

Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen?

BERTOLT KUHN,
VOLKER E. AMELUNG*

Bertolt Kuhn ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Prof. Dr. Volker E. Amelung ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung und Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. in Berlin. Prof. Amelung ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Gesundheits- und Sozialpolitik*

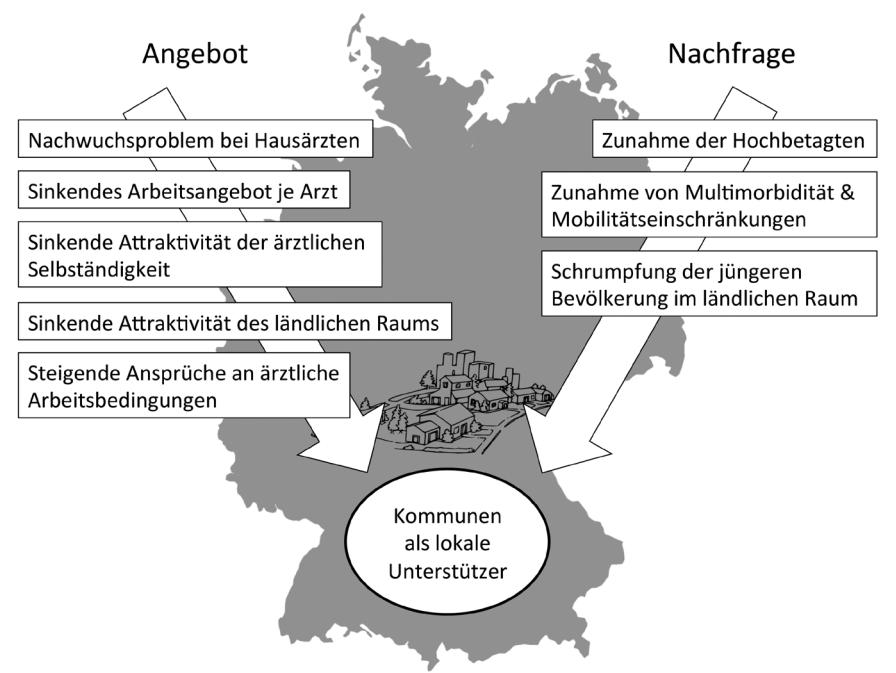
Durch ein verringertes ärztliches Versorgungsangebot und steigenden Versorgungsbedarf je Einwohner ergeben sich insbesondere in ländlichen Räumen lokale Versorgungsprobleme. Kommunen sehen sich verstärkt gefordert, die ärztliche Versorgung mit eigenen Maßnahmen zu unterstützen. Mit kommunaler Unterstützung sollen lokale Niederlassungen und Nachbesetzungen von ausscheidenden Ärzten gefördert werden. Zudem wollen Kommunen den lokalen Zugang zu ärztlichen Leistungen verbessern. Exemplarisch werden Versorgungsansätze mit kommunaler Beteiligung vorgestellt, die auf andere lokale Settings übertragbar sind.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird in Deutschland von den Trägern der Selbstverwaltung als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung verantwortet. Die unmittelbare Staatsverwaltung (Bund, Länder) setzt im korporatistisch geprägten Gesundheitssystem den grundlegenden Handlungsrahmen, ist an der kollektivvertraglichen Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens jedoch nicht beteiligt (1). Historisch betrachtet haben die Kommunen ihren Einfluss auf die ärztliche Versorgung zugunsten der funktionalen Selbstverwaltung (den Ärzte- und Kostenträgerverbänden) weitgehend verloren (2). Gleichwohl treten aufgrund von gesellschaftlichen Entwicklungen lokale Problemlagen auf, bei denen die Kommunen innerhalb ihres territorial abgegrenzten Wirkungsraums vielfältige Unterstützung bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung leisten können.

Ziel des Artikels ist es, zunächst das System der ärztlichen Kapazitätsplanung darzustellen und Auswirkungen von angebots- und nachfrageseitigen Entwicklungen auf die Versorgungslandschaft zu erläutern. Darauf basierend werden mögliche Aufgabenbereiche von Kommunen mit Bezug zur ärztlichen Versorgung reflektiert und beispielhafte Versorgungsmodelle mit kommunaler Beteiligung überblicksartig vorgestellt.

Die im Folgenden näher erläuterten Entwicklungstreiber zu ärztlichem Versorgungsangebot und -nachfrage werden in Abbildung 1 grafisch zusammengefasst.

* Die Autoren danken Herrn Prof. Jost Steinhäuser, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, für die hilfreichen und freundlichen Hinweise bei der Erstellung des Manuskripts.

Abbildung 1: Entwicklungstrends in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung

Unterschreitet der ermittelte Versorgungsgrad im hausärztlichen Bereich die als bedarfsdeckend geltende Verhältniszahl um mehr als 25 %, so wird das Vorliegen einer Unterversorgung angenommen (4). Die Annahme der Unterversorgung ist zusätzlich gemeinsam von der KV und den Krankenkassenverbänden auf das Vorliegen von Kriterien zu überprüfen, ob und in welchem Umfang weitere Arztsitze zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung notwendig sind (§ 31 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Unterversorgung droht insbesondere einzutreten, wenn die Altersstruktur in einem Planungsbereich Abgänge des Versorgungsangebots erwarten lassen, die gemessen am Versorgungsgrad zu einer Unterversorgung führen würden (§ 29 Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Dies impliziert, dass die KVen bei der Aufstellung der Bedarfspläne die demografische Struktur der Ärzteschaft prüfen und berücksichtigen müssen, um die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten. Zur Beseitigung einer festgestellten Unterversorgung und der damit verbundenen Sicherstellung der Versorgung haben die KVen nach § 105 Abs. 1 SGB V „alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern“. Die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Ärzte in unversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird explizit als mögliche Maßnahme erwähnt. Zudem können von den KVen über einen aus der Gesamtvergütung gebildeten Strukturfond Zuschüsse für Investitionskosten bei Neuniederlassungen, Ausbildungsförderungen und Stipendien gezahlt werden.

Grundlagen zur Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung

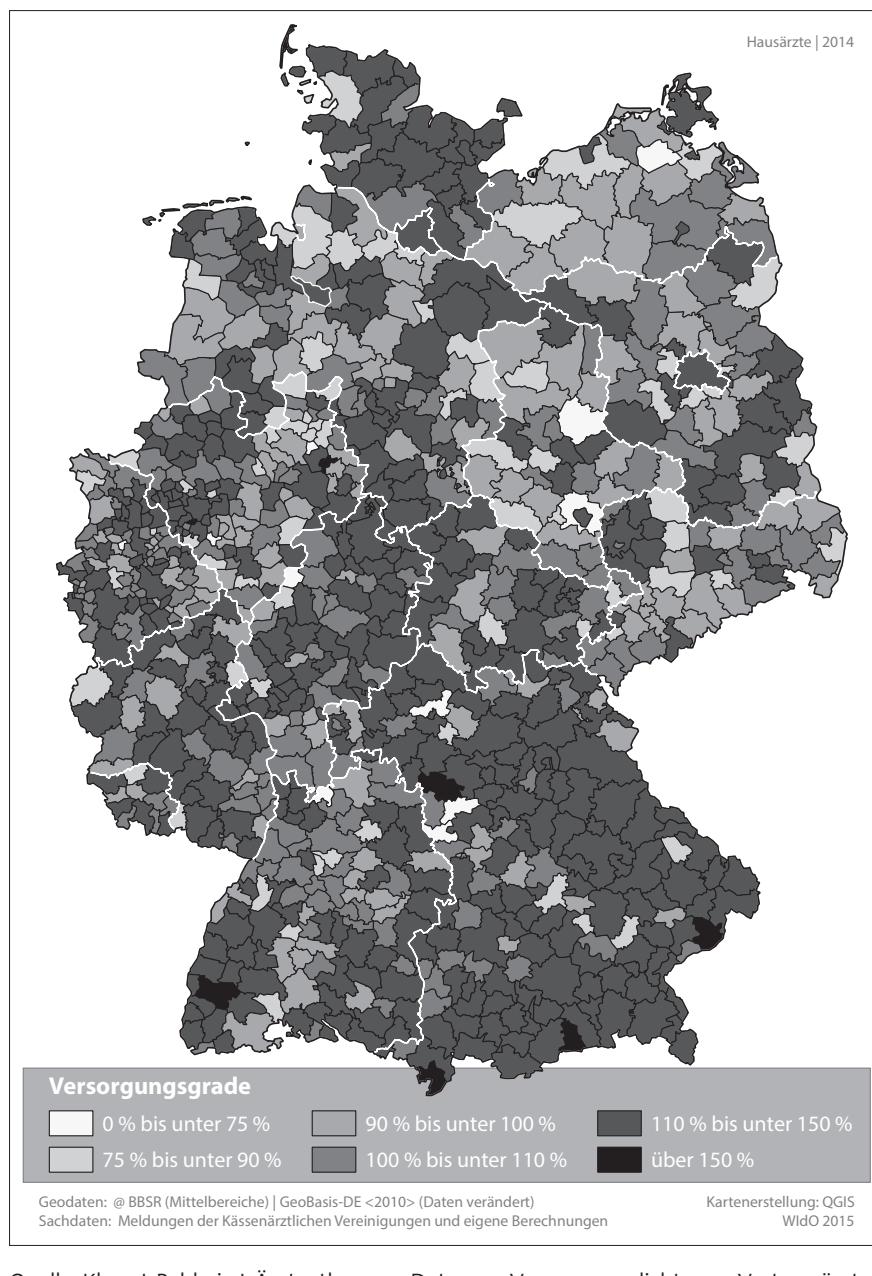
Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird durch schriftliche Verträge zwischen den Ärzte- und Krankenkassenverbänden geregelt (§ 72 SGB V). Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben die ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber zu gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (§ 75 Abs. 1 SGB V). Ziel ist die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

nach Aspekten der Bedarfsgerechtigkeit unter Vermeidung von Über- und Unterversorgung. Die ambulant tätigen Ärzte werden nach ihrer fachärztlichen Zugehörigkeit vier Versorgungsebenen zugeordnet, für die unterschiedliche Planungsbereiche und allgemeine Verhältniszahlen (Arzt je Anzahl Einwohner) gelten. Die Einwohnerzahl im Planungsbereich geteilt durch die Verhältniszahl ergibt die Zahl der Ärzte, die als bedarfsgerecht anzusehen sind (Versorgungsgrad von 100 %) (3). Die Größe der Planungsbereiche orientiert sich an der Bedeutung einer wohnortnahmen Versorgung durch die jeweilige Arztgruppe für die Patienten.

Tabelle 1: Struktur der Bedarfsplanung

Arztgruppe	Zugehörige Fachrichtungen	Planungsbereiche	Verhältniszahlen Arzt : Patienten
Hausärzte	Allgemeinärzte, praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten	883	Einheitlich 1 : 1.671
Allgemeine fachärztl. Versorgung	Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen	372	Abstufungen nach den 5 Raumtypen des BBSR und den einzelnen Facharztrichtungen (1 : 2.405 bis 1 : 52.845)
Spezialisierte fachärztl. Versorgung	Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen	97	Abstufungen nach den einzelnen Facharztrichtungen (1 : 16.909 bis 1 : 49.095)
Gesonderte fachärztl. Versorgung	Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, PR-Mediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner	17	Abstufungen nach den einzelnen Facharztrichtungen (1 : 102.001 bis 1 : 1.322.452)

Quelle: Eigene Darstellung, G-BA. Bedarfsplanungsrichtlinie vom 20.12.2012, i.d.F. vom 17. Juli 2014.

Abbildung 2: Versorgungsgrad der hausärztlichen Planungsbereiche 2014

Quelle: Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2015. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten

(§ 105 Abs. 1 SGB V). 2013 zahlten vier KV-en Sicherungszuschläge, acht KV-en übernahmen Investitionskostenzuschüsse jeweils in bestimmten Planungsbereichen. Darüber hinaus werden allgemeinmedizinische Lehrstühle in fünf KV-Planungsbereichen gefördert, um die hausärztliche Fachrichtung akademisch zu stärken (SVR-Gutachten 2014)

Im Berichtsjahr 2014 galten von den 905 hausärztlichen Planungsbereichen in Deutschland rechnerisch 11 als unversorgt und 444 als übersorgt (Versorgungsgrad > 110 %) (5). Die allgemeine Verhältniszahl ist in den alten Bundesländern Deutschlands zum Stich-

tag 31.12.1990 auf Grundlage der tatsächlichen Ärztezahl festgelegt worden. Ob dieses Arzt-Einwohner-Verhältnis grundsätzlich als bedarfsgerecht und aussagekräftig für die Ärzteverteilung anzusehen ist, wurde bislang nicht empirisch überprüft (6). Die Herleitung eines tatsächlichen, populationsbezogenen Behandlungsbedarfs allein aus dem rechnerischen Versorgungsgrad wird aus verwaltungsrechtlicher Sicht als nicht aussagekräftig beurteilt (7). Die Bedarfsplanung berücksichtigt seit 2012 Morbiditätssteigerungen durch zunehmendes Alter der Patienten. Dafür wird bei der Berechnung der Verhältniszahl

ein Demografiefaktor angesetzt, der einen Mehrbedarf für ältere Patienten über 65 Jahre für bestimmte Facharztgruppen einbezieht. Der Demografiefaktor setzt den Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland in Relation zum Anteil der 65-Jährigen im jeweiligen Planungsbereich und korrigiert die vorgegebene allgemeine Verhältniszahl entsprechend. Die Verhältniszahl berücksichtigt grundsätzlich nicht die räumliche Dimension des Zugangs, wie z.B. Entfernungswangen oder Fahrzeiten (8). Jedoch können im Einzelfall solche räumlichen Faktoren neben anderen Kriterien herangezogen werden, um einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu prüfen (4).

Die ärztliche Versorgung ist Bestandteil der sozialstaatlichen Grundversorgung

In Deutschland ist die Verteilung der Ärzte auch als Versorgungsbestandteil im Zusammenhang einer sozialstaatlich garantierten, flächendeckenden Grundversorgung zu sehen, die auf räumliche Gleichwertigkeit abzielt (9). Die Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse ist verfassungsrechtlich verankert in Artikel 72 Abs. 2 des Grundgesetzes. Gleichwertig heißt nicht naturgemäß einheitlich. Neben einer angestrebten Nivellierung kann das Gleichwertigkeitspostulat auch als Sicherung einer Mindestversorgung interpretiert werden (9). Das Bundesverfassungsgericht sieht die Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Sinne des Grundgesetzes dann berührt, „wenn sich die Lebensverhältnisse in den Ländern der Bundesrepublik in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigende Weise auseinander entwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret abzeichnet“(10). Diese Auffassung versteht den Begriff der gleichwertigen Lebensverhältnisse somit als eine Art Minimalkonzept, welche die unterste Schwelle des sozialen Zusammenhalts im Bundesstaat darstellt (11). Zur Verwirklichung gleichwertiger Lebensverhältnisse sind Instrumente des Finanzausgleichs von zentraler Bedeutung, um benachteiligte Regionen zur Versorgungssicherung zu befähigen (9). Die Infrastruktur ist nach den Grundsätzen der Raumordnung vorrangig in zentralen Orten zusammenzufassen, jedoch nach Erreichbarkeits- und Tragfähigkeitskriterien den regionalen

Erfordernissen anzupassen (12). Die Zentrierung der Versorgungsinfrastruktur soll dabei die Bedürfnisse nach einer flächendeckenden Versorgungsstruktur insbesondere in der hausärztlichen Versorgung nicht vernachlässigen (13).

Die Patienten auf dem Land werden älter und kränker

Die demografische Alterung ist ein Prozess, der in ganz Deutschland zu beobachten ist. Die Dynamik der Alterung ist jedoch regional unterschiedlich ausgeprägt (14). Ländliche Räume Deutschlands weisen im Durchschnitt einen höheren Bevölkerungsanteil über 65 Jahren aus als Ballungsräume. Zusätzlich verzeichnen die ländlichen Kreise seit 1990 eine überdurchschnittliche Zunahme Älterer in der Bevölkerungsentwicklung im Vergleich zu städtischen Kreisen (15). Insbesondere die Zunahme Hochbetagter (über 80-Jährige) ist in dünn besiedelten Regionen am stärksten (16).

Mit der Zunahme der älteren Bevölkerung ist mit einer Steigerung der Fallzahlen bei denjenigen Krankheiten zu rechnen, die gehäuft im höheren Alter auftreten, wie z. B. Krebs, Diabetes mellitus, Herzinfarkte, Schlaganfälle und Demenz (17). Ältere Menschen leiden häufiger an chronischen Erkrankungen (8) und sind häufiger vom Phänomen der Multimorbidität betroffen (17,18). Mit zunehmendem Alter steigen die Zahl der Arztbesuche sowie die Zahl der konsultierten Fachrichtungen signifikant an (18). Zudem wächst mit höherem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen und Einschränkungen, die die individuelle Mobilität beeinträchtigen (19).

Die örtliche Verfügbarkeit ärztlicher Versorgungsleistungen orientiert sich an der Bevölkerungsdichte. In ländlichen Räumen ist deshalb die Dichte an ärztlicher Versorgungsinfrastruktur in der Regel geringer. Die Wege und Fahrzeiten zu Versorgungsangeboten sind länger als in Ballungsgebieten. Deshalb sind ländliche Räume verstärkt von Erreichbarkeitsproblemen betroffen (19). Die demografische Alterung lässt eine wachsende Zahl immobiler Menschen in den ländlichen Räumen erwarten, die den motorisierten Individualverkehr nicht oder nur erschwert nutzen können. Neben der fortschreitenden Alterung sind ländliche und dünn besiedelte Räume verstärkt von Bevölkerungsschrumpfung betroffen,

überwiegend bedingt durch die relative und absolute Abnahme jüngerer Menschen (20). Die Schrumpfung bedroht die Tragfähigkeit der örtlichen Infrastruktur und kann zu Einschränkungen oder zur Aufgabe von lokalen Versorgungsangeboten wie dem öffentlichen Nahverkehr führen (21). Die Aufrechterhaltung der wohnortnahmen Gesundheitsversorgung ist jedoch unauflösbar mit funktionierender Infrastruktur verbunden (22). Um Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen zu können, ist deren Erreichbarkeit für alle Anspruchsgruppen sicherzustellen (21). Aufgrund der Tendenz zur Ausdünnung der Bevölkerung und dem damit verbundenen Rückgang an vorgehaltenen Infrastrukturleistungen in ländlichen Räumen scheint die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung vorrangig auf dem Land von Bedeutung zu sein (21).

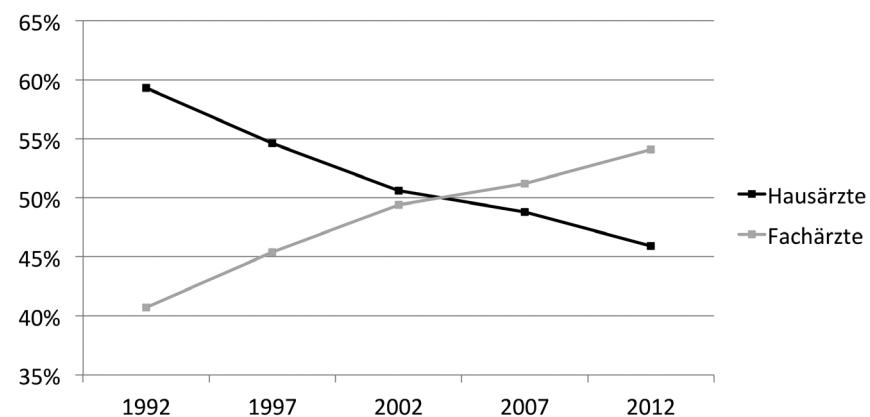
Die Ärzte zieht es zunehmend in die Städte

In Deutschland waren 2014 im ambulanten Bereich knapp 148.000 Ärzte tätig. Im Vergleich zum Jahr 1990 bedeutet dies eine Steigerung um ca. 60 % (23). Aus sozialrechtlicher Sicht scheint die Zahl der ambulant tätigen Ärzte insgesamt für die Versorgung der Patienten über alle Fachrichtungen hinweg ausreichend zu sein (24). In § 48 der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird eine ausgewogene vertragsärztliche Versorgung in Beziehung gesetzt mit dem quantitativen Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten: Eine ausgewogene Versorgungsstruktur sei insbesondere dann anzunehmen, wenn

die Anzahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte im Vergleich zu den Fachärzten wesentlich überwiegt (4). Die Entwicklung bei den niedergelassenen Vertragsärzten zeigt jedoch einen gegenläufigen Trend. Die Zahl der Hausärzte ist leicht rückläufig: Im Jahr 2001 waren ca. 54.000 Hausärzte im Bundesgebiet tätig, 2009 waren es knapp 51.800 (25). Die Zahl der niedergelassenen spezialisierten Fachärzte steigt hingegen kontinuierlich an (25). Insbesondere die hoch spezialisierten Facharztgruppen verzeichnen hohe Zuwachsrationen (22). Seit 1991 hat sich der Anteil von Hausärzten an der gesamten Ärzteschaft in der vertragsärztlichen Versorgung von 60 % auf 45 % verringert (22). In der quantitativen Gesamtbetrachtung übersteigt die Zahl der spezialisierten Fachärzte die der Hausärzte, sodass sich die ambulante Versorgungsstruktur von einer ausgewogenen Versorgungsstruktur gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie zunehmend entfernt. Problematisch daran ist, dass die Bedeutung der wohnortnahmen hausärztlichen Versorgung bei der zunehmend älteren Patientenstruktur ansteigt, weil mit steigendem Patientenalter der durchschnittliche hausärztliche Betreuungsbedarf wächst (17,26).

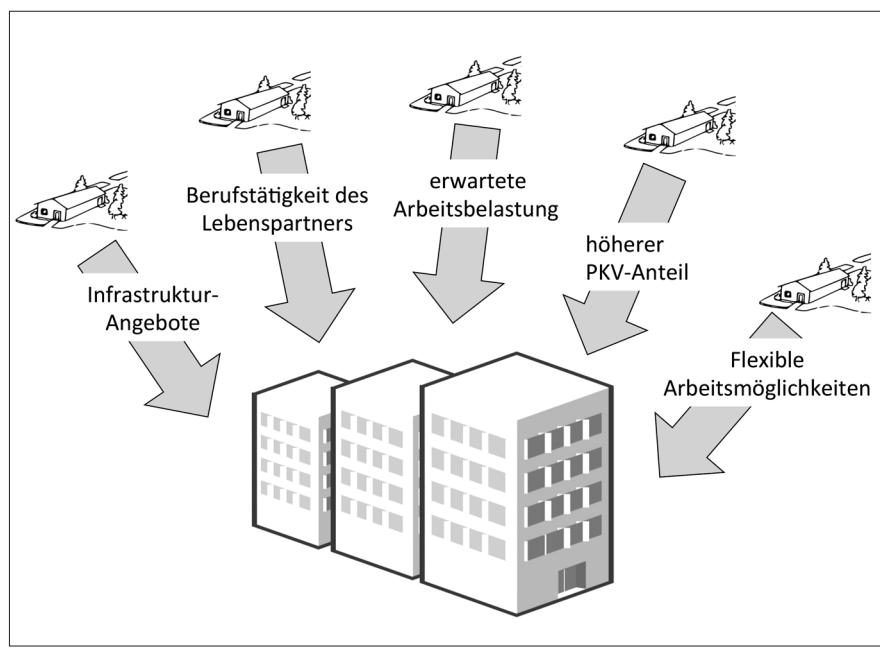
Bei Hausärzten ist der Anteil älterer Ärzte höher verglichen mit den übrigen Fachärzten. Von den an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Hausärzten sind 32 % mindestens 60 Jahre alt. Der Anteil dieser Altersgruppe in der gesamten ambulant tätigen Ärzteschaft liegt zum Vergleich bei nur 26,1 % (27).

Abbildung 3: Entwicklung des Anteils an Hausärzten zu sonstigen Fachärzten



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014.

Abbildung 4: Entwicklungstreiber für ärztliche Niederlassungen in städtischen Räumen



Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund dieser Altersverteilung ergibt sich im hausärztlichen Bereich ein stärkerer Handlungsdruck bei Nachbesetzungen von Arztsitzen in den nächsten Jahren, da ein hoher Anteil der Hausärzte ihre Tätigkeit altersbedingt aufgeben wird.

Ein seit längerem zu beobachtender Trend ist der steigende Frauenanteil an der gesamten deutschen Ärzteschaft (1991: 33,6 %; 2009: 42,2 %). Im ambulanten Bereich verläuft diese Entwicklung parallel, jedoch liegt der Frauenanteil bei den niedergelassenen Ärzten auf einem niedrigeren Niveau (1991: 29,6 %; 2009: 36,3 %) (25). Bei den Praxisneugründungen hat sich das Geschlechterverhältnis bereits umgekehrt: Die deutsche Apotheker- und Ärztebank meldete für die Jahre 2013 und 2014 einen Frauenanteil bei den finanzierten Praxisgründungen von 54,2 % (28). Im Bereich Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften sind mittlerweile zwei Drittel der eingeschriebenen Studierenden weiblich (29). Frauen arbeiten eher in Teilzeit als Männer. U.a. deshalb ist das durchschnittliche geleistete Arbeitsvolumen der Ärzteschaft in den letzten Jahren gesunken (30). Ein Grund für das verringerte Arbeitsangebot von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten ist, dass Frauen meist die Hauptlast des familialen Engagements und der Kinderbetreuung tragen und deshalb insbeson-

dere in der Familiengründungsphase in geringerem Maße Vollzeit arbeiten (31). Jedoch wird seit der Jahrhundertwende ein allgemeiner Trend zur Reduzierung des Arbeitszeitvolumens im ärztlichen Bereich bei beiden Geschlechtern beobachtet (30). Das bedeutet, dass für aus der ambulanten Versorgung ausscheidende Ärzte tendenziell eine höhere Anzahl an Nachbesetzungen mit jüngeren Ärzten notwendig wird, um das ärztliche Arbeitszeitvolumen konstant zu halten (22).

Die Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte wächst kontinuierlich. 2014 arbeiteten mehr als 26.000 Ärzte im ambulanten Bereich als angestellte Ärzte. Die Zahl der Angestellten hat sich damit im Vergleich zu 2008 mehr als verdoppelt (23). Begründet wird die Attraktivität der Anstellung u.a. mit der verbesserten Flexibilität bei den Arbeitszeiten und einhergehender besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie mit dem Verlust des eigenen unternehmerischen Risikos im Vergleich zur selbständigen Tätigkeit als Praxisinhaber (21,32).

Die Niederlassungsfreiheit der Ärzte ist grundsätzlich durch die Berufsfreiheitsgarantie geschützt (7). Ärzte können deshalb nicht dazu verpflichtet werden, an einem bestimmten Ort zu arbeiten. Nach repräsentativen Befragungen von Medizinstudierenden sind kleinere Landgemeinden für angehende Ärzte als künftiger Arbeitsort deutlich

unattraktiver als Städte mit mehr als 50.000 Einwohnern (33,34). Die Wiederbesetzung von Praxissitzen gestaltet sich deshalb in ländlichen Regionen meist schwieriger als in städtischen (35). Gründe für die mangelnde Attraktivität ländlicher Niederlassungen sind im Wesentlichen in (subjektiv wahrgenommenen) Unterschieden bei der Arbeitsbelastung, der Finanzsituation sowie den persönlichen Umfeldbedingungen (z.B. Berufsmöglichkeiten für den Lebenspartner oder familienfreundliches Umfeld) zu suchen.

Die Arbeitsbelastung durch Hausbesuche und Notdienste wird auf dem Land oft höher als in Städten eingeschätzt (33,35). Dies liegt einerseits an der tendenziell älteren Bevölkerung in ländlichen Räumen im Vergleich zu städtischen Räumen, wodurch ärztliche Hausbesuche häufiger nachgefragt werden. Andererseits sind die Fahrwege und -zeiten von der Arztpraxis zum Wohnort der Patienten auf dem Land durchschnittlich länger, wodurch der ärztliche Zeitaufwand für einen Hausbesuch vergleichsweise größer ist (8).

In Regionen mit niedriger Wirtschaftskraft und hoher Arbeitslosigkeit ist mit einem niedrigeren Anteil an Privatpatienten zu rechnen, wodurch die finanziellen Einnahmepotenziale der niedergelassenen Ärzte vergleichsweise geringer sind (26). Neben strukturschwachen Städten ist der Privatversichertenanteil in ländlichen Regionen tendenziell geringer (8,22).

Ärzte lassen sich bevorzugt in Zentren mit höherer Bevölkerungsdichte nieder, in denen es ein vielfältiges Angebot an Gütern und Dienstleistungen gibt (36). Die Lebenspartner von Ärztinnen sind im Vergleich zu denen ihrer männlichen Kollegen häufiger in städtischen Ballungsräumen beschäftigt. Deshalb wollen sich Ärztinnen häufiger als Ärzte in städtischen Räumen niederlassen (32). Bei steigendem Frauenanteil an den Medizinstudierenden ist dementsprechend mit einer tendenziell wachsenden Abneigung gegenüber einer ländlichen Niederlassung zu rechnen. Zudem wird das Angebot an Freizeitmöglichkeiten in ländlichen Regionen nachteilig im Vergleich zu Ballungsgebieten wahrgenommen (22). Städtische Regionen sind aufgrund der genannten Faktoren insgesamt attraktiver für eine ärztliche Niederlassung als ländliche Regionen (22).

Kommunen haben gesetzliche Handlungsspielräume

Kommunen¹ sind in Deutschland die politischen Instanzen auf lokaler Ebene (37). Kommunen obliegen Aufgabenfelder, die nach dem Grad der Autonomie bei deren Durchführung unterschieden werden. Den geringsten Anwendungsspielraum haben Kommunen bei Pflichtaufgaben, die auf Weisung der Bundes- oder Landesebene im übertragenen Wirkungskreis ausgeübt werden. Die größten Handlungsräume bestehen bei der Umsetzung von freiwilligen Aufgaben, bei denen die Kommunen ihren Wirkungskreis und die Art der Herangehensweise im gesetzlichen Rahmen frei wählen können (38). Nach Artikel 28 Absatz 2 des Grundgesetzes wird den Kommunen das Recht gewährleistet, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. Nach dem Subsidiaritätsgrundsatz soll die unterste politische Ebene möglichst viele örtliche Aufgaben selbst wahrnehmen, soweit sie dazu in der Lage ist. Den Kommunen ist demnach ein Mindestmaß an Eigenverantwortung und freier Gestaltung in örtlichen Belangen zu gewähren. Ein solcher Kernbereich an Aufgaben ist nicht definiert, sondern durch ständige Auslegung zu ermitteln (39). Implizit kann die kommunale Verantwortung alle örtlichen Aufgaben annehmen, so weit keine anderen öffentlichen Träger die Zuständigkeit gesetzlich auferlegt bekommen haben („Aufgabenerforschungsrecht“) (39). Der Aufgabenkatalog einer Gemeinde ist abhängig von vielen Faktoren, wie der allgemeinen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung, der Aufgabenwahrnehmung durch die Privatwirtschaft, der Gesetzgebung durch Bund und Länder sowie den Bedürfnissen der örtlichen Bevölkerung. Art und Umfang der kommunalen Aufgabenausführung werden folglich von gesellschaftlichen Entwicklungen und politischen Entscheidungen bestimmt und unterliegen betreffenden Veränderungen im Zeitverlauf (2,37). Aus kommunalrechtlicher Sicht ist die ärztliche Gesundheitsversorgung ein Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge von existenzieller Bedeutung. Unabhängig vom Sicherstellungsauftrag der funktionalen Selbstverwaltung in Form der KVen sind die Kommunen Adressaten für die Formulierung lokaler Versorgungsbedürfnisse (40).

Welche kommunalen Ansätze können helfen?

Die flächendeckende wohnortnahe Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist aufgrund der dargestellten angebots- und nachfrageseitigen Entwicklungen zunehmend bedroht. Fehlallokationen führen zur örtlichen Situationen, die unabhängig vom berechneten ärztlichen Versorgungsgrad von der Bevölkerung als Unterversorgung wahrgenommen werden. Besonders betroffen ist die hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen. Die lokale Problemlage wird nach Greß und Stegmüller umso kritischer, je mehr der folgenden, sich wechselseitig verstärkende Faktoren an einem Ort zusammentreffen (41):

1. Bereits vorhandener niedriger Versorgungsgrad,
2. Ungünstige demografische Entwicklung,
3. Hoher Anteil der Älteren bei den niedergelassenen Ärzten,
4. Wiederbesetzungsprobleme von Arztpaxen aufgrund von regionalen Gegebenheiten.

Die regionalen Versorgungsunterschiede werden sich zukünftig tendenziell verstärken. Aufgrund der verschiedenen divergierenden Entwicklungen auf der Angebots- und Nachfrageseite ergibt sich ein zunehmender Steuerungsbedarf. Den KVen fällt es aufgrund der komplexen gesellschaftlichen und sozialen Entwicklungen zunehmend schwer, steuernd auf die Versorgungsgestaltung einzuwirken und ihren Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten. Wenn gesellschaftliche Entwicklungen die kleinräumige Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gefährden, liegt es nahe, die Kommunen als lokal agierende Akteure bei der ärztlichen Bedarfsplanung und Sicherstellung einzubeziehen (41,42).

Die Instrumente der Bedarfsplanung lösen nicht das Problem einer mangelnden Ansiedlungsbereitschaft der Ärzte bei unzureichender Infrastruktur (42,43). Attraktive Rahmenbedingungen und infrastrukturelle Unterstützungen sind wichtig, um ärztliche Niederlassungen auf kommunaler Ebene zu fördern (44). Hierbei sind nach Ansicht der obersten

Landesgesundheitsbehörden die Länder und Kommunen als politische Instanzen gefordert (45). Die Planungs- und Ausführungskompetenzen des ambulanten ärztlichen Angebots werden bisher ohne kommunale Beteiligung durchgeführt.

Attraktive Rahmenbedingungen und infrastrukturelle Unterstützungen sind wichtig, um ärztliche Niederlassungen auf kommunaler Ebene zu fördern.

Die Rolle der Kommunen in der ärztlichen Versorgung beschränkt sich deshalb grundsätzlich auf flankierende Unterstützungsmaßnahmen mit lokalem Bezug als freiwillige kommunale Aufgabe.

Auf der Nachfrageseite nach Gesundheitsleistungen sind Kommunen dazu angehalten, die lokale Versorgung nach den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten. Wenn der lokale Bedarf nach Gesundheitsleistungen ansteigt, wird das Thema auch als kommunales Betätigungsfeld wichtiger. Beispielhafte Betätigungen von Kommunen sind:

- Durchführung von Bestandserhebungen bezogen auf lokale ärztliche und weitere gesundheitsrelevante Angebote (Community Health Assessment) (46). Dies kann als Grundlage verwendet werden, um einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im Sinne der Bedarfsplanung zu prüfen.
- Umsetzung von Mobilitätskonzepten, die den freien Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Anspruchsgruppen ermöglichen. Der öffentliche Nahverkehr sollte bedarfs- und behindertengerecht an die Leistungen der Gesundheitsversorgung angebunden sein (19,21).
- Kommunale Koordination und Netzwerkerolle bei ärztlichen und weiteren Gesundheitsleistungen (17,47).
- Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement zur Verbesserung von Zugang und Inanspruchnahme (z.B. Dolmetscherdienste bei Arztkonsultationen für fremdsprachige Zielgruppen, Bürgerbusse für Mobilitätseingeschränkte, etc.) (47).

¹ Dazu zählen Gemeinden, Gemeindeverbände, kreisangehörige und kreisfreie Städte sowie Landkreise.

Zusätzlich zur flankierenden Unterstützung gibt es Bestrebungen, den Kommunen mehr Gestaltungsspielraum als agierende Akteure zu geben. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ist es Kommunen erleichtert worden, Gründer und Betreiber eines medizinischen Versorgungszentrums zu werden (48). Kommunen können dadurch Ärzten ermöglichen, im Anstellungsverhältnis ohne eigenes unternehmerisches Risiko zu arbeiten.

Mit Zustimmung der zuständigen KV können Kommunen bereits jetzt in Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen zur medizinischen Versorgung betreiben, sofern dies für die Sicherstellung als notwendig erachtet wird (§ 105 Abs. 5 SGB V). Dieses Modell wurde bislang nur einmalig umgesetzt: In Büsum (Schleswig-Holstein) existiert seit dem 01.04.2015 eine Hausarztzentrum als kommunal geführte Eigeneinrichtung mit vier angestellten Ärzten (49).

Neben der eigenen Unternehmung in der Versorgung, die wohl nur in Ausnahmefällen erwogen wird, können Kommunen auf verschiedene Weise die ärztliche Tätigkeit sowie ärztliche Niederlassungen in ihrem Wirkungsbereich unterstützen. Exemplarisch sollen im Folgenden unterschiedliche, bereits implementierte kommunale Ansätze zur Unterstützung der ambulanten ärztlichen Versorgung vorgestellt werden:

Tabelle 2: Kommunale Handlungsansätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Beispiel	Problemansatz	Kommunale Rolle	Konzeptbeschreibung	Finanzierung	Ziele
Kommunalbüro für ärztliche Versorgung Bayern (50)	Fehlendes Wissen, wie die Kommunalpolitik auf Versorgungsgengänge reagieren kann.	Informationsvermittlung.	Die Organisationseinheit des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit berät Kommunen zu Maßnahmen bei lokalen Problemlagen im kommunal- und wettbewerbsrechtlichen Rahmen. Zudem werden Projekte zur Förderung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte begleitet.	Landesmittel des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.	Beratungsangebot für Kommunalpolitiker und Entwicklung von Best Practice-Ansätzen.
	„Landpartie“ – Förderung von Famulaturen und Praktika auf dem Land (51-53)	Nachwuchsförderung.	Fortgeschrittene Medizinstudierende bekommen die Möglichkeit, Praxiserfahrungen in hausärztlichen Landarztpraxen zu sammeln. Die beteiligten Landkreise organisieren gemeinsam mit den Praxen und den Gemeinden das Rahmenprogramm sowie Anreise, Unterkunft und Verpflegung vor Ort. Das Konzept basiert auf den „Landtagen“ der Verbundweiterbildung Baden-Württemberg. Die Idee wurde am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main weiterentwickelt und dort als Wahlmodul in das Curriculum des Medizinstudienganges aufgenommen. Das Programm wird zurzeit in Kooperation mit verschiedenen medizinischen Universitäten und Regionen in Deutschland umgesetzt.	Finanzierung durch die beteiligten Landkreise und/oder Gemeinden.	Medizinstudierende für die hausärztliche Arbeit im ländlichen Raum gewinnen.
	Kommunale Internetplattformen für Ärzte	Standortmarketing und Koordination. Willkommenskultur für niederlassungswillige Ärzte.	Verschiedene Gebietskörperschaften richten Webseiten ein, die sich gezielt an Medizinstudierende und Ärzte wenden und diese für eine lokale Niederlassung motivieren. Die Plattformen enthalten meist folgende Merkmale: Standortwerbung; niedrigschwellige Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für Interessierte; Hilfsangebote für Niederlassungswillige (Vereinbarkeit von Beruf und Familie, finanzielle Förderung etc.). Beispiele: www.landarzt-werden.de (Kreis Waldeck-Frankenberg in Hessen) www.stadtlandpraxis.de (Kreis Harburg in Niedersachsen) www.aerzte-in-den-kreis-borken.de (Kreis Borken in NRW) www.aerzte-fuer-schwarzstedt.de (Samtgemeinde Schwarmstedt in Niedersachsen)	Finanzmittel der jeweiligen Kommune.	Unterstützung ärztlicher Niederlassungen.
Lokale Strategieentwicklung im Rahmen der Daseinsvorsorge des Regionalmanagements Mitte Niedersachsen (54)	Nachbesetzungsprobleme bei hausärztlichen Arztpraxen. Mangelnde Abstimmung („In-seldenken“) unter den Gemeinden.	Interkommunaler Austausch und Zusammenarbeit, Monitoring von Entwicklungsrisiken.	Die kommunale Arbeitsgemeinschaft mit 16 Gemeinden in Niedersachsen hat gemeinsame Standards in der ärztlichen Versorgung definiert: Maximal 15 PKW-Fahrzeit zur nächstgelegenen Hausarztpraxis für alle Einwohner; die Zahl der Einwohner je Hausarzt soll nicht größer als 2000 sein. Das Unterschreiten der Standards gilt als Handlungsschwelle, bei denen die Kommunen gemeinsame Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung tätigen. Es erfolgt zudem ein jährliches Monitoring des Anteils älterer Ärzte (über 60 Jahre) zur rechtzeitigen Vermittlung einer Praxisnachfolge. Stipendien für Medizinstudierende werden von den beteiligten Landkreisen gewährt. Für die Aufendarstellung wurde 2015 mit der KV Niedersachsen eine gemeinsame Plattform für zukünftige Ärzte (www.aerztlich-willkommen.de) sowie eine Facebook-Seite eingerichtet.	Finanzmittel der jeweiligen Gemeinde und Landkreise. Unterstützung durch das Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser und die KV Niedersachsen.	Strategische Ausrichtung auf den zunehmenden Wettbewerbsdruck unter den Kommunen bei der Akquisition nachrückender Landärzte.
	KV RegioMed Patientenbus im Landkreis Märkisch-Oderland (Brandenburg) (55,56)	Mobilitätssicherung.	Von 2012 bis 2013 wurde ein zusätzliches ÖPNV-Angebot in einem ländlich geprägten Landkreis eingerichtet. Der barrierefreie Bus bot insbesondere älteren und mobilitätseingeschränkten Menschen aus Orten ohne Arzt einen verbesserten Zugang zu ärztlichen Versorgungsangeboten. Die Fahrzeiten der Busse waren mit den Arztpraxen abgestimmt und wurden bei der Terminvergabe berücksichtigt.	Landkreis, Gemeinden, KV Brandenburg, Krankenkassen (AOK und BarmerGEK).	Mobilitätseingeschränkte Menschen besserer Zugang zur ärztlichen Versorgung ermöglichen.
Kommunale Gemeindeschwester Muschenheim (Hessen) (57)	Fehlender Hausarzt und Pflegedienst vor Ort.	Anbieten hausärztlicher Zusatzleistungen und Bereitstellung von Infrastruktur.	Zwei Gemeindeschwestern (MFA und Krankenschwester, hausärztlich geschult) bieten eine erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen. Angeboten werden Beratungen, einfache medizinische Befunde, eigene Hausbesuche sowie die Terminkoordinierung von Hausbesuchen der umliegenden Hausarztpraxen. Die Sprechstunden der Gemeindeschwestern werden im örtlichen Gemeindezentrum durchgeführt und für die beteiligten Ärzte mit einer Patientenakte dokumentiert.	Kommunaler Förderverein trägt die Kosten für Lohn und Büroräume. Private Spenden unterstützen das Projekt.	Niedrigschwellige hausärztliche Anlaufstelle insb. für Ältere. Entlastung und Koordination der beteiligten Hausärzte.

Quelle: Eigene Darstellung

Prinzipiell sind alle vorgestellten Ansätze auf andere kommunale Settings übertragbar. Kommunales Standortmarketing, das sich an speziell an jetzige und zukünftige Ärzte richtet, ist bereits relativ weit verbreitet und erfordert eher wenig konzeptionelle Arbeit. Eine intrakommunale Strategieentwicklung erfordert vermehrte Erarbeitungs- und Abstimmungsressourcen, sie bietet jedoch eine konkretere Grundlage für kommunalpolitisches Handeln und kann Einzelinitiativen besser bündeln. Öffentliche Mobilitätsangebote sind originär kommunale Aufgabenfelder, die sich an die Nachfragebedürfnisse orientieren sollen. Im Vergleich zum öffentlichen Schülerverkehr, der aufgrund der tendenziell abnehmenden Zahl an Kindern und Jugendlichen an Bedeutung verliert, werden für die wachsende ältere Bevölkerung Verbindungen wichtiger, die sich an Gesundheitsangeboten ausrichten. Niederschwellige arztenlastende Angebote in kommunaler Trägerschaft werden in Deutschland absehbar eine Ausnahme bleiben, da die organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Hürden bislang vergleichsweise hoch sind.

Innovative kommunale Projekte können wichtige Impulse für die lokale Versorgung liefern und zeigen, wie Kommunen zweckmäßig in das Versorgungsgeschehen eingebunden werden können. Problematisch wird gesehen, dass communalisierte Maßnahmen oft nicht ausreichend mit denen der KVen koordiniert seien (41). Deshalb ist eine enge Abstimmung zwischen KVen, Krankenkassen und den Kommunen zu empfehlen, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Die Kommunen können dabei eine aktivierende Rolle bei der Ansiedelung von ärztlichen Gesundheitsdienstleistungen übernehmen (58).

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird aufgrund der komplexen gesellschaftlichen und persönlichen Einflussfaktoren zunehmend zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Die Ansiedelung von Ärzten und die Nachbesetzung von Arztsitzen ist aus kommunaler Sicht kein Selbstläufer, sondern erfordert in bestimmten Regionen zunehmendes,

vorausschauendes Engagement aller beteiligten Institutionen. Es ist insofern zu begrüßen, dass dieses Thema verstärkt auf die Agenda der Lokalpolitik gebracht wird.

Die Gemeinden können wichtige Rahmen setzende und flankierende Entscheidungen für lokale ärztliche Niederlassungen treffen (21). Bei der kommunalen Unterstützung von Ärzten ist darauf zu achten, dass kein materieller Subventionswettbewerb unter den Kommunen entsteht, welcher ungeachtet der Versorgungslage die Niederlassungen in finanziell besser dastehenden Gemeinden begünstigt (47,54). Die Kernaufgabe der Bedarfsplanung und Sicherstellung im ambulanten Bereich obliegt kraft Gesetz den KVen. Fachliche und örtliche Organisationsebenen sind jedoch angehalten, ihre Zusammenarbeit künftig zu intensivieren, um die ärztliche Kapazitätsplanung besser an die lokalen Nachfragebedürfnisse auszurichten. Beispielhaft für eine Erweiterung des kommunalen Einflusses sei der Vorschlag des Sachverständigenrats angeführt, dass bei Unterschreitung der Schwellenwerte zur Unterversorgung die Kommunen eigene Investitionsbeihilfen (ergänzend zu Landesmitteln) für die ambulante Versorgung zusteuren sollten (22). Es ist jedoch fraglich, inwiefern die Kommunen solche Aufgaben in Zeiten der wachsenden öffentlichen Verschuldung leisten können (29).

Gleichwohl existieren Reformvorschläge, den Kommunen grundsätzlich mehr strukturelle Mitgestaltungsmöglichkeiten und Verantwortung in Form einer sektorenübergreifenden regionalen Bedarfsplanung zu übertragen, unabhängig davon, ob eine als Unterversorgung definierte lokale Situation vorliegt (40,41). Diesbezügliche Strukturreformen erscheinen nur erfolgsversprechend, wenn die Kommunen genügend Ressourcen und Zeit für den Aufbau von vermehrten Kompetenzen erhalten. Kommunen haben zwar einen größeren Bezug zur Lebenswelt der Bürger als Landesministerien und KVen. Jedoch erscheint es illusorisch, dass die Kommunen durch eigene Planungs- und Umsetzungskompetenzen überall besseren Erfolg als die fachliche Ebene der KVen erreichen können (59).

Literatur

- (1) **Oberender P, Zerth J.** Zur Zukunft der flächendeckenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Implikationen. Bayreuth; 2005.
- (2) **Labisch A.** Gemeinde und Gesundheit: zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens. In: Blanke B, Evers A, Wollmann H, editors. Die zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1986. 275-305.
- (3) **Kühl K.** Sicherstellung ambulanter medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen. Bewältigung medizinischer Unterversorgung am Maßstab und mit den Mitteln des Rechts. Baden-Baden: Nomos; 2012.
- (4) **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Stand: 17. Juli 2014. 20.12.2012: zuletzt geändert am 17.07.2014.
- (5) **Klose J, Rehbein I.** Ärzteatlas 2015. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Berlin; 2015.
- (6) **Ozegowski S, Sundmacher L.** Wie "bedarfsgerecht" ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Das Gesundheitswesen 2012;74(10):618-626.
- (7) **Pitschas R.** Innovative Versorgungsstrukturen im Lichte der Grundrechte und verfassungsrechtlichen Kompetenznormen. Medizinrecht 2015;33(3):154-161.
- (8) **Kuhn M.** Anpassung regionaler medizinischer Versorgung im demographischen Wandel in Mecklenburg-Vorpommern. Einsichten aus der gesundheitsökonomischen Literatur. Rostock; 2009.
- (9) **Hahne U, Stielike J.** Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse – Zum Wandel der Normierung räumlicher Gerechtigkeit in der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union. Ethik und Gesellschaft 2013;7(1):1-40.
- (10) **Bundesverfassungsgericht.** Urteil Az. 2 BvF 1/01. 24.10.2002.
- (11) **Kersten J.** Wandel der Daseinsvorsorge – Von der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zur wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Kohäsion. In: Neu C, editor. Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p. 22-38.
- (12) **Raumordnungsgesetz (ROG).** 22. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2986): zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2585).
- (13) **Winkel R, Spangenberg M.** Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzepte: gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion. Online; 2010.
- (14) **Nowossadeck E, Kroll L, Nowossadeck S, Kurth B, Rabenberg M, Dahm S.** Kleinströmige Bedarfsprognosen – Eine Machbarkeitsstudie für Deutschland. Berlin; 2011.

Literatur

- (15) Beetz S.** Regionale Dimensionen des Alterns und der Umbau der kommunalen Daseinsvorsorge – Entwicklungen am Beispiel ländlicher Räume. In: Neu C, editor. Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. 114-132.
- (16) Demografiebericht.** Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. Berlin; 2011.
- (17) Hoffmann W, van den Berg N.** Morbiditätsentwicklung im demographischen Wandel. Verfügbarkeit medizinischer Leistungen in der regionalen Versorgung. Der Chirurg 2013;84(4):286-290.
- (18) Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, et al.** Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2013;56(5-6):832-844.
- (19) Giesel F, Köhler K, Nowossadeck E.** Alt und immobil auf dem Land? Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Bundesgesundheitsblatt 2013;56(10):1418-1424.
- (20) Schlömer C.** Demographische Ausgangslage: Status quo und Entwicklungstendenzen ländlicher Räume in Deutschland. In: Fachinger U, Künemund H, editors. Gerontologie und ländlicher Raum Wiesbaden: Springer; 2015. 25-43.
- (21) Flach H.** Der Landarzt geht in Rente. Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin; 2012.
- (22) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; 2014.
- (23) Bundesärztekammer.** Ärztestatistik 2014; 2015.
- (24) Wenner U.** Strukturproblem der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Herausforderungen für die Rechtsprechung des BSG. Medizinrecht 2015;33(3):175-181.
- (25) Kopetsch T.** Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arzthaltentwicklung. 5th ed. Berlin; 2010.
- (26) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; 2009.
- (27) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregrister zur vertragsärztlichen Versorgung** (Stand: 31.12.2014); 2015.
- (28) Deutsche Apotheker und Ärztebank.** Existenzgründungsanalyse Ärzte 2013/2014; 2015.
- (29) Statistisches Bundesamt editor.** Statistisches Jahrbuch 2014. Deutschland und Internationales. Wiesbaden; 2014.
- (30) Adler G, Knesebeck J.** Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2011;54(2):228-237.
- (31) Schmacke N.** Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Bremen; 2013.
- (32) Stengler K, Heider D, Roick C, Günther O, Riedel-Heller S, König H.** Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland. Eine genderspezifische Analyse. Bundesgesundheitsblatt 2012;55(1):121-128.
- (33) Herr D, Götz K.** Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. G+G Wissenschaft 2014;14(3):7-15.
- (34) Jacob R.** Berufsmonitoring Medizinstudenten. 2. Welle 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung; 2014.
- (35) Schweikart J.** Die große Herausforderung. LandInForm 2008;1(4):12-13.
- (36) Hess R.** Staatliche und verbandliche Ebenen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. In: Luthe E-, editor. Kommunale Gesundheitslandschaften Wiesbaden: Springer; 2013. 383-398.
- (37) Naßmacher H, Naßmacher K.** Kommunalpolitik in Deutschland. 2nd ed. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2007.
- (38) Grohs S, Reiter R.** Kommunale Sozialpolitik. Handlungsoptionen bei engen Spielräumen. Bonn; 2014.
- (39) Luthe E-**. Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie. In: Luthe E-, editor. Kommunale Gesundheitslandschaften Wiesbaden: Springer; 2013. p. 55-66.
- (40) Burgi M.** Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos; 2013.
- (41) Greß S, Stegmüller K.** Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunfts-konzept; 2011.
- (42) Knieps F, Ameling V, Wolf S.** Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definition, Problemalyse. Gesundheits- und Sozialpolitik 2012(6):8-19.
- (43) Elkeles T.** Infrastrukturpolitik bei gesundheitlicher Versorgung im ländlichen Raum. In: Beetz S, editor. Die Zukunft der Infrastrukturen in ländlichen Räumen Berlin; 2007. 49-59.
- (44) Langer A, Ewert T, Hollederer A, Geuter G.** Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2015;20(1):11-18.
- (45) AOLG Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.** Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. Anlage zu TOP 5.1 der 81. GMK. 11.03.2008; Available at: www.gmkonline.de/_beschluesse/protokoll_81-gmk_topo501_anlage_aolg-bericht.pdf Accessed 08.09.2014, 2014.
- (46) Hoffer H.** Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze. In: Luthe E-, editor. Kommunale Gesundheitslandschaften Wiesbaden: Springer; 2013. 399-414.
- (47) Dennig M, Greß S, Stegmüller K.** Gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum. Eine Studie zur gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda. pg-papers 2013(3).
- (48) Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG).** Bundesgesetzbuch Nr. 30 vom 22.07.2015.
- (49) Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein.** Gemeindepraxis Büsum: Der Umbau beginnt. 31.03.2015; Available at: <http://www.mehrarztleben.de/gemeindepraxis-buesum-der-umbau-beginnt/>. Accessed 03.08.2015.
- (50) Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.** Beratungsangebot für Gemeinden zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung; 2015.
- (51) Schäfer H, Mangold B, Paulitsch M, Gerlach F.** Landpartie Fulda – ein Projekt zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses im ländlichen Raum. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2015;91(6):260-263.
- (52) Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover.** "Landpartie Zeven" ein Angebot für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin. 2015; Available at: http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/allgemeinmedizin/Lehre/Landpartie_Zeven_Flyer.pdf. Accessed 20.08.2015.
- (53) Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg.** Verbundweiterbildung PLUS Allgemeinmedizin Baden Württemberg. Landtage. Available at: <https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/content/landtage.jsp>. Accessed 28.10.2015.
- (54) Fichtner T.** Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Ergebnisse, Konsequenzen und Maßnahmen der Modellregion Mitte Niedersachsen aus dem Arbeitsprozess im MORO-Aktionsprogramm "Regionale Daseinsvorsorge" des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; 2013.
- (55) Rieser S.** Versorgung auf dem Land: Es hat sich schnell ausgerollt. Deutsches Ärzteblatt 2014;111(43):A-1840.
- (56) Misslbeck A.** Patientenbus – Option gegen Ärztemangel? Ärzte Zeitung; 12.12.2012.
- (57) Hänel J, Haasenritter J, Kuhn D, Baum E.** Evaluation eines Gemeindeschwesterprojekts in einer kleinen, ländlichen Gemeinde. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2014;90(1):13-19.
- (58) Wilke P.** Ländliche Räume in Niedersachsen. Hannover; 2012.
- (59) Rieser S.** Kommunen und Versorgung: Spinnen gesucht. Deutsches Ärzteblatt International; 10.10.2014. 111(41):A-1719.