



Schwerpunkte:

**Ärztemangel: Geldspritzen bei
hausärztlicher
Unterversorgung**

Seite 14

**Wie reagieren Deutschlands
Kommunen auf den
Ärztemangel?**

Seite 19

**Zukunftsfeld „Kommunale
medizinische
Versorgungszentren“**

Seite 17



Vorwort



Adrian W. T. Dostal

Geschäftsführer dostal & partner

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

Transformationsmärkte entstehen, wenn Engpässe nicht nur sichtbar, sondern mangels geeigneter herkömmlicher Lösungsalternativen auch effektiv beseitigt werden müssen. Bei dem seit Jahren heraufziehenden und zeitlich sowie örtlich unterschiedlich akut werdenden „Ärztmangel auf dem Lande“, handelt es sich um einen Kapazitätsengpass und einem teilweise nicht mehr zeitgemäßem Praxisangebot gleichermaßen.

In den nächsten 10 bis 12 Jahren fehlen bundesweit statistisch betrachtet etwa die Hälfte der Hausärzte für eine eins-zu-eins Nachbesetzung. Das Land benötigt andere Versorgungsstrukturen: Die Einzelpraxis gilt zunehmend als Auslaufmodell, obgleich sie auch in Zukunft ein flächendeckender Baustein der vertragsärztlichen Versorgung bleiben wird. Die Zeiten des Arztes als Einzelkämpfer auf dem Lande sind größtenteils passé. Die Gründung von Mehrbehandlerpraxen, welche ein Angestellt-Sein von Jungärzten ermöglichen, nehmen rasant zu. Die Transformation der ambulanzärztlichen Versorgung zeichnet sich bereits ab.

Transformation bedeutet immer, dass neue Wege auch von neuen Akteuren gegangen werden müssen und die verantwortlichen Entscheidungsträger in Gemeinden und Städten nicht zwingend das notwendige Rüstzeug und Know-how haben können.

Hier setzen wir mit unserem Magazin an. Das taten wir schon in den 1990er und den 2000er Jahren: Damals ging es um die Integration ehemaliger Staatsbetriebe in die Marktwirtschaft und den Start-up von gesetzlichen Krankenkassen im vollkommen neuen Wettbewerbsumfeld. Heute müssen sich die Kommunen behaupten und den „weichen“ Standortfaktor Gesundheit nachhaltig sichern.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

Ihr

Inhalt

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 4 | Erstes kommunales Medizinisches Versorgungszentrum nunmehr auch in Nordrhein-Westfalen eröffnet | 17 | Zukunftsfeld „Kommunale Medizinische Versorgungszentren“ |
| 5 | Immer mehr Arztstühle in Investorenhand | 19 | Wie reagieren Deutschlands Kommunen auf den Ärztemangel? |
| 8 | Ärztmangel in Österreich: ein Blick in unser Nachbarland | 22 | Interview mit dem scheidenden Bürgermeister der Marktgemeinde Weilbach Bernhard Kern |
| 10 | Ambulante medizinische Versorgung in Deutschland im Überblick | 24 | dostal-Portfolio |
| 14 | Ärztmangel: Geldspritzen bei hausärztlicher Unterversorgung | 24 | Impressum |

Erstes kommunales Medizinisches Versorgungszentrum nunmehr auch in Nordrhein-Westfalen eröffnet

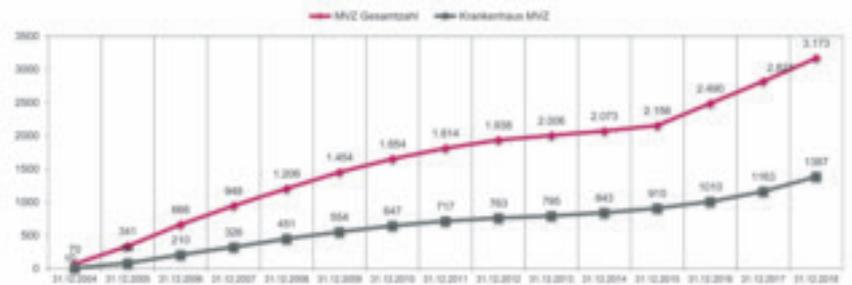
In der Kleinstadt Neuenrade mit 12.000 Einwohnern im Märkischen Kreis im Nordwesten des Sauerlands, hat zu Beginn des Jahres 2020 das erste kommunale Medizinische Versorgungszentrum Nordrhein-Westfalens eröffnet. Mit dem MVZ will die Stadt Neuenrade dem auch vor Ort spürbaren Ärztemangel entgegenreten.

Nachwuchsärzte sind wie in vielen Gemeinden und Städten bundesweit Mangelware, der jüngste Hausarzt im Stadtgebiet von Neuenrade ist bereits 64 Jahre alt.



Ärztlicher Leiter des MVZ ist ein Facharzt für Allgemeinmedizin, der dazu auch seine eigene Praxis nebst seinem bisherigen Patientenstamm eingebracht hat. Er und eine zum Start bereits gewonnene Ärztin-Kollegin betreuen nunmehr im MVZ rund 1.000 Patienten. Beide Ärzte sind nur mittelbar Angestellte der Stadt Neuenrade, die dazu problemlos das kommunale MVZ als Anstalt des öffentlichen Rechts mit einem Stammkapital von EUR 50.000,00 gegründet hatte. „Aufgabe der Anstalt ist die Sicherstellung der hausärztlichen und ärztlichen Versorgung [...] sowie die betriebsmedizinische Versorgung der Region Neuenrade“, so die 9-seitige Bekanntmachung der Satzung für die AdöR Medizinisches Versorgungszentrum Neuenrade“ vom 2. September 2019.

MVZ-Anzahl



(Krankenhaus-MVZ sind eine Teilmenge der MVZ Gesamtzahl)

STATISTISCHES VERBUNDINFORMATIONEN
STATISTISCHE INFORMATIONEN ZUM STICHTAG 31.12.2019

SEITE 7

Es gab auch Zuschüsse für die AdöR von Dritter Seite: 50.000 Euro – ein Mix aus Zuschuss und Darlehen – von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, zudem unterstützte die Bezirksregierung in Arnsberg das MVZ durch Zuschüsse von bis zu 80 Prozent für die Ausstattung. Die Zuschüsse sind – dies sei hier erwähnt – bekanntermaßen in allen Bundesländern anders.

Kommunales MVZ als *ultima ratio*

Der Gesetzgeber öffnete Ende 2015 die gesetzliche Möglichkeit für Kommunen (= Städte, Gemeinden aber auch Landkreise) Medizinische Versorgungszentren zu gründen und Ärzte anzustellen. Für die Stadt war es nach langen, zu nichts führenden Diskussionen, schlussendlich die einzig verbliebene Möglichkeit, die

medizinische Versorgung in Neuenrade langfristig zu sichern. Alle Versuche, neue Nachwuchsärzte für bestehende Einzelpraxen nach Neuenrade zu locken, sind gescheitert. Trotz Niederlassungsprämie in Höhe von 10.000 Euro ließ sich kein Arzt finden.

Der wichtigste Grund: Einzelpraxen sind bekanntermaßen beim ärztlichen Nachwuchs äußerst unbeliebt. Unflexible Arbeitszeiten, ein Wochenarbeitspensum von 60 Stunden oder mehr, kein ärztlicher Austausch. Kurzum: zu wenig berufliche Austauschmöglichkeiten, d.h. zu wenig ärztliches Arbeiten im Team und unzureichend organisierbare Weiterbildungen.

MVZ-Grundtypen/Gesamtentwicklung



STATISTISCHES VERBUNDINFORMATIONEN
STATISTISCHE INFORMATIONEN ZUM STICHTAG 31.12.2019

SEITE 7

Einzelpraxis zunehmend Auslaufmodell

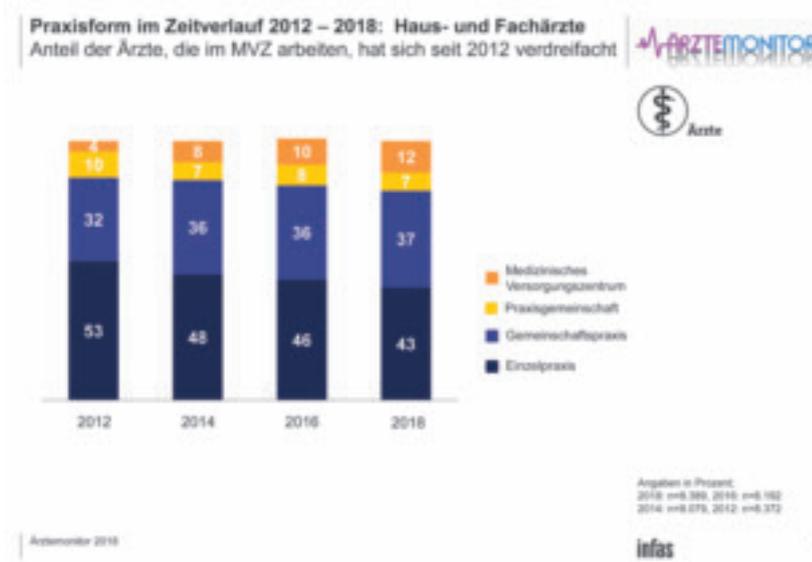
Bis in die 1990er Jahre hinein war die Einzelpraxis die absolut dominierende Praxisform. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen stieg nur langsam. Mit Beginn des neuen Jahrtausends wurde die Idee einer zentrenbasierten und fachübergreifenden ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik aufgegriffen. Bis zur 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 zählten wir über 3.000 MVZ und knapp 20.000 Gemeinschaftspraxen. Mit der Möglichkeit ihrer Gründung stieg die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren seit 2004 rasant. Mittlerweile sind sie

fester Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung; derzeit versorgen mehr als 18.000 angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren ihre Patienten.

Kassenärztliche Vereinigung begrüßt Gründung

Die für die Zulassung zuständige Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe begrüßte das Neuenrader Projekt ausdrücklich: „Kommunale medizinische Versorgungszentren könnten ein Weg sein, dem Ärztemangel auf dem Land entgegenzutreten“, sagt ihr Sprecher Stefan Spieren. Bürgermeister Antonius Wiesemann hofft, langfristig weitere Ärzte für die städtische Praxis gewinnen zu können. Denn langfristig gesichert ist die hausärztliche Versorgung in Neuenrade noch lange nicht. Die Perspektiven sind aber positiv: In der Stadt Schwarzenborn (Hessen), mit dem ersten kommunalen MVZ in Hessen, ist das längst geglückt. Die 1.200-Einwohner-Stadt im Schwalm-Eder-Kreis hat neben zwei Hausärzten mittlerweile auch eine Gynäkologin angestellt.



Immer mehr Arztsitze in Investorenhand

Arztpraxen werden vermehrt als lohnendes Ziel von Investoren gesehen. Was sind die Gründe dafür? Und was bedeutet das für die Versorgung der Patienten und die ärztliche Freiberuflichkeit?

Dass die Wirtschaft das Gesundheitswesen als lohnendes Investorenziel entdeckt hat, ist keineswegs neu. Das Ausmaß, in dem Arztpraxen und medizinische Zentren wie beispielsweise Dialysezentren bundesweit in die Regie von Investoren übergehen, ist für viele Akteure der Szene dennoch überraschend. Diese Entwicklung war allerdings für Transformationsexperten abzusehen – und dies mit gutem Grund. Märkte mit sich ändernden, entwickelnden und aufbrechenden Regularien sind immer im Fokus von sogenannten Early Adoptern. Dass hierbei vor allem die Arztsitze besonders begehrt sind, welche mit einem hohen Investitionsvolumen einhergehen, ist nicht allzu erstaunlich. Hier treffen die Investitionskraft größerer Einheiten und die Investitionsschwäche von Freiberuflern geradezu idealtypisch aufeinander. So erstaunt es auch nicht, dass vor allem Zahnarztpraxen, aber auch die Sitze von Augenärzten,

Dermatologen, Orthopäden im Fokus stehen. Denn je mehr Sonderleistungen der jeweilige Facharzt „verkaufen“ kann oder je höher der Einsatz teurer Geräte oder medizinischen Materials, desto größer das Interesse reiner Investoren, die ansonsten eher wenig mit der ärztlichen Versorgung zu tun haben. Aktuell arbeiten bereits 18.000 der 94.000 Fachärzte angestellt in Medizinischen Versorgungszentren. Kein Problem für ärztliche Kammern und KVen, sofern es sich um rein von Medizinern geführte Zentren handelt. Allerdings stehen bereits hinter rund 15 Prozent dieser Zentren Investorenfirmen, denen es hauptsächlich um Rendite geht, der Firmensitz liegt dabei nicht selten in Steueroasen.

Eine aktuelle Untersuchung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat den Verdacht erhärtet, dass dort deutlich mehr „unnötige Behandlungen“ anfallen, als in herkömmli-

chen Arztpraxen und MVZ. Kassenseitig rechnet man sogar von bis zu einem Drittel höherer Kosten. Besonders markant ist die Lage in Nieren- und Dialysezentren. Zwar ist es noch nicht so wie in Portugal, wo wenige große Firmen das Geschäft komplett beherrschen. Dennoch gibt es auch hierzulande, beispielsweise im Großraum Düsseldorf, kaum noch Dialysezentren, die von einem niedergelassenen Nephrologen gehalten werden. Kein Wunder, denn ein Nephrologe, der seine Dialysepraxis beispielsweise aus Altersgründen verkaufen will, bekommt aus der Industrie sehr viel mehr dafür als beim Verkauf an Kollegen. Nicht selten mehrere Millionen Euro. Politiker und Gesundheitsministerium haben das Problem zwar erkannt. Eine entsprechende Gesetzesänderung dürfte aber noch dauern. Minister Spahn hat zunächst einmal ein Gutachten in Auftrag gegeben, das rechtliche Rahmenbedingungen für Trägerstrukturen und Versorgungsqualität prüfen soll.

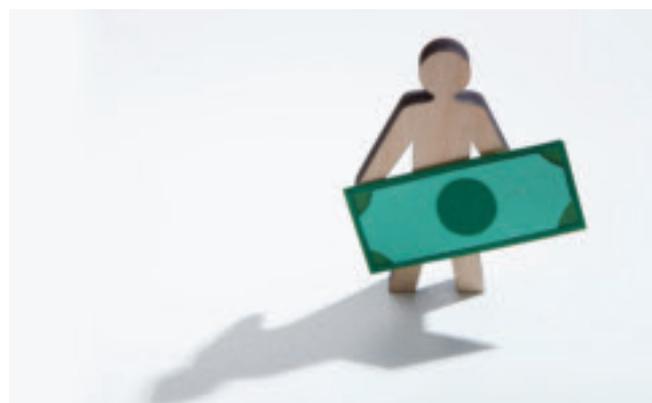
Die Ärzte- und Apothekerbank, die sich traditionell als Vertreterin der freiberuflich, vorwiegend ambulant tätigen Mediziner sieht, beobachtet den Trend mit Sorge. Die Verkaufswelle werde noch zunehmen, die Versorgung sich mehr an Renditekriterien orientieren. Investoren nutzen beim Aufkauf von Arztsitzen zudem gerne einen Umweg über den Kauf von Kliniken, die dann als Träger der Facharztketten fungieren. Daher ist das Geschäft oft nicht direkt durchschaubar. Wie kürzlich in Hamburg, wo ein Anbieter von Chemotherapeutika nach gezieltem Aufkauf von Arztsitzen die Kanäle nutzte, um extrem teure onkologische Präparate in größerem Umfang zu verkaufen. Dort ermittelt jetzt ein Staatsanwalt.

Entscheidender Nachteil von Investoren getragenen medizinischen Einrichtungen ist die Tatsache, dass bei der Versorgung stets Gewinnziele gesetzt werden, die einzuhalten sind. Andernfalls müssen angestellte Mediziner nicht selten um Positionen oder an finanziellen Erfolg geknüpfte Honorare fürchten. Das ist zwar nicht statthaft, im Einzelfall aber kaum faktisch zu überprüfen. Am transparentesten geht das aktuell wohl bei den Zahnärzten. So hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ermittelt, dass über Praxen, die sich in der Hand von Finanzinvestoren befinden, rund 30 Prozent höhere Kosten bei Kassen abgerechnet werden, von Privatleistungen gar nicht zu reden. Prof. Dr. Karl Lauterbach, SPD-Gesundheitsexperte, möchte gerne den Verkauf von Arztsitzen an Finanzinvestoren komplett verbieten. Solange kein einheitlicher politischer Vorstoß folgt, bleibt es jedoch bei Lippenbekenntnissen. Und jede Woche wird durch den Verkauf weiterer Arztsitze eine kaum noch regelbare normative Kraft des Faktischen etabliert.

Vergleichbare Situation am Dentalmarkt

Im deutschen Zahnarztmarkt finden wir eine ähnliche Situation vor. Seit einigen Jahren hat hier ein Umdenken eingesetzt. Im Kern dabei steht das Schaffen moderner und größerer Zahnarztpraxen, welche es jungen Nachwuchszahnärzten ermöglichen im Angestelltenverhältnis zu praktizieren. Die Parallelität zum Hausärztesektor ist unverkennbar. Die Befürworter dieser Entwicklung sind häufig betroffene oder innovative Zahnmediziner. Von Seiten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung hingegen, kommt ebenfalls Gegenwind.

Die von Investoren getriebenen zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (ZMVZ) sind im Moment das Gesprächsthema im Dentalmarkt. Die größten dieser Unternehmen, wie die zahneins-Gruppe in Hamburg, haben bereits rd. 20 Niederlassungen mit mehr als 500 Mitarbeitern. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK) lehnen durch Investoren finanzierte rein zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren ab. Bei beiden Institutionen handelt es sich um die Pendanten der für die Landärzte zuständigen Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK).



Vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen – jeder zweite Zahnarzt war im Jahr 2017 älter als 50 Jahre – bereiten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) im Hinblick auf die künftige Erfüllung des Sicherstellungsauftrages vor allem „der sprunghafte Anstieg rein zahnärztlicher Versorgungszentren (ZMVZ) und deren Ketten, als auch der ungebremste Eintritt versorgungsfremder Investoren in den Dentalmarkt Sorgen. Es besteht ihrer Meinung nach dringender Handlungsbedarf für den Gesetzgeber, die Gründungsberechtigung für ZMVZ auf räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zu beschränken“ (KZBV-Pressemeldung zur Veröffentlichung des aktuellen Jahrbuchs, Köln/Berlin, 17. Dezember 2018).

Wegen der Parallelität der Hausarztproblematik ist das Grund genug sich etwas mit den auch für Kommunen wichtigen Fakten vor Ort und Argumenten für hausärztliche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu beschäftigen. Hier als Grundlage herangezogen werden einige selbstredende Statements eines Mehrpersonen-Interviews aus „Die Zahnarztwoche“ vom 18. Dezember 2018.

Der Zahnarztmarkt ist den Hausarztsektor um ein Jahrzehnt voraus

Da fällt einem zu allererst die Aussage eines betroffenen Zahnarztes aus einer der strukturschwächsten Regionen Deutschlands, Ostfriesland, auf: „Die Zahnärzte, die sich bei

mir bewerben, haben eine ganz klare Vorstellung, ob sie in der Stadt oder auf dem Land, ob sie in größeren Strukturen oder in der Einzelpraxis arbeiten wollen. Was glauben denn die Standesvertreter, was sie ihnen vorschreiben können? Durch die Strukturen, die unser zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (ZMVZ) bietet, schaffen wir es, Zahnärzte auf das Land zu holen. Weil wir die Praxen modern gestalten und viele verschiedene Arbeitszeitmodelle anbieten. Im Grunde ist diese ganze Diskussion scheinheilig. Wenn Sie täglich als Zahnarzt arbeiten, dann sehen Sie, wie die Einzelpraxen nebenan zumachen, weil kein Nachfolger kommt. Dann sehen Sie, was die jungen Zahnärzte wollen. Dann sehen Sie, dass die KZBV völlig am Thema vorbeiredet. Das hat alles überhaupt nichts mit dem Praxisalltag zu tun. Es werden Unterschiede zwischen der Einzelpraxis und einem zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentrum (ZMVZ) kreierte, die nicht vorhanden sind. Auch bei Gewinn und Rendite ist es genau das Gleiche – es gibt keine Unterschiede zwischen einer Einzelpraxis oder einem ZMVZ. Bei der Versorgung geht es immer um die Qualität. Wenn ich im ZMVZ eine schlechte Qualität biete, habe ich keine Patienten mehr – genauso in der Einzelpraxis.“

Ein Medizinrechtler aus Bad Homburg v.d. Höhe, der solche ZMVZ-Gründungen seit Jahren begleitet, ergänzt das Interview: „Wir haben auf dem ‚Zahnarztmarkt‘ ein Zukunftsproblem. Durch die derzeitige Altersstruktur steht in den kommenden zwei Jahren in den alten Bundesländern jede fünfte Praxis zum Verkauf. Wir haben da einmal die Praxen, die nicht mehr verkäuflich sind. Und wir haben die sehr erfolgreichen Praxen. Gleichzeitig haben wir die jungen Zahnärzte, die nachrücken, aber lieber als Angestellte arbeiten wollen. Die wollen gar nicht investieren. Wer soll diese Praxen denn übernehmen? Gleichzeitig gibt es die gesetzliche Aufgabe, die Versorgung nachhaltig sicherzustellen. Für die Diskrepanz von Angebot und Nachfrage braucht es also vernünftige Lösungsansätze, um der gesetzlichen Aufgabe gerecht zu werden, und die sehe ich auf Seiten der KZBV derzeit nicht.“ Der Jurist aus Bad Homburg v.d. Höhe begleitete in den vergangenen Jahren 162 zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren. Hiervon wurden 10 Prozent an ländlichen Standorten unter 5.000 Einwohnern, 22 Prozent in Kleinstädten von 5.000 bis 20.000 Einwohnern, 37 Prozent in Mittelstädten bis 100.000 Einwohnern und 31 Prozent in Großstädten über 100.000 Einwohnern gegründet.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung betrachtet die steigende Zahl zahnärztlicher MVZ mit großem Argwohn

Zurück zu dem ostfriesischen Zahnarzt der eine auch für ältere Abgeber-Ärzte, die in einer Gemeinschaftspraxis auf dem Lande arbeiten, typische Situation schildert: „Bei uns gab es zwei Auslöser: Ich habe einen Partner, der ist Ende 50. Vor zwei Jahren sagte er: ‚In fünf Jahren höre ich auf‘. Unsere Praxis ist total erfolgreich, weil wir drei Partner sind [...] Unsere Praxis funktionierte über Jahre hinweg zu dritt. Wir haben dann sofort begonnen zu überlegen, wie wir unsere relativ große Praxis künftig weiterführen können. Wenn ich jetzt einen jungen Zahnarzt frage: ‚Willst du meine Praxis zum folgenden Preis kaufen?‘, dann lautet die Antwort, dass er sich das nicht leisten könne und er auch gar nicht so viel

arbeiten möchte. Also mussten wir nach einer anderen Lösung suchen. Entstanden ist das, was jetzt als investorengetrieben dargestellt wird, in unserem Wartezimmer. Wir haben zu dritt überlegt, wohin sich unsere Praxis entwickeln kann. Der zweite Grund war: Wir sind in den letzten Jahren relativ schnell gewachsen und haben unsere Kapazitätsgrenze erreicht. Dann sahen wir, dass in Nachbarorten immer mehr Praxen schließen. Wir konnten an unserem Standort aber keine Patienten mehr annehmen, und einen Aufnahmestopp wollten wir nicht. Als Arzt will man seine Patienten behandeln – das ist unsere Berufung. Also haben wir überlegt, die Nachbarstandorte zu erhalten und die Fachmedizin an unserem Standort zu stärken. Dadurch konnten wir die wohnortnahe Versorgung aufrechterhalten. In so etwas muss man investieren. Eine KZV zahlt mir das nicht. Da mussten wir uns einen Partner suchen, der investieren will.“

Auch Kommunen sind keine „Heuschrecken“

Die Ähnlichkeiten zum derzeitigen Landarztmangel sind nicht zu übersehen. Auch hier gilt die klassische Einzelpraxis als „Auslaufmodell“. Junge Ärzte zieht es zunehmend in die Ballungsgebiete und das nicht wegen des urbanen Wohnumfeldes, sondern aufgrund des Mangels an Angestelltenmöglichkeiten als Arzt in größeren Praxen in ländlichen Regionen. Einige Gemeinden und Städte haben dies bereits erkannt und „investieren“ in die wohnortnahe ärztliche Versorgung. Wie oben geschildert, wird auch von zahlreichen Zahnärzten und Hausärzten das Modell der Freien Berufe hochgehalten. Derweil ist es – um auch das einzufangen – bei Steuerberatern und Architekten nicht viel anders: Alle zieht es in größere Einheiten die Anstellungsmöglichkeiten bieten.

Aber, zurück zum Thema zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (ZMVZ) und dem bereits zitierten Bad Homburger Medizinrechtler: „Die viel zitierten ‚Heuschrecken‘ investieren nicht in einen so anstrengenden und kleinteiligen Markt wie den Zahnarztmarkt. Als ‚Heuschrecke‘ gehe ich in ganz andere Märkte. Die Wirklichkeit sieht anders aus. [...] Da ist eine Praxis, die sieht in der Region immer mehr Praxen sterben. Da gibt es zwei Möglichkeiten: Der Zahnarzt überlegt sich, die Praxis zu kaufen, und er finanziert sie selbst. Dann geht es zur Bank. Gesetzt den Fall, die Bank finanziert den Kauf, dann habe ich die Bank mit an Bord. Die hat übrigens auch Renditeerwartungen an die Praxis. Wenn die Rendite nicht stimmt, dann schickt die Bank Unternehmensberater, die dafür sorgen, dass sie stimmt. Wo ist denn da die Freiberuflichkeit? Bei Praxen, die in Schieflage geraten, gibt es keinen Spielraum für Freiberuflichkeit. Denen wird sehr genau vorgegeben, wie sie zu arbeiten haben, um wieder auf eine vernünftige Umsatzrendite zu kommen. Das ist die eine Möglichkeit. Die andere ist, sich einen kapitalstarken Partner zu suchen, der das mit umsetzt. Dann kann sich der Zahnarzt auf die Zahnmedizin konzentrieren, ohne dieses große finanzielle Risiko einzugehen. Welcher Weg ist wohl für den Zahnarzt der bessere und entspanntere?“

Heuschrecken und ihr böses Geld? Das ist unseriös!

Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands, wirft in einem Interview mit der Ärztezeitung vom Februar 2019 dieser Diskussion eine unseriöse Argumentation vor:

„In der Debatte über Medizinische Versorgungszentren und ihre - von manchen geforderte - strengere Regulierung wird mit schrägen Argumenten und steilen Thesen gearbeitet.“

Nehmen wir als Beispiel die Stellungnahme des Bundesrats zum Terminservice- und Versorgungsgesetz. Unter dem Deckmantel, man wolle „schädlichen Monopolisierungstendenzen“ in der vertragsärztlichen Versorgung entgegenzutreten, wird hier eine Differenzierung danach vorgenommen, wo das Geld herkommt: Wer sein Geld in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis verdient, der darf damit rechnen, dass er Kapitalrenditen zwischen 20 und 30 Prozent einfährt. Wer institutioneller Anleger ist und für sein Geld eine Rendite von fünf Prozent haben will, der gilt als „Heuschrecke“. Eine solche Argumentation ist nicht seriös.

Die dahinterstehende Grundsatzfrage ist die, ob es in einem solidarischen Gesundheitswesen Gewinnstreben geben darf. Wer hier mit „Nein“ antwortet, muss sich gleichzeitig auch für den National Health Service wie in Großbritannien aussprechen. Ich tue das nicht.“ [...]

Ich bin ausdrücklich für Wettbewerb – hier kommt es mir aber auf faire Bedingungen für alle Marktteilnehmer an.

Weder möchte ich, dass die Patienten nur noch von einer Anbieterkette bedient werden. Noch sollte der Fokus allein auf der Einzelpraxis liegen, so dass bei technisch geprägten ärztlichen Leistungen, die höhere Investitionen erfordern, größere Einheiten verhindert werden. [...]

Ein letzter und vielleicht entscheidender Punkt: Junge Ärztinnen und Ärzte stimmen schon längst mit den Füßen ab und bevorzugen die Arbeit als Angestellte in einem MVZ. Sie folgen nicht mehr der alten Logik: Krankenhaus, Weiterbildung, Oberarzt – und dann die Niederlassung, inklusive eines riesigen Kredits. MVZ bieten Berufsbedingungen für junge Mediziner, die moderne Lebens- und Arbeitsmodelle erlauben.“

Die Nachfrage bestimmt das Angebot

Wie entwickelt sich der Praxismarkt – obgleich zahn-, fach- oder hausärztlich – in den nächsten Jahren? – Nun, der Zahnarzt in Ostfriesland im DZW-Interview dazu: „Wir fragen regelmäßig an den Universitäten, wer von den Absolventen eine eigene Praxis gründen möchte. Ergebnis: 80 bis 95 Prozent der jungen Zahnärzte möchten lieber als angestellte Zahnärzte arbeiten. Die wollen genau das, und diese zukünftige Generation wird bestimmen, wie die Zahnarztwelt von morgen aussehen wird.“ vergleichbare Umfragen unter haus- und fachärztlichem Nachwuchs fördern identische Ergebnisse zutage – Noch Fragen?

Ärztmangel in Österreich: Ein Blick in unser Nachbarland

DACH-Studie belegt eklatanten Ärztemangel in Österreich

Die vergangenen Oktober präsentierten Ergebnisse einer DACH-Studie zu den Gesundheitsausgaben in Österreich, Deutschland und der Schweiz des Berliner IGES Instituts und des Forschungsinstituts für Freie Berufe der Wirtschaftsuniversität Wien belegen einmal mehr die Warnungen der Ärztekammer: Es gibt zu wenig Ärztinnen und Ärzte in Österreich, sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in den Krankenhäusern (Spitälern), dies wird durch die kommende Pensionierungswelle noch weiter verschärft.

Gerade in der Diskussion über den Ärztemangel wurde über viele Jahre in den OECD-Statistiken mit Zahlen operiert, die keinen tragfähigen internationalen Vergleich ermöglichten. In zehn Jahren werden mehr als ein Drittel aller Ärztinnen und Ärzte im pensionsfähigen Alter sein, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sogar fast 50 Prozent. Somit gehen jedes Jahr Stellen verloren, die bei Weitem nicht mit jungen Medizinerinnen und Medizinern nachbesetzt werden können.



Der mittelfristige jährliche Nachbesetzungsbedarf liegt bei mindestens 1.450 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr, um zumindest den Status quo zu erhalten. An den öffentlichen und privaten Universitäten gibt es zwar jährlich etwa 1.400 Medizinabsolventen, aber nur 60 Prozent davon nehmen eine

ärztliche Tätigkeit in Österreich auf. Es gibt also ein reales Potenzial von nur 840 Absolventen pro Jahr. Um den tatsächlichen Bedarf zu decken, fehlen somit jährlich rund 610 ausgebildete Mediziner. Tatsächlich dürfte die jährliche Ausbildungslücke noch deutlich größer ausfallen.

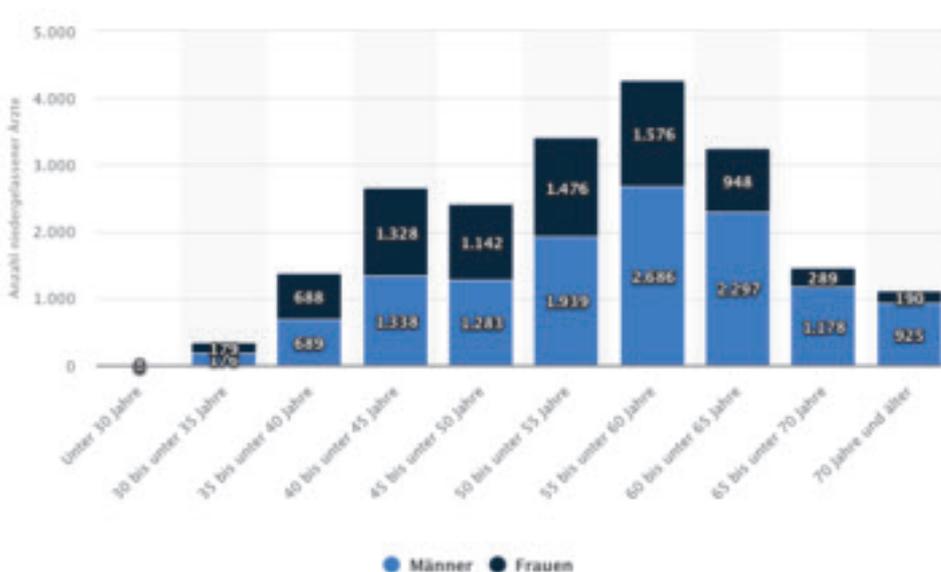
Angehende Medizinerinnen und Mediziner bevorzugen auch in unserem Nachbarland immer häufiger Teilzeitmodelle. Eine Umrechnung der jährlich effektiv zur Verfügung stehenden 840 Absolventen für Nachbesetzungen frei gewordener Arztsitze in Vollzeitäquivalente würde deren Zahl nochmals verringern (schätzungsweise auf rd. 640).

Weitere Verschärfung durch Pensionierungswelle

Die österreichische Politik ging aufgrund der OECD-Zahlen von einer besonders hohen österreichischen Ärztedichte im europäischen Vergleich und von einer Überversorgung aus, von der jedoch in der Realität nicht die Rede sein kann. Die Grundlagen der OECD-Berechnungen sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. In Österreich wurden in der Vergangenheit Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung stets als gleichwertig mitgezählt, obwohl sie noch nicht voll versorgungswirksam sind, bei der Berechnung der Ärztedichte anderer Länder werden Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung aber nicht mitgezählt. Daraus resultierte die Behauptung, dass Österreich in Europa die zweithöchste Ärztedichte habe.

Ein weiterer für die Beurteilung des künftigen Ärztebedarfs maßgeblicher Faktor ist, wie in Deutschland, die Altersstruktur. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Alter von mehr als 65 Jahren hat seit dem Jahr 2010 deutlich zugenommen und beträgt inzwischen in Deutschland 54,1 Prozent und in der Schweiz 54,8 Prozent. In Österreich ist er mit 55,9 Prozent am höchsten ausgeprägt.

Anzahl niedergelassener Ärzte in Österreich nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018 (Quelle: Statista 2020)



Österreich: Ärzte dürfen seit Oktober Ärzte anstellen

Nachdem die ÖVP/FPÖ-Regierung am 21. Dezember 2018 die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) durch die Fusionierung von 21 Versicherungsträgern auf nunmehr fünf reformiert hat, begleitet die amtierende ÖVP/Grünen-Regierung angesichts überbordender Kosten und einem immer deutlicher werdenden Ärztemangel weitere Reformschritte. Ein Großteil der Vorschläge und Diskussionen erinnert an die Debatte in Deutschland vor rund 20 Jahren bis heute. Die Bandbreite reicht dabei von der Einführung ärztlicher Teilzeitmodelle über die Gründung größerer Praxiseinheiten bis hin zur Aufwertung des Berufs des Hausarztes durch die Einführung des „Facharztes für Allgemeinmedizin“ – in Deutschland existiert die Facharztausbildung seit 1972.

Die Lücke von aktuell 157 Allgemeinmedizinern und 62 Fachärzten – in Deutschland sind es aktuell über 3.000 unbesetzbare Hausarztsitze – zwingt dabei auch Österreich zum Handeln. Mit der Neuerung sollen Versorgungsengpässe behoben werden. Die Öffnungszeiten (Ordi-Zeiten) in den Praxen (Ordinationen) werden zum Teil verlängert.

Völlig neu aufgestellt wurde ab Herbst 2019 die medizinische Versorgung durch Kassenärzte: Seit 1. Oktober vergangenen Jahres dürfen Ärzte andere Mediziner bei sich in der Praxis (Ordination) anstellen. Österreich zieht damit bei den in Deutschland bereits seit über 20 Jahren geltenden (zuletzt geändert durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2006) nach. Darauf haben sich die österreichische Ärztekammer und Hauptverband der Sozialversicherungsträger geeinigt. Mit der Neuerung sollen die in den vergangenen Jahren immer schlimmer gewordenen Versorgungsengpässe (Stichwort: Ärztemangel) zumindest teilweise behoben werden.

Anforderungen der Generation-Y werden stärker berücksichtigt

Ein Arzt darf demnach maximal einen anderen (im Vollzeitäquivalent von 40 Stunden pro Woche) anstellen, Gruppenpraxen (vergleichbar mit deutschen Gemeinschaftspraxen) und Primärversorgungseinheiten (vergleichbar mit Gesundheitszentren) immerhin zwei. Die Versicherung rechnet die Leistungen mit dem Vertragsarzt ab, der angestellte Arzt erhält das zwischen ihm und dem Dienstgeber vereinbarte Entgelt. In Deutschland darf ein niedergelassener Arzt bis zu drei weitere Ärzte in Vollzeit beschäftigen, mit Ausnahmen sogar vier.

Als angestellter Arzt wird es auch möglich sein, in einem Teilzeit-Verhältnis zu arbeiten. Die Vereinbarung bilde die Wirklichkeit des Ar-

beitsalltags besser ab, da Teilzeitverhältnisse ermöglicht würden. „Wir wissen, dass vor allem junge Kolleginnen und Kollegen dem System oft verloren gehen, weil sie zu wenig attraktive Teilzeitarbeitsmodelle vorfinden“, sagt Dr. Johannes Steinhart, Obmann der Bundeskurie Niedergelassene Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer.

Österreichweit gibt es gem. dieser Kammer inzwischen bereits 470 Ausbildungsplätze für Jungmediziner beziehungsweise Turnusärzte in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner, 28 Primärversorgungseinheiten (vergleichbar mit Hausarzt-MVZ in Deutschland) sind aktiv oder im Aufbau, und bis 2021 sollen es 75 sein. Zumindest im niedergelassenen Bereich stünde nun eine „attraktive Alternative“ zur Verfü-

gung. "Zum Beispiel im Falle eines Wiedereinstiegs nach einer Karenz", sagt Steinhart. Ältere ordinationsführende Ärzte hätten zudem die Möglichkeit einer deutlichen Arbeits-erleichterung vor ihrem Pensionsantritt.

Auch österreichische Experten begrüßen die Maßnahme: „Gruppenpraxen können damit ohne größeren Aufwand ihre Kapazitäten ausweiten“ und: „Die Anstellung kann für sie ein Karriere-Zwischenschritt sein, mit dem sie ohne wirtschaftliches Risiko Erfahrung in der Arbeit als niedergelassener Arzt sammeln können, ehe sie sich mit einer eigenen Ordination selbstständig machen.“ – Fazit: Kommt einem alles irgendwie bekannt vor.

Ambulante medizinische Versorgung in Deutschland im Überblick

Wie reagiert die Politik auf den Ärztemangel im ambulanten Bereich? Was sieht die Neue Bedarfsplanungsrichtlinie 2020 der Kassenärztlichen Vereinigung vor? Welche Möglichkeiten der Berufsausübung haben Ärzte in Deutschland?

Die Humanmedizin beschäftigt sich mit der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen bei Menschen. Sie ist in zahlreiche Fachgebiete unterteilt, wie innere Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde, Urologie oder Notfallmedizin. Die ambulante und stationäre medizinische Versorgung durch Allgemein- und Fachärzte ist massiv reguliert. Die Berufszulassung und -ausübung findet i.d.R. für den ambulanten und stationären Bereich statt.



Die ärztliche Ausbildung und der Zugang zum ärztlichen Beruf ist durch die Bundesärzteordnung (BÄO) und die aufgrund dieses Gesetzes erlassene Approbationsordnung (ÄAppO) detailliert geregelt. Hierin wird auch festgelegt, dass die ärztliche Tätigkeit kein Gewerbe ist, sondern freiberuflich durchgeführt wird.

Der Zugang zu einem Studium der Humanmedizin ist bundesweit zulassungsbeschränkt. Mit dem Vergabeverfahren für das Sommersemester 2020 treten auf Basis eines Gerichtsurteils vom 19.12.2017 nennenswerte Änderungen in Kraft, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden:

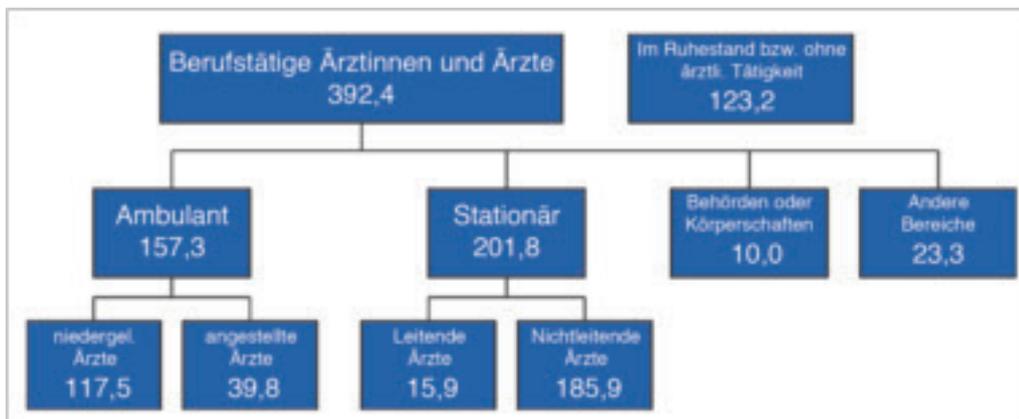
- Über die Abiturbestnote werden 30% der Studienplätze vergeben. Hierfür werden 16 Landeslisten gebildet, damit nur Bewerber miteinander konkurrieren, die ihr Abitur im selben Bundesland erworben haben. Bei einem anschließenden Zusammenführen der Listen wird die Anzahl der Bewerber pro Bundesland nach der Bevölkerungszahl des jeweiligen Bundeslandes festgelegt. Die Reihung des Bundesliste spiegelt somit die Bevölkerungsverteilung der Bundesländer wider. Zuletzt wird für jedes Studienangebot, d.h. für jede Universität mit humanmedizinischer Fakultät eine spezifische Rangliste gebildet. Dabei werden nur die Abiturienten berücksichtigt, die sich für die jeweilige Universität beworben haben.
- Über eine zusätzliche Eignungsquote werden 10% der Studienplätze vergeben. Hierzu zählen fachspezifische Studieneignungstests (TMS), Gespräche oder andere mündliche Verfahren, abgeschlossene Berufsausbildungen und Berufstätigkeiten, besondere Vorbildungen, praktische Tätigkeiten, außerschulische Leistungen und Qualifikationen.
- Über das Auswahlverfahren der Hochschulen werden 60% der Studienplätze vergeben. Bei der Bewerberauswahl wird eine Mischung aus notenabhängigen und notenunabhängigen Kriterien herangezogen.

Die rückläufigen Zahlen an Fachärzten für Allgemeinmedizin und die zunehmende Verweigerung der jüngeren Ärzte sich als „Landarzt“ hausärztlich in ländlichen Regionen niederzulassen führte zu politischen Maßnahmen:

- Ausbau der medizinischen Fakultäten für Allgemeinmedizin.
- Einführen einer Landarztquote. Dabei wird ein bestimmter Prozentsatz der Studienplätze für Bewerber reserviert, die sich verpflichten nach dem Studium für eine

gewisse Zeit in einer Gegend mit Hausarztmangel zu arbeiten. Dafür werden die hohen Anforderungen an den Numerus Clausus gesenkt. Die Regelungen sind von Bundesland zu Bundesland etwas unterschiedlich. So bindet Nordrhein-Westfalen 7,8 Prozent der Studienplätze an die Verpflichtung, in Bayern sind dies 5,8 Prozent und Sachsen schaffte 100 zusätzliche Studienplätze für Landärzte.

- Gleichzeitig werden von den Bundesländern Stipendienprogramme aufgelegt, wenn sich die Studierenden zu einer Niederlassung auf dem Land verpflichten.



Struktur der Ärzteschaft zum 31.12.2018 (Tsd.)

Um als niedergelassener Arzt bzw. als Ober- oder Chefarzt in einem Krankenhaus tätig werden zu können, ist ein Facharzt-Titel notwendig. Diese ärztliche Weiterbildung (Facharztbildung) wird bezahlt und dauert je nach Fachgebiet zwischen fünf und sechs Jahren. Sie muss in einer, von der jeweils zuständigen Landesärztekammer zur Weiterbildung befugten Weiterbildungsstätte (z.B. Universitätszentrum, -klinik oder einer zugelassenen Einrichtung der ärztlichen Versorgung) stattfinden. Hierzu kann auch die Praxis eines niedergelassenen Arztes zählen. So erfolgt z.B. die fünfjährige Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im stationären (drei Jahre) und ambulanten Bereich (zwei Jahre). Nach einer abgeschlossenen mündlichen Prüfung wird von der jeweiligen Landesärztekammer ein Facharzt-Diplom ausgestellt.

Der oben bereits angesprochene Rückgang der Ärztezahlen zeigt sich in vollem Ausmaß im Vergleich der Ärzte die 2015 (485.414) bzw. 2018 (392.402) bei der Bundesärztekammer gemeldet waren. In nur drei Jahren sank die Anzahl um 93.012 gemeldete Ärzte, d.h. um 19,2 Prozent. Die gemeldeten Ärzte arbeiteten mehrheitlich im stationären Bereich (201.800) bzw. ambulant (157.300).

Für den gleichen Zeitraum nennt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zum 31. Dezember 2018 175.294 Vertragsärzte. Hier scheinen die ermächtigten Ärzte, d.h. im Krankenhaus angestellte Ärzte, die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf Grund eines Versorgungsengpasses ermächtigt werden vertragsärztlich mit eigener Praxis tätig zu werden.

Folgende unternehmerischen Möglichkeiten der Niederlassung von Ärzten als Freiberufler führt die KBV an:

- *Einzelpraxis* mit wirtschaftlicher und organisatorischer Eigenständigkeit und voller Kostenverantwortung.
- *Praxisgemeinschaften*, hier nutzen niedergelassene Ärzte mit ihren jeweiligen Einzelpraxen Infrastruktur und Personal gemeinsam. Sie rechnen jedoch getrennt ab, haben einen getrennten Patientenstamm. Eine Zulassung durch die KBV ist nicht notwendig.
- *Apparategemeinschaft*, eine deutlich lockerere Art der Kooperation ist die punktuelle Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, wie z.B. gemeinsame Praxis-EDV oder aufeinander abgestimmte Behandlungskonzepte.

• In einer *Gemeinschaftspraxis als Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)* entweder an einem Ort oder überörtlich schließen sich mehrere Ärzte (fachgleich oder fachfremd, jedoch mit sich ergänzenden Fachrichtungen) zusammen. Sie rechnen gemeinsam ab, haben einen gemeinsamen Patientenstamm und nutzen gemeinsam Infrastruktur, Personal, Geräte usw. Hierfür ist eine Genehmigung des Zulassungsaus-

schusses notwendig.

- Das Modell des *Job-Sharing* ist eine Gemeinschaftspraxis, deren Mitglieder jeweils eine beschränkte Zulassung erhalten. Dies minimiert das Einkommen, da Leistungsausweitungen eng begrenzt sind, ermöglicht aber eine flexiblere und geringere zeitliche Gestaltung der Arbeitszeit. Auch hier ist die Genehmigung einer beschränkten Zulassung erforderlich. Dieses Modell wird häufig zur Vorbereitung einer Praxisübergabe gewählt.



Die ambulante ärztliche Versorgung ist zusammen mit dem stationären Sektor das Gesicht des deutschen Gesundheitssystems. Durch den oben bereits angesprochenen Ärztemangel, neue Versorgungsformen und Player als Versorger sowie einen deutlichen Digitalisierungsschub hat sich dieser

Markt in Teilen bereits deutlich verändert. Einerseits stark reglementiert und wirtschaftlich abgesichert, entwickeln eine unüberschaubare Vielfalt der Ärzte Initiativen sich verstärkt im Selbstzahlerbereich zu etablieren. Für zahlreiche Gesundheitsanbieter aus anderen Bereichen bilden sie damit eine teilweise ernsthafte Konkurrenz.

Planungsregularien

Das wichtigste Instrument zur Steuerung der ambulanten medizinischen Versorgung ist die kassenärztliche Bedarfsplanung. Diese legt seit 1977 fest, wie viele Kassen- bzw. Vertragsärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen. „Nach den damaligen Bedarfsplanungs-Richtlinien wurde zum jeweiligen Stichtag die Zahl der Einwohner [...] durch die Zahl der Vertragsärzte dividiert und so die Verhältniszahl, folglich die auf das ganze Bundesgebiet bezogene durchschnittliche Einwohnerzahl je Arztgruppe, ermittelt. Die Verhältniszahlen spiegelten lediglich die durchschnittliche Versorgungsdichte im Bundesgebiet wider – unabhängig davon, ob in einer Fachgruppe zu wenig oder zu viele Ärzte vorhanden waren. Es handelte sich also weniger um die Planung eines ‚Bedarfs‘ als vielmehr um die Verteilung der Ärzte.“

Verhältniszahlen (Planungsgrundlage, tlw. angepasst)		
	Bis 31.12.2019	Ab 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*	21.206 – 41.839
HNO-Arzt	31.768*	17.371 – 33.878
Kinderarzt	3.850*	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

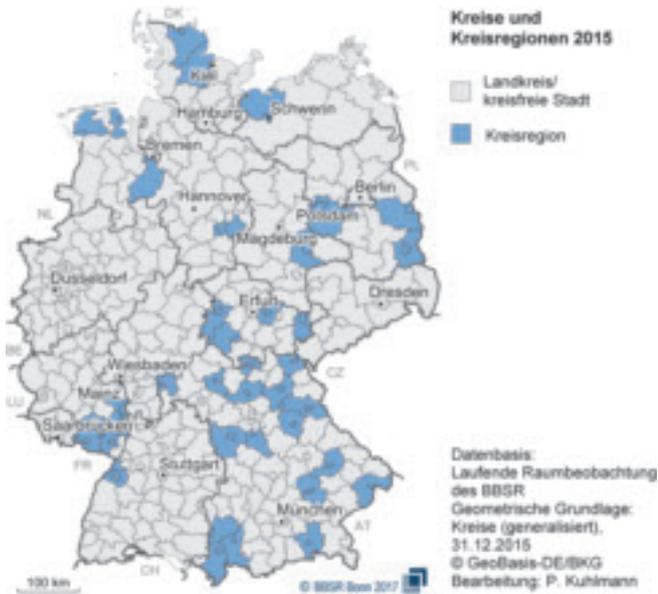
* Eigenversorgt
 ** 6 Typen (stark mitversorgend – mitversorgend und mitversorgend – stark mitversorgend – mitversorgend – eigenversorgend – polyzentrischer Verflechtungsraum)
 Quellen: KBV Bedarfsplanung, geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie vom 16. Mai 2019

Seit 1977 gab es zahlreiche Anpassungen der Bedarfsplanung. Bei diesen standen jeweils unterschiedliche Schwerpunkte im Fokus. So sollte z.B. das 1993 erlassene Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV (GSG) durch die Festlegung eines Soll-Verhältnisses Anzahl Ein-

wohner pro Arzt die Niederlassung von Ärzten in bereits gut oder sogar überversorgten Regionen verhindern.

Mit der Einführung von vier unterschiedlichen Versorgungsebenen legte das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VstG) die Grundlage für die Struktur der heutigen Bedarfsplanung. Durch die Einteilung der Arztgruppen in vier Versorgungsebenen nach ihrem jeweiligen Spezialisierungsgrad, kam es zu unterschiedlich großen Planungsbereichen:

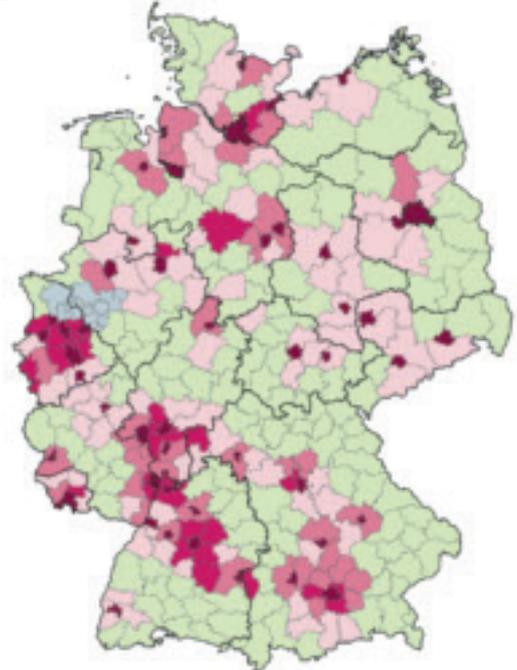
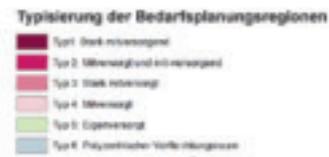
- Hausärztliche Versorgung:* Die Begriffe Hausarzt, Allgemeinarzt und praktischer Arzt werden im Sprachgebrauch oftmals parallel verwendet. Dabei war der „Praktische Arzt“ eine Berufsbezeichnung für niedergelassene Ärzte ohne fachärztliche Weiterbildung, die seit der Weiterbildungsordnung von 1992 nicht mehr vergeben wird. Ärzte, die bereits zuvor als Praktischer Arzt niedergelassen waren, dürfen diese Bezeichnung weiterführen. Zudem gibt es noch etliche weitere – hier jedoch unerhebliche – Bedingungen, nach denen das Führen dieser Bezeichnung weiter erlaubt ist. Aktuell ist für die Niederlassung als Vertragsarzt im hausärztlichen Bereich eine Facharztausbildung der Allgemeinmedizin Voraussetzung, daher auch der übliche Begriff Allgemeinarzt. Hintergrund für die Änderung der Regularien war auch die Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte im europäischen Raum durch vergleichbare Diplome und Ausbildungen. Hausärzte werden wohnortnah und flächendeckend in sogenannten Mittelbereichen geplant. Die bundesweit durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung vorgegebenen Mittelbereiche wurden und werden durch die KVen bei Bedarf angepasst. Diese Definition geht zurück auf das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, das Mittelbereiche für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen heranzieht.
- Allgemeine fachärztliche Versorgung:* Unter der Arztgruppe „allgemeine fachärztliche Versorgung“ werden Augenärzte, Frauenärzte, Chirurgen / Orthopäden, Psychotherapeuten, Kinderärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte und Urologen zusammengefasst. Die Bedarfsplanung dieser Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der 295 Landkreise und der 107 kreisfreien Städte. Hierbei wird davon ausgegangen, dass für die allgemeine fachärztliche Betreuung eine geringere räumliche Nähe erforderlich ist als für die hausärztliche Betreuung.



- Spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung:**
 In der Arztgruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind Anästhesisten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen zusammengefasst. Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung mit ihren vielen Subspezialisierungen, einer geringen Anzahl oder hoher Planbarkeit der Eingriffe bestehen bundesweit 97 Planungsregionen. Die Arztgruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung mit Humanogenetikern, Laborärzten, Neurochirurgen, Nuklearmedizinern, Pathologen, Physikalischen und Rehabilitationsmedizinern, Strahlentherapeuten und Transfusionsmedizinern sind häufig ohne Patientenkontakt tätig, weshalb ihre Planung in den großräumigen 17 KV-Regionen erfolgt.



Innerhalb der oben dargestellten Planungsregionen gelten für die vier Facharztgruppen jeweils unterschiedliche Verhältniszahlen.



Diese wurden mit der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie (NBL) zum 1.1.2020 durch die KVen umgesetzt. Sie nahm in die Berechnung der Verhältniszahlen z.B. auch die Morbidität entsprechend hinzu. Hierdurch änderten sich nicht nur die bundesweit geltenden allgemeinen Verhältniszahlen, sondern es wurden auch die regionalen Typen mit sechs Kreistypen deutlicher als bisher (bisher fünf) in die angepassten Verhältniszahlen einbezogen.

Sofortige Effekte der NBL entstanden z.B. im hausärztlichen Bereich. Die bundesweit für einen Hausarzt bis Ende 2019 geltende allgemeine Verhältniszahl von 1.671 Einwohnern pro Allgemeinmediziner liegt ab dem 1.1.2020 bei 1.609 Einwohner. Es kamen also etliche neue Arztstühle hinzu. Gleiches trifft auch auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendmediziner zu.

Ärztmangel: Geldspritzen bei hausärztlicher Unterversorgung

Gemeinden und Städte sollten die Fördermöglichkeiten bei Arztansiedlungen kennen und nutzen



Der Ärztemangel in Deutschland macht sich bemerkbar: Bis 2030 scheiden etwa die Hälfte der Hausärzte aus dem Berufsleben aus. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind dies rund 13.000 Fachärzte für Allgemeinmedizin. Aktuell sind bereits rd. 3.000 Hausarztsitze bundesweit nicht nachbesetzbar. Der Rückgang der potentiellen Nachfolgeärzte für eine Hausarztpraxis bedeutet, dass bundesweit gerade einmal jede zweite Hausarztpraxis einen 1:1-Nachfolger findet. Für Gemeinden in ländlichen Regionen liegt die Wahrscheinlichkeit einen Nachfolger für eine hausärztliche Einzelpraxis zu finden bei unter 25 Prozent. In strukturschwachen Gegenden sind es noch deutlich weniger.

Der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) spricht hierbei 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.

Das Fehlen von Medizinern geschieht nicht plötzlich, sondern „Zug-um-Zug“, das Problem tritt lokal und regional differenziert auf. Es gibt Dank günstigerer Altersstrukturen der Hausärzte vor Ort aber auch eine Menge nicht betroffener Kommunen in diesem Zeitfenster. Für die übrigen zieht in den nächsten 3-4 Jahren nahezu unmerkelt eine Krise herauf. Als eine der Ursachen dieses (Hausärzte-) Mangels hatte der 77. Bayerische Ärztetag (BÄT) das bundesweite Zurückfahren der angebotenen Medizinstudienplätze auf nur mehr 10.750 identifiziert und gefordert diese wieder auf 17.000 – wie bereits vor etwa 25 Jahren – zu erhöhen.

Um ein Ausdünnen der grundversorgenden ambulanten Versorgung zu bremsen, bieten die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen gewisse Fördermaßnahmen für von Unterversorgung betroffene Gemeinden oder Planungsbereiche an. Teilweise gelten die Fördermaßnahmen bereits für von Unterversorgung bedrohte Regionen. Im Folgenden sollen auszugsweise sechs KV-Förderprogramme dargestellt werden. Zu beachten ist dabei allerdings, dass die Förderungen ausschließlich den Ärzten zustehen (Ausnahme: Kommune als Arbeitgeber von Ärzten). Die Kommunen sind hier als Treiber, Moderator und Projektmanager gefragt.

KV-Förderungen unter der Lupe - Weiterbildungsförderung

Auf den Ärztemangel bei Allgemeinärzten und den grundversorgenden Fachärzten (z.B. Kinder- und Augenärzte) reagierten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband (SpBU) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) umgehend.

Fördergrund	ZuZ-Förderung
Übernahme oder Neugründung von Praxen	
Neugründung/Übernahme einer Praxis	• bis zu 80.000 Euro Investitionskostenzuschuss
Nebenbetriebsstätten	
Erichtung einer Nebenbetriebsstätte bzw. Zweigpraxis	• bis zu 40.000 Euro Investitionskostenzuschuss
Anstellung	
Anstellung von Ärzten	• 2.000 Euro je Monat und Angestelltem • ggf. bis zu 5.000 Euro einmalig für Anstellungsaufwand
Praktisches Jahr	
Praktisches Jahr Allgemeinmedizin	• 744 Euro je Monat für die Dauer des Wahl-Terzials (max. 4 Monate bzw. 16 Wochen)
Hospitation	
Arzt zur Sicherstellung als Gast	• 2.500 Euro je Monat der Hospitation in einer haus- oder fachärztlichen Praxis (max. 3 Monate)
Substitution	
Suchtmedizinische Schwerpunktpraxis	• bis zu 20.000 Euro bei Übernahme einer nicht unerheblichen Zahl Substitutionspatienten
Substitutionsbehandlung	• 2.500 Euro für neue Substitutionsärzte oder Wiedereinsteiger

Abbildung 1: ZuZ-Förderung der KV Baden-Württemberg

Auf Basis des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom Juli 2015 (§ 75a SGB V) unterstützen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenkassen die ambulante Weiterbildung finanziell und strukturell.

Bundesweit stehen 7.500 allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich bereit. Dies sind 2.500 mehr als in den Jahren zuvor. Weitere 1.000 Stellen stehen erstmals für die Weiterbildung von Fachärzten anderer Fächer wie Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin oder Gynäkologie bereit. Welche Fächer das sind, legen die KVen gemeinsam mit den Krankenkassen vor Ort fest. So haben sie die Möglichkeit, Ärzte in den Fachgruppen weiterzubilden, die in der Region im ambulanten Bereich besonders benötigt werden. Eine Förderung in den entsprechenden Facharztgruppen erfolgt nur für solche Praxen, die überwiegend konservativ und nicht spezialisiert tätig sind.

Der monatliche Gehaltszuschuss für Ärzte in Weiterbildung beträgt im ambulanten Bereich je Vollzeitstelle 4.800 Euro. Der Förderbetrag orientiert sich an der im Krankenhaus üblichen Vergütung. Im Bereich der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gibt es weitere Gehaltszuschüsse, wenn die weiterbildende Praxis in einem unterversorgten Gebiet (500 Euro) oder in einem von Unterversorgung bedrohten Gebiet liegt (250 Euro). Die Förderbeträge werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kostenträgern jeweils hälftig getragen. Ausgezahlt werden sie als Zuschuss zum Bruttogehalt des Weiterzubildenden an den Praxisinhaber, der den Arzt in Weiterbildung beschäftigt. Gleichzeitig werden Kompetenzzentren für die allgemeinärztliche Weiterbildung gefördert. Diese sollen die Qualität und Effizienz der Weiterbildung steigern.

Niederlassungsförderungen

Eine gute Zusammenstellung der weiteren Förderungen bietet die Darstellung der ZuZ-Förderungen (Projekt "Ziel und Zukunft", siehe Abbildung 1) der KV Baden-Württemberg (KVBW). Diese weist die Fördergebiete für die haus- und fachärztliche Versorgung nach einer Prüfung der besonderen lokalen Versorgungsdefizite aus. Hierfür werden die Ärzte in den betroffenen Regionen befragt, ob sie weitere Patienten aufnehmen und ihre Praxistätigkeit ausweiten können und wollen. Fördergebiete können sowohl der gesamte Planungsbereich oder Landkreis sein (ZuZ-1 Förderung), als auch jeweils ausgewählte Kommunen (ZuZ-2/3 Förderung).

Die KV Bayern (KVB) fördert im Rahmen einer festgestellten (drohenden) Unterversorgung im jeweiligen Planungsbereich (siehe Abbildung 2). D.h. im hausärztlichen Bereich basierend auf den Mittelbereiche und im grundversorgenden fachärztlichen Bereich basierend auf den Landkreisen oder Kreisregionen. Generell sind zwischen beiden KVen leichte Unterschiede zu erkennen. So fördert z.B. die KVBW die Anstellung eines Arztes mit 2.000 monatlich für maximal drei Jahre. Additiv wird eine ggf. notwendige Umgestaltung der Praxis einmalig mit 5.000 Euro gefördert. Die KVB gewährt dagegen einen finanziellen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro pro Quartal für zwei Jahre. Die Auszahlung der Förderung erfolgt quartalsweise.

Die KV Nordrhein (KVNO) konzentriert sich hingegen zunächst vor allem auf die Gruppe der Hausärzte. Grundlage

Abbildung 2: Förderungen der KV Bayern

Fördermöglichkeiten und weitere Angebote zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Finanzielle Fördermöglichkeiten der Sicherstellungsrichtlinie

Regionale Förderung bei (drohender) Unterversorgung

- Zuschuss zur Niederlassung: bis zu 90.000 Euro
- Praxisaufbauförderung: bis zu 85 % des durchschnittlichen Honorarumsatzes der Fachgruppe
- Zuschuss zur Errichtung einer Zweitpraxis: bis zu 22.500 Euro
- Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes / Psychotherapeuten: bis zu 4.800 Euro / Quartal
- Zuschuss zu den Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes / Psychotherapeuten: bis zu 15.000 Euro
- Zuschuss zur Beschäftigung einer Praktikantensachverständigen / nicht-ärztlichen Praxisassistenten: bis zu 1.500 Euro
- Zuschuss zur Praxisführung über das 68. Lebensjahr hinaus: bis zu 4.500 Euro / Quartal
- Weiterbildungsförderung Fachärzte / Ausbildungsförderung Psychotherapeuten: bis zu 2.400 Euro / Monat bzw. 15,38 Euro / Stunde

Weitere Angebote zur Verbesserung der Versorgung

Region sucht Arzt

- Verteilung von Regionen mit ärztlichem / psychotherapeutischem Bedarf
- Angebot finanzieller Zuschüsse
- Informations- und Unterstützungsleistungen von Lokalkomitees

Förderung der Weiterbildung

- Allgemeinmedizinische Weiterbildung (Förderung nach § 75a SGB V): bis zu 4.800 Euro / Monat, Zuschuss von 500 Euro bzw. 250 Euro in unterversorgten bzw. drohend-unterversorgten Gebieten
- Fachärztliche Weiterbildung / psychotherapeutische Ausbildung: bis zu 4.800 Euro / Monat (Förderung nach § 75a SGB V), bis zu 2.400 Euro / Monat bzw. 15,38 Euro / Stunde (KVB-Förderung)

Famulaturförderung

Förderung der Famulatur

Famuland (die KVB fördert die Weiterbildung)

Besondere Förderung: einmalig 500 Euro für die Absolvierung der Famulatur im öffentlichen Raum

Zuschläge:

- 200 Euro in unterversorgten Gebieten
- 500 Euro in drohend-unterversorgten Gebieten
- 250 Euro für Fahrtkosten-möglich

Förderung der Methadonsubstitution

- Weiterbildungsförderung „Suchtmedizinische Grundversorgung“: einmalig bis zu 1.000 Euro sowie Aufwandszuschüsse von 500 Euro
- Basisförderung: einmalig bis zu 2.500 Euro für präorganisationsrechtliche Maßnahmen

Förderung anerkannter Praxisnetze

- Förderung anerkannter Praxisnetze: einmalig 40.000 Euro
- Förderung der Konsistenz: einmalig bis zu 1.000 Euro für präorganisationsrechtliche Maßnahmen
- Förderung von kooperativen Strukturen: einmalig bis zu 2.000 Euro je Teilnehmer für die Bildung einer Substitutionskooperation

Honorar-Maßnahmen

- KVB-Fälle, die von den betroffenen Ärzten im (drohend) unterversorgten Planungsbereich erfasst wurden, stellen bei der Ermittlung ihrer NZF-Fallzeit für die Fallhöhenobergrenzung unberücksichtigt.
- Diese Sonderregelung gilt ebenfalls für die sogenannte Fallwertminderung.

Förderung des StMG

- Neben der finanziellen Förderung der KVB fördert das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMG) die Niederlassung im öffentlichen Raum.
- Weitere Informationen erhalten Sie unter www.kvb.bayern.de.

PraxisNETZE (die KVB)

Wiederholende Informationen finden Sie unter www.kvb.de/infocenter/Serviceleistungen/Finanzleistungen
Kassenärztliche Vereinigung Bayern e.V. | Kassenärztliche Vereinigung | Gesundheitsministerium | 80331 München | 089 24000-10000

für eine mögliche Förderung ist wie bei der KVB die (drohende) Unterversorgung im Mittelbereich. Auch die KVNO deckt die gesamten Förderungsbereiche ab. Unterschiede zu den beiden oben dargestellten KVen sind z.B. bei den Investitionskostenzuschüssen erkennbar (siehe Abbildung 3). Inwieweit sich die effektiv fließenden Zuschüsse zwischen den einzelnen KVen tatsächlich unterscheiden, wäre noch empirisch zu hinterfragen. Auffällig ist allerdings bereits jetzt die deutlich unterschiedliche Transparenz der Darstellung.

Investitionskostenzuschüsse
 Gefördert wird pro Fördergebiet eine vorgegebene Anzahl an

- Neugründungen und Übernahmen von hausärztlichen Praxen mit maximal 70.000 Euro,
- Anstellungen von Hausärzten mit maximal 70.000 Euro,
- Eröffnungen hausärztlicher Zweigpraxen mit maximal 10.000 Euro.

■ Die Förderung wird an die Verpflichtung geknüpft, mindestens fünf Jahre im Fördergebiet tätig zu sein.

Abbildung 3: Investitionskostenzuschüsse der KV Nordrhein

Auch die KV Hessen (KVH) fördert im hausärztlichen Bereich auf Basis der Planungsbereiche. Eine Ansiedlungsförderung geht hier ggf. mit einer quotenunabhängigen Honorarumsatzgarantie für die ersten beiden Quartale einher. Neben den klassischen Förderbereichen benennt die KVH auch Unterstützungsleistungen so z.B. bei Umzug bzw. bei der Kinderbetreuung (siehe Abbildung 4).

<p>Ansiedlung: Niederlassen leicht gemacht</p> <p>Hessische Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die in einer Region mit besonderem Versorgungsbedarf eine Praxis übernehmen oder neugründen möchten, können finanziell unterstützt werden, mit der Ansiedlungsförderung.</p> <p>☐ 21.10.2019 ☑ Praxismanagement ☑ für die Niederlassung ☑ Zulassung & Personal</p>	<p>Honorargarantie</p> <p>Garantiertes Honorar gefällig? KVH-Mitglieder bestimmter Fachgruppen können sich beim Start in die eigene Praxis auf die finanzielle Förderung der KVH verlassen, wenn sie sich in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf niederlassen.</p> <p>☐ 09.07.2019 ☑ Praxismanagement ☑ für die Niederlassung</p>	<p>Hospitation</p> <p>Sie interessieren sich für eine Hospitation? Dann lassen Sie sich doch fördern.</p> <p>☐ 27.09.2019 ☑ für Ärzte in Weiterbildung ☑ für die Niederlassung</p>
<p>Kinderbetreuung</p> <p>Beruf und Familie vereinbaren? Als Haus- oder Facharzt? Damit dies nicht utopisch bleibt, übernehmen wir die Kinderbetreuungskosten.</p> <p>☐ 27.09.2019 ☑ für Ärzte in Weiterbildung ☑ für die Niederlassung ☑ für Weiterbilder ☑ Sonstige</p>	<p>Neuropsychologie wird gefördert</p> <p>Approbierter Psychotherapeuten können die Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie durch eine Weiterbildung im ambulanten Sektor (als Weiterbildungsstellen/ Arzt in Weiterbildung) erlangen. KVH-Mitglieder, die auf einen neuropsychologischen Behandlungsschwerpunkt umstellen und eine psychotherapeutische Praxis in Hessen übernehmen oder gründen möchten, werden finanziell gefördert.</p> <p>☐ 27.09.2019 ☑ für Ärzte in Weiterbildung ☑ für die Niederlassung ☑ für Weiterbilder ☑ für Psychotherapeuten ☑ Zulassung & Personal</p>	<p>Startkapital für die eigene Praxis</p> <p>Sie sind AWP und denken schon jetzt an die spätere Niederlassung? Dann sichern Sie sich Startkapital für die eigene Praxis.</p> <p>☐ 27.09.2019 ☑ für Ärzte in Weiterbildung ☑ für die Niederlassung</p>
<p>Umgangszuschuss</p> <p>Umzüge sind teuer? Packen Sie's einfach an. Unter bestimmten Umständen erstatten wir die Umzugskosten.</p> <p>☐ 27.09.2019 ☑ für Ärzte in Weiterbildung ☑ für die Niederlassung ☑ für Weiterbilder ☑ Sonstige ☑ für Psychotherapeuten</p>	<p>Weiterbündungsverbände</p> <p>Sie sind Mitglied eines anerkannten Weiterbündungsverbands (WBV) in Hessen? Dann sichern Sie sich den Zuschuss der KVH: Wir unterstützen WBV, damit die</p>	

Abbildung 4: Förderungen der KV Hessen

Die KV Sachsen (KVS) priorisiert die Förderstellen in ihrer Darstellung deutlich. Bei bestehender Unterversorgung fließen bei Praxisneugründungen bzw. -übernahmen 100.000 Euro, bei drohender Unterversorgung 60.000 Euro.

Wie die KVBW weist auch die KVS tlw. kleinteiligere Bezugsregionen (Kommunen) aus (siehe Abbildung 5).

Die KV Niedersachsen (KVN) setzt bei der Darstellung der unterschiedlichen Fördermöglichkeiten auf eine herunterladbare Broschüre und die persönliche Beratung. Ausgewiesene Fördergebiete gibt es nicht. So ist z.B. laut Bedarfsplan Hausärzte keiner der Planungsbereiche (drohend) unterversorgt. Eine Förderung würde daher nicht greifen. Dies ist erstaunlich, da laut KVN bereits im Mai 2019 355 Hausarzt-sitze nicht besetzt waren und dies vor allem im ländlichen Bereich. So startete die KVN auch ein umfassendes Paket zur Niederlassungsförderung. Dafür informiert ein Basisflyer über Beratungs- und Fördermöglichkeiten und macht auf die zahlreichen Seminare der KV aufmerksam. Sogenannte InfoCards sollen zielgruppenspezifisch auf die Beratungsangebote der KV aufmerksam machen.



Fazit

Aufgrund des Umfangs der möglichen Fördermaßnahmen der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgte die Darstellung lediglich exemplarisch für die Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen, Nordrhein-

Westfalen und Niedersachsen (Hinweis: Das Bundesland Nordrhein-Westfalen ist unterteilt in die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe).

Wie eingangs erwähnt, sind die Förderungen im Kern identisch. Jedoch gibt es unter den dargestellten Fördermaßnahmen größere Unterschiede im Bereich des Fördergeldempfinders sowie in der Transparenz und Zugänglichkeit der Informationen. So können neben Planungsbereichen oder Kreisregionen auch einzelne Gemeinden in unterversorgten Gebieten direkt Fördergelder nutzen. Gerade die deutlich passive Informationsbereitstellung einiger KVen beschränkt sich den Kreis derer, die Informationen erhalten

und somit auch nutzen können, auf jene Personen, welche aktiv nach ihnen suchen. Dies bestätigt sich auch durch die Erfahrungen der Autoren durch Gespräche und Projekte mit kommunalen Entscheidern hinsichtlich der Sicherung der ärztlichen Versorgung.

Fördermaßnahmen für Hausärzte

Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in **Gebieten mit festgestellter Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder festgestelltem zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf** hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen folgende Fördermaßnahmen beschlossen:

- Förderpauschale
- Gewährung eines Mindestumsatzes

Details zu den Fördermaßnahmen finden Sie auf der rechten Seite unter „Dokumente“.

Für folgende Planungsbereiche bzw. Bezugsregionen hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen die o. g. Fördermaßnahmen beschlossen. Die Anzahl der förderfähigen Stellen ist dabei wie folgt beschränkt:

Bitte beachten Sie, dass eine Antragstellung für die nachfolgenden Förderstellen nur bis 31.12.2019 möglich ist.

Priorisierte Förderstellen mit Förderpauschale 100.000 Euro

Bereich Chemnitz

- Planungsbereich Annaberg-Buchholz
Bezugsregion Schlettau: 1 Stelle
- Planungsbereich Crimmitschau
Bezugsregion Crimmitschau: 2 Stellen
- Planungsbereich Celsnitz
Bezugsregion Markneukirchen: 1 Stelle
- Planungsbereich Plauen: 1 Stelle
- Planungsbereich Stolberg
Bezugsregion Stolberg/Erzgeb.: 1 Stelle
- Planungsbereich Werdau
Bezugsregion Werdau: 1 Stelle

Bereich Dresden

- Planungsbereich Löbau
Bezugsregion Bernstadt a. d. Eigen: 1 Stelle
- Planungsbereich Weißwasser: 1 Stelle

Abbildung 5: Fördermaßnahmen für Hausärzte der KV Sachsen

Die Wissenslücke bei kommunalen Entscheidern über die Fördermöglichkeiten ihrer zuständigen KV sind nachvollziehbarerweise teilweise sehr groß.

Die Kenntnis der Fördermöglichkeiten würde für einige der betroffenen Kommunen, die sich aktiv um die Sicherung der ärztlichen Versorgung bemühen den gordischen Knoten zwischen den kommunalen Handlungsmöglichkeiten und der Notwendigkeit der Ansiedlungsförderung lösen bzw. zumindest lockern.

Zukunftsfeld „Kommunale Medizinische Versorgungszentren“

Das bundesweit erste kommunale Facharzt-MVZ und interkommunale Hausarzt-MVZ gehen an den Start

Das bundesweit erste Facharzt-MVZ in Neunburg vorm Wald (Oberpfalz)

Die Entscheidung des Zulassungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung zum gegründeten Gesundheitszentrum Ostoberpfalz (MVZ) ist gefallen: In der Stadt Neunburg vorm Wald mit über 8.200 Einwohnern im Landkreis Schwandorf informierte Bürgermeister Martin Birner den Stadtrat, dass die Anträge der Stadt Neunburg auf Zulassung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums (kMVZ) und Genehmigung zur Beschäftigung von zwei Ärzten von der Kassenärztlichen

Vereinigung Bayern bewilligt wurden. Damit geht das „Gesundheitszentrum Ostoberpfalz“, so der Marktauftritt mit Sitz in Neunburg, wie geplant am 1. Juli 2020 an den Start.

Der Neunburger Stadtrat hatte mit seinem einstimmigen Grundsatzbeschluss vom 24. Oktober 2019 dafür die Basis geschaffen. Ziel der Stadt ist es, die wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung insbesondere in der Stadt Neunburg langfristig zu sichern und nachhaltig zu stärken. Am 25. November 2019 hatte der Stadtrat die Gründung des Gesundheitszentrums beschlossen. Das erste bundesdeutsche kommunale Facharzt-MVZ wird in der Liegenschaft des ehemaligen Kreiskrankenhauses betrieben und hat mit einer Poliklinik nichts gemein.

Das Team des MVZ setzt sich aus einem Internisten und Chirurgen, zehn medizinischen Fachangestellten und zwei weiteren Beschäftigten zusammen. Ein von externer Seite durchgerechneter und einzuhaltender Businessplan sichert die Wirtschaftlichkeit ab. Der ärztliche Leiter des MVZ, bietet als Facharzt für Innere Medizin Herz-Kreislaufdiagnostik und Behandlung von Magen-Darmerkrankungen an. Sein medizinisches Angebot konzentriert sich auf Diabetes mellitus und Naturheil-

verfahren. Ein zuziehender Chirurg aus der Gegend deckt das chirurgische Spektrum und die notfallmedizinische Versorgung ab. Die kaufmännischen Aufgaben erledigt die Stadtverwaltung.

Vorausgegangen war der gescheiterte Versuch einer Einzelärztin den chirurgischen Arztsitz in Neunburg vorm Wald in die 25 Kilometer entfernte Große Kreisstadt Schwandorf (rd. 28.800 Einwohner) abziehen. Um genau das zu verhindern und die kommunale Verantwortung für die medizinische Versorgung verantwortungsvoll wahrzunehmen, wurden von der Stadt beim Zulassungsausschuss drei Bewerbungen mit unterschiedlichen Lösungsansätzen eingereicht: Öffentlich hatte Bürgermeister Birner immer nur von einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gesprochen, das die Stadt selbst im ehemaligen Krankenhaus aufbauen würde und das den Facharztsitz von dem Orthopäden, der Ende des Jahres in den Ruhestand geht, gerne übernehmen würde.

Hinter den Rathauskulissen waren aber auch zwei weitere Strategien ausgearbeitet worden: Auch Dr. Richard Wagner, Stadtrat und Neunburgs Internist, hätte bei einer Zusage den Chirurgie-Sitz gekauft und einen Chirurgen bei sich angestellt. Am Ende entschied sich der Zulassungsausschuss allerdings für die dritte Bewerbung eines bisherigen Not- und Facharztes für Chirurgie. Er war zuletzt in der Grenzland MVZ GmbH (Sana-Kliniken) in Furth im Wald (Landkreis Cham) tätig. Er übernahm den erhaltenen Facharztsitz zum 1. Januar 2020 und brachte ihn jetzt in das kMVZ der Stadt Neunburg vorm Wald ein.

Das bundesweit erste interkommunale MVZ in Freiensteinau und Grebenhain (Hessen)

Nicht zuletzt angespornt durch den hessischen Landkreis Darmstadt-Dieburg (rd. 298.000 Einwohner), der mittlerweile mit seiner kMVZ GmbH ebenfalls Facharztsitze aufkauft sowie dem ersten hessischen kMVZ in Schwarzenborn (rd. 1.200 Einwohner), wurde Anfang Juni 2020 der

Vertrag des ersten interkommunalen medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) für den Bereich der Gemeinden Freiensteinau (rd. 3.100 Einwohner) und Grebenhain (rd. 4.600 Einwohner) unterzeichnet. Bei der Menage à trois ist der Vogelsbergkreis (rd. 106.000 Einwohner) der dritte Mitbegründer. Ab Januar 2021 werden die ersten Stellen besetzt sein und das MVZ an den Start gehen.



Das Projekt hat für den Vogelsbergkreis Pilotcharakter: Weitere Landkreiskommunen (zehn Städte und neun Gemeinden) sind als Partner erwünscht. Es ist das bisher erste kommunale MVZ, bei dem ein deutscher Landkreis und zwei Gemeinden als Gesellschafter interkommunal zusammenarbeiten. Damit soll die medizinische Versorgung auf lange Sicht gewährleistet werden. Das Modellprojekt ist der vorläufige Höhepunkt der Arbeit, der im Jahr 2012 eingerichteten Fachstelle „Medizinische Versorgung des Vogelsbergkreises“. Für das erste interkommunale MVZ in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH (gGmbH) arbeiteten die beiden Gemeinden sowie der Vogelsbergkreis zusammen, um das medizinische Angebot auf dem Land weiterhin sicherzustellen.

„Die schwierige Entwicklung, die die medizinische Versorgung im Kreisgebiet genommen hat, war abzusehen. Der Vogelsbergkreis steuert deshalb gegen: Schon früh wurden erste Gespräche geführt, um Städte und Gemeinden, Kassenärztliche Vereinigung sowie Medizinisches Fachpersonal an einen Tisch zu bringen“, sagt Erster Kreisbeigeordneter Dr. Jens Mischak. „Die Idee, im Rahmen der Planung der medizinischen Versorgung, auf ein interkommunales MVZ zu setzen, zeichnete sich als ein sehr guter Weg ab“, führt Dr. Mischak weiter aus. „Neben der langfristigen Sicherung der medizinischen Versorgung gebe es noch weitere Vorteile. [...] Gerade für junge Mediziner ist das Modell interessant, da sie am Beginn ihres beruflichen Weges nicht mit den Risiken, die mit einer eigenen Praxis verbunden sind, zurechtkommen müssen. [...] Geregelte Arbeitszeiten, Planungssicherheit und mehr Flexibilität halten Einzug in den Alltag. Die Administration und Praxisorganisation übernimmt das Praxismanagement-Personal“, sagt der Erste Kreisbeigeordnete. Eine professionelle Arbeitsteilung, die der gesundheitlichen Versorgung zugutekomme.

Das Modell wurde schon früh den Landkreiskommunen vorgestellt, um abzuklären, wo es Interesse für eine Zusammenarbeit in Form eines gemeinsamen interkommunalen MVZ gibt. Im Entscheidungsprozess zum Vorhaben, das auch zum Ziel hat, Mediziner in die Region zu holen, kristallisierten sich die beiden Gemeinden Grebenhain und Freiensteinau heraus. „Für uns bedeutet die Unterzeichnung des

Gesellschaftsvertrages ein wichtiger Baustein zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung. Besonders für Freiensteinau, da wir seit mehreren Jahren intensiv nach einer Lösung suchen, um Medizinerinnen und Mediziner ein Anstellungsverhältnis anzubieten. Auch die Zusammenarbeit zwischen den drei Kommunen hat Vorbildcharakter und wird ein Zukunftsmodell sein“, sagt Sascha Spielberger, Bürgermeister der Gemeinde Freiensteinau.

„Mit der Vertragsunterzeichnung endet ein langer und intensiver Vorbereitungsprozess für eine MVZ-Trägergesellschaft. Gleichzeitig wird der Grundstein für eine zukunftsweisende ärztliche Versorgung in Grebenhain sowie Freiensteinau, aber auch den gesamten Vogelsbergkreis gelegt“, sagt Sebastian Stang, Bürgermeister der Gemeinde Grebenhain. „Wir in Grebenhain freuen uns, dass wir mit Freienstein-

au die ersten Kommunen im Kreis sein dürfen, die durch die MVZ Trägergesellschaft attraktive Anstellungsangebote machen können, um so die ärztliche Versorgung auf Dauer sicherzustellen. Damit wird ein wesentlicher Grundstein für die zukünftige Daseinsvorsorge und der Grundversorgung in den Gemeinden gelegt, der zukünftig weitere Möglichkeiten eröffnet“, sagte Stang.

Fazit

Die beiden Projekte für die Errichtung von kommunalen MVZ (kMVZ) sind Mutmacher auf dem Weg zu den von uns bis zum Jahre 2030 eingeschätzten min. 500 kMVZ-Standorten. Sie zeigen auf, welche vielfältigen Facetten die jeweiligen Lösungen haben können. Die Gründungsimpulse sind aber immer die gleichen. Zuerst einmal die Umsetzung der Erkenntnis, dass die Nachrücker-Generation keine Einzelpraxen mehr übernehmen will und deshalb auf Angestelltenangebote für Ärzte in Mehrbehandler-Praxen (zwei und mehr Ärzte unter einem juristischen Dach) zu setzen ist. (Potentielle) Abgeberärzte – auch solche bei denen selbiges erst in zehn Jahren ansteht – sind einzubeziehen. Die jungen Ärzte wollen im ärztlichen Team arbeiten (und weiterlernen).

Daraus entstehen zukunftssichere Kerne mit attraktiven Andockmöglichkeiten für Jung-Mediziner. Um diese geht es letztendlich. Ein kMVZ ist dabei immer nur als *ultima ratio* zu sehen: Eben dann, wenn es partout keine privatwirtschaftliche Lösung gibt, sich keine Lösung durch eine solvente, sprich schuldenfreie Kreisklinik anbietet und eine wohnortnahe medizinische Versorgung für große Teile der Bevölkerung (im geschilderten oberpfälzischen Falle über 30.000 Einwohner) einfach unabdingbar ist.

Wie reagieren Deutschlands Kommunen auf den Ärztemangel?



Weniger Ärzte müssen in Zukunft mehr Medizinisches leisten

Der Ärztemangel in Deutschland macht sich bemerkbar: Bis 2030 scheiden etwa die Hälfte der Hausärzte und -ärztinnen (im Folgenden: Ärzte) aus dem Berufsleben aus, aktuell sind bundesweit bereits rd. 3.500 Hausarztsitze (gleichbedeutend mit hausärztlichen Vollzeitstellen) nicht nachbesetzbar. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl auf unglaubliche 12.000 nicht besetzbare Hausarztsitze erhöht haben. Der Rückgang der Nachfolgeärzte für eine Hausarztpraxis bedeutet, dass gerade einmal jede zweite Praxis einen 1:1-Nachfolger findet. Der Ärztemangel betrifft dabei nicht "nur abgehängte, kleine Gemeinden" - der Mangel erreicht bereits die Klein-

städte. In strukturschwachen Gegenden kann die Nachbesetzungswahrscheinlichkeit einer Hausarztpraxis schnell bei nur noch rd. 10 Prozent liegen.

Junge Nachwuchsmediziner der sogenannten Generation Y bzw. Generation Z haben konkrete Vorstellungen von ihrem späteren Berufsalltag. Im Vordergrund stehen dabei flexible Teilzeitangebote, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Stichwort: Work-Life-Balance), das Arbeiten im ärztlichen Team sowie möglichst breite Angebote zur beruflichen Weiterbildung. Das klassische Einzelkämpferdasein, ob auf dem Lande oder in urbaneren Gegenden, ist bei Nachwuchsmedizinern eher unbeliebt und steht, wenn überhaupt, erst in einer späteren beruflichen Phase zur Debatte. In den vergangenen 20 Jahren hat sich das Alter beim Aufbau der eigenen Einzelpraxis um rd. zehn Jahre auf nunmehr 45-48 Jahre nach hinten verschoben.

Das Problem wird sich also nicht von selber lösen. Man muss vor Ort anpacken und die ambulante Versorgung strukturell verändern, um sie so auch den Bedürfnissen der nachfolgenden Ärztegenerationen anzupassen. Dieser Transformation stellen sich daher auch zunehmend Gemeinden und Städte, um ihrer Bevölkerung langfristig eine wohnortnahe ärztliche Grundversorgung bieten zu können.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung

Im Amtsdeutsch nennt es sich "Sicherstellungsauftrag". Das ist nichts anderes als die Gewährleistung der Kassenärztlichen Vereinigung, dass jeder gesetzlich Versicherte das Recht darauf hat, rund um die Uhr angemessen ärztlich versorgt zu werden. Das Bundesministerium für Gesundheit definierte den Sicherstellungsauftrag 2016 wie folgt:

„Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung sind verpflichtet, die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Dazu gehört ein den Bedarf deckendes Versorgungsangebot einschließlich einer angemessenen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst)“.

Die Frage ist nur: Wie soll das Recht noch sichergestellt werden? Die Theorie entfernt sich angesichts des Ärztemangels immer weiter von der Realität: Was bedeutet "angemessen"? Für die Kassenärztliche Vereinigung in Hessen sind 25 Kilometer zum nächsten Hausarzt angemessen. Eine Distanz, die für Rentner oder nicht mobile Menschen oft schwer zu leisten ist. Doch was, wenn es mehr als die besagten 25 Kilometer sind? Denn gerade in ländlichen Gebieten ist dieser Sicherstellungsauftrag immer häufiger gefährdet. Gleichzeitig zum Mangel an neu ausgebildeten Medizinern existiert nämlich eine Ungleichverteilung zwischen Stadt und Land. Ganz zu schweigen von der Zahl, die eigentlich als "Normal versorgt" gilt - demnach müsste nämlich auf 1671 Einwohner jeweils ein Arzt kommen.

Die Kommune als Gesundheitsversorger

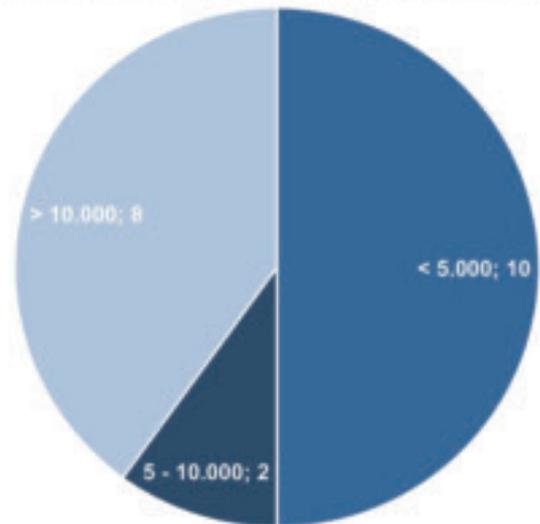
Manche Gemeinden und Städte suchten daher schon vor einigen Jahren teilweise mit viel Kreativität, vielen Anreizen und zahlreichen Vergünstigungen nach jungen Medizinern, die in ihre Region kommen wollen. In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber jedoch einige notwendige Anpassungen vorgenommen.

Seit 2015 besteht daher durch den Gesetzgeber die ausdrückliche Möglichkeit für Kommunen eigene, sogenannte kommunale Medizinische Versorgungszentren (kMVZ) zu gründen und zu betreiben (§ 95 Abs. 1a SGB V). 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 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.

Bundesweit bereits 18 kommunale MVZ

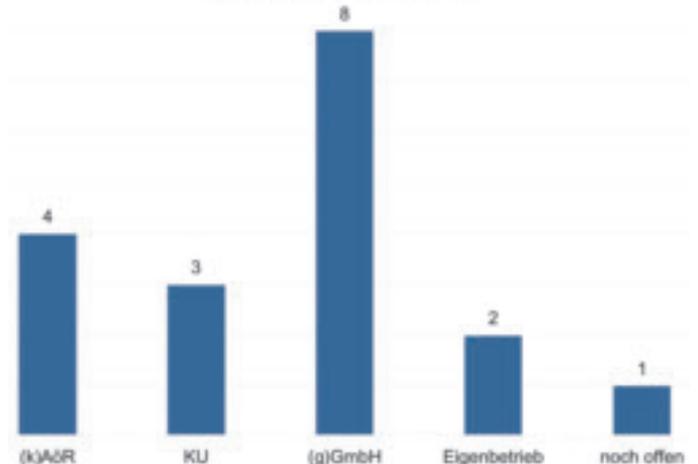
Im Unterschied zu vielen Erwartungen sind es gerade kleine Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern (n = 10), die kommunale MVZ gründen, gefolgt von größeren Kommunen mit mehr als 10.000 Einwohnern (n = 6). Nur zwei kMVZ befinden sich in Kommunen mit 5-10.000 Einwohnern. Acht von 18 kommunalen MVZ werden dabei in der Rechtsform

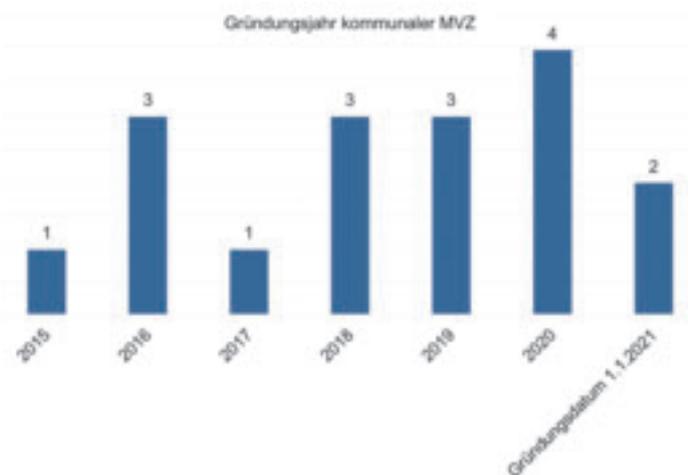
Einwohnerzahlen der Kommunen mit kommunalen MVZ



einer (g)GmbH betrieben. Darunter sind auch zwei überörtliche kommunale MVZ mit mehreren Standorten unter Beteiligung der jeweiligen Landkreise. Lediglich zwei Kommunen wagten bislang das kommunale MVZ als Eigenbetrieb zu führen. Besonders viele kommunale MVZ finden sich in Schleswig-Holstein (8 kMVZ), gefolgt von Hessen (4 kMVZ), Bayern (2 kMVZ) sowie Brandenburg, Niedersachsen, NRW und Rheinland-Pfalz mit jeweils einem kommunalen MVZ. Im Durchschnitt arbeiteten in den 18 kMVZ rd. 3,5 Ärzte und Ärztinnen. Diese Zahl dürfte sich in den Folgejahren bei rund 5-6 Ärzten einpendeln. Vergleichbare Entwicklungen kann man dem privaten MVZ-Markt entnehmen.

Rechtsformen kommunaler MVZ





Es ist hierbei anzumerken, dass aufgrund einer anfänglichen Planungs- und Umsetzungsphase von bis zu drei Jahren, die Zahl der sich in Gründung befindlichen kommunalen MVZ deutlich höher liegt. Konservative Schätzungen gehen hier von derzeit rd. 100 kMVZ in Planung aus. Schätzungen von dostal & partner zu Folge wird es im Jahr 2035 rd. 500 kommunale MVZ geben, in ihnen werden dann mehr als 2.000 Ärzte und Ärztinnen in Teil- und Vollzeit praktizieren.

Ärztliche Leitung und Arztsitze bei einem (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“.

„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“. Der ärztliche Leiter „kann, muss aber nicht in der Geschäftsführung des MVZ tätig sein.“

„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.“

„Der angestellte Arzt verzichtet zugunsten des MVZ auf seine Zulassung. Bei dieser Konstruktion ist allein das MVZ Inhaber der Zulassung“. Bei einem MVZ in teilweise oder voller kommunaler Trägerschaft bedeutet dies, dass der aufgekaufte Arztsitz für den Standort dauerhaft gesichert ist. Er verbleibt beim Medizinischen Versorgungszentrum auch wenn ein angestellter Arzt abwandert oder sich zur Ruhe setzt. Nicht selten unterstützten Kommunen in der Vergan-

genheit mit Fördergeldern externe Unternehmen beim Kauf von Arztsitzen im Gemeindegebiet. Dabei kam es immer wieder vor, dass nach einer gewissen Sperrzeit der mit Fördergeldern mitfinanzierte Arztsitz in andere Kommunen verlagert wurde. Die Kommune hat das Nachsehen, die Fördergelder sind verbrannt.

Kommunale MVZ sind als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung auch Adressaten von deren Zulassungs- und Sanktionsmechanismen

Kommunale MVZ (kMVZ) müssen ihre Zulassung als Mitglied genauso wie Einzelärzte bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beantragen. „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 Ab. 5 GB V (Verwarnungen, 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.“

„Grundsätzlich nehmen Hoheitsträger ihre Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich [...] wahr. Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2002 führt jedoch aus, dass Fachgesetze (wie z.B. die sozialrechtlichen Zuständigkeiten der KVen i.S.d. Art. 83ff. GG) auch Verwaltungsakte gegenüber Hoheitsträgern zulassen, wenn sich diese – wie im Falle eines MVZ – wirtschaftlich betätigt. „Wenn eine Gemeinde sich nicht klassisch hoheitlich, sondern wirtschaftlich betätigt, so führt sie keine Gesetze aus, sondern handelt wie ein Privater. Sie bedarf daher auch nicht des Schutzes einer öffentlich-rechtlichen Zuständigkeitsordnung, sondern ist wie alle anderen Marktteilnehmer in formeller wie in materieller Hinsicht an die Gesetze gebunden.“ Für kMVZ gilt insofern umfänglich das Vertragsarztgesetz.

Dabei ist hinsichtlich der Vollstreckung die Rechtsform des kMVZ entscheidend. Wird das kMVZ in Form einer AöR betrieben, ist die KV auf die Amtshilfe der Gemeinde angewiesen. In Bayern werden Formen dieser Art als „Kommunalunternehmen“ bezeichnet. Wie auch im Falle einer GmbH wird in der Praxis bei AöR gegen Sanktionen der Kassenärztlichen Vereinigung – die in der Praxis ohnehin kaum vorkommen – zunächst der Sozialrechtsweg beschritten. „Ein rechtskräftiges Urteil erzeugt dann einen Titel i.S. v. § 131 SGG (Sozialgerichtsgesetz, Anm.), der durch die Festsetzung von Zwangsgeldern auch gegenüber Behörden durchgesetzt werden kann.“ Inwieweit hier die von einigen Autoren und Rechtsgutachtern bevorzugte AöR günstiger ist als eine GmbH mit kommunaler Beteiligung bleibt leider im Dunkeln. Für beide Rechtsformen gelten die gleichen Haftungs- und Sanktionsmechanismen.

Ergänzend zu den oben dargestellten Kernpunkten sei hinzugefügt, dass kommunale Medizinische Versorgungszentren durchaus auch mit Beteiligung von Vertragsärzten und (privaten) Krankenhäusern gegründet werden können. Hier

schließen sich die dargestellten Eigen- und Regiebetriebe im Gegensatz zur Gründung als GmbH oder Genossenschaft aus. Die Rechtsform der Genossenschaft ist für Kommunen daher von Vorteil, da im Ernstfall alleine die Genossenschaft mit ihrem Vermögen haftet.

Ein kommunales MVZ ist dabei immer nur als *ultima ratio* zu sehen: Eben dann, wenn es partout keine privatwirtschaftliche Lösung gibt, sich keine Lösung durch eine solvente, sprich schuldenfreie Kreisklinik anbietet und eine wohnortnahe medizinische Versorgung für große Teile der Bevölkerung einfach unabdingbar ist.

Interview

Bernhard Kern (68), scheidender langjähriger Bürgermeister der Marktgemeinde Weilbach (seit 1996) im unterfränkischen Landkreis Miltenberg im Interview mit Impulse über kommunale Lösungsansätze hinsichtlich des heraufziehenden Ländarztmangels und die Gründung des ersten kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums in Bayern.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

vor circa 5 Jahren eine Umfrage unter den Ärzten in der Region erstellten. Dabei stellte sich heraus, dass uns dieses Problem in sehr naher Zeit ereilen würde. Insoweit fanden Gespräche mit dem ortsansässigen Arzt statt, der uns dann auch bestätigte, dass sich die Suche nach einem Nachfolger als sehr problematisch und schwierig erwies. Daraufhin haben wir gemeinsam versucht, nach einer Lösung zu suchen.

Impulse: Am 1. April dieses Jahres eröffnete Bayerns erstes Medizinisches Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft in Weil-

gesamt Bayern fragen an, wie dies zu bewerkstelligen ist, weil anscheinend die Problematik überall aufplopt. Für die Zukunft des Marktes Weilbach bedeutet dies eine auf Dauer gesehen gesicherte ärztliche Versorgung, die sogar in Bezug auf Sprechzeiten und Kapazitäten, gegenüber der bisherigen Praxis erweitert werden konnte.

Impulse: Hatten Sie zu Beginn auch andere Möglichkeiten bzw. Lösungen ausgelotet? Wieso ist die Gemeinde schlussendlich diesen Weg gegangen?

Selbstverständlich haben wir im Rahmen bzw. im Vorfeld der Gründung dieses Medizinischen Versorgungszentrums auch andere Möglichkeiten oder Lösungsansätze diskutiert. Diese fanden im Rahmen der Allianz Arbeit statt und so wurde unter anderem auch das Genossenschaftsmodell als eine mögliche Lösung diskutiert aber letztendlich wieder verworfen, weil es für die Situation vor Ort nicht der richtige Ansatz war.

Impulse: Sie gehören damit zu Deutschlands ersten Kommunen mit einem Medizinischen Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft. War Ihnen das von Beginn an bewusst?

Ob wir eine der wenigen in Deutschland waren, die ein Medizinisches Versorgungszentrum in kommunaler Hand gründen, war mir anfänglich nicht bekannt. Nach Rücksprache mit den uns begleitenden Büros kamen wir doch immer mehr zu der Überzeugung, dass wir derzeit noch Einzelkämpfer sind, zumindest was die Situation in Bayern angeht. Aber



Impulse: Herr Kern, die Thematik des Ländarztmangels gewinnt zunehmend an Dynamik. Vor allem in den kommenden fünf Jahren wird die Zahl der Praxis-Abgeber rasant steigen. Wann war Ihnen bewusst als Gemeinde das Thema selbst aktiv angehen zu müssen?

Die Thematik des Ländarztmangel wurde uns insbesondere bewusst, als wir im Rahmen unserer Allianz

bach. Ein „absolutes Novum“, wie Sie selbst kürzlich in einem anderen Interview sagten. Was bedeutet dies für die Zukunft Ihrer Gemeinde?

Das Medizinische Versorgungszentrum Weilbach ist ein Meilenstein nicht nur in der ärztlichen Versorgung Weilbachs, sondern auch darüber hinaus. Mehrere Kommunen aus

auch das vom Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit geführten Kommunalbüro-Gesundheit in Nürnberg, mit dem wir immer in sehr engem Kontakt standen, hat uns dies bestätigt.

Impulse: Wie lange arbeiteten Sie und die Gemeinde Weilbach am Projekt eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums? Gab es intern und in der Ärzteschaft erste Bedenken zu überwinden?

Die Thematik medizinische Grundversorgung und deren Sicherung beschäftigt uns schon seit über fünf Jahren im Rahmen der bereits genannten Allianz Arbeit. Bis man alles ausloten konnte was und wer einem helfen kann und vor allen Dingen wie man dieses Thema angeht, hat mich das Medizinische Versorgungszentrum Weilbach bereits knapp drei Jahre beschäftigt. In der Ärzteschaft gab es keine Bedenken, auch, weil der einzige Arzt in Weilbach von seiner Nicht-Nachbesetzung selbst betroffen war. Aus der Ärzteschaft in der näheren Umgebung lagen uns ebenfalls keine negativen Äußerungen vor, was die Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums angeht, denn: sie alle wissen, dass der Amorbacher Raum personell völlig unterbesetzt ist.

Impulse: Wie haben Sie sich auf den Gründungsprozess vorbereitet?

Die Gründung eines Medizinisches Versorgungszentrums ist alleine nicht machbar. Dazu benötigt man Weg-

begleiter, die die Materie insbesondere im Medizinrecht und Arztrecht beherrschen und auch die notwendigen Fragestellungen betreiben, insbesondere auch was die Wirtschaftlichkeit und Realisierbarkeit angeht. In vielen Diskussionen wurden Für und Wider eines medizinischen Versorgungszentrums diskutiert, Daten

verglichen und auf ihre Realisierung hin geprüft und am Ende die notwendigen Entscheidungen getroffen. Dazu bedarf es einer großen Überzeugungskraft, um die Entscheidungsträger auch mit zu nehmen.

Impulse: Wo sehen Sie das MVZ Weilbach in den kommenden Jahren? Sind fachärztliche Erweiterungen oder Ähnliches geplant?

Das MVZ sehe ich zunächst einmal als langfristige Grundsicherung der ärztlichen Versorgung vor Ort. Natürlich wurden bereits fachärztliche Erweiterungsmöglichkeiten oder ähnliches diskutiert, bislang aber noch nicht auf den entsprechenden Weg gebracht. Gleiches gilt auch für die Gründung von Außenstellen des MVZ in anderen Kommunen oder gemeinsame MVZs. Leider kann dies auch nicht mehr durch meine Person weiterverfolgt werden, da ich zum 1.5.2020 in den wohlverdienten Ruhestand getreten bin. Alle weiteren Entscheidungen wird der Markt Weilbach mit seinen Gremien und Unternehmen denke ich verantwortungsvoll auch in Zukunft weiter treffen.

Impulse: Was können Gemeinden vor dem Hintergrund des allgemeinen Hausärztemangels anders machen?

Was empfehlen Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen, die vor ähnlichen Herausforderungen stehen?

Wie bereits derzeit von mir auch immer öfters praktiziert und auch vor Ort mit Kollegen bereits besprochen, kann ich die Gründung eines MVZ in kommunaler Hand nur begrüßen und befürworten. In diese Richtung führe ich derzeit Diskussionen mit etlichen Interessenten. Ich finde es als die momentan einzige Möglichkeit den ländlichen Raum mit entsprechender ärztlicher Grundversorgung auszustatten. Das SGB V gibt uns die gesetzlichen Grundlagen, ich würde meinen, sogar den Auftrag, sodass in nicht mehr allzu langer Zeit gegebenenfalls dies auch - zumindest moralisch und dem Wunsch der Bürgerschaft entsprechend - als Pflichtaufgabe der Kommunen gesehen werden kann. Dieser Herausforderung muss man sich stellen und Bayern bietet mit dem Kommunalunternehmen, einer Anstalt des öffentlichen Rechts, geradezu die optimale und wunderbare Möglichkeit, dies so zu realisieren, um die uns andere Bundesländer oft beneiden. Durch meine bundesweite Vernetzung weiß ich um die Probleme von Kolleginnen und Kollegen.

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

dostal-Portfolio

- Machbarkeitsstudien / Gutachten für die Realisierung von Ärztehäusern, Gesundheitszentren und MVZ
- Beratung und Unterstützung beim Aufbau kommunaler Projekte zur Sicherung der ambulant-ärztlichen Versorgung der Bevölkerung
- Vermittlung von Nachwuchsärzten/-ärztinnen für Kommunen & Praxen (DocFinding)
- Sachverständigengutachten zum Wert einer Arztpraxis
- Beratung von Kommunen beim Kauf eines Arztsitzes, Klären medizinrechtlicher Fragestellungen und Unterstützung beim Umgang mit KV-Regularien
- Projektmanagement beim Aufbau von Mehrbehandlerpraxen, Gesundheitszentren und MVZ
- Komplettieren von Gesundheitszentren durch weitere Gesundheitsanbieter (Apotheke, Therapeuten, Pflege etc.)
- 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

90461 Nürnberg Frankenstraße 152 Tel.: +49 (0)911 2379305
Fax: +49 (0)911 2379299

50672 Köln Hohenzollenring 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

Email: info@dostal-partner.de

Web: www.dostal-partner.de

Redaktion

Luise Viktoria Ruß