

Amt für regionale Landesentwicklung  
Leine-Weser



## Hausarzt (m/w) gesucht!

Ein Ratgeber für Kommunen zur Sicherung  
der hausärztlichen Versorgung



**Niedersachsen**

# Hausarzt (m/w) gesucht!

Ein Ratgeber für Kommunen zur Sicherung  
der hausärztlichen Versorgung

Herausgegeben vom Amt für regionale Landes-  
entwicklung Leine-Weser

Hildesheim, 2017

Hinweis: Zugunsten der Barrierefreiheit und der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.



## Perspektiven für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen Niedersachsens

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen in den ländlich geprägten Regionen in Niedersachsen wird zunehmend schwieriger. Die Regierungskoalition von SPD und CDU hat sich zur Bewältigung des Ärztemangels u.a. darauf verständigt, die Anzahl der Medizinstudienplätze in Niedersachsen deutlich zu erhöhen. Durch den Ausbau der Hochschulmedizin in Oldenburg (EMS) und die Umwandlung der Teilstudienplätze in Vollzeitstudienplätze in Göttingen (UMG) sollen bis zu 200 zusätzliche Medizinstudienplätze im Laufe der Wahlperiode geschaffen werden. Diese Maßnahme soll insbesondere darauf ausgerichtet sein, die ärztliche Versorgung auf dem Land zu verbessern. Deshalb kommt der Vernetzung mit akademischen Lehrkrankenhäusern und Arztpraxen vor allem in den ländlichen Regionen Niedersachsens besondere Bedeutung zu.

Die Landesregierung hat sich zudem dafür ausgesprochen, eine gemeinsame und sektorübergreifende Planung und Versorgung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung vorzunehmen. Dazu gehören Anreizsysteme zur Übernahme frei werdender Praxen durch neue Inhaber. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen in Niedersachsen soll außerdem eine höhere Vereinbarkeit von Beruf und Familien für Ärzte geschaffen werden.

Aber die ärztliche Versorgung ist nicht alles, was Menschen in ländlichen Regionen brauchen. Es geht auch um eine Verbesserung der gesundheitlichen Infrastruktur, um Beratung, Begleitung und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen und gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

Das Land, die Kommunen, die Kassen aber auch die Sozialverbände mit ihren vielfältigen ehrenamtlichen und professionellen Hilfs- und Beratungsangeboten sind gemeinsam gefragt, daraus Angebote und neue, innovative Ansätze für eine umfassende gesundheitliche Versorgung auf dem Land zu entwickeln.

Auch wenn im Bereich der ambulanten Versorgung der Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, den diese auch engagiert wahrnehmen, gibt es bestimmte Möglichkeiten für Landkreise, Städte und Gemeinden, um auch selbst gegen den Ärztemangel aktiv zu werden.

Die neue Broschüre „Hausarzt (m/w) gesucht!“ beleuchtet daher schwerpunktmäßig die Ausgestaltung der gemeindlichen Handlungsspielräume bei der Suche und Etablierung von Ärzten im Leine- und Weserland. Neben konkreten Handlungsempfehlungen finden sich hier auch geeignete Hinweise dazu, welche Fördermittel für entsprechende Maßnahmen zur Verfügung stehen.

Sehr gern stehe ich Ihnen persönlich sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amts für regionale Landesentwicklung (ArL) Leine-Weser bei Fragen und Unterstützungsbedarf, gern auch vor Ort, zur Verfügung.

Ihre 

Heike Fliess

Landesbeauftragte für regionale Landesentwicklung Leine-Weser

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung: Sicherung der hausärztlichen Versorgung als wohnortnaher Grundbedarf – eine aktuelle Herausforderung.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Probleme der Sicherstellung und deren Hintergründe.....</b>	<b>10</b>
2.1 Tendenzen innerhalb der Ärzteschaft .....	10
2.2 Regionsspezifische Aspekte .....	19
2.3 Identifikation von (künftigen) Versorgungsproblemen und Steuerung der räumlichen Verteilung von Ärzten .....	21
2.4 Wechselwirkungen zentraler Problemlagen .....	26
<b>3. Lösungsmöglichkeiten/Maßnahmeempfehlungen.....</b>	<b>29</b>
Maßnahmenbündel 1: Etablierung dauerhafter Kooperationen von Kommunen mit niedergelassenen Ärzten und KVN.....	29
Maßnahmenbündel 2: Gestaltung regionaler Rahmenbedingungen.....	31
Maßnahmenbündel 3: Identifikation kommender Sicherstellungsrisiken und Optimierung der Verteilungssteuerung von Arztsitzen .....	34
Maßnahmenbündel 4: Gewinnung neuer Ärzte für die Region.....	37
Maßnahmenbündel 5: Gestaltung der Versorgungsstrukturen .....	40
Maßnahmenbündel 6: Bessere Ausnutzung der „Ressource Hausarzt“ .....	44
<b>4. Hinweise zur Auswahl geeigneter Maßnahmen.....</b>	<b>47</b>
<b>5. Förderprogramme und Umsetzungshilfen.....</b>	<b>49</b>
Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der integrierten ländlichen Entwicklung (ZILE) .....	49
Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Umsetzung von LEADER (LEADER-Richtlinie) .....	50
Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen im Rahmen des Programms „Soziale Innovation“ .....	51
Förderung von Demografie-Projekten im Bereich der Metropolregion Hannover Braunschweig Göttingen Wolfsburg .....	51
Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Stärkung der Metropolregion Hannover Braunschweig Göttingen Wolfsburg .....	52
Städtebauförderung.....	53
Gesundheitsregionen Niedersachsen .....	53
Fördergrundsätze zur Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen .....	54
Forschungsprogramme.....	54
Modellvorhaben der Raumordnung (MORO).....	56
<b>6. Fazit und Ausblick.....</b>	<b>58</b>

### Verzeichnisse

Quellen

Tabellen und Abbildungen

Ansprechpartner

# 1. Einleitung: Sicherung der hausärztlichen Versorgung als wohnortnaher Grundbedarf – eine aktuelle Herausforderung

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ lautet der Titel einer gemeinsamen Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, die in den letzten fünf Jahren durchgeführt wurde. Dabei möchte man meinen, dass Ärzte, die gegenwärtig in fast allen Teilen Deutschlands händeringend gesucht werden, gar keine Imageverbesserung benötigen. Gerade in ländlichen Regionen mit geringerer Arztdichte, wo – im Gegensatz zu Großstädten – viele spezialisierte Fachärzte nicht in wenigen Minuten erreicht werden können, kommt ihnen eine wichtige Bedeutung zu.

Der Hausarzt als Lotse

Das Patienten-Hausarzt-Verhältnis ist oftmals ein besonderes, da es von Vertrauen geprägt ist. Viele Hausärzte kennen und begleiten ihre Patienten über einen längeren Zeitraum. Sie sind Erstansprechpartner für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten aber auch fortwährender Ratgeber im Hinblick auf das Gesundheitsmanagement.

Während Fachärzte nur mit einem konkreten Untersuchungs- bzw. Behandlungszweck aufgesucht werden, sind Allgemeinmediziner vielmehr Lotsen, die Menschen durch gesundheitsbezogene Bereiche führen. Dabei sind sie vor allem auch erste Anlaufstelle für Fälle, die weitergehende oder spezialisierte Behandlungen erfordern und koordinieren diese gemeinsam mit den Patienten. Insofern stellen hausärztliche Leistungen einen Grundbedarf dar, der wohnortnah erfüllbar sein muss – anders als einige Facharzttrichtungen. Entsprechend hoch ist ihre Bedeutung für eine räumlich ausgewogene Entwicklung der Regionen im Sinne gleichwertiger Lebensbedingungen.



Die Verantwortung dafür, dass ärztliche Leistungen in allen Teilen Deutschlands verfügbar sind, liegt nicht beim Staat, sondern bei den Akteuren des Gesundheitswesens selbst. Das bedeutet: De jure müssen nicht die Kommunen oder das Land Niedersachsen dafür sorgen, dass in den Regionen, Städten und Gemeinden ausreichend Ärzte praktizieren.

Der Sicherstellungsauftrag liegt nicht bei den Kommunen.

Trotzdem stellt der Ärztemangel alle Akteure vor Herausforderungen, nicht nur die Ärzteschaft selbst. Kommunen bekommen die Folgen von fehlenden Ärzten unmittelbar zu spüren und haben deswegen ein essentielles Interesse an der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

## HINTERGRUND



### Sicherstellungsauftrag – Rollen und Aufgaben

Der Bundesgesetzgeber hat in § 72 SGB V festgeschrieben, dass Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zusammenwirken, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten (sogenannter „Sicherstellungsauftrag“). Der Begriff der vertragsärztlichen Versorgung bezieht sich – dem Geltungsbereich des SGB V folgend – auf medizinische Leistungen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Vertragsärzte werden für diese Leistungen entsprechend der zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft ausgehandelten Vergütung (geregelt durch den Bundesmantelvertrag der KBV mit dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen und durch die Gesamtverträge zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen) auf Basis eines zentralen Vergütungssystems, dem einheitlichen Bewertungsmaßstab, kurz EBM, für erbrachte Leistungen bezahlt. Die Mittel dafür werden durch die Kranken- und Ersatzkassen bereitgestellt, die diese aus den Beiträgen der Versicherten aufbringen. Um den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen, schließen sich alle Vertragsärzte zu Kassenärztlichen Vereinigungen – in Niedersachsen zur Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) – zusammen (§ 77 Abs. 1 SGB V). Die KVN ist somit die zentrale Ansprechpartnerin um die ärztliche Versorgung in niedersächsischen Städten und Gemeinden zu sichern.

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen in fast allen Teilen des Amtsbereiches Leine-Weser, dass vielen Ärzten die Suche nach geeigneten Nachfolgern schwer fällt und sie des Öfteren erfolglos bleibt. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) findet für bestimmte Gebiete immer schwerer ansiedlungsbereite Allgemeinmediziner. Gerade bei einer länger anhaltenden Nachfolgesuche besteht die Gefahr, dass sich das Praxispersonal in Anbetracht einer möglichen Praxisschließung umorientiert, neue berufliche Möglichkeiten sucht und sich dadurch der Problemdruck auf die Praxis weiter erhöht oder sogar die Schließung beschleunigt wird.

In vielen Regionen des Amtsbereiches liegt die Zahl der Hausärzte, die bereits über 60 Jahre alt sind, schon über 30 Prozent. Natürlich haben selbstständig niedergelassene Ärzte kein gesetzlich geregeltes Renteneintrittsalter. Sie entscheiden selbst, wann sie die Praxis abgeben und in den Ruhestand wechseln möchten. Gleichwohl kann man annehmen, dass Hausärzte im Alter von über 60 Jahren eher nicht mehr langfristig praktizieren werden. Demgegenüber rücken bereits seit Jahren zu wenig Allgemeinmediziner nach. Die Gründe dafür sind vielfältig (siehe Kap. 2.1, S. 10ff.), eine Trendumkehr ist aber auch in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.

Immer mehr Ärzte sind älter als 60 Jahre. In einigen Räumen des Amtsbereiches sind es schon fast 50 Prozent.

Daraus wird deutlich: Es müssen zeitnah Lösungen gefunden werden, um die Versorgung in den jeweiligen Kommunen aufrecht zu erhalten. Die größer werdenden Sicherstellungsprobleme können gegenwärtig von den gesetzlich zuständigen Akteuren, also insbesondere den Kassenärzten und deren Selbstverwaltung, nicht ohne weiteres bewältigt werden.

Das ist auch bei vielen Kommunen bereits registriert worden. Denn wenn Hausarztpraxen von Schließung bedroht sind oder bereits schließen, entsteht Unruhe in den betroffenen Gebieten. Die Menschen erwarten befriedigende Lösungen und fordern diese von ihrer politischen Vertretung ein. Der Handlungsdruck kommt damit bei Bürgermeistern, Verwaltung und kommunalen Ratsmitgliedern an, die zwar keine gesetzliche Zuständigkeit haben, aber für die Lebensqualität in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich sind.

Die Reaktionen folgen leider nicht in jedem Fall einer empfehlenswerten Vorgehensweise. Die von uns bereits 2015 beschriebenen Maßnahmen sind verschiedentlich auch nach wie vor zu beobachten: „Headunterverträge werden geschlossen, um ausländische Ärzte zu rekrutieren, Zuschüsse für Praxisübernahmen bezahlt, zinslose Darlehen und Bürgschaften übernommen, Immobilien zu niedrigen Preisen überlassen oder sogar verschenkt.“ (Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser 2015, S. 9). Dahinter steht meist ein hoher Einsatz öffentlicher Ressourcen – also letztlich von Steuergeldern. Doch nach wie vor ist die Frage, ob sich mit solchen Maßnahmen eine nachhaltige Entwicklung anstoßen lässt.



---

Kommunales Engagement – aber wie?

---

Vielfach fußen diese Reaktionen darauf, dass die Zusammenhänge des Gesundheitswesens für Kommunen schwer zu durchschauen sind und die eigenen Handlungsspielräume und die Rolle, die Städte und Gemeinden sinnhaft einnehmen können, nicht klar genug sind.

Diese Broschüre soll auch deswegen Kommunen dabei unterstützen, Engagement zielgerichtet zu planen und umzusetzen. Die letztendliche Entscheidung, was vor Ort hilfreich oder sogar erforderlich ist, kann sie ihnen jedoch nicht abnehmen.

Im Folgenden wird in Kapitel 2 auf verschiedene Problemstellungen bei der Sicherung hausärztlicher Versorgung eingegangen. Dabei steht nicht nur die abstrakte Skizzierung von Schwierigkeiten im Fokus. Vielmehr ergeben sich hieraus bereits zahlreiche Ansatzpunkte für geeignete Reaktionen.

Das dritte Kapitel enthält Empfehlungen zu vielen möglichen Wegen, auf denen sich Kommunen engagieren können. Oftmals basieren sie unmittelbar auf den zuvor beschriebenen Hintergründen und Problemen.

Auch wenn sich die vorliegende Veröffentlichung insbesondere an Kommunen richtet: Nicht alle in dieser Publikation empfohlenen Ansätze müssen von Städten und Gemeinden (allein) angepackt werden. Viele Punkte können sogar besser durch die niedergelassenen Ärzte einer Region und/oder die KVN verwirklicht werden. Die Kooperation mit ihnen ist daher eine unerlässliche Voraussetzung für erfolgreiche Lösungen (siehe. Kap 3. S. 29ff.). Möglicherweise lassen sich außerdem bestimmte Vorhaben, die prinzipiell auch allein innerhalb der Ärzteschaft geregelt werden könnten, durch Kommunen hilfreich oder sinnvoll unterstützen. Auch wenn der gesetzliche Auftrag nicht bei den Städten und Gemeinden liegt: Das Ergebnis zählt!

In jedem Fall können Kommunen als „unabhängiger“ Akteur mit der spezifischen Kenntnis ihrer Region und all ihren Besonderheiten ein wichtiger Impulsgeber für zahlreiche Maßnahmen sein. Kein anderer Akteur außerhalb der kassenärztlichen Selbstverwaltung kann diese Rolle in dieser Form wahrnehmen! Aktive Einflussnahme auf den Entwicklungsprozess ist somit eine große Chance, eine gute Entwicklung voran zu treiben.

In Kapitel 4 findet sich eine Einordnung der empfohlenen Ansätze, um Maßnahmen für die jeweiligen kommunalen Ausgangssituationen leichter auswählen zu können. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind: Wann ist der ideale Implementierungszeitpunkt? Wie lange dauert es, bis eine Wirkung sichtbar ist? Wie komplex sind die Ansätze für die kommunalen Akteure in der Umsetzung selbst?

Kapitel 5 enthält schließlich gebündelt die Unterstützungsmöglichkeiten für zielgerichtete Projekte, vor allem Förderprogramme. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass ein möglichst frühzeitiges Gespräch, auch schon während der Ideenentwicklung für geeignete Vorhaben, für viele Projektträger hilfreich ist. Fachliche Ansprechpartner für die persönliche Beratung sind daher am Ende dieser Broschüre zu finden, Kontaktpersonen für die jeweiligen Richtlinien auch direkt im Kapitel selbst.

Die Bemühungen des Amtes für regionale Landesentwicklung Leine-Weser und auch die vorliegende Veröffentlichung zielen auf einen räumlich ausgewogenen Zugang zu allgemeinmedizinischen Leistungen und damit zur Sicherung der Gesundheitsversorgung ab. Das ist in Anbetracht der aktuellen Tendenzen eine wichtige Aufgabe, die sich so auch in der regionalen Handlungsstrategie Leine-Weser wiederfindet.

Ungeachtet dessen sollte es Ziel staatlicher Daseinsvorsorgepolitik sein, die Versorgung mit gesundheitsbezogenen Leistungen nicht nur zu sichern, sondern perspektivisch dem gesamtgesellschaftlichen Fortschritt folgend auch zu verbessern. Dafür sind zwar viele verschiedene Aspekte Voraussetzung, der räumlich ausgewogene Zugang zu medizinischen Leistungen über eine entsprechende Verteilung von Arztsitzen ist und bleibt auf absehbare Zeit aber einer davon.

---

Wir unterstützen Sie gern. Sprechen Sie uns an!

---

---

Verbesserung statt nur Sicherung!

---

## 2. Probleme der Sicherstellung und deren Hintergründe

### 2.1 Tendenzen innerhalb der Ärzteschaft

#### Alterung der Ärzteschaft

In den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden Ärzte in hoher Zahl approbiert. Diese vor allem der sogenannten „Babyboomer-Generation“ angehörenden Mediziner erreichen nun nach und nach das Alter für den Ruhestand.

Für die Sicherung der Gesamtversorgung ist das vor allem deswegen problematisch, weil die Alterskohorten innerhalb der Hausärzteschaft nicht gleichmäßig verteilt sind, sondern überproportional viele ältere Ärzte zu finden sind (siehe Abb. 1).

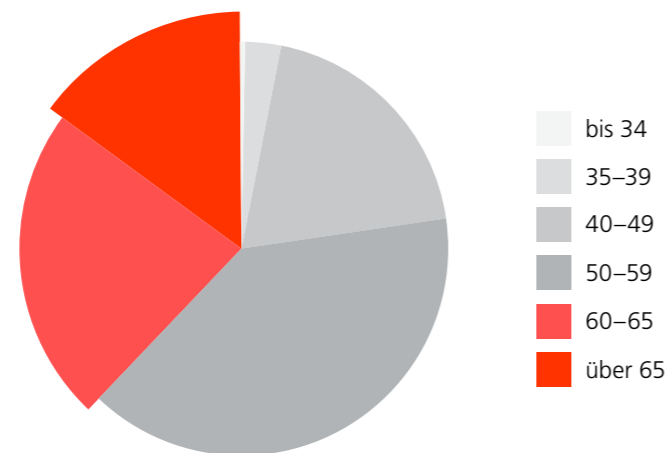


Abb. 1: Niedergelassene Hausärzte in Deutschland nach Altersgruppen in Jahren zum 31.12.2016 (Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von Bundesärztekammer 2017)

---

Jeder dritte Hausarzt in der Region Leine-Weser ist 60 Jahre oder älter!

---

Wenngleich es für niedergelassene Ärzte kein gesetzlich fixiertes Renteneintrittsalter gibt, muss davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Altersstruktur mittelfristig für viele Arztstühle eine Nachfolge benötigt wird.

In der Region Leine-Weser sind 445 Hausärzte bereits 60 Jahre oder älter. Das entspricht ziemlich genau einem Drittel der Gesamtzahl aller 1356 praktizierenden Allgemeinmediziner. Allerdings verteilt sich dieser Anteil nicht im gesamten Amtsbereich homogen. Insbesondere in den Landkreisen Diepholz, Holzminden, Nienburg sowie dem südlichen Landkreis Hildesheim ist der Anteil der Ärzte mit über 59 Jahren zahlenmäßig weit größer als in den Gebieten in und um Hannover und Hildesheim.

Eine besondere Problematik wohnt Konstellationen inne, wo Nachbesetzbedarfe räumlich kumuliert auftreten, also mehrere Praxen in einer Kommune oder benachbarten Gemeinden betroffen sind. Hier stehen die Nachfolgesuchen nicht nur in einer gewissen Konkurrenz zueinander (weil zu wenig junge Ärzte eine Praxis übernehmen wollen – siehe Folgeseite), sondern es liegt ein substantielles Versorgungsrisiko für die Menschen vor Ort vor.



Wenn in vergleichsweise kurzer Zeit mehrere Praxen in räumlicher Nähe aus der Versorgung ausscheiden würden, wären die Versorgungseinschnitte für die Bevölkerung deutlicher spürbar als der Wegfall nur eines Arztstuhls. Doch schon dieser hat Auswirkungen auf die umliegenden Praxen und Gemeinden, denn selbstverständlich verschwinden mit dem Arzt nicht die Behandlungsbedarfe oder Patienten. Vielmehr müssen die Versorgungsleistungen durch andere Ärzte zusätzlich zu ihrem vorhandenen Arbeitsaufkommen übernommen werden. Daher ist auch die Qualität der Versorgung in Kommunen mit einer jungen Ärzteschaft und entsprechend stabilen Strukturen gefährdet, wenn in benachbarten Lagen die Versorgung wegbricht. Spätestens hier wird deutlich: Die Gefährdung der medizinischen Versorgung ist immanently eine interkommunal zu betrachtende Fragestellung.

Leider stellen solche Konstellationen mit räumlich gehäuften Nachbesetzungsbedarfen keinen Einzelfall dar. Es ist daher besonders wichtig, sie zu identifizieren und möglichst frühzeitig Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung zu ergreifen (siehe Kap. 3, S. 35ff.). Die Lösung der Probleme kann und sollte nicht den „verbleibenden“ Ärzten allein überlassen werden.

#### Zu wenig allgemeinmedizinischer Nachwuchs

Wenn Versorgungslücken verhindert und die gegenwärtige Versorgungsdichte erhalten werden sollen, müssten ebenso viele junge Allgemeinmediziner in das Versorgungssystem nachrücken, wie ältere Ärzte aus der Versorgung ausscheiden. Das Gegenteil ist der Fall. Vielmehr muss für auch für die nächsten Jahre mit zu wenig angehenden Allgemeinmedizinern gerechnet werden.

Von den 378.607 berufstätigen Ärzten in Deutschland am 31.12.2016 waren nur 37.523 als Hausärzte in der ambulanten Versorgung vor Ort tätig (vgl. Bundesärztekammer 2017, S. 12). Das entspricht einem Anteil von weniger als 10 Prozent der Ärztesamtheit.

Ein Grund dafür ist die Vielfalt beruflicher Alternativen, z.B. diverse Spezialisierungsrichtungen als Facharzt für Chirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Radiologie, Neurologie und andere Disziplinen. Darüber hinaus sind Anstellungen im stationären Bereich, also in Kliniken, für viele Mediziner attraktiv. Es gibt aber auch Ärzte, die weder in der ambulanten noch in der stationären Versorgung tätig sind, z. B. in Behörden oder bei der Bundeswehr.

---

Keine Versorgungsinseln!

---

All diese beruflichen Ausgestaltungsmöglichkeiten „konkurrieren“ miteinander um die angehenden Mediziner. Schon seit Jahren zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass der Weg in die Allgemeinmedizin – vor allem im ambulanten Sektor – bereits von vielen Studierenden nicht bevorzugt wird. Sie präferieren vor allem die Spezialisierung als Facharzt.

FACHARZT FÜR	PRÄFERENZ LAUT BEFRAGUNG			ÄRZTESTATISTIK DER BÄK 2009 (N = 235.850)		
	VORKLINIK	KLINIK	PJ	N	%	WIEDERBESETZUNGSQUOTE IN PROZENT (PJ/ÄRZTESTATISTIK)
Pädiatrie	9,9	8,6	11,0	12.216	5,2	211,5
Orthopädie	6,8	6,6	6,9	10.837	4,6	150,0
Neurologie	6,7	5,1	5,2	8.175	3,5	148,6
Anästhesiologie	9,4	7,6	9,6	18.868	8,0	120,0
Frauenheilkunde	4,9	5,9	8,2	16.369	6,9	118,8
Radiologie	1,6	2,8	3,3	6.806	2,9	113,8
Urologie	0,4	1,5	2,4	5.117	2,2	90,9
Innere Medizin	10,7	19,0	19,6	42.703	18,1	108,3
Hautkrankheiten	0,7	1,2	2,0	5.250	2,2	90,9
HNO	0,6	1,7	2,0	5.631	2,4	83,3
Psychiatrie	4,3	3,5	2,6	8.297	3,5	74,3
Chirurgie	11,4	7,0	5,6	19.549	8,3	67,5
Augenheilkunde	0,9	1,0	1,5	6.756	2,9	51,7
Allgemeinmedizin	7,9	9,3	9,5	48.219	20,4	46,6

Abb. 2: Präferenzen der Medizinstudierenden und Bedarfe für Wiederbesetzungsquoten (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015), verändert

Schon beim Betrachten der bevorzugten Fachrichtungen studierender Mediziner wird deutlich, dass die Aussichten für die Allgemeinmedizin schlechter sind als in allen anderen Fachrichtungen (siehe Abb. 2). Hier sind Tendenzen zu erkennen, die ernst genommen werden müssen: Nicht einmal halb so viele Studenten wollen Hausarzt werden, wie zum Erhalt der jetzigen Versorgung benötigt werden!

Insgesamt kann sich nur etwa ein Drittel aller Studierenden überhaupt eine spätere Niederlassung als Hausarzt vorstellen (vgl. KBV 2015., S. 79f.). Befragungsergebnisse im „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014“ der KBV stellen als Grund dafür unter anderem einen deutlichen Zusammenhang zum schlechten (aber z. T. auch falschen) Image der Allgemeinmedizin heraus (vgl. ebd., S. 79).

Schlechtes Standing der Allgemeinmedizin

Die Sichtweise auf die hausärztliche Tätigkeit durch die Studierenden hat sich seit vielen Jahren nicht wesentlich verändert. Unterstellt werden fachliche Eintönigkeit und eher bagatellierte Behandlungszwecke. Anspruchsvollere Aufgaben vermuten die angehenden Mediziner eher in der fachärztlichen Spezialisierung. Ebenso spielen wirtschaftliche Perspektiven und Risiken eine Rolle bei Entscheidungen über den weiteren Werdegang, beispielsweise die Sorge vor etwaigen Regressforderungen durch die Budgetierung von Hausärzten (siehe Hintergrund Budgetierung, S. 20).

Betrachtet man die Entwicklung der Facharztanerkennungen nach absolvierter Weiterbildung – also unmittelbar vor dem Eintritt in die vertragsärztliche Versorgung – zeigt sich, dass die Quoten für Hausärzte verglichen mit den 1990er und 2000er Jahren stagnieren oder sogar zurückgehen (siehe Abb. 3). Die Zahl der Fachärzte nimmt dagegen seit Jahren kontinuierlich zu. Es gibt somit einen deutlich sichtbaren Zusammenhang zwischen den Sichtweisen während des Studiums und den tatsächlichen Entscheidungen über die eigene berufliche Perspektive. Die Einstellung der Studierenden während des Studiums sollte also als nur vorübergehend abgetan werden.

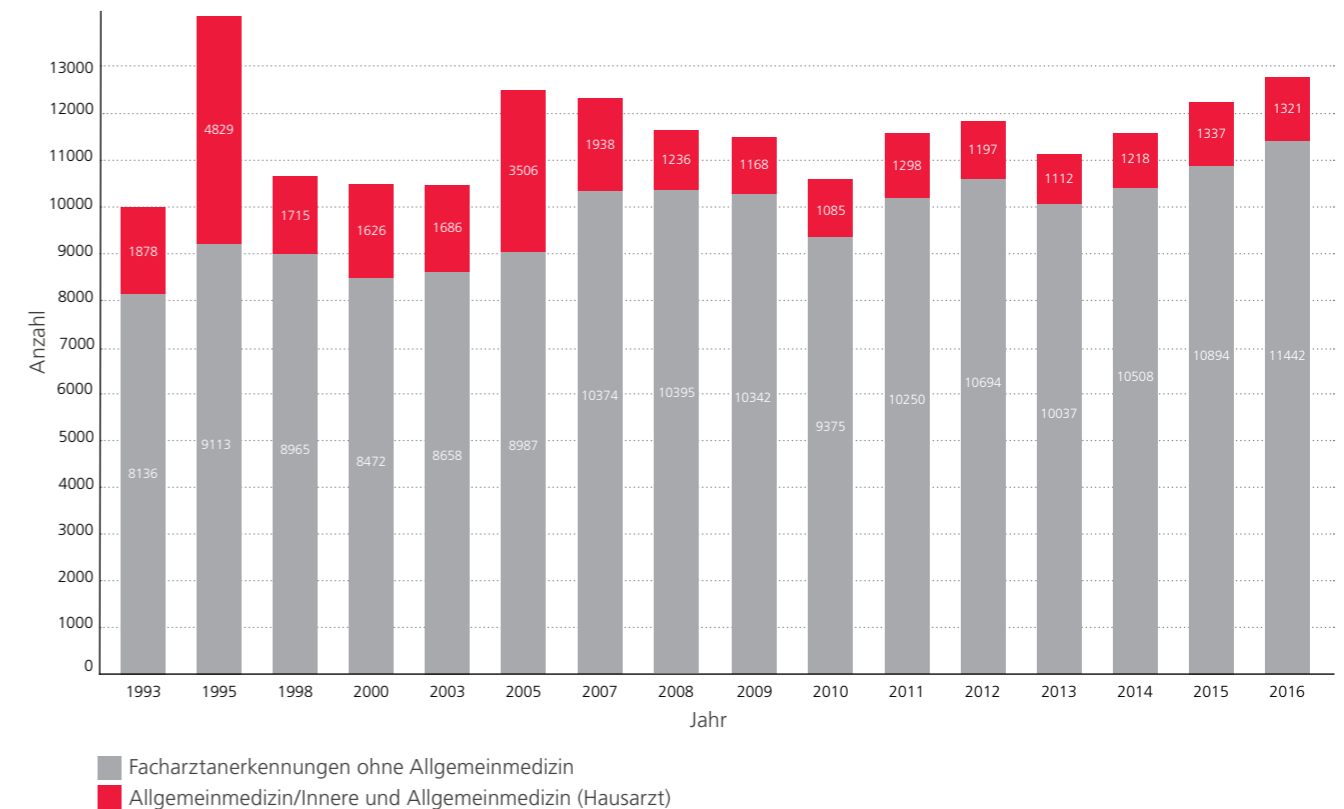


Abb. 3: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen (Quelle: Bundesärztekammer 2017)

Das bedeutet: Wenn sich die Präferenzen angehender Mediziner so auch künftig manifestieren (wofür alle bisherigen Trends sprechen), können der künftige Bedarf an nachrückenden Hausärzten bei weitem nicht gedeckt und viele Arztsitze nicht mehr besetzt werden. Stellt man dies der oben diskutierten Alterung der Ärzteschaft gegenüber, erkennt man schnell, dass die größeren Versorgungsprobleme in den kommenden Jahren erst noch zu erwarten sind!

Die größten Sicherstellungsprobleme kommen erst!

### Eigenständigkeit gegenüber Anstellung

Ein weiterer Aspekt bei der Nachbesetzung von Hausarztstellen sind die Erwartungen an die Rahmenbedingungen der Arbeit, zum Beispiel an die Arbeitszeiten, die sich teilweise deutlich geändert haben. Sowohl Männer als auch Frauen wünschen sich – vor allem im jüngeren Alter – geregelte Arbeitszeiten. Auch Teilzeitarbeit ist für viele Menschen ein bevorzugtes Konzept.

Dabei ist zu beachten, dass auch noch im Jahre 2017 vor allem Frauen unter größerem Druck stehen, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen. Entsprechende Befragungen fördern das auch als wichtiges Niederlassungsargument für Frauen zutage (vgl. Steinhäuser et al. 2013, S. 13). Diese Tatsache ist nicht zu unterschätzen, besonders nicht, da inzwischen etwa 70 Prozent der Absolventen eines Medizinstudiums Frauen sind. Dass die Medizin „weiblicher wird“, wie oftmals zu hören ist, hat dementsprechend eine besonders große Relevanz für die Versorgungslandschaft. Die gelegentlich vernehmbaren Wertungen im politischen Raum („Männerquote“) sollen an dieser Stelle keine Rolle spielen. Doch was heißt die veränderte Sicht auf Berufs- und Familienleben mit Blick auf die dieser Veröffentlichung zugrunde liegende Fragestellung?

Ihr nächster Arzt ist wahrscheinlich eine Ärztin!

Zunächst ist festzuhalten, dass das selbstständige Führen einer Praxis unter dem Aspekt der geregelten und ggf. nicht in Vollzeit ausgenutzten Arbeitszeit nicht generell das ideale Modell ist. Die Wünsche und auch die Möglichkeiten mit unterschiedlicher

beruflicher Intensität und Verantwortung zu arbeiten, hängen natürlich von den jeweiligen Lebensumständen der Mediziner ab, die sich wiederum im Laufe eines Lebens verändern. Ohne Anspruch auf Absolutheit: Zu vermuten ist, dass jüngere Medizinerinnen und Mediziner, die möglicherweise kleine Kinder haben, sich eher auf die Familie konzentrieren möchten und demzufolge auch Tätigkeiten mit klar geregelter Arbeitszeit oder sogar in Teilzeit bevorzugen. Demgegenüber steigt wahrscheinlich in späteren Lebensabschnitten die Bereitschaft, mehr Zeit und Energie in den Beruf zu investieren.

Gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Insbesondere hier zeigt sich, dass das Bemühen um neue Hausärzte nicht nur eine medizin- oder daseinsvorsorgepolitische Aufgabe, sondern vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung ist. Die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen dafür, dass Menschen private und berufliche Anforderungen besser in Einklang bringen und dass in verschiedenen Lebensphasen auch unterschiedliche berufliche Entfaltungsmöglichkeiten gelebt werden können, betrifft viel mehr Politikbereiche als nur die Medizin oder die Daseinsvorsorge im engeren Sinne. Davon hängen auch die konkreten Erfolgsaussichten für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in vielen ländlichen Regionen ab!

Männer wie Frauen gleichermaßen betrifft die Frage, ob man als neu approbierter Arzt lieber erst einmal weitere Erfahrungen sammelt, bevor die eigene Praxis eröffnet oder übernommen wird. Selbstverständlich gibt es und wird es auch nach wie vor junge Ärzte geben, die direkt nach der Eintragung ins Arztregister in die eigene Praxis wechseln. Die Entwicklungen zeigen aber klar auf, dass dies im Unterschied zur Vergangenheit keinen Automatismus mehr darstellt. Die Versorgung in inhabergeführten Einzelpraxen ist kein Selbstläufer mehr, bei dem angehende Ärzte gleichsam nur noch in die Fläche „verteilt“ werden müssen (siehe Kap. 2.3, S. 21ff.).

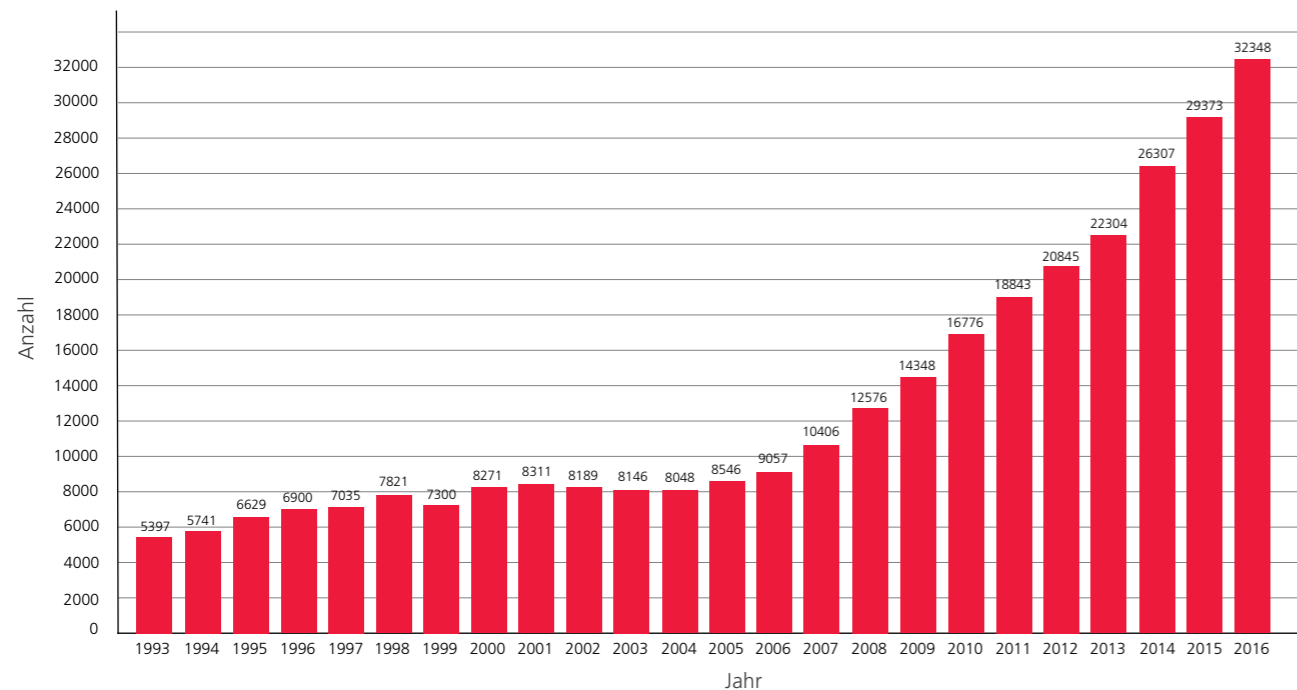


Abb. 4: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen/Ärzte (Quelle: Bundesärztekammer 2017)

Solche sich verändernden Präferenzen zur Berufsausübung in der ambulanten Versorgung sind für Ärzte innerhalb einer Region (also ohne räumliche Veränderung) nicht ohne

weiteres zu realisieren. Modelle, bei denen man in Anstellung das Berufsleben beginnt und später die betriebliche Verantwortung übernimmt (wie das in anderen Berufssparten sichtbar ist) treffen auf unter anderem Blickwinkel konzipierte Strukturen für die Erbringung medizinischer Leistungen. Obwohl die Anstellungsverhältnisse auch bei den Ärzten im ambulanten Bereich seit Jahren kontinuierlich ansteigen (siehe Abb. 4), sind viele Praxen – vor allem in ländlichen Räumen – nicht auf angestellte Ärzte eingerichtet, sondern als klassische Ein-Mann bzw. Eine-Frau-Praxis aufgestellt. In Regionen, in denen diese Praxen dominieren, fällt es auch entsprechend schwerer, die Bedürfnisse derjenigen zu erfüllen, die man so dringend braucht: junge Medizinerinnen und Mediziner.

So unbestritten der Trend zu Angestelltenverhältnissen auch ist, so sehr enthält er ein Problem: Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Angestellten liegt z. T. deutlich unter der von Praxisinhabern (vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) 2017, S. 98). Das ist nicht verwunderlich, weil ja gerade die Motivation zu besser geregelten Arbeitszeiten zur Zunahme der Angestelltenverhältnisse beiträgt. Die Arbeitszeit von Praxen, wo vor allem angestellte Ärzte arbeiten, ist entsprechend geringer als die Arbeitszeit in rein inhabergeführten Praxen.

Unterschiedliche Arbeitszeiten von Praxisinhabern und Angestellten

Auch geschlechterspezifische Unterschiede sind im Zi-Praxis-Panel, einer von den Berufsverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützten Erhebung bei niedergelassenen Ärzten, identifiziert worden. Die Wochenarbeitszeit von Frauen liegt etwa acht Stunden unterhalb der von männlichen Ärzten (ebd. S. 98), was auch mit dem oben diskutierten Druck zusammenhängt.

Wenngleich die Produktivität (also der Anteil der tatsächlich mit der Behandlung von Patienten verbrachten Zeit) von angestellten Ärzten infolge des Wegfalls vieler administrativer Tätigkeiten über derjenigen von Selbstständigen liegt (vgl. Zi 2017, S. 98), ersetzt im Durchschnitt ein angestellter Arzt mit seiner Versorgungsleistung nicht einen eigenständigen Praxisinhaber.

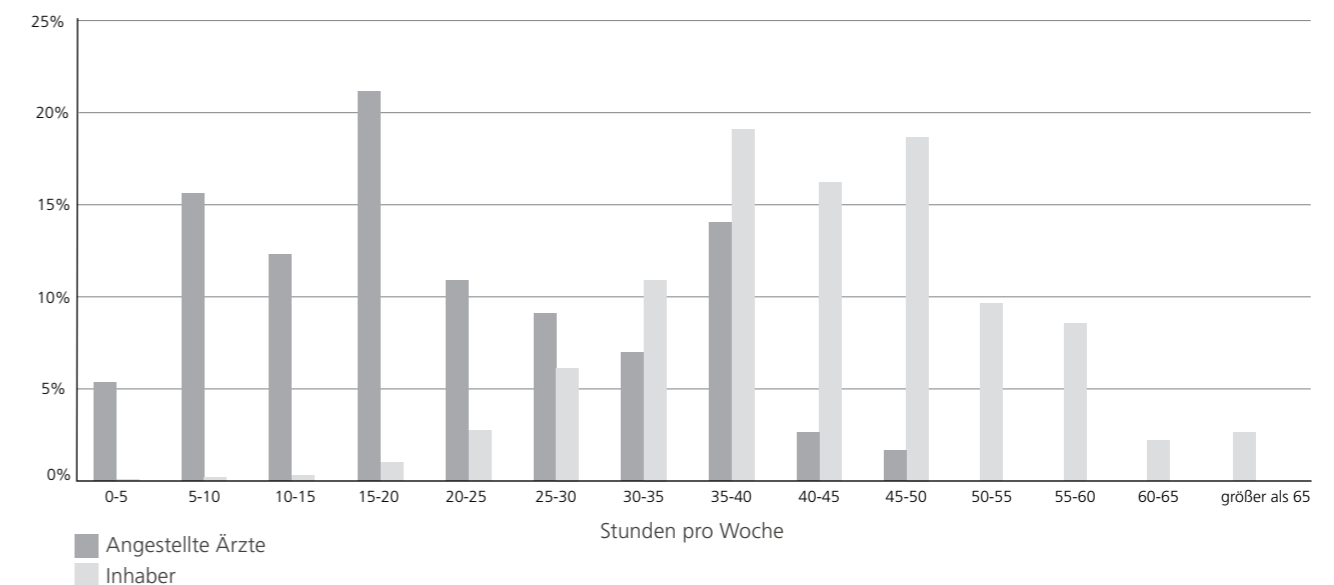


Abb. 5: Wochenarbeitszeiten von Inhabern und angestellten Ärzten (Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2015)

In der Konsequenz bedeutet das, dass – wenn in einer Region die ärztlichen Leistungen zunehmend mit angestellten Ärzten erbracht werden – für den Erhalt der Gesamtversorgungsleistung mehr Ärzte als zuvor benötigt würden. Das gilt umso mehr, wenn Stellen



in Teilzeit besetzt werden. Wie zuvor beschrieben müssen allerdings die meisten Regionen in den kommenden Jahren davon ausgehen, dass eher weniger als mehr Ärzte zur Verfügung stehen.

Damit klafft immer stärker ein Gegensatz auf, der für viele Regionen nur schwer aufzulösen ist: Durch die – vor allem von jüngeren Ärzten – immer stärker eingeforderten geregelten Arbeitszeiten und insbesondere die Entstehung von Angestelltenverhältnissen steigt die Attraktivität des Arztberufes in einer Region und so die Erfolgsaussichten, Arztsitze nachbesetzen zu können. Gleichzeitig sinkt die Gesamtversorgung tendenziell ab, weil nicht so viele Ärzte zur Verfügung stehen, um die Arbeitszeitlücke zur Eigenständigkeit zu schließen. Daraus zu folgern, die Schaffung von Angestellten sollte besser unterbleiben, hieße aber, die Bedarfe der angehenden Ärzte zu verfehlen, wodurch sich ebenfalls die Gesamtversorgung nicht aufrecht erhalten ließe, weil Praxen nicht nachbesetzt würden (siehe oben).

Natürlich muss man mit Pauschalaussagen hierzu vorsichtig sein. Doch dass die künftige regionale Versorgung im Spannungsfeld zwischen diesen Polen mit ihren Wechselwirkungen stattfindet, sollte bei Strategien vor Ort unbedingt beachtet werden. Lösungsansätze bieten hier insbesondere der Ausbau der Delegation von ärztlichen aber vor allem von nichtärztlichen Leistungen (siehe Kap. 3, S. 44f.).

Um es hervorzuheben: Die bessere Vereinbarkeit von Privatem und Beruf ist eine wünschenswerte gesamtgesellschaftliche Zielsetzung und kein „Problem“. Das gilt gerade auch in der ärztlichen Versorgung. Nichtsdestotrotz erwachsen daraus für den Erhalt der Versorgung weitere Herausforderungen, die es zu lösen gilt.

### Räumliche Präferenzen der Ärzteschaft

Bereits seit Jahren zeigt sich hartnäckig der Trend, wonach Ärzte sich lieber in (groß-)städtischen Räumen niederlassen als in ländlich-peripheren Regionen. Diese Präferenz findet sich auch in allen einschlägigen Untersuchungen. Das Berufsmonitoring der KBV förderte sowohl im Jahr 2010 als auch in der letzten Erhebung von 2014 deutlich zutage, dass die angehenden Mediziner sich fast alle gut vorstellen können, in Großstädten zu arbeiten. Demgegenüber sieht nur rund jeder Zweite die Berufsausübung in kleineren Gemeinden als mögliche Perspektive an (wobei hier nicht zwischen suburbanen Räumen im Umland von Großstädten und „echten“ ländlichen Gebieten unterschieden wurde). Der Zusammenhang ist klar: Großstädtische Räume gelten für angehende Ärzte als attraktiv, ländliche Regionen nicht. Die Konsequenzen manifestieren sich seit längerem, unabhängig davon, ob die den Vorlieben zugrunde liegenden Annahmen so überhaupt richtig sind.

Stadt statt Dorf



Viele Studierende wünschen sich, dort zu arbeiten, wo sie studiert haben. Das sind überwiegend großstädtische Standorte. In der Region Leine-Weser bietet nur Hannover eine medizinische Fakultät zur Ärzteausbildung. Bedeutung hat darüber hinaus insbesondere für den südlichen Teil des Amtsbereiches auch der Ausbildungsstandort Göttingen.

Für die Attraktivitätswahrnehmung einer Region spielen oftmals die Facetten metropolitanen Lebensstils eine Rolle. Vielfältige soziale, kulturelle, wirtschaftliche und bildungsbezogene Angebote üben insbesondere für akademische Klientel wie Ärzte eine hohe Attraktivität aus.

Allerdings ist es ja nicht so, dass ländliche Räume vom Zugang zu solchen Angeboten vollkommen abgeschnitten wären. Eigentlich alle – auch die ländlichen – Regionen des Amtsbereiches Leine-Weser verfügen über eigene reichhaltige Möglichkeiten zur Entfaltung auch in dieser Hinsicht. Zudem liegt kein Ort im Amtsbereich so peripher, dass eine Teilhabe an großstädtischen Angeboten mit zumutbarem Mobilitätsaufwand nicht darstellbar wäre. Trotzdem wirkt sich diese räumliche Bevorzugung nach wie vor auf das Niederlassungsverhalten von Ärzten real aus.

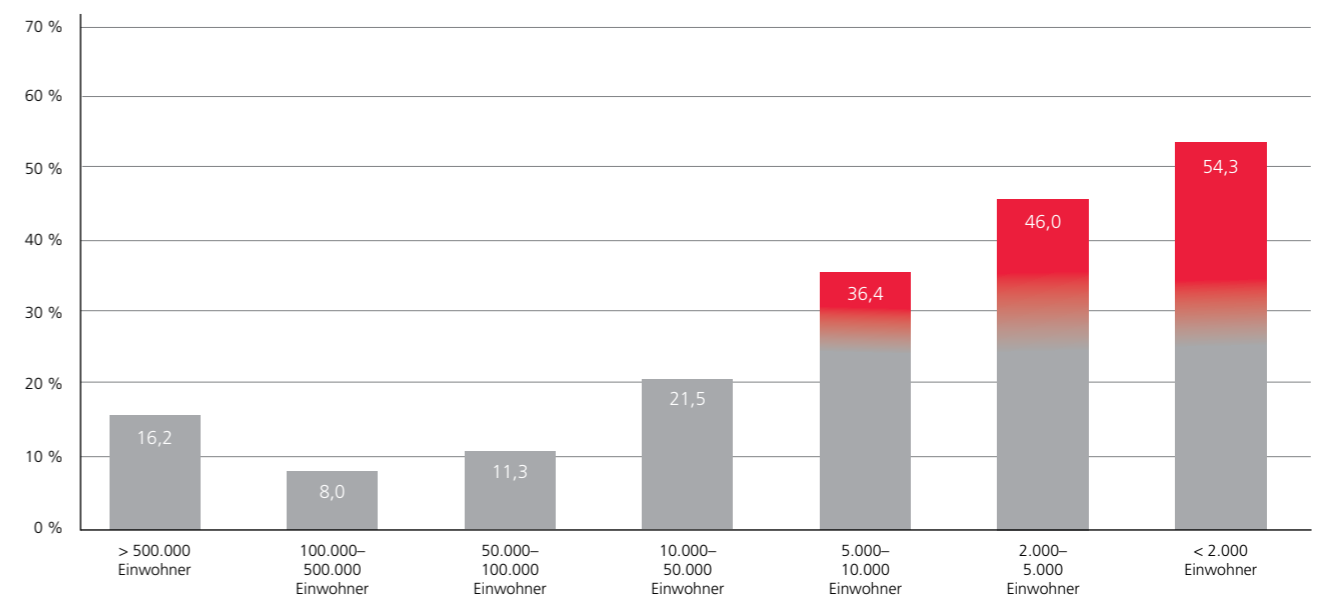


Abb. 6: Arbeitsorte, die für Studierende nicht infrage kommen (Quelle: Heinz, Jacob 2012; entnommen aus: ArL Leine-Weser 2015)

Durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) von 2011 wurde auch die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zum 01.01.2012 geändert. Ein wichtiger Punkt war die räumliche Entkopplung von privatem Wohnsitz und beruflicher Tätigkeit von Ärzten, also dem Wegfall der sogenannten Residenzpflicht. Ärzte können seitdem an verschiedenen Orten wohnen und arbeiten. Profitiert haben davon aber vor allem suburbane Räume. Denn natürlich ist klar, dass größere Pendeldistanzen für das Arbeiten in ländlichen Räumen von den allerwenigsten Menschen täglich in Kauf genommen werden. Das gilt insbesondere, wenn es verschiedene berufliche Alternativen gibt.

Dies bedeutet auch, dass das werbende Argument „wohnen in der Stadt, arbeiten auf dem Land“ für viele Regionen keines ist. An der ärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen teilzunehmen, heißt eben in vielen Regionen, auch in ländlichen Räumen zu wohnen. Der Wegfall der Residenzpflicht hilft solchen Regionen also nur sehr eingeschränkt.

Interessant ist der Wegfall der Residenzpflicht trotzdem aus einem anderen Aspekt heraus. Wie im vorherigen Abschnitt ausgeführt, gibt es insbesondere bei jüngeren Ärzten eine hohe Affinität zu geregelten Arbeitszeiten. Darin enthalten ist vor allem der Aspekt, nach dem Verlassen der Praxis auch „wirklich Feierabend zu haben“. Auch wenn viele ältere Ärzte diese Sicht nicht teilen und das Argument nicht verallgemeinerbar ist: Ein Teil der jüngeren Ärzteschaft bevorzugt auch deswegen eine klarere räumliche Trennung von Wohn- und Arbeitsort.

Allerdings werben viele ländliche Regionen genau mit dem Argument, dass „man sich kennt“ und auch deswegen Arbeit und Privatleben eine soziale Einheit bilden. Das ist zwar alles andere als verwerflich, geht aber an den Erwartungen dieses Teils der „Zielgruppe“ vorbei.

Wichtig ist abschließend ein noch genauerer Blick auf die Vorbehalte, der über die vorgenannten Aspekte hinausgeht. Nicht jede Ablehnung resultiert aus der Fixierung auf großstädtischen Lifestyle bzw. auf die Ablehnung genau der Aspekte, die das Leben in ländlichen Räumen tatsächlich ausmachen.

Gerade jüngeren Ärzten ist auch der Austausch mit Kollegen und das Arbeiten im Team wichtig (vgl. KBV 2015, S. 79f.). Auch Verantwortung teilen und delegieren zu können spielt eine wichtige Rolle (vgl. ebd., S. 79f.). Hier liegt die Vermutung nahe, dass der Arbeitsalltag im ländlichen Raum mit der inhabergeführten Einzelpraxis gleichgesetzt wird und deshalb als Arbeitsort ausgeschlossen wird. In Anbetracht der deutlichen Dominanz dieser Versorgungsform in diesen Regionen ist das keine vollkommen unbegründete Sichtweise.

Außerdem werden aber Schwierigkeiten darin gesehen, auch für die Partner der Ärzte ebenso attraktive berufliche Perspektiven zu gewinnen (vgl. Steinhäuser et al. 2013, S. 13). Beide Facetten bieten Handlungsansätze für Kommunen, die realen Bedarfe von angehenden Ärzten besser zu adressieren (siehe Kap. 3, S. 31 und 40ff.).

Bei der Diskussion von räumlichen Präferenzen der Ärzteschaft ist zudem ein weiterer Punkt wichtig: Die bleibende mindestens emotionale Bindung an die Heimatregion findet sich ebenso in allen einschlägigen Befragungen wieder. Die Region, die Medizinstudenten mit ihrer Herkunft verbinden, können sie sich in großer Mehrheit auch zur späteren Berufsausübung gut vorstellen. Das gilt nicht nur für die unmittelbare Heimatregion selbst. Vielmehr zeigt sich ein räumliches Präferenzmuster, dass die umliegenden Regionen und teilweise auch die angrenzenden Bundesländer mit einschließt (vgl. KBV 2015, S. 52 ff.). Als Faustregel lässt sich daraus ableiten: Mit der Nähe zur Heimat steigt auch die Bereitschaft zur dortigen Niederlassung und umgekehrt.

Wo man herkommt, geht man auch wieder hin.



## TIPP

Weitere Zahlen und Fakten zu den Hintergründen des Ärztemangels in der Allgemeinmedizin finden Sie auch in unserer Broschüre von 2015.

<http://www.arl-lw.niedersachsen.de/aerzteversorgung/>

## 2.2 Regionsspezifische Aspekte

Die in Kapitel 2.1 formulierten Erkenntnisse bedeuten jedoch nicht, dass die Entwicklungen in allen Regionen annähernd gleich verlaufen bzw. die Probleme überall gleichermaßen zutreffen. Vielmehr haben auch spezifische Ausgangslagen und die regionalen Strukturen Rückwirkungen auf die Sicherung der künftigen Versorgung. Dabei spielen zwei Aspekte eine wichtige Rolle für die „Akquisition“ neuer Ärzte: die grundsätzliche Attraktivität einer Region und die spezifischen Rahmenbedingungen für die Berufsausübung.

Die konkreten Lebensbedingungen vor Ort entscheiden mit darüber, ob sich Ärzte für eine Region interessieren. Diese umfassen die (subjektiv beurteilte) Lebensqualität im Allgemeinen aber auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie die Ausstattung mit Einrichtungen der Daseinsvorsorge, lokalem Einzelhandel sowie Freizeit-, Kultur- und Bildungsangeboten im Besonderen.

„Weiche“ Faktoren wie Familien- und Kinderfreundlichkeit aber auch die Offenheit gegenüber neuen Mitbürgern steigern die Attraktivität einer Region zusätzlich. Hier spielt auch ein weiterer Gesichtspunkt eine Rolle: Junge Ärzte (die aufgrund der Ausbildung schon ein gewisses Lebensalter haben) starten nicht unbedingt als Singles in das Berufsleben. In Bezug auf ländliche Regionen ist problematisch, dass die Aussichten auf eine attraktive berufliche Perspektive für Partner der Ärzte im ländlichen Raum schlechter eingeschätzt werden. Partner von Ärzten haben oft eine akademische Ausbildung und suchen entsprechende Jobs.

Wichtig: Familienfreundlichkeit

Vor allem die mit der eigentlichen Berufsausübung selbst zusammenhängenden Fragen besitzen bei individuellen Niederlassungsüberlegungen ein noch größeres Gewicht. Der zuvor bereits erörterte Trend zu klarer geregelten Arbeitszeiten und einer besseren Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf ist mit den „klassischen“ Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen oftmals schwerer abzubilden. In vielen ländlichen Regionen dominieren eher kleine, inhabergeführte Praxen die Versorgungslandschaft<sup>1</sup>. Nicht zuletzt wegen dieser eher kleinteiligeren Versorgungsstrukturen liegt die Wochenarbeitszeit für Praxen auf dem Land im Durchschnitt vier Stunden höher als in einer städtischen Praxis (vgl. Zi 2017, S. 36). Generell fallen – auch nur auf die Inhaber bezogen – in Einzelpraxen höhere Arbeitszeiten als für Ärzte in Gemeinschaftspraxen an (vgl. ebd., S. 98).

Es ist auch klar, dass in Regionen mit überwiegend inhabergeführten Einzelpraxen aufgrund der Fallzahlen, der Größe der Räumlichkeiten, der technischen Ausstattung usw. Angestelltenverhältnisse eher schwerer zu verwirklichen sind.



<sup>1</sup> In der Region Leine-Weser sind etwa 79 Prozent der Hausarztpraxen inhabergeführte Einzelpraxen. (Berücksichtigt sind nur Hausärzte, die der Veröffentlichung ihrer Daten in der Arztauskunft der ÄKN und der KVN zugestimmt haben.)

Ebenso hat die regionale Bevölkerungsstruktur Einfluss auf die Praxis in der Praxis. Die Multimorbidität nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Wenngleich ältere Menschen für einen Arztkontakt nicht mehr Zeit als jüngere benötigen, so gehen sie doch häufiger zum Arzt (vgl. Zi 2017, S. 123). Wenn also Praxen in demografisch belasteten ländlichen Regionen vor allem ältere Patienten haben, so ist mit entsprechenden Mehrbelastungen für die Hausärzte zu rechnen. Damit steigt infolge der Alterung der Gesellschaft der Behandlungsbedarf vor allem in ländlichen Praxen an, worauf die KVN auch bereits entsprechend aufmerksam macht (vgl. KVN 01.09.2017). In Regionen mit weniger Ärzten kann dies auch zu Konflikten mit der sogenannten Budgetierung führen.



## HINTERGRUND

### Budgetierung

Im Interesse der Stabilität der Krankenkassenbeiträge für die Versicherten hat der Bundesgesetzgeber den Kassen und Ärzten aufgetragen, die Vergütung so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden (§ 71 Abs. 1 SGB V). Das Gesamtbudget, das die Kassen den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stellen, orientiert sich dabei an der Veränderungsrate für die Gesamteinnahmen („durchschnittliche Veränderungsrate“). Davon kann nur abgewichen werden, wenn nach Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven die medizinische Versorgung sonst nicht zu gewährleisten ist.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen dementsprechend über ein begrenztes Budget für die Honorierung der ärztlichen Leistungen und bezahlen daraus die ärztlichen Leistungen auf Basis eines „Einheitlichen Bewertungsmaßstabs“ (EBM). Einem pauschalen Abrechnungssystem für Einzelleistungen steht damit ein „gedeckeltes“ Gesamtbudget gegenüber.

Das führt dazu, dass Ärzte, wenn sie über das vorgesehene Maß hinaus Leistungen erbringen, die Kosten dieser Behandlungen selbst übernehmen müssen.

Bei deutlicherer Überschreitung der festgesetzten Richtgrößen (Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V) drohen auch Regresszahlungen.

Auch Hausbesuche und Bereitschaftsdienste hängen eng mit der Bevölkerungsstruktur bzw. der Alterung der Bevölkerung zusammen. Insbesondere die Bereitschaftsdienste sind für viele Ärzte eine ungeliebte Anforderung. In ländlichen Regionen bedeutet ein Behandlungsfall während der Bereitschaft oft, nachts und bei jeder Witterung auch längere Fahrtstrecken absolvieren zu müssen. Ob die gegenwärtige Deckelung der Zahl der Bereitschaftsdienste dauerhaft aufrecht erhalten werden kann, hängt auch davon ab, ob in den Regionen genügend neue Ärzte nachrücken.

Solche Entwicklungen werden von vielen jüngeren Ärzten als weniger attraktiv wahrgenommen. In bereits weniger gut versorgten Regionen hat der Wegfall von einzelnen Arztsitzen daher weitreichendere Rückwirkungen auf alle Erbringer allgemeinmedizinischer Leistungen. Hier ist die Gefahr groß, dass es zu „sich selbst erfüllenden Prophezeiungen“ kommt: Weil die Arbeit auf weniger Schultern verteilt werden muss und dadurch die Arbeitsbelastung steigt, interessieren sich weniger Ärzte für die Niederlassung in diesen Orten.

## 2.3 Identifikation von (künftigen) Versorgungsproblemen und Steuerung der räumlichen Verteilung von Ärzten

Die zunehmende Relevanz einer räumlich ausgewogenen Versorgung mit allgemeinmedizinischen Leistungen ist bereits deutlich geworden. Die dabei mitschwingende Kernfrage ist, ob das gegenwärtige Instrumentarium zur Verteilungssteuerung von Arztsitzen mit Blick auf die zuvor skizzierten Herausforderungen adäquate Lösungen bieten kann.

Diese Steuerung wird im Wesentlichen durch das Instrument der Bedarfsplanung und der darauf abgestellten Zulassung bzw. Nichtzulassung von Ärzten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung vorgenommen.

## HINTERGRUND



### Bedarfsplanung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Bedarfsplan für ihren Zuständigkeitsbereich (Landesebene) aufzustellen (§ 99 SGB V).

Der Bundesgesetzgeber definiert dafür nur einen allgemeinen Rahmen. Insbesondere legt er die Zuständigkeiten fest. Zentraler Akteur für die Durchführung der Bedarfsplanung einschließlich der Feststellung von Über- und Unterversorgung ist der gemäß § 90 SGB V einzurichtende Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Die weiteren Bestimmungen zur Umsetzung der Bedarfsplanung regeln die Akteure der Selbstverwaltung in eigener Zuständigkeit. Zentrale Festlegungen, zum Beispiel zu den konkreten Verhältniszahlen und den nach Arztgruppen differenzierten Planungsbereichen, finden sich in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan wird im Rahmen der Rechtsaufsicht durch das Land Niedersachsen vor Inkrafttreten geprüft.

Zentrales Element der Bedarfsplanung ist die Feststellung des Versorgungsgrades in den einzelnen Planungsbereichen. Diese Planungsbereiche sind seit 2013 infolge der Änderungen des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) je nach Arztgruppe unterschiedlich zugeschnitten. Hausärzte werden auf anderen räumlichen Bezugsebenen beplant als die allgemeinen, spezialisierten und gesonderten Facharztgruppen<sup>2</sup>. Die hausärztlichen Planungsbereiche orientieren sich seit 2013 stark an den vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) abgegrenzten Mittelbereichen.

Die Bestimmung des Versorgungsgrades in den Planungsbereichen erfolgt durch eine Prüfung, wie viele Einwohner zum Zeitpunkt der Feststellung durchschnittlich auf einen Vertragsarzt entfallen (§ 17 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Es handelt sich also hierbei um eine ex post vorgenommene Messung des IST-Zustandes. Bei Hausärzten wird als Zielgröße für einen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (also eine „normalversorgte“ Region) das Verhältnis von 1.671 Einwohnern je Arzt zugrunde gelegt (§ 11 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

<sup>2</sup> Welche Fachärzte zu den allgemeinen, spezialisierten und gesonderten Facharztgruppen zählen, ist in den §§ 12-14 der Bedarfsplanungs-Richtlinie definiert.

---

Mittelbereiche der Raumordnung als Grundlage

---

Infolge der Veränderungen durch das Versorgungsstrukturgesetz von 2012 ermöglicht das SGB V, von den Vorgaben für die Bedarfsplanung abzuweichen, soweit „es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist“ (§ 99 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Solche Möglichkeiten sind insbesondere:

- die Anwendung eines Demografiefaktors zur Berücksichtigung einer abweichenden Altersstruktur der regionalen Bevölkerung (§ 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie),
- die Anpassung der Verhältniszahl für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad aus anderen Gründen, z. B. aufgrund von Mitversorgungseffekten durch oder für benachbarte Planungsbereiche,
- die Veränderung des räumlichen Zuschnitts von Planungsbereichen.

---

#### Sonderbedarfe zur Feinjustierung

---

Eine weitere Möglichkeit, die räumliche Steuerung zu modifizieren, stellt die Feststellung lokaler oder qualifikationsgebundener Sonderbedarfe gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V dar. Allerdings handelt es sich hierbei streng genommen nicht um eine Modifikation auf der Ebene der Bedarfsplanung, weil diese Zulassung auf einer Einzelfallprüfung basiert und auch nicht vom für die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschuss, sondern vom Zulassungsausschuss<sup>3</sup> vorgenommen wird.

Lokale Sonderbedarfe kommen in Betracht, wenn kleinräumig eine unzureichende Versorgungslage identifiziert werden kann, zum Beispiel bei räumlich zu unausgewogener Verteilung der Arztsitze innerhalb eines Planungsbereiches. Qualifikationsgebundener Sonderbedarf kann geltend gemacht werden, wenn eine bestimmte, für die Versorgung erforderliche ärztliche Qualifikation nicht mehr oder nicht mehr ausreichend gegeben ist, weil beispielsweise ein Arzt mit besonderen geriatrischen oder anderen Kenntnissen aus der Versorgung ausscheidet.

---

#### Über- und Unterversorgung

---

Die zentrale Wirkung der Bedarfsplanung zeigt sich bei der Zulassung – oder besser: Nicht-Zulassung – von Ärzten zur Teilnahme an der Versorgung. In überversorgten Planungsbereichen hat der Landesausschuss nach § 90 SGB V die Zulassungsbeschränkungen nach § 103 SGB V anzuordnen. In der Folge werden im Regelfall keine neuen Hausärzte mehr in diesem Bereich zugelassen. Als überversorgt gilt ein hausärztlicher Planungsbereich, bei dem das Verhältnis von Einwohnern je Arzt 110 Prozent oder mehr des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades beträgt (§ 24 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Das entspricht 1.519 Einwohnern oder weniger pro Arzt.

Die Feststellung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung erfolgt auf Antrag der örtlich zuständigen KV durch den Landesausschuss. Sie sind Voraussetzung dafür, dass der Landesausschuss erforderliche Maßnahmen gemäß § 34 Bedarfsplanungs-Richtlinie einleitet. Hierzu gehören die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten (§ 105 Abs. 1 Satz 1), das Betreiben von Eigeneinrichtungen, also direkt von der KV betriebenen Praxen mit angestellten Ärzten (§ 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V) oder die Zulassung von Einrichtungen der Kommunen (§ 105 Abs. 5 SGB V). Eine weitere wichtige Maßnahme kann in Anwendung des § 87b Abs. 3 SGB V die Aussetzung der Fallzahlbegrenzung oder -minderung sein (siehe Hintergrund Budgetierung, S. 20), um die resultierende Mehrarbeit auch uneingeschränkt vergüten zu können.

<sup>3</sup> Der Zulassungsausschuss ist das durch § 96 SGB V bestimmte Gremium, das über die Zulassungsanträge für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung entscheidet. Es ist paritätisch mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzt. In Niedersachsen gibt es insgesamt neun teils räumlich zuständige Zulassungsausschüsse.

Gemäß § 29 der Bedarfs-Planungsrichtlinie ist eine Unterversorgung festzustellen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad zu weniger als 75 Prozent erreicht wird. Das entspricht 2.228 oder mehr Einwohnern je Arzt.

Eine drohende Unterversorgung kann festgestellt werden, „wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung [...] führen würde“ (§29 Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Das heißt, dass Maßnahmen ergriffen werden können, noch bevor sich die tatsächliche Versorgungssituation signifikant verschlechtert hat. Insbesondere vor dem Hintergrund der Überalterung der Gesamtärzteschaft und der teils räumlich hohen Quote an älteren Ärzten (siehe Kapitel 2.1, S. 10f.) ist dies ein wichtiger Ansatzpunkt. In Niedersachsen wurde allerdings durch den Landesausschuss bislang noch für keinen hausärztlichen Planungsbereich die Unterversorgung oder die drohende Unterversorgung festgestellt (Stand 06.04.2017). Gerade in Regionen, in denen die Ärzteschaft einen hohen Anteil an älteren Ärzten mit einem Alter von über 60 Jahren aufweist, wäre es jedoch vorteilhaft, dies auch als Versorgungsrisiko zu klassifizieren und in der Folge das darauf ausgerichtete Instrumentarium (siehe oben) nutzen zu können.



Ein bedeutsames Instrument für die Beseitigung von Unterversorgung sind die Förderungen aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V. Die KVN hat einen solchen Strukturfonds eingerichtet, aus dem Anreize und Maßnahmen zur Sicherstellung, wie zum Beispiel Zuschüsse zu Investitionskosten bei der Neuniederlassung und zur Gründung von Zweigpraxen, Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien finanziert werden können.

Die Mittel für diesen Fonds werden von Krankenkassen und KVN zu gleichen Teilen aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen getragen. Das sind jene Mittel, die zwischen Krankenkassen und KV als Gesamtbudget zur Finanzierung aller vertragsärztlichen Leistungen in einem Jahr vereinbart werden (siehe Hintergrund Budgetierung, S. 20).

Ursprünglich war der Einsatz von Mitteln aus dem Strukturfonds an die Feststellung der Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung gebunden. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurde der Einsatz allgemein für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erweitert. Die KVN fördert darüber beispielsweise die „dringlich zu besetzenden Arztsitze“ aber auch andere Maßnahmen.

Das gegenwärtige System der räumlichen Steuerung enthält einige Schwächen, die es erschweren, den vorab skizzierten Herausforderungen bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung adäquat zu begegnen. Dabei spielen im Wesentlichen drei Gesichtspunkte eine Rolle:

- die Ermittlung des Bedarfes,
- die Messung der Versorgung und der darauf abgestellten Abweichungen in Richtung Über- und Unterversorgung sowie
- die Steuerungswirkung zur räumlichen Verteilung von Arztsitzen.

### Weder Bedarf noch Planung

Die Bedarfsplanung ist – entgegen ihrem Namen – keine planende Vorausschau und nimmt auch keine dezidierte Ermittlung des künftigen Bedarfs an Versorgungsleistungen vor. Vielmehr wird mit einem vergleichsweise simplen Indikator mittels der Einwohner je Arzt ex post ein IST-Zustand gemessen (siehe oben). Absehbare oder abschätzbare Entwicklungen spielen nur im Rahmen der beschriebenen Modifikationsmöglichkeiten eine Rolle.

Zusammengefasst heißt das, dass die Steuerung der künftigen Versorgung (manifestiert über die Zulassung bzw. Nicht-Zulassung von Ärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) in großen Teilen durch die Anwendung einer vergangenheitsorientierten Messgröße bestimmt wird. Natürlich ist die Bedarfsplanung nicht das alleinige Allheilmittel, um räumliche Disparitäten in der Versorgung und Sicherstellungsprobleme zu lösen. Gleichwohl ist sie im Bereich der (drohenden) Unterversorgung de jure Voraussetzung für die Anwendung geeigneter Maßnahmen. Entsprechend wichtig ist es, sie auf die kommenden Herausforderungen fokussiert aufzustellen.

Ein illustrierendes Beispiel ist die zuvor bereits diskutierte Altersstruktur der Ärzteschaft. Obwohl die Feststellung der drohenden Unterversorgung explizit auf die Gefahr einer Überalterung der Ärzte in einem Planungsbereich ausgerichtet ist (§ 29 Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie), enthält die Bedarfsplanung selbst gar keine systematische Erfassung von Altersdaten der Ärzteschaft.

Entsprechend spiegeln sich „versteckte“ Problemlagen in den Indikatoren der Bedarfsplanung kaum wider. Die Entwicklung des Versorgungsgrades in den Planungsbereichen der Region Leine-Weser zeigt auch keine substanziellen Sicherstellungsprobleme auf:

	Einwohner 2014	Versorgungsgrad				Einwohner 2016	Veränderung des Versorgungsgrades 2013–2016
		2013	2014	2015	2016		
Alfeld	62.158	90,4	92,2	94,9	100,5	70.735	10,1
Bad Pymont	18.965	131,5	134,2	126,1	125	19.239	-6,5
Barsinghausen	47.138	111,6	112,6	112,5	110,9	47.644	-0,7
Bückeburg	25.613	114,5	112,6	118,1	110,8	25.897	-3,7
Burgdorf	49.249	114	116,1	115,1	113,1	50.250	-0,9
Diepholz	48.177	89,1	95,8	97,4	98,2	49.908	9,1
Garbsen	59.901	11,7	105,5	105,4	109,5	60.590	8,8
Großburgwedel	49.019	88,2	91,2	90,5	90,9	50.012	2,7
Harmeln	129.015	111,6	113,3	112,9	112,3	129.042	0,7
Hannover	642.876	109,7	112,6	111,2	109	660.731	-0,7
Hildesheim	220.228	X	116,3	115,5	113,2	214.368	-3,1*
Holzminde	64.100	113,5	113,1	111,2	110,7	63.611	-2,8
Laatzen	39.559	103,4	101,9	100,9	101,4	40.939	-2
Langenhagen	51.752	81,7	91,2	90,2	98	53.323	16,3
Lahrte	66.192	101,7	109,6	106,7	106,3	67.128	4,6
Nenndorf	32.079	107,8	106,2	102,4	108,9	32.522	1,1
Neustadt am Rügenberge	43.376	92,7	99	91,1	97,1	43.931	4,4
Nienburg	68.235	X	90,2	85,8	89,7	69.504	-0,5*
Rinteln	25.302	112,8	116,7	112	111,7	25.187	-1,1
Springe	28.371	112,3	114,4	114,2	110,6	28.682	-1,7
Stadthagen	72.747	109,4	105,7	100,9	90,3	72.600	-19,1
Stolzenau	52.019	X	105,8	103,2	101,7	51.128	-4,1*
Sulingen	30.905	94,2	85,3	89,9	83,2	31.621	-11
Syke	68.126	85,2	92,7	96	94,9	68.976	9,7
Wunstorf	40.641	141,8	139,3	134,2	132,1	41.251	-9,7

\* aufgrund der Veränderung des Zuschnitts des Planungsbereiches sind nur die Jahre 2014 bis 2016 erfasst

Tab. 1: Versorgungsgrade in den hausärztlichen Planungsbereichen 2016  
(Quelle: eigene Darstellung; Datengrundlage: Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung der KVN)

Demgegenüber ist, wie in Kapitel 2.1 dargelegt, in den kommenden Jahren mit einem erheblichen Nachbesetzungsbedarf von Arztsitzen zu rechnen, ohne dass dieser Bedarf durch die planerischen Grundlagen identifiziert wird. Auch unterscheiden sich die möglichen Maßnahmen in Reaktion auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung nicht voneinander, was die Frage aufwirft, warum überhaupt zwei separate Kategorien vorgesehen sind. Ebenso werden ungünstige teilräumliche Häufungen benachbarter Nachbesetzungsbedarfe (siehe Kap. 2.1, S. 10f.) durch die Bedarfsplanung nicht erfasst.

Ein weiterer Punkt ist, dass ungeachtet der Veränderungen in der Ärzteschaft, einhergehend mit der Änderung von Produktivitäten und Arbeitszeiten (siehe Kap. 2.1, S. 15), alle Arztsitze bezüglich ihrer Versorgungswirkung gleich behandelt werden. Die Diversifizierung der Berufsausübung taucht in der Bedarfsplanung nicht auf, ist aber für die Konzeption und Gestaltung regionaler Versorgung essentiell.

Arztsitz ≠ Arztsitz

So fordert auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) – die Forschungseinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV – eine zeitgemäße Überarbeitung der Bedarfsplanung. Die Zulassungsentscheidungen sollten demnach die Erkenntnisse der Versorgungsforschung stärker berücksichtigen statt nur mit veralteten Verhältniszahlen zu arbeiten (vgl. Aerzteblatt.de, 13.09.2017).

Diese Zulassungsentscheidungen sind – mit der Sperrung von überversorgten Planungsbereichen für die Zulassung neuer Ärzte – auch das einzige „harte“, also verbindliche Instrument der räumlichen Steuerung von Arztsitzen. Doch ist zu hinterfragen, ob dieses Instrument überhaupt die erwartete Wirkung leisten und die Unterversorgung durch eine Kappung der Zulassung in überversorgten Regionen beseitigen kann. Denn dass jemand mit individuellen räumlichen Präferenzen sich wegen einer Nichtzulassung im bevorzugten

Bereich tatsächlich einer ganz anderen Region zuwendet, ist kein Automatismus. Bereits in Abschnitt 2.1 wurden die zahlreichen beruflichen Möglichkeiten für Ärzte erwähnt. Demgegenüber stehen bei festgestellter Unterversorgung und drohender Unterversorgung einige anreizbezogene, unterstützende bzw. aktivierende Maßnahmen zur Verfügung. Diese sind wichtig, jedoch verfügt die Bedarfsplanung unter diesen Voraussetzungen über keine räumlich bindenden Vorgaben zur Niederlassung.

Das Problem ist auch aus anderen Politikbereichen bekannt, in denen Daseinsvorsorge unter veränderten Vorzeichen organisiert werden muss: Direkte Vorgaben sind vor allem zur Steuerung (und Verteilung) von Wachstum etabliert, während Minderversorgung oftmals nur über (Markt-)Anreize adressiert werden kann. Das bedeutet nicht zwingend, dass weitere verbindliche Vorgaben entwickelt werden müssen. Allerdings ist es ein Fingerzeig auf die begrenzte Wirksamkeit der Bedarfsplanung.

## 2.4 Wechselwirkungen zentraler Problemlagen

In den zurückliegenden drei Abschnitten wurden zahlreiche Problempunkte mit Blick auf die Sicherung der ärztlichen Versorgung in den Regionen beschrieben. Viele von ihnen stellen schon für sich allein genommen eine Herausforderung dar. Allerdings verstärken sich viele Aspekte durch gemeinsames Auftreten und räumliche Überlagerung bzw. stehen einige auch in einer gewissen Wechselwirkung zueinander.

Eine wichtige Feststellung ist, dass die Probleme nicht nur einzelne Regionen betreffen. Die Sicherstellungsschwierigkeiten haben überwiegend strukturelle, also überregionale Ursachen. Demzufolge liegen auch keine Versäumnisse einzelner Regionen oder Kommunen vor, die eine medizinische Minderversorgung monokausal begründen würden. Das macht im Umkehrschluss aber auch die Lösung der Probleme so komplex. Es genügt nicht, nur an einzelnen Ansatzpunkten zu arbeiten, wie beispielsweise einer Darstellung der Attraktivität einer Region.

Die skizzierte Alterung der Ärzteschaft mit einem hohen Anteil an Ärzten, die schon 60 Jahre oder älter sind, trifft auf zu wenig jüngere Mediziner, die als Hausarzt tätig werden wollen, sondern sich lieber als Facharzt spezialisieren. Die Folge: Das Durchschnittsalter der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte steigt seit vielen Jahren konstant an, während die Zahl der „Nachrücker“ eher stagniert (siehe Abb. 7).

Das Versorgungsproblem wird in vielen Regionen Deutschlands und auch in Niedersachsen in den kommenden Jahren zunehmen, weil erheblich mehr Allgemeinmediziner altersbedingt ausscheiden, als Nachwuchs zur Verfügung steht. Entsprechend hohe Bedeutung haben die in Niedersachsen durch die neue Landesregierung bereits angekündigte Erhöhung der Studienplatzzahlen oder auch die Reform der medizinischen Ausbildung durch den „Masterplan Medizinstudium 2020“.

Wie dargestellt trifft die der Bedarfsplanung zugrundeliegende Erfassung der aktuellen Versorgungssituation auf zahlreiche Nachbesetzungsbedarfe (im Wesentlichen Arztsitze, bei denen der Inhaber ein entsprechendes Alter hat), ohne dass diese Bedarfe Bestandteil der räumlichen Beplanung der künftigen Versorgungslandschaft wären.

Gleichwohl ist die Bedarfsplanung das gegenwärtig einzige Steuerungsinstrument der Selbstverwaltung für die räumliche Verteilung von Ärzten. Ob sie in der vorliegenden Ausgestaltung auch den künftigen Herausforderungen wie den räumlichen Präferenzen der Ärzteschaft begegnen kann, ist fraglich. Jüngere Ärzte bevorzugen städtische Räume für die eigene berufliche Perspektive.

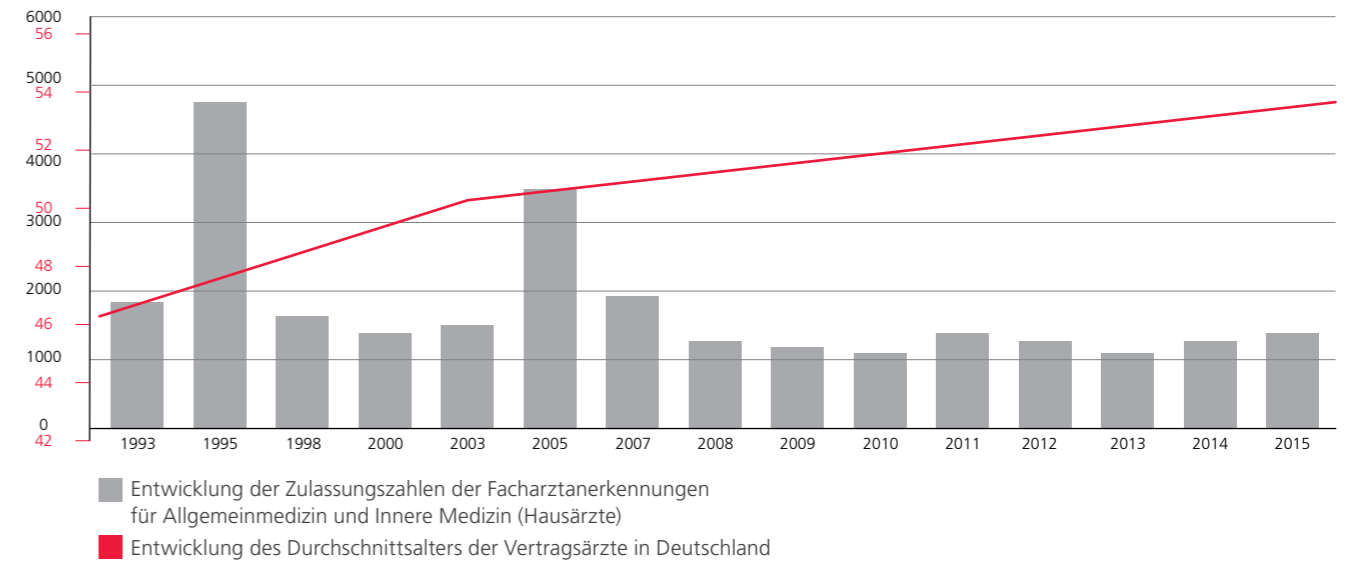


Abb. 7: Entwicklung der Zulassungszahlen von Facharztanerkennungen für Allgemeinmedizin und innerer Medizin gegenüber der Entwicklung des Durchschnittsalters der Vertragsärzteschaft (Quelle: eigene Darstellung; Datengrundlage Bundesärztekammer 2017)

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Versorgungsprobleme vor allem ländlicher Regionen nur darauf zurückzuführen sind, dass junge Ärzte einfach lieber in größeren Städten leben möchten. Eine solche Verkürzung ginge am Problem vorbei. Vielmehr sind es die oftmals mit der Größe der Orte korrelierenden Rahmenbedingungen zur Berufsausübung, die die räumlichen Trends verstärken.

Vielfach halten ländliche Regionen nur mit Kampagnen dagegen, in denen herausgestellt wird, wie attraktiv das Leben dort ist. Das ist zu wenig und geht an den strukturellen Anforderungen der „Zielgruppe“ vorbei.

Veränderungen an den Versorgungsstrukturen sind die Voraussetzung, um zu zukunftsfähigen Lösungen zu kommen und eine flächendeckende Abdeckung mit hausärztlichen Leistungen zu sichern. Insbesondere für ländliche Räume zeichnet sich ab, dass zu wenig Allgemeinmediziner zur Verfügung stehen werden, um die aktuelle Versorgungssituation mit den gegenwärtigen Strukturen (tendenzielles Einzelpraxensystem) einfach nur fortzuschreiben.



Wenn für bestimmte Regionen mit zukünftig weniger Ärzten die Versorgung gesichert werden muss, gewinnt die Frage nach der bestmöglichen Nutzung dieser abnehmenden „Ressource Hausarzt“ eine besondere Wichtigkeit. Damit eng verbunden ist die Frage nach der Qualität der ambulanten Versorgung bzw. danach, wie eine möglichst hochwertige Medizin angeboten werden kann.

Bessere Ausnutzung der „Ressource Arzt“



Dies gilt besonders im Zusammenhang mit den Veränderungen von Arbeitszeit und Produktivität, wie in Abschnitt 2.1 aufgezeigt. Dazu kommt, dass vor allem in inhabergeführten, kleineren Praxen gegenwärtig viele arztfremde Zeiten anfallen. Die Abrechnung der Behandlungen, das Personalwesen und die betriebswirtschaftliche Steuerung der Praxis bedeuten Aufwand.

Angestellte Ärzte erreichen eine höhere Produktivität, verbringen also anteilig mehr Zeit mit der Behandlung von Patienten, arbeiten in der Regel aber kürzer (vgl. Kapitel 2.1 und Zi 2017, S. 98). Der bereits genannte, steigende Anteil von Medizinerinnen innerhalb der Ärzteschaft macht sich ebenfalls bemerkbar: Ärztinnen – egal ob selbstständig oder angestellt – nehmen sich im Durchschnitt mehr Zeit für ihre Patienten (vgl. Zi 2017, S. 122). Das kommt den Patientenwünschen entgegen. Allerdings bedeutet es auch, dass die quantitative Versorgungsleistung, also die Zahl der behandelten Patienten, geringer ist.

---

Es geht nicht nur um Arztzahlen und Indikatoren

---

Die Gesellschaft will Ärzte, die bestmöglich ausgebildet um die neuesten Behandlungsmöglichkeiten wissen, sich fortwährend weiter fortbilden, den Stand der Technik beherrschen, über größtmögliche psychosoziale Kompetenzen verfügen und sich Zeit für ihre Patienten nehmen. Das Ideal der „sprechenden Medizin“ wird vielfach diskutiert. Für all diese – aus Patientensicht wünschenswerten Dinge – brauchen Ärzte Zeit und das nachhaltig.

Gerade diese wünschenswerten Aspekte ambulanter Versorgungen werden aber in Regionen, wo immer weniger Ärzte die Gesamtversorgung absichern müssen, noch schwieriger als sie es in bedarfsgerecht versorgten Gebieten sind.

Wenn zu wenige Ärzte in einer Region praktizieren, sinkt tendenziell auch die Qualität der Versorgung in dieser Region. Quantität und Qualität hängen unmittelbar voneinander ab.

Wenn wir also für die Zukunft mit weniger Ärzten auch in den Regionen des Amtsbereiches Leine-Weser rechnen müssen: Was also können die Regionen tun, um einen sinnvollen Beitrag zur Sicherung der Versorgung zu leisten?

### 3. Lösungsmöglichkeiten/Maßnahmeempfehlungen

In Kapitel 2 wurde eine ganze Reihe von Ansatzpunkten identifiziert, die auch im Rahmen kommunaler Bemühungen angegangen und in Lösungsprozesse einbezogen werden können. Kooperation mit weiteren Akteuren, vor allem niedergelassenen Ärzten und KVN, sind dabei wünschenswert.

Von den genannten Punkten werden nachfolgend nur Maßnahmen diskutiert, die auch vor Ort in den Regionen und durch die Regionen steuerbar und zu verwirklichen sind. Die übergeordneten Rahmenbedingungen sind nicht minder wichtig, jedoch sind diese durch Kommunen kaum zu beeinflussen. Daher sollten die Bemühungen möglichst auch auf den eigenen Einflussbereich konzentriert werden.

Zu beachten ist: Keine hier vorgestellte Maßnahme stellt eine kommunale Pflichtaufgabe dar. Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag liegt und verbleibt bei der KVN, weswegen alle Ansätze ausdrücklich nur als Empfehlung zu verstehen sind (siehe Kap. 1, S. 7f.). Sie sollten auch nicht schablonenhaft umgesetzt werden, sondern bedürfen der regionalen und lokalen Anpassung mit Blick auf die Möglichkeiten und konkreten Herausforderungen vor Ort. In der Regel wird ein Mix aus unterschiedlichen Ansätzen ratsam sein, weil es die „eine“ Lösung, die alle Probleme beseitigt, nicht geben wird.

Der Ansatz hinter vielen Anregungen ist die Frage, wie die Attraktivität der Regionen für Ärzte oder besser: für die Ausübung des Arztberufes gesteigert werden kann. Das bedeutet nicht, dass Kommunen eine Agentur für Kassenärzte werden sollen. Aber einige Weichenstellungen sind schon erforderlich, um einen Paradigmenwechsel zu bewirken und Ärzte stärker für das Praktizieren in ländlichen Regionen zu begeistern.

---

„Ich mache ihm ein Angebot, das er nicht ablehnen kann.“

---

#### Maßnahmenbündel 1: Etablierung dauerhafter Kooperationen von Kommunen mit niedergelassenen Ärzten und KVN

Wenn Kommunen sich für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung engagieren wollen, liegen ihnen in der Regel weniger Informationen vor als den direkt in den Sicherstellungsauftrag involvierten Akteuren, also vor allem niedergelassenen Ärzten und Kassenärztlicher Vereinigung.

Die Erfahrungen mit vergangenen Regionalentwicklungsvorhaben in der Region Leine-Weser haben deutlich gemacht, dass gerade in der Zusammenarbeit zwischen kommunalen und regionalen Akteuren mit niedergelassenen Ärzten und KVN eine große Chance für die Sicherstellung liegt. Beispielweise haben Vertreter von Landkreisen, Städten und Gemeinden im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung (MORO) zur regionalen Daseinsvorsorge, des Demografie-Modellprojektes im Leinebergland oder auch des Projektes UrbanRuralSolutions des Erweiterten Wirtschaftsraumes Hannover (EWH) mit Hausärzten und den vier für den Bereich Leine-Weser zuständigen Bezirksstellen der KVN (Verden, Hannover, Hildesheim und Göttingen) eng zusammengearbeitet und sich um gemeinsame Lösungen bemüht. Dabei wurden auch viele „sensible“ Informationen erörtert und hat sich die KVN als offener Partner für Kommunen gezeigt. Diese Basis sollte für weitere Prozesse und Lösungen genutzt werden, um die anstehenden Herausforderungen zu meistern.

Die KVN verfügt über die zur Beurteilung der regionalen Versorgungssituation erforderlichen arzt-spezifischen Informationen, während Städte und Gemeinden vielfältiges Wissen

um die Region und infrastrukturelle Rahmenbedingungen einbringen können. Durch die Verbindung dieser Aspekte werden neue, bessere Gesamtlösungen möglich. Relevante Themen zur gemeinsamen Betrachtung gibt es viele (siehe hierzu im Einzelnen Maßnahmenbündel 3, S. 34ff.).

---

In der Region tätige  
Ärzte einbeziehen!

---

Ebenfalls hat sich gezeigt, dass Kommunen von anderen Akteuren des Gesundheitswesens auch aufgrund ihres Blicks von außen und ihrer eher neutralen Position außerhalb des gesetzlich geregelten Sicherstellungszusammenhangs als „Makler“ geschätzt werden. Solange sich die Tendenzen innerhalb der Ärzteschaft und damit die externen Rahmenbedingungen für die Regionen (siehe Kap. 2.1) nicht signifikant verändern, ist es daher empfehlenswert, dauerhafte Kooperationen zwischen Kommunen, vor Ort tätigen Vertragsärzten und der KVN zu etablieren.

Dabei sollte idealerweise nicht jede Kommune allein den Dialog suchen. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, ist in den Entwicklungen eine interkommunale Betrachtung implizit schon Lösungsvoraussetzung. Isolierte, rein lokale Strategien können keine tragfähigen Ergebnisse erbringen, wenn die Versorgung in den Nachbarorten wegbricht. Die Behandlung von Patienten in den Praxen erfolgt nicht nach gemeindlicher Zugehörigkeit.

Entsprechend wichtig ist es, regionale, also interkommunale Kooperationsformen zu initiieren oder bereits bestehende Prozesse dafür zu nutzen. Dafür kommen die „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ in Betracht, bei denen gesundheitsbezogene Netzwerke aufgebaut werden sollen (siehe Kap. 5, S. 53). Solche thematischen Netzwerke sind auch sehr gut zur fortlaufenden Beobachtung der ärztlichen Versorgung und der Ableitung geeigneter Maßnahmen gut geeignet. Darüber hinaus können Regionalmanagements gute Partner sein, wie sie vom Land über die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur integrierten ländlichen Entwicklung (ZILE) (siehe Kap. 5, S. 49) oder LEADER (siehe Kap. 5, S. 50) gefördert werden.



## TIPP

### Regionalmanagement einsetzen!

Wenn die Kapazitäten fehlen, können neue, zusätzliche Themen von Kommunen nicht ohne weiteres aufgegriffen werden. Eine Möglichkeit bietet hier der Einsatz des Regionalmanagements.

Ein Regionalmanagement ist ein interkommunaler Zusammenschluss von Städten, Gemeinden aber auch privat organisierten Akteuren (Vereine, Unternehmen u.a.), um gemeinsam für die Region wichtige Entwicklungsvorhaben umzusetzen.

Dabei existieren zumeist eine gemeinsame Trägerstruktur (z. B. in Form einer kommunalen Lenkungsgruppe oder der Lokalen Aktionsgruppe) sowie eine Geschäftsstelle mit einem in der Regel hauptamtlich beschäftigten Regionalmanager. Letzter kümmert sich in der Region in Zusammenarbeit mit vielen Akteuren um die Entwicklung und Realisierung geeigneter Projekte.

Das Regionalmanagement ist eine sehr gut geeignete Struktur, die hausärztliche Versorgung seitens der Kommunen zu begleiten. Hier existieren bereits personelle Ressourcen, die genutzt werden können.

Fast überall im Amtsbereich Leine-Weser gibt es Regionalmanagements. Das Land Niedersachsen unterstützt die Durchführung von Regionalmanagements in den Regionen finanziell über Förderprogramme für ländliche Räume (siehe Kap. 5, S. 49ff.). Die zuständigen Ansprechpartner des ArL Leine-Weser finden Sie im Kapitel 5 ab Seite 49.

Ein Beispiel für eine gute Zusammenarbeit ist das Leinebergland. Hier hat die Regionalmanagerin mit fast allen in der Region tätigen Hausärzten längere Gespräche zu deren Sicht auf die Entwicklung der eigenen Praxis aber auch auf die lokale Situation insgesamt geführt. Entstanden ist ein wichtiger Wissensfundus, der Grundlage für ein gemeinsames, abgestimmtes Vorgehen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Region ist. Die niedergelassenen Ärzte werden dabei auf diesem Weg von Anfang an mitgenommen.

Auch Prozesse auf Ebene der Landkreise, wie z. B. bei der Aufstellung der Regionalen Raumordnungsprogramme (RROP) können einen solch initialisierenden Rahmen bilden.

Dabei sollten jedoch nicht nur Informationen ausgetauscht, diskutiert und gesammelt werden, sondern vor allem auch die möglichst frühzeitige Initiierung geeigneter Maßnahmen und Projekte erfolgen. Viele Vorhaben bedürfen einer perspektivischen Umsetzung, um ihre Wirkung adäquat entfalten zu können (siehe Kap. 4, S. 48f.). Erst zu agieren, wenn akute Probleme vorliegen, ist grundsätzlich keine empfehlenswerte Strategie.

---

Miteinander im Gespräch bleiben!

---

## Maßnahmenbündel 2: Gestaltung regionaler Rahmenbedingungen

Trotz – oder gerade wegen – der übergeordneten Rahmenbedingungen stehen Regionen auch bei der „Akquisition“ von Hausärzten untereinander im Wettbewerb.

Daher kommt den regionalen Lebensbedingungen, den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Angeboten, der Bereitschaft zur Integration neuer Menschen aber auch der Attraktivität und dem Image einer Region bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ein besonderes Gewicht zu. Viele Aspekte, die die Ansiedlung von Hausärzten unterstützen, sind Regionen bekannt, weil sie zum bekannten Repertoire „klassischer“ Wirtschaftsförderungspolitik zählen. Daher sollen diese hier auch nicht detailliert erörtert werden.

Trotzdem lohnt es sich, anderen Punkten besondere Aufmerksamkeit zu widmen: Wie erwähnt ist das Finden von Jobs für die Partner von Ärzten ein besonders wichtiges Thema, das vor allem in ländlichen Räumen kein Selbstläufer ist. Wenn entsprechende Chancen für Partner von Ärzten nicht wohnortnah existieren (bzw. gefunden werden), engen sich die Möglichkeiten stark ein: Der Partner kann einer ortsungebundenen Tätigkeit nachgehen, sich als Hausmann um die Familie kümmern oder ein Verzicht auf ein „klassisches“ Familienleben ist nötig. Selbstverständlich spielen auch adäquate Kinderbetreuungsmöglichkeiten eine wichtige Rolle.

Zur beruflichen Perspektive gehören aber neben dem „einen“ passenden Job auch Auswahl und Alternativen. Es liegt auf der Hand, dass gerade hier Lösungen, die nur in einzelnen Gemeinden entwickelt werden, zu kurz greifen. Regionale Wirtschaftsförderung und die Unterstützung der Ansiedlung von Hausärzten gehen hier Hand in Hand und müssen zielgruppenbezogene Pakete schnüren und anbieten können.

---

Wichtiger Punkt:  
Jobs für Partner

---





## TIPP

### Zielgruppenbezogene Paketlösungen

Partner von Ärzten haben weit überwiegend auch eine akademische Ausbildung und suchen entsprechende Jobs. Demgegenüber haben gerade auch Unternehmen in ländlichen Regionen, die hochqualifizierte Fachkräfte suchen, zunehmend Probleme mit der Besetzung von Stellen.

Vielleicht kann ein „regionaler Job-Pool“ speziell für Akademiker und/oder hochspezialisierte Fachkräfte eine Möglichkeit sein, die Region für solche Paare spannend zu machen?

Die Region Braunschweig-Wolfsburg hat mit dem „Dual Career Netzwerk“ ein ähnliches Projekt speziell für Paare mit akademischen Hintergrund geschaffen:

<https://www.allianz-fuer-die-region.de/dualcareer.html>

Natürlich können solche Vorhaben nur in einem entsprechend größeren räumlichen Verbund verwirklicht werden. Auch das unterstreicht die bereits angesprochene Bedeutung regionaler Zusammenarbeit im Thema.

Ein weiterer Punkt der infrastrukturellen Qualität einer Region ist die Sicherstellung einer guten Erreichbarkeit von Praxen. Dabei geht es mitunter um eher kleinere Fragen wie die Verfügbarkeit von Möglichkeiten zum Parken in unmittelbarer Nähe des Arztes.

Vor allem aber ist es ein Thema für die Sicherung einer regionalen ÖPNV-Anbindung. Auch der ländliche ÖPNV steht unter starkem Veränderungsdruck. Vielfach werden Angebote reduziert oder durch andere Bedienformen ersetzt bzw. ergänzt. Eine zentrale Herausforderung dabei ist und bleibt die Bündelung von verschiedenen Fahrtzielen und Fahrtwünschen, die in ländlichen Regionen schwerer fällt als in Städten. Dass aber gerade die Verbindung der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit öffentlichen Verkehrsangeboten nicht nur wichtig ist, sondern auch eine Chance darstellt, zeigen zahlreiche speziell ausgerichtete Versuche. Die Bandbreite reicht von der Mobilisierung der ärztlichen Leistungen<sup>4</sup> bis zur speziellen Beförderung bei gesundheitsbezogenen Fahrtzwecken<sup>5</sup>.

Damit eng verbunden ist die Entwicklung eines attraktiven Umfeldes von Arztpraxen, namentlich vor allem in den Ortszentren. Wichtig – nicht nur wegen der Sicherung der ärztlichen Versorgung – sind vielfältige Angebote in räumlicher Bündelung. Wenn Arzt und Apotheke mit anderen Einrichtungen der Daseinsvorsorge aber auch kulturellen und sozialen Strukturen in räumlicher Nähe zueinander liegen, stärkt dies wechselseitig all diese Angebote.



Daher sollten die eher sektoral ausgerichteten Maßnahmen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung mit den eher fachübergreifend angelegten raumplanerischen Instrumenten und Strukturvorhaben auf regionaler und lokaler Ebene möglichst intensiv verzahnt werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt für regionale Bemühungen ist es, den in Kapitel 2.1 skizzierten negativen Vorstellungen innerhalb der Ärzteschaft vom Leben und Arbeiten in einem ländlichen Umfeld entgegenzutreten. Dafür braucht es positive, aber authentische Darstellungen. Auch lassen sich hier vermeintlich gegen ländliche Räume sprechende Sichtweisen ins Positive wenden.

So stellt beispielsweise die Möglichkeit zur Trennung von Wohn- und Arbeitsort durchaus auch eine argumentative Chance für ländliche Räume dar. Zum einen können Ärzte privat – wenn sie es denn wollen – in Städten der Region leben und in kleineren Orten lediglich praktizieren. Zum anderen ist der für Mobilität aufzubringende Zeitaufwand in ländlichen Räumen oftmals geringer als in hochverdichteten Gebieten. Zehn Kilometer auf dem Land sind im Regelfall schneller absolviert als eine halb so lange Strecke in der Stadt.

Trotzdem sollten Bedeutung und Wirkung von Regionalmarketingmaßnahmen nicht überschätzt werden: Kampagnen können nur flankierenden Charakter haben und andere Maßnahmen begleiten aber keinesfalls ersetzen. Regionen, die nur auf Regionalmarketing setzen, werden die hausärztliche Versorgung so nicht sichern können. Gerade in der zu starken Fokussierung auf naturräumliche Vorzüge liegt eine gewisse Gefahr, auf „das falsche Pferd“ zu setzen. Nahezu alle Untersuchungen zum Thema belegen, dass die Verweise auf solche Qualitäten bei der Entscheidung für oder gegen eine Region nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Viel wichtiger sind neben Vorstellungen zu den konkreten Rahmenbedingungen der Berufsausübung (geregelte Arbeitszeiten, Austausch mit Kollegen, Weiterbildungsmöglichkeiten usw.) auch eine erlebbare Familienfreundlichkeit mit all ihren Facetten.



Wichtig bei all diesen Überlegungen ist, dass ländlicher Raum nicht gleich ländlicher Raum ist. Lage, Anbindung, aktuelle Versorgung usw. unterscheiden sich. Die Regionen im Amtsbereich sind vielfältig und benötigen entsprechend fokussierte Strategien. Das sollte bei der Wahl der Mittel beachtet werden.

<sup>4</sup> So versucht gegenwärtig die DB Regio Bus – ein Tochterunternehmen der Deutschen Bahn – einen sogenannten „DB medibus“ als rollende Arztpraxis zu kommerzielles Angebot vermarkten (vgl. Rhein-Neckar-Zeitung Online vom 21.11.2017).

<sup>5</sup> Ein Beispiel hierfür sind Patientenbusse wie das von KVN und Landkreis organisierte Angebot in Leer.

ILEK, LEADER, RROP, FNP und B-Plan: Chancen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung mitdenken!

Natur als Argument nicht überschätzen!

### Maßnahmenbündel 3: Identifikation kommender Sicherstellungsrisiken und Optimierung der Verteilungssteuerung von Arztsitzen

Wie in Kapitel 2.3 dargestellt, gibt es gegenwärtig kein Instrument, das die Möglichkeit für entstehende Versorgungslücken adäquat und rechtzeitig identifiziert und (vor allem Kommunen) eine geeignete rechtzeitige Reaktion darauf erlaubt. Ebenso braucht es wirkungsvollere Steuerungsmechanismen für die räumliche Verteilung von Arztsitzen. Hier können Kommunen mehr tun, als es zunächst den Anschein hat.

Hilfreich wäre ein systematischer Prozess, der die Versorgung von Regionen auf potenzielle Entwicklungsrisiken hin beleuchtet. Natürlich beobachtet die KVN die Entwicklungen sehr genau und verfügt auch über die entsprechenden Detailinformationen zur Entwicklung der einzelnen Praxen (z. B. zum Patientenaufkommen). Allerdings ist die KVN keine raumplanerisch ausgerichtete Institution, sondern die Selbstverwaltungseinrichtung der vertragsärztlichen Versorgung. Deswegen wäre es gut, wenn Landkreise, Städte und Gemeinden ihre räumliche Planungs- und Entwicklungskompetenz sowie das Wissen um infrastrukturelle Rahmenbedingungen oder auch potenzielle Entwicklungsvorhaben (beispielsweise die Änderung/Neuaufstellung von Nahverkehrsplänen) in die Betrachtung mit einbringen.

Zwei Aspekten sollte dabei besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden: der Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte in der Region, weil sich aus ihr auf die kommenden Handlungserfordernisse schließen lässt, und – mit genauerem Blick unterhalb regionaler Durchschnittswerte – den lokalen Häufungen älterer Ärzte ohne geklärte Nachfolgeregelung, also räumlich verorteten Handlungsschwerpunkten.

Allerdings sind bei der Betrachtung nicht nur die reinen zeitlichen Erreichbarkeiten und die Standortverteilung der Arztsitze im Raum ausschlaggebend. Es liegt auf der Hand, dass die einzelnen Praxisstandorte durchaus unterschiedliche Versorgungsbedeutung haben und diese bei der Bewertung der Versorgungslage berücksichtigt werden sollte. Die Unterschiede zwischen inhabergeführten Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxen oder MVZ mit angestellten Ärzten in Voll- und Teilzeit sind hinsichtlich ihrer Behandlungsarbeitszeiten und Fallzahlen bereits in Kapitel 2.1 beschrieben worden. Nicht jede Praxis hat dementsprechend einen gleichen „Versorgungsradius“, zumal sich selbstredend auch die siedlungsstrukturelle Umgebung der Standorte stark voneinander unterscheiden kann. Die daraus resultierende Unterschiedlichkeit der Versorgungseffekte sollte in einer vertiefenden Bewertung auch differenziert berücksichtigt werden.

Dementsprechend ist ein gemeinsam organisiertes Monitoring als „Frühwarnsystem“ ein sinnvoller Ansatz, bei dem die verschiedenen Informationen zusammengetragen und einander gegenüber gestellt werden. So könnten die niedergelassenen Hausärzte Intentionen zur eigenen Praxis (wie Überlegungen zur Schaffung von Angestelltenstellen oder zur Klärung der Nachfolge), die KVN relevante Strukturdaten und Kommunen Aspekte wie die Entwicklung der Erreichbarkeiten und Verflechtungen, der Raumstrukturen aber auch absehbare Planungen und Projekte beisteuern, aus denen sich ein sehr gutes Gesamtbild über die zu erwartenden Entwicklungen ergäbe. Wer in welchem Umfang zu welchen Konditionen die Informationen liefert, sollte ebenso wie die Organisation und Handhabung vor Ort miteinander abgestimmt werden, da es sich zum Teil ja um sensible Auskünfte handelt. In einigen Vorhaben der Vergangenheit war das gegenseitige Vertrauen so groß, dass in kleinerer Runde sogar über die Erweiterungsvorstellungen einzelner Praxen (und damit Ausweitung des Versorgungseinzugsbereiches) gesprochen wurde.

Standorte zählen reicht nicht!

Mögliche Informationen	Mögliche Informationsherkunft
Bevölkerungsentwicklung und -prognosen	Bevölkerungsvorausberechnungen des LSN
Entwicklung der Altersstruktur und damit auch der zu erwartenden Arztkontakte in der Region	Bevölkerungsvorausberechnungen des LSN
Veränderungen / Entwicklung der regionalen Infrastruktur mit Daseinsvorsorgebezug (z. B. ÖPNV-Anbindung, Krankenhausstandorte usw.)	Landkreise, Städte und Gemeinden
Auslastung der Praxen, Entwicklung der Fallzahlen und daraus absehbare Rückwirkungen	Niedergelassenen und KVN (soweit verifizierbar)
Erweiterungsvorstellungen bestehender Praxen, beispielsweise durch Übernahme von Arztsitzen mit Angestellten (und damit Ausweitung des Versorgungseinzugsbereiches)	Niedergelassene / KVN (soweit verifizierbar)
Nachbesetzungserfolge und -faktoren aber auch ungeklärte Nachfolgesuchen	Niedergelassene / KVN (soweit verifizierbar)

Tab. 2: Empfehlungen für Informationsquellen im Rahmen eines gemeinsamen Monitorings (Quelle: eigene Darstellung)

Vielleicht könnten in solchen Runden auch abgestimmte Impulse für Veränderungen bei den Praxen entstehen und helfende Unterstützung auf die Beine gestellt werden.

Auch weit komplexere und differenziertere Analysen sind denkbar. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz erstellt beispielsweise einen sogenannten Versorgungsindex, um die Tendenzen besser beurteilen zu können. Dabei differenziert sie die Arztsitze nach Voll- und Teilzeit, berücksichtigt den Anteil von Einzelpraxen und legt reale Patientenverflechtungen in andere Planungsbereiche zugrunde (vgl. KV RLP 2016, S. 83).



#### Szenarien zur Versorgungsentwicklung

Szenarien sind ein guter Weg, die kurz- bis mittelfristige Entwicklung der Versorgungssituation unter die Lupe zu nehmen. So könnte man zum Beispiel die Entwicklung der Patientenzahlen beim Wegfall bestimmter Arztsitze der Bevölkerungsentwicklung gegenüberstellen.

Dabei müssen nicht unbedingt teure Gutachten vergeben werden. Regional verfügbare Informationen zu ungeklärten Nachbesetzungserfordernissen können im Rahmen eines regionalen Kooperationsprozesses (siehe Maßnahmenbündel 1) relativ niedrigschwellig den Annahmen zur Veränderung der Bevölkerungsstruktur (und damit den zu erwartenden durchschnittlichen Fallzahlen und dem kommenden Versorgungsbedarf) gegenübergestellt werden. Auf diese Weise ließen sich potenzielle Versorgungsengpässe perspektivisch erkennen und darauf ausgerichtete Maßnahmen frühzeitig ergreifen.

Zu beachten ist, dass Szenarien keine Vorhersage der real eintretenden Zukunft zu einem bestimmten Zeitpunkt sind, sondern nur Annahmen bzw. Wahrscheinlichkeiten, auf deren Grundlage aktuelle Entscheidungen fundierter getroffen werden können.

Ein solch gemeinsames Monitoring kann auch gute Grundlage für die „Ermessensentscheidungen“ bei der Beurteilung der Versorgungsgrade darstellen. Wie in Kapitel 2.3 erwähnt, ist die Feststellung von (drohender) Unterversorgung Voraussetzung für die Umsetzung wichtiger Reaktionsmöglichkeiten ist (siehe Kapitel 2.3, S. 22f.). das Monitoring könnte damit gleichsam als „Vorstufe“ zur effizienteren Handhabung der Bedarfsplanung dienen.

In Anbetracht der oben geschilderten Problemlagen ist es entsprechend wichtig, die Planungsgrundlage so zu gestalten, dass die Sicherstellung „hinterher“ gut umgesetzt werden kann.

Natürlich kann das Instrument der Bedarfsplanung selbst nicht einfach durch Regionen verändert werden (auch wenn eine Weiterentwicklung wünschenswert wäre). Aber die in Kapitel 2.3 bereits thematisierten Modifikationen bieten einen Spielraum, der regional von Nutzen sein könnte.

---

Planungsbereiche:  
Kleiner ist nicht  
gleich besser!

---

So kann mit der Veränderung des Zuschnitts der hausärztlichen Planungsbereiche gut auf regionale Gegebenheiten oder strukturelle Veränderungen reagiert werden. Solche Veränderungen können auch eine zunehmende Ungleichverteilung infolge eines zu dominanten Zentrums oder Entwicklungen bei den Erreichbarkeiten sein. Das im Blick zu behalten ist wichtig, da Ärzte innerhalb von Planungsbereichen, die nicht wegen Überversorgung gesperrt sind, ihren Arztsitz räumlich frei wählen können. Zu beachten ist, dass die hausärztlichen Planungsbereiche aus gutem Grund auf die Mittelbereiche ausgelegt worden sind, weil sie für eine effektive Wirkungsweise eine ausreichende Mindestgröße mit einer ausreichenden Zahl an Arztsitzen für eine dynamische Entwicklung benötigen. Es ist demnach kein zu generalisierender Ansatz, die Planungsbereiche tendenziell kleiner werden zu lassen, um Ärzten dezidierte räumliche Vorgaben zu machen.

Insbesondere in Regionen, in denen weder Unterversorgung noch drohende Unterversorgung festgestellt wurde, steht mit der Beantragung zusätzlicher lokaler (oder qualifikationsgebundener) Versorgungsbedarfe ein interessantes Instrument zur Verfügung, wenn teilräumlich bereits Sicherstellungsprobleme zutage treten. Obgleich formal als Element der Anpassung in überversorgten Bereichen zuzuordnen (verankert in § 101 SGB V), handelt es sich de facto um eine Maßnahme, einer entstehenden oder kleinräumig schon zu verzeichnenden Minderversorgung zu begegnen.

Jenseits der Modifikationsmöglichkeiten gibt es noch indirekte Steuerungsmöglichkeiten über die Raumordnung. Das gilt natürlich zuvorderst für die Steuerung der Raumstrukturen und damit der Rahmenbedingungen selbst, beispielsweise bei der Fixierung einer Stärkung von Ortszentren mit multifunktionalem Ausstattungsmix. Darüber hinaus sind aber auch Regelungen für die ausgewogene Verteilung der Arztsitze selbst denkbar. Gemäß § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist die Bedarfsplanung an die Ziele der Raumordnung gebunden. Das bedeutet, dass sie deren verbindliche Vorgaben beachten muss. Konkret maßgebende Ziele, die einen relevanten Einfluss auf den landesweiten Bedarfsplan nehmen, sind jedoch bislang in Niedersachsen nicht erlassen worden. In bestimmten Problemlagen können unter Umständen solche Ziele in Anbetracht der zunehmenden Schwierigkeiten einen Lösungsbeitrag liefern.

---

Engere Verzahnung  
von Bedarfsplanung  
und Krankenhausplanung,  
Raumordnung  
sowie Regional- und  
Strukturpolitik

---

Natürlich sind die diesbezüglich vorstellbaren Möglichkeiten (genau wie die der Bedarfsplanung selbst) per se begrenzt, weil Ärzte in nicht wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen Niederlassungsfreiheit haben und nicht auf bestimmte Standorte verpflichtet werden können. Eine Niederlassungspflicht, eine konkrete Zahl von Ärzten je Region oder „versorgungspflichtige“ Standorte können raumordnerisch nicht festgesetzt werden bzw. wären solche Ziele nicht durchsetzbar. Ebenso wenig dürfen raumordnerische Ziele willkürlich (also ohne zwingende überörtliche Interessen) einzelfallbezogene Festsetzungen vornehmen und damit in die Bereiche der bundesgesetzlich garantierten Selbstverwaltungsaufgaben eingreifen.

Denkbare raumordnerische Zielfestlegungen könnten aber bestimmte Anforderungen an die hausärztlichen Planungsbereiche oder deren Zuschnitte (die, wie in Kapitel 2.3, S. 21 dargestellt, sowieso einen raumordnerischen Ursprung haben) betreffen. Auch die stärkere Verbindung der vom Land in eigener Zuständigkeit vorgenommenen Krankenhausplanung mit der Bedarfsplanung der ambulanten Kassenärzte könnte ein Ansatz für raumordnerische Ziele sein.

Selbst wenn die direkten Steuerungsvorgaben über die Raumordnung begrenzt sind: Insbesondere im Zusammenwirken mit einer darauf abgestellten regionalen Struktur- und Förderpolitik können wirkungsvolle Steuerungsansätze etabliert werden. Gerade Entwicklungsprogramme wie LEADER oder ZILE bieten gute Möglichkeiten, die regionalen Herausforderungen aufzugreifen (siehe Kap. 5, S. 49f.).



In regionalen Kooperationsvorhaben kann es auch gelingen, sich auf Versorgungs- und Standortprämissen zu verständigen und diese entsprechend zu unterstützen. Eine Verzahnung mit der Entwicklung der regionalen Versorgungsinfrastruktur (z. B. dem ÖPNV-Netz) könnte den Ansatz weiter stärken.

#### Maßnahmenbündel 4: Gewinnung neuer Ärzte für die Region

Wenn regional über die Gewinnung neuer Ärzte nachgedacht wird, stehen zunächst oftmals schnell Überlegungen zur Ansprache von Medizinstudenten im Raum. Tatsächlich lohnt es sich aber, auch über andere Gruppen nachzudenken.

So stellen ebenso die Schüler der eigenen Region ein Potenzial für künftige Ärzte dar. Zum einen lässt sich bei der Berufswahl für den Arztberuf vor Ort in der Region werben. Über Stipendienprogramme lassen sich aber auch konkrete Anreize schaffen, dass Schüler, die die Region für ein Medizinstudium verlassen, hinterher in die Heimat zurückkehren und sich dort niederlassen.

Auch über Unterstützerprojekte für Rückkehrer und Kontaktnetzwerke wie „Rückkehrerbörsen“ kann versucht werden, die jungen Menschen der Region nach ihrer Ausbildung in die Region zurückzuholen.



## TIPP

### Nachwuchsbindung in der eigenen Region

Nahezu alle relevanten Untersuchungen der letzten Jahre zeigen einen starken Zusammenhang der eigenen Herkunft mit den räumlichen Prämissen bei der Bereitschaft zur Niederlassung auf. Angehende Ärzte können sich in der Regel gut vorstellen, später auch wieder in ihrer Heimatregion zu praktizieren.

Die Bindung des „eigenen Nachwuchses“ ist also grundsätzlich ein erfolgsversprechender Ansatz. Akute Sicherstellungsprobleme können so allerdings nicht gelöst werden (siehe dazu auch Kap. 4).

Famulatur, PJ und Weiterbildung als interessante Etappen

Auch die Adressierung von Projekten an Ärzte, die in der Aus- und Weiterbildung stehen, bietet ein gewisses Erfolgspotenzial. Konkret gemeint sind Studenten der Medizin und Ärzte in Weiterbildung.

Bestandteile des Studiums sind unter anderem Famulaturen und – kurz vor Abschluss – das sogenannte „Praktische Jahr“ (PJ). Beide können in einer Region aber nur absolviert werden, wenn regionale Praxen bei der Universität als Lehrpraxis anerkannt worden sind. Dafür sind bestimmte Anforderungen zu erfüllen.

In der nach dem Studium liegenden Weiterbildung sind mindestens sechs Monate zwingend in ambulanten allgemeinmedizinischen Einrichtungen zu durchlaufen. Hierfür ist aber Voraussetzung, dass der Arzt aus der Praxis, wo die Weiterbildung absolviert werden soll, von der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) zur Weiterbildung ermächtigt worden ist.

Möglicherweise kann hier jeweils Hilfe durch Kommunen und/oder KVN geleistet werden, um auch (angehenden) Ärzten, die bislang keinen Bezug zur Region haben, die Anwesenheit zu ermöglichen bzw. komfortabler zu gestalten. Grundsätzlich bietet sich in diesen Stadien der Aus- und Weiterbildung eine gute Chance, den medizinischen Nachwuchs für eine Region zu begeistern.

Vor allem gut organisierte Verbundweiterbildungen, in denen Ärzte alle Stationen ihrer Weiterbildung in einer Region durchlaufen können, sind eine attraktive Option, den angehenden Vertragsärzten ein spannendes Portfolio anzubieten und sie zugleich positiv für eine Region einzunehmen. Auch Landkreise in Niedersachsen beteiligen sich an der Förderung solcher Verbünde (vgl. Niedersächsisches Ärzteblatt 2/2015, S. 50). Doch das ist nicht nur hinsichtlich der Akquisition neuer Ärzte für die Region positiv. Auch die Praxis eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes kann unmittelbar davon profitieren und so für Patienten attraktiver werden. Die Ärzte in Weiterbildung sind vollwertig ausgebildete Ärzte, die das Medizinstudium erfolgreich abgeschlossen haben. Entsprechend tragen sie mit ihrer Arbeit zu einer Entlastung in der Praxis bei. Auch wird die Weiterbildung als Zeichen von Qualität in einer Praxis angesehen (vgl. Miani et al. 2015, S. 109).

Egal ob Famulatur, PJ oder Weiterbildung: Wenn der Aufenthalt in einer Region sowohl fachlich als auch bezüglich der Rahmenbedingungen (Wohnen, Familie, Kinder usw.) als interessant empfunden wird, steigt gegebenenfalls die Bereitschaft, sich dort später niederzulassen.

Eine Gruppe, die meist nicht im Fokus des Bemühens um neue Ärzte für eine Region steht, sind Ärzte, die schon länger berufstätig sind. Natürlich verändern sich die



individuellen Vorstellungen und auch die persönliche Bereitschaft zur Art der Berufsausübung im Laufe eines (Arzt-)Lebens. Ärzte, die als angestellte Ärzte in Kliniken, MVZ oder anderen Praxen arbeiten, müssen damit nicht andauernd zufrieden sein. Bestimmte Konstellationen stellen für sie vielleicht interessante Optionen dar. Allerdings tauchen sie als Zielgruppe bei entsprechenden Maßnahmen wie hausarztbezogenen Marketingprojekten und Kampagnen häufig nicht auf.

Hier lässt sich aber aus der – natürlich grundsätzlich nicht wünschenswerten – Abnahme der Arztdichte in ländlichen Räumen durchaus auch ein Angebot formulieren: Weniger Ärzte in einer Region bedeuten umgekehrt auch weniger Konkurrenz und stabile wirtschaftliche Perspektiven. Auswertungen zeigen zudem, dass die wirtschaftliche Situation von Hausarztpraxen mit vielen älteren Patienten (was in ländlichen Regionen häufig vorkommt) generell nicht schlechter ist als die von Praxen mit einem jüngeren Patientenstamm. Aus Einkommenssicht muss die Praxis (bzw. auch generell die Ausübung des Arztberufes) in ländlichen, demografisch belasteten Regionen demzufolge kein Nachteil sein (vgl. Zi 2015, S. 102). Das gilt umso mehr, da die KVN in unterversorgten Bereichen auch Umsatzgarantien gewähren kann.

Auch die von Studierenden mitunter als Einschränkung der geregelten Arbeitszeit befürchtete enge, persönliche Bindung zwischen Arzt und Patienten in ländlichen Räumen wird von vielen – insbesondere älteren – Ärzten durchaus als positiv empfunden.

Eine weitere Gruppe, die – insbesondere bei Kommunen – zunehmend als Lösung in Betracht gezogen wird, sind ausländische Ärzte. Tatsächlich gewinnt diese Option konstant an Bedeutung, wie die Entwicklung der Zahlen in den letzten Jahren illustriert (siehe Abb. 8).

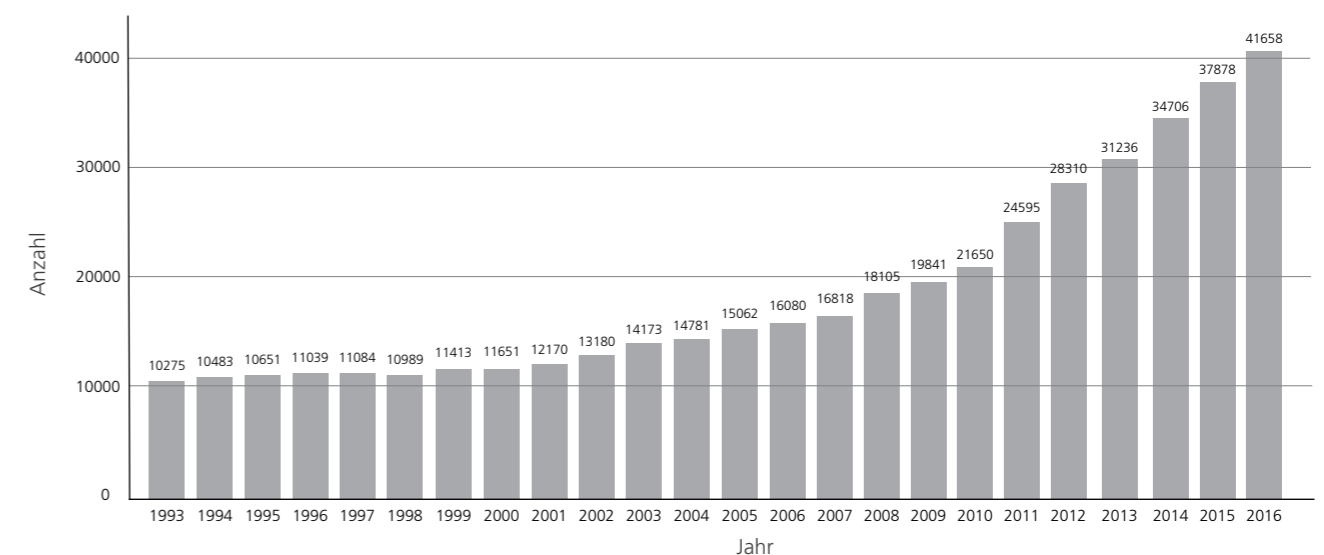


Abb. 8: Entwicklung der Zulassungszahlen von ausländischen Ärzten (Quelle: eigene Darstellung; Datengrundlage Bundesärztekammer 2017)

Das richtige Angebot zur richtigen Zeit

Allerdings sind damit natürlich auch zu lösende Probleme verbunden. Oftmals gibt es anfangs eine Sprachbarriere zu meistern, was gerade bei einem so sensiblen Zusammenhang wie dem Patienten-Arzt-Verhältnis bedeutsam ist. Auch können ausländische Ärzte nicht ohne weiteres in die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland einsteigen, da sie ebenfalls die für die Zulassung erforderlichen Grundlagen nach § 95 Abs. 2 SGB V erfüllen müssen. Konkret muss der Eintrag ins Arztregister erfolgen, was wiederum die Approbation, also die Anerkennung der durch die Ausbildung erworbenen Grundlagen für die Berufsausübung gemäß § 3 der Bundesärzteordnung (BÄO) sowie den Nachweis über eine absolvierte allgemeinmedizinische Weiterbildung nach § 3 Absätze 2–4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) voraussetzt.

Der Teufel steckt dabei oftmals im Detail: In einer Kommune des Amtsbereiches Leine-Weser hatte sich eine Gemeinde um die Nachbesetzung eines Arztsitzes bemüht und ein interessiertes Arztehepaar aus Norwegen angesprochen. Der Ehemann war ein in Deutschland ausgebildeter Arzt, seine Frau hatte ihre Arztausbildung in Norwegen absolviert. Allerdings gibt es in Norwegen neben dem regulären Facharzt für Allgemeinmedizin auch einen Abschluss ohne längere Weiterbildungsphase, den sogenannten Allgemeinarzt. Weil dieser ohne die Weiterbildung erreicht werden kann (das Arbeiten als Allgemeinarzt ist in Norwegen problemlos möglich, allerdings mit geringerem Verdienst), ist er in Deutschland nicht ohne weiteres als Grundlage für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung anererkennungsfähig. Die Ärztin hätte dafür gemäß § 3 Abs. 2–4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) noch die Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen absolvieren müssen.

Die zielgerichtete Ansprache von Ärzten im Ausland ist darüber hinaus nicht einfach zu bewerkstelligen, weil sie das Wissen um interessierte Ärzte und damit geeignete Kontakte erfordert. Trotzdem stellt sie – neben den oben geschilderten anderen Möglichkeiten – eine Chance dar, die je nach Kontext und Region geprüft werden kann.

Egal welche Gruppe mit geeigneten Maßnahmen angesprochen werden soll: Wichtig ist, dass es in der Region möglich ist, den Beruf auf attraktive Weise auszuüben. Das hängt – wie bereits angesprochen – stark mit den Versorgungsstrukturen zur Erbringung der allgemeinmedizinischen Leistungen zusammen.

Ein gutes Instrument zur Unterstützung der Ansiedlungsbereitschaft ist die Förderung von Maßnahmen aus dem Strukturfonds der KVN (siehe Kap. 2.3, S. 22).

## Maßnahmenbündel 5: Gestaltung der Versorgungsstrukturen

Die strategischen Nachteile einer Region mit überwiegend inhabergeführten Einzelpraxen in Zeiten des Nachwuchsmangels wurden in Kapitel 2.1 bereits diskutiert.

In der Region Leine-Weser liegt der Anteil von Einzelpraxen an der Gesamtzahl der hausärztlichen Einrichtungen bei etwa 79 Prozent<sup>6</sup>. Größere Einheiten wie Gemeinschaftspraxen oder MVZ stellen nur rund ein Fünftel dar.

Natürlich werden Einzelpraxen auch künftig nicht verschwinden. Vermutlich werden sie auch perspektivisch die Mehrheit der Praxen in der Fläche darstellen. Doch Veränderungen an den Versorgungsstrukturen werden erforderlich sein, um die Nachbesetzungsperspektiven zu verbessern und damit die Sicherung der Versorgung zu unterstützen.

<sup>6</sup>Berücksichtigt sind nur Hausärzte, die der Veröffentlichung ihrer Daten in der Arztauskunft der ÄKN und der KVN zugestimmt haben.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) – das fachliche Beratungsgremium der Bundesregierung – kommt in seinem letzten Gutachten zur Schlussfolgerung, dass „qualitative Verbesserungen der Arbeitsbedingungen“ zur „Attraktivitätssteigerung insbesondere einer grundversorgenden ärztlichen Tätigkeit“ notwendig sind und dafür „neue Arbeitsformen, beispielsweise die Anstellung an einem MVZ, und familienkompatible Arbeitszeiten eine große Rolle [spielen]“ (SVR 2014, S. 605).

## HINTERGRUND



### Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Medizinische Versorgungszentren sind Einrichtungen der ambulanten Versorgung, in denen mehrere Ärzte in Niederlassung oder Anstellung tätig sind. Die Grundlagen sind in § 95 SGB V geregelt.

Ein MVZ wird als Personengesellschaft, eingetragene Genossenschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform gegründet, braucht aber einen ärztlichen Leiter, der in allen Fragen der medizinischen Leitung des Hauses weisungsfrei handelt, also auch nicht von der Trägergesellschaft des MVZ zu bestimmten medizinischen Vorgehensweisen verpflichtet werden darf.

Den Rechtsformen folgend, ist eine gewisse Bandbreite von Trägerschaften von MVZ möglich, die jeweils ihre Vor- und Nachteile haben. Welche Form die richtige ist, lässt sich nur anhand der konkreten Situation vor Ort beurteilen. Vereinfachend lassen sich drei wichtige Ausgestaltungsmöglichkeiten unterscheiden: Von Ärzten betriebene MVZ, von Kliniken gegründete MVZ und kommunale, also öffentliche MVZ. Bei letzteren ist zu beachten, dass sie formal sowohl als privatrechtliche Körperschaft als auch auf öffentlich-rechtlicher Grundlage betrieben werden können. Auch Mischformen, bei denen beispielsweise eine Kommune nur einen Teil der Gesellschafteranteile innehat, sind zulässig. Vor allem für Kommunen ist wichtig zu beachten, dass die Gründung eines MVZ entsprechendes Knowhow und die erforderlichen Ressourcen zur Steuerung (sowohl beim Aufbau aber auch im Betrieb) voraussetzt.

Allerdings wird gegenwärtig die überwiegende Mehrheit der MVZ in größeren Städten gegründet. Nur 13,5 Prozent der MVZ liegen in ländlichen Gemeinden (vgl. KBV, Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2016). Hier manifestiert sich der Strukturnachteil ländlicher Räume: Die auch vom SVR angeregten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen setzen größere Einheiten voraus, die aktuell aber vor allem in (größeren) Städten zu finden sind. Wenn ländliche Regionen nicht das Nachsehen im Wettbewerb um die „abnehmende Ressource Hausarzt“ haben wollen, braucht es Anstrengungen in der Anpassung der Versorgungsstrukturen.

Soll Ärzten eine möglichst attraktive Berufsausübung ermöglicht werden, die eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf erlaubt und bei der nahezu ausschließlich die Konzentration auf die Behandlung der Patienten im Vordergrund steht, dann geht das nur mit veränderten Strukturen und/oder einer Änderung der Rahmenbedingungen, in denen ambulante medizinische Leistungen erbracht werden. Neben der Möglichkeit attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen, erleichtern größere Einheiten auch Investitionen in moderne Ausstattungen und bauliche Qualitätsmerkmale wie barrierefreie Zugänge.

Die Sicherstellung kann nur gelingen, wenn (auch) an der Anpassung der Strukturen gearbeitet wird!

Es muss nicht immer ein MVZ sein!

Das bedeutet nicht, dass flächendeckend MVZ gegründet werden müssen. Eine Alternative sind die Eigeneinrichtungen. Dabei sind zwei Fallkonstellationen hervorzuheben: Der Betrieb einer Eigeneinrichtung durch die KVN nach § 105 Abs. 1 SGB V oder eine kommunale Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 5 SGB V.

Eigeneinrichtungen sind Praxen, die direkt von einem Träger wie der KVN oder einer Kommune mit angestellten Ärzten betrieben werden. Ein großer Vorteil von Eigeneinrichtungen ist, dass junge Ärzte in eine „fertige“ Praxis gehen und sich als angestellter Arzt zunächst ganz auf die medizinischen Aspekte des Berufs konzentrieren können, es aber die Möglichkeit gibt, diese Praxis später als eigene Niederlassung zu übernehmen. Damit können sich ändernde Präferenzen von jüngeren (aber ggf. auch von älteren) Ärzten gut abgebildet werden. Eigeneinrichtungen der KVN werden aber wohl auch künftig eher die Ausnahme bleiben, weil die KVN nachvollziehbarer Weise ihren eigenen niedergelassenen Mitgliedern keine Konkurrenz machen möchte.



Auch Gemeinschaftspraxen oder einfache Praxiskooperationen können die Vorteile größerer Strukturen genauso nutzen. Eine gut aufgestellte Gemeinschaftspraxis bietet gegenüber einem MVZ aus Versorgungssicht keine Nachteile. Zudem liegt ihr über die persönliche und wirtschaftliche Bindung der niedergelassenen Ärzte, die diese Praxis führen, eine sehr hohe Standortsicherheit zugrunde.

Es empfiehlt sich, beim (drohenden) Wegfall von Arztsitzen aus der Versorgung vor allem mit den anderen niedergelassenen Ärzten zu sprechen. Vielleicht können und wollen diese einen wegfallenden Arztsitz übernehmen und einen jungen Arzt als Partner aufnehmen (wodurch für diesen viele Nachteile, die mit dem alleinigen Führen einer Praxis verbunden wären, wegfallen könnten) oder auch einstellen?

Auch wenn die Anstellung insbesondere bei den jungen Ärzten hoch im Kurs steht, muss dies nicht für das gesamte Arztleben der bevorzugte Weg sein. Wenn sich die familiären Verpflichtungen reduzieren, steigt unter Umständen auch das Interesse an einer eigenen Praxis mit wirtschaftlich guten Aussichten. Das ist jedoch nicht in allen Strukturen gleich gut umzusetzen (siehe Kap. 2.1 S. 13f. und Kap. 3, S. 40).

TIPP



### Flexible Lösungen für sich verändernde Präferenzen von Ärzten ermöglichen

Gerade dort, wo die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auf Schwierigkeiten stößt, braucht es attraktive Angebote, um junge Ärzte für die Region zu begeistern. Flexible Modelle, die in unterschiedlichen Lebensphasen verschiedene Formen der Berufsausübung ermöglichen, gehören dazu. Tendenziell wünschen sich jüngere Ärzte geregelte Arbeitszeiten und ein geringeres wirtschaftliches Risiko. Beides können sie über eine Anstellung realisieren. Mit zunehmender Erfahrung im Beruf und sich auch privat verändernden Möglichkeiten, beispielsweise wenn Kinder größer sind und weniger Betreuung brauchen, steigt unter Umständen der Wunsch, den Beruf anders auszuüben, sich vielleicht auch selbstständig zu machen.

Ein solcher Übergang von der Anstellung zur eigenen Niederlassung (oder zur Teilhabe an einer Niederlassung) ist in einigen Strukturen besser zu bewerkstelligen als in anderen. Während er in von Kliniken oder Kommunen gegründeten MVZ nicht ohne weiteres zu umsetzen ist, sind solche Übergänge in Gemeinschaftspraxen oder Eigeneinrichtungen (die dann übernommen werden) gut abzubilden. Ein ausgewogener und nachhaltiger regionaler Versorgungsmix, der nicht nur eine Versorgungsform als Standard anstrebt, bietet hier die besten Chancen. Vielleicht können Modelle, die diese Flexibilität ermöglichen, gezielt unterstützt werden.

Allerdings gibt es bei der Um- oder Neugestaltung der Strukturen in einer regionalen Versorgungslandschaft natürlich klare Grenzen. Das planerische Zusammenlegen von einzelnen Arztsitzen ist keine Blaupause, die ohne weiteres in der Region vervielfältigt werden kann.

Hausärzte können nicht beliebig planerisch verschoben oder „von oben“ umstrukturiert werden. Sie sind Menschen, die ihre individuellen Vorstellungen haben und eigenständig ihre Entscheidungen treffen. Berufliche Kooperationen bedingen (jedenfalls bis zu einem gewissen Grad) Schnittmengen bei den Intentionen zur fachlichen Ausübung des Arztberufes, zum Führen der Praxis aber auch im persönlichen Bereich.

Auch aus diesem Grund können Lösungen für regionale Herausforderungen nur vor Ort – im Dialog mit den niedergelassenen Hausärzten – gefunden und nicht von „außen“ oder „oben“ oktroyiert werden. Im Ergebnis sind es sicher nicht immer die theoretisch besten Konstellationen, die letztendlich auch in der Praxis am besten funktionieren. Aber gerade in einem gemeinsam vor Ort getragenen Gestaltungsprozess liegen große Chancen, die Bedingungen zu verbessern.

Hausärzte sind keine Spielfiguren auf einem Schachbrett!



Die Veränderung einer Versorgung von inhabergeführten Einzelpraxen zu größeren Einheiten mit angestellten Ärzten bringt aber neue Schwierigkeiten mit sich.

Patienten in einer größeren Praxis, in der Ärzte in Anstellung (und ggf. sogar in Teilzeit) arbeiten, können nicht mehr davon ausgehen, dass ihnen immer ein und derselbe Arzt als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Das wird (noch) von vielen Menschen als problematisch angesehen.

---

Praxen künftig nicht mehr überall

---

Vor allem aber bedeuten größere Praxisstrukturen: Es gibt nicht mehr viele kleine Standorte, die nahezu über die ganze Region verteilt sind, sondern mit einer solchen Veränderung sind Konzentrationsprozesse verbunden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass diese Veränderungen ohnehin – also auch ohne Forcierung durch Kommunen und/oder KVN – stattfinden. Die Treiber sind in Kapitel 2 beschrieben worden. Die Chance – vor allem für Kommunen – liegt jedoch darin, diesen Prozess zu nutzen und aktiv so gestalten, dass Hausärzten attraktive berufliche Perspektiven aufgezeigt werden und die Verteilung der Arztsitze nicht willkürlich – sozusagen als „Marktberingung“ – stattfindet, durch die für Patienten nachteilige Versorgungsmuster entstehen.

Kein Akteur wird sich speziell für eine Region so stark machen (können), wie die betroffenen Städte und Gemeinden selbst. Auch hier wird deutlich, dass die Sicherung der hausärztlichen Versorgung nur in einem interkommunalen Kontext effektiv bearbeitet werden kann. Nur interkommunal sind Fragen nach sinnvollen Standortprioritäten und Versorgungserfordernissen zu beantworten. Und nur interkommunal abgestimmte Niederlassungsanreize können zu aus Patientensicht wünschenswerten Standortverteilungen von größeren Praxen führen. Lokales Kirchturmdenken wird stattdessen in Anbetracht der schwieriger werdenden Rahmenbedingungen zu einem ruinösen Wettbewerb zwischen Städten und Gemeinden führen.

Doch selbst unter günstigsten Umständen bleibt dann immer noch die Frage nach der verfügbaren Arbeitszeit der vor Ort ansässigen Ärzte. Denn angestellte Hausärzte arbeiten im Durchschnitt weniger als selbstständig Niedergelassene (siehe Kap. 2.1, S. 15). Dementsprechend bräuchte eine Region mit künftig mehr angestellten Ärzten auch mehr Arztsitze. Das ist aber im Angesicht der realen Entwicklungen in den meisten Gebieten illusorisch. Ausweg kann hier nur eine effektivere Ausnutzung der Arbeitszeit von Ärzten darstellen. Das bedeutet: Reduzierung von arztfremden Arbeitszeiten und Erhöhung des Anteils der Zeit, in der die Ärzte auch wirklich Patienten behandeln.

## Maßnahmenbündel 6: Bessere Ausnutzung der „Ressource Hausarzt“

Wenn die Versorgung einer Region mit weniger Ärzten bzw. weniger Arztstunden (infolge des Absinkens der Arbeitszeiten) abgesichert werden muss, bedarf es einer besseren Nutzung der „Ressource Arzt“. Entsprechend wichtig ist ein kluges regionales Gesamtversorgungskonzept.

Zwei grundsätzliche Ansätze können verfolgt werden: zum einen die Delegation ärztlicher und zum anderen nichtärztlicher Tätigkeiten, um durch die Reduzierung der arztfremden Zeiten Entlastungen zu schaffen.

Praxisassistenten können im nichtärztlichen Bereich sowohl administrative Aufgaben (wie bei der Abrechnung oder der Praxisführung) als auch Patientenbetreuung und kleine

Versorgungsaufgaben, die keine ärztlichen Leistungen im eigentlichen Sinne sind, wahrnehmen. Dazu gehören Blutabnahmen, Kontrolle der Blutdruck- oder Blutzuckerwerte, Wundnachsorge oder Hausbesuche.

Die Delegation nichtärztlicher Tätigkeiten durch arbeitsteilige Modelle ist in größeren Praxisstrukturen natürlich immanent. Aber auch in Einzelpraxen können ärztliche Belastungen wirkungsvoll reduziert werden. Gegebenenfalls lassen sich hierfür durch Kooperation mehrerer Praxen sogar Synergieeffekte erzielen.

Für die Übernahme nichtärztlicher Tätigkeiten stehen bereits etablierte und erprobte Formen der Assistenz wie die bekannten „Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa)“, dem Modell der Bundesärztekammer, und der „Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH)“ des Deutschen Hausärzterverbandes zur Verfügung. Viele Praxen in der Region Leine-Weser nutzen diese bereits und haben ihre medizinischen Fachangestellten (MFA) dahingehend weitergebildet. Wenn – wie im Maßnahmenbündel 5 beschrieben – die Bildung größerer Praxen unterstützt werden sollte, böte sich gegebenenfalls auch die Forcierung solcher Praxisassistenten an.

Im Gegensatz zu den nichtärztlichen Praxisassistenten ist die Delegation von ärztlichen Leistungen noch nicht so etabliert. Physician Assistants (PA), also Arztassistenten sind vor allem im angloamerikanischen Raum eine feste Versorgungsgröße. Außerhalb von Niedersachsen gibt es zwar schon einige Hochschulen, die PA ausbilden, jedoch ist die Delegation von ärztlichen Leistungen in der ambulanten Hausarztpraxis noch nicht flächendeckend verbreitet.

Eine Entlastung im ärztlichen Bereich ist aber nicht nur über Delegation möglich. Insbesondere auch neuere Verfahren und Technologien wie telemedizinische Anwendungen können künftig einen Beitrag leisten, wenn sie zeitintensive Fahrten des Arztes bei Bereitschaftsdiensten oder Hausbesuchen reduzieren. Ob und in welchem Umfang solche Effekte tatsächlich größere Entlastung bieten, kann gegenwärtig noch nicht abschließend beantwortet werden, weil die rechtlichen Grundlagen noch relativ neu sind. Die Etablierung von telemedizinischen Leistungen war Intention des „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ von 2015. Ein wichtiger Aspekt war das „Fitmachen“ der vertragsärztlichen Versorgung für die Telemedizin.

Seit einigen Monaten ist der sogenannte „Rollout“ der IT-Infrastruktur, also die Unterstützung der Umstellung ambulanter Praxen auf die neuen Technologien, begonnen worden. Ende Juni 2018 soll der Prozess bereits abgeschlossen werden.

Allerdings ergeben sich daraus resultierende Entlastungseffekte für den Arzt sicher nicht kurzfristig. Die Skepsis gegenüber telemedizinischen Möglichkeiten ist bei vielen Menschen (noch) weit verbreitet (vgl. Böcken et al. 2016, S. 79). Die Umstellung in der Realität der Behandlungsformen wird deswegen sicher länger brauchen als die Beschaffung der technischen Ausrüstung. E-Health kann daher auf absehbare Zeit Ärzte bzw. die wohnortnahe Versorgung mit ärztlichen Leistungen nicht ersetzen, aber zumindest ein ergänzender Baustein sein.

Ein weiterer Punkt, der oft in Gesprächen mit niedergelassenen Ärzten in ländlichen Regionen zur Sprache kommt, sind die zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung in der sprechstundenfreien Zeit (also nachts und am Wochenende) anfallenden Bereitschaftsdienste. Diese Dienste sind im Wechsel von den Ärzten eines Bereitschaftsdienstbereiches

---

Übertragung ärztlicher Leistungen als neue Möglichkeit?

---



(der nicht deckungsgleich mit den Planungsbereichen der Bedarfsplanung ist) zu leisten. Die KVN hat die Bereiche gegenwärtig so zugeschnitten, dass eine gleichmäßige Belastung aller Vertragsärzte mit maximal vier Bereitschaftsdiensten je Quartal gewährleistet wird (§ 3 Abs. 3 der Bereitschaftsdienstordnung der KVN).

Obwohl die während dieser Dienste erbrachten Leistungen sämtlich gemäß der Gebührenordnung abgerechnet werden können, also nicht unter die Budgetierung (siehe Hintergrund Budgetierung, S. 20) fallen, empfinden viele Ärzte diese Tätigkeiten vor allem nachts als Belastung. Denn im Vergleich zu eher auskömmlichen Bereitschaftsdiensten in Großstädten fallen in ländlichen Regionen eher weniger Behandlungsfälle bei langen An- und Abfahrtsstrecken an.

Ob die von der KVN vorgenommene Deckelung auf vier Dienste in allen Bereichen auch längerfristig funktioniert, bleibt abzuwarten. In Regionen, wo Arztsitze wegfallen, blieben als Auswege nur die Erhöhung der Dienstzahlen oder die räumliche Ausweitung der Bereitschaftsdienstbereiche, was wiederum zu längeren (unproduktiven) Fahrtzeiten führen würde.

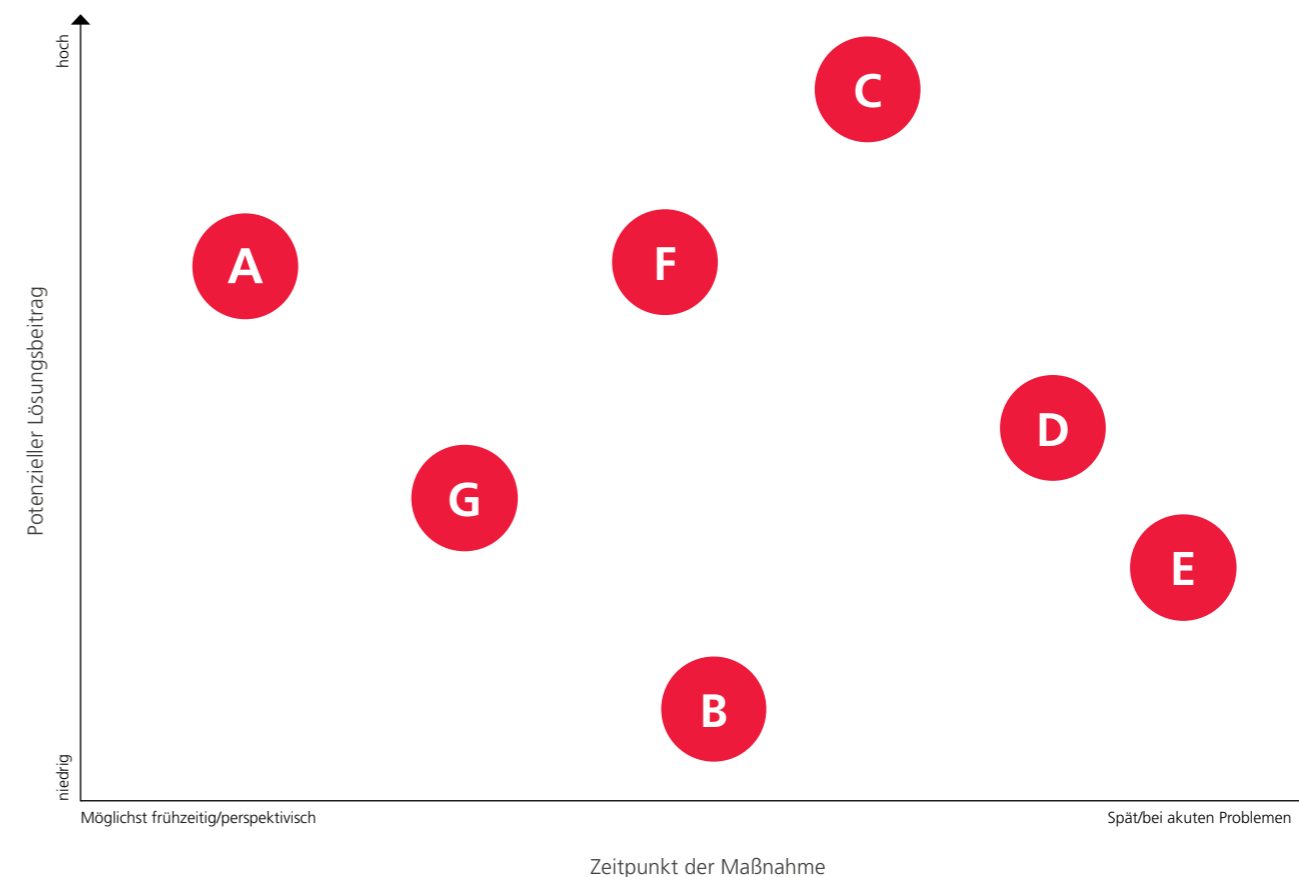
Doch auch bei den Bereitschaftsdiensten können überörtliche Überlegungen unter Umständen sinnvoll sein. Die Dienste können untereinander getauscht oder prinzipiell auch auf andere Ärzte übertragen werden. Nicht alle Ärzte sehen die Dienste als größeres Problem. Vielleicht lassen sich je nach Bedürfnis und Möglichkeiten in den Regionen organisatorische Lösungen als Win-Win-Situation finden.

## 4. Hinweise zur Auswahl geeigneter Maßnahmen

Im Folgenden sollen die zuvor empfohlenen Maßnahmen kurz in den Kontext ihrer Umsetzung eingeordnet werden. Wichtig ist dabei vor allem: Die unterschiedlichen Maßnahmen können nicht alle gleich schnell verwirklicht werden und haben unterschiedliche Zeitpunkte, an denen sie realisiert werden müssen. Sie brauchen teilweise längere Zeit, um ihre Wirkung entfalten zu können bzw. nimmt ihre Wirksamkeit ab, je weniger Zeit sie zur Entfaltung haben.

Ein Beispiel für langfristig wirkende Mittel sind beispielsweise Stipendien. Bis die Stipendiaten in die vertragsärztliche Versorgung eintreten, vergehen viele Jahre, in denen sich die Versorgungslage weiter verändert. Auch die Anpassung der Versorgungsstrukturen löst Versorgungsprobleme nicht kurzfristig, zumal allein die Umgestaltung selbst wegen des entsprechend intensiven Arbeits- und Abstimmungsprozesses unter Einbindung aller betroffenen Akteure längere Zeit benötigt.

Über die zeitliche Dimension hinaus unterscheiden sich die Lösungsansätze auch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit. Nicht alle Lösungen sind hinsichtlich ihres Beitrags zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung gleich. Bestimmten Vorhaben wohnt ein höheres Wirkungspotenzial inne als anderen. Auch sind bestimmte Maßnahmen in der Umsetzung zunächst deutlich konfliktträchtiger als andere bzw. ist es vor Ort schwieriger, das erforderliche Einvernehmen der beteiligten Akteure herzustellen.



- |   |   |
|---|---|
| A: Stipendien   | E: Delegation ärztlicher/nichtärztlicher Tätigkeiten  |
| B: Marketing  | F: Maßnahmen rund um Weiterbildung, Famulatur und PJ  |
| C: Umbau der Versorgungsstrukturen (Angestellte, MVZ, Eigeneinrichtungen) | G: Gestaltung der Rahmenbedingungen (Funktionsbündelung, Erreichbarkeiten, Kinderbetreuung, Familienfreundlichkeit) |
| D: Gewinnung ausländischer Ärzte  |   |

Abb. 9: Einordnung ausgewählter Maßnahmen hinsichtlich Wirkungspotenzial und Zeitpunkt der Umsetzung (eigene Darstellung)



So ist z. B. ein Regionalmarketing ein tendenziell leichter zu implementierender Ansatz. Die positive Darstellung der eigenen Region trifft in der Regel auf eine breite Zustimmung. Ihr Lösungsbeitrag ist aber sehr begrenzt (siehe Kap. 3, S. 33). Demgegenüber sind mit Anpassungen der Versorgungsstrukturen schwierige Abstimmungs- und Einigungsprozesse verknüpft. Gleichwohl stellen sie – zumindest grundsätzlich – auch einen deutlich größeren Baustein zur Lösung dar.

---

Daueraufgabe statt  
Feuerwehreinsatz

---

Das heißt in der Konsequenz, dass sinnvolle, tragfähige Gesamtlösungen nur erreicht werden können, wenn die Sicherung der hausärztlichen Versorgung als Daueraufgabe verstanden und angegangen wird. Eine Region, in der erst reagiert wird, wenn größere Versorgungslücken entstanden sind, wird die Probleme nur sehr schwer in den Griff bekommen können. Strategische Herangehensweisen zahlen sich perspektivisch aus.

Die Übersicht (siehe Abb. 9) kann und soll die einzelnen Lösungsansätze nur näherungsweise einordnen. Natürlich können sich die angelegten Vorbewertungsparameter in ihrer Ausprägung je nach Region und Kontext unterscheiden. Das Diagramm gibt aber erste Anhaltspunkte dafür, wie einzelne Maßnahmen sich im Kontext der Gesamtvoraussetzungen einordnen bzw. charakterisieren lassen. Und sie soll sensibilisieren: Ort, Zeit und Dauer der unterschiedlichen Möglichkeiten sind nicht beliebig, sondern genau zu prüfen.

Grundsätzlich gilt in den meisten Fällen: Es gibt nicht die „eine“ Maßnahme, die die Sicherung der hausärztlichen Versorgung allein bewerkstelligen kann. Im Regelfall wird es dafür einen Mix aus unterschiedlichen, aufeinander abgestimmten Maßnahmen brauchen.

## 5. Förderprogramme und Umsetzungshilfen

Nachfolgend werden einige für Kommunen geeignete Förderprogramme vorgestellt, die Vorhaben zur Sicherung und Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung unterstützen können.

Dabei wird zunächst auf vom Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser (ArL Leine-Weser) begleitete Förderprogramme eingegangen, bevor anschließend weitere Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Verweise auf die rein arztbezogene Förderung und Unterstützung der KVN sind nicht Bestandteil dieses Kapitels. Diese Maßnahmen wurden in Kapitel 3 integriert.

### Niedersächsische Programme, in deren Umsetzung das ArL Leine-Weser involviert ist

#### Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der integrierten ländlichen Entwicklung (ZILE)

Die ZILE-Richtlinie enthält verschiedene Förderbereiche zur Stärkung ländlicher Räume. Mit Blick auf die Sicherung der hausärztlichen Versorgung sind insbesondere die Maßnahmen „Regionalmanagement“, „Basisdienstleistungen“, „Kleinstunternehmen der Grundversorgung“ und „Dorfentwicklung“ interessant. Die jeweiligen Förderhöhen und Fördersätze variieren je nach Art des Antragstellers und Förderbereich.

Über die durch die ZILE-Richtlinie geförderten Regionalmanagements können regionale Maßnahmen und Projekte entwickelt und deren Umsetzung begleitet werden. Das Regionalmanagement folgt dabei u.a. den im integrierten ländlichen Entwicklungskonzept (ILEK) formulierten Handlungsschwerpunkten der Region, nimmt aber in der Umsetzung durchaus weitere Themen und Impulse mit auf. Es ist eine gute Möglichkeit für Kommunen, einen längerfristig angelegten Dialogprozess mit regionalen Hausärzten und KVN zu etablieren (siehe Kap. 3, S. 29ff.).

Die Fördermaßnahmen „Basisdienstleistungen“ und „Kleinstunternehmen der Grundversorgung“ bieten eine Vielzahl von denkbaren Ansätzen für den Aus-, Neu- und Umbau zugunsten von Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Hier sind vor allem Dorf- oder Nachbarschaftsläden, Nah- bzw. Grundversorgungseinrichtungen oder ländliche Dienstleistungsagenturen zu nennen. Es sind darüber hinaus aber auch Ärztehäuser oder Medizinische Versorgungszentren förderfähig.

Allerdings können niedergelassene Ärzte selbst nicht über die ZILE-Richtlinie gefördert werden. Diese wären zwar grundsätzlich dem ZILE-Förderbereich „Kleinstunternehmen der Grundversorgung“ zuzurechnen, jedoch wurde die Förderung von Ärzten hier landesweit ausgeschlossen. Es braucht demzufolge einen öffentlichen oder privaten Akteur als Betreiber und Antragsteller.

Der ZILE-Bereich „Dorfentwicklung“ adressiert Vorhaben der Erhaltung, Gestaltung und Entwicklung ländlich geprägter Orte zur Verbesserung der Lebensverhältnisse der ländlichen Bevölkerung. Dabei liegt ein gewisser Schwerpunkt auf der baulich-strukturellen Entwicklung von Dörfern. Trotzdem können hier auch Projekte mit Bezug zur ärztlichen Versorgung realisiert werden.

---

Sprechen Sie uns an!  
Gern helfen wir  
Ihnen bei der Ent-  
wicklung und Um-  
setzung geeigneter  
Vorhaben!

---

---

Gut einsetzbar für:  
Anpassung der  
Versorgungsstruk-  
turen (Maßnahmen-  
bündel 5), Aufbau  
von Kooperationen  
(Maßnahmenbündel  
1) und Gestaltung  
regionaler Rahmen-  
bedingungen (Maß-  
nahmenbündel 2)

---

Mit dem QR-Code geht's direkt zu den genannten Webseiten, Sie brauchen nur einen QR-Code-Reader.

## BEISPIEL

### Beispiel aus der Region: Studie des Landkreises Holzminden – „Neue Wege der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ im Rahmen der ZILE-Maßnahme „Dorfentwicklung“ (2017)

Im Rahmen einer Studie wurde für drei Modelldörfer untersucht, ob und wie der koordinierte Einsatz mobiler Diagnosegeräte die medizinische Versorgung im ländlichen Raum verbessern kann, vor allem mit Blick auf chronische Erkrankungen und notwendige Verlaufsdagnostiken.

Mehr dazu unter <http://www.arl-lw.niedersachsen.de/aerzteversorgung/>

#### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Zuständigkeitsbereich	Name	Telefon
Landkreis Hameln-Pyrmont	Kai Herten	+49 5121 9129-839
Landkreis Hildesheim	Antje Fleckenstein Anja Böttcher Kai Herten	+49 5121 9129-855 +49 5121 9129-876 +49 5121 9129-839
Landkreis Holzminden	Anja Böttcher	+49 5121 9129-876
Landkreis Schaumburg	Gunther Korf	+49 5121 9129-885
Region Hannover	Jens Schwerin	+49 5121 9129-889
Landkreis Diepholz Landkreis Nienburg (Weser)	Volker Kläche Dagmar König	+49 4271 / 801 172 +49 4271 / 801 171
ILE-Regionen / Regionalmanagements in den Landkreisen Diepholz und Nienburg	Ursula Nietfeld	+49 4271 / 801 161
ILE-Region / Regionalmanagement Börde	Antje Fleckenstein	+49 5121 9129-855
ILE-Region / Regionalmanagement Calenberger Land	Jens Schwerin	+49 5121 9129-889
ILE-Region / Regionalmanagement nette innerste	Anja Böttcher	+49 5121 9129-876

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

#### Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Umsetzung von LEADER (LEADER-Richtlinie)

LEADER (Liaison entre actions de développement de l'économie rurale) ist ein Förderinstrument der Europäischen Union zur Stärkung und Weiterentwicklung der ländlichen Räume und thematisch damit der ZILE-Förderung ähnlich.

Die Förderung von Projekten zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft und der nachhaltigen Entwicklung ländlicher Gebiete erfolgt dabei in den zu Beginn der aktuellen EU-Förderperiode ausgewählten LEADER-Regionen. Die Federführung obliegt dabei einem regional gebildeten Entscheidungsgremium, der Lokalen Aktionsgruppe (LAG).

Im Amtsbereich Leine-Weser nehmen sechs LEADER-Regionen am Programm teil. Grundlage der Bewilligung ist dabei das jeweilige regionale Entwicklungskonzept (REK). Soweit in den REK enthalten, können auch Maßnahmen mit Bezug zur ärztlichen Versorgung finanziert werden. Über die ebenfalls durch LEADER geförderten Regionalmanagements können zudem regionale Maßnahmen und Projekte entwickelt und deren Umsetzung begleitet werden (siehe Kap. 3, S. 30).



Direktlink zu den Ansprechpartnern

Gut einsetzbar für: Anpassung der Versorgungsstrukturen (Maßnahmenbündel 5), Aufbau von Kooperationen (Maßnahmenbündel 1) und Gestaltung regionaler Rahmenbedingungen (Maßnahmenbündel 2)

#### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Zuständigkeitsbereich	Name	Telefon
LEADER-Region Aller Fuhse Aue (Bereich Uetze)	Jens Schwerin	+49 5121 9129-889
LEADER-Region Meer und Moor	Jens Schwerin	+49 5121 9129-889
LEADER-Region Ostliches Weserbergland	Jens Schwerin	+49 5121 9129-889
LEADER-Region Schaumburg	Gunther Korf	+49 5121 9129-885
LEADER-Region Voglerregion	Anja Böttcher	+49 5121 9129-876
LEADER-Region Westliches Weserbergland	Jens Schwerin	+49 5121 9129-889

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

#### Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen im Rahmen des Programms „Soziale Innovation“

Die Richtlinie „Soziale Innovation“ unterstützt innovative Maßnahmen, die zur Lösung sozialer Herausforderungen und zur Deckung lokaler und regionaler Bedarfe beitragen. Dabei werden mit der „Anpassung von Unternehmen, Unternehmerinnen, Unternehmern und Arbeitskräften an den Wandel“ sowie der „Sicherung des Zugangs zu sowie Verbesserung und Ausweitung von erschwinglichen, nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen zur Sicherung der Daseinsvorsorge“ zwei thematische Schwerpunkte gefördert.

Die Richtlinie wurde bewusst eher offen formuliert, um eine entsprechende Bandbreite von innovativen Vorhaben zulassen zu können. Interessierte Akteure sollten daher bei Zeiten das Beratungsgespräch suchen, um zu prüfen, ob ihre Intention zur Förderkulisse passt oder welche Modifikationen das möglich machen könnten.

Ausgeschlossen sind jedoch Projekte zur Qualifizierung und zur Aus- und Weiterbildung.

#### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Name	Telefon
Arne Gisewski	+49 5121 9129-820

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

#### Förderung von Demografie-Projekten im Bereich der Metropolregion Hannover Braunschweig Göttingen Wolfsburg

Die Mittel auf Grundlage der Fördergrundsätze für die Gewährung einer Zuwendung zur Umsetzung von Demografie-Projekten in der Metropolregion Hannover Braunschweig Göttingen Wolfsburg können für Projekte verwendet werden, die vom Zukunftsforum empfohlen werden. Dabei orientiert sich der jährliche Förderschwerpunkt an den Fokusthemen des Zukunftsforums in der vorangegangenen Arbeitsphase. Die bisherigen Schwerpunkte waren: Bildung, Mobilität sowie Maßnahmen die darauf abzielen, Klein- und Mittelstädte als Stabilisatoren der ländlichen Räume im demografischen Wandel zu stärken. Die Arbeitsphase 2017 des Zukunftsforums setzte sich mit den Chancen der Digitalisierung für die Gestaltung des demografischen Wandels auseinander.

Gut einsetzbar für: Identifikation künftiger Bedarfe (Maßnahmenbündel 3) und neue Versorgungsmodelle (Maßnahmenbündel 6)

Gut einsetzbar für: Aufbau von Kooperationen (Maßnahmenbündel 1), Gestaltung regionaler Rahmenbedingungen (Maßnahmenbündel 2) und Anpassung der Versorgungsstrukturen (Maßnahmenbündel 5)

Da die Fördergrundsätze die Unterstützung modellhafter Ansätze vorsehen, kann mit den Mitteln eine große Bandbreite von möglichen Fördergegenständen abgedeckt werden. Viele konkrete Maßnahmen sind realisierbar, sofern der thematische Bezug zu den Schwerpunktsetzungen gegeben ist. Das ist bei Projekten zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung obligatorisch anzunehmen.



Direktlink zum Projekt

## BEISPIEL



### Beispiel aus der Region: Projekt „Regionalstrategie Hausärzteversorgung und Basisinfrastruktur Leinebergland“ (2017–2019)

Die Städte und Gemeinden des Leineberglandes, organisiert über einen interkommunalen Zusammenschluss in Form eines Vereines („Region Leinebergland e.V.“), führen zusammen mit den Hausärzten und der KVN gemeinsam ein Pilotprojekt zur Stärkung und Anpassung der hausärztlichen Versorgung in der ganzen Region durch. Ein zentrales Ziel des Vorhabens ist die innovative Bündelung und Modernisierung von Praxisstandorten in Verbindung mit Mobilitätsangeboten und ergänzender Basisinfrastruktur (Funktionsbündelung).

Damit sollen dem Standortnachteil ländlicher Versorgungsstrukturen entgegengewirkt und positive Impulse für die künftige Niederlassungsbereitschaft in der Region gegeben werden.

Die Erarbeitung und Implementierung einer interkommunal abgestimmten Strategie zur Sicherung der Hausarztversorgung und der genannten Basisinfrastruktur erfolgt kooperativ und akteursübergreifend.

Mehr dazu unter <http://www.arl-lw.niedersachsen.de/aerzteversorgung/>

#### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Name	Telefon
Matthias Maring	+49 5121 9129-823
Saskia Gähring	+49 5121 9129-848

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

### Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Stärkung der Metropolregion Hannover Braunschweig Göttingen Wolfsburg

Gesellschafter der Metropolregion GmbH und deren Mitglieder können einen Zuschuss für Projekte beantragen, die dem aktuellen Metropolregionsarbeitsprogramm entsprechen. Mit Blick auf die Sicherung der hausärztlichen Versorgung sind dabei vor allem die Schwerpunkte Gesundheitswirtschaft (z. B. Medizintechnik, Gesundheitshandwerk, Vernetzung Wirtschaft-Wissenschaft, Forschungsnetzwerke) und Verkehr und Elektromobilität (z. B. Forschungs- und Entwicklungsprojekte, neue Geschäftsmodelle) hervorzuheben.

Gut einsetzbar für: Gestaltung regionaler Rahmenbedingungen (Maßnahmenbündel 2) und Gewinnung neuer Ärzte (Maßnahmenbündel 4)

#### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Name	Telefon
Matthias Maring	+49 5121 9129-823
Saskia Gähring	+49 5121 9129-848

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

#### Städtebauförderung

Die Förderung der städtebaulichen Erneuerung und Entwicklung niedersächsischer Kommunen erfolgt durch insgesamt sechs verschiedene Städtebauförderungsprogramme. In festgelegten Erneuerungsgebieten sollen dabei sogenannte „städtebauliche Missstände“ behoben und so strukturellen Funktionsverlusten entgegengewirkt werden. Der zentrale Fokus aller niedersächsischen Städtebauförderungsprogramme liegt vor allem auf baulichen und gestalterischen Maßnahmen. Mit Blick auf die Sicherung der hausärztlichen Versorgung sind vorrangig die Programmzweige „Aktive Stadt- und Ortsteilzentren“, „Stadtumbau West“ und „Kleinere Städte und Gemeinden“ interessant.

Einzelne Projekte sind im Rahmen von städtebaulichen Gesamtmaßnahmen durchführbar. Das bedeutet, dass die Kommune mit einem entsprechenden Maßnahmengebiet in das jeweilige Städtebauförderungsprogramm aufgenommen worden sein muss. Als Antragsteller in der Städtebauförderung kommen ausschließlich Kommunen in Betracht.

Die Städtebauförderung kann sehr gut zur Gestaltung öffentlicher Flächen (siehe Gestaltungsansprüche im Umfeld von Praxen in Kap. 3, Maßnahmenbündel 2) und zur Stärkung der Funktionsbündelung in Ortszentren (siehe ebenfalls Kap. 3, Maßnahmenbündel 2) eingesetzt werden. Prinzipiell ist auch die Umnutzung bestehender Gebäude zu ärztlichen Einrichtungen vorstellbar, jedoch müssen bei der Förderung über die Städtebauförderung solcher Vorhaben die Regelungen zur Erwirtschaftung von Einnahmen beachtet werden.

Gut einsetzbar für: Gestaltung regionaler Rahmenbedingungen (Maßnahmenbündel 2) und Anpassung der Versorgungsstrukturen (Maßnahmenbündel 5)

#### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Name	Telefon
Christiane Wegner	+49 5121 9129-825
Evelin Pieczyk	+49 5121 9129-826

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

#### Weitere niedersächsische Programme

##### Gesundheitsregionen Niedersachsen

Mit dem Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ fördert die Landesregierung gemeinsam mit der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen sowie dem BKK Landesverband Mitte Niedersachsen die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Netzwerken in den niedersächsischen Landkreisen. Neben einer Förderung der Netzwerkbildung gibt es über das Programm mittlerweile auch die Möglichkeit zur Unterstützung einzelner Projekte.

Gut einsetzbar für: Aufbau von Kooperationen (Maßnahmenbündel 1)

Zentrales Element ist die Etablierung träger- und sektorenübergreifender Kooperationen verschiedener Akteursgruppen mit Bezug zum Gesundheitswesen und zur regionalen Daseinsvorsorge.

Dieses Projekt ist sehr gut für den Aufbau einer Partnerschaft und eines gemeinsamen Monitorings als „Frühwarnsystem“ für absehbare Nachbesetzungsbedarfe oder Versorgungsrisiken (siehe Kap. 3, Maßnahmenbündel 1 und 3) geeignet.

Im Bereich des ArL Leine-Weser sind die Landkreise Diepholz zusammen mit Nienburg, die Region Hannover, der Landkreis Hameln-Pyrmont und der Landkreis Holzminden bereits anerkannte Gesundheitsregionen und arbeiten – wenngleich auch mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen – an der Etablierung gesundheitsbezogener Netzwerke. Bewilligungsbehörde ist das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS). Fachliche Beratung und Unterstützung erhalten die Landkreise bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS).

### Fördergrundsätze zur Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen

Gut einsetzbar für: Anpassung der Versorgungsstrukturen (Maßnahmenbündel 5)

Über die Fördergrundsätze können niedersächsische Kommunen, die weniger als 50.000 Einwohner haben, einen Zuschuss für die Gründung kommunaler MVZ beantragen. Der Zuschuss kann für Investitionskosten (keine Personalkosten), die im Zusammenhang mit der Gründung entstehen, in Anspruch genommen werden. Kommunale MVZ müssen in diesem Zusammenhang nicht nur ausschließlich von Kommunen betriebene Zentren sein. Zuwendungsberechtigt sind ebenso Trägergesellschaften, an denen Kommunen beteiligt sind.

Die Anträge sind beim Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) zu stellen.

### Andere Programme mit Bezug zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung

#### Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Gut einsetzbar für: Neue Versorgungsmodelle (Maßnahmenbündel 6)

Der Innovationsfonds ist ein mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom Bundesgesetzgeber geschaffenes Instrument zur Förderung neuer Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen (§ 92a Abs. 1 SGB V). Gefördert werden dabei insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben (§ 92a Abs. 1 Satz 2 SGB V) und die Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist (§ 92a Abs. 2 Satz 1 SGB V).

Die Förderung erfolgt durch einen beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichteten Innovationsausschuss (§ 92b Abs. 1 SGB V) nach thematisch wechselnden Schwerpunkten (§ 92b Abs. 2 SGB V).

#### Forschungsprogramme

Auch Förderprogramme, die originär auf Forschung und/oder die Stärkung von Hochschulen ausgerichtet sind, können für Projekte zur Sicherung der hausärztlichen Ver-

sorgung genutzt werden. Neben reinen Forschungsleistungen, die an sich bereits einen wertvollen Beitrag zur Problematik leisten können, steht in mehreren Programmen auch der Anwendungsbezug, also die zur Forschung parallel stattfindende Implementierung von Maßnahmen, als Gegenstand der Förderung. Ein Beispiel dafür ist die niedersächsische Richtlinie „Innovation durch Hochschulen und Forschungseinrichtungen“, in deren Umsetzung das ArL Leine-Weser ebenfalls eingebunden ist.

#### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Name	Telefon
Arne Gisewski	+49 5121 9129-820

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

Auch auf Bundesebene existieren solche forschungsbezogenen Programme, die sehr gut nutzbar sind, beispielsweise die Richtlinien zur Förderung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben im Rahmen der Fördermaßnahme „Kommunen innovativ“ sowie die Richtlinie „Immer vor Ort - mobile medizintechnische Lösungen für eine patientenfreundliche Gesundheitsversorgung“. Bei beiden Programmen handelt es sich um Initiativen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF).

## BEISPIEL



### Beispiel aus der Region: Projekt „UrbanRural Solutions“ (gefördert über das BMBF-Programm „Innovationsgruppen für ein Nachhaltiges Landmanagement“, 2015-2019)

Der Erweiterte Wirtschaftsraum Hannover (EWH) ist als Praxispartner Bestandteil der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Innovationsgruppe UrbanRural Solutions. Diese hat das Ziel, regionale Kooperationen auf dem Weg zu einer nachhaltigen Daseinsvorsorge zu ermöglichen, die ohne innovativen Input nicht zustande kommen würden. Zudem sollen die dafür erforderlichen Innovationsprozesse optimiert und die Umsetzung verbessert werden.

Die angestrebten Ergebnisse umfassen eine regionale Wissensversorgung, ein Szenario-Tool, innovative Politik- und Bürgerbeteiligung nach dem Open Innovation-Ansatz, die Konzeption von Strategiefindungsprozessen sowie die Umsetzungsbegleitung von Kooperationslösungen.

Dabei wird in einem sogenannten Fokusraum – den Landkreisen Hameln-Pyrmont und Schaumburg – die ambulante medizinische Grundversorgung untersucht. Zur Bearbeitung der Fragestellung und Entwicklung von kooperativen Lösungsideen fanden im Mai und Juni 2017 zwei Workshopveranstaltungen mit lokalen Akteuren statt. Eingeladen waren sowohl regionale Vertreter aus Politik und Verwaltung sowie die Kassenärztliche Vereinigung und Ärztevertreter.

In einem weiteren Schritt sollen die erarbeiteten Handlungsansätze konkretisiert und schließlich umgesetzt werden.

Mehr dazu unter <http://www.arl-lw.niedersachsen.de/aerzteversorgung/>

Gut einsetzbar für: Aufbau von Kooperationen (Maßnahmenbündel 1) und Identifikation künftiger Bedarfe (Maßnahmenbündel 3)



Direktlink zum Projekt beim BMBF



Direktlink zum Projekt bei der TU Harburg



Direktlink zum Projekt beim EWH

Gut einsetzbar für:  
Aufbau von  
Kooperationen  
(Maßnahmenbündel  
1), Gestaltung  
regionaler Rah-  
menbedingungen  
(Maßnahmenbündel  
2) und Identifikation  
künftiger Bedarfe  
(Maßnahmen-  
bündel 3)

## Modellvorhaben der Raumordnung (MORO)

Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) sind auf Bundesebene vom Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur durchgeführte Initiativen, mit denen zu thematisch wechselnden Schwerpunkten Lösungen für raumentwicklungsbezogene Fragestellungen pilothaft entwickelt und umgesetzt werden sollen. Seit mehreren Jahren spielen dabei vermehrt Fragen zur Sicherung der Infrastruktur der Daseinsvorsorge (und damit auch zur Sicherung der ärztlichen Versorgung) eine wichtige Rolle. Hervorzuheben sind im Hinblick darauf die mittlerweile abgeschlossenen MORO „Region schafft Zukunft“, „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ sowie die laufenden Maßnahmen „Lebendige Regionen – Aktive Regionalentwicklung als Zukunftsaufgabe“ und „Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen“<sup>7</sup>.

Bei den MORO handelt es sich nicht um klassische Förderprogramme im Sinne einer Regelförderung. Die Aufnahme in die Vorhaben läuft daher zumeist nach thematisch definierten Kriterien oder auch über Teilnahmewettbewerbe.



## BEISPIEL

### Beispiel aus der Region: Projekt „Regionalstrategie Daseinsvorsorge“ und Kampagne „Ärztlich willkommen!“ in den Landkreisen Diepholz und Nienburg (gefördert über das MORO „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“, 2011-2013)

Die Region „Mitte Niedersachsen“, ein interkommunaler Verbund von 16 Städten und Samtgemeinden aus den Landkreisen Diepholz, Nienburg und Verden, hat sich von 2011 bis 2013 als eine von bundesweit 22 Modellregionen mit Fragen zur Anpassung der regionalen Daseinsvorsorgeinfrastruktur auseinandergesetzt. Im Fokus standen dabei die Sicherung der hausärztlichen Versorgung, der Mobilität und der Siedlungsentwicklung. Im Ergebnis stand die verbindliche Verabschiedung einer „Regionalstrategie Daseinsvorsorge“, in der neben geeigneten Maßnahmen auch interkommunale „Spielregeln“ vereinbart worden sind. Die Regionalstrategie wurde in allen Stadt- und Samtgemeinden in den zuständigen politischen Gremien erörtert und beschlossen. Zudem wurden im Aktionsprogramm konkrete Projekte umgesetzt. Neben Mobilitätsmaßnahmen (Pilotprojekt MOREMA) wurde auch die Marketingkampagne „Ärztlich Willkommen!“ mit der Förderung entwickelt.

Mehr dazu unter <http://www.arl-lw.niedersachsen.de/aerzteversorgung/>



Direktlink zur Regionalstrategie Daseinsvorsorge



Direktlink zur Region „Mitte Niedersachsen“



Direktlink zur Kampagne „Ärztlich Willkommen“

Durch die jeweils projektbezogene Gewährung einer Kofinanzierungszuweisung kann sich für anspruchsberechtigte Kommunen der tatsächlich zu erbringende Eigenanteil für Fördermaßnahmen auf bis zu minimal 5 Prozent der förderfähigen Ausgaben für ein Projekt reduzieren. Dabei kann vorbehaltlich der zur Verfügung stehenden Mittel die Kofinanzierungszuweisung für Maßnahmen gewährt werden, für die im laufenden Jahr Förderanträge bei den entsprechenden Bewilligungsstellen gestellt worden sind oder noch gestellt werden. Voraussetzung ist die Bewilligung des eigentlichen Hauptprojektantrags.

Die Schwierigkeiten der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung korrespondieren oftmals mit der Finanzschwäche, z. B. infolge demografischer oder wirtschaftlicher Nachteile. Deswegen stellen die Kofinanzierungszuweisungen gerade für solche Städte und Samt- bzw. Einheitsgemeinden eine attraktive Chance dar.

### Ansprechpartner im ArL Leine-Weser

Name	Telefon
Christoph Lahner	+49 5121 9129-836

Detailliertere Kontaktmöglichkeiten wie E-Mailadressen und Faxnummern finden Sie im Internet unter: <https://www.arl-lw.niedersachsen.de/ansprechpersonen/>

## Unterstützung finanzschwacher Kommunen bei der Kofinanzierung von Förderprojekten mit Mitteln aus den Europäischen Struktur- und Investitionsfonds (Kofinanzierungszuweisungen)

Die Kofinanzierungszuweisungen sind keine eigenständige Fördermöglichkeit, sondern die Unterstützung finanzschwacher Kommunen bei der Bereitstellung der notwendigen Eigenmittel für EU-geförderte Maßnahmen. Sie werden für eine Vielzahl von Förderrichtlinien des Landes Niedersachsen gewährt.

<sup>7</sup>Das Modellvorhaben „Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen“ ist formal kein MORO, diesen aber von Thema und Durchführung her sehr ähnlich.

## 6. Fazit und Ausblick

Die Sicherung des räumlich ausgewogenen Zugangs zu hausärztlichen Leistungen im Amtsbereich Leine-Weser steht in den kommenden Jahren vor Herausforderungen. Viele Hausärzte haben ein Alter, das kurz- bis mittelfristig den Wechsel in den Ruhestand erwarten lässt. Demgegenüber wollen gegenwärtig noch zu wenig junge Menschen Arzt in der ambulanten Allgemeinmedizin werden. Die Entwicklungen klaffen bereits seit längerer Zeit auseinander und die Zahlen zeigen dringenden Handlungsbedarf, wenn nicht viele Regionen in die Unterversorgung geraten sollen. Gefährdet sind vor allem ländliche Räume abseits größerer Zentren.

Natürlich kann die Sicherung der hausärztlichen Versorgung nicht isoliert und ohne Blick auf weitere Zusammenhänge betrachtet werden. Viele Aspekte stehen miteinander in Wechselwirkungen bzw. bedingen einander sogar. Das betrifft sowohl Bereiche der regionalen Entwicklung, wo viele wichtige Rahmenbedingungen für die Niederlassung von Ärzten beeinflusst werden, als auch medizinische oder gesundheitspolitische Fragestellungen.

Attraktive Rahmenbedingungen sind zwar wichtig für Ansiedlungserfolge, sie sind aber sozusagen eher Pflicht als Kür. Ausstattungsmerkmale wie gute Kinderbetreuung oder kulturelle Angebote sorgen allein nicht dafür, dass sich neue Hausärzte vor Ort niederlassen. Mehrere Untersuchungen haben aber ihre Abwesenheit als negativen Anreiz belegt. Wo adäquate Infrastruktureinrichtungen und andere Angebote fehlen, wird die Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung noch schwieriger als ohnehin schon.

Positive Anreize mit belegbaren Erfolgen für die Niederlassung liegen vor allem in der Gestaltung der Grundlagen zur Ausübung des Berufes. Der Trend zu geregelten Arbeitszeiten – vor allem in Anstellung – gewinnt ungebrochen weiter an Bedeutung. Kleinteiligere Versorgungsstrukturen ländlicher Regionen stellen hier einen gewissen Wettbewerbsnachteil im Ringen um neue Ärzte dar. Entsprechend wichtig ist es, sich mit Anpassungen auseinanderzusetzen.

Das können Städte und Gemeinden nur in interkommunaler Abstimmung tun, weil die Rückwirkungen von Standortveränderungen auch durch Wegfall und Verlagerung von Arztsitzen interkommunale Auswirkungen haben. Aufgrund der seit Jahren anhaltenden Zunahme größerer Praxen und MVZ – auch in ländlichen Gebieten – sind Konzentrationsprozesse unumgänglich. Für Kommunen bedeutet das die Beantwortung der Frage, ob sie mitgestalten möchten oder ob diese Entwicklungen ungesteuert verlaufen.

Um zu gestalten, müssen Kommunen, KVN und niedergelassene Ärzte vor Ort an einem Strang ziehen. Dabei ist es auch wichtig, möglichst alle Hausärzte in einer Region anzusprechen. Auch wenn jüngere Praxisinhaber keine zeitnahe Nachfolgeregelung benötigen, so wären sie doch von Veränderungen an benachbarten Standorten betroffen.

Einer Erhebung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zufolge sind die häufigsten von niedersächsischen Kommunen bereits ergriffenen Maßnahmen finanzielle Anreize zur Sicherung von Praxen im eigenen Gemeindegebiet, beispielsweise Zuschüsse oder Darlehen (vgl. Kuhn, Bertolt 2017, S. 66). Erfolg können solche Vorhaben aber nur haben, wenn das Thema perspektivisch behandelt wird. Die Sicherung einer ausgewogenen hausärztlichen Versorgung kann nicht gelingen, wenn Städte und Gemeinden erst beim Vorliegen akuter Probleme reagieren. Wichtiger als das reine Geldausgeben sind ein strategisches Management und ein gezielter, problemadäquater Einsatz der richtigen

Maßnahmen. Eine große Chance besteht in der räumlichen Bündelung verschiedener gesundheitsbezogener Einzelangebote (Pflege, Prävention u. a.).

Natürlich sind die Ausgangsbedingungen für kommunales Handeln nicht einfach. Der Druck auf lokale Verantwortungsträger steigt erheblich an, wenn Arztpraxen von Schließung bedroht sind.

Eine wichtige Empfehlung an Kommunen ist daher, sich vorrangig auf das vor Ort Machbare zu konzentrieren und ihre Ressourcen darauf ausgerichtet sinnvoll einzusetzen. Dafür sind verschiedene Fördermittelprogramme einsetzbar. Ein weiterer Rat ist es, bei der Nutzung solcher Programme genau hinzusehen. Bei vielen Fördermöglichkeiten – auch den in Kapitel 4 aufgeführten – steht die Sicherung der hausärztlichen Versorgung nicht im Titel. Trotzdem können sie dafür genutzt werden.

Natürlich braucht es auch am übergeordneten Instrumentarium weitere Verbesserungen, wenn nicht viele Regionen künftig unterversorgt sein sollen. Die Probleme können nicht von den betroffenen Städten und Gemeinden allein gelöst werden.



Die Organisation des deutschen Gesundheitswesens unterliegt deswegen auch gegenwärtig einer hohen Veränderungsdynamik. Zahlreiche Themen, die die Erbringung hausärztlicher Leistungen in den Regionen mit beeinflussen, sind davon berührt. In einigen werden die Auswirkungen schneller sichtbar als in anderen.

Beispielsweise nehmen MVZ seit Jahren konstant zu, vor allem wegen entsprechend angepasster gesetzlicher Grundlagen durch das Versorgungsstrukturgesetz von 2012 und das Versorgungsstärkungsgesetz von 2015. Der „Rollout“ der IT-Infrastruktur ist infolge des E-Health-Gesetzes von 2015 bereits mit hoher Dynamik angelaufen.

Auch in den kommenden Jahren sind weitere Änderungen zu erwarten. So wird beispielsweise der Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung, also dem Zusammenwirken von ambulanten und stationären Einrichtungen, eine hohe Bedeutung für die Sicherung der künftigen medizinischen Gesamtversorgung beigemessen. Dafür sind allerdings noch viele Hürden zu überwinden: Die Grundlagen der Bedarfsplanung zur Steuerung der

ambulanten Versorgung werden auf Bundesebene geregelt, während die Krankenhausplanung in Länderzuständigkeit liegt. Zudem gibt es momentan auch getrennte Finanzierungs- und Honorarsysteme.

Anhand der Versorgung von Notfällen wird die Bedeutung dieses Themas besonders ersichtlich. Hier finden momentan viele Behandlungen in den Notfallaufnahmen der Kliniken statt, die eigentlich in der ambulanten Versorgung – außerhalb der regulären Sprechzeiten demnach über den ärztlichen Bereitschaftsdienst – abgedeckt werden müssten. Die mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) 2016 geschaffene Möglichkeit für durch die KVN an Kliniken eingerichteten ambulanten Portalpraxen soll nach dem Willen der neuen Landesregierung auch in Niedersachsen verstärkt genutzt werden.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Reform des Medizinstudiums, verbrieft über den „Masterplan Medizinstudium 2020“. Zentrale Anliegen sind die Stärkung der Allgemeinmedizin und die Überarbeitung der Zulassungsgrundlagen zum Studium. Auch Quoten für zukünftige Haus- / Landärzte werden in einigen Bundesländern erwogen. Für Niedersachsen hat die neue Landesregierung die Erhöhung der Studienplätze bereits angekündigt.

Trotz dieser zahlreichen Entwicklungen – sowohl bei den organisatorischen, technologischen und fachbezogenen Veränderungen – ist jedoch klar: Hausärzte bzw. Mediziner generell können auf absehbare Zeit nicht ersetzt werden. Auch richtige und wichtige Ansätze wie E-Health und die Delegation von Leistungen können Ärzte lediglich in bestimmten Bereichen entlasten bzw. unterstützen. In den kommenden Jahren kann eine räumlich ausgewogene allgemeinmedizinische Versorgung nur sichergestellt werden, wenn in allen Regionen ausreichend viele Hausärzte wohnortnah praktizieren. Die Grundlagen dafür zu sichern, bleibt eine wichtige aber auch schwierige Aufgabe staatlicher Daseinsvorsorgepolitik. Das Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser wird Sie daher bei der Entwicklung und Umsetzung von Lösungen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Ihrer Region gern unterstützen.

## Quellen

Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser: Hausärzte gewinnen. Informationen für Kommunen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Hildesheim, 2015.

Ärztekammer Niedersachsen, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen: Niedersächsisches Ärzteblatt. Ausgabe 2/2015. Hannover, 2015.

Böcken, Jan / Braun, Bernard / Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2016.

Bundesärztekammer: Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2016. URL: <http://www.bundesaeztekammer.de/ue-ber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2016> (abgerufen am 10.09.2017)

Bundesärztekammer: Experten fordern sektorenübergreifende Bedarfsplanung. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79265/Experten-fordern-sektorenuebergreifende-Bedarfsplanung> (abgerufen am 13.09.2017)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Berlin, 2015.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Medizinische Versorgungszentren aktuell. Stand 31.12.2016 URL: [http://www.kbv.de/media/sp/mvz\\_aktuell.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf) (abgerufen am 20.06.2017)

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN): Immer mehr Patienten werden ambulant in Praxen behandelt. URL: [http://www.kvn.de/Startseite/broker.jsp?uMen=73e70a92-b004-e121-cf5a-7e25028130e5&\\_ic\\_uCon=026749b1-53ba-c518-e1d8-a560b8ff6bcb&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-000000000012](http://www.kvn.de/Startseite/broker.jsp?uMen=73e70a92-b004-e121-cf5a-7e25028130e5&_ic_uCon=026749b1-53ba-c518-e1d8-a560b8ff6bcb&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-000000000012) (abgerufen am 01.09.2017)

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP): Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2016. Mainz, 2016.

Kuhn, Bertolt: Machen die Kommunen mobil? In: Ärztekammer Niedersachsen, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen: Niedersächsisches Ärzteblatt. Ausgabe 7/2017. Hannover, 2017. S. 62-67.

Miani, Celine / Hinrichs, Saba / Pitchforth, Emma / Bienkowska-Gibbs, Teresa / Disbeschl, Stefanie / Roland, Martin / Nolte, Ellen: Best practice: Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive. RAND Europe, 2015.

Rhein-Neckar-Zeitung: Der Arzt kommt mit dem Bus zum Patienten. URL: [https://www.rnz.de/ratgeber/gesundheit\\_artikel,-sprechstunde-im-medibus-der-arzt-kommt-mit-dem-bus-zum-patienten-\\_arid,317899.html](https://www.rnz.de/ratgeber/gesundheit_artikel,-sprechstunde-im-medibus-der-arzt-kommt-mit-dem-bus-zum-patienten-_arid,317899.html) (abgerufen am 24.11.2017)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin, 2014.

Steinhäuser, Jost / Joos, Stefanie / Szecsenyi, Joachim / Götz, Katja: Welche Faktoren fördern die Vorstellung, sich im ländlichen Raum niederzulassen? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 01/2013, Köln, 2013. S. 10-15.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi): Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2015. Berlin, 2017.

## Maßnahmen

### Eine Übersicht

1. Arztbezogenes Regionalmarketing und Kampagnen, S. 33
2. Aufbau eines Monitorings als „Frühwarnsystem“, S. 34
3. Ausländische Ärzte, S. 40
4. Dauerhafte Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und KVN, S. 29/30
5. Delegation ärztlicher Tätigkeiten, S. 45
6. Delegation nichtärztlicher Tätigkeiten, S. 45
7. Eigeneinrichtungen, S. 42
8. Erarbeitung regionaler Versorgungs- und Standortprioritäten, S. 37
9. Erlebbarer Familienfreundlichkeit, S. 33
10. Gute Kinderbetreuung, S. 31
11. Interkommunale Zusammenarbeit, S. 30
12. Jobmöglichkeiten für Partner von Ärzten, S. 31
13. Kommunale Sonderrolle: Gestaltungsmandat für die eigene Region annehmen, S. 44
14. Modifikationsmöglichkeiten der Bedarfsplanung nutzen, S. 36
15. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), S. 41
16. Nachwuchsbindung; S. 37/38
17. Stärkung der Erreichbarkeit von Praxisstandorten, S. 32
18. Stärkung der Funktionsbündelung in Ortszentren, S. 32
19. Steuerung über die Raumordnung, S. 36/37
20. Szenarien zur weiteren Entwicklung der Versorgung, S. 35
21. Telemedizinische Ergänzungen, S. 45
22. Unterstützung bei der Organisation der Bereitschaftsdienste, S. 46
23. Unterstützung der Schaffung von Angestelltenstellen, S. 42/43
24. Verzahnung und bedarfsgerechte Ausrichtung von Raumordnung und Fördermaßnahmen, S. 33, 37
25. Weiterbildung, Famulaturen und PJ flankieren und ergänzen, S. 38
26. Weiterbildungsverbände, S. 38

## Ansprechpartner



Timo Fichtner

Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser

Bahnhofplatz 2-4

31134 Hildesheim

Tel.: +49 5121 9129-832

Fax: +49 5121 9129-902

E-Mail: [timo.fichtner@arl-lw.niedersachsen.de](mailto:timo.fichtner@arl-lw.niedersachsen.de)

[www.arl-lw.niedersachsen.de](http://www.arl-lw.niedersachsen.de)



## Tabellen und Abbildungen

### Abbildungen

Abb. 1: Niedergelassene Hausärzte in Deutschland nach Altersgruppen in Jahren zum 31.12.2016	10
Abb. 2: Präferenzen der Medizinstudierenden und Bedarfe für Wiederbesetzungsquoten	12
Abb. 3: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen	13
Abb. 4: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen/Ärzte	14
Abb. 5: Wochenarbeitszeiten von Inhabern und angestellten Ärzten	15
Abb. 6: Arbeitsorte, die für Studierende nicht infrage kommen	17
Abb. 7: Entwicklung der Zulassungszahlen von Facharztanerkennungen für Allgemeinmedizin und innerer Medizin gegenüber der Entwicklung des Durchschnittsalters der Vertragsärzteschaft	27
Abb. 8: Entwicklung der Zulassungstahlen von ausländischen Ärzten	39
Abb. 9: Einordnung ausgewählter Maßnahmen hinsichtlich Wirkungspotenzial und Zeitpunkt der Umsetzung	47

### Tabellen

Tab. 1: Versorgungsgrade in den hausärztlichen Planungsbereichen 2016	25
Tab. 2: Empfehlungen für Informationsquellen im Rahmen eines gemeinsamen Monitorings	35

### Bildnachweise

Titelseite © lenetsnikolai – Fotolia.com

S. 4	Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung
S. 6	© s_karau – Fotolia.com
S. 8	© ChaotiC_PhotoGraphY – Fotolia.com
S. 11	© Steve Mann – Fotolia.com
S. 16	© Thomas Leonhardy – Fotolia.com
S. 19	© Christian Schwier – Fotolia.com
S. 23	© ingwio – Fotolia.com
S. 27	© bluedesign – Fotolia.com
S. 28	© Robert Kneschke – Fotolia.com
S. 32	© venemama – Fotolia.com
S. 33	© pure-life-pictures – Fotolia.com
S. 37	© Nabby – Fotolia.com
S. 39	© alphaspirt – Fotolia.com
S. 42	© Andrey Kuzmin – Fotolia.com
S. 43	© hurca.com – Fotolia.com
S. 46	© Trueffelpix – Fotolia.com
S. 59	© Christian Schwier – Fotolia.com





Herausgeber:

Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser

Bahnhofsplatz 2-4

31134 Hildesheim

Tel: +49 5121 9129-800

Fax: +49 5121 9129-902

[poststelle@arl-lw.niedersachsen.de](mailto:poststelle@arl-lw.niedersachsen.de)

Bearbeitung und Text: Timo Fichtner

Redaktion: Corinna Kügler

Satz und Layout: BLACKLIME GmbH

Druck: Landesamt für Geoinformation und Landesvermessung  
Niedersachsen (LGLN)

Nachdruck und Vervielfältigung:

Alle Rechte vorbehalten

Zugunsten der Barrierefreiheit und der besseren Lesbarkeit wird  
der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die  
weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

[www.arl-lw.niedersachsen.de](http://www.arl-lw.niedersachsen.de)