

Die zukünftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung aus kommunaler Perspektive

Ensuring Future Primary Care from a Municipal Perspective



Autorinnen/Autoren

Philip Schillen, Jürgen in der Schmitt, Johanna Bolland, Benjamin Borchardt

Institute

Institut für Allgemeinmedizin, Universität Duisburg-Essen,
Medizinische Fakultät, Essen, Germany

Schlüsselwörter

Hausärztliche Versorgung, Gesundheitspolitik, Kommunen,
Befragung, Primärversorgung

Keywords

primary care, survey, health policy, gp care, municipalities,
cities and communities

accepted manuscript online 06.05.2024

Artikel online veröffentlicht 2024

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-2320-2740

ISSN 0941-3790

© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Philip Schillen

Universität Duisburg-Essen

Institut für Allgemeinmedizin

Pelmanstr. 81

45131 Essen

Germany

philip.schillen@uk-essen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Die Gewährleistung eines wohnortnahen Zugangs zur (haus-)ärztlichen Versorgung erhält in Anbetracht des fortschreitenden Hausärztemangels auch für die Kommunen eine immer größer werdende Bedeutung. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Perspektive der Kommunen in Nordrhein-Westfalen (NRW) auf die gegenwärtige und zukünftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu eruieren und daraus Hinweise für die zukünftige gesundheitspolitische

Ausgestaltung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten Primärversorgung abzuleiten.

Methodik In einer Online-Umfrage im Frühjahr 2023 wurden in Kooperation mit dem Städte- und Gemeindebund NRW, dem Landkreistag NRW sowie dem Städtetag NRW die Bürgermeister*innen bzw. Gesundheitsdezernent*innen aller 427 Kommunen (396 Städte und Gemeinden, 31 Kreise) in NRW zu ihrer kommunalen Perspektive auf die (künftige) hausärztliche Versorgung befragt. Die Fragebogen-Items (n = 28) wurden in Anlehnung an zwei Erhebungen zur ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und in Baden-Württemberg, mit jeweils kommunalpolitischer Zielgruppe, entwickelt und in wiederholten Pretests optimiert.

Ergebnisse An der Befragung nahmen 192 Kommunen teil (Rücklauf: 45,0%). Die Mehrheit der Kommunen (86,6%) schätzt die Versorgung vor Ort in den nächsten 10 Jahren als (eher) nicht sichergestellt ein. Die Kommunen äußern den Wunsch nach mehr eigenen Einflussmöglichkeiten (79,5% ja bzw. eher ja). Gleichzeitig erachten sie ein stärkeres Engagement, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen (85,4%), sowie eine Intensivierung landespolitischer Verantwortungsübernahme (72,4%) für die Sicherstellung der Versorgung als notwendig.

Schlussfolgerung Die Befragung verdeutlicht ein großes Problembewusstsein der kommunalen Ebene für zukünftige hausärztliche Versorgungsdefizite vor Ort. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Kommunen angesichts zunehmender Versorgungsenpässe die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie das Land in der Pflicht sehen und künftig stärkeren politischen Druck ausüben werden. Die kommunale Perspektive ist ein wesentlicher Baustein bei den Überlegungen, wie in Zukunft die hausärztliche Versorgung sichergestellt werden kann. Die Kommunen sollten daher von den verantwortlichen Akteuren stärker als bislang in die Planungen und Maßnahmen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung einbezogen werden.

ABSTRACT

Background In view of the continuing shortage of general practitioners, ensuring access to (primary) medical care close to home is also becoming increasingly important for local authorities. The aim of the present study was to analyse the current and future provision of primary care from the viewpoint of the municipalities in North Rhine-Westphalia (NRW). From

the results, it should be possible to derive future health policy design of a needs-based primary care close to home.

Methods In an online survey in spring 2023, we surveyed the mayors or representatives of health departments of all 427 municipalities (396 cities and communities, 31 districts) in NRW in cooperation with the NRW Association of Cities and Municipalities, the NRW Association of Counties and the NRW Association of Cities. The items of the questionnaire ($n = 28$) were developed on the basis of two other surveys on medical care in Lower Saxony and Baden-Württemberg, each with a municipal policy target group. They were tested in repeated pretests.

Results In total, 192 municipalities participated in the survey (response rate: 45.0%). The majority of the municipalities (86.6%) considered the local provision of primary care to be (rather) not ensured within the next 10 years. The municipalities expressed the wish for more opportunities to exert their

own influence (79.5% yes or rather yes), but nevertheless considered a stronger commitment, especially of the Associations of Statutory Health Insurance Physicians (85.4%), as well as an intensification of assumption of responsibility by the federal states (72.4%) to be necessary for ensuring primary care.

Conclusion The survey shows that municipalities are quite aware of the problem of future deficits in the supply of general practitioners at the local level. The results also indicate that, in view of increasing supply shortfalls, the municipalities see obligations for the Associations of Statutory Health Insurance Physicians and the federal states to take responsibility and to exert greater political pressure in the future. The municipal perspective is an essential building block in considerations of how primary care can be ensured in the future. The responsible stakeholders should therefore involve the municipal level in the planning and measures to secure primary care more closely than in the past.

Einleitung

Die Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Belange der Bürger*innen ist im deutschen Gesundheitssystem von zentraler Bedeutung. Die Gewährleistung und Schaffung des Zugangs zur medizinischen Versorgung gilt als Teil Daseinsvorsorge und ist somit auch für Kommunen von hoher Priorität [1, 2]. Trotz einiger landespolitischer Initiativen und Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist die bedarfsgerechte und wohnortnahe hausärztliche Versorgung viererorts gefährdet bzw. schon heute nicht mehr sichergestellt [3–6]. Spätestens seit Erscheinen des Gutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ aus dem Jahr 2014 gilt die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie der hausärztlichen Versorgungsstrukturen als eine essentielle gesundheitspolitische Aufgabe der kommenden Jahrzehnte [7]. So wurde Unterversorgung in strukturschwachen Regionen als eine zentrale Herausforderung für die bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinischen Versorgung identifiziert und die Fehlverteilung der ambulant tätigen Ärzteschaft hin zu einem immer geringer werdenden Anteil der hausärztlichen Versorgung als besorgniserregend beschrieben [7].

Der demographische Wandel wird in den nächsten Jahr(zehnten) einen stark steigenden hausärztlichen Versorgungsbedarf zur Folge haben. Hinzu kommt, dass ein Drittel der Hausärzt*innen älter ist als 60 Jahre. Der nahende Renteneintritt wird das Defizit in Anbetracht des Nachwuchsmangels in den kommenden Jahren verschärfen [4, 5]. Besonders in ländlichen sowie strukturschwachen Räumen sind schon heute die Folgen der hausärztlichen Unterversorgung spürbar [4, 8, 9].

Selbst für das dicht besiedelte Nordrhein-Westfalen (NRW) prognostizieren die zuständigen KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe für das Jahr 2030 eine Unterversorgung (Versorgungsgrad $< 75\%$) in 37% der Kommunen und Anhaltspunkte für eine nicht mehr bedarfsgerechte Versorgung (Versorgungsgrad $< 100\%$) in weiteren 53% der Kommunen [10]. Infolge der zuweilen starken Versor-

gungsgradienten innerhalb einzelner KV-Planungsbereiche ist die Lage lokal in manchen – insbesondere sozial benachteiligten – Orten bzw. Ortsteilen nochmal deutlich prekärer, als diese Zahlen erkennen lassen [11]. Auch in anderen Bundesländern, wie z. B. in Niedersachsen oder Sachsen-Anhalt deuten Versorgungsgradprognosen, die als Baustein einer evidenzbasierten Versorgungsplanung dienen und somit auch lokalpolitisch als Planungsmedium von Relevanz sein können, auf ähnliche Entwicklungen hin [12, 13].

Rolle der Kommunen

Die (haus-)ärztliche Versorgung ist ein wesentlicher Teil der lokalen Infrastruktur von Kommunen und erhält für diese in Anbetracht des sich stetig verschärfenden Hausärztemangels eine immer größere politische Bedeutung. Die Folgen des Hausärztemangels sind besonders auf kommunaler Ebene spürbar und stellen die Mehrheit der Kommunen in NRW (zukünftig) vor große Herausforderungen [1, 8]. Obwohl die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung formal, gemäß der Sozialgesetzgebung (§ 75, SGB V), Aufgabe der KVen ist, engagieren sich immer mehr Kommunen mit flankierenden Maßnahmen [2] und werden so zu relevanten Akteuren bei der Bekämpfung der hausärztlichen Unterversorgung [14]. Da die Bevölkerung ihr Interesse an einer wohnortnahen, bedarfsgerechten Versorgung direkt gegenüber kommunalen Entscheidungsträgern äußert und einfordert (und da der wünschenswerte Verbleib bzw. Zuzug qualifizierter Fachkräfte und Unternehmen von einer intakten sozialen Infrastruktur abhängt, für welche die Erreichbarkeit von Hausärzten ein Indikator ist), nimmt der Handlungsdruck hin zu mehr kommunalem Engagement bei der Sicherung der primärärztlichen Gesundheitsversorgung zu.

Die Bedeutung der Sicherstellung der ambulanten Versorgung wurde unlängst im Koalitionsvertrag 2021 der aktuellen Bundesregierung als handlungsleitendes Ziel der Gesundheitspolitik der kommenden Jahre betont [15]. Die Einflussmöglichkeiten, aber auch die Verantwortung der Kommunen für den Gesundheitsbereich werden voraussichtlich steigen [14]. Dies wird u. a. in der im Koalitionsvertrag angekündigten Schaffung von Gesundheitsregionen und

Gesundheitskiosken deutlich wie auch durch die geplante Stärkung kommunal getragener Medizinischer Versorgungszentren (MVZs). Beispielsweise sollen die Gründungen von MVZs und deren Zweigpraxen explizit erleichtert und bürokratische Hürden abgebaut werden [15]. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Kommunen als handlungsfähigen Akteuren, besonders in von Unterversorgung betroffenen Regionen, zunehmend mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten zugesprochen werden. Der unlängst erschienene Referentenentwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) betont ebenfalls die Stärkung der kommunalen Ebene. Die Aufwertung der kommunalen Rolle in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch die Schaffung von Gesundheitsregionen, Gesundheitskiosken und kommunalen MVZs ist auch hier unverkennbar [16].

Ein Literaturüberblick hinsichtlich der Studienlage über hemmende und fördernde Faktoren der (haus-)ärztlichen Niederlassung zeigt, dass die lokalen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit sowie die Infrastruktur vor Ort entscheidende Faktoren sind [17]. Für deren Ermöglichung und Bereitstellung kommt den Kommunen eine zentrale Rolle zu, welche komplementär zu den Aufgaben der KVen zu sehen ist. Im Zuge des allgemeinen Hausarzt*innenmangels gilt es allerdings, einen kommunalen Überbietungswettbewerb zu vermeiden [8, 18].

Kommunale Perspektive

Es konnten im Rahmen der Recherche drei vergleichbare Publikationen identifiziert werden, die sich der Rolle und Perspektive der Kommunen in Deutschland hinsichtlich der ärztlichen Versorgung vor Ort widmen [19–21]. Eine Befragung der kommunalen Ebene in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2011 zeigte bereits damals ein großes Problembewusstsein der Lokalpolitik für den Hausarzt*innenmangel vor Ort, das sowohl in der Bereitstellung von Infrastrukturelementen und Anreizen als auch in einer Bereitschaft zur Intensivierung dieses Engagements resultierte [20]. Im Jahr 2013 verdeutlichte zudem eine Befragung der hauptamtlichen Bürgermeister*innen zur hausärztlichen Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt, dass eine große Mehrheit die hausärztliche Versorgung als sehr wichtigen Standortfaktor für die Kommune erachtete, lokale Versorgungsdefizite konstatierte sowie weitere Verschlechterungen der Versorgungssituation für die nächsten 10 Jahre prognostizierte [19]. Außerdem existiert eine Befragung in Niedersachsen aus dem Jahr 2015, in welcher Kommunalverantwortliche hinsichtlich ärztlicher Niederlassungen sowohl von Nachbesetzungsproblemen als auch über das Potenzial eigener kommunaler Unterstützungsmöglichkeiten berichteten [21]. Für das Untersuchungsgebiet der vorliegenden Studie – Nordrhein-Westfalen (NRW) – gibt es bislang keine vergleichbare Befragung. Desweiteren ist es von Relevanz, inwiefern sich die kommunale Perspektive vor dem Hintergrund der sich stetig verschärfenden hausärztlichen Versorgungsdefizite sowie der Entwicklungen und (geplanten) Reformen im zurückliegenden Jahrzehnt entwickelt hat.

Daraus resultieren folgende Fragestellungen

1. Wie schätzen Kommunen die aktuelle und zukünftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung vor Ort ein?

2. Wie beurteilen Kommunen die zukünftige Rollenverteilung und die eigenen Einflussmöglichkeiten zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung?
3. Mit welchen Faktoren ist die Wahrnehmung der aktuellen und zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung assoziiert?

Methodik

Datenerhebung

In einer Online-Befragung im Frühjahr 2023 wurden in Kooperation mit dem Städte- und Gemeindebund NRW, dem Landkreistag NRW sowie dem Städtetag NRW kommunale Entscheidungsträger aller 427 Kommunen (374 kreisangehörige Städte und Gemeinden, 22 kreisfreie Städte und 31 Kreise) in NRW befragt. Dies waren in Städten und Gemeinden die jeweiligen Bürgermeister*innen und in Kreisen sowie Großstädten die jeweiligen gesundheitspolitischen Vertreter*innen für den Bereich Gesundheit (Gesundheitsdezernent*innen oder Gesundheitsamtsleitungen).

Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die zwei oben genannten Erhebungen zur ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und in Baden-Württemberg mit jeweils kommunalpolitischer Zielgruppe entwickelt [20, 21]. Es fand eine Anpassung der einzelnen Items hinsichtlich der aktuellen gesetzlichen Grundlage sowie der Besonderheiten der Kommunalordnung des Bundeslandes NRW statt. Anschließend wurde in mehreren Pretests mit den drei genannten kooperierenden kommunalpolitischen Spitzenverbänden die Verständlichkeit sowie Akzeptanz und Praktikabilität des Fragebogens geprüft.

Die Befragung wurde anonymisiert mit der Befragungssoftware Limesurvey Version 5.2.0 durchgeführt; die Befragungslinks wurden im Auftrag des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg-Essen durch die Kooperationspartner erstmals im März 2023 per E-Mail an die Kommunen versendet. Im Abstand von zwei bis drei Wochen wurde einmalig ein Erinnerungsschreiben versandt.

Items

Der Fragebogen bestand aus insgesamt 28 Items. Zunächst wurden Strukturmerkmale der Kommunen wie Größe, Raumstruktur, zuständige KV etc. (5 Items) abgefragt; individuelle Eigenschaften der befragten Personen wie Geschlecht, Alter etc. wurden zur Wahrung der Anonymität nicht erfragt. Es folgten drei Themenblöcke zur Sicherstellung (3 Items), zu kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten (7 Items) und Fördermaßnahmen (12 Items) sowie eine offene Abschlussfrage mit der Möglichkeit zur Kommentierung (1 Item). Der Themenblock Fördermaßnahmen war nicht Teil der folgenden Auswertung. Die Antworten erfolgten größtenteils über Likert-Skalen mit meist vier Antwortmöglichkeiten. Einige Fragen erlaubten Mehrfachantworten, zwei Fragen waren halboffen und ausschließlich die Abschlussfrage eine offene Frage.

Auswertung

Es wurden ausschließlich Fragebögen mit einer Unit-Response von mindestens 50% (Fortschritt der Bearbeitung bis auf mindestens Seite 3 von 4 des Fragebogens) als rückläufig gewertet. Zunächst wurde mittels exaktem Test nach Fischer überprüft, ob die befrag-

► **Tab. 1** Strukturmerkmale der befragten und aller Kommunen in Nordrhein-Westfalen

	Stichprobe (n = 192 ^a)	Gesamtheit der Kommunen in Nordrhein-West- falen (n = 427)	P- Wert ^b
Einwohnerzahl			0,58
Bis 5.000	0,0% (0)	0,9% (4)	
5.001–10.000	13,6% (26)	11,5% (49)	
10.001–20.000	31,9% (61)	31,6% (135)	
20.001–50.000	31,9% (61)	30,7% (131)	
50.001–100.000	7,3% (14)	11,0% (47)	
> 100.000 ^c	15,2% (29)	14,3% (61)	
Zuständige KV			0,25
Westfalen-Lippe	63,4% (118)	58,3% (249)	
Nordrhein	36,6% (68)	41,7% (178)	
Kommunaler Status			0,51
Kreis	10,0% (19)	7,3% (31)	
Kreisangehörige Stadt oder Gemeinde	85,3% (163)	87,6% (374)	
Kreisfreie Stadt	4,7% (9)	5,1% (22)	
Daten sind angegeben als Prozent (Anzahl). ^a Anzahl fehlender Werte bei den einzelnen Variablen: Einwohnerzahl 1, Zuständige KV 6, Kommunaler Status 1. ^b Exakter Test nach Fischer. ^c Den Vertretern der Kreise wurde keine Frage zur Einwohnerzahl gestellt. Kreise wurden hier als Kommune mit mindestens 100.000 Einwohner*innen eingeordnet und die ursprünglichen Kategorien 100.001–200.000 und > 200.000 zusammengefasst.			

te Stichprobe repräsentativ für die Grundgesamtheit der 427 angeschriebenen Kommunen in NRW war. Dabei wurden die Strukturmerkmale Einwohnerzahl, zuständige KV sowie kommunaler Status verglichen. Anschließend erfolgte eine deskriptive Auswertung aller berücksichtigten Items. Abschließend wurde in einer explorativen Analyse untersucht, ob die Einschätzungen zur Sicherstellung mit Strukturmerkmalen der Kommunen oder mit Aussagen zum Einfluss sowie zur Bewertung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) als kommunale Eigenbetriebe assoziiert sind. Dies erfolgte mittels univariater log-binomialer Regression, wobei die Einschätzungen zur Sicherstellung je nach erwarteter Richtung eines möglichen Effekts entweder als abhängige oder unabhängige Variable klassifiziert wurden. Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen wurden dichotomisiert bzw. im Fall der Einwohnerzahl in drei Kategorien zusammengefasst. Diese Ergebnisse wurden als Prävalenz Ratios (PR) mit 95% Konfidenzintervallen (KI) präsentiert. Die Auswertung der Daten und Erstellung der Diagramme erfolgte mit R Version 4.2.2 (R Foundation for Statistical Computing).

Ergebnisse

Stichprobe

Von 427 kontaktierten Kommunen konnten 192 beantwortete Fragebögen ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45,0%. Für die Kreise betrug die Rücklaufquote 61,3%, für

die kreisangehörigen Städte und Gemeinden 43,6% und für die kreisfreien Städte 40,9%. Die Mehrheit der teilgenommenen Kommunen (63,5%) weist eine Einwohnerzahl zwischen 10.000 bis 50.000 auf und liegt mehrheitlich (63,4%) im Zuständigkeitsbereich der KV Westfalen-Lippe. Beim Vergleich der Verteilung der Einwohnerzahlen, der zuständigen KV sowie des kommunalen Status in der Stichprobe mit der Verteilung in der Grundgesamtheit ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede, sodass eine Repräsentativität für das Bundesland NRW anzunehmen ist (siehe ► **Tab. 1**).

Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Die derzeitige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den jeweiligen Kommunen wurde durchaus positiv eingeschätzt und von 78,9% der Kommunen als (eher) sichergestellt bewertet, während die zukünftige Versorgung in den kommenden zehn Jahren wesentlich schlechter bzw. von 86,6% der Kommunen als (eher) nicht sichergestellt eingeschätzt wurde (siehe ► **Abb. 1a, b**). Auf die Frage nach den Gründen für die zukünftigen Versorgungsgänge wurde an erster Stelle der allgemeine Hausärztemangel (91,4%) genannt. An zweiter Stelle folgte die Arbeitsbelastung der Hausärzt*innen (56,2%). Als weniger relevant wurden kommunalpolitisch adressierbare Punkte bewertet, wie z. B. fehlende Arbeitsplatzangebote für Lebenspartner*innen (6,8%). Die Zuschneidung der Planungsbereiche wurde von 25,3% der Kommunen als Grund für die nicht sichergestellte Versorgung vor Ort genannt (siehe ► **Abb. 1c**).

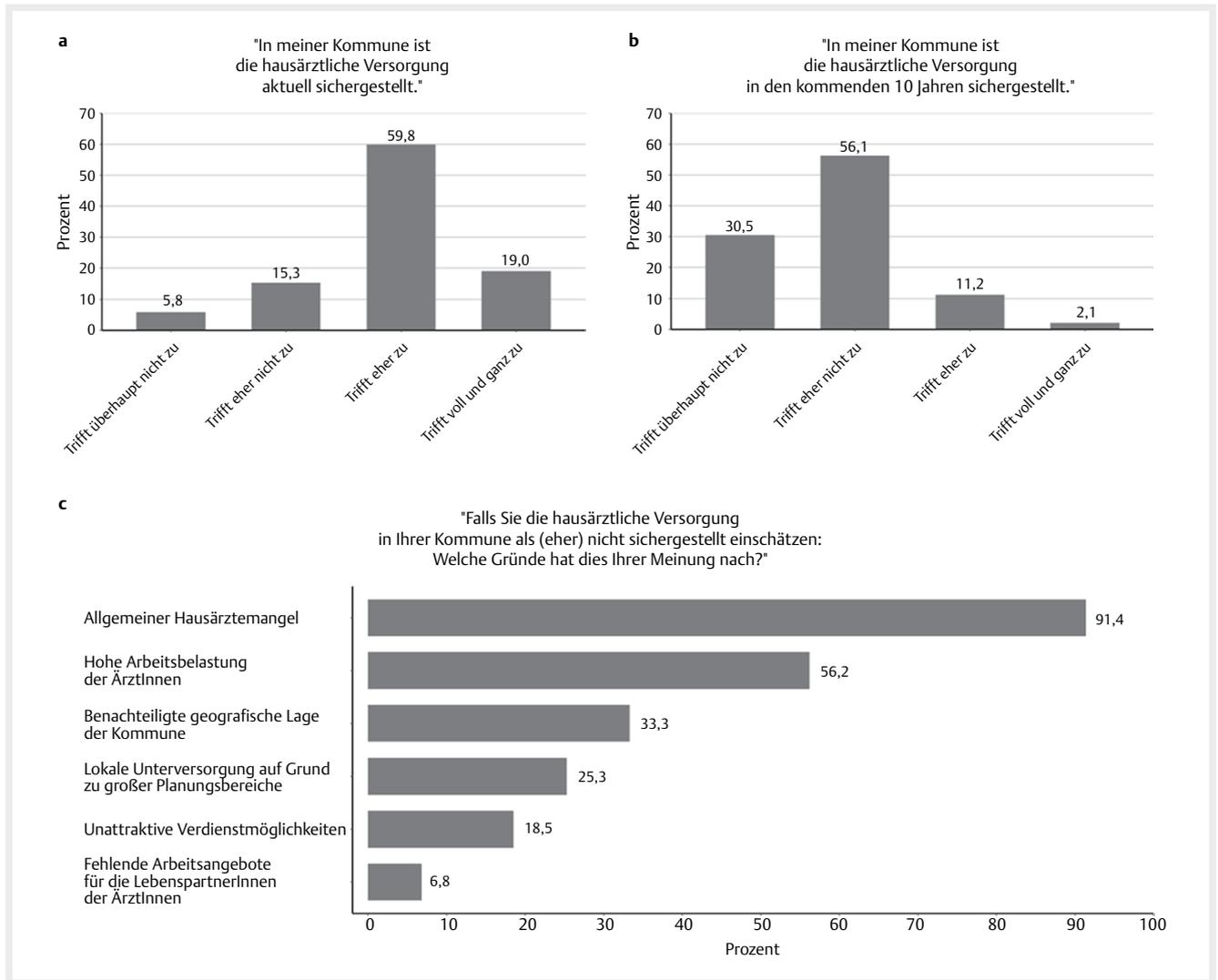
Gesundheitspolitische Verantwortung für die Sicherstellung bzw. den Sicherstellungsauftrag

Als sehr gering bis gering wurden die eigenen Einflussmöglichkeiten von 56,7% der Teilnehmer*innen eingeschätzt, während nur 8,9% diese als groß oder sehr groß einschätzten. Der Wunsch nach mehr Einflussmöglichkeiten (ja bzw. eher ja) bestand bei 79,5% (siehe ► **Abb. 2a, b**).

► **Abb. 1c** zeigt, dass deutlich mehr als die Hälfte (63,6%) MVZs als kommunale Eigenbetriebe derzeit nicht als geeignete Lösung für ihre Kommune beurteilten. Die Kommunen äußerten den Wunsch nach mehr landespolitischer Übernahme (72,4%) von Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung, aber am häufigsten nach Intensivierung der Bemühungen der KVen (85,4%), den Sicherstellungsauftrag adäquat umzusetzen, wie in ► **Abb. 2d** ersichtlich.

Assoziationen mit Einschätzungen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

► **Tab. 2** stellt im oberen Teil Zusammenhänge von Strukturmerkmalen mit der Einschätzung zur entweder aktuellen oder zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung dar, wobei die Einschätzung zur Sicherstellung als abhängige Variable fungierte. Im zweiten Teil wurde analysiert, ob die Einschätzungen zur Sicherstellung als Prädiktoren mit Aussagen zu Einflussmöglichkeiten und Eignung von MVZs assoziiert waren. Hingegen möglicher Erwartungen, dass kleine (< 20.000 Einwohner*innen) und ländliche Kommunen im Vergleich zu größeren (> 20.000 Einwohner*innen) und städtischen Kommunen eine andere Wahrnehmung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung aufweisen, unterstützen

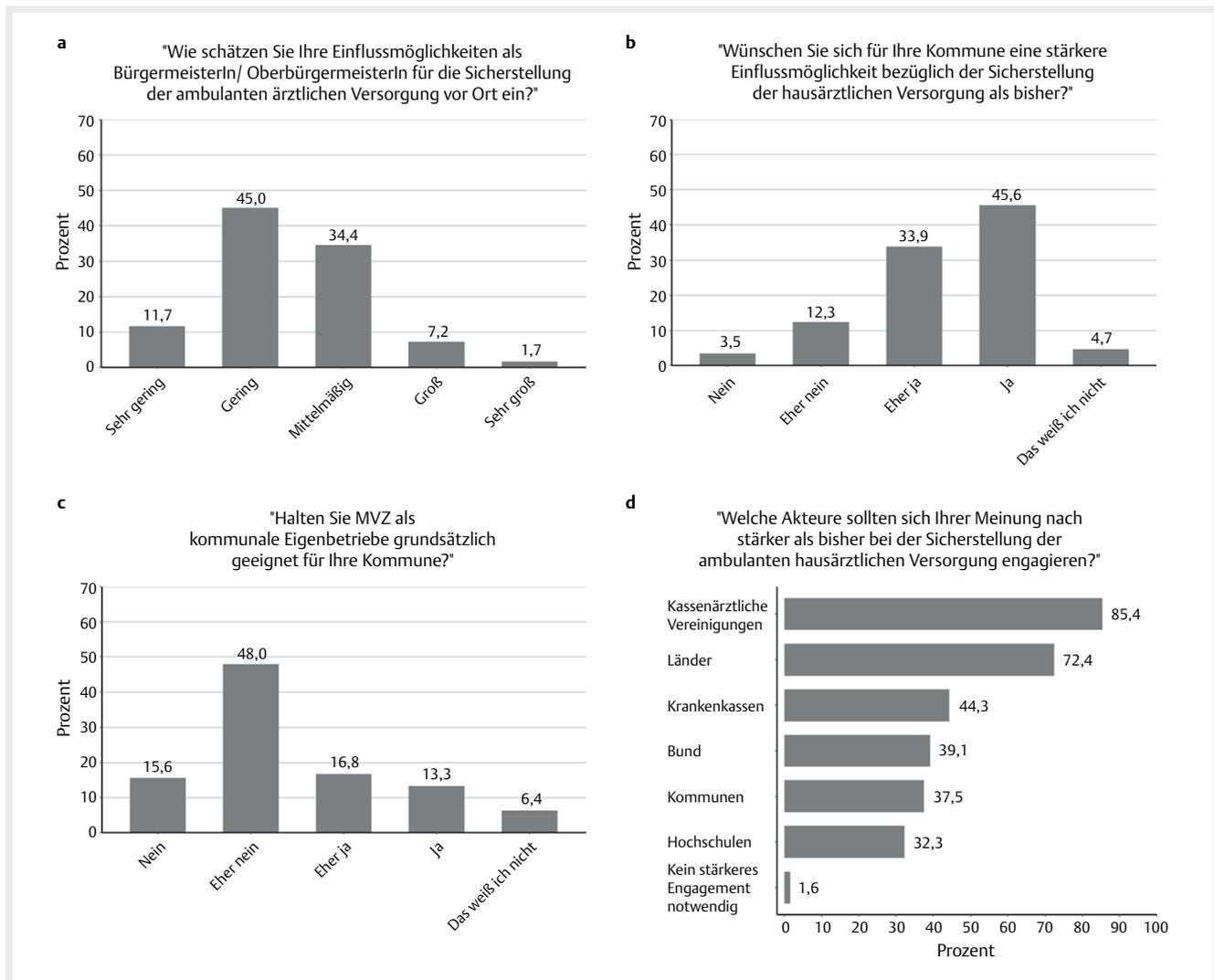


► **Abb. 1** Bewertung von Aussagen zur aktuellen und zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung sowie Nennung von Gründen für eine nicht ausreichende Sicherstellung. Anzahl fehlender Antworten: Panel **a** = 3, Panel **b** = 5, Panel **c**: Diese Frage wurde nur gestellt, falls die Frage in Panel **B** mit entweder „Trifft überhaupt nicht zu“ oder „Trifft eher zu“ beantwortet wurde (n = 162). Mehrfachantworten bzw. keine Auswahl waren möglich.

unsere Ergebnisse diese Hypothese nicht. Einwohnerzahl, Raumstruktur und zuständige KV waren nicht statistisch signifikant mit der Einschätzung zur aktuellen wie auch zukünftigen Sicherstellung in 10 Jahren assoziiert. Die Repräsentant*innen der Kommunen, welche die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ihrer Kommune in den kommenden 10 Jahren für nicht gegeben einschätzen, bewerteten ihre Einflussmöglichkeiten mit einer Wahrscheinlichkeit von 36 % als geringer (PR 0,64; 95%KI [0,45–0,93]). Es zeigte sich ferner kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung zur aktuellen Sicherstellung und der wahrgenommenen Einflussmöglichkeit, dem Wunsch nach stärkerer Einflussmöglichkeit und der Einschätzung über die Eignung von MVZs. Wenn die Sicherstellung in 10 Jahren als nicht gegeben eingeschätzt wurde, wurde ein MVZ als Eigenbetrieb häufiger als geeignet für die eigene Kommune klassifiziert (PR 2,07; [0,82–5,22]). Allerdings war dieses Ergebnis nicht präzise genug, um statistische Signifikanz zu erreichen.

Diskussion

Die kommunale Perspektive ist ein wesentlicher Baustein bei den Überlegungen, wie in Zukunft die hausärztliche Versorgung sichergestellt werden kann. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass eine große Mehrheit der Kommunen in NRW die hausärztliche Versorgung vor Ort in den kommenden 10 Jahren für nicht sichergestellt einschätzt und insbesondere von den KVen sowie der Landespolitik mehr Engagement erwartet. Das stark ausgeprägte Problembewusstsein bezüglich zukünftiger Versorgungsdefizite in den Kommunen in NRW lässt darauf schließen, dass diese sich verstärkt engagieren werden (müssen) und der Druck seitens der Kommunen auf die KVen und die Landesregierung zunehmen wird. Bemerkenswert ist, dass sich ländliche und nicht-ländliche Kommunen in ihrer Einschätzung zur Sicherstellung nicht unterscheiden, was mit der Versorgungsgradprognose für NRW [10] übereinstimmt und auf ein flächendeckendes hausärztliches Versorgungsdefizit hinweist.



► **Abb. 2** Bewertung von Aussagen zu Einflussmöglichkeiten, Wunsch nach stärkerer Einflussmöglichkeit und Medizinischen Versorgungszentren sowie Nennung gewünschter Akteure mit mehr Engagement. Anzahl fehlender Antworten: Panel **a** = 9, Panel **b** = 2, Panel **c** = 17, Panel **d**: Mehrfachantworten bzw. keine Auswahl waren möglich.

Die Befragung hinsichtlich des Hausärztemangels in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2011 zeigte schon damals erste Anzeichen für eine Problemwahrnehmung seitens der kommunalen Ebene, auch wenn nur 16% der Kommunen Nachbesetzungsprobleme konstatierten [20]. Da in der vorliegenden Befragung 21% der Kommunen die hausärztliche Versorgung aktuell sowie 87% zukünftig als gefährdet einschätzen, kann im Vergleich zu 2011 von einer Verschärfung der Problematik wie auch von einem stärkeren kommunalen Bewusstsein ausgegangen werden. Auch ist der Anteil der Kommunen, der den allgemeinen Hausärztemangel als Grund für lokale Versorgungsdefizite sieht, um 61 Prozentpunkte höher ausgefallen als in der baden-württembergischen Befragung. Daraus kann geschlossen werden, dass die Kommunen ihre eigenen Einflussmöglichkeiten als ausgeschöpft ansehen. Dies stimmt mit der Erkenntnis überein, dass andere gesundheitspolitische Instanzen – insbesondere das Land und die KVen – stärker in der Verantwortung für die Umsetzung zielführender Maßnahmen gesehen werden. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus Baden-Württemberg, dass die Wün-

sche von (zukünftigen) Hausärzt*innen durch die kommunale Ebene als im Regelfall bereits erfüllt bewertet wurden [20]. Auch regionale Unterschiede gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Befragung aus Sachsen-Anhalt beispielsweise zeigte dort bereits im Jahr 2013, dass 36 Prozent der Befragten der Aussage, dass die hausärztliche Versorgung in Ihrer Region gut ist, nicht zustimmten und 75% eine Verschlechterung der Versorgungslage in den nächsten 10 Jahren prognostizierten [19]. Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen einzelner Bundesländer ist zu erwarten, dass auch Versorgungsgengpässe zeitlich verzögert auftreten und für lokale Entscheidungsträger*innen relevant werden. Die vorliegende Befragung deutet daraufhin, dass sogar in Regionen wie z. B. dem KV-Gebiet Nordrhein und insbesondere im Rheinland, die aktuell noch kaum hausärztliche Versorgungsdefizite aufweisen [10], die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung als gefährdet eingeschätzt wird. Diese Erkenntnis ist höchstwahrscheinlich bundesweit übertragbar, so dass mit zeitlicher Verzögerung flächendeckend für einen Großteil der Kommunen in Deutschland der Umgang mit einer

► **Tab. 2** Univariate log-binomiale Regression von Assoziationen mit der Einschätzung zur aktuellen und zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Bewertung von Aussagen zur Sicherstellung						
Prädiktoren	Versorgung aktuell nicht sichergestellt ^a (n = 189) ^b		Versorgung in 10 Jahren nicht sichergestellt ^a (n = 187) ^b			
	PR [95 % KI]	P-Wert	PR [95 % KI]	P-Wert		
Einwohnerzahl^{b, c}						
< 20.000 (Ref)	1,00		1,00			
20.000–100.000	1,38 [0,75–2,54]	0,30	1,08 [0,96–1,22]		0,19	
> 100.000	1,37 [0,62–3,02]	0,44	1,02 [0,85–1,23]		0,83	
Raumstruktur^{b, d}						
Ländlich (Ref)	1,00		1,00			
Städtisch	0,84 [0,44–1,56]	0,58	1,05 [0,93–1,18]		0,42	
Zuständige KV^b						
Westfalen-Lippe (Ref)	1,00		1,00			
Nordrhein	0,95 [0,54–1,70]	0,87	1,00 [0,88–1,13]		0,99	
Bewertung von Aussagen zu Einflussmöglichkeiten und Eignung von MVZs						
Prädiktoren	Wahrgenommene Einflussmöglichkeit mittelmäßig bis sehr groß ^e (n = 183)		Wunsch nach stärkerer Einflussmöglichkeit ^e (n = 164)		MVZ geeignet für Kommune ^e (n = 175)	
	PR [95 % KI]	P-Wert	PR [95 % KI]	P-Wert	PR [95 % KI]	P-Wert
Versorgung aktuell sichergestellt^a						
Ja (Ref)	1,00		1,00		1,00	
Nein	0,93 [0,61–1,42]	0,75	1,07 [0,93–1,24]	0,34	1,34 [0,82–2,17]	0,24
Versorgung in 10 Jahren sichergestellt^a						
Ja (Ref)	1,00		1,00		1,00	
Nein	0,64 [0,45–0,93]	0,02	1,16 [0,90–1,49]	0,26	2,07 [0,82–5,22]	0,12

^a Antwortmöglichkeiten auf einer 4-stufigen Likert Skala wurden dichotomisiert (ja/nein); ^b Fehlende Werte in den unabhängigen Variablen (Prädiktoren): Einwohnerzahl 1; Raumstruktur 3; Zuständige KV 6 ^c Den Vertretern der Kreise wurde keine Frage zur Einwohnerzahl gestellt. Kreise wurden hier als Kommune mit mindestens 100.000 Einwohner*innen gewertet und die ursprünglichen Kategorien 100.001–200.000 und >200.000 zusammengefügt. ^d Kreise wurden als ländlich gewertet. ^e Antwortmöglichkeiten auf einer 5-stufigen Likert Skala wurden dichotomisiert (gering/mittelmäßig bis sehr groß für wahrgenommene Einflussmöglichkeit; ja/nein für Wunsch nach stärkerer Einflussmöglichkeit („das weiß ich nicht“ wurde nicht berücksichtigt) und ja/nein für MVZ geeignet für Kommune).

perspektivisch nicht mehr sichergestellten hausärztlichen Versorgung eine zentrale Herausforderung werden wird.

Interessant zu bewerten ist die Erkenntnis, dass primär der bundesweite Mangel an Hausärzt*innen als Hauptursache für die lokale Versorgungssituation identifiziert wird. Ein interkommunaler Wettbewerb würde daher rasch an Grenzen stoßen, da dadurch Versorgungsdefizite nur räumlich zugunsten wohlhabender Kommunen verschoben, jedoch in der Breite nicht gemindert werden. Die Eignung von kommunaler MVZs für die eigene Kommune wird nur von einer Minderheit befürwortet, was sich mit den Erkenntnissen aus Niedersachsen deckt [16]. Dies weist zwar darauf hin, dass Lösungsansätze wie z. B. MVZs als kommunale Eigenbetriebe derzeit flächendeckend kaum in Betracht kommen. Die punktuell vorhandene kommunale Bereitschaft ermöglicht allerdings die Umsetzung von Modellprojekten insbesondere in schwächer versorgten Regionen, die wiederum wichtige Erkenntnisse für mögliche flächendeckende Lösungen liefern könnten. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen deuten daraufhin, dass diejenigen Kommunen, welche die Versorgung als nicht sichergestellt erachten, MVZs als kommunale Eigenbetriebe eher als geeignet für ihre Kommune einschätzen. Dies könnte implizieren, dass mit steigendem Handlungsbedarf neuartige Versorgungsformen eher befürwortet werden.

Die Rolle der Kommunen in der ambulanten Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und wird es voraussichtlich weiterhin tun, insbesondere im Zuge der Reformpläne zur Regionalisierung der Versorgungsplanung [14, 16]. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die Kommunen selbst diese gestaltende Rolle ausführen möchten und über die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen verfügen. Die Befragungsergebnisse zeigen eine hohe Unzufriedenheit mit der zu erwartenden Entwicklung der hausärztlichen Versorgung vor Ort sowie mit der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags durch die KVen. Dies führt jedoch nicht zu der Forderung, die Verortung des Sicherstellungsauftrag bei den KVen in Frage zu stellen, sondern vielmehr zu dem Wunsch nach einer besseren Erfüllung dieser Aufgaben. Auch das Land wird in der Verantwortung gesehen, auf Fehlentwicklungen frühzeitiger zu reagieren. Die Delegation von mehr Verantwortung und Aufgaben auf die kommunale Ebene wird durchaus kritisch beurteilt, auch wenn der generelle Wunsch nach mehr Einflussmöglichkeiten und insbesondere mehr Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort seitens der Kommunen vorhanden zu sein scheint. Hinsichtlich der Diskussion über Dezentralisierung von Steuerungs- und Gestaltungskompetenzen sowie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gilt es dies zu berücksichtigen.

Limitationen

An der vorliegenden Befragung mit einer Rücklaufquote von 45 % nahmen leicht weniger als die Hälfte der Kommunen in NRW teil, jedoch spricht die Übereinstimmung von Stichprobe und Grundgesamtheit für einen repräsentativen Eindruck der kommunalen Perspektive auf die hausärztliche Versorgung.

Außerdem wurden keine Statureigenschaften der an der Befragung teilnehmenden Personen abgefragt. Daher sind keine Rückschlüsse auf Zusammenhänge mit Antwortverhalten und persönlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Amt, Bildungsabschluss, Parteizugehörigkeit etc. möglich. Darum ermöglichen unsere Daten nicht die Beantwortung soziologisch und politikwissenschaftlich relevanter Fragestellungen. Dies ist allerdings dem primären Interesse an den Positionen der Kommunen – und nicht der sie repräsentierenden Einzelpersonen – geschuldet.

Zudem ist die Anzahl der großstädtischen Kommunen (> 100.000 Einwohner*innen) in der Stichprobe sehr gering (n = 10) und erschwert dadurch den Vergleich mit kleinstädtischen und ländlichen Kommunen. Die Vor- und Nachgespräche mit den kommunalpolitischen Spitzenverbänden sowie einzelne Antworten auf die abschließende offene Frage der vorliegenden Umfrage deuten auf eine stark ausgeprägte bzw. sich zuspitzende Problemwahrnehmung im großstädtischen Raum hin. Eine weitere Studie, die insbesondere die urbane Perspektive auf hausärztliche Versorgungsengpässe, auch mit Zuhilfenahme qualitativer Forschungsansätze, analysiert, erscheint den Autor*innen vielversprechend.

Fördermittel

Bundesministerium für Gesundheit – <http://dx.doi.org/10.13039/501100003107;2521FEP100> LOCALHERO

Danksagung

Die Autor*innen danken den drei kommunalen Spitzenverbänden des Landes NRW – dem Städte- und Gemeindebund NRW, dem Landkreistag NRW sowie dem Städtetag NRW – für die Zusammenarbeit, das wertvolle Feedback und das Versenden der Online-Befragung. Zudem lieferte die Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse mit kommunalen Praxisvertreter*innen und lokalen Entscheidungsträger*innen im Mai 2023 im Rahmen einer Klausurtagung des Gesundheitsausschusses des Landkreistages NRW und im November 2023 bei einer Sitzung des Ausschusses für Jugend, Soziales und Gesundheit des Städte- und Gemeindebundes NRW wichtige Erkenntnisse für den Forschungsprozess. Außerdem sprechen die Autor*innen ihren Dank an Berthold Kuhn und Volker Amelung für die Bereitstellung des Fragebogens der Befragung von Bürgermeistern und Landräten in Niedersachsen zur Rolle von Kommunen für die ärztliche Versorgung aus.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS). Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzepte – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion
- [2] Burgi M. Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos; 2013
- [3] Baumgardt B. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in einem Flächenland – Erfahrungen aus Brandenburg. *GuS* 2012; 66: 20–26
- [4] Nolting HD, Ochmann R, Zich K. Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung GmbH; Stuttgart: 2021
- [5] van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 2019; 62: 1129–1137
- [6] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; 2014
- [7] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; 2014
- [8] BERTOLT KUHN and VOLKER E. AMELUNG. Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen?
- [9] Bolland J, Schillen P, Strüwer E et al. Hausärztemangel in Kommunen frühzeitig begegnen. HAUSARZTVERSORGUNG – Das Projekt LOCALHERO für die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen. Städte- und Gemeinderat 2022; 76: 24–26
- [10] Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Bedarfsberechnung zur Einführung einer Landarztquote Nordrhein-Westfalen. 14. Februar 2022. 2022
- [11] Schillen P, Schmitten J in der, Danielzik K et al. Primärärztliche Versorgungsungleichheiten zu Ungunsten der Bevölkerung sozial benachteiligter Stadtgebiete – eine Fallanalyse am Beispiel der Stadt Essen. *Das Gesundheitswesen*. 2023; 85: 1131–1139
- [12] Thomsen SL, Ingwersen K, Weilage I. Versorgungsgradprognosen als Baustein einer evidenzbasierten Versorgungsplanung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2021; 162: 45–54
- [13] *Deutsches Ärzteblatt*. Keine Entwarnung beim Ärztemangel in Sachsen-Anhalt. Online: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/119782/Keine-Entwarnung-beim-Aerztemangel-in-Sachsen-Anhalt#:~:text=Derzeit%20sind%20knapp%20300%20Hausarzt,niedergelassene%20Fach%20Arzte%20h%C3%A4tten%20das%2065>
- [14] Tophoven C. Sektorenübergreifende Versorgung – wie schnell ist nichts passiert. *GuS* 2022; 76: 5–14
- [15] SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Berlin; 2021
- [16] Haserück A. Ambulante Versorgung: Gesundheitskioske werden konkreter. *Deutsches Ärzteblatt*. 2023; 120: 1148–1149
- [17] Langer A, Ewert T, Holleder A et al. Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2015; 20: 11–18
- [18] Martini M, Ziekow J. Die Landarztquote. Verfassungsrechtliche Zulässigkeit und rechtliche Ausgestaltung. Schriften zum Gesundheitsrecht. Berlin: Duncker & Humblot; 2017

- [19] Barthen L, Gerlinger T. Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2016; 78: 645–650
- [20] Steinhäuser J, Scheidt L, Szecsenyi J et al. Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2012; 74: 612–617
- [21] Kuhn B, Steinhäuser J, Eberhard S et al. Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2018; 80: 711–718