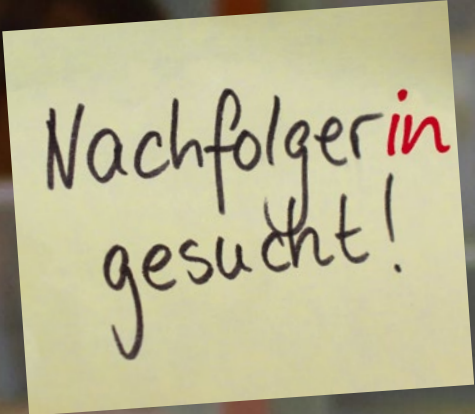


Amt für regionale Landesentwicklung
Leine-Weser



Nachfolgerⁱⁿ
gesucht!



Hausärzte gewinnen

Informationen für Kommunen
zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung



Niedersachsen

Inhalt

1	Sicherung der hausärztlichen Versorgung – eine (neue) Aufgabe für Städte und Gemeinden.....	4
2	Städte und Gemeinden und die Sicherung der hausärztlichen Versorgung.....	6
2.1	Zunehmende Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Hausarztpraxen.....	6
2.2	Die Vielschichtigkeit des deutschen Gesundheitssystems.....	7
2.3	Kommunale Antworten	9
2.4	Gemeindeübergreifende Auswirkungen	9
3	Die Hintergründe des Problems	12
3.1	Tätigkeitsbereiche – Vielfalt bei der Berufswahl für Ärzte	12
3.2	Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte	14
3.3	Niederlassung oder Anstellung?	15
3.4	Die Medizin wird weiblich	17
3.5	Stadt oder Land?	19
3.6	Die Hintergründe im Überblick	22
4	Der Rahmen für kommunales Engagement	24
4.1	Wichtige Rechtsvorschriften in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	24

4.2 Ausgewählte Instrumente, Akteure und Aufgaben in der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung	25
4.3 Schritte zum praktizierenden Mediziner vor Ort.....	28
4.4 Neuere Gesetzesvorhaben mit wichtigen Veränderungen	29
5 Sechs Handlungsempfehlungen für Kommunen	31
5.1 Erste Empfehlung: Akzeptanz und realistischer Blick auf Situation und Lösungen	31
5.2 Zweite Empfehlung: Interkommunale Abstimmung und Zusammenarbeit	32
5.3 Dritte Empfehlung: Nachwuchsbindung und Nutzung der Potenziale vor Ort	34
5.4 Vierte Empfehlung: Vorausschauende Beobachtung und Dialog der Akteure.....	35
5.5 Fünfte Empfehlung: Anpassung der Versorgungsstrukturen	38
5.6 Sechste Empfehlung: Attraktivität der Region.....	39
Verwendete Quellen	41
Literatur zum Thema	41
Ansprechpartner	42

1 Sicherung der hausärztlichen Versorgung – eine (neue) Aufgabe für Städte und Gemeinden



Die hausärztliche Versorgung wird zunehmend eine zentrale Herausforderung für Städte und Gemeinden der Region Leine-Weser, insbesondere in ländlichen Gebieten. Die Überalterung der niedergelassenen Ärzte* bedingt einen hohen Nachbesetzungsbedarf. Immer schwieriger fällt es aber Ärzten, Nachfolger für die eigene Praxis zu finden. Neueröffnungen „klassischer“ Einzelpraxen bleiben im ländlichen Raum eher die Ausnahme. Immer mehr junge Mediziner und Absolventen spezialisieren sich als Fachärzte und bevorzugen städtische Räume als Wohn- und Arbeitsstandort. Die Niederlassung als Hausarzt im ländlichen Raum erscheint persönlich und betriebswirtschaftlich unattraktiv.

Hier gilt es, positive Anreize zu schaffen und diesem Trend gezielt entgegenzuwirken. Das ist eine neue Aufgabe für Städte und Gemeinden, welche wir mit dieser Publikation in ihren Anstrengungen bei der hausärztlichen Versorgung unterstützen möchten.

Da die Hintergründe für Nichtfachleute häufig schwer verständlich sind, haben wir die Zusammenhänge möglichst übersichtlich dargestellt. Die vorliegende Publikation ist daher bewusst kompakt und plakativ gestaltet. Die im zweiten Teil enthaltenen grundsätzlichen Handlungsempfehlungen sollen Ihnen

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

helfen, Ihre Kommunen und Ihre Region im Thema bestmöglich aufzustellen.

Natürlich besitzen Städte und Gemeinden in der hausärztlichen Versorgung nur eingeschränkte Möglichkeiten. Die gesetzliche Sicherstellung ist und verbleibt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN). Die Spielräume für kommunales Engagement existieren trotzdem; sie werden nachfolgend vorgestellt.

Das Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser unterstützt Städte und Gemeinden bei mehreren Förderprogrammen, die eine sinnvolle Hilfe zur Bewältigung der Problematik bieten können, wie z. B. LEADER, Regionalmanagement, Dorfentwicklung, Städtebauförderung oder die Richtlinie zur Förderung der Metropolregion Hannover Braunschweig Göttingen Wolfsburg. Gern beraten wir Sie hierzu.

Darüber hinaus eröffnet das Land Niedersachsen mit dem Programm „Gesundheitsregionen“ eine wichtige Möglichkeit zur Standortbestimmung in Ihrer Region. Zielgerichtet, auf den Arzt und seine Praxis bezogene Unterstützungen bietet zudem die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen an.

Ich hoffe, dass Ihnen die vorliegende Publikation einen nützlichen Überblick gibt und als Orientierungshilfe dient. Gern steht Ihnen das Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser mit Rat und Tat zur Seite.

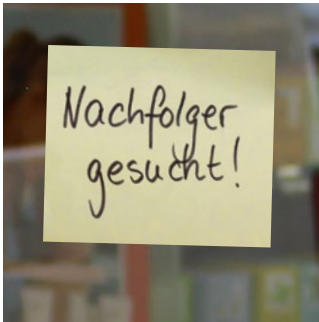
Ihre



Karin Beckmann
Landesbeauftragte für
regionale Landesentwicklung Leine-Weser

2 Städte und Gemeinden und die Sicherung der hausärztlichen Versorgung

2.1 Zunehmende Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Hausarztpraxen



Städte und Gemeinden in Niedersachsen, auch in der Region Leine-Weser, beobachten, dass es seit einigen Jahren zunehmend Schwierigkeiten gibt, die Weiterführung einer Hausarztpraxis nach dem Ausscheiden eines Arztes zu sichern. Galt die eigene Praxis früher als Wertgarant mit bemerkenswertem Ansehen, stehen heute insbesondere Hausärzte in ländlichen Regionen aber auch in städtischen Gebieten vor großen Herausforderungen, für ihre eigene Praxis geeignete Nachfolger zu finden.

Das zentrale Problem ist der Ärztemangel, der sich immer stärker bemerkbar macht. Die Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte zeigt: Viele Praxen stehen in den nächsten Jahren vor der Übergabe oder der Schließung. In der Region Leine-Weser sind dies je nach Teilraum zwischen 30 und 50 % (bezogen auf die Zahl der Praxen, deren Inhaber 60 Jahre und älter sind). Die insbesondere in den 1970er-Jahren in Vielzahl approbierten Ärzte erreichen in naher Zukunft das Alter für den Ruhestand.

Das hat zur Folge, dass Städte und Gemeinden mit ihren Bewohnern zunehmend Leidtragende dieser problematischen und unerwünschten Entwicklung werden. Doch für die Zukunftsfähigkeit und Attraktivität einer Kommune ist die Infrastrukturausstattung, zu der unbedingt die Versorgung mit medizinischen Leistungen gehört, ein wichtiger Faktor. Orte, in denen es

keinen Hausarzt mehr gibt, verlieren an Lebensqualität. Das Augenmerk der Bevölkerung richtet sich in Bezug auf die hausärztliche Versorgung daher auch in zunehmenden Maße auf Städte und Gemeinden.

Nun liegt die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (also die medizinische Versorgung auf Basis der gesetzlichen Krankenversicherung) nicht primär in der Zuständigkeit der Kommunen, dennoch können diese Einfluss auf die Entwicklung nehmen.

2.2 Die Vielschichtigkeit des deutschen Gesundheitssystems

Da Kommunen in der Vergangenheit nicht oder kaum in die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung einbezogen waren, stehen sie gegenwärtig vor neuen fachlichen Herausforderungen. Die Zusammenhänge des deutschen Gesundheitssystems sind schwer zu verstehen. Das Zusammenspiel von Rollen und Aufgaben bei der Sicherung der ärztlichen Versorgung ist komplex. Die Möglichkeiten und Spielräume für kommunales Engagement erschließen sich nicht auf den ersten Blick, dennoch gibt es sie.

Nicht Städte und Gemeinden, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen, für die Region Leine-Weser also die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, stehen in der Sicherstellungspflicht.

Ihr zentrales Werkzeug dafür ist die Bedarfsplanung (siehe Abschnitt 4.2), die die patientennahe Versorgung und die Verteilung der Ärzte sichern soll. Allerdings ist die Bedarfsplanung nur ein Zulassungsrahmen für niederlassungsbereite Mediziner und führt nicht etwa automatisch zum Nachrücken neuer Ärzte. Sie ist zudem an aktuellen Messzahlen orientiert und nur bedingt eine den tatsächlichen Bedarf ermittelnde

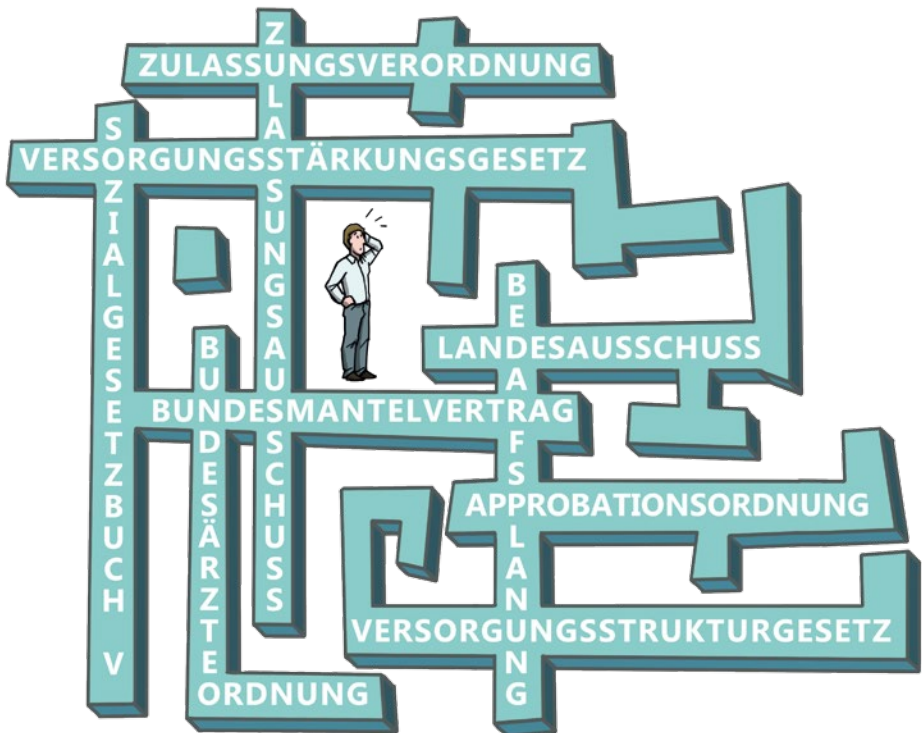
 **Sicherstellungsauftrag
liegt bei der KVN**



**Freie Arztwahl und
Niederlassungsfreiheit**

Vorausschau. Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass in Deutschland für Ärzte grundsätzlich Niederlassungsfreiheit besteht. Verbindliche Vorgaben zur räumlichen Verortung von Arztsitzen sind innerhalb „geöffneter“ Bedarfsplanungsbereiche nicht möglich.

Demgegenüber haben Patienten die freie Wahl ihres Arztes. Räumliche Implikationen bleiben in der Sicherung der Ärzteversorgung also notgedrungen unverbindlich. Städte und Gemeinden sind deshalb gut beraten, sich diesbezüglich zu engagieren und eigene Spielräume zu nutzen. Die Frage ist nur: Wie sieht ein zielführendes Engagement aus?



2.3 Kommunale Antworten

Wie nähern sich Städte und Gemeinden den bereits bestehenden bzw. sich abzeichnenden Problemen mit der hausärztlichen Versorgung? Im Regelfall werden die Aufgaben erst sichtbar, wenn Schwierigkeiten bei der (Nach-)Besetzung an einem konkreten Standort zutage treten, nämlich wenn ein Praxisinhaber keinen Nachfolger findet und die Vakanz öffentlich signalisiert.

Die Folge: Es entsteht akut kommunalpolitischer Druck auf die Verwaltung, denn Bürger und Kommunalparlamente erwarten konkrete Reaktionen.

Die häufig gegebenen Antworten sind Anwerbungsversuche mit Anreizen aus öffentlichen Ressourcen: Headhuntermverträge werden geschlossen, um ausländische Ärzte zu rekrutieren, Zuschüsse für Praxisübernahmen bezahlt, zinslose Darlehen und Bürgschaften übernommen, Immobilien zu niedrigen Preisen überlassen oder sogar verschenkt. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten. In nahezu jedem Fall steht aber der Einsatz öffentlicher Ressourcen – also letztendlich Steuergeldern – dahinter. Doch die Nachhaltigkeit dieser Ansätze ist zu hinterfragen.

 *Druck auf Bürgermeister und Verwaltung wächst*



2.4 Gemeindeübergreifende Auswirkungen

Natürlich werden auch trotz der schwierigen Rahmenbedingungen Ansiedlungserfolge erzielt, also neue Praxisinhaber gefunden. Möglicherweise spielen dabei auch die vorgenannten Anreize eine anteilige Rolle. Die kritischen Fragen bleiben jedoch:

- Sind die Versorgungsprobleme mittels eines solchen Einsatzes öffentlicher Haushaltsressourcen für die jeweilige Gemeinde gelöst? Welche Folgen haben eigentlich die *Entwicklungen in Nachbarkommunen*?

 *Survival of the richest?*

- Ein Arzt sucht seine Patienten nicht nach gemeindlicher Zugehörigkeit aus: Ist also eine auf diese Weise subventionierte Praxis eventuell ein durch eine Kommune bezuschusster Standort, der die im Umland wegbrechenden Versorgungsaufgaben mit übernehmen muss? Finanziert eine Gemeinde, die vordergründig (nur) die eigene Versorgungsproblematik lösen will, in Wahrheit die Versorgung einer ganzen Region? Ist das ein *zweckmäßiger, zielbewusster Steuerungsansatz*?
- Ist dieses Geld sinnvoll investiert, wenn für einen Teilraum hinterher weniger Ärzte die Versorgungsleistung sicherstellen müssen, also weniger Ärzte die gleiche Zahl an Patienten zu versorgen haben? Was bedeutet das letztendlich für die medizinische *Versorgungsqualität einer Region*?



*Patientenbedürfnisse
als Messlatte*

Es dürfte klar sein, dass auf diese Weise zwar Nachbesetzungen von einzelnen Praxen klappen können, aber die Erreichung einer – aus Sicht der Einwohner – wünschenswerten flächendeckenden Versorgung so nicht im Vordergrund der Bemühungen steht.



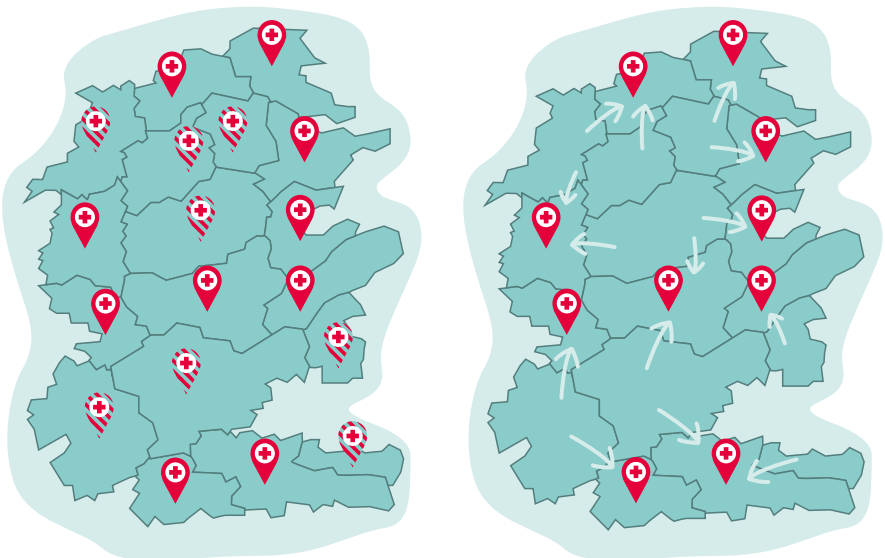
*Kommunaler
Überbietungswettbewerb?*

Wenn man unterstellt, dass gemeindliche Anreize tatsächlich eine Lenkungsfunktion für die Nachbesetzung besitzen und nicht nur Mitnahmeeffekte sind, dann würde dies auch bedeuten, dass ggf. sogar wichtige(re) Versorgungsstandorte wegfallen könnten, wenn aus Patientensicht weniger bedeutsame Standorte im Sinne eines „Überbietungswettbewerbs“ höher subventioniert werden. Natürlich sind nicht alle finanziellen Bemühungen von Kommunen als schlecht zu bewerten. Gerade Unterstützungen von bereits niedergelassenen oder niederlassungswilligen Ärzten, z. B. durch Praxismodernisierungen, -erweiterungen oder die (bauliche) Zusammenlegung vormals getrennter

Arztpraxen können sinnvolle gemeindliche Investitionen in die Zukunftsfähigkeit ärztlicher Versorgungsstrukturen sein (siehe Abschnitte 5.2, 5.3 und 5.5).

Zusammengefasst:

- Wenn sich das kommunale Engagement nur auf eine einzelne Stadt oder Gemeinde bezieht, können
 - auch mit noch so starkem Einsatz – keine „Versorgungsinseln“ entstehen. Zwar können durch kommunale Bemühungen einzelne Standorte erhalten bleiben, doch kommt es bei der Schließung anderer Praxen zu einer Verlagerung des Patienten-aufkommens.
- Versorgungsprobleme können durch den isolierten Blick auf nur eine Gemeinde/einen Ortsteil demnach nicht allein gelöst werden.
- Der Einsatz öffentlicher Ressourcen bleibt auf diese Weise perspektivisch wenig nachhaltig.



Durch den Wegfall einzelner Praxen müssen die verbleibenden Praxen die Patienten mitversorgen.

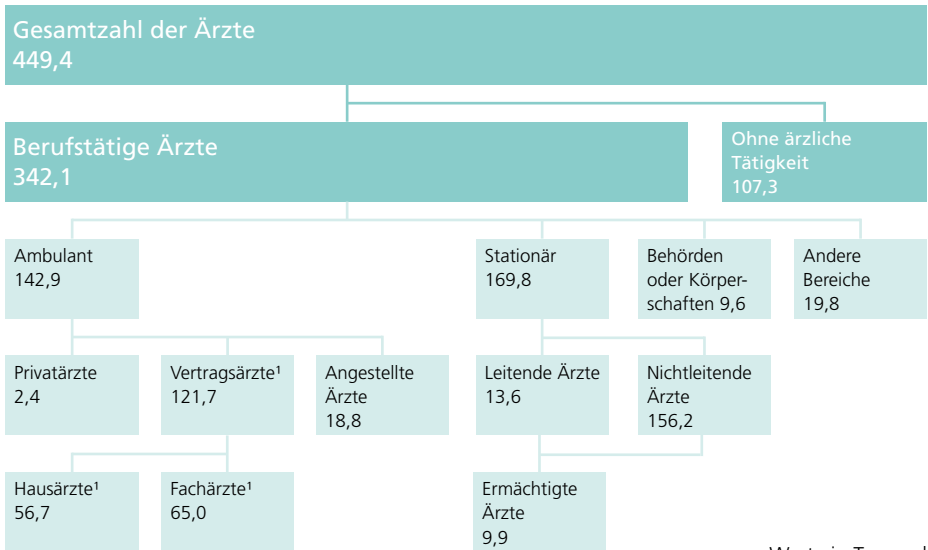
3 Die Hintergründe des Problems

3.1 Tätigkeitsbereiche – Vielfalt bei der Berufswahl für Ärzte

* Gemäß § 73 SGB V gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten und weitere Aufgaben. An der hausärztlichen Versorgung können z. B. Allgemeinärzte, Kinderärzte oder Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung teilnehmen.

In den zurückliegenden Jahren haben in Deutschland jeweils über 9.000 Studierende ein Studium der Medizin begonnen. Der Arztberuf ist vergleichsweise eine der gefragtesten und angesehensten Tätigkeiten. 2011 gab es in Deutschland 449.400 approbierte Ärzte. Davon waren aber nur 56.700 als niedergelassene Hausärzte* in der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Gegenüber der ambulanten Versorgung sind vor allem die Kliniken und Forschungseinrichtungen weitere wichtige Bereiche für die Berufsausübung.

Struktur der Ärzteschaft 2011



Quelle: Bundesärztekammer 2012, verändert

Werte in Tausend
¹ einschließlich Partner-Ärzten

Eine Erhebung der Universität Trier aus dem Jahr 2012 unter Studierenden der Medizin (Heinz; Jacob 2012) stellte die angestrebte Fachrichtung der Zahl der gegenwärtig in dieser Berufsgruppe praktizierenden Ärzte gegenüber. Auch wenn sich die Vorstellungen während des Medizinstudiums noch ändern können: Die Allgemeinmedizin wird – gemessen an der gegenwärtigen Zahl der Ärzte – von den Studenten viel zu wenig ins Auge gefasst; das Verhältnis ist das schlechteste aller ermittelten. Wenngleich auch Ärzte für

 **Facharzt statt
Allgemeinmediziner**

Vergleich der von Medizinstudenten angestrebten Facharzttrichtung mit der aktuellen Facharztstruktur

	Befragung (n=1588)	Berufstätige Ärzte laut Ärztestatistik ²		Verhältnis Befragung/ Ärztestatistik
	Angestrebt von (%)	n	%	
Neurologie	5,8	8.175	3,5	1,66
Radiologie	4,7	6.806	2,9	1,62
Kindermedizin	7,6	12.216	5,2	1,46
Psychiatrie	4,6	8.297	3,5	1,31
Anästhesiologie	10,5	18.868	8,0	1,31
Orthopädie	6,0	10.837	4,6	1,30
Chirurgie	9,5	19.549	8,3	1,15
Innere Medizin	10,0	42.703	18,1	1,11
Urologie	2,1	5.117	2,2	0,96
Hautkrankheiten	1,8	5.250	2,2	0,82
Gynäkologie	5,6	16.369	6,9	0,81
HNO	1,8	5.631	2,4	0,75
Augenheilkunde	1,8	6.756	2,9	0,62
Sonstige	5,7	21.057	8,9	0,64
Allgemeinmedizin	12,4	48.219	20,4	0,61
Summe	100,0	235.850	100,0	

Quelle: Heinz; Jacob (2012), verändert

² Die unterschiedlichen Gesamtzahlen zu den berufstätigen Ärzten zur Abbildung auf der vorherigen Seite ergeben sich dadurch, dass in der Studie der Universität Trier u. a. die Ärzte ohne Gebietsbezeichnung nicht berücksichtigt wurden.

Innere Medizin an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen können, wird der grundsätzliche Trend deutlich. Die Tätigkeit als Allgemeinmediziner scheint in Relation zu den anderen Spezialisierungsmöglichkeiten weniger attraktiv zu sein.

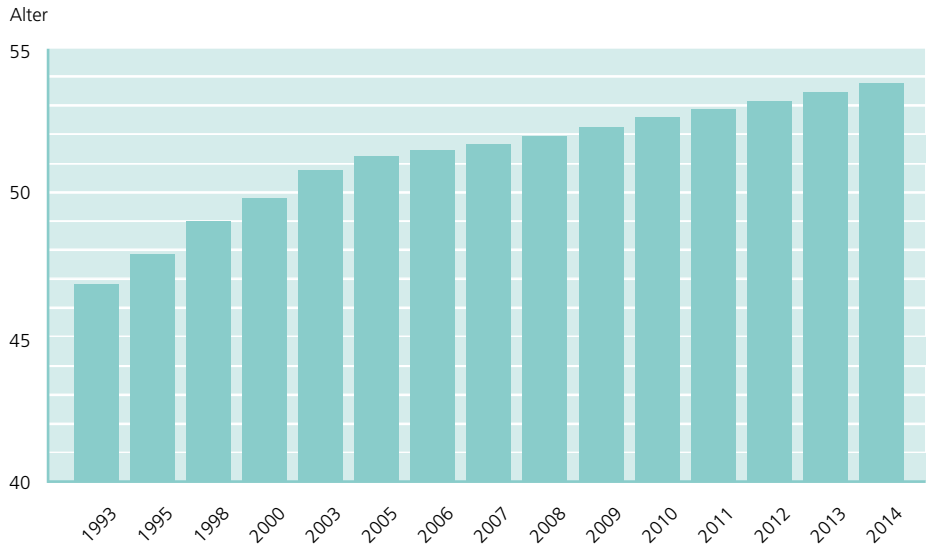
3.2 Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte

 *Zu wenig Nachrücker zum Erhalt der jetzigen Versorgungssituation*

Demgegenüber rücken weniger Ärzte als Hausärzte nach, als zum Erhalt der momentanen Versorgungslandschaft erforderlich wären. Der größte Teil der Ärzte für Allgemeinmedizin ist älter als 50 Jahre.

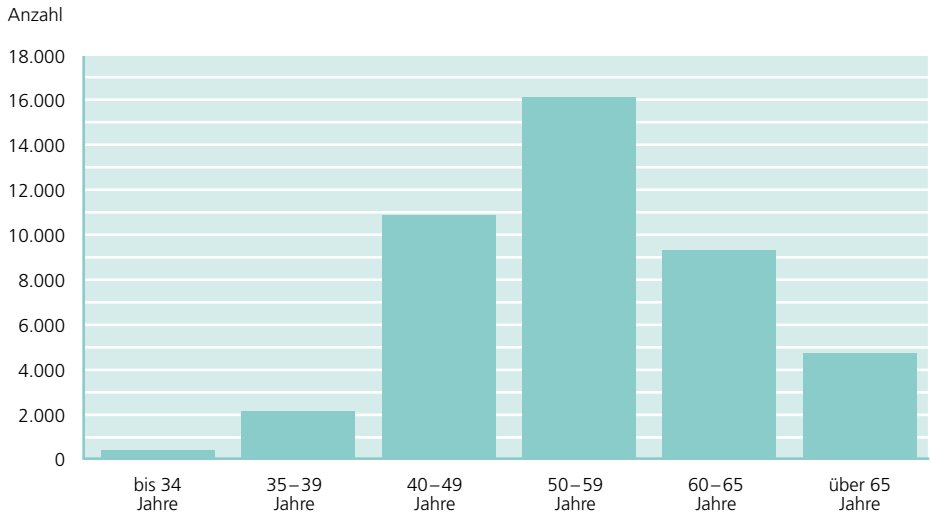
Um Versorgungslücken so lange wie möglich zu vermeiden, bleiben Hausärzte oft länger als beabsichtigt tätig. Folglich steigt das Durchschnittsalter der momentan praktizierenden Ärzte im ambulanten Bereich.

Entwicklung des Durchschnittsalters der Vertragsärzte in Deutschland



Quelle: Bundesärztekammer 2015, verändert

Altersverteilung der Ärzte für Allgemeinmedizin



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Bundesärztekammer 2015

Ein Drittel der Allgemeinmediziner ist 60 Jahre und älter. Insbesondere bei den in eigener Praxis niedergelassenen Ärzten sind keine exakten Prognosen zum Eintritt in den Ruhestand möglich. Dennoch wird deutlich: Der (nicht abgedeckte) Bedarf an Hausärzten wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen.

 *Die Probleme werden weiter zunehmen!*

3.3 Niederlassung oder Anstellung?

Das System der hausärztlichen Versorgung war bislang weitgehend von klassischen Einzelpraxen dominiert. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist die Führung einer eigenen Praxis durch einen Arzt der Regelfall. Zweifellos wird die praxisbezogene Versorgung auch weiterhin ein zentraler Eckpfeiler bleiben.

Trotzdem zeichnen sich für die künftige Versorgungslandschaft Veränderungen ab. In der Erhebung

📍 „Ab morgen
bin ich Chef(in)!
Oder lieber
doch nicht...?“

der Universität Trier sind die Studierenden befragt worden, in welchen Strukturen sie später ihren Beruf ausüben wollen. Weniger als 40 % der Studenten konnten sich vorstellen, einmal als Hausarzt in der eigenen Praxis tätig zu sein. Deutlich höhere Zustimmungswerte erhielten die Fragen nach Anstellung in einer Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).

Für Medizinstudenten attraktive spätere Arbeitgeber

	Insgesamt % (n = 10.231)	Frauen % (n = 6.549)	Männer % (n = 3.682)
Angestellter Arzt im Krankenhaus	77,3	75,7	80,5
Facharzt in eigener Praxis	74,5	73,6	74,5
Angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)	55,6	61,6	46,2
Angestellter Arzt in Praxis	48,9	57,9	32,5
Hausarzt in eigener Praxis	38,0	39,2	36,3
Angestellter Arzt in der Forschung	23,6	20,2	28,5
Angestellter Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)	18,9	20,6	15,7
Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie	12,5	9,0	18,6
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	5,5	5,2	6,2

Quelle: Heinz; Jacob (2012), verändert

Die Anforderungen einer eigenen Praxis einschließlich betriebswirtschaftlicher Führung und der Absicherung der Verwaltungsaufgaben finden viele werdende Ärzte offenkundig kaum erstrebenswert. Dazu kommen im Regelfall erhebliche Einstiegsinvestitionen bei der Übernahme einer bestehenden oder der Eröffnung einer neuen Praxis.

Gerade in unterversorgten Gebieten – also Bereichen, in denen zu wenige Ärzte die Versorgung der Bewohner absichern müssen – erscheint die eigene Praxis auch wegen der absehbaren Überlastungssituation infolge des Ärztemangels unattraktiv.

📍 **Unterversorgung
schreckt ab**

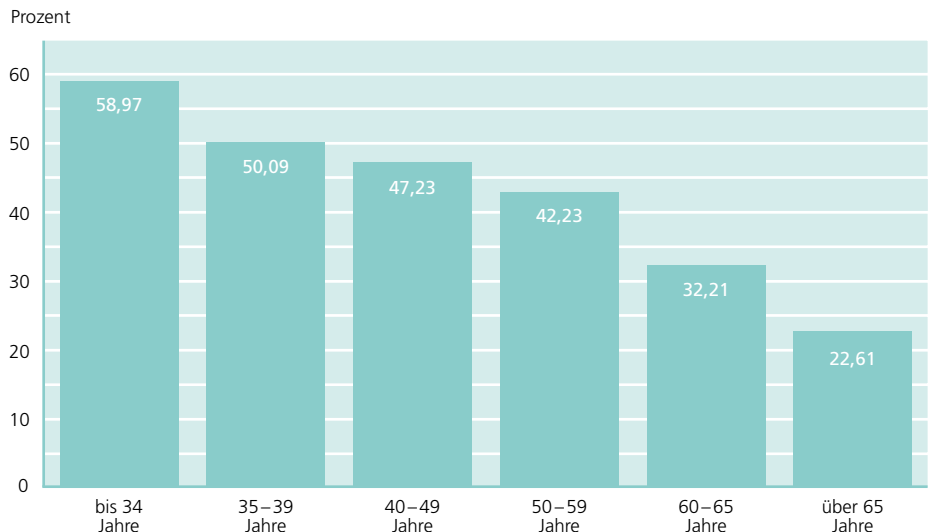
3.4 Die Medizin wird weiblich

Nicht zu übersehen ist, dass immer mehr Frauen den Arztberuf anstreben. Etwa zwei Drittel der Hochschulabsolventen sind weiblich. Entsprechend hoch – mit absehbar weiter steigender Tendenz – ist der Anteil von Frauen gerade in den jüngeren Altersgruppen der Ärzteschaft.

Frauen fragen stärker als ihre männlichen Kollegen die Möglichkeit einer Anstellung nach, statt eine selbstständig zu führende Praxis zu übernehmen bzw. zu eröffnen. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass trotz aller Bemühungen um gleichberechtigte Familienmodelle Frauen nach wie vor unter besonderem Druck stehen, Familie und Arbeit unter einen Hut zu bringen. Die Kinderbetreuung spielt dabei eine wesentliche Rolle.

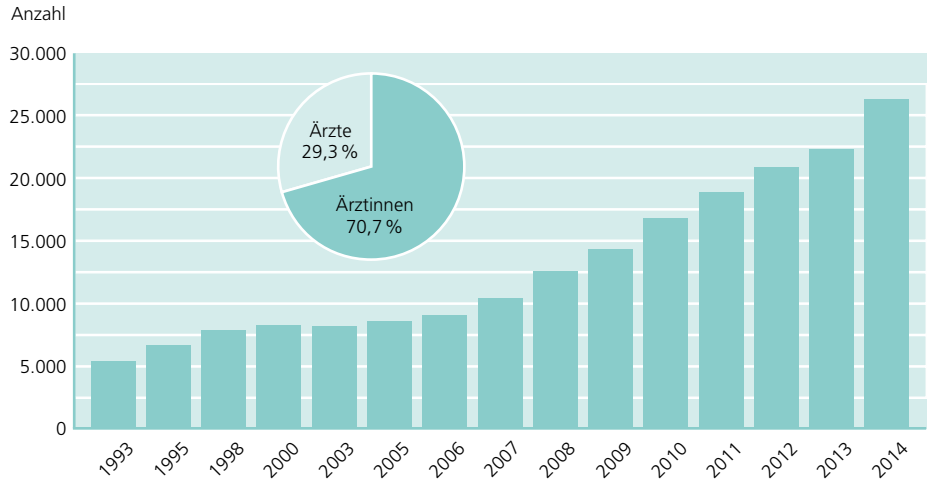
 **Mit großer Wahrscheinlichkeit ist Ihr zukünftiger Arzt eine Ärztin!**

Altersanteile von Ärztinnen an der Gesamtärzteschaft



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Bundesärztekammer 2015

Entwicklung der in der ambulanten Versorgung angestellten Ärzte



Quelle Balkendiagramm: Bundesärztekammer 2015, verändert, Quelle Kreisdiagramm: eigene Darstellung auf Basis von Bundesärztekammer 2015

Auch unter männlichen Ärzten ist das Anstellungsverhältnis in größerem Maße als früher nachgefragt. Die Vorteile gegenüber den Herausforderungen beim Aufbau und Führen einer eigenen Praxis werden offenkundig gerade von jüngeren Medizinerinnen geschätzt. Die Verschiebung der persönlichen Prioritäten einschließlich der Zunahme von Anstellungen bedeutet auch, dass künftig mehr Ärzte als früher die medizinische Gesamtversorgungsleistung einer Region absichern müssen.



3.5 Stadt oder Land?

Eine weitere Frage ist, wo künftige Mediziner leben und arbeiten wollen. Auch räumliche Präferenzen der (werdenden) Ärzteschaft haben Einfluss darauf, dass die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in bestimmten Regionen besser funktioniert als in anderen. Die Erhebung der Universität Trier weist für die 16 Bundesländer unterschiedliche Attraktivitätswerte aus. Nur etwas mehr als ein Drittel der über 9.000 Befragten konnte sich demnach vorstellen, später in Niedersachsen zu arbeiten.

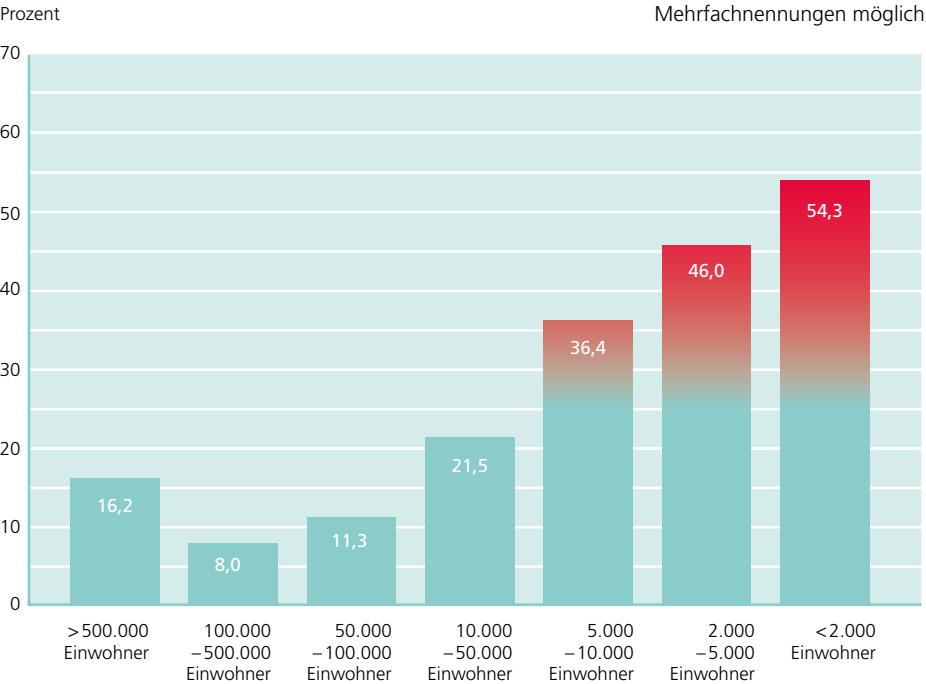
Attraktivität der Bundesländer als späterer Arbeitsort

	Das Bundesland kommt infrage als Arbeitsort (%) (n=9794)	Das Bundesland und eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner kommen infrage (%) (n=9794)	Das Bundesland und eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner in einem Ort von < 10.000 Einwohner kommen infrage (%) (n=9794)
Baden-Württemberg (BW)	50,8	14,8	12,0
Bayern (BY)	49,2	13,9	11,2
Berlin (BE)	42,2	10,7	Entfällt
Brandenburg (BB)	18,6	6,7	5,8
Bremen (HB)	25,3	7,6	Entfällt
Hamburg (HH)	49,6	12,8	Entfällt
Hessen (HE)	31,0	9,4	7,8
Mecklenburg-Vorp. (MV)	22,1	8,6	7,5
Niedersachsen (NI)	36,2	11,0	8,9
Nordrhein-Westfalen (NW)	45,2	12,6	9,9
Rheinland-Pfalz (RP)	30,5	9,4	7,8
Saarland (SL)	16,3	5,3	4,5
Sachsen (SN)	19,2	6,3	5,2
Sachsen-Anhalt (ST)	13,2	4,7	4,2
Schleswig-Holstein (SH)	30,9	10,0	8,4
Thüringen (TH)	19,2	6,8	5,9

Quelle: Heinz; Jacob (2012), verändert

Warum Niedersachsen keine höheren Werte erreicht, wird beim Blick auf einen anderen Zusammenhang klar: Die Erwartungen an das örtliche Umfeld erklären die geringen Werte Niedersachsens oder anderer weit- hin ländlich geprägter Bundesländer. Es ist erkennbar, dass (jüngere) Mediziner urbane Räume zumindest zum Leben bevorzugen. Etwa die Hälfte der Studierenden kann sich demnach nicht vorstellen, in kleineren Städten und Gemeinden zu arbeiten. Das ist vor allem für kleinere Kommunen nachteilig, die sich nicht im Umfeld – quasi in Pendeldistanz – von größeren Zen- tren befinden.

Unattraktive Arbeitsorte für Medizinstudenten



Quelle: Heinz; Jacob (2012), verändert

Davon abgesehen, dass es oftmals hohe Bindungen an den Ort gibt, wo man studiert hat, wird in der Erhebung aber ein interessanter Zusammenhang offenbar: Die Präferenz für ein Bundesland hängt ganz entscheidend mit der eigenen Herkunft zusammen.

Wer in Niedersachsen aufgewachsen ist, ist eher als andere gewillt, später in Niedersachsen zu praktizieren. Das kann ein Ansatzpunkt für erfolgreiches Engagement von Städten und Gemeinden sein (siehe Abschnitt 5.3).

 *Heimat und Herkunft sind von Bedeutung!*

Räumliche Präferenzen der Medizinstudenten

	Kommt als Arbeitsort infrage % (n=9363)															
Stammt aus:	BW*	BY*	BE*	BB*	HB*	HH*	HE*	MV*	NI*	NW*	RP*	SL*	SN*	ST*	SH*	TH*
Baden-W.	92	60	37	12	19	41	31	14	20	33	31	17	12	9	20	12
Bayern	52	94	30	12	15	37	21	13	19	24	19	13	11	8	19	14
Berlin	37	35	96	35	25	52	20	30	28	32	21	13	21	13	32	19
Brandenb.	24	23	55	74	22	44	18	46	33	24	16	12	35	23	34	23
Bremen	36	34	58	14	88	72	16	14	65	52	27	13	6	4	40	10
Hamburg	34	34	47	13	32	99	17	19	49	31	20	15	12	8	53	12
Hessen	57	52	41	15	27	50	91	19	40	45	45	21	15	11	32	18
Mecklenb.	24	23	44	32	26	52	17	83	46	25	18	9	25	15	56	25
Nieders.	41	39	40	14	47	69	31	22	91	47	27	16	14	12	43	13
Nordr.-W.	43	42	40	13	29	53	29	16	39	95	35	17	12	9	30	13
Rheinl.-Pf.	64	54	36	15	19	44	49	16	26	51	88	21	13	10	22	15
Saarland	62	51	35	8	13	41	35	7	20	48	50	67	7	7	20	11
Sachsen	34	37	35	20	15	32	19	25	25	21	19	11	86	24	21	43
Sachs.-An.	30	27	47	37	20	43	23	34	43	25	19	10	47	70	29	39
Schles.-H.	30	28	36	9	34	71	19	22	52	30	17	9	10	7	95	6
Thüringen	38	41	35	22	17	34	32	31	32	24	24	15	45	29	24	82

Quelle: Heinz; Jacob (2012), verändert

*Abkürzungen der Bundesländer

3.6 Die Hintergründe im Überblick

Fachliche Verteilung

- Es werden weniger Allgemeinmediziner approbiert, als zum Erhalt der bisherigen Versorgungsdichte erforderlich wären.
- Heutige Medizinstudenten bevorzugen die Spezialisierung als Facharzt gegenüber der Allgemeinmedizin.

Räumliche Verteilung

- Jüngere approbierte Ärzte bevorzugen ein urbanes Umfeld (zumindest als Lebensmittelpunkt) gegenüber ländlichen Gebieten.

Arbeitsstrukturen

- Die Bereitschaft zum Führen einer eigenen Praxis sinkt, weil nicht zuletzt Aufwand und Herausforderungen über das Medizinische hinaus notwendig werden (z.B. betriebswirtschaftliche Erfordernisse, Abrechnungsproblematiken, finanzielle Bindung usw.).
- Jüngere Ärzte verfolgen Lebensmodelle mit einer höheren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Auf einen einfachen Nenner gebracht bedeutet das:

Tendenziell wird es *weniger* Ärzte mit *eigener* Praxis in *ländlichen* Regionen geben. Das heißt zwangsläufig, dass es weniger klassische Praxisstandorte „in der Fläche“ geben wird. Die Versorgungslandschaft im hausärztlichen Bereich steht vor Veränderungen.



Weniger Interesse
als Hausarzt zu praktizieren



Schwindende
Bereitschaft eine eigene
Praxis zu führen



Trotz intensiver
Bemühungen scheinbar
sinkende Attraktivität
des ländlichen Raumes
als Lebensstandort für
junge Absolventen



= Weniger Ärzte
mit eigener Praxis
in ländlichen Regionen

4 Der Rahmen für kommunales Engagement

4.1 Wichtige Rechtsvorschriften in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung



Grundlagen der GKV-Versorgung

Sozialgesetzbuch – fünftes Buch (SGB V)

Das fünfte Buch des Sozialgesetzbuches definiert in seinem vierten Kapitel die Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die auf ihr basierende ärztliche Versorgung.

Unter anderem legt es Strukturen und Zuständigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen (einschließlich des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags zur vertragsärztlichen Versorgung) fest, trifft die Unterscheidung in Haus- und Fachärzte und enthält die rahmengebenden Bestimmungen der Bedarfsplanung und zur Zulassung von Ärzten.



Grundlagen des Arztberufs

Bundesärzteordnung (BÄO)

Die Bundesärzteordnung regelt auf Basis von § 98 SGB V die Grundlagen des Arztberufes. Sie enthält Aussagen zu Voraussetzungen und Verfahren für die Erteilung der Approbation oder der vorübergehenden Erlaubnis sowie zu den jeweiligen Zuständigkeiten.

Approbationsordnung (ÄApprO 2002)

Auf der Grundlage von § 98 SGB V und § 4 Abs. 1 BÄO stellt die Approbationsordnung die Sammlung der Mindestanforderungen an das Studium der Medizin sowie die einzelnen Ausbildungsbestandteile und die ärztliche Prüfung dar. Sie ist damit die zentrale Vorschrift für den Werdegang zum Arztberuf.

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

Auf Basis von § 95 Abs. 2 und 98 SGB V enthält die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte weiterführende Aussagen zum Eintrag ins Arztregister, zur Bildung der Zulassungsbezirke und der darauf abgestellten Bedarfsplanung (einschließlich Unter- und Überversorgung), zur Zulassung selbst sowie zur Ermächtigung von Klinikärzten.

4.2 Ausgewählte Instrumente, Akteure und Aufgaben in der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Vertragsärzte / Vertragsarztsitze

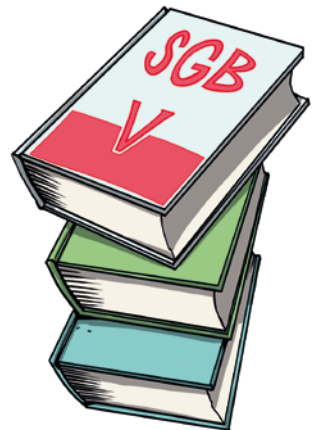
An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte (in Niederlassung oder Anstellung), zugelassene MVZ und ermächtigte Klinikärzte teil. Gemäß § 95 Abs. 2 SGB V ist für die Zulassung u. a. ein Eintrag ins Arztregister Voraussetzung, der wiederum die erfolgreiche Approbation und Weiterbildung als Bedingungen hat.

Zulassungsausschuss

Über die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die für den jeweiligen Bezirk zuständigen Zulassungsausschüsse. Sie setzen sich aus Vertretern von Ärzten und Krankenkassen zusammen.

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ist die für die Region Leine-Weser zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Sie wird durch die zugelassenen Vertragsärzte gebildet, die sämtlich auch Mitglieder der KVN sind. Die KVN besitzt für Niedersachsen den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der hausärztlichen



Versorgung und ist – neben einer Zentrale für die landesweit wahrzunehmenden Aufgaben – in elf Bezirke gegliedert. Für die Region Leine-Weser sind die Bezirksstellen Verden, Hannover, Hildesheim und Göttingen zuständig. Die Ansprechpartner finden Sie auf S. 43 dieser Broschüre.

Bedarfsplanung



Planungsbereiche

Die Bedarfsplanung gliedert das Land Niedersachsen in zweckmäßige Einheiten zur Feststellung des Versorgungsgrades (die sogenannten hausärztlichen Planungsbereiche). Sie ist das zentrale Instrument der KVN für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.

Genauere Ausführungsvorschriften enthält die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem obersten Gremium der Selbstverwaltung der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Krankenkassen. Weitere landesspezifische Ergänzungen finden sich im Bedarfsplan für Niedersachsen.



Die Bedarfsplanung ist durch die KVN im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen aufzustellen und fortzuschreiben, hat aber gemäß § 99 Abs. 1 SGB V die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung zu beachten. Dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen obliegt die Feststellung der Über- oder Unterversorgung von Planungsbereichen.

Als allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad, also „Normalversorgung“ im Sinne der Bedarfsplanung gilt ein durchschnittliches Verhältnis von 1.671 Einwohnern je Hausarzt im Planungsbereich. Ein Bereich gilt als überversorgt, wenn dieser allgemeine bedarfs-

gerechte Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist (§ 16b Abs. 1 Ärzte-ZV).

Von einer Unterversorgung ist gemäß § 29 BPL-RL auszugehen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf (der Normalversorgung) um 25 % unterschreitet. In diesen Fällen beauftragt der Landesausschuss die KVN binnen einer Frist mit der Beseitigung der Unterversorgung.

Wichtig ist, dass die Feststellung von Über- oder Unterversorgung keine vorausschauende Prognose zur weiteren Entwicklung der Versorgungssituation beinhaltet, sondern sich nur auf die aktuelle Versorgung einer Region bezieht. Dieses prognostizierende Element kommt lediglich bei der sogenannten „drohenden Unterversorgung“ gemäß § 29 Satz 2 BPL-RL zum Einsatz. Sie ist anzunehmen, 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.

Maßnahmen der KVN in unterversorgten Bereichen sind beispielsweise Sicherstellungszuschläge, Niederlassungsförderung über z. B. Investitionskostenzuschüsse oder Umsatzgarantien für Niederlassungen. Darüber hinaus unterstützt die KVN die allgemeinmedizinische Versorgung über die Förderung von Weiterbildungsverbünden und Pilotprojekten oder durch die Deckelung von Bereitschaftsdiensten. Zudem sind bei Anhalten der Probleme durch Unterversorgung auch Eigeneinrichtungen der KVN mit angestellten Ärzten möglich. Infolge der Veränderungen des Versorgungsstärkungsgesetzes (vgl. Abschnitt 4.4) kann die KVN bereits frühzeitiger – also noch vor festgestellter Unterversorgung – Maßnahmen einleiten.

 *Über- und
Unterversorgung*

 *Maßnahmen
der KVN bei
Unterversorgung*

Niedersächsischer Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA)

Der Niedersächsische Zweckverband zur Approbationserteilung ist – als von den zuständigen Kammern gegründete Körperschaft des öffentlichen Rechts – die im Land Niedersachsen zuständige Stelle für die Erteilung von Approbationen gemäß § 12 BÄO.

4.3 Schritte zum praktizierenden Mediziner vor Ort

Das Studium der Medizin ist auf sechs Jahre angelegt (ÄApprO 2002 § 1 Abs. 2).

Der erste Abschnitt der ärztlichen Prüfung steht nach zwei Jahren des Studiums an. Zwischen dem Bestehen des ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung und dem zweiten Prüfungsabschnitt drei Jahre nach dem Bestehen des ersten Teils ist die Famulatur vorgesehen.

Die Famulatur ist ein auf vier Monate angelegtes spezifisches Praktikum und setzt sich aus einem Monat in einer ambulanten Praxis, zwei Monaten in der stationären Versorgung und einem weiteren Monat in einer hausärztlichen Einrichtung zusammen (§ 7 ÄApprO 2002).

Das Praktische Jahr (PJ) ist zwischen dem Bestehen des zweiten Abschnittes und dem dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung zu absolvieren. Es beinhaltet je 16 Wochen in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Allgemeinmedizin oder anderen Fachgebieten. Ein interessanter Aspekt aus Sicht von Regionen, die sich in der Sicherung der ärztlichen Versorgung engagieren wollen, ist die Einbeziehung von ärztlichen Praxen als Lehrpraxen auf Basis von § 3 Abs. 2a ÄApprO 2002 (siehe Abschnitt 5.3).



*Auf welchem Weg
kommt ein Arzt in die
Praxis vor Ort?*

Der dritte und letzte Abschnitt der ärztlichen Prüfung folgt ein Jahr nach dem Bestehen des zweiten Abschnitts.

Nach erfolgreich abgeschlossener Prüfung kann die Approbation, also die staatliche Zulassung zur Berufsausübung, bei der zuständigen Stelle – in Niedersachsen dem NiZZa – beantragt werden (§ 3 und 4 BÄO bzw. § 39 ÄApprO 2002). Auch bereits ausgebildete Ärzte aus anderen Ländern müssen die Approbation in Deutschland noch beantragen.

Nach dem Studium schließt sich die Phase der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von mindestens fünf Jahren Dauer an. Davon müssen mindestens 18 Monate in einer hausärztlichen Einrichtung absolviert werden.

Wenn Approbation und Weiterbildung nachgewiesen werden können, kann bei der KVN ein Antrag auf Eintragung ins Arztregister gestellt werden (§ 95a SGB V und § 3 Ärzte-ZV).

Erst danach darf ein Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Entscheidung, ob er das in einer eigenen Praxis oder in Anstellung, in der Ambulanz oder in einer Klinik tut, ist sicher bereits in den vorherigen Ausbildungsschritten gereift. Auch deswegen sollten Kommunen ihr Engagement mit Weitblick vorbereiten.

4.4 Neuere Gesetzesvorhaben mit wichtigen Veränderungen

In den letzten Jahren sind zwei für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung bedeutsame Gesetzesänderungsvorhaben umgesetzt worden.

Beide Vorhaben haben mit Änderungen und Ergänzungen der zentralen Rechtsvorschriften – insbesondere

 *Der Werdegang zum Arztberuf erfordert Ausdauer!*



 *Wichtige Veränderungen 2012 und 2015*



**Neue Grundlagen
für Bedarfsplanung
und MVZ**

des SGB V – die für Kommunen vormals nur sehr eingeschränkten Einflussmöglichkeiten deutlich erweitert. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz) von 2012 hat die Grundlage für eine flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit differenzierten Planungsbereichen für die unterschiedlichen Arztgruppen geschaffen.

Darüber hinaus gab es Veränderungen im Vergütungssystem. So können seit Inkrafttreten des Gesetzes beispielsweise durch die KVN Zuschläge für Praxen in unterversorgten Bereichen gezahlt werden. Ebenso wurden neue Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren und den Aufbau von Arztsitzen durch Kassenärztliche Vereinigungen etabliert. Völlig neu war die Möglichkeit zum Betrieb von MVZ durch Kommunen in unterversorgten Bereichen mit Genehmigung der KVN.

Weitere Neuerungen waren die Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher Leistungen, die Förderung mobiler Versorgungskonzepte und der Wegfall der Residenzpflicht, wodurch Ärzte nicht mehr dazu verpflichtet sind, am Arbeitsort zu leben.

Das erst seit Juli 2015 rechtskräftige Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) hat die Möglichkeiten zur Gründung von MVZ durch Kommunen noch einmal erweitert. So ist nunmehr die Gründung von kommunalen MVZ in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft möglich. Damit könnten Ärzte sogar in öffentlichen Beschäftigungsverhältnissen praktizieren. Zudem wurden die Bildung von Strukturfonds zur Förderung von Niederlassungen erleichtert und eine stärkere Beschneidung von Nachbesetzungen in überversorgten Planungsbereichen festgeschrieben.



**Neue
Möglichkeiten
für MVZ**

5 Sechs Handlungsempfehlungen für Kommunen

5.1 Erste Empfehlung: Akzeptanz und realistischer Blick auf Situation und Lösungen

Veränderungen im hausärztlichen Versorgungssystem betreffen nicht nur einzelne Kommunen. Städte und Gemeinden müssen davon ausgehen, dass in den kommenden Jahren nicht jeder Praxisstandort erhalten bleiben wird. Nachbesetzungen auch in den jetzigen Praxisstrukturen sind nach wie vor möglich und wünschenswert. Allerdings werden sie nicht überall realisierbar sein. Deswegen sind kommunal übergreifende Lösungen anzustreben. Das nicht zu akzeptieren hieße für die einzelne Kommune, sich in einen zunehmend härter werdenden Wettbewerb mit anderen Städten und Gemeinden zu begeben. Am Ende dessen blieben dann durch Wirkung eines nicht aus Patientensicht gedachten Verteilungsmechanismus weniger Standorte übrig. Letztendlich würde die Versorgungsqualität aller Kommunen einer Region sinken.



In der Region Leine-Weser liegt die Zahl der Arztsitze, bei denen der Praxisinhaber 60 Jahre oder älter ist, je nach Teilraum zwischen 30 und 50 %. Entsprechend hoch wird in den kommenden Jahren die Zahl der Fälle sein, in denen die Nachfolge nicht von allein gelingen wird.



Es braucht überall Lösungen für attraktive Städte und Gemeinden mit zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen. Auch diejenigen Gebietskörperschaften, in denen Nachbesetzungen erfolgreich waren, können sich nicht als Gewinner in diesem Wettbewerb begreifen, wenn in den Nachbargemeinden die Versorgung wegbricht. Insofern ist ein übergreifendes „Alle-in-einem-Boot-Denken“ alternativlos. Das Problem ist als interkommunale Aufgabe zu verstehen und die Lösung entsprechend zu erarbeiten. Dabei ist es wichtig, sich auf das (kommunal) Machbare zu konzentrieren und die eigenen Möglichkeiten zu nutzen.

Wenngleich die Aufwertung des Hausarztberufes und die Korrektur der damit verbundenen Vorstellungen vorrangig eine Aufgabe für die Bundespolitik und die fachlich beteiligten Verbände und Institutionen sein sollte, können auch Kommunen daran arbeiten, dass mehr junge Mediziner bei ihnen praktizieren wollen. Das gilt vor allem auch in ländlichen Räumen.

Geeignete Förderprogramme
(mit Beteiligung des Amtes für regionale Landesentwicklung Leine-Weser):

- LEADER
 - ILE Regionalmanagement
 - Städtebauförderung:
 - Kleinere Städte und Gemeinden
-

5.2 Zweite Empfehlung: Interkommunale Abstimmung und Zusammenarbeit

Die Notwendigkeit eines kommunenübergreifenden Lösungsansatzes setzt voraus, dass mehrere Städte und Gemeinden eine entsprechende Zusammenarbeit suchen. In der Region Leine-Weser, stellen z.B. die Gesundheitsregionen, die Regionalmanagements über LEADER und die ILE-Förderung oder auch

Städtebauförderungsprozesse sehr gute Chancen für erfolversprechende Lösungen im Miteinander dar. Das gilt auch für die anderen Empfehlungen (siehe nachfolgende Abschnitte).

Ein unter den Vorzeichen der zukünftigen Entwicklungen geführter Dialog benachbarter Städte und Gemeinden ist eine schwierige Herausforderung. Beispielsweise könnte er zur Sicherung eines regional tragfähigen Ansatzes darauf hinauslaufen, dass es unter bestimmten Umständen sinnvoll ist, auf die Nachbesetzung des „eigenen“ Praxisstandortes zugunsten der Nachbargemeinde zu verzichten.

Wenngleich das Werben um Ärzte nur mit einzelgemeindlichen Anreizen als problematisch einzustufen ist, kann die gemeinsame bzw. abgestimmte Unterstützung kommunalübergreifend abgestimmter Standortprioritäten durchaus ein sinnvoller Weg sein.

Beispiel:

Im Rahmen einer Regionalstrategie haben sich die Städte und Samtgemeinden der Region „Mitte Niedersachsen“ auf eine gemeinsame Vorgehensweise zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verständigt. So wurde u. a. vereinbart, auf nicht miteinander abgestimmte Anreize zur Besetzung einzelner Praxen zu verzichten. Dies wurde zusammen mit den anderen Festlegungen und konkreten Maßnahmen in allen Räten beschlossen und durch die Bürgermeister unterzeichnet.



Festlegungen und Maßnahmen der Regionalstrategie Mitte Niedersachsen

[...]

2. Die Kommunen werden künftig nicht in einen „Scheckbuch-Wettbewerb“ eintreten, um Praxisübernahmen im Einzelfall ungeachtet der Entwicklungen in Nachbarkommunen zu subventionieren. Die Gemeinden erkennen an, dass mit einer solchen Vorgehensweise zwar Erfolge in Einzelfällen zu erzielen wären, jedoch nicht die bestmögliche Versorgung der Einwohner im Vordergrund stünde und im Ergebnis durch potenziell überlastete Praxisstandorte auch keine qualitativ hochwertige Versorgung entstehen könnte. Materielle Unterstützung für Arztansiedlungen soll zwar auch künftig gewährt können, jedoch innerhalb der durch die Region definierten Analysebereiche abgestimmt sein.
3. Ausschlaggebend für die kommunalen Bemühungen soll deswegen künftig die Versorgung für den Einwohner ungeachtet lokaler „Kirchtürme“ sein. Das kann die materielle Unterstützung an aus Versorgungsgesichtspunkten sinnvollen Standorten durchaus einschließen. An Standorten mit gemeindeübergreifender Versorgungsbedeutung sind gemeindeübergreifende Unterstützungen beabsichtigt. [...]

Allerdings darf die Lenkungsfunktion solcher spezieller Förderungen nicht überbewertet werden. Eine Untersuchung der Universität Heidelberg führte zu dem Ergebnis, dass Geld grundsätzlich für ca. ein Drittel der befragten Ärzte in Weiterbildung eine Rolle spielt. Dass es ein entscheidender Faktor für die räumliche Steuerung der Niederlassungsbereitschaft ist, muss jedoch bezweifelt werden.

5.3 Dritte Empfehlung: Nachwuchsbindung und Nutzung der Potenziale vor Ort

Geeignete Förderprogramme
(mit Beteiligung des Amtes für regionale Landesentwicklung Leine-Weser):

- LEADER
 - ILE Regionalmanagement
 - ILE Basisdienstleistungen
 - Städtebauförderung:
 - Kleinere Städte und Gemeinden
-

Tipp:

Warum nicht Praxen zusätzlich unterstützen, um diesen die Teilhabe an der ärztlichen Ausbildung ermöglichen? Gerade Famulaturen, Praktisches Jahr oder Weiterbildung stellen mögliche Ärztegewinnungspotenziale für eine Region dar. Auch eine gute Begleitung der werdenden Ärzte in diesen Ausbildungsschritten kann sie für eine Region einnehmen. Dies gilt umso mehr, wenn Anreize der KVN und der Kommunen aufeinander abgestimmt werden.

Der Weg zur Approbation eines Arztes oder gar bis zur evtl. folgenden Niederlassung ist lang (siehe Abschnitt 4.3). In einigen Etappen auf diesem Weg erscheint kommunales Engagement besonders erfolgversprechend.

Das beginnt schon bei der Begleitung der Berufswahl von Schülern in einer Region. Eine interessante Option sind Stipendienprogramme, bei denen Studierende von ihrer Heimatregion finanziell unterstützt und damit an die Region gebunden werden. Sie verpflichten sich beispielsweise dazu, nach Studienabschluss in der Region als Arzt tätig zu werden. Hier bieten sich für Kommunen besondere Chancen. Wer aus Niedersachsen stammt, kann sich viel eher als andere vorstellen, auch in Niedersachsen zu praktizieren (siehe Abschnitt 3.5). Solche Maßnahmen entfalten langfristig ihre Wirkungen, akute Versorgungsprobleme können so nicht behoben werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist eine Unterstützung von Famulaturen in den Praxen einer Region. Das könnte bei angehenden Medizinern mögliche Vorurteile gegenüber der Hausarztstätigkeit abbauen helfen und zur Niederlassungsbereitschaft in der Region führen.

Noch mehr gilt das für das Praktische Jahr. Hier können sich Hausarztpraxen als Lehrpraxen anerkennen lassen. In dieser Phase der ärztlichen Ausbildung sind gute Argumente für eine Region sicher gut platziert, weil sich die individuellen Vorstellungen vom späteren Arbeitsumfeld konkretisieren.

Darüber hinaus bieten vor allem Weiterbildungsverbünde sehr gute Chancen zur Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses für eine Region. Ärzte in Weiterbildung besitzen im Regelfall deutlichere Vorstellungen davon, wie und in welchen Bereichen sie praktizieren wollen. Gerade bezüglich der Korrektur negativer Vorstellungen jüngerer Ärzte gegenüber der Tätigkeit als Hausarzt bietet dieses Ausbildungsstadium besondere Chancen (vgl. Steinhäuser et al 2013). Die KVN unterstützt Weiterbildungsverbünde entsprechend stark und sollte von Kommunen als Partner bzw. Organisator angesprochen werden.

Auch Migrationspotenziale oder Ärzte, die zunächst als Touristen in die Region kommen, sind nicht außer Acht zu lassen. Gespräche mit ansiedlungsbereiten Ärzten (auch mit vermeintlich nicht ansiedlungsbereiten) empfehlen sich grundsätzlich immer. Das sollte idealerweise von den Bürgermeistern als Chefsache verstanden werden.

 **Ausbildungsschritte nutzen!**

 **Positive Bilder von Region und Beruf vermitteln!**

5.4 Vierte Empfehlung: Vorausschauende Beobachtung und Dialog der Akteure

Wie bereits geschildert, werden Städte und Gemeinden mit der kritischen Situation häufig erst dann konfrontiert, wenn es standortbezogen konkrete (Nach-)Besetzungsschwierigkeiten gibt (siehe Abschnitt 2.3). Aufgrund der strukturellen und eben nicht einzelfallbezogenen Hintergründe ist es zu diesem Zeitpunkt



Geeignete Förderprogramme

(mit Beteiligung des Amtes für regionale Landesentwicklung Leine-Weser):

- LEADER
- ILE Regionalmanagement

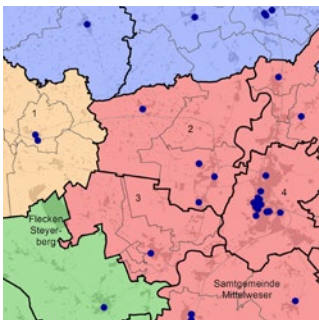


Beispiel:

Kleinräumige Analyse der Versorgungssituation in der Region Mitte Niedersachsen durch Kommunen und KVN

Mehr Infos unter:

www.regionale-daseinsvorsorge.de/modellregionen/region-mitte-niedersachsen



für eine adäquate Reaktion jedoch schon sehr spät. Erstens werden Kommunen von Ärzten oftmals erst informiert, wenn die Suche nach einem Nachfolger bereits versucht, aber erfolglos geblieben ist. Zweitens bleibt möglicherweise unberücksichtigt, dass vielleicht weitere Praxen aus Gemeinden in der Region bzw. aus dem unmittelbaren Umfeld zeitgleich ebenso versuchen, Ärzte anzusprechen und zu einer Niederlassung zu bewegen. Die Probleme sollten nicht erst dann angepackt werden, wenn akuter Reaktionsbedarf entsteht.

Vielmehr braucht es eine beobachtende Vorauschau der Entwicklungen im Sinne eines Monitorings. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführte Bedarfsplanung leistet dies, wie erwähnt, nur sehr eingeschränkt. Die Bedarfsplanung ist zwar die Zulassungsgrundlage für (neue) Arztsitze, orientiert sich aber vorrangig an der Frage, ob aktuell genug Ärzte in einem Planungsbereich praktizieren oder eben nicht. Es braucht zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung aber vor allem eine vorausschauende Planung zur Identifikation künftiger Bedarfe, um mehr Zeit zur Ableitung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen zu haben.

Städte und Gemeinden sollten sich daher gemeinsam mit der KVN einen regelmäßigen Überblick verschaffen, welche Arztsitze in den kommenden Jahren aller Wahrscheinlichkeit nach neu besetzt werden müssen, wo also Handlungsbedarf entsteht. Wenngleich für Ärzte als Selbstständige kein festgeschriebenes Renteneintrittsalter gilt, gibt es doch Annahmen, die zugrunde gelegt werden können.

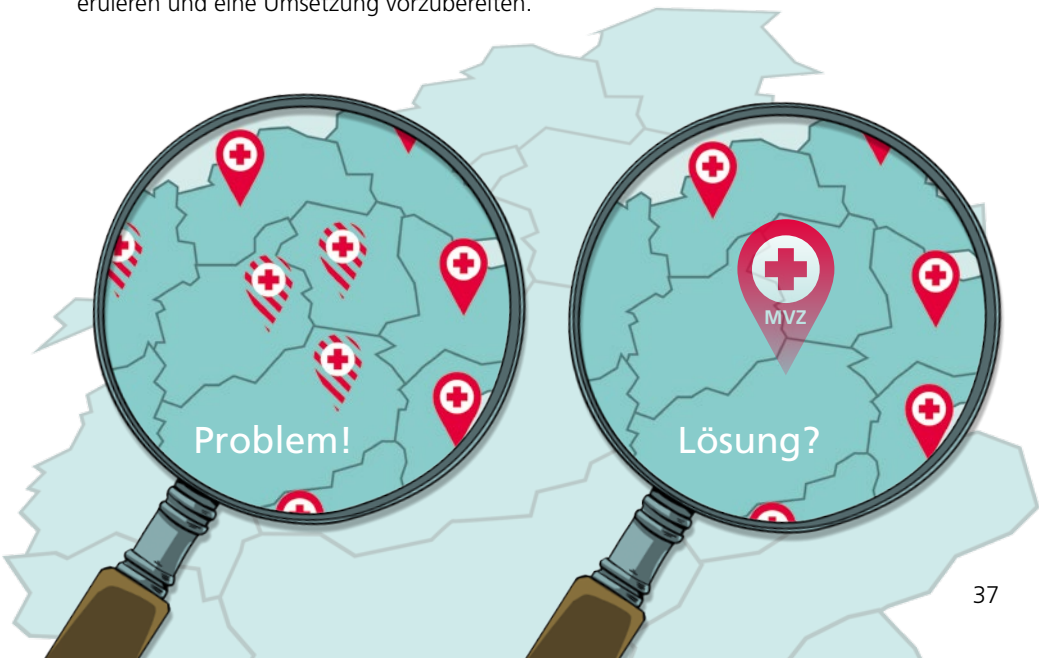
So wäre z. B. eine Übersicht über die Hausärzte, die älter als 60 Jahre sind, ein guter Indikator für den mittelfristigen Handlungsbedarf. Aus Datenschutzgründen

sollten solche Informationen natürlich nicht veröffentlicht werden. Für entsprechende Auswertungen und vor allem die daraus abgeleitete Vorgehensweise (siehe Abschnitt 5.5) sollte die KVN als Partner in die Zusammenarbeit einbezogen werden. Zudem sind direkte Gespräche mit den niedergelassenen Ärzten in der Region sinnvoll.

Der Fokus eines Monitorings sollte regional und nicht einzelgemeindlich ausgerichtet sein. Anders können kumulierende problematische Entwicklungen in Teilräumen nicht erkannt werden. Besonderes Augenmerk sollte demnach auf benachbarte Kommunen gelenkt werden, in denen eine räumliche Konzentration von Hausärzten festzustellen ist, die bereits über 60 sind, und ggf. eine drohende Unterversorgung (nach §100 Abs. 1 SGB V) oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf (nach § 101 Absatz 1 Satz Nummer 3a SGB V) festgestellt werden können.

Bestehende Kooperations- und Arbeitsstrukturen sind in einer Region gut nutzbar, um diese Inhalte zu eruieren und eine Umsetzung vorzubereiten.

 *Räumliche Häufung von Nachbesetzungsbedarfen als besonderer Problemfall*



Tipp:

Gerade in Räumen mit (absehbaren) Versorgungsproblemen stellen die Unterstützung von Angestelltenlösungen oder der Bildung von größeren Einheiten mit besseren Perspektiven prüfungswerte Ansatzpunkte dar. Auch die Förderung der Ertüchtigung der Praxen hinsichtlich moderner Standards, Barrierefreiheit, der Eignung zur Lehrpraxis usw. sind sinnvolle Möglichkeiten für perspektivisch tragfähiges Engagement von Städten und Gemeinden. Kommunen könnten sich hierbei beispielsweise an entsprechenden Anreizen der KVN beteiligen.

 **Möglichkeiten
abwägen!**

 **Pläne der
niedergelassenen
Ärzte**

5.5 Fünfte Empfehlung: Anpassung der Versorgungsstrukturen

Gerade bei räumlichen Häufungen von Problemfällen sind neue strukturelle Veränderungsansätze notwendig. Die KVN ist dafür ein unverzichtbarer Partner. In der Abstimmung der Bemühungen von KVN und Kommunen liegt aber auch ein bedeutsames Potenzial zur Lösung des Problems.

Es ist ratsam, neben den gesetzlichen Möglichkeiten (siehe Kap. 4) vor allem auch die Trends in der Ärzteschaft (siehe Kapitel 3) mit zu berücksichtigen. Das erhöht die Chance auf erfolgreiche Lösungen. Mit Blick darauf gibt es verschiedene Ansätze zur Anpassung einer regionalen Versorgungsstruktur:

- Die Beförderung von Angestelltenlösungen in den Praxen einer Region, wenn Unterversorgung droht.
- Die Gründung eines MVZ mit einer für die Region geeigneten Trägerschaft, wobei idealerweise gerade in kleineren Städten und Gemeinden bei einer solchen Neugründung eine Bündelung mit weiteren Versorgungseinrichtungen in Ortszentren mit guter öffentlicher Verkehrsanbindung erreicht werden sollte.
- Die Unterstützung von Zweigpraxen.
- Ermächtigungen für Klinikärzte durch die KVN.

Ausführliche Gespräche mit und die Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten sollten in diesem Zusammenhang selbstverständlich sein. Ein bedeutender Vorgang wie die Gründung eines MVZ sollte nach Möglichkeit nicht zulasten von Bestrebungen bereits niedergelassener Ärzte gehen, die eventuell bereits Anstellungen planen. Generell gilt, dass größere Praxen gute Zukunftschancen besitzen. In

größeren Strukturen (egal ob Gemeinschaftspraxen mit oder ohne Angestellten oder MVZ) können die Verwaltungsaufgaben zum Praxisbetrieb geteilt und gegenseitige Vertretungsmöglichkeiten einfacher organisiert werden. Zudem bieten gerade größere Praxen gute Rahmenbedingungen, Famulanten oder Ärzte in Weiterbildung aufzunehmen (siehe Abschnitt 5.3).

Darüber hinaus sind in den zurückliegenden Jahren viele Pilotvorhaben erprobt worden, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität einer Region unterstützen können. Die Bandbreite reicht von der Delegation ärztlicher Leistungen bis zum Einsatz telemedizinischer Behandlungsbestandteile.

In Gebieten mit absehbaren Problemen empfiehlt sich zudem die Verständigung auf räumliche Versorgungsprioritäten (aus Sicht der Patienten!), die interkommunal unterstützt werden. Die mögliche Veränderung von Versorgungsstrukturen hat – insbesondere bei der Zusammenlegung mehrerer Arztsitze – Konsequenzen für die räumliche Verteilung ärztlicher Standorte in einer Region. Insofern sollten in solche Überlegungen die Erreichbarkeit (des neuen Standortes) und die entstehenden Mobilitätsbedarfe einschließlich geeigneter Lösungen einbezogen werden.

5.6 Sechste Empfehlung: Attraktivität der Region

Jüngere Ärzte haben bestimmte Vorstellungen, wo und wie sie später arbeiten wollen (siehe Kapitel 3). Sie haben ebenso ein Bild davon, was sie (vermeintlich) in unterschiedlichen Einsatzfeldern erwartet (Land oder Stadt, Hausarzt oder Facharzt usw.). Nicht immer fußen diese Annahmen jedoch auf eigenen Erfahrungen oder fundierten Auseinandersetzungen mit Möglich-

Geeignete Förderprogramme
(mit Beteiligung des Amtes für regionale Landesentwicklung Leine-Weser):

- LEADER
 - ILE Regionalmanagement
 - ILE Dorfentwicklung
 - ILE Basisdienstleistungen
 - Städtebauförderung:
 - Kleinere Städte und Gemeinden
 - Stadtumbau West
 - Aktive Stadt- und Ortsteilzentren
-



Geeignete Förderprogramme
(mit Beteiligung des Amtes für regionale Landesentwicklung Leine-Weser):

- LEADER
 - ILE Regionalmanagement
-



Ärzte ziehen Ärzte

Tipp:

Wer offensiv auf Hausärzte zugeht, braucht zugkräftige Argumente. Eine Untersuchung der Universität Heidelberg hat herausgefunden, dass Allgemeinmedizinern Themen wie Familienfreundlichkeit und Anschluss an Fachkollegen (beispielsweise durch Weiterbildungsverbünde oder die Anbindung an Krankenhäuser) deutlich wichtiger sind als die abstrakte Betonung von Natur und Landschaftswerten (vgl. Steinhäuser et al. 2013).

Beispiele:

Initiative „Mehr.Arzt.Leben!“
der Kassenärztlichen Vereinigung
Schleswig-Holstein (KVSH)
www.mehrarztleben.de

Praxisbörse der KVSH
www.kvsh.de/index.php?StoryID=584

Marketingkampagne der Region
Mitte Niedersachsen und der KVN
„Ärztlich Willkommen!“
www.aerztlich-willkommen.de

keiten und Perspektiven. In gewissen Grenzen ergibt sich also die Chance für Regionen, hier positive Wege über regionales Marketing aufzuzeigen. Eine besondere Chance bei Strategien zur Gewinnung von Hausärzten ist die Einbeziehung ihrer Kollegen. Gerade in der Region bereits tätige Ärzte können konkrete Vorstellungen von den beruflichen Perspektiven vermitteln.

Dabei sollten – wie bei anderen kommunalen Marketing- und Kommunikationsprozessen auch – einige Aspekte berücksichtigt werden:

- Die Darstellung sollte für die Region, nicht (nur) für die einzelne Kommune vorgenommen werden.
- Eine authentische Darstellung der Region und was den Arzt dort erwartet sind Erfolgsvoraussetzung. Erfolg kann sich nur einstellen, wenn nachhaltig Ärzte gewonnen werden können.
- Nur für eine Region zu werben oder Kampagnen durchzuführen, reicht nicht aus. Es braucht passende Unterstützungsangebote für niederlassungswillige Ärzte. Diese sollten zusammengetragen oder geschaffen werden. Dabei spielen vor allem auch die Partner der Hausärzte und deren Lebens- und Arbeitsbedürfnisse eine wichtige Rolle. Es braucht einen umfassenden Ansatz, um Hausärzte und ihre Familien für die Niederlassung in einer (ihnen möglicherweise fremden) Region zu gewinnen.

Trotzdem sollte die Wirkung von Marketing und Kampagnen nicht überschätzt werden. Sie können nur flankierend wirken. Die notwendige Auseinandersetzung mit den anderen Handlungsoptionen sollte daher von Städten und Gemeinden nicht fallen gelassen werden. Auch hier gilt: Bestehende regionale Kooperationen sind eine gute Plattform, entsprechende Inhalte umzusetzen.

Verwendete Quellen

- Bundesärztekammer (2012):
Ärztestatistik 2011
- Bundesärztekammer (2015):
Ärztestatistik 2014
- Grontmij GmbH/Niedersächsische
Landgesellschaft mbH (2013):
*Regionalstrategie Daseinsvorsorge der
Region Mitte Niedersachsen*
- Heinz, Andreas; Jacob, Rüdiger
(2012): *Medizinstudenten und ihre
Berufsperspektiven – In welcher
Facharzttrichtung, wo und wie wollen
sie arbeiten?*, in: Bundesgesundheits-
blatt, Band 55 (Heft 2), S. 245–253
- Steinhäuser J.; Joos S.; Szecsenyi
J.; Götz K. (2013): *Welche Faktoren
fördern die Vorstellung sich im
ländlichen Raum niederzulassen?*
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2013;
89: 10–15.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
(KBV): *MVZ-Survey 2011. Medizinische
Versorgungszentren in ländlichen
Regionen*. Berlin 2011
- Kassenärztliche Vereinigung Nieder-
sachsen (KVN): *Niederlassen für die
Menschen in Niedersachsen*.
Hannover (ohne Datum)
- Die Landesvereinigung für Gesund-
heit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V. (LVG & AfS):
Gesundheitsregionen in Deutschland.
Hannover (ohne Datum)
- Die Landesvereinigung für Gesund-
heit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V. (LVG & AfS):
*Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchs-
gewinnung in Deutschland*.
Hannover (ohne Datum)
- Die Landesvereinigung für Gesund-
heit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V. (LVG & AfS):
Zukunftsregionen Gesundheit.
Hannover 2014

Literatur zum Thema

- Bundesministerium für Verkehr und
digitale Infrastruktur (BMVI):
*Anpassungsstrategien zur regionalen
Daseinsvorsorge. Empfehlungen der
Facharbeitskreise Mobilität, Hausärzte,
Altern und Bildung*. Berlin 2015
- Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen:
*Bedarfsgerechte Versorgung –
Perspektiven für ländliche Regionen und
ausgewählte Leistungsbereiche*. Berlin
2014

Das Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser berät Sie gerne



Timo Fichtner

Tel.: 05121 9129-832

Fax: 05121 9129-902

timo.fichtner@arl-lw.niedersachsen.de



Natalie Schmidt

Tel.: 05121 9129-822

Fax: 05121 9129-902

natalie.schmidt@arl-lw.niedersachsen.de

Weitere Ansprechpartner für die Region Leine-Weser



**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit und
Gleichstellung**

*Ref 104 – Grundsatzfragen
der Sozialversicherung, Kranken-
und Unfallversicherung*

Postfach 1 41

30001 Hannover



**Niedersächsischer Zweckverband
zur Approbationserteilung (NiZzA)
Ärzttekammer Niedersachsen**

Berliner Allee 20

30175 Hannover

Tel.: 0511 380-02

Weitere Ansprechpartner für die Region Leine-Weser

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN),
zuständige Geschäftsstellen:



Für die Landkreise Diepholz, Nienburg

Bezirksstelle Verden

Am Allerufer 7

27283 Verden

Tel.: 04231 975-0

Fax: 04231 975-100

E-Mail: kvn.verden@kvn.de



Für den Landkreis Hildesheim

Bezirksstelle Hildesheim

Hannoversche Straße 29

31134 Hildesheim

Tel.: 05121 1601-0

Fax: 05121 1601-133

E-Mail: kvn.hildesheim@kvn.de



**Für die Region Hannover
sowie die Landkreise
Hameln-Pyrmont und Schaumburg**

Bezirksstelle Hannover

Schiffgraben 26

30175 Hannover

Tel.: 0511 380-04

Fax: 0511 380-4474

E-Mail: kvn.hannover@kvn.de



Für den Landkreis Holzminden

Bezirksstelle Göttingen

Elbinger Straße 2

37083 Göttingen

Tel.: 0551 70709-0

Fax: 0551 70709-170

E-Mail: kvn.goettingen@kvn.de

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

Bearbeitung und Text: Timo Fichtner

Redaktion: Natalie Schmidt

Satz und Layout: fischhase, Hannover

Druck: LGLN

Nachdruck und Vervielfältigung:

Alle Rechte vorbehalten

Bildnachweis:

Seite 9: jogyx / Fotolia.com

Seite 29: Petra Bork / pixelio.de

Seite 36: Grontmij GmbH/NLG 2013

weitere Fotos: ArL Leine-Weser

Illustrationen: Jan Bintakies, Hannover

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