

Ambulante ärztliche Versorgung als Zukunftsaufgabe

Herausforderungen, Unterstützungsstrukturen und Lösungsbeispiele für Kommunen

G. Geuter, T. Ewert. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Nürnberg.

Aktuelle Trends in der ambulanten ärztlichen Versorgung erfordern vermehrte Anstrengungen, um auch zukünftig die wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu erhalten. Im Idealfall arbeiten dazu unterschiedliche Akteure zusammen. Vor diesem Hintergrund ist die ambulante Gesundheitsversorgung in der letzten Zeit zunehmend auch zu einem Handlungsfeld für Kommunen geworden. Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger aus Kommunalpolitik und -verwaltungen können dabei insbesondere notwendige Entwicklungen vor Ort initiieren und strategisch begleiten sowie über die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur flächendeckend bedarfsgerechten Versorgung beitragen.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) berät Kommunen bei Fragen zur ambulanten Versorgung und hilft dabei, vorhandene Gestaltungsmöglichkeiten zu erkennen und vor Ort umzusetzen.

Der vorliegende Beitrag zeigt pointiert zentrale Herausforderungen der ambulanten ärztlichen Versorgung auf und stellt exemplarisch anhand von vier konkreten Beispielen aus Bayern mögliche Lösungsansätze auf kommunaler Ebene vor.

Zentrale Herausforderungen der ambulanten ärztlichen Versorgung

In der ambulanten ärztlichen Versorgung sind in den letzten Jahren (teilweise) massive Veränderungen zu beobachten, die auch auf kommunaler Ebene nicht ohne Herausforderungen bleiben, da sie voraussichtlich auch die Weiterentwicklung von medizinischen Versorgungsstrukturen erfordern, um die wohnortnahe Gesundheitsversorgung

zukünftig auf hohem Niveau zu erhalten.

Herausforderung 1: Altersstruktur von Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung

In der ambulanten ärztlichen Versorgung findet derzeit ein Generationswechsel statt. Unter anderem da es Anfang der 1990er Jahre durch Einführung verschärfter Zulassungsbeschränkungen zu einer „Niederlassungswelle“ von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich kam [1], zeichnet sich dieser zurzeit durch eine relativ große Dynamik im Sinne einer „Übergabewelle“ aus. Zum 10.8.2017 lag beispielsweise das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte in Bayern bereits bei gut 55 Jahren (55,1 Jahre) und gut ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte war 60 Jahre oder älter [2]. Viele Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bereiten deshalb derzeit die Übergabe ihrer Praxis vor und/oder sind intensiv auf der Suche nach einer Nachfolgerin.

Vor allem in strukturschwächeren, ländlichen Räumen ist dies immer häufiger mit Herausforderungen verbunden [3]. Wurden zu Zeiten der sog. „Ärzteschwemme“ von den ärztlichen Standsvertretern noch Ende der 1990er Jahre ärztliche Arbeitslosigkeit als erhebliches Problem und der Abbau von Arbeitslosigkeit als Daueraufgabe benannt [ex. 4], ist es nun oftmals die zentrale Herausforderung bei geplanten Praxisübergaben geeignete Nachfolgerinnen und Nachfolger zu finden. Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wird im Rahmen seiner Beratungstätigkeit vor allem hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung und zu ausgewählten Arztgruppen der sogenannten „Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung“¹ (insb. Augenärzte, Frauenärzte, Kinderärzte, Psychotherapeuten) angefragt. Aber auch bei weiteren Facharztgruppen sind aufgrund der jeweiligen Altersstrukturen [2] in den nächsten Jahren vermehrt Praxisübergaben zu erwarten. Es bedarf also aktuell und zukünftig vermehrter Anstrengungen, um freiwerdende Kassensitze erfolgreich wiederbesetzen zu können.

Herausforderung 2: Passung von Angebot und Nachfrage

Der angesprochene Generationswechsel geht mit einem Wandel beruflicher Rollenvorstellungen in der Ärzteschaft einher: Arbeiten Hausärztinnen und Hausärzte momentan vielfach noch selbstständig als „Einzelkämpfer“ in Ein-

1 Zum Versorgungsbereich der „Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung“ zählen: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen.

zelpraxen, werden von der nachfolgenden Ärztegeneration vermehrt andere Modelle der Berufsausübung gefordert [5]. Entsprechende Anforderungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten, die im ambulanten Bereich tätig werden wollen, an den zukünftigen Arbeitsplatz („Nachfrage“) unterscheiden sich dabei teilweise erheblich von den etablierten Strukturen und Prozessen abzugebender Arztpraxen („Angebot“). Dies erschwert häufig erfolgreiche Praxisübergaben, offenbart den erheblichen Veränderungsdruck, der auf den derzeitigen Versorgungsstrukturen lastet und ist sicherlich eine der größten Herausforderungen, die mit dem Generationswechsel in der niedergelassenen Ärzteschaft verbunden sind. Deshalb ist es unter anderem notwendig, die Attraktivität der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen kritisch zu analysieren und gegebenenfalls mit geeigneten Maßnahmen zu verbessern – insbesondere in Bezug auf Arbeitsstrukturen und Arbeitsorganisation, aber auch hinsichtlich der bestehenden Rahmenbedingungen. Nachfolgend werden drei wesentliche Trends, die bezogen auf die ambulanten Versorgungsstrukturen zu beobachten sind, pointiert aufgeführt²:

1. Trend zur Anstellung

In großem Ausmaß und mit hoher Geschwindigkeit vollzieht sich deutschlandweit in den letzten Jahren ein Wandel weg von selbstständiger Tätigkeit als Vertragsarzt hin zur Anstellung [6]. Innerhalb der letzten zehn Jahre hat sich die Zahl der Angestellten bundesweit mehr als verzehnfacht [7]. In Bayern machten im Jahr 2016 angestellte Ärztinnen und Ärzte beispielsweise mehr als die Hälfte (57,8%) der neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte aus [7]. Im Grundsatz ist der Trend zur Anstellung nicht nur bei Ärztinnen sondern auch bei Ärzten zu beobachten. Zwar ist der Startteilnahmestatus in der ambulanten Versorgung nicht bei allen von Dauer, aber selbst wenn die Anstellung für viele der Ärztinnen und Ärzte nur vorübergehend ist, werden viele in Anbetracht der ins-

gesamt starken Tendenz zur Anstellung auch perspektivisch in einem Anstellungsverhältnis verbleiben [6]. Zumal gilt es, auch in ländlichen Räumen, attraktive Bedingungen für den Berufseinstieg bieten zu können. Ein erst einmal gewählter beruflicher Standort wird aus unterschiedlichen Motiven nicht häufig gewechselt. Zudem ist ein Ende des Trends zur Anstellung von Nachwuchsärztinnen und -ärzten nicht zu erkennen [6]. Entsprechende Anstellungsverhältnisse zu realisieren und zahlenmäßig noch deutlich auszubauen wird deshalb eine wichtige Weichenstellung bei der Weiterentwicklung (nicht nur) der hausärztlichen Versorgungsstrukturen sein. Denn im Jahr 2016 waren in Bayern lediglich 14,4% aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Hausärztinnen und Hausärzte angestellt tätig [7].

2. Trend zu Teilzeit und geregelten Arbeitszeiten

Weiterhin ist zu beobachten, dass Ärztinnen und Ärzte – zum Beispiel zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf (teilweise auch lebensphasenabhängig) – immer häufiger in Teilzeit arbeiten wollen und geregelte Arbeitszeiten zunehmend nachgefragt werden. Alleine zwischen 2009 und 2016 stieg nach den Angaben des Bundesarztregisters die Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag deutschlandweit um das Siebenfache (2009: 173; 2016: 1188). Die Anzahl der Anstellungsverhältnisse bis 10 Stunden/Woche stieg im gleichen Zeitraum auf das Zweieinhalbfache (2009: 257; 2016: 649), die der Anstellungsverhältnisse von 10 bis 20 Stunden/Woche auf das Dreieinhalbfache (2009: 639; 2016: 2293) und die der Anstellungsverhältnisse ab 20 bis 30 Stunden/Woche auf das mehr als Dreifache (2009: 207; 2016: 672) [7].

3. Trend zu kooperativen Praxisstrukturen

Als dritter Trend ist zu beobachten, dass die Nachfrage nach einer beruflichen Tätigkeit in stärker kooperativ ausgerichteten Strukturen wie Berufsaus-

übungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren [MVZ] als Sonderform der Berufsausübungsgemeinschaft) stark steigt, während die nach einer Tätigkeit in Einzelpraxen rückläufig ist [7]. Denn kooperative Praxisstrukturen erleichtern beispielsweise den fachlichen Austausch untereinander [8], können die Arbeitszufriedenheit steigern [9] und bieten Vorteile durch die Möglichkeit, Investitions- und Betriebskosten zu teilen, Ressourcen wie Räume und Personal gemeinsam zu nutzen oder die Flexibilität (z. B. der Arbeitszeiten oder im Rahmen von Vertretungen) zu erhöhen und damit auch die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf zu verbessern [8]. Außerdem zeigen Erfahrungen, dass Ärztinnen und Ärzte in Kooperationen ihre Nachfolge oft einfacher finden [10]. Kooperative Strukturen beinhalten dabei häufig auch eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit. So können speziell geschulte Medizinische Fachangestellte beispielsweise über Delegationsmodelle eng in die Versorgung der Patientinnen und Patienten eingebunden werden und Ärztinnen und Ärzte beispielsweise bei bürokratischen Tätigkeiten, aber auch bei Hausbesuchen oder in der Betreuung chronisch Kranker entlasten. Darüber hinaus ist es ein Anliegen, die Patientinnen und Patienten gut versorgt zu wissen, was in Folge der zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der Medizin auch bedeutet, für bestimmte Problemlagen Kolleginnen und Kollegen zu Rate zu ziehen.

Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich beobachten, dass die Nachfrage nach flexiblen Beschäftigungsverhältnissen steigt, die – auch lebensphasenabhängig – Wahlfreiheiten zulassen (Voll- oder Teilzeit, angestellt oder selbstständig, mehr oder weniger eingebunden in kollegiale

² Eine umfangreiche Auseinandersetzung mit den Themen der Weiterentwicklung ambulanter ärztlicher Versorgungsstrukturen, der Gewinnung ärztlichen Nachwuchses und der Nachbesetzung frei werdender Arztpraxen finden Sie in der Ausgabe 7/8 (2017) dieser Zeitschrift.

Teamstrukturen). Experten gehen davon aus, dass sich diese Flexibilität am ehesten in größeren Versorgungseinheiten aus vier bis fünf Hausärztinnen/Hausärzten realisieren lassen [11].

Bayerns Kommunen sind sehr aktiv – Veränderungsprozesse erfordern Fingerspitzengefühl und Geduld

Ungeachtet des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und des Umstandes, dass die meisten Ärztinnen und Ärzte als selbstständige Unternehmer tätig sind, werden an vielen Stellen Bayerns Kommunen und andere Akteure bereits sehr aktiv, um die Strukturen der ambulanten Versorgung entsprechend weiterzuentwickeln. Gewachsene Strukturen und Prozesse zu verändern, aber auch beispielsweise Einstellungen und Erwartungen von Beteiligten (unter anderem Bürgerinnen und Bürger, jeweils regional niedergelassene Ärztinnen und Ärzten) ernst zu nehmen und zu berücksichtigen, ist dabei alles andere als leicht und erfordert viel Fingerspitzengefühl und Geduld. Kommunalpolitik und -verwaltungen können im Sinne strategischer Steuerung und Moderation dabei für einen etwaig notwendigen Veränderungsbedarf sensibilisieren und bei allen Beteiligten um Veränderungsbereitschaft werben. Dabei bieten sich häufig vernetzte, fraktions- und gemeindeübergreifende Strategien an, um regionale Lösungsansätze zu etablieren. Auf Kreis- und Kreisregionenebene ist dazu auch der Aufbau von Netzwerken, wie den Gesundheitsregionen^{plus}, dienlich [12, 13]. Das Förderprogramm Gesundheitsregionen^{plus} des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) unterstützt kreisfreie Städte und Landkreise in Bayern beim Aufbau regionaler Netzwerkstrukturen. In den Gesundheitsregionen^{plus} wirken Akteure aus Gesundheitswesen und Kommunalpolitik gemeinsam auf die Weiterentwicklung und Optimierung der Gesundheitsversorgung und -förderung vor Ort hin. Neben einer finanziellen Förderung zur Einrichtung einer Geschäftsstelle werden sie dabei durch eine übergrei-

fende fachliche Leitstelle im LGL unterstützt. Seit dem Jahr 2015 wurden in Bayern bereits 37 Gesundheitsregionen^{plus} etabliert. Der weitere Ausbau des Programms bis zum Jahr 2021 ist mit ca. 13 weiteren Gesundheitsregionen^{plus} geplant. Erste Erkenntnisse zur regionalen Umsetzung des Konzepts zeigen eine zügige Implementierung, sowie eine hohe Mitwirkungsbereitschaft der Akteure. Kommunen finden Informationen zur Antragstellung einer Gesundheitsregion^{plus} im Internet unter

► www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus.

Das Rad nicht neu erfinden – Beispiele für kooperative Praxisstrukturen aus Bayern

Vierorts in Bayern werden derzeit neue Versorgungsstrukturen aufgebaut, schließen sich bestehende Praxen zusammen und werden regionale Vernetzungsaktivitäten sichtbar. Die nachfolgenden Beispiele verstehen sich deshalb lediglich stellvertretend als exemplarische Auswahl kooperativer Praxisstrukturen. Sie sollen beispielgebend für die Bewältigung des angesprochenen Strukturwandels sein und als Ideenpool – gegebenenfalls nach erfolgter Anpassung an die jeweilige spezifische Situation – zur Nachahmung vor Ort dienen.

1. Gemeinschaftspraxis im Bayerwald

Die „Gemeinschaftspraxis im Bayerwald“ ist als sogenannte überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (übAG) organisiert. Sie ist also eine Gemeinschaftspraxis, die an mehreren Adressen – in diesem Fall sogar in vier Gemeinden – hausärztliche Versorgung für Patientinnen und Patienten anbietet. Zusammen haben die Standortgemeinden Kirchberg im Wald, Rinchnach, Schöfweg und Lalling gut 10.000 Einwohner. Neben der besonderen Praxisstruktur als übAG, zeichnet sich die Praxis durch innovative Versorgungskonzepte aus. Das Projekt „Gute Ärzte braucht das Land“ wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit

und Pflege im Rahmen eines Programms zur Förderung und Unterstützung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte gefördert. Die Praxisbetreiber erhielten für ihre Ansätze und Projekte mehrfach Auszeichnungen (u. a. Bayerischer Gesundheitspreis).

Die übAG entstand, weil vor Ort massive Probleme bei der Wiederbesetzung der ursprünglichen Einzelpraxen sichtbar wurden und die wohnortnahe Versorgung im strukturschwachen ländlichen Raum sich zu verschlechtern drohte. Die übAG löste diese Probleme und konnte das hohe Versorgungsniveau in der ländlichen Region erhalten. Inzwischen konnten erfolgreich neue Ärzte zu einer Niederlassung motiviert werden, da es über die Strukturreform und die Etablierung neuer Prozesse und Modelle gelang, attraktive berufliche und familiäre Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Anforderungen der nachfolgenden Ärztesgeneration an ihren Arbeitsplatz entsprechen.

Momentan sind sechs Ärztinnen/Ärzte, fünf Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung, eine Sicherstellungsassistentin und 20 Medizinische Fachangestellte mit unterschiedlichen Schwerpunkten (z. B. Betreuung von Herzpatienten, Betreuung der Altenheimpatienten, Tumorerkrankungen, Hausbesuche, Labor, Beschaffung Diabetikerbetreuung, Hygiene-/Qualitäts-/Fehlermanagement, Arbeitssicherheit, Datenschutz, Abrechnung) an den vier Standorten tätig. Darüber hinaus beschäftigt die übAG unter anderem fünf Auszubildende, eine Betriebswirtin und eine Bürohilfskraft. Die Praxis zeichnet sich durch flexible Arbeitszeiten und variable Arbeitszeitmodelle zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus. So wurden beispielsweise ein lebensphasenbezogenes Jahresarbeitszeitkonto, ein Gleitzeitmodell, Home-Office-Möglichkeiten mit freier Arbeitszeitgestaltung und variable Urlaubszeiten eingeführt. Eine variable Arbeitszeitplanung ermöglicht die Angleichung der Arbeitszeiten an den Stundenplan der Kinder, „Leih-Omas“ und „Leih-Opas“ sowie die Zusicherung von Kita- und Hortplätzen steigern die Vereinbarkeit von Familie



Generationsübergreifendes Arbeiten wird in der Gemeinschaftspraxis im Bayerwald groß geschrieben © PNP Lukaschik

und Beruf. Ein Dual Career Service unterstützt zudem über zwei Headhunter die Suche nach einem Arbeitsplatz für Partner „ansiedlungswilliger“ Ärztinnen und Ärzte. Kontakthalteprogramme mit Ärztinnen oder Ärzten in Elternzeit mittels Skype-Teamkonferenzen und Internetforen sowie ein Wiedereinstiegsmanagement erleichtern den Wiedereinstieg in die Praxisabläufe nach dem Ende der Elternzeit.

Besonderer Wert wird darauf gelegt, für Studierende der Medizin und für Ärztinnen und Ärzte, welche sich für eine Weiterbildung interessieren, inhaltlich und strukturell attraktive Angebote zu generieren. Der Umstand, dass fünf Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung in der Praxis tätig sind, zeigt wie gut es gelingen kann, auch in ländlichen Räumen die Verbindung zur nachfolgenden Generation aufzubauen. Wer einmal im ländlichen Raum gearbeitet hat, hat auch eine viel höhere Wahrscheinlichkeit dort weiter zu arbeiten, als eine Person, die keine Erfahrungen mit ländlichen Räumen machen konnte.

Über die Delegation medizinischer Leistungen und komplexer Verwaltungsaufgaben an speziell geschultes, nichtärztliches Personal werden die Ärztinnen und Ärzte zudem erheblich entlastet. Das Praxisteam bildet sich dabei kontinuierlich weiter. Auch hier werden moderne Wege beschritten: So sind pra-

xisinterne Fallbesprechungen, generationenübergreifende Patientenbetreuung und Projekte (siehe Abbildung), themenorientierte Skype-Sitzungen, das praxisinterne Wissensmanagement, zusätzliche Fortbildungstage, ein praxisinterner Journalclub sowie einen Journalclub für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen anderer Praxen aus der Region und ein Mentoringprogramm fester Bestandteil im Praxisalltag.

Außerdem ist die Praxis vor Ort bestens vernetzt – unter anderem mit den Gemeinden und mit dem Landkreis sowie mit dem regionalen Wirtschaftsforum.



Weitere Informationen

zur Praxis und zu den zahlreichen Projekten finden Sie im Internet unter

► www.praxis-bayerwald.de

2. Hausärzteezentrum Kaufering

Ausgangspunkt für die Gründung des Hausärzteezentrums Kaufering war der drohende Wegfall von drei Arztstühlen. Denn unter den Ende 2010 bestehenden sieben hausärztlichen Einzelpraxen in den Gemeinden Markt Kaufering (ca. 10.000 Einwohner) und Igling (ca. 2.500 Einwohner) suchten drei Praxen perspektivisch eine Nachfolgerin/einen Nachfolger. Die Suche gestaltete

sich sehr schwierig. Da zwei der Hausärzte sich bereits sehr konkret mit der Ruhestandsplanung beschäftigten, die Nachfolgesuche jedoch zum damaligen Zeitpunkt erfolglos verlief, drohte sich die lokale hausärztliche Versorgungssituation zu verschlechtern und es war eine steigende Arbeitsbelastung für die verbleibenden Kolleginnen und Kollegen zu erwarten. Aufgrund der bereits zu diesem Zeitpunkt in den Praxen zu verzeichnenden hohen Auslastung, beschlossen in einer gemeinsamen Strategiesitzung aller vor Ort tätigen Hausärztinnen und Hausärzte fünf Praxen eine Kooperation in Form einer örtlichen Gemeinschaftspraxis (BAG) in Kaufering mit einer Filiale in Igling in der Rechtsform der eingetragenen Partnerschaftsgesellschaft zu gründen. Unterstützt wurden sie dabei von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sowie dem regionalen Ärztenetz GESOLA und – in Bezug auf das Vertragsmanagement – einer spezialisierten Anwalts- und Steuerberatungskanzlei.

Durch Unterstützung des Bürgermeisters und Gemeinderates der Marktgemeinde Kaufering konnten zentral gelegene und ausreichend große (ca. 450 m²) Räumlichkeiten für die Hauptbetriebsstätte gefunden werden. Die Gemeinde übernahm die Bauträgerenschaft beim Zusammenschluss und Umbau mehrerer Wohn- und Praxiseinheiten zu einer Großpraxis und vermietete die Praxisräumlichkeiten an die Praxisbetreiber. Über einen langfristigen Mietvertrag entstand Planungssicherheit und die Umlage der (Um-)Baukosten auf den monatlichen Mietzins brachte zusätzliche wirtschaftliche Sicherheit für alle Beteiligten. Eine Apotheke und eine Physiotherapiepraxis wurden ebenfalls im Haus angesiedelt. Bereits im Frühjahr 2012 konnte das Hausärzteezentrum eröffnet werden. Derzeit sind neben den fünf Partnern (Gesellschaftlern) zwei angestellte Ärztinnen und drei Weiterbildungsassistentinnen beschäftigt und es gibt viele Anfragen und ein großes Interesse von Ärztinnen und Ärzten an einer Weiterbildungsstelle oder dauerhaften Anstellung. Inzwischen ist die Praxis als Lehrpraxis der

Zielvorstellungen der Bad Endorfer Hausärztinnen und Hausärzte, die zur Gründung der gemeinsamen Gemeinschaftspraxis führten.

© Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bad Endorf

TU München anerkannt und als Weiterbildungsstätte etabliert.

Ziel des Zusammenschlusses der Einzelpraxen zur BAG mit Filiale war zum einen der Aufbau zukunftsfähiger hausärztlicher Versorgungsstrukturen, die attraktiv für den hausärztlichen Nachwuchs sind und in der Folge zu einer erfolgreichen Nachbesetzung der Praxissitze führen, zum anderen aber auch in einer Arbeitsentlastung und besseren Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf für die „alteingesessenen“ Ärztinnen und Ärzte resultieren.

Mit der Zusammenlegung der Sitze sowie einer Anpassung der Praxisorganisation und der -prozesse konnten diese Ziele erreicht werden: Die zwei Hausarztstze, für die dringend eine Nachfolgerin/ein Nachfolger gesucht wurden, konnten erfolgreich nachbesetzt werden. Es wurde ein Praxismanager etabliert, der sich um die Organisation der Praxis kümmert (Personal-/Verwaltungs-/IT-Fragen) und die Ärztinnen und Ärzte insbesondere von Verwaltungsaufgaben entlastet. Die Zusammenlegung führte zudem zu einer besseren Ressourcenauslastung (z. B. der Räume und Geräte), einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation und es konnten neben einem erweiterten Leistungsspektrum durch unterschiedliche Kompetenzschwerpunkte der Ärztinnen und Ärzte auch längere, arbeitnehmer- und familienfreundlichere Öffnungszeiten für die Patientinnen und Patienten realisiert werden. Gleichzeitig stieg die Flexibilität bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hinsichtlich der Arbeitszeiten und der Urlaubsplanung, ohne dass die Praxis urlaubsbedingt geschlossen werden muss. Ein fortlaufender Praxisbetrieb ist zudem auch im Krankheits- oder Fortbildungsfall garantiert. Auch die Aus-/Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten verbesserten sich. Gezielt weitergebildetes und qualifiziertes Personal mit erweiterter Kompetenz entlastet die Ärzte über die Delegation von Leistungen zusätzlich (beispielsweise



in den Bereichen Wund- und Disease-Management und Patientenschulungen).



Weitere Informationen

zur Praxis finden Sie im Internet unter

► www.hausaerztezentrum-kauefring.de.

3. Hausärztliche Gemeinschaftspraxis ärzteHAUS Bad Endorf

Einen ähnlichen Weg gingen die Bad Endorfer Hausärztinnen und Hausärzte. In der gut 8000 Einwohner zählenden Gemeinde mit – bezogen auf die hausärztliche Versorgung – großem Einzugsgebiet gab es fünf hausärztliche Praxen mit neun KV-Sitzen. Die Praxen waren eher klein und im Ort verstreut angesiedelt. Die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte war über 50 Jahre alt. Vor dem Hintergrund des zu beobachtenden Wandels beruflicher Rollenvorstellungen war den Ärztinnen und Ärzten vor Ort bewusst, dass die bisherigen Praxisstrukturen nur unzureichend geeignet waren, um zu gegebener Zeit eine ausreichende Anzahl an Nachfolgerinnen und Nachfolgern für die Praxissitze zu finden. Zudem gab es unter anderem den Wunsch nach Arbeitsstrukturen im Team, nach flexibleren, familienfreundlicheren Arbeitszeiten und nach unternehmerischer Weiterentwicklung (siehe Abbildung). Daraus entstand die Idee, die hausärztliche

Versorgung Bad Endorfs neu zu denken und zukünftig intensiver zusammenzuarbeiten.

Aus der Idee ist mittlerweile die hausärztliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) „Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bad Endorf“ geworden, in der momentan zehn selbstständige Hausärztinnen/Hausärzte, eine angestellte Hausärztin in Teilzeit, drei Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung und 25 medizinische Fachangestellte mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten tätig sind. Im „ärzteHAUS Bad Endorf“ befinden sich zudem weitere Facharztpraxen, eine Apotheke und eine Physiotherapiepraxis. Der Gebäudekomplex (ehemalige Kurklinik) beherbergt neben den oben genannten Einrichtungen noch Wohnungen sowie Ladengeschäfte. Er ist zentral gelegen, gut erreichbar mit dem ÖPNV und nur fünf Minuten vom Bahnhof entfernt. Ausreichend Parkplätze stehen zur Verfügung.

Die Konzentration der Hausärzte in einer Praxis an einem Ort eröffnete zusätzliche Spielräume für flexiblere Arbeitszeitmodelle, Urlaubsregelungen und Anstellungsverhältnisse (auch in Teilzeit), eine bessere Work-Life-Balance und Vereinbarkeit von Familie und Beruf – auch für die Medizinischen Fachangestellten – sowie neue Möglichkeiten für den fachlichen Austausch. Patientinnen und Patienten können aus vielen Ärztinnen und Ärzten dabei weiterhin „ihren“ Hausarzt wählen. Gleichzeitig bieten durchgängige Öffnungszei-



Gewinnverteilungsmodell der Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Bad Endorf – solidarisch und auch nach Leistung

ten, ein breites fachliches Spektrum sowie die umfangreiche technische Ausrüstung und Laborausstattung auch für Patientinnen und Patienten Flexibilität und eine umfangreichere Versorgung.

Durch die Attraktivitätssteigerung konnte die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und Studierenden (Lehrpraxis) intensiviert und die Praxisnachfolge langfristig gesichert werden. Auch der verstärkte interdisziplinäre Austausch führte zu einer Verbesserung der Qualität. Es wurde ein „Praxis-Management-Team“ bestehend aus drei Ärztinnen/Ärzten, drei Medizinischen Fachangestellten und einer Verwaltungskraft etabliert sowie Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themen (z. B. Impfen, Hygiene, Abrechnung, Öffentlichkeitsarbeit, Personalplanung) und ein effektives Qualitätsmanagement eingeführt. Der Einbezug aller Medizinischen Fachangestellten in die Arbeitsgruppen und die damit verbundene aktive Beteiligung aller an der Praxisgestaltung führt zu einer hohen Motivation.

Die Aktivitäten hatten auf unterschiedlicher Ebene nachhaltigen Erfolg: So konnten beispielsweise in den vergangenen vier Jahren bei insgesamt hohen Zufriedenheitswerten unter den Patientinnen und Patienten 30% mehr Patientinnen und Patienten gewonnen, eine Umsatzsteigerung von 40% und eine Steigerung des Gewinnes um 20% erzielt werden. Dies führte auch dazu, dass Arbeitsplätze gesichert und Medizinische Fachangestellte übertariflich bezahlt werden können. Gewinne wer-

den dabei nach einem ausgeklügelten System sowohl solidarisch, als auch nach Leistung verteilt (siehe Abbildung).



Weitere Informationen

zur Praxis finden Sie im Internet unter

► www.aerztehaus-bad-endorf.de.

4. MVZ-Eckental des Universitätsklinikums Erlangen

In den vergangenen Jahren sind auch zunehmend Medizinische Versorgungszentren (MVZ) entstanden. So auch in der rund 15.000 Einwohner starken Gemeinde Markt Eckental. Das „MVZ-Eckental des Universitätsklinikums Erlangen“ in zentraler Lage am Rathausplatz ist gleichzeitig eine der bundesweit ersten Praxen der regulären hausärztlichen Versorgung unter direkter Leitung einer Universitätsabteilung. Als gGmbH versorgen dort momentan vier Fachärztinnen/Fachärzte für Allgemeinmedizin auf vier KV-Sitzen, eine Ärztin in Weiterbildung, eine Studentin im Praktischen Jahr sowie fünf Medizinische Fachangestellte mit Schwerpunkten (u. a. Praxismanagement, QM und Hausbesuche) die Patientinnen und Patienten. Blockpraktikantinnen und Blockpraktikanten der Universität sowie Famulantinnen und Famulanten ergänzen das Team regelmäßig. Das Spektrum des MVZ beinhaltet neben der hausärztlichen Versorgung auch gerinnungs- und transfusionsmedizinische Leistungen.

Über die direkte organisatorische Anbindung an die universitäre Forschung und Lehre zielt das MVZ neben der Patientenversorgung auch darauf ab, neue Formen der Primärmedizin zu entwickeln und exemplarisch umzusetzen. Gleichzeitig ist das MVZ auch ein Ort der Lehre.

Im Fokus stehen – neben der klinischen Qualitätssteuerung, Qualitätsentwicklung und der Verbesserung von Versorgungsprozessen – beispielsweise die Entwicklung und Erprobung neuer arbeitsteiliger Prozesse, flexibler Arbeitszeitmodelle sowie die Erweiterung der Kompetenzen von Gesundheitsberufen – auch zur Entlastung des ärztlichen Personals. Elektronische Checklisten dienen dabei gleichzeitig der Prozesssteuerung und der Dokumentation. So wurden beispielsweise regelmäßig wiederkehrende Arbeitsprozesse wie präoperative Untersuchungen, Check-Up 35 Untersuchungen, geriatrisches Basisassessment oder Untersuchungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen in Verfahrensbeschreibungen festgehalten und in der Vorbereitung weitgehend an Medizinische Praxisangestellte delegiert. Die leitende Medizinische Fachangestellte konnte erfolgreich eine Weiterbildung zur Praxismanagerin absolvieren und eine weitere Medizinische Fachangestellte hat die Ausbildung zur Schwester VERAH (VERAH bedeutet Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) durchlaufen. Darüber hinaus beschäftigt sich das MVZ mit den Möglichkeiten die Versorgungsqualität bestimmter Patientengruppen zu beschreiben.

Die neuen Versorgungskonzepte sollen helfen, neben den formalen Aspekten besserer Arbeitsbedingungen vor allem ein möglichst hohes Maß an Selbstwirksamkeit und Freude am Beruf der Hausärztin/des Hausarztes zu schaffen. Durch ein optimiertes Schnittstellenmanagement innerhalb der Praxis und mit den umliegenden kooperierenden Versorgern ist eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen in der Primärversorgung zu erwarten.



Weitere Informationen

zur Praxis finden Sie im Internet unter

► www.mvz-eckental.de.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung unterstützt Kommunen kostenfrei

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im IGL berät als Kompetenzzentrum im Auftrag des StMGP Kommunen bei Fragen zur ambulanten Versorgung. Das Unterstützungsangebot hilft bei der Klärung möglicher Handlungsfelder und dabei, vorhandene Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu erkennen und vor Ort zielgerichtet wahrzunehmen. Es steht den Kommunen kostenfrei zur Verfügung.



Weitere Informationen

Kommunalbüro für ärztliche Versorgung
 Gunnar Geuter (Leiter des Kommunalbüros)
 Medizinaloberrat
 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
 Sachgebiet GE 6: Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse
 Bayerisches Haus der Gesundheit
 Schweinauer Hauptstraße 80
 90441 Nürnberg
 Telefon: 091 31-68 08 29 14
 Telefax: 09131-68 08 29 05
 E-Mail: Kommunalbuero-Gesundheit@igl.bayern.de
 Internet:
 ► www.igl.bayern.de/kb

Literatur:

1. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern: 2014
2. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017). Versorgungsatlas Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. August 2017. Abrufbar unter: <https://www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas/> (Abruf: 9.10.2017)
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin: 2014
4. Flenker I, Schwarzenau M. Ärztliche Arbeitslosigkeit. Vom Fremdwort zum Langzeitproblem. Deutsches Ärzteblatt 1998; 95 (3), A-85-87
5. Bayerische Landesärztekammer (2015). Mehr Delegation wagen – mehr Kooperationen eingehen. Presseinformation vom 23.10.2015 anlässlich des 74. Bayerischen Ärztetages in Deggendorf
6. Hahn U, Müller T, Awe B et al. Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung – Trends, status quo und Auswirkungen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2017; 22: 93–103
7. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister
8. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015). Arbeiten im Team. Abrufbar unter: www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Arbeiten_im_Team.pdf (Abruf: 5.5.2017)
9. Erler A, Beyer M, Welbers G et al. Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAZ1 – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2012, 88 (7/8), 303–312
10. o.V. (2012). Ärztliche Kooperationen. Nachfolger gesucht: Zuerst Partnersuche, dann der Ruhestand? Ärzte Zeitung online vom 24.10.2012
11. Geuter G, Legler O, Ewert T. Ambulante ärztliche Versorgung weiterentwickeln, ärztlichen Nachwuchs gewinnen, Arztpraxen erfolgreich nachbesetzen – mögliche Handlungsfelder für Kommunen. Der Bayerische Bürgermeister 2017, (7/8), 283–289
12. Bödeker M, Deiters T, Holleder A et al. Gesundheitsregionen^{plus}: Standortattraktivität für die ärztliche Versorgung am Beispiel Stadt und Landkreis Coburg. Der Bayerische Bürgermeister 2017, (2), 50–52
13. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017). Gesundheitsregionen^{plus} – Entscheidungen vor Ort treffen. Abrufbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus/> (Abruf: 9.5.2017)