



## Projektskizze

Sicherung der ärztlichen Grundversorgung in  
Neumünster

01.06.2022

*Dieses Dokument einschließlich des darin enthaltenen Materials (z. B. Graphiken, Tabellen, Berechnungen) ist urheberrechtlich geschützt. Es darf nicht ohne vorherige Zustimmung der Ärztegenossenschaft Nord eG vervielfältigt, bearbeitet, verbreitet oder öffentlich zugänglich gemacht werden.*

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	4
Vorwort .....	5
1. Einleitung.....	6
2. Zusammenfassung der Machbarkeitsstudie .....	7
3. Strukturelle Grundlagen.....	7
3.1. Bevölkerungsstruktur .....	7
3.2. Gesundheitswesen .....	9
3.3. Entwicklungen in der niedergelassenen Ärzteschaft .....	11
4. Ist-Situation in Neumünster .....	15
4.1. Lokale Gegebenheiten.....	16
4.2. Aktuelle Praxisstrukturen „Hausärzte“.....	17
4.3. Umfeldanalyse .....	19
5. Kooperationsbereitschaft.....	20
6. Chancen und Risiken .....	21
7. Zwischenfazit.....	24
8. Analyse der Trägerschaften.....	25
8.1. Ärzte.....	25
8.2. FEK .....	25
8.3. Anerkannte Praxisnetze.....	26
8.4. Trägerschaft durch Stadt .....	27
8.5. Private Investoren .....	27
9. Analyse der Organisationsformen.....	28
9.1. Hausärztliche Einzelpraxis .....	28

9.2.	Praxisgemeinschaft.....	28
9.3.	Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft .....	28
9.4.	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).....	29
9.4.1.	Kommunales MVZ .....	30
9.4.2.	Praxisnetz MVZ.....	32
9.5.	Kommunale Eigeneinrichtung .....	33
9.6.	Zusammenfassung .....	35
10.	Handlungsempfehlung .....	38
10.1.	Marketing – Imagekampagne .....	39
10.2.	Standort / Raumbedarf .....	40
10.3.	Förderung.....	42
11.	Nächste Schritte und Empfehlung.....	43

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen.....	9
Abbildung 2:	Versorgungsgrad .....	11
Abbildung 3:	Anteil Hausärzte über 65 Jahre.....	12
Abbildung 4:	Karriereziele von Weiterbildungsassistenten 2019 .....	15
Abbildung 5:	Bevölkerungsstand nach Altersgruppen.....	16
Abbildung 6:	Lage der Hausärzte in Neumünster und Umgebung .....	17
Abbildung 7:	Altersstruktur der Ärzte .....	19
Abbildung 8:	Internetpräsenz MVZ Erfde.....	39

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Vgl. ärztliche Bedürfnisse heute und morgen .....	14
Tabelle 2: Übersicht der Hausärzte in Neumünster .....	17
Tabelle 3: Zusammenfassung Träger und Organisationsformen .....	36

## **Abkürzungsverzeichnis**

äg Nord = Ärztegenossenschaft Nord eG

BAG = Berufsausübungsgemeinschaft

EP = Einzelpraxis

FEK = Friedrich-Ebert-Krankenhaus

KV-SH = Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

NäPa = Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in

## Vorwort

Die vorliegende Einschätzung zur Machbarkeit und Projektidee wurde von der Ärztegenossenschaft Nord eG (äg Nord) angefertigt:

Ärztegenossenschaft Nord eG  
Bahnhofstraße 1-3  
23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551 9999-0  
[www.aegnord.de](http://www.aegnord.de)

Ziel und Aufgabe der äg Nord ist, neben dem Erhalt einer menschenwürdigen Gesundheitsversorgung, die Interessen der niedergelassenen Vertragsärzte zu vertreten und zu wahren. Hierbei verfolgt die äg Nord keine Gewinnerzielungsabsicht (siehe Satzung), sondern reinvestiert Gewinne in die Versorgung. Die äg Nord wurde am 24. Mai 2000 als erste landesweit agierende Ärztegenossenschaft in Deutschland gegründet. Mittlerweile sind knapp 1.800 Ärzte und Psychotherapeuten Mitglied der Genossenschaft.

Durch die in den letzten Jahren immer stärker werdende Problematik der nicht mehr ausreichenden ambulanten Versorgung im ländlichen Raum, hat die äg Nord Erfahrungen in der Erarbeitung unterschiedlicher Projekte zur Veränderung von Versorgungsstrukturen gesammelt. Dieses Knowhow umfasst die Planung, Finanzierung, Umsetzung, Organisation und das Managen überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften, von Praxisnetzen und MVZs sowie von kommunalen Eigeneinrichtungen in Zusammenarbeit mit den Gemeinden.

## 1. Einleitung

Das Berufsbild des niedergelassenen Hausarztes<sup>1</sup> (häufig noch in der eigenen Einzelpraxis tätig) ist im Wandel. Die in naher Zukunft zu erwartenden Fragestellungen zur Demografie und zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in ländlichen Regionen zeigen in Norddeutschland bereits heute medizinische Versorgungspässe auf.

Die äg Nord hat Strategien zur Sicherstellung der zukünftigen regionalen medizinischen Versorgung entwickelt und begleitet die Ärzte, Praxisnetze, Gemeinden und Städte bei der Umsetzung. Durch innovative Lösungskonzepte lässt sich der „Status Quo“ an medizinischer Versorgung im ländlichen Raum erhalten oder im schlechtesten Fall kann und soll ein Mindestmaß an hausärztlicher Grundversorgung aufrechterhalten werden.

Die Stadt Neumünster, aber auch das Medizinische Praxisnetz Neumünster, sehen sich aufgrund einer fehlenden Nachbesetzung der Hausarztsitze sowie der Altersstruktur und Belastung der Ärzteschaft in naher Zukunft damit konfrontiert, dass keine ausreichende hausärztliche Versorgung gegeben ist. Mit der Unterstützung der äg Nord soll ein passendes Lösungskonzept für die eigene Region entwickelt und etabliert werden. Die vorliegende Analyse widmet sich zunächst den gegenwärtigen Strukturen in der Region. Anschließend wird eine Projektskizze präsentiert.

Die Projektskizze ist eine Phase der Projektplanung, die unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile die Umsetzung der Ideen der Machbarkeitsstudie präzise definiert. Dafür wurde mit allen Hausärzten in Neumünster erneut Kontakt aufgenommen um die Möglichkeiten, Potentiale und die Mitarbeitabsichten der Ärzte zu eruieren. Rückblickend fassen wir dazu im nächsten Kapitel die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie noch einmal in Kurzform zusammen.

---

<sup>1</sup> Alle personenbezogenen Begriffe beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer. Im Text wird die männliche Form lediglich aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit genutzt.

## **2. Zusammenfassung der Machbarkeitsstudie**

Die Machbarkeitsstudie der äg Nord wurde im August 2020 fertiggestellt. Darin wurde ausführlich die Hausarztsituation in Neumünster beschrieben und als größtes Problem die Schwierigkeit Nachfolger zu finden ausgemacht. Hinzu kommt, dass die in naher Zukunft zu erwartende demographische Entwicklung und der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen - in ländlichen Regionen und auch in Städten – die schon heute zu erkennenden medizinischen Versorgungsengpässe verstärken werden. Vor Ort sind zahlreiche größere Praxiseinheiten für die hausärztliche Versorgung vorhanden. Einzelpraxen gehören der Minderheit an. Allerdings stoßen die größeren Praxiseinheiten räumlich an ihre Grenzen, um weiteren Ärzten die Mitarbeit anbieten zu können, obwohl die Bereitschaft hierzu durchaus vorhanden ist. Ein Fazit ist, dass die Förderung weiteren ärztlichen Wachstums nur im Zusammenhang mit einer Veränderung der Raumsituation zu realisieren wäre.

Der Stadt Neumünster kommt bei der Etablierung von Anreizen für die Gewinnung von Hausärzten eine große Verantwortung zu, denn eine adäquate medizinische Versorgung ihrer Bürger auf hohem Niveau steigert automatisch auch die Attraktivität des Standortes Neumünster. Bricht die medizinische hausärztliche Versorgung in Neumünster jedoch langsam weg, sinkt die Standortattraktivität weiter, was eine Negativspirale für die gesamte Infrastruktur der Stadt nach sich ziehen könnte.

Die Machbarkeitsstudie zeigt, dass die ambulante Versorgung in Neumünster in Zukunft nicht mehr ausreichend sein wird. Ohne den Ausbau flexibler Strukturen, die entweder das Wachsen der vorhandenen Praxisstrukturen oder die Entwicklung neuer Praxisstrukturen zulassen, wird die Nachfolgersuche für die ansässigen Ärzte noch schwieriger werden. Diese zu ersetzen ist für die Patientenversorgung unumgänglich.

## **3. Strukturelle Grundlagen**

Als Basis für die nachfolgende Konzeptstudie zur Sicherung der ärztlichen Grundversorgung in Neumünster sollen zunächst einige grundlegende Informationen und Aspekte der demografischen Struktur und des Gesundheitssystems in Deutschland dargestellt werden, um eine bessere Einordnung der regionalen Analyse zu gewährleisten.

### **3.1. Bevölkerungsstruktur**

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist einer kontinuierlichen Veränderung unterlegen. Der demografische Wandel beschreibt diese Veränderung auf Basis der drei Faktoren

Geburtenrate, Sterberate und Migration.<sup>2</sup> Aufgrund von medizinischem Fortschritt und allgemeinen sozialstaatlichen Rahmenbedingungen ist eine kontinuierlich steigende Lebenserwartung zu verzeichnen. Gleichzeitig sinkt die Geburtenrate, woraus eine deutliche Alterung der Gesellschaft mit steigendem Durchschnittsalter resultiert. Daneben sind zunehmende Wanderungsbewegungen der Menschen zwischen den Staaten, Ländern und Regionen zu beobachten. Darüber hinaus ist der Wechsel zwischen Stadt- und Landleben zu beachten. Es zeichnet sich eine stetig wachsende Konzentration der Bevölkerung in den Ballungszentren und Städten ab.

Die Geburtenrate in Deutschland ist mit 1,5 Kindern pro Frau im europäischen Vergleich im mittleren Bereich anzusiedeln.<sup>3</sup> Laut Statistikern müsste die durchschnittliche Kinderzahl bei 2,1 liegen, um die Bevölkerungszahl konstant zu halten. Diese Zahlen vermitteln einen rückläufigen Anteil der jüngeren Bevölkerung in Deutschland. Im Gegenzug steigt die durchschnittliche Lebenserwartung. Die Menschen werden älter und sterben in einem höheren Alter. Allein seit 1970 ist die allgemeine Lebenserwartung in Deutschland um zehn Jahre gestiegen. Frauen werden aktuell etwa 83 Jahre alt und Männer 78 Jahre. Es ist von einer weiter steigenden Lebenserwartung auszugehen. Als weiterer Einflussfaktor für die Bevölkerungsstruktur ist die Zu- und Abwanderung von Menschen aus dem Land zu beachten. Meist sind es jüngere Menschen, die das Land verlassen, bzw. aus dem Ausland einwandern. Wichtig ist dabei die unterschiedlichen Beweggründe und Motive zu bewerten, da diese Einfluss auf die Nachhaltigkeit dieser Entscheidungen haben können. Die Migrationseffekte haben zwar keinen nennenswerten Effekt auf die grundsätzliche demografische Entwicklung in Deutschland im Sinne einer deutlich alternden Gesellschaft, könnten jedoch für Neumünster aufgrund der hohen Flüchtlingszahlen der Vergangenheit durchaus Auswirkungen haben. Gelingt es junge Menschen aus anderen Ländern gut in die soziale Gemeinschaft zu integrieren, könnte hierdurch der Fachkräftemangel, nicht nur im Bereich Gesundheit, Entlastung erfahren. Ob hierdurch der Gesamtanteil der älteren Menschen an der Bevölkerung in Verbindung mit einem absehbaren Bevölkerungsrückgang gesenkt werden kann, ist jedoch in Frage zu stellen.

Im Bundesland Schleswig-Holstein zeigt sich die Struktur einer alternden Gesellschaft bereits daran, dass per Stand 31.12.2019 ein Anteil von 23 Prozent der Bevölkerung bereits 65 Jahre und älter ist und sich somit bereits im Rentenalter befindet.<sup>4</sup> Im Bereich 50 bis 64 Jahre befinden sich 24 Prozent der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich dazu befinden sich nur sieben Prozent der Bevölkerung in der Altersgruppe 18 – 24 Jahre sowie nur sechs Prozent in der Altersgruppe der 25 – 29-Jährigen. Diese Verteilung weist auf ein drohendes Ungleichgewicht hinsichtlich der zukünftig Erwerbstätigen Bevölkerung und der Bürger im Rentenalter hin. Dieses Phänomen betrifft auch die niedergelassene Ärzteschaft. Daraus resultieren einerseits

---

<sup>2</sup> Vgl. BPB: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/196911/fertilitaet-mortalitaet-migration>.

<sup>3</sup> Vgl. im Folgenden BPB: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/196911/fertilitaet-mortalitaet-migration>.

<sup>4</sup> Vgl. STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN: <https://region.statistik-nord.de/detail/>.

deutlich mehr ältere, multimorbide Patienten, andererseits vermehrt ältere Ärzte nahe der Pensionierung.

Multimorbidität ist ein wachsendes Phänomen in der alternden Gesellschaft, wobei durchaus unterschiedliche Definitionen der Begrifflichkeit existieren.<sup>5</sup> Im Rahmen dieser Studie wird die Definition der deutschen, wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin verwendet. Danach beschreibt Multimorbidität das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen (drei oder mehr). Dabei bestehe keine besondere Aufmerksamkeit auf eine einzelne Krankheit. Multimorbidität steigt mit dem zunehmenden Lebensalter. Daraus ergibt sich ein Multiplikator-Effekt hinsichtlich des medizinischen Bedarfs der Patienten. Ein Großteil der Patienten befindet sich bereits in einem Alter, in dem mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig vorhanden sind und eine kontinuierliche, engmaschige Betreuung erfordern. Aufgrund der demografischen Entwicklungen wird dieser Patientenanteil weiter zunehmen und aufgrund der steigenden Lebenserwartungen eine zunehmende Anzahl von Krankheiten pro Patienten gleichzeitig auftreten.

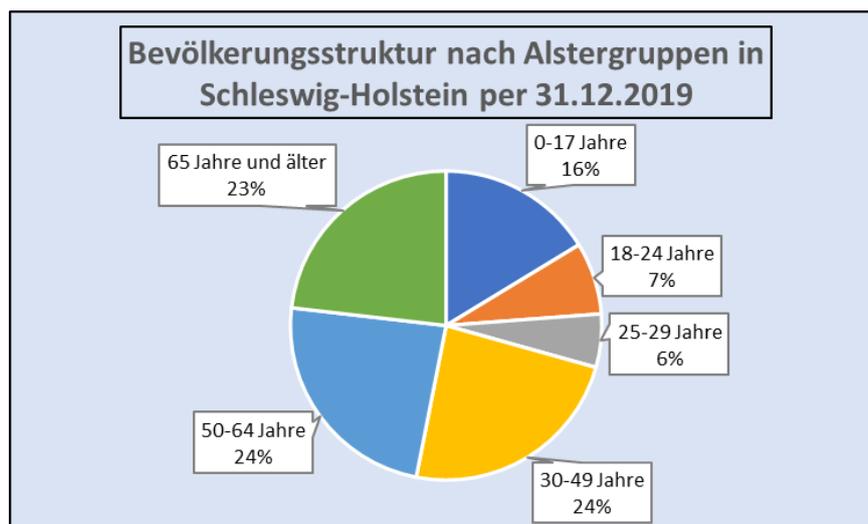


Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen

### 3.2. Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen in Deutschland beruht auf einer langen Tradition. Als Geburtsstunde des heutigen Systems wird die Initiative des damaligen Reichskanzlers Otto von Bismarck im Jahr 1883 angesehen, im Zuge dessen eine Vielzahl von Reformen und Gesetze verabschiedet wurden, unter anderem zur gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>6</sup> Das heutige

<sup>5</sup> Vgl. im Folgenden DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FAMILIENMEDIZIN E.V.: Multimorbidität: S3-Leitlinie, 2017. Berlin.

<sup>6</sup> Vgl. MICHAEL SIMON: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionen im Wandel, 2017. Bern.

Gesundheitssystem gliedert sich in die drei Bereiche Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung. Als oberste Instanz der Regulierung gilt die Bundesregierung, die sich allerdings auf eine allgemeine Rahmensetzung beschränkt. Die operative Ausgestaltung des Gesundheitssystems werden den verschiedenen Akteuren der Selbstverwaltung überlassen, wie zum Beispiel den Landes- und Bundesverbänden der Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausgesellschaften bzw. deren Spitzenorganisationen.

Im Rahmen der Finanzierung sind vor allem die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die privaten Krankenversicherungen (PKV) zu berücksichtigen, wobei die gesetzlich Versicherten den Großteil der Bevölkerung ausmachen. Im Jahr 2020 waren laut STATISTA insgesamt 73,36 Millionen Bundesbürger GKV-Versicherte.<sup>7</sup> Demgegenüber sind nur rund fünf Prozent der Beschäftigten privat versichert. Dabei ist wichtig zu wissen, dass im Regelfall nur bei höheren Einkommen in eine private Krankenversicherung gewechselt werden kann.

In Deutschland gilt die Pflicht zur Krankenversicherung aufgrund der Einbindung in das soziale Sicherungssystem.<sup>8</sup> Es sind grundsätzlich alle Bundesbürger verpflichtet, sich gesetzlich oder privat zu versichern. In der GKV sind u.a. Beschäftigte, Bezieher von Erwerbsersatzleistungen, Studierende, Rentner und bestimmte Familienangehörige versichert. Oberhalb festgelegter Einkommensgrenzen sowie bei Selbständigen, Künstlern und verschiedenen Ausnahmen besteht eine Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Beamte und Selbständige sind meist privat versichert.

Die Leistungserbringung im Gesundheitswesen findet im ambulanten oder stationären Sektor statt. Der stationäre Sektor wird vor allem durch die Krankenhäuser abgedeckt. Im ambulanten Sektor sind unter anderem die niedergelassenen Ärzte tätig, die in der vorangegangenen Machbarkeitsstudie im Fokus standen. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Bundesländer. In Schleswig-Holstein ist dies die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Das Instrument der KVen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung ist die sogenannte Bedarfsplanung. Die einzelnen Bundesländer sind in der Bedarfsplanung in Planungsbereiche unterteilt, innerhalb derer die Verhältniszahlen des Soll-Versorgungsniveaus - Einwohnerzahl pro Arzt - für die jeweilige Arztgruppe analysiert werden. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist gesetzlich damit beauftragt, eine bundeseinheitliche Planungssystematik für die Aufstellung der regionalen Bedarfspläne zu erstellen.<sup>9</sup> Durch den G-BA werden auch die bundeseinheitlichen Verhältniszahlen (Einwohnerzahl pro Arzt) festgelegt. Darauf aufbauend

---

<sup>7</sup> STATISTA: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/#professional>. 2021.

<sup>8</sup> Vgl. im Folgenden STATISTISCHES BUNDESAMT: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenversicherungsschutz.html>.

<sup>9</sup> Vgl. im Folgenden GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/>.

erfolgt in einem mehrstufigen Berechnungsverfahren eine Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten.

Die folgende Abbildung verdeutlicht, was die Zahl des Versorgungsgrads aussagt:



Abbildung 2: Versorgungsgrad<sup>10</sup>

Mit der Bedarfsplanung soll die flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung gewährleistet und eine Fehlversorgung vermieden werden. Anhand der Grafik wird deutlich, welche Versorgungsgrade als ausreichend betrachtet werden. Erst ab einem Versorgungsgrad von 75 Prozent im hausärztlichen Bereich bzw. 50 Prozent im weiteren fachärztlichen Bereich gilt ein Planungsbezirk als unterversorgt. In dem Bereich bis 100 Prozent gilt „drohende“ Unterversorgung. Die Anzahl der verfügbaren „Arztsitze“ pro Planungsbereich ist entsprechend der vorgegebenen Verhältniszahlen limitiert. Bis zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gilt ein Planungsbereich als „offen“ und es können sich neue Ärzte niederlassen. Oberhalb von 110 Prozent wird ein Planungsbereich gesperrt und weitere Zulassungen sind nur unter bestimmten Voraussetzungen z. B. als Sonderbedarf möglich. Ergeben sich auf lokaler Ebene Unterversorgungen trotz übersorgten Planungsbereichs sind gesonderte Fördermaßnahmen möglich.

### 3.3. Entwicklungen in der niedergelassenen Ärzteschaft

Entsprechend der oben beschriebenen demografischen Entwicklung betrifft die Alterung der Gesellschaft auch den Berufsstand der Ärzteschaft und im Detail die niedergelassenen Hausärzte. Die nachfolgende Grafik aus einer Erhebung der Kassenärztlichen

<sup>10</sup> Vgl. KBV: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>.

Bundesvereinigung (KBV) verdeutlicht den großen Anteil der Hausärzte jenseits des Rentenalters in vielen Kreisen in Schleswig-Holstein.

#### Anteil Ärzte >65 Jahre in %, Hausärzte, Kreise, 2020

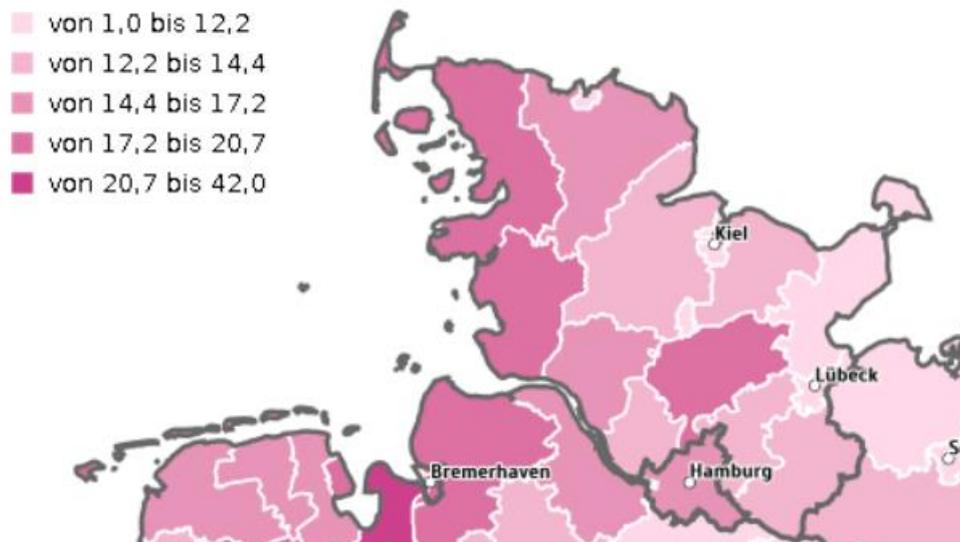


Abbildung 3: Anteil Hausärzte über 65 Jahre<sup>11</sup>

Auf der anderen Seite kommen weniger junge niederlassungswillige Ärzte nach, die bereit sind, eine Praxis zu übernehmen. Werden die Stellen der ausscheidenden Ärzte nicht rechtzeitig nachbesetzt, ergibt sich in Verbindung mit der oben beschriebenen zunehmenden Multimorbidität der älteren Patienten ein ernsthaftes Versorgungsproblem. Dies betrifft vor allem Praxen in ländlichen Gebieten.<sup>12</sup>

Neben der zunehmenden Bürokratisierung der Medizin und der Verantwortung als Kleinunternehmer sieht Prof. Ferdinand Gerlach, Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt und Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, in dem Fehlen von Vorbildern einen weiteren Grund für die Zurückhaltung der jungen Ärzteschaft in Hinblick auf eine Niederlassung.<sup>13</sup> Im Interview mit der „Ärzte Zeitung“ sagte er, dass viele junge Mediziner existenzielle Ängste hätten. Sie würden eher in den öffentlichen Dienst als in die Niederlassung gehen. Auf die Allgemeinmedizin bezogen bestünden Ängste bezüglich der Breite des Fachs und der damit einher gehenden Verantwortung, wenn Patienten mit unspezifischen Beschwerden in die Praxen kommen würden. Außerdem würden junge Mediziner im Studium wenig Vorbilder aus dem Fachbereich der Allgemeinmedizin erleben. Dagegen seien in den Universitätsstädten Supramaximalversorgung mit mehr als 80 Spezialisierungen und High-Tech-Medizin omnipräsent. Dadurch werde vermittelt, dass nur diese hochspezialisierte Medizin erstrebenswert sei. Erfreulicherweise sind in Schleswig-Holstein mit der Gründung des

<sup>11</sup> KBV: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>.

<sup>12</sup> Vgl. im Folgenden KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV): [https://www.kbv.de/html/themen\\_1076.php](https://www.kbv.de/html/themen_1076.php).

<sup>13</sup> Vgl. im Folgenden PRAKTISCHARZT: <https://www.praktischarzt.de/magazin/hausarztmangel/>.

Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin und Landarzt-Stipendien erste Gegenmaßnahmen bereits eingeleitet worden. Das Kompetenzzentrum Weiterbildung in Schleswig-Holstein (KWSH) ist seit Dezember 2016 aktiv und wurde durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein, die KV-SH und die Lehrstühle für Allgemeinmedizin in der Universitäten Kiel und Lübeck gegründet.<sup>14</sup> Ziel ist die Steigerung der Qualität und Effizienz in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Das Kompetenzzentrum führt u. a. Schulungstage für Ärzte in Weiterbildung und Train-the-Trainer-Kurse für Weiterbildungsbefugte durch.<sup>15</sup> Ein wichtiger Bestandteil ist die Vernetzung der angehenden Allgemeinmediziner untereinander und auch die Entwicklung eines neuen Selbstbewusstseins unter Hausärzten. Seit 2018 werden auch fakultative Mentorenprogramme angeboten, wobei die Mentoren Fachärzte aber nicht die Arbeitgeber sind.

Ein deutlicher Trend ist der dynamische Anstieg der Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten medizinischen Bereich.<sup>16</sup> Im Jahr 1993 waren bundesweit 5.397 angestellte Ärzte in der ambulanten Medizin tätig; im Jahr 2007 waren es mit 10.406 angestellten Ärzten bereits fast doppelt so viele. Im Jahr 2018 lag die Zahl der angestellten Ärzte in der ambulanten Medizin bei 39.816, wobei ein erheblicher Teil davon in Teilzeit tätig war. Allein im Vergleich von 2017 auf 2018 gab es einen weiteren Anstieg von 10,4 Prozent. Diese Zahlen belegen die klare Entwicklung hin zu Anstellungen im ambulanten medizinischen Bereich, womit in nicht unwesentlicher Zahl auch Teilzeit-Anstellungen gemeint sind. Die aktuelle Anzahlstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2020 unterstreicht diese Entwicklungen.<sup>17</sup> Auch in dieser Erhebung konnte ein anhaltender Trend zur Anstellung in Teilzeit in der ambulanten Versorgung festgehalten werden. Dies wird auch in der zur Verfügung stehenden „Arzt-Zeit“ deutlich, denn obwohl die Gesamtzahl der Ärzte um 1,5 Prozent anstieg, kam effektiv nur 0,8 Prozent Gesamt-Arztzeit mehr zustande. Die Zahl der in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland hat sich von 39.477 in 2019 auf 42.631 in 2020 erhöht. Im Bereich der Hausärzte ist im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang von 0,1 Prozent zu verzeichnen. Die rückläufigen Zahlen bei den Hausärzten seien seit Jahren zu beobachten, wie von dem stellvertretenden KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Stephan Hofmeister betont wurde. Die Corona-Pandemie hätte einmal mehr gezeigt, wie wichtig die ambulante Versorgung für das Gesundheitssystem sei.

Um die hausärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten und die jetzigen Ärzte zu entlasten, ist es elementar, junge niederlassungswillige Hausärzte für die Region zu begeistern. Um den Standort attraktiv zu gestalten, sollte auf die Wünsche und Anforderungen möglicher Praxisnachfolger oder Neu - Niedergelassener bestmöglich eingegangen werden. Die neue

---

<sup>14</sup> Vgl. im Folgenden KOMPETENZZENTRUM WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN SCHLESWIG-HOLSTEIN: <https://www.kwa.sh/startseite.html>.

<sup>15</sup> Vgl. im Folgenden STEINHÄUSER: Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin: Kampf gegen den Hausarztmangel. Nordlicht der KV-SH, 10 (2017).

<sup>16</sup> Vgl. im Folgenden ÄRZTEZEITUNG: Neue Ärztestatistik: Die Sorge um den Ärztemangel wächst. 2019.

<sup>17</sup> Vgl. im Folgenden KBV: Neue Statistik: Bedarf an Ärzten nach wie vor groß. [https://www.kbv.de/html/1150\\_51580.php](https://www.kbv.de/html/1150_51580.php).

Ärztegeneration möchte zumeist im Team arbeiten, von flexiblen Arbeitszeitmodellen profitieren und weniger administrative und betriebswirtschaftliche Verantwortung tragen. Außerdem werden die derzeitigen Rahmenbedingungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von den Medizinstudenten eher als kritisch angesehen und lassen sich nicht mit ihren beruflichen Erwartungen zusammenbringen. Dahingehend zeigt die folgende Auflistung wesentliche Veränderungen zwischen den Generationen:

<b>Arzt/Ärztinnen heute</b>	<b>Arzt/Ärztinnen morgen</b>
Einzelkämpfer	Teampayer/Delegation
Vollzeit	Teil-/Gleitzeitmodelle
Selbstständigkeit	Anstellung
Risikobereitschaft	Sicherheits- und Planungsbewusstsein
„Immer für die Patienten da“	„Work-Life-Balance“
„Diversifikation“	Spezialisierung
Systemabhängigkeit	Systemunabhängigkeit

Tabelle 1: Vgl. ärztliche Bedürfnisse heute und morgen

Die Erwartungen an das Arbeitsbild eines Arztes hängen außerdem mit der Feminisierung des Berufes zusammen. Immer mehr Frauen werden Ärzte und nehmen häufiger Teilzeitbeschäftigungen in Anspruch. Solche flexibleren Beschäftigungsmodelle ermöglichen es eher, Familie, Freizeit und Beruf miteinander zu vereinbaren.<sup>18</sup>

Der Hartmannbund führte 2019 eine Umfrage bei 1.437 Assistenzärzten über den Arbeitsalltag und die karrieretechnischen Zukunftsvorstellungen der angehenden Ärzte durch. Der Frauenanteil in der Umfrage betrug 69,5 %, was ebenfalls zeigt, dass die Medizin weiblicher wird. Als häufigstes Karriereziel wurde die Niederlassung in einer Gemeinschaftspraxis genannt, gefolgt von dem Wunsch, Oberarzt zu sein und dem Angestelltenverhältnis in der Niederlassung. Zwei von den Top 3 Antworten implizieren Teamwork, kein oder ein geteiltes finanzielles Risiko und Flexibilität in den Arbeitszeiten. Das Modell einer eigenen Einzelpraxis können sich hingegen nur neun Prozent der Befragten vorstellen. Dass die Vorstellungen der Assistenzärzte nicht mehr nur auf viel Erfolg und Karriere gepolt sind, zeichnet sich unter anderem an dem geringen Interesse einer Chefarztstätigkeit ab. Gleichzeitig unterstreichen die Ergebnisse der Umfrage erfreulicherweise, dass die Arbeit im ambulanten Bereich grundsätzlich als nicht unattraktiv angesehen wird.

<sup>18</sup> Vgl. RHEINISCHE POST: Die Medizin wird weiblicher. 2018.



Abbildung 4: Karriereziele von Weiterbildungsassistenten 2019<sup>19</sup>

Auch die KVSH berichtet in ihrer Zeitschrift *Nordlicht* davon, dass für die Medizinstudierenden die Vereinbarkeit von Familie und Beruf - die sogenannte Work-Life-Balance - an erster Stelle steht. So steigt aktuell zwar die Anzahl an Medizinstudenten, die „Zeitressource Arzt“ nimmt jedoch ab. *„Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland steigt, aber wer nur Köpfe zählt, macht es sich zu einfach. Die Realität ist komplexer. Uns fehlen Arztstunden. Und wenn wir nicht endlich entschieden gegensteuern und mehr Ärzte ausbilden, dann wird sich dieser Mangel verschärfen.“*, so kommentierte damals der Präsident der Bundesärztekammer die Ärztestatistik für das Jahr 2017.

Es bleibt festzuhalten, dass neben den jeweiligen Praxismodellen die Altersstruktur der Ärzte von großer Bedeutung für eine nachhaltige Sicherung der ärztlichen Grundversorgung ist. Um jungen Ärzten das Arbeiten in einer Region nahe zu bringen, müssen modernere Strukturen mit attraktiven Arbeitszeitmodellen geschaffen werden. Der wirtschaftliche und personelle Druck hin zu größeren Praxisverbänden scheint demnach immer größer zu werden.

#### 4. Ist-Situation in Neumünster

Neumünster ist eine kreisfreie Stadt und ein Oberzentrum in der Mitte Schleswig-Holsteins. Die Stadt ist nach Kiel, Lübeck, Flensburg und Norderstedt die fünftgrößte Stadt im nördlichsten deutschen Bundesland.

<sup>19</sup> Vgl. REBEKKA HÖHL: Weiterbildung: Assistenzärzte fällen niederschmetterndes Urteil, *Ärztezeitung*, 2019.

## 4.1. Lokale Gegebenheiten

Die Stadt Neumünster befindet sich in der Mitte Schleswig-Holsteins und hat 79.905 Einwohner<sup>20</sup>. Laut einer Studie zur Bevölkerungsentwicklung wird sich die Einwohnerzahl bis zum Jahr 2025 auf 80.120 erhöhen und erwartet bis zum Jahr 2030 einen Rückgang auf 78.870 Einwohner<sup>21</sup>. Die Bevölkerungszusammensetzung nach Altersstruktur entspricht annähernd dem Gesamtbild von Schleswig-Holstein wie die nachfolgende Grafik erkennen lässt.

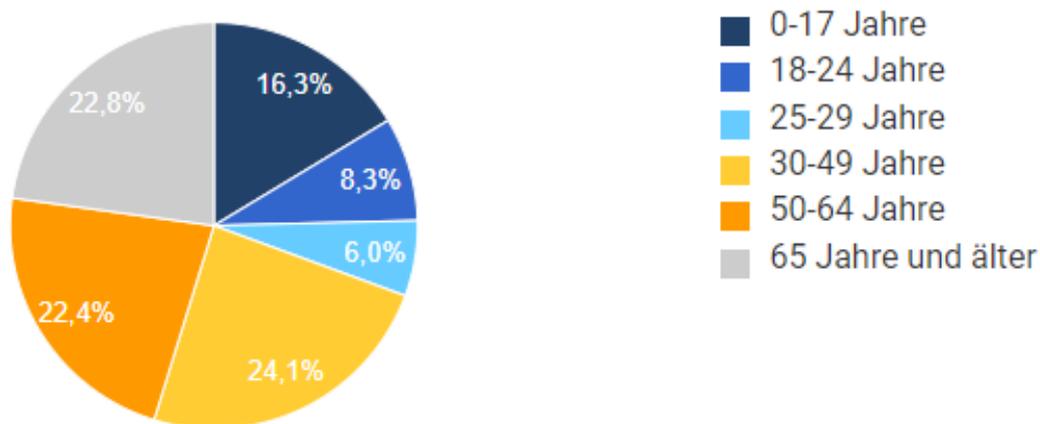


Abbildung 5: Bevölkerungsstand nach Altersgruppen<sup>22</sup>

Die Aufstellung zeigt, dass fast ein Viertel der Bewohner 65 Jahre oder älter und ein ähnlich hoher Anteil der Bevölkerung 50 bis 64 Jahre alt ist und sich in absehbarer Zeit dem Renteneintrittsalter nähert. Diese Zahlen beschreiben wiederum den größeren Anteil der Patienten.

Die genannte Region gehört zum hausärztlichen Planungsbereich „Neumünster“ und zu dem fachärztlichen Planungsbereich „Neumünster/Rendsburg-Eckernförde“. Der hausärztliche Planungsbereich Neumünster ist im Einwohner-Arzt-Verhältnis zu 101,8 % versorgt und sieht 10 freie Arztstühle vor. Es besteht somit offiziell keine drohende Unterversorgung und es ist keine gesonderte Steuerung der KV notwendig. Jedoch zeigt sich ein absteigender Trend, denn im Jahr 2020 lag der Versorgungsgrad noch bei fast 110%, also knapp unter der oben dargestellten Überversorgungsgrenze. (Vgl.: siehe Abbildung 2). Diesen Trend gilt es durch Anreize zu stoppen.

Die fachärztliche Planung hingegen zeigt in einigen Fachgruppen eine Überversorgung von bis zu 176,6 % (Chirurgen und Orthopäden). Bis auf Neurologen und Psychotherapeuten, bei denen eine Zulassung möglich ist, sind die Planungsbereiche für Gebietsärzte zur Zulassung gesperrt.

---

<sup>20</sup> Stand: 30.12.2020: [www.regionalstatistik.de](http://www.regionalstatistik.de)

<sup>21</sup> Demografischer Wandel – Bevölkerungsentwicklung bis 2030

<sup>22</sup> Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: <https://region.statistik-nord.de/detail/>.

Zu beachten hinsichtlich der Bedarfsplanung ist, dass lediglich die Verhältniszahlen flächenmäßig in sehr großen Bereichen betrachtet werden und die regionalen Gegebenheiten der einzelnen Gemeinden und Städte keine Beachtung finden. Im folgenden Kapitel ist aus diesem Grund eine kleinräumige Analyse der aktuellen Situation bezüglich der hausärztlichen und anderweitigen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen dargestellt.

## 4.2. Aktuelle Praxisstrukturen „Hausärzte“

Als Hausärzte werden Praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin, die hausärztlich tätig sind, bezeichnet.

In Neumünster und der näheren Umgebung gibt es 51 hausärztlich praktizierende Ärzte. Davon sind 44 als Mitglied im Praxisnetz Neumünster engagiert. Sieben weitere Hausärzte praktizieren in Neumünster und sind nicht Teil des Praxisnetzes.

Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht der hausärztlich niedergelassenen Ärzte im Stadtbereich Neumünster:

*Abbildung wurde aus Datenschutzgründen entfernt*

Abbildung 6: Lage der Hausärzte in Neumünster und Umgebung

Auf Abbildung 6 ist zu erkennen, dass ein Großteil der Praxen im Zentrum Neumünsters liegt. Die Recherche hat ergeben, dass diese eher aus größeren Einheiten mit bis zu vier Hausärzten bestehen. Der überwiegende Teil der Ärzte ist jedoch als Einzelpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis mit zwei Ärzten organisiert. Auffällig ist zudem, dass im Stadtteil Wittorf kein Hausarzt niedergelassen ist.

Um eine nachhaltige Projektidee und ein anschließendes Konzept zu entwickeln, wurden für die vorliegende Analyse Interviews mit den praktizierenden Hausärzten durchgeführt. In den Interviews fand u.a. ein Austausch bezüglich der Wahrnehmung der Ärzteschaft zum Versorgungsstand der Patienten vor Ort statt. Außerdem wurde die perspektivische Planung der Praxen angesprochen. Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht zu der Planung des Berufslebens der Befragten.

*Übersicht wurde aus Datenschutzgründen entfernt*

Tabelle 2: Übersicht der Hausärzte in Neumünster

Wie in Tabelle 2 zu erkennen, ist ein Drittel der aktuellen Praxisstruktur in Einzelpraxen organisiert, die anderen in Berufsausübungsgemeinschaften mit mindestens zwei oder mehr Ärzten.

Wie im vorausgegangenen Kapitel dargestellt wurde, ist der Arzt als „Einzelkämpfer“ ein Modell, welches viele der nachrückenden Ärzte nicht mehr anstreben. Hier zeichnet sich hinsichtlich der Nachbesetzung ein deutliches Problem ab.

Hinzu kommen externen Faktoren wie die des Fachkräftemangels. Die Unabhängig von den (ambulanten oder stationären) Versorgungseinrichtungen stellen einerseits ausscheidende Fachkräfte und andererseits der Mehrbedarf an Fachkräften das zentrale Problem der medizinischen Versorgung dar<sup>23</sup>. Auch im stationären Bereich ist die Entwicklung sehr problematisch. In den Krankenhäusern findet ein großer Teil der Weiterbildung für Allgemeinmediziner und andere Fachärzte statt und eine Unterbesetzung der Krankenhäuser beeinflusst ebenfalls die Ausbildungskapazitäten und damit fehlende Fachkräfte für den ambulanten Bereich.

Neben den jeweiligen Praxismodellen ist die Altersstruktur der Ärzte von großer Bedeutung für weitergehende Überlegungen. Ein Großteil der ansässigen Hausärzte ist in oder kurz vor dem Rentenalter. Einige sind bereits auf der Suche nach einem Nachfolger, aber bislang ohne Erfolg. Alle Ärzte wünschen sich eine Entlastung in Bezug auf die Arbeit.

Die Arztpraxen sind stark ausgelastet. Bis auf fünf der befragten Arztpraxen erteilen alle Praxen Aufnahmestopps. Die Versorgung der Patienten kann nicht mehr gewährleistet werden, sollte eine weitere hausärztliche Praxis ohne Nachfolger schließen, so die einhellige Meinung der Ärzteschaft. Die Hausärzte spüren den Aufnahmestopp bei den Kollegen. Immer häufiger nehmen Patienten ohne Hausarzt mit fünf oder mehr Praxen Kontakt auf, bis eine Praxis ihn als Patienten in die hausärztliche Betreuung aufnimmt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine Akutversorgung von Patienten in der Regel in allen Praxen erfolgt. Zudem haben in Neumünster in den letzten Monaten Hausarztpraxen auch ohne Nachfolger schließen müssen. Auch deren Patienten mussten durch die verbliebenen Praxen aufgefangen werden oder suchen nach wie vor einen Hausarzt. In naher Zukunft werden absehbar weitere Einzelpraxen ohne Nachfolgerregelung schließen.

---

<sup>23</sup> Vgl. Deutsches Krankenhaus Institut (DKI): Ärztemangel im Krankenhaus, Oktober 2010.

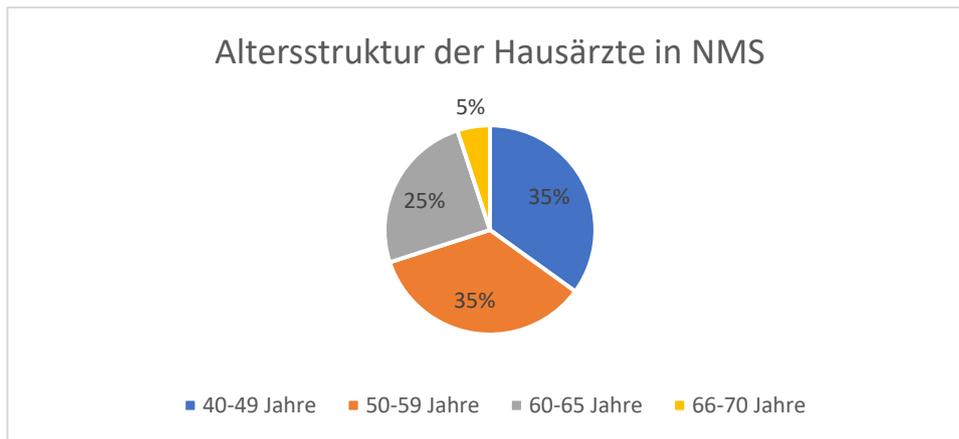


Abbildung 7: Altersstruktur der Ärzte

Der Übersicht zur Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte in und um Neumünster ist zu entnehmen, dass einige der praktizierenden Ärzte kurz vor dem Erreichen des Renteneintrittsalters stehen oder dies bereits überschritten haben, insgesamt ist ein Viertel der Ärzte 60 Jahre oder älter. Aus den Ärzteinterviews vor Ort oder auch Telefoninterviews haben wir entnommen, dass einige Ärzte bereits seit Monaten auf der Suche nach Praxisnachfolgern sind. Diese Suche ist bislang jedoch erfolglos verlaufen.

### 4.3. Umfeldanalyse

Ebenfalls entscheidend für einen Lösungsansatz ist die Umfeldanalyse. Diese erhebt, welche ärztlichen und gesundheitlichen Leistungsanbieter sich in Neumünster und der näheren Umgebung befinden. Das ist insoweit wichtig, weil dadurch das Einzugsgebiet der Ärzte näher definiert werden kann, zudem aber auch davon ausgegangen werden darf, dass die Akteure, z.B.: Apotheken und Sanitätshäuser, unter anderem in einer wirtschaftlichen Abhängigkeit zu den Hausärzten stehen.

Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass die Umfeldanalyse anhand einer zusätzlichen Recherche erfolgt ist und die Vollständigkeit aufgrund von unterschiedlichen Einflussfaktoren nicht gewährleistet werden kann.

Neben den vorhandenen Praxisstrukturen ist auch die Struktur der Anbieter nicht-ärztlicher Gesundheitsleistungen von Bedeutung. So begrenzt sich der Wunsch nach Teamarbeit junger Mediziner nicht zwangsläufig auf die eigene Praxis. Der Wunsch nach multiprofessionellen Teams, z. B. im Zuge einer Zusammenarbeit mit einem Praxisnetz, einem Krankenhaus oder den vor Ort tätigen häuslichen oder stationären Pflegediensten, ist in der nachrückenden Ärztegeneration deutlich stärker ausgeprägt.

Hierzu ist festzustellen, dass die Stadt Neumünster gute Voraussetzungen bietet, denn neben des Friedrich-Ebert-Krankenhauses und dem Praxisnetz Neumünster sind zahlreiche weitere Gesundheitsdienstleister in und um Neumünster angesiedelt.

Das Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH, kurz FEK, ist ein Akutkrankenhaus mit dem Auftrag der Schwerpunktversorgung. Das FEK ist ein Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft. Es versorgt ein Gebiet von rund 150.000 Einwohnern in Neumünster und Mittelholstein. Jährlich werden rund 26.000 Patienten voll- und teilstationär sowie 55.000 Patienten ambulant behandelt. Neben elektiven Eingriffen und Behandlungen ist das FEK somit auch für jegliche Notfälle Anlaufpunkt. Als Akademisches Lehrkrankenhaus bestehen Kooperationen mit den medizinischen Fakultäten des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel und der Universität Hamburg. Hinzu kommen engere Kooperationen über den 6K-Verbund, um nicht zuletzt die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu optimieren und voneinander zu lernen. In dem Verbund sind neben dem FEK das Klinikum Itzehoe, das Klinikum Bad Bramstedt, die Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide, die imland-Kliniken Eckernförde und Rendsburg sowie das Städtische Krankenhaus Kiel mit dem vereinten Ziel die standortnahe medizinischen Versorgung zu verbessern.

Das Medizinisches Praxisnetz Neumünster MPN e.V. wurde im Jahr 2001 von etwa 120 niedergelassenen Ärzten gegründet und ist ein von der KV-SH anerkanntes Praxisnetz. Das Ziel war und ist es die medizinische Versorgung der lokalen Bevölkerung zu verbessern. Bis heute treffen sich die Ärzte regelmäßig (alle 4-6 Wochen) in Qualitätszirkeln. Dabei werden Erkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten oder auch die Praxisorganisation besprochen. Dazu werden auch regelmäßig Chefärzte des FEK oder aus anderen umliegenden Krankenhäusern als Gäste eingeladen. Damit werden Kooperationen geschlossen, die Verbindung mit dem Umfeld vertieft und somit für die Neumünsteraner Patienten eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu sichern. Im Nachgang der Treffen werden auch Arbeitsgruppen gebildet die Themen wie z.B.: aktuelle Medikamente oder Patientenschulungen behandeln. Von diesen Wissenstransfer und der intensiven Zusammenarbeit untereinander profitieren vor allen die Neumünsteraner durch eine hochwertige ärztliche Betreuung.

In Neumünster sind insgesamt 14 Alten- bzw. Pflegeheime sowie 4 Einrichtungen für betreutes Wohnen angesiedelt. Zu beachten ist hierbei, dass diese Einrichtungen von den Hausärzten mitversorgt werden müssen, was oftmals mit einem hohen zeitlichen und personellen Aufwand verbunden ist.

Insgesamt befinden sich 26 Apotheken und zwei Sanitätshäuser in Neumünster, auch ca. 20 ambulante Pflegedienste und über 30 Physiotherapiepraxen.

## **5. Kooperationsbereitschaft**

Allen Beteiligten der Stadt Neumünster ist der akute und sich steigernde Ärztemangel bewusst. Die Ärzteschaft in der Region ist teilweise bereits an die Grenzen ihres Pensums gelangt und möchte die ambulante hausärztliche Versorgung ihrer Patienten sichergestellt wissen. Sie sieht einen dringenden Handlungsbedarf. Es trifft auf große Zustimmung, dass die

äg Nord das Projekt begleitet. Im Rahmen dieses Bewusstseins steigt die Kooperationsbereitschaft unter den Ärzten.

Es wurden Gespräche mit den meisten Hausärzten in der Stadt und in der Umgebung geführt. Insgesamt herrscht eine mäßige Kooperationsbereitschaft untereinander. Es gibt eine Handvoll Ärzte, die sich vorstellen können, ihre Arztsitze in ein zukünftiges Modell einzubringen. Einhellige Meinung der Ärzte ist, dass die aktuelle ambulante hausärztliche Versorgung bereits an ihre Grenzen stößt und dringender Handlungsbedarf besteht.

Dass die räumliche und/oder organisatorische Einheit von mehreren Ärzten in größeren Praxen zu einem Mehrwert in der Work-Life-Balance führen und auch wirtschaftliche Synergien erzeugen kann, liegt auf der Hand. Die an den Interviews teilnehmenden Ärzten haben den Wunsch von ausgeprägteren Kooperationen untereinander sowie mit anderen Gesundheitsdienstleistern geäußert. Außerdem wurde deutlich, dass die räumliche Struktur der Praxen nicht zufriedenstellend ist. Entweder würden sie sich gerne vergrößern, sie haben ohnehin schon zu wenig Platz und/oder es sind keine ausreichenden Parkplätze für die Patienten gegeben.

Alle Hausärzte sahen die Notwendigkeit des FEK als ein Akut-Krankenhaus mit dem Auftrag der Schwerpunktversorgung für den Standort Neumünster. Ein wertvoller Beitrag ist die Ausbildung neuer Ärzte im Zuge des Weiterbildungsverbundes. Dazu führt das MPN bereits weiterführende Gespräche mit dem FEK für ein gemeinsames Curriculum zur Verbesserung des Lehrplans für Hausärzte. Von den Hausärzten wird jedoch nicht nur die aktuelle Situation der Kooperation mit dem Krankenhaus, sondern auch eine zukünftige Zusammenarbeit in Form eines MVZ unter der Trägerschaft des FEK von fast allen als kritisch angesehen.

## 6. Chancen und Risiken

Die Rahmenbedingungen in Neumünster bergen wesentliche **Chancen**, um ein nachhaltiges Lösungskonzept zu entwerfen:

1. Eine Chance ist vor allem, dass sowohl die Politik als auch die Ärzte sich der drohenden Problematik einer nicht ausreichenden Patientenversorgung bewusst sind. Es wurde von allen Ärzten widerspiegelt, dass in naher Zukunft, bedingt durch den Ruhestand einiger Ärzte und der Schwierigkeit Nachfolger zu finden die Patienten nicht mehr ausreichend betreut werden können.
2. Die Stadt Neumünster hat eine Fläche von ca. 72 km<sup>2</sup>, was kurze Wegzeiten von Patienten zum Arzt impliziert. Von dem Gesundheitsministerium beauftragte Gutachter empfahlen als neue Grundlage zur Planung der ambulanten Versorgung Wegzeiten zu beachten: Der nächste Hausarzt sollte per Auto innerhalb von 15

Minuten Wegzeit erreichbar sein.<sup>24</sup> Selbst im Stadtteil Wittorf, in dem kein Hausarzt angesiedelt ist, haben Patienten die Möglichkeit per Auto oder dem öffentlichen Nahverkehr innerhalb der vorgegebenen Zeit im Zentrum einen Allgemeinmediziner zu erreichen.

3. Auch als Chance ist das Vorhandensein eines Krankenhauses in Neumünster zu bewerten. Eine gute Möglichkeit, dem Fachkräftemangel zu begegnen ist die Ausbildung von Fachkräften. Gerade im Fachgebiet der Allgemeinmedizin wird die Weiterbildungszeit in der Regel auf die stationäre und die ambulante Weiterbildung aufgeteilt. Durch ein, zwischen dem MPN und dem FEK, abgestimmtes Weiterbildungskonzept könnte die Attraktivität des Standortes Neumünster für junge Mediziner erhöht werden. Da die Weiterbildungszeit für Allgemeinmediziner 60 Monate beträgt und die Weiterzubildenden häufig in einem Alter sind, wo Familie und Eigenheim an Bedeutung gewinnen, bleiben diese Ärzte nach Abschluss der Weiterbildung häufig in der Region.
4. Eine der größten Chancen ist in dem Vorhandensein des regionalen Praxisnetzes zu sehen. Das MPN dient als Kommunikationsplattform für die niedergelassenen Haus- und Gebietsärzte in Neumünster und Umgebung. Als ein von der KV-SH anerkanntes Praxisnetz befasst sich dieses intensiv mit verschiedenen Problemstellungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in und um Neumünster. So ist auch hier, spätestens mit der Schließung einiger Hausarztpraxen in Neumünster, ohne dass eine Nachfolgeregelung getroffen werden konnte, das Bewusstsein für eine drohende Unterversorgung der Bevölkerung in Neumünster gewachsen. Dies spiegelte sich auch schon in der Befragung der Machtbarkeitsstudie, aber auch jetzt in der Phase der Konzeptstudie wider.
5. Eine weitere Chance für ein nachhaltiges Lösungskonzept ist, dass mehrere Ärzte bereit sind, ihre Arztsitze in ein neu konzipiertes Gesundheitszentrum oder MVZ einzubringen oder aber auch für bestimmte Tätigkeiten dafür zur Verfügung zu stehen.

Es gibt aber auch **Risiken**, mit denen bei der Entwicklung einer Projektidee und eines anschließenden Konzeptes umgegangen werden muss:

1. Das absehbare Ausscheiden mehrerer Hausärzte und die gleichzeitig fehlende Gewinnung von Nachwuchsmedizinern ist eines der größten Risiken für die Region. Junge Mediziner der Generation Y und Generation Z haben konkrete Vorstellungen von ihrem zukünftigen beruflichen Alltag in einer Praxis. Im Vordergrund steht dabei unter anderem die Work-Life-Balance, das Arbeiten im Team bzw. in einem Angestelltenverhältnis. Diese Strukturen

---

<sup>24</sup> Vgl. FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG: Jeder soll einen Hausarzt in 15 Minuten erreichen. 2018.

müssen geschaffen werden, um Nachfolger für bestehende Ärzte zu finden und neue Hausärzte zu gewinnen.

2. In Zukunft wird die Ressource „Arzt-Zeit“ durch altersbedingtes Ausscheiden und die Arbeitsbelastung der Ärzte weiter sinken und damit noch wertvoller. Derzeit wird die Ressource außerdem durch diverse Hausbesuche oder die Versorgung der Senioren- und Pflegeheime begrenzt. Hier wird es für die Zukunft neue Strukturen geben müssen, die es ermöglichen, bei gleichbleibender Arzt-Zeit mehr Patienten zu versorgen. Lösungsansätze können im Einsatz von Telemedizin, der Strukturierung von Heimbesuchen, in der Qualifizierung von Mitarbeitern und gleichzeitig vermehrter Delegation von Leistungen gesehen werden.
3. Multimorbidität ist ein im Alter vermehrt auftretendes Problem und nimmt ab der Altersgruppe 40 bis 54 Jahre von Altersstufe zu Altersstufe deutlich zu. In der Altersstufe 55 bis 69 Jahre sind bereits 60 % der Personen von mehr als zwei Krankheiten betroffen und bei den 70- bis 85-Jährigen hat jeder fünfte sogar mehr als fünf Erkrankungen zur gleichen Zeit. Multimorbidität sorgt für einen erhöhten medizinischen und zeitlichen Bedarf, sodass bei gleicher Anzahl an Einwohnern und steigendem Durchschnittsalter, mehr Ärzte benötigt werden.
4. Ein weiteres Risiko besteht, wenn junge Ärzte die Nachfolge bei ausscheidenden Kollegen antreten und keine „alten Hasen“ mehr in der Praxis sind. Hier geht viel Erfahrung verloren und lässt nicht selten verunsicherte junge Ärzte zurück. Mit der Integration junger Ärzte in größere Einheiten kann dieses Risiko reduziert werden, weil erfahrene und junge Ärzte sich sinnvoll ergänzen. Das bietet zudem die Möglichkeit, dass die älteren Ärzte ihre Arbeitszeit schrittweise reduzieren. Fehlt der Übergang von erfahrenen Kollegen zu jungen Medizinern, wird der Einstieg für die nachkommende Generation umso schwerer.
5. Die aktive Zusammenarbeit der Hausärzte untereinander beschränkt sich weitestgehend auf die Urlaubsvertretung und aktuell auch im Bereich des Impfmanagements. Unter der Anleitung des Praxisnetzes oder dem FEK ist bei den Kooperationen noch Potential nach oben offen.

Betrachtet man die Chancen und Risiken vor allem aus der rein theoretischen Sichtweise, so bieten die Chancen ein deutliches Potenzial für die Stadt Neumünster. Jedoch haben die Risiken aufgrund fehlender Strukturen und des ärztlichen Altersdurchschnitt in Neumünster eine größere Bedeutung und macht ein schnelles Handeln notwendig.

## 7. Zwischenfazit

Als Zwischenfazit dieser Projektskizze lässt sich festhalten, dass die ambulante hausärztliche Versorgung in Neumünster schon heute nicht mehr ausreichend ist. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass die zurzeit vorhandenen Hausarztpraxen kaum noch neue Patienten aufnehmen. Ein Grund ist, dass in den letzten Jahren bereits einige Hausarztpraxen ohne einen Nachfolger geschlossen haben. Die aktuell 22 Hausarztpraxen mit insgesamt 44 hausärztlichen Kassenarztsitzen werden den objektiven medizinischen Bedarf der Einwohner in der Stadt auf Dauer nicht decken können. Dadurch wird sich die Situation kurz- bis mittelfristig deutlich verschärfen wird, sodass die hausärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt sein wird. Aufgrund der vorhandenen Praxis-Kapazitäten und den spezifischen Gegebenheiten vor Ort besteht bereits jetzt der Wunsch sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch von Seiten der Bürger, die ärztlichen Kapazitäten weiter auszubauen. Für den Versorgungsbereich sieht die KV Schleswig-Holstein noch 10 zu besetzende Kassenarztsitze für eine ausreichende hausärztliche Versorgung vor. Das bedeutet, dass neben der Nachbesetzung der vorhandenen Sitze auch die Ansiedlung zusätzlicher Ärzte angestrebt werden sollte.

Eine Möglichkeit dem entgegenzuwirken ist die Anstellung weiterer Allgemeinmediziner und damit eine Erweiterung der Kapazitäten in den vorhandenen Arztpraxen. Selbst wenn vor Ort in den Praxen dazu kein Platz vorhanden ist, sehen die Ärzte keine Notwendigkeit oder scheuen die Investitionskosten einer Erweiterung oder den Standort zu wechseln.

Dementsprechend steht die Bereitstellung neuer Räume, die für eine größere Gemeinschaftspraxis oder eines MVZ geeignet sind, für die Erstellung attraktiver Strukturen im Vordergrund. Sehr viele Hausarztpraxen befinden sich im Zentrum von Neumünster. Für eine flächendeckendere Abdeckung Neumünsters sollte für einen Standort der Stadtteil Faldera oder Wittorf in Betracht gezogen werden, da es hier aktuell keine Hausärzte gibt. Diese Attraktiven Strukturen sollen im Konzept gleichzeitig flexible Strukturen die das Arbeiten als angestellte Ärzte in einem größeren Praxisverbund darstellen. Andernfalls lassen sich voraussichtlich nicht genug Nachfolger für die ansässigen Ärzte finden. Diese zu ersetzen ist für die Patientenversorgung jedoch unumgänglich.

Aus Sicht der äg Nord geht es nicht nur um den Bau oder Umbau einer Immobilie und/oder die Vermietung von Räumlichkeiten. Es wird vielmehr das Ziel verfolgt in einem integrativen Konzept interessierte Bewerber und Ärzte für die Region zu einer neuen Konzentration zu motivieren, um den Herausforderungen an die Patientenversorgung von morgen gerecht werden zu können. Die nachfolgende Generation von Ärzten wünscht sich ebensolche Modelle, in welchen Teamarbeit und Flexibilität ermöglicht werden. Ziel sollte es sein, zunächst angestellte Ärzte zu finden. Besteht in Zukunft der Wunsch, den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen, sollte hier weiter unterstützt werden. Für die Unterstützung und als Ansprechpartner bietet das Praxisnetz Neumünster dafür vor Ort eine sehr gute Infrastruktur.

Im Rahmen der weiteren Entwicklung sollten auch weitere Gesundheitsdienstleister in die Diskussion einbezogen werden. Nicht nur der politische Wille, sondern auch die Nöte bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung (Fachkräftemangel), werden ein Zusammenrücken der Gesundheitsakteure zwingend zur Folge haben müssen.

Es ist hervorzuheben, dass für jedes mögliche Konzept grundsätzlich gilt, dass ein Handeln gegen die Interessen und Wünsche der niedergelassenen Ärzte mit großer Wahrscheinlichkeit zum Scheitern des Projekts führt und damit keine tragfähige Lösung bietet. Aus diesem Grund ist für eine nachhaltige und zukunftsorientierte Lösung die enge und strukturierte Zusammenarbeit mit allen beteiligten Interessensgruppen im Projekt von großer Bedeutung.

## **8. Analyse der Trägerschaften**

Wir haben anhand der vor Ort Analyse und den Gesprächen mit den Hausärzten festgestellt, dass die vorhandenen Strukturen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung langfristig nicht ausreichend sein werden. Für eine Änderung ist es wichtig die möglichen Träger und Organisationsformen zu analysieren. Folgend wird auf die Gesellschaften eingegangen, die als Träger an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen können.

### **8.1. Ärzte**

Wie bereits beschrieben bevorzugen wir jegliche Organisationsformen des selbstständig tätigen Arztes. Dieser kann eine Praxis als Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ gründen und führen. Die andauernde fehlgeschlagene Suche nach einem Nachfolger hat in Neumünster gezeigt, dass dieses Modell für Neumünster zurzeit wahrscheinlich nicht die Lösung des Versorgungsproblems darstellt.

Alternativ wäre auch denkbar bestehende Organisationsformen zu größeren Einheiten umzustrukturieren. Allerdings gibt es derzeit in Neumünster keine Hausärzte, die bereit wären über eine Umstrukturierung ihrer Hausarztpraxis nachzudenken oder gar den Standort zu wechseln, um mehr Ärzten eine Anstellung oder auch Partnerschaft in einem neu zu gründenden MVZ anzubieten.

### **8.2. FEK**

Auch ein Krankenhaus kann laut SGB V als möglicher Träger für ein MVZ in Frage kommen. Betrachtet man die Versorgungslandschaft in Deutschland, so findet man tatsächlich in zahlreichen Regionen Krankenhaus-MVZs. Diese haben sich jedoch fast alle (Ausnahmen gibt es aufgrund angespannter Versorgungssituationen in den neuen Bundesländern) auf die fachärztliche Versorgung fokussiert. Dies aus gutem Grund, denn ein Krankenhaus, das ein

hausärztliches MVZ gründet, würde sich automatisch mit seinen hausärztlichen Einweisern in den Wettbewerb begeben, was wirtschaftlich in der Regel zu keinen tragfähigen Lösungen führt.

So hat auch das FEK im Rahmen eines Interviews eindeutig erklärt, nicht für die Trägerschaft eines Hausarzt-MVZ zur Verfügung zu stehen.

### **8.3. Anerkannte Praxisnetze**

Eine weitere im SGB V genannte Option für die Trägerschaft eines MVZ ist die Gründung durch ein Praxisnetz. Voraussetzung ist die Anerkennung des Praxisnetzes gemäß § 87b SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV-SH).

Das Medizinische Praxisnetz Neumünster e.V. (MPN) verfügt über die im SGB V geforderte Anerkennung der KV-SH. Der geschäftsführende Vorstand des MPN hat sich bereits mehrfach mit der Frage befasst, ob eine Trägerschaft durch das MPN für ein neu zu gründendes MVZ in Neumünster in Frage käme. Grundsätzlich steht der Vorstand dem Vorschlag positiv gegenüber, allerdings mit der Einschränkung, dass die wirtschaftlichen Risiken anhand eines Business Plans besser bewertet werden können müssen.

Das Praxisnetz Neumünster hat im Rahmen der Anerkennung durch die KV-SH einen Anspruch auf Förderung. Hinzu kommt ein jährlicher Mitgliedsbeitrag der Ärzte zur Finanzierung des Praxisnetzes. Dieses Finanzierungsmodell deckt die laufenden Kosten und Projekte ab. Zusätzliche Projekte müssen daher immer abgewogen werden. Das Betreiben eines MVZ ist über mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte angelegt und wird daher mit einem deutlich höheren finanziellen zusätzlichen Risiko bewertet. Da das MPN mit diesem Konzept Neuland betritt, zudem für die Zustimmung zur Umsetzung eine Mehrheit bei der Mitgliederversammlung benötigt, ist ein vorab erstellter Business Plan unabdingbar zur Bewertung des Projektes.

Darüber hinaus stellt ein Praxisnetz-MVZ eine Chance auf weitere Professionalisierung von Netzstrukturen dar. Die Grundidee von Netzen, eine besser koordinierte und kooperative ärztliche Versorgung, lässt sich in einem Praxisnetz-MVZ erheblich effizienter umsetzen.

Abschließend sollte nochmal darauf hingewiesen werden, dass trotz der vielen Potentiale, die ein Praxisnetz-MVZ bietet, die Stimmung der Mitglieder zurzeit nicht abschätzbar und daher das Endergebnis einer Abstimmung zurzeit völlig offen ist.

## **8.4. Trägerschaft durch Stadt**

Als Alternative zur selbstständigen Trägerschaft besteht die kommunale Trägerschaft. Die kommunale Trägerschaft ist im SGB V in zwei möglichen Formen beschrieben. Das kommunale Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V und die kommunale Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V.

Beispiele für ein kommunales MVZ nach § 95 SGB V gibt es aktuell auf der Nordseeinsel Pellworm. Das MVZ Pellworm stellt die kleinste zu gründende Einheit eines MVZ dar – hier ist ein Kassenarztsitz mit zwei Ärzten besetzt. In der Gemeinde Silberstedt wurde im Sommer 2019, Erfde April 2020, Bad Bramstedt Januar 2021, Brunsbüttel April 2021 und Wahlstedt Januar 2022 ebenfalls ein kommunales MVZ gegründet. Alle Städte und Gemeinden kamen damit ihrer Daseinsvorsorge in der hausärztlichen Versorgung nach.

In Deutschland gibt es bisher lediglich drei kommunale Eigeneinrichtungen nach § 105 SGB V, diese befinden sich in Schleswig-Holstein und werden geschäftsführend von der äg Nord betreut. Im Jahr 2015 wurde in Büsum die erste Eigeneinrichtung unter kommunaler Trägerschaft gegründet. Sie umfasst vier allgemeinmedizinische Kassenarztsitze und beschäftigt aktuell fünf Ärzte. Die zweite kommunale Eigeneinrichtung befindet sich in Lunden und nahm am 1. Mai 2019 ihren Betrieb auf. In Lunden sind zwei junge Ärzte auf jeweils einem allgemeinmedizinischen Kassenarztsitz angestellt. Nur ein Jahr später eröffnete auf Helgoland das dritte MVZ zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Dort arbeiten zwei Ärzte auf jeweils einem ganzen kassenärztlichen Sitz.

## **8.5. Private Investoren**

Der Vollständigkeit halber erwähnen wir an dieser Stelle, dass zunehmend auch private Investoren in die medizinische Versorgung vordringen. Begonnen hat diese Entwicklung vor vielen Jahren in der stationären Versorgung mit der Übernahme ehemals kommunaler Krankenhäuser. Diese Entwicklung nahm seinen Fortgang in hoch spezialisierten Facharztpraxen in der ambulanten Versorgung, beginnend mit Laborärzten und Radiologen. Heute ist sie auch schon bei Diabetologen, Augenärzten und anderen Fachgruppen zu sehen.

Zu befürchten ist, dass in diesen Einrichtungen die Themen der Gemeinnützigkeit und der Daseinsvorsorge hinter unternehmerischen Interessen zurücktreten. Darunter kann es im Rahmen der hausärztlichen Behandlung zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgung führen, wenn Ärzte angehalten werden sich eher auf lukrative Behandlungsfelder, anstatt auf den regulären Versorgungsauftrag zu konzentrieren. Dementsprechend raten wir von der Forcierung einer Kooperation zwischen der Stadt und privaten Investoren ab. Denn von einer Kooperation abgesehen, besteht nach gesetzlicher Grundlage bereits heute die Möglichkeit für einen Investor ein MVZ zu gründen.

## **9. Analyse der Organisationsformen**

Im vorherigen Abschnitt sind wir auf die verschiedenen Akteure eingegangen, denen gesetzlich die Möglichkeit gegeben wird medizinische Strukturen zu etablieren. Folgend wird erläutert, in welcher Form ein Träger eine ärztliche ambulante Organisation gründen können.

Präambel: Gibt es in einer Versorgungsregion einen zusätzlichen Bedarf an hausärztlicher Tätigkeit, präferiert die äg Nord in der Regel Lösungskonzepte mit niedergelassenen, selbständig tätigen Ärzten. Im Vordergrund steht die Wahrung der Interessen der niedergelassenen Ärzte bei der Konzepterstellung. Sollte eine praktikable und nachhaltige Lösung unter Wahrung der Selbständigkeit der Ärzteschaft umsetzbar erscheinen, wird diese klar favorisiert.

### **9.1. Hausärztliche Einzelpraxis**

Die hausärztliche Tätigkeit wird heute häufig noch in der Rechtsform der GbR in Einzelpraxis ausgeführt. Auch in Neumünster sind noch einige Hausärzte in Einzelpraxen tätig, finden zurzeit aber keine Praxisnachfolger. Wie bereits beschrieben scheut die nachfolgende Ärztegeneration die Selbstständigkeit und wünscht sich Teamwork, was in dieser Organisationsform nicht realisierbar ist. Daher ist diese Form für die Problemstellung in Neumünster nicht geeignet, da sie nicht über die nötige Attraktivität verfügt, um junge Mediziner für die ambulante Versorgung zu begeistern.

### **9.2. Praxisgemeinschaft**

Dieses Modell erlaubt Ärzten, ihre Räume, Einrichtungen und Geräte gemeinsam zu nutzen. Jeder Arzt behält jedoch seine Eigenständigkeit, behandelt jeweils seine eigenen Patienten und rechnet für sich allein ab. Diese Organisationsform sollte begleitend zur Sicherung der ambulanten Versorgung in Neumünster in Betracht gezogen werden. Dabei können sich wirtschaftliche Vorteile durch die gemeinsame Nutzung von Geräten etc. ergeben. Jedoch hat dabei auch jeder Arzt sein eigenes wirtschaftliches Risiko und das Teamwork ist in der Organisationsform nur bedingt vorhanden.

### **9.3. Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft**

Die vorhandenen Gemeinschaftspraxen nehmen erfolgreich an der hausärztlichen Versorgung in Neumünster teil, sind aber, von wenigen Fällen abgesehen, nicht mehr in der Lage weitere

Patienten aufzunehmen. Zudem stoßen sie räumlich an die Kapazitätsgrenzen, sodass eine personelle Aufstockung im Bereich der Ärzte meist ausgeschlossen ist.

Auch wenn die ambulante Versorgung durch selbständig tätige Ärzte aus Sicht der Ärztegenossenschaft Nord immer den Königsweg darstellt, müssen für die mögliche Realisierung die Rahmenbedingungen stimmen. So muss zunächst einmal die Bereitschaft von Ärzten vorhanden sein das Team der Gesellschafter zu vergrößern oder Ärzte anzustellen. Ist diese Bedingung erfüllt, müssen die Praxisräume den Platzbedarf für weitere Ärzte hergeben. Ist dies nicht der Fall, müssen die zur Praxisvergrößerung bereiten Ärzte bereit sein, sich räumlich zu verändern. Egal, wie die Situation bewegt wird, ein solcher Schritt ist immer mit Investitionen verbunden.

Die Interviews haben auch ergeben, dass die Bereitschaft weitere Hausärzte aufzunehmen entweder nicht vorhanden war, die Praxisräume keinen ärztlichen Zuwachs erlauben oder eine räumliche Veränderung prinzipiell ausgeschlossen wurde. Diese Aussagen stehen natürlich in dem Kontext zur Investitionsbereitschaft. Ob hier bei Schaffung entsprechender finanzieller Anreize durch mögliche Fördergelder ein Umdenken erfolgen kann, kann zurzeit nicht beurteilt werden.

#### **9.4. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

In einem Medizinische Versorgungszentrum können Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte eine hausärztliche oder auch fachübergreifende patientenorientierte Versorgung ermöglichen. Die Gründung darf z.B.: von zugelassenen Ärzten, zugelassenen Krankenhäusern, von anerkannten Praxisnetzen, gemeinnützigen Trägern oder Kommunen durchgeführt werden. Dieses wird durch den § 95 SGB V geregelt. Die Anzahl der in einem MVZ gebündelten Vertragsarztsitze ist nicht limitiert. Die Kaufmännische Leitung und die ärztliche Leitung können voneinander getrennt werden, allerdings muss der ärztliche Leiter selbst im MVZ ärztlich tätig sein, optional jedoch auch als angestellter Arzt.

Interessant ist diese Lösungsoption auch, weil abgabewillige selbständig tätige Ärzte ihren Sitz an ein MVZ abgeben können und sich anschließend dort anstellen lassen. Diese Ärzte können dann mit ihrer Erfahrung die Basis für die neue Konstruktion bilden und ggf. nachrückenden jungen Ärzten mit Rat und Tat zur Seite stehen. Zudem können die älteren Ärzte ihre Tätigkeit im MVZ in den folgenden drei Jahren langsam reduzieren, bevor sie endgültig in den Ruhestand gehen und damit aus der Versorgung ausscheiden.

In den folgenden Unterkapiteln wird auf die relevanten Formen der MVZ Trägerschaft für die Stadt Neumünster genauer eingegangen.

### 9.4.1. Kommunales MVZ

Unabhängig von der Rechtsform muss ein kommunales MVZ trotz der öffentlichen Trägerschaft immer ärztlich geleitet werden. Der ärztliche Leiter muss in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein. In dem kommunalen MVZ würden dann die zwei bzw. drei Hausarztsitze gebündelt werden. Die Ärzte, die diese Sitze besetzen, sind angestellt in der Trägergesellschaft des MVZ. Bei einem kommunalen MVZ wäre die Stadt für die Verwaltung und Organisation der Praxis verantwortlich. Das bedeutet, dass z.B. der Einkauf des Praxisbedarfs, die Personalführung und alle kassenarztrechtlichen Aspekte von der Trägergesellschaft abgewickelt werden müssen.

Gibt ein Arzt seinen Kassenarztsitz in ein kommunales MVZ (oder auch in eine andere Organisationsform) und lässt sich in diesem anstellen, dann beginnt eine drei-jährige Frist, in welcher der Arzt noch in dem MVZ tätig sein muss. Dieser Aspekt ist dahingehend zu beachten, wenn ältere Ärzte Ihren Sitz mit einbringen wollen.

Nach § 106a der Gemeindeordnung Schleswig-Holstein kann eine Anstalt öffentlichen Rechts (AÖR) als Rechtsform für ein MVZ genutzt werden. Problematisch bei der Gründung in Form einer Anstalt öffentlichen Rechts ist die Bindung an Tarifverträge. Ein MVZ in Form einer AÖR gibt es bereits in Katzenelnbogen in Rheinland-Pfalz. Die Gemeinde hat die unten beschriebene Problematik der GmbH, dass sich Vertragsarztrecht und Kommunalrecht in Bezug auf die selbstschuldnerische Bürgschaft widersprechen, durch die Rechtsform der AÖR umgangen. Ziel der Gemeinde ist jedoch eine Umwandlung in eine GmbH. Grund für die Umwandlung ist, dass die Ärzte ggf. zu einem bisher undefinierten Zeitpunkt die Praxis in Selbstständigkeit führen möchten und diese in Form der AÖR nicht möglich wäre. Eine Beteiligung oder Kooperation selbstständiger Ärzte an einer AÖR ist nicht möglich. Die Selbstständigkeit sollte immer als Option für die nachfolgenden Ärzte offengehalten werden.

Ein MVZ kann auch in Form einer Genossenschaft gegründet werden. Hauptzweck einer Genossenschaft darf nicht die Gewinnerzielung sein, auch wenn die Option der Gewinnausschüttung besteht. Eine Genossenschaft wird durch ihre Mitglieder getragen. Die Mindestanzahl der Genossenschaftsmitglieder muss drei betragen. Da die formalen Kriterien und Rahmenbedingungen für die Gründung einer Genossenschaft sehr umfassend sind, ist die Genossenschaft als Rechtsform für ein MVZ unattraktiv und unüblich.

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) ist die Grundform für Personengesellschaften. Aus diesem Grund werden meist Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs, früher Gemeinschaftspraxen genannt) in dieser Rechtsform gegründet. Bei der GbR schließen sich mindestens zwei Personen zusammen und verfolgen einen gemeinsamen Zweck. Grundsätzlich unterliegt die GbR keinen formalen Anforderungen für die Gründung, da jedoch hier eine MVZ-GbR zu gründen wäre, müsste dies auch schriftlich dem Zulassungsausschuss vorgelegt werden. Bei einem MVZ in der Rechtsform der GbR ist die akzessorische Haftung

von Gesellschaft und Gesellschaftern unbegrenzt. Aus diesem Grund ist die GbR für MVZs eher unüblich und nicht zu empfehlen.

Nach § 95 Abs. 1 a SGB V kann ein MVZ auch in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) gegründet werden. Die GmbH wird von einem oder mehreren Gesellschaftern gegründet. Die Stadt darf eine GmbH gründen. Für die GmbH-Gründung ist ein Stammkapital von mindestens 25.000 € notwendig. Der Vorteil der beschränkten Haftung kommt aufgrund von vertragsarztrechtlichen Bestimmungen nicht zum Tragen. Aufgrund des Behandlungsvertrags zwischen dem Arzt und dem Patienten greift aber ohnehin die Haftpflichtversicherung. Ein medizinisches Versorgungszentrum wird als Daseinsvorsorge betrachtet, bestätigte im Jahr 2021 das Innenministerium von Schleswig-Holstein. In diesem Ausnahmefall ist eine selbstschuldnerische Bürgschaft durch die Stadt möglich. Die Sicherheitsleistung kann auch in Form einer Bankbürgschaft abgeschlossen werden, jedoch ist diese Möglichkeit mit zusätzlichen Kosten bei der Bank verbunden.

### **Chancen- und Risiken**

Die Führung eines kommunalen MVZ ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand und der Beachtung von vielen rechtlichen Rahmenbedingungen verbunden. Die rechtlichen Regelungen, z.B. im Hinblick auf Zulassungen und Praxisbetrieb sowie Organisation, sind „kommunalfremde“ Leistungen, sodass hier erst kassenarztrechtliches Know-How aufgebaut werden müsste. Darüber hinaus finden viele Regelungen und Pflichten verschiedenster Rechtsgebiete auf das Betreiben der Einrichtung Anwendung. Eine Alternative hierzu könnte die Übertragung an eine Managementgesellschaft sein, die die Organisation und Geschäftsführung des MVZ übernimmt. Dies wäre mit laufenden Kosten verbunden, welche aus dem Praxisbetrieb heraus finanziert werden müssen. Ebenfalls zu beachten ist, dass bei einer nicht-ärztlichen Geschäftsführung immer noch ein Arzt als ärztlicher Leiter Verantwortung übernehmen muss.

Neben den Investitionskosten für das Projekt müsste die Stadt Neumünster bei einem kommunalen MVZ ebenfalls das wirtschaftliche Risiko der Praxis fortlaufend tragen.

Ein großer Vorteil des kommunalen MVZ ist, dass die Kassenarztsitze an die Region gebunden sind. Die Sitze „gehören“ über die kommunale Gesellschaft quasi der Stadt, solange immer ein Arzt auf diesem angestellt ist. (Ein Kassenarztsitz kann in der Regel sechs Monate, längstens jedoch zwölf Monate ohne Besetzung „ruhen“.) Vertraglich sollte geregelt werden, dass jeder der Ärzte die Möglichkeit hat, seinen Kassenarztsitz auch wieder aus dem MVZ zu lösen und sich in Neumünster selbstständig zu machen. Grund dafür ist, dass heute eben nicht nur die Frage der „Sitzsicherung“ wesentlich ist. Es geht vor allem darum, auch Personen, also Hausärzte, für diese Sitze zu finden und zu halten. Wenn heute viele der in die ambulante Versorgung kommenden Ärzte in Anstellung tätig sein wollen, so mag dies in zehn Jahren nicht

mehr der Fall sein. Deshalb sollte mit der jetzt zu treffenden Entscheidung ggf. für eine kommunale Gesellschaft mit der Anstellung von Ärzten keine Entscheidung für die Ewigkeit getroffen werden. Vielmehr muss sich die Stadt die Flexibilität erhalten, auch einem selbstständig tätigen Arzt, der sich in Neumünster niederlässt, eine „Heimat“ in dem Hausarztzentrum zu bieten. Wettbewerbsklauseln verhindern hier jedoch eine erneute Niederlassung in unmittelbarer Umgebung und somit das Abwerben von Patienten aus dem MVZ.

Ein weiterer Vorteil ist, dass eine Akquise von jungen Nachfolgern durch ein MVZ einfacher ist. Der Grund besteht darin, dass die meisten jungen Ärzte eine Anstellung mit flexibleren Arbeitszeiten bevorzugen und in ein kommunales MVZ mehr Vertrauen gesetzt wird, da es sich um einen öffentlichen Träger handelt (in Abgrenzung zu privaten Trägern oder einem Krankenhaus, welches vielleicht lediglich Patientenströme lenken möchte).

In den Gesprächen mit den niedergelassenen Ärzten wurde jedoch deutlich, dass eine Trägerschaft durch die Stadt Neumünster nicht präferiert wird.

#### **9.4.2. Praxisnetz MVZ**

Auch ein Praxisnetz MVZ muss immer ärztlich geleitet werden. Unabhängig von der Mitgliedschaft im Praxisnetz muss der ärztliche Leiter in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein. Genau wie bei dem kommunalem MVZ würden dann die zwei oder mehr Hausarztsitze gebündelt werden. Die Ärzte, die diese Sitze besetzen, sind angestellt in der Trägergesellschaft des MVZ. Bei einem Praxisnetz MVZ wäre eben dieses für die Verwaltung und Organisation der Praxis verantwortlich. Das bedeutet, dass z.B. der Einkauf des Praxisbedarfs, die Personalführung und alle kassenarztrechtlichen Aspekte von der Trägergesellschaft abgewickelt werden müssen.

Auch in einem Praxisnetz MVZ gilt, wenn ein Arzt seinen Kassenarztsitz in das MVZ einbringt und sich in diesem anstellen lässt, dann beginnt eine drei-jährige Frist, in welcher der Arzt noch in dem MVZ tätig sein muss.

#### **Chancen- und Risiken**

Die Führung eines Praxisnetz MVZ ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand und der Beachtung von vielen rechtlichen Rahmenbedingungen verbunden. Die rechtlichen Regelungen, z.B. kassenarztrechtliches Know-How im Hinblick auf Zulassungen und Praxisbetrieb sowie Organisation, sind als Leistungen dem Praxisnetz bekannt. Darüber hinaus finden viele Regelungen und Pflichten verschiedenster Rechtsgebiete auf das Betreiben der Einrichtung Anwendung. Hierzu könnte die Übertragung bestimmter Aufgaben Abhilfe

schaffen. Dies wäre jedoch mit laufenden Kosten verbunden, welche aus dem Praxisbetrieb heraus finanziert werden müssen. Ebenfalls zu beachten ist, dass bei einer nicht-ärztlichen Geschäftsführung immer noch ein Arzt als ärztlicher Leiter Verantwortung übernehmen muss.

Ein weiteres Risiko besteht in den Investitionskosten, die ein Praxisnetz-MVZ mit sich tragen würde. Anerkannte Praxisnetze bekommen eine jährliche Förderung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hinzu kommen jährlichen Beiträge der Mitglieder die Projektmaßnahmen und Verbesserungen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung finanzieren. Den Bau eines MVZ und die dazugehörigen Investitionskosten können nicht von einem Praxisnetz getragen werden. Die fortlaufenden Betriebskosten und das damit einhergehende wirtschaftliche Risiko läge bei dem Praxisnetz, die Investitionskosten hingegen müssen von der Stadt Neumünster getragen werden. Bei Punkt 10.3 wird auf die Möglichkeiten der Umsetzung etwas genauer eingegangen.

Ein großer Vorteil des Praxisnetz MVZ ist, dass dem MPN daran gelegen ist, die Kassenarztsitze in der Region zu halten. Die Sitze „gehören“ über die Praxisnetz MVZ quasi dem MPN, solange ein Arzt auf diesem angestellt ist. (Ein Kassenarztsitz kann in der Regel sechs Monate, längstens jedoch zwölf Monate ohne Besetzung „ruhen“, danach würde er vom Zulassungsausschuss ausgeschrieben und könnte innerhalb des Zulassungsbezirkes verlegt werden.) Vertraglich sollte geregelt werden, dass jeder der Ärzte die Möglichkeit hat, seinen Kassenarztsitz auch wieder aus dem MVZ zu lösen und sich in Neumünster selbstständig zu machen. Grund dafür ist, dass heute eben nicht nur die Frage der „Sitzsicherung“ wesentlich ist. Es geht vor allem darum, auch Personen, also Hausärzte, für diese Sitze zu finden und zu halten.

Ein weiterer Vorteil ist, dass eine Akquise von jungen Nachfolgern durch ein MVZ einfacher ist. Der Grund besteht darin, dass die meisten jungen Ärzte eine Anstellung mit flexibleren Arbeitszeiten bevorzugen und in ein Praxisnetz MVZ mehr Vertrauen gesetzt wird, da es bereits in der Region in Neumünster bekannt ist.

In den Gesprächen mit den niedergelassenen Ärzten wurde deutlich, dass eine Trägerschaft durch das Praxisnetz als Chance und eine treibende Innovationskraft für hausärztliche Versorgung der Stadt Neumünster gesehen wird.

## **9.5. Kommunale Eigeneinrichtung**

Eine Alternative zur Gründung eines MVZ unter kommunaler Trägerschaft wäre die Gründung einer kommunalen Eigeneinrichtung gemäß § 105 Abs. 5 SGB V: *„Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann.“*

Der Unterschied zum kommunalen MVZ besteht darin, dass die KV-SH ausdrücklich ihre Zustimmung erteilen muss, damit eine Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 5 SGB V entstehen kann. Diese Zustimmung wird lediglich bei einer stark drohenden Unterversorgung erteilt. In Schleswig-Holstein – Büsum, Lunden und Helgoland - sind bisher die einzigen kommunalen Eigeneinrichtungen Deutschlands angesiedelt, welche alle drei durch die äg Nord etabliert wurden und gemanagt werden. In der praktischen Handhabung ist eine kommunale Eigeneinrichtung wie ein kommunales MVZ. Die Ärzte sind angestellt, es gibt einen ärztlichen Leiter und eine Geschäftsführung.

Die kommunale Eigeneinrichtung kann in den gleichen Rechtsformen wie das MVZ gegründet werden. Vor- und Nachteile sind identisch. Auch der Aspekt, dass abgebende Ärzte noch drei Jahre tätig sein müssen, besteht hier. Einziger Unterschied ist, dass nach § 105 bei der kommunalen Eigeneinrichtung keine selbstschuldnerische Bürgschaft oder andere Sicherheitsleistungen gefordert werden.

### **Chancen und Risiken**

Im Praxisbetrieb ergeben sich die gleichen Chancen und Risiken bei einer kommunalen Eigeneinrichtung, wie bei Handlungsoption 2-A, dem kommunalen MVZ.

Hinzu kommt jedoch das Risiko, dass die KV-SH einer kommunalen Eigeneinrichtung zustimmen muss. Die KV-SH steht der Gründung einer kommunalen Eigeneinrichtung nicht grundsätzlich negativ gegenübersteht und wäre für die Stadt Neumünster, mit dem derzeitigen Versorgungsgrad von 100% vorstellbar.<sup>25</sup>

Die äg Nord hat u.a. die Gründungen der Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 5 SGB V in Büsum, Lunden und Helgoland begleitet. Büsum liegt im Mittelbereich Husum. Hier bestand zum Zeitpunkt der Gründung eine Unterversorgung mit einem Versorgungsgrad von nur 87,2 %. Lunden liegt im Mittelbereich Heide, in welchem aktuell 0,5 allgemeinmedizinische Sitze vakant sind. Die KV-SH sah somit in beiden ersten Fällen die Gründung als notwendig an. Im Falle von Helgoland bestand die Notwendigkeit der Sicherstellung, der hausärztlichen Versorgung, auf Grund der fehlenden Nachfolge und der geographischen Insellage vor Ort zu gewährleisten.

---

<sup>25</sup> Vgl.: KV-SH: Bedarfsplan, Januar 2022.

## **9.6. Zusammenfassung**

In der folgenden Tabelle sind die möglichen Träger noch einmal zusammengefasst aufgelistet und welche Organisationsform gegründet werden können.

Träger / Organisation	Arzt / Ärztin	Neumünster	Praxisnetz Neumünster	FEK	Kassenärztliche Vereinigung	Private Investoren
Einzelpraxis	Ein Allgemeinmediziner kann in einer Praxis praktizieren					
Praxisgemeinschaft	Kooperationsform von zwei oder mehreren Ärzten zum Praktizieren in gemeinsamen Praxisräumen mit gemeinsamem Personal aber jeder Arzt rechnet selbstständig mit der KV ab					
Berufsausübungsgemeinschaft	Kooperationsform von zwei oder mehreren Ärzten zur Ausübung der Tätigkeit in gemeinsamen Praxisräumen mit gemeinsamem Personal und einer gemeinsamen Betriebsstättennummer					
MVZ	Mindestens zwei Ärzte können ein MVZ gründen	Neumünster kann ein Kommunales MVZ gründen	Das MPN kann ein MVZ gründen	Das FEK kann ein MVZ gründen		Investoren können unter bestimmten Bedingungen ein MVZ gründen
Kommunale Eigeneinrichtung		Neumünster kann eine Kommunale Eigeneinrichtung gründen				
KV Eigeneinrichtung					Die KV kann bei einer Unterversorgung (siehe Abbildung 2) ein MVZ gründen	

Tabelle 3: Zusammenfassung Träger und Organisationsformen

Aus der Tabelle lässt sich ablesen, dass ein oder mehrere Ärzte in Selbstständigkeit eine Einzelpraxis oder mit mehreren Ärzten zusammen eine Praxisgemeinschaft, eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ gründen und führen können.

Dies hätte den Vorteil, dass die Stadt, das Praxisnetz Neumünster oder das FEK zu keiner Zeit das wirtschaftliche Risiko für die Kassenarztsitze hält. Die Trägerschaft liegt bei den Ärzten. Die Stadt muss sich weder um eine kaufmännische Geschäftsführung noch um weitere Unterstützung kümmern. Somit entstehen für Neumünster auch keine laufenden Kosten bei den Lösungen der selbstständigen Ärzte.

Ein Nachteil der beschriebenen Organisationsformen ist, dass die Kassenarztsitze im Besitz der jeweiligen Ärzte sind. Das bedeutet, eine hundertprozentige Garantie, dass die Sitze in Neumünster verbleiben, besteht nicht - die Sitze könnten innerhalb des Mittelbereichs verlegt werden. Dieses Risiko würde sich jedoch bei finanzieller Unterstützung durch vertragliche Regelungen oder einen langfristigen Mietzeitraum minimieren lassen (hierzu muss allerdings eine juristische Beratung erfolgen, die nicht von der Ärztegenossenschaft erbracht werden darf und daher nicht Gegenstand unseres Angebotes ist). Dieses Risiko sollte zukünftig nicht außer Acht gelassen werden, ist jedoch aus heutiger Sicht zweitrangig anzusehen. Wie in Punkt 4.1 beschrieben, gibt es aktuell noch 10 freie Arztsitze für den Mittelbereich Neumünster – Tendenz steigend. Darauf kann sich jeder Hausarzt bewerben und kann, sofern er oder sie den ärztlichen Zulassungsanforderungen entspricht, eine Hausarztpraxis eröffnen. Daher ist das Thema aus aktueller Sicht als unkritisch zu bewerten.

Obwohl die Ärztegenossenschaft Nord die Organisationsformen des selbstständigen Arztes immer bevorzugen, wird es vermutlich schwierig bis unmöglich dies zurzeit in Neumünster zu realisieren. Wir sehen in Neumünster einen hohen Handlungsdruck, da einerseits bereits heute Hausarztsitze nicht besetzt sind und andererseits mittelfristig weitere Hausärzte ohne Nachfolge in den Ruhestand zu gehen drohen. Bezieht man in die Überlegungen den Anspruch der nachrückenden Ärztegeneration im Hinblick auf die erwartete Work-Life-Balance oder das Arbeiten im Team ebenso wie den bestehenden Fachkräftemangel mit ein, empfehlen wir der Stadt Neumünster im Rahmen der Daseinsvorsorge aktiv in die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen einzugreifen.

Daher kommen wir zu der Empfehlung der Organisationsform eines MVZ. Hier sind, wie bereits vorher ausgeführt, verschiedene Betreiber denkbar. Wie ebenfalls schon dargelegt halten wir das Praxisnetz oder die Stadt Neumünster zurzeit für die beste Option ein neues MVZ zu etablieren und zu betreiben. Auch wenn die niedergelassenen Hausärzte die Gründung eines MVZ durch das Praxisnetz favorisieren, sind hier noch einige Hürden durch Beschlüsse im Netz zu nehmen. Ein Praxisnetz MVZ wäre allerdings deutschlandweit etwas Neues und damit wäre auch Neumünster ein innovativer Gesundheitsstandort. Sofern es gelingt, diesen Umstand im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit hervorzuheben, könnte dies bei der Suche nach Hausärzten hilfreich sein. Von den niedergelassenen Ärzten erklärten sich in den Interviews

vier bis fünf bereit sich an einem neuen MVZ zu beteiligen und auch ihre Arztsitze in die neue Struktur einzubringen, um so eine neue Versorgungsform für Neumünster mitzugestalten.

Zur Umsetzung des Konzeptes beschreiben wir im folgenden Kapitel die dazugehörigen Handlungsempfehlungen.

## **10. Handlungsempfehlung**

Das folgende Kapitel schließt die Konzeptstudie mit einer Zusammenfassung und einer Handlungsempfehlung ab.

Positiv ist, dass die Stadt Neumünster den Handlungsbedarf erkannt hat und ein Projekt unterstützt, welches die hausärztliche Versorgung aufrechterhalten und fördern soll. Hierzu wurden unterschiedliche Handlungsoptionen durch die Ärztenossenschaft Nord untersucht. Grundsätzlich lässt sich den genannten Problemen in den vorangegangenen Kapiteln mit einem integrativen Konzept, bestehend aus einer engen Zusammenarbeit der Stadt Neumünster mit dem Praxisnetz, einer Marketingkampagne, der Schaffung neuer Räumlichkeiten und der Abklärung von Fördermöglichkeiten entgegenwirken.

Daher empfiehlt die äg Nord, die Gründung eines MVZ durch das MPN und die Bereitstellung eine Praxiseinheit mit modernen Strukturen durch die Stadt Neumünster. Es ist zwingend notwendig, angemessene Räumlichkeiten für moderne Strukturen und zukunftsfähige Konzepte zu erschließen. Potenzielle Investoren für einen zukunftsträchtigen Standort können neben der Stadt Neumünster auch unabhängige Investoren sein. Die Stadt Neumünster bietet sich aus unserer Sicht jedoch als adäquater Investor für die Bereitstellung benötigter Praxisräumlichkeiten an. Kommunen bekommen bei Investitionen in die Daseinsvorsorge (hierzu gehört die medizinische Versorgung unstrittig) häufig Zuschüsse vom Land oder vom Bund. Sie haben Finanzierungsbedingungen und Abschreibungsmöglichkeiten, die ein Privatinvestor nicht realisieren könnte. Diese Aspekte machen es Kommunen leichter, Raum zu schaffen und zu sehr attraktiven Konditionen zu vermieten. Zeitgleich sollte mit dem Planen einer Imagekampagne zur Darstellung der Attraktivität Neumünsters und zur Gewinnung von Nachwuchskräften begonnen werden.

Auch wenn klar ist, dass der Handlungsdruck hoch ist, werden die anstehenden Abstimmungsprozesse in der Stadt Neumünster und ggf. auch im Praxisnetz noch einige Wochen in Anspruch nehmen. Diese Prozesse müssen aber zeitnah angestoßen werden, da aus unserer Sicht der weitere Weg spätestens Anfang 2023 für alle Akteure der hausärztlichen Gesundheitsversorgung erkennbar sein sollte.

Sind die Grundsatzbeschlüsse gefasst und der Startschuss für den Gründungsprozess gegeben, muss mit einer Vorlaufzeit von 12 Monaten gerechnet werden, bevor der Geschäftsbetrieb tatsächlich aufgenommen werden kann, wenn entsprechende Räume zur Verfügung stehen.

Ist dies nicht der Fall, werden je nachdem ob lediglich Umbaumaßnahmen erforderlich werden oder ein Neubau geplant werden muss, ebenfalls 12-36 Monate veranschlagt werden müssen. Konservativ wäre ein Anlaufen des Projektes Ende 2024 möglich. Realistisch wahrscheinlich erst 2025/2026. Aus den Interviews und der Tabelle 2 entnehmen wir, dass zu diesem Zeitpunkt bereits 5-8 Ärzte in den Ruhestand gegangen sein werden oder zumindest ihre Arbeitszeit verkürzt haben werden.

Möglichkeiten zur Umsetzung werden in den folgenden Kapiteln mit Beispielen näher erläutert.

## **10.1. Marketing – Imagekampagne**

Da das Angebot für junge Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig zu werden zurzeit sehr groß ist, spielen die weichen Faktoren, wie Attraktivität der Region, das Angebot von Kitaplätzen, Kindergarten und Schule ebenso wie die Verkehrsanbindung eine zunehmend wichtige Rolle im Bemühen um junge Ärzte. Wir empfehlen daher der Stadt eine Imagekampagne für den Gesundheitsstandort Neumünster, die diese Themen mit bedient.

Zum integrativen Konzept könnte zur Ärztegewinnung sowohl die Internetseite [www.neumuenster.de](http://www.neumuenster.de) als auch die des Praxisnetz [www.mpn-nms.de](http://www.mpn-nms.de) als Grundlage fungieren. Beide Seiten können die Standortattraktivität von Neumünster hervorheben und zudem Ärzten eine Online-Jobbörse oder eine Verlinkung dazu anbieten. Ein neues „Hausarztzentrum Neumünster“ sollte dazu die Reichweitengewinnung mithilfe einer Webseite inkl. eigenem Logo nutzen, um Aufmerksamkeit zu schaffen und die Chance zu geben, auf die Region, das innovative Modell und die Niederlassungsmöglichkeit zu verweisen. Als Beispiel ist hier die Homepage und das Logo des MVZ Erfde abgebildet.

*Abbildung wurde aus Datenschutzgründen entfernt*

Abbildung 8: Internetpräsenz MVZ Erfde

Ziel ist es, einen ansprechenden Öffentlichkeitsauftritt zu gestalten, um junge Mediziner und Weiterbildungsassistenten auf die Region aufmerksam zu machen. Die Website sollte sowohl in auf der Internetseite Neumünster Erwähnung finden als auch durch weitere Aktivitäten verbreitet werden. So kann auf die Website, das Projekt und die Region z.B. in den Kompetenzzentren für Weiterbildung in Schleswig-Holstein aufmerksam gemacht oder es können unterschiedliche Social-Media-Kanäle bedient werden.

In Bezug auf die Arztsuche stellt z. B. die KVSH und die äg Nord ein jeweils stark frequentiertes Angebot für Stellenanzeigen zur Verfügung. Dieses Angebot kann mit einfachen Mittel ausgeweitet werden. Hierfür eignet sich die KVSH, welches die Möglichkeit einer kostenlosen Veröffentlichung stellt. Zusätzlich zu den oben beschriebenen kostenlosen Anzeigen, sollten auch einige kostenpflichtige Medien genutzt werden. Diese Maßnahmen sind Stellenanzeigen in Fachzeitungen oder deren Online-Portalen sowie das Beauftragen eines „Headhunters“, um Personal oder Nachfolger für die Ärzte zu finden.

Eine weitere kostenpflichtige Möglichkeit ist eine Kooperation mit dem Projekt „Landarzt sein“. Die Stadt Neumünster ist nach seiner Einwohnerzahl eine Mittelstadt und sucht nach der Definition keinen „Landarzt“. Dieses Projekt hat sich jedoch generell auf die Arztsuche und die positive Präsentation einer Gemeinde oder Stadt mit dem Blickwinkel auf das regionale Umfeld einer Praxis und mit eindeutigem Fokus auf die Zielgruppe, für die potenziellen jungen Praxisnachfolger und Nachfolgerinnen spezialisiert. Dafür haben sie verschiedene Social-Media-Kanäle ins Leben gerufen und erfreuen sich einer stetig wachsenden Gemeinde. Durch regelmäßige Blogs und Praxispräsentationen haben sie hier immer wieder interessante und neue Inhalte für niederlassungswillige Nachwuchsmediziner und sind so in der Lage, qualifizierte Bewerber zu präsentieren.

## **10.2. Standort / Raumbedarf**

Die äg Nord empfiehlt, wie bei den Handlungsoptionen beschrieben, die Gründung eines MVZ durch das MPN und die Bereitstellung einer Praxiseinheit mit modernen Strukturen durch die Stadt Neumünster. Dadurch wird den Anforderungen von jungen Ärzten nach Teamarbeit und Flexibilität nachgekommen. Dafür könnten sowohl bestehende Objekte umgebaut als auch neu gebaut werden.

Wie in Abbildung 6 zu erkennen sind die hausärztlichen Praxen in Neumünster sehr zentralisiert. Wenn es darum geht neue Räumlichkeiten bereitzustellen oder bauen zu lassen würden wir den Stadtteil Wittorf oder Faldera empfehlen. Dort sind aktuell keine Hausärzte ansässig. Mit der Erweiterung in diesem Stadtteil kann die Stadt Neumünster zur vorhandenen ärztlichen Struktur ein flächendeckenderes Netz der hausärztlichen Versorgung anbieten.

Für einen Hausarzt wird ein Raumbedarf von ca. 120 m<sup>2</sup> vorausgesetzt. In Neumünster ist zu empfehlen, die Praxisräume mindestens für vier bis fünf Ärzten und ein bis zwei Ärzten in Weiterbildung ausulegen. Der Raumbedarf würde sich hier auf insgesamt ca. 720 m<sup>2</sup> belaufen. Hierbei sind Behandlungszimmer, Wartezimmer, Funktionszimmer (bspw. Ergometrie, Sonographie etc.), Labor, WCs und Anmeldung berücksichtigt. Weiterer Platzbedarf kann durch eine zentrale Anmeldung, Personalraum, Backoffice-Bereich, Wartezimmer, Garderobe, Flure, Serverraum und Lagerraum entstehen. Das ist abhängig von der Anzahl der tätigen Ärzte.

Die Ausstattung einer Hausarztpraxis besteht im Regelfall aus Möbeln, Liegen, einem Sonografiegerät, einem Ergometer sowie einem EKG-Gerät, der Ausstattung für einen Laborraum, Langzeit-EKG-Geräten, PCs, Bildschirmen, Server, Softwarelizenzen, Büroausstattung sowie Drucker und sonstiger Praxisbedarf. Je nach Anzahl und Zusatzqualifikationen der praktizierenden Ärzte, kann sich der Bedarf erhöhen.

Für ärztliche Praxis-Neubauten ist es wichtig zu beachten, dass diese barrierefrei sein müssen, also entweder ebenerdig gebaut wurden oder mit Fahrstühlen ausgestattet sind, sowie getrennte WCs für Damen, Herren und Menschen mit Behinderungen besitzen.

Hinzu kommen mögliche weitere Akteure wie z. B. Apotheke, Physiotherapie, Ergotherapie, ambulanter Pflegedienste und andere sollte ein „Gesundheitszentrum“ geplant werden.

Es ist der Stadt zu empfehlen, die Investitionen für das Ärzte- oder Gesundheitszentrum selbst zu tätigen. Städte erhalten aktuell sehr vorteilhafte Konditionen und zusätzliche Förderungen für den Bau von Immobilien im Bereich des Gesundheitswesens. Somit kann die Stadt dem zukünftigen Träger (unabhängig ob MPN oder auch selbstständige Ärzte) kostendeckende, aber dennoch günstige Mietkonditionen zur Verfügung stellen und so die Investitionskosten refinanzieren.

Für diese Projektphase ist es wesentlich, dass die Stadt Klarheit über ein Baugrundstück oder einer Immobilie erhält. Folgendes weiteres Vorgehen sollte diskutiert werden:

1. Klärung in Bezug auf einem neuen Baugrundstück oder Umbaumaßnahmen.
2. Grundsatzbeschluss der Stadtvertretung, dass die Planung für ein „Hausarztzentrum“ oder „Gesundheitszentrum“ stattfindet.
3. Öffentliches Interessensbekundungsverfahren in lokaler Zeitung (durch ein Interessensbekundungsverfahren hat die Stadt die Sicherheit, dass alle potenziellen Interessenten angesprochen werden).
4. Praxisplanung von „innen nach außen“ – es ist wesentlich, dass zunächst die Räumlichkeiten für die zukünftigen Mieter geplant werden. Erst anschließend wird die „Gebäudehülle“ durch einen Architekten vorgezeichnet. Der Vorteil hierbei ist, dass wesentliche Anforderungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf die Raumstruktur der Praxen etc. eingehalten werden können.

5. Stehen die Räumlichkeiten fest, wird von dem Praxisplaner eine Schätzung der Kosten durchgeführt. Anschließend kann dann eine offizielle Ausschreibung der Architektenleistung (durch ein VOF-Verfahren, da die Summe wahrscheinlich 210T€ übersteigen wird) stattfinden.
6. Steht fest, welche Kosten auf die Stadt durch die Planung und den Bau des Gebäudes oder den Umbau zukommen, wird der Kämmerer eine Miete für die jeweiligen Flächen festlegen können. Zu diesem Zeitpunkt werden dann auch Vorverträge mit den zukünftigen Mietern geschlossen.
7. Erst wenn genügend Mieter einen Mietvorvertrag geschlossen haben, in welchem z.B. Miethöhe und Fläche definiert sind, wird die Stadt mit dem Bau/Umbau beginnen.

Für die Praxisplanung empfehlen wir gerne ein Unternehmen, in Bezug auf die übrigen Leistungen ist eine Einbindung von lokalen Firmen sinnvoll. Projekte dieser Art können die Wirtschaftskraft der Region stärken und finden oft größere Akzeptanz, wenn lokale Unternehmen beteiligt sind.

### **10.3. Förderung**

Es sollte die Möglichkeit einer Förderung durch das Land Schleswig-Holstein zur Etablierung neuer Gesundheitsformen durch den Versorgungssicherungsfonds des Lands Schleswig-Holstein angedacht werden. Den Versorgungssicherungsfond gibt es seit 2018. Er ist ein wichtiger Baustein für die Sicherung und den Erhalt der medizinischen Grundversorgung in der Fläche. Mit den Mitteln des Versorgungssicherungsfonds soll die qualitative Weiterentwicklung der ambulanten, stationären und sektorenverbindenden Versorgung beschleunigt werden. Gefördert werden innovative und zukunftsweisende Konzepte, die eine flächendeckende und gut erreichbare, bedarfsgerechte Versorgung erhalten, stärken oder diese unter veränderten Rahmenbedingungen weiterentwickeln.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup>[https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits\\_dienste/Versorgungssicherungsfonds.html](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits_dienste/Versorgungssicherungsfonds.html)

Die Stellung eines Förderantrages sollte im Zuge eines Ablaufplans bedacht werden. Diese sind meist sehr zeitintensiv, wodurch sich ein Projekt auch verzögern kann.

Für die Immobilienplanung sollte Neumünster sich mit dem eigenen Fachdienst für Stadtplanung und Stadtentwicklung zusammensetzen und die Fördermöglichkeiten für einen Umbau oder einer Immobilie erörtern.

## **11. Nächste Schritte und Empfehlung**

Neumünster hat ein großes Potenzial zur Etablierung eines neuen „Hausarztzentrums“.

### **1. Engere Vernetzung des Praxisnetz und der Stadt Neumünster**

Sowohl Neumünster als auch das Praxisnetz sollte einen Projektverantwortlichen bestimmen, die sich in einen regelmäßigen Austausch über die neusten Projektentwicklungen begeben. Über den zeitlichen Faktor wurde dabei bereits berichtet. Die Aufgaben des Konzeptes überschneiden sich teilweise, sodass ein regelmäßiger Wissenstransfer und die Abstimmung des weiteren Vorgehens kontinuierlich fortgeführt werden müssen.

### **2. Marketingkampagne**

Die Kampagne ist ein wichtiger Teil des Grundkonzeptes und bedient im Wesentlichen zwei entscheidende Aspekte. Zum einen Neumünster Attraktiv für Nachwuchsmediziner zu bewerben und im gleichen Zug diese in der Stadt und/oder dem Praxisnetz MVZ für eine Anstellung zu gewinnen. Den Anstoß für den Öffentlichkeitsauftritt zur Darstellung der Attraktivität Neumünsters sollte von der Stadt ausgehen. Wenn es um die Gestaltung einer Website geht, ist auch dafür eine enge Abstimmung zwischen der Stadt und dem MPN sinnvoll. Denn wie bereits bei Punkt 10.1 beschrieben, ist es am sinnvollsten für eine Internetpräsenz auf bestehenden Strukturen, wie den bereits vorhandenen Websites der Stadt Neumünster und dem des Praxisnetzes aufzubauen. Für die Gewinnung neuer Ärzte ist vorrangig das Praxisnetz in der Pflicht sich mit der Stadt zusammen für ein „Bewerbungskonzept“ und welche Maßnahmen getroffen werden sollen auszutauschen. Denn unterschiedliche Maßnahmen benötigen auch ein unterschiedliches Budget.

### 3. Räumlichkeiten

Bei allen beschriebenen Möglichkeiten sind Räumlichkeiten für vier bis fünf Ärzte und ein bis zwei Weiterbildungsassistenten notwendig. Die Investitionen zur Bereitstellung der benötigten Infrastruktur liegen auf Grund der Finanzierung eines Praxisnetzes bei der Stadt Neumünster. Diese sollte unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile der realistischen Umsetzungsmöglichkeiten sich für einen Neu- oder Umbau und einen Standort entscheiden. Die entsprechenden räumlichen Anforderungen dafür sind bei Punkt 10.2 beschrieben. Für den Standort ist unsere Empfehlung Wittorf oder Faldera auf Grund der fehlenden hausärztlichen Versorgung vor Ort.

### 4. Fördermöglichkeiten

Zur Erhaltung und Verbesserung der hausärztlichen Strukturen in Neumünster empfiehlt es sich entsprechende Förderungen des Landes Schleswig-Holstein, des Bundes und der EU zu nutzen. Damit kann die Stadt als Vermieter dem Praxisnetz günstige Mietkonditionen anbieten.

Abschließend sei gesagt, dass bei diesem Projekt der Stadt Neumünster eine ganz besondere Verantwortung in Bezug auf das Gemeinwohl der Bevölkerung zukommt. Sie sollte ein klares Signal in Richtung Ärzteschaft senden, dass etwas unternommen wird und die Ärzte auch von politischer Seite unterstützt werden. Parallel halten wir es auch für wichtig die Bürger über die Handlungsabsichten zu informieren, um zu verdeutlichen, dass die Problemstellung gesehen und an Lösungsmodellen gearbeitet wird.

***Die Ärztesgenossenschaft Nord eG bedankt sich für die Zusammenarbeit, das entgegengebrachte Vertrauen und steht für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung.***

**Ansprechpartner:**

Stefan Wolfram  
Projektmanager Regionale Versorgung  
Bahnhofstraße 1-3  
23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/9999 – 260  
Mobil: 0176/42288607  
Fax.: 04551/9999 - 19  
E-Mail: stefan.wolfram@aegnord.de  
[www.aegnord.de](http://www.aegnord.de)

Irene Ekkert  
Ressortleiterin Netz- und Projektmanagement  
Bahnhofstraße 1-3  
23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/9999 - 284  
Fax.: 04551/9999 - 19  
E-Mail: irene.ekkert@aegnord.de  
[www.aegnord.de](http://www.aegnord.de)