Impulse

Schwerpunkte:

Die Zeiten des Landarztes als „Lonely Hero“ sind weitestgehend vorüber
Seite 7

Kommunale medizinische Versorgungszentren (kMVZ) auf dem Vormarsch
Seite 10

Vorwort

Adrian W. T. Dostal

Geschäftsführer dostal & partner

Fachliche Zuständigkeit für Entwicklungen im Gesundheitsmarkt, Innovationstreiber, gesellschaftliche Entwicklungen und Trends sowie Publikationen zum Thema, ehrenamtlicher Netzwerkmanager Gesundheitsregion Xundland

Transformationsmärkte entstehen, wenn Engpässe nicht nur sichtbar sind, sondern mangels herkömmlicher Lösungsalternativen auch beseitigt werden müssen. Bei dem seit Jahren heraufziehenden und zeitlich sowie örtlich unterschiedlich akut werdenden „Hausärztemangel auf dem Lande“, handelt es sich um einen Kapazitätsengpass und nicht mehr zeitgemäßem Praxisangebot gleichermaßen.

In den nächsten 10 - 12 Jahren fehlen bundesweit statistisch betrachtet etwa die Hälfte der Hausärzte für eine eins-zu-eins Nachbesetzung. Das Land benötigt andere Versorgungsstrukturen: Die Einzelpraxis gilt zunehmend als Auslaufmodell. Die Zeiten des Hausarztes als Einzelkämpfer auf dem Lande sind größtenteils passé. Die Gründung von Mehrbehandlerpraxen, welche ein Angestellt-Sein von Jungärzten ermöglichen nehmen rasant zu. Die Transformation der ambulant-ärztlichen Versorgung zeichnet sich bereits ab.

Transformation bedeutet immer, dass neue Wege auch von neuen Akteuren gegangen werden und die verantwortlichen Entscheidungsträger in Gemeinden und Städten nicht zwingend das notwendige Rüstzeug und Know-how haben können.

Hier setzen wir mit unserem Magazin an. Das taten wir schon in den 1990er und den 2000er Jahren: Damals ging es um die Integration ehemaliger Staatsbetriebe in die Marktwirtschaft und den Start-up gesetzlicher Krankenkassen im vollkommen neuen Wettbewerbsumfeld. Heute müssen sich die Kommunen behaupten und den „weichen“ Standortfaktor Gesundheit nachhaltig sichern.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre bei der ersten Ausgabe unseres Magazins „Impulse“.

Ihr

Inhalt

4 Blick zurück: Ärzteschwemme damals, Ärztemangel heute

5 Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen

6 Hausärztemangel: Was suchen junge Nachrückerärzte?

7 Hausärztemängel: Kann die neue „Notstandsverordnung“ einen Lösungsbeitrag leisten?

10 Kommunale medizinische Versorgungszentren (kMVZ) auf dem Vormarsch

11 Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist kommunale Aufgabe

13 Fragekasten

14 Aus der Praxis

14 Interview mit Bürgermeister der Gemeinde Hebertshausen

15 Interview mit Geschäftsführer der Gesundheitsregion*plus* im Landkreis Dachau

16 dostal-Portfolio

16 Impressum

Blick zurück:
Ärzteschwemme damals, Ärztemangel heute

Und wieso die nächste Schwemme absehbar ist...

Die Arbeitsmarktsituation von Medizinern war in Deutschland von etwa 1982 bis 2002 rund 20 Jahre lang ungünstig. In den 1980er Jahren, als in Deutschland vor einer zunehmenden Zahl von approbierten Medizinern gegenüber einer nicht angemessenen Anzahl von zu besetzenden Stellen im medizinischen Bereich gewarnt wurde, tauchte auch der Begriff der Ärzteschwemme auf. Heute, 30 Jahre danach absehbar und zu erwarten, die Schwemme der Praxisabgeber-Ärzte.

Ausgebildeten Medizinern drohte ab Anfang der 1980er Jahre die Arbeitslosigkeit. Eine Folge war unter anderem die 1988 beschlossene Einführung der 18-monatigen Phase des Arztes im Praktikum. Dies wurde übrigens 2004 wieder abgeschafft. Im Jahre 1997 erreichte die Arbeitslosigkeit der Mediziner ihren Höhepunkt: Die Bundesanstalt für Arbeit meldete 10.594 arbeitslos gemeldete Ärztinnen und Ärzte.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Medizinstudent aus dem Jahr 1990 einen Arbeitsplatz fand lag bei nur 50 Prozent.

Allein in den 15 Monaten von September 1995 bis Januar 1997 stieg die ärztliche Arbeitslosigkeit um 2.905 oder 37,8 Prozent. Auch die Zahl der langzeitarbeitslosen Ärzte nahm seit 1994 deutlich zu. Selbst eine abgeschlossene Weiterbildung war keine Beschäftigungsgarantie. Ärztinnen waren noch stärker von Arbeitslosigkeit betroffen als ihre männlichen Kollegen.

Das Deutsche Ärzteblatt kommentierte am 16.1.1998: „Die Arbeitslosigkeit bedroht Ärzte wie nie zuvor. Der erfolgreiche Abschluss eines Medizinstudiums war immer gleichbedeutend mit einer lebenslangen Tätigkeitsgarantie in einem gesellschaftlich hochangesehenen Beruf. Diese Zeit der Tätigkeitsgarantie ist jetzt zu Ende. War in der Vergangenheit ärztliche Arbeitslosigkeit lediglich auf die Übergänge von der Arzt-im-Praktikum-Phase (AiP-) zur Weiterbildung und von der abgeschlossenen Weiterbildung in die Facharztstelle beschränkt, so sind diese Zeiten vorbei."

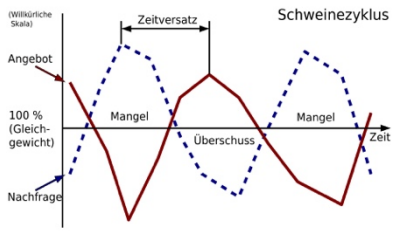
Vom Mangel zur Schwemme: Immer diese Schweinezyklen

Derweil bildete Deutschland in jenen Jahren absolut gezählt mit rund 10.000 Medizinern pro Jahr nach den USA weltweit die zweitmeisten Ärzte aus – und relativ gezählt mit rund 12 Absolventen pro 100.000 Einwohner doppelt so viele Ärzte wie in den USA. – Und danach? Wohl zu wenig, wie aktuelle Vorschläge in allen Bundesländern zur Behebung des Ärztemangels in den 2010er zeigen.

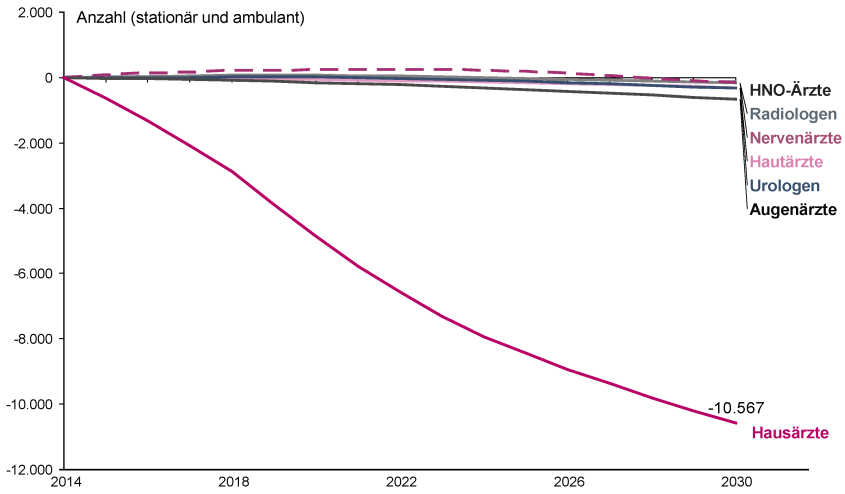
Die Bundesrepublik bildete in den 90ern mehr Mediziner aus als die USA.

Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, hat jüngst die Politik angesichts eines dramatischen Ärztemangels zum Gegensteuern aufgerufen. „Derzeit fehlen in Praxen und Krankenhäusern schon insgesamt 10.000 Ärzte in Deutschland. Das entspricht einem kompletten Studienjahrgang", sagte Gassen der Düsseldorfer „Rheinischen Post" vom Samstag. Der Ärztemangel werde bereits in den kommenden zwei bis fünf Jahren spürbar werden. (DIE ZEIT vom 21. Juli 2018)

Doch ist die nächste Ärzteschwemme bereits vorbestimmt. Als Reaktion auf den Mangel an Allgemeinmedizinern wird der Ausbau der Medizinstudienplätze von politischer Seite her massiv vorangetrieben. Der Auf- und Ausbau dieser Fakultäten wird jedoch einige Jahre in Anspruch nehmen. Bis die ersten zusätzlichen Absolventen als vollausgebildete Mediziner den Arbeitsmarkt erreichen, sprechen wir von den Jahren ab 2030.



Doch was wird in der Zwischenzeit geschehen? Der Markt wird sich angepasst haben, moderne und effizientere Strukturen werden deutlich zugenommen haben. Die meisten der nicht zukunftstauglichen Einzelpraxen auf dem Lande werden bereits geschlossen oder in größeren Einheiten aufgegangen sein. Der zusätzliche Medizinernachwuchs wird wie 1982 bis 2002 einer veränderten Arbeitsmarktsituation gegenüberstehen.



Arztzahlentwicklung in Deutschland
Quelle: KBV, Deutschlandweite Projektion 2030

Diese politische Planung und Steuerung der personellen Ressourcen kommt einem irgendwie bekannt vor und ähnelt auch dem akuten Lehrermangel. Derweil ist das Phänomen unter dem Begriff „Schweinezyklus“ seit den 1920er Jahren längst bekannt.

Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Zugrundeliegende Systematik

Rund 165.000 Ärzte und Psychotherapeuten stellen die ambulante vertragsärztliche Versorgung sicher. Das wichtigste Instrument für die Steuerung der medizinischen Versorgung ist die kassenärztliche Bedarfsplanung. Diese legt seit 1977 fest, wie viele Kassen- bzw. Vertragsärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen.

Räumliche Planungs- und Regulierungsebenen für das Gesundheitswesen
Quelle: nach T. Wieland 2016, S. 8

In § 99 SGB V heißt es zur Bedarfsplanung: Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen.“

Der Gemeinsame Bundesausschuss passte die seinerzeitige Richtlinie zur Bedarfsplanung der Ärzte zum 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 15. Oktober 2015 und in Kraft getreten am 6. Januar 2016, entsprechend an. Durch die Einteilung der Arztgruppen in vier Versorgungsebenen nach ihrem jeweiligen Spezialisierungsgrad, kam es zu unterschiedlich großen Planungsbereichen. Die Bedarfsplanung orientiert sich seitdem an den vier folgenden Versorgungsebenen:

Hausärztliche Versorgung

Hausärzte werden wohnortnah und flächendeckend auf der Basis sogenannter Mittelbereiche (Anzahl 883 bundesweit) geplant. Diese Definition geht zurück auf das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, das Mittelbereiche zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen heranzieht. Für die hausärztliche Versorgung gilt die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1.671 Einwohner, die jedoch regional angepasst werden kann.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Unter der Arztgruppe „allgemeine fachärztliche Versorgung“ werden Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Kinderärzte, Chirurgen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen zusammengefasst.

Die Bedarfsplanung dieser Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der 295 Landkreise/Kreisregionen und der 107 kreisfreien Städte in Deutschland. Hierbei wird davon ausgegangen, dass für die allgemeine fachärztliche Betreuung eine geringere räumliche Nähe als für die hausärztliche Betreuung erforderlich ist.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

In der Arztgruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind Anästhesisten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen zusammengefasst. Die Planung erfolgt innerhalb der bundesweit 97 Raumordnungsregionen. Im Schnitt sind bundesweit etwa vier Kreise zu einer Raumordnungsregion zusammengefasst.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Die Arztgruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung mit Humangenetikern, Laborärzten, Neurochirurgen, Nuklearmedizinern, Pathologen, Physikalischen und Rehabilitationsmedizinern, Strahlentherapeuten und Transfusionsmedizinern wurde zum 1. Januar 2013 neu in die Bedarfsplanung aufgenommen. Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind häufig ohne Patientenkontakt tätig und werden im Gebiet der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen geplant. Diese orientieren sich (Ausnahmen NRW mit zwei KVen) am Bundesland.

Hausärztemangel: Was suchen junge Nachrücker-Ärzte?

Als „Generation Y“ wird allgemein die Bevölkerungskohorte der Geburtsjahrgänge 1980 bis 2000 bezeichnet. Sprechen wir vom Hausärztemangel in Deutschland sind sie die zentralen künftigen Nachrücker-Ärzte bis etwa zum Jahr 2030. Diese Generation Y ist zu unterscheiden von der Generation Z (Geburtsjahrgang >1995 bzw. >2000). Letztere wird von aktuellen Ausbildungsänderungen unter dem Motto „Beseitigung des Hausärztemangels“ adressiert. Hierzu zählen der Ausbau der Studienplätze für Allgemeinmedizin sowie ein modifizierter Numerus clausus. Beide Maßnahmen wirken marktseitig aber erst ab dem Jahr 2030, frühestens zu diesem Zeitpunkt erreichen die zusätzlich ausgebildeten Mediziner den Arbeitsmarkt. Doch kommen diese dann auch dort an, wo sie benötigt werden?

Es fehlen bis zum Jahr 2030 bereits heute mehr als 10.000 Mediziner.

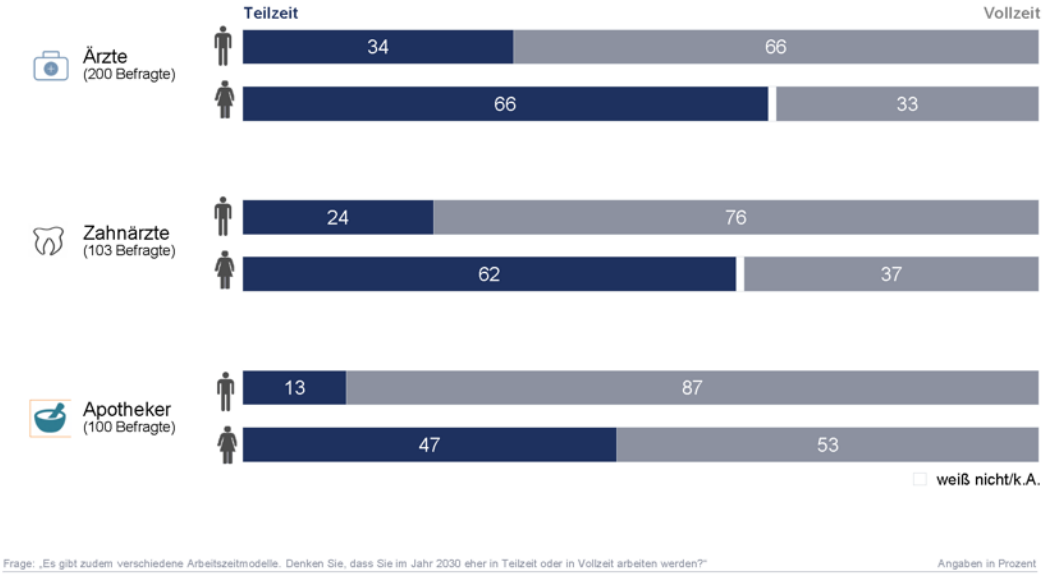
Nun, wenn man den Nebel um die wenig konkreten Aussagen wie „Work Life Balance statt Arbeit bis zum Burnout“ oder z.B. „Die Attraktivität des Wohnumfeldes gewinnt an Bedeutung“ einmal beiseiteschiebt, bleiben wohl sechs zentrale, sofort wirksame Kernpunkte zum Lösungsrahmen des „Hausärztemangels auf dem Lande“ über. Sie sind gleichzeitig Lösungsbeiträge beim Thema „Beseitigung des Erkenntnisproblems“:

Knapp Zweidrittel der Medizinstudenten sind Frauen.

Es gibt grundsätzlich für eine 1:1-Nachbesetzung von Hausärzten viel zu wenige Nachrücker-Ärzte der Generation Y. Bestenfalls sind es bundesweit statistisch betrachtet um die 50 Prozent. Bezogen „auf das Land“ sind es davon höchstens nochmals die Hälfte. Je nach Ort und vorzufindender Bedingungen kann gar nur mit einer 10- bis 15-prozentigen Wahrscheinlichkeit mit einem Nachrücker gerechnet werden.

Die Zeiten des Landarztes als „Lonely Hero“ sind weitestgehend vorüber

Die Generation Y will zum überwiegenden Teil bzw. fast ausschließlich (zunächst) im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses mit geregelten Arbeitszeiten tätig sein. Ärztinnen bevorzugen zudem eher Teilzeittätigkeiten. Die steigende Anzahl weiblicher Medizinstudenten verschärft diesen Umstand. Eine Praxisübernahme ist damit regelmäßig erst für eine spätere Berufs- und Lebensphase vorstellbar. Damit ist die Einzelpraxis auch aus dieser Perspektive „tot“ und die Notwendigkeit einer Transformation in Richtung Mehrbehandlerpraxen aufgezeigt.



Präferierte Arbeitszeitmodelle von Heilberuflern 2030 nach Geschlechtern

Quelle: apoBank/Forsa 2017, S. 7

Junge Nachrücker-Ärzte wollen eher gemeinschaftlich arbeiten, sich fachlich austauschen und ihre Zeit nicht mit Bürokratie und Praxisführung verbringen. Die medizinische Behandlung liegt im Fokus. Damit sind ebenfalls Mehrbehandlerpraxen mit delegativen Strukturen (Stichwort: VERAH) angezeigt. Mit neu zu errichtenden tradierten Ärztehäusern, sprich jeder Arzt mit seiner Einzelpraxis – hat dies nichts zu tun. In diesem Zusammenhang auch auf „Filialpraxen auf dem Lande“ mit nur einem angestellten jungen Arzt zu setzen, dürfte fehl am Platze sein. Außer angestellt zu sein, spricht aus Sicht der Generation Y vieles bis alles dagegen.

Zusätzlich qualifizierte Medizinische Fachangestellte übernehmen in größeren Arztpraxen zunehmend ärztliche Tätigkeiten.

Eine 1:1-Nachbesetzung von Landarztpraxen wird es kaum geben

Die Übernahme einer alten Einzelpraxis oder der Aufbau einer neuen Einzelpraxis stellt für Jungärzte ein zu großes finanzielles und vielleicht auch privates Risiko dar. Bekanntermaßen sind etwas 80 Prozent dieser alten Einzelpraxen sowieso nicht nachhaltig zukunftstauglich. Daneben braucht die Generation Y verlässliche finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen: Es gilt „eine Entängstigung nachrückender Ärzte zu schaffen“. Das Engagement von Kommunen kann da einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die Übernahme einer Praxis steht erst viel später an. Selbiges gilt regelmäßig auch für eine Beteiligung an einer entsprechenden Betreibergesellschaft für eine Mehrbehandlerpraxis. Dies wird mindestens zehn Jahre später sein als bei der derzeitigen Generation der Abgeber-Ärzte und ist abhängig von zahlreichen heute von den Ärzten der Generation Y

überhaupt nicht absehbaren Faktoren. Zentral dürfte es dabei sein wie es im Rahmen einer „Work Life Balance“ überhaupt gelingen wird den notwendigen Eigenkapitalstock aufzubauen.

40 % der angehenden Mediziner wünschen sich ein Teilzeit-Modell.

Zuletzt können sich nur zehn Prozent der Studierenden überhaupt eine Landarzttätigkeit vorstellen. Dabei ist bei allen Umfragen bislang vollkommen ungeklärt, welche subjektive Einwohnergröße bei „auf dem Lande“ bei den Befragten überhaupt gemeint ist.

Höchstens 10 % der Medizinstudenten beabsichtigen sich als Landarzt niederzulassen.

Allein diese sechs zusammengestellten Kernpunkte – sie sind selbstverständlich nur eine fokussierte Auswahl – lassen die Hoffnung, auf dem Lande jemals eine 1:1-Nachbesetzung zu erreichen, als relativ absurd erscheinen.

Hausärztemangel: Kann die neue „Notstandsverordnung“ einen Lösungsbeitrag leisten?

Das Deutsche Ärzteblatt (5. Oktober 2018) vergleicht das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit einem „Blindflug“ nach dem Motto „Wir versuchen das mal und schauen, was passiert“. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. med. Andreas Gassen sprach in diesem Zusammenhang sogar von der Einführung einer „KV-Polizei“ die keiner brauche. Gemeint ist die Überwachung der extra-bezahlten Ausweitung von 20 auf 25 Wochenstundensprechzeiten der deutschen Arztpraxen. Im Fokus stehen hier angesichts des Hausarztmangels in erster Linie Allgemeinarztpraxen. Das Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärzte soll so in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) niedergelegt werden. Das Oeuvre „TSVG“ umfasst aktuell 191 Seiten.

Dem Marburger Bund zufolge liegt der Anteil nicht-ärztlicher Tätigkeit bei fast 50 Prozent.

Man könnte annehmen: Im besten Falle könnte sich die medizinische bzw. ärztliche Kapazität auch einer Hausarztpraxis um 20 Prozent erhöhen. Dies würde demzufolge rechnerisch zu einer Kapazitätserhöhung von rund 8.000 „Arbeitseinheiten Arzt“ bei den derzeit 40.000 Bestandsärzten im hausärztlichen Bereich führen. Bis zum Jahre 2030 scheiden voraussichtlich mindestens 10.000 Hausärzte aus dem Berufsleben aus, bereits heute ist absehbar, dass nur rund die Hälfte dieser Arztstellen nachbesetzt werden können. Eine etwaige „Work Life Balance“-Euphorie der nachrückenden Ärztegeneration mit noch kaum einschätzbaren Kapazitätsreduzierungen durch ein bevorzugtes Teilzeit-Arbeitsmodell droht derweil zusätzlich.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz folgt einem Irrglauben

Aber bei weitem gefehlt, so das Deutsche Ärzteblatt. „Erstens ist nicht klar, welches Volumen an zusätzlichen Sprechstunden zusammenkommt, da Vertragsärzte ohnehin schon überwiegend mehr als 50 Stunden in der Woche arbeiten. Und bei denen, die bereits 25 Sprechstunden anbieten, vergrößert sich das Angebot auch durch offene Sprechstunden nicht, sondern die Termine verschieben sich nur. Zu guter Letzt weiß niemand, wo die möglichen zusätzlichen Sprechstunden entstehen und ob sie dort notwendig sind.“ Letzteres ist zugegebenermaßen durchaus nachvollziehbar. Haben wir doch bundesweit in den sogenannten „Planungsbereichen“ Versorgungsgrade bei Hausärzten von etwa 70 bis über 140 Prozent. Aber das ist ja nur das bekannte hausgemachte „Planungsproblem“ der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt.

Für die Großstadt München wird nur ein Planungsbereich ausgeschrieben.

Man meinte zudem bisher, der Ärztemangel sei relativ flächendeckend und wenn man als Patient nicht mehr aufgenommen wird sucht und findet man eine solche nicht ausgelastete „Überkapazität“. Diese Wanderungsbewegungen sind bereits heute im niedergelassenen Bereich nach einer Schließung oder Neueröffnung einer Praxis bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums an der Tagesordnung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen darüber hinaus verpflichtet werden, in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten eigene Praxen (Eigeneinrichtungen) oder mobile und telemedizinische Versorgungs-Alternativen anzubieten. Woher diese Ärzte jedoch kommen sollten, bleibt allerdings unklar. Auch die bekannten Berufsvorstellungen junger Ärzte der Generation Y blieben hierbei unberücksichtigt. Es ist daher absehbar, dass derartige Eigenpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen ähnliche Probleme bei der Besetzung haben werden wie heute schon klassische Landarztpraxen.

Fazit: Die Beseitigung von Ineffizienzen ist ein Lösungsbaustein gegen den Ärztemangel

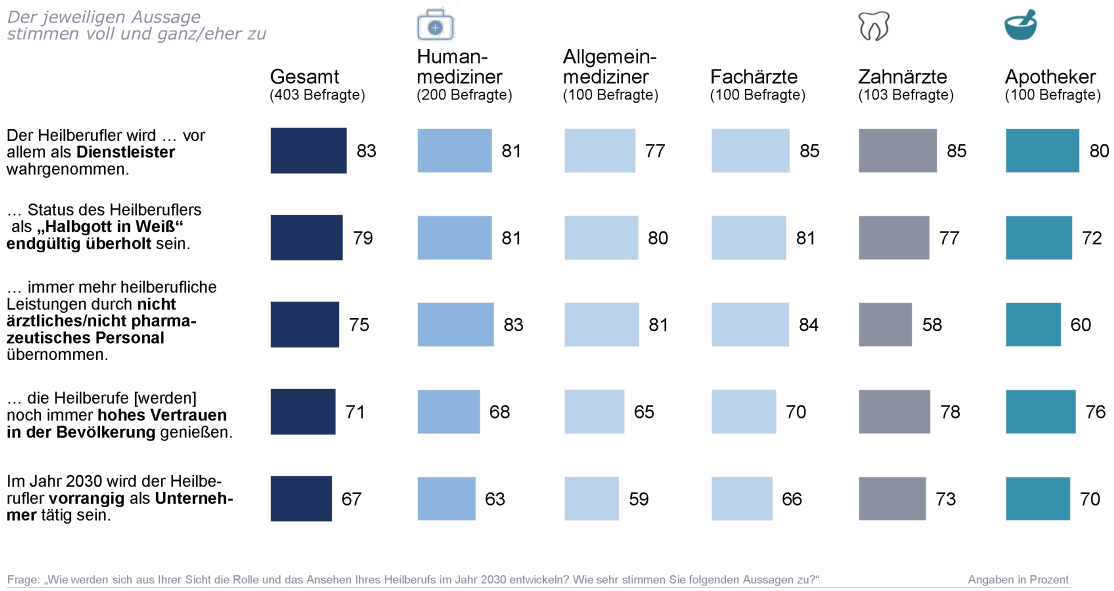
Tatsache ist: Die Gesundheitspolitik will sich anscheinend das autonome Handeln der (Haus-)Ärzte im Bereich des häufig ineffizienten Praxismanagements nicht mehr bieten lassen. Als Alarmbeispiel soll in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass nach einer aktuellen Forsa-Umfrage mehr als jeder vierte Arzt (28 Prozent) den Anschluss an das elektronische Gesundheitsnetz verweigert.

Brief und Fax gelten im ärztlichen Berufsalltag als die mit Abstand wichtigsten Kommunikationsmittel.

Eine Untersuchung der Stiftung Gesundheit wirft ein weiteres Licht auf Ineffizienzen: Knapp 37 Prozent der niedergelassenen Ärzte würden (!) am liebsten per E-Mail in sicherer Umgebung kommunizieren, 21,5 Prozent über ein IT-System, welches sich idealerweise ins Arztinformationssystem integrieren ließe. Fast 60 Prozent der Niedergelassenen kommunizieren tatsächlich aber noch per Brief. Der damit einhergehende ineffiziente Berufsalltag wird noch dadurch erhöht, dass noch über 80 Prozent der Klinikärzte diesen Kommunikationsweg im Zeitalter von Industrie 4.0 und Digitalisierung nutzen.

Es geht, wenn es auch noch nirgends so benannt wird, beim Hausarztmangel auch um eine effizientere Nutzung der Ressource Hausarzt. – Was gäbe es denn daran auszusetzen?

Apropos „KV-Polizei“: Gibt es da nicht einfachere, unbürokratische IT-Instrumente mit denen das Wichtigste aus dem täglichen Praxisgeschäft dazu „ausgelesen“ werden könnte.



Präferierte Arbeitszeitmodelle von Heilberuflern 2030 nach Geschlechtern

Quelle: apoBank/Forsa 2017, S. 7

Kommunale Medizinische Versorgungszentren (kMVZ) auf dem Vormarsch

Ärztemangel: Die Ambulante medizinische Versorgung soll durch kommunale Beteiligung von Medizinischen Versorgungszentren im ländlichen Raum sichergestellt werden.

Bundesweit gibt es immer mehr Kommunen, die das Problem des Landarztmangels erkennen. Spätestens dann, wenn die Schließung einer Einzelpraxis oder der Rückzug einer Apotheke absehbar werden, hat der häufig diskutierte Ärztemangel die eigene Gemeinde oder Stadt erreicht. Diese Entwicklung vollzieht sich in einigen Regionen bereits seit etlichen Jahren.

In den vergangenen Jahrzehnten stand die ärztliche Bedarfsplanung nachvollziehbar nicht auf der kommunalen Agenda, gab es doch ausreichend Nachwuchsmediziner. Die Verteilung der vorhandenen Ärzte erfolgte nahezu automatisch über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der jeweiligen Länder. Diese Situation hat sich innerhalb des vergangenen Jahrzehnts grundlegend geändert: Es stehen für eine automatische Verteilung durch die KVen zu wenige Ärzte zur Verfügung. Was nicht vorhanden ist, kann auch nicht verteilt werden. Allein heute fehlen bundesweit über 10.000 Allgemeinmediziner.

Auch die Bundesregierung hat diese Entwicklung im November 2016 in ihrem Siebten Altenbericht nochmals deutlich unterstrichen. Es ist erfahrungsgemäß davon auszugehen, dass der Bundestag dieser Empfehlung folgen wird und die Verantwortlichkeit hinsichtlich der ärztlichen Versorgung gleichberechtigt den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kommunen übertragen wird. Noch Ende 2018 soll ein vom Bayerischen Ministerium für Gesundheit und Pflege in Auftrag gegebenes Gutachten zum Aufbau kommunaler Medizinischer Versorgungszentren als Lösungsansatz gegen den Ärztemangel veröffentlicht werden.

Mit dieser Entwicklung ist deutlich erkennbar, dass die Verantwortung hinsichtlich der ärztlichen Versorgung mittelfristig auch den Kommunen übertragen wird. Der Vorstoß des Gesundheitsministeriums signalisiert jedoch nicht nur Rückendeckung für die bayerischen Kommunen: Durch Absprache mit dem bayerischen Innenministerium werden die Hürden für ein kommunales Tätigwerden wohl gesenkt werden.

Gab es im Jahr 2004 erst 70 MVZ, ist die Zahl zum Jahresende 2017 auf über 2800 gestiegen.

Derzeit warten zahlreiche bayerische Kommunen auf solch ein Signal, denn in den letzten Jahren haben nicht wenige Gemeinden und Städte aufgrund der Kommunalaufsicht derartige Projekte vermieden.

Mehr Effizienz als Lösung für den Landarztmangel

Durch die kommunalen MVZ sollen auch im ländlichen Bereich größere und damit effizientere Strukturen ermöglicht werden. Bislang sind hausärztliche Landarztpraxen überwiegend Einzelpraxen. Diese können aufgrund ihrer Struktur, ihres Praxispersonals und ihrer Ausstattung deutlich weniger Patienten behandeln als Mehrbehandlerpraxen. EDV- und Digitalisierungskompetenz sind weitere Stichworte.

Um hier im ländlichen Raum diesen Prozess zu beschleunigen, werden Kommunen dazu ermächtigt diese größeren Einheiten zu schaffen. Bislang war es Kommunen nicht möglich als Träger eines MVZ zu agieren. Nun hat der Gesetzgeber Abhilfe geschaffen: Über die neu in das SGB V eingeführten Bestimmungen ist den Kommunen nun die Möglichkeit eröffnet, MVZ in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform Eigen- oder Regiebetrieb, Anstalt des öffentlichen Rechts (kommunale Anstalt/Kommunalunternehmen) oder GmbH zu gründen und zu betreiben.

Kommunale MVZ-Trägerschaft in der Praxis

Die Kommune kann sich u.a. der Betriebsform des Eigenbetriebes bedienen, mit der Folge, dass die Kommune selbst Träger des MVZ ist. Darüber hinaus kann ein MVZ auch durch eine von der Kommune gegründete oder durch Umwandlung eines Eigen- bzw. Regiebetriebs entstandene rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts getragen werden. Hierbei gilt es je nach Betriebsform Besonderheiten in Bezug auf Errichtung sowie Organstruktur zu beachten. Bei der Betriebsform eines Eigenbetriebs handelt es sich beispielsweise um ein Sondervermögen der jeweiligen Gemeinde. Der Eigenbetrieb wird mittels Beschluss über seine Errichtung durch das zuständige Vertretungsorgan gebildet.

Die Betriebssatzung ist seine rechtliche Grundlage. Organe des Eigenbetriebs sind die Werkleitung, die die Unabhängigkeit des Eigenbetriebs von der Gemeinde gewährleistet, und der Hauptverwaltungsbeamte, der wiederum ein Weisungsrecht gegenüber der Werkleitung hat.

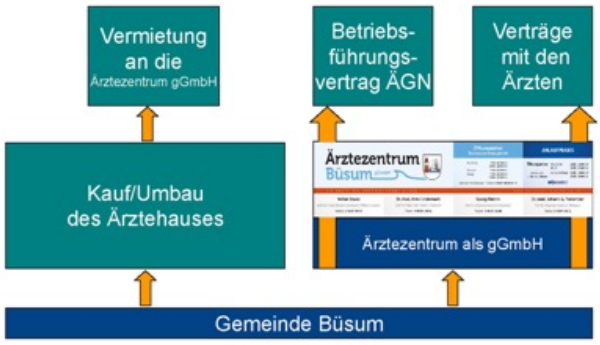
Anstalten des öffentlichen Rechts sind hingegen rechtsfähig und können selbst Träger von Rechten und Pflichten sein. Die wirksame Errichtung erfordert den Erlass und die Bekanntgabe einer Unternehmenssatzung. Organe der Anstalt sind der Vorstand, der die Anstalt vertritt, und der Verwaltungsrat, der den Vorstand bestellt und abberufen kann.

Haftungsfragen bei kommunaler Trägerschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums

Wenn sich die Kommune für die Betriebsform eines Eigen- oder Regiebetriebes entscheidet, wird alleine die Kommune als Trägerin eines MVZ verpflichtet. Ein Umstand, der die rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts attraktiver erscheinen lässt. Bei dieser bestehen einerseits die sogenannte Gewährträgerhaftung der Kommune und andererseits die sogenannte Anstaltslast, also die Verpflichtung der Kommune, die Anstalt mit ausreichenden finanziellen Mitteln auszustatten.

Die Erschwernisse bei der Gründung als GmbH sind ein Gewinn für den Geschäftsbetrieb. Die Gründung als GmbH bringt die unterschiedlichsten Kompetenzen mit ein. Neben der Kommune mit ihren versorgungsorientierten Interessen stehen Ärzte und ggf. Krankenhäuser als Gesellschafter und nicht als Angestellte der Kommune für die Qualität der medizinischen Versorgung.

Trotz der formalen Erschwernisse einer GmbH ist dies – dafür ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V erforderlich, dass die Gesellschafter eine selbstschuldnerische Bürgschaft gem. § 773 BGB für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen ein MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit vorlegen – ist dies für Kommunen der professionellere und letztendlich nach Überwindung der Anfangsschwierigkeiten der auch wirtschaftlich nachhaltigere Schritt.



Systemmodell einer kommunalen „Eigeneinrichtung“

Quelle: M. Schliffke 2017, S. 18

Fazit: Der Trend geht hin zum kommunalen Medizinischen Versorgungszentrum

Im Ergebnis ist die Stärkung kommunaler Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren gerade betreffend unterversorgter Gebiete zu begrüßen. Sie gibt Anlass zur Hoffnung, dass die Neuerungen durch den bayerischen Gesetzgeber dazu beitragen werden, ländliche Unterversorgung zu reduzieren.

Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist kommunale Aufgabe

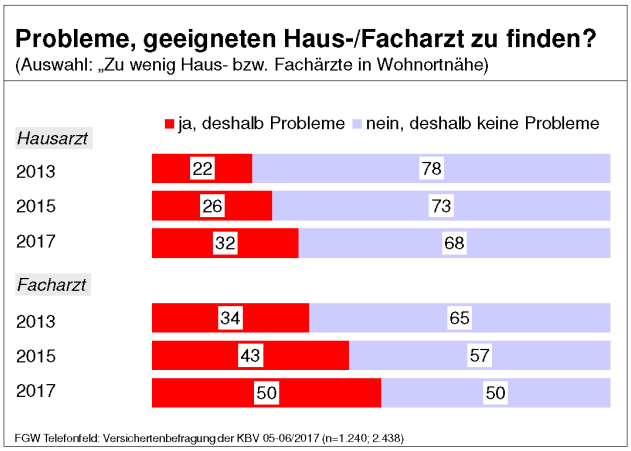
Impuls und Einordnung

Der „Hausärztemangel auf dem Lande“ – vor der gleichen Herausforderung stehen übrigens auch sozialschwache Großstadtquartiere – ist seit einigen Jahren bei betroffenen Kommunen, der Gesundheitspolitik und zahlreichen Medien zum TOP-Thema herangewachsen. Dabei stehen wir, wenn auch für einige Akteure überraschend, vor einem Erkenntnis- und weniger vor einem Umsetzungsproblem. Bei Letzterem muss man manchmal – salopp formuliert – nur „über den jeweiligen Schatten springen“. Das Erkenntnisproblem wiegt dagegen schwerer. Dieses beseitigen zu helfen und Stoßrichtungen für Lösungsansätze vor Ort aufzuzeigen, steht im Vordergrund des Beitrags. *(Adrian W.T. Dostal in: Der Bayerische Bürgermeister, 4/2018, Auszug)*

Worum geht es generell?

Die Entwicklung verläuft in zwei Zeitschienen, die aber häufig übersehen werden: Einmal die Zeit nach 2030 – hierzu gibt es zahlreiche eingeleitete Lösungen, wie z. B. den „Masterplan Medizinstudium 2020“ und die bundesweite Ankündigung neuer Medizin-Fakultäten und -Lehrstühle. Die andere Zeitschiene, die der nächsten 10 bis 12 Jahre, steht hier im Fokus. Bis 2030 scheiden voraussichtlich etwa die Hälfte der Hausärzte aus dem Berufsleben aus. Tatsache ist: In diesen Jahren baut sich ein ungedeckter Bedarf an Hausärzten von etwa 50 Prozent auf, möglicherweise auch mehr. Geht der Trend „Hin zur Stadt und nicht auf das Land“ unverändert weiter, heißt das für Selbiges:

Es fehlen 70 bis 80 Prozent. Das bedeutet, dass mindestens jeder zweite Arztsitz nicht 1:1 gedeckt werden kann. Die Ressource „Hausarzt“ muss also anders als bisher, sprich effizienter, genutzt werden. Auch kann nur bei einem Drittel der betroffenen Kommunen eine – und zwar modern strukturierte – Praxis aufrechterhalten bzw. besser formuliert, neu auf den Weg gebracht werden. Was kaum bekannt ist: Der Hausärztemarkt befindet sich in einer Transformation in Richtung Steigerung der Versorgungseffizienz. Die Einzelpraxis hat sich überholt. Dies ist jedoch häufig schwierig sich einzugestehen. Die ins Feld geführte, teilweise nur interessengeleitete Postulierung einer besseren, persönlicheren Behandlungsqualität usw. muss hier unbetrachtet bleiben. Sie lenkt ab.



Quelle: KBV Versichertenbefragung 2018

Was sind wichtige Gründe für diese Ausgangslage?

Tatsächlich zeichnet sich der „Landarztmangel“ schon seit über zehn Jahren ab. Einige Experten sagen, dass bereits seit über 20 Jahren (bundesweit) zu wenig Allgemeinärzte ausgebildet wurden und zu viele Allgemeinärzte in attraktivere Facharztberufe abgewandert sind, wozu förmlich animiert wurde. Dazu kommt bekanntermaßen, dass eine Berufsausübung in Städten (gemeint sind immer – unausgesprochen – Kommunen mit etwa mindestens 10.000 Einwohnern) auch für die Nachwuchsmediziner attraktiver ist. Es gibt zahlreiche andere Gründe, die nicht zuletzt mit den Vorstellungen der Generation Y zu tun haben.

Worum geht es beim Jetzt?

Wenn die Einsicht selbst handeln zu müssen gereift ist, geht es in den betroffenen Kommunen darum mit den vorhandenen Hausärzten ggf. auch Fachärzten so ins Gespräch zu kommen, dass die tatsächliche Situation auf der Zeitachse einigermaßen transparent wird. Von Aussagen, dass es mit der Nachfolge „wie früher“ schon klappen wird oder anderes Selbstzentriertes, welches das Gemeinwohl nicht berücksichtigt, sollte man sich nicht irritieren lassen. Dies kann u. a. der Unkenntnis der Marktsituation, der Wettbewerbssituation als Arzt und künftiger Praxis-Abgeber oder dem Verdrängen der anstehenden Praxisaufgabe geschuldet sein.

Zur Lagebeurteilung gehören u. a. auch die Abklärung des Versorgungsgrades, das Engagement relevanter Kliniken, das Vorhandensein von überregional agierenden Filialpraxen, Unternehmer- Ärzten oder -Apothekern, sonstigen Investoren (Banken, Bauträger, Immobilienentwickler usw.) und die vorhandenen Infrastrukturen für eine größere Einheit, denn: 80 Prozent der Einzelpraxen auf dem Lande sind aus vielerlei Gründen nicht nachhaltig zukunftstauglich. Gleichzeitig stehen die Gemeinden im Wettbewerb zueinander. Es gilt: „Der frühe Vogel …“.

Spätestens da taucht die Kernfrage auf: Wer kümmert sich vor Ort darum? Schnell heißt es da in manchen Kommunen in Richtung Bürgermeister: „Du bist doch der Hauptamtliche, also mach es auch.“ Verdrängt wird dabei, dass das Thema hochkomplex ist und bislang meistens nur am Rande mitlief. Gleichzeitig werden Fragen von Bürgermeistern oder Gemeinde- und Stadträten zur eigenen beruflichen Planung von den niedergelassenen Ärzten häufig nicht als neutral bzw. überhaupt gerechtfertigt gesehen.

Welche Praxisformen sorgen für eine bessere Versorgungs- effizienz?

Die Ressource „Hausarzt“ besser einzusetzen und zu nutzen bedeutet die Einzelpraxis außen vor zu lassen und eine 1:1-Nachbesetzung möglichst zu vermeiden. Dies entspricht auch der 90-Prozent-Nichtakzeptanz dieser Praxisform bei der Generation Y. Was nicht ausschließt „zuzugreifen“, wenn es sich denn so ergibt. Man muss sich aber bewusst machen, dass dann ein örtlicher Puzzle-Stein für eine größere, nachhaltig zukunftstauglichere Praxiseinheit wie einer Praxisgemeinschaft, Mehrbehandlerpraxis oder einer MVZ gGmbH für meist viele Jahre „weggebrochen“ sein kann.

Effizienter und aus Sicht der Nachfolgeärzte attraktiver sind Gemeinschaftspraxen mit Weiterbildungsbefugnis und angestellten Ärzten, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG), die z. B. auch eine Bestellpraxis eines Facharztes (natürlich von außerhalb kommend) aufnehmen können. Letzteres als

Hinweis, wie mit der Überversorgung im Facharztbereich vor Ort kreativ umgegangen werden kann.

Was ist nun der Kern moderner delegativer Praxisstrukturen?

In den letzten Jahrzehnten haben viele Dinge dazu beigetragen, dass die Ressource „Hausarzt“ in einer Einzelpraxis schlichtweg verschwendet wird. Zu nennen sind beispielhaft eine überbordende, vom Gesetzgeber, von Kostenträgern und KVen unreflektiert in den Praxisalltag „eingekippte“ Bürokratie mit einer Unmenge von (händischen) Dokumentationspflichten, Quasi-Knebelverträge mit PVS-Anbietern, die eine finanziell machbare IT- Modernisierung im Sinne einer Arbeit 4.0 verhindern.

Angesagt sind nunmehr delegative Praxisstrukturen mit Hilfe eines (teilweise finanziell KV-geförderten) Einsatzes von nicht-medizinischen Fachkräften mit dem Ziel die medizinische Kapazität der Hausärzte schlichtweg zu verdoppeln. Darunter fallen VERAHs (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis), MOPRAs (Mobile Projektassistentinnen) oder auch Personal für AGnES (Arztentlastende gemeindenahe E-Health gestützte systemische Intervention). Letzteres baut auch eine Brücke zur Pflege: In den Landarztpraxen sind bekanntermaßen mehr als 60 Prozent der Patienten über 65 Jahre alt.

Wer soll die Herausforderung lösen? – Alleine oder mit anderen?

Als Akteure vor Ort sind in Erwägung zu ziehen: Die Hausärzte, Unternehmerärzte (weniger als zehn Prozent können dieser Gruppe zugerechnet werden) und sonstige Unternehmer aus dem Gesundheitswesen, einstrahlende Kliniken mit MVZ-Interesse bzw. -Engagement sowie die eigenaktive Kommune selbst. Das Zurateziehen von KV und staatlichen Informationsstellen gehört zum Standard. Regelmäßig bleibt aber, da letztendlich auch betroffen, die Kommune selbst übrig. Die Lösung nimmt häufig zwei bis drei Jahre in Anspruch, dabei ist eine externe spezialisierte Unterstützung ratsam.

In zahlreichen Fällen sollte auch eine interkommunale Kooperation überlegt werden. Größere Praxiseinheiten decken einen größeren Versorgungsradius ab. Hier gilt es, gemeinsam das Beste zu erreichen. Es muss deshalb nochmals vermerkt werden, dass bei einem Hausärztemangel von über 50 Prozent ein Wettbewerb vorhanden ist.

Was können Kommunen tun?

Es geht um einen zentralen Bereich der Daseinsvorsorge (7. Altenbericht 2016). Grundsätzlich gilt seit über 85 Jahren der Sicherstellungsauftrag der KV. Diese müssen „liefern“, aber: Woher nehmen, wenn nicht in anderen Bundesländern oder sonst wo „stehlen“? – Scherz beiseite: Für die Kommune geht es darum, den essentiellen „weichen“ Standortfaktor Gesundheit zu sichern und wenn – bei der hier besprochenen Einwohnergröße nicht selten – nichts „zusammengeht“, selbst die Initiative zu ergreifen. Dabei gibt es drei grundsätzliche Stoßrichtungen: Die Gemeinde in der Rolle des Investors und/oder Vermieters einer entsprechend geeigneten Immobilie (bei Neuplanung und -errichtung ist regelmäßig mit zwei bis drei Jahren Zeitbedarf zu rechnen) ist dabei eher noch dem klassischen Handeln einer Gemeinde zuzuordnen. Neu ist hier allenfalls, dass eine vorgeschaltete schnell umsetzbare räumliche „Zwischenlösung“ mit Unterstützung der Kommune notwendig sein kann. Denn: Der nächste Arztsitz kann innerhalb der nächsten neun bis achtzehn Monate wegfallen.

Was bedeutet das an „Neuland“?

Nahezu vollkommenes Neuland ist dagegen die Rolle als Gesellschafter einer Betreibergesellschaft für eine entsprechende Mehrbehandlerpraxis oder eines MVZ. Wird dieses in Form einer gGmbH geführt, können sich Kommunen als Gesellschafter beteiligen, die MVZ können jedoch als Eigen- oder Regiebetrieb geführt werden (eher nicht zu empfehlen). Am häufigsten findet sich die Gemeinde jedoch in der Rolle als Moderator und Unterstützer wieder, um den Prozess moderne delegative Praxisstrukturen zu initiieren und im Sinne der Gemeinde voranzutreiben. Die hierdurch geschaffene bessere Versorgungseffizienz setzt einen wichtigen Meilenstein zur nachhaltigen ärztlichen Versorgung auf dem Lande.

Um es zu wiederholen: Während sich die Gemeinden bei der ersten Stoßrichtung eher im Alltagsgeschäft bewegen, erfordern die beiden anderen Stoßrichtungen neben speziellem Markt-Know-how auch einen hohen Arbeitseinsatz. Und: Das Projekt sollte, von Ausnahmen abgesehen, immer von externen Spezialisten begleitet und mitrealisiert werden. Das dabei betretene Neuland ist zu umfangreich und ausreichend Zeit steht regelmäßig nur bedingt zur Verfügung.

Fragekasten

Sie stellen uns Ihre Fragen – wir antworten

Direkt unter Telefon +49 8741 967890

Online unter info@dostal-partner.de

Und auf jeden Fall in unserer nächsten Ausgabe 2/2019

Rubrik: Aus der Praxis

Arztpraxis ist nicht gleich Arztsitz

„Hausärzte – Mehr als 2.000 Arztpraxen unbesetzt. Bundesweit fehlen Ärzte. Vor allem auf dem Lande stehen viele Praxen leer.“ – So titelte 2018 eine Qualitätszeitung. Der Beitrag hat viel Aufmerksamkeit erzeugt. Er schien das akute Problem endlich zu benennen. – Wirklich? – Einige unserer Gesprächspartner hielten diese Problembenennung jedoch für falsch. Zuletzt würden Bürgermeister damit verleitet von Abgeber-Ärzten deren Arztpraxis inkl. Haus zu kaufen. So in einer niederbayerischen Gemeinde vor einiger Zeit geschehen Doch was dann?

Praxisinhaber, die ihre Praxis schließen wollen und dies der KV gegenüber kundtun, haben sechs Monate Zeit einen Praxisnachfolger zu finden. Dieser erhält den Arztsitz vom Zulassungsausschuss zugesprochen. Dieser ist paritätisch mit je drei Vertretern der Ärzte und Krankenkassen besetzt. Der Kauf einer Arztpraxis ist also nicht gleichbedeutend mit dem Erhalt eines Arztsitzes, es sei denn man ist ein Vertragsarzt oder MVZ. Kommunen, die eine Arztpraxis kaufen, kaufen damit letztendlich eine „möblierte“ Immobilie.

Also es dürfte sich bei den o.g. über 2.000 „Arztpraxen“ recht häufig bereits nur mehr um einen Immobilienleerstand handeln. Übrigens: Experten schätzen, dass etwa 80 Prozent der Einzelpraxen auf dem Lande nicht mehr zukunftstauglich sind bzw. bereits vorher nicht waren. Diesen „Arztpraxen“ als Immobilie braucht man also nicht nachtrauern…

Interview

Richard Reischl, Bürgermeister der Gemeinde Hebertshausen im Landkreis Dachau berichtet über die Gründe sich bereits seit einem Jahr für die Errichtung eines Gesundheitszentrums einzusetzen und welche Erfahrungen er dabei machte.

Die Fragen stellte Tristan E.W. Dostal

Wann war Ihnen bewusst als Gemeinde selbst aktiv werden zu müssen?
Als wir im April 2018 vor die vollendeten Tatsachen gestellt wurden, dass unsere Apotheke nach über 28 Jahren schließen wird und als unser Allgemeinarzt im Ort angekündigt hat, dass er Alters bedingt zum Ende des Jahres seinen Ruhestand antreten will, war klar dass wir tätig werden müssen. Das Problem ist nämlich, dass die Grundversorgung der Gemeinde gefährdet ist. Das Ziel der Gemeinde war es eigentlich die Grundversorgung auszubauen und sie nicht gänzlich verlieren zu wollen.

Was können Sie vor dem Hintergrund des allgemeinen Hausärztemangels anders machen?
Ich glaube wir als Gemeinden müssen bereit sein, da wir ja immer gerne in Schubladen denken, neue Wege zu gehen und kreativer zu denken. Lösungsansätze, die vielleicht vor vielen Jahren noch undenkbar waren in Erwägung zu ziehen und die ärztliche Versorgung als klassische Pflichtaufgabe der Gemeinde anzuerkennen.

Wie reagierten die niedergelassenen Ärzte auf das Engagement Ihrer Gemeinde?
Bisher sehr positiv. Ich möchte sogar sagen äußerst positiv. Ich glaube der Hauptgrund liegt daran, dass in der Gemeinde ein seriöser Geschäfts- und Gesprächspartner gesehen wird, hinter dem nicht ein Investor steckt, bei dem man nie weiß, ob er nur maximale Gewinnabsichten hat bzw. was er tatsächlich erreichen will. Die Gemeinde stellt eigentlich nichts anderes dar als eine breite Schicht der Bevölkerung mit 5.600 Bürgerinnen und Bürgern, für die wir eine medizinische Versorgung aufrechterhalten wollen.

Was bieten Sie den Nachfolge- und zusätzlichen Ärzten?
Wir versuchen sehr aktiv die Ärzte zu unterstützen. Es beginnt bei der Wohnungs- oder Bauplatzsuche, die wir natürlich vermitteln können. Wir können unterstützend tätig sein bei der Findung von Betreuungsplätzen für die Kinder junger Nachwuchsärzte. Es geht weiter, dass wir sogar in Erwägung ziehen die Räumlichkeiten selbst zu erwerben oder zu kaufen, um sie dann an den Arzt weiter vermieten zu können. Auch wiederum mit der Absicht, dass wir als Gemeinde nicht auf Gewinne abzielen, sondern dass wir versuchen möglichst lange einen Arzt sichern zu können. Außerdem glaube ich muss man auch erwähnen, dass Hebertshausen aufgrund seiner Gegebenheiten sehr attraktiv ist. Wir liegen sehr nah am Tor zur Landeshauptstadt München, wir sind trotzdem geprägt von großen Natur- und Erholungsflächen, wir besitzen wichtige Anbindungen, wie Autobahnen und Flughafen in unmittelbarer Nähe. Wir verfügen über einen eigenen S-Bahn Anschluss und ich glaube im Verbund mit dem Landkreis können wir alles aufweisen was man benötigt für ein gutes und anständiges Leben.

Sehen Sie das Gesundheitszentrum Hebertshausen als Leuchtturmprojekt für den Landkreis und darüber hinaus?
Ich sehe es als eine gute Möglichkeit, dass andere Gemeinden sich daran ein Beispiel nehmen könnten und zukünftig über Zentren nachdenken werden. Ich glaube, dass man die ärztliche Versorgung nicht mehr als klassische Aufgabe eines Dritten ansehen darf, sondern dass die Gemeinden erkennen müssen, dass es eine Pflichtaufgabe wird dafür zu sorgen.

Wie war die Resonanz unter Ihren Kollegen? Gab es viel Zuspruch und ggf. auch Interesse an einer interkommunalen Zusammenarbeit?
Es gab schon sehr viele interessante Nachfragen zu diesem Thema, weil man natürlich im Kollegenkreis immer wieder darüber spricht. Eines ist allerdings feststellbar, momentan scheitert die interkommunale Zusammenarbeit immer noch an den alten Zöpfen die vorhanden sind. Ich will damit zum Ausdruck bringen, dass bisher die Bürgerinnen und Bürger gewohnt waren, dass wenn ich von einem Arzt spreche er sich unmittelbar im Ort befindet. In der heutigen Zeit kann es aber sein, dass man einen Ort weiterfahren muss um diesen Arzt aufsuchen zu können. Ich glaube aber am Ende des Tages ist nicht die Entfernung von Wichtigkeit, sondern immer die Qualität. Und wenn ich dafür in einem Zentrum eine höhere Arztdichte und Qualität aufweisen kann, dann ist glaube ich jeder bereit gerne mal ein paar Kilometer weiterfahren zu müssen.

Was würden Sie anderen Kommunen hinsichtlich eines aktiven Engagements im Bereich der medizinischen Versorgung empfehlen?
Ich glaube wir müssen damit beginnen alte Argumente gegen ein Engagement im ärztlichen Bereich aus Sicht der Gemeinde hinter uns zu lassen. Zukünftig sind auch Anstrengungen notwendig und vorstellbar, zum Beispiel, dass eine Gemeinde auch mal eine Arztpraxis selber betreibt und einen Arzt anstellt, was es früher glaube ich so noch gar nicht gab.

Interview

Der Geschäftsstellenleiter der GesundheitsregionPlus im Landkreis Dachau und ehemalige Ressortleiter beim Bayerischen Rundfunk Werner Buchberger erläutert seine Beweggründe eine landkreisumfassende Initiative zur Stärkung der gesundheitlichen Versorgung mitangestoßen zu haben. Die GesundheitsregionPlus Dachau besteht seit Sommer 2017. Im Rahmen einer ausführlichen Bestands- und Bedarfsanalyse für den Landkreis Dachau unter anderem das Thema des Ärztemangels thematisiert und interkommunale Aktionen angestoßen. Die Themen Hebammenversorgung und Pflege stehen für 2019 auf der Agenda.

Die Fragen stellte: Tristan E.W. Dostal

Was war Ihr Impuls für die Gründung einer GesundheitsregionPlus im Landkreis Dachau?
Als Ressortleiter Gesundheit beim Bayerischen Rundfunk konnte ich eine umfassende Vernetzung im Gesundheitsbereich aufbauen. Als Geschäftsführer der GesundheitsregionPlus Dachau versuche ich daher meine Berufserfahrung und Vernetzung im Landkreis einzubringen. Auch im Landkreis Dachau gibt es - wie überall im Gesundheitssystem - Über-/Unter – und Fehlversorgungen. Die Menschen im Landkreis brauchen qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen und medizinische sowie präventive Angebote.

Was sind Ihrer Meinung nach die Schwerpunkte? Was sind Ihre Ziele?
Die Schwerpunkte sind allgemein vorgegeben: Versorgung und Prävention. Diese allgemeinen Vorgaben sollen landkreisspezifisch umgesetzt werden. Da es etablierte Akteure unterschiedlicher Leistungs- und Qualitätstiefe gibt, besteht eine Umsetzungsebene darin, das „Dach“ oder die unterstützende Partnerschaft für gemeinsam definierte Zielsetzungen anzubieten. Da wir als „Genossenschaft zur Stärkung der gesundheitlichen Versorgung im LKR Dachau e.G.“ agieren, können wir – wie in einer Art „Baukastensystem“ – Akteure und Aktionen partnerschaftlich integrieren. Aktuelles Beispiel: Durch den Aufbau eines Pflegestützpunktes*.

Haben Sie das Gefühl durch die Arbeit mit der GR+ etwas bewirken zu können?

Noch wissen wir nicht wirklich, ob wir eine wichtige Funktion leisten werden. Wenn es uns gelingt, die Versorgung konkret mit Modellen zu verbessern, dann werden die Ergebnisse für sich werben.

Was würden Sie aus heutiger Sicht anderen Landkreisen empfehlen?

Obwohl es organisationstechnisch ein zunächst steiniger Weg ist, empfehle ich die genossenschaftliche Organisationsstruktur. Sie erhöht Unabhängigkeit und Gestaltungsspielraum. Ansonsten lebt jede GR+ zunächst von der spezifischen Qualität der Geschäftsstellenleitung.

Ist der Landkreis Dachau durch seine Nähe zur Landeshauptstadt München und der attraktiven infrastrukturellen Anbindung nicht automatisch gut aufgestellt was die gesundheitlichen und vorbeugenden Angebote angeht?

Was heißt gut aufgestellt? Wenn die Statistik stimmt? Oder wenn die Menschen das Gefühl haben zeitnah, ortsnah und qualitätsoptimiert versorgt zu sein? Auch dazu braucht es den Blick in die Details.

Beispiel: Die statistisch massive zahlenmäßige Überversorgung mit psychologischen Psychotherapeuten in der Stadt Dachau bedeutet konkret im

richtigen Leben immer noch Wartezeiten von ca. einem halben Jahr, um einen Therapieplatz zu bekommen.

Trotzdem hat tendenziell der Münchenferne Bereich des Landkreises Dachau größere Probleme, allen voran die zukunftsfeste Landarztversorgung sicherzustellen. Hier findet gerade auf Anstoß der GR+ zusammen mit den Bürgermeistern eine aktualisierte Neubewertung der Situation statt.

Mussten Sie im Vorfeld viel Überzeugungsarbeit leisten wieso der Landkreis überhaupt eine GesundheitsregionPlus benötigt?

Alle relevanten „Gesundheits"Anbieter im Landkreis waren zu einer potentiellen Gründungsversammlung eingeladen und kamen nach intensiven Diskussionen zu dem einstimmigen Ergebnis den Gründungsprozess der GesundheitsregionPlus Dachau als Genossenschaft zu starten.

Vom Beschluss bis zur Zulassung beim Registergericht dauerte es dann fast exakt ein Jahr.

***Anm der Redaktion:** Die Pflegestützpunkte bieten eine kostenlose Beratung zu allen Themen rund um die Pflege und stehen allen Bürgern (egal ob gesetzlich oder privat Versicherte) offen.

Träger der Pflegestützpunkte sind die Pflegekassen und Krankenkassen, die Landkreise, die kreisfreien Städte und die Bezirke.

Pflegestützpunkte bieten übergreifende Informationen und Unterstützung, z.B. zum barrierefreien Wohnen, Homecare, digitaler Unterstützung, Pflege-Reha, Pflege-Ergotherapie usw. Pflegestützpunkte sind nicht zu verwechseln mit den Fachstellen für pflegende Angehörige. Diese können allerdings integriert werden.

dostal-Portfolio

- Machbarkeitsstudien und Gutachten für die Realisierung von Ärztehäusern und Gesundheitszentren
- Beratung und Unterstützung beim Aufbau kommunaler Projekte zur Sicherung der medizinisch-ärztlichen Versorgung der Bevölkerung
- Individualisierte Marketingkampagnen zur Gewinnung von jungen Nachwuchsärzten für Ärzte und Kommunen (DocFinding)
- Sachverständigengutachten zum Wert einer Arztpraxis
- Beratung von Ärzten und Kommunen beim Kauf eines Arztsitzes, Klären medizinrechtlicher Fragestellungen und Unterstützung beim Umgang mit KV-Regularien
- Versorgungsforschung
- Bestands- und Bedarfsanalysen für Gesundheitsregionen^{Plus}
- Beratung bei Gründung und Aufbau von Gesundheitsregionen
- Studien und Untersuchungen zum Gesundheitsmarkt, im Fokus stehen hierbei seit 2016 die Entwicklungen des deutschen Ärztemarktes und seine Folgen für Gebietskörperschaften.

Impressum

Herausgeber: dostal & partner management-beratung gmbh
Bahnhofstraße 5, 84137 Vilsbiburg
Tel. +49 8741 967890
Email info@dostal-partner.de
Web www.dostal-partner.de
www.dostal-marktforschung.de