

Schwerpunkte:

**Die ambulante medizinische
Versorgung im Umbruch**

Seite 15

**Hausärztemangel: Ein Blick in
die Glaskugel**

Seite 9

**Welche Sicherheitsleistungen
müssen Kommunen bei der
Gründung von MVZ abgeben?**

Seite 18



Vorwort



Gabriele Dostal
Prokuristin und Bereichsleiterin
Versorgungssicherheit und -for-
schung der Dostal & Partner
Management-Beratung GmbH

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich im Umbruch: Die klassische freiberufliche Ausübung des Arztberufes ist rückläufig, vor allem aufgrund der geänderten Berufswünsche der Nachfolgemediziner. Private Investoren und kommunale Gebietskörperschaften fassen im Gesundheitsmarkt Fuß. Erstere haben den ambulanten Bereich als renditestarken Markt für sich entdeckt, Letzteren geht es vor allem um die Sicherstellung einer zukunftsfesten, wohnortnahen ärztlichen Versorgung ihrer Bevölkerung. Dass auch kommunale ärztliche Betriebe (z.B. kommunale MVZ) regelmäßig Gewinne erwirtschaften verstärkt diesen Trend, ist jedoch nicht ursächliche Motivation von Gemeinden, Städten und Landkreisen sich zu engagieren.

Der Gesetzgeber reagiert auf diese Entwicklungen u.a. mit geplanten Einschränkungen für investorengetriebene MVZ-Ketten. Gleichzeitig wird die Palette kommunaler medizinischer Versorgungseinrichtungen ergänzt und um Aspekte u.a. aus den sozialen Pflichtaufgaben ergänzt.

Wir werfen daher einen Blick in die Glaskugel und betrachten die mögliche Entwicklung bis 2035, stellen eine erfolgreiche Gründung eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ) und kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums (kMVZ) vor und stellen dar, welchen Herausforderungen Kommunen bei der Sicherheitsleistung gegenüber der Kassenärztlichen Versorgung gegenüberstehen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Gabriele Dostal

Inhalt

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 4 | Kauf von Arztpraxen durch Finanzinvestoren soll deutlich eingeschränkt werden | 14 | Neue Konzepte gegen den Ärztemangel |
| 6 | Ärztemangel in Österreich: Ein Blick in unser Nachbarland | 15 | Die ambulante medizinische Versorgung im Umbruch |
| 9 | Hausärztemangel: Ein Blick in die Glaskugel | 18 | Welche Sicherheitsleistungen müssen Kommunen bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren abgeben? |
| 13 | Regionales Versorgungszentrum und kommunales MVZ in Baddeckenstedt eröffnet | 20 | Impressum |

Kauf von Arztpraxen durch Finanzinvestoren soll deutlich eingeschränkt werden

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) will den Kauf von Arztpraxen durch Finanzinvestoren (Private Equity Gesellschaften, kurz PEG) in Zukunft verhindern. Dazu soll im ersten Quartal 2023 ein Gesetzesentwurf vorgelegt werden.



„Es gibt den fatalen Trend, dass Investoren [Anm.: Private-Equity-Gesellschaften] medizinische Versorgungszentren mit unterschiedlichen Facharztpraxen aufkaufen, um sie anschließend mit maximalem Gewinn zu betreiben“, kritisierte Lauterbach. Und weiter: „Ich schiebe einen Riegel davor, dass Investoren mit absoluter Profitgier Arztpraxen aufkaufen“. Er werde in den kommenden Wochen einen Gesetzesentwurf vorlegen, „der den Einstieg dieser Heuschrecken in Arztpraxen unterbindet“.

Im Jahr 2022 hatten sich Meldungen gehäuft, dass Privat-Equity-Gesellschaften nach Arztpraxen griffen. So berichtete das ARD-Magazin «Panorama» schon im Frühjahr, dass Hunderte, „möglicherweise sogar Tausende Arztsitze“ aufgekauft worden seien. Besonders attraktiv für Investoren seien Augenarztpraxen. Im Juni hatten die Gesundheitsminister der Länder den Bund gebeten, gesetzliche Regelungen zu prüfen, um den Einfluss von privaten Investoren bei der Gründung und dem Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einzuschränken.

Hintergrund

Betrachtet man die Entwicklung der aktuell tätigen und durch eine Private-Equity-Gesellschaft übernommenen MVZ (PEG-MVZ) anhand des Bundeslandes Bayern, ergibt sich folgendes Bild: Im Jahr 2008 wurde ein erstes MVZ in Bayern durch eine Private-Equity-Gesellschaft erworben. Im Jahr 2016 erfolgte der Sprung auf über 25 PEG-MVZ. Zum Jahreswechsel 2019/2020 existierten 60 PEG-MVZ in Bayern. Mit Stand 1.1.23 dürften es Schätzungen mehrerer Institute zu Folge rd. 100 MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften stehen. Bei einer Gesamtzahl (Filial-

Standorte mitgerechnet) von knapp 990 MVZ in Bayern entspricht dies einem Marktanteil von rd. 10%.

Besonders große Bedeutung haben MVZ jedoch im Bereich Augenheilkunde, Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie sowie in der fachinternistischen Versorgung. Bei diesen Fachrichtungen dürfte der Marktanteil von PEG-MVZ bei deutlich über 10% liegen.

Kritik an Lauterbach

Kritik kam prompt vom Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV): „Pünktlich zu Weihnachten ist der Gesundheitsminister vollends unter die Populisten gegangen“, so die Vorsitzende Sibylle Stauch-Eckmann. Lauterbach kenne das Gesundheitssystem wie kein Zweiter und habe es die letzten Jahrzehnte entscheidend mitgeprägt. „Herr Lauterbach weiß, dass die Investoren, die er als ‚Heuschrecken‘ verunglimpft, dringend benötigtes Geld zur Modernisierung der ambulanten Versorgung bereitstellen. Sie investieren in die Qualität der Versorgung und die moderne Ausstattung der Praxen.“

Für die von ihm geäußerten Vorwürfe gebe es keinerlei Belege, das habe auch ein Gutachten im Auftrag des Gesundheitsministeriums bestätigt. „Karl Lauterbach ist als der Minister gestartet, der evidenzbasierte Politik versprochen hat – seine Aussagen lassen diesen Anspruch vermissen. Es ist purer Populismus.“

Gute Medizin und Wirtschaftlichkeit müssten zusammengehen. Durch den medizinischen Fortschritt, Ambulantisierung und die gewandelten

Erwartungen des medizinischen Fachpersonals müsse man in den nächsten Jahren massiv in das Gesundheitssystem investieren. „Der Staat kommt diesen Verpflichtungen schon seit Jahren nicht ausreichend nach.“

Ärztepräsident verteidigt MVZ-Ketten

Nach dem Vorstoß aus dem Gesundheitsministerium gegen den Aufkauf von Arztpraxen durch Investoren hat ausgerechnet die Bundesärztekammer (BÄK) vor überstürztem Handeln gewarnt. Statt eines Fremdbesitzverbots bringt Präsident Klaus Reinhardt andere Beschränkungen ins Spiel.

„Wir müssen das differenziert betrachten“, sagte Präsident Klaus Reinhardt dem Redaktionsnetzwerk Deutschland (RND/Donnerstag). Auf der einen Seite gebe es Ärztinnen und Ärzte, die lieber in einer Anstellung arbeiteten. Auch Investitionen ins Gesundheitswesen seien nicht grundsätzlich negativ zu bewerten, denn in einigen Fachbereichen könne die Technologie kaum noch von einzelnen Ärzten finanziert werden. „Kritisch wird es aber, wenn die dort beschäftigten Ärzte unter hohem Renditedruck stehen oder es eine Monopolisierung durch große MVZ-Strukturen oder -Ketten gibt“, sagte Reinhardt. Auch die BÄK sieht Probleme mit Investoren: In einigen Regionen Deutschlands hätten die Patienten bereits jetzt kaum Alternativen zu großen MVZ oder Ketten, sagte Reinhardt. „Dieser Wildwuchs bereitet uns große Sorge. Hier muss gegengesteuert werden.“

Deckel für Marktanteil

Konkret schlug Reinhardt vor, dass künftig nur noch fachübergreifende Versorgungszentren zugelassen werden sollten. Außerdem solle der Marktanteil der von Private-Equity-Gesellschaften betriebenen MVZ in der Regel auf 10 Prozent begrenzt werden. Auch solle an allen MVZ-Standorten auf dem Praxisschild und im Internet angegeben werden, wer der Träger ist. „Die Patienten haben ein Anrecht zu erfahren, wie die Besitzverhältnisse tatsächlich sind.“

Vor einem Jahr hatte der Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber in einem Grundsatzbeschluss aufgefordert, Gegenmaßnahmen zu ergreifen, um der zunehmenden Kommerzialisierung im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten. Ärztliches Handeln müsse vor ökonomisch motivierten Einflussnahmen geschützt sein – auch zum Wohle der Patienten.

Was bedeutet dies für kommunale MVZ?

Die entbrannte Diskussion um die investorengetriebenen MVZ (PEG-MVZ) ist sicherlich sinnvoll, wird jedoch zu einseitig geführt. Als einen der positiven Aspekte benannte der Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren die notwendigen Investitionen, die in das ambulante Gesundheitswesen fließen müssen, und die allein durch die niedergelassenen Ärzte nicht gestemmt werden können. Vor allem bei kostenintensiver Gerätemedizin ist dies ein nicht zu unterschätzender Faktor. Doch wer kommt hier alternativ als Investor in Frage? Die selbst unter extremen Finanzdruck stehenden Krankenhäuser, unabhängig ob privat oder in kommunaler Hand? Oder die sich langsam bildenden Ärztenetzwerke und -genossenschaften? Auch Letztere tendieren dazu, die Abrechnungsmöglichkeiten für ärztliche Leistungen entsprechend den GOÄ auszuschöpfen, denn: auch Arztpraxen in Ärztehand müssen die laufenden und steigenden Kosten einnahmenseitig auffangen und Gewinne erzielen. Den KVen

stehen als Controllinginstrument für eine einwandfreie Abrechnung die laufenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der entsprechenden Vergleichsdaten zur Verfügung.

Ein nicht zu leugnender Aspekt von investorengetriebenen MVZ ist jedoch deren einseitige Dislozierung in städtischen Regionen mit hohem Patientenaufkommen. Gerade im fachärztlichen Bereich können kleinere Kommunen in ländlichen Regionen hier nicht mithalten. Zudem sind sie auch für die o.g. Ärztegenossenschaften und -netze keine Wunschstandorte. Auch Letztere fokussieren sich primär auf das Umfeld von größeren Mittelzentren. Für Grundzentren und kleine Gemeinden ohne Raumordnungsfunktion ist dagegen die wohnortnahe ärztliche Versorgung kein Selbstläufer. Hier sind es fast ausschließlich die Kommunen, die an einer zukunfts-festen und wohnortnahen ärztlichen Versorgung Interesse haben. Beeinflusst diese nicht nur positiv den weichen Standortfaktor, sondern bringt durch den einfließenden Patientenverkehr auch wirtschaftliche Effekte für Handel, Gewerbe und Gastronomie mit sich. Hier schließen MVZ in kommunaler Trägerschaft genau jene Lücke im ländlichen Raum, welche durch die vorzufindende Praxisstruktur (vornehmlich Einzelpraxen) und einem Investitionsbedarf in Gebäude und Technik vorzufinden ist. Laufende Gewinne aus diesen kommunalen MVZ können entweder dem Gemeindehaushalt zufließen oder kommen – sollte das kommunale MVZ in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH gegründet worden sein – der Daseinsvorsorge im Gemeinde- oder Stadtgebiet zugute.

Quelle: Apotheke adhoc Online-Pressemitteilung vom 29.12.2022; KVB-Forum 3/2021, Dr. phil. Christoph Scheuplein

Ärztmangel in Österreich: Ein Blick in unser Nachbarland



Studie belegt eklatanten Ärztemangel in Österreich

Die bereits 2019 veröffentlichten Ergebnisse einer DACH-Studie zu den Gesundheitsausgaben in Österreich, Deutschland und der Schweiz des Berliner IGES-Instituts und des Forschungsinstituts für Freie Berufe der Wirtschaftsuniversität Wien belegten einmal mehr die Warnungen der Ärztekammer: Es gibt zu wenig Ärztinnen und Ärzte in Österreich, sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in den Krankenhäusern (Spitälern). Wie in der Bundesrepublik Deutschland wird dies in Österreich in den kommenden Jahren durch die massive Pensionierungswelle noch weiter verschärft.

Gerade in der Diskussion über den Ärztemangel wurde über viele Jahre für Österreich in den OECD-Statistiken mit Zahlen operiert, die keinen tragfähigen internationalen Vergleich ermöglichten. In den kommenden fünf Jahren werden mehr als ein Drittel aller Ärztinnen und Ärzte im pensionsfähigen Alter sein, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sogar fast 50 Prozent. Ähnliche Entwicklungen haben wir für die Bundesrepublik Deutschland in unserem vergangenen Blog aufgezeigt. Somit gehen jedes Jahr Stellen verloren, die bei Weitem nicht mit jungen Medizinerinnen und Medizinern nachbesetzt werden können. Der mittelfristige jährliche Nachbesetzungsbedarf in Österreich liegt bei mindestens 1.450 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr, um zumindest den Status quo zu erhalten. An den öffentlichen und privaten Universitäten gibt es zwar jährlich etwa 1.400 Medizinabsolventen, aber nur 60 Prozent davon nehmen eine ärztliche Tätigkeit in Österreich auf. Es gibt also ein reales Potenzial von nur 840 Absolventen pro Jahr. Um den tatsächlichen Bedarf zu decken, fehlen somit jährlich rund 610 ausgebildete Mediziner.

Tatsächlich dürfte die jährliche Ausbildungslücke noch deutlich größer ausfallen. Angehende Medizinerinnen und Mediziner bevorzugen auch in unserem Nachbarland immer häufiger Teilzeitmodelle. Eine Umrechnung der jährlich effektiv zur Verfügung stehenden 840 Absolventen für Nachbesetzungen frei gewordener Arztstühle in Vollzeitäquivalente würde deren Zahl nochmals auf schätzungsweise rd. 640 (!) verringern.

Weitere Verschärfung durch Pensionierungswelle

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

Ebenso wie hierzulande ist die „Spitze des Eisberges“ in Bezug auf den Ärztemangel noch lange nicht erreicht. Betrachtet man die beiden Abbildungen wird deutlich, dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre im Betrachtungszeitraum auf nunmehr ein Drittel gestiegen ist. 15 Prozent betreiben gar über das 65. Lebensjahr hinaus ihre eigene Praxis, 6 Prozent tun dies tatsächlich noch jenseits der 70. Häufig handelt es sich dabei um die letzte verbliebene Hausarztpraxis am Ort, sodass der Inhaber oder Inhaberin aus Verantwortungsgefühl den Patienten gegenüber von einer Schließung absieht. Der Ärztemangel wird also vielerorts durch ein zusätzliches und verlängertes Arbeitspensum seitens der älteren Ärzteschaft abgeschwächt.

In Deutschland waren zum Vergleich Ende 2022 36,6% aller Hausärzte 60 Jahre oder älter und 15,7% über 65 Jahre. Leider existiert – anders als in Österreich – keine weitere Altersgruppenunterteilung. Ähnliche Zahlen sind jedoch anzunehmen, da die Altersstruktur ansonsten parallel verläuft. Darüber hinaus kann zwar ein minimaler Anstieg der Zahlen der Mediziner bis 40 Jahre festgestellt werden, doch streben angehende Mediziner in Österreich ebenso in Angestelltentätigkeiten – zunehmend auch in Teilzeit – wie in Deutschland. Es steigen also nur die „Köpfe“, jedoch nicht die ärztliche

Arbeitszeit insgesamt und damit die Behandlungskapazität.

Allgemeinmedizin“ – in Deutschland existiert die Facharztausbildung seit 1972. Österreichweit gibt es inzwischen bereits mehr als 500 Ausbildungsplätze für Jungmediziner in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

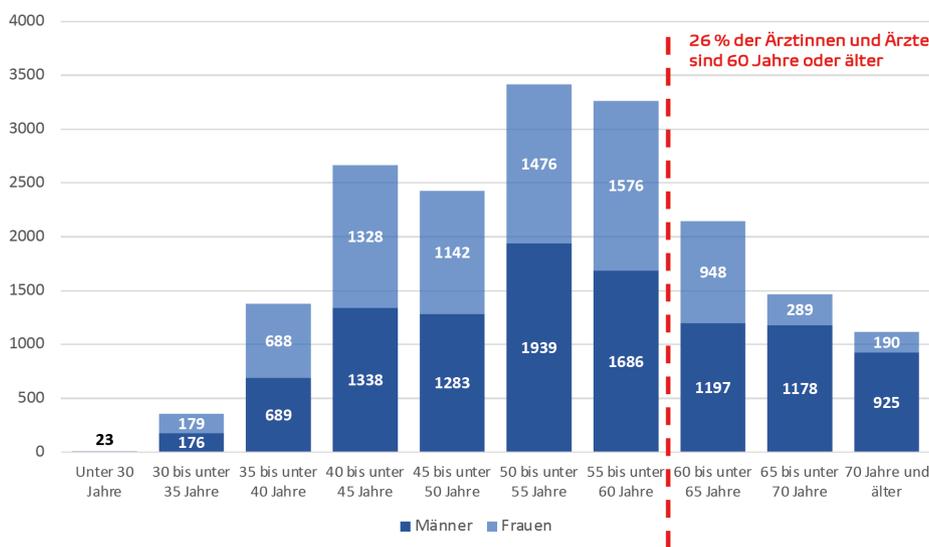
Die Lücke von aktuell rd. 300 unbesetzten Hausarztsitzen – in Deutschland sind es aktuell knapp 6.000 nicht nachbesetzbare Hausarztsitze (erwartet werden bis 2030 etwa 12.000) – zwingt dabei auch Österreich zum Handeln. Mit der Neuerung sollen Versorgungsengpässe behoben werden. Die Öffnungszeiten in den Praxen werden zum Teil verlängert. Erst seit Oktober 2019 dürfen österreichische Ärzte andere Mediziner bei sich in der Praxis anstellen. In Deutschland ist dies seit über 20 Jahren möglich. Der Trend hin zur Anstellung sollte sich demnach spürbar fortsetzen.

Anforderungen von Nachwuchsmedizinern werden stärker berücksichtigt

Ein Arzt darf demnach maximal einen anderen (im Vollzeitäquivalent von 40 Stunden pro Woche) anstellen, Gruppenpraxen (vergleichbar mit deutschen Gemeinschaftspraxen) und Primärversorgungseinheiten (vergleichbar mit hausärztlichen Medizinischen Versorgungszentren) immerhin zwei. In Deutschland darf ein niedergelassener Arzt bis zu drei weitere Ärzte in Vollzeit beschäftigen, mit Ausnahmen sogar vier.

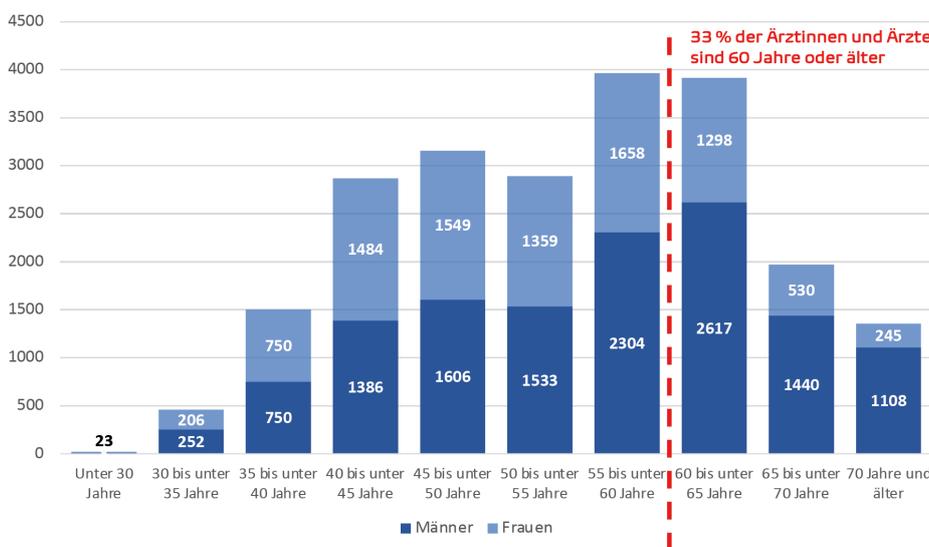
Als angestellter Arzt wird es auch möglich sein, in einem Teilzeit-Verhältnis zu arbeiten. Die Vereinbarung bilde die Wirklichkeit des Arbeitsalltags besser ab, da Teilzeitverhältnisse ermöglicht würden. „Wir wissen, dass vor allem junge Kolleginnen und Kollegen dem System oft verloren gehen, weil sie zu wenig attraktive Teilzeitarbeitsmodelle vorfinden“, sagt Dr. Johannes Steinhart, Präsident der Österreichischen Ärztekammer. Zumindest im niedergelassenen Bereich stünde nun eine „attraktive Alternative“ zur Verfügung. „Zum Beispiel im Falle eines Wiedereinstiegs nach einer Karenz“, sagt Steinhart. Ältere Ärzte hätten zudem die Möglichkeit einer deutlichen Arbeitserleichterung vor ihrem Pensionsantritt.

Anzahl niedergelassener Ärzte in Österreich nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: Statista

Anzahl niedergelassener Ärzte in Österreich nach Alter und Geschlecht im Jahr 2021



Quelle: Statista

Wie reagiert Österreich auf den Ärztemangel?

Ein Großteil der in den vergangenen drei Jahren gemachten Vorschläge und geführten Diskussionen erinnern an die Debatte in Deutschland vor rund 20 Jahren bis heute, wird jedoch aufgrund der Zeitverzögerung durch die inkorrekten OECD-Zahlen beschleunigt geführt. Die Bandbreite reicht dabei von der Einführung ärztlicher Teilzeitmodelle über die Gründung größerer Praxiseinheiten bis hin zur Aufwertung des Berufs des Hausarztes durch die Einführung des „Facharztes für

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

Berufspflicht-Vorschlag

Bundeskanzler Karl Nehammer (ÖVP) stößt derzeit mit seinem Vorschlag, angesichts des Ärztemangels eine Berufspflicht für Absolventen des Medizinstudiums in Österreich einzuführen auf starke Kritik. Der Koalitionspartner (Grüne) plädiert stattdessen dafür, den Beruf des Arztes für nachrückende Mediziner attraktiver zu gestalten, etwa durch den geplanten Ausbau der Primärversorgungszentren (PVZ). Nehammer hatte in seiner Rede „zur Zukunft der Nation“ Anfang März 2023 davon gesprochen, dass man 800 zusätzliche hausärztliche Kassenärzte bis 2030 brauchen werde, um die Versorgung in Stadt und Land tatsächlich sicherstellen zu können. Er sprach sich daher für mehr Studienplätze, aber eben auch für die Berufspflicht aus. Jene, die das Medizinstudium in Österreich abschließen, sollten „dann eben auch der Gesellschaft ein Stück weit etwas von dem zurückzugeben, was sie kostenlos in Anspruch genommen haben“

Verpflichtung für Medizinstudierende

Für wie lange diese Pflicht gelten soll, ging aus Nehammers Rede nicht hervor. Jugendstaatssekretärin Claudia Plakolm (ÖVP) sprach in einem Interview von einem Zeitraum von fünf Jahren. „Wir investieren in jeden Medizinstudenten 360.000 Euro. Deshalb halte ich die vorgeschlagene Verpflichtung von Medizinstudenten, fünf Jahre in Österreich praktizieren zu müssen, für einen wichtigen Vorschlag“, erklärte sie.

Primärversorgungseinrichtungen

Die am 28. Juni 2017 vom österreichischen Parlament beschlossene Festlegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Primärversorgungseinrichtungen (Primärversorgungszentren bzw. -netzwerke) bildete den Grundstein für Errichtung von lokalen Versorgungszentren. Einerseits soll damit die wohnortnahe medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich verbessert und sichergestellt werden sowie andererseits damit einhergehend die Anzahl stationärer Aufenthalte in Krankenhäusern reduziert werden.

Die Versorgungswirklichkeit zeigt auch in Österreich, dass die hausärztliche Versorgung in einzelnen und vor

allem ländlichen Regionen nicht mehr flächendeckend sichergestellt werden kann. Die Primärversorgung der Zukunft orientiert sich an der Leitidee, in Zentren beziehungsweise Netzwerken mit multiprofessionellen Teams gemeinsam Patienten zu behandeln. Sie orientieren sich am spezifischen Bedarf der Menschen vor Ort und integrieren verschiedene Dienste der Gesundheits- und Sozialversorgung. Das Behandlungsspektrum reicht somit von Gesundheitsvorsorge über Akutversorgung bis hin zur Rehabilitation und Pflege. Die „Neue Primärversorgung“ soll damit zum Schlüssel zu einer echten Verbesserung der Gesundheitsversorgung werden.

Derzeit gibt es in Österreich 39 Primärversorgungszentren in sieben Bundesländern. Das ursprüngliche Ziel, 75 Primärversorgungseinrichtungen (PVE) bis 2021 zu errichten, wurde zwar verfehlt, nun setzt man sich aber ein neues Ziel: Bis 2025 soll das Angebot auf 121 Zentren verdreifacht werden. Der Politik geht es aber auch um eine Entlastung des ambulanten Bereichs und zeitgemäße Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte.

Fazit

Der Aufbau von Primärversorgungszentren bzw. -netzen erinnert stark an die derzeitige Entwicklung in Deutschland. So fördert das Land Niedersachsen seit einigen Jahren den Aufbau von Regionalen Versorgungszentren (RVZ). Baden-Württemberg rollte vergangenes Jahr ein mehrjähriges Förderprojekt aus, um den Aufbau von Primärversorgungszentren und -netzwerken in einigen Kreisen bzw. Kreisstädten zu prüfen. Der hessische Landkreis Darmstadt-Dieburg nimmt hier seit Jahren ebenfalls eine Spitzenreiterposition ein. Gefördert und begleitet durch die Robert-Bosch-Stiftung entstand hier eines der ersten PORT-Zentren (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung). Und es könnten noch weitere dergleichen Beispiele aufgezählt werden. Die Politik hat im Großen und Ganzen erkannt, dass es ein „weiter so“ in der ambulanten und stationären Versorgung nicht geben kann. Dies gilt für unser Nachbarland Österreich ebenso wie für Deutschland. Doch es braucht kommunale Akteure vor Ort die dies umsetzen.

Hausärztemangel – Ein Blick in die Glaskugel

Eine Prognose bis zum Jahr 2035: Bis 2035 werden in Deutschland mindestens rund 11.000 Hausarztstellen unbesetzt sein, fast 40 Prozent der Landkreise werden untervergingen auf die Ergebnisse einer Studie der Robert Bosch Stiftung zurück. Diese basierte auf den von der Kassenärztlichen Vereinigung veröffentlichten Daten von 2020. Die Studie zeigte welche Treiberfaktoren für den Ärztemangel verantwortlich sind und erstmals, welche Landkreise und Regionen vom Hausarztmangel am stärksten betroffen sein werden. Doch was hat sich in den vergangenen zwei Jahren getan? Inwiefern muss oder kann die Prognose angepasst werden? Gibt es gar Grund zur Hoffnung?



Im vorliegenden Blog-Beitrag werden einige der Studienergebnisse wiederaufgegriffen sowie die in den vergangenen 24 Monaten ergriffenen Maßnahmen und stattgefundenen Entwicklungen dargestellt. Zur Erinnerung: Die 2021 veröffentlichte Prognose ging davon aus, dass im Jahr 2035 vier von zehn Landkreisen in Deutschland unterversorgt oder massiv von Unterversorgung bedroht sein werden – allen bis dato getroffenen Maßnahmen zum Trotz.

Mediziner entscheiden sich zu selten für den hausärztlichen Beruf

Die Studie der Robert Bosch Stiftung führte hier an, dass sich „die Zahl der vertragsärztlich tätigen Hausärzte [...] zwischen 2009 und 2020 um etwa 1 % erhöht [hat]. Dies ist der bei weitem geringste Anstieg aller Arztgruppen. Der Aufwuchs der Zahl der vertragsärztlich tätigen Ärzte in den übrigen Fachgruppen betrug im selben Zeitraum [Anm.: KBV 2021] 16 %.“

Natürlich sind zwei Jahre ein zu kurzer Betrachtungszeitraum, um hinsichtlich der Anzahl der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte nennenswerte Änderungen zu erwarten, wie z.B. durch den

Ausbau der Medizinstudienplätze. Man erkennt jedoch eine klare Tendenz: Die Anzahl der Hausärzte stagniert seit 2017 um die 55.000 Personen. Zum Vergleich: 1999 lag deren Zahl noch bei knapp 59.300. Das Durchschnittsalter der in Deutschland tätigen Hausärzte liegt derzeit bei 55,3 Jahren. 36,6% aller Hausärzte waren Ende 2022 60 Jahre oder älter, 15,7% sogar über 65 Jahre (ca. +180 % im Vergleich zu 2009). Darüber hinaus existiert keine weitere Altersgruppenunterteilung,

obgleich wir aus unserem Geschäftsalltag wissen, dass einige Hausärztinnen und Hausärzte auch jenseits der 70 bzw. 75 Jahre weiterhin praktizieren. Meist ist dies in ländlichen Regionen der Fall, überwiegend handelt es sich dabei um die letzte verbliebene Hausarztpraxis am Ort.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich absehbar allein aufgrund der Altersstruktur in den kommenden 5-10 Jahren rd. 20.000 Hausärztinnen und -ärzte aus dem Berufsleben verabschieden werden. Der derzeitige Ausbau der Medizinstudienplätze wird diese Zuruhesetzungswelle nicht auffangen können.

Teilzeit- und andere Arbeitszeitmodelle verringern die geleisteten Arbeitsstunden

Allein die oben geschilderte Situation lässt bereits Schlimmes für eine flächendeckende und wohnortnahe (haus-)ärztliche Versorgung befürchten. Doch darf man einen zweiten Aspekt nicht unberücksichtigt lassen. Obwohl die Anzahl an Hausärzten nach Köpfen in den vergangenen Jahren leicht gestiegen ist (+ 1% seit 2009), sinkt die geleistete Arbeitszeit kontinuierlich. Dies bedeutet, dass ein nachrückender junger Hausarzt bei gleicher Praxisorganisation und gleichem

Praxispersonal durchschnittlich weniger Patienten versorgt als sein älterer Kollege. Wir werfen erneut einen Blick auf die Studienergebnisse von 2021:

„Die Niederlassung als eigenunternehmerisch (freiberuflich) tätiger Hausarzt wird immer unbeliebter. [...] Einen solchen vollen Versorgungsauftrag hatten im Jahr 2020 nur noch 76,5% der Hausärzte inne (2009: 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.“ Tatsächlich setzte sich dieser Trend hin zur Anstellung (in Teilzeit) 2021 und 2022 deutlich fort. So hatten zum Stichtag 31.12.2022 nurmehr 72,9% der Hausärzte einen vollen Versorgungsauftrag inne (-3,6% im Vergleich zu 2020). 13,7% arbeiteten 30 Stunden pro Woche oder weniger (+1,8% im Vergleich zu 2020).

Die Zahl der angestellt tätigen Hausärzte hat sich – sicher auch aufgrund der mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 signifikant erweiterten Möglichkeiten zur Berufsausübung als Angestellter – zwischen 2009 und 2022 von 3,4 Tausend auf 13,8 Tausend mehr als vervierfacht (2020: 11,9 Tausend).

Die Schlussfolgerung, welche wir vor rund zwei Jahren bei der Vorstellung der Studienergebnisse der Robert Bosch Stiftung gezogen haben, kann somit nur wiederholt werden: Der zwischen 2009 und 2022 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 Ärztinnen und 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 Medizin wird weiblicher

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“.

Zwei Drittel der Studienanfänger im Fach Medizin waren 2022 Frauen. Seit Jahren steigt der Anteil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden weiblichen Ärzte und Psychotherapeuten kontinuierlich um rund einen Prozentpunkt jährlich an und hat im Jahr 2022 erstmals einen Anteil von mehr als 50 % erreicht. Sowohl der Trend als auch der Frauenanteil unterscheiden sich allerdings zwischen den Fachgruppen zum Teil deutlich: Insbesondere in der Psychotherapie stellen die Frauen die deutliche Mehrheit, während in den chirurgischen Fächern und der Urologie nach wie vor nur relativ wenige Ärztinnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Im Jahr 2023 wird damit gerechnet, dass auch in der hausärztlichen Versorgung der Frauen-Anteil auf über 50% steigen wird.

Anstellung vs. Niederlassung

Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklungen fortsetzen werden. Im „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022“ gaben fast 93 % 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 83 % der Befragten sind geregelte Arbeitszeiten und etwa 81 % die Möglichkeit, die Arbeitszeiten flexibel zu gestalten, sehr wichtig oder wichtig. (KBV 2022)“

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 52 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 mehr als 25% übersteigt.“ Dies erklärt deutlich, warum eine freiberufliche Niederlassung immer unattraktiver wird (Stichwort: Work-Life-Balance) und jüngere Ärztinnen und Ärzte in die Anstellung drängen.

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 entfallen rund 20% der Arbeitszeit auf Dokumentation und Praxismanagement. 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.

Hausärztliche Versorgung im Jahr 2035

Die Studie resümierte damals, dass „im Jahr 2019 rund 52.000 Hausärzte (in Vollzeitäquivalenten, VZÄ) an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilgenommen haben. Rd. 3.600 Hausarztsitze waren im Jahr 2019 unbesetzt. Das sind 6 % aller planmäßigen Sitze (bis zur Überversorgung). Die Simulationen ergeben, dass bis zum Jahr 2035 knapp 30.000 Hausärzte (dies sind 57% aller Hausärzte in Deutschland) altersbedingt ausscheiden werden. Demgegenüber werden aber nur rund 25.300 Nachwuchsärzte – inkl. netto zugewandeter Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Zahl der bis zur Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze wird um 4 % auf 58.371 zunehmen, vor allem aufgrund der Alterung der Bevölkerung, während sich die Gesamtzahl der Einwohner in Deutschland im Jahr 2035 annähernd auf dem Niveau des Jahres 2019 bewegen wird. Im Jahr 2019 waren es 56.296 Soll-Sitze für einen Versorgungsgrad von 110 %. Insgesamt ergeben sich damit 10.851 Hausarztsitze, die im Jahr 2035 unbesetzt bleiben werden. Das sind 19 % der dann maximal zu besetzenden Sitze.“

Kann diese Prognose auch zwei Jahre später bestätigt werden? Wir haben eingangs erwähnt, dass sich der Trend hin zur ärztlichen Anstellung ungebrochen fortgesetzt hat und weiterhin fortsetzen wird. Die Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehende steigende Bedarf an medizinischen Leistungen und Kapazitäten bleibt als Megatrend ebenfalls intakt. Der Anfang 2022 einsetzende Flüchtlingsstrom aus der Ukraine hat das Statistische Bundesamt (Destatis) dazu veranlasst Ende 2022 eine aktualisierte Bevölkerungsvorausberechnung zu veröffentlichen. Bleibt die Zuwanderung auf dem Niveau des vergangenen Jahrzehnts, könnten im Jahr 2070 etwa 90 Millionen Menschen in Deutschland leben. Aufgrund der starken Zuwanderung aus der Ukraine ist die Bevölkerungszahl bereits letztes Jahr auf rund 84 Millionen gestiegen. In der letzten Bevölkerungsvorausberechnung ging man im Mittel noch von einer kontinuierlichen Schrumpfung der deutschen Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten auf teilweise nur mehr 65-75 Millionen Menschen aus. Aufgrund dessen muss die oben geschilderte Schlussfolgerung der Robert Bosch Stiftung tatsächlich bestätigt, wenn nicht sogar verschärft werden, indem man festhält, dass

aufgrund der steigenden Bevölkerung mehr (Plan-)Hausarztsitze unbesetzt bleiben werden.

Wo herrscht Ärztemangel?

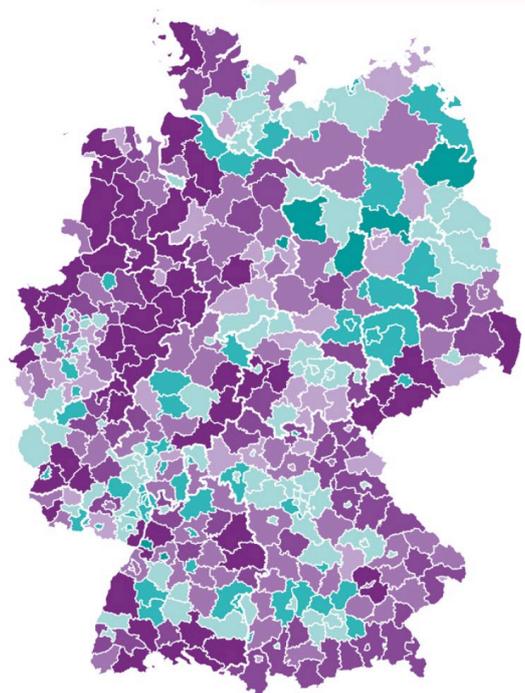
Einen optischen Blick in die Zukunft der Entwicklung der Primärversorgung in den Kreisen zeigt die Darstellung dieser Entwicklung auf Kreisebene. Die lilafarbenen Kreise mit abnehmenden Hausarztzahlen pro Einwohner dominieren.

Insgesamt ergibt sich nach Prognosen der Robert Bosch Stiftung „eine Bandbreite von einem Rückgang von bis zu 60% (z.B. in Teilen Niedersachsens und Sachsens) bis hin zu einer Zunahme von bis zu 40% (vorrangig in Teilen Brandenburgs und Sachsen-Anhalts). Zu einer kräftigen Zunahme der Hausarztichte kommt es, wenn in einer Region gegenwärtig viele Hausarztsitze unbesetzt sind, die bis 2035 besetzt werden, und relativ wenige Hausärzte altersbedingt ausscheiden. [Anm.: Aufgrund der aktuell niedrigen Ausgangsposition bewirken geringe Steigerungen der absoluten Zahl an Ärzten deutliche prozentuale Steigerungen.] Der durchschnittliche hausärztliche Versorgungsgrad in Deutschland sinkt von 102% (2019) auf 90% (2035). 75 der 401 amtlichen Kreise (das sind 19%) wären dann im Jahr 2035 hausärztlich unterversorgt, da sie einen Versorgungsgrad von unter 75% aufwiesen. Sie verteilen sich über fast alle KV-Regionen bzw. Bundesländer.“

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



Generell zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen den Kreisen, die von Unterversorgung betroffen wären und den Kreisen mit dem stärksten Rückgang der Hausarzt-dichte. In 199 Kreisen werden darüber hinaus weitere Hausarztsitze unbesetzt bleiben (Versorgungsgrad zwischen 75% und unter 110%). In den verbleibenden 127 Kreisen wird es keine freien Hausarztsitze geben (Versorgungsgrad von 110%, viele von ihnen sind Großstädte). Allerdings sei darauf hingewiesen, dass der hausärztliche Versorgungsgrad rein formell nur auf Ebene der Mittelbereiche festgestellt wird. Insofern handelt es sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen des hausärztlichen Versorgungsgrads.“

Eine weitere Aufschlüsselung der Verteilung der Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad zeigt, dass sich über die 75 Kreise mit Unterversorgung hinaus zudem ein Fünftel der Kreise im Jahr 2035 nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen werden (Versorgungsgrad 75% bis 80%). Insgesamt werden damit annähernd 40% aller Kreise Deutschlands im Jahr 2035 entweder hausärztlich unterversorgt sein oder sich nahe der Unterversorgung befinden. Knapp ein Drittel der Kreise (32%) werden demgegenüber an der Grenze zur hausärztlichen Überversorgung liegen.

Fazit

Doch was bedeuten diese Ergebnisse für kommunale Entscheider? Man muss sich vergegenwärtigen, dass es trotz aller Maßnahmen (Ausweitung der Medizinstudienplätze, Einführung einer Landarztquote etc.) in Zukunft zu wenige junge Hausärztinnen und -ärzte geben wird, um das bisherige Arbeitsvolumen aufrechtzuhalten. Gleichzeitig suchen diese Ärzte immer stärker gezielt Anstellungsverhältnisse (in Teilzeit). In ländlichen Regionen ist die Ein-Personen-Praxis jedoch ausnahmslos die häufigste Berufsausübungsform. Aufgrund dieser Tatsache hat der ländliche Raum gegenüber größeren Ballungszentren (> 80.000 Einwohner) einen Wettbewerbsnachteil. Und genau an dieser Stellenschraube ist aus Sicht von Kommunen anzusetzen.

Um auf die eingangs aufgeworfenen Fragen zurückzukommen: In den vergangenen zwei Jahren hat sich die Prognose eindeutig bestätigt und

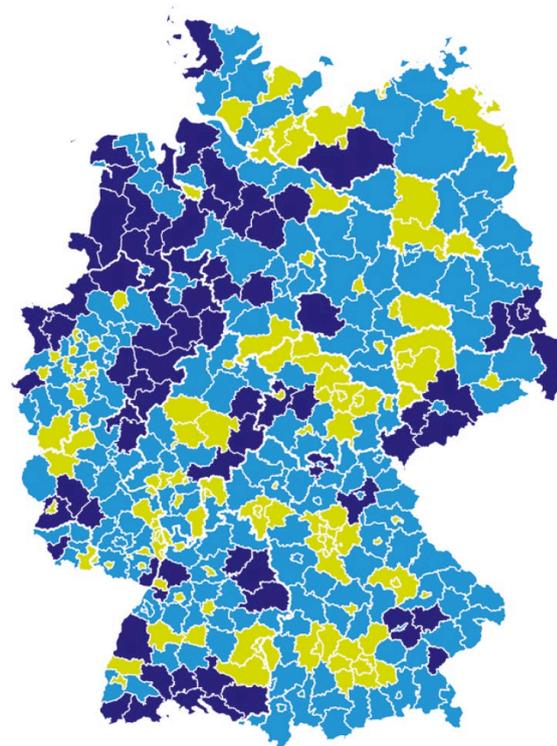
der weitere Ausblick darf nicht einmal als Worst-Case-Szenario verstanden werden. Doch es gibt sogar berechtigten Grund zur Hoffnung: In den vergangenen zwei Jahren – sicherlich auch verstärkt durch die Pandemie – ist das kommunale Engagement in diesem Bereich massiv angestiegen. Der Ärztemangel und der damit einhergehende Umbruch im ambulanten Sektor sind nunmehr vollends im Bewusstsein der Kommunen angekommen. Vielen kommunalen Entscheidern ist klar, dass es ein „weiter so“ nicht geben kann und das Ziel einer wohnortnahen ärztlich-medizinischen Versorgung teilweise nur über größere Praxiseinheiten, welche die Arbeitsvorstellungen der Nachfolgeärzte ebenso erfüllen, wie eine deutliche Effizienzsteigerungen in den Praxen zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte gewährleisten. Die erfolgreichen Gründungen von Regionalen Versorgungszentren (RVZ), Primärversorgungszentren (PVZ) und kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (kMVZ) sind hier beispielhaft zu nennen.

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

Abbildung 7: Hausärztliche Unterversorgung (Versorgungsgrad < 75 %) und weitere freie Hausarztsitze (Versorgungsgrad 75 % bis 110 %) im Jahr 2035 nach Kreisen

Unterversorgung und freie Sitze

- Unterversorgung
- freie Sitze
- keine freien Sitze



Anmerkung: Es handelt sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen zum hausärztlichen Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt 4.2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen).

Neue Konzepte gegen den Ärztemangel



Das Jahr 2023 hatte KOMMUNAL.de mit dem Leitartikel "Schluss mit Pessimismus – Es gibt Grund zur Hoffnung" eingeleitet. In einem Ausblick für 2023, unter dem Leitmotiv „Rettende Ideen“, wurde auch auf die ärztliche Versorgung in den Kommunen mit nachahmenswerten Beispielen als Hort eines berechtigten Optimismus verwiesen.

Im Münsterland hat Anfang Januar 2023 ein erstes medizinisches Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft eröffnet. Die Gemeinde Wettringen will damit dem Hausärztemangel vorbeugen. Begleitet wurde die Kommune bei dem Projekt von einer Expertin auf dem Gebiet, der Beraterin Gabriele Dostal. Vor allem die Zulassung des Zentrums durch die Kassenärztliche Vereinigung musste organisiert werden. KOMMUNAL hat mit ihr über das Projekt und die Möglichkeiten zur Vorbeugung gegen den Ärztemangel gesprochen.

Die eigentliche Geschichte ist schnell erzählt: Zwei Hausärzte gaben zum Jahreswechsel ihre Arztpraxen auf, um seit diesem Jahr als Angestellte im Medizinischen Versorgungszentrum des Ortes zu arbeiten. Trägerin des Versorgungszentrums ist die Gemeinde Wettringen. „Wir wollen damit die Hausarzt-Versorgung in Wettringen für die Zukunft sichern“, so Bürgermeister Berthold Bültgerds. Der Vorteil aus Sicht der Macher: Ärzte können so auch in Teilzeit arbeiten, eine weitere Ärztin hat in Wettringen schon zugesagt, dass sie das Versorgungszentrum ab Februar unterstützen wird. Auch die unternehmerische Verantwortung wollen immer weniger Ärzte selbst tragen, so dass das kommunale MVZ ihnen ein Festgehalt zahlt und so auf einen Standortvorteil hofft. In Urlaubszeiten muss das Versorgungszentrum ebenfalls nicht schließen, so die Stadt, da sich die Ärzte nun gegenseitig vertreten können.

Stolz auf die Eröffnung ist auch Gabriele Dostal, Beraterin im Gesundheitsbereich und mehrfache Gastautorin zum Thema Ärztemangel in KOMMUNAL. Sie hat die Kommune bei der Gründung und Einrichtung begleitet und in Wettringen im Kreis Steinfurt unter anderem

die Zulassung des Versorgungszentrums durch die Kassenärztliche Vereinigung innerhalb von nur sechs Monaten organisiert.

Luise V. Ruß: Was sind aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen, wenn eine Kommune einen solchen Schritt gehen will?

Dostal: Grundsätzlich ist es immer schwierig die an einer Lösung beteiligten Akteure, die da sind: die Gemeinde, das Kommunalparlament, das relevante Sample an sich einbringenden Hausärzten mit ihrem Personal, den Immobilieneigner und den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung für eine gemeinsame Lösung zu gewinnen. Diesen Prozess zielgerichtet zu moderieren, sehen wir als eine unserer zentralen Aufgaben als externer Berater an. In Wettringen konnte dies besonders gut gelingen, da alle Akteure von Anfang an „an einem Strang zogen“. Daher konnte das Medizinische Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft in Rekordzeit von einem halben Jahr gegründet werden.

Luise V. Ruß: Ist Wettringen ein Einzelfall oder wie viele Kommunen arbeiten bereits mit solchen Methoden?

Dostal: Auch wenn es darüber keine Statistiken gibt, kann man davon ausgehen, dass allein in wohl bald 2.000 Kommunen eine modernere, nachhaltigere und attraktivere Infrastruktur für Praxisräume auf den Weg gebracht wurde. Dabei haben Kommunen in den wenigsten Fällen selbst „Geld in die Hand nehmen müssen“, sondern „nur“ positive Bedingungen für private Investoren in einer unglaublichen Vielfalt geschaffen. Daneben flankieren auch zahlreiche kommunale Förderprogramme zusätzlich die Neuansiedelung von Ärzten.

In Eigenregie der betroffenen kleineren Kommunen gibt es Stand heute 24 kommunale Medizinische Versorgungszentren mit rund 60 Standorten. Manche davon sind auch Teil der zunehmend vielfältiger werdenden Landschaft von Gesundheits- und Versorgungszentren. Daneben gibt es die ersten Gesundheitskioske in Großstädten.

Luise V. Ruß: Für Kommunen bedeuten solche Zentren aber wieder „Geld in die Hand zu nehmen“ – warum ist das aus Ihrer Sicht gut eingesetztes Steuergeld?

Dostal: Alle wissen mittlerweile Bescheid, dass die sogenannten Nachrücker-Ärzte, dies gilt nebenbei bemerkt auch für den Zahnärztle- und die sonstigen Facharztgruppen, fast ausschließlich als Angestellte in einem ärztlichen Team arbeiten wollen. Der „Einzelkämpfer“ in einer Ein-Personen-Praxis hat aus Sicht dieser Generation insoweit größtenteils ausgedient. Also: Der Lösungsansatz muss immer die Schaffung eines

solchen Lösungsangebots beinhalten. Nur einen Praxisnachfolger zu suchen, scheidet zwangsweise in den meisten Fällen. Solche Anstellungsmöglichkeiten sind vorderhand sicherlich zuerst einmal im privatwirtschaftlichen Bereich auszuloten. Wenn jedoch vor Ort der Markt versagt und es zu keinem privatwirtschaftlichen Angebot in ausreichendem Maße kommt, muss die vom Ärztemangel „bedrohte“ Kommune selbst tätig werden.

Luise V. Ruß: Nicht überall sieht man das in den Kommunen aber so positiv – vom „gegenseitigen Ausspielen der Kommunen“ ist die Rede, davon, dass man in einen Wettbewerb um die Ärzte und die besten Verträge einsteigt, statt auf Wettbewerb zu setzen. Wo sind die Hindernisse und Fallstricke solcher Modelle aus Ihrer Sicht?

Dostal: Da sich die Kommunen im Wettbewerb auch um die ärztlichen Ressourcen befinden, können solche Hindernisse anderenorts, bei Nachbargemeinden gleichzeitig enorme Vorteile zur Realisierung eines eigenen Versorgungskonzepts zur Folge haben. Also Hindernisse, sind nicht per se negativ, sondern nur in den Kommunen, in denen sie zum Vorschein kommen.

Um auf Ihre Frage zurückzukommen: Es gibt überall auch privatwirtschaftliche Ansätze zum Schaffen von weiteren Anstellungen von Nachrücker-Ärzten. Insgesamt hat hier der Gesetzgeber schon vor vielen Jahren die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, um solche Praxis-Expansionen in der Fläche zu ermöglichen. Zum weiteren sollte festgehalten werden, dass seit Ende 2015 Kommunen als Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren tätig werden dürfen. Diese, nennen wir es durchaus „Erlaubnis“, ist seinerzeit nicht mit einem gleichzeitigen „Geldsegen“ ausgestattet worden. Dies hat den einfachen Grund darin, dass solche Einrichtungen regelmäßig – wie privatwirtschaftliche Gemeinschaftspraxen auch, bereits kurze Zeit nach ihrer Gründung – Überschüsse erwirtschaften. Durch die bereits erwähnten Förderungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bundesländer und mittlerweile auch zahlreichen Landkreisen, kann zudem manche Anschubfinanzierung gezielt abgerufen werden.

Das vorliegende Interview erschien am 12. Januar 2023 in bearbeiteter Form auf KOMMUNAL

Die ambulante medizinische Versorgung im Umbruch

Basierend auf den Zahlen und Aussagen des Versorgungsberichts der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) soll die derzeit stattfindende Transformation der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgezeigt werden. Die dargestellten Entwicklungen und Trends sind dabei auf alle anderen Bundesländer mehr oder minder eins-zu-eins übertragbar.

Seit dem Jahr 2013 ist die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg um zwölf Prozent auf derzeit über 23.000 gestiegen. Gleichzeitig herrscht aber in vielen Regionen Ärztemangel, vor allem im hausärztlichen Bereich. Doch auch die fachärztlichen Versorgung konzentriert sich mehr und mehr auf Ballungszentren. Woran liegt das?



Trend zur Anstellung hält an

Im Jahr 2010 waren sieben Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg angestellt, im Jahr 2022 sind es bereits 24 Prozent. Damit hat sich der Anteil der Angestellten mehr als verdreifacht. Dabei ist die Anstellung nicht nur für Ärztinnen attraktiv: Zunehmend arbeiten auch ihre männlichen Kollegen in Anstellung. Bei den Hausärzten ist der Anteil

der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den letzten zehn Jahren von 24 auf 31 Prozent gestiegen. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig: Junge Mediziner scheuen vor allem das unternehmerische Risiko einer Selbstständigkeit. Ebenso wird die überbordende Bürokratie im Praxisalltag als Hindernis für die Niederlassung wahrgenommen. So müssen Mediziner in einer

klassischen Ein-Personen-Praxis oft mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit bürokratischen Prozessen verbringen. Der Praxisinhaber kommt hierbei leicht auf eine Wochenarbeitszeit von teilweise deutlich über 50 Stunden. Ärzte in Anstellungsverhältnissen können sich hingegen viel mehr auf ihre medizinische Kerntätigkeit, die Arbeit mit dem Patienten, fokussieren.

Work-Life-Balance: Teilzeit statt Vollzeit

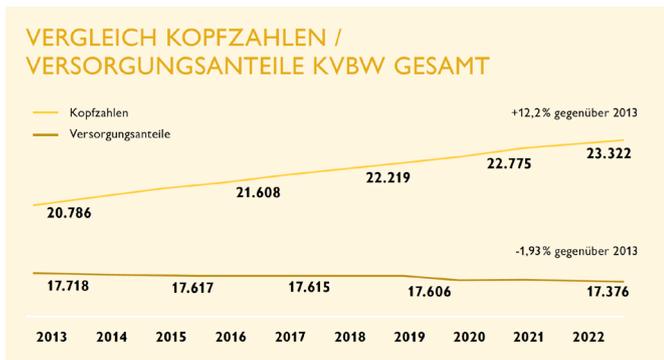
Im Sinne einer persönlichen Work-Life-Balance entscheiden sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg für eine Teilzeittätigkeit. Der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Mediziner nimmt weiter zu und beträgt im Jahr 2022 bereits 19 Prozent. Damit haben sich die Teilzeitbeschäftigungen bei den selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzten gegenüber 2014 mehr als verdoppelt. Bei den Angestellten ist die Teilzeitquote nahezu konstant um die 60 Prozent.

01.01.2014	TEILZEIT	VOLLZEIT
Zugelassene	8 %	92 %
Angestellte	61 %	39 %

01.01.2022	TEILZEIT	VOLLZEIT
Zugelassene	19 %	81 %
Angestellte	63 %	37 %

Quelle: KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2022

Der Trend zur Teilzeittätigkeit und zur Anstellung ist ungebrochen. Auch bei jungen Ärztinnen und Ärzten spielt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine wichtige Rolle. Dieser Trend verschärft den ohnehin schon bestehenden Nachwuchsmangel in der ambulanten Medizin. Geht eine Ärztin oder ein Arzt in den Ruhestand, werden zwei bis drei neue Ärzte gebraucht, um die gleiche Arztzeit für die Patientenversorgung zu generieren. Die Arztzeit ist und bleibt knapp, wie die nachfolgende Grafik zeigt.

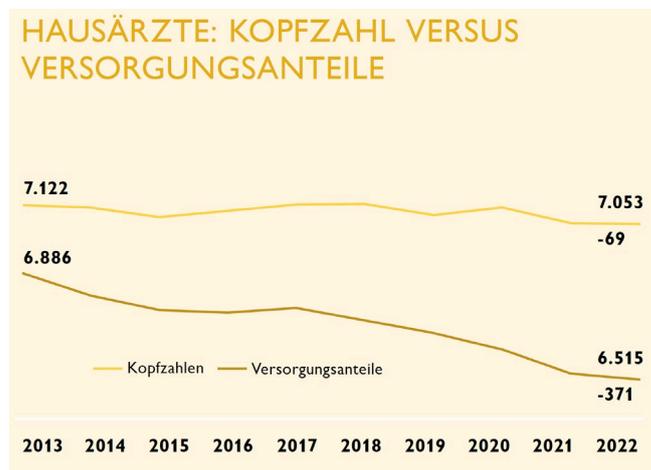


Quelle: KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2022

Obwohl die Anzahl von Medizinern in der ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg seit 2013 um rd. 12% zugenommen hat, ist die Anzahl an Vertragsarztsitzen zurückgegangen. Dies bedeutet, dass hunderte Arztsitze nicht nachbesetzbar waren und folglich in der Versorgung fehlen. Auch in den kommenden Jahren ist es nahezu ausgeschlossen, dass trotz eines Ausbaus des Studienplatzangebote, ausreichend Neu-Mediziner diese Lücke schließen werden.

Hausärztliche Versorgung

Noch gravierender ist die Entwicklung bei den Hausärzten. Im Gegensatz zur allgemeinen Entwicklung der Arztsitzen ist die Zahl der hausärztlich tätigen Niedergelassenen nicht gestiegen, sondern seit 2013 um sogar 69 „Köpfe“ gefallen. Bei den Versorgungsanteilen ist der Rückgang noch größer: 371 Hausarztsitze sind für die Patientenbetreuung im Betrachtungszeitraum verloren gegangen und fehlen in der Fläche für eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung.



ALTER IN JAHREN	HAUSÄRZTE
28 bis 39	521
40 bis 49	1.458
50 bis 54	1.083
55 bis 59	1.353
60 bis 64	1.271
65 bis 93	1.367
ANTEIL DER ÜBER 60-JÄHRIGEN	37%

Quelle: KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2022

Hinzu kommt: 37 Prozent der Hausärzte in Baden-Württemberg sind über 60 Jahre alt. Rund 2.600 sind älter als 60 Jahre und gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Für diese Hausärztinnen und Hausärzte fehlt flächendeckend der Nachwuchs. Über das Rentenalter von 65 Jahren hinaus arbeiten derzeit rund 1.400 Hausärztinnen und Hausärzte und leisten damit

einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der hausärztlichen Versorgung. Doch auch diese Versorgungsleistung wird auf absehbare Zeit wegfallen. Selbst ein verstärkter Ausbau der Medizinstudienplätze wird diese Entwicklung nicht auffangen können.

Größere Praxiseinheiten liegen voll im Trend

Der Anteil an kooperativen Praxisgründungen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Immer mehr Ärzte wissen, dass eine effiziente Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen sowohl wirtschaftliche als auch organisatorische Vorteile mit sich bringt. Der Arzt oder die Ärztin als Einzelkämpfer ist ein Auslaufmodell. Der medizinische Nachwuchs legt Wert auf den kollegialen Austausch und die Arbeit im ärztlichen Team. Dies erleichtert die Gestaltung geregelter und flexibler Arbeitszeiten sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die nicht nur für den immer höheren Anteil der Medizinerinnen ein wichtiger Aspekt ist.

Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit haben sich weiterentwickelt und umfassen derzeit: die Praxisgemeinschaft (nicht zu verwechseln mit der Gemeinschaftspraxis), die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

PRAXEN IN KOOPERATION	2015	2022
Praxis mit Angestellten	772	1.271
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	2.429	2.276
Überörtliche BAG und KVUEBAG	237	226
Medizinisches Versorgungszentrum	135	302
ALLE KOOPERATIONEN	3.573	4.075
EINZELPRAXIS O. ANGESTELLTE	10.034	9.116

Quelle: KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2022

Im Betrachtungszeitraum ist die Anzahl von Einzelpraxen ohne angestellte Ärzte (klassische Ein-Personen-Praxis) um knapp 10% gesunken. Bis 2030 ist damit zu

rechnen, dass diese ärztliche Berufsausübungsform nurmehr einen Anteil von 25% an der ambulanten Versorgung aufweist (2022: ca. 69%).

Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ermöglichen eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand. MVZ können nur von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie seit 2015 von Kommunen gegründet werden. Mit Stand Februar 2023 gibt es bereits drei solcher kommunaler Medizinischer Versorgungszentren in Baden-Württemberg.

Fazit

In ihrem Fazit zieht die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg den Schluss: Praxiskooperationen liegen voll im Trend. Wer kooperativ tätig ist, kann dem ärztlichen Nachwuchs die gewünschten Arbeitszeitmodelle anbieten und ist daher gegenüber Einzelpraxen im Vorteil. Die KVBW unterstützt dies unter anderem mit dem Förderprogramm ZuZ. Auf welches auch Kommunen bei der Gründung Medizinischer Versorgungszentren zurückgreifen können. Als weitere Schlussfolgerung ist zu ziehen, dass es aufgrund der oben geschilderten Entwicklung in Kommunen, in denen es keine oder nur geringe privatwirtschaftliche Initiativen zur Schaffung von größeren Praxiseinheiten mit Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte gibt, es zu einem nachhaltigen Wegfall einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung kommen wird.

Quelle: Die ambulante medizinische Versorgung 2022, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hrsg.), Autoren: Marion Dorbath, Eva Frie, Gabriele Kiunke, Claudia Lupo, Rebecca Larosa, Frank Portenhauser, Kai Sonntag, Martina Tröscher, Clara Vogginger, Wolfgang Wiedlin, Stuttgart, September 2022

Welche Sicherheitsleistungen müssen Kommunen bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren abgeben?



Auch Kommunen müssen als Träger kommunaler MVZ der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gegenüber eine Sicherheitsleistung für mögliche Regresse abgeben. Die Art dieser Sicherheitsleistung ist von der gewählten Rechtsform abhängig. Im Fall der kommunalen Rechtsformen Regiebetrieb, Eigenbetrieb, Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts ist hier keine formale Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft oder andersgearteten Sicherheitsleistungen notwendig. Auch für ein kommunales MVZ in Form einer Genossenschaft ist dies nicht erforderlich. Allerdings darf dieser Gründungsvorteil nicht über die gerade bei Regie- und Eigenbetrieb massiven Nachteile im Geschäftsbetrieb hinwegtäuschen.

Ein Blick auf die bestehenden kommunalen MVZ zeigt, dass die privatwirtschaftliche Rechtsform der (g)GmbH vor der AöR am beliebtesten ist. Die Gründung eines kommunalen MVZ in der Rechtsform einer GmbH hat für Kommunen neben vielen Vorteilen allerdings auch eine Gründungsschwäche. Die Kommune muss eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben. Diese Hürde hat der Bundesgesetzgeber erkannt und daher im SGB V § 95 Absatz 2 Satz 6 formuliert:

„Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere

Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.“

Kommunalrechtlich ist es den Kommunen nur mit Zustimmung der jeweiligen Rechtsaufsicht erlaubt, eine selbstschuldnerische Bürgschaft abzugeben. Da der Bundesgesetzgeber ausdrücklich eine Beteiligung der Kommunen bei der wohnortnahen, d.h. hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung wünscht, hat er hier in Satz 6 die Inanspruchnahme einer anderen Sicherheitsleistung nach § 232 BGB eingefügt. § 232 BGB definiert gleichzeitig auch die „Arten“ der Sicherheitsleistung. Leider noch in der Ursprungsform aus dem Jahr 1941. Arten nach BGB § 232:

(1) Wer Sicherheit zu leisten hat, kann dies bewirken durch Hinterlegung von Geld oder Wertpapieren, durch Verpfändung von Forderungen, die in das Bundesschuldrecht oder in das Landesschuldrecht eines Landes eingetragen sind, durch Verpfändung beweglicher Sachen, durch Bestellung von Schiffshypotheken an Schiffen oder Schiffsbauwerken, die in einem deutschen Schiffsregister oder Schiffsbauregister eingetragen sind, durch Bestellung von Hypotheken an inländischen Grundstücken, durch Verpfändung von

Forderungen, für die eine Hypothek an einem inländischen Grundstück besteht, oder durch Verpfändung von Grundschulden oder Rentenschulden an inländischen Grundstücken.

(2) Kann die Sicherheit nicht in dieser Weise geleistet werden, so ist die Stellung eines tauglichen Bürgen zulässig.

Da gründungswillige Kommunen keine der benannten Sicherheitsleistungen hinterlegen können, ist der Rückgriff auf einen „tauglichen“ Bürgen, d.h. auf eine Bankbürgschaft in bestimmter Höhe notwendig.

Umsetzung bei der Abgabe einer Sicherheitsleistung nach §232 BGB

Die vom Gesetzgeber als Erleichterung für Kommunen vorgesehene Gesetzesanpassung stößt in der gelebten Praxis allerdings noch häufig auf Schwierigkeiten. Die zahlreichen, für die Zulassungsausschüsse agierenden Bezirksstellen der KVen haben sich bislang noch auf kein einheitliches Vorgehen geeinigt. Oftmals wird in einer ersten Aussage die Stellung einer Sicherheitsleistung nach §232 BGB abgelehnt. Formaler Hintergrund ist, dass zwar die Stellung eines tauglichen Bürgen im §232 BGB als zulässig benannt ist, dieser jedoch von der KV jeweils auch akzeptiert werden muss. Zwischenzeitlich existieren allerdings etliche Bezirksstellen/Zulassungsausschüsse, die nach rechtlicher Prüfung eine Bürgschaft nach §232 BGB akzeptierten. Die Vermittlung eines entsprechenden KV-internen Kontakts führt jeweils zur Akzeptanz einer entsprechenden Bürgschaft.

Bankbürgschaft als akzeptierte Sicherheitsleistung

Einheitlich wird dabei von den KVen und den kommunalen Gründern auf die Form einer Bankbürgschaft zurückgegriffen, allerdings mit unterschiedlichen „Deckelungen“. So benennt eine KV-Regionaldirektion in Bayern z.B. den fünffachen Umsatz eines hausärztlichen MVZ als abzugebende Bankbürgschaft. In Niedersachsen hat sich dagegen die Akzeptanz von zwei Jahresumsätzen pro Arztstz bewährt. Erfahrungsgemäß ist bei Umgründungen bestehender Praxen eine Bankbürgschaft in dieser Höhe bei einer der lokalen/regionalen Banken kein Problem. Jüngste Entwicklungen deuten sogar darauf hin, dass die Höhe der geforderten Bürgschaft sinken wird.

Aktuell wird diskutiert, ob nicht die gründende Kommune selbst diese gedeckelte Bürgschaft übernehmen kann. Muss die Sicherheitsleistung der Kommunen wirklich ungedeckelt sein, wenn die KVen die Höhe eines möglichen Risikos beziffern können? Und werden damit die kommunalen MVZ in Form einer (g)GmbH durch die Zahlung der Bereitstellungsgebühr in doch nennenswerter Höhe benachteiligt? Hier warten wir gespannt auf die Formulierungen in einem gerade erarbeiteten Referentenentwurf im zuständigen Bundesministerium und auf die anschließenden Diskussionen und Entscheidungen. Besonders interessant wird dabei sein, ob die KVen erstmals dazu gezwungen werden, Anzahl und Höhe der in der Vergangenheit angefallenen Regresse zu veröffentlichen.

Wie hoch ist das Risiko eines Regresses?

Einig sind sich alle Kassenärztlichen Vereinigungen, dass „durch die selbstschuldnerische Bürgschaft Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen abgesichert werden sollen, die bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch noch nach Auflösung des MVZ geltend gemacht werden könnten. Dazu zählen unter anderem falsche und nicht plausible Abrechnungen, sachlich-rechnerische Berichtigungen aus sonstigem Schaden (§ 106 d SGB V) und aus Ordnungsfehlverhalten (unwirtschaftliche Verordnung, Überschreitung in der Durchschnittswertprüfung) durch die im MVZ tätigen Ärzte sowie Regresse im Zusammenhang mit der falschen Verordnung von Sprechstundenbedarf. Hierbei handelt es sich um keine Besonderheiten für MVZ, sondern um Vorgaben, die für alle Arztpraxen gelten.“

Die Bürgschaft erfasst thematisch also Honorarthemen gegenüber der KV und den Kassen, Behandlungsfehler sind keine Grundlage für Bürgschaftsfälle. Patienten, die der Auffassung sind durch einen Behandlungsfehler im MVZ Schäden erlitten zu haben, können nicht auf die Bürgschaft zugreifen. Solche Themen werden separat durch eine Berufshaftpflichtversicherung abgedeckt.

Die Gefahr aus der Bürgschaft im Umfang von sechs oder siebenstelligen Beträgen zu haften, besteht eigentlich nur bei nachgewiesener fortwährender Falschabrechnung (meist sogar in Form eines gewerbsmäßigen Betrug). Bei ordnungsgemäßer Führung eines MVZ durch einen kundigen und vorsichtigen ärztlichen Leiter ist dies kein realistisches Szenario.

dostal-Portfolio



Impressum

Herausgeber

dostal & partner management-beratung gmbh

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

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

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

70173 Stuttgart Königstraße 27

10117 Berlin Friedrichstraße 171

E-Mail: info@dostal-partner.de

Web: www.dostal-partner.de

Redaktion

Luise Viktoria Ruß