

Hausärztliche Versorgung in Ahlen

Erarbeitung einer Bestandsanalyse, Zielabstimmung
und Planung von effektiven und effizienten
kommunalen Maßnahmen

STUDIEN
BERICHT

Hausärztliche Versorgung in Ahlen

Erarbeitung einer Bestandsanalyse, Zielabstimmung
und Planung von effektiven und effizienten
kommunalen Maßnahmen

Richard Ochmann

Gutachten

für die Stadt Ahlen

Berlin, Oktober 2022

Autoren

Dr. Richard Ochmann
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Hintergrund und Zielsetzung	8
2. Darstellung des Versorgungsgeschehens	9
2.1 Versorgungsbedarf	9
2.2 Versorgungskapazitäten	13
3. Perspektive der Leistungserbringer vor Ort und des ärztlichen Nachwuchses	17
3.1 Faktoren der Niederlassung aus Sicht des Nachwuchses	17
3.2 Befragung der Hausärzte und Hausärztinnen in Ahlen	18
4. Ableitung des Handlungsbedarfs	22
5. Darstellung der Handlungsoptionen	23
5.1 Programme zur Förderung der Niederlassung	23
5.1.1 Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung	24
5.1.2 Förderprogramme des Landes	25
5.1.3 Maßnahmen der Kreise und Gemeinden in der Region	26
5.2 Errichtung und Betrieb eines MVZ durch Kommunen	28
5.3 Weitere Optionen	33
6. Bewertung der Handlungsoptionen und Ableitung von Handlungsempfehlungen	38
Literaturverzeichnis	48
Abbildungen	4
Tabellen	4
Abkürzungsverzeichnis	5

Abbildungen

Abbildung 1:	Standorte von Hausarztpraxen in den Gemeinden Ahlen, Drensteinfurt und Sendenhorst	16
--------------	--	----

Tabellen

Tabelle 1:	Altersstruktur der Bevölkerung in Ahlen und in NRW (31.12.2020)	10
Tabelle 2:	Bevölkerung mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2020)	11
Tabelle 3:	Arbeitslosigkeit in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2019)	11
Tabelle 4:	Langzeitarbeitslosigkeit in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2019)	12
Tabelle 5:	Bildung: Anteil Schulabgänger ohne (Haupt-)Schulabschluss in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (Schuljahr 2020/21)	12
Tabelle 6:	Einkommen: durchschnittliches verfügbares Einkommen der privaten Haushalte in Euro pro Einwohner und Jahr in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2017)	13
Tabelle 7:	Übersicht der Bewertung der Handlungsoptionen	40
Tabelle 8:	Übersicht der Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation in Ahlen durch befragte Hausärzte und Hausärztinnen	45

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAG	Berufsausübungsgemeinschaften
BPL-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
HAP	Hausarzt-Aktionsprogramm
LAG-NRW	Landarztgesetz NRW
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IGZ	Intersektorales Versorgungszentrum
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentren
NäPa	Nichtärztliche Praxisassistentin
NRW	Nordrhein-Westfalen
PORT	Patientenorientiertes Zentrum der Primär- und Langzeitversorgung
PVZ	Primärversorgungszentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
ZNA	Zentrale Notaufnahme

Zusammenfassung

Der hausärztliche Versorgungsbedarf in der Stadt Ahlen dürfte im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt etwas erhöht ausfallen, darauf deuten Indikatoren der soziodemografischen und sozioökonomischen Struktur der Bevölkerung hin. Zudem ist aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung in den kommenden zehn Jahren von einer Zunahme des hausärztlichen Versorgungsbedarfs in der Stadt Ahlen gegenüber dem gegenwärtigen Bedarf auszugehen, wobei von dieser Entwicklung andere Regionen in ähnlichem Umfang betroffen sein werden.

Zur Deckung des Versorgungsbedarfs stehen in der Stadt Ahlen hausärztliche Versorgungskapazitäten zur Verfügung, die bereits gegenwärtig in hohem Maße ausgelastet sind und deren Entwicklung zukünftig eher in Richtung eines Rückgangs der Kapazitäten deutet. Bereits seit längerem bleiben Hausarztsitze in der Stadt Ahlen unbesetzt. Die Hausärzteschaft in Ahlen ist zudem überdurchschnittlich alt; knapp ein Viertel der Hausärzte und Hausärztinnen dürfte in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen. Die praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen berichten von einer gegenwärtig sehr hohen Auslastung ihrer Kapazitäten und erheblichen Schwierigkeiten, entlastendes Personal – auch nicht-ärztliches – zur Anstellung oder eine Nachfolge für ihre Praxen zu finden. Obwohl die wirtschaftlichen Aussichten der Hausarztpraxen in der Stadt Ahlen aufgrund hoher Patientenzahlen gut sind, scheinen die Rahmenbedingungen der Niederlassung in Ahlen für den ärztlichen Nachwuchs nicht hinreichend attraktiv zu sein.

Einem zunehmenden hausärztlichen Versorgungsbedarf stehen in Ahlen also hoch ausgelastete hausärztliche Versorgungskapazitäten gegenüber, bei denen sich für die kommenden Jahre eher weitere Vakanzen abzeichnen, deren Besetzung eine Herausforderung darzustellen scheint. Um das hausärztliche Versorgungsniveau auch zukünftig aufrechterhalten zu können, lässt sich somit ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf ableiten.

Zur Adressierung des Handlungsbedarfs wurden im Rahmen dieses Gutachtens verschiedene Handlungsoptionen dargestellt, geprüft und bewertet. Im Mittelpunkt standen dabei Ansätze, die durch die Kommunalpolitik der Stadt Ahlen prinzipiell umgesetzt werden können. Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung und des Landes kommen derzeit und wohl auch in absehbarer Zukunft für die Stadt Ahlen nicht in Frage. Während die Errichtung und der Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) durch die Kommune mit zu vielen Unwägbarkeiten und finanziellen Risiken behaftet sein dürfte, sollte eine kommunale Initiative in Bezug auf andere ambulant-kooperative Strukturen zumindest in Erwägung gezogen werden. Ob dabei das Kooperationsmodell der Gesundheitszentren, der Primärversorgungszentren, der Gesundheitsnetzwerke oder eines MVZs in privatem Betrieb gewählt wird, sollte anhand eines konkreten Vorhabens abgewogen werden.

Die zentrale Handlungsempfehlung der Gutachter für die Kommunalpolitik der Stadt Ahlen zur nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung wurde aus

der Beobachtung abgeleitet, dass zum einen der Standort Ahlen aus Sicht der praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen sehr gute wirtschaftliche Aussichten des Praxisbetriebs mit einer hohen zu erwartenden Patientenzahl bietet, jedoch zum anderen die Lebensbedingungen in Ahlen vom ärztlichen Nachwuchs oft als nicht hinreichend attraktiv bewertet werden.

Die Gutachter empfehlen der Stadt Ahlen vor diesem Hintergrund, interessierten Nachwuchsärzte und Nachwuchsärztinnen das ambulant-kooperative Modell einer Jobsharing-Partnerschaft im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis in Verbindung mit dem Ansatz, bei Bedarf den Wohnort vom Arbeitsort zu trennen, anzubieten. Diese Handlungsoption erscheint sowohl hinsichtlich ihrer Effektivität (Wirksamkeit) als auch ihrer Effizienz (Kosten-Nutzen-Abwägung) die empfehlenswerteste zu sein. Die Kontaktaufnahme zum ärztlichen Nachwuchs könnte über geeignete akademische Netzwerke bzw. Partnerschaften erfolgen, und Interessenten könnte darüber hinaus Unterstützung bei der Suche sowohl eines geeigneten Praxisstandortes sowie gegebenenfalls einer Immobilie am gewünschten Wohnort angeboten werden. Beispielansätze, wie die Kontaktaufnahme zum Nachwuchs und die Unterstützung von Interessenten erfolgreich funktionieren können, lassen sich in den umliegenden Regionen in großer Zahl und Vielfalt finden.

1. Hintergrund und Zielsetzung

Hausarztstze in Nordrhein-Westfalen sind bereits seit einiger Zeit in zunehmender Zahl unbesetzt. Reformen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung haben in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass unter anderem im Ruhrgebiet zahlreiche weitere Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte und Hausärztinnen geschaffen wurden, die allerdings nicht unmittelbar besetzt wurden. Oft ist die Nachfolge nicht gesichert, wenn Hausärzte und Hausärztinnen altersbedingt ausscheiden, weil sich nicht unmittelbar eine Nachfolge findet. Zudem entscheiden sich Nachwuchsärzte und Nachwuchsärztinnen seit einigen Jahren immer seltener für die Niederlassung, insbesondere im hausärztlichen Bereich. Vor allem – aber nicht ausschließlich – für strukturschwache ländliche Regionen, unter anderem im näheren und weiteren Umland des Ruhrgebiets, wird es damit zunehmend schwierig, im Wettkampf um den Hausärztenachwuchs zu punkten.

Die Stadt Ahlen ist von diesen Problemen bereits seit längerem betroffen: Immer öfter kommt es in jüngster Vergangenheit zu Schließungen von großen Hausarztpraxen aufgrund altersbedingter Praxisaufgabe und fehlender Nachfolgeregelung. Eine ungünstige Altersstruktur der Hausärzteschaft lässt weitere Schließungen in naher Zukunft erwarten. Die verbleibenden Hausärzte und Hausärztinnen bekommen entsprechend zunehmenden Druck zu spüren und suchen das Gespräch mit der Kommunalverwaltung.¹ In diesem Zusammenhang hat die Regionalpolitik die hausärztliche Versorgung in der Stadt Ahlen und Umgebung zuletzt verstärkt in den Fokus genommen.²

Immer wieder gefordert werden dabei die Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Hand und eine Bedarfsplanung, die die hausärztliche Versorgung in der Region nachhaltig sichert. Ein zentrales Problem dabei ist aber, dass die Möglichkeiten von Kommunalverwaltungen, auf die Bedarfsplanung Einfluss zu nehmen, begrenzt sind. Diese befindet sich zunächst in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, Entscheidungen müssen oft vom Landesausschuss (§ 90 SGB V)³ getroffen und beschlossen werden oder sogar auf Bundesebene (Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Über Gründungen von MVZ können Kommunen grundsätzlich unmittelbarer in die Versorgung eingreifen, allerdings sind diese mit Unwägbarkeiten behaftet.

¹ Vgl. einen Bericht der Stadt Ahlen vom November letzten Jahres: <https://www.ahlen.de/start/aktuelles/aktuelle/information/nachricht/aus-ahlen/hausaeerzte-spueren-druck-in-ihren-praxen/>. Abruf: 05.07.2022.

² Zum Beispiel die Bürgerliche Mitte Ahlen (BMA). Vgl. den Artikel in den Westfälischen Nachrichten vom 20.11.2020: <https://www.wn.de/muensterland/kreis-warendorf/ahlen/funfvor-zwölf-bma-befurchtet-arztemangel-788686>. Abruf: 05.07.2022

³ In dem Landesausschuss einer KV-Region vertreten sind die Kassenärztlichen Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen. Der Landesausschuss trifft auf der Grundlage des Bedarfsplans Feststellungen zur Unter- und Überversorgung bzw. ggf. Entscheidungen über einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und ordnet im Fall von Überversorgung Zulassungsbeschränkungen an.

Vor diesem Hintergrund hat die Stadt Ahlen das IGES Institut mit einem Gutachten zur Bestandsanalyse der hausärztlichen Versorgung in Ahlen und Umgebung sowie einer Zielabstimmung und Planung von kommunalen Maßnahmen beauftragt. Das Gutachten soll die Perspektive der hausärztlichen Versorgung in der Region mit ihren absehbaren Defiziten bis zum Jahr 2031 darstellen. Zudem soll geprüft werden, inwiefern die Gründung kommunaler MVZ eine zielführende Handlungsoption darstellt bzw. andere Handlungsoptionen bestehen, mit denen Hausärzte und Hausärztinnen zur Niederlassung in der Region bewegt werden könnten.

Eine Analyse von Daten aus dem Kontext der vertragsärztlichen Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung stellt dabei die Versorgungssituation nur unvollständig dar. Ergänzend muss daher die Perspektive der Leistungserbringer erhoben werden, um die Versorgungssituation umfassend abzubilden.

Ziel des Gutachtens ist es, Konzepte und Maßnahmen zu identifizieren, mit denen Ärzte und Ärztinnen zur Niederlassung bewegt und die hausärztliche Versorgung in der Region nachhaltig gesichert werden können, auch im Hinblick auf die Attraktivität des Standortes der Stadt Ahlen im Vergleich zu alternativen Standorten in der Region.

2. Darstellung des Versorgungsgeschehens

Zunächst wurde dafür eine Bestands- und Bedarfsanalyse zum hausärztlichen Versorgungsgeschehen durchgeführt. Die Darstellung des Versorgungsgeschehens wurde dabei anhand vorliegender Daten zum hausärztlichen Versorgungsbedarf und den hausärztlichen Versorgungskapazitäten vorgenommen.

2.1 Versorgungsbedarf

Die Leitfrage der Analyse des Versorgungsbedarfs lautete: Wie ist der hausärztliche Versorgungsbedarf in der Gemeinde Ahlen gegenwärtig einzuordnen, und wie wird er sich bis zum Jahr 2031 voraussichtlich entwickeln?

Ein niedriges Bildungsniveau, geringe Einkommen und (Langzeit-)Arbeitslosigkeit gelten – neben der Alters- und Geschlechtsstruktur – allgemein als aussagekräftige Indikatoren, die in einem Zusammenhang zum medizinischen Versorgungsbedarf stehen. Regionen, in denen überproportional viele Einwohner von solchen Risikofaktoren betroffen sind, weisen oft einen im Durchschnitt höheren Versorgungsbedarf auf. Für dieses Gutachten wurde eine Annäherung an den hausärztlichen Versorgungsbedarf über Daten zur Sozialstruktur und zur Demografie in der Stadt, sofern diese für dieses Gutachten zur Verfügung standen, vorgenommen.

Mit dem vorliegenden Ansatz kann abgeleitet werden, inwiefern sich zukünftig – gemessen am gegenwärtigen Versorgungsniveau – ein zunehmender Versorgungsbedarf in der Region ergeben wird. Eine absolute Höhe des Bedarfs, die unmittelbar in eine Anzahl an Ärzten und Ärztinnen übersetzbar wäre, lässt sich hingegen wissenschaftlich mit keinem der bekannten Verfahren ableiten.

Für die Darstellung der Indikatoren des Versorgungsbedarfs wurden folgende Datengrundlagen verwendet:

- ◆ Sozialbericht der Stadt Ahlen: Gegenwärtig liegt dieser für das Jahr 2018 vor, daher wurden die Darstellungen auf dieser Grundlage vorgenommen.
- ◆ Kommunalprofil der Stadt Ahlen des Statistischen Landesamts Nordrhein-Westfalen (Stand 29.10.2020): Verwendet wurden Daten zur regional kleinräumigen Bevölkerungsvorausberechnung.
- ◆ Daten des Statistischen Landesamts Nordrhein-Westfalen wurden für die Bevölkerungszusammensetzung nach Altersgruppen sowie für die Sozialdemografie und -ökonomie verwendet.
- ◆ Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) wurden ebenfalls für die Darstellung der Soziodemografie und -ökonomie verwendet.

Bevölkerung und Demografie

Die Altersstruktur der Bevölkerung in der Stadt Ahlen ist mit der im gesamten Bundesland durchschnittlichen Altersstruktur in etwa vergleichbar, wobei der Anteil der älteren Einwohner in Ahlen etwas größer ausfällt als in Nordrhein-Westfalen (NRW) insgesamt. In der Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen lebten am 31.12.2020 in Ahlen 11 % der Einwohner, während dies in NRW insgesamt auf nur 10 % der Einwohner zutraf (Tabelle 1). Weitere 11 % der Einwohner fielen in die Gruppe der 75-Jährigen und Älteren (in NRW gleicher Anteil).

Tabelle 1: Altersstruktur der Bevölkerung in Ahlen und in NRW (31.12.2020)

Altersgruppe	Stadt Ahlen	NRW gesamt
bis unter 18 Jahre	18%	17%
18 bis unter 35 Jahre	20%	21%
35 bis unter 65 Jahre	40%	41%
65 bis unter 75 Jahre	11%	10%
75 Jahre oder älter	11%	11%
Gesamt	100%	100%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Landesamts NRW

Gemäß der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamts NRW wird die Stadt Ahlen in den kommenden Jahren in erheblichem Maße von einem anhaltenden demografischen Wandel betroffen sein. Der Anteil der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter wird stark zunehmen. Allerdings wird der Anstieg geringer ausfallen als in Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt. Während die Einwohnerzahl im Alter von 65 Jahren oder älter in NRW bis zum Jahr 2040 um insgesamt 33 % (gegenüber dem Jahr 2018) zunehmen wird, steigt sie in der Stadt Ahlen

nur um 19 %. Für das Jahr 2030 (bzw. 2031) lagen keine entsprechenden Prognosedaten veröffentlicht vor.

Soziodemografie und -ökonomie

Die Stadt Ahlen hat einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Einwohnern mit einer nichtdeutschen Staatsangehörigkeit. Am Ende des Jahres 2020 lag der Ausländeranteil in Ahlen bei 16 % bezogen auf die Gesamtbevölkerung, während er im gesamten Regierungsbezirk Münster nur bei 11 % und in NRW insgesamt bei 14 % lag (Tabelle 2). In allen drei Regionen ist der Ausländeranteil in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen, in Ahlen lag er im Jahr 2011 noch bei 11 % und damit 5 Prozentpunkte niedriger als zuletzt. Der Ausländeranteil in Ahlen hat sich also seit 2011 annähernd verdoppelt.

Tabelle 2: Bevölkerung mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2020)

Region	Anteil Ausländer an Gesamtbevölkerung (%)
Stadt Ahlen	16%
Regierungsbezirk Münster	11%
Nordrhein-Westfalen (NRW)	14%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Landesamts NRW

Die Erwerbsbevölkerung der Stadt Ahlen ist zu einem vergleichsweise hohen Maße von Arbeitslosigkeit betroffen. Im Jahr 2019 lag die Arbeitslosenquote in Ahlen bei 6,7 % bezogen auf die Erwerbsbevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, während sie im Regierungsbezirk Münster nur 4,9 % und in NRW insgesamt 5,5 % betrug (Tabelle 3). Eine überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit zeigte sich in Ahlen über den gesamten Zeitraum der letzten zehn Jahre (ohne Darstellung).

Tabelle 3: Arbeitslosigkeit in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2019)

Region	Anteil Arbeitslose an Erwerbsbevölkerung (%)
Stadt Ahlen	6,7%
Regierungsbezirk Münster	4,9%
Nordrhein-Westfalen (NRW)	5,5%

Quelle: IGES auf Basis der Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Der Anteil der Langzeitarbeitslosen (länger als ein Jahr arbeitslos) an allen Arbeitslosen ist in der Stadt Ahlen überdurchschnittlich hoch. Er lag im Jahr 2019 in Ahlen bei 46 %, während er im Regierungsbezirk Münster nur bei 40 % und in NRW ins-

gesamt nur bei 39 % lag (Tabelle 4). Eine überdurchschnittlich hohe Langzeitarbeitslosigkeit zeigte sich in Ahlen über den gesamten Zeitraum der letzten zehn Jahre (ohne Darstellung).

Tabelle 4: Langzeitarbeitslosigkeit in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2019)

Region	Anteil Langzeitarbeitslose an allen Arbeitslosen (%)
Stadt Ahlen	46%
Regierungsbezirk Münster	40%
Nordrhein-Westfalen (NRW)	39%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Der Anteil der Schulabgänger ohne (Haupt-)Schulabschluss ist in Ahlen vergleichsweise gering. Während im Regierungsbezirk bezogen auf alle allgemeinbildenden Schulen (ohne Grundschulen) im Schuljahr 2020/2021 5,6 % aller Schulabgänger keinen (Haupt-)Schulabschluss hatten und in Nordrhein-Westfalen 5,5 %, waren es in Ahlen nur 3,0 % (Tabelle 5). Auch in Bezug auf die Gruppe der Ausländer ist der Anteil der Schulabgänger ohne (Haupt-)Schulabschluss in Ahlen unterdurchschnittlich.

Tabelle 5: Bildung: Anteil Schulabgänger ohne (Haupt-)Schulabschluss in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (Schuljahr 2020/21)

Region	Anteil Schulabgänger ohne Schulabschluss an allen Schulabgängern (%)	
	Bezogen auf alle Schulabgänger	Bezogen auf Ausländer
Stadt Ahlen	3,0%	11,1%
Regierungsbezirk Münster	5,6%	15,9%
Nordrhein-Westfalen (NRW)	5,5%	14,6%

Quelle: IGES auf Basis der Statistik der allgemeinbildenden Schulen des Statistischen Landesamts NRW

Das Einkommensniveau der Privathaushalte in Ahlen ist unterdurchschnittlich. Im Regierungsbezirk Münster wiesen die privaten Haushalte im Jahr ein durchschnittliches verfügbares Einkommen in Höhe von 21.637 € je Einwohner auf, in Nordrhein-Westfalen insgesamt waren es 22.263 € (Tabelle 6). In Ahlen lagen die durchschnittlichen Einkommen mit 21.530 € um 0,5 % niedriger gegenüber dem Regierungsbezirk und um 3,3 % niedriger gegenüber dem Bundesland.

Tabelle 6: Einkommen: durchschnittliches verfügbares Einkommen der privaten Haushalte in Euro pro Einwohner und Jahr in Ahlen, dem Regierungsbezirk Münster und NRW (im Jahr 2017)

Region	Verfügbares Einkommen pro Einwohner und Jahr (€)
Stadt Ahlen	21.530 €
Regierungsbezirk Münster	21.637 €
Nordrhein-Westfalen (NRW)	22.263 €

Quelle: IGES auf Basis von Daten aus dem Kommunalprofil der Stadt Ahlen

Implikationen für den hausärztlichen Versorgungsbedarf

Insgesamt ist davon auszugehen, dass der hausärztliche Versorgungsbedarf in der Stadt Ahlen im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt und dem Regierungsbezirk etwas erhöht ausfällt. Darauf deuten Risikofaktoren wie eine in Ahlen erhöhte Arbeitslosigkeit, vor allem auch eine überdurchschnittliche Langzeitarbeitslosigkeit, und leicht unterdurchschnittliche Haushaltseinkommen hin. Andere Risikofaktoren wie die Altersstruktur und der Bildungsstand fallen für Ahlen eher neutral in Bezug auf den Versorgungsbedarf aus. Da nicht alle Risikofaktoren für Ahlen ungünstig ausfallen, ist anzunehmen, dass der hausärztliche Versorgungsbedarf in Ahlen, wenn überhaupt, nur leicht erhöht im Vergleich zum Bundesland und zum Regierungsbezirk ausfällt.

In den kommenden zehn Jahren ist von einer Zunahme des hausärztlichen Versorgungsbedarfs in der Stadt Ahlen gegenüber dem gegenwärtigen Bedarf auszugehen. Darauf deutet die voraussichtliche demografische Entwicklung eindeutig hin. Eine Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung (65 Jahre oder älter) wird für sich genommen zu einem höheren Behandlungsbedarf führen. Von der demografischen Entwicklung sind allerdings auch andere Regionen im Regierungsbezirk bzw. im Bundesland betroffen, hier lässt sich für Ahlen keine überdurchschnittliche Betroffenheit feststellen, eher sogar eine unterdurchschnittliche.

2.2 Versorgungskapazitäten

Die Leitfrage der Analyse der Versorgungskapazitäten lautete: Welche Entwicklungen sind beim hausärztlichen Versorgungsangebot in der Stadt Ahlen in den kommenden Jahren zu erwarten? Dazu wurde eine Bestandsanalyse der regional kleinteilig verfügbaren Daten zu den hausärztlichen Versorgungskapazitäten durchgeführt.

Datengrundlagen

Die initiale Datengrundlage für die Darstellung der hausärztlichen Kapazitäten bildete ein Vortrag der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) zur vertragsärztlichen Versorgung in Ahlen im Ausschuss für Soziales, Familie, Frauen und Senioren der Stadt Ahlen vom 18. Juni 2019. Dort ist der Datenstand Mai 2019. Auf

Anfrage nach einem aktuelleren Datenstand hat die KVWL Daten zur Altersstruktur der Hausärzte und Hausärztinnen im Mittelbereich Ahlen mit Stand 17. März 2022 zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus stammen die zugrundeliegenden Daten überwiegend aus der vertragsärztlichen Bedarfsplanung der KVWL. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die Anzahl der niedergelassenen Hausärzte und Hausärztinnen im Planungsbe-
reich in der Zählung wie in der Bedarfsplanung berücksichtigt (Versorgungsaufträge), die Anzahl der Niederlassungsmöglichkeiten und den rechnerischen Versorgungsgrad. Diese Angaben beziehen sich auf den letzten vorliegenden Beschluss des Landesausschusses der KVWL vom 16.05.2022. Dies ist nach Auskunft der KVWL der gegenwärtig maßgebliche Stand im Hinblick auf Versorgungsgrad und offene Sitze.

Daten zu Vergleichsregionen (KV-Region Westfalen-Lippe und Raumordnungsregion Münster) wurden mitunter von den Veröffentlichungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen des [Gesundheitsdatenportals](#) verwendet.

Regionale Abgrenzung nach Bedarfsplanung

Der relevante hausärztliche Planungsbereich im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ist der Mittelbereich Ahlen. Der Mittelbereich Ahlen besteht aus den Gemeinden „Ahlen, Stadt“, „Drensteinfurt, Stadt“ und „Sendenhorst, Stadt“ und schließt damit im Westen unmittelbar an die Stadt Münster an. Im Mittelbereich Ahlen lebten am 31.12.2019 insgesamt 81.252 Einwohner (vgl. Abbildung 1).

Der Mittelbereich Ahlen ist mit Stand 16.05.2022 für die hausärztliche Versorgung geöffnet. Es praktizierten zu diesem Stichtag nach Angaben der KVWL 44,50 Hausärzte und Hausärztinnen im Mittelbereich Ahlen.⁴ Bezogen auf die Einwohnerzahl entspricht dies einer Hausärztedichte von 54,6 Hausärzten je 100.000 Einwohner. In Westfalen-Lippe insgesamt lag die Hausärztedichte mit 59,2 Hausärzten je 100.000 Einwohner (31.12.2020) höher, im Kreis Warendorf insgesamt mit 61,3 Hausärzten je 100.000 Einwohner (31.12.2020) noch etwas höher.

Vertragsärztliche Versorgungskapazitäten

Zum Stichtag 16.05.2022 beträgt der offizielle, durch Beschluss des Landesausschusses bestätigte hausärztliche Versorgungsgrad im Mittelbereich Ahlen 90,0 %. Unterversorgung besteht in der hausärztlichen Versorgung offiziell erst ab einem Versorgungsgrad von unter 75 %. Bis zur Obergrenze eines Versorgungsgrads von 110 %, ab dem offiziell Überversorgung angenommen wird, sind damit im Mittelbereich Ahlen gegenwärtig 10,0 Hausarztsitze zu besetzen. Die Zahl der vakanten

⁴ Gezählt wurde dabei in dem Umfang, wie die Hausärzteschaft der Bedarfsplanung gerechnet werden (Versorgungsaufträge in Anteilen von 0,25, 0,5, 0,75 oder 1,0).

Hausarztsitze hat sich jüngst erhöht, noch im November 2021 waren nur 3,0 Sitze frei.⁵

Zählt man – abweichend von der Systematik der Versorgungsaufträge der Bedarfplanung – die einzelnen Hausärzte und Hausärztinnen jeweils als volle Personen, kommt man entsprechend der Daten der KVWL per 17.03.2022 auf 47 gegenwärtig praktizierende Hausärzte im Mittelbereich Ahlen. Im Herbst 2018 waren dort noch 54 Hausärzte tätig, also 15 % mehr. Von diesen 47 Hausärzten entfallen auf die Stadt Ahlen 26, auf die Gemeinde Drensteinfurt 12 und auf die Gemeinde Sendenhorst 9.

Diese 47 Hausärzte und Hausärztinnen stehen zu einem großen Anteil bereits kurz vor dem Ruhestand. Von ihnen sind 18 Hausärzte (38 %) bereits 60 Jahre oder älter, 11 von denen (23 %) sind 65 Jahre oder älter und 2 (4 %) sogar 70 Jahre oder älter. Sie dürften für die hausärztliche Versorgung im Mittelbereich Ahlen nur noch wenige Jahre zur Verfügung stehen.

Damit fällt der Anteil der Hausärzte und Hausärztinnen, die kurz vor dem Ruhestand stehen, im Mittelbereich Ahlen vergleichsweise groß aus. Den 23 % im Mittelbereich Ahlen steht ein Anteil von 18 % der Hausärzte im Alter von älter als 65 Jahren in der gesamten KV-Region Westfalen-Lippe gegenüber (Daten der KBV, Stand 31.12.2021). In der Raumordnungsregion Münster, in der der Mittelbereich Ahlen liegt, fällt dieser Anteil mit 17 % noch etwas geringer aus. Im Kreis Warendorf ist der Anteil größer (21 %), aber auch nicht so groß wie im Mittelbereich Ahlen.

Die Stadt Ahlen ist im Vergleich zu den anderen beiden Gemeinden im Mittelbereich Ahlen überdurchschnittlich stark von einer älteren Hausärzteschaft betroffen. Während der Anteil der Hausärzte im Alter von 60 Jahren oder älter in der Gemeinde Sendenhorst bei 22 % liegt (Stand 17.03.2022) und in der Gemeinde Drensteinfurt bei 25 %, sind in der Stadt Ahlen bereits 50 % der Hausärzte im Alter von 60 Jahren oder älter (dies entspricht 13 Hausärzten in der Personenzählung).

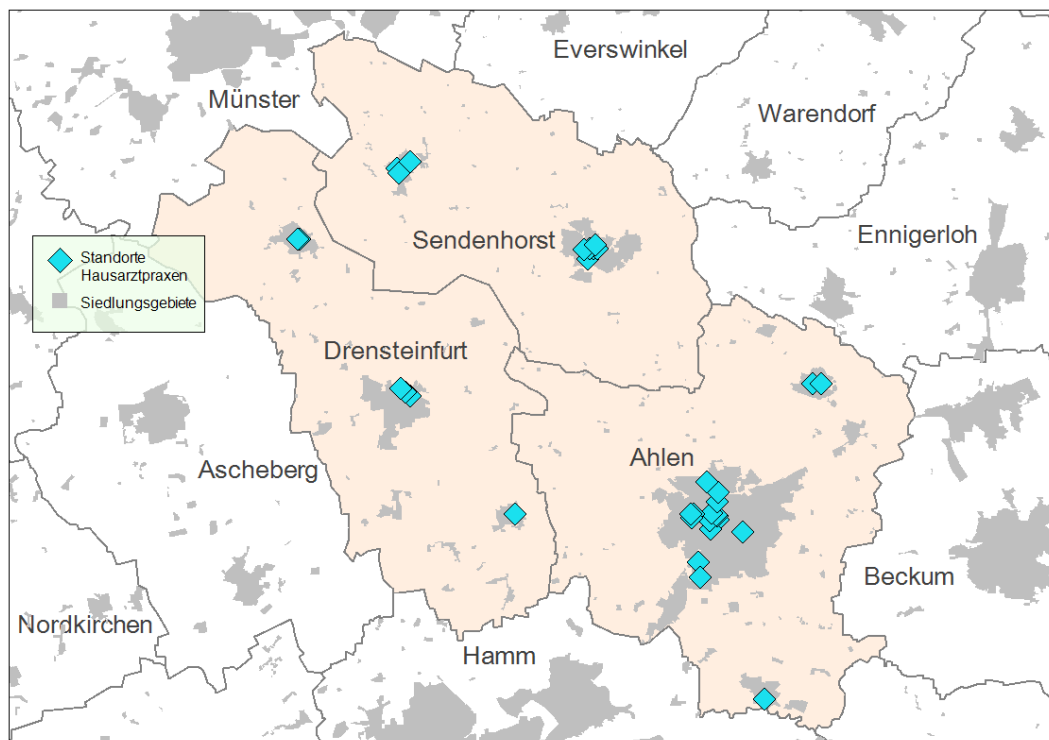
In den letzten Jahren sind bereits mehrere größere Hausarztpraxen in der Region geschlossen wurden, da die jeweiligen Inhaber keine Nachfolger oder Nachfolgerin gefunden haben. Zudem gab es im Mittelbereich Ahlen vor ein paar Jahren ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in privatwirtschaftlichem Betrieb, das unter anderem auch an der hausärztlichen Versorgung teilnahm und Hausärzte und Hausärztinnen in Anstellung beschäftigte. Mittlerweile sind in diesem MVZ allerdings keine Hausärzte und Hausärztinnen mehr tätig, sodass der hausärztliche Zweig dieses MVZ derzeit nicht mehr existiert.

Geografisch betrachtet befinden sich die Hausarztpraxen im Mittelbereich Ahlen überwiegend in den Siedlungsgebieten der Gemeinden Ahlen, Sendenhorst und

⁵ Die Erhöhung ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass der Landesausschuss mit Beschluss vom 16.05.2022 den Wegfall der Regelung des § 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt hat, womit im Planungsbereich Ahlen nun wieder Zulassungsmöglichkeiten bis zu einem Versorgungsgrad von 110 % (zuvor übergangsweise nur bis 100 %) bestehen.

Drensteinfurt (Abbildung 1). Auf Grundlage von Daten des Arztsuche-Portals der KVWL – vereinzelt ergänzt um eigene Recherchen – befinden sich 19 Hausarztpraxen in der Gemeinde Ahlen, verteilt auf das Stadtgebiet Ahlen sowie die Vororte Dolberg und Vorhelm, neun in der Gemeinde Sendenhorst, verteilt auf den Ortskern sowie den Vorort Albersloh, sowie sechs in der Gemeinde Drensteinfurt, verteilt auf den Ortskern sowie die Vororte Rinkerode und Walstedde.

Abbildung 1: Standorte von Hausarztpraxen in den Gemeinden Ahlen, Drensteinfurt und Sendenhorst



Quelle: IGES auf Basis der Arztsuche der KVWL und eigenen Recherchen

Krankenhauskapazitäten

Krankenhauskapazitäten haben für die hausärztliche Versorgung im Allgemeinen nur eine untergeordnete Bedeutung. Allerdings gibt es Berührungspunkte, z. B. im Zusammenhang mit an Krankenhäusern betriebenen Notdienstpraxen. Die Krankenhauskapazitäten in der Stadt Ahlen werden daher für den Kontext der hausärztlichen Versorgung an dieser Stelle ergänzend kurz dargestellt.

Die Stadt Ahlen verfügt darüber hinaus mit dem St. Franziskus Krankenhaus über Krankenhauskapazitäten der Grundversorgung. Das St. Franziskus Krankenhaus ist ein Allgemeinkrankenhaus, das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen wurde (Plankrankenhaus). Es verfügte am Ende des Jahres 2020 über insgesamt 260 Betten, davon standen 94 in einer Fachabteilung der Inneren Medizin, 65 in einer Fachabteilung der Allgemeinen Chirurgie, 36 in einer

Fachabteilung der Allgemeinen Chirurgie, 30 in einer Pädiatrie, 29 in einer Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie 9 in einer Fachabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (G-BA, 2022, und destatis, 2021).

Das St. Franziskus Krankenhaus verfügt über eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) für die Ersteinschätzung von Notfällen. Es nimmt auf der Stufe 1 (Basisnotfallversorgung) des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) teil.

Das Krankenhaus verfügt zudem über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung direkt am St. Franziskus Krankenhaus eingerichtet wurde und in die Notaufnahme integriert ist. Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden (vgl. § 75 Abs. 1b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V).

Das St. Franziskus Krankenhaus befindet sich im Zentrum der Stadt Ahlen und ist unmittelbar an das Netz des öffentlichen Personennahverkehrs angebunden.

3. Perspektive der Leistungserbringer vor Ort und des ärztlichen Nachwuchses

Die Perspektive der Leistungserbringer auf die Situation und die Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in Ahlen wurde in zweierlei Hinsicht betrachtet. Zum einen wurde die Sicht des ärztlichen Nachwuchses betrachtet und herausgestellt, welche Präferenzen Nachwuchsärzte oder Nachwuchsärztinnen im Allgemeinen für ihre Berufsausübung haben, und zum anderen wurde die Perspektive der gegenwärtig in Ahlen praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen erhoben.

3.1 Faktoren der Niederlassung aus Sicht des Nachwuchses

Ergebnisse von Umfragen unter Medizinstudierenden belegen, dass die hausärztliche Tätigkeit zwar seit ein paar Jahren wieder beliebter wird, allerdings weiterhin von den meisten Nachwuchsärzten und Nachwuchsärztinnen eher nicht angestrebt wird.⁶

Am wichtigsten für die Berufsausübung sind dem ärztlichen Nachwuchs demnach

- ◆ die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und
- ◆ geregelte, aber auch flexible Arbeitszeiten (zunehmender Wunsch nach Anstellung und Teilzeitarbeit).

⁶ Vgl. zum Beispiel Hartmannbund (2021), KBV (2019), Zwierlein et al. (2020), van den Bussche et al. (2019) oder Küpper & Mettenberger (2018).

Gegen die Niederlassung in einer eigenen Praxis werden oft angeführt

- ◆ ein hoher bürokratischer Aufwand und
- ◆ hohe finanzielle Risiken (u.a. Regressforderungen).

Faktoren, die für eine Niederlassung sprechen, sind aus Sicht der Nachwuchsärzte und Nachwuchsärztinnen

- ◆ ein gegenüber der Anstellung im MVZ geringerer Profitdruck und
- ◆ gegenüber dem Klinikalltag bessere Arbeitsbedingungen (familienfreundlichere bzw. flexiblere Arbeitszeiten und weniger Schichtdienstbelastung).

3.2 Befragung der Hausärzte und Hausärztinnen in Ahlen

Um die Perspektive der Leistungserbringer aus der Region zu erheben, wurden für das vorliegende Gutachten Telefoninterviews mit fünf⁷ gegenwärtig in Ahlen praktizierenden Hausärzten und Hausärztinnen geführt. Die Gespräche hatten jeweils eine Länge von 30 bis 60 Minuten. Die Gesprächsinhalte wurden entlang folgender Fragestellungen orientiert:

- ◆ Wie gestalten sich die Faktoren, die vom ärztlichen Nachwuchs an erster Stelle genannt werden (s. o.) aus Ihrer Sicht für den Standort Ahlen?
- ◆ Was sind die Probleme bzw. Herausforderungen, die mit genannten Faktoren verbunden sind?
- ◆ Welche Parameter der Rahmenbedingungen müssten sich ändern, um die hausärztliche Versorgung in Ahlen nachhaltig zu sichern?
- ◆ Wie gestaltet sich die Arbeitssituation für Sie in Ihrer Praxis und die Versorgungssituation Ihrer Patienten?

Die wesentlichen Ergebnisse der Gespräche mit den Hausärzten und Hausärztinnen sind die folgenden:

- ◆ Das Aufkommen an Patienten in den Praxen der Hausärzte und Hausärztinnen in Ahlen ist generell sehr hoch und in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Das hat unter anderem damit zu tun, dass in dieser Zeit mehrere größere Hausarztpraxen geschlossen wurden und keine neuen öffneten. Alle befragten Hausärzte und Hausärztinnen konnten sich nicht über einen Mangel an Patienten beklagen. Mitunter beklagten einige, dass sie zeitweise so viele Patienten behandeln, dass sie mehr arbeiten als sie eigentlich gerne würden.
- ◆ Aus finanziellen Gesichtspunkten ist damit die Arbeit in der Niederlassung als Hausarzt und Hausärztin in Ahlen durchaus attraktiv, gaben die Befragten an. Die meisten der Hausarztpraxen, die aktuell in Ahlen am Netz sind,

⁷ Ein weiteres Gespräch war geplant, konnte allerdings aufgrund fehlender Vakanzen ärztlicherseits nicht stattfinden.

wiesen eine überdurchschnittlich hohe Scheinzahl auf. Das heißt, der hausärztliche Nachwuchs kann in Ahlen generell mit einer hinreichend großen Anzahl an Behandlungsscheinen rechnen.

- ◆ Dennoch wurden mitunter finanzielle Risiken angeführt, die mit der Entscheidung zur Niederlassung im Allgemeinen verbunden seien und bei denen man sich mehr Unterstützung von der KVWL oder der Kommunalpolitik wünscht (Umsatzgarantien, Darlehen für Immobilienkauf, Umzugskostenübernahme etc.). Weitere Angaben zur Ausgestaltung und zum finanziellen Umfang solcher Förderprogramme machten die Hausärzte und Hausärztinnen nicht.
 - ◆ Fördermaßnahmen der KVWL wurden von einigen Hausärzten und Hausärztinnen als generell relativ wirksam eingeschätzt. Allerdings sei das Problem in Bezug auf finanzielle Förderung bei Niederlassung, dass Ahlen gegenwärtig nicht im Fördergebiet der KVWL liegt und damit seitens der KVWL keine Fördermaßnahmen für die hausärztliche Versorgung speziell in Ahlen vorgesehen sind.
 - ◆ In diesem Zusammenhang schwierig wird gesehen, dass das Fördergebiet der KVWL nicht nur Ahlen ausschließt, sondern zudem in unmittelbarer Nachbarschaft von Ahlen beginnt. Bspw. liegt die nahe Gemeinde Oelde bereits im Fördergebiet, und es schließen sich unmittelbar weitere Gemeinden im benachbarten Regierungsbezirk Detmold an, die durch die KVWL gefördert werden (Herzebrock-Clarholz, Rheda-Wiedenbrück, Langenberg). Auch im Regierungsbezirk Arnsberg gibt es nahegelegene Gemeinden im KVWL-Förderverzeichnis (Werl, Erwitte). Durch diese regionale Struktur der KVWL-Förderung entsteht für Ahlen zusätzlicher Standortwettbewerb.
 - ◆ Zusätzliche bürokratische Anforderungen belasten die Hausärzte und Hausärztinnen zudem und „verunglimpfende“ Äußerungen aus der Bundes- und Landespolitik würden ihr Übriges tun, die Motivation der Hausärzteschaft nicht gerade zu steigern.
 - ◆ Mitunter wurde angeführt, dass es schwierig sei, Hausärzte und Hausärztinnen für eine Anstellung in einer Praxis zu finden, da oft die Gehaltsvorstellungen der Kandidaten zu hoch lägen. Wenn versucht werde, Ärzte und Ärztinnen aus Krankenhäusern in den niedergelassenen Bereich abzuwerben, müssten in der Regel Gehälter weit oberhalb der Vergütung im Krankenhaus angeboten werden. Solche Gehälter seien mitunter mit den wirtschaftlichen Bedingungen einer Einzelpraxis durchschnittlicher Größe schwer vereinbar bzw. bergen erhebliche finanzielle Risiken.
 - ◆ Vereinzelt wurde auch darauf hingewiesen, dass sich nicht nur kaum Hausärzte und Hausärztinnen für die Niederlassung in Ahlen gewinnen ließen, sondern darüber hinaus es auch schwierig sei, nicht-ärztliches Personal für den Praxisbetrieb (v.a. MFAs) in Ahlen zu finden. In Bezug auf
-

nicht-ärztliches Personal gelte dies gleichermaßen auch für andere, mitunter beliebtere Regionen, wie beispielsweise den Raum Münster.

- ◆ Die befragten Hausärzte und Hausärztinnen gaben an, sich für den Standort Ahlen entschieden zu haben, weil sie entweder in der Region aufgewachsen und somit verbunden sind oder weil damals kaum alternative Standorte mit freien Kassensitzen zur Verfügung standen, die bezahlbar waren. Sie denken überwiegend, dass für den heutigen hausärztlichen Nachwuchs Ahlen als Standort für die Niederlassung seltener in Betracht gezogen wird. Heutzutage hätte man eine Wahlmöglichkeit des Standorts, die die Befragten selbst damals nicht hatten, und es stünden heute viele attraktivere Standorte zur Auswahl.
 - ◆ Für den hausärztlichen Nachwuchs dürfte, so die Befragten, Ahlen als Standort für die Niederlassung weniger attraktiv sein als andere Standorte, auch in der Region (v. a. Ruhrgebiet, Münster). Dafür wurden mehrere Gründe angeführt:
 - Mangel an kulturellen Angeboten
 - Mangel an familienfreundlichen Angeboten
 - in der Ahlener Innenstadt wenige attraktive Angebote zum Einkaufen
 - für Kinder im Stadtgebiet Ahlen zu wenige attraktive Angebote außerhalb des schulischen Kontextes
 - schwierige soziokulturelle Strukturen der Bevölkerung in Ahlen: hoher Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund, mit niedrigen Einkommen und Kaufkraft, mit unterdurchschnittlichem Bildungsniveau; diese Bevölkerungsgruppen wiederum seien für die hausärztliche Tätigkeit weniger „lukrativ“, da sich für sie seltener privatärztliche Leistungen erbringen lassen.
 - Jugendliche wollten oft die Stadt verlassen, weil sie dort nichts hält.
 - ◆ Erschwerend für Ahlen hinzu käme im Standortwettbewerb, dass in attraktiveren Regionen, wie beispielsweise Münster, ebenfalls freie hausärztliche Sitze zur Besetzung verfügbar sind, die vom Nachwuchs vermutlich vorgezogen werden.
 - ◆ Ein mögliches Modell könnte sein, dass Hausärzte und Hausärztinnen in einer Praxis in Ahlen tätig sind und ihren Wohnort in einer anderen, nahegelegenen Stadt, zum Beispiel Münster, haben. Dieses Modell schätzten die befragten Hausärzte und Hausärztinnen unterschiedlich ein.
 - Vereinzelt meinten Hausärzte und Hausärztinnen, das sei nicht realistisch umzusetzen, z. B. in Bezug auf Hausbesuche und Patienten mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf; dafür muss man sehr nah am Praxisstandort wohnen.
-

- Die Mehrheit der befragten Hausärzte und Hausärztinnen allerdings meint, das sei sehr wohl ein vorstellbares Modell, wenn die Entfernung zwischen Wohn- und Praxisort nicht zu groß ist (Münster und Teile des Ruhrgebiets seien noch gut erreichbar). Vereinzelt sei bereits von Kollegen und Kolleginnen bekannt, dass das Modell mit Wohnsitz in Münster und Praxisstandort in der Region Ahlen praktiziert werde. Ebenfalls vereinzelt wurde auch aus der eigenen Perspektive bzw. der Vorstellungen der eigenen Kinder geäußert, dass eine örtliche Trennung von Wohn- und Arbeitsort für Ärzte und Ärztinnen sehr attraktiv sein kann. Patienten mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf könnten sehr gut über das lokale Palliativnetzwerk versorgt werden. Mit diesem Palliativnetzwerk hätten die Hausärzte und Hausärztinnen vereinzelt bereits gute Erfahrungen gemacht. Eventuell könnte es Einschränkungen in Bezug auf Hausbesuche und die Beteiligung am Notdienst geben, wenn dieses Arbeitsmodell praktiziert wird, dies müsse im Einzelfall abgewogen werden.
 - ♦ Vereinzelt wurden kooperative Strukturen als ein weiteres Modell vorgeschlagen und zwar konkret, dass zwei Hausärzte im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis ein „Job-Sharing“-Modell umsetzen. Ein solches Modell sei für den Standort Ahlen gut umsetzbar, da der Standort finanziell hinreichend Potenzial habe, das sich auch für ein „Job-Sharing“ rentieren würde.
 - ♦ Ein kommunales MVZ, durch die Stadt gegründet und betrieben, wurde als Ansatz für Ahlen von den Hausärzten und Hausärztinnen ebenfalls unterschiedlich eingeschätzt:
 - Zum Teil sind die Hausärzte und Hausärztinnen der Auffassung, dass MVZen oft keine optimalen Bedingungen für die hausärztliche Tätigkeit bieten (wirtschaftlicher Druck in der Anstellung schränkt zu sehr die ärztliche Tätigkeit ein). Auch könne es schwierig sein, für bestimmte Arbeitszeiten Hausärzte und Hausärztinnen in Anstellung zu finden, die bspw. aufgrund von familiären Verpflichtungen konkrete Vorstellungen für ihre Arbeitszeit haben. Zudem werde in Bezug auf MVZ oft eine hohe Fluktuation bei den angestellten Hausärzten sowie oft wechselnde Arzt-Patienten-Beziehungen wegen einer Vielzahl von angestellten Ärzten und Ärztinnen beobachtet, für die vermutlich viele Patienten, die langfristige Arzt-Patienten-Beziehungen bevorzugen, dauerhaft nicht zu gewinnen seien.
 - Zum Teil sind die Hausärzte und Hausärztinnen dahingehend unschlüssig und können sich zumindest vorstellen, dass ein MVZ in kommunaler Hand vor allen dann gut funktionieren könnte, wenn damit die Möglichkeit verbunden wäre, dass die Ärzte und Ärztinnen zu einem Großteil von Verwaltungsaufgaben entbunden werden könnten.
-

- ◆ Vereinzelt wurde vorgeschlagen, dass die Zusammenarbeit mit den medizinischen Hochschulen in der Region gestärkt wird dahingehend, dass vermehrt Medizinstudierende einen Teil ihrer Ausbildung in einer hausärztlichen Praxis in Ahlen verbringen, um sie mit dem Standort vertraut zu machen und ihnen seine Vorteile aufzuzeigen. Zum Teil waren die befragten Hausärzte und Hausärztinnen allerdings auch der Auffassung, dass dieser Ansatz wohl eher wenig erfolgreich sein dürfte.
- ◆ Die Hausärzte und Hausärztinnen in Ahlen wünschen sich darüber hinaus:
 - dass in Rahmen der Bedarfsplanung der KVWL neben der Anzahl verstärkt auch die Altersverteilung der praktizierenden Hausärzte berücksichtigt wird – insbesondere bei einer derart prekären Altersstruktur wie in Ahlen.
 - die Aufnahme von Ahlen in das Förderverzeichnis der KVWL und damit ein breites Spektrum an Fördermaßnahmen, u.a. finanzielle.
 - Fördermaßnahmen der hausärztlichen Versorgung durch die Stadt (z. B. im Rahmen der Wirtschaftsförderung).
 - eine „höhere Wertschätzung“ durch die Politik (weniger auf die kommunalpolitische Ebene, eher auf die landes- und bundespolitische Ebene bezogen).
 - dass auch die Jugendlichen/Abiturienten in Ahlen befragt werden, was aus ihrer Sicht in Ahlen verändert werden müsste, damit sie bleiben würden.

4. Ableitung des Handlungsbedarfs

Auf der einen Seite dürfte der hausärztliche Versorgungsbedarf in der Stadt Ahlen gegenwärtig im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt und dem Regierungsbezirk etwas erhöht ausfallen. Zudem ist aufgrund der demografischen Entwicklung davon auszugehen, dass der hausärztliche Versorgungsbedarf in der Stadt Ahlen in den kommenden zehn Jahren gegenüber dem gegenwärtigen Bedarf zunehmen wird, was allerdings auch in anderen Regionen der Fall sein wird.

Zur Deckung des Behandlungsbedarfs stehen auf der anderen Seite hausärztliche Versorgungskapazitäten zur Verfügung, die bereits gegenwärtig in hohem Maße ausgelastet sein dürften und deren Entwicklung eher in Richtung eines Rückgangs der Kapazitäten deutet. Bereits seit längerem bleiben Hausarztsitze im Planungsbereich Ahlen unbesetzt. Die Anzahl der hausärztlichen Niederlassungsmöglichkeiten ist zuletzt im Zuge des Auslaufs einer Regelung der Bedarfsplanung noch einmal stark angestiegen, d. h. es gibt mittlerweile zusätzlich Sitze zu besetzen. Die Hausärzteschaft in Ahlen ist zudem überdurchschnittlich alt. Knapp ein Viertel der Hausärzte und Hausärztinnen dürfte in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen, während das in Westfalen-Lippe durchschnittlich nur auf knapp ein Fünftel zutrifft.

Die praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen berichten von einer gegenwärtig sehr hohen Auslastung ihrer Kapazitäten und erheblichen Schwierigkeiten, entlastendes Personal – auch nicht-ärztliches – zur Anstellung oder eine Nachfolge für ihre Praxen zu finden. Obwohl die wirtschaftlichen Aussichten der Hausarztpraxen in der Stadt Ahlen mit hohen Patientenzahlen gut sind, scheinen die Rahmenbedingungen der Niederlassung in Ahlen für den ärztlichen Nachwuchs nicht hinreichend attraktiv zu sein. Der Versuch, Hausärzte und Hausärztinnen für eine Anstellung im Rahmen eines privatwirtschaftlich betriebenen MVZ in Ahlen zu gewinnen, hat offenbar nur vorübergehend funktioniert. Auch hier kam es letztlich zur Abwanderung der Hausärzte und Hausärztinnen ohne erfolgreiche Nachbesetzung.

Einem zunehmenden hausärztlichen Versorgungsbedarf stehen also hoch ausgelastete hausärztliche Versorgungskapazitäten gegenüber, bei denen sich für die kommenden Jahre eher weitere Vakanzen abzeichnen, deren Besetzung eine Herausforderung darzustellen scheint. Um das hausärztliche Versorgungsniveau auch zukünftig aufrechterhalten zu können, lässt sich ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf ableiten, für den im Folgenden Handlungsoptionen dargestellt werden.

5. Darstellung der Handlungsoptionen

Die Handlungsoptionen zur Begegnung eines zunehmenden medizinischen Versorgungsbedarfs in Anbetracht knapper hausärztlicher Versorgungskapazitäten, die der Kommunalpolitik zumindest grundsätzlich zur Verfügung stehen, werden im Folgenden dargestellt. Einige der dargestellten Optionen sind für die Kommunalpolitik in Ahlen derzeit tatsächlich nur eingeschränkt oder überhaupt nicht verfügbar; sie werden hier der Vollständigkeit halber dennoch aufgeführt.

Die Darstellung ist gegliedert nach

- ◆ verfügbaren Förderprogrammen (Abschnitt 5.1), deren Inanspruchnahme durch die Kommune unterstützt werden könnte,
- ◆ der Errichtung und dem Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) durch die Kommune selbst (Abschnitt 5.2) und
- ◆ weiteren Optionen (Abschnitt 5.3).

5.1 Programme zur Förderung der Niederlassung

Dargestellt werden Programme bzw. Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung im hausärztlichen Bereich, die die Kassenärztliche Vereinigung (Abschnitt 5.1.1), das Land (Abschnitt 5.1.2) sowie die Kreise und Gemeinden in Westfalen-Lippe (Abschnitt 5.1.3) anbieten.

Die Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung sind für die Kommunalpolitik in Ahlen derzeit nicht verfügbar, da der Mittelbereich Ahlen nicht in den Kreis der förderfähigen Regionen fällt, wie im Folgenden erläutert wird. Die Bedingungen, die an die Maßnahmen des Landes geknüpft sind, erfüllt die Stadt Ahlen zum Teil

auch nicht. Die Förderprogramme aus anderen Kreisen und Gemeinden sind für die Stadt Ahlen ebenfalls nicht unmittelbar verfügbar. Sie werden hier dargestellt, um aufzuzeigen, welche Maßnahmen andere Regionen umsetzen.

5.1.1 Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags ein Förderverzeichnis von Regionen mit dringendem Versorgungsbedarf nach § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V erstellt. In diesen Regionen können Hausärzte und Hausärztinnen Anträge auf Fördermaßnahmen aus Finanzmitteln des Strukturfonds für die Übernahme eines Versorgungsauftrags stellen (KVWL, 2022). In diesem Förderverzeichnis ausgewiesen werden Regionen, sofern für einen Standort, einen Planungsbereich oder einen Teil eines Planungsbereichs in der Region ein „dringender Versorgungsbedarf“ besteht. Gemessen wird der dringende Versorgungsbedarf an dem sogenannten Versorgungsgrad unter besonderer Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzteschaft. Es besteht ein dringender Versorgungsbedarf, wenn gegenwärtig Unterversorgung herrscht (hausärztlicher Versorgungsgrad geringer als 75 %), eine Unterversorgung droht (aufgrund einer ungünstigen Altersstruktur der Ärzteschaft) oder darüber hinaus aufgrund regionaler Besonderheiten ein ungedeckter Versorgungsbedarf besteht.

Die Fördertatbestände und -voraussetzungen werden im Einzelnen in der Sicherstellungsrichtlinie „Grundsätze über besondere Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe“ vom 01.01.2021 (KVWL, 2021) festgehalten.

Gefördert wird demnach grundsätzlich die Übernahme eines vollen bzw. teilzeitigen Versorgungsauftrages in Form einer Zulassung bzw. Anstellung oder auch die Einrichtung einer Zweigpraxis. Fördermaßnahmen umfassen Praxisdarlehen, Umsatzgarantien, Kostenzuschüsse, eine Förderung zur Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten und Zuschüsse zum Aufbau innovativer Versorgungsmodelle.

Die Stadt Ahlen ist in diesem Förderverzeichnis für die hausärztliche Versorgung gegenwärtig nicht aufgeführt, ebenfalls keine Region in der unmittelbaren Umgebung. Allerdings liegen die nächsten Fördergebiete nicht weit entfernt, beginnend ostwärts von Ahlen gelegen mit der Gemeinde Oelde als eine der wenigen Gemeinden im Regierungsbezirk Münster mit Förderung durch die KVWL. In den Regierungsbezirken Detmold und Arnsberg befinden sich gegenwärtig wesentlich mehr Gemeinden im Fördergebiet der KVWL.

Darüber hinaus fördert die KVWL grundsätzlich die Weiterbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA), beteiligt sich an den Investitionskosten bei der Errichtung von Lehrpraxen und unterstützt Medizinstudierende und junge Ärzte und Ärztinnen in Westfalen-Lippe im Rahmen der Nachwuchskampagne „Praxisstart“ (KVWL, 2017).

Über die Förderung von regionalen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung hinaus können sich die Kassenärztlichen Vereinigungen im Allgemeinen auch unmittelbar durch den Betrieb von oder die Beteiligung an Eigeneinrichtungen an der Versorgung beteiligen (KV-Eigeneinrichtungen). Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. Für den Fall, dass der Landesausschuss eine Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen sogar zu einem Betrieb von Eigeneinrichtungen gesetzlich verpflichtet (§ 105 Abs. 1c SGB V). Ein aktuelles Beispiel findet sich bei der KV Bayerns, die plant, in Wunsiedel im Fichtelgebirge im Juli 2022 eine Hautarztpraxis in Form einer Eigeneinrichtung zu gründen. Damit soll die dermatologische Versorgung in der Region gesichert werden. In der Hautarztpraxis stellt die KV Bayerns einen Dermatologen an, der die Möglichkeit bekommt, zu einem späteren Zeitpunkt die Praxis zu übernehmen.

5.1.2 Förderprogramme des Landes

Das Land NRW fördert im Rahmen des Hausarzt-Aktionsprogramms (HAP) Niederlassungen und Anstellungen von Hausärzten und Hausärztinnen sowie Errichtungen und Übernahmen von Zweigpraxen in ländlichen Regionen. Förderfähig sind Kommunen mit bis zu 25.000 Einwohnern oder – wenn die Altersstruktur der Ärzteschaft besonders ungünstig ist – bis zu 40.000 Einwohnern (MAGS, 2022). In diesen Regionen können aus Landesmitteln bis zu 60.000 € Fördermittel bei vorliegendem Fördertatbestand gezahlt werden. Im Rahmen des HAP werden darüber hinaus die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten in der Praxisphase, der Erwerb von Zusatzqualifikationen durch nicht-ärztliches Praxispersonal und die Errichtung von Lehrpraxen gefördert. Die Stadt Ahlen erfüllt mit rund 53.000 Einwohnern die Bedingungen dieser Förderung nicht.

Nordrhein-Westfalen hat zum Wintersemester 2019/2020 als erstes Bundesland eine „Landarztquote“ für das Medizinstudium eingeführt („Medizinstudium 2020“). Wer sich vertraglich verpflichtet, zehn Jahre als Hausarzt in einer unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Region zu arbeiten, kann sich seitdem auf einen der etwa 170 bis 200 Studienplätze (rund 8 % aller Studienplätze in NRW) bewerben. Die neue Landesregierung hat im Frühsommer 2022 beschlossen, sowohl das HAP fortzuführen, als auch die Anzahl der Medizinstudienplätze um 20 % zu erhöhen und die Landarztquote auszubauen.

Da im Mittelbereich Ahlen gegenwärtig weder eine hausärztliche Unterversorgung vorliegt noch eine droht, werden dort auch die Bedingungen dieser Förderung nicht erfüllt.

Im Rahmen eines Verbundprojekts, gefördert über fünf Jahre durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), wurde am Centrum für Allgemein-

medizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ein hausärztliches Forschungspraxennetz (HAFO NRW) ins Leben gerufen.⁸ Ziel des Projekts sind die Stärkung der allgemeinmedizinischen Forschung und der nachhaltige Aufbau einer hausärztlichen Forschungsinfrastruktur an insgesamt acht beteiligten Universitätsstandorten in NRW.

5.1.3 Maßnahmen der Kreise und Gemeinden in der Region

Darüber hinaus gibt es Maßnahmen zur Gewinnung von Hausärzten und Hausärztinnen für die Niederlassung auf Ebene der Kreise und Gemeinden. Im Folgenden wird eine Auswahl solcher Maßnahmen für Regionen in der größeren Umgebung der Stadt Ahlen in den Blick genommen, die bereits in der Umsetzung sind bzw. demnächst starten sollen.

So ist beispielsweise im Kreis Herford im Frühjahr 2022 ein Programm zur Gewinnung von Hausärzten und Hausärztinnen gestartet („Praxismacher“)⁹, in dessen Rahmen niederlassungswillige Nachwuchsärzte zunächst für 12 Monate in den laufenden Betrieb bestehender Hausarztpraxen im Kreis Herford „hinein schnuppern“ können, bei Bedarf auch in zwei verschiedene Hausarztpraxen. Der Kreis Herford unterstützt Kandidaten darüber hinaus bei einem Umzug in die Region und finanziert ihnen ein Jobticket für den ÖPNV.

Im Landkreis Borken und Nachbarkreisen wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Gewinnung von Hausärzten und Hausärztinnen umgesetzt. So wurden zum Beispiel in Gronau zwei Hausarztpraxen von der Universität Münster als Lehrpraxis ausgewählt.¹⁰ Medizinstudierende können auf diesem Wege bereits während des Studiums Einblicke in den Praxisalltag in dieser Region gewinnen und für sich feststellen, ob diese Arbeitsumgebung später für sie in Frage kommt.

Die Stadt Verl im Kreis Gütersloh fördert die Ansiedlung von Ärzten in der Stadt Verlauf Grundlage einer Richtlinie. Diese Richtlinie war zunächst befristet bis 31.12.2020, wurde aber vor kurzem verlängert.¹¹ Gefördert werden die Niederlassung, Anstellung und Praxisübernahme u. a. im hausärztlichen Bereich, sofern sich die Ärzte verpflichten, für mindestens zehn Jahre in Verl zu praktizieren. Seit dem Jahr 2016 wurden in diesem Rahmen acht Mediziner gefördert.

⁸ Vgl. <https://www.medicin.uni-muenster.de/cam/forschung/hafonrw.html>. Abruf: 05.07.2022.

⁹ Vgl. <https://www.kvwl.de/hausarzttherford>. Abruf: 05.07.2022.

¹⁰ Vgl. <https://www.wn.de/Muensterland/Kreis-Borken/Gronau/3281037-Aerztemangel-Kein-Patentrezept-aber-Loesungsansatze-Dem-Nachwuchs-die-Angst-nehmen>. Abruf: 05.07.2022.

¹¹ Vgl. https://www.verl.de/fileadmin/user_upload/Formulare/103790.pdf und https://www.nw.de/lokal/kreis_guetersloh/verl/23179779_Verl-stellt-weiteres-Geld-zur-Verfuegung-damit-Aerzte-sich-ansiedeln-koennen.html. Abruf 05.07.2022

Der Kreis Soest fördert die Niederlassung im hausärztlichen Bereich im Rahmen seiner Wirtschaftsförderung, welche durch die Wirtschaftsförderung Kreis Soest GmbH (wfg) umgesetzt wird. Neben dem individuellen Aufzeigen von Niederlassungsoptionen und der Kontaktaufnahme mit Hausarztpraxen werden angehende Hausärzte und Hausärztinnen auch bei der Fördermittelbeantragung und dem bürokratischen Ablauf der Niederlassung unterstützt. Seit dem Jahr 2017 wurden nach eigenen Angaben 24 Hausärzte für den Kreis Soest gewonnen.

Der Kreis Steinfurt hat ein Stipendienprogramm für Medizinstudierende eingerichtet und finanzielle Mittel in den Haushalt eingestellt, mit denen die Niederlassung in ausgewählten Gemeinden mit den größten drohenden Versorgungslücken gefördert werden soll.¹²

Das „Grafschafter Ärztenetz“ in der Grafschaft Bentheim bietet Medizinstudenten im Rahmen der Aktion „raus auf`s Land“ die Möglichkeit, den Praxisalltag in einer Landarztpraxis im Rahmen einer interaktiven und praxisorientierten Fortbildungsveranstaltung kennen zu lernen und unterstützt bei der Niederlassung (Praxisplanung, Mitarbeitersuche, Wohnungssuche, KiTa- und Schulanfragen).¹³

Der Landkreis Osnabrück hat die Förderung der Niederlassung im hausärztlichen Bereich mit der Förderung durch die KVWL koordiniert. Dazu wurde eine Förderrichtlinie beschlossen.¹⁴ Grundsätzlich fördert der Landkreis Osnabrück Niederlassungen von Hausarztpraxen, Gründung von Zweigpraxen, Anstellungen von Ärzten und Ärztinnen und Weiterbildungsassistenten, Famulaturen (Praktika) für Medizinstudierende und die Absolvierung eines Wahltertials im Praktischen Jahr (PJ). Gefördert werden kann auch die Weiterbildung zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) oder zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa).

Im Kreis Warendorf gibt es die Initiative „Zukunft der ärztlichen Versorgung im Kreis Warendorf“ mit Vertretern von regionalen Kliniken, der Praxisnetze der Ärzteschaft, dem Ärzteverein Warendorf, der Landesärztekammer, der KVWL und des Gesundheitsamts des Kreises, die u. a. eine Informationsstelle für Medizinstudierende eingerichtet und Kontakt zu Studierenden, die einen Bezug zu der Region haben, aufgenommen hat.¹⁵ Das Ziel dieser Initiative ist, frühzeitig mit Medizinstudierenden sowie jungen Ärzten, die einen Bezug zur Region haben, in Kontakt zu treten und sie von der Tätigkeit als Hausarzt in der Region zu überzeugen. Dies soll

¹² Vgl. https://www.kreis-steinfurt.de/kv_steinfurt/Kreisverwaltung/%C3%84mter/Gesundheitsamt/Medizinstipendium/#:~:text=Ab%20dem%20Wintersemester%202018%20bietet,von%20bis%20zu%20500%20EURO. Abruf: 05.07.2022

¹³ Vgl. <https://www.aerztenetz-grafschaft.de/studenten/raus-aufs-land.html>. Abruf: 05.07.2022

¹⁴ Vgl. https://www.landkreis-osnabrueck.de/sites/default/files/2020-02/2020-01-13_foerderrichtlinie_medizinische_versorgung.pdf. Abruf: 05.07.2022

¹⁵ Vgl. <https://www.kreis-warendorf.de/unsere-themen/gesundheit/gesundheitsplanung/initiative-zukunft-der-aerztlichen-versorgung-im-kreis-warendorf-will-medizinstudierende-fuer-hausarztberuf-begeistern>. Abruf: 05.07.2022

über einen regelmäßigen Austausch mit den Medizinstudierenden in Form eines E-Mail-Newsletters und gemeinsamer Treffen, bei denen die Studierenden Einblicke in die Versorgungsstrukturen der Region erhalten, geschehen. Als Orientierung für diesen Ansatz diene eine ähnliche Initiative ein paar Jahre zuvor im Kreis Coesfeld.

Diese Beispiele für bereits umgesetzte Maßnahmen aus anderen Regionen zeigen, welche Optionen für die Kommunalpolitik in Ahlen grundsätzlich bestehen, um beispielsweise den Kontakt zum ärztlichen Nachwuchs herzustellen und zu halten, worauf die Initiative auf Ebene des Kreises Warendorf abzielt.

5.2 Errichtung und Betrieb eines MVZ durch Kommunen

In den vergangenen Jahren haben sich in Deutschland vermehrt Kommunen über die Errichtung und/oder den Betrieb von ambulant-kooperativen Versorgungsstrukturen unmittelbar an der hausärztlichen Versorgung beteiligt. Die am weitesten verbreitete Form stellt dabei das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) dar. Diese Möglichkeit wird aus der Perspektive der Stadt Ahlen im Folgenden dargestellt, woran anschließend in Abschnitt 6 eine kritische Bewertung vorgenommen wird und die mit dieser Option verbundenen Einschränkungen erläutert werden.

Der Gesetzgeber unterscheidet in diesem Kontext zwei alternative Fälle:

1. den Betrieb einer ambulant-kooperativen Versorgungsstruktur als kommunale Eigeneinrichtung in begründeten Ausnahmefällen nach § 105 Abs. 5 SGB V, für den die Zustimmung des Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Voraussetzung ist,¹⁶ und
2. die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums durch eine Kommune („kommunales MVZ“) nach § 95 Abs. 1a SGB V.

Als Betreiber einer kommunalen Eigeneinrichtung kommen Kommunen bereits seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) am 01.01.2012 in Betracht. Wobei kommunale Eigeneinrichtungen nach § 105 SGB V keine MVZ im engeren Sinne darstellen. Den zweiten Fall hat der Gesetzgeber erst zweieinhalb Jahre später vorgesehen. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) am 23.07.2015 wurde der Kreis der Gründungsberechtigten von medizinischen Versorgungszentren um die Kommunen erweitert. Seitdem können Kommunen somit nicht nur über den Betrieb kommunaler Eigeneinrichtungen an der Versorgung teilnehmen, sondern nun zudem auch selbst kommunale MVZ gründen.

¹⁶ Ein begründeter Ausnahmefall kann gemäß § 105 Abs. 5 SGB V insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten und Ärztinnen, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen.

Rechtsform und Haftung

Mit der Aufnahme der Kommunen in den Kreis der Gründungsberechtigten von MVZ im Jahr 2015 (GKV-VSG) wurde ebenfalls das Spektrum der dafür möglichen Rechtsformen erweitert. Während zuvor lediglich die privatrechtlichen Rechtsformen einer Personengesellschaft (PG), einer eingetragenen Genossenschaft (eG) oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), ggf. gemeinnützig (gGmbH), für eine MVZ-Gründung in Betracht kamen, sind seit dem GKV-VSG auch öffentlich-rechtliche Rechtsformen möglich (§ 95 Abs. 1a SGB V).

Als öffentlich-rechtliche Rechtsformen kommen seitdem Eigenbetriebe (eine Organisationsform eines kommunalen Unternehmens mit eigenen Organen) und Regiebetriebe (unmittelbarer Teil der öffentlichen Verwaltung ohne eigene Organe) in Frage, darüber hinaus kommunale Anstalten (Kommunalunternehmen) sowie Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Bei der Rechtsform des Eigenbetriebs oder des Regiebetriebs entfällt die Haftung grundsätzlich auf die Kommune selbst bzw. die innerhalb der Kommune verantwortlichen Personen. Diese sind vollumfänglich für das Unternehmen verantwortlich. Das MVZ hat in diesem Fall keine Rechtsfähigkeit, kann also nicht rechtlich selbstständig handeln. Zudem ist keine gleichrangige Beteiligung von Privatpersonen möglich, Ärzte und Ärztinnen können sich also nicht zusätzlich als Gesellschafter in MVZ einbringen. Aufgrund dieser Einschränkungen werden diese Rechtsformen für kommunale MVZ nur vereinzelt gewählt.

Häufiger kommt im Fall der kommunalen MVZ die Rechtsform der gemeinnützigen GmbH (gGmbH) zur Anwendung. Der Kommune kommt dabei die Verantwortung der Gründungsinitiative, des betriebswirtschaftlichen Controllings und der strategischen Planung zu. Sollte zu einem späteren Zeitpunkt nach Inbetriebnahme des MVZ ein Trägerwechsel angestrebt werden, ist dieser im Fall der gGmbH vergleichsweise aufwandsarm umzusetzen.

Welche Rechtsform aus Sicht der Kommune die am besten geeignete ist, lässt sich nicht generell beantworten, sondern muss im Einzelfall entschieden werden, und diese Entscheidung kann oft nach Aufnahme des MVZ-Betriebs noch einmal anders ausfallen als vor Inbetriebnahme, insofern kann es hilfreich sein, wenn an dieser Stelle eine gewisse Flexibilität gegeben ist.

Trägerschaft

Die Wahl des Trägers sollte ebenfalls gut durchdacht werden. Grundsätzlich ist bei kommunalen MVZ sowie bei kommunalen Eigeneinrichtungen die Kommune der Träger. Damit ist die Kommune zur Gründung eines kommunalen MVZ oder einer kommunalen Eigeneinrichtung berechtigt.

Daraus ergeben sich allerdings potenzielle Konflikte, denn bei Betrieb eines MVZ durch eine Kommune wird grundsätzlich ein Träger benötigt, der sowohl mit dem Kommunalrecht als auch mit dem Sozialrecht vereinbar ist. Beispielsweise ist bei

MVZ-Gründung nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V eine unbegrenzte selbstschuldnerische Bürgschaft¹⁷ notwendig, wohingegen nach Kommunalrecht – je nach Bundesland im Einzelnen etwas unterschiedlich ausgestaltet – grundsätzlich eine Haftungsbeschränkung vorgesehen ist. Daher werden in der Praxis mitunter Konstrukte gewählt, um diese Hürden zu umgehen, beispielsweise die Gründung einer Tochtergesellschaft oder die Übernahme der Haftung durch einzelne Privatpersonen.

Auch in Bezug auf die Trägerschaft ist der Ansatz denkbar, dass die Kommune anfänglich die Trägerschaft übernimmt und zu einem späteren Zeitpunkt nach Aufnahme des Betriebs die Trägerschaft überträgt.

Einbindung von Zulassungen

Vertragsärztliche Zulassungen können auf ein kommunales MVZ übertragen bzw. in ein kommunales MVZ eingebracht werden. Wenn Ärzte ihren Vertragsarztsitz auf ein MVZ übertragen bzw. in ein MVZ einbringen möchten, werden diese Ärzte und Ärztinnen in der Regel in dem MVZ für mindestens drei weitere Jahre (typischerweise in einem Angestelltenverhältnis) ärztlich tätig sein. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass der Vertragsarztsitz nach Ablauf der Frist von drei Jahren durch andere, ggf. jüngere Ärzte besetzt werden darf (§ 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V). Werden die abgebenden Ärzte und Ärztinnen alternativ nicht im MVZ beschäftigt, sondern gehen beispielsweise direkt in den Ruhestand, kann der Vertragsarztsitz nicht beliebig neu besetzt werden, sondern muss durch die Kassenärztliche Vereinigung ausgeschrieben werden.

Im Fall der kommunalen Eigeneinrichtung hingegen ist die Einbringung von Vertragsarztsitzen nicht vorgesehen. In kommunalen Eigeneinrichtungen arbeiten die Ärzte und Ärztinnen ausschließlich in einem Angestelltenverhältnis. Die in einem MVZ tätigen angestellten (Vertrags-)Ärzte müssen in dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen sein (§ 95 Abs. 1 SGB V).

Ambulant-kooperative Versorgungsstrukturen in kommunaler Verantwortung unterliegen aber in Bezug auf die Einbringung von Vertragsarztsitzen im Allgemeinen den gleichen Vorgaben der vertragsärztlichen Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. des Gemeinsamen Bundesausschusses (Bedarfsplanungs-Richtlinie) wie alle Leistungserbringer im vertragsärztlichen Bereich. Das heißt, beim Aufbau ambulant-kooperativer Versorgungsstrukturen sind Kommunen auf bereits vorliegende Zulassungen und deren Verfügbarkeit angewiesen. Ist ein Versorgungsbereich bereits zulassungsbeschränkt, können ggf. keine weiteren Vertragsarztsitze vergeben werden. Kommunen können nicht allein über den Aufbau

¹⁷ Gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V müssen die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben. Dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

ambulant-kooperativer Versorgungsstrukturen zusätzliche Zulassungen generieren. Sie müssen ggf. bereits vergebene Zulassungen in den Betrieb integrieren und sind dabei ggf. auf die Kooperationsbereitschaft einzelner Ärzte angewiesen.

Im Fall des Mittelbereichs Ahlen sind gegenwärtig allerdings zehn Vertragsarztsitze im hausärztlichen Bereich zur Besetzung frei (vgl. Abschnitt 2.2), sie stünden der Kommune grundsätzlich zur Verfügung. In Bezug auf die gegenwärtig noch besetzten Sitze allerdings müsste der Austausch mit den praktizierenden Ärzten und Ärztinnen über ihre Vorstellungen von der Nachfolgeregelung und ggf. auch der KV gesucht werden.

Betriebswirtschaftliche Aspekte

Im Folgenden werden ausgewählte betriebswirtschaftliche Aspekte, die mit der Errichtung bzw. dem Betrieb eines MVZ im Allgemeinen verbunden sind, kurz dargestellt. Sie gelten zunächst grundsätzlich sowohl aus Sicht einer Kommune als Träger als auch für einen privaten Investor.

Der Betrieb eines MVZ kann gegenüber dem einer Einzelpraxis theoretisch mit betriebswirtschaftlichen Vorteilen verbunden sein. Zum einen können kostenseitig Größenvorteile genutzt werden, die über den Effekt sinkender Durchschnittskosten (beispielsweise durch gemeinsame Nutzung von Geräten und Räumen) entstehen. Fixkosten werden auf eine insgesamt größere Behandlungsfallzahl verteilt, als wenn sie den einzelnen Ärzten in Einzelpraxen jeweils entstehen. Zum anderen können leistungsseitig Verbundvorteile entstehen, insbesondere im Fall von fachübergreifenden MVZ, wenn komplexe Krankheitsbilder von Leistungserbringern verschiedener Fachrichtungen simultan behandelt werden können.

Inwiefern diese kosten- und leistungsseitigen Vorteile allerdings tatsächlich entstehen, muss im Einzelfall beurteilt werden. Dafür sind vor Gründung eines MVZ die Betriebsgröße und die leistungsmäßige Ausgestaltung im Rahmen eines Geschäftsplans und der damit verbundene Kapitalbedarf im Rahmen eines Finanzplans zu planen. In diesem Zusammenhang ist eine Wirtschaftlichkeitsanalyse des Geschäftsbetriebs durchzuführen, in der die Ertragskraft sowie die kostenseitigen Risiken abzuschätzen sind. Dabei ist zudem zu entscheiden, welches Leistungsspektrum das MVZ anbieten soll, ausschließlich hausärztlich oder fachübergreifend zusammen mit fachärztlichen Versorgungsbereichen. Im Fall der Stadt Ahlen wäre zunächst zu prüfen, inwiefern derzeit in der Region Bedarf an weiteren Kapazitäten in fachärztlichen Versorgungsbereichen besteht, also konkret offene Vertragsarztsitze für Fachärzte vorliegen, mit denen fachübergreifend ein MVZ zielführend umsetzbar wäre.

Wenn das MVZ tatsächlich die erwähnten Kostenvorteile und Verbundvorteile generieren kann, erfolgt dies in der Regel über eine entsprechende Betriebsgröße als treibender Faktor. MVZ weisen typischerweise – im Vergleich zu einer Einzelpraxis und abhängig von der Anzahl der dort tätigen Ärzte und Ärztinnen – eine um ein Vielfaches höhere Betriebsgröße auf.

Entsprechend der vergleichsweise hohen Betriebsgröße ist bei Gründung eines MVZ im Regelfall ein im Vergleich zur Einzelpraxis größeres Investitionsvolumen notwendig. Höhere Investitionsvolumina sind jedoch grundsätzlich mit größeren unternehmerischen und finanziellen Risiken für den MVZ-Träger verbunden. Entsprechend müssen leistungsseitig höhere Fallzahlen erbracht werden als im Fall einer Einzelpraxis, um kostendeckend zu arbeiten und die Investitionsvolumina zu finanzieren. Inwiefern die höheren Fallzahlen erbracht werden können, ist generell ungewiss und insofern mit betriebswirtschaftlichen Risiken verbunden. Für die verbleibenden Ärzte und Ärztinnen außerhalb des MVZ könnte zudem potenziell eine Konkurrenzsituation um die Patienten entstehen. Dass dabei öffentliche Finanzmittel zum Einsatz kommen würden, die privaten Investitionen der bereits praktizierenden Ärzte und Ärztinnen gegebenenfalls in Konkurrenz treten, ist zudem zu bedenken.

Darüber hinaus sind Aspekte der Praxisorganisation zu planen. Eine ärztliche Leitung und eine kaufmännische Leitung müssen etabliert werden. Es ist sicherzustellen, dass die Entscheidungen der ärztlichen Leitung nicht durch die kaufmännische Leitung beeinflusst werden. Das kann im Rahmen einer Betriebssatzung und ggf. im Rahmen einer betriebsinternen Geschäftsverteilung geregelt werden. Sicherzustellen ist, dass die kaufmännische Leitung das notwendige betriebswirtschaftliche Fachwissen zur Leitung eines MVZ aufweist.

In diesem Zusammenhang sollte zudem geprüft werden, welche betriebswirtschaftlichen Aufgaben sinnvollerweise an externe Dienstleister, die auf solche Aufgaben spezialisiert sind, ausgelagert werden sollten. Zu diesen Aufgabenbereichen gehören typischerweise Verwaltungsaufgaben wie die Personalplanung, das Controlling und die Gehaltsabrechnung.

Im Fall eines kommunalen MVZ ist bei der Beschaffung von Produkten und Dienstleistungen für den Geschäftsbetrieb zudem zu beachten, dass das kommunale MVZ grundsätzlich den gleichen vergaberechtlichen Vorgaben unterliegt wie die Kommune selbst.

Beispiele für MVZ in kommunaler Verantwortung

Im Folgenden werden Beispiele für MVZ in kommunaler Verantwortung dargestellt. Dabei handelt es sich nur eine Auswahl an Beispielen, keine abschließend vollständige Darstellung.

Die bundesweit erste kommunale Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V wurde im Jahr 2015 durch die Gemeinde Büsum im Kreis Dithmarschen in Schleswig-Holstein gegründet. Der Koordinator für die ambulante Versorgung im Kreis Dithmarschen hat damals die Initiative ergriffen und mit der Ärztesgenossenschaft Nord eG (äg Nord) zusammengearbeitet. Die Gemeinde hat dann eine 100 %ige Tochtergesellschaft als gemeinnützige GmbH (Ärztzentrum Büsum gGmbH) gegründet, von der die Gemeinde die alleinige Gesellschafterin ist. Mit dem Management des Ärztzentrums hat die Gemeinde die äg Nord betraut. Die Ärztzentrum Büsum

gGmbH ist Träger der Arztsitze, und die Ärzte haben Anstellungsverhältnisse mit der Ärztezentrum Büsum gGmbH (Böhm & Schönknecht, 2022).

Im Kreis Dithmarschen wurden seitdem weitere kommunale Eigeneinrichtungen bzw. MVZ gegründet, insofern kann der Kreis Dithmarschen als ein Vorreiter gesehen werden im Hinblick auf die kommunale Beteiligung an der Gesundheitsversorgung in Deutschland (Kreis Dithmarschen, 2021). Neben dem MVZ in Büsum gibt es mittlerweile vier weitere Eigeneinrichtungen bzw. kommunale MVZ im Kreis. Eines von diesen ist die kommunale Eigeneinrichtung „Ärztezentrum Lunden“. In Lunden gibt es ein hausärztliches Gesundheitszentrum mit einer Hausarztpraxis, einer Apotheke, einer Zahnarztpraxis, einem Sanitätshaus und einem Pflegedienst. Darüber hinaus gibt es ein kommunales hausärztliches MVZ-Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel. Seit April 2021 arbeiten dort vier Ärzte aus den Fachbereichen Allgemeinmedizin und Innere Medizin zusammen mit 15 Medizinischen Fachangestellten. Die räumliche Nähe zum Krankenhaus eröffnet dem MVZ Kooperationsmöglichkeiten. Zudem gibt es ein kommunales hausärztliches MVZ als Gesundheitszentrum mit zwei Standorten in Erfde und Stapel. Im Gesundheitszentrum Helgoland arbeiten seit dem 01.04.2020 vier Ärzte und vier Praxisangestellte in einer kommunalen Eigeneinrichtung.

Auch in Nordrhein-Westfalen gibt es bereits ein kommunales MVZ. In der Stadt Neuenrade im Märkischen Kreis im Nordwesten des Sauerlands hat zu Beginn des Jahres 2020 ein kommunales MVZ eröffnet. Finanzielle Unterstützung gab es von der KVWL sowie der Bezirksregierung Arnsberg.

Über Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen hinaus gibt es mittlerweile in einigen weiteren Bundesländern kommunale MVZ (Hessen, Bayern, Brandenburg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz). Zur Gesamtzahl der kommunalen MVZ in Deutschland liegen keine aktuellen, verifizierten Daten veröffentlicht vor. Schätzungsweise dürfte es bereits mindestens 20 kommunale MVZ in Deutschland insgesamt geben, möglicherweise einige mehr. Gleichzeitig befinden sich zahlreiche kommunale MVZ bereits in der Planung. Mit ihrer Gründung dürfte in den kommenden Jahren zu rechnen sein.

5.3 Weitere Optionen

Neben der Errichtung und dem Betrieb eines MVZ in kommunaler Verantwortung gibt es aus der Sicht von Kommunen grundsätzlich weitere Optionen zur nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Region. In diesem Abschnitt werden einige dieser Optionen kurz dargestellt.

Privat betriebenes MVZ

Eine Alternative zu einer ambulant-kooperativen Versorgungsstruktur in kommunaler Verantwortung ist ein privat betriebenes MVZ. Ein MVZ kann grundsätzlich – neben Kommunen – von zugelassenen Ärzten und Ärztinnen, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, von anerkannten Praxisnetzen oder von gemeinnützigen Trägern (oft gemeinnützige Stiftungen),

die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden (§ 95 Abs. 1a SGB V). Die Gestaltungsmöglichkeiten der Trägerschaft eines MVZ sind also vielfältig. Am häufigsten haben MVZ einen bzw. mehrere Vertragsärzte oder ein Krankenhaus als Träger.

Eine Vielfalt findet sich im Prinzip auch bei den dahinterstehenden Betreibern. Seit einigen Jahren entwickeln zunehmend (oft ausländische) Kapitalinvestoren ein Geschäftsmodell, das auf diesen Bedingungen aufsetzt und über die Gründung von MVZ auf den Markt der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland ausgerichtet ist. Sie wählen oft das Konstrukt eines Krankenhauses als Träger des MVZ. Zu beobachten ist dies bisher vor allem im augen- und zahnärztlichen Bereich. Im hausärztlichen Bereich hingegen dürften das Potenzial der Erzielung von Größen- und Verbundvorteilen aufgrund vergleichsweise geringer Investitionsvolumina sowie das Potenzial der Ertragssteigerung durch Erbringen hochspezialisierter Leistungen begrenzt sein.

Kapitalinvestoren sind in der Regel nicht allein an einer wirtschaftlichen Praxisführung interessiert wie Inhaber von Einzelpraxen, sondern unterliegen über den Wettbewerb am Kapitalmarkt bestimmten Renditevorgaben, die sie erzielen müssen (vgl. auch Abschnitt 5.3). Unter diesen Voraussetzungen ist es vorstellbar, dass mit angestellten Ärzten von MVZ in der Hand von Kapitalgesellschaften oft bestimmte Umsatzziele vereinbart werden. Solche Umsatzziele können bewirken, dass die Erbringung bestimmter Leistungen für Ärzte in MVZ wirtschaftlich attraktiver ist als die Erbringung anderer Leistungen. Wenn ein solcher wirtschaftlicher Druck überhandnimmt, kann das wiederum zur Folge haben, dass angestellte Ärzte und Ärztinnen mit den Arbeitsbedingungen in einem MVZ langfristig nicht zufrieden sind, da sie nicht unter wirtschaftlichem Druck arbeiten möchten.

Insofern dieser Aspekt der Arbeitsbedingungen in MVZ nicht von Beginn des Arbeitsverhältnisses an für die angestellten Ärzte und Ärztinnen transparent ist, kann damit auch ein Risiko für den MVZ-Betreiber verbunden sein. Wenn das ärztliche Personal mit den Arbeitsbedingungen unzufrieden ist oder attraktivere Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb des MVZ findet, ist ein Arbeitgeberwechsel für die Ärzte, die in einem Angestelltenverhältnis tätig sind, oft mit vergleichsweise geringen Hürden verbunden.

Aus Sicht des MVZ-Trägers kann bei hoher Personalfluktuaton, zum Beispiel einem kumulierten Auftreten der Abwanderung von ärztlichem Personal, die Leistungserbringung und letztlich der Geschäftsbetrieb gefährdet werden. Dieses Risiko ist vor allem vor dem Hintergrund von bereits erwähnten, vergleichsweise hohen Investitionskosten relevant. Der Investitionsumfang wird im Rahmen der Geschäfts- und Finanzplanung im Zusammenhang mit der Betriebsgröße und damit typischerweise auch mit der Anzahl der beschäftigten Ärzte geplant. Wenn eine relevante Anzahl an Ärzten das MVZ verlässt, kann der Fall eintreten, dass diese nicht unmittelbar ersetzt werden können und dann – bei entsprechend hohem Investitionsvolumen – der wirtschaftliche Betrieb des MVZ nachhaltig in Gefahr gerät. Darüber

hinaus wird in diesem Zusammenhang immer wieder die Befürchtung hervorgebracht, dass Kapitalinvestoren aufgrund ihres renditeorientierten Geschäftsmodells kein originäres Interesse an einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung ihrer Patienten sowie arbeitnehmerfreundlichen Arbeitsbedingungen ihrer angestellten Ärzte und Ärztinnen haben.

Für die Stadt Ahlen ist allerdings nicht unmittelbar davon auszugehen, dass sich größere (ausländische) Kapitalinvestoren in ähnlichen Dimensionen zeitnah an der hausärztlichen Versorgung in Ahlen beteiligen. Aus Sicht der Kommune sollten private Betreiber daher unbedingt in Betracht gezogen werden, wenn die Gründung eines MVZ angestrebt wird. Gleichzeitig sollten alle Vor- und Nachteile, die mit den verschiedenen Träger- bzw. Betreiberformen verbunden sind, abgewogen werden (siehe auch den folgenden Abschnitt 6 zur Bewertung der Handlungsoptionen).

Weitere ambulant-kooperative Versorgungsformen und -ansätze

Kommunen können neben dem MVZ auch weitere ambulant-kooperative Versorgungsformen bzw. -ansätze verfolgen oder fördern. Im Folgenden wird eine Auswahl solcher Ansätze dargestellt.

Klassische ambulant-kooperative Versorgungsformen stellen die Praxis-Gemeinschaften und die Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) dar. Dabei vereinbaren Vertragsärzte die Zusammenarbeit, ohne eine strikte Trennung zwischen ärztlicher und kaufmännischer Ebene (wie bei MVZ) vorzusehen. Bei der Praxis-Gemeinschaft erfolgen die Leistungserbringung und die Ressourcennutzung in der Regel zwischen den beteiligten Ärzten und Ärztinnen getrennt. Hingegen ist bei der Berufsausübungsgemeinschaft, also der klassischen Gemeinschaftspraxis, eine gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit vorgesehen.

Die Einbindung von weiteren, nicht-ärztlichen Dienstleistern in die ambulant-kooperativen Versorgungsstrukturen wird in Anlehnung an ähnliche Ansätze aus anderen Ländern mit Gesundheitszentren verfolgt. Dabei werden unter diesem Begriff verschiedene Varianten kooperativer Versorgungskonzepte zusammengefasst. Diese können beispielsweise auch die Einbindung eines Krankenhauses in das Gesundheitszentrum vorsehen. In einer Variante werden in typischerweise ländlichen Regionen Gesundheitszentren an ehemaligen reinen Krankenhausstandorten angesiedelt und in der Regel um ein MVZ ergänzt, um die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken. In einer weiteren Variante, den unter der Federführung der KBV entwickelten Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ), handelt es sich um ein primär ambulantes Versorgungszentrum mit regulärer ambulanter und erweiterter ambulanter Versorgung. In der Variante mit zentraler kommunaler Rolle ist auch von „kommunalen Gesundheitszentren“ die Rede.

Als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen („Erstkontakt“) verstehen sich die Primärversorgungszentren (PVZ). Sie werden typischerweise als Ergänzung zu den Hausarztpraxen in ländlichen Regionen angesiedelt, um dort die Primärversorgung mit Gesundheitsleistungen nachhaltig zu sichern, und sind gemeindenah sowie quartiersbezogen ausgerichtet. Auch hier arbeiten Ärzte und Ärztinnen und

Fachkräfte aus anderen Gesundheitsberufen eng zusammen, um eine möglichst kontinuierliche Behandlung mit längeren Öffnungszeiten und geringen Wartezeiten sowie wenigen Doppeluntersuchungen zu ermöglichen. Baden-Württemberg hat im Frühjahr 2022 beschlossen, die Förderung von Primärversorgungszentren weiter auszubauen. Antragsberechtigt sind Stadt- und Landkreise, Städte und Gemeinden. Es können bis zu 300.000 Euro pro Projekt beantragt werden. Auch in Schleswig-Holstein haben ärztliche Institutionen, Kostenträger und weitere regionale Akteure der Gesundheitsversorgung im Mai 2022 beschlossen, ein interprofessionelles Primärversorgungszentren in Form eines Modellprojektes umzusetzen. In Nordrhein-Westfalen gibt es bislang keine Bestrebungen, die Ansiedlung von PVZ zu fördern; für die Stadt Ahlen dürften die PVZ in der bisherigen Ausrichtung auch weniger relevant sein.

Die Robert Bosch Stiftung fördert seit dem Jahr 2015 die Ansiedlung und (Weiter-)Entwicklung von lokalen, inhaltlich umfassenden Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können. Diese Förderung ist grundsätzlich an Bedingungen geknüpft und setzt voraus, dass bereits konkrete Bestrebungen zur Entwicklung eines Gesundheitszentrums bestehen. Als Vorbild dienten dabei Gesundheitszentren der Primärversorgung in anderen Ländern (bspw. Kanada). Dazu wurde das Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ entwickelt und anschließend um das Programm „supPORT – Auf dem Weg zu Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ erweitert (Robert Bosch Stiftung, 2021).

Bei den gegenwärtig geförderten PORT-Zentren spielen typischerweise auch die Kommunen eine relevante Rolle. Mitunter wurden PORT-Zentren ursprünglich als kommunale Eigeneinrichtung oder als kommunales MVZ gegründet. Kommunen sind auch als Initiator des PORT-Förderantrags in Erscheinung getreten, haben bei der Suche nach Investoren oder Praxisräumlichkeiten unterstützt oder die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern vorangetrieben (Böhm & Schönknecht, 2022). Eine Förderung im Rahmen des PORT-Programms ist zu beantragen, wobei eine umfassende, regionale Bedarfs- und Versorgungsanalyse vorzulegen ist. Beispiele für PORT-Zentren sind die kommunale Eigeneinrichtung des Gesundheitszentrums Büsum (vgl. auch Abschnitt 5.2), das Primärversorgungszentrum Ober-Ramstadt, das aus einer Initiative des Landkreises Darmstadt-Dieburg entstanden ist, das Gesundheitszentrum Dornhan im Landkreis Rottweil, das Gesundheitszentrum Hohenstein im Landkreis Reutlingen und das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee e.V. im Landkreis Waldeck-Frankenberg, bei dem als Organisationsform ein Verein gewählt wurde.

Des Weiteren bestehen ambulant-kooperative Versorgungsstrukturen bereits in großer Zahl in Form von Gesundheitsnetzwerken. Gesundheitsnetzwerke können ganz unterschiedliche Strukturen aufweisen. Es kann sich um eine Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten im Rahmen von Ärztenetzen handeln oder um die Zusammenarbeit eines Krankenhauses mit einem MVZ. Oft sind Gesundheitsnetzwerke interdisziplinär ausgestaltet, neben ärztlicher Beteiligung umfassen sie

auch therapeutische Berufe und Pflegedienste. In Westfalen-Lippe wurde im Juni 2022 durch den Kreis Lippe entschieden, ein Pflege- und Gesundheitsnetzwerk für die Region Nordlippe zu gründen. In dieses Netzwerk sollen stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hausärzte, Therapeuten, Beratungs- und Betreuungsdienste sowie Gesundheitsdienstleister und die Kommunen integriert werden. Im Kreis Unna arbeiten bereits seit mehreren Jahren 70 niedergelassene Haus- und Fachärzte, Apotheker, Zahnärzte und ein Krankenhaus im Rahmen eines Ärztenetzwerks zusammen.

Die Wirkung von Gesundheitsnetzwerken auf die Niederlassungsbereitschaft von Nachwuchsärzten ist sicher begrenzt einzuschätzen. Man wird durch ein Gesundheitsnetzwerk vermutlich nicht unmittelbar und kurzfristig neue Hausärzte und Hausärztinnen für die Stadt Ahlen gewinnen können. Gesundheitsnetzwerke könnten allerdings langfristig eine Wirkung erzielen, indem sie die Attraktivität der Niederlassung am Standort erhöhen und für die Beteiligten am Netzwerk bessere Möglichkeiten der Kontaktierung von potenziellen Ärzten und Ärztinnen für die Niederlassung bieten.

Ein regionales, integriertes Gesundheitsnetzwerk mit Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung wurde im Jahr 2017 in den sozial schwachen Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn gegründet. Gefördert wurde es aus Mitteln des Innovationsfonds des G-BA. Einen bundesweit einmaligen Schwerpunkt bildet dort der sogenannte Gesundheitskiosk, eine niedrigschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution, die Menschen vor Ort bei Gesundheits- und Versorgungsfragen berät und schult (Wild, Schreyögg, 2021). Der Gesundheitskiosk bildet eine organisatorische Schnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem Sozialraum. Das Kioskpersonal kommt aus den Gesundheits- und Sozialberufen und ist mehrsprachig aufgestellt. Es bereitet zum Beispiel Arztbesuche vor und nach und aktiviert die Menschen zu mehr gesundheitsbezogener Eigenverantwortung. Im Zusammenhang mit der Gesundheitsberatung kommen unter anderem Community Health Nurses zum Einsatz. Das Hauptziel von Gesundheitskiosken ist die Unterstützung der Bevölkerung in sozial benachteiligten Stadtteilen in Bezug auf Gesundheitsthemen. Inwiefern für diese Gruppen dann allerdings auch hinreichende (haus-)ärztliche Kapazitäten zur weiteren Behandlung zur Verfügung stehen, ist eine andere Frage. Im Fall der Stadt Ahlen stellt letztere die zentrale Herausforderung dar.

Mobilitätsangebote für Patienten und Patientinnen

Zuletzt soll noch der Vollständigkeit halber eine Option Erwähnung finden, die im Fall der Stadt Ahlen nicht vorrangig zu wählen sein dürfte. Vor allem in ländlichen Regionen, in denen Arztpraxen schließen mussten, weil sich keine Nachfolger finden ließen, und somit die Entfernungen zur nächsten Arztpraxis für die Patienten immer größer werden, kommen bereits seit mehreren Jahren im Rahmen von Modellprojekten vielfach Mobilitätsangebote, in erster Linie sogenannte Patientenbusse zum Einsatz. Diese Angebote richten sich in der Regel an Patienten, die zwar die Genehmigungsvoraussetzungen eines Krankentransports nicht erfüllen, aber

dennoch aufgrund fehlender Angebote des ÖPNV oder aufgrund eingeschränkter eigener Mobilität eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus nur schwer erreichen.

Ein aktuelles Beispiel findet sich im Landkreis Barnim im Flächenland Brandenburg. Dort wurde seit Februar 2020 das Projekt „PatMobilBarnim“ im Rahmen eines vom Bund geförderten Modellvorhabens der Raumordnung umgesetzt. Das Projekt umfasst einen Patientenfahrtdienst, der Patienten von ihrem Wohnsitz zu teilnehmenden Arztpraxen oder zum nächstgelegenen Krankenhaus und wieder nach Hause befördert. Die Angebote sind sowohl telefonisch als auch per App erreichbar.

In einem ähnlichen Modellprojekt wird seit dem Jahr 2019 im Flächenlandkreis Wesermarsch im Norden Niedersachsens das Mobilitätsportal „MoPo gesund“ erprobt. Es hat zum Ziel, ein flexibles und vernetztes Mobilitätsportal zur besseren Erreichbarkeit von Gesundheitszentren in der ländlichen Region zu entwickeln. Über ein webbasiertes Portal werden die Bedarfe von Patienten mit eingeschränkten Mobilitätsmöglichkeiten erfasst und mit Angeboten nachhaltiger Mobilitätsalternativen vernetzt. Dafür stehen Fördermittel des Europäischen Sozialfonds zur Verfügung.

Nicht in allen Fällen jedoch waren in der Vergangenheit die Modellprojekte zu Patientenbussen erfolgreich. Beispielsweise wurden im Landkreise Märkisch-Oderland im Jahr 2012 und in Wolfenbüttel im Jahr 2013 zwei Projekte mit Patientenbussen gestartet, die bei weitem nicht in dem Umfang von Patienten angenommen wurden, wie erwartet wurde, sodass die Angebote nach nur kurzer Zeit wieder eingestellt wurden. Entscheidend für eine hinreichende Annahme dieser innovativen Mobilitätsangebote scheint zu sein, dass die Patienten in ländlichen Regionen längere Wege zur nächsten Arztpraxis zurücklegen müssen und ihnen tatsächlich kaum alternative Angebote, wie in der Nachbarschaft organisierte Fahrgemeinschaften, in hinreichendem Maße zur Verfügung stehen.

6. Bewertung der Handlungsoptionen und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Für die Stadt Ahlen wurde ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf abgeleitet (vgl. Abschnitt 4). Der hausärztliche Versorgungsbedarf wird weiter zunehmen, während die hausärztlichen Versorgungskapazitäten bereits gegenwärtig hoch ausgelastet sind. Für die kommenden Jahre zeichnen sich zudem weitere Vakanzen ab, wenn praktizierende Hausärzte und Hausärztinnen in den Ruhestand gehen werden. Deren Nachbesetzung wird vermutlich eine Herausforderung darzustellen, zumal sich bereits gegenwärtig kaum Hausärzte und Hausärztinnen für die Niederlassung oder die Anstellung in einer Hausarztpraxis in Ahlen finden.

Der Kommunalpolitik stehen dabei grundsätzlich mehrere Optionen zur Verfügung, einem zunehmenden Auseinanderdriften von Versorgungsbedarf und Versorgungskapazitäten zu begegnen, um die hausärztliche Versorgung in der Region

nachhaltig zu sichern. Im Rahmen dieses Gutachtens wurden einige Handlungsoptionen dargestellt. Im Einzelnen sind diese Handlungsoptionen mit ganz unterschiedlichen Voraussetzungen, Aufwänden seitens der Beteiligten (Effizienz) und Erfolgsaussichten in Bezug auf das Versorgungsziel (Effektivität) verbunden. Im Folgenden werden die aufgezeigten Handlungsoptionen dahingehend bewertet und anschließend auf dieser Grundlage Handlungsempfehlungen abgeleitet. Vorweggestellt wird eine Übersicht der Bewertung der Handlungsoptionen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Übersicht der Bewertung der Handlungsoptionen

Handlungsoption	Bewertung
Fördermaßnahmen von KVWL und Land	Sind nicht anwendbar, da Ahlen nicht im Förderverzeichnis der KVWL aufgeführt ist und auch die Kriterien der Landesförderung zum Teil nicht erfüllt
Maßnahmen anderer Regionen	Ebenfalls überwiegend nicht direkt anwendbar, eher als Orientierung geeignet, evtl. Anknüpfung an Initiative des Kreises Warendorf
Gründung und Betrieb eines MVZ durch die Kommune	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vereinbarkeit sozialrechtlicher und kommunalrechtlicher Voraussetzungen wäre zu prüfen ◆ Mit finanzwirtschaftlichen Risiken verbunden ◆ Einige (betriebs-)organisatorische Punkte sind zu beachten ◆ Zustimmung Zulassungsausschuss ungewiss ◆ Für Umsetzung sollte eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben werden ◆ Begleitung des Gründungsprozesses durch Fachberater (Steuerberater, Rechtsanwälte, Finanzberater) zu empfehlen ◆ Rechtswissenschaftliches Gutachten sollte eingeholt werden <p>→ Insgesamt mit vielen Unwägbarkeiten verbunden, daher eher nur als „Ultima Ratio“ zu empfehlen, zunächst sollte privater Betrieb eines MVZ geprüft werden</p>
Förderung weiterer ambulant-kooperativer Versorgungsformen	Sollte ergänzend in Erwägung gezogen werden und genauere Ausgestaltung anhand eines konkreten Vorhabens geprüft werden (z. B. Gesundheitszentren, Primärversorgungszentren, Gesundheitsnetzwerke, PORT-/subPORT-Programm)
Bewerben eines Ansatzes, bei dem Wohn- und Arbeitsort der zukünftigen Hausärzteschaft auseinanderfallen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Die aus Sicht der Gutachter am meisten zu empfehlende Handlungsoption ◆ Lässt die Ärzteschaft eine finanziell lukrative Tätigkeit in einer Hausarztpraxis in Ahlen und Aussicht auf eine auskömmliche Patientenzahl mit einem attraktiven Umfeld am Wohnort kombinieren ◆ Kann unabhängig von der Praxisform umgesetzt werden
Bewerben der Jobsharing-Partnerschaft	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ebenfalls aus Sicht der Gutachter zu empfehlen ◆ Als Berufsausübungsgemeinschaft für den Ansatz der Trennung von Wohn- und Arbeitsort (s.o.) geeignet (Vertretungsregelung) ◆ Auch zur Verwirklichung von individuell präferierten Arbeitszeitmodellen gleichberechtigter Partner besonders geeignet ◆ Kontaktaufnahme zum ärztlichen Nachwuchs könnte über geeignete akademische Netzwerke bzw. Partnerschaften erfolgen, Interessenten könnte Unterstützung bei Suche eines Praxisstandortes und einer Wohnimmobilie angeboten werden
Mobilitätsangebote (z. B. Patientenbusse)	Für die Stadt Ahlen keine passende Lösung

Quelle: IGES auf Basis der Quellen des Gutachtens

Förderung durch KVWL und Land

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) sowie das Land Nordrhein-Westfalen sehen eine ganze Reihe an Maßnahmen vor, die das Ziel der Förderung der Niederlassung von Hausärzten und Hausärztinnen und ihre Unterstützung dabei verfolgen (vgl. Abschnitte 5.1.1 und 5.1.2). Diese umfassen überwiegend, jedoch nicht ausschließlich, eine Förderung mit finanziellen Mitteln. Inwiefern diese finanziellen Fördermaßnahmen konkreten Erfolg erzielen, wurde im Rahmen dieses Gutachtens nicht untersucht. Die im Rahmen dieses Gutachtens befragten Hausärzte und Hausärztinnen in Ahlen äußerten dahingehend unterschiedliche Einschätzungen (vgl. Abschnitt 3.2). Erkenntnisse aus anderen Befragungen deuten darauf hin, dass dem ärztlichen Nachwuchs andere Aspekte, wie Standortfaktoren des Praxisorts, wichtiger sind als finanzielle Unterstützung (vgl. Abschnitt 3.1). Es kann aber wohl davon ausgegangen werden, dass die Fördermaßnahmen von KVWL und Land ihren Beitrag zur Niederlassung von Nachwuchsärzten und Nachwuchsärztinnen in Westfalen-Lippe allgemein leisten.

In Bezug auf die Stadt Ahlen besteht allerdings die grundsätzliche Einschränkung, dass der Planungsbereich Ahlen derzeit nicht in dem Förderverzeichnis der KVWL enthalten ist; und soweit absehbar steht eine Aufnahme auch nicht in Aussicht. Das bedeutet, dass aus Sicht der KVWL in Ahlen zurzeit im Vergleich zu anderen Planungsbereichen in Westfalen-Lippe, die im Förderverzeichnis aufgeführt sind, kein akuter Förderbedarf besteht. Damit wiederum ist eine wesentliche Voraussetzung für die Anwendbarkeit der allermeisten Fördermaßnahmen von KVWL und Land in Ahlen nicht erfüllt, und die Fördermaßnahmen können überwiegend für eine Niederlassung in Ahlen nicht herangezogen werden.

Für die Kommunalpolitik ist damit die Handlungsoption, mit den Fördermaßnahmen von KVWL und Land bei niederlassungsbereiten (Nachwuchs-)Hausärzten Werbung für den Standort Ahlen zu betreiben, faktisch nicht verfügbar. Es bleibt der Kommunalpolitik eigentlich nur die Option, (weiterhin) den Austausch mit der KVWL zu suchen und auf den Handlungsbedarf im Hinblick auf die Entwicklung der hausärztlichen Versorgung aufmerksam zu machen. An dieser Stelle sollte sicherlich kein Schritt unversucht gelassen werden, allerdings ist das Erfolgspotenzial der kommunalpolitischen Einflussnahme auf die Versorgungsplanung auf Ebene der KV in diesem Zusammenhang vermutlich eher gering einzuschätzen.

Gründung und Betrieb eines MVZ durch die Kommune

Ein zentrales Ziel dieses Gutachtens war die Prüfung, inwiefern die Option, ein kommunales MVZ bzw. eine kommunale Eigeneinrichtung zu gründen und zu betreiben, für die Kommunalpolitik in Ahlen ein effektives und effizientes Instrument zur nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Region darstellt.

Die Ausführungen in diesem Gutachten (vgl. Abschnitt 5.2) zeigen auf, dass bei der Gründung und dem Betrieb einer ambulant-kooperativen Versorgungseinrichtung durch eine Kommune, sei es in Form eines kommunalen MVZ (§ 95 Abs. 1a SGB V)

oder einer kommunalen Eigeneinrichtung (§ 105 Abs. 5 SGB V), mehrere rechtliche, betriebswirtschaftliche und organisatorische Aspekte zu berücksichtigen sind. Diese Aspekte sind aus Sicht einer Kommune mitunter mit größeren Herausforderungen bzw. Hürden sowie Unwägbarkeiten verbunden sein.

Eine der größeren rechtlichen Hürden dürfte dabei die Vereinbarkeit der sozialrechtlichen Voraussetzungen mit den kommunalrechtlichen Vorgaben darstellen. Insbesondere wäre zu prüfen, inwiefern die sozialrechtlichen Anforderungen in Bezug auf Haftungsregelungen bei einer MVZ-Gründung (Stichwort selbstschuldnerische Bürgschaft) mit den entsprechenden kommunalrechtlichen Anforderungen vereinbar sind. In diesem Zusammenhang ist der Kommune zu empfehlen, das Gespräch mit dem Zulassungsausschuss zu suchen und gegebenenfalls alternative Wege, wie eine Stellung anderer, einer Bürgschaft gleichwertiger Sicherheiten, zu eruieren. Inwiefern sich hier ein konkretes Vorgehen als praktikabel und empfehlenswert erwiesen hat, können die Gutachter nicht beurteilen. Es muss wohl davon ausgegangen werden, dass die Kommune mit ihrem Gründungsvorhaben an dieser Stelle vom Wohlwollen des Zulassungsausschusses abhängig ist. Insofern dürfte das Zulassungsverfahren einer MVZ-Gründung für die Kommune mit einer Unwägbarkeit verbunden sein.

Im Hinblick auf betriebswirtschaftliche Aspekte sollte das Vorhaben einer MVZ-Gründung durch eine Wirtschaftlichkeitsanalyse des Geschäftsbetriebs (Geschäftsplan) und die Planung der benötigten finanziellen Mittel (Finanzplan) begleitet werden. In diesem Zusammenhang wird zu berücksichtigen sein, dass ein MVZ Kostenvorteile und Verbundvorteile gegenüber einer Einzelpraxis nur dann generieren kann, wenn eine bestimmte Mindestbetriebsgröße gegeben ist, die wiederum mit einem gewissen Investitionsvolumen verbunden ist. Das Investitionsvolumen kann für die Kommune ein Risiko darstellen, wenn der geplante Umfang der Leistungserbringung nicht nachhaltig gesichert ist, weil beispielsweise angestellte Ärzte und Ärztinnen aufgrund einer Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen das MVZ verlassen und ihre Kapazitäten nicht unmittelbar nachbesetzt werden können. Die befragte Hausärzteschaft führte zudem an, dass in ihrer Erfahrung auch die Patienten eine längerfristige Arzt-Patienten-Bindung bevorzugen und daher eine hohe Behandlerfluktuation bei MVZ oft nicht „mitmachen“ würden. Demgegenüber ist allerdings anzuführen, dass der wirtschaftliche Druck auf die Ärzteschaft bei einem kommunalen MVZ-Betrieb deutlich geringer ausfallen dürfte als bei privatem Betrieb, insbesondere, wenn letzterer durch einen Kapitalinvestor umgesetzt wird. Insofern wäre eine geringere Personalfuktuation bei einem kommunalem MVZ-Träger im Vergleich zu einem privaten Träger zu vermuten.

Die Entscheidung, eine ambulant-kooperative Versorgungsformen zu gründen bzw. zu betreiben, sollte durch die Kommune gut durchdacht sein. Vor- und Nachteile sollten umfassend abgewogen werden. Ziel des vorliegenden Gutachtens war es unter anderem, Vor- und Nachteile im Zusammenhang mit einem kommunalem MVZ im Allgemeinen herauszustellen. Dieses Gutachten kann keine Prüfung der

Machbarkeit eines konkreten Vorhabens der Stadt Ahlen vornehmen. Zu empfehlen wäre daher die Erstellung einer Machbarkeitsstudie, sofern die Stadt sich entschließt, die Gründung eines kommunalen MVZ umzusetzen und das Vorhaben konkretisiert wurde. Eine solche Machbarkeitsstudie sollte dann die Voraussetzungen für das konkrete Vorhaben auf Umsetzbarkeit prüfen und die mit dem konkreten Vorhaben verbundenen Herausforderungen eingehend beleuchten.

Sollte die Entscheidung getroffen werden, eine Gründung anzugehen, wäre darüber hinaus eine Reihe von (betriebs-)organisatorischen Punkten zu beachten, die an dieser Stelle nur ansatzweise dargestellt werden können. Das Vorgehen bei Gründung sollte im Vorfeld mit allen relevanten Beteiligten bzw. Interessensgruppen (Ärzte, Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung, Zulassungsausschuss, Aufsichtsbehörden, Bürger) im Einzelnen abgestimmt werden. Es ist ein Betriebskonzept aufzustellen und die Betriebsorganisation zu planen. Ggf. muss auch die Zusammenarbeit mit medizinischen, pflegerischen, sozialen oder kommunalen Diensten organisiert werden. Die Gewinnung von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal für das MVZ ist frühzeitig zu planen. Dabei ist zu prüfen, in welchem Umfang Vertragsarztsitze in das MVZ eingebracht werden sollen, welche konkreten Sitze dafür in Betracht kommen und welche Voraussetzungen dabei gegebenenfalls an die Weiterbeschäftigung der Ärzteschaft, die diese Sitze einbringen, gelten. Die Anstellung des Personals im MVZ muss darüber hinaus arbeitsrechtlich geprüft werden. Schließlich ist auch der Prozess der Standortfindung für das MVZ zu planen, gegebenenfalls sind dafür Verhandlungen über Praxisübernahmen mit Praxisinhabern (rechtzeitig) zu führen. Zudem ist die Zulassung des MVZ beim zuständigen Zulassungsausschuss zu beantragen. Im Fall einer kommunalen Eigeneinrichtung ist die Zustimmung des Zulassungsausschusses Voraussetzung für die Zulassung.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, den Gründungsprozess durch Fachberater (Steuerberater, Rechtsanwälte, Finanzberater) begleiten zu lassen. Zudem sollte ein rechtswissenschaftliches Gutachten eingeholt werden, um die aufgeführten rechtlichen Punkte prüfen zu lassen, sowie eine kommunalrechtliche Prüfung der Trägerschaft, der Rechtsform und des (Eigen-)Betriebs generell durch die Aufsichtsbehörde vorgenommen werden.

Im Allgemeinen wird Kommunen oft empfohlen, die Gründung eines kommunalen MVZ bzw. einer kommunalen Eigeneinrichtung eher als „Ultima Ratio“ zu betrachten. Dieser Empfehlung schließen sich die Gutachter dieses Gutachtens grundsätzlich an. Vor dem Hintergrund der zahlreichen Unwägbarkeiten, die mit diesen Ansätzen verbunden sind, sollten zunächst alle Möglichkeiten des privaten Betriebs von ambulant-kooperativen Versorgungsstrukturen geprüft werden.

Im konkreten Fall der Stadt Ahlen ist dabei zudem zu berücksichtigen, dass der Versuch, ein hausärztliches MVZ in privatem Betrieb aufzubauen, bereits vor einigen Jahren unternommen wurde, wobei sich gezeigt hat, dass die Hausärzte und Hausärztinnen für eine Tätigkeit in einem MVZ in Ahlen offenbar nicht langfristig

zu gewinnen waren. Sofern die Ursache dafür bei von wirtschaftlichem Druck gekennzeichneten Arbeitsbedingungen lag, bestünde die Hoffnung, dass ein kommunaler Betreiber hier bessere Bedingungen schaffen könnte und langfristig mehr Erfolg hätte. Das muss an dieser Stelle allerdings eine Spekulation bleiben und verstärkt somit zunächst die Unwägbarkeiten, die für eine Kommune mit der Gründung eines MVZ verbunden wären. Somit ist die Option, ein kommunales MVZ zu gründen, sowohl in Bezug auf Effektivität als auch Effizienz der Stadt Ahlen wohl eher nicht zu empfehlen.

Hingegen ist der Kommune die Prüfung weiterer Optionen der Förderung ambulant-kooperativer Versorgungsformen eher zu empfehlen, während Mobilitätsangebote wie Patientenbusse wohl im Fall der Stadt Ahlen eher keine passende Lösung darstellen dürften. Das Gutachten hat dargestellt, dass erfolgreiche Beispiele der Umsetzung ambulant-kooperativer Versorgungsformen mit kommunaler Beteiligung bzw. Einbindung mittlerweile in recht großer Zahl vorliegen (vgl. Abschnitt 5.3), wobei für die nahe Zukunft von einer weiteren Wachstumsdynamik auszugehen ist. Ob dabei das Kooperationsmodell der Gesundheitszentren, der Primärversorgungszentren oder der Gesundheitsnetzwerke gewählt wird, sollte anhand eines konkreten Vorhabens abgewogen werden. Auch eine Antragstellung auf Förderung im Rahmen der PORT-/subPORT-Programme der Robert Bosch Stiftung hat bereits viele erfolgreiche Kooperationsansätze hervorgebracht und sollte in Erwägung gezogen werden.

Ansätze für die Stadt Ahlen

Bei Beurteilung der verschiedenen Handlungsoptionen, die sich der Kommune zur nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Stadt Ahlen bieten, sollte allerdings ein zentrales Ergebnis der für dieses Gutachten durchgeführten Befragung von in der Stadt praktizierenden Hausärzten und Hausärztinnen nicht außer Acht gelassen werden.

Die befragten Hausärzte und Hausärztinnen haben alle die Einschätzung geäußert, dass es schwierig sei, Hausärzte für die Niederlassung in der Stadt Ahlen zu finden, weil die Stadt Ahlen aus Sicht des hausärztlichen Nachwuchses nicht zu den attraktiven Standorten gehöre (Tabelle 8). Und das läge nicht an den wirtschaftlichen Aussichten eines Praxisbetriebs in Ahlen, denn diese seien sehr gut. Die Hausarztpraxen in Ahlen wiesen eine überdurchschnittliche Scheinzahl auf, die in den letzten Jahren im Zuge der Schließung einiger größerer Hausarztpraxen nochmal zugenommen habe. Der Grund sei vielmehr, dass die Stadt Ahlen dem ärztlichen Nachwuchs keine attraktiven Lebensbedingungen biete, so die Einschätzung der befragten Hausärzte und Hausärztinnen. Es mangle an kulturellen Angeboten, an familienfreundlichen Angeboten, an Angeboten für Kinder und Jugendliche außerhalb des schulischen Umfelds und an ansprechenden Einkaufsmöglichkeiten in der Innenstadt. Zudem wurden durchweg schwierige soziokulturelle Strukturen der Bevölkerung in Ahlen angeführt. Viele Jugendliche wollten die Stadt verlassen, weil sie dort nichts hält.

Tabelle 8: Übersicht der Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation in Ahlen durch befragte Hausärzte und Hausärztinnen

Aspekt der Versorgungssituation	Einschätzung der Hausärzte und Hausärztinnen
Präferenzen des hausärztlichen Nachwuchses	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zunehmend werde ärztliche Tätigkeit in Anstellung und in Teilzeit gewünscht
Stadt Ahlen als Praxisstandort aus Sicht des hausärztlichen Nachwuchses	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Gewinnung von hausärztlichem Nachwuchs für den Standort Ahlen schwierig (ebenso von nichtärztlichem Personal) ◆ Wirtschaftliche Aussichten eines Praxisbetriebs in Ahlen seien sehr gut, da von einer hohen Patientenzahl ausgegangen werden kann ◆ Gegenwärtig praktizierende Hausärzte berichten von sehr hoher Arbeitsbelastung aufgrund hoher Patientenzahl ◆ Allerdings würden die Lebensbedingungen in Ahlen vom Nachwuchs oft als nicht hinreichend attraktiv bewertet (z. B. Mangel an kulturellen und familienfreundlichen Angeboten) ◆ Zudem gäbe es freie Sitze an attraktiveren Standorten in der Region (Konkurrenzsituation) ◆ Auch schwierig sei die fehlende Berücksichtigung von Ahlen als Fördergebiet durch die KVWL
Gründung und Betrieb eines MVZ durch die Kommune	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Als privater Betrieb: zu große Personalfluktuaton aufgrund von schlechten Arbeitsbedingungen ◆ Betrieb durch Kommune: könne funktionieren, wenn die Kommune der Ärzteschaft den Verwaltungsaufwand abnimmt ◆ Allerdings sähe man generell eher geringe Patientenbindung bei MVZ, insbesondere bei hoher Behandlerfluktuaton
Wohn und Arbeitsort trennen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diesen Ansatz könnten sie sich grundsätzlich gut vorstellen, sofern Wohnort nicht zu weit vom Arbeitsort entfernt ◆ Könne sehr attraktiv sein, um klare Trennung zwischen beruflichem und privatem Umfeld besser umsetzen zu können ◆ Keine Einschränkung bei Leistungserbringung (Palliativnetzwerke seien vorhanden, lediglich bei Hausbesuchen Koordinationsbedarf)
Jobsharing-Partnerschaft	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Wird als „erfolgsversprechend“ eingeschätzt ◆ Im Rahmen von Berufsausübungsgemeinschaften gut denkbar ◆ Nicht nur für Praxisübergabe, sondern generell auch mit gleichberechtigten Partnern (Teilzeitmodelle) ◆ Standort Ahlen eigne sich gut für eine Jobsharing-Partnerschaft, da der Standort aus finanzieller Sicht hinreichendes Potenzial besitze, die Leistungserbringung unter zwei Partnern aufzuteilen

Quelle: IGES auf Basis der Quellen des Gutachtens

Vor dem Hintergrund, dass der hausärztliche Nachwuchs offenbar in der Stadt Ahlen keine hinreichend attraktiven Lebensbedingungen vorfindet, um die Stadt für den eigenen Wohnort in Betracht zu ziehen, die wirtschaftlichen Aussichten des Betriebs einer Hausarztpraxis an diesem Standort allerdings gut genug erscheinen sollten, dass die Stadt Ahlen als Arbeitsort in Betracht gezogen könnte, bietet sich aus Sicht der Gutachter ein Ansatz an, bei dem Wohn- und Arbeitsort der zukünftigen Hausärzteschaft auseinanderfallen. Die Hausärzte und Hausärztinnen könnten die Stadt Ahlen als ihren Arbeitsort in einer Hausarztpraxis wählen und gleichzeitig ihren Wohnort in einer nahegelegenen, präferierten Region, beispielsweise im Großraum Münster, wählen. Auf diesem Wege könnten sie eine finanziell lukrative Tätigkeit in einer Hausarztpraxis und Aussicht auf eine auskömmliche Patientenzahl mit einem attraktiven Umfeld am Wohnort kombinieren. Sofern der Wohnort nicht zu weit entfernt von der Stadt Ahlen gewählt wird, sollte mit dem regelmäßigen Pendeln zwischen Wohnort und Arbeitsstätte kein zu großer Umstand verbunden sein.

Die Mehrheit der befragten Hausärzte und Hausärztinnen meint, dies sei ein Ansatz, den sie sich selbst grundsätzlich vorstellen könnten, sofern die Entfernung zwischen Wohn- und Praxisort nicht zu groß ist (Münster und Teile des Ruhrgebiets seien noch gut erreichbar). Vereinzelt seien bereits Kollegen bekannt, die diesen Ansatz umsetzen würden. In diesem Zusammenhang führten die befragten Hausärzte und Hausärztinnen zudem an, dass eine örtliche Trennung von Wohn- und Arbeitsort für Ärzte grundsätzlich sehr attraktiv sein kann, um eine klare Trennung zwischen dem beruflichen und privaten Umfeld besser umsetzen zu können.

In Bezug auf die Leistungserbringung sind mit diesem Ansatz aus Sicht der befragten Hausärzte und Hausärztinnen keine grundlegenden Einschränkungen verbunden. Patienten mit einem palliativmedizinischen Versorgungsbedarf könnten sehr gut über das lokale Palliativnetzwerk versorgt werden. Es könnte lediglich Koordinationsbedarf im Hinblick auf Hausbesuche und die Beteiligung am Notdienst entstehen, dies müsse im Einzelfall abgestimmt werden.

Dieser Ansatz der räumlichen Trennung des Wohnorts vom Arbeitsort könnte vom hausärztlichen Nachwuchs generell unabhängig von der Praxisform, in der die Tätigkeit erbracht wird, verfolgt werden, also beispielsweise in einer Einzelpraxis. Aus Sicht der Gutachter erscheinen ambulant-kooperative Versorgungsformen für diesen Ansatz im konkreten Fall der Stadt Ahlen noch einmal besonders geeignet. Der Versuch, ein hausärztliches MVZ in Ahlen privat zu betreiben, ist vor ein paar Jahren gescheitert. Im Rahmen einer klassischen Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft, vgl. Abschnitt 5.3) allerdings kann sich der kooperative Charakter der gemeinsamen Leistungserbringung als vorteilhaft erweisen, wenn die Partnerärzte und Partnerärztinnen – gegebenenfalls nicht beide – sich entscheiden, an einem vom Praxisstandort abweichenden Ort zu wohnen. Für den Fall, dass sich für einen der Partnerärzte mal kurzfristig eine eingeschränkte Verfügbarkeit zur Leistungserbringung ergibt, kann eine Vertretung in einer Gemeinschaftspraxis gegebenenfalls einfacher geregelt werden.

Auch aus den Reihen der praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen wurde ein ähnlicher kooperativer Ansatz als erfolgsversprechend vorgeschlagen, und zwar das „Jobsharing-Modell“. Eine Jobsharing-Partnerschaft im Rahmen von Berufsausübungsgemeinschaften (alternativ ist auch eine Anstellung möglich) wird oft gewählt, um eine Praxisübergabe eines Seniorpartners an einen Juniorpartner gleicher Fachrichtung vorzubereiten (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V). Sie kann aber grundsätzlich auch von gleichberechtigten Partnern genutzt werden, um individuell präferierte Arbeitszeitmodelle zu wählen und so die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten. In der Regel wird dabei ein Vertragsarztsitz auf die Partner aufgeteilt, die Zulassung ist an die gemeinsame Tätigkeitsausübung gebunden. Die mit einer Jobsharing-Partnerschaft verbundene Flexibilität bei der Gestaltung der Arbeitszeitmodelle kann insbesondere für den hausärztlichen Nachwuchs attraktiv sein, der sich zunehmend eine Tätigkeit in Teilzeit vorstellt. Nach Einschätzung der praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen eignet sich der Standort der Stadt Ahlen gut für eine Jobsharing-Partnerschaft, da der Standort aus finanzieller Sicht hinreichendes Potenzial besitzt, die Leistungserbringung unter zwei Partnern aufzuteilen.

Die zentrale Handlungsempfehlung der Gutachter für die Kommunalpolitik der Stadt Ahlen zur nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung besteht darin, interessierten Nachwuchsärzten und Nachwuchsärztinnen das ambulant-kooperative Modell einer Jobsharing-Partnerschaft im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis in Verbindung mit dem Ansatz, bei Bedarf den Wohnort vom Arbeitsort zu trennen, anzubieten. Diese Handlungsoption erscheint sowohl hinsichtlich ihrer Effektivität (Wirksamkeit) als auch ihrer Effizienz (Kosten-Nutzen-Abwägung) die empfehlenswerteste zu sein.

Die Kontaktaufnahme zum ärztlichen Nachwuchs könnte über geeignete akademische Netzwerke bzw. Partnerschaften erfolgen, und Interessenten könnte darüber hinaus Unterstützung bei der Suche sowohl eines geeigneten Praxisstandortes sowie gegebenenfalls einer Immobilie am gewünschten Wohnort angeboten werden. Beispielansätze, wie die Kontaktaufnahme zum Nachwuchs und die Unterstützung von Interessenten erfolgreich funktionieren können, lassen sich in den umliegenden Regionen in großer Zahl und Vielfalt finden (vgl. Abschnitt 5.1.3).

Literaturverzeichnis

- Böhm K & M Schönknecht (2022): Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit. Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung (PORT). ZEFIR-Materialien Band 18. Ruhr-Universität Bochum.
- Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] (2022): St. Franziskus-Hospital Ahlen. Referenzbericht 2020. Strukturierte Qualitätsberichte.
- Hartmannbund (2021): Assistenzarzt-Umfrage 2021 – Arbeitsbedingungen, Ökonomisierung und Digitalisierung. Komplette Umfrageergebnisse. https://www.hartmannbund.de/wp-content/uploads/2021/04/Assistenzarzt-umfrage_2021_Ergebnisse-komplett.pdf. Abruf: 05.07.2022
- Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] (2019): Berufsmonitoring Medizinstudierende. 3. Welle 2018. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf. Abruf: 05.07.2022
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe [KVWL] (2017): Versorgungsbericht 2017 der KVWL.
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe [KVWL] (2021): Sicherstellungsrichtlinie „Grundsätze über besondere Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe“ vom 01.01.2021.
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe [KVWL] (2022): Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Westfalen-Lippe: Förderverzeichnis der KVWL. Stand 17.05.2022.
- Kreis Dithmarschen (2021): Koordinator ambulante Versorgung. Newsletter 2 – Juli 2021. https://www.westkuestenklinikum.de/fileadmin/Content/Unterseiten/Arbeitgeber_WKK/Personalentwicklung/PDF/Karriere_aus_und>Weiterbildung/Newsletter_2_2021.pdf. Abruf 05.07.2022
- Küpper P & T Mettenberger (2018): Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen. Raumforsch Raumordn Spat Res Plan (2018) 76:229–245
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Aktionsprogramm „Hausärztliche Versorgung“. <https://www.mags.nrw/hausarztaktionsprogramm>. Abruf: 05.07.2022
- Robert Bosch Stiftung (2021): Programmflyer PORT 7 supPORT. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf. Abruf: 05.07.2022
-

-
- Statistisches Bundesamt [destatis] (2021): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Krankenhausverzeichnis. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.).
- van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent R-D & M Scherer (2019): Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). *Z Allg Med* 2019; 95 (1)
- Wild, E-M & J Schreyögg (2021): Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn „Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“ (Förderkennzeichen: 01NVF16025). Hamburg Center for Health Economics. Universität Hamburg.
- Zwierlein R, Portenhauser F, Flägel K & J Steinhäuser (2020): Determinanten der Niederlassung als Allgemeinmediziner – eine qualitative Studie. *Gesundheitswesen* 2020; 82: 527–533
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com