



Schwerpunkte:

**Update zum
Gesundheitsversorgungs-
stärkungsgesetz (GVSG)**
Seite 4

**Sind kommunale MVZ
Zuschussbetriebe?**
Seite 11

**Gründung eines kommunalen
MVZ - Interview mit dem
Bürgermeister der Stadt
Marienmünster**
Seite 16





Gabriele Dostal
Bereichsleiterin Versorgung-
sicherheit und -forschung der
dostal & partner management-
beratung GmbH

Vorwort

Nach aktuellen Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) fehlen in Deutschland jährlich durchschnittlich fast 2.500 ärztliche Nachbesetzungen, um die derzeitige medizinische Versorgungsleistung bis 2040 aufrechtzuerhalten. Von 2022 bis 2040 fehlen damit kumuliert rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte. Ohne Berücksichtigung der Zuwanderung von Ärzten aus dem Ausland droht bis 2040 ein allmähliches Absinken des vertragsärztlichen Versorgungsgrads auf nur noch 74 Prozent des heutigen Niveaus. Bereits im Jahr 2030 würde die 80%-Marke erreicht.

Immer mehr Kommunen begegnen dieser Herausforderung mit der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums in eigener Trägerschaft. Wir werfen daher einen Blick auf die Wirtschaftlichkeit kommunaler MVZ.

Darüber hinaus sprechen wir in dieser Ausgabe mit Herrn Suermann, Bürgermeister der Stadt Marienmünster (NRW), über die erfolgreiche Inbetriebnahme eines kommunalen MVZ zum 1. April 2024. Parallel dazu schildern uns Herr Richter, Bürgermeister der Stadt Lübben (Brandenburg), sowie Herr Sell, Projektleiter und MVZ-Geschäftsführer, ihre Erfahrungen im Zuge des Aufbaus eines kommunalen MVZ in der Spreewaldstadt Lübben.

Daneben zeigen wir auf, was Kommunen vom derzeitigen Kabinettsentwurf zum GVSG erwarten können.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Gabriele Dostal

Inhalt

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 4 | Update zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) | 16 | Interview mit dem Bürgermeister der Stadt Marienmünster (NRW) über die Gründung eines kommunalen MVZ |
| 6 | Bis 2030 fehlen in Deutschland 50.000 Ärztinnen und Ärzte | 18 | Interview über die Gründung eines kommunalen MVZ in der Stadt Lübben im Spreewald |
| 8 | Landarztquote teilweise weniger erfolgreich als erwartet | 21 | Interview über dein Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Arztpraxis |
| 11 | Kommunale MVZ – Zuschussbetriebe? | 24 | Seminar-Termine |
| 14 | Ärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz | 24 | Impressum |

Update zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)



Gesetzgeber plant weiterhin deutliche Erleichterungen bei der Gründung kommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH

In einem aktuellen Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, GVSG), fehlen die im ersten Entwurf vom Sommer letzten Jahres enthaltenen Punkte zu den Gesundheitskiosken, den Gesundheitsregionen sowie zu den Primärversorgungszentren. Auch die zunächst geplanten Regelungen zum Ausbau der Medizinstudienplätze stehen offenbar auf der Kippe.

In einem früheren Entwurf hieß es dazu, der Gesetzentwurf ziele darauf ab, die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken. Diese sollten mehr Möglichkeiten erhalten, „auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren“.

So sollten beispielsweise niedrigschwellige Beratungsangebote in sogenannten Gesundheitskiosken angeboten werden. Zudem sollten Kommunen und Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Gesundheitsregionen zu bilden – diese sollten „regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung“ beheben helfen. Diese Punkte wurden aus dem aktualisierten Gesetzentwurf komplett gestrichen, ebenso wie die Primärversorgungszentren.

Mit Blick auf die (kostspielige) Etablierung von Gesundheitskiosken in der Fläche, sei noch wissenschaftliche Vorarbeit nötig, um den Nutzen eindeutig darzulegen, hieß es dazu aus den Reihen der FDP. Die Gesundheitskioske könnten schlussendlich in den Entwurf wieder aufgenommen werden, betonte das BMG.

Ebenfalls mit Blick auf die Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fehlt im aktuellen GVSG-Entwurf auch das vom BMG erarbeitete Konstrukt zur Förderung der Studienplatzkapazitäten in der Humanmedizin. Die vom BMG selbst auf einen jährlichen dreistelligen

Millionenbetrag geschätzten Kosten hätten, wie auch die oben genannten Maßnahmen, laut den Planungen von den Gesetzlichen Krankenkassen getragen werden sollen.

Hingegen weiterhin im GVSG enthalten sind die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch kommunale MVZ und die Entbudgetierung für diesen Bereich, die jährliche Versorgungspauschale für Chroniker sowie eine unter bestimmten Bedingungen greifende Vorhaltpauschale.

Kommunale MVZ

„Darüber hinaus zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen zu erleichtern und diese damit noch besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen“, so heißt es weiterhin in der Präambel zum Gesetzesentwurf.

Und weiter: „Die Gründung von MVZ durch Kommunen wird erleichtert. Der Gesetzentwurf sieht hierfür für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (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.“

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 Höhe der Bürgschaft wird von den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen bisher deutlich unterschiedlich gehandhabt. Sie reicht bei der Gründung eines kommunalen MVZ mit zwei Hausärzten von wenigen 100.000 EUR bis zu knapp 4 Mio. EUR. Hierzu heißt es im Entwurf fern:

„Die Gesellschafter können, ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren jeweils mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gemäß Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen.“

Die vorgesehene 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.

Entbudgetierung in der hausärztlichen Versorgung

„Mit dem Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken und auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, wird zudem die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung dauerhaft finanziell attraktiver ausgestaltet und die Hausarztpraxen zugleich von medizinisch nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten entlastet“, so die im Referentenentwurf formulierte Zielsetzung. Diese Stärkung soll u.a. durch die Entbudgetierung und sogenannte jahresbezogene Versorgungspauschalen erfolgen. Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sollen demnach von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen werden. Somit werden alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, die im dritten Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgebildet sind, sowie hausärztlich durchgeführte Hausbesuche, die nach Kapitel 1.4 des EBM abrechenbar sind, von den Krankenkassen in voller Höhe vergütet werden.

Diese Entbudgetierung kritisiert der Verband der Ersatzkassen e.V (vdek) gerade mit Blick auf den gleichzeitigen Wegfall der Primärversorgungszentren: „Auf den Prüfstand gestellt werden muss auch die vollständige Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen. Statt hier Versichertengelder mit der Gießkanne auszuschütten, brauchen wir insbesondere für ländliche Regionen zielgenaue, vernetzte Lösungen. Bedauerlich ist daher, dass gerade die Primärversorgungszentren wieder aus dem Gesetzentwurf gestrichen wurden. Diese sind mit dem Ersatzkassenvorschlag für Regionale Gesundheitszentren (RGZ) vergleichbar. Stattdessen wird der Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nur die Kosten erhöhen, ohne dass die Versorgung verbessert wird.“

Zudem soll der Bewertungsausschuss beauftragt werden, abweichend von der derzeitigen quartalsabhängigen Versichertenpauschale für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eine jahresbezogene Versorgungspauschale im EBM zu beschließen. Damit sollen dem BMG zufolge unnötige Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden

und gleichzeitig eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden. Zusätzlich zur jahresbezogenen Versorgungspauschale soll der Bewertungsausschuss eine Vorhaltevergütung für die hausärztliche Grundversorgung beschließen. Zu den vom Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien sollen unter anderem eine Mindestanzahl von mindestens 450 zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, eine „bedarfsorientierte Erbringung“ von Haus- und Pflegeheimbesuchen sowie „bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die regelmäßige monatliche Abendsprechstunden und ein ergänzendes Angebot an Samstagssprechstunden“ umfassen, gehören.

Regresse

Für eine immense Entlastung von haus- und fachärztlichen Praxen dürfte das Anheben der Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse seitens der KVen von derzeit 50 EUR auf geplant 300 EUR sorgen. Das BMG geht davon aus, dass mit einer solchen Regelung rund 70 Prozent der jährlich durchgeführten Prüfverfahren entfallen werden – im Jahr 2022 waren dies rund 47 000 Verfahren. Hierzu heißt es im Referentenentwurf: „Durch die Vorgabe zur Festlegung einer Geringfügigkeitsgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entlastet und Bürokratie abgebaut.“

Ausblick

Bedauerlich erscheint die Streichung von Primärversorgungszentren aus dem Entwurf. Der Gesetzgeber machte damit ursprünglich 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. Doch wäre mit dem Gesetzesentwurf in der derzeitigen Fassung ein erster wichtiger Schritt getan.

Dies, zumal sich bereits im März diesen Jahres der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf eine Erweiterung des Leistungskatalogs der speziellen sektorgleichen Vergütung - die sogenannten Hybrid-DRGs - ab dem 1. Januar 2025 verständigt haben. Die hier festgelegten 94 zusätzlichen operativen Prozeduren, die künftig auch ambulant erbracht werden können,

sollten gerade in ländlichen Regionen die negativen Auswirkungen des Rückzugs der stationären Versorgung abschwächen.

Quelle: Referentenentwurf BMG vom 12.04.2024; Deutsches Ärzteblatt, Pressemitteilung 121(7); kkdirekt.de, Pressemitteilung vdek, 15.04.2024; kkdirekt.de, Pressemitteilung SpiBu, 28.03.2024

Bis 2030 fehlen 50.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland



**Zi aktualisiert Bedarfsprojektion für Medizinstudi-
enplätze. Jährliches Defizit von 2.500 ärztlichen
Nachbesetzungen erwartet.**

Nach aktuellen Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) fehlen in Deutschland jährlich durchschnittlich fast 2.500 ärztliche Nachbesetzungen, um die derzeitige medizinische Versorgungsleistung bis 2040 aufrechtzuerhalten. Von 2022 bis 2040 würden damit kumuliert rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen, um die derzeit 73 Millionen gesetzlich Versicherten auf dem gewohnt hohen medizinischen Niveau versorgen zu können. Ohne Berücksichtigung der Zuwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland droht bis 2040 ein allmähliches Absinken des vertragsärztlichen Versorgungsgrads auf dann nur noch 74 Prozent des heutigen Niveaus. Bereits im Jahr 2030 würde die 80%-Marke erreicht.

Die abzusehenden Engpässe in der medizinischen Versorgung sind durch ein erhöhtes Studienangebot allerdings nicht mehr aufzuhalten. Selbst wenn die Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin kurzfristig signifikant erhöht würden, kämen die Auswirkungen

aufgrund der Ausbildungslänge erst nach etwa 15 Jahren in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung an. Angesichts der Versäumnisse, frühzeitig dem erwarteten Mangel an Ärztinnen und Ärzten durch ein Aufstocken der Studienplätze entgegenzuwirken, werden Engpässe in der medizinischen Versorgung daher nur durch flankierende Maßnahmen teilweise kompensiert werden können. Hierzu zählen Anreize für berufstätige Ärztinnen und Ärzte, sich möglichst lange und mit voller Arbeitskraft in der medizinischen Versorgung zu engagieren, die Entlastung von arztfremden Verwaltungsarbeiten sowie die Erweiterung ärztlicher Delegationsmöglichkeiten. Das sind die zentralen Ergebnisse einer aktuellen „Bedarfsprojektion für Medizinstudi-
enplätze in Deutschland“, die das Zi im Februar 2024 veröffentlicht hat.

„In ganz Europa zeichnet sich ein zunehmender Fachkräftemangel in der medizinischen Versorgung ab. Wir befinden uns mitten in einem ‚war for talents‘ um ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner. Es dürfte daher künftig noch herausfordernder werden, das heutige medizinische Leistungsangebot in Zukunft flächendeckend zu stabilisieren und eine Benachteiligung strukturschwächerer Regionen zu verhindern“, sagte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. „Unsere Analyse zeigt, dass frühere Versäumnisse in der Ausbildung in den kommenden zehn Jahren nicht mehr aufzuholen sind.“

Der Mangelumfang wird aber auch stark davon abhängen, wie gut es gelingt, international attraktive Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit zu schaffen und Ärztinnen und Ärzte dazu zu motivieren, möglichst lange und engagiert in der medizinischen Versorgung zu bleiben“, so von Stillfried weiter.

Risiken für die Patientenversorgung ergäben sich daraus, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgrund steigender Arbeitsbelastung sowie dem Wunsch

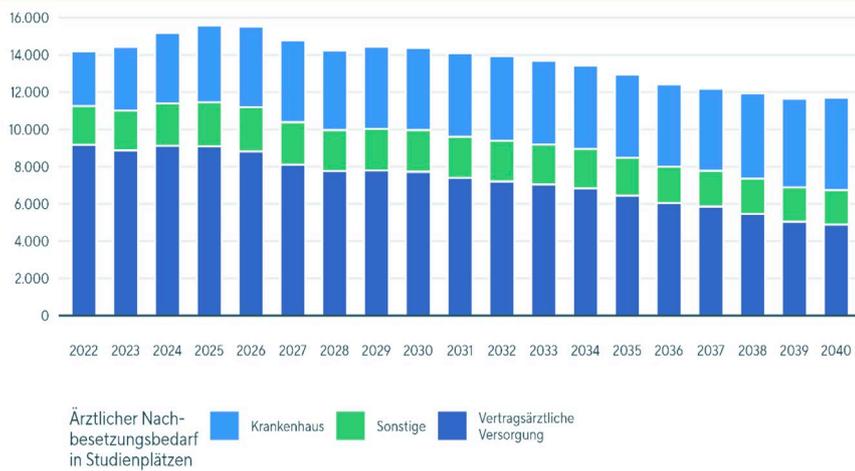


Abb. 1: Ärztlicher Nachbesetzungsbedarf in Studienplätzen nach Versorgungsbereichen 2022-2040 in Deutschland pro Jahr

nach einer besseren Work- Life-Balance der ambulanten Versorgung immer häufiger den Rücken kehren oder ihren Tätigkeitsumfang reduzieren, indem sie in ein Anstellungsverhältnis wechseln. Ein weiterer Stressfaktor sei die zunehmende Belastung ärztlicher Arbeitszeit mit einer Flut von Verwaltungsaufgaben und sinnentleerter Digitalisierungsmaßnahmen.

„Hier gilt es, Anreize zu setzen, damit sich ein überdurchschnittliches zeitliches Engagement auch überdurchschnittlich lohnt. Das wird aber durch die bestehenden Budgetrestriktionen in der vertragsärztlichen Versorgung aufs Größte konterkariert. Die Botschaft lautet hier: Leistung lohnt sich nicht! Fleißige Praxen werden vielmehr bestraft, indem ihnen rechnerisch sechs Wochen im Jahr nichts für die Behandlung gesetzlich Versicherter bezahlt wird. Im Klartext: Wenn die Praxen das täten, was die Politik ihnen per Gesetz vorgibt, dann müssten zehn Prozent aller Untersuchungen und Behandlungen entfallen. Diese Leistungsbeschränkungen stammen aus einer Zeit, als man meinte, zu viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu haben. Heute sind diese Vorgaben einfach aus der Zeit gefallen. Wir müssen es unterstützen, wenn junge Ärztinnen und Ärzte sich niederlassen und ältere ihre Praxen länger betreiben wollen“, bekräftigte der Zi-Vorstandsvorsitzende.

Über alle Versorgungsbereiche hinweg betrachtet, steigt der jährliche Nachbesetzungsbedarf bis 2025 auf knapp 16.000 Medizinerinnen und Mediziner, so die Zi-Studie (Abb. 1). Erst danach sinkt er allmählich leicht

ab. Bis 2040 sind pro Jahr knapp 12.000 Stellen nachzubeseetzen. Im Vergleich zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Sektor sowie sonstigen Bereichen zeigt sich, dass der Nachbesetzungsbedarf im vertragsärztlichen Sektor kurz- und mittelfristig am größten ist. Maßgeblicher Grund hierfür ist, dass Vertragsärztinnen und -ärzte im Basisjahr 2021 durchschnittlich älter sind als die im Krankenhaus angestellten Ärztinnen und Ärzte. Der Nachbesetzungsbedarf an niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten beträgt bis 2030 jährlich rund 8.000 bis 9.000 Köpfe. Bis zum Jahr 2040 sinkt diese Zahl auf knapp 5.000 pro Jahr ab. Diesem geht jedoch ein kumuliertes Negativergebnis von rund 50.000 fehlenden Nachbesetzungen voraus

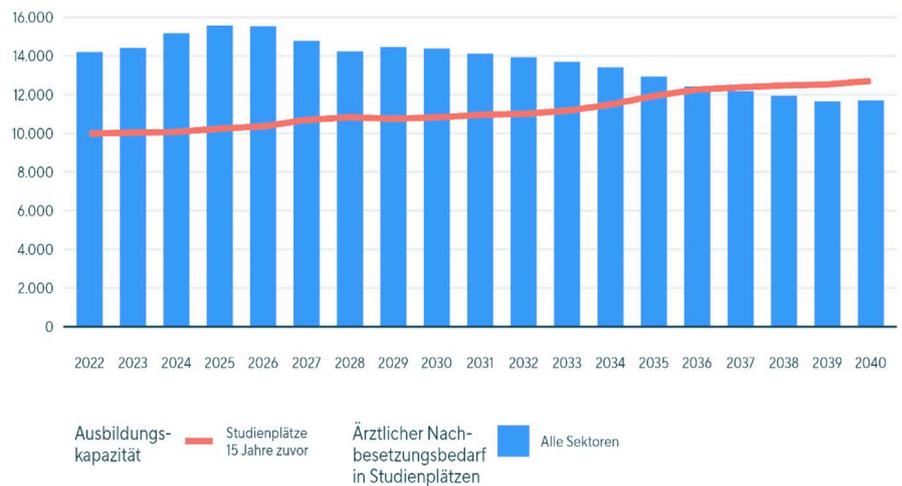


Abb. 2: Anzahl Medizinstudienplätze vor 15 Jahren gegenüber ärztlichem Nachbesetzungsbedarf in Studienplätzen in Deutschland 2022-2040 pro Jahr

(Abb. 2). Diese Schätzungen basieren auf der Berechnung der Variante ohne Zuwanderung. Unter Berücksichtigung von Nachbesetzungen durch Zuwanderung baut sich bis 2035 ein Defizit von rund 32.000 fehlenden Ärzten auf.

Zum Hintergrund

2019 hat das Zi erstmals eine Projektion zur Einschätzung des Bedarfs an Studienplätzen im Fach Humanmedizin veröffentlicht. Zentrales Ergebnis dieser Berechnungen war, dass in Deutschland zwischen 3.000 und 6.000 Studienplätze im Fach Humanmedizin fehlen – vorausgesetzt, die Versorgungsleistung des Jahres 2018 soll bis 2035 aufrechterhalten werden. Die bereits vor fünf Jahren drängenden Herausforderungen wie

der demografische Wandel und die Altersstruktur der Ärzteschaft bestehen unvermindert fort. Ziel der aktualisierten Projektion ist es daher, das Nachbesetzungspotenzial unter Nutzung jüngster Daten zur Bevölkerungsprognose, zur ärztlichen Versorgung und Inanspruchnahme sowie zur Anzahl derzeit und zukünftig potenziell verfügbarer Medizinstudienplätze einzuschätzen. Dabei dient das Jahr 2021 als Aufsatzjahr, der Projektionshorizont erstreckt sich bis zum Jahr 2040.

Hinweis: Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Es wird finanziert durch jährliche Zuwendungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Forschungsarbeiten und Studien

des Zentralinstituts beschäftigen sich vorwiegend mit der vertragsärztlichen Versorgung unter Nutzung der von den Trägern dafür zur Verfügung gestellten Routinedaten.

Die gesamte Studie ist hier einsehbar:



Quelle: PM Zi vom 15.02.2024, Berlin

Landarztquote teilweise weniger erfolgreich als erwartet



Aus der im „Masterplan Medizinstudium 2020“ vom März 2017 durch eine Bund-Länder-Konferenz festgeschriebenen geplanten „Stärkung der Allgemeinmedizin“ resultierte die sogenannte „Landarztquote“, die es den Ländern ermöglichte Anreize für die Niederlassung von jungen Allgemeinmedizinern im ländlichen Raum zu schaffen. Eine „Landarztquote“ erhöht jedoch nicht das Studienangebot im Bereich der Humanmedizin, sondern soll zielgenauer wirken. Der Umfang des Studienplatzangebotes bleibt zunächst so wie er ist. Man erinnert sich: Das Studienangebot wurde in den 1980er/1990er Jahre in den Landesparlamenten von seinerzeit etwa 17.400 in den alten Bundesländern auf mittlerweile etwa 11.750 in Gesamtdeutschland reduziert. In den letzten zwei bis drei Jahren wurde dieses Angebot in mehreren Bundesländern hunderterweise erhöht. (Anm.: Im neuen Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes - GVSG - wurde das geplante Förderprogramm für zusätzliche Medizinstudienplätze wieder gestrichen.)

Grundsätzlich „schließt“ die „Landarztquote“ nach vielen Jahrzehnten eine „Regelungslücke“, da man wg.

der grundgesetzlich garantierten Berufs- und Niederlassungsfreiheit keinem Arzt einen bestimmten Ort zur Berufsausübung zuweisen darf. Bei Lehrkräften weiß man allerdings, dass man den Beruf nur an den Orten ausüben kann, an dem es auch eine entsprechende Schule gibt. Das gleiche gilt im Prinzip auch für Soldaten, Polizisten, Notare, Professoren oder auch Bezirkskaminkehrermeister. Wo keine Kaserne, keine Polizeiinspektion, kein freiwerdender Notar- oder Bezirkskaminkehrermeister-Sitz und eine Universitäts- oder Hochschulinfrastruktur ist, kann man zwar wohnen aber nicht im betreffenden Beruf arbeiten.

Die Landarztquoten im Überblick

Die in der Tabelle ausgewiesenen Werte sind nicht als absolut zu verstehen, da die exakte Anzahl der Medizinstudienplätze von Semester zu Semester schwanken kann. Darüber hinaus wird die landesspezifische Landarztquote häufig nicht vollumfänglich ausgeschöpft, da Bewerberinnen und Bewerber sich trotz positiven Bescheides, schlussendlich nicht immatrikulieren.

Landarztquote – was ist das?

Was beinhaltet der „Masterplan Medizinstudium 2020“? Die Länder können diesem zufolge bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerber oder Bewerberinnen vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen

Bundesland	Landarztquote (LAQ)	Quoten-Plätze <i>(kann von LAQ aufgrund zeitl. Verzögerung abweichen)</i>	Anzahl Medizinstudienplätze (2023/24) <i>(*geplante Ausweitung)</i>	Anzahl Medizinstudienplätze (2019/20)
Baden-Württemberg	4,2 %	75	ca. 1.790	1.775
Bayern	5,8 %	115	ca. 2.050 (+ca.600*)	ca. 1.699
Berlin	0	0	317	300
Brandenburg	0	0	96 (+200*)	96
Bremen	0	0	0	0
Hamburg	0	0	359	359
Hessen	6,5 %	60	ca. 1.200 (+185*)	1.035
Mecklenburg-Vorp.	7,8 %	32	411	410
Niedersachsen	10,0 %	60	789	600
Nordrhein-Westfalen	7,6 %	185	ca. 2.335	ca. 2.180
Rheinland-Pfalz	6,5 %	29	450	430
Saarland	7,8 %	21	282	282
Sachsen	6,5 %	39	615	560
Sachsen-Anhalt	6,3 %	60	370 (+20*)	370
Schleswig-Holstein	0	0	ca. 400	390
Thüringen	6 % (ab 2024/25)	derzeit noch 0	286	260
GESAMT		ca. 676	ca. 11.750	ca. 10.746

Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Zudem sollen Studierende besser über die

Möglichkeiten informiert werden, ganze Ausbildungsabschnitte im ländlichen Raum abzuleisten sowie über hierzu abrufbaren finanziellen Förderungen. Dies ergänzt die Maßnahmen, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz bereits auf den Weg gebracht wurden, wie z.B. gezielte finanzielle Anreize, die Kassenärztliche Vereinigungen über Strukturfonds zur Niederlassung im ländlichen Raum setzen können.

Auch zählen für die Zulassung nicht mehr nur gute Noten (nicht zu verwechseln mit guter Eignung), sondern es verpflichten sich im Idealfall Menschen, die wirklich Landärzte werden wollen. Soziale Faktoren, aber auch analytisches Denken, kommen beim Auswahlverfahren stärker zum Tragen. Landärzte lernen ihre Patienten über Jahre kennen, in der Stadt und in der Klinik sieht man sie in der Regel nur kurz und selten mehr als einmal. Für viele Mediziner ist dies ein reizvolles Berufsbild.

Bundeseinheitlich ist die vertragliche Verpflichtung für zehn Jahre in einer unterversorgten Region hausärztlich tätig zu sein. Wer den Vertrag nach dem Medizinstudium und (in) der Facharztweiterbildung nicht erfüllt, muss mit bundesweit einheitlichen Strafzahlungen von bis zu 250.000 Euro rechnen.

Nordrhein-Westfalen war das erste Bundesland, welches die Landarztquote einführte. Grundlage ist das

„Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen (Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW)“ vom 18. Dezember 2018.

Kritik und Ausblick

Das Konzept der Landarztquote wurde von Anfang an von einigen Akteuren kritisiert: So hat sich beispielsweise der Marburger Bund, als größter deutscher Ärzterverband, auf seiner 134. Hauptversammlung im November 2018 mehrheitlich kritisch gegen die Einführung einer Landarztquote ausgesprochen. Auch die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) hat bereits in einer Kammerversammlung im Jahr 2016 ein klares „Nein“ zur Landarztquote formuliert: „Die Verpflichtung, später auf dem Land zu arbeiten, verlangt Medizinstudierenden bereits zu einem frühen Zeitpunkt weitreichende Entscheidungen ab, schon bevor der medizinische Nachwuchs einen realistischen Einblick in die ärztliche Tätigkeit gewinnen kann. Dies ist weder im Sinne der künftigen Ärzte noch im Sinne der Patienten.“ Stattdessen forderte die SLÄK eine Erhöhung der Anzahl der Studienplätze und formuliert, es müssten andere Anreize geschaffen werden, junge Ärzte in die ländlichen Gebiete zu „locken“. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sich Engpässe in der Versorgung nicht nur bei Hausärzten auf dem Land abzeichnen und spürbar werden, sondern auch Kliniken im ländlichen Raum bzw. einige Facharzt Disziplinen sogar in manchen Stadtteilen schwer zu besetzen sind.

Auch der größte Nachteil der Landarztquote lag rasch auf der Hand und wurde seinerzeit auch formuliert: Akut ändert sich erstmal überhaupt nichts. In Deutschland fehlen nach Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer aktuell knapp 6.000 Hausärzte. Über die Quote wird dieses Problem frühestens in zehn Jahren bekämpft werden können, es sind also weitere Instrumente, die unmittelbarer wirken, notwendig. Ebenfalls problematisch ist der Umstand, dass man sich bei 10-11 Jahren Ausbildung plus 10 Jahre Bindung für mindestens 20 Jahre einem Weg verpflichtet – und zwar direkt nach dem Abitur.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie viele zusätzliche Landärzte durch die Quoten-Regelung wirklich generiert werden können, bedenkt man, dass Medizinstudierende, welche sich bereits früher nach Approbation für eine Landarztstätigkeit entschieden haben, nunmehr über die Quote studieren könnten.

Medizin – ein kostenintensiver Studiengang

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts belaufen sich die Kosten (Grundmittel) jedes einzelnen Medizin-Studienplatzes auf rd. 30.000 Euro jährlich. Zum Vergleich: Bei den Juristen und Sozialwissenschaftlern liegen die Kosten bei knapp 4.500 Euro pro Studierenden im Jahr.

Zwischenfazit

In Bayern betrachtet man die Quote seit der Einführung zum Wintersemester 2020/2021 als einen großen Erfolg. In Bayern gibt es seit Einführung stets mehr Bewerberinnen und Bewerber als Studienplätze. Im Durchschnitt konnten in inzwischen vier Zulassungsverfahren (Stand Ende 2023) jährlich 115 Studienplätze im Fach Medizin vergeben werden.

In Sachsen, das genau wie Bayern viele ländliche Regionen aufweist, wird das Programm ebenfalls als Erfolg gewertet. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt bezeichnet die 40 Studienplätze für Medizin, die dieses Jahr über die Sächsische "Landarztquote" vergeben wurden, als "begehrte". Die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber hat sich im Vergleich zum Vorjahr beinahe verdoppelt, nämlich auf 119 Interessierte.

Auch im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen, zeigt man sich mit der Anzahl von Bewerberinnen und Bewerbern zufrieden. Für das letzte abgeschlossene Verfahren zum Wintersemester 2023/2024 kamen 394 Bewerbungen auf 154 Studienplätze.

Im Flächenland Niedersachsen bleibt das Interesse hingegen deutlich hinter den Erwartungen zurück. Im Gesetzentwurf von 2021 hatten SPD und CDU mit 600 Bewerbungen pro Jahr gerechnet – tatsächlich gingen für den ersten Jahrgang allerdings nur 299 Bewerbungen ein, wie das Gesundheitsministerium mitteilte. In der diesjährigen Bewerbungsphase war die Nachfrage noch geringer. Von Anfang bis Ende März 2024 haben sich 278 potenzielle Landärzte für das Wintersemester 2024/25 und das Sommersemester 2025 beworben.

Von den 60 in Niedersachsen zugelassenen Bewerberinnen und Bewerbern haben sich letztendlich nur 46 eingeschrieben, wie das Gesundheitsministerium mitteilte. Der Hausärzterverband in Niedersachsen hatte im vergangenen September gefordert, die Zahl der via Quote reservierten Studienplätze von 60 auf 120 zu erhöhen. Angesichts der schlussendlich geringen Inanspruchnahme der bereits etablierten 60 Medizinstudi- enplätze über die Landarztquote, erscheint diese Aus- weitung zunächst wenig vielversprechend.

Das Ministerium betonte dabei, dass die Landarztquote ein wichtiger Baustein bei der perspektivischen Eindämmung des Ärztemangels in der Fläche sein könnte. „Gleichwohl ist dieses Instrument kein Zauberstab, mit dem sich alle strukturellen Probleme weg hexen lassen“, sagte ein Sprecher.

Ausblick

Nach aktuellen Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) fehlen in Deutschland jährlich durchschnittlich fast 2.500 ärztliche Nachbesetzungen, um die derzeitige medizinische Versorgungsleistung bis 2040 aufrechtzuerhalten. Von 2022 bis 2040 würden damit kumuliert rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen, um die derzeit 73 Millionen gesetzlich Versicherten auf dem gewohnt hohen medizinischen Niveau versorgen zu können. Ohne Berücksichtigung der Zuwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland droht bis 2040 ein allmähliches Absinken des vertragsärztlichen Versorgungsgrads auf dann nur noch 74 Prozent des heutigen Niveaus.

Vor diesem Hintergrund können die Landarztquoten nur einen marginalen Beitrag leisten. Vielmehr muss es um die erfolgreiche Transformation der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum weg von der Ein-Personen-Praxis hin zu effizienteren und größeren Berufsausübungsformen und Netzwerken gehen.

Kommunale MVZ – Zuschussbetriebe?



Mittlerweile existieren rd. 40 Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft. Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sind dennoch dürftig, da die meisten kommunalen MVZ erst innerhalb der letzten zwei bis drei Jahre den Betrieb aufgenommen haben. Unter vielen kommunalen Akteuren – welche eine MVZ-Gründung erwägen – herrscht verständlicherweise häufig noch Unklarheit darüber, ob ein Medizinisches Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft ein Zuschussbetrieb ist oder ähnlich den vielerorts bekannten „Einweiser-MVZ“ von Kliniken jährliche Defizite aufweist. Wir sehen uns die MVZ-Branche genauer an:

Der MVZ-Markt im Kurzüberblick

Ende März 2024 existierten in Deutschland mittlerweile mehr als 5.300 MVZ (31.12.2022: 4.574). Im Jahr 2023 waren davon 44 % in der Trägerschaft von Vertragsärzten, gefolgt von 42 % in Trägerschaft eines Krankenhauses. Die restlichen 14 % befanden sich in sonstiger Trägerschaft (z.B. von Gesundheitszentren, Kommunen, Dialysezentren etc.).

Die Anzahl der MVZ variiert stark je nach Bundesland. Zum Beispiel gibt es in Bayern mit Abstand die meisten MVZ (878), gefolgt von Nordrhein-Westfalen (475) und Baden-Württemberg (365). Die Verteilung zeigt, dass in allen Bundesländern ein Anstieg der MVZ-Zahlen zu verzeichnen ist.

Die größten Facharztgruppen innerhalb der MVZ sind:

- Hausärzte: 4.048 Ärzte
- Fachärztlich tätige Internisten: 3.324 Ärzte
- Chirurgen und Orthopäden: 2.566 Ärzte
- Radiologen: 1.878 Ärzte
- Augenärzte: 1.802 Ärzte

- Frauenärzte: 1.745 Ärzte
- Neurologen: 1.083 Ärzte

Laut den aktuellen Daten sind etwa 28.140 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland tätig. Insgesamt gibt es etwa 156.000 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Das bedeutet, dass etwa 18% der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf in einem MVZ ausüben.

Aktuelle ärztliche Honorarvolumina

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht regelmäßig Statistiken zu Arzthonoraren. 2021 nahm jede Arztpraxis im Durchschnitt 756.000 Euro ein, unabhängig ob Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG).

- Allgemeinmedizinische Praxen: Durchschnittliche Einnahmen von ca. 537.000 Euro.
- Praxen der Inneren Medizin: Durchschnittliche Einnahmen von ca. 749.000 Euro.
- Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie: Diese Praxen verzeichnen die höchsten Einnahmen mit durchschnittlich ca. 2.836.000 Euro.
- Zahnarztpraxen: Durchschnittliche Einnahmen von ca. 791.000 Euro.
- Praxen psychologischer Psychotherapeuten: Durchschnittliche Einnahmen von ca. 127.000 Euro.

Den Einnahmen standen Aufwendungen von durchschnittlich 420.000 Euro pro Arztpraxis gegenüber, die Personalkosten betragen zwischen 50-60 Prozent. Damit blieb im Durchschnitt ein Reinertrag von 336.000 Euro je Arztpraxis übrig. 2011 lag der durchschnittliche Reinertrag noch bei 234.000 Euro. Mit rd. 70 Prozent entfällt der überwiegende Teil der Einnahmen der Arztpraxen auf Kassenabrechnungen.

Bei Zahnarztpraxen betragen die durchschnittlichen Aufwendungen 510.000 Euro, mit einem Reinertrag von 281.000 Euro.

Psychotherapeutische Praxen hatten im Durchschnitt Aufwendungen von 36.000 Euro und einen Reinertrag von 91.000 Euro.

MVZ-Umsätze

Ein Blick auf die entsprechenden Zahlen für MVZ weist für 2021 durchschnittliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit in Höhe von 3,4 Mio. Euro (2019: 2,7 Mio. Euro). Der Reinertrag kann bei MVZ je nach Fachrichtung und Größe stark variieren, liegt jedoch typischerweise zwischen 10-20% der Gesamteinnahmen.

Bei einem Umsatz von 3,4 Millionen Euro ergibt dies einen durchschnittlichen Reinertrag von etwa 340.000 bis 680.000 Euro pro Jahr.

Radiologen haben in Deutschland übrigens die höchsten Einnahmen unter den Ärzten – mit weitem Abstand gefolgt von den anderen Facharztgruppen. Laut Statistischem Bundesamt erzielten 2021 die Praxen der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie mit rd. 1,15 Mio. Euro im Schnitt den höchsten Reinertrag, Praxen der Kinder- und Jugendmedizin kamen auf durchschnittlich 271.000 Euro und der Orthopädie auf 214.000 Euro Reinertrag.

Das Umsatzvolumen von Hausarztpraxen

Obwohl die Hausarztpraxen die Pfeiler für die Grundversorgung bilden, lagen sie 2021 mit durchschnittlichen Einnahmen von 537.000 Euro deutlich unter den Einkünften vergleichbarer Fachärzte. Man kann dies auf die niedrigere Kopfpauschale zurückführen. Die Krankenkasse honoriert jede Behandlung mit einem festgesetzten Betrag, egal wie umfangreich diese ist. Bei Allgemeinmedizinern liegt diese niedriger als beispielweise bei einem Orthopäden. Hinzu kommt, dass die Einkünfte von Hausärzten aus sonstigen Tätigkeiten und privaten Behandlungen geringer sind.

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

Fachärzte haben höhere Aufwendungen aber auch einen größeren Reinertrag

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

sie für die Behandlung eine größere Patientenpauschale erhalten.

Privatabrechnungen nehmen zu

Individuelle Gesundheitsleistungen versprechen eine bessere Heilung, gehören aber häufig nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Für Fachärzte sind sie besonders attraktiv, weil sie mit einem höheren Kostenfaktor abgerechnet werden können. Wie wichtig die selbstständigen Tätigkeiten für eine Praxis sind, lässt sich besonders gut am Beispiel der Zahnärzte zeigen. Im Jahr 2019 rechneten diese Leistungen in Höhe 410.000 Euro mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Die Höhe der Einkünfte aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit beträgt für diesen Zeitraum 381.000 Euro. Zahnärzte erwirtschaften damit fast die Hälfte ihres Umsatzes mit Privatabrechnungen.

Bei Hausärzten liegt der Anteil der Privatabrechnungen je nach Praxisstandort typischerweise zwischen 10-15%. Doch nicht nur die geographische Lage, sondern insbesondere die Persönlichkeit des Praxisinhabers spielt hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Fachärzte wie Radiologen, Dermatologen und Orthopäden haben oft höhere Anteile an Privatabrechnungen, die bis zu 30-40% ihrer Gesamteinnahmen ausmachen können. In Zahnarztpraxen sind die Einnahmen aus Privatabrechnungen wie oben bereits geschildert besonders hoch, oft bis zu 50%.

Erkennbare Entwicklungen

„Mit dem Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken und auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, wird zudem die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung dauerhaft finanziell attraktiver ausgestaltet und die Hausarztpraxen zugleich von medizinisch nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten entlastet“, so die im Referentenentwurf formulierte Zielsetzung. Diese Stärkung soll u.a. durch die Entbudgetierung und sogenannte jahresbezogene Versorgungspauschalen erfolgen. Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sollen demnach von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen werden. Somit werden alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, die im dritten Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgebildet sind, sowie hausärztlich durchgeführte Hausbesuche, die nach Kapitel 1.4 des EBM abrechenbar sind, von den Krankenkassen in voller Höhe vergütet werden.

Diese Entbudgetierung kritisiert der Verband der Ersatzkassen e.V (vdek) gerade mit Blick auf den gleichzeitigen Wegfall der Primärversorgungszentren: „Auf

den Prüfstand gestellt werden muss auch die vollständige Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen. Statt hier Versicherungsgelder mit der Gießkanne auszuschütten, brauchen wir insbesondere für ländliche Regionen zielgenaue, vernetzte Lösungen. Bedauerlich ist daher, dass gerade die Primärversorgungszentren wieder aus dem Gesetzentwurf gestrichen wurden. Diese sind mit dem Ersatzkassenvorschlag für Regionale Gesundheitszentren (RGZ) vergleichbar. Stattdessen wird der Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nur die Kosten erhöhen, ohne dass die Versorgung verbessert wird.“

Zudem soll der Bewertungsausschuss beauftragt werden, abweichend von der derzeitigen quartalsabhängigen Versichertenpauschale für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eine jahresbezogene Versorgungspauschale im EBM zu beschließen. Damit sollen dem BMG zufolge unnötige Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden und gleichzeitig eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden.

Zusätzlich zur jahresbezogenen Versorgungspauschale soll der Bewertungsausschuss eine Vorhaltevergütung für die hausärztliche Grundversorgung beschließen. Zu den vom Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien sollen unter anderem eine Mindestanzahl von 450 zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, eine „bedarfsorientierte Erbringung“ von Haus- und Pflegeheimbesuchen sowie „bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die regelmäßige monatliche Abendprechstunden und ein ergänzendes Angebot an Samstagssprechstunden“ umfassen, gehören.

Wirtschaftlichkeit von privatwirtschaftlichen und kommunalen MVZ

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

Da die Mehrheit der Medizinischen Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft hausärztlich ausgerichtet ist, betrachten wir diese Facharztausrichtung genauer. Die folgenden Berechnungen stellen exemplarisch die Gewinn- und Verlustrechnung eines Medizinischen Versorgungszentrums in kommunaler Trägerschaft im 4. Betriebsjahr dar gegenübergestellt haben wir ein MVZ mit zwei Hausärzten (2,0 Arztstühle) sowie drei Hausärzten (3,0 Arztstühle). Ferner wurde unterstellt, dass der „Praxisaufbau“ abgeschlossen ist, d.h. die Anzahl der zu behandelnden Patienten je Arzt pro

Quartal vorerst nicht weiter signifikant steigen wird. Die Einnahmen aus Privatabrechnungen und sonstigen ärztlichen Tätigkeiten wurden moderat veranschlagt. Im vorliegenden Beispiel werden die Ärzte im MVZ mit 20 Prozent am Gewinn beteiligt.

GUV-Rechnung

Erträge	3 Hausärzte/-ärztinnen
Umsatzerlöse GKV	900.000,00 €
Privatabrechnungen	110.000,00 €
Sonstige	10.000,00 €
Bruttoertrag	1.020.000,00 €
Aufwendungen	
Personalaufwand	- 700.000,00 €
Raumkosten	- 45.000,00 €
Versicherungen, Beiträge, Abgaben, Steuern	- 20.000,00 €
Bürgerschaft Kommune / Bank	- 10.000,00 €
Werbe- und Reisekosten	- 5.000,00 €
Praxis- & Laborbedarf einschl. Fremdleist.	- 20.000,00 €
verschiedene betriebl. Aufwendungen	- 30.000,00 €
externes Abrechnungscontrolling	- 6.000,00 €
Leasinggebühr Praxisausstattung	- 36.000,00 €
kaufmännische Leitung	- 45.000,00 €
Abschreibungen	- 5.000,00 €
Zinsen	- 5.000,00 €
Betriebsaufwendungen gesamt	- 927.000,00 €
Einkünfte aus Betrieb	93.000,00 €
Steuern vom Ertrag (pauschal 30%)	- 27.900,00 €
Netto-Jahresüberschuss/-fehlbetrag	65.100,00 €
Gewinnbeteiligung Ärzte i.H.v. 20%	- 13.020,00 €
	52.080,00 €

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

Fazit: MVZ können einen positiven Beitrag zu kommunalen Haushalten leisten

Bis in die 1990er Jahre hinein war die Einzelpraxis die absolut dominierende Praxisform. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen stieg nur langsam. Mit Beginn des neuen Jahrtausends wurde die Idee einer zentrenbasierten und fachübergreifenden ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik aufgegriffen. Bis zur Wiedervereinigung waren in der DDR sogenannte Polikliniken die überwiegende Organisationsform von niedergelassenen Fachärzten. 2004 hielt diese Organisationsform schließlich in Form der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Einzug in das Sozialgesetzbuch. 2024 zählen wir über 5.300 privatwirtschaftliche MVZ, in denen mehr als 28.000 Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten versorgen. Seit 2015 sind auch Kommunen gründungsberechtigt.

Mittelbereich Prüm als von „Unterversorgung bedroht“ eingestuft.

Damals waren landesweit erst 78,5 hausärztliche Kassensitze unbesetzt. Diese Zahl ist mittlerweile auf 261,5 (Stand Juli 2023) angewachsen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass mittlerweile weitere Mittelbereiche in diese Kategorie fallen. Betrachtet man die folgenden Abbildungen dürften mindestens die folgenden Mittelbereiche (drohend) unterversorgt sein:

- Bad Neuenahr-Ahrweiler
- Berncastel-Kues
- Bitburg
- Kirchheimbolanden
- Kusel
- Pirmasens
- Westerburg/Hachenburg

Dies entspräche zwar lediglich rd. 13% aller Mittelbereiche, doch betrachtet man den sehr hohen Altersdurchschnitt niedergelassener Hausärzte in Rheinland-Pfalz, wird ersichtlich, dass die Herausforderungen im Zuge der Transformation der ambulanten ärztlichen Versorgung im Gebiet der KV RLP erst noch bevorstehen. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Verteilung der Altersgruppen der unterschiedlichen Fachrichtungen:

Altersklasse	Hausärzte		Fachärzte		Psychotherapeuten	
	Anteil	Anteil der Altersgruppe	Anteil	Anteil der Altersgruppe	Anteil	Anteil der Altersgruppe
30 bis 34	18	0,7%	40	1,0%	71	4,6%
35 bis 39	142	5,3%	256	6,6%	166	10,8%
40 bis 44	256	9,6%	440	11,4%	197	12,8%
45 bis 49	286	10,8%	549	14,2%	162	10,5%
50 bis 54	343	12,9%	593	15,3%	180	11,7%
55 bis 59	464	17,5%	770	19,9%	236	15,4%
60 bis 64	506	19,0%	740	19,1%	249	16,2%
65 bis 69	312	11,7%	328	8,5%	150	9,8%
70 und älter	330	12,4%	154	4,0%	125	8,1%

Erfreulicherweise veröffentlicht die KV RLP regelmäßig Daten zu den einzelnen Kreisregionen, welche jedoch nicht identisch mit den Mittelbereichen sind. Dennoch erlauben Sie einen wertvollen Einblick in die Demografie der niedergelassenen Hausärzteschaft und geben Auskunft darüber in welchen Regionen die größten Herausforderungen zu erwarten sind.

Obleich der Altersdurchschnitt der Hausärzte in Rheinland-Pfalz mit 43% ohnehin deutlich über dem Bundesschnitt von rd. einem Drittel liegt, weisen manche Kreisregionen teils Werte von über 50% aus. So sind im Donnersbergkreis 54% (!) aller Hausärzte über 60 Jahre alt, 20% sogar über 70 Jahre. Diese Zahlen sind teilweise alarmierend und lassen für eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Grundversorgung nichts Gutes erwarten. In

selteneren Fällen weisen diese Kreisregionen sogar eine äußerst dünne Basis an jüngeren Medizinern aus (z.B. Berncastel-Wittlich, Rhein-Lahn-Kreis). (Im Folgenden hellrot hervorgehoben)

Demgegenüber stehen Mittelbereiche in denen nicht nur der Altersdurchschnitt niedriger ausfällt, sondern auch eine größere Anzahl nachrückender Mediziner vorhanden ist. Doch darf man hierbei drei Aspekte nicht unberücksichtigt lassen:

Kreisregion	Hausärzte							
	30 bis 39	40 bis 44	45 bis 49	50 bis 54	55 bis 59	60 bis 64	65 bis 69	über 70
Ahrweiler	10%	8%	11%	19%	13%	20%	7%	13%
Altenkirchen	1%	10%	7%	15%	19%	23%	16%	9%
Bad Kreuznach	7%	9%	9%	13%	17%	14%	10%	20%
Berncastel-Wittlich	1%	2%	9%	12%	17%	26%	14%	19%
Birkenfeld	4%	4%	9%	21%	19%	16%	14%	14%
Cochem-Zell	12%	7%	14%	3%	12%	19%	12%	21%
Donnersbergkreis	8%	8%	4%	10%	14%	24%	10%	20%
Bitburg-Prüm	2%	9%	13%	18%	23%	16%	14%	5%
Frankenthal (Pfalz), Speyer, Rhein-Pfalz-Kreis	6%	14%	13%	16%	19%	17%	9%	6%
Germersheim	4%	7%	11%	14%	21%	16%	13%	13%
Kaiserslautern	3%	10%	17%	14%	22%	12%	12%	9%
Koblenz	6%	10%	8%	17%	14%	22%	11%	11%
Kusel	8%	8%	3%	7%	21%	18%	15%	20%

- Ein niedrigerer Altersdurchschnitt kann darauf hindeuten, dass die Pensionierungswelle der Hausärzteschaft bereits abgeflacht ist und sich ein Gros der Mediziner bereits zur Ruhe gesetzt hat. So können auch von Unterversorgung bedrohte Mittelbereiche einen niedrigeren Altersdurchschnitt aufweisen (z.B. Bitburg-Prüm).
- Eine hohe Anzahl jüngerer Mediziner ist nicht gleichbedeutend mit einem stabilen Versorgungsniveau. Dreiviertel aller nachrückenden Mediziner üben eine Tätigkeit in Teilzeit aus, sie stehen folglich nicht im selben Maße für die Versorgung zur Verfügung wie ihre älteren Kollegen.
- Erfahrungsgemäß haben v.a. urbane und großstädtische Mittelbereiche eine gesündere

Kreisregion	Hausärzte							
	30 bis 39	40 bis 44	45 bis 49	50 bis 54	55 bis 59	60 bis 64	65 bis 69	über 70
Landau in der Pfalz, Südliche Weinstraße	4%	8%	12%	10%	21%	22%	16%	8%
Ludwigshafen	4%	5%	9%	13%	19%	23%	13%	13%
Mainz-Bingen	7%	10%	14%	15%	19%	13%	11%	10%
Mainz, Stadt	8%	12%	15%	14%	17%	19%	8%	6%
Mayen-Koblenz	5%	6%	11%	13%	17%	19%	13%	17%
Neustadt an der Weinstraße, Bad Dürkheim	5%	15%	7%	14%	18%	17%	9%	15%
Neuwied	2%	8%	9%	16%	22%	18%	8%	17%
Pirmasens, Zweibrücken, Südwestpfalz	6%	13%	4%	5%	19%	29%	11%	12%
Rhein-Hunsrück-Kreis	7%	7%	18%	8%	12%	29%	12%	7%
Rhein-Lahn-Kreis	9%	0%	6%	16%	21%	16%	12%	20%

Altersstruktur, obgleich hier einzelne Quartiere einen spürbaren Ärztemangel aufweisen können.

Kreisregion	Hausärzte							
	30 bis 39	40 bis 44	45 bis 49	50 bis 54	55 bis 59	60 bis 64	65 bis 69	über 70
Trier-Saarburg	3%	10%	17%	14%	22%	12%	12%	9%
Trier (Stadt)	6%	13%	14%	18%	14%	19%	8%	9%
Vulkaneifel	9%	5%	5%	19%	14%	23%	12%	14%
Westerwaldkreis	6%	7%	11%	15%	16%	22%	11%	13%
Worms, Alzey-Worms	7%	16%	8%	10%	20%	14%	12%	13%

Schlussfolgerung

Der Umbruch der ambulanten medizinischen Versorgung ist auch in Rheinland-Pfalz in vollem Gange.

Ohne entsprechende (kommunale) Initiativen dürfte eine wohnortnahe Primärversorgung in der Fläche nicht aufrecht zu erhalten sein. Bereits 2018 definierte daher die KV RLP vor diesem Hintergrund eine Fahrzeit von 20 Minuten zur nächstgelegenen Hausarztpraxis als angemessen. Das dies im Zuge einer älter werdenden Bevölkerung nicht zu bewerkstelligen ist, ist nicht näher auszuführen. Der Gesetzgeber versucht hingegen, mit der Schaffung von neuen Rahmenbedingungen, Gemeinden und Landkreise bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu unterstützen.

Kommunales MVZ Marienmünster – Interview

Josef Suermann, Bürgermeister der Stadt Marienmünster (Nordrhein-Westfalen, Kreis Höxter), im Interview mit Impulse über die Errichtung des kommunalen MVZ Marienmünster und die Herausforderungen im Laufe der Inbetriebnahme.



Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Suermann, zum 01. April 2024 erhielt die MVZ Marienmünster GmbH ihre Zulassung seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Damit ist das MVZ Marienmünster das erste Medizinische Versorgungszentrum in kommunaler Trägerschaft in Westfalen-Lippe. Woher kam seinerzeit der Impuls, sich hier als Stadt zu engagieren?

Suermann: Marienmünster ist mit gerade einmal 5.000 Einwohnern eine sehr kleine und überschaubare Stadt. Mit dem Wissen um das Alter unserer Ärzte lud ich diese zusammen mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vor zwei Jahren zu einem Gespräch ein. Als die Ärzte von ihren vergeblichen Versuchen, Nachfolger für ihre Praxen zu finden, berichteten und dass sie alle in absehbarer Zeit aus Altersgründen ihre Praxen schließen würden, erklärten die KV-Vertreter, dass sie zwar grundsätzlich für die ärztliche Versorgung zuständig seien, aber „Niemanden an den Haaren herbeiziehen können, um in Marienmünster zu arbeiten!“.

Danach war klar, dass wir nur weiterkommen, wenn wir als Stadt selber tätig werden.

Impulse: Eine gut etablierte hausärztliche Gemeinschaftspraxis konnte als Gründungspartner gewonnen werden. Das MVZ hat die Gemeinschaftspraxis erworben, die ehemaligen Praxisinhaber sind nunmehr als angestellte Ärzte im MVZ tätig – mitsamt Praxisteam. Was hat beide Ärzte Ihrer Meinung nach dazu bewogen diesen Weg zu bestreiten?

Suermann: Ich danke es war insbesondere der Wunsch, die Patienten, die man jahrzehntlang behandelt hatte, nicht auf der Straße stehen zu lassen. Wie sehr sich beide Ärzte mit der Praxis identifizieren und es ihnen daran gelegen ist, dass es weitergeht, sieht man daran, dass der eine fast ein Jahr länger arbeitet als beabsichtigt, um das MVZ ans Laufen zu bringen und seine Kollegin die Befähigung erlangen möchte, eine angehende Fachärztin ausbilden zu können.

Impulse: Wie waren die Reaktionen der übrigen freiberuflichen Ärzteschaft? Wird das MVZ als Konkurrenz wahrgenommen?

Suermann: Bisher habe ich nur anerkennende Worte vernommen. Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass



irgendein Arzt angesichts des Ärztemangels und der Vollheit des eigenen Wartezimmers eine Konkurrenzsituation empfindet.

Impulse: Wie gestaltete sich der Gründungsprozess? Auf welche kommunalrechtlichen Hürden sollte man besonders vorbereitet sein?

Suermann: Der Gesellschaftsvertrag zur Gründung der GmbH sowie die Übernahme von Bürgschaften bzw. Sicherheitsleistungen der KV gegenüber mussten von der Kommunalaufsicht genehmigt werden. Das MVZ musste vom Zulassungsausschuss der KV zugelassen werden. Dies alles verursachte einiges an bürokratischen Aufwand. Die Gründung eines MVZ gehört ja nicht gerade zu den Kernkompetenzen einer Kommune. Unabdingbar war deshalb die Unterstützung durch eine Expertin, die wir in Gabriele Dostal gefunden hatten.

Impulse: Die Sicherheitsleistung des MVZ gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist bundesweit bei Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen eine häufig geäußerte Herausforderung im Zuge der Gründung eines kommunalen MVZ. Die Handhabung unterscheidet sich von KV zu KV teilweise stark. Im Fall des MVZ Marienmünster war eine Bürgschaft in Höhe von rd. 3,6 Mio. Euro zu erbringen. Wie hat das MVZ die erforderliche Sicherheitsleistung gegenüber der KV erbracht? War intern und im Zusammenspiel mit der zuständigen Rechtsaufsicht ein gewisses Maß an Überzeugungsarbeit zu leisten?

Suermann: Kommunen müssen als Träger eines kMVZ der KV gegenüber eine Sicherheitsleistung für mögliche Regresse abgeben. Bei der von uns gewählten Rechtsform einer GmbH muss die Kommune nach § SGB V § 95 Abs. 2 eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben. § 87 GO NRW steht dem grundsätzlich entgegen. Um die Frist für die Antragsstellung beim Zulassungsausschuss nicht zu versäumen, übernahm eine heimische Bank eine Sicherheitsleistung nach § 232 Abs. 2 BGB für Ansprüche der KV gegen das kMVZ. Die Stadt wiederum musste dieser Bank gegenüber eine Bürgschaftserklärung abgeben. Für die Bereitstellung der Sicherheitsleistung verlangte die Bank eine nicht unerhebliche jährliche Bereitstellungsgebühr.

Da dieses Absicherungssystem die Stadt nicht vor Regressforderungen schützen würde und sie obendrauf die genannten Gebühren jährlich zu zahlen hätte, sind wir über den Städte- und Gemeindebund an das Ministerium herantreten, um prüfen zu lassen, ob wir nicht doch unmittelbar als Bürge auftreten und so die Bereitstellungskosten ersparen können.

Wir erhielten als Antwort, dass gemäß § 87 GO NRW eine Kommune grundsätzlich keine Sicherheiten zugunsten Dritter bestellen und Bürgschaften nur im Rahmen der Erfüllung ihrer Aufgaben übernehmen darf. Die für die Bürgschaftsgewährung vorgesehene Ausnahme des § 87 Abs. 2 GO NRW sei insofern restriktiv auszulegen.

Die nach Landesrecht vorgesehene restriktive Vorschrift des § 87 Abs. 2 GO NRW kollidiere jedoch mit der bundesrechtlichen Regelung des § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V, nach der die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH die Abgabe von selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärungen oder anderen Sicherheitsleistungen der Gesellschafter voraussetze. Bereits zum Zeitpunkt der gesetzlichen Zulassung der Gründung der MVZ in kommunaler Trägerschaft sei diese Kollision bekannt und dem Bundesgesetzgeber bewusst. Die Kommunalaufsicht könne nach Prüfung des durch die Kommune anzuzeigenden Rechtsgeschäftes zu dem Ergebnis gelangen, dass die Wahl der Bürgschaftsform und deren Ausgestaltung unter den besonderen Umständen des Einzelfalls angemessen ist und nach Abwägung der verschiedenen Interessen (Schutz des kommunalen Haushaltes vor unangemessenen Risiken / ansonsten nicht sicherzustellende Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen vor Ort) ausnahmsweise zugelassen werden könne. Die Normenkollision solle dabei insgesamt nicht zu Lasten der Kommunen in Nordrhein-Westfalen und der medizinischen Versorgung insbesondere in ländlicheren Gebieten führen. Die Kommunalaufsicht genehmigte nun ganz aktuell die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft der Stadt gegenüber der KV.

Impulse: Primäres Anliegen der Stadt war die Wohnortnahe und bedarfsgerechte ärztliche Versorgung für die Bevölkerung langfristig zu gewährleisten. Dieses Ziel scheint mit zwei kürzlich gewonnen Ärzten bereits (fast) erreicht worden zu sein. Offenbar erfüllt das MVZ die Berufswünsche vieler Ärztinnen und Ärzte. Wo sehen Sie das MVZ Marienmünster in fünf Jahren? Sehen Sie das kommunale MVZ Marienmünster als isoliertes Projekt oder ist es für Sie eher Teil eines gesamthaften Entwicklungsplans?

Suermann: Das MVZ ist ganz klar Teil einer Kette von Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung unserer Stadt als Wohnort. Wir bekommen seit Jahren von IT.NRW oder der Bertelsmann-Stiftung vorgerechnet, dass unsere Einwohnerzahl stark zurückgehen soll. Diesen Voraussagen stemmen wir uns mit aller Kraft entgegen, in dem wir in die frühkindliche Erziehung, dem Sport- und Freizeitangebot, der Baulandbereitstellung, dem Glasfaserausbau, die städtebauliche Entwicklung und vieles mehr investieren. Die Gründung des MVZ ist für die

weitere Entwicklung unserer Stadt enorm wichtig. Hätten wir es nicht hinbekommen, wäre auf kurz oder lang auch die Apotheke geschlossen worden und das Image und die Attraktivität unserer Stadt hätten enorm gelitten. Wichtiger als alles andere ist unseren Bürgern nach einer aktuellen Umfrage im Zuge einer Kreisentwicklungsstrategie aber die medizinische Versorgung. Und genau die haben wir zumindest auf absehbare Zeit sichergestellt.

Impulse: Herr Suermann, vielen lieben Dank für das Gespräch!

Kommunales MVZ in der Spreewaldstadt Lübben

Jens Richter, Bürgermeister der Spreewaldstadt Lübben (Lk. Dahme- Spreewald), und Marco Sell, Geschäftsführer der MVZ Spreewald GmbH, im Interview mit Impulse über die Herausforderungen im Zuge der Gründung eines kommunalen MVZ.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.



Bürgermeister Jens Richter (rechts) und Geschäftsführer sowie Projektleiter Marco Sell (links)

Impulse: Herr Richter, Herr Sell, zunächst vielen lieben Dank für das heutige Interview. Die Stadt Lübben engagiert sich bereits seit Anfang 2023 bzgl. der Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten ärztlichen Grundversorgung. Im Juni 2024 wurde dazu die Medizinisches Versorgungszentrum Spreewald GmbH notariell gegründet. Wie viel Vorarbeit war bis zu diesem Schritt erforderlich? Wie gelang es die Ärztinnen

und Ärzte für das Projekt zu gewinnen? Die Stadt Lübben hat mit ihrem Vorhaben ein MVZ in kommunaler Trägerschaft zu gründen ja (noch) Neuland betreten.

Richter: Das ist vollkommen richtig, die Kommune sieht nicht unbedingt im Gesundheitswesen Ihre Aufgabenerfüllung. Aufgrund des wandelnden Gesundheitsmarktes wird sich dies an der einen oder anderen Stelle ändern müssen. Grundlegend haben wir dennoch bereits vor Jahren in der Lübbener Stadtverordnetenversammlung darüber gesprochen, waren uns aber die zunehmende Notwendigkeit noch nicht im Klaren. Vor 2 Jahren, also im Juni 2022, haben wir dann 2 Beschlüsse in der Stadtverordnetenversammlung gefasst, um der zunehmenden „Schieflage“ in der amb. med. Versorgung in Lübben (Spreewald) entgegenzutreten. Diese beinhalteten einerseits die finanzielle Förderung von Ärztinnen und Ärzten bei Praxisneugründung bzw. -übernahmen sowie andererseits das Projekt zur Gründung und Entwicklung eines kommunalen MVZ in der Stadt Lübben (Spreewald).

Das Projekt startete am 1. Januar 2023 und war vorerst für 3 Jahre angelegt. Unser Projektleiter Herr Sell hat sehr frühzeitig mit sehr umfangreichen Analysen auf die Notwendigkeit der Gründung eines kMVZ hingewiesen. Dies erfolgte dann bereits im Juni des letzten Jahres. Es war und ist bis jetzt ein sportlicher Zeitablauf. Sie sprachen die Personalgewinnung im ärztlichen Bereich an; diese ist wie in allen Bereichen anspruchsvoll und nicht mit 2 Sätzen zu erklären. Ich denke das Herr Sell Ihnen bei den nächsten Fragen dies besser beantworten kann, denn eine direkte Antwort gibt es darauf nicht.

Impulse: Herr Sell, Sie sind nunmehr Geschäftsführer der MVZ Spreewald GmbH, zuvor waren Sie Projektleiter „kommunales MVZ“. Inwiefern hat die Schaffung dieser Stelle eigens zur Realisierung des MVZ letztendlich zum Erfolg beigetragen. Haben Sie sich auch mit anderen Kommunen ausgetauscht?

Sell: Aktuell arbeite ich in einer Personalunion. Da das Projekt noch nicht abgeschlossen ist, bin ich bis zur Eröffnung des kMVZ weiterhin als Projektleiter aktiv. Die

Bestellung einer Geschäftsführung wurde mit der Gründung notwendig. Hier fiel die Wahl des Bürgermeisters und der Stadtverordneten auf meine Person, was mich sehr freut. Ein Zeichen des Vertrauens und der Zufriedenheit meiner Arbeit im Projekt. Die Arbeit in 2 verschiedenen Ebenen ist nicht einfach, dennoch aber notwendig. Die gegründete städtische Tochtergesellschaft ist ein Betrieb ohne Betriebszulassung. Die Betriebszulassung erteilt als hoheitlicher Aufgabenträger die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Dafür muss ich als Geschäftsführer bereits ärztliche Anstellungsverträge schließen. Die Projektleitertätigkeit beinhaltet die Vorbereitung der Betriebsstätte für den Praxisbetrieb. Es ist also ein täglicher Drahtseilakt zwischen beiden Verantwortlichkeiten, da beide Bereiche miteinander eng verzahnt sind. Daher kann an dieser Stelle keine Differenzierung aufgrund der neuen Stelle der Geschäftsführung für einen erfolgreichen Weg vorgenommen werden. Hier würde ich eher die Personalunion als Schlüssel zum Erfolg benennen. Dieser komplexe Prozess, anfänglich aus einer Hand, ist möglicherweise der richtige Weg. Die Projektarbeit benötigt eine Mischung aus kommunaler Kenntnis verbunden mit dem Wissen des komplexen Gesundheitswesens. Keine leichte Aufgabenstellung. Leider konnte ich mich dahingehend mit keiner weiteren Kommune intensiv austauschen. Hier fehlen die Erfahrungswerte.

Lediglich die Stadt Baruth/Mark hat diesen Weg in Brandenburg beschritten.

Impulse: Wie sehen die weiteren Schritte bis zur Inbetriebnahme aus? Soweit mir bekannt ist, können Sie in neuen, umgebauten Räumen starten. Wie beziehen Sie die Ärzte aus unterschiedlichen Facharztgruppen in die Planungen mit ein? Welche Chancen aber auch Herausforderungen ergeben sich daraus?

Richter: Wir hatten parallel zur Projektinitiierung die städtische Tochtergesellschaft Lübbener Wohnungsbau-Gesellschaft mbH (LWG) beauftragt, ein Gebäude für diese Vorhaben zu erwerben. Es war für uns alle ein Glücksfall, dass zu diesem Zeitpunkt ein Ärztehaus in Lübben (Spreewald) zum Verkauf stand. Dieses konnte durch die LWG erworben werden. Das Ärztehaus wurde vor ca. 25 Jahren erbaut und entspricht leider nicht mehr den heutigen Vorgaben und Richtlinien. Daher muss vieles umgebaut werden. Das hatten wir anfänglich nicht so eingeschätzt.

Sell: Ich hatte im Businessplan noch nicht so viele Ärzte eingeplant. Daher dachten wir, es würden noch nicht so viele Umbaumaßnahmen notwendig werden. Nun benötigen wir den gesamten Platz auf allen 3 Etagen. Auch das Kellergeschoss, welches baulich hervorragend nutzbar ist, wird für die Umkleide- und

Lagerräume vollständig benötigt. Die Ärzte involviere ich in alle Prozesse. Die Umbau- und Einrichtungsplanung habe ich den Ärzten mehrmals vorgestellt und Ihre Vorschläge wie auch Erfahrungen einfließen lassen. Dies gilt gleichfalls für die IT-Infrastruktur und das Organisationsmanagement. Dafür treffen wir uns regelmäßig mit den Ärzten im MVZ-Gebäude. „Wir wollen doch das Projekt gemeinsam gestalten und vor allem eine Betriebsstätte schaffen, die optimale Arbeitsbedingungen hergibt!“ Dies sehe ich als Chance, eine Betriebsstätte nach aktuellen Forderungen und auch Bedürfnissen der Beschäftigten wie auch der Patienten zu schaffen. Im weiteren Verlauf werde ich ebenfalls die Medizinischen Fachangestellten in die Planung einbeziehen, auch wenn die vielen Interessengruppen sicherlich eine Herausforderung darstellen. Hier sehe ich aber die Verpflichtung des öffentlichen Arbeitgebers, auch wenn sich dieser in Form einer städtischen Gesellschaft präsentiert.



Impulse: Wie haben Sie auf die gegenüber der KV Brandenburg abzugebende Bürgerschaft reagiert? Wie hoch war in Ihrem Fall die geforderte Bürgerschaftssumme? Diese weicht ja von KV-Region zu KV-Region ab und ist abhängig von der Anzahl der Kassensitze im MVZ.

Richter: Das ist eine der großen Herausforderungen für Kommunen. Hier haben wir uns aber immer wieder regelmäßig zusammengesetzt, um Herrn Sell intensiv zu unterstützen. Hier wird Herr Sell tiefgreifende Aussagen machen können. Eins kann ich an dieser Stelle aber schon jetzt sagen; von Frust über Freude bis hin zum Ärgernis war hier alles dabei.

Sell: Ich kann Herrn Richter nur beipflichten. Schlaflose Nächte, Enttäuschung, Hoffnung und Ernüchterung, ergänzen die Ausführungen von Herrn Richter. Wenn Sie Ärzte für das kommunale MVZ gewinnen und Ihnen anschließend die selbstschuldnerische Bürgerschaftssumme von der KV Brandenburg mitgeteilt wird, ist die Freude schnell dahin. Für das kommunale MVZ in Lübben wird aktuell für die avisierten ärztlichen Kassensitze eine Bürgerschaftssumme von 5,6 Mio. Euro aufgerufen. Nach dem Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) muss

für Regressforderungen gegenüber der KV und den Krankenkassen eine selbstschuldnerische Bürgschaft vorgehalten werden, so will es das Gesetz, nur die Höhe ist leider nicht eindeutig definiert. Ich habe absolutes Verständnis für Rücklagen in Form einer Bürgschaft, welche im Baugewerbe ebenfalls üblich sind. Wichtig ist aber dabei, dass diese nachvollziehbar und für alle stemmbar einherkommen.

Impulse: Welche Fachrichtungen sind im MVZ zu Beginn vertreten? Wie soll die Zielstruktur in fünf Jahren aussehen?

Sell: Wir werden auf jeden Fall die Fachrichtung Allgemeinmedizin vorfinden. Weiterhin haben wir eine gynäkologische wie auch urologische Fachabteilung vorgesehen. Die Dokumente für die Antragstellung der Zulassung aller Ärzte haben wir dem Zulassungsausschuss für Ärzte der KV Brandenburg bereits übermittelt. Im September 2024 soll unser Antrag im Zulassungsausschuss besprochen und bestenfalls positiv beschieden werden. Im kommenden Jahr wollen wir dann das kMVZ erst einmal zum Laufen bringen und die Organisationsstruktur stabilisieren. In den weiteren Jahren werde ich natürlich den amb. med. Versorgungsbereich für die Stadt Lübben (Spreewald) nicht aus den Augen verlieren und möglicherweise das kMVZ weiterentwickeln. Dahingehend haben wir bereits sehr gute Kooperationen beginnen können, u. a. mit der Spreewaldklinik Lübben.

Impulse: Die Kommunalverfassungen sehen in Bezug auf kommunale Unternehmen häufig komplexe Strukturen von notwendigen Aufsichtsräten bis hin zu Beteiligungsrichtlinien vor. Wie gestaltete sich bei Ihnen im Vorfeld der Gründung die Ausgangs- und Diskussionslage, zumal Sie in Ihrem Bundesland ja kaum vergleichbare Gründungen von kommunalen MVZ haben?

Richter: Hier haben Sie eine der weiteren Schwierigkeiten angesprochen. Das Kommunal- und das Gesundheitswesen sind 2 verschiedene „Marktplayer“, die es an der Stelle eines kommunalen MVZ zu verbinden gilt. Sie müssen sich das so vorstellen, als wenn sie an die kommunale Lokomotive einen Gesundheitswaggon ankoppeln wollen, aber die Koppelschlösser unterschiedlich sind und sich nicht einkoppeln lassen. Da benötigen Sie eine „Adapter“, der eine belastbare Brücke herstellt. Und hier kommt der Projektleiter ins Spiel. Wie schon in einer Frage beantwortet, benötigen Sie eine Person die Kommunal- und Gesundheitswesen versteht. Dann klappt der „Koppelprozess“. Herr Sell war selbst einmal knapp 2 Legislaturperioden Stadtverordneter in der Stadt Lübben (Spreewald), hat kurze Zeit den Sozial- und Bildungsausschuss geführt. Beruflich ist er 25 Jahr im Gesundheitswesen unterwegs, hat

neben der beruflichen Ausübung noch ein Studium im Gesundheits- und Sozialwesen gemacht. Des Weiteren ist er Ortsansässig und kennt die Umgebung um Lübben herum berufsbedingt seit langer Zeit. Dies bilden gerade für die Analyse der Situation, aber auch für die Vertrauensbasis wichtige Faktoren. Ich glaube an dieser Stelle erübrigt sich die Frage, wie sich die Ausgangs- und Diskussionslage im Vorfeld gestaltete. Gerade der politische Raum benötigt für seine Entscheidungen solche Grundlagen.

Impulse: In Lübben besteht bereits das „MVZ Poliklinik Lübben“ des Dahme-Spreewald Klinikums. Wie war deren Reaktion auf die Gründung eines kommunalen MVZ? Wie stellen sich beide Partner die zukünftige Kooperation vor?

Richter: Das Klinikum Dahme-Spreewald ist mehrheitlich Eigentum des Landkreises Dahme-Spreewald. Der Sana-Konzern, welcher geschäftsführender Gesellschafter des Klinikums ist, wurde 2023 durch den Landkreis beauftragt, in Lübben (Spreewald) ein klinisches MVZ zu eröffnen. Leider wurde hier im Vorhinein nicht genügend kommuniziert. Ein gemeinsamer Weg wäre sicherlich möglich gewesen. Ich wurde damals durch die Stadtverordneten beauftragt, das Gespräch zum Landkreis und zur Klinik zu suchen. Leider waren da bereits die Grundlagen für die MVZ Poliklinik Lübben durch die Klinik gelegt. Die Stadtverordneten haben dann gemeinsam mit mir als Bürgermeister im weiteren Verlauf das kommunale Projekt angeschoben, ohne dabei die Gründung im Fokus zu haben. Erst die Marktanalyse ergab die Notwendigkeit zur Gründung eines kommunalen MVZ in der Stadt Lübben (Spreewald). Die Bürger der Stadt Lübben (Spreewald) haben dies am Anfang nicht einordnen können, was ich absolut verstehe. Im Laufe der Zeit wurde dann aber die Akzeptanz und auch das Verständnis größer. Heute haben wir mit dem Klinikum Dahme-Spreewald eine sehr gute Korrespondenz und das kooperative Miteinander beginnt bereits erste Früchte zu tragen.

Impulse: Herr Richter, was würden Sie Ihren Amtskollegen empfehlen?

Richter: Ich kann nur an dieser Stelle immer wieder betonen; eine Bearbeitung eines solchen komplexen Projektes kann kein Mitarbeiter nebenbei im Rathaus bearbeiten. Der Weg sollte rechtzeitig mit dem politischen Raum diskutiert und möglichst auch fachlich begleitet werden. Eine Zuhilfenahme einer externen Projektfirma ist sicherlich ein mögliches Instrument, aber nach meinen heutigen Erfahrungen möglicherweise nicht das Mittel der Wahl. Eine eigene Projektgruppe, möglichst nur für dieses Projekt, welcher einen auskömmlichen Zeitrahmen zur Verfügung gestellt wird, kann diese

komplexe Aufgabe erfolgreich stemmen. Unser Projekt bestätigt mich bei meinen Ausführungen.

Impulse: Herr Richter, Herr Sell, herzlichen Dank für das interessante Gespräch!

Künstliche Intelligenz (KI) in der Arztpraxis



Mario Pschunder, selbstständiger Berater für Arztpraxen im Interview mit Impulse über den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) im Bereich der ambulanten Versorgung.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Pschunder, Sie haben nach 20-jähriger Führungsverantwortung im Bereich IT und Prozessoptimierung in einem international agierenden Unternehmen, 2020 die Praxisgründung Ihrer Ehefrau mitbegleitet. Haben Sie bereits bei Gründung Wert auf die Implementierung von möglichst digitalen Strukturen gelegt? Welche waren dies vorrangig?

Pschunder: Ja, definitiv. Ein Hauptaugenmerk haben wir auf die Auswahl der Praxissoftware gelegt. Aus meiner langjährigen Tätigkeit im IT-Bereich habe ich die Erfahrung gemacht, dass man bei der Auswahl der richtigen Software folgende Punkte beachten sollte: Referenzen im Internet, ein größeres Team beim Anbieter, um Support und Weiterentwicklung zu garantieren, und ganz wichtig, Zusatzmodule, die angeboten werden, wie Online-Terminbuchung, Patienten-App zur Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patient, HZV-

Einschreibung, Online-Integration des Labors und vieles mehr. Es ist wichtig, alles von einem Hersteller zu nehmen, da die Erfahrung immer wieder zeigt, dass Schnittstellen Probleme machen können und niemand dafür verantwortlich sein will, wenn es mal nicht funktioniert. Im Nachhinein war diese Entscheidung richtig, denn wir waren die Ersten, die reibungslos E-Rezepte ausstellen konnten und auch bei der COVID-19-Impfung alle Termine ausschließlich online angeboten haben.

Hinsichtlich der medizinischen Geräte wie Sonographie, EKG oder Lungenfunktion war es uns besonders wichtig, dass diese eine zertifizierte GDT-Schnittstelle

haben, damit die Daten direkt in das Programm übertragen werden und kein Papier verursacht wird. Diese digitale Integration sorgt nicht nur für einen reibungslosen Ablauf im Praxisalltag, sondern auch für eine erhebliche Zeitersparnis und mehr Fokus auf das Wesentliche – die Patientenbetreuung.

Ein weiterer Aspekt war der gesicherte E-Mail-Verkehr und eine gesicherte Internetverbindung. Diese sind unerlässlich für die Anwendung von KI und die Recherche im Internet. Mit der richtigen Firewall und einem verlässlichen Virensch scanner stellen wir sicher, dass alle Daten geschützt und die Systeme gegen Angriffe abgesichert sind. So gewährleisten wir nicht nur die Sicherheit der sensiblen Patientendaten, sondern auch die Effizienz und Zuverlässigkeit der täglichen Arbeitsprozesse.

Impulse: Die Einführung des Large Language Model (LLM) ChatGPT im November 2022 hat innerhalb kürzester Zeit ein Füllhorn neuer Potenziale geschaffen. Haben Sie Künstliche Intelligenz (KI) bereits in der allgemeinmedizinischen Arztpraxis Ihrer Ehefrau implementiert? Woher kam der Impuls hierfür?

Pschunder: Die Frage, ob KI eingesetzt werden sollte, stellt sich in allen Lebensbereichen nicht mehr, sondern nur noch, wie und wann. Wir nutzen seit etwa vier Monaten die KI, um Arztbriefe, Kuranträge, Atteste, Reha-Anträge und auch Anfragen an Krankenkassen zu schreiben, aber auch, um Medikamente aus dem Ausland zu identifizieren, die in Europa nicht verfügbar sind. Spaßeshalber haben wir mal die Leitlinie zur Behandlung von Akne von 95 Din-A4-Seiten auf 2 Din-A4-Seiten zusammenfassen lassen, mit dem Fokus darauf, was rechtlich zu beachten ist, wenn Isotretinoin verordnet werden soll. Die Antwort war in 2 Sekunden da, ohne die Leitlinie komplett lesen zu müssen.

Der Impuls hierfür kam aus der Notwendigkeit, administrative Aufgaben effizienter zu gestalten und gleichzeitig die Qualität und Präzision der Informationen zu erhöhen. KI ermöglicht es uns, wertvolle Zeit zu sparen, die wir dann direkt in die Patientenversorgung investieren können. Diese neuen Technologien bieten ein enormes Potenzial, um den Praxisalltag zu revolutionieren und die medizinische Versorgung weiter zu optimieren.

Impulse: Wie hoch schätzen Sie den Implementierungsaufwand von KI in den Regelbetrieb einer

Arztpraxis ein? Ist das Ausmaß der möglichen Nutzung von KI in der Arztpraxis abhängig von der Facharztgruppe?

Pschunder: Nein, es ist nicht von der Fachgruppe abhängig. Ich kann mir gut vorstellen, dass es in anderen Fachgruppen bereits gute Möglichkeiten gibt, gerade beim Hautkrebscreening oder in der Radiologie, wenn es darum geht, Bilder auszuwerten. Ich kann jeden Mediziner nur dazu animieren, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Wenn man erst einmal angefangen hat, steigt die Begeisterung täglich aufgrund der Möglichkeiten, die sich ergeben. Auch unsere Mitarbeiter sind hellauf begeistert. Der Implementierungsaufwand geht gegen null – bei einer erheblichen Arbeitserleichterung für alle Mitarbeiter.

Es wird lediglich ein Internetanschluss und ein KI-Programm benötigt. Wir nutzen Copilot von Microsoft und ChatGPT. Beide Programme gibt es in einer kostenlosen Version, die schon sehr viel kann. Wir haben uns jedoch für die kostenpflichtige Version von 20 Dollar im Monat entschieden. Hinzu kommt eine kurze Einweisung des Praxisteams von 20 Minuten. Danach ist das Grundverständnis da. Ich sehe täglich, dass alle Kollegen das eine oder andere Neue ausprobieren und die Ergebnisse unschlagbar sind. Briefe, die vorher 10 Minuten gedauert haben, sind nun in 20 Sekunden fertig. Im neuen Apple-Update sollen ab Herbst diesen Jahres alle Geräte ChatGPT kostenlos erhalten, was einen weiteren Hype um die KI auslösen wird und den Zugang für viele Menschen noch leichter macht.

Diese Erfahrungen zeigen, dass der Einstieg in die Nutzung von KI in der Arztpraxis nicht nur einfach, sondern auch äußerst lohnenswert ist. Es bietet eine erhebliche Zeitersparnis und verbessert die Effizienz im Praxisalltag enorm.

Impulse: Wo sehen Sie das höhere Potential beim Einsatz der KI? Bei den Ärzten oder den Mitarbeitern? Können Sie uns von einem konkreten Beispiel berichten, in dem die Implementierung von KI in einer Praxis einen positiven Unterschied gemacht hat?

Pschunder: Es gibt keinen direkten Unterschied, lediglich in den unterschiedlichen Aufgaben. Die MFA nutzen es mehr, um Briefe zu schreiben, und meine Frau als Ärztin, um vielleicht ein Medikament zu identifizieren. In einem konkreten Beispiel kam eine russischsprachige Patientin mit einem russischen Medikament in der Hand, dessen Aufschrift ausschließlich in kyrillisch war. Wir haben ein Bild vom Medikament gemacht und dieses Bild in der KI hochgeladen und folgende Frage eingegeben: "Bitte übersetze die Inhaltsstoffe und zeige mindestens drei Medikamente, die in der

gleichen Zusammensetzung in Deutschland verfügbar sind." In 2 Sekunden hatten wir die Antwort! Natürlich musste noch geprüft werden, ob das deutsche Medikament zum Krankheitsbild passt, aber es war eine erhebliche Erleichterung bei der Recherche.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie vielseitig KI in einer Praxis eingesetzt werden kann und welche positiven Unterschiede sie bewirken kann. Sie erleichtert nicht nur den Arbeitsalltag der Mitarbeiter erheblich, sondern unterstützt auch die Ärzte bei komplexeren Aufgaben. Die Effizienz und Präzision, die durch den Einsatz von KI erreicht werden können, sind beeindruckend und tragen wesentlich zur Optimierung der Praxisabläufe bei. **Impulse:** Liegt der Nutzen der KI in der Arztpraxis in der Zeitersparnis beim Arzt oder in der Qualitätssteigerung der Behandlung?

Pschunder: Der Nutzen der KI in der Arztpraxis liegt sowohl in der Zeitersparnis für den Arzt als auch in der Qualitätssteigerung der Behandlung. Beide Aspekte sind eng miteinander verknüpft und ergänzen sich gegenseitig.

Durch die Zeitersparnis können Ärzte und Mitarbeiter administrative Aufgaben schneller und effizienter erledigen. Beispielsweise können Arztbriefe in Sekunden verfasst und Medikamente aus dem Ausland schnell identifiziert werden. Dies ermöglicht es dem medizinischen Personal, mehr Zeit direkt in die Patientenbetreuung zu investieren, was zu einer verbesserten Patientenversorgung führt.

Gleichzeitig trägt KI zur Qualitätssteigerung der Behandlung bei, indem sie präzise und umfangreiche Informationen liefert, die sonst zeitaufwändig und schwierig zu beschaffen wären. Ein Beispiel hierfür ist die Identifikation von Medikamenten oder die Übersetzung medizinischer Informationen, wie wir es in unserer Praxis erlebt haben. Diese zusätzlichen Informationen können helfen, fundierte Entscheidungen zu treffen und die Behandlung individuell und akkurat zu gestalten.

Impulse: Welche neuen Kompetenzen und Fähigkeiten müssen Ärzte und medizinisches Fachpersonal in Zukunft erlernen, um mit der Digitalisierung Schritt zu halten?

Pschunder: Zu dieser Frage muss ich etwas weiter ausholen, und viele werden sagen, das geht doch gar nicht... Denn um sich mit neuen Dingen auseinanderzusetzen, benötigt man Zeit. In den meisten Praxen herrscht meist Hektik, und solche Dinge bleiben oft auf der Strecke. Deswegen spielen noch andere Aspekte eine große Rolle. Hier geht es um geordnete Prozesse, um die Mitarbeiter zu entlasten und so mehr Zeit für

Innovation zu schaffen. Ich kann Ihnen versichern, das geht! Es schafft Zufriedenheit bei den Mitarbeitern und es kann sogar Personal eingespart werden, das es auf dem Arbeitsmarkt ohnehin nicht mehr gibt.

Durch geordnete Prozesse und den Einsatz von Digitalisierung kann die Arbeitsbelastung reduziert und mehr Raum für Innovation geschaffen werden. Dies führt nicht nur zu einer höheren Zufriedenheit bei den Mitarbeitern, sondern ermöglicht es auch, Personalressourcen effizienter zu nutzen.

Um mit der Digitalisierung Schritt zu halten, müssen Ärzte und medizinisches Fachpersonal folgende Kompetenzen und Fähigkeiten erlernen:

- Technologische Kompetenz: Umgang mit neuer Software und KI-Anwendungen.
- Kontinuierliches Lernen: Ständige Weiterbildung in neuen Technologien.
- Problemlösungskompetenz: Schnelles Lösen technischer Herausforderungen.

Rom wurde auch nicht an einem Tag gebaut... einfach anfangen und ausprobieren! Sie können sicher sein, „der Hunger kommt beim Essen“ – Sie werden begeistert sein!

Impulse: Wie wird der zunehmende Einsatz der KI das Arzt / Patientenverhältnis verändern?

Pschunder: Hier ist natürlich Vorsicht geboten. Der Patient steht im Vordergrund, und der menschliche Kontakt ist sehr, sehr wichtig. Die KI sollte ausschließlich zur Unterstützung genutzt werden, um Zeit beim Arzt und im Praxisteam zu sparen, damit mehr Zeit für die Patienten bleibt. Mit Hilfe der KI können noch bessere Diagnosen und Therapien gefunden werden, sodass das Maximum für die Patienten herausgeholt werden kann.

Impulse: Welche gesetzlichen Regelungen und Richtlinien gibt es bereits, um den Einsatz von KI in der Medizin zu steuern?

Pschunder: Bei dieser Frage muss ich gestehen, dass ich die Antwort mit Hilfe der künstlichen Intelligenz gebe, da ich kein Jurist bin (lacht):

„Der Einsatz von KI in der Medizin wird durch verschiedene gesetzliche Regelungen und Richtlinien gesteuert:

- Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO): Diese schützt die personenbezogenen Daten der Patienten und regelt deren sichere Verarbeitung und Speicherung.
- Medizinproduktegesetz (MPG) und Medical Device Regulation (MDR): Diese Gesetze stellen sicher, dass KI-Anwendungen in der Medizin sicher und effektiv sind.
- Ethik-Richtlinien: Organisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik haben ethische Richtlinien für den verantwortungsvollen Einsatz von KI entwickelt.
- Berufsordnungen der Ärztekammern: Diese enthalten Vorgaben für den Einsatz von neuen Technologien und sichern die Einhaltung professioneller Standards.
- Technische Normen: ISO-Normen und andere Standards sorgen für die Qualität und Sicherheit von KI-Systemen in der Medizin.“

Impulse: Herr Pschunder, herzlichen Dank für die spannende Unterhaltung!

Pschunder: Vielen Dank, es hat mir großen Spaß gemacht. Ich hoffe, dass ich einige von Ihnen inspirieren konnte, sich einfach mal mit diesem Thema zu beschäftigen. Vielleicht nehmen Sie sich am Wochenende im Garten bei einer Tasse Tee Zeit dafür, auch wenn es nur auf dem Handy ist. Sie werden begeistert sein, was da alles möglich ist.

Hier mal zwei Beispiele zum Ausprobieren:

1. Internetseite copilot.microsoft.com aufrufen
2. Fragetext-Vorschlag: Schreibe einen Befund zur Vorlage bei der Arbeitsagentur. Patient XY leidet an Rückenschmerzen, Schwindel, kann nicht lange stehen. Schreibe den Befund so, dass eine Umschulung empfohlen wird.
3. Neue Frage zum Eingeben: Nenne mir alternative Medikamente zu Ibuprofen und deren Anwendungsgebiete, gehe speziell auf die Nebenwirkungen ein.

Seminar-Termine im Herbst und Winter 2024 / 2025

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):

- **24.09.2024:** „Gründung kommunaler MVZ“
- **26.09.2024:** „Neue medizinische Versorgungsformen als Chance für Kommunen“
- **01.10.2024:** „Wie gründe und betreibe ich einen Gesundheitskiosk“
- **05.11.2024:** „Krankenhauslandschaft im Umbruch“
- **12.11.2024:** „Gründung kommunaler MVZ“
- **14.11.2024:** „Neue medizinische Versorgungsformen als Chance für Kommunen“
- **05.12.2024:** „Gründung kommunaler MVZ“
- **14.01.2025:** „Gründung kommunaler MVZ“
- **23.01.2025:** „Neue medizinische Versorgungsformen als Chance für Kommunen“

Mehr Informationen und Anmeldungen unter 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

Web: www.dostal-partner.de

Redaktion

Luise Viktoria Ruß