

Berichte	Bd. 89, H. 3, 2015, S. 217–235	Leipzig
----------	--------------------------------	---------

Patrick KÜPPER, Braunschweig

Wandel der Gesundheitsversorgung in alternden ländlichen Gemeinden – Erfahrungen aus dem Harz

Summary

In an ageing society the demand for health care facilities increases, while doctors and other health personnel are also ageing. Particularly in rural areas, maintaining health care is perceived as an exacerbating problem. The research questions are: what provision situation does exist particularly in the primary health care sector, how do local actors and senior citizens assess the supply and what strategies are pursued to deal with experienced deficits? To answer these questions, the paper presents empirical findings from the Harz Mountains, where the proportion of the very elderly is among the highest in Germany. For this case study, 48 local and regional experts were interviewed as well as five group discussions with elderly people conducted. The results show a relatively dense provision with health care facilities, even though a spatial concentration of practices in the small towns and difficulties to replace retired doctors has already started. In the eastern case municipality, senior citizens assess the situation much worse than in the western area. Coping strategies include driving the own car as long as possible or using social networks to take them to the physician or hospital.

1 Einleitung

Seit einigen Jahren werden Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen ländlicher Räumen in den Medien verstärkt diskutiert. Als Gründe gelten der Mangel unter den Ärzten und Pflegekräften, veränderte Standortpräferenzen insbesondere junger Ärzte sowie veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen hin zu Kosteneinsparungen und Wettbewerbsorientierung. Ein weiterer Grund für die besonders von Ärztevertretern konstatierte oder befürchtete Unterversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen stellt der demographische Wandel dar, der sich in vielen ländlichen Räumen verstärkt vollzieht. Zum einen steigt die Zahl der Senioren und Hochbetagten durch die gestiegene Lebenserwartung und das Hineinwachsen stark besetzter Jahrgänge in das Seniorenalter an. Die Morbidität, d. h. die Krankheitshäufigkeit, steigt mit dem Lebensalter an (SIEGERT et al. 2010, 49 ff.). Zudem wächst der Aufwand zur Behandlung der Krankheiten, da die Schwere der Krankheiten zunimmt und oftmals mehrere chronische Krankheiten parallel behandelt werden müssen (sog. Multimorbidität). Auf der anderen Seite sind die Anbieter von Gesundheitsleistungen ebenfalls von Alterung betroffen, sodass sie

häufig in kurzer Zeitspanne parallel in den Ruhestand gehen und die Nachfolge unsicher ist.

Vor diesem Hintergrund stellen sich die Forschungsfragen, wie sich die Versorgung in den vergangenen Jahren in ländlichen Räumen entwickelt hat und welche Strategien die Gesundheitsanbieter, insbesondere ambulant tätige Ärzte, aktuell verfolgen, um sich an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Eine weitere Frage beinhaltet, wie lokale Schlüsselakteure und Senioren in ländlichen Räumen den Wandel der Gesundheitsversorgung wahrnehmen und was sie unternehmen, um negative Veränderungen zu bewältigen. Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen werden empirische Ergebnisse einer explorativen Fallstudie aus dem Harz, einer der am stärksten gealterten Regionen Deutschlands, vorgestellt. Zunächst wird das Thema in die wissenschaftliche Diskussion eingeordnet und es werden ausgewählte sekundärstatistische Daten präsentiert, um die Diskussion um Über- und Unterversorgung zu versachlichen.

2 Zwischen Über- und Unterversorgung: Versuch einer Versachlichung

Trotz der hohen öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema ist die Zahl unabhängiger raumwissenschaftlicher Untersuchungen zur Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen in den ländlichen Räumen Deutschlands begrenzt (z. B. BEIVERS u. SPANGENBERG 2008; SCHMITZ-VELTIN 2006; WEGENER 2010). Daten über die Anbieter im Gesundheitswesen dürfen oft nur eingeschränkt genutzt werden, weisen Qualitätsprobleme auf (SCHMACKE 2013, 11 f.) oder müssen selbst erhoben werden, was in der Regel nur im Rahmen von regionalen Fallstudien möglich ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, Krankenhausverbände und Krankenkassen verfügen zwar meist über die entsprechenden Daten, verfolgen jedoch mit ihren Studien und Veröffentlichungen auch eigene Interessen. So ist davon auszugehen, dass die Anbieter im Gesundheitswesen meist den Ärztemangel betonen, um damit z. B. die Arbeitsbedingungen für die Ärzte zu verbessern (KOPETSCH 2007). Gleichzeitig weisen die Krankenkassen eher auf räumliche Verteilungsprobleme hin, um vermutlich die Zahl der Ärzte insgesamt und damit ihre Kosten zu begrenzen (KLOSE u. REHBEIN 2011).

Das Grundproblem besteht darin, dass sich der Bedarf nach medizinischen Leistungen nicht objektiv bestimmen lässt (SCHMACKE 2013, 8 ff.). Vielmehr steigt mit dem Versorgungsniveau auch die Inanspruchnahme von Leistungen, was zumindest teilweise auf induzierte Effekte zurückzuführen ist (KOPETSCH 2007, 392 f.), denn die Anbieter können sich durch entsprechende Diagnosen ihre Nachfrage selbst generieren. Bei einem so unspezifischen Gut wie Gesundheit mit seiner prinzipiell unbegrenzten Nachfrage ist politisch zu bestimmen, welche Versorgung als unzureichend angesehen wird, ab der von einer Unterversorgung ausgegangen wird. Die Definition von Unterversorgung hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte gewandelt. Dabei orientiert sich die Fachplanung am Status quo und an den finanziellen Mitteln, die die Gesellschaft für den Abbau von Versorgungsdefiziten bereit ist aufzubringen. In der Bedarfsplanung werden quantitative Kennziffern, wie die Anzahl Krankenhausbetten oder Ärzte je Einwohner verwendet. Ob diese

auch den qualitativen Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht, erscheint allerdings fraglich.

Die Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde 1985 mit dem Ziel eingeführt, die Zahl der niedergelassenen Ärzte zu begrenzen. Es war die Rede von einer „Ärztenschwemme“. Mit der Richtlinie von 1992 wurde die Bedarfsplanung auch räumlich differenziert. Basis waren die siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (bzw. seiner Vorgängereinrichtung). Als Maßstab wurde der Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppen in den einzelnen Kreistypen herangezogen und als 100-prozentige Versorgung festgelegt. Bspw. nutzte die Bedarfsplanungsrichtlinie von 2009 (§ 8) die westdeutschen Verhältniszahlen von 1990 und die BBR-Typen von 1997 zur Definition der 100-prozentigen Versorgung bei den Fachärzten: In den Kernstädten der Regionen mit Verdichtungsansätzen wurden z. B. durchschnittlich 11.017 Einwohner von einem Augenarzt versorgt, während es in den ländlichen Kreisen dieses Regionstyps 25.778 Einwohner waren.

Bei einer Überversorgung, die bei 110% festgesetzt wurde, durften sich keine neuen Ärzte mehr im entsprechenden Kreis niederlassen. Eine Unterversorgung wurde der Vollständigkeit halber auch definiert: 75% bei Haus- und 50% bei Fachärzten. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2011 und der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie von 2012 sollte darauf reagiert werden, dass trotz quantitativ ausreichender Versorgung Unterversorgung bestehen oder drohen konnte. So wurde insbesondere ein Demographiefaktor eingeführt, um die Alterung der Bevölkerung und den damit verbundenen höheren Bedarf berücksichtigen zu können. Auch wurde der Planungsbereich bei den Hausärzten von der Kreisebene auf die Ebene der Mittelbereiche¹ verkleinert, um räumliche Konzentrationen, oft in den Kreisstädten, zu vermeiden. Die neuen Regelungen geben den Kassenärztlichen Vereinigungen mehr Spielraum, Über- und Unterversorgung festzustellen. Deshalb lässt sich die Versorgungssituation nicht mehr einfach mit einem Arzt-Einwohner-Verhältnis ermitteln.

Um die Diskussion um Unter-, Über- und Fehlversorgung zu versachlichen, werden im Folgenden einige Daten zur Situation und jüngeren Entwicklung dargestellt. Die Gesundheitsversorgung erscheint im internationalen Vergleich relativ gut (OECD 2013). Mit 3,8 Ärzten pro 1.000 Einwohner hatte Deutschland 2011 eine der höchsten Arztdichten aller OECD-Länder. Nur Österreich, Italien und Spanien weisen höhere Werte auf. Ähnlich ist es mit der Anzahl Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner von 8,6 im Jahr 2011, die nur in Japan und Südkorea noch höher liegt. Auch die Zahl der Pflegekräfte ist mit 11,4 pro 1.000 Einwohner im internationalen Vergleich relativ hoch. Die Dichte liegt lediglich in der Schweiz, in Island und Norwegen noch höher.

Der Trend in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten deutet auf einen kontinuierlichen Ausbau der Gesundheitsversorgung in Deutschland hin. Von 2000

¹ Die Mittelbereiche entsprechen den Einzugsgebieten der Zentren mit mittelzentraler Funktion, wie sie in der Regel von der Landesplanung ausgewiesen werden (BBSR 2016a). Dadurch werden insbesondere die größeren Landkreise in mehrere Mittelbereiche aufgeteilt.

bis 2011 ist die Zahl der Ärzte gemessen in Vollzeitäquivalenten um 14,3% und die der Pfleger um 7,7% gewachsen (Statistisches Bundesamt 2013a). Allerdings unterscheiden sich die Ausstattungsniveaus der Gesundheitsinfrastruktur erheblich zwischen den einzelnen Sektoren, Arztgruppen und Räumen.

Die Krankenhausstatistik zeigt, dass die Zahl der stationär tätigen Ärzte von 1991 bis 2011 um 41,4% gestiegen ist, die der Krankenpfleger hingegen lediglich um 5,8% (STATISTISCHES BUNDESAMT 2013b). Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl Patienten um 25,8% gestiegen, während ihre durchschnittliche Verweildauer auf Grund der besseren Behandlungsmöglichkeiten und daran angepasster Finanzierungsbedingungen um 45% zurückgegangen ist. Damit hat sich die Zahl der Belegtage um 30,6% reduziert. Der Abbau von Krankenhausbetten um 24,6% hat somit dazu beigetragen, die durch den Rückgang der Belegtage entstandenen Überkapazitäten zu verringern. Von 1991 bis 2011 wurden insgesamt 366 Krankenhäuser geschlossen, was einem Rückgang von 15,2% entspricht.

In den meisten Gebieten Deutschlands ist das nächst gelegene Krankenhaus innerhalb von 20 Minuten mit dem Pkw erreichbar (BBSR 2012, 49). Längere Fahrzeiten sind insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Räumen Nordostdeutschlands erforderlich. Allerdings besteht die Gefahr einer weiteren Ausdünnung der Krankenhausversorgung. Denn mit der Einführung von Wettbewerbselementen, wie den Fallpauschalen (*Diagnosis Related Groups*) in die Krankenhausfinanzierung seit 2000, werden die effizienten von den weniger effizienten Krankenhäusern getrennt. Letztere können für die flächendeckende Versorgung nötig sein und die aktuelle Krankenhausplanung steuert diesen Ausdünnungsprozess kaum räumlich (DOUGLAS 2009, 126). Diese Wettbewerbsorientierung führt demnach nicht nur zur Schließung von Einrichtungen, sondern auch zur Privatisierung und Konzentration auf besonders ertragsreiche Abteilungen, was einer wohnungsnahen Versorgung ebenfalls im Wege stehen kann. In strukturschwachen, ländlichen Räumen kommt hinzu, dass die Bevölkerungszahl so stark abnimmt, dass die alterungsbedingte Zunahme der Fallzahlen überkompensiert wird. So zeigen Modellrechnungen bis 2030, dass die Krankenhausfälle zwar fast überall in Deutschland im Zuge des demographischen Wandels zunehmen werden, aber insbesondere in den ländlichen Gebieten, in denen die Versorgungsdichte bereits heute gering ist, voraussichtlich rückläufig sein werden (BBSR 2012, 50).

Tabelle 1 zeigt die Versorgungssituation und die jüngere Entwicklung im ambulant ärztlichen Bereich. In den städtischen Kreisen und insbesondere in den kreisfreien Großstädten liegt die Arztdichte deutlich höher als in den beiden ländlichen Kreistypen. Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte ist jedoch von 2008 bis 2013 in allen Raumtypen angestiegen. In der Hausarztversorgung bestehen nur geringe Unterschiede zwischen den Kreistypen. Die Hausarztdichte ist in den ländlichen Typen sogar etwas höher als in den städtischen Kreisen. Allerdings nimmt nicht nur die Zahl der Hausärzte insgesamt ab, sondern ist in den ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen besonders stark rückläufig. Ländliche Räume, in denen die Hausarztdichte relativ niedrig ist und die einen Abwärtstrend verzeichnen, sind beispielsweise der Altmarkkreis Salzwedel, Cochem-Zell oder Spree-Neiße (BBSR 2016b). Die Hausarztkonzentration ist in den touristischen Gebieten an

der Küste oder dem Alpenvorland teils besonders hoch (Abb. 1). Ebenfalls hohe Dichten lassen sich in den strukturstarken süddeutschen Gebieten beobachten, was vermutlich mit dem höheren Anteil Privatpatienten zusammenhängt.

Tab. 1: Ambulante ärztliche Versorgung nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Raumeinheit	Ärzte je 100.000 Einwohner 2013	Entwicklung der Ärzte 2008–2013	Hausärzte je 100.000 Einwohner 2013	Entwicklung der Hausärzte 2008–2013
Kreisfreie Großstädte	242,1	+ 6,5%	64,3	- 3,8%
Städtische Kreise	150,9	+ 2,2%	58,9	- 5,1%
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	144,9	+ 2,6%	61,4	- 5,6%
Dünn besiedelte ländliche Kreise	142,7	+ 2,9%	63,2	- 5,0%
Bundesgebiet	174,9	+ 4,0%	61,5	- 4,8%

Datengrundlage: BBSR 2016b

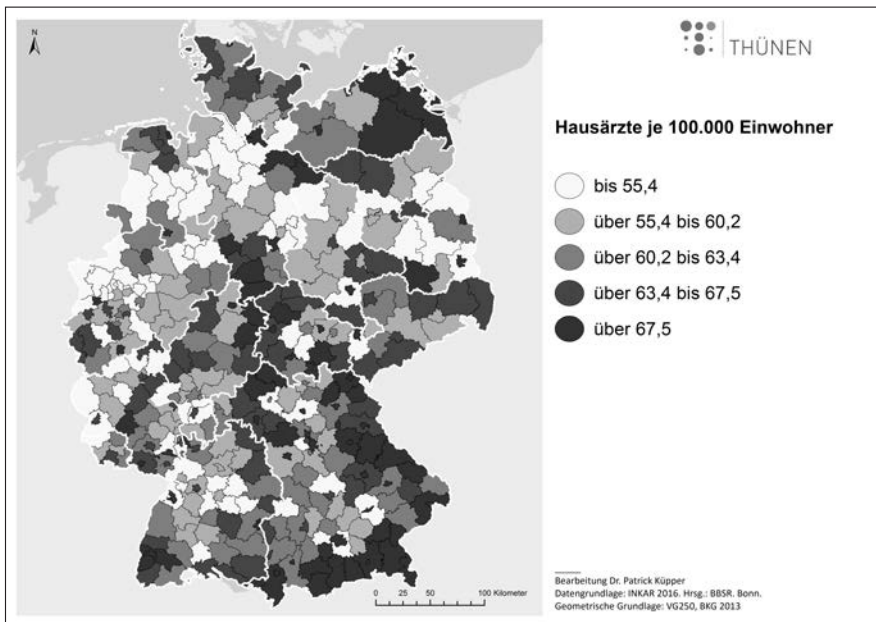


Abb. 1: Hausärztdichten in den deutschen Kreisen

Etwas mehr angehende Mediziner interessieren sich Befragungen zufolge für den stationären als für den ambulanten Bereich (DETTMER u. KUHLMEY 2009, 4; SCHMACKE et al. 2008, 14). Als Gründe, die gegen eine Niederlassung sprechen, gelten insbesondere das finanzielle Risiko, ein niedrigeres erwartetes Einkommen, drohende Regressforderungen durch die Krankenkassen, ein hohes Maß an Bürokratie, der geringe fachliche Austausch mit Kollegen, geringere Familienfreundlichkeit und weniger Abwechslung im Berufsalltag (JACOB et al. 2010, 4; SCHMACKE et al. 2008, 17).

Die Befragungen zeigen ebenfalls, dass ländliche Räume unter Medizinstudenten wenig beliebt sind. So gaben 54,4% an, dass sie auf keinen Fall in einem Ort mit weniger als 2.000 Einwohnern arbeiten möchten (JACOB et al. 2010, 7). Bei den Orten mit 2.000 bis 5.000 Einwohnern waren es immer noch 46%. Die qualitative Befragung von SCHMACKE et al. (2008, 73 f.) weist darauf hin, dass unter Medizinern ein negatives Bild ländlicher Räume vorherrscht: Angst vor Vereinsamung, hohe Arbeitsbelastung bei ungünstiger Altersstruktur, geringe Zusatzeinnahmen durch wenig Privatpatienten, hohe soziale Kontrolle und Probleme, Freundschaften aufzubauen. Die Entscheidung für einen ländlichen Arbeitsort hängt damit zusammen, ob bereits Erfahrungen mit dem Leben auf dem Land bestehen (SCHMACKE et al. 2008, 19). Dazu gehören neben der Herkunft auch Urlaube oder Teile der Ausbildung. Die Erfahrungen aus anderen dünn besiedelten Ländern zeigen, dass zur Sicherung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten die Ausbildung zumindest teilweise dort stattfinden muss oder verstärkt Personen, die aus diesen Gegenden stammen, zum Arztberuf motiviert werden sollten (HANCOCK et al. 2009; RICHARDS et al. 2005, 6; STAGG et al. 2009; WALKER et al. 2012). Da die Ausbildung in Deutschland häufig auf die großen Stadtregionen konzentriert ist und die Medizinerausbildung mit 11 Jahren relativ lange dauert, muss davon ausgegangen werden, dass zum Ausbildungsende bereits biographische Festlegungen stattgefunden haben und ein Wegzug in ländlich-periphere Bereiche unwahrscheinlicher wird.

Ein weiterer Rückgang der Hausarztzahlen ist zu befürchten, da das Interesse unter den Medizinstudenten an diesem Beruf eher gering ist. Für fast 30% der Medizinstudenten kommt eine Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner in Frage (JACOB et al. 2010, 2). Am Ende des Studiums im praktischen Jahr geben nur noch 7% der Studenten die Allgemeinmedizin als ihre erste Wahl an (DETTMER u. KUHLMEY 2009, 2). Gegen eine Hausarztstätigkeit spricht aus Sicht der Befragten das geringere Einkommen (SCHMACKE et al. 2008, 36). Der Ertrag aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist zwar bei den Hausärzten in den letzten Jahren stärker gestiegen als bei den Fachärzten und liegt mittlerweile sogar über deren Erträgen (KBV 2013). Allerdings erzielen Hausärzte deutlich niedrigere Erträge durch Privatpatienten als Fachärzte. Neben diesen finanziellen Gründen spricht das relativ schlechte Image des Hausarztberufes bei Medizinern gegen diese Tätigkeit (SCHMACKE et al. 2008, 16 ff.). Der Allgemeinmediziner gilt bei den anderen Medizinern als „gebildeter Laie“, das Fach kommt kaum im Studium vor und es fehlen entsprechende Vorbilder. In der Facharztausbildung können Allgemeinmediziner benachteiligt werden, weil sich die Kliniken keinen langfristigen Nutzen durch ihre Ausbildung

versprechen. Da Allgemeinmediziner nur in der ambulanten Versorgung tätig sein können, müssen sich diese Ärzte zudem frühzeitig gegen eine Karriere im Krankenhaus entscheiden.

3 Fallstudien im Harz

3.1 Fallauswahl und methodisches Vorgehen

Der Beitrag greift auf Ergebnisse einer von 2010 bis 2012 durchgeführten Untersuchung zweier Kleinstädte mit ihrem dörflichen Umfeld zurück (STEINFÜHRER et al. 2012). Die Auswahl der Untersuchungsregion erfolgte auf Grund ihrer ausgeprägten Alterung. Unter den ländlichen Räumen Deutschlands war der Westharz Ende 2008 die Region mit dem höchsten Anteil an Hochbetagten: Jeweils etwa 12% der Bevölkerung der beiden Landkreise Osterode am Harz und Goslar war zu diesem Zeitpunkt 75 Jahre alt oder älter (Bundesdurchschnitt: 8,6%). Auch im sachsen-anhaltischen Landkreis Harz, der als Vergleichsregion diente, lag der Anteil der Hochbetagten mit 10% erheblich über dem Bundesdurchschnitt (alle Daten nach BBSR 2010). Dieser kollektive Alterungsprozess geht mit Schrumpfung einher. Zwar ist der Harz ein peripherer Raum ohne direkte Nähe zu einer Metropole, doch von Peripherisierung im Sinne einer sich selbst verstärkenden Abwärtsspirale zu sprechen, würde ihm aus einer interregionalen Perspektive aufgrund der bestehenden ökonomischen Basis in Form kleinerer und mittlerer Industrieunternehmen sowie der teilträumlich hohen Bedeutung des Tourismus nicht gerecht.

Innerhalb des Harzes wurden zwei Kommunen ausgewählt, die sich hinsichtlich ihrer Einwohnerzahl, zentralörtlichen Funktion als Grundzentrum und ihrer Siedlungsstruktur ähneln. Die Wahl fiel auf die beiden Städte Bad Sachsa im Landkreis Osterode am Harz und Harzgerode im Landkreis Harz (Tab. 2). Beide Kleinstädte haben durch Eingemeindungen 1972 im Westharz und 2010 im Ostharz umliegende Dörfer als Ortsteile hinzugewonnen.

Tab. 2: Zentrale Merkmale der Fallstudiengebiete

Merkmale	Bad Sachsa	Harzgerode
Siedlungsstruktur	Kleinstadt mit 3 Dörfern und 2 Weilern	Kleinstadt mit 7 Dörfern und 5 Weilern
Fläche	33,1 km ²	164,6 km ²
Einwohnerzahl 2012	7.561 Ew.	8.836 Ew.
Anteil der 65-Jährigen und Älteren 2011	31,1%	27,6%
Bevölkerungsentwicklung 1989–2012	-8,7%	-30,1%
Bevölkerungsprognose 2009–2025	-17,7%	-18,9%

Datengrundlagen: LSKN 2014; NIW 2011; STATISTISCHES BUNDESAMT 2014; STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT 2014

In den Jahren 2011 und 2012 wurden insgesamt 38 leitfadengestützte Interviews mit 48 Schlüsselpersonen (d. h. an manchen Gesprächen haben mehrere Personen aus derselben Organisation teilgenommen) insbesondere aus Politik und Verwaltung auf lokaler, kommunaler und Kreisebene (zitiert als S1–38) sowie fünf Gruppeninterviews mit 57 älteren insbesondere Einwohnerinnen im Alter von 55 bis 98 Jahren (zitiert als G1–5) geführt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und transkribiert. Das Material wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse systematisch auf beschreibende und wertende Aussagen in Bezug auf verschiedene Felder der Daseinsvorsorge sowie darauf bezogene Handlungen in der Vergangenheit und Gegenwart untersucht. Im Mittelpunkt der explorativen Untersuchung standen nicht nur Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, sondern abhängig von der Schwerpunktsetzung der befragten Personen wurden acht weitere Bereiche der Daseinsvorsorge untersucht. Um Anpassungsstrategien der Anbieter von Daseinsvorsorgeleistungen zu ermitteln, wurden aktuelle Trends, deren Bewertung und vollzogenen und geplante Reaktionen darauf von den Entscheidungsträgern erfragt. In den Gruppeninterviews mit den Senioren lag der Fokus darauf, wie die ältere Bevölkerung ihren Alltag gestaltet, welche Bedeutung Daseinsvorsorgeangeboten dabei zukommt und wie sie mit Veränderungen des Angebotes umgehen (Bewältigungsstrategien). Unter Strategie wird hier in Anlehnung an WIECHMANN (2008) emergent-adaptives Handeln verstanden, das in den Entscheidungsmustern der Akteure rückblickend erkennbar ist, ohne dass diesen ein intentionaler, konsistenter Plan zugrunde gelegen haben muss (inkrementalistisches Strategiemodell).

Die Ermittlung der aktuellen Ausstattung mit Daseinsvorsorgeeinrichtungen durch Kartierungen und Internetrecherchen ergänzte die Einschätzungen und Erzählungen der Befragten. Über ein routing-fähiges Straßennetz wurde dann mittels GIS die Erreichbarkeit der 1.292 Rasterzellen mit einer Kantenlänge von 1,5 km, die über die beiden Landkreise gelegt wurden, zum nächstgelegenen Hausarztstandort berechnet.

3.2 Versorgungssituation und Strategien der Anbieter

Die Versorgungssituation unterscheidet sich zum Erhebungszeitraum 2012 zwischen Bad Sachsa und Harzgerode (Tab. 3). In Bad Sachsa praktizieren deutlich mehr Ärzte. Abgesehen von einem Zahnarzt befinden sich alle medizinischen Versorgungseinrichtungen in der Kernstadt. Einige Ortsteile hatten auch nie einen Arzt. In einem Ortsteil befand sich früher eine Arztpraxis, doch mit deren Wegfall hat der Ort auch seinen Status als Heilklimatischer Kurort verloren. Zum Teil machen die Ärzte Hausbesuche in den Ortsteilen. Von vier Apotheken in der Kernstadt 1985 existieren heute noch zwei. Die Kurklinik von Bad Sachsa (2008 von der AOK an einen privaten Klinikträger übergeben) wurde 2011 geschlossen, ein seit 1945 bestehendes Kinderkrankenhaus bereits 1992.

In Harzgerode praktizieren lediglich in drei der sieben Dörfer ein Haus- und/oder Zahnarzt, teils geführt in Form einer Zweigpraxis. Die Ärzteschaft in Harzgerode hatte zum Erhebungszeitpunkt ein relativ hohes Durchschnittsalter erreicht (ca. 63 Jahre). Daraus ergibt sich, dass gehäuft Praxen frei werden. Im

Tab. 2: Medizinische Versorgungssituation in den Fallstudiengebieten

Merkmale	Bad Sachsa	Harzgerode
Niedergelassene Ärzte	23	10
- davon Hausärzte	15	7
- davon Kinderärzte	2	1
- davon Gynäkologen	2 (darunter ein Hausarzt mit Zusatzqualifikation)	1
- davon Chirurgen	1	-
- davon Psychologen	1	-
- davon Augenärzte	1 (in Zweigpraxis)	-
- davon HNO-Ärzte	1 (in Zweigpraxis)	-
- davon Internisten	-	1
Zahnärzte	8	6
Krankenhäuser	ca. 20–25 km entfernt in Herzberg oder Nordhausen	ca. 20 km entfernt in Quedlinburg
Apotheken	2	2

Quelle: eigene Erhebung (Stand: 2012)

Jahr 2010 betraf dies eine und 2011 drei weitere Praxen. Dabei wurde eine Praxis wieder besetzt, zwei als Zweigpraxen fortgeführt und die vierte von einem neu angesiedelten Zahnarzt übernommen. Die Zweigpraxis eines Ortsteils wurde kürzlich aufgegeben, zwei weitere wurden bereits in den 1990er Jahren geschlossen. Ebenfalls in den Dörfern weggefallen sind ein Hausarzt, der seine Praxis in den Hauptort verlagerte, sowie eine Gemeindegeschwister. Ein Krankenhaus gibt es im ca. 20 km entfernten Quedlinburg. Dort ist auch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) angesiedelt, in dem sich die Fachärzte konzentrieren. Bis 1998 gab es eine Kinderlungenklinik in Harzgerode. Vor der Wende gab es zudem in einem Ortsteil von Harzgerode eine Reha-Klinik für Herz- und Kreislaufkranke mit bis zu sieben Ärzten, die auch die Dorfbewohner mitversorgten und die heute als Pflegeheim nachgenutzt wird, ohne Gesundheitsleistungen für die Anwohner zu erbringen.

In den Landkreisen Osterode und Harz gibt es in den meisten Kleinstädten und größeren Dörfern zumindest einen Hausarzt (Abb. 2). Die Dörfer ohne eigenen Hausarzt liegen in der Regel 5 bis 6 km von der nächsten Praxis entfernt. Die maximale Entfernung von Siedlungen beträgt in beiden Landkreisen ca. 13 km. Davon sind jedoch nur relativ kleine Weiler betroffen. Im Landkreis Harz fällt auf, dass sich die Hausarztstandorte in den drei Mittelzentren Halberstadt, Quedlinburg und Wernigerode besonders stark konzentrieren. Im Gegensatz zum Landkreis Osterode am Harz gibt es relativ viele größere Dörfer ohne Hausarztpraxis.

In beiden Fallstudiengemeinden lassen sich teils widersprechende Strategien auf der Anbieterseite in der Gesundheitsversorgung erkennen. Am dominantesten ist die räumliche Konzentration in den Hauptorten. Praxen und Zweigstellen in den

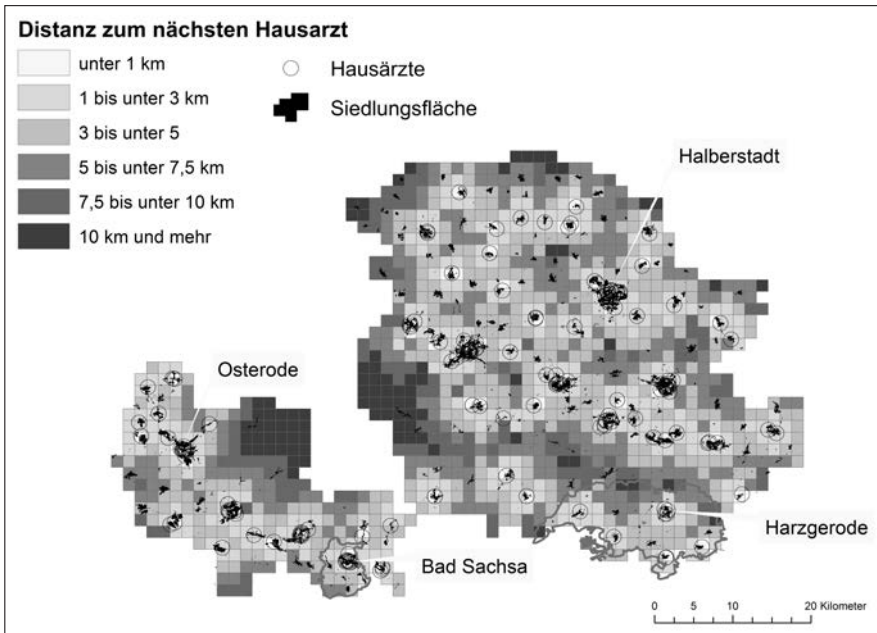


Abb. 2: Erreichbarkeit des nächsten Hausarztstandortes über das Straßennetz in den Landkreisen Osterode am Harz und Harz

Quelle: eigene Erhebung; Berechnungen: Stefan NEUMEIER

Dörfern werden geschlossen und Ärzte vermeiden Hausbesuche. In Bad Sachsa fand auch eine Konzentration von Gesundheitsdienstleistungen in einem Ärztehaus statt, womit den Patienten eine Versorgung an einem Ort ermöglicht wird. Ein privater Investor hat ein bestehendes Gebäude entsprechend umgebaut und 2010 mit neuen Ärzten, einer Apotheke und einem Sanitätshaus eröffnet. Die dort tätigen Fachärzte sind allerdings oft nur stundenweise vor Ort, was einer Dezentralisierung entspricht. Um die Leistung näher an die Nachfrage zu bringen, betreiben Hausärzte teils noch Zweigpraxen in den Dörfern.

Ein weiteres Beispiel für eine Dezentralisierungsstrategie ist der Hausarzt, der bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in einer mittelgroßen Stadt angestellt ist und in Harzgerode praktiziert. Ein 72-jähriger Hausarzt musste seine Praxis nach einem Schlaganfall kurzfristig aufgeben. In der Folge mussten sich die Patienten auf die verbleibenden Ärzte aufteilen, die dadurch ihr Punkte-Budget massiv überzogen hätten. Da damit Strafen in fünfstelliger Höhe verbunden sein können, hat die Stadtverwaltung zwischen den Ärzten und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vermittelt, sodass für eine Übergangszeit eine Budgeterhöhung erreicht werden konnte. Die Kommune schloss einen Rahmenvertrag mit der KV für eine längerfristige Lösung. Die Stadt Harzgerode hat sich darin verpflichtet, für neue Ärzte einen Mietzuschuss für die Praxis in Höhe von monatlich bis zu 500 Euro zur Verfügung zu stellen, die Vermittlung eines Arbeitsplatzes für den

mitziehenden Partner zu unterstützen und Kindergarten- bzw. Schulplätze für die Kinder bereitzustellen. Die KV garantiert im Gegenzug einem neuen Arzt ein Mindesteinkommen und wirbt für die Besetzung der Praxis. Außerdem wird der Arzt von einem MVZ eingestellt, so dass keine Startinvestitionen nötig sind, Verwaltungsarbeiten abgenommen und eine Urlaubsvertretung organisiert werden. Auf diese Weise konnte ein Arzt aus Rumänien gewonnen werden, der zunächst zwei Versuche benötigte, um die Zulassung zu erhalten. Nach kurzer Zeit ist dieser Arzt allerdings wieder weggezogen, auch weil er von den Patienten nicht sehr gut angenommen wurde. Mittlerweile ist ein neuer Arzt vor Ort. Die befragten Schlüsselakteure gehen davon aus, dass sich, wenn überhaupt, vor allem Ärzte aus dem östlichen Europa im Harz ansiedeln werden und sich die Bewohner daran gewöhnen müssten. Ein Gegenbeispiel ist der Arzt aus Straßberg, der sich ohne Anreize dort angesiedelt hat, weil er aus diesem Dorf stammt.

Die Hausärzte verfolgen individuell noch weitere Strategien, um ihre Patienten zu versorgen und sich an die Bedingungen im Gesundheitswesen anzupassen. Sie suchen eigenständig nach Nachfolgern, wenn sie vor der Verrentung stehen. Wenn sie dann keinen Praxismachfolger finden können, praktizieren viele noch weit über das Rentenalter hinaus. Die drei Ärzte, die in Harzgerode innerhalb kurzer Zeit ihre Praxis abgeben wollten, haben Nachfolger gefunden. Dabei handelte es sich um Hausärzte, die bereits in der Region praktizierten. Da ihr bisheriger Standort wirtschaftlich ungünstig war, betrieben sie zunächst eine Zweigpraxis in Harzgerode, um das Patientenpotential zu eruieren. Da sich eine Vollzeitätigkeit in Harzgerode lohnte, wurde dann die Zweigpraxis zur Hauptpraxis und der Standort in den Dörfern aufgegeben, womit sich die Versorgungslage dort verschlechterte.

Im Bereich der stationären Versorgung gibt es im Landkreis Harz auf engstem Raum drei große Krankenhäuser. Ob diese Bettenkapazität langfristig gehalten werden kann, ist fraglich. Dennoch wurden in der Vergangenheit große Investitionen in allen drei Kliniken getätigt und durch Landeszuschüsse gefördert. Mittlerweile wurde das Krankenhaus in Halberstadt privatisiert. Die beiden kommunalen Häuser in Wernigerode-Blankenburg und Quedlinburg fusionierten 2012, um Synergien zu nutzen und eine Spezialisierung der Standorte zu erreichen.

3.3 Bewertungen durch Schlüsselakteure und Senioren

In Bad Sachsa bewerten die Schlüsselakteure die Versorgung mit Hausärzten, Fachärzten und Apotheken in der Stadt als sehr gut. „Dieses ärztliche Problem ist ganz gut abgedeckt. Das klappt ganz gut. Da haben wir 17 oder 18 Ärzte hier – das muss man erstmal suchen. Also das ist noch verhältnismäßig viel“ (S16). In der Kernstadt sind alle Einrichtungen fußläufig erreichbar. Auch die Erreichbarkeit der Krankenhäuser wird als eher unproblematisch eingeschätzt. Dass die Patienten aus den Dörfern in die Kernstadt fahren müssen, gilt als selbstverständlich und unproblematisch, da die Entfernungen nach Bad Sachsa gering seien, die Mitnahme durch Familienangehörige und Nachbarn funktioniere und die Busverbindung relativ gut sei. Auch die Konzentration in einem Ärztehaus wird positiv bewertet, denn dadurch sei die Erreichbarkeit für die Dorfbewohner erleichtert. Vereinzelt werden Probleme bei der Versorgung am Wochenende gesehen, weil dann meist

ins nächste Krankenhaus gefahren werden muss. Ebenfalls wird bedauert, dass im Gegensatz zu früher kaum noch Hausbesuche durchgeführt würden, was insbesondere für Senioren aus den umliegenden Ortsteilen als problematisch erachtet wird. Ein Gesprächspartner wies auf Nachfolgeprobleme eines Kinderarztes in Bad Sachsa hin: „Uns rufen ständig die Eltern an, wir sollen da mal zusehen, dass da ein Kinderarzt kommt. Das ist aber ein freiwilliger Markt, und der ist bereit, seine Praxis für ,nen Euro abzugeben. Der inseriert ständig, dass er einen Nachfolger sucht. Der hat die Praxis voll. [...] Aber da kriegen Sie dann, wenn Sie in die Zeitung oder mal bei Google gucken mit, da gibt es andere Regionen, die sind im Prinzip attraktiver, und die finden auch keine Ärzte“ (S20).

In Harzgerode bewerten die Schlüsselakteure die Versorgung von Ort zu Ort unterschiedlich. Die Primärversorgung wird dort als gut oder sehr gut bezeichnet, wo noch Hausärzte praktizieren. Zweigstellen in den Dörfern, die nur wenige Tage in der Woche besetzt sind, werden als ausreichend bezeichnet. In den Orten ohne Hausarzt beklagen die Befragten das Fehlen und die damit verbundenen längeren Wege. Anders als in Bad Sachsa ist dies zum Teil mit einer Verlusterfahrung verbunden, wenn es früher Ärzte, Zweigstellen oder Gemeindegewerkschaften im Ortsteil gab. Auch in Harzgerode weisen mehrere Schlüsselpersonen darauf hin, dass die Ärzte kaum noch Hausbesuche tätigen.

Das Hauptproblem wird in dem hohen Alter der niedergelassenen Ärzte und den damit verbundenen Praxisschließungen gesehen. Wenn eine Nachfolge nicht gesichert ist, wird befürchtet, dass die Patienten auf Grund von Kapazitätsgrenzen nicht durch die übrigen Ärzte versorgt werden können. Damit könnten weite Wege zu Ärzten, die überhaupt weitere Patienten aufnehmen, verbunden sein. Wenn die Neuansiedlung gelingt, wie z. B. jüngst durch den rumänischen Arzt, verbindet sich damit die Erfahrung, dass das Problem nur kurzfristig gelöst sein könnte und nach kurzer Zeit neue Anstrengungen erforderlich sind. Die Wege zu Fachärzten und Krankenhäusern in den Mittelzentren stellt den befragten Schlüsselakteuren zufolge vor allem Senioren ohne Automobilität vor Probleme. Häufig wird die medizinische Versorgung zu DDR-Zeiten im Vergleich zu heute als deutlich besser bewertet.

Ein Schlüsselakteur bezweifelt jedoch, dass die Klagen über Ärztemangel tatsächlich zutreffen. Er weist auf unnötige Arztbesuche, die Praxis als beliebten Treffpunkt und die Diagnose als verbreitetes Gesprächsthema hin: „Also die Sprechstunden hier beim Arzt im Dorf sind häufig so abgelaufen wie die Butterfahrten in den 90er Jahren auf der Nordsee. ‚Morgen kann ich nicht, aber am Montag bin ich wieder da.‘ Alle, die nicht zum Seniorentreff gingen, gingen einfach zum Doktor. Insofern bin ich vorsichtig mit dem Gejammer über Ärztemangel“ (S18).

Die befragten Senioren aus Bad Sachsa bewerten die gesundheitliche Versorgung insgesamt positiv. Die haus- und fachärztliche Versorgung wird insbesondere für den Hauptort als ausgesprochen gut beschrieben: „Die ärztliche Versorgung ist eigentlich in Bad Sachsa super. Wir haben da also wirklich alles, was man sich vorstellen kann. Außer Orthopäden, den haben sie noch nicht. Da fahr ich nach Lauterberg“ (G5). In den Ortsteilen wird zwar das Fehlen von Hausärzten festgestellt, aber nicht als großes Problem gesehen. Die Entfernung zu den weiteren

Fachärzten und den Krankenhäusern in Herzberg und Nordhausen werden ebenso wenig beklagt wie die nur stundenweise Anwesenheit der Fachärzte in Bad Sachsa.

In Harzgerode wird die Versorgung mit Haus- und Fachärzten im Gegensatz zu Bad Sachsa sehr kritisch beurteilt. Insgesamt zählt der Haus- und Fachärztemangel für Senioren in Harzgerode, sowohl im Hauptort als auch in den Ortsteilen, zu den am häufigsten genannten Problemen: „Das größte Problem ist eben die Arztversorgung, und dann kommt das, wenn man zum Facharzt muss, dass man auf den Bus angewiesen ist“ (G1). Fachärzte und Krankenhäuser sind für die Befragten oft nur schwer, insbesondere mit öffentlichen Verkehrsmitteln, zu erreichen. Die Senioren befürchten auch in Zukunft einen weiteren Ärztemangel, da die Nachfolge angesichts unattraktiver Bedingungen für junge Ärzte und deren Familien als unwahrscheinlich eingeschätzt wird.

Die verbliebenen Zweigpraxen in den Dörfern werden ebenfalls als unzureichend angesehen, da diese nur einmal pro Woche Sprechstunde anbieten. Die Senioren bedauern den Verlust von Ärzten und Gemeindefachkräften in den Ortsteilen stark. Hinzu kommt der Wegfall von Hausbesuchen. Vereinzelt wird Verständnis für das geringe Versorgungsniveau geäußert, das eben für kleinere Orte normal sei. In Harzgerode wünscht sich die Mehrheit der befragten Senioren eine Gemeindefachkraft in Verbindung mit einer hausärztlichen Zweigstelle, wie vor der Wiedervereinigung. Dieser Wunsch wurde auch von einem Schlüsselperson aus Bad Sachsa erwähnt, da das einzig Negative an der Gesundheitsversorgung in Bad Sachsa darin bestehe, dass eine Mindestversorgung an Wochenenden und in der Nacht fehle.

3.4 Bewältigungsstrategien der Senioren

Die festgestellten Wandlungsprozesse in der Gesundheitsversorgung und die insbesondere in Harzgerode wahrgenommenen Defizite werfen die Frage auf, wie die Bevölkerung mit diesen Veränderungen vor Ort umgeht. Die kommunalen Vertreter von Bad Sachsa sehen auf Grund der positiv eingeschätzten Situation keinen Handlungsbedarf. Die Stadt Harzgerode hat sich mit der Nachfolge von ambulant tätigen Ärzten beschäftigt und Anreize für neue Ärzte geschaffen (s. o.). Insgesamt werden die Handlungsmöglichkeiten der kommunalen und Landkreiskräfte als sehr begrenzt eingeschätzt, um Einfluss auf die Gesundheitsversorgung zu nehmen. Die Maßnahmen und entscheidenden Rahmenbedingungen werden demnach auf Bundes- und Landesebene bzw. auf Ebene der KVen bestimmt. Die befragten Senioren machen auch keinen Druck auf ihre Kommunalvertreter, die Gesundheitsversorgung zu verbessern, sondern nehmen die Entwicklungen als allgemeinen gesellschaftlichen Trend hin, der lokal kaum aufzuhalten ist. Lediglich Seniorenbeauftragte oder -beiräte sprechen dieses Thema bei Gelegenheit an, wobei auch ihnen die begrenzten Handlungsmöglichkeiten der lokalen Entscheidungsträger bewusst sind.

Neben der Nahversorgung und dem ÖPNV sind Einrichtungen der Gesundheitsversorgung die wichtigsten Bereiche der Daseinsvorsorge für die Senioren. Um mit den wahrgenommenen Versorgungsdefiziten umzugehen, lassen sich verschiedene Bewältigungsstrategien unterscheiden. Die am häufigsten genannte Art

des Umgangs besteht in der Erhaltung der eigenen Mobilität, um die Einrichtungen selbstständig ohne Hilfe Dritter erreichen zu können. Zentrales Verkehrsmittel ist hierbei das eigene Auto, das weit über das 80. Lebensjahr hinaus gefahren wird. Allerdings wird nur selten die Fragilität dieser Strategie gesehen, wenn das Fahren aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich sein wird oder wenn der Partner verstirbt und die Ehefrau keinen Führerschein besitzt oder keine Fahrpraxis hat. Der ÖPNV wird meist nicht als Alternative wahrgenommen. Hier unterstellen die Senioren ein schlechtes Angebot, auch wenn sie die Fahrpläne gar nicht kennen und das Angebot relativ gut ist (Abb. 3). „Sonst müsste ich mit dem Bus fahren. Ich weiß gar nicht, wie die Busse fahren. Auto darf ich nicht mehr fahren [...], so oft fahrn die Busse ja auch nicht. Also so wie es früher war [...], also die Verbindung ist sehr schlecht, von hier.“ (G5). Die Senioren, die den ÖPNV nutzen, müssen sich bei ihren Arztbesuchen an den Fahrzeiten der Busse und Bahnen orientieren und wählen die Gesundheitseinrichtungen danach aus, was möglichst einfach zu erreichen ist. Zum Beispiel fahren Senioren von Bad Sachsa bevorzugt zum Facharzt und Krankenhaus nach Nordhausen in Thüringen, weil diese fußläufig vom Bahnhof zu erreichen sind, während man in Herzberg nochmals in den Bus umsteigen muss. Die Abbildung 3 veranschaulicht beispielhaft, wohin die befragten Senioren aus Neudorf zu den Gesundheitseinrichtungen fahren, welches Verkehrsmittel sie nutzen und wie lange die Fahrtzeiten dauern.

Abbildung 3 zeigt auch, dass der Fahrzeitunterschied zwischen Auto und Bus auf verschiedenen Strecken erheblich und der ÖPNV deshalb unattraktiv ist. Zudem ist für viele Senioren der Weg zur Haltestelle zu weit. Auch deshalb lassen

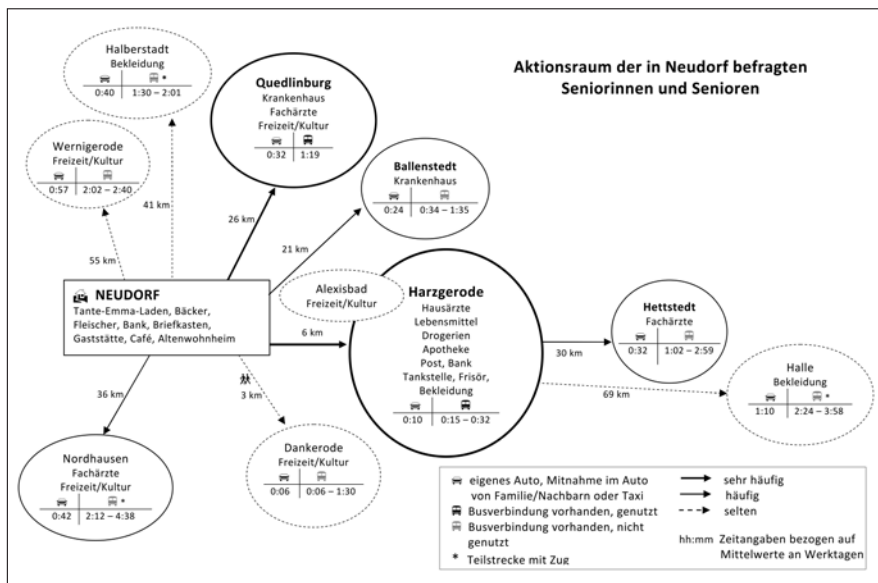


Abb. 3: Aktionsraum der in Neudorf, einem Ortsteil von Harzgerode, befragten Senioren

Quelle: STEINFÜHRER et al. 2012, 130

sie sich bei fehlender eigener Automobilität bevorzugt von Verwandten und Nachbarn fahren. Dieser Rückgriff auf soziale Netze scheint momentan noch relativ gut zu funktionieren. Allerdings dünnen die Netze durch den Wegzug jüngerer Familienmitglieder aus oder deren Zeitbudget ist begrenzt: „Ich kann nicht sagen immerzu zu den Enkelkindern, ‚ihr müsst mich jetzt dies holen oder ihr müsst mich‘. Das geht nicht [...], die haben Familie, die arbeiten [...], die gehen in Schichten“ (G1).

Insbesondere in Bad Sachsa wird das Taxi relativ häufig für Besorgungen und Arztbesuche genutzt. Viele der Senioren im Hauptort sind zugezogen und verfügen über geringe familiäre Unterstützung. Dafür sind ihre Renten aber oft höher, so dass sie die Taxifahrten eher bezahlen können. In Harzgerode sind die finanziellen Ressourcen hingegen deutlich eingeschränkter. Deshalb müssen Kosten für den Bus oder das Taxi oftmals an anderer Stelle eingespart werden. „Wenn ich weiß, es ist keiner da, dann nehme ich mir eben ‘ne Taxe. Und dann muss ich zur Apotheke, dann muss ich zur Bank, und dann muss ich einkaufen gehen, und dann hab ich so noch was [...], und dann mach ich eben die Augen zu und das Portemonnaie auf und spare an etwas anderem“ (G2). Bedürfnisanpassungen in Form von Verzicht auf den Arztbesuch wurde von den Senioren nicht angesprochen. Lediglich ein Schlüsselakteur verwies darauf, dass mit der größeren Entfernung zum nächsten Arzt eher auf Besuche verzichtet würde, wenn dabei der soziale Kontakt im Vordergrund stünde und keine ernsthaften Beschwerden vorhanden wären.

Eine weitere Strategie zur Bewältigung von Versorgungsdefiziten könnte die Nutzung institutioneller Hilfsangebote, wie der Umzug ins Seniorenheim, die Nutzung von Krankentransporten oder Patientenfahrdiensten, sein. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung wurden solche Hilfen nicht angesprochen. Die Befragten scheinen darauf zu hoffen, diese Angebote noch möglichst lange nicht zu benötigen, und machen sich bisher oft wenig Gedanken darüber. Dies entspricht auch den Erfahrungen im Seniorenservicebüro vom Landkreis Osterode, dass es in der Regel die Angehörigen sind, die sich nach Unterstützungsleistungen erkundigen, wenn die eigenständige Versorgung nicht mehr gewährleistet ist. Einen Wegzug auf Grund unzureichender Ausstattung mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ziehen die befragten Senioren ebenfalls nicht in Betracht, denn insgesamt sind die Zufriedenheit mit dem Wohnort und die emotionale Bindung daran sehr hoch.

4 Fazit

Die Entwicklungen in den beiden Fallstudiengebieten verdeutlichen den Wandel der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen. Insgesamt ist eine Ausdünnung der Versorgung in den Dörfern und eine Konzentration der Primärversorgung in den Kleinstädten sowie der fachärztlichen Versorgung und Krankenhäuser in den Mittelzentren zu beobachten. Die Erreichbarkeitsanalyse für die hausärztliche Versorgung zeigt, dass die meisten Einwohner in den Landkreisen Osterode und Harz einen Arzt in mindestens 5 bis 6 km Entfernung erreichen können. Die Befragung

von Einwohnern sächsischer Dörfer hat gezeigt, dass ein sehr enger Zusammenhang zwischen der Entfernung zur nächsten Arztpraxis und einer negativen Bewertung der medizinischen Versorgung besteht (FREITAG et al. 2009, 11). Demnach empfinden 50 % der Befragten ein fehlendes Angebot im Dorf als störend, wenn die nächste Sprechstunde 6 km entfernt ist. Befragungsergebnisse aus Rheinland-Pfalz zeigen, dass der Weg zum Hausarzt ab 18 Minuten als aufwendig empfunden wird (SIEGERT et al. 2010, 27). Zudem hängt die Bewertung des Aufwandes von körperlichen Beeinträchtigungen ab, sodass Hochbetagte häufig distanzempfindlicher sind.

Neben der räumlichen Konzentration des Angebotes durch Praxisstilllegungen, Bündelung in einem Ärztehaus, Aufgabe von Zweigpraxen und die Verringerung von Hausbesuchen lässt sich gleichzeitig eine Dezentralisierung beobachten. Dazu zählen Zweigpraxen von Fachärzten oder die Außenstelle eines MVZ für die hausärztliche Versorgung. Diese Formen setzen aber einen hohen Konkurrenzdruck oder besondere Anreize durch die KVen voraus. Während ersteres neben dem hohen sozialen Status der Patienten ein Grund für das gute Angebot in Bad Sachsa sein könnte, wurde letzteres durch die Kooperation zwischen Stadt, KV und MVZ in Harzgerode initiiert. Allerdings scheinen die Anreize besonders für Ärzte aus Südosteuropa, die kurzfristig bleiben, um das deutsche ambulante System kennen zu lernen, attraktiv zu sein. Eine weitere Anpassungsstrategie ist die Eigeninitiative der Ärzte, die über das 65. Lebensjahr hinaus tätig sind, wenn sie keinen Nachfolger finden. Die Nachbesetzung erfolgt allerdings oftmals aus kleineren Orten der Region, so dass dort neue Versorgungslücken entstehen. Gleichfalls konnte die Niederlassung von Ärzten beobachtet werden, die aus der Region stammen und keine besonderen Anreize benötigten. Dieser Befund bestätigt die Erfahrung, dass die Herkunft bei der Standortwahl eine entscheidende Rolle spielt und dass finanzielle Anreize wenig Wirkung entfalten können, um Standortnachteile zu kompensieren (GÜNTHER et al. 2010). Schließlich konnten in der Krankenhausversorgung Ansätze zur Privatisierung und Spezialisierung identifiziert werden, ohne deren Folgen für die Versorgung bereits abschätzen zu können.

Die befragten Schlüsselakteure bewerten die Gesundheitsversorgung insgesamt relativ positiv. Lediglich in Harzgerode werden bereits Probleme bei Nachbesetzungen von Arztpraxen beobachtet und künftig angesichts des hohen Alters der niedergelassenen Ärzte verstärkt befürchtet. Diese Befürchtung deckt sich mit den Ergebnissen von Befragungen von Nachwuchsmedizinern, deren Bild von ländlichen Räumen als Wohn- und Arbeitsort oftmals negativ besetzt ist. Auch deshalb schätzen die lokalen und regionalen Akteure ihre Möglichkeit, die Gesundheitsversorgung positiv zu beeinflussen, als sehr gering ein.

Die Senioren sehen die gesundheitliche Versorgung insbesondere in Harzgerode deutlich kritischer als die Schlüsselakteure. Vergleichsmaßstab ist eine relativ dichte Versorgung in der Vergangenheit und die Verlusterfahrung durch Ausdünnungsprozesse innerhalb relativ kurzer Zeit. Dass sich die Versorgungsqualität im Zuge des technischen Fortschritts und der Ausdifferenzierung der fachärztlichen Versorgung im Gegenzug verbessert hat (AMELUNG u. JANUS 2006, 28), wird nicht

wahrgenommen. Zur negativen Bewertung durch die Senioren trägt vermutlich bei, dass die persönlichen finanziellen und gesundheitlichen Ressourcen abnehmen und die Abhängigkeit von sozialen Netzen zunimmt oder eine solche Abhängigkeit befürchtet wird. Insgesamt scheint die Mitnahme zu gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen noch relativ gut zu funktionieren, allerdings dünnen soziale Netze im Alter aus, Familienmitglieder verlassen die Region oder sind mit der Bewältigung ihres Alltags stark beschäftigt, so dass die Senioren ihnen nicht zur Last fallen möchten. Die Bewertungen der Situation fällt in Bad Sachsa deutlich positiver aus, weil insbesondere die fachärztliche Versorgung besser ist, Distanzen von den Dörfern zum Hauptort geringer sind, teilweise nie eine hausärztliche Versorgung bestanden hat und die finanziellen Möglichkeiten vieler Senioren höher sind.

Die Bewältigungsstrategien der Senioren basieren primär darauf, die eigene Mobilität zu sichern. Hierbei steht die Automobilität eindeutig im Vordergrund. Wenn dies nicht mehr möglich ist, greifen die Senioren auf soziale Netzwerke zurück, um sich zum Arzt oder Krankenhaus bringen zu lassen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen SIEGERT et al. (2010, 26) für die ländlichen Räume von Rheinland-Pfalz. Bedürfnisanpassungen, institutionelle Angebote oder gar Fortzug spielen für die befragten Senioren kaum eine Rolle.

Für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen bleiben die Effekte der Reform der Bedarfsplanung und des neuen Versorgungsstrukturgesetzes abzuwarten. So wird sich zeigen, inwiefern die erweiterten Handlungsspielräume der KV dazu genutzt werden, Über- und Unterversorgung abzubauen. Finanzielle Anreize zur räumlichen Umverteilung des medizinischen Personals, dessen Anzahl in den vergangenen Jahren stark gestiegen ist, lassen jedoch Mitnahmeeffekte und zusätzliche Kostensteigerungen im Gesundheitsweisen befürchten. Die Erfahrungen aus anderen Ländern (s. Kap. 2), die bereits seit vielen Jahren die Versorgung sehr dünn besiedelter ländlicher Räume sicherstellen müssen, sprechen eher für die gezielte Aktivierung medizinischen Nachwuchses aus unterversorgten ländlichen Räumen und die Verlagerung von Ausbildungsteilen dorthin.

Literatur

- AMELUNG, V. u. K. JANUS 2006: Veränderte Marktstrukturen für Ärzte im ambulanten Sektor. In: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 6, 3, S. 26–35.
- BEIVERS, A. u. M. SPANGENBERG 2008: Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung. In: *Informationen zur Raumentwicklung*, 1/2, S. 91–99.
- BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG (BBSR) (Hrsg.) 2010: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR). Bonn.
- BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG (BBSR) (Hrsg.) 2012: Raumordnungsbericht 2011. Bonn.
- BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG (BBSR) (Hrsg.) 2016a: Laufende Raumberechnung – Raumabgrenzungen: Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe – Mittelbereiche. URL: <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumberechnung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html> (letzter Zugriff 27.05.2016).

- BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG (BBSR) (Hrsg.) 2016b: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR). Bonn.
- DETTMER, S. u. A. KUHLMAY 2009: Karriere- und Lebensplanung angehender Ärztinnen und Ärzte (KuLM-Studie). Berlin.
- DOUGLAS, E. 2009: Telematisch basierte Portalverbände als eine Lösungsmöglichkeit zur Absicherung einer qualitativen, wirtschaftlichen und flächendeckenden Krankenhausversorgung in Deutschland. URL: opus4.kobv.de/opus4-fau/files/874/EllenDouglasDissertation.pdf (letzter Zugriff 07.01.2014).
- FREITAG, T., C. RÖSSLER u. A. KUNZ 2009: Daseinsvorsorge aus Bürgersicht. Dresden (= Schriftenreihe des Landesamtes für Umwelt, Landwirtschaft und Geologie, 31/2009).
- GÜNTHER, O. H., B. KÜRSTEIN, S. G. RIEDEL-HELLER u. H.-H. KÖNIG 2010: The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the Choice of Practice Establishment. In: *Health Services Research*, 45, 1, S. 212–229.
- HANCOCK, C., A. STEINBACH, T. NESBITT, S. ADLER u. C. AUERSWALD 2009: Why doctors choose small towns. In: *Social Science & Medicine*, 69, 9, S. 1368–1376.
- JACOB, R., A. HEINZ u. J. P. DÉCIEUX 2010: Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. URL: www.mft-online.de/files/berufsmonitoring-medizinstudenten-fragebogen_mit_randausz_hlung_24-8-2010.pdf (letzter Zugriff 07.01.2014).
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (Hrsg.) 2013: Graphiken zu Honorarzahlen. URL: www.kbv.de/publikationen/24851.html (letzter Zugriff 07.01.2014).
- KLOSE, J. u. I. REHBEIN 2011: *Ärztatlas 2011*. Berlin.
- KOPETSCH, T. 2007: Arztdichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Deutschland. In: *Schmollers Jahrbuch*, 127, 3, S. 373–405.
- LANDESBETRIEB FÜR STATISTIK UND KOMMUNIKATIONSTECHNOLOGIE NIEDERSACHSEN (LSKN) (Hrsg.) 2014: LSKN-Online – die kostenfreie Regionaldatenbank für Niedersachsen. URL: www1.nls.niedersachsen.de/Statistik/ (letzter Zugriff 08.01.2014).
- NIEDERSÄCHSISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (NIW) (Hrsg.) 2011: NIW-Demographietest Niedersachsen: Bad Sachsa, Stadt. URL: www.niw.de/uploads/profile/Bad%20Sachsa,%20Stadt%20%28156003%29.pdf (letzter Zugriff 07.01.2014).
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) (Hrsg.) 2013: Health: Key tables from OECD. URL: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 (letzter Zugriff 08.01.2014).
- RICHARDS, H. M., J. FARMER u. S. SELVARAJ 2005: Sustaining the rural primary health-care workforce. In: *Rural and Remote Health*, 5, Artikel 365. URL: www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_365.pdf (letzter Zugriff 07.01.2014).
- SCHMACKE, N. 2013: Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Bremen (= Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, 11/2013).
- SCHMITZ-VELTIN, A. 2006: Lebensbedingungen im demographischen Wandel. Konsequenzen von Alterung und Schrumpfung für Bildungschancen und medizinische Versorgung in ländlichen Räumen. In: *Raumforschung und Raumordnung*, 64, 5, S. 343–354.
- SIEGERT, M., E. LEIDINGER, O. PITZIUS, R. JACOB u. A. HEINZ 2010: *Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz*. Mainz.
- STAGG P., J. GREENHILL u. P. S. WORLEY 2009: A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates. In: *Rural and Remote Health*, 9, Artikel 1245. URL: www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=1245 (letzter Zugriff 07.01.2014).
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2013a: Gesundheitspersonalrechnung. Online unter: www-genesis.destatis.de (Stand: 02.10.2013).

- STATISTISCHES BUNDESAMT 2013b: Grunddaten der Krankenhäuser. URL: www-genesis.de-statis.de (letzter Zugriff 02.10.2013).
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2014: Regionaldatenbank Deutschland. URL: www.regional-statistik.de (letzter Zugriff 07.01.2014).
- STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT 2014: Bevölkerung regionale Gliederung. URL: www.statistik.sachsen-anhalt.de/bevoelkerung/index.html (letzter Zugriff 07.01.2014).
- STEINFÜHRER, A., P. KÜPPER u. A. TAUTZ 2012: Gestaltung der Daseinsvorsorge in alternden und schrumpfenden Gemeinden – Anpassungs- und Bewältigungsstrategien im Harz. Braunschweig (= Landbauforschung Sonderheft, 367).
- WALKER, J. H. M, D. E. DEWITT, J. F. PALLANT u. C. E. CUNNINGHAM 2012: Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally. In: Rural and Remote Health, 12, Artikel 1908. URL: www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=1908 (letzter Zugriff 07.01.2014).
- WEGENER, C. 2010: Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Kaiserslautern (= Arbeitspapiere zur Regionalentwicklung, 8).
- WIECHMANN, T. 2008: Planung und Adaption. Strategieentwicklung in Regionen, Organisationen und Netzwerken. Dortmund.

