

Gesundheitsversorgung

vor Ort zukunftsgerichtet gestalten



Ärztliche Versorgung im Landkreis Osnabrück

Perspektiven und Handlungsspielräume

Bearbeitet durch

Dr. Dirk Heuwinkel

15. Juni 2015

Landkreis Osnabrück

Referat für Strategische Planung

Am Schölerberg 1

49082 Osnabrück

Dirk.Heuwinkel@Lkos.de

INHALT

1 Ärztemangel als kommunalpolitisches Thema	5
Exkurs: Mögliche Negativ-Effekte des geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Osnabrücker Land	6
2 Ärztliche Versorgung im Landkreis Osnabrück – Situation und Trends	8
2.1 Grad der hausärztlichen Versorgung – 01/2015	8
2.2 Anzahl der Hausarztpraxen am Standort	10
2.3 Altersstruktur der Hausärzte.....	12
2.4 Erreichbarkeit des Hausarztes.....	16
2.5 Grad der fachärztlichen Versorgung – 01/2015	18
2.6 Zusammenfassende Risikobewertung	19
3 Strukturwandel im Bereich der niedergelassenen Ärzte	22
3.1 Negativ-Image des Landarztberufes bei Arztstudenten.....	22
3.2 Arztberuf wird weiblich.....	23
3.3 Kleine Praxen mit besonderen Problemen	23
3.4 Innovationen in der Leistungserbringung	24
4 Handlungsfelder der Akteure im Gesundheitswesen	25
4.1 Die Praxisnachfolge als Schlüsselproblem	25
4.2 Handlungsmöglichkeiten der niedergelassenen Ärzte.....	27
4.3 Handlungsansätze der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen	27
4.4 Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser	29
4.5 Förderangebote des Niedersächsischen Sozialministeriums	29
5 Kommunale Handlungsmöglichkeiten	31
5.1 Beobachtung und Begleitung der Entwicklung	31
5.2 Kommunale Koordinierung – in der Gesundheitsregion Osnabrück.....	31
5.3 Weitere Handlungsmöglichkeiten.....	33
6 Fazit	37

1 ÄRZTEMANGEL ALS KOMMUNALPOLITISCHES THEMA

Der im ländlichen Raum drohende Mangel an niedergelassenen Hausärzten und Fachärzten ist zu einem drängenden **politischen Thema** geworden, mit dem sich auch Politik und Verwaltung im Landkreis Osnabrück auseinandersetzen müssen.

Der sogenannte „doppelte Demografiefaktor“ wird die Bedingungen der ärztlichen Versorgung im Landkreis Osnabrück in den kommenden Jahren erheblich verändern.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird - trotz des Rückgangs der Bevölkerungszahl insgesamt um -3,0 % bis 2030 - zunehmen. Dafür sprechen insbesondere zwei Gründe:

- Erstens wird die Zahl der Menschen in der Altersgruppe 60 Jahre und älter, die altersbedingt einen höheren Bedarf an ärztlichen Leistungen haben, im Landkreis Osnabrück ansteigen von rd. 91.000 im Jahr 2014 auf 102.000 (+12 %) im Jahr 2020 und weiter auf 124.000 (+36 %) im Jahr 2030¹.
- Zweitens wird der medizinische Fortschritt einen weiteren Behandlungsbedarf auslösen.

Gleichzeitig wird das Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte sinken, wenn eine größere Zahl dieser Ärzte altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheidet und wenn dann keine jüngeren Ärzte nachfolgen. Auch dafür gibt es klare Anzeichen:

- Es wird schwieriger, jüngere Ärzte als Nachfolger zu finden. Nachteilig ist hier das Negative-Image des Landarztberufes bei Arztstudenten.
- Darüber hinaus zeichnet sich ein Strukturwandel ab. Die Mehrzahl der Arztstudierenden ist weiblich. Junge Ärztinnen haben ein erhöhtes Interesse an der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und somit an Beschäftigungen im Anstellungsverhältnis, weil dies eine erhöhte zeitliche Flexibilität bei der Berufsausübung verspricht.

Die warnenden Stimmen nehmen zu, die einen **Ärztemangel in Deutschland** vorhersehen. Insbesondere wird infrage gestellt, dass die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen auf dem heutigen Niveau gehalten werden kann. So weisen die Prognosen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dahin, dass es in den kommenden Jahren zu drastischen Versorgungsengpässen kommen könnte.² In welchem Umfang sich dadurch das Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte im Landkreis Osnabrück verringern wird, hängt von vielen Bedingungen ab, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen, die gemeinsam die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen müssen, stehen vor einer neuen Situation. In der Vergangenheit ging es darum, die Niederlassungswünsche der jungen Medizinerinnen und Mediziner zu steuern und Überbesatz zu verhindern. Jetzt wird es u.a. wegen der sinkenden Niederlassungsbereitschaft schwieriger, die ärztliche Versorgung in den ländlichen Regionen auf dem erreichten Niveau zu halten.

Seitens der KVen wurde eine Reihe von Beratungs- und Förderungsmaßnahmen ergriffen, um die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in weniger attraktiven Regionen zu unterstützen. Eine engere Zusammenarbeit mit den Kommunen wird angestrebt.

¹ Landkreis Osnabrück: Bevölkerungsvorausschätzung 2013-2030, (2014)

² Vgl. Kopetsch (2010)

Das Land Niedersachsen setzt mit dem Förderprogramm „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ auf regionale Koordinierung durch die Landkreise und kreisfreien Städte sowie auf die Förderung innovativer lokaler und regionaler Lösungen für die Sicherstellung der Versorgungsstrukturen in den Regionen.

Und auf Bundesebene wurde auf diese veränderten Bedingungen bei der ärztlichen Versorgung mit erheblichen Veränderungen des Rechtsrahmens reagiert.

- So wurde die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)³, nach der Über- und Unterversorgung der Gebiete mit Kassenarztsitzen ermittelt und die kassenärztliche Zulassungen erteilt werden, in der Fassung vom 17.7.2014⁴ methodisch auf die veränderte Steuerungsaufgabe umgestellt. Der Versorgungsgrad ergibt sich - so die politische Setzung - aus dem Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. Demografische Korrekturfaktoren wurden eingeführt. Diese wirken sich in unserer Region allerdings eher ungünstig auf den Einwohner/Arzt-Schlüssel aus, weil unsere im Bundesvergleich jüngere Bevölkerung weniger ärztliche Leistungen zugebilligt bekommt.
- Derzeit wird das neue "Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) im Bundestag beraten. Ziel ist die Änderung von § 103 des SGB V Artikel 1. Er regelt u.a. den Abbau von Überversorgung und die Sicherstellung einer möglichst ausgewogenen und flächendeckenden Verteilung von Vertragsärztinnen und -ärzten.

EXKURS: MÖGLICHE NEGATIV-EFFEKTE DES GEPLANTEN GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZES IM OSNABRÜCKER LAND

Ein Passus in diesem Gesetzentwurf ist aus der Perspektive der ländlichen Räume besonders kritisch zu sehen⁵. Bisher hieß es sinngemäß: „Den Zulassungsausschüssen ist die Möglichkeit eingeräumt, Nachbesetzungsanträge abzulehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.“ Weil die Zulassungsausschüsse von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht haben, wird aus der bisherigen **Kann**-Regelung eine **Soll**-Regelung. Das heißt, dass die Zulassungsausschüsse der KVen solange frei werdende Kasenzulassungen einziehen müssen, solange ein Planungsbereich überversorgt ist (mehr als 10% über Normwert). Eine Ausnahme gilt bei Arztnachfolge aus der Familie.

Für das Osnabrücker Land hätte diese Änderung erhebliche negative Folgen:

- Unabhängig von der Frage, ob eine Nachfolge interessiert wäre, würden in den 5 Planungsbereichen **bei Hausärzten** 10,1 Vertragsarztsitze im Landkreis Osnabrück und weitere 14,1 Arztsitze im Planungsbereich Stadt Osnabrück (= Stadt Osnabrück mit den

³ Der gesetzliche Auftrag für den G-BA, die Grundlagen für eine funktionsfähige Bedarfsplanung zu schaffen, findet sich in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 sowie in § 101 SGB V. Wesentlich für die Bedarfsplanung ist auch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), in Kraft getreten am 1. Januar 2012.

⁴ Richtlinie des G-BA über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012, in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 17. Juli 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.09.2014 B4 vom 29. September 2014, in Kraft getreten am 30. September 2014.

⁵ Referententwurf zum „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 17.12.2014, Seite 27: § 103 des SGB V wird wie folgt geändert: „b) Absatz 3a wird wie folgt geändert: aa) In Satz 3 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt...“

angrenzenden Gemeinden Wallenhorst, Belm, Bissendorf, Hasbergen), zusammen also **24,2** Hausarztsitze, verloren gehen (vgl. S. 7, Tabelle 1).

- Die Anlage 2.2 zum Niedersächsischen Bedarfsplan weist außerdem **bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung** für den Landkreis Osnabrück 15,7 und für die Stadt Osnabrück 36,7 Fachärzte oberhalb der Sperrgrenze aus (vgl. S. 17, Tabelle 2). Auch diese **52,4** Zulassungen müssten von der KV nach und nach eingezogen werden, sofern sich keine Nachfolge innerhalb der Familie ergibt.

Infolgedessen würden voraussichtlich durch das neue " GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ zwei Wirkungen im Osnabrücker Land eintreten, die von den Menschen nicht als Stärkung sondern als erheblich Schwächung ihrer Versorgungssituation wahrgenommen werden müssten:

- Die **Versorgungssituation** (Wartezeiten auf Termine, volle Wartezimmer, weite Wege etc.) **würde sich rasch und spürbar verschlechtern**. Denn die Zahl der Hausärzte und der Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ginge in der Folgezeit um bis zu - 10 % gegenüber heute zurück, während die Einwohnerzahl in den kommenden Jahren im Osnabrücker Land nicht nennenswert zurückgehen werden und die Zahl der Älteren sogar deutlich ansteigen wird (+12 % bis 2020).
- Auch dürfte es örtlich zu **akuten Versorgungsengpässen** kommen, wenn zeitgleich mehrere Ärzte in einer Gemeinde in den Ruhestand gehen. Denn die Ausdünnung der ärztlichen Versorgung würde nicht der Entwicklung des Bedarfs auf der Patienten-/Einwohnerseite folgen, sondern der Altersstruktur der Ärzte, da diese zumeist altersbedingt als Leistungserbringer ausscheiden. In einigen Gemeinden des Landkreises liegt das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte schon heute bei 60 Jahren (vgl. S.12, Abbildung 4)!

Welcher Handlungsbedarf besteht im Landkreis Osnabrück angesichts dieser Szenarien? Im Folgenden werden Antworten auf die nachstehenden Fragen gegeben:

- Wie ist der Stand der ärztlichen Versorgung im Landkreis Osnabrück und welche Trends und Risiken kann man erkennen?
- Sind die Maßnahmen der Akteure des Gesundheitswesens geeignet, die Versorgungssituation im Landkreis Osnabrück abzusichern oder besteht weiterer Handlungsbedarf?
- Welche flankierenden Maßnahmen könnte der Landkreis Osnabrück ergreifen?

2 ÄRZTLICHE VERSORGUNG IM LANDKREIS OSNABRÜCK – SITUATION UND TRENDS

2.1 GRAD DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG – 01/2015

Ziel ist die Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Mit dem Instrument der Bedarfsplanung steuern Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen das ärztliche/psychotherapeutische Angebot in den einzelnen Regionen Niedersachsens. Sie identifizieren für die räumlichen Untergliederungen die Bereiche, in denen ein über- bzw. unterdurchschnittliches Versorgungsniveau vorliegt.

Die niedersächsische Bedarfsplanung erfolgt auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 20. Dezember 2012 verabschiedeten Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL). Die dort definierten Planungsbereiche⁶ und Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) für die einzelnen Arztgruppen liegen der Berechnung der Versorgungsgrade zugrunde. Der Bundesdurchschnitt liegt bei einem Versorgungsgrad von 100. Überversorgung wird – politisch so festgesetzt⁷ - ab einem Versorgungsgrad von 110 festgestellt. In diesen Fällen stellt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Niedersachsen gem. § 103 Abs. 1 SGB V Überversorgung fest und ordnet für die jeweiligen Arztgruppen versorgungsbereichsbezogene Zulassungsbeschränkungen an. Ab einem Versorgungsgrad unter 75 wird eine drohende Unterversorgung signalisiert.

Tabelle 1: Versorgungskennziffern für den Bereich der kassenärztlich zugelassenen Hausärzte⁸

Planungs- bereiche	Gesamtzahl Ärzte	Versor- gungs- Grad 2015	Versor- gungs- grad im Vorjahr	Planungs- bereich gesperrt	Zahl der Niederlas- sungs- möglich- keiten bis zur Sperrung	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperr- grenze	drohende Unterver- sorgung
Hausärzte							
Bramsche	42,75	109,1	111,9	nein	0,5	0,0	nein
GMHütte	69,25	117,1	119,6	ja	0,0	4,2	nein
Melle	25,3	93,5	88,6	nein	4,5	0,0	nein
Osnabrück⁹	156,25	120,9	121,1	ja	0,0	14,1	nein
Quakenbrück	27,0	120,5	120,9	ja	0,0	2,3	nein
Wittlage	28,0	126,4	126,5	ja	0,0	3,6	nein

Für das Osnabrücker Land zeigen die so definierten Kennziffern zum jetzigen Zeitpunkt eine gute bis sehr gute Versorgungssituation. Über- und Unterversorgung errechnen sich aus bundesweiten Vergleichswerten; und es gibt in den östlichen Bundesländern, aber auch in Südniedersachsen Regionen, in denen die Arzt/Patienten-Relation bereits wesentlich schlechter ist. Von einer drohenden Unterver-

⁶ Das sind die „Mittelbereiche“ der Bundesraumordnung

⁷ Ob eine Versorgung auf dem 100 %-Niveau auch von den Bürgerinnen und Bürgern als zufriedenstellend empfunden wird, ist damit nicht ausgesagt.

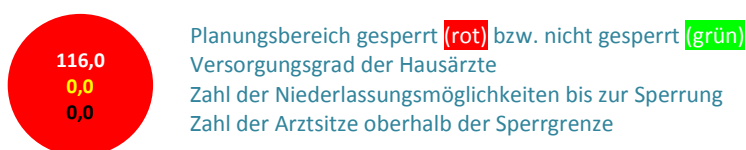
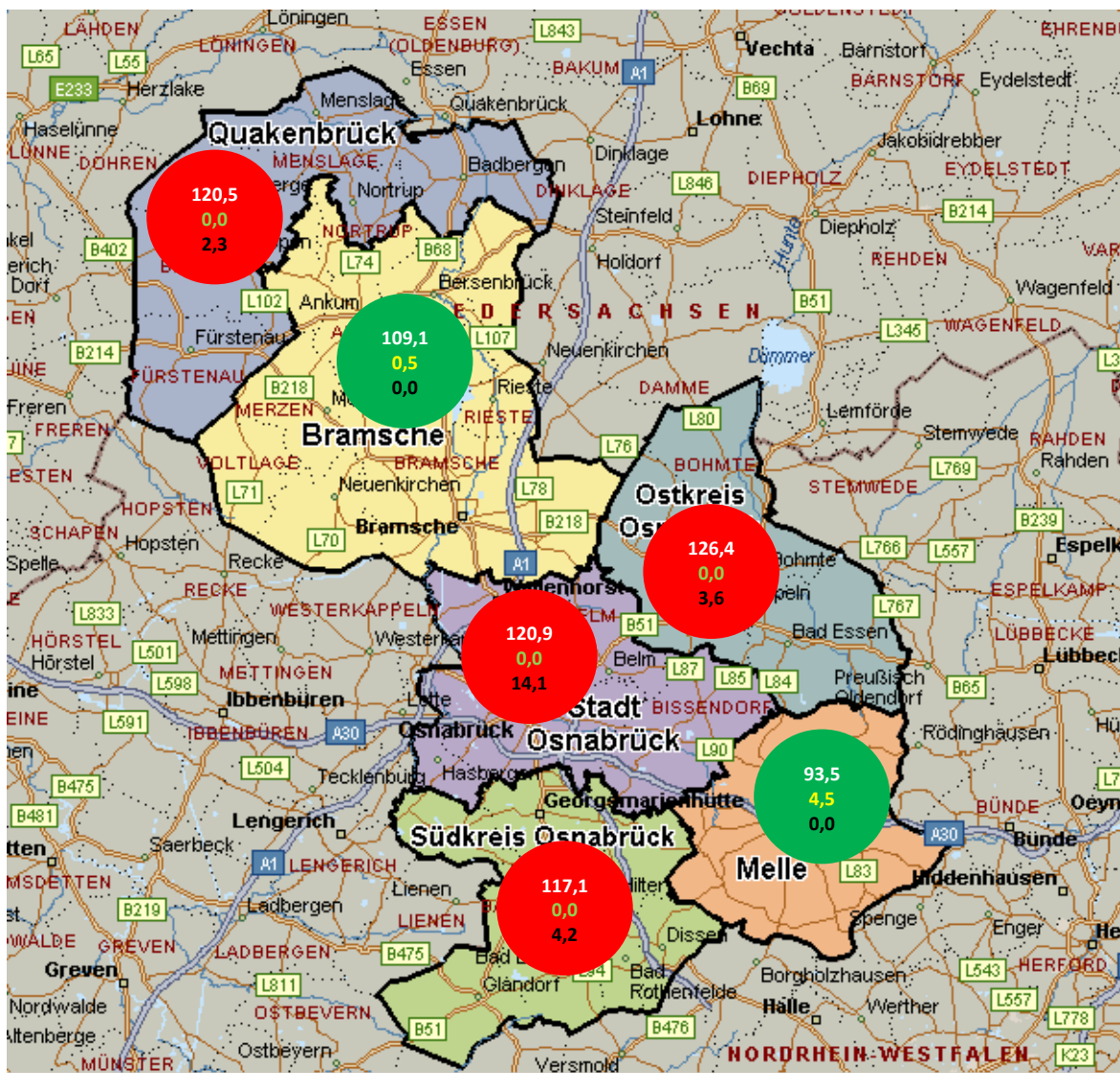
⁸ Aus KVN: Bedarfsplan Niedersachsen, Anlage 2.2 – Planungsblatt zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung, Stand 01/2015

⁹ Der Versorgungsbereich Osnabrück fasst die Stadt Osnabrück mit den kreisangehörigen Gemeinden Wallenhorst, Belm, Bissendorf, Hasbergen zusammen.

sorgung ist das Osnabrücker Land dagegen noch weit entfernt. Aber angesichts der wachsenden Schwierigkeiten, eine Praxisnachfolge in ländlichen Bereichen zu sichern, und falls mit dem neuen GKV-Leistungstärkungsgesetz künftig zahlreiche KV-Zulassungen eingezogen werden müssten, ist mit einer deutlichen Verschlechterung der ambulantärztlichen Versorgung zu rechnen.

Zum Zeitpunkt der Ermittlung der aktuellen Versorgungssituation in Niedersachsen (Januar 2014) waren die Planungsbereiche Quakenbrück, Bramsche, Wittlage, Osnabrück und Georgsmarienhütte wegen Überversorgung gesperrt. In Melle dagegen waren 6,0 neue Vertragsarztzulassungen für Hausärzte möglich. Die nachstehende Karte zeigt das regionale Bild.

Abbildung 1: Planungsbereiche im Raum Osnabrück 2014



Quelle: Bedarfsplan für Niedersachsen - Fortschreibung 01/2015; Kartengrundlage KVN

Die Versorgungskennziffern werden jährlich fortgeschrieben. Obwohl eine größere Zahl der niedergelassenen Hausärzte in den nächsten Jahren altersbedingt ausscheiden wird, wird der Landkreis kaum in den Bereich der drohenden Unterversorgung (unter 75 %) kommen.

2.2 ANZAHL DER HAUSARZTPRAXEN AM STANDORT

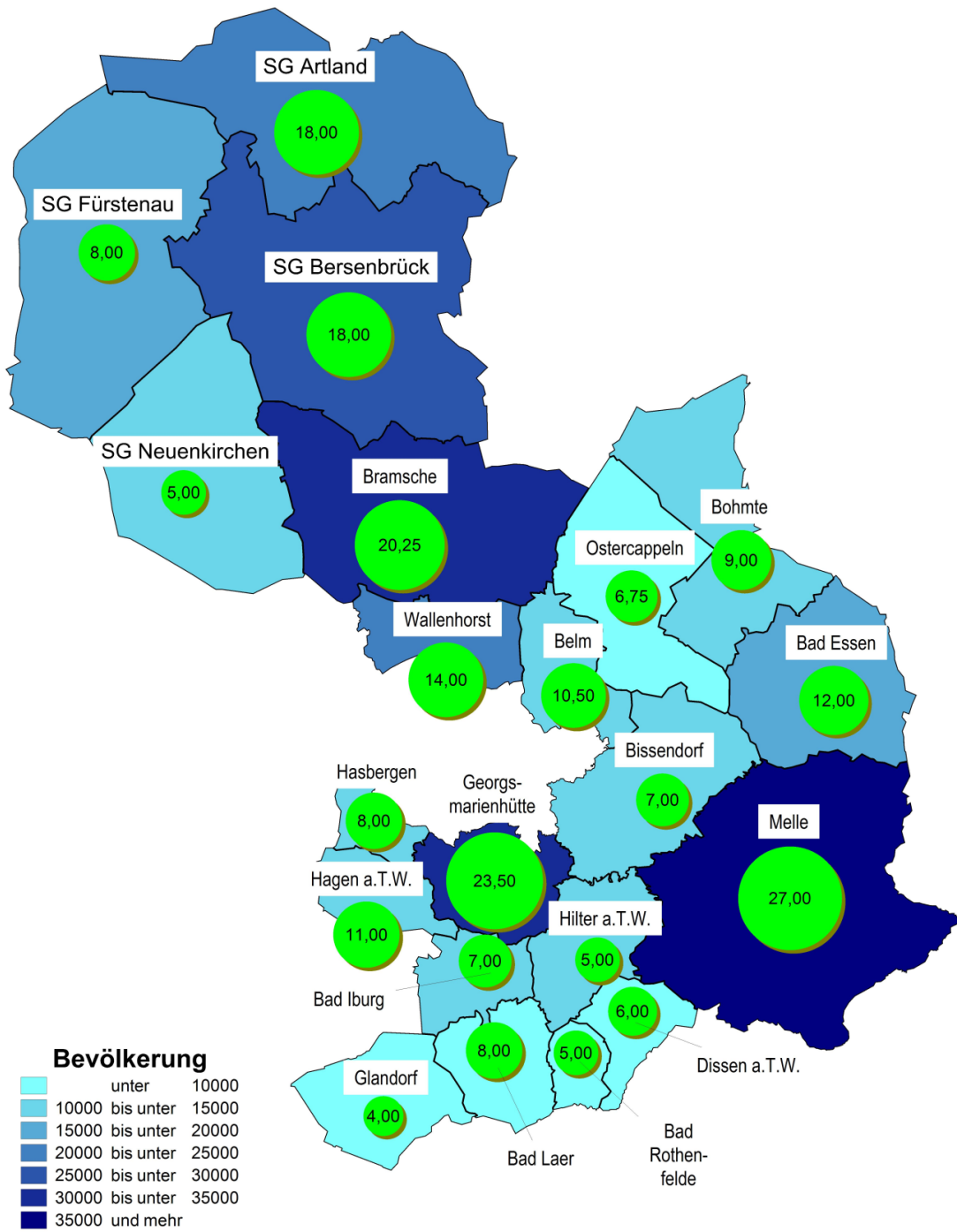
Ab welchem Punkt die Patienten einen konkreten **Mangel an hausärztlicher Versorgung** verspüren, ist **äußerst subjektiv**. Dabei geben neben der medizinischen Leistung und Kompetenz vor allem der We-geaufwand und die Wartezeiten in der Praxis den Ausschlag. Deshalb gestaltet sich auch die Diskussion um eine optimale, vernünftige oder angemessene Arztdichte äußerst schwierig und soll an dieser Stelle nicht geführt werden.

Für die folgenden Überlegungen bleibt festzuhalten, dass sich der Bedarf an hausärztlichen Dienstleistungen nicht objektiv feststellen lässt. Der von den KVen herangezogene „Versorgungsgrad“ (s. Kapitel 2.1) ist nur ein einfacher Maßstab. Er orientiert sich am Bundesdurchschnitt. Eine differenziertere, **mehrdimensionale Bedarfsanalyse** scheint angeraten. Deshalb werden diesem Orientierungsmaßstab im Folgenden weitere Kennwerte für die zukünftige Versorgung der Bevölkerung mit hausärztlichen Leistungen an die Seite gestellt. Die ausgewählten Indikatoren nähern sich dabei diesem komplexen Themenfeld so weit an, wie es die vorliegende Datengrundlage und die technischen Möglichkeiten gegenwärtig zulassen.

Ein Risiko liegt z.B. in der kleinen Zahl. Wenn lediglich ein Hausarzt in einer Kommune praktiziert, ist das Risiko ungleich höher, als wenn dort mehrere Praxen ansässig sind, sodass infolge von Krankheit, Tod oder Aufgabe der Praxis gar kein Angebot mehr am Standort vorhanden ist. Insofern enthält die Karte mit der **Verteilung der Hausärzte über den Landkreis** (Abbildung 2) eine erste Risikoeinschätzung. Die Größe der Kreise in dieser Karte und die eingetragenen Zahlen beziehen sich auf die **Städte, Gemeinden und Samtgemeinden**. Die Dezimalstellen ergeben sich aus Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen bei festangestellten Ärzten. Stellenanteile für Assistenzärzte in Ausbildungspraxen, die für die Qualifikation als Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin in einer größeren etablierten Praxis als Weiterbildungsassistenten tätig sind, sind nicht enthalten.

Auf der Ebene der Städte, Gemeinden und Samtgemeinden gibt es im Landkreis Osnabrück stets mehrere Hausärzte. Betrachtet man allerdings die darunter liegende Ebene der Mitgliedsgemeinden in den Samtgemeinden oder die Ortsteilebene, dann findet sich in vielen Fällen keine oder lediglich eine Hausarztpraxis im Ort. Objektiv gesehen, gibt es überall Vertretungsärzte, subjektiv kann die Besorgnis der Patienten dennoch zu Recht groß sein, dass sie eines Tages den vertrauten Hausarzt im Ort zu verlieren und dass keine Nachfolge kommt.

Abbildung 2: Anzahl und Verteilung der Hausärzte im Landkreis Osnabrück 2012



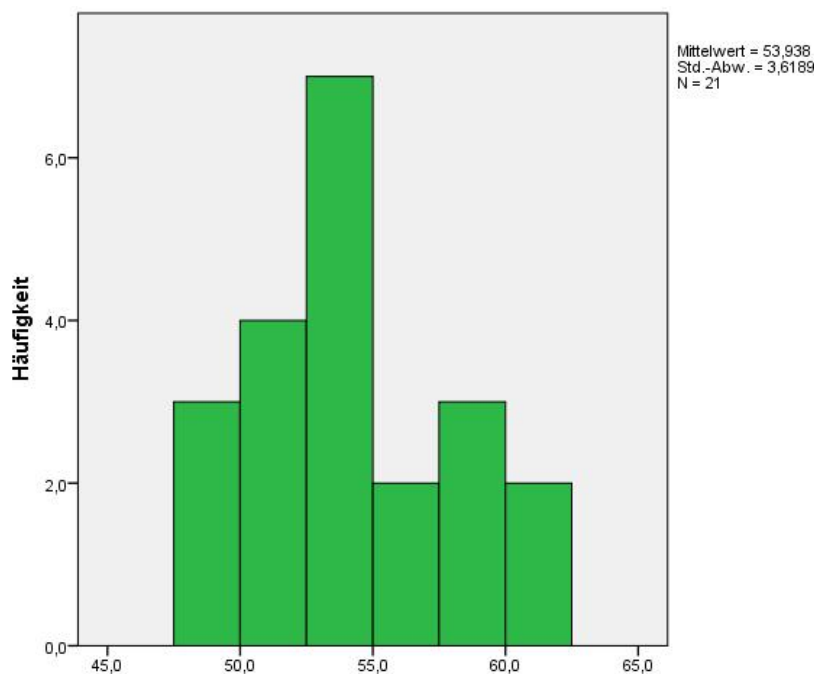
Karte: Landkreis Osnabrück, Referat S (Frank Westholt)

2.3 ALTERSSTRUKTUR DER HAUSÄRZTE

Das Alter der Hausärzte und damit deren Nähe zum Rentenalter sind von solch großer Bedeutung für eine Risikoanalyse, dass eine Betrachtung für den Landkreis insgesamt nicht ausreicht. Eine Einzelbetrachtung verbietet sich aus Gründen des Datenschutzes. Die KVN hat deshalb auf unser Bitten hin 2012 Altersmittelwerte für die Städte und Gemeinden zur Verfügung gestellt.

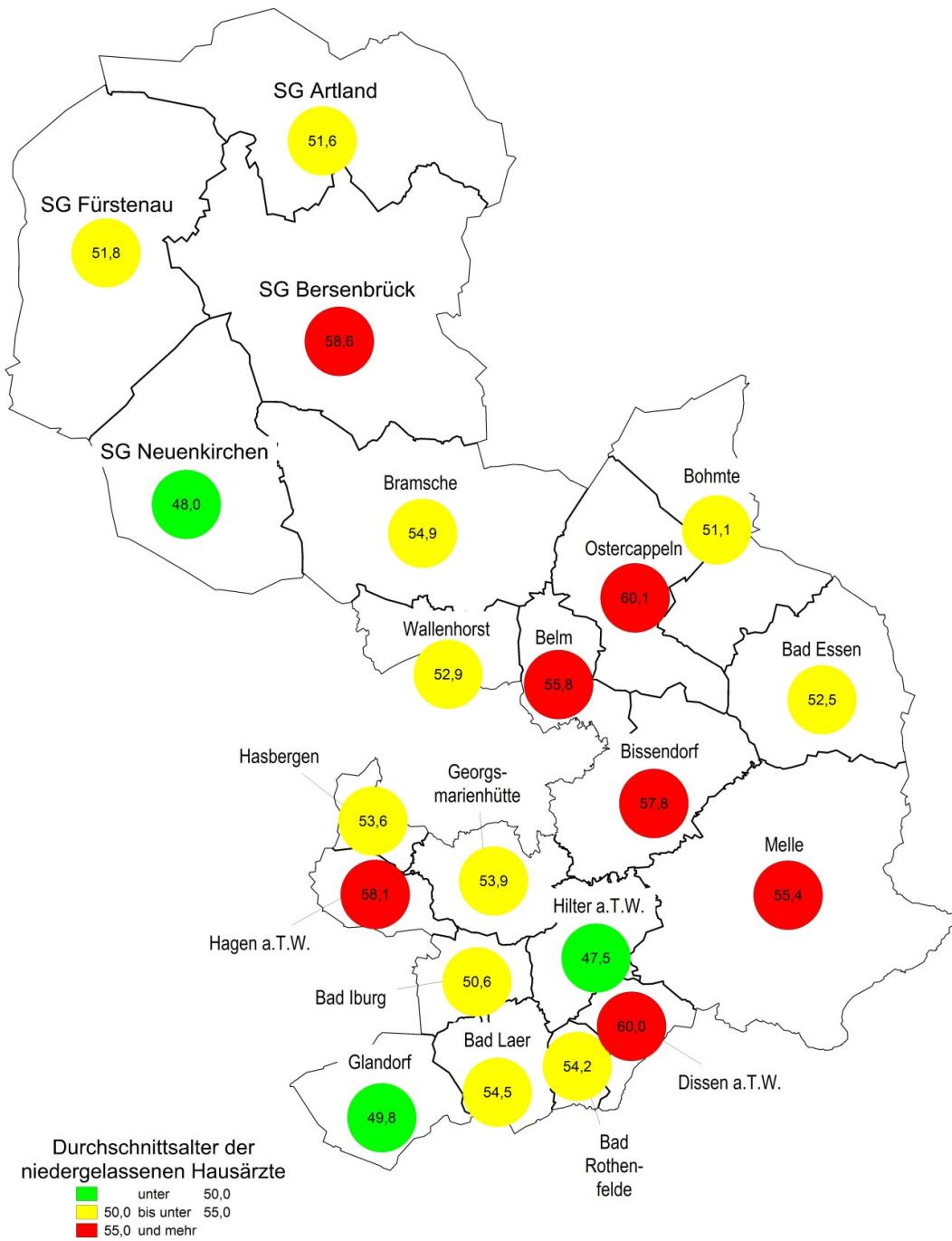
Zunächst ist festzuhalten, dass die Hausärzte im Landkreis Osnabrück mit einem **Durchschnittsalter von 53,9 Jahren** in etwa im Mittel der gesamtdeutschen Hausärzte befinden, das bei 53,2 Jahren liegt. In 14 Kommunen liegt der Altersdurchschnitt unter 55 Jahren, in 7 darüber (Abbildung 3).

Abbildung 3: Durchschnittsalter der Hausärzte in den Gemeindeverbänden 2012



Auch bei diesem Kriterium gibt es erhebliche regionale Unterschiede zwischen den Kommunen (s. Abbildung 4). Es liegt auf der Hand, dass das Risiko für eine Verschlechterung der ambulanzärztlichen Versorgung in jenen Teilregionen erhöht ist, in denen das Durchschnittsalter der Ärzte hoch ist. Deshalb wird das Durchschnittsalter der Ärzte in die Risikobetrachtung einbezogen.

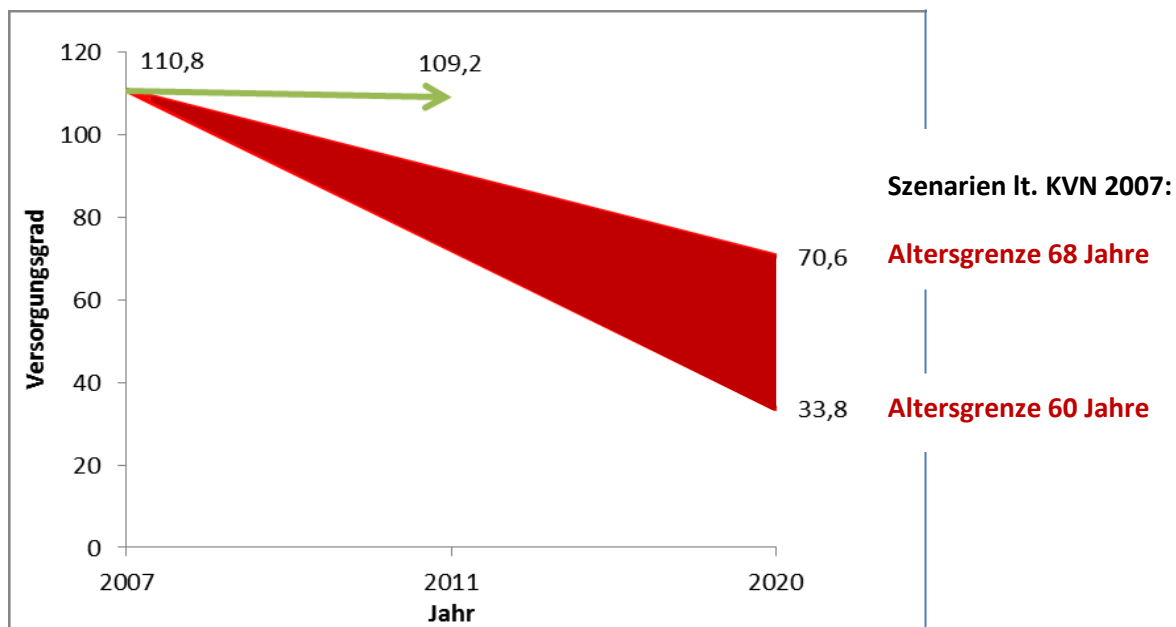
Abbildung 4: Durchschnittsalter der Hausärzte in den Gemeinden des Landkreises Osnabrück 2012



Der demografischen Wandel schreitet voran. Die momentan gute Versorgung muss in Zukunft nicht so bleiben, wenn man den Demografiefaktor auf der Seite der Ärzte bedenkt. Insbesondere die KVen warnen vor einem **starken Rückgang der Hausarztzahlen in den kommenden Jahren**.

Sie prognostizieren die Zahl der Hausärzte für das Jahr 2020 unter der Annahme, dass alle Ärzte im Alter von 60 bzw. von 68 Jahren in den Ruhestand gehen würden und dass dann keine jungen Hausärzte nachkämen. Für den Landkreis Osnabrück ergäben sich danach folgende Szenarien (Abbildung 5).

Abbildung 5: Arztzahlprognosen der KVN für Niedersachsen

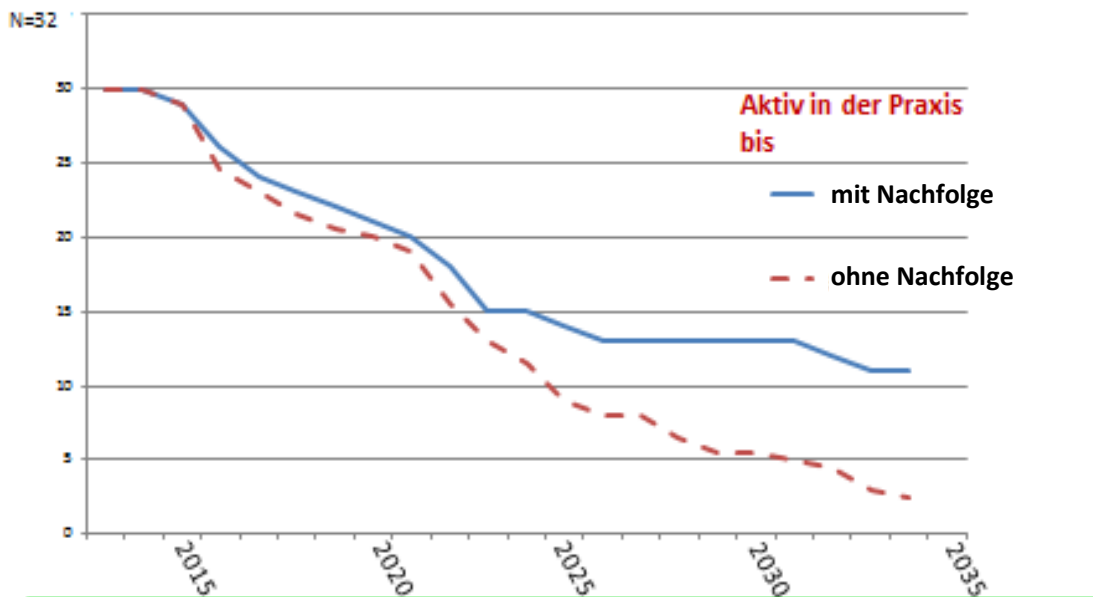


Die beiden dargestellten Szenarien der KVN aus dem Jahr 2007 sind zunächst erschreckend. Vor allem wenn man vom „**Worst Case**“ ausgeht, nämlich dass es zu keinen Praxisübergaben und Niederlassungen junger Ärzte kommt. In diesem Fall und wenn die praktizierenden Ärzte alle mit 60 Jahren in den Ruhestand gingen würde im Landkreis Osnabrück im Jahr 2020 ein hausärztlicher Versorgungsgrad von nur noch 33,8 % erreicht. Dieser Rückgang entspräche einer Verringerung der Hausarztzahl von ca. 240 Ärzten im Jahr 2007 auf nur ca. 73 im Jahr 2020. Würden die Ärzte bis zum 68. Lebensjahr weiter praktizieren, dann würde der Versorgungsgrad auf 70,6 % sinken. Diese **Szenarien** sind in Abbildung 6 als rot schraffierter Korridor dargestellt.

Sicherlich wird die Entwicklung nicht so dramatisch verlaufen, weil es gelingen wird, in vielen Fällen eine Praxisübergabe zu regeln. Eine Einschätzung aus Sicht¹⁰ von 32 niedergelassenen Ärzten im Nordkreis (Abbildung 6) bestätigt jedoch deutlich das Risiko einer Ausdünnung der ambulanzärztlichen Versorgung in den ländlichen Gebieten auch im Landkreis Osnabrück.

¹⁰ Heuwinkel: Umfrage zur ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in den Samtgemeinden Artland und Fürstenua Juni 2013.

Abbildung 6: Altersbedingtes Ausscheiden und erwartete Nachfolge



Dr. Dirk Heuwinkel 07.11.2013

Die gestrichelte Linie zeigt wie die Zahl der praktizierenden niedergelassenen Ärzte in den kommenden Jahren stetig sinkt. Nach 10 Jahren (2023) werden nur noch die Hälfte aktiv sein. Dies ist der natürliche, demografisch bedingte Trend. Die Mehrzahl der hier befragten Ärzte praktiziert bereits seit 10-15 Jahren. Die kleine Stichprobe verteilt sich normal um diesen Häufungswert.

Alarmierend ist dagegen das Szenario der durchgezogenen Linie. Sie gibt an, wie sich die Zahl der aktiven Ärzte entwickeln würde, wenn die heutigen Annahmen der Befragten über eine mögliche künftige Übergabe der Praxis an eine Nachfolge eintritt. Hier überwiegt eine Skepsis, die zum Teil von den Befragten auch mit Fehlversuchen begründet wird (Abbildung 7).

Abbildung 7: Einschätzungen zur Lösung des Problems der Praxisnachfolge

Ich sehe kein Problem, für mich eine Praxisnachfolge zu finden 10 (N=32)

Ich sehe durchaus Probleme, für mich eine Praxisnachfolge zu finden 20 (N=32)

Praxisnachfolge ist meiner Meinung nach schwierig, weil (N=22)

- Junge Ärzte wollen sich nicht auf dem Land niederlassen.
- Es gibt wenig Kenntnisse bei jungen Ärzten über das Landleben.
- Eigener Berufsstand redet negativ über die Tätigkeit auf dem Lande.
- Junge Ärzte haben mehr Interesse an Arbeit im Krankenhaus.
- Arbeitsbelastung des Landarztes hoch, geringe Bezahlung.
- Viel Bürokratie, Angst vor Regressen.
- Rund um die Uhr-Erreichbarkeit.
- Schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Ich habe Angst vor Regressforderungen. ja: 20 nein: 10 k. Angabe: 2 (N=32)

Dr. Dirk Heuwinkel 07.11.2013

Und die KVN-Regionalstelle Osnabrück berichtete, erstmals sei es im Jahr 2013 nicht gelungen, Ärzte für die Niederlassung im ländlichen Bereich des Landkreises Osnabrück zu finden.

Das Risiko einer sinkenden Versorgung mit Hausärzten ist also auch im Landkreis Osnabrück zumindest in den ländlichen Teilregionen real gegeben.

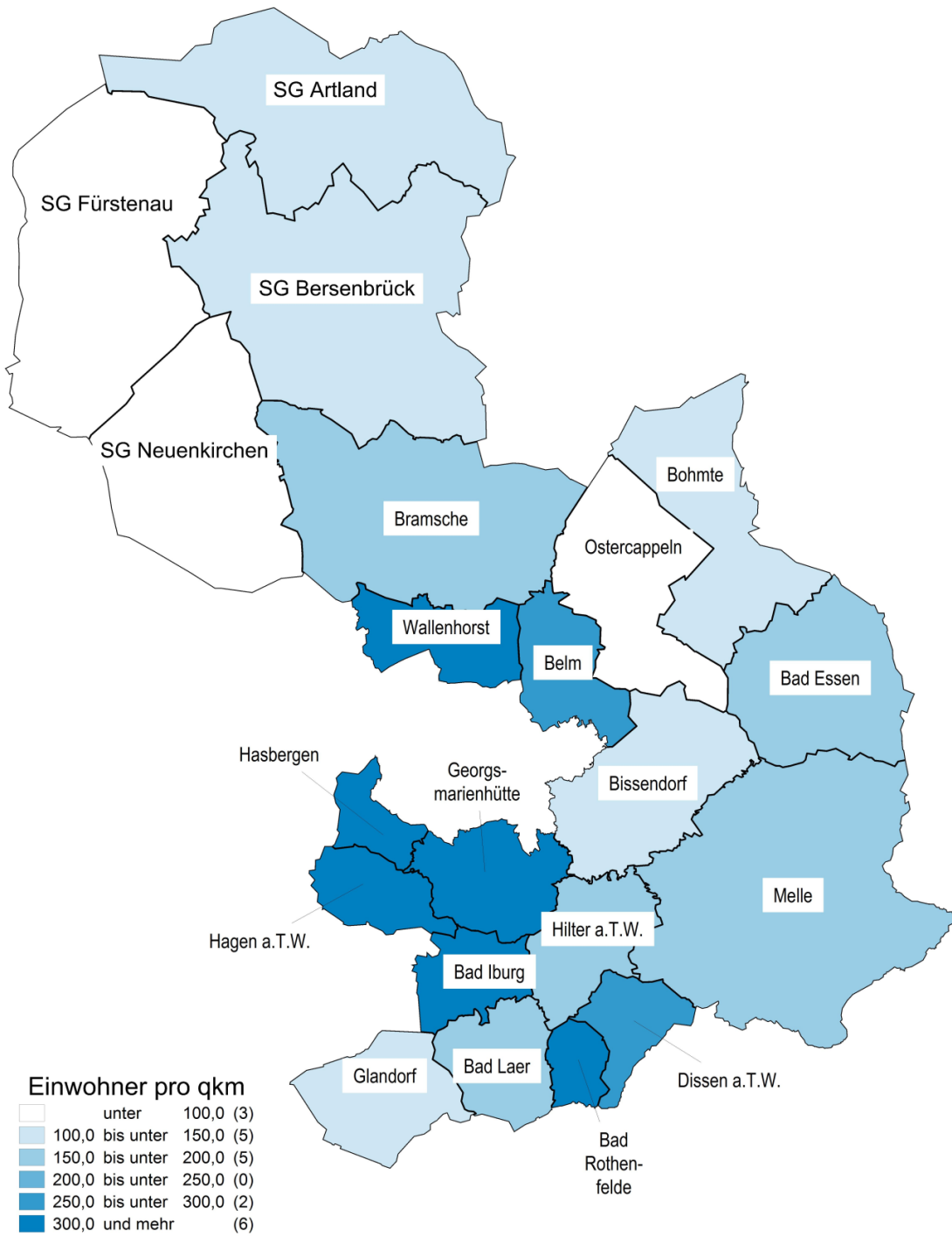
2.4 ERREICHBARKEIT DES HAUSARZTES

Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung ist nicht nur eine Frage der medizinischen Kompetenz und Leistung. Sie hängt auch davon ab, wie gut die Ärztin/der Arzt erreichbar ist. **71,5 % der Befragten suchen einen Hausarzt in unmittelbarer Wohnortnähe auf**, so die Ergebnisse einer Studie der Gesundheits- und Wirtschaftswissenschaftler Fülöp, Kopetsch und Schöppe im Jahr 2008. Offenbar spielt dabei ein **akzeptabler Zeit- und Wegeaufwand** eine Rolle. Ein anderer Aspekt ist der Patientenwunsch, einen Hausarzt zu haben, der auch zu **Hausbesuchen** kommt und der das persönliche Lebensumfeld des Patienten kennt.

Insofern müssen die Kriterien der **Entfernung** (Wegezeit) und der **Erreichbarkeit** (ÖPNV-Anbindung des Arztstandortes und PKW-Mobilität des Patienten) in die Risikobetrachtung einfließen. Dies geschieht auf Kreisebene über die „allgemeine Verhältniszahl“ (vgl. Kapitel 2.1). Wegen der ausgeprägten innerregionalen Unterschiede ist aber darüber hinaus eine **differenzierte Bewertung für jede Gemeinde** (Abbildung 8) erforderlich.

Deshalb wird bei unserer Risikobewertung im Weiteren vereinfachend davon ausgegangen, dass insbesondere in sehr ländlichen Gemeinden mit einer **Einwohnerdichte unter 100 Personen pro km²** mit längeren Fahrtzeiten zur nächsten hausärztlichen Praxis zu rechnen ist und somit ein **erhöhtes Risiko der Ausdünnung der ambulanzärztlichen Versorgung besteht**. Natürlich ist dies nur eine sehr grobe Annäherung an das Thema Erreichbarkeit.

Abbildung 8: Einwohnerdichte der Städte, Gemeinden und Samtgemeinden des Landkreises Osnabrück



2.5 GRAD DER FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG – 01/2015

Zu der ärztlichen Grundversorgung tragen in unseren Städten und Gemeinden auch die allgemeinen Fachärzte bei (vgl. § 12 BPL-RL). Für die allgemeinen Fachärzte der verschiedenen Spezialisierungsrichtungen sind nicht die oben genannten Planungsbereiche sondern der Landkreis Osnabrück in seiner Gesamtheit und die Stadt Osnabrück die räumlichen Bezugsebenen.

Für alle Fachrichtungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind sowohl der Landkreis als auch die Stadt Osnabrück überversorgt (Versorgungsgrad 110 u. mehr) und folglich gesperrt. Die Einzelheiten¹¹ fasst die folgende Abbildung zusammen.

Tabelle 2: Versorgungskennziffern der allgemeinen fachärztlichen Versorgung – 01/2015

Planungs- bereiche	Gesamtzahl Ärzte	Versor- ungs- Grad 2015	Versor- ungs- grad im Vor- jahr	Planungs- bereich gesperrt	Niederlas- sungs- möglich- keiten bis zur Sperrung	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperr- grenze	Drohende Unterver- sorgung
Augenärzte							
LK Osnabrück	18,0	117,5	118,0	ja	0,0	1,2	nein
Stadt Osnabrück	17,0	150,1	149,9	ja	0,0	4,5	nein
Chirurgen							
LK Osnabrück	10,5	127,5	134,9	ja	0,0	1,4	nein
Stadt Osnabrück	12,25	206,5	203,0	ja	0,0	5,7	nein
Frauenärzte							
LK Osnabrück	33,5	119,1	116,1	ja	0,0	2,6	nein
Stadt Osnabrück	29,25	132,9	133,7	ja	0,0	5,0	nein
Hautärzte							
LK Osnabrück	10,0	120,7	120,8	ja	0,0	0,9	nein
Stadt Osnabrück	11,0	154,0	154,4	ja	0,0	3,1	nein
HNO-Ärzte							
LK Osnabrück	12,0	113,7	115,7	ja	0,0	0,4	nein
Stadt Osnabrück	13,0	147,5	148,1	ja	0,0	3,3	nein
Kinderärzte							
LK Osnabrück	21,0	128,3	125,4	ja	0,0	3,0	nein
Stadt Osnabrück	15,5	162,2	157,1	ja	0,0	5,0	nein
Nervenärzte							
LK Osnabrück	15,3	140,6	140,6	ja	0,0	3,3	nein
Stadt Osnabrück	19,5	172,7	173,2	ja	0,0	7,1	nein
Orthopäden							
LK Osnabrück	17,0	128,9	129,0	ja	0,0	2,5	nein
Stadt Osnabrück	15,5	141,1	141,5	ja	0,0	3,4	nein
Urologen							
LK Osnabrück	8,0	116,5	119,4	ja	0,0	0,4	nein
Stadt Osnabrück	8,0	149,7	149,6	ja	0,0	2,1	nein

¹¹ Aus KVN: Bedarfsplan Niedersachsen, Anlage 2.2 – Planungsblatt zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung, Stand 01/2015

Noch Tabelle 2: Versorgungskennziffern der allgemeinen fachärztlichen Versorgung – 01/2015

Planungsbereiche	Gesamtzahl Psychotherapeuten	Versorgungsgrad 2015	Versorgungsgrad im Vorjahr	Zus. noch mögl. Zulassungen Ärztl. PT	Zus. noch mögl. Zulassungen Ki+Jgd.PT
Psychotherapeuten					
LK Osnabrück	85,9	207,9	-	0,0	0,0
Stadt Osnabrück	118,5	230,7	-	0,0	0,0

2.6 ZUSAMMENFASSENDE RISIKOBEWERTUNG

Versorgungsgrad, Altersdurchschnitt der Ärzte und Einwohnerdichte haben starken Einfluss auf das Risiko einer lokalen Verschlechterung der ambulantärztlichen Versorgung. Nach der Einzelbetrachtung der verschiedenen Risikofaktoren werden abschließend die drei wichtigsten zusammenfassend dargestellt.

In der kleiräumigen Betrachtung zeigen die Kommunen starke Unterschiede. Deshalb ist es wichtig zu betrachten, wie sich die Risiken von Fall zu Fall überlagern und verstärken (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Überlagerung der Risiken für eine Verschlechterung der amb.-ärztl. Versorgung

Verwaltungseinheit	Altersdurchschnitt der Hausärzte	Versorgungsgrad 2015	Einwohner je qkm	Risiko-Skala 1 - 5
SG Bersenbrück	58,6 (-)	109,1 (0)	110,4 (-)	4
Bad Essen	52,5 (+)	126,4 (--)	150,9 (-)	4
Bad Iburg	50,6 (+)	117,1 (-)	317,8 (+)	2
Bad Laer	54,5 (+)	117,1 (-)	194,2 (0)	3
Bad Rothenfelde	54,2 (+)	117,1 (-)	413,6 (+)	2
SG Artland	51,6 (+)	120,5 (--)	123,1 (-)	4
Belm	55,8 (-)	120,9 (--)	289,7 (0)	4
SG Fürstenau	51,8 (+)	120,5 (--)	72,8 (--)	4
Bissendorf	57,8 (-)	120,9 (--)	147,9 (-)	5
Bohmte	51,1 (+)	126,4 (--)	116,3 (-)	4
Bramsche	54,9 (+)	109,1 (0)	169,0 (-)	2
Dissen	60,0 (--)	117,1 (-)	294,5 (+)	4
Georgsmarienhütte	53,9 (+)	117,1 (-)	577,7 (++)	1
Hagen	58,1 (-)	117,1 (-)	401,5 (+)	3
Hasbergen	53,6 (+)	120,9 (--)	507,8 (++)	2
Hilter	47,5 (++)	117,1 (-)	195,2 (-)	3
Melle	55,4 (-)	93,5 (+)	181,5 (-)	3
SG Neuenkirchen	48,0 (++)	109,1 (0)	67,2 (--)	3
Ostercappeln	60,1 (--)	126,4 (--)	94,8 (--)	5
Wallenhorst	52,9 (+)	120,9 (--)	499,3 (+)	3
Glandorf	49,8 (++)	117,1 (-)	112,1 (-)	3

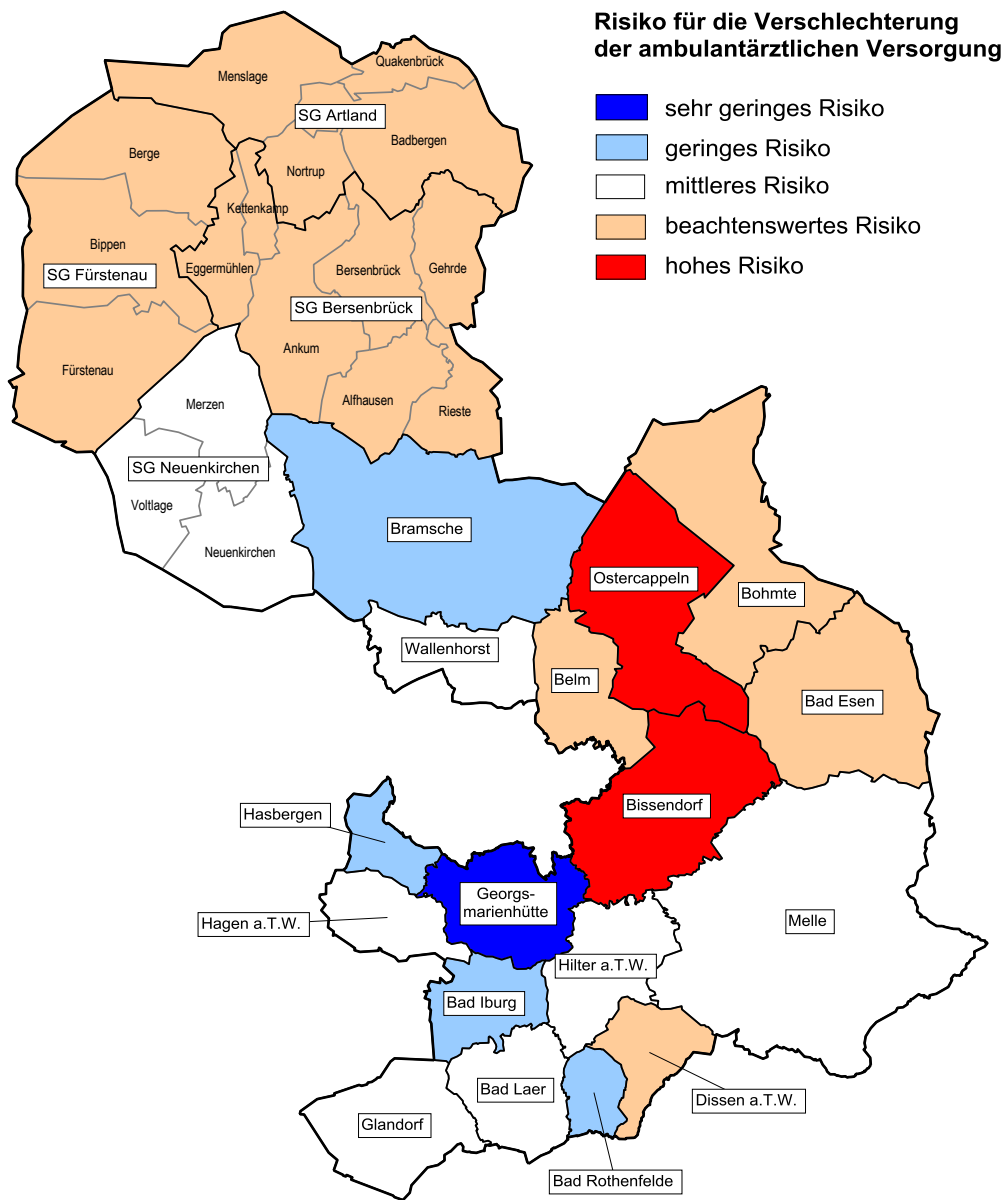
Zur Bewertung:

- Je höher der Altersdurchschnitt, desto früher sinkt die Zahl der Ärzte vor Ort, wenn es keine Nachfolge gibt.
- Je höher der Versorgungsgrad über 110 % (Sperrungsgrenze) liegt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Arztsitze wegfallen.
- Je geringer die Einwohnerdichte, desto weiter sind erfahrungsgemäß die Wege zum Arzt.

Die Bewertung in der fünften Spalte ergibt sich als Saldo der verteilten Plus- und Minuszeichen. Viele Minuszeichen signalisieren hohes Risiko der Verschlechterung der Versorgungssituation, viele Pluszeichen geringes Risiko. Abbildung 9 zeigt das Ergebnis im Kartenbild. Vergleicht man dieses Ergebnis mit Abbildung 1 dann wird deutlich, dass die mehrdimensionale Risikobetrachtung zu einem differenzierteren Ergebnis kommt. Das betrifft sowohl die unter- als auch die überversorgten Städte und Gemeinden.

In den Kommunen mit „beachtenswerten und hohen Risiken“ kommen mehrere ungünstige Struktur Faktoren zusammen. Deshalb ist es hier angeraten, seitens der Kommune proaktiv tätig zu werden (s. 5.1). Die Strukturen in den anderen Kommunen sind weniger risikofähig. Deshalb reicht es in diesen Gemeinden zurzeit noch aus, die Entwicklung weiter aufmerksam zu beobachten.

Abbildung 9: Zusammenfassende Risikobewertung



Karte: Landkreis Osnabrück, Referat für Strategische Planung (Bernward Lefken)

3 STRUKTURWANDEL IM BEREICH DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE

3.1 NEGATIV-IMAGE DES LANDARZTBERUFES BEI ARZTSTUDENTEN

Der KV ist die Problematik bekannt, dass es schwieriger geworden ist, junge Ärzte für eine Niederlassung zu begeistern. Viele junge Ärzte suchen stattdessen ein Angestelltenverhältnis im Krankenhaus oder in einer großen Praxis, weil ihnen die Niederlassung zu schwierig erscheint.

Dieser Trend trifft verschärft den ländlichen Raum, denn immer weniger junge Ärzte sind für die Niederlassung als „Landarzt“ oder für die Übernahme einer Hausarztpraxis in einer ländlichen Gemeinde zu begeistern. Insbesondere bestehen Sorgen wegen der ständigen Bedrohung durch Regresse bei Überschreiten der Verordnungsbudgets. Diese entsteht bei ländlichen Hausarztpraxen leicht, wenn die Fachärzte in der Stadt den Patienten raten, sich Folgerezepte bei ihrem Hausarzt in der Nähe zu holen, was die Patienten gern aufgreifen, weil sie sich dann den weiteren Weg zum Facharzt in der Stadt gern ersparen.

Eine jüngere Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) ergab, dass eine Niederlassung auf dem Land für immer weniger Medizinstudenten infrage kommt. Nur 16 Prozent der Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner können sich vorstellen, später in einer Hausarztpraxis in einer ländlichen Gemeinde zu arbeiten. Attraktiv hingegen sind für die Medizinstudierenden mittelgroße Städte ab 50.000 Einwohnern und Großstädte.¹²

Mit dem Ziel, herauszufinden welches Bild nicht ambulant tätige Ärzte von der Tätigkeit ihrer außerhalb der Großstädte in Niedersachsen niedergelassenen Kollegen haben und welche Gründe für sie selber gegen eine solche Tätigkeit sprechen, hatten die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) und die apoBank, unterstützt durch die Ärztekammer Niedersachsen, im Herbst 2010 eine Umfrage unter etwa 3.000 approbierten Ärzten durchgeführt. Rund 500 Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten nahmen an dieser Befragung zum Thema „Attraktivität, Treiber und Barrieren der Niederlassung als Ärztin/Arzt in einer ländlichen Region in Niedersachsen“ teil. Die mäßige Beteiligung deutet auf ein eher geringes Interesse an der Thematik hin, und die Attraktivität einer Niederlassung wird in den Antworten aus unterschiedlichen Gründen als eher gering bewertet. Dazu gehört beispielsweise

- ein vermutetes geringes Einkommen sowie
- eine angenommene hohe Arbeitsbelastung ebenso wie
- die Angst vor der sozialen Isolation von Freunden und Kollegen.

Auf der anderen Seite werden allerdings als sehr positiv bewertet

- die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung wie auch
- das Ansehen, das man als Arzt auf dem Land genießt, und
- die Möglichkeit, Beruf und Familie optimal zu vereinen.

Als Fazit der Umfrage kann festgehalten werden, dass für die Befragten vor allem folgende Aspekte eine wichtige Rolle spielen¹³:

- ein verlässliches Einkommen,

¹² Vgl. Décieux, Heinz und Jacob (2010)

¹³ Übernommen von <http://www.ukoester.de/test/kvnneu/> am 10.10.2012

- die Absicherung gegen das wirtschaftliche Risiko einer Niederlassung sowie
- die Rahmenbedingung eines Lebens auf dem Land (Infrastruktur, Schulen und Jobmöglichkeiten für (Ehe-)Partner).

3.2 ARZTBERUF WIRD WEIBLICH

Studierendenstatistiken zeigen einen weiteren Strukturwandel an: Die nächste und die übernächste Ärztegeneration werden ganz andere Erwartungshaltungen hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen, ihrer Niederlassungsbereitschaft und ihrer Ansprüche an den Umfang und die Qualität ihres Zeitbudgets haben. Denn die Mehrzahl der Arztstudierenden ist weiblich. Mit dem steigenden Anteil an Frauen in den Arztberufen wird das Interesse an Anstellungsverträgen und an einer deutlich höheren Flexibilität bei der Berufsausübung (Stundenumfang, Arbeitszeiten, Auszeiten etc.) gefordert, insbesondere weil Frauen noch mehr Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf legen als ihre männlichen Kollegen.

3.3 KLEINE PRAXEN MIT BESONDEREN PROBLEMEN

Lange Wegstrecken können nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Hausärzte zu einem Problem werden. Lange Fahrten zwischen den Hausbesuchen binden Arbeitszeit. Bei gegebener Arbeitskapazität des Arztes, kann sich dies limitierend auf die Zahl der zu betreuenden Patienten auswirken. Kommt die geringe Patientendichte hinzu, dann kann daraus ein Strukturproblem für die Landarztpraxen entstehen.

Häufig finden niedergelassene Ärzten ihre Nachfolge unter den in ihrer Praxis ausgebildeten jungen Assistenzärzten. Auch hier haben kleine Praxen Probleme. Sie haben oft nicht das wirtschaftliche Potenzial, um eine solche Stelle anbieten zu können. Es gibt zwar keine Mindestzahl an Behandlungsfällen als Voraussetzung für eine Anerkennung als Weiterbildungsarzt, aber die wirtschaftliche Tragfähigkeit beginnt schätzungsweise ab einer Größenordnung von 1.000 Patienten je Arzt (was dem niedersächsischen Durchschnitt entspricht). Der Weiterbildungsarzt muss dem Weiterbildungsassistenten eigene Räume und Geräte bereitstellen. Die Praxis muss weiterhin wirtschaftlich in der Lage sein, die Arbeitgeberbelastung einschl. Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung zu tragen. Liegen diese Kosten des Assistenzarztes über 4.800,- €, dann bekommt der weiterbildende Arzt von der KVN und den Krankenkassen einen Zuschuss in Höhe von zusammen z.Zt. 3.500 €. Kleine Praxen sind auch hier im Nachteil; und die Nachfolge kann sich bei kleinen Praxen schwieriger gestalten, wenn der niedergelassene Arzt sich aus dem Berufsleben zurückziehen will.

3.4 INNOVATIONEN IN DER LEISTUNGSERBRINGUNG

Es gilt nicht nur Nachfolgen für Praxen zu finden, sondern auch die Ärzte in vorhandenen Praxen zu unterstützen. Dazu wurden unterschiedliche Modellprojekte zur sog. Delegation entwickelt. Sie sollen insbesondere Ärzte in (drohend) unterversorgten Regionen entlasten.

Das **AGnES Modell** (Arztentlastende gemeindenahе, e-health-gestützte, systematische Intervention) sieht eine Übertragung von Hausarztstätigkeiten auf speziell ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bzw. medizinische Fachangestellte vor. Diese übernehmen Hausarztbesuche bei älteren, eingeschränkt mobilen Patienten. Ihre Schwerpunkte sind Geriatrie, Palliativmedizin und Schmerztherapie.

In Niedersachsen wurde das **Modellprojekt MoNi** eingeführt. Medizinische Fachangestellte übernehmen hier teilweise Leistungen des Arztes, um diesen zu entlasten. Es bleibt zu prüfen, was mit den Modellprojekten nach Ablauf der Modellphase geschieht.

Eine besondere Rolle spielt bei den delegierbaren Leistungen die Entwicklung der **Telemedizin**. Die pflegenden Fachkräfte sind dabei mit technischen Geräten ausgestattet, sodass bestimmte Messwerte per Datentransfer direkt an den Hausarzt übermittelt werden können.

Die unterschiedlichen Konzepte unterscheiden sich in der Selbständigkeit des Pflegenden. Die Ausübung beinhaltet die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben eine Liste von delegierbaren ärztlichen Leistungen erarbeitet. Diese Liste gibt Aufschluss über die Art und den Umfang der übertragbaren ärztlichen Tätigkeit sowie die zur selbständigen Ausübung von Heilkunde jeweils erforderlichen Qualifikation.

Eine Verantwortlichkeit der Ärzte für die ausgeübten Tätigkeiten nach dieser Richtlinie für Kranken- und Altenpflege besteht nicht. Die selbständige Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege setzt bisher allerdings eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus.¹⁴ Es bleibt daher abzuwarten, ob es unter dem Druck des demografischen Wandels in absehbarer Zeit über Modelle hinaus zu neuen generellen Regelungen für die Delegation von ärztlichen Leistungen auf nichtärztliche Gesundheitsberufe kommen wird.

¹⁴ Vgl. BMG (2012): Richtlinie über die Feststellung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c.

4.1 DIE PRAXISNACHFOLGE ALS SCHLÜSSELPROBLEM

Als zentrale Aufgabenstellung kann die **Sicherstellung der Praxisnachfolgen** identifiziert werden. Die folgende Übersicht (Tabelle 4) macht deutlich, dass viele Akteure an unterschiedlichen Stellen mitwirken können, um die Chancen der Praxisnachfolge generell und auch im Einzelfall zu erhöhen.

Für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung sind zunächst die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen verantwortlich. Die KVN hat zahlreiche Maßnahmen der Information, Beratung und Förderung ausgebildet, die geeignet sind, den laufenden Strukturwandel zu begleiten und zu regulieren. Diese Möglichkeiten gilt es, weiter auszubauen und weiterzuentwickeln.

Einen entscheidenden Schlüssel für die Weiterführung einer Arztpraxis haben bisher allerdings der niedergelassene Arzt bzw. die niedergelassene Ärztin in der Hand, die sich zur Ruhe setzen oder die Praxis abgeben wollen. Sie entscheiden als unabhängige Wirtschaftssubjekte,

- ob sie die kassenärztliche Zulassung zurückgeben oder weitergeben wollen,
- welche Wege sie beschreiten, um eine Praxisnachfolge zu finden,
- ob sie z. B. Kooperationen eingehen, angestellte Ärzte beschäftigen oder eine Zweigpraxis errichten.

Ebenso unabhängig von den Steuerungsinstrumenten der KVen und Krankenkassen entscheiden junge Menschen über

- ihre Berufsausbildung zu Medizinern,
- ihre fachärztliche Spezialisierung und
- das lebensräumliche Milieu, in dem sie arbeiten und leben wollen.

Tabelle 4 zeigt, wo welche Akteure ansetzen können, um die Entscheidungen der jungen und älteren Mediziner zugunsten einer Niederlassung im ländlichen Raum zu beeinflussen.

Tabelle 4: Handlungsansätze zur Gewinnung von jungen Ärztinnen und Ärzten für eine Praxisnachfolge

Phase	Art der Maßnahme	Initiator/in der Maßnahme
Schüler der Sek II	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einblicke in den Beruf eines niedergelassenen Arztes / einer Ärztin 	Niedergelassene zusammen mit Schulen
Abiturientinnen und Abiturienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wegfall des Numerus Clausus ▪ Erleichterung des Studienzugangs 	Wissenschaftsministerium, Hochschulen
Studierende der Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interesse der Herkunftskommunen an einer Rückkehr in die Heimat nach der Ausbildung <ul style="list-style-type: none"> - Kontakt halten - Optionen zeigen - Anreize setzen ▪ Frühzeitige Informationen an den medizinischen Fakultäten 	Kommunen Bundesärztekammer, KVN
Absolventinnen und Absolventen der Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werbung für Verbundweiterbildung, ▪ Finanzielle Förderungen, ▪ Pilotprojekte mit einer KVN-Eigeneinrichtung und einem Arztmobil 	Klinik und Niedergelassene, KVN
Ärztlicher Nachwuchs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niederlassungsförderung ▪ Palette von Berufsausübungs-Modellen für ein ausgewogenes Verhältnis von Berufs- und Familienleben von der <ul style="list-style-type: none"> - Niederlassung über - Kooperationen mit Kollegen bis hin zur - Teilzeitanstellung in Zweigpraxis 	Bundesärztekammer, KVN
Fachärzte in regionalen Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kooperationsangebote ▪ Nachfolgeangebote 	Krankenhaus, Niedergelassene
Nachwuchs in nichtärztlichen Heilberufen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifizierung zur „Nichtärztlichen Praxisassistenten“ und Anstellung in Arztpraxis 	Krankenhaus, Niedergelassene
An Niederlassung Interessierte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praxisfinder ▪ Assistenzstellen ▪ Modalitäten der Praxisübergabe ▪ Begleitung der Ansiedlung ▪ Kinderbetreuungsplatz ▪ Beschäftigungssuche Partner etc. 	KVN Niedergelassene und Interessenten Kommunale Wirtschaftsförderung
Generell	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Image verbessern – positive Aspekte des Landarztberufs herausstellen 	Standesvertretungen

Einige Handlungsmöglichkeiten werden im Folgenden weiter ausgearbeitet. Und wenn diese Möglichkeiten von allen Beteiligten systematisch ergriffen werden, erscheint es aussichtsreich, dass ein bruchloser Generationswechsel in den Arztpraxen und damit auch die ärztliche Versorgung für die Menschen auf dem erreichten (hohen) Niveau gesichert werden kann.

4.2 HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE

Eine Arztpraxis ist ein Wirtschaftsbetrieb und der niedergelassene Arzt ist „unternehmerisch“ tätig. Er entscheidet über alle Fragen der Praxisführung - und bisher auch darüber, wie er die Zukunft seiner Praxis im Falle seines Ausscheidens sichern oder die Schließung gestalten möchte. Es liegt dabei in der Natur der Sache, dass der Zeitpunkt des Ausscheidens als Betriebsgeheimnis anzusehen ist, wie auch der Wert der Praxis mit ihrem Patientenstamm. Übergabe- oder Verkaufsgespräche und dergleichen werden folglich im Stillen geführt.

Insofern ist zuallererst der niedergelassene Arzt selbst mit seinem wirtschaftlichen Eigeninteresse daran interessiert, eine Lösung für die Weiterführung seiner Praxis zu finden. Er wird insbesondere interessiert sein, die Praxis an einen Nachfolger / eine Nachfolgerin zu verkaufen. Andere Formen der Übergabe und eines langsamen Rückzugs aus der Praxis sind natürlich auch denkbar.

Auf die besonderen Risiken bei kleinen ländlichen Hausarztpraxen, die sich möglicherweise nur schwer verkaufen lassen, wurde oben näher (s. Kapitel 2.4) eingegangen. Wobei es weniger auf die Arzt/Patienten-Relation ankommt als auf das sog. Morbiditätsrisiko und die Patientenstruktur, ob eine Praxis erfolgreich geführt werden kann.

Wenn sich bei der Suche nach einer Nachfolge Probleme zeigen, könnte der niedergelassene Arzt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) um Unterstützung bei der Suche nach einer Nachfolge bitten, weil diese über den Sicherstellungsauftrag an einer Aufrechterhaltung des Praxisstandortes interessiert ist. So bietet die KVN u.a. die Praxisbörse Niedersachsen an, die Angebote und Nachfrage zueinander führt.

4.3 HANDLUNGSANSÄTZE DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN

Der Sicherstellungsauftrag liegt gemäß § 75 SGB V bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese stellen zusammen mit den Krankenkassen sicher, dass den Bürgerinnen und Bürgern eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung zur Verfügung steht. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) bietet ihren Mitgliedern ein umfangreiches Unterstützungsangebot an:

(1) Verbundweiterbildung

Die Gebietsweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erfordert im Gegensatz zur Weiterbildung in anderen Gebieten einen Pflichtweiterbildungsabschnitt in der ambulanten Versorgung. Ein angehender Allgemeinmediziner muss also zwingend seinen Arbeitgeber und den Versorgungssektor wechseln.

Für die Verbundweiterbildung schließen sich Kliniken und niedergelassene Ärzte auf regionaler Ebene zu einem Weiterbildungsverbund zusammen. Die Koordination des Verbundes kann dabei durch einen der beteiligten Partner oder durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. Dadurch wird dem angehenden Allgemeinmediziner eine strukturierte Facharztweiterbildung in allen notwendigen Weiterbildungsabschnitten angeboten. Die Suche nach Anschlussweiterbildungsstellen entfällt. Dies gibt sowohl

den angehenden Allgemeinmedizinerinnen als auch den weiterbildenden Einrichtungen Planungssicherheit¹⁵.

Im Osnabrücker Land gibt es kein Angebot der Verbundweiterbildung.

(2) Beratungsangebote

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bringen zunehmend komplizierte und unübersichtliche Vorgaben, Regelungen und Veränderungen in der ambulanten Versorgung mit sich. Darum entwickelt die KVN individuell zugeschnittene Beratungsleistungen für die Themenbereiche Praxisberatung, Abrechnungsberatung und Verordnungsberatung. Dafür existiert in den regionalen Bezirksstellen ein KVN-Beraterteam. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat elf Bezirksstellen, eine davon hat ihren Standort in Osnabrück.

(3) Initiative "Niederlassen in Niedersachsen"

Unter <http://www.niederlassen-in-niedersachsen.de> findet sich ein umfangreiches Informations- und Veranstaltungsangebot der KVN zusammen mit der apoBank. Berater präsentieren die wesentlichen Basisinformationen zur Niederlassung, wie z. B. „Zulassungsverfahren“, „Formen der ambulanten Tätigkeit (Gemeinschaftspraxis, Anstellung oder Jobsharing)“ oder „Finanzierung der eigenen Praxis“. Darüber hinaus können die Teilnehmer sich in Workshops zu den Themen „Rund um die eigene Praxis“ und „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ austauschen, Fragen stellen und individuelle Antworten erhalten. Im Nachgang der Veranstaltung Termine zur Einzelberatung stattfinden. Schwerpunkte der Beratung sind

a) Niederlassungsberatung

- Einstiegsberatung über die Gestaltungsmöglichkeiten einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Persönliche Vorhabenplanung für die Niederlassung,
- Betriebswirtschaftliches Gründungskonzept u.a. mit Liquiditätsprognose,
- Schritte zur Umsetzung der Gründung.

b) Betriebswirtschaftliche Beratung für bereits niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

- Effizientes Praxismanagement oder Steuerung des Praxiserfolges,
- Praxis-Check zur Ermittlung der Kostenstruktur der Praxis,
- Betriebswirtschaftliche Liquiditätsprognose bei Fusionen/Kooperationen.

c) Angebote für Praxis-Abgeber

- Praxiswertermittlung,
- Abgabemanagement, werterhaltende Maßnahmen,
- ggf. Vermittlung eines Nachfolgers oder eines Kooperationspartners.

Interessant erscheinen auch das Konzept der Studierenden Patenschaften der KVN oder die Famulaturbörse auf www.lass-dich-nieder.de.

¹⁵ Quelle: <http://www.kvn.de/Praxis/Verbundweiterbildung/>; 23.10.2014

4.4 HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER KRANKENHÄUSER

Auch die Krankenhäuser können bei der Sicherung der ärztlichen Versorgung eine Rolle spielen. Ein Ansatzpunkt ist die Mitwirkung im Rahmen der Verbundweiterbildung für die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner (s. Kapitel 4.3).

Interessant ist hier des Weiteren z.B. die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt als Konsiliararzt, Honorararzt oder im Rahmen einer (Teil-)Anstellung am Krankenhaus. Die Teilanstellung am Krankenhaus kann vor allem jungen Medizinerinnen und Mediziner den Weg in die Niederlassung erleichtern.

Auch könnten medizinische Versorgungszentren, die von Krankenhäusern betrieben werden können, Arztsitze aufkaufen, da Krankenhäuser nicht direkt zugelassen werden. Junge Mediziner könnten dann prüfen, ob die Niederlassung eine berufliche Perspektive für sie ist. Sie müssten sich aber nicht gleich zu 100 Prozent für diesen Berufsweg entscheiden und von Beginn an das volle finanzielle Risiko tragen.

Wird in einem Planungsbereich eine Versorgungslücke festgestellt, könnte ein Krankenhausarzt auch vom Zulassungsausschuss ermächtigt werden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Dabei legt der Ausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang der Krankenhausarzt ambulant tätig sein darf.

Diese Maßnahmen tragen ggf. auch zur Stärkung des Krankenhausstandortes bei. Dies ist einerseits positiv zu sehen. Andererseits widerspricht eine Konzentration der Versorgung an den Klinikstandorten aber dem Ziel der Sicherstellung der Versorgung in der Fläche.

Generell ist auch zu befürchten, dass sich diese Möglichkeiten als zu schwierig erweisen zumal es auch erheblichen Vermittlungsaufwand erfordert, die Ärzteschaft von der Notwendigkeit solcher Lösungen im Einzelfall zu überzeugen.

4.5 FÖRDERANGEBOTE DES NIEDERSÄCHSISCHEN SOZIALMINISTERIUMS

Das Land Niedersachsen gewährt Zuwendungen für den Auf- und Ausbau von Gesundheitsregionen, um die wohnortnahe gesundheitliche Versorgung zu verbessern sowie die Gesundheitsförderung und die Primärprävention zu stärken. Grundlage ist die **Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen (Richtlinie Gesundheitsregionen)**¹⁶ und der VV/VV-Gk zu § 44 LHO.

Darin heißt es unter 1.1 zu Zweck und Zielsetzung:

„Die Versorgungssituation der niedersächsischen Bevölkerung wird sich in den kommenden Jahren durch die demografische Entwicklung kontinuierlich verändern. Es werden zunehmend ältere Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Erfahrungen sowie Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten medizinisch und pflegerisch zu versorgen sein, der Versorgungsbedarf insgesamt wird steigen. Gleichzeitig gibt es bereits jetzt innerhalb des Flächenlandes Regionen, in denen zu wenige Ärztinnen und Ärzte und/oder nicht ärztliche Leistungserbringer tätig sind.

¹⁶ RdErl. d. MS v. 3. 6. 2014 - 106.3 (Nds.MBl. Nr.22/2014 S.437) - VORIS 21061 -

Um die medizinische und pflegerische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten, ist in einem strukturierten Prozess die gemeinsame Verantwortung aller gesundheitlichen Akteurinnen und Akteure in regionalen Kontexten zu stärken. Dabei ist insbesondere eine sektorenübergreifende Verzahnung medizinisch ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung anzustreben.

Die kommunale Ebene ist unter diesen Rahmenbedingungen besonders geeignet, soziale, kulturelle und gesundheitliche Belange der Menschen direkt vor Ort bedürfnisgerecht durch regional passende Angebote zu strukturieren.

Ein geeignetes Mittel zur Umsetzung der beschriebenen Anforderungen ist der Auf- und Ausbau von Gesundheitsregionen. Ein solcher Prozess liegt - wegen der dem Land obliegenden Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge - in einem erheblichen Maß im Interesse des Landes.

Ziele der Förderung sind die

- a) kommunale Strukturbildung bei Umsetzung der „Gesundheitsregionen in Niedersachsen“ und
- b) Entwicklung und Umsetzung innovativer medizinischer Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention.“

Der Landkreis und die Stadt Osnabrück haben sich 2014 erfolgreich um die Förderung als Gesundheitsregion beworben (s. Kapitel 5.2) und werden die Fördermittel für die „Strukturbildung“, d.h. zum **Aufbau und zur Koordinierung der Gesundheitsregion** einsetzen. Über zwei Jahre verteilt wird ein Zuschuss von maximal 25.000 Euro gewährt.

Die Entwicklung und Umsetzung innovativer medizinischer Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention will das Land im Rahmen der o.g. Richtlinie mit Zuschüssen für Projekte in Höhe von maximal 100.000 Euro fördern. Hier ist gemäß 2.2 der Richtlinie gedacht an **innovative medizinische Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte in Niedersachsen** insbesondere zur

- (1) Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe und an der Patientin oder dem Patienten orientierter Strukturen,
- (2) Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Ansiedlung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten - insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten - in ländlichen Regionen,
- (3) Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Entlastung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten - insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten - mit den Schwerpunkten
 - Delegation (auch in Verbindung mit der Pflege),
 - Teamarbeit,
 - Vernetzung,
- (4) Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Nachwuchsgewinnung von Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften im ländlichen Raum,
- (5) Entwicklung und Umsetzung von Mobilitätskonzepten (u.a. ÖPNV) unter Einbeziehung in der Mobilität eingeschränkter Patientinnen und Patienten,
- (6) Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Primärprävention.

5 KOMMUNALE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Der demographische Wandel stellt die für die ärztliche Versorgung in der Fläche verantwortlichen Akteure vor große Herausforderungen. Dies gelingt in den verschiedenen Regionen Deutschlands offenbar nicht überall und zur Zufriedenheit aller. Die KVN hat auf die Entwicklungen in Niedersachsen mit verschiedenen Maßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung reagiert. Gleichwohl dürfte es hilfreich sein, wenn auch Kommunen bei Bedarf eigene Maßnahmen beitragen.

So haben Kommunen auf Drängen der zu versorgenden Einwohnerschaft und wo es das Gemeinwohl erfordert eigene Initiativen ergriffen, mit dem Ziel, die entstandenen Versorgungslücken zu schließen. Erfahrungen mit entsprechenden Handlungsstrategien gibt es seit Ende der 90er Jahre in den östlichen Bundesländern. Aktuell suchen viele ländliche Kommunen - auch westdeutsche - niederlassungswillige Ärzte über „Inserate“ im Internet.

Typische Maßnahmen von Kommunen werden im Folgenden vorgestellt:

5.1 BEOBACHTUNG UND BEGLEITUNG DER ENTWICKLUNG

In Gemeinden und Städten mit mehreren ungünstigen Struktur Faktoren - wie geringe Arztdichte, kleine Praxen, hohes Alter des Arztes etc. - ist es angeraten, dass die Spitze der Verwaltung, in der Regel die Bürgermeisterin/der Bürgermeister vorausschauend, proaktiv und sensibel in Erfahrung zu bringen sucht, wann und wie sich Praxisübergaben oder -aufgaben abzeichnen und ob es dabei zu Vakanz oder gar zu Schließungen kommen könnte. Dies ist Chefsache und verlangt hohe Vertraulichkeit.

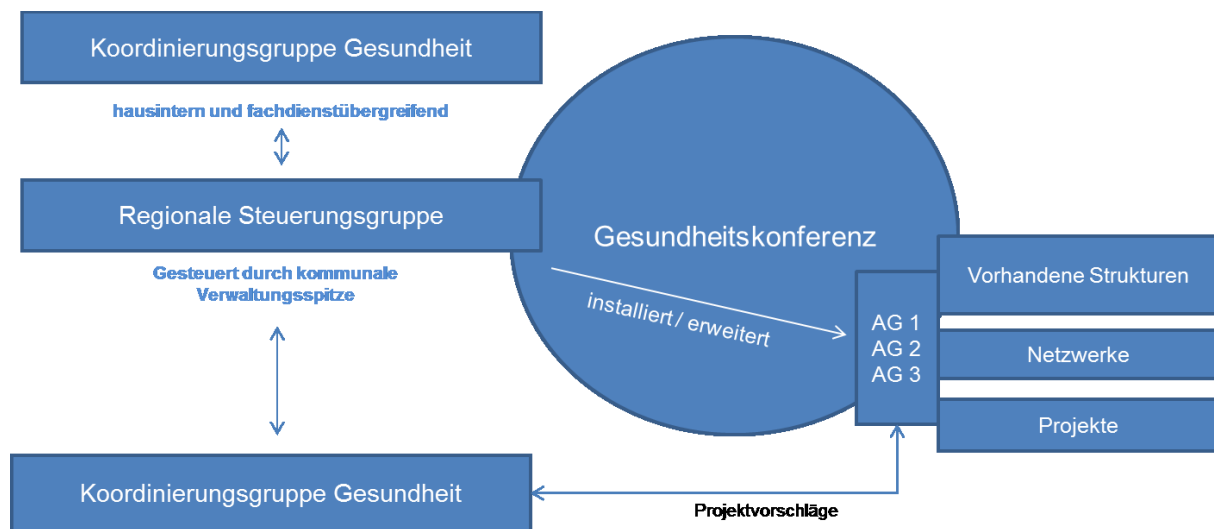
Wenn dann seitens des niedergelassenen Arztes Probleme hinsichtlich der Weiterführung der Praxis signalisiert werden, könnten individuelle Hilfestellungen aus dem Instrumentenkasten der Wirtschaftsförderung in Betracht kommen.

In den übrigen Gemeinden reicht es aus, aufmerksam zu beobachten, wo es Hinweise auf Fluktuation gibt. Wird in diesem Fall ein Standortrisiko offenbar, ist es Chefsache den Sachverhalt vertraulich zu sondieren.

5.2 KOMMUNALE KOORDINIERUNG – IN DER GESUNDHEITSREGION OSNABRÜCK

Die Vernetzung mit den regionalen Akteuren im Gesundheitswesen und in der Gesundheitswirtschaft erfordert einen Organisationsaufbau, der folgendermaßen aussehen könnte:

Abbildung 10: Organisation der Gesundheitsregion Osnabrück



Die Steuerung und Koordination der Gesundheitsregion geht vom Landrat des Landkreises Osnabrück aus. Er wird durch Mitarbeiterinnen des Gemeinsamen Gesundheitsamtes von Landkreis und Stadt unterstützt.

Die Kompetenzen und Erfahrungen bereits bestehende Netzwerke und Arbeitsgruppen des Landkreises und der Stadt Osnabrück, werden für die Strukturbildung genutzt. So ist die aktive Beteiligung bereits bestehender Netzwerke gewährleistet. Folgende Netzwerke/Arbeitsgruppen und Projekte sind derzeit mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten aktiv:

Abbildung 11: Themenschwerpunkte und Netzwerke



Es wird angestrebt, diese Strukturen zu erweitern und dadurch neue Projekte und Ideen voranzubringen.

Innerhalb der Kreisverwaltung wurde eine fachdienstübergreifende „Koordinierungsgruppe Gesundheit“ eingerichtet. Diese beschäftigt sich federführend mit der Zielsetzung und mit der Strategieentwicklung für die Gesundheitsregion Osnabrücker Land. Einzelne Mitglieder der Koordinierungsgruppe Gesundheit sind in der Regionalen Steuerungsgruppe vertreten, um hier die Vernetzung zu gewährleisten.

Als Einstieg in die Arbeit der Gesundheitskonferenz ist eine Auftaktveranstaltung mit drei Schwerpunktthemen zu gestalten, z.B. „gesund aufwachsen“, „gesund älter werden“ und „ärztliche und pflegerische Versorgung im ländlichen Raum“. Es werden themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet, die

- die (teil-)regionalen Versorgungsstrukturen, Schwächen und Risiken sowie Verbesserungsmöglichkeiten untersuchen und
- innovative Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte oder Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder der Primärprävention vorschlagen

sollen. Diese Arbeitsgruppe soll dabei auch die in Kapitel 5.3 beschriebenen Handlungsmöglichkeiten sowie Projekte aus den anderen Gesundheitsregionen Niedersachsens ansehen und deren Übertragbarkeit auf die Verhältnisse in der Gesundheitsregion Osnabrück reflektieren. Sie wird von den Koordinatoren der Gesundheitsregion bei dieser Arbeit unterstützt.

Als Arbeitsgrundlage liegt bereits eine Bevölkerungsprognose unter Berücksichtigung der kleinräumigen demografischen Entwicklungen vor. Eine Bestandsanalyse regionaler Gesundheitseinrichtungen sowie entsprechende Erreichbarkeitsanalysen sind zu erarbeiten.

Die Koordinatoren der Gesundheitsregion stellen ferner den Informationsaustausch mit den anderen Gesundheitsregionen in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sicher.

5.3 WEITERE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Im Folgenden werden einige Beispiele für Handlungsansätze beschrieben, die in kommunaler Zuständigkeit umgesetzt werden können:

(1) Analyse und Kommentierung der Veränderungen des Rechtsrahmens

Die Analyse der veränderten Bedarfsbemessungsrichtlinie (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) hat den Landkreis 2013 veranlasst, sich für eine Veränderung der Planungsbereichs-Zuschnitte im Osnabrücker Land einzusetzen. Dies war erfolgreich.

Der Exkurs zu den möglichen Negativ-Effekten des geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Osnabrücker Land (s. S. 5) zeigt erneut, wie wichtig es ist, die rechtlichen Veränderungen zu beobachten und zu analysieren, die von der Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene entschieden werden. Der Landkreis unterstützt die Bedenken der KVN gegen die vorgesehenen Terminservicestellen bei den KVen. Und über den Landkreistag haben wir deutlich auf die möglichen Folgen der geplanten „Soll-Bestimmung“ für die Entwicklung der ambulantärztlichen Versorgung im Landkreis Osnabrück aufmerksam gemacht. In demselben Sinne wurden auch die politischen Mandatsträger aus unserer Region informiert. Vielleicht gelingt es im Gesetzgebungsverfahren noch, diesen Passus zu streichen.

(2) Imagekampagne für den Landarztberuf im Landkreis Osnabrück

Das Negativ-Image des Landarztberufs muss korrigiert werden. Es ist überzeichnet, wenn es nicht sogar zu Unrecht besteht. An dieser Aufgabe sollten sich Gemeinden und Landkreise aktiv beteiligen.

Was die beruflichen Arbeitsbedingungen und Wirtschaftlichkeitsfragen angeht, sind die KVen gefordert und tätig. Ihre Botschaft: Der Alltag in der Landarzt-Praxis ist abwechslungsreich und anspruchsvoll, denn der Arzt ist erster Ansprechpartner rund um das Thema Gesundheit. Das weniger anonyme Arzt-Patienten-Verhältnis kann eine Bereicherung sein.

Aus kommunaler Sicht gilt es, die ausgezeichnete Wohn- und Lebensqualität in unseren ländlichen Grund- und Mittelzentren ins rechte Licht zu rücken. Der Arzt auf dem Land ist ein wichtiger Teil der örtlichen Gemeinschaft. Und er wird mit seiner Arbeit wertgeschätzt. Auf dem Land gibt es genügend Platz für die Arzt-Familie. In unseren Grund und Mittelzentren – und im nahen Oberzentrum Osnabrück – gibt es von der Kleinkindbetreuung bis zum Universitätsstudium ein vollständiges und hochwertiges Bildungsangebot. Der Freizeitwert der Region (Natur, Kultur, Sport) ist hoch. Bauland- und Baukosten sowie die Lebenshaltungskosten sind im Vergleich zu Großstädten spürbar niedriger. Dies alles gilt es, in Medizinerkreisen und an den medizinischen Hochschulen bekannter zu machen.

Ein gutes Beispiel für eine Imagekampagne zeigt die die Homepage www.mehrarztleben.de, die von der KV Schleswig Holstein online gestellt wurde. Auf dieser Homepage wird der Fokus auf die drei Säulen „Arzt“ und „Leben“ gerichtet. So weckt diese Homepage Interesse für den Landarzt-Beruf und für das Wohn- und Lebensumfeld.

Die KVen ihrerseits müssen die folgenden Neuregelungen bekannt machen: Im Versorgungsstrukturgesetz wurde neu geregelt, dass sich Vertragsärztinnen nach der Geburt ihres Kindes in Zukunft doppelt so lange wie bisher, nämlich zwölf Monate, vertreten lassen können. Für die Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen, stehen den Ärzten zusätzlich 36 Monate zur Verfügung bzw. können sie einen Entlastungsassistenten beschäftigen. Diese Zeiträume können individuell von der jeweiligen KV verlängert werden.¹⁷ Kommunen sollten dies wissen und ggf. in der Argumentation um die Versorgungssituation einsetzen.

Die Bundesärztekammer hat eine Checkliste für Kommunen als Gestalterinnen der Rahmenbedingungen für Niederlassungen herausgegeben. Anhand dieser Checkliste kann die Kommune ihrerseits überprüfen, inwiefern der Vereinbarkeitsfaktor durch die Kommune bereits erfüllt wird.¹⁸ Die Kommunen haben hier mit ihrem Angebot an Krippen und Tagesbetreuung sowie der Tagespflege für Ältere einiges zu bieten. Sie sollten dieses in ihren Imagebroschüren bzw. Internetauftritten entsprechend herausstellen.

(3) Werbung für Praktika in der Heimat

Aus dem Berufsmonitoring der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geht hervor, dass 86 % der Medizinstudierenden sich als späteren Berufsausübungsort das Heimatbundesland und 80 % die nähere Heimatregion wünschen. Daraus lässt sich schließen, dass Studierende die zum Studium ihre Heimat verlassen, grundsätzlich gerne dorthin zurückkommen möchten.

Für den Landkreis Osnabrück bedeutet das, dass es lohnend sein könnte, die Medizinstudierenden an den Universitäten Münster, Oldenburg/Groningen, Bremen, Hannover, Göttingen und Bielefeld mög-

¹⁷ Vgl. KBV (2012): S. 2.

¹⁸ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Checkliste201108FamNiederlassung.pdf>

lichst direkt anzusprechen, um sie für den Beruf als Landarzt im Osnabrücker Land (zurück) zu gewinnen.

Niedergelassene Ärzte könnten interessierten Schülerinnen und Schülern Praktika in Arztpraxen im Osnabrücker Land sowie Studierendenpatenschaften anbieten. Dabei würden sie die medizinischen und betriebswirtschaftlichen Herausforderungen im Praxisalltag einer Landarztpraxis kennen lernen. Viele würden danach möglicherweise die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner wählen und auch eine Assistentenstelle, eine Anstellung oder ein Praxisübernahme in ihrer Heimat suchen.

(4) Finanzielle Anreize

„Dorf sucht Arzt“ – unter diesem oder ähnlichem Motto werben insbesondere kleinere Gemeinden und Gemeinden im ländlichen Raum um die (Wiederbesetzung) des Arztsitzes. Bundesweite Aufmerksamkeit fand eine Anzeige aus dem Oderbruch (Brandenburg), in der ein Haus mit Arztpraxis quasi gratis angeboten wurde. Wegen des gravierenden demographischen Wandels finden sich inzwischen viele Beispiele für materielle Anreize in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen oder Sachsen-Anhalt.

Dem Beispiel ist eine größere Zahl von Kommunen auch in Westdeutschland gefolgt. Zum Beispiel haben einige kleine Gemeinden der Kreise Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und Dithmarschen (Schleswig-Holstein), mit erheblichen Beträgen in Praxisräume investiert und stellen diese zur Anmietung zur Verfügung. Andere Kommunen geben den Praxisgründern oder -übernehmern für die Etablierungsphase eine Umsatzgarantie bzw. stellen diesen einen Zuschuss zu den Praxiskosten in Aussicht. Oder sie verzichten eine Zeit lang auf Mieteinnahmen aus den Praxisräumen, um auf diese Weise das wirtschaftliche Risiko des sich niederlassenden Arztes zu mindern. Der Landkreis Leer beispielsweise bietet ausgewählten Studierenden der Humanmedizin Stipendien an verbunden mit der Verpflichtung zur (befristeten) Niederlassung im Kreisgebiet. Diese Liste vermittelt einen Eindruck von der Vielfalt solcher materiellen Anreize. Sie erhebt natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ob diese Anreize etwas bewirken, ist nicht untersucht. Kommunen sollten deshalb sorgsam abwägen, wie sie aktiv werden, um eine langfristige Lösung zu erzielen.

Es wird von den Interessengruppen argumentiert, dass Gesundheitsleistungen zur öffentlichen Daseinsvorsorge gehören, so dass die Kommunen gehalten seien, sich bei Bedarf um die ärztliche Versorgung zu kümmern. Da der Gesetzgeber die Aufgabe der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung aber an die KVen und die Krankenkassen vergeben hat, sollten die Kommunen diesen unbedingt den Vorrang lassen und nur im Ausnahmefall unterstützend tätig werden. Auf ihre Verantwortung müssen die eigentlich verantwortlichen Akteure immer wieder hingewiesen werden. „Rosinenpickerei“ bzw. die Abkehr vom Ziel der flächenhaften Versorgung ginge zulasten der Allgemeinheit.

(5) Kommunal geführte Arztpraxen

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde den Kommunen die Möglichkeit geschaffen, in begründeten Ausnahmefällen in eigenen Einrichtungen für die medizinische Versorgung der Versicherten zu sorgen. Ein solcher Ausnahmefall wäre dann gegeben, wenn zum Beispiel die Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt ist. Der Zulassungsausschuss hat dann auf Antrag diese kommunale Einrichtung mit angestellten Ärzten zu ermächtigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die Ärzte müssen im Arztregister eingetragen sein. Die angestellten Ärzte sind bei ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Das finanzielle Risiko einer kommunalen Arztpraxis trägt die Kommune.

Die Kommune kann so die Versorgung für die ansässige Bevölkerung aufrechterhalten. Für den Arzt bedeutet das, dass er zunächst im Angestelltenverhältnis für sich feststellen kann, ob die Selbständigkeit in einer Niederlassung das Richtige für ihn ist.

Es ist bei diesem Modell allerdings zu bedenken, dass der Sicherstellungsauftrag bei der KV verankert ist. Die Kommune kann folglich nur im Einvernehmen mit der KV tätig werden.

1. Ärztemangel ist ein zunehmend drängendes kommunalpolitisches Thema, auch im Osnabrücker Land. In Kapitel 1 werden die erheblichen Veränderungen des rechtlichen Rahmens beschrieben, in dem Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen sollen.
2. Nach den Maßstäben der Bedarfsbemessungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind Stadt und Landkreis Osnabrück gut bis sehr gut mit ärztlichen Leistungsanbietern ausgestattet. Fünf Planungsbereiche sind für weitere kassenärztliche Zulassungen gesperrt weil sich Versorgungsgrade über 110 % errechnen. Lediglich der Planungsbereich Melle könnte noch sechs niederlassungsbereite Hausärzte aufnehmen.
3. Damit Kommunalpolitik auf die Entwicklungen im Bereich der ambulantärztlichen Versorgung reagieren oder darauf Einfluss nehmen kann, ist eine differenzierte und vor allem auch gemeindebezogene Beschreibung der Strukturentwicklungen erforderlich. In Kapitel 2 wird die Versorgungssituation auf der Grundlage der niedersächsischen Bedarfsplanung 2014 dargestellt und um die Risikofaktoren „Durchschnittsalter der Ärzte“ und „Erreichbarkeit der Arztpraxen“ ergänzt. Es zeigt sich, dass
 - das Risiko einer sinkenden Versorgung mit niedergelassen Hausärzten und mit Fachärzten der allgemeinen Versorgung auch im Landkreis Osnabrück in allen Städten und Gemeinden real gegeben ist.
 - die Städte und Gemeinden im Osnabrücker Land in unterschiedlicher Weise und Geschwindigkeit von den Trends zur Verschlechterung der ambulantärztlichen Versorgung erfasst werden.
4. In Kapitel 3 wird auf die Aspekte des Strukturwandels hingewiesen, der sich auf die Niederlassungsbereitschaft generell auswirken wird. Herausforderungen sind die sinkende Niederlassungsbereitschaft, die Lebenspläne der vermehrt weiblichen Medizinstudierenden, das Imageproblem des ländlichen Raumes.
5. Das Kernproblem ist die Regelung der Praxisnachfolgen. In Kapitel 4 werden die Handlungsmöglichkeiten und Maßnahmen der niedergelassenen Ärzte selbst, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Krankenhäuser und des Niedersächsischen Sozialministeriums beschrieben.
6. Die Kommunen sind - als für die Daseinsvorsorge Verantwortliche - politisch in der Mithaftung. An sie wenden sich die Bürgerinnen und Bürger mit der Erwartung auf Hilfe, wenn Arztpraxen schließen und wenn sich die örtliche Versorgung verschlechtert. Kommunen sind jedoch bisher nicht in die Verfahren zur Sicherstellung einer gleichmäßigen ärztlichen Versorgung eingebunden.
7. In Kapitel 5 wird dargelegt, welche Handlungsmöglichkeiten der Landkreis Osnabrück für sich und für die Gemeinden sieht und wie er diese künftig nutzen könnte.

Gesundheitsdienst
für Landkreis und Stadt Osnabrück

Am Schölerberg 1
49082 Osnabrück
Postanschrift
Postfach 25 09
49015 Osnabrück
Nicole Erb

Koordinatorin der Gesundheitsregion
info@gesundheitsregion-lkos.de
www.landkreis-osnabruock.de

