Impulse

Schwerpunkte:

Ärzte folgen dem Geld, nicht den Kranken
Seite 11

Ginge es nach Experten der Bertelsmann Stiftung, müsste jedes zweite Krankenhaus schließen
Seite 4

Vorwort

Adrian W. T. Dostal
Geschäftsführer dostal & partner

Fachliche Zuständigkeit für Entwicklungen im Gesundheitsmarkt, Innovationstreiber, gesellschaftliche Entwicklungen und Trends sowie Publikationen zum Thema, ehrenamtlicher Netzwerkmanager Gesundheitsregion Xundland

Selbst der 7. Altenbericht von 2016, der eine kommunale Zuständigkeit für die Daseinsvorsorge massiv reklamierte, hat Wesentliches nicht benannt: Die Priorität der Kassenärztlichen Vereinigungen war schon immer die grundgesetzlich ableitbare Niederlassungsfreiheit der Ärzteschaft.

Diese können sich den Standort der Praxis selbst, d.h. unabhängig von einer tatsächlichen Über- oder Unterversorgung, aussuchen. Letztendlich stehen nachvollziehbarerweise auch finanzielle Gründe im Vordergrund. Die Zweigliedrigkeit des Kassensystems verschärft das Stadt-Land-Gefälle. Eine Landarztquote von sechs Prozent signalisiert den (politischen) Stellenwert der Kommunen auf dem Lande.

Dass gerade in den zwei Jahrzehnten eines Überangebots an Ärzten etwas für die Kommunen auf dem Lande an Hausärzten „abfiel“ war den persönlichen Präferenzen der Niederlassungswilligen geschuldet. Das Urbane war noch nicht so attraktiv, eine freiberufliche Tätigkeit war der vorherrschende Berufswunsch der nachrückenden Mediziner. Es sei daran erinnert, dass Arbeitslosigkeit unter Ärzten in der Bundesrepublik bis zum Jahr 2002 ein tatsächliches Problem darstellte, obgleich heute schwer vorstellbar. Zu keinem Zeitpunkt aber, wurde die wohnortnahe ärztliche Versorgung durch das noch heute herumgeisternde Phantom der „Sicherstellung“ indiziert. Es herrschte schlichtweg ein Überangebot an Ärzten.

Im Folgeschluss bedeutet dies, dass die Kommunen auf dem Lande – fast nur dort existiert nachhaltig der Versorgungsengpass – schon seit über 70 Jahren gut beraten gewesen wären, sich darum selbst zu kümmern. Dass diese verschleierte Zuständigkeit jetzt hervortritt, hängt damit zusammen, dass bis 2030 nicht einmal jede 2. Hausarztlizenz (Hausarztsitz) mangels Nachrücker-Ärzten vergeben werden kann. Die Chance auf dem Lande „da etwas abzubekommen“ liegt schnell bei nur zehn Prozent. Da hilft auch das Aufstocken von Medizinstudienplätzen nichts: Von den etwa 6.000 abgebauten Studienplätzen werden derzeit knapp über 1.000 reaktiviert. Auch geht der Mediziner-Export weiter: Allein in der Schweiz leben knapp 7.000, meist angestellte, deutsche Ärzte.

Ein „Glück“ für diejenige Bevölkerung auf dem Lande, sofern betroffen, wenn sich die Verantwortlichen vor Ort zur Abhilfe des Problems einbringen. Die Impulse-Interviews und -Beiträge wollen zum notwendigen „Glasnost“ weiterhin beitragen.

Ihr

Inhalt

4 **Ginge es nach Experten der Bertelsmann Stiftung, müsste jedes zweite Krankenhaus schließen**

7 **Die Telemedizin soll Landarztpraxen in Zukunft entlasten**

9 **Gutachten veröffentlicht: Freie Fahrt für kommunale Medizinische Versorgungszentren**

11 **Ärzte folgen dem Geld, nicht den Kranken**

14 **Bayerischer Ärztetag in München: Die Landarztquote allein wird es nicht richten**

16 **Hausärztemangel: Was suchen junge Nachrückerärzte?**

18 **Fragekasten**

19 **Aus der Praxis**

19 **Interview ehem. stv. Vorsitzender Gesundheitsausschuss im Bundestag**

22 **Interview Landrat Darmstadt/Dieburg**

23 **Portfolio**

24 **Impressum**

Ginge es nach Experten der Bertelsmann Stiftung, müsste jedes zweite Krankenhaus schließen

Mehr als jedes zweite Krankenhaus in Deutschland sollte nach Ansicht der Bertelsmann-Stiftung geschlossen werden, damit die Versorgung der Patienten verbessert werden kann. Derzeit gibt es im Bundesgebiet knapp 1.400 Krankenhäuser, durch die Reform sollten am Ende weniger als 600 größere und bessere Kliniken erhalten bleiben, heißt es in einer veröffentlichten Untersuchung. Die verbliebenen Krankenhäuser könnten dann mehr Fachpersonal und eine bessere Ausstattung erhalten, so das Fazit der Studie.

„Nur Kliniken mit größeren Fachabteilungen und mehr Patienten haben genügend Erfahrung für eine sichere Behandlung“, betonen die Autoren der Studie. Viele Komplikationen und Todesfälle ließen sich durch eine Bündelung von Ärzten und Pflegepersonal sowie Geräten in weniger Krankenhäusern vermeiden. Kleine Kliniken verfügten dagegen häufig nicht über die nötige Ausstattung und Erfahrung, um lebensbedrohliche Notfälle wie einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall angemessen behandeln zu können.

Nur in ausreichend großen Kliniken könnten Facharztstellen rund um die Uhr besetzt werden. Auch Computertomographen und andere medizinische Großgeräte könnten dann in allen Kliniken bereitstehen. Vor allem die Qualität der Notfallversorgung und von planbaren Operationen lasse sich so verbessern. Auch der Mangel an Pflegekräften könne so gemindert werden. „Es gibt zu wenig medizinisches Personal, um die Klinikzahl aufrecht zu erhalten“, schreibt Bertelsmann-Projektleiter Jan Böcken.

Tatsächlich verringert sich das Sterberisiko in Kliniken mit größerer Fallzahl. So ermittelten Forscher anhand der Daten von 13 Millionen Klinikpatienten, dass in Häusern mit den meisten Patienten im Schnitt 26 Prozent weniger Todesfälle auftraten als in denen mit den geringsten Fallzahlen. Bei Herzinfarkt lag der Unterschied sogar bei 31 Prozent. Statistisch signifikant waren solche Zusammenhänge bei 19 von 25 untersuchten Indikationen.

Die Situation in Deutschland ist einzigartig

Die Verringerung der Zahl der Krankenhäuser wird in Deutschland seit längerem diskutiert. Im EU-Ländervergleich hat Deutschland vergleichsweise viele Krankenhausstandorte. Für Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ist „ein Krankenhaus vor Ort für viele Bürger

ein Stück Heimat.“ Gerade in gesundheitlichen Notlagen brauche es eine schnell erreichbare Versorgung. Krankenhäuser in ländlichen Regionen erhalten von den Krankenkassen daher auch künftig extra Geld. Vorgesehen sind im nächsten Jahr Finanzspritzen für 120 Kliniken von jeweils 400.000 Euro und damit insgesamt 48 Millionen Euro.

Fast nirgendwo sonst in der Welt werden pro Einwohner so viele Menschen stationär behandelt wie hierzulande. 19,5 Millionen Fälle sind es im Jahr, Tendenz steigend. In Deutschland gibt es auch 65 Prozent mehr Klinikbetten pro Einwohner als im EU-Durchschnitt.

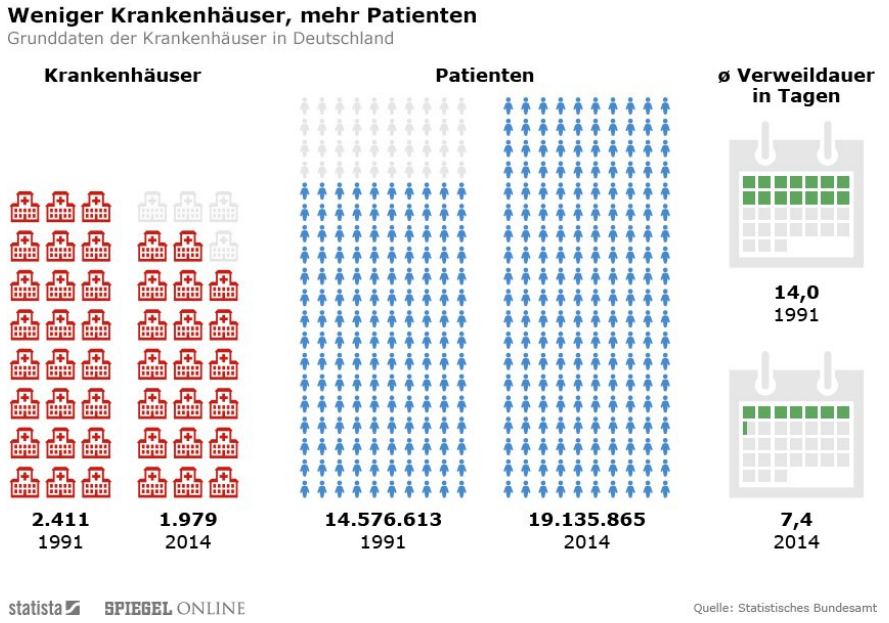
Und mit der Zahl ihrer sogenannten Bettentage liegen die Deutschen sogar um 70 Prozent über dem EU-Schnitt. Das führe „zu der paradoxen Situation, dass es in Deutschland mehr Klinikpersonal pro Einwohner gibt als in anderen Ländern, pro Patient aber weniger“, heißt es in der Bertelsmann-Studie.

Und die vielen Häuser wollen zu tun haben. Aufgrund von Überkapazitäten und betriebswirtschaftlichen Zwängen werden der Expertise zufolge viele Patienten stationär versorgt, bei denen das gar nicht nötig sei. Fünf Millionen Patienten könnten genauso gut ambulant behandelt oder operiert werden. Das entspräche der Fallzahl von 500 mittelgroßen Krankenhäusern, also gut einem Drittel der Gesamtkapazität aller Kliniken. Angesichts von Patientenaufnahme-Stopps in Haus- und Facharztpraxen stellt sich jedoch die Frage, ob dieser Umstand nicht an einer ausgedünnten fachärztlichen Versorgung in ländlichen Gegenden liegt.

Was schlagen die Experten vor?

Die finanzielle Lage vieler Krankenhäuser in Deutschland ist prekär. Nach jüngsten Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat jede dritte Klinik 2017 rote Zahlen geschrieben. Die Rationalisierungsreserven seien mittlerweile ausgeschöpft, hatte die Krankenhausgesellschaft erklärt.

Die Autoren der Bertelsmann-Studie schlagen einen zweistufigen Aufbau einer neuen Krankenhausstruktur vor. Neben Versorgungskrankenhäusern mit durchschnittlich gut 600 Betten soll es etwa 50 Universitätskliniken und andere Maximalversorger mit im Schnitt 1.300 Betten geben. Aktuell hat ein Drittel der Krankenhäuser weniger als 100 Betten. Die Durchschnittsgröße der Kliniken liege bei unter 300 Betten.



Die Bertelsmann Stiftung hatte das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) mit der Frage beauftragt, wie eine Krankenhausversorgung aussähe, die sich nicht in erster Linie an einer schnellen Erreichbarkeit, sondern an Qualitätskriterien orientiert. Dazu gehören beispielsweise eine gesicherte Notfallversorgung, eine Facharztbereitschaft rund um die Uhr, ausreichend Erfahrung des medizinischen Personals sowie eine angemessene technische Ausstattung.

Die DKG warf Bertelsmann vor, die Stiftung propagiere die Zerstörung von sozialer Infrastruktur in einem „geradezu abenteuerlichen Ausmaß, ohne die medizinische Versorgung zu verbessern“. „Das ist das exakte Gegenteil dessen, was die Kommission ‚Gleichwertige Lebensverhältnisse‘ für die ländlichen Räume gefordert hat“, sagte DKG-Präsident Gerald Gaß. Er betonte, das zentrale Qualitätsmerkmal sei der flächendeckende Zugang zu medizinischer Versorgung.

Medizinische Grundversorgung in ländlichen Gebieten in Gefahr

Darüber hinaus lassen die Autoren der Studie völlig außer Acht, dass die ärztlich-ambulante Versorgung in ländlichen Gegenden die kommenden Jahre stark unter Nachwuchsproblemen bei Haus- und Fachärzten leiden wird. Nur mehr jede zweite oder dritte Arztpraxis in diesen Regionen wird einen Nachfolger finden. "Eine starke Einschränkung der Krankenhausstandorte, ist nur möglich, wenn man die gesamte medizinische Versorgungsrealität einbezieht", so Adrian Dostal, Geschäftsführer der bundesweiten Kommunalberatungsagentur dostal & partner.

"Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz) verpflichtet Bund, Länder und Kommunen, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten, darunter ist auch eine wohnortnahe Versorgung zu verstehen", so Dostal weiter. "Viele der Kliniken, die den Experten der Bertelsmann Stiftung zu Folge geschlossen werden sollen, befinden sich in eben diesen Regionen. Mit ihnen verschwindet dann der letzte medizinische

Hotspot in den betroffenen Gebieten." Und weiter: "Es muss davon ausgegangen werden, dass den Autoren die Situation im ambulanten Sektor nicht in ihrer Dramatik bekannt ist, andernfalls ist ihr Ruf nach massiven Krankenhausschließungen nicht nachvollziehbar."

Keine undifferenzierte Schließungspolitik

Auch der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Klaus Reinhardt, bezeichnete die Forderungen der Studienautoren als „mehr als befremdlich". Die von der Bundesregierung eingesetzte „Kommission gleichwertige Lebensverhältnisse" habe gerade erst die Bedeutung der Daseinsvorsorge und Sicherung einer gut erreichbaren, wohnortnahen Gesundheitsinfrastruktur herausgestellt und das Bundesgesundheitsministerium die Förderung von 120 kleineren Kliniken bundesweit beschlossen, sagte er.

Allerdings könne es in Ballungsgebieten mit erhöhter Krankenhausdichte durchaus sinnvoll sein, dass Ärzte und Pflegepersonal in größeren Strukturen Patienten behandelten. Dadurch könnten Abläufe vereinfacht und die zunehmende Arbeitsverdichtung gemildert werden. Reinhardt warnte aber vor einer undifferenzierten Schließungspolitik.

„Gerade im ländlichen Raum müssen wir die flächendeckende Versorgung der Patienten sicherstellen. Deshalb müssen wir mehr als bisher die sektorübergreifende Versorgung gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten ausbauen", so Reinhardt.

„Wer auch immer mit welchen Ideen den Krankenhaussektor verändern will, muss dem grundgesetzlichen Auftrag der Daseinsvorsorge, der Gleichheit der Lebensverhältnisse und dem Feuerwehrwehr-Prinzip der Krankenhäuser im Katastrophenfall gerecht werden", mahnte er. Vor allem aber müsse man Optionen diskutieren, wie man der zunehmenden Behandlungsbedürftigkeit in der Gesellschaft bei gleichzeitigem Fachkräftemangel begegnen wolle. „Auch wenn wir die Zahl der Krankenhäuser reduzieren, reduzieren wir dadurch ja nicht die Zahl der Behandlungsfälle", sagte Reinhardt.

Daseinsvorsorge statt Profitorientierung

Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes (MB), betonte, Planungsentscheidungen würden in den Ländern getroffen und nicht am grünen Tisch der Bertelsmann-Stiftung. Es lasse sich „aus der Warte von Ökonomen leicht von Zentralisierung und Kapazitätsabbau fabulieren, wenn dabei die Bedürfnisse gerade älterer, immobiler Menschen unter den Tisch fallen, die auf eine wohnortnahe stationäre Grundversorgung angewiesen sind", sagte er. Versorgungsprobleme würden nicht dadurch gelöst, dass pauschal regionale, leicht zugängliche Versorgungskapazitäten ausgedünnt würden.

Ministerium reagiert zurückhaltend

Das Bundesgesundheitsministerium hat zurückhaltend auf die Studie reagiert. „Wir haben diese Studie zur Kenntnis genommen und schauen uns die genauer an", sagte eine Sprecherin des Ministeriums. Sie verwies darauf, dass für die Krankenhausplanung die einzelnen Bundesländer verantwortlich seien. Diese müssten eine „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung" sicherstellen.

Grundsätzlich habe Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten und Kliniken. Es gehe aber nicht nur „um die schiere Anzahl von Häusern", sondern „vor allem um eine erreichbare und qualitativ hochwertige Versorgung".

Ambulante Notfälle in Notaufnahmen während der Praxisöffnungszeiten

Eine aktuelle Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) zeigt auf, dass rd. 24 Prozent der Patienten, die während Praxisöffnungszeiten in den Notfallaufnahmen von Krankenhäusern behandelt wurden auch durch niedergelassene Haus- und Fachärzte behandelt hätten werden können. Dies sind in absoluten Zahlen zwischen 2 und 2,5 Millionen Patienten.

Abzuwarten bleibt, wie sich das Angebot der Kassenärztlichen Vereinigungen auswirkt, die ärztliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 ab dem 1. Januar 2020 rund um die Uhr zu schalten und Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden nach einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung ein zeitgerechtes Versorgungsangebot zu vermitteln.

Im ärztlichen Bereitschaftsdienst, also außerhalb der Praxisöffnungszeiten, ist es bereits gelungen die Zahl der ambulanten Behandlungen in Krankenhausnotaufnahmen seit 2016 um rund 222.000 Fälle zu senken. Gleichzeitig stiegen jedoch die im Bereitschaftsdienst behandelten ambulanten Notfälle von 2015 bis 2018 kontinuierlich um rund 360.000 Fälle an.

Spannend bleibt die Frage inwieweit der gerade im ländlichen Bereich zunehmende Hausarztmangel hier einer Einsteuerung von Teilen der oben bezifferten rd. 2 bis 2,5 Millionen Patienten in die ambulante hausärztliche Versorgung entgegensteht.

Die Telemedizin soll Landarzt-praxen in Zukunft entlasten

Was eigentlich ist Telemedizin?

Telemedizin ist der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechniken, mit deren Hilfe Ärzte ihre Patienten unter räumlicher und zeitlicher Distanz behandeln können. Es soll das medizinische Fachpersonal bei ihrer Arbeit unterstützen, nicht ersetzen. Durch den Einsatz neuer Medien wie Videochats beschränkt sich der Direktkontakt zwischen Arzt und Patient auf die Fälle, in denen er wirklich erforderlich ist. Auch Rezepte kann der Arzt per Telemedizin einfach an die nächste Apotheke senden, sodass der Patient den weiten Weg zur Praxis vermeiden kann. Telemedizin ersetzt keine Behandlung, sie unterstützt lediglich die Beratung und Versorgung der Patienten.

Parallel vereinfacht Telemedizin die Vernetzung zwischen den Ärzten. Medizinische Befunde werden unter dem Fachpersonal ausgetauscht und Ärzte sowie Patienten können sich durch einen weiteren Spezialisten eine zweite Meinung einholen. Durch „Telemonitoring“, also Fernuntersuchung, -diagnose und -überwachung, reduziert sich der Aufwand in Krankenhäusern, da die Fernüberwachung der Patienten durch digitale Dienste erfolgen kann.

Deutschland steht noch am Anfang der Digitalisierung des Gesundheitswesens

Große private Krankenhausbetreiber tüfteln am digitalen Arztbesuch. Seitdem die gesetzlichen Hürden für Telemedizin gefallen sind, drängen Klinikkonzerne in den Markt und treiben Diagnosen per Video, App oder Telefon voran. Fresenius, Rhön und Asklepios wetteifern um digitale Plattformen, die manchen Besuch in der Arztpraxis überflüssig machen und Patienten viel Zeit sparen dürften.

Der Dax-Konzern Fresenius hat beispielsweise angefangen, einen Beratungsdienst über die Gemeinschaftsfirma Helios Dialogue einzuführen. Patienten könnten sich künftig über eine digitale Plattform einwählen und auch per Video Kontakt mit einem Arzthelfer aufnehmen, der zunächst gesundheitliche Beschwerden abfragt. Anschließend wird ihnen eine Video-Sprechstunde, der Gang in die Notfallambulanz oder zu einem nahen Facharzt empfohlen. Das Rhön-Klinikum will in der zweiten Jahreshälfte eine Gemeinschaftsfirma mit dem Schweizer Anbieter Medgate an den Start bringen und Marktführer in Deutschland werden.

Das könnte – so nahezu alle Akteure unisono – gegen den Ärztemangel auf dem Land helfen und den Firmen neue Umsatzquellen bringen. In einigen Bundesländern gibt es auch eine Unzahl von geförderten Modellprojekten zur Einführung der Telemedizin für einzelne Städte und auch ganze Landkreise mit über 150 oder gar 200 Hausärzten. Dabei sind ganze Heerscharen von Wissenschaftlern – teilweise auch

mit intensiver Medienbegleitung – zu diesem Thema unterwegs. Immer heißt es auch hier, dass damit dem Ärztemangel auf dem Lande beigekommen werden solle. Schweizer Anbieter der medizinischen Fernbehandlung waren – ohne diese Attitüde – bereits die Vorreiter. Beispielsweise hat die Medi24 der Allianz-Versicherungsgruppe seit 1999, eigenen Angaben zufolge, 4,5 Millionen medizinische Beratungsgespräche im Fernkontakt geführt.

Deutschland ist im internationalen Vergleich weit abgeschlagen

In Deutschland steht die Telemedizin noch am Anfang. Neben der technischen Ausstattung müssen auch die gesellschaftlichen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Viele ältere Patienten sind noch nicht digital angebunden. Um telemedizinische Behandlungsformen zu nutzen, muss ihnen der Umgang mit neuen Medien vermittelt werden. Schulungen sind erforderlich, um Ärzten als auch Patienten einen einfachen Einstieg in die Telemedizin zu ermöglichen. Darüber hinaus sind die Haftungsregeln bei einer Fehldiagnose und die Vergütung der Behandlung noch unzureichend geregelt.

Dass sich die Umsetzung in Deutschland als schwierig erweist, zeigt sich auch in der Berufsordnung der Landesärztekammern. Diese untersagt Ferndiagnosen zwischen Arzt und Patienten. Eine Ausnahme ist Baden-Württemberg. Dort wurde diese Regelung für erste Pilotprojekte gelockert. Die Forderung vieler Mediziner lautet: Eine Anpassung der Berufsordnung, sowie die Modernisierung des Fernbehandlungsverbotes.

Deutschland liegt im Ländervergleich teilweise weit zurück. Als führend gelten unter anderem England, die Schweiz sowie Skandinavien, wobei Kosteneinsparungen und eine verbesserte Versorgung nachweisbar belegt sind. In Ländern wie Schweden oder der Schweiz ist der Einsatz von Telemedizin schon heute Teil der erfolgreichen gesundheitlichen Grundversorgung.

Platz 16 von 17

Erneut belegt eine Studie, dass Deutschland bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen erheblichen Nachholbedarf hat und viele Potenziale für Qualität und Effizienz der Versorgung nicht nutzt. In einem internationalen Vergleich der Bertelsmann Stiftung zu Digitalisierungsstrategien und -fortschritten liegt Deutschland unter 17 Ländern nur auf Rang 16 vor Schlusslicht Polen.

Spitzenplätze nehmen nach der von der Forschungsgesellschaft empirica aus Bonn durchgeführten Untersuchung „#SmartHealthSystems“ Estland, Kanada, Dänemark, Israel und Spanien ein. In diesen Ländern seien digitale Technologien bereits Alltag in Praxen und Klinik, Rezepte würden digital übermittelt und wichtige Gesundheitsdaten der Patienten in elektronischen Patientenakten gespeichert, heißt es.

Nach der Untersuchung können in Estland und Dänemark alle Bürger beispielsweise ihre Untersuchungsergebnisse, Medikationspläne und Impfdaten online einsehen und Berechtigungen für Zugriffe von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen selbst verwalten. In Israel und Kanada sind Ferndiagnosen und Fernbehandlungen per Video in der Versorgung bereits selbstverständlich.

Die Telemedizin und der ländliche Raum

Angesichts massiver Nachwuchsprobleme bei der Nachbesetzung von Arztpraxen in ländlichen Regionen, könnte die Telemedizin einen entlastenden Beitrag leisten. Doch häufig sind es Einzelpraxen auf dem Lande, die aufgrund zu hoher Kosten, fehlendem Fachpersonal und einem zu hohen Verwaltungsaufwandes den Schritt zur Digitalisierung ihrer Abläufe und Prozesse gehen müssten.

Von den zahlreichen Forschern und Gutachterautoren zur Fernbehandlung bzw. Telemedizin scheint keiner die Realität zu kennen: Mehr als die Hälfte der Hausärzte – insbesondere Inhaber von Einzelpraxen – haben bis heute keine eigenen Internet-Auftritt und 80 Prozent der Einzelpraxen gelten insbesondere mangels IT-Ausstattung als „nicht nachhaltig zukunftsfähig“. Das Fax (!) gilt als das am häufigsten verwendete Kommunikationsmittel.

Richtig ist aber allemal: Patienten in urbanen Lebensräumen werden die Telemedizin zunehmend – falls die Vergütung als „vierte Versorgungsebene“ KV-seitig auch tatsächlich geklärt wird – auch als Lifestyle-Angebot nutzen. Bislang können Ärzte eine Fernbehandlung ohne direkten Kontakt nur bei Privatpatienten problemlos abrechnen. Kassenpatienten sind weitgehend außen vor.

Nach Einschätzung von Medizinern lässt sich demnach jeder fünfte Arztbesuch (in der Stadt) durch digitale Beratung ersetzten. Es entstehen damit freie hausärztliche Kapazitäten, um die es letztendlich geht. Aber diese Ärzte sitzen nicht auf dem Lande. Zudem wäre da noch ein weiteres nennenswertes Problem:

Im internationalen Vergleich zur Geschwindigkeit des Breitbandinternets rutscht Deutschland immer weiter nach hinten. im Jahr 2018 belegte Deutschland nur noch Platz 30. Branchenexperten gehen von rund 15 Jahren aus, um die vergangenen Versäumnisse beim Ausbau des Breitbandinternets wieder wettzumachen. „Auf dem Lande“ ist also so schnell keine Lösung des Hausärztemangels durch die Telemedizin zu erwarten.

Gutachten veröffentlicht: Freie Fahrt für kommunale Medizinische Versorgungszentren

Hausärztemangel: Weniger Ärzte müssen in Zukunft mehr Medizinisches leisten

Der Ärztemangel in Deutschland macht sich bemerkbar: Bis 2030 scheiden etwa die Hälfte der Hausärzte aus dem Berufsleben aus. Aktuell sind bereits rd. 2.700 Hausarztsitze nicht besetzbar. Der Rückgang der Nachfolgeärzte für eine Hausarztpraxis bedeutet, dass bundesweit gerade einmal jede zweite Praxis einen 1:1-Nachfolger findet.

Geht der Trend „Hin zur Stadt und nicht auf das Land“ unverändert weiter, heißt dies für Landgemeinden: Es fehlen dort 70 bis 80 % Nachrücker. Anders ausgedrückt: nur in jeder dritten bis fünften Gemeinde kann eine Hausarztpraxis aufrechterhalten werden. In strukturschwachen Gegenden sind es noch deutlich weniger. Der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) spricht hier in seiner Empfehlung zur Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie bereits von einer Mindesterreichbarkeit einer hausärztlichen Praxis innerhalb von 20 PKW-Fahrzeitminuten. Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölkerung sowie vor der Diskussion einer Einschränkung des Individualverkehrs zu Gunsten des öffentlichen Nachverkehrs, eine Entwicklung, die aufhorchen lässt.

Größere Praxiseinheiten als Lösung zur Bewältigung des Landarztmangels

Bis in die 1990er Jahre hinein war die Einzelpraxis die absolut dominierende Praxisform. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen stieg nur langsam. Mit Beginn des neuen Jahrtausends wurde die Idee einer zentrenbasierten und fachübergreifenden ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik aufgegriffen. Bis zur Wiedervereinigung waren in der DDR sogenannte Polikliniken die überwiegende Organisationsform von niedergelassenen Fachärzten. 2004 hielt diese Organisationsform schließlich in Form der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Einzug in das Sozialgesetzbuch. 2019 zählen wir über 2.500 MVZ. Mit der Möglichkeit ihrer Gründung stieg die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren seit 2004 rasant. Mittlerweile sind sie fester Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Derzeit arbeiten mehr als 16.000 Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren.

Zu den bereits über 20 existierenden kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (kMVZ) der hausärztlichen Versorgung werden in Bälde weitere in zahlreichen Bundesländern hinzukommen. So sind nach derzeitigem Wissensstand in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Hessen und Bayern in naher Zukunft weitere Eröffnungen hausärztlicher MVZ in (teil-)kommunaler Trägerschaft zu erwarten. Als Hinweis sei erwähnt, dass hierzu nicht die fachärztlichen Medizinischen Versorgungszentren von Landkreiskliniken, die meistens als „Einweiser“ zwangsweise „rote“ Zahlen schreiben, zählen.

Gutachten unterstützt Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren

Ein weiterer Impuls wird dabei dem nunmehr endlich veröffentlichten Gutachten *„Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren“* zuzuweisen sein. Das Gutachten wurde Anfang 2017 vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege bei zwei Regensburger Hochschulprofessoren in Auftrag gegeben und liegt dem Ministerium bereits seit Juli 2018 vor. Das auf 85 Seiten verkürzte Gutachten ist nunmehr unter „Meine Themen“ – „Für Kommunen“ aufrufbar unter: www.stmgp.bayern.de.

Dieser nunmehrigen Veröffentlichung war bereits ein im November 2018 veröffentlichter umfangreicher Beitrag der beiden Experten in der Fachzeitschrift „Die Öffentliche Verwaltung“ (DÖV) vorausgegangen. In einem Sonderdruck wurde dieser bereits bei einem Großteil der über 12.000 bundesdeutschen Kommunen zur Kenntnis gebracht.

Art. 20 Abs. 1 GG und kommunale Ermächtigung durch § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V

Seit 2015 besteht durch den Gesetzgeber die ausdrückliche Möglichkeit für Kommunen eigene, sogenannte kommunale Medizinische Versorgungszentren (kMVZ) zu gründen und zu betreiben (§ 95 Abs. 1a SGB V). Hier setzt das 2017/2018 von den beiden namhaften Regensburger Universitätsprofessoren Prof. Dr. Thorsten Kingreen (Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Gesundheitsrecht) und Prof. Dr. Jürgen Kühling (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Immobilienrecht, Infrastrukturrecht und Informationsrecht) in einem Gutachten an.

Als Einstieg wählen die beiden Experten die seit Jahren zu erkennende Kommunalisierung der Gesundheit. In Form eines „back to the basics“ verweisen sie auf das Grundgesetz: Demnach verpflichtet das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) Bund, Länder und Kommunen, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten. Letztere müssen daher auch eine erreichbare, d.h. „wohnortnahe“ Versorgung mit ärztlichen Leistungen sicherstellen. Auch ist eine (kommunale) Antwort auf überdurchschnittlich älter werdende Bürger sowie Mediziner im ländlichen Raum notwendig (Bericht der Enquete-Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse in ganz Bayern“, 30.1.2018). Auch sieht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die kommunale Verankerung der Gesundheitsinfrastrukturverantwortung als einen wichtigen Baustein zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum an.

Zudem erfordern die „hausgemachten Probleme“ des dualen Krankenversicherungssystems, so die beiden Professoren, „das aufgrund unterschiedlicher Vergütungen, Anreize zur Niederlassung in wohlhabenden urbanen und damit tendenziell eher überversorgten Regionen setzt, in den denen viele Privatversicherte leben“, eine Antwort. Auch der 7. Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom November 2016 fordert eine „verörtlichte Sozialpolitik“ in den Bereichen, die bislang durch die Sozialversicherung dominiert werden, insbesondere auch im Gesundheitswesen.

Der Bund ist nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für das Vertragsarztrecht zuständig. Damit fällt namentlich das gesamte vertragsärztliche Zulassungsrecht in den §§ 95ff. SGB V, also auch das Zulassungsrecht der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), umfassend unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG: „Von dieser Kompetenz hat der Bund auch abschließend Gebrauch gemacht, sodass nach Art. 72 Abs. 1 GG insoweit kein Rahmen für landesrechtliche Regelungen verbleibt“, so die Experten unmissverständlich. Der eigens 2015 eingefügte § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V ermöglicht den Kommunen unbestreitbar solche kommunale Medizinische Versorgungszentren zu errichten.

Die Kommune als Gesundheitsversorger ist absolutes Neuland

Solche Vorhaben, die unbestrittener Maßen Neuland betreten – darauf weisen auch die beiden Gutachter hin – brauchen Zeit und durchaus Nervenstärke. Die Materie ist äußerst komplex und Bedenkenträger jedweder Art treten rasch auf den Plan. Bei einem solchen neuen Thema zur Unzeit floskelartig auf die Hinzuziehung von tradierten Berufen – neben Institutionen wie z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen – wie Steuerberatern, Rechtsanwälten und Finanzberatern zu verweisen, gehört dazu.

Tatsächlich werden immer wieder Herangehensweisen, z.B. durch die lokalen Presseberichterstattungen bekannt, die von einer sogenannten „Entscheidungsphase“ berichten, in der die Frage „Ja“ oder „Nein“ zu einem kommunalen Medizinischen Versorgungszentrum – ohne tatsächliche Marktkenntnis – am Anfang steht. Das ist aber ebenfalls „Mehltau“ und lähmt jedwede weitere zielgerichtete Initiative vor Ort: Man biegt schlichtweg falsch ab.

Tatsache ist nämlich: Mit „Ja/Nein“ stellt sich die Frage weder zu diesem verfrühten Zeitpunkt noch später. Zum einen sind intensive wissensbasierte Abklärungsgespräche mit möglichen Akteuren des regionalen (nicht nur örtlichen) Hausärztemarktes zu führen und in Richtung Lösungsmöglichkeiten zu bewerten. Zum anderen bleibt der Kommune – wenn belastbar kein, natürlich vorzuziehender, privatwirtschaftlicher Akteur zur Verfügung steht, als *ultima ratio* gar nichts anderes übrig, als alleine oder mit einer anderen Kommune zusammen zu handeln und eine solche Gründung selbst (z.B. mit Management-Partnern à la Schleswig-Holstein) in Angriff zu nehmen.

Was an „taktischen“ Winkelzügen alles dazwischen liegen mag, sei nur am Rande erwähnt: Auch ein „Flügelschlagen“ stimuliert im regionalen Umfeld allemal und kann dann doch erfolgreich zu einer privatwirtschaftlichen Lösung führen (Fallbeispiel Bad Kötzting im Bayerischen Wald).

Bedauerlicherweise wird in dem etwas weltfremd anmutenden 16-seitigen „Handlungsleitfaden“ vom Juli 2018 für die Gründung eines MVZ durch die Kommune der beiden erwähnten Regensburger Professoren der vorherrschende Mangel an zur Verfügung stehenden Medizinern nicht berücksichtigt. (Seite 8, Nrn. 7 und 8, Quelle: www.stmgp.bayern.de). Die Vorgehensweise erinnert eher an das kommunale Beschaffungsverhalten der 70er bzw. 80er Jahre, das einen Mangel des Angebots nicht kannte. Um diesen geht es aber aktuell.

Da ist die Realität des Hausärztemangels auf dem Lande – trotz exzellenter rechtlicher Darlegungen pro kommunalem Medizinischen Versorgungszentrum (kMVZ) – noch nicht angekommen. Es geht darum, die Anforderungen der Generation Y an ihr Arbeitsumfeld zu erfüllen und ein attraktives Angestelltenverhältnis für Ärzte anbieten zu können. Hierzu „Bereitwillige“ zu gewinnen, ist die tatsächliche Herkulesaufgabe. Kurzum: Die im Thema stehenden Bürgermeister vor Ort sind mit ihren Erfahrungen längst weiter. Darauf ist aufzubauen und zu den Dutzenden kommunalen MVZ werden bundesweit rasch weitere folgen. Betrachtet man einen möglichen Zeithorizont bis 2025, wird es bundesweit schätzungsweise bereits mehr als 250 kommunaler MVZ geben.

Ärzte folgen dem Geld, nicht den Kranken

Deutschland ist gespalten: Wo viele Privatpatienten wohnen, gibt es viele Ärzte. Zurück bleiben die Geringverdiener. Ob Stadt oder Land - wo sie leben, ist die Versorgung schlecht.

Privatpatienten ziehen überdurchschnittlich viele Arztpraxen an. Diesen Schluss kann man ziehen, wenn man betrachtet, wie sich die Praxen von Haus- und Fachärzten über Deutschland verteilen. Eine scharfe Grenze durchzieht das Land: Auf der einen Seite liegen die Regionen, in denen Menschen leben, die viel Geld verdienen oder Beamte sind und sich deshalb privat versichern können. Dort gibt es viele niedergelassene Ärzte. Auf der anderen Seite befinden sich die Gegenden mit ärmeren Menschen. Diese Städte und Kreise werden in der Tendenz deutlich stärker vom Ärztemangel getroffen.

Niedergelassene Vertragsärzte sind in Deutschland ungleich verteilt. So kamen im Jahr 2010 im bayerischen Kaufbeuren beispielsweise fast doppelt so viele Hausärzte auf 100.000 Einwohner wie im Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Noch deutlicher fällt die ungleiche Verteilung bei den Fachärzten aus: So war ein Orthopäde in Nordvorpommern beispielsweise für fünf Mal so viele Einwohner zuständig wie sein Kollege im hessischen Wiesbaden. Diese regionalen Unterschiede in der Arztdichte haben sich bis heute kaum verändert.

Wenn in Deutschland über das Gesundheitssystem diskutiert wird, ist oft von Zwei-Klassen-Medizin die Rede, von großen Unterschieden zwischen privater und gesetzlicher Versorgung. Es zeigt sich: Ein entscheidendes Argument für Ärzte, an einem Ort eine Praxis zu eröffnen, ist die Zahl der Privatversicherten; und nicht etwa die Frage, ob dort besonders viele kranke Menschen leben. Das gilt für Städte ebenso wie für den ländlichen Raum.

Zwei Stunden für den Weg zum Kinderarzt

Für die Planung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Geografie jedoch fast kein Maßstab. Seit 1993 bestimmt in Deutschland eine strikte Quote, wo sich Ärzte ansiedeln dürfen und wo nicht. Sie orientiert sich an der Anzahl der Einwohner pro Arzt. Seit 2013 wird der Anteil der über 64-Jährigen einbezogen und ein Grad der Ländlichkeit der Region. Die Grundlage dieser Bemessung ist jedoch die Versorgungssituation von 1990. Schon damals waren Ärzte ungleich über das Land verteilt. In sogenannten Mittelbereichen erfolgt die Beplanung mit Hausärzten. Grundversorgende Fachärzte werden innerhalb von Landkreisen oder Kreisregionen beplant. Doch diese Planungsbereiche sind oft zu groß und strukturell zu unterschiedlich. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zwar in den vergangenen Jahren die Anzahl der Mittelbereiche in Deutschland erhöht, dennoch werden Stadt-Land-Gefälle zu wenig berücksichtigt. Landkreise

und Kreisregionen werden in sechs Typen eingeteilt, welche den Grad der Mitversorgung durch andere Planungsbereiche mit einbeziehen. Dies wird durch die neue Bedarfsplanungsrichtlinie, die zum 1.1.2020 umgesetzt wird nochmals verstärkt. Dies verhindert jedoch z.B. nicht, dass sich Fachärzte in den größeren Städte / Kreisstädten konzentrieren.

Großstädte sind einheitliche Bezirke, Mediziner können sich aussuchen, wo sie sich im gesamten Stadtgebiet niederlassen wollen. So weist die Großstadt München mit mehr als 1,3 Mio. Einwohner nur einen Mittelbereich auf. Deshalb konzentrieren sich die Ärzte in einigen wohlhabenderen Stadtvierteln. In ärmeren Stadtteilen gibt es dagegen viel zu wenige Praxen, – obwohl viele Studien zeigen, dass Einwohner ärmerer Quartiere häufiger krank sind.

Auf dem Land ist die Lage noch schwieriger. Forscher der Universität Greifswald haben gemessen, wie weit der Weg aus den Dörfern Vorpommerns zum nächsten Arzt ist, wenn man auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen ist. Wer zum Kinderarzt muss, braucht dort von der Mehrheit der Orte mindestens zwei Stunden für Hin- und Rückfahrt, oft sogar mehr als vier Stunden. Ähnlich ist es bei Frauen- oder Augenärzten. Im Grundsatz gilt das für alle ländlichen Regionen, sagen die Forscher: Wer zum Arzt den Bus nehmen muss, kann sich auf lange Fahrten einstellen. In einigen Fällen kommt er nicht mehr am selben Tag zurück.

Städte sind für Ärzte bequemer

Worüber denkt ein Arzt nach, der sich niederlassen möchte? Nicht nur übers Geld. Medizinstudium und Facharztausbildung dauern üblicherweise rund zwölf Jahre. In dieser Zeit werden Ehen geschlossen, Kinder geboren, Lebenspartner etablieren sich in ihrem Beruf. Deshalb sind Fragen wie Kinderbetreuung oder die Jobchancen für den Partner wichtige Argumente bei der Wahl des Praxisstandorts. Auch die Nähe zur eigenen Uniklinik, die Lebensqualität und das kulturelle Angebot einer Region sind Gründe dafür, dass sich Ärzte ungleich über das Land verteilen.

Gleichzeitig fürchten viele Mediziner die hohe Arbeitsbelastung in den ländlichen Regionen. Sehr viele Patienten, weite Wege bei Hausbesuchen, viele Bereitschaftsdienste und ein hoher Verwaltungsaufwand schrecken ab.

Am Ende bleibt jedoch das Geld das wichtigste Argument. Als eine Ursache für die regionale Ungleichverteilung der Vertragsärzte wurde in den letzten Jahren die These diskutiert, dass das in Deutschland bestehende Nebeneinander von zwei getrennten Vollversicherungssystemen – der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) – einen erheblichen Einfluss auf die Arztdichte hat.

GKV und PKV unterscheiden sich zum einen in ihrer Beitragserhebung, zum anderen aber auch in ihren vertraglichen Beziehungen zu den Leistungserbringern sowie in der Vergütung. Letzteres trifft insbesondere auf die ambulante Versorgung zu. Hier gibt es wesentliche Unterschiede zwischen GKV und PKV. Das Sachleistungsprinzip in der GKV ist mit einer größtenteils gedeckelten, nachgelagerten Vergütung des einzelnen Arztes verbunden.

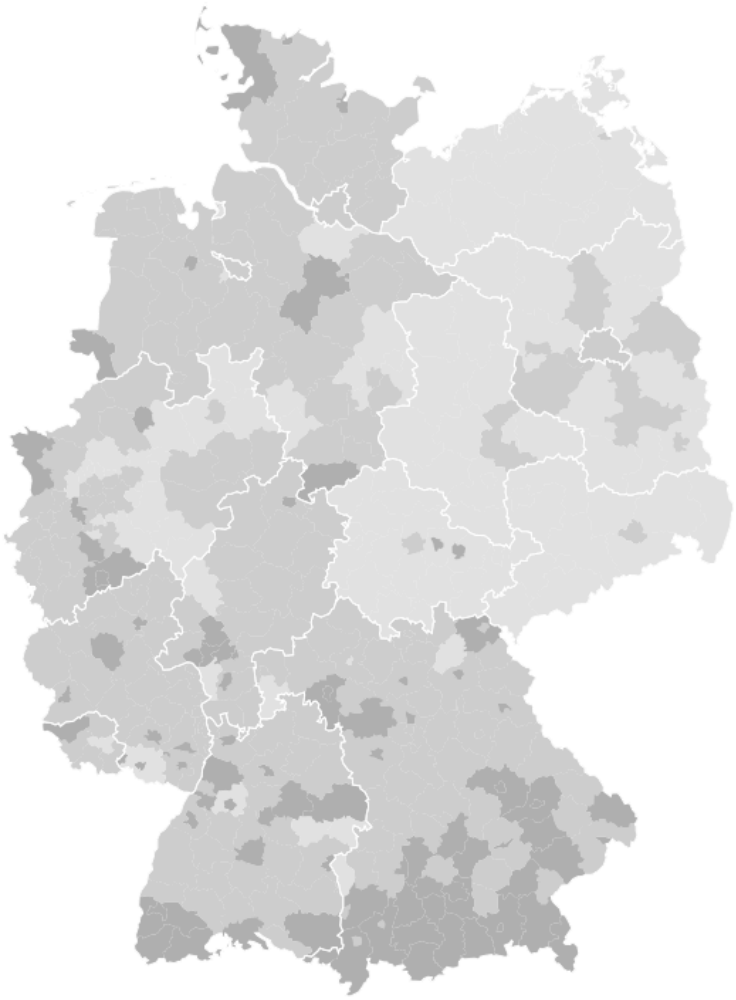
Das Kostenerstattungsprinzip der PKV hingegen impliziert eine vollumfängliche, unmittelbare Bezahlung der Ärzte für ihre erbrachten Leistungen. Für einen gesetzlich versicherten Patienten erhält ein Arzt einen Mix aus Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen bis zu einer Mengenobergrenze in Form des sogenannten Regelleistungsvolumens. Der gleiche Arzt bekommt für einen Privatversicherten die Einzelleistungen ohne Mengenobergrenzen vergütet.

Für einen ambulant tätigen Arzt besteht somit im Regelfall die Möglichkeit, für jeden PKV-Patienten mehr Leistungen (ohne Deckelung) und zu einem höheren Preis abzurechnen als für einen GKV-Versicherten. Aus rein betriebswirtschaftlicher Perspektive ist die Behandlung eines Privatversicherten somit im Regelfall finanziell attraktiver als die eines GKV-Versicherten. Diese verzerrte Anreizsituation stand in den vergangenen Jahren wiederholt in der Kritik. Politiker und Wissenschaftler bemängeln, dass dies eine ungleiche Behandlung von Patienten mit sich bringen und verstärken könnte.

Arztleeren Regionen ist mit Geld nicht zu helfen

9.000 Euro netto. So viel müsste ein durchschnittlicher Arzt jeden Monat mehr verdienen, um ihn aus einer Stadtpraxis aufs Land zu locken. Das hat der Hamburger Gesundheitsökonom Hans-Helmut König herausgefunden. Selbst wenn die Landpraxis auf zwei Bereitschaftsdienste im Monat beschränkt bliebe (was ungewöhnlich ist) und sich direkt am Ort Schulen und Kitas fänden, kämen die Ärzte erst dorthin, wenn sie wenigstens 5.000 Euro im Monat mehr verdienten als in einer Stadtpraxis.

Das bedeutet: Eine Landpraxis muss weit über 100.000 Euro im Jahr mehr erwirtschaften als eine Stadtpraxis, um für einen jungen Arzt in finanzieller Hinsicht überhaupt attraktiv zu werden – in einer Region, wo das erhöhte Einkommen durch Privatversicherte häufig teilweise ausfällt. Angesichts dessen erscheinen die Versuche vieler Landkreise eher hilflos, Ärzte mit kostenlosen Praxisräumen und Investitionshilfen entgegenzukommen oder Medizinstudenten mit Stipendien an die Region zu binden.



Verteilung von Privatpatienten in Deutschland

Der Anteil von Privatpatienten in deutschen Landkreisen reicht von weniger als 5,0% bis nahezu 30,0%. Je dunkler die Schraffierung, desto höher ihr Anteil.
Quelle: ZEIT ONLINE

Die Lösung kann daher fast ausschließlich über eine effizientere Praxisstruktur erfolgen, in welcher alle nicht-ärztlichen Leistungen über das Praxispersonal abgewickelt werden und entsprechend geschulte Versorgungsassistenten den Arzt bei delegationsfähigen Tätigkeiten und Hausbesuchen entlasten. Insofern ist das verstärkt angebotene Studium des „Physician Assistant“ zukunftsorientiert.

Entsprechend qualifiziertes Personal setzt natürlich größere Praxisstrukturen mit höherem Honorarvolumen voraus. Hier bieten sich neben dem finanziellen Aspekt für die Ärzte auch vielfältige Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung an.

Informationsveranstaltungen 2020

Ärztemangel in Deutschland – Was können Kommunen unternehmen?

14. Januar / 13:30 - 16:30 Uhr
78628 Rottweil
Ringhotel Johanniterbad
Johannsergasse 12

28. Januar / 13:30 - 16:30 Uhr
74232 Abstatt
Das Wildeck - Hotel & Restaurant
Heilbronner Straße 16

10. März / 13:30 - 16:30 Uhr
64579 Gernsheim
Hotel absolute Gernsheim
Golfparkallee 2

12. Mai / 13:30 - 16:30 Uhr
34414 Warburg
Hotel ten Hoopen
Zum Kurgarten 24

16. Juni / 13:30 - 16:30 Uhr
01587 Riesa
Mercure Hotel Riesa
Bahnhofstraße 40

13. Oktober / 13:30 - 16:30 Uhr
97421 Schweinfurt
panorama Hotel
Am Oberen Marienbach 1

03. November / 13:30 - 16:30 Uhr
88400 Biberach
Parkhotel Jordanbad
Jordanbad 7

Bayerischer Ärztetag in München: Die Landarztquote allein wird es nicht richten

Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml zeigte sich zum Start des Bayerischen Ärztetages in München zuversichtlich, dass künftig noch mehr Nachwuchsmediziner für den ländlichen Raum gewonnen werden. Huml verwies am Freitag in einer Pressemitteilung zum Start des 78. Bayerischen Ärztetags in München auf die neue Landarztquote.

Die Ministerin erläuterte: "Mit der Landarztquote bieten wir mehr jungen Menschen, die an einer hausärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum interessiert sind, die Möglichkeit eines Medizinstudiums. Im Gegenzug verpflichten sie sich, nach der Weiterbildung für einen Zeitraum von zehn Jahren als Hausarzt in Regionen zu arbeiten, die unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind. Konkret gilt die Landarztquote für bis zu 5,8 Prozent aller Medizinstudienplätze, die an bayerischen Fakultäten pro Wintersemester zur Verfügung stehen."

Huml unterstrich: "Ich freue mich, dass die Bayerische Landesärztekammer die Einführung der Landarztquote unterstützt. Das ist keineswegs selbstverständlich." Die Landarztquote soll erstmals zum Wintersemester 2020/2021 gelten. Darüber hinaus sieht der vom Bayerischen Ministerrat am 3. September beschlossene Gesetzentwurf ein zweigliedriges Auswahlverfahren für die Bewerber vor.

Zunächst werden die Ergebnisse von fachspezifischen Studieneignungstests bewertet, das Vorliegen einer Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf überprüft sowie die Dauer der bisherigen Tätigkeit in diesem Beruf und die Art und Dauer einer geeigneten ehrenamtlichen Tätigkeit evaluiert.

Darauf aufbauend finden strukturierte und standardisierte Auswahlgespräche statt. An den Gesprächen nehmen diejenigen Bewerberinnen und Bewerber teil, die sich in der ersten Stufe des Auswahlverfahrens qualifiziert haben. Die Höhe der konkreten Vorabquote orientiert sich dabei aus verfassungsrechtlichen Gründen am prognostizierten Bedarf. Dieses Auswahlverfahren tritt somit in Bezug auf die Studienplätze, welche unter die Landartquote fallen, an die Stelle des bisherigen numerus clausus. Das Bayerische Landarztgesetz soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Abzuwarten sind die Reaktionen hierauf, denn das Landarztgesetz wirft einige Fragen auf: Sofern für die „Landärzte“ die Auswahlgespräche den herkömmlichen numerus clausus ersetzen können, ist dieser dann für „Nicht-Landärzte“ noch legitim? Wenn ja, sind dann „Landärzte“ Ärzte geringerer Kompetenz? Oder ist etwa der Qualitätsanspruch der Landbevölkerung an die hausärztliche Versorgung nicht so hochrangig wie der Anspruch der Stadtbevölkerung?

Bayern Gesundheitsministerin fügte hinzu: "Bayern hat die ersten Weichen für die Gewinnung von Ärztenachwuchs bereits frühzeitig gestellt und als eines der ersten Bundesländer ein eigenes Programm aufgelegt: das Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Im Doppelhaushalt sind dafür rund 15,3 Millionen Euro vorgesehen. Damit wird unter anderem die Niederlassung von Hausärzten und bestimmten Facharztgruppen sowie Psychotherapeuten mit bis zu 60.000 Euro gefördert. Dieses Programm ist sehr erfolgreich: So konnten bisher 555 Niederlassungen und Filialbildungen unterstützt werden, darunter 446 Hausärztinnen und Hausärzte."

Die Ministerin fügte hinzu: "Mit einem Stipendienprogramm wurden außerdem bislang 230 Medizinstudierende unterstützt, die sich verpflichtet haben, nach dem Studium ihre fachärztliche Weiterbildung im ländlichen Raum zu absolvieren und anschließend mindestens fünf Jahre dort tätig zu sein. Sie erhalten ein Stipendium in Höhe von 600 Euro pro

Monat für maximal vier Jahre." Darüber hinaus fördert das bayerische Gesundheitsministerium mit bis zu 500.000 Euro 15 innovative medizinische Versorgungskonzepte (IMV).

Huml betonte: "Bayern hat zudem mit 350 neuen Medizinstudienplätzen bundesweit eine Vorreiterrolle übernommen. 250 zusätzliche Medizinstudienplätze für Studienanfänger jährlich werden an der Universität Augsburg geschaffen [Anm: gestartet wurde im laufenden Semester mit 84 Studenten]. Hinzu kommen 100 neue Medizin-Studienplätze für Studienanfänger jährlich am Medizincampus Oberfranken in Bayreuth." Angesichts von rund 10.000 fehlenden Allgemeinmedizinern in der ambulanten Versorgung bis 2030 nur ein „Tropfen auf dem heißen Stein", zumal die Studierenden erst nach 2030 als voll ausgebildete Ärzte zur Verfügung stehen werden.

	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Familie und Beruf gut vereinbaren	94,7 **94,6**	69,3 **69,4**	25,5 **25,2**	4,5 **4,8**	0,7 **0,6**
Auf dem neusten Stand der Wissenschaft zu sein	94,4 **93,1**	50,0 **53,6**	44,4 **39,6**	5,5 **6,2**	0,2 **0,7**
Geregelte Arbeitszeiten	84,1 **82,3**	39,7 **33,2**	44,8 **49,1**	14,5 **16,4**	1,5 **1,4**
Arbeitszeiten flexibel gestalten	83,8 **81,4**	45,9 **40,3**	37,9 **41,1**	14,5 **16,8**	1,6 **1,9**
Gute Verdienstmöglichkeiten	82,2 **79,6**	27,9 **27,5**	54,3 **52,1**	16,6 **18,7**	1,2 **1,7**
Behandeln eines breiten Spektrums an Krankheiten im Beruf	74,1 **69,4**	24,4 **21,1**	49,7 **48,3**	24,9 **28,5**	1,0 **2,0**
Neben der Krankheitsgeschichte auch Lebensumstände der Patienten kennen	72,1 **67,2**	22,2 **22,1**	49,9 **48,3**	23,7 **28,3**	4,2 **4,5**
Arbeiten in Team mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen	63,6 **66,5**	15,4 **19,2**	48,2 **47,4**	24,9 **28,5**	1,0 **2,0**
Tätigkeit in eigener Praxis	60,3 **53,5**	21,1 **18,7**	39,2 **34,8**	33,4 **36,2**	6,3 **10,3**
Arbeiten in Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe	50,7 **59,7**	10,8 **17,3**	39,9 **42,3**	44,5 **35,4**	4,8 **4,9**
Beteiligung an Forschungsthemen und Studien	35,4 **36,0**	10,8 **12,0**	24,6 **24,0**	48,3 **44,2**	16,4 **19,8**
Gute Karrieremöglichkeiten	– **61,6**	– **21,8**	– **39,8**	– **34,9**	– **3,5**

N 2014 zwischen 10.768 und 10.819, **N 2018 zwischen 13.441 und 13.476**

Bundesweiter Vorreiter ist Bayern auch mit dem kürzlich veröffentlichten Gutachten mit dem Titel *„Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren"*. Das Gutachten wurde Anfang 2017 vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege bei zwei Regensburger Hochschulprofessoren in Auftrag gegeben. Das auf 85 Seiten verkürzte Gutachten ist nunmehr unter „Meine Themen“ – „Für Kommunen“ aufrufbar unter: www.stmgp.bayern.de.

Die Landarztquote alleine wird es nicht richten

"Angestellte Ärzte arbeiten deutlich weniger als niedergelassene und viele junge Mediziner wollen überhaupt keine eigene Praxis führen. Das könnte zum Problem werden", so die ernüchternde Zusammenfassung in einem Artikel der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom Juni diesen Jahres.

An dem „Praxispanel“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) beteiligten sich 5,5 Prozent der knapp 100.000 deutschen Kassenarztpraxen. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten arbeiteten laut der Erhebung im Jahr 2016 im Durchschnitt 48 Wochenstunden. Angestellte Ärzte arbeiteten deutlich weniger, im Schnitt rund 23 Wochenstunden. Etwa die Hälfte aller Angestellten hat dem ZI zufolge Arbeitsverträge von bis zu 20 Wochenstunden. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Gassen, sagte, immer weniger junge Ärzte seien bereit, sich selbständig niederzulassen anstatt eine Anstellung zu suchen. „Je mehr Teilzeitmodelle zur Regel werden, umso stärker nimmt die zur ambulanten medizinischen Versorgung verfügbare ärztliche Arbeitszeit ab“, sagte Gassen.

Nur 4,7% der Medizinstudenten möchten in eine Einzelpraxis

Im Rahmen der 3. Befragungswelle des „Berufsmonitorings Medizinstudierende“ gaben 95 Prozent der im Juni 2018 online befragten 13.900 Medizinstudierenden die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als entscheidenden Faktor für die Wahl ihres späteren Arbeitsplatzes an. Der Wunsch nach geregelten und gleichzeitig flexiblen Arbeitszeiten spielt bei den Medizinstudenten ebenfalls eine große Rolle (82 und 81 Prozent).

Durchgeführt wird das „Berufsmonitoring Medizinstudierende“ seit 2010 alle vier Jahre durch die Universität Trier im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und in Kooperation mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). „Das Berufsmonitoring hat sich als viel beachteter Standard zur Dauerbeobachtung der Wünsche, Bewertungen und Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses etabliert“, erläuterte heute Rüdiger Jacob, Akademischer Direktor im Fach Soziologie der Universität Trier, in Berlin.

Bezüglich der Option, künftig im ambulanten Bereich tätig zu werden, konnte Jacob einige Veränderungen zu den

Vorjahren feststellen: So gaben 2018 lediglich 53,5 Prozent der Studierenden an, gern in eigener Praxis tätig zu werden. Vor vier Jahren konnten sich das noch gut 60 Prozent vorstellen. Eine Anstellung im ambulanten Sektor sei dagegen jetzt für 70,7 Prozent der Befragten eine Option (2014 nur für 65,4 Prozent), erläuterte der Wissenschaftler. Der Trend geht somit weiterhin eindeutig in richtig Teil- und Vollzeitmodelle im ärztlich-ambulanten Sektor.

Wenn Medizinstudenten über eine selbstständige Tätigkeit im ambulanten Bereich, d.h. eine Niederlassung als Hausarzt o.ä., nachdenken würden, sei vor allem die Einzelpraxis ein Auslaufmodell. Nur 4,7 Prozent würden sich derzeit dafür entscheiden. Der Trend gehe eher zur Gemeinschaftspraxis (50,6 Prozent) und zur Teamarbeit mit anderen Ärzten (66,6 Prozent).

„Wir haben es mit einer selbstbewussten Generation zu tun, die weiß, was sie möchte und die freie Wahl hat, wo und wie sie arbeiten will“, sagte Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei der heutigen Präsentation der Ergebnisse.

Fazit: Die bayerische Landarztquote wird *ein* Lösungsbaustein bei der Bewältigung des Landarztmangels bzw. Hausärztemangels darstellen. Bis zum Jahr 2030 werden nach heutiger Erkenntnis und basierend auf dem heutigen Arbeitspensum von niedergelassenen Allgemeinmedizinern, rund 10.000 Hausärzte in der Versorgung fehlen. Geht, dem Trend folgend, der Anteil angestellter Ärzte in Teilzeit nach oben, erhöht sich die fehlende Lücke an Allgemeinmedizinern in der Versorgung nochmals.

Zeitgleich zur Landarztquote müssen strukturelle Änderungen hinsichtlich der Praxisart unterstützt werden. Rund 90 Prozent aller Landarztpraxen sind Einzelpraxen. Bei einer Präferenz unter Medizinstudenten von nur 4,7 Prozent ein deutliches Problem. Hier klaffen Angebot und Nachfrage deutlich auseinander. Es gilt größere Praxiseinheiten zu schaffen, welche ein Angestelltsein von jungen Ärzten ermöglichen. Diese bereits stattfindende Transformation in der ärztlich-ambulanten Versorgung wird durch das oben erwähnte Gutachten weiter forciert. An dieser Stelle sei jedoch erwähnt, dass ein kommunales Medizinisches Versorgungszentrum nur die *ultima ratio* darstellt, sollte das übrige (ärztliche) Marktgeschehen keinen Lösungsbeitrag leisten.

Hausärztemangel: Was suchen junge Nachrücker-Ärzte?

Als „Generation Y“ wird allgemein die Bevölkerungskohorte der Geburtsjahrgänge 1980 bis 2000 bezeichnet. Sprechen wir vom Hausärztemangel in Deutschland sind sie die zentralen künftigen Nachrücker-Ärzte bis etwa zum Jahr 2030. Diese Generation Y ist zu unterscheiden von der Generation Z (Geburtsjahrgang >1995 bzw. >2000). Letztere wird von aktuellen Ausbildungsänderungen unter dem Motto „Beseitigung des Hausärztemangels“ adressiert. Hierzu zählen der Ausbau der Studienplätze für Allgemeinmedizin sowie ein modifizierter Numerus clausus. Beide Maßnahmen wirken marktseitig aber erst ab dem Jahr 2030, frühestens zu diesem Zeitpunkt erreichen die zusätzlich ausgebildeten Mediziner den Arbeitsmarkt. Doch kommen diese dann auch dort an, wo sie benötigt werden?

Nun, wenn man den Nebel um die wenig konkreten Aussagen wie „Work Life Balance statt Arbeit bis zum Burnout“ oder z.B. „Die Attraktivität des Wohnumfeldes gewinnt an Bedeutung“ einmal beiseiteschiebt, bleiben wohl sechs zentrale, sofort wirksame Kernpunkte zum Lösungsrahmen des „Hausärztemangels auf dem Lande“ über. Sie sind gleichzeitig Lösungsbeiträge beim Thema „Beseitigung des Erkenntnisproblems“:

Es gibt grundsätzlich für eine 1:1-Nachbesetzung von Hausärzten viel zu wenige Nachrücker-Ärzte der Generation Y. Bestenfalls sind es bundesweit statistisch betrachtet um die 50 Prozent. Bezogen „auf das Land“ sind es davon höchstens nochmals die Hälfte. Je nach Ort und vorzufindender Bedingungen kann gar nur mit einer 10- bis 15-prozentigen Wahrscheinlichkeit mit einem Nachrücker gerechnet werden.

Die Zeiten des Landarztes als „Lonely Hero“ sind weitestgehend vorbei

Die Generation Y will zum überwiegenden Teil bzw. fast ausschließlich (zunächst) im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses mit geregelten Arbeitszeiten tätig sein. Ärztinnen bevorzugen zudem eher Teilzeittätigkeiten. Die steigende Anzahl weiblicher Medizinstudenten verschärft diesen Umstand. Eine Praxisübernahme ist damit regelmäßig erst für eine spätere Berufs- und Lebensphase vorstellbar. Damit ist die Einzelpraxis auch aus dieser Perspektive „tot“ und die Notwendigkeit einer Transformation in Richtung Mehrbehandlerpraxen aufgezeigt.

Junge Nachrücker-Ärzte wollen eher gemeinschaftlich arbeiten, sich fachlich austauschen und ihre Zeit nicht mit Bürokratie und Praxisführung verbringen. Die medizinische Behandlung liegt im Fokus. Damit sind ebenfalls Mehrbehandlerpraxen mit delegativen Strukturen (Stichwort: VERAH) angezeigt. Mit neu zu errichtenden tradierten Ärztehäusern, sprich jeder Arzt mit seiner Einzelpraxis – hat dies nichts zu tun. In diesem Zusammenhang auch auf „Filialpraxen auf dem Lande“ mit nur einem angestellten jungen Arzt zu setzen, dürfte fehl am Platze sein. Außer angestellt zu sein, spricht aus Sicht der Generation Y vieles bis alles dagegen.

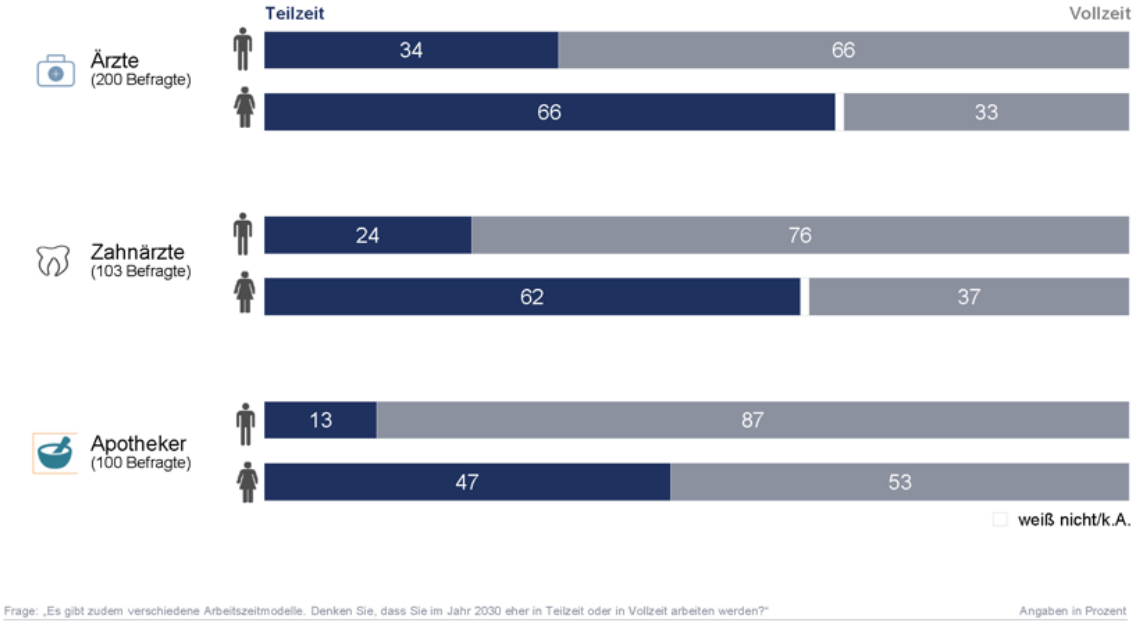
Eine 1:1-Nachbesetzung von Landarztpraxen wird es kaum geben

Die Übernahme einer alten Einzelpraxis oder der Aufbau einer neuen Einzelpraxis stellt für Jungärzte ein zu großes finanzielles und vielleicht auch privates Risiko dar. Bekanntermaßen sind etwas 80 Prozent dieser alten Einzelpraxen sowieso nicht nachhaltig zukunftstauglich. Daneben braucht die Generation Y verlässliche finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen: Es gilt „eine Entängstigung nachrückender Ärzte zu schaffen“. Das Engagement von Kommunen kann da einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die Übernahme einer Praxis steht erst viel später an. Selbiges gilt regelmäßig auch für eine Beteiligung an einer entsprechenden Betreibergesellschaft für eine Mehrbehandlerpraxis. Dies wird mindestens zehn Jahre später sein als bei der derzeitigen Generation der Abgeber-Ärzte und ist abhängig von zahlreichen heute von den Ärzten der Generation Y überhaupt nicht absehbaren Faktoren. Zentral dürfte es dabei sein wie es im Rahmen einer „Work Life Balance“ überhaupt gelingen wird den notwendigen Eigenkapitalstock aufzubauen.

Zuletzt können sich nur zehn Prozent der Studierenden überhaupt eine Landarzttätigkeit vorstellen. Dabei ist bei allen Umfragen bislang vollkommen ungeklärt, welche subjektive Einwohnergröße bei „auf dem Lande“ bei den Befragten überhaupt gemeint ist.

Allein diese sechs zusammengestellten Kernpunkte – sie sind selbstverständlich nur eine fokussierte Auswahl – lassen die Hoffnung, auf dem Lande jemals eine 1:1-Nachbesetzung zu erreichen, als relativ absurd erscheinen.



Präferierte Arbeitszeitmodelle von Heilberuflern 2030 nach Geschlechtern

Quelle: apoBank/Forsa 2017, S. 7

Fragekasten

Sie stellen uns Ihre Fragen – wir antworten

Direkt unter Telefon

+49 8741 9678910

Online unter

info@dostal-partner.de

Und auf jeden Fall in unserer nächsten Ausgabe 2/2020

„Wie ändern sich die Verhältniszahlen durch die neue Bedarfsplanungsrichtlinie?“

Generell soll die Bedarfsplanung einen bedarfsgerechten und möglichst wohnortnahen Zugang zu einer effektiven und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung sicherstellen. Diese Aufgabe erfolgt in der ambulanten ärztlichen Versorgung über die Aspekte „angemessene Kapazität“ und „regionale Verteilung“. Wie in der Zusammenfassung des vorliegenden „Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ vom Juli 2018 betont wird, schlagen die Gutachter „einen neuen Rahmen der Planung vor, der die wissenschaftlich begründete Ermittlung des Versorgungsbedarfs und dessen regionale Ausweisung in Arztkapazitäten in einem Konzept vereint.“ (Anm.: Die wirft natürlich die Frage auf, wie die Bedarfsplanung denn bislang erfolgte, wenn beide Aspekte anscheinend nicht zusammengeführt wurden.)

Aber zurück zur aktuell vorliegenden neuen Bedarfsplanungsrichtlinie, die am 30. Juni 2019 in Kraft trat und nunmehr von den Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 31. Dezember 2019 umgesetzt werden musste. Über Art, Umfang und Abweichungen zwischen den verschiedenen Landesverbänden der KV berichten wir in unserer Ausgabe 2/2020). Im Folgenden schildern wir kursorisch die Auswirkungen auf die angepassten Verhältniszahlen, die für die Feststellung der Bedarfe und damit auch der Versorgungsgrade elementar sind:

Für jede Facharztgruppe wird eine **allgemeine Verhältniszahl pro Facharztgruppe** bestimmt. Hierbei wird ein alters- und geschlechtsbezogener „Krankheitsfaktor“ mit einbezogen:

1. Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur.
2. Leistungsbedarfsfaktoren bezogen auf Altersgruppen und Geschlecht (acht Gruppen). Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 12 Abrechnungsquartalen in Euro für sechs Jahre berechnet.
3. Zusammenführen von Punkt 1 und 2.
4. Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl pro Facharztgruppe.

Die Ermittlung der **angepassten Verhältniszahl pro Planungsbereich** erfolgt über die Morbidität

5. Das Abweichen der regionalen Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt führt zu einer Anpassung der allgemeinen Verhältniszahl. Morbidität wird dabei anhand von Alter (vier Gruppen), Geschlecht (zwei Gruppen) und Krankheitslast/Morbiditätsgrad (zwei Gruppen) in insgesamt 16 Morbiditätsgruppen eingeteilt und werden als (prozentuale) Differenzierungsfaktoren bezeichnet. Sie werden alle zwei Jahre ermittelt.
6. Anschließend wird für jede Morbiditätsgruppe der Behandlungsaufwand herausgearbeitet (Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren).
7. Zur Anpassung der allgemeinen Verhältniszahl wird für jeden Planungsbereich ein regionaler Verteilungsfaktor aus den Differenzierungsfaktoren (Punkt 5) und den Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren (Punkt 6) errechnet. Auch diese werden alle zwei Jahre beschlossen. Die nächste Aktualisierung erfolgt zum Juli 2021.

Im hausärztlichen Bereich erfolgt dies für die 884 bestehenden Mittelbereiche, für die allgemeine (grundversorgende) fachärztliche Planung für die 401 Landkreise/Kreisregionen, für die spezialisierte fachärztliche Versorgung für die 97 Raumordnungsregionen und für die gesonderte fachärztliche Versorgung für die 17 KV-Landesverbände. Basis der Planungsbereiche ist das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Rubrik: Aus dem Markt

Dies können betroffene Gemeinde- und Stadtvertreter unternehmen – 5 Tipps

Die Empfehlungen, welche man Kommunen bei der Bewältigung des Ärztemangels geben kann, lassen sich am besten anhand von unterschiedlichen Engagement-Stufen darstellen. Mit dem Ausbau des Engagements steigt die Notwendigkeit personelle und finanzielle Ressourcen für die Thematik aufzuwenden oder sich externer Unterstützung zu versichern. Im Folgenden sind aufbauend 5 Tipps und Lösungswege dargestellt:

1. Halbjährlich veröffentlichen die Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer aktuelle Zahlen aus der Bedarfsplanung. Kommunale Akteure sollten diese Zahlen kennen und regelmäßig die Entwicklungen in ihren Planungsbereichen beobachten. Anzahl Ärzte bzw. Arztsitze, geographische Verteilung sowie demographische Daten zur Ärzteschaft sind einsehbar.

2. In Gesprächen mit niedergelassenen Ärzten sind deren zukünftige Pläne und Absichten zu klären. 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.

3. Bestehen Kontakte zu Haus- und Fachärzten sowie potentiellen Nachwuchsmedizinern, ist an eine Unterstützung hinsichtlich der Praxisräumlichkeiten zu denken. Gerade für eine langfristige Sicherung der ärztlichen Versorgung sind moderne und räumlich ausbaufähige Praxisräume erforderlich. 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.

4. Ist erkennbar aus dem Markt heraus keine Lösung in Sicht, muss die Kommune eine aktivere Rolle einnehmen. Sie tritt dann als Moderator und Treiber auf, um die unterschiedlichen Interessen der niedergelassenen Ärzte zu bündeln und zu begleiten. Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Angestelltenmöglichkeiten für Nachwuchsärzte wären ein mögliches Ergebnis. Ist lediglich passives Interesse der Ärzteschaft vorhanden, empfiehlt sich eine nochmals deutlich 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.

5. Engagementstufe 5 ist erst seit 2015 rechtlich möglich. Dabei betreten Kommunen absolutes Neuland. 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.

Interview - Über das Zusammenwachsen des ambulanten und stationären Sektors

Hans Georg Faust, von 1998 bis 2009 Abgeordneter des Deutschen Bundestages sowie stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit von 2005 bis 2009, im Gespräch mit Impulse über das Zusammenwachsen des stationären und ambulanten Sektors.

Zur Person: 1974 erhielt Hans Georg Faust seine Approbation als Arzt, 1976 erfolgte seine Promotion zum Dr. med. an der Universität Frankfurt. Faust war anschließend im St. Vincenz-Krankenhaus in Limburg an der Lahn tätig und durchlief hier die Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie. Anschließend wechselte er als Leitender Arzt in die Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin in das Kreiskrankenhaus „Fritz-König-Stift“ in Bad Harzburg. Von 1984 bis 1998 war er Ärztlicher Direktor des Krankenhauses.

Nach dem Ausscheiden aus dem Bundestag arbeitete Faust als Berater im Gesundheitswesen. Seit 2014 ist er ehrenamtlicher Bürgermeister der Stadt Linz am Rhein.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Dr. Faust, Sie kennen aus langjähriger Erfahrung das Gesundheitswesen aus den unterschiedlichsten Perspektiven. Sie waren als Facharzt / Leitender Arzt / Ärztlicher Direktor im Kreiskrankenhaus in Bad Harzburg an der „operativen Basis“ und als stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit bis 2009 in der legislativen Rolle.

Was müsste aus Ihrer Sicht vor dem Hintergrund des Hausärztemangels und des Kliniksterbens für eine nachhaltige Lösung getan werden?

Herr Dr. Faust: Die von Ihnen gewählten Begriffe „Hausärztemangel“ und „Kliniksterben“ sind sehr allgemein und müssen, wenn man über Problemlösungsansätze nachdenkt, genauer gefasst werden.

Unbestritten ist, dass aus der Versorgung ausscheidende Hausärzte im ländlichen Raum zunehmend Schwierigkeiten haben, Praxisnachfolger zu finden. Die KBV macht dafür unter anderem Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und die schwache ländliche Infrastruktur verantwortlich. Über die Bedeutung der ersten beiden Punkte hatten und haben ärztliche Interessenvertreter und Gesundheitspolitiker sicherlich unterschiedliche Auffassungen, über die Frage der Bedeutung der Attraktivität eines „Einzelkämpferdaseins“ als niedergelassener Hausarzt im dörflichen Umfeld ist man sich weitgehend einig. Erfreulicherweise steigt der Anteil der weiblichen Medizinstudenten kontinuierlich, damit tritt die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Vordergrund. Die Stadt mit Ganztagsbetreuungen von Kindern in Schule und KiTa ist da eindeutig im Vorteil. Diesen Vorteil sieht auch der männliche ärztliche Kollege, dessen Ehefrau natürlich in ihrem Beruf weiter tätig bleiben will. Dazu kommt, dass mit der Vorstellung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eher Teilzeitarbeitsverhältnisse angestrebt werden und dass darüber hinaus die unternehmerische Verantwortung als Praxisinhaber/in gescheut und ein risikoärmeres Angestelltenverhältnis bevorzugt wird. Hier bedarf grundsätzlicher Neuüberlegungen; noch mehr Medizinstudenten lösen die Probleme nicht

Ein „Kliniksterben“, zumindest eines, das die Bedarfsdeckung an notwendigen medizinischen Krankenhausleistungen gefährdet, kann ich nicht erkennen. Es erscheint mir eher so, dass die Landes- und Kommunalpolitik in Einzelfällen auf Ängste der Bevölkerung reagiert, die zwar mit dem Blick auf historisch gewachsene Strukturen verständlich, aber mit Blick auf Spezialisierung, die Möglichkeiten der Telemedizin und vor allen Dingen dem Einsatz moderner Rettungsdienstsysteme nicht mehr gerechtfertigt sind. Nutzung von Synergien, Abbau von Doppelstrukturen, eine bessere Ermittlung des medizinischen Bedarfs unter Berücksichtigung von nachgewiesener Qualität und die strikte Vermeidung von angebotsorientierter Medizin täten der Versorgung gut. Leider werden solche Entwicklungsansätze durch die Dauerauseinandersetzung von Politik, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften und Ärzteverbänden um Krankenhausstandorte immer wieder in den Hintergrund geschoben

Was müsste also getan werden? Nach Ermittlung des regionalen Bedarfs an moderner medizinischer Versorgung sollten sektorenübergreifende Ansätze, und diese je nach vorhandenem regionalem Angebot durchaus modifiziert, verfolgt werden. Die Generation junger Ärztinnen und Ärzte steht dem aufgeschlossen gegenüber und ist auch bereit, zumindest in Modellvorhaben neue Strukturen auszuprobieren.

Allgemein sollte gelten: Die Art der Erkrankung bestimmt den Einsatz der Ressourcen und fordert damit einen überall in Deutschland geltenden Mindeststandard ab. Dieser ist zu definieren und zu erbringen. Das bedeutet zum Beispiel, dass bei zeitkritischen Erkrankungen wie Infarkten das Einhalten der Hilfsfristen von zuverlässigen Notarztsystemen wichtiger ist als die Frage, wieviel tausend Einwohner mehr als 30 Minuten Fahrzeit bis zum nächsten Krankenhaus haben.

Impulse: Gründungen von fachärztlichen MVZ durch (Kreis)Krankenhäuser sind bereits Routine. In letzter Zeit entstehen auch immer mehr allgemeinärztliche MVZ in der Trägerschaft von Kreiskliniken. Welche positiven bzw. auch negativen Seiten hat diese Entwicklung für alle Seiten (Kliniken, Ärzte, Bürger, Landkreis)?

Herr Dr. Faust: Im Sinne der Stärkung der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung kann man das dann begrüßen, wenn die Gründung Versorgungslücken schließt und nicht mit dem Ziel erfolgt, einen ungleichen Wettbewerb vorhandener Leistungserbringer auszulösen. Schwierig wird diese Beurteilung dann, wenn der begründete Verdacht besteht, dass die Abläufe sektorenübergreifender Versorgung „aus einer Hand“ besser funktioniert als im herkömmlichen System oder gar, dass das allgemeinärztliche MVZ in Trägerschaft eines kommunalen Krankenhauses der Zulieferung von stationären Patienten dient. Immerhin scheint mir diese Gefahr durch die besseren Einflussmöglichkeiten der Kommunalpolitik bei kommunalen Trägern geringer zu sein als beispielsweise bei MVZs in der Hand von privaten Klinikketten.

Impulse: Was würden Sie den ambulant niedergelassenen Ärzten mitgeben, die natürlich krankenhausbetriebene hausärztliche MVZ als Wettbewerb sehen?

Herr Dr. Faust: Den ambulant niedergelassenen Ärzten würde ich folgendes mitgeben: Wenn man die krankenhausbetrieben hausärztlichen MVZs nur als Wettbewerber mit einem in der Regel stärkeren finanziellen background und keine weiteren Versorgungsvorteile für die Patienten oder das Gesundheitssystem sieht, dann sollte man sich überlegen, ob man diesen Konkurrenten nicht politisch bekämpfen kann. Das wurde nach dem Ende der DDR mit der Beseitigung der Polikliniken und dem Zwang zur Niederlassung der Ärzte im Osten, anfangs erfolgreich versucht. Die Zeit ist darüber hinweggegangen und die Zahl der Gründungen von MVZs, seit 2015 sogar in kommunaler Trägerschaft steigt stetig.

Von daher ist es sicher sinnvoll, die eigene persönliche Praxissituation objektiv zu beurteilen. Sofern nicht morgen ein krankenhausbetriebenes MVZ vor der Tür errichtet wird, bietet es sich an, die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Kollegen und dem Krankenhaus auszuloten. Eine Einzelpraxis, Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen am Krankenhaus, der Betrieb eines Ärztehauses in Krankenhausnähe, die eigene Gründung eines MVZs oder der Kontakt mit der Kommune zur Gründung eines kommunalen MVZs zur Sicherung einer zukunftsfähigen Versorgung der Patienten oder auch nur mit dem Ziel, die eigene Praxis finanziell vorteilhaft an einen Nachfolger zu übergeben, das ist sicher noch nicht die vollständige Beschreibung aller Möglichkeiten.

Impulse: Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 hatte große Auswirkungen auf die ambulante Ärztelandschaft. Mit der seit 2009 geltenden Gebührenordnung und dem Vertragswettbewerb (Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Ärzten / Selektivverträge) haben sich die „Verwaltungsaufgaben“ innerhalb einer Arztpraxis deutlich erhöht.

Inwieweit war das den Akteuren bewusst? Welche Unterstützung hatten sie hier für die niedergelassenen Ärzte vorgesehen?

Herr Dr. Faust: Der vermehrte Dokumentationsaufwand war den Akteuren (Politikern, Krankenkassen, Ärzteverbänden) durch die Voraussagen von Gesundheitswissenschaftlern bewusst. Die Vorteile von Selektivverträgen wurden insbesondere von die Kollektivverträge kritisch sehenden Gesundheitspolitikern und vom Hausärzteverband herausgestellt, wobei auch im Einzelfall Lobbyarbeit und unterschiedliche Auffassungen von dem Wert traditioneller Positionen der Akteure im Kräftespiel des Gesundheitswesens eine Rolle spielten.

Mit den Einzelverträgen sollte eine höhere Qualität zum gleichen Preis oder die Qualität in der Regelversorgung wirtschaftlicher erbracht werden. Damit war auch klar erkennbar, dass der Hausarzt, der parallel zum Kollektivvertrag Einzelverträge abschließt, sich weiterer Nachweis- und Abrechnungsmühen unterziehen muss. Da konnte auch der seinerzeit sehr aktive Hausärzteverband nur begrenzt Hilfestellung leisten. Ob sich der Mehraufwand bei Selektivverträgen lohnt, muss in Kenntnis der unterschiedlichen Vertragsinhalte unter Berücksichtigung der eigenen Praxisgegebenheiten entschieden werden. Die seinerzeit in den Vertragswettbewerb gesetzten politischen Erwartungen bezüglich einer teilweisen Abkehr vom Kollektivvertrag haben sich, zumindest im Bereich ärztlichen Vertragsgeschehens, nicht erfüllt.

Seinerzeit ist der Einstieg in die Selektivverträge durch eine Abwehrhaltung der weitaus meisten Gesetzlichen Krankenkassen blockiert worden. Daraufhin hat der Gesetzgeber als Unterstützung der Ärzte eine Pflicht zum Vertragsabschluss eingeführt, wenn eine gewisse zahlenmäßige Stärke der Hausarztgemeinschaften in den Kassenärztlichen Vereinigungen besteht.

Impulse: In Ihrer Begrüßung als ehrenamtlicher Bürgermeister von Linz am Rhein betonen Sie folgendes „Linz ist eine Stadt, die, aus der Vergangenheit kommend, die Gegenwart nutzt, um sich für die Zukunft zu rüsten“. Was bedeutet dies für die ärztliche Versorgung Ihrer Kommune / Ihrer Region?

Herr Dr. Faust: Linz am Rhein ist ein kleines Mittelzentrum, das infrastrukturell gut aufgestellt ist. Das örtliche Krankenhaus mit 185 Betten und 3

Fachabteilungen und einem zugeordneten Rettungsdienst- und Notarztsystem sichern den Grundbedarf an stationären Leistungen. Auch bei der haus- und fachärztlichen Versorgung gab es bisher keine Versorgungsdefizite. Das auftretende Problem der Überlastung der Notfallambulanz des Krankenhauses mit an sich dem kassenärztlichen Notdienstsystem zuzuordnenden Fällen ist allerdings auch in Linz nicht gelöst. Hier wäre eine engere Zusammenarbeit der Sektoren ausgesprochen sinnvoll.

Die Angebote der Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln sind gut, die Versorgung mit Arzneimitteln ist durch Apotheken gesichert. Was die Versorgung mit Leistungen der zentral- und Maximalversorgung betrifft, so sind die großen Kliniken in Bonn und Koblenz gut erreichbar.

Soweit, so gut. Als Bürgermeister und langjähriger Gesundheitspolitiker sehe ich mich in der Pflicht, die zu erwartenden grundlegenden Änderungen im gesellschaftlichen Zusammenleben, Stichworte sind Alterung der Bevölkerung, Digitalisierung, zunehmende Bedeutung der Ballungszentren, Mobilität, mit ihren Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung vor Ort einzuschätzen und das Notwendige anzustoßen, damit auch in Zukunft die Deckung des Bedarfs an notwendigen medizinischen Leistungen gesichert ist. Das bedeutet aber auch, dass überkommene Strukturen überdacht und angepasst werden müssen. Nur dann wird unsere Stadt für niedergelassene ärztliche Kolleginnen und Kollegen, seien es Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten, als Ort des Wohnens und Arbeitens attraktiv bleiben.

Impulse: Herr Dr. Faust, herzlichen Dank für das interessante Gespräch!

Interview

Klaus Peter Schellhaas, seit 2009 Landrat des Landkreises Darmstadt-Dieburg und Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Hessischen Landkreistages, im Gespräch mit *Impulse* über die Gründung Medizinischer Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Schellhaas, Ihr Landkreis ist nunmehr Träger von fünf Medizinischen Versorgungszentren unterschiedlicher Fachrichtungen. Sie stehen damit deutlich an der Spitze einer sich abzeichnenden Transformation im Bereich der ambulanten-medizinischen Versorgung. Durch den Mangel an Ärzten kann die Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung nicht mehr ausschließlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bewerkstelligt werden, neue Akteure werden benötigt. Im Kern einer Lösung muss immer die Schaffung von Angestelltenmöglichkeiten für junge Nachwuchsärzte stehen. Wann war Ihnen bewusst als Landkreis das Thema selbst aktiv angehen zu müssen?

Hr. Schellhaas: Wir haben uns seit 2014, mit Gründung unseres ersten MVZ, noch intensiver mit der Frage der ambulanten Versorgung – insbesondere der hausärztlichen Versorgung – auseinandergesetzt. Ich selbst habe im Jahr 2015 dem Kreistag ein Positionspapier zur Zukunft der Gesundheitsversorgung im Landkreis vorgelegt und darauf hingewiesen, dass sich die Situation bis 2030 ohne unser Handeln dramatisch zuspitzen wird. Seither arbeiten wir sehr bewusst und kontinuierlich daran, die ambulante medizinische Versorgung der Menschen in der Region Hand in Hand mit den Niedergelassenen und Bürgermeistern sicherzustellen.

Impulse: Sie gehörten und gehören damit immer noch zu Deutschlands ersten kommunalen Gebietskörperschaften mit einem Medizinischen Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft. War Ihnen das von Beginn an bewusst?

Hr. Schellhaas: Das war uns von Beginn an nicht bewusst. Als der erste Bürgermeister auf mich zukam und berichtete, dass er ohne die Hilfe des Landkreises ein massives Problem in der ärztlichen Versorgung bekommen würde, haben wir schnell gehandelt. Erst im weiteren Prozess – auch aufgrund rechtlicher Gründungsprobleme, die im Kommunalrecht angelegt sind – ist uns bewusst geworden, dass wir Pionierarbeit leisten.

Impulse: Wie reagierten die niedergelassenen Ärzte auf das Engagement des Landkreises?

Hr. Schellhaas: Die niedergelassenen Ärzte waren von Anfang an in diesen Prozess eingebunden. Wir sagen immer, dass wir MVZ nicht gegen den Willen der Niedergelassenen vor Ort gründen. Die Gründung eines kommunalen MVZ ist Ultima Ratio, sofern die KV oder die Ärzteschaft die Versorgung nicht mehr alleine sicherstellen kann. Da die Versorgung in der Gemeinde ohne unsere Tätigkeit nicht mehr aufrecht zu erhalten gewesen wäre, waren die Niedergelassenen dem Vorhaben gegenüber offen. Bis heute ist die Situation vor Ort durch ein konstruktives Zusammenarbeiten gekennzeichnet.

Impulse: Wie haben Sie sich auf den Gründungsprozess vorbereitet? Gab es intern viele Bedenken abzubauen?

Es gab vor allem viel Aufklärungsarbeit zu leisten. Vor fünf Jahren war das Thema des Hausärztemangels noch nicht so flächendeckend bekannt, wie es heute der Fall ist. Auch die Kreispolitik musste sich mit diesen Themen auseinandersetzen. Ansonsten haben wir davon profitiert, dass uns viele bei der Gründung unterstützt haben. Aber wir haben auch Anfangsfehler bei der Gründung gemacht. Nach insgesamt fünf Gründungen und nunmehr der Erfahrung von fünf Jahren ambulanter Tätigkeit sind wir deutlich routinierter und haben uns weiter professionalisiert. Der Betrieb eines MVZ kann nicht nebenherlaufen. Das muss allen, die sich auf den Weg zur Gründung machen, bewusst sein.

Impulse: Was hat Sie dazu bewogen, den Landkreis zum Alleingesellschafter der MVZ GmbH zu machen anstatt diese direkt an das Kreisklinikum anzubinden?

Hr. Schellhaas: Aus unserer Sicht ist die ambulante medizinische Versorgung auch Teil der kommunalen Daseinsvorsorge. Dies gilt insbesondere, wenn die Versorgung auf anderem Wege nicht sicherzustellen ist.

Impulse: Mit Ihrem hausärztlich-internistischen MVZ sind Sie eines von acht bundesweiten PORT-Projekten der Robert-Bosch-Stiftung. Was hat es damit auf sich?

Hr. Schellhaas: Der Landkreis und sein kommunales MVZ werden seit 2018 von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Förderprogramms ‚supPORT - Auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung' materiell und immateriell unterstützt. Dies ermöglicht uns, unser hausärztlich-internistisches MVZ in ein sogenanntes Primärversorgungszentrum weiterzuentwickeln. Eine Hausarztpraxis wird künftig mehr als nur akute Kuration leisten müssen. Mit unserem MVZ wollen wir vom Reparaturbetrieb zu einem Inspektionsbetrieb werden und mit interdisziplinären Angeboten der Ansprechpartner für die Primär- und Langzeitversorgung sein. Das Vorbild sind die lokalen Gesundheitszentren, die der Sachverständigenrat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 skizziert hat. Wir setzen dies um, indem wir eine Care- und Casemanagerin einsetzen, die sich gemeinsamen mit unserer Geriaterin um die hochaltrigen Patienten/innen kümmert. Das MVZ kooperiert mit dem Pflegestützpunkt und weiteren regionalen Gesundheitsversorgern. Hinzu kommt, dass wir – wie andere Praxen auch – eine Nichtärztliche Praxisassistentin einsetzen, die in Delegation des Hausarztes Hausbesuche wahrnimmt und diesen entlastet. Wir bieten einen Präventionspfad zur Vermeidung von Diabetes an. Unser Primärversorgungszentrum ist für uns eine Blaupause, mit welcher wir im Rahmen der geförderten Pilotprojekte neben MVZ-Gründungen weitere Antworten auf zukünftige Versorgungsengpässe finden wollen.

Impulse: Sie führen die fünf Landkreis-MVZ des „Zentrums der Medizinischen Versorgung (MVZ) GmbH" als GmbH. Der Landkreis ist Alleingesellschafter. Was waren die Vorteile einer GmbH gegenüber einer Anstalt des öffentlichen Rechts (AdÖ) oder einer kleinen Aktiengesellschaft (AG)?

Damals ging es rechtlich nicht anders. Aber selbst wenn, hätten wir uns für eine GmbH entschieden, da wir andere Gesellschaften in gleicher Rechtsform haben. Für uns gab es dadurch keinen Nachteil, da es bei uns im Kreis geübte Praxis ist.

Impulse: Die fünf bestehenden MVZ konzentrieren sich auf die bestehenden Klinikstandorte und stärken dadurch vor dem Hintergrund des Ärztemangels die bestehende Konzentration des Versorgungsangebots. Wie reagieren die Landkreisgemeinden ohne Klinikstandort auf diese Entwicklung?

Hr. Schellhaas: Das hausärztlich-internistische MVZ ist an keinem Klinikstandort. Bei den fachärztlichen MVZ entstehen Synergien mit der Klinik, so dass die Gemeinden hierfür Verständnis haben. Zumal Patienten durchaus bereit sind, zum Facharzt weitere Wege in Kauf zu nehmen. Im Übrigen planen wir aktuell in drei weiteren Gemeinden die Gründung von hausärztlichen MVZ. Die Gemeinden begleiten im Rahmen eines Regionalen Beirats diese Projekte und schätzen, dass wir als Landkreis fundierte Lösungsangebote für die hausärztliche Unterversorgung bieten können. Und auch hier gilt, dass wir diesen Weg nur mit der Gemeinde und den Niedergelassenen vor Ort gehen. Von daher ist die Resonanz der Gemeinden positiv und konstruktiv.

Impulse: Viele Ihrer Kollegen erkennen zwar die Herausforderungen, zögern jedoch als Kommune neue Wege zu gehen. Was können Sie diesen empfehlen?

Hr. Schellhaas: Man muss akzeptieren, dass niemand anderes kommen wird und die Probleme der ambulanten Versorgung für einen löst. Ich ermutige die anderen hessischen Landräte, sich frühzeitig mit dieser Thematik zu befassen. Falls man dann den Weg gehen will, sollte man sich mit einem guten Team umgeben, das Erfahrungen in der Gründung und im Betrieb von MVZ hat. Es ist eine interessante Aufgabe, bei der man viel Zuspruch erfährt und Positives für die Menschen in seinem Landkreis erreichen kann.

Impulse: Herr Schellhaas, herzlichen Dank für das interessante Gespräch!

dostal-Portfolio

- Machbarkeitsstudien, Gutachten & Business- / Finanzpläne für Ärztehäuser, Gesundheitszentren und MVZ
- Beratung und Unterstützung hinsichtlich der Sicherung und des Ausbaus einer wohnortnahen ambulant-ärztlichen Versorgung
- Vermittlung von Nachwuchs- und Unternehmerärzten zur Praxisnachfolge bzw. zum Aufbau größerer Praxiseinheiten mit ärztlichem Angestelltenangebot (DocFinding)
- Sachverständigengutachten zum Wert einer Arztpraxis
- Beratung von Kommunen beim Kauf eines Arztsitzes, medizinrechtlicher Fragestellungen und Unterstützung beim Umgang mit Regularien und Zulassungsprozesses der Kassenärztlichen Vereinigung
- Projektmanagement beim Aufbau von Mehrbehandlerpraxen, Gesundheitszentren und MVZ
- Komplettieren von Gesundheitszentren durch weitere Gesundheitsanbieter (Apotheke, Therapeuten, Pflege)
- Moderation des Abstimmungsprozesses zwischen Kommunen, Investoren und Ärzten
- Versorgungsforschung, Bestands- und Bedarfsanalysen für Gesundheitsregionen^{Plus}

Impressum

Herausgeber dostal & partner management-beratung gmbh

84137	Vilsbiburg	Bahnhofstraße 5	Tel.: +49 (0)8741 9678910 / Fax: +49 (0)8741 9678929
50672	Köln	Hohenzollernring 57	Tel.: +49 (0)221 16025205 / Fax: +49 (0)221 1602529
90461	Nürnberg	Frankenstraße 152	Tel.: +49 (0)911 2379305 / Fax: +49 (0)911 2379299

Info@dostal-partner.de / www.dostal-partner.de / www.dostal-marktforschung.de

Redaktion Luise Viktoria Ruß