

Bericht zur hausärztlichen Versorgung im Kreis Groß-Gerau

Der Kreistag hat den Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz beauftragt, zu prüfen, ob im Kreisgebiet, in Hessen oder in anderen Bundesländern bereits Modelle zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung bestehen. Bestehende, in der praktischen Umsetzung befindliche Modelle sollen auf deren Übertragbarkeit auf den Kreis Groß-Gerau überprüft und Anregungen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung im Kreis Groß-Gerau abgegeben werden.

Im Vorfeld des Berichtes wurden zahlreiche Gespräche mit unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens innerhalb und außerhalb Hessens geführt. Außerdem wurde Fachliteratur zu diesem Thema gesichtet sowie ein Diskussionsforum zur hausärztlichen Versorgung gegründet.

In der Novemberausgabe der Fachzeitschrift „Gesundheitswirtschaft“ wird die These aufgestellt, dass die kommenden 10 Jahre unser Verständnis von Gesundheitsversorgung grundlegend ändern werden. Die technologischen und gesellschaftlichen Umbrüche würden das Reformtempo vorgeben, an erster Stelle werden Digitalisierung und Personalisierung der Medizin genannt. Die Feminisierung der Medizin und die Zuwanderung forderten neue Spielregeln, die Sektorengrenzen müssten zunehmend durchlässiger werden, um eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung weiterhin sicherstellen zu können. Effizienzpotentiale seien nur durch eine vernetzte und sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller Akteure der Gesundheitswirtschaft möglich. Zuwanderung müsse gezielt gefördert werden, da ohne ärztliches und nicht-ärztliches Personal aus dem Ausland die heutige Qualität der Gesundheitsversorgung nicht aufrechterhalten werden könne.

1. Situationsanalyse und Einflussfaktoren der hausärztlichen Versorgung

Im internationalen Vergleich zählt Deutschland mit 221 Einwohnern pro Arzt zu den Ländern mit der höchsten Dichte ärztlicher Versorgung. Die Ärztedichte hat sich in Deutschland im Verlauf der letzten Jahrzehnte kontinuierlich erhöht. So versorgten im Jahr 1960 1,26 Ärzte 1.000 Einwohner. Derzeit liegt der Schnitt bei 3,64 Ärzten auf 1000 Einwohner. Insgesamt hat sich seit 1960 im Zeitraum von 49 Jahren die Anzahl der berufstätigen Ärzte pro 1000 Einwohner fast verdreifacht. Im Jahr 2014 nahmen 138.472 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung Deutschlands teil.

Bei Betrachtung der Versorgungssituation soll jedoch nicht nur auf die Arztdichte geschaut werden, sondern auch zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Versorgung unterschieden werden. Die beiden Versorgungsgruppen sollen lt. Bedarfsplanungsrichtlinien in einem ausgeglichenen Verhältnis bereitgestellt werden. Hierfür wird eine Relation von 60% hausärztlich tätigen Ärzten zu 40% Fachärzten angestrebt. Dieses beabsichtigte Verhältnis wurde nur im Jahr 1991 erreicht und entwickelt sich seitdem kontinuierlich entgegen der gewünschten Relation. So erreichte bereits im Jahr 2009 die Gruppe der Hausärzte nur noch 47%, während die Fachärzte 52% der Vertragsärzte stellten; die Schere geht immer weiter auseinander.

Der steigenden Gesamtzahl an Ärzten steht somit ein Mangel an Hausärzten gegenüber. Der dargestellte rückläufige Anteil der Hausarztpraxen ist eine Auswirkung dieser Entwicklung und gefährdet langfristig die ärztliche Primärversorgung der Bevölkerung in Deutschland, in Hessen und im Kreis Groß-Gerau. Für dieses Paradoxon sind laut einer von der Bundesärztekammer erstellten Analyse im Wesentlichen vier Faktoren verantwortlich.

1. Die Entwicklung des medizinischen Fortschritts
2. Der demografische Wandel mit seinen Folgen
3. Die Feminisierung der Medizin
4. Der Trend zur Arbeitszeitverkürzung

Als Ergebnis dieser vier Entwicklungen kommt es durch den medizinischen Fortschritt zu einem längeren Leben mit mehr chronischen Krankheiten und einem höheren Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Dem steht der Wunsch nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance und Teilzeitbeschäftigungen der Ärztinnen, aber auch der männlichen Ärzte gegenüber. Angesichts der oben beschriebenen Entwicklung stellt sich die Frage, wie viele Hausärzte müssen in Zukunft für Deutschland zur Verfügung stehen?

Die Kassenärztliche Vereinigung hat aus historischen Gründen einen Versorgungsauftrag. Dieser ist im 5. Sozialgesetzbuch unter dem Abschnitt Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung in den Paragraphen 72 bis 76 geregelt. Um dem im Sozialgesetzbuch geforderten, anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis in Qualität und Wirksamkeit zu entsprechen, gilt es nach §2 Abs.1 Satz 3 SGB V einen Mindestbedarf an Ärzten zu decken. Die Grundlage zur Bestimmung des ärztlichen Bedarfs einer Region bildet die Bedarfsplanungsrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses. Das gesamte Bundesgebiet ist auf Basis des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung in sogenannte Planungsbereiche eingeteilt, die zur Bedarfsplanung herangezogen werden.

Im Land Hessen gibt es seit 2013 eine neue Bedarfsplanung mit unterschiedlichen Planungsbereichszuschnitten. Demnach ist die hausärztliche Versorgung, um die es hier im Wesentlichen geht, in 71 Planungsbereiche, sogenannte Mittelbereiche unterteilt. In Bezug auf den Zuschnitt dieser Planungsbereiche ist die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten möglich. Regionale Besonderheiten sind z.B. die regionale Demographie, d.h. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen, die regionale Morbidität sowie sozioökonomische Faktoren. Die Zuordnung der Städte und Gemeinden im Kreis Groß-Gerau ist bei der hausärztlichen Versorgungsebene ab 2013 wie folgt geregelt:

- Zum Mittelbereich Rüsselsheim zählen Bischofsheim, Büttelborn, Ginsheim-Gustavsburg, Groß-Gerau, Mörfelden-Walldorf, Nauheim, Raunheim, Rüsselsheim und Trebur.
- Zum Mittelbereich Darmstadt zählen Biebesheim am Rhein, Gernsheim, Riedstadt, Stockstadt, darüber hinaus auch Darmstadt und Darmstadt-Dieburg und Teile des Odenwalds.
- Zum Mittelbereich Frankfurt am Main zählt Kelsterbach. Der Mittelbereich Frankfurt umfasst die komplette Stadt Frankfurt, Bad Vilbel und Kelsterbach.

Der Kreis Groß-Gerau ist somit nicht als selbstständiger Planungsbereich im Bereich der hausärztlichen Versorgung erhalten geblieben.

Der Mittelbereich Rüsselsheim, der sich nur aus Städten und Gemeinden des Kreises Groß-Gerau zusammensetzt, ist mit Stand Zulassungsausschuss vom 27.10.2015 für 14,5 Versorgungsaufträge geöffnet, d.h. 14 hausärztliche Praxen könnten sich dort neu niederlassen.

Der Mittelbereich Darmstadt, zu dem der Südkreis gehört, ist mit Stand vom 27.10.2015 nur noch für einen Versorgungsauftrag geöffnet, der beim nächsten Zulassungsausschuss im November aller Voraussicht nach besetzt werden wird. Danach könnte sich im Süden des Kreisgebiets (Ried) kein neuer Hausarzt niederlassen, aber freiwerdende KV-Sitze können nachbesetzt werden.

Ein mögliches Szenario wäre, dass in den nächsten Jahren die 2 Hausarztpraxen in Stockstadt und weitere in Gernsheim schließen. Das Ried würde somit Hausärzte, die wichtig für die wohnortnahe Basisversorgung sind, verlieren. Theoretisch wäre dieser Mangel behoben, wenn sich in Darmstadt oder Dieburg, die zum Planungsbereich gehören, Allgemeinmediziner niederlassen, aber die Bevölkerung im Ried würde davon nicht profitieren. Hier wäre eine Abtrennung des Südkreises zur besseren Steuerung der Niederlassung zu diskutieren. Letztendlich entscheidet die KV über einen solchen möglichen Antrag, der jedoch von den Akteuren vor Ort gestellt werden müsste.

Im Bereich Kelsterbach, der zu Frankfurt gehört, besteht eine Überversorgung mit Hausärzten.

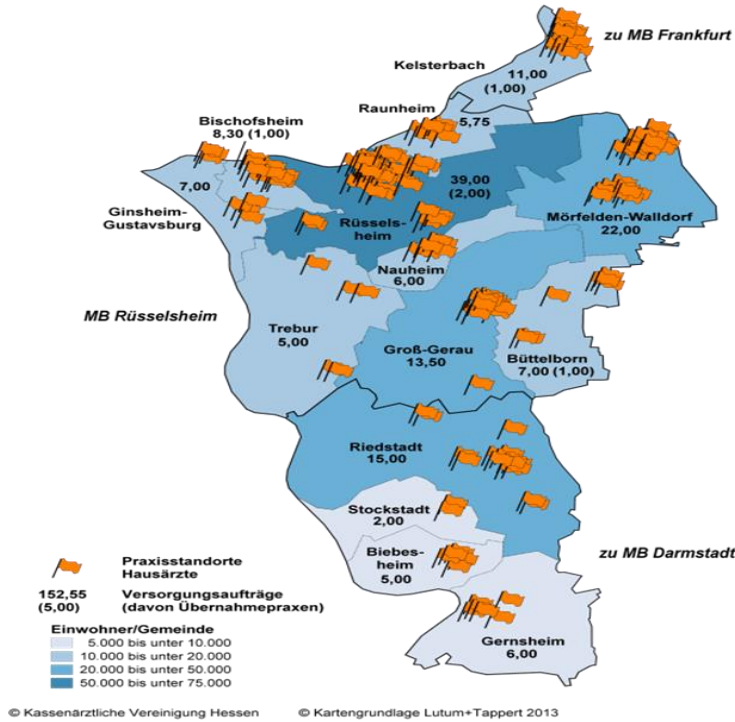
Betrachtet man nun den Anteil der 65-jährigen und älteren Bürger des Kreises Groß-Gerau so fällt auf, dass in Bischofsheim und Nauheim 22-25% der Einwohner 65 Jahre und älter sind. In Raunheim, Büttelborn und Riedstadt beträgt der Anteil der älteren Mitbürger unter 16%. Die übrigen Städte und Gemeinden des Kreises Groß-Gerau liegen dazwischen.

Bezogen auf den Kreis Groß-Gerau gibt es insgesamt 152 Versorgungsaufträge, d.h. Standorte von Hausarztpraxen. Das Durchschnittsalter der Hausärzte liegt in Gernsheim und Stockstadt mit 61- 65 Jahre am höchsten gefolgt von Mörfelden-Walldorf mit 56 – 60 Jahre. Im übrigen Kreisgebiet liegt das Durchschnittsalter der Hausärzte zwischen 46 und 55 Jahren.

Die folgenden beiden Grafiken der KV Hessen veranschaulichen diese Zahlen:

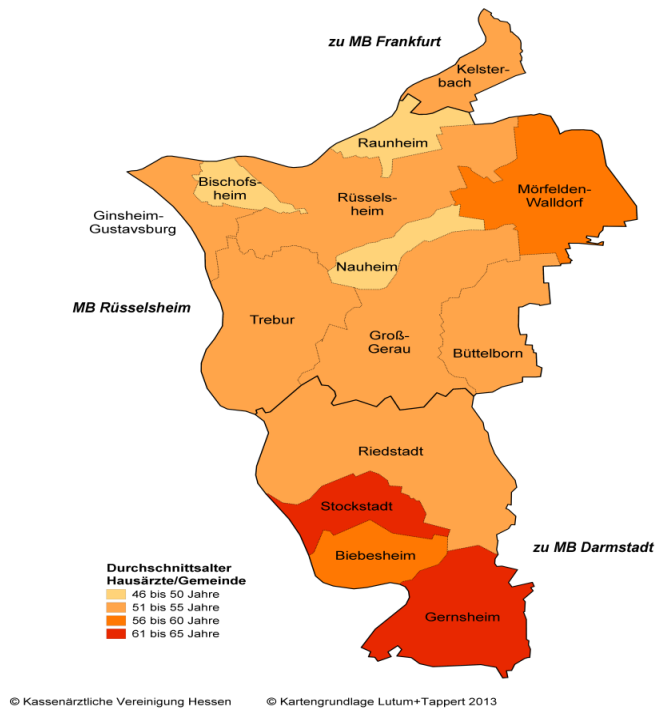
Hausärztliche Versorgung im Kreis Groß-Gerau Praxisstandorte und Versorgungsaufträge in den Gemeinden

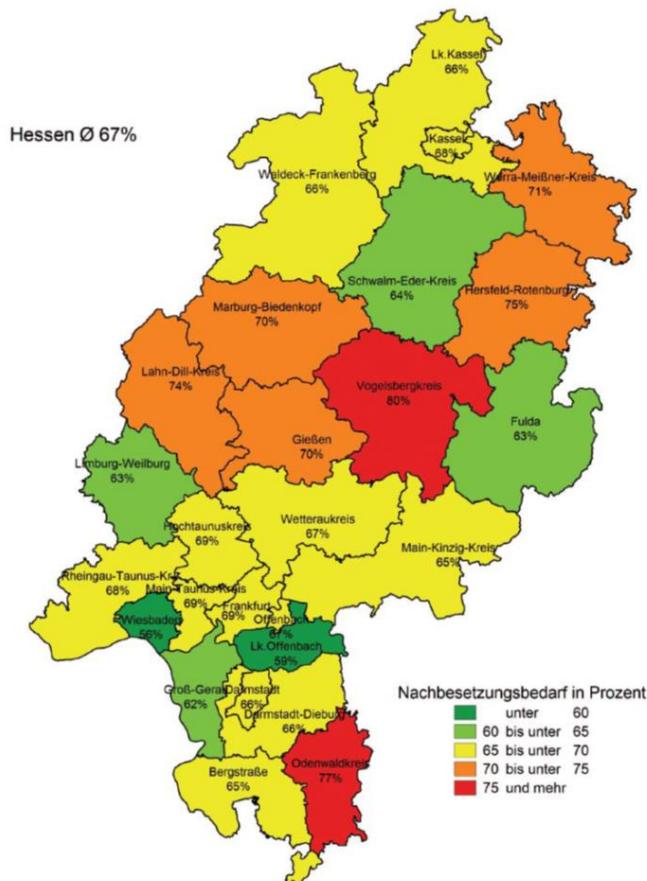
Stand Bevölkerung: 31.12.2013 auf der Basis des Zensus 2011 (Statistisches Landesamt Hessen)
Stand Hausärzte: 01.08.2015



Hausärztliche Versorgung im Kreis Groß-Gerau Durchschnittsalter der Hausärzte in den Gemeinden

Stand: 01.08.2015





Nachbesetzungsbedarf bis 2025 bei Praxisabgabe mit 65 Jahren (Grafik Prof. Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin Universität Frankfurt)

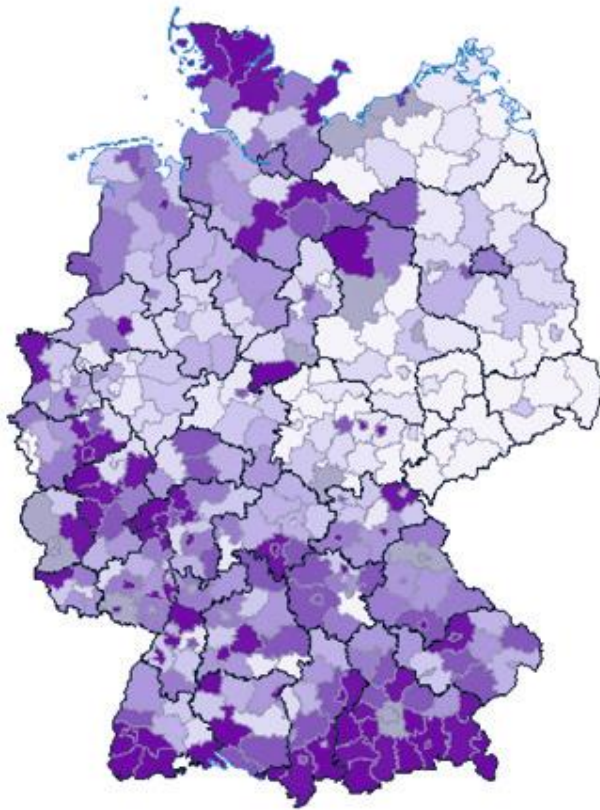
In einem aktuellen Vortrag von Herrn Prof. Gerlach vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt zum Hausarzt-Szenario für Hessen bis 2015 werden folgende Daten genannt: Das aktuelle Durchschnittsalter der hessischen Hausärzte liegt bei 54 Jahren, das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt bei 63 Jahren. Der Ersatzbedarf bei Renteneintrittsalter 63 liegt bei mind. 230 Hausärzten/Jahr. Der tatsächliche Nachwuchs liegt bei 142 Hausärzten/ Jahr und der Bedarf wird aufgrund demographischer Faktoren weiter steigen.

Nur jeder 2. Hausarzt wird laut Prognosen einen Nachfolger finden. Zusätzlicher Weiterbildungsbedarf wird bei über 100 Fachärzten für Allgemeinmedizin pro Jahr liegen. Auch wenn der Kreis Groß-Gerau laut dieser Erhebung noch im „grünen“ Bereich liegt, ist auch hier Handlungsbedarf gegeben und der Nachbesetzungsbedarf der Hausarztpraxen liegt bis zum Jahr 2025 bei über 60 Prozent.

Welche Faktoren beeinflussen die Wahl des Niederlassungsortes der Ärzte?

Die Wahl für oder gegen eine Praxisniederlassung wird auch durch die Eigenschaften der Region, der der zu besetzende Kassenarztsitz zugeordnet ist, beeinflusst, und ist daher als relevanter Faktor nicht zu unterschätzen. Die Praxisübernahme in einer großflächigen Region mit geringer Bevölkerungsdichte, häufig überaltertem Patientenkiel bei gleichzeitiger Multimorbidität, geringem Privatpatientenanteil und oder schlechter Infrastruktur erweist sich für einen Nachfolger als wenig attraktiv. Wenn neben den beruflich

ungünstigen Bedingungen noch die sogenannten weichen Standortfaktoren wie Freizeit und Kulturangebote sowie differenzierte Schulangebote fehlen, ist es derzeit so gut wie unmöglich, den betreffenden Vertragsarztsitz neu zu besetzen. (Klose/Uhlemann 2006) Klose und Uhlemann machen darauf aufmerksam, dass dieser Mechanismus fortbestehen wird, solange noch Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven, gut versorgten Standorten existieren.



hell = wenig Privatpatienten
dunkel = viel Privatpatienten
Kreis GG = hell

Anzahl der Privatversicherten; Studie der Bertelsmann-Stiftung, 2010

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist die Anzahl der Privatversicherten einer Region. Diese liegt im Kreis Groß-Gerau nach einer Analyse der Bertelsmann-Stiftung mit 6 bis 10 % niedriger als in den angrenzenden Kreisen und sorgt hier zusätzlich für einen Brainrain-Effekt.

Unterhält man sich mit Medizinstudenten und jungen Ärzten, wird vermehrt auf die Bedeutung persönlicher Kontakte hingewiesen. Hat man bereits während des Studiums oder zu Beginn der Weiterbildung positive Erfahrungen in einer Weiterbildungspraxis gemacht, werden hier Bindungen geknüpft, die auch in Zukunft Bestand haben können.

Die Abwanderung ausgebildeter Ärzte, insbesondere in europäische Nachbarländer wird in der öffentlichen Diskussion häufig hervorgehoben und als einer der Gründe für eine zu erwartende Unterversorgung genannt. Tatsächlich hat sich die Zahl der abwandernden

deutschen Ärzte mit 2.500 bis 3.000 pro Jahr in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert.

Die Feminisierung der Medizin ist jedoch besonders im Bereich Allgemeinmedizin heute schon Realität. Im Fach Allgemeinmedizin sind über 70 % der Absolventen weiblich mit spezifischen Wünschen an ihre spätere Tätigkeit:

Teilzeitmodelle sind hier ebenso gefragt wie Flexibilität und eine gute Infrastruktur mit Kitas und Schulen in Praxisnähe, sowie flexible Kinderbetreuungsangebote und Betreuungszeiten bis 20 Uhr.

Zunächst wird häufig eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in Teilzeit angestrebt mit der Möglichkeit, sich örtlich umorientieren zu können, falls die Karriere des Partners dies erforderlich macht.

In engem Zusammenhang mit der Abwanderung deutscher Ärzte steht die Zuwanderung ausländischer Ärzte, die in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist. Der Anteil von Zuwanderern unter den in Deutschland registrierten Ärzten betrug 2014 mehr als acht Prozent, während sie in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen etwa 15 Prozent der Erwerbstätigen stellten. Die Zahl ausländischer Ärzte mit Migrationshintergrund hat sich laut der Studie in den vergangenen 23 Jahren von 10.653 auf 39.661 nahezu vervierfacht. 81 Prozent von ihnen sind im stationären Bereich tätig, elf Prozent als niedergelassene Ärzte.

Drei Viertel der zugewanderten Mediziner stammen aus europäischen Ländern, an der Spitze Rumänien. Außerhalb der EU sind die wichtigsten Herkunftsländer Russland, die Ukraine sowie die Türkei.

Syrien liegt mit 1.656 hierzulande registrierten Ärzten auf Rang 6 der 20 wichtigsten Herkunftsländer. Sprachliche Barrieren stellen laut der Studie die größte Herausforderung dar. Dies betrifft insbesondere Ärzte und Pflegekräfte.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Möchte ein Arzt nach der medizinischen Ausbildung in der hausärztlichen Versorgung tätig werden, stehen ihm verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Eine Anstellung in einer bestehenden Praxis oder in einem MVZ ermöglicht unterschiedliche Arbeitszeitmodelle.

Daneben hat ein Arzt verschiedene kollegiale Kooperationsformen zur Auswahl, ebenso wie eine Niederlassung im konventionellen Stil einer Einzelpraxis. 2011 wurde das GKV-Versorgungsstrukturgesetz verabschiedet und trat 2011 in Kraft. Es verfolgt das Ziel, die flächendeckende wohnortnahe Versorgung zu sichern. Ein strategischer Ansatz ist es, die Niederlassung auf dem Land bzw. in unterversorgten Gebieten wieder als eine attraktive Alternative zu gestalten.

Hierzu ermöglicht das Gesetz durch die Abschaffung der Residenzpflicht, dass die Praxisniederlassung und der Wohnort des Arztes an verschiedenen Standorten sein können. So kann z.B. auch ein Arzt aus Frankfurt, Offenbach oder dem weiteren Umland sich im Kreis Groß-Gerau niederlassen. Seit Januar 2012 ist außerdem die Honorarbegrenzung für Ärzte in dünner versorgten Gebieten aufgehoben.

Wie bereits ausgeführt, haben Teilzeit- und Kooperationsmodelle einen hohen Stellenwert bei der heutigen Ärztegeneration.

2. Kooperationsformen und Arbeitszeitmodelle

Einzelpraxis

Auch wenn der Trend in eine andere Richtung geht, sind immer noch mehr als die Hälfte aller Praxen in Deutschland so organisiert. Ein Vorteil liegt darin, dass der Arzt oder Psychotherapeut die Praxis nach seinen persönlichen Vorstellungen gestalten kann. Dies gilt sowohl für die Organisation als auch für die medizinische Ausrichtung der Praxis. Der Praxisinhaber bestimmt den Umfang der Sprechstunden, legt die Arbeitsabläufe fest oder sucht das Personal aus. Flexible Anpassungen sind schnell möglich, da er keine langen Abstimmungsprozesse benötigt.

Merkmale: Hohe Eigenständigkeit – eigenverantwortliche Organisation und medizinische Ausrichtung der Praxis, flexible Gestaltung der Arbeits- und Freizeiten. Aber auch in der Einzelpraxis ist Kooperation in Form einer Praxisgemeinschaft oder mit anderen Ärzten als Praxisnetz möglich.

Auch eine Anstellung von bis zu 3 vollzeitbeschäftigten Ärzten ist möglich. Diese angestellten Ärzte erhalten von der KV ein eigenes Honorarvolumen zugeteilt. Auch die Ausbildung von Weiterbildungsassistenten ist in der Einzelpraxis möglich und erwünscht und wird derzeit im Rahmen des Hessenpaktes 2.0 von Krankenkassen und KV mit 3500 € pro Monat gefördert.

Berufsausübungsgemeinschaft

Hinter der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) versteckt sich die alte Gemeinschaftspraxis. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat hier die Bezeichnungen vereinheitlicht und neue Möglichkeiten geschaffen. Hier sind besonders überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zu nennen, die auch in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung liegen können. Ferner können seit dem 1. Januar 2007 auch Teilberufsausübungsgemeinschaften gegründet werden. In einer solchen Gemeinschaft können Vertragsärzte ausgewählte Teilbereiche ihrer ärztlichen Tätigkeiten gemeinsam anbieten.

Darüber hinaus müssen folgende Kriterien für eine Berufsausübungsgemeinschaft erfüllt werden:

- gemeinsame Patientenbehandlung
- Außenankündigung der Gesellschaft (Praxisschild)

- Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen durch die Gemeinschaft
- Haftung der Gemeinschaft im Außenverhältnis
- Beteiligung aller Ärzte an unternehmerischen Risiken und Chancen
- gemeinsames Personal
- gemeinsame Räume und Praxiseinrichtung

Eine Berufsausübungsgemeinschaft oder auch Teilberufsausübungsgemeinschaft wird üblicherweise in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer Partnerschaftsgesellschaft gegründet. Unabhängig von der Rechtsform müssen die Gesellschafter einen Gesellschaftervertrag schließen. Dieser definiert auch den Gesellschaftszweck. Dabei ist besonders zu beachten, dass es sich um eine auf Dauer angelegte systematische Kooperation, getragen vom Willen der gemeinsamen Berufsausübung, handeln muss. Bei Teilberufsausübungsgesellschaften sollten die gemeinsam zu erbringenden Leistungen im Gesellschaftsvertrag genau beschrieben werden.

Eine Berufsausübungsgemeinschaft und eine Teilberufsausübungsgemeinschaft müssen vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Dem Ausschuss muss der Gesellschaftervertrag vorliegen, aus dem der Gesellschaftszweck der gemeinsamen Behandlung von Patienten hervorgeht.

Praxisgemeinschaft

In der Praxisgemeinschaft schließen sich Ärzte und/oder Psychotherapeuten mit dem Ziel zusammen, Räume, Geräte und Personal gemeinsam zu nutzen. Die Berufsausübung erfolgt im Gegensatz zur Berufsausübungsgemeinschaft nicht gemeinsam. Jeder Arzt versorgt seine Patienten, führt eigene Patientenakten und rechnet seine Leistungen separat mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Die Praxen bleiben wirtschaftlich getrennt voneinander.

Der Vorteil dieses Modells besteht vor allem in der Teilung von Kosten durch gemeinsam genutzte Räume, Apparate und Einrichtung.

Merkmale:

- Keine gemeinsame Berufsausübung, eigener Patientenstamm
- gemeinsame Nutzung von Räumen, Einrichtung, Personal
- wirtschaftlich getrennt, jeder Arzt rechnet seine Leistungen selbst ab
- hohe Eigenständigkeit, Sprechzeiten und Urlaub legt jeder Arzt selbst fest
- Anzeigepflicht gegenüber der KV, Genehmigung nicht erforderlich

Gegenseitige Vertretung ist bei gleicher Fachrichtung möglich. Über 20 Prozent Patientenidentität in einer Praxisgemeinschaft spricht nach dem Bundessozialgericht für eine gemeinsame Praxisführung und damit für eine BAG.

Die Zusammenarbeit der Ärzte erfolgt auf Grundlage einer gesellschaftsrechtlichen Regelung. Die Praxisgemeinschaft muss der KV angezeigt werden, ist aber nicht durch den Zulassungsausschuss genehmigungspflichtig.

Jobsharing

Beim Jobsharing teilen sich zwei Ärzte derselben Fachrichtung einen Arztsitz. Dieses ist die Möglichkeit der ärztlichen Berufsausübung in für Neuzulassungen gesperrten Planungsbereichen. Die Ärzte nutzen Räume, Geräte und Personal gemeinsam. Als Kooperationsform eignet sich das Jobsharing gut zur Praxisübergabe. Eine weitere Motivation kann auch die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf darstellen.

Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen durch die strukturierte Zusammenarbeit mehrerer ärztlicher Fachgebiete eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand ermöglichen.

Für MVZ gelten folgende Grundsätze:

- MVZ müssen ärztlich geleitet werden. Der ärztliche Leiter muss in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein. Sind in einem MVZ unterschiedliche ärztliche Berufsgruppen gemeinsam tätig (beispielsweise Ärzte und Psychotherapeuten), kann das MVZ auch in kooperativer Leitung geführt werden.
- In einem MVZ können Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte tätig werden.

Die Kooperationsform MVZ wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 in die Versorgungslandschaft eingeführt. Die gesetzliche Grundlage für MVZ ist der § 95 des Fünften Sozialgesetzbuches. Während früher nur fachübergreifende MVZ möglich waren, sind seit dem Jahr 2015 auch fachgruppengleiche Gründungen, also reine Hausarzt-Versorgungszentren, möglich.

Merkmale eines MVZ:

Koordinierte Behandlungsprogramme: Die enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie bringen viele Vorteile: Die Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen können sich bei der Begutachtung von Patientinnen und Patienten auch praktisch austauschen. Die Bündelung medizinischer Kompetenz kann zu einer effizienteren und qualitativ besseren Therapie und Medikation gerade auch bei komplexeren Krankheitsbildern führen.

Kosteneinsparung: Kostspielige und für den Patienten belastende Doppeluntersuchungen werden vermieden. Verschriebene Arzneimittel werden besser aufeinander abgestimmt. So werden zum Beispiel Laborwerte in der Regel nur einmal erhoben oder Röntgenaufnahmen nur einmal gemacht. Das verbessert die Qualität der medizinischen Versorgung insgesamt und senkt gleichzeitig die Kosten im Gesundheitswesen. Für die Patientinnen und Patienten hat die Versorgung "aus einer Hand" zudem den Vorteil kurzer Wege und Wartezeiten und oftmals auch längerer Öffnungszeiten.

Weniger Verwaltungsaufwand: Die gemeinsame Nutzung der Verwaltung, der Medizintechnik und technischer Einrichtungen sowie die Koordinierung und Konzentration der Behandlungen erschließen Wirtschaftlichkeitspotenziale. Ärztinnen und Ärzte werden von nichtärztlichen Aufgaben entlastet. Es bleibt mehr Zeit für die medizinische Arbeit, auch mehr Zeit zur Qualifikation und für persönliche Belange.

In einem MVZ können junge Ärztinnen und Ärzte als Hausärzte tätig sein, ohne die ökonomischen Risiken einer Niederlassung auf sich nehmen zu müssen. Auch Teilzeitbeschäftigung ist dadurch stärker als bisher möglich. Das ist familienfreundlich und hilft, lokale Versorgungslücken zu schließen.

MVZ stehen in der Tradition der ostdeutschen Polikliniken, die einen vergleichbaren Versorgungsansatz verfolgten. In der ehemaligen DDR gehörten Poliklinik und Ambulatorien zum medizinischen Standard. In den Polikliniken praktizierten mehrere angestellte Ärztinnen und Ärzte fachübergreifend unter einem Dach. Im Jahr 1989 gab es auf dem Gebiet der ehemaligen DDR rund 1.650 Polikliniken und Ambulatorien.

Letztlich gaben diese Institutionen den notwendigen Anstoß für die Politik, die Versorgungsform auch in Westdeutschland zu fördern und so deren Vorteile zu nutzen. Seit 2004 können neben Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten auch Medizinische Versorgungszentren an der ambulanten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen.

Ende 2014 waren bundesweit 2073 MVZ von der KV zugelassen, davon 166 in Hessen. Von diesen 166 befanden sich 42 in Krankenhausbesitz.

Aktuell arbeiten bundesweit über 13000 Ärzte in MVZ. In 52 Prozent aller MVZ arbeiten Hausärzte, gefolgt von Fachinternisten und Chirurgen. Die Geschäftsführerin des Bundesverbandes Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ), Susanne Müller, sieht in den MVZ als institutionellen Zulassungsträgern einen wesentlichen Baustein der künftigen Versorgungslandschaft.

Medizinische Versorgungszentren im Kreis Groß-Gerau

Im Kreis Groß-Gerau gibt es mit Stand November 2015 fünf MVZ:

Vier der fünf MVZ wurden vom GPR-Klinikum gegründet: GPR - Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gemeinnützige GmbH

Im GPR Medizinischen Versorgungszentrum gemeinnützige GmbH können fachübergreifend ambulante medizinische Leistungen erbracht werden. Die behandelnden Ärzte im medizinischen Versorgungszentren nehmen als Kassenärzte an der ambulanten Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten teil und können von den Patienten frei gewählt werden.

Ende 2005 erhielt das „GPR Medizinische Versorgungszentrum Rüsselsheim gemeinnützige GmbH“ als Tochtergesellschaft des Gesundheits- und Pflegezentrums Rüsselsheim (GPR) die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung in Rüsselsheim. Räumlich voneinander getrennt und doch unter einem Dach des GPR Klinikum sind dort die fünf Facharztbereiche übergreifend unter der ärztlichen Leitung von Dr. Andreas Wieschen tätig.

Das MVZ Rüsselsheim am GPR Klinikum beinhaltet die Facharztbereiche:

- o Radiologie
- o Nuklearmedizin
- o Laboratoriumsmedizin
- o Innere Medizin: Onkologie
- o Innere Medizin: Gastroenterologie
- o Innere Medizin: Rheumatologie

In Nauheim befinden sich seit 2009 folgende Fachbereiche: Frauenheilkunde & Geburtshilfe sowie Labormedizin. Eine Zweigpraxis zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Mörfelden-Walldorf wurde kürzlich eröffnet.

Am Standort Raunheim sind seit Juli 2010 folgende Fachbereiche zu finden: Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Allgemeinmedizin.

In Biebesheim befindet sich das MVZ Nibelungen mit den Praxen Allgemeinmedizin und Anästhesiologie sowie Gefäßmedizin.

Die Zahl der MVZ steigt stetig an, wobei etwa gleich viele MVZ durch Kliniken wie durch Ärzte gegründet werden. Das charakteristische Merkmal eines MVZ ist, dass der Arzt seinen KV-Sitz an das MVZ abgibt und bei diesem in der Regel zu übertariflichen Konditionen für eine Übergangszeit angestellt ist.

§ 105 Abs. 5 SGB V sieht die Möglichkeit vor, dass Kommunen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen Arztsitze aufkaufen und eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben können. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise - durch die Kassenärztliche Vereinigung - nicht sichergestellt werden kann. Diese Voraussetzung für einen solchen Ausnahmefall wird derzeit regelhaft von der KV nicht gesehen.

Der Entwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht zudem in § 95 Abs. 1a SGB V vor, dass Kommunen medizinische Versorgungszentren gründen können. Auch hier stellt der Gesetzgeber in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V klar, dass Kommunen im Verfahren zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes gegenüber den übrigen ärztlichen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen sind.

Um ein MVZ mit Gewinn führen zu können, sind die genaue Analyse der Versorgungsstrukturen einer Region mit Analyse der Patientenströme, Zuweisungsgewohnheiten sowie Wirtschaftlichkeitsanalysen erforderlich. Auch die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung in einer Region müssen Beachtung finden.

So würde es sich auch in Groß-Gerau anbieten, in Kooperation oder durch die Kreisklinik Groß-Gerau ein MVZ mit Zweigpraxen zu gründen. Damit könnte ein wichtiger Schritt zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Mittel- und Südkreis getan werden. Da das GPR einer der Kooperationspartner der Kreisklinik sein wird, ist hier genügend Expertise zur Gründung von MVZ vorhanden.

Kooperationen Praxisnetze:

Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen in der wohnortnahen ambulanten Versorgung sollen nach dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) gefördert werden. Voraussetzung ist, dass diese Zusammenschlüsse die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit steigern. Das GKV-VStG ist zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit diesem Gesetz die Aufgabe erhalten, eine Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen (§ 87b Abs. 4 SGB V) zu erstellen und sich dazu mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen einvernehmlich abzustimmen. Auf der Grundlage dieser Rahmenvorgabe der KBV erstellen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Richtlinien für die regionale Ausgestaltung und Umsetzung.

3. Strategische Handlungsansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung

Welche Strategien müssen nun in Angriff genommen werden, um die hausärztliche Versorgung mittelfristig zu sichern? Intelligente Versorgungsstrategien sollten aufgebaut werden, deren Ziel es sein muss, den Arzt mit seinem Leistungsspektrum effektiv und effizient an einem Standort einzusetzen und ihn gleichzeitig mittels ergänzender Strukturen zu unterstützen. Die Ärztegeneration der heutigen Berufseinsteiger legt unabhängig vom Geschlecht Wert auf die Ausgewogenheit von Berufstätigkeit, Familie und Freizeit; sogenannte Work-Life-Balance. Diese Aspekte müssen in die Lösungsansätze integriert werden.

3.1 Steigerung der Attraktivität der Hausarztztätigkeit

Damit sich wieder mehr Absolventen für eine Niederlassung als Hausarzt entscheiden, muss die Berufsausübung als solche gefördert werden. Die Unterstützung sollte den Arzt in den unterschiedlichsten Stufen seiner beruflichen Karriere ansprechen, d.h. vom Studenten, über den Weiterbildungsassistenten bis zum fertigen Allgemeinmediziner. Die Art der Förderung muss den Bedürfnissen der Nachfolger entsprechen.

3.2 Monetäre Unterstützung

Die Forderung nach finanzieller Unterstützung ist ein zentrales Thema in der Literatur. In einer bundesweiten Befragung von Ärzten bewerteten 74% eine Verbesserung der Honorierung als sehr dringend.

Eine Methode, um angehende Ärzte in der Region zu halten, ist die Ausschreibung von Medizinstipendien. Das bedeutet, Medizinstudenten erhalten während ihres Studiums monatlich eine bestimmte Summe an Euro vom Landkreis. Im Gegenzug muss sich der Stipendiat am Studienende verpflichten, zunächst in einer Klinik und später im Landkreis zu verbleiben. Der Landkreis Diepholz beschreitet diesen Weg seit 2012. Der Landkreis fördert angehende Mediziner und hat seither insgesamt 17 Studenten für das Stipendienprogramm gewinnen können.

Das Land Sachsen finanziert nach einem Auswahlgespräch Medizinstudenten ihr Studium in Ungarn und verpflichtet die Studenten, nach Abschluss des Studiums für eine bestimmte Zeit in einer Region mit Ärztemangel zu bleiben.

Eine andere Fördermöglichkeit ergibt sich aus Patenprogrammen für Praktika im ländlichen Raum.

Unter dem Projekt Hessenpakt 2.0 können Praxisgründungen in Regionen mit lokalem Förderbedarf mit bis zu 50000 € bezuschusst werden. Für den Kreis Groß-Gerau bedeutet dies konkret, dass im Mittelbereich Rüsselsheim vier Neugründungen von hausärztlichen Praxen dieses finanzielle Startkapital erhalten können.

Wählt ein Medizinstudent im praktischen Teil seiner Ausbildung 4 Monate in einer Allgemeinarztpraxis in Hessen, erhält er eine monatliche Zuwendung von 600 €. Normalerweise wird im Praktischen Jahr, das noch Teil des Studiums ist, kein Geld gezahlt.

3.3 Kooperation und Vernetzung

Von herausragender Bedeutung wird hier ein frühzeitiger Kontakt zu den Universitäten Mainz und Frankfurt am Main sein, um hier gezielt Medizinstudenten anzusprechen und frühzeitig für eine Region, d.h. speziell für den Kreis Groß-Gerau, zu gewinnen. Dies kann über bestehende Ärztenetze oder die Kliniken, in denen Medizinstudenten ihre Ausbildung machen, geschehen.

Durch die Reform des Medizinstudiums wurde ein verpflichtendes Blockpraktikum von zwei Wochen in einer allgemeinärztlichen Praxis im 10. Semester festgelegt. Hier besteht für engagierte Hausarztpraxen die Möglichkeit, spätere Weiterbildungsassistenten und Nachfolger zu rekrutieren. Darüber hinaus gibt es seit einigen Jahren die Wahlmöglichkeit, einen Teil des praktischen Jahres, das Teil des Medizinstudiums ist, in einer allgemeinärztlichen Praxis zu absolvieren. Hierfür müssen die Praxen jedoch bestimmte Bedingungen als Lehrpraxen erfüllen. Die Zertifizierungsrichtlinien sind jedoch nicht sehr umfangreich und können von den Praxen bei den Universitäten beantragt werden.

Der Weiterbildungsverbund Rhein-Main mit seinem Vorsitzenden Herrn Dr. Schütz ist in dieser Hinsicht bereits seit Jahren aktiv und konnte so mehrere Medizinstudenten und Medizinstudentinnen für die Praxis und die Region begeistern. Der derzeitige Weiterbildungsassistent der Praxis Drs. Schütz/Bressler wird nach bestandener Facharztprüfung als angestellter Kollege in die Hausarztpraxis einsteigen. Denn – wie bereits ausgeführt - auch Hausarztpraxen können bis zu 3 Kolleginnen und Kollegen anstellen und dadurch ihr Leistungsvolumen erhöhen.

Im Kreis Groß-Gerau sind 2 Weiterbildungsverbände gegründet worden, die jungen Ärzten und angehenden Allgemeinmedizinern eine Ausbildung aus einem Guss anbieten. Man muss sich also nicht wie früher mühsam alle Weiterbildungsstellen selbst suchen, sondern bewirbt sich einmalig und bekommt ein Gesamtpaket mit Mentoring-Unterstützung angeboten.

In einer kürzlich vom GPR-Klinikum in Kooperation mit dem Ärztenetz Rhein-Main angebotenen Informationsveranstaltung berichteten junge Ärzte von den Vorteilen dieser Weiterbildung als Komplettpaket und knüpften darüber hinaus Kontakt mit ebenfalls anwesenden niedergelassenen Kollegen.

Herr Prof. Flieger, Chefarzt der 1. Med. Klinik in Rüsselsheim, würde in seiner Klinik gerne noch mehr Allgemeinmediziner ausbilden. Hier fehlen jedoch finanzielle Anreize von Seiten des Landes, Stellen speziell für Ärzte in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin in den Kliniken zu schaffen. Die Allgemeinmediziner müssen nämlich nicht die für Internisten vorgeschriebene 6-monatige Tätigkeit auf der Intensivstation nachweisen, arbeiten also auch nicht auf der Intensivstation. Für die in Kliniken wichtige Intensivmedizin fehlen dann aber wieder Ärztinnen und Ärzte.

Im GPR-Klinikum befinden sich derzeit 4 Ärzte in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, in der Kreisklinik 1 Arzt.

Ausländische Ärztinnen und Ärzte aus der EU erhalten ohne Probleme die deutsche Approbation, aber hier mangelt es oft an Sprachkenntnissen, die für die Innere und Allgemeinmedizin unabdingbar sind. Hier sind breit angelegte Förderprogramme auf Landesebene gefragt.

Neben dem bereits bestehenden Weiterbildungsverbund zwischen dem Ärztenetz Rhein-Main und dem GPR-Klinikum hat sich im November 2015 ein zweiter Weiterbildungsverbund zwischen Hausärzten in Groß-Gerau und der Kreisklinik gegründet. Hier sind auf lokaler Ebene Frau Dr. Hentschel-Weiß und Herr Andor aktiv und bemühen sich um die Gewinnung weiterer Kolleginnen und Kollegen, die Ärzte in ihren Praxen weiterbilden.

Im November wurde zu diesem Zweck eine Informationsveranstaltung mit der Kreisklinik durchgeführt.

Nach langen Gesprächen mit verschiedenen Akteuren und dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt kommt es hier insbesondere auf die frühzeitige Kontaktaufnahme zwischen älterem Praxisinhaber und jüngerem Kollegen als potenziellem Nachfolger an.

Je besser diese Kontakt ist und je frühzeitiger dieser zustande kommt, umso besser die Chancen, einen Nachfolger für die Praxis zu finden.

Persönliche Kontakte sind – wie bereits ausgeführt - essenziell für die Nachfolgesicherung in der Hausarztpraxis.

Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt in Kooperation mit der KV Hessen vermittelt Weiterbildungsstellen im Verbund und ist Anlaufstelle für Ärzte in Weiterbildung und Studenten, die Interesse an der Allgemeinmedizin haben. Sie fördert die Weiterbildung aus einem Guss in Kooperation mit den Weiterbildungsverbänden.

Darüber hinaus gibt es im Internet eine Praxisbörse sowie in Frankfurt und Kassel ein Gründer- und Abgeberforum, wo zweimal im Jahr Praxisabgeber und potenzielle Interessenten zusammenkommen.

3.4 Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels fordern Wissenschaftler ein Umdenken in der medizinischen Versorgung. Nicht die Heilung wird für eine ältere, multimorbide Gesellschaft das Hauptanliegen sein, sondern die Stabilisierung des Zustands des Patienten. Nach internationalen Übersichtsarbeiten sind für die allgemeinmedizinische Versorgung insbesondere die Elemente Zugang, Kontinuität und Koordinierung von Bedeutung.

Die Hausärzte führen die zentrale Steuerung durch, ergänzt durch medizinische Dienstleister. Ein Mehrbedarf an ärztlichen Leistungen bei tendenziell weniger Ärzten führt zu einer stärkeren Belastung der Ärzte. Konsequenterweise wird sich der Arzt der Zukunft auf das Stellen von Diagnosen und das Therapieregime konzentrieren und zunehmend Aufgaben delegieren.

Verschiedene Modelle wie VERAH, d.h. Versorgungsassistentin für die Hausarztpraxis oder AGnES (Arztentlastende, gemeindenaher E-health gestützte, systemische Intervention) seien hier erwähnt.

Bei dem Modell VERAH geht es um Verlagerung nicht-ärztlicher Tätigkeiten auf die weitergebildete medizinische Fachangestellte, die mit eigenem Auto, dem Verahmobil Hausbesuche macht. Sie kümmert sich um Koordination der Pflege- und Hilfsdienste, Schnittstellenmanagement, Wundversorgung, Blutzuckerkontrollen, Blutdruckeinstellung und die Organisation rehabilitativer Maßnahmen und v.a.m. (nachzulesen unter www.verah.de)

Schwerpunkt der Arbeit einer ausgebildeten AGnES besteht in der Übernahme von Hausbesuchen bei nicht oder nur eingeschränkt mobilen, vorwiegend älteren Patienten. Hier kommen auch telemedizinische Ausstattungen zum Einsatz.

Das Konzept NÄPA (nicht-ärztliche Praxisassistentin) wird in Hessen von der KV gefördert. Seit 1. Januar 2015 haben Hausärzte die Möglichkeit, für die Beschäftigung nicht-ärztlicher Praxisassistenten eine zusätzliche Vergütung zu erhalten.

Zusätzlich müssen zur Abrechnung der oben genannten Zuschlagsziffern noch die Voraussetzungen gemäß Präambel 3.2.1.2, Nr. 1 des EBM erfüllt werden, d. h. die notwendige durchschnittliche Mindestanzahl an Behandlungsfällen muss durch die Praxis erreicht sein. Das bedeutet mindestens 860 Fälle im Quartal je Arzt oder mindestens 160 Fälle bei über 75 Jährigen je Arzt. Neu zugelassene Hausarztpraxen können in den ersten 18 Monaten nach der Zulassung eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin erhalten, auch wenn die geforderte Mindestfallzahl an Scheinen noch nicht vorliegt.

Die Telemedizin wird in den kommenden Jahren eine immer größere Bedeutung gewinnen. Die Bundesregierung startete bereits 2011 das Förderprogramm „Assistierte Pflege von morgen mit technischer Unterstützung“, das von Sensoren zur Sturzprophylaxe über technische Hilfen bis zur Internet-gestützten Einbindung von Angehörigen und Quartiersvernetzung geht. Ziel ist es, mit technologischer Unterstützung die häusliche Pflege zu vereinfachen.

Aber auch in den Kliniken hat die Telemedizin längst ihren Einzug gehalten:

So gibt es bereits heute Kliniken, in deren Stroke-Unit kein diensthabender Neurologe mehr zu finden ist: Bei der Therapie eines Schlaganfallpatienten schaltet sich via Skype ein Facharzt für Neurologie der Universitätsklinik zu und überwacht die Untersuchung und Therapie des Patienten vom Bildschirm aus.

Zur Entlastung der Allgemeinmediziner wird es notwendig sein, eine solche Technik benutzerfreundlich und vor allem finanzierbar zu machen. Die Möglichkeiten der Telemedizin werden sicher eine wichtige Option der nahen Zukunft sein. Gerade in ländlichen Gebieten können elektronische Überwachungsgeräte die ärztliche Versorgung erleichtern und dem Patienten mehr Sicherheit gewährleisten.

Gerade wurde das E-Health-Gesetz von der Bundesregierung verabschiedet.

Mit dem Gesetz soll die elektronische Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten innerhalb von zwei Jahren flächendeckend eingeführt werden. Dadurch werden laut Bundesrat die Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte geschaffen. Medizinische Notfalldaten sollen ab 2018 auf Wunsch des Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Außerdem soll es für Patienten künftig einen elektronischen Medikationsplan geben.

Zusätzlich wird geprüft, wie telemedizinische Anwendungen ausgebaut werden können.

3.5 Integration allgemeiner Dienstleistungsangebote

Ergänzend zur medizinischen Versorgung sind für die Gesundheit der Bevölkerung auch weitere Einflussfaktoren von Bedeutung, so dass es sinnvoll sein kann, sog. Gesundheitszentren in den Kommunen zu implementieren. Unter einem Dach finden sich hier z.B. verschiedene Praxen ärztlicher und nichtärztlicher Dienstleister in örtlicher Nähe zu Pflegestützpunkten, medizinischen Hilfsorganisationen, Seniorenresidenzen und Kindertagesstätten.

In Anbetracht des Ärztemangels wäre es ein Konzept der Zukunft, die ärztliche Primärversorgung in ein umfangreiches Angebot externer Leistungen einzubetten.

Der Aufbau ganzheitlicher Versorgungsangebote ist ein längerfristiger Prozess, der von Ärztenetzwerken aktiv vorangetrieben werden sollte. Denn Ärztenetze fungieren zum einen als Interessengemeinschaft der in der Region niedergelassenen Ärzte, zum anderen sind sie die Akteure vor Ort und konzentrieren als Organisation regionales Wissen zur hausärztlichen Versorgung. Multiprofessionelle Teams stimmen ihre Leistungen aufeinander ab und garantieren so eine effektive und effiziente Versorgung der Bevölkerung.

Die jeweilige Ausgestaltung und das jeweilige Angebot müssen sich an den örtlichen Bedingungen und am Bedarf orientieren. So kann der Aufbau eines Fahr- und Begleitedienstes für schlecht an den ÖPNV angebundene Regionen sinnvoll sein, während in einer anderen Kommune eine passende Immobilie gefunden werden muss.

4. Initiativen in Hessen

Welche Aktivitäten gibt es bereits in anderen hessischen Regionen zur Förderung der Ansiedelung von Allgemeinmedizinerinnen?

Ländliche Regionen in Hessen bieten hier sogenannte Gesamtpakete an, das bedeutet, wenn die Studenten sich verpflichten, sowohl im 10. Semester als auch später im Praktischen Jahr in eine Landarztpraxis zu kommen, sie neben einem Gehalt freie Unterkunft und Verpflegung und auch noch spezielle weitere Vergünstigungen erhalten. Die **Landpartie Fulda** ist ein solches Beispiel in Hessen.

Mit dem Projekt **Landpartie Fulda** bietet das Institut für Allgemeinmedizin der Johann-Wolfgang-Goethe Universität in Frankfurt in Zusammenarbeit mit dem Landkreis Fulda Studierenden die Möglichkeit, im Rahmen des Blockpraktikums Allgemeinmedizin die hausärztliche Tätigkeit auf dem Land zu erleben. Studierende können in diesem Projekt das zweiwöchige Blockpraktikum in einer Praxis im Landkreis Fulda absolvieren und somit Einblick in die landärztliche Tätigkeit gewinnen. Sie erhalten Unterstützung durch den Landkreis Fulda, indem die Fahrt und Übernachtungskosten vom Landkreis übernommen werden und sie darüber hinaus an einer Abschlussveranstaltung, dem sogenannten „Event-Tag“, teilnehmen dürfen. Dieser besteht aus Wandern, Rundflügen über die Region sowie Abendessen und Kontakt mit Lehrärzten sowie Mitarbeitern des Landkreises und des Instituts für Allgemeinmedizin. |

Darüber hinaus verpflichten sich die Studenten, das PJ-Wahltertial im Landkreis Fulda zu absolvieren und bei großzügiger finanzieller Förderung durch den Landkreis vertiefte Einblicke in die landärztliche Tätigkeit zu erhalten.

Ein weiteres Modell in Hessen ist die **Hausärzte-Akademie Hersfeld-Rotenburg**.

Die Hausärzte-Akademie wurde vom Landkreis Hersfeld-Rotenburg, den Kliniken Bad Hersfeld, dem Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg und den niedergelassenen Ärzten in Zusammenarbeit mit dem hessischen Hausärzterverband gegründet, um junge Ärztinnen und Ärzte auf ihren Weg zum Arzt für Allgemeinmedizin zu begleiten und zu fördern.

Schon während des Studiums nehmen interessierte Studentinnen und Studenten Kontakt zu ihrem Mentor, einem erfahrenen niedergelassenen Kollegen auf, um eine optimale Weiterbildung nach individuellen Wünschen im Rahmen der Weiterbildungsordnung zu planen und umzusetzen. Nach erfolgreicher Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin wird der Schritt der Selbstständigkeit dadurch erleichtert, dass der Mentor weiterhin während der ersten Jahre mit Rat und Tat den jungen Hausärzten zur Verfügung steht und hilft die schwierigen Regularien im Kassentarztwesen zu erlernen und umzusetzen.

Kooperationspartner sind hier die kassenärztliche Vereinigung Hessen sowie die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin der Universitäten Frankfurt und Marburg. Die Angebote der Hausärzteakademie sind somit eine zielgerichtete klinische Ausbildung sowie kontinuierliche Betreuung durch erfahrene Allgemeinmediziner als Mentoren und eine langfristige Niederlassungsplanung mit Standardanalyse und Finanzierungskonzepten sowie Vermittlung von Kooperationspartnern. Weiterhin gibt es

Unterstützung bei der Wohnungssuche und Kinderbetreuung sowie Betreuung in den ersten Jahren der Niederlassung.

Im Lahn-Dill-Kreis wurde eine **Gesellschaft zur Förderung der Gesundheitsregion Lahn-Dill** gegründet, ein Gemeinschaftsunternehmen zwischen der kreisgetragenen Lahn-Dill-Kliniken GmbH und dem regionalen Ärztenetz/Arztnotruf für die Region Lahn-Dill e.V.

Um die Hausarztversorgung der Region sicher zu stellen, wurde Anfang 2014 das Landarztnetz Lahn-Dill GmbH gegründet. Gesellschafter der Landarztnetz Lahn-Dill GmbH sind zum einen die Lahn-Dill-Kliniken zum anderen ein Arzt, der Vorsitzende des Arztnotrufs, Herrn Dr. Michael Saar. Das MVZ Landarztnetz Lahn-Dill GmbH baut nach und nach MVZ-Zweitpraxen mit angestellten Ärzten zur Sicherstellung hausärztlicher Versorgungsangebote in der Fläche auf.

Ein Basis-MVZ mit einem Hausarzt und einer Psychotherapeutin in Teilzeit hat zum 01.04.2014 am Standort Breitscheid den Betrieb aufgenommen. Das Angebot des Landarztnetzes richtet sich an Praxen, die keinen Nachfolger finden. Dafür gelten folgenden Voraussetzungen:

- Der praxisabgabewillige Arzt findet trotz längerer intensive Suche keinen Nachfolger
- Die Praxis befindet sich in einer Region, in der die Bevölkerung im Fall der Schließung der Praxis nicht ausreichend hausärztlich versorgt ist
- Die niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet wurden kontaktiert und wünschen sich die Aufrechterhaltung des Praxisstandortes
- Die Praxis ist wirtschaftlich gesund

Herr EKBO Astheimer und die Leiterin des Gesundheitsamtes im Kreis Groß-Gerau ließen sich bei einem Lokaltermin in Wetzlar und Breitscheid über das Projekt informieren.

In dem Gespräch mit Herrn Dr. Saar war offensichtlich, dass es auch in diesem Konstrukt sehr schwierig ist, einen Nachfolger für die ländlichen Regionen im Lahn-Dill-Kreis zu finden. Aktuell wurde viel Geld ausgegeben, um einen rumänischen Kollegen zu qualifizieren.

Bei dem Gespräch wurde klar, dass es viele abgabewillige Ärzte gibt, die ihre Praxen an Nachfolger übergeben wollen, jedoch wenige junge Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, in die ländlichen Regionen des Lahn-Dill-Kreises zu gehen und dort eine Praxis zu übernehmen, obwohl zunächst oder auf Dauer eine Übernahme im Angestelltenverhältnis angeboten wird.

Nach ausgiebiger Recherche und nach vielen Gesprächen lässt sich festhalten, dass es kein Idealkonzept gibt, das ohne weiteres auf den Kreis Groß-Gerau übertragen werden könnte. Jeder Kreis hat andere Rahmenbedingungen und andere Akteure und spezifische Bindungen und lokale Besonderheiten, die Berücksichtigung finden müssen.

5. Zusammenfassung der bereits bestehenden Aktivitäten im Kreis Groß-Gerau:

- Kontakt zur Universität Frankfurt am Main, um frühzeitig Medizinstudenten für die Region zu gewinnen
- Finanzielle Förderprogramme der Kassenärztlichen Vereinigung im der Weiterbildung und bei der Niederlassung.
- Informationsveranstaltungen der Kliniken und der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin
- Bildung von 2 Weiterbildungsverbänden im Kreis Groß-Gerau, um eine Facharztausbildung Allgemeinmedizin aus einem Guss anzubieten
- in den beiden Akut-Kliniken des Kreises Weiterbildung von Ärzten für Allgemeinmedizin; derzeit 4 im GPR, 1 in der Kreisklinik.
- Bildung von Runden Tischen auf lokaler Ebene
- Bereitstellung von Immobilien auf regionaler Ebene
- Implementierung des Diskussionsforums zur hausärztlichen Versorgung unter Leitung von Herrn EKBO Astheimer
- Kontakte des GPR-Klinikums zu ausländischen Ärzten
- Gründung eines MVZ in Mörfelden-Walldorf durch das GPR
- Kontaktaufnahme mit dem TIGZ (Technologie-, Innovations- und Gründungszentrum GmbH) zur Qualifizierung ausländischer Ärzte
- Planung eines weiteren MVZ, ggfs. in Kooperation mit Kinderbetreuungsangeboten

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auf allen Ebenen Initiativen gestartet werden, um dem Hausärztemangel im Kreis Groß-Gerau zu begegnen. Ärzte schließen sich zu Weiterbildungsverbänden zusammen und bieten mit den Kliniken im Kreis eine Weiterbildung für Allgemeinmediziner als Komplettpaket an. Weiterhin finden sich zunehmend Lehrpraxen, die bereits Medizinstudenten für die Arztpraxen und die Region begeistern. Unterstützend wirkt die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt. Hier ist auch ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin eingerichtet worden.

Auch der Kreis Groß-Gerau hat unter Leitung des Ersten Kreisbeigeordneten, Herrn Walter Astheimer, ein Diskussionsforum mit Ärzten, den Kliniken, dem Gesundheitsamt und der KV gebildet, bei dem es um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Kreis geht.

In den Städten und Gemeinden des Kreises haben sich von Politikern ins Leben gerufene Runde Tische etabliert, die konkrete Maßnahmen vor Ort planen.

Auch die KV berät und gibt finanzielle Starthilfen. Die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen in Praxen wird mit 3600€ monatlich von der KV und den Kassen bezuschusst.

Im Hessenpakt 2.0 wurde ein ganzes Bündel von Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung geschnürt. Sektorenübergreifende Kooperationsformen sind ebenso im Fokus wie die Bildung von lokalen Gesundheitszentren. Die Weiterbildung und Qualifizierung von ausländischen Ärzten wird durch die Jobcenter und das TIGZ vorangetrieben.

6. Unterstützungsebenen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

6.1 vor dem Studium:

Hier könnte im Kreis Groß-Gerau ein verpflichtender Tag der Medizin in den Oberstufen des Kreises eingeführt werden, wo ähnlich wie bei einer Ausbildungsbörse Ärztinnen und Ärzte aus dem Kreis ihre Berufsbilder und Tätigkeit vorstellen und als Mentorinnen und Mentoren für die Schüler sich zur Verfügung stellen.

Ein Appell geht an die Universitäten, alle Medizinstudienplätze zu belegen und in den Auswahlgesprächen speziell solche Bewerber auszuwählen, die in der Region durch Tätigkeit bei den medizinischen Hilfsorganisationen wie DRK verwurzelt sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit nach ihrem Studium in die Region zurückkehren werden.

Generell sollten auf Landes- und Bundesebene mehr Studienplätze für Medizin geschaffen werden, da 9000 Studienanfänger pro Jahr bundesweit den Bedarf an Ärzten angesichts einer älter und kränker werdenden Gesellschaft nicht decken können.

6.2 im Studium:

Hier könnte von den Ärzten und anderen Akteuren im Kreis ein früher Kontakt zu Medizinstudenten gesucht werden. Auch die Städte und Gemeinden sollten durch die Vorzüge ihrer Region auf sich aufmerksam machen.

6.3 in der Facharztweiterbildung

Hier sind die Kliniken und Weiterbildungsverbände gefragt, Weiterbildungsassistenten in Kliniken und Praxen zu halten und für eine Niederlassung in der Region zu begeistern. Ein Förderprogramm des Landes sollte aufgelegt werden, um noch mehr Weiterbildungsstellen in Kliniken zu schaffen und diese auch zu finanzieren.

6.4 vor der Niederlassung

Attraktive Rahmenbedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass sich Ärzte in einer Region niederlassen. Und das Rhein-Main-Gebiet ist eine attraktive Region, auch für in der Wirtschaft tätigen Partner niederlassungswilliger Ärztinnen.

Von Seiten der KV wären noch intensivere Unterstützungsprogramme denkbar, um Ärzte in unterversorgte Regionen zu leiten.

7. Aktivitäten der Städte und Gemeinden im Kreis Groß-Gerau

Was können nun die Kommunen darüber hinaus tun, um Hausärzte zur Niederlassung zu bewegen?

In Gesprächen mit Experten, jungen Ärzten und niedergelassenen Kollegen wurde hier übereinstimmend aufgeführt, dass die Kommunen für gute Rahmenbedingungen und eine gute Infrastruktur sorgen sollen, d.h. flexible Kinderbetreuungszeiten, Schulen, Kitas und Vereine in der Nähe und eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr.

Bei einer Veranstaltung in Riedstadt sagte eine Ärztin, dass es für sie essentiell sei, einen Betreuungsplatz für die Kinder frühzeitig und verlässlich zu erhalten.

In der Vermittlung und Bereitstellung attraktiver und preiswerter Wohn- und Praxisräume sowie kostenloser Parkplätze können die Städte und Kommunen hilfreich die niederlassungswilligen Ärzte unterstützen. Auch die Einrichtung von Begleit- und Pendeldiensten gehört zu den möglichen Maßnahmen.

In einigen Städten und Gemeinden des Kreises sind auf mehreren Ebenen Aktivitäten zu verzeichnen: mit verschiedenen Akteuren wurde auf lokaler Ebene gesprochen, Runde Tische wurden gegründet, Arbeitsessen und Informationsveranstaltungen auf den Weg gebracht.

Das Thema der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ist mittlerweile in das Bewusstsein der Bevölkerung und der Politik gerückt.

8. Rolle des Kreises Groß-Gerau bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Das vom Ersten Kreisbeigeordneten Herrn Walter Astheimer ins Leben gerufene Diskussionsforum zur hausärztlichen Versorgung hat sich bisher zweimal in den Räumen der Kreisverwaltung getroffen und vorliegender Bericht ist mit diesem Gremium abgestimmt worden.

Eine wichtige Forderung der Ärzte dort war auch, dass die KV Hessen ihre Honorarverteilung überdenkt und die jährlich verwendeten ca. 50 Millionen Euro zielführender einsetzt.

Darüber hinaus müsse die aktuelle Bedarfsplanung korrigiert werden. Wie bereits ausgeführt, macht es keinen Sinn, dass eine ärztliche Versorgungslücke, die durch eine Praxisaufgabe z.B. in Biebesheim entsteht, rechnerisch durch eine Neuniederlassung in Darmstadt-Stadt behoben werden kann.

Nach § 17 Abs. 5 des hessischen Krankenhausgesetzes wird in jedem Versorgungsgebiet eine Gesundheitskonferenz gebildet. Sie hat u.a. die Aufgabe, die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten, eine drohende Unterversorgung zu erkennen und Vorschläge zur Optimierung der Versorgung zu machen. Mitglieder der Gesundheitskonferenz sind die Träger der Krankenhäuser im Versorgungsgebiet, die hessische Krankenhausgesellschaft, die Krankenkassen, die KV Hessen, die Landesärztekammer und die Landkreise. Die regionale Gesundheitskonferenz umfasst Südhessen und als Vertreter des Kreises Groß-Gerau wurde der Geschäftsführer der Kreisklinik benannt.

Im Auftrag des Kreistags wird die Frage aufgeworfen, inwiefern der Kreis oder die Städte und Gemeinden ein MVZ in kommunaler Hand gründen sollten. Der Gesetzgeber hat mit dem neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz diese Möglichkeit grundsätzlich erlaubt, jedoch nachrangig zu anderen Akteuren. Im Kreis Groß-Gerau gibt es derzeit mehrere Aktivitäten zur Gründung weiterer MVZ.

Sinnvoll wäre eine Anbindung bzw. Trägerschaft durch die Kreisklinik. Hier wird das medizinische Konzept abzuwarten sein, dass im Laufe des nächsten Jahres vorgelegt werden soll. Mit einem oder mehreren MVZ im Gesamtkonzept der Klinik könnten eine ambulante und stationäre Verzahnung ermöglicht und Synergien geschaffen werden. Vor allem aber wäre dies ein wichtiger Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Mittel- und Südkreis. Mit dem GPR-Klinikum als Kooperationspartner ist auch die entsprechende Expertise vorhanden.

Wie Oberländer et. al in einer bundesweit durchgeführten Befragung von Ärzten ausführen, wünschen sich die Ärzte von den Kommunen und Politikern, dass der Wert eines Arztes für eine Region erkannt und geschätzt wird.

Mit dem TIGZ in Ginsheim-Gustavsburg wurde von Seiten des Gesundheitsamtes Kontakt aufgenommen. Hier soll demnächst ein Treffen mit der GPR-Klinik stattfinden, um finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für die Qualifizierung von ausländischen Ärzten auszuloten. Eine gelungene Weiterbildung und Integration in den deutschen Arbeitsmarkt erfordert gemeinsame Anstrengungen und Förderprogramme, ist aber mittelfristig eine Investition in die Zukunft und ein Standortvorteil für die Region.

Ein allgemeingültiges Rezept gegen den drohenden Hausärztemangel in Hessen und im Kreis Groß-Gerau wird es nicht geben, vielmehr sind viele kleine Schritte und Initiativen auf allen Ebenen notwendig, um die hausärztliche Versorgung mittelfristig sicherzustellen.

Um die vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen empfohlenen sektorenübergreifenden Kooperationen zu lokalen Gesundheitszentren weiterzuentwickeln, bedarf es einer gemeinsamen Anstrengung aller Akteure.

Dr. med. Angela Carstens
Fachbereichsleitung Gesundheit und Verbraucherschutz
Dezember 2015