleich doppelt auszahlen, wenn dadurch einerseits Hausärzte von einer Niederlassung überzeugt werden können und regional verwurzelte Kinder dort gleichzeitig auch in Richtung eines medizinischen Studiums ausgebildet werden.

Abb. 120 Bedeutung des Standortfaktors „Bildungseinrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Neben der schulischen Bildung dürfte insbesondere jüngeren und weiblichen Hausärzten mit Kindern eine gute Ganztagsbetreuung wichtig sein. Damit ließe sich auch der Hausarztberuf bei beruflicher Tätigkeit beider Elternteile aufrechterhalten und somit die hausärztliche Versorgung leichter sicherstellen. Gerade der Modellraum Eifel ist hier schon wesentlich weiter als viele andere westdeutsche ländliche Räume, wie bspw. der Modellraum Unterfranken (s. Abb. 56). Folglich haben bislang auch mehr weibliche Hausärzte den Weg in den Modellraum Eifel gefunden (s. Abb. 77). Auch wenn der Aufbau eines guten Netzes an Ganztagsbetreuungseinrichtungen kostspielig sein mag, so stellt ein gutes Betreuungsangebot doch gerade für weibliche Hausärzte einen wichtigen Pull-Faktor dar.

Gute Erziehungs- und Bildungseinrichtungen sind damit also für die meisten Hausärzte (35,0%) noch vor dem landschaftlichen Reiz oder regionaler Verbundenheit der entscheidende Faktor bei der Standortwahl im Privatbereich gewesen.

Kulturelles Angebot

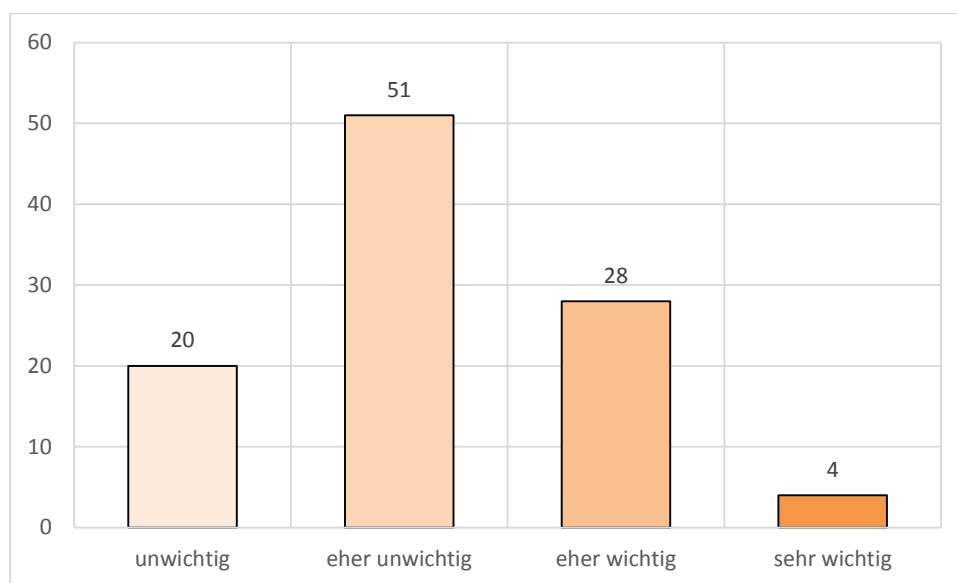
Die Nähe zu Theatern, Opern, Museen, Kinos, Festen und Sehenswürdigkeiten war 68,9% der befragten Hausärzten (eher) unwichtig (s. Abb. 121) bei der Standortwahl. Nur 27,2% haben diesem Faktor etwas Bedeutung beigemessen, für lediglich 3,9% war dieser Faktor sehr wichtig.

Somit fungiert das kulturelle Angebot einer Region eher als unterschwelliger Faktor. Allerdings sollte nicht unterschätzt werden, dass er in der Gemengelage an Faktoren auch einen Teil der

Standortentscheidung erklärt und letztlich bei manchem Hausarzt schon den Ausschlag geben kann. Dies zeigt sich auch darin, dass der Faktor Kultur nur für 19,4% gänzlich unwichtig war.

Kulturelles Angebot ist sicherlich auch eher Medium der Freizeitbeschäftigung von Hausärzten ohne bzw. älterer Kinder, was auch die hier relativ geringe Bedeutung erklärt, da die befragten Hausärzte ja viele Kinder haben (s. Abb. 90).

Abb. 121 Bedeutung des Standortfaktors „Kulturelles Angebot“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Als weitere wichtige Einschränkung ist zu sehen, dass das kulturelle Angebot insbesondere im Modellraum Eifel nicht sehr groß und im Modellraum Unterfranken nicht sehr vielseitig ist (s. Kap. 4.1.1), weshalb kulturinteressierte Hausärzte von den Modellräumen auch nicht eben angezogen wurden. Zu vermuten ist hier, dass solche Hausärzte eher in Großstädten ihren Sitz nehmen, wo sich gerade im hochkulturellen Bereiche viele und vielseitige Angebote finden.

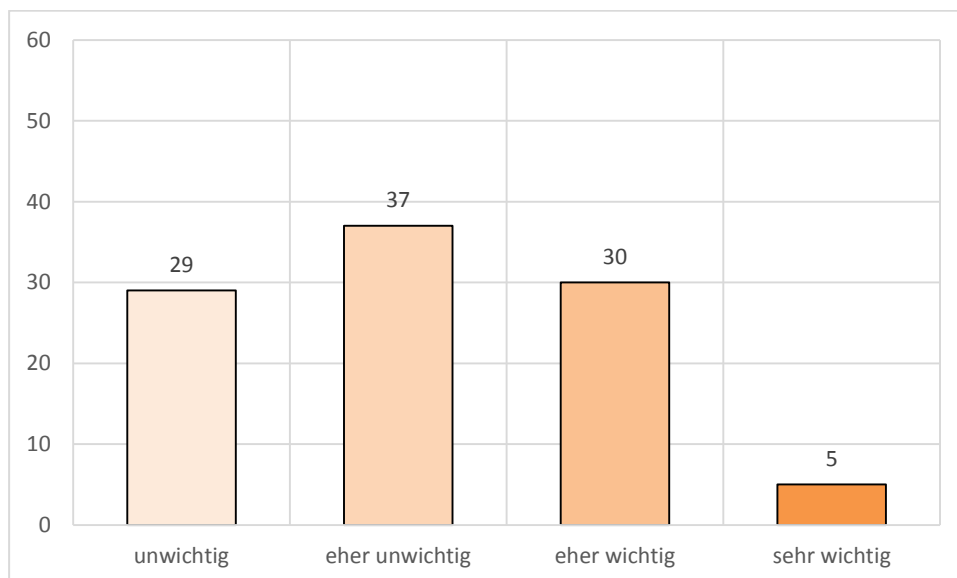
Sportstätten

Die regionale Ausstattung mit Sportstätten ist ebenfalls für einen Großteil (65,3%) der befragten Hausärzte unwichtig oder eher unwichtig gewesen (s. Abb. 122). Zu vermuten steht hier ebenso wie beim kulturellen Angebot, dass für die befragten Hausärzte die persönliche Freizeitgestaltung zwischen beruflichen Anforderungen und familiären Aspekten (die meisten Hausärzte hatten bei Arbeitsaufnahme bereits Kinder) kaum Berücksichtigung bei der Standortwahl fand. Analog zum kulturellen Angebot gibt es aber auch wenige Hausärzte, denen das Angebot an Sportstätten eher (29,7%) oder sehr (5,0%) wichtig war.

Trotz dieses geringen Stellenwertes sind auch hier durchaus Hausärzte vorhanden, für die Sportstätten zumindest nachrangig von Bedeutung waren. Hier muss auch berücksichtigt werden, dass auch manche Kinder von Hausärzten in Sportvereinen tätig sein wollen. Wie bereits in der Strukturanalyse beschrieben, lässt sich die Vielfalt des Sportangebots nicht ohne erheblichen Aufwand quantitativ erfassen. Allerdings gilt bei geringerer Bevölkerungsdichte eher, dass der Aufbau von Teams eher selten betriebener Sportarten schwieriger ist. Das hat ein wenig

vielseitiges Angebot zur Folge. Dementsprechend zieht es Sportexoten vermutlich nicht in dünn besiedelte Räume, zumal in Mittelgebirgslagen häufig auch nur unzureichende Möglichkeiten für Winter- oder Wassersport gegeben sind.

Abb. 122 Bedeutung des Standortfaktors „Sportstätten“ der befragten Hausärzte (N=101)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

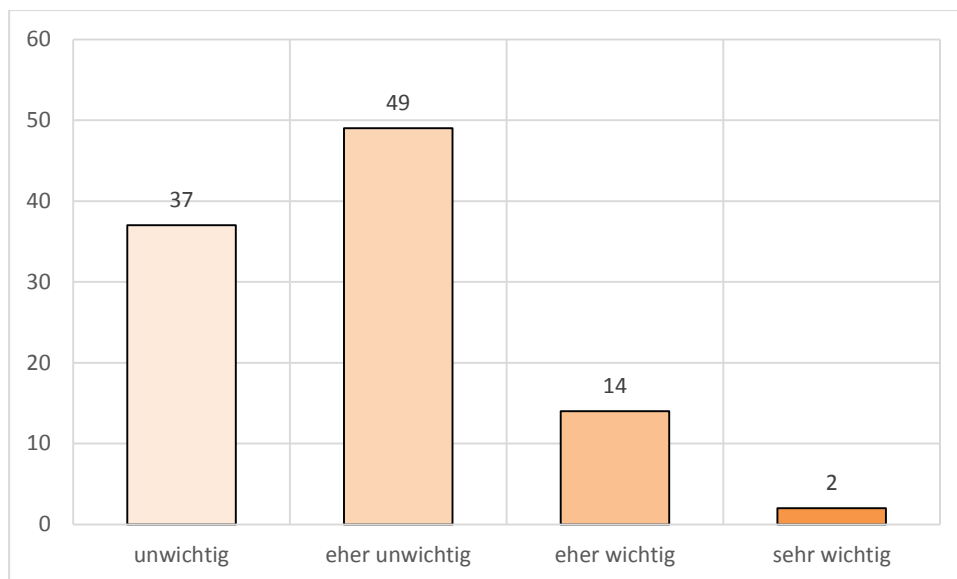
Gastronomisches Angebot

Das gastronomische Angebot fand bei den wenigsten Hausärzten Beachtung. Unter allen privaten Faktoren sind hier die Anteile der befragten Hausärzte, die diesen Faktor eher (13,7%) oder sehr (2,0%) wichtig fanden am geringsten. Dies ist auch in der deutschlandweit relativ homogenen Ausstattung an Restaurants begründet. Wirkliche Angebotsvielfalt unterschiedlicher internationaler Küchen und/ oder Qualitäten findet sich hingegen wiederum eher in Räumen, die genügend Bevölkerungsdichte aufweisen, damit solche spezifischen Angebote tragfähig werden.

Umgekehrt besteht bei diesem Faktor der größte Anteil an Hausärzten, die diesem Faktor keinerlei Bedeutung beimessen haben (36,3%). Restaurant- und Gaststättenbesuche nehmen bei diesen Hausärzten offensichtlich kaum Raum im Privatleben ein.

Ebenso spielt hier wieder wie auch beim kulturellen Angebot und bei den Sportstätten mit rein, dass der Fokus bei der Standortwahl eher auf berufliche und familiäre Bedürfnisse als auf die eigene Freizeitgestaltung ausgerichtet war. Genau aber diese Fokussierung auf persönliche Wünsche an den Standort wird heute von den befragten Hausärzten auch als wichtiger Grund genannt, weshalb kein Nachfolger zu finden ist (s. Abb. 106). So gesehen ist damit zu rechnen, dass heutige Einsteiger in die hausärztliche Versorgung der eigenen Freizeitgestaltung bei der Standortwahl wesentlich mehr Gewicht beimessen.

Abb. 123 Bedeutung des Standortfaktors „Gastronomisches Angebot“ der befragten Hausärzte (N=102)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Nennung anderer privater Faktoren

Insgesamt 10 Hausärzten war es nochmals wichtig zu betonen, dass Sie familiär und emotional bereits bei der Standortwahl an ihre jetzige Region gebunden und somit festgelegt waren (s. Tab. 48). Dies verdeutlicht nochmal die Wirkungsweise des Faktors „Freunde und Verwandte“. Wenn dieser Faktor bei der Entscheidung geltend gemacht wird, sticht er oft alle anderen Faktoren aus. Sobald jedoch die Bereitschaft da ist, in unbekannte Regionen zu gehen, spielen Freunde und Verwandte keine große Rolle mehr.

Bei drei befragten Hausärzten waren es Eltern und Schwiegereltern im Speziellen, die durch die Übergabe der eigenen Praxis Einfluss auf die Standortwahl der Kinder nehmen. Sie entfalten auf diese Weise ebenfalls Standortbindungskraft. Ebenfalls drei befragte Hausärzte gaben noch an, dass in der jeweiligen Region passende Arbeit für den Lebenspartner vorhanden war. Dabei fällt auf, dass diese Hausärzte noch eher jung sind (50, 51 und 54 Jahre) und ihre Arbeitsaufnahme verglichen mit der anderer befragter Hausärzte noch nicht so lang zurückliegt (1999, 2000 und 2016). Insgesamt können so die Praxissituation und die Berufsoptionen des Partners als Teilaspekte des Faktors „Freunde und Verwandte“ Einfluss auf die Standortwahl nehmen.

Drei Hausärzte haben auch die günstige Immobilie bzw. ein günstiges Baugrundstück als wichtigen Grund bei der Standortwahl angegeben. Dies ist natürlich gerade bei einer großen Familie mit vielen Kindern wichtig, aber kann auch in anderer Weise der Selbstverwirklichung dienlich sein. Der ländliche Raum bietet gerade hier gegenüber beengten und teuren städtischen Räumen mehr Gestaltungsmöglichkeiten für die eigene Immobilie.

Ansonsten haben noch zwei Ärzte angegeben, durch den Praxisstandort wenig Wahl beim Wohnstandort gehabt zu haben. Dies betont bei diesen Hausärzten noch einmal, dass die Standortwahl allein aus unternehmerischer Sicht getroffen wurde. Daneben wurden noch zwei

sehr besondere Faktoren geltend gemacht, nämlich das Engagement im örtlichen Tierschutz und die Nähe zu einem geeigneten Hafenstandplatz für das eigene Boot. Auch für solche Freizeitgestaltungen scheint in den beiden Einzelfällen also auch der ländliche Raum die besten Bedingungen bieten zu können, was nochmal das Potenzial vor Ort zur individuellen Freizeitgestaltung und Selbstverwirklichung zeigt.

Tab. 48 Nennung anderer privater Faktoren der befragten Hausärzte

Faktorenbeschreibung	Häufigkeit der Nennung
Familiäre bzw. emotionale Bindung	10
Familiäre Praxisübernahme	3
Berufliche Situation des Ehepartners	3
Günstiges Grundstück/ Immobilie	3
Vorgabe des Wohnorts durch den Praxisstandort	2
Engagement im örtlichen Tierschutz	1
Hafenstandplatz für das eigene Boot	1

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Neben diesen Faktoren wurde noch von einem Hausarzt der Hinweis gebracht, dass heute viele der im Fragebogen zur Option gestandenen Faktoren am Arbeitsstandort vermisst werden, früher aber einfach keine Wahlmöglichkeit bestand. Diese Aussage verdeutlicht nochmal, dass auch in früheren Jahrzehnten (hier 1988) der ländliche Raum als Arbeitsstandort nicht bei allen dort tätigen Hausärzten beliebt war, aber schlicht als einzige Option wahrgenommen wurde.

Kurzfasit

Die Bedeutungsanalyse der privaten Standortfaktoren hausärztlicher Standortwahl zeigt ganz deutlich den besonderen Stellenwert der Erziehung, Betreuung und Ausbildung der eigenen Kinder für die Hausärzte. Folglich sind Bildungseinrichtungen der wichtigste private Faktor. Gefolgt wird dieser von der landschaftlichen Attraktivität, was eine gewisse Naturverbundenheit der Hausärzteschaft in den Modellräumen zum Ausdruck bringt. Offensichtlich wird hier von den meisten Hausärzten die Landschaft gerne für Freizeitaktivitäten genutzt. Hier bieten sich bspw. für Wandern, oder das Spielen mit den Kindern und/ oder Haustieren viele Möglichkeiten.

Die medizinische Versorgung ist auch noch ein wichtiger Faktor, der bei den meisten Hausärzten allerdings eher inferior in die Standortentscheidung miteingeflossen ist. Freunde und Verwandte hingegen sind zwar für viele Hausärzte von Bedeutung, allerdings für noch mehr Hausärzte eben nicht von Bedeutung gewesen. Dieser Faktor weist darum als einziger keine an die Normverteilung angelehnte Aufteilung vor, sondern ist eher dichotom geprägt.

Einkaufsmöglichkeiten, kulturelles Angebot und Sportstätten sind zwar auch noch Faktor von gewisser Bedeutung, die jedoch bei den meisten Hausärzten nur als Faktoren geringerer Bedeutung in die Standortentscheidung miteingeflossen sind, sicherlich auch weil ländliche Räume in dieser Hinsicht gegenüber Städten eher schlechter ausgestattet sind und es sich folglich bei den Standortentscheidungen vieler Hausärzte eher um eine Hinnahme dieser Bedingungen

handelt, auch wenn man gerne gute Angebote in diesen Bereichen gehabt hätte, andere Faktoren waren jedoch in den meisten Fällen ausschlaggebend.

Kaum Bedeutung unter den privaten Faktoren hatte hingegen die Zentren erreichbarkeit, weil ländliche Räume hier allein schon per Definition strukturell schlechter aufgestellt sind. Auch das gastronomische Angebot nahm kaum Bedeutung bei der Standortwahl ein.

4.3.3. Zwischenfazit zur Bedeutung einzelner Standortfaktoren

Die Gesamtbetrachtung der Bedeutung einzelner Standortfaktoren ergibt damit ein sehr komplexes Bild. Es gibt nicht den einen oder die wenigen entscheidenden Faktoren für Hausärzte, sondern ein ganzes Bündel an möglichen regionalen Strukturmerkmalen, die Einfluss auf die Standortentscheidung von Hausärzten nehmen. In Tab. 49 sind dazu die Modi aller Faktoren farblich hervorgehoben. Ein gebildeter Score-Wert (s.u.) ermöglicht ergänzend dazu eine vergleichende Einschätzung der Bedeutung jedes abgefragten Faktors.

Tab. 49 Modi der verschiedenen Standortfaktorbedeutungen der befragten Hausärzte

Gruppe	Standortfaktor	N	Anzahl				Score ⁴⁵²
			unwichtig	eher unwichtig	eher wichtig	sehr wichtig	
Unternehmerisch	Ökonomische Tragfähigkeit	103	8	13	49	33	3,04
	Verfügbare kassenärztliche Zulassung	103	15	18	28	42	2,94
	Anzahl Patienten	103	10	19	55	19	2,81
	Räumliche Nähe zu einer Klinik	103	17	39	36	11	2,40
	Facharzt-Ansammlung vor Ort	101	22	43	27	9	2,23
	Konkurrenz zu anderen Hausärzten in näherer Umgebung	103	28	52	16	7	2,02
	Anteil Wohlhabende	102	48	47	6	1	1,61
Privat	Bildungseinrichtungen	103	15	17	35	36	2,89
	Landschaftliche Attraktivität	103	13	19	50	21	2,77
	Medizinische Versorgung	101	14	35	44	8	2,46
	Verwandte & Freunde	102	35	15	28	24	2,40
	Einkaufsmöglichkeiten	102	18	49	28	7	2,24
	Kulturelles Angebot	103	20	51	28	4	2,16
	Sportstätten	101	29	37	30	5	2,11
	Zentren-Erreichbarkeit	102	31	39	26	6	2,07
	Gastronomisches Angebot	102	37	49	14	2	1,81

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Klar heraus stechen dabei die unternehmerischen Faktoren „Ökonomische Tragfähigkeit“, „Verfügbare kassenärztliche Zulassung“ und mit Abstrichen „Patientenanzahl“, was eben für ein Bedürfnis nach einer finanziell sehr gut gesicherten Existenz spricht, den damals eingeschränk-

⁴⁵² Summe der gewichteten Antworthäufigkeiten geteilt durch die Gesamtzahl an gegebenen Antworten (1 = unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig)

ten Wahlmöglichkeiten sowie dem Bedürfnis, vielen Menschen zu helfen. In der privaten Faktorengruppe sind es vor allem die Bildungseinrichtungen und die landschaftliche Attraktivität, die die Hausärzte angezogen haben. Der hohe Stellenwert der Bildungseinrichtungen lässt sich mit der schon bei Standortwahl hohen Kinderzahl der Hausärzte erklären, die landschaftliche Attraktivität ist der einzige Faktor, bei dem ländliche Räume gegenüber Städten eindeutig im Vorteil sind.

Faktoren wie die Konkurrenz zu anderen Hausärzten, Facharzt- und Kliniknähe, Zentrenreichbarkeit, Einkaufsmöglichkeiten, Medizinische Versorgung, Kulturelles Angebot und Sportstätten haben auch Bedeutung, stehen jedoch zumeist in zweiter Reihe bei der Standortwahl. Gleichzeitig kann die Ausstattung dieser Faktoren innerhalb ländlicher Räume sehr variieren und fast alle Faktoren (bis auf die Zentrenreichbarkeit) sind auch von regionalen Entscheidungsträgern zumindest indirekt und auf lange Sicht beeinflussbar.

Vernachlässigbar erscheinen dagegen die Faktoren „Wohlhabende Patienten“ und „Gastronomisches Angebot“, diese Faktoren waren nur für weniger Hausärzte bedeutend. Eine besondere Rolle nehmen Freunde und Verwandte bei der Standortwahl ein, da diese entweder keine oder kaum Bedeutung haben, oder aber sehr wichtig sind. Hier gibt es also eine große Streuung. Ohnehin lässt sich solch ein Faktor nicht wirklich von regionalen Entscheidungsträgern beeinflussen, allerhöchstens zufällig.

4.4. Aktuelle Standortbewertung und ableitbare Verbesserungspotenziale

Bei der Befragung der Hausärzte wurden diese gebeten auch einzuschätzen, wie sie mögliche Standortentscheidungskriterien eines Nachfolgers aus heutiger Sicht bewerten würden. Zu beachten ist bei der Analyse natürlich, dass es sich um subjektive Wahrnehmungen handelt, die, weil sie die eigene Entscheidung rechtfertigen können, tendenziell zu positiveren Einschätzungen verleiten. Dennoch lässt sich aus den gegebenen Antwort eine Standortzufriedenheit ermitteln und dadurch sind wiederum auch Verbesserungspotenziale ableitbar, sofern denn beim jeweiligen Faktor Handlungsspielraum besteht.

4.4.1. Bewertung unternehmerischer Standortfaktoren

Bei der Frage nach der Bewertung wurde gegenüber der vorher gestellten Frage nach der Bedeutung bei den unternehmerischen Faktoren eine Umformulieren oder Zerlegung vorgenommen, da das Wissen um diese Faktoren sich erst im Laufe der Berufsjahre entwickeln konnte. Daraus ergeben sich Bewertungen zu den folgenden unternehmerischen Faktoren:

- Verdienst
- Berufliche Planungssicherheit
- Verfügbare Kassenzulassung
- Patienten Klientel
- Günstige Übernahme
- Finanzielle Anreize

Die Faktorenbewertung beruht dabei vor allem auf die oftmals langjährigen Berufserfahrungen und erfolgt retrospektiv.

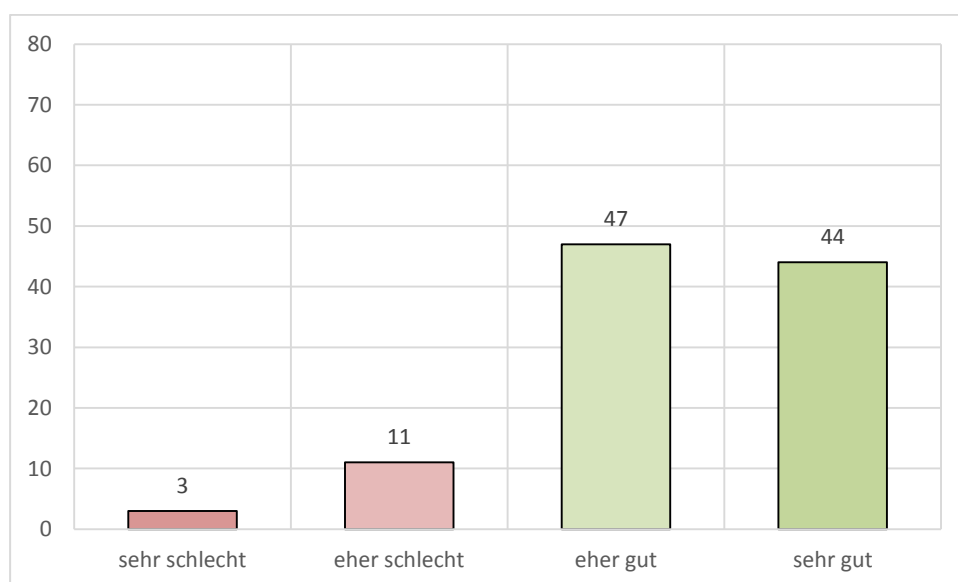
Verdienst

In Abb. 124 ist erkennbar, dass der Großteil der befragten Hausärzte mit dem eigenen Verdienst eher oder sehr zufrieden ist (86,7%). Dies zeigt, dass sich der sehr bedeutende Wunsch nach ökonomischer Tragfähigkeit (s. Abb. 108) für die meisten Hausärzte erfüllt hat. Das erzielbare Einkommen mit hausärztlicher Tätigkeit scheint daher für die befragten Hausärzte einen angenehmen Lebensstandard zu ermöglichen.

Trotz dieser guten Bedingungen können ländliche Räume damit dennoch immer schwerer bei Nachwuchs-Hausärzten punkten, denn laut Expertenaussagen neigen diese weit weniger stark dazu, ihre Standortwahl vor allem an den (möglichen) Verdienst auszurichten.

Umgekehrt braucht es einen Sinneswandel bei Nachwuchsmedizinern, damit deutlicher wird, dass ein guter Verdienst gerade im ländlichen Raum die Erfüllung vieler Wünsche ermöglicht und größtmöglichen Gestaltungsspielraum im privaten Umfeld mit sich bringt.

Abb. 124 Bewertung des Standortfaktors „Verdienst“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Hinzu tritt mit diesem auf langjähriger Berufserfahrung basierendem Befragungsergebnis auch der Umstand, dass die Befürchtung des unternehmerischen Risikos unter Nachwuchsmedizinern (s. Abb. 17) beim Führen einer eigenen Praxis vollkommen unbegründet und irrational ist. Dieser Fakt sollte unter Nachwuchsmedizinern mehr Bekanntheit erhalten.

Berufliche Planungssicherheit

78,1% aller befragten Hausärzte bewerten die berufliche Planungssicherheit an ihrem Standort aus Sicht eines Nachfolgers als eher oder sehr gut (s. Abb. 125). Dieser Wert liegt zwar etwas unter der Bewertung des erzielbaren Verdienstes (s. Abb. 124), ist aber dennoch klar positiv bewertet und verdeutlicht somit, dass die freiberufliche hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum dazu geeignet ist, berufliche Planungssicherheit zu erzeugen.

Dieser Fakt ist deshalb so bedeutend, weil unter Nachwuchsmedizinern ein Anstellungsverhältnis als besonders sichere Berufsvariante im Gegensatz zur freiberuflichen Tätigkeit gilt und das

unternehmerische Risiko gescheut wird (s. Abb. 17). Die rückblickende Betrachtung der jetzigen Hausärzte offenbart diese Ansichten der Nachwuchsmediziner als nicht gerechtfertigt.

Folglich sollte es bei der Suche nach Nachfolgern auch als Aufgabe verstanden werden, Nachwuchsmediziner von der beruflichen Planungssicherheit einer Niederlassung zu überzeugen. Es stellen sich im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbranchen kaum unüberwindbare Herausforderungen und keine Schwankungen in der Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen ein. Im Gegenteil ist durch Alterung der Gesellschaft, gerade in ländlichen Räumen wie den beiden Modellräumen (s. Kap. 4.1.2) ein erheblicher Überbedarf entstanden. Die Patienten als „Kunden“ des Hausarztes müssen nicht für jeden Besuch zahlen, sondern sind dank der Umlagefinanzierung (s. Kap. 2.1) unbudgetiert in der Nachfragemenge. Lediglich äußere Rahmenbedingungen können bei Änderungen unternehmerische Anpassungen notwendig machen.

Abb. 125 Bewertung des Standortfaktors „Berufliche Planungssicherheit“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Verfügbare Kassenzulassung

79,6% befragten Hausärzten bewerten auch die Verfügbarkeit einer Kassenzulassung in ihrer Region eher oder sehr gut (s. Abb. 126). Dieser Wert überrascht aufgrund des zu erwartenden Hausärztemangels in diesen Regionen nicht. Die Wahrnehmung der aktuellen Situation steht damit überwiegend im deutlichen Gegensatz zum Zeitpunkt der eigenen Standortentscheidung (s. Abb. 111).

Hier wird also nochmals spürbar, wie sehr sich die Rahmenbedingungen geändert haben, wie unwichtig – in Relation zu den anderen Faktoren – die Verfügbarkeit der Kassenzulassung inzwischen bei der Standortwahl geworden ist und damit auch, in welcher strukturellen Krise sich das System der Bedarfsplanung aufgrund des Missverhältnisses von Angeboten zu Nachfragen befindet.

Die Bedarfsplanung verfehlt unter diesen Rahmenbedingungen weitgehend ihre Zielsetzung. Beachtenswert ist dennoch, dass auch heute noch immerhin 20,4% der befragten Hausärzte die Chancen auf Erhalt einer kassenärztlichen Zulassung in ihrer Region eher oder sehr schlecht sehen. Dies ist so gesehen der von den befragten Hausärzten postulierte Rest an Steuerwirkung des Bedarfsplanungsinstruments in seiner heutigen Form. Dennoch gewinnen andere Standortfaktoren daraus immer mehr an Bedeutung bei der Niederlassungsentscheidung, bspw. auch die Patientenkielentel.

Abb. 126 Bewertung des Standortfaktors „Verfügbare Kassenzulassung“ der befragten Hausärzte (N=103)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Patientenkielentel

Unter diesem Begriff sollten die Hausärzte einordnen, inwiefern die Patienten vor Ort von ihrer Morbidität aber auch ihrer Compliance und sozioökonomischen Situation her gute Arbeitsbedingungen für Hausärzte schaffen. Da damit auch implizit die eigene Patientenkielentel mitabgefragt wurde, ist die Einwirkung sozial erwünschter Antworten anzunehmen, sprich eine positivere Bewertung.

Tatsächlich bewertete kein befragter Hausarzt die Patientenkielentel als „sehr schlecht“ (s. Abb. 127), aber immerhin 23,8% sehen die Patienten in eher kritischem Licht. Dies ist schon ein eher überraschend hoher Wert. Hier könnte zum Ausdruck kommen, was auch viele Nachwuchsmediziner als negatives Szenario einer ländlichen Hausarztpraxis im Kopf haben: Zu viele eher ältere Patienten, die viel zu oft unter medizinisch wenig anspruchsvoll zu diagnostizierenden und therapierenden Krankheitsbildern leiden, wie z.B. Erkältung und Grippe. Diese Ansicht wurde so auch von vielen Experten berichtet.

Natürlich ist auch zu beachten, dass ein Hausarzt nicht zu allen Patienten eines Ortes ein harmonisches Verhältnis aufbauen kann und dies in der Bewertung eine abwertende Rolle spielt

hat. Jedenfalls sind nur 27,6% aller befragten Hausärzte mit der örtlichen Patientenklientel vollkommen zufrieden.

Dennoch deckt sich die Einschätzung der ansässigen Hausärzte gut mit der festgestellten demographischen (s. Kap. 4.1.2) Bevölkerungsstruktur, die vor allem aufgrund ihrer Überalterung viele hausärztliche Behandlungsfälle mit sich bringt, was einerseits ökonomische Tragfähigkeit sicherstellt, andererseits auch eine enge Arzt-Patienten-Bindung durch häufige Besuche einzelner Patienten mit sich bringt, woraus auch persönliche Bindungen und Verantwortungsgefühle erwachsen. Gerade diese Bindungen können auch in Zukunft bei Nachwuchsmedizinerinnen helfen, zunächst in Anstellung in die ambulante Versorgung eintretende Hausärzte dauerhaft in einer Region zu verankern, aus Verantwortungsgefühl zu den kennengelernten Patienten.

Abb. 127 Bewertung des Standortfaktors „Patientenklientel“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Hinsichtlich der sozioökonomischen Bevölkerungsstruktur (s. Kap. 4.1.3) bieten beide Modellräume hingegen weniger Anreize, was einerseits gewinnorientierte Hausärzte von diesen Standorten fernhält, umgekehrt jedoch auch bei manchem Hausarzt zu einer nicht ganz so vorteilhaften Bewertung der eigenen Patientenklientel (23,8% mit eher schlechter Bewertung, s. Abb. 127) führt. Hier haben sich offensichtlich einige Hausärzte höhere Zusatzeinnahmen durch Igel-Leistungen oder Privatpatienten erhofft.

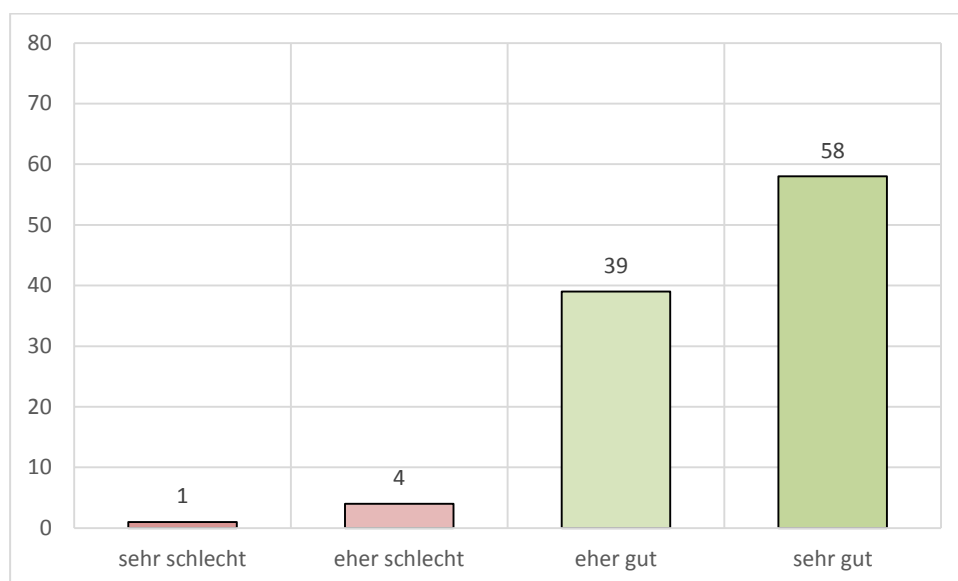
Günstige Praxisübernahme

Natürlich ist davon auszugehen, dass bei den befragten Hausärzten die Selbstwahrnehmung dahin geht, dass die eigene Praxis mehr wert ist, als sich dafür auf dem Markt erzielen lässt. Entsprechend sieht auch das Antwortverhalten zu dieser Frage aus (s. Abb. 128). Nur 4,9% der befragten Hausärzte sind der Ansicht, dass Nachfolger nur schwer eine günstige Praxis zur Übernahme finden werden. 38,2% sehen eher Chancen auf eine günstige Übernahme und die Mehrheit von 56,9% ist da sogar ganz sicher.

Diesen hohen Wert aber allein mit der Wahrnehmung des eigenen Praxiswertes zu erklären, wäre zu kurz gegriffen. Immerhin haben 18 Hausärzte explizit erwähnt, dass es zu viele Angebote an Praxen bzw. zu wenige Nachfrager gibt (s. Kap. 4.2.4), 8 Hausärzte haben gar bereits eigene negative Sucherfahrungen genannt (s. Abb. 106). Die Einschätzungen der Hausärzte basieren also vor allem auf einer guten Marktkenntnis.

Was für die momentanen Praxisinhaber also eine eher schlechte Ausgangsposition ist, wäre als Standortfaktor für Nachfolger ein wichtiges Argument: In vielen ländlichen Regionen sind Praxen sehr günstig zu übernehmen, was das Risiko beim Einstieg in die freiberufliche Tätigkeit minimiert. Dies ist insbesondere auch ein Faktor, für den bei städtischen Räumen strukturell bedingt Nachteile gegenüber ländlichen Räumen im Wettbewerb um Hausärzte bestehen.

Abb. 128 Bewertung des Standortfaktors „Günstige Praxisübernahme“ der befragten Hausärzte (N=102)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Kommunen und Landkreise können hier auch notfalls bei ausbleibender Nachfrage substituierend eingreifen, indem sie überschüssige Praxen selbst aufkaufen und mit Hausärzten in Anstellung betreiben, sofern dies betriebswirtschaftlich vertretbar ist, also keine zu hohe finanzielle Belastung der Verwaltungseinheiten mit sich bringt. So ließe sich auf Basis bestehender (also prinzipiell bislang funktionierender Strukturen) unter Vermeidung größtmöglicher Umstellung der Patienten die ambulante medizinische Versorgung vor Ort aufrechterhalten.

Finanzielle Anreize

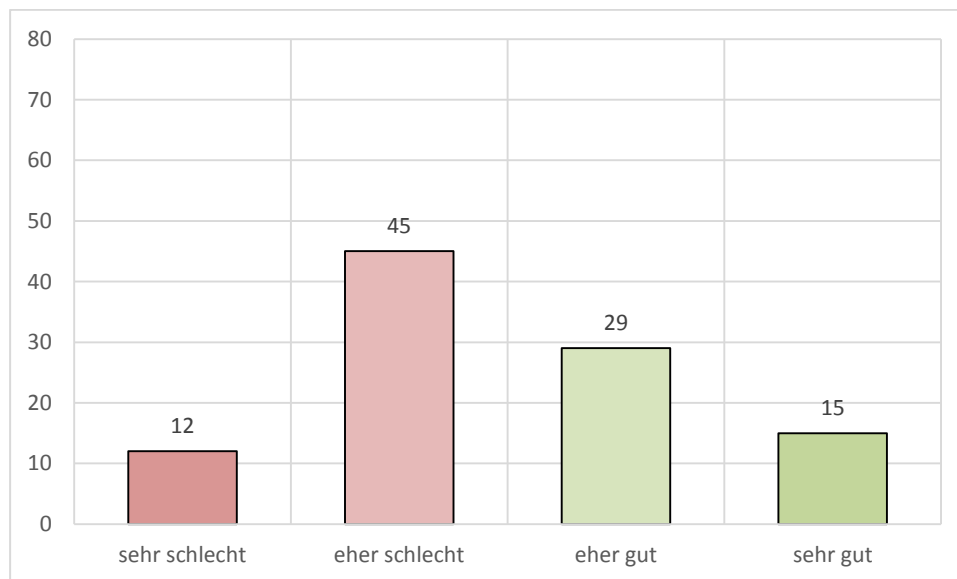
Hier besteht nach Ansicht der befragten Hausärzte deutliches Nachbesserungspotenzial (s. Abb. 129). So sehen 56,4% die Fördermöglichkeiten in der Region als eher oder sehr schlecht an. Dies liegt sicher auch an den Erfahrungen der eigenen Standortwahl, die meist ohne große Förderung auskommen musste (s. Abb. 100), bzw. bei der die Förderung lediglich in zinsermäßigten Krediten bestand.

Sicherlich muss hier jedoch beachtet werden, dass den Hausärzten vor Ort mit ihren vielen zurückliegenden Berufsjahren nicht alle Entwicklungen der vergangenen Jahre und damit neu

geschaffene Förderangebote (s. Kap. 3.5) hinreichend bekannt sind, insbesondere solche, die sich an Berufseinsteiger bzw. niederlassungswillige Hausärzte richten.

Allerdings ist auch hervorzuheben, dass die wenigsten Fördermittel substantiell spürbar sind, sondern meist begleitenden bis marginalen Charakter haben. Die befragten Hausärzte schreiben den bestehenden finanziellen Anreizen mit ihrem Antwortverhalten jedenfalls keine Lenkungswirkung zu.

Abb. 129 Bewertung des Standortfaktors „Finanzielle Anreize“ der befragten Hausärzte (N=101)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Kurzfasit

Somit bleibt festzuhalten, dass aus Sicht der ansässigen Hausärzte besonders die Praxisübernahme sehr günstig ist und damit ideale Bedingungen schafft. Aspekte wie der Verdienst, die leicht verfügbare Kassenzulassung, die berufliche Planungssicherheit und die Patientenklientel zählen auch zu den überwiegend guten beruflichen Bedingungen in den Modellräumen. Lediglich die finanziellen Anreize werden überwiegend schlecht bewertet.

Diese Bewertung der unternehmerischen Faktoren war durchaus so zu erwarten, interpretieren sich viele befragte Hausärzte doch als „Einzelkämpfer eines Systems, das sie [die Hausärzte] nicht versteht und in dem sie möglichst viel unternehmerische Freiheit suchen“⁴⁵³. Dies erklärt die Eigenwahrnehmung einer zu günstigen Praxis und fehlender systemischer Unterstützung durch Fördergelder. Der ländliche Raum ist für solche Hausärzte eine Art beruflicher Rückzugsraum, wo sie weitgehend unbehelligt in ihrer Wunschrolle als bedeutende gesellschaftliche Stütze am besten entsprechen können. Dieser Antrieb ist für ländliche Räume in Summe durchaus ein wichtiger Pull-Faktor, wie auch viele weitere vom Gesundheitssystem frustrierte Kommentare auf den Fragebögen zeigten.

⁴⁵³ Telefonkommentar eines befragten Hausarztes zum postalischen Erhalt des schriftlichen Fragebogens

4.4.2. Bewertung privater Standortfaktoren

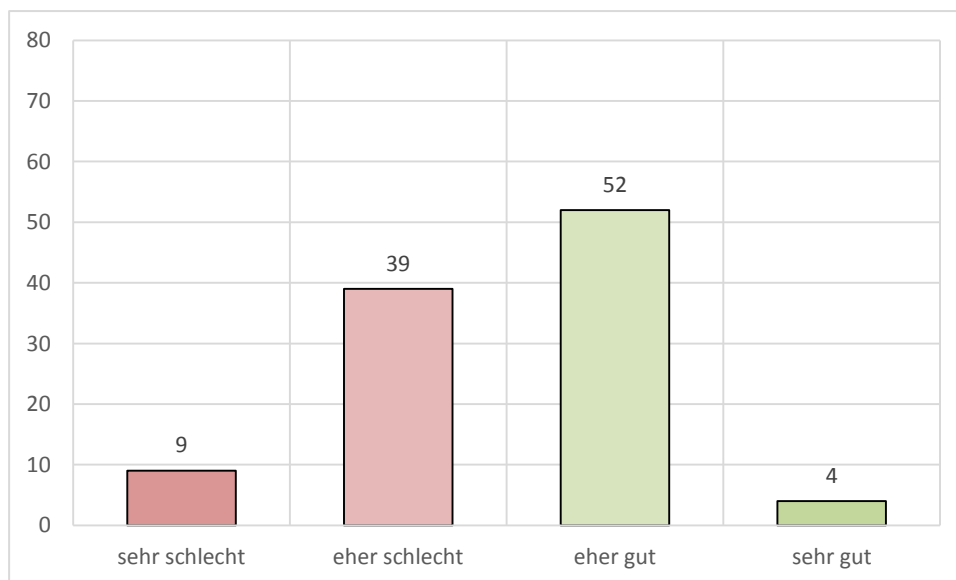
Im Gegensatz zu den unternehmerischen Faktoren stellt sich bei der privaten Faktorengruppe im Laufe der Berufsjahre am Standort keine geänderte Faktorzusammensetzung ein, da die Hausärzte als Privatmensch ja keine „Einsteiger“ sind, im Gegensatz zur beruflichen Tätigkeit, die über einen Erfahrungsaufbau im Laufe der Karriere eine geänderte Faktorzusammensetzung bei der Rückbetrachtung erfordert. Somit ergeben sich die folgenden zu bewertenden privaten Standortfaktoren:

- Zentren-Erreichbarkeit
- Landschaftliche Attraktivität
- Einkaufsmöglichkeiten
- Medizinische Einrichtungen
- Bildungseinrichtungen
- Kulturelles Angebot
- Sportstätten
- Gastronomisches Angebot

Niederlassungswillige Hausärzte sind so gesehen bereits „freizeiterfahren“, weshalb die Zusammensetzung der Faktorenbewertung derjenigen der Faktorbedeutung (s. Kap. 4.3.2) entspricht, mit einer Ausnahme. „Freunde und Verwandte“ können natürlich auch nur aus der jeweiligen Lebenssituation heraus beurteilt werden, weshalb dieser Faktor bei der Bewertung aus Sicht eines Nachfolgers hier nicht berücksichtigt ist.

Zentren-Erreichbarkeit

Abb. 130 Bewertung des Standortfaktors „Zentren-Erreichbarkeit“ der befragten Hausärzte (N=104)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Es überrascht etwas, dass die Zentren-Erreichbarkeit der befragten Hausärzte an ihrem Standort derart positiv (53,8% eher oder sehr gut) bewertet wird (s. Abb. 130), da der Großteil der Modellräume eher peripher liegt (s. Abb. 48).

Die Bewertung könnte durch eine hohe Mobilitätsbereitschaft bei gleichzeitig eher seltenen Zentrumsfahrten erklärt werden. So gesehen reicht es vielen Hausärzten vollkommen aus, nur wenige Fahrten in die Zentren zu unternehmen und ansonsten alle wünschenswerten Güter und Dienstleistungen aus unterrangigen Zentren bzw. über Internet zu beziehen.

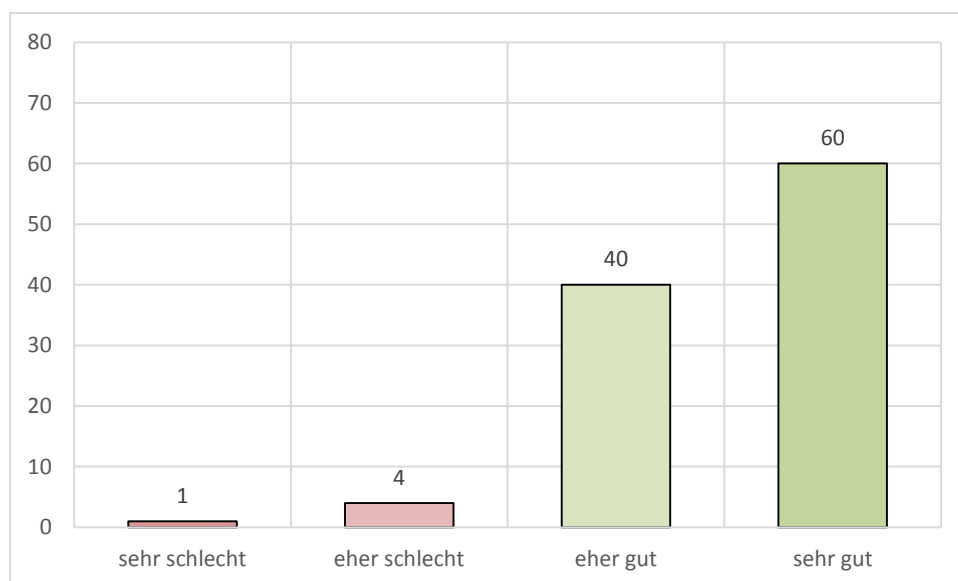
Denkbar ist auch, dass von vielen Hausärzten bereits regionsinterne oder in unmittelbarer Nähe befindliche Mittelstädte (z.B. Bitburg, Cochem, Fulda, Schweinfurt) als überregionale Versorgungszentren wahrgenommen werden.

In jedem Fall zeigt das Ergebnis, dass die vor Ort praktizierenden Ärzte sich keineswegs alle als von Zentren zu weit entfernte Orte wahrnehmen. Dies ist sicherlich gegensätzlich zur häufigen Außenwahrnehmung ländlicher Räume, gerade unter Nachwuchsmedizinern. Allerdings vertreten auch 46,2% der befragten Hausärzte die Meinung, dass überregionale Versorgungszentren von ihrem Standort aus nur schlecht erreichbar sind. Und auch lediglich 3,8% schätzen die Zentren-Anbindung als sehr gut ein.

Landschaftliche Attraktivität

Der Faktor „Landschaftliche Attraktivität“ hatte für die befragten Hausärzte bereits bei deren Standortentscheidung große Bedeutung (s. Abb. 117), daher überrascht auch die aktuelle sehr positive Bewertung der Landschaft nicht (s. Abb. 131). 57,1% finden die Landschaft sehr gut, weitere 38,1% immerhin eher gut, wohingegen negative Meinungen kaum vertreten sind (4,8%).

Abb. 131 Bewertung des Standortfaktors „Landschaftliche Attraktivität“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Die in den Modellräumen vorhandenen Mittelgebirgslagen mit den durchquerenden Flüssen Main bzw. Mosel gelten dabei nicht einmal als die landschaftlich attraktivsten Regionen Deutschlands, wie bspw. die Küsten oder das Alpenvorland (s. Abb. 44). Daher lässt sich das Ergebnis auch so interpretieren, dass es nicht unbedingt Hochgebirge oder Meeresstrand zur eigenen Zufriedenheit vor der Haustür braucht. Die Mittelgebirge können hier genügend landschaftlichen Reiz ausstrahlen.

Allerdings gilt es auch, diesen Trumpf unter den Standortfaktoren entsprechend zu platzieren und zu bewerben, damit dieser auch wahrgenommen wird. Hier könnten insbesondere viele Aufenthalte während der Ausbildung in landschaftlich attraktiven ländlichen Räumen ein Mittel sein, die Nachwuchsmediziner von diesem Vorteil mehr zu profitieren. Dazu eignet sich bspw. die Einbindung von Kliniken und Arztpraxen in Weiterbildungsverbänden (s. Kap. 3.5.6 und Kap. 3.5.7). Doch auch darüber hinaus besteht noch mehr Vermarktungspotenzial, bspw. durch die Ausgestaltung eines in die Landschaft eingebetteten Freizeitprogramms während praktischer Phasen im ländlichen Raum. Hier empfiehlt es sich, dass Hausärzte und Gemeindeverwaltungen bei der Betreuung von Assistenzärzten in Weiterbildung stärker kooperieren.

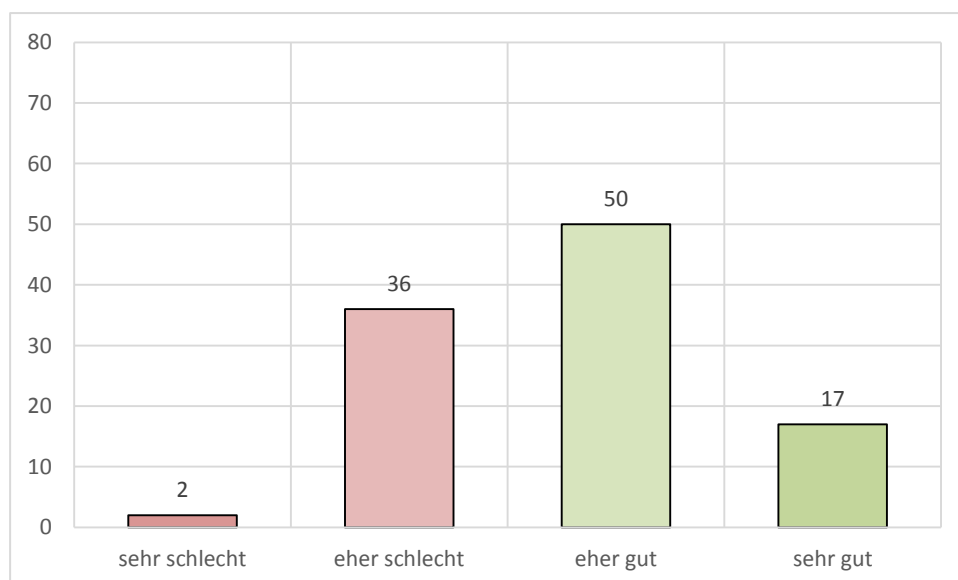
Einkaufsmöglichkeiten

Gute Einkaufsmöglichkeiten in räumlicher Umgebung waren für die meisten befragten Hausärzte nicht so entscheidend (s. Abb. 118), folglich stellt sich auch bei der Bewertung dieser eine eher größere Zufriedenheit ein (s. Abb. 132). Allerdings bewerten dennoch 36,2% der befragten Hausärzte die Einkaufsmöglichkeiten als eher oder sogar sehr schlecht, und auch nur 16,2% sind wirklich rundum mit den Bedingungen vor Ort zufrieden.

Die Einkaufsmöglichkeiten werden in Summe etwas besser bewertet als die Zentren-Erreichbarkeit, was ebenfalls nochmals anzeigt, dass viele Hausärzte nicht große auf Zentren zur Versorgung zurückgreifen, sondern sich auch mit Mittelzentren zufrieden geben.

Gleichzeitig waren Einkaufsmöglichkeiten für die meisten Hausärzte bei ihrer Standortwahl auch nicht so wichtig (s. Kap. 4.3.2). Folglich finden sich Hausärzte ohne großes Konsumbedürfnis im ländlichen Raum am wohlsten.

Abb. 132 Bewertung des Standortfaktors „Einkaufsmöglichkeiten“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Gerade um jedoch auch eher konsumorientierte Hausärzte in die ländlichen Räume zu locken, besteht bei den regionalen Einkaufsmöglichkeiten für die zuständigen Akteure moderates Verbesserungspotenzial.

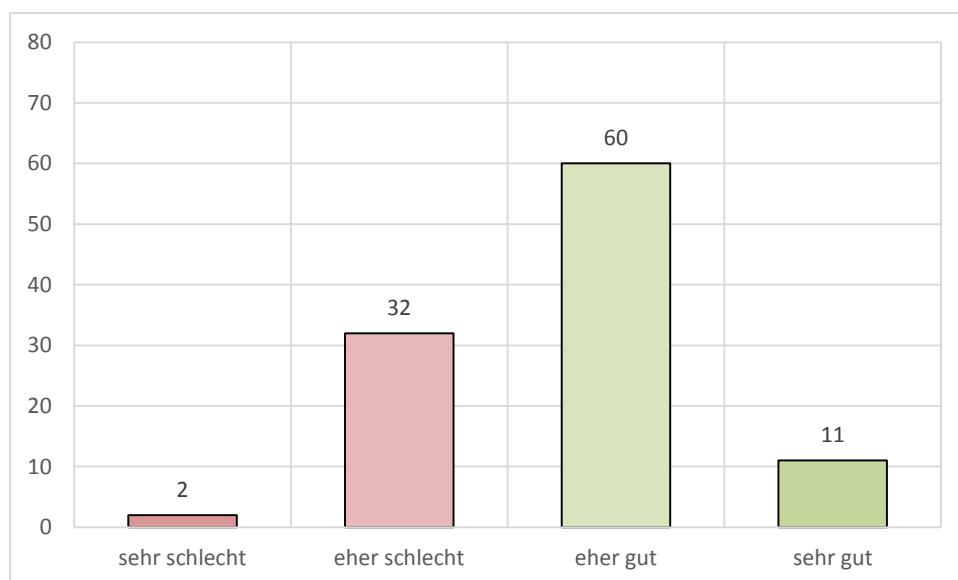
Wobei die Schaffung zusätzlicher Angebote natürlich einer genügenden Nachfrage und bereitwilliger Investoren bedarf, Flächenverfügbarkeit dürfte hingegen in den meisten Orten nicht das große Problem sein. Aus Sicht der hausärztlichen Standortentscheidung lässt sich jedoch argumentieren, dass vielfältigeres und leichter verfügbares Angebot an Einkaufsmöglichkeiten positiven Einfluss nehmen kann.

Medizinische Einrichtungen

Die meisten befragten Hausärzte sind mit den medizinischen Einrichtungen ihrer Region eher zufrieden (57,1%, s. Abb. 133). Sehr gut bewerten aber nur 10,5% der Hausärzte die Ausstattung an medizinischen Einrichtungen. Darin zeigt sich aus Sicht der meisten Hausärzte leichtes Verbesserungspotenzial. 32,4% sehen jedoch größere bis hin zu gravierende Mängel.

Dies deckt auch gut mit den Befunden aus der Strukturanalyse, die vor allem in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung Mängel zutage brachte (s. Kap. 4.1.1). Umgekehrt waren medizinische Einrichtungen durchaus ein Faktor, der bei der privaten Standortwahl durchaus auch Bedeutung hatte (s. Kap. 4.3.2).

Abb. 133 Bewertung des Standortfaktors „Medizinische Einrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Folglich besteht hier vonseiten kommunaler Vertreter Handlungsbedarf, da eine gute Facharztversorgung der hausärztlichen Standortwahl förderlich ist. Dies gilt auch bei regional vorhandenem Angebot an stationären Einrichtungen. Hausärzte sind für diese Themen aufgrund ihres beruflichen Hintergrunds besonders sensibilisiert.

Bildungseinrichtungen

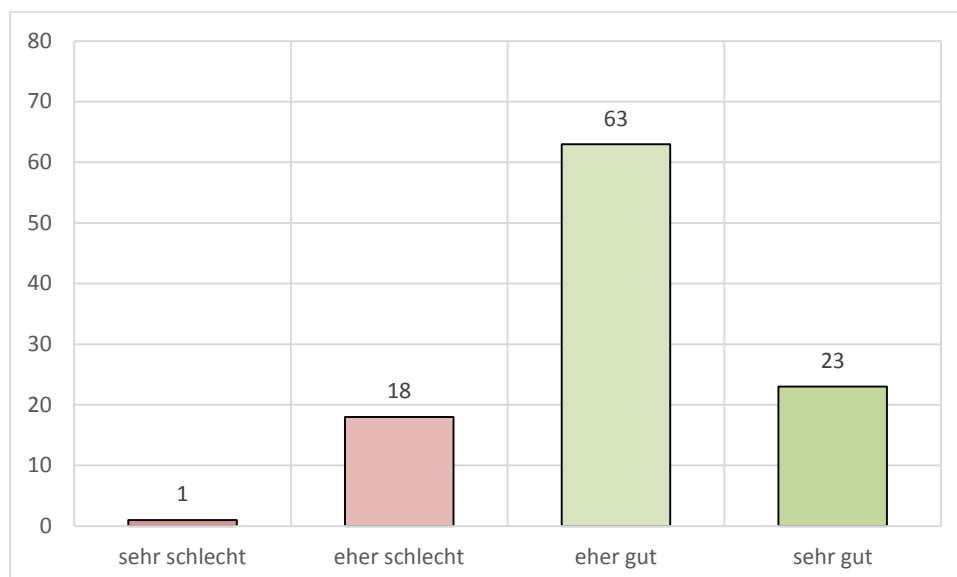
Die Bildungseinrichtungen waren den befragten Hausärzten bei ihrer eigenen Standortentscheidung sehr wichtig (s. Abb. 120). Allerdings ist die Meinung über diese zwar meist eher gut (60,0%), aber die Hausärzte sind nicht vollkommen zufrieden mit der Ausstattung (s. Abb. 134).

Im Laufe der Jahre, die die Hausärzte am Standort verbracht haben, haben viele Kinder die örtlichen Bildungseinrichtungen besucht, sodass hier auch von einer soliden Erfahrungsbasis in der Meinungsbildung ausgegangen werden kann.

Ein Grund für die im Vergleich zur Bedeutung etwas hinkende Bewertung ist das wenig vielfältige Angebot, insbesondere mancherorts fehlende individuelle Fördermöglichkeiten (z.B. besonderer Musik- oder Sportunterricht sowie Begabtenförderung und Schwerpunktschulen in Sprachen oder MINT-Fächern).

Daneben dürfte vor allem in Unterfranken das geringere Angebot an Ganztagsbetreuungsangeboten in die Bewertung eingeflossen sein. Hier besteht deutlicher Ausbaubedarf, gerade auch im Hinblick auf eine vor allem bei weiblichen Hausärzten mit Kindern möglichst zu erhaltenden Arbeitsproduktivität zur Sicherstellung der ambulanten Hausarztversorgung.

Abb. 134 Bewertung des Standortfaktors „Bildungseinrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Dennoch wurden die Erwartungen der meisten Hausärzte mit der Niederlassung im ländlichen Raum wegen der Bildungseinrichtungen nicht enttäuscht, nur 18,1% sehen das Bildungsangebot für Kinder vor Ort eher oder sehr schlecht. Dies zeigt, dass dieser Standortfaktor auch weiterhin gilt, wenn er denn von den Nachwuchsmedizinerinnen weiterhin in der Intensität vergangener Hausarzt-Generationen gesucht wird.

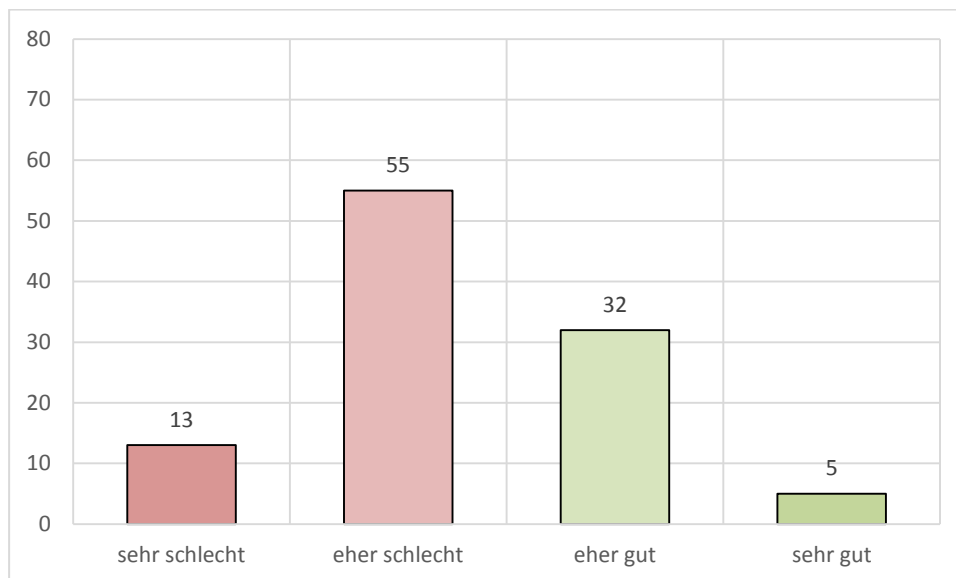
Folglich sollte die Suche nach Praxisnachfolgern von den Praxisinhabern und möglichst auch den Kommunen gezielt auf Hausärzte mit Kinderwunsch ausgerichtet sein. Diese Hausärzte finden in ländlichen Räumen dafür überwiegend gute Bedingungen vor, die sie zumindest über viele Jahre, in den meisten Fällen jedoch sicher bis an das Ende der beruflichen Laufbahn an ländliche Räume binden.

Kulturelles Angebot

Dieser Faktor wird von den Hausärzten am schlechtesten bewertet. Es überrascht etwas aufgrund der eigentlich zumindest im Modellraum Unterfranken etwas besseren Ausstattung mit Kulturveranstaltungen. Auch Kulturdenkmäler und Sehenswürdigkeiten gibt es in der Umgebung der Modellräume, was auch die Tourismusintensität dort anzeigt (s. Abb. 45).

Allerdings stehen dem eine geringe Dichte und Qualität an Museen und Theatern gegenüber. Da Hausärzte aufgrund ihres hohen Bildungsgrads als eher anspruchsvolle Kulturkonsumenten gelten können, ist das vorhandene Angebot vermutlich nicht attraktiv bzw. abwechslungsreich genug. Jedenfalls bewerteten 52,4% der befragten Hausärzte das kulturelle Angebot als eher schlecht, 12,4% sogar sehr schlecht (s. Abb. 135). Dem stehen nur 35,2% gegenüber, die das kulturelle Angebot eher oder sehr positiv sehen.

Abb. 135 Bewertung des Standortfaktors „Kulturelles Angebot“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Somit besteht beim Faktor Kulturangebot auch bei erheblichen Investitionen nur geringe Aussicht auf verbesserte Wahrnehmung auf diesem Gebiet, um Hausärzte anzulocken. Dennoch kann eine Ausweitung des Angebots durchaus für bereits zugezogene Hausärzte die Standortzufriedenheit erhöhen, was insbesondere bei der wachsenden Zahl an Hausärzten in Anstellung oder eben Assistenzärzten mit diesem Wunsch (s. Kap. 3.3.4 und Kap. 3.3.5) in Zukunft von Bedeutung sein kann, um diese Hausärzte auch dauerhaft in einer Region zu verankern und sie nicht nach wenigen Berufsjahren direkt weiterziehen lassen zu müssen.

Gerade im Modellraum Eifel besteht hier Nachbesserungspotenzial bei der Zahl an kulturellen Veranstaltungen, der Modellraum Unterfranken könnte sich kulturell vielfältiger aufstellen (s. Kap. 4.1.1).

Sportstätten

Die ländlichen Modellräume bieten grundsätzlich gute Voraussetzungen für sportliche Aktivitäten durch viel Freifläche. So wird die Qualität der regional vorhandenen Sportstätten auch wenig überraschend eher gut (61,9%) bewertet (s. Abb. 136). Vollkommen zufrieden sind jedoch nur 13,3% der befragten Hausärzte. Einen negativen Eindruck von den Sportstätten haben insgesamt 24,8%.

Es besteht hier also Nachbesserungspotenzial. Allerdings wird es in den meisten Fällen die mangelnde Vielfalt an Sportangeboten sein, die nur wenige Hausärzte die Bestnote hat vergeben lassen. Mehr Vielfalt an Angeboten erfordert jedoch genügend Nachfrager, um tragfähig zu sein, wovon bei vielen Sportarten in dünn besiedelten ländlichen Räumen nicht ausgegangen werden kann.

Abb. 136 Bewertung des Standortfaktors „Sportstätten“ der befragten Hausärzte (N=105)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Umgekehrt war das Angebot an Sportstätten für die meisten Hausärzte auch nicht besonders wichtig, wie Abb. 122 zeigt. So gesehen würde auch eine Angebotsausweitung vermutlich nicht automatisch mehr Hausärzte anziehen. Hier gilt eher ähnlich dem kulturellen Angebot, dass ein gutes Angebot an Sportstätten, gerade auch für Kinder von Hausärzten, zu mehr Standortzufriedenheit führt und dadurch eine spätere Abwanderung unwahrscheinlicher wird.

Gastronomisches Angebot

Das Angebot an Gaststätten und Restaurants wird fast ausgeglichen bewertet (51,0% eher oder sehr schlecht, 49,0% eher oder sehr gut, s. Abb. 137). Auch diese Bewertung überrascht nicht, war sie doch bei der eigenen Standortentscheidung nicht wichtig (s. Abb. 123). Das als nicht so gut empfundene Angebot wird also vonseiten der befragten Hausärzte hingenommen, weil es für sie nicht sehr bedeutend ist.

Problematisch und entscheidend für die eher zurückhaltende Bewertung dürfte insbesondere das Problem ländlicher Räume sein, bei geringerer Bevölkerungsdichte keine ausgefallenen kulinarischen Angebote hervorbringen zu können.

Für ländliche Räume besteht hier dennoch zur Gewinnung von Hausärzten kein Handlungsbedarf. Zum einen scheint ein Aufbau an konkurrenzfähigen gastronomischen Angeboten zu städtischen illusorisch, zum anderen kommen die Hausärzte aus diesen Gründen auch nicht in die Region.

Abb. 137 Bewertung des Standortfaktors „Gastronomisches Angebot“ der befragten Hausärzte (N=104)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Kurzfasit

Die ansässigen Hausärzte befinden damit aus ihrer Sicht, dass vor allem die landschaftliche Attraktivität in den Modellräumen besonders gut ist. Mit einigem Abstand folgt das gute Bildungsangebot. Sportstätten, Einkaufsmöglichkeiten und medizinische Einrichtungen werden auch noch überwiegend für gut befunden. Die Zentren-Erreichbarkeit, das gastronomische Angebot, vor allem aber das kulturelle Angebot werden von den ansässigen Hausärzten überwiegend negativ gesehen.

Dies entspricht auch im Wesentlichen den raumstrukturellen Voraussetzungen, denn die überwiegend negativ bewerteten Faktoren sind typischerweise in Städten besser. Umgekehrt waren den Hausärzten gerade Landschaft und Bildungsangebot am wichtigsten für die Standortentscheidung, da passt die positive Sicht auf die regionale Ausstattung mit diesen Faktoren. Allerdings haben beide die Position gewechselt: Während den Hausärzten die Bildungseinrichtungen am wichtigsten waren, wurde die Landschaft am besten bewertet.

4.4.3. Zwischenfazit zur Bewertung einzelner Standortfaktoren

Auch bei der Bewertung stellt sich ähnlich zur Bedeutung der Standortfaktoren (Tab. 49) ein differenziertes Bild bei den errechneten Score-Werten ein (s. Tab. 50). Besonders verbesserungswürdig sind die Faktoren „Finanzielle Anreize“, „Kulturelles Angebot“ und „Gastronomisches Angebot“. Besonders gut bewertet wurden die „Günstige Praxisübernahme“ und die „Landschaftliche Attraktivität“. Ansonsten sind auch die übrigen ökonomischen Bedingungen „Verdienst“, „Berufliche Planungssicherheit“, „Verfügbare Kassenzulassung“ und „Patientenklientel“ in den Modellräumen gut. Unter den privaten Faktoren sind die „Bildungseinrichtungen“ noch recht gut bewertet worden. „Sportstätten“, „Einkaufsmöglichkeiten“ und „Medizinische Einrichtungen“ wurden gerade noch positiv bewertet. Somit lässt sich grob zusammenfassen, dass die Ausstattung an beruflichen Faktoren gegenüber den privaten Faktoren positiver bewertet wird. Dies ist jedoch hinsichtlich des Standortverhaltens der nachkommenden Hausärzte bedenklich, da diese zunehmend private Faktoren für ihre Standortwahl gewichten.

Tab. 50 Modi der verschiedenen Standortfaktorbewertungen der befragten Hausärzte

Gruppe	Standortfaktor	N	Anzahl				Score ⁴⁵⁴
			sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	
Unternehmerisch	Günstige Übernahme	102	1	4	39	58	3,51
	Verdienst	105	3	11	47	44	3,26
	Kassenzulassung	103	6	15	40	42	3,15
	Sicherheit	105	5	18	39	43	3,14
	Patientenklientel	105	0	25	51	29	3,04
	Finanzielle Anreize	101	12	45	29	15	2,47
Privat	Landschaft	105	1	4	40	60	3,51
	Bildung	105	1	18	63	23	3,03
	Sport	105	6	20	65	14	2,83
	Einkaufen	105	2	36	50	17	2,78
	Medizin	105	2	32	60	11	2,76
	Zentren-Erreichbarkeit	104	9	39	52	4	2,49
	Gastronomie	104	8	45	45	6	2,47
	Kultur	105	13	55	32	5	2,28

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2018

Andere Standortfaktoren, für die in der jeweiligen Region der befragten Hausärzte sehr gute oder sehr schlechte Bedingungen bestehen, konnten auch noch genannt werden. Unternehmerisch wurde einmal die berufliche Freiheit positiv hervorgehoben, negativ wurde die fehlende Förderung von ländlichen Praxen mit hohem Seniorenanteil unter den Patienten kritisiert.

Als besondere, einschränkende Standortanforderung wurde noch hinzugefügt, dass Nachwuchsmediziner Interesse an unternehmerischer Tätigkeit mitbringen müssen und dass Bereit-

⁴⁵⁴ Summe der gewichteten Antworthäufigkeiten geteilt durch die Gesamtzahl an gegebenen Antworten (1 = unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = eher wichtig, 4 = sehr wichtig)

schaft und Liebe zu ländlichen Regionen bestehen sollte. Somit kommt bei der spezifischen Nennung anderer unternehmerischer Faktoren durch, dass Nachwuchsmediziner bereits von sich aus Bereitschaft zur freiberuflichen, ländlichen Tätigkeit mitbringen müssen, weil sie sonst kaum zu überzeugen sind, zumindest nicht mit Anreizen. Lediglich die restriktive Bedarfsplanung konnte da früher bei ausgeglichenem Angebots-Nachfrage-Verhältnis Lenkungswirkung entfalten, s. Abb. 111.

Zudem scheinen zumindest ein paar Hausärzte eine mangelnde Wertschätzung hinsichtlich ihres Arbeitsstandortes und ihrer Patientenkielentel zu empfinden, weshalb sie sich hier bessere Förderung wünschen. Dies erscheint angesichts fehlender Nachwuchsmediziner und fortschreitender Alterung im ländlichen Raum nachvollziehbar und auch zielgerichtet.

Im privaten Bereich wurden die Möglichkeiten für Outdoor-Aktivitäten, attraktive Lebenshaltungskosten, preiswerte Immobilien und die sozialen Kontakte zur örtlichen Bevölkerung positiv hervorgehoben. Hier kommt durch, dass der ländliche Raum als besonders günstiger Lebensstandort empfunden wird, der entsprechend einen höheren sozioökonomischen Lebensstandard mit bspw. größerem Haus oder größerer Familie ermöglicht. Wichtig ist auch der Hinweis, dass Freundschaftsaufbau auch im ländlichen Raum problemlos möglich und sogar sehr leicht ist, weil dies auch im Zusammenhang mit dem negativen Image des ländlichen Raums (lt. Aussage der interviewten Experten) nicht mehr als selbstverständliche Ansicht unter Nachwuchsmedizinern angenommen werden kann.

Bei den privaten Faktoren ist noch hinzuzufügen, dass deren Bewertung durch die Hausärzte sehr stark mit der zuvor vorgenommenen Bedeutungsangabe für die eigene Standortwahl korreliert⁴⁵⁵. Auch wenn diese Korrelation aufgrund der geringen Faktorenzahl mit Vorsicht zu analysieren ist, so zeigt die Korrelation dennoch, dass die meisten Hausärzte jene Faktoren, die für sie große Bedeutung hatten, positiver bewerten. Dies spricht für eine eher rationale Abschätzung von Faktoren bei der hausärztlichen Standortwahl, wo Hausärzte tatsächlich auch jene Regionen wählen, die in den ihnen wichtigen Faktoren gute Ausstattung aufweisen. Sie finden also die Dinge, die ihnen zum Zeitpunkt der Standortentscheidung wichtig waren, in der jetzigen Arbeitsregion in guter Qualität am Standort vor. Dies ist ein wichtiger Fakt, beweist er doch die Gültigkeit der Faktoren und deren Lenkungswirkung.

4.5. Vergleichsanalyse der hausärztlichen Standortfaktoren

Neben dem zuvor aufgezeigten wichtigen Zusammenhang von Bedeutung und Bewertung von Faktoren soll in dieser Vergleichsanalyse geprüft werden, inwiefern sich die Charaktereigenschaften der befragten Hausärzte (s. Kap. 4.2) auf die Bedeutung und Bewertung der einzelnen Standortfaktoren niederschlagen. Dabei werden die Charaktereigenschaften der Hausärzte wie in Kap. 4.2 wieder in vier große Gruppen mit den jeweiligen Variablen unterteilt:

- *Demographische Merkmale*: Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinderzahl, Kindesalter
- *Bedingungen des Berufseinstiegs*: Lage des Studienortes, Distanz Studienort-Modellraum, Kenntnis Region, Einfluss Bedarfsplanung, Jahr Arbeitsaufnahme, Alter bei Arbeitsaufnahme, Kinder bei Arbeitsaufnahme, Form der Arbeitsaufnahme, Hilfsleistungen

⁴⁵⁵ Verglichen wurden die Score-Werte der Bedeutung (s. Tab. 49) und der Bewertung (s. Tab. 50) aller vergleichbaren privaten Faktoren (n = 8). Korrelation nach Pearson: $r = .778$, also linearer Zusammenhang: je bedeutender ein Faktor, desto besser ist er bewertet / Signifikanz: $p = 0,023$ -hier jedoch unbedeutend, weil Stichprobe = Grundgesamtheit

- *Momentane hausärztliche Arbeitsformen:* Betriebsformen, Anzahl Standorte, Anzahl Ärzte, Distanz Wohnort-Praxis, Berufsjahre am Standort
- *Zukunftsperspektiven:* Alter bei Ruhestand, Datum des Ruhestands, Aussichten der Nachfolgersuche, Gründe für die Bewertung der Nachfolgersuche

Die Merkmalsausprägungen der Variablen werden mit den gegebenen Antworten zu möglichen Standortfaktoren verglichen und auf statistische Zusammenhänge hin überprüft. So lässt sich erkennen, welche Faktoreinschätzung von welchen Merkmalen der befragten Hausärzte abhängt. In diesem Analyseschritt erfolgt damit bspw. eine Einschätzung, welche Faktoren einem zeitlichen Wandel unterliegen.

4.5.1. Standortfaktoren nach demographischen Merkmalen

Fast alle Standortfaktoren zeigen sich gegenüber der Modellraumzuteilung robust (s. Tab. 51), was auf eine überregionale Gültigkeit der abgefragten Faktoren schließen lässt. Lediglich die kassenärztliche Zulassung wurde in der Eifel besser, also leichter verfügbar bewertet, die Zentren-Erreichbarkeit und das kulturelle Angebot schnitten dagegen in Unterfranken besser ab.

Die Bewertungsunterschiede lassen sich auch leicht mit der momentan noch besseren Versorgungssituation (also weniger verfügbaren Kassenzulassungen) in Unterfranken, sowie die raumstrukturelle Lage Unterfrankens mit Schweinfurt und Fulda in räumlicher Umgebung sowie besserer hochkultureller Ausstattung des Modellraums Unterfranken begründen. Es gibt aber keinen Faktor, der in einem Modellraum signifikant bedeutsamer wäre als im anderen. Die Hausärzte legen somit regionsunabhängig eine relativ homogene Faktorengewichtung ihrer Standortentscheidung zugrunde.

Im Gegensatz dazu zeigen sich männliche Hausärzte bei der Faktorbedeutung wählerischer. Sie suchten eher nach Standorten mit guter Zentren-Erreichbarkeit und guten Bildungseinrichtungen. Dies ist sicherlich ein überraschendes Ergebnis, gelten heute doch gemeinhin weibliche Hausärzte als wählerischer hinsichtlich ihres Arbeitsstandortes. Dies scheint jedenfalls früher so nicht gegolten zu haben. In ihrer aktuellen Bewertung der Standortfaktoren gibt es auch keine Unterschiede in der Wahrnehmung.

Auch die heutige Kinderzahl hatte Einfluss auf die Bedeutung einzelner Faktoren, nämlich den Einkaufsmöglichkeiten, den Bildungseinrichtungen und dem kulturellen Angebot. Allesamt also Faktoren, deren Nutzungsverhalten sich bei eigenen Kindern deutlich ändert. Insofern sind die Korrelationen keine Überraschung. Interessanterweise passt diese Korrelation jedoch nicht zur Bedeutungseinschätzung derjenigen Hausärzte, die bei Arbeitsaufnahme bereits Kinder hatten (s. Tab. 53). Dies zeigt also, dass die Standortfaktor-Gewichtung in der rückblickenden Wahrnehmung nicht robust ist und auch spätere Erfahrungen Einfluss auf die Bedeutungsangaben (die sich ja eigentlich auf den Zeitpunkt der eigenen Standortwahl beziehen sollten) genommen haben. Mit steigender Kinderzahl haben die Hausärzte aber auch die Bildungseinrichtungen in ihrer Umgebung signifikant positiver bewertet. Dies spricht für die nur selten so wahrgenommene hohe Qualität auch ländlicher Schulen. Ein Fakt, der auch von Hausarztmangel betroffenen Regionen als Argument vorgebracht werden kann.

Tab. 51 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den demographischen Merkmalen der befragten Hausärzte

	Faktor	Modellraum [Cramér's V]	Geschlecht [Cramér's V]	Kinderzahl [Spearman]	Alter [Spearman]
	Bedeutung Unternehmerisch/ Privat	0,048	0,141	-0,037	-0,004
Bedeutung Unternehmerisch	Tragfähigkeit	0,183	0,158	0,063	-0,105
	Anzahl Patienten	0,117	0,257	0,127	0,143
	Anteil Wohlhabende	0,181	0,213	-0,040	-0,062
	Kassenzulassung	0,231	0,059	0,156	0,127
	Konkurrenz	0,177	0,037	0,154	-0,098
	Facharzt-Agglomeration	0,106	0,140	0,175	-0,011
	Klinik-Agglomeration	0,098	0,275	0,135	0,024
Bedeutung Privat	Verwandte & Freunde	0,131	0,166	0,005	-0,142
	Zentren-Erreichbarkeit	0,155	0,301* (m)	0,111	0,081
	Landschaftliche Attraktivität	0,068	0,250	0,103	-0,006
	Einkaufsmöglichkeiten	0,097	0,204	0,223*	0,170
	Medizinische Einrichtungen	0,114	0,197	0,145	0,104
	Bildungseinrichtungen	0,183	0,287* (m)	0,291**	0,161
	Kulturelles Angebot	0,210	0,207	0,213*	-0,013
	Sportstätten	0,113	0,120	0,141	0,011
	Gastronomisches Angebot	0,241	0,199	0,130	0,094
Bewertung Unternehmerisch	Verdienst	0,211	0,032	0,038	0,158
	Sicherheit	0,131	0,180	0,127	0,251*
	Kassenzulassung	0,336** (E)	0,243	-0,066	-0,130
	Patientenklientel	0,094	0,175	0,108	0,184
	Günstige Übernahme	0,136	0,112	0,065	0,272**
	Finanzielle Anreize	0,185	0,164	0,057	0,106
Bewertung Privat	Zentren-Erreichbarkeit	0,395** (U)	0,123	0,155	0,251*
	Landschaftliche Attraktivität	0,152	0,131	0,096	0,022
	Einkaufsmöglichkeiten	0,098	0,184	0,158	0,194*
	Medizinische Einrichtungen	0,227	0,116	0,036	0,194*
	Bildungseinrichtungen	0,146	0,253	0,225*	0,301**
	Kulturelles Angebot	0,341** (U)	0,120	0,150	0,365**
	Sportstätten	0,098	0,273	0,076	0,349**
	Gastronomisches Angebot	0,173	0,228	-0,023	0,025
Anzahl der signifikanten Korrelationen		3	2	4	8
* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).					
** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).					

U = Unterfranken / E = Eifel / w = weiblich / m = männlich

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Das Alter hat vor allem dahingehend Wirkung auf Faktorenbewertung, als dass diese zumeist mit dem Alter zunehmen. Dies gilt für die berufliche Planungssicherheit und vor allem die günstige Praxisübernahme. Jüngere Hausärzte empfinden die Planungssicherheit also als nicht so gut und schätzen die Praxispreise als noch nicht so günstig ein. Hausärzte, die schon länger im Beruf stehen, haben zumeist eher den Rückblick auf ihr Berufsleben, das sich als sicher erwie-

sen hat; sie empfinden ihre Praxen jedoch unterbewertet. Noch dramatischer ist das Bewertungsgefälle bei den privaten Faktoren. Lediglich die Landschaftliche Attraktivität und das Gastronomische Angebot erweisen sich gegenüber dem Alter der befragten Hausärzte als robust. Alle anderen Faktoren werden mit zunehmendem Alter positiver bewertet. Dies lässt für die Suche nach jungen Hausärzten in den Regionen nichts Gutes erahnen, im Gegenteil kommt hier der höhere Standortanspruch der nachkommenden Hausarztgeneration durch.

Hier ist also deutlich spürbar, dass die Bewertung vor allem der privaten Faktoren einem deutlichen zeitlichen Wandel unterliegt und somit auch Folgen auf die zukünftige Versorgungssituation ländlicher Räume haben wird. Lässt sich hier keine Trendumkehr in der Ausstattung ländlicher Räume erreichen, droht weiterer Aderlass in der flächenhaften medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Bei den unternehmerischen Faktoren ist der Bewertungsunterschied zwar nicht so groß, jedoch auch vorhanden.

Entgegen der vorherrschenden Meinung zeigte sich jedoch die Präferenz von privaten gegenüber unternehmerischen Faktoren bei der Standortwahl als robust (ebenfalls erkennbar an den nicht signifikanten Korrelationen bei den Bedeutungen der Standortfaktoren). Dies spricht dafür, dass auch jüngere Hausärzte durchaus noch empfänglich für unternehmerische Argumente sein können, nur werden es eben nicht mehr so viele wie früher sein. Hausärzte mit klarem Schwerpunkt auf privaten Standortfaktoren werden jedenfalls ländliche Räume als Arbeitsstandorte bei der aktuellen Wahrnehmung meiden. Die bessere Bewertung im Alter lässt sich aber auch mit einer gewissen Akklimatisierung erklären, wonach mit zunehmender Lebensdauer in einer Region die Zufriedenheit mit dieser steigt. Freundschaften entwickeln sich über Jahre, die Region wird vertraut, wenig bekannte Orte werden entdeckt, das eigene Haus und Grundstück wächst ans Herz, über Kinder kann auch eine emotionale Bindung entstehen, sodass in Summe ältere Menschen die jeweilige Region als lebenswerter empfinden. Umso bedeutender ist die frühere Lenkungswirkung der Bedarfsplanung einzuschätzen, die aufgrund der Asymmetrie von Angebot und Nachfrage an Zulassungen in jüngster Zeit einen Großteil ihrer Wirkung eingebüßt hat, sodass in Zukunft mit seltenerem Zuzug und späterer Akklimatisierung von Hausärzten in ihnen unbekanntem Regionen zu rechnen ist.

4.5.2. Standortfaktoren nach Bedingungen des Berufseinstiegs

Die Lage des Hauptstudienortes basiert auf den Studienortsangaben der befragten Hausärzte, wobei deren Angaben einer Klasse zuordnet wurden (s. Abb. 92). Dabei zeigt sich (s. Tab. 52), dass mit weiter entferntem Studienort (im Ausland) die Bedeutung der Wohlhabenden Patienten steigt. Hier ist also auch quantitativ sehr schön nachgewiesen, dass ein im Verhältnis zur Herkunfts- und Studienregion hohes Einkommen der Patienten als Motivation zur Übersiedlung taugt. Somit könnte auch ein Ansatz zum Umgang mit dem Hausarztmangel auf dem Land darin bestehen, Ersatz aus dem Ausland anzuwerben. Dies ist jedoch durchaus kritisch zu sehen, sind allein monetäre Beweggründe doch oft keine gute Basis für eine qualitativ gute Versorgung. Zudem bestehen Schwierigkeiten hinsichtlich Sprach- und (gerade in der Medizin) Kulturbarrieren, die es vonseiten ausländischer Ärzte zu überwinden gilt bzw. die aufgrund ihrer Eigenschaften von Patienten auch abgelehnt werden könnten, weil bspw. keine adäquate Kommunikation möglich ist. Darunter würde wiederum die Versorgungsqualität leiden. Außerdem wäre mit der Anwerbung ausländischer Ärzte auch eine Versorgungsminderung in deren Heimatländern verbunden, bei weiterhin hohen Ausbildungskosten. Eine solche Ausnutzung von Einkommensunterschieden zum Vorteil der eigenen Versorgungslage wäre so gesehen ein international sehr egoistisches Verhalten.

Tab. 52 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den Bedingungen des Berufseinstiegs (I) der befragten Hausärzte

	Faktor	Lage des Studienortes [Cramér's V]	Distanz des Studienortes zur Praxis [Spearman]	Regionskenntnis [Cramér's V]	Einfluss der Bedarfsplanung [Spearman]
	Bedeutung Unternehmerisch/ Privat	0,194	0,003	0,174	-0,141
Bedeutung Unternehmerisch	Tragfähigkeit	0,192	0,041	0,080	-0,038
	Anzahl Patienten	0,270* (w)	-0,018	0,221	-0,031
	Anteil Wohlhabende	0,255	0,069	0,106	-0,017
	Kassenzulassung	0,184	0,016	0,134	0,220*
	Konkurrenz	0,171	0,004	0,148	0,156
	Facharzt-Agglomeration	0,186	0,028	0,211	-0,157
	Klinik-Agglomeration	0,218	-0,037	0,190	-0,028
Bedeutung Privat	Verwandte & Freunde	0,230	-0,176	0,315** (k)	0,024
	Zentren-Erreichbarkeit	0,278* (n)	-0,006	0,261* (k)	-0,132
	Landschaftliche Attraktivität	0,232	-0,168	0,124	0,074
	Einkaufsmöglichkeiten	0,160	0,015	0,186	-0,097
	Medizinische Einrichtungen	0,191	0,024	0,103	-0,078
	Bildungseinrichtungen	0,183	-0,031	0,182	-0,180
	Kulturelles Angebot	0,211	-0,079	0,155	0,032
	Sportstätten	0,223	-0,049	0,206	0,006
	Gastronomisches Angebot	0,230	-0,105	0,091	0,021
Bewertung Unternehmerisch	Verdienst	0,204	-0,088	0,112	-0,063
	Sicherheit	0,168	-0,093	0,111	-0,104
	Kassenzulassung	0,209	0,172	0,225	0,011
	Patientenklientel	0,250	-0,244*	0,133	-0,097
	Günstige Übernahme	0,253	0,020	0,091	-0,094
	Finanzielle Anreize	0,191	-0,016	0,197	-0,059
Bewertung Privat	Zentren-Erreichbarkeit	0,220	-0,123	0,209	-0,085
	Landschaftliche Attraktivität	0,129	-0,102	0,134	0,014
	Einkaufsmöglichkeiten	0,210	-0,003	0,077	-0,075
	Medizinische Einrichtungen	0,186	-0,089	0,079	-0,016
	Bildungseinrichtungen	0,191	-0,167	0,176	-0,134
	Kulturelles Angebot	0,228	-0,213*	0,172	-0,005
	Sportstätten	0,197	-0,110	0,143	0,001
	Gastronomisches Angebot	0,167	0,110	0,248* (o)	-0,069
Anzahl der signifikanten Korrelationen		2	2	3	1
* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).					
** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).					

n = nah / w = weit / k = Kenntnis seit Kindheit / o = ohne Kenntnis

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Die Lage des Studienortes wirkt sich auch noch auf die Wahrnehmung der Zentren-Erreichbarkeit aus. Dieser Zusammenhang ist ebenfalls nicht zu unterschätzen, zeigt er doch, dass Medizinstudierende aus der Region einen anderen Blick auf ihre Region haben. Sie haben entweder keine ausgeprägte Motivation zu einer größeren Stadt verspürt und sind darum mit

der vorhandenen raumstrukturellen Lage insgesamt zufriedener oder sie haben während ihres Studiums kennengelernt, dass auch kleinere (Mittel-)Städte ausreichende Zentrumsqualität für die eigene Lebenszufriedenheit aufweisen.

Bei der genauen metrischen Distanz zwischen allen Studienorten eines Hausarztes und dem Centroid seines jeweiligen Modellraums ergeben sich bei der Standortbewertung noch zwei Zusammenhänge. So wird die Patientenkiel bei geringerer Distanz besser bewertet, was auch zu dem im vorigen Abschnitt thematisierten Zusammenhang zwischen Bedeutung wohlhabender Patienten und Lage des Studienortes passt, wenn die Motivation zur Niederlassung mit zunehmender Distanz vor allem monetär gesteuert ist und der Gesundheitserhalt der Patienten weniger im Fokus steht.

Gleichzeitig können mit zunehmender Entfernung auch die kulturelle Prägung und womöglich auch die Sprache zwischen einem Hausarzt und seinen Patienten abweichen, was ebenfalls eine Erklärung für die etwas schlechtere Bewertung der Patientenkiel von weit hergekommenen Hausärzten erklären könnte. Beim kulturellen Angebot zeigt sich auch ein Zusammenhang, nachdem Hausärzte mit näheren Studienorten zu einer besseren Bewertung kommen. Hier mag auch wieder eine Möglichkeit die größere kulturelle Nähe sein, sodass bspw. Volksfeste bei mit der regionalen Kultur eher vertrauten Hausärzten größeren Anklang finden könnten.

Wenig überraschend ergibt sich bei der Regionskenntnis ein signifikanter Zusammenhang mit der Bedeutung von bereits vorhandenen Freunden & Verwandten in der Region. So hatte dieser Faktor für Hausärzte, die die Region seit Kindheit kennen, eine große Bedeutung. Umgekehrt war dieser Faktor für regionsfremde Hausärzte unbedeutend. Der statistisch ermittelte Zusammenhang belegt auch an dieser Stelle noch einmal die Gültigkeit der Datenerhebung. Dieser Zusammenhang verdeutlicht auch nochmal die Notwendigkeit, dass Regionen stets bemüht sein sollten, möglichst viele in der Region aufgewachsene Abiturienten in ein Medizinstudium zu bekommen, weil dies ca. 20 Jahre später durchaus Einfluss auf die dann bestehende medizinische Versorgungslage nehmen kann. Neben dem Faktor „Freunde & Verwandte“ ergibt sich noch ein nicht so starker Zusammenhang zwischen Regionskenntnis und Bedeutung der Zentren-Erreichbarkeit. Dieser Zusammenhang lässt sich dahingehend deuten, dass einige angestammte Hausärzte eventuell innerhalb der Region auf eine bessere Zentren-Erreichbarkeit ihres Praxisstandortes aus waren als dies in ihrem konkreten Heimatort in der Kindheit der Fall war. Zuletzt bewerteten Hausärzte ohne Regionskenntnis vor Arbeitsaufnahme noch das gastronomische Angebot etwas positiver als die angestammten Hausärzte, was für die Überzeugungskraft der regionalen Küchen sprechen mag. Jedenfalls gibt es statistisch gesehen keinen anderen eindeutigen Faktor, der regionsfremde Hausärzte angelockt hat.

Für von der Bedarfsplanung stark beeinflusste Hausärzte wiederum war auch nur die freie kasernenärztliche Zulassung von signifikanter Bedeutung (s. Tab. 52), alle anderen Faktoren bewegen sich statistisch gesehen weit unter signifikanter Effektstärke. Dieser Umstand betont nochmal, dass es auch in früheren Jahrzehnten keine endogene Anziehungskraft ländlicher Räume auf Hausärzte zur Niederlassung gab sondern dass lediglich das Instrument der Bedarfsplanung noch wirksamer war.

So überrascht es auch nicht, dass sich in Abhängigkeit vom Jahr der Arbeitsaufnahme auch kaum bedeutende Zusammenhänge mit der Bedeutung einzelner Faktoren ergeben (s. Tab. 53). Lediglich die Bildungseinrichtungen hatten früher größere Bedeutung auf die Hausärzte, was aufgrund der damals selteneren Kinderlosigkeit auch nicht überrascht.

Tab. 53 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den Bedingungen des Berufseinstiegs (II) der befragten Hausärzte

	Faktor	Jahr der Arbeitsaufnahme [Spearman]	Kinderzahl bei Arbeitsaufnahme [Spearman]	Form der Arbeitsaufnahme [Cramér's V]	Erhaltene Hilfsleistungen [Cramér's V]
	Bedeutung Unternehmerisch/ Privat	0,005	-0,136	0,141	0,135
Bedeutung Unternehmerisch	Tragfähigkeit	0,094	-0,014	0,220	0,226
	Anzahl Patienten	-0,098	0,152	0,167	0,185
	Anteil Wohlhabende	0,127	0,091	0,154	0,138
	Kassenzulassung	-0,089	0,048	0,128	0,166
	Konkurrenz	0,139	0,204*	0,180	0,107
	Facharzt-Agglomeration	0,011	0,130	0,213	0,224
	Klinik-Agglomeration	0,011	0,017	0,237	0,205
Bedeutung Privat	Verwandte & Freunde	0,133	0,127	0,231	0,134
	Zentren-Erreichbarkeit	-0,047	0,048	0,160	0,193
	Landschaftliche Attraktivität	0,011	0,035	0,215	0,179
	Einkaufsmöglichkeiten	-0,155	-0,007	0,130	0,158
	Medizinische Einrichtungen	-0,036	0,102	0,137	0,172
	Bildungseinrichtungen	-0,207*	0,187	0,236	0,182
	Kulturelles Angebot	0,054	0,181	0,081	0,139
	Sportstätten	0,054	0,125	0,221	0,165
	Gastronomisches Angebot	-0,073	-0,022	0,247	0,149
Bewertung Unternehmerisch	Verdienst	-0,226*	0,047	0,203	0,158
	Sicherheit	-0,327**	0,060	0,139	0,184
	Kassenzulassung	0,111	-0,078	0,096	0,109
	Patientenklientel	-0,215*	0,152	0,100	0,255* (H)
	Günstige Übernahme	-0,233*	-0,025	0,261* (N)	0,165
	Finanzielle Anreize	-0,118	0,195	0,185	0,172
Bewertung Privat	Zentren-Erreichbarkeit	-0,228*	0,180	0,212	0,130
	Landschaftliche Attraktivität	-0,116	-0,062	0,186	0,114
	Einkaufsmöglichkeiten	-0,179	0,047	0,142	0,116
	Medizinische Einrichtungen	-0,101	0,094	0,134	0,191
	Bildungseinrichtungen	-0,306**	0,194	0,251* (N)	0,125
	Kulturelles Angebot	-0,282**	0,02	0,186	0,117
	Sportstätten	-0,328**	0,120	0,151	0,136
	Gastronomisches Angebot	0,051	0,098	0,102	0,145
Anzahl der signifikanten Korrelationen		9	1	2	1
* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).					
** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).					

N = Neugründung / H = erhaltene Hilfsleistungen

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Interessant ist jedoch, dass die früher eigestiegenen Hausärzte die Region in fast allen Bereichen positiver bewerten als Kollegen, die noch nicht so lange dabei sind. Dies gilt für die unternehmerischen Faktoren Verdienst, Sicherheit, Patientenklientel und günstige Übernahme genauso wie für die privaten Faktoren Zentren-Erreichbarkeit, Bildungseinrichtungen, kulturelles Angebot und Sportstätten. Dafür sind viele Erklärungen denkbar. Zunächst ist mit den Arbeits-

jahren von einer wachsenden Standortzufriedenheit auszugehen, da die regionale Kenntnis stets besser wird, Freundschaften entstehen und bei Nichtgefallen im Laufe der Zeit ein Standortwechsel möglich wäre. Ansonsten käme als Erklärung vor allem der von den im Rahmen dieser Arbeit interviewten Experten geäußerte Erklärungsansatz infrage, nach dem die älteren Hausärzte genügsamer und somit leichter zufriedenzustellen sind, wohingegen jüngere Hausärzte weitaus höhere Standortansprüche haben. Denn selbst bei fast allen nicht signifikanten Faktoren wie Finanzielle Anreize, Landschaftliche Attraktivität, Einkaufsmöglichkeiten und Medizinische Einrichtungen besteht ein kleiner Effekt zum Jahr der Arbeitsaufnahme, nach dem auch diese Faktoren von später eingestiegenen Hausärzten negativer bewertet wurden. Lediglich die Kassenzulassung wird von den mit späterem Einstieg leicht besser bewertet, was ja auch der generellen Marktentwicklung bei den kassenärztlichen Zulassungen entspricht.

Entgegen der Annahme gibt es zwischen der Kinderzahl bei Arbeitsaufnahme und der Bedeutung der Bildungseinrichtungen als Standortfaktor nur einen schwachen Zusammenhang, der statistisch nicht signifikant ist (s. Tab. 53). Somit planen die Hausärzte ihre Standortwahl weitgehend unabhängig von der Kinderzahl, eventuell weil die Familiengründung (und damit die Bedeutung der Bildungseinrichtungen) auch ohne bereits vorhandene Kinder fest beabsichtigt ist. Dafür ist es Hausärzten mit Kindern tendenziell etwas wichtiger, möglicher Konkurrenz auszuweichen. Dies dient sicherlich dazu, bessere Planungssicherheit für den eigenen Praxisbetrieb zu erreichen und spricht für ein unternehmerisch vorsichtigeres Agieren mit Kindern.

Ob die Arbeitsaufnahme in Form einer Neugründung, Praxisübernahme oder einer Anstellung stattfand, wirkt sich lediglich auf die Bewertung der Übernahmekosten und der Bildungseinrichtungen aus (s. Tab. 53). So geben die meisten Hausärzte mit neu gegründeter Praxis an, dass diese nun vergleichsweise günstig zu übernehmen ist. Sicherlich fließt hier die im Vergleich zum aktuellen Marktwert unterbewertete eigene Leistung im Aufbau der Praxis mit ein. Der Zusammenhang mit der Bewertung der Bildungseinrichtungen lässt sich umgekehrt besser erklären: Die meisten angestellten Ärzte sind erst in den letzten Jahren zur Versorgung hinzugekommen und haben dementsprechend höhere Standortanforderungen, weshalb einzelne Faktoren tendenziell schlechter bewertet wurden. Da gerade die Bildungseinrichtungen jedoch von älteren bzw. länger tätigen Hausärzten zumeist sehr gut bewertet wurden, wird der Bewertungsunterschied bei diesem Faktor für die angestellten Hausärzte signifikant.

Erhaltene Hilfsleistungen hingegen wirken sich fast gar nicht auf die Gewichtung und Bewertung von Standortfaktoren aus, lediglich die Patientenklientel wird etwas wohlwollender beurteilt, hier mag eventuell auch ein wenig Dankbarkeit mitschwingen. Die übrigen Faktoren sind dem hausärztlichen Merkmal gegenüber jedoch robust. Man könnte auch anders formulieren: Mit Hilfsleistungen erreichte Ansiedlungen haben keine größere Standortzufriedenheit mit den übrigen Parametern zur Folge, wodurch dieses Instrument für Regionen und Hausärzte in einer win-win-Situation enden kann.

4.5.3. Standortfaktoren nach momentanen hausärztlichen Arbeitsformen

Je bedeutender den Hausärzten der Erhalt einer kassenärztlichen Zulassung gewesen ist, desto größer ist ihre heutige Praxisbetriebsform (also bspw. Gemeinschafts- anstelle von Einzelpraxis, s. Tab. 54). Dies zeigt, dass einige Hausärzte für den Erhalt der kassenärztlichen Zulassung im jeweiligen Modellraum auch bereit waren, dafür eine Gemeinschaftspraxis zu gründen. Umgekehrt könnten einige Hausärzte jedoch auch gezielt nach Planungsregionen gesucht haben, in denen der Zulassungserhalt von Gemeinschaftspraxen möglich ist. Dies wären dann tendenziell eher unterversorgte Räume, wie eben die beiden Modellräume dieser Untersuchung. Somit

ließe sich auch dieser Standortfaktor in Form der leichteren Realisierbarkeit von Gemeinschaftspraxen von Regionen als Stärke darstellen.

Tab. 54 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den momentanen hausärztlichen Arbeitsformen der befragten Hausärzte

	Faktor	Heutige Praxisform [Cramér's V]	Standort-Anzahl [Spearman]	Hausarzt-Anzahl [Spearman]	Lage Wohnsitz zur Praxis [Spearman]	Arbeitsjahre am Standort [Spearman]
	Bedeutung Unternehmerisch/ Privat	0,175	-0,076	0,100	0,049	0,012
Bedeutung Unternehmerisch	Tragfähigkeit	0,201	0,068	0,083	0,016	-0,095
	Anzahl Patienten	0,176	0,103	0,045	-0,059	0,086
	Anteil Wohlhabende	0,203	0,127	-0,029	0,005	-0,118
	Kassenzulassung	0,275* (g)	-0,031	0,151	-0,132	0,107
	Konkurrenz	0,190	-0,045	0,072	0,014	-0,159
	Facharzt-Agglomeration	0,213	0,175	-0,004	-0,041	-0,017
	Klinik-Agglomeration	0,213	0,063	0,098	0,028	-0,016
Bedeutung Privat	Verwandte & Freunde	0,207	-0,051	0,106	-0,011	-0,123
	Zentren-Erreichbarkeit	0,215	-0,016	0,040	-0,002	0,068
	Landschaftliche Attraktivität	0,194	-0,056	0,040	0,005	-0,004
	Einkaufsmöglichkeiten	0,168	-0,018	0,036	-0,205*	0,182
	Medizinische Einrichtungen	0,200	0,189	0,131	0,006	0,048
	Bildungseinrichtungen	0,222	0,152	0,153	-0,053	0,212*
	Kulturelles Angebot	0,232	0,012	0,094	-0,033	-0,037
	Sportstätten	0,292	0,129	0,140	0,091	-0,036
	Gastronomisches Angebot	0,191	-0,006	-0,018	-0,196*	0,082
Bewertung Unternehmerisch	Verdienst	0,106	0,021	0,071	-0,071	0,221*
	Sicherheit	0,18	0,064	0,017	-0,195*	0,325**
	Kassenzulassung	0,181	-0,034	0,126	0,129	-0,122
	Patientenklientel	0,154	-0,068	0,028	-0,112	0,216*
	Günstige Übernahme	0,182	0,023	-0,090	-0,049	0,234*
	Finanzielle Anreize	0,212	0,236*	0,141	0,149	0,129
Bewertung Privat	Zentren-Erreichbarkeit	0,187	0,001	-0,088	-0,095	0,243*
	Landschaftliche Attraktivität	0,301** (g)	0,056	0,009	0,087	0,108
	Einkaufsmöglichkeiten	0,193	0,061	-0,017	-0,117	0,186
	Medizinische Einrichtungen	0,180	0,148	-0,137	-0,055	0,106
	Bildungseinrichtungen	0,144	-0,015	-0,038	-0,064	0,309**
	Kulturelles Angebot	0,163	-0,028	0,030	-0,142	0,302**
	Sportstätten	0,151	0,118	0,060	-0,025	0,333**
	Gastronomisches Angebot	0,174	0,009	-0,090	-0,116	-0,043
Anzahl der signifikanten Korrelationen		2	1	0	3	9
* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).						
** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).						

g = größere Praxis-Betriebsformen

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Etwas kurios mutet der Zusammenhang zwischen heutiger Praxisbetriebsform und Bewertung der Landschaftlichen Attraktivität an. Hier fließt jedoch sicher auch der Umstand mit ein, dass

Hausärzte in größeren Praxisbetrieben öfters angestellt arbeiten können, wodurch sich die Wochenarbeitszeit reduziert und so mehr Zeit zum Freizeitaufenthalt und Unternehmungen in der Natur bleibt.

Die Zahl der Betriebsstandorte beeinflusst bei den befragten Hausärzten nur die Bewertung der finanziellen Anreize, nach dem bei mehreren Praxisstandorten die finanziellen Anreize als besser bewertet werden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass viele Hausärzte in größeren Praxen mit vielen Standorten als Angestellte selbst noch an Förderangeboten zur eigenen Niederlassung interessiert sind und sich entsprechend besser informieren. Somit nehmen Hausärzte in größeren Praxen noch eher Fördermöglichkeiten wahr als dies Hausärzte tun, die die endgültige Niederlassung bereits hinter sich haben.

Die Anzahl der Ärzte in der Praxis der befragten Ärzte hat hingegen keinerlei signifikanten Einfluss auf die Bedeutung oder die Bewertung eines Standortfaktors (s. Tab. 54). Dies lässt den Schluss zu, dass die Standortzufriedenheit nicht generell von der Zahl der Kollegen abhängt und dass es auch keine spezifischen Standortpräferenzen von Hausärzten gibt, die entweder lieber allein oder im Team arbeiten.

Demgegenüber hat die Lage des Wohnsitzes zur Praxis durchaus Einfluss auf einzelne Faktoren. So waren die Einkaufsmöglichkeiten und das Gastronomische Angebot bei der Standortentscheidung mit größerer Nähe zwischen Praxis und Wohnsitz wichtiger. Dies lässt sich so verstehen, dass sich die meisten Praxen in kleineren Orten eher in Kernlage befinden und die direkte Nachbarschaft zwischen Wohnsitz und Praxis so der Erfüllung von Einkaufsmöglichkeiten (des täglichen Bedarfs) und des Gastronomischen Angebots (z.B. im Dorflokal) sehr dienlich war. Neben der Bedeutung dieser beiden privaten Faktoren hat die Nähe zwischen Wohnsitz und Praxis auch Auswirkungen auf die Bewertung der beruflichen Planungssicherheit. Vor allem Ärzte, die in direkter Nachbarschaft zu ihrer Praxis wohnen, bewerten die Planungssicherheit positiver. Dies ist sicherlich dem Umstand geschuldet, dass die meisten älteren Hausärzte noch eine Notwendigkeit in der räumlichen Nähe von Wohnsitz und Praxis sahen bzw. dieses Kriterium laut früherer Bedarfsplanung auch zu erfüllen hatten. Der Einfluss des Alters auf diesen Faktor konnte dazu bereits gezeigt werden (s. Kap. 4.5.1). Hinzu mag noch ein durch räumliche Verbindung von Praxis und Wohnsitz verstärktes Sicherheitsgefühl kommen.

Da die Berufsjahre am Standort (s. Tab. 54) sich aus dem Jahr der Arbeitsaufnahme (s. Tab. 53) ableiten, sind die Zusammenhänge bei diesen beiden Variablen mit den Standortfaktoren logischerweise paritätisch verteilt und auch gleich zu interpretieren (s. Kap. 4.5.2).

4.5.4. Standortfaktoren nach Zukunftsperspektiven

Jene Hausärzte, die bis ins hohe Alter wollen bzw. sich dazu verpflichtet fühlen, bewerten die berufliche Planungssicherheit signifikant besser (s. Tab. 55). Diese Einschätzung ist natürlich aufgrund der längeren Arbeitszeit weiter generierten Einnahmen vollkommen plausibel. Weniger klar ist jedoch, warum die Hausärzte mit beabsichtigter Arbeitszeit bis ins hohe Alter auch die kulturellen Einrichtungen und die Sportstätten der Region besser bewerten. Ein Ansatz dazu wäre die umgekehrte Erklärung, nach der weniger zufriedene Hausärzte eher einen zeitigen Berufsaustritt beabsichtigen, um sich öfter in anderen Regionen aufhalten zu können bzw. eventuell auch den Wohnsitz aus der Region zu verlagern. Dies erklärt auch die Polungsrichtungen der übrigen privaten Faktorbewertungen, die alle in die gleiche Richtung wie Kulturelles Angebot und Sportstätten ausschlagen, wenn auch nicht signifikant.

Tab. 55 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den Zukunftsperspektiven der befragten Hausärzte

	Faktor	Alter bei Ruhestand [Spearman]	Jahr des Ruhestands [Spearman]	Aussichten bei der Nachfolgersuche [Spearman]	Bewertungsgrund Nachfolgersuche ⁴⁵⁶ [Cramér's V]
	Bedeutung Unternehmerisch/ Privat	0,055	-0,026	-0,007	0,358
Bedeutung Unternehmerisch	Tragfähigkeit	0,132	0,090	0,001	0,363
	Anzahl Patienten	0,140	-0,052	-0,087	0,347
	Anteil Wohlhabende	-0,085	0,039	-0,048	0,430
	Kassenzulassung	0,184	-0,101	0,006	0,335
	Konkurrenz	-0,022	0,095	0,203*	0,386
	Facharzt-Agglomeration	-0,072	-0,080	0,122	0,405
	Klinik-Agglomeration	-0,088	-0,109	0,008	0,349
Bedeutung Privat	Verwandte & Freunde	-0,150	0,130	0,099	0,388
	Zentren-Erreichbarkeit	0,000	-0,052	-0,159	0,401
	Landschaftliche Attraktivität	-0,019	-0,032	-0,021	0,339
	Einkaufsmöglichkeiten	0,154	-0,053	-0,135	0,339
	Medizinische Einrichtungen	-0,050	-0,161	-0,039	0,336
	Bildungseinrichtungen	0,006	-0,229*	-0,087	0,379
	Kulturelles Angebot	-0,144	-0,058	0,040	0,390
	Sportstätten	-0,113	-0,039	-0,161	0,365
	Gastronomisches Angebot	-0,043	-0,079	-0,077	0,385
Bewertung Unternehmerisch	Verdienst	0,053	-0,157	-0,276**	0,471** (g)
	Sicherheit	0,226*	-0,208*	-0,220*	0,439* (g)
	Kassenzulassung	-0,115	0,100	0,204*	0,295
	Patienten Klientel	0,114	-0,163	-0,265**	0,356
	Günstige Übernahme	0,191	-0,172	0,024	0,236
	Finanzielle Anreize	-0,107	-0,139	-0,211*	0,449* (a)
Bewertung Privat	Zentren-Erreichbarkeit	0,069	-0,227*	-0,199*	0,284
	Landschaftliche Attraktivität	0,004	-0,033	-0,079	0,424
	Einkaufsmöglichkeiten	0,148	-0,140	-0,132	0,324
	Medizinische Einrichtungen	0,112	-0,143	-0,060	0,411
	Bildungseinrichtungen	0,094	-0,344**	-0,257**	0,424
	Kulturelles Angebot	0,305**	-0,315**	-0,238*	0,446* (g)
	Sportstätten	0,205*	-0,337**	-0,408**	0,408
	Gastronomisches Angebot	0,124	0,023	0,013	0,363
Anzahl der signifikanten Korrelationen		3	6	10	4
* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).					
** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).					

g = Übernahme geregelt / a = Übernahme aussichtslos

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Da das Jahr des Ruhestands für jeden Hausarzt aus den Angaben „Alter“ und „Voraussichtliches Alter bei Ruhestand“ errechnet ist, sind die Korrelationen mit den Standortfaktoren sehr

⁴⁵⁶ Da nur 73 Hausärzte nähere Angaben zum Verlauf der eigenen Nachfolgersuche gemacht haben (n = 73), muss hier eine im Vergleich zu den anderen Variablen höhere Korrelation zur Erreichung des Signifikanzniveaus vorliegen.

ähnlich. So gilt, dass die Bildungseinrichtungen bei jenen Hausärzten bedeutender waren, die bald schon in den Ruhestand gehen. Diese Hausärzte bewerten zumeist auch die berufliche Planungssicherheit, die Zentren-Erreichbarkeit, die Bildungseinrichtungen, das Kulturelle Angebot und die Sportstätten besser. Der Erklärungsansatz ist hier entsprechend ähnlich wie in Kap. 4.5.1, nach dem mit zunehmender Lebenszeit in der Region die Standortzufriedenheit zunimmt und das Anspruchsniveau nachrückender Generationen signifikant höher ist.

Die von den Hausärzten vorgenommene Einschätzung zu den eigenen Aussichten bei der Nachfolgersuche korreliert mit der Bedeutung hausärztlicher Konkurrenz auszuweichen. Dabei gilt, dass die Aussichten umso schlechter bewertet wurden, je wichtiger zuvor die Konkurrenzvermeidung war. Hausärzte, die also schon bei ihrer eigenen Standortentscheidung besorgt vor Wettbewerb waren, sind jetzt pessimistischer, dass sich ein Nachfolger für ihre Praxis finden wird. Hier zeigt sich damit ein Zusammenhang zwischen zwei eher besorgten Positionen.

Diese Haltung lässt sich auch am Zusammenhang der schlechten Nachfolger-Aussichten mit der positiven Bewertung einer frei verfügbaren Kassenzulassung wiederfinden. Es gibt jedoch auch den umgekehrten Hausarzttypus. Jene, deren Einschätzung zur Nachfolgersuche positiv ist, bewerten den Verdienst, die berufliche Planungssicherheit, die Patientenklientel und die Finanziellen Anreize als unternehmerische Faktoren positiver.

Auch die privaten Faktoren Zentren-Erreichbarkeit, Bildungseinrichtungen, Kulturelles Angebot und Sportstätten werden von Hausärzten mit positiven Nachfolge-Aussichten positiver bewertet. Es lässt sich also deutlich erkennen, dass es offensichtlich unter den befragten Hausärzten selbstbewusste Optimisten gibt, die ihre Region besser einschätzen und damit anscheinend mehr Erfolg bei der Nachfolgersuche haben und solche Hausärzte, die eher kritisch auf die eigene Region blicken, ihre eigene Standortentscheidung auch teilweise als Ausweichtaktik begreifen und bisher noch nicht sehr erfolgreich bei der Nachfolgesuche waren. Daraus lässt sich wiederum ableiten, wie wichtig ein gesundes Selbstbewusstsein und eigene Überzeugung von der Region beim Werben um Nachfolger ist.

Die Gründe für die Bewertung der Nachfolgersuche lassen sich nur eingeschränkt mit den Standortfaktoren auf Zusammenhänge prüfen, da nicht alle Hausärzte Angaben gemacht haben und die auf Basis der Antworten gebildeten Kategorien an Antworten (s. Abb. 106) sehr vielfältig sind. Allerdings sind die hier ermittelten Zusammenhänge als Weiterentwicklung und (zumindest partiellen) Bestätigung der im Absatz zuvor aufgestellten Annahme zu verstehen, dass selbstbewusste Hausärzte ihre Praxen leichter an Nachfolger vermitteln konnten. Denn im Unterschied zu den Aussichten wurde bei den Bewertungen immer konkret angegeben, falls definitiv schon eine Regelung bei der Nachfolge getroffen ist. Und da zeigt sich, dass Hausärzte mit geregelter Nachfolge den Verdienst, die berufliche Planungssicherheit und das Kulturelle Angebot signifikant besser beurteilt haben. Lediglich bei den Finanziellen Anreizen wechselt die Signifikanz dahin, dass Hausärzte mit unregelter Nachfolge diese besser bewerten. Dies zeigt jedoch umgekehrt auch wieder, dass Fördermittel bei der Nachfolgesuche nur eine untergeordnete Rolle spielen. Daraus lässt sich zweierlei ableiten: Entweder sind die Finanziellen Anreize in ihrer aktuellen Form nicht wirklich notwendig oder sie sind viel zu mager ausgestattet, um Wirkungskraft zu entfalten.

4.5.5.Zwischenfazit zur Vergleichsanalyse

Vor allem die Bedeutung vieler gerade unternehmerischer Faktoren lässt sich nicht mit den demographischen Markmalen, den Bedingungen des Berufseinstiegs, den heutigen Arbeitsformen oder den Zukunftsperspektiven erklären (s. Tab. 56).

Tab. 56 Anzahl der signifikanten Korrelationen der abgefragten Standortfaktoren mit den Merkmalen der befragten Hausärzte

	Faktor	Anzahl der signifikanten Korrelationen	Score-Wert	Zusammenhangsvariablen
	Bedeutung Unternehmerisch/ Privat	0	-	
Bedeutung Unternehmerisch	Tragfähigkeit	0	3,0	Lage Studienort
	Anzahl Patienten	1	2,8	
	Anteil Wohlhabende	0	1,6	Einfluss Bedarfsplanung, Heutige Praxisform
	Kassenzulassung	2	2,9	
	Konkurrenz	2	2,0	
	Facharzt-Agglomeration	0	2,2	Kinderzahl bei Arbeitsaufnahme, Aussichten Nachfolgersuche
	Klinik-Agglomeration	0	2,4	
Bedeutung Privat	Verwandte & Freunde	1	2,4	Regionskenntnis
	Zentren-Erreichbarkeit	3	2,1	Geschlecht, Lage Studienort, Regionskenntnis
	Landschaftliche Attraktivität	0	2,8	Kinderzahl, Lage Wohnsitz-Praxis
	Einkaufsmöglichkeiten	2	2,2	
	Medizinische Einrichtungen	0	2,5	Geschlecht, Kinderzahl, Jahr Arbeitsaufnahme, Jahr Ruhestand
	Bildungseinrichtungen	4	2,9	
	Kulturelles Angebot	1	2,2	
	Sportstätten	0	2,1	Kinderzahl
	Gastronomisches Angebot	1	1,8	Lage Wohnsitz-Praxis
Bewertung Unternehmerisch	Verdienst	3	3,3	Jahr Arbeitsaufnahme, Aussichten Nachfolgersuche, Bewertungsgrund Nachfolgersuche
	Sicherheit	7	3,1	Alter, Jahr Arbeitsaufnahme, Lage Wohnsitz-Praxis, Alter Ruhestand, Jahr Ruhestand, Aussichten Nachfolgersuche, Bewertungsgrund Nachfolgersuche
	Kassenzulassung	2	3,1	Modellraum, Aussichten Nachfolgersuche
	Patientenklientel	4	3,0	Distanz Studienort-Praxis, Jahr Arbeitsaufnahme, erhaltene Hilfsleistungen, Aussichten Nachfolgersuche
	Günstige Übernahme	3	3,5	Alter, Jahr Arbeitsaufnahme, Form Arbeitsaufnahme
	Finanzielle Anreize	3	2,5	Praxisstandorte, Aussichten Nachfolgersuche, Bewertungsgrund Nachfolgersuche
Bewertung Privat	Zentren-Erreichbarkeit	4	2,5	Modellraum, Jahr Arbeitsaufnahme, Jahr Ruhestand, Aussichten Nachfolgersuche
	Landschaftliche Attraktivität	1	3,5	Heutige Praxisform
	Einkaufsmöglichkeiten	1	2,8	Alter
	Medizinische Einrichtungen	1	2,8	Alter
	Bildungseinrichtungen	6	3,0	Kinderzahl, Alter, Jahr Arbeitsaufnahme, Form Arbeitsaufnahme, Jahr Ruhestand, Aussichten Nachfolgersuche
	Kulturelles Angebot	8	2,3	Modellraum, Alter, Distanz Studienort-Praxis, Jahr Arbeitsaufnahme, Alter Ruhestand, Jahr Ruhestand, Aussichten Nachfolgersuche, Bewertungsgrund Nachfolgersuche
	Sportstätten	5	2,8	Alter, Jahr Arbeitsaufnahme, Alter Ruhestand, Jahr Ruhestand, Aussichten Nachfolgersuche
	Gastronomisches Angebot	1	2,5	Regionskenntnis

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Dazu zählen bspw. die sehr bedeutende ökonomische Tragfähigkeit, der wenig bedeutende Anteil wohlhabender Patienten und die Facharzt- und Klinik-Nähe mit mittlerer Bedeutung. Auch bei der Bedeutung privater Faktoren tun sich Lücken auf, so lassen sich die sehr bedeutende

Landschaftliche Attraktivität und die Medizinischen Einrichtungen sowie Sportstätten von mittlerer Bedeutung nicht mit den erhobenen Daten erklären.

Möglich ist, dass es noch andere, nicht erhobene Merkmale der Hausärzte gibt, die diese Bedeutungsverteilung erklären könnten. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass es sich bei den Faktorbedeutungen um fest veranlagte Ansichten handelt, die sich nicht auf bestimmte Merkmale reduzieren lassen. Dies erklärt, warum sich die Faktoren mit keinen anderen erhobenen Daten in Zusammenhang bringen lassen.

Ganz anders verhält es sich mit den Faktorbewertungen, bei denen sich zumeist das Alter⁴⁵⁷ (8x signifikant) als entscheidende Einflussgröße zeigt. Eine andere wichtige Einflussgröße ist noch die Einschätzung der Nachfolgesuche (10x signifikant), da die Standortbewertungen bei geregelter Nachfolge zumeist besser werden. Weder beim Alter, noch bei der Nachfolgesuche spielt es eine Rolle, ob es sich um private oder unternehmerische Faktorbewertungen handelt. Unternehmerische und private Faktorbewertungen haben auch insgesamt die ungefähr gleich große Zahl an erklärenden Merkmalen⁴⁵⁸. Dennoch gibt es innerhalb der bewerteten Standortfaktoren große Unterschiede hinsichtlich der Anzahl erklärender Merkmale. So wird die Bewertung der beruflichen Planungssicherheit von 7 erhobenen Merkmalen miterklärt, die Bewertung des Kulturellen Angebots gar von 8 Merkmalen. Auch Bildungseinrichtungen und Sportstätten haben viele Zusammenhänge, die deren Bewertung signifikant erklären können.

Insgesamt zeigen die Standortbedeutungen und Standortbewertungen der befragten Hausärzte damit deutlich, dass diese keine homogene Gruppe hinsichtlich ihrer Präferenzen bilden. Vielmehr muss innerhalb der Hausärzte von verschiedenen Gruppen mit unterschiedlichen Interessen ausgegangen werden. Ob sich kleine Gruppen von Hausärzten zu einer oder mehreren validen Gruppen zusammenführen lassen und welche Ausprägungen diese dann haben, soll in den nächsten Schritten angegangen werden. Dazu soll zunächst eine Informationsverdichtung erfolgen.

4.6. Extraktion von Hauptkomponenten zur Informationsverdichtung

Mit der nun folgenden Faktoranalyse soll eine Komplexitätsreduzierung der Variablen erreicht werden, indem statistisch miteinander in Verbindung stehende Variablen zu neuen, berechneten Komponenten zusammengeführt werden. Dies erleichtert die im späteren Schritt durchgeführte Clusteranalyse, da den dort gebildeten Gruppen dann weniger Variableneigenschaften zugeordnet werden müssen. Wie bereits in Kap. 1.7.3 beschrieben, wurden dabei 6 Hauptkomponenten extrahiert, deren Ladungen sich für eine Charakterisierung eignen (s. Abb. 4). Im Folgenden seien darum die Eigenschaften der Variablen benannt.

⁴⁵⁷ Außerdem noch mit dem Alter in Verbindung stehende Merkmale wie Arbeitsjahre, Ruhestandsjahr, usw.

⁴⁵⁸ Unternehmerische Bewertungen haben im Durchschnitt 4 Zusammenhänge, private Bewertungen haben durchschnittlich 3,375 Zusammenhänge, s. Tab. 56

Tab. 57 Rotierte Komponentenmatrix mit den jeweiligen Faktorladungen

Variablengruppe	Variable	Hauptkomponente					
		1	2	3	4	5	6
Demographische Merkmale	Modellraum					0,517	
	Geschlecht						-0,576
	Familienstand					-0,485	
	Alter				-0,846		
Bedingungen des Berufseinstiegs	Distanz Uni-Praxis						0,508
	Form der Arbeitsaufnahme				0,625		
	Regionskenntnis						0,643
Momentane Arbeitsform	Praxis-Betriebsform						
	Lage des Wohnorts zur Praxis				0,557		0,470
Zukunfts-perspektiven	Jahr des Ruhestands				0,798		
	Nachfolger-Aussichten			-0,452		0,331	
Unternehmerische Bedeutung	Tragfähigkeit			0,356	0,332	0,309	-0,351
	Anzahl Patienten	0,401		0,457			
	Anteil Wohlhabende	0,529					
	Kassenzulassung	0,307				0,437	
	Konkurrenz					0,603	
	Facharzt-Agglomeration	0,583					
Klinik-Agglomeration	0,714						
Private Bedeutung	Verwandte & Freunde						-0,308
	Zentren-Erreichbarkeit	0,712					
	Landschaftliche Attraktivität	0,581					
	Einkaufsmöglichkeiten	0,712					
	Medizinische Einrichtung	0,773					
	Bildungseinrichtungen	0,681					
	Kulturelles Angebot	0,776					
	Sportstätten	0,741					
Gastronomisches Angebot	0,646						
Unternehmerische Bewertung	Verdienst			0,737			
	Sicherheit			0,740			
	Kassenzulassung	-0,319				0,610	0,401
	Patientenklientel		0,442	0,535			
	Günstige Übernahme				-0,350	0,439	
Finanzielle Anreize			0,472				
Private Bewertung	Zentren-Erreichbarkeit		0,634				
	Landschaftliche Attraktivität		0,478				
	Einkaufsmöglichkeiten		0,636				
	Medizinische Einrichtungen		0,693				
	Bildungseinrichtungen		0,707				
	Kulturelles Angebot		0,595			-0,301	
	Sportstätten		0,749				
Gastronomisches Angebot		0,706					

Hauptkomponentenanalyse / Rotation Varimax mit Kaiser-Normalisierung / Konvergierte Rotation in 7 Iterationen

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

In der ersten Hauptkomponente ist deutlich erkennbar, dass die hohen Ladungen sich auf die Bedeutung der Standortfaktoren bei Arbeitsaufnahme konzentrieren. Dabei weisen vor allem alle privaten Faktorbedeutungen hohe Ladungen auf, mit Ausnahme von „Freunde & Verwand-

te“. Die unternehmerischen Faktorbedeutungen sind zumindest partiell in der Hauptkomponente enthalten, nämlich Anzahl und Wohlstand der Patienten sowie die Nähe zu Fachärzten und Kliniken. Daher lässt sich diese Hauptkomponente als „Private (und unternehmerische) Standortfaktorbedeutung“ benennen.

Im Gegensatz dazu konzentrieren sich die Ladungen der zweiten Hauptkomponente vor allem auf die heutige Standortbewertung, genauer auf alle privaten und einen (allerdings schwächer geladenen) unternehmerischen Faktor. Somit lässt sich dieser Faktor als „Private Standortfaktorbewertung“ bezeichnen. Die dritte Hauptkomponente ist wesentlich komplexer aufgeladen. Sie ist gekennzeichnet von positiven Nachfolgeaussichten, hoher Bedeutung der Patienten und vor allem guter Bewertung unternehmerischer Faktoren, besonders Verdienst und Sicherheit. Die Hauptkomponente lässt sich somit als „Unternehmerische Bewertung und Nachfolgeoptimismus“ bezeichnen.

In der vierten Hauptkomponente sind vor allem das Alter in negativer Korrelation und die mit ihm korrelierten Variablen abgebildet. Dazu zählen logischerweise das Jahr des Ruhestands aber auch die bevorzugte Arbeitsform und die Lage des Wohnortes zur Praxis. Daraus geht hervor, dass jüngere Ärzte eher spät in den Ruhestand gehen und häufiger in Anstellung tätig werden. Dieser Faktor lässt sich somit als „Jugendlichkeit und Anstellungstendenz“ bezeichnen. Die Unterschiede zwischen den Modellräumen sind vor allem in der fünften Hauptkomponente versammelt. Dies sind vor allem der Familienstand (in der Eifel sind die Hausärzte seltener verheiratet) und die Bedeutung von Kassenzulassung und Hausarzt Konkurrenz bei der Standortwahl (welche in der Eifel größeren Einfluss hatte). Daher erhält diese Hauptkomponente den Namen „Modellraum Eifel bzw. Bedeutung der Kassenzulassung“. In der sechsten Hauptkomponente wiederum spielen das Geschlecht und die Regionskenntnis eine große Rolle. Es sind dabei vor allem die männlichen Hausärzte, die ihre jetzige Arbeitsregion bereits seit der Kindheit kennen und deren Hauptstudienort auch näher an der jetzigen Arbeitsregion lag (weibliche Hausärzte waren folglich bei ihrer Standortwahl mobiler). Zudem kommt in der Hauptkomponente noch das Merkmal der Nähe von Praxis- und Wohnort hinzu (weibliche Hausärzte wohnen weiter entfernt) und die Bedeutung von Verwandten und Freunden (für weibliche Hausärzte weniger wichtig gewesen) hinzu. In Summe lässt sich die Hauptkomponente damit als „Mobilitätsbereitschaft bzw. weibliche Hausärzte“ bezeichnen.

Die Hauptkomponenten zeigen in ihren Ladungen auch an, welche Variablen wenig bis gar miteinander in Verbindung stehen. So haben bspw. Bedeutungen und Bewertungen von Standortfaktoren trotz einer Korrelation der privaten Faktorbedeutungen und -bewertungen (s. Kap. 4.4.3) nicht so viel miteinander zu tun, wie die vor allem privaten Bewertungen (HK2) untereinander. Ähnlich verhält es sich auch mit den privaten und teilweise auch unternehmerischen Faktorbedeutungen (HK1). Die unternehmerischen Bewertungen wiederum unterscheiden sich untereinander wesentlich stärker, weshalb sie in allen Hauptkomponenten nennenswert vorkommen. Die demographischen Merkmale, die Bedingungen des Berufseinstiegs und die Momentane Arbeitsform verteilen sich auch jeweils auf mehrere Hauptkomponenten, haben also auch zumeist nicht viel Verbindung zueinander. Insbesondere „Alter“ und „Geschlecht“ fallen nicht in die gleiche Hauptkomponente, haben also bezogen auf die anderen Variablen ein anderes Verteilungsmuster. Gerade diese Unterschiede jedoch sprechen für mehrere mögliche Hausarzt-Typen mit unterschiedlichen Eigenschaften, die an der Versorgung in den Modellräumen teilnehmen.

Es ergeben sich somit folgende Hauptkomponenten:

- HK1: Private (und unternehmerische) Standortfaktorbedeutung
- HK2: Private Standortfaktorbewertung
- HK3: Unternehmerische Bewertung und Nachfolgeroptimismus
- HK4: Jugendlichkeit und Anstellungstendenz
- HK5: Modellraum Eifel bzw. Bedeutung der Kassenzulassung
- HK6: Mobilitätsbereitschaft bzw. weibliche Hausärzte

Mit Blick auf die Steuerungsmöglichkeiten ländlicher Räume sind Faktorladungen in HK1 problematisch, da hier beeinflussbare und nicht beeinflussbare Faktoren zusammengelagert sind. Hier sind gleichsam alle privaten Faktoren plus Nähe zu Fachärzten und Kliniken zusammengefasst und damit auch die aus Sicht ländlicher Räume kaum oder nur marginal und unter großem Aufwand verbesserbare Zentren-Erreichbarkeit. Wenn nun also diese Hauptkomponente für einen Hausarzt wichtig ist, dann wird dieser automatisch auch in besser ausgestatteten urbanen Räumen auf Standortsuche gehen wollen, da nur dort die Ausstattung in so vielen Bereichen gut ist. Landschaftliche Attraktivität (die potenziell eher in ländlichen Räumen besser ist) spielt in der Hauptkomponente keine so große Rolle wie die Zentren-Erreichbarkeit (Faktorladung von 0,581 gegenüber 0,712). Ein weiterer aus Sicht der (zukünftigen) medizinischen Versorgungssicherung ländlicher Räume wichtiger bestehender Zusammenhang ist der zwischen dem Geschlecht und der Bedeutung der Ökonomischen Tragfähigkeit (HK6). Hier gilt, dass eher männlichen Hausärzten eine gute Praxisbilanz wichtig ist. Bei diesem Standortfaktor bieten ländliche Räume in der Regel bessere Bedingungen. Wenn nun jedoch zunehmend Frauen in den Hausarztberuf gehen (s. Abb. 12 & Abb. 14), dann bedeutet dies auch, dass Ökonomische Tragfähigkeit bei der Standortwahl an Bedeutung verliert. Also droht den ländlichen Räumen hier einer der wenigen Standortvorteile zu entgleiten. Anhand der Faktorladung von HK6 lässt sich stattdessen jedoch eine größere Bereitschaft von weiblichen Hausärzten zur Niederlassung in für sie unbekannte Regionen fernab der früheren Universität und mit einem Wohnort weiter von der Praxis entfernt erkennen, was auf eine höhere Mobilität und damit mehr Standortoptionen schließen lässt. Frauen sind damit gegenüber unbekanntem Standorten offener und eher in der Lage mögliche kleinräumige Strukturschwächen an einem Praxisstandort durch eine flexible Wohnortlage zu kompensieren.

4.7. Typisierung der befragten Hausärzte

Mithilfe der extrahierten Hauptkomponenten (s. Kap. 4.6) lässt sich eine Gruppenzuordnung der befragten Hausärzte (gültige Fälle, n = 107) vornehmen. Wie in Kap. 1.7.3 beschrieben wurden hierzu 4 Gruppen gebildet, da der Erklärungsgehalt auf der nächsten Stufe (5 Gruppen) nicht mehr stark zunimmt und 4 eine übersichtliche Größe ist. Die Gruppen sollen sich dabei möglichst stark voneinander unterscheiden und die ihnen zugeordneten Fälle sollen möglichst ähnlich sein. Besonders interessiert bei dieser Analyse jedoch, welche Eigenschaften die gebildeten Gruppen hinsichtlich der extrahierten Hauptkomponenten aufweisen. Dazu werden die Mittelwerte für jede Gruppe berechnet und klassifiziert.

In Tab. 58 lässt sich somit erkennen, dass die erste Gruppe (Clu_1) von Hausärzten besetzt ist, denen private (und teilweise auch unternehmerische) Standortfaktoren eher wichtig sind (HK1 +). Gleichzeitig bewerten sie die privaten Faktoren (HK2 +) und die unternehmerischen Faktoren (HK3 +) überwiegend gut und sind auch bei der Nachfolge optimistischer (HK3 +), was auch daran liegen könnte, dass diese Hausärzte ein eher höheres Alter haben und ihr Ruhestand naht (HK4 -), womit sich die Nachfolgerfrage dringlicher stellt. Dabei haben sie sich vor allem in neugegründeten Praxen niedergelassen. Sie lassen sich somit als Gruppe „älterer

Hausärzte mit Standortzufriedenheit und Nachfolgeregelung“ bezeichnen. In dieser Gruppe ist kein Geschlecht (HK6) überrepräsentiert und die Kassenzulassung ist nur für manche von Bedeutung gewesen (HK5).

Tab. 58 Klassifizierte Faktormittelwerte⁴⁵⁹ für die gebildeten Gruppen (Clu)

	Clu_1	Clu_2	Clu_3	Clu_4
HK1: Private (und unternehmerische) Standortfaktorbedeutung	(+)	(-)		(-)
HK2: Private Standortfaktorbewertung	(+)		(++)	(---)
HK3: Unternehmerische Bewertung und Nachfolgeroptimismus	(+)		(---)	
HK4: Jugendlichkeit und Anstellungstendenz	(-)	(+)	(-)	(-)
HK5: Modellraum Eifel bzw. Bedeutung der Kassenzulassung			(+)	(+)
HK6: Mobilitätsbereitschaft bzw. weibliche Hausärzte			(+)	(++)
N	38	48	7	14

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Der zweiten Gruppe an Hausärzten (Clu_2) sind private (und unternehmerische) Standortfaktoren bei ihrer Wahl nicht so wichtig gewesen (HK1 -), sie waren also bei der Standortwahl nicht wählerisch. Ansonsten entsprechen sie weitgehend dem Durchschnitt der Hausärzteschaft beider Modellräume (HK2, HK3, HK5, HK6), haben also keine klare Tendenz bei der Bewertung privater (HK2) und unternehmerischer (HK3) Standortfaktoren, sind in beiden Modellräumen vertreten (HK5) und kein Geschlecht ist überrepräsentiert (HK6). Allerdings sind diese Hausärzte eher jünger Sie sind dementsprechend auch öfter über eine Anstellung in den ambulanten Versorgungsbereich gelangt (HK4 +). Die Hausärzte dieser Gruppe entsprechen somit dem Typ „Genügsame jüngere Hausärzte“.

Die Hausärzte der dritten Gruppe (Clu_3) zeigen sich zufrieden mit der Ausstattung an privaten Standortfaktoren vor Ort (HK2 ++), allerdings sind sie mit ihren Arbeitsbedingungen sehr unzufrieden (HK3 ---). Sie sind etwas älter als ihre Kollegen und seltener angestellt (HK4 -). Sie sind häufiger in der Eifel zu finden und dies hängt auch mit der dort leichter erhältlichen kassenärztlichen Zulassung zusammen (HK5 +). Gleichzeitig handelt es sich häufiger um weibliche Hausärzte mit etwas höherer Mobilitätsbereitschaft (HK6 +), d.h. diese Hausärzte kamen zur Niederlassung von weiter her in die jetzige Region. Dabei waren nur für manche dieser Hausärzte andere Faktoren als die Kassenzulassung wichtig (HK1). Diese „Privat zufriedenen und beruflich sehr unzufriedenen älteren weiblichen Hausärzte“ bilden mit einem Besatz von 7 Hausärzten jedoch auch eine sehr kleine Gruppe der Extreme.

Die Hausärzte der letzten Gruppe (Clu4) hatten eher keine besonderen Ansprüche an ihren Niederlassungsstandort (HK1 -), allerdings sind sie mit der regionalen Ausstattung an privaten Standortfaktoren sehr unzufrieden (HK2 ---), wohingegen sich unternehmerisch keine Tendenz zeigt (HK3). Es handelt sich hierbei auch um eher ältere Hausärzte, die zumeist ohne Anstellung in die Niederlassung gegangen sind (HK4 -). Allerdings war ihnen eine frei verfügbare Kassenzulassung eher wichtig (HK5 +). Zudem kommen sie aus weiter entfernten Regionen, wohnen häufig nicht nah an der Praxis und sind überwiegend weiblich (HK6 ++). Damit lässt sich diese Gruppe als „Weibliche mobile Hausärzte mit sehr schlechter privater Standortbewertung“ beschreiben.

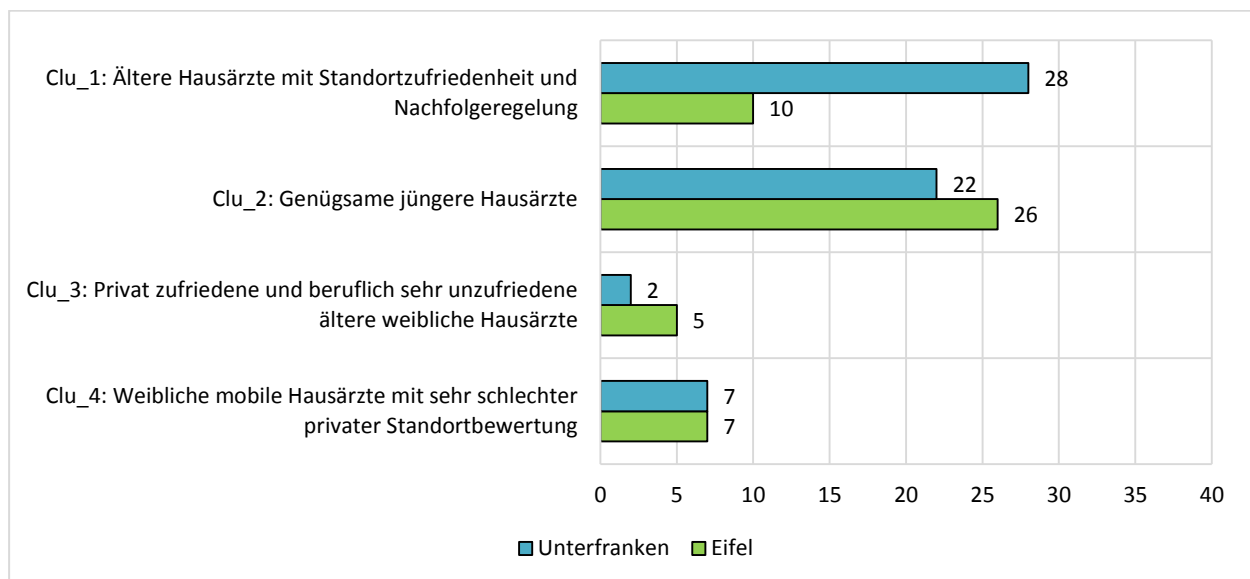
⁴⁵⁹ Klasseneinteilung auf Basis der Mittelwerte: $\bar{x} < -1,25$ (---) / $-1,25 \leq \bar{x} < -0,75$ (-) / $-0,75 \leq \bar{x} < -0,25$ (-) / $-0,25 \leq \bar{x} < +0,25$ () / $+0,25 \leq \bar{x} < +0,75$ (+) / $+0,75 \leq \bar{x} < +1,25$ (++) / $+1,25 \leq \bar{x}$ (+++)

Es ergeben sich somit folgende Gruppen:

- Clu_1: Ältere Hausärzte mit Standortzufriedenheit und Nachfolgeregelung
- Clu_2: Genügsame jüngere Hausärzte
- Clu_3: Privat zufriedene und beruflich sehr unzufriedene ältere weibliche Hausärzte
- Clu_4: Weibliche mobile Hausärzte mit sehr schlechter privater Standortbewertung

Der Besatz dieser Gruppen ist dabei wie in Abb. 138 zu erkennen höchst unterschiedlich. Ältere Hausärzte mit Standortzufriedenheit und Nachfolgeregelung (Clu1) gibt es vor allem in Unterfranken sehr häufig, in der Eifel dagegen eher seltener. Insgesamt bildet diese Gruppe 36% aller befragten Hausärzte ab und ist damit relativ häufig vertreten. Genügsame jüngere Hausärzte (Clu2) finden sich dagegen häufiger im Modellraum Eifel, sind jedoch auch im Modellraum Unterfranken oft vertreten. Sie bilden trotz der hohen Überalterung der befragten Hausärzte mit 45% die größte Gruppe. Dies lässt sich zum einen daran erklären, dass die Cluster-Merkmale auf Durchschnittswerten basieren und somit durchaus auch ältere Hausärzte in dieser Gruppe sein können, nur nicht so häufig wie in den anderen Gruppen. Zum anderen verteilen sich die älteren Hausärzte auf die übrigen Gruppen. Die Gruppe der privat zufriedenen jedoch beruflich sehr unzufriedenen älteren weiblichen Hausärzte ist wie bereits weiter oben erwähnt mit 7% von sehr wenigen Hausärzten besetzt, die zumeist aus dem Modellraum Eifel stammen. Die übrigen 13% der Hausärzte sind der Gruppe der weiblichen mobilen Hausärzte mit sehr schlechter privater Standortbewertung zuzuordnen, welche sich paritätisch auf beide Modellräume verteilen.

Abb. 138 Besatz der im Zuge der Clusteranalyse ermittelten Gruppen an Hausärzten (N=107)



Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Zwar sind aufgrund der für eine Clusteranalyse eher geringen Fallzahl von 107 Hausärzten besonders die dritte und vierte Gruppe mit zu wenigen Hausärzten besetzt, als dass diese repräsentativ für ländliche Hausärzte allgemein stehen könnten, allerdings lassen sich dennoch einige Erkenntnisse für die Modellräume aus dieser Verteilung gewinnen. So fehlt bspw. eine Gruppe mit jungen und vor allem hinsichtlich der privaten Bedingungen zufriedenen Hausärzten. Es fällt auf, dass diese Kombination statistisch nicht zustande kam. Stattdessen haftet jün-

geren Hausärzten im ländlichen Raum eher das Merkmal an, hinsichtlich ihrer Standortpräferenzen genügsam zu sein (Clu2), mit anderen Worten wenig wählerisch. Folglich wäre diese Gruppe an Hausärzten einer Tätigkeit in städtischem Umfeld auch nicht abgeneigt gewesen. Vermutlich haben die dort seltener verfügbaren Kassenzulassungen viele Hausärzte dieser Gruppe in die beiden Modellräume geführt. Stattdessen ist vor allem das Alter hier Abgrenzungskriterium hinsichtlich der Standortzufriedenheit, denn der überwiegende Teil älterer Hausärzte (vor allem in Unterfranken) ist mit ihrem Standort zufrieden (Clu1). Es gibt nur wenige, meist weibliche Hausärzte, die entweder mit den Strukturbedingungen im privaten oder im beruflichen Bereich hadern (Clu3 und Clu4). Hinsichtlich der zukünftigen hausärztlichen Versorgungssicherheit ist eine solche Verteilung bedenklich, denn unter jüngeren Hausärzten konnten bislang nur Ärzte gewonnen werden, die trotz schlechter Raumausstattung kamen und speziell unter weiblichen Hausärzten herrscht öfters bei privat relevanten oder beruflich relevanten Strukturmerkmalen Verdruss. Dabei wird die Hausärzteschaft in den nächsten Jahren immer weiblicher werden (s. Abb. 21 in Kap. 3.3.5).

4.8. Erkenntnisse für die beiden Modellräume

Aus den Erkenntnissen der Strukturanalyse, den Charakteristika und den Standortfaktoren der momentanen Hausärzteschaft sowie den Trends der hausärztlichen Versorgung lässt sich für beide Modellräume ermitteln, inwiefern diese hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung für die Zukunft gewappnet sind.

Modellraum Eifel

Spezifikum des Modellraums Eifel ist der hohe Anteil weiblicher Hausärzte bei gleichzeitig eher niedriger Hausärztedichte. Damit liegt dieser Modellraum beim zu erwartenden Strukturwandel unter der Hausärzteschaft aufgrund der Trends in der hausärztlichen Versorgung (s. Kap. 3.3.5) bisher weiter vorn.

Dies hat mehrere Gründe. Zum einen ist der Modellraum deutlich dünner besiedelt als der Modellraum Unterfranken und darum hinsichtlich der Versorgungsangebote noch spärlicher ausgestattet, was den früher eingesetzten Hausärztemangel erklärt.

Zum anderen besteht im Modellraum Eifel ein sehr gut entwickeltes Netz an Ganztagsbetreuungseinrichtungen und hausärztlichen Gemeinschaftspraxen, was vor allem weibliche Hausärzte sehr gut anspricht und deren höheren Anteil an der Versorgungsleistung erklärt.

Die effizienteste Strategie zur Verbesserung der Versorgungsqualität liegt sicher im Ausbau des Breitbandangebots. Um auch weiterhin für weibliche Hausärzte attraktiv zu bleiben, gilt es das Kinderbetreuungsangebot trotz der gegenwärtig noch stabilen Situation zu erweitern und weitere im Zusammenhang mit der Kindesbetreuung stehende Angebote zu erhalten, wie etwa Hebammenversorgung, Kinderärzte und Entbindungsstationen.

Eine Erweiterung des kulturellen Angebotes wäre ebenfalls ein Ansatz, um vor allem die Standortzufriedenheit unter der ansässigen (und in zunehmendem Maße immer häufiger angestellten und damit flexiblen) Hausärzteschaft zu erhöhen.

Ein wichtiges Manko stellt in jedem Fall vor allem im westlichen Landkreis Bitburg-Prüm die geringe fachärztliche Versorgung dar. Das wirksamste und zugleich auch kostspieligste Mittel, um langfristig die Niederlassung von Haus- und Fachärzten in der Region zu erhöhen wäre der Aufbau einer humanmedizinischen Ausbildungseinrichtung, idealerweise eines vollwertigen

Universitätsklinikums, in räumlicher Umgebung (bspw. Trier). Dies würde dem Modellraum (wie auch weiteren Gebieten im Hunsrück und im nördlichen Saarland) den Standortvorteil einer nahen Ausbildungsstätte bringen (zum Effekt s. Abb. 19). Gleichzeitig wäre Trier mit Blick auf die übrigen Standorte die räumlich beste Option für einen zweiten Ausbildungsstandort zur möglichst homogenen Medizinerverteilung in Rheinland-Pfalz.

Modellraum Unterfranken

Wo der Modellraum Eifel bereits mitten im Strukturwandel unter der Hausärzteschaft steckt, steht dieser dem Modellraum Unterfranken noch weitgehend bevor. Die Hausärzteschaft ist überaltert, überwiegend männlich und wesentlich häufiger in Einzelpraxen tätig, als in anderen Landesteilen.

Die Gründe für diese Struktur liegen wiederum vor allem an der für ländliche Räume noch recht hohen Bevölkerungsdichte mit mehr größeren Orten und entsprechenden Versorgungsangeboten. Hilfreich dürfte auch das gemeinhin positive Image des Lebens- und Arbeitsstandortes Bayern sein. Diese Bedingungen werden jedoch nicht vor den Trends in der hausärztlichen Versorgung schützen, die insbesondere im in dieser Hinsicht vulnerablen Modellraum Unterfranken zu großen Verwerfungen in der hausärztlichen Versorgung führen werden.

Wichtigster Schwachpunkt ist dabei die fehlende Ausrichtung auf weibliche Hausärzte mit moderner Haushaltsführung, bei der beide Lebenspartner berufstätig sind. Für solche Hausärzte müssen vor allem mehr Kinderbetreuungseinrichtungen aufgebaut werden, die gerade auch Ganztagsbetreuung leisten können sollten, damit es weiblichen Hausärzten ermöglicht wird, Praxen in Vollzeit zu führen.

Auch das fragile Netz an Einzelpraxen bedarf einer kritischen Hinterfragung. Durch Praxiszusammenschlüsse könnten Synergien in der Administration, aber auch in der Flexibilisierung der hausärztlichen Arbeitszeiten erreicht werden.

Gelingt eine solche Umstellung, so ist für die Zukunft wieder mit vermehrtem Zustrom weiblicher Hausärzte zu rechnen, die in einigen Jahren die Mehrheit unter allen Ärzten bilden werden.

4.9. Erkenntnisübertragbarkeit auf ländliche Räume allgemein

Wie bereits in Kap. 4.5.1 (s. Tab. 51), Kap. 4.6 (s. Tab. 57) und Kap. 4.7 (s. Tab. 58) geschildert, ist der Einfluss des Modellraums auf das Standortverhalten zwar vorhanden und vereinzelt statistisch messbar, er hat jedoch keinen so großen Effekt, dass sich die Antworten der Hausärzte aus den jeweiligen Modellräumen stark voneinander unterscheiden würden. Dies lässt den Schluss zu, dass viele der für beide Modellräume ermittelten Erkenntnisse wahrscheinlich auch so oder zumindest ähnlich in anderen ländlichen Räumen mit vergleichbarer Struktur Geltung haben.

Übertragung und Bedeutung der Erkenntnisse für ländliche Räume allgemein

Grundsätzlich stellen sich die erhobenen Daten anhand der Eingangsuntersuchung (s. Kap.1.7) valide und reliabel dar. Dadurch lassen sich die Erkenntnisse auf ähnlich strukturierte Räume, d.h. viele ländliche Räume ausdehnen. Wobei dabei natürlich immer auch regionale Spezifika zu beachten sind. Sozioökonomisch oder demographisch besser aufgestellte ländliche Räume, etwa im Nordwesten oder Südosten Deutschlands, üben ganz andere Anziehungskräfte auf Hausärzte aus, genauso wie landschaftlich exponierte ländliche Räume an den Küsten im Nor-

den Deutschlands und im Hochgebirge des äußersten Süden Bayerns. Auch wenn ländliche Räume Norddeutschlands einer anderen Topographie und ländliche Räume Ostdeutschlands mit der DDR-Zeit einer anderen Entwicklungsgeschichte unterliegen, entfalten die Bedeutungen der hausärztlichen Anziehungsfaktoren auch für diese ländlichen Räume aufgrund eher vergleichbarer Strukturmerkmale hinsichtlich Demographie, Sozioökonomie und Landschaftsreiz Gültigkeit.

4.10. Erfolgsfaktoren hausärztlicher Standortwahl

Vergleich von Erfolgsfaktoren aus der Strukturanalyse und der Hausarzt-Befragung

In den Daten der befragten Hausärzte und den Daten der Strukturanalyse der Hausärztdichte in Deutschland sind Standortentscheidungen der letzten ca. 40 Jahre bis zum heutigen Tage enthalten. Somit sind die Standortentscheidungen zum überwiegenden Teil zwar nicht auf Basis heutiger Strukturmerkmale getroffen worden, allerdings sind raumstrukturelle Eigenschaften selbst eher träge mit nur langsamen Veränderungen im Laufe der Jahre, sodass trotz unvermeidbarer Verzerrungen auf Basis aktueller Strukturdaten diese dennoch als Entscheidungsgrundlage früherer Niederlassungen angenommen werden können, insbesondere bei der großen Zahl an miteinfließenden Landkreisen gewinnen die Erkenntnisse aus dieser Analyse an Gültigkeit. Sie können jedoch nur ein begrenztes Spektrum an möglichen Standortfaktoren abbilden, die auch nicht alle passgenau als Datensatz vorliegen.

Grundsätzlich ist aus Tab. 59 ersichtlich, dass deutschlandweit auf der statistischen Analyse vor allem Faktoren bedeutend sind, die stellvertretend für ein Stadt-Land-Gefälle in der Hausärztdichte stehen (z.B. viele Fachärzte, Krankenhausbetten, Einpendler und Beschäftigte in der Verwaltung, Zuwanderung, wenig Arbeitslose und Beschäftigte in der Landwirtschaft, hohe Bevölkerungsdichte). Diese sind bei den im ländlichen Raum befragten Hausärzten aufgrund der räumlichen Eingrenzung der Befragungsgruppe bereits herausgefiltert.

Jedoch gelten auch für die Verteilung der deutschlandweiten Hausärztdichte Faktoren, die im ländlichen Raum auch häufig vorhanden sein können. Bspw. deutet die Tourismusintensität als Faktor mit hohem Effekt auf eine attraktive Landschaft (ebenfalls hoher Effekt bei den befragten Hausärzten) hin. Eine hohe Grundschuldichte (mittlerer Effekt) spricht für ein zumindest kleinräumiges Netz an Bildungseinrichtungen und damit vermehrter Auswahlmöglichkeit an Bildungseinrichtungen (hoher Effekt bei den befragten Hausärzten). Zuletzt finden sich auch die Sport- und Freizeitmöglichkeiten indirekt bei der deutschlandweiten Hausarztverteilung (geringer Effekt) wie auch bei den befragten Hausärzten im ländlichen Raum (mittlerer Effekt) wider. Der etwas größere Stellenwert von Bildungseinrichtungen und Sportangeboten für Hausärzte des ländlichen Raums gegenüber der Gesamtgruppe an Hausärzten gibt damit nochmals einen Hinweis darauf, dass vor allem Hausärzte mit Kindern den ländlichen Raum als Standort bevorzugen.

Umgekehrt haben Facharzt-Ansammlungen und Krankenhäuser auf die Gesamtgruppe an Hausärzten in Deutschland eine bedeutend größere Anziehungskraft (höchster Effekt) als für die befragten Hausärzte im ländlichen Raum (lediglich mittlerer Effekt). Dies zeigt, dass Hausärzte im ländlichen Raum unabhängiger von Kollegen anderer Fachrichtungen arbeiten können bzw. wollen. Der ländliche Raum scheint hier mehr Eigenständigkeit und damit auch mehr medizinische Verantwortung zu bieten bzw. umgekehrt auch mehr fachmedizinische Kompetenz zu fordern. Für Landkreise und Gemeinden des ländlichen Raumes bedeutet dies jedoch umgekehrt, dass sie beim Netz an Fachärzten und Kliniken mit größeren Städten nicht konkurrieren

können und es auch nicht brauchen. Es reicht lediglich eine zufriedenstellende Basisversorgung im ambulant-fachärztlichen und stationären Bereich. Diese sollte jedoch schon gegeben sein.

Tab. 59 Erfolgsfaktoren zur Anziehung von Hausärzten für Deutschland und ländliche Räume im Vergleich

Effektstärke	Erfolgsfaktoren auf Kreisebene allgemein nach Kap. 4.1.5	Erfolgsfaktoren ländlicher Räume am Beispiel der Modellräume Eifel und Unterfranken nach Kap. 4.3.3
<p>Großer Effekt</p> <p>($r > 0,25$ und Signifikanzniveau 0,01 bzw. Score $> 2,5$)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Facharztdichte • Hohe Krankenhausbettendichte • Hohe Einpendlerate • Hoher Beschäftigtenanteil in Verwaltung, Erziehung, Gesundheit • Hohe Tourismusintensität • Zuwanderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ökonomische Tragfähigkeit • Kassenärztliche Zulassung • Bildungseinrichtungen • Patientenanzahl • Landschaftliche Attraktivität
<p>Mittlerer Effekt</p> <p>($r > 0,14$ und Signifikanzniveau 0,01 bzw. Score $> 2,0$)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Anteil psychischer Verhaltensstörungen • Wenig Beschäftigte in der Produktion • Geringe Arbeitslosenquote • Geringe Langzeitarbeitslosenquote • Niedriger Beschäftigtenanteil in der Landwirtschaft • Hohe Grundschuldichte • Positive Bevölkerungsentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Versorgung • Räumliche Nähe zu einer Klinik • Verwandte & Freunde • Einkaufsmöglichkeiten • Facharztansammlung vor Ort • Kulturelles Angebot • Sportstätten • Zentren-Erreichbarkeit • Hausärztliche Konkurrenz
<p>Kleiner Effekt</p> <p>($r > 0,10$ und Signifikanzniveau 0,05 bzw. Score $< 2,0$)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Bevölkerungsdichte • Hoher Beschäftigtenanteil in Fin., Versicherungen, Immobilien, Unternehmens-DL • Geringer Anteil an Erkrankungen des Muskelskelettsystems • Geringer Anteil an Kreislauferkrankungen • Hohe Dichte an Sport- und Freizeitflächen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastronomisches Angebot • Wohlhabende Patienten

Entwurf: Eigene Darstellung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Quelle: Eigene Erhebung, Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern 2019

Sehr divers stellt sich hingegen der Stellenwert wohlhabender Bevölkerung (= Patienten) bei der Standortwahl von Hausärzten dar. Die Gesamtgruppe an Hausärzten ist durchaus auch wohlstandsgelenkt verteilt, erkennbar am Stellenwert der verschiedenen Beschäftigtengruppen (möglichst viele in eher einkommensstarken Branchen wie Verwaltung, Gesundheit, Finanzen, Versicherungen, Immobilien und Unternehmens-Dienstleistungen sowie möglichst wenige in eher weniger gut bezahlten Branchen wie Produktion und Landwirtschaft) und der möglichst geringen Arbeitslosenquote. Für die Hausärzte des ländlichen Raumes hingegen sind wohlhabende Patienten bei der Standortwahl am wenigsten bedeutend gewesen. Auch wenn hier zu berücksichtigen ist, dass es sich um sozial erwünschte Antworten handeln könnte, ist doch zu beachten, dass es sich bei den untersuchten Modellräumen keinesfalls sozioökonomisch stark

aufgestellte Räume handelt (s. bspw. Abb. 70) und folglich das Antwortverhalten zur sozioökonomischen Struktur kongruent ist.

Insgesamt zeigt sich dadurch bei einzelnen Gemeinsamkeiten doch recht deutlich, dass ländliche Hausärzte besonderen Standortfaktoren anhängen. Für die Gesamtgruppe an Hausärzten gelten dagegen mehr Faktoren, die sie in Richtung des Städte und wohlhabenden Regionen ziehen.

4.11. Rückkopplung zu den Fragestellungen dieser Arbeit

Aus den Erkenntnissen der empirischen Analyse heraus bietet sich nun die Möglichkeit einer kritischen Auseinandersetzung der in Kap. 1.3 aufgeworfenen Forschungsfragen. Diese werden im Folgenden blockweise beantwortet.

Rahmenbedingungen der Standortwahl

- Forschungsfrage 1: Wie ist die ambulante hausärztliche Versorgung in Deutschland organisiert? Welche Steuerungsinstrumente bestehen, um eine ausreichende ambulante medizinische Versorgung in der Fläche zu gewährleisten und wie sind diese zu bewerten?

Das wichtigste Steuerungselement der hausärztlichen Versorgung in Deutschland ist bislang die Bedarfsplanung, welche sich durch eine zunehmende Asymmetrie bei Angebot und Nachfrage an Arztpraxen zunehmend Wirkung verliert (s. Kap. 3.2.6). Aus dem Überangebot an freierwerdenden Arztsitzen folgt eine bisher noch nicht dagewesene Wahlfreiheit hinsichtlich des Standortes von Nachwuchsmedizinerinnen. Diese Entwicklung benachteiligt strukturell vor allem ländliche Räume, die aufgrund schlechterer Ausstattung an Versorgungsangeboten gegenüber den Städten Standortnachteile aufweisen.

- Forschungsfrage 2: Wie stellt sich die ambulante hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen dar?

Aktuell ist die hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen rein statistisch gesehen nur punktuell gefährdet (s. Kap. 3.3.3). Zu beachten ist dabei jedoch, dass die meisten die Hausärzte dem Ruhestandalter sehr nahe sind oder dieses bereits erreicht haben und ihre Tätigkeit mangels Nachfolger aus Pflichtgefühl gegenüber den eigenen Patienten weiter betreiben. Dies lässt die Statistiken in vielen Regionen positiver erscheinen, als die Lage tatsächlich ist. Zum anderen handelt es sich bei den gemeinhin zur Versorgungslage verwendeten Verhältniszahlen (ein Hausarzt für je 1.671 Einwohner bedeutet ausreichende Versorgung) um Fortschreibungen aus den 1990er Jahren, die von einem einfacheren medizinischen Standard und vor allem einer demographisch wesentlich jüngeren Bevölkerung (mit weniger Krankheitsanfälligkeiten) ausgingen. Zuletzt muss auch zwischen statistischer und tatsächlich empfundener Versorgung unterschieden werden. Vielfach sind Versorgungsdefizite innerhalb der Bedarfsplanungsregionen nicht erfasst. Auch die Arbeitsqualität der vor Ort ansässigen Hausärzte fließt nicht in die Bewertung der Versorgungslage mit ein.

- Forschungsfrage 3: Welchen Trends unterliegt die ambulante hausärztliche Versorgung in Deutschland? Welche Entwicklungen zeichneten sich in den vergangenen Jahren ab bzw. sind zukünftig zu erwarten und worin sind diese begründet?

Trotz dieser Mängel ergibt sich aus den Daten zur hausärztlichen Versorgung, dass Hausärzte vor allem männlich sind und in Einzelpraxen tätig sind. Sie haben vor allem in ländlichen Räumen häufig durch hohes Patientenaufkommen, aufgrund des hohen GKV-Versichertenanteils und unattraktiverer Verrechnungsschlüssel jedoch geringere Einnahmen als die meisten Fachärzte (s. Kap. 3.3.2). Dies macht die hausärztliche Fachrichtung grundsätzlich vulnerabel gegenüber äußeren Veränderungen.

Solche Veränderungen zeigen sich in den Trends der hausärztlichen Versorgung (s. Kap. 3.3.5), die vor allem durch eine nicht ausreichende Menge an Nachrückern gekennzeichnet sind. Dies liegt an zu wenigen Medizinstudienplätzen im Verhältnis zum gewachsenen Bedarf der letzten 25 Jahre. Zudem sind die meisten Medizinstudierenden heute weiblich, gegenüber einer vornehmlich männlichen Hausärzteschaft. Dabei haben Frauen, insbesondere aufgrund der ihnen immer noch oftmals auferlegten Verantwortung für die Kindeserziehung, andere Standortanforderungen und andere bevorzugte Arbeitsweisen. Diese neuen Präferenzen in der Arbeitsweise gelten jedoch auch für den männlichen Medizinernachwuchs. Sie zeigen sich vor allem in den Wünschen nach flexiblen Arbeitsmodellen ohne langjährige Verpflichtungen und unternehmerisches Risiko (wie etwa bei der freiberuflichen Tätigkeit in der eigenen Praxis), dem Wunsch nach Teamarbeit mit anderen Ärzten, dem Wunsch nach Spezialisierung in Fachbereichen außerhalb der hausärztlichen Versorgung und in Summe aus diesen Wünschen dem Bedürfnis nach einer Tätigkeit im stationären Bereich, da Krankenhäuser als Arbeitsort den meisten Präferenzen am ehesten entsprechen.

Die weiteren Akteure im System der vertragsärztlichen Versorgung reagieren auf diese neuen Bedingungen durch Schaffung neuer Arbeits- und Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgung, vor allem im hausärztlichen Bereich. Eine Option bietet dabei die Zentrierung der bislang kleinteilig organisierten Hausarztpraxenstruktur in medizinischen Versorgungszentren, kommunal geführten Praxen, Praxisgemeinschaften oder ähnlichem. Dies birgt das Risiko der ausgedünnten Flächenversorgung, wo Hausarztsitze in mehr wohnortnah, in der Regel fußläufig erreichbar wären. Dies hätte aufwendigere Patientenfahrten zur Folge, die bei mobilitätseingeschränkten Patienten aufwendig organisiert werden müssen. Das Konzept der Telemedizin basiert auf der räumlichen Trennung von Arzt und Patient mit dem Vorteil, dass dann der Arbeitsort des (Haus-)Arztes für die Flächenversorgung irrelevant wäre. Die Möglichkeiten der Patientenuntersuchung und -behandlung sind jedoch durch die Endgeräte limitiert, bspw. haptische Eindrücke stehen zur Diagnosefindung dann nicht zur Verfügung. Auch technisch ist vor allem bei älteren Menschen mit geringer Compliance bzw. Überforderung zu rechnen, außerdem müsste auch die technische Infrastruktur (also schnelles Internet) gegeben sein, an dem es gerade in ländlichen Räumen häufig mangelt. Schließlich besteht noch die Möglichkeit der Delegation medizinischer Dienstleistungen an nichtärztliches Personal. Diese Form der Versorgung bietet aber nur maximal Entlastung, jedoch keinen vollständigen Ersatz an Hausärztebedarf. Zudem steht der Berufsstand des Arztes generell skeptisch solchen als Kompetenzbeschnitt empfundenen Eingriffen gegenüber. Sicherlich ist der Verlust an medizinischer Versorgungsqualität durch weniger intensiv ausgebildetes Personal nicht von der Hand zu weisen.

- Forschungsfrage 4: Mit welchen Konsequenzen ist aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung in ländlichen Räumen zu rechnen?

Die Akteure in der vertragsärztlichen Versorgung sind aufgrund der dramatischen Lage längst dazu übergegangen, durch finanzielle Anreize, Werbekampagnen und mitunter sehr innovativen Konzepten (s. Kap. 3.5) den zu erwartenden Hausarztmangel auf dem Land doch noch abzuwenden. Aufgrund des jedoch fortbestehenden Missverhältnisses scheinen solche Maßnahmen wenig erfolgversprechend. Viel eher wäre eine Verbesserung der Standortbedingungen im länd-

lichen Raum zur Beibehaltung einer annähernd homogenen Flächenverteilung unter den Hausärzten wünschenswert.

Ursachen und Ausprägungen der Standortwahl

- Forschungsfrage 5: Wie wirken sich die bestehenden Steuerungsinstrumente auf die Standortwahl von Hausärzten aus?

Anhand der befragten Hausärzte in den Modellräumen lässt sich gut erkennen, welchen Stellenwert das Instrument der Bedarfsplanung bei früheren Standortentscheidungen hatte. Demnach wurden 31,4% aller Hausärzte zumindest teilweise bis hin zu sehr stark in ihrer Standortwahl eingeschränkt (s. Abb. 95), die Bedarfsplanung hat anders ausgedrückt bei knapp einem Drittel der Hausärzteschaft Lenkungswirkung erzielt und ansonsten aufgetretene räumliche Versorgungsdisparitäten ausgeglichen. Zudem war die verfügbare kassenärztliche Zulassung für 68,0% eher oder sehr wichtig bei ihrer Standortwahl für die beiden Modellräume (s. Abb. 111). Hier sind neben den 31,4% von der Bedarfsplanung beeinflussten Hausärzten auch jene enthalten, die in den Modellräumen aufgewachsen sind und jene, die von vornherein keine regionale Präferenz für ihren Praxisstandort hatten. Insgesamt bedeutet dies, dass ansonsten strukturell benachteiligte Räume die kassenärztliche Zulassung bislang als wichtigen Standortfaktor für sich verbuchen konnten. Das strukturelle Problem der Bedarfsplanung liegt darin, dass sie bei bundesweitem Übergewicht von angebotenen Kassenzulassungen im Verhältnis zur Nachfrage keine Lenkungswirkung mehr entfalten kann. Genau dieser Fall tritt jedoch aktuell bei einer überalterten Hausärzteschaft bei zu wenigen Nachrückern ein. Folglich ist für die Zukunft stark zu bezweifeln, dass die Bedarfsplanung in ihrer jetzigen Form ihren aktuellen Stellenwert wird behaupten können.

Neben der Bedarfsplanung mit ihrer restriktiven Ausrichtung wird darum dem Instrument der finanziellen Anreize für die Zukunft größere Hoffnung geschenkt. Bislang jedoch entfaltete dieses Instrument wenig Sogkraft auf Hausärzte in Richtung ländlicher Räume, lediglich 22% aller befragten Hausärzte haben überhaupt Finanzhilfen erhalten. Diese allerdings wurden zum Großteil nicht von Akteuren erbracht, die sich davon Lenkungswirkung erhoffen (KVen und regionale Verwaltungen), sondern vor allem von Banken mit der vordergründigen Absicht, Zinsgewinne zu erzielen. Wichtigster Grund für die bislang zurückhaltende Nutzung solcher Angebote dürfte die erst vor einigen Jahren offensichtlich gewordene Notwendigkeit zur Anreizschaffung für Hausärzte zur Niederlassung in ländlichen Räumen sein. Folglich sind viele neue Einzelmaßnahmen, die zu den finanziellen Anreizen gezählt werden können, noch nicht lange genug etabliert, um Aussagen über deren Wirksamkeit treffen zu können. Dies betrifft bspw. die Förderung der hausärztlichen Weiterbildung nach § 75a SGB V (s. Kap. 3.5.3), vor allem jedoch den im Zuge der jüngsten Reform der Bedarfsplanung eingerichteten Strukturfonds nach § 105 SGB V, der KVen die Schaffung raumbezogener finanzieller Anreize erlaubt (s. Kap. 3.2.5, Kap. 3.5.6 und Kap. 3.5.7). Gleichzeitig sind finanzielle Risiken bzw. bislang fehlende Förderungen ein wichtiger Faktor gegen die Niederlassung gewesen (s. Abb. 17). Allerdings bestehen in der hausärztlichen Versorgung bereits ohne Fördermittel bessere finanzielle Aussichten durch eine Niederlassung (bspw. verdoppelt sich ungefähr das Jahreseinkommen eines Facharztes durch einen Einzelpraxisbetrieb anstelle einer Tätigkeit im stationären Bereich⁴⁶⁰). Gerade in ländlichen Räumen bestehen aufgrund hoher Nachfrage ökonomisch exzellente Bedingungen für Hausärzte. Daher steht zu befürchten, dass auch weitere finanzielle Anreize keine Lenkungswirkung auf Hausärzte ausüben, solange nicht auch finanzielle Zwänge in überversorgten Standorten entstehen. Dazu wären jedoch tiefgreifende Änderungen am ambulanten medizinischen Versorgungssystem in Deutschland nötig, was aktuell unrealistisch erscheint.

⁴⁶⁰ vgl. Schäfer & Barth 2016, S. 15

Weitere Steuerungsinstrumente, wie etwa der Versuch eines Imagewandels von Berufsbild und Arbeitsumfeld der Hausarztes im ländlichen Raum (s. Kap. 3.5.4), die Förderung der allgemeinmedizinischen Ausbildung (s. Kap. 3.5.2) oder der Aufbau ländlicher Ausbildungs- und Kooperationsnetzwerke (s. Kap. 3.5.5, Kap. 3.5.6 und Kap. 3.5.7) sollen die Standortwahl auf indirekte Weise über eine Steigerung der Zahl grundsätzlich niederlassungsbereiter Hausärzte im ländlichen Raum, erhöhen. Auch diese Instrumente haben bislang keine langjährige Tradition, als dass sie als Faktor der bestehenden Hausärzteschaft nennenswerten Einfluss gehabt haben könnten. Jedoch konnte die bisherige geringe Bedeutung der Lebensphase des medizinischen Abschnitts beim Kennenlernen der Arbeitsregion durch die Befragung belegt werden (s. Abb. 94).

Sehr erfolgsversprechend, weil gezielt auf die Trends in der vertragsärztlichen Versorgung eingehend, ist der Aufbau neuer Formen von hausärztlichen Versorgungseinrichtungen, bspw. kommunale Betriebe (s. Kap. 3.5.1) und MVZ (s. Kap. 3.3.5). Allerdings sind diese mit erheblichen Investitionskosten und/ oder einer Ausdünnung der regionalen Flächenversorgung durch kleinräumige Konzentration verbunden.

Insgesamt ergibt sich damit das Bild, dass bisherige Instrumente der Standortlenkung nicht mehr funktionieren. Weitere Instrumente vertrauen auf wenig sinnvolle Anreize oder sind noch nicht lange genug in Funktion, um eine Einschätzung zu deren Wirksamkeit abgeben zu können. Eine echte Reaktion auf die Trends in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Schaffung neuer hausärztlicher Angebotsstrukturen ist dagegen mit einem tiefgreifenden Wandel des bisherigen Praxisnetzwerks verbunden.

- Forschungsfrage 6: Welche ländlichen Räume weisen beobachtbare Strukturen und Prozesse ärztlicher Standortwahl auf, die eine nähere Betrachtung als Modellraum rechtfertigen?

Wesentliche Kriterien zur Ermittlung von Modellräumen für eine empirische Untersuchung hausärztlicher Standortfaktoren waren wie in Kap. 1.5 benannt die Raumstruktur und die hausärztliche Versorgungsstruktur. Bei den beiden ermittelten Modellräumen Eifel und Unterfranken handelt es sich demnach um ländlich strukturierte, aus jeweils drei Landkreisen zusammengesetzte Räume, die in westdeutscher Mittelgebirgslage in der Zuständigkeit unterschiedlicher KVen stehen. Der Modellraum Eifel (Landkreise Bitburg-Prüm, Vulkaneifel und Cochem-Zell) hat eine besonders niedrige Hausärztdichte, einen hohen Anteil weiblicher Hausärzte und weniger alte Hausärzte als viele andere Räume, der Modellraum Unterfranken (Landkreise Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld und Haßberge) hingegen hat noch eine gute hausärztliche Versorgungsdichte, jedoch mit geringem Anteil weiblicher Hausärzte und hohem Anteil älterer Hausärzte.

Diese Modellräume eignen sich sehr gut, da sie als ländliche Räume strukturelle Defizite gegenüber Städten haben. Im Hinblick auf einen Hausärztemangel steht darum zu befürchten, dass diese Räume als erste vom Hausarztschwund betroffen sein werden. Gleichzeitig lässt sich am Standortverhalten der dort ansässigen Hausärzte ermitteln, welche Faktoren bislang eine wesentliche Rolle bei der Standortwahl gespielt haben und inwiefern dies noch zu den Trends in der vertragsärztlichen Versorgung passt. Außerdem lassen sich so auch Erfolgsfaktoren ländlicher Räume zur Gewinnung von Hausärzten feststellen, deren Relevanz wiederum der nachfolgenden Medizinergeneration gegenübergestellt werden kann, um die zukünftige hausärztliche Versorgungsperspektive für diese stellvertretenden ländlichen Räume aufzustellen.

- Forschungsfrage 7: Welche Faktoren beeinflussen die unternehmerische Standortwahl von Hausärzten (ex-post)?

Für die hausärztliche Standortwahl infragekommende Faktoren wurden in Kap. 2.4, gestützt auf Expertengespräche, ermittelt. In Kap. 4.3.1 wurden die wesentlichen Faktoren aus einer Befragung an 107 Hausärzten in den ländlichen Modellräumen Eifel und Unterfranken ermittelt, die die unternehmerische Standortwahl beeinflussen.

Die wichtigsten ökonomischen Faktoren sind die ökonomische Tragfähigkeit, die verfügbare Kassenzulassung und die Patientenanzahl (s. Tab. 49). Diese drei Faktoren haben gleichzeitig sehr stabile Gültigkeit bei allen befragten Hausärzten. Lediglich von weit her gezogenen Hausärzten waren viele Patienten noch etwas wichtiger als den angestammten Hausärzten und die Kassenzulassung war für solche Hausärzte bedeutender, die aufgrund dieser in ihrer Standortwahl eingeschränkt wurden oder die in größeren Praxen tätig waren (s. Tab. 56).

Faktoren mit mittlerem Einfluss waren vor allem Klinik- und Facharznei sowie Konkurrenzvermeidung zu anderen Hausärzten. Konkurrenzvermeidung war vor allem solchen Hausärzten wichtig, die bereits viele Kinder bei ihrer Arbeitsaufnahme hatten. Von geringem Einfluss war dagegen der Anteil wohlhabender Patienten, und zwar für alle Hausärzte, unabhängig von deren Merkmalen.

Diese Einteilung der Faktoren scheint in sich logisch und deckt sich durchaus mit den im Rahmen einer Strukturanalyse (s. Kap. 4.1) gemachten Befunden, nach denen ländliche Räume für Hausärzte in ökonomischer Hinsicht exzellente Bedingungen aufgrund der großen Zahl an Patienten und frei verfügbaren Kassenzulassungen aufgrund von bereits bestehendem oder zu erwartendem Hausarztmangel aufweisen, jedoch keine große Zahl an wohlhabenden Patienten beherbergen. Hinsichtlich Fachärzten und Kliniken besteht in der Regel durchschnittliche bis unterdurchschnittliche Ausstattung, also am ehesten noch Widerspruch zwischen vorhandenen Strukturen und bedeutsamen Standortfaktoren der befragten Hausärzte. Allerdings ist hier auch vor allem bei den Fachärzten zu sehen, dass diese häufig innerhalb eines Landkreises (= Zulassungsbezirk in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung) häufig auf die größte kreisangehörige Stadt konzentriert sind und viele Hausärzte bei der Beantwortung zu diesem Faktor eben ihre Nähe zur größten Kreisstadt meinten.

- Forschungsfrage 8: Welche Faktoren beeinflussen die private Standortwahl von Hausärzten (ex-post)? Wie wirken diese Faktoren? Unterliegen die Wirkungen der Faktoren einem zeitlichen Wandel?

Die Ermittlung der relevanten privaten Standortfaktoren für Hausärzte im ländlichen Raum wurde nach dem gleichen Schema vorgenommen, wie es bei Forschungsfrage 7 erläutert ist (s.o.).

Die beiden wichtigsten Faktoren der Standortwahl waren für diese Hausärzte Bildungseinrichtungen und landschaftliche Attraktivität, wobei die Bedeutung der Bildungseinrichtungen in hohem Maße von der Kinderzahl und dem Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme abhängig ist. Demnach hat dieser Faktor bei jüngst hinzugezogenen Hausärzten nicht mehr die einstige Bedeutung, was vor allem an deren geringerer Kinderzahl liegt. Die landschaftliche Attraktivität hingegen ist von keinem Merkmal der Hausärzte nennenswert beeinflusst, also sehr stabil und heute von gleicher Gültigkeit wie früher.

Von mittlerer Bedeutung waren für Hausärzte Faktoren wie medizinische Einrichtungen, Verwandte & Freunde, Einkaufsmöglichkeiten, kulturelles Angebot, Sportstätten und Zentren-Erreichbarkeit. Die Bedeutungen von Sportstätten und medizinischen Einrichtungen sind dabei

merkmalunabhängig. Die Bedeutung von Verwandten und Freunden steigt logischerweise mit der Regionskenntnis. Wenn Einkaufsmöglichkeiten größere Bedeutung für Hausärzte hatten, lag dies zumeist an deren größerer Kinderzahl, die aufwendigere Besorgungstätigkeiten mit sich bringt. Zudem waren solche Hausärzte eher geneigt, ihren Wohnstandort näher an der (meist zentral im Ort gelegenen) Praxis zu nehmen. Zentren-Erreichbarkeit ist dagegen ein Faktor, der eher bei männlichen Hausärzten aus der Region mit nahem Studienort Bedeutung hatte, was am ehesten mit einer erfahrungsbasierten anderen Wahrnehmung von Zentren und deren Entfernung zu tun hat. Kaum Bedeutung hatte dagegen das gastronomische Angebot bei der Standortwahl.

Insgesamt ist hier also nur ein privater Standortfaktor in signifikanter Weise von einem Bedeutungswandel im Laufe der letzten Jahrzehnte betroffen gewesen, nämlich zu gleich auch der wichtigste Faktor, die Bildungseinrichtungen. Hintergrund ist nicht etwa die nachlassende Qualität der vor Ort vorhandenen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen zurückzuführen (s. hierzu Abb. 56 und Abb. 134). Viel eher ist es die nachlassende Kinderzahl von Hausärzten in den letzten Jahrzehnten, die diesen Faktor immer häufiger irrelevant werden lassen. Der demographische Wandel wirkt hier also in der Weise, dass immer mehr Hausärzte aufgrund ihrer geringen Kinderzahl keine Notwendigkeit mehr sehen, aufs Land zu ziehen. Diese Entwicklung beraubt den ländlichen Raum also seines wichtigsten privaten Standortfaktors.

- Forschungsfrage 9: Wo besteht im Vergleich der Faktoren der unternehmerischen Standortwahl mit der privaten Standortwahl Kongruenz bzw. Widerspruch? Welche Faktoren sind besonders bedeutsam?

Für keinen der privaten und unternehmerischen Standortfaktoren lässt sich im Zeitverlauf ein Bedeutungszuwachs feststellen. Auch wenn mit den Bildungseinrichtungen lediglich ein Faktor im Zeitverlauf signifikant an Bedeutung verliert, handelt es sich bei diesem doch gerade um den bedeutendsten privaten Faktor. Dies zeigt somit selbst bei ansässigen Hausärzten den wachsenden Standortnachteil des ländlichen Raumes an. Die unternehmerischen Faktoren sind im Mittel etwas bedeutender als die privaten Faktoren. Vor allem die verlässliche betriebswirtschaftlich gute Basis in ländlichen Räumen ist einer der wichtigsten Pull-Faktoren. Dazu zählen die ökonomische Tragfähigkeit, die Patientenanzahl und die zumeist ohne größere Schwierigkeiten erhaltbare Kassenzulassung. Bei den privaten Faktoren sind vor allem Bildungseinrichtungen und landschaftliche Attraktivität von Bedeutung. Die Bedeutungen der Faktoren sind dabei kongruent zu deren Bewertungen (s. Kap. 4.4.3), d.h. die Hausärzte treffen ihre Entscheidungen weitgehend nachvollziehbar. Lediglich bei der Bedeutung und Bewertung der Patienten sowie der Zentren-Erreichbarkeit und vor allem dem kulturellen Angebot bestehen größere Differenzen. Bei diesen drei Faktoren ist also gewissermaßen mit einer Arrangierung der räumlich unzureichenden Bedingungen auszugehen.

Insgesamt kristallisieren sich damit zwei grundsätzliche Typen an Hausärzten heraus (s. Kap. 4.7). Nämlich solche, die älter sind und deren Standortentscheidung weitgehend ihrem Wunschaum entsprach, erkennbar an der hohen Zufriedenheit mit den gegebenen Standortfaktoren (s. Abb. 138) und solche, die jünger sind und deren Standortwahl anhand nur weniger bedeutender Faktoren verlaufen ist und die sich mit den strukturell weniger gut ausgestatteten Räumen entsprechend leichter arrangieren konnten. Von solchen Nachwuchsmedizinern genügend zur hausärztlichen Vollversorgung zu finden, dürfte jedoch schwer werden. Es müsste stattdessen wieder häufiger gelingen, Hausärzte aus Überzeugung in ländliche Räume zu leiten. Geeignetes Vehikel wäre bspw. der Erfolgsfaktor früherer Zeit und heute auch noch bedeutende Faktor der Kindererziehung und -betreuung. Wenn es gelingen würde, wieder mehr Hausärzte zur Familiengründung zu motivieren, wären davon wiederum mehr bereit, den ländlichen Raum als Arbeits- und Lebensregion zu wählen.

- Forschungsfrage 10: Bestehen zwischen den Modellräumen Unterschiede bzw. räumliche Disparitäten bei der unternehmerischen Standortwahl und der privaten Standortwahl von Hausärzten? Worin sind diese Unterschiede begründet?

Grundsätzlich lassen sich keine signifikanten Abweichungen in der Bedeutung privater und unternehmerischer Standortfaktoren zwischen den Modellräumen erkennen (s. Tab. 51). Dies ist ein wichtiges Ergebnis der Befragung, deutet es doch auf eine hohe Robustheit der Ergebnisse hin und stützt die Hypothese, dass deren Parameter auch über die Untersuchungsgebiete hinaus Gültigkeit haben.

Lediglich in der Bewertung einzelner Faktoren gibt es wenige Unterschiede. So die Verfügbarkeit der Kassenzulassung im Modellraum Eifel besser bewertet, die Zentren-Erreichbarkeit und das kulturelle Angebot schnitten hingegen im Modellraum Unterfranken besser ab. Diese Abweichungen lassen sich jedoch anhand der Strukturmerkmale der Modellräume erklären. So liegt die Hausarztichte im Modellraum Eifel auf niedrigerem Niveau, was dem leichteren Erhalt einer kassenärztlichen Zulassung dort förderlich ist. In Unterfranken hingegen liegt die Bevölkerungsdichte höher und die enthaltenen Landkreise liegen insgesamt näher an Schweinfurt, welches in der Wahrnehmung vieler Hausärzte ein Zentrum von vollkommen ausreichender Qualität darstellt. In Unterfranken werden generell auch mehr kulturelle Veranstaltungen durchgeführt (s. Kap. 4.1.1).

Umgekehrt wären eventuell anhand festgestellter Strukturmerkmale Disparitäten im Bereich der Bewertung von Bildungseinrichtungen möglich gewesen, da hier die unterfränkischen und allgemein bayerischen Landkreise im Vergleich zu anderen Räumen in der Bundesrepublik und gerade auch zu den Landkreisen des Modellraums Eifel deutlich unterbesetzt sind (s. Abb. 56). Allerdings steht das bayerische Schulsystem in gutem Ruf und dementsprechend mag dies die Bewertung der unterfränkischen Hausärzte beeinflusst haben. Vor allem auch, da viele Hausärzte dort gehobenen Alters sind und dementsprechend zu erwarten steht, dass die Kinderbetreuung überwiegend innerhalb der Familie organisiert wurde, üblicherweise vom nicht berufstätigen Lebenspartner, in aller Regel der Ehefrau.

Zusammenfassend sind die Unterschiede in den Befragungsergebnisse zwischen den Hausärzteschaften der Modellräume auf die dortigen Raumstrukturmerkmale zurückzuführen. Die Hausärzteschaften in ihren Interessen und damit letztlich in der Standortwahl weichen nicht voneinander ab, was die Gültigkeit für andere Räume untermauert.

Wirkungen der Standortwahl

- Forschungsfrage 11: Wie ist aufgrund der ärztlichen Standortwahl die zukünftige Entwicklung der ambulanten hausärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen zu bewerten? Welche Chancen und Risiken bestehen hierbei?

Grundsätzlich lässt die nachlassende Bedeutung ländlicher Räume als kinderfreundliche Standorte für die hausärztliche Versorgung in Zukunft zunehmende Defizite erwarten, waren doch gerade die vielen Kinder der Hausärzte wichtige Motivation für den Praxisstandort im ländlichen Raum. Allerdings haben jüngere Menschen immer seltener Kinder. Folglich sinkt dieser Pull-Faktor in seiner Bedeutung ab. Andere Faktoren hingegen haben jedoch bei jüngeren Hausärzten bzw. im Laufe der Jahrzehnte nicht an Bedeutung gewonnen, d.h. die wegbrechende Hausärzteschaft mit Kindern kann nicht über die weiteren Faktoren adäquat mit anderen Hausärzten kompensiert werden.

Allerdings liegt in diesem Risiko für die zukünftige Versorgung auch eine Chance, denn immer mehr Nachwuchsmediziner wünschen sich eine Besserung der Situation in der Kindesbetreuung (s. Abb. 16 und Abb. 17). Diese kann mit modernen Arbeitsbedingungen, die größtmögliche Flexibilität über Anstellungen, Teamarbeit und größeren Standorten zulassen, erreicht werden. Ebenso können die Angebote zur Kindesbetreuung erweitert werden. Schlussendlich muss auch wieder das Bewusstsein dafür gestärkt werden, dass ländliche Räume ideale Bedingungen für das Familienleben bieten, auch wenn beide Elternteile berufstätig sind.

Sollten im ländlichen Raum zukünftig nicht mehr Arbeits- und Kinderbetreuungsstrukturen für moderne Familienstrukturen mit zwei berufstätigen Elternteilen entstehen, droht jedoch ein überproportionaler Verlust an Hausärzten zu städtischen Räumen und dies in einer noch viele Jahre andauernden Phase des Hausarztmangels.

Gerade in ökonomischer Hinsicht sind ländliche Räume zwar für Hausärzte attraktive Arbeitsorte, allerdings fehlt hier in zunehmendem Maße die Anzugskraft dieses Faktors bei Nachwuchsmediziner. Stattdessen könnte gerade der Faktor „viele Patienten“ vermehrt nachrückende Hausärzte aufgrund der zu erwartenden Arbeitslast von einer Ansiedlung abhalten. In privater Hinsicht finden sich im Vergleich zu Städten nicht so viele Versorgungsangebote, z.B. bei Einkaufsmöglichkeiten, medizinischen Einrichtungen, Sportstätten, kulturellem Angebot oder Gastronomie. Allerdings reichte dies bisher dennoch aus. Im Zuge des Wertewandels in der Gesellschaft, der auch vor Hausärzten nicht Halt macht, gilt es jedoch diese Faktorausstattungen zu stärken, um konkurrenzfähig zu bleiben.

- Forschungsfrage 12: Welche Faktoren der Standortwahl von Hausärzten sind beeinflussbar? Welche Instrumente stehen dazu zur Verfügung und welcher Aufwand zur Standortverbesserung ist zu erwarten?

Viele Ausprägungen hausärztlicher Standortfaktoren in ländlichen Räumen sind nicht oder nur marginal beeinflussbar, wie etwa die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung, das Patientenaufkommen, die landschaftliche Attraktivität, persönliche regionale Bindungen oder die Zentren-Erreichbarkeit.

Allerdings ist es vor allem die infrastrukturelle Ausstattung, die eine zumeist mittlere Bedeutung bei der Standortwahl einnimmt, als zumeist sog. „Sekundärfaktoren“ mit inferiorer Wirkkraft repräsentiert. Solche Faktoren kommen vor allem bei der Gleichausstattung mehrerer Räume mit den „Primärfaktoren“ bei der Standortwahl entscheidend zum Zuge, sind also in diesen Fällen auch wichtig. Solche Sekundärfaktoren wären Klinik- und Facharztvorkommen, sonstige medizinische Einrichtungen, Einkaufsmöglichkeiten, Sportstätten oder kulturelles Angebot. Hier bestehen also vielerlei Verbesserungspotenziale. Im Modellraum Eifel wäre bspw. das kulturelle Angebot noch ausbaufähig gegenüber dem Modellraum Unterfranken. Im Modellraum Unterfranken bestehen insbesondere bei der Ganztagsbetreuung von Kindern Verbesserungspotenziale.

Geeignete Instrumente zur Beeinflussung der Standortwahl von Hausärzten und der zu erwartende Aufwand bei der Umsetzung sollen im nächsten Kapitel behandelt werden, vor allem in Kap. 5.1.3 und Kap. 5.2 wird dabei explizit auf bedeutsame Standortfaktoren eingegangen.

5. Handlungsansätze und Gestaltungsoptionen zur Beeinflussung der Standortwahl

In diesem abschließenden Abschnitt werden die wesentlichen Erkenntnisse und Ergebnisse der Untersuchung zusammengeführt und diskutiert. Hierbei erfolgt eine Einschätzung, mit welchen Herausforderungen ländliche Räume in Bezug auf die Sicherstellung der medizinischen Daseinsvorsorge (künftig) konfrontiert sein werden und welche Konsequenzen sich aus dieser Entwicklung eröffnen. Ferner sollen - sofern möglich - Aussagen getroffen werden, welchen Einfluss bestimmte Parameter bzw. Determinanten sowie unterschiedliche Akteursgruppen auf das medizinische Versorgungsgeschehen ausüben und welche Handlungsbedarfe sich hieraus ableiten.

Grundsätzlich ist zu festzuhalten, dass flächenhafte Versorgung, wie sie heute noch vielerorts besteht, aufgrund fehlenden Nachwuchses bei gleichzeitig hoher Zahl altersbedingt ausscheidender Hausärzte in Zukunft nicht mehr erreicht werden wird. Die Ausdünnung wird gerade ländliche Räume treffen. Daher sind Handlungsansätze zu unterscheiden, die mangelkompensatorische Wirkung entfalten sollen, gegenüber Ansätzen, die räumliche Umverteilung von Hausarztsitzen zu Ziel haben, wobei im Falle ländlicher Räume eher von Ansätzen zum Erhalt einer Gleichverteilung gesprochen werden muss.

5.1. Handlungsansätze zur Beeinflussung der Standortwahl

Bereits installierte bzw. in Erprobung befindliche Initiativen zur Aufrechterhaltung der aktuellen Versorgungsqualität finden sich in Kap. 3.5. In diesem Kapitel sollen dagegen weitergehende oder aber auch komplett neue Denkansätze geliefert werden, um Hausärztemangel zu begegnen. Dabei beziehen sich die vorgestellten Ansätze einerseits auf die strukturellen Rahmenbedingungen des vertragsärztlichen Versorgungssystems, andererseits aber auch auf innerhalb dieser Arbeit ermittelte bedeutende Standortfaktoren und wie diese besser gefördert werden können.

5.1.1. Überregionale Ansätze

Leitbild-Schärfung: Kinderfreundliches Umfeld mit idealen Bedingungen zur Familiengründung

In vorangegangenen Arbeiten wurde stets empfohlen, die kinderfreundliche Umgebung in ländlichen Räumen als Standortfaktor zu bewerben. Sie wird jedoch nur dann standortentscheidend, wenn auch ein Kinderwunsch besteht. Daher wäre ein integriertes Werbekonzept, das das Leitbild „Familienarzt“ offensiv als Lebensmodell und -ziel ausgibt, bei jungen Medizinerinnen wohl verträglicher. Daher sollte es nicht nur beim bloßen Anpreisen familienfreundlicher Strukturen bleiben, sondern junge Ärzte aktiv zur Familiengründung ermuntert werden, wobei sie dann eben im ländlichen Raum den für Kinder wünschenswerten Freiraum, die qualitativ mindestens genauso hochwertige Infrastruktur und zusätzlich noch ein ausgeprägtes soziales „Kümmerer-Netzwerk“ vorfinden, das sie im Gegensatz zum individualistisch geprägten städtischen Raum in allen Alltagsproblemen unterstützt und entlastet. Als Gegenmodell darf dazu auch durchaus das „Schreckgespenst“ der psychisch und physisch fordernden städtischen Familiengründung gezeichnet werden, das durchaus überfordern kann und eben keine ansonsten mit der Stadt verknüpfte „Freiheit“ bzw. „Unabhängigkeit“ in der Lebensführung bedeutet.

Modellprojekt zur Aufhebung des dualen medizinischen Versorgungssystems mit Integration innovativer Versorgungskonzepte

Auflösung des starren dualen Versorgungssystems in einem Modellversuch, wobei den Hausärzten mehr Kompetenzen und Weisungsbefugnisse zugedacht werden, die stationären Einrichtungen hausärztliche Versorgung auch wochentags zu den normalen Sprechzeiten ermöglichen. Zudem wäre eine zentrale Anlaufstelle für Patienten anzudenken, um die Terminvergabe zu zentralisieren und so deren Effizienz zu steigern. Besonders die effektive und koordinierte Integration innovativer Methoden zur Patientenbetreuung und -behandlung sollten hier erprobt werden, bspw. die vollumfängliche Einsatz von Telemedizin für Dauerleidende Patienten, die Delegation von medizinischen Dienstleistungen an VERAHs o.ä. sowie der planmäßige Aufbau von Kontaktorten zwischen Arzt und Patient, die über die bisherige Praxisstruktur hinaus geht und das Leistungspensum von Ärzten flexibel und bedarfsgerecht in der Fläche verteilt. Dieses Konzept wäre insbesondere bei Ärzten besser zu bewerben, die sich auf bestimmte Leiden spezialisieren wollen. Hier könnten die Hausärzte nämlich ihren Spezialisierungen entsprechend eingesetzt werden, obwohl sie allgemeinmedizinisch ausgebildet sind. Dies würde zudem die medizinische Versorgung qualitativ verbessern.

Ausrichtung des PJ auf unterversorgte Räume

Die Scheu vor einer Tätigkeit in einer Landarztpraxis ist sicherlich auch auf deren negatives Image als arbeitsintensives und wenig prestigeträchtiges Tätigkeitsfeld zurückzuführen. Anzudenken wäre hier sicherlich, ob das PJ in der medizinischen Ausbildung nicht auch dazu dienen könnte, Medizinstudierende mithilfe von Anreizen, evtl. auch Restriktionen, zu einer (zumindest kurzfristigen) Tätigkeitszeit auf dem Land zu bewegen, um so effektiv Vorbehalte abbauen zu können.

Bessere Sichtbarmachung der heute möglichen Arbeitsformen

Das Bild des Landarztes kombiniert momentan leider noch oft die negativen Aspekte aus vergangenen Zeiten (ständige Verfügbarkeit und damit auch private Bindung an den Arbeitsstandort) mit aktuellen Missständen (überlaufene Praxen). Zumindest bei ersterem ließe sich durch gezielte Informationskampagnen ein flexibleres Berufsbild erzeugen unter dem Kernsatz: „Auf dem Land arbeiten, in der Stadt leben! In Gegenrichtung des alltäglichen Pendelverkehrs.“

Gezielte Ausrichtung auf altersbedingte Krankheitsbilder

Durch die gezielte Ausrichtung in der Facharztausbildung und Weiterbildung auf altersbedingte Krankheitsbilder können diese Krankheiten schneller und sicherer diagnostiziert und erfolgreicher sowie effizienter therapiert werden. Dies ist besonders relevant, da in einer alternden Gesellschaft mit einer Häufung dieser Krankheiten für die Zukunft zu rechnen ist. Konkret könnte durch eine gezielte Spezialisierung auf Alterskrankheiten in der ambulanten hausärztlichen Behandlung Zeit eingespart werden, die dann wiederum für andere Patienten zur Verfügung steht. Dadurch könnte die Versorgungsleistung von Hausärzten in der ambulanten Versorgung verbessert werden.

Aufbrechen des Mythos von lukrativen Privatpatienten

In der Studie von Chaibi & Schulze-Ehring⁴⁶¹ wurde aufgezeigt, dass nicht die Zahl an Privatpatienten in einer Region entscheidend ist, sondern deren Alter und damit Krankheitsanfälligkeit

⁴⁶¹ vgl. Chaibi & Schulze Ehring 2019

(welche auf dem Land größer ist) und dass der durch Privatpatienten erzielte Bilanzvorteil in städtischen Räumen aufgrund des dort teureren Praxisbetriebs oft verpufft. Dieser Umstand dürfte jedoch den meisten angehenden Hausärzten nicht bekannt sein. Hier sollten junge Mediziner darum über den tatsächlichen Praxisbilanznutzen von Privatpatienten besser aufgeklärt werden, um einer zu starken Anziehungskraft der allein quantitativ größeren Zahl an Privatpatienten in Städten vorzubeugen.

Bessere Vergütung ländlicher Hausärzte

Anzudenken ist auch ein neues Vergütungssystem, das auch raumstrukturelle Staffelungen je nach Praxisstandort umfasst, wobei dann hausärztliche Leistungen an urbanen Standorten weniger hoch vergütet werden würden. Allerdings wird einer solchen Reform momentan keine Chance eingeräumt (I7, Z22). Insgesamt sind die Einkommensaussichten an ländlich geprägten Standorten jedoch bereits jetzt besser, weshalb dieses Argument für den ländlichen Raum wieder mehr als Niederlassungsanreiz in unterversorgten Gebieten wahrgenommen werden sollte (I2, Z19). Dies kann bereits bei Standortentscheidungen von überregionaler Distanz (von vormaligen zum neuen Arbeitsort) ins Gewicht fallen und hängt dann auch mit den unterschiedlichen Vergütungssystemen in den Zuständigkeitsgebieten der KVen zusammen, die im Ergebnis unterschiedlich hohe Vergütungen für gleiche Leistungen hervorbringen (I2, Z4-6). Die Effektstärke wird jedoch aufgrund inzwischen anderer Präferenzen von Nachwuchsmedizinern (s. Kap. 3.3.53.3.5) gering ausfallen. Dennoch würdigt eine Staffelung des Vergütungssystems nach Raumstruktur die Tätigkeit als Landarzt und trägt so zur positiveren Wahrnehmung bei, indem es den vermeintlich prekären Arbeitsbedingungen mit vielen Patienten und Überstunden eine lukrative Vergütung entgegensetzt, die über bloße wohlmeinende Worte der Anerkennung hinausreicht.

Bessere Instrumente zur Erfassung und Bepflanzung hausärztlicher Versorgung

Momentan erfassen und planen die KVen die ambulante Versorgungsstruktur noch häufig anhand einzelner Analysen zu einem bestimmten Zeitpunkt allein für ihr Zuständigkeitsgebiet. Ein solches Verfahren birgt die Gefahr einer isolierten Betrachtung ohne die Berücksichtigung KV-grenzenüberschreitender Mitversorgung bzw. Patientenströme. Außerdem wäre ein kartographisches Tool sinnvoll, das mögliche Praxisstandortveränderungen möglichst ortsgenau simulieren könnte, um so noch besser kleinräumige Bedarfsveränderungen abzubilden und die Erfassung ambulanter Versorgung langfristig in ein permanentes Monitoringsystem zu überführen. Dadurch ließen sich vonseiten der KVen Planungsbereiche gezielter zuschneiden sowie präziser je nach Bedarf öffnen oder schließen. Auch kostenintensive Praxisaufkäufe in überversorgten Bereichen könnten so noch effizienter durchgeführt werden. Ein solches Erfassungs- und Planungstool ambulanter Versorgung sollte auch die stationäre Versorgung sowie den Nutzungsgrad kompensatorischer Strategien (Delegation und Telemedizin) einzelner Arztpraxen miteinfließen lassen.

5.1.2.Innerregionale Ansätze

Schaffung und Betrieb von MVZ in kommunaler Eigeninitiative

MVZ sind bei nachrückenden Ärzten die deutlich beliebtere Arbeitsform. In Gemeindehand lassen sich MVZ gezielter auf den örtlichen bzw. regionalen Versorgungsbedarf ausrichten, indem bspw. ein Satellitensystem für kleinere Orte mit wechselnden Ärzten betrieben wird. Der eigene Betrieb eines MVZ sichert die Abwehr von äußerer Einflussnahme wie sie von Experten im Rahmen dieser Dissertation kolportiert wurde.

Förderung des tageweisen Zweigpraxen-Betriebs

Anstelle eines MVZ-Satellitensystems wäre auch der Aufbau und die Förderung eines Zweigpraxen-Systems denkbar, bei dem Praxen mit ungeklärter Nachfolge von Kollegen in naher räumlicher Umgebung mitübernommen werden. Dies hätte den Vorteil, dass etablierte Strukturen soweit es möglich ist erhalten bleiben und auch eine adäquate Arzt-Patientenbindung im Laufe der Jahre entstehen kann. Nachteilig wirkt sich hier jedoch die nochmals höhere Arbeitsbelastung der übernehmenden Hausärzte aus. Zudem sind diese dann an ihrem ursprünglichen Standort weniger oft verfügbar. Daher kann bei einem solchen System nur von einer Dämpfung des Mangels, nicht jedoch von einer kompletten Lösung gesprochen werden. Folglich ist diese Maßnahme besonders dann erfolgversprechend, wenn sie flankierend zu den übrigen Maßnahmen eingesetzt wird.

Aufkauf von Praxen durch die Gemeinde und Anstellung von Hausärzten

Assistenz- und Fachärzte bevorzugen aus unterschiedlichen Gründen (berufliche Flexibilität, Freizeitpriorität, familiäre Aufgaben) zunehmend Anstellungsverhältnisse (s. Abb. 16 und Abb. 24 in Kap. 3.3), welche üblicherweise in größeren Einrichtungen wie MVZ oder Kliniken angeboten werden können, welche wiederum nur in größeren Orten tragfähig sind. Besonders für kleinere Orte bietet sich darum auch der öffentliche Betrieb einer Praxis mit angestelltem Hausarzt an. Zu beachten ist dabei, dass dabei Verwaltungsaufgaben entstehen, welche geschultert werden müssen. Zudem ist im Gegensatz zu einer vertragsärztlichen, freiberuflichen Niederlassung eines Hausarztes stets das Risiko gegeben, dass dieser relativ kurzfristig sein Anstellungsverhältnis kündigen kann und die Gemeinde somit ohne weitere Vorbereitungszeit wieder auf Hausarztsuche gehen muss. Diese Art Wechsel kann dabei im Vergleich zum Vertragsarzt (der gewöhnlich bis zum Ruhestand am Ort seiner Niederlassung weiter praktiziert) wesentlich häufiger erfolgen. Die hausärztliche Versorgung kann bei einer solchen Lösung somit zwar verbessert, aber nicht dauerhaft zuverlässig gesichert werden. Mangels Alternativen besteht in diesem Instrument aber durchaus die Chance auf eine zumindest temporäre adäquate hausärztliche Versorgung, wobei eine kleinere Gemeinde ebenfalls die Bereitschaft mitbringen muss, das damit einhergehende finanzielle Risiko zu schultern.

Personelle Unterstützung im privaten Bereich

Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor Ort gewährleisten, ggf. mit einem „Kümmerer“ bzw. Aufsichtsperson für Kinder und Haushalt, geworben bzw. evtl. sogar beschäftigt von der Gemeinde.

Koordinatoren für Bedarfe und Kontakte von Hausärzten

Sichtbare und regional zentralisierte Vermittlungsstelle für neu niedergelassene oder interessierte Hausärzte: Kontakte/ Empfehlungen für Praxisstandort, Kreditbeschaffung, Wohnung bzw. Haus, Kita-Platzvermittlung, Jobsuche der Partner, Einbindung in soziales/ kulturelles Leben vor Ort (Kontakt-Anbahnung z.B. über Einladungen und Bekanntmachungen mit wichtigen Funktionsträgern im Ort). In Summe quasi eine Art „Wirtschaftsförderung für Hausärzte“ in der Region, die möglichst gut sichtbar ist, von der jeweiligen KV unabhängig agiert und Kompetenzen bündelt. Zudem sollte diese Stelle als TÖB bei wichtigen regionalen Projekten angehört werden und auch selbst die Infrastruktur betreffende Maßnahmen vorschlägt bzw. anregt (bspw. bei der Steuerung von Bildungseinrichtungen, Erholungs- und Kulturstätten).

Hilfestellungen bei der Niederlassung

Die meisten hemmenden Faktoren beim Übergang von einem Anstellungsverhältnis in die Niederlassung sind übergeordneter struktureller Natur, die nicht auf spezifische Eigenschaften des ländlichen Raumes zurückzuführen sind, aber zumindest zu gewissem Teil durch kleinräumig wirkende Akteure verbessert werden könnten. Dazu zählt bspw. die Gewährung finanzieller Sicherheiten bzw. Garantien, die Einrichtung von Betreuungsmöglichkeiten und Unterstützung in der Unternehmensführung durch z.B. auch Unternehmer anderer Branchen vor Ort. Auch aktive Hilfestellung bei der Beantragung von Fördermitteln könnte vonseiten ländlicher Gemeinden angeboten werden. So könnten auch Hausärzte zur örtlichen Versorgung gewonnen werden, die zuvor generell einer Niederlassung abgeneigt waren. Ein Umsetzungsproblem wäre dabei sicherlich die Sichtbarkeit solcher Angebote für infrage kommende bislang angestellte Ärzte. Darum wären entsprechende Werbemaßnahmen oder direkte Kontaktaufnahmen notwendig.

Substitution des Arztes als soziale Bezugsperson

Sicherlich ist es eine Errungenschaft, dass Patienten ein immenses Vertrauensverhältnis zu den sie behandelnden Ärzten aufbauen und dass dieses meist durch langjährige Kontakte entstanden ist. Doch bindet diese soziale Seelsorgefunktion auch bei übermäßiger Inanspruchnahme die hausärztliche Leistungsfähigkeit. Daher ist durchaus anzudenken, in dörflichen Strukturen andere soziale Institutionen mit Ansprechpartnern zu schaffen und zu fördern, um so auch die Ärzte bei der seelischen Betreuung von Patienten zu entlasten. Dieses Problem tritt vor allem in überalterten Regionen auf, in denen viele ältere Menschen verwitwet sind oder nahe Angehörige verloren haben sowie die eigenen Kinder verzogen sind. Da auch kirchliche Einrichtungen zunehmend an integrativer Kraft verlieren, sollte diesem Prozess der „sozialen Entbandelung“ eine vor Ort wirksame Institution entgegeng gehalten werden.

Nutzung des PJ-Abschnitts in der ambulanten Versorgung für begleitendes Freizeitprogramm

Ein notwendiger Schritt im Medizinstudium (PJ) wie auch in der Assistenzarztzeit auf dem Weg zum Allgemeinmediziner sind mehrmonatige Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung, bspw. in Landarztpraxen. Hier könnten Landkreise und Kommunen auch aktiv unterstützen, bspw. bei adäquater Wohnraumbeschaffung während des PJ-Abschnitts und Einbindung in das Gesellschaftsleben für die Dauer des Aufenthalts der betreffenden Medizinstudierenden bzw. Assistenzärzte. Denkbar wäre auch ein begleitendes Freizeitprogramm, ebenfalls organisiert vom Landkreis oder der Kommune unter Einbeziehung von Vereinen. Dadurch könnten den Studierenden die Vorzüge der jeweiligen Region (bspw. Landschaft, Sportstätten, Gastronomie, Kulturangebot, Kleinstadtzentren, usw.) verdeutlicht werden und viele positive Momente und Begegnungen wären möglich, die dann Bindungs- bzw. Anziehungskraft auf die späteren Hausärzte entfalten.

5.1.3. Standortfaktorbasierte Ansätze

Systematisierte Sichtbarmachung von raumstrukturellen Standortfaktoren in Vermittlungsportalen

Viele niederlassungswillige Hausärzte stehen bei einem großen Angebot an freien Hausarztsitzen vor der Herausforderung, dieses nicht überblicken zu können. Vermittlungsbörsen mit Listing freier Praxen und deren Eigenschaften sind zwar ein erster Schritt hinsichtlich der Arbeitsbedingungen ordnenden Überblick zu gewähren. Allerdings geht diese Beschränkung auf die Praxis nicht weit genug. Vermittlungsbörsen sollten vielmehr auch nach privaten Standort-

merkmalen sortierbar sein. So könnten bspw. relevante Strukturmerkmale der Gemeinde einer inserierten Praxis mitgelistet werden, wie etwa Entfernungen zur Autobahn, zum Supermarkt, zum nächsten Oberzentrum, usw. Ebenso könnte die Dichte an Kinderbetreuungsplätzen, Fachärzten, Schulformen, usw. vor Ort angegeben werden. Außerdem wäre eine Angabe des siedlungsstrukturellen Kreistyps ebenso hilfreich wie eine Landschaftstypisierung. So könnten sich Interessenten trotz Ortsunkenntnis direkt im Vermittlungsportal einen Eindruck der raumstrukturellen Gegebenheiten machen und eine inserierte Praxis auch bei unbekanntem oder wenig interessant klingenden Ortsnamen detaillierter ansehen. Kurzum ließe sich so die Hemmschwelle gegenüber ländlichen Arztpraxen abbauen, gerade weil Nachwuchsmediziner ihre Standortentscheidung nicht nur allein aufgrund der Wirtschaftsdaten einer Praxis sondern vor allem auch aufgrund der Entfaltungsmöglichkeiten im privaten Bereich fällen. Nebenbei ließe sich so auch die Zahl an Standortentscheidungen senken, welche unter falschen Annahmen und Erwartungen geschehen. Insbesondere wenn Strukturbereiche bei der Standortwahl von Bedeutung sind, bei denen viele ländliche Räume mit städtischen vollkommen mithalten können (bspw. Erziehungs- und/ oder Bildungseinrichtungen), dies aber nicht sehr bekannt ist.

Nutzung des Faktors „Wohlhabende Patienten“ zur Gewinnung von Hausärzten aus Regionen mit geringerer Kaufkraft

Hier besteht wohl noch Potenzial für Regionen, die frei werdenden Hausarztplätze mit Nachrückern aus dem Ausland bzw. aus Ostdeutschland zu decken. Dabei ist jedoch einschränkend dreierlei zu bemerken: Erstens müssten solche Ärzte über adäquate Sprach- und Kulturkenntnisse für den Hausarztberuf verfügen, was den Pool an möglichen Kandidaten bereits stark einschränkt. Zweitens würden solch abgeworbene Ärzte den betroffenen ausländischen bzw. ostdeutschen Regionen in der medizinischen Versorgung verloren gehen. Dieses Brain-Drain wäre also mit negativen Folgen in anderen Ländern und Regionen verbunden und damit ein Nullsummenspiel. Drittens ist auch zu hinterfragen, ob vordergründig klar ökonomische Motive ein ausreichendes Motiv für eine empathische und fürsorgliche Behandlung von Patienten ausreichen oder ob damit nicht auch die Qualität der medizinischen Versorgung einbüßt. Insgesamt besteht also schon noch Potenzial zur Aufstockung der ambulant tätigen Hausärzteschaft mit ausländischen bzw. ostdeutschen Ärzten, dieses Potenzial ist jedoch eng begrenzt und von einem vollwertigen Ersatz kann auch nicht in allen Fällen ausgegangen werden.

Stärkung, Erhalt bzw. Sichtbarmachung des Faktors „Regionale Fachärztliche Versorgung“

Die Befragung der Hausärzte hat gezeigt, dass über alle Altersgruppen hinweg der Faktor der regionalen fachärztlichen Versorgung immer auch unterschwellig eine Rolle spielt. Die Überalterung von Fachärzten wird zwar in den nächsten Jahrzehnten ebenfalls als Problem der ambulanten medizinischen Versorgung auftreten, noch ist hier die Situation jedoch oftmals noch etwas besser als bei der hausärztlichen Versorgung. Folglich sollte versucht werden, die regionale Facharztversorgung für interessierte Hausärzte sichtbar zu machen und auch jetzt schon der Versuch unternommen werden, die Facharztversorgung langfristig durch rechtzeitige Nachbesetzung zu erhalten. Falls die fachärztliche Versorgung regional nicht gut ist, sollte versucht werden diese zu stärken. Dazu sollte untersucht werden, ob es insbesondere in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Orthopäden, Urologen und Kinderärzte) Lücken bzw. Versorgungsengpässe gibt. Diese sollten möglichst geschlossen werden. Fachärzte konzentrieren sich zwar zumeist auf die regional größten Orte, dennoch ist dies für die meisten Hausärzte in der Region eine ausreichende Nähe, da sie für die Patienten und zum kollegialen Austausch überbrückbar ist. Eine regional disperse Facharztlage ist also nicht nötig, um diesen Standortfaktor auch für die kleineren Orte einer Region gelten zu lassen.

Aufbau, Erhalt bzw. Sichtbarmachung des Faktors „Räumliche Nähe zu einer Klinik“

Die Befragung der Hausärzte hat ebenfalls gezeigt, dass über alle Altersgruppen hinweg der Faktor der Kliniknähe eine dem Faktor regionale fachärztliche Versorgung ähnliche Rolle spielt. Somit sollte es auch zur Sicherung bzw. Besserung der hausärztlichen Versorgungslage Ziel von Regionen sein, über eine oder mehrere gut erreichbare Kliniken zu verfügen (je nach Regionsgröße). Dabei kommt es im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung weniger auf die Bettenzahl und die Menge an Kliniken an, sondern vielmehr auf eine Ausstattung, die auf die hausärztliche Tätigkeit abgestimmt und mit dieser möglichst gut verzahnt ist.

Ermöglichung und Bewerbung der möglichst freien beruflichen Ausgestaltung

Der Ländliche Raum bietet zumeist räumliche Bedingungen, die sehr flexible Lösungen bspw. in der Gestaltung und dem Aufbau einer Praxis zulassen. Solche Vorteile gegenüber städtischen Räumen gilt es konsequent zu ermöglichen und zu bewerben, ebenso wie die arbeitsorganisatorische Gestaltung, die fachliche Spezialisierung (z.B. auf Diabetes, Naturheilverfahren, o.ä.) und das Ambiente. Denn bei der Befragung der Hausärzte wurde dieser Faktor zweimal konkret ergänzt, war also zwar für nur wenige Ärzte, für diese aber sehr wichtig. Hier gilt es also für Regionen, solche möglichen „Sonderwünsche“ bzw. besonderen Standortanforderungen gerecht zu werden und zu versuchen, hier den Wünschen der nachkommenden Hausärzte entgegen zu kommen. Dazu zählt auch, auf die erleichterten Möglichkeiten zum Aufbau einer Gemeinschaftspraxis aufmerksam zu machen (z.B. den leichteren Erhalt einer entsprechend nötigen kassenärztlichen Zulassung für zwei Vertragsärzte). Dies kann gerade in heutigen Zeiten, in denen es durch den größeren Frauenanteil unter den Medizinerinnen wahrscheinlicher wird, dass deren Partner auch Arzt sind⁴⁶², von Vorteil sein.

Stärkung, Erhalt bzw. Sichtbarmachung des Faktors „Verfügbares Praxispersonal“

Die gegenwärtige Beschäftigungslage in Deutschland ist sehr günstig, gleichzeitig kommen immer weniger junge Menschen nach, die die Position von in Ruhestand gehenden Arbeitskräften einnehmen könnten. Was für Hausärzte gilt, gilt umgekehrt auch in zunehmendem Maße für das Praxispersonal. So gesehen kann ein bereits vorhandenes Praxispersonal, z.B. von einem Vorgänger, die mühselige Suche nach geeignetem Personal abkürzen. Genau diese Situation ist aktuell in vielen Landarztpraxen zu beobachten, auch wenn das Personal natürlich auch oft mit dem Hausarzt über viele Berufsjahre hinweg gealtert ist und damit zumeist nicht mehr ganz jung sein wird, was nicht mehr viele mögliche Arbeitsjahre bedeutet. Gerade bei Berufseinsteigern kann dieser Umstand jedoch auch förderlich sein, denn die Erfahrung kann bei der Beginn der Tätigkeit helfen und eine zeitversetzte Ausbildung und Anlernung neuen Personals zu einem späteren Zeitpunkt ermöglichen. Je frühzeitiger hier die Nachfolgersuche einsetzt, desto eher lässt der Personalstamm der Praxis beisammen halten und ermöglicht es Interessenten, dieses Personal kennenzulernen und evtl. auch schon erste gemeinsame Arbeitserfahrung sammeln. Von daher ist es wichtig, dass aufgrund des absehbaren Ruhestands des bisherigen Hausarztes betroffene Orte frühzeitig die Nachfolgersuche einleiten und den bisherigen Hausarzt in seiner Suche aktiv unterstützen.

Stärkere Nutzung des Faktors „Landschaftliche Attraktivität“

Vielfältige naturdominierte Landschaft findet sich nur in ländlichen Räumen. Sie bietet allerlei Betätigungsfelder für die dortige Bevölkerung. Auch junge Mediziner müssen auf dieses Reser-

⁴⁶² vgl. Bauer & Ganser 2007, S. 6: Frauen bevorzugen im Gegensatz zu Männern zumeist Partner von hohem Status, was bei hohem Frauenanteil Medizinerpärchen wahrscheinlicher macht

voir an Möglichkeiten hingewiesen werden. Früher bestand für die meisten Hausärzte der landschaftliche Reiz wohl eher im leicht zu bewerkstellenden Familienausflug, mitunter mit Haustier. Heute ist dies aus zweierlei Hinsicht nicht mehr so bedeutend; zum Einen hat die Kinderzahl im Vergleich zu früher abgenommen, zum anderen ist die Bereitschaft zur Überwindung weiter Strecken für den Familienausflug in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Der Fokus zur Bewerbung der landschaftlichen Attraktivität sollte stattdessen stärker auf die vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten auch zur individuellen Lebensführung abseits des klassischen Familienmodells verlegt werden. Es gilt in der Landschaft Angebote zur sportlichen Nutzung zu schaffen, aus Sicht von Ärzten sicherlich auch auf gehobenem bzw. ansprechendem Niveau, wie bspw. Paragliding-Stationen, Reitclubs, Rafting-Routen, Golfanlagen oder Segelflugplätze. Gerade ausgefallene Angebote schaffen dabei Alleinstellungsmerkmale für eine Region. Bei solchen Vorhaben ist natürlich vorab zu prüfen, ob diese später tragfähig sind. Dementsprechend kann es auch ratsam sein, stattdessen eher auf klassische Angebote wie Rad- und Wanderrouten stärker aufmerksam zu machen.

Unterstützung bei der Jobsuche des Hausarzt-Lebenspartners

Da heute in vielen Beziehungen oftmals nicht mehr das klassische Rollenmodell des Alleinverdieners gelebt wird (insbesondere bei weiblichen Hausärzten), werden Städte aufgrund vielfältiger Berufsoptionen (gerade auch für Akademiker) als Praxisstandort bevorzugt. Ländliche Regionen können zwar nicht allgemein mehr Berufsoptionen in verschiedenen Branchen schaffen, sie können aber bei bereitwilligen Kandidaten zur Übernahme einer Praxis (oder auch bei Neuanstellungsinteressenten) die Jobsuche des Lebenspartners aktiv unterstützen, z.B. durch Kontaktvermittlung. Ein genereller Wandel in Wahrnehmung vorhandener Berufsoptionen in ländlichen Räumen könnte die allgemeine Bereitschaft zur dortigen Niederlassung steigern. Oftmals ist laut Aussagen mehrerer Experten in den geführten Interviews in den Köpfen von niederlassungswilligen Ärzten nämlich das Bild verankert, dass in ländlichen Regionen keine anderen Berufs- und Karriereoptionen vorhanden sind. Diese Wahrnehmung sollte geändert werden. Bspw. durch aktive Kommunikation der vorhandenen Branchenvielfalt einzelner Regionen wie auch durch die Präsentation erfolgreicher Beispiele, wo Partner von Ärzten gute Berufe in ländlichen Regionen finden konnten.

Stärkere Nutzung des Faktors „Freie Wohnsitzgestaltung“

Gerade Ärzte generieren in der Regel höhere Einkommen, die gepaart mit günstigen Immobilien auch individuelle, hochwertige Wohnausstattung ermöglichen und erwarten lassen. Unbebaute und wenig im Maß ihrer baulichen Nutzung festgelegte günstige Flächen finden sich aber vor allem in ländlichen Räumen. Gemeinden und Landkreise können durch das Vorhalten solcher Wohnbauflächen, vorzugsweise in exponierter Ortsrandlage, und deren aktive Bewerbung geeignete Nachfolgekandidaten für den örtlichen Hausarztsitz in die Region locken.

Minimierung des finanziellen Risikos beim freiberuflichen Arbeitseinstieg

Viele Nachwuchsmediziner scheuen das unternehmerische Risiko (s. Abb. 17) einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassener Hausarzt. Umso wichtiger ist es, dieses Risiko abzufedern bzw. darauf aufmerksam zu machen, dass dieses Risiko so nicht besteht (was die Antworten der befragten Hausärzte zeigen, s. Kap. 4.4.1). Argumentiert werden kann hier vonseiten ländlicher Räume bei der Entscheidung nach der Form des beruflichen Einstiegs (angestellt oder freiberuflich) mit günstiger Praxisübernahme (s. Abb. 128) und finanziellen Fördermöglichkeiten (wobei diese noch ausgebaut bzw. besser sichtbar gemacht werden sollten, s. Abb. 129). Für die langfristige Planungssicherheit (s. Abb. 125) kann geltend gemacht werden, dass mit zuverlässigem Patientenaufkommen (s. Abb. 127) im Laufe des Berufslebens gerechnet werden

kann und dass die Vorgänger mit viel Arbeitserfahrung die Verdienstmöglichkeiten gut bis sehr gut bewerten (s. Abb. 124).

Stärkung, Erhalt bzw. Sichtbarmachung des Faktors „Bildungseinrichtungen“

Die befragten Hausärzte bescheinigen den Bildungseinrichtungen in ihrer Umgebung eine gute bis sehr gute Qualität (s. Abb. 134). Insbesondere solche Hausärzte, deren Kinder die örtlichen Schulen (zumindest partiell) durchlaufen haben (s. Tab. 51, Kinderzahl), bewerten die Bildungseinrichtungen signifikant besser als Hausärzte ohne Kinder. Dies zeigt an, dass die Qualität ländlicher Schulen von außen oft negativer eingeschätzt wird. Folglich sollte es Ziel von Regionen sein, potenziellen Hausärzten zu vermitteln, dass die örtlichen Bildungseinrichtungen gute Qualität haben und eine exzellente Ausbildung der eigenen Kinder ermöglichen. Auch auf überregionaler Ebene gilt es auf diesen Umstand hinzuweisen.

Selbstbewussterer Umgang mit dem eigenen Standort bei Hausärzten auf Nachfolgersuche

Die Befragung der Hausärzte hat gezeigt, dass besonders von ihrer Region und ihrer Praxis überzeugte Hausärzte erfolgreicher bei ihrer eigenen Nachfolgersuche sind (s. Kap. 4.5.4 und Tab. 55). Folglich empfiehlt es sich für Hausärzte auf Nachfolgersuche, diese Haltung für ihre eigene Praxis zu übernehmen und stärker zu vertreten. Dies führt nach vorliegender Datenlage signifikant häufiger zu einer erfolgreichen Nachfolgersuche, was letztlich auch im Interesse des gesamten Praxisortes ist, weil dadurch langfristig die ambulante medizinische Versorgung gesichert wäre. Der Imagewandel ländlicher Räume muss somit nicht nur bei Nachwuchsmedizinern erreicht werden, die aktuell auf Nachfolgersuche befindlichen Hausärzte sollten ebenso Adressaten sein. Hier könnten auch motivierende Gespräche vonseiten der Kommunal- oder Kreisverwaltung mit betroffenen Hausärzten hilfreich sein, die den Blick auf die Region ändern könnten.

5.2. Räumliche Gestaltungsoptionen zur Beeinflussung der Standortwahl

Nicht alle Faktoren hausärztlicher Standortwahl sind tatsächlich vor Ort steuerbar. Das soziale Netz von Nachwuchsmedizinern lässt sich bspw. nur indirekt und langfristig über die verstärkte Rekrutierung eigener Medizinstudierender aus der Region beeinflussen, etwa mit Unterstützung und Förderung besonders interessierter und begabter Schüler oder mit Stipendienanreizen und deren Bewerbung an regionalen Gymnasien. Der Erfolg solcher Maßnahmen ist jedoch aufgrund der Entscheidungsfreiheit späterer Mediziner nicht gesichert und die Menge an geeigneten Kandidaten bzw. Finanzmitteln limitiert solche Förderinstrumente regionalen ärztlichen Nachwuchses.

Als weiterer schwer zu steuernder Faktor ist die Zentren-Erreichbarkeit zu benennen. Hier lässt sich von regionalen Akteuren lediglich die Anbindungsqualität durch Verkehrsführung beeinflussen, was angesichts des bereits sehr ausgebauten Straßennetzes und erheblicher Kosten solcher Infrastrukturmaßnahmen unverhältnismäßig scheint.

Unter den unternehmerischen Faktoren lässt sich vor allem die Patienten Klientel nur marginal steuern. Der Anteil wohlhabender Patienten würde langfristig indirekt vor allem bei einer guten regionalwirtschaftlichen Entwicklung (v.a. im Vergleich zu um Hausärzte konkurrierenden Nachbarregionen) steigen. Von daher ist auch die Wirtschafts- und Standortpolitik von Bedeutung, wenn auch sehr indirekt und langfristig. Bei der Zahl an Patienten ist vor allem das Wanderungsverhalten und der Bevölkerung lenkbar und attraktive Gestaltung der Wohn- und Lebensbedingungen in der Region, womit hier natürlich Zusammenhänge zu den privaten Faktoren

der hausärztlichen Standortwahl bestehen. Das generative Verhalten der Bevölkerung wiederum ist eine Konsequenz der bestehenden (demographischen) Bevölkerungsstruktur und deren Kinderwünsche. Diese wiederum lassen sich indirekt über attraktive Rahmenbedingungen in der Kindeserziehung und Bildung beeinflussen. Dennoch dürften solche Effekte realistisch betrachtet kaum das Fortschreiten des demographischen Wandels in den meisten ländlichen Räumen aufhalten. So gesehen ist auch die Patientenstruktur regional nur unwesentlich beeinflussbar.

In der folgenden Auflistung werden Gestaltungsoptionen zu verschiedenen Strukturbereichen genannt, geordnet nach deren Bedeutung für die Niederlassung in Anlehnung an Kap. 4.3.3.

5.2.1.Unternehmerische Bedingungen

Auch wenn die Patientenklientel wenige und nur indirekte Ansatzpunkte bietet, lässt sich eine Region als hausärztlicher Arbeitsstandort unternehmerisch attraktiv halten durch geringe Kosten beim Erwerb und Betrieb einer Praxis. Dies ließe sich bspw. über Nachfolgeverträge mit älteren ansässigen Hausärzten regeln, wo Fixpreise für die Praxisübernahme vereinbart werden, die möglichst nicht überschritten werden sollen. Dies würde die Übernahmekosten für eine Praxis für alle interessierten Nachfolger senken und gleichzeitig unter den jetzigen Praxisinhabern den Preis- eher zu einem Qualitätswettbewerb um Nachfolger machen. Die so zur Praxismodernisierung angereizten Hausärzte würden so attraktive Arbeitsbedingungen und geringere Folgekosten für interessierte Nachfolger schaffen. Kommunen und Landkreise könnten hier alternativ auch Aufkaufangebote an Hausärzte gegen Verpflichtungen zur Praxismodernisierung vergeben, um diese Praxen anschließend als Gemeindepraxis auf dem neuesten Stand selbst zu betreiben, was insbesondere auf an Anstellungsverhältnissen interessierte Nachwuchsmediziner zielt.

Daneben ist es für Hausärzte von unmittelbarer Bedeutung, welche übrigen ärztlichen Strukturen für die weitere Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung vorhanden sind. Hier können sich Landkreise und Kommunen ganz konkret für die Aufrechterhaltung bzw. den Ausbau bestehender stationärer Angebote bei entsprechenden Stellen bzw. Trägern unter Verweis auf die Funktion und den Stellenwert für die hausärztliche Versorgung einsetzen. Bei der ambulanten fachärztlichen Versorgung gelten in aller Regel die gleichen Ansatzpunkte, wie die zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung, auch wenn Fachärzte noch stärker auf Zentren als Arbeitsstandorte ausgerichtet sind.

Die übrigen raumstrukturell diversen unternehmerischen Bedingungen sind in den meisten ländlichen Räumen hingegen gut und müssen vielmehr deutlicher beworben werden, wie etwa hohes Patientenaufkommen (also unternehmerische Planungssicherheit), frei verfügbare Kassenzulassungen und als Folge aus diesen beiden Komponenten auch die (vor allem im Vergleich zu Großstädten) geringe hausärztliche Konkurrenz.

5.2.2.Bildungs- und Erziehungsinfrastruktur

Wie die Analyse der privaten Standortfaktoren (s. Kap. 4.3.2) gezeigt hat, sind vor allem Bildungs- und Erziehungseinrichtungen ein Erfolgsfaktor ländlicher Räume zur Anziehung von Hausärzten. Gleichzeitig lässt die Strukturanalyse erkennen, dass vor allem in Bayern (aber auch in vielen Teilen Niedersachsens) Defizite bei den Ganztagsbetreuungseinrichtungen für kleine Kinder bestehen (s. Abb. 56). Hier zeigt sich noch die Dominanz des klassischen Erziehungsmodells, nach dem ein Elternteil (in der Regel die Mutter) die Betreuung zuhause übernimmt und folglich dem Arbeitsmarkt in diesem Zeitraum nur eingeschränkt zur Verfügung steht.

Im Zuge der Feminisierung der Nachwuchsmediziner sind solche Modelle der Kindererziehung jedoch gerade bei einer auf freiberuflich geführten Einzelpraxen beruhenden hausärztlichen Versorgungsstruktur hinderlich. Entweder wären bei solchen regionalen Strukturen hohe Ausfallzeiten vieler weiblicher Hausärzte oder aber gar die Meidung vieler weiblicher Hausärzte die Folge mit daraus resultierenden zukünftigen hausärztlichen Versorgungsdefiziten. Dies gilt insbesondere, da die Geburtenrate in Deutschland in den letzten zwar langsam, aber annähernd kontinuierlich gestiegen ist, d.h. der Anteil weiblicher Hausärzte mit Kinderwunsch in Zukunft auch wieder eher steigen wird. Somit gilt es also insbesondere für (die zumeist westdeutschen) Regionen Strukturen für die Ganztagsbetreuung zu schaffen bzw. auszubauen, um für weibliche Hausärzte wie männliche Hausärzte mit Kinderwunsch nach modernem Rollenbild mit geteilter elterlicher Erziehungsverantwortung attraktiv zu bleiben oder zu werden. Zudem können mit einem guten öffentlichen Netz an Kinderbetreuungseinrichtungen die elterlichen Ausfallzeiten zur Kindesbetreuung reduziert und so umgekehrt der Versorgungsumfang von Hausärzten erhöht werden.

Doch auch Schulkinder bedürfen intensiver Betreuung, die wenn nicht öffentlich getragen, die Eltern bindet und so bei Hausärzten auch wiederum Ausfallzeiten oder zumindest reduzierte Arbeitszeiten zur Folge haben kann. Hier können Gemeinden und Landkreise mit dem Auf- und Ausbau von Grundschulen mit Ganztagsbetreuung gegensteuern und so für niederlassungswillige Hausärzte langfristige Planungssicherheit schaffen. Die Untersuchung der momentan bestehenden Hausärzteschaft in den Modellräumen hat auch gezeigt, dass viele Hausärzte bereits bei Niederlassung eigene Kinder hatten (s. Abb. 97) und diese meist erst 6 Jahre oder jünger waren (s. Abb. 98). Folglich kann auch das weitere Schulsystem in die Standortentscheidung miteinfließen. Hausärzte dürften dabei in erster Linie Gymnasien mit angesehenerem Ruf im Blick haben, dass dem Nachwuchs (so er denn will) das spätere Eintreten in die elterlichen Fußstapfen möglichst leicht macht. Wie die Befragung der Hausärzte nämlich auch gezeigt hat, generiert ein nicht geringer Teil der Hausärzte den Nachfolger aus dem eigenen familiären Umfeld (s. Abb. 105), d.h. meistens der eigenen Kinder. Landkreise und Gemeinden können auch hier durch die Schaffung hochqualitativer weiterführender Schulformen attraktive Bildungsangebote schaffen, die einer Ansiedlung förderlich sein können.

5.2.3.Landschaftliche Sehenswürdigkeiten

Landschaftliche Attraktivität als raumstruktureller Faktor ist von Regionen natürlich nur in kleinen Details wie etwa der Landschaftspflege und der Zuwegung beeinflussbar, jedoch können auch gerade solche Feinheiten in der persönlichen Wahrnehmung einen entscheidenden Unterschied machen. Schöne Landschaften liegen nicht selten etwas abseits der Siedlungen ländlicher Räume und werden darum bei einem flüchtigen Besichtigungstermin interessierter Nachwuchs-Hausärzte vielleicht nicht gut wahrgenommen. Die optimale Inwertsetzung landschaftlicher Reize durch gute Pflege und Zugänglichkeit bzw. Sichtbarkeit wertet eine Region auch insgesamt auf und steigert damit auch die Lebensqualität der Gesamtbevölkerung. Eine solche Inwertsetzung kann bspw. in Mittelgebirgsregionen durch den Bau von Hängeseilbrücken über besonders schöne bzw. spektakuläre Täler erreicht werden. In flacheren Regionen und auch vielen Mittelgebirgsregionen sind oftmals (Stau-) Seen vorhanden, die sich durch Segelbootanleger erlebbar machen lassen, was darüber hinaus auch eine für Hausärzte infrage kommende Freizeitbeschäftigung darstellen kann (s. Nennung in Tab. 48). Auf größeren durchziehenden Flüssen wäre gleiches für Motorboote denkbar. Gerade in Mittelgebirgen lassen sich auch Kletterwände an freiliegenden Felsformationen (sofern mit dem Naturschutz vereinbar) installieren. Auch Seilbahnen wären bei hohem touristischem Potenzial von Landschaften zur Erlebarmachung denkbar, bspw. hinauf auf exponierte Höhenzüge und Aussichtspunkte der Mittelgebirge oder zur Überbrückung großer reizvoller Flusstäler.

Doch auch in vermeintlich nicht so besonderen Landschaften sind Verbesserungen vorstellbar, etwa durch ein abgestimmtes Konzept in der Beschilderung und Aufstellung von Hinweistafeln auf Wanderwegen (z.B. Themen-, Rätsel- und Erlebniswanderwegen). In diesem Kontext ist auch das Potenzial beim Ausbau von Radwanderwegen, gerade durch landschaftlich ansprechende Gebiete mit sanftem Anstieg zu sehen. Solche Bedingungen sind vor allem in Flussnähe zu finden. Der besondere Vorteil von Maßnahmen zur besseren Wahrnehmung und Begehung von Landschaften liegt darin, dass vor allem auch die örtliche Bevölkerung davon profitiert.

Grundsätzlich sollte der Charakter der angebotenen Aufenthalts- und Betätigungsmöglichkeiten in Umgebung reizvoller Landschaften dabei in Anbetracht der großen Kinderzahl sich niederlassender Hausärzte (und in Rücksichtnahme auf die zumeist ältere ansässige Bevölkerung) möglichst familienfreundlich bzw. barrierefrei gestaltet sein. D.h. individuelle Möglichkeiten für Extremsport (bspw. Freeclimbing-Kletterwand) wären als Niederlassungsanreiz für Nachwuchsmediziner angesichts der übrigen Rahmenbedingungen ländlicher Räume eher ungeeignet.

5.2.4. Weitere Strukturbereiche

Auch andere regionale Strukturmerkmale können bei einer hausärztlichen Niederlassung Lenkungswirkung entfalten, wenn auch nicht so starke wie unternehmerische Rahmenbedingungen, Erziehungs- und Bildungsangebote sowie landschaftlicher Reiz.

Ein wichtiger Faktor ist dabei das kulturelle Angebot. Dies ist insbesondere in Teilen des Modellraums Eifel noch sehr ausbaufähig. Hausärzte sind gebildete Bürger und konsumieren folglich stärker hochwertige Kulturangebote wie Theater, Festspiele und Konzerte. Solche hochkulturellen Ereignisse sollten im Modellraum Eifel noch enger getaktet bzw. von höherer Qualität sein. Hier kann es helfen, für Kultur- und Kunstschaffende attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen, sodass diese vermehrt in kulturell noch unterbesetzten ländlichen Räumen aktiver werden. Auch hier empfiehlt sich wieder mit Blick auf den Kinderreichtum bisheriger Hausärzte wo möglich eine Ausrichtung kultureller Angebote und Veranstaltungen auf Familien.

Auch gute Einkaufsmöglichkeiten spielen eine Rolle und sind folglich besonders zu schützen bzw. wo möglich auszubauen. Dies betrifft sowohl die Menge (=kleinräumige Verteilung) an Einkaufsmöglichkeiten wie auch deren Vielfalt, um möglichst gut nicht oder nur schwer erreichbare Zentren zu ersetzen. Gleichzeitig besteht hier die Herausforderung, dass Einkaufsmöglichkeiten auch wirtschaftlich tragfähig sein müssen, d.h. der regionalen Kaufkraft der Bevölkerung kommt eine bedeutende Rolle zu. Daher hat die regionale wirtschaftliche Entwicklung wichtige indirekte Auswirkungen auf die Schaffung von Versorgungsangeboten.

Zuletzt sind als privater Faktor auch regional vorhandene Sportangebote von Bedeutung. Diese sollten möglichst vielfältig und auch unter Rücksicht auf die Kinderzahl möglichst für kinderfreundlich gestaltet sein, um sehr freie und individuelle Entfaltungsmöglichkeiten zu bieten. Ländliche Räume sind hier im Breitensport gut aufgestellt. Darüber hinaus kann jedoch auch der Aufbau außergewöhnlicher Sportangebote und entsprechender Vereine förderlich sein, insbesondere wenn diese überregionale Strahlkraft bspw. Bei großen Wettkämpfen erzeugen. Dies können Vereinsgetragene Mannschaftsleistungen (bspw. Basketball, Handball, Eishockey) wie auch individuelle Leistungen einzelner Leistungssportler (bspw. im Motorsport, Tennis, Leichtathletik) sein. Wichtig ist es bei der Schaffung bzw. Anregung solcher Angebote auch wieder die Tragfähigkeit im Blick zu haben. Hier können durchaus Bevölkerungsbefragungen in Gemeinden und Landkreisen als Entscheidungshilfe nützlich sein, um nicht an den örtlichen Interessen vorbei zu planen.

5.3. Einordnung in den Stand von Wissenschaft und Forschung

Über die zentralen Erkenntnisse dieser Arbeit hinaus, nämlich dass es durchaus Erfolgsfaktoren ländlicher Räume zur Gewinnung von Hausärzten gibt, diese zu nicht unbedeutendem Teil von deren demographischen Merkmalen abhängen und regional beeinflussbar sind, gibt es weitergehende Forschungsansätze, die die weitere hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen betreffen.

Weitergehende Forschungsansätze

Auf Basis der Erkenntnisse dieser Arbeit ergeben sich weitere Forschungsansätze, die hier kurz vorgestellt werden sollen.

- Raumstrukturelle Faktoren der Standortwahl von angehenden Hausärzten

Die Standortfaktorpräferenzen von jungen Nachwuchs-Hausärzten (also Assistenzärzte in den Weiterbildungsfachrichtungen Allgemeinmedizin oder Innere Medizin ohne Schwerpunkt) sind gegenüber den bevorzugten Arbeitsbedingungen noch weitgehend unbekannt, vor allem hinsichtlich gewünschter raumstruktureller Ausstattungsniveaus. Daher wäre in einem weitergehenden Schritt zu untersuchen, welche raumstrukturellen Ausstattungen Nachwuchs-Hausärzte bevorzugen und welche Räume solche Merkmale aufweisen, d.h. in welche Regionen sich daraus abgeleitet zukünftige Niederlassungsströme von Hausärzten ergeben können. Für eine derartige Untersuchung wären Nachwuchs-Hausärzten während ihrer Weiterbildungsphase zu ihren Standortpräferenzen zu befragen. Diese Befragung könnte die Bereitschaft zur Tätigkeit im ambulanten Bereich und zur Niederlassung, gewünschte regionale Strukturmerkmale (unternehmerisch und privat) sowie gewünschte konkrete Arbeits- bzw. Praxisbedingungen und eigenen Merkmale (Geschlecht, Alter, Herkunft, Weiterbildungsphase, Familienstand, Kinderzahl, usw.) umfassen. Anschließend wären relevante regionale Strukturbereiche und bevorzugten Praxisstrukturen zu identifizieren. Letztlich wäre zu prüfen, inwiefern diese Bedingungen in unterversorgten/ ländlichen Räumen gegeben sind oder eingerichtet werden können. Daraus wiederum lassen sich Regionen ableiten, deren hausärztliche Versorgung aufgrund raumstruktureller Schwächen (auch) zukünftig nicht sichergestellt ist. Das hieße Regionen zu beschreiben, in denen Handlungsbedarf besteht. Dazu wären Bedingungen für Humanmedizinstudierende zu ergründen, die einer späteren Niederlassung als Hausarzt im unterversorgten ländlichen Raum förderlich wären.

- Der Stellenwert hausärztlicher Versorgung als Stabilisator ländlicher Räume

Unbestritten ist, dass medizinische Versorgung für die ansässige Bevölkerung hohen Stellenwert hat und bei Mängeln in diesem Bereich Standortunzufrieden und Wohnstress auslöst, der dem Motivbündel für dann möglicherweise folgende Wanderungsbewegungen angehören dürfte. Unklar ist hingegen der Wirkungszusammenhang zwischen dem Mangel an hausärztlicher Versorgung und der weiteren Ortsentwicklung. Daraus ergibt sich die Fragestellung, wie und in welchen Bereichen fehlende hausärztliche Versorgung die weitere Ortsentwicklung beeinflusst. Um dies zu untersuchen würde es sich anbieten, dass Gemeinden oder Ortsteile ggf. auch ganze Landkreise (idealerweise im besonders betroffenen ländlichen Raum) identifiziert werden, welche unter langjährigen, starken Hausarztmangel leiden, sowie einer Vergleichsgruppe mit ähnlichen raumstrukturellen Bedingungen, jedoch mit guter hausärztlicher Versorgung. Um die Wirkungsweise des Hausarztmangels verstehen zu können, bieten sich Interviews mit regional kundigen Experten zur Ortsentwicklung sowie Befragungen der Bevölkerung zu diesem Thema an. Die anschließende Analyse könnte dann nach Strukturbereichen (z.B. Bevölkerungsentwicklung, Sozialstruktur, Lebensqualität, Siedlungsstruktur, Verkehrsentwicklung, Mor-

bidität, usw.) erfolgen und in einer Zusammenstellung eines übergeordneten Wirkungskatalogs, eventuell aufgesplittert nach Fall-Lage (z.B. Substitution HA-Versorgung durch mobile Praxis, Delegation, andere FA-Gruppen, stationäre Versorgung, usw.) münden.

- Akzeptanzanalyse und Landarzt-Stipendiaten bzw. Landarztquoten-Studierenden zur Bemessung der regionalen Sicherstellung ambulanter ärztlicher Versorgung

Wie in Kap. 3.5 dargestellt werden derzeit vor allem unter regional bereits bestehendem Handlungsdruck eine Vielzahl neue Instrumente zur (zukünftigen) Sicherstellung ambulanter ärztlicher Versorgung erprobt bzw. installiert. Dazu zählt in vielen Bundesländern, Regionen, Landkreisen und sogar einzelnen Kommunen vor allem Vergabe von Landarzt-Stipendien bzw. Landarztstudienquoten, die typischerweise die Verpflichtung zur Niederlassung für zumeist 5-10 Jahre mit sich bringen und über genau diesen Mechanismus eine dauerhafte Niederlassung erwirken sollen. Allerdings ist bislang vollkommen unbekannt, wie groß tatsächlich die Bereitschaft der in Anspruch nehmenden Medizinstudierenden ist, tatsächlich ihre geschlossenen Verträge zu erfüllen und damit ist auch die Frage offen, inwiefern sich mit diesen Studierenden die ärztliche Versorgung auf dem Land sichern lässt. Dazu bieten sich Befragungen von Stipendiaten bzw. Quoten-Studierenden zu deren Standortpräferenzen (gewünschte Strukturmerkmale und Arbeitsbedingungen, Fachrichtungsneigung, Vertragserfüllungsbereitschaft) und Merkmalen (Geschlecht, Alter, Herkunft) an. Letztlich würde damit geprüft werden, inwiefern die Standorteigenschaften der Stipendium-ausschreibenden Regionen mit den Standortwünschen der Stipendiaten übereinstimmen. Umgekehrt könnten auch Regionen aufgespürt werden, wo diese Merkmale am ehesten gegeben sind, d.h. wie groß die Ausfallwahrscheinlichkeit zugunsten anders strukturierter Räume anzunehmen ist.

5.4. Ausblick

Letztendlich wird aufgrund des inzwischen enormen Missverhältnisses von ausgebildeten Hausärzten zu hausärztlichem (Mehr-)Bedarf durch den demographischen Wandel keine der bisherigen Maßnahmen den bereits bestehenden oder in naher Zukunft eintretenden Hausarztmangel komplett kompensieren können. Dementsprechend wird das aktuelle ambulante Versorgungssystem mit einer Vielzahl freiberuflich betriebener Einzelpraxen an sein Ende kommen und durch neue medizinische Versorgungsangebote ersetzt werden müssen.

Ländliche Räume leiden dabei überproportional. Umso wichtiger ist ein notwendiger Mentalitätswechsel unter jungen Ärzten bei deren Standortwahl. Diesen herbeizuführen ist eine große Herausforderung, gleichzeitig aber auch zur langfristigen Sicherung hausärztlicher Versorgung in ländlichen Räumen dringend geboten.

Am effizientesten würde dies über die stärkere Ausrichtung auf die Standortbedürfnisse weiblicher Hausärzte gelingen. Hier müssen auch abseits gesellschaftlicher Klischees neue Arbeitsformen geschaffen werden, die den Standortansprüchen weiblicher Mediziner genügen. Dazu zählen flexible Arbeitszeiten, arbeiten im Team, arbeiten in Anstellung, berufliche Optionen für Lebenspartner und kinderfreundliche Strukturen, die die Ganztagskinderbetreuung sichern. Solche Angebote müssen gezwungenermaßen in einer Zusammenlegung bisheriger Standorte münden, wodurch die Flächenversorgung auch optimalem Nachbesatz nachhaltig ausgedünnt werden wird. Das Thema des Patiententransports hin zu ärztlichen Versorgungszentren wird so in den nächsten Jahren an Bedeutung und Relevanz gewinnen.

Falls darüber hinaus kein Mentalitätswechsel unter Nachwuchsmediziner herbeigeführt werden kann, steht auf lange Sicht (und in manchen Regionen bereits jetzt) das System der ambu-

lanten hausärztlichen Flächenversorgung durch Einzelpraxen in kleinen Orten als Ganzes infrage. Eine Möglichkeit, dennoch zumindest allgemeinmedizinische Versorgung in der Fläche anzubieten, wäre, diese nichtärztlich unter größerem Rückgriff auf qualifizierte medizinische Fachangestellte ohne ärztliche Aufsicht in der Fläche zu organisieren und hausärztliche Standorte lediglich noch in größeren Orten des ländlichen Raums zu betreiben und für bedürftige Patienten Fahrdienste zu diesen zu organisieren. Unter diesen Bedingungen käme dann auch der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung eine bedeutendere Rolle in der Erstversorgung zu, die sich laut Expertenaussage aufgrund des Hausarztmangels in einigen Regionen bereits heute abzeichnet.

Sollte keine Trendumkehr in der hausärztlichen Versorgung erreicht werden können, steht auch anzudenken, ob nicht in zunehmendem Maße die Verlegung von vor allem älterer, weil morbi- der Bevölkerung in die Nähe der von Hausärzten bevorzugten Standorte ebenfalls den Druck der unausgeglichenen Versorgung mindern kann. Dies müsste bspw. durch den barrierefreien Neu- oder Umbau von Wohnhäusern in überversorgten Regionen geschehen. Jedoch kann eine solche Anpassung an den Trend immer nur die zweite Wahl gegenüber der Forcierung einer Trendumkehr sein, weil sonst für die öffentliche Hand erhebliche Investitionen erforderlich sind. Die übrige Versorgungsstruktur wird ebenso belastet, indem diese an alten Wohnorten durch geringere Nutzung an Tragfähigkeit verliert und an neuen Wohnorten überbeansprucht werden würde. Hinzu tritt noch die in sozialer Hinsicht kritische Entfernung älterer Personen aus ihrem eingelebten Wohnumfeld. Solche Entwicklungen gilt es daher unbedingt zu vermeiden.

Anhang

A Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AGnES	Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ÄP	Ärztliche Prüfung
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BAV	Bundesaufsichtsamt des Versicherungswesens
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BBSR	Bundesinstitut für Stadt-, Bau- und Raumforschung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BHÄV	Bayerischer Hausärzteverband
BKG	Bayerische Krankenhausgesellschaft
BKK	Betriebskrankenkasse
BLÄK	Bayerische Landesärztekammer
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BPB	Bundeszentrale für politische Bildung
BPL-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
Clu	Cluster (Gruppe)
DB	Deutsche Bahn
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DL	Dienstleistung
doc2doc	Telemedizinische Verknüpfung von Ärzten untereinander
doc2patient	Telemedizinische Verknüpfung von Arzt und Patient
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EU	Europäische Union
EW	Einwohner
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition (im EBM)
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HK	Hauptkomponente
H _z V	Hausarztzentrierte Versorgung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IKK	Innungskrankenkasse
IT	Informationstechnik
KBS	Knappschaftskrankenkasse
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KoStA	Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin
KV	Kassenärztliche Vereinigung

KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KVRLP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
LÄK	Landesärztekammer
LEADER	Liaison Entre Actions de Développement de l'Économie Rurale (Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft, Förderprogramm der EU)
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mbit/s	Megabit pro Sekunde (Internetübertragungsgeschwindigkeit)
MFA	Medizinischer Fachangestellter
mGV	morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
MINT	Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft und Technik
MoPra	Mobile Praxisassistentin
MR	Modellraum
MSAGD	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWWK	Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur
NäPa	Nichtärztlicher Praxisassistent
NRW	Nordrhein-Westfalen
PJ	Praktisches Jahr (Abschnitt des Studiengangs Humanmedizin)
PKV	Private Krankenversicherung
RLP	Rheinland-Pfalz
RP	Rheinische Post
SGB	Sozialgesetzbuch
SP	Schwerpunkt
StMGP	Bayerische Staatsministerien für Gesundheit und Pflege
SVR	Sachverständigenrat
TMS	Test für Medizinische Studiengänge
VdEK	Verband der Ersatzkassen
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
VstG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
WBV	Weiterbündungsverband
WKK	Westküstenkliniken (Schleswig-Holstein)

B Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Übersicht über den Aufbau der Arbeit (FF = Forschungsfrage)	9
Abb. 2 Siedlungsstrukturelle Kreistypen in Deutschland 2014	14
Abb. 3 Topographische Lage der bis hier hin zur Untersuchung geeigneten Landkreise	15
Abb. 4 Eigenwerte der extrahierten Hauptkomponenten, nach ihrer Größe sortiert (Scree-Plot)	35
Abb. 5 Konfidenzabstände (in %) in Abhängigkeit von der berechneten Gruppenzahl.....	36
Abb. 6: Akteure des deutschen Gesundheitssystems und ihre Beziehungen zueinander	60
Abb. 7: Formel zur Berechnung des Versorgungsgrades einer Region	67
Abb. 8 Typisierung der Bedarfsplanungsregionen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung	70
Abb. 9 Formel zur Berechnung des Demographie-Faktors in der Bedarfsplanung.....	73
Abb. 10 Überblick über die Varianten des Versorgungsbedarfs in den Planungsbereichen	74
Abb. 11 Regionale Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte nach Planungsbereichen 2015	89
Abb. 12 Medizinstudierende in Deutschland im Jahr 2011 nach Studienort und Geschlecht (für Oldenburg, Gießen und Magdeburg liegen keine Daten vor)	92
Abb. 13 Absolventenquoten für Medizinstudierende an staatlichen Hochschulen in Deutschland von 2006 bis 2017	95
Abb. 14 Altersstruktur und Geschlecht von Assistenzärzten 2012 (im Vergleich zu berufstätigen Ärzten 2017).....	100
Abb. 15 Familienplanungsabsicht und Bereitschaft zur Teilzeittätigkeit nach Geschlecht von Assistenzärzten 2012	100
Abb. 16 Form der angestrebten Berufsausübung und Veränderungswünsche zur Attraktivitätssteigerung des Arztberufs	102
Abb. 17 Faktoren gegen Selbständigkeit und Änderungswünsche zugunsten einer Niederlassung von insgesamt 414 Apothekern, Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten, die sich in den Jahren 2009 bis 2014 gegen eine Niederlassung entschieden haben	103
Abb. 18 Minimale Entfernung der Gemeinden in Deutschland von Studienorten der Humanmedizin	106
Abb. 19 Graphische Darstellung der statistischen Beziehungen aus Tab. 28	108
Abb. 20 Anzahl der Medizinstudierenden in Deutschland von 1975 bis 2018 (bis 1991 ohne DDR)	110
Abb. 21 Anteil der weiblichen Medizinstudierenden in Deutschland von 1975 bis 2018 (bis 1991 ohne DDR)	110
Abb. 22 Entwicklung des Anteils junger und alter Haus- und Vertragsärzte in Deutschland von 2008 bis 2018.....	111
Abb. 23 Entwicklung des Anteils weiblicher Haus- und Vertragsärzte in Deutschland von 2008 bis 2018	111
Abb. 24 Entwicklung des Anteils angestellter Ärzte und Hausärzte in Deutschland von 2008 bis 2018	112
Abb. 25 Entwicklung des in Teilzeit gelisteten Versorgungsumfangs der Ärzte und Hausärzte in Deutschland von 2009 bis 2018	112
Abb. 26 Entwicklung des Anteils an Ärzten und Hausärzten in Einrichtungen mit mehr als einem Arzt in Deutschland von 2010 bis 2018	113
Abb. 27 Entwicklung der vertragsärztlichen Ärztezahlnach Versorgungsgruppen (nach Tab. 19) in Deutschland von 2010 bis 2018 (indexiert, 2008 = 100)	114
Abb. 28 Entwicklung der stationär und ambulant tätigen Ärztezahlnach Versorgungsgruppen (nach Tab. 19) in Deutschland von 2008 bis 2017 (indexiert, 2008 = 100).....	115

Abb. 29 Entwicklung der stationär voll- und teilzeitbeschäftigten Ärztezahlin Deutschland von 2008 bis 2017 (indexiert, 2008 = 100)	115
Abb. 30 Verteilung der Ärzteschaft auf verschiedene Berufsformen in Deutschland 2009 und 2016	115
Abb. 31 Entwicklung der Medizinische Versorgungszentren nach Art der ärztl. Berufsausübung in Deutschland von 2004 bis 2017	116
Abb. 32 Entwicklung der Medizinische Versorgungszentren nach Betreiber in Deutschland von 2004 bis 2017	116
Abb. 33 Schematische Darstellung der Auswirkungen durch kleinräumige Zentralisierung am Beispiel der Verlagerung von Vertragsarztsitzen in ein Grundzentrum (links) oder ein Mittelzentrum (rechts)	117
Abb. 34 Ärzte und Hausärzte pro MVZ in Deutschland von 2010 bis 2017	118
Abb. 35 Anteil der in MVZ tätigen Ärzte und Hausärzte in Deutschland von 2010 bis 2018	118
Abb. 36 Innenaufbau der DB Medibusse als „mobile Arztpraxis“	126
Abb. 37 Weiterbildungsverbände (WBV) der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) in Bayern, Stand Mai 2019	136
Abb. 38 Weiterbildungsverbände (WBV) der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) in Rheinland-Pfalz, Stand November 2019	140
Abb. 39 Inserate von Gebietskörperschaften in Rheinland-Pfalz über das Vermittlungsportal „Ort sucht Arzt“, alle Facharztgruppen, Stand November 2019	140
Abb. 40 Förderfähige Planungsbereiche des Strukturfonds in der hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz, Stand Juli 2019	142
Abb. 41 Topographische Lage des Modellraums Eifel	149
Abb. 42 Topographische Lage des Modellraums Unterfranken	150
Abb. 43 Naturräumliche Gliederung mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	151
Abb. 44 Landschaftliche Attraktivität auf Gemeindeebene mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	152
Abb. 45 Tourismusintensität auf Kreisebene mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	154
Abb. 46 Gemeinden nach Bevölkerungszahl im Modellraum Eifel 2017	155
Abb. 47 Gemeinden nach Bevölkerungszahl im Modellraum Unterfranken 2017	156
Abb. 48 Entfernung zum nächsten Oberzentrum über 100.000 Einwohner auf Gemeindeebene mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	157
Abb. 49 Autobahnen und Bahnstrecken in und um den Modellraum Eifel (grün)	158
Abb. 50 Autobahnen und Bahnstrecken in und um den Modellraum Unterfranken (blau)	159
Abb. 51 Erreichbarkeit von Supermärkten und Discountern (grün = gut, rot = schlecht) mit Lage der beiden Modellräume Eifel und Unterfranken	160
Abb. 52 Mittelzentren (rote Quadrate) und Grundzentren (kleine rote Dreiecke) in Rheinland-Pfalz mit dem grün hervorgehobenen Modellraum Eifel	162
Abb. 53 Mittelzentren (rote Kreise) und Oberzentren (violette Kreise) in Bayern mit dem blau hervorgehobenen Modellraum Unterfranken	163
Abb. 54 Dichte aller ambulant tätigen Allgemeinen Fachärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	164
Abb. 55 Dichte an Krankenhausbetten auf Kreisebene 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	166
Abb. 56 Ganztagsbetreuungsquote von Kindern im Alter von 3 bis unter 6 Jahren auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	168
Abb. 57 Anteil an Haushalten mit einer Internet-Breitbandversorgung von 16 Mbit/s oder mehr 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	175
Abb. 58 Bevölkerungsdichte auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel 2017	178

Abb. 59 Bevölkerungsdichte auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken 2017	179
Abb. 60 Durchschnittsalter auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel 2017	180
Abb. 61 Durchschnittsalter auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken 2017.....	181
Abb. 62 Seniorenanteil auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel 2017	182
Abb. 63 Seniorenanteil auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken 2017	182
Abb. 64 Wanderungsrate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel	183
Abb. 65 Wanderungsrate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken	184
Abb. 66 Geburten-Sterbe-Rate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel ..	185
Abb. 67 Geburten-Sterbe-Rate 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken	186
Abb. 68 Bevölkerungsentwicklung 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Eifel	187
Abb. 69 Bevölkerungsentwicklung 2008 bis 2017 auf kommunaler Ebene im Modellraum Unterfranken	187
Abb. 70 Einkommen pro Kopf auf Kreisebene 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	189
Abb. 71 Pendler im Verhältnis zur Einwohnerzahl auf Kreisebene 2016 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	191
Abb. 72 Beschäftigte nach sektoraler Gliederung in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017	193
Abb. 73 Arbeitslosenquote auf Kreisebene 2017 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau).....	195
Abb. 74 Vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Wohnsitz pro Einwohner auf Kreisebene 2017 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	197
Abb. 75 Vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Alter in Deutschland 2017	199
Abb. 76 Anteil der privat Krankenversicherten (PKV), berechnet aus der Gesamtbevölkerung abzüglich der gesetzlich Krankenversicherten (GKV) auf Kreisebene 2010.....	200
Abb. 77 Anteil weiblicher Hausärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	204
Abb. 78 Anteil über 65-jähriger Hausärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	206
Abb. 79 Anteil angestellter Hausärzte auf Kreisebene 2018 mit Lage der beiden Modellräume Eifel (grün) und Unterfranken (blau)	208
Abb. 80 Praxistypen im Modellraum Eifel	210
Abb. 81 Praxistypen im Modellraum Unterfranken.....	211
Abb. 82 Praxissystem im Modellraum Eifel.....	212
Abb. 83 Praxissystem im Modellraum Unterfranken	212
Abb. 84 Geschlechterverteilung nach Praxistyp der Hausärzte (N=323) in beiden Modellräumen	213
Abb. 85 Entfernung zu Hausarztpraxen im Modellraum Eifel	213
Abb. 86 Entfernung zu Hausarztpraxen im Modellraum Unterfranken	214
Abb. 87 Geschlechterverteilung der befragten Hausärzte (N=106).....	219
Abb. 88 Altersverteilung der befragten Hausärzte (N=103).....	220
Abb. 89 Familienstand der befragten Hausärzte (N=105).....	221
Abb. 90 Kinderzahl der befragten Hausärzte (N=105)	222
Abb. 91 Alter der Kinder der befragten Hausärzte (N=225)	223
Abb. 92 Lage des ersten Studienortes zur heutigen Arbeitsregion (Modellraum) (N=107)	224
Abb. 93 Studienort der Humanmedizin der befragten Hausärzte (Mehrfachnennungen möglich, ohne weit entfernte osteuropäische Studienorte).....	226

Abb. 94 Zeitpunkt der erstmaligen Kenntnis der jetzigen Arbeitsregion der befragten Hausärzte (N=107).....	227
Abb. 95 Einfluss der Bedarfsplanung auf die jetzige Arbeitsregion der befragten Hausärzte (N=105).....	228
Abb. 96 Alter bei Arbeitsaufnahme am jetzigen Arbeitsstandort (N=105).....	229
Abb. 97 Hausärzte nach Anzahl der Kinder bei Arbeitsaufnahme am jetzigen Arbeitsstandort (N=101).....	230
Abb. 98 Alter der Kinder der befragten Hausärzte bei Arbeitsaufnahme am jetzigen Arbeitsstandort (N=139).....	231
Abb. 99 Form der Arbeitsaufnahme am jetzigen Praxisstandort (N=107).....	232
Abb. 100 Inanspruchnahme von Hilfsleistungen bei der Niederlassung (Mehrfachnennungen möglich) (N=26).....	233
Abb. 101 Praxis-Betriebsformen der befragten Hausärzte (N=107).....	234
Abb. 102 Anzahl der tätigen Hausärzte in den Praxen der befragten Hausärzte (N=105).....	235
Abb. 103 Räumliche Lage des Wohnortes im Verhältnis zur Praxis der befragten Hausärzte (N=107).....	236
Abb. 104 Voraussichtliches Alter beim Ruhestand der befragten Hausärzte (N=93).....	237
Abb. 105 Aussichten bei der Nachfolgersuche der befragten Hausärzte (N=102).....	238
Abb. 106 Gründe für die Einschätzung der Nachfolgersuche der befragten Hausärzte (N=73).....	239
Abb. 107 Bedeutung der beiden Faktorengruppen (unternehmerisch vs. privat) der befragten Hausärzte (N=104).....	241
Abb. 108 Bedeutung des Standortfaktors „Ökonomische Tragfähigkeit“ der befragten Hausärzte (N=103).....	242
Abb. 109 Bedeutung des Standortfaktors „Patientenanzahl“ der befragten Hausärzte (N=103).....	243
Abb. 110 Bedeutung des Standortfaktors „Wohlhabende Patienten“ der befragten Hausärzte (N=102).....	245
Abb. 111 Bedeutung des Standortfaktors „Verfügbare kassenärztliche Zulassung“ der befragten Hausärzte (N=103).....	246
Abb. 112 Bedeutung des Standortfaktors „Konkurrenz zu anderen Hausärzten in näherer Umgebung“ der befragten Hausärzte (N=103).....	247
Abb. 113 Bedeutung des Standortfaktors „Regionale fachärztliche Versorgung“ der befragten Hausärzte (N=101).....	248
Abb. 114 Bedeutung des Standortfaktors „Räumliche Nähe zu einer Klinik“ der befragten Hausärzte (N=103).....	249
Abb. 115 Bedeutung des Standortfaktors „Verwandte und Freunde“ der befragten Hausärzte (N=102).....	251
Abb. 116 Bedeutung des Standortfaktors „Zentren-Erreichbarkeit“ der befragten Hausärzte (N=102).....	253
Abb. 117 Bedeutung des Standortfaktors „Landschaftliche Attraktivität“ der befragten Hausärzte (N=103).....	254
Abb. 118 Bedeutung des Standortfaktors „Einkaufsmöglichkeiten“ der befragten Hausärzte (N=102).....	255
Abb. 119 Bedeutung des Standortfaktors „Medizinische Einrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=101).....	255
Abb. 120 Bedeutung des Standortfaktors „Bildungseinrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=103).....	256
Abb. 121 Bedeutung des Standortfaktors „Kulturelles Angebot“ der befragten Hausärzte (N=103).....	258
Abb. 122 Bedeutung des Standortfaktors „Sportstätten“ der befragten Hausärzte (N=101)....	259

Abb. 123 Bedeutung des Standortfaktors „Gastronomisches Angebot“ der befragten Hausärzte (N=102).....	259
Abb. 124 Bewertung des Standortfaktors „Verdienst“ der befragten Hausärzte (N=105)	264
Abb. 125 Bewertung des Standortfaktors „Berufliche Planungssicherheit“ der befragten Hausärzte (N=105).....	265
Abb. 126 Bewertung des Standortfaktors „Verfügbare Kassenzulassung“ der befragten Hausärzte (N=103).....	266
Abb. 127 Bewertung des Standortfaktors „Patienten Klientel“ der befragten Hausärzte (N=105)	266
Abb. 128 Bewertung des Standortfaktors „Günstige Praxisübernahme“ der befragten Hausärzte (N=102).....	268
Abb. 129 Bewertung des Standortfaktors „Finanzielle Anreize“ der befragten Hausärzte (N=101)	269
Abb. 130 Bewertung des Standortfaktors „Zentren-Erreichbarkeit“ der befragten Hausärzte (N=104).....	270
Abb. 131 Bewertung des Standortfaktors „Landschaftliche Attraktivität“ der befragten Hausärzte (N=105).....	271
Abb. 132 Bewertung des Standortfaktors „Einkaufsmöglichkeiten“ der befragten Hausärzte (N=105).....	272
Abb. 133 Bewertung des Standortfaktors „Medizinische Einrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=105).....	273
Abb. 134 Bewertung des Standortfaktors „Bildungseinrichtungen“ der befragten Hausärzte (N=105).....	274
Abb. 135 Bewertung des Standortfaktors „Kulturelles Angebot“ der befragten Hausärzte (N=105).....	275
Abb. 136 Bewertung des Standortfaktors „Sportstätten“ der befragten Hausärzte (N=105)	276
Abb. 137 Bewertung des Standortfaktors „Gastronomisches Angebot“ der befragten Hausärzte (N=104).....	277
Abb. 138 Besatz der im Zuge der Clusteranalyse ermittelten Gruppen an Hausärzten (N=107)	297

C Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Administrative Ebenen in Deutschland	12
Tab. 2 Periphere Landkreise, die die Kriterien zur Auswahl aus Modellraum erfüllen	16
Tab. 3 Kriterien zur Auswahl der Modellräume	17
Tab. 4 Kriterienbündel Hausarztstruktur für rheinland-pfälzische Mittelbereiche und Landkreise	19
Tab. 5 Kriterienbündel Hausarztstruktur für bayrische Mittelbereiche und Landkreise	21
Tab. 6 Kriterienbündel Hausarztstruktur für die ausgewählten Modellräume	22
Tab. 7 Interviewte Experten in ihrer Funktion	24
Tab. 8 Im Fragebogen verwendete Fragetypen	26
Tab. 9 Aus Statistiken der KVen ersichtliche Ärztezahlen vs. Selbst ermittelte Ärztezahlen in den Modellräumen	27
Tab. 10 An Hausärzte versendete und zurückerhaltene Fragebögen in den Modellräumen	28
Tab. 11 Aus den Fragen zu extrahierende Datentypen und deren Merkmalsausprägungen	29
Tab. 12 Deskriptive Statistik zur Variable Alter mit den Gruppen (Modellräumen) Unterfranken und Eifel	30
Tab. 13 Leneve-Test und T-Test für die Variable Alter mit den Gruppen (Modellräumen) Unterfranken und Eifel	31
Tab. 14 Zusammenhangsmaße nach Skalenniveau und ihre Interpretation	32
Tab. 15 Anti-Image-Korrelationen und Kommunalitäten der für die Faktoranalyse vorgesehenen Variablen	34
Tab. 16 Für Hausärzte in Betracht zu ziehende Standortfaktoren	59
Tab. 17 Gesetzliche Krankenversicherungen: Mitglieder und Anteil der Mitversicherten	64
Tab. 18 Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) der Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung	69
Tab. 19 Versorgungsebenen und Arztgruppen der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie	71
Tab. 20 Praxisstrukturen von hausärztlich tätigen Vertragsärzten	83
Tab. 21 Jahresüberschuss je Praxisinhaber nach Fachrichtungen	84
Tab. 22 Patientenstruktur 2013 nach Facharztgruppen	85
Tab. 23 Verhältniszahlen (Sollwerte) von Hausärzten und allgemeinen Fachärzten in Deutschland und ausgewählten Bundesländern für das Jahr 2015	86
Tab. 24 Anzahl der Hausarzt-Planungsbereiche nach Versorgungsgrad 2015	87
Tab. 25 Altersstruktur der Hausärzte 2015	90
Tab. 26 Fachärzte der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin (ohne Schwerpunkt) nach Tätigkeitsbereichen 2017	98
Tab. 27 Gewählte Fachrichtungen befragter Assistenzärzte 2012 und berufstätige Ärzte nach Fachrichtungen 2017	99
Tab. 28 Statistische Beziehungen zwischen der Entfernung vom Studienort bzw. Großstädten und der hausärztlichen Versorgungsstruktur der Landkreise (2015) und Mittelbereiche (2017) in Deutschland	107
Tab. 29 Behandlungsbezogene Telemedizinische Anwendungsmöglichkeiten	120
Tab. 30 Eigenschaften verschiedener Konzepte zur Entlastung bzw. Delegation hausärztlicher Aufgaben durch nichtärztliches medizinisches Personal	122
Tab. 31 Mittel- (MZ) und Grundzentren (GZ) in den Landkreisen der beiden Modellräume	161
Tab. 32 Ambulante Versorgung mit Allgemeinen Fachärzten in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2018	165
Tab. 33 Stationäre Versorgung in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2016	167
Tab. 34 Wichtige allgemeinbildende Schulformen in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017	170

Tab. 35 Flächen für Sport, Freizeit und Erholung, bezogen auf die ansässige Bevölkerung und die gesamte Siedlungsfläche in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017	173
Tab. 36 Anteil an Haushalten mit einer Internet-Breitbandversorgung von 16 Mbit/s oder mehr in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2016	175
Tab. 37 Demographische Kennziffern 2017 zu den Landkreisen in den Modellräumen	177
Tab. 38 Einkommen pro Kopf in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2016	190
Tab. 39 Ein- und Auspendlerquoten mit den wichtigsten Herkunfts-/ Zielkreisen in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017	192
Tab. 40 Verschiedene Formen der Arbeitslosigkeit in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2017	196
Tab. 41 Vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Wohnsitz pro Einwohner auf Kreisebene 2017	198
Tab. 42 Ausgewählte vollstationäre Behandlungen von Krankenhauspatienten nach Krankheitsklassifikation in Deutschland und Abweichungen in den Modellräumen 2017	199
Tab. 43 PKV-Marktanteile und Mehrumsätze (nominal & real) sowie für die realen Mehrumsätze hinzugezogene Indexwerte der Landkreise des Modellraums Unterfranken 2017	201
Tab. 44 Strukturmerkmale der Hausärzte in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2018	203
Tab. 45 Struktur der hausärztlichen Praxisbetriebe in den Modellräumen und ihren Landkreisen 2018	209
Tab. 46 Korrelationen der in der Strukturanalyse der Modellräume verwendeten und deutschlandweit verfügbaren Kennziffern mit den Kennziffern der hausärztlichen Versorgungsstruktur 2016/2017/2018.....	216
Tab. 47 Nennung anderer unternehmerischer Faktoren der befragten Hausärzte	249
Tab. 48 Nennung anderer privater Faktoren der befragten Hausärzte	261
Tab. 49 Modi der verschiedenen Standortfaktorbedeutungen der befragten Hausärzte.....	262
Tab. 50 Modi der verschiedenen Standortfaktorbewertungen der befragten Hausärzte.....	278
Tab. 51 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den demographischen Merkmalen der befragten Hausärzte	281
Tab. 52 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den Bedingungen des Berufseinstiegs (I) der befragten Hausärzte	283
Tab. 53 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den Bedingungen des Berufseinstiegs (II) der befragten Hausärzte	285
Tab. 54 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den momentanen hausärztlichen Arbeitsformen der befragten Hausärzte	287
Tab. 55 Korrelationswerte r zwischen den Standortfaktoren und den Zukunftsperspektiven der befragten Hausärzte	289
Tab. 56 Anzahl der signifikanten Korrelationen der abgefragten Standortfaktoren mit den Merkmalen der befragten Hausärzte	291
Tab. 57 Rotierte Komponentenmatrix mit den jeweiligen Faktorladungen	293
Tab. 58 Klassifizierte Faktormittelwerte für die gebildeten Gruppen (Clu).....	296
Tab. 59 Erfolgsfaktoren zur Anziehung von Hausärzten für Deutschland und ländliche Räume im Vergleich	301

D Quellenverzeichnis

Literatur

Alber, J. & Bernardi-Schenkluhn, B. (1995): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Frankfurt/New York.

Albrecht, M.; Etgeton, S. & Ochmann, R.R. (2014): Faktencheck Gesundheit – regionale Verteilung von Arztstühlen (Ärztedichte), Gütersloh.

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Hrsg.) (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland - Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020.

Arentz, C. (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. In: Wissenschaftliches Institut der PKV (Hrsg.) (2017): WIP-Diskussionspapier 2/2017.

Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W. & Weiber, R. (2008): Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung. Leipzig

Bastiani, A. (1995): Die private Krankenversicherung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union: Eine vergleichende Analyse vor und nach der Deregulierung. Karlsruhe.

Bathelt, H. & Glückler, J. (2003): Wirtschaftsgeographie. Stuttgart.

Bauer, J. & Ganser, C. (2007): Münchner Studie zu Partnerwahl und Partnerschaft.

van den Berg, N.; Meinke, C. & Hoffmann, W. (2009): Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin in der Flächenversorgung. *Der Ophthalmologe* 2009; 106(9): S. 788-794.

Beske, F.; Drabinski, T. & Wolf, J.H. (2002): Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung, Standpunkte und Perspektiven. In: Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.), Band 94. Kiel.

Beske, F. & Hallauer, J.F. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur-Leistung-Weiterentwicklung. Köln.

Bitzer, E.M. (1994): Konzept zur Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung – Analyse von Leistungsgeschehen, Patienten- und Arztbedürfnissen. Magisterarbeit. Medizinische Hochschule Hannover.

Böge, U. (1973): Kassenpraxis und Privatpraxis. Berlin.

Bogner, A. & Menz, W. (2005): Expertenwissen und Forschungspraxis: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (2005): Das Experteninterview. Wiesbaden, S. 7-30

Braun, T. (2002): Analyse, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen. Geographische Möglichkeiten und Perspektiven am Beispiel von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. St. Augustin.

- Breyer, F.; Zweifel, P. & Kifmann, M. (2004): Gesundheitsökonomik. Berlin.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2005): Raumordnungsbericht 2005. Band 21 der Reihe Berichte. Bonn.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2013): (Muster-)Weiterbildungsordnung in der Fassung vom 28.06.2013.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2004): „Blaue Reihe“ 56/2004: Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. Dezember 2003. Ergebnisse der Ärztestatistik der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Berlin.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2015): Indikatoren der Nahversorgung. Erreichbarkeiten von Gütern und Dienstleistungen des erweiterten täglichen Bedarfs. BBSR-Analysen KOMPAKT 10/2015.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006): Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen. Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2013): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge. Ein MORO-Forschungsfeld, MORO-Informationen Ausgabe 10/3 11/2013. Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2010): Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzepte – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion. BMVBS-Online-Publikation 12/2010.
- Busse, R. & Riesberg, A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Chaibi, S. & Schulze Ehring, F. (2019): PKV-Regionalatlas Bayern. Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums; Studie für den Verband der Privaten Krankenversicherung.
- Claussen, W. (2005): Gesundheit vor Ort - ein Thema für die Raumplanung? In: Raumplanung 139, S. 264.
- Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Dennig, M.-C.; Greß, S. & Stegmüller, K. (2013): Gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum. Eine Studie zur gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda. Fulda.
- Deutsche Apotheker- und Ärztekammer (Hrsg.) (2014): Chance Niederlassung. Das Erfolgsmodell Existenzgründung. Düsseldorf.
- Einig, K. (2015): Gewährleisten Zentrale-Orte-Konzepte gleichwertige Lebensverhältnisse bei der Daseinsvorsorge? In: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 1, 2015, S. 45-56
- Etgeton, S. (2015): Ärztedichte. Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. In: Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2015): Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven. 03/2015. Gütersloh.

Faller, B. (2014): Probleme der Hausarztversorgung im ländlichen Raum – In: VHW (Hrsg.): Forum Wohnen und Stadtentwicklung - 1/2014 - S. 7-10.

Fritzsche, S. (2014): Vernetzte Gesundheit planen – Internet als Werkzeug, Entwicklungsimpuls und Forschungsgegenstand im ländlichen Raum. In: Küpper, P. et al. (Hrsg.): Raumentwicklung 3.0 – Gemeinsam die Zukunft der räumlichen Planung gestalten. Arbeitsberichte der ARL 8. Hannover, S. 188-198.

Geißler, U. (1978): Ziele und Methoden der Planung. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.) (1978): Kassenärztliche Bedarfsplanung. Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, Band 1, Bonn, S. 59-86.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012; in Kraft getreten am 1. Januar 2013 / zuletzt geändert am 16. Juni 2016; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.09.2016 B1 vom 14. September 2016; in Kraft getreten am 15. September 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15.02.2007, zuletzt geändert am 15.07.2010, in Kraft getreten am 27.11.2010.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2005): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte), in Kraft getreten am 15. Mai 2005.

Gerlinger, T.; Mosebach, K. & Schmucker, R. (2007): Wettbewerbssteuerung im GKV-WSG Eine Einschätzung möglicher Effekte auf das Akteurshandeln im Gesundheitssystem In: Jahrbuch für kritische Medizin (Band 44), 2007, S. 6-24.

Gerst, T. (2008): Modellprojekt „Mobile Praxisassistentin“. In: Deutsches Ärzteblatt 2008, Heft 105(22): A-1178 / B-1016 / C-996

Grabow, B.; Henckel, D. & Hollbach-Grömig, B. (1995): Weiche Standortfaktoren. In: Schriften des Deutschen Instituts für Urbanistik. Nr. 89.

Haage, H. (2000): Bedarfsplanung in der GKV-Gesundheitsreform 2000, MedR Schriftenreihe Medizinrecht 20000, S. 262-266.

Haas, P. (2006): Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potenziale. Berlin, Heidelberg, New York.

Hauß, F. (1985): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und regionale Gesundheitspolitik. In: Informationen zur Raumentwicklung, H. 3/4 1985, S. 279-288.

Heineberg, H. (2007): Einführung in die Anthropogeographie/ Humangeographie. Paderborn.

Hemenway, D. (1982): The optimal location of Doctors. In: The New England Journal of Medicine 306, 7 (1982), S. 397-401.

Herweck-Behnsen, E. (1995): Die Legitimation der Zulassungsbeschränkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte durch das Grundgesetz. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 1995, S. 211-216.

Hessenauer, F. (2015): Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ist für neue Lösungswege aufgeschlossen. In: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie (Hrsg.) (2015): „Zusammenland Rheinland-Pfalz – Gut für Generationen“. Den demografischen Wandel gemeinsam gestalten, S. 80-81.

Hessenauer, F. (2011): Fünf-Märkte-Konzept gegen den Ärztemangel. In: Ärztezeitung, Springer Medizin Verlag GmbH, Artikel vom 01.10.2011.

Hochheim, M. (2015): Deutschland - ein Land ohne Ärzte? Über den Ärztemangel und dessen Auswirkungen. Hamburg.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2017b): Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2013): Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2010): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2010.

Kiess, W. & Heimisch, A. (2012): Hängen Armut und Gesundheit zusammen – oder macht Mangel an Bildung krank? Eine Bestandsaufnahme und persönliche Antwort. In: Brähler, E.; Kiess, J.; Schubert, C. & Kiess, W. (Hrsg.) (2012): Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Göttingen. S. 21-43.

Kistemann, T. & Schröer, M.-A. (2007): Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortwahlverhalten von Vertragsärzten in einem überversorgten Planungsgebiet, in: Gesundheitswesen, Jg. 69, Nr. 11, S. 593-600.

Kistemann, T. & Schweikart, J. (2006): Regionale Unterschiede in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In: Leibnitz-Institut für Länderkunde (Hrsg.): Nationalatlas Bundesrepublik Deutschland. Leipzig, S. 144-146.

Kistemann, T. & Schweikart, J. (1998): Auf dem Weg zur „neuen Partnerschaft“. Serie Medizinische Geographie – Ein interdisziplinärer Beitrag zu Public Health / Teil 3: Ihre mögliche Bedeutung für die kassenärztliche Bedarfsplanung. In: Marburger Bund: Ärztliche Nachrichten. Nr. 4 vom 27. März 1998, S. 6-7.

Klose, J. & Rehbein, I. (2016): Ärzteatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin.

Klose, J. & Uhlemann, T. (2006): Fehlallokation in der vertragsärztlichen Versorgung - Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung, in: G+G Wissenschaft, Jg. 2006, Heft 3.

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, Berlin.

- Kopetsch, T. (2004): Die ärztliche Profession in Deutschland. In: Journal of Public Health 12 (2004), 5, S. 304-320.
- Kromrey, H. (2000). Empirische Sozialforschung. 9. Auflage, Opladen.
- de Lange, N. & Nipper, J. (2018): Quantitative Methodik in der Geographie. Paderborn.
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage, Weinheim.
- Lee, E.S. (1972): Eine Theorie der Wanderung. In: Széll, G. (Hrsg.) Regionale Mobilität. München, S. 115-129.
- Liefner, I. & Schätzl, L. (2012): Theorien der Wirtschaftsgeographie. 10. Aufl. Paderborn.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage, Weinheim.
- Mergenthal, K. (2016): Möglichkeiten durch Delegation hausärztlicher Leistungen am Beispiel von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH)
- Meyer-Stamer, J. (1999): Lokale und regionale Standortpolitik – Konzepte und Instrumente jenseits von Industriepolitik und traditioneller Wirtschaftsförderung. Projekt MESO NRW. Institut für Entwicklung und Frieden an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg. Report 39.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2016): Projektleitfaden Förderprogramm „Landärzte“ Grundsätze für die Gewährung einer Zuwendung für Projekte zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung in unterversorgten ländlichen Gebieten in Baden-Württemberg.
- Neumeier, S. (2014): Modellierung der Erreichbarkeit von Supermärkten und Discountern. Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung. In: Thünen Working Paper, Ausgabe 16, 2014.
- Pawson, R. (1991): Gesundheit und materieller Wohlstand : eine Analyse von Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung Englands. In: Hamburger Argument-Verlag (Hrsg.): Argument Sonderband AS 193. S. 6-34.
- Pieper, J. (2008): Methoden zur Kleinräumigen Modellierung von Versorgungsdisparitäten in der Vertragsärztlichen Versorgung S.20-27; GIS im Gesundheitswesen. Health GIS.- Berlin: GIS. Science.
- Pred, A. (1967): Behavior and location. Foundations for a geographic and dynamic location theory. Lund.
- Reiners, H. (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz. „Ein Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung In: Jahrbuch für kritische Medizin (Band 20), 1993, S. 21-53.
- Röpke, T. & Lenz, M. (1985): Bedarfsplanung im Gesundheitswesen. Rückblick auf eine unzureichende regionalisierte Fachplanung. In: Informationen zur Raumentwicklung, H. 3/4 1985, S. 245-253.

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018.

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, Bern.

Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009, Baden-Baden.

Schade, H.-J. & Winkel, R. (2015): Konzept Vulkaneifel. Gesundheitliche Versorgung und Pflegeversorgung im Landkreis Vulkaneifel.

Schade, H.-J. (2012): Neue Wege im Kampf gegen den Hausärztemangel. Gesundheitliche Versorgung für die Zukunft sichern! In: Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) (2012): Standpunkt. Diskussionsimpulse und Konzepte des Landesbüros Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung. Nr. 2. Januar 2012.

Schätzl, L. (2003): Wirtschaftsgeographie I, Theorie. 9. Auflage. Paderborn.

Schnell, R.; Hill, P. & Esser, E. (1995). Methoden der empirischen Sozialforschung. 5. Auflage, München.

Schröder, W.F.; Lehmann, B.; Hezel, F. & Beckers, R. (2009): Entwicklung der Telemedizin im Land Brandenburg aus versorgungsinhaltlicher Sicht. Agenon Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH (Hrsg.). Berlin.

Schröer, M.-A. (2008): Disparitäten der ambulanten ärztlichen Versorgung: Eine exemplarische Untersuchung am Beispiel eines großstadtnahen Landkreises, Saarbrücken.

Schulz, M.; Czihal, T.; Bätzing-Feigenbaum, J. & von Stillfried, D. (2016): Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (Hrsg.) Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/02. Berlin.

Schwartz, F.W. (2001): Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus Sicht des Sachverständigenrates. In: Gesundheitswesen 63, 2001, S. 127-132.

Schwartz, F.W. & Wismar, M. (1998): Planung und Management. In: Schwartz, F.W. et. Al. (Hrsg.) 1998: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Wien/Baltimore. S. 558-573.

Simon, M. (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern.

Stein, C. & Walz, U. (2018): Indikator für ein Monitoring der landschaftlichen Attraktivität Deutschlands. In: Behnisch, M.; Kretschmer, O. & Meinel, G. (Hrsg.) (2018): Flächeninanspruchnahme in Deutschland. Auf dem Wege zu einem besseren Verständnis der Siedlungs- und Verkehrsflächenentwicklung. S. 156-167. Berlin.

Steinführer, A.; Küpper, P. & A. Tautz (2012): Gestaltung der Daseinsvorsorge in alternden und schrumpfenden Gemeinden – Anpassungs- und Bewältigungsstrategien im Harz. Johann Heinrich von Thünen-Institut. Braunschweig.

Stinn, T. (2017): Die Gesundheitsregion als zukunftsfähiges Konzept für ländliche Räume. Raumrelevante Handlungsstrategien im Kontext regionaler Gesundheitsversorgung. In: Grabski-Kieron, U. et. al. (2017): Ländliche Räume: Beiträge zur lokalen und regionalen Entwicklung, Bd. 3, Münster.

Sundmacher, L. & Ozegowski, S. (2013): Ziehen Privatpatienten Ärzte an? In: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 12/13, 16 Jg., S. 31-35.

Thiele, W. (1982): Standortwahlverhalten von Kassenärzten in einem Ballungsgebiet. Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen Band 4. Berlin.

Thielscher, C. (Hrsg.) (2015): Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung. Wiesbaden.

Tiedemann, A. (2013): Regionalisierung der Bedarfsplanung: Das Spannendste kommt noch – Statement. In: Bloch, E. (Hrsg.): Herausforderungen der regionalen Versorgung nach dem Versorgungsstrukturgesetz. In: Igl, G. & Felix, D. (Hrsg.): Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa. Schriftenreihe des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik an der Fakultät für Rechtswissenschaft der Universität Hamburg. Band 25, S. 31-34. Münster / Hamburg / London.

Thomas, A. (2019): Gesundheitsversorgung in Rheinland-Pfalz. Ministerium und KV zoffen über Niederlassungsförderung. Artikel vom 28.11.2019 in der Ärztezeitung, Springer Medizin Verlag GmbH.

Troeger-Weiß, G. (2012): Medizinische und kommunale Herausforderungen einer alternden Gesellschaft im ländlichen Bereich – Ergebnisse einer Erhebung in der oberfränkischen Gemeinde Markt Heiligenstadt. In: Das Gesundheitswesen, 74 (07), S. 410-415. (zusammen mit Karsch-Völk, M., Landendörfer, P., Linde, K., Egermann, A. und Schneider, A.).

Troeger-Weiß, G. (2011): Regionalplanung für den ländlichen Raum – Neue Wege zur Grundversorgung in Ländlichen Räumen – INTERREG Projekt „ACCESS“ – Improving Accesibility of Services of General Interest – Organisational Innovations in Rurual Mountain Areas. Freiburg (zusammen mit Karlin, D., Torns, F., Domhardt, H.-J., Stephan, C. und Eisel, S.).

Troeger-Weiß, G. (2008): Demographischer Wandel als Herausforderung und Chance – innovative Ansätze zur Sicherstellung der Grundversorgung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, In: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Berggebiete (SAB) (Hrsg.): Comment générer de la valeur ajoutée au sein des régions de montagne? Bern, S. 149-157.

von Troschke, J. (2004): Professionalisierung des Arztberufes. In: Strauß, B. et. al. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. S. 313-326.

Wendt, G. (1985): Probleme der ärztlichen Über- und Unterversorgung in Verdichtungsräumen. In: Informationen zur Raumentwicklung, H. 3/4, 1985, S. 289-308.

Wilk, T. (2005): Die Rechtsbeziehungen im Vertragswesen unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsstellung des Belegarztes. Bochumer Schriften zum Sozialrecht 10. Frankfurt.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2016): Jahresbericht 2014. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2010 bis 2013. in Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2016): Zi-Praxis-Panel, 5. Jahrgang. Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2009): Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens: Eine kleinräumige Analyse zum Jahr 2020.

Internetquellen

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Hrsg.) (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland - Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020, S. 33, Online-Dokument: https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0501_Anlage_AOLG-Bericht.pdf, (letzter Zugriff am 22.09.2016)

Ärzte team Büchenbeuren (Hrsg.) (2019): Über das Ärzte team Büchenbeuren, unter: https://www.aerzteteam-buechenbeuren.de/Ueber_uns.htm (Letzter Zugriff am 29.11.2019)

Ärztelammer Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2019): Neue Ärzte für Lunden, unter: <https://www.aeksh.de/neue-aerzte-fuer-lunden> (letzter Zugriff am 21.11.2019)

Bayerische Staatskanzlei (Hrsg.) (2018): Verordnung über das Landesentwicklungsprogramm Bayern (LEP)12 vom 22. August 2013 (GVBl. S. 550) BayRS 230-1-5-W, unter: https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayLEP-ANL_2 (letzter Zugriff am 07.12.2018)

Bayerischer Hausärzteverband (Hrsg.) (2017): Mit der Ministerin aufs Land: Initiative Oberfranken Offensiv will Medizinstudierende für Landarztpraxen begeistern, unter: <https://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/berufspolitik/berufspolitische-informationen/rundschreiben/3391-mit-der-ministerin-aufs-land-initiative-oberfranken-offensiv-will-medizinstudierende-fuer-landarztpraxen-begeistern.html> (letzter Zugriff am 13.08.2017)

Bayerischer Hausärzteverband (Hrsg.) (2013): Ein halbes Jahrhundert Hausarzt – Dr. Hagitte [Video], unter: <https://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/presse/medcast-das-videofenster-des-bhaev/1660-ein-halbes-jahrhundert-hausarzt-dr-gottfried-hagitte.html> (letzter Zugriff am 17.12.2019)

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2019a): Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im ländlichen Raum, unter: https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/bayerische_gesundheitsagentur/foerderprogramme/nieder-niederlassungsfoer/index.htm (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2019b): Kommunalbüro für ärztliche Versorgung, unter: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/kommunalbuero/index.htm> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.) (2019): Stipendienprogramm für Medizinstudierende, unter:

<https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/stipendienprogramm-fuer-medizinstudierende/> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Bertelsmannstiftung (Hrsg.) (2019): Kommunalen Finanzreport 2019 | D, unter: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Kommunale_Finzen/PMs110619/D-Finanzreport-Kassenkredite.pdf (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2019): Pendleratlas (Datenstand Juni 2018), unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistische-Analysen/Interaktive-Visualisierung/Pendleratlas/Pendleratlas-Nav.html> (letzter Zugriff am 09.08.2019)

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018, unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf (letzter Zugriff am 17.10.2018)

Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2016): Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 113. Heft 18. unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/GTV_MFA_2016.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2017)

Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2008): Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 105. Heft 51–52. unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arztpraxen.pdf (letzter Zugriff am 04.04.2017)

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2017): Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen. Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe - Mittelbereiche, unter: <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html?nn=443270> (letzter Zugriff am 21.02.2017).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2016): Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen, unter: http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/RaumabgrenzungRa/Kreistypen4/kreistypen.html (letzter Zugriff am 18.10.2016)

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2016): Aktionsprogramm Daseinsvorsorge, unter: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/FP/MORO/Forschungsfelder/2011/Aktionsprogramm/01_Start.html?nn=432768 (letzter Zugriff am 07.11.2016).

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2018): Wanderungshäufigkeit über Gemeindegrenzen nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2016, unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/M33-Wanderungen-Alter-Geschlecht.html> (letzter Zugriff am 20.09.2019)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2017): Masterplan Medizinstudium Beschluss text, unter: https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf (letzter Zugriff am 08.06.2018)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Masterplan Medizinstudium 2020, unter: <https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html> (letzter Zugriff am 08.06.2018)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019): Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG), unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DVG_Bundestag.pdf (letzter Zugriff am 15.11.2019)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Landärzte, unter: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe//landaerzte.html> (letzter Zugriff am 17.11.2015).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Versorgungsstärkungsgesetz im Bundestag, unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html> (letzter Zugriff am 16.03.2015).

Bundesministerin der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2018): Approbationsordnung für Ärzte, unter: https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html (letzter Zugriff am 02.10.2018)

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2013): Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/156012/neufassung-der-bedarfsplanungsrichtlinie> (letzter Zugriff am 21.02.2017)

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2012): Die soziale Situation in Deutschland - Lebensformen und Haushalte, unter: https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/02%20Lebensformen%20und%20Haushalte.pdf (letzter Zugriff am 21.01.2020)

Busse, R. (2018): Telemedizin. eHealth Grundlagen, unter: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2018.lectures/2018_eHealth_Telemedizin.pdf (letzter Zugriff am 30.05.2019)

David-Gruber, A. & Herzog, R. (2003): Die gute Erreichbarkeit der Praxis - ein entscheidender Erfolgsfaktor. In: IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH (Hrsg.): Praxisführung Professionell. Ausgabe 07/2003. unter: <http://www.iww.de/pp/archiv/standortanalyse-die-gute-erreichbarkeit-der-praxis--ein-entscheidender-erfolgsfaktor-f34974> (letzter Zugriff am 20.03.2017)

Demografieportal des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2017): Gute Praxis in Deutschland. Gemeindepraxen – Hausärzte als Angestellte der Gemeinde, unter: https://www.demografieportal.de/SharedDocs/Handeln/DE/GutePraxis/Hausaerzte_Angestellte_Gemeinde.html (letzter Zugriff am 23.06.2017)

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer (Hrsg.) (2019): Praxisbörse für Praxisabgeber, unter: https://www.apobank.de/selbstaendige/nachfolge/praxisboerse_abgeber.html?gclid=CjwKCAiA8ejuBRAaEiwAn-iJ3i7JnPJ7Ltm1PIW5XW3HWjuJBbtEEuZuOzrVVorRMFLzpT5vwQqYI-xoC-NQQA_vD_BwE (letzter Zugriff am 22.10.2019)

Deutsche Bahn AG (Hrsg.) (2019): DB Medibus - die rollende Arztpraxis, unter: https://www.dbregio.de/db_regio/view/bus/medibus/db-medibus.shtml (letzter Zugriff am 16.09.2019)

Deutsche Bahn AG (Hrsg.) (2019): Mobile Arztpraxis: Medibus der Deutschen Bahn kann Versorgungslücken im ländlichen Raum schließen. Pressemitteilung vom 26.04.2019, unter: https://www.deutschebahn.com/de/presse/pressestart_zentrales_uebersicht/Mobile-Arztpraxis-

Medibus-der-Deutschen-Bahn-kann-Versorgungsluecken-im-laendlichen-Raum-schliessen-4101778 (letzter Zugriff am 15.09.2019)

Deutscher Golf-Verband (Hrsg.) (2018): DGV-Statistiken 2017, unter: https://www.golf.de/publish/binarydata/1516267802238_18-01-17_1_Anlage__DGV_Statistiken.pdf (letzter Zugriff am 07.08.2019)

Deutscher Hausärzteverband (Hrsg.) (2019): Über VERAH. Informationen für Praxisinhaber, unter: <https://www.verah.de/ueber-verah/informationen-fuer-praxisinhaber> (letzter Zugriff am 09.04.2019)

Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2018): Landarztquote und mehr Studienplätze in Rheinland-Pfalz, unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98194/Landarztquote-und-mehr-Studienplaetze-in-Rheinland-Pfalz> (letzter Zugriff am 12.01.2019)

Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2013): Statistisches Bundesamt: Einkommen von niedergelassenen Ärzten deutlich gestiegen. unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55525/Statistisches-Bundesamt-Einkommen-von-niedergelassenen-Aerzten-deutlich-gestiegen> (letzter Zugriff am 04.03.2017)

Die Rheinpfalz (Hrsg.) (2018): Südwest. Bald Studienplätze für Landärzte? Meldung vom 15.08.2018, unter: <https://www.rheinpfalz.de/lokal/aus-dem-suedwesten/artikel/bald-studienplaetze-fuer-landaerzte/> (letzter Zugriff am 23.09.2018)

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2016): Bedarfsplanungsrichtlinie, unter: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/> (letzter Zugriff am 08.04.2016).

General-Anzeiger (Hrsg.) (2018): Vorfahrt bei Medizin-Studium. NRW reserviert Studienplätze für Landarzt-Anwärter. Meldung vom 06.06.2018, unter: <http://www.general-anzeiger-bonn.de/news/politik/deutschland/NRW-reserviert-Studienpl%C3%A4tze-f%C3%BCr-Landarzt-Anw%C3%A4rter-article3870601.html> (letzter Zugriff am 23.09.2018)

Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.) (2017): Ohne Überweisung zum Facharzt, unter: <https://www.gfg-hamburg.de/ohne-ueberweisung-zum-facharzt/> (letzter Zugriff am 18.02.2017)

Gesundheit für Billstedt/ Horn (Hrsg.) (2019): Der Gesundheitskiosk, unter: <https://gesundheit-bh.de/> (letzter Zugriff am 21.11.2019)

GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2016): Ambulante Bedarfsplanung Versorgungssteuerung, unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp (letzter Zugriff am 07.11.2016).

Hamburger Abendblatt (Hrsg.) (2019): Modellprojekt: Dieser Gesundheitskiosk berät Kranke, unter: <https://www.abendblatt.de/hamburg/article212074501/Gesundheitskiosk-Was-hinter-dem-neuen-Konzept-steckt.html> (letzter Zugriff am 21.11.2019)

Hartmannbund (Hrsg.) (2019): Praxisbörse, unter: <https://www.hartmannbund.de/leistungen/praxisboersekleinanzeigen/praxisboerse/> (letzter Zugriff am 22.10.2019)

Hartmannbund (Hrsg.) (2018): Mehr niedergelassene Ärzte für den Freistaat. Bayern stellt Strategieplan für junge Nachwuchsärzte vor. Meldung vom 23.05.2018, unter:

<https://www.hartmannbund.de/detailansichten/landesverbaende/bayern/news/meldung/bayern-stellt-strategieplan-fuer-junge-nachwuchsaerzte-vor/> (letzter Zugriff am 23.09.2018)

Hartmannbund (Hrsg.) (2012): Assistenzarzt (m/w) 2012. Die HB-Umfrage. Befragung von über 900 Assistenzärzten deutschlandweit im Jahr 2012, unter: https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2012_Umfrage-ASSI2012.pdf (letzter Zugriff am 13.10.2018)

Hausarzt Digital (Hrsg.) (2018): Sachsen-Anhalt. Regierung will Studienplätze für Landärzte reservieren. Meldung vom 25.04.2018, unter: <https://www.hausarzt.digital/politik/regierung-will-studienplaetze-fuer-landaerzte-reservieren-25750.html> (letzter Zugriff am 23.09.2018)

Heißbrügge, G. (2018): Praxisgründung Arzt – Gründung einer Arztpraxis, unter: <https://www.praktischerarzt.de/arzt/praxisgruendung-arztpraxis/> (letzter Zugriff am 09.12.2018)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2019): Lass dich nieder!, Informationsportal für Medizinstudierende und Ärzte zur Niederlassung, unter: <https://www.lass-dich-nieder.de/> (letzter Zugriff am 22.11.2019)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2018): Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017, unter: https://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf (letzter Zugriff am 04.04.2019)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2017a): Der Weg in die Niederlassung startet bei der Zulassung. unter: <http://www.kbv.de/html/zulassung.php> (letzter Zugriff am 23.03.2017)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2017c): Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. Evaluationsbericht 2017, unter: https://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2017.pdf (letzter Zugriff am 13.02.2018)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2014): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2014, unter: http://www.kbv.de/media/sp/MHH_Studie_2014_Bericht_24072014.pdf (letzter Zugriff am 16.02.2017)

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Hrsg.) (2019a): FamULAND: Die KVB-Förderung für Medizinstudierende. Erläuterungen und Fördervoraussetzungen für Antragsteller, unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Nachwuchs/KVB-Famulaturfoerderung-FamULAND-Foerdervoraussetzungen.pdf> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Hrsg.) (2019b): KVB-Börse, der kostenfreie Service für Praxis- und Stellenvermittlung, unter: <https://dienste.kvb.de/boerse/web/help/MainPage?0> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Hrsg.) (2018): Versorgungsatlas Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. unter: https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas_Hausaerzte.pdf (letzter Zugriff am 23.03.2018)

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Hrsg.) (2016): Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds (Sicherstel-

lungsrichtlinie), unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Rechtsquellen/S-Z/KVB-RQ-Sicherstellungsrichtlinie-der-KVB.pdf> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (Hrsg.) (2012): GKV-Versorgungsstrukturgesetz – Änderungen im Überblick. unter: <https://www.kvbb.de/presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/gkv-versorgungsstrukturgesetz-aenderungen-im-ueberblick/1/> (letzter Zugriff am 02.04.2017)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (Hrsg.) (2019): Medibus – Ihre mobile Arztpraxis im Werra-Meißner-Kreis und im Landkreis Herfeld-Rotenburg, unter: https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Patienten/Behandlung/MEDIBUS_Fly_FI.pdf (letzter Zugriff am 18.09.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2019a): Förderung der ärztlichen Versorgung, unter: <https://www.kv-rlp.de/institution/engagement/foerderung-der-aerztlichen-versorgung/> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2019b): Beratungs-, Förder- und Informationsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Foerderung/Beratungs-_und_Foerderangebote_der_KV_RLP.pdf (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2019c): Ort sucht Arzt, unter: <https://www.kv-rlp.de/institution/engagement/ort-sucht-arzt/> (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2018): Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2018. Aktuelle Entwicklungen. Vertragsärztliche Versorgung, unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2018.pdf (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2013): Unternehmen Arztpraxis. von der Gründung bis zur Abgabe. unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Publikationen/Praxiswissen/KVRLP_Broschue_Unternehmen_Arztpraxis.pdf (letzter Zugriff am 20.03.2017)

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2019): Statement der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zum Thema Ärztemangel, unter: https://www.kvsh.de/db2b/upload/news/KVSH_Statement.pdf (letzter Zugriff am 21.11.2019)

Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin Bayern (2019): Tätigkeitsbericht. In: Bayerisches Ärzteblatt 9/2019, S. 28-29, unter: https://www.kosta-bayern.de/content/7-medien/3-taetigkeitsberichte/1-taetigkeitsberichte/bab-taetigkeitsgbericht-kosta-2018_2019.pdf (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Kopetsch, T. (2005): Bedarfsplanung: Geregelt wird nur die Verteilung. In: Deutsches Ärzteblatt online, unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/46645/Bedarfsplanung-Geregelt-wird-nur-die-Verteilung> (letzter Zugriff am 23.02.2017)

Kreisverwaltung Bad Kissingen (Hrsg.) (2019): Kultur – Veranstaltungskalender, unter: [https://www.badkissingen.de/de/veranstaltungen/uebersicht/index.html?ev\[search\]=&ev\[start\]=22.09.2017&ev\[end\]=24.09.2018&ev\[cat\]=](https://www.badkissingen.de/de/veranstaltungen/uebersicht/index.html?ev[search]=&ev[start]=22.09.2017&ev[end]=24.09.2018&ev[cat]=) (letzter Zugriff am 05.08.2019)

Kreisverwaltung Cochem-Zell (Hrsg.) (2019): Kultur, unter: https://www.cochem-zell.de/kv_cochem_zell/Tourismus%20&%20Kultur/Kultur/ (letzter Zugriff am 02.08.2019)

Kreisverwaltung Eifelkreis Bitburg-Prüm (Hrsg.) (2019): Allgemeine Infos Kulturlandschaft, unter: <https://www.bitburg-pruem.de/cms/kultur/allgemeine-infos-kulturlandschaft> (letzter Zugriff am 02.08.2019).

Kreisverwaltung Rhön-Grabfeld (Hrsg.) (2019): Kulturagentur, unter: <https://www.rhoen-grabfeld.de/Themen/Kultur> (letzter Zugriff am 04.08.2019)

Kreisverwaltung Vulkaneifel (Hrsg.) (2019): Kultur & Freizeit, unter: <https://www.vulkaneifel.de/vulkaneifel-entdecken/kultur-freizeit.html> (letzter Zugriff am 02.08.2019)

Kulturagentur Landkreis Rhön-Grabfeld (Hrsg.) (2018): Kulturkalender Rhön-Grabfeld, unter: https://www.rhoen-grabfeld.de/fileServer/LKRG/1000/15110/KK-Sommer-2018_PDF.pdf (letzter Zugriff am 04.08.2019)

Landarztbörse (Hrsg.) (2019): Praxisbörse, unter: <https://www.landarztboerse.de/> (letzter Zugriff am 22.10.2019)

Landkreistag Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2018): Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum: Kreisgesundheitskonferenz und Ärzte-Nachwuchsprogramm im Rhein-Lahn-Kreis, unter: <https://landkreistag.rlp.de/homepage/downloads/laendlicher-raum/pressereihe/03-aerztliche-versorgung-im-laendlichen-raum-kreisgesundheitskonferenz-und-aerzte-nachwuchsprogramm-im-rhein-lahn-kreis.pdf?cid=miw> (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Landratsamt Haßberge (Hrsg.) (2019): Kulturraum Haßberge, unter: <https://kulturraum.hassberge.de/> (letzter Zugriff am 04.08.2019)

Marburger Bund (Hrsg.) (2016): Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006 in der Fassung des Änderungstarifvertrags Nr. 6 vom 19. Oktober 2016, unter: <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2018-08/tv-aerzte-vka-i-d-f-6-aenderungstv.pdf> (letzter Zugriff am 10.12.2018)

Medizinische Fakultät der Universität Würzburg (Hrsg.) (2019): Forschungsbericht 2019, unter: https://www.med.uni-wuerzburg.de/fileadmin/medizin/user_upload/dateien_dekanat/Online-Forschungsbericht2019.pdf (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Dr. Meindl & Kollegen AG (Hrsg.) (2019): <https://www.muc-ag.de/praxisboerse.html> (letzter Zugriff am 22.10.2019)

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2019a): Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung, unter: <https://hausarzt.rlp.de/de/foerderprogramme/foerderrichtlinie-hausaerztliche-versorgung/> (letzter Zugriff am 28.11.2019)

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2019b): Das Gesetz zur Landarztquote, unter: <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheits-und-pflege/landarztquote/das-gesetz-zur-landarztquote/> (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2019c): Gemeindegewerplus – Rheinland-Pfalz, unter: <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewerplus/> (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.) (2016): Projektleitfaden Förderprogramm „Landärzte“ Grundsätze für die Gewährung einer Zuwendung für Projekte zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung in unterversorgten ländlichen Gebieten in Baden-Württemberg, unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Landaerzte_Projektleitfaden_Juni_2016.pdf (letzter Zugriff am 17.10.2016)

Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2018): Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018, unter: <https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/vorlagen/3404-V-17.pdf> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

mm medizin + medien Verlag GmbH (Hrsg.) (2019): Der Hausarzt.Digital Praxisbörse, unter: <https://www.hausarzt.digital/praxisboerse> (letzter Zugriff am 22.10.2019)

Mosel Musikfestival (Hrsg.) (2018): Mosel Musikfestival 2019, unter: https://www.moselmusikfestival.de/downloads/mmf_broschuere2019.pdf (letzter Zugriff am 02.08.2019)

Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. (Hrsg.) (2019): Übersicht NDGR – Mitgliedsregionen, unter: <https://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/mitgliedsregionen> (letzter Zugriff am 15.10.2019)

Ploch, A. (2017): Das Kassenhonorar der Hausärzte, unter: <https://www.hausaerztemangel.info/hausaerztemangel/honorar-der-hausaerzte/> (letzter Zugriff am 25.02.2017)

PraktischArzt (Hrsg.) (2017): Die Niederlassung als Arzt – was ist zu beachten? unter: <https://www.praktischarzt.de/arzt/niederlassung-arzt-pflichten/> (letzter Zugriff am 02.04.2017)

Rebmann, B. (2017a): ATLAS MEDICUS®, unter: <http://www.rebmann-research.de/produkt/atlas-medicus> (letzter Zugriff am 20.03.2017)

Rebmann, B. (2017b): Genaue Analyse reduziert Risiken der Niederlassung. Interview. In: Ärzte Zeitung online, 21.03.2017, unter: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxismanagement/praxisfuehrung/article/932058/standortwahl-genaue-analyse-reduziert-risiken-niederlassung.html (letzter Zugriff am 24.03.2017)

Regierung von Unterfranken (Hrsg.) (2019): Regionalplan Region Main-Rhön (3), unter: https://www.regierung.unterfranken.bayern.de/assets/3/6/rpl/rp3/r3_karte1_begr%C3%BCndung20160801.pdf (letzter Zugriff am 20.12.2019)

Rheinische Post (Hrsg.) (2019): Ungewöhnliche Aktion in Bayern: Single-Bürgermeisterin sucht mit Anzeige einen Hausarzt – wohl mit Erfolg, unter: <https://www.merkur.de/bayern/kollnburg-bayern-single-buergermeisterin-sorgt-mit-anzeige-fuer-aufregung-jetzt-bekommt-sie-ganz-viel-post-zr-12911373.html> (letzter Zugriff am 27.11.2019)

Rotfuß, S. (2009): Zum 01.01.2009 treten vertragsarztrechtlich wichtige Änderungen in Kraft. In: Medizinrecht Aktuell, unter: <http://www.medizinrecht-aktuell.de/zulassungsrecht/206/> (letzter Zugriff am 18.02.2017)

Schäfer, A. & Barth, S. (2016): Chance Niederlassung. Vortrag vom 31. August 2016, zur Tagung KLARTEXT mainzer ärzteforum des Ärztevereins Mainz, Kupferbergterrassen Mainz, unter: http://www.aerzteverein-mainz.de/images/aev-kt_downloads/2016-08-31_KT_Apobank.pdf (letzter Zugriff am 14.11.2018)

Stahl, A. (2013): Änderungen in der Bedarfsplanung nach dem Versorgungsstrukturgesetz und der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie. Präsentation, unter: <http://arge-medicinrecht.de/wp-content/uploads/2016/03/a-stahl-bedarfsplanung.pdf> (letzter Zugriff am 25.02.2017)

Universität Augsburg (Hrsg.) (2019): Medizinische Fakultät, unter: <https://www.med.uni-augsburg.de/> (letzter Zugriff am 10.04.2019)

Universität Heidelberg (Hrsg.) (2018): Über den Test für Medizinische Studiengänge (TMS), unter: https://cip.dmed.uni-heidelberg.de/tms-info/index.php?id=ueber_den_tms (letzter Zugriff am 13.09.2018)

Universitätsmedizin Mainz (2019): Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Rheinland-Pfalz, unter: <http://www.kompetenzzentrum-weiterbildung-rlp.de/kzw/uebersicht.html> (letzter Zugriff am 28.11.2019)

Verband der Privaten Krankenversicherung (Hrsg.) (2019): PKV-Regionalatlas Bayern. Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums, unter: https://www.pkv.de/w/files/politik/studien/pkv-regionalatlas_bayern.pdf (letzter Zugriff am 12.08.2019)

Verbandsgemeinde Asbach (Hrsg.) (2018): Großes Lob für das VG-Ärztepaket. Pressemitteilung, unter: <https://vg-asbach.de/includes/download.php?id=266> (letzter Zugriff am 29.11.2019)

Vermittlungsgesellschaft für Verbraucherverträge AG (Hrsg.) (2017): Die Voraussetzungen für die Private Krankenversicherung. unter: <http://www.krankenversicherung.net/voraussetzungen-private-krankenversicherung> (letzter Zugriff am 13.03.2018)

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2015): Versorgungsatlas, unter: <http://www.versorgungsatlas.de/> (letzter Zugriff am 21.12.2015).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2005): Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis, unter: http://www.zi-berlin.de/wirt_arztpraxis/index.de (letzter Zugriff am 04.01.2017)

Datenquellen

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Bundesgebiet gesamt, unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf (letzter Zugriff am 13.10.2018)

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2015): Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen; Stand 31.12.2015, unter:

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15Tab08.pdf (letzter Zugriff am 14.10.2016).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2016): Downloads: Raumabgrenzungen: Referenzdateien und Karten. Raumgliederungen auf Regionsbasis, Mittelbereiche, unter:

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumebeobachtung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Download_ref_MB_xls.xlsx;jsessionid=8A677474B34E5217D1A8C3236EAC4032.live11291?__blob=publicationFile&v=5 (letzter Zugriff am 12.08.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2018): KM 1/13-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder und Krankenstand der Pflichtmitglieder im Jahresdurchschnitt). Bonn. unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Februar_2018.pdf (letzter Zugriff am 09.04.2018)

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (Hrsg.) (2019): Breitbandverfügbarkeit Deutschland größer-gleich 16 Mbit/s (alle Technologien), unter: https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Anlage/ZukunftBreitband/Karten/Deutschland/breitbandverbreitbandver-deutschland-16mbit-alle-technologien.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 07.08.2019)

GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2018): Krankenkassenliste, unter : <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf> (letzter Zugriff am 10.04.2018)

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (Hrsg.) (2019): Ergebnisse der Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte, unter: <https://www.impp.de/informationen/berichte/ergebnisberichte/medizin.html> (letzter Zugriff am 11.12.2019)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2019): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (letzter Zugriff am 19.09.2019)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2018): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017, unter: https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf (letzter Zugriff am 4.12.2018)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2016): Gesundheitsdaten. Planungsregionen und Verhältniszahlen. Arzt-Einwohner-Verhältnisse, unter: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17015.php> (letzter Zugriff am 13.08.2016)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2015): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2015. unter: http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf (letzter Zugriff am 12.03.2017)

Schnack, D. (2013): Praxisumsatz. Warum viele Kollegen Bares liegen lassen. In: Ärzte Zeitung, 02.04.2013. unter: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/834361/praxisumsatz-viele-kollegen-bares-liegen-lassen.html (letzter Zugriff am 10.04.2017)

Schulz, M.; Schulz, M.; Bätzing-Feigenbaum, J. & v. Stillfried, D. (2015): Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungs-

atlas-Bericht Nr. 15/02. DOI: 10.20364/VA-15.02, Zahl der Hausärzte, unter: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=6 &uid=58> (letzter Zugriff am 13.08.2016).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2016): Regionaldatendank Deutschland.

- Gebietsfläche in qkm - Stichtag 31.12.2013 - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte (171-01-4), letzter Zugriff am 12.08.2016.
- Bevölkerung nach Geschlecht - Stichtag 31.12.2013 - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte (173-01-4), letzter Zugriff am 13.08.2016.
- Zu- und Fortzüge nach Nationalität (über die Kreisgrenzen) – Jahressumme 2014 - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte (182-45-4), letzter Zugriff am 13.08.2016.
- Bevölkerung nach Geschlecht und Altersjahren (79) - Stichtag 31.12.2013 - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte (173-43-4), letzter Zugriff am 13.08.2016.

unter: <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/> (letzter Zugriff s.o.)

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Bevölkerung in Deutschland voraussichtlich auf 82,8 Millionen gestiegen. Pressemitteilung Nr. 033 vom 27.01.2017, unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_033_12411pdf.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 13.02.2017)

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018): Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=6814FF05996E611202E50E0E966620FB.GO_2_1?operation=statistikAbruftabellen&levelindex=0&levelid=1560509976131&index=2 (letzter Zugriff am 13.02.2017)

Stiftung für Hochschulzulassung (Hrsg.) (2019): Statistiken zu Angebot und Nachfrage an Studienplätzen in Medizin, Tiermedizin, Zahnmedizin und Pharmazie, unter: <https://hochschulstart.de/startseite/startseite/statistik/statistik> (letzter Zugriff am 11.12.2019)

Verband der Ersatzkassen (Hrsg.) (2017): Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte, unter: https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html (letzter Zugriff am 13.02.2017)

E Material zu den vorgenommenen Befragungen

- Standardisierter Fragebogen Hausärzte
- Anschreiben zum standardisierten Fragebogen
- Leitfaden Experteninterviews
- Anschreiben zu den Experteninterviews
- Kontaktliste Experten

Standardisierter Fragebogen Hausärzte

Schriftliche Befragung aller Hausärzte im Modellraum [Waldeck-Frankenberg] / [Eifel] / [Unterfranken]

Darf ich Sie nun bitten, einige Fragen zu beantworten:

1. **An welchem Ort / welchen Orten haben Sie Humanmedizin studiert?**

in: _____

2. **In welchem Jahr haben Sie Ihre hausärztliche Tätigkeit an Ihrem jetzigen Arbeitsstandort aufgenommen?**

im Jahr □□□□

3. **Wie haben Sie Ihre hausärztliche Tätigkeit am jetzigen Standort aufgenommen?**

- Praxisneugründung
 Praxisübernahme
 Anstellung in einer bestehenden Hausarztpraxis

4. **Haben Sie bei der Aufnahme Ihrer hausärztlichen Tätigkeit Unterstützung erhalten?**

- ja, Finanzhilfen durch folgende Institution(en): _____
 ja, Sachwerte (z.B. Immobilie, Ausstattung, u.a.) durch folgende Institution(en): _____
 nein

5. **Wie ist Ihre Praxis heute organisiert?**

- Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis
 Praxisgemeinschaft, davon insgesamt □ Standorte mit hausärztlicher Tätigkeit und □□ praktizierenden Hausärzten.
 Medizinisches Versorgungszentrum, davon insgesamt □ Standorte mit hausärztlicher Tätigkeit und □□ praktizierenden Hausärzten.
 andere oder Mischform, nämlich: _____

6. **In welcher Distanz wohnen Sie zu Ihrem Arbeitsstandort?**

- in unmittelbarer Nähe (direkte Umgebung)
 im selben Ort
 im nächsten Ort oder naher räumlicher Umgebung (bis ca. 20 km)
 weiter entfernt, nämlich ca. ____ km vom Arbeitsort in einer Großstadt
 einer Kleinstadt oder einem Dorf

7. **Kannten Sie Ihren jetzigen Arbeitsstandort und das dazugehörige nähere Umfeld bereits vor Ihrer Approbation?**

- ja, bereits aus der Kindheit
 ja, während des Studiums kennengelernt
 nein

8. **Überwogen bei Ihrer Standortentscheidung eher unternehmerische oder eher private Gründe?**

- unternehmerische bzw. wirtschaftliche Gründe
 private bzw. familiäre Gründe
 beide waren gleichbedeutend

9. **Inwiefern wurde Ihre Standortentscheidung von der hausärztlichen Bedarfsplanung durch nur eine begrenzte Auswahl an verfügbaren kassenärztlichen Zulassungen vorgegeben?**

- gar nicht eher nicht teilweise eher stark sehr stark

10. Wie wichtig waren die folgenden unternehmerischen bzw. wirtschaftlichen Gründe bei der Wahl Ihres jetzigen Arbeitsstandortes?

	unwichtig	eher unwichtig	eher wichtig	sehr wichtig
Ökonomische Tragfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örtliche potenzielle Patientenklientel:				
- große Anzahl an Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- hoher Anteil an einkommensstarken bzw. privatversicherten Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frei verfügbare Kassenzulassung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konkurrenz zu anderen Hausärzten in näherer Umgebung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nähe zu anderen Fachärzten in direkter Umgebung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nähe zu einer Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere unternehmerische Gründe, nämlich: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Wie wichtig waren die folgenden privaten bzw. familiären Gründe bei der Wahl Ihres jetzigen Arbeitsstandortes?

	unwichtig	eher unwichtig	eher wichtig	sehr wichtig
Enge Verwandte und/ oder Freunde wohnten bereits in näherer Umgebung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreichbarkeit von Großstädten bzw. überregionalen Versorgungszentren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Landschaftliche Attraktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medizinische Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bildungseinrichtungen für Kinder (Kindergärten, Schulen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturelle Einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport- und Freizeiteinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastronomisches Angebot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere private Gründe, nämlich: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Wann werden Sie vermutlich in den Ruhestand eintreten?

Im Alter von Jahren

13. Wie bewerten Sie Ihre Aussichten einen Praxisnachfolger zu finden?

sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht

Welche Gründe führen zu dieser Einschätzung?

14. Wie bewerten Sie als Arzt heute Ihren eigenen Praxisstandort aus der Sicht eines möglichen Nachfolgers?

	Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut
Gute Verdienstmöglichkeiten in der Region als Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planungssicherheit für die weitere Zukunft bzw. gesamte Karriere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frei verfügbare Kassenzulassung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örtliche Struktur der Patientenkiel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergleichsweise kostengünstige Praxisübernahme möglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verfügbarkeit finanzieller Anreize	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreichbarkeit von Großstädten bzw. überregionalen Versorgungszentren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Landschaftliche Attraktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medizinische Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bildungseinrichtungen für Kinder (Kindergärten, Schulen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturelle Einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport- und Freizeiteinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastronomisches Angebot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Gründe, nämlich: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Fragen zur persönlichen Situation und zum Praxisstandort

Alter: Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig verheiratet/in fester Partnerschaft getrennt/ geschieden verwitwet

Kinder: keine __ Kinder, im Alter von: _____

Postleitzahl und Ortsname des Praxisstandortes: _____ (freiwillige Angabe)

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Briefumschlag (Entgelt zahlt Empfänger) und geben diesen in die Post.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Anschreiben Hausärzte

Hinweis: Adressbezug der Hausärzte erfolgt für Bayern über die zuständige KV, wobei auch gleich deren Einverständnis zu dieser Befragung erbeten wird und für Rheinland-Pfalz über eine eigene Datenrecherche.

Standardisierte schriftliche Befragung von Hausärzten im Rahmen des Dissertationsvorhabens „Faktoren der Standortwahl von Hausärzten in ländlichen Räumen – Herausforderungen an die Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge“

Sehr geehrte/r Frau/ Herr Dr. med. ...,

im Rahmen eines Dissertationsvorhabens behandle ich am Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung von Univ.-Prof. Dr. Gabi Troeger-Weiß das Thema der hausärztlichen Versorgungssituation in ländlichen Räumen. Dabei geht es insbesondere um die Frage, welche Faktoren die Standortwahl von Hausärzten beeinflussen.

Die Diskussion über eine zunehmend aufkommende Lücke zwischen hausärztlichen Versorgungsbedarfen im ländlichen Raum sowie sich ändernden Standortansprüchen angehender Mediziner erfordert eine Analyse determinierender Standortfaktoren der hausärztlichen Standortwahl.

Im Rahmen der Dissertation erfolgte bereits die Analyse des ambulanten medizinischen Versorgungssystems in Deutschland, eine Einschätzung der Versorgungs- und Niederlassungssituation von Hausärzten durch Experten sowie eine sekundärstatistische Analyse zur Auswahl von Modellräumen, die für eine standardisierte Befragung von Hausärzten zu ihrem Standortverhalten geeignet sind. Dazu zählt auch der Mittelbereich, in dem Sie hausärztlich tätig sind. Dabei erfolgte der Adressbezug über Ihre KV, die auch diese Befragung genehmigt hat.

Durch diese standardisierte schriftliche Befragung aller [110 Hausärzte im Modellraum Waldeck-Frankenberg] / [129 Hausärzte im Modellraum Eifel] / [180 Hausärzte im Modellraum Unterfranken] soll nun ergründet werden, welche Faktoren besondere Bedeutung bei der Standortwahl von Hausärzten haben. Ausfüllen des Fragebogens nimmt ca. 15 Minuten Zeit in Anspruch. Ein frankierter Rückumschlag ist diesem Fragebogen beigelegt. Ihre gegebenen Antworten werden anonymisiert ausgewertet und dienen allein wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieser Dissertation. Die mit diesem Fragebogen erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Sollten Sie Rückfragen und/ oder Interesse an den Befragungsergebnissen haben, so können Sie mich unter 0631/205-4703 telefonisch erreichen oder eine E-Mail an sebastian.winter@ru.uni-kl.de schreiben. Sollte von Ihrer Seite der Wunsch bestehen weitere Aspekte der hausärztlichen Standortwahl zu diskutieren, so würde ich mich freuen, wenn Sie für ein weiterführendes Interview Kontakt zu mir aufnehmen.

Für Ihre Unterstützung bedanke ich mich bei Ihnen im Voraus sehr herzlich.

Mit freundlichen Grüßen,

Sebastian Winter

Dipl.-Geograph Sebastian Winter

Leitfaden Experteninterviews

1. Wie beurteilen Sie die momentane und die zukünftige hausärztliche Versorgungssituation in den Bedarfsplanungsregionen Ihres Bundeslandes? Welche Faktoren liegen Ihrer Einschätzung zugrunde?
2. Wie beurteilen Sie das Verhältnis von frei werdenden Kassenzulassungen im Ländlichen Raum im Verhältnis zu ansiedlungswilligen angehenden Hausärzten?
 - a. die Hausärzte haben völlig freie Standortwahl
 - b. die Hausärzte werden wegen knapper Plätze in den Städten in ländliche Räume ihrer Wahl gedrängt
 - c. die Hausärzte werden wegen überall knapper Plätze in einen vorgegebenen Standort mit kassenärztlicher Zulassung gedrängt
3. Welche Standorte (ländlich vs. städtisch) werden von neu hinzukommenden Hausärzten bevorzugt und welche Gründe sind Ihrer Meinung nach dafür ausschlaggebend?
4. Welche Faktoren (unternehmerisch & privat) bestimmen aus Ihrer Sicht die Standortwahl von Hausärzten in den meisten Fällen?
5. Welche Vor- und Nachteile bestehen aus Ihrer Sicht für angehende Hausärzte, wenn sie
 - a. eine bestehende Praxis übernehmen wollen?
 - b. eine neue Praxis gründen wollen?
 - c. als angestellter Hausarzt in einer Praxis tätig werden wollen?
6. Welche Instrumente haben sich Ihrer Meinung nach bislang als effektiv erwiesen, um angehende Hausärzte bei ihrem Berufseinstieg als Vertragsarzt zu unterstützen?
7. Welche ordnungspolitischen Maßnahmen halten Sie für geeignet, den drohenden Hausärztemangel auf dem Land abzuwenden? Lässt sich ein drohender Hausärztemangel auf dem Land mit restriktiver Bedarfsplanung und finanziellen Anreizen nachhaltig abwenden?
8. Wie beurteilen Sie neue (Organisations-)Formen der (haus-)ärztlichen Tätigkeit in Bezug auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung:
 - a. MVZ und Praxismgemeinschaften
 - b. Delegation ärztlicher Dienstleistungen an speziell geschultes medizinisches Personal
 - c. Internet- und Telemedizin

Anfrage zur Bereitschaft, ein Begleitschreiben für die schriftliche Befragung der Hausärzte auszustellen (mitsamt Wappen/Logo der Institution)

Leitfaden Experteninterviews – Zusatz für Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen

9. Welche besonderen Instrumente und Fördermöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen tragen aus Ihrer Sicht dazu bei, eine flächendeckende hausärztliche Versorgung zu erreichen?

Leitfaden Experteninterviews – Zusatz für KV-Vertreter

10. Welche Instrumente haben sich Ihrer Meinung nach bislang als effektiv erwiesen, um die Niederlassung von Hausärzten bedarfsgerecht im Raum zu steuern?
11. Inwiefern hat die Reform der Planungsregionen bei der Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung die Zulassungsverfahren und die Versorgungssituation in Ihrem Zuständigkeitsgebiet verändert?

Leitfaden Experteninterviews – Zusatz für Vertreter der allgemeinmedizinischen Ausbildung

12. Warum entscheiden sich aus Ihrer Sicht zu wenig Studierende der Humanmedizin für die allgemeinmedizinische Fachqualifikation?
13. Welche Gruppen unter den Studierenden der Humanmedizin (Abgrenzung z.B. nach Alter oder Geschlecht) sind besonders empfänglich für hausärztliche Tätigkeit auf dem Land und warum ist das so? Welche Gruppen sind gegenteilig gar nicht dafür empfänglich und welche Gründe bestehen dort?
14. Welche Maßnahmen helfen aus Ihrer Sicht am meisten, um Studierende der Humanmedizin
 - a. für eine hausärztliche Laufbahn
 - b. für den ländlichen Raum als Arbeitsstandortzu gewinnen?

Leitfaden Experteninterviews – Zusatz für Vertreter der Hausärzteverbände

15. Welche besonderen Instrumente und Fördermöglichkeiten der hausärztlichen Verbände tragen aus Ihrer Sicht dazu bei, eine flächendeckende hausärztliche Versorgung zu erreichen?
16. Welche Mechanismen bzw. Rahmenbedingungen müssten aus Ihrer Sicht am dringendsten optimiert werden, um die hausärztliche Versorgungssituation auf dem Land zu optimieren?

Bei allen Vertretern: Bitte um Erstellung eines Begleitschreibens für die schriftliche Befragung

Anschreiben Experteninterviews

Expertengespräche im Rahmen des Dissertationsvorhabens „Faktoren der Standortwahl von Hausärzten in ländlichen Räumen – Herausforderungen an die Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge“

Sehr geehrte/r Frau/ Herr ...,

im Rahmen eines Dissertationsvorhabens behandle ich am Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung von Univ.-Prof. Dr. Gabi Troeger-Weiß das Thema der hausärztlichen Versorgungssituation in ländlichen Räumen. Dabei geht es insbesondere um die Frage, welche Faktoren die Standortwahl von Hausärzten beeinflussen.

Die Diskussion über eine zunehmend aufkommende Lücke zwischen hausärztlichen Versorgungsbedarfen im ländlichen Raum sowie sich ändernden Standortansprüchen angehender Mediziner erfordert eine Analyse determinierender Standortfaktoren der hausärztlichen Standortwahl.

Im Rahmen der Dissertation erfolgte bereits die Analyse des ambulanten medizinischen Versorgungssystems in Deutschland sowie eine sekundärstatistische Analyse zur Auswahl von Modellräumen, die für eine standardisierte Befragung von Hausärzten zu ihrem Standortverhalten geeignet sind.

Durch zusätzlich stattfindende Expertengespräche soll eine sachgerechte Einschätzung der Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren und Steuerungsinstrumente der hausärztlichen Standortwahl erfolgen. Dazu bitte ich Sie um ein ca. einstündiges Gespräch.

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würde ich gerne in den nächsten Tagen zwecks Terminvereinbarung Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

Für Ihre Unterstützung danke ich Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen,



Dipl.-Geograph Sebastian Winter

Kontaktliste Experteninterviews

Liste interviewter Experten (29.12.2017):

- Hausärzteverband Rheinland-Pfalz: Dr. med. Burkhard Zwerenz, Am Wöllershof 2, 56068 Koblenz
- Hausärzteverband Bayern: Heike Blümmel, Orleansstraße 6, 81669 München
- Hausärzteverband Deutschland: Eberhard Mehl, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln
- Vertreterversammlung KV Bayern: Petra Reis-Berkowicz, Hauptstraße 71, 95482 Gefrees
- Lehrstuhl Allgemeinmedizin Uni Erlangen: Thomas Kühlein, Universitätsstr. 29, 91054 Erlangen
- Vertreterversammlung KV Rheinland-Pfalz: Dr. med. Karlheinz Kurfeß, Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz
- Verband der Ersatzkassen Leiter der Landesvertretung Bayern: Dr. Ralf Langejürgen / Arnulfstr. 201a 80634 München
- Verband der Ersatzkassen Leiter der Landesvertretung Rheinland-Pfalz: Martin Schneider / Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22 55130 Mainz

F Lebenslauf des Autors

Persönliche Daten

Name: Sebastian Winter
Staatsangehörigkeit: deutsch

Studium

10/2006 - 03/2014 Universität zu Köln
Abschluss: Dipl.-Geograph
Schwerpunkte: Bevölkerungs- und Wirtschaftsgeographie
Nebenfächer: Politikwissenschaft, Volkswirtschaftslehre, Verkehrswissenschaft
Diplomarbeitsthema: Migrationsbedingte Bevölkerungsentwicklung auf kommunaler Ebene – Eine geographische Analyse unter Berücksichtigung räumlicher Strukturmerkmale

Beruflicher Werdegang

seit 07/2014 Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung der Technischen Universität Kaiserslautern, Kaiserslautern