

## Schwerpunkte:

**Neustart beim  
Gesundheitsversorgungs-  
stärkungsgesetz (GVSG)**  
Seite 12

**Gründung eines  
fachärztlichen kommunalen  
MVZ in der Stadt Goch**  
Seite 20

**Wir feiern die Gründung des  
jüngsten kommunalen MVZ -  
Interview mit dem  
Bürgermeister der Gemeinde  
Klettgau**  
Seite 18







**Gabriele Dostal**  
Bereichsleiterin Versorgungssi-  
cherheit und -forschung der  
dostal & partner management-  
beratung GmbH

## Vorwort

Die Dynamik im Gesundheitsmarkt setzt sich ungebremst fort: Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung brechen zusehends auf, neue und teilweise gegensätzliche Akteure – Investoren und Kommunen – strömen auf den Markt. Der Gesetzgeber hat dies erkannt und möchte die einen bremsen und die anderen ermutigen. Das Resultat dieser Entwicklung? Knapp 400 neue Medizinische Versorgungszentren binnen eines Jahres, rd. 4.600 MVZ insgesamt mit mehr als 28.000 Ärztinnen und Ärzten, 37 kommunale MVZ (+14) und zahlreiche neue privatwirtschaftliche und kommunale medizinische Versorgungsformen. Dazu zählen u.a. Regionale Versorgungszentren, Primärversorgungs- sowie PORT-Zentren sowie der Gesundheitskiosk.

Der Gesetzgeber erleichtert zunehmend die Gründung solcher Versorgungsstrukturen für Kommunen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Bevölkerung vor Ort begrüßen das neue kommunale Engagement und auch die niedergelassene Ärzteschaft erkennt die damit verbundene Chance.

Wir sprechen in dieser Ausgabe mit zwei Bürgermeistern (Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg), welche jeweils mit ihrer Gemeinde bzw. Stadt diesen (noch) unbekanntem Weg beschritten haben.

Darüber hinaus werfen wir einen genaueren Blick auf die Versorgungssituation in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und Sachsen sowie auf das Geschehen rund um das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Gabriele Dostal

## Inhalt

---

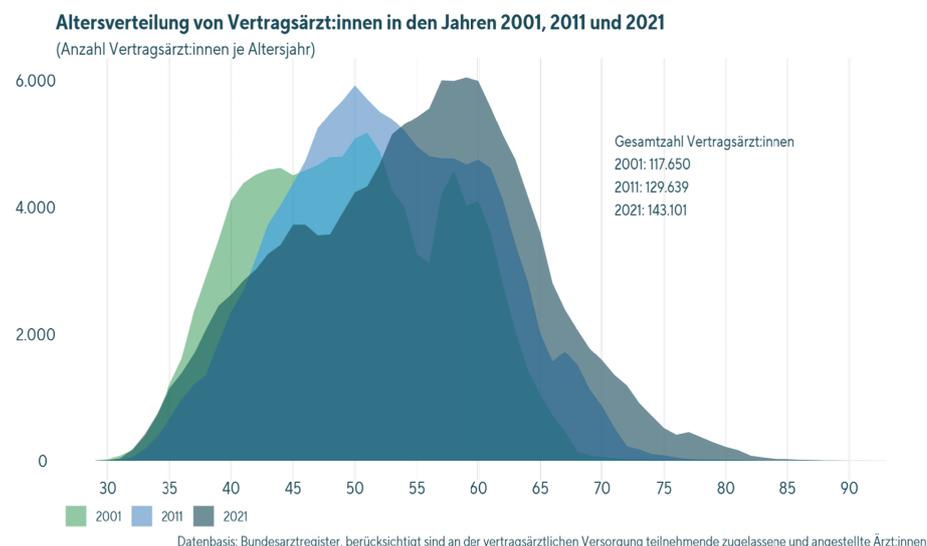
- |    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 4  | Durch Renteneintritt der ‚Baby-Boomer‘ droht haus- und fachärztliche Versorgungslücke | 18 | Interview mit dem Bürgermeister der Gemeinde Klettgau über die Gründung des jüngsten kommunalen MVZ  |
| 5  | Hausärztemangel in Nordrhein-Westfalen  | 20 | Interview mit dem Bürgermeister der Stadt Goch über die Gründung eines fachärztlichen kommunalen MVZ |
| 12 | Neustart beim Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)                            | 21 | In Brandenburg fehlen 500 Ärzte bis zum Jahr 2025  |
| 13 | 400 neue Medizinische Versorgungszentren (MVZ)  | 24 | Seminar-Termine  |
| 14 | Zukunft der ärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen                                | 24 | Impressum  |

# Durch Renteneintritt der ‚Baby-Boomer‘ droht haus- und fachärztliche Versorgungslücke



## Durchschnittsalter der Vertragsärzte seit 2001 von 49,8 auf 54,6 Jahre (2021) angestiegen

Dass der Fachkräftemangel längst in der medizinischen Versorgung angekommen ist und sich auch dort weiter verschärft, zeigt nicht nur der Umstand, dass viele Vertragsärztinnen und -ärzte (im Folgenden Ärzte) händeringend medizinische Fachangestellte sowie Mitarbeiter anderer Gesundheitsfachberufe für ihre Haus- und Facharztpraxen suchen. Auch die Praxisinhaber selbst werden absehbar zu einer raren Ressource auf dem hart umkämpften Markt der ärztlichen Gesundheitsversorgung. Dafür gibt es vor allem zwei Gründe: Der sukzessive Renteneintritt der geburtenstarken „Baby-Boomer“-Jahrgänge 1955-1969 sowie der ungebrochene Trend zur Teilzeitarbeit.



So zeigt ein Blick auf die Daten des Bundesarztregisters für die Jahre 2001 bis 2021 eine deutliche Verschiebung der Vertragsärzteschaft in höhere Altersbereiche. Während das Durchschnittsalter der niedergelassenen Haus- und Fachärzte 2001 lediglich bei 49,8 lag, stieg es bis zum Jahr 2011 auf 52,7 und bis 2021 weiter auf 54,6 Jahre an. Die Anzahl junger Ärzte bis 45 Jahre ist 2001 deutlich höher als 2011, 2021 zwar höher als 2011 – aber immer noch weit niedriger als 2001. Gleichzeitig sind die ältesten noch praktizierenden Mediziner 2021 bereits über 80 Jahre alt. Der älteste praktizierende Mediziner findet sich in Baden-Württemberg mit 94 Jahren (!). 2001 waren die ältesten Vertragsärzte nur etwa 70 Jahre alt.

Die hohe Anzahl der Vertragsärzte zwischen 57 und 60 Jahren im Fokusjahr 2021 zeigt die enorme Welle der zu erwartenden Ruhestandseintritte in den nächsten fünf bis sieben Jahren an. Die ausgewerteten Daten zeigen zudem, dass die Zahl der an der Versorgung beteiligten Vertragsärzte seit 2001 von 117.650 um 25.451 (bzw. um 21,6 Prozent) auf 143.101 gestiegen ist. Durch den Trend zur Anstellung und zu Teilzeitmodellen sinkt jedoch die Versorgungsleistung je Arzt. So stieg der Anteil angestellter Vertragsärzte und Psychotherapeuten seit 2013 von 14 auf 26 Prozent im Jahr 2022. Der Anteil von Vertragsärzten und Psychotherapeuten in Teilzeit stieg im gleichen Zeitraum von 12 auf 33 Prozent.

Kurzum: Selbst, wenn eine freie Stelle nachbesetzt wird, bedeutet das nicht unbedingt, dass damit die gleiche Versorgungsleistung für die Patienten wie zuvor zur Verfügung steht. Das sind die zentralen

Ergebnisse einer aktuellen Auswertung des Bundesarztregisters für die Jahre 2001 bis 2021, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Mai 2023 veröffentlicht hat.

„Wir befinden uns auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung vor einer Zeitenwende. Aus dem vermeintlichen Überangebot ist eine drohende Unterversorgung geworden. Heute reden wir über Probleme bei der Terminvergabe. Die tragende Säule der medizinischen Versorgung in Deutschland wird personell deutlich schwächer werden. Seit Ende der 1970er Jahre schien es in der Gesundheitspolitik notwendig, den Zugang zur Niederlassung zu bremsen und auch die Tätigkeit von Vertragsärztinnen und -ärzten als Teil der Ausgabenbegrenzung möglichst weitgehend durch Regulierung einzuschränken. Vor der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993, das eine restriktive Bedarfsplanung vorsah, beantragten viele Medizinerinnen und Mediziner noch die Zulassung für eine Niederlassung. Jetzt kommt diese Generation der ‚Baby-Boomer‘ in das Ruhestandsalter. Damit wird die Zahl der in der Versorgung verfügbaren Ärztinnen und Ärzte laufend abnehmen und die Zahl offener Sitze massiv ansteigen. Gleichzeitig werden jüngere Medizinerinnen und Mediziner der Patientenversorgung nicht mehr im gleichen zeitlichen Umfang zur Verfügung stehen“, sagte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried.

„Eine zunehmende Anzahl von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums und der Facharztweiterbildung ist bis Mitte der 2030er Jahre nicht in ausreichendem Umfang zu erwarten. Das Zusammenspiel hoher Renteneintrittszahlen, sinkender Versorgungsleistung je Arzt und einer eher steigenden zukünftigen Inanspruchnahme der deutlich älter

werdenden Patientinnen und Patienten führt zu großen Herausforderungen, die medizinische Versorgung in Zukunft abzusichern. Das Engagement vieler älterer Ärztinnen und Ärzte weit über das Ruhestandsalter hinaus kann dies nicht ausgleichen. Wer Versorgungslücken insbesondere in den ländlichen Regionen mindern will, muss jetzt die Niederlassung fördern. Das ist Teil der Daseinsvorsorge. Politik muss Rahmenbedingungen schaffen, die geeignet sind, Ärztinnen und Ärzte zu motivieren der Patientenversorgung mehr Lebenszeit zu widmen. Das bedeutet: Mehr Gestaltungsspielräume, konsequente Entlastung von Verwaltungsaufgaben und eine höhere Attraktivität der Niederlassung“, forderte der Zi-Vorstandsvorsitzende abschließend.

*Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung*

---

## Hausärztemangel in Nordrhein-Westfalen



Nordrhein-Westfalen ist bezogen auf die haus- und fachärztliche Bedarfsplanung unter den Bundesländern eine Besonderheit. Aufgrund historischer Gegebenheiten erfolgt die Bedarfsplanung durch zwei Kassenärztliche Vereinigungen (KV): Der KV Nordrhein sowie der KV Westfalen-Lippe. Wir werfen zunächst einen Blick

auf die KV Nordrhein, ehe wir uns der KV Westfalen-Lippe zuwenden. Wir analysieren die derzeitige hausärztliche Versorgungssituation und werden versuchen zu prognostizieren, in welchen Regionen sich der Mangel an Allgemeinmedizinern in den kommenden zehn Jahren noch spürbarer auswirken wird.

Den 17 KVen im Bundesgebiet obliegt es dabei selbst zu entscheiden, wie detailliert die veröffentlichten Versorgungsberichte aufgeschlüsselt werden. Im direkten Vergleich zur „Schwester-KV“ in Westfalen-Lippe sind in Bezug auf die KV Nordrhein leider deutlich weniger aussagekräftige Daten über die Versorgungslage zu generieren. So finden sich weder Aussagen über die Struktur der Praxislandschaft (Anzahl Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Kooperationen oder MVZ), die genaue Altersverteilung noch über die Entwicklung von ärztlichen Anstellungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung (Entwicklung Teilzeit etc.). Obgleich von Bundesland zu Bundesland Unterschiede existieren, dürfen die sog. Megatrends „Teilzeit“ und „ärztliche Kooperationsformen“ auch für die KV Nordrhein zu

unterstellen sein. Sofern keine genauen Zahlen vorliegen, wird auf Vergleichsdaten zurückgegriffen.

## **Ausgangssituation KV Nordrhein**

Im Gegensatz zu Westfalen-Lippe liegt die Region Nordrhein bezüglich auf die Ärztedichte mit knapp 227,6 niedergelassenen Mediziner pro 100.000 Einwohner bundesweit im unteren Mittelfeld (Westfalen-Lippe: 194).

Mit Stand 30. März 2023 waren im KV-Gebiet Nordrhein rd. 6.300 Hausärztinnen und Hausärzte auf 5.966,18 Kassensitzen tätig. Eine Aufschlüsselung nach Geschlecht oder Umfang des Versorgungsauftrages war hingegen nicht möglich. Ein Blick in das Zahlenwerk der Ärztekammer Nordrhein liefert zumindest bei den gemeldeten Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde eine weiterführende Aufschlüsselung nach Altersgruppen. So sind von 1.415 Ärzte, welche diese Fachkunde vorweisen können, 60 % über 60 Jahre alt. Da diese Zahl jedoch fachspezifisch zu sein scheint, lassen sich hieraus keine Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller Ärzte im Gebiet der KVNO ableiten.

Lediglich einer Pressemitteilung der KVNO vom Frühjahr 2023 ist zu entnehmen ist, dass ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte über 60 Jahre alt sind (rd. 2.100). Damit läge der Anteil der über 60-jährigen im Bundesdurchschnitt. Eine weitere Aufschlüsselung aus offiziellen KVNO-Daten ist nicht möglich. Doch der Kölner Stadtanzeiger berichtete Anfang Oktober 2023, dass 22,5 % der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (aller Fachgruppen) der KV Nordrhein im Jahr 2022 älter als 65 Jahre waren. Damit stellen sie einen höheren Anteil als jede andere Altersgruppe. Zum Vergleich, in Westfalen-Lippe sind 40 % der Hausärzte über 60 Jahre alt. Davon war knapp die Hälfte 65 Jahre oder älter. Die KVNO bestätigte zumindest die eingangs erwähnte Vermutung, und konstatierte in der Pressemitteilung, dass „die Arztzahlen nach Köpfen jährlich (steigen), doch es durch den Trend zu Teilzeit und Anstellung in Summe kein Wachstum im Versorgungsumfang (gibt). Konsequenz sind ein Absinken der Behandlungszeit, längere Wartezeiten und längere Wege zu den Praxen“.

Über die Praxisstruktur kann hingegen leider keine Aussage getroffen werden. Zum Vergleich stellt sich die Praxislandschaft in Westfalen-Lippe wie folgt dar: 76,4 Prozent der hausärztlichen Praxen sind Einzelpraxen. 20,6 Prozent Berufsausübungsgemeinschaften (z.B. Gemeinschaftspraxen) sowie 3 Prozent Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Da die Zahlen aus Westfalen-Lippe dem Bundesdurchschnitt ähneln, kann eine

ähnliche Strukturierung auch für die Region Nordrhein unterstellt werden.

Der Anteil der Einzelpraxen ist dabei in ländlichen Regionen erfahrungsgemäß deutlich höher als in Ballungsgebieten. Ländliche Regionen mit einem Einzelpraxis-Anteil von bis zu 90 Prozent sind nicht auszuschließen. Dies verdeutlicht die Herausforderungen bzgl. der erfolgreichen Transformation der ambulanten ärztlichen Versorgung.

So streben immer mehr junge Mediziner danach die ärztliche Tätigkeit in Anstellung auszuüben, ein Großteil wünscht dies sogar in Teilzeit zu tun. Ein-Personen-Praxen können diese Anforderungen kaum erfüllen. Die Folge ist, dass viele Mediziner nur in Ballungsgebieten derartige Anstellungsmöglichkeiten finden, viele Hausarztsitze in ländlichen Regionen verweisen somit zunehmend.

## **Aktuelle Situation in der Region Nordrhein**

Stimmt die Relation von Ärzten und Patienten in einer Region mit der gesetzlichen Vorgabe überein, so beträgt der Versorgungsgrad genau 110 Prozent. Unter einem Versorgungsgrad von 75 Prozent (hausärztliche Versorgung) bzw. 50 Prozent (fachärztliche Versorgung inkl. Psychotherapie) besteht i.d.R. eine Unterversorgung. Eine Überversorgung wird im Allgemeinen ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ausgewiesen. Der Planungsbereich wird dann für Neuzulassungen gesperrt.

Planungsbereiche für die Arztgruppe der Allgemeinmediziner/Hausärzte sind die 94 Mittelbereiche nach der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Diese wurden im Nachfolgenden aufgelistet und entsprechend ihres derzeitigen hausärztlichen Versorgungsgrades eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf o.g. Parametern, wobei gilt:

- dunkelgrün ab 110 %, Planungsbereich gesperrt, Vollversorgung
- Hellgrün 100-109 %, Planungsbereich offen, in Regelversorgung
- Gelb 90-99 %, unterhalb der Regelversorgung
- Orange 76-89 %, drohende Unterversorgung
- Rot <75 %, Unterversorgung

## **Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich mit heutigem Stand**

- keiner der hausärztlichen Planungsbereiche in der Unterversorgung befindetet, wobei v.a. bei den Planungsbereichen Heiligenhaus (75,8 %), Kaarst

(82,9 %), Korschenbroich (84,1 %), Waldbröl (79,9 %) und Xanten (80,3 %) dies absehbar zu erwarten ist,

- 12 der 94 Planungsbereiche als „drohend unterversorgt“ gelten können (12,8 %),
- nunmehr 38 von 94 hausärztlichen Planungsbereichen (40,4 %) als regel- bzw. vollversorgt bezeichnet werden können,
- in der Region Nordrhein insgesamt 519 Hausarzt-sitze unbesetzt sind.

### Mangelnde Transparenz bei KV-Daten

Im Gegensatz z.B. zur KV Bayern, wird das Durchschnittsalter der Hausärzte je Planungsbereich durch die KVNO nicht ausgewiesen. Vor allem aus letzterer Kennzahl wäre eine fundiertere Prognostizierung der weiteren Entwicklung der Versorgungssituation je Planungsbereich möglich. Als Beispiel sei hier die Stadt Köln erwähnt. So weist der dazugehörige hausärztliche Planungsbereich Köln einen Versorgungsgrad von 109,00 Prozent (Regelversorgung, nahe Vollversorgung) aus. Aktuelle Zeitungsberichten der Jahre 2022/23 ist jedoch zu entnehmen, dass z.B. in Köln-Nippes das Durchschnittsalter bei den Hausärzten bei 56 Jahren liegt, knapp 40 % wären 60 Jahre oder älter. Die ausgewiesene Regelversorgung für die Stadt Köln von 109,00 Prozent täuscht demnach über die baldigen Herausforderungen – zumindest in einigen Quartieren – hinweg.

Gibt es nur geringe bis keine privatwirtschaftlichen oder kommunalen Initiativen, um die o.g. Transformation der Praxislandschaft anzustoßen, dürfte selbst ein derzeit (statistisch) gut versorgter Planungsbereich wie Köln aufgrund der Nachbesetzungsproblematik bis 2030/35 mit hoher Wahrscheinlichkeit nunmehr einen Versorgungsgrad von schätzungsweise 80 Prozent aufweisen (drohend unterversorgt).

### Kommunale Initiativen in der Region Nordrhein

Die im ländlichen Raum häufig fehlende privatwirtschaftliche Initiative ruft oftmals die betroffenen Kommunen auf den Plan. Die gründen derzeit die Gemeinde Nümbrecht (rd. 17.500 Einwohner) im Oberbergischen Kreis ein Medizinisches Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft, um dem Hausärztemangel vorbeugen. Doch auch die fachärztliche Versorgung soll gestärkt werden, zumal die Gemeinde als heilklimatischer Kurort gilt. Darüber hinaus strebt die Stadt Goch (rd. 35.400 Einwohner) im Kreis Kleve die Gründung eines kinderärztlichen MVZ in kommunaler Trägerschaft an, welches perspektivisch um eine hausärztliche Komponente erweitert werden könnte. Es ist zu vermuten,

dass in Bälde weitere Kommunen ähnliche Projekte zur Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerecht ärztlichen Versorgung anstoßen werden, sofern privatwirtschaftliche Initiativen fehlen.

### Die Mittelbereiche der KVNO im Überblick

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	unbesetzte Arzt-sitze
Aachen	251,562	170,3	115,1	0,00
Alsdorf	48,277	32	107,9	1,00
Bad Honnef	26,021	22	130,9	0,00
Baesweiler	27,585	16,5	97,5	2,50
Bedburg	46,297	25,5	89,8	6,00
Bergheim	62,466	38,3	104,2	2,50
Bergisch-Gladbach/Overath	175,622	109,8	98,2	13,50
Bonn	380,967	235,3	109,2	2,00
Bornheim	49,058	32	106	1,50
Brühl	44,751	31	108,8	0,50
Dinslaken	81,435	50,1	106	2,00
Dormagen	65,292	42,5	100,9	4,00
Duisburg	502,47	282,8	102,7	20,50
Düren	201,976	126,7	98,7	15,00
Düsseldorf	629,119	392,3	107,4	9,50
Eitorf	38,345	22,3	92,4	4,50
Emmerich	52,852	30,5	93,1	6,00
Engelskirchen	41,257	24,5	99,4	3,00

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	unbesetzte Arzt-sitze
Erfstadt	49,903	35,8	112,4	0,00
Erkelenz	44,16	27	94,2	5,00
Erkrath	43,801	29	100	3,00
Eschweiler	56,032	35,5	100,4	3,50
Essen	583,99	348,3	106,4	12,00
Euskirchen	115,738	69,5	95,8	10,50
Frechen	52,842	32,8	98,4	4,00
Geilenkirchen	51,948	32,5	98,9	4,00
Geldern	90,931	52,8	94,7	9,00
Goch	55,585	30,8	93,6	5,50
Grevenbroich	102,138	57,8	89,5	13,50
Gummersbach	128,306	67,8	90	15,50
Haan	30,568	19,1	94,5	3,50
Heiligenhaus	26,661	13	75,8	6,00
Heinsberg	71,992	43,2	91,9	8,50
Hennef	58,743	35	98,2	4,50
Herzogenrath	46,911	30	96,7	4,50
Hilden	55,901	33	92,3	6,50

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	unbesetzte Arzt-sitze
Hückelhoven	41,263	30	113,5	0,00
Hürth	60,879	35,8	98,5	4,50
Jülich	68,869	44,5	105,8	2,00
Kaarst	44,269	23,3	82,9	8,00
Kamp-Lintfort	38,592	20,5	102,6	1,50
Kempen	49,767	33,8	105,7	1,50
Kerpen	67,215	38,5	98,2	5,00
Kevelaer	28,236	15	87,9	4,00
Kleve	92,051	48,8	87,1	13,00
Köln	1.113.803	695,8	109	7,00
Königswinter	41,575	27,5	108,3	0,50
Korschenbroich	34,172	18,5	84,1	6,00
Krefeld	228,604	151	105,7	6,50
Langenfeld	59,867	37,8	99,4	4,50
Leichlingen	28,092	16,5	89,8	4,00
Leverkusen	184,45	119,5	104,2	7,00
Meichernich	28,541	17,5	99,4	2,00
Meerbusch	57,504	35,3	96,5	5,00

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	unbesetzte Arztstze
Mettmann	39,125	25	99,5	3,00
Moers	105,084	58,3	100,3	6,00
Mönchengladbach	265,354	163,3	99,7	17,00
Monheim	42,942	27,3	100,6	3,00
Monschau	36,433	23,1	98,3	3,00
Mülheim an der Ruhr	172,296	103,2	103,6	6,50
Nettetal	59,157	35	96,2	5,50
Neukirchen-Vluyn	27,952	15	93,7	3,00
Neuss	154,823	99,8	106,4	3,50
Niederkassel	39,217	25	106,3	1,00
Oberhausen	210,986	118,8	100,2	12,00
Pulheim	55,462	34,8	97,1	5,00
Radevormwald	22,202	15,5	104,4	1,00
Ratingen	87,125	52,8	94,6	9,00
Remscheid	112,708	67,8	96,3	10,00
Rheinbach	70,638	48,5	113,1	0,00
Rheinberg	43,925	24,5	98,8	3,00

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	unbesetzte Arztstze
St. Augustin	56,197	35	101,1	3,50
Schleiden	52,796	38	108,9	0,50
Schwalmtal	34,313	22,5	103,6	1,50
Siegburg/Lohmar	107,717	64,3	99,8	7,00
Solingen	160,397	93,8	93,2	17,00
Stolberg	56,38	34	95,1	5,50
Tönisvorst	29,361	17	88,2	4,50
Troisdorf	76,21	47,5	102,9	3,50
Übach-Palenberg	24,194	15	101,1	1,50
Velbert	82,523	48,8	92,5	9,50
Viersen	77,695	49,9	100,2	5,00
Voerde	36,242	21	98,1	3,00
Waldbröl	47,718	21,8	79,9	8,50
Wegberg	27,993	17,5	96,9	2,50
Wermelskirchen	34,806	19,5	86,8	5,50
Wesel/Hamminkeln	102,092	61,3	105,9	2,50
Wesseling	38,094	22,7	96,7	3,50
Willich	50,249	30	92,2	6,00
Wipperfürth	35,956	21,7	94,5	4,00
Wülfrath	21,114	13	94,6	2,50
Wuppertal	359,223	210,8	97,7	27,00
Würselen	38,662	24	98,9	3,00
Xanten	30,355	14	80,3	5,50
<b>Nordrhein</b>	<b>9.784.967</b>	<b>5.966,18</b>		<b>519,00</b>

## Hausärztemangel in Westfalen-Lippe

Nordrhein-Westfalen ist bezogen auf die haus- und fachärztliche Bedarfsplanung unter den Bundesländern eine Besonderheit. Aufgrund historischer Gegebenheiten erfolgt die Bedarfsplanung durch zwei Kassenärztliche Vereinigungen (KV): Der KV Nordrhein sowie der KV Westfalen-Lippe. Wir werfen im Folgenden einen Blick auf Letztere, analysieren die derzeitige hausärztliche Versorgungssituation und werden versuchen zu prognostizieren, in welchen Regionen sich der Mangel an Allgemeinmedizinern in den kommenden zehn Jahren noch spürbarer auswirken wird.

Westfalen-Lippe bleibt Schlusslicht bei Hausarztichte Die Ärztedichte in der Region Westfalen-Lippe zählt zu den dünnsten in Deutschland. Vor allem in Bezug auf die Hausarztversorgung ist die Region deutschlandweit Schlusslicht. So waren im Jahr 2020 mit 194 Ärzten und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner die Patienten in Westfalen-Lippe vergleichsweise gering versorgt.

Schlechter stehen Patienten nur in Brandenburg (188,3) da. Die ländlichen Kreise Gütersloh (124,8), Lippe (133,8) sowie der Hochsauerlandkreis (135,7) bilden das Schlusslicht in Westfalen-Lippe.

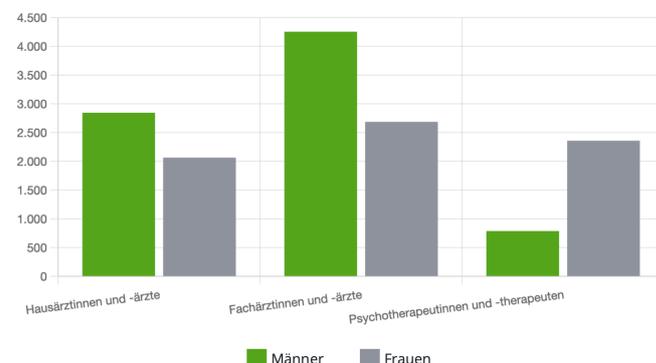
Zur Einordnung: In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen war das Verhältnis mit Werten um die 300 deutlich besser, ähnliches gilt für Münster mit einer Ärztedichte von 314,1 je 100.000 Einwohner. Auch die Region der KV Nordrhein konnte 2020 mit knapp 227,6 niedergelassenen Medizinern pro 100.000 Einwohner einen besseren Wert vorweisen.

Vor allem Hausärzte gibt es in Westfalen-Lippe zum Teil erheblich weniger als anderswo: Mit nur 59,6 Hausärzten pro 100.000 Einwohner ist das Verhältnis in keiner der bundesweit 17 KV-Regionen schlechter. Die Kreise Herford (49,7), Gütersloh (50,4) sowie die Stadt Hamm (54,7) zählten 2020 zu den zehn Kommunen und Kreisen mit den schlechtesten Werten. Auf 100.000 Einwohner in Hamburg kommen beispielsweise 72,9 Hausärzte. Auch Baden-Württemberg, Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern können ähnliche Werte verzeichnen. Mit 65,9 Hausärzten sieht es im Rheinland besser aus. Die Zahlen dürften sich in den vergangenen drei Jahren nur geringfügig verändert haben.

## Ausgangssituation

Mit Stand 6. Dezember 2022 waren in Westfalen-Lippe 4.916 Hausärzte tätig. Hiervon waren 2.848 Männer und 2.068 Frauen. Darüber hinaus waren 6.947 Fachärzte und 3.154 ärztliche Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung tätig. Insgesamt demnach 15.017 Ärztinnen und Ärzte.

## KVWL-Mitgliederstruktur

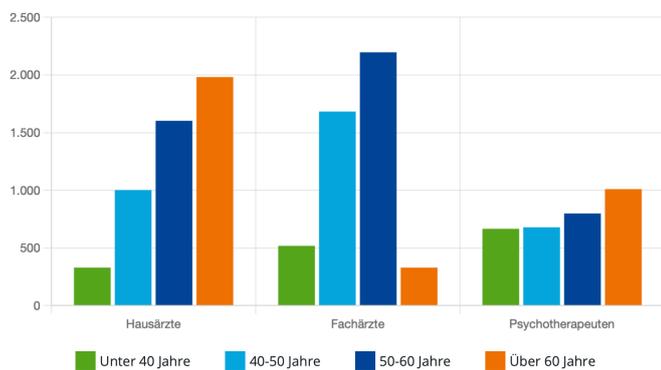


## Altersstruktur

Von den 4.916 Hausärztinnen und Hausärzten in Westfalen-Lippe waren zum Stichtag im Dezember 2022 40,3 Prozent über 60 Jahre alt (1.982 Hausärzte).

Damit liegt der Anteil der über 60-jährigen über dem Bundesdurchschnitt. Eine weitere Aufschlüsselung der KVWL-Daten ist seit 2019 aus Datenschutzgründen nicht möglich. Doch der Jahresbericht 2022 der Ärztekammer Westfalen-Lippe liefert zumindest Daten bis zum 65. Lebensjahr – jedoch bedauerlicherweise nur für alle Facharztgruppen gebündelt. So waren von den 15.017 Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2022 4.946 über 60 Jahre alt, 2.083 hiervon hatten das 65. Lebensjahr bereits überschritten. Überträgt man nunmehr diese Altersstruktur auf die der Hausärzte, dürften schätzungsweise 830 der 1.982 Hausärzte über 60 Jahre bereits 65 Jahre oder älter sein.

### Altersstruktur der Mitglieder



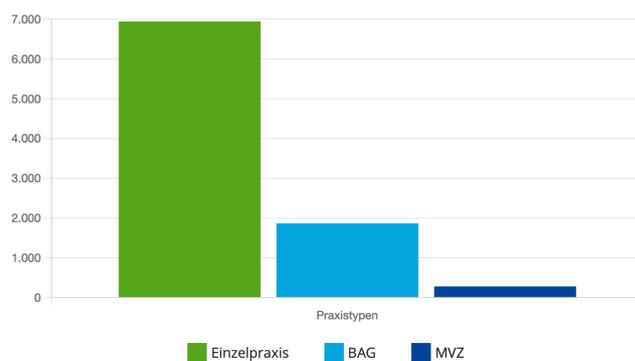
### Praxisstruktur

Die 15.017 Ärztinnen und Ärzte im Einzugsgebiet der KVWL üben in 9.090 Praxen ihre Tätigkeit aus. Hiervon entfallen 76,4 Prozent auf die Einzelpraxis. 20,6 Prozent auf Berufsausübungsgemeinschaften (z.B. Gemeinschaftspraxen) sowie 3 Prozent auf Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Der Anteil der Einzelpraxen in ländlichen Regionen ist erfahrungsgemäß deutlich höher als in urbanen Ballungsgebieten. Ländliche Regionen mit einem Einzelpraxis-Anteil von bis zu 90 Prozent sind nicht auszuschließen. Die Praxislandschaft ähnelt somit allen weiteren KV-Gebieten in Deutschland und zeigt die Herausforderungen bzgl. der erfolgreichen Transformation der ambulanten-ärztlichen Versorgung auf.

So streben immer mehr junge Mediziner danach die ärztliche Tätigkeit in Anstellung auszuüben, ein Großteil wünscht dies sogar in Teilzeit zu tun. Ein-Personen-Praxen können diese Anforderungen kaum erfüllen. Die Folge ist, dass viele Mediziner nur in Ballungsgebieten derartige Anstellungsmöglichkeiten finden, viele Hausarztsitze in ländlichen Regionen verweisen somit zunehmend.

Dabei ist die Anstellung nicht nur für Ärztinnen attraktiv: Zunehmend arbeiten auch ihre männlichen Kollegen in Anstellung. Bei den Hausärzten in Westfalen-Lippe ist der Anteil der Angestellten in den letzten zehn Jahren von 16 auf 21,6 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.

### Praxistypen in der KVWL



Die nachfolgende Grafik „Entwicklung der angestellten Ärztinnen und Ärzte 2010 bis 2021“ verdeutlicht den generellen Umbruch im ambulanten Bereich. Obwohl die Anzahl der Ärzte nach Köpfen konstant zunimmt, sinkt das Arbeitspensum je Arzt. Dies bedeutet vereinfacht ausgedrückt, dass drei Nachwuchsmediziner dieselbe Arbeitsleistung erbringen wie bisher zwei Abgeber-Ärzte. Somit wird deutlich, weshalb die Landarztquoten – welche ohnehin viel zu niedrig angesetzt sind, um nachhaltig erfolgreich zu sein – ins Leere laufen werden. Es bedarf vielmehr ein Bündel zahlreicher Maßnahmen, darunter den Aufbau größerer Praxiseinheiten mit der Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Mitarbeiter (z.B. VeraH etc.), mit der Möglichkeit der Teilzeit, die erfolgreiche Implementierung von telemedizinischen Angeboten sowie der generellen Einbettung medizinisch-therapeutischer Angebote in solch größere Strukturen (z.B. Regionale Versorgungszentren, Primärversorgungszentren etc.).

## Entwicklung der angestellten Ärztinnen und Ärzte 2010 bis 2021



### Aktuelle Situation in Westfalen-Lippe

Stimmt die Relation von Ärzten und Patienten in einer Region mit der gesetzlichen Vorgabe überein, so beträgt der Versorgungsgrad genau 100 Prozent. Ab einem Versorgungsgrad von 75 Prozent (hausärztliche Versorgung) bzw. 50 Prozent (fachärztliche Versorgung inkl. Psychotherapie) besteht i.d.R. eine Unterversorgung. Eine Überversorgung wird im Allgemeinen ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ausgewiesen. Der Planungsbereich wird dann für Neuzulassungen gesperrt.

Planungsbereiche für die Arztgruppe der Hausärzte sind die 111 Mittelbereiche in Westfalen-Lippe nach der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Als allgemeine Verhältniszahl werden 1.609 Einwohner pro Arzt zugrunde gelegt. Diese wurden im Nachfolgenden aufgelistet und entsprechend ihres derzeitigen hausärztlichen Versorgungsgrades eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf o.g. Parametern, wobei gilt

- dunkelgrün ab 110 %, Planungsbereich gesperrt, Vollversorgung
- Hellgrün 100-109 %, Planungsbereich offen, in Regelversorgung
- Gelb 90-99 %, unterhalb der Regelversorgung
- Orange 76-89 %, drohende Unterversorgung
- Rot <75 %, Unterversorgung

### Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass

- sich mit heutigem Stand 5 von 111 hausärztlichen Planungsbereichen (4,5 %) in Unterversorgung befinden,
- 26 der 111 Planungsbereiche als „drohend unterversorgt“ gelten können (23,4 %),

- sich nurmehr 47 von 111 hausärztlichen Planungsbereichen (42,3 %) innerhalb der Regelversorgung/Vollversorgung befinden,
- in Westfalen-Lippe insgesamt 572,5 Hausarztsitze unbesetzt sind.

### Die Mittelbereiche der KVWL im Überblick

Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	Niederlassungsmöglichkeiten bis zu Sperrung
Ahaus	62.318	38,00	106,1	1,50
Ahlen	81.513	44,75	90,5	10,0
Altena	22.830	13,25	89,7	3,0
<b>Arnsberg</b>	<b>73.423</b>	<b>50,00</b>	<b>110,1</b>	<b>0,00</b>
Attendorf	24.207	16,00	107,1	0,50
Bad Berleburg	25.646	12,75	79,2	5,00
Bad Driburg	18.985	12,00	94,5	2,00
Bad Laasphe	13.337	9,25	112,4	0,00
Bad Oeynhausen	48.803	29,75	95,3	5,00
<b>Bad Salzuflen</b>	<b>54.074</b>	<b>26,00</b>	<b>75,2</b>	<b>12,50</b>
Bartrup	27.058	15,25	87,3	4,00
Beckum	69.045	39,75	92,1	8,00
Bergkamen	48.669	23,25	88,9	6,00
Beverungen	13.083	8,00	97,2	1,50
Bielefeld	426.049	242,75	94,9	39,00
Blomberg	32.647	20,75	102,7	1,50
Bocholt	101.338	50,50	83,6	16,00
Bochum	363.441	223,25	107,6	5,00
Borken	91.032	56,50	103,40	4,00
Botrop	117.311	67,25	106,9	2,00
Brakel	16.195	10,00	105,7	0,50
<b>Brilon</b>	<b>39.713</b>	<b>18,25</b>	<b>73,2</b>	<b>9,50</b>

Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	Niederlassungsmöglichkeiten bis zu Sperrung
Bünde	71.187	42,75	97,4	6,00
Büren	33.530	19,00	94,5	3,50
<b>Castrop-Rauxel</b>	<b>73.078</b>	<b>45,50</b>	<b>111,2</b>	<b>0,00</b>
Coesfeld	90.325	61,75	111,2	0,00
Datteln	34.876	18,50	95,0	3,00
Delbrück	32.266	16,25	86,6	4,50
Detmold	93.562	53,75	95,9	8,00
Dorsten	74.551	45,00	108,6	1,00
Dortmund	586.852	332,70	103,1	22,00
Dülmen	46.877	30,75	101,8	2,50
Emsdetten	42.991	29,00	110,8	0,00
<b>Ennepetal</b>	<b>39.221</b>	<b>15,00</b>	<b>67,1</b>	<b>10,00</b>
Espelkamp	53.399	31,50	93,7	5,50
Gelsenkirchen	260.126	148,75	104,4	8,00
Geseke	21.411	12,00	96,5	2,00
Gevelsberg	30.669	15,50	84,9	5,00
Gladbeck	75.343	44,00	106,9	1,50
Greven	37.700	29,00	130,6	0,00
Gronau	49.031	24,50	86,1	7,00
Gütersloh	173.739	80,25	78,8	32,00
Hagen	188.713	115,25	109,2	1,00
Halle	30.575	15,00	82,2	5,50

Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	Niederlassungsmöglichkeiten bis zu Sperrung
Haltern	37.808	20,00	92,8	4,00
Hamm	179.238	89,25	89,4	20,50
Hattingen	54.061	35,50	109,5	0,50
Hemer	33.708	18,25	85,0	5,50
Herdecke	22.689	16,00	113,9	0,00
Herford	121.137	59,50	80,6	22,00
Herne	156.621	87,00	98,8	10,00
Herten	61.910	36,25	106,0	1,50
Horn-Bad Meinberg	17.142	9,00	80,5	3,50
Höxter	33.367	19,50	90,5	4,50
Ibbenbüren	103.207	58,50	95,6	9,00
Iserlohn	91.873	56,25	95,9	8,50
Kamen	42.544	28,50	111,6	0,00
Kreuztal	45.370	22,50	82,6	7,50
Lage	34.686	16,00	80,3	6,00
Lemgo	53.568	26,50	80,0	10,00
Lengerich	72.650	48,25	107,4	1,50
Lennestadt	53.176	33,50	105,9	1,50
Lippstadt	94.253	56,75	96,8	8,00
Löhne	39.977	19,00	77,1	8,50
Lübbecke	51.096	30,05	95,8	4,50
Lüdenscheid	104.510	60,00	92,4	11,50

Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	Niederlassungsmöglichkeiten bis zu Sperrung
Lüdinghausen	84.150	55,25	107,9	1,50
Lünen	111.704	60,75	95,3	9,50
Marl	83.697	50,05	109,1	0,50
Marsberg	19.377	12,50	103,9	1,00
Meinerzhagen-Kierspe	36.578	16,75	79,3	6,50
Menden	63.188	37,00	90,6	8,00
Meschede	49.005	26,75	88,4	7,00
Minden	97.231	64,25	109,0	1,00
Münster	317.713	197,45	110,0	0,00
Neunkirchen	27.918	15,00	85,7	4,50
Ochtrup	34.571	22,75	115,5	0,00
Oelde	29.210	15,30	83,4	5,00
Oer-Erkenschwick	31.395	16,75	100,9	2,00
Olpe	55.737	35,50	106,2	1,50
Paderborn	243.584	139,05	99,1	15,50
Petershagen	25.027	11,00	69,7	6,50
Plettenberg	24.716	15,75	97,5	2,50
Porta Westfalica	35.658	17,25	77,5	7,50
Recklinghausen	110.714	65,00	109,0	1,00
Rheda-Wiedenbrück	73.593	35,00	81,6	12,50
Rheine	90.813	58,30	108,3	1,00
Rietberg	29.564	16,00	91,5	3,50
Schmallenberg	24.704	15,00	99,1	2,00

Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad in %	Niederlassungsmöglichkeiten bis zu Sperrung
Schwelm	28.501	17,75	107,4	0,50
Schwerte	46.240	29,80	106,9	1,00
Siegen	162.071	101,00	104,5	5,50
Soest	95.664	59,25	102,0	5,00
Sprockhövel	24.659	15,50	104,0	1,00
Stadtlohn	47.105	28,50	101,0	3,00
Steinfurt	68.244	46,00	112,6	0,00
Steinheim	18.640	9,00	81,5	3,50
Sundern	27.511	17,50	102,9	1,50
Unna	114.551	62,75	94,6	10,50
Vlotho	18.334	11,50	92,9	2,50
Vreden	22.758	12,00	94,0	2,50
Waltrop	29.429	15,00	83,6	5,00
Warburg	39.724	24,00	95,5	4,00
Warendorf	98.408	63,00	107,1	2,00
Warstein	35.078	23,25	103,3	2,00
Werdohl	29.390	13,50	75,7	6,50
Werl	55.892	30,25	88,1	8,00
Werne	29.355	15,00	90,0	3,50
Wetter	27.236	17,50	107,1	0,50
Winterberg	24.882	17,75	112,1	0,00
Witten	95.107	60,25	109,6	0,50

## Mangelnde Transparenz bei KV-Daten

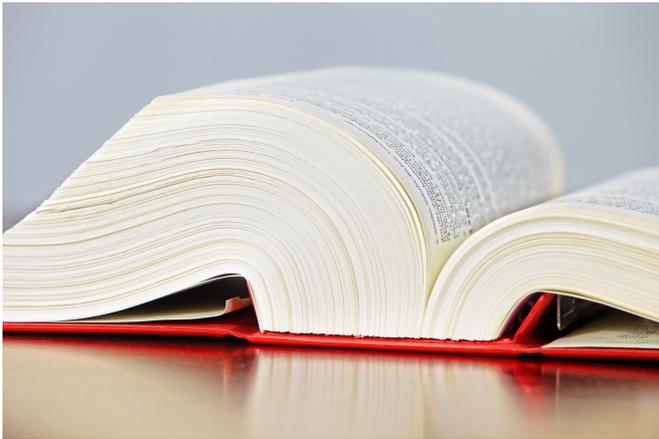
Wie eingangs erwähnt, ist einerseits eine detailliertere Altersgruppendarstellung (z.B. ab 70 Jahre bzw. 75 Jahre) nicht einsehbar, andererseits ist im Gegensatz z.B. zur KV Bayern, das Durchschnittsalter der Hausärzte je Planungsbereich nicht ausgewiesen. Vor allem aus letzterer Kennzahl wäre eine fundiertere Prognostizierung der weiteren Entwicklung der Versorgungssituation je Planungsbereich möglich. Als Beispiel sei hier die Kommune Stadtlohn (rd. 21.000 Einwohner) im Kreis Borken erwähnt. So weist der dazugehörige hausärztliche Planungsbereich Borken (rd. 91.000

Einwohner) einen Versorgungsgrad von 103,40 Prozent (Regelversorgung) aus. Zeitungsberichten der Jahre 2022/23 ist jedoch zu entnehmen, dass allein in Stadtlohn jeder zweite Hausarzt über 60 Jahre alt ist. Ist der Altersdurchschnitt des übrigen Planungsbereiches ähnlich und entspricht die Praxisstruktur der des KVWL-Gebietes, täuscht die ausgewiesene Regelversorgung von 103,40 Prozent über die baldigen Herausforderungen hinweg. Gibt es nur geringe bis keine privatwirtschaftlichen oder kommunale Initiativen, um die o.g. Transformation der Praxislandschaft anzustoßen, dürfte selbst ein derzeit (statistisch) gut versorgter Planungsbereich wie Borken aufgrund der Nachbesetzungsproblematik bis 2030 mit hoher Wahrscheinlichkeit nurmehr einen Versorgungsgrad von schätzungsweise 90-95 Prozent aufweisen. Es ist anzunehmen, dass sich bis zum Jahr 2030 rd. 40 Prozent der Planungsbereiche der KVWL in der (drohenden) Unterversorgung befinden werden. Derzeit sind dies 28,9 Prozent.

## Kommunale Initiativen in Westfalen-Lippe

Die im ländlichen Raum häufig fehlende privatwirtschaftliche Initiative ruft oftmals die betroffenen Kommunen auf den Plan. Im Münsterland hat Anfang Januar 2023 das erste Medizinische Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft im Gebiet der KVWL eröffnet. Die Gemeinde Wettringen will damit dem Hausarztmangel vorbeugen. 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. Bereits nach wenigen Wochen konnte eine dritte (ortsfremde) Ärztin gewonnen werden, wodurch sich bestätigt hat, dass sich – sobald die o.g. Strukturen im ländlichen Raum geschaffen werden – Medizinerinnen und Mediziner erfolgreich anwerben lassen. Dostal & Partner begleitete das in Wettringen im Kreis Steinfurt befindliche kommunale MVZ von Planung bis Inbetriebnahme.

# Neustart beim Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)



## Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) plant offenbar einen Neustart beim geplanten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG). Laut dem Medienbericht soll der Entwurf um verschiedene Themen ergänzt werden. Eins davon sind restriktivere Regeln für investorengetragene MVZ (iMVZ). Außerdem sollen die Gründung genossenschaftlich getragener MVZ und eine Initiative für die Schaffung von mehr Medizinstudienplätzen Eingang in den Gesetzesentwurf finden. Der bisherige Entwurf des GVSG sieht für die Gründung von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform einer GmbH bereits deutliche Erleichterungen vor.

Der ursprüngliche Referentenentwurf für das GVSG wurde im Juni 2023 vorgelegt. Mit dem Gesetz möchte die Regierung die Gesundheitsversorgung in den Kommunen stärken. Intensiv diskutiert wird seitdem unter anderem über den Aufbau eines Netzes von Gesundheitskiosken.

„Wir müssen zugeben, dass wir jetzt ein Jahr mit dem Referentenentwurf für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz unterwegs sind. Und da muss man nicht lange drum rumreden: Der hängt in der Bundesregierung fest“, sagte Michael Weller, Leiter der Abteilung 2 im BMG.

Man habe zwar eine Ressortabstimmung innerhalb der Bundesregierung durchgeführt, aber noch stehe die übliche Anhörung der betroffenen Verbände und der Bundesländer aus, bevor ein Kabinettsentwurf erstellt werden kann. Nun soll ein neuer Start kommen: „Ich werde auf die Re-Start-Taste drücken. Der Entwurf bleibt auf der Ebene, wo er jetzt ist. Ich werde den Entwurf, so wie er bekannt ist, mit den bekannten Regelungen zu

den Gesundheitskiosken und den Gesundheitsregionen noch einmal neu in die Ressortabstimmung geben“, erklärte Weller.

Zusätzlich soll der neue Entwurf um Regelungen für das Engagement von Investoren in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erweitert werden. Es solle vor allem ermöglicht werden, künftig genossenschaftliche MVZ zu gründen. „Wir werden die Medizinstudienplätze, die geschaffen werden sollen, auch dort aufnehmen. Und dann hoffen wir, dass wir sehr zügig in die Verhandlungen kommen können und damit in einem überschaubaren Zeitraum im Kabinett landen können“, so Weller.

Man habe im Ministerium früh geplant, dass die Daseinsvorsorge wieder verstärkt vor Ort konzentriert werden müsse. Daher sei schon früh in der Amtszeit ein entsprechender Gesetzesentwurf auf den Weg gebracht worden. „Wir wollen die Versorgung wohnortnah, entsprechend den Bedarfen und der Morbidität organisiert wissen. Daher soll vor Ort die Vernetzung stärker ausgebaut werden.“ Es müsse unterschiedliche Lösungen und Antworten für Ballungsgebiete sowie für ländliche Regionen gefunden werden. Beispielsweise, wenn auf dem Land die fachärztliche Versorgung nicht immer gewährleistet werden könne oder es Ballungsgebieten vor allem Probleme beim Zugang zur Versorgung durch Sprachbarrieren gebe.

In den geplanten Gesundheitskiosken sollen künftig gezielte Präventionsangebote gemacht werden können, die vor Ort notwendig sind. „Wir wollen, dass dort konkret geholfen wird. Auch mit der Vermittlung von Arztterminen. Es soll ein Ort der Kümmerei werden“, so Weller. Er betonte, dass es viele Menschen gebe, die Unterstützung benötigen, bei der Vereinbarung von Arztterminen oder beim Lesen von Behandlungsplänen von chronischen Erkrankungen. „Es gibt Menschen, die an die Hand genommen werden müssen.“

Die Kritik aus der Ärzteschaft an den Kiosken wehrte er ab: „Es soll ausdrücklich keine Parallelstrukturen und keine Konkurrenz zur niedergelassenen Ärzteschaft geben“, betonte Weller. „Im Gegenteil: Es soll unterstützen, dass Menschen in die Versorgung kommen.“

Ein Gesundheitskiosk soll in einer Region auf Antrag der Kommune entstehen, sie bekommen das Antragsrecht, führte Weller aus. Mit den Krankenkassen soll dann ein einheitlicher Vertrag geschlossen werden, ein wettbewerblicher Spielraum solle für die Kassen nicht bestehen. Die Gestaltungsfreiheit für den Kiosk sei

dann aber groß – je nach Bedarf vor Ort. „Es geht nicht darum, Hamburg-Billstedt eins zu eins nachzubilden. Eher soll es um die Vernetzung gehen.“

Bei der Finanzierung sollen 20 Prozent die Kommunen tragen, 80 Prozent die Krankenkassen. Kommunen können ihren Beitrag auch beispielsweise durch Räumlichkeiten einbringen. „Diese Finanzierungssystematik ist extrem wichtig: Wir wollen medizinische und soziale Indikationen zusammen bekommen. Wir können nicht dauerhaft die Leute getrennt nach Sozialgesetzbüchern beraten. Medizinische Probleme und soziale Probleme bedingen einander“, betonte Weller.

### Fazit und Ausblick

Es ist davon auszugehen, dass eine Kompromisslösung bzgl. der Etablierung von Gesundheitskiosken und der Zugangsbegrenzung von Investoren hinsichtlich der Gründung von fachärztlichen MVZ-Ketten gefunden werden wird. Der Gesetzesentwurf würde für zahlreiche vom Ärztemangel betroffenen Kommunen

spürbare Erleichterungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren bedeuten und diesen deutlich mehr Möglichkeiten als bisher bieten sich hinsichtlich der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen ambulant-medizinischen Versorgung zu engagieren. Diese Neuerungen stehen erfreulicherweise nicht zur Debatte, sodass an dieser Stelle auf den bisherigen Entwurf verwiesen werden kann. Insgesamt ist der Schritt des BMG zu begrüßen, da hierdurch der Gesetzesentwurf erneut an Dynamik gewinnen sollte.

**Den aktuellen Referentenentwurf können Sie über folgenden QR-Code abrufen:**



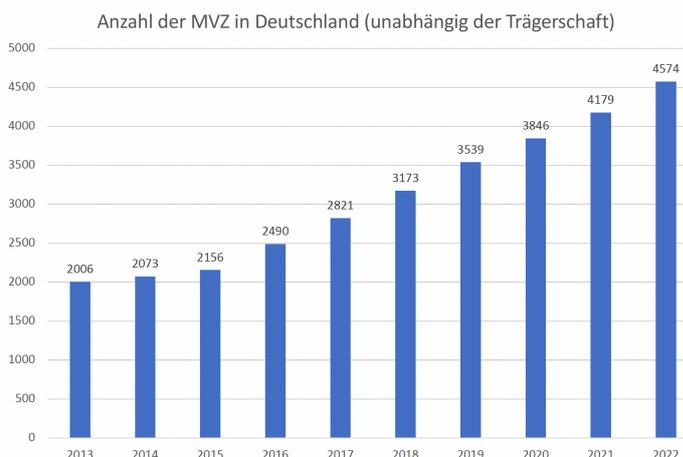
## 400 neue Medizinische Versorgungszentren



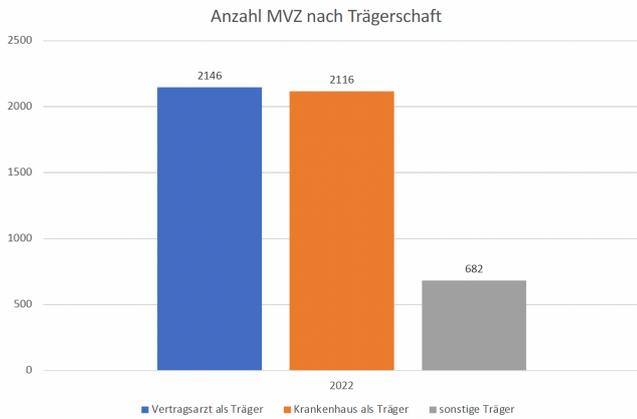
Die Gründungsdynamik im MVZ-Geschäft setzt sich weitestgehend linear fort: Zu Ende 2022 zählte die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit 4.574 Einrichtungen (ohne zahnärztliche MVZ), 395 mehr als zum Ende des Vorjahres. Die jüngsten Zahlen veröffentlichte die KBV am vergangene Woche. Der MVZ-Anteil in vertragsärztlicher Trägerschaft hat vergangenes Jahr geringfügig abgenommen, der Anteil der Kliniken ist ebenso geringfügig gestiegen.

Allerdings halten sich Vertragsärzte und Kliniken hinsichtlich MVZ-Trägerschaft inzwischen annähernd die

Waage. 2.146 oder 43 Prozent (Vorjahr 44 Prozent) aller MVZ befanden sich zum Stichtag in vertragsärztlicher Hand (+172 zu Ende 2021), 2.116 (bzw. ebenfalls rund 43 Prozent, Vorjahr 42 Prozent) gehörten Kliniken (+235).



Damit bestätigen sich Meldungen, wonach infolge eines BSG-Urteils vertragsärztliche Gründungen etwas nachgelassen haben; im Januar 2022 hatte das Bundessozialgericht entschieden, dass für bestimmungsmächtige MVZ-Gesellschafter keine Anstellungsgenehmigung im eigenen Haus erteilt werden kann.



Den jüngsten Zahlen zufolge, sind in Medizinischen Versorgungszentren 28.140 Ärztinnen und Ärzte tätig, davon 1.706 als Vertragsärzte- oder -psychotherapeuten (Ende 2021: 1.676) und 26.434 in Anstellung (2021: 24.078). 2.294 MVZ waren zuletzt fachgleich aufgestellt (2021: 1.966). Womit der Anteil der fachgleichen Einrichtungen von 47 Prozent auf 50 Prozent zugelegt hat.

Die zehn häufigsten Fachrichtungen von MVZ im Überblick:

Fachgruppe	Anzahl Ärzte/Ärztinnen
Hausärzte	4048
Chirurgen und Orthopäde	2566
Fachärztlich-tätige Internisten	3324
Radiologen	1878
Augenärzte	1802
Frauenärzte	1745
Neurologen	1083
Laborärzte/Mikrobiologen	1201
Psychologische Psychotherapeuten	925
Anästhesisten	923

MVZ sind sowohl in städtischen Gebieten als auch im ländlichen Raum zu finden. Jedoch befindet sich fast die Hälfte der MVZ mit 46% in der Kernstadt. Weitere 39% befinden sich in Ober-/Mittelzentren und lediglich 15% befinden sich in ländlichen Gemeinden. Seit 2018 sind im Durchschnitt pro MVZ 6,2 Ärzte und Ärztinnen tätig.

Betrachtet man die Verteilung der MVZ nach den einzelnen Bundesländern, so wird deutlich, dass 2021 mit Abstand die meisten MVZ in Bayern (878) gezählt werden, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (778), Baden-Württemberg (365), Niedersachsen (363) und Berlin (355).

## Zukunft der ärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen

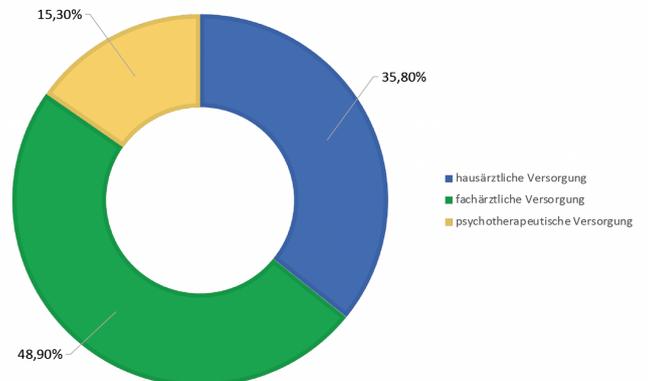


### Struktur der ambulant-ärztlichen Versorgung

Im Freistaat Sachsen wird die vertragsärztliche Versorgung von derzeit 6.133 Ärzten und 1.103 Psychotherapeuten sichergestellt (Stand 01.04.2021, in Vollbeschäftigungseinheiten). Gemessen an den bedarfsplanungsrelevanten Anteilen der Ärzte und Psychotherapeuten ergibt sich die in Abb. 1 dargestellte Verteilung

zwischen den Versorgungsbereichen. Ärztliche Psychotherapeuten werden der psychotherapeutischen Versorgung zugeordnet.

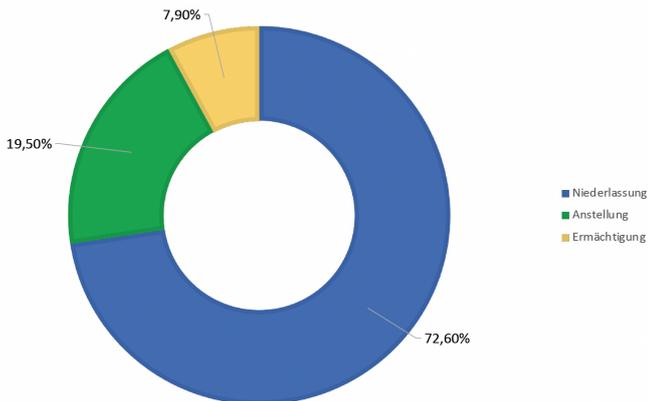
Mehr als 72 % der Leistungserbringer sind in einer ei-



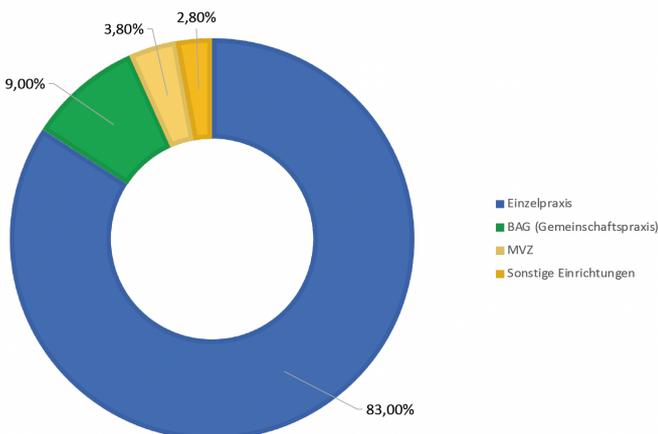
genen Niederlassung und knapp 20% als angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten tätig. Weitere 8 % nehmen als Ermächtigte an der vertragsärztlichen

Versorgung teil. Bei den sog. Ermächtigten handelt es sich um Ärzte in Krankenhäusern (stationär), welche über eine gesonderte Ermächtigung der KV verfügen auch ambulante Leistungen anzubieten, jedoch abgetrennt von ihrer jeweiligen Tätigkeit im Krankenhaus.

Bei der Datenanalyse ist zu beobachten, dass der Anteil der niedergelassenen Ärzte bzw. Psychotherapeuten zugunsten von angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten weiter gesunken ist. So arbeiten im Vergleich zu 2016 etwa 6 % mehr Ärzte bzw. Psychotherapeuten als angestellte Leistungserbringer.



Bei der Niederlassung dominiert in Sachsen die Einzelpraxis. Von den 5.586 vertragsärztlichen Einrichtungen werden 83 % als Einzelpraxis und 9 % als Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) geführt. Dabei können in den Einzelpraxen auch angestellte Ärzte tätig sein. Der übrige Anteil beinhaltet Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und sonstige Einrichtungen (Ermächtigte Institute bzw. Einrichtungen).



Ergänzt wird das Versorgungsnetz durch 547 Zweigpraxen, denen insbesondere in ländlichen Räumen eine hohe Bedeutung bei der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung zukommt.

In den Arztgruppen der allgemeinen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung bestehen erhebliche

regionale Disparitäten innerhalb Sachsens. Versorgungsdefizite treten neben der Allgemeinmedizin derzeit vorwiegend bei den Arztgruppen der Augen- und Hautärzte auf. Aber auch in anderen Fachgebieten gibt es lokal Engpässe, beispielsweise bei den Nerven-, Kinder- und HNO-Ärzten sowie bei den Urologen und Kinder- und Jugendpsychiatern.

Zum Arztstand 01.04.2021 waren von den 365 Augenärzten (Anzahl Köpfe) mehr als 20 % 60 Jahre und älter, gut 7 % waren sogar 65 Jahre und älter. Diesen prognostizierten Versorgungsproblemen stehen im Durchschnitt pro Jahr nur wenige Fachgebietsabschlüsse in der Augenheilkunde bei der Sächsischen Landesärztekammer gegenüber. So waren es beispielsweise 2019 lediglich 16 neue Augenärzte. Zu berücksichtigen ist dabei, dass viele Ärzte nach Abschluss ihrer Facharztweiterbildung eine Stelle im Krankenhaus annehmen und nur ein Teil im vertragsärztlichen Bereich tätig wird.

Auch bei der Arztgruppe der Nervenärzte ist die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zunehmend erschwert. Zum 01.04.2021 waren 356 Nervenärzte (Anzahl Köpfe) in Sachsen vertragsärztlich tätig, von denen 22 % 60 Jahre und älter sind, knapp 11 % waren sogar 65 Jahre und älter.

## Hausärztliche Versorgung im Überblick

Stimmt die Relation von Ärzten und Patienten in einer Region mit der gesetzlichen Vorgabe überein, so beträgt der Versorgungsgrad genau 110 Prozent. Unter einem Versorgungsgrad von 75 Prozent (hausärztliche Versorgung) bzw. 50 Prozent (fachärztliche Versorgung inkl. Psychotherapie) besteht i.d.R. eine Unterversorgung. Eine Überversorgung wird im Allgemeinen ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ausgewiesen. Der Planungsbereich wird dann für Neuzulassungen gesperrt.

Planungsbereiche für die Arztgruppe der Allgemeiner/Hausärzte sind die 48 Mittelbereiche nach der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Diese wurden im Nachfolgenden aufgelistet und entsprechend ihres derzeitigen hausärztlichen Versorgungsgrades eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf o.g. Parametern, wobei gilt:

- dunkelgrün ab 110 % (Planungsbereich gesperrt, vollversorgt)
- Hellgrün 100-109 % (Planungsbereich offen, regelversorgt)
- Gelb 90-99 % (unterhalb der Regelversorgung)
- Orange 76-89 % (drohende Unterversorgung)
- Rot <75 % (Unterversorgung)

Die Höhe der Behandlungsfälle je Arzt spiegelt die (Über-)Belastung der noch praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in dem jeweiligen Planungsbereich wider. **Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit Stand 30.06.2022**

- fünf der hausärztlichen Planungsbereiche in der unterversorgt sind (10,4%),
- 20 der 48 (!) Planungsbereiche als „drohend unterversorgt“ eingestuft werden können (41,6 %), wobei bei hiervon vier Planungsbereiche sehr nahe der Grenze zur Unterversorgung sind,
- nurmehr 13 von 48 hausärztlichen Planungsbereichen (27 %) regel- bzw. vollversorgt sind,
- im Freistaat Sachsen insgesamt 451,5 Hausarzt-sitze unbesetzt sind. Dies entspricht bereits jedem fünften hausärztlichen Kassensitz

Die derzeitige hausärztliche Versorgungssituation im Freistaat Sachsen gehört basierend auf den o.g. Versorgungsdaten zum unteren Drittel im Bundesgebiet. Die, wenn auch in geringerem Umfang als früher, noch stattfindende Abwanderung v.a. junger Menschen, wirkt darüber hinaus als Katalysator für den ohnehin bestehenden Mangel an Nachwuchsmedizinern. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die vorhandene Datenbasis bereits 18 Monate alt ist und sich in diesem Zeitraum wohl noch weitere Hausärztinnen und Hausärzte aus dem Berufsleben zurückgezogen haben. Mit Spannung kann man daher den Versorgungsbericht im kommenden Sommer 2024 erwarten. Schätzungsweise dürften Stand November 2023 wohl eher mind. 500 Hausarztsitze unbesetzt sein.

### Die Mittelbereiche im Überblick

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Zugelassene Ärzte	Angestellte Ärzte	Summe Ärzte	Versorgungsgrad	freie Arzt-sitze	Drohende Unterversorgung	Versorgungsgrad Vorjahr	Behandlungsfälle je Arzt
Annaberg-Buchholz	70.593	34	3,75	37,75	77,9%	16	10/2016	81,9%	5.189
Aue	107.466	47	19,75	66,75	87,6%	17	10/2016	87,1%	4.162
Auerbach	67.829	33	6,5	39,5	80,7%	14,5	10/2016	84,2%	4.525
Bautzen	99.018	64,5	7,25	71,75	100,8%	7	04/2022	99,2%	4.402
Bischofswerda	31.783	17	4	21	92,0%	4,5		103,7%	4.407
Borna	69.586	28	21,5	49,5	98,8%	6		99,1%	3.568
Chemnitz	246.377	116	23,75	139,75	83,5%	44,5	01/2016	86,8%	4.190
Crimmitschau	22.356	12	1	13	81,8%	4,5	04/2022	77,0%	5.237
Delitzsch	45.105	17	15	32	105,4%	1,5		99,9%	4.198
Döbeln	62.791	26,5	10,75	37,25	82,5%	12,5	07/2020	87,5%	4.605
Dippoldswalde	37.355	20	4,25	24,25	89,9%	5,5		92,0%	4.093
Dresden	560.803	290,9	81	371,9	108,3%	6		104,5%	3.806
Eilenburg	53.317	31	7,5	38,5	103,5%	2,5	10/2022	98,6%	4.050
Frankenberg-Hainichen	37.394	14,75	2,5	17,25	69,0%	10,5		86,8%	4.995
Freiberg	126.867	65,5	8,5	74	82,5%	25	04/2014	85,8%	4.472

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Zugelassene Ärzte	Angestellte Ärzte	Summe Ärzte	Versorgungsgrad	freie Arzt-sitze	Drohende Unterversorgung	Versorgungsgrad Vorjahr	Behandlungsfälle je Arzt
Freital	80.819	39	7,75	46,75	85,1%	14	10/2018	83,4%	4.365
Glauchau	43.336	26	2	28	91,7%	6	04/2022	90,0%	4.764
Görlitz	72.031	37,75	5,25	43	88,5%	10,5	04/2014	89,7%	4.419
Großenhain	33.891	20	1,75	21,75	91,0%	5	07/2020	87,5%	4.542
Grimma	65.637	33	13	46	101,0%	4,5		101,0%	4.075
Hohenstein-Ernstthal	40.230	23	6,75	29,75	104,9%	1,5	10/2018	97,0%	4.103
Hoyerswerda	62.053	36	3,5	39,5	85,2%	11,5	07/2020	85,8%	4.482
Kamenz	45.338	27,5	2	29,5	92,3%	6	07/2020	96,1%	4.343
Leipzig	612.378	305	94	399	107,9%	8		103,0%	4.160
Löbau	59.096	31	5,75	36,75	82,0%	13	10/2018	94,8%	3.965
Limbach-Oberfrohna	30.915	14	3,75	17,75	81,7%	6,5	07/2020	82,7%	4.747
Marienberg	74.146	32	8,25	40,25	77,9%	17	04/2014	79,1%	5.019
Mittweida	74.124	42,5	13	55,5	101,7%	5		102,2%	4.379

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Zugelassene Ärzte	Angestellte Ärzte	Summe Ärzte	Versorgungsgrad	freie Arzt-sitze	Drohende Unterversorgung	Versorgungsgrad Vorjahr	Behandlungsfälle je Arzt
Markkleeberg	69.066	33	20,25	53,25	110,2%	0		110,7%	3.700
Meißen	64.317	31,3	8,75	40,05	90,6%	9	07/2020	87,0%	4.017
Neustadt	37.459	18,5	4,5	23	88,5%	6,5	10/2022	99,6%	4.141
Niesky	26.160	12	5	17	91,8%	3,5	01/2016	79,4%	4.754
Oelsnitz	36.400	20,5	6,75	27,25	106,1%	1		109,3%	4.032
Oschatz	36.683	22	1	23	83,9%	7,5		85,7%	5.020
Plauen	88.099	43	9	52	86,7%	14	10/2016	84,0%	4.118
Pirna	89.989	52	9,25	61,25	97,4%	8		101,4%	3.724
Reichenbach	30.391	14	1	15	88,3%	9,5		68,9%	5.174
Radeberg	60.315	37	6,5	43,5	106,5%	1,5		101,9%	4.324
Radebeul	81.195	43	14,5	57,5	102,3%	4,5		96,7%	4.084
Riesa	62.017	34	4	38	81,7%	13,5	07/2020	85,2%	4.374
Stollberg	77.873	35	6,5	41,5	76,8%	18		70,2%	4.788
Schkeuditz	18.898	12	1,75	13,75	105,1%	1		101,2%	4.180

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Zugelassene Ärzte	Angestellte Ärzte	Summe Ärzte	Versorgungsgrad	freie Arzt-sitze	Drohende Unterversorgung	Versorgungsgrad Vorjahr	Behandlungsfälle je Arzt
Torgau	45.552	19,75	4,5	24,25	74,1%	12		72,5%	4.908
Weißwasser	36.260	16	3	19	71,8%	10,5		74,9%	5.330
Werdau	29.171	14	0	14	63,9%	10,5		74,6%	4.831
Wurzen	56.021	28	12	40	97,6%	5,5		102,7%	4.060
Zittau	56.545	34	8,25	42,25	98,3%	5		102,8%	4.338
Zwickau	144.991	67,5	17,5	85	85,1%	25	04/2014	84,4%	4.494

### Demografie und Morbidität

Der beschleunigte Alterungsprozess der sächsischen Bevölkerung ist vor dem Hintergrund des Wegfalls einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung in der Fläche ein weiterer Katalysator für den Ärztemangel. Das Durchschnittsalter stieg seit 1990 um über 7 Jahre von 39,4 auf aktuell 46,9 Jahre an und liegt damit um mehr als 2 Jahre über dem Bundesdurchschnitt. Es bestehen erhebliche regionale Unterschiede zwischen Städten und ländlichen Gebieten. Während in den Städten Leipzig und Dresden das Durchschnittsalter bei 43 Jahren liegt, verzeichnet der Vogtlandkreis mit über 49,7 Jahren sachsenweit das höchste Durchschnittsalter.

Der Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren erhöhte sich im Zeitraum von 1990-2019 sachsenweit von 16 % auf 26,5 %. Wie bereits die regionalen Unterschiede hinsichtlich des Durchschnittsalters erkennen lassen, ist in den ländlichen Regionen ein höherer Anteil an Einwohnern dieser Altersgruppe zu verzeichnen als in den Städten Dresden und Leipzig. So liegt der Anteil an älteren Menschen im Vogtlandkreis, Görlitz und im Erzgebirgskreis bei mehr als 30 %. Prognosen zufolge wird dieser Anteil bis 2030 weiter steigen

und voraussichtlich diesen Wert von rund 30 % in ganz Sachsen erreichen.

Sowohl die Zunahme des Anteils an älteren Menschen als auch der Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos mit zunehmendem Lebensalter führen zu einem häufigeren Auftreten altersbedingter chronischer Krankheiten und einem daraus resultierenden höheren Versorgungsbedarf insbesondere im ländlichen Raum, wo diese Phänomene stärker ausgeprägt sind.

Im Gegensatz z.B. zur KV Bayern, wird das Durchschnittsalter der Hausärzte je Planungsbereich durch die KVNO nicht ausgewiesen. Vor allem aus letzterer Kennzahl wäre eine fundiertere Prognostizierung der weiteren Entwicklung der Versorgungssituation je Planungsbereich möglich. Als Beispiel sei hier die Stadt Köln erwähnt. So weist der dazugehörige hausärztliche Planungsbereich Köln einen Versorgungsgrad von 109,00 Prozent (Regelversorgung, nahe Vollversorgung) aus. Aktuelle Zeitungsberichten der Jahre 2022/23 ist jedoch zu entnehmen, dass z.B. in Köln-Nippes das Durchschnittsalter bei den Hausärzten bei 56 Jahren liegt, knapp 40 % wären 60 Jahre oder älter. Die ausgewiesene Regelversorgung für die Stadt Köln von 109,00 Prozent täuscht demnach über die baldigen Herausforderungen – zumindest in einigen Quartieren – hinweg. Gibt es nur geringe bis keine privatwirtschaftlichen oder kommunalen Initiativen, um die o.g. Transformation der Praxislandschaft anzustoßen, dürfte selbst ein derzeit (statistisch) gut versorgter Planungsbereich wie Köln aufgrund der Nachbesetzungsproblematik bis 2030/35 mit hoher Wahrscheinlichkeit nurmehr einen Versorgungsgrad von schätzungsweise 80 Prozent aufweisen (drohend unterversorgt).

### **Fördermaßnahmen seitens der KV Sachsen**

Zuletzt wurden 2020 zusätzliche Maßnahmen verabschiedet, die einerseits den Weg in die vertragsärztliche Versorgung ebnen sollen und andererseits den Beitrag der bestehenden Praxen anerkennen. Zu diesem Portfolio gehören u.a.:

- Förderpauschale bei Praxisübernahme/-neugründung oder Anstellung eines Arztes
- Garantiehonorar für die ersten zwei Jahre der vertragsärztlichen Tätigkeit zur Reduzierung des Unternehmerrisikos
- Quereinsteiger Allgemeinmedizin: Gehaltszuschuss für Fachärzte, die sich zum Allgemeinmediziner weiterbilden

- Gehaltszuschuss für „Hausärzte auf Probe“, die bisher in einem Krankenhaus als Fachärzte für Innere Medizin tätig waren
- Förderung von neuen Sozialpsychiatriepraxen für eine flächendeckende sozialpsychiatrische Versorgung
- Förderung Weiterbildungspraxen für Aufwendungen von weiterbildenden Ärzten
- NÄPA-Förderung zur Fortbildung als nicht-ärztliche Praxisassistenten
- Haltepauschale zur Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Tätigkeit

### **Fazit und Ausblick**

„{...} Leider schreitet auch der Ärztemangel in der ambulanten Versorgung ungebremst voran. Das Interesse an der Niederlassung sinkt. Arztpraxen bleiben ohne Nachfolge, wovon besonders die hausärztliche Versorgung betroffen ist“, so Dr. med. Klaus Heckemann, Vorstand der KV Sachsen. Der schon heute herrschende Ärztemangel wird sich noch weiter verschärfen. Ein Drittel der Vertragsärzte ist 60 Jahre oder älter und wird in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen. Zwar steigen die Arztzahlen nach Köpfen jährlich, doch gibt es real kein Wachstum. Der Grund: der Teilnahmeumfang an der Versorgung nimmt ab. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der in Teilzeit tätigen Ärzte massiv gestiegen. Auch der Trend zur Anstellung hält weiter an. Die Konsequenz ist das Absinken der insgesamt für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehende Arztzeit, längere Wartezeiten und längere Wege zu den Praxen. Aufgrund der alternden Gesellschaft und mehr multimorbiden Patienten wird der Bedarf an ärztlichen Leistungen hingegen stark zunehmen, eine altersgerechte ärztliche Versorgung ist unter diesen Umständen fraglich.“

Im direkten Vergleich zu anderen Bundesländern sind kommunale Initiativen zur Bewältigung des heraufziehenden Ärztemangels im Freistaat Sachsen noch spärlich vorhanden. Erste Vorstöße in diese Richtung können jedoch aktuell beobachtet werden – sicherlich verstärkt durch die Erfahrungen während der Pandemie. Wenngleich es im Freistaat Sachsen auch im kommenden Jahr 2024 voraussichtlich kein MVZ in kommunaler Trägerschaft geben wird. Kommunale Initiativen sind vor dem oben geschilderten Hintergrund jedoch unausweichlich.

*Quelle: Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen vom 30.06.2022.*

# Interview

**Ozan Topcuogullari, Bürgermeister der Gemeinde Klettgau (Baden-Württemberg), im Interview mit *Impulse* über die Errichtung des kommunalen MVZ Klettgau und die Herausforderungen im Laufe der Gründung.**



*Ozan Topcuogullari seit 2017 Bürgermeister der südbadischen Gemeinde Klettgau.*

Das Interview für *Impulse* führte Luise Viktoria Ruß.

**Impulse: Herr Topcuogullari, am 11. September 2023 wurde die MVZ Klettgau GmbH, als Trägergesellschaft des zukünftigen Medizinischen Gesundheitszentrums im Ortsteil Grießen, gegründet. Aktuell finden die letzten Schritte zu Inbetriebnahme am 01. Januar 2024 statt, für Patientinnen und Patienten öffnet das MVZ dann am 08. Januar seine Pforten. Wie kam es ursprünglich zur Überlegung eine solche Lösung überhaupt anzustreben? Die Gemeinde betrat hiermit definitiv Neuland, das MVZ Klettgau ist das vierte kommunale MVZ in Baden-Württemberg – und Nr. 36 in Deutschland.**

**Topcuogullari:** Die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum wird immer prekärer. Ärzte, die in Ruhestand gehen, finden keine Nachfolger für Ihre Praxen. Somit schließen sie und es geht eine wichtige Versorgung in der Kommune verloren. Hier wollten wir aktiv frühzeitig gegensteuern, obwohl es eigentlich keine kommunale Aufgabe ist.

Man muss sich zunächst überlegen, warum junge Ärzte keine Praxis übernehmen. Die Antwort liegt eigentlich auf der Hand. Nach Beendigung des Medizinstudiums

möchten die jungen und gut ausgebildeten Ärzte sich nicht überschulden mit dem Kauf einer Bestandspraxis oder den Kosten für die Neugründung einer Praxis. Zusätzlich müsste Personal gesucht werden etc. Das finanzielle Risiko für Ärzte und die administrative Arbeit, also die Personalsuche und Praxisausstattung können wir als Kommune übernehmen. Man muss sich überlegen: Warum hat eine Person Medizin studiert? Die Antwort ist klar: Sie will Menschen helfen, am Patienten „arbeiten“ und sich eben nicht mit den Nebendingen beschäftigen.

Mit dem MVZ können wir dazu geregelte Arbeitszeiten und eine fixe Bezahlung anbieten. Da in einem MVZ mehrere Ärzte gleichzeitig angestellt sind, ist auch die Urlaubsvertretung gewährleistet, so dass nach Rückkehr aus dem Urlaub nicht erst die sich angestaute administrative Arbeit abgearbeitet werden muss. Diese Gesamtkombination macht eine Anstellung in einem kommunalen MVZ so attraktiv.

**Impulse: Die Gemeinde Klettgau gründete das kommunale Medizinische Versorgungszentrum als „Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)“. Wieso haben Sie sich für diese Rechtsform entschieden?**

**Topcuogullari:** Als GmbH kann die Gemeinde einzige Gesellschafterin sein. Somit können wir allein und schnell notwendige Entscheidungen treffen und auf Situationen reagieren. Bei der Genossenschaftsform hätten wir erst noch weitere Genossen finden müssen, wie zum Beispiel andere Kommunen oder eine Krankenhausgesellschaft. Somit hätten wir aber ein Stück weit Entscheidungen aus der Hand gegeben. Als GmbH wissen alle: Die Gemeinde steht dahinter.

**Impulse: Wie gestaltete sich der Gründungsprozess? Was waren hier die größten Herausforderungen, gab es sogar streckenweise Rückschläge, sodass das Projekt in Gefahr zu sein schien? Das kommunale MVZ Klettgau übernimmt ja keine Bestandspraxen, sondern startet mit zwei Ärzten von außerhalb.**

**Topcuogullari:** Bei einer Neugründung gibt es immer Rückschläge. Die Frage ist, wie man darauf reagiert. Die größte Hürde bei einem MVZ ist es, wie in vielen anderen Bereichen auch, Personal zu finden. Die beste Ausstattung und die geeignetsten Räumlichkeiten nützen nichts, wenn das Personal fehlt. Andererseits nützt es auch nichts, gutes Personal aber keine Räume zu haben. Die Kunst ist es, beide Dinge auf einen Punkt zu bringen. Wir hatten das Glück, schon vor der Gründung Gespräche geführt zu haben mit interessierten Ärzten.

Somit konnten wir diese in den Gründungsprozess mit einbinden, also die Raumaufteilung besprechen, die Praxisausstattung nach deren Wünschen beschaffen usw. Diese Zusammenarbeit ist extrem wichtig, schließlich schaffen wir als Gemeinde den Arbeitsplatz für diese Personen. Sie sollen sich dort wohlfühlen.

Da wir keine Bestandspraxen übernehmen, mussten wir die Planung von null beginnen. Als Räumlichkeit dient das gesamte Erdgeschoss des Rathauses Griesen, welches in kürzester Zeit mit hohem Engagement der örtlichen und überörtlichen Handwerksbetriebe umgebaut wurde. Wir haben optimale Raum- und Arbeitsbedingungen geschaffen. Die Idee, das Erdgeschoss des Rathauses für das MVZ zur Verfügung zu stellen hat uns sicherlich 3 Jahre Zeitersparnis gebracht gegenüber eines kompletten Neubaus. Richtig gefährdet war das Projekt nie. Lediglich der Start hätte sich um eine kurze Zeit verschieben können. Aber dazu ist es ja glücklicherweise nicht gekommen.

**Impulse: Wie verliefen die Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg? Wie haben Sie die Sicherheitsleistung der KV gegenüber erbracht? Der Betrag in Höhe von rd. 3,6 Mio. Euro ist ja nicht ganz unwesentlich?**

**Topcuogullari:** Zunächst gingen wir von einer Sicherheitsleistung von ca. 1,2 Mio. Euro aus. Diese Höhe war ein Erfahrungswert von anderen MVZs. Warum bei uns 3,6 Mio. Euro gefordert wurden, kann ich nicht beurteilen. Nach Rücksprache mit dem Kommunalamt mussten wir unsere Beschlüsse wiederholen, damit die 3,6 Mio. Euro abgedeckt sind. Flexibilität hätte ich mir gewünscht was die Zulassung von Ärzten angeht. Wir haben Anfragen von ärztlichen Psychotherapeuten. Da in diesem Versorgungsgebiet jedoch kein Arztsitz für Psychotherapie frei ist, wurde uns keine Genehmigung in Aussicht gestellt, obwohl bezogen auf die Altersstruktur bei Psychotherapeuten im Planungsgebiet bald Sitze frei werden. Aber so sind eben die Regeln.

**Impulse: Ich darf nochmal auf die Inbetriebnahme des MVZ Klettgau zurückkommen. Wie gestaltet sich die Renovierung, Herrichtung und Ausstattung des MVZ, da keine Bestandspraxen übernommen wurden? Wie gehen Sie hier vor?**

**Topcuogullari:** Wie erwähnt, haben wir das Erdgeschoss des Rathauses in Klettgau-Griesen umgebaut. Wir haben optimale Bedingungen geschaffen. Das Rathaus, also somit auch das MVZ, liegt in zentraler Lage mit direkter Anbindung an den ÖPNV. Durch einen Aufzug ist es ohnehin schon barrierefrei gewesen. Da die Verwaltung komplett ins Obergeschoss verlegt wurde,

ist eine räumliche und akustische sowie brandschutztechnische Trennung notwendig gewesen.

Alle Handwerker, Planer, Mitarbeiter usw. waren sich der Dringlichkeit und der Wichtigkeit dieses Projektes bewusst. Jeder hat mich Hochdruck daran gearbeitet und zum Gelingen dieses Projektes beigetragen. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle die mitgewirkt haben!

Bei den Umbauarbeiten haben wir auf die Belange der Ärzte Rücksicht genommen, beispielsweise bei der Beleuchtung, den Bodenbelägen usw. Auch bei der Ausstattung sind wir dem Rat der Ärzte gefolgt. Damit schaffen wir Akzeptanz.

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

**Topcuogullari:** Ich rechne sehr damit, dass sich weitere Ärzte bei uns melden werden und wir das MVZ personell und in der Leistungsfähigkeit erweitern können. In 6 Jahren wird das MVZ längst etabliert und regional bekannt sein. Ich hoffe, dass wir noch weitere Fachärzte (z.B. Kinderärzte usw.) für unser MVZ gewinnen können und das Zentrum stets vergrößert wird.

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

**Topcuogullari:** Sehr gerne. Ich wünsche Ihnen und den Lesern alles Gute Für das Jahr 2024!

---

# Interview

Ulrich Knickrehm, Bürgermeister der Stadt Goch (rd. 35.000 Einwohner) im Kreis Kleve (Nordrhein-Westfalen), im Interview mit *Impulse* über die Errichtung des ersten fachärztlichen kommunalen MVZ in der Region Nordrhein.



Ulrich Knickrehm, Jurist, früher Richter und seit 2015 Bürgermeister der Stadt Goch.

Das Interview für *Impulse* führte Luise Viktoria Ruß.

**Impulse:** Herr Knickrehm, der bundesweite Ärztemangel beschäftigt seit einiger Zeit auch die Stadtverwaltung Goch. Der hausärztliche Planungsbe-  
reich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) befindet sich mit 93,6 % nahe der Grenze zur drohenden Unterversorgung. Doch auch die Altersstruktur der niedergelassenen Fachärzteschaft lässt in den kommenden Jahren zahlreiche Praxis-schließungen erwarten. Die Stadt Goch beabsichtigt daher zum 1. Oktober 2024 ein kommunales Medizinisches Versorgungszentrum in Betrieb zu nehmen – zunächst mit zwei Kinderärztinnen. Wie kam es zu dieser Entwicklung? Das MVZ Goch wäre damit das erste (rein) fachärztliche kommunale MVZ in Nordrhein-Westfalen.

**Knickrehm:** Vor mehr als einem Jahr musste die letzte in Goch praktizierende Kinderärztin krankheitsbedingt und unerwartet früh ihre Praxis schließen. Trotz vielfältiger Bemühungen ist es nicht gelungen, eine Praxisnachfolge zu finden. Für unsere jungen Familien erschien uns dieser Zustand unzumutbar. Um die kinderärztliche Versorgung in unserer Kommune zu gewährleisten, haben wir uns deshalb entschieden, ein kommunales medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen. Ein solches MVZ ist für junge Fachärztinnen und Fachärzte eine interessante und begehrte Alternative zur Beschäftigung in Praxen oder in Kliniken.

**Impulse:** Derzeit existieren zwei weitere (hausärztliche) MVZ in kommunaler Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen. Von mindestens vier weiteren Gründungen ist im Laufe des Jahres 2024 auszugehen. Bei 396 politisch selbstständigen Gemeinden gehört die Stadt Goch – auch wenn die Zahl der Gründungen bundesweit steigt – noch deutlich zu den Pionieren, ist Ihnen dieser Umstand, „Neuland“ zu betreten, bewusst?

**Knickrehm:** Ja, nur allzu gut. Wir betreten damit ja eine ganz andere Welt. Mit Verwaltung im hergebrachten Sinne hat der Betrieb eines kommunalen MVZ ja nun gar nichts zu tun. Um überhaupt planen zu können, waren da schon eine Menge an Beratung und „Nachhilfestunden“ nötig. Aber es hat auch Vorteile, wenn man zu den, wie Sie sagen, „Pionieren“ gehört. Denn wir haben von allen Seiten, der Ärzteschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung und auch der Kommunalaufsicht viel Unterstützung erfahren. Und unsere politischen Gremien haben uns eine breite Zustimmung gegeben und einstimmig den Auftrag zur Gründung erteilt.

**Impulse:** Der mit Abstand größte Teil der aktuell 39 kommunalen MVZ wird in der Rechtsform der „Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)“ betrieben. Für welche Rechtsform wird sich die Stadt Goch entscheiden?

**Knickrehm:** Bei der Wahl der Rechtsform des Trägers des MVZ ist die Gründung eines privatrechtlichen Unternehmens in Form einer GmbH die gesellschaftsrechtlich pragmatischste Lösung. Ein MVZ nimmt am (regulierten) Wettbewerb der medizinischen Versorgung teil. Dieser ist ständigen Veränderungen unterworfen und erfordert flexibles Handeln in einem dynamischen Markt. Deshalb erachten wir alle in Betracht kommenden öffentlich-rechtlich geprägten Organisationsformen (Eigen- oder Regiebetrieb, AÖR) für ungeeignet.

**Impulse:** Nach einer ersten Ankündigung, dass die Stadt Goch die Gründung eines kommunalen MVZ erwägt, gab es doch sicherlich Reaktionen aus der Öffentlichkeit und der Gesundheitsbranche? Wie würden Sie die Resonanz beschreiben?

**Knickrehm:** Die Resonanz war überwiegend positiv. Die Bürgerinnen und Bürger unserer Stadt haben sich durchweg zustimmend geäußert und die Initiative der Stadt, zur medizinischen Grundversorgung beizutragen, begrüßt. Natürlich gibt es auch Skeptiker, die zusätzliche finanzielle Belastungen der Stadt befürchten und auch geäußerte Sorgen aus Teilen der Ärzteschaft, die zusätzliche Konkurrenz auch beim Werben um Fachpersonal befürchten. Aber dem konnten wir, so

denke ich, in zahlreichen Gesprächen argumentativ sehr gut begegnen.

**Impulse: Wo sehen Sie das kommunale MVZ Goch in fünf bis sechs Jahren? Gibt es eine Wachstumsstrategie?**

**Knickrehm:** Wir sehen die Gründung eines MVZ als einen ersten wichtigen Schritt zur Verbesserung der ärztlichen Versorgungslage in unserer Stadt an. Diese funktionierende Organisationform bietet mittel- und langfristig die Möglichkeit, vorausschauend zu handeln und schon sich abzeichnende Versorgungslücken in der ärztlichen Versorgung durch Übernahme von Kassenarztsitzen, zum Beispiel im Bereich der Hausärzte, zu schließen. Es besteht außerdem die grundsätzliche Möglichkeit der strategischen Zusammenarbeit mit allen Bereichen der medizinischen Versorgung, den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern und den Pflegebereichen.

**Impulse: Zahlreiche Kommunen beschäftigen sich aktuell mit der Frage inwiefern eine bedarfsgerechte und zukunftsfeste ärztlich-medizinische Versorgung zu gewährleisten ist. Was würden Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen empfehlen?**

**Knickrehm:** Ich würde in jedem Fall empfehlen, auch zu prüfen, ob nicht ein kommunales MVZ eine bestehende oder sich abzeichnende Versorgungslücke schließen kann. Dies ist natürlich erst einmal von den

örtlichen Gegebenheiten abhängig. Mittel- und langfristig betrachtet schafft eine Kommune mit einem MVZ die Möglichkeit, vorausschauend schon auf sich abzeichnende Versorgungslücken zu reagieren. Dies bietet zukünftig den wichtigen strategischen Vorteil, selbstbestimmt und vorsorgend handeln zu können, anstatt nachträglich mühsam Lücken schließen zu müssen.

**Impulse: Aktuell wird ein neues Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorbereitet, welches das Engagement von Kommunen beim Thema „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ unterstützen soll. Was würden Sie sich hier seitens des Gesetzgebers wünschen?**

**Knickrehm:** Ich halte es für richtig, das Engagement der Kommunen zu stärken. Gerade in ländlich gelegenen Gebieten halte ich es für unverzichtbar, kommunale MVZ zu gründen, um die ambulante medizinische Versorgung dauerhaft zu gewährleisten. Deshalb muss es Kommunen erleichtert werden, solche zu gründen. Bestehende Hemmnisse, etwa die Probleme der zu stellenden Bürgschaften bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, sollten beseitigt werden. Vom Landesgesetzgeber wünsche ich mir im Hinblick auf die problematische Finanzlage der Kommunen finanzielle Hilfestellung bei den baulichen Investitionen, die mit der Einrichtung eines MVZ verbunden sind.

**Impulse: Herr Knickrehm, vielen Dank für das interessante Gespräch!**

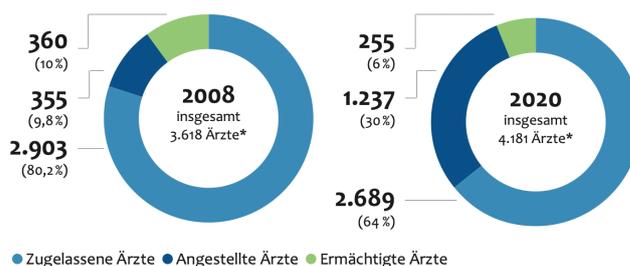
## Brandenburg fehlen 500 Hausärzte bis zum Jahr 2025



In Brandenburg suchen derzeit knapp 700 Hausärztinnen und -ärzte eine Nachfolge. Circa 330 hausärztliche Kassensitze sind derzeit unbesetzt. Das Durchschnittsalter der Hausärzte liegt derzeit bei 54,4 Jahren. Rd. 37 Prozent der behandelnden Allgemeinmediziner in

Brandenburg sind Stand 2023 älter als 60 Jahre. Die Zahl der potenziellen Nachfolger ist jedoch auf absehbare Zeit deutlich geringer als die Zahl der sich zur Ruhe setzenden Ärzte – auch im fachärztlichen Bereich – hier fehlen derzeit 170 Fachärzte.

### Mehr Ärzte und trotzdem Ärztemangel



● Zugelassene Ärzte ● Angestellte Ärzte ● Ermächtigte Ärzte

\*mit Doppelzählung von Ärzten in verschiedenen Teilnahmeformen; Erfassung nach Personen, inkl. Ärzte im Job-Sharing; ohne Vertragspsychotherapeuten

## Trend zur Anstellung hält an

Im Jahr 2008 waren in Brandenburg 9,8 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte angestellt, im Jahr 2020 waren es bereits 30 Prozent. Deren Anteil sollte demnach zum Jahreswechsel 2023/24 bei rd. einem Drittel liegen. Damit hat sich der Anteil der Angestellten mehr als verdreifacht. 825 davon sind als angestellte Ärzte in größeren Einrichtungen, d.h. in Medizinischen Versorgungszentren, tätig. Lediglich 412 als Angestellte in Arztpraxen (Einzel- oder Gemeinschaftspraxen).

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 den Patienten, fokussieren.

## Work-Life-Balance: Teilzeit statt Vollzeit

Im Sinne einer persönlichen Work-Life-Balance entscheiden sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Deutschland für eine Teilzeittätigkeit. Der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Mediziner nimmt weiter zu und betrug im Jahr 2022 bundesweit ca. 19 Prozent. Genaue Zahlen bzgl. der in Teilzeit arbeitenden Ärzte für Brandenburg konnten nicht ermittelt werden. Deren Anteil an der Gesamtzahl der Ärzte dürfte sich jedoch aufgrund der vergleichsweise hohen ärztlichen Angestelltenquote in Brandenburg auf rd. 20-25 Prozent belaufen. Mindestens jeder zweite angestellte Arzt in Brandenburg geht – folgt man den Vergleichswerten aus anderen Bundesländern – seiner Tätigkeit in Teilzeit nach.

## Medizinische Versorgungszentren

Im Jahr 2004 hat der Gesetzgeber Medizinische Versorgungszentren (MVZ) neu in die ambulante Versorgung eingeführt. Die Zahl der MVZ und auch die Zahl der dort arbeitenden Ärzte steigen seitdem stetig, und zwar von 32 im Jahr 2005 auf 116 Ende 2020.

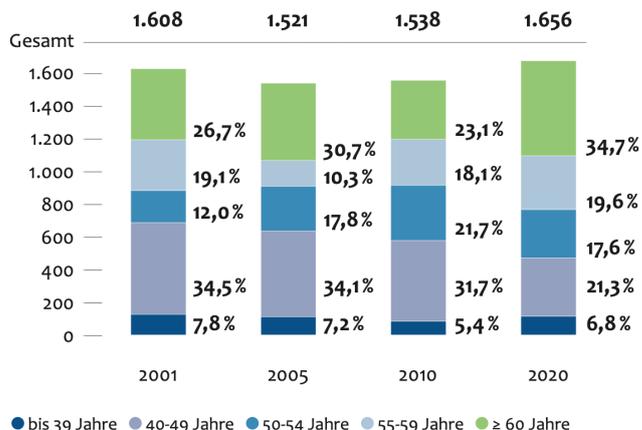
## Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte

Die Bevölkerung in Brandenburg altert, das trifft auch auf die Vertragsärzte zu. Im Jahr 2020 waren rund ein Drittel der Haus- und Fachärzte im ambulanten Bereich

60 Jahre und älter, dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen.

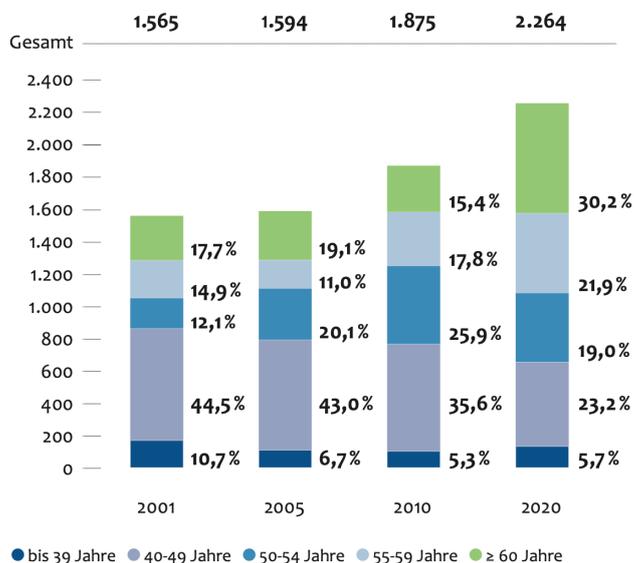
### Altersentwicklung Hausärzte

2001-2020



### Altersentwicklung Fachärzte

2001-2020



## Aktuelle Situation in Brandenburg

Stimmt die Relation von Ärzten und Patienten in einer Region mit der gesetzlichen Vorgabe überein, so beträgt der Versorgungsgrad genau 100 Prozent. Ab einem Versorgungsgrad von 75 Prozent (hausärztliche Versorgung) bzw. 50 Prozent (fachärztliche Versorgung inkl. Psychotherapie) besteht i.d.R. eine Unterversorgung. Eine Überversorgung wird im Allgemeinen ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ausgewiesen. Der Planungsbereich wird dann für Neuzulassungen gesperrt.

Planungsbereiche für die Arztgruppe der Hausärzte sind die 46 Mittelbereiche in Brandenburg nach der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Als allgemeine Verhältniszahl werden 1.609 Einwohner pro Arzt zugrunde gelegt. Diese wurden im Nachfolgenden aufgelistet und

entsprechend ihres derzeitigen hausärztlichen Versorgungsgrades eingeteilt. Die Einteilung erfolgte auf o.g. Parametern, wobei gilt

- dunkelgrün ab 110 % (Planungsbereich gesperrt, vollversorgt)
- Hellgrün 100-109 % (Planungsbereich offen, regelversorgt)
- Gelb 90-99 % (unterhalb der Regelversorgung)
- Orange 76-89 % (drohende Unterversorgung)
- Rot <75 % (Unterversorgung)

### Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass

- sich mit heutigem Stand 2 von 111 hausärztlichen Planungsbereichen (4,3 %) in Unterversorgung befinden, dies sind die Planungsbereiche Jüterbog und Schönefeld-Wildau,
- 21 der 46 Planungsbereiche als „drohend unterversorgt“ gelten können (45,6 %),
- sich nunmehr 11 von 46 hausärztlichen Planungsbereichen (23,9 %) innerhalb der Regelversorgung/Vollversorgung befinden.

### Erfolgreiche kommunale Initiativen

Im Mittelbereich Lübben (rd. 47.000 Einwohner) praktizieren derzeit 27 niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte. Innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre erreicht gut die Hälfte davon das Rentenalter. Damit droht absehbar ein Engpass. Bereits heute beläuft sich der Versorgungsgrad nunmehr auf 80,2 %, damit ist der Mittelbereich drohend unterversorgt.

Die Spreewaldstadt Lübben reagiert mit der Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums auf die Herausforderungen. Parallel unterstützt die Spreewaldkommune freiberuflich tätige Hausärzte und Zahnärzte über eine Förderrichtlinie mit bis zu 50.000 Euro bei einer Niederlassung, Übernahme oder Erweiterung einer Praxis in Lübben. Im Gegenzug binden sich die Ärzte mindestens fünf Jahre an die Kommune. Das hat nach Auskunft aus dem Rathaus bereits zu einer erfolgreichen Praxisübernahme geführt. Die Gründung des kommunalen MV schreitet indessen zügig voran. Die Trägergesellschaft wurde bereits gegründet, bis zur Zulassung und Inbetriebnahme muss die Bevölkerung jedoch noch bis Sommer 2024 warten.

Das kommunale MVZ in Lübben wäre damit das dritte seiner Art in Brandenburg. Daneben existieren das MVZ Gesundheitszentrum Baruth/Mark gGmbH (Landkreis Teltow-Fläming), welches die dortige Bevölkerung seit 1. Oktober 2021 versorgt, sowie seit 1992 das

Medizinische Einrichtung GmbH Blankenfelde-Mahlow (MVZ) in Blankenfelde-Mahlow.

### Die Mittelbereiche im Überblick

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad (%)	Planungsbereich für weitere Zulassungen...
Bad Belzig	45.562	32,8	103,4	offen
Bad Freienwalde	31.310	20,3	95,4	offen
Beeskow	39.478	25,3	86,6	offen
Bernau bei Berlin	112.066	63,3	85,6	offen
Brandenburg an der Havel	98.519	68,0	99,3	offen
Cottbus	128.398	89,0	98,9	offen
Eberswalde	79.787	47,0	82,6	offen
Eisenhüttenstadt	30.522	24,0	113,7	gesperrt
Elsterwerda - Bad Liebenwerda	34.643	29,5	112,3	gesperrt
Erkner	33.632	21,0	91,5	offen
Falkensee	90.104	58,5	104,0	offen
Finsterwalde	37.923	25,5	90,0	offen
Forst (Lausitz)	28.198	16,8	82,5	offen
Frankfurt (Oder)	87.899	55,3	86,3	offen
Fürstenwalde/Spree	55.300	30,5	79,9	offen
Guben	30.530	20,0	86,9	offen

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad (%)	Planungsbereich für weitere Zulassungen...
Hennigsdorf	51.297	32,5	95,2	offen
Herzberg (Elster)	28.336	19,5	92,2	offen
Jüterbog	27.842	12,0	63,3	offen
Königs Wusterhausen	74.243	47,0	91,9	offen
Kyritz	26.093	18,0	101,6	offen
Lauchhammer - Schwarzeiche	33.055	21,0	89,6	offen
Luckenwalde	37.533	28,75	110,2	gesperrt
Ludwigfelde	66.656	38,0	91,7	offen
Lübben	47.025	27,0	80,2	offen
Lübbenau	31.109	18,5	79,3	offen
Nauen	32.698	21,5	103,5	offen
Neuenhagen bei Berlin	68.019	36,75	81,6	offen
Neuruppin	58.597	41,25	103,2	offen
Oranienburg	138.879	90,5	97,8	offen
Perleberg - Wittenberge	48.273	31,75	86,4	offen
Potsdam	208.666	140,05	109,08	offen

Planungsbereich (Mittelbereich)	Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Gesamtzahl Ärzte	Versorgungsgrad (%)	Planungsbereich für weitere Zulassungen...
Prenzlau	36.875	23,0	85,7	offen
Pritzwalk - Wittstock	42.953	27,25	91,6	offen
Rathenow	46.532	24,0	75,3	offen
Schönefeld - Wildau	57.699	27,25	73,7	offen
Schwedt/Oder	54.773	34,0	83,8	offen
Seelow	31.472	18,75	87,7	offen
Senftenberg - Großräschen	44.099	28,5	88,2	offen
Spremberg	24.882	16,0	89,3	offen
Strausberg	63.291	41,0	96,9	offen
Teltow	64.241	43,5	108,0	offen
Templin	26.197	19,25	100,0	offen
Werder (Havel) - Beelitz	64.941	37,25	87,4	offen
Zehdenick - Gransee	28.375	16,25	81,2	offen
Zossen	44.617	23,75	82,8	offen

# Seminar-Termine 2024

Aktuelle Termine unserer Online-Seminare für kommunale Akteure rund um das Thema „Sicherstellung einer wohnortnahen und zukunftsfesten ärztlich-medizinischen Versorgung“ (jeweils 10:00 – 12:00 Uhr):

- 20.02.2024: „Gründung kommunaler MVZ“
- 27.02.2024: „Neue medizinische Versorgungsformen als Chance für Kommunen“
- 12.03.2024: „Gründung kommunaler MVZ“
- 19.03.2024: „Krankenhauslandschaft im Umbruch – Potenziale für eine strategische und sektorenübergreifende Weiterentwicklung“
- 25.04.2024: „Wie gründe und betreibe ich einen Gesundheitskiosk“
- 07.05.2024: „Neue medizinische Versorgungsformen als Chance für Kommunen“

Mehr Informationen unter [www.dostal-partner.de/events](http://www.dostal-partner.de/events)

---

---

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

**Redaktion** Luise Viktoria Ruß