

Schwerpunkte:

**Ein Paradigmenwechsel im
Bereich der ambulant-
ärztlichen Versorgung**
Seite 6

**Was treibt junge
Nachwuchsärzte auf das
Land?**
Seite 12



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

Mit jedem Transformationsmarkt geht eine Reihe von Paradigmenwechsel einher. Paradigmenwechsel bedeutet, dass die auf anerkannten Erkenntnissen basierenden Mechanismen im Alltag nicht mehr passen: Ambulante Einzelpraxen von freiberuflichen Einzelkämpfern werden zum Auslaufmodell.

An deren Stelle treten effizientere und delegative Mehrbehandlerpraxen, welche die von den Ärzten der Generation Y geforderten Angestelltenplätze bieten und ein Arbeiten im Team ermöglichen. Work-Life-Balance statt hausärztliche „Tretmühle“ bedeutet feste Arbeitszeiten in Voll- und Teilzeit. Der „Gut-Wetter-Sicherstellungsauftrag“ der Kassenärztlichen Vereinigungen mutiert mangels Nachwuchses zur Mangelverwaltung. Neue Akteure, die ihre Chancen erkennen, treten auf den Plan.

Thomas S. Kuhn beschrieb dies in seinem Pioneering-Essay „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ zu Recht mit: „Es ist fast, als wäre die Fachgemeinschaft plötzlich auf einen anderen Planeten versetzt worden, wo vertraute Gegenstände in einem Licht erscheinen und auch unbekannte sich hinzugesellen“.

Professor Dr. Jost Steinhäuser vom Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Lübeck hält seine Vorlesungen „Delegative Praxen und Telemedizin als Strategien gegen den Hausärztemangel“ mittlerweile sonntäglich im Rathaus der Hansestadt Lübeck, um auch die Patienten zu gewinnen. Unsere bundesweiten Informationsveranstaltungen „Ärztemangel auf dem Lande – was können Kommunen unternehmen?“ vermitteln das Rüstzeug um ihrerseits ihren Beitrag zur Transformation zu leisten.

Im Übrigen sind Paradigmenwechsel nicht zu unterschätzen: Es gibt immer Gewinner und Verlierer. Die Verlierer sind, wie ausgeführt, im Wesentlichen gesetzt. Wir wünschen den kommenden Gewinnern eine anregende und motivierende Lektüre unserer zweiten Ausgabe von „Impulse“.

Ihr

Inhalt

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 4 | Ärztemangel: Vorhaben aus NRW bringt Kliniken in ländlichen Regionen in Not | 15 | Über 54 Millionen Arbeitsstunden in Arztpraxen für Bürokratie im Jahr 2018 |
| 5 | Was denn nun: Ärztemangel oder Ärzteboom? | 17 | Poliklinik damals, Medizinisches Versorgungszentrum heute |
| 6 | Ein Paradigmenwechsel im Bereich der ambulanten-ärztlichen Versorgung | 19 | Fragekasten |
| 8 | Der Zahnarztmarkt ist dem Hausarztsektor Jahre voraus | 19 | Rubrik: Aus der Praxis |
| 10 | Landarztmangel: Gutachten unterstützt Gründung kommunaler MVZ | 20 | Interview mit Dentalmarkt-Experten Rudolf Weiper |
| 12 | Was treibt junge Nachwuchsärzte auf das Land? | 24 | dostal-Portfolio |
| 13 | Studie attestiert „unterirdische Qualität“ hinsichtlich der Digitalisierung | 24 | Impressum |

Ärztemangel: Vorhaben aus NRW bringt Kliniken in ländlichen Regionen in Not

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) befürchtet weitreichende Folgen durch ein Vorhaben in Nordrhein-Westfalen, das Krankenhausärzte zum Quereinstieg in die Hausarztstätigkeit ermuntern soll.



Hintergrund: Von den etwa 11.000 niedergelassenen Hausärzten in NRW haben fast 60 Prozent das 60. Lebensjahr überschritten. Landesweit arbeiteten knapp 13 Prozent der Hausärzte über das 65. Lebensjahr hinaus – in Westfalen-Lippe fast 20 Prozent. Im vergangenen Jahr sind 450 Hausärzte in den Ruhestand gegangen, im Gegenzug gab es nur etwa 200 neue Anerkennungen von Ärzten mit der Weiterbildung Allgemeinmedizin. In den kommenden Jahren muss jede zweite Praxis aufgrund Nachwuchsmangels dauerhaft schließen.

Diese Entwicklung macht auch vor größeren Ballungsgebieten keinen Halt, dennoch trifft der Ärztemangel in erster Linie ländliche Regionen, hier wird in Zukunft nur jede dritte oder vierte Hausarztpraxis bestehen bleiben. Eine ärztliche Unterversorgung ist bereits heute absehbar.

60 % der Hausärzte in Nordrhein-Westfalen sind über 60 Jahre alt.

Quereinsteiger in NRW sollen im Rahmen einer Abwerbemaßnahme künftig eine finanzielle Förderung erhalten, haben das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium und die gesetzlichen Krankenkassen, die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern kürzlich beschlossen.

Der VKD kritisiert nun, dass die geplanten „Prämien“ für „eine ganze Reihe von Krankenhäusern erhebliche personelle Einschnitte“ im ärztlichen Bereich bedeuten könnten. „Wenn das bundesweit Schule macht, können sich die Kliniken in ländlichen Regionen von der Versorgung abmelden“, heißt es in einer Pressemitteilung des Verbandes.

„Linke Tasche, rechte Tasche“

Zielgruppe der Förderung sind vor allem Allgemeininternisten, aber zum Beispiel auch Fachärzte für Anästhesiologie und Chirurgie. Diese sollen sich zum Facharzt für Allgemeinmedizin weiterbilden. Dafür sollen sie künftig für einen Zeitraum von 12 bis 24 Monaten bis zu 9.000 Euro pro Monat erhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen wollen die Finanzierung je zur Hälfte übernehmen.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Weiterbildung oder Qualifizierung in Kommunen mit bis zu 40.000 Einwohnern erfolgt. Wenn die Ärzte in eine Region gehen, die unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht ist, gibt es weitere 500 Euro monatlich aus Landesmitteln. – Problem: In Kommunen dieser Größenordnung gibt es normalerweise das Problem noch gar nicht. Das sind bekanntermaßen eher Kommunen mit deutlich weniger als 15.000 Einwohnern.

Das nunmehr vom VKD kritisierte Vorhaben ist einer der Bausteine der Landesregierung gegen den Hausärztemangel. „Damit können wir sehr kurzfristig zusätzliche Hausärzte gewinnen“, erklärte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. – Klingt wie: „Linke Tasche, rechte Tasche“.

Andere NRW-Vorhaben, wie die beschlossene Gründung der Medizinischen Fakultät OWL in Bielefeld und die Landarztquote, würden erst später wirken. – Nun, das stimmt tatsächlich: Frühestens ab 2030, insoweit ein wichtiger Erkenntnisfortschritt.

Was denn nun: Ärztemangel oder Ärzteboom?

Ein Blick in die Schweiz zeigt Erstaunliches



Zwar steigt in der Schweiz die Zahl der Ärztinnen und Ärzte (im Folgenden: Ärzte), doch immer mehr von ihnen arbeiten in Teilzeit. Zudem steigt der Frauenanteil in der Ärzteschaft. Derzeit 34,1 Prozent, im Vorjahr waren es noch 32,9 Prozent. Jeder dritte Arzt im ambulanten oder stationären Sektor stammt aus dem Ausland. Über die Hälfte der ausländischen Ärzte stammen aus Deutschland, d.h. knapp 6.300 – wohl alle als Angestellte. Das zeigt die Statistik der Ärzteberufsverbandes FMH mit über 40.000 Mitgliedern zum Jahr 2017.

Der Anteil der Einzelkämpfer in der schweizerischen Ärzteschaft sinkt gleichzeitig. Nur 53,7 Prozent der ambulant tätigen Ärzte waren 2017 in einer Einzelpraxis tätig. Dies waren gut 8 Prozent weniger als noch 2008. Im Vergleich: In Deutschland sind etwa 58 Prozent aller Ärzte in einer Einzelpraxis tätig, bei Hausärzten sind es sogar rd. 70 Prozent. Frauen bevorzugen eher größere Praxiseinheiten mit der Möglichkeit einer angestellten Tätigkeit. In größeren Arztpraxen, in der Schweiz Gruppenpraxis genannt, arbeiten im Schnitt 4,2 Ärzte.

Rd. 70 % der Hausärzte in Deutschland sind in Einzelpraxen tätig.

In der Schweiz vollzieht sich bereits die Transformation, welche hierzu Lande seitens der Politik noch nicht erkannt wurde. Die Einzelpraxis gilt zunehmend als Auslaufmodell. Die Anzahl der MVZ Gründungen (Medizinisches Versorgungszentrum) unterstreicht diese Aussage. Seit dem Jahr

2008 hat sich deren Zahl mehr als verdoppelt. Auch das Sterben der Landarztpraxen ist Teil dieser Entwicklung.

Steigende Zahl an Ärzten bringt keine Entlastung

Insgesamt arbeiteten 2017 in der Schweiz 36.900 Ärzte, im Vorjahr waren es 36.175 gewesen. In Vollzeitstellen gerechnet ist die Zahl der Ärzte ebenfalls gestiegen, auf 32.586 im vergangenen Jahr. Im ambulanten Sektor arbeiten 51,1 Prozent der Ärzte und im stationären Bereich 47,3 Prozent. Der Rest übt eine Tätigkeit außerhalb dieser beiden Sektoren aus. Die Männer haben unter den Ärzten mit 58 Prozent zwar die Mehrheit, doch die Zahl der männlichen Ärzte nahm gegenüber dem Vorjahr lediglich um 0,9 Prozent zu, die Anzahl der berufstätigen Ärztinnen dagegen stieg um 3,8 Prozent. Ärztinnen bevorzugen deutlich stärker als ihre männlichen Kollegen eine Arbeit in Teilzeit. So steigt zwar die Anzahl an Ärzten, doch das Arbeitspensum je Arzt sinkt. Auch in der Bundesrepublik begegnet man diesem Trend, mittlerweile sind rund 70 Prozent aller Medizinstudenten Frauen.

Ca. 70 % der deutschen Medizin-Studenten sind Frauen.

Der Frauenanteil in der Ärzteschaft steigt vor allem unter jüngeren Medizinerinnen: In der Altersgruppe der unter 40-Jährigen stellen Frauen im ambulanten und auch im stationären Bereich die Mehrheit. Während das Durchschnittsalter aller Ärzte 48,4 Jahre (in Deutschland: 54,1 Jahre) beträgt, ist es im ambulanten Sektor durchschnittlich zehn Jahre höher als im stationären (54,8 gegenüber 43,4 Jahre). Der Altersunterschied zwischen den Sektoren ist hauptsächlich durch die Weiterbildung der assistierenden Ärzteschaft bedingt, die vorwiegend in den Krankenhäusern stattfindet.

Die Ärztedichte ist in der Schweiz mit 4,3 Ärzten auf 1.000 Einwohner allerdings höher als im OECD-Durchschnitt (3,4) und in etwa gleich hoch wie in Deutschland. Auch in der Schweiz gibt es ein massives Stadt-Land-Gefälle: Die Kantone mit den höchsten Dichten an Ärzten sind Basel-Stadt (10,1 Ärzte), Genf (6,5) und Zürich (5,3). Die tiefsten Dichten

weisen dagegen Obwalden (2,2), Appenzell Innerrhoden (1,9) und Uri mit nur 1,8 Ärzten auf 1.000 Einwohner, auf.

Ärztmangel in der Schweiz: Die Stunde Null

Der „oberste“ Schweizer Arzt, FMH-Präsident Jürg Schlup, bezeichnet insgesamt die Versorgung als „adäquat“. Doch warnt er vor Knappheiten in der Zukunft wegen vieler anstehender Pensionierungen, der Reduktion von Arbeitspensen und der Zunahme der administrativen Belastung der Ärzte die heute schon etwa ein Drittel der Arbeitszeit ausmachen. Trotz alledem: Für eine bessere Nachhaltigkeit der Patientenversorgung muss die Schweiz – so die allgemeine Einschätzung des FMH - in Zukunft mehr Ärzte ausbilden: Pro Jahr braucht es in der Schweiz zwischen 1.000 und 1.300 neue Ärzte. 2017 wurden aber nur 790 Master-Abschlüsse gezählt. Dagegen kommt eine aktuelle Studie im Auftrag des Krankenkassenverbandes Santésuisse zum Schluss, dass bis 2030 kein medizinischer Versorgungsengpass absehbar ist.

Die Anzahl der Studienplätze für Medizin müsste nach dem Ärzteberufsverband um fast 70 % steigen.

Interessant: Für 2019 ist eine weitere Studie zur Versorgungslage im Auftrag der Schweizer Regierung zu erwarten. Die Analyse dürfte dem Vernehmen nach für die kommenden zehn Jahre keine generellen Knappheiten prognostizieren, mit Ausnahme der Hausärzte unter gewissen Annahmen. Auch diese künftige schweizerische Untersuchung beruht laut Beteiligten auf der gleichen Grundannahme wie diverse frühere Analysen: Man nimmt mangels besserer Alternativen an, dass die derzeitige Versorgung gerade etwa „richtig“ ist, und definiert deshalb „Unterversorgung“ bzw. „Übersorgung“ als Abweichung vom Status quo. „Andere Beurteilungskriterien wie etwa durchschnittliche Warte- und Wegzeiten der Patienten oder die Zahl von Grundversorgern und Spezialisten pro Einwohner wären im Prinzip denkbar, aber optimale Zielwerte sind laut schweizerischen Fachleuten kaum wissenschaftlich schlüssig aufzustellen. Solche Zielwerte wären letztlich politisch festzulegen.“

Ein Paradigmenwechsel im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung

Erfolgsmodell Medizinisches Versorgungszentrum

Die Einzelpraxis wird zum Ausnahmefall

Bis in die 1990er Jahre hinein war die Einzelpraxis die absolut dominierende Praxisform. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen stieg nur langsam. Mit Beginn des neuen Jahrtausends wurde die Idee einer zentrenbasierten und fachübergreifenden ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik aufgegriffen. Bis zur Wiedervereinigung waren in der DDR sogenannte Polikliniken die überwiegende Organisationsform von niedergelassenen Fachärzten. 2004 hielt diese Organisationsform schließlich in Form der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Einzug in das Sozialgesetzbuch. 2019 zählen wir über 2.500 MVZ und knapp 20.000 Gemeinschaftspraxen. Mit der Möglichkeit ihrer Gründung stieg die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren seit 2004 rasant. Mittlerweile sind sie fester Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, derzeit versorgen mehr als 16.000 Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren ihre Patienten.

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

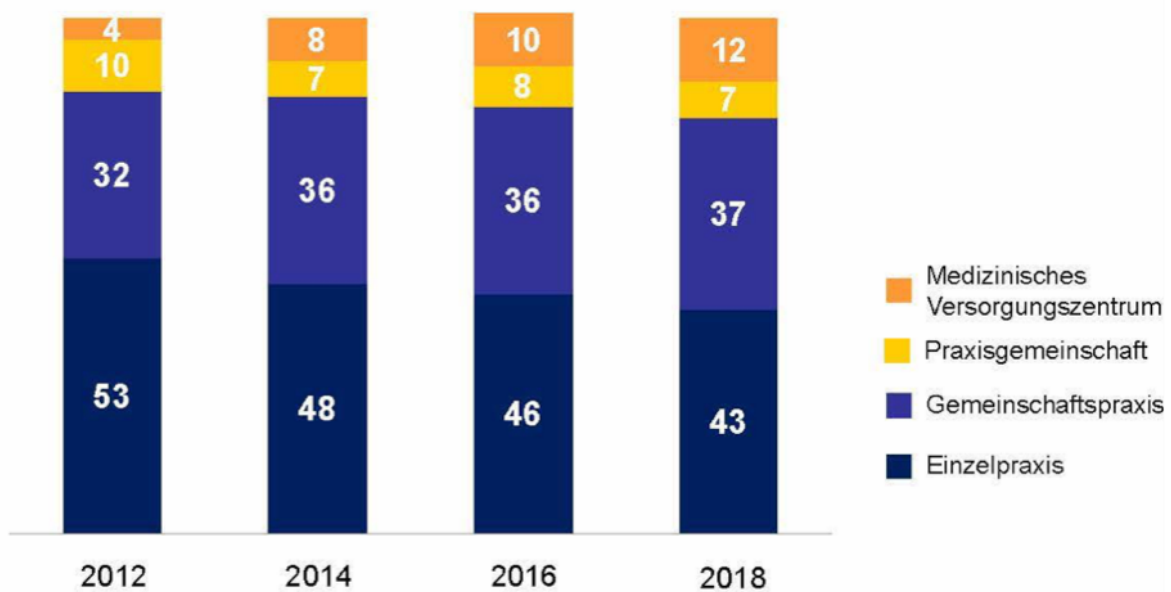
Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat der Gesetzgeber 2015 eine der bisher wichtigsten Eigenschaften von MVZ gekippt. Eine fachübergreifende Tätigkeit ist nun nicht mehr notwendig, sodass sich mehr und mehr fachgleiche MVZ, wie z.B. reine Hausarzt-MVZ, etablieren können. Dies ist vor allem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

Kommunen seit 2015 als Träger von MVZ zugelassen.

Zusätzlich wurde mit dem GKV-VSG auch Kommunen die Möglichkeit gegeben, als Gründer und Betreiber von MVZ aufzutreten. Mit erkennbar steigender Tendenz steigt die Anzahl solcher MVZ, die sich ganz oder teilweise in kommunaler Hand befinden. Schätzungsweise wird es im Jahr 2030 rd. 1.000 solcher MVZ geben.

Wenngleich es derzeit erst rund ein Dutzend kommunale MVZ (kMVZ) gibt, liegt die Anzahl derer die sich derzeit in der Gründungsphase befinden, weitaus höher. Ernsthafte Schätzungen müssen bundesweit von circa 60 in Planung befindlichen kMVZ zum Jahreswechsel 2018/19 ausgehen. Vor dem Hintergrund einer durchschnittlichen Planungs- und Gründungsdauer von zwei bis fünf Jahren ist dies nicht verwunderlich.

Seit deren Zulassung im Sommer 2004 steigt die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren kontinuierlich. Waren es im Jahr der Gesetzesänderung 17 MVZ (2004), sprechen wir heute von knapp 2.900 MVZ. Bei der Wahl der Rechtsform dominiert mittlerweile die GmbH.



Praxisform im Zeitverlauf 2012 – 2018: Haus und Fachärzte

Quelle: Infas, ÄrzteMonitor 2018

Hausärzte repräsentieren die häufigste in Medizinischen Versorgungszentren anzutreffende Fachgruppe (rd. 2.500 im Jahr 2018) gefolgt von Internisten, Chirurgen, Frauenärzten und Orthopäden.

drei Vollzeitärzte oder eine entsprechende Zahl an Teilzeitärzten je anstellendem Arzt beschränkt. Damit sind Gemeinschaftspraxen, vor allem aber Inhabern von Einzelpraxen enge Grenzen für eine Anstellung gesetzt.

Die rasant steigenden Zahlen der existierenden MVZ sind auch auf deren Beliebtheit bei jungen Ärzten zurückzuführen. Hintergrund ist die Möglichkeit, die Tätigkeit als Arzt nunmehr als Angestellter in Teil- oder Vollzeit auszuüben. Umfragen unter Medizinstudenten, sowie kürzlich ausgebildeten Ärzten, lassen erkennen, dass dieser Trend bzw. besser formuliert diese Transformation im Bereich der Praxisformen weiter fortschreiten wird. Die Anstellung von Ärzten ist zwar auch in anderen Praxisformen möglich, wird jedoch durch den Bundesmantelvertrag (BMV) für Ärzte auf

Das Angestelltsein, die berufliche Flexibilität, sowie die Möglichkeit der Arbeit in Teilzeit sind - um nur drei Forderungen der ärztlichen Nachwuchsgeneration zu nennen - zunehmend entscheidendere Kriterien bei der späteren Praxiswahl. Im Jahr 2018 arbeiteten über 16.000 Ärzte im Angestelltenverhältnis in einem MVZ. Die Zahl der freiberuflich tätigen Mediziner in MVZ war mit rd. 1500 Ärzten demgegenüber sehr gering.

Die Entwicklung im Bereich der MVZ verschärfte gleichzeitig die Situation hinsichtlich der ärztlichen Versorgung auf dem Lande. Der rasante Anstieg der MVZ-Gründungen ging in erster Linie in städtischen- und großstädtischen Regionen vor sich, gefolgt von mittleren Ballungsgebieten mit Klinikstandorten. So existieren bundesweit nur knapp 14 % der

2.900 MVZ in ländlichen Regionen. Eine Zahl, die bis 2025 erheblich steigen wird, setzt doch die MVZ-Gründungsphase auf dem Lande zeitversetzt und seit 2015 durch Kommunen angestoßen erst jetzt ein. Ein Großteil der prognostizierten 1.000 MVZ in kommunaler Hand werden dabei auf dem Lande gegründet werden.

Der Zahnarztmarkt ist dem Hausarztsektor Jahre voraus

Die von Investoren getriebenen zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (ZMVZ) sind im Moment das Gesprächsthema im Dentalmarkt. Die größten dieser Unternehmen, wie die zahneins-Gruppe in Hamburg, haben bereits rd. 20 Niederlassungen mit mehr als 500 Mitarbeitern. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK) lehnen durch Investoren finanzierte rein zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren ab. Bei beiden Institutionen handelt es sich um die Pendanten der für die Landärzte zuständigen Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK).

Vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen - jeder zweite Zahnarzt war im Jahr 2017 älter als 50 Jahre - bereiten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) im Hinblick auf die künftige Erfüllung des Sicherstellungsauftrages vor allem „der sprunghafte Anstieg rein zahnärztlicher Versorgungszentren (ZMVZ) und deren Ketten, als auch der ungebremste Eintritt versorgungsfremder Investoren in den Dentalmarkt Sorgen. Es besteht ihrer Meinung nach dringender Handlungsbedarf für den Gesetzgeber die Gründungsberechtigung für ZMVZ auf räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zu beschränken“. Verstärkt über den Bundesrat versuchen diese Landesvertreter deshalb auch auf das Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) Einfluss zu nehmen. Dessen erste Lesung im Bundestag war am 13. Dezember 2018.



Wegen der Parallelität der Hausarztproblematik ist das Grund genug sich etwas mit den auch für Kommunen wichtigen Fakten vor Ort und Argumenten für hausärztliche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu beschäftigen. Hier werden einige selbstredende Statements eines Mehrpersonen-Interviews aus „Die Zahnarztwoche“ vom 18. Dezember 2018 als Grundlage herangezogen.

Der Dentalmarkt hat ein Zukunftsproblem

Da fällt einem zu allererst die Aussage eines betroffenen Zahnarztes aus einer der strukturschwächsten Regionen Deutschlands, Ostfriesland, auf: „Die Zahnärzte, die sich bei mir bewerben, haben eine ganz klare Vorstellung, ob sie in der Stadt oder auf dem Land, ob sie in größeren Strukturen oder in der Einzelpraxis arbeiten wollen. Was glauben denn die Standesvertreter, was sie ihnen vorschreiben können? Durch die Strukturen, die unser zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (ZMVZ) bietet, schaffen wir es, Zahnärzte auf das Land zu holen. Weil wir die Praxen modern gestalten und viele verschiedene Arbeitszeitmodelle anbieten. Im Grunde ist diese ganze Diskussion scheinheilig. Wenn Sie täglich als Zahnarzt arbeiten, dann sehen Sie, wie die Einzelpraxen nebeneinander zumachen, weil kein Nachfolger kommt. Dann sehen Sie, was die jungen Zahnärzte wollen. Dann sehen Sie, dass die KZBV völlig am Thema vorbeiredet. Das hat alles überhaupt nichts mit dem Praxisalltag zu tun. Es werden Unterschiede zwischen der Einzelpraxis und einem zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentrum (ZMVZ) kreiert, die nicht vorhanden sind. Auch bei Gewinn und Rendite ist es genau das Gleiche – es gibt keine Unterschiede zwischen einer Einzelpraxis oder einem ZMVZ. Bei der Versorgung geht es immer um die Qualität. Wenn ich im ZMVZ eine schlechte Qualität biete, habe ich keine Patienten mehr – genauso in der Einzelpraxis.“

Ein Medizinrechtler aus Bad Homburg v.d. Höhe der solche ZMVZ-Gründungen seit Jahren begleitet, ergänzt das Interview: „Wir haben auf dem ‚Zahnarztmarkt‘ ein Zukunftsprob-

lem. Durch die derzeitige Altersstruktur steht in den kommenden zwei Jahren in den alten Bundesländern jede fünfte Praxis zum Verkauf. Wir haben da einmal die Praxen, die nicht mehr verkäuflich sind. Und wir haben die sehr erfolgreichen Praxen. Gleichzeitig haben wir die jungen Zahnärzte, die nachrücken, aber lieber als Angestellte arbeiten wollen. Die wollen gar nicht investieren. Wer soll diese Praxen denn übernehmen? Gleichzeitig gibt es die gesetzliche Aufgabe, die Versorgung nachhaltig sicherzustellen. Für die Diskrepanz von Angebot und Nachfrage braucht es also vernünftige Lösungsansätze, um der gesetzlichen Aufgabe gerecht zu werden, und die sehe ich auf Seiten der KZBV derzeit nicht.“ Der Jurist aus Bad Homburg v.d. Höhe begleitete in den vergangenen Jahren 162 zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren. Hiervon wurden 10 Prozent an ländlichen Standorten unter 5.000 Einwohnern, 22 Prozent in Kleinstädten von 5.000 bis 20.000 Einwohnern, 37 Prozent in Mittelstädten bis 100.000 Einwohnern und 31 Prozent in Großstädten über 100.000 Einwohnern gegründet.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung lässt Zahnärzte im Stich

Zurück zu dem ostfriesischen Zahnarzt, der eine auch für ältere Abgeber-Ärzte, die in einer Gemeinschaftspraxis auf dem Lande arbeiten, typische Situation schildert: „Bei uns gab es zwei Auslöser: Ich habe einen Partner, der ist Ende 50. Vor zwei Jahren sagte er: ‚In fünf Jahren höre ich auf.‘ Unsere Praxis ist total erfolgreich, weil wir drei Partner sind [...] Unsere Praxis funktionierte über Jahre hinweg zu dritt. Wir haben dann sofort begonnen zu überlegen, wie wir unsere relativ große Praxis künftig weiterführen können. Wenn ich jetzt einen jungen Zahnarzt frage: ‚Willst du meine Praxis zum folgenden Preis kaufen?‘, dann lautet die Antwort, dass er sich das nicht leisten könne und er auch gar nicht so viel arbeiten möchte. Also mussten wir nach einer anderen Lösung suchen. [...] Entstanden ist das, was jetzt als investorengetrieben dargestellt wird, in unserem Wartezimmer. Wir haben zu dritt überlegt, wohin sich unsere Praxis entwickeln kann. Der zweite Grund war: Wir sind in den letzten Jahren relativ schnell gewachsen und haben unsere Kapazitätsgrenze erreicht. Dann sahen wir, dass in Nachbarorten immer mehr Praxen schließen. Wir konnten an unserem Standort aber keine Patienten mehr annehmen, und einen Aufnahmestopp wollten wir nicht. Als Arzt will man seine Patienten behandeln – das ist unsere Berufung. Also haben wir überlegt, die Nachbarstandorte zu erhalten und die Fachmedizin an unserem Standort zu stärken. Dadurch konnten wir die wohnortnahe Versorgung aufrechterhalten. In so etwas muss man investieren. Eine KZV zahlt mir das nicht. Da mussten wir uns einen Partner suchen, der investieren will.“

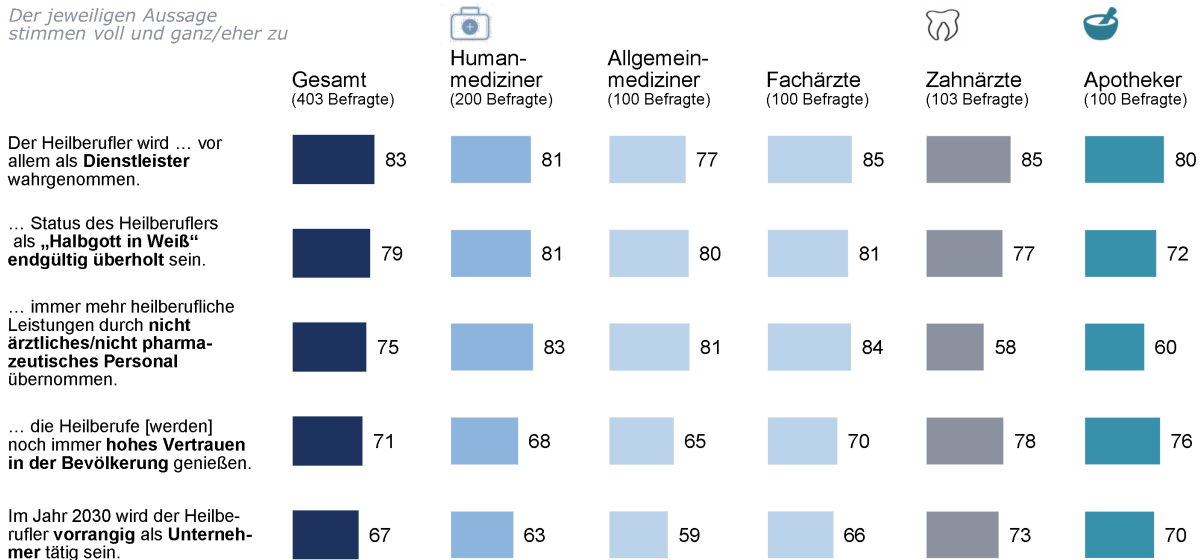
Auch Kommunen sind keine „Heuschrecken“

Die Ähnlichkeiten zum derzeitigen Landarztmangel sind nicht zu übersehen. Auch hier gilt die klassische Einzelpraxis als Auslaufmodell. Junge Ärzte zieht es zunehmend in die Ballungsgebiete und das nicht wegen des urbanen Wohnumfeldes, sondern aufgrund des Mangels an Angestelltemöglichkeiten als Arzt in größeren Praxen in ländlichen Regionen. Einige Gemeinden und Städte haben dies bereits erkannt und "investieren" in die wohnortnahe ärztliche Versorgung. Wie oben geschildert, wird auch von zahlreichen Zahnärzten und Hausärzten das Modell der Freien Berufe hochgehalten. Derweil ist es – um auch das einzufangen – bei Steuerberatern und Architekten nicht viel anders: Alle zieht es in größere Einheiten die Anstellungsmöglichkeiten bieten. Aber, zurück zum Thema zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (KMVZ) und dem bereits zitierten Bad Homburger Medizinrechtler: „Die viel zitierten ‚Heuschrecken‘ investieren nicht in einen so anstrengenden und kleinteiligen Markt wie den Zahnarztmarkt. Als ‚Heuschrecke‘ gehe ich in ganz andere Märkte. Die Wirklichkeit sieht anders aus. [...] Da ist [z.B., Anm.] eine Praxis, die sieht in der Region immer mehr Praxen sterben. Da gibt es zwei Möglichkeiten: Der Zahnarzt überlegt sich, die Praxis zu kaufen, und er finanziert sie selbst. Dann geht es zur Bank. Gesetzt den Fall, die Bank finanziert den Kauf, dann habe ich die Bank mit an Bord. Die hat übrigens auch Renditeerwartungen an die Praxis. Wenn die Rendite nicht stimmt, dann schickt die Bank Unternehmensberater, die dafür sorgen, dass sie stimmt. Wo ist denn da die Freiberuflichkeit? Bei Praxen, die in Schieflage geraten, gibt es keinen Spielraum für Freiberuflichkeit. Denen wird sehr genau vorgegeben, wie sie zu arbeiten haben, um wieder auf eine vernünftige Umsatzrendite zu kommen. Das ist die eine Möglichkeit. Die andere ist, sich einen kapitalstarken Partner zu suchen, der das mit umsetzt. Dann kann sich der Zahnarzt auf die Zahnmedizin konzentrieren, ohne dieses große finanzielle Risiko einzugehen. Welcher Weg ist wohl für den Zahnarzt der bessere und entspanntere?“

Die Nachfrage bestimmt das Angebot

Wie entwickelt sich der Praxismarkt - obgleich zahn- oder hausärztlich - in den nächsten Jahren? – Nun, der Zahnarzt in Ostfriesland im DZW-Interview dazu: „Wir fragen regelmäßig an den Universitäten, wer von den Absolventen eine eigene Praxis gründen möchte. Ergebnis: 80 bis 95 Prozent der jungen Zahnärzte möchten lieber als angestellte Zahnärzte arbeiten. Die wollen genau das, und diese zukünftige Generation wird bestimmen, wie die Zahnarztwelt von morgen aussehen wird.“ – Noch Fragen?

Der jeweiligen Aussage stimmen voll und ganz/eher zu



Frage: „Wie werden sich aus Ihrer Sicht die Rolle und das Ansehen Ihres Heilberufs im Jahr 2030 entwickeln? Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“

Angaben in Prozent

Präferierte Arbeitszeitmodelle von Heilberuflern 2030 nach Gesundheitsberufen

Quelle: apoBank/Forsa 2017, S. 7

Landarztmangel: Gutachten unterstützt Gründung kommunaler MVZ

Nicht selten sind „Wissenschaftspapiere“ im Auftrag der Politik nur wenig hilfreich für die praktische Umsetzung, doch mit dem Gutachten-Beitrag „Kommunen als Trägerinnen Medizinischer Versorgungszentren“ der beiden Regensburger Universitätsprofessoren Dr. Thorsten Kingreen und Dr. Jürgen Kühling scheint es anders zu sein.

Auch wenn der volle Text vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege nach wohl über einem halben Jahr noch nicht veröffentlicht wurde, so hilft der besagte Beitrag in „Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) vom November 2018 (Heft 21, S.890-901) das Thema nach einigen Einführungen zur Kommunalisierung der Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zum Jahresanfang 2019 aufzuschließen. Ausgewählt sind im Folgenden drei exzerpierte Themenfelder:

Kommunen als Leistungserbringer und Anforderungen an die Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums (kmVZ)

„Kommunen i.S. v. § 95 Abs. 1a SGB V sind alle kommunalen Gebietskörperschaften, d.h. die Landkreise, die Städte und die kreisangehörigen Gemeinden [...] Ob allerdings

auch Verwaltungsgemeinschaften, kommunale Zusammenschlüsse oder sonstige Zweckverbände der Kommunen ausgeschlossen werden, ist keinesfalls sicher, denn der Begriff „Kommune“ schließt es jedenfalls nicht aus, dass mehrere kommunale Gebietskörperschaften (Anm.: etwa ein Landkreis und mehrere kreisangehörige Gemeinden) gemeinsam als Gründer fungieren.“ (S.892, 900) Als Fallbeispiele solcher Art können das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) in Einrich, die Anstalt des öffentlichen Rechts (AÖR) in Katzenelnbogen und MVZ Schwarzenborn angeführt werden.

„Kommunen werden dadurch zu Leistungserbringern i.S.d. Krankenversicherungsrechts, fungieren also insoweit nicht als Sozialleistungsträger wie etwa im Bereich der kommunalen Grundsicherung und der Jugendhilfe [...]“ (S.892) „Ebenso wie mit der vertragsärztlichen Einzelpraxis erfüllen die Kassenärztlichen Vereinigungen zudem mit kommunalen MVZ ihren Sicherstellungsauftrag und verfügen insoweit auch über Sanktionsbefugnisse.“ (S.891)

Medizinische Versorgungszentren sind vertragsärztliche Leistungserbringer, für deren interne Struktur besondere Anforderungen gelten. (S.891) Als solche sind kommunale

MVZ Zwangsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung. Stichworte: Sicherstellungsauftrag (§75 Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 SGB V) und Gewährleistungsauftrag (§75 Abs. 1 Satz 1 Hs. 2 SGB V). (S.893) „Eine ‚Einrichtung‘ i.S.v. § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V setzt voraus, dass die Tätigkeit „unter einem Dach“, also in gemeinsam genutzten Räumlichkeiten stattfindet. Es reicht also nicht aus, dass die beteiligten Ärzte ihre Tätigkeit in den bisherigen Praxen fortführen und lediglich als MVZ firmieren.“ (S.892)

„Die Zulassung erfolgt dann für diesen Ort der ‚Einrichtung‘ (§ 95 Abs. 1 Satz 6 SGB V). [...], dass nunmehr auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden können, also etwa auch reine hausärztliche MVZ. Damit sollte namentlich auch den Kommunen die Gründung eines MVZ erleichtert werden. [...] Konstitutive Voraussetzung für eine Einrichtung ist es daher, dass zumindest zwei Ärzte im MVZ tätig sind.“ (S.892)

Ärztliche Leitung und Arztsitze bei einem (kommunalen) MVZ

Medizinische Versorgungszentren sind nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. (S.891f.) „Die Notwendigkeit einer ärztlichen Leitung stellt sicher, dass ärztliche Entscheidungen nicht von Nicht-Ärzten beeinflusst werden [...] Er [Anm.: der ärztliche Leiter] ist in medizinischen Fragen weisungsfrei“. (S.892)



„Der ärztliche Leiter muss nach § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V selbst im MVZ tätig sein. Das erfordert zwar keine fachliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme, wohl aber die Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung“. (S.892) Der ärztliche Leiter „kann, muss aber nicht in der Geschäftsführung des MVZ tätig sein.“ (S.893)

„Ein Vertragsarzt muss die vertragsärztliche Tätigkeit nach § 19a Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverordnung grundsätzlich in

Vollzeit ausüben. [...] Er kann sie aber durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss auf die Hälfte des Versorgungsauftrages beschränken (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). [...] (Anm.: Es reicht nunmehr [...] ein Beschäftigungsumfang von zehn Wochenstunden für die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung aus.“ (S.892f.)

„Der angestellte Arzt verzichtet zugunsten des MVZ auf seine Zulassung. Bei dieser Konstruktion ist allein das MVZ Inhaber der Zulassung“. (S.892) Bei einem MVZ in teilweise oder voller kommunaler Trägerschaft bedeutet dies, dass der aufgekaufte Arztsitz für den Standort dauerhaft gesichert ist. Er verbleibt beim Medizinischen Versorgungszentrum auch wenn ein angestellter Arzt abwandert oder sich zur Ruhe setzt. Nicht selten unterstützten Kommunen in der Vergangenheit mit Steuer- oder Fördergeldern externe Unternehmen beim Kauf von Arztsitzen im Gemeindegebiet. Dabei kommt es immer wieder vor, dass nach einer gewissen Sperrzeit der mit Fördergeldern mitfinanzierte Arztsitz in andere Kommunen verlagert wird. Die Kommune hat das Nachsehen, die Fördergelder sind verbrannt.

Kommunale MVZ sind als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Adressaten von deren Zulassungs- und Sanktionsmechanismen

Kommunale MVZ (kMVZ) müssen ihre Zulassung als Mitglied genauso wie Einzelärzte bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beantragen. „[Anm.: Die Kassenärztlichen Vereinigungen] haben gem. §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 ge-

bunden.“ 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 AöR betrieben, ist die KV auf die Amtshilfe der Gemeinde angewiesen. In Bayern werden Formen dieser Art als „Kommunalunternehmen“ bezeichnet, die Autoren prognostizieren dies als Normalfall. Wie auch im Falle einer GmbH wird in der Praxis bei AöR 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) Inwieweit hier die von den Autoren bevorzugte AöR günstiger ist als eine GmbH mit kommunaler Beteiligung bleibt leider im Dunkeln. Für beide Rechtsformen gelten die gleichen Haftungs- und Sanktionsmechanismen.

Ergänzend zu den oben dargestellten Kernpunkten des Gutachtens sei hinzugefügt, dass kommunale MVZ durchaus auch mit Beteiligung von Vertragsärzten und (privaten) Krankenhäusern gegründet werden können. Hier schließen sich die im Gutachten dargestellten Eigen- und Regiebetriebe im Gegensatz zur Gründung als GmbH aus.

Was treibt junge Nachwuchsärzte auf das Land?

Die Begrifflichkeit „Generation Y“ hat sich in weiten Bereichen durchgesetzt: Auch die Vorstellung einer „Work Life Balance“ und „Feminisierung des Arztberufes“ kommt den vom Landarztmangel Betroffenen in den Kommunen recht schnell von den Lippen. - Was steckt aber noch hinter dem Begriff für die Jungärzte? Hier das Zusammentragen einer knappen Stoffsammlung mit Anmerkungen:

Nun, diese Generation legt Wert auf eine fundierte und breite Ausbildung - das klingt in vielen Beschreibungen fast so, als hätten sich die Altvorderen mit weniger Ausbildung zufriedengegeben. Sie sieht darin einen Sicherheitsanker, ihre Ziele in einer zunehmend volatiler werdenden Berufswelt zu erreichen. Vieles verändert sich schneller als früher, über eine längere Zeit muss man sich alle paar Jahre neu positionieren.

Die Generation Y begründet folgerichtig eigene Praxen generell erst etwa zehn Jahre später als es früher üblich war. Sie ist weniger unternehmerisch (Praxis-Gründungen sind ja eine Art Start-up) und präferiert eher ein Angestellten-Dasein. Sie will sich in die vor Jahren in den Medien breit ausgetretene und von den heutigen

Abgeber-Ärzten beklagte „alte Tretmühle“ mit 60 Stunden-Woche und „schlimmer“, nicht einspannen lassen.

Die Einzelpraxis ist bei jungen Nachrückerärzten wenig beliebt

Auch ist jungen Ärzten die Übernahme oder der Aufbau einer Praxis ein zu großes Risiko. In der Einzelpraxis ist der Arzt ohne kollegialen direkten Fachaustausch im Team auf sich alleine gestellt. Vernetzen mit Kollegen ist dann als Ersatz schnell eine hohle Phrase. Gleichzeitig führt ein exzessives Verkaufsgebaren von Industrie, Handel und Baubranche im Bereich der Investitionsgüter schnell zu viel zu hohen Anlaufkosten einer Einzelpraxisgründung bzw. -übernahme.

Die Generation Y präferiert eine Selbst- statt Fremdbestimmung, fokussiert dadurch eher die besagte Work-Life-Balance statt Arbeit bis zum Burnout. Sinn und Zufriedenheit im Beruf statt Chef spielen und Teamarbeit statt Hierarchie stehen für sie im Vordergrund. Wenn sie eine Einzelpraxis übernehmen wollen, dann - wie bereits angedeutet - eher in einer späteren Berufs- und Lebensphase. Eine schnelle Über-

nahme einer Praxis steht damit (ganz) hinten an.

Work-Life-Balance statt Arbeit bis zum Burnout.

Facharztberufe sind für die Generation Y generell attraktiver. Hier stimmen Bezahlung, Möglichkeiten der Anstellung in einem Krankenhaus, MVZ oder größeren Praxiseinheit und damit auch eine geringe unternehmerische Verantwortung. Das Angestelltendasein birgt zudem die Chance den Arbeitgeber und Standort zu wechseln um gemeinsam mit dem Lebenspartner woanders zu leben und zu arbeiten. Gleichzeitig kann man mit privaten und beruflichen Lebensentscheidungen noch warten.

Die jungen Ärzte wollen eher gemeinschaftlich arbeiten, sich fachlich austauschen und ihre Zeit nicht mit Bürokratie und Praxisführung verbringen, sondern sich auf die medizinische Behandlung konzentrieren. Das schließt eine Dauerbeschäfti-

gung in einer „Ein-Mann-Filialpraxis“ einer MVZ-Gruppe wohl eher aus.

Teilzeitmodelle werden für junge Mediziner immer attraktiver.

Manch ein Jungarzt sucht nebenbei lange das für „ihn“ bzw. häufiger für „sie“ Richtige. Diese maßgeschneiderte Praxis gibt es jedoch nicht. Ärzte, die zur Existenzgründung eine Praxis übernehmen wollen, finden selten eine Praxis, die mit denselben Schwerpunkten geführt wird, wie sie sich das selbst vorstellen. Damit werden auch Praxisübernehmer immer älter.

Die Generation Y ist zudem mit dem Internet aufgewachsen. Das „www“ und die daraus sich entwickelnden digitalen Kommunikationsmittel sind immanenter Bestandteil der Lebensform, die sie intensiv in allen Lebensbereichen nutzt. - Der Beweis, dass damit „junge“ Praxen IT-affiner und deutlich effizienter geworden sind, findet sich allerdings noch nirgends zum Nachlesen. Oder gilt doch nur: Privat „Tablet“, beruflich weiterhin Fax?

Ein weiterer Knackpunkt ist übrigens die Zweigliedrigkeit des Kassensys-

tems: Ärzte lassen sich dort nieder, wo viele gut verdienende Privatversicherte leben. Das ist nun einmal die Stadt und nicht ein prekärer Stadtteil oder eine ländliche Region. Wer also seine Allgemeinarztpraxis in der Großstadt hat (sozialschwache Stadtgebiete sind dabei nahezu strikt ausgenommen), hat tendenziell auch mehr Privatpatienten und damit höhere Umsatzmöglichkeiten. Dass sich daraus aufgrund der teureren Umgebung nicht gleichzeitig auch bessere Verdienstaussichten ableiten lassen, ist noch nicht im allgemeinen Bewusstsein verankert.

Die klassische Einzelpraxis auf dem Land widerspricht nahezu allen Berufswünschen der nachfolgenden Ärztegeneration.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist zum zentralen Element geworden

Nochmals angesetzt, aber etwas anders formuliert: Das Interesse an einer angestellten (Fach)Arztstätigkeit steigt. Immer mehr Ärzte arbeiten in Teilzeit, viele legen Wert auf eine optimale Work-Live-Balance. Anders gesagt: Ärzte wollen nicht mehr rund um die Uhr zur Verfügung stehen.

Frauen arbeiten oft nur halbtags, um Beruf und Familie zu vereinbaren. Im geregelten Klinik-Alltag kein Problem, mit eigener (Einzel-)Praxis aber undenkbar. Für viele Nachwuchsärzte ist daher eine Festanstellung im (kommunalen) Krankenhaus - zumindest für die erste Phase attraktiver. Hier haben Mediziner geregelte Arbeitszeiten und eine Vertretung bei krankheitsbedingten Ausfällen.

Zuletzt: Die Attraktivität des Wohnumfeldes gewinnt gerade auch für (verheiratete) Nachwuchsärzte immer mehr an Bedeutung (Stichwort: „weiche“ Standortfaktoren wie z.B. Kinderversorgung, Bildungsangebot usw.). Hier punkten bereits zahlreiche Kommunen mit ihrer „Lebensqualität“: Es gehören aber auch immer Arztstühle und konkrete Einstiege in moderne delegative Praxen dazu. Nur „Altes“ dabei übernehmen zu sollen, schreckt ab.

In Summe gilt: Die Jungen wollen nicht so, wie es sich die Alten vorstellen. Die Generation Y, d.h. die nach 1980 Geborenen, stellt sich quer. Doch die Medaille hat nicht umsonst immer zwei Seiten. Dieses Querstellen hat bereits heute schon erkennbare Auswirkungen auf die Struktur der Praxen. Eine der positiven Folgen davon sind z.B. Effizienzsteigerungen durch Mehrbehandlerpraxen.

Studie attestiert „unterirdische Qualität“ hinsichtlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Das „PraxisBarometer Digitalisierung“ offenbart IT-Defizite von Einzelpraxen

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Dr. med. Andreas Gassen bescheinigte bei der Vorstellung des „PraxisBarometer Digitalisierung“ Ende Oktober 2018 in Berlin den meisten der 174 existierenden Praxisverwaltungssystemen (kurz: PVS) eine „unterirdische Qualität“. Die erstmalige Bestandsaufnahme zum Digitalisierungsgrad bei über 1.750 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten wurde vom IGES-Institut Berlin durchgeführt. Angeschrieben wurden bei der repräsentativen Befragung etwa 7.000 per Zufall ausgewählte Praxen.

Die Ergebnisse des „PraxisBarometer Digitalisierung“

Zu den wichtigsten acht Kernergebnissen gehören mit einigen Anmerkungen und Ergänzungen folgende:

1. Die Digitalisierungsfortschritte bei Vertragsärzten und Psychotherapeuten konzentrieren sich vor allem auf größere Praxen mit spezialisiertem fachärztlichen Versorgungsangebot. Darunter fallen die Medizinischen Versorgungszentren wie auch größere Praxisgemeinschaften bzw. Gemeinschaftspraxen. Die überwiegend vorhandenen Einzelpraxen vernachlässigen die Digitalisierung oder können diese neben dem Alltagsgeschäft nicht bewältigen. Oftmals fehlt es auch an Kapital und Know-how.

"Die Vielzahl an Praxisverwaltungssystemen behindert eine reibungslose und digitale Kommunikation zwischen den Praxen."

2. In knapp 75 Prozent der vertragsärztlichen Praxen sind medizintechnische Geräte mit digitalen Schnittstellen vorhanden, aber bei 37 Prozent dieser Praxen gibt es keine oder nur teilweise eine Verbindung der Geräte zum jeweiligen Praxisverwaltungs-System. Es fehlen standardisierte Schnittstellen.

3. Bei der externen Kommunikation mit anderen medizinischen Einrichtungen dominiert die schriftliche Kommunikation mit anderen Ärzten und Psychotherapeuten (86 Prozent) und mit Krankenhäusern (94 Prozent). Entsprechend werden auch behandlungsrelevante Daten z.B. Bilder, Arztbriefe, Befunddaten usw. mit 11 bis 17 Prozent der Fälle nur selten ausgetauscht.

"Das Fax ist mit über 90 Prozent das am meisten genutzte Kommunikationsmittel im Praxis- und Klinikalltag"

4. Mit lediglich 13 Prozent kommunizieren die Praxen mit mindestens zur Hälfte ihrer Patienten digital. Bei Patienten unter 50 Jahren liegt der Anteil immerhin schon bei 19 Prozent.

5. Die häufigste Form der Praxisdarstellung im Internet ist eine eigene Internetseite. Eine solche unterhalten fast alle größeren Praxen (Mehrbehandlerpraxen) und nur knapp die Hälfte der Einzelpraxen. Ein wichtiger Punkt, betrachtet man die schlechten Erfolgsaussichten einer Ein-Mann-Praxis einen Nachfolger zu finden. Praxis-Nachfolger können sich vorab kaum ein Bild des Abgeber-Arztes samt übergebender Praxis machen. In Zeiten des Ärztemangels somit ein Wettbewerbsnachteil um die jungen nachrückenden Mediziner.

6. Dass Patienten ihren Ärzten / Psychotherapeuten selbst erhobene digitale Daten über ihre Gesundheit präsentieren, kommt im Praxisalltag bislang selten vor. Dazu zählen Pulswerte aus Apps, Daten aus Fitness-Trackern und ähnliches. Am häufigsten geschieht dies noch in Hausarztpraxen, welche der Nutzung dieser Daten vergleichsweise am aufgeschlossensten gegenüberstehen.

7. Das Angebot von digitalen bzw. Online-Services der Praxen (z.B. Online-Terminvereinbarung, Online-Rezeptbestellung, digitale Übermittlung von Unterlagen aus der Patientendokumentation) ist gegenwärtig noch begrenzt.

8. Enorme etwa 60 Prozent der Praxen verfügen über keinerlei solcher Angebote für Patienten. Knapp 30 Prozent der Praxen würden ihren Patienten zukünftig gerne digitale Verordnungen, Überweisungen und Bescheinigungen anbieten, 44 Prozent der Hausarztpraxen den elektronischen Medikationsplan. Hintergrund: Einen sehr oder eher hohen Nutzen für die Patientenversorgung erwarten knapp zwei Drittel der Arztpraxen vom elektronischen Medikationsplan, rd. 56 Prozent auch vom digitalen Notfalldatensatz und rund die Hälfte von digitalen Verordnungen, Überweisungen und Bescheinigungen sowie rd. 45 Prozent von einer einrichtungsübergreifenden digitalen Patientenakte.

Erwartungen an die Digitalisierung und Hemmnisse

Knapp jeweils 60 Prozent der Praxen erwarten starke Verbesserungen beim Praxismanagement, der Kommunikation mit Krankenhäusern und mit ärztlichen Kollegen infolge der Digitalisierung. Das größte Hemmnis der Digitalisierung in den Praxen sind aus Sicht der Ärzte bzw. Psychotherapeuten Sicherheitslücken in den EDV-Systemen. Mehr als die Hälfte der Praxen sieht ihre Digitalisierung hierdurch stark gehemmt. An zweiter Stelle folgt die Fehleranfälligkeit von EDV-Systemen, die von 43 Prozent der Praxen als starkes Hemmnis eingestuft wird.

Da alle Verbesserungen einschließlich der dann notwendigen Schulungen des Praxispersonals schlichtweg Geld kosten, stellt sich die Frage wer das bezahlen sollte. Vor allem im Hinblick auf Einzelpraxen auf dem Lande. Hier zeigt die Erfahrung, dass oftmals bereits ein Praxis-Update die eingespielten Abläufe durcheinanderbringt. Fehlt zudem eine EDV-afine Praxismitarbeiterin werden auch im Alltag

die digitalen Möglichkeiten nicht ausgenutzt. Hier sind Mehr-
 behandlerpraxen mit ihrem größeren Pool an Praxismitarbei-
 terinnen und der dadurch möglichen Spezialisierung im
 Vorteil.

Digitale Kommunikation mit anderen Praxen/ambulanten Einrichtungen

IGES

	Anteil der Praxen
Schriftliche Kommunikation mehrheitlich/komplett Papierform	
- mit anderen Ärzten/Psychotherapeuten	86%
- mit Krankenhäusern	94%
digitaler Datenaustausch (nur vertragsärztliche Praxen)	
Empfang von Labordaten	69%
Austausch von Bildmaterial, Arztbriefen, Befunddaten	11% - 17%
einrichtungübergreifende digitale Patientenakte: Bereitschaft zur Umstellung auf einheitliche Dokumentationsstandards	
- alle Praxen	37%
- psychotherapeutische Praxen	21%
- spezialisierte/interdisziplinäre Facharztpraxen	50% - 54%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Praxen 2018

1.5.1002

PraxisBarometer Digitalisierung

23.10.2018 Seite 8

Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu folge
 „sollen die Angebote der IT-Dienstleister verbessert und
 deren Interoperabilität ausgebaut werden. Kleine Praxen
 dürfen im Zuge der Digitalisierung nicht zurückgelassen
 werden.“ Inwieweit dieser pauschale Appell durch konkrete
 Unterstützungsleistungen dann auch umgesetzt wird, bleibt
 abzuwarten.

Nachdenklich stimmt u.a. die KBV-Schlussfolgerung: „Eine
 Teildigitalisierung von Prozessen reduziert nicht die damit
 verbundenen Aufwände in den Arztpraxen, sondern steigert
 diese eher.“ Das erinnert dann doch an Aussagen bei der

EDV-Einführung in der Industrie in den 1980er Jahren. Auch
 die Einführung von CRM-Systemen (Customer Relationship
 Management System) wurde seinerzeit durch Argumente
 dieser Art behindert.

Effizienz-Optimismus bietet allenfalls eine weitere Schluss-
 folgerung „Ärzte wünschen sich die weitere Digitalisierung
 dort, wo sie nützt und Prozesse durch Digitalisierung weiter
 optimiert werden können.“ Dazu zählen das Praxismanage-
 ment und Kommunikation innerhalb des Gesundheitswe-
 sens. „Insbesondere an diesen Stellen wird sich die KBV
 weiter engagieren.“

Über 54 Millionen Arbeitsstunden in Arztpraxen für Bürokratie im Jahr 2018

Papier statt Patienten

Deutschlands niedergelassene Ärzte und ihre Mitarbeiter verbringen 52 Millionen Stunden mit Bürokratie.

"Dies entspricht einer Gesamtbelastung von weiterhin 60 Tagen pro Jahr, die allein durch die 395 Informationspflichten, die aus dem Verantwortungsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem Bundesmantelvertrag-Ärzte, den Informationspflichten der Bundesärztekammer sowie aus Vereinbarungen der KBV mit Kostenträgern entstehen."

Die Kassenärztliche Bundesvereini-
 gung (KBV), die Kassenärztliche

Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)
 und die Fachhochschule des Mittel-

stands (FHM) Bielefeld haben 2013
 einen Bürokratieindex für Ärzte und

Psychotherapeuten (BIX) entwickelt, um transparent zu machen, wie viel Zeit die Niedergelassenen und ihre Angestellten für Büroarbeit aufwenden. Dabei ist der Bürokratienkostenabbau seit 15 Jahren ein zentrales Forschungsfeld der FHM.

So wurde hier u.a. das erste deutschsprachige Methodenhandbuch zum Standardkosten-Modell (Erstes Deutsches Handbuch für das Messen und Reduzieren administrativer Belastungen) veröffentlicht, das 2006 in der Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Einsetzung des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) als Bezugsstelle herangezogen wurde. Der NKR im Bundeskanzleramt wird seit 2006 geleitet von Staatssekretär a.D. Dr. Johannes Ludewig (Jg. 1945).

Mehr als 395 unterschiedliche Informationspflichten kosten 60 Arbeitstage pro Jahr

Nun wurde vor Kurzem der 3. Bürokratieindex (BIX) der FHM im Auftrag der KBV vorgelegt. Demnach stiegen die Bürokratielasten von etwa 54 Millionen Nettoarbeitsstunden in 2017 um 0,6 Prozent auf 54,49 Millionen in 2018.

Der Anteil von Verordnungen und Bescheinigungen ist dabei am größten, gefolgt von Informationen an die Kostenträger. Allein für die Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit (AU) im Krankheitsfall resultiert ein Aufwand von 4,9 Millionen Nettoarbeitsstunden. Zudem wirkt die demographische Entwicklung als Treiber: Dieser folgend, steigen z.B. die „Verordnungen für häusliche Krankenpflege“, die „Verordnungen zur Krankenbeförderung“ oder die „Verordnungen für Heilmittel“, die alle insbesondere bei älteren Patienten anfallen, kontinuierlich an. Das führt zwangsläufig zu einem weiteren Anstieg der Bürokratiebelastung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Abbau von Bürokratie brächte zusätzliche (haus)ärztliche Kapazitäten

Aus den für 2018 vorgelegten Daten folgert die KBV, dass es endlich einen zügigen Bürokratienabbau geben müsse. Das verbindliche Abbauziel von 25 Prozent könne erreicht werden. Das entspräche dreizehn Millionen Stunden gewonnener Arbeitszeit pro Jahr für die Praxen. Bezogen auf den ärztlichen Anteil an dieser Arbeitszeit



entspräche das rund 4.000 Arztstellen. Ärgerlich sind zudem für viele Arztpraxen, die formlosen Nachfragen bei länger krankgeschrieben Arbeitnehmern von Krankenkassen, im Rahmen von deren Kostenmanagement. Ohne Mitwirkung der Krankenkassen wird sich aber nichts bewegen, so die Einschätzung der KBV. Das derzeit noch diskutierte Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) leistet diesbezüglich leider keine Schützenhilfe, im Gegenteil.

Allerdings, so die KBV, birgt die zunehmende digitale Übermittlung von Daten große Chancen, die Prozesse effizienter zu gestalten und Arbeitszeiten in den Praxen einzusparen. Ob das allerdings bei z.T. „unterirdisch schlechten“ 174 Praxisverwaltungssystemen (PVS) überhaupt realistisch ist, bleibt abzuwarten. - Insgesamt wirkt sich das Problem der wachsenden Belastung durch Bürokratie nicht nur auf die bestehenden Arztpraxen aus: „Auch die Entscheidung für oder gegen eine Niederlassung junger Ärzte wird dadurch massiv beeinflusst“, so der BIX-Leiter der FHM und Leiter des

Nationalen Zentrums für Bürokratienkostenabbau, Prof. Dr. Volker Wittberg, bei der Pressekonferenz zur Vorstellung der Ergebnisse.

Erzielter Bürokratienabbau in den letzten Jahren eher gering

Dabei ist der Bürokratienabbau im Gesundheitswesen, die Kosten wurden 2017 von der FHM auf 4,33 Mrd. Euro jährlich veranschlagt, nicht so einfach wie möglicherweise in anderen Bereichen der Wirtschaft und Verwaltung. Dem stimmt auch der NKR zu, unter dessen Regie seit 2013 das Projekt „Mehr Zeit für Behandlung - Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ läuft. Geeinigt hatte man sich auf 20 Handlungsempfehlungen. Der angestrebte Abbau von Bürokratie in der Arztpraxis lief in den vergangenen Jahren in kleinen Schritten. Nur wenige Formulare konnten in diesen bald sechs Jahren tatsächlich abgeschafft oder verkürzt werden: So konnten z.B. einige Formulare vereinheitlicht und vereinfacht werden, die in einer sehr hohen Zahl im Jahr ausgestellt werden. Dies erleichtert sowohl die Arbeit des Arztes als auch die der zuständigen Krankenkassen.

Es konnten aber auch Fortschritte bei der Digitalisierung von Formularen und den dahinterstehenden Prozessen erreicht werden. So können Ärzte u.a. Laborüberweisungen vollständig digital tätigen. Für Zahnärzte werden gegenwärtig die vertraglichen und technischen Grundlagen für eine vollständige Umstellung von einem papiergebundenen auf ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren von zahnärztlichen Leistungen vereinbart. „Es fehlt ein Bekenntnis der Verantwortlichen zu gemeinsamen Entlastungszielen“, so die NKR-Projektleiterin Andrea Wernitz

Poliklinik damals, Medizinisches Versorgungszentrum heute

Vor dem Hintergrund des Landarztmangels wird in der zunehmenden Diskussion um das Anwachsen von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (KMVZ) von Skeptikern dieser Versorgungsform immer wieder auf negative Erfahrungen mit den Polikliniken in der kommunistischen DDR als Quasi-Abschreckungsbeispiele verwiesen. Grund genug sich damit näher zu befassen.



Das Modell der Poliklinik – heute noch vielen aus der ehemaligen DDR bekannt – war keine Erfindung sozialistischer Gesundheitspolitiker. Die Vorläufer dieser medizinischen Versorgungszentren gehen bereits auf den berühmten Arzt und Gelehrten Christoph Wilhelm Hufeland zurück, der 1810 in Berlin für die Eröffnung der ersten Poliklinik überhaupt gesorgt hatte. Dieses erste – wörtlich übersetzt – *Stadtkrankenhaus* wurde damals für mittellose Erkrankte gegründet. Das erste Stadtkrankenhaus gab es übrigens 1733 in Halle/Saale. Neben dem Begriff der Poliklinik tauchte gleichzeitig die Bezeichnung Ambulatorium, für eine Großpraxis verschiedener niedergelassener Fachärzte auf.

Heute finden wir Polikliniken in erster Linie als Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen in Kliniken. Ambulatorien finden wir heutzutage überwiegend in Österreich und der Schweiz.

Eine zentrenbasierte ambulante Versorgung

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

Diese Großpraxen hatten den Vorteil einer für den Patienten gebündelten medizinischen Versorgung. So praktizierten Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Augenärzte, Zahnärzte, Hautärzte, Orthopäden Tür an Tür.

Die Patientenwege verkürzten sich und die Effizienz der Behandlung und Organisation stieg. So konnten teure medizinische Geräte gemeinsam angeschafft und genutzt werden. Durch vorhandene Labore oder Röntgeneinrichtungen innerhalb der Polikliniken wurden Doppeluntersuchungen vermieden. Zudem war der ärztliche Austausch unbürokratischer und schneller.

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

„Im Zuge der Verstaatlichung des Gesundheitswesens sind seit 1947 Polikliniken und Ambulatorien in allen Land- und Stadtkreisen errichtet worden. Staatliche Arzt- und Zahnarztpraxen kamen von 1956 an hinzu. Nach jetzigen Normen soll eine **Poliklinik** mindestens 5 fachärztliche Abteilungen, 1 zahnärztliche

Abteilung, Einrichtungen für die Physikalische Therapie und 1 Apotheke umfassen, 1 Ambulatorium mindestens 2 fachärztliche Abteilungen (Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde) und 1 zahnärztliche Abteilung; Fachärzte weiterer Fachrichtungen aus der übergeordneten Poliklinik halten hier regelmäßige Sprechstunden. [...] Der Versorgungsbereich des Ambulatoriums im territorialen System wird je nach Wohndichte durch staatliche Arztpraxen untergliedert. [...] Staatliche Praxen sind überwiegend frühere Einzelpraxen niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in ländlichen Gebieten; vereinzelt sind Neubauten errichtet worden. Den Ambulatorien und

staatlichen Arztpraxen sind regelmäßig Gemeindeschwesternstationen zugeordnet; nach Möglichkeit sind sie – ebenso wie die Hebammen – im gleichen Hause untergebracht.

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

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

Das Problem hieß Mangelwirtschaft

Kritiker führen häufig sehr lange Wartezeiten und eine anonyme Behandlung bei den Polikliniken der DDR als Negativaspekte dieser Organisationsform an. Vor dem Hintergrund einer vorherrschenden Mangelwirtschaft in der ehemaligen DDR zwar richtig, doch unabhängig von der ambulanten Organisationsform. Eine existierende Mangelmedizin hatte ihren Ursprung in der Knappheit

wirtschaftlicher Ressourcen und war keine Folge der Wahl der Poliklinik als Praxisform. Dem gegenübergestellt fehlen der Bundesrepublik bereits heute absehbar rd. 10.000 Allgemeinmediziner. Lange Wartezeiten und Annahmestopps für Patienten sind auch hier an der Tagesordnung, obwohl der vorherrschende Praxistyp hier zu Lande immer noch die Einzelpraxis ist. Ähnliche Kritikpunkte äußern Gegner sogenannter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Hierbei ist zu erwähnen, dass diese Praxisformen in nicht-städtischen Regionen in der Regel mit drei bis vier Ärzten mit teilweise unterschiedlicher Fachdisziplin arbeiten. Vom Patienten als bloße Nummer kann dabei keine Rede sein.

Ärztehaus statt Poliklinik

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

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

Am Ende der DDR existierten 1.650 Polikliniken und Landambulatorien.

Ihnen wurde im Einigungsvertrag bis 1995 Bestandschutz gewährt. Nichtsdestotrotz wurde deutlich, dass zukünftig auch in den neuen Bundesländern der freiberuflich praktizierende Arzt Träger der ambulanten Versorgung werden sollte. Aus den Polikliniken wurden Ärztehäuser, bestehend aus mehreren räumlich und unternehmerisch getrennt voneinander arbeitenden Ärzten unter einem Dach.

Ein knappes Jahrzehnt später wurden daraus die ersten Medizinischen Versorgungszentren. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) machte sich für den entsprechenden Gesetzesentwurf 2004 stark. „Viele Impulse für eine bessere medizinische Versorgung kommen aus dem Osten“, verkündete die Bundesministerin damals.

Heute gibt es bundesweit bereits 2.900 Medizinische Versorgungszentren mit über 16.000 angestellten Ärzten. Ihr Anteil wird in den kommenden Jahrzehnten – vor allem auf dem Lande – zunehmen. Angesichts des Ärztemangels bieten sie die notwendige Organisationsform und Effizienz, die zur Behebung des Mediziner mangels erforderlich sind.

Fragekasten

Sie stellen uns Ihre Fragen – wir antworten

Direkt unter

Telefon

+49 8741 967890

oder

+49 0221 16025-205

Online unter

info@dostal-partner.de

Und auf jeden Fall in unserer
nächsten Ausgabe Heft 3/2019

„Über ein kommunales MVZ haben wir schon gesprochen. Das überfordert uns und wir wissen über einen solchen Betrieb zu wenig bzw. nichts. Zuletzt müssten wir noch jährlich Geld zuschießen.“

– Bleiben wir gleich beim Geld: Nach einer kurzen Anlaufphase wird ein solches kommunales MVZ (kMVZ) mit gutem Management jährlich nur Überschüsse generieren. Die Masse der Arztpraxen arbeitet wirtschaftlich erfolgreich. Wirtschaftliche Auskunft gibt zu Beginn der für ein solches Start-up Unternehmen zu erarbeitende Businessplan.

– Nun zum zu geringen „Wissen“: Das ist bei anderen kommunalen Vorhaben ebenfalls häufig nicht zwingend von Anfang an vorhanden. Bei Gewerbeflächenentwicklungen beispielsweise zieht man selbstverständlich Projektplaner und ähnliche Experten als Dienstleister hinzu, das gleiche gilt beim „Hochziehen“ und Betreiben von Kindergärten. Das ist beim Thema medizinische Versorgung nicht viel anders. Im Übrigen – das wird meistens außer Acht gelassen – wachsen die Beteiligten bei der Entwicklung eines solchen Vorhabens in ihre eigenen Rollen hinein.

„Wir haben schon alles gemacht, was wir halt so tun können.“

– Gemeint sind dabei u.a. das zur Verfügung stellen, das Organisieren und Vermieten der notwendigen Praxisräumlichkeiten, das Intervenieren beim Hilferufe-„Adressat“ Kassenärztliche Vereinigung, Gespräche mit der „Politik“ (gemeint ist häufig z.B. der regionale Abgeordnete, der i.d.R. in einem anderen Parlamentsausschuss sitzt; da wird es mangels Detailkenntnisse schnell kompliziert), das Initiieren von Bauprojekten mit Investoren usw.

Deswegen ein hier eingeführter zentraler Hinweis: Seit 2015 können Kommunen gem. § 95 Abs. 1a SGB V eigene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) entwickeln und betreiben. Das ist zwar bekannt, eine pragmatische Handreichung wird jedoch nur durch wenige Dienstleister angeboten.

Rubrik: Aus der Praxis

Planung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

Bekanntermaßen finden sich Fachärzte meist in Kreisstädten oder anderen größeren Zentren, seltener in kleineren Kommunen. Hiervon sind vor allem auch ländliche Gemeinden betroffen, deren Bürger häufig deutlich mehr als 15 Kilometer zum nächsten Facharzt fahren müssen. Bürgermeister aus kleineren Gemeinden sprechen uns daher häufig

Bürgermeister an und fragen ganz gezielt nach einem Facharzt.

Um die Gründe für diese – aus der Sicht von Landkommunen – ungünstige Ballung von Fachärzten in größeren Agglomerationen zu verstehen, muss man sich mit zwei Aspekten beschäftigen: der Bedarfsplanung der jeweiligen KV und der jeweiligen Verhältniszahl, welche durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt wird.

Bedarfsplanung

Die Planungsregionen der allgemeinen fachärztlichen Bedarfsplanung, die für Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen zutrifft, sind Landkreise oder Kreisregionen. Innerhalb dieser großen regionalen Einheiten können sich Ärzte der jeweiligen Disziplin an jedem beliebigen Ort niederlassen. Hier hat die KV keine Steuerungsmöglichkeit.

Verhältniszahl

Die Anzahl der in den o.g. Planungsregionen zulässigen Arztsitze werden auf Basis der Verhältniszahl errechnet. Diese ist für jede Facharztgruppe unterschiedlich

(siehe Tabelle) und benennt die Zahl an Einwohnern, für die jeweils ein Arztstz zugelassen wird. Sie wird bundesweit festgelegt und kann regional lediglich in einem geringen Umfang geändert werden, wenn besondere Unterschiede z.B. bei Demographie, Mortalität, Infrastruktur oder Mitversorgung auftreten.

Obwohl KV und auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung zurecht betonen, dass die Verhältniszahlen niemals dazu geschaffen wurden zu definieren, ab wann es zu viele Ärzte gibt und auch die zunehmende Ambulantisierung zusammen mit vielen anderen Aspekten nicht berücksichtigt wurden, gibt die Verhältniszahl ungefähr zu erkennen, welche Einwohnerzahl im Einzugsgebiet einer Arztpraxis in etwa notwendig ist, um diese betriebswirtschaftlich erfolgreich zu betreiben.

Ein Augenarzt, der sich in einer Gemeinde mit einem Einzugsgebiet von rd. 8.000 Einwohnern niederlässt, wird es demzufolge schwer haben, die für seine Facharztdisziplin notwendige Patientenzahl zu erreichen.

Die Patientenzahlen (anders ausgedrückt die Behandlungsfälle) sind jedoch Grundlage für die Honorarabrechnungen mit der KV.

Allein ein Blick auf die Einwohnerzahlen ist also mit ein Grund für die Konzentration der Fachärzte in größeren Städten.

Verhältniszahl (Planungsgrundlage, tlw. angepasst)	
Hausarzt	1.671
Augenarzt	20.664
Chirurg	39.711
Frauenarzt	6.037
Hautarzt	40.042
HNO-Arzt	31.768
Kinderarzt	3.859
Nervenarzt	31.183
Orthopäde	23.813
Psychotherap.	5.953
Urologe	47.189

Quelle: KBV

Filial- und Bestellpraxen

Der Weg, hier fachärztliche Praxen auch „auf das Land zu bringen“, führt immer häufiger über Filial- oder Bestellpraxen. Diese sind überörtliche Betriebsstätten, die an bestimmten Tagen oder Stunden in der Woche geöffnet haben bzw. die ausschließlich dann geöffnet haben, wenn Termine eingetragen sind.

Interview



Rudolf Weiper Dipl.-Volksw.

arbeitete im Marketing- und Vertriebsbereich deutscher Markenartikelunternehmen und als Strategie- und Organisationsberater für

internationale Unternehmensberatungen.

1989 gründete er sein eigenes Unternehmen in Basel.

Mit kombinierter Beratungs- und Praxiserfahrung berät er Produzenten, Händler, Institutionen und Verbundgruppen im Dentalmarkt bei der Entwicklung von Strategie, Führung und Vermarktung.

Das Interview für Impulse führte Tristan E.W. Dostal.

Herr Weiper, im Bereich der Hausärzte fehlen bundesweit für eine 1:1-Nachbesetzung bis 2030 etwa die Hälfte der notwendigen Ärzte, d.h. für über 10.000 Berufsaus-

scheider stehen nur etwa 5.000 Nachfolger zur Verfügung. Das flache Land ist davon besonders betroffen. – Was sind die Trends bei den niedergelassenen Zahnärzten? Mit was müssen die Bürgermeister kleinerer Kommunen von bis zu 20.000 Einwohnern bei den Zahnärzten rechnen?

Bei den Zahnärzten sind die Fundamentaldaten anders, trotzdem hat man ähnliche Probleme. Im Vergleich mit europäischen Industrieländern, die ein vergleichbar hohes Niveau der Zahngesundheit haben wie Deutschland, gibt es dort deutlich mehr Einwohner und damit potenzielle Patienten pro Zahnarzt. Wir reden hier von 50% bis 70% mehr Einwoh-

ner pro Zahnarzt z.B. in Österreich oder der Schweiz. Die aktuelle Zahl von ca. 1.150 Einwohnern pro Zahnarzt in Deutschland war über Jahre hinweg rückläufig. Wir haben also sicher insgesamt Zahnärzte genug, auch zukünftig.

Das Problem ist deren Verteilung. Wir haben eine strukturelle Ineffizienz, denn wenn die Zahl der Einwohner pro Zahnarzt im Durchschnitt schon auf einem so niedrigen Niveau ist, dann gilt das ja erst recht für Praxen an weniger attraktiven Standorten, z.B. in dünner besiedelten Regionen. Hier zeugt seit einigen Jahren lautes Klagen der Betreiber davon, dass es für solche Praxen schwierig ist Nachfolger und Übernehmer zu finden. Das ist nach Flächenbundesländern sehr unterschiedlich.

Ähnliches Verteilungsproblem bei Zahnärzten und Hausärzten.

Wie ist es zu dieser Situation bei den Zahnärzten gekommen?

Nun, die Abwanderung der Bevölkerung vom Land in die Städte ist ja nicht neu. Wenn zu der genannten geringen Zahl von Einwohnern pro Zahnarzt dann auf der Seite der potenziellen Praxisübernehmer und -gründer ein ganzes Bündel von Effekten kommt, auf die man nicht, zu wenig oder zu spät reagiert hat, dann wird es schwierig. Lassen Sie mich das mal verkürzt darstellen, damit die Situation greifbarer wird:

1. Das Investitionsvolumen bei der Übernahme oder Gründung einer Praxis hat sich massiv erhöht, allein in den letzten 10 Jahren um über 20 Prozent bzw. 35 Prozent. Wir reden hier bei einer Über-

nahme von rund 350T€ und bei einer Neugründung von einer halben Million. Übergreifend hat das Einkommen der 20- bis 35-Jährigen in Deutschland, also auch das der potenziellen Gründer, in dieser Zeit nur um weniger als ein Prozent zugenommen. Die Jungen haben weniger Geld.

Frisch approbierte Zahnärzte werden immer jünger, ärmer und weiblicher.

2. Parallel dazu hat sich die Zusammensetzung der Studierenden geändert. Wir haben bei fast 2 Dritteln der Abschlüsse und Promotionen weibliche Probanden. In einigen Abschlussjahrgängen sogar über 80%. Viele Frauen bevorzugen Partnerpraxen, weil das z.B. ihre familiäre Flexibilität erhöht. Zahnarzt wird zum Frauenberuf.
3. Die Studienzeiten haben sich merklich verkürzt. In den letzten 5 Jahren hatten wir im Schnitt 50 Prozent mehr Approbationen innerhalb von sechs Jahren nach Immatrikulation, als das noch in den ersten fünf Jahren der Nullerjahre der Fall war. Die neuen Zahnärzte sind jünger.
4. Die vielbeschriebene Generation Y, hat z.T. andere Vorstellungen von Ihrer Berufsausübung oder neudeutsch ihrer Work Live Balance, als die Vorgängergenerationen. Viele bevorzugen deshalb erst mal ein Angestelltenverhältnis, entweder auf Dauer oder um die Ausbildung weiter zu verbessern, bevor man doch noch in eine Praxis geht. Selbst Erben zögern, weil sie den Stress der Alten live erlebt haben.

Verkürzt könnte man sagen, dass die frisch approbierten Zahnärzte immer

jünger, immer ärmer und immer weiblicher werden, andererseits aber immer mehr Geld in die Hand nehmen müssen zur Praxisgründung.

Eine 25-Jährige, die nicht mit einer halben Million ins Obligo gehen will, sichert sich lieber erst mal als Angestellte durch weitere Ausbildung ab, bleibt dabei oder gründet bzw. übernimmt dann lieber mit einer Partnerin, weil das das Investitionsrisiko verteilt und die zeitliche Flexibilität höher ist. Sie bleibt ggf. lieber in Stadtnähe, weil der Lebenspartner oder -partnerin sowieso in der Stadt arbeitet oder dort das Angebot für die Partnersuche breiter ist. Verwunderlich? Wohl nicht.

Es liegt also Vieles an der geänderten Einstellung der neuen Zahnärztergeneration.

Vieles ja, aber nicht nur. Verstärkend kommt hinzu, dass viele Einzelpraxen nicht die räumlichen Möglichkeiten haben dort zu zweit zu arbeiten. Vom Investitionsstau älterer Praxen, Stichwort Digitalisierung, ganz zu schweigen. Sowas gab es zwar immer schon, schreckt aber auch ab. Und dann muss man – egal wo – auch noch geeignetes Fachpersonal finden, und das ist knapp.

Ein Teil des aktuellen Problems ist nach meiner Meinung, dass diese Faktoren einzeln zwar bekannt waren, aber in ihrer Gesamtwirkung wohl stark unterschätzt wurden. Ich kann mir das nicht anders erklären. Weihnachten kommt halt immer so plötzlich. Aussagen in unseren Workshops deuten darauf hin, dass es so war. Einige Marktteilnehmer sehen hier die Rolle der Standesorganisationen schon kritisch bzgl. der Fähigkeit auf ein, ja nicht mal schnell wandelndes Umfeld zu reagieren.

Die Einzelpraxis hat sich vom Königsweg der Berufsausübung als Allgemeinmediziner bis tief in die 1990er Jahre, nunmehr zum

Auslaufmodell entwickelt. – Wie sieht das bei den Zahnärzten aus?

Definitiv anders. Die Einzelpraxis ist bei den Zahnärzten immer noch die mit Abstand häufigste Form. Übernahme einer Einzelpraxis immer noch die häufigste Form der Gründung. Aber Königsweg, naja, sie wird von den Standesorganisationen zwar so verklärt, aber das ist Ideologie. Ein Auslaufmodell ist sie aber noch lange nicht. Sie wird auf absehbare Zeit die häufigste Praxisform bleiben. Es sind aber andere Formen verstärkt als Ergänzung notwendig, um die Probleme zu lösen. Wenn sich z.B. eine Einzelpraxis in einer Region nicht rentiert, dann wird es eine Partnerpraxis, wie sie von vielen Abgängern bevorzugt wird, erst recht nicht tun. Die Verteilungsprobleme löst man nicht mit Ideologie.

Einzelpraxis bleibt häufigste Praxisform.

Gehen wir mal an die Wurzel und das ist m.E. die historische Vorstellung, dass jeder Zahnarzt auch gerne und kompetent ein Gewerbetreibender ist. Das mag historisch mal so gewesen sein, aber da hatte auch das Management einer Praxis einen weit geringeren Zeitanteil. Seit der Öffnung für zwei angestellte behandelnde Zahnärzte hat sich deren Zahl jedes Jahr um fast 1000 erhöht. Mittlerweile arbeiten schon über 20% der Zahnärzte als Angestellte. Der Trend ist ungebrochen. Da ist anscheinend ein Ventil aufgegangen. Nicht jeder, der seine Approbation in der Tasche hat will auch den administrativen Teil der Praxisführung bearbeiten und der hat in den letzten Jahren laufend und stark zugenommen, ebenso das Risiko, denn die Investitionen werden häufiger und nehmen zu d.h. die Abschreibungen müssen schneller verdient werden.

Wir hören es von den jungen Zahnärzten in Workshops und Gesprächen immer wieder: Ich will Zahnmedizin machen, nicht Management und Administration. Dafür habe ich nicht studiert.

Auf der anderen Seite kenne ich junge Zahnmediziner, die mir sagen Gottseidank gibt es jetzt die Möglichkeit der Z-MVZ, denn jetzt kann ich eine GmbH machen, mehr als zwei Zahnärzte einstellen und meine unternehmerischen Ideen endlich verwirklichen. Gut, ohne GmbH geht das jetzt seit ein paar Wochen auch. Da hatte die Z-MVZ-Diskussion schon mal ihr Gutes, denn das hätte sonst noch lange gedauert.

Ich denke, man muss akzeptieren, dass es unterschiedliche persönliche Präferenzen und Qualitäten gibt. Wenn jemand gut und gerne als Zahnarzt oder Zahnärztin arbeitet, ist er nicht notwendigerweise auch gerne Unternehmer. Das ist ja in vielen Berufen so.

Ich denke, es ist eine Chance, auch für das o.a. Verteilungsproblem, dass das Spektrum der Berufswege und Praxisformen sich vergrößert hat, auch wenn die Ideologen und Traditionalisten dagegen Sturm laufen.

Wie hat das bisher mit den zahnärztlichen Einzelpraxen überhaupt funktioniert? Sind z.B. Zahnärzte, bei denen der Selbstzahlanteil der Patienten bekanntermaßen rasch weit über 30 Prozent liegen kann, die besseren Kaufleute und Organisatoren?

Weiss ich nicht. Wer sich und seine Leistung besser verkaufen kann, ist als Dienstleister im Vorteil. Diese Fähigkeiten haben sich sicher seit der Einführung der Festkostenzuschüsse erhöht. Man sollte aber mit Pauschalisierungen vorsichtig sein. Es ist eher eine Mehrzahl von Faktoren. Die Umsatzverteilung über das gesamte Spektrum der Praxen war immer sehr unterschiedlich, ebenso wie deren Rentabilität.

Es ist in dem Zusammenhang auch ein Kardinalfehler davon auszugehen, dass z.B. eine Praxis umso rentabler ist je näher sie an einem Stadtzentrum liegt. Dort ist eher der härteste Konkurrenzkampf. Jeder Dentalfachhändler weiß, dass seine umsatzstarken Kundenpraxen oft im Speckgürtel oder mittelgroßen Agglomerationen arbeiten. Der von Ihnen angesprochene Schnitt der Kassenleistungen liegt in Deutschland bei ca. 70 Prozent. Damit liegt das schon deutlich über dem Anteil in vergleichbaren Ländern wie Österreich mit unter 50 Prozent, wo Prothetik im Wesentlichen nicht versicherbar ist, und der Schweiz mit unter 10 Prozent, wo dental praktisch nix versicherbar ist. Die müssen noch mehr verkaufen.

Zahnärzte als Dienstleister im Wettbewerb.

Diese 70 Prozent bedeuten in Deutschland für den Zahlungseingang erst mal eine sehr hohe Sicherheit und niedrigere Eintrittshürden für Patienten. Das und die Margen bei Zahnmedizin und -technik machen den Markt ja für Investoren interessant. Auf Dauer garantiert die alternde Bevölkerung unter diesen Rahmenbedingungen ein gutes Geschäft für alle Formen. 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.

Lassen Sie mich da nachhaken. Ist Letzteres der Grund, dass zunehmend auch Investorengruppen, die teilweise bereits mehr als 20 Zahnarztpraxen betreiben, immer aktiver werden und diese Aktivitä-

ten aktuell das Thema Nr. 1 im Dentalmarkt sind?

Im Prinzip ja. Wobei man hier aus neutralem Abstand versuchen sollte die nüchternen Fakten zu sehen, sonst landet man schnell wieder bei der Ideologie der alleinseligmachenden Einzelpraxis. Deshalb wird ja aktuell von den Standesorganisationen mit wilden Polemiken und den immer gleichen Horrorgeschichten aus dem Ausland gegen die Investoren-Z-MVZ à la „die Heuschrecken“ argumentiert. Es geht da eher um Standespolitik und nur zum Teil um Sachfragen.

Fakt ist, dass es seit 2015 rechtlich möglich ist solche Z-MVZ-GmbHs und -Ketten zu gründen. Seitdem sind jedes Jahr ca. 200 Z-MVZ neu gegründet worden. Ende letzten Jahres standen wir bei fast 700. Trend anhaltend. Davon sind 80% bis 90% keine branchenfremden Investoren-MVZ, sondern zum Teil nur rechtliche „Begradigungen“ von bestehenden Hilfskonstruktionen, die immer den Steuerberater ins Schwitzen brachten. Überwiegend sind es unternehmerisch aktive Zahnärzte, die mit mehr als 2 angestellten Zahnärzten arbeiten wollen. Auch hier, genau wie damals bei der oben bereits erwähnten Öffnung bei angestellten Zahnärzten, hat die Möglichkeit einer Z-MVZ-GmbH offensichtlich ein Ventil geöffnet.

Höhere Margen locken Z-MVZ-Investoren an.

Die Investorengruppen und -ketten stehen erst ganz am Anfang. Das wird wohl weitergehen. Ein Verband ist bereits gegründet. Kenner der Szene gehen von bis zu 4000 Z-MVZ insgesamt bis Ende 2025 aus. Auch davon aber die meisten aus der Zahnärzteschaft selbst. Das wären dann insgesamt nur ca. 10 Prozent

aller Praxen. Von einem Ende der Einzelpraxis kann also nicht die Rede sein, auch wenn im Gefolge der Z-MVZ der Anteil angestellter Zahnärzte weiter deutlich steigen wird. Es ist nach meiner Meinung auch nicht die Zahl der Z-MVZ, die den Markt prägen wird, sondern eher deren Verhalten in Bezug auf Vereinheitlichung von Prozessen und Zentralisierung von nichtmedizinischen Funktionen und Nutzen der Digitalisierung.

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.

Eine nette Geschichte am Rand, die exemplarisch zeigt wo die Kampflinie läuft. Ich hatte Ihnen ja gesagt, dass wir fast zwei Drittel Frauen bei den Universitätsabschlüssen haben. 50 Prozent sind es schon bei den behandelnden Zahnärztinnen. In den Standesorganisationen sind Frauen dagegen nur marginal vertreten. Die höheren Kader dort haben zwar immer wieder versichert, dass man der Feminisierung der Branche auch in den Ständen mit einer höheren Beteiligung gerecht werden will. Solche frivolen Ansinnen der eigenen Vorstände sind auch beim letzten Zahnärztetag wieder mit „herrlichen“ DDR-Mehrheiten blockiert worden. Lieber wettete man gemeinsam gegen die Investoren-Z-MVZ. Zweiter Teil der Geschichte: Der frisch gegründete Verband der Zahnärztinnen hat sich im Gegensatz zum Stand dann für die Z-MVZ ausgesprochen, sinngemäß weil diese das bringen, was viele Zahnärztinnen erwarten: Möglichkeit von Anstellung und Teilzeitarbeit. Konzentration auf Zahnmedizin statt Verwaltung. Örtliche Flexibilität.

Kommen wir nochmal zum Ausgangspunkt. Inwieweit ist von diesen Entwicklungen die ländliche Versorgung betroffen?

Nun, wie die Situation entstanden ist, haben wir schon angesprochen. Teilweise dadurch, dass man auf erkennbare Entwicklungen nicht, nicht rechtzeitig oder ungenügend reagiert hat, obwohl die Faktenlage klar war. Das aktuell immer wieder zu hörende politische Argument, dass die Z-MVZ das Problem ja lösen sollten und sich jetzt aber – böse, böse – eher auf größere Orte konzentrieren, ist Spiegelfechterei. Weder die eine noch die andere Praxisform ist per se für unrentable Standorte geeignet. Das gilt auch für die Einzelpraxis, wie man ja sieht. Die muss sich auch rechnen.

Innovationen für die Versorgung auf dem Lande notwendig.

Ein Beispiel für Neues: Der Ausgangspunkt einiger unternehmerischer Zahnärzte im ländlichen Raum in Norddeutschland war es, mehrere, auch als Stand Alone-Einzelpraxis nicht rentable Standorte, als Kette aufzubauen und zentral zu steuern. Das senkt natürlich die Kosten des einzelnen Standorts. Ein branchenfremder Investor wurde für die Finanzierung gewonnen.

Die gleiche Z-MVZ-Kette konzipiert in Zusammenarbeit mit der Deutschen Bahn rollende Zahnarztpraxen. Solche Ansätze zu probieren ist für Investoren möglich, für die klassische Einzel- oder Doppelpraxis sicher nicht.

Ein neuer Ansatz für die Einzelpraxen ist, dass seit 2019 z.B. von der Apo-Bank in Zusammenarbeit mit der ZAeG als zahnärztlichem Dienstleis-

ter versucht wird mit eigenem Kapital Praxen zu übernehmen oder zu gründen, ergänzt durch ein zentrales Serviceangebot, und dafür Zahnärzte anzustellen, die dann gecoacht werden und später, wenn sie das unternehmerische Handwerkszeug gelernt haben, diese übernehmen können wenn sie wollen. Das sichert deren Sprung ins Risiko ab. Auch dafür gab es dann wie üblich erst mal Haue nach dem Motto: Die wollen wohl selbst eine Kette gründen.

Was über die digitale Schiene zukünftig noch möglich ist, sprich E-Health, darüber kann man nur spekulieren. Dieser Sprung steht allen noch bevor. Was von all dem Bestand hat, wird man sehen. Derzeit ist die Aufregung groß und gegen alles was an Neuem kommt wird erst mal dagegen polemisiert.

Wenn man bereit ist auch neue Wege zu denken, und das sind aktuell die neuen Spieler eher, egal ob von Zahnärzten oder Branchenfremden initiiert, als die traditionell denkenden Standesorganisationen, dann ergeben sich Möglichkeiten, sicher auch in Zusammenarbeit mit regionalen Organisationen.

Aktuell sehe ich in der Öffnung und in den damit möglichen Konstellationen von Spielern unterschiedlicher Provenienz eher Ansätze als bei den Traditionalisten der Einzelpraxis. Immer vorausgesetzt, dass unabhängig von der Form der Praxis die Behandlungsqualität sichergestellt ist. Dafür steht immer der Behandler als Freiberufler gerade, ob angestellt oder nicht. Das gilt für alle Konstellationen.

Ihr Ausblick für die Branche und die örtliche Versorgung auch in der Fläche ist also eher positiv.

Absolut. Wir sehen da im Moment einen Umbruch. Änderungen lösen Ängste aus, ob berechtigt oder nicht. Da geht es ja wie immer in solchen Phasen unausgesprochen ja auch um Dinge wie Pfründe, Macht und schlicht „Bimbos“ wie Helmut Kohl das nannte. Das sieht man ja auch daran, dass viele abtretende Inhaber aus der Baby Boomer-Generation kein Problem damit haben an Investoren zu verkaufen.

Ich bin überzeugt, dass das insgesamt auf einem guten Weg ist, die entsprechenden Rahmenbedingungen angepasst werden und sich so die Murmeln bald neu sortieren.

Herr Weiper, wir bedanken uns ganz herzlich für das Gespräch.

dostal-Portfolio

- Machbarkeitsstudien und Gutachten für die Realisierung von Ärztehäusern und Gesundheitszentren
- Projektmanagement beim Aufbau kommunaler Projekte zur Sicherung der medizinisch-ärztlichen Versorgung
- 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

84137 Vilsbiburg Bahnhofstraße 5 Tel.: +49 (0)8741 967890
Fax: +49 (0)8741 96789 29

50672 Köln Hohenzollernring 57 Tel.: +49 (0)221 16025 205
Fax: +49 (0)221 16025 29

Email: info@dostal-partner.de
Web: www.dostal-partner.de
www.dostal-marktforschung.de

Redaktion Luise Viktoria Ruß