

## Schwerpunkte:

**Happy Birthday! 20 Jahre  
Medizinische Versorgungszentren**  
Seite 4

**Das hausärztliche  
Genossenschaftsmodell**  
Seite 22

**Gesetzgeber plant deutliche  
Erleichterungen bei der  
Gründung kommunaler MVZ  
(GVSG)**  
Seite 7





## Vorwort



**Gabriele Dostal**  
Prokuristin und Bereichsleiterin  
Versorgungssicherheit und -forschung der dostal & partner management-beratung GmbH

Es kommt Bewegung in die Sache: Der aktuelle Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) behandelt vorrangig die Stärkung der Kommunen in der Gesundheitsversorgung. So heißt es im Referentenwurf hierzu auszugsweise:

„Mit dem Ziel, den Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu begegnen [...], sollen Primärversorgungszentren etabliert werden. Sie sollen als attraktive Beschäftigungsmöglichkeit für Hausärztinnen und Hausärzte auch die Bereitschaft zur Niederlassung in diesen Regionen steigern. [...] Mit dem Ziel, die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, wird die Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert. Auch hiermit wird eine im Koalitionsvertrag enthaltene Vereinbarung umgesetzt.“

Der Gesetzgeber macht damit deutlich, dass er die im ambulanten und stationären Gesundheitswesen stattfindende Transformation in seiner vollen Bedeutung für die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung erkannt hat. Die Möglichkeiten von Kommunen die medizinische Versorgung aktiv mitzugestalten, werden deutlich ausgeweitet. Darüber hinaus werden bestehende Hürden abgebaut.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Gabriele Dostal

## Inhalt

---

4	<b>Happy Birthday! 20 Jahre Medizinische Versorgungszentren</b>	16	<b>Dachverband der Betriebskrankenkassen sieht in Primärversorgungszentren die Zukunft</b>
7	<b>Gesetzgeber plant deutliche Erleichterungen bei der Gründung kommunaler MVZ (GVSG)</b>	18	<b>Ärztmangel in Niedersachsen</b>
10	<b>Welche Regionen in Bayern sind besonders vom Hausärztemangel betroffen?</b>	20	<b>Umfrageergebnisse: Fachkräftemangel und wirtschaftliche Gesamtsituation in MVZ</b>
14	<b>Regionales Gesundheitszentrum statt Krankenhaus</b>	21	<b>Unsere Erfolge</b>
		22	<b>Das hausärztliche Genossenschaftsmodell</b>
		24	<b>Impressum</b>

# Happy Birthday! 20 Jahre Medizinische Versorgungszentren



Bis in die 1990er Jahre hinein war die Einzelpraxis die absolut dominierende Praxisform. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen stieg nur langsam. Mit Beginn des neuen Jahrtausends wurde die Idee einer zentrenbasierten und fachübergreifenden ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik aufgegriffen. Bis zur Wiedervereinigung waren in der DDR sogenannte Polikliniken die überwiegende Organisationsform von niedergelassenen Fachärzten. Im November 2003 hielt diese Organisationsform schließlich in Form der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Einzug in das Sozialgesetzbuch. 2022 zählen wir über 4.300 MVZ und rd. 17.000 Gemeinschaftspraxen. Mit der Möglichkeit ihrer Gründung stieg die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren seit 2003 rasant. Mittlerweile sind sie fester Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, derzeit versorgen mehr als 25.000 Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren ihre Patienten.

Gründungsberechtigt sind zugelassene Ärzte, Plankrankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Seit 2015 können auch Kommunen – sprich Gemeinden, Städte und Landkreise – ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen. Darüber hinaus können MVZ seit 2015/2016 auch fachgleich betrieben werden.

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

Zusätzlich wurde mit dem GKV-VSG auch Kommunen die Möglichkeit gegeben, als Gründer und Betreiber von MVZ aufzutreten. Mit erkennbar steigender Tendenz nimmt die Anzahl solcher MVZ zu, die sich ganz oder teilweise in kommunaler Hand befinden. Schätzungsweise wird es im Jahr 2030 deutlich über 100 solcher kommunaler MVZ geben. Derzeit existieren 25 kommunale MVZ (kMVZ) mit rd. 54 Filialpraxen. Ernsthafte

Schätzungen müssen bundesweit von circa 50 derzeit in Planung befindlichen kMVZ ausgehen.

## Poliklinik damals, Medizinisches Versorgungszentrum heute

Das Modell der Poliklinik – heute noch vielen aus der ehemaligen DDR bekannt – war keine Erfindung sozialistischer Gesundheitspolitiker. Die Vorläufer dieser medizinischen Versorgungszentren gehen bereits auf den berühmten Arzt und Gelehrten Christoph Wilhelm Hufeland zurück, der 1810 in Berlin für die Eröffnung der ersten Poliklinik überhaupt gesorgt hatte. Dieses erste – wörtlich übersetzt – Stadt Krankenhaus wurde damals für mittellose Erkrankte gegründet. Das erste Stadt Krankenhaus gab es übrigens 1733 in Halle/Saale. Neben dem Begriff der Poliklinik tauchte gleichzeitig die Bezeichnung Ambulatorium, für eine Großpraxis verschiedener niedergelassener Fachärzte auf. Heute finden wir Polikliniken in erster Linie als Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen in Kliniken. Ambulatorien finden wir heutzutage überwiegend in Österreich und der Schweiz.

## Eine zentrenbasierte ambulante Versorgung

Die Poliklinik war in der DDR die ambulante Organisationsform par excellence. Sie diente zur flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Bereits 1950 existierten 132 Polikliniken und Betriebspolikliniken. Ziel war eine in Zentren organisierte gesamthafte ambulante-medizinische Versorgung. Die Freiberuflichkeit der Mediziner wurde eingeschränkt und nur als Übergangslösung geduldet. Das flächendeckende Netz der Polikliniken und Betriebspolikliniken sollte staatlich gelenkt und planbar

werden. Die freiberufliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit wurde zu Gunsten einer Anstellung in einer Poliklinik weitestgehend aufgegeben.

Diese Großpraxen hatten den Vorteil einer für den Patienten gebündelten medizinischen Versorgung. So praktizierten Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Augenärzte, Zahnärzte, Hautärzte, Orthopäden Tür an Tür. Die Patientenwege verkürzten sich und die Effizienz der Behandlung und Organisation stieg. So konnten teure medizinische Geräte gemeinsam angeschafft und genutzt werden. Durch vorhandene Labore oder Röntgeneinrichtungen innerhalb der Polikliniken wurden Doppeluntersuchungen vermieden. Zudem war der ärztliche Austausch unbürokratischer und schneller.

Nun aber zur tatsächlichen Klärung der Begrifflichkeit „Poliklinik“, zitiert aus dem DDR-Handbuch, hrsg. vom Bundesministerium für innerdeutsche Fragen, 2. Aufl., 1979, S. 475f.:

*„Im Zuge der Verstaatlichung des Gesundheitswesens sind seit 1947 Polikliniken und Ambulatorien in allen Land- und Stadtkreisen errichtet worden. Staatliche Arzt- und Zahnarztpraxen kamen von 1956 an hinzu. Nach jetzigen Normen soll eine Poliklinik mindestens 5 fachärztliche Abteilungen, 1 zahnärztliche Abteilung, Einrichtungen für die Physikalische Therapie und 1 Apotheke umfassen, 1 Ambulatorium, mindestens 2 fachärztliche Abteilungen (Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde) und 1 zahnärztliche Abteilung; Fachärzte weiterer Fachrichtungen aus der übergeordneten Poliklinik halten hier regelmäßige Sprechstunden. Der Versorgungsbereich des Ambulatoriums im territorialen System wird je nach Wohndichte durch staatliche Arztpraxen untergliedert. Staatliche Praxen sind überwiegend frühere Einzelpraxen niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in ländlichen Gebieten; vereinzelt sind Neubauten errichtet worden. Den Ambulatorien und staatlichen Arztpraxen sind regelmäßig Gemeindeschwesternstationen zugeordnet; nach Möglichkeit sind sie – ebenso wie die Hebammen – im gleichen Hause untergebracht.“*

Neben den Ambulatorien gab es an kleineren Krankenhäusern ländlicher Gebiete Ambulanzen, die direkt von den Krankenhausärzten versorgt wurden. Bestand Anfang 1977: 318 Polikliniken, 641 Stadt- und Landambulatorien, 1.058 Ambulanzen, 1.622 Staatliche Arzt- und 998 Zahnarztpraxen, sowie 5.146 zugeordnete Gemeindeschwesternstationen.

Darüber hinaus bestanden noch 1.213 private Arztpraxen. Danach heißt es auf S. 479 des DDR-Handbuches: „Ärzte und Zahnärzte sind in dem staatlichen Gesundheitswesen der DDR grundsätzlich im Angestelltenverhältnis tätig. Freiberuflich ‚in eigener Praxis tätige Ärzte.‘ (bzw. Zahnärzte) sind als Übergangerscheinungen begrenzter Dauer zu verstehen.“ Sowie auf S. 484: „[...] die Ärzte in eigener Niederlassung stellen ein Achtel der ambulant tätigen Ärzte, ihr Leistungsanteil dürfte aber über dem der übrigen liegen.“ Soweit zu den amtlich festgestellten und herausgegebenen Fakten von 1979.

### **Das Problem hieß Mangelwirtschaft**

Kritiker führen häufig sehr lange Wartezeiten und eine anonyme Behandlung bei den Polikliniken der DDR als Negativaspekte dieser Organisationsform an. Vor dem Hintergrund einer vorherrschenden Mangelwirtschaft

in der ehemaligen DDR zwar richtig, doch unabhängig von der ambulanten Organisationsform. Eine existierende Mangelmedizin hatte ihren Ursprung in der Knappheit wirtschaftlicher Ressourcen und war keine Folge der Wahl der Poliklinik als Praxisform. Dem gegenübergestellt fehlen der Bundesrepublik bereits heute absehbar mindestens 12.000 Allgemeinmediziner. Lange Wartezeiten und Annahmestopps für Patienten sind auch hier an der Tagesordnung, obwohl der vorherrschende Praxistyp hier zu Lande immer noch die Einzelpraxis ist. Ähnliche Kritikpunkte äußern Gegner sogenannter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Hierbei ist zu erwähnen, dass diese Praxisformen in nicht-städtischen Regionen in der Regel mit drei bis vier Ärzten mit teilweise unterschiedlicher Fachdisziplin arbeiten. Vom Patienten als bloße Nummer kann dabei keine Rede sein.

### **Ärztehaus statt Poliklinik**

Nach dem Fall der Mauer und dem Ende der DDR stellte sich die Frage nach der Struktur der ambulanten medizinischen Versorgung in Ostdeutschland. Eine Mehrheit der Ostdeutschen sprach sich Anfang der 1990er Jahre in Umfragen für den Erhalt der Polikliniken aus. Aber auch bundesdeutsche Politiker bekundeten Sympathien für die Großpraxen.

Mit dem DDR-„Gesetz zur Umstrukturierung des staatlichen ambulanten Gesundheitswesens, Veterinärwesens und Apothekenwesens“ vom 22. Juli 1990 wurden wichtige Voraussetzungen zur Überführung bisher staatlicher Einrichtungen in private Hände geschaffen. Auf dieser Basis konnten Ärzte und Zahnärzte einen Antrag stellen, um beispielsweise die bisher genutzten Räumlichkeiten der Gesundheitseinrichtungen aus dem Staatsbesitz zu übernehmen.

Am Ende der DDR existierten 1.650 Polikliniken und Landambulatorien. Ihnen wurde im Einigungsvertrag bis 1995 Bestandschutz gewährt. Nichtsdestotrotz wurde deutlich, dass zukünftig auch in den neuen Bundesländern der freiberuflich praktizierende Arzt Träger der ambulanten Versorgung werden sollte. Aus den Polikliniken wurden Ärztehäuser, bestehend aus mehreren räumlich und unternehmerisch getrennt voneinander arbeitenden Ärzten unter einem Dach. Ein knappes Jahrzehnt später wurden daraus die ersten Medizinischen Versorgungszentren. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) machte sich für den entsprechenden Gesetzesentwurf 2003 stark. „Viele Impulse für eine bessere medizinische Versorgung kommen aus dem Osten“, verkündete die Bundesministerin damals.

## **MVZ und die Herausforderungen in der ambulanten Versorgung**

Heute gibt es bundesweit bereits 4.300 Medizinische Versorgungszentren mit über 25.000 angestellten Ärzten. Ihr Anteil wird in den kommenden Jahren – vor allem auf dem Lande – zunehmen. Angesichts des Ärztemangels bieten sie die notwendige Organisationsform und Effizienz, die zur Behebung des Mediziner mangels erforderlich sind. Das Angestelltsein, die berufliche Flexibilität, sowie die Möglichkeit der Arbeit in Teilzeit sind – um nur drei Forderungen der ärztlichen Nachwuchsgeneration zu nennen – zunehmend entscheidende Kriterien bei der späteren Praxiswahl. Rund 63 Prozent der Ärzte in MVZ arbeiten in Teilzeit.

Medizinische Versorgungszentren sind notwendig, um eine flächendeckende, wohnortnahe und ambulante Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der steigenden Investitionssummen und den veränderten Vorstellungen von Work-Life-Balance der nachrückenden Mediziner-Generation Rechnung zu tragen. Die größte Herausforderung liegt hierbei in der zukunftsfesten Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Es herrscht dabei häufig Unklarheit darüber, was mit „ländlicher Raum“ gemeint ist. Grundsätzlich beginnt dieser bereits in den Außenbezirken von Ballungsgebieten wie Berlin oder München. Dort ist die demographische Entwicklung in doppelter Hinsicht eine Herausforderung. Zum einen werden die Patienten immer älter und damit morbider (und immobiler), zum anderen treten absehbar weniger junge Ärzte in die Versorgung ein. Darüber hinaus haben junge Ärzte oft neue Berufsvorstellungen.

## **MVZ – Eine Erfolgsgeschichte mit Gegenwind?**

In MVZ können sich seit 2003 auch Personen in der ambulanten Versorgung engagieren, die keine approbierten Ärzte sind. Dazu zählen auch private Investoren, Pensionsfonds oder Verwaltungen großer Vermögen, die zunächst ein Krankenhaus kaufen und über dieses „Vehikel“ dann ein MVZ gründen. Dies sind sog. Investoren-MVZ (iMVZ). Die aktuell geführte Debatte bzgl. der Regulierung solcher iMVZ muss vor diesem Hintergrund verstanden werden. Kritiker von iMVZ argumentieren, dass Investoren nur auf Gewinn aus sind, während Ärzte ausschließlich das Patientenwohl im Sinn haben. Kritiker und Befürworter führen dabei durchaus berechnete Argumente ins Feld. Jedoch darf nicht verkannt werden, dass in jedem Medizinischen Versorgungszentrum Ärzte die Patienten behandeln, unabhängig davon, wem das MVZ gehört. Diese Ärzte sind grundsätzlich weisungsunabhängig von jedem Eigentümer. Darüber hinaus ist die Unterscheidung zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Kapital irreführend. In jeder Praxis, ob

nun Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder MVZ, wird zunächst investiert. Jeder Investor, also auch der freiberufliche Arzt, der die Einzelpraxis oder das MVZ betreibt, möchte natürlich, dass sich seine Investition am Ende auszahlt. Statt auf die vermeintlich verschiedenen Motive und Vorgehensweisen verschiedener Investoren zu achten, sollte die Qualität der Versorgung für die Patienten im Mittelpunkt stehen. Gibt es also Unterschiede zwischen Einzelpraxen und MVZ oder zwischen MVZ, die Ärzten gehören oder Finanzinvestoren? Die bundesweit vorangetriebene Debatte über die Regulierung solcher iMVZ kann zudem die Frage aufwerfen, durch wen die benötigten Investitionen in Zukunft erfolgen sollen? An oberster Stelle der Gesundheitsökonomie sollte das Patientenwohl stehen.

Eine potenzielle Gefahr kann sich selbstverständlich ergeben, wenn es keine klare Grenze zwischen medizinischer Leitung und unternehmerischen Interessen gibt. An sich ist diese bereits jetzt gesetzlich vorgeschrieben. Die Einhaltung dieser gesetzlichen Vorgaben muss fortlaufend beobachtet werden. Gleiches gilt für die sogenannte Rosinenpickerei, also die Konzentration auf besonders lukrative medizinische Fälle. Im stationären Bereich existieren diese Herausforderungen bereits seit Jahrzehnten (Stichwort private Krankenhäuser). Aus diesen Erfahrungen sollte man für MVZ lernen. In einigen Fachdisziplinen wie der kapitalintensiven Labormedizin und der Radiologie ist besondere Aufmerksamkeit geboten, dass sich keine Monopole bilden. Aufgrund der Kapitalintensität erfolgt bereits heute der Großteil der ambulanten Versorgung in MVZ, die Bildung monopolartiger MVZ-Ketten in diesen Disziplinen sollte verhindert werden. Ein marktwirtschaftlicher Wettbewerb sollte immer gewährleistet werden, ebenso sollten die

Patienten stets Wahlmöglichkeiten haben.

Das Patientenwohl sollte im Mittelpunkt stehen. Dies bedeutet, dass der Fokus auf der Qualität der Behandlung nicht auf der Organisation oder Inhaberstruktur der Einrichtung liegen sollte. Hier ist die Datenlage leider sehr dürrig. Im Moment ist keine seriöse, empirisch belegbare Aussage möglich, ob es Qualitätsunterschiede bei der Versorgung zwischen Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen oder MVZ gibt, geschweige denn, ob es diese Unterschiede zwischen MVZ in Arzt- oder Investorenhand gibt.

### Ausblick

Mit dem 20. Geburtstag der Medizinischen Versorgungszentren tritt die Versorgungsform in ihr 3. Lebensjahrzehnt ein. Da der Markt noch relativ jung ist, sind Regulierungen und fortlaufende Anpassungen sicherlich grundsätzlich erstrebenswert und erforderlich. MVZ sind notwendig, um in Zukunft eine flächendeckende, ambulante ärztliche Versorgung in Anbetracht der demographischen Entwicklung, der steigenden Kapitalintensität

in zahlreichen Fachdisziplinen und den veränderten Berufsvorstellungen junger Mediziner Rechnung zu tragen. Anders als in der ehemaligen DDR werden die MVZ sicherlich nicht die einzige ambulante Berufsausübungsform werden. Freiberuflicher Unternehmergeist existiert ebenso unter den jüngeren Medizinnern. Die hohen Investitionen, die bürokratischen Hürden im Praxisalltag sowie das unternehmerische Risiko werden sicherlich weiterhin dazu führen, dass der Anteil der MVZ an der ambulanten Versorgung in den kommenden Jahren stetig steigen wird.

---

## Gesetzgeber plant deutliche Erleichterungen bei der Gründung kommunaler MVZ (GVSG)



### Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

*„Mit dem Ziel, den Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu begegnen und den besonderen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, sollen Primärversorgungszentren etabliert werden. Sie sollen als attraktive Beschäftigungsmöglichkeit für Hausärztinnen und Hausärzte auch die Bereitschaft zur Niederlassung in diesen Regionen steigern. [...] Mit dem Ziel, die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, wird die*

*Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert. Auch hiermit wird eine im Koalitionsvertrag enthaltene Vereinbarung umgesetzt.“*

So heißt es im aktuellen Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), welches in den kommenden Wochen verabschiedet werden soll. Der Gesetzgeber macht damit deutlich, dass er die im ambulanten und stationären Gesundheitswesen stattfindende Transformation in seiner vollen Bedeutung für die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung erkannt hat. Nach der gesetzlichen Neuerung im Jahr 2015, wonach Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) auftreten durften, sollen nunmehr die Möglichkeiten von Kommunen sich an der Versorgung zu beteiligen ausgeweitet werden, darüber hinaus werden Hürden deutlich abgebaut.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Neuerungen für kommunale Akteure vorgestellt werden. Gabriele Dostal, als Leiterin unseres Projektteams Versorgungsforschung und -sicherheit hierzu im Interview.

**Frau Dostal, können die Gesetzespläne in Bezug auf die Primärversorgungszentren dazu beitragen, dass Kommunen eher als bei (kommunalen) MVZ in die ambulante Gesundheitsversorgung mit einsteigen?**

Wir haben es mit MVZ und PVZ von Seiten der Kommunen mit deutlich anderen Akteursgruppen zu tun. Kommunale MVZ (von Gemeinden und Städten, nicht von Kreiskrankenhäusern) fokussieren ausdrücklich die wohnortnahe (haus-)ärztliche Versorgung. Dies fordern der „Siebte Altenbericht“ mit einer möglichst wohnortnahen hausärztlichen Primärversorgung (BMFSFJ, 7-Altenbericht, Drucksache 18/10210, 02.11.2016, S. 167) und auch das Kommunalrecht des jeweiligen Bundeslandes. Darum wundert es auch nicht, dass nur sechs der Ende 2022 bestehenden 24 kommunalen MVZ in Gemeinden über 10.000 Einwohnern lagen.

Primärversorgungszentren sprechen neben der hausgrundsätzlich auch die fachärztliche Versorgung an. § 73a SGB V (neu durch GVSG) dient dabei als Rechtsgrundlage für die Errichtung von PVZ: „[...] In Primärversorgungszentren wird Versicherten neben der regulären hausärztlichen Versorgung [...] ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot zur Verfügung gestellt, das durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist.“

D.h. hier haben wir es mit komplexen Einheiten zu tun, die deutlich über die wohnortnahe hausärztliche Grundversorgung hinausgehen. Die ersten geförderten PVZ in Baden-Württemberg werden z.B. in Regionen auf den Weg gebracht, in denen Krankenhäuser geschlossen werden. Als Folge werden wir eine deutliche Splitting im Markt erleben:

Kleine Kommunen werden sich weiterhin eher auf das Thema MVZ konzentrieren. Durch das deutliche (indirekte) Benennen der Zuständigkeit/Verantwortung der Kommune wird hier eine der Hürden („keine Pflichtaufgabe“) fallen bzw. deutlich „abgemildert“ werden. Die Deckelung der Sicherheitsleistungen (und damit das Vermeiden der teuren Bankbürgschaft durch die jährliche Bereitstellungsgebühr) gibt den Kommunen die Möglichkeit, hier selbst als Bürge aufzutreten. Die Entkoppelung der Leistungen aus dem Strukturfonds von der bestehenden oder drohenden Unterversorgung hilft vielen kleinen Kommunen, die in ungünstig geschnittenen Mittelbereichen mit starken Zentren liegen. Diese können damit die notwendigen finanziellen und inhaltlichen Förderungen abschöpfen. In Bezug auf kommunale MVZ ist bereits aktuell eine deutlich steigende

Dynamik zu erkennen, diese wird durch das GVSG weiter zunehmen. Im Gesetzesentwurf heißt es hierzu:

*„Die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen wird erleichtert. Der Gesetzesentwurf sieht hierfür für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.“*

Primärversorgungszentren wären auf Grund ihrer Komplexität nahezu eine Überforderung. Die Darstellung eines PVZ aus dem Förderprogramm des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg zeigt diese Komplexität auf. Wir sehen am Beispiel des Gesundheitskiosk Billstedt-Horn, wie lange es dauert ein inhaltlich kooperierendes deutlich kleineres Netzwerk aufzubauen. Hier können sich aufgrund des hohen Erfüllungsaufwands (Personal, Kompetenzen, Kosten) eher mittelgroße bis große Kommunen oder interkommunale Kooperationen auf den Weg machen, gerade in den angeführten ländlichen und/oder strukturschwachen Gebieten. Daher spannt z.B. auch der o.g. Förderaufruf jeweils Landkreise und Gemeinden zusammen.

Da der Referentenentwurf die Errichtung eines PVZ allerdings abhängig macht von einer bestehenden oder drohenden hausärztlichen Unterversorgung, schränkt dies die Zahl der potenziellen Akteure wieder ein.

**Was wäre aus Ihrer Sicht bei der Regelung der Primärversorgungszentren noch wünschenswert?**

Der Referentenentwurf führt selber an: *„Durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen, die in den Primärversorgungszentren erbracht werden, können der GKV Mehrausgaben entstehen.“*

Dabei fehlt der ebenfalls im Entwurf genannte Einbezug der fachärztlichen Versorgung: *„Indem Primärversorgungszentren mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten sowie weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern kooperieren, wird eine effektive Versorgungssteuerung, sowie eine zeitgerechte, den medizinischen Notwendigkeiten entsprechende Behandlung ermöglicht.“*

Der entscheidende Faktor für eine professionelle, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsversorgung in einem PVZ ist die Entkoppelung der unterschiedlichen Honorierungen (stationär, ambulant, ärztlich, nicht-



ärztlich in der Praxis / in Einrichtungen oder aufsuchend, therapeutisch und pflegerisch). Alle gerade genannten Einrichtungen sind hinsichtlich Dokumentation, Bürokratie und Abrechnungsmodalitäten an der Obergrenze. Dies schränkt das Interesse an einer Kooperation mit anderen deutlich ein.

***Wie sieht es mit rechtlichen Hindernissen aus, die noch beseitigt werden müssten, etwa in Bezug auf die soeben angesprochenen Kooperationen im Rahmen von PVZ?***

Die im obigen Absatz angesprochenen Aspekte wären in einem ersten Schritt bereits vollkommen ausreichend. Gute Beispiele von aktuell möglichen Kooperationen, die aus den lokalen Bedarfen heraus entstehen, sind die Regionalen Versorgungszentren (RVZ) in Niedersachsen. Diese entstehen als Förderprojekte des Landes Niedersachsen in Kombination zwischen Landkreis und Gemeinde. Die RVZ kombinieren in kleinerem Umfang frei nach lokalem Bedarf ein hausärztliches kommunales MVZ, therapeutische, pflegerische und sonstige Gesundheitsleistungen mit sozialen Leistungen. Hierfür sind alle notwendigen Regelungen bereits vorhanden. Selbst Lotsung und Casemanagement und sogar fachärztliche Leistungen können einbezogen werden.

***Was sind die Hauptgründe, warum bisher wenige Kommunen in der ambulanten Gesundheitsversorgung aktiv sind?***

Die Regularien der Gesundheitsversorgung sind höchst komplex und unterscheiden sich von denen der anderen Märkte nahezu vollständig. Daher zögern viele Kommunen sich auf ein Gebiet einzulassen, von dem

sie wissen, dass sie nur geringe Kenntnisse haben. Zudem steht die ärztliche Versorgung (noch) nicht im Pflichtenheft der Kommunen. Dies wird sich sicherlich durch das neue Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz ändern.

Gerade in kleineren Gemeinden kommen Bedenken auf hinsichtlich der (finanziellen) Förderung eines Arztes, wenn man z.B. den Gewerbebetrieb XY nicht fördert. Kommunalrechtlich ist eine privatwirtschaftliche Initiative der Kommune – in diesem Falle ein MVZ – nur dann möglich, wenn ein Marktversagen vorliegt. Hier geben die Kassenärztlichen Vereinigungen zwar Auskunft. Oftmals liegt jedoch die Gemeinde in einem Planungsgebiet, das vom Versorgungsgrad her voll oder gut versorgt ist. Hier fällt es der KV verständlicherweise schwer ein Marktversagen zu bestätigen, zumal man auch älteren Ärztinnen und Ärzten nicht per se unterstellen darf, dass sie sich in den nächsten zwei bis drei Jahren zurückziehen werden. – Die oben angesprochene Möglichkeit auf den Strukturfonds auch dann zurückgreifen zu können, wenn keine Unterversorgung gegeben ist, wird hier eindeutig „befreiend“ wirken.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, meiner Einschätzung nach, als deutlicher Treiber fungieren werden, zumal bedeutende Hürden bei der Gründung von kommunalen medizinischen Versorgungsformen abgebaut werden.

# Welche Regionen in Bayern sind besonders vom Hausärztemangel betroffen?

Knapp jeder dritte Mittelbereich in Zukunft von Unterversorgung bedroht



Die Planungsregionen der hausärztlichen Bedarfsplanung heißen Mittelbereiche. Diese sind selten mit den Landkreisen oder kreisfreien Städten identisch. So findet die hausärztliche Bedarfsplanung in Bayern derzeit in 204 Mittelbereichen statt – die Zahl der Landkreise und kreisfreien Städten liegt hingegen bei 96. Innerhalb dieser Mittelbereiche können sich Hausärztinnen und Hausärzte an jedem beliebigen Ort niederlassen. Hier hat die Kassenärztliche Vereinigung keine Steuerungsmöglichkeit. Eine Tendenz zur Niederlassung in Ballungsgebieten im jeweiligen Mittelbereich ist seit Jahren dabei unverkennbar.

Von den 204 in Bayern existierenden Mittelbereichen sind 60 als unterversorgt oder drohend unterversorgt zu bezeichnen. Dies entspricht nahezu jedem dritten Mittelbereich.

## Herausforderung Demografie

Im Durchschnitt ist ein niedergelassener Hausarzt in Bayern 55,2 Jahre alt, etwas mehr als ein Drittel (35,7%) der Hausärzte ist 60 Jahre oder älter und steht damit kurz vor dem Ruhestand. 750 Hausärzte (dies entspricht rd. 8% aller in Bayern niedergelassenen Allgemeinmediziner) praktizieren derweil über ihr 65. Lebensjahr hinaus. Den nachrückenden Mediziner Nachwuchs zieht es vor allem in städtische Regionen und in Angestelltenverhältnisse – und dabei vorwiegend in Teilzeit. Durchschnittlich geben Hausärzte mit 65 Jahren ihre Praxis auf. Der Ärztemangel wird folglich in den kommenden drei bis fünf Jahren deutlich an Brisanz gewinnen, sobald die letzten Ärzte der sog. Baby-Boomer-Generation (Geburtsjahrgänge bis einschl. 1964) sich zur Ruhe setzen werden. Bis zum Jahr 2030 werden in Bayern dann schätzungsweise rd. 1.200 Hausarztsitze unbesetzt sein. In Deutschland werden es zu diesem Zeitpunkt dann etwa 10.000 nicht nachbesetzbare

Hausarztsitze sein. Bis zum Jahr 2035 wird diese Zahl Studien zu Folge nochmals auf bis zu 12.000 steigen. In Bayern fehlen mit Stand heute bereits 443 Hausärzte (Vollzeitäquivalente) in der Versorgung.

## Wo in Bayern ist der Hausärztemangel besonders akut?

### Oberbayern

In Oberbayern sind 3.423 Hausärztinnen und Hausärzte auf 3.056,95 Hausarztsitzen niedergelassen. Dies entspricht in etwa einem Drittel aller in Bayern vorhandener Hausarztsitze (35,5%). Der Anteil der Hausärzte über 60 Jahre liegt hier mit 34,5 % leicht unter dem bayrischen Durchschnitt von 35,7 %.

Ein Hausarztsitz entspricht einem vollen Versorgungsauftrag, vergleichbar einer Vollzeitstelle. Gibt es mehr Ärzte als Arztsitze, deutet dies darauf hin, dass sich zahlreiche Ärzte einen Arztsitz „teilen“, d.h. in Teilzeit niedergelassen bzw. angestellt sind. Auch die Ausübung einer hausärztlichen Vertragsarztstätigkeit auf 0,25 Arztsitzen ist möglich und über Teilzeitmodelle bei angestellten Ärzten und Ärztinnen üblich.

Der starke Trend zu Teilzeitmodellen im ärztlichen Bereich hat zur Folge, dass es in Bayern zwar seit Jahren immer mehr Allgemeinmediziner gibt, die der Versorgung zur Verfügung stehenden Behandlungszeiten jedoch konstant bleiben. So bedarf es nahezu zwei Nachwuchsmediziner, um den Wegfall eines älteren Arztes zu kompensieren. Dies erklärt das in Bayern und Deutschland stattfindende Paradoxon, dass der Ärztemangel trotz steigender Anzahl an Mediziner stetig zunimmt.

Nachfolgend sind oberbayerische Planungsbereiche aufgeführt, welche bereits (drohend) unterversorgt sind bzw. dies in absehbarer Zeit sein werden. Gleichzeitig werden Mittelbereiche dargestellt, welche noch eine ausreichende hausärztliche Versorgung aufweisen, aber aufgrund ihrer signifikant ungünstigen Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte in den kommenden Jahren in die Unterversorgung abrutschen werden.

Der hausärztliche Versorgungsgrad wird hierbei in Prozent angegeben. Die Prozentangaben sind wie folgt zu verstehen:

- Unter 75 %: Unterversorgung. KV-Förderungen möglich.
- 76 – ca. 85 %: drohende Unterversorgung, hierbei wird auch das Alter der Vertragsärzte im Mittelbereich betrachtet. KV-Förderungen möglich.
- 110 %: Regelversorgung
- 110 -139 %: Überversorgung, keine Neuzulassungen möglich, allerdings sind Nachbesetzungen von bestehenden Arztsitzen möglich
- Ab 140 %: Überversorgung, gesperrt auch für Nachbesetzungen, es sei denn die Altersstruktur der Vertragsärzte ist so hoch, dass relativ kurzfristig mit Praxisschließungen zu rechnen ist.

Die oberbayerischen Mittelbereiche Eichstätt, Erding-Nord, Ingolstadt-Süd und Moosburg a.d.Isar sind drohend unterversorgt. In den kommenden drei bis fünf Jahren dürften alle vier Mittelbereiche in die hausärztliche Unterversorgung fallen. Der Mittelbereich Mühldorf am Inn wird bereits als unterversorgt ausgewiesen. Hier scheint es seit der Veröffentlichung der aktuellsten Zahlen im Dezember 2022 bereits weitere Praxisschließungen gegeben zu haben.

Der Mittelbereich Waldkraiburg wurde als Beispiel eines sich noch in der Regelversorgung befindlichen Planungsbereiches gewählt, welcher aber aufgrund einer sehr ungünstigen Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte (53,8 % über 60 Jahre) ebenfalls absehbar in die drohende Unterversorgung abrutschen wird.

Mittelbereiche Oberbayern	hausärztlicher Versorgungsgrad	Hausärzte über 60 Jahre	freie Hausarztsitze
Eichstätt	85,46 %	35 %	5,50
Erding-Nord	87,74 %	46,7 %	7
Ingolstadt-Süd	84,59 %	34,2 %	11
Moosburg a.d.Isar	76,88 %	33,3 %	6,5
Mühldorf am Inn	80,44 %	46,2 %	13,50
Waldkraiburg	112,55 %	53,8 %	k.A.

Quelle: KVB, Versorgungsatlas Hausärzte Januar 2023, eigene Darstellung

## Oberfranken

In Oberfranken sind 722 Hausärztinnen und Hausärzte auf 678,25 Hausarztsitzen niedergelassen. Dies entspricht in etwa 7,9 % aller in Bayern vorhandener Hausarztsitze. Der Anteil der Hausärzte über 60 Jahre liegt hier mit 41,1 % deutlich über dem bayerischen Durchschnitt von 35,7 %.

Deutlich schlechter steht es um die hausärztliche Versorgung im Regierungsbezirk Oberfranken. Knapp jeder zweite hausärztliche Mittelbereich (47,8 %) ist (drohend) unterversorgt. Die Versorgungsgrade der Mittelbereiche Kronach-Nord (88,30 %) und Kronach-Süd (83,93 %), Neustadt b.Coburg (89,77 %) sowie Wunsiedel/Marktredwitz (80,99 %) sind hierbei besonders hervorzuheben. Die hausärztliche Versorgung in diesen Mittelbereichen ist bereits deutlich ausgedünnt, die Zuruhesetzungswelle der älteren Ärztegeneration steht jedoch noch bevor, der hohe Anteil an Hausärzten über 60 Jahren in diesen Gebieten verdeutlicht dies. Der Mittelbereich Naila ist mit einem Anteil von 65,4 % der niedergelassenen Hausärzte über 60 Jahre ebenfalls bemerkenswert.

Mittelbereiche Oberfranken	hausärztlicher Versorgungsgrad	Hausärzte über 60 Jahre	freie Hausarztsitze
Burgebrach	85,22 %	30 %	5
Coburg	81,52 %	40 %	21,5
Hallstadt	86,19 %	37 %	7,5
Himmelkron	107,26 %	50 %	1
Hirschaid	90,51 %	42,9 %	4,5
Hof	102,79 %	46 %	4,5
Hollfeld	93,29 %	18,8 %	3
Kronach-Nord	88,30 %	53,3 %	4
Kronach-Süd	83,93 %	59,3 %	8
Münchberg	92,10 %	47,8 %	4
Naila	117,95 %	65,4 %	k.A.
Neustadt b. Coburg	89,77 %	45,5 %	2,5
Pegnitz	101,02 %	50 %	2,5
Speichersdorf	79,79 %	37,5 %	3,5
Wunsiedel/Marktredwitz	80,99 %	50 %	10,5

Quelle: KVB, Versorgungsatlas Hausärzte Januar 2023, eigene Darstellung

## Mittelfranken

In Mittelfranken sind 1.316 Hausärztinnen und Hausärzte auf 1.214,90 Hausarztsitzen niedergelassen. Dies entspricht in etwa 14,1 % aller in Bayern vorhandener Hausarztsitze. Der Anteil der Hausärzte über 60 Jahre liegt hier mit 33,1 % unter dem bayerischen Durchschnitt von 35,7 %.

In Mittelfranken weist die Kassenärztliche Vereinigung Bayern bereits zwei Mittelbereiche als unterversorgt aus, Ansbach-Nord mit 72,92 % und Wassertrüdingen mit 74,26 %. Bad Windsheim (Vers.grad.: 95,11 % bei 50 % über 60 Jahre), Dinkelsbühl (Vers.grad.: 79,75 % bei 46,7 % über 60 Jahre) und Feuchtwangen (Vers.grad.: 81,28 % bei 53,8 % über 60 Jahre) dürften in den kommenden Jahren ebenfalls als unterversorgt eingestuft werden. 30,7 % der Mittelbereiche in Mittelfranken sind demnach von Unterversorgung bedroht bzw. unterversorgt.

Mittelbereiche Mittelfranken	hausärztlicher Versorgungsgrad	Hausärzte über 60 Jahre	freie Hausarztsitze
Ansbach-Nord	72,92 %	41,7 %	6
Ansbach-Süd	96,24 %	33,3 %	9,5
Bad Windsheim	95,11 %	50 %	2,5
Dinkelsbühl	79,75 %	46,7 %	6
Feuchtwangen	81,28 %	53,8 %	4,5
Rothenburg ob der Tauber	95,14 %	33,3 %	3
Uffenheim	96,42 %	33,3 %	1,5
Wassertrüdingen	74,26 %	55,6 %	4

Quelle: KVB, Versorgungsatlas Hausärzte Januar 2023, eigene Darstellung

## Unterfranken

In Unterfranken sind 938 Hausärztinnen und Hausärzte auf 863,15 Hausarztsitzen niedergelassen. Dies entspricht 10 % aller in Bayern vorhandener Hausarztsitze. Der Anteil der Hausärzte über 60 Jahre liegt hier mit 39,3 % deutlich über dem bayerischen Durchschnitt von 35,7 %.

Generell ist es um die flächendeckende hausärztliche Versorgung in Franken nicht gut bestellt. So sind im Regierungsbezirk Unterfranken elf Mittelbereiche drohend unterversorgt. Dies entspricht rd. 41 % des Versorgungsgebietes. Bad Brückenau und Gerolzhofen können in Bezug auf den Versorgungsgrad und die Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte als am meisten problematisch und herausfordernd bezeichnet werden.

Die Mittelbereiche Bad Kissingen (60,5 % über 60 Jahre), Mellrichstadt (60 % über 60 Jahre) und Schweinfurt Süd (51,3 % über 60 Jahre) sind aufgrund der ungünstigen Altersstruktur unter den Hausärzten ebenso erwähnenswert.

Mittelbereiche Unterfranken	hausärztlicher Versorgungsgrad	Hausärzte über 60 Jahre	freie Hausarztsitze
Aschaffenburg Stadt	96,71 %	36,4 %	8
Bad Brückenau	88,94 %	50 %	4
Bad Kissingen	104,33 %	60,5 %	2
Bad Königshofen i. Grabfeld	94,50 %	45,5 %	2
Bad Neustadt a.d.Saale	93,57 %	51,7 %	5
Gemünden am Main	96,70 %	50 %	2
Gerolzhofen	87,37 %	50 %	2,5
Haßfurt	87,82 %	44,1 %	8
Lohr am Main	82,41 %	37,5 %	5,5
Mellrichstadt	116,77 %	60 %	k.A.
Miltenberg	91,63 %	48,5 %	6
Schweinfurt Nord	80,37 %	26,9 %	8,5
Schweinfurt Süd	100,94 %	51,3 %	3,5
Würzburg West	89,11 %	37,8 %	8,5

Quelle: KVB, Versorgungsatlas Hausärzte Januar 2023, eigene Darstellung

## Oberpfalz

In der Oberpfalz sind 804 Hausärztinnen und Hausärzte auf 758,25 Hausarztsitzen niedergelassen. Dies entspricht 8,8 % aller in Bayern vorhandener Hausarztsitze. Der Anteil der Hausärzte über 60 Jahre liegt hier

mit 33,3 % etwas unter dem bayerischen Durchschnitt von 35,7 %.

Lediglich rd. 17 % des Versorgungsgebietes gilt als (drohend) unterversorgt. Der Mittelbereich Tirschenreuth ist in Bezug auf die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung mit einem Versorgungsgrad von 82,50 % sowie einem Anteil der Hausärzte über 60 Jahre von nahezu 50 % als Schlusslicht in der Oberpfalz zu bezeichnen. Hier dürfte die Nachbesetzungsproblematik vor dem Hintergrund einer bereits sehr ausgedünnten Versorgung den Ärztemangel akut verschärfen. Im Mittelbereich Waldsassen (Vers.grad.: 97,34 %) sind 60 % der niedergelassenen Hausärzte über 60 Jahre alt. Ein massiver Wegfall der hausärztlichen Versorgung in der Fläche ist hier lediglich eine Frage der Zeit.

Mittelbereiche Oberpfalz	hausärztlicher Versorgungsgrad	Hausärzte über 60 Jahre	freie Hausarztsitze
Cham	106,11 %	43,8 %	1,5
Neumarkt i.d. Oberpfalz	99,34 %	39,7 %	7
Tirschenreuth	82,50 %	45,8 %	6,5
Vilseck	88,38 %	33,3 %	3,5
Waldsassen	97,34 %	60 %	1

Quelle: KVB, Versorgungsatlas Hausärzte Januar 2023, eigene Darstellung

## Niederbayern

In Niederbayern sind 875 Hausärztinnen und Hausärzte auf 812,60 Hausarztsitzen niedergelassen. Dies entspricht 9,4 % aller in Bayern vorhandener Hausarztsitze. Der Anteil der Hausärzte über 60 Jahre liegt hier mit 39,3 % deutlich über dem bayerischen Durchschnitt von 35,7 %.

Aufgrund seines ländlicheren Charakters ist die hausärztliche Versorgung in Niederbayern im Vergleich zum benachbarten Oberbayern deutlich schlechter. Insgesamt zehn Mittelbereiche gelten als drohend unterversorgt bzw. unterversorgt (Mittelbereich Simbach am Inn), dies entspricht einem Drittel. Vor allem die Altersstruktur verweist darauf, dass die „Spitze des Eisberges“ in Bezug auf die Zurrhesetzungswelle noch nicht erreicht wurde. Im Mittelbereich Vilsbiburg sind unglaubliche vier von fünf niedergelassenen Hausärzten bereits über 60 Jahre alt, und dies bei einem nur noch verbliebenen Versorgungsgrad von 97,72 %. Doch auch in den Mittelbereichen Deggendorf (Vers.grad.: 88,22 % bei 45,2 % über 60 Jahre), Huthurm (Vers.grad.: 111,73 % bei 48,1 % über 60 Jahre), Landau a.d.Isar (Vers.grad.: 93,37 % bei 50 % über 60 Jahre), Regen (Vers.grad.: 121,97 % bei 55,6 % über 60 Jahre), Viechtach (Vers.grad.: 92,93 % bei 44,4 % über 60 Jahre) und Vilshofen (Vers.grad.: 100,71 % bei 48,6 % über 60 Jahre) ist die flächendeckende und wohnortnahe hausärztliche Versorgung absehbar gefährdet.

Mittelbereiche Niederbayern	hausärztlicher Versorgungsgrad	Hausärzte über 60 Jahre	freie Hausarztsitze
Deggendorf	88,22 %	45,2 %	7
Dingolfing	95,18 %	25 %	5,5
Eggenfelden Nord	89,99 %	41,7 %	3
Essenbach	104,58 %	40 %	2
Freyung	100,11 %	36,4 %	3,5
Geisenhausen	97,52 %	25,9 %	3,5
Hengersberg	80,98 %	25 %	5,5
Hutthurm	111,73 %	48,1 %	k.A.
Landau a.d.Isar	93,37 %	50 %	4
Mainburg	94,11 %	31,3 %	3
Osterhofen	108,86 %	41,9 %	1
Regen	121,97 %	55,6 %	k.A.
Simbach am Inn	79,97 %	33,3 %	5
Viechtach	92,93 %	44,4 %	3,5
Vilsbiburg	97,72 %	81,8 %	2,5
Vilshofen	100,71 %	48,6 %	3,5

Quelle: KVB, Versorgungsatlas Hausärzte Januar 2023, eigene Darstellung

## Schwaben

In Schwaben sind 1.309 Hausärztinnen und Hausärzte auf 1.220,70 Hausarztsitzen niedergelassen. Dies entspricht 14,2 % aller in Bayern vorhandener Hausarztsitze. Der Anteil der Hausärzte über 60 Jahre entspricht mit 35,1 % etwa dem bayerischen Durchschnitt von 35,7 %.

Mittelbereiche Schwaben	hausärztlicher Versorgungsgrad	Hausärzte über 60 Jahre	freie Hausarztsitze
Dinkelscherben	94,22 %	37,5 %	4
Donauwörth Nord	79,34 %	46,7 %	6
Krumbach (Schwaben)	97,32 %	41,7 %	3,5
Lauingen	86,97 %	42,9 %	5,5
Leipheim/Günzburg	101,42 %	45,5 %	4,5
Lindenberg (Allgäu)	94,36 %	40 %	4
Memmingen Nord	94,91 %	26,3 %	3
Memmingen Süd	87,68 %	33,3 %	12,5
Mering	91,35 %	40 %	4
Mindelheim	92,23 %	30,4 %	4
Nördlingen	90,84 %	39,1 %	4,5
Oettingen	78,70 %	36,4 %	4

Quelle: KVB, Versorgungsatlas Hausärzte Januar 2023, eigene Darstellung

Insgesamt sind elf Mittelbereiche in Schwaben (drohend) unterversorgt (entspricht 38 % des Versorgungsgebietes). In erster Linie sind hier vor allem die Mittelbereiche Donauwörth Nord mit einem Versorgungsgrad

von 79,34 % und einem Anteil der Hausärzte über 60 Jahre von 46,7 %, der Mittelbereich Lauingen (86,97 % bzw. 42,9 %) sowie der Mittelbereich Oettingen (78,7 % bzw. 36,4 %) erwähnenswert.

Der Mittelbereich Leipheim/Günzburg liegt mit 101,42 % zwar noch nahe der Regelversorgung, ist aber aufgrund der Altersstruktur (45,5 % über 60 Jahre) langfristig gefährdet ebenfalls in die drohende Unterversorgung zu fallen.

## Fazit

Es sei angemerkt, dass der hausärztliche Versorgungsgrad lediglich das Verhältnis der Hausärzte in Verbindung mit der Bevölkerungszahl widerspiegelt. Er gibt jedoch keine Aussage über deren Verteilung im Mittelbereich. So ist trotz eines hohen Versorgungsgrades eine Konzentration der hausärztlichen Versorgung auf bestimmte Ballungsgebiete in einem Mittelbereich nicht selten. Gleichzeitig herrscht so bei einer theoretischen Regelversorgung, ein de facto Mangel an ärztlicher Grundversorgung in der Fläche.

Kommunen, welche eine zukunftsfeste wohnortnahe hausärztliche Grundversorgung anstreben, haben mittlerweile eine Vielzahl kommunaler Versorgungsmodelle zur Auswahl (z.B. MVZ in kommunaler Trägerschaft, kurz: kMVZ) und erfahren zunehmend Unterstützung seitens der Bundes- bzw. Landespolitik sowie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunalaufsichten. Präzedenzfälle aus den vergangenen Jahren schaffen darüber hinaus Sicherheit im Umgang mit MVZ-Gründungen von Kommunen. Der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek gibt gründungswilligen bayerischen Kommunen Rückendeckung und formulierte erst kürzlich im Rahmen einer Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege: „Klar ist: Wir begrüßen kommunale MVZ ausdrücklich“.

# Regionales Gesundheitszentrum statt Krankenhaus

In Anklam-Bersenbrück (Lk. Osnabrück) hat Anfang April 2023 Niedersachsens erstes Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) eröffnet. Es ersetzt das kürzlich geschlossene örtliche Marienhospital.

## Was ist ein RGZ?

Das niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung definiert es wie folgt: „Regionale Gesundheitszentren sollen eine neue Form der medizinischen Versorgung ermöglichen. Ein RGZ kann die lokale Gesundheitsversorgung sicherstellen, wenn ein Krankenhaus nicht oder nicht mehr besteht. Das bietet gerade für ländliche Regionen neue Chancen.“



Dort werden verschiedene Komponenten der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung zentralisiert und stehen den Bürgerinnen und Bürgern an einem Standort zur Verfügung. Patientinnen und Patienten können hier von einem Facharzt ambulant behandelt werden. Sofern es medizinisch notwendig ist, können Patientinnen und Patienten über Nacht bzw. für einige Tage stationär versorgt werden. Auch kleine Operationen wie z. B. ein einfacher Armbruch oder eine Blinddarmentzündung könnten dort versorgt werden. Durch Erweiterung von Angeboten beispielsweise im Bereich der Kurzzeitpflege, Physiotherapie oder Integration einer Sozialstation kann auf die Bedarfe in bestimmten Regionen – etwa mit älterer Bevölkerung – individuell eingegangen werden. Das hängt immer von den Gegebenheiten und den individuellen Standortfaktoren ab. Ziel ist es, jeweils maßgeschneiderte Lösungen zu entwickeln. Mit den Regionalen Gesundheitszentren wird ein Angebot geschaffen, das die Patientinnen und Patienten aus einer Hand sektorenübergreifend versorgt und damit Vorteile gegenüber einer rein stationären Versorgung bietet.“ Der Versorgungsansatz gleicht dem der Primärversorgungszentren in Baden-Württemberg.

## Regionales Gesundheitszentrum in Anklam

Das Regionale Gesundheitszentrum (RGZ) ist „ein wohnortnahes und gleichzeitig qualitativ hochwertiges Zentrum modernster medizinischer Grundversorgung“, kommentierte Andreas Philippi (SPD), Niedersachsens Gesundheitsminister, die Eröffnung. Der stationäre und ambulante Sektor befindet sich im Umbruch. Deutschlandweit rechnen Experten der Bertelsmann Stiftung mit rund 500 bis 700 Krankenhausschließungen in den kommenden zehn Jahren. Damit die Transformation der stationären Versorgung jedoch gelingen kann, müssen ambulante Strukturen mit teils erweitertem Angebot parallel zum Rückbau eines Krankenhauses geschaffen werden.

Vor der Umwandlung in ein RGZ war das Marienhospital in Anklam-Bersenbrück ein klassisches Grundversorgungs-Krankenhaus. 115 Betten groß, beschäftigte es rund 360 Mitarbeitende. Jetzt, als RGZ, hat es nur noch 15 Betten, die Zahl der Beschäftigten ist auf 125 gesunken. Ein Wandel, möglich geworden durch das Anfang des Jahres in Kraft getretene neue Niedersächsische Krankenhausgesetz, das eine enge Kombination von stationären und ambulanten Leistungen erlaubt.

Das RGZ bewahrt die Kommune vor einem Sturz ins medizinische Nichts. Mit einer chirurgischen, einer internistischen, einer orthopädischen Praxis sowie demnächst eine Kurzzeit- und Langzeitintensivpflege wird die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung weiterhin gewährleistet. Die Transformation des stationären Sektors führt einerseits zu weniger Kliniken in der Fläche, die verbliebenen größeren Krankenhäuser können in Zukunft wirtschaftlicher betrieben werden, auch ist eine voranschreitende Spezialisierung in diesem Umfeld möglich. Doch der Rückzug klassischer stationärer Einrichtungen verändert auch das ambulante Angebot, welche früher fast ausschließlich von niedergelassenen Ärzten bestritten wurde. Insgesamt betrachtet geht der Trend hin zu Spezialisierung und Ambulanz.

Im Falle des Ankumer Marienhospitals und nunmehrigen RGZ bedeutet dies, dass es keine Intensivstation und 24/7-Notfallversorgung mehr gibt. Die Geburtshilfe verschwindet absehbar ins rund 20 Kilometer entfernte Quakenbrück. Als Ambulantes Zentrum werden

Patienten nach Operationen nachbetreut, die Erstversorgung bei Herzinfarkten oder Schlaganfällen ist ebenso möglich. Arm- und Beinfrakturen bis hin zur Blinddarmentfernung werden ebenfalls im RGZ behandelt.

Der Fortschritt und die Verfeinerung der medizinischen Diagnostik und Technik hat dazu geführt, dass heute ambulant behandelt werden kann, was früher einen mehrtägigen Klinikaufenthalt vorausgesetzt hat. Die größeren Krankenhäuser können sich im Gegenzug auf mehr Behandlungstiefe und Spezialisierung konzentrieren.

### **Krankenhaus mit massiven Defiziten**

Vor der Umwandlung in ein Regionales Gesundheitszentrum, für die das Land Niedersachsen bis zu zwei Millionen Euro als Fördermittel bereitgestellt hat, war die Auslastung des Marienhospitals in Ankum dürrtig. Die Bettenauslastung lag durchschnittlich bei unter 50 Prozent. Das Marienhospital steht beispielhaft für eine ganze Branche: Deutschlands Krankenhäuser geht es schlecht.

Gerald Gaß, der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), hatte kürzlich auf dem Krankenhaustag in Berlin eine alarmierende Bilanz gezogen: „Wegen des fehlenden Inflationsausgleichs sind bis Ende 2022 bereits 6,7 Milliarden Euro an Defiziten [Anm.: in deutschen Krankenhäusern und Kliniken] aufgelaufen, und aktuell kommen jeden Monat 740 Millionen Euro dazu.“ Und weiter: „Die Krankenhäuser liegen im Schockraum der Notaufnahme, und viele Kliniken werden die politische Therapie des Abwartens nicht überleben“.

Dem niedersächsischen Ministerium liegen derzeit noch weitere Bewerbungen für eine Umstrukturierung vor, welche sich jedoch in der Begutachtung und Standortprüfung befinden. Das Ministerium rechnet mit drei bis sechs weiteren Standorten in den kommenden Jahren.

### **Gesundheitszentren stoßen in Niedersachsen auf breite Zustimmung**

Sollen unrentable Krankenhäuser – vorwiegend im ländlichen Raum – in Regionale Gesundheitszentren

umgewandelt werden? Die überwältigende Mehrheit der Menschen in Niedersachsen befürwortet die Idee. Neun von zehn Bürgern in Niedersachsen finden die Idee Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) im Land gut oder sehr gut, dies teilte die Techniker Krankenkasse (TK) in Niedersachsen als Ergebnis einer Umfrage des Meinungsforschungs-Instituts Forsa mit.

### **Regionale Versorgungszentren (RVZ) und Regionale Gesundheitszentren (RGZ): Ein Unterschied?**

Mit den Regionalen Versorgungszentren (RVZ), ein niedersächsisches Modellprojekt seit 2020, dürfen die RGZ nicht verwechselt werden. Sie werden – anders als die RGZ durch das Gesundheitsministerium – durch das Niedersächsische Ministerium für Regionale Entwicklung gefördert. „Es handle sich um unterschiedliche Modelle“, erklärt Gabriele Dostal, Projektleiterin Versorgungssicherheit und -forschung. Ihr Team begleitete in den vergangenen knapp drei Jahren vier von fünf in Niedersachsen aufgebauten Regionalen Versorgungszentren (RVZ). Ein wesentlicher Teil des RVZ-Konzepts sei die Einbindung eines hausärztlichen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in kommunaler Trägerschaft.

Die Regionalen Versorgungszentren (RVZ) sind Einrichtungen zur Stärkung der sozialen Daseinsvorsorge. Mithilfe der RVZ sollen Versorgungsleistungen gebündelt werden, um die ländlichen Räume Niedersachsens attraktiver und lebenswerter zu gestalten. Die RVZ sollen ein kombiniertes Angebot aus hausärztlicher Versorgung und weiteren je nach lokalem Bedarf ausgesuchte Angebote der Daseinsvorsorge bündeln. Ärztinnen und Ärzten sollen dabei Anstellungsmöglichkeiten mit flexiblen Arbeitszeiten eröffnet werden, um so die Hausarztversorgung zu stärken. Darüber hinaus sollen diese zentralen Anlaufstellen mit weiteren Angeboten ausgestattet werden. Das können beispielsweise Hebammendienste, Präventionskurse, Ergo-/ Physiotherapie, haushaltsnahe Dienstleistungen oder ein Café als Treffpunkt sein. Nach der erfolgreichen Modellphase stellt das Land Gelder für einen landesweiten Roll-out zur Verfügung. „Bundesweit betrachtet nimmt Niedersachsen immer mehr eine Vorreiter-Rolle in Bezug auf die Implementierung neuer Versorgungsstrukturen für eine flächendeckende ärztlich-medizinische Versorgung ein“, resümiert Gabriele Dostal.

# Dachverband der Betriebskrankenkassen sieht in Primärversorgungszentren die Zukunft



Mitte Juli 2023 präsentierte der BKK-Dachverband sein Positionspapier zur Zukunft der ärztlich-medizinischen Versorgung in Deutschland. Darin heißt es, dass der BKK-Dachverband in Primärversorgungszentren (PVZ) die Zukunft der flächendeckenden und bedarfsorientierten ärztlichen Versorgung sieht. Die derzeit noch überwiegende Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit in einer Ein-Personen-Praxis hält der Kassenverband für genauso überholt wie die hausarztzentrierte Versorgung (HzV).

So können vor allem Primärversorgungszentren (PVZ) eine Antwort auf die derzeitigen Herausforderungen im Zuge des Umbruchs der ambulanten Versorgung bieten. In einem am 20. Juli 2023 veröffentlichten Positionspapier hat der Kassenverband Rahmenbedingungen für solche Einrichtungen diskutiert. Die klassische hausärztliche Einzelpraxis wurde hingegen als „Auslaufmodell“ charakterisiert. Nach den Vorstellungen des Dachverbands der Betriebskassen sollten diese Zentren auf der Basis von weiterentwickelten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) fußen. Dies bietet die Option, „bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarfen passgenauer zu entsprechen, als dies mit herkömmlichen Einzelpraxen gewährleistet werden könnte“.

Dieser Gedankengang findet sich auch im 10-Punkte-Plan der KV Nordrhein (KVNO), welcher u.a. (Pkt. 4) die Ambulantisierung durch die Entwicklung gestufter Versorgungsmodelle Hausarzt–Facharzt–Krankenhausambulanz fordert. (Quelle: Quelle: KV Nordrhein, Statement des Vorstandsvorsitzenden der KVNO, Dr. F. Bergmann, 03.05.2023)

Anknüpfungspunkte für die Primärversorgungszentren sollen bestehende Vertragsformen sein – zum Beispiel die hausarztzentrierte Versorgung (HzV). Denn dort würden hausärztliche Tätigkeiten „weit über rein

kurative Aspekte hinaus“ definiert. PVZ sollen sich u.a. durch die Integration von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung – ähnlich den Regionalen Versorgungszentren (RVZ) in Niedersachsen – auszeichnen. Ein kommunales Engagement im Bereich der Sicherstellung einer zukunftsfesten und wohnortnahen ärztlich-medizinischen Versorgung begrüßte der BKK-Verband eindeutig. Ein solches Engagement würde es darüber hinaus ermöglichen, auch Formen der aufsuchenden Sozialarbeit in die PVZ zu integrieren.

Auch hierzu unterstützt die KVNO mit ihren Forderungen nach der

- Entbudgetierung des ambulanten Systems und der nachhaltigen Finanzierung der ärztlichen Leistungen sowie der Delegations- bzw. der Team-Leistungen. (Punkt 8) sowie der
- völligen Überarbeitung und Neuorientierung der Vergütungsstruktur. (Punkt 9)

## Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in der Kritik

Auch die HzV selbst sieht der BKK-Dachverband als Auslaufmodell: Aufgrund des bundesweiten Mangels an Hausärzten würde diese Versorgungsform nachvollziehbarerweise zunehmend „an Grenzen der Realisierbarkeit stoßen. [...] Die Erwartungen an die HzV, allein eine koordinierende Funktion zur Lösung bestehender Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen zu etablieren, haben sich (zudem) nicht erfüllt.“

Weiterhin plädiert der BKK-Dachverband dafür, auch die im Zuge der Krankenhausreform diskutierten Level II-Krankenhäuser (Grundversorgung mit integrierter ambulant/stationärer Versorgung) in die Primärversorgung einzubeziehen: „Diese Häuser können selbst die ambulante Primärversorgung leisten“.

Weitere Merkmale und Anforderungen an PVZ aus Sicht des BKK-Dachverbands:

### Zulassungsverfahren:

Die Zulassung eines PVZ sollte – übrigens unabhängig von der Trägerschaft des MVZ – dann Priorität haben, wenn es bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllt: Allgemeinmediziner, Kinder- und Jugendmediziner sowie Medizinische Fachkräfte mit erweiterten Kenntnissen wie beispielsweise Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa), VERAH, Pflegefachkraft oder Sozialthera-



peutin. Zudem solle eine solche Einrichtung Kooperationsverträge mit „lokal agierenden Akteuren“ abschließen – als Beispiele werden Terminservicestellen der KVen, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Pflegestützpunkte oder ambulante Krebsberatungsstellen genannt – „sowie niedergelassene Fachärzte“, heißt es im Papier.

#### **Teambasierte Versorgung:**

Eine teambasierte Primärversorgung solle „als neuer Standard“ festgelegt werden. Einzelpraxen könnten „diesen Anspruch schon heute nicht mehr erfüllen“, konstatiert der BKK-Dachverband. Um die Grundversorgung sicherzustellen, solle die Trennung zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung überwunden werden. „Perspektivisch“ sollten heilkundliche Tätigkeiten an akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte, Community Health Nurses oder Physician Assistants übertragen werden.

#### **Gründungsberechtigung:**

Über den Kreis der bisher möglichen Träger von MVZ hinaus sollten auch Krankenkassen sowie deren Verbände PVZ gründen dürfen. Vorrangig sollten in den Planungsbezirken solche Einrichtungen entstehen, in denen Hausarztsitze unbesetzt sind.

#### **Finanzierung von PVZ:**

Ärztliche Leistungen in PVZ sollten nach GOÄ oder nach den Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung in Paragraph 73 SGB V vergütet werden. Die nicht-ärztlichen und koordinativen Leistungen in den Zentren sollten in bestehende Vergütungen integriert werden. In einer Rahmenvereinbarung im Bundesmantelvertrag könnten für PVZ entsprechende Zuschläge und Pauschalen vereinbart werden, lautet der Vorschlag.

### **Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)**

Aktuell arbeitet das Bundesgesundheitsministerium an einem Gesetzesentwurf, welcher die oben angesprochenen Lösungen und Entwicklungen aufgreift. Im vorliegenden Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 15.06.2023 werden die folgenden Punkte angesprochen:

Förderung und Stärkung der regionalen Vernetzung und kooperativen Gesundheitsversorgung durch Gesundheitsregionen = alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibungspflicht der Versicherten und unter Beibehaltung der gewachsenen Strukturen.

Primärversorgungszentren in ländlichen und strukturschwachen Regionen: Hierzu heißt es im jüngsten Entwurf: „Mit dem Ziel, den Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu begegnen [...] sollen Primärversorgungszentren etabliert werden. Sie sollen als attraktive Beschäftigungsmöglichkeit für Hausärztinnen und Hausärzte auch die Bereitschaft zur Niederlassung in diesen Regionen steigern [...] Mit dem Ziel, die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, wird die Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) erleichtert. Auch hiermit wird eine im Koalitionsvertrag enthaltene Vereinbarung umgesetzt.“

Der Teil I des GVSG, der übrigens auch die Möglichkeiten der Kommunen zur Gestaltung der ärztlichen bzw. gesundheitsbezogenen Versorgung vor Ort stärken und erleichtern wird, soll bereits im Herbst diesen Jahres verabschiedet werden.

# Ärztmangel in Niedersachsen

Jeder vierte Hausarzt hört bis 2035 auf

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

## Der Ärztemangel in Niedersachsen im Überblick

2035 werden mehr als 60 Prozent der rund 5.000 niedersächsischen Hausärzte im Rentenalter sein. Gleichzeitig wird jedoch aufgrund des demografischen Wandels der Versorgungsbedarf der Bevölkerung spürbar ansteigen, Mobilitätsprobleme in ländlichen Regionen für eine immer älter werdende Bevölkerung verlangen eine wohnortnahe ärztliche Grundversorgung. So berichtet der größte Sozialverband in Niedersachsen SoVD (niedersachsenweit mehr als 270.000 Mitglieder), dass die Beschwerden aus der Bevölkerung bzgl. der Nicht-Erreichbarkeit bzw. Nicht-Verfügbarkeit von Haus- und Facharztpraxen stetig zunehmen.

Gleichzeitig berichtete die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) vergangenes Jahr, dass bis 2035 die Zahl der niedersächsischen Hausärzte von gegenwärtig 5044 auf 3750 sinken wird. Bei den Fachärzten droht eine Unterversorgung auf dem Land, dies bedeutet, dass von zehn Facharztpraxen nur noch sechs erfolgreich einen Praxisnachfolger finden werden. Der KVN-Vorstandschef Mark Barjenbruch konstatierte „Die Sicherstellung der flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung wird immer schwerer werden“. Der Präsident des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes, Marco Trips, kommentierte diese Einschätzung wie folgt: „Wenn sich nichts tut, haben wir künftig das Problem, dass in einigen Teilen unseres Landes die Bevölkerung nur eine ärztliche Versorgung zweiter Klasse oder nur in weiter Entfernung bekommt“.

Zum 1. Juli 2023 gab es 546 (12/2022: 466; 12/2019: 355) offene Hausarztstühle in Niedersachsen. Das derzeitige Durchschnittsalter der jetzigen Hausärzte liegt bei 55,5 Jahren. Besonders betroffen sind in Niedersachsen die Planungsbereiche Alfeld (Leine), Bremerhaven, Buxtehude, Salzgitter, Delmenhorst, Syke,



Cloppenburg und Meppen. Die nachfolgende Grafik gibt einen Einblick in die Gesamtzahl der KVN-Planungsbereiche:



HPB	Freie Sitze	HPB	Freie Sitze	HPB	Freie Sitze	HPB	Freie Sitze
Achim	5,0	Einbeck	0,0	Lillienthal	1,0	Seesen	0,0
Alfeld (Leine)	11,5	Emden	1,5	Lingen (Ems)	5,0	Soltau	10,5
Aurich	5,5	Friesoythe	7,0	Lohne (Oldenburg)	2,0	Springe	1,5
Bad Harzburg	0,0	Garbsen	6,0	Lüchow	4,0	Stade	11,5
Bad Pyrmont	2,5	Georgsmarienhütte	6,0	Lüneburg	5,0	Stadthagen	3,5
Bad Zwischenahn	0,5	Gifhorn	13,5	Melle	8,5	Stolzenau	9,0
Barsinghausen	1,0	Goslar	2,5	Meppen	16,5	Sulingen	7,5
Brake	1,5	Göttingen	0,0	Munster	1,5	Syke*	17,5
Bramsche	3,5	Großburgwedel	5,0	Nenndorf	2,0	Uelzen	7,0
Braunschweig	8,0	Harmln	9,0	Neustadt am Rübenberge	2,0	Uslar	0,5
Braunschweig-Umland	8,0	Hann. Münden	2,5	Nienburg	10,0	Varel	0,5
Bremerhaven*	14,5	Hannover	0,0	Norden	0,5	Vechta	0,5
Bremerhaven-Nord	7,5	Harburg-Nord	3,0	Nordenham	3,5	Verden	1,0
Bremervörde	9,0	Helmsstedt	9,5	Nordhorn	14,5	Walsrode	8,5
Buchholz in der Nordheide	11,0	Hemmoor	0,0	Northeim	0,5	Westerstede	1,0
Bückeburg	0,0	Hildesheim	1,0	Oldenburg	0,0	Wildeshausen	5,0
Burgdorf	0,0	Holzminde	1,5	Osnabrück	0,0	Wilhelmshaven	1,5
Buxtehude	15,0	Holzminde-Nord	0,5	Osterholz-Scharmbeck	8,5	Winsen (Luhe)	7,5
Celle	2,5	Hude	1,0	Osterode am Harz	5,0	Wittingen	2,0
Celle-Nord	6,5	Isernhagen	0,0	Papenburg	14,0	Wittlage	0,0
Clausthal-Zellerfeld	4,0	Jever	1,0	Peine	9,5	Wittmund	5,5
Cloppenburg	16,5	Laatzten	2,0	Quakenbrück	2,5	Wolfenbüttel	10,0
Cuxhaven	7,5	Langenhagen	1,0	Rastede	0,0	Wolfsburg	13,5
Delmenhorst	18,0	Leer-Nord	4,5	Rinteln	3,0	Wolfsburg-Umland	6,5
Diepholz	9,5	Leer-Süd	14,5	Rotenburg (Wümme)	5,5	Wunstorf	0,0
Duderstadt	0,0	Lehrte	5,5	Salzgitter	19,5	Zeven	4,0
<b>Gesamt: 546,00 Sitze</b>							

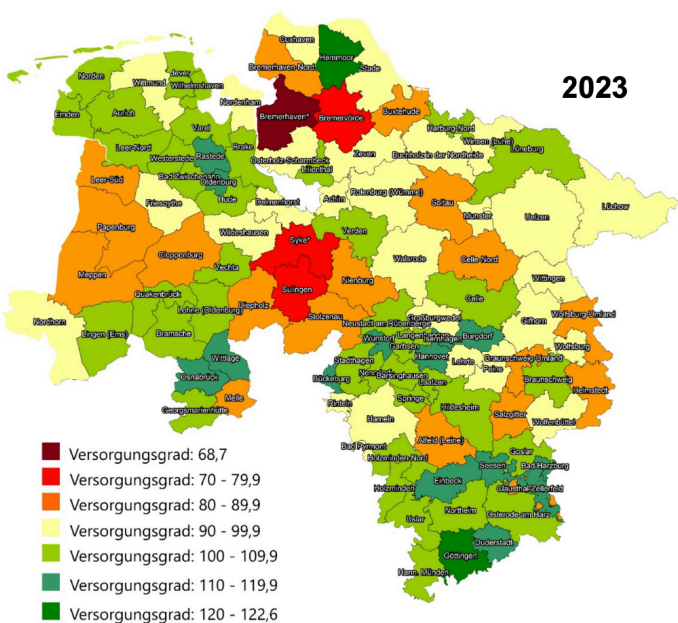
Quelle: Fortschreibung der Bedarfsplanung KVN, Stand 03/2023

Besser ist hingegen die Versorgung bei den übrigen Facharzttrichtungen, hier sind 118,5 Stellen unbesetzt, sieben sind es bei den Psychotherapeuten.

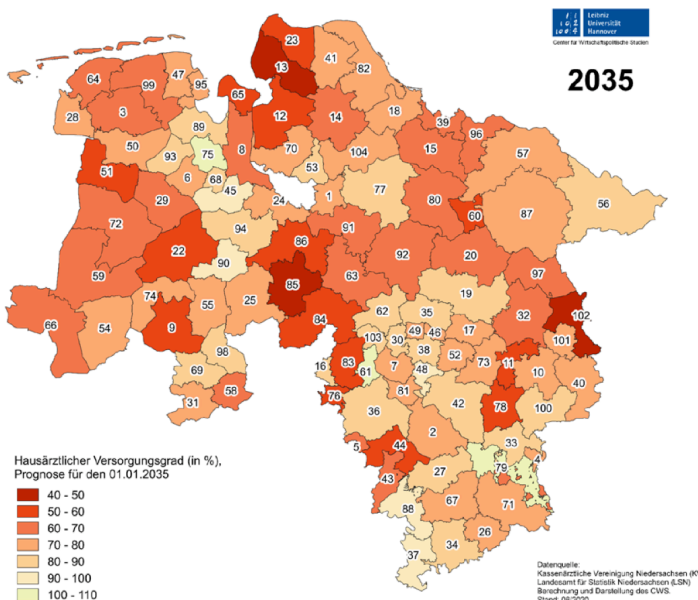
Laut Bedarfsplanung der KV Niedersachsen befindet sich derzeit der Planungsbereich Bremerhaven in der hausärztlichen Unterversorgung. Die Planungsbereiche Bremervörde, Syke und Sulingen gelten hingegen als drohend unterversorgt. Weitere 16 Planungsbereiche weisen nurmehr einen hausärztlichen Versorgungsgrad von 80-89,9 % auf, sie dürften somit aufgrund der absehbaren Zurruesetzung der Mediziner

aus der Baby-Boomer-Generation ebenfalls in die (drohende) Unterversorgung rutschen.

Die von der KVN ermittelte prognostische Bedarfsplanung für das 2035 macht diese Entwicklung deutlich. Mindestens 38 von 104 Planungsbereichen werden sich in der Unterversorgung befinden. Nur noch eine Handvoll Mittelbereiche wird weiterhin als regelversorgt gelten. Diese dramatische Entwicklung ist nahezu von Bundesland zu Bundesland identisch.



Quelle: Fortschreibung der Bedarfsplanung KVN, Stand 03/2023



Quelle: Fortschreibung der Bedarfsplanung KVN, Stand 03/2023

## Landarztquote

Der wachsende Ärztemangel beschäftigt die Landespolitik schon seit Jahren. Helfen soll unter anderem die sogenannte Landarztquote, mit der ein Teil der Medizin-Studienplätze bevorzugt an Bewerber vergeben wird, die sich für zehn Jahre zu einer hausärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen verpflichten. Seit 1. März 2023 können sich Interessenten erstmals auf diese reservierten Studienplätze bewerben. Der KVN-Vorstandschef Mark Barjenbruch sieht die Landarztquote skeptisch: "Es ist ein Tropfen auf den heißen Stein, aber es ist nicht die Lösung", sagte er. Studierende, die einen Studienplatz über die Landarztquote erhalten, verpflichten sich nach ihrem Studium, zehn Jahre in einer unterversorgten Region zu arbeiten. Jedes Jahr werden über diese Quote 60 Medizin-Studienplätze vergeben. Ausgehend davon, dass mittlerweile mehr als die Hälfte der Absolventen eine ärztliche Tätigkeit in Teilzeit aufnehmen, tatsächlich nur ein kleines Trostpflaster.

## RGZ und RVZ

Der SoVD weist daher folgerichtig auf die Schaffung attraktiver Teilzeitmodelle für junge Ärztinnen und Ärzte, um sich den ändernden Berufoanforderungen anzupassen. Darüber hinaus fordert der SoVD die Errichtung Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) mit interdisziplinären Facharzttrichtungen. Durch den aktuellen Entwurf zum GVSG Teil 1 werden die im derzeitigen Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ der Bundesregierung formulierten Ansätze schrittweise umgesetzt.

Das Land Niedersachsen fördert darüber hinaus seit 2020 über das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung mit dem Förderprogramm ‚Regionale Versorgungszentren‘ Modellprojekte, die unter dem Dach eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ) auch ein (kommunales) Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) umfassen. Damit sollen Dienstleistungen zur Daseinsvorsorge an zentralen, gut erreichbaren Orten gebündelt werden. Die Landkreise Wesermarsch, Cuxhaven, Wolfenbüttel, Nordenham, Schaumburg sind hier bereits aktive Fördernehmer.

# Umfrageergebnisse: Fachkräftemangel und wirtschaftliche Gesamtsituation in MVZ

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) veröffentlichte kürzlich Umfrageergebnisse zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die nachfolgenden Ergebnisse sind dabei der Zi-Pressemitteilung vom 28. Juni 2023 entnommen.

Der sich weiter verschärfende Mangel an geeigneten Fachkräften prägt längst auch die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland. Neben des klassischen Ein-Personen-Praxen stehen die rund 4.200 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ebenfalls zunehmend vor großen Herausforderungen, qualifiziertes nichtärztliches Personal zu finden.

42 Prozent der Arztpraxen und MVZ bilden derzeit aus. Mit dieser Quote ist die Ausbildungsbereitschaft innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Vergleich zu anderen Branchen als sehr hoch zu bezeichnen. Das größte Hindernis für die Ausbildung ist die schwierige Bewerbungslage: In fast der Hälfte der Praxen und MVZ war im Schnitt nicht einmal jede zweite Bewerbung je Ausbildungsstelle formal geeignet. Bestehende Entwicklungslücken bei Soft-Skills-Faktoren wie Sozialkompetenz und Belastbarkeit müssen häufig in den Praxen während der Ausbildung geschlossen werden. Häufige Ausbildungsabbrüche verschärfen den Personalmangel und erhöhen den Aufwand in den Praxen und MVZ zusätzlich: Rund ein Drittel der ausgewerteten Praxen und MVZ sind in den Jahren 2017 bis 2021 von Ausbildungsabbrüchen betroffen gewesen.

## MVZ in ländlichen Regionen (leicht) im Vorteil

76 Prozent der befragten MVZ schätzte die Verfügbarkeit von nichtärztlichem Personal im Jahr 2022 als schlecht bis sehr schlecht ein. Während 88 Prozent der städtischen MVZ sowie 79 Prozent der MVZ im Umland die Verfügbarkeit nichtärztlichen Personals als schlecht oder eher schlecht wahrgenommen haben, waren es nur zwei Drittel der MVZ in ländlichen Regionen. Die Verfügbarkeit ärztlichen Personals wurde von 80 Prozent der MVZ als schlecht bis sehr schlecht bewertet, wobei sich diesbezüglich keine signifikanten regionalen Unterschiede zeigen.

In die Untersuchung gingen die Angaben von bundesweit insgesamt 288 MVZ ein, die im Zeitraum von Mitte Januar bis Ende Mai 2022 an der Online-Befragung des Zi teilgenommen haben. Rund 38 Prozent der



teilnehmenden Einrichtungen wurden von einem Krankenhaus getragen. Vertragsarztgetragene MVZ machten 34 Prozent aus. Bei über einem Drittel der teilnehmenden MVZ liegt die Hauptbetriebsstätte in Kernstädten, 42 Prozent sind in verdichteten Kreisen und 21 Prozent in ländlichen Regionen verortet.

Grundsätzlich haben jedoch MVZ im Vergleich zu klassischen Ein-Personen-Praxen einen Vorteil am Arbeitsmarkt. Diese können teils übertariflich vergütet und bieten zahlreiche Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für nicht-ärztliches Praxispersonal, welche zunehmend ärztliche Leistungen übernehmen.

## Wirtschaftliche Tragfähigkeit von MVZ sehr gut

Ein weiterer Schwerpunkt des Zi-MVZ-Panels lag auf der Einschätzung der wirtschaftlichen Gesamtsituation. Hier zeigte sich, dass etwa die Hälfte der teilnehmenden MVZ die gesamte Einnahmenhöhe 2021 als eher gut bzw. gut bewerteten. Krankenhausgetragene MVZ schätzten den Überschuss mit 70 Prozent deutlich häufiger als eher schlecht bzw. schlecht ein als vertragsarztgetragene MVZ (56 Prozent). Unter den teilnehmenden Einrichtungen nahmen 15 Prozent Investitionen in Höhe von mehr als 50 Prozent ihres Jahresumsatzes im Jahr 2021 vor. Der Großteil investierte eher zwischen 5 und 10 Prozent des Jahresumsatzes. Neben der Investitionsquote wurde die zeitliche Entwicklung der Investitionen in den letzten drei Jahren erfragt. Insbesondere in den Bereichen IT und Telematik sowie Hygiene stiegen bei mehr als 80 Prozent der MVZ die Investitionen am häufigsten.

Bei Betrachtung des Medians lag der jährliche Überschuss je Gesellschafter bei vertragsarztgetragenen MVZ, unabhängig von der Rechtsform, bei etwa 200.000 Euro. Bei einem vertragsarztgetragenen MVZ in der Rechtsform einer GmbH lag der Wert mit 153.000 Euro recht deutlich unter dem Wert der GbR und Partnergesellschaften mit 200.000 Euro. Im Median haben Krankenhaus-MVZ einen Überschuss von 10.000 Euro je Gesellschafter und 110.000 Euro im Durchschnitt. Das untere Viertel der Krankenhaus-MVZ macht einen

Verlust von 76.000 Euro. Dies zeigt, dass eine nicht unerhebliche Zahl an Krankenhaus-MVZ im Jahr 2021 Verluste aufwies. Hierbei handelt sich um „klassische“ Einweiser-MVZ.

Im Median lagen die Aufwendungen je angestelltem Arzt im Jahr 2021 bei vertragsarztgetragenen MVZ bei 103.000 Euro und bei krankenhausgetragenen MVZ bei 122.000 Euro. Die Personalkostenquote liegt bei vertragsarztgetragenen MVZ im Durchschnitt bei 31 Prozent und bei krankenhausgetragenen MVZ bei 40 Prozent.

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden ebenfalls danach befragt, ob sie 2021 Verträge zu besonderen Versorgungsformen bzw. Selektivverträge abgeschlossen hatten. 31 Prozent der MVZ nahmen im Jahr 2021 an keinen besonderen Versorgungsformen teil. Mit 22 Prozent am häufigsten, benennen die Teilnehmenden abgeschlossene Verträge zu strukturierten

Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V. Im Berichtsjahr 2019 lag dieser Wert noch bei 44 Prozent, im Jahr 2017 sogar bei 56 Prozent der jeweils teilnehmenden MVZ. Verträge zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurden von 12 Prozent der teilnehmenden MVZ abgeschlossen. An vierter Stelle folgt mit 11 Prozent die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, im Jahr 2019 nahmen noch 23 Prozent der MVZ daran teil.

Die im Referentenentwurf zum neuen Gesundheitsversorgungssicherungsgesetz angekündigte Anhebung der EBM-Werte (EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab) für nicht-ärztliche Leistungen wird die oben geschilderte Ertragssituation gerade bei MVZ in GmbH-Form positiv beeinflussen. Diese setzen auf eine deutliche Entlastung der Ärzte durch das Praxispersonal und leiden aktuell unter einer geringeren Vergütung für diese Leistungen.

---

## Unsere Erfolge bei der Sicherstellung einer zukunftsfesten Primärversorgung

### Referenzen

Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), Regionaler Versorgungszentren (RVZ), Machbarkeitsstudien und Bestands- und Bedarfsanalysen zur Vorbereitung - (auszugsweise) -

- MVZ Rothauser Land e.G. (Baden-Württemberg)
- RVZ / MVZ Leinebergland gGmbH (Niedersachsen)
- Bestands- und Bedarfsanalyse GesundheitsregionPlus Dachau (Bayern)
- MVZ Mögglingen (Baden-Württemberg)
- MVZ Ostoberpfalz (Bayern)
- MVZ Dahme/Mark (Brandenburg)
- RVZ / MVZ Auetal gGmbH (Niedersachsen)
- RVZ / MVZ Wesermarsch-Nord gGmbH (Niedersachsen)
- Stadt Aalen Machbarkeitsstudie & Konzeptionierung kommunaler MVZ im Stadtgebiet (Baden-Württemberg)
- MVZ Wettringen GmbH (Nordrhein-Westfalen)
- RVZ / MVZ Baddeckenstedt gGmbH (Niedersachsen)
- Gesundheitsversorgung Kyffhäuserkreis 2030 (Thüringen)

# Das hausärztliche Genossenschaftsmodell

## Kommunale Medizinische Versorgungszentren in der Rechtsform einer Genossenschaft

Der Strukturwandel der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung birgt neue Herausforderungen aber auch immense Chancen für Gemeinden, Städte und Landkreise. Das Aufbrechen der intersektoralen Grenzen und der stärkere Einbezug nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und sogar sozialer Berufe verändert den Gesundheitsmarkt rasch und nachhaltig. Der Gesetzgeber ermöglicht Kommunen es seit 2015 kontinuierlich sich in vielfältiger Weise in Bezug auf die Sicherstellung einer wohnortnahen ärztlich-medizinischen Versorgung einzubringen und diese aktiv mitzugestalten.

### Kommunale MVZ

Mit Stand Ende Juli 2023 existieren in Deutschland 25 haus- und fachärztliche Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft. Der Großteil davon wird in der Rechtsform einer GmbH betrieben, welche v.a. in Bezug auf den laufenden Betrieb sicherlich deutliche Vorteile im Gegensatz zu anderen Rechtsformen aufweist. Der größte Malus, die abzugebende Sicherheitsleistung gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung (KV) durch eine teils kostenintensive Bankbürgschaft, wird durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) Teil 1 wohl ab Herbst 2023 entfallen.

Eine weniger unternehmerische dafür aber stärker gemeinwohlorientierte und gemeinschaftliche Möglichkeit ein Medizinisches Versorgungszentrum als Kommune (mit) zu gründen ist die Genossenschaft.

Die Mehrzahl junger Mediziner wünscht sich eine Festanstellung anstatt der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in einer Ein-Personen-Praxis. Im Kern dreht sich also jegliche Lösung zur Beseitigung des Ärztemangels v.a. um die Schaffung von Anstellungsmöglichkeiten für Nachwuchsmediziner. Diese sind vor allem in ländlichen Regionen mit ihren überwiegend in Einzelpraxen niedergelassenen Hausärzten oft nicht vorhanden. Darüber hinaus sind ein interdisziplinärer Austausch sowie das Arbeiten im Ärzte-Team ebenso eine Anforderung junger Mediziner an ihren Beruf. Um die Chancen auf ärztlichen Nachwuchs in einer Region merklich und nachhaltig zu erhöhen, muss es daher attraktive Arbeitsplätze für angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung geben.



### Die Genossenschaft als Träger der hausärztlichen Versorgung

Im Gegensatz zu den anderen möglichen Rechtsformen, in welcher ein kommunales MVZ betrieben werden kann, kann das Genossenschaftsmodell die persönlichen Haftungsrisiken für die Mitglieder weitestgehend ausschließen. So ist eine fast risikolose Beteiligung einer Gemeinde oder Stadt möglich – mit entsprechenden Vorteilen hinsichtlich einer Genehmigung durch die Kommunalaufsicht. Von den Mitgliedern der Genossenschaft werden im Gegensatz zu den Gesellschaftern einer GmbH keine selbstschuldnerischen Bürgschaften verlangt (§ 95 SGB V Abs. 2). Darüber hinaus sind Nachschusspflichten gemäß Satzung der Genossenschaft ausgeschlossen. Das Mitglied haftet zwar noch entsprechend § 23 GenG (Genossenschaftsgesetz) für die Verbindlichkeiten der Genossenschaft, jedoch ausschließlich in der Höhe der geleisteten Einlage. Diese beläuft sich i.d.R. auf einen kleinen vierstelligen Euro-Betrag. Ebenso existiert keine persönliche Haftung für mögliche Regressforderungen von KV und Krankenkassen.

Zusätzlich zu diesen „praktischen“ Vorteilen, wird die Genossenschaft aufgrund ihres Grundgedankens (Was einer alleine nicht schafft, das erreichen viele gemeinsam) deutlich stärker mit einer Gemeinwohl- und weniger mit einer Renditeorientierung in Verbindung gebracht. So orientieren sich die Stimmengewichte in der Generalversammlung (Mitgliederversammlung) nicht am eingebrachten Kapital. Die Gemeinwohlorientierung kommt auch in der Ausgestaltung der Satzung zum Ausdruck. Wenn die Genossenschaft Erträge erwirtschaftet, verbleiben diese zum allergrößten Teil in der Genossenschaft und werden nicht an die Mitglieder ausgeschüttet. Einbehaltene Gewinne sollen der Fort- und Weiterbildung sowie der Investition in moderne

medizinische Infrastruktur zugutekommen. Das Genossenschaftsmodell kann aufgrund dieser Gemeinwohlorientierung auch Ärzte mobilisieren, die die zunehmende Ökonomisierung der Medizin kritisch sehen. Ein weiterer Vorteil der Genossenschaft ist die vereinfachte Aufnahme und das unkomplizierte Ausscheiden von Mitgliedern.

Um die Genossenschaft gründen und aufrechterhalten zu können, sind zu Beginn mindestens 3 Mitglieder erforderlich. Eine Obergrenze sieht der Gesetzgeber nicht vor. Mitglied einer Genossenschaft, die Träger von Arztpraxen bzw. MVZ wird, können nach § 95 SGB Abs. 1a nur werden: zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser (§108 SGB V), Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3, anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 Satz 3, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen.

### **Wirtschaftlichkeit und Risiken**

Im Gegensatz zur Neugründung einer Arztpraxis bzw. einem MVZ werden beim Genossenschaftsmodell üblicherweise laufende Praxisbetriebe übernommen und (angepasst) fortgeführt. Anpassungen in Bezug auf Unternehmenssteuerung und die Zentralisierung administrativer Tätigkeiten sind möglich. Für die Finanzprognose können daher die Vergangenheitswerte der übernommenen Praxen dienen. Die Wirtschaftlichkeit ist somit bereits im Gründungsjahr der Genossenschaft sichergestellt.

Die notwendige Liquidität, um Investitionen, die mit der Gründung des genossenschaftlichen MVZ in Verbindung stehen, zu finanzieren, wird anfangs über Darlehen gesichert. Diese werden von den bisherigen Praxisinhabern, den Mitgliedern der Genossenschaft oder von Dritten gewährt.

Die Aufgabe der beteiligten Kommunen als Mitglieder einer solchen Genossenschaft ist in erster Linie die Rolle als Moderator und Treiber. Darüber hinaus kann die Kommune das für die Neuausrichtung benötigte Kapital zur Verfügung stellen (z.B. in Form eines Darlehens). Begleitend können Fördermittel abgerufen werden.

### **Nachteile des Genossenschaftsmodells**

Gerade die oben angesprochene Einbindung von bestehenden Praxen in die Genossenschaft stellt für die Weiterentwicklung der Genossenschaft und Findung von Nachfolge- oder zusätzlichen Ärzten eine Herausforderung dar. Die Realisierung von Teilzeit oder anderen Arbeitszeitmodellen stellt eine logistische Herausforderung dar, da die Ärzte zwischen den einzelnen Praxisstandorten wechseln müssen. Dies grenzt den räumlichen Radius einer Genossenschaft deutlich ein. Da an allen Praxisstandorten auch entsprechendes Personal vorgehalten werden muss, ist die Gewinnmarge niedriger als in einer zentralen Praxisstruktur. Dies kann nur zum Teil durch eine einheitliche PVS aufgefangen werden.

Die aktuell (noch) bestehende Vorschrift der KVen für Filialbetriebe, die auch im Fall von Einzelpraxen unter dem Dach einer Genossenschaft gilt, verlangt zudem, dass 70% der ärztlichen Leistungen (d.h. auch Sprechstundenzeiten) am Hauptstandort erfolgen muss. Dies zwingt Genossenschaften in ländlichen Regionen, die mehrere räumlich dislozierte Praxen einbinden dazu, jede Einzelpraxis als MVZ unter einer Dachgesellschaft zu führen.

Ob nun das hausärztliche Genossenschaftsmodell oder die Realisierung eines kommunalen MVZ in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft für betroffene Kommunen die bessere Wahl zur nachhaltigen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist, hängt letztlich von der individuellen Konstellation und den Voraussetzungen vor Ort ab.

---

## Termine 2023

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):

- 12.09.2023: „Neue Versorgungsformen als Chance für Kommunen“
- 10.10.2023: „Gründung kommunaler MVZ“ (offen für alle KV-Bereiche)
- 07.11.2023: „Gründung kommunaler MVZ (KV-Bereiche Nordrhein und Westfalen-Lippe)“
- 14.11.2023: „Gründung kommunaler MVZ (KV-Bereich Bayern)“
- 16.11.2023: „Neue Versorgungsformen als Chance für Kommunen“
- 07.12.2023: „Gründung kommunaler MVZ“ (offen für alle KV-Bereiche)

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