

Schwerpunkte:

Kommunale MVZ: Mögliche Rechtsformen im Überblick
Seite 4

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wiegt in falscher Sicherheit
Seite 5

Landarztmangel: Gutachten unterstützt Gründung kommunaler MVZ
Seite 10

Interview mit Christina Eisenhut, stellv. Vorstandsvorsitzende des kommunalen MVZ Schwarzenborn
Seite 18





Adrian W. T. Dostal
Geschäftsführer dostal & partner

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

Vorwort

Bis in die 1990er Jahre hinein war die Einzelpraxis die absolut dominierende Praxisform. 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. Bereits Ende 2019 zählten wir 3.539 MVZ. In diesen arbeiteten 21.887 Ärzte aller Fachrichtungen. Lediglich 1.675 dieser Ärzte waren niedergelassen, 20.212 Ärzte arbeiteten als Angestellte.

Zu den bereits rd. 20 existierenden kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (kMVZ) werden in Bälde weitere in zahlreichen Bundesländern hinzukommen. So sind nach derzeitigem Wissensstand in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen, Brandenburg und Bayern in naher Zukunft weitere Eröffnungen von MVZ in kommunaler Trägerschaft zu erwarten.

In der aktuellen Ausgabe haben wir uns die rechtlichen Rahmenbedingungen näher angesehen und mit der Koordinatorin des seit 2018 existierenden bundesweit ersten kommunalen MVZ in Hessens „kleinster Stadt“ Schwarzenborn gesprochen.

Doch nicht immer muss sich die Kommune gleich als Gesundheitsversorger positionieren. Im Interview schildern zwei Bürgermeister aus Baden-Württemberg, wie sie das Thema „Sicherung der hausärztlichen Versorgung“ umgesetzt haben.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

Ihr

Inhalt

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 4 | Kommunale MVZ: Mögliche Rechtsformen im Überblick | 16 | Interview mit Marian Schreier, Bürgermeister der Landstadt Tengen |
| 5 | Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wiegt in falscher Sicherheit | 17 | Interview mit Thomas Schreglmann, Erster Bürgermeister der Stadt Kilsheim im Main-Tauber-Kreis |
| 7 | Blick zurück: Ärzteschwemme damals, Ärztemangel heute | 18 | Interview mit Christina Eisenhut, stellv. Vorstandsvorsitzende des kommunalen MVZ Schwarzenborn |
| 9 | Neue KBV-Websites für Ärzte bieten auch viele Informationen für engagierte Kommunen | 20 | dostal-Portfolio |
| 10 | Landarztmangel: Gutachten unterstützt Gründung kommunaler MVZ | 20 | Impressum |
| 13 | Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen | | |
| 14 | Hausärztemangel: Der „Ball“ bleibt bei den Kommunen | | |

Kommunale MVZ: Mögliche Rechtsformen im Überblick

Welche Rechtsformen stehen Gemeinden und Städten bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft zur Verfügung?

Alle vier Stunden gibt es in Deutschland statistisch betrachtet einen niedergelassenen Arzt weniger. Die Zahl der unbesetzten Hausarztstühle liegt derzeit bundesweit bei rd. 4.000 und wird bis zum Jahr 2030 auf deutlich über 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.

MVZ 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. Mittlerweile sind sie fester Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. 2020 zählen wir über 2.800 MVZ, in denen mehr als 17.000 Ärzte ihre Patienten versorgen.

Seit 2015 können auch Kommune, d.h. Gemeinden, Städte und Landkreise Medizinische Versorgungszentren gründen. Zu den bereits über 20 existierenden kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (kMVZ) der hausärztlichen Versorgung werden in Bälde weitere in zahlreichen Bundesländern hinzukommen. Als Hinweis sei erwähnt, dass hierzu nicht die fachärztlichen Medizinischen Versorgungszentren von Landkreiskliniken, die meistens als „Einweiser“ zwangsweise „rote“ Zahlen schreiben, zählen.

Mögliche Rechtsformen von kMVZ im Überblick

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) hat der Gesetzgeber 2015 definiert, in welchen Rechtsformen Kommunen MVZ in kommunaler Trägerschaft gründen dürfen. So sind öffentlich-rechtliche Rechtsformen i.S.d. § 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V eine zulässige Rechtsform für ein MVZ. Damit sind Eigen- und Regiebetriebe sowie Anstalten des öffentlichen Rechts / Körperschaften des

öffentlichen Rechts als Rechtsformen für ein kommunales MVZ zulässig. Als privatrechtliche Gesellschaftsformen hat der Gesetzgeber die Rechtsformen (g)GmbH und Genossenschaft (e.G.) zugelassen.

Firmieren Kommunen als Gründer und Träger von MVZ, bewegen sie sich in zwei Rechtgebieten Kommunalrecht und Sozialgesetzgebung. Dabei steht das kommunale Wirtschaftsrecht der Gründung und der Trägerschaft eines MVZ durch Kommunen nicht grundsätzlich im Wege. Die KVen verlangen eine selbstschuldnerische Bürgschaft von ihren freiberuflichen Vertragspartnern. Dies müssen auch die Kommunen als Vertragspartner der KV erfüllen. Dabei stoßen sie auf die Eingrenzungen des Kommunalrechts, welches selbstschuldnerische Bürgschaften der Kommunen nicht vorsieht.

Im Falle eines Eigen- oder Regiebetriebs ist dies aus Sicht der KV kein Problem. Die Kommune haftet. Auch eine MVZ-Trägerschaft in Form einer Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts stellt hier kein Problem dar. Problematisch waren und sind dagegen die privatwirtschaftlichen Varianten, hier vor allem die GmbH. Durch entsprechende Unternehmensrisikoversicherungen eröffnet sich hier jedoch eine – von allen Seiten akzeptierte – Lösung.

Nun greift die gewählte Rechtsform nachhaltig in die Verantwortung der Kommunen ein. Da Eigen- und Regiebetrieben keine eigenen Rechtspersönlichkeiten sind, sind die Verantwortlichen in der Kommune voll umfänglich für das Unternehmen MVZ verantwortlich. Aufgrund der komplexen Vorschriften- und Abwicklungsprozeduren ist dies nicht zu empfehlen.

Die Form des kommunalen Eigenbetriebs erscheint im Zusammenhang mit einem MVZ deshalb problematisch. Denn die rechtliche Unselbstständigkeit des Eigenbetriebs würde auch für MVZ rechtliche Unselbstständigkeit bedeuten und darüber hinaus keine gleichrangige Beteiligung privater Leistungserbringer erlauben. Damit ist keine Übertragung der

Einrichtung auf private Leistungserbringer möglich. Folglich wäre eine Integration von Ärzten in ein solches MVZ erheblich erschwert, wenn nicht gar ausgeschlossen. Zudem haftet die Kommune mit dieser Trägerform vollständig für eventuelle Regresse.

Die Rechtsformen der Anstalt des öffentlichen Rechts und der Körperschaft des öffentlichen Rechts sind in ihrer Bedeutung für die Kommune sehr unterschiedlich. Beide bündeln sachliche Mittel (z.B. öffentliches Grundstück & Gebäude, Einrichtung und Fahrzeuge) und Personal in einer rechtlich selbständigen Organisationseinheit und unterliegt dem öffentlichen Recht. Dabei hat die Anstalt des öffentlichen Rechts Nutzer und die Körperschaft des öffentlichen Rechts Mitglieder. AÖR können somit

vollrechtsfähig, teilrechtsfähig oder nicht-rechtsfähig sein. Körperschaften des öffentlichen Rechts sind immer rechtsfähig und können aufgrund ihrer Rechtsetzungshoheit Satzungen erlassen und Beiträge von ihren Mitgliedern erheben.

Langfristig empfehlenswert für Kommunen ist die Rechtsformen der (g)GmbH. Hier beschränkt sich der Beitrag der Kommunen auf die Gründungsinitiative und im laufenden Betrieb auf das betriebswirtschaftliche Controlling und die strategische Verantwortung für die Entwicklung des MVZ. Gerade bei einer möglichen Beteiligung Dritter ist die o.g. Rechtsform zu bevorzugen.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wiegt in falscher Sicherheit

Jüngst war in der Lokalpresse von einem Ärzte-Netzwerker vorwurfsvoll zu lesen: „Ich weise schon seit fünf Jahren auf den Ärztemangel hin, aber die Gemeinde [...] versteckt sich dahinter, dass der Versorgungsauftrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegt. Das ist zwar so, aber aktiv hat die Gemeinde nichts getan. Seit fünf Jahren schiebt der Bürgermeister das Problem vor sich her. Es passiert gar nichts.“ Ähnliches und Vergleichbares findet man seit mehreren Jahren in Hunderten anderer Regionalzeitungen wieder. Und immer das Gleiche: Der hier nicht so direkt benannte aber eben doch gemeinte „Sicherstellungsauftrag“ der bundesweit 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein Hemmnis um vor Ort in den Kommunen aktiv zu werden. Dabei ist „Sicherstellung“ in diesem Zusammenhang eindeutig missverständlich.

Wieso das so ist, erklärt die – vom Umfang bereits etwas suspekten und nicht für 12.000 Kommunen in Deutschland kommunizierbare – 68-seitige Ausarbeitung mit 276 Fußnoten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages zum Thema „Sicherstellung“ (WD 9 – 3000 – 084/18 vom dazu 12. Dezember 2018).

Dort heißt es in der Vorbemerkung, „dass es sich bei dieser Aufgabe [gemeint ist der „Sicherstellungsauftrag, Anm.] nach § 72 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) im Grundsatz zwar um eine gemeinsame Angelegenheit der

Vertragsärzte bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen handelt, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V aber verpflichtet sind, die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen haben, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Vor dem Hintergrund dieses den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsauftrags werden sodann die verschiedenen Förder- und Sicherstellungsinstrumente sowie deren Voraussetzungen dargelegt, die der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt hat, um die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.“

Erstes Fazit: Das hat wohl mit der Sicherstellung einer effektiven hausärztlichen Versorgung, d.h. dem Vorhandensein eines Arztes insbesondere in ländlichen Regionen wohl eher nichts zu tun. Sondern „nur“ damit – sofern ein Arzt ansässig

ist – „was“ dieser im weitesten Sinne des Wortes an Behandlungen, Betreuungen, Verordnungen usw. materiell, inhaltlich gem. § 73 Abs. 2 SGB V „sicherzustellen“ hat. Klingt nach dem Leistungsrecht aus dem geltenden Leistungs- und Vertragsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) vom 18. August 1896. – Davon hatte der zitierte Ärzte-Netzwerker aber nicht gesprochen. Das meint auch kein einziger Bürgermeister, wenn er diesen Begriff irrtümlich verwendet.

In der folgenden Einleitung der Ausarbeitung heißt es dann aber immerhin: „Angesichts der sich abzeichnenden ärztlichen Unterversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen ist es im Sinne einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung, dem räumlichen Missverhältnis der Versorgungskapazitäten entgegenzusteuern. Gesundheitspolitische Akteure auf allen Ebenen – sowohl in der Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik als auch in der Selbstverwaltung – haben deshalb vielfältige Maßnahmen ergriffen, um eine angemessene und flächendeckende ambulante vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen, auch und gerade für die Zukunft, zu gewährleisten. [...] Vielmehr beschränken sich die Ausführungen – auftragsgemäß – auf die Frage, welche Rolle und Bedeutung den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bei der Gewährleistung einer ausreichenden ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zukommt.“

Zweites Fazit: Neben den KVen kümmern sich – irgendwie dann doch überraschend, aber doch plausibel – nicht unwesentlich auch (andere) gesundheitspolitische Akteure, einschl. der kommunalen Ebene. Aber die KVen haben eine enorme Rolle und Bedeutung bei der Lösung. – Das klingt hoffnungsvoll.

Was folgt, ernüchtert: „Die Aufgabe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist in den Vorschriften der §§ 72 ff. SGB V als Erster Titel des Zweiten Abschnitts über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten und damit nach den allgemeinen Grundsätzen des Ersten Abschnitts (§§ 69 ff SGB V) unmittelbar zu Beginn des Vierten Kapitels des SGB V betreffend die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern geregelt. [...] Der Begriff der Sicherstellung ist als solcher gesetzlich nicht definiert. Allerdings machen die Regelungen der §§ 72 ff. SGB V in Verbindung mit den in §§ 69 ff SGB V niedergelegten allgemeinen Grundsätzen deutlich, dass es bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ihrem Gegenstand nach im Kern um die Gewährleistung und Organisation der ambulanten

medizinischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die sie tragenden Personen und Institutionen geht, die in § 73 Abs. 2 SGB V als vertragsärztliche Versorgung ihrem Inhalt nach näher beschrieben wird und das gesamte Tätigwerden der Ärzte für die Krankenkassen umfasst. Aus der gesetzlichen Beschreibung der Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung in § 72 Abs. 2 SGB V lässt sich entnehmen, welche Zielsetzungen die Sicherstellung derselben Genüge zu leisten hat. Nach dieser Bestimmung haben die zur Sicherstellung berufenen Institutionen die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.“

Drittes Fazit: Tatsächlich „sicherstellen“ hat offensichtlich viele Inhalte. Es geht also nur um die Vertragsbeziehungen zwischen den Vertragspartnern, hier der Gesetzlichen Krankenkassen (auch nicht der PKVen) und den Leistungserbringern. Der Begriff „Sicherstellung“ ist gesetzlich definiert, aber: Die KVen können organisatorisch etwas tun.

Und nun das eigentlich Interessante: „Mit dem Begriff der Sicherstellungsverantwortung ist im vorliegenden Zusammenhang die Frage angesprochen, wer im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Gewährleistung und Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung der Versicherten zuständig ist. Es geht mithin darum, wem die Aufgabe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die auch als allgemeiner Sicherstellungsauftrag bezeichnet wird, obliegt.“

Viertes Fazit: Jetzt kann man das Gutachten schon beinahe weglegen („im System der gesetzlichen Krankenversicherung“). Es liefert wohl keinen Wertbeitrag zur Hinterfragung des oben beispielhaft angeführten Diskurses in den vom Hausärztemangel betroffenen Regionen. Der kritisierte Bürgermeister und der Arzt sprechen ja nicht über das „GKV-System“, sondern darüber, dass zu wenig Hausärzte da sind. – Oder kann man doch noch aus der Bundestagsausarbeitung „Honig saugen“?

Zur „Allgemeine Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V) heißt es hoffnungsvoll: „In Konkretisierung des nach § 75 Abs. 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsauftrags für die vertragsärztliche Versorgung verpflichtet § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Unterstützung der

Kassenärztlichen Bundesvereinigungen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Grundlage hierfür sind die Bedarfspläne, die die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen haben (§ 99 SGB V Abs. 1 Satz 1 SGB V). Im Rahmen dieser Pflichtaufgabe ist den Kassenärztlichen Vereinigungen ein sich aus der Komplexität der Versorgungssituation ergebender planungsspezifischer Beurteilungsspielraum zuzugestehen, der sich zum einen darauf bezieht, ob die Versorgungssituation überhaupt Maßnahmen erforderlich macht, und zum anderen darauf, welche Maßnahmen als zur Lösung von Versorgungsproblemen geeignet zu ergreifen sind. Bei der Auswahl sicherstellender Maßnahmen ist die Kassenärztliche Vereinigung nicht begrenzt, da sich weder dem Wortlaut des § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V noch dessen Sinn und Zweck eine Beschränkung auf einzelne Fördermaßnahmen entnehmen lässt. Vielmehr liegt die Auswahl und Ausgestaltung der jeweiligen Maßnahme im – rechtlich gebundenen – pflichtgemäßen Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigung, die den Versorgungsstand zu prüfen und festzustellen hat, ob und welcher Förderungsbedarf besteht, um die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. In Abhängigkeit vom Ausmaß des Versorgungsdefizits und der verfügbaren Instrumente kann sich das den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeräumte Ermessen allerdings erheblich reduzieren. Zu den finanziellen Maßnahmen zwecks Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung gehören etwa Landarztzulagen, Umsatzgarantien zur Besetzung verwaister Vertragsarztsitze, Vergabe zinsloser oder zinsgünstiger Darlehen zur Finanzierung von Praxisneugründungen, Anmietung oder Bau von Arzthäusern sowie die Subventionierung einer

Praxisausstattung. Durch derartige und ähnliche Strukturmaßnahmen können die Kassenärztlichen Vereinigungen finanzielle Mittel für Sicherstellungszwecke verwenden, um gezielt Anreize für Vertragsärzte oder Niederlassungsinteressierte in ländlichen Regionen oder sonstigen strukturschwachen Gebieten zu schaffen.“

Fünftes Fazit: Jetzt kann jeder das mit den Versorgungsgraden usw. einordnen. Das machen die KVen u.a. mit ihren Bedarfsplanungen und Förderprogrammen bereits in allen 17 Fällen, teilweise sicherlich auch ganz hervorragend. Wenigstens wird auch angedeutet, dass das „Ermessen“ der KVen auch Grenzen kennt: Eben, wenn gar keine ausgebildeten Ärzte vorhanden sind – und das ist ja das Grundproblem: Bis 2030 fehlen mindestens 12.000 Hausärzte bundesweit. Heute sind es ja bereits rd. 3.500. – Also jetzt kann man das Gutachten tatsächlich weglegen. Es benennt nämlich nicht, wer für die zu wenig ausgebildeten Hausärzte, verantwortlich ist. Dies ist allerdings eindeutig geregelt: Es sind die 16 Landtage in den 16 Bundesländern im Rahmen ihrer Kultusministerien und niemals die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen als sich zunehmend entpuppende Mangelverwalter.

Also zu dem eingangs beispielhaft zitierten Vorwurf ergibt sich: Der Begriff „Sicherstellung“ ist im Zusammenhang mit der Diskussion „Hausärztemangel auf dem Lande“ tatsächlich eindeutig missverständlich. Dort interessiert zu Recht niemand ein Vertragsverhältnis zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern, hier Hausärzten. Es interessiert dagegen zurecht, was und wie die Kommune selbst das Problem „Hausärztemangel“ lösen kann.

Der Begriff „Sicherstellungsauftrag“ der KVen entpuppt sich dabei als „Pfropfen“, der unreflektiert übernommen, das Handeln von zahlreichen Kommunen blockiert. Die sind nämlich tatsächlich nach dem Sozialstaatsprinzip Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz als Bund, Länder und Kommunen, verpflichtet im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten. Letztere müssen daher nolens volens auch eine erreichbare, d.h. wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen sicherstellen. Dabei können die erwähnten KV-Förderinstrumente genutzt werden.

Blick zurück: Ärzteschwemme damals, Ärztemangel heute

Und wieso die nächste Schwemme absehbar ist...

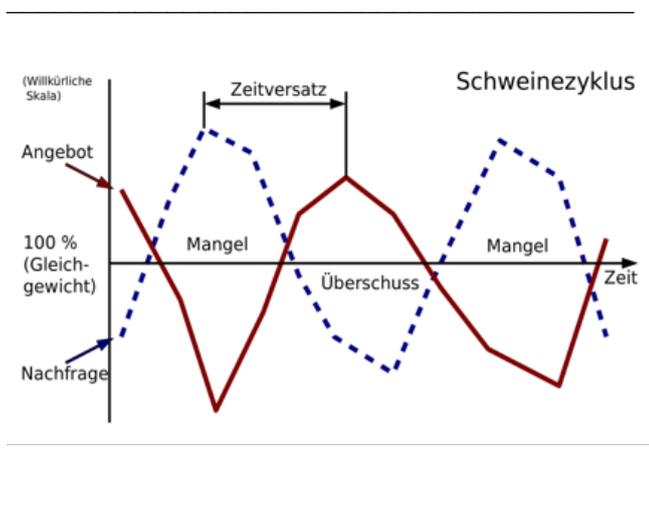
Von etwa 1982 bis 2002 erlebten die Mediziner in Deutschland rund 20 Jahre lang eine ungünstige Arbeitsmarktsituation. In den 1980er Jahren, als in Deutschland vor einer zunehmenden Zahl von approbierten Mediziner gegenüber einer nicht angemessenen Anzahl von zu besetzenden Stellen

im medizinischen Bereich gewarnt wurde, tauchte auch der Begriff der Ärzteschwemme auf. Heute, 30 Jahre danach absehbar und zu erwarten, die Schwemme der Praxisabgeber-Ärzte.

Ausgebildeten Mediziner drohte ab Anfang der 1980er Jahre die Arbeitslosigkeit, als erstmals die Zahl der Bewerber

diejenige der offenen Stellen überstieg. Eine Folge war unter anderem die 1988 beschlossene Einführung der 18-monatigen Phase des Arztes im Praktikum (AiP), die einen Arzt finanziell schlechter stellte als das übrige qualifizierte Krankenhauspersonal mit einigen Berufsjahren. Dies wurde übrigens 2004 wieder abgeschafft. Im Jahre 1997 erreichte die Arbeitslosigkeit der Mediziner ihren Höhepunkt: Die Bundesanstalt für Arbeit meldete 10.594 arbeitslos gemeldete Ärztinnen und Ärzte.

Allein in den 15 Monaten von September 1995 bis Januar 1997 stieg die ärztliche Arbeitslosigkeit um 2.905 oder 37,8 Prozent.



Auch die Zahl der langzeitarbeitslosen Ärzte hatte seit 1994 deutlich zugenommen: Sowohl bei Ärzten ohne Gebietsbezeichnung als auch bei denen mit abgeschlossener Weiterbildung. Selbst eine abgeschlossene Weiterbildung war nicht mehr automatisch eine Beschäftigungsgarantie, wie die steigende Zahl der langzeitarbeitslosen Fachärzte zeigte. Eine weitere traurige Wahrheit war, dass Ärztinnen stärker von Arbeitslosigkeit betroffen waren als ihre männlichen Kollegen.

Das Deutsche Ärzteblatt (Ärztliche Arbeitslosigkeit: Vom Fremdwort zum Langzeitproblem, 16.1.1998) kommentierte: „Die Arbeitslosigkeit bedroht Ärzte wie nie zuvor. Der erfolgreiche Abschluss eines Medizinstudiums war immer gleichbedeutend mit einer lebenslangen Tätigkeitsgarantie in einem gesellschaftlich hochangesehenen Beruf. Diese Zeit der

Tätigkeitsgarantie ist jetzt zu Ende. War in der Vergangenheit ärztliche Arbeitslosigkeit lediglich auf die Übergänge von der Arzt-im-Praktikum (AiP-)Phase zur Weiterbildung und von der abgeschlossenen Weiterbildung in die Facharztstelle beschränkt, so sind diese Zeiten vorbei.“

Vom Mangel zur Schwemme: Immer diese Schweinezyklen

Diese Situation war damals relativ neu. Derweil bildete Deutschland in jenen Jahren absolut gezählt mit rund 10.000 Medizinern pro Jahr nach den USA weltweit die zweitmeisten Ärzte, und relativ gezählt mit rund 12 Absolventen pro 100.000 Einwohner doppelt so viele Ärzte wie in den USA aus. – Und danach? Wohl zu wenig, wie aktuellen Vorschläge in allen Bundesländern zur Behebung des Ärztemangels in den 2010er zeigen.

Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, hat jüngst die Politik angesichts eines dramatischen Ärztemangels zum Gegensteuern aufgerufen. „Derzeit fehlen in Praxen und Krankenhäusern schon insgesamt 10.000 Ärzte in Deutschland. Das entspricht einem kompletten Studienjahrgang“, sagte Gassen der Düsseldorfer „Rheinischen Post“ vom Samstag. Der Ärztemangel werde bereits in den kommenden zwei bis fünf Jahren spürbar werden. (DIE ZEIT vom 21. Juli 2018)

Doch ist die nächste Ärzteschwemme bereits vorbestimmt. Als Reaktion auf den derzeitigen Mangel an Allgemeinmedizinern wird der Ausbau der Medizinstudienplätze von politischer Seite her massiv vorangetrieben. Der Auf- und Ausbau dieser Fakultäten wird erfahrungsgemäß einige Jahre in Anspruch nehmen. Bis letztendlich die ersten zusätzlichen Absolventen als vollausgebildete Mediziner den Arbeitsmarkt erreichen, sprechen wir von den Jahren ab 2030. Doch was wird in der Zwischenzeit geschehen? Der Markt wird sich angepasst haben, moderne und effizientere Strukturen werden deutlich an Zahl zugenommen haben. Die meisten der nicht zukunftstauglichen Einzelpraxen auf dem Lande werden bereits geschlossen worden oder in größeren Einheiten aufgegangen sein. Der zusätzliche Medizinernachwuchs wird wie in den Jahren 1982 bis 2002 einer veränderten Arbeitsmarktsituation gegenüberstehen.

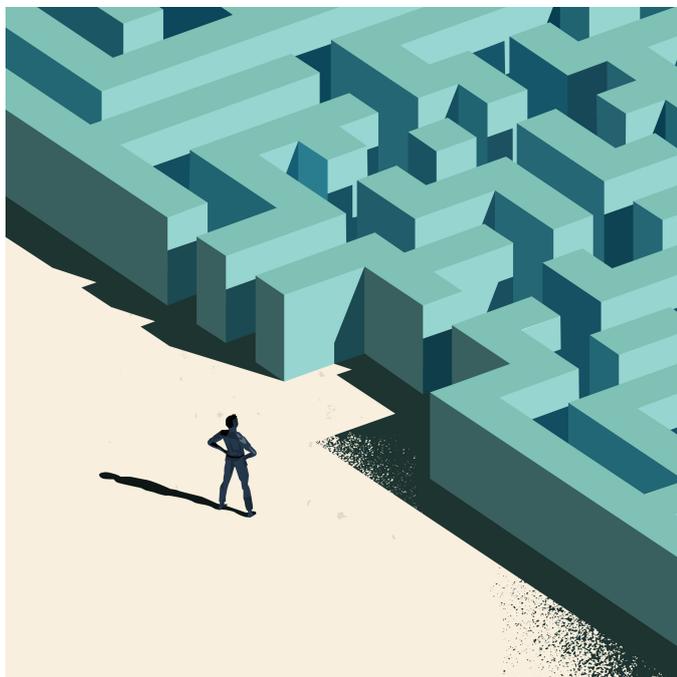
Diese politische Planung und Steuerung der personellen Ressourcen kommt einem irgendwie bekannt vor und ähnelt auch dem akuten Lehrermangel. Derweil ist das Phänomen unter dem Begriff „Schweinezyklus“ seit den 1920er Jahren längst bekannt.

Neue KBV-Websites für Ärzte bieten auch viele Informationen für engagierte Kommunen

Ein neues Planspiel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) simuliert die Praxis- oder MVZ-Gründung.

Mitte Oktober 2020 machte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf ein neues Angebot für Jungärzte aufmerksam. Mit dem Planspiel „Praxisraum“ können seit Kurzem junge Mediziner „den Aufbau und die Organisation einer Arztpraxis virtuell ausprobieren“. Damit soll trotz der langen Ausbildung, den bestehenden massiven u.a. betriebswirtschaftlichen, manageriellen, organisatorischen und steuerlichen Wissensdefiziten und Berührungängsten hinsichtlich einer Niederlassung begegnet werden. Studium und Weiterbildung finden nach wie vor beklagenswerterweise überwiegend im Krankenhausumfeld statt.

„Mit diesem modernen und neuartigen Format wollen wir Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung oder in Anstellung an einer vertragsärztlichen Tätigkeit interessieren. Dazu werden Informationen und Bildungsinhalte auf spielerischem Wege vermittelt“, erläuterte der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi), Dr. Dominik von Stillfried, das Anliegen.



Planspiel simuliert Niederlassung

Die App ergänzt das breite Spektrum an Maßnahmen, mit denen KBV und KVen Studierende und junge Mediziner für die Niederlassung gewinnen wollen. Dazu gehören Förderprogramme bereits während des Studiums, Investitionskostenzuschüsse zum Praxisaufbau, Praxisaufbauförderung mit der

Zusicherung von 75 Prozent des durchschnittlichen Honorarumsatzes der Facharztgruppe und vieles mehr. Kostenfreie Beratungsangebote und eine KBV-Website mit sämtlichen Informationen rund um die Niederlassung stehen ebenfalls zur Verfügung.

Über die Website www.praxisraum.de ist neben der App zum Planspiel ein Online-Auswertungsmodul zu finden, mit dem Spieler sich einen Überblick über die tatsächlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung verschaffen können. Zudem gibt es einen Link zur KBV-Website www.lass-dich-nieder.de. Darüber hinaus wird auf die KV-Beratung verwiesen und es sind Links zu allen KVen gesetzt.

Die Inhalte des Planspiels „Praxisraum“ beruhen auf den Jahresberichten des Zi-Praxis-Panels von „Bestandsärzten“. Mittels des Planspiels können nunmehr junge Mediziner den Aufbau und die Organisation einer Arztpraxis virtuell ausprobieren. Die App wurde vom Zi in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) entwickelt. In der virtuellen Arztpraxis, die die Tätigkeit als niedergelassener Arzt realitätsnah abbilden soll, werden Daten genutzt, die das Zi in Bestandspraxen erhoben hat. Spielziel ist, eine erfolgreiche Praxis aufzubauen.

Um es vorweg zu nehmen: Die nun vorgestellte „Handreichung“ für die Mediziner bietet auch für die Verantwortlichen in Kommunen wie Bürgermeister, Stadt- und Gemeinderäte aber auch Wirtschaftsförderer zahlreiche Hinweise und für die anstehenden Gespräche mit Jung-Ärzten Andock-Themen. Sie beantwortet nicht zuletzt die Frage „Mit wem habe ich da eigentlich zu tun?“

Work-Life-Balance und Angestelltenpräferenz sind entscheidende Parameter

Zurück zum Planspiel: Gestartet wird mit „einer Entscheidung zur Praxisgründung. Der Teilnehmer hat ein vorgegebenes Startbudget zur Verfügung und kann wählen, ob er eine Praxis übernehmen oder neu gründen möchte. Dazu gehört die Entscheidung, ob die Praxis in einer Stadt oder im ländlichen Raum liegen soll. Dann erscheint die erste Ansicht der 3D-modellierten Praxis mit Arztzimmer, Labor, Diagnostik, Therapie, Wartezimmer, Anmeldung. Wichtige Komponenten sind neben den Patienten, das Zeitmanagement und die quartalsweise Abrechnung.“ Danach folgen die drei „Werte“, welche den „Erfolg einer Praxis“ bestimmen: Qualität der Praxis, Work-Life-Balance und Einkommen. Hilfen im „Praxisraum“ werden von einer virtuellen Mentorin der KV vermittelt, die ihr Wissen an den Gründer weitergibt. Für die Entwicklung des

Praxis-Planspiels wurde die Firma Serious Games Solutions ausgewählt, die in diesem Segment über langjährige Erfahrungen verfügt. Der Link www.praxisraum.de ist allgemein zugänglich und kostenfrei über Apples AppStore und Googles Playstore erhältlich.

Die aufgezeigten sechs Optionen für einen Arzt bei www.lassdich-nieder.de lassen tief blicken. Da heißt es beispielsweise unter „Anstellung als Arzt“ unter den Stichwörtern „Sicheres Gehalt, keine Investitionen“: „Wenn du dich als Arzt niederlassen möchtest, musst du dich nicht unbedingt selbstständig machen: Du kannst dich auch in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anstellen lassen. Ein MVZ ist eine ärztlich geleitete Einrichtung, unter deren Dach oft Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen arbeiten. Aber auch arztgruppengleiche Zentren sind möglich, so dass dort beispielsweise nur Hausärzte oder nur Psychotherapeuten praktizieren. Typisch in der Anstellung: Ihr seid ein Team, teilt euch die Ressourcen und habt einen gemeinsamen Patientenstamm. Du musst keine finanziellen Investitionen stemmen, bekommst aber ein regelmäßiges Gehalt. Außerdem gelten für dich allgemeine gesetzliche Regelungen zum Beispiel zu Mutterschutz, Elternzeit oder Elterngeld.“

Interessant sind auch die Hinweise zum Starten einer Praxis unter „Berufsalltag“ (!) und dem Stichwort „Das perfekte Starterpaket“: „Was aber, wenn du direkt bei null anfängst und neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter suchen musst? Bevor es an Inserate und Vorstellungsgespräche geht, solltest du erstmal wissen, wie viele Mitarbeiter du brauchst und was sie vor allem können sollen. Das hängt nämlich davon ab, was genau du machen und welche Aufgaben du delegieren willst. [...] Möglichkeiten gibt es viele: Willst du nur wenig mit der Praxisorganisation zu tun haben, sind Praxismanagerinnen oder -manager sinnvoll. Willst du kleine Aufgaben delegieren, kannst du speziell weitergebildete Medizinische Fachangestellte (MFA) einstellen, die zum Beispiel Blut abnehmen.

Oder willst du die Vorbereitung zum Röntgen nicht selbst erledigen, können dies Medizinisch-Technische Angestellte übernehmen. ‚Am wichtigsten ist aber eine MFA, die besonders fit in der KV-Abrechnung ist und sich schon mit den Abläufen in einer Praxis auskennt‘, so Gero Sicheneder (von der KV Hessen, Anm.). ‚Denn mit einer guten rechten Hand können sich die neuen Niedergelassenen am besten auf ihre Medizin konzentrieren.‘ Zur guten rechten Hand hast du dann im Idealfall noch eine linke – denn sollte dein Mitarbeiter oder deine Mitarbeiterin krank werden oder in Urlaub gehen, könnte das die Abläufe in deiner Praxis gefährden. Zusätzliche Hilfe bekommst du zum Beispiel mit einer Teilzeitkraft. Wenn du weißt, welche und wie viele helfende Hände du für deine Praxis brauchst, kann die aktive Suche losgehen. Du kannst zum Beispiel Inserate in klassischen Jobbörsen im Internet oder in der Zeitung schalten. Bist du auf der Suche nach angestellten Ärzten oder Ärztinnen, kannst du auch die Praxisbörse deiner KV nutzen. Besonders wertvoll ist es aber, wenn du bei der Suche auf deine Kontakte zurückgreifen kannst.“

Fazit

Die neuen Angebote für Jungärzte machen deutlich, wo die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor dem Hintergrund der Zi-Erfahrungen Informationslücken vermutet. Ob das reicht auch unternehmerische Verantwortung als junger Mediziner übernehmen zu können und (andere) Jungärzte anzustellen, bleibt eher unklar. Dagegen können bei genauerer Betrachtung auch Kommunen mit Interesse z.B. an der Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums (kMVZ) als ebensolcher „Einsteiger“ mithalten und mit Jung- und Nachrücker-Ärzten auch auf Augenhöhe kommunizieren. Fakt ist aber: Es gibt eine Chance für die Kommunen, die entschlossen sind z.B. die Gründung von privaten Mehrbehandlerpraxen konkret zu „unterstützen“ oder ein kommunales MVZ „aufziehen“ wollen. – Das „Alles“ ist kein „Hexenwerk“.

Landarztmangel: Gutachten unterstützt Gründung kommunaler MVZ

„Kommunen als Trägerinnen Medizinischer Versorgungszentren“. Sozialversicherungs-, kommunal- und wirtschaftliche Vorgaben.

Nicht selten sind „Wissenschaftspapiere“ im Auftrag der Politik nur wenig hilfreich für die praktische Umsetzung, doch mit dem Gutachten-Beitrag „Kommunen als Trägerinnen Medizinischer Versorgungszentren“ der beiden Regensburgener Universitätsprofessoren Dr. Thorsten Kingreen und Dr. Jürgen Kühling scheint es anders zu sein. Das Gutachten erschien in in „Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) vom November 2018 (Heft 21, S.890-901). Es ist mit Erläuterungen auf der Internetseite des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege unter <https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2019/09/gutachten-zu-kommunen-als-traeger-medizinischer-versorgungsz.pdf> abrufbar. Beide Quellen nutzen wir, um die Inhalte auszugsweise vorzustellen.

Kommunalisierung der Gesundheitspolitik

„Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) verpflichtet Bund, Länder und Kommunen, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten. Sie müssen daher auch eine erreichbare, d.h. wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen sicherstellen.

Dementsprechend ermöglicht es § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V den Kommunen seit 2015, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. „Das Thema ist gesundheitspolitisch sensibel. Zum einen wird das in großen Teilen der bisherigen

Ärztenschaft und ihren Verbänden nach wie vor hochgehaltene Prinzip der Freiberuflichkeit berührt, welches bislang die vertragsärztliche Leistungserbringung prägte. Die nachrückende Ärztegeneration weicht jedoch von diesem Prinzip immer mehr ab und zieht eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis vor. Zum anderen verändert es die Statik der funktionalen, sog. Gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften, wenn nunmehr kommunale Selbstverwaltungsträger Verantwortung für die vom Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag der KVen (§ 75 SGB V) geprägte Gesundheitsversorgung vor Ort übernehmen.

Ordnungspolitisch und kommunalrechtlich wirft das Thema die Frage auf, ob und inwieweit Kommunen sich wirtschaftlich betätigen dürfen und sollten, da mit kommunalen MVZ auch Gewinne erwirtschaftet werden. Schließlich stellen sich im Verhältnis zwischen der Kommune und dem MVZ und anderen Dritten aus wettbewerbsrechtlicher Sicht EU-beihilferechtliche Fragen. Perspektivisch kann die Digitalisierung dazu beitragen, die Herausforderungen einer flächendeckenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu bewältigen, die Versorgung vor Ort ersetzen kann sie aber nicht.“ (S.891)

Kommunen als Leistungserbringer und Anforderungen an die Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums (kMVZ)

„Gemäß § 95 Abs. 1a SGB V können MVZ u.a. von Kommunen gegründet werden. Die Gesetzesbegründung stellt diese Befugnis explizit in den Kontext der zu stärkenden Verantwortung der Kommunen für die Gesundheitsinfrastruktur: „[...] Dies ermöglicht es Kommunen, aktiv die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern.“ In der Literatur wird indes teilweise die Ansicht vertreten, die Norm verstoße gegen das in Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG normierte und an den Bund adressierte Verbot, Aufgaben auf Gemeinden zu übertragen. Das missversteht aber Inhalt und Funktion von Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG grundlegend. Das Verbot des Bundesdurchgriffs auf die Kommunen sollte die Praxis unterbinden, dass Bund und die im Bundesrat vertretenen Länder kollusiv Bundesgesetze erlassen, die die nicht in das Gesetzgebungsverfahren eingebundenen Gemeinden mit finanzwirksamen Pflichtaufgaben belasten.12 Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG verbietet aber nicht die Einräumung von Handlungsoptionen, von denen die Gemeinden Gebrauch machen oder es auch sein lassen können; insoweit wird also die (finanzielle) Entscheidungsfreiheit und Handlungsfähigkeit der Kommunen nicht beeinträchtigt.“

Kommunen i.S. v. § 95 Abs. 1a SGB V sind alle kommunalen Gebietskörperschaften, d.h. die Landkreise, die Städte und die kreisangehörigen Gemeinden [...] Ob allerdings auch Verwaltungsgemeinschaften, kommunale Zusammenschlüsse oder sonstige Zweckverbände der Kommunen ausgeschlossen werden, ist keinesfalls sicher, denn der Begriff „Kommune“ schließt es jedenfalls nicht aus, dass mehrere kommunale Gebietskörperschaften (Anm.: etwa ein Landkreis und mehrere kreisangehörige Gemeinden) gemeinsam als Gründer fungieren.“ (S.892, 900) Als Fallbeispiele solcher Art können das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als Anstalt

des öffentlichen Rechts (AöR) in Katzenelnbogen und MVZ Schwarzenborn angeführt werden.

Kommunen werden mit der Gründung zu Leistungserbringern i.S.d. Krankenversicherungsrechts. Dabei „ist zwischen der Gründung des MVZ durch die Kommune, d. h. durch einen entsprechenden Beschluss des Gemeinderates (für Bayern: Art. 30 Abs. 2 BayGO), und der nachfolgenden sozialversicherungsrechtlichen Zulassung des gegründeten MVZ durch den Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) zu differenzieren. Allerdings sind kommunalrechtliche und sozialversicherungsrechtliche Errichtungsvoraussetzungen aufs Engste miteinander verzahnt, nicht nur unter dem Aspekt der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung, sondern auch, weil das sozialversicherungsrechtliche Zulassungsrecht die Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung des MVZ steuert.“

Medizinische Versorgungszentren sind vertragsärztliche Leistungserbringer, für deren interne Struktur besondere Anforderungen gelten. Als solche sind kommunale MVZ Zwangsglied der Kassenärztlichen Vereinigung.

Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen für die Gründung eines kommunalen MVZ

Medizinische Versorgungszentren sind nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. (S.891f.) „Die Notwendigkeit einer ärztlichen Leitung stellt sicher, dass ärztliche Entscheidungen nicht von Nicht-Ärzten beeinflusst werden [...] Er [Anm.: der ärztliche Leiter] ist in medizinischen Fragen weisungsfrei“. (S.892)

„Der ärztliche Leiter muss nach § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V selbst im MVZ tätig sein. Das erfordert zwar keine fachliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme, wohl aber die Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung“. (S.892) Der ärztliche Leiter „kann, muss aber nicht in der Geschäftsführung des MVZ tätig sein.“ (S.893)

„Ein Vertragsarzt muss die vertragsärztliche Tätigkeit nach § 19a Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverordnung grundsätzlich in Vollzeit ausüben. [...] Er kann sie aber durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss auf die Hälfte des Versorgungsauftrages beschränken (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). [...] (Anm.: Es) reicht nunmehr [...] ein Beschäftigungsumfang von zehn Wochenstunden für die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung aus.“ (S.892f.)

„Der angestellte Arzt verzichtet zugunsten des MVZ auf seine Zulassung. Bei dieser Konstruktion ist allein das MVZ Inhaber der Zulassung“. (S.892) Eine auch mögliche freiberufliche ärztliche Tätigkeit in einem MVZ ist nicht zu empfehlen.

„Gemäß § 105 Abs. 5 S. 1 SGB V können Kommunen nur in begründeten Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein solcher begründeter Ausnahmefall liegt [...] insbesondere vor, wenn die Versorgung anders als durch die Kommune

nicht sichergestellt werden kann. Gemäß § 95 Abs. 1a S. 4 SGB V gilt § 105 Abs. 5 S. 2 SGB V für die Gründung von MVZ durch Kommunen aber nicht.

Es gibt also zumindest kein sozialversicherungsrechtliches Subsidiaritätsprinzip: Kommunen haben gemäß § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V im Verhältnis zu anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern grundsätzlich gleichberechtigten Zugang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.“

Kommunale MVZ (kMVZ) müssen ihre Zulassung als Mitglied genauso wie Einzelärzte bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beantragen. „Dabei gilt auch für sie das allgemein Bedarfsplanungsrecht, das sich auf den Zulassungsanspruch aber nur auswirkt, wenn Überversorgung besteht. [...] Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem MVZ tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung nach § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V grundsätzlich auch dann zu genehmigen, wenn der Planungsbezirk durch Zulassungsbeschränkungen gesperrt ist. [...] Zudem kann eine frei werdende Arztstelle im MVZ trotz Zulassungsbeschränkungen nachbesetzt werden (§ 103 Abs. 4a S. 3 SGB V), ohne dass es der sonst üblichen Ausschreibung nach § 103 Abs. 4 SGB V und einer sich daran anschließenden Bewerberauswahl bedarf.“

Die Kassenärztlichen Vereinigungen] haben gem. §75 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in §81 Abs. 5 SGB V (Verwarungen, Verweise, Geldbußen, Ruhen der Zulassung) vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten. Es fragt sich, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen diese hoheitlichen Befugnisse auch im Verhältnis zu einem von einer Gemeinde getragenen MVZ geltend machen können.“ (S.893)

Kommunalrechtliche Voraussetzungen für die Gründung eines kommunalen MVZ

„Das Grundgesetz enthält keine Bundesgesetzgebungskompetenz für den Bereich der Gemeinden. Das ist jedenfalls für das Gemeindeverfassungsrecht ohne weiteres nachvollziehbar, weil dieses die verfassungsrechtliche Organisation der Länder betrifft. Insoweit kann man also von einer ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz der Länder ausgehen.“

„Ob das auch für das Gemeindefirtschaftsrecht gilt, ist [Anm.: noch] nicht geklärt. [...] Überwiegend wird zwar die Meinung vertreten, das Kommunalwirtschaftsrecht sei kein Wirtschaftsrecht i. S. v. Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG sei. Das wird

aber, zugleich einschränkend, damit begründet, dass die wirtschaftlich operierenden Gemeinden eine öffentliche Gemeinwohlaufgabe erfüllten, also nicht als Marktteilnehmer agierten, für die Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG einschlägig sei. [...] Zu betonen ist ohnehin, dass auch die Einschlägigkeit von Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG grundsätzlich nichts an der Kompetenz der Länder zur Regelung des Gemeindefirtschaftsrechts ändern würde.“

Die bei der oben skizzierten Rechtsdiskussion zugrundeliegende Frage lautet, ob für die Gründung kommunaler MVZ das Subsidiaritätsprinzip gilt:

„Wenn der kommunale Betrieb eines MVZ unter den Begriff der „Daseinsvorsorge“ zu subsumieren wäre, dann gäbe es keinen Regelungskonflikt zwischen Sozialversicherungsrecht und Kommunalrecht, weil beide gleichermaßen kein Subsidiaritätsprinzip vorsehen. Das ist übrigens auch in anderen Sozialleistungsbereichen anerkannt, in denen die Gemeinde nicht nur Sozialleistungsträger ist, sondern zugleich auch (und insoweit vergleichbar mit einem MVZ) Leistungserbringer, etwa im Bereich der Jugendhilfe. Konsequenterweise gilt hier auch kein kommunalrechtliches, sondern in § 4 Abs. 2 SGB VIII ein – auch aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art. 28 Abs. 2 GG) nur sehr eingeschränktes – sozialrechtliches Subsidiaritätsprinzip, für dessen Regelung der Bund aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 SGB VIII („öffentliche Fürsorge“) zuständig ist.

Würde man hingegen die Tätigkeit eines kommunalen MVZ als Teilnahme am Wirtschaftsleben i. S. d. Art. 87 Abs. 1 S. 2 BayGO/Art. 75 Abs. 1 S. 2 BayLKrO [Anm: oder Gemeindeordnungen der anderen Bundesländer] ansehen, so wären die Länder nicht nach Art. 70 Abs. 1 GG, sondern nur unter den Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 1 GG zuständig. Diese sind aber nicht gegeben, wenn der Bundesgesetzgeber eine abschließende Regelung getroffen hat; dies ist mit § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V geschehen, da der Bundesgesetzgeber hier unmissverständlich deutlich gemacht hat, dass das Subsidiaritätsprinzip nicht zur Anwendung kommt.“

Zur Frage und Diskussion möglicher Rechtsformen verweisen wir auf den Beitrag „Kommunale MVZ: Mögliche Rechtsformen im Überblick“ auf Seite 4 dieser Ausgabe. Die im zitierten Gutachten und darauf basierenden Schrift des Ministeriums abgegebenen Einschätzungen und Empfehlungen zu diesem Thema sind relativ markt- und realitätsfern und wurden daher zwischenzeitlich durch andere Gutachten zum Thema Rechtsformen und durch das tatsächliche Marktgeschehen widerlegt.

Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Zugrundeliegende Systematik

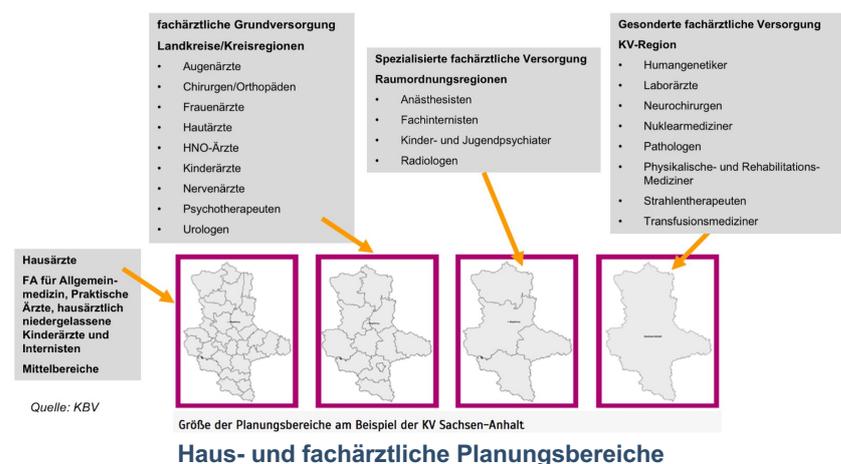
2019 nannte die KBV 177.826 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten aller Fachrichtungen. Darunter waren 55.073 Hausärzte, 92.876 allgemeine Fachärzte (fachärztliche Grundversorgung), 23.133 spezialisierte Fachärzte und 6.744 „gesonderte“ Fachärzte. Alle zusammen stellen die ambulante vertragsärztliche Versorgung sicher. Das wichtigste Instrument für die Steuerung dieser medizinischen Versorgung ist die kassenärztliche Bedarfsplanung. Diese legt seit 1977 fest, wie viele Kassen- bzw. Vertragsärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen. „Die Verhältniszahlen – Einwohnerzahl pro Arzt – drücken das als angemessen bewertete Soll-Versorgungsniveau aus. Sie sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie differenziert nach Arztgruppe und Planungsbereich als bundeseinheitlicher Maßstab festgelegt.“ (www.g-ba.de)

In § 99 SGB V heißt es zur Bedarfsplanung: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss [Anm: G-BA] erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen.“

Die letzte dieser Anpassungen erfolgte mit Beschluss vom 16. Mai 2019 zum 1.1.2020. Hiermit führte „der G-BA ein mehrstufiges Berechnungsverfahren ein, mit dem die Basis-Verhältniszahlen entsprechend der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur vor Ort angepasst werden können. Die so ermittelten regionalen Verhältniszahlen bilden dann die Grundlage zur Bewertung der Versorgungssituation vor Ort und spiegeln

gleichzeitig wider, wie sich der Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten in der Region im Vergleich zum Bundesdurchschnitt verhält.“

Durch die Einteilung der Arztgruppen in vier Versorgungsebenen nach ihrem jeweiligen Spezialisierungsgrad, kam es zu unterschiedlich großen Planungsbereichen. Die Bedarfsplanung orientiert sich seitdem an den vier folgenden Versorgungsebenen (siehe Grafik).



Hausärztliche Versorgung

Hausärzte werden wohnortnah und flächendeckend auf der Basis sogenannter Mittelbereiche (Anzahl 883 bundesweit) geplant. Diese Definition geht zurück auf das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, das Mittelbereiche für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen heranzieht. Für die hausärztliche Versorgung galt bis zum 31.12.2019 die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1.671 Einwohner. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie senkte diesen Wert zum 1.1.2020 auf 1.609 Einwohner pro Hausarzt. Die Verhältniszahl kann auf Basis der o.g. Parameter weiter regional angepasst werden.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Die Bedarfsplanung der „allgemeinen fachärztlichen Versorgung“ (siehe Grafik) erfolgt auf Grundlage der 295 Landkreise/Kreisregionen und der 107 kreisfreien Städte in Deutschland. Hierbei wird davon ausgegangen, dass für die allgemeine fachärztliche Betreuung eine geringere räumliche Nähe als für die hausärztliche Betreuung erforderlich ist.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

In der Arztgruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind Anästhesisten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen zusammengefasst. Die Planung erfolgt innerhalb der bundesweit 97 Raumordnungsregionen. Im Schnitt sind bundesweit etwa vier Kreise zu einer Raumordnungsregion zusammengefasst.

Verhältniszahlen (Planungsgrundlage, tlw. angepasst)		
	bis 31.12.2019	seit 1.1.2020**
Hausarzt	1.671	1.609
Augenarzt	20.664*	12.463 – 23.003
Chirurg / Orthopäde	39.711 / 23.813*	9.071 – 16.864
Frauenarzt	6.037*	3.853 – 6.819
Hautarzt	40.042*	21.205 – 41.839
HNO-Arzt	31.768*	17.371 – 33.878
Kinderarzt	3.859*	2.043 – 2.862
Nervenarzt***	31.183*	13.454 – 24.773
Psychotherap.***	5.953*	3.171 – 6.385
Urologe	47.189*	26.206 – 48.633

* *Eigenversorgt*

** 6 Typen (stark mitversorgend – mitversorgt und mitversorgend – stark mitversorgt – mitversorgt – eigenversorgt - polyzentrischer Verflechtungsraum)

*** zusätzliche Quotenregelung

Quellen: KBV Bedarfsplanung, geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie vom 16. Mai 2019

Verhältniszahlen für Haus- und allgemeine Fachärzte

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Die Arztgruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung mit Humangenetikern, Laborärzten, Neurochirurgen, Nuklearmedizinern, Pathologen, Physikalischen und Rehabilitationsmedizinern, Strahlentherapeuten und Transfusionsmedizinern wurde zum 1. Januar 2013 neu in die Bedarfsplanung aufgenommen. Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind häufig ohne Patientenkontakt tätig und werden im Gebiet der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen geplant. Diese orientieren sich (Ausnahmen NRW mit zwei KVen) am Bundesland.

Hausärztemangel: Der „Ball“ bleibt bei den Kommunen



Bekanntermaßen verpflichtet das Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz den Bund, die Länder und die Kommunen, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten. Letztere müssen daher *nolens volens* auch eine erreichbare, d.h. wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen sicherstellen. Dazu brauchen sie natürlich – neben dem immer wieder angeführten Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen – volle Unterstützung durch den Gesetzgeber, also die „Politik“.

In diesem Zusammenhang lässt eine Meldung von Anfang September 2020 aufhorchen: Demnach hatte die Spitze der größten Bundestagsfraktion auf ihrer Klausurtagung im Berliner Westhafen eine entsprechende Forderung in ihr Fünf-Punkte-Papier zur Sicherung des Wohlstands in Deutschland aufgenommen. In dem Papier heißt es: „Wenn man sich die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, neue Arbeitszeitmodelle und die alternde Gesellschaft vor Augen führt, wird klar, dass mehr Ärzte ausgebildet werden müssen.“ Und fährt dazu fort: „Zudem müssen wir bereits jetzt (!) Vorsorge treffen für 2030 (!), wenn die Ärztegeneration der Babyboomer in den Ruhestand geht.“ Dazu forderte die Fraktion eine Erhöhung der derzeit rd. 10.000 Studienplätze um 5.000 Studienplätze. Dies sei zwar „ambitioniert, aber machbar – zumindest dann, wenn alle Bundesländer mitziehen“. Der bereits in vielen Kommunen seit einigen Jahren bestehende und für Patienten spürbare Hausärztemangel, Patientenstopps in erster Linie bei Fachärzten oder immer länger werdende Anfahrtswege zum Spezialisten blieben gänzlich unberücksichtigt.

Mehr als 10.000 unbesetzte Hausarztsitze bis 2030

Bei einer Gesamtausbildung von Medizinern von bis zu zehn Jahren hat man damit lösungsseitig also bestenfalls die Mitte der 2030er Jahre im Blick. Bis 2030 setzen sich jedoch etwa die Hälfte aller in Deutschland niedergelassenen Hausärzte zur Ruhe. U.a. mangels der zur Verfügung gestellten Studienplätze im Bereich Humanmedizin in den Jahren nach 1990 kann nur knapp die Hälfte dieser Hausarztsitze nachbesetzt

werden. D.h. es fehlen nach den allgemein zugänglichen Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2016 bis 2030 deutlich mehr als 10.000 Hausärzte im Bundesgebiet.

IT-Branchenvertreter sprechen, trotz der während der aktuellen medizinischen Krise zunehmenden Video-Sprechstunden, nur vage Hoffnungen aus.

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.

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.

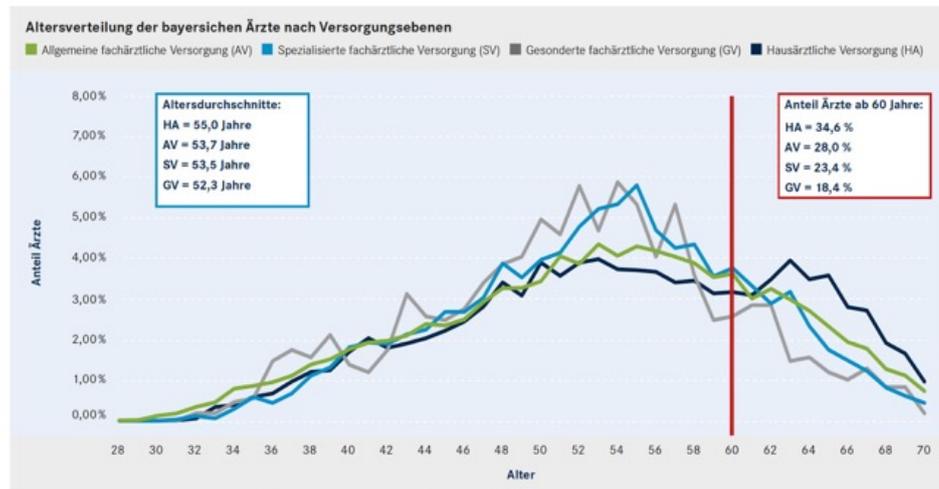
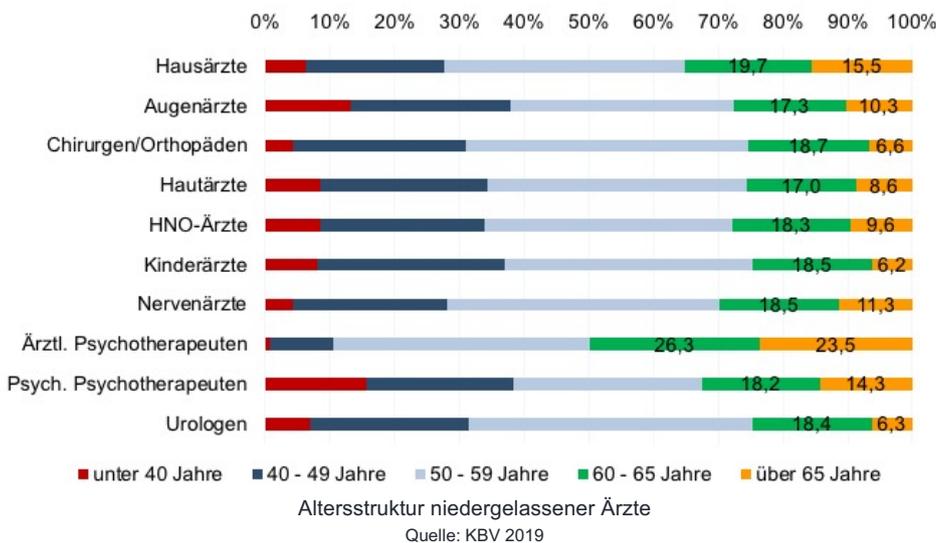


Abbildung 1 Alle Ärzte und Psychotherapeuten (inkl. Jobsharing-Ärzte); Personenzählung des Arztes/PT je Bedarfplanungsgruppe innerhalb Bayerns
 Quelle: eigene Darstellung - Daten: KVB-Arztregister; Stichtag: 25. August 2016 - Landesausschuss-Sitzung

Dieser KBV-Vorausberechnung folgend, waren es Ende 2019 bundesweit bereits 3.280 unbesetzbare Hausarztsitze, bei Fachärzten waren es hingegen 1.933. Die sich jährlich steigende Hausarztlücke liegt demzufolge bereits bei über 400 zusätzlich fehlenden Hausärzten in der ambulanten Versorgung pro Jahr. In absehbarer Zeit gehen damit rd. 1,5 Hausärzte pro Tag der ambulanten Grundversorgung verloren. Die erkannten Baby-Boomer-Effekte nehmen dabei bereits im Jetzt von Jahr zu Jahr zu: Nach 2027/2028 dürfte sich hinsichtlich der ambulanten wohnortnahen Grundversorgung die Zuruhesetzungswelle spürbar auswirken.



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.

Fazit

Was bleibt für die betroffenen Kommunen bei einem solchen Szenario zu tun „übrig“? – Die Notwendigkeit, sich um die

Fernbehandlung: Deutschland auf Platz 16 von 17

Welche Kapazitätseinsparungseffekte Telemedizin, Video-Sprechstunden, effizientere Mehrbehandlerpraxen, delegative Praxisstrukturen, bei denen Nicht-Mediziner mehr ärztliche Arbeiten übernehmen, einbringen werden, wird man wohl erst in einigen Jahren belastbar wissen. Wissenschaftliche Untersuchungen fehlen hierzu bezeichnenderweise noch. Die

Interview

Marian Schreier (30), seit 2015 Bürgermeister der Landstadt Tengen (rd. 4.700 Einwohner) im Landkreis Konstanz, im Interview mit Impulse über die Gründung einer Genossenschaft zur Sicherstellung einer wohnortnahen ärztlich-medizinischen Versorgung.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Schreier, der Hausärztemangel wird auch in Baden-Württemberg mit etwa 500 nicht besetzten Hausarztpraxen immer gravierender. Zudem wird deutlich, dass in zahlreichen, davon betroffenen Kommunen die Infrastruktur nicht den zentralen Anforderungen der herbeigesehnten Nachrücker-Ärzte entspricht. Das bedeutet meistens, dass es auch an einer bedarfsgerechten Infrastruktur mangelt. Um dem abzuwehren hat die Stadt Tengen 2019 einen vollkommen neuen Weg der Finanzierung beschritten und für die Errichtung eines Ärztehauses eine „Bürger-Genossenschaft“ gegründet. - **Was war der auslösende Impuls diesen Weg zu beschreiten?**

Wie bei vielen ländlichen Gemeinden ist bei uns das Thema der haus- und zahnärztlichen Versorgung aktuell. Es gab bei uns ursprünglich zwei Hausarztpraxen. Zwei Arztstühle konnten nicht nachbesetzt werden, so dass sich für uns die Frage stellte hier tätig zu werden. Wir waren recht schnell an dem Punkt, an dem wir sagten, wir wollen ein Ärztehaus errichten, um moderne Räumlichkeiten bieten zu können. Dies ist ein Punkt, den wir als Stadt gut abdecken können. Die klassischen Varianten wären, dass man es entweder durch einen Investor macht, der das Ganze dann baut und vermietet, oder dass die Stadt selbst baut und vermietet. Wir haben uns für einen dritten Weg entschieden eine Genossenschaft zu gründen.

Impulse: Wie haben die Bürger und natürlich auch die Unternehmen am Ort auf diesen innovativen Ansatz von Ihnen reagiert?

Wir starteten im Dezember 2018 mit einer Informationsveranstaltung. Das Interesse der Bevölkerung war sehr rege und wir konnten auch einige örtliche Akteure als Unterstützer gewinnen, wie z.B. die beiden Kirchen, die beiden Banken usw. In der Zwischenzeit sind es rd. 400 Bürger und Bürgerinnen, die Mitglieder in der Genossenschaft sind. Widerstände oder Kritik an dem Vorgehen von Seiten der Bürger und Bürgerinnen gab es nicht. Wie gesagt, die Bürger haben sehr gut mitgemacht. Das führt auch zu einer sehr hohen Verbundenheit der Bürgerschaft mit dem Ärztehaus und es ist zu erwarten, dass das auch ein Vorteil bei der Nachbesetzung sein kann.

Wir akquirieren jetzt nicht weiter, sondern – es ist bei Genossenschaften eigentlich üblich, dass man Projekt für Projekt finanziert mit den Anteilen, die wir eingeworben haben. Und dies durch eine Fremdfinanzierung ergänzt.

Impulse: Wie waren die Beteiligungs- / Zeichnungsmodalitäten ausgestaltet? Wie hoch sind die einzelnen Genossenschaftsanteile? Immerhin beträgt das Bauvolumen rd. 3,25 Millionen Euro.

Wir haben über 600.000 Euro an Genossenschaftsanteilen, dann die Förderung des Projekts seitens des Landes Baden-Württemberg aus Richtung „Ländlicher Raum“ und dann eine Fremdfinanzierung. Die Mindesteinlage lag bei 500 Euro.

Impulse: Wichtig war ja von Anfang an, dass sich die Ärzte am Ort einbringen. Was sind bislang deren erkennbaren Beiträge das Thema „Hausärztemangel“ ihrerseits mit bewältigen zu helfen?

Wir haben das Ganze natürlich von Anfang an mit den Ärzten abgestimmt, es geht ja schließlich um die ärztliche Versorgung. Da sie die Räumlichkeiten auch nutzen, muss mit ihnen umfassend und frühzeitig zusammengearbeitet werden. Wir haben den Vorteil, dass wir noch bestehende Praxen haben. Da ist es ganz natürlich das gesamte Raumprogramm und die Bauplanung eng mit den Praxen abzustimmen. Dabei ist alles so konzipiert, dass man auch zusätzliche Ärzte integrieren kann. Da sind gerade die Grundrisse wichtig, die auch Entwicklungsmöglichkeiten lassen.

Impulse: Der Bau soll im Sommer 2021 stehen. – Welche Herausforderungen stehen noch für 2021 und 2022 an? Was waren die größten Hindernisse und Herausforderungen?

Der gesamte Gründungsprozess verlief absolut reibungslos. Wir haben – wie gesagt – die Informationsveranstaltung im Dezember 2018 gemacht, die eigentliche Gründung fand dann im Februar 2019 statt. Dann wurde im Laufe des Frühjahrs die Genossenschaft eingetragen, wir haben an der Bauplanung gearbeitet, so dass wir dann Ende 2019 eine Baugenehmigung vorliegen hatten. Der Bau hat dann im Frühjahr 2020 begonnen. Die Gebäude stehen jetzt auch schon bis auf den Innenausbau, so dass wir dann im Juni / Juli 2021 fertig sind. Das einzige große Hindernis, das wir eigentlich hatten, waren die Verzögerungen durch die Pandemie.

Impulse: Das war ja ein richtig taffes Programm für Ihre Mitarbeiter

Ja klar. Die Genossenschaft wird ehrenamtlich geführt, durch meine Person und durch Herrn Luckner, der ist ehemals Arzt in der Gemeinschaftspraxis gewesen. Die operative Arbeit wird außerdem durch das Rathaus unterstützt.

Impulse: Wie stark war die Rolle der ansässigen Banken?

Die Banken sind Gründungsmitglieder gewesen und stellen die Fremdfinanzierung. Die gesamte Finanzierungsthematik haben wir natürlich – wie dies immer üblich ist – mit den Banken abgestimmt.

Impulse: Sehen Sie Ihre Genossenschaft als Zukunftsmodell, um auf kommunalpolitische Herausforderungen – wie z.B. den Landarztmangel – zu reagieren? Ist der von Ihnen gewählte Weg multiplizier-

bar?

Absolut. Das halte ich gerade für kleinere Kommunen für ein absolut tragfähiges Modell, weil es neben den klassischen Modellen Investor oder Stadt nochmal ein dritter Weg zur Realisierung eines Ärztehauses ist. Und weil es schlussendlich auch zu einer hohen Verbundenheit der Bürgerschaft mit dem Ärztehaus und den Praxen führt. Im Zentrum steht immer der Gedanke, das ist unsere Arztpraxis.

Impulse: Ihr geschilderter Zeitrahmen war ja recht eng. Ist das generell notwendig, um das Momentum zu erhalten oder kann dieser Zeitrahmen auch gestreckt werden.

Der Zeitrahmen kann sicherlich gestreckt werden. Bei uns war es sehr zügig.

Impulse: Herr Schreier, herzlichen Dank für das interessante Gespräch und weiterhin viel Erfolg mit Ihrem Projekt!

Interview

Thomas Schreglmann, seit 2011 Erster Bürgermeister der Stadt Kilsheim im Main-Tauber-Kreis, im Interview mit *Impulse* über die Stärkung der medizinischen Versorgung im Rahmen eines gegenwärtigen Konversionsprojektes.



Kilsheims Erster Bürgermeister Thomas Schreglmann

Das Interview für *Impulse* führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Schreglmann, wann war für Sie der Zeitpunkt gekommen, an dem Sie wussten, dass sich die Stadt selbst um das Thema ärztliche Versorgung kümmern muss?

Dass unsere Hausärzte im ländlichen Raum zunehmend überaltern und keine Nachfolge finden, ist in den meisten Rathäusern seit Jahren bekannt. Aber als moderne Stadtverwaltung kümmert man sich mittlerweile um viele Bereiche: Tourismus, Kultur, Schulen, Kindergärten, Infrastruktur. Da hofft man natürlich bis zum Schluss, dass sich das Thema „ärztliche Versorgung“ (so wie in der Vergangenheit auch) von alleine regelt...

Die Stadt Kilsheim war bislang bei der hausärztlichen Versorgung gut aufgestellt. Bei rd. 5.300 Einwohnern hatten wir 2 Mehrbehandlerpraxen. Während die eine Praxis bereits an die dritte Generation übergeben worden ist, ist in der zweiten Praxis plötzlich der jüngere Arzt weggebrochen und der ältere Arzt steht kurz vor dem 70. Lebensjahr. Ab da war klar, dass wir uns als Stadtverwaltung um dieses Thema kümmern müssen, sonst steht die halbe Bevölkerung in ein paar Jahren vermutlich ohne ärztliche Versorgung da.

Impulse: Sie hatten und haben mit dem Rückzug der Bundeswehr und der Konversion der ehemaligen Prinz-Eugen-Kaserne als Stadt ein „riesen“ Projekt zu bewältigen. Woher kam der Impuls, das Thema einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung in das Projekt zu integrieren?

Zunächst hatten wir die Idee, das Projekt in der Innenstadt umzusetzen, weil eine Arztpraxis immer auch ein Frequenzbringer ist. Damit hätten wir gerne den Einzelhandel unterstützt. Kilsheim ist aber im historischen Ortskern sehr dicht bebaut, sodass die Themen „Anfahrbarkeit“ oder „Stellplätze“ nicht optimal gelöst werden konnten. Daher war die vorteilhafteste Lösung, das Projekt in der ehem. Kaserne umzusetzen. Die Stadt hat das rd. 53 ha große, unmittelbar an die Stadt angrenzende Areal vor Jahren vom Bund erworben und zu einem modernen Gewerbepark umgewandelt. Hier haben wir die Möglichkeit, vorhandene Bausubstanz umzubauen und über das Sanierungsprogramm auch finanziell zu unterstützen. Stellplätze sind ausreichend vorhanden. Zudem haben wir im Umkreis des Projekts in den letzten Jahren schon Einrichtungen angesiedelt, wie eine Tagespflege für Senioren, Praxen von Krankengymnasten oder einen neuen Einkaufsmarkt. Da passt ein MVZ sehr gut dazu.

Impulse: Sie sind in der beneidenswerten Lage, dass Sie auf das Engagement einer bestehenden Mehrbehandlerpraxis zurückgreifen konnten. Warum war das Thema ‚Sicherung der hausärztlichen Versorgung‘ trotzdem kein „Alleinläufer“?

Bei einem derartigen Projekt haben sie immer viele Mitspieler, mit denen

sie zusammenarbeiten müssen. Da ist es schon wichtig, von Anfang an alle mitzunehmen und auch immer auf dem Laufenden zu halten. Da gibt es zahlreiche Gespräche und auch Punkte von Seiten der Verwaltung abzuarbeiten. Das Engagement der vorhandenen Mehrbehandlerpraxis ist für die Stadt Kilsheim natürlich ein großer Glücksfall. Ein Alleinläufer ist das Projekt aber bei weitem damit nicht. Da ist es sehr hilfreich gewesen, das Büro Dostal & Partner von Anfang an mit einzuschalten.

Impulse: Nach aktuellem Stand ist das Projekt „Ausbau der hausärztlichen Versorgung“ ja gelungen. Was waren im Rückblick die wichtigsten Kriterien für Erfolg bzw. Misserfolg?

Das Projekt ist zwar noch nicht umgesetzt, aber alle Ampeln stehen auf grün und der Zug hat volle Fahrt aufgenommen. Letztendlich hat der Erfolg viele Mütter und Väter: Wir haben das Glück, dass die vorhandene Mehrbehandlerpraxis sich für die Gesundheit der hiesigen Bevölkerung verantwortlich fühlt. Diese Familie stellt jetzt schon in der dritten Generation die medizinische Versorgung bei uns sicher und ist bereit, für dieses Projekt eine stolze Summe zu investieren. Von Seiten der Stadt Kilsheim waren wir in der Lage, ein vorhandenes, ideal gelegenes Gebäude zu einem günstigen Preis anzubieten und zusätzlich das Projekt mit einem Sanierungszuschuss zu unterstützen. Für einen Erfolg brauchen sie beides: Ein Gebäude und Ärzte und das hat bei uns alles gut zusammengepasst.

Impulse: Welche Herangehensweise empfehlen Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen? Das Thema nimmt bundesweit an Relevanz immer weiter zu.

Wichtig ist, möglichst frühzeitig mit seinen Ärzten vor Ort ins Gespräch zu kommen und sie von Anfang an mit einzubinden. Dies ist in kleineren Kommunen oft leichter als in größeren Städten. Damit lässt sich so ein Projekt wesentlich leichter umsetzen.

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

Interview

Christina Eisenhut, stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Koordinatorin des kommunalen MVZ Schwarzenborn, im Interview mit Impulse über die Errichtung des ersten hessischen kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums.



Christina Eisenhut, stellv. Vorstandsvorsitzende und Koordinatorin des kommunalen MVZ Schwarzenborn

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Frau Eisenhut, am 01. Oktober 2018 erhielten Sie die Zulassung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Gründung des ersten hessischen kommunalen MVZ. Wie kam es seinerzeit zur Überlegung eine solche Lösung anzustreben? Die Stadt betrat hiermit ja definitiv Neuland.

Die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen stellt eine große Herausforderung dar. Nicht nur hier in Schwarzenborn, sondern in vielen ländlichen Regionen haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Probleme, Nachfolger zu finden. So ging es auch der langjährig in Schwarzenborn tätigen Ärztin. Im Jahr 2015 gab sie ihre Tätigkeit als niedergelassene Ärztin altersbedingt auf, ein Praxisnachfolger konnte trotz einer intensiven Suche nicht gefunden werden. Der Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), dennoch haben die Länder eine Mitverantwortung. Mit der Aufgabe der Daseinsvorsorge stehen auch die Kommunen in der Verantwortung. Daher hat sich die Stadt Schwarzenborn damals dazu entschieden, für die Bürger*Innen ein kommunal geführtes MVZ zu gründen

und damit die ärztliche Versorgung in der Region auch zukünftig zu sichern.

Impulse: Die Stadt Schwarzenborn führt das kommunale Medizinische Versorgungszentrum als „Anstalt öffentlichen Rechts (AÖR)“. Was bedeutet das konkret?

Die Trägerkommune Stadt Schwarzenborn überträgt uns als Anstalt öffentlichen Rechts verschiedene Aufgaben, die in der Satzung festgelegt wurden. Dazu gehören unter anderem Abstimmungsverfahren mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und deren Gremien durchzuführen, die Leitung der Anstalt und die Patientenversorgung in der Region Knüll. Die Anstalt kann im Rahmen der Aufgabenerfüllung Anstellungsverträge mit Ärzten/innen und sonstigem Praxispersonal abschließen und hier weitestgehend eigenständig reagieren.

Die Ärzte können sich ganz auf die Medizin konzentrieren. Denn um die betriebswirtschaftlichen Belange kümmert sich der dreiköpfige Vorstand der AÖR, den der Kämmerer der Stadt, der Betreiber eines Pflegedienstes und ich bilden. Bürgermeister Liebermann stellt zusammen mit dem ersten Stadtrat und drei weiteren

Vertreten den Verwaltungsrat für das MVZ.

Impulse: Was waren die ausschlaggebenden Kriterien für die Wahl dieser Rechtsform z.B. im Vergleich zum ebenfalls möglichen Eigen-/Regiebetrieb, zu einer GmbH oder Genossenschaft?

Ursprünglich wollten wir in der Rechtsform einer GmbH gründen, dies wurde allerdings seitens der Kommunalaufsicht nicht genehmigt. Hier gab es damals haftungsrechtliche Gründe.

[Anm. d. Redaktion: Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.7.2015 erlaubte der Gesetzgeber Eigen- und Regiebetriebe, KdöR/AöR, (g)GmbH und Genossenschaften (e.g)].

Impulse: Viele Kommunalverantwortliche sind der Meinung, dass man als Stadt, Marktflecken oder Gemeinde groß genug sein müsste, um sich ein kommunales MVZ "leisten" zu können. Mit seinen (nur) rd. 1.300 Einwohnern zählt Schwarzenborn ja als „kleinste Stadt Hessens“. Was ist Ihre Erfahrung dazu?

Der Aufwand für die Kommune war und ist erheblich. Das MVZ Schwarzenborn wurde als Neubau am Ortsrand von Schwarzenborn in der Zeit von Juni 2016 bis Mai 2017 errichtet. Die Baukosten haben 1,2 Mio. EUR betragen. Dabei hat die Stadt als Bauherr einen EU-Zuschuss in Höhe von 200.000 € erhalten. Die Restmittel wurden z.T. durch ein Darlehen finanziert. Der Rest mit Eigenmitteln der Stadt Schwarzenborn. An Ausstattungen und med. Gerätschaften wurden nochmals rd. 150.000 € aufgewandt. Wir gehen davon aus, dass sich das MVZ ab 2023 selbst trägt und die Scheinzahlen ausreichen um den lfd. Betrieb sowie die Personalkosten

abdecken zu können. Bis dahin werden jährliche Zuschüsse der Stadt Schwarzenborn an das MVZ zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebes gezahlt.

Impulse: Sie haben Ihr kommunales MVZ mittlerweile auch um eine fachärztliche Komponente erweitert. Was waren die zentralen Erfolgsfaktoren, dass Sie dies nach über zwei Jahren erreicht haben?

Wir sind direkt am Tag der Zulassung mit einem gynäkologischen und einem allgemeinmedizinischen Sitz gestartet. Zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren gehören aus meiner Sicht auf jeden Fall die handelnden Personen. Wir haben hier mit Herrn Bürgermeister Liebermann, dem Verwaltungsratsvorsitzenden der AöR einen Menschen, der für die Menschen da ist und lösungsorientiert denkt und handelt. Er treibt die Dinge voran, das war insbesondere in der Aufbauphase gut und wichtig. Auch jetzt lässt er nicht nach, alle handelnden Personen mit auf den Erfolgsweg zu nehmen.

Impulse: Was waren – im Rückblick betrachtet – die größten Schwierigkeiten bei der Gründungsvorbereitung?

Mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes 2014 wurden zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, ein Leitfaden für die Umsetzung eines solchen Projektes existierte jedoch nicht. Uns fehlte eine "Blaupause" dazu. Ein kommunales MVZ war nicht nur für uns Neuland, sondern auch für die KVen und die kommunalen Aufsichtsgremien. Man wusste nicht wie man mit einem kommunalen MVZ umgehen sollte. Auch ist es nicht leicht Mediziner zu finden, die bereit sind in einem noch nicht gegründeten MVZ tätig zu werden. Nicht nur für die Gründer, sondern auch für das Personal gab es noch viele Unbekannte, die

damals noch nicht abgeschätzt werden konnten.

Impulse: Wo sehen Sie das kommunale MVZ in Schwarzenborn in fünf bis sechs Jahren? Wovon hängt dabei die voraussichtliche Entwicklung besonders ab?

Ich sehe mit Zuversicht in die Zukunft und freue mich darauf, unser Projekt in den nächsten Jahren weiter auszubauen. Ziel ist es, noch eine(n) dritte(n) Mediziner(in) zu beschäftigen, um auch Vertretungen organisieren zu können und das Angebot auszuweiten. Ausschließen möchte ich es nicht, eventuell noch eine weitere Betriebsstätte zu eröffnen. Aber das sind noch Zukunftsvisionen. Wichtig ist, die ärztliche Versorgung langfristig zu sichern. Da sind wir auf einen guten Weg, denke ich.

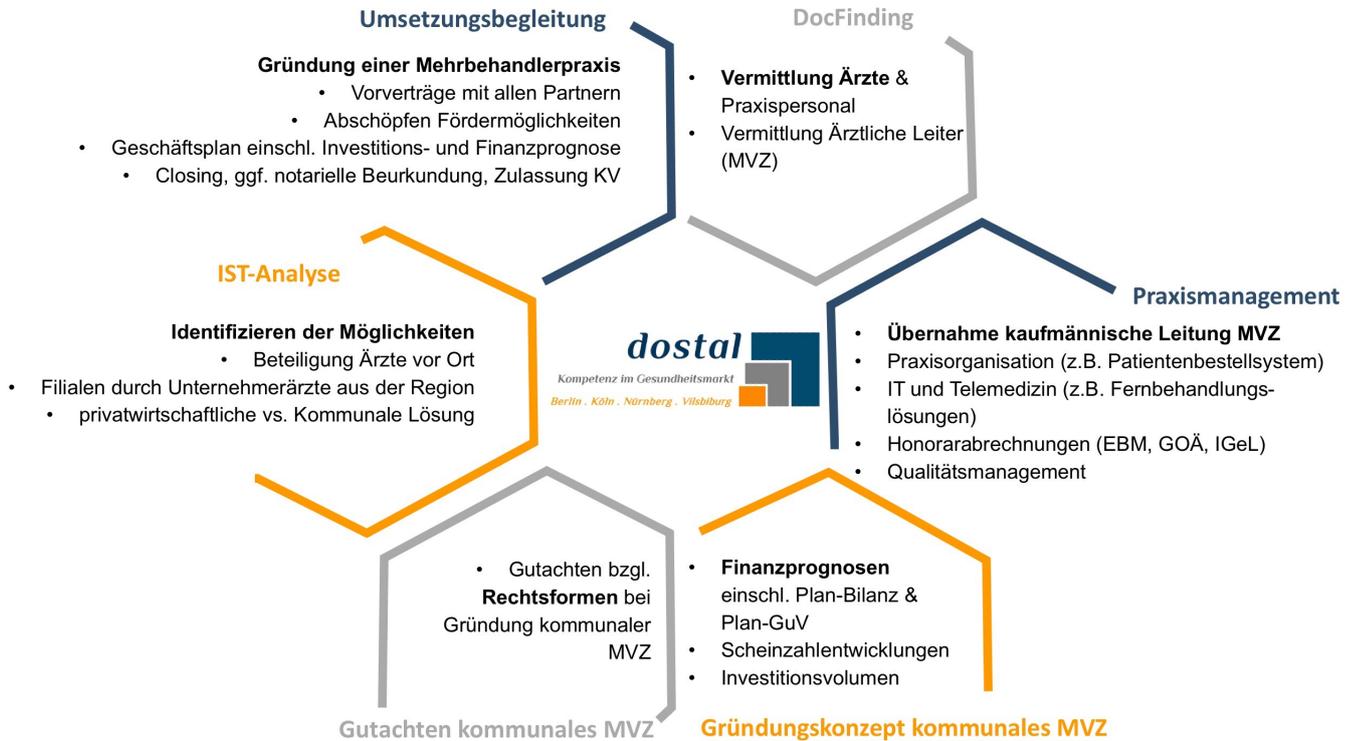
Impulse: Das MVZ Schwarzenborn kann als Vorzeigeprojekt bezeichnet werden, Sie erhalten daher auch viele Anfragen von Bürgermeistern und Städtevertretern aus dem ganzen Bundesgebiet. Was raten Sie diesen?

Das ist in der Tat so. Wir freuen uns immer über Interesse an unserem Projekt. Die ärztliche Versorgung auf dem Land langfristig sicherzustellen wird in den nächsten Jahren eine wichtige Aufgabe bleiben, nicht nur für die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern auch für die Kommunen.

Es gibt verschiedene Lösungsansätze für dieses Problem, unser Projekt ist nicht immer übertragbar auf andere Kommunen. Für uns und die in der gesamten Knüllregion lebende Bevölkerung war es aber sicher die richtige Lösung.

Impulse: Frau Eisenhut, herzlichen Dank für das interessante Gespräch!

dostal-Portfolio



Impressum

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

10789 Berlin Tauentzienstraße 9-12

Tel.: +49 (0)30 25493141

Fax: +49 (0)30 25493299

E-Mail: info@dostal-partner.de

Web: www.dostal-partner.de

Redaktion

Luise Viktoria Ruß