



Schwerpunkte:

Halbzeit!

Seite 17

Alles unter einem Dach: Fünftes Regionales Versorgungszentrum in Rehren eröffnet

Seite 12

Kommunale Medizinische Versorgungszentren - Zuschussbetriebe?

Seite 14



Vorwort



Adrian W.T. Dostal

Geschäftsführer dostal & partner

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

Das Problem des Ärztemangels ist seit Langem bekannt. In erster Linie im ländlichen Raum ist die grundlegende und vor allem wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Hausärztinnen und Hausärzten nicht mehr flächendeckend gewährleistet. Zwar haben zahlreiche Landesregierungen einen Gesetzentwurf zur Landarztquote für die Ausbildung von Allgemeinmedizinern vorgelegt, doch diese Maßnahme wirkt einerseits stark zeitverzögert (das Gros der ausgebildeten Mediziner steht frühestens in einem Jahrzehnt zur Verfügung), andererseits wird das hinter dem Ärztemangel stehende strukturelle Problem nicht angegangen.

Die vorliegende Ausgabe trägt daher den Titel „Halbzeit!“. Ende 2022 sind bundesweit 6.000 Hausarztsitze personell nicht nachbesetzbar gewesen. Damit ist die Hälfte der bis 2035 prognostizierten fehlenden Hausarztsitze bereits heute erreicht. Dann werden in Deutschland rund 12.000 Hausarztstellen in der Versorgung fehlen, fast 40 Prozent der Landkreise unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein.

Der zunehmende Fachkräfte- und Ärztemangel, destruktive Gesetzesentwürfe und flächendeckende Krankenhausschließungen werden dabei das Problem in den kommenden Jahren deutlich verschärfen.

Wir möchten daher Medizinischen Versorgungszentren gegenüber bestehende Kritikpunkte ebenso aufgreifen wie andere erfolgreiche kommunale Lösungsansätze zur Stärkung einer Primärversorgung aufzeigen.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

Ihr

Inhalt

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 4 | Kommunale Medizinische Versorgungszentren – Zuschussbetriebe? | 12 | Alles unter einem Dach: Fünftes Regionales Versorgungszentrum in Rehren eröffnet |
| 7 | Gesetzentwurf von Bundesgesundheitsminister Lauterbach wird den Hausärztemangel weiter verschärfen | 13 | Jeder zweite Klinikstandort vor dem Aus. Wie die Transformation der stationären Versorgung gelingen kann |
| 8 | Studie: Ärzte sehen überdurchschnittliche Qualität der Versorgung in MVZ | 15 | Das Schwarze-Peter-Spiel um die Hausärzte |
| 11 | Fachkräfte- und Ärztemangel: neuartige Versorgungsmodelle im Überblick | 17 | Halbzeit! |
| | | 19 | Unsere Erfolge |
| | | 20 | Impressum |

Kommunale Medizinische Versorgungszentren – Zuschussbetriebe?

Unter kommunalen Akteuren herrscht häufig Unklarheit darüber, ob ein Medizinisches Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft ein Zuschussbetrieb ist oder tatsächlich einen Deckungsbeitrag zum Gesamthaushalt leisten kann. Ein Blick auf aktuelle ärztliche Honorarvolumina gibt Auskunft darüber.



Das Statistische Bundesamt veröffentlicht regelmäßig Statistiken zu Arzthonoraren. 2019 nahm jede Arztpraxis im Durchschnitt 602.000 Euro ein, egal ob Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, jedoch ohne MVZ. Den Einnahmen standen Aufwendungen von durchschnittlich 306.000 Euro pro Praxis gegenüber, die Personalkosten betragen rd. 55 Prozent. Damit blieb im Durchschnitt ein Reinertrag von 296.000 Euro übrig. 2011 lag der durchschnittliche Reinertrag noch bei 234.000 Euro. Mit rd. 70 Prozent entfällt der überwiegende Teil der Einnahmen der Arztpraxen auf Kassenabrechnungen. Ein Blick auf die entsprechenden Zahlen für MVZ weist für 2019 durchschnittliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit in Höhe von 2.725.000 Euro und Aufwendungen von 2.210.000 Euro aus. Dies bedeutet einen rechnerischen Reinertrag von durchschnittlich 515.000 Euro pro MVZ.

Der Reinertrag, nicht zu verwechseln mit dem Gewinn, ist die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben, berücksichtigt dabei aber nicht Aufwendungen von Praxisinhabern für Praxisübernahmen oder Sozialabgaben. Er ist praktisch vergleichbar mit einem Bruttoeinkommen.

Radiologen haben in Deutschland die höchsten Einnahmen unter den Ärzten – mit weitem Abstand gefolgt von den anderen Facharztgruppen. Laut Statistischem Bundesamt erzielten 2019 die Praxen der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie mit 1.128.000 Euro im Schnitt den höchsten Reinertrag, Praxen der Kinder- und Jugendmedizin kamen auf durchschnittlich 239.000 Euro und der Orthopädie auf 341.000 Euro Reinertrag.

Das Umsatzvolumen von Hausarztpraxen

Obwohl die Hausarztpraxen die Pfeiler für die Grundversorgung bilden, lagen sie 2019 mit durchschnittlichen Einnahmen von 466.000 Euro deutlich unter den Einkünften vergleichbarer Fachärzte. Man kann dies auf die niedrigere Kopfpauschale zurückführen. Die Krankenkasse honoriert jede Behandlung mit einem festgesetzten Betrag, egal wie umfangreich diese ist. Bei Allgemeinmedizinern liegt diese niedriger als beispielsweise bei einem Orthopäden. Hinzu kommt, dass die Einkünfte von Hausärzten aus sonstigen Tätigkeiten und privaten Behandlungen geringer sind.

Die durchschnittliche Kostensteigerung lässt sich durch einen allgemeinen Anstieg der Mieten und der Gehälter erklären. Hier zeigt sich, dass Fachpraxen wie auch Hausärzte eine ähnliche Kostensteigerung zu verzeichnen haben.

Fachärzte haben höhere Aufwendungen aber auch einen größeren Reinertrag

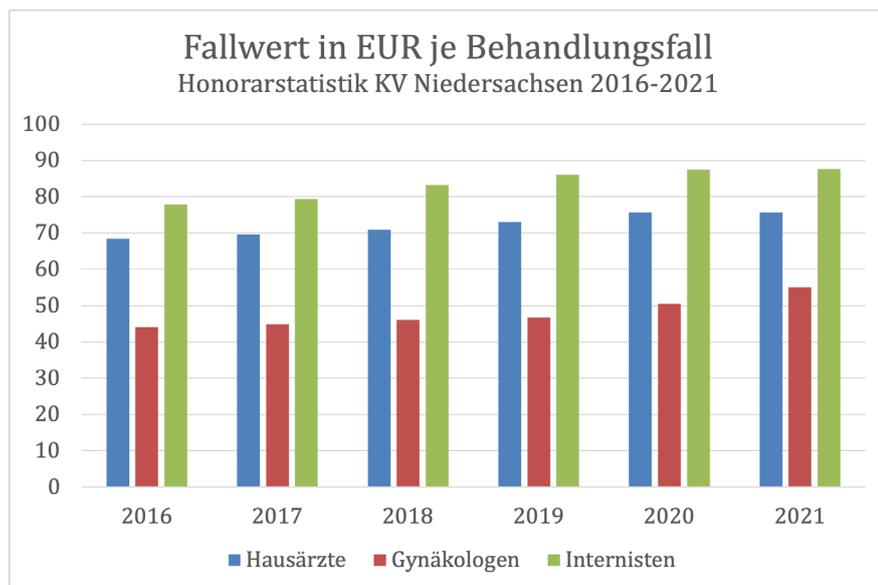
Häufig sind fachärztliche Untersuchungen wie etwa Röntgenaufnahmen und Ultraschalluntersuchungen mit einem finanziellen Mehraufwand verbunden. Entsprechend sind auch die kassenärztlichen Fallpauschalen höher. Dies soll den eingangs hohen Investitionen Rechnung tragen und stellt im Endeffekt eine Rendite auf derlei Investitionen dar. Trotz der gestiegenen Aufwendungen für Personal und Material können die Fachpraxen also einen höheren Reinertrag ausweisen, weil sie für die Behandlung eine größere Patientenpauschale erhalten.

Privatabrechnungen nehmen zu

Individuelle Gesundheitsleistungen versprechen eine bessere Heilung, gehören aber häufig nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Für Fachärzte sind sie besonders attraktiv, weil sie mit einem höheren Kostenfaktor abgerechnet werden können. Beispielsweise lässt sich eine Kniearthrose mit Hyaluronsäure behandeln. Die Therapie kostet den Patienten jedoch zwischen 150 und 400 Euro. Wie wichtig die selbstständigen Tätigkeiten für eine Praxis sind, lässt sich besonders gut am Beispiel der Zahnärzte zeigen. Im Jahr 2019 rechneten diese Leistungen in Höhe 372.000 Euro mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Die Höhe der Einkünfte aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit beträgt für diesen Zeitraum 349.000 Euro. Zahnärzte erwirtschaften damit fast die Hälfte ihres Umsatzes mit Privatabrechnungen.

Bei Hausärzten liegt der Anteil der Privatabrechnungen je nach Praxisstandort zwischen 5% und 30%. Doch nicht nur die geographische Lage, sondern insbesondere die Persönlichkeit des Praxisinhabers spielt hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle. So fokussieren sich zahlreiche Praxisinhaber nicht auf den Ausbau eines zahlungskräftigen Privatpatientenstamms bzw. Selbstzahler, sondern auf das Regelleistungsvolumen. Dies ist selbstverständlich keine Kritik, soll jedoch die teils nicht unerheblichen Unterschiede beim Praxisumsatz erklären.

Jährliche Honorarverhandlungen legen den Verdienst der Ärzte fest



Der Verband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verhandelt mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) jährlich über das Budget der Haus- und Fachärzte. Für die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten erhalten die Mediziner eine Pauschale, die 70 Prozent des Budgets ausmacht. Wie hoch die Vergütung ist, wird mit Hilfe eines Punkteplans entschieden. Dabei gibt es regionale Unterschiede, die Besonderheiten in ländlichen und städtischen Regionen berücksichtigen.

Regionale Unterschiede und erkennbare Entwicklungen

So stiegen die Honorarumsätze der Ärzte der KV Berlin von 2019 auf 2020 um + 6,5 Prozent, der KV Hamburg um + 6,3 Prozent. Im Gegensatz hierzu

sanken die Honorarumsätze der KV Westfalen-Lippe um -1,1 Prozent. Insgesamt errechnete die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Steigerung von 2,2 Prozent in hausärztlichen Praxen und von 3,1 Prozent in fachärztlichen Praxen.

Aktuell wird von den ambulant arbeitenden Ärzten und den KVen der vorgesehene Wegfall der Neupatientenregelung durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz stark kritisiert. Diese wurde eingeführt, um die Wirkungen der gegensätzlichen Entwicklungen im Markt, d.h. steigende Patientenzahlen durch die demographische Entwicklung bei gleichzeitigem Rückgang der ambulant niedergelassenen Ärzte aufzufangen. Nach aktueller Systematik erhält jeder Arzt ein Regelleistungsvolumen (RLV) und ein Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV). Beide nennen Grenzwerte, bis zu denen jeder Patient (Fall) mit einem festen Punktwert vergütet wird. Behandelt eine Praxis deutlich mehr Patienten als der Durchschnitt, werden die „überzähligen“ Patienten nur teilweise berücksichtigt (abgestaffelt nach Prozent).

Damit wird es für Ärzte zunehmend uninteressanter neue Patienten aufzunehmen, je mehr Patienten sie in ihrer Praxis bereits behandelten. Zahlreiche Patienten, der Haus- oder Facharztpraxis, fanden daher keine neue Praxis mehr, die sie aufnahm (Stichwort: Patientenstopp).

Um diesem Effekt entgegenzuwirken, wurden seit dem 01.09.2019 Neupatienten unabhängig von der Deckelung voll vergütet. Ein neuer Patient ist dabei jemand, der erstmals in der Praxis behandelt wird oder mindestens zwei Jahre nicht in der Praxis war.

Diese Regelung wurde im aktuellen Gesetzesentwurf wieder gestrichen, was de facto zu einer Leistungskürzung im ambulanten

Bereich führen wird und die ambulante Versorgungssituation in vielen Regionen nochmals verschärfen wird.

Wirtschaftlichkeit von privatwirtschaftlichen und kommunalen MVZ

Eines vorweg: Die Trägerschaft, ob rein privatwirtschaftlich oder kommunal, hat auf den laufenden Betrieb (und für den Patienten) des Medizinischen Versorgungszentrums keinerlei Einfluss. Im Folgenden unterscheiden wir daher nicht zwischen diesen beiden Trägerschaften.

Da die Mehrheit der MVZ in kommunaler Trägerschaft hausärztlich ausgerichtet ist, betrachten wir diese Facharzttausrichtung genauer. Die folgenden Berechnungen stellen exemplarisch die Gewinn- und Verlustrechnung eines Medizinischen Versorgungszentrums in kommunaler Trägerschaft im 4. Betriebsjahr dar. Gegenübergestellt haben wir ein MVZ mit zwei Hausärzten (2,0 Arztsitze) sowie drei Hausärzten (3,0 Arztsitze). Ferner wurde unterstellt, dass der „Praxisaufbau“ abgeschlossen ist, d.h. die Anzahl der zu behandelnden Patienten je Arzt pro Quartal vorerst nicht weiter signifikant steigen wird. Die Einnahmen aus Privatabrechnungen und sonstigen ärztlichen Tätigkeiten wurden moderat veranschlagt. Als einzige Besonderheit kommunaler MVZ wurden die jährlichen Bankkosten für die Bereitstellung einer entsprechenden Bürgschaft der Kommune gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ergänzt. Die Berechnung der Honorarvolumina basierte auf den durch die KV Niedersachsen 2021 festgelegten Fallwerten. Steuern und ggf. Gewinnbeteiligungen von angestellten Ärzten wurden nicht berücksichtigt. Die Personalkosten umfassen darüber hinaus auch freiwillige soziale Leistungen wie z.B. Weihnachtsgeld.

	2 HÄ	3 HÄ
Erträge		
Honorarvolumen Kassenpatienten	+ 600.000 €	+ 900.000 €
Privatabrechnungen	+ 60.000 €	+ 70.000 €
Sonstige Tätigkeiten	+ 10.000 €	+ 10.000 €
Aufwendungen		
Personal	- 400.000 €	- 550.000 €
Miet- und Energiekosten	- 40.000 €	- 50.000 €
Material	- 10.000 €	- 15.000 €
Instandhaltung	- 5.000 €	- 10.000 €
Verwaltung	- 10.000 €	- 15.000 €
Fuhrpark	- 5.000 €	- 5.000 €
Abschreibungen	- 10.000 €	- 15.000 €
Bürgschaft	- 20.000 €	- 30.000 €
Sonst. Aufwendungen	- 10.000 €	- 10.000 €
Betriebsergebnis	+ 160.000 €	+ 280.000 €

Die oben abgebildete Berechnung erhebt selbstredend keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll kommunalen Entscheidern lediglich als Orientierungspunkt dienen und dabei aufzeigen, dass (kommunale) MVZ nach einer rd. dreijährigen Startphase kontinuierlich Erträge erwirtschaften.

Fazit: MVZ leisten einen positiven Beitrag zu kommunalen Haushalten

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. 2022 zählen wir über 3.700 privatwirtschaftliche MVZ, in denen mehr als 24.000 Ärzte ihre Patienten versorgen. Seit 2015 sind auch Kommunen gründungsberechtigt.

Diese Entwicklung wäre undenkbar gewesen, würde es sich bei Medizinischen Versorgungszentren um Zuschussbetriebe handeln. Kein niedergelassener Arzt käme da auf die Idee sich mit einer Kollegin zusammenzutun, um ein MVZ zu gründen. Wie Einzelpraxen, gleich ob haus- oder fachärztlich, Gemeinschaftspraxen, Praxis- oder Berufsausübungsgemeinschaften sind MVZ-Ertrag generierende und sich selbst tragende Unternehmen.

Sofern Kommunen bei der Gründung und Inbetriebnahme auf fachkundige Unterstützung zurückgreifen können, ist gewährleistet, dass Sach- und Personalkosten in einem gesunden Verhältnis zum Ertrag stehen und das MVZ spätestens im 4. Betriebsjahr dauerhaft positive Salden aufweist. Auf diese einmalige Art und Weise können Kommunen nicht nur eine zukunftsfeste und wohnortnahe ärztliche Versorgung für ihre Bevölkerung gewährleisten, sondern gleichzeitig mit den erwirtschafteten Erträgen ggf. weitere Projekte im Bereich der Daseins- und Gesundheitsvorsorge unterstützen und fördern.

Gesetzesentwurf von Bundesgesundheitsminister Lauterbach wird den Hausärztemangel weiter verschärfen



Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz plant Bundesgesundheitsminister Lauterbach unter anderem, die so genannte Neupatientenregelung zu streichen. 2019 war diese zusammen mit einer erhöhten Sprechstundenzeit im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt worden. Sie diente als Anreiz für Arztpraxen, mehr Termine anzubieten und mehr Menschen zu behandeln.

Zu dem Gesetzesentwurf erklärt der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Dr. Dominik von Stillfried:

„Das Zi hat aktuell alle vertragsärztlichen Abrechnungsdaten ausgewertet. Das Ergebnis ist eindeutig: Im ersten Quartal 2022 war die Zahl der Neupatientenfälle mit 27,1 Millionen so hoch wie noch nie seit Einführung der Regelung im Mai 2019. Auch 2021 war die Zahl der Neupatientenfälle mit insgesamt 101,1 Millionen deutlich höher als 2020 (92,8 Millionen) und höher als 2019 (99,2 Millionen).

[...] Die Krankenkassen verweisen zu Recht darauf, dass auch vor Einführung des TSVG bereits hohe Neupatientenzahlen zu verzeichnen waren. 2018 wurden insgesamt 100,4 Millionen Neupatientenfälle behandelt. Dabei gab es im ersten Quartal 2018 mit knapp 27 Millionen die zweithöchste Anzahl an Neupatientenfällen in den letzten sechs Jahren. Und zwar genau in dem Quartal, in dem Deutschland einer extremen Grippe-welle ausgesetzt war. Wenn man das Fallzahlaufkommen über die Quartale hinweg vergleicht, zeigt sich ein von den Krankenkassen vernachlässigter Zusammenhang sehr deutlich: Eine hohe Anzahl von Neupatientinnen und Neupatienten ist ein Indikator für einen insgesamt hohen Behandlungsbedarf im betreffenden Quartal. In Quartalen mit hohen Neupatientenzahlen sind auch die Fallzahlen insgesamt erhöht. Wie im ersten Quartal 2018, so im ersten Quartal 2021 waren die Praxen extrem belastet – mit bekannten sowie neuen Patientinnen und Patienten. Im Jahr 2018 hat eine

besonders schwere Grippe-welle dazu beigetragen, 2022 war es dann die Omikron-Welle. In diesen Zeiten kommt es logischerweise zu Termin- und Versorgungsengpässen. Genau für diese Zeiten ist die Neupatientenregelung eingeführt worden. Die Erfahrungen des ersten Quartals 2018 waren schließlich Auslöser für den im zweiten Quartal 2018 vorgestellten Entwurf des TSVG.“

Patienten-Aufnahmestopps in Arztpraxen

Seit Einführung des TSVG haben die Praxen eine steigende absolute Anzahl von Neupatienten versorgt. Die notwendigen Mittel zur Aufnahme und Behandlung von Neupatienten werden den (v.a. hausärztlichen) Arztpraxen nunmehr gezielt gestrichen. Ein Anreiz zur Behandlung zusätzlicher bisher unbekannter Patienten wird trotz eines bereits hohen und weiter steigenden Versorgungsbedarfs somit gezielt abgeschafft. Betreiben die Praxen künftig in einer vergleichbaren Situation Dienst nach Vorschrift, werden die Zugangsmöglichkeiten für nicht bekannte Patienten als erstes darunter leiden. Dass dies für die Betroffenen mit wahrnehmbaren Einschränkungen der gesundheitlichen Versorgung einhergehen kann, ergibt sich daraus, dass gem. aktuellen Zahlen des Zi, rund 80 Prozent der Neupatienten im gleichen Quartal auch eine neue Diagnose erhalten haben und somit offenbar von neuen, bisher noch nicht bekannten gesundheitlichen Problemen betroffen waren.

Prognose bis 2035

Gemäß einer aktuellen Studie der Robert Bosch Stiftung werden in Deutschland bis 2035 rund 11.000 Hausarztstellen unbesetzt sein, fast 40 Prozent der Landkreise werden demnach unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein. Derzeit sind bereits die Hälfte, also 5.500 Hausarzt-sitze, nicht mehr nachbesetzbar. Die Folgen sind vielerorts heute schon spürbar.

Eine sinkende Ärztezahl erhöht selbstredend die Anzahl der Patienten und Neuerkrankten, die bei den verbleibenden Ärzten behandelt werden wollen und müssen. Die nun diskutierte Neupatientenpauschale macht es gerade im hausärztlichen Bereich mit seiner Deckelung des Regelleistungsvolumens unattraktiv neue Patienten aufzunehmen. Neben der oben geschilderten Arbeitsüberlastung in den Praxen fließen Patientenzahlen, die deutlich über der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe liegen nicht vollständig in die KV-Honorare ein. Dabei werden jeweils die Quartalszahlen zugrunde gelegt. Liegt z.B. die durchschnittliche Patientenzahl bei 800 Patienten pro Quartal, können bis zu 1.200

Patienten mit vollem Wert abgerechnet werden (150%). Überschreitungen der Fallzahl zwischen 150 und 170% werden mit 75% des Fallwertes vergütet, zwischen 170 und 200% mit 50% und über 200% mit nur mehr 25%. D.h. zu der Arbeitsüberlastung kommt auch noch eine geringere betriebswirtschaftliche Attraktivität neue Patienten aufzunehmen. Hier setzte die Neupatientenpauschale an, die genau diesen Effekt ausschloss.

In Zeiten des oben skizzierten Ärztemangels bei gleichzeitig älter werdender Bevölkerung und auch wachsender Bevölkerung (durch die Migration stieg die Bevölkerungszahl auf aktuell um zwei Millionen auf nunmehr 84

Millionen) ist dies genau das falsche Signal und macht insbesondere den Hausarztberuf unattraktiver.

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Pressemitteilung vom 27. September 2022

Studie: Ärzte sehen überdurchschnittliche Qualität der Versorgung in MVZ

Ärztinnen und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit Kapitalbeteiligung bewerten Versorgung in MVZ in Befragung als überdurchschnittlich.



Am 6. Oktober präsentierte der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) in Berlin die Ergebnisse einer Studie unter angestellten Ärztinnen und Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Im Fokus standen hierbei MVZ mit Kapitalbeteiligung, d.h. unter Beteiligung von (privaten) Investoren.

Über die Studie

Die Studie „MVZ mit Kapitalbeteiligung im Meinungsbild der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung aus dem Jahr 2022“ haben Prof. Dr. Günter Neubauer, Dr. Christof Minartz, Christina Niedermeier, M.P.H., und Sabine Radeck-Knorre, MA, vom Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München für den Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e. V. (BBMV) erstellt. Dazu wurden im zweiten Quartal 2022 online 180 Ärztinnen und Ärzte von BBMV-Mitglieds-MVZ anonym befragt.

Ergebnisse im Kurz-Überblick

67 Prozent der befragten Ärzte bewerteten hierbei die Versorgungsqualität der Patienten in ihrem MVZ als überdurchschnittlich. Demnach sehen die Befragten viele Vorteile gegenüber der Tätigkeit in einer inhabergeführten Praxis – für sich und die Patienten. Der Studie zufolge sind die angestellten Ärzte hoch zufrieden mit ihrer Tätigkeit, was zu einer hohen Arbeitsmotivation führt. Von der Arbeitsorganisation ohne administrative Aufgaben profitieren auch die Patienten: Rund 59 Prozent der Befragten geben an, dass sie jetzt mehr Zeit für ihre Patienten haben als in einer selbständigen Praxis, 30 Prozent der Teilnehmenden sprechen von einer Verbesserung der Versorgung im Vergleich zur vorherigen Tätigkeit.

„Die Befragung belegt, dass sich MVZ auch in Trägerschaft Privater Kapitalgeber ausgesprochen positiv auf die ärztliche Tätigkeit auswirken, was letztlich vor allem den Patientinnen und Patienten nutzt“, sagt Sibylle Stauch-Eckmann, Vorsitzende des BBMV. „Dies unterstreicht, dass die Ärztinnen und Ärzte mit diesen MVZ-Gesellschaften eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung anbieten.“

Bessere Teamarbeit und fachlicher Austausch in MVZ

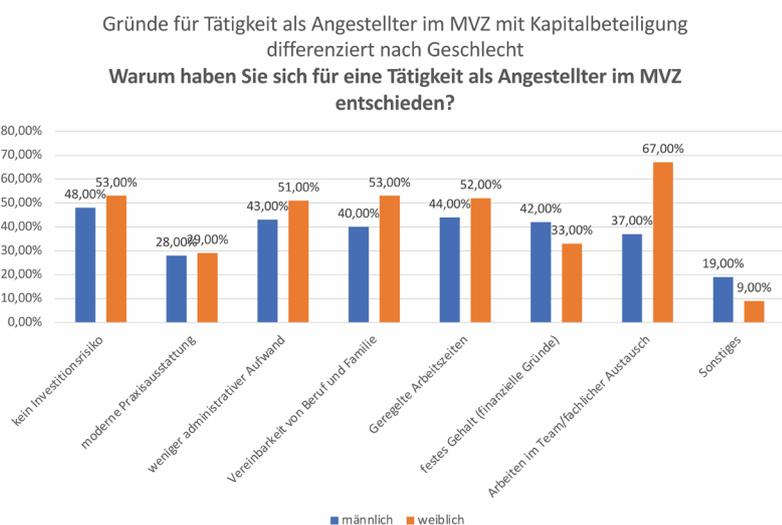
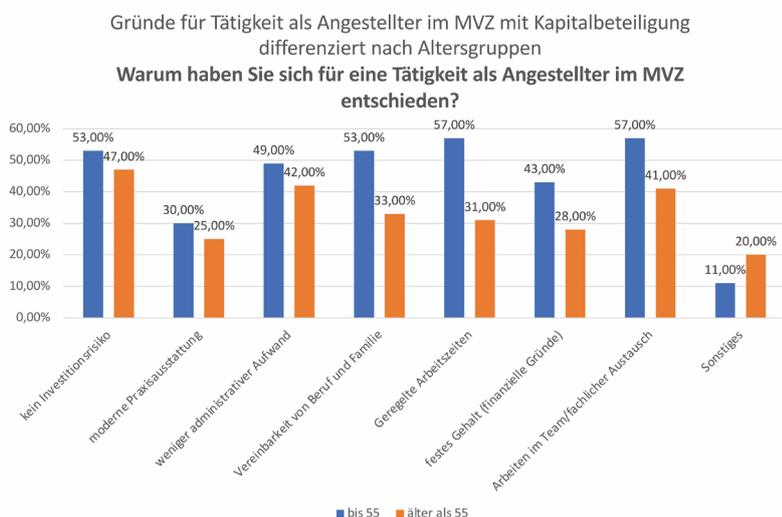
Medizinische Versorgungszentren spielen eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem: Seit der Etablierung von MVZ in Deutschland im Jahr 2004 hat sich deren Zahl laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung bis Ende 2020 rasch auf 3.846 erhöht. Die Studie des IfG ergibt, dass MVZ vor allem für junge Ärztinnen und Ärzte sehr attraktiv sind.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte in MVZ mit Kapitalbeteiligung geben als Gründe für ihre Tätigkeit dort die Möglichkeit zur Arbeit im Team und den fachlichen Austausch an (54 %), dies trifft insbesondere auf die Befragten bis 55 Jahre zu (57 %), auch unter den Frauen

ist dieser Anteil besonders hoch (67 %). Als weitere Gründe für eine Anstellung in einem MVZ werden „kein Investitionsrisiko“ (52 %) und „geregelt Arbeitszeiten“ (48 %) genannt. Auch diese beiden Gründe waren für die bis 55-Jährigen wichtiger als für die älteren. Im Unterschied zu inhabergeführten Einzelpraxen, in denen selbständige Ärztinnen und Ärzte auch die betriebswirtschaftliche Verantwortung tragen, sind Ärztinnen und

Investitionsrisiko, geregelte Arbeitszeiten und ein geringerer administrativer Aufwand wichtige Gründe für eine Anstellung in einem MVZ.

Die hohe Präferenz von Ärztinnen für Teamarbeit begünstigt die MVZ als Arbeitgeber gegenüber inhabergeführten Praxen, da MVZ oft fachübergreifend und mit mehreren Ärzten besetzt sind.



Ärzte in MVZ angestellt und damit frei von unternehmerischen Tätigkeiten. Die ärztliche Leitung in MVZ sowie alle angestellten Ärztinnen und Ärzte sind in ihrer Arbeit weisungsfrei.

Differenziert man die Antworten nach Geschlecht, so zeigt sich, dass für Frauen vor allem das Arbeiten im Team/der fachliche Austausch, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelte Arbeitszeiten und das nicht vorhandene Investitionsrisiko den Arbeitsplatz im MVZ attraktiv machen, wohingegen die Höhe des Gehaltes eine wesentlich weniger große Rolle spielt als bei Männern. Für die Männer sind ebenfalls das fehlende

Bei einer weiteren Differenzierung der Antworten nach der vorherigen Tätigkeit der Ärzte fällt besonders auf, dass für Ärzte, die vorher selbständig in einer Niederlassung praktiziert haben, das fehlende Investitionsrisiko und der geringere administrative Aufwand die Arbeit im MVZ attraktiv machen, während Ärzte, die aus einem Angestelltenstatus in das MVZ gewechselt sind, die Teamarbeit und den damit verbundenen fachlichen Austausch als wichtigsten Beweggrund nannten, dicht gefolgt von geregelten Arbeitszeiten und dem nicht vorhandenen Investitionsrisiko, das ein MVZ bieten kann.

Die oben beschriebenen ärztlichen Präferenzen können MVZ mit Kapitalbeteiligung im besonderen Maße erfüllen. Zu den Vorteilen, die MVZ bieten, gehören vor allem das Fehlen eines Investitionsrisikos für die Beschäftigten, geregelte Arbeitszeiten, sowie ein geringerer administrativer Aufwand. Ein dominanter Vorteil für alle Ärzte unabhängig von Alter, Geschlecht und vorheriger Tätigkeit ist die Teamarbeit, die mit engem fachlichen Austausch verbunden ist.

Dieser Aspekt wird vor allem von Ärztinnen hoch eingeschätzt, was bei dem wachsenden Anteil an Frauen im Arztberuf dem MVZ als Arbeitgeber langfristig einen Vorteil verschafft.

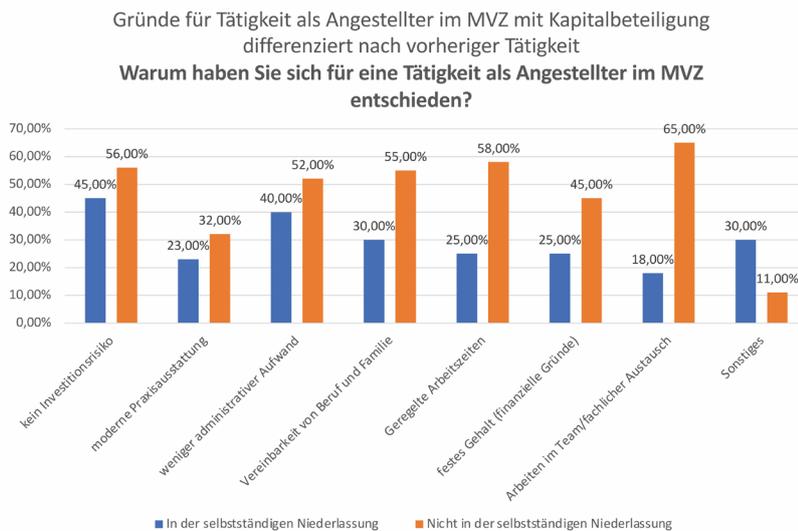
Hohe Zufriedenheit mit Tätigkeit und Arbeitsumfeld in MVZ

Die deutlich überwiegende Mehrheit der Befragten ist mit der ärztlichen Tätigkeit im MVZ zufrieden (76 %). Auch ihre Work-Life-Balance schätzt die überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte als gut ein (71 %). Auch bei den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten überwiegt die Zufriedenheit (58 %). Mit der technischen

Ausstattung der MVZ ist die deutlich überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden an der Studie zufrieden (75 %), das sagen insbesondere die vorher in einer selbständigen Niederlassung Tätigen (81 %). „Wir sehen seit Jahren, dass immer mehr Patientinnen und Patienten die MVZ unserer BBMV-Mitglieder aufsuchen und sich dort bestens behandelt und gut aufgehoben fühlen. Neben der modernen Medizintechnik und Ausstattung ist dafür vor allem die hervorragende medizinische Arbeit und die hohe Motivation der Ärztinnen und Ärzte in einem sehr guten Arbeitsumfeld ausschlaggebend“, sagt die BBMV-Vorsitzende Stauch-Eckmann.

zur Behandlungszeit und zur Versorgungsqualität zeigen ganz klar: Dadurch, dass die Ärztinnen und Ärzte in den MVZ [...] von unternehmerischen, bürokratischen und organisatorischen Aufgaben weitestgehend befreit sind, können sie sich besser ihrer eigentlichen Aufgabe widmen – der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten“, resümiert die BBMV-Vorsitzende Stauch-Eckmann.

In einem zeitlich passenden offenen Brief von rd. 90 ärztlichen MVZ-Leiterinnen und -Leitern an den Präsidenten der Bundesärztekammer und den KBV-Vorstand, werden diese aufgefordert die Verunglimpfung der MVZ-Ärzte einzustellen und zu einer sachlichen und faktenbasierten Diskussion zurückzukehren. Wörtlich heißt es: „Wir stehen dafür ein, dass die ärztliche Unabhängigkeit in medizinischen Entscheidungen gewahrt ist – unabhängig davon, ob der Träger oder Inhaber des MVZ eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten, ein Krankenhaus oder eine Beteiligungsgesellschaft ist. Wir verwahren uns gegen Äußerungen, die den Anschein erwecken, wir würden dieser Aufgabe nicht nachkommen.“



Versorgungsqualität

Bei der von den Ärztinnen und Ärzten insgesamt (67 %) als überdurchschnittlich bewerteten Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten in den MVZ mit Kapitalbeteiligung ist besonders ein Vergleich interessant: 78 Prozent der zuvor in einer selbständigen Niederlassung Tätigen schätzen die Qualität im MVZ als überdurchschnittlich ein. Dies widerspricht Vorwürfen, dass in MVZ mit Kapitalbeteiligung die Versorgungsqualität aus ökonomischen Gründen schlechter sei. Außerdem bewerten die Teilnehmenden die Chancen, den ärztlichen Qualitätsanspruch zu verwirklichen, in den MVZ als besser gegenüber Einzelpraxen (60 %). „Die Zahlen

Die BBMV-Vorsitzende Sibylle Stauch-Eckmann betont: „Es ist nicht hinnehmbar, dass die ärztliche Tätigkeit der Kolleginnen und Kollegen allein aufgrund der Organisationsform der Praxen diskreditiert wird.“

Quellen: Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V., Pressemitteilung vom 06. Oktober 2022; Institut für Gesundheitsökonomik München Studie „Meinungsbilder angestellter Ärztinnen und Ärzte in MVZ mit Kapitalbeteiligung“, Prof. Dr. Günter Neubauer, Dr. Christof Minartz, Christina Niedermeier, Sabine Radeck-Knorre, September 2022

Metropolen durchaus auch in kleineren und mittelgroßen Städten mit nennenswerter Industrie.

PORT-Modell

Unabhängig von kommunalen Förderungen fördert die Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms

„PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ lokale Gesundheitszentren nach dem Vorbild von Kanada und Schweden. Die gemeindenahen Gesundheitszentren, bieten neben der Prävention und Sozialarbeit möglichst viele Angebote rund um das Gesundbleiben und Gesundwerden im gewohnten Lebensumfeld und eine konzentrierte ärztliche Versorgung.

Alles unter einem Dach:

Fünftes Regionales Versorgungszentrum in Rehren eröffnet



Regionale Versorgungszentren (RVZ) gehen nach erfolgreicher Modellphase in landesweite Förderung über.

Birgit Honé, Ministerin für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, hat am 02. November 2022 gemeinsam mit Jörn Lohmann, Bürgermeister der Gemeinde Auetal, und einer Vertreterin des Landkreises Schaumburg, das Regionale Versorgungszentrum (RVZ) Auetal in der Alten Molkerei in Rehren eröffnet. Mit der Eröffnung des fünften RVZ in Niedersachsen sind nunmehr alle Modellprojekte erfolgreich an den Start gegangen. *„Mit den Regionalen Versorgungszentren stärken wir an einem gut erreichbaren Standort die hausärztliche Versorgung und bündeln verschiedene Angebote der Daseinsvorsorge, und zwar genau die Angebote, die die Menschen vor Ort jeweils brauchen“*, sagte Regionalministerin Honé. *„Ich bin überzeugt, dass Sie mit dem RVZ Auetal einen wichtigen Beitrag für die Attraktivität Ihrer Region leisten. Denn eine gute Daseinsvorsorge ist die Voraussetzung für dauerhaft attraktive und lebenswerte ländliche Räume.“*

Die Ministerin zeigte sich begeistert von dem Engagement der Gemeinde und des Landkreises in Auetal:

„Mein besonderer Dank geht heute vor allem an die handelnden Personen, die das Projekt parteiübergreifend unterstützt haben.“ Es sei beeindruckend, wie schnell der Aufbau des Versorgungszentrums in regionaler Kooperation vorangetrieben worden sei, betonte Honé. *„Die Evaluation zu den fünf Modellprojekten zeigt, dass die RVZ eine Verbesserung bringen. Das bestätigt uns in unserem bundesweit einmaligen Ansatz. Deshalb werden wir die Fördermöglichkeiten für die Planung und den Aufbau von RVZ verstetigen und schaffen so ein landesweites Unterstützungsangebot an die Kommunen. Denn: Der Bedarf ist da!“*

Das Regionalministerium fördert den Aufbau des RVZ am Standort Auetal mit über 1,4 Millionen Euro. Den Kern des RVZ wird ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bilden, in dem angestellte Medizinerinnen und Mediziner die hausärztliche Versorgung sichern. Das MVZ hat seinen Betrieb zum 1. November mit zwei Ärztinnen/Ärzten gestartet. Zudem ist für Anfang 2023 eine Außenstelle des MVZ in Sachsenhagen mit einem dritten Arzt geplant. Zudem sollen die Umbaumaßnahmen für die Tagespflege 2023 abgeschlossen sein, so dass diese das Angebot des RVZ künftig ergänzen wird. Honé: *„Damit sichern Sie die hausärztliche Versorgung und die Angebote der Daseinsvorsorge über die Grenzen der Gemeinde Auetal hinweg. Das ist wirklich großartig!“* Auch bei der Erweiterung um die Zweigstelle werde das Regionalministerium Gemeinde und Landkreis weiter unterstützen. Für die Modernisierung der Praxisräume in Sachsenhagen überreichte Regionalministerin Honé Bürgermeister Lohmann einen weiteren Förderbescheid in Höhe von 149.625 Euro.

Bürgermeister Jörn Lohmann dankte Ministerin Birgit Honé dafür, innovative Projekte wie das RVZ zu ermöglichen. *„Mit dem RVZ Auetal und der Außenstelle des MVZ in Sachsenhagen sichern die ärztliche Versorgung und können wichtige Angebote der Daseinsvorsorge vorhalten. Damit schaffen wir hier eine wichtige Anlaufstelle und einen tollen Treffpunkt für die Menschen in*

der Region. Ich freue mich, dass wir dieses Modellprojekt hier realisieren konnten.“

Hintergrund

Die Regionalen Versorgungszentren (RVZ) sind Einrichtungen zur Stärkung der sozialen Daseinsvorsorge. Mithilfe der RVZ sollen Versorgungsleistungen gebündelt werden, um die ländlichen Räume Niedersachsens attraktiver und lebenswerter zu gestalten. Die RVZ sollen für die Menschen gut erreichbar sein – sei es über den ÖPNV oder über Alternativen wie beispielsweise Ruftaxen.

Die RVZ sollen ein kombiniertes Angebot aus hausärztlicher Versorgung und weiteren je nach lokalem Bedarf ausgesuchte Angebote der Daseinsvorsorge bündeln. Ärztinnen und Ärzten sollen dabei Anstellungsmöglichkeiten mit flexiblen Arbeitszeiten eröffnet werden, um so die Hausarztversorgung zu stärken. Darüber hinaus sollen diese zentralen Anlaufstellen mit weiteren Angeboten ausgestattet werden. Das können beispielsweise Hebammendienste, Präventionskurse, Ergo-/ Physiotherapie, haushaltsnahe Dienstleistungen oder ein Café als Treffpunkt sein. Nach der erfolgreichen

Modellphase stellt das Land Gelder für einen landesweiten Roll-out zur Verfügung.

Fazit

Die Regionalen Versorgungszentren im Bundesland Niedersachsen stoßen unserer Erfahrung nach auf ein breites Interesse. Neben den niedergelassenen und neu hinzustoßenden Ärzten im angegliederten kommunalen MVZ sind es vor allem auch die weiteren Akteure aus dem Gesundheits- und sozialen Bereich, die mit dem RVZ eine quasi „gemeinsame Heimat“ finden. Der niederschwellige Zugang zu einer breiten Angebotspalette ist nicht nur für die Bevölkerung ein besonderer Vorteil, sondern fördert auch die sektorübergreifende Zusammenarbeit der Akteure.

Das Projektteam von dostal & partner begleitete in den vergangenen zwei Jahren vier der fünf in Betrieb genommenen Regionalen Versorgungszentren in Niedersachsen.

Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, Pressemitteilung vom 02.11.2022

Jeder zweite Klinikstandort vor dem Aus. Wie die Transformation der stationären Versorgung gelingen kann

Mehr als jedes zweite Krankenhaus in Deutschland sollte nach Ansicht der Bertelsmann-Stiftung geschlossen werden, damit die Versorgung der Patienten verbessert werden kann. 2020 existierten im Bundesgebiet rd. 1.900 Krankenhäuser, durch die vorgeschlagenen

Reformpläne sollten am Ende weniger als 600 größere und bessere Kliniken erhalten bleiben, heißt es in einer 2019 veröffentlichten Untersuchung. Die verbliebenen Krankenhäuser könnten dann mehr Fachpersonal und eine bessere Ausstattung erhalten, so das Fazit der Studie.

Spahns Nachfolger im Gesundheitsressort hatte sich bereits 2019 für einen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft ausgesprochen. Auf Twitter schrieb Karl Lauterbach: „Jeder weiß, dass wir in Deutschland mindestens jede dritte, eigentlich jede zweite, Klinik schließen sollten. Dann hätten wir in anderen Kliniken genug Personal, geringere Kosten, bessere Qualität, und nicht so viel Überflüssiges. Länder und Städte blockieren.“

„Nur Kliniken mit größeren Fachabteilungen und mehr Patienten haben genügend Erfahrung für eine sichere Behandlung“, betonen die Autoren der Studie. Viele Komplikationen und Todesfälle ließen sich durch eine Bündelung von Ärzten und Pflegepersonal sowie Geräten in weniger Krankenhäusern vermeiden. Kleine Kliniken verfügten dagegen häufig nicht über die nötige



Ausstattung und Erfahrung, um lebensbedrohliche Notfälle wie einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall angemessen behandeln zu können. Vor allem die Qualität der Notfallversorgung und von planbaren Operationen lasse sich so verbessern. Auch der Mangel an Pflegekräften könne so gemindert werden.

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

Die Situation in Deutschland ist einzigartig

Die Verringerung der Zahl der Krankenhäuser wird in Deutschland seit längerem diskutiert. Im EU-Ländervergleich hat Deutschland vergleichsweise viele Krankenhausstandorte. Fast nirgendwo sonst in der Welt werden pro Einwohner so viele Menschen stationär behandelt wie hierzulande. 19,5 Millionen Fälle sind es im Jahr, Tendenz steigend. In Deutschland gibt es auch 65 Prozent mehr Klinikbetten pro Einwohner als im EU-Durchschnitt.

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

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

Was schlagen die Experten vor?

Die finanzielle Lage vieler Krankenhäuser in Deutschland ist prekär. Nach jüngsten Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat jede dritte Klinik 2019 rote Zahlen geschrieben.

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

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

Medizinische Grundversorgung in ländlichen Gebieten in Gefahr

Darüber hinaus lassen die Autoren der Studie völlig außer Acht, dass die ärztlich-ambulante Versorgung in ländlichen Gegenden die kommenden Jahre stark unter Nachwuchsproblemen bei Haus- und Fachärzten leiden wird. Mancherorts ist dies bereits heute bittere Realität. So kam die Robert-Bosch-Stiftung in einer kürzlich veröffentlichten Studie zu dem Schluss, dass im Jahr 2035 ein Drittel aller deutschen Landkreise hausärztlich unterversorgt oder drohend unterversorgt sein wird. „Eine starke Einschränkung der Krankenhausstandorte, ist nur möglich, wenn man die gesamte medizinische Versorgungsrealität einbezieht“, so Adrian Dostal, Geschäftsführer der bundesweiten Kommunalberatungsgesellschaft dostal & partner.

„Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz) verpflichtet Bund, Länder und Kommunen, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten, darunter ist auch eine wohnortnahe Versorgung zu verstehen“, so Dostal weiter. „Viele der Kliniken, die den Experten der Bertelsmann Stiftung zu Folge geschlossen werden sollen, befinden sich in eben diesen Regionen. Mit ihnen verschwindet dann der letzte medizinische Hotspot in den betroffenen Gebieten.“ Und weiter: „Es muss davon ausgegangen werden, dass den Autoren die Situation im ambulanten Sektor nicht in ihrer Dramatik bekannt ist, andernfalls ist ihr Ruf nach massiven Krankenhausschließungen nicht nachvollziehbar.“

Keine undifferenzierte Schließungspolitik

Auch der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Klaus Reinhardt, bezeichnete die Forderungen der Studienautoren als „mehr als befremdlich“. Allerdings könne es in Ballungsgebieten mit erhöhter Krankenhausedichte durchaus sinnvoll sein, dass Ärzte und Pflegepersonal in größeren Strukturen Patienten behandeln. Dadurch könnten Abläufe vereinfacht und die zunehmende Arbeitsverdichtung gemildert werden. Reinhardt warnte aber vor einer undifferenzierten Schließungspolitik.

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

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

Anzahl der Krankenhausaufenthalte sinkt

Eine Studie des RWI (Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V. in Essen) zeigt in einer kürzlich veröffentlichten Pressemitteilung auf, welche Effekte Krankenhausschließungen auf die Bevölkerung in der Umgebung haben.

Die Auswirkungen der Schließung von 18 Kliniken in den Jahren zwischen 2015 und 2018 hat das RWI analysiert. Hieraus geht hervor, dass sich nicht nur die Anfahrtszeit zum nächstgelegenen Krankenhaus für die Patienten steigt, sondern sich auch die Rate der Klinikaufenthalte verringerte. Sieben der Krankenhäuser waren dabei vor ihrer Aufgabe in öffentlicher Trägerschaft und neun in privater gemeinnütziger Hand. Bei den zwei weiteren handelte es sich um private, gewinnorientierte Häuser.

Keine Aussagen zu „dringenden Fällen“ möglich

Die Daten lassen jedoch keine Rückschlüsse darauf zu, ob die wegfallenden Krankenhausaufenthalte auch dringende Fälle betreffen. In diesem Fall könnten die Schließungen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für die betreffenden Patienten bedeuten. Sollten die wegfallenden Krankenhausaufenthalte hauptsächlich Patienten mit leichten Erkrankungen betreffen, die stattdessen ambulant behandelt werden können, würde dies für

eine effizientere Gesundheitsversorgung mit tendenziell besserer Versorgungsqualität infolge der Schließungen sprechen.

Fazit

Angesichts des Personalmangels im Gesundheitswesen und der alternden Bevölkerung ist nach RKI-Einschätzung (Gesundheitsökonomin Anne Mensen) die Zusammenlegung von Kliniken in vielen Fällen eine wichtige Maßnahme, um die Effizienz zu erhöhen und eine personelle Mindestbesetzung zu gewährleisten. Zudem kann die Schließung kleiner Kliniken zu einer besseren Behandlungsqualität führen, da die Patienten stattdessen in Kliniken mit stärker spezialisiertem Personal behandelt werden können. „Damit auch für ältere und weniger mobile Menschen eine angemessene Versorgung gewährleistet ist, müssten Krankenhausschließungen jedoch sorgfältig geplant werden und mit Konzepten zur Ausweitung der ambulanten Versorgung einhergehen.“

Umso wichtiger ist es, dass die medizinisch-ärztliche Versorgung mittels Primärversorgungszentren (PVZ) in ländlichen Regionen sichergestellt wird. Hier geben erste Modellprojekte richtungsweisende Impulse. Solche Primärversorgungszentren ersetzen einen ehemaligen Krankenhausstandort und vernetzen alle Anbieter aus dem Bereich der Daseinsvorsorge und des Sozialwesens. An derartige PVZ können u.a. Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft bzw. privatwirtschaftliche Mehrbehandlerpraxen, Therapeuten sowie weitere Anbieter der Daseinsvorsorge angeschlossen werden. Die Konzeptionierung und der Aufbau derlei Primärversorgungszentren und -netzwerke wird in den kommenden Jahren massiv an Bedeutung gewinnen.

Quelle: Pressemeldung des RWI vom 28. Juli 2022; Bertelsmann-Stiftung, Studie 2019

Das Schwarze-Peter-Spiel um die Hausärzte

Was Kommunen tun können, um den Hausärztemangel in den Griff zu bekommen

Die bekannteste Ausprägung einer Verantwortungsdiffusion ist das bekannte „Schwarze-Peter-Spiel“. Es kommt besonders im Bereich der Politik und damit auf allen organisatorischen Ebenen staatlich-politischen Handelns vor. Dazu gehört bekanntermaßen die weite und mancherorts als diffus wahrgenommene „Daseinsvorsorge“. Sie soll und kann hier nicht mit allen



rechtlichen Facetten durchdekliniert werden. Nein, wir betrachten die damit zusammenhängende Verantwortungsdiffusion exemplarisch anhand des Phänomens des „Hausärztemangels“. Rund 7.000 bis 8.000 unserer über 12.000 Kommunen wird diese Herausforderung zwischen heute und 2030 noch betreffen.

Hausärzte: Mangel – und zu viele Zuständigkeiten

Zum Thema Hausärztemangel gibt es tatsächlich zahlreiche Verantwortlichkeiten und damit einhergehend auch Zuständigkeiten. Diese werden regelmäßig immer wieder durcheinandergeworfen mit dem manchmal desaströsen Ergebnis: Abwarten und Hoffen, dass es die angeblich allein zuständigen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen – man denkt bei diesen mancherorts auch an eine Art „Arzt-Bestell-Büro“, schon richten werden; wenn nicht „kann man – mit den Schultern zuckend – auch nichts machen“.

Zu wenige Humanmedizin-Studienplätze

Nun bleiben wir zunächst bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie können nur die Ärzte im entsprechenden Kontext „verwalten“, die vorhanden sind oder sich für eine Arbeitsaufnahme interessieren. Das heißt, sie können keine fehlenden Ärzte „neu“ schaffen. Dafür sind nämlich die Landtage in den Bundesländern zuständig. Sie genehmigen mit ihren beschlossenen Haushaltsplänen die konkrete Anzahl der Humanmedizin-Studienplätze. Diese Landtage haben unisono irgendwann in den 1980er und 1990er Jahren diese Studienplätze von etwa 17.500 auf knapp 12.000 Studienplätze abgebaut. Die angekündigten und teilweise bereits realisierten Erhöhungen – im besten Falle pro Bundesland im guten Hunderter-Bereich – wirken nach dem Jahre 2030.

Das Grundproblem des Medizinstudiums ist, dass Angebot und Nachfrage in keinem gesunden Verhältnis mehr stehen. „Ich hätte unter den Voraussetzungen heutiger NCs keine Chance auf ein Medizinstudium“, kommentierte der heutige Weltärztepräsident Montgomery 2019 die Situation, ohne dabei seine Abiturnote von 1972 zu nennen. Er dürfte wohl weit jenseits der heute geforderten 1,0 bis 1,2 gelegen haben.

Landarztquoten zu gering

Bleiben wir bei den Parlamenten und damit der „Politik“: Die genannten Landarztquoten um die drei oder fünf Prozent sind schlichtweg nicht zielführend. Um dem anhaltenden „Hochschaukeln“ des Hausärztemangels adäquat begegnen zu können, müssten es mindestens 15 Prozent sein. Zur Jahreswende 2022/2023 werden rund 6.000 hausärztliche Arztstühle nicht nachbesetzbar sein. Diese Zahl wird bis 2035 mindestens auf 12.000 angewachsen sein, die Masse davon aus vielerlei bekannten Gründen auf dem Lande.

Insoweit ist es nahezu läppisch – um das in diesem „politischen“ Kontext gleich anzufügen – wenn Landkreise mit zum Beispiel 200.000 Einwohnern einmalig drei oder vier Allgemein-Medizin-Stipendien für ihren Mittelbereich ausloben: Das müssten tatsächlich mehrere Jahre lang wohl etwa das Doppelte sein, um den Hausärztemangel in ihrem Landkreis außerhalb der Kreismetropole nachhaltig zu beheben.

Kommunen zuständig für Gesundheitsversorgung

Durch die schubweise Haus-Ärztenschwämme in den letzten 70 Jahren wurde die tatsächliche Zuständigkeit der Kommunen im Rahmen des Sozialstaatsprinzips nach Art. 20 Absatz 1 Grundgesetz verdeckt und verdrängt. Dieser Artikel beinhaltet die Verpflichtung, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten. Letztere müssen daher nolens volens auch eine erreichbare, also wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen sicherstellen. Dass sich das bei dem innerministeriellen Strang der Aufsichtsbehörden noch nicht überall herumgesprochen hat, ist bedauerlich.

Um hier Klarheit zu schaffen, hat der Bundesgesetzgeber Ende 2015 in der Neufassung des § 95 1a SGB V „Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“ die Kommunen ermächtigt, sogenannte Kommunale Medizinische Versorgungszentren zu errichten und auch zu betreiben. Da privatwirtschaftliche Gemeinschaftspraxen nahezu nirgends Defizite erwirtschaften und „Dauerkostgänger“ für ihre Inhaber sind, laufen Hinweise, „die Kommune steht unter Finanzaufsicht“, ins Leere.

Der aktuelle Koalitionsvertrag nimmt zu dieser Entwicklung eindeutig Stellung. So heißt es darin auszugsweise: „[...] die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab [...]“.

25 kommunale Medizinische Versorgungszentren

Dass zahlreiche Kommunen ihre vielfältigen Möglichkeiten zur Umsetzung von Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz bereits voll umsetzen, zeigen nicht zuletzt die massenhaften Engagements, mit notwendigen Immobilien den Aufbau von Mehrbehandlerpraxen zu unterstützen.

Ebenso gehört hierzu die neuartige Rolle als lösungsorientierter Moderator, direkt oder indirekt den jeweiligen ortsindividuellen Prozess zur Schaffung von Anstellungsmöglichkeiten für Nachrücker-Ärzte in Verbindung mit einer darauf abzielenden Arztsuche zu unterstützen. Gleichzeitig gibt es mit Stand 24. November 2022 bundesweit bereits 25 kommunale Medizinische Versorgungszentren mit insgesamt über 50 Standorten. Hierbei war bei jeder 3. Gründung das Projektteam von dostal & partner mit unterschiedlichen Schwerpunkten beratend tätig.



Halbzeit!

Halbzeit! Mit Stand Ende 2022 sind bundesweit 6.000 Hausarztsitze personell nicht nachbesetzbar. Damit ist die Hälfte der bis 2035 prognostizierten fehlenden Hausarztsitze bereits heute erreicht. Dann werden in Deutschland rund 12.000 Hausarztstellen in der Versorgung fehlen, fast 40 Prozent der Landkreise unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein.

Die Studie der Robert Bosch Stiftung zeigt erstmals die weitere Entwicklung der Anzahl an Hausärztinnen und -ärzten auf Kreisebene. Die Prognose: Im Jahr 2035 werden vier von zehn Landkreisen unterversorgt oder massiv von Unterversorgung bedroht sein – allen bisherigen Maßnahmen zum Trotz.

Teilzeit- und andere Arbeitszeitmodelle verringern die geleisteten Arbeitsstunden

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

Diese Entwicklung wird noch verstärkt, da davon ausgegangen werden kann, dass angestellte Ärzte aufmerksamer und nachdrücklicher auf die Einhaltung des mit ihrem Arbeitgeber üblicherweise vertraglich vereinbarten Arbeitsstundenvolumens achten und dringen (können), als dies die Praxisinhaber üblicherweise für sich selbst realisieren (können). Die Zahl der angestellt tätigen Hausärzte hat sich zwischen 2009 und 2020 mehr als verdreifacht.

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

Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklungen fortsetzen werden. Im „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“ gaben fast 95 % der befragten Studierenden hinsichtlich ihrer Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit an, dass es ihnen sehr wichtig oder wichtig ist, Familie und Beruf gut vereinbaren zu können. Etwa 82 % der Befragten sind geregelte Arbeitszeiten und etwa 81 % die Möglichkeit, die Arbeitszeiten flexibel zu gestalten, sehr wichtig oder wichtig. (KBV 2019)“

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Niederlassung als freiberuflich tätiger Arzt immer

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

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

Starke Verschiebung der Altersstruktur der Hausärzte hin zu höheren Altersgruppen

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

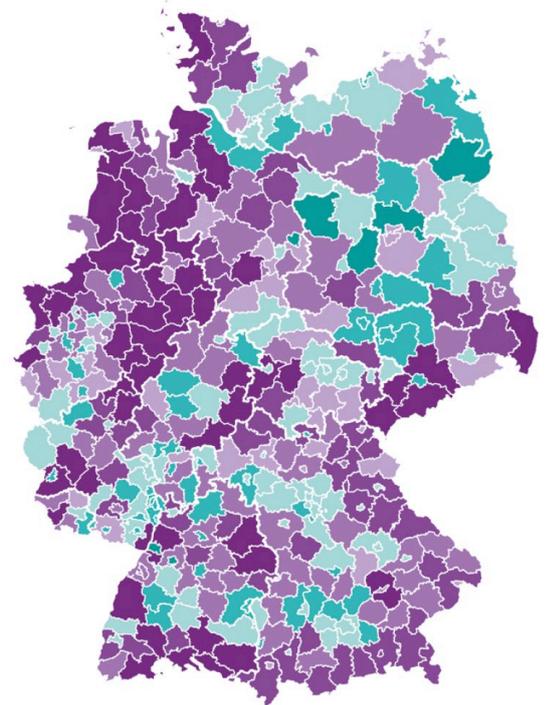
Insgesamt war im Jahr 2020 mehr als jeder dritte Hausarzt 60 Jahre oder älter, was absehbar zu einer erheblichen Verschärfung der Probleme bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in der Fläche

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

Veränderung Hausarztichte 2035/2019

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

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



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

führen wird. In einem Alter von bis zu 49 Jahren waren im Jahr 2020 nur noch etwa 28 % der Hausärzte (2009: ca. 37 %). (KBV 2021a).

Prognoseergebnisse

Die Studie resümiert: „Im Jahr 2019 haben rund 52.000 Hausärzte (in Vollzeitäquivalenten, VZÄ, entsprechend Teilnahmeumfang) an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilgenommen (Tabelle 3). 3.570 Hausarztsitze waren im Jahr 2019/2020 unbesetzt (hier variiert der Stichtag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen). Das sind 6 % aller planmäßigen Sitze (bis zur Überversorgung). Die Simulationen ergeben, dass bis zum Jahr 2035 knapp 30.000 Hausärzte bzw. 57 % altersbedingt ausscheiden werden. Demgegenüber werden aber nur rund 25.300 Nachwuchsärzte – inkl. netto zugewanderter Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.“

Insgesamt ergeben sich aus den Prognosen der Robert-Bosch-Stiftung 10.851 Hausarztsitze, die im Jahr 2035 unbesetzt bleiben werden. Das sind 19 % der dann maximal zu besetzenden Sitze. Dostal & Partner konstatierte demgegenüber schon in der ersten Ausgabe der Zeitschrift Impulse im Januar 2019, dass die

Zahl der nicht nachbesetzbaren Hausarztsitze unter Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit und damit vermindertem Arbeitspensum je Arzt bei rd. 12.000 im Jahr 2035 liegen wird. Dies entspricht einem Anteil von mehr als 21 % der insgesamt besetzbaren Hausarztsitze. Diese werden dann folglich nachhaltig in der wohnortnahen Primärversorgung fehlen.

Ein „Weiter so“ in der hausärztlichen Versorgung ist vor diesem Hintergrund also ausgeschlossen. Der Weg über größere Praxiseinheiten (z.B. Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft etc.), welche die Arbeitsvorstellungen der Nachfolgeärzte erfüllen, ist damit ebenso vorgegeben, wie deutliche

Effizienzsteigerungen in den Praxen zur Entlastung der Ärzte.

Ob dabei die „Zielmarke“ von 12.000 nicht nachzubetzenden Hausarztsitzen im Jahr 2035 überhaupt gehalten werden kann, ist angesichts der Entwicklungen fraglich. Man muss sich hierfür vor Augen führen, dass wir die Spitze der Zurruhesetzungswelle der Baby-Boomer-Ärztenschaft noch nicht gesehen haben.

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

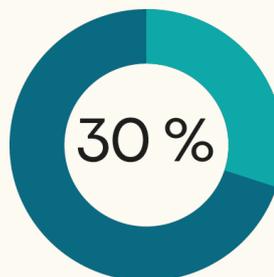
Unsere Erfolge bei der Sicherstellung einer zukunftsfesten Primärversorgung

Unsere Erfolge

dostal & partner unterstützt seit 2015 Gemeinden, Städte und Landkreise erfolgreich bei der Sicherstellung einer nachhaltigen Primärversorgung ihrer Bevölkerung.

1:3

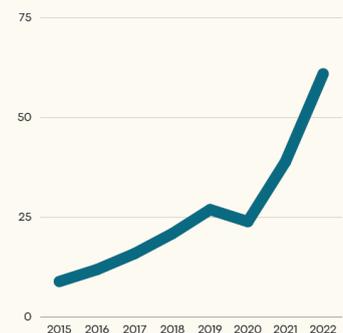
In 3 von 4 Fällen entsteht eine privatwirtschaftliche Lösung, angestoßen und teilfinanziert durch die jeweilige Kommune



Bundesweit knapp jedes 3. Medizinische Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft wurde durch unser Projektteam begleitet

> 300

Mehr als 300 kommunale Akteure besuchten seit 2019 unsere Seminare zum Thema "Sicherstellung ärztliche Versorgung"



Über 220 Kunden in sieben Jahren. Dazu zählen Kommunen, Verbände, Gesundheitsregionen sowie Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Impressum

Herausgeber

dostal & partner management-beratung gmbh

84137 Vilsbiburg Bahnhofstraße 5 Tel.: +49 (0)8741 9678910
Fax: +49 (0)8741 9678929

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

50672 Köln Hohenzollernring 57 Tel.: +49 (0)221 16025 205
Fax: +49 (0)221 16025 29

70173 Stuttgart Königstraße 27

10117 Berlin Friedrichstraße 171

E-Mail: info@dostal-partner.de

Web: www.dostal-partner.de

Redaktion Luise Viktoria Ruß