

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung:

Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern berät Kommunen

Oliver Legler, Sibille Prössl, Nina Ratschker, Dr. Thomas Ewert, Gunnar Geuter

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit berät als Kompetenzzentrum bayerische Kommunen bei Fragen zur ambulanten Versorgung. Es identifiziert kostenfrei u. a. mögliche Handlungsfelder und unterstützt die gemeinsame Entwicklung passgenauer Lösungsstrategien zur Umsetzung vorhandener Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort. Im Folgenden werden der Wandel bei den ärztlichen Versorgungsstrukturen und bereits etablierte regionale Lösungsansätze dargestellt, die als Vorbild für andere Regionen dienen können.

Ambulante ärztliche Versorgungsstrukturen im Wandel

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich grundsätzlich auf einem sehr hohen Niveau. Um die wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung auch zukünftig aufrechtzuerhalten, werden jedoch vermehrt Anstrengungen notwendig sein, nicht zuletzt auf kommunaler Ebene. So findet beispielsweise aktuell, und in den nächsten Jahren noch verstärkt, aufgrund des hohen Durchschnittsalters der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von über 54 Jahren (KBV 2019a) ein Generationswechsel in der vertragsärztlichen Versorgung statt. Zudem erfordern u. a. demografischer Wandel, Veränderungen im Krankheitsspektrum und medizinisch-technischer Fortschritt innovative Antworten in der Versorgung. Und nicht zuletzt ist ein starker Wandel beruflicher Rollenvorstellungen vornehmlich in der nachfolgenden Ärztegeneration zu beobachten, welcher sich auch in veränderten Bedürfnissen an das (künftige) Arbeitsumfeld zeigt.

Insbesondere ländlich geprägte Regionen mit geringer Infrastrukturdichte stehen dabei vor großen Herausforderungen (SVR 2014, S. 561), da hier gehäuft infrastrukturelle und soziodemografische Negativentwicklungen in wechselseitiger Verstärkung auftreten, wie z. B. eine alternde Bevölkerung

mit erhöhtem medizinischen Versorgungsbedarf bei gleichzeitig ebenfalls älter werdender Ärzteschaft sowie ungünstiger Erreichbarkeit und Mobilitätslage (BBSR 2012).

Ländliche Regionen Deutschlands stehen, oftmals noch mehr als urbane Regionen, zudem vor der Herausforderung, dass die derzeitigen (Praxis-) Strukturen und Prozesse oft nicht mit den ange-deuteten Präferenzen junger Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Vor dem Hintergrund des Generationswechsels und in diesem Zusammenhang einer Vielzahl an bevorstehenden Praxisübergaben sollte deshalb verstärkt an einer besseren Passung von Angebot und Nachfrage gearbeitet werden. Es werden häufig, teilweise erhebliche, Veränderungen konkreter Rahmenbedingungen der praktischen Tätigkeit erforderlich sein. Dabei stehen vor allem die vielfach als unattraktiv empfundenen Niederlassungs- bzw. Arbeitsbedingungen, speziell als „Einzelkämpferin und Einzelkämpfer“ im ländlichen Raum im Vordergrund (SVR 2014, S. 398).

Bereits jetzt verändern sich Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich mit hoher Dynamik. So entscheiden sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte für eine gemeinsame Berufsausübung in größeren Praxisstrukturen (KBV 2019b). Als Motive für das Arbeiten im Team werden etwa ein erleichterter

Oliver Legler, Sibille Prössl, Nina Ratschker, Dr. Thomas Ewert, Gunnar Geuter

Kommunalbüro für ärztliche Versorgung, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL),
Sachgebiet GE6: Bayerische Gesundheitsagentur, Gesundheitsversorgung, Nürnberg

kommunalbuero-gesundheit@lgl.bayern.de www.lgl.bayern.de/kb

fachlicher Austausch, höhere Flexibilität und potenzielle betriebswirtschaftliche Vorteile angeführt (KBV 2019c). Zudem ist in den letzten Jahren ein deutlicher Trend weg von der selbständigen Vertragsarzt-tätigkeit hin zum Angestelltenverhältnis erkennbar. Beispielsweise machten 2018 angestellte Ärztinnen und Ärzte bundesweit bereits über 65 % der neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte aus (KBV 2019b). Zusätzlich stieg die Nachfrage nach Teilzeit-tätigkeit und geregelten Arbeitszeiten in den letzten Jahren stark an. Dies ist u. a. auf den vielfach von der nachrückenden Ärztegeneration geäußerten Wunsch nach einer besseren Work-Life-Balance zurückzuführen (Buddeberg-Fischer et al. 2008). In der hausärztlichen Versorgung nahm beispielsweise zwischen 2009 und 2017 der Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Deutschland, die einen vollen Versorgungsauftrag innehatten, von 95 % auf 80 % ab (KBV 2019b).

Bestehende Praxisstrukturen stehen also unter einem erheblichen Veränderungsdruck. Dies gilt besonders für Einzelpraxen, die allerdings zzt. im Bundesgebiet mit ca. 80 % den größten Anteil an allen Praxisformen ausmachen. Gleichzeitig nahmen Einzelpraxen als Praxisform zahlenmäßig überproportional ab. Deutschlandweit ist beispielsweise allein zwischen 2008 und 2018 die Anzahl der hausärztlichen Einzelpraxen von 35 203 auf 28 668 zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum war eine dynamische Entwicklung der kooperativen Formen der Berufsausübung zu beobachten (KBV 2019b).

Um die wohnortnahe Versorgung erfolgreich sichern zu können, bedarf es vor diesem Hintergrund geeig-

neteter und entschlossener Strategien, innovativer Modelle (auch unter flankierender Nutzung von E-Health-Anwendungen) sowie neuer Strukturen und Rahmenbedingungen auf regionaler Ebene. Auch Konzentrationsprozesse werden mit hoher Wahrscheinlichkeit in vielen Regionen stattfinden. Damit diese nicht zur Verschlechterung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung führen, sollte insbesondere in ländlichen Regionen eine möglichst enge interkommunale Abstimmung angestrebt werden. Gerade im Gesundheitswesen, das aufgrund von Selbstverwaltung, Korporatismus und sektoraler Abgrenzung sehr komplex ist, ist zudem die Zusammenarbeit vieler Akteure notwendig, um entsprechende Weiterentwicklungen anzustoßen und umzusetzen.

Vor allem für den ländlichen Raum wird vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) konkret die Etablierung multiprofessioneller, an den jeweiligen Bedarf und die konkrete Situation angepasster „lokale Gesundheitszentren“ als besonders aussichtsreiches Modell zur Sicherung der Versorgung empfohlen (s. Abb.) (SVR 2014, S. 599).

Zahlreiche Einflussmöglichkeiten der Kommunen in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Grundsätzlich sind für die Sicherstellung, Verbesserung und Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung nach §§ 72, 75, 105 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)¹ zuständig.

Unbeschadet dieser gesetzlich normierten Sicherstellungsverpflichtung der KVen haben Kommunen jedoch zahlreiche Einflussmöglichkeiten auf die Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung und können darüber einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten Versorgung der Bevölkerung leisten. Konkret können kommunale Verantwortungs- und Entscheidungsträgerinnen und -träger auf regionaler Ebene:

Abbildung 1: Modell einer regionalen vernetzten Versorgung im ländlichen Raum (in Anlehnung SVR 2014, S. 612).



Quelle: LGL

¹ Die KVen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert und stellen einen wesentlichen Bestandteil des selbstverwalteten Gesundheitswesens dar.

- bei Bedarf im Sinne der regionalen Planung und Steuerung der Versorgung Strategien zu einer Weiterentwicklung der (Strukturen der) Gesundheitsversorgung initiieren, moderieren und unterstützen,
- für einen entsprechenden Entwicklungsbedarf sensibilisieren und bei allen Beteiligten um Veränderungsbereitschaft werben, auch bei Bürgerinnen und Bürgern,
- bei der Analyse des jeweiligen Gesundheitsstandortes helfen,
- eine ressortübergreifende Verständigung und Abstimmung forcieren (z. B. zur Weiterentwicklung der Verkehrsinfrastruktur zwecks Optimierung der Anbindung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung),
- eine enge Verzahnung mit bestehenden Konzepten anstreben (z. B. mit ländlichen Quartierskonzepten, der Familien- und Seniorenpolitik, Stadt- und Raumplanung oder Wirtschaftsförderung),
- bei der Erschließung von Fördermöglichkeiten unterstützen,
- gemeindeübergreifendes Marketing für den Gesundheitsstandort koordinieren,
- die Aus- und Weiterbildung in der Region flankieren,
- im Einzelfall ideelle Unterstützung bei der Nachfolgersuche oder Neuansiedlung von Ärztinnen und Ärzten anbieten (z. B. Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Immobilien, Vermittlung von Kinderbetreuungsangeboten, Marketingaktivitäten zur Anwerbung „niederlassungswilliger“ Ärztinnen und Ärzte).

Als besonders zielführend hat sich zudem die gezielte Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen erwiesen. Diese Erfahrung aus der Beratungstätigkeit des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung deckt sich mit Ergebnissen aus der Forschung, die darauf hindeuten, dass die sog. „weichen Standortfaktoren“ die Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten stärker beeinflussen als gemeinhin angenommen. Neben den bereits angesprochenen beruflichen Rahmenbedingungen für die Praxisgründung und -führung sind dies vor allem allgemeine Rahmenbedingungen für das tägliche Leben, wie Schul- und Betreuungsangebote für die Kinder, Freizeitmöglichkeiten oder das Wohnumfeld. (Langer et al. 2015)

Ziel sollte bei allen Aktivitäten ein möglichst gemeinsames Vorgehen zwischen Kommunen und

Leistungserbringern sein, bei dem möglichst Viele konzertiert zusammenwirken. Während einige Maßnahmen auf der Ebene einzelner Gemeinden oder kleinräumigerer Gemeindeverbände ergriffen werden können, eignen sich bei anderen häufig großräumigere interkommunale Lösungsansätze besser. Auf Ebene von Kreisen bzw. Kreisregionen ist dazu der Aufbau regionaler Netzwerke, wie regionaler/kommunaler Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen zu empfehlen. In den letzten Jahren haben viele Bundesländer diesbezüglich starke Akzente gesetzt. Exemplarisch sei auf die Entwicklungen in Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen verwiesen (Hollederer 2015). In Bayern wurden in ca. zwei Drittel aller Kreise und kreisfreien Städte in den vergangenen fünf Jahren sog. „Gesundheitsregionen^{plus}“ eingerichtet (ausführliche Informationen zu den Gesundheitsregionen^{plus} s. S. 77 in diesem Heft).

Kommunale Träger können darüber hinaus nach § 105 Abs. 5 SGB V in begründeten Ausnahmefällen und bei Zustimmung der KV auch sog. Eigeneinrichtungen betreiben, in denen Ärztinnen und Ärzte angestellt tätig sind. Zudem können Kommunen gemäß § 95 Abs. 1a SGB V ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gründen.

Neben der zu beachtenden Sozialgesetzgebung setzen jedoch weitere rechtliche Vorgaben, insbesondere kommunalrechtliche, wettbewerbsrechtliche und vertragsarztrechtliche, einem kommunalen Engagement hierbei relativ enge Grenzen (Kinggreen und Kühling 2018). Da Kommunen zudem meist nur über geringes Know-how in diesem Bereich verfügen und die Gründung bzw. der Betrieb derartiger Einrichtungen mit gewissem unternehmerischen Aufwand und ggf. auch Risiko verbunden ist (Kinggreen und Kühling 2018), wurden beide Möglichkeiten in Deutschland bisher lediglich in Ausnahmefällen realisiert. Überregionale Aufmerksamkeit erreichten z. B. die Eigeneinrichtung der Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein (Schnack 2016; s. auch S. 24 in diesem Heft) und das kommunal getragene MVZ der Stadt Katzenelnbogen in Rheinland-Pfalz (Reischmann 2016).

Bei etwaig angedachten Maßnahmen, wie auch bei allen beabsichtigten finanziellen Fördermaßnahmen, ist im Vorfeld eine enge Abstimmung mit der zuständigen Rechtsaufsicht unabdingbar. Weiterhin wird die Inanspruchnahme von fachkundigen Beratungsleistungen, z. B. hinsichtlich steuerrechtlicher, betriebswirtschaftlicher und vertragsarztrechtlicher Aspekte, empfohlen.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern: Beispiel eines Beratungs- und Unterstützungsangebotes für Kommunen

Die Gesundheitsversorgung wird auf kommunaler Ebene zunehmend als Handlungsfeld erkannt. Um die bayerischen Kommunen bei ihren Anstrengungen zu unterstützen, hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Nürnberg als landesweit tätiges Kompetenzzentrum eingerichtet. Das Kommunalbüro berät kommunal Verantwortliche einzelfallbezogen sowie kostenfrei und bietet am Gemeinwohl orientierte, objektive, neutrale und systematische Unterstützung. Dabei arbeitet das Kommunalbüro vertrauensvoll mit Kommunen, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Das Hauptaugenmerk liegt darauf, den Verantwortlichen vor Ort eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu bieten.

Die Grundlage für die typischen Unterstützungs- und Beratungsleistungen des Kommunalbüros bildet eine Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen. Hierzu werden zum einen quantitative Daten herangezogen. Beispielsweise werden verschiedene soziodemografische Indikatoren und medizinische Versorgungsdaten betrachtet. Zum anderen wird die jeweils individuelle Ausgangslage in der beratenen Kommune unter Berücksichtigung möglichst aller Beteiligten qualitativ analysiert. Darauf aufbauend finden, in aller Regel vor Ort, ausführliche Beratungsgespräche statt. In diesem Kontext wird u. a. über Hintergründe, Strukturen, zentrale Ansprechpartner*innen und präventive Maßnahmen informiert. Bei Problemen werden gemeinsam passgenaue Handlungsoptionen diskutiert und eine individuelle Vorgehensweise inklusive konkreter Schritte und Zeitläufe erarbeitet. Auf Nachfrage informiert das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung auch bei (öffentlichen) Veranstaltungen, beispielsweise im Rahmen von Versorgungskonferenzen, Bürgermeisterdienstbesprechungen oder Arbeitskreissitzungen.

Da das Kommunalbüro die Beratenen bei Bedarf begleitet, bis erfolgversprechende Strategien gemeinsam mit den beteiligten Akteuren entwickelt und umgesetzt sind, bzw. bei konkreten Problemen eine Lösung gefunden ist, ergeben sich meist mehrjährige Beratungsprozesse. Seit Gründung im Jahr 2012 hat das Kommunalbüro bereits mehr als

Um Kommunen Hilfestellung bei der Gründung eines MVZ zu geben, wurde ein Handlungsleitfaden erstellt. Dieser benennt für alle Phasen, von der Planung bis zur Umsetzung, die relevanten Aspekte, die es zu beachten und zu entscheiden gilt und fasst sie abschließend in Form von Checklisten zusammen.

Handlungsleitfaden zu rechtlichen Aspekten der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums durch eine Kommune, basierend auf der rechtswissenschaftlichen Studie „Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren“, erstellt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege von Univ.-Prof. Dr. Thorsten Kingreen und Univ.-Prof. Dr. Jürgen Kühling, LL.M., Universität Regensburg, Juli 2018.

www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2019/09/handlungsleitfaden-zu-rechtlichen-aspekten-der-gruendung-ein.pdf

Zum Gutachten s. auch S. 92 in diesem Heft.

400 Beratungsfälle verzeichnet und ist als Ansprechpartner für Kommunen in Fragen der ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern fest etabliert.

Förderungen als zusätzlicher Anreiz für eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum

In ländlichen Regionen können auch gezielte Fördermaßnahmen dazu beitragen, die ärztliche Versorgung zu sichern. Neben dem Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wurde im Freistaat Bayern deshalb u. a. das „Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ aufgelegt.

Eine der drei Fördersäulen ist die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeut*innen im ländlichen Raum.² Diese schafft einen zusätzlichen Anreiz für Hausärzt*innen, Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sowie für Kinder- und Jugendpsychiater*innen, sich für eine Niederlassung im ländlichen Raum zu entscheiden. Praxisgründungen und -übernahmen in bayerischen Gemeinden mit bis zu 20 000 Einwohner*innen und im Falle der Kinder- und Jugendpsychiater*innen mit bis zu 40 000 Einwohner*innen im Fördergebiet sollen dadurch erleichtert werden. Der Zuschuss durch den Freistaat Bayern beträgt im Falle der Niederlassung bis zu 60 000 €. Bei besonderer Bedeutung für den ländlichen Raum können ebenfalls Filialbildungen mit bis zu 15 000 € gefördert werden.

² Mehr Informationen zur entsprechenden Fördersäule unter: www.lgl.bayern.de/nl (Abruf: 28.08.2019).

Auch der Ärztenachwuchs profitiert während seiner Ausbildung von dem Förderprogramm der Bayerischen Staatsregierung.³ Medizinstudierende, die sich frühzeitig für eine spätere ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum entscheiden, erhalten während ihres klinischen Studienabschnittes eine monatliche finanzielle Unterstützung von 600 €, in der Regel bis zum Ende des Studiums, längstens jedoch für 48 Monate. Ergänzt wird die finanzielle Unterstützung durch eine ideelle Förderung, das Stipendiatenseminar. Bei dieser einmal jährlich stattfindenden zweitägigen Veranstaltung sollen die Stipendiat*innen wertvolles Wissen für ihre spätere Tätigkeit im ländlichen Raum erwerben. Zudem bietet dieses Seminar eine Plattform zur Vernetzung untereinander, mit den Referent*innen sowie politisch Verantwortlichen. Seit dem Jahr 2012 wurden bereits über 500 Niederlassungen und Filialbildungen sowie mehr als 200 Medizinstudierende mit einer Förderung des Freistaates Bayern unterstützt.

Daneben können im Rahmen dieses Förderprogrammes auch innovative Konzepte zum Erhalt und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und/oder zur Förderung der sektorübergreifenden Versorgung sowie die begleitende Evaluation der Konzepte gefördert werden.⁴ Die Zuwendung für entsprechende Projekte kann bis zu 500 000 € betragen.

Das Rad nicht neu erfinden: Lösungsbeispiele aus Bayern

In Deutschland werden derzeit vielerorts neue Versorgungsstrukturen aufgebaut, Praxen zusammengeschlossen, regionale und überregionale Initiativen zur Nachwuchsgewinnung gestartet sowie vielfältige Förderaktivitäten verfolgt. Die nachfolgenden drei Beispiele aus Bayern stehen deshalb lediglich stellvertretend für zahlreiche weitere, erfolgversprechende und erfolgreiche Ansätze im gesamten Bundesgebiet. Sie können als beispielgebend für die Bewältigung des angesprochenen Strukturwandels angesehen werden und als Ideenpool – ggf. nach erfolgter Anpassung an die jeweilige Situation – zur Nachahmung vor Ort dienen.

³ Mehr Informationen zur entsprechenden Fördersäule unter: www.lgl.bayern.de/stip (Abruf: 28.08.2019).

⁴ Mehr Informationen zur entsprechenden Fördersäule unter: www.lgl.bayern.de/imv (Abruf: 28.08.2019).

1. Neue Praxisstruktur ermöglicht erfolgreiche Praxisübergaben – Hausärzteezentrum Kaufering

Aus der Not eine Tugend machen – so ähnlich kann der Ausgangspunkt für die Gründung des Hausärzteezentrums Kaufering beschrieben werden. Ende 2010 suchten zwei der sieben hausärztlichen Einzelpraxen in den Gemeinden Markt Kaufering (ca. 10 000 Einwohner*innen) und Igling (ca. 2 500 Einwohner*innen) eine Nachfolge. Die Suche verlief zunächst ergebnislos und da die Hausärzt*innen bereits sehr zeitnah in den Ruhestand eintreten wollten, drohte sich die lokale hausärztliche Versorgungssituation akut zu verschlechtern. Aufgrund der seinerzeit in den Praxen zu verzeichnenden hohen Auslastung trafen sich alle vor Ort tätigen Hausärzt*innen und beschlossen in einer gemeinsamen Strategiesitzung eine Kooperation in Form einer örtlichen Gemeinschaftspraxis, einer sog. Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), in Kaufering mit einer Filiale in Igling als eingetragene Partnerschaftsgesellschaft zu gründen.

Bürgermeister und Gemeinderat der Marktgemeinde Kaufering unterstützten die organisatorische Neuausrichtung und so konnten zentral gelegene und ausreichend große Räumlichkeiten (ca. 450 m²) für die Hauptbetriebsstätte gefunden werden. Die Gemeinde übernahm die Bauträgerschaft beim Umbau eines bestehenden Ensembles zu einer Großpraxis und vermietet die Praxisräumlichkeiten an die Praxisbetreiber*innen. Der langfristige Mietvertrag gibt Planungssicherheit und die Umlage der (Um-)Baukosten auf die Monatsmiete brachte zusätzliche wirtschaftliche Sicherheit für alle Beteiligten. Eine Physiotherapiepraxis sowie eine Apotheke sind ebenfalls im Haus angesiedelt. Bereits im Frühjahr 2012 konnte das Hausärzteezentrum eröffnet werden.

Zwischenzeitlich konnten die freiwerdenden Sitze erfolgreich besetzt und eine weitere Hausarztpraxis eines Kollegen vor Ort zusätzlich übernommen und mit einer angestellten Hausärztin (ehemalige Ärztin in Weiterbildung des Hausärzteezentrums Kaufering) besetzt werden. Insgesamt sind heute 38 Personen im Hausärzteezentrum Kaufering tätig. Neben den fünf Partner*innen (Gesellschafter*innen) beschäftigt die Praxis u. a. drei angestellte Ärztinnen (eine in Vollzeit, zwei in Teilzeit), vier

⁵ Mehr Informationen zur Praxis unter: www.hausaerzteezentrum-kauferring.de (Abruf: 28.08.2019).

Weiterbildungsassistentinnen, eine Praxismanagerin, 15 Medizinische Fachangestellte (sechs in Vollzeit, neun in Teilzeit), drei Auszubildende, zwei IT-Betreuer (Minijobber) und zwei Bürokräfte (eine in Teilzeit und eine als Minijobberin). Regelmäßig gibt es Anfragen und großes Interesse von Ärzt*innen an einer Weiterbildungsstelle oder dauerhaften Anstellung. Die Praxis ist zudem als Lehrpraxis der Technischen Universität München anerkannt. Aus dem Zusammenschluss der Einzelpraxen zur BAG mit Filiale resultierte der Aufbau einer zukunftsfähigen hausärztlichen Versorgungsstruktur mit Strahlkraft für die gesamte Region. Die Struktur scheint – im Gegensatz zu den vormals kleinen Praxen – attraktiv für die nachfolgende Ärztegeneration zu sein, was sich an der erfolgreichen Nachbesetzung der bisher abzugebenden Praxissitze zeigt. Auch für Medizinische Fachangestellte scheint die Struktur sehr attraktiv zu sein, da die Praxis entgegen des oftmals berichteten Trends fast immer zahlreiche Bewerbungen auf offene Stellen bekommt. Dies gilt auch für Ärzt*innen in Weiterbildung: Hier hat die Praxis oft mehr Anfragen/Bewerbungen als zu besetzende Stellen. Gleichzeitig ermöglichte der Zusammenschluss aber auch eine Arbeitsentlastung und bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf für die „alteingesessenen“ Ärzt*innen (z. B. durch flexiblere Arbeitszeitmodelle und Urlaubsgestaltung). Ein fortlaufender Praxisbetrieb ist zudem auch im Krankheits- oder Fortbildungsfall garantiert. Speziell qualifiziertes Personal mit erweiterter Kompetenz entlastet die Ärzt*innen darüber hinaus über die Delegation von Leistungen (beispielsweise in den Bereichen Wund- und Disease Management und Patientenschulungen oder bei Hausbesuchen). Nicht zuletzt führte die Zusammenlegung zu einer besseren Ressourcenauslastung (z. B. der Räume und Geräte) und zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation.

Auch die Bevölkerung vor Ort profitiert: Das Leistungsspektrum konnte durch unterschiedliche Kompetenzschwerpunkte der Ärzt*innen deutlich erweitert werden und längere, arbeitnehmer- und familienfreundlichere Öffnungszeiten sowie eine tägliche „Notfallsprechstunde“ von 9:00 bis 12:00 Uhr (neben der „normalen“ Terminsprechstunde) wurden umgesetzt. Urlaubsbedingte Praxis-schließungen fallen nicht mehr an. Allein zwischen 2012 und 2019 stiegen die Patientenzahlen von 4 600–4 850/Quartal auf 6 700–7 000/Quartal an.⁵

2. Nachwuchsförderung im ländlichen Raum – das Beispiel „LandArztMacher“

Zunehmende Konzentrationsprozesse in der ärztlichen Versorgung in Deutschland erschweren es insbesondere in ländlichen Regionen, ausreichend ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen (SVR 2014, S. 349). Auch die universitäre medizinische Ausbildung findet hauptsächlich in den Großstädten statt. Dieser Allokationsproblematik kann mit gezielten Maßnahmen entgegengesteuert werden. In Bayern wurden etwa der Medizin-Campus Oberfranken⁶ oder Förderprojekte des Bayerischen Hausärzteverbandes und der KVB⁷ ins Leben gerufen, welche für Studierende während ihrer Ausbildung Anreize schaffen, möglichst frühzeitig im ländlichen Raum tätig zu sein.

Praxiserfahrungen, aber auch nationale und internationale Studien, deuten darauf hin, dass entsprechende Ansätze ein wichtiger Teil der Antwort auf die aktuellen Herausforderungen sein können. Studierende beispielsweise entscheiden sich häufiger für einen Berufseinstieg in einem ländlichen Gebiet, wenn sie dort bereits während ihres Studiums praktische Erfahrung sammeln konnten (Barth et al. 2017; Blue et al. 2004; Rabinowitz et al. 2001; Runge et al. 2016). Insbesondere die Verknüpfung aus fachlicher Wissensvermittlung, emotionaler Bindung an die Region und Optimierung des Berufsbildes scheint dabei ein wesentlicher Erfolgsfaktor zu sein. Hier setzen in Bayern u. a. viele der mittlerweile flächendeckend gegründeten, regionalen Weiterbildungsverbände für Allgemeinmedizin⁸ an.

Zudem wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Initiativen gestartet, um (angehenden) Mediziner*innen frühzeitig entsprechende Berührungspunkte in ländlichen Gebieten Bayerns zu ermöglichen, z. B. die

⁶ Mehr Informationen zum MedizinCampus Oberfranken unter: www.uni-bayreuth.de/de/universitaet/presse/archiv/2019/011-Medizincampus-Oberfranken_PM-Klinikum-BT.pdf (Abruf: 28.08.2019).

⁷ Mehr Informationen zu diversen Förderprogrammen für den ärztlichen Nachwuchs unter: www.hausaerzte-bayern.de/index.php/nachwuchs-lp/foerderprogramme-fuer-den-hausaerztlichen-nachwuchs.html sowie unter: www.kvb.de/nachwuchs/studium/kvb-famulaturfoerderung (Abruf: 28.08.2019).

⁸ Mehr Informationen dazu bietet die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin unter: <https://www.kosta-bayern.de> (Abruf: 28.08.2019).

„Medizinische Ferienakademie Altmühlfranken“⁹ und das Famulaturprojekt „Main Sommer“¹⁰. Auch die „LandArztMacher“ im Bayerischen Wald, einer ländlich geprägten Region im Osten Bayerns, sind ein sehr gutes Beispiel, wie ein gemeinsames Vorgehen zur Nachwuchsförderung erfolgreich sein kann: Die „LandArztMacher“ sind im Kern drei Hausärzte und eine Hausärztin. Sie veranstalten u. a. seit 2015 sog. „Exzellente Projekte“ (Ebert-Rall 2019). Ziel der Projekte, welche als Famulatur bzw. Pflegepraktikum im Rahmen des Medizinstudiums anerkannt werden, ist es, angehenden Mediziner*innen die Vorzüge einer Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt im ländlichen Raum praxisnah nahezubringen (AOK-Bundesverband 2019). Die Projekte zeichnen sich durch die Vermittlung und konkrete Anwendung von Lerninhalten sowie eine intensive Eins-zu-Eins-Betreuung aus, die in dieser Form im regulären Studienverlauf nicht üblich ist (Die LandArztMacher 2019). Die Einblicke in den Praxisalltag der teilnehmenden Ärzt*innen ermöglichen Studierenden, konkret zu erleben, dass und wie eine ärztliche Tätigkeit im Sinne gelungener Work-Life-Balance vereinbart werden kann.

Ein flankierendes und sehr umfangreiches Freizeitprogramm zeigt die hohe Lebensqualität in der Region auf. Neben dem Initiatorenkreis tragen zahlreiche weitere Akteure zur Realisierung der Projekte bei, u. a. 44 Arztpraxen sowie die regionalen Kliniken (Ebert-Rall 2019). Die angrenzenden Landkreise und deren kreisangehörige Gemeinden unterstützen beispielsweise durch die Bereitstellung von Unterkünften, die Gestaltung des Freizeitprogrammes oder die Verbesserung der Mobilität der Teilnehmer*innen. Zusätzlich stellen mehrere Krankenkassen und lokale Wirtschaftsunternehmen regelmäßig Geld- und Sachmittel zur Verfügung (Die LandArztMacher 2019). Bei der Zielgruppe findet das Projekt großen Anklang: Mehr als 200 Studierende aus ganz Deutschland haben bisher teilgenommen und das Angebot ist bereits bis Sommer 2020 ausgebucht (Ebert-Rall 2019).

⁹ Mehr Informationen zur „Medizinischen Ferienakademie Altmühlfranken“ unter: www.altmuehlfranken.de/medizinische-ferienakademie (Abruf: 28.08.2019).

¹⁰ Mehr Informationen zum Projekt „Main Sommer“ unter: www.hassberge.de/buergerservice/gesundheit/gesundheitsregionplus/famulaturprojekt-main-sommer.html (Abruf: 28.08.2019).

3. Herausforderungen in der Patientenmobilität – der „Ärzte.Bus“ schafft Abhilfe

Auch Mobilitätsangebote für Patient*innen können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung leisten. Fehlt auf kommunaler Ebene eine gute ÖPNV-Anbindung, so fehlt diese auch den Patient*innen, um z. B. die nächste Haus- oder Facharztpraxis zu erreichen. Der Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge im Norden Bayerns erprobt deshalb seit Sommer 2018 den sog. „Ärzte.Bus“. Koordiniert wird das Projekt von der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge. Die fachärztliche Versorgungssituation im ländlich geprägten Landkreis ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass viele der Fachärzt*innen in Marktredwitz, der größten Stadt des Landkreises, angesiedelt sind. Um die Erreichbarkeit der Praxen für die Patient*innen zu verbessern, wurde der „Ärzte.Bus“ initiiert. Ein siebensitziger Kleinbus eines ansässigen Busunternehmens verkehrt seit gut einem Jahr alle zwei Wochen an einem definierten Vormittag. Die Patient*innen können an zwei zentralen Haltestellen in Selb, der zweitgrößten Stadt des Landkreises, einsteigen und werden in ca. 30 Minuten direkt nach Marktredwitz zum Bahnhofsplatz oder zum Ärztehaus gefahren. Hier sind in unmittelbarer Nähe zahlreiche Fachärzt*innen niedergelassen. Dabei werden der Facharzttermin sowie die Sitzplatzbuchung im Bus von der jeweiligen Hausarztpraxis in Selb (es nehmen alle Hausarztpraxen teil) koordiniert. Die teilnehmenden Fachärzt*innen aus neun unterschiedlichen Fachrichtungen in Marktredwitz, die in Selb nicht vertreten sind, reservieren für den vorgesehenen Zeitraum Terminslots. Die Patient*innen zahlen für die Hin- und Rückfahrt pauschal 14 €, was ungefähr dem Tarif des öffentlichen Nahverkehrs zwischen diesen Städten entspricht. Das Angebot ist bisher zu durchschnittlich 70 % ausgelastet. Bei vollständiger Auslastung wären die Kosten nahezu gedeckt. Das entstehende Kostendefizit wurde bisher vom Landkreis und Spendengeldern einer Stiftung ausgeglichen.

Besonders in ihrer Mobilität eingeschränkte Bürgerinnen und Bürger haben durch den „Ärzte.Bus“ die Möglichkeit, ihre Facharzttermine eigenständig und deutlich kostengünstiger als mit dem Taxi wahrzunehmen (mit diesem würde eine einfache Fahrt ca. 50 € kosten). Eine dauerhafte Genehmigung des Mobilitätsangebotes als regelhaftes Angebot des ÖPNV sowie eine Ausweitung des Streckenangebotes (z. B. Einrichtung zusätzlicher Haltestellen in weiteren Gemeinden des Landkreises) werden derzeit von den Projektverantwortlichen angestrebt (Busch und Ziesel 2019). ■

Die Literaturangaben finden Sie unter: www.asg-goe.de/pdf/LR0319-Literatur-Legler-Prössl-Ratschker-Ewert-Geuter.pdf