



Kreis
Rendsburg-Eckernförde

Hausärztliche Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Rendsburg, 01.09.2022



Marvin Böttger
Demografiebeauftragter
Telefon: 04331/202-1293
marvin.boettger@kreis-rd.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	V
1. Hintergrund und Zielsetzung der Analyse.....	1
2. Demografische Entwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde	2
2.1 Administrative Gliederung.....	3
2.2 Grad der Verstädterung und Bevölkerungsdichte.....	4
2.3 Altersstrukturentwicklung.....	8
2.4 Altersstrukturvergleich auf Ämterebene.....	10
2.5 Lebenserwartung bei der Geburt.....	12
2.6 Bevölkerungsprognose.....	14
3. Grundlagen der hausärztlichen Versorgung.....	15
3.1 Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung.....	16
3.2 Bedarfsplanung.....	16
3.3 Entwicklungstrends in der hausärztlichen Versorgung.....	18
3.4 Entwicklung des Bedarfs nach hausärztlichen Leistungen.....	20
3.5 Prognose zur Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis 2035.....	22
4. Hausärztliches Versorgungsangebot im Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	23
4.1 Beschäftigungsverhältnisse der Hausärztinnen und Hausärzte.....	23
4.2 Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte.....	24
4.3 Hausärztliche Versorgung in den Mittelbereichen.....	26
4.4 Hausärztliche Versorgung in den Nahbereichen.....	29
4.5 Hausärztliche Versorgung auf Ämterebene.....	35
4.6 Erreichbarkeit der Hausärztinnen und Hausärzte auf Gemeindeebene.....	40
5. Machbarkeitsstudie zur Sicherung der ärztlichen Grundversorgung in Rendsburg.....	42
5.1 Befragung der niedergelassenen Hausärzteschaft.....	43
5.2 Chancen und Risiken.....	43
5.3 Empfehlungen.....	44
6. Kernbotschaften zur hausärztlichen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	45
7. Aktuelle Ansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung.....	46
7.1 Medizinische Versorgungszentren.....	46
7.2 Zweigpraxen.....	47
7.3 Delegation von Versorgungsleistungen an nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten.....	47
7.4 Telemedizin.....	47
7.5 Stärkung der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung.....	48
7.6 Finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen.....	49
7.7 Werbekampagnen zur hausärztlichen Nachwuchsgewinnung.....	49
8. Optionen für das weitere Vorgehen.....	50
8.1 Einrichtung einer Steuerungsgruppe.....	50
8.2 Befragung der Hausärzteschaft.....	51
8.3 Werkstattgespräch zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	51
8.4 Ableitung von Handlungsempfehlungen.....	51
Literaturverzeichnis.....	52

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde von 2000 bis 2020...	2
Abb.2: Ämter, Städte und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	3
Abb.3: Grad der Verstädterung.....	5
Abb.4: Grad der Verstädterung nach Bevölkerung/Fläche im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2020.....	6
Abb.5: Bevölkerungsdichte.....	7
Abb.6: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen Kreis Rendsburg-Eckernförde 2000-2020.....	8
Abb.7: Relative Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2000-2020.....	9
Abb.8: Durchschnittsalter der Bevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	10
Abb.9: Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter.....	11
Abb.10: Altersstruktur in den Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde im Jahr 2020.....	12
Abb.11: Lebenserwartung der Frauen und Männer bei der Geburt im Kreis Rendsburg-Eckernförde in den Jahren 1995 und 2017.....	13
Abb.12: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen Kreis Rendsburg-Eckernförde 2018-2030.....	14
Abb.13: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2019.....	21
Abb.14: Beschäftigungsverhältnisse der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021.....	24
Abb.15: Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021.....	25
Abb.16: Anteile der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Rendsburg-Eckernförde nach Altersgruppen 2021.....	26
Abb.17: Hausarztstellen im Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	27
Abb.18: Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte in den Mittelbereichen in Schleswig-Holstein (2021).....	28
Abb.19: Hausärztinnen und Hausärzte (VzÄ) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in den Mittelbereichen in Schleswig-Holstein 2021.....	29
Abb.20: Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen Schleswig-Holsteins 2021.....	30

Abb.21: Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde (2021).....	31
Abb.22: Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in den Nahbereichen Kreis Rendsburg-Eckernförde (2021).....	32
Abb.23: Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde (2021).....	33
Abb.24: Versorgungsgradprognose der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen Schleswig-Holsteins 2026.....	34
Abb.25: Prognostizierter Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte 2026 Nahbereiche Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	34
Abb.26: Anzahl Hausarztstellen (VzÄ) in den Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden (2021).....	35
Abb.27: Hausärztlicher Versorgungsgrad.....	37
Abb.28: Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.....	39
Abb.29: Anzahl der Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde mit einer durchschnittlichen PKW-Fahrzeit zur nächsten Hausarztpraxis (2016) in Minuten.....	41
Abb.30: Anteil der Gemeinden mit einer durchschnittlichen PKW-Fahrzeit zur nächsten Hausarztpraxis (2016) in Minuten.....	42

Tabellenverzeichnis

Tab.1: Bedarfsplanerische Versorgungsgrade für die hausärztliche Versorgung.....	17
Tab.2: Hausarztstellen und Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Rendsburg-Eckernförde.....	23
Tab.3: Bedarfsplanerische Kennzahlen in den Mittelbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021.....	27
Tab.4: Bedarfsplanerische Kennzahlen in den Nahbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021.....	31
Tab.5: Hausärztliche Kennzahlen in den Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021.....	36

1. Hintergrund und Zielsetzung der Analyse

Eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung und die flächenhafte Erreichbarkeit der Hausarztpraxen im gesamten Kreisgebiet sind ein unabdingbares Element der Daseinsvorsorge und damit von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität und ein gesundes Altern der Bevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Da die Anzahl der Arztbesuche mit höherem Alter ansteigt, wirkt sich der demografisch bedingte deutliche Anstieg der Anzahl der Menschen in höheren Altersgruppen auch unmittelbar auf die hausärztliche Versorgung aus. (vgl. 2.3; 3.4)

Der Verband der Ersatzkassen weist in seinem jährlichen Faktenpapier zur medizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein darauf hin, dass landesweit zurzeit bereits 33% aller Hausärztinnen und Hausärzte 60 Jahre oder älter sind und damit in den nächsten Jahren in den Ruhestand eintreten, wodurch Nachbesetzungen der Praxen erforderlich werden. Zugleich moniert der Verband schon heute eine Ungleichverteilung der hausärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein zwischen ländlich geprägten und urbanen Regionen. (vgl. VERBAND DER ERSATZKASSEN E.V. (VDEK) 2021: 13) Das Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein hat in der aktuellen Fortschreibung des Landesentwicklungsplans auch für die ländlichen Räume die Sicherstellung einer gleichwertigen und leistungsfähigen medizinischen Versorgung als sogenannten Grundsatz der Raumordnung formuliert. Gleichwohl lasse das relativ hohe Alter der Hausärzteschaft sowie die nicht ausreichende Anzahl von Nachwuchskräften befürchten, dass die hausärztliche Versorgung künftig insbesondere in einigen ländlichen Räumen nicht mehr ausreichend gesichert werden könne. (vgl. MINISTERIUM FÜR INNERES, LÄNDLICHE RÄUME, INTEGRATION UND GLEICHSTELLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021: 343ff.)

Doch wie ist das hausärztliche Versorgungsangebot im Kreis Rendsburg-Eckernförde aufgestellt? Wie sind die Hausarztpraxen innerhalb der Planungsbereiche im Kreis räumlich verteilt? Wie ist die Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis? Wie wird sich der Versorgungsgrad unter Anbetracht der aktuellen Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte künftig entwickeln? Und durch welche Ansätze könnte die hausärztliche Versorgung auch in der Zukunft sichergestellt werden? Diese Fragestellungen werden im Rahmen der folgenden Analyse des Kreises Rendsburg-Eckernförde in den Blickpunkt genommen. Da die Hausärztinnen und Hausärzte die primärärztliche Steuerungsfunktion ausüben und damit sowohl bei gesundheitlichen als auch bei sozialen Fragestellungen die erste Anlaufstelle für die Bevölkerung darstellen, fokussiert sich dieser Bericht ausschließlich auf die hausärztliche Versorgung als Grundpfeiler der ambulanten Medizin. Ziel dieser Analyse ist es, sowohl Kreispolitik, Kreisverwaltung und den kreisangehörigen Kommunen als auch allen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens einen Überblick zur aktuellen hausärztlichen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde zu verschaffen.

2. Demografische Entwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Die Entwicklung der Bevölkerungsanzahl und -struktur stellt eine wesentliche Einflussgröße auf den Bedarf nach hausärztlicher Versorgung dar. Dabei setzt sich die demografische Entwicklung einer Gebietskörperschaft aus der natürlichen Bevölkerungsentwicklung (dem Verhältnis der Lebendgeborenen zu den Gestorbenen) und dem Wanderungssaldo (der Anzahl der Zuzüge abzüglich der Fortzüge) zusammen. Mit einem Bevölkerungsstand von 274.765 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stichtag 31.12.2020) und einer Gesamtfläche von 2.190 km² ist Rendsburg-Eckernförde sowohl einer der drei bevölkerungsreichsten als auch der flächengrößte Kreis Schleswig-Holsteins. (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER) 2021) Die folgende Abbildung stellt die Bevölkerungsentwicklung der Jahre 2000 bis 2020 dar. Bis 2010 basieren die Zahlen auf der Volkszählung von 1987, ab 2011 auf Grundlage des Zensus 2011. Seit Mitte der 2000er Jahre bis zum Beginn der 2010er Jahre ist zunächst ein moderater Bevölkerungsrückgang festzustellen, bevor die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner des Kreises insbesondere in der zweiten Hälfte der 2010er Jahre wieder erkennbar zunimmt und im Jahre 2020 dann einen neuen Höchststand erreicht. (vgl. Abb.1)

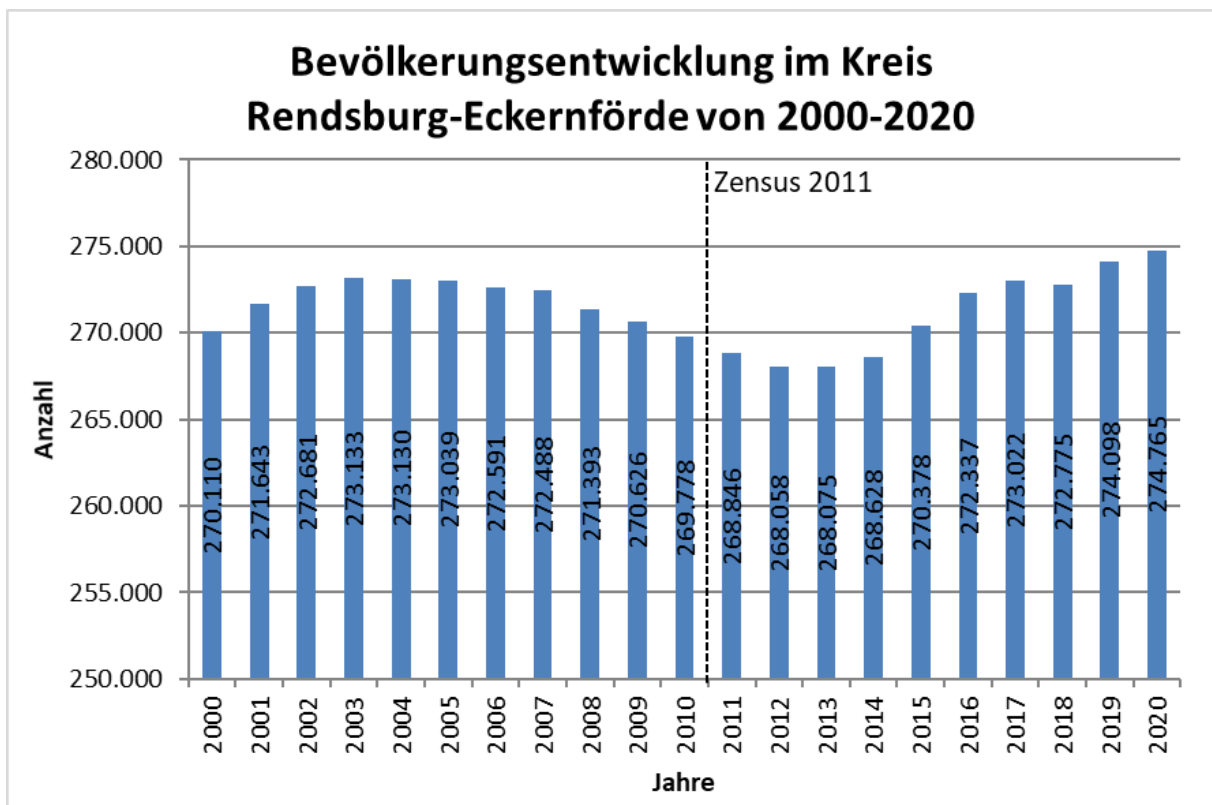


Abb.1: Eigene Darstellung (Daten: STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

2.1 Administrative Gliederung



Abb.2: Ämter, Städte und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde

KREIS RENDBURG-ECKERNFÖRDE

Der Kreis Rendsburg-Eckernförde gliedert sich administrativ in 158 amtsangehörige Gemeinden und in die amtsangehörige Stadt Nortorf sowie in die drei amtsfreien Städte Büdelsdorf, Eckernförde und Rendsburg und in die drei amtsfreien Gemeinden Altenholz, Kronshagen und Wasbek. Die 159 amtsangehörigen Kommunen werden von den 14 Ämtern Achterwehr,

Bordesholm, Dänischenhagen, Dänischer Wohld, Eiderkanal, Flintbek, Fockbek, Hohner Harde, Hüttener Berge, Jevenstedt, Mittelholstein, Molfsee, Nortorfer Land und Schlei-Ostsee verwaltet. Die Ämter Fockbek und Hohner Harde bilden eine Verwaltungsgemeinschaft. (vgl. Abb.2)

2.2 Grad der Verstädterung und Bevölkerungsdichte

Zur Abgrenzung städtischer und ländlicher Räume besteht in Wissenschaft und Regionalentwicklung eine Vielzahl an Definitionen. Die Entscheidung, welche Methodik herangezogen wird, hat jedoch erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse. Gemäß der Klassifizierung siedlungsstruktureller Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) lässt sich Rendsburg-Eckernförde als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen bezeichnen. (vgl. BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG 2022) Die Landesplanung subsumiert alle Städte und Gemeinden im Kreis als ländlich, die sich außerhalb des Ordnungsraumes der Stadt Kiel befinden. (vgl. MINISTERIUM FÜR INNERES, LÄNDLICHE RÄUME, INTEGRATION UND GLEICHSTELLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021: 83 ff.)

Eine lokal differenzierte Zuordnung auf Gemeindeebene ermöglicht die Klassifizierung nach dem Grad der Verstädterung durch das Statistische Bundesamt. Dieser wird in allen Bundesländern gleich erhoben und die Zuordnung der einzelnen Gemeinden wird regelmäßig aktualisiert. Die Abgrenzung erfolgt in dicht besiedelte Gebiete (städtische Räume), Gebiete mittlerer Besiedlungsdichte (semiurbane Räume) und gering besiedelte Gebiete (ländliche Räume). Während in städtischen Räumen mindestens 50% der Bevölkerung in hochverdichteten Clustern lebt, bewohnen in semiurbanen Räumen weniger als 50% der Bevölkerung hochverdichtete Cluster und weniger als 50% ländliche Rasterzellen. In ländlichen Räumen leben hingegen mehr als 50% der Bevölkerung in ländlichen Rasterzellen. (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) 2019: 29)

Wie die folgende Karte zeigt, ist der Großteil des Kreisgebiets ländlich klassifiziert. Semiurban sind insbesondere der Stadt-Umland-Bereich der Landeshauptstadt Kiel sowie die Mittelzentren Rendsburg (einschließlich Umlandkommunen) und Eckernförde. Einzige dem städtischen Raum zugeordnete Gemeinde des Kreises ist Kronshagen. (vgl. Abb.3) Die Mehrzahl der Bevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde bewohnt hingegen mit einem Anteil von 53% den semiurbanen Raum. Obwohl der ländliche Raum den Großteil des Kreises umfasst, leben dort also weniger als die Hälfte aller Einwohnerinnen und Einwohner. (vgl. Abb.4)

Grad der Verstädterung

der Städte und Gemeinden
im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2020

- Städtisch
- Semiurban
- Ländlich

Stichtag: 31.12.2020

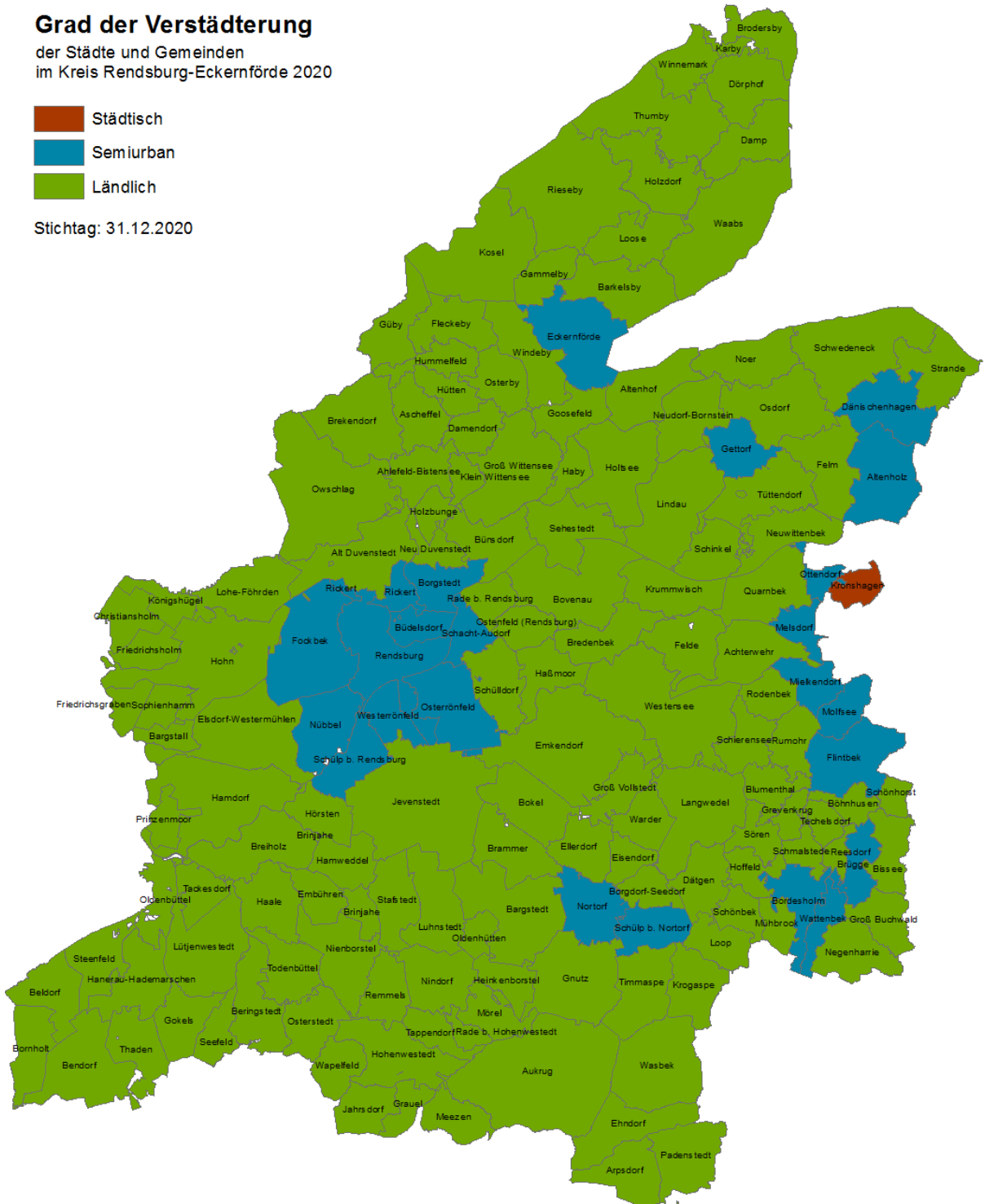


Abb.3: Daten: STATISTISCHES BUNDESAMT (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER) 2021); Kartografische Darstellung: ROHWER 2022

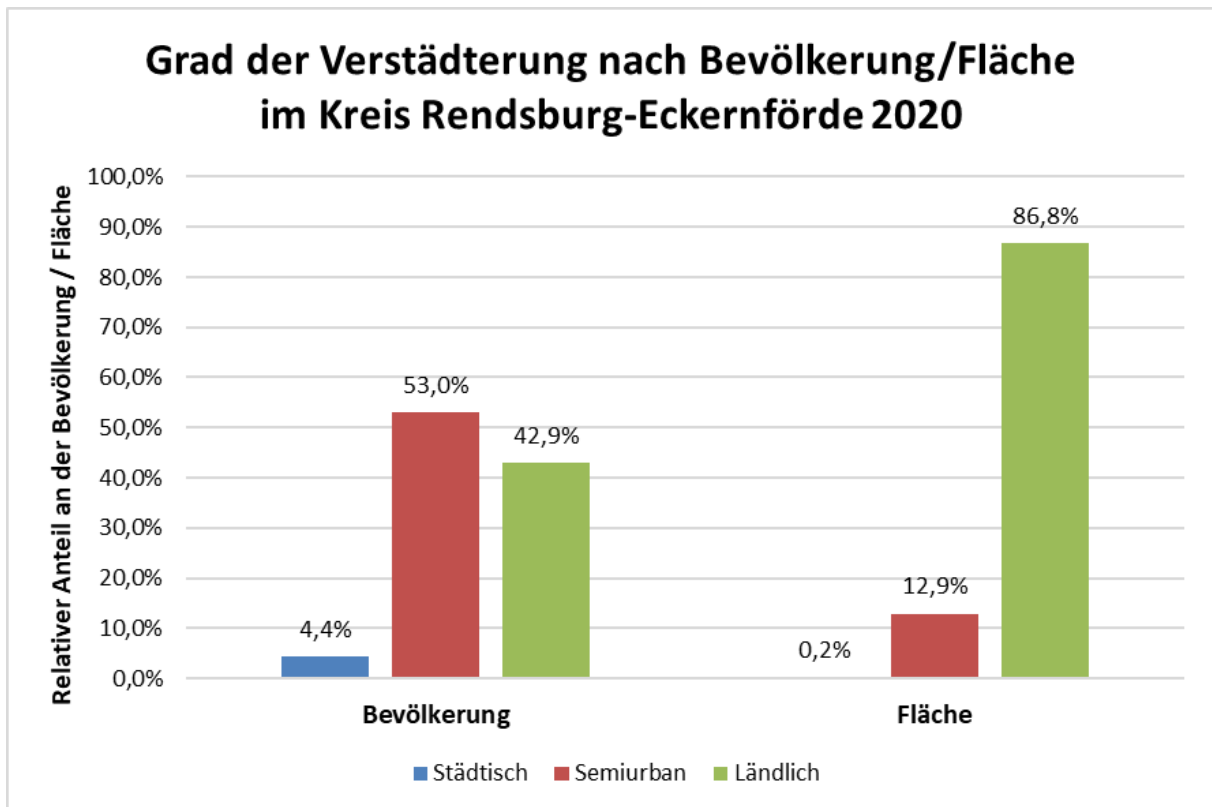
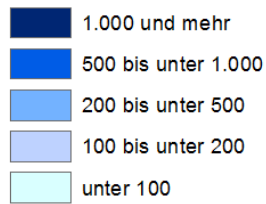


Abb.4: Eigene Darstellung (Daten: STATISTISCHES BUNDESAMT (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER) 2021)

Während der Kreis Rendsburg-Eckernförde über eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von 125 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² verfügt, weicht diese in den meisten kreisangehörigen Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden deutlich von diesem Mittelwert ab. Mit 2.234 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² ist die amtsfreie Gemeinde Kronshagen am dichtesten besiedelt. Darauf folgen die drei amtsfreien Städte Büdelsdorf, Rendsburg und Eckernförde mit einer Bevölkerungsdichte von jeweils über 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern je km². Flintbek ist als das am dichtesten besiedelte Amt mit 260 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² mehr als doppelt so stark bevölkert, wie Rendsburg-Eckernförde im Durchschnitt. Am geringsten besiedelt sind die Ämter Mittelholstein, Schlei-Ostsee und Hohner Harde. Letzteres ist mehr als 43-mal geringer je km² besiedelt, als die amtsfreie Gemeinde Kronshagen, sodass sich die Bevölkerungsdichte innerhalb des Kreises als ausgeprägt disparitär bezeichnen lässt. (Vgl. Abb.5)

Bevölkerungsdichte

Einwohnerinnen und Einwohner je km² in den Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2020



Kreisdurchschnitt: 125

Stichtag: 31.12.2020

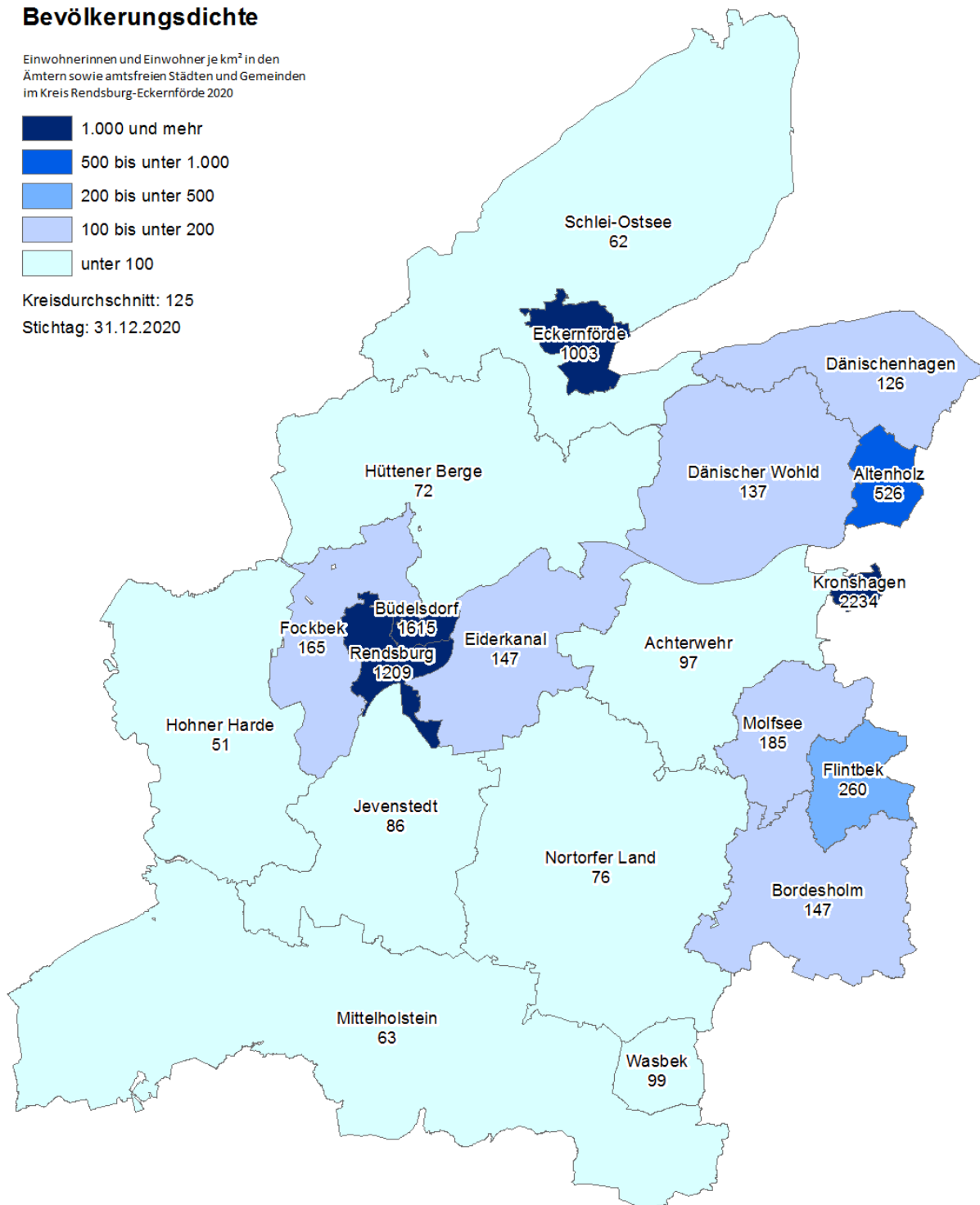


Abb.5: Daten: STATISTISCHES BUNDESAMT (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER) 2021); Kartografische Darstellung: ROHWER 2022

2.3 Altersstrukturentwicklung

Wichtige Anhaltspunkte zum Bedarf nach hausärztlicher Versorgung ermöglicht insbesondere eine demografische Analyse der Altersstruktur. Die folgende Abbildung stellt die Bevölkerungsentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde differenziert nach Altersgruppen für die Jahre 2000 bis 2020 dar. Die Untergliederung erfolgt in Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre), jüngere Erwachsene (18 bis unter 30 Jahre), Menschen im mittleren Lebensalter (30 bis unter 50 Jahre), Personen im sogenannten „besten Alter“ (50 bis unter 65 Jahre) sowie in die Gruppe der jüngeren Seniorinnen und Senioren (65 bis unter 80 Jahre) und der sogenannten Hochaltrigen (80 Jahre und älter). Während die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen, der jüngeren Erwachsenen und der Personen im mittleren Lebensalter seit der Jahrtausendwende rückläufig sind, haben die Altersgruppen der Personen im sogenannten „besten Alter“ sowie der jüngeren Seniorinnen und Senioren deutlich zugenommen. Besonders dynamisch ist jedoch die Entwicklung der Altersgruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahren. Diese hat sich gegenüber dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt. (vgl. Abb.6; Abb.7)

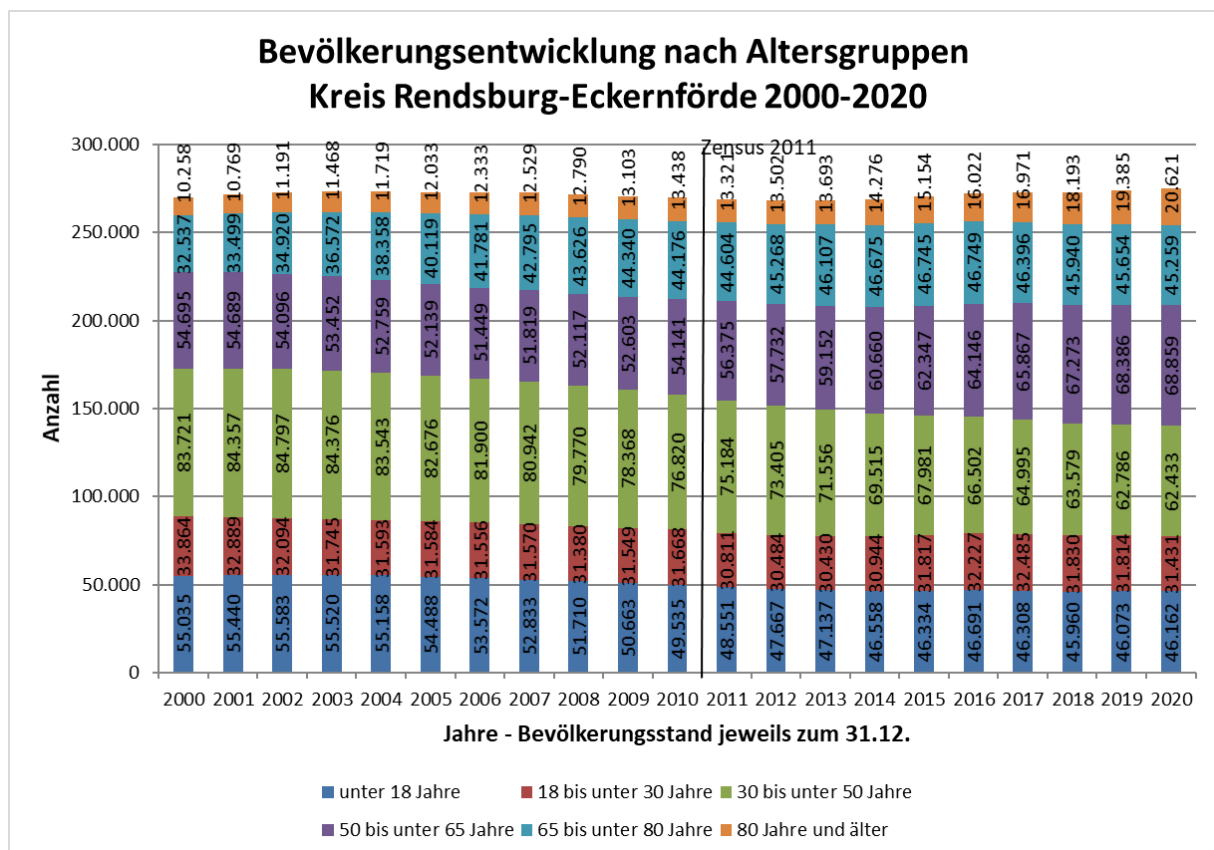


Abb.6: Eigene Darstellung (Daten: STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

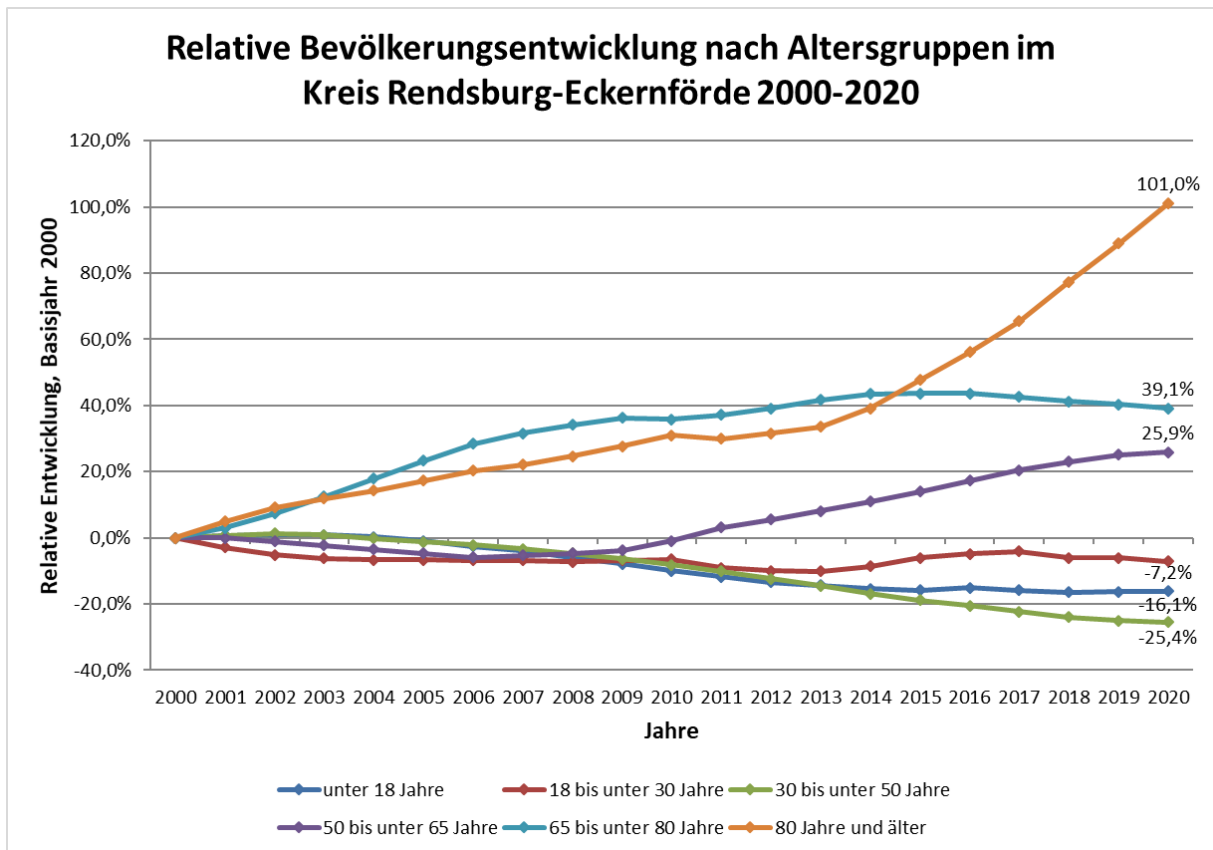


Abb.7: Eigene Darstellung (Daten: STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

Diese zunehmende demografische Alterung lässt sich sowohl auf die steigende Lebenserwartung als auch auf jahrelang niedrige Geburtenraten zurückführen. Besonders deutlich wird die Altersstrukturverschiebung anhand des kontinuierlichen Anstiegs des Durchschnittsalters im Kreisgebiet von 40,7 Jahren im Jahr 2000 auf 46 Jahre im Jahr 2020. (vgl. Abb.8) Das Durchschnittsalter liegt damit derzeit leicht über dem Landesdurchschnitt von 45,6 Jahren. (vgl. STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2022)

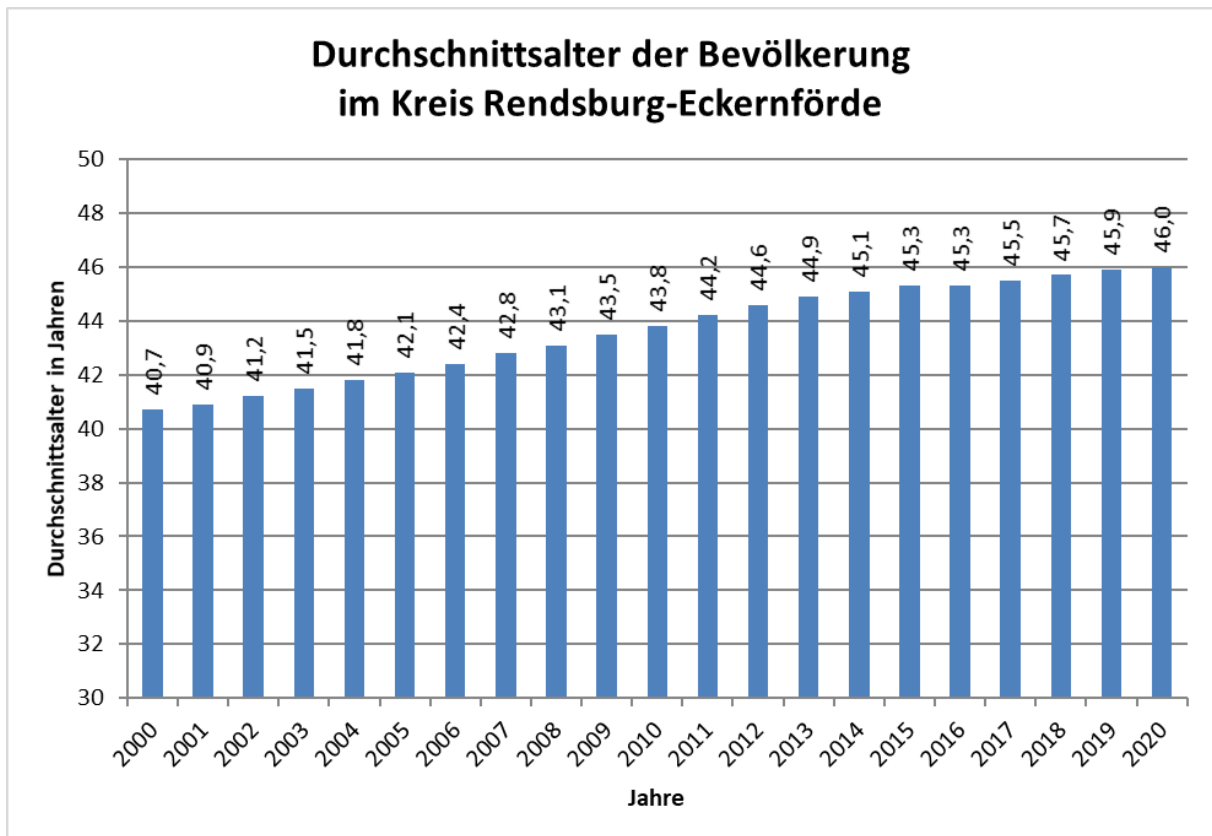


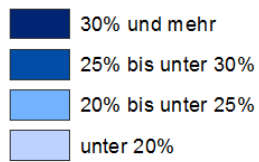
Abb.8: Eigene Darstellung (Daten: STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

2.4 Altersstrukturvergleich auf Ämterebene

Die kartografische Darstellung des Bevölkerungsanteils ab 65 Jahren auf der administrativen Ebene der Ämter sowie der amtsfreien Städte und Gemeinden offenbart, dass die demografische Alterung in den verschiedenen Teilräumen des Kreisgebiets sehr heterogen ausgeprägt ist. Den mit 31,1% höchsten Anteil an Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren verzeichnet die amtsfreie Stadt Eckernförde. Anschließend folgen Altenholz, Büdelsdorf und Kronshagen, in denen der Seniorinnen- und Seniorenanteil den Kreisdurchschnitt von 24% ebenfalls deutlich überschreitet. In den ländlich geprägten Ämtern fällt der Bevölkerungsanteil ab 65 Jahren hingegen überwiegend unterdurchschnittlich aus. (vgl. Abb.9) Der Anteil an Personen im Erwerbsalter von 18 bis unter 65 Jahren variiert zwischen 54% in Altenholz und über 62% im Amt Eiderkanal und in Wasbek. Hinsichtlich der Personengruppe im Erwerbsalter lassen sich tendenziell höhere Anteile in den ländlich geprägten Ämtern sowie in der amtsfreien Stadt Rendsburg feststellen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren liegt im Kreisdurchschnitt bei 16,8%. In den Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden fällt die Streuung um diesen Mittelwert überwiegend moderat aus. Auffällig ist der geringe Bevölkerungsanteil der Kinder und Jugendlichen in Eckernförde. (vgl. Abb.10)

Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter

in den Ämtern sowie den amtsfreien Städten und Gemeinden
im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2020



Kreisdurchschnitt: 24,0%
Stichtag: 31.12.2020

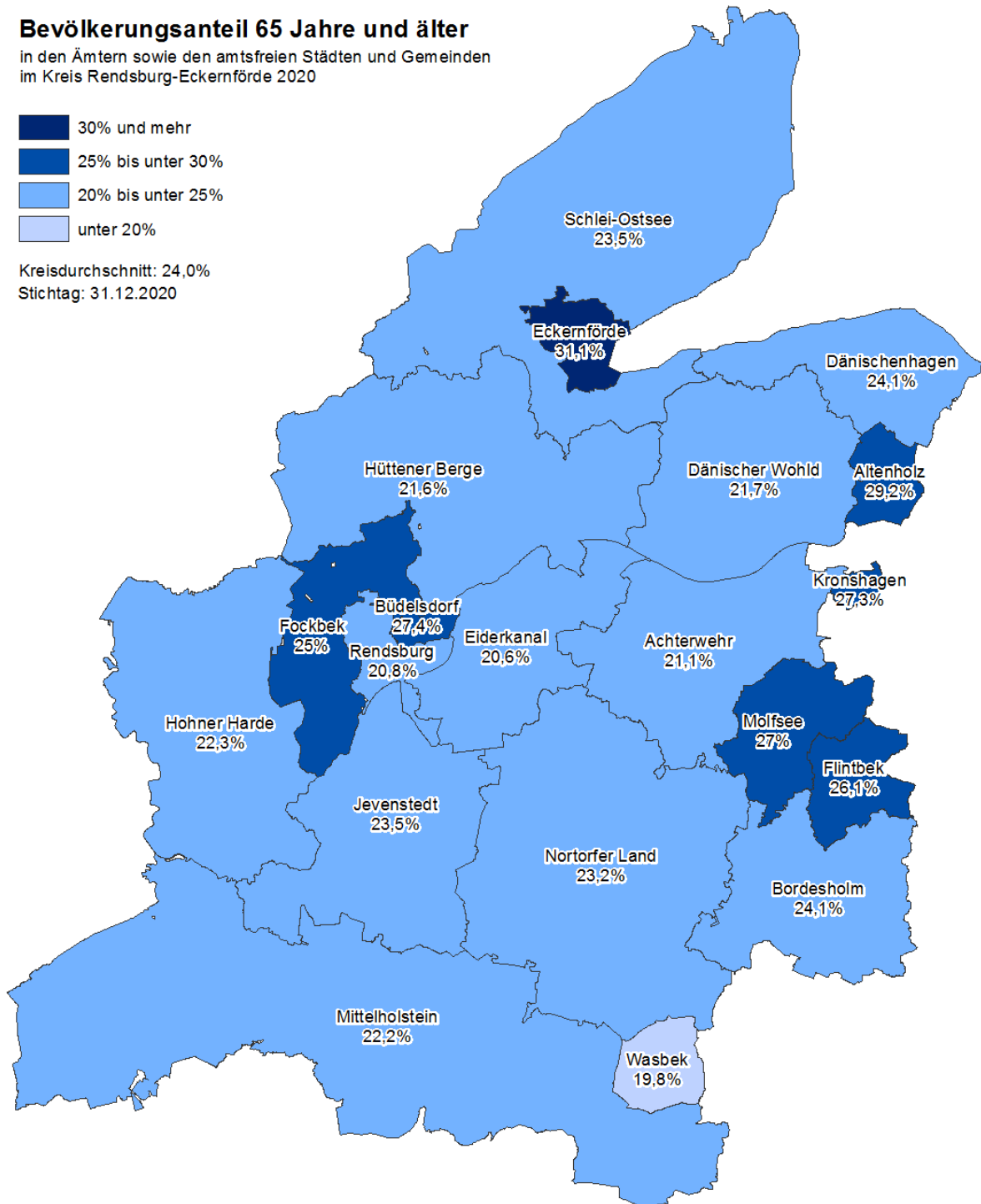


Abb.9: Daten: STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a;
Kartografische Darstellung: ROHWER 2022

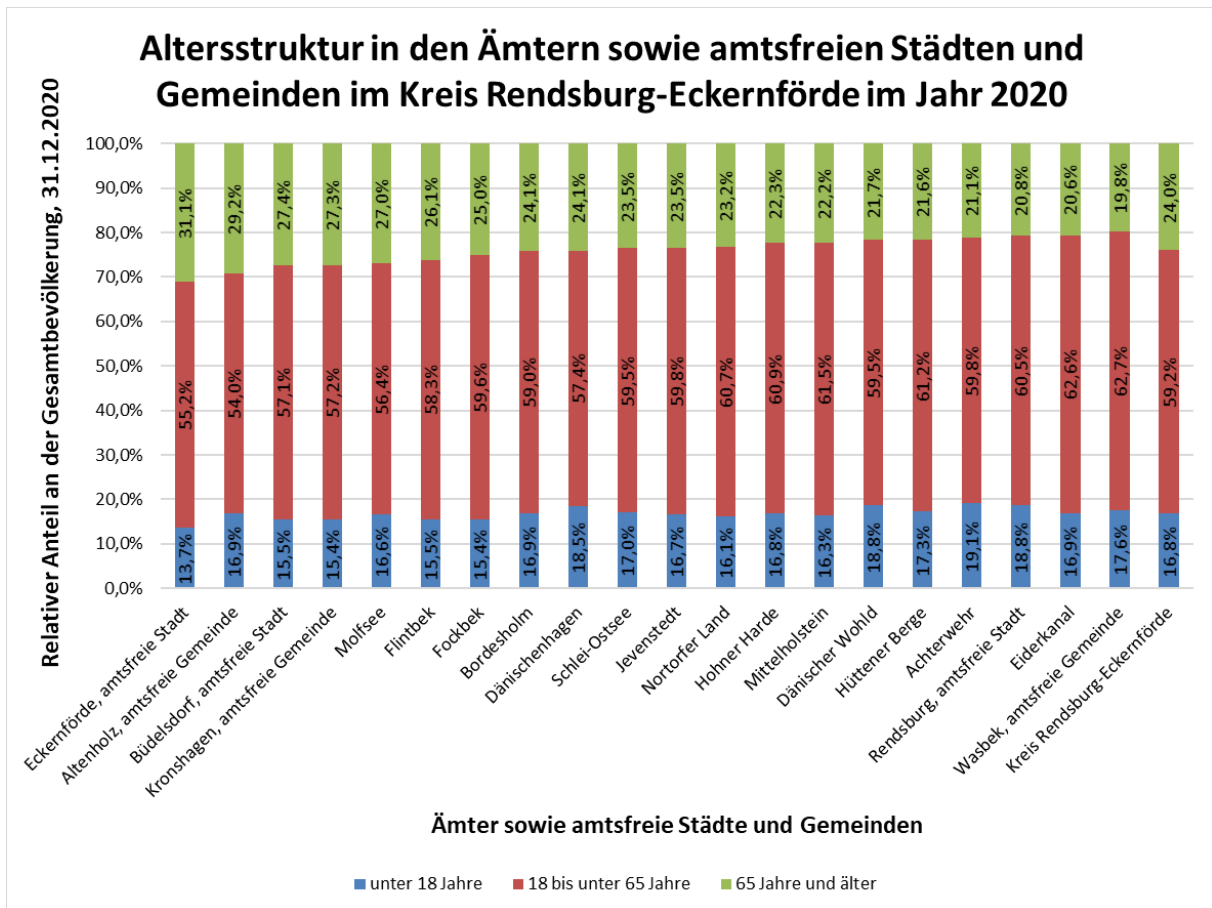


Abb.10: Eigene Darstellung (Daten: STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

2.5 Lebenserwartung bei der Geburt

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung berechnet in regelmäßigen Abständen die Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte differenziert nach Geschlecht. Die Lebenserwartung bei der Geburt gibt an, wie viele Lebensjahre ein neugeborener Mensch rechnerisch noch vor sich hätte, wenn die altersspezifischen Mortalitätsraten künftig konstant blieben und ist damit ein wichtiger demografischer Indikator für gesellschaftliche Entwicklungsprozesse und den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Dabei lassen sich bundesweit – vor allem bei den Männern – beachtliche interregionale Disparitäten feststellen. Verantwortlich für diese Differenzen der Lebenserwartung sind vor allem unterschiedliche sozioökonomische Ausgangsbedingungen wie Bildungsgrade und die Teilhabe am Arbeits- und Sozialleben. Gute Bildungschancen, qualifizierte Beschäftigung, guter Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie geringe ökonomische und soziale Belastungen wirken sich insgesamt positiv auf die Lebenserwartung aus. Zu einem gewissen Grad können zudem u.a. auch kulturelle Unterschiede bei den Ess- und Trinkgewohnheiten als

Erklärungsansatz herangezogen werden. (vgl. MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR DEMOGRAFISCHE FORSCHUNG 2014)

Die folgende Abbildung zeigt auf, wie sich die Lebenserwartung der Frauen und Männer bei der Geburt im Kreis Rendsburg-Eckernförde zwischen den Jahren 1995 und 2017 entwickelt hat. Im Jahr 2017 beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt im Kreisgebiet für die Frauen 83,3 Jahre und für die Männer 79,0 Jahre. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern lässt sich im Zeitraum von 1995 bis 2017 ein deutlicher Anstieg der Lebenserwartung feststellen, der bei den Männern (4,7 Jahre) höher ausgefallen ist, als bei den Frauen (3,7 Jahre). Folglich gleicht sich die Lebenserwartung der Männer und Frauen tendenziell an. Als Gründe für die Zunahme der Lebenserwartung lassen sich neben dem Fortschritt in medizinischer Versorgung, Hygiene, Ernährung und Wohnsituation auch verbesserte Arbeitsbedingungen und der gestiegene materielle Wohlstand aufführen. (vgl. Abb.11; STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) 2020: 14)

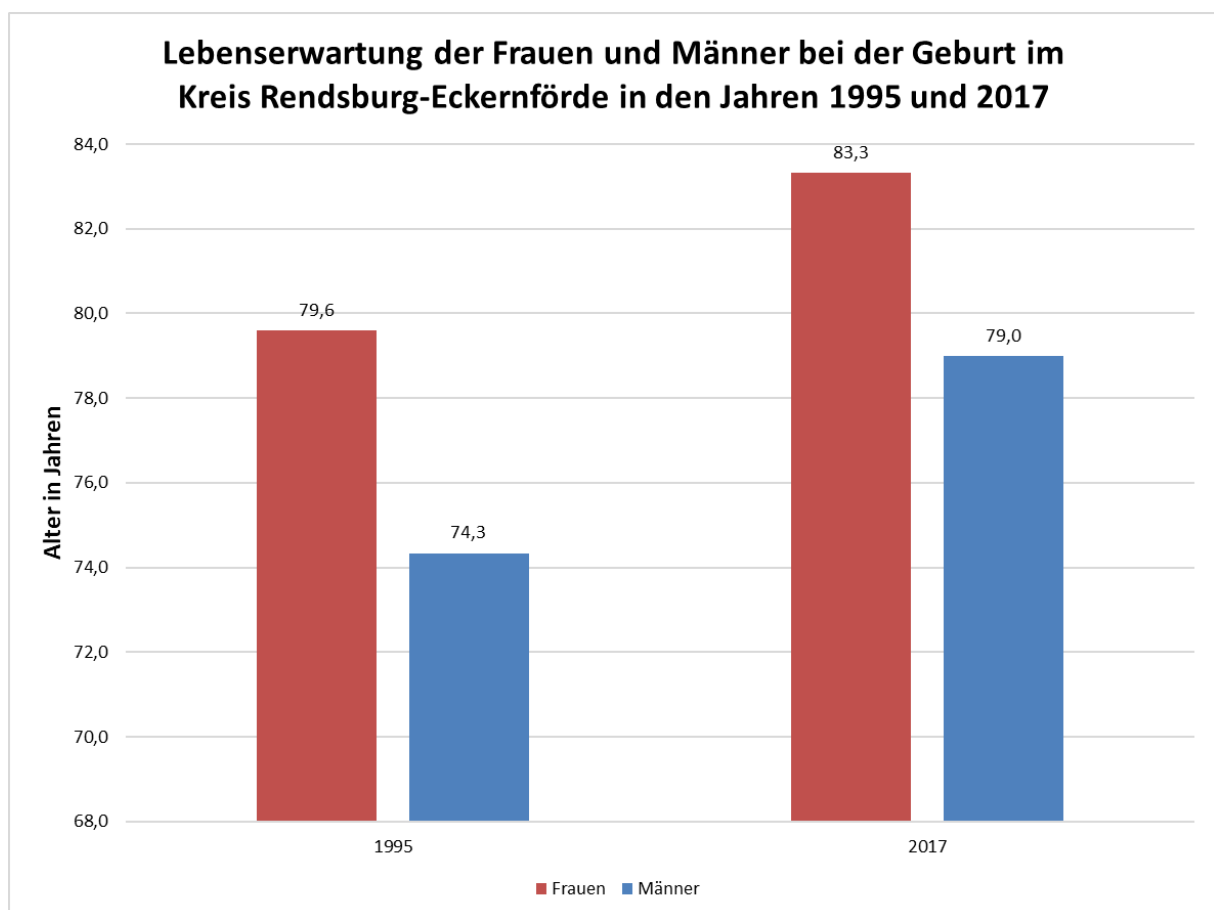


Abb.11: Eigene Darstellung (Daten: BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG 2021)

2.6 Bevölkerungsprognose

Eine Bevölkerungsprognose erlaubt es, einen Überblick zur möglichen demografischen Entwicklung in der Zukunft zu gewinnen, um daraus entsprechende Ableitungen vornehmen zu können. Die nachfolgende Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen für den Kreis Rendsburg-Eckernförde entspricht der Prognosevariante aus dem Wohnraumentwicklungskonzept des Kreises und basiert auf der Realentwicklung zum 31.12.2018. Die Prognose berücksichtigt alle relevanten Teilprozesse der Bevölkerungsentwicklung, also die Alterung der Bestandsbevölkerung, die Geburten und Sterbefälle sowie die Zu- und Fortzüge. Hinsichtlich Aussagekraft und Tragfähigkeit ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Prognose dem Wenn-Dann-Prinzip zugrunde liegt. Nur wenn alle getroffenen Annahmen exakt so eintreten, wird sich die Bevölkerung wie errechnet entwickeln. (vgl. GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP STADTENTWICKLUNG UND MOBILITÄT GBR 2021)

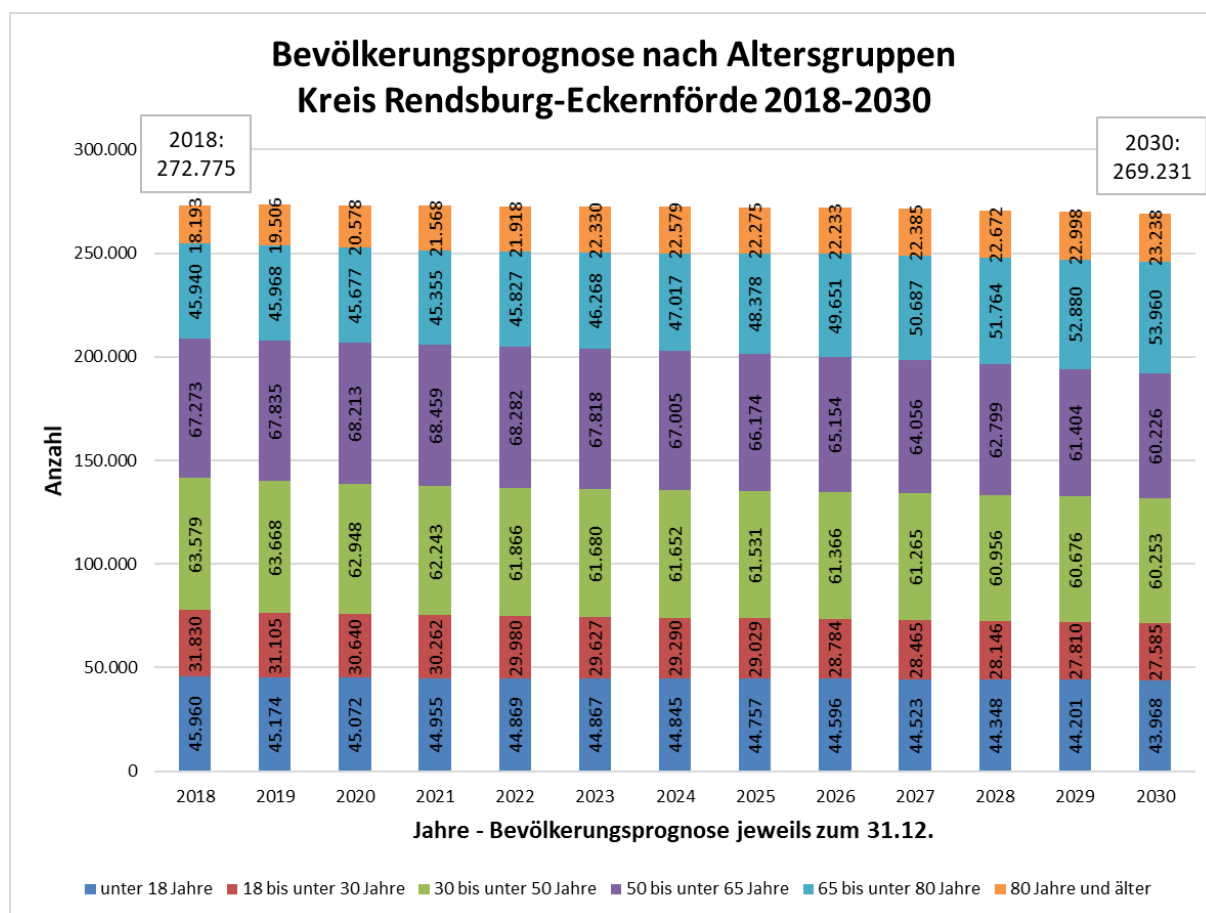


Abb.12: Eigene Darstellung (Daten: GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP STADTENTWICKLUNG UND MOBILITÄT GBR 2021)

Gemäß der Prognosevariante ist ein leichter Bevölkerungsrückgang von 272.775 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2018 auf 269.231 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2030 (-1,3%) zu erwarten. Dabei ist davon auszugehen, dass sich die Altersstrukturverschiebung der vergangenen Jahre (vgl. 2.3) fortsetzt. Bei den Kindern und Jugendlichen, den jungen Erwachsenen und den Personen im mittleren Lebensalter lassen sich auch in den kommenden Jahren Rückgänge erwarten. Zudem dürfte gerade in der zweiten Hälfte der 2020er Jahre auch die zahlenmäßig stärkste Altersgruppe der 50 bis unter 65-Jährigen abnehmen, da die geburtenstarken Jahrgänge der sogenannten „Babyboomer-Generation“ dann zunehmend das Seniorinnen- und Seniorenalter erreichen. Die Anzahl der Seniorinnen und Senioren im Alter von 65 bis unter 80 Jahren dürfte dementsprechend von 45.940 Menschen im Jahr 2018 auf 53.960 Menschen im Jahr 2030 (+17%) zunehmen. Bei den Hochaltrigen ab 80 Jahren ist ebenfalls ein weiterer Anstieg von 18.193 im Jahr 2018 auf 23.238 im Jahr 2030 (+28%) zu erwarten. (vgl. Abb.12)

3. Grundlagen der hausärztlichen Versorgung

Unter den Hausärztinnen und Hausärzten werden in diesem Bericht die Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und die praktischen Ärztinnen und Ärzte sowie die hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten subsumiert. Diese üben die hausärztliche Versorgungsfunktion für ihre Patientinnen und Patienten aus und übernehmen damit sowohl zentrale Aufgaben der Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Krankheitsbehandlung als auch der Rehabilitation und der integrativen ärztlichen Betreuung. Die hausärztliche Versorgung umfasst neben der Veranlassung und Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen samt Einbezug von Fachärztinnen und Fachärzten auch die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie die Zusammenführung, Dokumentation und Bewertung der Patientinnen- und Patientendaten aus der weiteren ambulanten sowie der stationären Versorgung. Damit üben die Hausärztinnen und Hausärzte die primärärztliche Steuerungsfunktion aus und stellen sowohl bei gesundheitlichen als auch bei sozialen Fragestellungen die erste Anlaufstelle für die Bevölkerung dar. (vgl. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2000; ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021: 27)

In diesem Kapitel erfolgt nun ein Überblick auf die Grundlagen der hausärztlichen Versorgung. Hierzu werden zunächst der Sicherstellungsauftrag und die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgezeigt, bevor aktuelle Entwicklungstrends in der hausärztlichen Versorgung in den Fokus genommen werden. Anschließend folgen eine Annäherung an die Entwicklung des Bedarfs nach hausärztlichen Leistungen sowie ein Ausblick auf eine aktuelle Prognose zur Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis 2035.

3.1 Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung

Mit § 75 SGB V hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung übertragen. Im Zuge dessen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen und ihren Verbänden zu gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Erfordernisse erfolgt. (vgl. § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V) Dieser Sicherstellungsauftrag obliegt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, von denen sich jeweils eine in jedem Bundesland und zwei in Nordrhein-Westfalen befinden. Die Zuständigkeit für Schleswig-Holstein hat die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sogenannte Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf nach ärztlicher Versorgung aufzeigen und als Steuerungsinstrument zur regionalen Verteilung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte fungieren. Grundanspruch ist eine patientinnen- und patientennahe ambulante Versorgung, die unabhängig vom Wohnort oder Einkommen für alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen zugänglich ist. (vgl. GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS 2021: 8; KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2020: 1f.)

3.2 Bedarfsplanung

Als zentrales Instrument des Sicherstellungsauftrags dient die Bedarfsplanung der Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen Verteilung der ambulanten ärztlichen Versorgung und sichert in einem gedeckelten Vergütungssystem zugleich die wirtschaftliche Tragfähigkeit von bestehenden Praxen und Neugründungen. Hierzu erfolgt eine Untergliederung in die Ebenen hausärztliche Versorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung, spezialisierte fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung. Je nach Versorgungsebene wird die Planung für unterschiedlich große Planungsbereiche vorgenommen, um eine angemessene Erreichbarkeit sicherzustellen. Im Rahmen dieses Berichts steht dabei ausschließlich die Versorgungsebene der Hausärztinnen und Hausärzte im Fokus. Für diese erfolgt die Bedarfsplanung auf Ebene der Mittelbereiche gemäß Definition des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Jeder dieser Planungsbereiche verfügt über einen zentralen Ort – in der Regel ein Mittelzentrum – und seinen Verflechtungsraum. Für Schleswig-Holstein sind 32 Mittelbereiche ausgewiesen. Diese dienen jeweils der Deckung des gehobenen, längerfristigen Bedarfs. (vgl. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2020: 2ff.; KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 11)

Grundlage der Bedarfsplanung sind die allgemeinen Verhältniszahlen. Diese geben ein Soll-Versorgungsniveau Einwohnerinnen und Einwohner je Arzt/Ärztin an. In Schleswig-Holstein beträgt die allgemeine Verhältniszahl für die hausärztliche Versorgung abgesehen von einzelnen Ausnahmen im Hamburger Umland 1.607. Dies bedeutet, dass ein Hausarzt/eine Hausärztin rechnerisch für die Versorgung von 1.607 Patientinnen und Patienten verantwortlich ist. Durch die Berücksichtigung eines Morbiditätsfaktors wird zudem der steigenden Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten mit dem Alter in der Bedarfsplanung Rechnung getragen. Bei regionalen Abweichungen der Morbidität werden dann entsprechende Anpassungen der Verhältniszahlen vorgenommen, sodass dieses morbiditätsorientierte Modell auch die tatsächliche Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen berücksichtigt. Durch den Einbezug des Morbiditätsfaktors ergibt sich aus der allgemeinen Verhältniszahl dann eine regionale Verhältniszahl. In den Planungsbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde variiert diese zwischen 1.608 (Mittelbereich Rendsburg) und 1.677 (Mittelbereich Kiel). (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 7; KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

Die Einwohnerinnen- und Einwohnerzahl im Planungsbereich geteilt durch die regionale Verhältniszahl ergibt die rechnerische Sollzahl an Hausärztinnen und Hausärzten. Aus dem Verhältnis der tatsächlichen Ist-Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten zu dieser Sollzahl lässt sich dann der sogenannte Versorgungsgrad ermitteln. Dieser wird als Prozentwert dargestellt und dient der regionalen Bewertung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Liegt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 110%, ist dieser geöffnet und es können sich neue Ärztinnen und Ärzte niederlassen. Ab einem Versorgungsgrad von 110% ist ein Planungsbereich für weitere Niederlassungen gesperrt. Zulassungen sind dann nur noch unter besonderen Voraussetzungen möglich. Unterschreitet der Versorgungsgrad mit Hausärztinnen und Hausärzten in einem Planungsbereich hingegen den Schwellenwert von 75%, ist Unterversorgung anzunehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist dann angehalten, Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten. (vgl. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2020: 7f.; KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a; Tab.1)

Versorgungsgrad	Status des Mittelbereichs
≥ 110%	gesperrt
< 110% bis 75%	geöffnet
< 75%	Unterversorgung

Tab.1: Bedarfsplanerische Versorgungsgrade für die hausärztliche Versorgung
(Daten: KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2020)

Grundsätzlich ist bei der Bedarfsplanung jedoch zu berücksichtigen, dass „(...) die Bedarfspläne zwar die Gesamtzahl der Vertragsärzte innerhalb eines Planungsbereiches bestimmen,

die räumliche Verteilung innerhalb eines Gebietes jedoch eine Folge der Standortwahl des Arztes ist.“ (KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 13) Die konkrete Entscheidung für den Ort der Niederlassung innerhalb eines Planungsbereiches treffen die Ärztinnen und Ärzte dabei häufig nach persönlichen Beweggründen und nicht nach dem Bedarf und weiteren objektiven Parametern. (vgl. ebd.: 13)

3.3 Entwicklungstrends in der hausärztlichen Versorgung

Die flächendeckende Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wird in einer aktuellen Studie der Robert Bosch Stiftung in den kommenden Jahren insbesondere in den ländlichen Räumen als zunehmend gefährdet eingeschätzt. Als Gründe für diese Erosion der hausärztlichen Versorgung werden neben zu seltenen Entscheidungen der Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner für eine hausärztliche Berufslaufbahn vor allem auch die Zunahme von Angestelltenverhältnissen und Teilzeitmodellen angeführt. Während sich die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzte zwischen 2009 und 2020 bundesweit lediglich um etwa 1% erhöht hat, nahm die Anzahl in den übrigen Fachdisziplinen in diesem Zeitraum um ganze 16% zu, sodass sich eine Verschiebung zugunsten fachärztlicher Tätigkeiten feststellen lässt. (vgl. ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021: 31) Dies ist auch an der Entwicklung des Anteils der Hausärztinnen und Hausärzte an allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (einschließlich Psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten) zu erkennen. Diese Hausärztinnen- und Hausärztequote ist bundesweit von etwa 36% im Jahr 2008 auf 30% im Jahr 2021 gesunken. (vgl. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2022)

Die Zunahme von Angestelltenverhältnissen und Teilzeitmodellen führt grundsätzlich zu einem Rückgang des hausärztlichen Arbeitsstundenvolumens. Bei angestellten Hausärztinnen und Hausärzten ist davon auszugehen, dass diese nachdrücklicher auf die Einhaltung ihrer vertraglich vereinbarten Arbeitsstunden achten, als Praxisinhaberinnen und -inhaber dies üblicherweise für sich selbst realisieren. Zugleich hat sich der Anteil der in Teilzeit tätigen Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland von 2,4% im Jahr 2009 auf 11,9% im Jahr 2020 mehr als vervierfacht. (vgl. ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021: 31f.) Bundesweit steigen jährlich etwa 1.700 Hausärztinnen und Hausärzte altersbedingt aus dem Beruf aus, während nur ca. 1.350 entsprechende Anerkennungen ausgestellt werden, sodass die Anzahl der Nachwuchskräfte keine Deckung des Ersatzbedarfes gewährleistet. Bereits seit mehreren Jahren gehen ca. zwei Drittel der fachärztlichen Anerkennungen in der Allgemeinmedizin an Ärztinnen. Die hausärztliche Versorgung der Zukunft wird somit überwiegend weiblich sein. Die Vorstellungen der Hausärztinnen von Arbeitsort und Arbeitsbedingungen unterscheiden sich dabei in der

Regel deutlich von denen ihrer männlichen Kollegen zugunsten von Teilzeittätigkeiten und Angestelltenverhältnissen. (vgl. VAN DEN BUSSCHE 2019: 1129f.)

Der Verband der Ersatzkassen weist darauf hin, dass sich auch in Schleswig-Holstein der Trend von der Freiberuflichkeit zur Anstellung erneut fortsetzt. Während die Zahl der Praxisinhaberinnen und -inhaber in der ambulanten medizinischen Versorgung im Jahr 2019 leicht zurückgegangen ist, nahm die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Vorjahr um 7% zu. Beruf und Familie lassen sich mit einer Teilzeitanstellung oder einem anderen flexiblen Arbeitszeitmodell häufig besser vereinbaren, als in einer Freiberuflichkeit. Zugleich setzt sich auch in Schleswig-Holstein der langjährige Trend zur Spezialisierung innerhalb der Ärzteschaft fort. Dabei ist schon heute eine Ungleichverteilung der hausärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein zwischen ländlich geprägten und urbanen Regionen festzustellen, die sich in den vergangenen Jahren verstärkt hat. (vgl. VERBAND DER ERSATZKASSEN E.V. (VDEK) 2021: 11ff.)

Diese Unterschiede in der regionalen Versorgungssituation hat auch die KVSH in ihrem Bedarfsplan 2020 festgestellt, wenngleich die vertragsärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein insgesamt als nach wie vor gut bezeichnet wird. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 3) Alarmierend ist dabei die Altersstruktur der derzeit praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte: Landesweit sind zurzeit bereits 33% 60 Jahre oder älter und werden damit in den nächsten Jahren in den Ruhestand eintreten. Dies lässt Nachbesetzungen der Praxen erforderlich werden. (vgl. VERBAND DER ERSATZKASSEN E.V. (VDEK) 2021: 13) Doch während gerade die älteren, künftig aus dem Beruf ausscheidenden Hausärztinnen und Hausärzte häufig hohe Patientinnen- und Patientenzahlen versorgt haben, ist davon auszugehen, dass viele Nachfolgerinnen und Nachfolger aufgrund einer Tätigkeit in Teilzeit und/oder in Anstellung nicht mehr so viele Patientinnen und Patienten versorgen können. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 9f.)

„Problematisch wird es dort, wo eine hausärztliche Versorgerpraxis auf dem Lande keinen Nachfolger findet. Bis zu 2.000 Patienten werden in einer solchen Praxis versorgt und der nächste Hausarzt hat häufig eine ähnlich hohe Patientenzahl. (...) Etwa 600 Hausärzte in Schleswig-Holstein sind mindestens 60 Jahre alt und die meisten der betroffenen Praxen in den ländlichen Gebieten sind für die hausärztliche Versorgung unentbehrlich.“ (KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 3) Dementsprechend fordert der Verband der Ersatzkassen innovative Konzepte, um die wohnortnahe hausärztliche Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen. (vgl. VERBAND DER ERSATZKASSEN E.V. (VDEK) 2021: 13)

3.4 Entwicklung des Bedarfs nach hausärztlichen Leistungen

Nach aktuellen Hochrechnungen auf der Datenbasis von rund 9 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse BARMER hatten im Jahr 2019 bundesweit 77,4 Millionen Menschen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Anzahl der Arztkontakte pro Person lässt sich seit der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008 zwar nur noch schwer abschätzen, aber die Behandlungsfälle je Person und die Tage mit Abrechnung von Leistungen je Person stellen eine hilfreiche Annäherungsgröße dar. 2019 wurden durchschnittlich 8,3 Behandlungsfälle je Person (9,8 bei Frauen und 6,8 bei Männern) und 14,5 Tage mit Abrechnung von Leistungen je Person (16,8 bei Frauen und 12,1 bei Männern) registriert. Dabei bilden sowohl das Alter als auch das Geschlecht wesentliche Determinanten der Inanspruchnahme. Die Anzahl der durchschnittlich innerhalb des Jahres 2019 abgerechneten Behandlungsfälle je Person steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ältere Menschen einen wesentlich höheren Bedarf nach ärztlicher Versorgung haben. Darüber hinaus lassen sich auch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen, die u.a. darauf zurückzuführen sind, dass sich Frauen im gebärfähigen Alter wesentlich häufiger in ambulante ärztliche Behandlung begeben, als gleichaltrige Männer. So wurden im Jahr 2019 in der Altersgruppe 20 bis unter 25 Jahre durchschnittlich 4,3 Behandlungsfälle je Mann und 8,8 Behandlungsfälle je Frau registriert. In der Altersgruppe 75 bis unter 80 Jahre gleicht sich die Anzahl der Behandlungsfälle zwischen beiden Geschlechtern wieder an und ab 80 Jahren nehmen die Männer dann sogar häufiger ärztliche Leistungen in Anspruch als die Frauen. (vgl. BARMER 2021: 40ff.)

Ähnliche alters- und geschlechtsspezifische Abweichungen ergeben sich in Bezug auf die Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen im Jahr 2019. Für die Frauen in der Altersgruppe 80 bis unter 85 Jahre wurden mehr als doppelt so viele Abrechnungstage (28,2) registriert, wie für die Frauen im Alter von 20 bis unter 25 Jahren (13,1). Für die Männer ist die Anzahl der Abrechnungstage in der Altersgruppe 80 bis unter 85 Jahre mit 30,1 sogar mehr als viermal so hoch, wie in der Altersgruppe 20 bis unter 25 Jahre (6,7). (vgl. Abb.13) Insgesamt 64,7 Millionen Menschen beziehungsweise 78% der Gesamtbevölkerung befanden sich 2019 mindestens einmal in hausärztlicher Versorgung. (vgl. BARMER 2021: 57) Unter der Annahme, dass die altersabhängige Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen in diesem Verhältnis auch den hausärztlichen Leistungen entspricht, suchen hochaltrige Menschen ab 80 Jahren geschlechtsbereinigt etwa dreimal so häufig einen Hausarzt/eine Hausärztin auf, wie junge Erwachsene unter 30 Jahren. Als Erklärungsansatz für die höhere Inanspruchnahme der Hausärztinnen und Hausärzte lassen sich u.a. höhere Fallzahlen im Bereich der altersbedingten Erkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck, Diabetes oder Demenz heranziehen.

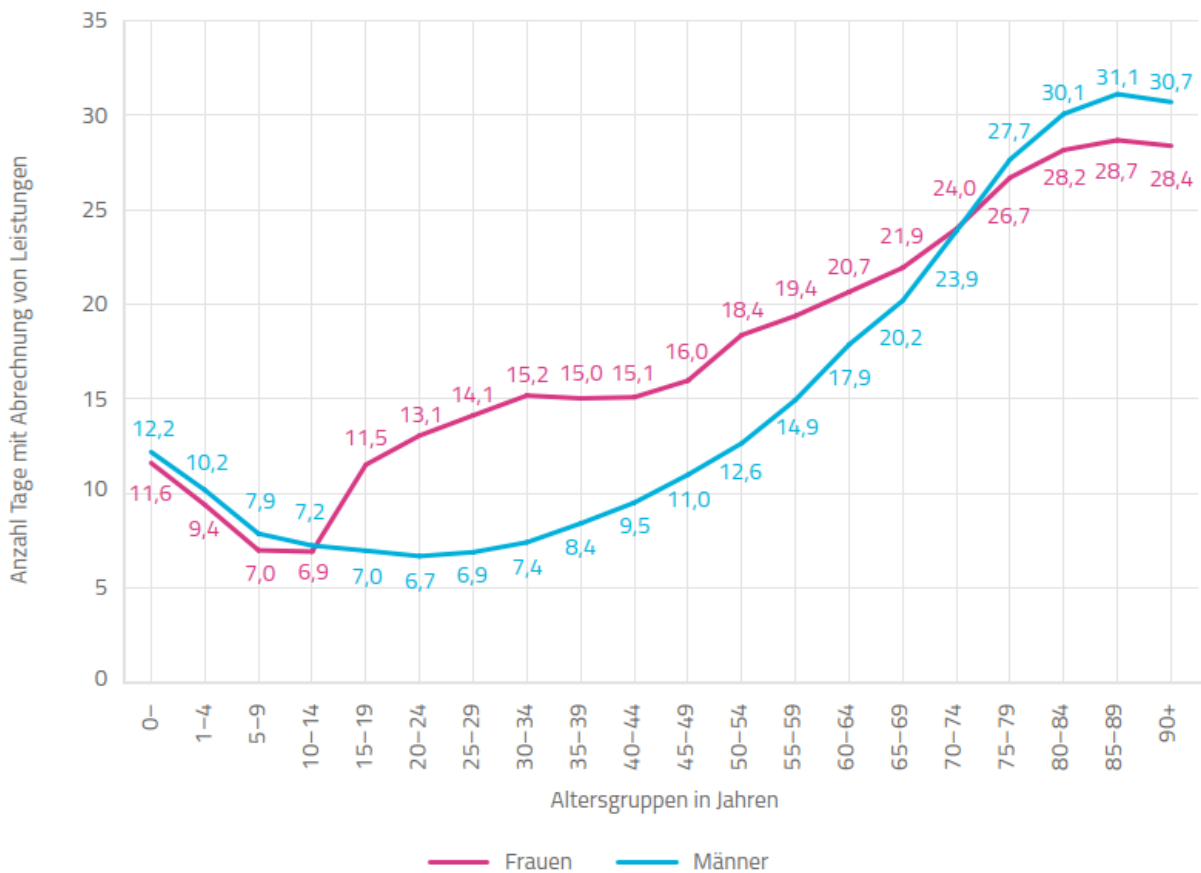


Abb.13: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2019
BARMER 2021: 47

Wie die Bevölkerungsprognose für den Kreis Rendsburg-Eckernförde offenbart, dürfte die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, der jungen Erwachsenen und der Personen im mittleren Lebensalter in den kommenden Jahren weiter zurückgehen. Parallel ist prognostiziert, dass die Anzahl der Seniorinnen und Senioren im Alter von 65 bis unter 80 Jahren von 45.940 Menschen im Jahr 2018 auf 53.960 Menschen im Jahr 2030 (+17%) zunimmt. Bei den Hochaltrigen ab 80 Jahren ist ein noch deutlicherer Anstieg von 18.193 im Jahr 2018 auf 23.238 im Jahr 2030 (+28%) zu erwarten. (vgl. 2.6) Aufgrund dieser demografischen Altersstrukturentwicklung ist im Kreis Rendsburg-Eckernförde künftig von einem steigenden Bedarf nach hausärztlichen Leistungen auszugehen.

Diese Einschätzung teilt auch die Robert Bosch Stiftung in einer aktuellen bundesweiten Studie zur hausärztlichen Versorgung: „Für Deutschland wird für die Zukunft allgemein eine stärkere Inanspruchnahme und `Belastung` des Gesundheitssystems und insbesondere der Primärversorgung erwartet, die sich aus der Zunahme der Menschen in höherem Lebensalter und der damit i.d.R. verbundenen höheren Morbidität ergeben.“ (ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021: 44) Ein wachsendes Phänomen in der alternden Gesellschaft ist Multimorbidität. Diese beschreibt das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen und nimmt mit steigendem Lebensalter fortlaufend zu. Da multimorbide Patientinnen und Patienten meist eine

engmaschige medizinische Betreuung benötigen, führt die demografische Alterung zu einem Multiplikator-Effekt hinsichtlich des Bedarfs nach hausärztlichen Leistungen. (vgl. ÄRZTEGENOSSENSCHAFT NORD EG 2021: 8) Gleichwohl lässt sich nicht verlässlich prognostizieren, in welchem Maße die zunehmende Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung durch die Bevölkerung künftig erfolgt, da dies von einer Vielzahl kaum quantifizierbarer Einflussfaktoren wie dem medizinisch-technischen Fortschritt oder auch der Nutzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen abhängen wird. (vgl. ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021: 44)

3.5 Prognose zur Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis 2035

Unter der grundsätzlichen Annahme eines steigenden Bedarfs nach hausärztlichen Leistungen ist auch die künftige Entwicklung des hausärztlichen Angebotes von maßgeblicher Bedeutung für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Um einen Überblick zu gewinnen, wie sich die hausärztlichen Kapazitäten in den kommenden Jahren entwickeln, hat die Robert Bosch Stiftung ein Simulationsmodell erstellt und eine Prognose für den vertragsärztlichen Bereich bis 2035 veröffentlicht. Das privatärztliche Segment wurde aufgrund einer sehr geringen Bedeutung für die hausärztliche Versorgung in dieser Studie vernachlässigt. Im Rahmen der Prognose erfolgt eine Quantifizierung des Ersatz- beziehungsweise Nachbesetzungsbedarfs infolge des altersbedingten Ausscheidens von Hausärztinnen und Hausärzten, des zusätzlichen Bedarfs an Hausärztinnen und Hausärzten bis zum Erreichen eines Versorgungsgrads von 110% (Grenze zur Überversorgung) und des hausärztlichen Nachwuchses, der zur Besetzung freier Sitze künftig zur Verfügung steht. (vgl. ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021: 34)

Im Jahr 2019 betrug die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte 52.152 Vollzeitäquivalente (VzÄ). Gleichzeitig waren 3.570 Stellen (VzÄ) unbesetzt. Gemäß Simulationsmodell wird die Anzahl der bis zum Erreichen eines Versorgungsgrads von 110% maximal zu besetzenden Stellen bis 2035 auf 58.371 VzÄ ansteigen. Gleichzeitig werden bis 2035 bundesweit 29.938 Hausärztinnen und Hausärzte (VzÄ) altersbedingt ausscheiden. Die Summe der Nachwuchsärztinnen und -ärzte und der netto zugewanderte Ärztinnen und Ärzte (VzÄ), die bis 2035 zusätzlich an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, wird hingegen auf lediglich 25.307 VzÄ beziffert. Aus dieser Gegenüberstellung des hausärztlichen Besetzungsbedarfs und des entsprechenden Nachwuchses ergibt sich im Jahr 2035 bundesweit eine Versorgungslücke von 10.851 Hausarztsitzen, die unbesetzt bleiben. Die Dichte der Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner dürfte dann im Bundesdurchschnitt um 9% gegenüber 2019 zurückgehen. Auf Kreisebene zeigt sich bundesweit eine erhebliche regionale Variation. Demnach wären dann 75 Kreise mit einem Versorgungsgrad <75% hausärztlich unterversorgt und in 199

Kreisen würden offene Hausarztsitze (Versorgungsgrad zwischen 75% und unter 110%) unbesetzt bleiben. Für den Kreis Rendsburg-Eckernförde wird ein Rückgang der Dichte an Hausärztinnen und Hausärzten um 20-30% prognostiziert. Der Kreis wäre dann zwar rechnerisch noch nicht unterversorgt, aber es würden freie Sitze unbesetzt bleiben. (vgl. ebd.: 34ff.) Anhand dieser Prognoseergebnisse lässt sich damit schlussfolgern, dass die künftig zu erwartenden hausärztlichen Kapazitäten nicht ausreichen werden, um den demografisch bedingten Mehrbedarf abzudecken.

4. Hausärztliches Versorgungsangebot im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Nachdem bislang die demografische Entwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde und die Grundlagen der hausärztlichen Versorgung einschließlich der Entwicklung des Bedarfs in den Blickpunkt genommen wurden, folgt nun die Analyse des hausärztlichen Versorgungsangebots im Kreisgebiet. Hierzu werden zunächst Beschäftigungsverhältnisse und Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis dargestellt. Anschließend folgt eine Analyse der hausärztlichen Versorgung auf der bedarfsplanerisch relevanten Ebene der Mittelbereiche sowie zusätzlich auch kleinräumig auf Nahbereichs- und Ämterebene. Sämtliche nachfolgenden Daten beziehen sich ausschließlich auf kassenärztliche Hausärztinnen und Hausärzte. Medizinerinnen und Mediziner, die ausschließlich Privatpatientinnen und Privatpatienten behandeln, werden nicht berücksichtigt, da diese für den Großteil der Bevölkerung nicht zugänglich sind. Die Daten zur hausärztlichen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde wurden freundlicherweise von der Abteilung Zulassung/Praxisberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein bereitgestellt.

4.1 Beschäftigungsverhältnisse der Hausärztinnen und Hausärzte

Hausarztstellen (VzÄ) (2021)		Hausärztinnen und Hausärzte (Köpfe) (2021)	
189		200	
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	Angestellte Ärztinnen und Ärzte	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	Angestellte Ärztinnen und Ärzte
154,5	34,5	156	44

Tab.2: Hausarztstellen und Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Rendsburg-Eckernförde (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

Zum Stichtag 15.11.2021 sind im Kreis Rendsburg-Eckernförde gemäß Kassenärztlicher Vereinigung Schleswig-Holstein insgesamt 200 Hausärztinnen und Hausärzte tätig, die zusammen 189 Vollzeitäquivalente (VzÄ) umfassen. Mehr als dreiviertel aller Hausärztinnen und

Hausärzte im Kreisgebiet sind als selbstständige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte tätig und knapp ein Viertel sind angestellt. (vgl. Tab.2) Aus der folgenden Abbildung zu den Beschäftigungsverhältnissen geht hervor, dass die hausärztlichen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte fast ausschließlich in Vollzeit tätig sind, während von den angestellten Hausärztinnen und Hausärzten über 40% einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen. Angestellte Hausärztinnen und Hausärzte sind im Vergleich zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten also wesentlich häufiger stundenreduziert in Teilzeit tätig. (vgl. Abb.14)

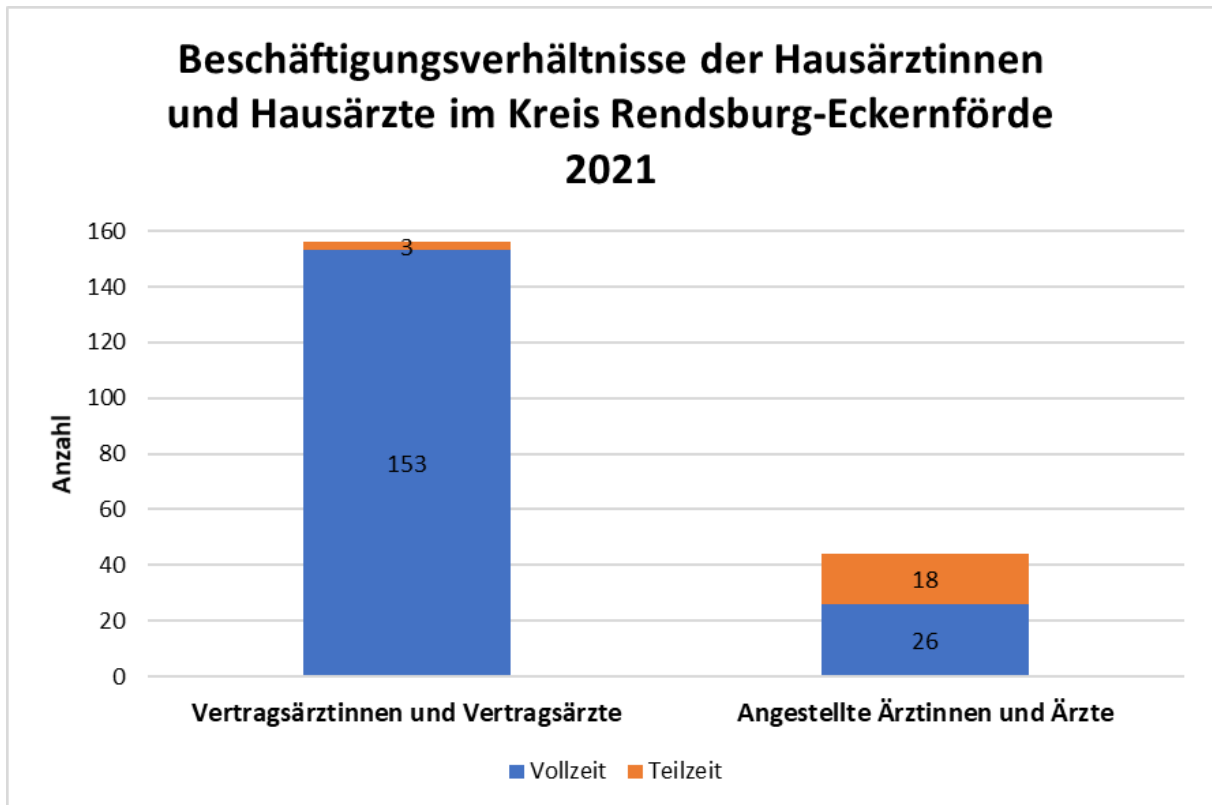


Abb.14: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

4.2 Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte

Die Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Rendsburg-Eckernförde bietet wichtige Anhaltspunkte, wie viele Hausärztinnen und Hausärzte in den kommenden Jahren voraussichtlich in den Ruhestand gehen. Während nicht einmal jede zehnte Hausärztin bzw. jeder zehnte Hausarzt im Kreisgebiet jünger als 40 Jahre ist, befinden sich jeweils etwas über 30% aller Hausärztinnen und Hausärzte in den Altersgruppen 40 bis unter 50 Jahre sowie 50 bis unter 60 Jahre. Gleichwohl sind 58 der 200 Hausärztinnen und Hausärzte (dies entspricht 29%) 60 Jahre oder älter und gehen somit in den kommenden Jahren voraussichtlich in den Ruhestand. Damit liegt der Anteil der älteren Hausärztinnen und Hausärzte ab 60 Jahren

zurzeit noch unterhalb des Landesdurchschnitts von 33%. Acht praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte im Kreisgebiet sind allerdings bereits mindestens 70 Jahre alt. Ob diese Medizinerinnen und Mediziner ihre hausärztliche Tätigkeit aus Freude an dem Beruf über das Ruhestandsalter hinaus ausführen, oder aber mangels Nachfolgerinnen und Nachfolger quasi gezwungenermaßen noch im Dienst sind, lässt sich anhand dieser Daten nicht ermitteln. (vgl. Abb.15; Abb.16; 3.3)

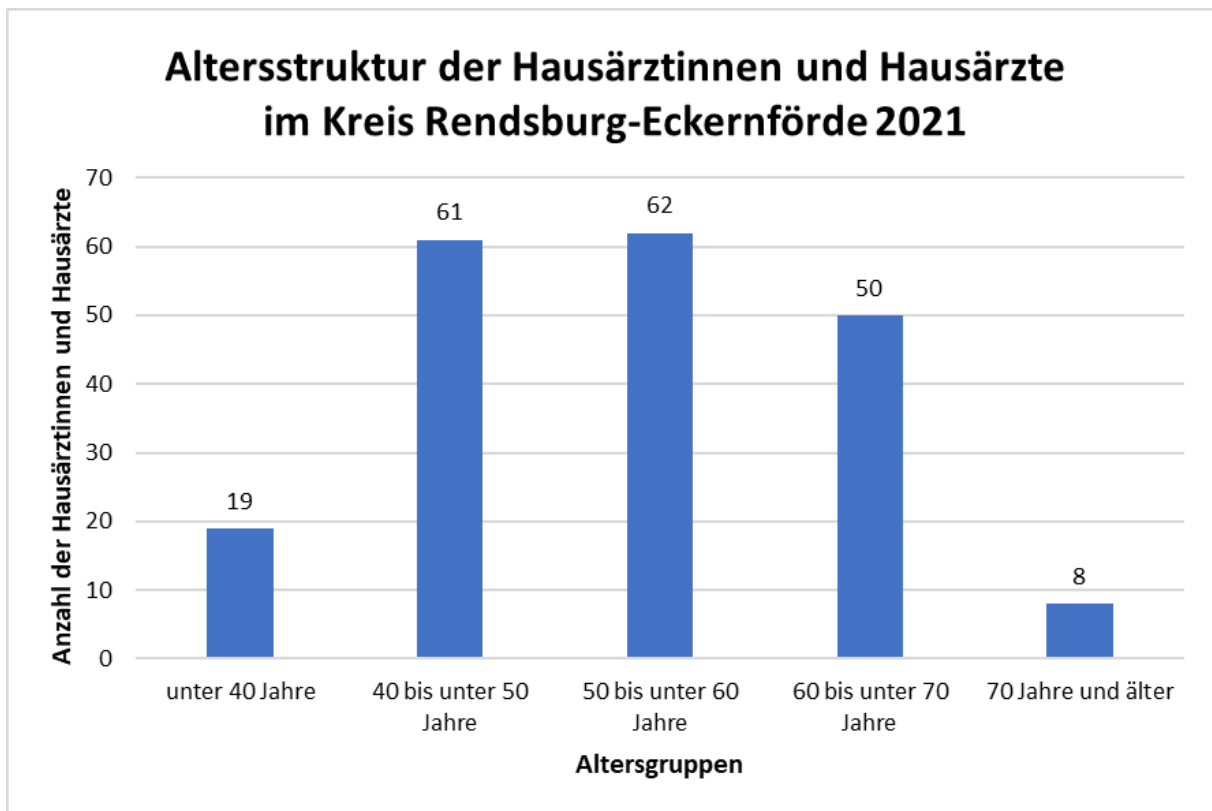


Abb.15: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

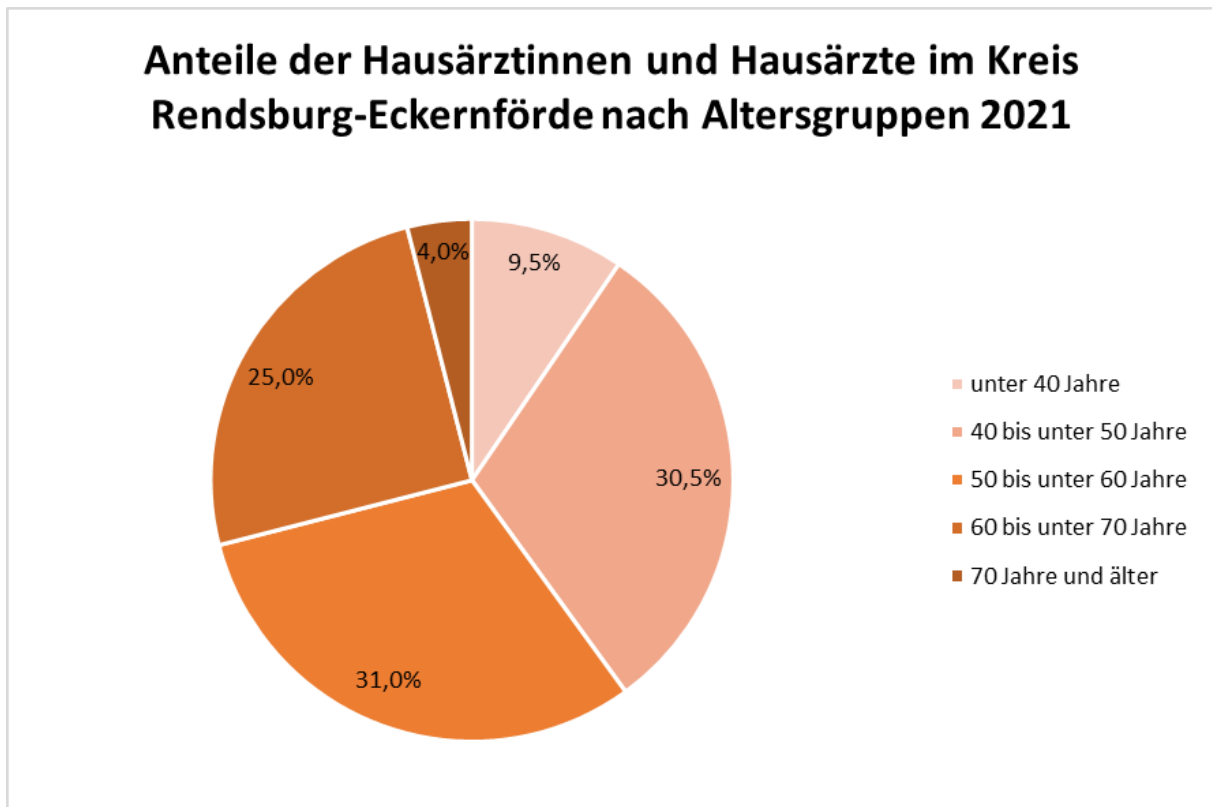


Abb.16: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

4.3 Hausärztliche Versorgung in den Mittelbereichen

Die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung auf Ebene der Mittelbereiche vorgenommen. Diese dienen der Deckung des gehobenen, längerfristigen Bedarfs. (vgl. 3.2) Wie die folgende Karte zu den Hausarztstellen im Kreis Rendsburg-Eckernförde zeigt, umfasst das Kreisgebiet vier Mittelbereiche. Die Mittelbereiche Eckernförde und Rendsburg befinden sich ausschließlich innerhalb der Kreisgrenzen. Die Mittelbereiche Kiel und Neumünster reichen hingegen über das Kreisgebiet hinaus und umfassen auch die kreisfreien Städte Kiel und Neumünster sowie Kommunen aus den Nachbarkreisen Plön und Segeberg. Diese Schnittstellen sind bei der Interpretation der Versorgungsdaten zu berücksichtigen. Grundsätzlich sind die Hausarztstellen über das gesamte Kreisgebiet verteilt. Allerdings lässt sich eine deutliche Konzentration der Hausärztinnen und Hausärzte auf die Mittelzentren Eckernförde (25,3 Stellen) und Rendsburg (21,5 Stellen) erkennen. Mindestens fünf Hausarztstellen befinden sich zudem in den größeren Orten Altenholz, Bordesholm, Büdelsdorf, Fockbek, Gettorf, Hohenwestedt, Kronshagen, Nortorf und Schacht-Audorf. Insbesondere im nördlichen Kreisgebiet ist die flächenhafte Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte deutlich dünner. (vgl. Abb.17)

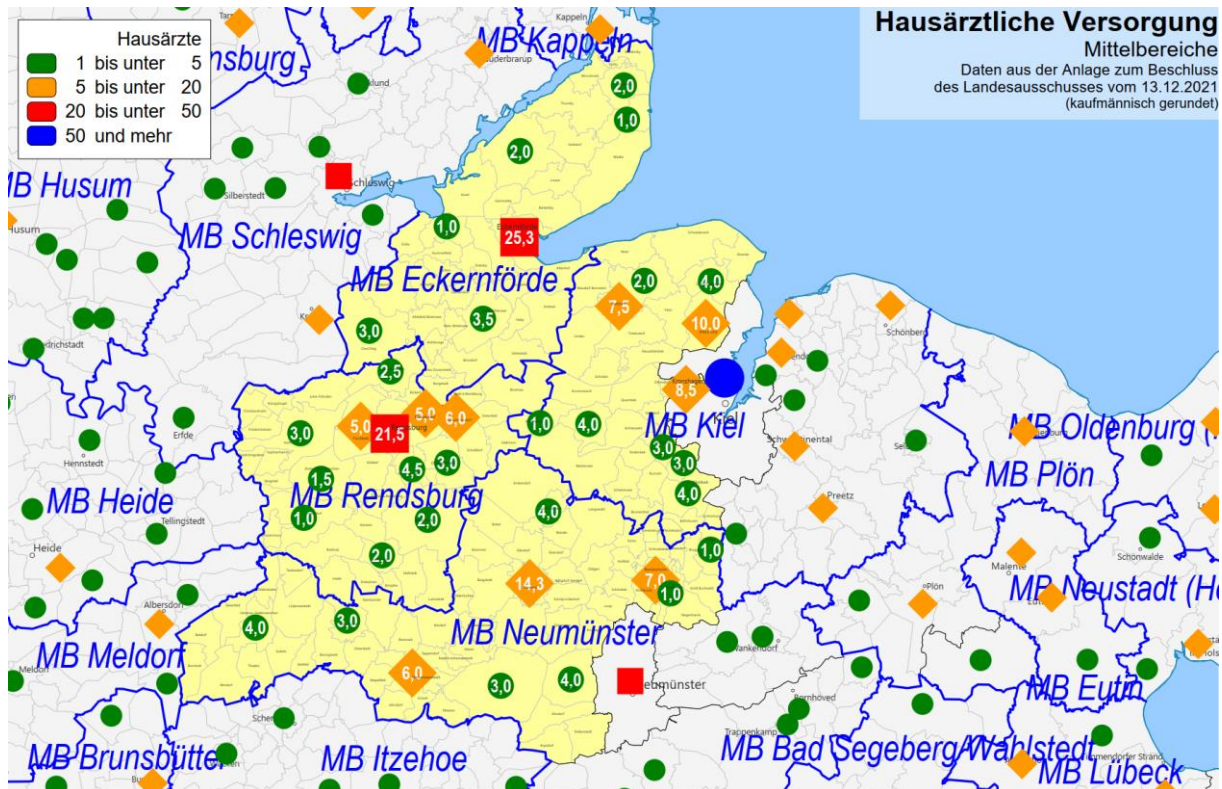


Abb.17: Hausarztstellen im Kreis Rendsburg-Eckernförde
(KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

In allen Mittelbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde liegt die Anzahl der Hausarztstellen über der rechnerischen Sollzahl (Bevölkerung/Regionale Verhältniszahl Einwohnerinnen und Einwohner je Hausarzt bzw. Hausärztin). Der Versorgungsgrad befindet sich damit durchweg oberhalb von 100%. Die Mittelbereiche Neumünster und Eckernförde sind mit einem Versorgungsgrad von unter 110% für weitere Zulassungen geöffnet. Gemäß Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein vom 13.12.2021 ist im Mittelbereich Neumünster die Zulassung von 10,0 und im Mittelbereich Eckernförde die Zulassung von 0,5 Hausarztstellen möglich. Die Mittelbereiche Kiel und Rendsburg sind zurzeit aufgrund eines Versorgungsgrades ab 110% für weitere Zulassungen gesperrt. (vgl. Tab.3; KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021c)

Mittelbereich	Bevölkerung	Regionale Verhältniszahl	Sollzahl Hausarztstellen	Hausarztstellen (VzÄ)	Versorgungsgrad in %
Kiel	409.182	1.677	244,0	272,4	111,6%
Neumünster	200.319	1.645	121,8	124	101,8%
Eckernförde	55.504	1.611	34,5	37,75	109,6%
Rendsburg	83.239	1.608	51,8	57	110,1%

Tab.3: Bedarfsplanerische Kennzahlen in den Mittelbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021 (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

Die folgende Abbildung stellt den Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte in allen Mittelbereichen in Schleswig-Holstein dar. Den höchsten Versorgungsgrad hat der Mittelbereich Westerland mit mehr als 180%. Die Versorgungsgrade der Mittelbereiche Kiel (111,6%), Rendsburg (110,1%) und Eckernförde (109,6%) befinden sich im Mittelfeld. Der Mittelbereich Neumünster liegt mit einem Versorgungsgrad von 101,8% im hinteren Drittel. Die geringsten Versorgungsgrade weisen die an der Westküste gelegenen Mittelbereiche Meldorf und Husum auf. (vgl. Abb.18) Hinsichtlich des Indikators Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Die Mittelbereiche Rendsburg, Eckernförde und Kiel befinden sich nah am Landesdurchschnitt von 66,2 Hausärztinnen und Hausärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der Mittelbereich Neumünster unterschreitet mit 61,9 Hausärztinnen und Hausärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner den Landesdurchschnitt und befindet sich im hinteren Drittel. (vgl. Abb.19)

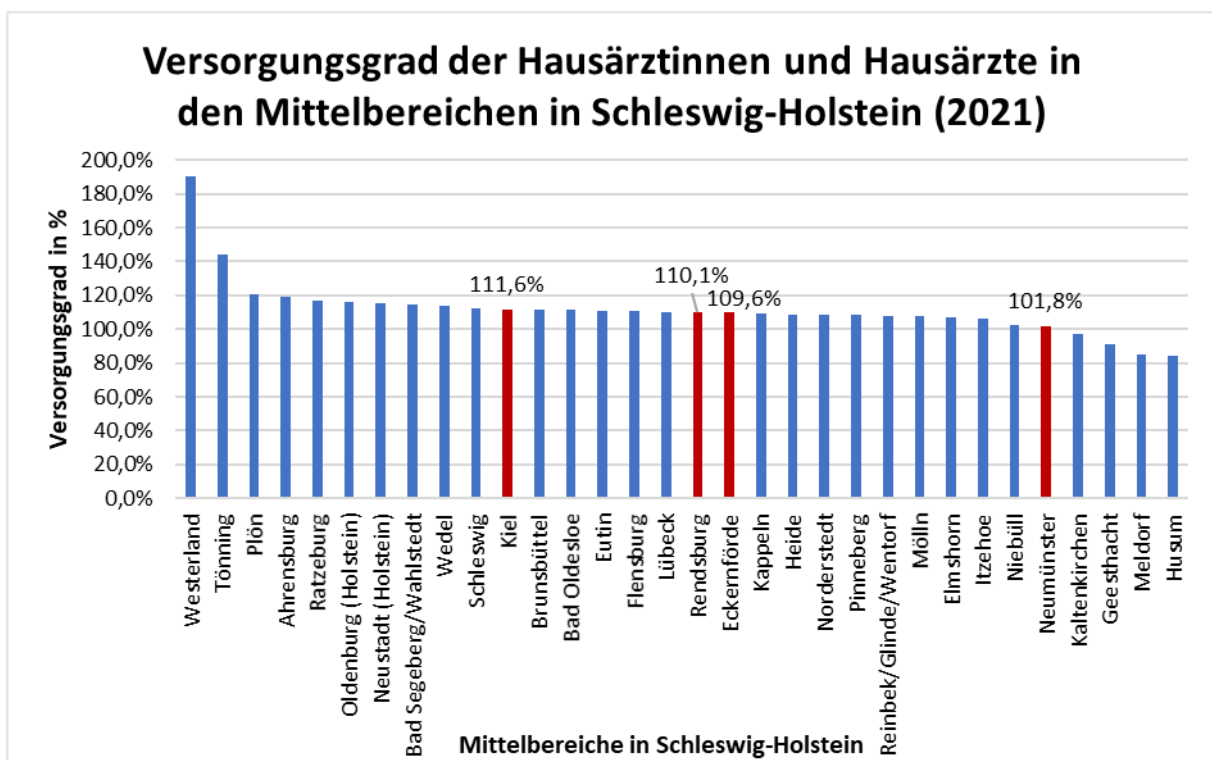


Abb.18: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

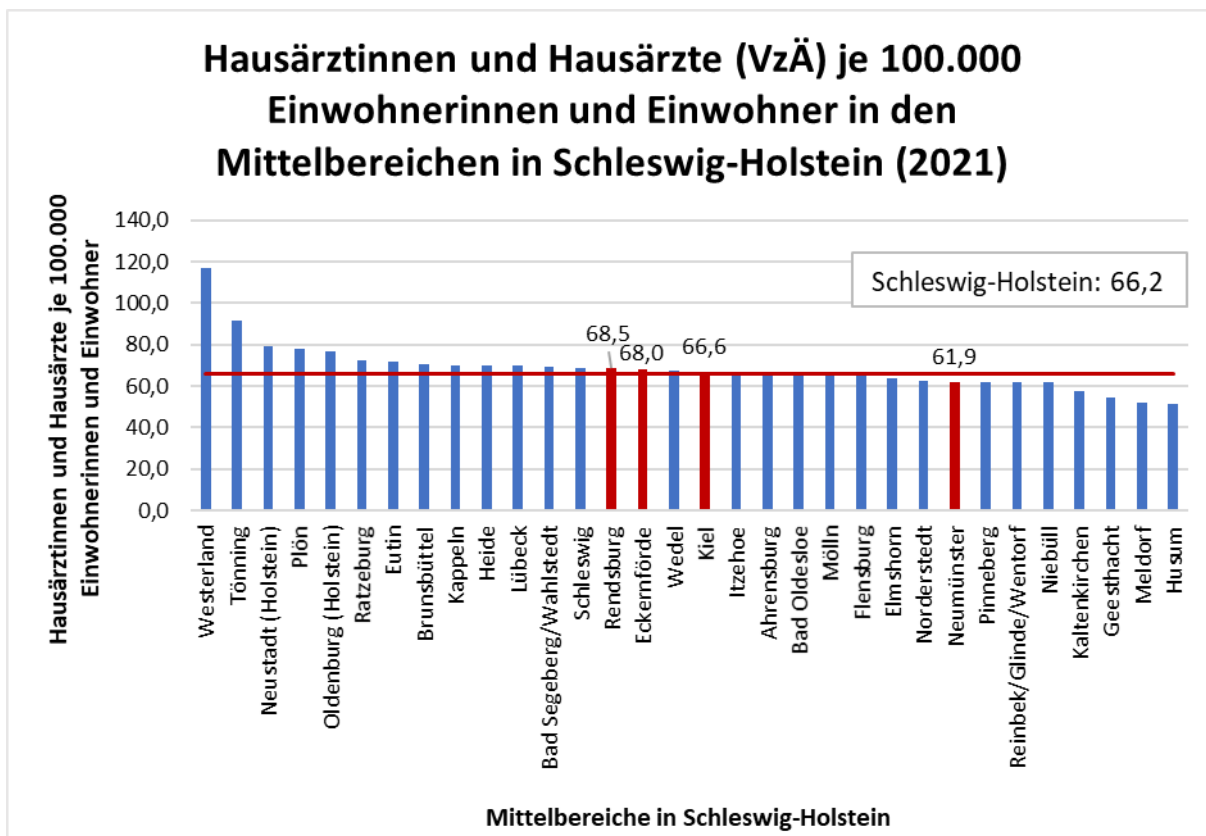


Abb.19: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

4.4 Hausärztliche Versorgung in den Nahbereichen

Die folgende Karte zeigt den aktuellen Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen Schleswig-Holsteins. Nahbereiche werden um jeden Zentralen Ort abgegrenzt und dienen der Deckung des Grundbedarfs. Im Vergleich zu den Mittelbereichen im Kreisgebiet, in denen der Versorgungsgrad durchweg oberhalb von 100% liegt, ergibt sich auf kleinräumiger Ebene der Nahbereiche ein differenzierteres Bild. Der Versorgungsgrad liegt zwar auch in der Mehrzahl der Nahbereiche im Kreisgebiet oberhalb von 100%, zum Teil lassen sich aber auch signifikante Unterschreitungen dieses Soll-Schwellenwertes feststellen. Besonders gut versorgt ist der Nahbereich Nortorf. Die Sollzahl von 11,3 Hausarztstellen wird dort zurzeit mit 18,25 VzÄ massiv überschritten. Dadurch ergibt sich ein rechnerischer Versorgungsgrad von über 160%. Durchaus besorgniserregend ist der hausärztliche Versorgungsgrad hingegen im Nahbereich Owschlag. Dieser liegt dort zurzeit gerade einmal bei 70,8%. Würde die Bedarfsplanung auf Nahbereichsebene erfolgen, wäre Owschlag also rechnerisch unterversorgt. Mit derzeit 3,0 Hausarztstellen wird die rechnerische Sollzahl von 4,24 klar unterschritten. Zudem liegt die Anzahl der Hausarztstellen auch in den Nahbereichen Gettorf, Neumünster und Hanerau-Hademarschen unterhalb der rechnerischen Sollzahl. Der

Versorgungsgrad unterschreitet demzufolge auch dort die Marke von 100%. Insgesamt sind im Kreisgebiet zwar genügend Hausärztinnen und Hausärzte vorhanden, die räumliche Verteilung zwischen den einzelnen Nahbereichen ist aber unausgeglichen. (vgl. Abb.20; Abb.21; Tab.4)

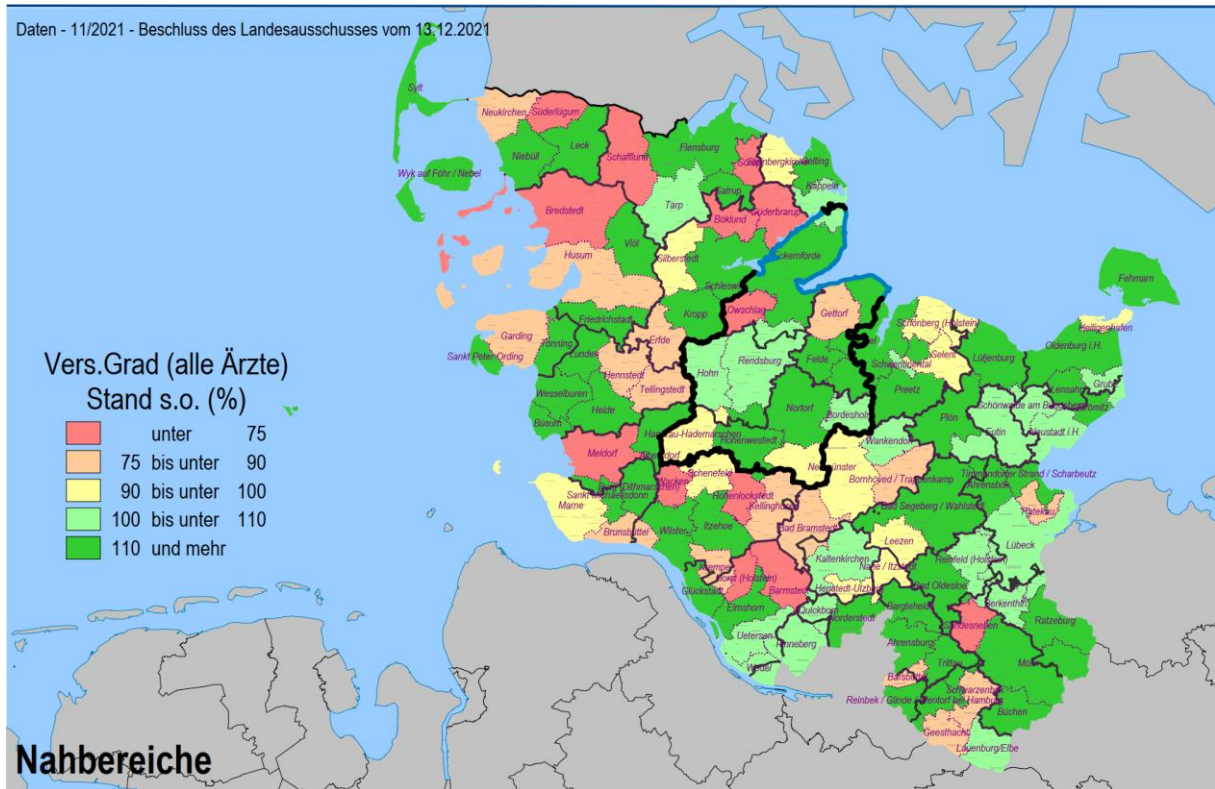


Abb.20: Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen Schleswig-Holsteins 2021

(KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

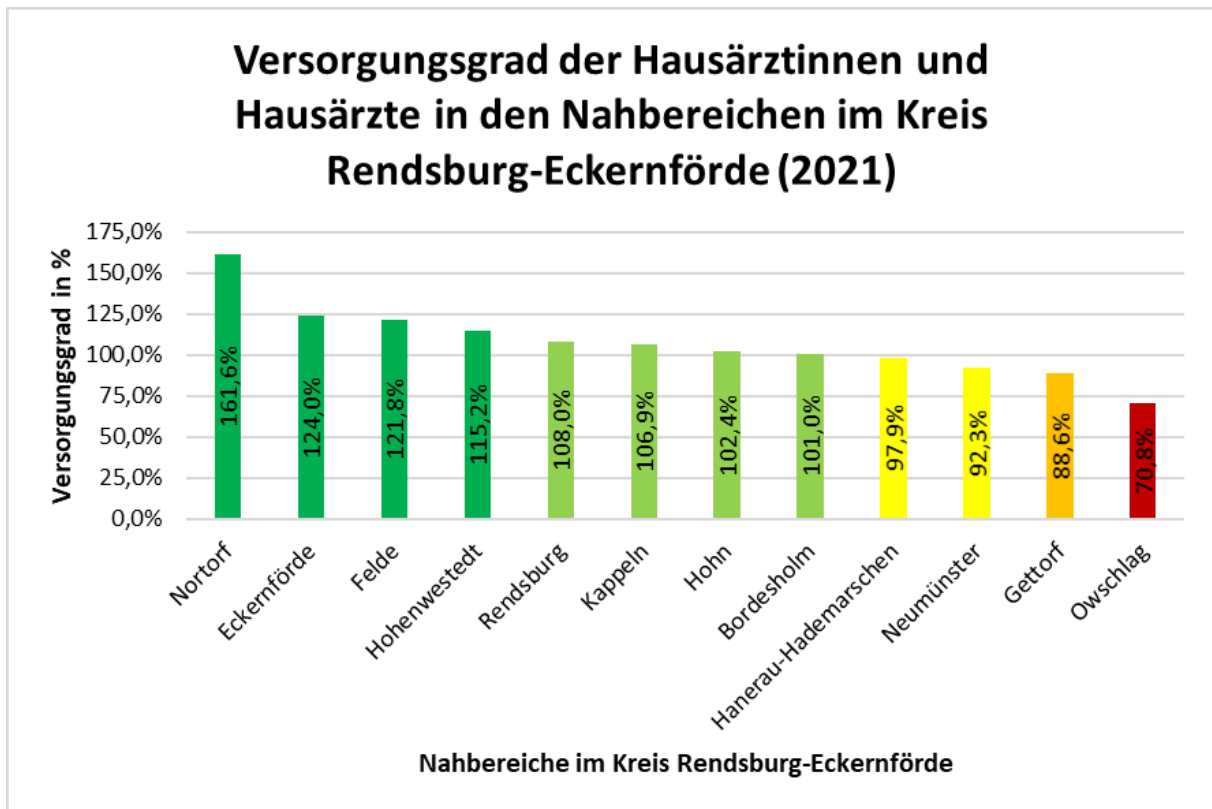


Abb.21: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

Nahbereich	Bevölkerung	Regionale Verhältnis-zahl	Sollzahl Hausarzt-stellen	Hausarzt-stellen (VzÄ)	Versorgungsgrad in %
Nortorf	18.581	1.645	11,30	18,25	161,6%
Eckernförde	42.550	1.611	26,41	32,75	124,0%
Felde	6.885	1.677	4,11	5,00	121,8%
Hohenwestedt	12.851	1.645	7,81	9,00	115,2%
Rendsburg	76.683	1.608	47,69	51,50	108,0%
Kappeln	13.131	1.559	8,42	9,00	106,9%
Hohn	8.636	1.608	5,37	5,50	102,4%
Bordesholm	14.657	1.645	8,91	9,00	101,0%
Hanerau-Hademarschen	6.720	1.645	4,09	4,00	97,9%
Neumünster	104.274	1.645	63,39	58,50	92,3%
Gettorf	17.979	1.677	10,72	9,50	88,6%
Owschlag	6.831	1.611	4,24	3,00	70,8%

Tab.4: Bedarfsplanerische Kennzahlen in den Nahbereichen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021 (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

Wenig überraschen dürfte demzufolge auf Nahbereichsebene auch die breite Streuung des Indikators Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner um den Kreisdurchschnitt von 68,8. Während sich im Nahbereich Nortorf – rechnerisch – 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 98,2 Hausärztinnen und Hausärzte verteilen können, stehen

für dieselbe Bevölkerungsanzahl im Nahbereich Owschlag mit 43,9 Hausärztinnen und Hausärzten nicht einmal halb so viele Medizinerinnen und Mediziner zur Verfügung. (vgl. Abb.22) Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen liegt überwiegend dicht am Mittelwert des Kreises Rendsburg-Eckernförde von 52,7 Jahren. Das mit 62,9 Jahren höchste Durchschnittsalter weist die Hausärzteschaft im Nahbereich Hohenwestedt auf. Dort dürften in den kommenden Jahren dementsprechend mehrere Praxisnachfolgen anstehen. Im rechnerisch unterversorgten Nahbereich Owschlag praktizieren mit einem Durchschnittsalter von 47,7 Jahren hingegen die jüngsten Hausärztinnen und Hausärzte des Kreisgebietes. (vgl. Abb.23)

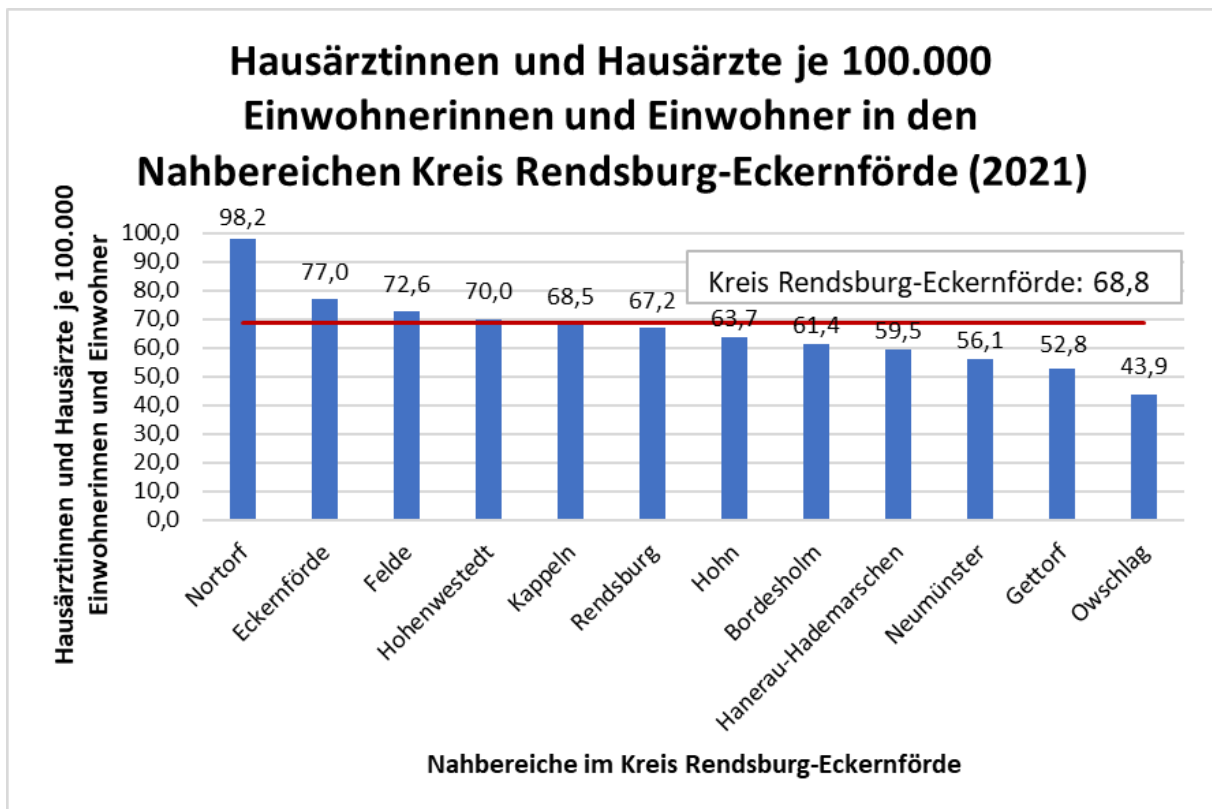


Abb.22: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

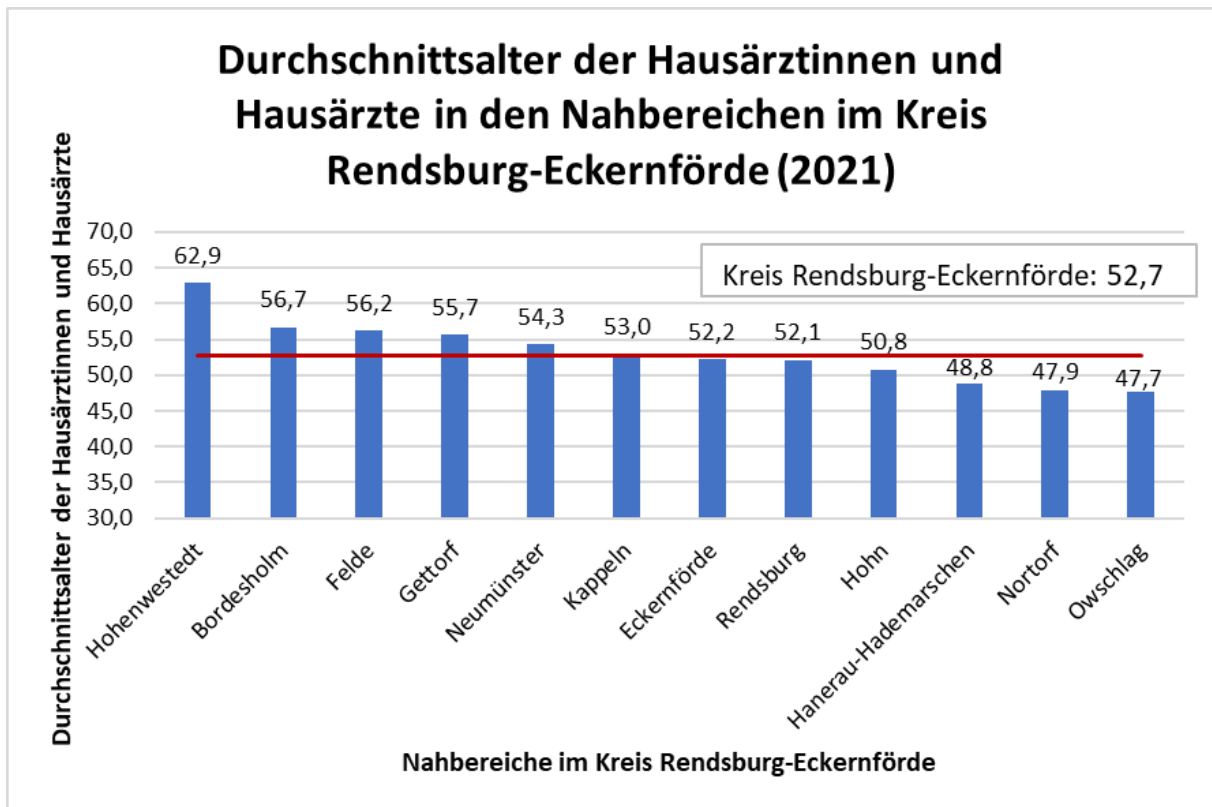


Abb.23: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

Um einen ersten Überblick darüber zu gewinnen, wie sich der hausärztliche Versorgungsgrad in den Nahbereichen unter Berücksichtigung der aktuellen Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte zukünftig entwickeln könnte, hat die KVSH eine fiktive Prognose für das Jahr 2026 vorgenommen. Dieser liegt die Annahme zu Grunde, dass die Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Erreichen des Alters von 68 Jahren aus dem Dienst ausscheiden und 75% aller frei gewordenen Hausarztsitze nachbesetzt werden können. Wie die folgende Karte zeigt, würden mehrere Nahbereiche im Kreis Rendsburg-Eckernförde unter ebendiesen Annahmen bis 2026 einen Versorgungsgrad von 100% unterschreiten. (vgl. Abb.24) Während der Nahbereich Owschlag unverändert unterversorgt bliebe, würden im Jahr 2026 neben Gettorf, Neumünster und Hanerau-Hademarschen zusätzlich auch Bordesholm, Hohn und Kappeln einen hausärztlichen Versorgungsgrad von unter 100% aufweisen. Dort dürfte dann dementsprechend Nachbesetzungsbedarf bestehen. Die Nahbereiche Nortorf, Felde, Eckernförde, Rendsburg und Hohenwestedt wären hingegen auch weiterhin überdurchschnittlich gut versorgt. (vgl. Abb.25)

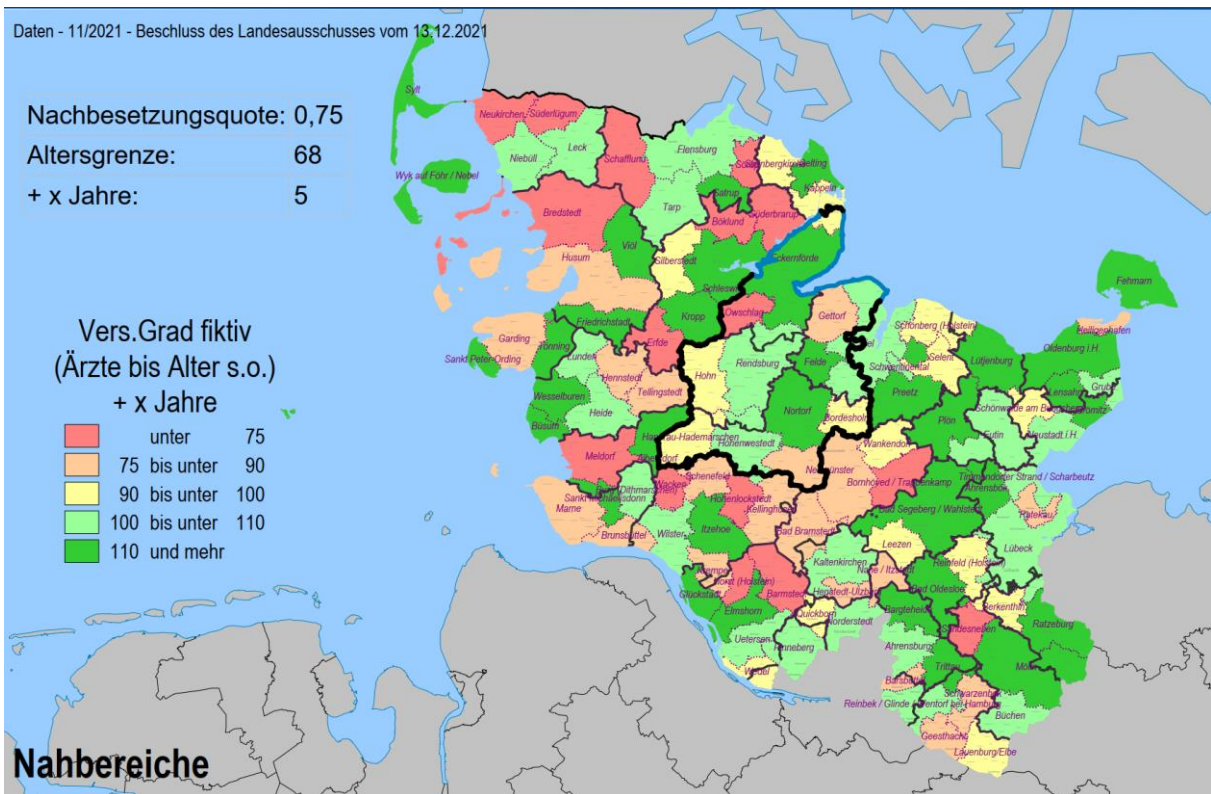


Abb.24: Versorgungsgradprognose der Hausärztinnen und Hausärzte in den Nahbereichen Schleswig-Holsteins 2026 (KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

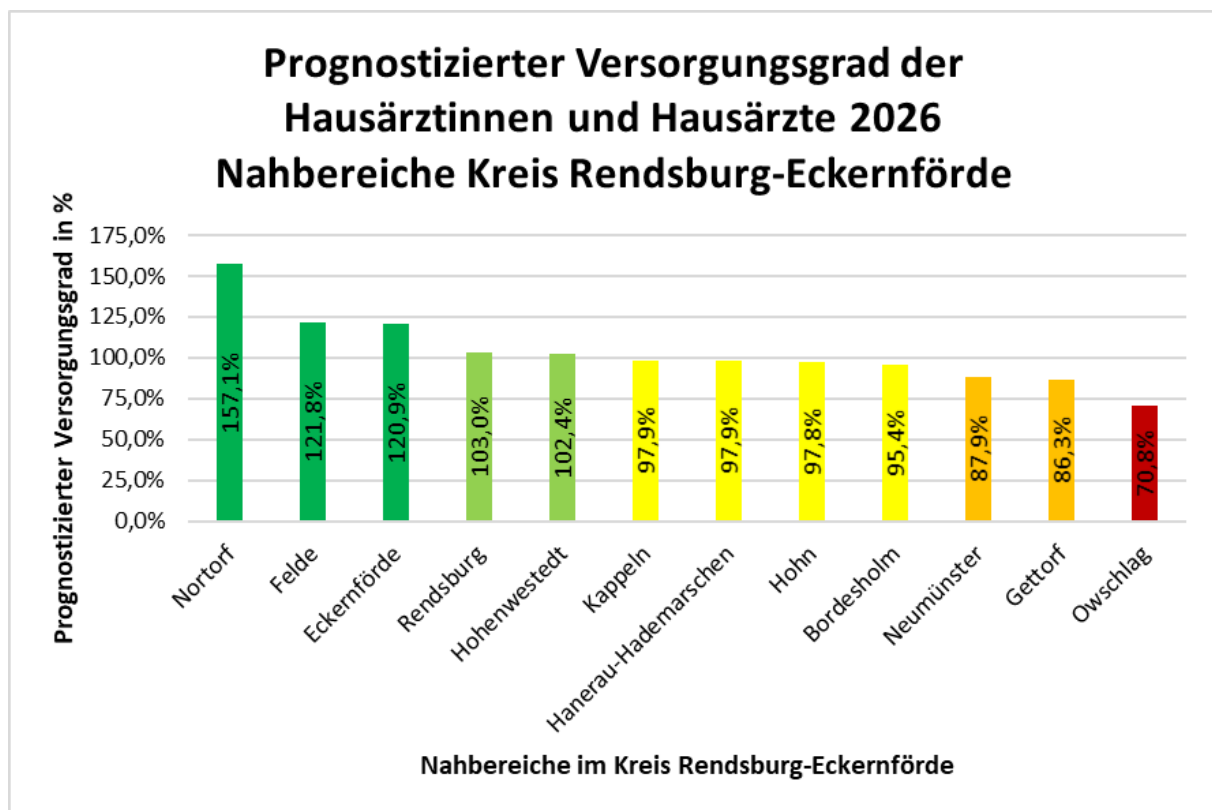


Abb.25: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

4.5 Hausärztliche Versorgung auf Ämterebene

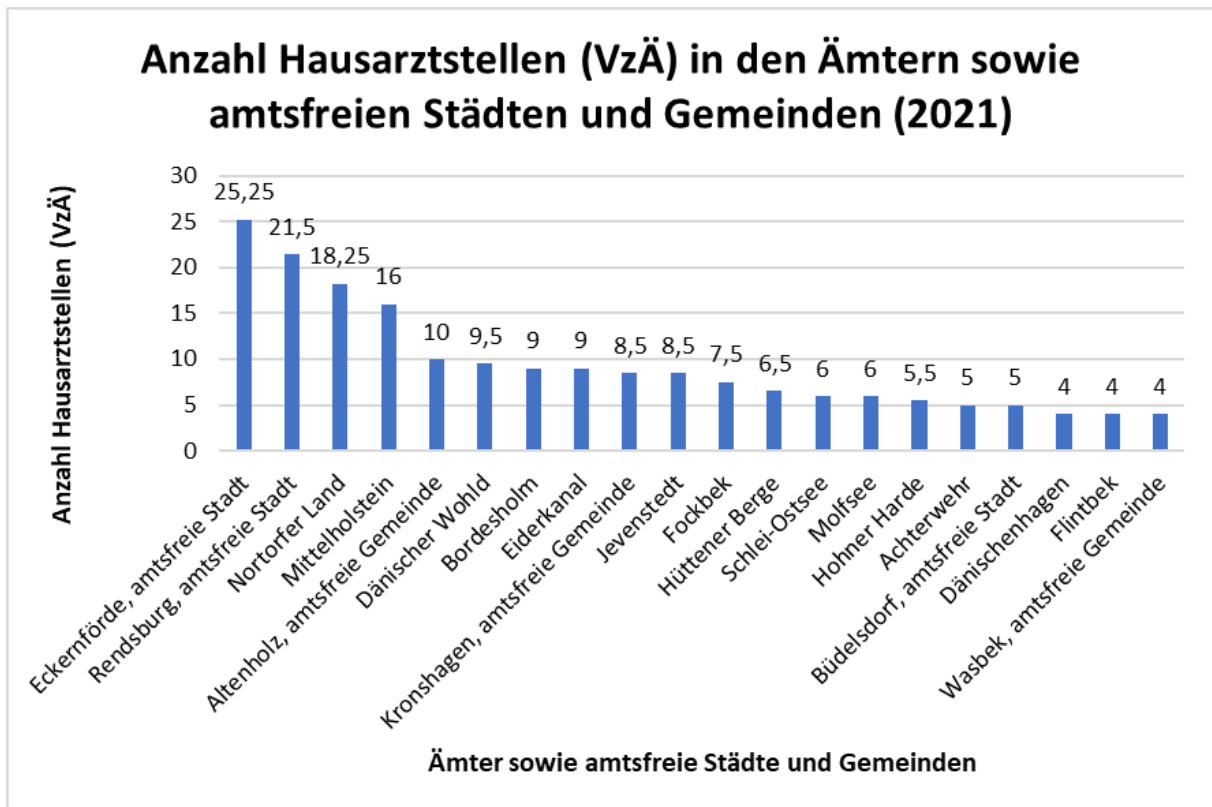


Abb.26: Eigene Darstellung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b)

Als weitere kleinräumige Betrachtungsebene der hausärztlichen Versorgung bieten sich neben den Nahbereichen auch die Ämter sowie amtsfreien Städte und Gemeinden im Kreisgebiet an. Wie die vorangestellte Abbildung zeigt, sind – wohl kaum überraschend – in allen 14 Ämtern sowie in den sechs amtsfreien Städten und Gemeinden des Kreises Hausarztstellen vorhanden. Über jeweils mehr als 20 und damit die meisten Hausarztstellen verfügen die beiden Mittelzentren Eckernförde und Rendsburg. Anschließend folgen die Ämter Nortorfer Land und Mittelholstein. Die wenigsten Hausarztstellen (jeweils vier) befinden sich hingegen in den Ämtern Dänischenhagen und Flintbek sowie in Wasbek. (vgl. Abb.26)

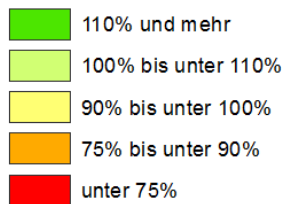
Aussagekräftiger als die absolute Anzahl der Hausarztstellen ist jedoch der hausärztliche Versorgungsgrad. Deutliche Spitzenreiter sind Wasbek (282,6%), Eckernförde (188%), Altenholz (167,3%) und das Amt Nortorfer Land (161,6%). Der außergewöhnlich hohe Versorgungsgrad von Wasbek bedarf jedoch insofern einer Relativierung, als dass diese amtsfreie Gemeinde aufgrund der geringen Bevölkerungsanzahl nur schwer mit den anderen Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden im Kreisgebiet zu vergleichen ist. Die Hälfte der Ämter sowie amtsfreien Städte und Gemeinden sind mit einem Versorgungsgrad von mindestens 110% hausärztlich sehr gut versorgt. Räumlich lässt sich innerhalb des Kreisgebiets jedoch ein deutliches Nord-Süd-Gefälle feststellen. (vgl. Tab.5; Abb.27)

Amt/amtsfreie Stadt/Gemeinde	Bevölkerung	Regionale Verhältniszahl	Rechnerische Sollzahl Hausarztstellen	Hausarztstellen (VzÄ)	Rechnerischer Versorgungsgrad in %
Wasbek	2.328	1.645	1,4	4	282,6%
Eckernförde	21.637	1.611	13,4	25,25	188,0%
Altenholz	10.021	1.677	6,0	10	167,3%
Nortorfer Land	18.581	1.645	11,3	18,25	161,6%
Rendsburg	28.705	1.608	17,9	21,5	120,4%
Kronshagen	11.927	1.677	7,1	8,5	119,5%
Jevenstedt	11.558	1.608	7,2	8,5	118,3%
Molfsee	8.804	1.677	5,2	6	114,3%
Eiderkanal	12.915	1.608	8,0	9	112,1%
Fockbek	10.959	1.608	6,8	7,5	110,0%
Mittelholstein	24.029	1.645	14,6	16	109,5%
Hohner Harde	8.636	1.608	5,4	5,5	102,4%
Bordesholm	14.657	1.645	8,9	9	101,0%
Dänischer Wohld	17.086	1.677	10,2	9,5	93,2%
Flintbek	7.991	1.677	4,8	4	83,9%
Büdelndorf	10.466	1.608	6,5	5	76,8%
Dänischenhagen	9.090	1.677	5,4	4	73,8%
Achterwehr	11.508	1.677	6,9	5	72,9%
Hüttener Berge	14.914	1.611	9,3	6,5	70,2%
Schlei-Ostsee	18.953	1.611	11,8	6	51,0%

Tab.5: Hausärztliche Kennzahlen in den Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021 (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b; STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021a)

Hausärztlicher Versorgungsgrad

in den Ämtern sowie den amtsfreien Städten und Gemeinden
im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021



Kreisdurchschnitt: 112,5%
Stichtag: 15.11.2021

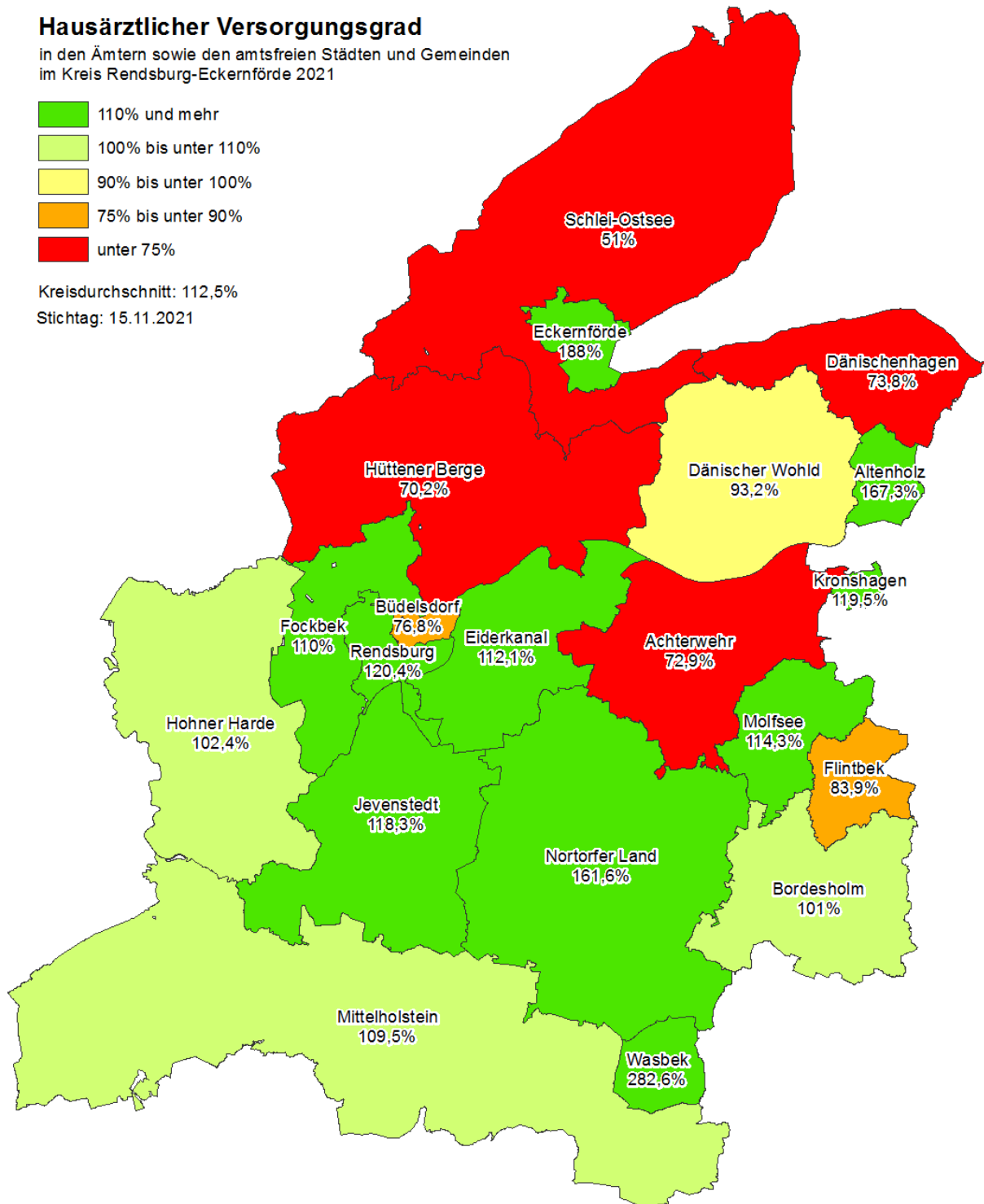


Abb.27: Eigene Berechnung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b); Kartografische Darstellung: ROHWER 2022

Während der hausärztliche Versorgungsgrad in den Ämtern im südlichen Kreisgebiet durchweg bei über 100% liegt, ist dieser im nördlichen Kreisgebiet wesentlich schlechter. Die Ämter Schlei-Ostsee, Hüttener Berge, Achterwehr und Dänischenhagen sind mit einem Versorgungsgrad von unter 75% sogar rechnerisch unterversorgt. Im Amt Schlei-Ostsee beträgt der Versorgungsgrad lediglich 51%. Dort steht also gerade einmal die Hälfte der bei einer

separaten Betrachtung auf Amtsebene rechnerisch erforderlichen Hausarztstellen zur Verfügung. (vgl. Abb.27; Tab.5)

Anhand des hausärztlichen Versorgungsgrades in den Ämtern sowie amtsfreien Städten und Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde bestätigt sich das Steuerungsdefizit der Bedarfplanung, dass die Bedarfspläne zwar die Gesamtzahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte innerhalb eines Planungsbereiches festlegen, die räumliche Verteilung innerhalb eines Gebietes jedoch von der persönlichen Standortwahl der Ärztinnen und Ärzte abhängt. (vgl. 3.2) Die beachtlichen teilräumlichen Disparitäten in der hausärztlichen Versorgung lassen sich ebenso auch durch den Indikator Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner abbilden. Im Kreisdurchschnitt sind 68,8 Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner verfügbar. Während dieser Mittelwert in Wasbek mit rechnerisch 171,8 Hausärztinnen und Hausärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner massiv überschritten wird, stehen im Amt Schlei-Ostsee lediglich 31,7 Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung. Damit entfallen auf einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin in Wasbek also nur 582 Personen, während ein Hausarzt/eine Hausärztin im Amt Schlei-Ostsee rechnerisch für mehr als 3.150 Patientinnen und Patienten zuständig wäre. (vgl. Abb.28)

Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
in den Ämtern sowie den amtsfreien Städten und Gemeinden
im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2021

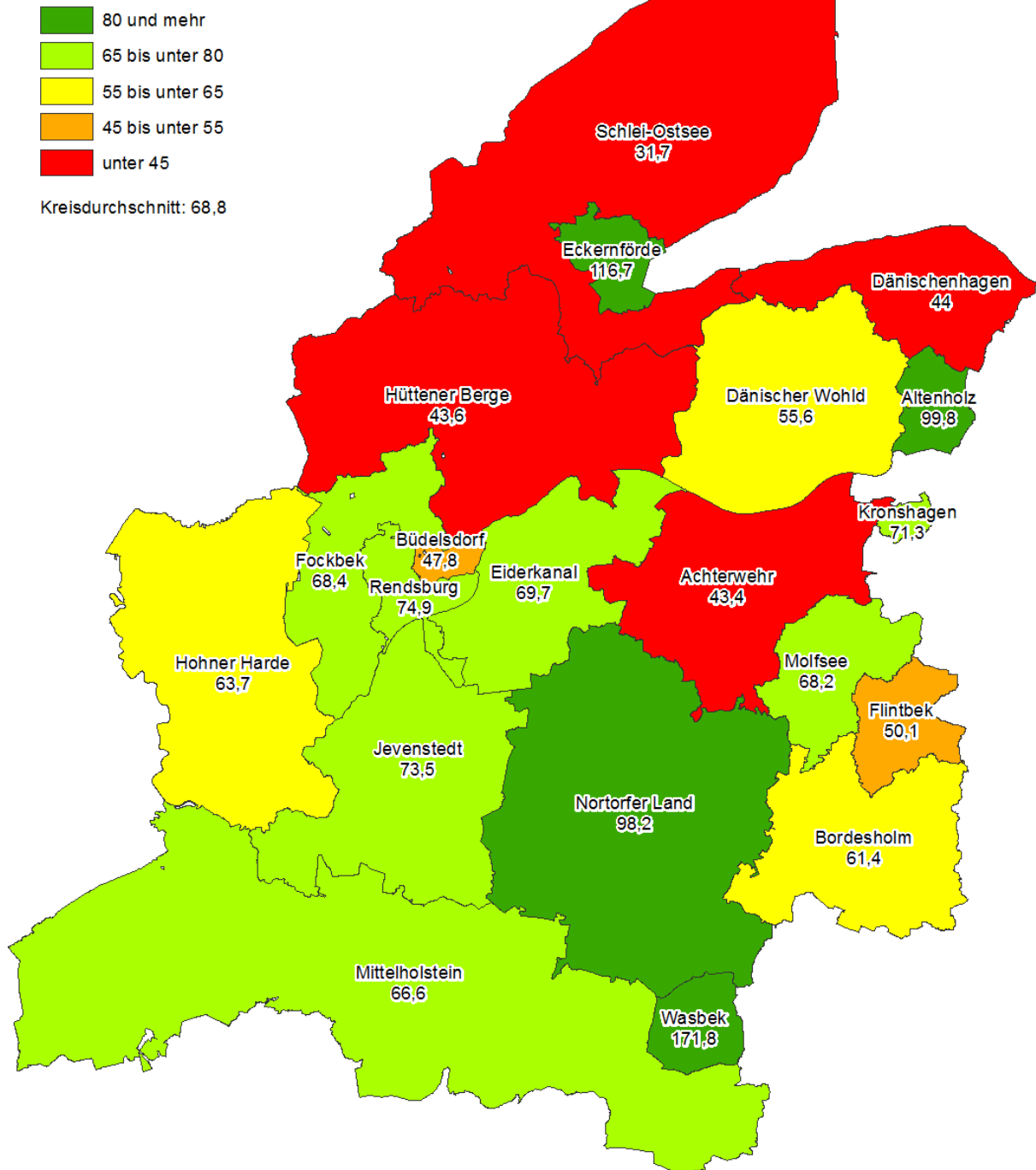


Abb.28: Eigene Berechnung (Daten: KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021b); Kartografische Darstellung: ROHWER 2022

Bei dieser kleinräumigen Betrachtung auf Ämterebene gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte aus den gut versorgten Teilräumen auch Einwohnerinnen und Einwohner aus dem schlechter versorgten Umland behandeln. Das unterversorgte Amt Schlei-Ostsee grenzt beispielsweise unmittelbar an die überversorgte Stadt Eckernförde. Ein beträchtlicher Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner dürfte dort einen Hausarzt bzw. eine

Hausärztin aufsuchen. Einen ähnlichen Effekt mit Verflechtungen in umliegende, besser versorgte Teilräume dürfte es auch in den rechnerisch ebenfalls unterversorgten Ämtern Hüttener Berge, Achterwehr und Dänischenhagen geben. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die rechnerische Ermittlung des Versorgungsgrades und der Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf Ämterebene nicht unbedingt die realen Verflechtungen zwischen den Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und Hausärzten abbildet. (vgl. Abb.27; Abb.28)

4.6 Erreichbarkeit der Hausärztinnen und Hausärzte auf Gemeindeebene

Anhand des Versorgungsgrades an sich, sei es analog zur Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung für die Mittelbereiche oder auch kleinräumiger auf Nahbereichs- oder Ämterebene, lassen sich noch keine Ableitungen zur flächenhaften Erreichbarkeit der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreis Rendsburg-Eckernförde treffen. Hierzu bedarf es einer noch kleingliedrigeren Analyse auf Gemeindeebene. Die durchschnittliche Distanz zwischen dem Wohnsitz der Patientinnen und Patienten und ihrer Hausarztpraxis beträgt in Schleswig-Holstein 3,7km. Dabei suchen keineswegs alle Patientinnen und Patienten immer die in der geringsten Entfernung liegende Praxis auf. Die KV bewertet die räumliche Erreichbarkeit der Hausarztpraxen damit grundsätzlich als unproblematisch. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 3)

Der gemeinsam von den Bundesministerien des Innern und für Heimat, für Ernährung und Landwirtschaft sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zusammengestellte Deutschlandatlas aus dem Jahr 2021 enthält eine Statistik zur durchschnittlichen PKW-Fahrzeit zur nächsten Hausarztpraxis für alle Gemeinden in Deutschland im Jahr 2016. In 57 Gemeinden aus dem Kreis Rendsburg-Eckernförde beträgt die durchschnittliche PKW-Fahrzeit zur nächsten Hausarztpraxis weniger als 5 Minuten. Aus weiteren 98 Gemeinden lässt sich der nächste Hausarzt/die nächste Hausärztin in weniger als 10 Minuten mit dem PKW erreichen. Aus der weit überwiegenden Mehrzahl der Gemeinden im Kreisgebiet ist die nächste Hausarztpraxis also innerhalb kurzer Zeit mit dem PKW erreichbar. An vorderster Stelle liegt die Gemeinde Kronshagen mit einer durchschnittlichen PKW-Fahrzeit von gerade einmal 1,8 Minuten. Die mit 18,2 Minuten längste PKW-Fahrzeit zum nächsten Hausarzt/zur nächsten Hausärztin wird aus der Gemeinde Tackesdorf (Amt Mittelholstein) benötigt. (vgl. DEUTSCHLANDATLAS 2021; Abb.29)

Im Vergleich zu allen Gemeinden in Schleswig-Holstein lässt sich die nächste Hausarztpraxis aus den Gemeinden im Kreis Rendsburg-Eckernförde tendenziell etwas schneller erreichen.

In 93,9% aller Gemeinden beträgt die durchschnittliche PKW-Fahrzeit weniger als 10 Minuten. In Schleswig-Holstein insgesamt liegt dieser Anteil bei 92,4%. (vgl. Abb.30) Bei der Interpretation der aufgezeigten Daten zur Erreichbarkeit der Hausärztinnen und Hausärzte bedarf es allerdings zwingend der Berücksichtigung, dass es sich ausschließlich um PKW-Fahrzeiten handelt. Da aber längst nicht alle Haushalte über einen PKW verfügen und die Verfügbarkeit des motorisierten Individualverkehrs gerade unter älteren, nicht selten multimorbiden Patientinnen und Patienten mit höherem Bedarf nach hausärztlicher Versorgung wesentlich eingeschränkter sein dürfte, lässt sich die nächste Hausarztpraxis nicht für alle Personen so zeitnah erreichen.

Mit dem ÖPNV ist gerade in ländlich geprägten Gemeinden ohne eigene Hausarztpraxis von einer längeren Fahrzeit zum nächsten Hausarzt/zur nächsten Hausärztin auszugehen. Konkrete Daten zur ÖPNV-Erreichbarkeit der Hausarztpraxen liegen nicht vor. Insbesondere im nördlichen Kreisgebiet ist die flächenhafte Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte aber deutlich dünner, sodass mehrere Ämter rechnerisch unterversorgt sind. (vgl. 4.3; 4.5) Ob die wohnortnahe Erreichbarkeit der Hausärztinnen und Hausärzte also im gesamten Kreisgebiet sichergestellt ist, dürfte anhand der vorliegenden Daten zumindest angezweifelt werden, lässt sich ohne Einschätzung durch die entsprechenden Akteure aber nicht verlässlich feststellen.

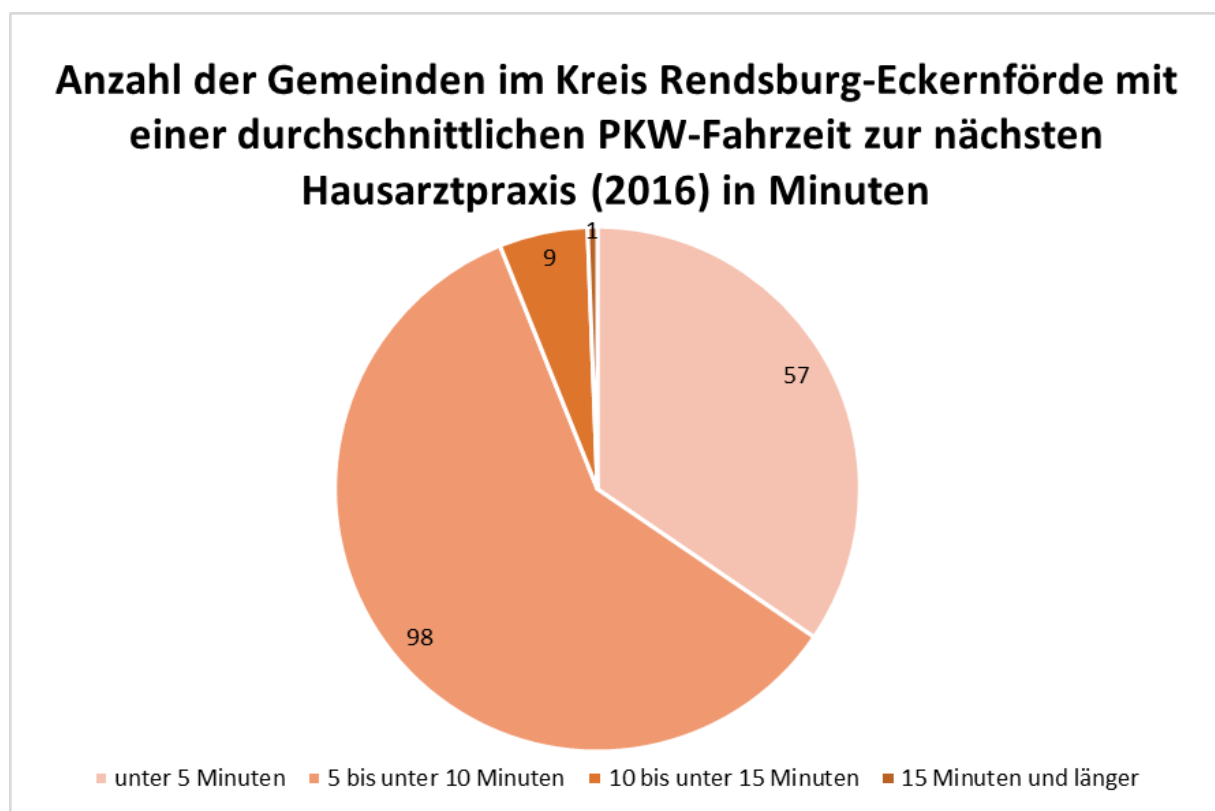


Abb.29: Eigene Darstellung (Daten: DEUTSCHLANDATLAS 2021)

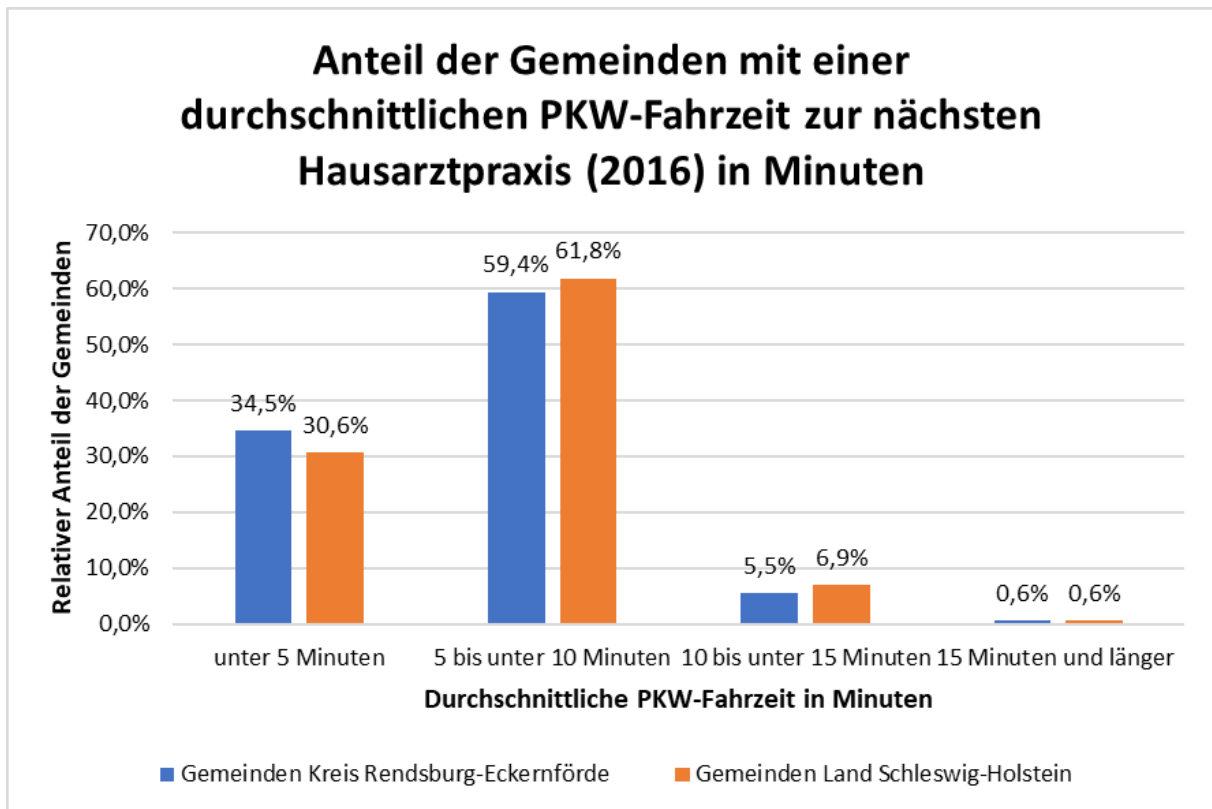


Abb.30: Eigene Darstellung (Daten: DEUTSCHLANDATLAS 2021)

5. Machbarkeitsstudie zur Sicherung der ärztlichen Grundversorgung in Rendsburg

Die Stadt Rendsburg stellt bereits Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Hausarztstellen fest und sieht sich aufgrund der Altersstruktur und der Belastung der Ärzteschaft damit konfrontiert, dass eine ausreichende hausärztliche Versorgung in naher Zukunft nicht mehr gegeben ist. Um die hausärztliche Versorgung in Rendsburg auch künftig sicherzustellen, hat die Stadt die Ärztegenossenschaft Nord eG im vergangenen Jahr mit der Erarbeitung einer Machbarkeitsstudie beauftragt. Diese umfasst zunächst die strukturellen Grundlagen der hausärztlichen Versorgung und skizziert die Ist-Situation in Rendsburg. Im Zuge dessen wurde im Rahmen einer anonymen Befragung auch die Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Hausärzteschaft ermittelt. Anschließend werden Chancen und Risiken der hausärztlichen Versorgung in Rendsburg abgeleitet und Handlungsempfehlungen für die Stadt aufgezeigt. Die Ergebnisse dieser aktuellen Machbarkeitsstudie für die Stadt Rendsburg sind auch im Rahmen der vorliegenden Analyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde von Interesse und werden nachfolgend zusammengefasst. (vgl. ÄRZTEGENOSSENSCHAFT NORD EG 2021: 6ff.)

5.1 Befragung der niedergelassenen Hausärzteschaft

Um möglichst niedrigschwellig an die Ärztinnen und Ärzte heranzutreten und realitätsnahe Rückmeldungen zu erhalten, hat die Ärztegenossenschaft Nord eG einen Fragebogen an 41 in Rendsburg und Umgebung ansässige Hausärztinnen und Hausärzte versendet und um anonyme Beantwortung gebeten. Der Fragebogen bezieht sich vor allem auf die Struktur der Praxen, die Fallzahlen, Unterstützungsbedarfe und die Nachfolgerinnen- und Nachfolgersuche und wurde von 24 Hausärztinnen und Hausärzten beantwortet. Etwa die Hälfte der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte möchte ihre Fallzahl nicht steigern oder künftig sogar senken. Der andere Teil der Hausärzteschaft hat noch freie Kapazitäten und könnte in Summe den Wegfall von 1-1,5 Arztsitzen kompensieren. Sechs befragte Hausärztinnen und Hausärzte planen hingegen innerhalb eines Zeithorizontes von maximal sechs Jahren die Abgabe ihrer Praxis, von denen bislang aber noch niemand eine verbindliche Nachfolgevereinbarung geschlossen hat. Dementsprechend können nicht alle betroffenen Patientinnen und Patienten durch andere Hausärztinnen und Hausärzte aus der Umgebung aufgefangen werden. Die adäquate ambulante hausärztliche Versorgung steht ohne die Gewinnung von Nachfolgerinnen und Nachfolgern folglich in Frage. (vgl. ÄRZTEGENOSSENSCHAFT NORD EG 2021: 23ff.)

Hinsichtlich einer möglichen Entlastung der Tätigkeit, beispielsweise durch Übernahme administrativer Tätigkeiten in Kooperationsmodellen, zeigt sich ein gemischtes Stimmungsbild. Diese Entlastung durch Abgabe administrativer Tätigkeiten ist bislang eher die Ausnahme, könnte es den Ärztinnen und Ärzten aber ermöglichen, die zeitlichen Kapazitäten für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu steigern. 46% der befragten Hausärztinnen und Hausärzte können sich eine derartige Entlastung vorstellen, 42% hingegen nicht. Für 50% der Befragten kommt wiederum die Anstellung von (zusätzlichen) Ärztinnen und Ärzten in ihrer Praxis in Frage; für 42% ist dies keine Option. Unter den Befragten befinden sich auch Ärztinnen und Ärzte, die zwar keinen weiteren Platz in ihrer Praxis haben, sich die Anstellung von Kolleginnen oder Kollegen aber dennoch vorstellen können. (vgl. ebd. 2021: 27f.)

5.2 Chancen und Risiken

Nach Einschätzung der Ärztegenossenschaft Nord eG bergen die Rahmenbedingungen in Rendsburg wesentliche Chancen für ein nachhaltiges Lösungskonzept der hausärztlichen Versorgung. Genannt werden u.a. die kurzen Wege der Patientinnen und Patienten zum Arzt/zur Ärztin, die gute Infrastruktur und der hohe Freizeitwert, die Vielzahl an Fachärztinnen und Fachärzten und die Imland Klinik sowie die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR), die als Zusammenschluss niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aus Rendsburg und

Umgebung die Vernetzung der Mitglieder und den Informationsaustausch befördert. Darüber hinaus bietet Rendsburg potenziellen Ärztinnen und Ärzten als „Beamtenstadt“ attraktive Verdienstmöglichkeiten durch Privatpatientinnen und Privatpatienten und es existieren schon heute einige größere Praxen, in denen mehrere Hausärztinnen und Hausärzte als Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind. Dies vereinfacht die Aufnahme weiterer Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Praxisneugründung. (vgl. ÄRZTEGENOSSENSCHAFT NORD EG 2021: 20f.)

Gleichwohl identifiziert die Ärztegenossenschaft Nord eG in Rendsburg auch Risiken, denen die Entwicklung eines Konzeptes Rechnung tragen muss. So ergibt sich die Nachfolgesuche als Risiko aus dem Spannungsfeld zwischen Selbständigkeit und Anstellung. Gerade für Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre Einzelpraxis in den nächsten Jahren abgeben möchten, ihren Sitz aber nicht im Vorfeld in eine größere Einheit überführen, gestaltet sich die Nachbesetzung schwierig. Nur ein kleiner Anteil junger Ärztinnen und Ärzte sucht den Weg in die Selbständigkeit, eine Anstellung lässt sich in einer Einzelpraxis aber kaum realisieren. Durch altersbedingtes Ausscheiden wird die Ressource Arzt-Zeit künftig weiter sinken. Hier bedarf es Strukturen, um bei rückgehender Arzt-Zeit mehr Patientinnen und Patienten versorgen zu können. Die Bündelung von Hausarztpraxen zu größeren Einheiten führt unvermeidbar zu Zentralisierung. Um die flächenhafte Erreichbarkeit dennoch sicherzustellen, bedarf es dann entsprechender Mobilitätskonzepte. Als weiteres Risiko sehen die Gutachterinnen und Gutachter in Rendsburg zudem auch eine möglicherweise fehlende Kooperationsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie identifiziert wurde. (vgl. ebd. 2021: 21ff.)

5.3 Empfehlungen

Die Ärztegenossenschaft Nord eG differenziert die Handlungsempfehlungen in ihrer Machbarkeitsstudie zwischen allgemeinen Empfehlungen und konkreten Maßnahmen für die Stadt Rendsburg. Grundsätzlich empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter eine Veränderung der Praxisstrukturen zugunsten größerer Einheiten und der Arbeit im Team mit selbständigen und angestellten Ärztinnen und Ärzten. Hierfür eignen sich zentral liegende Standorte. Dadurch lassen sich der Organisationsaufwand reduzieren und die Fixkosten senken. Von der Gründung einer kommunalen Eigeneinrichtung oder eines kommunalen medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) rät die Ärztegenossenschaft Nord eG hingegen ab, da sich die Stadt Rendsburg dann in direkten Wettbewerb mit den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten begeben würde und alle bisherigen kommunalen Eigeneinrichtungen oder MVZs in Schleswig-Holstein defizitär sind. (vgl. ÄRZTEGENOSSENSCHAFT NORD EG 2021: 31f.)

Als konkrete Maßnahmen für die Stadt Rendsburg empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter die Benennung einer internen Ansprechperson als individuelle Hilfestellung für bereits ansässige Praxen und interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie eine übergeordnete Werbekampagne für den Praxisstandort Rendsburg. Zudem könnte eine Kontaktaufnahme und Kooperation mit an der Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern beteiligten Kliniken die Suche nach Nachwuchsärztinnen und Nachwuchsärzten erleichtern. Elementar für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist nach Einschätzung der Ärztegenossenschaft Nord eG darüber hinaus vor allem die Zusammenarbeit mit den ansässigen Ärztinnen und Ärzten über Gesprächsrunden und Einzelgespräche, um gemeinsam konkrete Ideen für ein mögliches Zukunftsmodell zu entwickeln. (vgl. ebd. 2021: 32 ff.)

6. Kernbotschaften zur hausärztlichen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Allgemeine Entwicklungstrends in der hausärztlichen Versorgung

- Verschiebung zugunsten fachärztlicher Tätigkeiten
- Hausärztliche Versorgung wird überwiegend weiblich
- Zunahme von Angestelltenverhältnissen und Teilzeitbeschäftigung
- Rückgang des hausärztlichen Arbeitsstundenvolumens
- Flächendeckende Versorgung in den ländlichen Räumen zunehmend gefährdet

Hausärztlicher Versorgungsbedarf im Kreis Rendsburg-Eckernförde

- Anzahl der Behandlungsfälle je Person steigt mit zunehmendem Alter deutlich an
- Anstieg der Seniorinnen und Senioren im Alter von 65 bis unter 80 Jahren um 17% bis 2030
- Anstieg der Hochaltrigen ab 80 Jahren um 28% bis 2030
- Zunehmender Bedarf nach hausärztlichen Leistungen

Hausärztliche Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde

- Im Kreisgebiet sind 200 Hausärztinnen und Hausärzte tätig, die 189 VzÄ umfassen
- 29% aller Hausärztinnen und Hausärzte sind 60 Jahre oder älter
- Anzahl der Hausarztstellen liegt in allen Mittelbereichen über rechnerischer Sollzahl
- Keine Versorgungsengpässe auf bedarfsplanerischer Ebene der Mittelbereiche
- Kleinräumige Betrachtung auf Nahbereichs- und Ämterebene offenbart anderes Bild
- In mehreren Nahbereichen und Ämtern wird die rechnerische Sollzahl an Hausarztstellen deutlich überschritten
- Einige Ämter im nördlichen Kreisgebiet sind rechnerisch unterversorgt
- Insgesamt sind zurzeit genügend Hausärztinnen und Hausärzte vorhanden, aber die räumliche Verteilung ist zu unausgeglichen

7. Aktuelle Ansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung

Wie die kleinräumige Analyse des hausärztlichen Versorgungsangebotes im Kreis Rendsburg-Eckernförde gezeigt hat, wird die rechnerische Sollzahl an Hausarztstellen trotz aktueller Vollversorgung auf der bedarfsplanerischen Ebene der Mittelbereiche in einzelnen Ämtern teils deutlich unterschritten. Wenn in den kommenden Jahren altersbedingt vermehrt Hausärztinnen und Hausärzte in den Ruhestand eintreten und der Bedarf nach ambulanter medizinischer Versorgung aufgrund der demografischen Entwicklung zugleich ansteigt, werden Anstrengungen auf mehreren Ebenen erforderlich sein, um die Versorgung der Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten. Die folgende literaturbasierte Übersicht zeigt aktuelle Ansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auf. Die dargestellten Optionen sind lediglich exemplarisch und nicht abschließend.

7.1 Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können sowohl von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern, als auch von bestimmten gemeinnützigen Trägern, anerkannten Praxisnetzen oder Kommunen gegründet werden und stellen für viele Medizinerinnen und Mediziner eine attraktive Alternative zur klassischen Einzelpraxis dar. Durch die kooperative Zusammenarbeit mehrerer ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte unter einem Dach ermöglichen MVZ einen verbesserten Informationsaustausch im Team und tragen zugleich dem Wunsch vieler junger Medizinerinnen und Mediziner nach einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis mit flexiblen Arbeitszeiten Rechnung. Die Zentren können sowohl als arztgruppengleiche als auch als fachübergreifende Einrichtungen betrieben werden und bieten damit häufig eine umfassende Versorgung aus einer Hand. (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2021) Ein Beispiel aus dem Kreisgebiet ist das Wagenhaus Brücke MVZ in Rendsburg. Dieses bündelt neben der Allgemeinmedizin auch Angebote aus zehn weiteren gesundheitlichen Fachdisziplinen und bietet damit ein breit gefächertes Versorgungsangebot unter einem Dach. (vgl. WAGENHAUS MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM)

Zunehmend werden MVZ auch von Hausärztinnen und Hausärzten selbst aufgebaut. Die KVSH verfolgt das Ziel, solche Zentren in vertragsärztlicher Trägerschaft vor allem in den zentralen Orten zu erhalten und zu fördern, um die hausärztliche Versorgung in den dazugehörigen Nahbereichen auch künftig sicherzustellen. Finanzielle Belastungen bei dem Aufbau solcher Strukturen sollen durch eine Bezuschussung aus dem Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigung reduziert werden. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 4)

7.2 Zweigpraxen

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Regionen mit drohender oder bereits bestehender Unterversorgung haben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit eigener Praxis seit 2007 die Möglichkeit, unabhängig von den Bezirksgrenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Zweigpraxen zu eröffnen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Versorgung am Hauptsitz nicht wesentlich beeinträchtigt und die Versorgung an den Standorten der Zweigpraxen verbessert wird. Zudem ist eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung am Sitz der Zweigpraxis erforderlich. (vgl. AOK-BUNDESVERBAND 2021).

7.3 Delegation von Versorgungsleistungen an nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten

In immer mehr Hausarztpraxen unterstützen Medizinische Fachangestellte mit besonderer Zusatzqualifikation als nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten die Ärztinnen und Ärzte bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sofern kein direkter Arztkontakt erforderlich ist, können die Ärztinnen und Ärzte medizinische Leistungen delegieren und dadurch mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten wie die Diagnosestellung gewinnen. Zu den delegierbaren Aufgaben für nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten zählen beispielsweise das Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung oder der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG, die Durchführung von Hausbesuchen und Besuchen in Pflegeheimen sowie die Koordination mit Kliniken und Pflegediensten. Davon profitieren gerade auch diejenigen Patientinnen und Patienten, für die der Weg in die Praxis sehr beschwerlich oder nicht möglich wäre. Die Delegation derartiger Leistungen erfordert eine gute interne Kommunikation und laufende Abstimmung. Koordinierung und Überwachung der Versorgung obliegt dabei weiterhin den Ärztinnen und Ärzten. Um Aufgaben als nichtärztliche Praxisassistentin oder als nichtärztlicher Praxisassistent übernehmen zu können, ist die Teilnahme an bestimmten Weiterbildungen erforderlich. Die Bundesärztekammer hat entsprechende Fortbildungsangebote für Medizinische Fachangestellte und andere Gesundheitsberufe entwickelt. (vgl. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2015: 11)

7.4 Telemedizin

Telemedizin ermöglicht ärztliche Sprechstunden und Diagnosen trotz räumlicher Distanz durch den Einsatz digitaler Kommunikationstechnologien. Davon können sowohl die Patientinnen

und Patienten als auch die Ärztinnen und Ärzte profitieren. Die Patientinnen und Patienten sparen sich Anfahrtswege und etwaige Wartezeiten und die behandelnden Medizinerinnen und Mediziner können bei Bedarf auch einfach eine Kollegin oder einen Kollegen per Videoschaltung hinzuziehen. Ein aktuelles Beispiel aus Schleswig-Holstein sind die virtuellen Hausbesuche mit der Online-Plattform Patientus. Diese ermöglicht mit wenigen Klicks eine Videosprechstunde samt Austausch von Bildmaterial und Dokumenten mit dem Hausarzt oder der Hausärztin. (vgl. LANDESPORTAL SCHLESWIG-HOLSTEIN 2022) Die KVSH geht in den kommenden Jahren von einem Bedeutungsgewinn der Telemedizin aus. Gerade in ländlichen Regionen mit zunehmendem Versorgungsbedarf und abnehmenden ärztlichen Kapazitäten könnten telemedizinische Angebote die Medizinerinnen und Mediziner entlasten. Seit der Lockerung des Fernbehandlungsverbotes im Jahr 2018 können Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten auch ohne vorherigen persönlichen Erstkontakt ausschließlich digital behandeln. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019: 6)

7.5 Stärkung der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung

Um die Anzahl der Medizinerinnen und Mediziner in der hausärztlichen Versorgung zu erhöhen, werden zunehmend Maßnahmen zur Stärkung des Fachgebiets Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung und zur Erhöhung der Studierendenzahlen ergriffen. So sind in den vergangenen Jahren bundesweit neue medizinische Fakultäten und private medizinische Hochschulen gegründet worden und in einzelnen Bundesländern wurde zudem die Anzahl der Medizinstudienplätze erhöht. Innovative Lehrkonzepte zur Vermittlung von Fertigkeiten in der Allgemeinmedizin auch außerhalb entsprechender Modellstudiengänge sollen bei den Studierenden ein größeres Interesse an der Allgemeinmedizin wecken und mehr hausärztliche Nachwuchskräfte hervorbringen. Im Rahmen einer Anpassung der ärztlichen Approbationsordnung zum 1. Oktober 2025 ist zudem u.a. die Ausdehnung der Blockpraktika in Hausarztpraxen, eine Quartalisierung des Praktischen Jahres sowie die Verankerung der Allgemeinmedizin als weiteres Prüfungsfach im Staatsexamen vorgesehen. (vgl. ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021: 47)

Über die Einführung einer Landarztquote haben die Länder zudem die Möglichkeit, bis zu 10% der bestehenden Medizinstudienplätze an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die nach Abschluss des Studiums und der allgemeinmedizinischen Weiterbildung verpflichtend für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung unterversorgter Planungsbereiche tätig sind. Für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wurden darüber hinaus bundesweit Koordinierungsstellen als Informations- und Vermittlungsplattformen für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung initiiert. Diese sollen einen nahtlosen Übergang zwischen Studium und

allgemeinmedizinischer Weiterbildung sowie eine optimale Vorbereitung auf eine ambulante Tätigkeit und Niederlassung ermöglichen. (vgl. ebd. 2021: 47f.)

7.6 Finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen

Die KVSH hat gemäß § 105 Abs. 1a SGB V einen Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gebildet und setzt damit finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen. Das Maßnahmenpektrum reicht von kostenfreien Fortbildungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung zur Vorbereitung auf eine Niederlassung über Maßnahmen zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bis hin zu Nachwuchskampagnen zur Zukunftssicherung der niedergelassenen Vertragsärzteschaft. In besonderen Einzelfällen kann die KVSH Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit bis zu 50.000,- EUR pro Jahr und VZÄ bezuschussen, wenn diese zum Erhalt der vertragsärztlichen Versorgung in einer Region beitragen und die konkret geforderte Sicherstellungsverbesserung mindestens zwei Jahre andauert. Die Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen wird zudem durch Honorarzuschläge gefördert. So erhalten Hausärztinnen und Hausärzte mit Sitz in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 90% einen Zuschlag von 5% gemäß Honorarverteilungsmaßstab der KVSH. Darüber hinaus besteht über den Strukturfonds u.a. auch die Möglichkeit zur Förderung der Fortführung eines Vertragsarztsitzes als Zweigpraxis, zur vollständigen Erstattung der Ausbildungskosten für nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten und für die Bezuschussung telemedizinischer Versorgungsformen und Kooperationen. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021d: 2ff.)

7.7 Werbekampagnen zur hausärztlichen Nachwuchsgewinnung

Eine weitere Option zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung liegt in der Durchführung von Werbekampagnen zur hausärztlichen Nachwuchsgewinnung. Ein aktuelles Beispiel aus Schleswig-Holstein ist die Kampagne „Mehr.Arzt.Leben!“ der KVSH. Diese spricht sowohl Medizinstudierende bei der Ausbildung als auch junge Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zur eigenen Praxis an und informiert über die Auswahl attraktiver Niederlassungsmöglichkeiten. Das Informationsangebot reicht von Zuschussmöglichkeiten im Blockpraktikum und im Praktischen Jahr über Förderangebote in der Weiterbildung bis zu ausführlichen Informationen zur Niederlassung. Eine Praxisbörse gibt zudem u.a. einen Überblick auf Lehrpraxen, Mentorinnen und Mentoren und Kommunen und enthält Fachbeiträge zur Selbständigkeit. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2022) Über den Strukturfonds der KVSH

können Nachwuchskampagnen einschließlich Auftragserteilungen an Agenturen finanziell gefördert werden. Die maximale Förderhöhe beträgt 75.000,- EUR jährlich. (vgl. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2021d: 7)

8. Optionen für das weitere Vorgehen

Anhand des vorliegenden Berichts wird erkennbar, dass die hausärztliche Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde trotz aktueller bedarfsplanerischer Vollversorgung vor zunehmenden Herausforderungen steht. Diese liegen vor allem in der heterogenen kleinräumigen Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte innerhalb des Kreisgebiets. Zurzeit sind insgesamt genügend Hausärztinnen und Hausärzte vorhanden, aber die kleinräumige Verteilung ist zu unausgeglichen. Die aktuelle Altersstruktur der hausärztlich praktizierenden Medizinerinnen und Mediziner wird in den kommenden Jahren vermehrt ruhestandsbedingte Praxisübergaben erfordern, doch die nachfolgende Ärztinnen- und Ärztegeneration stellt andere Erwartungen an das Berufsleben. So lässt sich durch die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung und Angestelltenverhältnissen ein Rückgang des hausärztlichen Arbeitsstundenvolumens erwarten, während der demografisch bedingte Bedarf nach hausärztlichen Leistungen aller Voraussicht nach zunimmt. Gleichwohl steht den Akteuren der hausärztlichen Versorgung eine Vielzahl aktueller Ansätze und Handlungsoptionen offen, um die ambulante Versorgung trotz der dargestellten Herausforderungen langfristig sicherzustellen.

Welche Maßnahmen auf Akzeptanz der lokalen Hausärzteschaft stoßen und unter den bestehenden Rahmenbedingungen im Kreis Rendsburg-Eckernförde als aussichtsreich eingeschätzt werden, lässt sich jedoch nicht im Rahmen dieser Schreibtischanalyse feststellen. Deshalb enthält dieser Bericht auch noch keine Handlungsempfehlungen. Eine nachhaltige und auf breiter Akzeptanz basierende Handlungsstrategie lässt sich nur unter enger Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der weiteren Akteure der hausärztlichen Versorgung entwickeln. Für das weitere Vorgehen werden deshalb die folgenden Optionen vorgeschlagen.

8.1 Einrichtung einer Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe wird mit ein bis zwei Hausärztinnen und/oder Hausärzten aus dem Kreisgebiet, einem Mitglied des Hausärzteverbandes Schleswig-Holstein, einem Mitglied der Abteilung Zulassung und Praxisberatung der KVSH, Mitgliedern der Verwaltung und des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Kreises sowie ein bis zwei Vertreterinnen und/oder

Vertretern der kommunalen Ebene besetzt. Die Steuerungsgruppe nimmt eine fachliche Einschätzung der vorliegenden Analyseergebnisse vor, diskutiert mögliche Handlungsansätze, berät über das weitere Vorgehen und steuert den Prozess. Organisation und Moderation der Steuerungsgruppe obliegt der Kreisverwaltung.

8.2 Befragung der Hausärzteschaft

Um möglichst niedrigschwellig an die Hausärztinnen und Hausärzte heranzutreten und deren Unterstützungsbedarfe zu erfassen, empfiehlt sich eine Befragung der Hausärzteschaft. Denkbar wäre sowohl eine Befragung aller im Kreisgebiet ansässigen Hausärztinnen und Hausärzte oder aber auch eine gezielte Befragung in rechnerisch unterversorgten Ämtern. Im Rahmen der Erarbeitung der Machbarkeitsstudie zur Sicherung der ärztlichen Grundversorgung in Rendsburg hat die Ärztegenossenschaft Nord eG im vergangenen Jahr bereits eine Befragung der niedergelassenen Hausärzteschaft in Rendsburg und Umgebung durchgeführt. Auf den Erfahrungen mit dieser Befragung könnte entsprechend aufgebaut werden.

8.3 Werkstattgespräch zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Zusätzlich oder alternativ zur Befragung der Hausärzteschaft ist die Durchführung eines Werkstattgesprächs zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde zu empfehlen. Eine solche Veranstaltung dient dem breit angelegten Austausch aller relevanten Akteure, also u.a. der Hausärztinnen und Hausärzte im Kreisgebiet, dem Hausärzteverband Schleswig-Holstein, der KVSH und dem Institut für Allgemeinmedizin am UKSH sowie Kreispolitik, Kreisverwaltung, Kommunalpolitik und Kommunalverwaltungen. In diesem Rahmen können Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe in der hausärztlichen Versorgung diskutiert und mögliche Handlungsansätze entwickelt werden.

8.4 Ableitung von Handlungsempfehlungen

Aufbauend auf den Erfahrungen aus der Steuerungsgruppe, der Befragung der Hausärzteschaft und dem Werkstattgespräch können abschließend Handlungsempfehlungen zur langfristigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Kreisgebiet formuliert werden. Diese sollten die entsprechenden Akteure klar adressieren, auf möglichst breite Akzeptanz stoßen und zur niedrigschwelligen Umsetzung einladen.

Literaturverzeichnis

- AOK-BUNDESVERBAND (2021): Zweigpraxis/Praxisfiliale. URL: [Zweigpraxis/Praxisfiliale | Z | Lexikon | AOK-Bundesverband \(aok-bv.de\)](#), Abrufdatum: 24.06.2022.
- ÄRZTEGENOSSENSCHAFT NORD EG (2021): Machbarkeitsstudie. Sicherung der ärztlichen Grundversorgung in Rendsburg. Bad Segeberg.
- BARMER (Hrsg.) (2021): BARMER Arztreport 2021. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 27. Berlin.
- BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG (2021): Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Mittlere Lebenserwartung eines weiblichen und männlichen Neugeborenen in Jahren. Bonn.
- BUNDESINSTITUT FÜR BAU-, STADT- UND RAUMFORSCHUNG (2022): Laufende Raumbearbeitung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. URL: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html>, Abrufdatum: 14.03.2022.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2021): MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN. URL: [Medizinische Versorgungszentren \(MVZ\) - Bundesgesundheitsministerium](#), Abrufdatum: 24.06.2022.
- DEUTSCHLANDATLAS (2021): GEM-1218 Indikatoren auf Gemeindeebene. Mittlere PKW-Fahrzeit zur nächsten hausärztlichen Praxis in Minuten. Datenbasis: Thünen-Erreichbarkeitsmodell 2019.
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Zuletzt geändert am 15. Juli 2021. In Kraft getreten am 30. September 2021.
- GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP STADTENTWICKLUNG UND MOBILITÄT GBR (2021): Bevölkerungsprognosevariante im Rahmen des Wohnraumentwicklungskonzepts des Kreises Rendsburg-Eckernförde. Hamburg.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2000): Vertrag über die hausärztliche Versorgung. URL: [Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K \(kbv.de\)](#), Abrufdatum: 02.05.2022.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2015): Arbeiten im Team. Informationen zu Praxisformen und Möglichkeiten der Kooperation. Berlin.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2020): Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. Berlin.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2022): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. URL: [KBV Gesundheitsdaten - Arztgruppe](#), Abrufdatum: 03.05.2022.
- KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN (2019): Bedarfsplan 2020 für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Bad Segeberg.
- KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN (2021a): Anlage zum Beschluss des Landesausschusses. Bad Segeberg.

- KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN (2021b): Datenbereitstellung durch die Abteilung Zulassung/Praxisberatung vom 03.03., 23.03. und 25.03.2022.
- KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN (2021c): Veröffentlichung gemäß §16b Abs.4 Ärzte-ZV der Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein. Bad Segeberg.
- KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN (2021d): Strukturfonds nach §105 Abs.1a SGB V. Bad Segeberg.
- KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN (2022): Mehr.Arzt.Leben! URL: [Startseite-Mehrarztleben - Mehr.Arzt.Leben!](#), Abrufdatum: 28.06.2022.
- LANDESPORTAL SCHLESWIG-HOLSTEIN (2022): Telemedizin in Schleswig-Holstein. URL: [schleswig-holstein.de - Gesundheitsland Schleswig-Holstein - Telemedizin in Schleswig-Holstein](#), Abrufdatum: 23.06.2022.
- MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR DEMOGRAFISCHE FORSCHUNG (2014): Drastischer Wandel der regionalen Unterschiede in der Lebenserwartung in Deutschland: Den Ursachen auf der Spur. URL: https://www.mpg.de/8938280/mpidf_engl_mpidr_jb_2014, Abrufdatum: 15.03.2022.
- MINISTERIUM FÜR INNERES, LÄNDLICHE RÄUME, INTEGRATION UND GLEICHSTELLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN (2021): Landesentwicklungsplan Schleswig-Holstein. Fortschreibung 2021. Kiel.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.) (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart.
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2021a): Ämter des Kreises Rendsburg-Eckernförde 2000-2020 nach Altersgruppen und Geschlecht (nach aktuellem Gebietsstand).
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2021b): Zeitreihe für Rendsburg-Eckernförde. Durchschnittsalter der Bevölkerung in Rendsburg-Eckernförde am 31.12. URL: https://region.statistik-nord.de/detail_timeline/13/1102/51/1/351/, Abrufdatum: 08.11.2021.
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2022): Zeitreihe für Schleswig-Holstein. Durchschnittsalter der Bevölkerung in Schleswig-Holstein am 31.12. URL: https://region.statistik-nord.de/detail_timeline/13/1102/51/1/, Abrufdatum: 15.03.2022.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) (2019): Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales 2019. Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) (2020): Sterbetafel 2017/2019. Ergebnisse aus der laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER) (2021): Gemeindeverzeichnis. Alle politisch selbständigen Gemeinden (mit Gemeindeverband) in Deutschland nach Fläche, Bevölkerung, Bevölkerungsdichte und der Postleitzahl des Verwaltungssitzes der Gemeinde. Ergänzt um die geografischen Mittelpunktkoordinaten, Reisegebiete und Grad der Verstädterung. Gebietsstand: 31.12.2020.
- VAN DEN BUSSCHE, Hendrik (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Erschienen in: Bundesgesundheitsblatt 9/2019, S. 1129-1137.

VERBAND DER ERSATZKASSEN E.V. (VDEK) (2021): Faktenpapier zur medizinischen und Pflege-
rischen Versorgung. Schleswig-Holstein 2021. Kiel.

WAGENHAUS MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM (O.J.): UNSER ANGEBOT. URL: Wagen-
haus-MVZ: Angebot, Abrufdatum: 24.06.2022.