

## Schwerpunkte:

**Kommunale Möglichkeiten  
zur Lösung des  
Ärztlemangels**

Seite 10

**Vom stillen Abgang von  
Hausärzten in Mittelstädten**

Seite 13

**Niedersachsens erstes  
kommunales Medizinisches  
Versorgungszentrum geht an  
den Start**

Seite 21





## Vorwort



**Adrian W. T. Dostal**

Geschäftsführer dostal & partner

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

Der Hausärztemangel ist (auch) eine Frage der Verantwortung vor Ort. Bei diesem Fokus geht es nicht um irgendwelche „Schwarze-Peter-Spiele“ von tradierten Verteil-Zuständigkeiten für vorhandene niederlassungswillige Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen anno 1980. Mittlerweile sind bundesweit bereits über 3.000 Hausarzt-sitze nicht besetzbar, monatlich kommen geschätzte 100 dazu. Addiert man aus der neuesten G-BA „Wunschliste“ (Gemeinsamer Bundesausschuss) deren weitere 1.400 Hausärzte dazu, so sind es Anfang 2020 schon an die 5.000 nicht besetzbare Sitze. Das bedeutet hinsichtlich der KV-Verantwortung im bisherigen Sinne: *Tempi passati*.

Es geht auch nicht darum, in allen vom Hausärztemangel betroffenen Kommunen auch kommunale Medizinische Versorgungszentren (kMVZ) zu errichten. – Also zur Sache!

Die Trends gehen definitiv zu größeren Einheiten mit Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte an deutlich weniger Standorten. Gefährdet sind alle „Diaspora“-Standorte mit nur einem oder zwei Abgeber-Ärzten derselben. Zur Lösung fehlt häufig ein belastbarer „Mittelstand“ in der Hausärztelandschaft. Gerade auf dem Lande überwiegen mit deutlicher Mehrheit hausärztliche Einzelpraxen, zudem gibt es zu wenig Unternehmerärzte, dagegen in Überzahl defizitäre Landkreiskliniken. Da ist wenig bis nichts zu erwarten.

Als Folge müssen vom Ärztemangel betroffene Kommunen entweder alleine oder auch interkommunal agierend, die Situation bewerten und entschlossen und zielstrebig selbst Verantwortung übernehmen. Verantwortung für eine wohnortnahe ärztliche Versorgung vor Ort und nicht eine jüngst vom G-BA favorisierte 20 Kilometer Anfahrt von Arztpatienten in Zeiten wo das Ende des Motorisierten Individualverkehrs (MIV) droht, zu billigen.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Ihr

## Inhalt

---

- |    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 4  | <b>Landarztmangel: Immer mehr Apotheken müssen schließen</b>   | 14 | <b>Erfolgsmo­dell Medizinisches Versorgungszentrum</b> |
| 5  | <b>G-BA-Bedarfsplanung: An der sich hochschaukelnden Krisensituation im Hausärz­tebereich „voll daneben“</b> | 16 | <b>Fragekasten</b>                                     |
| 7  | <b>Der alte Arzt hat ausgedient</b>  | 17 | <b>Aus der Praxis</b>                                  |
| 8  | <b>Wann ein kommunales MVZ notwendig wird</b>  | 18 | <b>Interview mit dem Vorstand der BKK24</b>            |
| 10 | <b>Kommunale Möglichkeiten zur Lösung des Ärztemangels</b>   | 20 | <b>Interview Bürgermeister Bühlertann / Ellwangen</b>  |
| 13 | <b>Vom stillen Abgang von Hausärzten in Mittelstädten</b>  | 21 | <b>Interview Verwaltungsvorstand MVZ-Werlte</b>        |
|    |  | 24 | <b>dostal-Portfolio</b>                                |
|    |  | 24 | <b>Impressum</b>                                       |

# Landarztmangel: Immer mehr Apotheken müssen schließen

Vergangenes Jahr ist die Zahl der Apotheken in Deutschland das zehnte Jahr in Folge gesunken. Etwas mehr als 19.400 Apotheken gibt es nunmehr in Deutschland. 2008 waren es noch rund 21.600. Die Anzahl der Apotheken fällt durch den sich fortsetzenden Trend auf den tiefsten Stand seit mehr als 30 Jahren. 2018 haben rund 300 den Betrieb eingestellt. Das entspricht einem Rückgang von 1,7 Prozent. Regionale Unterschiede sind eindeutig zu erkennen.



Baden-Württemberg war 2018 mit am stärksten von dieser Entwicklung betroffen. Mit 58 Apothekenschließungen wurden in Baden-Württemberg die meisten Apotheken dichtgemacht. Eröffnet wurden hingegen nur vier. Das entspricht einem Rückgang von 2,2 Prozent im Jahr 2018. Das benachbarte Rheinland-Pfalz hat es jedoch im vorigen Jahr mit minus 2,9 Prozent am stärksten getroffen. Lediglich zwei Eröffnungen standen 24 Schließungen gegenüber.

## Ein Beispiel aus Rheinland-Pfalz steht exemplarisch für eine ganze Branche

Nach 177 Jahren schloss im Sommer 2016 die "Apotheke im Holzappel" in der rheinland-pfälzischen Region Esterau. Doch was ist passiert?

Noch in den 1990er Jahren praktizierten vier niedergelassene Allgemeinmediziner in der Region. Mittlerweile werden die rund 5.500 Einwohner von nur einem Hausarzt versorgt. Zur Erinnerung: Die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) gibt als Richtwert ein Verhältnis von 1:1.671 vor. Das bedeutet, dass ein Hausarzt 1.671 Menschen medizinisch versorgt.

Doch in aller Regel reicht ein niedergelassener Allgemeinmediziner nicht aus, um eine Apotheke wirtschaftlich tragfähig zu machen. Abhängig von der jeweiligen Größe der Arztpraxis, sind im Schnitt zwei bis drei niedergelassene Ärzte notwendig, um eine Landapotheke wirtschaftlich rentabel betreiben zu können (ausgenommen hiervon sind Zahnärzte). Landarztmangel und Apothekensterben gehen somit Hand in Hand. Ein wegfallender Arztsitz ist für eine Dorfapotheke häufig der letzte Sargnagel. Ist die ärztlich-ambulante Versorgung erst einmal auf ein Minimum geschrumpft oder gänzlich verschwunden ist es nahezu ausgeschlossen eine Apotheke am Ort zu halten oder gar neu anzusiedeln.

"Es gibt keinen Fachkräftemangel bei Ärzten und Apothekern, aber sehr wohl ein Verteilungsproblem", sagt Gabriele Dostal, Kommunalberaterin bei dostal & partner. "Junge Ärzte und Apotheker der Generation Y gehen lieber in die Groß- und Mittelstädte als in ländliche Regionen. Das hat aber nicht zwingend etwas mit der vermeintlichen Unattraktivität des Landlebens zu tun, sondern mit der dortigen Struktur. Angestelltenmöglichkeiten und medizinische Hotspots wie moderne Gesundheitszentren findet man eben überwiegend in den Ballungsgebieten. Schafft man dergleichen auf dem Lande, dauert es meistens nicht lange und junge Ärzte und Apotheker stehen 'auf der Matte'".

## Online-Apotheken kaum für Apothekensterben verantwortlich

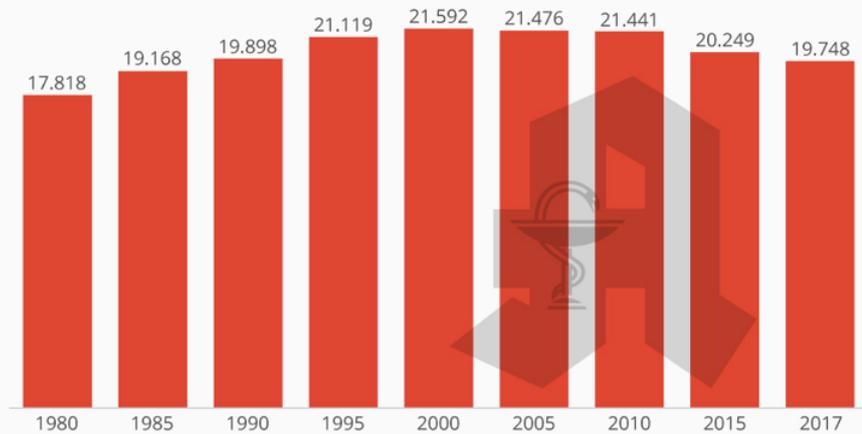
Während es 2010 noch mehr als 21.400 Apotheken in Deutschland gab, lag deren Zahl zum Jahresende 2018 bei 19.423 - der tiefste Stand seit 1990. 70 Prozent dieser Apotheken konnten vergangenes Jahr ein Umsatzplus von knapp 4 Prozent verzeichnen. In den restlichen 30 Prozent ist der Umsatz 2018 gesunken und das obwohl die Branche kontinuierlich wächst. Rund ein Viertel des Umsatzplus resultiert aus der Umsatzverteilung durch Apothekenschließungen. Viele der umsatzrückläufigen Apotheken liegen in Regionen, in denen der hausärztliche Versorgungsgrad in der letzten Dekade stark zurückgegangen ist.

Die Ursachen sind vielschichtig, doch ist die Parallelität zum Ärztemangel nicht übersehbar. Attraktive Angestelltenstrukturen, moderne Gesundheitszentren oder ähnliche medizinische Hotspots liegen meist in städtischen Gegenden. Die ländlichen Regionen sind, was die beruflichen Anforderungen der jungen Nachwuchsgeneration bei Apothekern und Ärzten angeht, weit abgeschlagen.

Die Apotheker führen häufig den wachsenden Versandhandel als Grund ins Feld. So haben die EU-Versender nach dem EuGH-Urteil zur Rx-Preisbindung preislich gesehen freie Fahrt. DocMorris legte entsprechend im letzten Jahr im Rx- und im OTC-Bereich stark zu. Dennoch liegt der Marktanteil von DocMorris unverändert bei rund einem Prozent. Sprecher von EU-Versender gehen selbst davon aus, dass sich dieser Marktanteil in den nächsten Jahren kaum ändern wird. Ein bloßes Verweisen auf die Online-Apotheken ist daher viel zu einseitig und auch irreführend.

## Apothekenzahl auf 30-Jahres-Tief

Anzahl der Apotheken inkl. Filialapotheken in Deutschland



@Statista\_com

Quelle: abda

statista

"Man verspielt dadurch wichtige Zeit und setzt die Versorgung im ländlichen Raum aufs Spiel", so Gabriele Dostal. "Landarztmangel und Apothekensterben verlaufen Hand in Hand - wenn auch etwas zeitversetzt. Sie sind ebenso gemeinsam lösbar. Häufig finden Kommunen, welche die ärztlich-ambulante Versorgung aktiv angehen wollen in Apothekern bereitwillige Investoren in Gesundheitszentren. Die Kommunen können in den kommenden Jahren keine wesentliche Unterstützung seitens der Bundesregierung erwarten. Sie sind also auch auf Unterstützung von anderer Seite angewiesen. Dabei erlebe ich zunehmend ein Umdenken bei vielen Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern. Herangehensweisen, die noch vor wenigen Jahren als ausgeschlossen galten, stehen heute auf der Agenda."

## G-BA-Bedarfsplanung: An der sich hochschaukelnden Krisensituation im Hausärzterbereich „voll daneben“

**Vor Ablauf der Frist, welche das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf den 30. Juni 2019 terminiert hatte, passt der G-BA die Bedarfsplanung für Ärzte und Psychotherapeuten auf Basis des bereits seit Oktober 2018 vorliegenden Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99ff SGB V an.**

Der Gemeinsame Bundesausschuss – kurz G-BA – ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Er ist durch den Gesetzgeber beauftragt, in vielen Bereichen über den Leistungsanspruch der Solidargemeinschaft von etwa 73 Millionen in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Menschen rechtsverbindlich zu entscheiden.

Durch die angepasste Bedarfsplanung werden nicht nur rd. 3.500 neue Arztsitze geschaffen, sondern auch die der Bedarfsplanung zugrundeliegenden Verhältniszahlen auf Basis zusätzlicher Kriterien berechnet. Das Bundesgesundheitsministerium hat nun zunächst zwei Monate Zeit, den Beschluss des G-BA zu prüfen. Bei Nichtbeanstandung wird er im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt am Folgetag in Kraft. Mit Inkrafttreten beginnt die sechsmonatige Frist der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Umsetzung.

Die konkrete Umsetzung erfolgt durch die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen. Sie soll bereits zum 1.1.2020 abgeschlossen sein. Diesen Termin nennt der KBV-Vize-Vorstandschef Dr. Stephan Hofmeister nicht umsonst „sportlich“. „Die neue Richtlinie bildet Hofmeister zufolge den Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten noch besser ab und ermöglicht eine passgenauere Planung. Es müsse aber allen klar sein, dass ‚mit dem Beschluss zunächst nur mehr Sitze auf dem Papier geschaffen werden. Neue Ärzte gibt es damit nicht auf Knopfdruck“, sagte er.

Eine G-BA-Planung kann eben keinen Mangel beseitigen, sondern nur einen rechnerischen, d.h. theoretischen Rahmen vorgeben. Das gilt insbesondere für Hausärzte, für welche die KBV bundesweit bereits 2016 eine Lücke von rd. 10.600 Hausärzten bis zum Jahr 2030 prognostizierte. Man-

che rechnen aufgrund der reduzierten Arbeitszeiten bei Ärzten der Generation Y mit einer Lücke von über 15.000 Hausärzten. Aufgelaufen sind davon Anfang Mai 2019 bereits rd. 2.700 unbesetzte Arztstellen. Also: Alles voll im Trend.

### **Erreichbarkeit als Kriterium für G-BA-Versorgungssicherheit**

Für die Fachgruppen Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner, Gynäkologen und Augenärzte gilt künftig auch die Erreichbarkeit als entscheidendes Versorgungskriterium. Damit könnte ein (perspektivisch) zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt werden, sofern 95 Prozent der Patienten in einer Region z.B. den Hausarzt nicht innerhalb von 20 Minuten Fahrzeit mit dem PKW erreichen können. Für Kinder- und Jugendmediziner liegt der Wert bei 30 Minuten, Gynäkologen und Augenärzte müssen innerhalb von 40 Minuten Fahrzeit erreicht werden.



---

Das bedeutet „geplante“ Anfahrtswege von 20 Kilometern und mehr. Bisher waren es im Alltag nach den Feststellungen der KV Rheinland-Pfalz etwa fünf Kilometer. Das dürfte bei den Senioren auf dem Lande ohne Pkw besonders gut ankommen. Zum Punkt: Die Versorgung auf dem Lande soll bewusst noch mehr ausgedünnt werden. Gespannt wie die Gemeinde- und Städteverbände – die meist von größeren Kommunen dominiert werden – darauf reagieren werden. Kommunale Medizinische Versorgungszentren von kleinen Kommunen auf dem Lande lehnen sie nahezu alle bereits rundweg ab.

Inwieweit diese PKW-Fahrzeitminuten die Realität widerspiegeln ist zudem nicht ganz verständlich. Eine Darstellung der aktuell realisierten Wegzeiten pro Facharztgruppe ergibt z.B. für Hausärzte für den Bund eine durchschnittliche Weg-

zeit von 12,22 PKW-Fahrzeitminuten. Interessant ist dabei die auf die Tabelle bezogene Anmerkung: „Realisierte Fahrzeiten innerhalb einer Postleitzahlregion sind datenbedingt nicht ausgewiesen.“ Bedeutet dies, dass alle Wege von Patienten zum Arzt, die innerhalb einer Postleitzahlregion erfolgten nicht in den Mittelwert einbezogen wurden? Sind alle wohnortnahen ggf. auch fußläufig oder innerhalb von 2-3 Minuten erfolgenden Wege ausgeschlossen worden? Dann wäre gerade im hausärztlichen Bereich der Unterschied zu den Zahlen der KVRLP erklärbar. Fraglich ist es jedoch eine entsprechend zweifelhafte Datenbasis als Grundlage für die weiteren Planungen zu nehmen.

### **Ergänzende Quotenregelungen für Internisten, Nervenärzte und Psychosomatiker**

Die sich durch die G-BA-Reform ergebenden rund 3.500 neuen Niederlassungsmöglichkeiten setzen sich aus rund 1.500 neuen Hausarztstühlen (diese kommen dann zu den genannten fehlenden Hausärzten bis 2030 noch obendrauf), rund 800 Sitze für Psychotherapeuten, rund 480 Sitze für Nervenärzte und rund 400 Sitze für Kinder- und Jugendmediziner zusammen. Im fachärztlichen Bereich werden die quantitativen Bedarfszahlen noch durch Mindest- und Maximalquoten ergänzt. Damit werden die unterschiedlichen Schwerpunkte des jeweiligen Facharztbereiches reguliert.

Dies hat auch Auswirkungen auf die Nachbesetzung: Wird beispielsweise die Obergrenze der Kardiologen von 33 Prozent überschritten, darf der freie Sitz eines Gastroenterologen oder eines Rheumatologen nicht mit einem Kardiologen besetzt werden. Bestehende kardiologische Arztstühle können gleichwohl nachbesetzt werden. Wird dagegen die Mindestquote z.B. für Rheumatologen mit acht Prozent in einem Planungsbereich unterschritten, der für Internisten gesperrt, weil übertversorgt ist, kann sich hier trotzdem ein Rheumatologe neu niederlassen.

### **Zuschnitte der KV-Planungsregionen teilweise geändert**

Im Zuge der Reform hat der G-BA gleichzeitig die Zuschnitte der Planungsbereiche – so gibt es heute z.B. hausärztliche Planungsbereiche für weniger als zehn Hausärzten für 16.000 Einwohner bis über 1.500 Hausärzte bei mehr als 2.000.000 Einwohner – sowie deren Typisierung an die aktuellen Gebietsstände der Landesplanung angepasst. Dadurch können sich im Einzelfall Änderungen in der Zusammensetzung der Planungsbereiche ergeben. – Fazit: Für die gesundheitliche ambulante Versorgung auf dem Lande bleibt es nicht etwa gleich, nein: Sie geht wohl erkennbar einem weiteren Niedergang entgegen. Basis des Ganzen ist das bereits durch den G-BA am 20. September 2018 abgenommene 800 Seiten starke „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“.

# Der alte Arzt hat ausgedient

**Work-Life-Balance statt Arbeit bis zum Burn-Out: Die nach 1980 geborenen Ärzte leiten die Transformation im Bereich der ärztlichen Versorgung ein**

## Die Neuen sind anders

Die Generation Y: Dieser Begriff umschreibt die Geburtsjahrgänge zwischen 1980 bis etwa zur Jahrtausendwende. Was anfänglich noch als Eigenheiten des beruflichen Nachwuchses galt, wird mittlerweile mit diesem Terminus beschrieben. Der unnachgiebige Drang nach mehr Freizeit, geregelten Arbeitszeiten, dem nahezu kategorischen Ablehnen von Überstunden und einer angestrebten 28-Stunden-Woche sind Kernforderungen dieser Generation. Dabei umfasst dieses "Phänomen" längst nicht nur den medizinischen Sektor: freie Berufe wie Architekten, Steuerberater und Anwälte unterliegen ebenso dieser fundamentalen Änderung. Es dominiert das Angestelltenverhältnis. Ein Einzelkämpferdasein wird von den Neuen nur selten favorisiert. Man kann dieses Aufeinanderprallen so gegenläufiger Erwartungshaltungen an den eigenen Berufsalltag schon nahezu als "Clash of Cultures" bezeichnen.



Christian Schmidt, Chirurg und medizinischer Geschäftsführer der Kliniken der Stadt Köln, untersuchte im Jahr 2010 als Erster die Konsequenzen des Generationenwechsels für den Arztberuf. Seine Ergebnisse publizierte er im deutschsprachigen Fachmagazin „Der Anästhesist“. Die Resonanz im medizinischen Sektor war angesichts des sich bereits abzeichnenden Ärztemangels groß.

## Selbstbewusst durch übermäßiges Lob

Der Begriff Generation Y wurde Anfang der neunziger Jahre geprägt, um die demographische Kohorte der ab 1980 Geborenen zu definieren. Für die Kinder der Nachkriegsjahrzehnte war bereits in den 1950er Jahren der Begriff „Generation X“ verwendet worden. Er umfasst die zwischen 1965 und 1980 Geborenen. Die sogenannte „Babyboomer-Generation“ bezeichnet die Elterngeneration der Generation Y, also die zwischen 1946 und 1964 Geborenen.

Die Angehörigen der Generation Y, also die heute 20- bis 39-jährigen, sind Schmidts Literaturrecherche zufolge „durch ein hohes Selbstbewusstsein gekennzeichnet“ und zudem „nicht kritikfähig“ - wohl auch, weil sie „von den Babyboomern übermäßig gelobt“ wurden. Die Generation Y hat ein „hohes Anforderungsprofil an den Arbeitsplatz“, lehnt sowohl Hierarchien als auch „Absitzen von Arbeitszeit“ ab. „Überstunden müssen sehr gut begründet werden“, schreibt Schmidt. Die Generation Y „wechselt eher den Job als sich anzupassen.“ Während die Vorgängergeneration X noch pessimistisch war, oft mit dem Begriff Null-Bock-Mentalität in Verbindung gebracht wurde und sich individualistisch verhielt, ist die Generation Y pragmatisch, kooperativ und bildet aktiv Netzwerke. Ihre eigenen Eltern, die ihr Privatleben hinter dem Beruf zurückstellten, gelten bei der Generation Y als „Workaholics“. Von dieser Haltung „Leben, um zu arbeiten“ distanzieren sich die Mitglieder von Generation Y bewusst und fordern nachdrücklich ein Privatleben, das diesen Namen verdient. Das Familienbild definiere sich neu, konservative Werte würden wiederentdeckt, schreibt Schmidt: Die „Familie genießt höchste Priorität.“

Was aber heißt all das für den Arztberuf? „Sinnvolle Arbeitsinhalte und attraktive Arbeitszeitmodelle scheinen für die Generation Y noch wichtiger als für die vorherigen Generationen zu sein“, bilanziert Schmidt. Viel wichtiger sei, dass ein Einzelkämpferdasein als Landarzt nahezu allen Anforderungen der Generation Y widerspricht. Das Ergebnis: 90 Prozent der heutigen Landarztpraxen sind nicht überlebensfähig. Bereits heute fehlen bundesweit rund 10.000 Mediziner. Die Vorhandenen favorisieren in hohem Anteil eine Angestelltentätigkeit in einem Krankenhaus oder einer größeren Arztpraxis - eine Einzelpraxis auf dem Lande wird erst gar nicht in Erwägung gezogen.

## „Kontrollierter Patientenkontakt und keinen Stress“

Die Haltung zur Arbeit, die Schmidt in seiner Publikation skizziert, steht völlig im Widerspruch zu einer jahrzehntelang eingeschliffenen Tradition im ärztlichen Berufsalltag, obgleich Klinik oder Praxis. Das Resümee: „Die wollen einen Nine-to-five-Job, kontrollierten Patientenkontakt und keinen Stress. Das ist ein Problem in der Medizin.“

Konnten Kliniken in den vergangenen Jahren entsprechend auf diese Entwicklung reagieren und ihre Attraktivität für Nachwuchsmediziner steigern, haben klassische Einzelpraxen kaum Möglichkeiten. "Die Chancen, dass eine Hausarztpraxis auf dem Lande einen Nachfolger findet liegt mittlerweile bei 15 bis 20 Prozent, mancherorts sogar bei Null", so Adrian W.T. Dostal, Geschäftsführer der dostal & partner management-beratung gmbh mit Sitz in Köln und Vilsbiburg.

Aus seinem Arbeitsalltag zum Aufbau moderner und zukunftsfähiger Praxiseinheiten im ländlichen Raum weiß er, "dass es für die Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande entscheidend sein wird, den Nachwuchsärzten der Generation Y attraktive Angestelltenangebote anbieten zu können." Und weiter: "Wir erleben gerade die Transformation im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung".

Und tatsächlich, die Zahlen sind eindeutig. Befanden sich im Jahr 2000 139.477 Ärzte in einem Angestelltenverhältnis, waren es 2017 bereits 198.500. Ein weiterer Aspekt: Die

Medizin wird weiblicher. Der Anteil weiblicher Medizinstudenten liegt mittlerweile bei rund 70 Prozent. Frauen bevorzugen deutlich eher als Männer Teilzeitmodelle, so waren 2017 etwa 48 Prozent der angestellten Mediziner Frauen, obgleich ihr Anteil an der Gesamtheit der Ärzte weitaus geringer ist.

Die sich verändernde Marktsituation bringt auch ein neues Selbstbewusstsein hervor. "Jungen Mediziner steht unglaublich viel offen", so Dostal. Das Motto im Praxis- und Klinikalltag lautet: „Wenn wir gehen, gibt es keinen anderen.“

---

## Wann ein kommunales MVZ notwendig wird – Checkliste zur Abwendung einer Versorgungskrise

### Ausgangslage

Im Rahmen des seinerzeit bereits erkennbaren Hausärztemangels hat der Bundesgesetzgeber bereits 2015 grundsätzlich und abschließend entschieden, dass kommunale Medizinische Versorgungszentren (kMVZ), d.h. auch den Gemeinden gehörende MVZ, nicht nur möglich, sondern auch gewünscht sind. Tatsächlich zeichnet sich der „Landarztmangel“ schon seit über zehn Jahren ab. Erfreulich ist, dass mittlerweile alle kommunal-, sozial-, wettbewerbs-, gesellschafts- und europarechtlichen Fragen mit dem Gutachten Kingreen / Kühling (Universität Regensburg) als transparent gemacht und als geklärt betrachtet werden können.

Unstrittig ist ebenfalls in der Fachwelt, dass die Einzelpraxis als Versorgungsform ein Auslaufmodell ist. Große Hoffnungen können in sogenannten Mehrbehandlerpraxen mit delegativen Strukturen, die deutlich mehr medizinisch-ärztliche Kapazität freisetzen, gesetzt werden. Kommunale MVZ sind eine Ausprägung dieser Mehrbehandlerpraxen. Abstrakt bekannt sind häufig auch die Anforderungen der Ärzte-Generation Y. Der Wunsch nach einer „Work Life Balance“ und damit einhergehenden einer angestellten ärztlichen Tätigkeit, ist eine der zentralen Forderungen. – Wann ist es aber geboten die Versorgungsform eines kommunalen MVZ in den ländlichen Gemeinden und Regionen, möglicherweise auch interkommunal, auf die Agenda zu setzen?



### Worum geht es generell?

Die Entwicklung verläuft in zwei Zeitschienen, die aber häufig übersehen werden: Einmal die Zeit nach 2030 – hierzu gibt es zahlreiche eingeleitete Lösungen, wie z.B. der „Masterplan Medizinstudium 2020“ und die bundesweite Ankündigung neuer Medizin-Fakultäten und -Lehrstühle. Die andere Zeitschiene, die der nächsten 10 bis 12 Jahre, steht hier im Fokus. Bis 2030 scheiden voraussichtlich etwa die Hälfte der Hausärzte aus dem Berufsleben aus. Tatsache ist: In diesen Jahren baut sich ein ungedeckter Bedarf an Hausärzten von etwa 50 Prozent auf, möglicherweise auch mehr. In Zahlen ausgedrückt, sind dies rd. 10.000 fehlende Allgemeinmediziner bis zum Jahr 2030. Geht der Trend „Hin zur Stadt und nicht auf das Land“ unverändert weiter, heißt das fürs Land: Es fehlen 70 bis 80 Prozent.

Das bedeutet, dass bundesweit mindestens jeder zweite Arztstuhl nicht 1:1 gedeckt werden kann. Die Ressource „Hausarzt“ muss also anders als bisher, sprich effizienter, genutzt werden. Auch kann nur bei einem Drittel der betroffenen Kommunen eine – und zwar modern strukturierte –

Praxis aufrechterhalten bzw. besser formuliert, neu auf den Weg gebracht werden. Was kaum bekannt ist: Der Hausärztemarkt befindet sich in einer Transformation in Richtung Steigerung der Versorgungseffizienz.

### **Warum sind die Entwicklungen im Detail schwer abschätzbar?**

Unklar sind u.a. folgende Faktoren: Wie groß wird die Kohorte der 65 bis 75jährigen tätigen Hausärzte noch werden? – eine steigende Tendenz ist unverkennbar. Wie hoch fallen die 1:1-Nachfolgebesetzungen weiterhin vor Ort aus? Die Anzahl der Allgemeinmediziner aus dem stationären Sektor, die in den Niedergelassenen-Bereich wechseln, ist ebenso nicht zu beziffern wie die bereits hohe Anzahl an (Haus-)Ärzten aus dem benachbarten EU-Ausland (Tschechien, Polen, Ungarn usw.) sowie mögliche „Wiedereinsteiger“ nach Berufspausen, Auslandsaufenthalten oder Reaktivierungen.

Aber auch die Ergebnisse von Förderprogrammen sind kaum einschätzbar. Detaillierte Angaben pro Jahr, geschweige denn pro Planungsbereichen usw., sind nicht möglich. Letztendlich erschweren auch die nicht konkret einschätzbaren entlastenden Entwicklungen bei den Praxisstrukturen die Bezifferung des Umfangs.

### **Wieso zerschlagen sich Hoffnungen und Initiativen?**

Unter dieser Intransparenz leiden natürlich auch häufig bisher geführte Gespräche zur Beseitigung des hausärztlichen Ärztemangels – in der Regel von mehr als drei oder vier Jahren Dauer – mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, der „Politik“ in allen Formaten, den Ärztefunktionären, den eigenen Ärzten am und vor Ort sowie Immobilieninvestoren. Sie generieren ein zunehmendes Problembewusstsein. Aber diese endlosen „Schwarzen-Peter-Spiele“, die zwischendurch auch ein Weiterreichen des Problems nach dem „Florian's-Prinzip“ zeitigen, verärgern zunehmend.

Zu den in Angriff genommenen Initiativen gehören häufig auch „Runde Tische“ oder die zahlreichen ergebnislosen Einzelgespräche, die zu keinem erkennbaren Lösungskonzept geführt haben. Gleichfalls sind Gespräche mit den Kliniken im Landkreis und Umgebung erfolglos geblieben, Filialen eines Krankenhaus-MVZ auch neben den bisherigen Klinikstandorten auch in der Fläche zu begründen und zu betreiben. Wer sollte die begünstigten Gemeinden im Landkreis zudem „gerecht“ auswählen?

---

**"Wer bis etwa 2025 nicht gehandelt hat, hat danach kaum mehr Chancen, positiv auf die ärztliche Versorgung der Kommune einzuwirken."**

---

Ebenfalls hat es sich häufig als nicht zielführend erwiesen, auf reine Regionalmarketing-Aktivitäten zur Anwerbung von Ärzten zu setzen ohne, dass dabei konkrete Angestelltenmöglichkeiten belastbar und nach Absprache offeriert werden. Nicht unerwähnt sollen die zahlreichen (Stellen-)Förderprojekte wie z.B. die über 100 Gesundheitsregionen bleiben. Allein in Bayern sind es in einer zweiten Welle derzeit 42 GesundheitsregionenPlus.

Auch mit anderen Instrumenten wie Modellprojekten, Gesundheitskonferenzen, einer allgemeinen intensiveren Vernetzung der Gesundheitsakteure und dem Einrichten von Gesprächskreisen zur Problemlösung wird ebenfalls versucht die Probleme vor Ort gesprächsweise zu lösen. Bemerkenswert ist hierbei meistens, dass die Kommunen selbst bei solchen Ansätzen kaum bis überhaupt nicht vertreten sind.

Auch gehören hier die mittlerweile nahezu aussichtslosen Versuche von Abgeber-Ärzten dazu, veraltete Einzelpraxen auf dem Lande an den Mann bzw. an die Frau „zu bringen“. Da wird bis zum Schluss „gehofft“ und die Kommune getröstet. Derweil wirkt das Einzelkämpferdasein von niedergelassenen Hausärzten auf nachrückende Ärzte häufig abschreckend. Bei einem Wochenarbeitspensum von teils über 60 Stunden nicht verwunderlich. Auch wollen die jüngeren Mediziner eher im Ärzte-Team arbeiten und dabei angestellt sein. Auf den Wunsch nach einer Work-Life-Balance sei erneut verwiesen.

Daneben dürfen auch die zahlreichen Fälle nicht unterschätzt werden, dass sich niedergelassene Ärzte an irgendwelchen (kommunalen) Aktivitäten zur Sicherung der künftigen ärztlichen Versorgung vor Ort überhaupt nicht beteiligen wollen. Das ist ihr gutes Recht; später auch – wenn die KV keinen Nachfolger für sie gefunden hat – werden sie ihre Praxis regelmäßig einfach abmelden, sie schließen und den Arztsitz ggf. in den Nachbarort verkaufen.

### **Warum führt der Paradigmenwechsel zu einer Chance vor Ort?**

Die aufgeführten Trends sind zentrale Bausteine für den mehrfachen sich dahinter verbergenden Paradigmenwechsel: Das „Alte“, z.B. das Ideal einer Einzelpraxis und Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzteschaft, der nur bei auch zur Verfügung stehenden Ärzten realisierbare sogen. Sicherstellungsauftrag der KVen ist aus vielfachen Gründen passé. Sie haben keine Lösungskraft mehr.

Damit sind eben neue Regularien (§ 95 Abs. 1a SGB V bzgl. kMVZ), Akteure und Entscheidungsprozesse nicht nur sinnvoll, sondern auch notwendig: Die Kommunen gehören wesentlich dazu. Aus der nunmehr zulässigen Fernbehandlung kann sogar eine neue effizientere Versorgungsebene, neben der ambulanten und der stationären Medizin werden.

Der Paradigmenwechsel von der Einzel- zur Mehrbehandlerpraxis mit angestellten Ärzten ist meist erkannt und wird

zunehmend akzeptiert. Neben Pilotprojekten zur Gründung von neuen Ärztegenossenschaften, die Jungärzte anstellen sollen, bis hin zu Unternehmerärzten, die ihre Praxen mit zusätzlichen Ärzteinstellungen ausbauen und dabei auch Arztsitze für Filialen in der Fläche aufkaufen, ist manches erfolgreich auf den Weg gebracht. – Doch was ist mit den übrigen Gemeinden die „leer“ ausgehen? Denn maximal ein Drittel der hausärztlichen „Kapazitätsausfälle“ kann so aufgefangen werden.

### Wann soll ein kommunales MVZ (kMVZ) auf den Weg gebracht werden?

Den einzig „richtigen“ Zeitpunkt gibt es nicht, kann es auch nicht geben. Eines ist sicher: Sind die Arztsitze einmal weg bzw. fast weg, ist es längst zu spät. Die in den Kommunen Verantwortung Tragenden müssen selbst einen Zeitpunkt festsetzen und soweit es geht – einen ärztlichen Akteur, der mitmachen will, belastbar identifiziert haben. Die relevanten Kommunen haben nahezu alle weniger als 12.000 bis 15.000 Einwohner (i.d.R. im jeweiligen Kerngebiet). Der jeweils zu betrachtende Versorgungs- bzw. Einzugsbereich wird auch größer. Da Kommunen untereinander im Wett-

werb stehen, ist der Einstieg mittels einer Markterkundung/-analyse und der Aufbau eines Projektmanagements auf Zeit notwendig.

Projektmanagement in dem Sinne, damit das notwendige „Sample“ an Akteuren für eine eigene Lösung vor Ort belastbar zusammenzubringen, zu moderieren und gemeinsam unter Führung der Kommune zügig zu einer Lösung zu motivieren ist. Das ist natürlich ein weiterer Lernprozess: Aber auch niederlassungswillige Einzelkämpfer durchlaufen da KV-Schulungen. Davor muss natürlich ein „pfiffiges“ Lösungskonzept die eigenen Stadt- bzw. Gemeinderäte ins Boot holen.

Der Verweis auf das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) der Bund, Länder und Kommunen verpflichtet, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten, mag zu deren Mobilisierung hilfreich sein. Die Kommunen müssen eine erreichbare, d.h. wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen sicherstellen (Gutachten Kingreen/Kühling).

## Kommunale Möglichkeiten zur Lösung des Ärztemangels

Immer wieder werden wir von Kommunen gefragt, welche Möglichkeiten sie denn haben einen bereits heute erkennbaren künftigen Ärztemangel in ihrer Gemeinde abzuwenden. Dabei stoßen wir insgesamt auf ein recht unterschiedliches Gesamtbild. Die Spannweite reicht von Bürgermeistern, die sich im intensiven Austausch mit Ärzten befinden, über Bedarfsplanungsexperten bis hin zu Frustrierten. Letztere sprechen von teilweise wenig hilfreichen Kontakten zu der jeweils zuständigen KV (Kassenärztlichen Vereinigung) und vom Gefühl mit den Ärzten nicht „an einem Strang zu ziehen“.

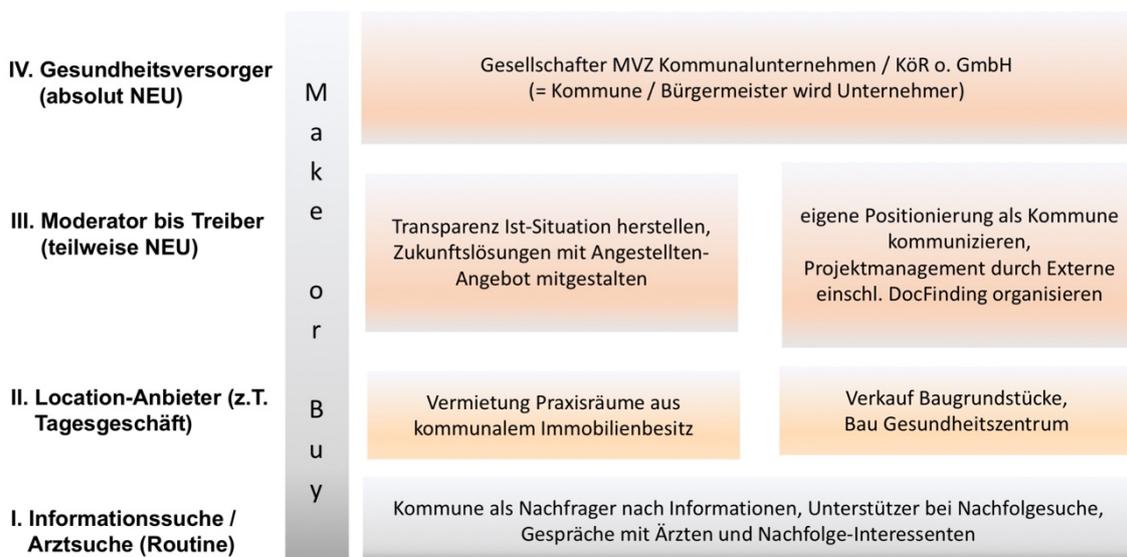


Abbildung 1: Engagementstufen und Rollen von Kommunen bei der Sicherung der ärztlichen Versorgung

Auch der kommunalrechtliche Aspekt verunsichert etliche Bürgermeister, z.B. wenn der Bayerische Gemeindetag

davon abrät, sich ggf. an einem kommunalen MVZ zu beteiligen, gleichzeitig jedoch seitens des Bayerischen Ministeri-

ums für Gesundheit und Pflege Rückendeckung signalisiert wird. Die Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums stellt jedoch nur das „i-Tüpfelchen“ der Möglichkeiten dar, das die Kommunen haben, um die ärztliche Versorgung nachhaltig sicherzustellen.

Übergreifend kann man hier von vier Stufen des Engagements sprechen. Die von der jeweiligen Kommune eingeschlagenen Lösungswege sind dabei abhängig von den vorliegenden Rahmenbedingungen.

### **Engagement Stufe 1: Kommune als Initiator und loser Unterstützer**

Die erste Stufe dieses Engagements kann man mit „Informations- und Arztsuche“ betiteln (vgl. Abbildung 1). Dies bedeutet nichts anderes, als dass sich kommunale Vertreter mit dem Thema auseinandersetzen. Unserer Erfahrung nach sind dies neben den Bürgermeistern meist noch ein oder zwei Stadt- / Gemeinderatsmitglieder, die entweder selbst Ärzte bzw. Zahnärzte sind oder durch ihren Verwandtschafts- oder Freundeskreis engeren Bezug zum Thema haben bzw. die Geschäftsleiter. Mit wachsendem Markt- und damit Problemverständnis entsteht bei diesen engagierten Kommunen in dieser ersten Phase immer das Bewusstsein hier in der Verantwortung zu stehen. Als Initiator und aufmerksamer Begleiter und Unterstützer kommt dabei der Kommune die Rolle des „Watch dogs“ zu, damit die einmal angelaufenen Aktivitäten nicht wieder versanden.

Konnten Kommune und lokal niedergelassene (Zahn-)Ärzte ein gemeinsames Verständnis aufbauen, engagieren sie sich gemeinsam bei der Arztsuche und Nachfolger-Gewinnung. In etlichen Fällen ergreift die Kommune unterstützend selbst die Initiative einen neuen oder Nachfolgearzt zu suchen. Dabei stellt sich immer die Frage: machen wir es selbst oder übergeben wir die Aufgabe einem Experten (make or buy)? Da aktuell die klassische Arztsuche über Weiterbildungsverbände, KV-Arztbörsen oder Anzeigen kaum mehr ausreicht und auch die Möglichkeiten einer Niederlassung, Anstellung oder Förderung immer komplexer werden, empfiehlt sich bereits hier immer mehr die Einschaltung eines externen Dienstleisters, der neben zusätzlichen Akquisitions- und Ansprachestrategien auch das notwendige Know-how im Bereich der Niederlassungsregularien der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung mitbringt.

Wichtig für den Erfolg ist dabei, dass bereits der erste Ansprechpartner, den ein potentieller Nachrückerarzt erreicht, dessen Fragen umfänglich beantworten kann. Verweise auf einen Kollegen, der zurückruft oder Hinweise, dass dieses oder jenes noch geklärt werden muss, setzen meist einen Schlussstrich. Neben konkreten Fragen der Niederlassung oder Anstellung, KV-Regularien und Arztsitzübernahmen stehen auch Fragen zu Mietpreisen oder qm-Preisen, Förderungen durch Kommune, das Patienten-Einzugsgebiet, ÖPNV-Erreichbarkeiten, Baugrundstücke, Kindergarten und Schulen im Mittelpunkt.

Hierbei ist zu beachten, dass aktiv suchende Nachfolgeärzte sich meist ihrer „Nachfragemacht“ vollends bewusst sind.

### **Engagement Stufe 2: Kommune als Vermieter oder Investor**

Im Vorfeld der Gewinnung eines Nachwuchsmediziners, gleich ob als Praxisnachfolger, Angestellter oder in einem Gesundheitszentrum Niedergelassener, sind Fragen hinsichtlich der Förderung durch die Kommune zu erörtern. Bei der Neuniederlassung von (Zahn-)Ärzten kann dies z.B. die Vermietung von Praxisräumen im kommunalen Immobilienbesitz sein. Hierbei kommen entweder eine Mietminderung oder gar eine Mietfreiheit in der Startphase als unterstützende Maßnahmen zur Gewinnung eines Mediziners in Frage. Ist der Ausbau einer bestehenden Arztpraxis zu einer Mehrbehandlerpraxis geplant, kommt häufig die Frage nach Wohneigentum auf. In etlichen Kommunen kann diese über das sogenannte Einheimischenmodell positiv für den Arzt beantwortet werden.

Gleichzeitig muss die Kommune auch ihre jeweiligen Stärken darstellen und kommunizieren. Dies können Kindergarten / Schulen / Hortbetreuung (= für Interessenten mit Familie), weitere Arbeitgeber am Ort (= Arbeitsplatz für Partner), Einzugsgebiet (= Patientenzahl), weitere Ärzte am Ort (= kollegialer Austausch), attraktives landschaftliches und kulturelles Umfeld sowie die Nähe und Erreichbarkeit eines Mittelzentrums sein. Diese weichen Faktoren sind häufig entscheidender Faktor im Wettbewerb der Kommunen untereinander.

---

### **Räumliche Zwischenlösungen schließen die zeitliche Lücke zwischen Niederlassung und Fertigstellung neuer Praxisräume.**

---

Sehr häufig werden die Kommunen in ihrer Rolle als Vermieter oder Investor auch für Zwischenlösungen gebraucht. Diese sind oftmals beim Aufbau von Mehrbehandlerpraxen zur langfristigen Sicherung der ärztlichen Versorgung notwendig, da die Fertigstellung des Neubaus und gewünschter Niederlassungszeitpunkt interessierter Ärzte häufig nicht übereinstimmen. Die bestehenden (Einzel-) Praxen reichen räumlich für zwei oder mehr Ärzte nicht aus, das Gesundheitszentrum ist noch nicht fertig. Was also tun? Hier kann und muss die Kommune mit Zwischenlösungen einspringen. Sie spricht in dieser Rolle Hausbesitzer, Geschäftsleute oder beispielsweise Sparkassen und VR-Banken an, finanziert ggf. einen notwendigen Umbau oder stellt im „schlimmsten Fall“ Container zur Verfügung.



---

### **Engagement Stufe 3: Nachhaltige Kommunalentwicklung durch ein schlüssiges Versorgungskonzept**

Gestalten sich die lokalen Rahmenbedingungen etwas schwieriger, sind mehrere niedergelassene (Zahn-)Ärzte einzubeziehen bzw. soll das Thema ärztliche Versorgung in ein kommunales Entwicklungsprojekt eingebunden werden, ist ein umfassenderes Konzept notwendig. Niedergelassene (Zahn-)Ärzte vor Ort müssen ebenso eingebunden werden wie (Zahn-)Ärzte aus der näheren und weiteren Umgebung. Diese Transparenz der Ist-Situation schafft zusammen mit den formalen Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung (Anm.: Kassenärztliche Vereinigung) die Grundlage für die konzeptionelle Planung. Im Fokus stehen dabei regelmäßig Mehrbehandlerpraxen, d.h. größere Praxiseinheiten. Diese können rein lokal aber auch überörtlich sein und bieten auf jeden Fall immer auch Angestelltenmöglichkeiten. Unserer Erfahrung nach ergeben sich für jede Kommune zwei bis drei mögliche Szenarien mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Dabei können durchaus weitere Gesundheitsanbieter / Therapeuten und Apotheken eingebunden werden.

Diesen Prozess zu moderieren bzw. ihn anzustoßen und als Treiber mitzugestalten ist häufig Aufgabe der betroffenen Gemeinde oder Stadt. Die einzelnen (ärztlichen) Akteure sind meist zu sehr im Alltagsgeschäft verhaftet oder der Gedanke an ein Aufhören ist noch zu weit entfernt, als dass mittel- oder langfristig anzugehende Lösungen im Fokus stehen. Erfahrungen aus durchgeführten Projekten zeigen, dass Engagements von Kommunen in dieser Form nahezu immer zum Erfolg führen. Die zugewiesene Seriosität kommunalen Handelns spricht bereits niedergelassene und auch neue Ärzte an und führt jeweils zu einer konstruktiven und für alle Beteiligten passenden Lösung. Dabei ist es Kommunen dringend abzuraten die Funktion als Moderator oder

Treiber selbst zu übernehmen. Dagegen sprechen u.a. die hohe Komplexität der KV-rechtlichen Handlungsmöglichkeiten, der recht hohe zeitliche Einsatz und auch die Tatsache, dass (politische) Funktionsträger bzw. kommunale Mitarbeiter aus Sicht der ärztlichen Akteure weder die notwendige Kompetenz mitbringen noch neutral sind. Bei einem Engagement dieser dritten Stufe ist ein „make“ daher nahezu ausgeschlossen.

### **Engagement Stufe 4: Kommune als Gesundheitsversorger**

Der höchste Grad eines kommunalen Engagements zum Thema ist die Übernahme eines Versorgungsauftrags durch die Kommune. Bereits früher war es Kommunen erlaubt einen Arztsitz zu kaufen und einen Arzt hierfür anzustellen. In Zeiten des Ärztemangels und der Unattraktivität von Einzelpraxen für junge Ärzte stellt dies jedoch keine Lösung mehr dar. Wollen Kommunen über einen eigenen Versorgungsauftrag die ärztliche Versorgung nachhaltig sichern, kommen sie um Mehrbehandlerpraxen nicht herum. Hierbei haben sie seit 2015 formal die Wahl zwischen Regiebetrieb, Eigenbetrieb, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR), Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR) oder einer (g)GmbH. Letztere bietet sich vor allem dann an, wenn die Kommune nicht alleine als Gesellschafter auftreten möchte, sondern z.B. niedergelassene Ärzte oder Kliniken mit Versorgungsauftrag einbeziehen will. Kommunalrechtlich fallen hausärztliche MVZ unter den pauschalen Versorgungsauftrag der Kommunen. Hausärzte stellen zudem innerhalb der aktuell bestehenden 2.821 MVZ (Stand 2017) die Mehrheit.

In jedem Fall unterwirft sich die Kommune mit der Übernahme eines eigenen Versorgungsauftrags auch dem SGB. Dies bedeutet auch, sie muss ebenso wie alle niedergelassenen Vertragsärzte, eine (persönliche) Bürgschaft gegenüber der KV ablegen. Hier stoßen damit SGB und Kommunalrecht aufeinander. Gerade diese Bürgschaft war zu Beginn häufig Grund, dass Kommunen zögerten ein kommunales MVZ zu gründen. Für diese selbstschuldnerische Bürgschaft war die Zustimmung der Kommunalaufsicht notwendig. Das neue TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) stellt hier nochmals klar, dass auch Sicherheiten nach § 232 BGB (wie z.B. Grundstücke) gleichwertig gegeben werden können.

Damit wird der Weg für die Kommunen zur Gründung eines eigenen MVZ durch das Bundesrecht nochmals erleichtert. Derzeit gibt es bereits ein Dutzend solcher Medizinischer Versorgungszentren in (teilweise) kommunaler Hand. Ernsthaftige Schätzungen müssen von derzeit bundesweit rund 50 in Planung befindlichen kommunalen MVZ ausgehen. Bis zum Jahr 2025 rechnen die Autoren mit einer Anzahl im oberen dreistelligen Bereich.

## Verteilung der Fachgruppen

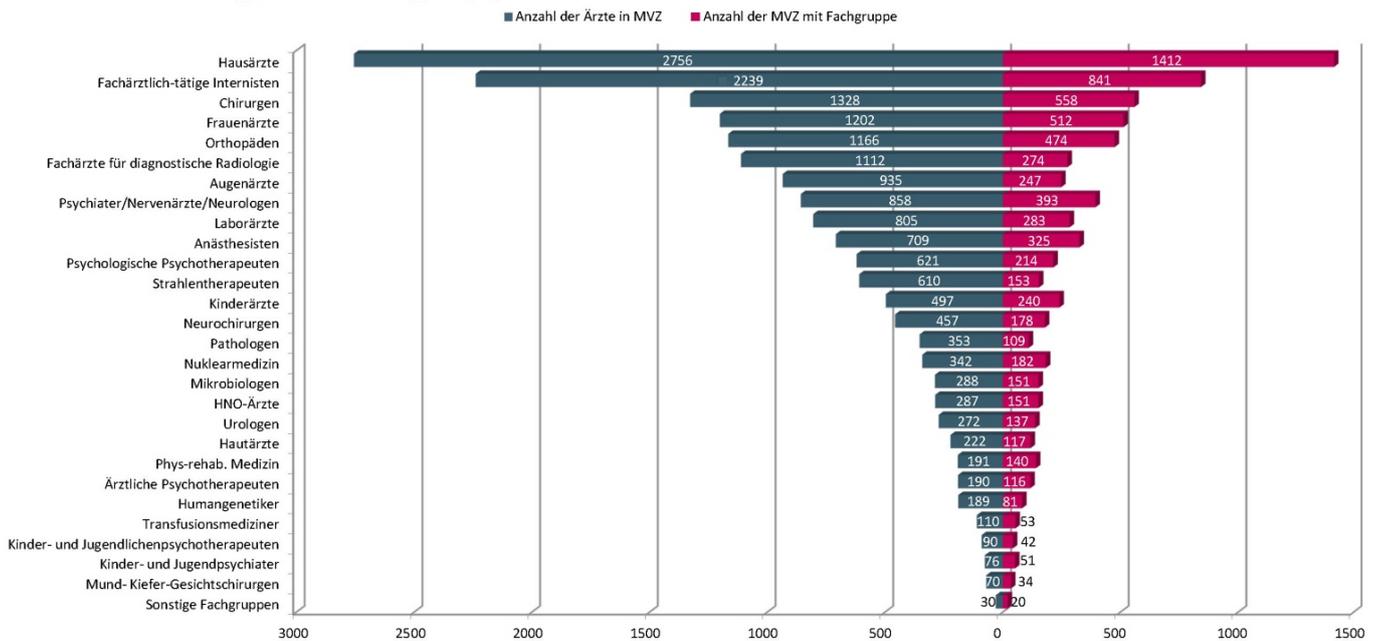


Abbildung 4: MVZ nach Facharztgruppen  
Quelle: KBV, Medizinische Versorgungszentren aktuell

## Vom stillen Abgang von Hausärzten in Mittelstädten

Bekannt ist ja, dass es beim Hausarztmangel in der (noch laufenden) „Ersten Welle“ vorranglich die Kommunen auf dem Lande mit regelmäßig weniger als 7.000 bis etwa 8.000 Einwohner trifft. Ortsteile von z.B. Verbandsgemeinden, Samtgemeinden usw. dabei miteingeschlossen. Das liegt zum einen daran, dass neben den allbekannten Problemen und Anforderungen der Generation Y gerade in kleineren ländlichen Ortschaften überwiegend die von den Nachfolgeärzten ungeliebten Einzelpraxen bestehen.

Zum anderen fällt natürlich bei der geringen Zahl von praktizierenden Hausärzten in den jeweiligen kleinen Kommunen jede (geplante) Zuruhesetzung nicht nur auf, sondern erhöht auch deutlich den Patientendruck auf die verbleibenden Ärzte, Aufnahmestops sind dabei nichts Ungewöhnliches mehr.

Kommunen dieser Größenordnung haben allerdings gegenüber größeren Kommunen meist einen deutlichen Vorteil. Es bestehen häufig persönliche direkte Kontakte beispielsweise zwischen Funktionsträgern der Kommunalspitze oder Mitarbeitern der Rathäuser und den einzelnen Ärzten. Eine geplante Zuruhesetzung wird durch diese informellen Kontakte häufig frühzeitig bekannt und gibt der Kommune die Möglichkeit bei der Nachfolger-Suche zu unterstützen.



Anders sieht es hingegen aus, wenn die betreffende Gebietskörperschaft - die Landkreise bleiben hier vollkommen außer Betracht - einwohner- und auch flächenmäßig größer sind (Mittelstädte). Da werden die Zahlen einerseits deutlich zweistellig, andererseits ändern sich auch schnell die täglichen Arbeitsinhalte und -methoden der Verantwortlichen. War es dort der „Macher“, so fokussiert sich das Handeln der Stadtoberen (Gemeindeoberen in einigen Bundesländern) eher auf ein moderieren und delegieren. Der „Unterbau“ ist auch von etwa 10 bis 25 Mitarbeitern schnell auf 50, 70 oder auch über 90 angewachsen. Es wird vieles dann auch nur noch „politisch begleitet“.

Das Thema Hausärzte ist bei solchen Größen nicht nur viel weiter weg sondern auch – aus der Historie betrachtet – unbedeutender. Zudem muss man sich häufig vordringlich um den „Verbleib“ eines Kranken-

hauses am Ort kümmern (Stichwort: IGES-Studie 2019 im Auftrag der Bertelsmann Stiftung). Die Liste an Fachärzten am Ort meist ellenlang. Man wiegt sich beim Thema „Hausärztemangel“ in Sicherheit: Das trifft nur die Kommunen „auf dem Lande“. Nebenbei bemerkt: Aus Sicht einer Großstadt sind auch diese Mittelstädte schon „auf dem Lande“. Selbst tauscht man sich nur z.B. als Oberbürgermeister zuweilen mit seinem eigenen Haus- oder Facharzt hin und wieder dazu aus. Zudem gibt es in größeren Kommunen häufiger Gemeinschaftspraxen, Arzt Häuser und MVZ. All dieses überlagert die herausziehende Herausforderung.

Das Anlegen und Nachhalten einer Evidenzliste für Haus- und Fachärzte ist auch keine Pflichtaufgabe von Mittelstädten. Wer sollte sich da auch darum kümmern? Man ist auch geübter auf „höhere“ auswärtige (politische) Zuständigkeiten zu verweisen. Man muss auch nicht mehr „selbst Hand anlegen“. Der gewählte Typus von Stadträten ist meist auch ein anderer: Vertreter von Interessengruppen beginnen gegenüber dem bürgernahen Nachbarschafts-Gemeinderat zu überwiegen.

Halt. – Damit kann es schnell passieren, dass die – versorgungstechnisch negative – demographische Entwicklung der Hausärzteschaft in Mittelstädten aus dem Blickwinkel gerät. Denn: Spätestens in den nächsten drei bis sieben Jahren wird die „Zweite Welle“ des Hausärztemangels auch dort sichtbar: Statt 41 Hausärzten sind es dann binnen kurzem nur mehr 28 in der Stadt. Ob dann dort genauso schnell reagiert wird wie mittlerweile häufig „auf dem Lande“? Ziehen diese Landgemeinden nicht schon pfiffig, hausärztliche Kapazitäten mittels Filialpraxen in ihren Orten ab?

---

## Erfolgsmodell Medizinisches Versorgungszentrum



---

### Die Einzelpraxis wird zum Ausnahmefall

Bis in die 1990er Jahre hinein war die Einzelpraxis die absolut dominierende Praxisform. Die Zahl der Gemeinschafts-

praxen stieg nur langsam. Mit Beginn des neuen Jahrtausends wurde die Idee einer zentrenbasierten und fachübergreifenden ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik aufgegriffen.

Bis zur Wiedervereinigung waren in der DDR sogenannte Polikliniken die überwiegende Organisationsform von niedergelassenen Fachärzten. 2004 hielt diese Organisationsform schließlich in Form der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Einzug in das Sozialgesetzbuch. 2019 zählen wir über 2.500 MVZ 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 16.000 Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren ihre Patienten.

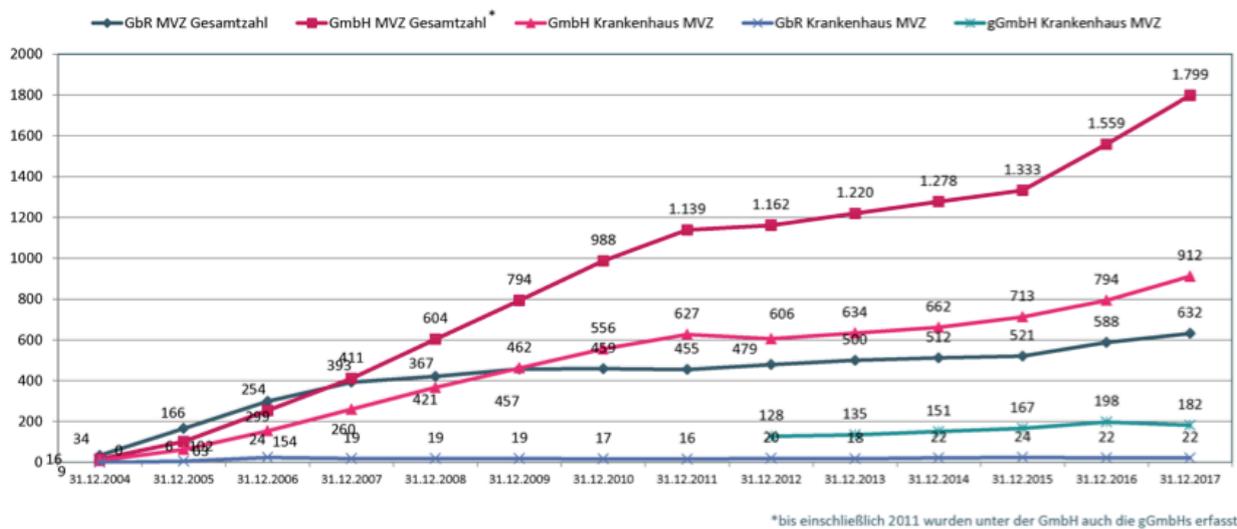
Gründungsberechtigt sind zugelassene Ärzte, Plankrankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Seit 2015 können nun auch Kommunen - sprich Gemeinden, Städte und Landkreise - ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen. Darüber hinaus können MVZ seitdem auch fachgleich betrieben werden.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat der Gesetzgeber 2015 eine der bisher wichtigsten Eigenschaften von MVZ gekippt. Eine fachübergreifende Tätigkeit ist nun nicht mehr notwendig, sodass sich mehr und mehr fachgleiche MVZ, wie z.B. reine Hausarzt-MVZ, etablieren können. Dies ist vor allem im Hinblick auf den Landarztmangel sehr begrüßenswert aber auch erforderlich. Auch reine zahnärztliche MVZ waren eine Folge dieser Gesetzesänderung.

Zusätzlich wurde mit dem GKV-VSG auch Kommunen die Möglichkeit gegeben, als Gründer und Betreiber von MVZ aufzutreten. Mit erkennbar steigender Tendenz steigt die

Anzahl solcher MVZ, die sich ganz oder teilweise in kommunaler Hand befinden. Schätzungsweise wird es im Jahr 2030 rd. 1.000 solcher MVZ geben. Wenngleich es derzeit erst rund ein Dutzend solcher kommunaler MVZ (kMVZ) gibt, liegt die Anzahl derer die sich derzeit in der Gründungsphase befinden, weitaus höher. Ernsthaftige Schätzungen müssen bundesweit von circa 60 in Planung befindlichen kMVZ zum Jahreswechsel 2018/19 ausgehen. Vor dem Hintergrund einer durchschnittlichen Planungs- und Gründungsdauer von zwei bis fünf Jahren ist dies nicht verwunderlich.

## Rechtsformen der MVZ



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

## Erfolgsmodell Medizinisches Versorgungszentrum

Seit deren Zulassung im Sommer 2004 steigt die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren kontinuierlich. Waren es im Jahr der Gesetzesänderung 17 MVZ (2004), sprechen wir heute von knapp 2.900 MVZ. Bei der Wahl der Rechtsform dominiert mittlerweile die GmbH. Hausärzte repräsentieren die häufigste in Medizinischen Versorgungszentren anzutreffende Fachgruppe (rd. 2.500 im Jahr 2018), gefolgt von Internisten, Chirurgen, Frauenärzten und Orthopäden.

Die rasant steigenden Zahlen der existierenden MVZ sind auch auf deren Beliebtheit bei jungen Ärzten zurückzuführen. Hintergrund ist die Möglichkeit, die Tätigkeit als Arzt nunmehr als Angestellter in Teil- oder Vollzeit auszuüben. Umfragen unter Medizinstudenten, sowie kürzlich ausgebildeten Ärzten, lassen erkennen, dass dieser Trend bzw. besser formuliert diese Transformation im Bereich der Praxisformen weiter fortschreiten wird. Die Anstellung von Ärzten ist zwar auch in anderen Praxisformen möglich, wird jedoch durch den Bundesmantelvertrag (BMV) für Ärzte auf

drei Vollzeitärzte oder eine entsprechende Zahl an Teilzeitärzten je anstellendem Arzt beschränkt. Damit sind Gemeinschaftspraxen, vor allem aber Inhabern von Einzelpraxen enge Grenzen für eine Anstellung gesetzt.

Das Angestelltsein, die berufliche Flexibilität, sowie die Möglichkeit der Arbeit in Teilzeit sind - um nur drei Forderungen der ärztlichen Nachwuchsgeneration zu nennen - zunehmend entscheidendere Kriterien bei der späteren Praxiswahl. Im Jahr 2018 arbeiteten über 16.000 Ärzte im Angestelltenverhältnis in einem MVZ. Die Zahl der freiberuflich tätigen Mediziner in MVZ war mit rd. 1500 Ärzten demgegenüber sehr gering. Im Durchschnitt arbeiteten 2018 in einem MVZ 6,4 Ärzte bzw. Ärztinnen.

Die Entwicklung im Bereich der MVZ verschärfte gleichzeitig die Situation hinsichtlich der ärztlichen Versorgung auf dem Lande. Der rasante Anstieg der MVZ-Gründungen ging in erster Linie in städtischen- und großstädtischen Regionen vor sich, gefolgt von mittleren Ballungsgebieten mit Klinikstandorten. So existieren bundesweit nur knapp 14 % der 2.900 MVZ in ländlichen Regionen. Eine Zahl, die bis 2025

erheblich steigen wird, setzt doch die MVZ-Gründungsphase auf dem Lande zeitversetzt und seit 2015 durch Kommunen angestoßen erst jetzt ein. Ein Großteil der prognostizierten

1.000 MVZ in kommunaler Hand werden dabei auf dem Lande gegründet werden.

## Fragekasten

**Sie stellen uns Ihre Fragen –  
wir antworten**

Direkt unter Telefon

+49 8741 967890

Online unter

[info@dostal-partner.de](mailto:info@dostal-partner.de)

**Und auf jeden Fall in unserer  
nächsten Ausgabe 1/2020**

### **„Kann eine Kommune (Gemeinde, Stadt) auch ein fachärztliches MVZ gründen?“**

Im § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung lautet der relevante Abs. 1a: "Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich."

Das Gutachten der Professoren Dr. Thorsten Kingreen und Dr. Jürgen Kühling (zusammengefasst nachzulesen in Die Öffentliche Verwaltung (DÖV, November 2018, H. 21, S. 896) präzisiert diese Teilnahme wie folgt: "Die Gewährleistung einer medizinischen Basisversorgung ist ein öffentlicher Zweck, dessen Erfüllung der Bundesgesetzgeber in § 95 Abs. 1a SGB V sogar explizit den Gemeinden zuweist. [...] Die zu erbringende Tätigkeit muss ferner in einem angemessenen Verhältnis zu ihrer Leistungsfähigkeit stehen, um die Kommune vor wirtschaftlichen Aktivitäten zu bewahren, die ihre Leistungskraft übersteigen. Außerdem muss das Unternehmen am voraussichtlichen Bedarf in der Kommune orientiert sein. [...] Spezialisierte, überregional ausgerichtete Versorgungsangebote wären dagegen kommunalrechtlich nicht zulässig." - Damit wird von den Gutachtern ein fachärztliches MVZ nahezu ausgeschlossen.

Gleichzeitig muss aber hier darauf hingewiesen werden, dass die Gutachter ihre Aussagen nicht vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zentralisierung des hausärztlichen Angebots auf weniger Standorte auf dem Lande gemacht haben und auch von einer Bedarfsabgrenzbarkeit bzgl. der effektiven auch Änderungen unterworfenen Patientenströme ausgehen, die sich so überhaupt nicht abbilden lässt.

Anders könnte es möglicherweise bzgl. eines fachärztlichen Leistungsangebots der Grundversorgung aussehen, wenn sich z.B. im Rahmen einer "Ersatzlösung" eines zu schließenden Klinikstandortes einer Kreisklinik, die selbige sich z.B. als Gesellschafter an einem solchen kommunalen MVZ beteiligen würde. Dieser Fall müsste also zeitig in solche Schließungs- bzw. Kompensationslösungen einfließen und im Einzelfall geprüft werden.

### **Kann jeder niedergelassene Allgemeinarzt eine Weiterbildungsbefugnis erlangen? Wieso ist eine solche bei einer Nachfolgesuche sinnvoll?**

Für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen sind die jeweiligen Ärztekammern und ihre jeweiligen Weiterbildungsausschüsse zuständig. Die Weiterbildungsordnung von 2004 nennt hierzu in § 5 Abs. 2 die fachliche und persönliche Eignung sowie eine mehrjährige, grundsätzlich mindestens dreijährige Tätigkeit nach Erwerb der entsprechenden Bezeichnung als Grundvoraussetzung. Für den Umfang der Befugnis ist gemäß § 5 Abs. 4 maßgebend, inwieweit die an die Weiterbildung gestellten Anforderungen unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages, der Leistungsstatik sowie der personellen und materiellen Ausstattung der Weiterbildungsstätte erfüllt werden können. So verfügen z.B. etliche Fachärzte der Allgemeinmedizin lediglich über eine hälftige Weiterbildungsbefugnis (1 Jahr), da ihre Geräteaus-

stattung nicht dem Soll entspricht. Praktische Ärzte, die keine Facharzt der Allgemeinmedizin ablegten, erhalten keine Weiterbildungsbefugnis.

Weiterbilder können maximal drei Befugnisse erhalten. Dies können sein: eine Befugnis für eine Facharztweiterbildung, einen Schwerpunkt und eine Zusatz-Weiterbildung oder für eine Facharztweiterbildung und zwei Zusatz-Weiterbildungen.

Auch Ärzte mit einer Tätigkeit von mindestens 50 Prozent können eine Weiterbildungsbefugnis erhalten. Der Arzt in Weiterbildung kann dann jedoch auch nur zu den Anwesenheitszeiten des Weiterbildungers tätig sein, es sei denn in der Praxis ist ein zweiter Weiterbilder tätig.

Ärzte in Weiterbildung lernen die Weiterbildungspraxis, die agierenden Ärzte, das Praxispersonal und die Patienten kennen. Sie leben etliche Zeit in der Gemeinde oder dem näheren Umfeld und lernen das Umfeld kennen. Die Chancen einer Praxisübernahme steigen vor diesem Hintergrund nennenswert.

---

## Rubrik: Aus der Praxis

### Honorarumsatz niedergelassener Ärzte

Die Einnahmen einer Arztpraxis stammen aus den unterschiedlichsten Quellen. Der Großteil der Einnahmen eines Vertragsarztes, d.h. eines niedergelassenen Arztes, wird über das Gesamtvolumen der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Die Grundlage hierfür wird jährlich auf Basis § 87 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) verhandelt.

Dabei sollen laut Gesetz Vorgaben zur Anpassung des sog. Orientierungswertes (Preiskomponente) und Empfehlungen zur morbiditäts-bedingten Veränderungsrate (Mengenkomponente) beschlossen werden. Die morbiditätsbedingte Veränderungsrate setzt sich aus den diagnosebedingten und demografischen Veränderungsrate zusammen und wird regional nach Gewichtung ermittelt. Auf Landesebene werden diese Beschlüsse dann regional verhandelt.

Dieses Gesamtvolumen setzt sich aus einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und einer extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zusammen. Rund 70 Prozent der Leistungen einer Praxis werden über die MGV vergütet. Dazu gehören z.B.

- Arztgruppenspezifische Versicherten- und Grundpauschalen (Fallwerte)
- Arztgruppenspezifische Untersuchungsleistungen
- Gesprächsleistungen
- Hausbesuche
- Basisdiagnostik.

Die MGV ist gedeckelt. D.h. diese Leistungen unterliegen einer Mengensteuerung. Für den einzelnen Arzt bedeutet das, dass er bei Überschreitung einer bestimmten Leis-

tungsmenge die darüber hinausgehenden Leistungen zu einem abgestaffelten (niedrigeren) Preis vergütet bekommt. Für Hausärzte kann das im schlechtesten Fall bedeuten, dass sie bei der Überschreitung der zulässigen Anzahl an Patienten für einen Behandlungsfall kaum bis nicht honoriert werden.

Die restlichen 30 Prozent der Gesamtvergütung werden als extrabudgetäre Vergütung ausgeschüttet und sind nicht mengenabhängig. Dazu gehören z.B.

- Ambulante Operationen
- Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Impfungen, Strahlentherapie, Onkologie.

Die Ärzte erhalten auf Basis ihres (auf Basis der Vergangenheitsdaten) geschätzten Praxisumsatzes monatliche Abschlagszahlungen. Die quartalsbezogenen Honorarbescheide erhalten sie dann jeweils mit einem 3- bis 4-monatigen Verzug.

Zu dieser Gesamtvergütung kommen KV-unabhängige Honorare hinzu. Dies sind z.B. Selektivverträge, die zwischen den Ärzten und den Krankenkassen unabhängig von der jeweiligen KV geschlossen werden. Dies sind Verträge nach

- § 73b Hausarztverträge (§ 73 b SGB V)
- § 73c Besondere, ambulante ärztliche Versorgung (§73 c SGB V)
- § 140 a ff Integrierte Versorgung (§ 140 a -d SGB V),

sowie Abrechnungen mit den privaten Krankenversicherungen, Einzelleistungen für Patienten, welche durch die GKV nicht getragen werden (Individuelle Gesundheitsleistungen = IGeL), Gutachten, Einnahmen aus betriebsärztlicher Tätigkeit oder Tätigkeiten für die Berufsgenossenschaften.

# Interview

Friedrich Schütte, Vorstand der Krankenkasse BKK24, im Gespräch mit Impulse über die deutschlandweit einmalige Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“, die Messbarkeit von Prävention sowie die Bedeutung von Gemeinden und Städten für die regionale Gesundheitsförderung.



## Zur BKK24

Die BKK24 ist eine gesetzliche und bundesweit geöffnete Krankenkasse. Im niedersächsischen Obernkirchen (Landkreis Schaumburg) befindet sich die Hauptverwaltung der Kasse, die 1883 als „BKK der Heye’schen Glasfabriken“ gegründet wurde. Weitere 50 Standorte verteilen sich über alle Bundesländer, so dass viele der rund 131.000 Versicherten persönliche Ansprechpartner in regionaler Nähe haben.

Mit der bundesweit einmaligen Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“ engagiert sich die BKK24 für Prävention und Gesundheitsförderung. Unterstützt wird der präventionsorientierte Ansatz durch über 80 Extraleistungen, die oberhalb des gesetzlichen Leistungskataloges liegen. So gibt es beispielsweise hohe Zuschüsse für Präventionskurse, sportmedizinische Untersuchungen, alternative Heilmethoden – außerdem den jährlichen „Länger besser leben.“-Bonus in Höhe von 100 Euro.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

**Impulse:** Herr Schütte, als Vorstand der BKK24 haben Sie „Län-

**ger besser leben.“ ins Leben gerufen. Was genau steckt dahinter?**

Erlauben Sie mir eine Vorbemerkung: Die ersten Ansätze von „Länger besser leben.“ liegen inzwischen rund neun Jahre zurück. Noch heute ist unsere Gesundheitsinitiative in dieser Form einmalig in Deutschland. Vor dem Hintergrund der im Laufe der Jahre schrittweise angewachsenen Inhalte für uns eine Bestätigung, dass wir damit etwas nachhaltig Innovatives mit Alleinstellungsmerkmal geschaffen haben – verbunden mit vielfältigen Vorteilen für alle Beteiligten.

„Länger besser leben.“ basiert auf der sogenannten „EPIC-Studie“ der Universität Cambridge, die einen direkten Zusammenhang zwischen der Beachtung bestimmter Verhaltensweisen und einer bis zu 14 Jahre erhöhten Lebenserwartung herstellt. Im Kern geht es um vier einfache „Regeln“ aus den Bereichen Bewegung, Ernährung und Suchtmittelkonsum: Täglich fünf Portionen Obst und Gemüse, mindestens 30 Minuten körperlicher Aktivität am Tag, auf das Rauchen verzichten, maßvoller Umgang mit Alkohol. Diese zunächst „theoretische“ Formel der Wissenschaftler haben wir aufgegriffen und daraus ein praxisorientiertes Präventionsprogramm mit konkreten Angeboten entwickelt.

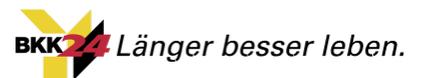
**Impulse:** Auf Ihrer Internetseite steht, dass das Präventionsprogramm „unabhängig von einer Mitgliedschaft bei der BKK24“ ist. Können Sie dies erklären?

Das mache ich gerne – in der Tat ist die Intention Ihrer Frage nachvollziehbar. Grundsätzlich ist unser Programm kostenlos und jeder über 18-jährige kann ohne Verpflichtungen mitmachen. Dies gilt für BKK24-Kunden genauso wie für Kunden anderer Krankenkassen. Warum dies so ist, lässt sich im Kontext einer gesamtsystemischen Betrachtung des deutschen Gesundheitswesens skizzieren.

So gibt es zunächst drei wesentliche Bereiche: die Behandlung, die Rehabilitation und die Pflege. Daneben

gibt es aber noch eine vierte Säule, deren Potential – trotz des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes – noch viel zu wenig genutzt wird. Dabei handelt es sich um Prävention und Gesundheitsförderung. Die Nutzung korrespondierender Maßnahmen – wie wir Sie mit „Länger besser leben.“ entwickeln und umsetzen – hat eine Reihe positiver Effekte. Lassen Sie mich einen davon beispielhaft nennen: die Verringerung von Krankheiten mit Blick auf Entstehung und Häufigkeit.

In diesem Sinne entstehen Vorteile für Gesundheit und Wohlbefinden für jeden Einzelnen. Im kollektiven Zusammenhang potenzieren sich diese individuellen Auswirkungen zu kollektiven Mehrwerten mit gesamtgesellschaftlichen Ausprägungen. „Länger besser leben.“ ist also ein echtes Extra für die Gesundheit unserer Versicherten, darüber hinaus gleichermaßen Initiative und Antrieb Prävention zu einer bedeutenden Variable moderner Gesundheitssicherung zu machen.



**Impulse:** Sie stellen damit die Verbindung zum Sozialversicherungssystem insgesamt her. Lässt sich der formulierte Erfolg aber überhaupt messen?

So fundiert die wissenschaftliche Basis von „Länger besser leben.“ mit der genannten „EPIC-Studie“ ist, so wichtig ist die kritische Reflektion sowie die Messbarkeit der Vorgehensweisen. Seit Mitte des Jahres 2015 liegt ein unabhängig erstellter Nachweis vor der belegt: „Länger besser leben.“ verbessert die Gesundheit und steigert das Wohlbefinden. Dies dokumentiert sich in einem 350-seitigen – öffentlich über unsere Internetseite einsehbar – Evaluationsbericht. Beispielsweise hat fast die Hälfte der befragten Teilnehmenden das Bewegungs-, Ernährungs- und Rauchverhalten verbessert.

Ebenso viele sagen, dass sich ihr Wohlbefinden zum Positiven verändert hat. Auch auf die Leistungsausgaben der BKK24 hat „Länger besser leben.“ Einfluss. Der Überschuss zwischen Einnahmen und Ausgaben ist bei Teilnehmenden deutlich besser als im Durchschnitt.

**Impulse: Stichwort „Bewegungs-, Ernährungs- und Rauchverhalten“ – die BKK24 wird sicherlich nicht alle Angebote selber durchzuführen. Können Sie etwas zu der Bedeutung von Kooperationspartnern sagen?**

Ich würde gerne einen Halbsatz von Ihnen aufgreifen. Die BKK24 führt so gut wie keine „Länger besser leben.“-Angebote selber durch. Zum einen gibt es in der Regel Fachleute vor Ort, die Kompetenz und Erfahrung in Sachen Gesundheit mitbringen. Zum anderen ist es unser Bestreben, über diese bestehenden Strukturen, Dinge zu integrieren, zu stärken und zu vernetzen. Deshalb gibt es von Beginn an das „Länger besser leben.“-Netzwerk, das heute rund 280 Partner zählt. Dies sind bundesweit tätige Institutionen wie der Deutsche Olympische Sportbund oder der Kneipp-Bund, aber – und vor allem – auch lokal und regionale aktive Anbieter von zum Beispiel Koch- und Sportkursen.

Die regionale Orientierung ist ein elementarer Erfolgsfaktor, denn zu den wesentlichen Zielen von „Länger besser leben.“ gehört es, Menschen für gesundheitsbewusstes Verhalten zu motivieren oder in bereits vorhandenen Aktivitäten zu stärken. Und dies gelingt nur, wenn Gesundheit mit konkreten und leicht erreichbaren Aktionen, Kursen und Programmen erlebbar und anfassbar wird.

**Impulse: Wenn es um Regionalität geht, dann sind doch sicher auch Gemeinden und Städte Ansprechpartner für Sie, oder?**

Sie haben absolut Recht, beide sind für uns sehr wichtig – insbesondere, wenn es um die Mobilisierung der Bevölkerung für Präventionsmaßnahmen geht. Ganz praktisch: Der

Bürgermeister zieht bei einer Sportabzeichen-Aktion selber die Turnhose an oder die Lokalpolitik unterstützt das „3.000-Schritte-Event“. Es geht schlicht häufig um die Vorbildfunktion, das persönliche Engagement und die Überzeugung – nicht für eine spezielle Krankenkasse oder ein Programm – für Gesundheit und Wohlbefinden.

Wichtig sind übergreifende Herangehensweisen, die über „klassische“ Versorgungssysteme hinausgehen. Für eine nachhaltige und ganzheitliche Verankerung von „gesunden“ Verhaltensweisen müssen Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen abgeholt werden – und die sind zu größten Teilen in Gemeinden und Städten.



---

Ich würde aber gerne den von Ihnen gespannten Bogen noch erweitern. Neben der Verhaltensprävention kommt der Verhältnisprävention eine mitentscheidende Rolle bei der Erreichung von Präventionszielen zu. Damit meine ich die räumliche, soziale, wirtschaftliche oder gesetzliche Gestaltung von Lebensbedingungen, zum Beispiel die Schaffung von Bewegungsräumen, die finanzielle Unterstützung sozial Benachteiligter oder die Verpflegung an Schulen.

**Impulse: Sie arbeiten auch mit wissenschaftlichen Institutionen zusammen. So haben die BKK24 und die Universität Bremen im Jahr 2016 das „Länger besser leben.“-Institut gegründet. Was verbirgt sich hinter dem Namen?**

Dahinter verbirgt sich eine Kooperation, die dazu beiträgt, wissenschaftliche Erkenntnisse in vorhandene

und zukünftige Präventionsangebote einfließen zu lassen. Unter der Federführung von Prof. Gerd Glaeske werden Wirksamkeit und Qualität von Maßnahmen hinterfragt sowie gesundheitsökonomische Aspekte in die Überlegungen mit einbezogen. Damit sind wichtige Aspekte genannt, die uns den eingeschlagenen Präventionspfad konsequent weitergehen lassen.

Gemeinsam wurde zum Beispiel unsere Frühjahrskur konzipiert, in diesem Jahr hat bereits der zweite „Länger besser leben.“-Kongress stattgefunden, zudem gibt es regelmäßige Publikationen zu aktuellen und grundsätzlichen Gesundheitsthemen. Des Weiteren gibt es mit vielen Bezugsgruppen und Multiplikatoren eine kontinuierliche Kommunikation zur weiteren Verbreitung des präventionsorientierten „Länger besser leben.“-Ansatzes.

**Impulse: Herr Schütte, wir bedanken uns herzlich für das Gespräch!**

# Interview

**Michael Dambacher (39), scheidender Bürgermeister der Gemeinde Bühlertann (seit 2010) und Ellwangsens neuer Oberbürgermeister im Interview mit Impulse über kommunale Lösungsansätze hinsichtlich des heraufziehenden Landarztmangels.**



Zur Gemeinde Bühlertann: Mit derzeit etwas über 3.100 Einwohnern gehört die Gemeinde Bühlertann zum KVBW-Mittelbereich Schwäbisch-Hall (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg). Fast die Hälfte der niedergelassenen Hausärzte im Planungsbereich ist über 60 Jahre alt. Vor allem in klassischen Landgemeinden wie Bühlertann liegt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Nachbesetzung einer Hausarztpraxis nur bei 10-20 Prozent. Die Gemeinde arbeitet deshalb seit Ende 2018 mit Nachdruck an einer Lösung.

Das Interview für Impulse führte Luise V. Ruß.

**Impulse: Herr Dambacher, die Thematik des Landarztmangels gewinnt zunehmend an Dynamik. Vor allem in den kommenden 3 bis 5 Jahren wird die Zahl der Praxis-Abgeber rasant steigen. Wann war Ihnen bewusst als Gemeinde das Thema selbst aktiv angehen zu müssen?**

Die Thematik „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ ist im Zuge der Ortskernsanierung Bühlertann im Jahr 2014 aufgekommen. Durch den

damaligen Verlust einer Zahnarztpraxis und den Wegfall einer von zwei Hausarztstellen in der Gemeinde rückte die Frage nach der Sicherstellung mehr in den Fokus von Gemeinderat und Verwaltung. Der verbliebene Hausarzt ist mittlerweile ebenso über 60 Jahre alt. Da sich keine Nachfolgelösung durch Übernahme eines jungen Arztes bis heute abzeichnet, hat die Gemeinde sich der Aufgabenstellung angenommen und gemeinsam mit verschiedenen Institutionen und mit Unterstützung durch dostal & partner nach möglichen Lösungswegen gesucht.

**Impulse: Im Kern einer langfristigen Lösung zur Sicherung der ambulant-ärztlichen Versorgung muss die Schaffung von Angestelltenmöglichkeiten für junge Nachwuchsärzte stehen. Ziel Ihres gemeindlichen Engagements ist die Unterstützung einer Lösung aus dem Markt heraus, was bedeutet dies konkret?**

Aktuell sind wir im Gespräch mit unserem Hausarzt sowie den Ärzten der umliegenden Nachbargemeinden, um zu klären, ob es nicht im Rahmen einer Mehrbehandlerpraxis Möglichkeiten gibt, künftig Ärzte in Teil- und Vollzeit anzustellen. Die Gemeinde als Moderator favorisiert diesen Lösungsansatz, da er rein über die Ärzteschaft organisiert erfolgen könnte. Eine weitere kommunale Beteiligung, sei es organisatorisch oder finanziell, wäre bei dieser Lösung nicht erforderlich.

**Impulse: Arbeiten Sie hierbei auch mit Ihren Kolleginnen und Kollegen aus den umgrenzenden Nachbargemeinden zusammen? Sie sitzen ja sprichwörtlich alle im selben Boot.**

In der Tat findet teilweise eine Zusammenarbeit mit umgrenzenden Nachbargemeinden statt. Im näheren Umfeld gibt es aber auch wettbewerbsähnliche Situationen, da unter den einen oder anderen Kolleginnen und Kollegen natürlich auch der Wunsch besteht, eine ärztliche Versorgung in der eigenen Gemeinde sicherstellen zu können. Fakt ist aber, dass die wenigsten ländlich

geprägten Kommunen langfristig alleine dieses Thema stemmen können. Die kommunale Familie im ländlichen Raum wird, wie bei anderen Aufgabenstellungen auch, künftig mehr zusammenarbeiten müssen, um die kommunale Daseinsvorsorge und notwendige Infrastruktureinrichtungen in der Region aufrecht erhalten zu können. Eine spannende Zeit mit zahlreichen Herausforderungen steht für die Damen und Herren Kommunalpolitiker in den kommenden Jahren an.

**Impulse: Wie reagieren die niedergelassenen Ärzte auf das Engagement Ihrer Gemeinde?**

Das Bestreben der Gemeinde Bühlertann eine Nachfolgelösung für die niedergelassenen Ärzte in der Raumschaft zu finden, wurde sehr positiv aufgefasst, da sie nicht nur für ihre Patienten eine ortsnahe Versorgung sicherstellen wollen, sondern natürlich auch eigene wirtschaftliche Interessen eine große Rolle spielen. Die Tatsache, dass eigene Bemühungen um eine Nachfolge bislang ergebnislos erfolgt sind, verstärkt natürlich den Wunsch nach einer gemeinsamen, ggf. interkommunalen Lösung unter der Moderation der Gemeinde. Das kommunale Mitwirken wird daher als große Chance empfunden.

**Impulse: Was können Gemeinden vor dem Hintergrund des allgemeinen Hausärztemangels anders machen? Was empfehlen Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen, die vor ähnlichen Herausforderungen stehen?**

Nachdem sich die Rahmenbedingungen teilweise radikal ändern und wichtige Infrastruktureinrichtungen, wie die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum, ernsthaft bedroht sind, werden sich Kommunen künftig verstärkt mit der Frage beschäftigen müssen, ob man nicht bereit ist, neue Wege zu gehen, z.B. mit der Gründung eines kommunalen medizinischen Versorgungszentrums. Sollte sich kein selbständiger Arzt niederlassen wollen, muss die Gemeinde sich grundsätzlich fragen, ob man

stattdessen nicht selbst Ärzte anstellt. Dieser kommunalpolitische Willensbildungsprozess muss mit dem Gemeinderat und der Bürgerschaft frühzeitig kommuniziert und der Weg gemeinsam beschritten werden. Gerade die anfängliche Skepsis gegenüber dieser möglichen neuen freiwilligen Aufgabe muss ausgeräumt werden.

**Impulse: Wir hören von Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern immer wieder Klagen darüber, dass immer mehr Aufgaben auf die Kommunen abgewälzt werden. Welche Priorität sehen Sie in der Sicherstellung der ärztlichen**

### **Grundversorgung im Vergleich zu anderen kommunalen Aufgaben?**

Auch wenn es nicht zu den ureigenen Pflichtaufgaben einer Kommune gehört, die ärztliche Versorgung in der Gemeinde sicherzustellen, so ist die Frage, ob und inwieweit ein Hausarzt in der Nähe des eigenen Wohnorts ist, ein wichtiger Standortfaktor, der darüber entscheidet, ob eine Gemeinde attraktiv ist oder nicht. Neben den zahlreichen Pflichtaufgaben, wie Kindergarten und Schule haben Kommunen in den vergangenen Jahren auch Aufgaben z.B. im Bereich des Breitbandausbaus gemacht, weil der Markt im ländlichen Raum hier völlig versagt.

Sollte ich persönlich vor der Frage stehen, ob ich Hunderttausende von Euros in den Bau von Glasfaserleerrohren oder lieber für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung setzen wollte, wäre die Antwort schnell gegeben. Ich hoffe und wünsche mir, dass von Seiten des Landes Baden-Württemberg in den kommenden Jahren ebenso eine ausreichende finanzielle Unterstützung, z.B. für die Förderung von MVZ's, für die ländlichen Kommunen bereitgestellt wird.

**Impulse: Herr Dambacher, herzlichen Dank für das Gespräch!**

## **Interview**

**Interview mit Herrn Christian Rüge, stellvertretender Stadtdirektor der Stadt Werlte und Verwaltungsvorstand MVZ-Werlte (kAÖR) über das erste kommunale Medizinische Versorgungszentrum in Niedersachsen.**



Das Interview für Impulse führte Luise V. Ruß.

**Impulse: Wie lange arbeiteten Sie und die Stadt Werlte bereits am Projekt eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums?**

Der Rat der Stadt Werlte beschloss im September 2016 die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums in eigener Trägerschaft, das im Juli 2018 eröffnet wurde. Die in diesen Beschluss mündende Idee war im Sommer 2016 entwickelt und ausgearbeitet worden. Bis zum Start unserer Praxis haben wir also rund zwei Jahre in die Vorbereitungen und Zulassungen investiert und am Ende des vergangenen Jahres konstatieren dürfen, dass wir unsere ersten beiden Quartale erfolgreich gestalten und aus dem Stand mit einem positiven wirtschaftlichen Ergebnis abschließen konnten.

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

Ja, das war uns durchaus bewusst.

**Impulse: Wann war Ihnen bewusst als Stadt selbst aktiv werden zu müssen?**

Obwohl der gesetzliche Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt, hatte sich der Rat der

Stadt Werlte bereits seit vielen Jahren im Rahmen der Daseinsvorsorge mit der Frage auseinandergesetzt, in welcher Weise dieses Ziel unterstützt oder zumindest positiv beeinflusst werden könnte.

Einstweilen wurden deshalb im Jahr 2015 finanzielle Anreize in Form von Förderrichtlinien geschaffen, welche die Gewährung von Stipendien für Studierende der Humanmedizin ermöglichen, die sich bereits während ihres Studiums für eine spätere hausärztliche Tätigkeit in Werlte entscheiden. Darüber hinaus wurde eine einmalige Niederlassungsförderung für die Gründung einer Praxis oder die Anstellung eines Hausarztes ausgelobt. Obwohl in Summe neben entsprechenden Fördermöglichkeiten des Landkreises Emsland und weiteren Zuwendungsgebern ansehnliche finanzielle Unterstützungen möglich sind, blieben auch diese Anreize bislang ohne Wirkung. Die Gründe dafür, insbesondere die von den Studenten dadurch eingeforderte frühe Festlegung auf die Allgemeinmedizin und die verbindliche Verpflichtung auf eine Niederlassung, sind inzwischen erkannt und werden heute auch bereits öffentlich diskutiert.

Nach einer eingehenden Analyse der von jungen Medizinerinnen geäußerten Wünsche an ihre berufliche Tätigkeit

fasste der Rat der Stadt Werlte im September 2016 den eingangs erwähnten Beschluss, um damit ein attraktives Angebot für Mediziner vorhalten zu können. Rechtlich war das durch die Regelung des § 95 Abs. 1a SGB V für Kommunen möglich geworden.

### **Impulse: Die Gründung eines MVZ in kommunaler Trägerschaft ist in Form von unterschiedlichen Unternehmensformen zulässig, wieso fiel die Wahl letzten Endes auf ein Kommunalunternehmen?**

Die Rechtsform der kommunalen Anstalt öffentlichen Rechts (kAöR) wurde aufgrund der rechtlichen Anforderungen des SGB V an die Haftung gewählt. Nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V werden für eine GmbH eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung oder andere Sicherheitsleistungen gefordert, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) auf zwei durchschnittliche Jahresumsätze der KVN je Fachgruppe pro Quartal beziffert wurden. Nach § 144 Abs. 2 NKomVG haftet die kommunale Anstalt für ihre Verbindlichkeiten mit ihrem gesamten Vermögen, aber die Kommune haftet (als Träger) nicht für die Verbindlichkeiten der kommunalen Anstalt. Von der KVN wurde eine Sicherheitsleistung für die kAöR nicht eingefordert.

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

Wie zuvor schon dargelegt, war uns sehr bewusst, dass wir als eine der ersten Kommunen Deutschlands und unseres Wissens als erste in Niedersachsen mit unserem Vorhaben an den Start gehen würden. Aber es war nicht nur diesbezüglich Neuland für uns. Darüber hinaus stand uns auch sehr deutlich vor Augen, was der Volksmund seit Generationen sagt: „Schuster bleib bei deinen Leisten!“ Mit anderen Worten: Es war uns sehr klar, dass wir keinerlei eigene Erfahrungen im medizinischen Bereich mit- und in das Pro-

jekt einbringen könnten. Insofern waren wir uns darüber einig, dass die Gründung nur mit unterstützenden juristischen und medizinischen Fachexpertisen von außen und der spätere Betrieb nur mit der Verpflichtung einer professionellen Geschäftsführung würde gelingen können. Vor allem mit Blick auf die von uns begehrten Zulassungen und Genehmigungen haben wir nach meiner Wahrnehmung am Ende genau damit überzeugen und Vertrauen gewinnen können.



Das Projekt war ein Wagnis, denn eine verlässliche Risikoanalyse und -bewertung ist nun einmal schwierig, wenn sie „auf der grünen Wiese“ erfolgen muss. Nicht nur die Abschätzung der mit dem Gründungsprozess entstehenden Aufwände war kaum wirklich belastbar möglich und durfte dennoch auf keinen Fall „ein Fass ohne Boden“ werden. Aber auch das nach der Eröffnung mit dem Betrieb einer allgemeinmedizinischen Praxis verbundene wirtschaftliche Risiko stand uns klar vor Augen. Man darf dabei nicht verkennen, dass die praktizierenden Ärzte nun einmal auch in dieser Hinsicht die entscheidenden Erfolgsfaktoren sind, für die wir aber mit dem MVZ erst einmal lediglich ein Angebot schaffen konnten. Ob wir tatsächlich Mediziner für uns würden gewinnen können, war alles andere als gesichert.

Ungeachtet der ein oder anderen politisch motivierten Positionierung sprachen sich die Abgeordneten im Rat der Stadt Werlte in der Sache selbst fraktionsübergreifend für die Gründung eines MVZ in Werlte aus. Die Abgeordneten haben einmal

mehr einen Mut bewiesen und ihrer Verwaltung einmal mehr ein Vertrauen ausgesprochen, die wirklich beispielhaft sind und nach meiner festen Überzeugung entscheidende Faktoren für unser Erfolgsrezept sind. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass die Stadt Werlte so dynamisch wachsen und sich so gut entwickeln konnte und weiterhin kann.

Ein weiterer Garant dafür ist ein großes gesellschaftliches Engagement in Werlte. Mit Blick auf ein über die allgemeinmedizinische Versorgung hinausgehendes und sektorenübergreifendes Leistungsangebot des Gesundheitswesens entschied sich die in Werlte ansässige Hümmlinger Volksbank eG parallel zu den vom Stadtrat beschlossenen MVZ-Gründungsabsichten, eine Immobilie in zentraler und gut erreichbarer Lage als Gesundheitszentrum zu errichten, in der die MVZ-Werlte (kAöR) inzwischen als Mieter die benötigten Räumlichkeiten gefunden hat. Im Gesundheitszentrum Werlte (GZW) sind daneben eine Zahnarztpraxis, eine Praxis für Psychotherapie, eine Praxis für Physiotherapie, eine Praxis für Logopädie, ein Sanitätshaus sowie ein Fachgeschäft für Augenoptik und Optometrie beheimatet. Die Planung der Praxis und die Bauausführung erfolgten nach den Wünschen der MVZ-Werlte kAöR mit einem modernen und funktionellen gebäudetechnischen Ansatz, der optimierte, insbesondere hochgradig IT-unterstützte Betriebsabläufe gewährleistet. Die Inhabererfamilie einer benachbarten Apotheke realisiert gerade in einem zweiten Bauabschnitt die Erweiterung des Gebäudes, was der MVZ-Werlte (kAöR) perspektivisch weitere Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet.

### **Impulse: Wie reagierten die niedergelassenen Ärzte auf das Engagement Ihrer Stadt?**

Der Rat der Stadt Werlte erklärte mit dem Gründungsbeschluss ausdrücklich, das Vorhaben möglichst gemeinsam mit den vier in drei Praxen am Ort niedergelassenen Allgemeinmedizinern umsetzen und keine Konkurrenzsituation schaffen zu

wollen. In den Gesprächen mit den Ärzten wurde deutlich, dass einerseits kein Wunsch nach Veränderung mehr bestand, andererseits aber von den beiden gemeinschaftlich tätigen Ärzten eine Überführung ihrer Praxis in das geplante MVZ mit dem Ruhestandseintritt einer der beiden Mediziner vorstellbar war. Durch den Betriebsübergang konnten wir mit einem gut eingespielten und tüchtigen Praxisteam das benötigte Know-how sowie darüber hinaus einen Patientenstamm realisieren, vor allem aber eine Ärztin für uns gewinnen. Daneben ist es uns gelungen, für den ausscheidenden Praxisinhaber einen neuen Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin zu finden, der die ärztliche Leitung im MVZ übernommen hat. Heute arbeitet unsere Praxis gut mit den beiden anderen Praxen zusammen.



**Impulse: Warum ist es für Ärzte besonders attraktiv sich durch ein MVZ anstellen zu lassen oder selbst Mitgesellschafter zu werden?**

Mit der Praxis wird ein Angebot in Werlte vorgehalten, durch das sich interessierte Ärzte auf die (Wieder)Herstellung und Förderung medizinisch ärztlicher Kernprozesse fokussieren können, weil die Erledigung administrativer Aufgaben sowie die Lenkungs-, Kommunikations- und Koordinationsfunktionen professionell und andauernd von der Geschäftsführung sichergestellt werden. Durch die Anstellung entfallen wirtschaftliche Risiken der Ärzte. Gleichzeitig garantiert das Konzept verlässliche und planbare Arbeitszeiten. Ein moderner und teamorientierter Führungsstil mit flachen oder gar nicht

vorhandenen Hierarchien sowie mittel- bis langfristige Übernahmeoptionen schaffen eine hohe Identifikation mit der „eigenen“ Praxis. Darüber hinaus gewährleistet die Stadt Werlte über die berufliche Tätigkeit hinaus eine ganzheitliche Betreuung junger Ärzte und ihrer Familien z.B. durch die Vermittlung von Baugrundstücken oder Arbeitsplätzen für die Partner.

**Impulse: Sehen Sie das MVZ Werlte als Leuchtturmprojekt für den Landkreis und darüber hinaus?**

Ich bin ehrlich gesagt ganz froh, dass ich diese Frage gar nicht selbst zu beantworten brauche, weil es bereits Fachleute getan haben. „Die Stadt Werlte hat mit der Eröffnung des kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums im Gesundheitszentrum in Werlte Pionierarbeit geleistet“, sagte der Vorsitzende des Bezirksausschusses Aurich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Herr Dr. med. Volker Niehaus beim Tag der offenen Tür. Und die Dezernentin für Soziales und Gesundheit des Landkreises Emsland, Frau Dr. Sigrid Kraujuttis lobte am gleichen Tag den Mut der Werlter: „Während der Ärztemangel in aller Munde ist, hat man in Werlte mit den Bürgern im Blick die Aufgabe angenommen, ist als erste Kommune in Niedersachsen diesen Weg gegangen und hat damit ein Leuchtturmprojekt geschaffen!“ Sowohl die Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen als auch der Landkreis Emsland haben uns in unserem Vorhaben großartig unterstützt und ich bin dankbar, dass ich das an dieser Stelle einmal zum Ausdruck bringen kann.

Wer sich selbst ein Bild machen möchte, kann über unsere Internetseiten ([www.mvz-werlte.de](http://www.mvz-werlte.de)) einen Eindruck gewinnen oder uns auch gerne mal persönlich besuchen.

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

Eine fachärztliche Kooperation haben wir bereits mit der Eröffnung der Praxis realisieren können. In unseren Räumen bietet ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie eine orthopädische Sprechstunde an. Damit wurde die bereits in den ersten Anfängen unserer Gründungsplanung entwickelte Idee einer Kooperation mit der MVZ Hümmling Hospital Facharztzentrum Sögel gGmbH umgesetzt, die in Werlte eine Zweigpraxis betreibt. Dafür wurde eine Röntgenanlage mit Buckytisch für liegende und Raster-Wandstativ für stehende Patienten installiert.

Im Gesamtpaket hat sich mit dem zuvor bereits beschriebenen Gesundheitszentrum Werlte (GZW) auf diese Weise ein umfangreiches Leistungsangebot des Gesundheitswesens mit interdisziplinärer Ausrichtung zentral etabliert, das überörtliche Wirkungen entfaltet.

**Impulse: Herr Rüge, herzlichen Dank für das Gespräch!**

## dostal-Portfolio

- Machbarkeitsstudien und Gutachten für die Realisierung von Ärztehäusern und Gesundheitszentren
- Beratung und Unterstützung beim Aufbau kommunaler Projekte zur Sicherung der ambulant-ärztlichen Versorgung der Bevölkerung
- Individualisierte Marketingkampagnen zur Gewinnung von jungen Nachwuchsärzten für Kommunen & Ärzte (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)
- Moderation des Abstimmungsprozesses zwischen Kommunen, Investoren und Ärzten
- Versorgungsforschung, Bestands- und Bedarfsanalysen für Gesundheitsregionen<sup>Plus</sup>

---

## Impressum

### Herausgeber

84137 Vilsbiburg Bahnhofstraße 5 Tel.: +49 (0)8741 967890  
Fax: +49 (0)8741 96789 29

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

Email: [info@dostal-partner.de](mailto:info@dostal-partner.de)  
Web: [www.dostal-partner.de](http://www.dostal-partner.de)  
[www.dostal-marktforschung.de](http://www.dostal-marktforschung.de)

### Redaktion

Luise Viktoria Ruß