



**Adrian W.T. Dostal**

**Gabriele Dostal**

**Tristan E.W. Dostal**

# Ärztemangel auf dem Land: Effizienzsteigerung durch Mehrbe- handler-Praxen

Handlungsanleitung für Bürgermeister, kommunale Entscheider, Akteure des  
Gesundheitsmarktes und Investoren

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.d-nb.de> abrufbar.

ISBN-Nummer 978-3-9816272-7-5

Herausgegeben vom Xundland-Verlag®

der Marke für Gesundheitsmarkt-Publikationen der

dostal & partner management-beratung gmbh

Bahnhofstraße 5

D - 84137 Vilsbiburg

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

[www.dostal-partner.de](http://www.dostal-partner.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Die vorliegende Publikation einschließlich all ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht erlaubt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Schutzgebühr der CD-ROM beträgt € 189,00 € inkl. MWSt. im Inland.

# Inhalt

Vorwort		7
1	Aktueller Impuls und Chance	11
2	Strukturwandel und Transformationsbedarf im Hausärztemarkt	16
2.1	Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen	16
2.2	Markttrends und bedingte Datenbasis	21
2.3	Qualitative Situationsbeschreibung als Ergänzung	34
2.4	Praxiseinblicke und Lösungsansätze	39
2.5	Innovative Musterpraxen als Leuchtturmprojekte der Transformation	53
3	Kommunale Zuständigkeiten im Rahmen der Daseinsvorsorge	62
3.1	Allgemeine Entwicklungen in ländlichen Kommunen	62
3.2	Kommunen in der Pflicht (7. Altenbericht der Bundesregierung)	68
3.3	Vermeidung „Schwarzer Peter-Spiele“ und kommunales Gemeinwohl	72
3.4	Erweiterung Akteurskreis und neuer Eigentümermix als Zukunftschance	79
4	Typisierung von Kommunen zur eigenen Standortbestimmung	84
4.1	Bürgerperspektive und mögliche Kriterien zur Typisierung	84
4.2	Kommunen mit eher geringer bis eingeschränkter Handlungsperspektive (Typen „Risiko-“ und „Sandwich-Kommune“)	90
4.3	Kommunen mit deutlichen Handlungsperspektiven (Typen „Diaspora-“ und „Speckgürtel-Kommune“)	94
4.4	Kommunen mit eindeutigen Gestaltungsperspektiven (Typen „Selbstläufer-“ und „Ambitionierte Kommune“)	96
5	Kommunale Nutzung der Chancen und mögliches Vorgehen	100
5.1	Neutraler Blick von Außen und Kern der Transformation	100
5.2	Bestandsaufnahme des Gesundheitsclusters: Top-down vs. Bottom-up	105

5.3	Anpassungsmöglichkeiten Bedarfsplanung und Versorgungsgrade	111
5.4	Verbraucher und Positionierungsmöglichkeiten für ein kommunales Gesundheitszentrum	120
5.5	Steuerung und Moderation der notwendigen Transformation	126
6	Fazit und Ausblick	131

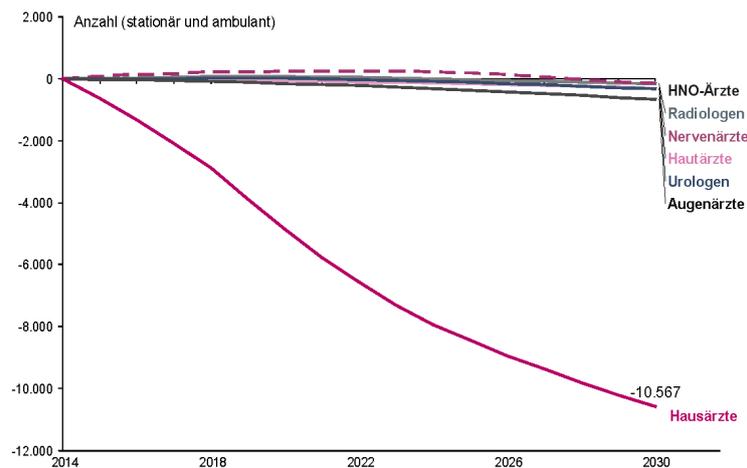
## Anhang

1	Abkürzungsverzeichnis	141
2	Glossar	144
3	Literaturverzeichnis	154
4	Abbildungsverzeichnis	164
5	Tabellenverzeichnis	168
6	Veröffentlichungen zum Themenfeld Gesundheitsmarkt	170

Anmerkung: Der in der Publikation verwendete Begriff Arzt wird geschlechtsneutral verstanden und schließt selbstverständlich auch Ärztinnen mit ein, die übrigens in den meisten Bereichen heute bereits die Mehrheit stellen. Durch die singuläre Verwendung der jeweils männlichen Begriffe auch für die Therapeuten usw. soll die Leserlichkeit erhöht werden.

## 1 Aktueller Impuls und Chance

Bereits im Jahr 2016 registrierten die Kassenärztlichen Vereinigungen 2.100 nicht besetzte *Arzt-sitze* (nicht zu verwechseln mit einer *Arztpraxis*) im hausärztlichen Bereich (KBV 2016c, S. 3). Einer aktuellen Prognose zu Folge wird sich diese Zahl bis 2030 bei rd. 10.567 nicht besetzten Hausarztsitzen einpendeln (vgl. Abbildung 1.1). Gerade im hausärztlichen Bereich sind dies überwiegend ambulant niedergelassene Ärzte. Nicht aufgeführt sind in dieser Prognose dabei die altersbedingt zurückgegebenen Hausarztsitze, die erfolgreich wieder besetzt werden konnten.



**Abbildung 1.1: Entwicklung nicht besetzter Haus- und Facharztsitze (ambulant und stationär) bis 2030**

Quelle: KBV 2016c, S. 12

Ein Blick auf die Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte zeigt, dass etwa die Hälfte der Hausärzte in den nächsten acht bis zwölf Jahren ihren Beruf aufgeben könnte (vgl. Tabelle 1.1). In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass geschätzte 20.000 Hausärzte in diesem Zeitraum altersbedingt aufgeben. Demnach wäre bundesweit jeder zweite freiwerdende Hausarztsitz nicht wieder besetzbar.

Jahre	Allgemeinärzte		Praktische Ärzte		gesamt	
bis 34	308	0,9	1	0,0	309	0,8
35 - 39	1.534	4,4	1	0,0	1.535	3,8
40 - 49	7.848	22,5	27	0,5	7.875	19,7
50 - 59	13.316	38,2	2.303	44,6	15.619	39,0
60 - 65	7.265	20,8	1.767	34,2	9.032	22,6
über 65	4.594	13,8	1.064	20,6	5.658	14,1
gesamt	34.865	100,0	5.163	100,0	40.028	100,0

**Tabelle 1.1: Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte und Praktische Ärzte (Hausärzte)**

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Bundesarztregister 2016 per 31.12.2016, S. 16



## Produktivitätssteigerung durch größere Praxis-Einheiten



**Abbildung 2.12: Grundprinzip Produktivitätssteigerung Einzelpraxis vs. Mehrbehandlerpraxis**

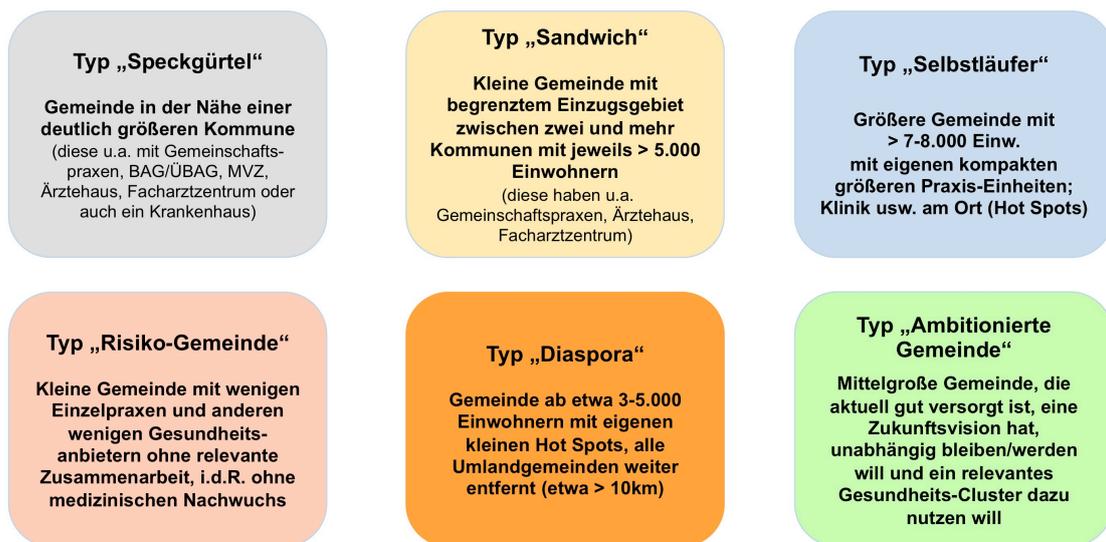
Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Schade 2017, S. 9

Selbstverständlich ist es notwendig, dass größere Einheiten (Mehrbehandlerpraxen) gleichzeitig auf ein größeres Einzugsgebiet – hier sind durchaus die Kommunen gefragt (Stichwort: Ruf-Taxi, ÖPNV, intelligente Fahrdienste) – erschließen (können). (Stinn 2017, S. 220)

Wieso tut man sich aber bei dem Thema Delegation so schwer? Der Blick auf ein Forschungsprojekt zum Thema „Innovative Lösungsmodelle“ kann das erhellen: „Eine Ausweitung und Förderung der Delegation von Tätigkeiten an nicht-ärztliche Berufe wurde einhellig positiv bewertet. Voraussetzung für ein gutes Funktionieren ist hier neben organisatorischen Fragen vor allem auch die Klärung einer für alle Beteiligten auskömmlichen Finanzierung.“<sup>14</sup> Der Bereich der Delegation wurde in der Diskussion bewusst breit verstanden und umfasst neben der Qualifikation von medizinischen Fachangestellten in der Praxis zu Versorgungsassistentinnen (VerAH) oder nicht-ärztlichen Praxisangestellten (NäPA) auch die Kooperation mit Pflegediensten und Therapeuten.“ (Erler 2017, S. 7)

Wie das möglich ist, zeigt eine weitere Darstellung des Arzt-Entlastungspotentials auf der Basis vorhandener Gesetzgebung/Abrechnung für legales delegieren und erzielter Rentabilität von Delegationskräften auf „auf der Basis vorhandener Gesetzgebung/Abrechnung für legales Delegieren und Rentabilität von Delegationskräften“: Demnach betragen die „ärztlichen Handlungen“

<sup>14</sup> Diese typische Einschätzung ist insoweit bedenklich, dass fälschlicherweise angenommen wird, die Kosten für das Delegieren bzw. Out-Sourcing kommen bei der Arzthonorierung „obendrauf“. Die Leitgedanken des *Taylorismus* aus den 1920er Jahren ist hier offensichtlich noch nicht angekommen. D.h. die notwendige Umorganisation der Geschäftsprozesse in Arztpraxen wird vollkommen verkannt: Durch diese werden die Delegationskräfte bzw. Out-sourcing-Partner finanziert.



**Abbildung 4.6: Beispielhafte Konstellationen und Typen von Kommunen**

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Im Einzelnen sind diese kommunalen Konstellationen näher hinsichtlich weiterer Key facts zu analysieren. Um ein zentrales Ergebnis vorwegzunehmen: Das Thema „Ärztmangel auf dem Lande“ – häufig noch bei zahlreichen Förderprogrammen so titulierte – ist gemeinhin weder ein Thema für Kommunen zwischen etwa 12.000 und 20.000 Einwohner noch darüber, sondern tendenziell ein Thema für Kommunen bis etwa maximal 12.000 Einwohnern.

Diese großen Streubreiten reflektieren dabei, dass viele Kommunen mittlerweile Flächen von über 100 qkm abdecken, in zusammenhängenden Kerngebieten aber nur etwa 4.000 bis 6.000 Einwohner leben. Für die etwas größeren Ortsteile – man könnte von kommunalen Satelliten sprechen – treffen dann die Aussagen für Gemeinden mit eher geringer Handlungsperspektive zu (Kapitel 4.2).

#### **4.2 Kommunen mit eher geringer bis eingeschränkter Handlungsperspektive (Typen „Risiko-“ und „Sandwich-Kommune“)**

Vorauszuschicken ist, dass das Thema „Sicherung der nachhaltigen hausärztlichen Versorgung“ für viele Kommunen mit weniger als 2.000 Einwohner<sup>27</sup> (Angaben zu Bewohnern dienen hier und im Folgenden nur als Anhalt) – soweit sie isoliert agieren – längst kein Thema (mehr) ist: Viele dieser Dörfer haben ihren letzten Hausarzt bereits in den 1960er Jahren verloren.<sup>28</sup> Die

<sup>27</sup> Die Angaben zu Einwohnerzahlen dienen jeweils nur als Anhalt. Durch die unterschiedliche Geschichte der einzelnen Kommune sind diese nicht ausschließlich anhand der statistischen Einwohnerzahlen vergleichbar. Dies sieht man auch aufgrund ihrer historisch gewachsenen Bezeichnung als Stadt, Markt, Amt, Verwaltungsgemeinschaft, Samtgemeinde, Gemeinde usw..

<sup>28</sup> Eine Ausnahme soll aber für die Verwaltungsgemeinschaft Schirnding (Oberfranken) angeführt werden: Da behilft sich die kleine ehem. Porzellan-Stadt Hohenberg a.d. Eger (etwa 1.400 Einwohner) mit einem tschechischen Arzt der täglich über die Grenze hin und her fährt.

heitsdienstleistungen im engeren Sinne des Gesundheitswesens oder eine gewisse Zielgruppen ansprechende Einrichtung z.B. auch mit Anbietern aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt. Für ersteres war oben das MCE in Erding (Oberbayern) dargestellt.

Die zweite Richtung bedarf hier einiger Erläuterungen. Vorausgeschickt sein, dass dieser Typ auch bei einer größeren Kommune z.B. über 10.000, 12.000 oder deutlich mehr Einwohnern die Chance für ein zweites oder drittes kommunales Zentrum beinhaltet. Aber zurück zu den möglichen Positionen. Vor den bisherigen Erfahrungen der Autoren bieten sich etwa sechs Entwicklungsszenarien an (Abbildung 5.14). Dabei ragt das klassische Gesundheitszentrum als tradiertes Modell heraus:

- Das klassische Gesundheitszentrum bzw. Ärztehaus mit haus- und/oder fachärztlichen Arzt-niederlassungen i.d.R. mit Einzel- und Gemeinschaftspraxen, seltener mit größeren Mehrbehandlerpraxen. Populär spricht man hier auch von einem Ärztehaus. Diese klassischen Gesundheitszentren bestehen teilweise über 40 Jahren, mehrheitlich in Kommunen mit mehr als 15.000 bzw. 20.000 Einwohnern sowie selbstverständlich in allen Großstädten und deren jeweiligen „Speckgürteln“. In zahlreichen Fällen sind dabei u.a. auch Apotheken (häufig auch als Investoren und Eigentümer der Liegenschaften) und Gesundheitsberufe wie z.B. Physiotherapie integriert.



**Abbildung 5.14: Positionierungsmöglichkeiten für ein Gesundheitszentrum**

Quelle: Eigene Darstellung

- Weitere Gesundheitszentren widmen sich der Alters- und Demographiebewältigung und sind häufig im Umfeld oder im Gebäude von aufgelassenen Krankenhäusern und ambulanten o-

## 6 Fazit und Ausblick

Nochmals zur Ausgangslage: Um was geht es eigentlich bei der „Nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande“? Welche Schlussfolgerungen sind aus der (jeweiligen) Gesamtsituation zu ziehen? Wer ist wie einzubeziehen? Gibt es eine Lösungsformel, im „Kleineren“ vor Ort in den Kommunen als auch im „Großen“? – Auf Letzteres kommen wir im Ausblick zu sprechen.

Eindeutig ist, dass die Kommunen auf die Markttrends und qualitativen Situationsbeschreibungen (Kapitel 2.2 und 2.3) reagieren müssen: „Wer die Zeichen der Zeit nicht erkennt ist dann selber schuld.“ Zu sehr ist die ärztliche und gesundheitliche Versorgung mit der Daseinsvorsorge, dem „weichen“ Standortfaktor Gesundheit und damit der kommunalen Verantwortlichkeit und damit Zuständigkeit im Rahmen der wirtschaftlichen Entwicklung eines Standorts im Wettbewerb zu anderen Kommunen verbunden. Zur Bewältigung der Herausforderungen ist als unersetzliche Grundlage eine strukturelle Transformation „im Kleinen“ vor Ort als auch „im Großen“ (in diesem Fall tatsächlich auch durch „Andere“ – allerdings noch nicht erkennbar wer sich dazu anschicken mag) notwendig.

Aber nochmals der Reihe nach:

1. Bei einer statistischen Nachbesetzungswahrscheinlichkeit bei Landärzten von  $\approx$  weniger 25 Prozent ist es vollkommen verfehlt, als Kommune auf das bisherige Nachfolgesystem als „Selbstläufer“ zu setzen. Das Motto „Die da oben werden es schon richten“, ist verfehlt. Eigene kommunale Anstrengungen sind zwingend notwendig und auch erwünscht (7. Altenbericht). Das hängt nicht zuletzt von zahlreichen Faktoren ab. Diese münden alle in die Erkenntnis, dass die tradierte „Einzelpraxis“ schlichtweg ein „Auslaufmodell“ ist (Abbildung 6.1).
2. Die Herausforderung liegt dabei also nicht darin, wie früher eine 1:1-Nachfolgebesezung zu organisieren bzw. meistens nur zu begleiten oder gar nur zu registrieren. Auch das Schalten von Anzeigen „Kommune X sucht einen Hausarzt“ wird keinen Wertbeitrag leisten. Vielmehr ist die Chance der Bildung von größeren Einheiten (Mehrbehandlerpraxen) durch die Kommunen zu nutzen, um dadurch den Wünschen der überwiegenden Mehrheit nachrückenden Ärzte (Generation Y) entgegen zu kommen: „Wir müssen ein bisschen variabler werden.“ (Ärzteblatt 2017). Dabei befinden sich sowohl die Abgeber-Ärzte, als auch die Kommunen – ob nun diese Kommunen wollen oder nicht – im Wettbewerb untereinander.

Nachbesetzungsrate Hausärzte < 40 Prozent, auf dem Land < 25 Prozent

➤ **Arbeitskraft und Ressource Arzt muss überall mittels besserer Strukturen genutzt werden**

Feminisierung Arztberuf (70 Prozent der Studierenden sind Frauen)

➤ **Vereinbarkeit Familie & Beruf, Angestelltenverhältnisse, Teilzeit usw. sind in Bälde sicherzustellen**

Niederlassung früher mit 34 / 35 Jahren, heute mit 43 / 44 Jahren

➤ **Soziales Umfeld inkl. Familie ist bereits fix, Kommunen müssen kompaktere Bedarfe abdecken**

Fixe Berufs- und Ortsfestlegung früher für 30 Jahre, heute: eher letzte Berufsphase

➤ **Moderne Strukturen die u.a. berufliche Praxiszu- / Praxisabgänge bieten, Einpendler nutzen**

KBV-Vereinbarung mit Krankenkassen erlaubt 50%-Delegation an nicht-ärztliches Mitarbeiter

➤ **Es reichen weniger Ärzte aus, zentrale Basis für größere / effizientere Praxis-Einheiten vorhanden**

Effizienzdruck und vieles mehr führt zwangsweise zur Etablierung größerer Praxiseinheiten

➤ **Tradierte Einzelpraxis ist „Auslaufmodell“, jemand muss sich um Transformation vor Ort kümmern**

**Abbildung 6.1: Markttrends für eine strukturelle Transformation der ärztlichen Versorgung auf dem Lande im Überblick**

Quelle: Eigene Darstellung

3. Die Nutzung der Chancen beinhaltet für die Akteure des Hausärztemarktes auf dem Lande die Herausforderung, mit Hilfe delegativer Strukturen größere, effizientere und produktivere Strukturen auf den Weg zu bringen. Die hierfür notwendigen Mehrbehandlerpraxen beginnen bereits mit einem Arztzentrum (Kapitel 5.2) und sind keine “Hausarztfabriken”, sie nutzen nur die Möglichkeiten delegativer Strukturen. Vielmehr kann sich der einzelne Arzt in Mehrbehandlerpraxen wieder mehr als bisher auf seine ureigensten Aufgaben als Mediziner konzentrieren. Für die abgehenden Ärzte lassen sich zudem passende Übergangslösungen finden. Gleichzeitig macht eine gestaltbare und flexible Work-Life-Balance die Praxen (auf dem Lande) wieder für die Generation Y attraktiv. Diesen Fakt müssen Bürgermeister und Kommunalverantwortliche bei ihren Bemühungen und Gesprächen mit Akteuren vor Ort ausreichend verargumentieren.
4. In Summe bedeutet dies vor Ort nichts weniger als an einer umfassenden Transformation von tradierten und überholten Versorgungsmodellen, hier der Einzelpraxen und kleinen Gemeinschaftspraxen bei Allgemeinärzten hin zu größeren und fachübergreifenden Mehrbehandlerpraxen lokal mitzuwirken. Diese kann man durchaus auch innovative Versorgungsmodelle nennen. Damit lässt sich überschlüssig ein Teil an fehlenden ärztlichen Kapazitäten kompensieren: Künftig müssen zwei Ärzte in Mehrbehandlerpraxen mit delegativen Strukturen das medizinisch leisten was bisher drei bis vier tradierte Einzelpraxen von Abgeber-Ärzten an medizinischen Leistungen erbracht haben.

Doch wer sind nun die Gestalter dieser notwendigen Transformation? Dass die Kommunen als erster Ansprechpartner der Bevölkerung beim Thema Daseinsvorsorge hier eine entscheidende und gestaltende Rolle spielen müssen, ist eindeutig. Und wer sind nun die weiteren Akteure? Von welchen Seiten ist mit Vetopositionen zu rechnen?

5. Die KVen haben zwar den sogen. Sicherstellungsauftrag aber weder die Durchgriffsmöglichkeiten (z.B. die Anzahl der Medizin-Studierenden) noch den Willen etwas "gegen" eine freie Berufsausübung und Niederlassungsfreiheit und damit auch Ortswahl zu unternehmen. Dieser über 85 Jahre alte Sicherstellungsauftrag mag vielleicht bis in die 1950er Jahre hinein funktioniert, heute ist er nüchtern betrachtet, in den meisten Fällen nur mehr eine Chimäre (Abbildung 6.2). Insbesondere ist das häufig phantasielose – deutlich vorhandene Gestaltungsspielräume kaum nutzende – Vorgehen nicht geeignet der unzweideutig feststehenden Herausforderung „Transformation des Hausärztemarktes“ gerecht zu werden. Das ist aber gleichzeitig *die* Chance für eigenaktive Kommunen.

Chimäre „Sicherstellungsauftrag“ der Kassenärztlichen Vereinigungen.

- Festschreibung seit 85 Jahren durch Gesetzgeber, also nur durch den Gesetzgeber beeinflussbar, Anzahl Studienplätze / -pläne wurden durch Kultusministerien seit zehn Jahre reduziert.

Unternehmer-Ärzte, -Apotheker usw. (Anteil < 10 Prozent), Vetoposition Abgeber Einzelpraxis

- Attraktiv sind eher nur Kommunen mit > 7.000 bis 8.000 Einwohnern; wo noch nichts ist, wird's schwierig (das hat ja Gründe, Alllasten, Berufsbild Abgeber-Ärzte usw.).

Förderprogramme Landesregierungen, Kassenärztliche Vereinigungen u.a.

- Kommunen stehen im Wettbewerb untereinander, d.h. jede kann zugreifen/ heben sich auf; in BY Förderung bis 20.000 Einwohner, Problem aber immer Kommunen mit etwa < 8.000 Einw.

Sonstige Gesundheitsanbieter (z.B. Landkreiskliniken) und sonstige Investoren.

- Haben jeweils „ihre“ Interessen; kaum durch Kommune beeinflussbar; Rolle Teilhaber/Übergangshelfer

*Eigenaktive* Kommunen, da sie ja für ihre jeweilige Zukunftsentwicklung die „Betroffenen“ sind.

- Erweiterung der Daseinsvorsorge wird allgemein befürwortet, die Legitimation ist vorhanden.

### **Abbildung 6.2: Unterschiedliche Akteure und ihre Rollen bei der Transformation der ärztlichen Versorgung auf dem Lande im Überblick**

Quelle: Eigene Darstellung

6. Bei der Lösung "größerer Einheiten" sind neben den Allgemein-, Fach- und Zahnärzten als Unternehmer und möglichen Investoren auch andere Anbieter des Gesundheitswesens/-handels (z.B. Apotheken, Physiotherapeuten, Heilpraktiker usw.) im Blick zu behalten. Auch Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt sind je nach Lage der Dinge vor Ort und belastbarer Kompetenz einzubeziehen. Die Voraussetzungen hierfür und damit auch die Chancennutzung, sind von Kommune zu Kommune grundverschieden. Die Einwohnergröße und -struktur, die geographische Lage, die allgemeine lokale/regionale Wirtschaftsentwick-

lung, das bereits bestehende Gesundheits-Cluster und das Vorhandensein eigenaktiver Akteure sind dabei die wesentlichsten Parameter.

7. Der größte Feind einer Lösung vor Ort in den Kommunen ist der Zeitverlust der durch „Schwarze Peter-Spiele“ oder ein falsch interpretiertes „Quieta non movere“<sup>45</sup> verursacht wird. Hauptverursacher sind meistens Influencer z.B. aus der Politik und den tradierten sektoralen Standesvertretungen mit Anschubhilfen nach dem „Gießkannenprinzip“. Der Sozialstaat ist hier am Ende seiner Kraft und Steuerbarkeit angelangt. Diese Art von Influencer haben zudem meistens Eines nicht verstanden: „Wenn in den Baumwipfeln der Wind weht, dann rührt sich im Unterholz noch lange nichts.“
8. Grundsätzlich wirkt ein zögerliches Verhalten, insbesondere beim Anstarten einer kommunalen Lösung eher kontraproduktiv. Ein „Macher“ der danach „brennt“ bzw. eine Gruppe von „Machern“ welche die Herausforderung lösen wollen, sind unverzichtbar. Die Spannbreite dazu reicht vom Bürgermeister mit einer Vision hin zum Unternehmerarzt, einem sich verantwortlich und zuständig fühlenden Landrat bis hin zu engagierten einzelnen Bürgern, die exzellent vernetzt agieren, Partner eigenaktiv identifizieren und mobilisieren und „last but not least“ auch investieren.
9. Die häufigsten Vetopositionen (zumindest am Anfang) kommen – das zeigt die Transformationspraxis im Alltag – das zeigt sich nicht nur in den Erfahrungsberichten von Praktikern, sondern in der gelebten Alltagspraxis der Autoren auch – von den Betroffenen Praxis-Abgebern selbst. Hier gelten zudem ebenfalls die Erfahrungen von Betriebsübergaben im Wirtschaftsleben allgemein. Im Grundsatz hat man das Thema Abgabe bzw. Zurruhesetzung immer verschoben, es trifft die Akteure (unternehmerisch) unvorbereitet, man überschätzt das tatsächlich Geleistete (die „gut laufende“ Arztpraxis ist ein Ausdruck dafür) als viel zu wichtig für einen Übernehmer ein. Manchmal kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass das Gemeinwohl der Kommune kaum eine Rolle spielt. Auch ist nicht zu verkennen, dass die Markttrends im Ärztemarkt verdrängt wurden und werden. Mit Hilfe behutsamer und vertrauliche Gespräche ist dies aber regelmäßig abbaubar. Es kostet aber Zeit und Energie. Im Extremfall bedeutet dies, dass man erst nach 4-5 Jahren erneut „ansetzen“ kann.

Welche Chancen bieten sich noch um die fehlende medizinische Kapazität an Allgemeinärzten auf dem Lande – sieht man von den mittlerweile an der Tagesordnung sich befindlichen Aktivitäten ab, den Landarzt im Rahmen des Denkschemata „Gesundheitswesen“ im Allgemeinen wieder populär und bekannt zu machen (Dostal, 2016, S. 600ff.) – im „Großen“ dauerhaft „erset-

---

<sup>45</sup> „Was in Ruhe ist soll man nicht stören“, Devise von Robert Walpole (1676 - 1745), erster englischer Premierminister.

#### 4. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Entwicklung nicht besetzter Haus- und Facharztsitze (ambulant und stationär) bis 2030	11
Abbildung 1.2:	Hausärztliche Nachwuchsverfügbarkeit	12
Abbildung 2.1:	Ärztstruktur und Alter in Schleswig-Holstein (KV SH)	23
Abbildung 2.2:	Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte	25
Abbildung 2.3:	Zahl der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten nach Versorgungsbereichen in Schleswig-Holstein 2010 – 2017	27
Abbildung 2.4:	Zahl der Zugelassenen und angestellten Ärzte nach Versorgungsbereichen in Schleswig-Holstein 2017	28
Abbildung 2.5:	Versorgungsformen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Schleswig-Holstein	28
Abbildung 2.6:	Anteil der Ärztinnen und Psychotherapeutinnen 1980 - 2017 in Schleswig-Holstein	32
Abbildung 2.7:	Typische Facharztversorgung einer Kommune mit 6.000 Einwohnern in Bayern	33
Abbildung 2.8:	Beispielhafte Markttrends und Schlussfolgerungen zur hausärztlichen Versorgung auf dem Lande	34
Abbildung 2.9:	Entscheidungsebenen bei der Standortwahl von Gesundheitsbetrieben	41
Abbildung 2.10:	Standortfaktoren „Innenstadt“ und „Außenbezirke“ am Beispiel einer Apotheke	42
Abbildung 2.11:	Einnahmen, Aufwendungen und Reinertrag bei Arztpraxen 2003 bis 2011 in Prozent	43
Abbildung 2.12:	Grundprinzip Produktivitätssteigerung Einzelpraxis vs. Mehrbehandlerpraxis	45
Abbildung 2.13:	Überschlägiges Arztentlastungspotential bei 1.000 Patienten mit tradierter Mischarbeit Heilkunde und Verwaltung	46
Abbildung 2.14:	Neues Rollenverständnis der Heilberufler in 2030	47
Abbildung 2.15:	Digitalisierung im Gesundheitsmarkt aus Sicht von Heilberuflern 2030	49
Abbildung 2.16:	Digitaler Standard und das Ende der Zettelwirtschaft 2030 aus Sicht von Heilberuflern	49

Abbildung 2.17:	Spezialisierung und Kapitalisierung des Heilberufler-Marktes 2030	54
Abbildung 2.18:	Präferierte Berufsausübungsmodelle von Heilberuflern 2030 nach Geschlechtern	55
Abbildung 2.19:	Präferierte Arbeitszeitmodelle von Heilberuflern 2030 nach Geschlechtern	56
Abbildung 2.20:	Systemmodell einer kommunalen „Eigeneinrichtung“	60
Abbildung 3.1:	Landarztproblem und Unattraktivität des Lebens auf dem Lande	62
Abbildung 3.2:	Anzahl der Lebensmittelbetriebe nach Betriebsformen 1990 – 2010	64
Abbildung 3.3:	Entwicklung Apothekenmarkt 2015/2016	65
Abbildung 3.3:	Verkehrsmittelnutzung beim Hauptzweck Einkaufen in Groß-, Mittel- und Kleinstädten sowie ländlichen Gemeinden 2008	67
Abbildung 3.4:	Räumliche Planungs- und Regulierungsebenen für das Gesundheitswesen	73
Abbildung 3.5:	Wirklichkeit und Offenheit als Ausgangspunkt der KV Schleswig-Holstein I	75
Abbildung 3.6:	Wirklichkeit und Offenheit als Ausgangspunkt der KV Schleswig-Holstein II	76
Abbildung 3.7:	KV Schleswig-Holstein unterstützt Ärzte mit Versorgungsverantwortung	76
Abbildung 3.8:	Vorausschauende Sicherstellung bei der KV Schleswig-Holstein	77
Abbildung 3.9:	Krankenhäuser und ambulante Versorgung auf dem Lande aus Sicht der GKV	77
Abbildung 3.10a:	Finanzielle Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der KVB	78
Abbildung 3.10b:	Finanzielle Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der KVB	78
Abbildung 3.10c:	Finanzielle Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der KVB	79
Abbildung 3.11:	Zunehmende Verzahnung von Gesundheitswesen, Zweiter Gesundheitsmarkt und relevanter B2B-Bereiche im deutschen Gesundheitsmarkt	81
Abbildung 3.12:	Integrationsmodell mit Akteuren aus Gesundheitswesen und Zweitem Gesundheitsmarkt (Symbolbild)	83

Abbildung 4.1:	Probleme der Verbraucher einen geeigneten Haus- bzw. Facharzt in der Nähe zu finden 2017	84
Abbildung 4.2:	Transport-/Verkehrsmittel zur Arztpraxis nach Ortsgröße 2017	85
Abbildung 4.3:	Wegezeiten zur Arztpraxis 2017	86
Abbildung 4.4:	Adressaten notwendiger ärztlicher Hilfe 2017	87
Abbildung 4.5:	Wohlstandsregionen auf Basis der Kaufkraft in Deutschland	88
Abbildung 4.6:	Beispielhafte Konstellationen und Typen von Kommunen	90
Abbildung 4.7:	Chancen einer Kommune in „Sandwich-Lage“ mit über 10.000 Einwohnern	92
Abbildung 4.8:	Chancen einer Kommune in der „Diaspora“	94
Abbildung 4.9:	Rolle der Kommunen und unterschiedliche Stufen des Engagements	96
Abbildung 5.1:	Fragen über Fragen die neutral und objektiv zu klären sind	102
Abbildung 5.2:	Beispielhafte Struktur einer Übergangspraxis mit Abgebern und Nachwuchsärzten mit zentraler Verwaltung	103
Abbildung 5.3:	Beispiel Bottom-up-Projekt „Sicherung der hausärztlichen Versorgung“	110
Abbildung 5.4:	Ebenen und Instrumente der Bedarfsplanung	113
Abbildung 5.5:	Planungsbereiche der Hausärztlichen Versorgung in Bayern	113
Abbildung 5.6:	Mittelbereiche in Südostbayern nach (altem) Planungsstand 2013	115
Abbildung 5.7:	Mittelbereiche in Südostbayern nach (neuem) Planungsstand 2015	116
Abbildung 5.8:	Anpassung der Verhältniszahl an die Demographie	116
Abbildung 5.9.:	KV-Bedarfsplanung-Planungsblatt mit 18 Spalten (Beispiel)	118
Abbildung 5.10:	Zunehmende Bereitschaft sich von Arzthelferinnen versorgen zu lassen 2017 zu 2015	120
Abbildung 5.11:	Ablehnung der Versorgung durch Arzthelferinnen bei kleinen/chronischen Erkrankungen nach Altersgruppen 2017	121
Abbildung 5.12:	Erkannte Vorteile der Versicherten der Behandlung/Versorgung durch eine Arzthelferin 2017	
Abbildung 5.13:	Anforderungen und Erwartungen der Versicherten an die Versorgung durch eine Arzthelferin 2017	122
Abbildung 5.14:	Positionierungsmöglichkeiten für ein Gesundheitszentrum	124

Abbildung 5.15:	Beispiel für Einstieg in ein Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	127
Abbildung 5.16:	Beispiel Schaffen einer fundierten Basis für ein Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	128
Abbildung 5.17:	Beispiel Konzepterarbeitung und Umsetzung für ein Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	128
Abbildung 5.18:	Beispiel Einbinden Akteure, Bürger und Öffentlichkeit bei einem Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	129
Abbildung 6.1:	Markttrends für eine strukturelle Transformation der ärztlichen Versorgung auf dem Lande im Überblick	132
Abbildung 6.2:	Unterschiedliche Akteure und ihre Rollen bei der Transformation der ärztlichen Versorgung auf dem Lande im Überblick	133
Abbildung 6.3:	dostal-Faustformel Lösungsbereiche vor Ort und im „Großen“ zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auf dem Lande	136

## 5. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte und Praktische Ärzte (Hausärzte)	11
Tabelle 1.2:	Altersbedingt ausscheidende Hausärzte: Prognostizierte Bruttoabgänge 2013 – 2021	12
Tabelle 2.1:	Altersstruktur niedergelassener Allgemeinärzte (Stand: 1. Juli 2016)	22
Tabelle 2.2:	Altersstruktur der saarländischen Vertragsärzte (Stand: 1. Juli 2016)	23
Tabelle 2.3:	Alter in Jahren der 203 Hausärzte in drei ausgewählten Landkreisen in Baden-Württemberg	24
Tabelle 2.4:	Nachfolgebedarf für Hausärzte nach Kopfzahl und Versorgungsaufträgen im Landkreis Kassel (Stand: 1.3.2016)	24
Tabelle 2.5:	Hausärzte in kooperativen Strukturen 2015 und 2016	26
Tabelle 2.6:	Bundesweite Entwicklung selbständiger und angestellter Ärzte in ambulanten Praxen	27
Tabelle 2.7:	Teilzeit in der ambulanten Versorgung von Schleswig-Holstein 2017	29
Tabelle 2.8:	Größe der 203 Hausarztpraxen in drei Landkreisen in Baden-Württemberg	30
Tabelle 2.9:	Gewünschte Arbeitsform von Medizinstudierenden (n = 164)	30
Tabelle 2.10:	Frauenanteil an der vertragsärztlichen Versorgung 2007 – 2016	31
Tabelle 2.11:	Wichtige Kennziffern ausgewählter Facharztgruppen in Bayern	32
Tabelle 2.12:	„Harte“ Standortfaktoren von Gesundheitsbetrieben	41
Tabelle 2.13:	Anzahl Ärzte und sonstige Praxismitarbeiter im Vergleich Einzel- und Gemeinschaftspraxis bei ausgewählten Arztdisziplinen 2007	44
Tabelle 2.14:	Einschätzung der Nachfolgesituation (n = 21 von 67)	52
Tabelle 2.15:	Hemmende Faktoren bei Nachfolgesuche aus Sicht niedergelassener Hausärzte (n = 203)	53
Tabelle 3.1:	Ausgewählte Beschäftigte/Tätige (inkl. Teilzeit) im Zweiten Gesundheitsmarkt	82
Tabelle 5.1:	Unterschätzte Herausforderung der zu moderierenden Akteure bei einer mittelgroßen Kommune	101
Tabelle 5.2:	Kennzahlen und Altersverteilung Fachärzte Stadt und Landkreis Regensburg als Top-Down-Ansatz	106

Tabelle 5.3:	„Alte“ und „neue“ Mittelbereiche in Südostbayern	115
Tabelle 5.4	Verhältniszahlen der kassenärztlichen Bedarfsplanung	117