

Schwerpunkte:

**Hausärztemangel in
Deutschland:
Prognose bis 2035**
Seite 4

**Serie: Wie reagieren
Deutschlands Bundesländer
auf den Ärztemangel?
(Teil I: Niedersachsen)**
Seite 11

**Interview mit Alexander Guhl
(Bürgermeister der Stadt Bad
Säckingen) über die Gründung
des ersten baden-württem-
bergischen kommunalen MVZ**
Seite 17





Adrian W.T. Dostal

Geschäftsführer dostal & partner

Fachliche Zuständigkeit für Entwicklungen im Gesundheitsmarkt, Innovationstreiber, gesellschaftliche Entwicklungen und Trends sowie Publikationen zum Thema

Vorwort

Alle vier Stunden gibt es in Deutschland statistisch betrachtet einen Arzt weniger. Die Zahl der unbesetzten Arztsitze liegt derzeit bundesweit bei über 5.000 und wird bis zum Jahr 2030 auf ca. 11.000 angewachsen sein.

In der Bundesrepublik findet derzeit - noch weitgehend unbemerkt - eine Transformation des ambulanten Sektors statt. Die beruflichen Anforderungen der nachrückenden Ärztegeneration führen zu einer Abkehr von der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit. Das Einzelkämpferdasein schreckt immer mehr Mediziner ab. Im Fokus steht vermehrt die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis, Teilzeitmodelle nehmen hierbei einen immer größer werdenden Stellenwert ein. Die Folge ist ein doppelter Sogeffekt der Städte. Neben einem generell höheren Anteil an Privatpatienten und damit einem potentiell größeren Honorarvolumen, bieten häufig diese Ballungsräume die gewünschten Anstellungs- bzw. Teilzeitmodelle. 'Auf dem Lande' klaffen hingegen Angebot und Nachfrage weit auseinander, die Einzelpraxis ist hier mit rund 90 % die häufigste Berufsausübungsform.

Was können Kommunen also zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung unternehmen? Wie reagieren die Landesparlamente auf diese Herausforderung? Das Spektrum reicht dabei vom bloßen "Unterstützen" bis hin zur Kommune als Gesundheitsversorger.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

Ihr

Inhalt

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 4 | Hausärztemangel – Prognose bis 2035 | 16 | Schritte zur Gründung kommunaler MVZ |
| 8 | Hausärztemangel – Lösungen der Politik bringen nur geringe Entlastung | 17 | Interview mit Alexander Guhl (Bürgermeister der Stadt Bad Säckingen) über die Gründung des ersten baden-württembergischen kommunalen MVZ |
| 11 | Serie: Wie reagieren Deutschlands Bundesländer auf den Ärztemangel (Teil I: Niedersachsen) | 18 | dostal-Portfolio |
| 13 | Serie: Wie reagieren Deutschlands Bundesländer auf den Ärztemangel (Teil II: Baden-Württemberg) | 19 | Impressum |

Hausärztemangel – Prognose bis 2035

Bis 2035 werden in Deutschland rund 11.000 Hausarztstellen unbesetzt sein, fast 40 Prozent der Landkreise werden unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein, so geht es aus einer aktuellen Studie der Robert Bosch Stiftung hervor. Die Studie zeigt erstmals, welche Landkreise und Regionen vom Hausärztemangel am stärksten betroffen sein werden. Als Lösungsvorschlag will die Robert Bosch Stiftung den Aufbau von Gesundheitszentren fördern. Hier hat die aktuelle Pandemie exemplarisch gezeigt, wie wichtig eine stabile flächendeckende Primärversorgung ist.



Im vorliegenden Blog-Beitrag werden einige der Studienergebnisse für kommunale Entscheider und Akteure komprimiert dargestellt. Die Studie der Robert Bosch Stiftung zeigt erstmals die weitere Entwicklung der Anzahl an Hausärztinnen und -ärzte auf Kreisebene. Die Prognose: Im Jahr 2035 werden vier von zehn Landkreisen unterversorgt oder massiv von Unterversorgung bedroht sein – allen bisherigen Maßnahmen zum Trotz.

Mediziner entscheiden sich zu selten für den hausärztlichen Beruf

Die Studie der Robert Bosch Stiftung führt hier an, dass sich „Die Zahl der vertragsärztlich tätigen Hausärzte [...] zwischen 2009 und 2020 um etwa 1 % erhöht [hat]. Dies ist der bei weitem geringste Anstieg aller Arztgruppen. Der Aufwuchs der Zahl der vertragsärztlich tätigen Ärzte in den übrigen Fachgruppen betrug im selben Zeitraum [Anm.: KBV 2021] 16 %.“

Teilzeit- und andere Arbeitszeitmodelle verringern die geleisteten Arbeitsstunden

Die Niederlassung als eigenunternehmerisch (freiberuflich) tätiger Hausarzt wird immer unbeliebter. „Einen solchen vollen Versorgungsauftrag hatten im Jahr 2020 nur noch ca. 76,5 % der Hausärzte inne (2009: ca. 94,5 %). Der Anteil der in Teilzeit tätigen Hausärzte (halber Versorgungsauftrag oder Anstellung mit weniger als 30 Stunden pro Woche) belief sich 2020 auf 11,9 % gegenüber 2,4 % im Jahr 2009. [Anm.: KBV 2021] Der zwischen 2009 und 2020 kaum nennenswerte Zuwachs der Zahl der Hausärzte und die erhebliche Zunahme des Anteils der in Teilzeit tätigen Hausärzte haben

insgesamt zu einer Verringerung des Volumens der von den Hausärzten erbrachten Arbeitsstunden geführt.

Diese Entwicklung wird noch verstärkt, da davon ausgegangen werden kann, dass angestellte Ärzte aufmerksamer und nachdrücklicher auf die Einhaltung des mit ihrem Arbeitgeber üblicherweise vertraglich vereinbarten Arbeitsstundenvolumens achten und dringen (können), als dies die Praxisinhaber üblicherweise für sich selbst realisieren (können). Die Zahl der angestellt tätigen Hausärzte hat sich – sicher auch aufgrund der mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 signifikant erweiterten Möglichkeiten zur Berufsausübung als Angestellter – zwischen 2009 und 2020 von 3,4 Tausend auf 11,9 Tausend mehr als verdreifacht.

Im Jahr 2009 war erst jeder 16. Hausarzt in Anstellung tätig, im Jahr 2020 bereits mehr als jeder fünfte. [Anm.: KBV 2021] Die Beobachtungsstudie zu Karriereverläufen von Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed) arbeitet heraus, „dass die hausärztliche Versorgung der Zukunft (...) überwiegend weiblich sein wird und die überwiegende Mehrzahl der hausärztlich Tätigen schon vor Abschluss der Weiterbildung Eltern geworden sind (...). Ungefähr zwei Drittel suchen eine Teilzeittätigkeit (vorzugsweise in einem Team) und ungefähr die Hälfte bevorzugt eine Anstellung anstelle einer Niederlassung“.

Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklungen fortsetzen werden. Im „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“ gaben fast 95 % der befragten Studierenden hinsichtlich ihrer Erwartungen an die spätere

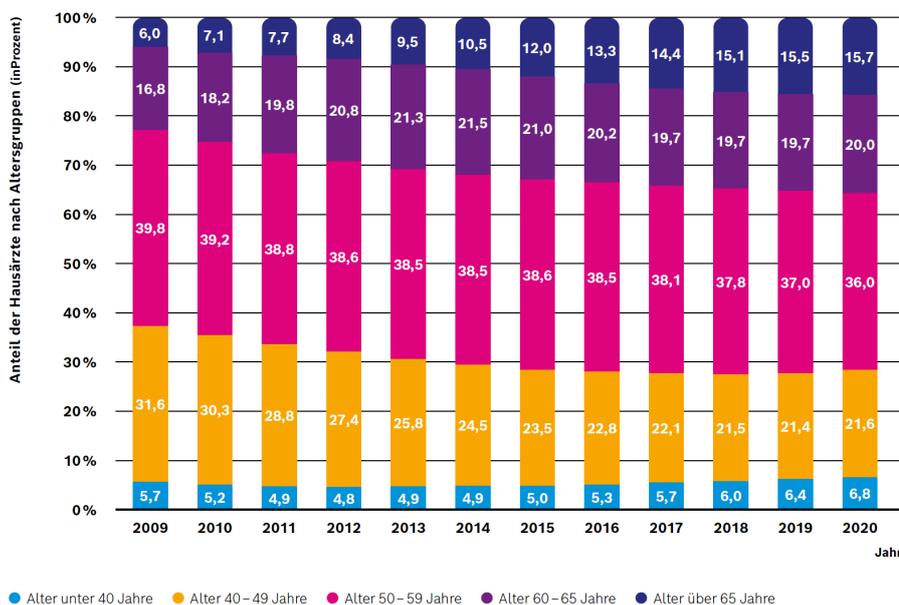
Berufstätigkeit an, dass es ihnen sehr wichtig oder wichtig ist, Familie und Beruf gut vereinbaren zu können. Etwa 82 % der Befragten sind geregelte Arbeitszeiten und etwa 81 % die Möglichkeit, die Arbeitszeiten flexibel zu gestalten, sehr wichtig oder wichtig. (KBV 2019)“

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Niederlassung als freiberuflich tätiger Arzt immer unbeliebter wird. Im aktuellen Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) „wird die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit je Inhaber einer hausärztlichen Praxis für das Jahr 2017 mit 50 Wochenstunden ausgewiesen. (Zi 2019) Nimmt man einen vollen Versorgungsumfang für diese Ärzte an, so bedeutet dies ein Arbeitsvolumen, welches bspw. eine 40-stündige Arbeitswoche um 25 % übersteigt.“ Dies erklärt deutlich, warum eine freiberufliche Niederlassung immer unattraktiver wird (Stichwort: Work-life-balance) und jüngere Ärzte in die Anstellung drängen. Damit wird zudem neben der künftig fehlenden „Kopfzahl“ an Ärzten ein zweiter Minuspunkt offengelegt. Auch die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden pro Arzt wird zurückgehen.

„Eine gewisse Kompensation ergibt sich daraus, dass angestellte Ärzte einen im Vergleich zu Praxisinhabern geringeren Teil ihrer Arbeitszeit für Aufgaben des Praxismanagements aufwenden müssen und ihnen somit ein etwas höherer Anteil ihrer Arbeitszeit für die ärztliche Tätigkeit zur Verfügung steht. Bei den Inhabern einer hausärztlichen Praxis entfielen im Jahr 2017 etwa 8 % der Arbeitsstunden auf das Praxismanagement. (Zi 2019)“ Zunehmend übernehmen auch Versorgungsassistenten/innen in der Hausarztpraxis (VeraH oder NÄPa) die ärztlichen Heim- und Hausbesuche, und Medical Physicians oder Physical Assistants entlasten den Arzt bei geräteabhängigen Diagnosen oder Behandlungen. Diese sind jedoch ausschließlich in größeren Praxiseinheiten betriebswirtschaftlich tragbar.

Starke Verschiebung der Altersstruktur der Hausärzte hin zu höheren Altersgruppen

Abbildung 4: Altersstruktur der Hausärzte, 2009 bis 2020



Quelle: „Studie: Gesundheitszentren für Deutschland“. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Hrsg. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2021

„Das Durchschnittsalter der Hausärzte hat sich zwischen 2009 und 2020 von 53,6 Jahren auf 55,4 Jahre erhöht. Der Anteil der Hausärzte, die noch in einem Alter von über 65 Jahren ärztlich tätig sind, ist im selben Zeitraum von 6,0 % auf 15,7 % gestiegen (ca. +160 %). Dies bedeutet, dass sich fast jeder siebente Hausarzt in einem Alter befindet, in dem üblicherweise der Ruhestand beginnt oder absehbar erwogen wird. Zudem ist jeder fünfte Hausarzt zwischen 60 und 65 Jahre alt (Anteil 2009: 16,8 %, Anteil 2020: 20,0 %) und somit nicht mehr weit von einem möglichen Ruhestand entfernt. (KBV 2021a)

Insgesamt war im Jahr 2020 mehr als jeder dritte Hausarzt 60 Jahre oder älter, was absehbar zu einer erheblichen Verschärfung der Probleme bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in der Fläche führen wird. In einem Alter von bis zu 49 Jahren waren im Jahr 2020 nur noch etwa 28 % der Hausärzte (2009: ca. 37 %). (KBV 2021a) Die Besetzung der Altersgruppe der Hausärzte, die jünger als 40 Jahre sind, deutet ggf. eine allmähliche leichte Trendumkehr an (vgl. Abbildung 4). Allerdings werden von den Ärzten in dieser jungen Altersgruppe neue und flexiblere Arbeits(zeit)modelle (Anstellung, Teilzeit – siehe oben) stark präferiert.“

Prognose der Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2035

Die Robert Bosch Stiftung konzentrierte sich jedoch nicht nur auf die bundesweite Entwicklung, sondern gibt den kommunalen politischen Entscheidern auch einen Ausblick auf die lokale und regionale Zukunft der ärztlichen Primärversorgung.

Prognoseergebnisse

Die Studie resümiert: „Im Jahr 2019 haben rund 52.000 Hausärzte (in Vollzeitäquivalenten, VZÄ, entsprechend Teilnahmeumfang) an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilgenommen (Tabelle 3). 3.570 Hausarztsitze waren im Jahr 2019/2020 unbesetzt (hier variiert der Stichtag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen). Das sind 6 % aller planmäßigen Sitze (bis zur Überversorgung). Die Simulationen ergeben, dass bis zum Jahr 2035 knapp 30.000 Hausärzte bzw. 57 % altersbedingt ausscheiden werden. Demgegenüber werden aber nur rund 25.300 Nachwuchsärzte – inkl. netto zugewanderter Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Zahl der bis zur Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze wird um 4 % auf 58.371 zunehmen, vor allem aufgrund der Alterung der Bevölkerung, während sich die Gesamtzahl der Einwohner in Deutschland im Jahr 2035 annähernd auf dem Niveau des Jahres 2019 bewegen wird. In 2019 waren es 56.296 Soll-Sitze für einen Versorgungsgrad von 110 %.

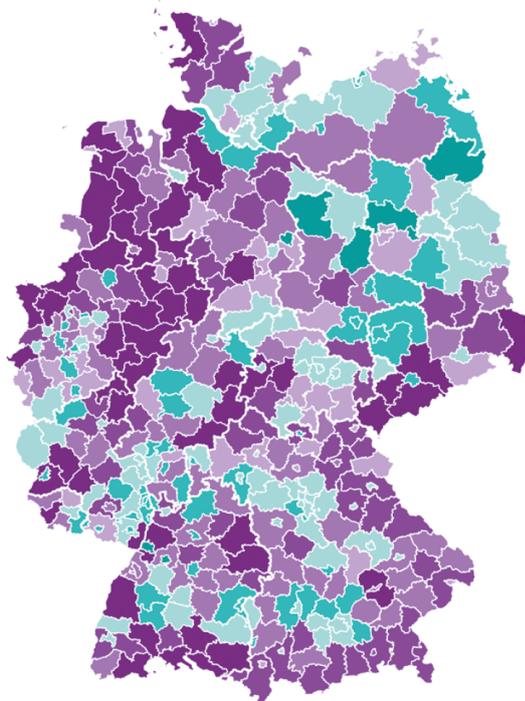
Insgesamt ergeben sich damit 10.851 Hausarztsitze, die im Jahr 2035 unbesetzt bleiben werden. Das sind 19 % der dann maximal zu besetzenden Sitze. Die Hausarzttdichte sinkt nach unseren Berechnungen bis zum Jahr 2035 um 9 % auf 57 Hausärzte je 100.000 Einwohner (von 63 im Jahr 2019), auch hier in VZÄ gezählt, also unter Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit.“

Abbildung 6: Geschätzte Veränderung der Hausarzttdichte (2035/2019) nach Kreisen in %

Veränderung Hausarzttdichte 2035/2019

- ≥ -60% bis < -30%
- ≥ -30% bis < -20%
- ≥ -20% bis < -10%
- ≥ -10% bis < 0%
- ≥ 0% bis < 10%
- ≥ 10% bis < 20%
- ≥ 20% bis < 40%

Durchschnitt Bund: -9% Veränderung der Hausarzttdichte 2035/2019



Quelle: „Studie: Gesundheitszentren für Deutschland“. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Hrsg. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2021

Einen optischen Blick in die Zukunft der Entwicklung der Primärversorgung in den Kreisen zeigt die Darstellung dieser Entwicklung auf Kreisebene. Die lilafarbenen Kreise mit abnehmenden Hausarztzahlen pro Einwohner dominieren.

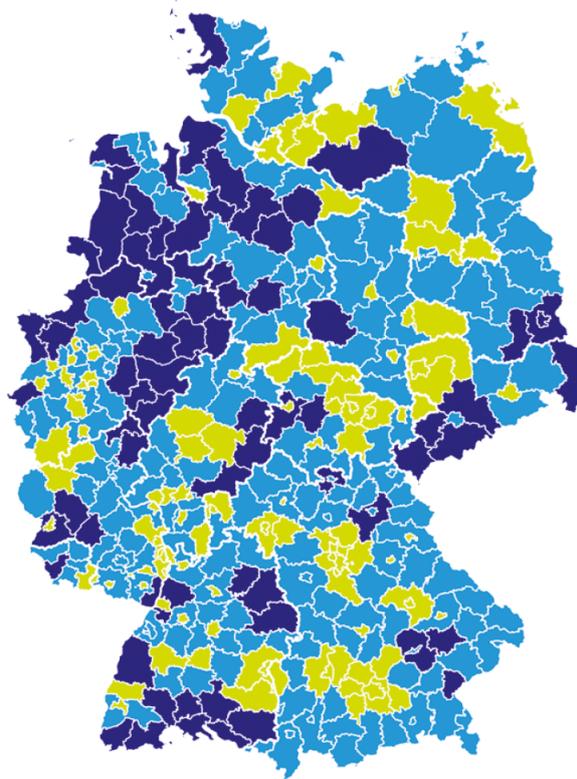
Insgesamt ergibt sich nach Prognosen der Robert Bosch Stiftung „eine Bandbreite von einem Rückgang von bis zu 60 % (z. B. in Teilen Niedersachsens und Sachsens) bis hin zu einer Zunahme von bis zu 40 % (vorrangig in Teilen Brandenburgs und Sachsen-Anhalts). Zu einer kräftigen Zunahme der Hausarzttdichte kommt es, wenn in einer Region gegenwärtig viele Hausarztsitze unbesetzt sind, die bis 2035 besetzt werden, und relativ wenige Hausärzte altersbedingt ausscheiden. [Anm: Aufgrund der aktuell niedrigen Ausgangsposition bewirken geringe Steigerungen der absoluten Zahl an Ärzten deutliche prozentuale Steigerungen.] Der durchschnittliche hausärztliche Versorgungsgrad in Deutschland sinkt von 102 % (2019) auf 90 % (2035). 75 der 401 amtlichen Kreise (das sind 19 %) wären dann im Jahr 2035 hausärztlich unterversorgt, da sie einen Versorgungsgrad von unter 75 % aufwiesen. Sie verteilen sich über fast alle KV-Regionen bzw. Bundesländer.“

Generell zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen den Kreisen, die von Unterversorgung betroffen wären und den Kreisen mit dem stärksten Rückgang der Hausarzttdichte. In 199 Kreisen werden darüber hinaus weitere Hausarztsitze unbesetzt bleiben (Versorgungsgrad zwischen 75 % und unter 110 %). In den verbleibenden 127 Kreisen wird es keine freien Hausarztsitze geben (Versorgungsgrad von 110 %, viele von ihnen sind Großstädte). Allerdings sei darauf hingewiesen, dass der hausärztliche Versorgungsgrad rein formell nur auf Ebene der Mittelbereiche festgestellt wird. Insofern handelt es sich hier um von der

Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen des hausärztlichen Versorgungsgrads.“

Abbildung 7: Hausärztliche Unterversorgung (Versorgungsgrad < 75 %) und weitere freie Hausarztsitze (Versorgungsgrad 75 % bis 110 %) im Jahr 2035 nach Kreisen

Unterversorgung und freie Sitze
 ● Unterversorgung
 ● freie Sitze
 ● keine freien Sitze



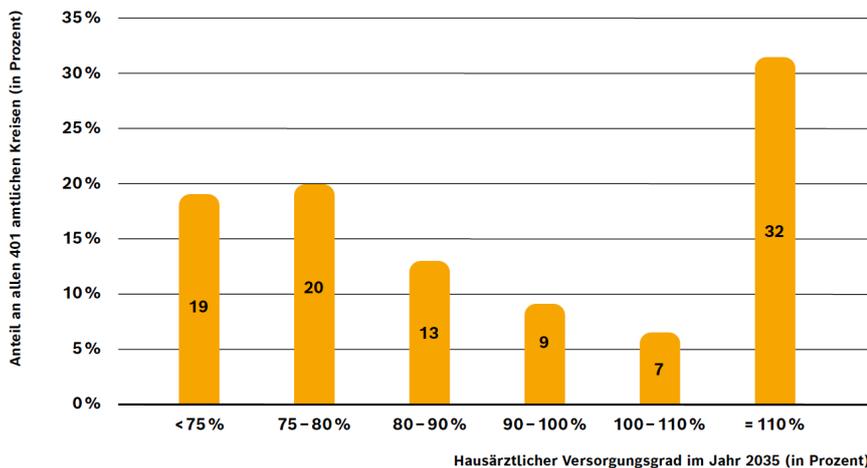
Anmerkung: Es handelt sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen zum hausärztlichen Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt 4.2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen).

Eine weitere Aufschlüsselung der Verteilung der Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad zeigt, dass sich über die 75 Kreise mit Unterversorgung hinaus zudem ein Fünftel der Kreise im Jahr 2035 nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen werden (Versorgungsgrad 75 % bis 80 %). Insgesamt werden damit annähernd 40 % aller Kreise Deutschlands im Jahr 2035 entweder hausärztlich unterversorgt sein oder sich nahe der Unterversorgung befinden. Knapp ein Drittel der Kreise (32 %) werden demgegenüber an der Grenze zur hausärztlichen Überversorgung liegen.

Ein „Weiter so“ in der ärztlichen Primärversorgung ist vor diesem Hintergrund also ausgeschlossen. Der Weg über größere Praxiseinheiten (Gesundheitszentren), die die Arbeitsvorstellungen der Nachfolgeärzte erfüllen, ist damit ebenso vorgegeben, wie deutliche Effizienzsteigerungen in den Praxen zur Entlastung der Ärzte.

Quelle: „Studie: Gesundheitszentren für Deutschland“. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Hrsg. von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2021

Abbildung 8: Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad im Jahr 2035



Hausärztemangel – Lösungen der Politik

bringen nur geringe Entlastung



Bei auftretenden Problemen mit der ärztlichen Versorgung wendet sich der Blick der meisten Akteure als erstes hin zu den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Wie die Robert Bosch Stiftung in ihrer aktuellen Studie „Gesundheitszentren für Deutschland, Hausärztliche Versorgung – Status quo und Prognose der Entwicklung bis 2035“ darstellt, haben Politik und Selbstverwaltung in den letzten fast zwei Jahrzehnten versucht, durch verschiedene Förderungen und Maßnahmen gegenzusteuern. Grundlage der meisten KV-Förderungen ist die Feststellung der Unterversorgung des Gebiets, in das die Förderung fließt. Andere Maßnahmen zielen auf die Entwicklung und Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ab, die ihre Wirkung erst mittel- bis langfristig entfalten können. Auf die wichtigsten Aktivitäten wird nachfolgend – basierend auf der oben bereits genannten Robert Bosch Studie – nach Handlungsfeldern untergliedert kurz eingegangen. Eines sei vorweg jedoch gesagt, der vorhandene Maßnahmenkatalog wird nicht ausreichen, um die Erosion der hausärztlichen Versorgung zu stoppen. Ohne eine tiefgreifende Transformation in der hausärztlichen Primärversorgung werden bis 2035 40% aller deutschen Landkreise von Unterversorgung (<75%) betroffen sein oder sich nahe der Unterversorgung befinden.

Handlungsebene: finanzielle Anreize

„Ein großer Teil der Maßnahmen zielt darauf ab, vorrangig den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Arsenal an Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, einer eingetretenen oder drohenden Unterversorgung (im ländlichen Raum) durch finanzielle Anreize zu begegnen. Dazu zählen u.a.:

- finanzielle Unterstützung einer Tätigkeit und Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen (Sicherstellungszuschläge für bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer – § 105 Abs. 4 SGB V).

- Maßnahmen, für die Mittel aus den Strukturfonds der KVen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können (§ 105 Abs. 1a SGB V). Diese Maßnahmen reichen von Zuschüssen zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen über die Förderung von Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1c SGB V und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung bis hin zu Zuschlägen zur Vergütung sowie zur Ausbildung und zur Vergabe von Stipendien.

- Entfall der Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung (§ 87b Abs. 3 SGB V). Die finanziellen Anreize unterscheiden sich nach Art und Höhe teilweise erheblich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen.“

Anzufügen ist, dass sich auch die parallel angebotenen KV-unabhängigen Förderungen von Bundesländern, Landkreisen oder kommunalen Zusammenschlüssen an den KV-Bedingungen für die Gewährung von Förderungen orientieren. Dabei handelt es sich hauptsächlich um finanzielle Förderungen, die ebenfalls den Ärzten zugutekommen.

Handlungsebene: Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse

„Andere Maßnahmen zielen auf eine Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse ab. So wurden bereits mit dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) sowie den vorangehenden Änderungen des Berufsrechts die Möglichkeiten für ambulant tätige Ärzte zur Berufsausübung an mehreren Standorten und als Angestellte deutlich erweitert. Je nach KV-Region wird die Beschäftigung eines angestellten Arztes oder Psychotherapeuten in Regionen mit (drohender) Unterversorgung direkt bezuschusst und/oder per Investitionskostenzuschuss angereizt. Zuschüsse können auch für die Errichtung von Zweigpraxen vorgesehen sein. Wie in unserem letzten Blog-Beitrag ausgeführt, sind sowohl der Anteil der Hausärzte in einem Angestelltenverhältnis und in Medizinischen Versorgungszentren als auch der Anteil der Hausärzte in einer Teilzeitbeschäftigung sowie ohne Übernahme eines vollen Vertragsarztsitzes im letzten Jahrzehnt stark angestiegen. Die intensive Nutzung der erweiterten Optionen durch die (jungen) Hausärzte unterstreicht das ungebrochen starke Interesse der Nachwuchsmediziner daran, ihre Arbeit besser mit der Familie und ihren anderen Interessen in Übereinstimmung zu bringen und sich weniger durch medizinferne Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Führung eines Praxisbetriebes und den Risiken einer Selbständigkeit zu belasten.“

Handlungsebene: Stärkung des Fachgebiets Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung und Erhöhung der Studierendenzahlen

„Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der Aktivitäten bestand und besteht in Maßnahmen, die auf eine Stärkung des Fachgebiets Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung und auf die Erhöhung der Studierendenzahlen abzielen. Diese Maßnahmen können erst mit geraumer zeitlicher Verzögerung zu einer steigenden Zahl von Ärzten führen, die in der hausärztlichen Versorgung tätig werden können. Mittlerweile gibt es an nahezu allen medizinischen Fakultäten in Deutschland vollständige Abteilungen oder Institute für Allgemeinmedizin (Beerheide und Richter-Kuhlmann 2020), von denen einige erst in den letzten Jahren etabliert worden sind. Zudem sind neue medizinische Fakultäten (bspw. Augsburg, Bielefeld, Bonn-Siegen oder Oldenburg) und private medizinische Hochschulen (Brandenburg) gegründet worden oder befinden sich im Aufbau. Noch im Beschlusstext des 122. Ärztetages 2019 heißt es: ‚Bund und Länder werden aufgefordert, unverzüglich darauf hinzuwirken, dass die Zahl der Medizinstudiplätze weiter und deutlich erhöht wird. Die Versorgung der immer älter und kränker werdenden Bevölkerung braucht dringend mehr Ärztinnen und Ärzte. Nur wenige ärztliche Aufgaben können delegiert werden.‘ (BÄK 2019, S. 32)‘

In einzelnen Bundesländern sind zudem Erhöhungen der Zahl der Medizinstudiplätze erfolgt oder befinden sich in Planung (Beerheide und Richter-Kuhlmann 2020). Zum 1. Oktober 2025 soll eine neue Ärztliche Approbationsordnung in Kraft treten. (Richter-Kuhlmann 2020) Mit einem Teil der Änderungen wird das Ziel verfolgt, bei den Studierenden ein größeres Interesse am Fach Allgemeinmedizin zu wecken und mehr allgemeinmedizinischen Nachwuchs für die flächendeckende Versorgung zu gewinnen. Die Stärkung des Faches Allgemeinmedizin im Studium ist insbesondere ein Ergebnis des im Jahr 2017 beschlossenen ‚Masterplans Medizinstudium 2020‘, der zahlreiche Impulse zur inhaltlichen Neugestaltung von Studium und Weiterbildung gesetzt hat.

Den Ländern wurde es ermöglicht, eine ‚Landarztquote‘ einzuführen, mit der Nachwuchs für eine ärztliche Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen gewonnen werden soll. Die Länder können in ihren Hochschulzulassungsverordnungen bzw. Studienplatzvergabeordnungen festlegen, dass bis zu 10 % der bestehenden Medizinstudiplätze vorab an Bewerber vergeben werden können, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung der o. g. Regionen des Studiumsbundeslandes tätig zu sein. (BMBF 2017) Bis Ende des Jahres 2020 hatten sieben Bundesländer die „Landarztquote“ umgesetzt, wobei der Anteil der reservierten Studienplätze i. d. R. unter den maximal möglichen 10 % liegt, und mehrere weitere Länder bereiten die Einführung vor. (LMS 2021) Wann

und ob eine bundesweite Umsetzung der ‚Landarztquote‘ erfolgen wird, ist nicht absehbar. Insbesondere einzelne Landesärztekammern lehnen diese Maßnahme ab.“

Diese Ablehnung speist sich aus den Bedenken, ob junge Erwachsene im Alter von 18 – 20 Jahren die Auswirkungen einer Berufsfestlegung mit einer Regelstudienzeit von sechs Jahren, einer Facharztweiterbildung von fünf Jahren und einer Verpflichtungszeit als ‚Landarzt‘ von zehn Jahren (insgesamt also 21 Jahre) überhaupt überblicken können. Ein Blick auf die zunehmende Zahl an offenen Hausarztsitzen zeigt zudem, dass die Zahl der neu ausgewiesenen Studienplätze diese nicht „füllen“ kann, zumal die o.g. lange Ausbildungszeit erste Effekte frühestens nach 2030 erwarten lässt. Ein Hinwenden zu den Kompetenzprofilen anderer Gesundheitsfachberufe ist demzufolge richtig.

Handlungsebene: Entwicklung und Nutzung der Kompetenzprofile anderer Gesundheitsfachberufe

„In den letzten Jahren wurden die Möglichkeiten behutsam erweitert, andere Gesundheitsfachberufe so zu qualifizieren und einsetzen zu dürfen, dass einzelne Leistungen, die bis dato ausschließlich dem ärztlichen Wirkungskreis zuzurechnen waren, auch von diesen Berufsgruppen erbracht werden können bzw. dürfen. Hervorzuheben sind hier die Weiterbildungen von Medizinischen Fachangestellten zu VERAHs (Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis) und NÄPas (Nicht-ärztliche Praxisassistenten) bzw. EVAs (Entlastende Versorgungsassistenten). Die Kompetenzen und möglichen Aufgaben bspw. der VERAHs reichen von der Unterstützung der Ärzte beim Fallmanagement über die Erstellung von Versorgungsplänen (in Zusammenarbeit mit dem Patienten und dem Hausarzt) bis hin zur Durchführung delegierter Assessments sowie eigenständiger Haus- und Pflegeheimbesuche und zur Beurteilung und Dokumentation chronischer Wunden sowie zu einer selbständigen Behandlungsdurchführung in Abstimmung mit dem Arzt.

Bereits 12.500 Medizinische Fachangestellte haben sich zu VERAHs weiterqualifiziert. Gleichzeitig wurden Vergütungen für Leistungen der höher qualifizierten MFA festgelegt, die es den Ärzten erlauben zu kalkulieren, ob eine Unterstützung der Weiterqualifizierung bereits beschäftigter MFA und/oder die Einstellung bereits speziell qualifizierter MFA für den (wirtschaftlichen) Praxisbetrieb lohnend sind. Berücksichtigen dürften die Ärzte auch, in welchem Maße hierdurch ihre eigene Arbeitsbelastung im Arbeitsalltag verringert und/oder ob eine bessere Versorgung und Koordination der Patienten erwartet werden können. Hingegen spielen Pflegefachpersonen in Deutschland bislang – im Gegensatz zu Ländern mit einer üblicherweise höheren Primärversorgungsorientierung – in der ambulanten medizinischen Versorgung sowie bei der Versorgungskoordination und Patientensteuerung etc. noch keine bedeutendere Rolle. ‚(...) der geringe Grad an akademischer Durchdringung verhindert, dass wir auch in Deutschland zu einer mit der internationalen Entwicklung

kompatiblen Aufgabenneuverteilung kommen und diese ausreichend qualifikatorisch absichern können.' (Schaeffer 2017, S. 31) Die gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten zur Erprobung neuer Modelle, die eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen des im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes qualifiziert sind, vorsehen (§ 63 Abs. 3c SGB V), wurden bislang kaum genutzt.

Mit der Übertragung von ärztlichen Leistungen verbinden die Hausärzte insbesondere die Erwartungen, ihre Arbeitszeit zu entlasten, wieder mehr Zeit für den einzelnen Patienten zu haben und insgesamt mehr Patienten versorgen zu können. So stellten Goetz et al. (2017) in einer Befragung von bereits länger praktizierenden Hausärzten in Deutschland fest, dass etwa die Hälfte der Hausärzte eine positive Einstellung zur Delegation von Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsfachberufe hat.

Über 90 % der Hausärzte erwarten oder stellen durch die Delegation von Leistungen Zeitersparnisse fest und/oder erwarten bzw. haben mehr zeitlichen Spielraum, sich um einzelne Patienten mit hohem ärztlichen Versorgungsbedarf zu kümmern. 80 % der Hausärzte haben oder erwarten eine höhere Arbeitszufriedenheit. Etwa drei von vier Ärzten gehen davon aus, durch die Delegation von Leistungen eine größere Zahl von Patienten versorgen zu können. Etwa die Hälfte der Hausärzte hatten zum Befragungszeitpunkt bereits mindestens sieben unterschiedliche Tätigkeiten an ihre nicht-ärztlichen Teammitglieder delegiert, darunter nahezu durchweg Standardleistungen (EKG-Aufzeichnung, Blutzuckermessung o. Ä.). Nur von etwa einem Drittel dieser Hausärzte wurden auch Leistungen delegiert, die mehr Beratungsanteile beinhalten (bspw. Wundinspektionen). Bemerkenswert ist auch, dass nur jeder fünfte Arzt erwartet oder festgestellt hat, dass die Patienten die Leistungsdelegation nicht akzeptieren (würden). Lediglich 10 % der Hausärzte gaben an, über eine etwaige Substitution wichtiger Aspekte der bisher arztbasierten Gesundheitsversorgung besorgt zu sein.“

Der im obigen Absatz beschriebene Strukturwandel der Praxislandschaft führt – aktuell bereits erkennbar – zu einer Vergrößerung der Praxiseinheiten. Einzelpraxen und kleine 2er-Praxen sind im Schwinden begriffen. Größere Praxiseinheiten nehmen zu. Diese können sich nicht nur die o.g. „teureren“ Praxismitarbeiterinnen betriebswirtschaftlich „leisten“, sondern sind in den Augen der Nachfolgemediziner auch attraktive Arbeitgeber. So lehren Erfahrungen aus dem Markt, dass Praxen mit sechs bis sieben Ärzten, die altersmäßig gemischt sind, Initiativbewerbungen erhalten.

Prolongation der Tätigkeit als niedergelassener Arzt in höherem Alter

„Eine Maßnahme stellt auch die Bezuschussung der Praxisfortführung für Ärzte bei (drohender) Unterversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen dar. So bezuschusst bspw. die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns die Praxisfortführung durch Ärzte ab dem 63. Lebensjahr für einen Zeitraum von maximal zwei Jahren mit bis zu 4.500 Euro je Quartal, sofern in dieser Zeit ein intensives Bemühen um die Sicherung der Praxisübernahme nachgewiesen wird. (KVB 2019)“

Verpflichtung zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch die KVen bei festgestellter Unterversorgung

„Mit dem im Jahr 2019 in Kraft getretenen TSVG wurden die KVen verpflichtet, bei festgestellter Unterversorgung spätestens nach Ablauf von sechs Monaten – als Ultima Ratio – die Versorgung durch den Betrieb von Eigeneinrichtungen sicherzustellen. (§ 105 Absatz 1c SGB V) In diesen Fällen sind die Ärzte – zumindest in der Startphase – bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung angestellt und müssen weder hohe Anfangsinvestitionen noch das wirtschaftliche Risiko des Praxisbetriebes tragen. Diese Regelung dürfe das Interesse der Kassenärztlichen Vereinigungen weiter erhöhen, mit dem verfügbaren Instrumentenkasten (siehe vorn) Unterversorgung in einzelnen Planungsregionen zu verhindern.“

Die KV Thüringen formuliert dies unter dem Begriff Stiftungspraxis wie folgt: „Mit den Fördermöglichkeiten der Stiftungs-Praxis erwartet Sie ein Rundum-Sorglos-Paket zur Errichtung und Gestaltung einer eigenen Praxis: Ob Ausstattung, Anstellung oder Personalsuche, das Team begleitet, berät und unterstützt Sie finanziell bei sämtlichen Verwaltungsprozessen.“

(Quelle: <https://www.kv-thueringen.de/nachwuchs/stiftungs-praxis>). Aktuell hat die KV Thüringen bereits elf Stiftungspraxen eingerichtet.

Zusammenfassung

„Die gesundheitliche Primärversorgung wird in Deutschland weitgehend von den Hausärzten erbracht. Andere Gesundheitsfachberufe sind bislang gar nicht oder nur wenig involviert. Der auf eine Weiterentwicklung und Stärkung der Primärversorgungsebene auszurichtende Handlungsbedarf ist umso dringlicher, da – trotz der vielfältigen in den letzten zwei Jahrzehnten auf den unterschiedlichen Handlungsebenen ergriffenen Maßnahmen – mit einiger Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass sich die Mangelsituation bei den Hausärzten in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird.“ Die Prognoserechnung der Robert-Bosch-Stiftung ergibt für das Jahr 2035 in etwa 11.000 unbesetzte Hausarztstellen. Rund 20 Prozent der Landkreise werden dann hausärztlich unterversorgt sein (Versorgungsgrad < 75 %). Ländliche Regionen werden vom Wegfall einer wohnortnahen hausärztlichen Grundversorgung am betroffen sein.

Die oben dargestellten Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, so z.B. Erhöhungen der Zahl der Medizinstudienplätze, Gründung med. Fakultäten sowie die Einführung von Landarztquoten, werden innerhalb des Betrachtungszeitraums bis 2035 aufgrund der langen Ausbildungszeiten keine spürbare Entlastung bringen. Selbst nach 2035 ist nur mit einem geringen Entlastungsbeitrag zu rechnen, da die Erosion der hausärztlichen Versorgung durch die Zurruesetzung von Ärzten aus den geburtenstarken Jahrgängen beschleunigt wird. Am Beispiel Niedersachsen stellte die Studie heraus, dass sich bei Fortbestehen der gegenwärtigen Zulassungsbedingungen auch in Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in vielen Planungsbezirken, die derzeit aufgrund von Überversorgung gesperrt sind, Niederlassungsmöglichkeiten ergeben werden. Dazu zählen bspw. Frauenärzte, HNO-Ärzte oder Nervenärzte. Diese neue Perspektive könnte die Entscheidung über die einzuschlagende Fachrichtung der Medizin-Studierenden mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die in den letzten Jahren leicht angestiegene Allgemeinmedizinerquote beeinflussen.

„Das Problem der Sicherstellung einer ausreichenden und weitgehend einheitlichen Primärversorgung in der Fläche wird sich durch die zunehmend stärker präferierte Form der Arbeit in Teilzeitmodellen und/oder in Anstellung weiter verstärken. Da zu erwarten ist, dass die Hausärzte in einem insgesamt deutlich geringeren verfügbaren Zeitvolumen mehr Patienten versorgen und managen müssen, die zudem komplexere Behandlungsbedarfe haben, wird zudem die Arbeitslast im hausärztlichen Bereich eher zu- als abnehmen. Auch eine Implementierung noch stärkerer finanzieller Anreize, die die Entscheidungen für die Aufnahme einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung und/oder eine Arbeitsaufnahme in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Regionen befördern sollen, werden das Sicherstellungsproblem nicht allein lösen können.

Die Autoren der Studie der Robert-Bosch-Stiftung kommen zu dem Schluss, dass „zusätzliche versorgungsstrukturelle Entwicklungen intensiv(er) vorangetrieben oder überhaupt erst initiiert werden müssen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen substantiellen Beitrag zur

Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufes – auch in ländlichen Regionen – leisten können. Diese versorgungsstrukturellen Entwicklungen müssen gleichzeitig auch geeignet sein, die Produktivität der Primärversorgungseinrichtungen – im Sinne der pro Arbeitsstunde durch die gesamte Einrichtung und ihr Personal „bearbeiteten“ Versorgungsaufgaben – substantiell zu erhöhen. Diese erforderliche Produktivitätssteigerung wird sich nur bewerkstelligen lassen, wenn neue Primärversorgungsstrukturen entstehen, in denen die Arbeit in multiprofessionellen Teams auf Basis optimierter und technisch besser unterstützter Prozesse organisiert ist.“

„Mit dem Wandel weg von analogen Prozessen hin zu digitalen Lösungen sind nicht unerhebliche Hoffnungen auf eine Entlastung des Gesundheitspersonals verbunden. Auch in Deutschland besteht die Erwartung, „[...] dass eine gute IT-Infrastruktur sowie digitale Anwendungen zu einer effizienteren Gestaltung des klinischen Alltags und einer verbesserten Versorgungsqualität führen“ (BJÄ 2020, S. 265).“ Ein vermehrter Technikeinsatz setzt jedoch entsprechende Anforderungen an vorhandenes Betriebskapital, fachlich qualifizierte Mitarbeiter sowie einen koordinierten Austausch zwischen Versorgungseinrichtungen. Der Landkreis Darmstadt-Dieburg ist hierbei besonders als „Leuchtturm“ hervorzuheben. Das landkreiseigene kommunale hausärztlich-internistische MVZ war eines von acht bundesweiten PORT-Projekten der Robert-Bosch-Stiftung. Die im Mai 2021 veröffentlichte Studie „Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“ baut auf den Erkenntnissen aus diesem Förderprogramm auf.

Quelle: „Studie: Gesundheitszentren für Deutschland“. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Hrsg. von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2021

Serie: Wie reagieren Deutschlands Bundesländer auf den Ärztemangel (Teil I: Niedersachsen)

Das Problem des Ärztemangels ist seit Langem bekannt. In erster Linie im ländlichen Raum ist die grundlegende und vor allem wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Hausärztinnen und Hausärzten (im Folgenden: Hausärzte) nicht mehr flächendeckend gewährleistet. Zwar haben zahlreiche Landesregierungen einen Gesetzentwurf zur Landarztquote für die Ausbildung von Allgemeinmediziner vorgelegt, doch diese Maßnahme wirkt einerseits stark zeitverzögert (das

Gros der ausgebildeten Mediziner steht frühestens in einem Jahrzehnt zur Verfügung), andererseits wird das hinter dem Ärztemangel stehende strukturelle Problem nicht angegangen.

Der Ärztemangel in Niedersachsen im Überblick

2030 werden 60 Prozent der rund 5.000 niedersächsischen Hausärzte im Rentenalter sein. Gleichzeitig wird jedoch aufgrund des demografischen Wandels der Versorgungsbedarf der Bevölkerung spürbar ansteigen, Mobilitätsprobleme in ländlichen Regionen für eine immer älter werdende Bevölkerung verlangen eine wohnortnahe ärztliche Grundversorgung. So berichtet der größte Sozialverband in Niedersachsen SoVD (niedersachsenweit mehr als 270.000 Mitglieder), dass die Beschwerden aus der Bevölkerung bzgl. der Nicht-Erreichbarkeit bzw. Nicht-Verfügbarkeit von Haus- und Facharztpraxen stetig zunehmen.



Gleichzeitig berichtete die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) vergangenes Jahr, dass bis 2035 die Zahl der niedersächsischen Hausärzte von gegenwärtig 5044 auf 3750 sinken wird. Bei den Fachärzten droht eine Unterversorgung auf dem Land, dies bedeutet, dass von zehn Facharztpraxen nur noch sechs erfolgreich einen Praxismachfolger finden werden. Der KVN-Vorstandschef Mark Barjenbruch konstatierte „Die Sicherstellung der flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung wird immer schwerer werden“. Der Präsident des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes, Marco Trips, kommentierte diese Einschätzung wie folgt: „Wenn sich nichts tut, haben wir künftig das Problem, dass in einigen Teilen unseres Landes die Bevölkerung nur eine ärztliche Versorgung zweiter Klasse oder nur in weiter Entfernung bekommt“.

Der SoVD verweist daher folgerichtig auf die Schaffung attraktiver Teilzeitmodelle für junge Ärztinnen und Ärzte, um sich den ändernden Berufsanforderungen anzupassen. Darüber hinaus fordert der SoVD die Errichtung regionaler Gesundheitszentren mit interdisziplinären Facharzttrichtungen. Der Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ der neuen Bundesregierung bietet den betroffenen Akteuren (Kassenärztliche Vereinigung, Ärzteschaft und Kommunen) zahlreiche Anknüpfungspunkte.

Letztere können seit 2012 eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten eröffnen und damit an der vertragsärztlichen

Versorgung teilnehmen. Mit Verabschiedung des „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ im Jahr 2015 wurden die Kommunen u.a. in die Lage versetzt, stärkere Anreize für die Niederlassung von Ärzten zu setzen und selbst medizinische Versorgungszentren einzurichten.

Leichtere Gründung von medizinischen Versorgungszentren für Kommunen

So werden die Ziele der Ampel-Koalition im Bereich „Pflege und Gesundheit“ in Kapitel IV („Respekt, Chancen und soziale Sicherheit in der modernen Arbeitswelt“) auf acht Seiten dargestellt. Einleitend wird in einer Art Präambel das Grundverständnis der Koalitionspartner betont:

„Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat. [...] Wir ermöglichen Innovationen und treiben die Digitalisierung voran. [...]“ (S. 80)

Die Koalition hat ihren Wunsch zum Ausdruck gebracht, zusammen mit den Krankenversicherern ärztlich unterversorgte Gebiete zu stärken. Kommunen sollen mit weniger bürokratischen Hürden medizinische Versorgungszentren gründen und Zweigpraxen aufbauen können. Damit hat der Gesetzgeber die sich abzeichnende Transformation weg von der Ein-Mann-Praxis hin zu größeren Versorgungszentren mit mind. zwei oder drei Ärzten erkannt. Diese Mehrbehandlerpraxen werden somit zukünftig wohl auch Ausgangspunkt für die investitionsintensive Digitalisierung (Telemedizin) sein.

Wie reagieren die betroffenen Akteure in Niedersachsen – Chronologie:

2017: Der Niedersächsische Städte- und Gemeindebund (NSGB) hat einen Arbeitskreis gegründet, der die Probleme aus den Kommunen aufgreifen, einen Handlungskatalog erarbeiten und die Landespolitik in die Pflicht nehmen soll. Er hält die Tatsache für alarmierend, dass in Niedersachsen Stand Juni 2017 359 Hausarztstühle unbesetzt sind (Anm.: zum Jahreswechsel 2021/22 schätzungsweise 500).

Der Landkreis Holzminden gründet gemeinsam mit den kreisangehörigen Gemeinden, der Ärzteschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung einen Ausbildungsverbund, um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Landkreis zu unterstützen. Dazu wurde im Dezember 2017 ein „Letter of Intent“ (Absichtserklärung) unterzeichnet. Die Initiative entstand im Rahmen der Gesundheitsregion Holzminden.

Der Rat der Stadt Werlte beschloss im September **2016** die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums in eigener Trägerschaft MVZ-Werlte (kAÖR), welches im **Juli 2018** eröffnet wurde. Bis zum Start der

Praxis vergingen also rund zwei Jahre für die Vorbereitungen und Zulassungen. Bereits die ersten beiden Quartale wurden erfolgreich gestaltet und aus dem Stand ein positives wirtschaftliches Ergebnis erzielt.

2018 forderte der NSGB die Einführung einer Landarztquote: Ein Teil der Studienplätze im Fach Medizin solle an die Zusage des/der Studierenden gebunden werden, für eine gewisse Zeit eine Landarztpraxis zu übernehmen. Er erinnerte die Landesregierung an ihre Zusage, 200 zusätzliche Studienplätze zu schaffen – die Kassenärztliche Vereinigung fordert bis zu 300 zusätzliche Studienplätze.

Der niedersächsische Landtag hat **Ende 2018** eine Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ eingesetzt, die Anfang 2021 ihren Bericht vorlegte. Die Kommission sieht eine „mangelnde flächendeckende Verteilung“ der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen und befürchtet eine zunehmende Überlastung insbesondere der hausärztlichen Kapazitäten. Krankenhausstandorte, die nicht (mehr) dauerhaft betrieben werden können oder müssen, sollten in andere Versorgungsmodelle wie regionale Gesundheitszentren umgewandelt werden. Die

Kommission empfiehlt ausdrücklich die Gründung solcher Gesundheitszentren und hat in einer Arbeitsgruppe ein Modell hierfür entwickelt. Hierfür solle zunächst eine fünfjährige Modellphase vorgesehen werden.

Anfang 2019 forderte der Städte- und Gemeindebund (NSGB) erneut einen schnellen Ausbau der Medizinstudienplätze und eine Landarztquote.

Das Land Niedersachsen fördert seit **2020** über das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung mit dem Förderprogramm ‚Regionale Versorgungszentren‘ Modellprojekte, die unter dem Dach eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ) auch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) umfassen. Damit sollen Dienstleistungen zur Daseinsvorsorge an zentralen, gut erreichbaren Orten gebündelt werden. Die Landkreise Wesermarsch, Cuxhaven, Wolfenbüttel, Nordenham, Schaumburg sind hier bereits aktive Fördernehmer.

Das Förderprogramm Zukunftsräume Niedersachsen richtet sich seit **2020/2021** an Klein- und Mittelstädte sowie Gemeinden und Samtgemeinden ab 10.000 Einwohnern im ländlichen Raum, die als Grund- und Mittelzentrum wichtige Ankerfunktionen für die umliegenden ländlichen Räume erfüllen. Hier wurden bislang 59 Zuwendungsbescheide übergeben.

Serie: Wie reagieren Deutschlands Bundesländer auf den Ärztemangel (Teil II: Baden-Württemberg)



Nach Schätzungen der baden-württembergischen Landesregierung hatten 2019 rund 665.000 Menschen in Baden-Württemberg keinen Hausarzt an ihrem Wohnort. Die Kassenärztliche Vereinigung ging zu diesem Zeitpunkt bereits von mehr als 600 unbesetzten Stellen für Hausärzte aus.

Der Ärztemangel in Baden-Württemberg im Überblick

Es wird immer schwieriger, Nachfolger für Haus- und Facharztpraxen zu finden, mittlerweile sind in ganz Baden-Württemberg rund 700 hausärztliche Stellen (Stand 2021) unbesetzt. Ein Überblick zur aktuellen Versorgungssituation und zu den Aktivitäten der KVBW liefert der Bericht „Die ambulante medizinische Versorgung 2021“, den die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) kürzlich veröffentlicht hat.

Darin heißt es unter anderem vom stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KVBW Dr. Fechner: „Die Zahl der KVBW-Mitglieder steigt zwar nach Köpfen, durch vermehrte Anstellung und Teilzeitarbeit sinkt jedoch die zur Verfügung stehende Arztzeit insgesamt. In den kommenden Jahren werden viele haus- und fachärztliche Praxen keine Nachfolger finden. Wir stecken daher in einem gravierenden Strukturwandel, den es zu bewältigen gilt“. Die Kassenärztliche Vereinigung resümiert folgerichtig, dass „größere ärztliche Kooperationen gefragt [seien], die Teamarbeit und die

gewünschten Arbeitszeitmodelle des medizinischen Nachwuchses besser umsetzen können.“

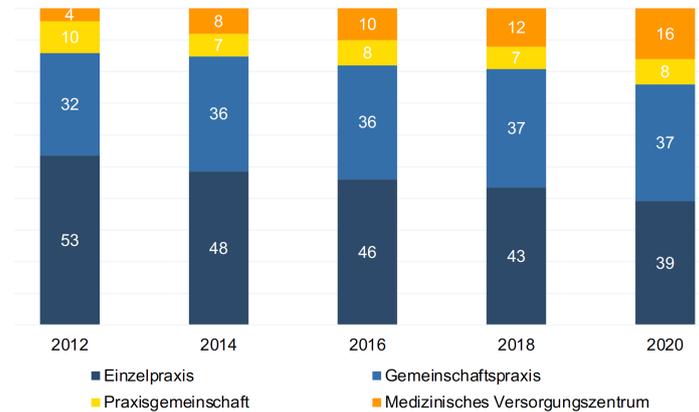
Hintergrund dieser bundesweiten Entwicklung ist der Trend, dass es viele junge Ärztinnen und Ärzte in Städte und Ballungsgebiete zieht, was im ländlichen Raum zum Teil zu erheblichen Nachwuchsproblemen führt – insbesondere im hausärztlichen Bereich. Doch das Problem ist deutlich komplexer als es auf dem ersten Blick scheint:

- Es gehen deutlich mehr Ärzte in den Ruhestand als junge Mediziner nachfolgen.
- Auch die bundesgesetzlich vorgegebene Bedarfsplanung (in vielen Facharztgebieten nur großräumig und im Übrigen unflexibel) und die unzureichende Nutzung sektorenübergreifender Versorgungsressourcen tragen zu der Verteilungsproblematik bei.
- Viele der neu in die Versorgung einsteigenden Ärzte wollen anders arbeiten als ihre älteren Kollegen. Dazu zählt u.a. das Arbeiten in einem ärztlichen Team, die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Möglichkeit die ärztliche Tätigkeit in Teilzeit ausüben zu können.

im ländlichen Raum hemmen zwei Faktoren diese Entwicklung:

- Ein hoher Altersanteil bei den niedergelassenen Ärzten sowie
- vergleichsweise viele (bis zu 80%) Einzelpraxen – das unternehmerische Risiko einer Einzelpraxis sowie die Wochenarbeitszeit (bis zu 65 Std./Woche) erschweren die Praxisübergabe

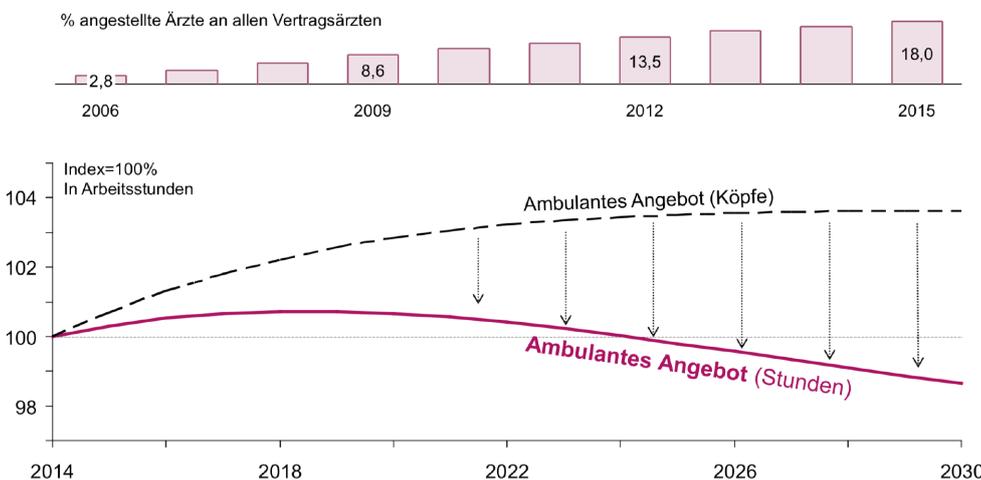
Praxisform im Zeitverlauf 2012 – 2018: Haus- und Fachärzte
Anteil der Ärzte, in MVZ arbeiten, hat sich seit 2012 vervierfacht



KBV

Alleinige Betrachtung der „Köpfe“ reicht in Zukunft auf der Angebotsseite nicht mehr aus

Entwicklung Summe aller ambulanten Ärzte ohne Psychotherapeuten



Quelle: KBV

Vor allem im ländlichen Raum klaffen damit Angebot (Praxisart und Angestelltenmöglichkeiten) und Nachfrage (Arbeiten im ärztl. Team, Angestellt sein, Teilzeit, geringes unternehmerisches Risiko tragen) auseinander. Die Folge dieser Diskrepanz nennt sich dann Ärztemangel. Es ist daher offensichtlich, dass zur langfristigen Sicherstellung einer wohnortnahen (haus-)ärztlichen Versorgung der Bevölkerung strukturelle Veränderungen herbeigeführt werden müssen. Doch gerade

Angesichts dieser Herausforderungen müssen alle Beteiligten – Bund, Land, Selbstverwaltung und Kommunen – gemeinsam daran arbeiten, die Versorgungsstrukturen, die Arbeitsbedingungen und die örtliche Infrastruktur an den Bedürfnissen der nachwachsenden Ärztesgeneration auszurichten.

Wie reagieren die betroffenen Akteure in Baden-Württemberg – Chronologie:

2014: „Hausarzt-Tour“: Bei der „TK-Hausarzt-Tour“ brachte die Techniker Krankenkasse Medizinstudenten und Bürgermeister ins Gespräch. Dabei warben die Kommunen um die Niederlassung als Hausarzt und stellten u.a. günstiges Bauland in Aussicht. Es zeigte sich aber auch, dass junge Mediziner häufig lieber angestellt und im Team als allein und selbständig arbeiten möchten.

2015: Masterplan: Der Landkreis Calw entwickelte für eine vorausschauende Planung einen Masterplan „Hausärztliche Versorgung im Landkreis Calw“.

2018: Gesundheitszentrum: Die Gemeinde Knittlingen (Enzkreis) plant den Bau eines Gesundheitszentrums, in dem mehrere Ärzte unter einem Dach praktizieren. Dies soll die ärztliche Versorgung sicherstellen. (Anm.: noch nicht fertiggestellt).

2018/2019:

- Die Gemeinde Lehensteinsfeld (Landkreis Heilbronn) baute in der Ortsmitte eine Praxis und vermietet diese ohne Renditeerwartung an einen Allgemeinmediziner.
- Ähnlich Cleeborn, welches neben den Baukosten von 500.000 € noch 100.000 € in die Praxiseinrichtung investierte.
- Neckarwestheim förderte mit 1,5 Mio. € ein Ärztehaus mit Apotheke sowie 14 betreuten Wohnungen.
- Ellhofen lobte öffentlich eine Prämie von 5.000 € für die Vermittlung eines Arztes aus und hält auf eigene Kosten neu gebaute Räumlichkeiten für eine Praxis frei.
- Mulfingen und Eppingen schalteten Anzeigen und beauftragten Personalvermittler. Das ehemalige Eppinger Krankenhaus war schon vor Jahren in ein Ärztezentrum umgebaut worden.
- Güglingen gibt Allgemein- und Fachärzten einen Zuschuss von 50.000 Euro, wenn sie sich im Ort niederlassen.

2019: Der Gemeindegtag Baden-Württemberg, der Baden-Württembergische Genossenschaftsverband, der Hausärzterverband u.a. legten im September 2019 eine Untersuchung zu einem Modellprojekt vor, in dem genossenschaftliche Hausarztmodelle in 21 Kommunen getestet wurden. Ein medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform einer Genossenschaft ermöglicht Ärzten geregelte Arbeitszeiten, Teamarbeit und bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und kann so die Niederlassung im ländlichen Raum erleichtern.

2019: Um die ambulante medizinische Versorgung der Menschen flächendeckend zu sichern, brachte das Sozialministerium das Aktionsprogramm „Landärzte“ auf den Weg. Die Landesregierung stellt ein Förderprogramm mit einer finanziellen Ausstattung in Höhe von insgesamt 6,95 Mio. Euro zu Verfügung. Fördermittel können grundsätzlich in folgenden Bereichen beantragt werden:

Förderbaustein „Landärzte“: Ziel der finanziellen Unterstützung im Rahmen des Förderprogramms „Landärzte“ ist die Verbesserung der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Dies gilt für Fördergebiete im ländlichen Raum, in denen es heute schon Versorgungsengpässe gibt bzw. perspektivisch geben kann. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt erhält bis zu 30.000 Euro

Landesförderung, wenn er sich in Baden-Württemberg in einer ländlichen Gemeinde niederlässt, deren hausärztliche Versorgung nicht oder in naher Zukunft nicht mehr gesichert ist. Seit Beginn des Förderprogramms „Landärzte“ im Jahr 2012 wurden bis Ende 2019 mehr als 130 Ärztinnen und Ärzte mit 2,5 Millionen Euro finanziell unterstützt. Von Beginn an wurde das Förderprogramm sehr gut angenommen.

Förderbaustein „Kommunale Gesundheitskonferenzen“: Kommunale Gesundheitskonferenzen sollen die Plattform zur Vernetzung der Akteure auf der kommunalen Ebene sein. Dies gilt unter anderem auch für die sektorenübergreifende Planung und Steuerung medizinischer Angebote, um Versorgungsengpässe zu vermeiden und knappe personelle Ressourcen effizient zu verteilen. Das Land hat die Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen, einschließlich Kreisstrukturgesprächen, mit insgesamt 1,75 Millionen Euro finanziell unterstützt. In allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs sind seit dem Jahr 2019 Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet.

2019: Um dem Ärztemangel abzuwehren beschritt die Stadt Tengen 2019 einen vollkommen neuen Weg der Finanzierung und gründete für die Errichtung eines Ärztehauses eine „Bürger-Genossenschaft“. In der Zwischenzeit sind rd. 400 Bürger und Bürgerinnen, die Mitglieder in der Genossenschaft sind. Die Mindesteinlage lag bei 500 Euro.

2019/2020: Die Stadt Bad Säckingen gründete 2019 das erste kommunales Medizinische Versorgungszentrum Baden-Württembergs, die Inbetriebnahme erfolgte 2020.

2020: Gesundheitsminister Manne Lucha (Grüne) setzt auf Primärversorgungszentren, in denen Menschen aus verschiedenen Fachgebieten zusammenarbeiten. Kommunen, die ein solches Zentrum aufbauen, können auf Antrag einen Zuschuss von bis zu 150.000 € erhalten.

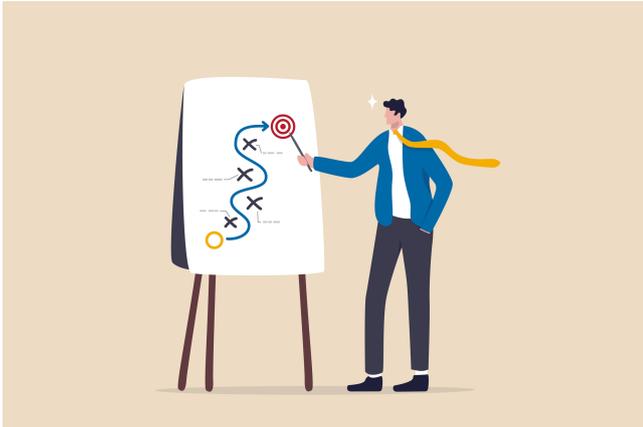
2020: Mit dem Programm „Ziel und Zukunft“ (ZuZ) fördert die KVBW die Gründung oder Übernahme von Arztpraxen in strukturschwachen Regionen mit bis zu 80.000 Euro. Im Jahr 2020 wurden 117 Praxisgründungen oder -übernahmen unterstützt.

2021: Die Gemeinde Möglingen gründete 2021 ein hausärztliches MVZ in kommunaler Trägerschaft, die Inbetriebnahme erfolgte noch im selben Jahr.

2022: Die Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Rothauser Land eG wurde im Rahmen der o.g. Genossenschaftsförderung mit Sitz in Grafenhausen gegründet.

2022/2023: Derzeit befinden sich schätzungsweise 5-10 kommunale MVZ in Baden-Württemberg in Planung / Gründung.

Ärztmangel: Schritte zur Gründung kommunaler MVZ



Wie schwerwiegend ist der Ärztemangel in Deutschland?

Im Rahmen des seinerzeit erkennbaren Hausärztemangels hat der Bundesgesetzgeber bereits 2015 grundsätzlich und abschließend entschieden, dass kommunale Medizinische Versorgungszentren (kMVZ), d.h. auch den Gemeinden und Kommunen gehörende MVZ, nicht nur möglich, sondern auch gewünscht sind. Erfreulich ist, dass mittlerweile nahezu alle kommunal-, sozial-, wettbewerbs-, gesellschafts- und europarechtlichen Fragen durch die gelebte Praxis transparent gemacht und als geklärt betrachtet werden können.

Tatsächlich zeichnet sich der „Landarztmangel“ schon seit über zehn Jahren ab. Die Entwicklung verläuft dabei in zwei Zeitschienen: Einmal die Zeit nach 2030 – hierzu gibt es zahlreiche eingeleitete Lösungen, wie z.B. die bundesweite Errichtung neuer Medizin- Fakultäten und -Lehrstühle sowie die Landarztquote, welche ein Medizinstudium unter Aufhebung des Numerus Clausus ermöglicht. Die andere Zeitschiene, die der nächsten 10 Jahre, steht hier im Fokus. Bis 2030 scheiden voraussichtlich etwa die Hälfte der Hausärzte aus

dem Berufsleben aus. Tatsache ist: In diesen Jahren baut sich ein ungedeckter Bedarf an Hausärzten von etwa 50 Prozent auf, möglicherweise auch mehr. In Zahlen ausgedrückt sind dies rd. 11.000 fehlende Allgemeinmediziner und -medizinerinnen bis zum Jahr 2030. Geht der Trend „Hin zur Stadt und nicht auf das Land“ unverändert weiter, hieße das für ländliche Regionen, dass nur mehr 20-30% der Hausarztsitze nachbesetzt werden können. Um diesen Trend etwas abzuwachen, fördern die Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten. Zahlreiche Bundesländer ergänzen diese Förderungen durch sogen. Landarztprämien oder Strukturfonds.

Die Empfehlungen, welche man Kommunen bei der Bewältigung des Ärztemangels geben kann, lassen sich am ehesten unter dem Motto „make or buy“ zusammenfassen. Also der Frage, inwiefern das Projektmanagement zur „Sicherstellung einer wohnortnahen hausärztlichen Grundversorgung“ mit eigenen Ressourcen oder über externe Anbieter gedeckt und abgewickelt werden soll.

Je nachdem, inwiefern sich die betreffende Kommune in das Thema einbringen will, sind unterschiedliche Engagement-Stufen zu erkennen. Mit dem Ausbau des Engagements steigt die Notwendigkeit personelle und finanzielle Ressourcen für die Thematik aufzuwenden oder sich externer Unterstützung zu versichern.

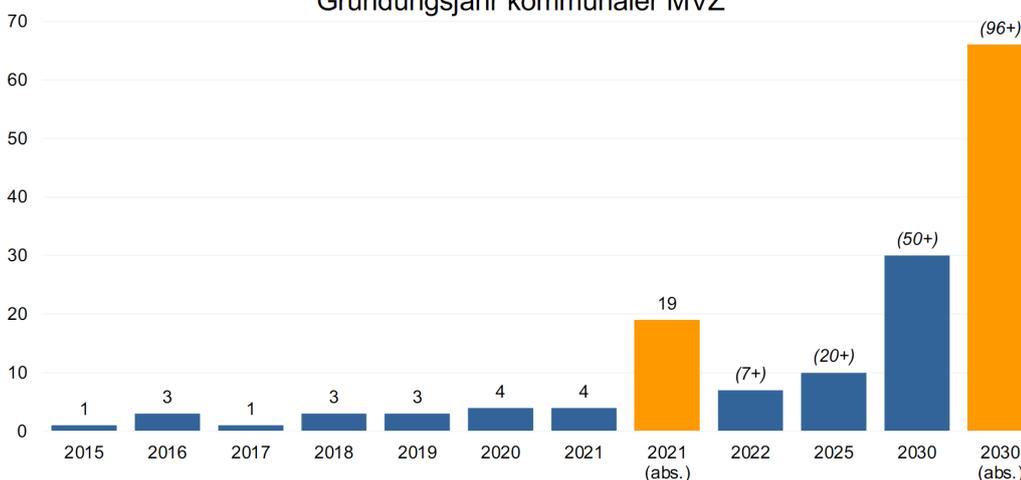
Was können betroffene Kommunen unternehmen?

Schritt 1 (Informationssuche): In einem ersten Schritt geht es darum, sich Klarheit über die aktuelle ärztliche Versorgung und die erkennbaren Entwicklungen zu verschaffen. Halbjährlich veröffentlichen die Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer aktuelle Zahlen aus der Bedarfsplanung. Kommunale Akteure sollten

diese Zahlen kennen und regelmäßig die Entwicklungen in ihrem Planungsbereich beobachten. Anzahl Ärzte bzw. Arztsitze, geographische Verteilung sowie demographische Daten zur Ärzteschaft sind einsehbar.

Kommunale Vertreter müssen sich auch bewusst machen, dass die Einzelpraxis als Versorgungsform zunehmend ein Auslaufmodell ist. Diese Aussage soll

Gründungsjahr kommunaler MVZ



selbstverständlich nicht bedeuten, dass die Einzelpraxis im 21. Jahrhundert für die ärztlich-ambulante Versorgung keine nennenswerte Rolle mehr spielen wird. Ihr Anteil an allen Versorgungs- und Praxisformen hat sich jedoch seit den 1990er Jahre spürbar verringert. Ein Trend, welcher in der kommenden Dekade an Schwung gewinnen wird. Größere Praxiseinheiten, sogen. Mehrbehandlerpraxen bieten der Ärzte-Generation Y und der bald folgenden Generation Z (Jahrgänge ab 1991) Anstellungsmöglichkeiten und attraktive Arbeitszeitmodelle. Der Wunsch nach einer „Work Life Balance“ kann hier – im Gegensatz zu einer klassischen Einzelpraxis mit bis zu 60-Stunden-Wochen – erfüllt werden.

Die notwendige Strukturveränderung weg von der Ein-Personen-Landarztpraxis hin zu größeren Praxiseinheiten bedeutet für die kommunalen Akteure auch, dass die kommunalen Vertreter sich mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten über deren zukünftige Pläne und Absichten austauschen. Hier ist zu signalisieren, dass die Kommune zur Unterstützung bereit ist. Thema für diese Gespräche ist nicht nur die „Abgabe der Praxis aus Altersgründen“. Ebenso wichtig ist es, jüngeren Ärzten mit unternehmerischem Verständnis zu signalisieren, dass sie auf die Unterstützung der Kommune zählen können. Hierbei ist jedoch auf ein behutsames und diskretes Vorgehen zu achten, da niedergelassene Ärzte dies häufig und verständlicherweise als Eindringen in ihre Privatsphäre empfinden.

Schritt 2 (Vermietung & Bau Praxisräume): Das Schaffen größerer Praxiseinheiten bringt auch andere Anforderungen an die Praxisräumlichkeiten mit sich. Vermietung aus kommunalem Immobilienbesitz oder der Verkauf von Baugrundstücken kann erwogen werden. Zahlreiche Kommunen haben sich hier im vergangenen Jahrzehnt durch den Bau von Ärztehäusern oder Gesundheitszentren engagiert. Dies kann durchaus im Rahmen von geförderten Stadtentwicklungs-, Leader- oder ILEK-Projekten geschehen.

Schritt 3 (Moderation): Ist erkennbar aus dem Markt heraus keine Lösung in Sicht, muss – sofern dies beabsichtigt ist – die Kommune eine aktivere Rolle einnehmen. Sie tritt dann als Moderator und Anstoßgeber auf, um die unterschiedlichen Interessen der niedergelassenen Ärzte zu bündeln und zu begleiten. Den einzig „richtigen“ Zeitpunkt für ein vertieftes Engagement der Kommunen gibt es nicht, kann es auch nicht geben. Eines ist sicher: Sind die Arztsitze einmal weg bzw. fast weg, ist es häufig zu spät. Die in den Kommunen Verantwortung Tragenden müssen selbst einen Zeitpunkt festsetzen und soweit es geht einen ärztlichen Akteur, der mitmachen will, belastbar identifiziert haben.

Schritt 4 (Moderator bis Treiber): Da Kommunen untereinander im Wettbewerb stehen, ist der Einstieg mittels einer Markterkundung/-analyse und der Aufbau eines Projektmanagements auf Zeit notwendig. Für die kommunalen Akteure ist dabei wichtig zu verstehen,

dass der Handlungsdruck bei ihnen liegt. Ältere Bestandsärzte haben im Allgemeinen wenig bis keinen Grund sich zu bewegen. Die intrinsische Motivation die laufende Praxis zum Ende des eigenen Berufslebens hin zu vergrößern fehlt verständlicherweise. Dazu ist das laufende Geschäft zu stabil und der Arbeitsaufwand zu hoch.

Schritt 5 (Arztsuche): Ist lediglich passives Interesse der Ärzteschaft vorhanden, empfiehlt sich eine aktivere Rolle der Kommune. Diese reicht vom kreativen DocFinding bis hin zur Gewinnung von Unternehmerärzten aus der Region, welche mit einer Filialpraxis (inkl. Angestelltenmöglichkeiten für Nachwuchsärzte) den Kern einer Lösung bilden.

Schritt 6 (Gesundheitsversorger): Findet sich kein privatwirtschaftlicher Weg, kann die Kommune als eigenständiger Versorger auftreten. Dies ist erst seit 2015 rechtlich möglich. Hierbei wird die Gemeinde oder Stadt durch die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums in (teil-)kommunaler Trägerschaft selbst zum Gesundheitsversorger. Aufgrund der Komplexität dieses Vorhabens sowie des personellen und zeitlichen Bedarfs, empfiehlt sich hierbei immer die Hinzuziehung von externen Fachleuten. In der Regel dauert solch ein Prozess zwei bis drei Jahre. Zu klären ist dabei neben der Rechtsform des kommunalen MVZ auch die Art der Sicherheitsleistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Für die Neugründung oder Umgründung mit bereits niedergelassenen Ärzten müssen die Rollen des ärztlichen Leiters und des kaufmännischen Leiters besetzt werden, entsprechende Absichtserklärungen und Verträge für den Kauf der notwendigen Arztsitze müssen geschlossen werden.

Der für die kommunalen Gremien und die Rechtsaufsicht notwendige Geschäftsplan einschl. Investitions- und Finanzprognose muss erstellt werden und nach erfolgter Gründung muss die Zulassung beim regional zuständigen Zulassungsausschuss beantragt werden. Parallel hierzu sollte mittels eines Gründungsgeschäftsführers der Betrieb der neuen größeren Praxis vorbereitet werden. Hierbei empfiehlt sich die Hinzuziehung eines Fachanwalts für Medizin- und Vertragsrecht.

Fazit

Ergänzend zu den oben dargestellten Kernpunkten sei hinzugefügt, dass kommunale Medizinische Versorgungszentren durchaus auch mit Beteiligung von Vertragsärzten und (privaten) Krankenhäusern gegründet werden können. Ein kommunales MVZ ist dabei immer nur als ultima ratio zu sehen: Eben dann, wenn es partout keine privatwirtschaftliche Lösung gibt, sich keine Lösung durch eine solvente, sprich schuldenfreie Klinik anbietet und eine wohnortnahe medizinische Versorgung für große Teile der Bevölkerung einfach unabdingbar ist.

Interview

Alexander Guhl, seit 2012 Bürgermeister von Bad Säckingen (Lkr. Waldshut), im Gespräch mit Impulse über die Gründung des ersten baden-württembergischen kommunalen MVZ und der neuen Rolle der Stadt als Gesundheitsversorger.



Alexander Guhl

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Guhl, mit der Gründung der Gesundheitscampus Bad Säckingen GmbH ergriff Bad Säckingen 2017 die Initiative, um den Verlust der wohnortnahen ärztlichen Versorgung durch die Schließung des Spitals aufzufangen. Hierfür nutzen Sie aktuell auch die Projektförderung als Modellvorhaben über das Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg (Förderperiode 2020/2021). Aus rd. 150 Projektideen wurden 42 zur Förderung ausgewählt. Ihr Ansatz des Gesundheitscampus war dabei. Was waren Ihrer Meinung nach die „winning points“?

Ein stimmiges Konzept zur Nachnutzung/Kompensation für ein geschlossenes Krankenhaus. Antwort auf das Problem der

alternden Bevölkerung. Angebot von neuen Arbeitsmodellen für Ärzte (Anstellungsverhältnis, Teilzeit, Entlastung von Verwaltungstätigkeiten etc.). Die Sektoren "ambulante ärztliche Versorgung", "Pflege", "Therapie", und "Beratung" unter einem Dach mit den Kooperationspartnern "stationäre Akutmedizin" und "Rehamedizin".

Impulse: 2019 gründete die Stadt darüber hinaus die MVZ Bad Säckingen GmbH und damit das erste kommunale MVZ in Baden-Württemberg mit einer Stadt als Alleingesellschafter. Was waren die Gründe, Gedanken und Argumente als Stadt die Rolle als ärztlicher Versorger zu übernehmen?

Im Landkreis Waldshut waren derzeit 16 freie Sitze für Allgemeinmedizin mit der Gefahr der Unterversorgung der Bevölkerung. Es gab Nachfragen von Ärzten nach Anstellung in einem MVZ. Das MVZ ist der wichtige Baustein für den Gesundheitscampus. Der damalige Geschäftsführer Peter Mast verfügte über das notwendige Wissen für die Gründung und Inbetriebnahme eines MVZ. Dies gilt auch für den neuen Geschäftsführer, Herrn Dr. Jörg Blattmann. Ohne einen im Gesundheitswesen erfahrenen Geschäftsführer kann man auch meiner Meinung nach ein kommunales MVZ nicht betreiben.

Impulse: Als Träger der MVZ GmbH muss die Stadt - wie alle freiberuflich niedergelassenen Ärzte auch - eine selbstschuldnerische, d.h. nach oben offene Bürgschaft gegenüber der KV übernehmen. Hierfür ist die Zustimmung der jeweiligen Rechtsaufsicht im Landkreis zuständig. Unserer Erfahrung nach ist dies bundesweit nicht immer ganz einfach, zumal es in Ihrem Fall anscheinend um den

Betrag von rd. 4 Mio. Euro ging. Wie schwierig war die notwendige Überzeugungsarbeit? Mit welchen Argumenten konnten Sie hier überzeugen?

Die Bürgschaft von 4 Mio.€ ist ist für das MVZ, sondern für den Campus relevant.

Drei Punkte waren für das Gespräch mit der Rechtsaufsicht wichtig:

- Ein realistischer Businessplan für 3 Jahre.
- Für die geforderte selbstschuldnerische Bürgschaft konnte eine Versicherungslösung gefunden werden, damit der städtische Haushalt nicht gefährdet ist.
- Notwendig ist von Anfang an der Aufbau eines Controlling.

Impulse: Trotz dieser Hürde entschlossen Sie sich für die Rechtsform einer GmbH. Welche Gründe spielten hierfür eine Rolle?

Als Alternativen wurden Eigenbetrieb, Kommunalunternehmen oder Genossenschaft erwogen. Die Vorgabe war, dass die Stadt BS Alleingesellschafter sein wird. Damit scheidet eine Genossenschaft aus.

Das MVZ sollte sich von Anfang an als wirtschaftliche selbstständige Organisation tragen bzw. finanzieren. Die Stadt BS hat zunächst nur das Stammkapital eingelegt. Diese Tatsache wollte man mit der GmbH auch nach außen darstellen und eine Distanz zum Gesellschafter schaffen.

Impulse: Seit der Inbetriebnahme im Oktober 2020 ist die Praxis des MVZ in Containern untergebracht. Wie reagieren die Patienten, aber auch die MVZ-Mitarbeiter, auf diese Zwischenlösung?

Zunächst war es wichtig, schnell in Betrieb zu gehen da Ärzte und Fachangestellte ja vorhanden waren. Zum anderen wurden mit den Bereichen Diabetologie und Rheumatologie auch Fachgebiete integriert, in denen ein erheblicher Versorgungsdruck bestand. Aus Projektsteuerungssicht war es auch sinnvoll, dass der Beginn der beiden Projekte MVZ und Campus zeitlich getrennt wurde.

Die Patienten haben sich mit der Lösung gut arrangiert. Es gibt auch Vorteile: Man kann das Auto direkt davor parken, die KV-Notfallpraxis und das Corona-Impfzentrum sind ebenfalls auf dem Gelände.

Impulse: Von Bürgermeistern und Ratsmitgliedern hören wir immer wieder den Einwand, dass die Stadt oder Gemeinde mit einem kommunalen MVZ in Wettbewerb zu den übrigen niedergelassenen Ärzten tritt. Wie reagierten Ihre

niedergelassenen Ärzte auf das Vorhaben der Stadt?

In diesem Fall hat die Stadt auf die Unterversorgung mit 16 freien Sitzen für Allgemeinmedizin reagiert und dies auch intensiv kommuniziert. Ein Wettbewerb ist nicht angestrebt, sondern lediglich das Schließen von Versorgungslücken zur Sicherung der Lebensqualität in Bad Säckingen.

Impulse: Im wievielten Betriebsjahr wird das MVZ Ihrer Einschätzung nach die Gründungs- und Startkosten eingespielt haben? Wo sehen Sie das MVZ in den kommenden fünf Jahren?

Im Jahr 2022 ist ein ausgeglichenes Ergebnis angestrebt und dies soll sich auch die nächsten Jahre so fortsetzen. Das MVZ muss keine Gewinne erwirtschaften, sondern sich lediglich selbst finanzieren.

Impulse: Mit dem Gesundheitscampus streben Sie eine sektorenübergreifende Vernetzung auch zwischen Pflege, Reha und ggf. auch Therapeuten an. In der Beschreibung des Modellprojekts wird von Digitalisierung und Interoperabilität gesprochen. Auf welche Resonanz stoßen Sie hierbei bei Ärzten, weiteren Gesundheits-, Pflege- und Reha-Anbietern?

Institutionell haben wir mit der vollständigen Inbetriebnahme des Gesundheitscampus Ende 2023 / Anfang 2024 gute Voraussetzungen für kooperative Versorgungsformen geschaffen. Es bedarf hier sicherlich einiger Impulse aus der Gesundheitsgesetzgebung, denn wir beobachten zwar Interesse, aber man hält sich wegen des noch notwendigen Regelungsbedarfs noch zurück.

Impulse: Herr Guhl, ich bedanke mich für das interessante Gespräch!

dostal-Portfolio zur Sicherung der ärztlichen Versorgung



Herausgeber

dostal & partner management-beratung gmbh

84137	Vilsbiburg	Bahnhofstraße 5	Tel.: +49 (0)8741 9678910 Fax: +49 (0)8741 9678929
90461	Nürnberg	Frankenstraße 152	Tel.: +49 (0)911 2379305 Fax: +49 (0)911 2379299
50672	Köln	Hohenzollernring 57	Tel.: +49 (0)221 16025 205 Fax: +49 (0)221 16025 29
10117	Berlin	Friedrichstraße 171	Tel.: +49 (0)30 25493141 Fax: +49 (0)30 25493299

E-Mail: info@dostal-partner.de www.dostal-partner.de
Web: www.dostal-partner.de

Redaktion

Luise Viktoria Ruß