



Adrian W.T. Dostal

Gabriele Dostal

Tristan E.W. Dostal

Lösung des Ärztemangels auf dem Land: Zahlen, Daten & Fakten

Grundlagendarstellung 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 978-3-947782-01-7

2. überarbeitete und ergänzte Auflage (2019)

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

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 Papierversion beträgt € 289,00 € inkl. MWSt. im Inland.

Inhalt

VORWORT	7
1. AKTUELLER IMPULS UND CHANCE	11
2. STRUKTURWANDEL UND TRANSFORMATIONSBEDARF IM HAUSÄRZTEMARKT	16
2.1 SICHERSTELLUNGS-AUFTRAG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN	16
2.2 MARKTTRENDS UND BEDINGTE DATENBASIS	21
2.2.1 <i>Altersstruktur niedergelassener Ärzte</i>	22
2.2.2 <i>Praxisstrukturen</i>	25
2.2.3 <i>Niederlassung vs. Anstellung</i>	26
2.2.4 <i>Vollzeit vs. Teilzeit</i>	30
2.2.5 <i>Höherer Frauenanteil</i>	32
2.2.6 <i>Haus- vs. Facharzt</i>	33
2.3 QUALITATIVE SITUATIONS-BESCHREIBUNG ALS ERGÄNZUNG	35
2.4 PRAXISEINBLICKE UND LÖSUNGSANSÄTZE	41
2.4.1 <i>Standortwahl</i>	42
2.4.2 <i>Wirtschaftlichkeit</i>	44
2.4.3 <i>Rollenverständnis</i>	49
2.4.4 <i>Delegation an nicht-ärztliches Personal</i>	49
2.4.5 <i>Digitalisierung</i>	53
2.4.6 <i>Nachfolgeregelung</i>	58
2.5 MEHRBEHANDLER-PRAXEN ALS LEUCHTTURM-PROJEKTE DER TRANSFORMATION	59
2.5.1 <i>Rahmenfaktoren</i>	59
2.5.2 <i>Strukturen innovativer Mehrbehandler-Praxen</i>	62
2.5.3 <i>(Kommunale) Medizinische Versorgungszentren</i>	65
3. KOMMUNALE ZUSTÄNDIGKEIT IM UMFELD „SCHWARZER-PETER-SPIELE“	69
3.1 ALLGEMEINE ENTWICKLUNGEN IN DEN KOMMUNEN	69
3.1.1 <i>Unattraktivität des Landes als gesamtgesellschaftliches Problem</i>	69
3.1.2 <i>Infrastrukturelle Ausdünnung – Rückzug Lebensmittelmärkte</i>	70
3.1.3 <i>Infrastrukturelle Ausdünnung – Rückzug Banken</i>	72
3.1.4 <i>Infrastrukturelle Ausdünnung – Rückzug Apotheken</i>	72
3.1.5 <i>Folgen der infrastrukturellen Ausdünnung – Mobilität der Verbraucher</i>	73
3.2 KOMMUNEN IN DER PFLICHT	75
3.2.1 <i>Fazit und Herausforderung</i>	75
3.2.2 <i>Siebter Altenbericht</i>	76
3.2.3 <i>Gesetzliche Einordnung kommunaler Aktivitäten</i>	79
3.3 VERMEIDUNG „SCHWARZER PETER-SPIELE“ UND KOMMUNALES GEMEINWOHL	86
3.3.1 <i>Räumliche Planungs- und Regulierungsebenen</i>	87
3.3.2 <i>Landkreise</i>	87
3.3.3 <i>Kassenärztliche Vereinigungen (KV)</i>	89
3.3.4 <i>Krankenkassen</i>	91
3.3.5 <i>Fördertöpfe</i>	92
3.4 ERWEITERUNG AKTEURSKREIS UND NEUER EIGENTÜMERMIX ALS ZUKUNFTSCHANCE	94

4. TYPISIERUNG VON KOMMUNEN ZUR EIGENEN STANDORTBESTIMMUNG	98
4.1 BÜRGERPERSPEKTIVE UND MÖGLICHE KRITERIEN ZUR TYPISIERUNG	98
4.2 KOMMUNEN MIT EHER GERINGER BIS EINGESCHRÄNKTER HANDLUNGSPERSPEKTIVE (TYPEN „RISIKO-“ UND „SANDWICH-KOMMUNE“)	105
4.3 KOMMUNEN MIT DEUTLICHEN HANDLUNGSPERSPEKTIVEN (TYPEN „DIASPORA-“ UND „SPECKGÜRTEL-KOMMUNE“) ...	109
4.4 KOMMUNEN MIT EINDEUTIGEN GESTALTUNGSPERSPEKTIVEN (TYPEN „SELBSTLÄUFER“ UND „AMBITIONIERTE KOMMUNE“)	111
5. KOMMUNALE NUTZUNG DER CHANCEN UND MÖGLICHES VORGEHEN	115
5.1 NEUTRALER BLICK VON AUßEN UND KERN DER TRANSFORMATION	115
5.2 MÖGLICHE FALLSTRICKE	118
5.3 BESTANDSAUFNAHME DES GESUNDHEITSCLUSTERS: TOP-DOWN VS. BOTTOM-UP	120
5.4 ANPASSUNGSMÖGLICHKEITEN BEDARFSPLANUNG UND VERSORGUNGSGRADE	126
5.4.1 <i>Anpassen der Planungsregionen</i>	126
5.4.2 <i>Anpassen der Verhältniszahl</i>	128
5.4.3 <i>Regionale Über- bzw. Unterversorgung</i>	129
5.5 VERBRAUCHEREINSTELLUNGEN ZUR DELEGATION AN NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL	132
5.6 POSITIONIERUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR EIN KOMMUNALES GESUNDHEITZENTRUM	135
5.7 STEUERUNG UND MODERATION DER NOTWENDIGEN TRANSFORMATION	138
6. FAZIT UND AUSBLICK	142
7. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	145
8. GLOSSAR	148
9. LITERATURVERZEICHNIS	158
10. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	169
11. TABELLENVERZEICHNIS	171
12. VERÖFFENTLICHUNGEN ZUM THEMENFELD GESUNDHEITSMARKT	172

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.

Pandarus: „... Wer einen Kuchen von Weizenmehl haben will, muß warten, bis der Weizen gemahlen ist.“

Troilus: „Und hab’ ich nicht gewartet?“

Pandarus: „Freilich, auf das Mahlen; du mußt aber auch das Sieden abwarten.“

Troilus: „Und hab’ ich nicht gewartet?“

Pandarus: „Ja, auf das Sieden, aber du mußt auch das Säuern abwarten.“

Troilus: „Ich habe stets gewartet!“

Pandarus: „Ja, bis zum Säuern. Dann kommt aber noch mit dem Wort: hernach, das Kneten, das Formen des Kuchens, das Heizen des Ofens, und das Backen. Ja, auch das Abkühlen mußt du abwarten, wenn du dir nicht etwa die Lippen verbrennen willst.“

William Shakespeare, Troilus und Cressida, 1. Akt

Vorwort

In Deutschland fehlen Allgemeinmediziner. Bis 2030 scheidet voraussichtlich etwa die Hälfte der Hausärzte aus dem Berufsleben aus. Dies bedeutet, dass gerade einmal jede zweite Praxis einen Nachfolger findet. Geht der Trend „Hin zur Stadt und nicht auf das Land“ unverändert weiter, heißt dies für selbiges: Es fehlen dort 70 bis 80 Prozent. Anders ausgedrückt: nur in jeder dritten bis fünften Gemeinde kann eine Hausarztpraxis aufrechterhalten werden. In strukturschwachen Gegenden sind es noch deutlich weniger.

Doch nicht nur der zahlenmäßige Mangel an Mediziner*innen ist das Problem, sondern auch die sich verändernden Berufsvorstellungen. Junge Nachwuchsmediziner*innen der sogenannten Generation Y bzw. Generation Z haben konkrete Vorstellungen von ihrem späteren Berufsalltag. Im Vordergrund stehen dabei die 28-Stunden-Woche, die Work-Life-Balance, das Arbeiten im Team bzw. im Angestelltenverhältnis und das Wohnumfeld. Eine klassische Einzelpraxis auf dem Lande widerspricht nahezu alldem. Als kurze Anmerkung sei nur erwähnt, dass rund 95 Prozent aller Hausarztpraxen auf dem Lande eine solche Einzelpraxis sind.

Damit wird deutlich, dass es darum geht das längst überholte Modell einer „Ein-Arzt-Praxis auf dem Lande“ im Rahmen eines umfangreichen Transformationsprozesses durch deutlich produktivere und größere Einheiten – wir nennen sie bewusst Mehrbehandler-Praxen – abzulösen. Dabei sind die aktuellen und erkennbaren konkreten Gegebenheiten, Bedingungen und die gewachsenen Historien in den betroffenen Kommunen, Verbandsgemeinden, Landkreisen und wie auch immer definierten Regionen einzubeziehen. Man muss vor Ort anpacken und die ambulante Versorgung strukturell verändern, um sie so einerseits den Bedürfnissen der nachfolgenden Ärztegenerationen aber auch der geringer vorhandenen Ressource Hausarzt anzupassen.

Kommune bisher getrennt agierende Gesundheitsanbieter mit der Wohnungswirtschaft vernetzt und werden technische Assistenzsysteme und telemedizinische Strukturen am Körper des Patienten integriert unter Einbezug der Krankenkassen, verbessert sich die Qualität der Versorgung in einem ganz starken Maße.“ (Schade 2017, S. 16)

3.2.3 Gesetzliche Einordnung kommunaler Aktivitäten

Wohl befeuert durch den 7. Altenbericht gibt es mittlerweile zahlreiche MVZ-Befürworter. Der Sozialverband VdK Deutschland zum Beispiel urteilt in einer Stellungnahme: „Die Schaffung rein ärztlicher MVZ ist eine Möglichkeit, die hausärztliche Versorgung sicherzustellen und wird daher begrüßt. Auch die Möglichkeit für kommunale MVZ gefällt dem VdK: In strukturschwachen Gebieten kann dies eine Möglichkeit sein, die ärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten“, heißt es. (Fügner 2016, S. 19)

Gleichzeitig gibt es einige Vorbehalte und Bedenken gegenüber kommunalen MVZ. Diese resultieren hauptsächlich auf dem Zusammentreffen divergierender und bislang als voneinander unabhängig gesehener Gesetzesstränge (SGB, Privat-, Kommunal-, Vertragsrecht, Grundgesetz).

Beispielhaft sei dies am Problem der Haftung eines kommunalen MVZ in Form einer GmbH dargestellt:

- Grundsätzlich ist die Haftung einer GmbH gem. §13 Abs. 2 GmbH-Gesetz auf das Gesellschaftsvermögen beschränkt. Eine persönliche Haftung der Gesellschafter besteht nicht.
- Da MVZ unabhängig von ihrer Rechtsform jedoch vertragsärztliche Leistungsträger sind, sind sie wie freiberufliche (niedergelassene) Vertragsärzte an die Pflichten gegenüber der KV gebunden. So leistet z.B. die KVB „[...] Abschlagszahlungen nur dann, wenn das MVZ zur Sicherung von Forderungen der KVB und der Krankenkassen aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit eine selbstschuldnerische Bürgschaft einer Bank, die im Gebiet der Europäischen Union ansässig ist, in Höhe von fünf Abschlagszahlungen beigebracht hat. Die Beibringung dieser selbstschuldnerischen Bankbürgschaft durch das MVZ stellt – im Unterschied zu den selbstschuldnerischen Bürgschaften der Gesellschafter – keine Zulassungsvoraussetzung dar, sondern ist Voraussetzung für die Leistung der Abschlagszahlungen der KVB.“ (KVB 2017b, S. 8)

Dies erfordert im Falle einer kommunalen MVZ-GmbH die Zustimmung der jeweiligen Kommunalaufsicht und kann ggf. für die entsprechenden Kommunen ein

kommunalrechtliches Problem darstellen. Erste Gutachten (Kingreen/Kühling 2018) und verwaltungsjuristische Diskussionen (Plagemann/Ziegler 2016) liefern hierzu juristische Einordnungen für alle Akteure.

Die Autoren verweisen dabei auf die Vorteile von Eigenbetrieben und Regiebetrieben. Besonders hervorgehoben werden die Eigenbetriebe. Präferiert wird die Gründung des Kommunalunternehmens als Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR) mit dem Argument der erhöhten unternehmerischen Selbständigkeit (eigene Rechtsform) bzgl. Wirtschafts-, Dienst- und Arbeitsrecht. „Insbesondere kann es auch Kredite aufnehmen.“ (Kingreen/Kühling 2018, S. 897). Dabei haften die Kommunen allerdings voll, damit hebt sich der o.g. Vorteil keine Bürgschaft wiederum auf.

Ein Forschungsvorhaben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege veröffentlicht in „Die Öffentliche Verwaltung“ bringt hier weitere Klarheit. (Kingreen/Kühling 2018, Seitenzahlen hinter den jeweiligen Zitaten)

- **Stimmen zur Kommunalisierung der vertragsärztlichen Versorgung**
 - „Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) verpflichtet Bund, Länder und Kommunen, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten. Sie müssen daher auch eine erreichbare, d.h. wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen sicherstellen.“ (S. 891f)
 - „Der Bund ist nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für das Vertragsarztrecht zuständig. Damit fällt namentlich das gesamte vertragsärztliche Zulassungsrecht in den §§ 95ff. SGB V, also auch das Zulassungsrecht der MVZ, umfassend unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Von dieser Kompetenz hat der Bund auch abschließend Gebrauch gemacht, sodass nach Art. 72 Abs. 1 GG insoweit kein Rahmen für landesrechtliche Regelungen verbleibt.“ (S. 894f.)
 - § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V ermöglicht den Kommunen seit 2015, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. (S. 891)
- **Gesundheits-, ordnungspolitische und kommunalrechtliche Auswirkungen**
 - Ordnungspolitisch und kommunalrechtlich wirft das Thema die Frage auf, ob und inwieweit Kommunen sich wirtschaftlich betätigen dürfen und sollten, da mit kommunalen MVZ [wie mit Arztpraxen überhaupt, dort steuerrechtlich verbrämend Einnahmenüberschussrechnung genannt, Anm.] auch Gewinne erwirtschaftet werden. (S. 891)

- “Die Prüfung der Leistungsfähigkeit setzt eine Prognose der Einnahme- und Ausgabesituation [erfolgt mittels eines kMVZ-Geschäftsplans für die ersten zwei bis drei Jahre, Anm.] voraus. Dabei ist die jeweilige Finanzausstattung der Kommune unter Beachtung des gegenwärtigen Schuldenstands und des verbliebenen finanziellen Spielraums ausschlaggebend.“ (S. 896)
- Die erbrachten Leistungen müssen „durch Dritte (namentlich die Krankenversicherungen) vergütet werden und sich damit ein MVZ, das die lokale Nachfrage nach Gesundheitsleistungen befriedigt, regelmäßig selbst tragen und daher die Leistungsfähigkeit einer Gemeinde regelmäßig nicht übersteigen [...]“. (S. 896)
- Die Aufgabe – d.h. das Betreiben des MVZ – muss zur Wahrnehmung außerhalb der öffentlichen Verwaltung geeignet sein (Art 87 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BayGO, § 71 Abs. 2 Nr. 3 ThürKO). Dies ist unproblematisch zu erfüllen, da die ärztliche Versorgung der Bevölkerung bislang [im ambulanten und auch stationären Bereich überwiegend, Anm.] von Privaten wahrgenommen wurde. (S. 896)
- Dem möglichen Verstoß gegen die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (z.B. Art. 61 Abs. 1 Satz 1 BayGO und § 77 Abs. 1 GOBW) kann durch eine sorgfältige Markterkundung [bzw. durch das einfache Erkennen des nachhaltigen Hausärztemangels, Anm.] begegnet werden, auch wenn diese Markterkundung nicht zwingend vorgeschrieben ist. (S. 896)
- Die kommunalwirtschaftsrechtlichen Anforderungen müssen nur zum Zeitpunkt der Errichtung gegeben sein, nicht jedoch für den Fortbestand. Eine Ansiedelung von Ärzten nach Gründung des kMVZ würde also dessen Bestand nicht gefährden, sondern würde sich – wie bei der Bedarfsplanung üblich – lediglich auf eine ggf. Nicht-Erweiterung des kMVZ auswirken. (S. 896)
- **Gestaltungsrahmen bei der Wahl der Rechtsform des kommunalen MVZ**
 - Hier gelten die Bestimmungen des § 95 Abs. 1a Satz 1 Hs. 2 SGB V. (Hier heißt es: „... die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind [gemeint sind wohl: Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH, gegr. 1991/1993

und die Medizinische Einrichtungs-GmbH Senftenberg, gegr. 1992, Anm.], gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. ...“ (896)

- **Kommunale MVZ sind als Mitglieder der KV auch Adressaten von deren Zulassungs- und Sanktionsmechanismen**
 - „[Die KVen] haben dem. §75 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in §81 Abs. 5 SGB V (Verwarnungen, Verweise, Geldbußen, Ruhen der Zulassung) vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten. Es fragt sich, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen diese hoheitlichen Befugnisse auch im Verhältnis zu einem von einer Gemeinde getragenen MVZ geltend machen können.“ (S. 893)
 - „Grundsätzlich nehmen Hoheitsträger ihre Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich [...] wahr. Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2002 führt jedoch aus, dass Fachgesetze (wie z.B. die sozialrechtlichen Zuständigkeiten der KVen i.S.d. Art. 83ff. GG auch Verwaltungsakte gegenüber Hoheitsträgern zulassen, wenn sich diese – wie im Falle eines MVZ – wirtschaftlich betätigt. „Wenn eine Gemeinde sich nicht klassisch hoheitlich, sondern wirtschaftlich betätigt, so führt sie keine Gesetze aus, sondern handelt wie ein Privater. Sie bedarf daher auch nicht des Schutzes einer öffentlich-rechtlichen Zuständigkeitsordnung, sondern ist wie alle anderen Marktteilnehmer in formeller wie in materieller Hinsicht an die Gesetze gebunden.“ Für kMVZ gilt insofern umfänglich das Vertragsarztgesetz. (S. 893)
 - Dabei ist hinsichtlich der Vollstreckung die Rechtsform des kMVZ entscheidend. Wird das kMVZ in Form einer AdöR betrieben [was die Autoren als Normalfall prognostizieren, Anm.] ist die KV auf die Amtshilfe der Gemeinde angewiesen. Hier aber auch im Falle einer GmbH wird in der Praxis gegen Sanktionen der Kassenärztlichen Vereinigung – die in der Praxis ohnehin kaum vorkommen – zunächst der Sozialrechtsweg beschritten. „Ein rechtskräftiges Urteil erzeugt dann einen Titel i.S. v. § 131 SGG [Sozialgerichtsgesetz, Anm.], der durch die Festsetzung von Zwangsgeldern auch gegenüber Behörden durchgesetzt werden kann.“ (S. 894)

Im Kern identifiziert das skizzierte Gutachten keine Ausschlussgründe für die Gründung kommunaler MVZ (kMVZ)

Der Vollständigkeit halber nicht zu verschwiegen sind allerdings auch Stimmen, die darauf hinweisen, dass der Bund den Kommunen keine Aufgaben übertragen kann. Bei einigen der o.g. Empfehlungen mag das auch so scheinen. Im Zuge der Föderalismusreform 2006 wurde der Passus „Durch Bundesgesetz dürfen Gemeinden und Gemeindeverbänden Aufgaben nicht übertragen werden.“ in das Grundgesetz, Art. 84 Abs. 1 Satz 7, eingefügt, der verhindern soll, dass durch Bundesgesetze Aufgaben an Gemeinden übertragen werden. Hierdurch sollten die Finanzen der Kommunen geschont und die Eigenstaatlichkeit der Länder gestärkt werden. (Schaks 2016, S. 20) In wieweit bei einem gesamten Stand von impliziten und expliziten staatlichen Schulden von mittlerweile 6.800 Mrd. Euro diese Sorge nicht nur unangebracht, sondern eher absurd ist, muss zumindest am Rande erwähnt werden. (Stiftung Marktwirtschaft 2017, S. 6)

Im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist diese Frage jedenfalls nicht thematisiert worden, sondern das Gesetz räumt – wie bereits erläutert – den Kommunen ganz direkt die Möglichkeit zur Gründung von MVZ ein. Klagen wg. Verstoßes gegen Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG wird auch eher bescheidene Erfolgsaussichten eingeräumt. Auch handelt es sich hier aus Sicht der Autoren nicht um eine Aufgabenübertragung sondern die freiwillige und zügige Wahrnehmung von Chancen, die sich im Rahmen der Restrukturierung und Transformation des Marktes der Landärzte für Kommunen bieten.

Allerdings weisen Kritiker auf einen Sachverhalt hin, der oftmals nicht von der Hand zu weisen ist: „Allerdings dürften diese unterversorgten ländlichen Gebiete im Regelfall die Regionen sein, die auch wirtschaftlich einen schwierigen Stand haben. Die Kommunen werden also die eventuell benötigten MVZ gar nicht stemmen können, weil ihnen die finanzielle Leistungsfähigkeit fehlt“ (Schaks 2016, S. 21). Dies ist allerdings nur dann ein Ausschluss, wenn eine gemischte Trägerschaft des kommunalen MVZ per se ausgeschlossen wird. Allerdings hat ein Arzt für die Kommune auf dem Lande den gleichen Stellenwert wie ein Kindergarten, eine Grundschule oder schnelles Internet: Fällt einer dieser Standortfaktoren weg, verliert die Gemeinde an Souveränität und an Anziehungskraft. Dies bedeutet für die betroffenen Kommunen also nach zusätzlichen Partnern und damit auch Investoren Ausschau zu halten (Kapitel 3.4).

Wie nun aber den 7. Altenbericht mit einem eigenen kommunalen Vorhaben verbinden und dabei die Ärzte einbeziehen? – Eine Antwort eines Experten könnte darauf lauten: Grundsätzlich ist bei der Realisierung solcher Modelle eine Bedingung zu erfüllen: „Werden schon von Anfang an die Abgeber-Hausarztpraxen informiert, dass unter Führung der Kommune eine neue Eigentümergemeinschaft aus Unternehmerärzten, Kommunen/Wohlfahrtsverbänden und

einzigartig in dem Sinne, dass jetzt Lösungen gefunden werden müssen, die regelmäßig nutzenstiftende Langzeitwirkungen für das Gemeinwohl entfalten sollen (vgl. Abbildung 5.1).



Abbildung 5.1: Objektiv zu klärende Fragen

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Die Breite der Fragestellungen und Handlungsnotwendigkeiten sprengt regelmäßig die zeitlichen und fachlichen Ressourcen der Verantwortlichen einer Kommune. Das im Raum stehende Thema hat in der Vergangenheit durchschnittlich nur ein bis zwei Prozent der jährlichen Arbeitszeit, wenn überhaupt eine Stunde, z.B. von Bürgermeisterinnen der angesprochenen kommunalen Typen erfordert. Da hilft auch kein freundlicher Hinweis aus der Praxis: „Du bist ja Hauptamtlicher und das ist Dein Job als Bürgermeisterin!“. Im eigenen Berufsumfeld dieses zitierten ehrenamtlichen Ratsmitgliedes würde auch niemand auf die Idee kommen, z.B. ihm als Vertriebsleiter eines Unternehmens zu sagen: „Du bekommst ja schließlich ein hohes Gehalt von der Firma, also kannst Du auch unser neues Logistik-Zentrum planen!“

Das Hinzuziehen eines „Blicks von außen“ ist also durchaus angezeigt. Wie lässt sich also der Nutzen eines „Blicks von außen“ bzw. einer externen Unterstützung bei gleichzeitiger Einbindung der lokalen bzw. regionalen Akteure beschreiben? Einige mit dem Engagement der Kommune generell verbundene Nutzenaspekte hierzu sind:

- Das mittel- und langfristige Sichern einer wohnortnahen medizinischen Versorgung am Ort.
- Erhalten und Steigern der Attraktivität der eigenen Kommune durch den „weichen“ Standortfaktor Lebens- und Arbeitsqualität.

Notwendigkeit einer örtlichen Verankerung der gesundheitlichen Versorgung hin. Daran kann angeknüpft werden, wenn Kommunen MVZ gründen. In diesem Zusammenhang kann auf die im Rahmen der kommunalen Trägerschaft von Krankenhäusern in Bezug genommene verfassungsrechtliche Rechtsprechung zu Art. 28 GG zurückgegriffen werden. Kommunen sind ebenso wie Landkreise in Angelegenheiten ihrer örtlichen Gemeinschaft berechtigt, sich aller örtlichen Angelegenheiten anzunehmen, soweit sie nicht durch Gesetz bereits anderen Trägern öffentlicher Verwaltung übertragen sind. Daher stellt sich die Gründung eines MVZ in kommunaler Verantwortung und in Zusammenarbeit mit ortsansässigen Leistungserbringern als Ausprägung kommunaler Selbstverwaltung dar. Das BVerfG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass mit Selbstverwaltung die Schaffung eines wirksamen Mitspracherechts der Betroffenen und eine Aktivierung verwaltungsexternen Sachverständigen einhergehen. Insofern ist es geboten, dass sich die Entscheidungsträger der Kommunen externer Leistungserbringer und deren Rat bedienen, wenn es um die Gründung von MVZ geht.“ (Plagemann/Ziegler 2016, S. 1434)

Dabei können die Kommunen je nach Ausgangslage vor Ort unterschiedliche Rollen einnehmen (vgl. Abbildung 5.12).



Abbildung 5.12: Mögliche Rolle der Kommunen bei der Sicherung der ärztlichen Versorgung vor Ort

Quelle: eigene Darstellung

- **Kommune als DocFinder:** Unterstützen Kommunen die niedergelassenen Ärzte – in welcher Phase auch immer – bei der Anwerbung von Ärzten in Weiterbildung oder Nachfolgern, gibt das den neuen Ärzten Sicherheit. Kommunen stellen zudem erfahrungsgemäß ihr Wohn- und Arbeitsumfeld konkreter und aus einem anderen Blickwinkel dar als Ärzte. Zudem sind Kommunen erfahrungsgemäß eher bereit die

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“ notwendig.

Aber nochmals der Reihe nach:

1. Bei einer statistischen Nachbesetzungswahrscheinlichkeit bei Landärzten von σ zwischen 10 und 30 Prozent ist es vollkommen verfehlt, als Kommune auf das bisherige Nachfolgesystem als „Selbstläufer“ zu setzen. Auf Hilfe von höherer Stelle darf ebenso wenig gebaut werden, die Transformation vor Ort geschieht dafür zu rasant. Sind Arztsitze teilweise oder gänzlich erst einmal abgewandert, wird es schwer bis nahezu unmöglich diese zurückzugewinnen. 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.
2. Die Herausforderung liegt dabei also nicht darin, wie früher eine 1:1-Nachfolgebesetzung zu organisieren bzw. meistens nur zu begleiten oder gar nur zu registrieren. Vielmehr ist die Chance der Bildung von größeren Einheiten (Mehrbehandler-Praxen) durch die Kommunen zu nutzen, um dadurch den Wünschen der überwiegenden Mehrheit nachrückenden Ärzte der 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.

10. Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1.1: ENTWICKLUNG NICHT BESETZTER HAUS- UND FACHARZTSITZE (AMBULANT UND STATIONÄR) BIS 2030	11
ABBILDUNG 1.2: NACHFRAGE AN AMBULANTER VERSORGUNG IM VERGLEICH ZUM ANGEBOT	12
ABBILDUNG 1.3: HAUSÄRZTLICHE NACHWUCHSVERFÜGBARKEIT	13
ABBILDUNG 2.1: ÄRZTESTRUKTUR UND ALTER IN SCHLESWIG-HOLSTEIN (KV SH).....	24
ABBILDUNG 2.2: PRAXISFORM IM ZEITVERLAUF 2012 – 2018: HAUS- UND FACHÄRZTE.....	26
ABBILDUNG 2.3: ANZAHL DER IM AMBULANTEN BEREICH ANGESTELLTEN ÄRZTE	27
ABBILDUNG 2.4: WEITERBILDUNG IN DER PRAXIS 2018	28
ABBILDUNG 2.5: ZAHL DER ANGESTELLTEN ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2010 – 2017	29
ABBILDUNG 2.6: ZAHL DER ZUGELASSENEN UND ANGESTELLTEN ÄRZTE NACH VERSORGUNGSBEREICHEN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2017	29
ABBILDUNG 2.7: VERSORGUNGSFORMEN DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN	30
ABBILDUNG 2.8: ANTEIL DER ÄRZTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN 1980 - 2017 IN SCHLESWIG-HOLSTEIN.....	33
ABBILDUNG 2.9: TYPISCHE FACHARZTVERSORGUNG EINER KOMMUNE MIT 6.000 EINWOHNERN IN BAYERN	35
ABBILDUNG 2.10: BEISPIELHAFT MARKTREND UND SCHLUSSFOLGERUNGEN ZUR HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG AUF DEM LAND	36
ABBILDUNG 2.11: ENTSCHEIDUNGSEBENEN BEI DER STANDORTWAHL VON GESUNDHEITSBETRIEBEN	43
ABBILDUNG 2.12: STANDORTFAKTOREN „INNENSTADT“ UND „AUßENBEZIRKE“ AM BEISPIEL EINER APOTHEKE	44
ABBILDUNG 2.13: EINNAHMEN, AUFWENDUNGEN UND REINERTRAG BEI ARZTPRAXEN 2003 BIS 2011 IN PROZENT	45
ABBILDUNG 2.14: HONORARUMSATZ IN EURO JE ARZT/PSYCHOTHERAPEUT 4. QUARTAL 2015	46
ABBILDUNG 2.15: GRUNDPRINZIP PRODUKTIVITÄTSSTEIGERUNG EINZELPRAXIS VS. MEHRBEHANDLERPRAXIS.....	48
ABBILDUNG 2.16: ÜBERSCHLÄGIGES ARZTENTLASTUNGSPOTENTIAL BEI 1.000 PATIENTEN MIT TRADIERTER MISCHARBEIT HEILKUNDE UND VERWALTUNG	49
ABBILDUNG 2.17: NEUES ROLLENVERSTÄNDNIS DER HEILBERUFLER IN 2030	50
ABBILDUNG 2.18: PRO UND KONTRA DELEGATION WEITERER ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN AN NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL.....	51
ABBILDUNG 2.19: PRO UND KONTRA DELEGATION WEITERER ORGANISATORISCHER UND ADMINISTRATIVER TÄTIGKEITEN AN NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL	52
ABBILDUNG 2.20: DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSMARKT AUS SICHT VON HEILBERUFLERN 2030	54
ABBILDUNG 2.21: DIGITALER STANDARD UND DAS ENDE DER ZETTELWIRTSCHAFT 2030 AUS SICHT VON HEILBERUFLERN	54
ABBILDUNG 2.22: UMFANG DER PRAXISINTERNEN DIGITALISIERUNG VERTRAGSÄRZTLICHER/PSYCHOTHERAPEUTISCHER PRAXEN 2018	55
ABBILDUNG 2.23: DIGITALE KOMMUNIKATION MIT ANDEREN PRAXEN/AMBULANTEN EINRICHTUNGEN 2018	55
ABBILDUNG 2.24: SPEZIALISIERUNG UND KAPITALISIERUNG DES HEILBERUFLER-MARKTES 2030	60
ABBILDUNG 2.25: PRÄFERIERTE BERUFS AUSÜBUNGSMODELLE VON HEILBERUFLERN 2030 NACH GESCHLECHTERN.....	61
ABBILDUNG 2.26: PRÄFERIERTE ARBEITSZEITMODELLE VON HEILBERUFLERN 2030 NACH GESCHLECHTERN	62
ABBILDUNG 2.27: SYSTEMMODELL EINER KOMMUNALEN „EIGENEINRICHTUNG“	67
ABBILDUNG 3.1: LANDARZTPROBLEM UND UNATTRAKTIVITÄT DES LEBENS AUF DEM LANDE.....	70
ABBILDUNG 3.2: ANZAHL DER LEBENSMITTELBETRIEBE NACH BETRIEBSFORMEN 1990 – 2010	71
ABBILDUNG 3.3: ENTWICKLUNG APOTHEKENMARKT 2015/2016	73
ABBILDUNG 3.4: VERKEHRSMITTELNUTZUNG BEIM HAUPTZWECK EINKAUFEN IN GROSZ-, MITTEL- UND KLEINSTÄDTE SOWIE LÄNDLICHEN GEMEINDEN 2008	74
ABBILDUNG 3.5: RÄUMLICHE PLANUNGS- UND REGULIERUNGSEBENEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN	87
ABBILDUNG 3.6: WIRKLICHKEIT UND OFFENHEIT ALS AUSGANGSPUNKT DER KV SCHLESWIG-HOLSTEIN I	89
ABBILDUNG 3.7: WIRKLICHKEIT UND OFFENHEIT ALS AUSGANGSPUNKT DER KV SCHLESWIG-HOLSTEIN II	90

ABBILDUNG 3.8: KV SCHLESWIG-HOLSTEIN UNTERSTÜTZT ÄRZTE MIT VERSORGUNGSVERANTWORTUNG	90
ABBILDUNG 3.9: VORAUSSCHAUENDE SICHERSTELLUNG BEI DER KV SCHLESWIG-HOLSTEIN	91
ABBILDUNG 3.10: KRANKENHÄUSER UND AMBULANTE VERSORGUNG AUF DEM LANDE AUS SICHT DER GKV	91
ABBILDUNG 3.11: FINANZIELLE FÖRDERMAßNAHMEN ZUR SICHERSTELLUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG DER KVB – 1.....	92
ABBILDUNG 3.12: FINANZIELLE FÖRDERMAßNAHMEN ZUR SICHERSTELLUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG DER KVB – 2.....	92
ABBILDUNG 3.13: FINANZIELLE FÖRDERMAßNAHMEN ZUR SICHERSTELLUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG DER KVB – 3.....	93
ABBILDUNG 3.14: ZUNEHMENDE VERZAHNUNG VON GESUNDHEITSWESEN, ZWEITER GESUNDHEITSMARKT UND RELEVANTER B2B- BEREICHE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSMARKT	96
ABBILDUNG 3.15: INTEGRATIONSMODELL MIT AKTEUREN AUS GESUNDHEITSWESEN UND ZWEITEM GESUNDHEITSMARKT (SYMBOLBILD)	98
ABBILDUNG 4.1: PROBLEME DER VERBRAUCHER EINEN GEEIGNETEN HAUS- BZW. FACHARZT IN DER NÄHE ZU FINDEN 2017	99
ABBILDUNG 4.2: TRANSPORT-/VERKEHRSMITTEL ZUR ARZTPRAXIS NACH ORTSGRÖßE 2017.....	100
ABBILDUNG 4.3: WEGEZEITEN ZUR ARZTPRAXIS 2017	101
ABBILDUNG 4.4: ADRESSATEN NOTWENIGER ÄRZTLICHER HILFE 2017	102
ABBILDUNG 4.5: WOHLSTANDSREGIONEN AUF BASIS DER KAUFKRAFT IN DEUTSCHLAND.....	103
ABBILDUNG 4.6: BEISPIELHAFTE KONSTELLATIONEN UND TYPEN VON KOMMUNEN	105
ABBILDUNG 4.7: CHANCEN EINER KOMMUNE IN „SANDWICH-LAGE“ MIT ÜBER 10.000 EINWOHNERN	107
ABBILDUNG 4.8: CHANCEN EINER KOMMUNE IN DER „DIASPORA“	109
ABBILDUNG 4.9: ROLLE DER KOMMUNEN UND UNTERSCHIEDLICHE STUFEN DES ENGAGEMENTS.....	111
ABBILDUNG 5.1: OBJEKTIV ZU KLÄRENDE FRAGEN	117
ABBILDUNG 5.2: BEISPIEL BUTTOM-UP-PROJEKT „SICHERUNG DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG“	125
ABBILDUNG 5.3: EBENEN UND INSTRUMENTE DER BEDARFSPLANUNG.....	127
ABBILDUNG 5.4: PLANUNGSBEREICHE DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN BAYERN	128
ABBILDUNG 5.5: ANPASSUNG DER VERHÄLTNISSZAHLE AN DIE DEMOGRAPHIE.....	129
ABBILDUNG 5.6: KV-BEDARFSPLANUNG-PLANUNGSBLATT MIT 18 SPALTEN (BEISPIEL).....	130
ABBILDUNG 5.7: ZUNEHMENDE BEREITSCHAFT SICH VON ARZTHELFERINNEN VERSORGEN ZU LASSEN 2017 UND 2015	133
ABBILDUNG 5.8: ABLEHNUNG DER VERSORGUNG DURCH ARZTHELFERINNEN BEI KLEINEREN/CHRONISCHEN.....	133
ABBILDUNG 5.9: ERKANNT VORTEILE DER VERSICHERTEN DER BEHANDLUNG/VERSORGUNG DURCH EINE	134
ABBILDUNG 5.10: ANFORDERUNGEN UND ERWARTUNGEN DER VERSICHERTEN AN DIE VERSORGUNG DURCH EINE.....	135
ABBILDUNG 5.11: POSITIONIERUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR EIN GESUNDHEITZENTRUM.....	137
ABBILDUNG 5.12: MÖGLICHE ROLLE DER KOMMUNEN BEI DER SICHERUNG DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG VOR ORT	139
ABBILDUNG 5.13: STRUKTURIERTES VORGEHEN BEI DER KONZEPTERSTELLUNG FÜR EINE MEHRBEHANDLER-PRAXIS	141

11. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1.1: ALTERSSTRUKTUR DER AN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN ALLGEMEINÄRZTE, PRAKTISCHEN ÄRZTE UND HAUSÄRZTLICHEN INTERNISTEN	11
TABELLE 1.2: ALTERSBEDINGT AUSSCHIEDENDE HAUSÄRZTE: PROGNOSTIZIERTE BRUTTOABGÄNGE 2013 – 2021	12
TABELLE 0.1: ALTERSSTRUKTUR NIEDERGELASSENER ALLGEMEINÄRZTE FÜR DAS JAHR 2017 (STAND: 16. MAI 2018)	23
TABELLE 0.2: ALTERSSTRUKTUR DER SAARLÄNDISCHEN VERTRAGSÄRZTE (STAND: 1. JULI 2016)	24
TABELLE 2.3: ALTER IN JAHREN DER 203 HAUSÄRZTE IN DREI AUSGEWÄHLTEN LANDKREISEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG	25
TABELLE 2.4: NACHFOLGEBEDARF FÜR HAUSÄRZTE NACH KOPFZAHL UND VERSORGUNGS-AUFTRÄGEN IM LANDKREIS KASSEL (STAND: 1.3.2016)	25
TABELLE 2.5: HAUSÄRZTE IN KOOPERATIVEN STRUKTUREN 2015 BIS 2017	27
TABELLE 2.6: TEILZEIT IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG VON SCHLESWIG-HOLSTEIN 2017	31
TABELLE 2.7: GRÖÖE DER 203 HAUSARZTPRAXEN IN DREI LANDKREISEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG	31
TABELLE 2.8: GEWÜNSCHTE ARBEITSFORM VON MEDIZINSTUDIERENDEN (N = 164)	31
TABELLE 2.9: FRAUENANTEIL AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG 2007 – 2017	32
TABELLE 2.10: WICHTIGE KENNZIFFERN AUSGEWÄHLTER FACHARZTGRUPPEN IN BAYERN	34
TABELLE 2.11: „HARTE“ STANDORTFAKTOREN VON GESUNDHEITSBETRIEBEN	43
TABELLE 2.12: ANZAHL ÄRZTE UND SONSTIGE PRAXISMITARBEITER IM VERGLEICH EINZEL- UND GEMEINSCHAFTSPRAXIS BEI AUSGEWÄHLTEN ARZTDISZIPLINEN 2007	47
TABELLE 2.13: EINSCHÄTZUNG DER NACHFOLGESITUATION (N = 21 VON 67)	58
TABELLE 2.14: HEMMENDE FAKTOREN BEI NACHFOLGESUCHE AUS SICHT NIEDERGELASSENER HAUSÄRZTE (N = 203)	59
TABELLE 3.1: AUSGEWÄHLTE BESCHÄFTIGTE/TÄTIGE (INKL. TEILZEIT) IM ZWEITEN GESUNDHEITSMARKT	97
TABELLE 5.1: UNTERSCHÄTZTE HERAUSFORDERUNG DER ZU MODERIERENDEN AKTEURE BEI EINER MITTELGRÖÖEN KOMMUNE	116
TABELLE 5.2: KENNZAHLEN UND ALTERSVERTEILUNG FACHÄRZTE STADT UND LANDKREIS REGENSBURG	120
TABELLE 5.3: VERHÄLTNISSAHLEN DER KASSENÄRZTLICHEN BEDARFSPLANUNG	130