

## **Auszüge aus Fragen zu den Lehrforschungsprojekten**

### **Welche Forschungsergebnisse haben Sie erzielt? Welche Erkenntnisse gibt es hinsichtlich der Bedarfe und Mängel bei Infrastruktur und Nahversorgung?**

Die Versorgungslast für den einzelnen Mediziner ist stark abhängig von der Anzahl der sesshaften Ärzte. Allgemein gefasst könne, laut Krankenkasse, nicht von einer problematischen Lage der Gesundheitsversorgung ausgegangen werden, da die Krankenhausstruktur in diesem Landkreis sehr gut ausgeprägt sei und teilweise dadurch eine Überversorgung gegeben sei. Anhand der Sozialstrukturanalyse kann aber gezeigt werden, dass die Versorgungslage in ländlichen Regionen deutlich unter den städtischen Gebieten liegt und demnach dort die Ärzteschaft mehr Aufwand zur Garantie der gesundheitlichen Grundversorgung betreiben muss. Allerdings sollte in nachfolgenden Studien der Einfluss der Krankenhausversorgung mit beachtet werden.

Es ist abschließend festzuhalten, dass die Ergebnisse nicht allgemeingültig interpretierbar sind, hinsichtlich der erfragten Inhalte. Durch das Kasseninterview konnte ein Überblick über die Gesamtversorgung gewonnen werden. Die Hypothesen gaben nur minimalen Aufschluss und statt einer angestrebten qualitativen Studie, basieren viele Aussagen hauptsächlich auf einer Sekundäranalyse, da die Interviews keine eindeutigen Antworten geben konnten. Aufgrund des fehlenden Zuganges zu spezifischen Daten, war für uns ein Stadt-Land-Vergleich nur eingeschränkt möglich, dennoch kann davon ausgegangen werden, dass der städtische Raum überversorgt und der ländliche Raum unterversorgt ist.

Wir gingen in unseren Hypothesen von einem Stadt-Land-Vergleich aus und wollten untersuchen, ob es Unterschiede zwischen den Allgemeinmedizinern in den verschiedenen Regionen gibt. Unser Ausgangspunkt war, dass auf dem Land mehr ältere Menschen leben und deswegen ein anderes Anforderungsprofil für den Arzt besteht. Doch es ergab sich folgendes Problem: Es ließ sich die gewünschte Interviewanzahl mit Allgemeinmedizinern in der ländlichen Region nicht realisieren, da die angefragten Ärzte keine Zeit aufbringen konnten, oder gar nicht erreichbar waren. Dies könnte als ein eventueller Indikator dafür gesehen werden, dass allgemein ein Ärztemangel zu verzeichnen ist und im ländlichen Raum weitere Versorgungsschwierigkeiten auftreten. Dagegen spricht allerdings das Kasseninterview. Da es sich bei dem vorliegenden Forschungsbericht um eine explorative Studie handelt, kann diese Arbeit nur als ein erster Hinweis dienen. Um eindeutigere Ergebnisse zu erhalten, sollten zusätzlich weitere Arztinterviews, sowie Patientenbefragungen mittels quantitativer Bögen durchgeführt werden.

### **Handlungsempfehlung der Projektgruppe „Gesundheitliche Grundversorgung in alternden Räumen“**

Es sei darauf hingewiesen, dass die folgenden Handlungsempfehlungen auf den lokal begrenzten Ergebnissen unseres Forschungsprojektes in den Semestern 2008/09 beruhen. Die gezogenen Schlussfolgerungen basieren dementsprechend auf den lokalen Besonderheiten des Landkreises Anhalt-Bitterfeld. Trotz dessen gehen wir davon aus, dass die Handlungsempfehlungen auf Räume mit ähnlichen Strukturproblemen übertragbar sind. Im Folgenden ist es daher notwendig, kurz die Ergebnisse unserer Untersuchung zu präsentieren, um im Anschluss auf die entsprechenden Schlussfolgerungen zurück zu kommen.

Die Ergebnisse basieren auf einer Kombination quantitativer und qualitativer Methoden. Es wurden vier leitfadengestützte Experteninterviews (drei Allgemeinmediziner, ein Expertenteam einer Krankenkasse) durchgeführt und durch eine, auf den Daten des Statistischen Landesamtes, des Landkreises Anhalt-Bitterfeld und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, ruhende Sozialstrukturanalyse ergänzt.

Beim Untersuchungsraum Anhalt-Bitterfeld handelt es sich, wie auch bei den anderen Landkreisen des Bundeslandes Sachsen-Anhalt, um einen alternden Raum. Die Bevölkerung sank von 1990 bis 2006 sowohl absolut als auch relativ. Damit einher ging ein relativer Rückgang der Personen unter 40 und ein Anstieg von Personen im Alter über 40 Jahren. Ursache dieser Entwicklung ist insbesondere in hohen Abwanderungstendenzen zu sehen.

Diese Entwicklung konnte auch durch die vier qualitativen Interviews bestätigt werden. Zur Ärztestruktur lässt sich sagen, dass ein deutlicher Überschuss städtisch niedergelassener Allgemeinmediziner zu verzeichnen ist. Im Vergleich der zu versorgenden Bevölkerung von städtisch und ländlich angesiedelten Medizinern, konnte festgestellt werden, dass die Bevölkerung im städtischen Raum ein deutlich besseres Arzt-Bevölkerungs-Verhältnis aufweist. Auch wenn die anteilmäßige Streuung von Allgemeinmedizinern und Bevölkerung im Zusammenhang mit den beiden Raumkategorien betrachtet wird, schneidet der städtische Raum vorteilhafter ab. Die Interviews zeigten, dass die ansässigen Ärzte unterschiedliche Arten der Anpassung an die demografischen Veränderungen zeigten. Es wurden zeitliche, finanzielle, als auch bürokratische Probleme, in der Grundversorgung aufgezeigt. Da es sich bei den Interviewten hauptsächlich um städtisch niedergelassene Mediziner handelte, erlaubten die Interviews keine genauen Rückschlüsse auf spezifische Probleme im ländlichen Raum.

Die Ergebnisse des Berichtes zeigen, dass der ländliche Raum eine geringere Versorgungsdichte aufweist, als der städtische Bereich und hier darüber nachgedacht werden müsste, diese Situation durch ausgleichende Maßnahmen zu entschärfen. Hinzu kommt der Faktor, dass städtische Räume eine bessere Verkehrsinfrastruktur haben und somit das Erreichen der ansässigen Mediziner erleichtert wird, als in ländlichen Gebieten. Die Vertreter der interviewten Krankenkasse äußerten sich diesbezüglich, dass es notwendig wäre, den ambulanten und stationären Bereich der medizinischen Grundversorgung stärker zu vernetzen, damit eine effektive Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann. Dies könnte sich zum Beispiel in einer intensiveren Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen umsetzen. Hier wäre beispielsweise ein Poliklinikmodell denkbar, bei dem sich Ärzte verschiedener Fachbereiche lokal formieren. In städtischen Regionen können diese Funktion, die bereits bestehenden Krankenhäuser übernehmen. Im ländlichen Raum müssten existierende Strukturen geprüft werden. Als bereits vorhandenes Beispiel kann hier auf das Gesundheitszentrum Bitterfeld verwiesen werden. Innerhalb dieses Modells könnten Praxen aus angrenzenden Gemeinden an einem zentralen Standort zusammengeschlossen werden. Unsere These ist, dass dieses gegenüber dezentralen Strukturen kostengünstiger ist und eine Neuverteilung der freigewordenen Mittel, auf die bestehenden Gesundheitszentren erlaubt. Da wir allerdings keinen Einblick in die Kostenstruktur der niedergelassenen Praxen und der Krankenhäuser haben, müsste in einem nächsten Schritt eine weitere Untersuchung dessen erfolgen. Dieses Modell setzt auf ein Rotationsprinzip der ansässigen Allgemeinmediziner. Dabei sichert ein Teil der Ärzteschaft die Grundversorgung vor Ort, während der andere Teil die angrenzenden Gebiete bedient. Die Ärzte in den jeweiligen Funktionsbereichen rotieren dabei in festgelegten Zeitabständen, um aufgabenspezifische Motivationsverluste zu verhindern.

Damit wird beispielsweise die Beanspruchung durch lange Fahrzeiten bei Hausbesuche angesprochen. Zusätzlich könnten die Personen im Funktionsbereiche „Hausbesuche“ durch zusätzliche Leistungen, z.B. finanzielle Anreize motiviert werden. Eine stärkere Verzahnung mit den ortsansässigen ambulanten Pflegestationen könnte den Versorgungsaufwand durch das Personal des Gesundheitszentrums zusätzlich verringern. Denkbar wäre der Ausbau des teilweise bestehenden Informationsnetzes zwischen Arzt und Hauskrankenpflegediensten. Nachteilig an dem Modell wären aber die entstehenden Fahrtkosten vom Gesundheitszentrum zu den Patienten in den angrenzenden Gemeinden und sowie der steigende Zeitfaktor, der damit einhergeht. Ebenso haben die Patienten größere räumliche Distanzen zu überwinden. Zusätzlich gilt es zu bedenken, dass es durch das Rotationssystem zu einer Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses käme. So müsste in weiteren Studien geprüft werden, welcher Problemfaktor überwiegt: Rückgang der Arzt-Patienten-Bindung oder die einseitige Belastung des Arztes durch den festgelegten Tätigkeitsbereich.

Ein weiteres grundlegendes Problem der Versorgungssituation, ist die Überalterung der Ärzte und das Wegbleiben von jüngeren Medizinern, in spezifischen Gebieten. Die interviewte Krankenkasse sah diesen Engpass, wies aber zusätzlich daraufhin, dass das Schrumpfen der Bevölkerung und der Ärzteschaft annähernd homogen sei. Dennoch sollte über Anreize zur Neuansiedlung von Allgemeinmedizinern im Raum Anhalt-Bitterfeld, nachgedacht werden. Kritisch sahen die Vertreter der Krankenkasse diese Entwicklung besonders bei den Fachärzten: „in bestimmten Fachrichtungen bedürfte es eigentlich der ein oder andren Niederlassung mehr (...) Also selbst für die Städte, da geht's immer noch, aber in Ländern oder so dünn besiedelten Regionen, da will einfach keiner mehr hin.“ Dieser Unterschied spiegelt sich auch in den Leistungsausgaben wieder. Die Kassenvertreter schildern, dass die Versorgungsgrade in den Städten wesentlich höher ausfallen: „(...) Versicherte von uns, die auf dem Land leben, vermeintlich gesünder sein müssten, weil sie weniger Leistungsausgaben verursachen, wie in der Stadt. (...) liegt es daran, dass die Wege für den Menschen auf dem Land weiter sind, als die in der Stadt?“ Die Institution spricht damit einen zusätzlichen Aspekt in alternden Räumen an: die schwierige finanzielle Lage und Versorgungslast. Im Interview wurde berichtet, dass die Verteilungen der Patienten zunehmend selektiv über die verschiedenen Krankenkassen erfolgt und einige dadurch mehr belastet seien, als andere. Selektion meint hier Unterschiede hinsichtlich der Altersstruktur, sowie dem sozialen Status und die daraus resultierende Möglichkeit zur Zahlung der Mitgliedschaftsbeiträge. Handlungsmöglichkeiten um diesem Problem zu begegnen wären zum einen, die Verringerung der Anzahl von Krankenkassen, eine administrativ gesteuerte Zuweisung der Patienten zu den Kassen, Ausgleichszahlungen oder eine Kombination dieser Ansätze.

Unsere Studie und die daraus resultierenden Handlungsansätze können nur als Einstieg in die Thematik gesehen werden. Keinesfalls als vollständig ausgereiftes Konzept. Hierzu bedarf es weiterer Untersuchungen, die im Rahmen des Lehrforschungsprojektes nicht geleistet werden konnten.

### **Ansprechpartnerin:**

Dr. Roswitha Eisentraut  
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie  
 06099 Halle  
 Tel.: 0345 / 55024240  
 E-mail: [roswitha.eisentraut@soziologie.uni-halle.de](mailto:roswitha.eisentraut@soziologie.uni-halle.de)