# Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management Studiengang Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe

# HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSKONZEPTE IM LÄNDLICHEN RAUM – MÖGLICHE PERSPEKTIVEN FÜR MECKLENBURG VORPOMMERN

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Arts (B.A.)** 

Vorgelegt von: Laura Schulz

Betreuer: Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt

Zweitbetreuerin: Prof. Dr. paed. Bedriska Bethke

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2021-0324-0

Tag der Einreichung: 15.07.2021

## Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
1 HINTERGRUND UND STAND DER FORSCHUNG	4
1.1 EINFÜHRUNG UND METHODIK	4
1.2 WER SIND DIE LANDÄRZT*INNEN VON MORGEN?	6
2 DAS BERUFSBILD VON LANDÄRZT*INNEN	10
2.1 AUFGABENBEREICHE UND ROLLEN VON HAUSÄRZT*INNEN	10
2.2 STRUKTURELLE BESONDERHEITEN LÄNDLICHER RÄUME	13
3. ORGANISATION HAUSÄRZTLICHER VERSORGUNG	16
3.1 EINZELPRAXEN, PRAXISGEMEINSCHAFTEN UND	
BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFTEN	16
3.2 MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN	18
4 PERSPEKTIVEN HAUSÄRZTLICHER VERSORGUNG IN MECKLENBURG-VORPOM	IMERN
	20
4.1 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG UND BEDARFSPLANUNG	20
4.2 ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN	
LÄNDLICHEN GEBIETEN MECKLENBURG-VORPOMMERNS	25
5 FAZIT	28
I ITEDATI IDVEDZEICHNIS	31

#### Abkürzungsverzeichnis

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

KV M-V Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

MVZ Medizinisches Versorgungszentrum

AGnES Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte,

systemische Intervention

MOPRA Mobile Praxisassistentin

VerAH Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

EVA Entlastende Versorgungsassistentin

HELVER Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung

#### 1 Hintergrund und Stand der Forschung

#### 1.1 Einführung und Methodik

In 15 von 27 Mittelbereichen der Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern droht in absehbarer Zeit eine Unterversorgung (KV M-V 2021b).

Das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichem Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern, auch Landarztgesetz Mecklenburg-Vorpommern, wurde am 03. Februar 2020 beschlossen. Es hat gemäß § 1 LAG M-V die Zielsetzung "der dauerhaften und flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten des Landes".

Vor diesem Hintergrund stellt sich nicht nur die Frage, wie dieses Ziel erfüllt werden kann, sondern auch, unter welchen Begleitumständen. Wie kann angesichts der strukturellen Besonderheiten ländlicher Räume und ihrer Dominanz innerhalb des Bundeslandes eine hohe Qualität der Patientenversorgung gesichert und gleichzeitig die hausärztliche Tätigkeit für den potenziellen Nachwuchs attraktiv gestaltet werden?

Im Landarztgesetz ist lediglich die Zulassung geeigneter Bewerber\*innen zum Medizinstudium und ihre Verpflichtung zu einer zehnjährigen hausärztlichen Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern geregelt (§ 2 LAG M-V).

Jedoch wird angenommen, dass sich die zugrundeliegende Problemstellung des Mangels an hausärztlichem Nachwuchs in einem viel größeren Kontext wiederfindet.

Im Folgenden werden zur Überprüfung dieser Annahme verschiedene Studienergebnisse betrachtet. Was bewegt junge Ärzt\*innen in Hinblick auf eine Tätigkeit als Hausärzt\*in in einer ländlichen Region?

Dies bildet das Fundament der vorliegenden Arbeit, denn nur wenn aufgedeckt werden kann, was der medizinische Nachwuchs von einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land erwartet und was diese für ihn attraktiv macht, kann anschließend verstanden werden, wie dieses Berufsfeld zukünftig organsiert werden muss.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden in den folgenden Kapiteln mit den Notwendigkeiten ländlicher Räume verknüpft.

Es folgt dazu die Beschreibung des Berufsbildes von Landärzt\*innen, die Vorstellung verschiedener Organisationsformen hausärztlicher Tätigkeit sowie im Anschluss, der Blick auf das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern mit den hiesigen Entwicklungen und möglichen Lösungsansätzen.

Die Arbeit schließt mit einem Fazit zur Bewältigung der Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten Mecklenburg-Vorpommerns.

Die Bearbeitung der Thematik erfolgte mittels Literatur- und Internetrecherche.

Zur Literaturrecherche wurden der Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg, der GKV-Verbundkatalog, PubMed, Google Scholar sowie Springer Link verwendet.

Ausschlusskriterien für die Auswahl der verwendeten Literatur stellten ein Erscheinungsjahr vor 2000, der Fokus der Texte auf andere Fachdisziplinen der Medizin, die Thematisierung spezieller Krankheitsbilder sowie der Bezug auf urbane Räume dar. Einschlusskriterien waren dementsprechend eine Publikation nach der Jahrtausendwende, der Fokus auf die hausärztliche die Thematisierung v.a. organisatorischer Tätigkeit, Strukturen und personeller Bedarfe sowie der Bezug auf ländliche Gebiete. Die in diesem Kapitel verwendeten Studien stellen vor allem Originalarbeiten aus der Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Springer Link und PubMed dar. Die Suche dieser erfolgte größtenteils mittels Schneeballprinzip.

Die Nutzung des Internets diente zur Recherche der Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern, zur Klärung der hiesigen Versorgungsbedarfe sowie avisierter Lösungsansätze für die aufgedeckten Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in der Zukunft.

#### 1.2 Wer sind die Landärzt\*innen von morgen?

Einführend sollen hierfür einmal die Ergebnisse der von Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführten KarMed-Studie ausführlich betrachtet werden. Diese Beobachtungsstudie startete 2009 mit der Befragung von 1012 Studierenden im Praktischen Jahr, welche außerdem in den folgenden sechs Jahren jährlich mittels standardisierter Fragebögen fortgesetzt wurde. Untersuchungsgegenstand waren die beruflichen Präferenzen Ärzt\*innen sowie der Karriereverlauf innerhalb von Facharztweiterbildung, u.a. um Daten zu generieren, die es ermöglichen, die zukünftige Versorgungslage im hausärztlichen Bereich genauer einschätzen zu können (Bussche et al. 2018: 363).

Die nachfolgenden Angaben zu Teilergebnissen der Studie beziehen sich allesamt auf den letzten Erhebungszeitpunkt nach sechs Jahren fachärztlicher Weiterbildung der Studienteilnehmer\*innen.

Eine hausärztliche Tätigkeit ist sowohl mit der fachärztlichen Anerkennung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin als auch der Inneren Medizin ohne Schwerpunkt möglich. Entsprechende Anerkennungen wurden von 24 Prozent der Studienteilnehmer\*innen angestrebt (Bussche et al. 2018: 364). Demgegenüber steht jedoch, dass nur 15 Prozent der teilnehmenden Ärzt\*innen in Weiterbildung auch im hausärztlichen Sektor arbeiten möchten, da noch weitere potentielle Tätigkeitsbereiche existieren (Bussche et al. 2018: 364).

Aufgegliedert nach der fachärztlichen Anerkennung werden zukünftig demnach etwa 70 Prozent der Hausärzt\*innen Allgemeinmediziner\*innen und 30 Prozent Internist\*innen sein (Bussche et al. 2018: 364).

Gemäß der Musterweiterbildungsordnung beträgt die Dauer der fachärztlichen Weiterbildung in den Disziplinen Allgemeinmedizin und Innere Medizin ohne Schwerpunkt jeweils 60 Monate, also 5 Jahre (Bundesärztekammer 2018: 24, 118).

Trotzdem hatten zum Ende des Untersuchungszeitraumes nach sechs Jahren fachärztlicher Weiterbildung, nur 18 Prozent der angehenden Allgemeinmediziner\*innen und 44 Prozent der Internist\*innen ihre fachärztliche Anerkennung erreicht (Bussche et al. 2018: 364).

Es wird außerdem deutlich, "dass die Zahl der Ärztinnen dreimal so hoch ist wie die Zahl der Ärzte, die hausärztlich tätig werden wollen." (Bussche et al. 2018: 365).

Ein großer geschlechtsspezifischer Unterschied ist ebenfalls bei der Tendenz zu einer Niederlassung zu verzeichnen. Knapp die Hälfte der Ärztinnen, die hausärztlich tätig werden möchten, präferieren ein Angestelltenverhältnis nach der fachärztlichen Anerkennung, während dies bei ihren männlichen Kollegen nur bei rund einem Viertel der Fall ist. Für eine Niederlassung als Hausärzt\*in interessierten sich somit 57 Prozent der Ärztinnen und 74 Prozent der Ärzte mit dem entsprechenden Berufswunsch (Bussche et al. 2019: 10).

Es ist weiterhin zu verzeichnen, dass zwei Drittel der Ärztinnen, die eine Anerkennung im Fach Allgemeinmedizin anstrebten, auch Mütter sind. Zum gleichen Zeitpunkt betrug der Anteil der Mütter in den anderen Fachdisziplinen insgesamt nur 42 Prozent (Bussche et al. 2019: 10).

Dieser Umstand hat auch Einfluss auf das angestrebte Arbeitszeitmodell nach der fachärztlichen Anerkennung. So planen 93 Prozent der Ärztinnen mit Kind, die hausärztlich tätig werden möchten, in Teilzeit zu arbeiten. Betrachtet man dieses Interesse unabhängig von der Mutterschaft, so planen dies immerhin noch 71 Prozent der Ärztinnen (Bussche et al. 2019: 10).

Insgesamt 38 Prozent der an einer hausärztlichen Tätigkeit interessierten Teilnehmer\*innen möchten zukünftig in einer ländlichen Region oder einer Kleinstadt mit weniger als 20.000 Einwohnern arbeiten. Diese Präferenz ist vor allem bei den Ärztinnen zu verzeichnen (Bussche et al. 2019: 11).

Welche Trends der zukünftigen hausärztlichen Versorgung lassen sich aus den Ergebnissen der KarMed-Studie prognostizieren?

Die hausärztliche Versorgung wird in Zukunft mehrheitlich durch Frauen sichergestellt. Deren besondere Bedürfnisse, wie beispielsweise das sehr hohe Interesse an einer Teilzeit-Beschäftigung sowie der zunehmende Wunsch in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten müssen bereits beim Aufbau der fachärztlichen Weiterbildung und weiterführend bei der Organisation der hausärztlichen Versorgung bedacht werden. Es stellt sich außerdem die Frage, ob aktuelle und zukünftige Bedarfe an hausärztlichem Personal in ländlicheren Gebieten unter den in der Studie aufgedeckten Voraussetzungen abgedeckt werden können (Bussche et al. 2019: 13).

Die Ergebnisse der soeben erläuterten KarMed-Studie können durch die Betrachtung weiterer Untersuchungen untermauert und die gewonnenen Erkenntnisse beispielsweise durch Einflussfaktoren auf die Standortwahl angehender Hausärzt\*innen erweitert werden.

So identifizierten Steinhäuser et al. (2012: 13) "eigene Herkunft" und "familienfreundliches Umfeld" als wichtigste Faktoren für eine Niederlassung im ländlichen Raum.

Vor allem Ärztinnen ist es zudem wichtig, dass ihre Lebenspartner\*innen vor Ort einen Job finden. Weiterhin wird der Stellenwert umfassender Weiterbildungsangebote, z.B. organisiert durch Weiterbildungsverbunde hervorgehoben (Steinhäuser et al. 2012: 13).

Stengler et al. (2012: 124) betonen ebenfalls die hohe Priorität einer familienfreundlichen Umgebung für die Standortwahl von Ärzt\*innen.

Schäfer et al. (2018: 347) erkannten wie bereits Bussche et al. (2019), die vermehrte Tendenz von Ärztinnen zur Arbeit innerhalb eines Angestelltenverhältnisses und benannten ähnlich wie zuvor Steinhäuser et

al. (2012), die eigene Herkunft, hier speziell den Geburtsort, als wichtigen Faktor für die Standortwahl zukünftiger Hausärzt\*innen.

Küpper und Mettenberger (2018: 233ff) betonen ebenfalls den zunehmenden Frauenanteil und die steigende Präferenz zu einer Teilzeit-Beschäftigung im hausärztlichen Bereich. Außerdem stimmen sie der Relevanz einer familienfreundlichen Umgebung und biografischer Verbindungen zu. Des Weiteren betonen sie zusätzlich die Bedeutung beruflicher Aspekte für eine Niederlassung im ländlichen Raum, wie z.B. weniger Konkurrenz als in urbanen Räumen und ein sehr intensiver Kontakt mit den Patient\*innen.

Bußhoff et al. (2015: 442) bestätigen durch eine Datenbankanalyse ebenfalls die Faktoren ländliche Herkunft der angehenden Hausärzt\*innen sowie das Absolvieren ihrer Facharztweiterbildung auf dem Land, als förderlich für eine dortige Niederlassung.

Kreiser et al. (2014: 161f) konnten neben den bereits aufgeführten Einflussfaktoren und Entwicklungen insbesondere die autonome Berufsausübung sowie die angenommene Arbeitsbelastung als förderliche Faktoren für eine hausärztliche Niederlassung auf dem Land identifizieren.

Auch die Ergebnisse verschiedener internationaler Studien verweisen auf die ländliche Herkunft potentieller Hausärzt\*innen als Einflussfaktor auf die Wahl eines ebenfalls ländlichen Standorts, aber auch auf dortige Einsätze während des Medizinstudiums und der ärztlichen Weiterbildung sowie einhergehende berufliche Perspektiven (Henry et al. 2009: 8; Budhathoki et al. 2017: 4ff).

Wie lassen sich jedoch die erkannten Bedürfnisse und Voraussetzungen angehender Hausärzt\*innen mit der Realität der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen vereinbaren? Welche Charakteristika besitzen ländliche Räume? Und welche Versorgungskonzepte erlauben gleichermaßen die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patient\*innen und Hausärzt\*innen?

#### 2 Das Berufsbild von Landärzt\*innen

Das Bezeichnung "Landärzt\*in" beschreibt eine\*n Hausärzt\*in, die in einer ländlichen Region praktiziert. In diesem Kapitel soll nun dargelegt werden, was der Beruf von Hausärzt\*innen per Gesetz und Wissenschaft beinhaltet und welche Rollen durch die Akteur\*innen eingenommen werden. Anschließend wird definiert, was ländliche Räume sind und aufgedeckt, welche Besonderheiten gegenüber urbanen Räumen bestehen.

#### 2.1 Aufgabenbereiche und Rollen von Hausärzt\*innen

Um zu verstehen, wie hausärztliche Versorgung auf dem Land sinnvoll organisiert werden kann, sollte auch hinterfragt werden, welche Aufgabenbereiche und Rollenverständnisse dieses Versorgungsgebiet ausmachen.

Dabei wird deutlich, dass eine große Vielfalt potentieller Aufgaben und Rollen eines\*einer Hausärzt\*in existiert. Neben der Patient\*innenbetreuung aufgrund gesundheitlicher Problemlagen, sollten Hausärzt\*innen ebenfalls als Koordinator\*innen und Lehrende fungieren. Das bedeutet konkret, dass sie die gesundheitliche Versorgung ihrer Patient\*innen umfassend organisieren und innerhalb der Zusammenarbeit mit anderen ambulanten und stationären Akteur\*innen eine zentrale Rolle einnehmen. Als Lehrende behalten sie stets die Förderung der gesundheitlichen Selbstverantwortung der Bevölkerung im Blick (Bundesärztekammer, 2012: 2).

Hausärzt\*innen nehmen also innerhalb der medizinischen Versorgung besondere Aufgaben wahr. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit stehen dabei nicht nur bestimmte Krankheiten oder ein spezielles Fachgebiet, sondern vor allem die Menschen, die als Patient\*innen zu ihnen kommen. So werden

auch Problemstellungen über die Medizin hinaus zum Arbeitsgegenstand (Freeman 2016: 17f).

Es scheint deshalb logisch, dass der Fokus ihrer Arbeit nicht nur auf den\*die Patient\*in allein gerichtet ist, sondern auch auf dessen\*deren sozialen Bezugsrahmen (Bundesärztekammer, 2012: 1).

Dieser Grundsatz ist in Deutschland auch gesetzlich festgeschrieben. So heißt es in § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V: "Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes".

Weitere Aufgaben sind ebenfalls im Gesetz geregelt. So sind Hausärzt\*innen verpflichtet, Maßnahmen der Diagnostik, Therapie und Pflege zu koordinieren. Hierzu zählt auch die Vermittlung an Leistungserbringer\*innen der fachärztlichen Versorgung. Weiterhin sind Hausärzt\*innen angehalten, alle patientenbezogenen Behandlungsdaten aus den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen zu sammeln und zu beurteilen, um eine umfassende Dokumentation dieser zu gewährleisten. Auch Prävention und Rehabilitation zählen dabei zu ihrem Aufgabengebiet. Es sollten außerdem auch nichtärztliche Akteur\*innen, z.B. aus dem therapeutischen Bereich, von ihnen in die Behandlung der Patient\*innen integriert werden (§ 73 Abs. 1 SGB V).

Im Wesentlichen nehmen Allgemeinmediziner\*innen, Internist\*innen ohne Schwerpunkt sowie Kinder- und Jugendmediziner\*innen an der hausärztlichen Versorgung teil (§ 73 Abs. 1a SGB V).

In der vorliegenden Arbeit wird die hausärztliche Versorgung jedoch exklusive der Kinder- und Jugendmedizin betrachtet.

Internist\*innen ohne Schwerpunkt haben die Wahl, an der vertragsärztlichen Versorgung als Hausärzt\*innen oder als Fachärzt\*innen teilzunehmen (§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V).

Aber wie häufig sin die Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin ohne Schwerpunkt in der hausärztlichen Versorgung vertreten?

Nach aktuellen Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2020a: 6) sind im gesamten Bundesgebiet Deutschlands 51.610 Ärzt\*innen an der vertragsärztlichen Versorgung im hausärztlichen Bereich beteiligt.

Davon besitzen 34.433 Ärzt\*innen die Facharztanerkennung in der Allgemeinmedizin und 16.702 Ärzt\*innen die der Inneren Medizin ohne Schwerpunkt (KBV 2020a: 3).

Aufgrund dieser Verteilung liegt es nahe, vor allem das Gebiet der Allgemeinmedizin näher zu betrachten, um weitere hausärztliche Aufgabengebiete zu identifizieren. Außerdem ist es gesetzlich festgeschrieben, dass für die Besetzung freier Hausärzt\*innensitze vor allem Allgemeinmediziner\*innen zu berücksichtigen sind (§ 103 Abs. 4 SGB V).

Laut der aktuellen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (2018: 24) beinhaltet dieses Fachgebiet "die medizinische Akut-, Langzeitund Notfallversorgung von Patienten jeden Alters mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und die Versorgung in der Palliativsituation unter Berücksichtigung somatischer, psycho-sozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte".

Aus der dargestellten Aufgabenstellung an die Allgemeinmedizin wird wiederholt die Loslösung dieser von einer rein medizinischen Sichtweise deutlich. Die Ansprüche an Hausärzt\*innen erscheinen in diesem Zusammenhang sehr hoch und die geforderten Fähigkeiten sehr umfangreich.

Dieser Eindruck wird noch einmal durch die Beschreibung als "erste ärztliche Anlaufstelle bei allen Gesundheitsproblemen" verstärkt (Bundesärztekammer 2018: 24).

Daraus ergibt sich ebenfalls, dass keine vorherige Zuordnung der Patient\*innen zu diesem Fachgebiet stattgefunden haben kann, sondern jede\*r Mensch mit jeder möglichen Erkrankung oder gesundheitsbezogenen Problematik die Möglichkeit hat, eine\*n Hausärzt\*in von sich aus aufzusuchen. Diese\*r sollte dann versuchen eine möglichst

ganzheitliche Betrachtungsweise anzuwenden und dabei stets auch die familiäre und soziale Einbindung sowie das häusliche Rahmensituation der Patient\*innen einzubeziehen (Bundesärztekammer 2018: 24).

Weiterhin sind in der Gebietsdefinition der Allgemeinmedizin ebenfalls der Auftrag zur zentralen Koordination der Patientenversorgung und die damit einhergehende Zusammenarbeit mit anderen Akteur\*innen des Gesundheitswesens festgeschrieben (Bundesärztekammer 2018: 24).

Hausärzt\*innen fungieren somit als sogenannte Gatekeeper innerhalb des Gesundheitswesens für ihre Patient\*innen (Lange und Ohlbrecht 2019: 35). Die Vielzahl der beschriebenen Aufgaben und Rollen von Hausärzt\*innen kann noch einmal mit Hilfe des Modells "CanMEDS – Family Medicine Framework" resümiert werden. Dieses beschreibt konkret sieben Rollen eines\*einer Hausärzt\*in: Expert\*in für Allgemeinmedizin, Kommunikator\*in, Teamarbeiter\*in, Manager\*in, Gesundheitsfürsprecher\*in, lebenslang Lehrende\*r und Lernende\*r und professionelle\*r Ärzt\*in (Tannenbaum et al. 2009: 7).

#### 2.2 Strukturelle Besonderheiten ländlicher Räume

Die zuvor beschriebene Tätigkeitsvielfalt von Hausärzt\*innen lässt erahnen, welche bedeutende Rolle dieser Versorgungszweig für die gesamte Gesellschaft einnimmt. Um im weiteren Verlauf dieser Arbeit eingrenzen zu können, welche Konzepte hausärztlicher Versorgung besonders geeignet sind, um die medizinische Versorgung ländlicher Gebiete zu sichern, wird in diesem Kapitel versucht, neben einer möglichen Definition, auch besondere Charakteristika ländlicher Räume herauszuarbeiten.

Es existieren international, aber auch innerhalb Deutschlands verschiedene Herangehensweisen, um ländliche Räume zu definieren (Schlömer und Spangenberg 2009: 17).

Stellvertretend für die verschiedenen Möglichkeiten sollen nun kurz die Kriterien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung

vorgestellt werden. Die Einteilung der Bezugsregionen folgt hierbei weitestgehend der Einteilung in Kreise und kreisfreie Städte. Eine Kreisregion wird dann als städtisch geprägt bezeichnet, wenn es sich um eine kreisfreie Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern handelt oder die Bevölkerungsdichte 150 Einwohner\*innen pro Quadratkilometer oder mehr beträgt bzw. Groß- oder Mittelstädte innerhalb des Kreises durch mindestens fünfzig Prozent der Bevölkerung bewohnt werden. Die Landkreise, die diese Kriterien nicht erfüllen, werden als ländlich definiert. Sie können noch einmal in dünn besiedelte ländliche Kreise und ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen eingeteilt werden (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2021).

Um einen aktuellen Eindruck über die städtischen und ländlichen Strukturen innerhalb des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern zu erhalten, wurden die zuvor beschriebenen Kriterien auf die hiesigen Landkreise angewendet. Diese selbstständige Beurteilung war nötig, da die letzte Einteilung der Kreisregionen durch das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Jahr 2019 auf Grundlage der Daten aus 2018 stattfand und von einer gewissen Entwicklungsdynamik ausgegangen werden muss. Unter Verwendung der Bevölkerungs- und Flächendaten der einzelnen Landkreise (Stand: 31.12.2020) konnte festgestellt werden, dass Rostock kreisfreie Großstadt darstellt, da die Stadt mit 209.061 Einwohner\*innen das Kriterium von mindestens 100.000 Einwohner\*innen erfüllt. Ansonsten gibt es keine städtischen Kreise innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns gemäß der vorgestellten Definition. Der Landkreis Nordwestmecklenburg, der mit der kreisfreien Stadt Schwerin ländlicher zusammengefasst wird, zeigt sich als **Kreis** mit Verdichtungsansätzen. Hier lebt mehr als die Hälfte der Bevölkerung in den Mittelstädten Schwerin und Wismar und die Bevölkerungsdichte beträgt rund 112 Einwohner\*innen pro km². Die verbleibenden Landkreise Rostock, Ludwigslust-Parchim, Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald wiederum sind dünn besiedelte ländliche Kreise. Hier liegt der Bevölkerungsanteil in den jeweiligen Mittelstädten

Neubrandenburg, Stralsund und Greifswald unter fünfzig Prozent bzw. es gibt keine Mittelstädte innerhalb der Landkreise. Außerdem misst die Bevölkerungsdichte jeweils immer deutlich weniger als 100 Einwohner\*innen pro km².

Die zugrundliegenden Daten stammen aus dem Bericht über den Bevölkerungsstand der Kreise, Ämter und Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern (2021: 4). Diese Einteilung deckt sich auch mit der des Bundesinstituts für Bau-, Stadtund Raumforschung aus dem Jahr 2019.

Es ist jedoch zu bedenken, dass dieses Bestimmungsverfahren ländlicher und städtischer Räume wenig über ihre teils heterogene Innenstruktur und damit einhergehende Entwicklungsgefälle aussagt (Schlömer und Spangenberg 2009: 17).

Allerdings bietet die Typisierung der siedlungstrukturellen Kreistypen durch die klare Unterscheidung in städtische und ländliche Räume die Möglichkeit, diese miteinander zu vergleichen und Entwicklungstendenzen zu erkennen (Küpper und Milbert 2020: 85ff).

Ländliche Räume waren bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts stark geprägt durch die Landwirtschaft, eine dünne Besiedlung und einen homogenen dörflichen Lebensstil. In den vergangenen Jahrzehnten fand jedoch ein Wandel statt, so dass heute eine große Heterogenität und so auch die Angleichung städtischer und ländlicher Lebensweisen beschrieben werden (Mose 2018: 1324; Küpper und Milbert 2020: 82f).

Für Deutschland muss in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen werden, dass zwischen den verschiedenen als ländlich definierten Regionen große Unterschiede bezüglich ihrer Entwicklungsdynamik und ihrem wirtschaftlichen Wachstum zu verzeichnen sind. Dieses Gefälle besteht vor allem zwischen west- und ostdeutschen sowie süd- und norddeutschen Gebieten (Mose 2018: 1324).

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung ländlicher Räume innerhalb Deutschlands. Die vorliegende Arbeit legt deshalb den Fokus auf Mecklenburg-Vorpommern und versucht die Notwendigkeiten hiesiger ländlicher Strukturen mit geeigneten Konzepten hausärztlicher Versorgung zu verknüpfen.

#### 3. Organisation hausärztlicher Versorgung

Eine weitere Grundlage für die Auseinandersetzung mit geeigneten hausärztlichen Versorgungskonzepten für ländliche Räume, bildet das Verständnis dafür, wie man diese organisieren kann. Dabei spielen nicht nur Niederlassungsoptionen eine wichtige Rolle. Wie in Kapitel 1 dargelegt, wächst dagegen auch das Interesse an Angestelltenverhältnissen und Teilzeitmodellen. Welche Möglichkeiten bieten die verschiedenen Modelle zur Integration dieser Vorstellungen?

# 3.1 Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften und Berufsausübungsgemeinschaften

Im Bereich der hausärztlichen sowie auch der fachärztlichen Praxen sind drei grundlegende Modelle zu unterscheiden: die Einzelpraxis, die Praxisgemeinschaft sowie die Berufsausübungsgemeinschaft, auch bekannt als Gemeinschaftspraxis. Die Einzelpraxis stellt dabei die häufigste Form der hausärztlichen Niederlassung dar (Fitzner 2021: 217).

Auf die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung bezogen, sind in Deutschland 58 Prozent der Praxen als Einzelpraxen organisiert (KBV 2021).

Diese Organisationsform bietet dem\*der zuständigen Hausärzt\*in ein hohes Maß an Entscheidungsfreiheit und Autonomie. Einzig gesetzliche Rahmenbedingungen sind einzuhalten. Auf der anderen Seite trägt er\*sie die alleinige Verantwortung für sämtliche Bereiche, wie beispielsweise die

Mitarbeiter\*innen sowie das gesamte wirtschaftliche Risiko. Es besteht außerdem die Notwendigkeit bei Urlaub und Krankheit für eine ärztliche Vertretung zu sorgen (Fitzner 2021: 217f).

Schließen sich mehrere Hausärzt\*innen und eventuell auch Fachärzt\*innen in Bezug auf Räumlichkeiten, Geräte und gegebenenfalls auch Personal zusammen, bleiben dabei aber rechtlich unabhängig und bezüglich ihrer Patient\*innen getrennt voneinander, spricht man von einer Praxisgemeinschaft. Diese wird vertraglich geschlossen und ermöglicht neben der Ersparnis gewisser Kosten, auch die Vereinfachung der Organisation von Urlaubs- und Krankheitsvertretung sowie einen fachlichen Austausch untereinander (Fitzner 2021: 219).

Dagegen stellt die Berufsausübungsgemeinschaft einen Zusammenschluss mehrerer Hausärzt\*innen dar, die als rechtliche Einheit auftreten und dieselben Patient\*innen betreuen. Darüber hinaus erfolgt auch eine gemeinsame Abrechnung der erbrachten Leistungen. Grundlage der Zusammenarbeit ist ein Gesellschaftsvertrag. Diese Teilung der Gesamtverantwortung ermöglicht flexible Arbeitszeiten sowie Zeit- und Kostenersparnisse. Die fragile Grundlage einer funktionierenden Kooperation, stellt dabei allerdings ein gutes Auskommen der Praxispartner\*innen untereinander dar (Fitzner 2021: 219).

Eine Sonderform der Berufsausübungsgemeinschaft ist wiederum die Jobsharing-Gemeinschaftspraxis. Hierbei teilen sich zwei Hausärzt\*innen einen Planstelle, was jedoch nicht zu einer Ausweitung des Leistungsumfangs führen darf. Diese Organisationsform eignet sich beispielsweise zur Praxisübergabe oder bei der Präferenz beider Beteiligten für eine Tätigkeit in Teilzeit (Fitzner 2021: 219).

Jobsharing findet häufig Anwendung in gesperrten Planungsbereichen und kann auch innerhalb einer Einzelpraxis stattfinden, wenn der\*die Praxisinhaber\*in eine\*n zweite\*n Hausärzt\*in anstellt (KBV 2021).

Da dem steigenden Interesse an Teilzeitbeschäftigungen und Angestelltenverhältnissen seitens des hausärztlichen Nachwuchses eine sinkende Präferenz für Niederlassungen und Vollzeitbeschäftigungen gegenübersteht, bedarf es Möglichkeiten der Umsetzung dieser Berufsvorstellungen (Küpper und Mettenberger 2018: 233ff; Schäfer et al. 2018: 347; Bussche et al. 2019: 10; Berghöfer et al. 2020: 202).

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2021a) bietet dahingehend Optionen, wie Jobsharing, Anstellung oder eine Teilzulassung an. Durch Letztere ist trotz Arbeit in Teilzeit die Gründung einer eigenen Praxis und die damit verbundene Selbstständigkeit möglich.

#### 3.2 Medizinische Versorgungszentren

Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2004, haben sich in der ambulanten Versorgung außerdem Medizinische Versorgungszentren, kurz MVZ etabliert (KBV 2016: 6).

Innerhalb dieser Versorgungsstruktur liegt die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit nicht bei dem\*der einzelnen Ärzt\*in selbst, sondern bei der Trägergesellschaft des MVZ (§ 95 Abs. 1, 2 und 3 SGB V). Dies führt dazu, dass ein frei gewordener Arztsitz im MVZ erhalten bleibt und anschließend neu besetzt werden kann. Dies kann entweder durch die Anstellung eines\*einer Ärzt\*in oder aber durch die Tätigkeit eines\*einer Vertragsärzt\*in geschehen (Goderbauer und Müller 2020: 54ff).

Neben der Kombination verschiedener Fachrichtungen innerhalb eines MVZ, ist auch die Beschäftigung fachgleicher Ärzt\*innen möglich (KBV 2016: 35).

Träger eines MVZ können gemäß § 95 Abs. 1a SGB V zugelassene Ärzt\*innen, Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, anerkannte Praxisnetze, gemeinnützige Träger oder Kommunen sein.

Am häufigsten werden sie allerdings von Vertragsärzt\*innen und Krankenhäusern gegründet (KBV 2020b).

Daraus ergibt sich im Unterschied zur Praxis- oder Berufsausübungsgemeinschaft weitestgehend eine Trennung von

Inhaber\*innen bzw. Gesellschafter\*innen und Leistungserbringer\*innen (Goderbauer und Müller 2020: 55).

Des Weiteren muss für jedes MVZ ein\*e Ärztliche\*r Leiter\*in bestimmt werden, der\*die selbst in diesem tätig ist (§ 95 Abs. 1 SGB V).

In ihrer Struktur ähneln die MVZ der poliklinischen Versorgungslandschaft in der ehemaligen DDR (Goderbauer und Müller 2020: 55).

Für die ambulante Versorgung innerhalb ländlicher Räume bieten Medizinische Versorgungszentren vielerlei Chancen.

Durch die Einrichtung von Zweigstellen beispielsweise, kann eine möglichst flächendeckende Versorgung gesichert werden. Durch die Beschäftigung mehrerer Ärzt\*innen wird dies überhaupt erst möglich und erlaubt durch die Kombination mit dem Einsatz von nichtärztlichem Personal, auch eine erleichterte Umsetzung von Hausbesuchen. Es kann dementsprechend auch flexibel auf lokale Engpässe reagiert werden (Goderbauer und Müller 2020: 57).

In diesem Zusammenhang soll auch darauf hingewiesen werden, dass in ländlichen Räumen solche MVZ deutlich dominieren, die vor allem auf eine allgemeine medizinische Versorgung in Wohnortnähe ausgerichtet sind und keinen medizinischen Schwerpunkt besitzen (KBV 2016: 34).

Eine weitere Chance ergibt sich durch die Zeit- und Kostenersparnis, dank der zentralen Verwaltung und der gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen, Inventar und Personal. Das wirtschaftliche Risiko im Vergleich zu anderen Formen der Praxisorganisation ist für die beschäftigten Ärzt\*innen sehr niedrig (Goderbauer und Müller 2020: 56).

Mit Blick auf die Studienergebnisse von Bussche et al. (2019), Schäfer et al. (2018) sowie Küpper und Mettenberger (2018) ergeben sich außerdem weitreichende Chancen bezüglich der Nachwuchsgewinnung im hausärztlichen Bereich, da MVZ die Möglichkeit der Arbeit im Angestelltenverhältnis sowie der Teilzeitbeschäftigung bieten (Goderbauer und Müller 2020: 56).

Im Jahr 2019 waren beispielsweise 92 Prozent der in MVZ tätigen Ärzt\*innen dort angestellt und nur acht Prozent als Vertragsärzt\*innen tätig (KBV 2020b).

Hinsichtlich ihrer Größe und Vernetzung bieten MVZ außerdem den idealen Nährboden für die Implementierung von Neuerungen, beispielsweise im Bereich der Digitalisierung oder Weiterbildung (Goderbauer und Müller 2020: 56f).

Dies stellt einen weiteren förderlichen Faktor für die Nachwuchsgewinnung im hausärztlichen Bereich dar (Steinhäuser et al. 2012: 13).

## 4 Perspektiven hausärztlicher Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die bisherigen Ausführungen zu den beruflichen Bedürfnissen des hausärztlichen Nachwuchses, der hausärztlichen Tätigkeit an sich, der Struktur ländlicher Räume sowie der Organisation hausärztlicher Versorgung waren zum großen Teil auf das gesamte Bundesgebiet Deutschlands bezogen. Eine sinnvolle Einschätzung der vorherrschenden Versorgungssituation sowie die Identifizierung geeigneter Konzepte zur hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, kann jedoch nur auf Basis eines relativ homogenen und vor allem kleineren Bezugsgebietes erfolgen. Aus diesem Grund steht im 4. Kapitel dieser Arbeit ausschließlich das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Fokus der Betrachtung.

#### 4.1 Bevölkerungsentwicklung und Bedarfsplanung

In Kapitel 3.2 wurde bereits festgestellt, dass Mecklenburg-Vorpommern, bis auf die kreisfreie Stadt Rostock, ein ausschließlich ländlich geprägtes Bundesland ist. Es stellt sich nun die Frage, wie sich die Bevölkerungsstruktur innerhalb dieses dünn besiedelten Flächenlandes

darstellt und wie sich diese in den nächsten Jahrzehnten entwickeln wird. Daraus können Schlüsse über Anforderungen an die hausärztliche Versorgung abgeleitet und diese mit der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern verglichen werden.

Zum Ende des Jahres 2020 betrug die Einwohner\*innenzahl des Bundeslandes 1.610.774 Menschen (Statistisches Amt M-V 2021: 4).

Gemäß der fünften Bevölkerungsprognose für Mecklenburg-Vorpommern, die sich auf den Zeitraum 2017 bis 2040 bezieht, wird die hiesige Bevölkerung um fünf Prozent schrumpfen. Dies entspricht einem Verlust von etwa 80.000 Einwohner\*innen bis zum Jahr 2040, so dass die Bevölkerungszahl dann bei voraussichtlich 1.530.845 Menschen liegen wird (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V 2019a: 12).

Bei einer Fläche von 23.294 km² ergäbe sich daraus eine Bevölkerungsdichte von knapp 66 Einwohner\*innen pro km².

Im Jahr 2020 betrug die landesweite Bevölkerungsdichte noch 69 Einwohner\*innen pro km² (Statistisches Amt M-V 2021: 4).

Des Weiteren werden "signifikante Umbrüche in der Altersstruktur" der Bevölkerung erwartet (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V 2019a: 13).

Dies wird daran deutlich, dass der Anteil, der über 65-Jährigen um voraussichtlich 28,2 Prozent steigen wird. Demgegenüber steht ein erwarteter Rückgang der jüngeren Bevölkerung um insgesamt 22,3 Prozent. Dieser wurde am stärksten für die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen berechnet (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V 2019a: 13).

Auf der Stufe der Landkreise und kreisfreien Städte zeigt sich deutlich, wo genau die Bevölkerungszahl voraussichtlich am stärksten sinken wird. Hier sind Vorpommern-Greifswald und Mecklenburgische Seenplatte klare Vorreiter, denn dort liegt die erwartete Differenz mit 12,2 und 13 Prozent deutlich über dem Landesdurchschnitt. Ein Bevölkerungswachstum erreichen wohl nur die kreisfreien Städte Rostock und Schwerin mit je 7,8

und 3,2 Prozent. Daraus ergibt sich nicht nur ein gewisses West-Ost-, sondern auch Stadt-Land-Gefälle (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V 2019b: 4).

Dies wird ebenfalls bei der errechneten Altersstruktur deutlich. Zwar wird der Anteil der über 65-Jährigen in allen Landkreisen und kreisfreien Städte steigen und die Bevölkerung dadurch insgesamt älter werden. Jedoch wird er voraussichtlich im Jahr 2040 etwa 24 Prozent in Rostock betragen, dagegen aber rund 36 Prozent in Vorpommern-Greifswald und der Mecklenburgischen Seenplatte (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V 2019b: 5).

Bei den unter 18-Jährigen wird der Bevölkerungsanteil wohl nur in den kreisfreien Städten Rostock und Schwerin sowie den Landkreisen Rostock und Ludwigslust-Parchim steigen. Dies führt landesweit jedoch nur zu einem geringen Anstieg von 15,1 Prozent in 2017 auf wahrscheinlich 15,2 Prozent in 2040 (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung 2019: 5).

Es lässt sich also zusammenfassen, dass die Zahl der Gesamtbevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns bis zum Jahr 2040 erheblich sinken wird, was dann auch zu einer Abnahme der Bevölkerungsdichte führt. Es werden jedoch deutliche Unterschiede, vor allem zwischen den größeren Städten Rostock und Schwerin gegenüber den übrigen, ländlich geprägten Landkreisen, auszumachen sein. Das bedeutet, dass die ohnehin bereits dünn besiedelten Gebiete Mecklenburg-Vorpommerns in den nächsten Jahrzehnten, noch schwächer besiedelt sein werden.

Weiterhin beinhaltet die Voraussage eine starke Alterung der Bevölkerung, vor allem in den östlichen Landkreisen. Mit dem Veralten der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns muss dann auch von einer erhöhten Morbiditätsrate ausgegangen werden. Dadurch würde sich wiederum auch ein gesteigerter gesundheitsbezogener Versorgungsbedarf ergeben (Saß et al. 2010: 415; Schliwen 2015: 40).

Von Interesse ist im Vergleich zu den Entwicklungen im Bereich der Bevölkerung, auch die der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern.

Im Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, im Folgenden KV M-V abgekürzt, aus dem Jahr 2013 wird die Befürchtung geäußert, dass die Zahl der besetzten hausärztlichen Stellen gemäß Bedarfsplanung um etwa zehn pro Jahr sinken und die Gesamtzahl, der nicht besetzten Stellen dadurch stetig steigen könnte. Diese Annahme bezog sich auf die entsprechenden Entwicklungen in den Vorjahren dieser Bedarfsplanung (KV M-V 2013: 7). In der Fortschreibung des Bedarfsplans vom 15.05.2013 für den Bereich der KV M-V aus dem Jahr 2019 konnte dieses Szenario jedoch relativiert werden, da die absolute Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Hausärzt\*innen von 1140 in 2013 auf 1170 in 2019 gestiegen war (KV M-V 2019: 2).

Dies macht zwar deutlich, dass sich der Mangel an hausärztlichem Personal nicht ganz so gravierend darstellt, wie zunächst befürchtet, jedoch kann trotzdem nicht von einer ausgeglichenen Versorgungssituation ausgegangen werden. In der Sitzung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommern am 12. Mai 2021 wurden nämlich 92,5 offene Zulassungsmöglichkeiten für Hausärzt\*innen innerhalb des Bundeslandes identifiziert (KV M-V 2021b).

Es muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass hier freie hausärztliche Stellen innerhalb Medizinischer Versorgungszentren nicht mitgerechnet werden, da die Zulassungen, auch nach Ausscheiden eines\*einer Ärzt\*in bei diesen verbleiben.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die KV M-V innerhalb der Bedarfsplanung auf die Besonderheiten ländlicher Räume Rücksicht nimmt und hier geringere Verhältniszahlen in Bezug auf die Menge der Einwohner\*innen pro Hausärzt\*in, als in den Oberzentren Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Greifswald und Stralsund nutzt. Diese stellen außerdem gesonderte Planungsbereiche dar, um zu verhindern, dass sich

dort Zulassungen konzentrieren und dadurch im jeweiligen Umland die Versorgungsdichte unverhältnismäßig abnimmt. Dies hat die Sicherung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung zum Ziel (KV M-V 2013: 14 und 20ff).

Aktuell wurde jedoch durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommern eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung in den Mittelbereichen Demmin, Greifswald-Umland, Grevesmühlen, Grimmen, Güstrow, Hagenow, Neubrandenburg, Neubrandenburg-Umland, Parchim, Pasewalk, Rostock-Umland, Schwerin-Umland, Stralsund, Stralsund-Umland und Waren festgestellt. Dies entspricht 15 von 27 Planungsbereichen hausärztlicher Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (KV M-V 2021b).

Welche Erkenntnisse liefert die Betrachtung der Entwicklung von Bevölkerung und hausärztlicher Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern? Aufgrund der zukünftig veränderten Altersstruktur der Bevölkerung und der dadurch steigenden Morbidität erscheint ein höherer Bedarf an Hausärzt\*innen wahrscheinlich. Es wird vermutet, dass diese Entwicklung auch nicht durch die sinkende Einwohner\*innenzahl bis 2040 kompensiert werden kann, da das Veralten der Bevölkerung, wie bereits beschrieben, einen Anstieg des Versorgungsbedarfs erwarten lässt. Vielmehr tut sich die Frage auf, ob die dementsprechend sinkende Bevölkerungsdichte vor allem den ländlichen Gebieten. nicht weitere Herausforderungen, beispielsweise in der Erreichbarkeit hausärztlicher Versorgung, mit sich bringen wird.

Hinzu kommt die beschriebene Unterversorgung in fast der Hälfte der hausärztlichen Planungsbereiche. Es bleibt dahingehend zu beobachten, ob sich diese Entwicklung noch ausweitet oder ob wirksame Maßnahmen zur Abwendung der Unterversorgung in Erscheinung treten.

Auf Basis der beschriebenen Entwicklungen stellen sich deshalb weiterführende Fragen, z.B. hinsichtlich der Erreichbarkeit hausärztlicher

Leistungen, wenn eine drohende Unterversorgung, einer sinkenden Bevölkerungsdichte im Flächenland gegenübersteht. Wie kann das Problem gelöst werden, auch die Menschen außerhalb der Städte zu erreichen, vor allem wenn diese weit im Land verteilt leben? Wie kann in diesem Zusammenhang mit der eingeschränkten Mobilität der alternden Bevölkerung umgegangen werden? Und wie kann eine hausärztliche Tätigkeit für den Nachwuchs attraktiv gestaltet werden, um der drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken?

# 4.2 Entwicklungsperspektiven der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten Mecklenburg-Vorpommerns

Auch wenn die genannten Fragen nicht vollumfänglich im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden können, so soll doch zumindest versucht werden, einige mögliche Entwicklungsperspektiven hausärztlicher Versorgung in den ländlichen Gebieten Mecklenburg-Vorpommerns vorzustellen.

Die Grundlage dafür bildet das Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zur "Zukunft der medizinischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns" im Auftrag des hiesigen Landtages (Augurzky et al. 2021). In diesem wird unter anderem das altersbedingte Ausscheiden von etwa 250 Hausärzt\*innen in Mecklenburg-Vorpommern in den nächsten fünf Jahren prognostiziert (Augurzky et al. 2021: 52).

Wie bereits dargestellt, gestaltete sich jedoch die Neubesetzung von hausärztlichen Praxen in der Vergangenheit und Gegenwart schwierig und es wird auch keine Besserung dieser Problematik in der Zukunft erwartet, eher eine Zuspitzung der Situation bis zur Unterversorgung (KV M-V 2021b).

Dieser Situation kann wohl nur adäquat begegnet werden, wenn auf die beruflichen Interessen, Wünsche und Vorstellungen des potentiellen hausärztlichen Nachwuchses bei der Strukturierung der ambulanten Versorgung, Rücksicht genommen wird.

Außerdem sollten diesbezügliche Überlegungen auch die Erfordernisse ländlicher Räume sowie der alternden Bevölkerung miteinschließen.

Das erwähnte Gutachten liefert dabei konstruktive Lösungsansätze für die genannten Herausforderungen.

Grundsätzlich wird dazu geraten, größere Einheiten ambulanter ärztlicher Versorgungsstrukturen zu bilden, sogenannte Gesundheitszentren, um der schwierigen Nachbesetzung einzelner hausärztlicher Praxen in ländlichen Gebieten zu begegnen (Augurzky et al. 2021: 86).

Die Tatsache, dass im deutschlandweiten Vergleich bereits überdurchschnittlich viele Medizinische Versorgungszentren in Mecklenburg-Vorpommern existieren, bietet für diesen Vorschlag eine gute Grundlage (Augurzky 2021: 26f).

Des Weiteren wird eine Stärkung präventiver Maßnahmen empfohlen, um eine Senkung der morbiditätsbedingten Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen zu erreichen (Augurzky et al. 2021: 87).

In Hinblick auf die bereits mehrfach erwähnten Präferenzen angehender Hausärzt\*innen bezüglich ihrer beruflichen Tätigkeit, wie beispielsweise der Arbeit im Angestelltenverhältnis sowie der Beschäftigung in Teilzeit, bieten derartige Zentren ambulanter Versorgung den geeigneten Rahmen zur Realisierung solcher Vorstellungen (Küpper und Mettenberger 2018: 233ff; Schäfer et al. 2018: 347; Bussche et al. 2019: 10; Berghöfer et al. 2020: 202; Augurzky et al. 2021: 86).

In Ergänzung der hausärztlichen Arbeit schlägt das Gutachten außerdem die Einbindung von Pflegeexpert\*innen vor, die vor allem die mobile Versorgung in der Fläche sicherstellen sollen, auch unter Hinzunahme von telemedizinischen Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit den ärztlichen Kolleg\*innen. Über den Ausbau der Telemedizin könnten Gesundheitszentren außerdem mit den niedergelassenen Hausärzt\*innen im umliegenden Versorgungsgebiet vernetzt werden (Augurzky 2021: 86). In diesem Zusammenhang käme wohl auch die Förderung der Weiterbildung von Medizinischen Fachangestellten in Frage. Diese könnten dann als sogenannte Gemeindeschwestern eigenständig Sprechstunden

anbieten oder Hausbesuche durchführen (Hänel et al. 2014: 14). Es existieren diesbezüglich bereits verschiedene Qualifizierungsmöglichkeiten für Medizinische Fachangestellte, wie etwa zur AGnES, MOPRA, VerAH, EVA, HELVER oder die Fachwirt\*in für ambulante medizinische Versorgung (Kalitzkus et al. 2009: 404).

Ebenfalls wird durch das Gutachten zur "Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern" die Einbindung der Apotheken in die hausärztliche Versorgung empfohlen. Durch die Mitnutzung der Räumlichkeiten sowie der Internetverbindung sollen hier beispielsweise Örtlichkeiten für mobile Pflegeexpert\*innen entstehen, die zur Durchführung einfacher Untersuchungen dienen können und damit zur Entlastung der Hausärzt\*innen beitragen würden (Augurzky et al. 2021: 86).

Derartige Maßnahmen würden auch zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen führen. Ebenfalls dazu beitragen, könnte der Einsatz von Sammeltaxen und Rufbussen zum gezielten Transport in Gesundheitszentren oder hausärztliche Praxen. Die Fahrten könnten ebenfalls mit anderen Zielen, wie z.B. Einkaufsmöglichkeiten, kombiniert werden (Augurzky et al. 2021: 87).

Nicht im Gutachten enthalten, aber trotzdem als relevant betrachtet, wird der Vorschlag einer mobilen Arztpraxis. Das Projekt "Rollende Arztpraxis" wurde von August 2013 bis Dezember 2014 im Landkreis Wolfenbüttel durchgeführt. Sieben Gemeinden ohne eigene\*n Hausärzt\*in und mit unzureichender Anbindung an den Öffentlichen Personennahverkehr wurden im Zuge dieses Projektes in regelmäßigen Abständen durch eine\*n Hausärzt\*in angefahren. Die Patient\*innenzufriedenheit war insgesamt sehr hoch. Es zeigte sich außerdem, dass diese Form der mobilen hausärztlichen Versorgung etwa 59 Prozent der Arbeitsmenge einer durchschnittlichen hausärztlichen Praxis leisten konnte und deshalb lediglich als Ergänzung zur ambulanten Versorgung gesehen werden kann (Schwartze und Wolf 2017: 81ff).

#### 5 Fazit

Hausärzt\*innen nehmen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung eine besondere Rolle ein, da sie oft als erste Anlaufstelle für die Patient\*innen fungieren und diese in den meisten Fällen über Jahrzehnte begleiten. Dabei steht nicht nur ihr medizinisches Wissen im Vordergrund, sondern ebenfalls organisatorisches Können, Empathie und Teamfähigkeit. Eine ihrer wichtigsten Funktionen ist die des\*der Gatekeeper\*in.

hausärztliche sieht sich der Allerdings Versorgungszweig mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Deutschlandweit und vor allem für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern konnten folgende Entwicklungen ausgemacht werden: deutliche Präferenz angehender Hausärzt\*innen für Anstellung und Teilzeitbeschäftigung, vermehrtes Ausscheiden von Hausärzt\*innen aufgrund des Eintritts in den Ruhestand, Probleme bei der Nachbesetzung von Praxen, Dominanz ländlicher Gebiete innerhalb des Bundeslandes. stark schrumpfende und alternde Bevölkerung, hoher Bedarf, Erreichbarkeit aber ungenügende hausärztlicher Leistungen.

Zur Lösung dieser Problematiken gibt es verschiedene Ansätze, von denen jedoch vor allem die verstärkte Implementierung hausärztlich ausgerichteter Medizinischer Versorgungszentren sinnvoll erscheint. Diese können aufgrund ihrer Größe nicht nur den beruflichen Anforderungen des hausärztlichen Nachwuchses gerecht werden, sondern auch Strukturen schaffen, die eine effiziente Versorgung der Bevölkerung, auch in der Fläche, erlauben. Dies kann beispielsweise durch die Einbindung von Pflegeexpert\*innen oder weiterqualifizierter Medizinischer Fachangestellter sowie unter Nutzung des telemedizinischen Fortschritts erfolgen.

Abschließend muss jedoch festgestellt werden, dass in diesem Bereich noch ein großer Forschungsbedarf sowie die Notwendigkeit verschiedener Projekte zur Erprobung der Anwendbarkeit der vorgeschlagenen Lösungsstrategien in Mecklenburg-Vorpommern bestehen.

Die vorliegende Arbeit kann in diesem Zusammenhang lediglich als Überblick über die verschiedenen Notwendigkeiten der zukünftigen hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern verstanden werden.

Im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Arbeiten könnte vertiefend auf Aspekte, wie bereits bestehende innovative Versorgungskonzepte sowie die Erprobung neuartiger, die Rolle von Hausbesuchen für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung, die Einbindung des nichtärztlichen Praxispersonals in die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrags sowie die Besonderheiten der Tätigkeit als Landärzt\*in eingegangen werden, um nur ein paar mögliche Schwerpunktsetzungen zu nennen.

Es bleibt weiter abzuwarten, wie sich die Lage der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern entwickeln wird. Die formulierten Prognosen sind immer auch anfällig für nicht vorhersehbare, exogene Einflüsse.

Es bietet sich an dieser Stelle an, mit einem persönlichen Fazit zu enden. Die Thematik der Perspektiven hausärztlicher Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, wird mich auch weiter intensiv beschäftigen, da ich nach Abschluss des Bachelor-Studiums der Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe, das Studium der Humanmedizin beginnen werde. Da ich den Studienplatz über die hiesige Landarztquote erhalten habe, verpflichtete ich mich dazu, nach erfolgter Approbation als Ärztin, die fachärztliche Weiterbildung in Allgemeinmedizin zu absolvieren und mindestens zehn Jahre in einem unterversorgten Gebiet in Mecklenburg-Vorpommerns als Hausärztin zu praktizieren.

Insofern werde ich zu einem Teil der beschriebenen Entwicklungen und habe die Chance, aktiv gegen die drohende Unterversorgung vorzugehen.

Durch die Bearbeitung dieser Thematik habe ich dafür das erste Rüstzeug erhalten.

Außerdem kann ich die im Studium der Berufspädagogik erworbenen Fähigkeiten aktiv zur Förderung der Weiterbildung im hausärztlichen Bereich einsetzen, um auch auf diese Weise zur Nachwuchs-Gewinnung beitragen zu können.

#### Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris / Emde, Annika / Kuske, Vanessa / Lemm, Michaela / Wrobel, Malina (2021). *Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern*. Essen.

Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.) (2018). Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover: ARL.

Berghöfer, Anne / Auschra, Carolin / Deisner, Jana / Sydow, Jörg (2020). Innovative Modelle zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. In: *ZFA, Bd. 96, Nr. 5,* S.198-202.

Budhathoki, Shyam S. / Zwanikken, Prisca A. C. / Pokharel, Paras K. / Sherpbier, Albert J. (2017). Factors influencing medical students' motivation to practise in rural areas in low-income and middle-income countries: a systematic review. In: *BMJ Open, Bd. 7, Nr. e013501*, S. 1-9.

Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2021). Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. URL:

https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumab grenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-

kreistypen/kreistypen.html;jsessionid=54344D5A82E293A7B4F52A694A6 4A916.live11294?nn=2544954 [Abruf am: 13.07.2021].

Bundesärztekammer (2018). (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021. Berlin.

Bundesärztekammer (2012): Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\_upload/downloads/B AeK\_Ground\_Hausarzt.pdf [Abruf am: 10.07.2021].

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung / Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2009). *Ländliche Räume im demografischen Wandel*. URL: https://downloads.eo-bamberg.de/9/883/1/39776177391270917991.pdf#page=18 [Abruf am 12.07.2021].

Bussche, Hendrik van den / Siegert, Stephanie / Nehls, Sarah / Boczor, Sigrid / Kocalevent, Rüya-Daniela / Scherer, Martin (2018). Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Teil 1. In: *ZFA*, *Bd. 94*, *Nr. 9*, S. 362-366.

Bussche, Hendrik van den / Boczor, Sigrid / Siegert, Stephanie / Nehls, Sarah / Selch, Susan / Kocalevent, Rüya-Daniela / Scherer, Martin (2019). Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). In: *ZFA*, *Bd.* 95, *Nr.* 1, S. 9-13.

Bußhoff, Susanne / Becka, Denise / Rusche, Herbert / Huenges, Bert (2015). Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung? Analyse der Datenbank der Ärztekammer Westfalen-Lippe. In: *ZFA*, *Bd.* 91, *Nr.* 11, S. 440-445.

Fitzner, Gabriele (2021). Start als Hausarzt. Ganzheitliche Versorgung, Sprechstunde, Kommunikation, Praxisorganisation. Berlin: Springer-Verlag.

Freeman, Thomas R. (2016). *McWhinney's Textbook of Family Medicine*.

4. Auflage. Oxford: Oxford University Press.

Goderbauer, Evi / Müller, Susanne (2020). Medizinische Versorgungszentren. In: *IzR, Bd. 47, Nr. 1,* S. 54-57.

Hänel, Johannes / Haasenritter, Jörg / Kuhn, Detlef / Baum, Erika (2014). Evaluation eines Gemeindeschwesterprojekts in einer kleinen, ländlichen Gemeinde. In: *ZFA*, *Bd.* 90, *Nr.* 1, S. 13-19.

Henry, John A. / Edwards, Brian J. / Crotty, Brendan (2009). Why do medical graduates choose rural careers?. In: *Rural and Remote Health, Bd. 9, Nr.* 1083, S. 1-13.

Herrmann, Markus / Ohlbrecht, Heike / Seltrecht, Astrid (Hrsg.) (2019). Hausärztemangel auf dem Land. Einblicke in die ländliche Primärversorgung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Kalitzkus, Vera / Schluckebier, Iris / Wilm, Stefan (2009). AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. In: *ZFA, Bd. 85, Nr. 10,* S. 403-405.

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021). *Optionen und Kooperationsformen.* URL: https://www.kbv.de/html/14347.php [Abruf am: 14.07.2021].

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister.* URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-31\_BAR\_Statistik.pdf [Abruf am: 10.07.2021].

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020b). *Zahl der Medizinischen Versorgungszentren auf 3.500 gestiegen.* URL: https://www.kbv.de/html/1150\_49273.php [Abruf am 14.07.2021].

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). *4. MVZ-Survey der KBV. Medizinische Versorgungszentren in Deutschland.* Berlin.

Krajewski, Christian / Wiegandt, Claus-C. (Hrsg.) (2020). Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Kreiser, Barbara / Riedel, Juliane / Völker, Silke / Wollny, Anja / Richter, Celia / Himmel, Wolfgang / Chenot, Jean-Francois / Löffler, Christin (2014): Neuniederlassung von Hausärzten im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern – eine qualitative Studie. In: *ZFA*, *Bd.* 90, *Nr.* 4, S. 158-164.

Küpper, Patrick / Milbert, Antonia (2020). Typen ländlicher Räume in Deutschland. In: Krajewski, Christian / Wiegandt, Claus-C. (Hrsg.). Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Küpper, Patrick / Mettenberger, Tobias (2018): Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen. In: Raumforschung und Raumordnung – Spatial Research and Planning, Bd. 76, Nr. 2, S. 229-245.

KV M-V - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2021a). *Niederlassungsoptionen.*URL: https://www.kvmv.de/nachwuchs/niederlassungsoptionen/ [Abruf am: 14.07.2021].

KV M-V - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2021b). Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. URL: https://www.kvmv.de/mitglieder/niederlassung-anstellung/bedarfsplanung/bekanntmachung/ [Abruf am: 15.07.2021].

KV M-V - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2019). Fortschreibung des Bedarfsplans vom 15.05.2013 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.

KV M-V - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2013). Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.

Lange, Bianca / Ohlbrecht, Heike (2019). Zu den neuen Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. In: Herrmann, Markus / Ohlbrecht, Heike / Seltrecht, Astrid (Hrsg.). *Hausärztemangel auf dem Land. Einblicke in die ländliche Primärversorgung.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V (2019a). 5. Bevölkerungsprognose Mecklenburg-Vorpommern bis 2040. Landesprognose. Schwerin.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V (2019b). 5. Bevölkerungsprognose Mecklenburg-Vorpommern bis 2040. Regionalisierung für die Landkreise, kreisfreien Städte sowie die Mittelbereiche der Zentralen Orte. Schwerin.

Mose, Ingo (2018). Ländliche Räume. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.). *Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung.* Hannover: ARL.

Pfannstiel, Mario A. (Hrsg.) / Mehlich, Harald / Focke, Axel (2017). Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Saß, Anke-C. / Wurm, Susanne / Scheidt-Nave, Christa (2010). Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Bd. 53, Nr. 5,* S. 404-416.

Schäfer, Merle / Donnachie, Ewan / Schneider, Antonius (2018): Über den Zusammenhang von Geburtsort, Studienort und hausärztlicher Tätigkeit – Eine Analyse der Versorgungssituation in Bayern. In: *ZFA, Bd. 94, Nr. 9,* S. 345-349.

Schliwen, Anke (2015). Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich. Frankfurt am Main: Peter Lang International Academic Publishers.

Schlömer, Claus / Spangenberg, Martin (2009). Städtisch und ländlich geprägte Räume: Gemeinsamkeiten und Gegensätze. In: BMVBS / BBSR (Hrsg.). Ländliche Räume im demografischen Wandel. URL: https://downloads.eo-

bamberg.de/9/883/1/39776177391270917991.pdf#page=18 [Abruf am 12.07.2021].

Schwartze, Jonas / Wolf, Klaus-H. (2017). Projekt "Rollende Arztpraxis" im Landkreis Wolfenbüttel. In: Pfannstiel, Mario A. (Hrsg.) / Mehlich, Harald / Focke, Axel. *Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.* Wiesbaden: Springer Gabler.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2021). Bevölkerungsstand der Kreise, Ämter und Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern. 31.12.2020. Schwerin.

Steinhäuser, Jost / Joos, Stefanie / Szecsenyi, Joachim / Götz, Katja (2012): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?. In: *ZFA*, *Bd.* 89, *Nr.* 1, S. 10-15.

Stengler, Katarina / Heider, Dirk / Roick, Christiane / Günther, Oliver H. / Riedel-Heller, Steffi G. / König, Hans-H. (2012): Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland – Eine genderspezifische Analyse. In: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 55, Nr. 1, S. 121-128.

Tannenbaum, David / Konkin, Jill / Parsons, Ean / Saucier, Danielle / Shaw, Liz / Walsh, Allyn / Kerr, Jonathan / Organek, Andrew (2009). *CanMEDS – Allgemeinmedizin*. Deutsche Übersetzung. URL: https://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds\_German%20Version.pdf [Abruf am: 11.07.2021].

### Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Wusseken, 15.07.2021

Ort, Datum

Unterschrift